



にしじ

第19回 高知医療センター 外科グループ 手術症例検討会

..... P2~6

下肢静脈瘤の低侵襲治療を始めました！ P6

NEWS！日本骨折治療学会 学会賞受賞!! P7

NEWS！QCPR キャラバン 全国第2位!! P7

高知医療センター・イベント情報 P8

9

SEPTEMBER 2015 Vol.119



8月10日、11日、高知医療センター 憩いの広場にて、高知市役所(左上)、NTT西日本 高知支店(右上)、みさと幼稚園(下)のチームのみなさんがよさこい踊りを披露してくれました。

高知医療センターの理念 — 医療の主人公は患者さん —

開催にあたって 消化器外科・一般外科 西岡 豊

私たちは、登録医の先生方から当院外科グループ(消化器外科・一般外科、乳腺・甲状腺外科、移植外科)、消化器科、放射線科などにご紹介いただきました手術症例について、当院の「くろしおホール」にて年に数回の報告会を行っています。

平成27年6月24日(水)に開催されました第19回外科グループ手術症例検討会には、院外の先生方13名(内、登録医11名)、院内からは45名、合計58名の方々に参加していただきました。

今回、5例の症例を発表させていただきましたので、報告させていただきます。

なお、この報告会で検討症例のご希望がありましたら、出来るだけ取り上げるようにいたしますのでお知らせください。

また、開催曜日や時間帯等、ご意見・ご希望をおよせください。

最近では、登録医の先生方のご参加が若干少なくなってきております。今後とも、先生方の多数のご参加をよろしくお願い申し上げます。

症例①: 肛門管腺癌の一例

患者: 81歳 男性

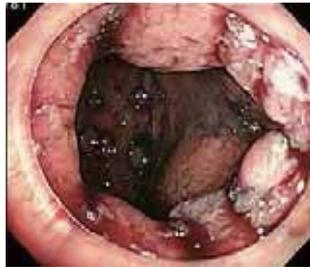
【現病歴】血便を主訴に前医受診し、下部内視鏡検査にて肛門管に隆起性病変を認めた。生検にてGroup5(tub1)と診断され、手術目的に当院紹介となった。

【既往歴】痔核手術(71歳)、高血圧症

【血液検査】腫瘍マーカーを含め、異常を認めず。

【下部消化管内視鏡検査】

肛門管右壁中心に易出血性の1/2周性の1型腫瘍を認め、生検でtub1を認めた。



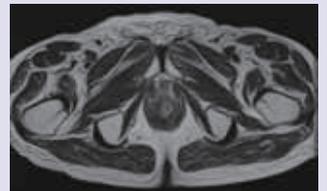
【腹部造影CT】

肛門管右壁に造影効果を伴う腫瘍影を認める。直腸間膜内や鼠径リンパ節に転移を疑う明らかなリンパ節腫大は認めず。



【腹部MRI】

T2強調像及び拡散強調像で高信号を示す領域を認める。直腸傍、鼠径リンパ節に腫大を認めず。



【手術】

上記精査にて「肛門管癌 P tub1 cType1 cT2N0M0H0P0 cStage I」と診断し、手術を施行した。
術式: 腹腔鏡下直腸切断術、上方D3郭清
手術時間: 4時間42分 術中出血量: 90ml

【病理組織診断】

肛門管癌, pType1, 35×20mm, tub2>tub1, pT2(MP)N0M0H0P0 pStage I



【経過】

第3病日より食事開始し、第11病日に退院となった。

肛門管癌

- ✓ 日本においては70%が腺癌、粘液癌、15%が扁平上皮であるのに対し、欧米では直腸型(rectal type)の腺癌は直腸癌に含まれるため、肛門管癌の70%以上は扁平上皮癌である*。
- ✓ 腺癌としては直腸型、肛門腺由来、痔瘻に合併、その他の管外型に分けられる。
⇒本症例は病理組織検査にて、大腸癌で言えば中分化型腺癌(tub2)に相当する像で、直腸型腺癌の診断。
- ✓ 直腸型の腺癌や粘液癌ではcM癌、cSM癌(軽度浸潤)であれば局所切除も選択肢の一つであるが、cSM深部以深の癌であれば直腸切断術が選択されることが多い。

