

# 阪神がんカンファレンス

HANSHIN CANCER CONFERENCE

No. **06**

Issue : October 2016

Journal of Kansai Rosai  
Hospital Cancer Center

[特集]

## 新規マンモグラフィの 導入について

第13回 阪神がんカンファレンス

第14回 阪神がんカンファレンス

[連載]

気をつけたいがん診療の陥とし穴

第4回 食道癌診療のための基礎知識



# Contents

- 2 がんセンター長あいさつ
- 3 新規マンモグラフィの導入について
- 5 連載：気をつけたいがん診療の陥とし穴  
「第4回 食道癌診療のための基礎知識」  
副院長・外科部長・緩和ケアセンター長 田村 茂行
  
- 7 第13回 阪神がんカンファレンス (胃がん症例について)
- 9 ショートレクチャー1 「切除不能進行胃癌の定義・治療法の変遷・今後の見込み」  
消化器内科 太田 高志
- 11 症例検討 「胃十二指腸ステント留置により  
長期経口摂取が可能となった切除不能進行胃癌の1例」  
消化器外科 石田 智
- 13 ショートレクチャー2 「胃癌手術に関するトピックス」  
消化器外科副部長 竹野 淳
- 15 第14回 阪神がんカンファレンス (乳がん症例について)
- 17 症例検討 「当院におけるステレオガイド下  
マンモトーム生検の導入と有用性の検討」  
乳腺外科 稲留 遵一
- 19 ショートレクチャー 「ステレオガイド下マンモトーム生検の流れ」  
放射線科技師 岡村 彩子
  
- 21 トピックス
- 25 がん診療に関連する診療報酬実績の推移
  
- 26 編集後記

# Message



## がんセンター長あいさつ

平素より大変お世話になっております。さて、昨年6月開催された「がんサミット」で報告された最新の調査結果を踏まえ、平成27年12月に、①がん予防「避けられるがんを防ぐ」、②がんの治療・研究「がんによる死亡者数の減少」、③がんとの共生「がんと共に生きることを可能にする社会を構築すること」の3つを柱とした『がん対策加速化プラン』が策定されました。がん予防では、がん検診の受診率を上げること、禁煙対策、肝炎対策などのがん予防や早期発見のため取り組みを加速させていくことが必要です。また、がんとの共生では、(1) 就労支援、(2) 支持療法の開発、(3) 緩和ケアへの対策がより求められるようになりました。当院も“地域がん診療連携拠点病院”として、より質の高いがん治療を提供し、その使命を果たさなければなりません。

当院のがんセンターの活動も3年目となり、“放射線治療部門”、“化学療法部門”、“緩和ケア部門”、“情報管理・連携・教育部門”、“患者サービス部門”、“勤労者がん治療支援部門”の各部門が『チームで支えるがん治療』をスローガンに、より質の高いがん治療の提供を目指して活動しています。特に、本年度は、緩和ケア、がん相談、就労支援の充実を目指しています。

高度ながん診療の提供には、地域の先生方との連携や情報共有が不可欠です。関西ろうさい病院「がんセンター」では、“研究会や診療支援、患者受入・紹介等を通じて地域のがん診療の連携協力体制の構築、そして、がん患者さんに対する相談支援や情報提供なども重要な役割と考えております。また「阪神がんカンファレンス」の定期的な開催

は、“顔の見える連携”の構築にとっても良い役割を果たしていると考えております。

この「阪神がんカンファレンス」は、2013年より年4回開催しており、2016年これまでに2月に「胃がん」(第13回)、4月に「乳がん」(第14回)、7月に「肺がん」(第15回)を開催し、そして11月には「大腸がん」(第16回)を予定しております。今号は第13回と14回の記録集でNo. 6となります。今回もカンファレンスの内容に加え、新しく導入された「新規マンモグラフィ」のご紹介及びがんセンターの活動やがん診療実績情報などお届けしております。この記録集は、当日の発表内容をまとめたものですので、これらの情報が少しでも日々の診療にお役立ていただければ幸いです。今後も関西ろうさい病院「がんセンター」の取り組みについて、継続して情報発信していきたいと考えておりますので、よろしく願い申し上げます。次回12月に開催されます第16回の「阪神がんカンファレンス(大腸がん)」にもご参加いただき、ご意見をいただけましたら幸いです。

高度かつ患者さんにやさしいがん治療、緩和ケア、チーム医療を、地域のみなさまとともに実践していきたいと考えております。「関西ろうさい病院 がんセンター」に引き続きご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

関西ろうさい病院  
がんセンター  
センター長  
(関西ろうさい病院  
副院長・外科部長)

田村 茂行



# Facility

## 新規マンモグラフィの導入について



乳腺外科医師とマンモグラフィーを担当する診療放射線技師

昨年より相次いで著名人が乳癌に罹患したことを公表し、乳癌検診の必要性もまた提唱されています。乳癌検診は40歳以上の女性において、乳房の視触診とマンモグラフィ（乳房X線撮影）が推奨されます。関西労災病院では平成27年9月にマンモグラフィの新機種を導入いたしました。機種はシーメンス社製 MAMMOMAT Inspiration PRIME Edition、新規に組織生検装置とトモシンセシス（断層撮影）の機能が付加されています。この新しい検査の導入により、乳腺疾患の診断精度が向上してまいりました。



まずマンモグラフィ撮影には乳房の圧迫が不可欠ですが、新規マンモグラフィでは乳腺の伸展が期待できる、柔らかい間だけ圧迫を行い最適な圧迫圧になった時点から必要以上に力を与えることなく、診断に最適な画像が得られます。この機能により、乳房の圧迫による痛みや不快感が軽減されます。当院通院中の乳癌術後の方は年に1回マンモグラフィを施行しており、以前と比較してやはり痛みが軽減されているようです。また画像が鮮明化しており、石灰化や腫瘍の描出が容易になりました。

マンモグラフィで異常陰影を認めた場合に、トモシンセシスが有用となります。±25°の範囲で撮影角度を変えながら連続撮影を行い、収集データを1mm厚の3Dボリュームデータに再構成することで組織の重なりの影響を排除した診断画像が得られます。病変の描出はもちろんですが、病変を疑ったものの、結果乳腺の重なりであり正常と診断し、病変を否定することも可能な場合があります。したがって、さらなる精査が必要かどうかの判断に有用となります。病変が否定された場合は被験者に不要な検査が避けられることにもつながります。

さて、画像診断で乳癌が疑わしい場合の次の精密検査は組織生検による確定診断です。このようにマンモグラフィの診断精度が向上し、乳癌が疑われる病変が見つかったものの、超音波検査で描出されなければ超音波ガイド下の組織生検が不可能です。超音波検査で描出されない病変は主に石灰化であり、石灰化病変のみで腫瘍を形成しない病変には非浸潤性乳癌のような早期の乳癌の可能性がります。新規マンモグラフィではこのような病変に対し、吸引式組織生検が可能であり、平成28年より実施しております。まだ8例と症例は少ないですが、2例の乳癌を診断いたしました。

兵庫県の乳癌検診率は29.8%であり、全国平均の34.8%と比べ低くなっています。乳癌の死亡率を低下させるために早期発見を目的とした検診率の向上が必要であり、乳癌検診で要精査となった場合には、当院の新規マンモグラフィ導入により必要十分な検査が可能となりました。今後も乳癌検診で要精査となった方や乳房の症状がある方を乳腺外科にご紹介いただければ幸いです。

