

埼玉医科大学国際医療センター 地域医療連携News



基本理念：患者中心主義のもと安心で安全な満足度の高い医療の提供を行い、かつ最も高度の医療水準を維持するよう努めます。

使 命：当センターは、埼玉県全域を範囲とし、がん、心臓病に対する高度専門特殊医療に特化し、かつ高度の救命救急医療を提供します。

基本方針：上記の理念に従って患者中心主義(patient-oriented)を貫き、あらゆる面で“患者さんにとって便利”であることを主眼とし、患者さんひとりひとりにとって最も適切な医療を提供致します。

患者さんの権利：当センターは、全ての患者さんには、以下の権利があるものと考えます。これらを尊重した医療を行うことをめざします。
(1)ひとりひとりが大切にされる権利 (2)安心で質の高い医療を受ける権利 (3)ご自身の希望を述べる権利
(4)納得できるまで説明を聞く権利 (5)医療内容をご自身で決める権利 (6)プライバシーが守られる権利

下部消化管外科の術前術後管理



埼玉医科大学国際医療センター
消化器外科
鈴木 麻未



基本的に外来通院で検査を行い、主病変の評価・他病変の有無・耐術能評価を行います。患者様の既往によっては他科と連携し周術期管理に備えます。検査を予定する中で「血液サラサラの薬」(抗凝固薬・抗血小板薬など)を内服されている場合、検査や手術前に中止が必要となってきます。患者様にお手数をかけることなく検査を行い、速やかな手術への準備を行うためにも、紹介先生方からの情報提供は大変重要です。

通常、手術2日前にご入院となります。手術前日の朝まで食事をとり、術前下剤は軽い下剤のみです。手術後当日は集中治療室での管理となります。手術翌日から歩行を開始していただき、消化管運動の停滞の予防、肺塞栓・肺炎などの予防を目標としています。術翌日に飲水開始、術後3日目に全粥食の開始となります。術後の検査は、基本的に手術当日と翌日の採血・レントゲンのみです。異常を認めた場合に適宜検査を行います。

外来から「術後1週間で退院」と説明しており、特に腹腔鏡手術では術後疼痛が少ないこともあり、多くの患者様は1週間前後で退院されます。人工肛門造設の患者様の場合、自己管理の習得が必要となりますが、病棟看護師が熱心に指導しており、ほぼ術後10日以内にはケアを習得され退院されます。

昨年より腹腔鏡手術が全大腸手術の85%を占めており、それにより在院日数はさらに短くなってきている印象です。DPC登録病院での統計において、2012年度は術後在院日数の短さで、結腸・直腸ともに全国2位を記録することが出来ました。

術後の通院は、外来通院が困難な患者様は紹介元の先生方に術後経過を依頼する場合があります。病期によって化学療法が必要な患者様もいらっしゃいます。大腸癌の抗癌剤の副作用は食思不振・嘔吐・下痢が多く見られます。使用薬剤によっては「手足症候群」(指先・足先にしびれやひび割れ)の症状が現れます。症状によって対処療法や休薬を行っていきます。

ーコメントー

当科で手術を受けられる方の多くが近隣病院よりご紹介いただいた患者様です。手術症例数が確保され、医療レベルの維持・向上が出来ているのも諸先生方のご紹介があってこそです。今後ともよろしく願っています。



【術前評価】 基本的にすべて外来で実施

- ✓ 採血 : 腫瘍マーカー、血算、生化学
感染症、凝固能、血液型
- ✓ CT-colonography or 胸腹部CT
- ✓ 呼吸機能
- ✓ 心電図
- ✓ 胃カメラ : スクリーニング
- ✓ 大腸カメラ : 生検・点墨・クリッピング

- ✓ 心臓超音波検査 : 後期高齢者の場合
- ✓ 骨盤MRI : 主に直腸Ra/Rb癌の場合

※患者の既往症・全身状態によって
心臓内科・呼吸器内科へ耐術能評価を依頼。

入院～手術前日まで

2日前入院		
2日前	昼 入院 採血 夕 ダルムスペース食 ガスコン 2錠	
前日	朝 ダルムスペース食 ガスコン 2錠 ラキソベロン 10ml	前日入院
	昼 絶食 輸液 500ml ガスコン 2錠	入院 採血 ラキソベロン 10ml
	夕 21時～絶飲食	

術後

術後	
手術当日	ICU/HCU で集中管理 術後採血
1日目	採血・胸腹レントゲン 飲水開始 一般病棟へ移動、歩行開始
3日目	腹痛・嘔気・発熱のないことを確認 昼食～全粥摂取開始
4日目	輸液終了
5～7日目	退院

※人工肛門造設をおこなった患者は、
人工肛門自己管理の手技習得を待って退院。

2007年4月～2013年10月
当科における大腸癌原発切除患者の術後在院日数
(中央値)

	腹腔鏡下手術	開腹手術
結腸	7日 (5-65日)	9日 (5-442日)
直腸	8日 (6-199日)	11日 (6-68日)

2012年度
結腸・直腸切除術後在院日数の短い病院
全国2位

【術後の通院】

- ・退院後2～3週間以内に初回外来受診。
- ・患者様のご希望で紹介元でのfollow upをしていただく方も。
- ・病期により
 pStage I・II → 3ヶ月毎の外来通院
 pStage II (ハイリスク)・IIIa/b → 補助化学療法
 pStage IV → 消化器腫瘍科での化学療法

化学療法の副作用で
食思不振・嘔気・下痢・手足のしびれ/ひび割れを
主訴に近医を受診される事が可能性があります。
症状が強い場合は、対症療法・休薬など行います。

当院における腹腔鏡下大腸手術について



埼玉医科大学国際医療センター
消化器外科
石井 利昌



本邦の大腸癌の罹患率は上昇傾向であり、当院の大腸癌手術件数も年々増加している（図1）。当院では大腸癌手術について開院より腹腔鏡下手術を早期癌より導入し、その安全性や治療根治性について確認しながら進行癌や側方郭清に適応拡大を行ってきた。現在ではcStage 0～IVまですべてが腹腔鏡下手術の適応であり、開腹手術の適応は浸潤傾向が強い癌や巨大な癌となっている。昨年度の腹腔鏡下手術率は結腸、直腸ともに84.8%となっており、開腹手術への移行率は結腸0.74%、直腸2%であった（図2, 3）。

現在腹腔鏡下手術は右側・左側・直腸にてポート位置や立ち位置に若干の違いはあるが、5本のポート（12mmカメラポート、12mmポート、5mmポート×3）を使用している（図4）。検体の摘出は臍部の12mmカメラポートを3-4cm切開し摘出している。

腹腔鏡による手術の利点は拡大視野効果による微細手術が可能であり、せい容性に優れている。欠点は触感が薄い、トレーニングが必要、コスト高などがあげられる（図5）。

腹腔鏡・開腹手術との比較は腫瘍の背景が異なるため一概にはできないが、短期成績では腹腔鏡下手術において結腸癌・直腸癌での合併症の増加もなく（図6）、3y-Disease Free Survivalにおいても結腸癌・直腸癌の各ステージに

おいて劣勢を認めなかった（図7、8）。

開院7年を迎え大腸癌における腹腔鏡下手術はすべてのStageの癌に適応となり、これ以上の普及率はないと考えられる。今後はさらなる技術の向上を行い早期癌に対しポートを3～4本に減らしたreduce port surgeryや臍部の傷のみにて腹腔鏡下手術を行う単孔手術の導入を行っていく予定である。

コメント

近隣の先生方にはいつも大変お世話になっております。

当科では患者さんへの侵襲を減らした腹腔鏡下手術、肛門温存を基本とした手術を施行しております。

今後も変わらぬご紹介のほどをよろしくお願いいたします。



大腸癌年間症例数

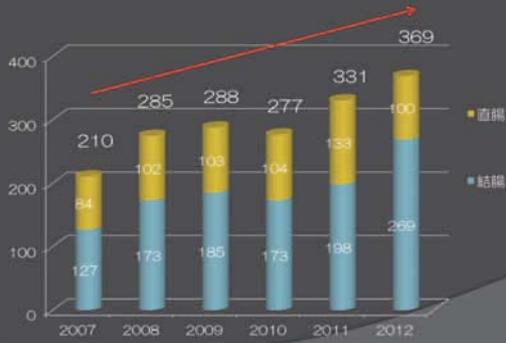


図-1

結腸癌腹腔鏡率推移



図-2

2012年度開腹移行率 0.74% (1例)

直腸癌腹腔鏡率推移



図-3

2012年度開腹移行率 2% (2例)

腹腔鏡の実際

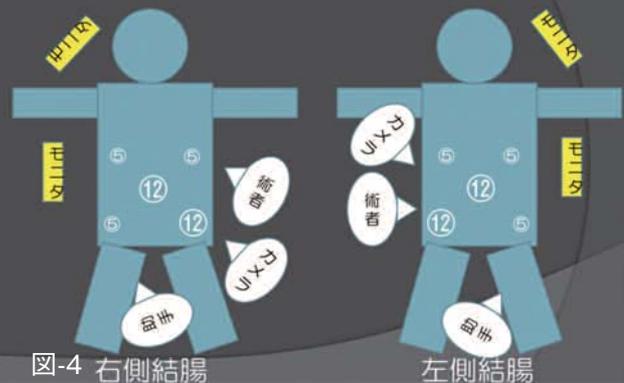


図-4 右側結腸

左側結腸

腹腔鏡の利点・欠点

- 利点
 - 体への負担が少ない (腹壁の損傷が少ない)
 - 拡大視野確保による微細手術が可能
 - 腸閉塞、創部ヘルニアなどの合併症が少ない
 - 日常生活への復帰が早い
 - 美的
 - 術後疼痛が軽い
- 欠点
 - 触覚が薄く、腹腔鏡特有の解剖知識が必要
 - 二次元映像であり奥行きが把握しづらい
 - カメラ視野以外でのトラブル
 - 出血による視野不良
 - スタッフを含めトレーニングが必要
 - コスト高 (利益が少ない)

図-5

手術短期成績

	手術時間 min	出血量 ml	合併症 %	食事開始 day	在院日数 day
結腸 (C~RS)					
Open	195.3	318.1	36.5	3	9
Lap	187.7	24.3	15.0	3	7
直腸 (Rb~Rb)					
Open	293.2	500.4	48.1	3	10
Lap	273.8	44.1	32.9	3	10

図-6

中期成績 (結腸 3y-DFS)

	Open	Lap	p
Stage I	85.4%	95.1%	<0.05
Stage II	79.7%	92.1%	<0.001
Stage IIIa	77.7%	85.9%	<0.001
Stage IIIb	79.3%	72.5%	0.996

図-7

中期成績 (直腸 3y-DFS)

	Open	Lap	p
Stage I	87.7%	92.3%	0.836
Stage II	77.0%	79.5%	0.302
Stage IIIa	73.9%	90.8%	0.196
Stage IIIb	58.7%	90.0%	0.013

図-8

当院下部消化管外科で行っている臨床試験



埼玉医科大学国際医療センター
消化器外科
近藤 宏佳



臨床試験は、人を対象とした治療を兼ねた試験のことを指します。既存の治療法の効果を追跡調査したり、既存の薬を組み合わせた併用療法の効果や安全性を調査することで、新しい治療法が従来の治療法より優れていることが確かめられればそれが標準的な治療となります。日本国内でも数々の多施設共同臨床試験が行われており、当院下部消化管外科も10以上の臨床試験に参加させていただいております。一部をご紹介します。JCOG(Japan Clinical Oncology Group)：日本で唯一の公的研究費による多施設共同研究グループであり、多施設共同臨床試験を実施することで新しい標準的治療法を確立することを目的としています。いくつかの専門分野別グループに分かれておりますが、大腸がんグループ参加施設は全国で60施設あり、埼玉県では防衛医科大学校、埼玉県立がんセンター、自治医科大学附属さいたま医療センター、埼玉医科大学国際医療センターとなっております。10以上ある臨床試験の中でも特に、JCOG1107試験（治癒切除不能StageⅣ大腸癌に対し原発巣切除が必要な場合の腹腔鏡手術の開腹手術に対する非劣性の検証）への症例登録数は2013年12月現在全国1位となっております。そのほかの臨床試験も考慮すると、大腸癌すべてのStageでなんらかの臨床試験の対象症例となっており、今後も未来の安全でかつ有効

な治療法確立への一助となるべく推進してまいりたいと考えております。もちろん、臨床試験に参加していただく患者さんに不利益がおこるようなことはあってはならず、参加していただく患者さんにとって安全に行われるものであるのか、倫理的な配慮が十分になされているか、当院の審査委員会で審査を受け承認された上で実施しております。ハイボリュームセンターとしての役割を果たすべく、臨床試験にもご協力のほどよろしく願いいたします。

コメント

連携医療機関の先生方へ

おかげさまで当院の大腸癌症例数は全国でもトップレベルとなっております。ゆえに臨床試験への積極的な参加はハイボリュームセンターとしての役割の一つと考えておりますので、今後ご協力のほどよろしく願いいたします。