※大腸癌Frontier 2012. Vol15

症例②：股関節周囲を中心に発生した腫瘍状石灰化症様病変に対して副甲状腺全摘術が著効した一例

患者：39歳 女性

【主訴】倦怠感、右股関節痛、殿部痛、腰部腫瘤触知。

【既往歴】1992年膀胱尿管逆流症に対して血液透析導入。1998年母親をドナーとして生体腎移植施行。2000年慢性拒絶のため血液透析再導入。2013年肩関節骨折。

【現病歴】2014年4月続発性副甲状腺機能亢進症と診断されシナカルセト塩酸塩を内服していたが、内服コントロール不良のため手術目

的に当院を紹介受診した。5月手術目的に入院。

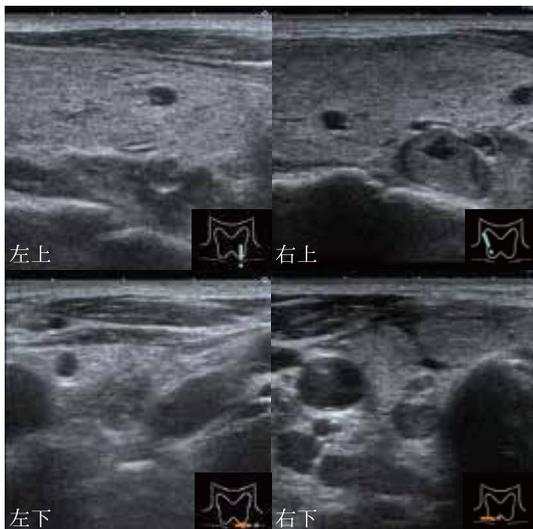
【内服薬】シナカルセト塩酸塩

【来院時血液検査】

BUN37.8mg/dl、CRE6.38mg/dl、Ca11.1mg/dl、補正Ca11.3mg/dl、P6.7mg/dl、Ca×P75.71mg²/dl²、Intact PTH193.0pg/ml。