関西ろうさい病院 乳腺外科部長 柄川 千代美

# 第4回 食道癌診療のための 基礎知識

関西ろうさい病院  
副院長・外科部長・緩和ケアセンター長  
田村 茂行



## 食道癌とは

我が国における食道がんの罹患率は、2015年の統計予想では、23,900人で、また年間11,400人が亡くなっている。男女比は6:1で男性に多く、男性では6番目に多い癌種である。組織学的には本邦では扁平上皮癌が90%以上を占めているが、欧米では食道胃接合部から発生する腺癌が多い。食道癌のリスク因子は、飲酒・喫煙で、近年アルコール飲料に関連するアセトアルデヒドが注目されている。アルコール代謝には、アルコール脱水素酵素(ADH)とアセトアルデヒド脱水素酵素(ALDH)が関与しており、これらの酵素には遺伝子多型が存在し日本人の約半数はALDH2ヘテロ変位型である。このALDH2ヘテロ変位型の人アルコールを摂取するとアセトアルデヒドが蓄積し、顔面紅潮(フラッシング反応)や頻脈を起こす。そしてこの蓄積したアセトアルデヒドが食道扁平上皮癌の発生リスクを高めるとされている\*1。

食道は、長さ25cmで太さ2-3cmの管状の器官で、毎日食物が通過するため、癌の発生により何らかの症状を自覚しそうだが、実際には初期には症状はほとんどない。また早期で発現していた、しみる感じやチクチクした痛みも、癌が少し大きくなるとかえって感じなくなり、ますます発見が遅れることになる。そのため、男性の喫煙者やアルコールでフラッシング反応を起こす人などでは、内視鏡による健康診断が不可欠である。

## 診断について

前述のように、表在癌ではおよそ60%は自覚症状がないため、50歳以上の男性で飲酒(特にALDH2ヘテロ型)・喫煙者では定期的な内視鏡検査が勧められる。腫瘍

が大きくなり、嚥下障害や胸痛、背部痛、さらには嘔声などを伴った症例ではかなり進行した病期の可能性が高くなる。内視鏡検査では、通常観察に加えて粘膜の病変ではヨード染色法による診断が有用である。近年、狭帯域内視鏡(narrow band imaging:NBI)観察や拡大観察ができるようになり、より高感度・高精度で微小な癌を発見できるようになっている(写真)。

また食道癌症例では、食道癌の多発発生や、頭頸部癌の同時性・異時性発生、胃癌や肺癌などの発生も多く注意が必要である。食道癌ではリンパ節転移の頻度が高く、進行度診断にはCTによるリンパ節の転移診断が不可欠である。また、進行癌では他臓器転移などの有無をチェックするためPETなどの検査も重要となる。

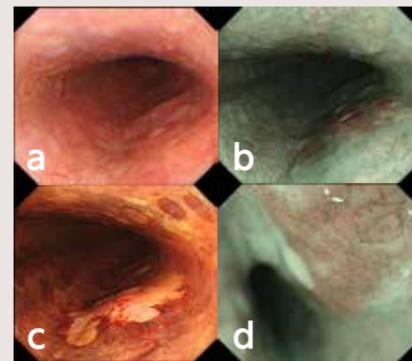


写真:内視鏡所見

- a: 通常観察では、右側後壁に、凹凸のある発赤のある病変。
- b: NBI観察では、同部位はBrownish areaとして描出される。
- c: ヨード染色では境界明瞭な不染帯となる。
- d: NBI拡大観察では、AVA(avascular area)が観察される。

## 治療について

食道癌に対する治療法としては、内視鏡治療、外科治

療、化学療法、放射線治療があり、食道癌診断・治療ガイドライン\*2では臨床病期に応じて治療のアルゴリズムが決められている(図1)。

### 1. 内視鏡治療

深達度が粘膜固有層までであれば、リンパ節転移の頻度は低く、EMR(endoscopic mucosal resection)やESD(endoscopic submucosal dissection)による治療が可能である。粘膜下層への浸潤を伴う癌では、外科切除や化学放射線治療の追加治療が必要となる。

### 2. 外科治療

食道癌は広範囲にリンパ節転移を伴うことが多く、手術では頭部、縦隔、上腹部のリンパ節廓清を伴う手術が必要である。

ステージI癌では、手術療法、化学放射線療法で良好な成績が報告されており、JCOGでは、stage I食道癌を対象とした手術vs.化学放射線治療の比較試験(JCOG0502試験)が実施されてきた。現在、症例登録は終了しており、その結果報告が待たれるところである。

一方、切除可能なステージII,III期の食道癌には、JCOGの5-FU+CDDPによる術前化学療法と術後化学療法を比較したランダム化試験(JCOG9907試験)の結果を受けて(5年生存率:55% vs.43%)\*3、術前化学療法+根治切除が標準治療と位置づけられている。

当院では、術前化学療法として、5-FU+CDDP+ADR(アドリアマイシン)を用いた化学療法を実施して、良好な成績を報告してきた(図2)\*4。現在は、術後のペプチドワクチンの臨床試験や臨床病期IB/II/III食道癌(T4を除く)に対する術前CF療法/術前DCF療法/術前CF-RT療法の第III相比較試験(JCOG1109試験)などの全国規模の試験に参加しており、より良い治療法の開発を目指している。

### 3. 化学放射線治療

ステージI期からIII期までの外科切除可能な食道癌では、手術療法に対するオプションとして選択される。ま

た、切除不能局所進行食道癌では標準治療として位置づけられている。放射線単独治療は、治療成績が不良で腎機能障害を伴う症例や高齢者に限られる。一般的な併用化学療法としては、5-FUとCDDPが用いられ、放射線量としては、国際的には50.4Gyが標準照射量と位置づけられているが、本邦では60Gyが選択されることが多い。当院では、最新のIMRT(強度変調放射線治療)装置を2台導入しており、より副作用の軽減を目指した化学放射線治療を目指している。

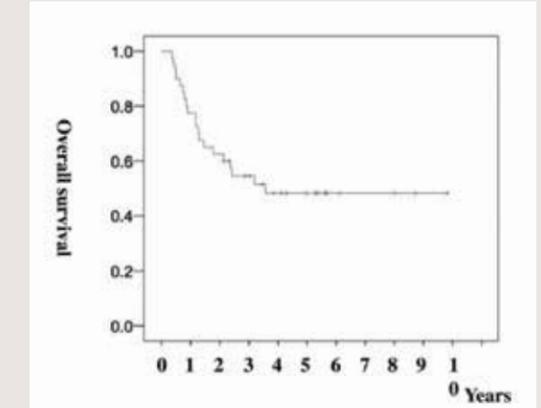


図2:当院におけるステージII-III食道癌の治療成績(5-FU+CDDP+ADRによる導入化学療法症例:40例)

## 終わりに

近年の治療法の進歩により、食道癌の治療成績は向上しているものの、5年相対生存率は、男性36.0%、女性43.9%である。しかし、ステージ0-I期では80-90%の5年生存率である。食道癌を完治するためには早期発見・早期治療が不可欠で、リスクの高い人は積極的に内視鏡検査を受けることが必要である。さらに、根治治療後も食道癌の再発や異時性多発だけでなく、咽頭癌や喉頭癌など他癌の合併にも注意した経過観察が必要である。

## 参考

- \*1 Yokoyama A, et al. Genetic polymorphisms of alcohol and aldehyde dehydrogenases and glutathione S-transferase M1 and drinking, smoking, and diet in Japanese men with esophageal squamous cell carcinoma. Carcinogenesis. 23: 1851-9,2002.
- \*2 日本食道学会編:食道癌診断・治療ガイドライン(2014年4月)金原出版、東京、2012。
- \*3 Ando N, et al. A randomized trial comparing postoperative adjuvant chemotherapy with cisplatin and 5-fluorouracil versus preoperative chemotherapy for locally advanced squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus (JCOG9907). Ann surg Oncol 19:68-74,2012.
- \*4 Tamura S, et al. Induction Chemotherapy Using FAP for Patients with Stage II/III Squamous Cell Carcinoma of the Esophagus. Anticancer Res. ;35(5):2975-82 2015.

