

阪神がんカンファレンス

HANSHIN CANCER CONFERENCE

No. 05

Issue : February 2016

Journal of Kansai Rosai
Hospital Cancer Center

第11回 阪神がんカンファレンス

第12回 阪神がんカンファレンス

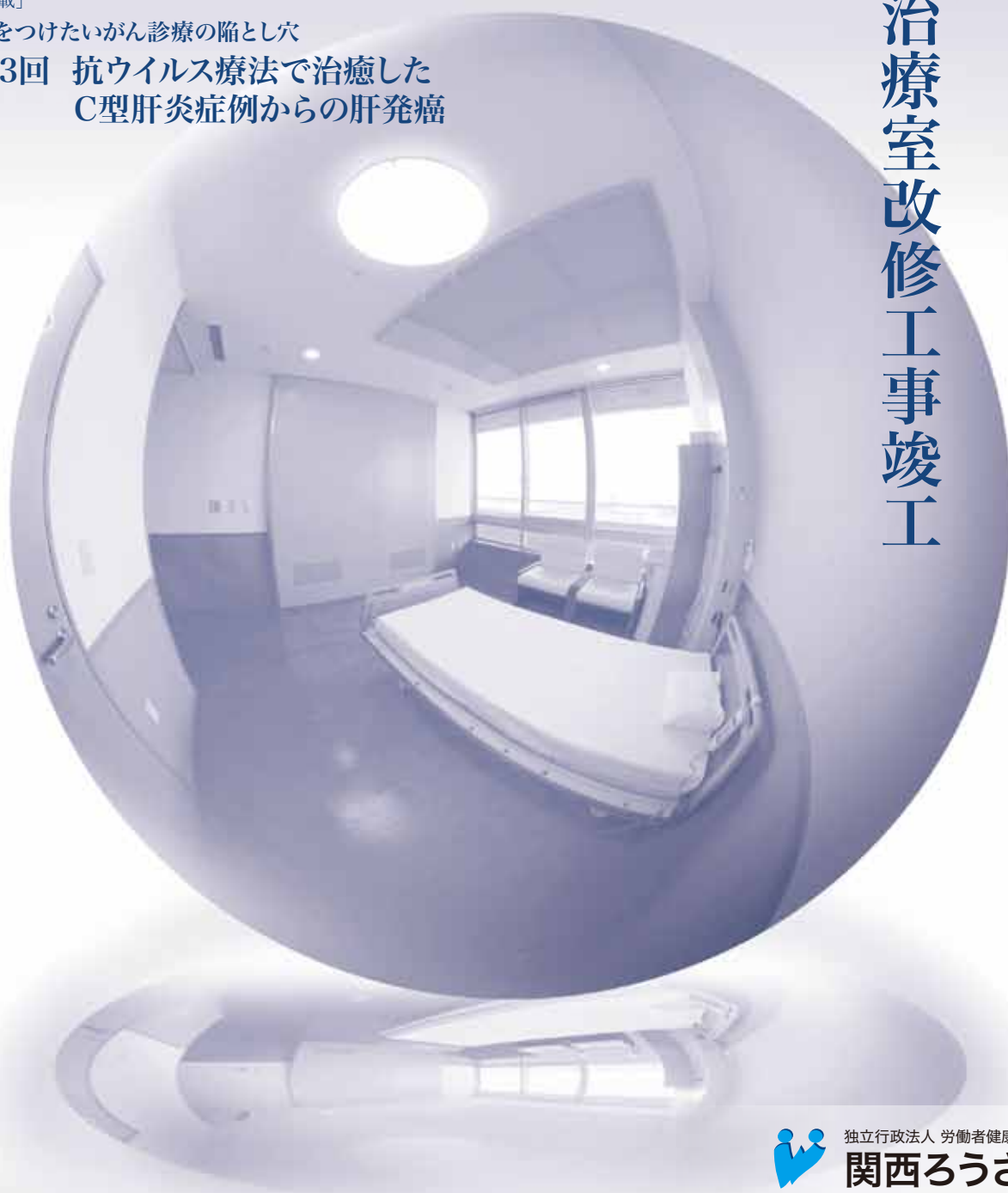
[連載]

気をつけたいがん診療の陥とし穴

第3回 抗ウイルス療法で治癒した
C型肝炎症例からの肝発癌

〔特集〕

無菌治療室改修工事竣工



独立行政法人 労働者健康福祉機構

関西ろうさい病院

2 がんセンター長あいさつ

3 無菌治療室改修工事竣工

5 連載：気をつけたいがん診療の陥とし穴
「第3回 抗ウイルス療法で治癒したC型肝炎症例からの肝発癌」
副院長・消化器内科部長 萩原 秀紀

7 第11回 阪神がんカンファレンス（悪性脳腫瘍症例について）

9 症例検討 「嚢胞形成転移性脳腫瘍に対する
内容液穿刺除去術とガンマナイフの併用療法」
脳神経外科 菅野 皓文

11 ショートレクチャー 「悪性脳腫瘍に対する薬物療法」
第二脳神経外科部長 森 鑑二

13 第12回 阪神がんカンファレンス（血液がん・皮膚がん症例について）

15 症例検討・ショートレクチャー（血液内科）
「多彩な臨床症状を呈した
成人T細胞性白血病・リンパ腫(ATLL)の一部検例
臨床病理検討会／ミニレクチャー」
内科 永井 泰紀
病理診断科部長 中塚 伸一

19 症例検討（皮膚科） 「部位と色から考える皮膚癌スクリーニング」
皮膚科部長 福山 國太郎

21 トピックス

25 2014年症例 部位別・治療法別 実績／編集後記／
今後の「阪神カンファレンス」について

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、2014年より稼働しております「がんセンター」に、昨年は2台目の放射線治療装置（IMRT対応）を無事導入し、現在2台体制で放射線治療を行っております。また、懸案であった無菌治療室は、個室2室を準無菌室として改修し稼働することができました。これにより強力な化学療法や免疫抑制剤の治療による免疫力の低下した患者さんに対しても、より適切な対応が可能となりました。