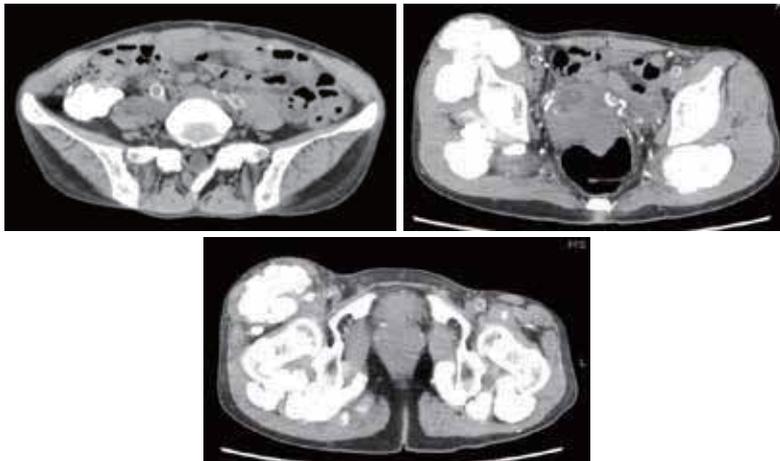
●超音波検査

副甲状腺は4腺ともに腫大していた。



●造影 CT 検査

造影効果を伴う副甲状腺腫大を認めた。股関節周囲を中心に腫瘍状の石灰化を認めた。移植腎の石灰化もあり。

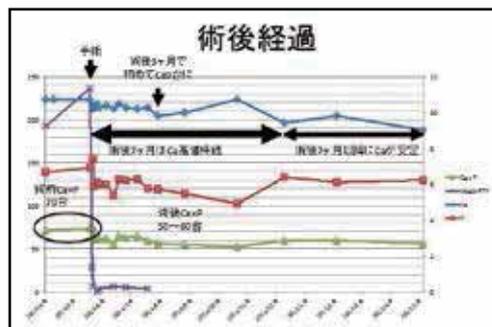


【術前診断】続発性副甲状腺機能亢進症、腫瘍状石灰化症様病変。

【術式】副甲状腺全摘術、右前腕自家移植術(出血量25ml、手術時間111分)。

【術後病理診断】過形成。

【術後経過】術後よりintact PTHは著明に低下し、血清Ca、P値、Ca×P値は徐々に低下した。術後一年目には自覚症状も消失していた。



【骨盤 Xp】

来院時と比較して、術後45日目には石灰化がやや縮小し、術後350日目には石灰化はほぼ消失していた。



【腫瘍状石灰化症様病変について】

大関節近傍の軟部組織に石灰化を伴う腫瘤を形成する稀な疾患に腫瘍状石灰化症病変という疾患がある。その特徴として、青年期に好発し、臀部、膝、肩、肘関節に局在し、単発または多発性の腫瘤を伴い、通常自発痛、圧痛、運動痛はなく、緩徐に増大しまれに自壊することなどが挙げられる。しかし基礎疾患がなく、血清CaやPが正常であることが前提となる。慢性腎不全の患者で、血清CaやPが異常値を呈し、臨床的には腫瘍状石灰化症同様の症状を示すことがあり、その疾患を腫瘍状石灰化症様病変と呼んでいる。腫瘍状石灰化症様病変の治療としてはCa×Pが70mg²/dl²以上になると異所性石灰化が起こりやすくなるためCa×Pを低くすることを目標とする。具体的には、①血清P濃度調節(リン制限食、透析によるリン除去、リン吸着剤)、②高Ca濃度調節、③カルシトニン製剤、④シナカルセト塩酸塩、⑤副甲状腺全摘術、⑥摘出(神経圧迫症状や関節可動制限が見られる場合)などが挙げられる。

考 察

- ✓ 股関節周囲の腫瘍状石灰化症様病変に対する縮小効果を期待して副甲状腺全摘術を行ったが、1年後にはほぼ消失しており、予想以上の治療効果が得られた。
- ✓ 移植腎石灰化の改善が見られなかったのは、血流の影響があるかもしれない。
- ✓ 腫瘍状石灰化症様病変を伴う続発性副甲状腺機能亢進症において副甲状腺全摘術は有効で、短期間に病変の縮小が得られる。

【まとめ】股関節周囲を中心に発生した腫瘍状石灰化症様病変に対して副甲状腺全摘術が著効した一例を経験した。

症例③:術前DCF療法で主病巣の病理学的完全奏効が得られた進行胸部食道癌の一例

患者69歳 男性

【主訴】つかえ感

【現病歴】約1週間よりつかえ感が出現し、前医で上部消化管内視鏡検査を施行し、食道腫瘍を指摘され当科紹介。

【既往歴】高血圧

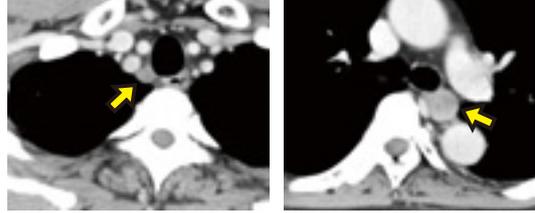
【嗜好】喫煙歴なし。焼酎2杯、ワイン1本/日、フラッシュャー(+)。

●上部消化管内視鏡検査



亜全周性の3型病変が、切歯列27-32cmまで連続。生検で扁平上皮癌。

●CT



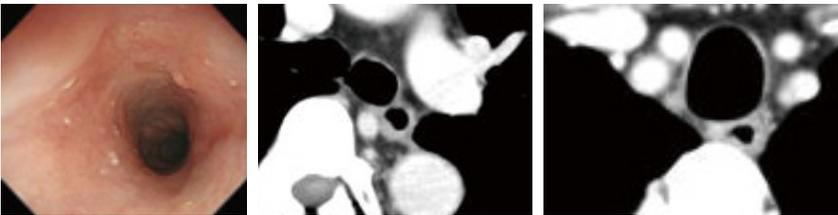
右右回神経周囲の腫大リンパ節(12.3×10.4mm)を認め、主病変は中部食道(Mt)を主座として周囲臓器への浸潤なし(T3)。