JCOG

Japan Clinical Oncology Group

- ▶ 日本で唯一の公的研究費による多施設共同研究グループ
- ▶ 目的: 多施設共同臨床試験を実施することで新しい標準的治療法を確立する。
- ▶ 約15の専門分野別のグループ
- ▶ 約180の医療機関

JCOG 大腸がんグループ参加施設 60施設

- ▶ 札幌厚生病院
- ▶ 岩手医科大学
- ▶ 宮城県立がんセンター
- ▶ 山形県立中央病院
- ▶ 栃木県立がんセンター
- ▶ 群馬県立がんセンター
- ▶ 防衛医科大学校
- ▶ 埼玉県立がんセンター
- ▶ 自治医科大学附属さいたま医療センター
- ▶ 埼玉医科大学国際医療センター
- ▶ 国立がん研究センター東病院
- ▶ 千葉県がんセンター
- ▶ 順天堂大学医学部附属浦安病院
- ▶ 国立がん研究センター中央病院
- ▶ 杏林大学医学部
- ▶ 東京医科大学病院
- ▶ がん・感染症センター都立駒込病院
- ▶ 慶応義塾大学病院
- ▶ 東京医科歯科大学
- ▶ 東邦大学医療センター大橋病院
- ▶ 北里大学東病院
- ▶ 神奈川県立病院機構神奈川県立がんセンター
- ▶ 横浜市立市民病院
- ▶ 北里大学医学部
- ▶ 昭和大学横浜市北部病院
- ▶ 横浜市立大学附属市民総合医療センター
- ▶ 済生会横浜市南部病院
- ▶ 新潟県立がんセンター新潟病院
- ▶ 新潟県厚生連長岡中央総合病院
- ▶ 富山県立中央病院
- ▶ 石川県立中央病院
- ▶ 長野市民病院

- ▶ 大阪大学医学部
- ▶ 大阪府立病院機構大阪府立成人病センター
- ▶ 国立病院機構大阪医療センター
- ▶ 大阪府立病院機構大阪府立急性期・総合医療センター
- ▶ 大阪市立総合医療センター
- ▶ 大阪医科大学
- ▶ 市立堺病院
- ▶ 箕面市立病院
- ▶ 市立吹田市民病院
- ▶ 関西労災病院
- ▶ 兵庫医科大学
- ▶ 医療法人 薫風会佐野病院
- ▶ 鳥根大学医学部
- ▶ 岡山済生会総合病院
- ▶ 広島市立広島市民病院
- ▶ 県立広島病院
- ▶ 広島市立安佐市民病院
- ▶ 福山市民病院
- ▶ 国立病院機構四国がんセンター
- ▶ 高知医療センター
- ▶ 久留米大学医学部
- ▶ 熊本大学医学部
- ▶ 大分大学医学部附属病院
- ▶ 岐阜大学医学部
- ▶ 静岡県立静岡がんセンター
- ▶ 愛知県がんセンター中央病院
- ▶ 藤田保健衛生大学
- ▶ 国立病院機構京都医療センター

JCOG1107

- ▶ 原発巣切除が必要な治癒切除不能Stage IV大腸癌
- ▶ 出血、狭窄などの症状を伴う。

予定登録数 450例
登録数 29例(当院登録数 5例)

JCOG1007

- ▶ 待機手術が可能な治癒切除不能Stage IV大腸癌
- ▶ 腸閉塞症状を認めない進行大腸癌

予定登録数 770例
登録数 39例(当院登録数 0例)

JFMC

がん集学的治療研究財団

Japanese foundation for Multidisciplinary treatment of Cancer

- ▶ 1980年厚生労働省医政局所管の財団法人として認可
- ▶ 目的: がんの集学的治療に関する研究を助成援助すると共に、これに関する成果の統計解析の評価を行い、患者に優しく且つ患者の望む治療効果をより効率的に実現する治療法を確立する

JFMC46試験

- ▶ 再発危険因子を有するStage II 大腸癌に対するUFT/LV療法の臨床的有用性に関する研究

予定登録数 1200例
登録数 787例(当院登録数 3例)

JFMC47試験

- ▶ Stage III結腸癌治癒切除例に対する術後補助化学療法としてのmFOLFOX6療法またはXELOX療法における5-FU系抗がん剤およびオキサリプラチンの至適投与期間に関するランダム化第III相比較臨床試験

予定登録数 1200例
登録数 864例(当院登録数 0例)

ACTS-CC02試験

- ▶ Stage IIIb大腸癌治癒切除例に対する術後補助化学療法としてのUFT/Leucovorin療法とTS-1/Oxaliplatin療法のランダム化比較第III相試験

予定登録数 1200例
登録数 810例(当院登録数 2例)

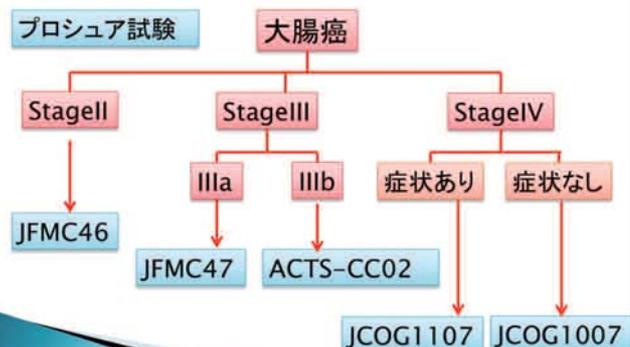
プロシユア

- ▶ 大腸癌手術術後炎症反応に対するプロシユアの比較第II相臨床研究

予定登録数 100例
登録数 17例(当院登録数 2例)

その他の臨床試験あり

当院での臨床研究対象症例振り分け



※上記以外の臨床試験も実施中

原田病院からの報告

原田病院
消化器外科
佐藤 貴弘



私ども医療法人 東明会 原田病院は西武池袋線入間市駅から徒歩7分に位置する中規模病院です。地域医療に根ざした診療を行いつつ、現代のニーズに合わせて低侵襲治療に取り組んでいます。今年は大腸内視鏡検査件数も3年前の2倍前後で500件を越え、内視鏡下粘膜切除術は2-3倍の76件となっています(図1)。3年前は腹腔鏡下手術は皆無でしたが、この2年半で腹腔鏡下胆嚢摘出術85例、腹腔鏡下大腸切除術8例、腹腔鏡補助下胃切除術6例、腹腔鏡下異物除去術1例と、当初の目標であった100例に到達しました(表1)。一方で、早期癌症例が少ないため、腹腔鏡下手術適応例も多いとはいえません。そこで、腸閉塞合併進行大腸癌症例(図2)を減圧ののちに腹腔鏡下切除を行ったりしています。また、病院経営上、急性期病床を維持していくには、ある程度、手術していかねばなりません。近隣には石心会埼玉病院、防衛医科大学校病院などがあり、私どもに来る症例は比較的风险が高く、埼玉医科大学国際医療センター(SIMC)の協力なくしては成立しません。具体的には脳室-腹腔シャント施行後の多発肝転移を有する進行直腸癌症例(肝切除可能かどうかSIMC肝胆膵外科にセカンドオピニオン受診し、化学療法施行)(図3, 4)、腹膜播種を2回切除し3年9ヶ月生存している下行結腸癌症例(難症例のためSIMC麻酔科の先生にご協力

依頼)(図5)、横隔膜機能不全を伴う巨大結腸症の切除例(同)(図6)。私が国際医療センター在任時に開発したpelvic peritonectomy(Anticancer Res 33: 975-980, 2013)(図7)を施行した腹膜播種陽性S状結腸癌症例(リンパ節再発による水腎症に対しSIMC泌尿器科の先生よりdouble-Jカテーテル挿入、その後化学療法施行)(図8)など、外科症例にてご協力頂き、病院としては非常に助かっており、感謝しています。

今後とも宜しくお願いします。

当院における腹腔鏡下手術

平成23年6月から25年12月まで

腹腔鏡下胆嚢摘出術	85例
腹腔鏡下大腸切除術	8例
腹腔鏡補助下胃切除術	6例
腹腔鏡下異物除去術	1例

表-1

2013.12.18 埼玉医大医療連携



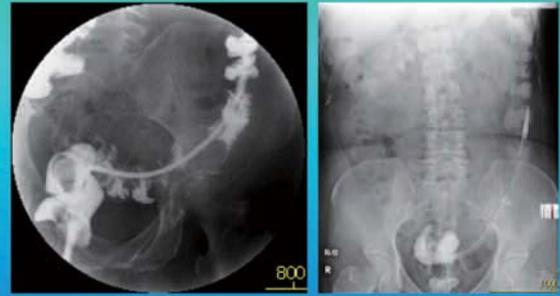
大腸内視鏡検査および内視鏡下粘膜切除術 (EMR, endoscopic mucosal resection)



図-1

2013.12.18 埼玉医大医療連携

【注腸所見】



18日間洗浄減圧、腸内容を十分にクリーニングした。

図-2

2013.12.18 埼玉医大医療連携

【VP shunt 造影所見】



開存性はあるが、流量は少なく抜去可能と判断された。

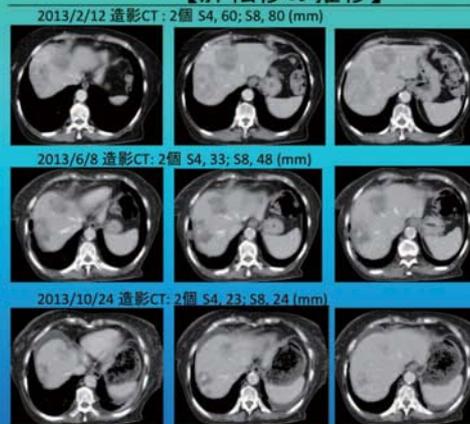
手術2日前にVP shunt 抜去。断端は皮下に埋没。

図-3

2013.12.18 埼玉医大医療連携

【肝転移の推移】

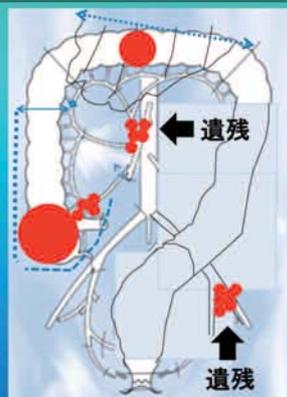
2013.12.18 埼玉医大医療連携



↓
XELOXによる縮小率: 70%

図-4

【切除標本-再発巣切除】



回盲部切除、大網切除、癒着剥離。C, 大きさ30X30mm, Type 3, tub2, pSS, int, INFb, ly3, v1, pPMO, pDMO, pRMO, T3N1M1. 小腸間膜LN, 大網腹膜播種」。術後11日目にCVポート留置。合併症なく14病日に退院した。

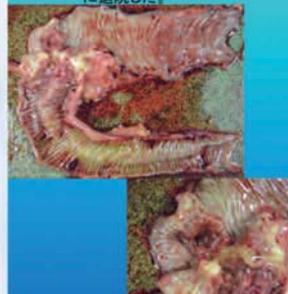


図-5

2013.12.18 埼玉医大医療連携

図-6

【CT所見】



拡張した腸管が弛緩した横隔膜を圧排

2013.12.18 埼玉医大医療連携

図-7

【Hypothesis】

colorectal & ovarian cancer: not so high invasive activity

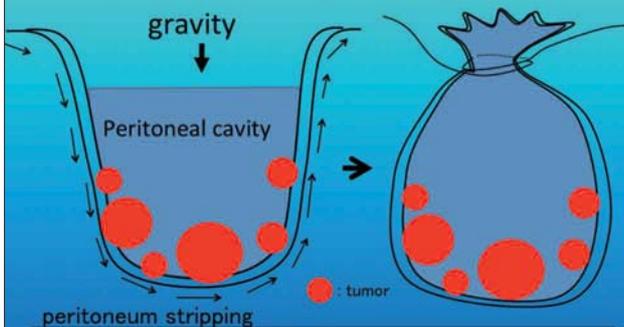
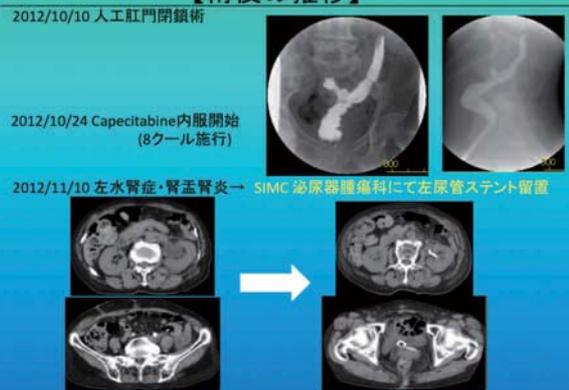