当院は“地域がん診療連携拠点病院”として、がんに対する治療の3本柱「手術療法」、「放射線療法」、「化学療法」において最新で安全な治療の提供はもとより、緩和ケア、相談支援、地域連携などにも積極的に取り組まなければなりません。「がんセンター」には“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”を配しており、『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おります。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。

地域の先生方とは、連携を更に深めていくため、「阪神がんカンファレンス」などの勉強会を定期的に開催しております。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、2015年は1月の“食道がん”（第9回）、4月の“前立腺がん”（第10回）に続き、9月に“悪性脳腫瘍”（第11回）、11月には“血液がん・皮膚がん”（第12回）を

テーマに開催しました。今号は第11回と12回の記録集でNo. 5となります。今回もカンファレンスの内容に加え、がんセンターの活動や新しく導入された診療の情報なども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、参加できなかった先生方にも、カンファレンスの内容をお届けできるようにと発刊しております。この冊子を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、よろしくお願い申し上げます。また、2016年の「阪神がんカンファレンス」は、これまでの12回の開催で予定の疾患を一巡しましたので、2巡目として胃がん（2月3日）、乳がん（4月）での開催を予定しております。これからも継続して御参加いただき、御意見をいただけましたら幸いです。

今後も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



無菌治療室改修工事竣工



壁面のダクトパネル



天井部のクリーンエア吸出口

当院の北 6 階病棟は、腎臓内科、糖尿病・内分泌内科、血液内科の入院を中心に運営されており、この平成 27 年 12 月より2床の個室が準無菌病室として改修され、稼働することになりました。

一般的に無菌室とは、空気中に存在する病原体の感染防止を目的とし、血液疾患の化学療法や骨髄移植治療をはじめ、心臓、肝臓、腎臓などの臓器移植、重症のがんや重度のやけどなどの治療に広く採用されてきました。当院では、強力な化学療法や免疫抑制剤の投与によって、免疫力が極端に低下している患者さんに使用していくことになります。無菌室は空気の清浄度の単位である“クラス”で表示され、“クラス”によって完全無菌室、準無菌室、簡易無菌室に分かれます。ちなみに完全無菌室では、空気清浄度はISOクラス5(米国連邦規格クラス100)で、1 立方フィートあたり、100 以下の粒子数に相当します。この粒子数は、例えばと淡路島がすっぽり入る箱にゴルフボールが 100 個以下の状態と同じレベルとなります。

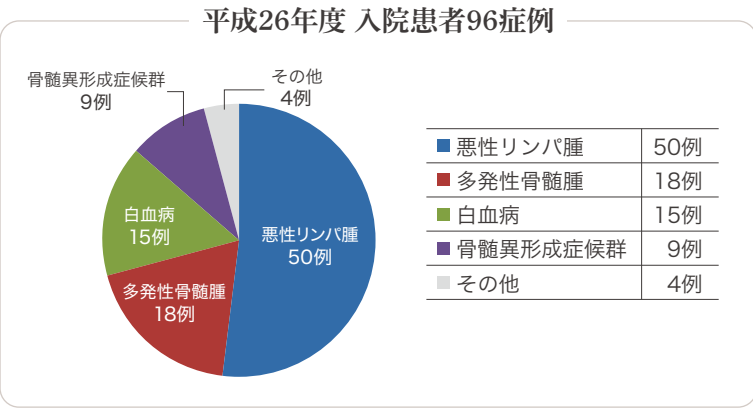
当院に設置された準無菌室は ISO クラス 6(米国連邦規格クラス 1,000)の空気清浄度ですので、1 立方フィートあたり、粒子数が 1,000個以下ということになります。この条件を満たすために、病室を陽圧で管理し、天井部にクリーンエア吸出口を、ベッド足元側壁面とトイレ壁面にダクトパネルをそれぞれ設置することによって、クリーンエアが隅々まで到達するように整備いたしました。

また、医療用手洗い水装置が設置され、滅菌水がいつでも供給可能となっています。

治療の上で、感染症を未然に防ぐことが大きな鍵となります。効率よく利用することによって、より安全で、最善の医療を提供してまいりますので、今後ともご指導のほどよろしくお願いいたします。



関西ろうさい病院 血液内科部長 橋本 光司



白血病、悪性リンパ腫をはじめとする造血器腫瘍の治療の進歩はめざましく、生存率は格段に向上しております。これは新規化学療法の躍進が大きなウェイトを占めておりますが、感染症や出血などに対する支持療法の進歩も忘れてはなりません。造血器腫瘍に対する化学療法では好中球が1,000/ μ lをきることも稀でなく、いかに感染症を未然に防ぐかが大きな鍵となります。

第3回 抗ウイルス療法で治癒した C型肝炎症例からの肝発癌

関西ろうさい病院
副院長・消化器内科部長
萩原 秀紀



はじめに

ウイルス型肝炎に対する抗ウイルス療法は急速に進歩してきている。特にC型肝炎ウイルス（HCV）による慢性肝炎や代償性肝硬変では、2015年に直接作用型抗ウイルス薬（DAA：Direct-Acting Antivirals）であるソホスブビルを用いた治療が導入され、12週の治療で95%以上の症例がウイルス駆除に成功した著効（SVR：sustained virological response）となるようになった。著効を達成すると肝炎としては治癒と判断され、一般的に肝機能は正常化し、肝線維化の進展や肝硬変の進行は阻止できると考えられている。しかし、肝炎の治癒で診療を終了してはならず、その後も定期的な経過観察を行っていくことが必要である。