〔初診時画像所見〕

【診断】食道癌、Mt、SCC、cT3N1(No.106recR)M0 Stage III

【治療】JCOG1109にエントリーし、術前DCF療法(DOC 70mg/m²、day1 / CDDP 70mg/m²、day1 / 5-FU 750 mg/m²、day1-5 : q3weeks)を3コース施行。好中球減少(Grade 4)が出現し、3コース目は1レベル減量。

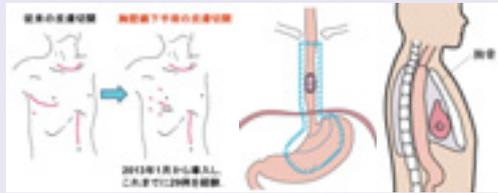
【DCF療法後の画像所見】



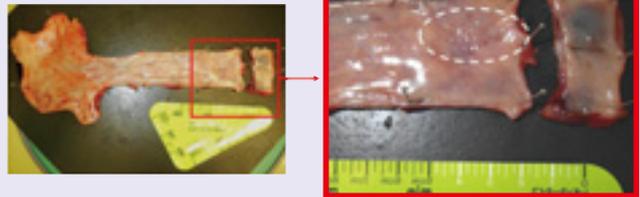
主病変は瘢痕様の陥凹性病変となり、CTでも食道壁の肥厚は消失。No. 106recRは5.3×4.3mmへと縮小(縮小率:57%)。総合評価:RECIST PR。

【手術】

胸腔鏡下食道亜全摘、3領域郭清(D2)、後縦隔経路細径胃管再建、腸瘻造設術。



【切除標本】



粘膜面に軽度の陥凹性変化を認める。

【術後病理診断】

主病変に癌細胞の遺残はなく、No.106recRリンパ節のみに転移を認めた。

食道癌、Mt、SCC、pT0N1(No.106recR)M0 fStage I、病理組織学的治療効果:Grade 3

【術後経過】

術後1日目、人工呼吸器離脱

術後2日目、歩行開始流動食より食事開始

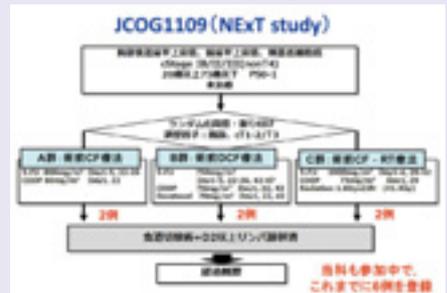
術後6日目、経口摂取開始

術後15日目、軽快退院

JCOG 1109のプロトコールにのっとり、術後補助療法は行わずに経過観察中である。

考察

- ✓ JCOG9907の結果を受けて、切除可能Stage II/III食道癌においては術後FP療法と比べて術前FP療法が標準治療となっている。しかしその一方で、T3病変やStage III食道癌においては、術前FP療法の優越性が乏しく、より強力な術前治療が求められている。
- ✓ 現在、Stage IB/II/III食道癌における術前治療のランダム化比較試験(JCOG1109)が進行中であり、当科もこれまでに6例を登録し、その結果が待たれる。
- ✓ 食道扁平上皮癌41例に対する術前DCF療法の第II相試験(Hiroki Hara, et al. Cancer Sci.2013)では、奏効率64.3%、病理学的完全奏効17%という高い抗腫瘍効果が報告されている。しかしその一方で、好中球減少(Grade 3/4)を83.3%に認め、治療完遂のためには支持療法が重要である。支持療法としては、予防的抗生剤(LVPX)、十全大補湯、経腸栄養などが挙げられる。
- ✓ 本症例では大きな合併症なく経過したが、術前化学療法の術後合併症に及ぼす影響はcontroversialであり、今後当科での症例を蓄積して報告したい。
- ✓ 本症例のような術前化学療法のresponderは、non-responderと比べて予後の延長が期待できると報告されている。