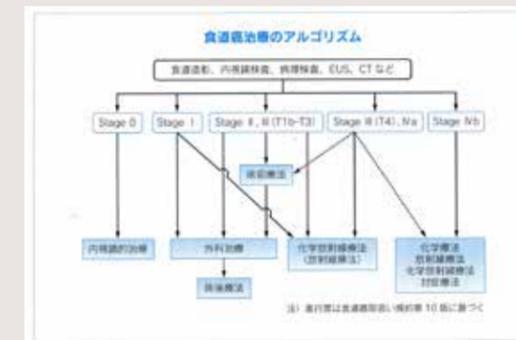


図1:食道癌診断・治療ガイドライン(2012年4月版:金原出版)

# 第13回阪神がんカンファレンス

## 概要

日時：平成28年2月4日(木) 18:00～19:30

場所：関西ろうさい病院 がんセンター2階 カンファレンス室1

テーマ：胃がん症例について

## 進行

### 開会挨拶

挨拶：副院長・外科部長 田村 茂行

### カンファレンス

座長：副院長・外科部長 田村 茂行  
副院長・消化器内科部長 萩原 秀紀

### ショートレクチャー1

「切除不能進行胃癌の定義・治療法の変遷・今後の見込み」  
演者：消化器内科 太田 高志

### 症例検討

「胃十二指腸ステント留置により長期経口摂取が可能となった切除不能進行胃癌の1例」  
演者：消化器外科 石田 智

### ショートレクチャー2

「胃癌手術に関するトピックス」  
演者：消化器外科副部長 竹野 淳

### 質疑応答

### 閉会挨拶

挨拶：副院長・外科部長 田村 茂行

## 第13回阪神がんカンファレンスの様子



症例検討



ショートレクチャー1



ショートレクチャー2



質疑応答



開会挨拶・座長



座長

ショートレクチャー1

# 切除不能進行胃癌の定義・治療法の変遷・今後の見込み

関西ろうさい病院 消化器内科  
太田 高志

切除不能進行胃癌とは、遠隔転移、No.16リンパ節転移などの領域リンパ節以外に転移がある状態と定義されている。遠隔転移の形式として血行性転移による肝転移と漿膜外に腫瘍が浸潤した結果起こる腹膜播種が知られている。

切除不能進行胃癌に対して腫瘍量を減らすための手術（減量手術）は予後を改善しないことが明らかであり、現在行われていない。一方、胃癌からの出血のため貧血がコントロールできない場合の胃切除や胃癌による幽門狭窄のため経口摂取ができない場合の胃空腸バイパス術は「姑息手術」として行われている。大腸癌などでは治療開始前は根治切除不能と診断しても、全身化学療法が奏功することで根治切除術へ移行できること（conversion therapy）があるが、胃癌では一般的ではなく、遠隔転移≠根治切除不能と考えるべきである。

1990年代に初めて切除不能胃癌の化学療法とbest supportive care(BSC)との比較が行われ、化学療法が予後を延長することだけでなく、QOL(quality of life)も向上させることも示された。少し遅れて日本ではJCOG（日本臨床腫瘍研究グループ）を中心として比較試験が開始され、化学療法を行うことで生存期間中央値は6-9か月と延長することがしめされた。

しかし、推奨される特定のレジメンはなく、5-FU 持続点滴が「みなしの標準治療」であった。その後、2000年前後にイリノテカン、ドセタキセル、パクリタキセルなどの新規抗癌剤が開発・保険認可され様々な治療方法が検討されたが、1次治療は定まっていなかった。胃癌治療ガイドラインについても、2004年に改訂された第2版では「標準化学療法として、フッ化ピリミジン（5-FU など）とシスプラチンを含む化学療法が有望であるが、現時点では特定のレジメンを推奨できない」と記載されていた。

2007年のASCO（米国臨床腫瘍学会年次集会）において、JCOG9912試験で5-FUに対するS-1の非劣勢、SPRITS試験でS-1に対するS-1+シスプラチン（SP療法）の優越性がそれぞれ報告され、SP療法が標準治療となり、2010年改訂の胃癌治療ガイドライン第3版にも反映された。現在はSP療法に対してSP療法にドセタキセルを加えたDCS療法の優越性を検討する臨床試験をJCOGで行っている（JCOG1013試験）。

「HER2タンパク」は細胞の増殖に関連があり、トラスツマブはHER2蛋白に結合する抗体製剤である。乳癌では

HER2タンパクが過剰発現している（HER2陽性）場合、トラスツマブを化学療法と併用することで予後の延長を認めた。胃癌では約2割でHER2陽性であるが、乳癌と同様にトラスツマブの上乗せ効果を調べるために臨床試験（ToGA試験）が行われた。その結果、HER2陽性胃癌においてはカペシタビン/5-FU+シスプラチン（XP/FP療法）にトラスツマブを併用することで予後の延長が示された。また、カペシタビンの代わりにS-1を使用しても効果があることが示されたため、HER2陽性胃癌の標準治療はフッ化ピリミジン（カペシタビン/S-1/5-FU）+シスプラチン+トラスツマブとなった。

1次化学療法の進歩については前述のとおりであるが、2次化学療法については2010年改訂の胃癌治療ガイドライン第3版において「現時点では推奨できる単一のレジメンは存在しない」と記載されていた。しかし、2012年11月の胃癌治療ガイドライン速報版で韓国から2次化学療法を行った群（イリノテカンもしくはドセタキセル）がBSC群との比較において全生存期間を延長したとの報告があり、第4版から「全身状態が良好な症例では、二次化学療法を行うことが推奨される」と変更された。さらに、RAINBOW試験で2次治療でのパクリタキセルに対するラムシルマブ（ヒト型抗VEGFR-2モノクローナル抗体）の上乗せ効果が示されたため、現時点での2次化学療法はパクリタキセル+ラムシルマブ療法は標準とされている。

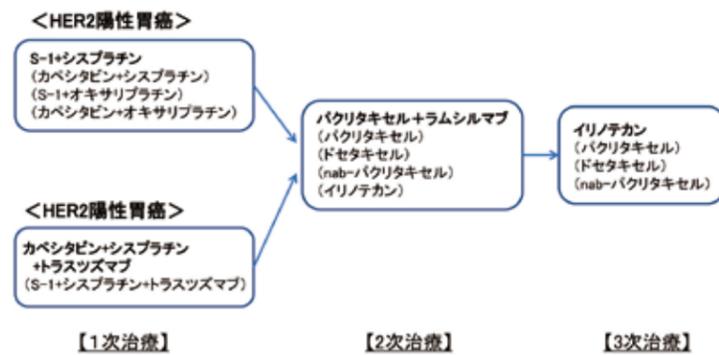
これまでの1次化学療法ではHER2タンパクの過剰発現の有無にかかわらず、シスプラチンが標準治療レジメンに用いられてきたが、腎毒性・強い催吐性が問題となっていた。催吐性については第2世代5-HT受容体拮抗剤であるパロノセトロンやNK1阻害剤の導入後からコントロールできるようになってきたが、腎毒性については腎保護のため投薬前後の大量輸液は必要であり、腎障害・大量腹水の症例では使用ができなかった。欧州では胃癌に対して同じ白金製剤であるオキサリプラチンがシスプラチンと同等の効果をもつことが示されており、日常診療でも使用されている。オキサリプラチンの問題点として末

梢神経障害（手足のしびれなど）があるが、腎毒性がなく、催吐性も中等度であることから、シスプラチンより利点が多いと考えられ比較試験が行われた。SP療法とSOX（S-1+オキサリプラチン）療法を比較した結果、ほぼ同等の有効性を示したが、厳密にはSOX療法のSP療法に対する非劣勢を証明できなかったため、標準治療とはならないが「推奨度2」と位置付けられた。

胃癌の特徴的な転移形式として腹膜播種があげられるが、その進展により腸管狭窄・腹水貯留・尿管狭窄などをきたし、胃癌化学療法のkey drugとなるS-1やゼロロダの内服やシスプラチン投与時の輸液負荷が困難となり、標準治療を行うことが困難である。このような対象についても治療開発が行われており、現在のみなし標準治療は5-FU 持続投与または5-FU+ロイコポリンとされているが、JCOGとWJOG（西日本がん研究機構）との共同研究として5-FU+ロイコポリンに対する5-FU+ロイコポリン+パクリタキセル（FLTAX療法）の優越性を検証する試験が行われている。また、腹膜播種はあるが、経口摂取可能な症例では先進医療としてパクリタキセルの経静脈+腹腔内投与の有効性を検証する第3相試験（PHOENIX-GC試験）が行われた。その結果はまだ明らかとなっていないが、第2相試験では良好な成績が得られており、結果が待たれるところである。