症例

63歳、男性。6年前に肝機能異常を指摘され当院を紹介された。輸血歴やアルコール多飲歴はなく、AST 62U/L、ALT 102U/L、 γ -GTP 33U/Lと肝酵素上昇を認め、HCV抗体陽性でC型慢性肝炎と診断された。画像検査では慢性肝炎パターンであり、肝腫瘍は指摘されなかった。HCV群別はGroup1、HCV RNAはリアルタイムPCR法で7.7LogIU/mLと1型高ウイルス量であり、肝生検では新犬山分類A2F2と中等度の活動性と線維化を伴った慢性肝炎像であった。抗ウイルス療法の適応ありと考えられ、48週間のペグインターフェロン＋リバビリン併用療法を行い、HCV RNAは治療開始後8週目から陰性化し、治療終了24週後まで持続陰性となり、SVR達成で肝炎治癒と判定された。肝機能は正常化し、定期的な通院を指示していたが、治療終了1.5年後に仕事が忙しいとの理由で、通院は中断となった。

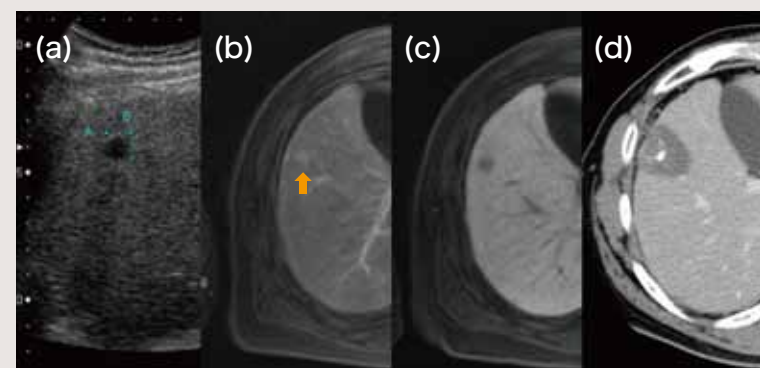


図1：発見された肝細胞癌

- (a) 腹部超音波検査で低エコー腫瘍を認める。
- (b) EOB・プリモビスト造影 MRI の動脈相で濃染を示す（矢印）。
- (c) EOB・プリモビスト造影 MRI の肝細胞造影相で低信号となる。
- (d) TACE+RFA 治療後、CT で壊死部は低吸収域となっている。

その3.5年後に上腹部不快を主訴に再診した際の腹部超音波検査で、肝S5に12mmの低エコー腫瘍を指摘された（図1）。血液検査では、ALT値は23U/Lと基準範囲内で、HCV RNAは陰性のままであり、C型肝炎の再燃は認めなかった。EOB・プリモビスト造影MRIでは動脈相で濃染し、肝細胞造影相で低信号となる腫瘍であり、肝細胞癌と診断された。肝予備能はChild-Pugh Aと保たれており、カンサーボードでは手術（腹腔鏡下肝部分切除術）または経カテーテル的動脈化学塞栓療法（TACE）＋経皮的ラジオ波焼灼療法（RFA）が推奨され、この症例ではTACE+RFAでの治療となった。治療1か月後の造影CTでは腫瘍周辺部を含め焼灼されており、腫瘍制御は良好であった。その後も定期的な画像検査で再発の有無をチェックしているが、幸い再発は確認されていない。

考察

C型慢性肝炎がインターフェロンを用いた抗ウイルス療法で治癒した後、5年経過した時点で発癌を認めた症例である。この症例では、たまたま肝疾患とは関係のない症状で受診した際の検査で、小さな癌の段階で発見されたため治療できたが、このまま再診していなければ、制御困難な大きな癌となってから発見されていた可能性が高い。

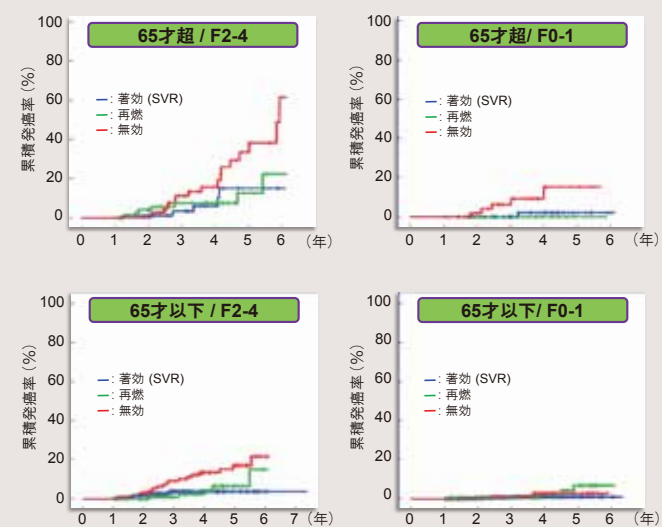


図2：ペグインターフェロン／リバビリン併用療法後の年齢、肝線維化別、治療効果別累積発癌率（Osaka Liver Forum の集計）

抗ウイルス療法を施行したC型肝炎では、リアルタイムPCR法でHCV RNAが治療中に「検出せず」となって陰性化し、治療終了24週後まで陰性化を持続した場合、HCV駆除に成功したSVRと判定される。インターフェロンを用いた抗ウイルス療法によりSVRとなったC型慢性肝疾患では、徐々に肝線維化が改善するとともに、その後発癌する危険性は有意に低下することが、本邦からの様々な報告で明らかとなっている（図2）。しかし、SVR達成後に発癌する症例は決して稀ではなく、その危険因子としては高齢、男性、線維化進展、飲酒、肝脂肪化、インスリン抵抗性などが挙げられている。また、最近ではSVR達成後10年以上経過して発癌を認めた症例の報告も散見されるようになってきている。

肝炎が抗ウイルス療法で治癒しても、肝炎が治癒するまでの長期の肝炎期に発癌の過程が進行しており、肝炎治癒後に癌が増大し発見されるようになると考えられている。そのため、肝炎治癒後も発癌の有無をチェックしていく必要があるが、どのような間隔でどの程度の期間の経過観察を要するかについての基準はない。当科では線維化非進展例では6ヶ月毎の画像検査を5年継続し、それ以降は年1回のスクリーニング、線維化進展例では6ヶ月毎のスクリーニングをさらに長期に継続することを勧めている。