【結語】術前DCF療法で主病巣の病理学的完全奏効が得られた進行胸部食道癌の一例を報告した。

症例④：右胃大網動脈(RGEA)による冠状動脈バイパス術(CABG)後に 亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(SSPPD)を施行した一例

患者：72歳 男性

【主訴】心窩部痛

【現病歴】2014年10月、心窩部痛を主訴に前医を受診した。心疾患は否定的であり、精査目的に当院の消化器内科に紹介となった。

【既往歴】

- ・2002年 7月 前壁梗塞 高知市民病院にてPCI施行
- ・2006年11月 不安定狭心症 当院心臓血管外科にて緊急CABG 3枝
左内胸動脈-左前下行枝(#8)

大動脈-橈骨動脈-左前下行枝(対角枝#9)
右胃大網動脈-右冠動脈(#4)

- ・高脂血症
- ・高血圧
- ・腰椎椎間板ヘルニア
- ・前立腺肥大症

【血液検査】CEA：4.5 ng/dl CA19-9：78.1 U/ml

【腹部CT】

膵頭下部に19mm大の低吸収性腫瘍を認めた。腫瘍の境界は不明瞭で、主膵管は3mmとわずかに拡張していた。膵内胆管、膵後方への浸潤を疑った。また、胃十二指腸動脈への浸潤の可能性を考えた。転移を疑うリンパ節の腫大は認めなかった。



【ERCP】

下部胆管に1.3cm長の狭窄を認め、その上流胆管の軽度拡張を認めた。ERBD tubeを留置した。

術前シエマ



術前に血管造影検査を行い、右胃大網動脈(RGEA)グラフトの開存を確認した。

【術前診断】膵頭部癌 19mm T3(CH+, RP+) N0 M0 Stage III

【術式】

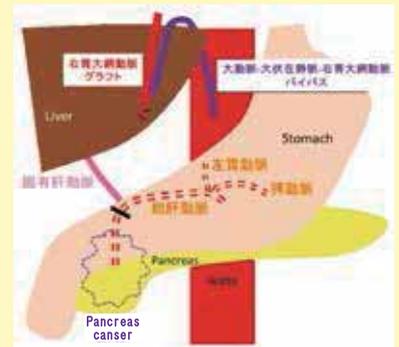
- ①亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(SSPPD)、D2郭清、結腸間膜合併切除
- ②Off-pump CABG

胃十二指腸動脈(GDA)への浸潤が疑われたため、これを根部で切除する必要があった。RGEAグラフトはGDAより分岐していたため、RGEAグラフトに対して下行大動脈から右大伏在静脈を用いたバイパス術を先行後、SSPPDを施行した。結腸間膜への浸潤が疑われたため、これを合併切除した。

【病理結果】

膵癌、Ph、pT3(55x27x10mm)、結節型、tub2、pT3 (RP+,CH+,DU+)、pN1、M0、pStage III

術中所見



考 察

- ✓ RGEAグラフトによるCABG後に対するPDを施行した報告は散見されるが、グラフトをそのまま温存した報告がほとんどである。
- ✓ 本症例ではGDAへの浸潤が疑われた。バイパス術を先行することで、GDAを切除し、リンパ節を含めた十分な郭清が行えたと考ええる。
- ✓ 新たに作成したバイパスが肝外側区の頭側を經由させており、バイパス術後のPDの操作は、通常の手術操作で行えた。

【結語】右胃大網動脈グラフトを用いた冠状動脈バイパス術後に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した一例を経験した。