これまでに記述した標準治療については高齢者が対象となっていない臨床試験の結果から導き出されたものであり、高齢者についても同様に治療を行ってよいかのエビデンスはない。胃癌治療ガイドラインにも全身状態や主要臓器（腎臓・肝臓など）機能に注意すれば、有害事象には細心の注意が必要であるが、年齢だけを理由に治療強度を緩める必要はないとされている。さらに、「高齢者の定義については、暦年齢のみでなく臓器機能や併存症・既往症なども加味すべきである」と記載されており、高齢者に化学療法を行う際には十分な診察と説明が必要と考えられる。

## 現在の標準治療



※ カッコ内は推奨度2としてコンセンサスが得られている

症例検討・ショートレクチャー2

# 胃十二指腸ステント留置により長期経口摂取が可能となった切除不能進行胃癌の1例

関西ろうさい病院 消化器外科  
石田 智

2010年4月から内視鏡的胃十二指腸ステント留置術が保険収載され、悪性腫瘍による胃十二指腸閉塞症例に対して使用可能となった。幽門狭窄を伴った切除不能進行胃癌に対する症状緩和の処置として、胃空腸バイパスあるいは胃十二指腸ステント留置がある。バイパス術とステント留置の成績を比較した過去の論文によると2,3ヶ月以上の長期生存を見込める症例にはバイパスを推奨する報告が多いが、胃癌のみを対象としたランダム化試験はなく、適応についての十分なコンセンサスはないのが現状である。

幽門狭窄を伴う切除不能進行胃癌に対して、胃十二指腸ステント留置を先行し、化学療法が奏功したため、外科治療を行わずに長期間経口摂取が可能であった症例を呈示する。

### 症例提示

症例は66歳男性。心窩部不快感を主訴に来院され、精査にて肝転移、傍大動脈リンパ節転移、腹膜播種を伴うcStage IVの進行胃前庭部癌（全周性 Type2）と診断された。幽門狭窄により経口摂取不能であったので全身化学療法に先立ち内視鏡的胃十二指腸ステント留置術を施行する方針とした。透視下にて内視鏡で狭窄範囲を確認し、12cm Wallflex 十二指腸ステントを留置した。術翌日より固形食の経口摂取が可能であった。術後6日目より全身化学療法としてSP (TS1+CDDP) 療法を開始した。ステント留置の8ヶ月後、SP療法を7コース施行後に腫瘍縮小のためステントが逸脱し、急性膵炎の症状で緊急入院された（図1）。緊急内視鏡を施行し、内視鏡を用いて経口的に抜去した。ステント抜去後より2nd line としてNab-PTXを開始した。その後3rd line CPT-11、4th line DTX 単剤と適宜レジメンを変更しつつ化学療法も継続できた。ステント留置30ヶ月後、化学療法5th line としてラムシルマブ投与中に吐血を主訴に受診され、緊急内視鏡を施行した。腫瘍からの出血を認めたため凝固止血を行った。また胃内に血液が貯留しており腫瘍による通過障

害が考えられたため、後日追加ステント（Cook evolution stent 9cm）を留置した。以降は積極的治療を希望されなかったため、Best supportive care の方針となった。ステント留置後34ヶ月、治療開始後42ヶ月に原病死されたが、なくなる直前まで在宅療養され、経口摂取が可能であった。

切除不能進行胃癌による通過障害に対する内視鏡的ステント留置術は患者のQOLを著明に改善できる低侵襲な治療である。処置後のメンテナンスが必要だが、内視鏡的ステント留置術は有効な治療オプションの一つになり得ると考えられる。

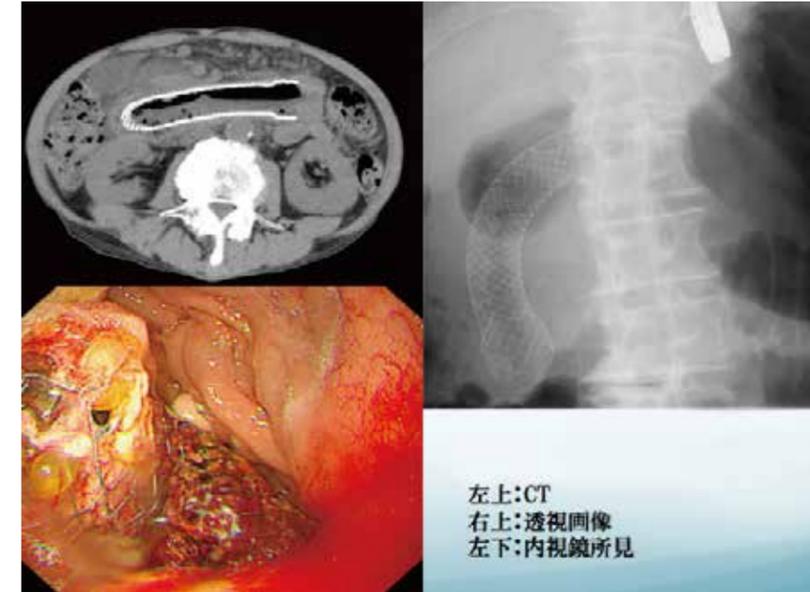


図1：ステント逸脱時の画像所見



図2：病状経過

症例検討・ショートレクチャー2

# 胃癌手術に関するトピックス

関西ろうさい病院 消化器外科副部長  
竹野 淳

本日は胃癌手術および、補助化学療法のトピックスについてお話しします。まずは手術についてです。

胃癌は進行度によって生存率が大きく異なることがわかっています。労災病院のデータですが、Stage IA では手術だけで98%の人が治ってしまうのに対して、進行度がすすむのに従って生存率が低下していくことがわかります。(図1) すなわち、胃癌は早期癌の段階で手術をすれば治癒可能ですが、進行癌になると手術のみでは治癒困難です。

一般に、がんに対する手術にはQOLを重視した機能温存と根治性の両面があり、バランスが重要になります。そこで、治る可能性が高い早期癌に対しては機能温存を重視し、治癒困難な進行癌に対しては根治性をより重視する必要があります。(図2)

胃癌において、早期癌に対する手術には機能温存の点を考慮した胃の温存と身体に負担が少ない低侵襲手術の2点があります。(図3) 胃の温存については、究極の胃温存手術である内視鏡治療が内科で日常的に行われるようになりました。外科領域では、胃切除において切除範囲をなるべく少なくする縮小手術があります。胃癌の定型手術は胃の2/3以上の切除とD2リンパ節郭清ですが、リンパ節転移がない早期癌に対しては縮小手術が可能になります。縮小手術には幽門輪を温存した幽門輪温存胃切除や噴門側胃切除の2つの術式があります。これらの術式は術後の体重減少を抑制するなど術後QOL向上に役立つ可能性があると考えられ、臨床研究で検証されています。

低侵襲手術に関しては、腹腔鏡手術が近年普及してきました。胃癌に対しては現在、臨床病期I期の早期癌のみが適応となっています。腹腔鏡手術の安全性が社会問題にもなった昨今ですが、胃癌領域ではJCOG0703試験で臨床病期I期の胃癌に対する腹腔鏡下幽門側胃切除の合併症頻度は容認できる程度であることが確認されました。現在はJCOG9912でEMR適応外の臨床病期I期の1000例の患者さんを開腹群と腹腔鏡群にランダム化し比較した臨床研究がおこなわれていて、2018年に最終結果が明らかになる予定です。

ハード面の進歩としては3D画像の導入や、手術支援ロボットDavinciの開発などがあります。Davinciはぶれを防ぎ、多関節のアームにより通常の腹腔鏡手術より繊細な手術が可能となります。前立腺癌手術ではすでに保険診療として臨床応用されており、胃癌についても今後数年で保険適応となることが期待されています。