結語

C型肝炎に対する従来のインターフェロンを用いた抗ウイルス療法には発癌が抑制されるというエビデンスがある。しかし、現在および今後の抗ウイルス療法はほとんどがインターフェロンを併用しないDAAによるインターフェロンフリー治療であり、この治療での発癌抑制効果は明らかとはされていない。インターフェロンフリーの治療対象には高齢者や線維化進展例も多く含まれるので、肝炎治癒後の発癌例はさらに増える可能性が高い。抗ウイルス療法でC型肝炎が治癒したと考えられる症例でも、発癌に注意した厳重なフォローアップ体制をとることが極めて重要である。

第11回 阪神がんカンファレンス

概 要

日 時：平成27年9月17日(木) 18:30～20:00

場 所：関西ろうさい病院 がんセンター棟2階 カンファレンス室

テーマ：悪性脳腫瘍症例について

進 行

開会挨拶

挨拶：副院長・脳神経外科部長 瀧 琢有

カンファレンス

座 長：副院長・脳神経外科部長 瀧 琢有

症例検討

「嚢胞形成転移性脳腫瘍に対する内容液穿刺除去術とガンマナイフの併用療法」

演 者：脳神経外科 菅野 皓文

ショートレクチャー

「悪性脳腫瘍に対する薬物療法」

演 者：第二脳神経外科部長 森 鑑二

質疑応答

閉会挨拶

挨拶：副院長・脳神経外科部長 瀧 琢有

第11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



座長



カンファレンスの様子

症例検討

嚢胞形成転移性脳腫瘍に対する 内容液穿刺除去術とガンマナイフの併用療法

関西ろうさい病院 脳神経外科
菅野 皓文

はじめに

転移性脳腫瘍（脳転移）はがん患者の約 10% に発症するとされており、2014 年のがん罹患数が 88 万人（国立がん研究センター推計）であることから年間約 9 万人が脳転移を発症すると推計される。高齢化による担がん患者の増加、がん診療の進歩による生存期間の延長や転移病巣の発見率向上により今後も脳転移患者数の増加が予想され、それに伴い脳転移の治療の重要性も増している。近年の報告では脳転移患者の生存期間中央値は、約 7 か月であり、諸因子（癌種、年齢、KPS、頭蓋外転移、個数）の影響を受ける（Paul W. Sperduto, et al. J Clin Oncol 2012）。長期生存する症例も存在し、脳転移に対して治療を行い、QOL を維持することが重要である。脳転移に対する治療法として、外科的切除（開頭術）、定位放射線治療（ガンマナイフ）、全脳照射があり、脳転移の個数や径により治療法の選択を行う。当院脳神経外科では径が 30mm を超える大きな病変に対しては外科的切除を行い、その他小病変にはガンマナイフ照射を行うという方針を採っている。脳転移の中に嚢胞成分を伴う病変が存在し、腫瘍体積は小さいもののしばしば径が 30mm を超える

ものが存在する。通常、開頭手術による摘出術を行うが、嚢胞性病変は一塊で摘出する事が困難であり術中の髄腔播種が問題となり、また、30mm 以上の病変ではガンマナイフを含め、放射線治療単独では治療効果が乏しい現状である。当院では嚢胞形成病変に対して嚢胞内容液穿刺除去術とガンマナイフ併用療法による治療を行っており、良好な治療成績を挙げている。今回はその一例を報告する。

症例

60 歳代、女性。6 年前に左乳癌に対して乳房切除術を施行。その後化学療法を継続していた。右手の脱力を自覚し、かかりつけ医を受診、頭部 MRI で左前頭葉に径約 30mm の腫瘍を認め、脳転移を疑われ当院脳神経外科に紹介受診となった。右上下肢運動麻痺 MMT 4/5、その他明らかな神経学的異常所見は認めなかった。頭部造影 MRI で左前頭葉に T2WI で high intensity、Gd で辺縁が造影される径 32mm の嚢胞形成性腫瘍を認め、転移性脳腫瘍と診断した（図 1）。腫瘍径（30mm を超える大病変）や嚢胞形成病変であることを考慮し、内容液穿刺除去とガンマナイフの併用療法を施行

する方針とした。局所麻酔下に穿頭術を行い、内容液穿刺除去術を施行。頭部 MRI で腫瘍体積の減少を確認後（図 2）、翌日ガンマナイフ照射（辺縁線量 20Gy）を行った（図 3）。明らかな有害事象無く治療は終了し、ガンマナイフ照射の翌日に自宅退院となった。術後 6 か月の時点で右上下肢運動麻痺は消失し、頭部 MRI 上明らかな腫瘍再発は認めず（図 4）、無再発生存中である。

考察

2007 年 9 月から 2014 年 4 月まで嚢胞形成転移性脳腫瘍患者 32 例に対して、穿刺内容液除去術とガンマナイフ併用療法を施行しているが、局所制御率（治療前と比較して増大していない）は 87.5% となっている。径 30mm を超える病変に対するガンマナイフ治療 1 年後の腫瘍制御率が 50% 程度であることと比較すると良好な治療成績と考えられる。また、穿刺内容液除去術の周術期死亡率は 1% 未満、合併症率は 0-7% と報告されており（Park et al, J Korean Neurosurg : 2009）、安全性の高い治療と言える。本症例では 3 日間の入院期間で治療が完遂できており、この治療法は短期間で治療

が終了するという特徴がある。これは原発巣に対する治療スケジュールに大きな影響を与えず、また脳転移患者の限られた生存期間の中で治療期間を極力短くできるという利点があると考ええる。

嚢胞形成転移性脳腫瘍に対して内容液穿刺除去術とガンマナイフ併用療法を行い、良好な腫瘍制御と神経症状の改善を得た。脳転移に対して治療を行えば、生存期間の延長や QOL の維持につながるため積極的な治療が必要と考えられた。