症例⑤：腸重積を来した回腸悪性リンパ腫の一例

患者：80歳代 男性

【現病歴】亜イレウスのため紹介医入院中で、保存的加療を行い改善したが、便潜血反応陽性を認めた。前医で下部消化管内視鏡検査を行い、回盲部に重積が疑われ精査加療目的に当科へ紹介となった。これまでに腹痛、嘔吐を繰り返しては保存的加療にて軽快していた。

【既往歴】開腹歴なし、高尿酸血症、高脂血症、気管支喘息

【内服薬】ウラリット、メパロチン、ザイロリック、キュバル

【アレルギー】なし

【現症】160cm 69.6kg

腹部平坦、軟 圧痛なし、右下腹部に腫瘤を触知

血液検査では明らかな異常所見なし

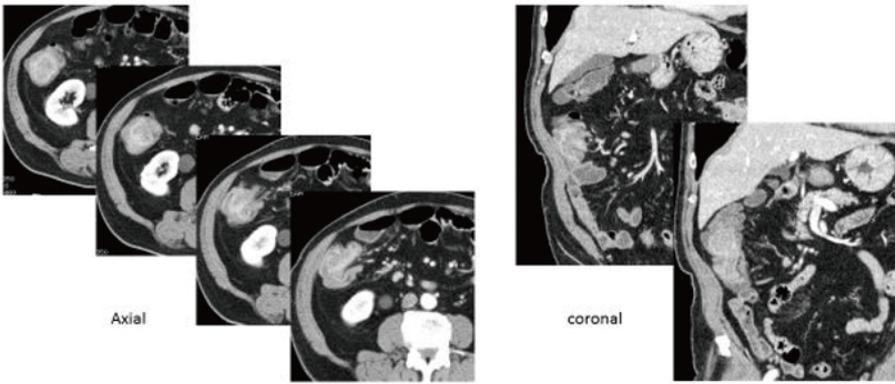
【内視鏡写真(前医撮影)】

上行結腸内にSMT様の隆起性病変あり



【腹部造影CT】

上行結腸内に空腸を起始部とする造影効果を伴う有茎性腫瘍あり
腫瘍近傍のリンパ節腫大あり



以上により小腸腫瘍による腸重積と診断した。
自然環納の可能性は低くイレウス様症状を繰り返していることから緊急手術の方針とした。
術式は回盲部切除、リンパ節郭清術を選択した。
術中所見では、回腸末端より約5cm口側の回腸が上行結腸内に重積していた。
腫瘍は弾性やや硬であったが、愛護的にHutchinson手技を行い容易に環納可能であった。
腫瘍部位は漿膜面が陥凹しており、悪性腫瘍の可能性も否定できず予定通り回盲部切除、リンパ節郭清術を施行した。

手術時間は100分、出血量は10mlであった。
摘出標本では回腸末端近傍の空腸に1型腫瘍を認めた。



術後腸管麻痺のため腸蠕動亢進作動薬を使用し術後4日目に排ガスを認めた。
以後経口摂取を開始し、13日目に退院となった。

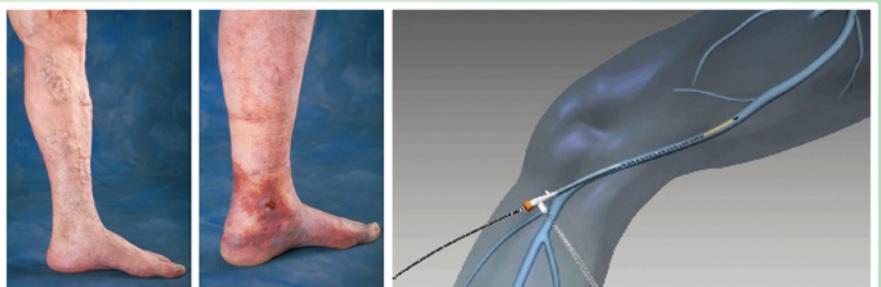
病理組織検査で大細胞性B細胞性リンパ腫と診断され、当院血液内科で化学療法(R-THPCOP)を3コース施行し、再燃なく経過中である。