一方、進行癌に対する手術には広範囲切除による拡大手術と化学療法の併用の2つのアプローチが考えられます。拡大手術の効果を検証する研究には、大動脈周囲リンパ節予防的郭清の効果を検証したJCOG9501試験と、食道浸潤胃癌の開胸、下縦隔郭清の効果を検証したJCOG9502試験があります。結果はいずれの試験においても、拡大手術は生存期間を延長しなかっただけでなく、9502試験に至っては術後合併症のためむしろ拡大手術群の予後が悪化していました。このことから、現在進行胃癌に対する手術は、化学療法の併用が中心になっています。根治切除可能なStage II/III症例に対する補助化学療法と、Stage IV症例において化学療法が著効して手術に方針転換するconversionの2点です。(図4)

次に、補助化学療法についてお話しします。国内で行われたACTS-GC試験で補助化学療法の有効性が初めて明らかになりました。1059例の根治切除を施行したStage II/IIIの胃癌患者さんを手術単独群とTS1の1年間内服群にランダム化し、生存期間を比較しました。手術単独群の5年生存率が61%であったのに対して、S1内服群では71%と10%の有意な上乗せ効果が見られました。このことから胃癌治療ガイドラインに、根治A/B手術(D2以上リンパ節郭清)を受けたpStageII/IIIA/IIIB症例に対する1年間のS1補助療法が推奨されることが明記されました。その後韓国で行われたCLASSIC試験は同様の対象に対して手術単独群とXELOX療法(Xeloda+L-OHP)群をランダム化し、生存を比較した臨床試験です。こちらも5年生存率が手術単独群で69%であったのに対してXELOX群で78%と有意にXELOX療法の上乗せ効果が示されました。この

結果から本邦でも2015年11月にL-OHPが補助療法を含めたすべての胃癌に対して保険承認がされました。

最後に今後の補助化学療法の展開について述べます。Stage IIについては1年の補助化学療法の有効性が示されたので、大腸癌や乳癌と同様に6ヶ月に期間が短縮できないかというJCOG1104試験が進行中です。一方、Stage IIIについてはS1単剤では不十分なので、より強力なレジメが開発されています。現在TS1+DTXがJACCRO-GC07試験で検証されていますし、

L-OHPが保険承認されてL-OHPをベースにしたレジメも今後開発されると思われます。また、胃切除後には強力な化学療法が十分行えない可能性があることを考慮し、術前補助療法にシフトしていくことが予想されます。

当院では癌の進行度に応じた胃癌手術を心がけ、治療成績の向上に取り組んでおりますので、胃癌患者さんがおられましたら是非ご紹介ください。

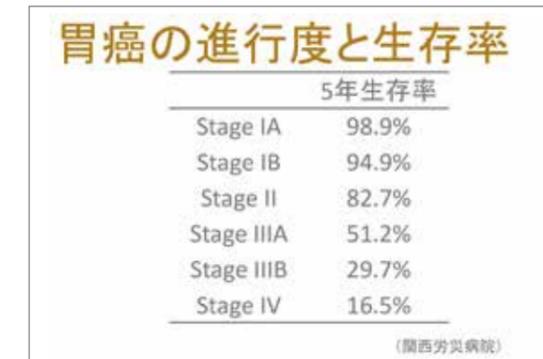


図1

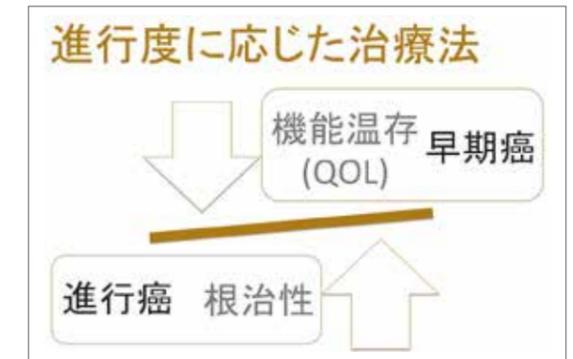


図2



図3



図4

# 第14回 阪神がんカンファレンス

## 概要

日時：平成28年4月21日(木) 18:00～19:30

場所：関西ろうさい病院 がんセンター2階 カンファレンス室1

テーマ：乳がん症例について

## 進行

### 開会挨拶

挨拶：乳腺外科部長 柄川 千代美

### カンファレンス

座長：乳腺外科部長 柄川 千代美

### 症例検討

「当院におけるステレオガイド下マンモトーム生検の導入と有用性の検討」

演者：乳腺外科 稲留 遵一

### ショートレクチャー

「ステレオガイド下マンモトーム生検の流れ」

演者：放射線科技師 岡村 彩子

### 質疑応答

### 閉会挨拶

挨拶：乳腺外科部長 柄川 千代美

## 第14回阪神がんカンファレンスの様子



症例検討



ショートレクチャー



開会挨拶・座長



質疑応答

症例検討

# 当院におけるステレオガイド下マンモトーム®生検の導入と有用性の検討

関西ろうさい病院 乳腺外科  
稲留 遵一

マンモグラフィ検診の普及により超音波検査では検出困難な微小病変が増加している。

近年、そういった症例に対してステレオガイド下吸引式乳房組織生検(stereotactic vacuum-assisted breast biopsy; ST-VAB) が施行されるようになった。当院でも設備が導入されたので紹介する。

今回は一般的な乳癌検診の流れと、マンモグラフィにおける石灰化の供覧、およびステレオガイド下マンモトーム生検について発表する。

現在、日本における乳癌の罹患患者数は年間約8万人で率にすると女性では1位である。このうち40歳未満の若年女性は約4,000人とされている。また生涯に12人に1人が乳癌にかかるといわれており、罹患率および死亡者数は増加の一途をたどっている。

しかし、乳癌の早期発見により図1で示す左側のStage0で発見されると10年生存率が95%となり、Stage Iでも90%程度の生存率が得られる。腫瘍自覚による発見では2cmを超えるしこりであることが多く、Stage II以上となり、生存率は78%にまで低下する。

以上のことから、乳癌においてはより早期で発見することが重要であると考えられる。

次に、乳癌のリスクについては、家族歴、40歳後半、妊娠・出産歴、月経の状態、その他、飲酒喫煙、不規則な生活などが挙げられている。

日本の乳癌検診は、1987年に第2次老人保健法で「30歳以上に問診・視触診検診を逐年で行う」という形で全国に導入された。視触診単独検診は簡便で安価であるが、その死亡率低減効果は証明されていない一方で、マンモグラフィ併用検診では死亡率の減少が認められる成績が報告されている。その後、2000年には50歳以上、2004年には40歳以上はマンモグラフィ併用検診を行うとする通達が生労働省から出された。

現在の尼崎市における乳癌検診は40歳以上を対象に2年に1回となっている。当院でも検診は実施しており、人

間ドックにおいても女性検診を行っている。実際の検査の流れは、問診、視触診、マンモグラフィとなっている。

マンモグラフィ検診では、白い影(腫瘤影)や非常に細かい石灰の影(微細石灰化)、乳腺構造の乱れなどを見つけ、日本乳がん検診精度管理中央機構が定めているカテゴリー分類を行う。

カテゴリーは1-5に分けられており、それぞれの性状を観察し分類する。カテゴリーは1;「異常なし」、2;「良性」であり、カテゴリー3;「良性、しかし悪性を否定できず」以上が要精査となる。

実際の検診受診率を図2の左図に示した。2007年には全国で20%程度であった受診率が2013年には25%となっている。それに伴い、右図で示すように、Stage 0、Iの割合が増加していることがわかる。一方で兵庫県に限ると、全国平均の受診率よりも5%程度低く、より一層の啓蒙活動が必要と思われる。

また、検診にまつわる大きな話題として、マンモグラフィに超音波検査を加えた検診のランダム化比較試験J-STARTが日本で行われ、去年の秋にLANCET電子版にpublishされた。その内容はMMG+US群は感度91%に対しコントロール群では77%であり、p=0.0004と有意差を認めたものである。