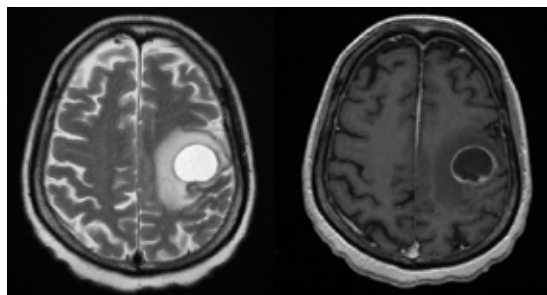


図1 左前頭葉に径32mmの嚢胞形成病変を認める。

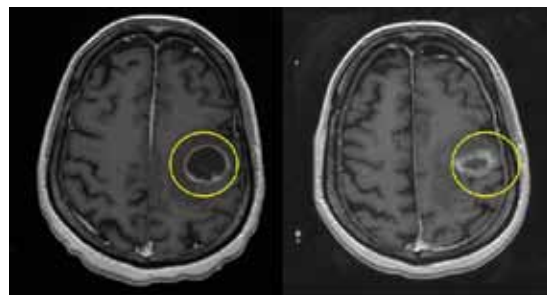


図2 穿刺内容液除去術施行。腫瘍の縮小を認める。

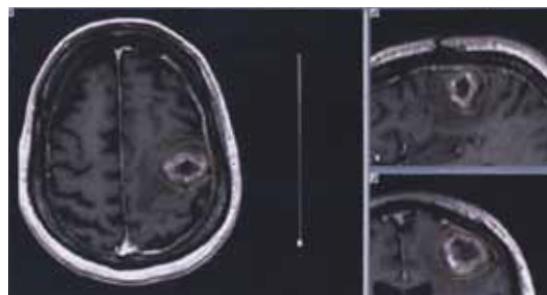


図3 ガンマナイフ照射（辺縁線量20Gy）。

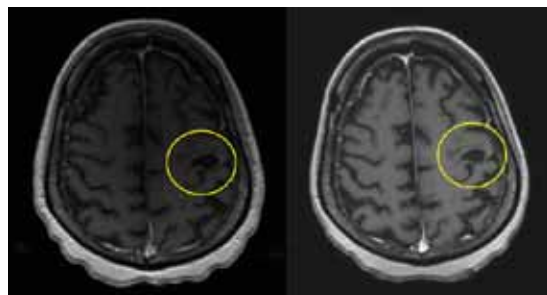


図4 術後3、6か月後頭部造影MRI

ショートレクチャー

悪性脳腫瘍に対する薬物療法

関西ろうさい病院 第二脳神経外科部長
森 鑑二

はじめに

原発性脳腫瘍は人口1万人あたりの発生率が0.8-1人と比較的稀少な疾患で、そのうち約1/3が組織学的な悪性腫瘍に分類される。また、多くの薬剤が血液関門を通過しないため、他臓器の癌と比較して、治療法の進歩が遅れてきた。しかしながら、2006年にテモゾロミド(TMZ)が悪性神経膠腫の治療薬に承認され、2013年にはベバシズマブが承認されるなど、着実に治療の選択肢は増えてきている。本稿では、主に悪性神経膠腫に対する治療の現状と課題について概説する。

悪性神経膠腫に対する標準治療

今世紀初頭まで悪性神経膠腫に対してエビデンスを有する治療は手術による最大限の摘出と、その後に追加する60Gy程度の放射線治療であり、臨床試験で抗癌剤併用による上乗せ効果を示すことはできなかった。2005年、StuppらがTMZを用いた放射線化学療法が、放射線単独治療よりも無再発生存期間(PFS)、全生存期間(OS)ともに優れることを前向きランダム化第3相試験で証明すると、これが事実上の標準治療となり、現在に至っている。TMZは経口抗癌剤で、日本で標準的に使用されてきたACNUと比較して有害

事象が軽いことが長所である。主な有害事象は吐き気、頭痛、便秘などで、いずれも対症療法により制御することが可能である。血液毒性も軽く、G-CSF製剤が必要になることはほとんどない。合併はまれだが、重大な有害事象はカリニ肺炎と肝炎ウイルスの再活性化で、ともに死亡例が報告されているため注意が必要である。前者に対してはリンパ球減少時のST合剤併用が、後者に対しては治療前のウイルス検査と、その結果に基づく予防が推奨されている。

TMZ治療におけるバイオマーカー

TMZはアルキル化剤であり、DNA中のグアニンをメチル基で修飾することにより、抗腫瘍効果を発揮する。これに対し、DNA修復酵素の一つであるメチルグアニンメチルトランスフェラーゼ(MGMT)は、この状態を正常に回復させるため、TMZの阻害因子と考えられている。2005年にHegiらは本遺伝子のプロモーター領域がメチル化されているか否かにより、OSに有意な差が生じることを報告した。以後も同様の報告が続き、現在、このメチル化はTMZの治療効果を高いことを予測するバイオマーカーと位置づけられている。

高齢者悪性神経膠腫に対するTMZ単独化学療法

高齢は、悪性神経膠腫の予後不良な因子の一つである。70歳以上の患者においても、OSの延長効果が証明されている治療法は放射線治療のみであった。一方、高齢者では遅発性放射線障害が若年者よりも強く、数年後より自発性低下や認知機能低下が出現し、ADLやQOLを大きく損なうことが問題となっている。2012年に、高齢者悪性神経膠腫に対する放射線単独療法とTMZ単独療法を比較するランダム化第3相試験の結果が2報報告された。いずれも、TMZ単独療法のOSが放射線単独治療のそれに劣らないという結果であった。同時に、MGMTのメチル化を有する群へのTMZ単独治療が最も予後が良いという層別解析の結果も示された。放射線障害を回避できる治療法になると期待されている。

ベバシズマブ

血管内皮増殖因子(VEGF)に対する抗体薬、ベバシズマブは既に複数の癌に対して使用されている。悪性神経膠腫もVEGFを豊富に分泌していることから、その効果が期待されていた。2012年に、現在の標準治療と、標準治療にベバシズマブを併用した場合の治療効果を比較した2つのランダム化第3相試験の結果が発表された。結果は、ベバシズマブ併