図-8

【術後の推移】



2013/5/30 FOLFOX+Bmab 10クール施行

2013.12.18 埼玉医大医療連携

難治性心不全の新しい治療：和温療法



埼玉医科大学国際医療センター
心臓内科
村松 俊裕



和温療法とは、鄭忠和先生(前鹿児島大学大学院循環器・呼吸器・代謝内科学教授)が基礎研究と臨床試験を重ねて完成させた1日1回、60℃に設定した和温療法器(遠赤外線均等温乾式サウナ)に15分間入り、さらに30分間の保温安静により和温効果を持続させ、終了後に体重測定をして発汗に見合った水分量を補給するという心不全治療法である。当初は温熱療法と呼んでいたが、癌の治療法と混同するため2007年に“心地良い発汗をもたらす心身をリフレッシュさせる、なごむ・ぬくもり”の意味を持つ和温療法と命名された。和温療法は、日本循環器学会の慢性心不全治療ガイドラインでは心不全に対する薬物療法の補助療法のClass1に指定されているが、未だ保険収載には至っていない。サウナ機器を含めた温熱機器がうっ血性心不全には禁忌となっているためである。このため先進医療専門会議は和温療法を先進医療Bとして承認、現在、この先進医療は当院を含め全国19病院で施行中である。本稿では和温療法の短期効果と6か月の効果を報告する。1～2治療期間(1治療期間は10日間)の短期和温療法の検討の対象は24名の慢性心不全患者で全員導入時NYHAⅢ群、平均左室駆出率22%、平均BNP値987.5pg/mlであった。うち13名はCRT-D(両室ペーシング機能付き植え込み型除細動器)植え込みを、さらに13名中9名はカテコラミン持続点

滴が施行されていた。BNP値は平均987.5pg/mlから607pg/mlと有意に減少、しかし収縮能は22±11%から24±10%と著変は認めなかった。一方、週2回のみだが外来和温療法の検討では開始前の収縮能は17.5%から6か月後に26.8%に、開始前6か月の平均入院日数102±56日は6±13日に著減した。日本の心不全患者数予測に関する疫学研究では、2030年に心不全患者は130万人に達すると推計されている。増加する心不全に対し当院では心臓移植、植え込み型人工心臓から和温療法まで様々な治療戦略で取り組んでおり、地域の先生方との病診連携に努めて参りたいと考えています。

ーコメントー

和温療法にご興味をいただきましたら、まずは心臓病センター心不全外来担当 村松宛にお気軽にご紹介下さい。また、当院は心臓移植認定施設となっております。若年の重症心不全で来院困難と思いますので、貴院までお伺いしてご相談・拝診させていただくことも可能ですので、心臓病センター心不全外来担当 村松宛にご連絡下さい。



循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2009年度合同研究班報告)

慢性心不全治療ガイドライン (2010年改訂版)

Guidelines for Treatment of Chronic Heart Failure (JCS 2010)

和温療法

Class I

- 心不全に対する薬物療法の補助療法として (エビデンスレベルB) (421, 548, 549)

治療推奨度

Class I : エビデンスから通常適応され、常に容認される

Class II a : エビデンスから有用であることが支持される

Class II b : 有用であるエビデンスはまだ確立されていない

Class III : 一般に適応とならない。あるいは禁忌である

Division of Cardiology
Saitama International Medical Center

第59回 地域医療連携懇話会

慢性心不全患者に対する高度先進医療参加施設

- ・ 鹿児島大学病院
- ・ 東京大学医学部附属病院
- ・ 富山大学附属病院
- ・ 福岡大学病院
- ・ 兵庫医科大学病院
- ・ 東邦大学医療センター佐倉病院
- ・ 東京都健康長寿医療センター
- ・ 獨協医科大学病院
- ・ 埼玉医科大学国際医療センター
- ・ 順天堂大学医学部附属順天堂医院
- ・ 昭和大学病院
- ・ 福島県立医科大学附属病院
- ・ 岡山大学病院
- ・ 京都府立医科大学病院
- ・ 東京女子医科大学病院
- ・ 北里大学北里研究所病院
- ・ 榊原記念病院
- ・ 自治医科大学埼玉医療センター
- ・ 独立行政法人国立病院機構函館病院

Division of Cardiology
Saitama International Medical Center

第59回 地域医療連携懇話会

遠赤外線均等乾式サウナ治療室

(鹿児島大学病院)



Division of Cardiology
Saitama International Medical Center

第59回 地域医療連携懇話会

当院での和温療法の様子



Division of Cardiology
Saitama International Medical Center

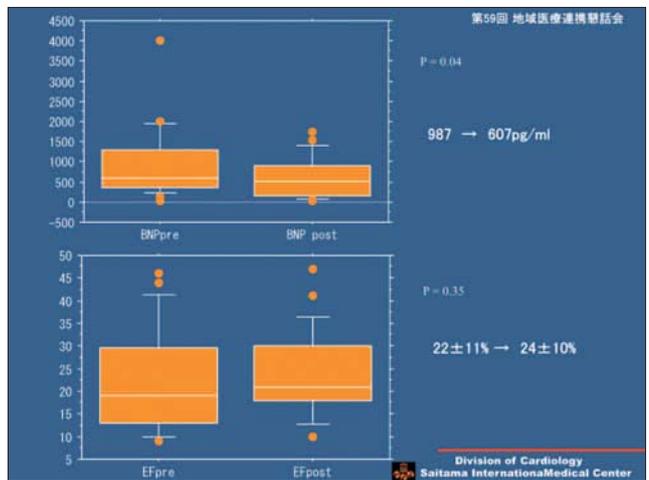
第59回 地域医療連携懇話会

対象: 24名

(1~2治療期間(1治療期間10日間)の短期和温療法の検討)

年齢	58 ± 16才 (21 - 81才)
性別	男性 16名 女性 8名
NYHA	III: 24名
原疾患	DCM 14名 ICM 6名 MVR後1名 心サ2名 Fabry病 1名
CRT-D	13名
DOA/DOB	9名
LVEF	22 ± 11 % (9 - 46%)
BNP	987.5 ± 892.1 pg/ml
Cr	1.28 ± 0.72 mg/dl
SBP	96 ± 11 mmHg (79 - 123)

Division of Cardiology
Saitama International Medical Center

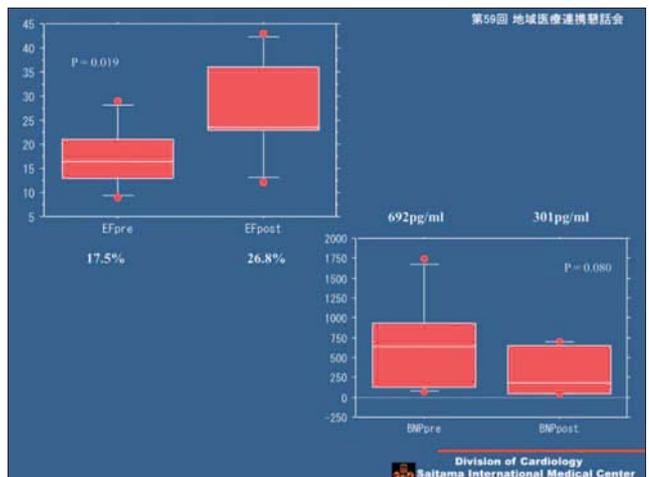


第59回 地域医療連携懇話会

外来和温療法(週2回)の対象: 6名

	38M	56M	40M	66F	67F	52F
	DCM	ICM	DCM	ICM	DCM	心サ
LVEF	21	29	13	18	9	15
BNP	125.5	67.4	866.3	939.4	410.7	1747.9
CRTD	+	-	+	+	+	+
ASV	-	+	+	+	+	-
Furosemide	non	40mg	60mg トリコルマフェランド	80mg トリコルマフェランド	40mg トリコルマフェランド	100mg
enalapril	10mg	1.25mg	non	non	1.25mg	カンデサルタン 2mg
β blocker	20mg	5mg	2.5mg	5mg	3.75mg	2.5mg
pimobendan	non	5mg	5mg	5mg	5mg	non

Division of Cardiology
Saitama International Medical Center



心房細動アブレーションの現況



埼玉医科大学国際医療センター
不整脈科
加藤 律史



心房細動は加齢とともに増加する疾患で、発作性も含めると現在本邦では100万人をこえる患者さんがいると推定されています。世界的に心房細動に対するカテーテルアブレーションの位置づけが格上げされ、本治療は広く普及しています。当院でも2013年では126例の心房細動アブレーションを行い、アブレーション全体の過半数を占めております。

アブレーションでは、従来の薬物療法単独ではほぼ不可能であった慢性持続性症例での洞調律維持に伴い血行動態改善のメリットが期待され、当院でも中等度の低左心機能症例においてアブレーション後に左室駆出率55～60%前後まで改善することが観察されています。また脳梗塞の低～中等度リスク（CHADS2 scoreで3点以下）の患者さんでは、アブレーション後の脳梗塞発症リスクは心房細動がない人と同様であることも報告され、抗凝固療法も含む内服治療中止の可能性も期待されています。

しかし、本治療は侵襲的治療であり、残念ながら当院でも少数の合併症を経験し、国際的にも1.3%の心筋穿孔、0.2%の脳梗塞程度の合併症率が報告されています。また再発率が比較的高く、海外の著名施設からのデータでは発作性心房細動でも非再発率46.6%/5年まで減少することが報告され、当院では2012～3年のアブレーション施行例の20%弱が2回目以上の症例

でした。合併症・再発率低減が、今後、本治療において克服すべき重要課題です。

2013年度からは先端圧センサー付きカテーテルが使用可能となりました。このカテーテルでは安全性が向上し、再発率が減少することも報告されてきています。現在当院では全例この新しいカテーテルを使用しています。また今後はバルーンカテーテルも出現し、治療成績の向上とともに手技時間短縮も期待されており、間もなく使用可能となる予定です。これらの技術革新、新知見により、ますます多くの患者さんの心房細動が治療され、最終的には心房細動に伴う脳梗塞・心不全の減少に結びつくよう努力してまいりますのでよろしくお願い申し上げます。

ーコメントー

比較的若年（70歳未満）で動悸・息切れなど有症候の心房細動患者さんがいらっしゃいましたら是非ご紹介頂けましたら幸いです。

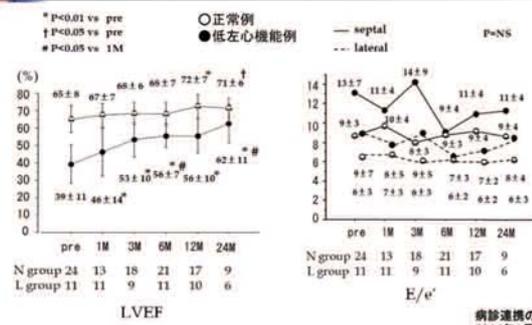


ガイドラインでのアブレーションの位置づけ

- Class I:** 1. 高度の左房拡大や高度の左室機能低下を認めず、かつ重症肺疾患のない薬物治療抵抗性の有症候性の発作性心房細動で、年間50例以上の心房細動アブレーションを実施している施設で行われる場合
- Class II a:** 1. 薬物治療抵抗性の有症候性の発作性および持続性心房細動
2. パイロットや公共交通機関の運転手等職業上制限となる場合
3. 薬物治療が有効であるが心房細動アブレーション治療を希望する場合
- Class II b:** 1. 高度の左房拡大や高度の左室機能低下を認める薬物治療抵抗性の有症候性の発作性および持続性心房細動
2. 無症状あるいはQOLの著しい低下を伴わない発作性および持続性心房細動
- Class III:** 1. 左房内血栓が疑われる場合
2. 抗凝固療法が禁忌の場合

持続性Af例でのアブレーション前後の心機能変化(自験例)

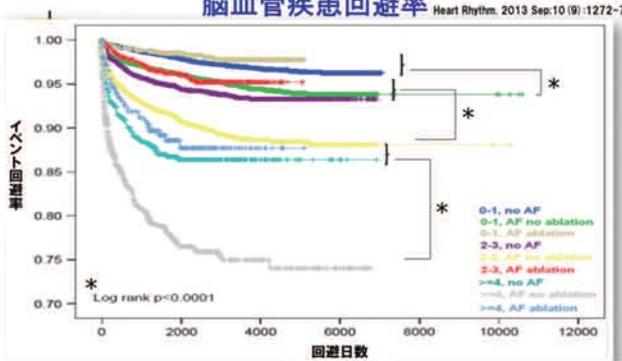
(J Interv Card Electrophysiol. 2013;37(2):179-87.)