腸重積は1歳未満が66.6%を占め、成人症例では6.1%と比較的稀である。
小児症例の90%以上は特発性だが、成人症例では80%以上が器質的疾患を有している。
成人腸重積の切除例では悪性リンパ腫が原因となったものは12-20%と報告されている。
成人症例では腸閉塞症状を認めることが多く、下血、腫瘤触知といった症状を認めることは少ない。診断には腹部超音波検査、CTにおける、ring sign、pseudokidney signや、target sigといった特徴的な所見が挙げられる。発生部位に関しては、欧米の報告では小腸型が42-46%と多く、次いで回盲部型、大腸型が続く。治療については基本的に手術が選択され、緊急手術が選択されることも多い。

『下肢静脈瘤の低侵襲治療』を始めました!!

◆◆高周波アブレーションカテーテルによる治療開始のお知らせ◆◆

下肢静脈瘤は非常に多い疾患です。特に30歳以上の女性では約3人に2人の割合で静脈瘤を持っているといわれています。
このたび、当院でも従来の方法に比べて体に優しい低侵襲治療であるカテーテルによる血管内焼却術(高周波アブレーション)を開始いたしました。



下肢静脈瘤

皮膚潰瘍

カテーテル挿入画像

お気軽にお申し付けください



news!

第41回日本骨折治療学会 学会賞受賞!!

整形外科 田村 竜 先生が、平成27年6月26日・27日に奈良県で開催された「第41回日本骨折治療学会」にて学会賞を受賞しました!!



**演題：大腿骨転子部骨折における回旋不安定性の評価
—CT再構築画像による回旋角度・回旋方向の検討—**

『大腿骨転子部骨折は俺に聞け!!』

こんにちは、整形外科の田村です。この度第41回日本骨折治療学会にて学会賞をいただきました。大腿骨転子部骨折は一般的にどこの病院にも搬送され整形外科での手術件数も多い高齢者の脆弱性骨折の一つです。その治療方針については髓内釘を使用しているのが一般的となっていますがその中でもまだ明らかでない点がたくさんあります。「回旋不安定性の評価」をテーマに前任の香川県立中央病院で前向き研究を行い、今まで明らかでなかった点に対し一つ答えが出たことが評価され受賞に至りました。今後もさらなる答えを求めて、当院での症例も含んだmulti center studyを開始していく予定です。



表彰式にて(左から2番目)

QCPRキャラバン 全国第2位!!

病院チーム 38施設、消防チーム 43施設が参加した、Quality of CPRキャラバンにて、ハイレベルな戦いのなか、高知医療センター 救命救急『Team桜子』が、病院チーム全国第2位に輝き、6月5日 第18回日本臨床救急医学会にて表彰されました。

救命救急『Team桜子』

山本 浩太郎先生 浦田 知宏先生 西原 桜子先生 横田 啓一郎先生 和田 義敬先生



表彰式にて(喜多村 泰輔先生)