用群でPESが約3ヶ月延長するも、OSに有意な差はない、というものであった。これらの結果をもとに、2013年6月に初発、再発悪性神経膠腫両者に対する効能が追加された。

悪性神経膠腫に対する治療法の課題

TMZ併用放射線化学療法が標準治療になって以降も、さらなる成績の改善を目指して複数の臨床試験が実施されたが、いずれも凌駕することができず、新たな標準治療の確立には至っていない。結果的に、この約10年間、OSの中央値約17ヶ月、PFSの中央値約10ヶ月にとどまっていることは、悪性神経膠腫に対する薬物療法の大きな課題である。

おわりに

上述してきたように、悪性神経膠腫の治療の進歩は、他臓器癌に比べると遅れてきた。しかしながら、免疫系から隔離されていると考えられていた中枢神経系腫瘍に対して、最近、免疫療法が有効であるという研究結果が蓄積されつつある。また、初発例に対するベバシズマブの承認は、世界に先駆けて我が国でのみ実施されたものである。今後、これらの治療法により、成績が改善することが期待される。

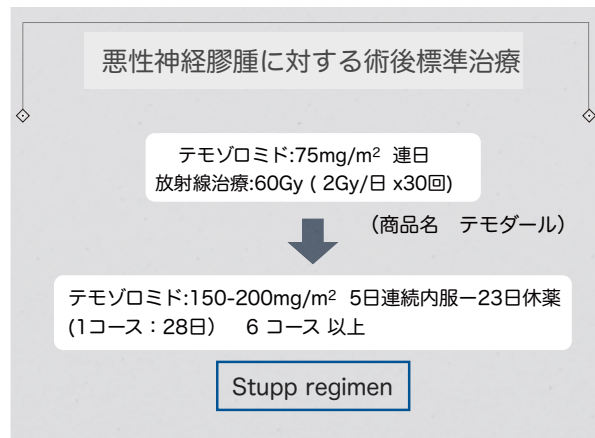


図1

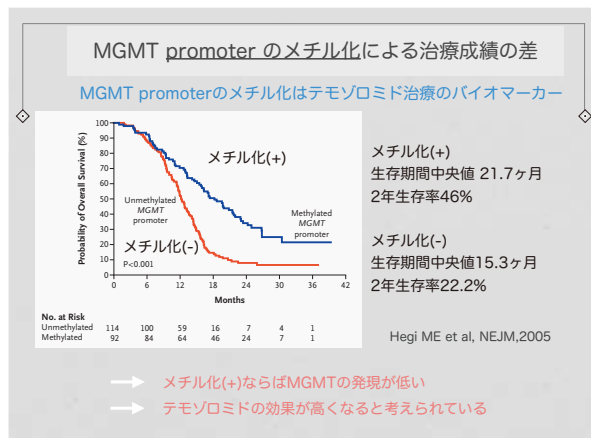


図2

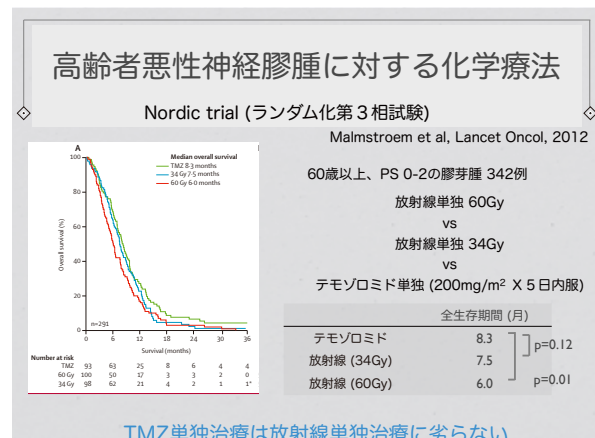


図3

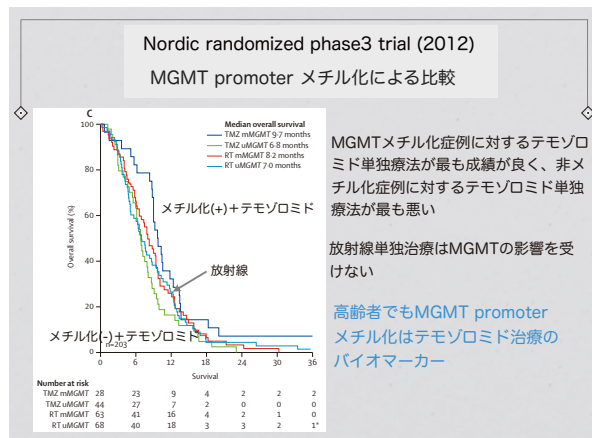


図4

第12回 阪神がんカンファレンス

概 要

日 時：平成27年11月26日(木) 18:00～19:30

場 所：関西ろうさい病院 がんセンター棟2階 カンファレンス室

テーマ：血液がん・皮膚がん症例について

進 行

開会挨拶

挨拶：血液内科部長 橋本 光司

カンファレンス

座 長：血液内科部長 橋本 光司
皮膚科部長 福山 國太郎

症例検討・ショートレクチャー(血液内科)

「多彩な臨床症状を呈した成人T細胞性白血病・リンパ腫(ATLL)の一部検例
臨床病理検討会／ミニレクチャー」

演 者：内科 永井 泰紀

演 者：病理診断科部長 中塚 伸一

症例検討(皮膚科)