病診連携の会
2014年1月15日

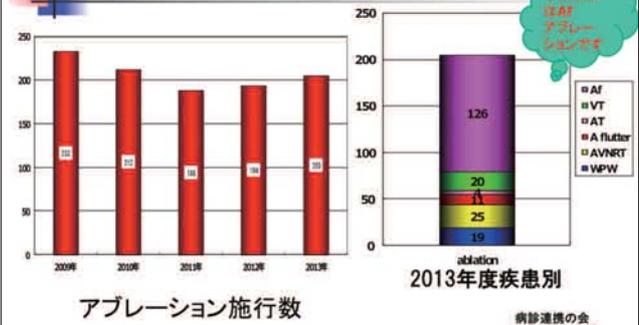
CHADS2スコア/Af/ablation 有無別 脳血管疾患回避率

Heart Rhythm. 2013 Sep;10(9):1272-7



Total 37908例 (Af4212例)。Afアブレーション後のイベント回避率はAf無い群とほぼ同様！80歳未満、CHADS2 score4以下ではno ablation群に比べ有意にイベント回避率が高かった。

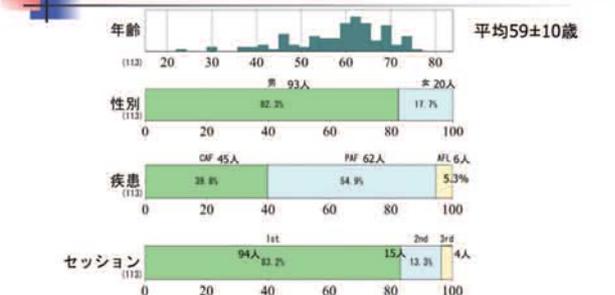
当院のアブレーション件数



病診連携の会
2014年1月15日

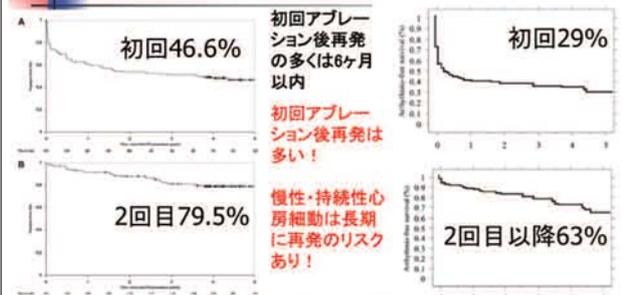
心房細動アブレーション 対象症例と合併症

(2012年11月から2013年10月まで全113例)



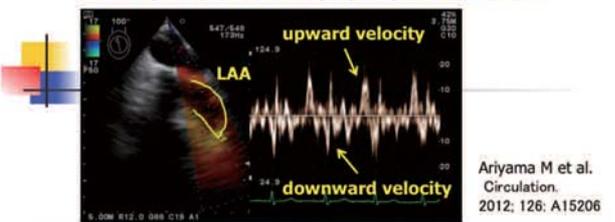
合併症: 心タンポナーデ1例、脳梗塞1例、動静脈ろう1例、仮性動脈瘤1例、心房粗動3例、心膜炎1例、心のう液貯留1例、肝機能異常2例、心不全1例、炎症反応の遅延1例

カテーテルアブレーションで治るのか？ 長期成績(5年)



病診連携の会
2014年1月15日

心房細動再発予測に関わる要因(自験例)



	Odds ratio	CI 95%	p value
年齢	0.98	0.88~1.09	0.71
性	1.83	0.12~40.4	0.71
LVEF	1.00	0.94~1.06	0.89
LAESVI	1.01	0.93~1.09	0.66
LAWV (e')	1.20	0.83~1.74	0.33
LAAWV	1.45	1.07~1.97	0.018
高血圧	1.11	0.18~6.77	0.91

LAAWV: 左心耳壁運動速度

まとめ

- カテーテルアブレーションは心房細動治療において根治が期待できる唯一の治療である
- アブレーションにより洞調律化することにより、心機能改善や抗凝固療法中止の可能性が期待されている
- 新しい技術が応用されるようになってきているが、依然として他のアブレーションに比べ高い合併症率、高い再発率があり、適応拡大のためにはその克服が今後の課題である

病診連携の会
2014年1月15日

地域病診連携を目指して

シャローム病院
院長
鋤柄 稔



病診連携により、常日頃から国際医療センターの皆様にお世話になり感謝しております。当院は昨年12月から有床診療所から、許可病床55床のシャローム病院として再出発しました。

平成24年度に、当院から24年には国際医療センターに紹介した全症例は124例で、科別の内訳は心臓内科40、消化器病センター29、乳腺腫瘍科28、救命12などである。同年度、当院から他院に紹介となった循環器疾患の症例数は74例で、うち44例(59.4%)が国際医療センター宛であった。

以下、国際医療センターに送った循環器疾患44例について分析する。

疾患別内訳は、IHD関連が20例（うちAMI 2例）と約半数を占め、不整脈症例6、その他15となる。

緊急搬送例は44例中13例（29.5%）でそのうちの半数（6例）はAMI 2例含むIHD関連症例であった。

逆紹介率は42/44(95.4%)であった。戻ってこなかった2例は特殊ケースで、高度医療機関で診療続けざるを得ない状態であったことを考えると、逆紹介率はほぼ100%と言える。

連携で助けていただいた3例を提示する。

（症例1）29歳、男。健診のECGでBurgada症候群疑いにて、シャロームにつさい医院（当院

分院で坂戸に位置）受診。同日、本院（シャローム病院）循環器外来（国際医療センター派遣医師担当）に紹介。そこから、国際医療センターに転送。

（症例2）61歳、男。AMI症例。既往にOMIがあり、当院循環器内科（国際医療センター派遣医師担当）に定期に通院。’12/6/22 “午後から胸痛発作。18時までに3回。19時来院。紹介状持たせ、明朝1番で国際受診指示。21時過ぎ電話あり。“胸部圧迫感残る”。国際心臓内科医に電話。直ぐの受診をとの指示。患者に電話し受診。同日、国際でPCI。6/27退院。7/13逆紹介。



循環器疾患74例の紹介先(‘12)

- 国際医療センター: 44
- 県立循呼センター: 27
- 総合医療センター: 3

シャローム→国際 科別紹介数

	‘12	‘13
心臓内科	40	57
乳腺腫瘍科	28	41
消化器病センター	29	29
救命	12	18
脳血管センター	3	9
呼吸病センター	3	8
泌尿器腫瘍科	1	6
皮膚腫瘍科	0	4
造血管腫瘍科	0	2
その他(8科)	8	6
計	124	180

‘12年紹介44名:心臓内科関与例 疾患別頻度

- * IHD関連 20(うちAMI 2, 治療後7)
- * 不整脈 6
- * DCM(心不全、再評価) 3
- * その他 15
AS, ASD, Bentall後Marfan, PM後, ASO, AAA, 肺塞栓など
含む

‘12年紹介44名:心臓内科関与例 緊急搬送例13(29.5%)

- * IHD関連 6(うちAMI 2)
- * 心不全 3
- * ASD(感冒) 1
- * 肺塞栓 1
- * 胸苦(MVR, PM後) 1
- * PM後III-300 1

逆紹介率

42 / 44 (95.4%)

食道癌の集学的治療



埼玉医科大学国際医療センター
消化器外科
佐藤 弘



食道癌治療には、手術治療、化学療法、放射線治療、内視鏡治療など様々な治療方法があり、またそれらを組み合わせて治療する集学的治療が行われている。難治癌であり、高度侵襲手術である食道癌手術の周術期管理では、様々な診療科がチームとなり診療することが重要である。消化器外科・麻酔科のほかに、歯科による口腔ケア、リハビリテーション科による周術期離床支援・肺理学療法・嚥下評価・訓練、管理栄養士による栄養指導などが行われている。そのような取り組みをすることにより、従来より入院期間が短縮し、特に周術期合併症を認めなければ、14日間程度の術後入院期間で退院が可能となっている。

早期がんであれば、積極的に内視鏡治療（ESD）を行い、進行度に応じ手術、術前化学療法+手術、根治的化学放射線療法を施行している。根治が望めないケースでは、姑息的放射線治療や化学療法、胃瘻・腸瘻造設や緩和医療を行い、患者様のQOLを重視した治療を提供できるようにしている。

高度進行癌に対する根治的化学放射線療法後の遺残・再発に対しては、高難易度手術であるサルベージ手術を、根治のチャンスがあれば積極的に施行している。積極的に高度進行食道癌に根治的化学放射線療法を施行することにより、従来では根治が得られない症例にもサル

ベージ手術を組み合わせることにより、治癒が期待できる症例を認めるようになった。また積極的に胸腔鏡下食道切除を導入し、手術の低侵襲化を図っている。胸腔鏡を通じ、拡大視効果による精密な手術操作と、若手医師・学生に対する教育効果が期待できる。

2013年度の食道癌の切除例は46例であり、当院開院以来、もっとも手術件数が多くなった。手術例のうちサルベージ手術が10例、胸腔鏡手術は15例に施行した。

食道癌に対してはガイドラインに則し、高度進行がんから早期がんに至るまで、最適な治療を提供できるよう、スタッフ一丸となり日々の診療に取り組んでいる。

コメント

平素より貴重な患者様をご紹介いただき、誠に有難うございます。食道早期がんから進行がんまでの様々な患者様に、チーム医療で最適な治療を提供致します。今後ともよろしくお願い申し上げます。



食道癌の集学的治療

埼玉医大国際医療センター上部消化管外科
佐藤 弘

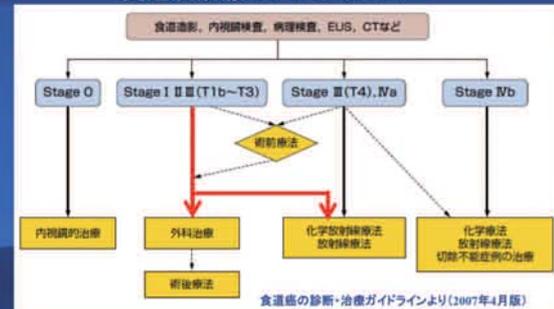
食道癌周術期の役割

- ◆ 消化器外科、麻酔科
手術、術前術後管理
- ◆ 頭頸部腫瘍科
重複癌精査、手術
- ◆ 歯科
口腔ケア、う歯治療、
- ◆ リハビリテーション科(医師・言語聴覚士・理学療法士)
呼吸器リハビリテーション
嚥下訓練、ビデオ嚥下造影(VF)
- ◆ 心臓内科
術前循環器精査、治療
- ◆ 栄養科(管理栄養士)
食事形態、栄養指導

食道癌周術期管理



食道癌治療のアルゴリズム



- ✓ 手術適応患者は同時に化学放射線療法の適応でもある。
- ✓ 同一施設内でも担当科によって治療方針が異なる可能性がある。
- ✓ 当院では初回治療例に対しフローチャート化した院内食道癌治療ガイドラインに基づき診療している。

手術治療

- ◆ 標準的な手術を安全に行う
→ 周術期管理の向上
- ◆ 低侵襲手術 鏡視下手術 (胸腔鏡, 腹腔鏡)
- ◆ 高度進行癌に対する手術
化学放射線療法+サルベージ手術

胸腔鏡下食道切除 気胸下左側臥位食道切除



2013年度食道癌手術件数(47例)

食道癌切除手術 46例
(二期分割手術 3例, サルベージ 10例)
(胸腔鏡下食道切除 15例)

試験開胸術 1例

まとめ

- ◆ 臨床病期・全身状態に応じたガイドラインに則した治療
- ◆ 集学治療
- ◆ 多職種による周術期管理
- ◆ 鏡視下手術による低侵襲化
- ◆ 高度進行癌に対する集学的治療
→ 従来は治療できなかった癌を治す

胃がんの内視鏡治療



埼玉医科大学国際医療センター
消化器内科
真下 由美



胃がんは、年間10万人がかかる国民病。そのうち約半数が早期胃がんと診断されています。そして内視鏡治療（内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD））を受けられる人は、胃がん患者の4人に1人です。

日本で生まれた内視鏡は進化した内視鏡治療（内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD））を生み出しました。ESDの最大の恩恵は胃を「切らずに治す」ということです。その結果、胃が温存され、外科手術に比べ良好なQOLを保つことができます。

胃がんの内視鏡治療の適応は、リンパ節転移の可能性がほとんど無い病変、腫瘍が一括切除できる大きさと部位にあることです。

過去の外科手術例からみた早期胃がんのリンパ節頻度から、内視鏡治療の適応を決めています。早期の粘膜内がんであれば、がんのサイズが大きくても適応拡大病変です。10cm以上の病変でも治癒切除があり得ます。

現在、多くの施設において適応拡大病変に対して日常的にESDが施行されているのが現実ですが、適応拡大に対するESDは試験治療という位置づけです。

現在臨床試験が進んでおり、近い将来、試験治療という位置づけから外れると思われます。

ESDの2大偶発は出血と穿孔です。当科でのここ数年の発症率はそれぞれ、1.1%と0.3%で

す。いずれも、内視鏡的止血術やクリップ法で止血、閉鎖可能であり、緊急外科手術には至っておりません。

入院期間は前日入院で4泊5日。術後の痛みを感じることもほとんどありません。

しかし、「早期発見なくしてESDなし」。我々は経験から養った技術や、画像強調といったハードを駆使して早期発見に努めております。

加えて、「内視鏡検査なくして早期発見なし」。胃がんの家族歴がある方、ヘリコバクター・ピロリ菌の感染既往のある方は是非、内視鏡検査をおすすめいたします。

早期発見で胃がんは怖くありません。

コメント

当科では早期がんに対するESDを積極的におこなっております。

昨年度は食道47例胃161例大腸122例合計330症例、ほとんどが地域の先生方からの紹介症例です。「紹介なくしてESDなし」。患者様、紹介頂いた先生方にご満足頂ける医療を提供させていただきます。



