

再発 尿管腫瘍（移行上皮癌） 当院治療 6年10ヶ月間で終了

この患者様は昭和6年生まれの男性で平成9年(1997年)5月に新免疫療法(NITC)を希望されて来院されました。この患者様は平成9年(1997年)1月に総合病院で右尿管腫瘍(移行上皮癌)の診断で右尿管及び右腎臓摘出術を受けております。当時、有効な抗癌剤が無いことから新免疫療法を希望されました。患者様は66歳でした。移行上皮癌のマーカーは特異的なものは現時点では見いだされておきませんが、腫瘍マーカーPSAが12ng/ml(基準値:4.0ng/ml以下)で高い値を示しておりました。免疫能は平成9年(1997年)8月にTh1サイトカインのTNF α 、IFN γ そしてIL-12が初めて測定することが出来るようになりました。この患者様の免疫能力は高い活性を示し、IFN γ は49.7IU/ml(10以上が活性化)、IL-12は92.7pg/mlでした。この患者様は最低でも3ヶ月に1回膀胱内視鏡検査を癌専門病院で受けていました。

平成10年(1998年)6月頃よりIL-12の産生が低下傾向を示していました。平成11年(1999年)10月に膀胱腫瘍(移行上皮癌)が再発し11月にレーザー治療を受けております。その後、平成12年(2000年)6月までBCG療法を10回受けました。しかし、この間はPSAは23ng/mlまで上昇しつづけていました。

この頃、 β 1-3グルカン製品のこれまで用いていたキノコ菌糸体よりILXの方がより活性が高いと分かったので、平成12年(2000年)7月より、変更しております。その結果、一度低下していたIL-12が19.6ng/mlと活性化しはじめました。しかし、血尿が出現し悪化が示唆された為、平成12年(2000年)10月より免疫抑制を排除する能力が高い β 1-3グルカン製剤のILYも隔日投与で開始しました。

平成12年12月初め(治療開始から44ヶ月目)の癌専門病院での超音波検査で膀胱内に31mm大の腫瘍の出現が確認され、平成13年(2001年)1月、当院のエコーでも縮小傾向があるものの、膀胱前壁に25×23×20mm大の不整形の腫瘍が認められています(図2-1参照)。しかし、ILXとILY追加投与によるTh1サイトカイン(IL-12、IFN γ)の増強とNKT細胞系の強化と推察される免疫力アップにより、平成13年(2001年)2月のエコーで分かるように膀胱腫瘍(移行上皮癌)は消失しました(図2-1参照)。この検査結果を受けて、患者様に膀胱鏡検査を行う事を指示し、手術当日、癌専門病院で検査したところ、腫瘍が消失していることが確認されたため、予定されていた膀胱全摘出の手術が中止されました。その後この腫瘍(移行上皮癌)は現在まで消失したままです。また、腫瘍マーカーPSAもそれ以後基準値の0.1ng/ml以下を保っています。この腫瘍マーカーPSAは前立腺癌に特異的なマーカーで10ng/ml以上の場合は前立腺癌が強く疑われます。患者様のPSAは一時26まで上昇しました。生検をしていないので確定診断は得られておりませんが、前立腺癌の兆候も示唆されていたのではないかと考えています。

当院の新免疫療法は平成16年(2004年)3月で終了となっております。ICTPはまだ高値(骨粗しょう症のCheck)を示してはおりますが、平成19年(2007年)12月現在、癌専門病院の膀胱鏡検査も年に1回となり、通常の社会生活を送ることができています。

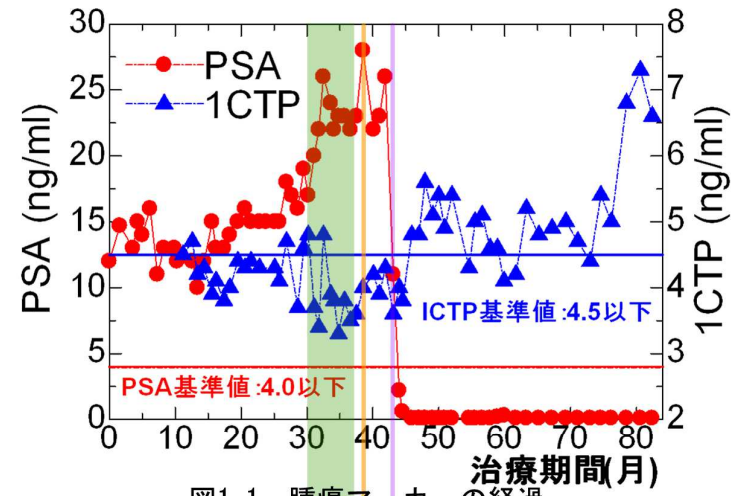


図1-1 腫瘍マーカーの経過

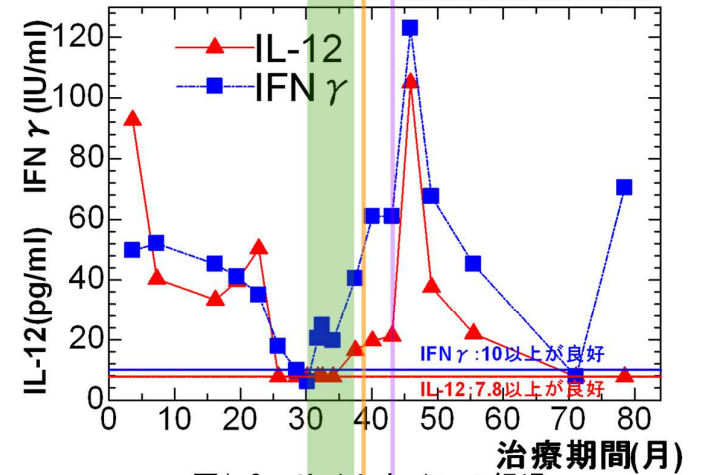


図1-2 サイトカインの経過

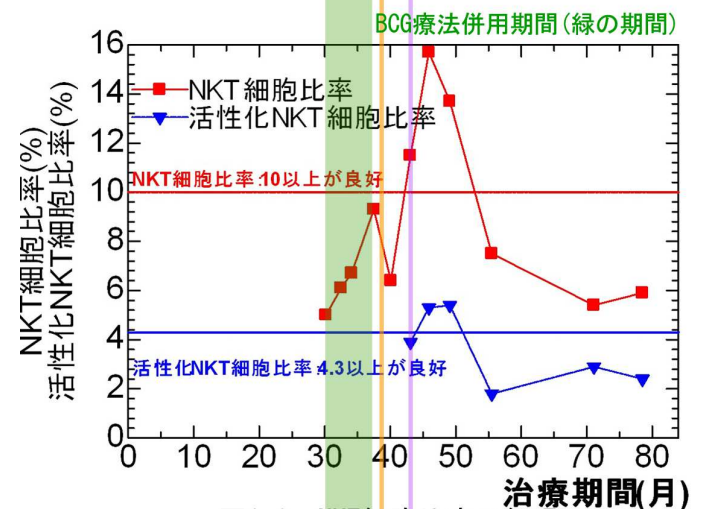


図1-3 NKT細胞比率の経過