実際に、マンモグラフィで発見される石灰化について提示する(図3)。

海外での成績では2004年にドイツの多施設共同研究の結果が発表されており、2,874例にVABが施行され、癌もしくは前癌病変と診断された症例が27%、良性が73%であった。なかでも非浸潤性乳癌や前癌病変は20.6%を占めていた。

本邦での報告を医中誌で検索すると、5件の報告があり、いずれの報告もカテゴリー3もしくは4の症例に対してST-VABを施行しており、その悪性の割合は13%から35%と報告によっては差があるものの、ST-VABが有用であると示すのに十分な成績であると思われる。

また、近年においては石灰化と造影MRIでの造影効果との相関が指摘されている。

2010年に発表された広島大学の研究では、MMGにて石灰化を指摘され、MRIを施行した124例を対象とした後ろ向き研究である(カテゴリー3:69例、カテゴリー4:46例、カテゴリー5:9例)。造影MRIで石灰化に一致する異常濃染像を認めた場合(所見陽性)と認めなかった場合(所見陰性)に大きく分類すると、所見陽性の場合、悪性の結果は68例中32例(陽性適中率47.1%)であり、所見陰性の場合、56例のうち27例に生検がなされているが、全て良性の結果であった(陰性適中率100.0%、カテゴリー3:13.0%、カテゴリー5:55.6%)。カテゴリー3の石灰化病変に限定した造影MRIの検討を大阪物療大学と大阪大学で共同研究が行われ、2013年に発表されている。ステレオマンモトーム生検を行った341例のうち石灰化病変がカテゴリー3かつ造影MRIを施行した症例、42例を検討し、造影効果のあった39例のうち5例にDCIS(悪性)を認めた。一方で、

造影効果のなかった群では、悪性は1例も認めなかった。

以上を踏まえ、当院でのステレオガイド下生検の適応は、前述の2つの条件に加え、可能であれば造影MRIを施行し、悪性が疑われれば施行することとしている。

また、造影効果がないにもかかわらず、悪性であったとの報告もあり、厳重な経過観察は必要である。

当院での施行例を図4に示す。現在、1月より導入され、まだ日がないため8例と少数ではあるが、いずれの検査でも摘出検体から石灰化を認めており、正確な検査が実施されている。一方で検査時間が1-2時間かかることもあり、こちらに関しては超音波ガイド下生検が15分程度で終わることを考えるとさらなる改善が必要と考えている。

まとめとして、兵庫県の検診受診率は全国平均と比較しても低く、より一層の啓蒙活動が必要である。石灰化を伴う非触知病変に対して、ステレオガイド下吸引式乳房組織生検は有用であると思われる。

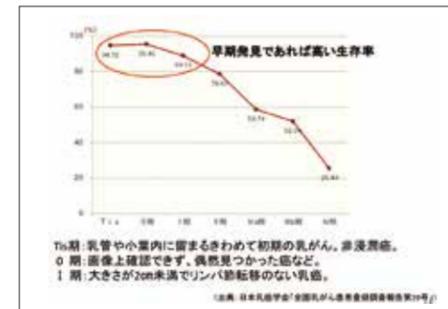


図1: 乳がんの10年生存率

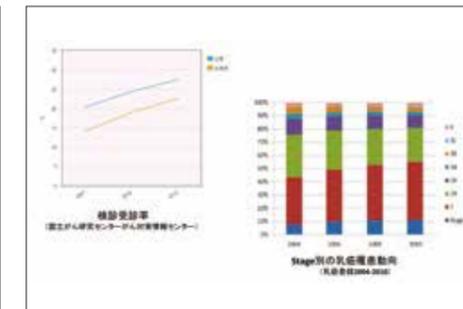


図2: 検診受診率と早期乳がんの増加



図3: マンモグラフィーにおける石灰化

	年齢	左右	MMG所見	MRI所見	病理結果
1	42	右	淡く不明瞭石灰化、集簇	造影域を認める	乳腺症
2	45	左	微細円形石灰化、集簇	集簇するclustered ring enhancementを認める	乳管過形成
3	47	左	微細円形石灰化、集簇増加傾向	造影効果なし	乳腺症
4	54	左	微細円形石灰化、区域	Gradient patternで造影される多数の結節	異型細胞なし
5	37	左	微細円形石灰化、集簇	Gradient patternで強く造影される non mass lesion	異型細胞なし
6	61	左	微細円形~多形性不均一石灰化、集簇	Rapid plateau patternに造影される区域	浸潤性乳癌
7	63	右	多形性不均一、集簇	Gradient patternで造影される non mass lesion	非浸潤性乳癌
8	43	左	淡く不明瞭、集簇	リング状に造影	異型細胞なし

図4: 自験例

ショートレクチャー

# ステレオガイド下マンモトーム生検の流れ

関西ろうさい病院 中央放射線部  
岡村 彩子

はじめに

当院では、昨年9月にマンモグラフィ装置を更新し、1月より新たにステレオガイド下マンモトーム生検を開始した。ステレオガイド下マンモトーム生検は、エコーガイド下では行えなかった石灰化病変に対して組織診断を行えるため、より早期診断につながる。主に、悪性の疑いのある石灰化病変が対象となるが、病変の増大や乳癌既往歴、MRI検査の結果などを考慮しながら施行を決定している。

今回は、当院におけるマンモグラフィ装置とステレオガイド下マンモトーム生検の流れについて紹介する。

新マンモグラフィ装置

今回導入したマンモグラフィ装置（；シーメンス社製 MANMOMAT Inspilation PRIME Edition）は、FPD搭載型であるため、検査（撮影）のスループットが早く、ソフトコピー診断（5M読影システム）においても、拡大表示や濃度調整、画像比較が簡単にできるようになった。また、トモシンセシスなどの新たな機能がいくつか搭載され、患者さまにとってより有用な検査が実現できるようになった。特に、マンモグラフィで必要不可欠となる圧迫機能に対して、できるだけ痛みや不快感を低減できるような工夫がなされており、患者さまからの評価も高い。被ばく線量に対しても、ター

ゲット/フィルターのW/Rhの使用やグリッドレス撮影などにより、以前よりも低線量撮影が実現している。

トモシンセシス撮影

トモシンセシスは、最近注目されている検査の1つで、角度を変えて複数の方向から撮影を行い、収集したデータを1mm厚のボリュームデータに再構成する撮影法である。薄いスライス厚になることで、2D画像に比べて乳腺の重なりが少ない画像が得られる（図1-1）。特に、乳腺組織の多い方に有用で、乳腺の重なりで見えにくかった病変が検出しやすくなり、腫瘍の辺縁が明瞭に描出されることで、より正確な診断ができる（図1-2）。また、乳腺の重なりが腫瘍様に見える疑陽性も減らすことができる。心配される被ばく線量は2D画像の1～1.5倍程度であるが、各装置の精度の違いや画像容量の増加などの問題があり、まだ明確な指標は示されていないため、当院でも運用方法について検討を行っていきたいと考えている。

ステレオガイド下マンモトーム生検

当院の装置は、マンモグラフィ装置に専用の生検台を設置することで、マンモトーム生検が可能となる（図2-1）。側臥位と座位が使用できるが、基本的に体勢が安定する側臥位で

行っている。

まず、マンモグラフィ画像を参考にして、採取したい石灰化が中心にくるよう乳房を圧迫板で固定し、スカウト撮影を行う（図2-2）。わずかな石灰化をターゲットとしているため、位置ずれがないようにすることが重要であり、乳房の固定や患者さまの固定は注意深く行う必要がある。次に、2方向から撮影（ステレオ撮影）を行い、ターゲットとする石灰化を確認して、その石灰化の位置・深さを把握する。

ここで、マンモトームに使用する針（図2-3）が10Gと太いため、皮下麻酔と深部麻酔を行う。石灰化の深さや乳房厚によって、下にスペーサーをかましたり、麻酔量を調整して石灰化の位置をずらしたり、吸引しやすいように工夫も行っている。さらに、麻酔後や針の挿入後は、石灰化の位置が変わっていないか、その都度ステレオ撮影を行い、位置を確認する。