第60回 地域医療連携懇話会

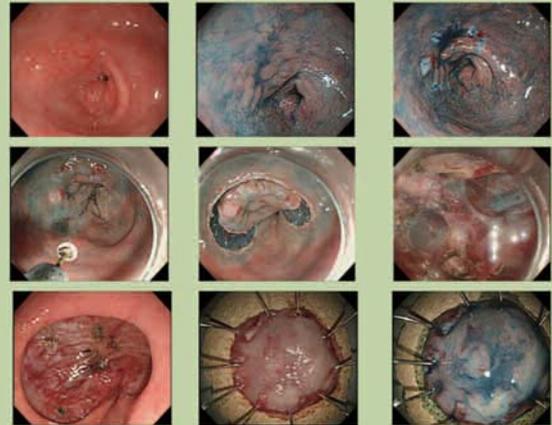
胃がんの内視鏡治療



埼玉医科大学国際医療センター
消化器内科 真下 由美

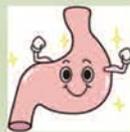
Saitama Medical University International Medical Center

内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)症例



がんを切らずに治す

胃の温存が可能であり、外科的切除術に比べ良好なQOLを保つことができる

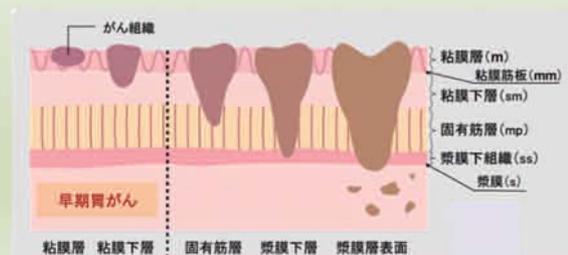


Saitama Medical University International Medical Center

胃がんの内視鏡治療の適応

適応の原則

リンパ節転移の可能性がほとんど無い病変
腫瘍が一括切除できる大きさと部位にあること



ガイドライン適応病変と適応拡大病変

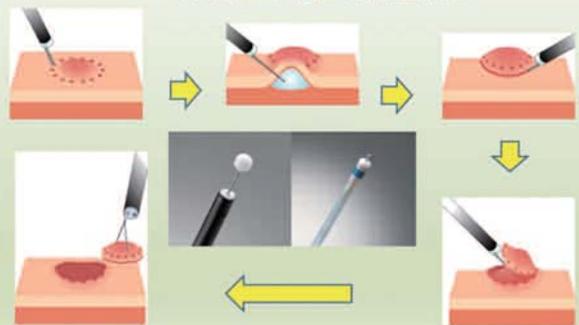
深達度	潰瘍	分化型		未分化型		断端侵襲
		≤2 cm	>2 cm	≤2 cm	>2 cm	
M	UL(-)	ガイドライン絶対適応	適応拡大病変	外科切除適応		ly0, v0
	UL(+)	適応拡大病変	外科切除適応			
SM1		適応拡大病変	外科切除適応			

現時点で適応拡大病変に対するESDは試験治療という位置づけ

Saitama Medical University International Medical Center

内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)

がんを切らずに治す内視鏡治療



Saitama Medical University International Medical Center

入院から退院まで4泊5日



胃癌の外科治療について



埼玉医科大学国際医療センター
消化器外科
櫻本 信一



地域の先生方には、日頃より多くの患者さんを紹介して頂きまして感謝しております。ご紹介頂きました胃癌患者さんの診断から治療までの流れ、治療法の選択、最近注目されている腹腔鏡下手術について概説します。

胃癌の診断は言うまでもなく内視鏡検査時に生検を行って組織学的に確定診断を行います。病巣の壁深達度や拡がり内視鏡やバリウム透視から、リンパ節転移、肝転移、肺転移、腹水の有無（腹膜播種）などの診断はCTや腹部エコーで行います。治療方針はこれら壁深達度(T)、リンパ節転移(N)、遠隔転移(M)から患者さんの進行度（ステージ）を判定し、原則として胃癌治療ガイドラインに準じて治療法を決定しています。

早期胃癌と進行胃癌では治療方針は大きく異なります。早期胃癌のうち粘膜癌は主に消化器内科で内視鏡治療を行っています。それ以外の早期胃癌は腹腔鏡下手術のよい適応です。腹腔鏡下手術は腹腔内を二酸化炭素ガスで膨らませて、腹腔内の様子をカメラに映し出して手術を行います。大きな創は必要なく、5mmまたは10mmのポートを5本用いて胃切除とリンパ節郭清を行います。切除胃は臍の創を拡大するか、4-5cmの創から摘出しますので美容的に優れています。術後疼痛が軽減され、入院期間の短縮や、早期社会復帰可能などのメリットがありま

す。また、腹腔鏡による拡大視効果により、神経温存術式や、出血の少ない手術が可能となりました。当院での2013年度の胃癌切除例は199例で、腹腔鏡下手術は92例(46%)と年々増加傾向にあります。一方、高度進行癌に対しては、腫瘍内科と連携のもと術前化学療法を行って、腫瘍の縮小やダウンステージを図り、治療成績の向上に努めています。

ーコメントー

当診療科では患者さんの年齢や状態に応じて安全で確実な手術を行うこと、また、きめ細かい術後管理により術後合併症を軽減させることを目指しています。効率的で質の高い医療を提供するためには地域連携が不可欠です。今後ともご支援、ご鞭撻をよろしくお願いいたします。

第60回 地域医療連携懇話会 2014年3月19日

胃がんの外科治療



埼玉医科大学国際医療センター 上部消化管外科
櫻本信一、佐藤 弘、岡 伸一、竹下宏樹、相田浩文、
阿南勝宏、鷲尾真理愛、高瀬健一郎、目井孝典



紹介患者さんの治療までの流れ

胃カメラ、生検で癌組織を再確認
胃バリウム検査
CT検査
超音波検査・・・など

病変の進行度・広がり診断(Stage分類)

最適な治療法の決定

進行胃癌

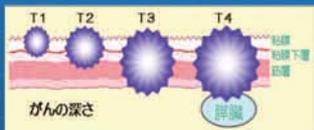


早期胃癌

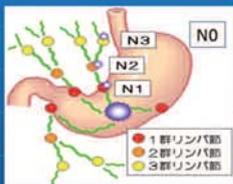


胃がんの進行度 (病期=ステージ)

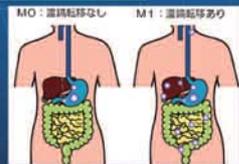
深達度



リンパ節転移の程度



遠隔転移の有無



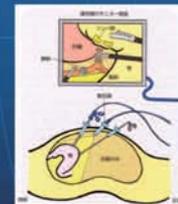
	N0	N1	N2	N3	M1
T1	I A	I B	II A	II B	
T2	I B	II A	II B	III A	
T3	II A	II B	III A	III B	
T4a	II B	III A	III B	III C	
T4b	III B	III B	III C	III C	
M1					

アプローチ法

開腹胃切除術
(標準治療)



腹腔鏡下胃切除術
(臨床研究の治療)



腹腔鏡下リンパ節郭清

血管・リンパ節・神経などが拡大視される

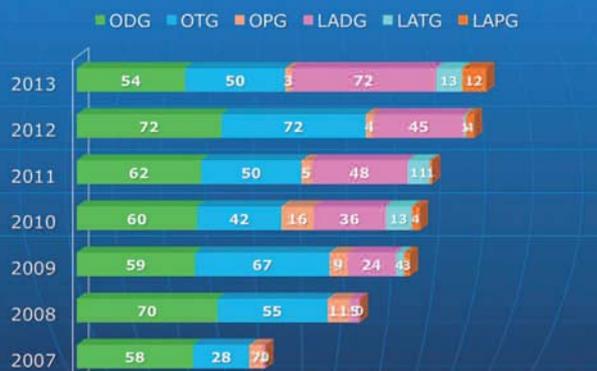


胃癌切除例



埼玉医科大学 国際医療センター

術式別年次推移



埼玉医科大学 国際医療センター

腹腔鏡下手術の利点

- 創が小さい
- 美容的
- 術後の痛みが少ない
- 早期に離床できる
- 体力の回復が早い
- 癒着性腸閉塞の減少
- 拡大視効果
- 出血が少ない
- 入院期間の短縮



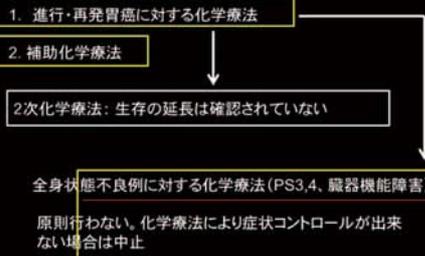
拡大視効果



腹腔鏡下幽門側胃切除

“身体にやさしい手術”

胃癌化学療法



使用される主な治療方法

- 1次治療
 - ティーエスワン/シスプラチン併用療法
 - ティーエスワン/ドセタキセル併用療法
 - ティーエスワン単独療法
 - 5-FU/シスプラチン併用療法
- 2次治療
 - アブラキサン単独療法
 - パクリタキセル単独療法
 - イリノテカン単独療法



日本胃癌学会 編 胃癌治療ガイドライン 医師用2010年10月改訂【第3版】

胃癌化学療法基準

- PS: 0,1,2
身の回りのことはほぼできるが、時に介助が必要。日中の50%以上は就床していない。
- 主要臓器機能が保たれている。
 - 骨髄：白血球>4000/ μ L, 血小板>100,000/ μ L
 - 肝機能：T.B. <2.0mg/dL, AST, ALT<100IU/L
 - 腎機能：血清Cr値：施設上限値以下 eGFR: 40以上 (50以下で減量)
- 年齢
75歳未満、75-80歳：合併症、ADL、合併症で判断、80歳以上：適応外

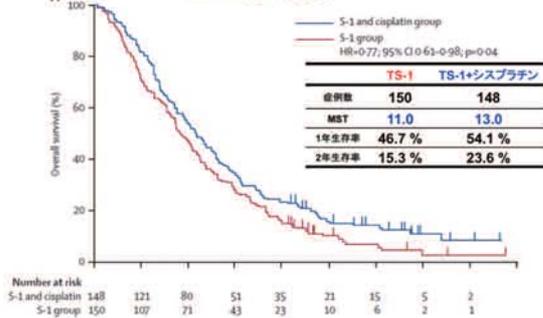
推奨される治療レジメン

- 胃癌に対する初回治療としての化学療法は、第3相試験の結果、**S-1 + シスプラチンが現時点で推奨できる**。イリノテカン+シスプラチンおよびイリノテカン+S-1 併用療法は、5-FU あるいは S-1 単独と比較して生存期間の延長を検証することができなかったことから、初回治療として選択することは推奨できない。

日本胃癌学会 編 胃癌治療ガイドライン 医師用2010年10月改訂【第3版】

SPIRITS

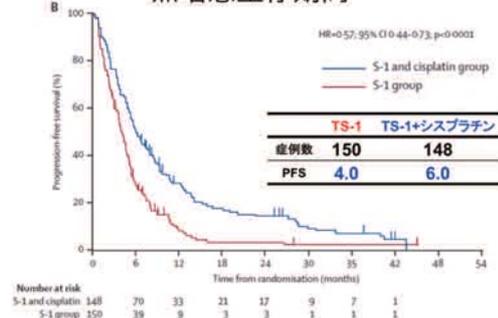
全生存期間



Boku N, et al. Lancet Oncol. 2009 Nov;10(11):1063-9.

SPIRITS

無増悪生存期間



Koizumi W, et al. Lancet Oncol. 2008 Mar;9(3):215-21.

SPIRITS

有害事象

	TS-1 (n=150)		TS-1+シスプラチン (n=148)	
	Gr.1以上	Gr.3/4	Gr.1以上	Gr.3/4
白血球数減少	38%	2%	70%	11%
好中球数減少	42%	11%	74%	40%
ヘモグロビン減少	33%	4%	68%	26%
血小板数減少	18%	0%	49%	5%
発熱性好中球減少	1%	1%	3%	3%
食欲不振	37%	6%	72%	30%
悪心	26%	1%	67%	11%
疲労	33%	1%	57%	4%
嘔吐	14%	2%	36%	4%
色素沈着	40%	0	36%	0
下痢	23%	3%	34%	4%
口内炎	21%	0	29%	0.7%
皮疹	19%	1%	22%	2%
流涙	16%	0.7%	18%	0
手足症候群	12%	0	9%	0
クレアチニン上昇	2%	0	22%	0
低ナトリウム血症	0.7%	0	9%	3%
末梢神経障害	0.7%	0	4%	0

TS-1+シスプラチンにおいて、Grade 3, 4の有害事象は白血球減少、好中球減少、ヘモグロビン減少、悪心、食欲不振がTS-1単独よりも高頻度に認められた。

Koizumi W, et al. Lancet Oncol. 2008 Mar;9(3):215-21.