「部位と色から考える皮膚癌スクリーニング」

演 者：皮膚科部長 福山 國太郎

質疑応答

閉会挨拶

挨拶：血液内科部長 橋本 光司

第12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



症例検討・ショートレクチャー 2



症例検討



カンファレンスの様子



座長

症例検討・ショートレクチャー（血液内科）

多彩な臨床症状を呈した
成人T細胞性白血病・リンパ腫(ATLL)の一部検例
臨床病理検討会／ミニレクチャー（臨床像から）

関西ろうさい病院 内科
永井 泰紀

65歳、男性。2011年8月に2週間程度続く全身倦怠感、食思不振、腹痛、嘔気を訴えて近医を受診。血液検査にて異常リンパ球の増加を伴う肝機能障害を認め、ウイルス性肝炎などが疑われて、当院消化器内科へ紹介受診となった。異常リンパ球（分画49%、白血球10100/ μ l）の中には切れ込みのある花弁状の核を持つ特徴的な腫瘍細胞であるflower cellも散見され、著明な高カルシウム血症（血清Ca14.6mg/dl）も認めた。成人T細胞白血病・リンパ腫（ATLL）が強く疑われたため、同日当科へ緊急入院となった。既往歴は、ネフローゼ症候群（1958年）、急性膵炎（1962年）、前立腺肥大症。生来関西居住であり、四国・九州・沖縄などの居住歴はない。母は長崎出身であるが、既知の血液疾患の家族歴はない。これまでの輸血歴はない。

ATLLの臨床的診断は、末梢血中の異常リンパ球がCD4陽性の成熟T細胞由来であることや特徴的なflower cellの存在、抗HTLV-1抗体陽性、LDHやsIL-2R高値、高カルシウム血症、腫瘍病変の局在（肝脾腫、皮膚浸潤、リンパ節腫大）で判断する。本症例では上記に加えて、Southern blot法にてHTLV-1 provirusの腫瘍細胞へのモノクローナルな組み込みを認めたことから、ATLLの確定診断に至った。

入院後、高用量ステロイド点滴により腫瘍細胞のcytoreductionを図り、その間に生理食塩水大量輸液とビスホスホネート製剤、カルシトニン製剤を投与して、緊急性のある高カルシウム血症及びそれに伴う脱水を是正した。引き続いて、シクロホスファミド、ドキソルビシン、ビンクリスチン、プレドニゾロンの4剤併用のCHOP療法を施行し、寛解に至った。

ATLLは4つの臨床病型（くすぶり型、慢性型、リンパ腫型、急性型）に分けられるが、リンパ腫型・急性型の方がよりaggressiveで予後不良である。本症例では異常リンパ球、

flower cellを多数認め、高カルシウム血症、脾腫も伴っており、急性型と判断した。生存期間中央値は約半年、4年生存率5%と非常に予後不良と考えられた。

しかしながら、CHOP療法を計8コース施行して、異常リンパ球は消失し、血清Ca、sIL-2Rなど腫瘍の病勢を反映するマーカーの上昇もなく、想定した予後を大きく上回る3年近くの間、寛解を維持することが出来た。

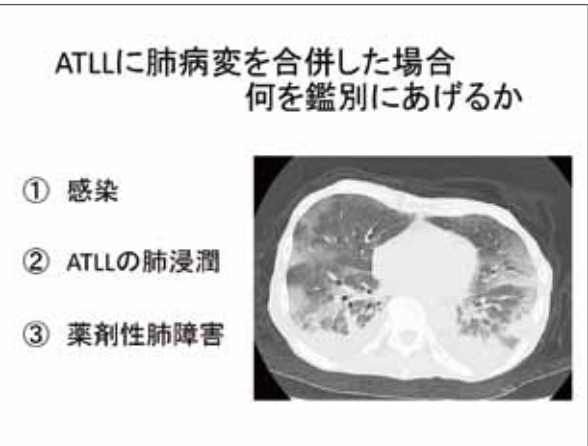
2014年5月に再発を認めて、CHOP療法1コース、THP-COP療法1コース、新規分子標的薬であるモガムリズマブ（ポテリジオ®）を用いたが、寛解が得られず、同年11月に緩和医療の方針となった。その頃には全身に皮膚浸潤も認めており、嚥下機能の低下から胃瘻も造設した。

2015年2月、呼吸苦を訴えて緊急入院となった。発熱、血圧低下、酸素化不良であり、CT検査にて両肺にすりガラス影を主体とした多数の陰影を認め、異常リンパ球、血清Ca、LDH、sIL-2Rはいずれも大きく上昇しており、ATLLの病勢の進行は明らかであった。感染症の合併も考えられたが、画像所見からは一般的な細菌性肺炎とは異なる像であった。感染症関連検査に関しても、 β -Dグルカンは高値であったが、喀痰培養からStaphylococcus aureus、尿培養からCitrobacter freundiiとEnterococcus faecalisが検出されたが有意な所見ではなかった。LAMP法による結核菌検査、プロカルシトニン、サイトメガロウイルス抗原検査（C7-HRP）はすべて陰性であり、感染症の合併については確定診断には至らなかった。

本症例の肺病変に関しては、感染症、ATLLの肺浸潤、薬剤性肺障害などを考慮する。感染症では、特に細胞性免疫不全による日和見感染症を考え、 β -Dグルカンは高値であったことから、empiricにニューモシスチス肺炎を疑って、ペンタミジン（ペナンボックス®）点滴を開始した。また、ATLL

の増悪は明らかであり、肺浸潤の可能性も高いと考え、ステロイドパルスにてcytoreductionを図った。しかし、第5病日に呼吸状態はさらに悪化し、これ以上の積極的な治療は希望されず、第8病日に永眠された。

森内らの報告では、ATLL患者の死因は腫瘍死が44.3%、感染症が42.9%と死因のほとんどを占めており、かつ同程度の割合であった。また、吉岡らの報告では、ATLL患者において29例中の27例（93.1%）に肺病変を合併しており、