左から山本先生 浦田先生 西原先生 横田先生 和田先生



月	日	曜	高知医療センター イベント情報 9月～			
9月	9	水	高知医療センター看護局集合研修 他施設公開研修 (参加費無料・事前申込要)			
			研修名	高齢者ケア2 急性期病院における高齢者ケア	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3
			講師	県立大学 老人看護専門看護師 野村 陽子 氏	時間	17:30～19:00
	参加ご希望の方はお問い合わせください お問い合わせ: 高知医療センター 看護局 教育担当(藤原、野田、藤本) TEL:088(837)3000					
	13	日	高新・高知医療センターがんセミナー・2015 (参加費要・事前申込要)			
			内容	お口のがん - 早期発見のために -	場所	高新文化教室 (RKC 高知放送南館 3階 37号室)
			講師	高知医療センター 頭頸部疾患診療部長兼歯科口腔外科科長 立本 行宏 氏	時間	10:30～12:00
	お問い合わせ: 高新文化教室 TEL:088(825)4322 受講料 9,850円/全12回 1,500円/1回					
	15	火	高知県周産期地域連携研修会 (参加費無料・事前申込要)			
			内容	出生前診断 一産科、新生児科、在宅医療の立場から	場所	高知医療センター 1階 研修室1・2・3
			講師	あおぞら診療所 高知潮江 所長 松本 務 氏 高知医療センター 小児科 科長 中田 裕生 氏/同 産科 医長 永井 立平 氏	時間	13:00～16:30
	お問い合わせ: 高知医療センター 事務局 経営企画課 川田 瞳 TEL:088(837)3000					
16	水	高知医療センター看護局集合研修 他施設公開研修 (参加費無料・事前申込要)				
		研修名	家族看護 家族看護の事例検討	場所	高知医療センター 1階 研修室1・2	
		講師	高知医療センター 家族支援専門看護師 松下 由香 氏	時間	17:30～19:00	対象
参加ご希望の方はお問い合わせください お問い合わせ: 高知医療センター 看護局 教育担当(藤原、野田、藤本) TEL:088(837)3000						
18	金	平成27年度 高知医療センター 医療安全管理研修会 (参加費無料・事前申込不要)				
		内容	特別講演 医療事故調始まる～その概要と対策～	場所	高知医療センター 2階 くろしおホール	
		講師	中村・平井・田邊法律事務所 弁護士 田邊 昇 氏	時間	18:00～19:00	対象
お問い合わせ: 高知医療センター 医療安全管理センター 西村 TEL:088(837)3000						
30	水	高知医療センター看護局集合研修 他施設公開研修 (参加費無料・事前申込要)				
		研修名	がん看護3 放射線療法を受ける患者の看護(事例検討)	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3	
		講師	高知医療センター がん看護専門看護師 高橋 志保 氏	時間	17:30～19:00	対象
参加ご希望の方はお問い合わせください お問い合わせ: 高知医療センター 看護局 教育担当(藤原、野田、藤本) TEL:088(837)3000						
10月	18	日	高新・高知医療センターがんセミナー・2015 (参加費要・事前申込要)			
			内容	知っておきたいがん治療中の食事と栄養	場所	高新文化教室 (RKC 高知放送南館 3階 37号室)
			講師	高知医療センター 栄養局 局長 渡邊 慶子 氏	時間	10:30～12:00
お問い合わせ: 高新文化教室 TEL:088(825)4322 受講料 9,850円/全12回 1,500円/1回						

※時間等、変更になる場合もございますのでご了承ください。みなさまのご参加を心よりお待ちしております。

編集後記

9月号の編集を行っているこの時期(8月)は、日中はまさにうだるような暑さで、ドクターヘリで現場に走る際には、患者さんを助ける前に自分が倒れるのではないかと心配になるほどです。もっと身体も心も鍛えなくては!...と思う今日この頃です。

さて、高知が暑い暑いとはいえ、先日の高知は熱い熱いよさこいもありました。今回ご紹介した整形外科の最優秀の学会発表や、救命救急の心肺蘇生の大会での上位入賞は当院の『熱さ』を示すものでもあります。『暑さ』に負けずに『気持ちの熱さ』をもって、患者さんのために、そして地域の先生方のお役に立てるようにがんばって参ります。残暑厳しき折、まだまだ熱中症にはお気をつけ下さい。(広報委員 喜多村)



平成27年9月1日発行
にじ9月号(第119号)
毎月発行
編集者: 広報委員会
発行者: 吉川 清志
印刷: 株式会社 高陽堂印刷

発行元:
高知県・高知市病院企業団立
高知医療センター
〒781-8555 高知県高知市池 2125-1
TEL:088(837)3000(代)

広報誌「にじ」に関するご要望・ご意見をお寄せください。renkei@khsc.or.jp