(術後)補助化学療法

治療切除後の微小遺残腫瘍細胞による再発予防を目的として行われる化学療法

S-1 術後6週以内に開始
80mg/m²/日 (標準投与量)、4週投与2週休薬
1年間継続

膵臓外科治療のUp to date



埼玉医科大学国際医療センター
消化器外科
岡本 光順



膵癌による死亡者数は約3万人に達し、部位別では男性5位、女性4位です。年々増加傾向にあるがんであるにもかかわらず、5年相対生存率はわずか5%で21世紀に取り残された消化器癌です。この難治性癌に立ち向かうために近年様々な診断方法が確立されてきました。FDG-PETは腫瘍の悪性度診断、遠隔転移の評価のみならず予後評価に有用です。超音波内視鏡下に直接腫瘍を穿刺して病理学的診断を行うEUS-FNAも行われています。膵癌治療における最近のトピックスの1つは術後の補助化学療法がJASPAC01の結果よりゲムシタビンに比べてS-1の優位性が証明されたことです。2013年の膵癌診療ガイドラインでも術後補助化学療法はS-1が推奨されるに至りました（グレードA）。

また嚢胞性膵疾患、特に膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN/)膵粘液性嚢胞腫瘍(MCN)の国際ガイドラインが2006年に本邦より発表され、2012年に改訂版が発表されました。主膵管型IPMNは悪性頻度61.6%、浸潤癌は43.1%であることから全例手術が望ましいです。主膵管径10mm以上はhigh-risk stigmaとされ悪性を強く示唆する所見です。分枝型IPMNの場合は悪性頻度25.5%、浸潤癌17.7%である為、サイズ3cm以上であっても壁在結節や細胞診陽性を認めない場合は高齢者では経過観察とし、逆に65歳未満の若年者では累積悪性化リスクが高いため切除

を考慮してもよいとされ、個別に手術の適応を考慮する必要性がより強調されています。

さらに2013年11月に膵・消化管神経内分泌腫瘍(NET)診療ガイドラインが発表されました。ただしまだ治療結果を全国規模で集積してより確かな診療の根拠を構築していくべき腫瘍です。リンパ節廓清を伴う膵切除が勧められていますが、縮小手術が可能な症例が存在することも示唆されており、当院も治療方針構築に役立つ臨床データを発表していく予定です。

ーコメントー

以上のように膵腫瘍に対する外科治療はめまぐるしくその概念、治療方針が変化しています。不治の病である思われている膵腫瘍患者に対して少しでも希望の光を与えることができるように我々は今後も努力していきます。



部位別がん死亡順位(2012年)

	1位	2位	3位	4位	5位
男性	肺 51372	胃 32206	大腸 25529	肝臓 20060	膵臓 15517
女性	大腸 21747	肺 20146	胃 16923	膵臓 14399	乳房 12529
全体	肺 71518	胃 49129	大腸 47276	肝臓 30690	膵臓 29916

出典: 国立がんセンターがん情報対策センター

術後補助化学療法を行うことは推奨されるか?

(膵癌診療ガイドライン・日本膵臓学会)

グレードC(2006年版) → グレードB(2009年版)

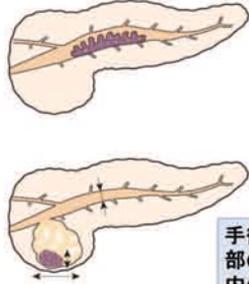
ゲムシタピン塩酸塩による術後補助化学療法は、有用性、安全性の点で比較的良好な成績を示しており推奨される。



2013年版

術後化学療法は切除単独に比べ良好な治療成績を示しており、実施することが勧められる(グレードA)。術後補助化学療法のレジメンはS-1単独療法が推奨され(グレードA)、S-1に対する忍容性が低い症例などではゲムシタピン塩酸単独療法が勧められる(グレードB)。

IPMNsの手術適応



・主膵管型、混合型

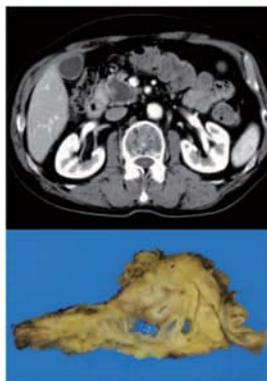
全例手術適応

・分枝型

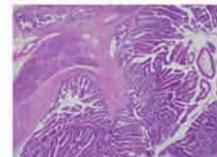
手術適応は閉塞性黄疸を伴う膵頭部の嚢胞性病変、造影される嚢胞内の壁肥厚、主膵管 $\geq 10\text{mm}$

国際膵臓学会ワーキンググループ、IPMN/MCN国際診療ガイドライン、医学書院

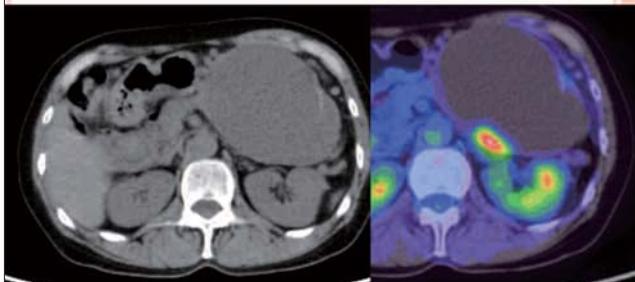
non-invasive IPMN(carcinoma)



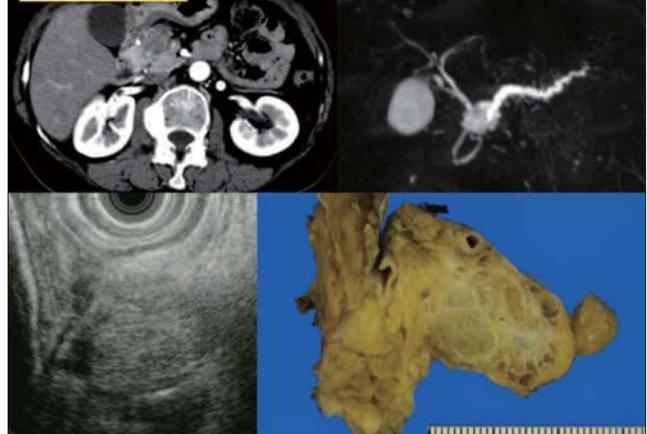
主膵管内および分枝膵管内の上皮がpapillo-villousに増殖。腫瘍細胞は管内に増殖する部分では比較的胞体の広い粘液産生性の細胞からなり、N/C比が高く強い核異型を持つ細胞が認められcarcinomaと診断。



MCN(carcinoma)



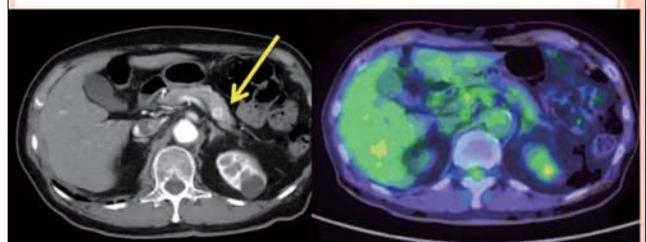
漿液性嚢胞腺腫



Solid-pseudopapillary neoplasm



PNET G1症例



肝臓外科における内視鏡手術の現状と展望



埼玉医科大学国際医療センター
消化器外科
合川 公康



近年、腹腔鏡下手術の発展はめざましいものがあり、難度の高い肝胆膵領域手術においても急速に導入が進んでいます。肝切除においては、2010年4月に腹腔鏡下肝部分切除・腹腔鏡下肝外側区域切除が保険収載されていますが、保険収載以前より、各施設では徐々に導入していたようです(1)。

当院では2008年より本格的に腹腔鏡下肝切除(LH)を導入し、現在まで128例の手術症例があります。当院では肝細胞癌に対する手術が多いのが特徴的であり、肝硬変を併存している症例に対しても積極的に切除を行っています(2)。術式においては、肝部分切除がほとんどですが、保険適応のない肝区域切除、肝葉切除も院内臨床研究として、徐々に導入しています。開腹切除でも視野展開が難しい肝臓の頭背側病変(S7/8など)に対しては、経胸腔アプローチを用いて安全な視野展開を行い切除しています(3)。当院では、大きさは5cm以上、深部で大きな脈管に接している病変、リンパ節郭清が必要な疾患(肝内胆管癌等)をLHの適応外としています。肝疾患において重要な肝予備能(Child分類もしくは肝障害度)においては、全身状態が良好であれば(全身麻酔がかけられる程度、PS 1以下)ならば、適応外基準にはしていません(4)。実際の手術適応に関しては、外科医の患者に対するインプレッション(手術に耐えられる

か?)が大きな判断材料になりますので、まずは、外来へお越し頂くことが肝要です。

当院は、肝切除を含めた肝胆膵手術のハイボリュームセンターであり、学会等でディスカッションのトピックとなっている事項(5)に対しても積極的に検討し発信していきたいと思っております。

今後、LHの適応は拡大されていくと思われませんが、低侵襲性と根治性のバランスを十分検討し、患者さんにとってベストの治療法となるように、臨床研究を継続すべきであると考えています。特に、LHの低侵襲性においては未だはっきりとしたエビデンスは得られていません。この点についても、当院から新たなエビデンスが発信できれば良いと思っております(6)。

ーコメントー

肝癌の治療は、外科手術のみではなく、ラジオ波焼灼、塞栓動注療法、抗がん剤、放射線照射など集学的治療が必要とされます。また、診断に関しても侵襲的診断法が必要になる場合があります。診断治療方針の決定に苦慮する場合は、まずは当院へご相談ください。

肝癌、とくに肝細胞癌は肝硬変をベースにもち、治療後も長期の管理が必要であり、地域医療連携が必須であります。今後とも、先生方のご協力、ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



腹腔鏡下肝切除術の歴史 (1)

- ★ 1991年 Reichらにより、はじめて論文としてとして報告
H. Reich, F. McGlynn, J. DeCaprio, R. Budin, Laparoscopic excision of benign liver lesions, Obstet Gynecol(78:956-8), 1991
- ★ 1996年 本邦では金子らより、シリーズとしての報告
H. Kaneko, S. Takagi, T. Shiba, Laparoscopic partial hepatectomy and left lateral segmentectomy: technique and results of a clinical series, Surgery(120:468-75), 1996

2010年4月に腹腔鏡下肝部分切除・腹腔鏡下肝外側区域切除が保険収載

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	合計
肝細胞癌	240	236	241	246	262	289	315	377	475	687	4,080
胆管細胞癌	0	1	1	1	0	3	10	9	24	35	89
肝血管腫	1	5	2	4	9	12	9	11	16	19	124
肝嚢胞	57	55	53	59	72	97	89	88	106	146	1,220
転移性腫瘍	18	25	35	37	30	54	110	141	231	312	1,079
その他	15	9	9	5	8	20	25	21	50	93	304
計	331	331	341	352	381	475	558	647	902	1,292	6,896

当院における腹腔鏡下肝切除 (2)

2008年1月～2014年3月 128例
年齢 69.3 (38-90) 歳
全肝切除 2008年1月～2014年3月 590例

原発性肝腫瘍	104
肝細胞癌	92
肝内胆管癌	3
血管腫	4
血管筋脂肪腫	2
嚢胞性胆管腫瘍	1
肝血管肉腫	1
神経内分泌腫瘍	1
転移性肝腫瘍	24
大腸癌	23
胃癌	1

当院における腹腔鏡下肝切除 (3)

術式の内訳

腹腔鏡下肝部分切除 (LHr0)	121
複数切除	11
単孔式	10
胸腔アプローチを伴う	13
胸腔鏡下肝部分切除	3
腹腔鏡下肝外側区域切除 (LH-lat)	4
腹腔鏡下肝区域切除 (LHr1)	2
腹腔鏡補助下肝葉域切除 (LHr2)	1

腹腔鏡下肝切除の適応 (4)

腹腔鏡下肝部分切除 (LH)

腫瘍が5cm以下
疾患としてリンパ節郭清が必要なものは適応外
深部で大きな脈管に接しているものは適応外
PSが良好であれば、肝機能は問わない
全身麻酔不可症例は適応外

腹腔鏡下肝外側区域切除 (LH-Lat)

外側区域に限局する腫瘍、大きさは問わない

腹腔鏡下肝区域切除・葉切除 (major LH)

大きな病変には臨床研究として肝葉切除などのメジャー肝切除

腹腔鏡下肝切除の現状と展望 (5)

最近のトピックス

- 肝切離デバイス
- 難しい場所
- 手術既往
- 肝機能障害合併症例
- 低侵襲性の評価
- 悪性腫瘍手術としての妥当性
- メジャー肝切除

腹腔鏡下手術の低侵襲性 (6)

何をもちて低侵襲といえるか

- 創部の大きさ?
- 術後疼痛?
- 術後肝障害?
- 炭酸ガス気腹の影響は?
- 合併症発生率は?