ターゲットとなる石灰化と針開口部の位置に問題がなければ、吸引を開始する（図3-1）。使用するマンモトーム（吸引装置）は、吸引した組織が自動で収納部分に採取され、連続で吸引することが可能となっている（図3-2）。採取した組織は専用装置で撮影を行い、石灰化が採取できているか確認する（図3-3）。穿刺した状態のまま、別装置で標本撮影を行うことにより、無駄なく迅速な検査が行える。採取が完了す

れば針を抜去し、そのまま10分程度圧迫止血を行い、さらに、バスタバンドで固定して終了となる。

マンモトーム生検における注意点として、合併症に施行後の血腫や感染などが上げられるが、穿刺部位は4mmほど切開し、深さも2cmほど穿刺しているため、抜去後の圧迫止血を十分に行うことが重要である。いずれの合併症も頻度は少なく、当院でも現在までの症例で合併症は見られていない。被ばく線量については、マンモグラフィ検査（片側2回）が0.2～0.4mSvに対して、10回程度の撮影が必要なため、0.8～1.5mSv程度となる（図4）。

おわりに

近年、乳癌検診は徐々に普及しており、より早期に見えれるようになった。マンモトーム生検ではそういった病変に対して、病理診断を行うことで早期の治療につながるも期待される。しかし、どの病変に対して生検を行うのか、積極的に生検すべきか経過観察を行うべきか、学会でも議論の続くところであり、当院でも検証を行っていきたいと思う。

また、今後は超音波検診の有用性についても証明されつつあり、どの検査をどのタイミングで選択していくか、それぞれの検査の役割を見直し、総合的に判断していくことが必要であると感じている。



図1-1 トモシンセシス原理 図1-2 トモシンセシス画像



図2-1 マンモトーム生検の準備 図2-2 石灰化病変 (C4)  
図2-3 マンモトームリボルブ (穿刺針) 図2-4 乳房穿刺部

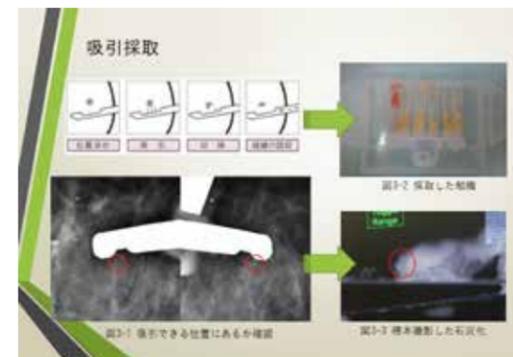


図3-1 吸引できる位置にあるか確認  
図3-2 採取した組織 図3-3 標本撮影した石灰化



図4 検査における被ばく線量

# トピックス

## がん相談支援センター

がん相談支援センターは、どなたでも無料でご利用いただける『がんの相談窓口』です。

相談内容に応じて、看護師、医療ソーシャルワーカーなどが対面や電話で相談を受けています。医学用語や社会制度をわかりやすく解説したり、医師にどうやって質問するか、家族ががんになったときにどう接すればいいか、などについて一緒に考えます。

また、がん相談支援センターでは、がん患者さんやご家族の方が、がんとうまく付き合い、自分らしい生活を過ごせるよう支援することを目的として、“がん患者と家族のサロン”『寄りみち』を定期開催しています。

がん患者さんやそのご家族の方など、同じ立場の人が語り合う交流の場や、当院の医師、看護師、薬剤師などによる療養に役立つ勉強会などを企画しています。

おひとりで考え込まずに『がん相談支援センター』にご相談ください。

### がん相談支援センター 利用方法

直接お越しいただくか、下記までお電話ください。

#### がん相談支援センター

TEL：06-4869-3390（直通）

時 間：8:15～17:00（12:00～13:00除く）

相談日：月曜～金曜（祝日を除く）

※随時、受け付けていますがご予約をおすすめします。

### “がん患者と家族のサロン”『寄りみち』 利用方法

日 時：毎月第2木曜日14時～16時（定期開催）

場 所：がんセンター内カンファレンス室など

対 象：当院におかかりでなくてもご参加いただけます

※日時や場所など急に変更する場合があります。

ご希望の方は上記のがん相談支援センターまでお問い合わせください。

## 緩和ケアセンターを開設いたしました

緩和ケアセンター長・副院長・外科部長 田村 茂行

これまで、当院では緩和ケア科と緩和ケアチームが中心となり、緩和ケアを提供してきました。しかし、その活動は緩和ケア全体として十分機能を果たしていたとは言えませんでした。そこで、今年度より緩和ケアに関する部署を整理・集約化しより良い緩和ケアの提供を目指して、「緩和ケアセンター」を組織しました。

痛みや辛い症状を和らげ、患者さんとご家族の希望にそった、緩和ケアの提供を目指します。

### 精神緩和部門

緩和ケアセンター次長（精神緩和部門）・心療内科・精神科第二部長 辻本 浩

がん診療に関する当院の取り組みのより一層の強化・充実を目指し、今春より新たに「緩和ケアセンター」が設立されて、私はセンター次長（精神緩和）を拝命致しました。重い病気や厳しい治療に伴う様々な「つらさ」を軽減するための支援を行うのが緩和ケアの主な役割ですが、センターが設立された事は、がんという「病気への治療」だけを重視するのではなく病を得た患者やその家族「その人たちの生活や人生」も重視する、という当院の大きな方針を具現化するものであると思っています。センターはまだ出来たばかりですが、私は普段は一般臨床でストレス関連疾患などの治療を専門としている事でもあり、精神科医として、患者本人や家族はもちろんの事それを支える医療スタッフのストレスにも注目して、これまで以上に精力的に活動していきたいと考えています。地域の医療機関の皆様にも緩和ケアセンターの御活用をよろしく願っています。

### 身体緩和部門

緩和ケアセンター次長（身体緩和部門）・産婦人科第二部長 堀 謙輔

緩和ケアセンター身体緩和部門次長を拝命した堀です。

身体緩和といいますが、そもそも産婦人科医であり、疼痛緩和には池田次長がいますので、私が実際にしていることは、患者様の病態とご希望をよくかがって、意思決定支援を行い、当院に在籍している様々なスペシャリストの力を有効にお借りする橋渡しをしております。特に入れ替わりの激しい勤務医の中で、10年あまり当施設で勤務させていただいており、様々な診療科の医師だけでなく、多くの職種の者と直接話ができる関係性があることが強みです。

毎週水曜日午後1時から3時まで、予約制で「緩和ケア」外来で、患者様のご相談を受けております。必要があれば、地域医療室の在宅療養支援スタッフ、がんセンターの相談員、就労支援相談、リエゾンナースなど多職種へのつなぎ役もしております。

「がんと共に生きる」上でお困りの方がおられましたら、ぜひ、ご紹介いただければ幸いです。

### 疼痛緩和部門

緩和ケアセンター次長（疼痛緩和部門） 池田 和世

平素より大変お世話になりありがとうございます。このたび当院に緩和ケアセンターが開設されたことに伴い、次長を拝命し身の引き締まる思いでございます。私は以前より当院で疼痛緩和（ペインクリニック）領域を専門として緩和ケアに携わっております。患者さんの苦しみの大きな部分を占める疼痛に対し積極的に対応することは基本的なことではありますがたいへん重要であります。しかしながら、患者さんの痛みは身体的な痛みの改善に対応するだけでは不足であり、不安や抑うつなどの精神的苦痛、経済的、仕事や家庭内の問題などの社会的苦痛、死への恐怖、生きる意味への問いなどのスピリチュアルな苦痛を含めた全人的苦痛（total pain）に眼を向けなければならないと日々の診療で痛感しております。患者さんを治療対象としてだけ診るのではなく一個人として思いやる気持ちを大事にしていきたいと思っております。