腹腔鏡手術(LH)	VS	開腹手術(OH)	当院での検討
◆ 大きな開腹創・創部痛			在院日数 : LH < OH
◆ 肝の投動			術後疼痛 : LH < OH
◆ 肝切離に伴う肝障害			術後腹水 : LH < OH
◆ 手術麻酔関連			AST : LH < OH
			出血量 : LH << OH
			手術時間 : LH > OH

今後、腹腔鏡肝切除術の低侵襲性を科学的に証明することが必要

胆膵内視鏡診療の最前線



埼玉医科大学国際医療センター
消化器内科
良沢 昭銘



低侵襲医療に対するニーズが高まるなか、胆膵疾患診療においてERCP関連手技はますます不可欠のものとなっている。また、同時に安全で確実な手技が求められるようになってきている。

胆膵内視鏡関連手技として、現在様々な診断・治療が行われている。EST, EPBDを基本として、胆道ドレナージ術、胆石除去術などは日常診療で広く行われている。さらに近年、これまではERCPの適応外とされてきた術後再建症例に対する治療も積極的に行われるようになってきている。Roux-en-Y法に対してはダブルバルーン内視鏡やシングルバルーン内視鏡を用いることにより、高率に十二指腸乳頭部あるいは胆管空腸吻合部まで到達できるようになった。特に、ショートタイプのスコープを用いると、市販されている処置具を用いて検査、治療が行えるため非常に有用である。内視鏡的乳頭切除術は、いまだ確立された手技ではないが手術と比較すると格段に低侵襲であり、適応を腺腫に限ればほとんどの症例で完全切除が可能であり、今後は第一選択の手技になるものと考えられる。またEUS-FNAを応用した各種超音波内視鏡ガイド下診断・治療も試みられている。診断としては、良悪性の鑑別診断のみならず、各種遺伝子診断などが試みられており、治療としては膵仮性嚢胞ドレナージ術、胆道ドレナージ術のほかに、腹腔神経叢ブロック、さらには膵癌に

対する薬剤注入なども報告されている。今後はInterventional EUSとして新たな診断や治療のツールとして限らない可能性を秘めている。

—コメント—

早期食道癌、胃癌、大腸癌に対し、安全で確実な内視鏡治療を行っております。胆道膵臓領域では、超音波内視鏡下膵生検やRoux-en-Y症例に対するERCPなども施行できるトップレベルの施設として評価されております。



胆膵内視鏡診療

- ・低侵襲医療に対するニーズの高まり
→胆膵内視鏡診断・治療の増加
- ・より安全、より確実な手技が求められる

Department of Gastroenterology, Saitama Medical University International Medical Center



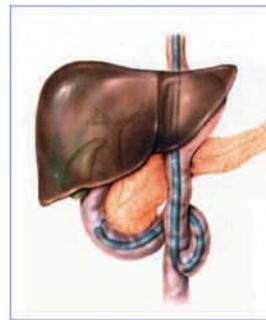
胆膵内視鏡診療の最前線

- 術後再建腸管に対するERCP
- 内視鏡的乳頭切除術
- Interventional EUS

Department of Gastroenterology, Saitama Medical University International Medical Center

背景

- Roux-en-Y再建術後症例でのERCP-



・内視鏡の挿入により腸管が引き伸ばされて大きなループが形成される



・ Vater乳頭に到達困難

Department of Gastroenterology, Saitama Medical University International Medical Center

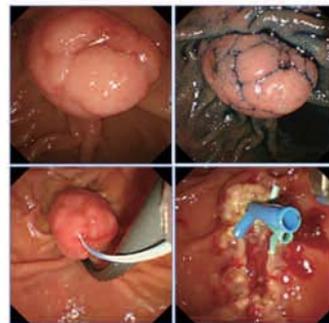
Single balloon assisted ERCP



(Olympus)

Department of Gastroenterology, Saitama Medical University International Medical Center

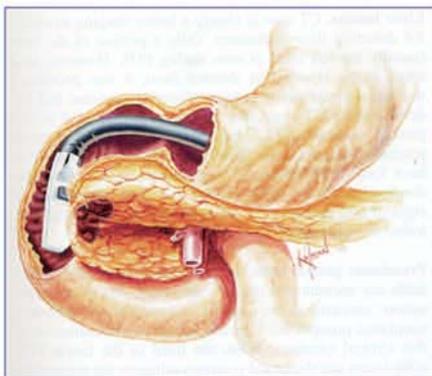
内視鏡的乳頭切除術



最終報告: 外科 68:1144-48, 2006
 原野 直, 長沢昭雄ら: 肝胆膵 54:785-791, 2007
 Harano M, Ryozawa S et al.: JHBPS 18:190-94, 2011

Department of Gastroenterology, Saitama Medical University International Medical Center

EUS-FNAの実際



Department of Gastroenterology, Saitama Medical University International Medical Center

膵充実性病変に対する診断能

(2000年7月-2010年12月)

	最終診断		正診率	94.6 %
	(+)	(-)		
EUS	(+)	165	3	感度 94.8 %
FNA	(-)	9	48	特異度 94.1 %
診断				陽性予測値 98.2 %
				陰性予測値 84.2 %

(+):癌、(-):非癌

山口大学消化器病態内科学

Department of Gastroenterology, Saitama Medical University International Medical Center

胆膵領域における Interventional EUS

- EUSガイド下腹腔神経叢ブロック
- EUSガイド下注入療法
- EUSガイド下ドレナージ術

Department of Gastroenterology, Saitama Medical University International Medical Center

International EUS Symposium, China, 2010.11.15



Department of Gastroenterology, Saitama Medical University International Medical Center

第29回埼玉医科大学・連携施設懇談会

埼玉医科大学・連携施設懇談会の開催も29回を迎えました。会を重ねる毎に参加者が増えたことは本懇談会の趣旨が認知された結果と存じます。今回は421名の参加があり大変盛況で、主催者といたしましても安堵しております。これも私どもが歳月をかけて皆様方と地域医療連携に取り組んできた成果ではないかと存じます。また今後も本懇談会の運営につきまして、ご支援ご指導の程お願い申し上げます。



【懇談会】

総合司会：

瀬川 豊 瀬川病院院長
 棚橋 紀夫 埼玉医科大学国際医療センター院長代理



1. 開会の辞

副会長 小山 勇
 埼玉医科大学国際医療センター病院長



2. あいさつ

会長 丸木 清浩 埼玉医科大学名誉理事長



3. 学術講演

「ガイドラインに基づく高血圧の治療」
 西村 重敬
 埼玉医科大学国際医療センター心臓内科教授



4. 特別講演 I

「平成26年度診療報酬改定のポイント～医療連携はいかに評価されたか～」
 谷澤 正明 一般社団法人日本血液製剤機構事業企画部参事



5. 特別講演Ⅱ

「地域包括ケアシステムの展望と課題～柏モデルからみえてくるもの」

飯島 勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構准教授



6. 閉会の辞

副会長 石井 道夫 石井外科胃腸科医院院長

【懇親会】



進行

池澤 敏幸 埼玉医科大学国際医療センター事務部部长



開会の辞

副会長 関本 幹雄 関本記念病院院長



乾杯

副会長 丸木 清之 埼玉医科大学理事長

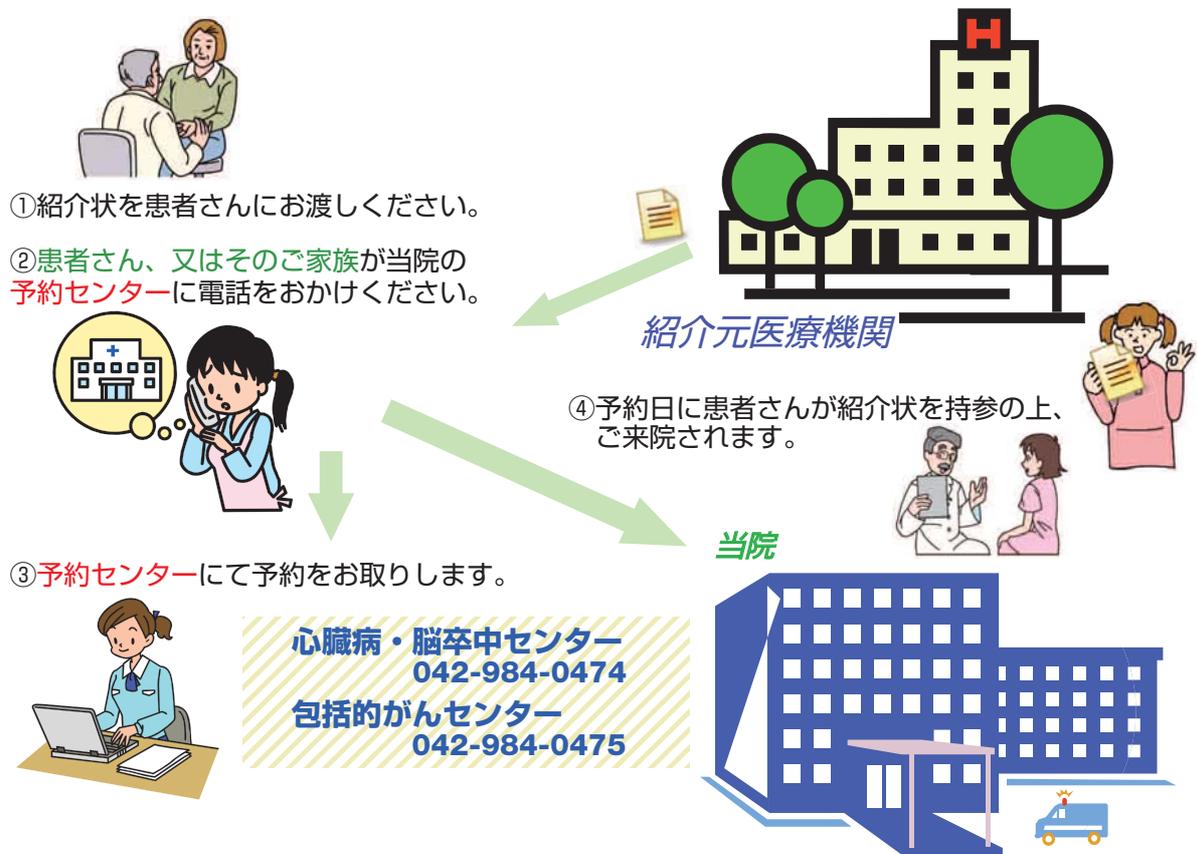


閉会の辞

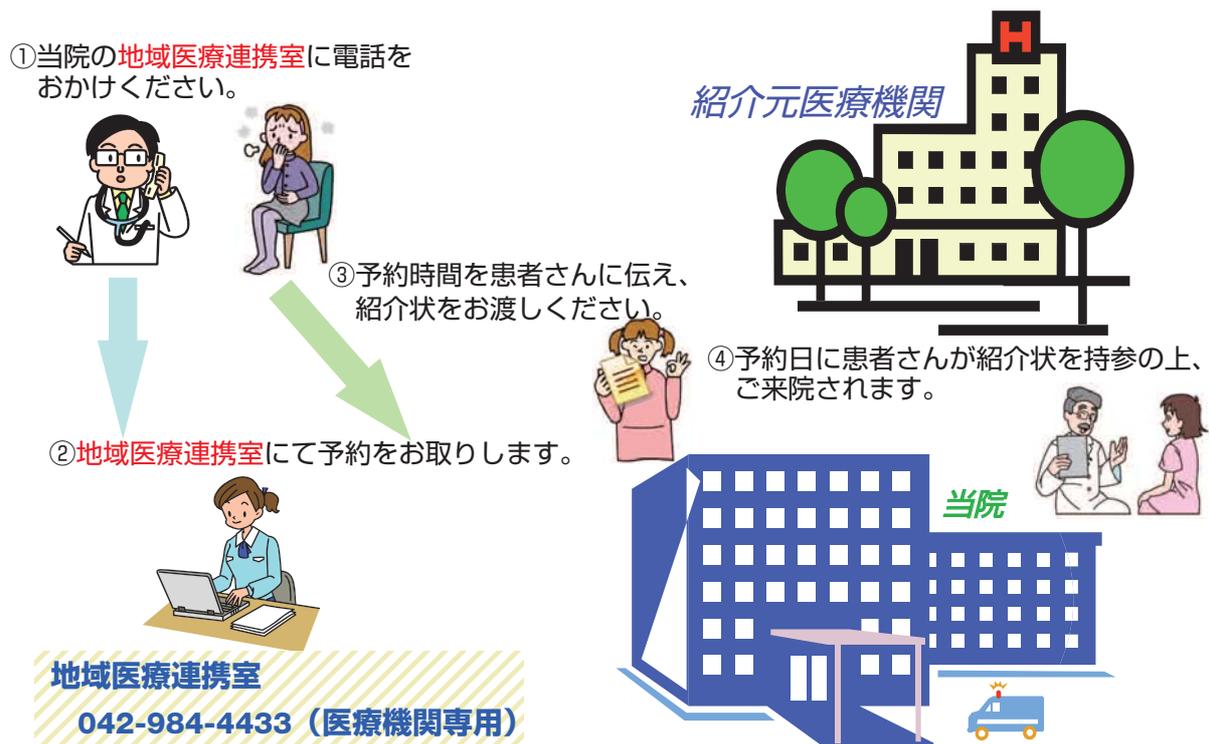
副会長 堤 晴彦 埼玉医科大学総合医療センター病院長



受診までの流れ（患者さんからの予約の取り方）



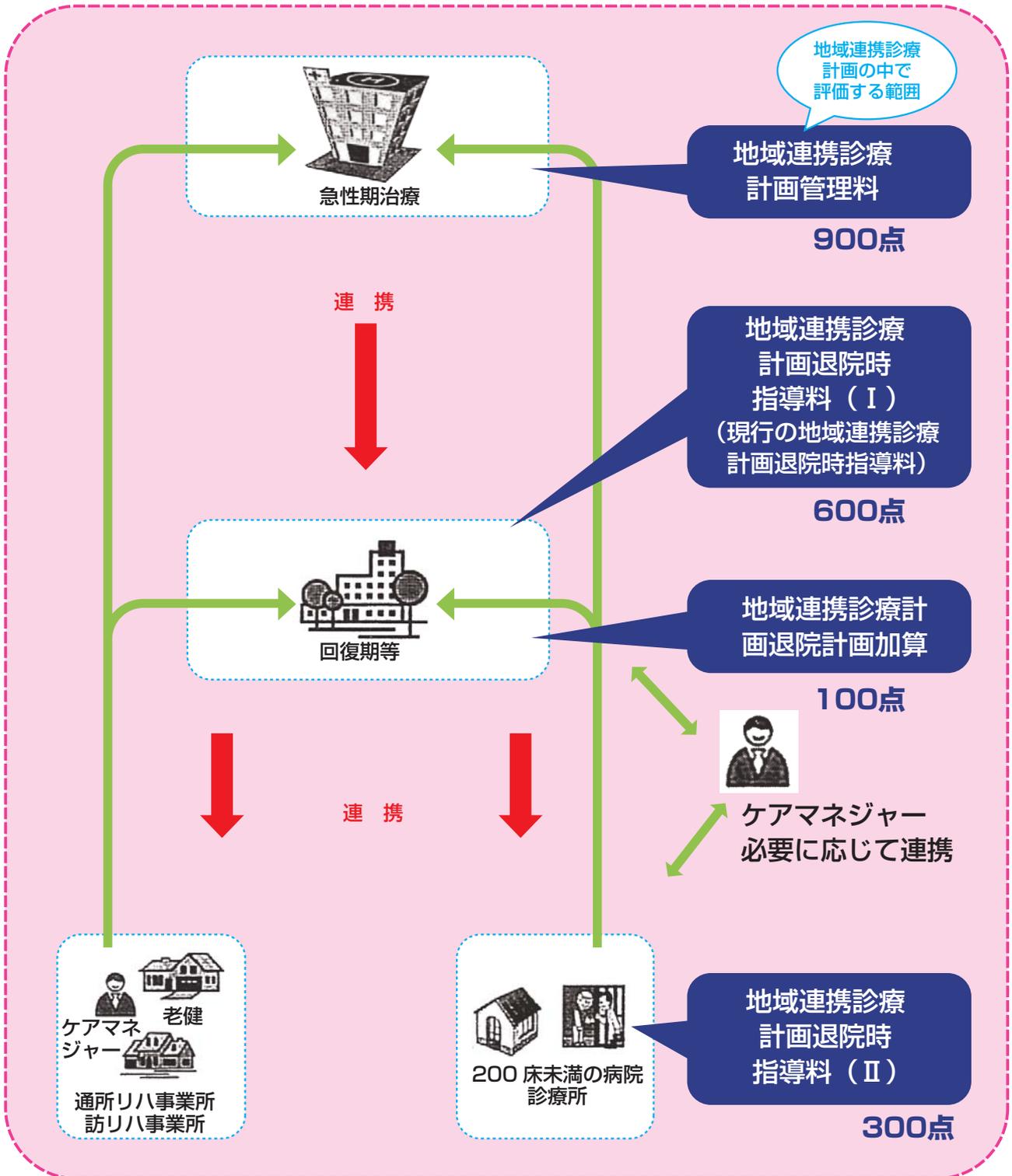
受診までの流れ（医療機関からの予約の取り方）



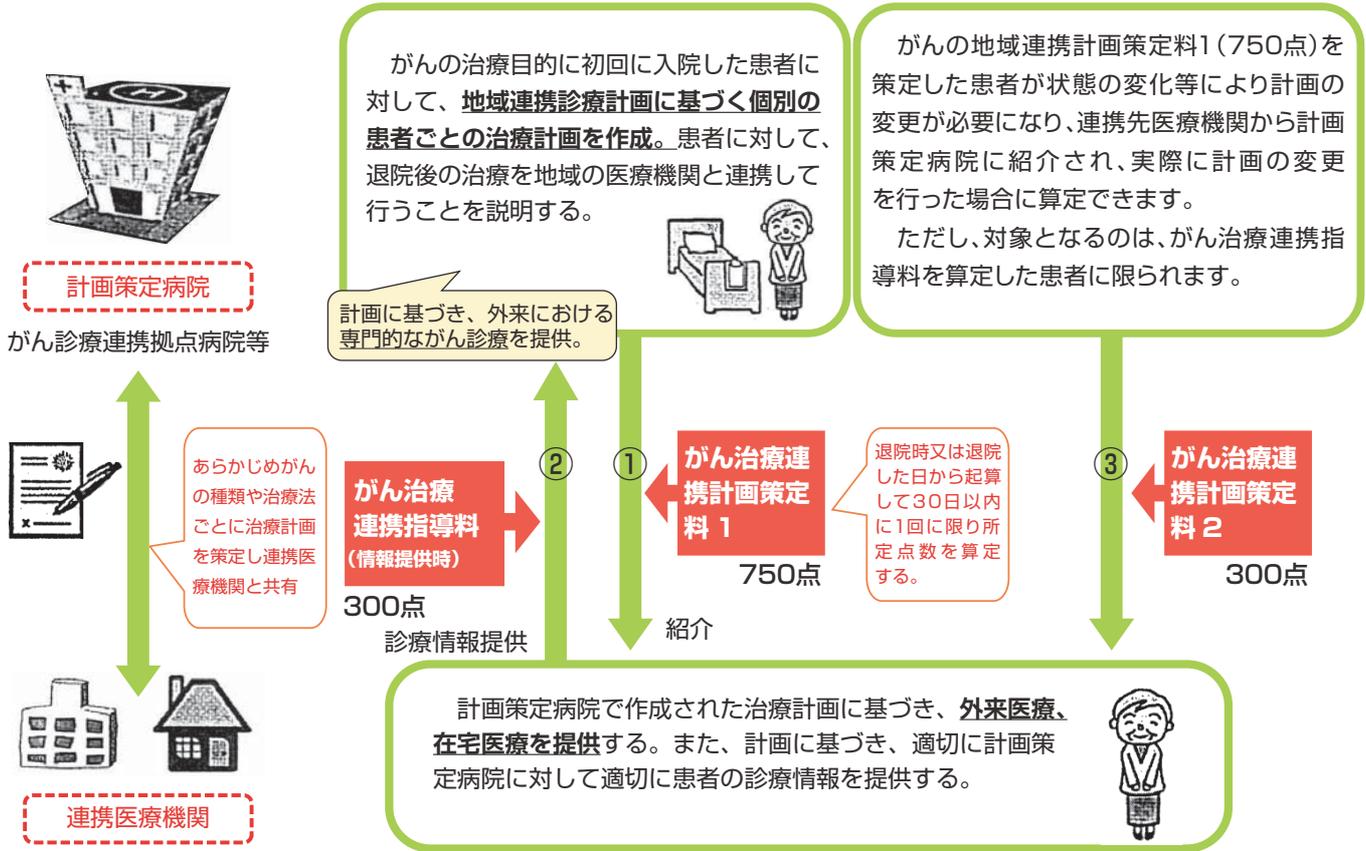
埼玉医科大学国際医療センターは地域医療連携を積極的に推進しています

連携に関するお問い合わせは地域医療連携室（電話042-984-4433）にお願いします。

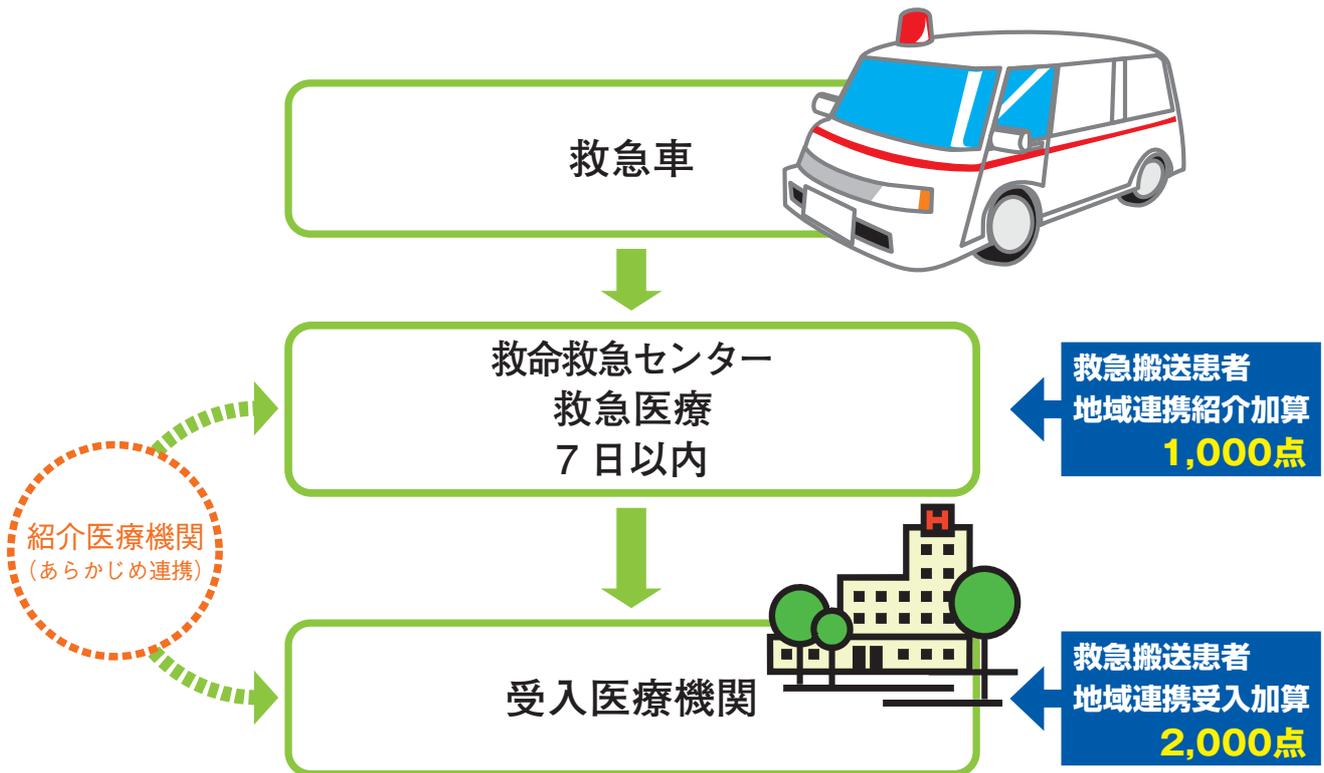
脳卒中地域医療連携



がん診療連携拠点病院等を中心とした連携



救急搬送患者受入の連携



がん診療についてインターネットでの予約受付しています。



平成25年4月1日より、当院ホームページからがん診療についてインターネットでの予約受付しています。医療機関からはもちろん、患者さんや御家族がご自宅から予約可能です。ご活用ください！

予約の流れ



インターネットでの予約がご利用頂ける方

- ① がんの診断を受けていて、これから治療を予定されている方
- ② 外来受診予約の方
- ③ 初診の方

※ 紹介状をお持ちでない方は、初診料の他に別途4,320円(税込)をご負担頂きます。ご了承下さい。

次の方は、ご利用頂けません

- ① メールアドレスのない方
 - ② がん以外の疾患で受診の方
 - ③ 再診の方
- 患者さん → ☎ 042-984-0474、0475 (予約センター)
 医療機関 → ☎ 042-984-4433 (地域医療連携室)
 でお受けします。

- ④ セカンドオピニオン予約の方 → ☎ 042-984-4108 (地域医療連携室) でお受けします。

詳しくは、埼玉医科大学国際医療センターHPをご覧ください。

地域医療連携懇話会と包括的がんセンター教育カンファレンスのご案内を申し上げます。

ご多忙中の事とは存じますが、医師・コメディカルおよび連携室の皆様方お誘いの上、ご参加くださいますよう宜しくお願い致します。

地域医療連携懇話会 開催のご案内

日 時： 毎月第3週水曜日

18:45～20:30

場 所： 埼玉医科大学国際医療センター C棟2階会議室

内 容： 地域医療連携懇話会は地域がん診療拠点病院の認定項目であり、地域の病院との情報交換の場で毎月（第3水曜日）定期的に同一会場にて開催しています。

参加についてのお問い合わせは地域医療連携室（電話042-984-4433）で受け賜ります。

包括的がんセンター教育カンファレンス 開催のご案内

日 時： 毎月第4週月曜日

18:30～19:30

場 所： 埼玉医科大学国際医療センター C棟2階会議室

内 容： 包括的がんセンター教育カンファレンスは、包括的がんセンターの各診療科が持ち回りで担当し、毎月第4月曜日18:30～19:30に開催しております。対象は、医師および看護師、薬剤師で、各診療科の疾患および研究について教育的な講演を行っていますので、地域の先生方もぜひご参加いただくと幸いです。

参加についてのお問い合わせは教育カンファレンス事務局（電話042-984-4233）で受け賜ります。



埼玉医科大学国際医療センター 地域医療連携News（第11号）

編集・発行 埼玉医科大学国際医療センター
地域医療連携室

編集責任者： 棚橋紀夫

発行責任者： 小山 勇

住所：〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1

TEL：042-984-4433

FAX：042-984-4440

発行日：平成26年8月1日

ホームページ：<http://www.saitama-med.ac.jp/kokusai/>