これからもご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

## 平成28年度の予定

	日程(毎月第2木曜日)	ミニ講義テーマ(予定)	講師(※変更の場合あり)
第7回	10月13日	茶話会のみ	－
第8回	11月10日	食べられない時の工夫	看護師
第9回	12月 8日	クリスマスイベント	－
第10回	1月12日	がんとリハビリテーション	リハビリテーション部セラピスト
第11回	2月 9日	茶話会のみ	－
第12回	3月 9日	ハンドマッサージを学ぼう	看護師

※日時や場所など急に変更する場合があります。がん相談支援センターまでご連絡ください。

## トピックス

### 今後の“がん関連セミナー”開催のお知らせ

がんセンター研修会

がん看護セミナー「お薬以外の痛みのとり方。放射線はどうやって痛みを取るの？」

平成28年10月14日(金)18時30分～20時

於:関西労災病院 がんセンター棟カンファレンス室

対象:看護師

「医師のための緩和ケア研修会(受付終了)」(厚生労働省の標準プログラムに則ったもの)

平成28年10月29日(土)13時20分～20時10分

平成28年10月30日(日)9時～17時

於:関西労災病院 がんセンター棟カンファレンス室

対象:医師、その他の医療従事者

がんセンター研修会

就労支援研修会「がん患者さんのためのくらしと仕事の相談室」取組報告会

平成28年11月30日(水)18時30分～20時15分

於:関西労災病院 がんセンター棟カンファレンス室

対象:看護師、MSW、事務職等

### 今後の「阪神がんカンファレンス」について

第16回阪神がんカンファレンス

テーマ「直腸がん」

平成28年12月1日(木)18時30分～20時

於:関西労災病院 がんセンター棟カンファレンス室

対象:医師、その他の医療従事者



### セカンドオピニオン外来

当院以外で診療中の患者さんを対象に、診断や治療に関して当院の専門医が患者さんの主治医からの情報をもとに意見を提供します(完全予約制)。当院で治療をご希望の場合は対象とはなりません。

必要資料

- 診療情報提供書
- 検査データ
- 画像データ
- 同意書(患者さん本人以外の場合)

申込手順

申込み:必要資料を下記へご持参ください

予約日時決定:後日のご連絡となる場合があります

受診当日:各外来受付へ直接お越しください

※申込みと受診の計2回の来院が必要です。

費用

30分まで10,800円 以後15分毎に5,400円(税込)

予約・手続き等の問い合わせ

医療連携総合センター(地域医療室)

TEL:06-6416-1785(直通) 13:30～16:30

月曜～金曜(祝日を除く)

※ご相談は「がん相談支援センター」でお受けしています

対象疾患・担当診療科	
肺がん	呼吸器外科
乳がん	乳腺外科
胃・食道がん	上部消化器外科
肝・胆・膵臓がん	肝・胆・膵外科
大腸がん・直腸がん	下部消化器外科
子宮がん・卵巣がん	産婦人科
脳疾患全般	脳神経外科

### 当院が専門とするがん

頭部 / 頸部
脳腫瘍
脊髄腫瘍
口腔・咽頭・鼻のがん
喉頭がん
甲状腺がん

胸部
肺がん
縦隔腫瘍
中皮腫
乳がん

消化管
食道がん
胃がん
小腸がん
大腸がん(結腸がん・直腸がん)
GIST

肝・胆・膵
肝がん
胆道がん
膵がん

泌尿器
腎がん
尿路がん
膀胱がん
副腎腫瘍

男性
前立腺がん
精巣がん
その他の男性生殖器がん

女性
子宮頸がん・子宮体がん
卵巣がん
その他の女性生殖器がん

皮膚 / 骨と軟部腫瘍
皮膚腫瘍
悪性骨軟部腫瘍

血液・リンパ
血液腫瘍

## がん診療に関連する診療報酬実績の推移

	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
がん診療連携拠点病院加算	595	958	1,065	1,118	1,244
緩和ケア診療加算	163	671	835	726	866
外来緩和ケア管理料	-	21	14	28	34
がん治療連携計画策定料1	5	24	50	47	55
がん治療連携管理料(化学療法)	-	4	45	46	53
がん治療連携管理料(放射線治療)	-	6	62	41	86
がん性疼痛緩和指導管理料1(緩和ケア研修済)	39	106	186	210	251
がん性疼痛緩和指導管理料2(緩和ケア研修未)			2	3	2
がん患者指導管理料1(“医師が看護師と共同して” (24年度までがん患者カウンセリング料))	3	91	118	3	10
がん患者指導管理料2(“医師又は看護師が”)				5	0
がん患者指導管理料3(“医師又は薬剤師が”)				28	30
外来化学療法加算1A	6,771	4,150	4,035	4,783	5,628
外来化学療法加算1B(26年度から算定要件が変更)		2,559	2,501	65	77
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	-	172	422	1,168	1,401
放射線治療管理料	666	534	610	591	663
ガンマナイフによる定位放射	221	249	264	273	281
PET検査	1,045	905	932	883	921
術中迅速病理組織標本作製	421	430	443	515	529
セカンドオピニオン	46	39	39	43	48
がんリハビリテーション	-	-	-	127	2,827

## 編集後記

今年の夏は記録的な酷暑でした。その後、日本列島は大型台風が次々見舞われました。普段は台風被害とはあまり縁のない北海道や東北といった地域に甚大な被害をもたらし、凄惨な爪痕を残しました。いっぽう関西空港で麻疹患者の発生が報じられた後、最近になって京阪神地区でも患者発生が伝えられており、流行の不気味な前兆ともとらえることができます。

自然災害や疫病など、私たちは普段自覚していないことが多いですが、日常的にさまざまな危険と隣り合わせであることを実感させられました。そして「がん」も我々の日常に潜むリスクのひとつです。早期に診断し治療すれば克服できることも多くなってきましたが、依然としてかなりの進行癌で見つかり治療に難渋する例にも日常的に遭遇します。

第13回阪神がんカンファレンスでは「切除不能の進行胃癌」についての最近の知見を取り上げました。切除不能の進行胃癌に対しては化学療法が治療の中心となりますが、消化器癌の化学療法は、従来、日本中の多くの施設で外科医が手術の片手間に行っていました。近年、抗癌化学療法を専門とする「腫瘍内科医」による化学療法が徐々に行われるようになってきていますが、まだまだ腫瘍内科医の絶対数は多いとは言えません。近年の抗癌化学療

法が目覚ましい発展と複雑化を考えると、やはり化学療法を専門とする内科医による治療が望ましいと考えます。そのほか通過障害に対する消化管ステントによる治療も取り上げており、進行胃癌患者のQOL改善について報告しています。根治不能であるとはいえ経口摂取の維持などQOLを重視した治療は進行癌患者にとって大変重要です。

また第14回では従来、超音波検査で描出が困難であった乳腺石灰化病変に対する新しい生検方法として、当院では導入されたばかりのステレオガイド下マンモトームについてご紹介しています。今後、症例の蓄積に従ってその真価を評価されることになるでしょうが、早期に診断され完治する乳癌患者が増えれば大変喜ばしいことです。

早期がん、進行がんともにわれわれの日常診療では見過ごすわけにはいきません。本誌が臨床の最前線である地域の開業医の先生方とがん拠点病院である当院とを結び、ともに同じ「がん制圧」という目標をつないで地域住民の健康に貢献することができれば、本誌編集に携わるものの一人としてこの上ない喜びです。

関西ろうさい病院がんセンター  
情報・教育・連携班 班長  
呼吸器外科 部長

岩田 隆

関西ろうさい病院がんセンター雑誌

阪神がんカンファレンス No.06

関西ろうさい病院がんセンター雑誌

## 阪神がんカンファレンス No.06

発行：独立行政法人労働者健康安全機構  
関西ろうさい病院

〒660-8511 尼崎市稲葉荘3丁目1番69号

URL：<http://www.kansaih.johas.go.jp>

TEL：06-6416-1221

FAX：06-6419-1870

医療連携総合センター（地域医療室）

TEL：06-6416-1785

FAX：06-6416-8016