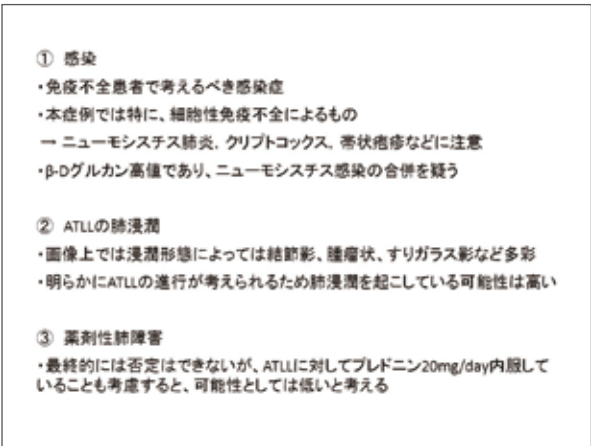
ATLLに合併した肺病変の鑑別 1

Case of death (n=70)		
Tumor death	31	(44.3%)
Infection	30	(42.9%)
Pneumonia	11	(15.7%)
Pneumonia, probably	6	(8.6%)
Sepsis	1	(1.4%)
Pneumocystis carinii	2	(2.9%)
Fungal infections	5	(7.1%)
Cytomegalovirus	4	(5.7%)
Bleeding	3	(4.3%)
Arrhythmia	1	(1.4%)
Heart Failure	2	(2.9%)
Interstitial pneumonitis	3	(4.3%)

表 1 ATLLの死因

これは他の血液疾患と比べても非常に高い割合である。さらにその内訳は、腫瘍浸潤と感染症がそれぞれ13例と同数であった。

以上より、直接死因が呼吸不全と考えられたが、今回の肺病変の原因は何であったのか、肺病変は死因となり得るのか、ATLLの全身への浸潤はどの程度であったのか、という臨床上の疑問点を明らかにすべく、病理解剖を施行した。



ATLLに合併した肺病変の鑑別 2

Diagnosis	No. of Cases	No. of Cases with pulmonary disorders	Infiltration	Bleeding	Interstitial pneumonitis	Infection	Others
ATLL	29	27 (93.1%)	13	1	1	13	10
AML	84	46 (54.8%)	4	8	2	24	21
CML							
chronic	10	3 (30%)	0	0	0	3	0
crisis	15	6 (40%)	1	1	0	5	0
ALL	36	23 (63.9%)	0	7	0	16	5
CLL	5	2 (40%)	0	0	0	0	2
Malignant lymphoma	77	31 (40.3%)	13	2	11	16	11
Multiple myeloma	33	9 (27.3%)	0	2	2	6	3
Aplastic anemia	42	9 (21.4%)	-	1	0	3	7
Others	29	7 (24.1%)	0	2	1	2	3
Total	360	163 (45.3%)	29	24	17	87	62

表 2 血液疾患に合併する肺病変

症例検討・ショートレクチャー(血液内科)

多彩な臨床症状を呈した
成人T細胞白血病・リンパ腫(ATLL)の一剖検例
臨床病理検討会／ミニレクチャー(病理所見から)

関西ろうさい病院 病理診断科部長
中塚 伸一

成人T細胞白血病・リンパ腫(Adult T-cell Leukemia/Lymphoma; ATLL)はヒト成人T細胞白血病ウイルス(Human T-cell Leukemia Virus-1; HTLV-1)の感染を病因とする末梢性T細胞性腫瘍である。ATLLは1977年高月清博士らによって、花びら様の核の切れ込みを伴う異型細胞(flower cell)の増殖を特徴とする予後不良な白血病として初めて見出された。高齢者のみに発症し、九州出身者の発症が多いという特異な臨床病理学的特徴に着目した高月らはこれをATLLという本邦発の新しい疾患概念として提唱し、報告した。その後、日沼頼夫博士らによる原因ウイルスの発見や日野茂男博士らによる母乳を介したウイルスの感染経路の解明など、ATLLの病因・病態解析には日本の研究者たちが多大な貢献を積み重ね、ATLLの病理発生が明らかとなった。また、近年でもATLLに対する抗CCR4抗体治療薬の開発、網羅的な遺伝子異常の解明など本邦からATLLに関する多くの知見が発信されているが、未だなお、ATLLの予後改善の道のりは途上にあるといつてよい。本稿では、我々が経験したATLLの症例の中で、発症から約3年半の経過で寛

解、再発を繰り返し、腫瘍の増悪と呼吸不全によって死亡した症例について、貴重な病理解剖の機会を得たのでその所見を呈示したい。

本症例の全身に認められた皮膚紅斑はATLLの腫瘍の浸潤によるものであった(図1)。ATLLに特徴的な複雑な核型の腫瘍性リンパ球が皮膚全体に浸潤していた。腫瘍細胞が皮膚の表皮に親和性を示して浸潤する傾向はATLLでしばしば見られる特徴的な所見であり、表皮向性(epidermotropism)と呼ばれる。免疫染色で腫瘍細胞はT細胞性の表現型(CD20(-), CD3(+))を示し、遺伝子検査でHTLV-1 provirusのモノクローナルな取り込みが示されていることから、最終的にATLLの診断に至った。ATLLの腫瘍細胞は多数のリンパ節に浸潤を示したほか、皮膚、肝、脾、膵、消化管、肺、膀胱などさまざまな節外臓器に浸潤を示していた(表1)。T/NK細胞性腫瘍は一般的に節外臓器に浸潤を示すことが多く、ATLLもその例外ではない。一方、骨髄への腫瘍細胞の浸潤はほとんどなく、正常造血はおおむね

保たれていた。ATLLは末梢のリンパ節が増殖の主座と考えられており、著明な白血化を示していても、骨髄中に腫瘍細胞が証明されないケースもときおり見られる。本例の骨髄には活性化された破骨細胞による骨吸収像が目立ち、生前認められていた高カルシウム血症の病態を組織学的によく反映していた。

死因となった肺病変については、肺の広範囲にわたってATLLの腫瘍細胞の浸潤を確認した。腫瘍細胞は肺胞内、間質にびまん性に浸潤し、二次的な間質性変化を惹起していた。また、加えて誤嚥性肺炎、およびサイトメガロウイルス肺炎(図2)の合併を認め、これらが重篤な肺障害の原因となったものと考えられた。

本症例は、免疫不全による肺炎の合併と腫瘍細胞の肺浸潤により呼吸不全を来して死亡に至ったATLLの一例であり、病理解剖によってATLLの浸潤範囲と肺病変の原因を明らかにすることができた(表1、図3)。

当院では平均15例／年の病理解剖を行っており、その多

くは解析後、院内の臨床病理検討会(CPC)で討議を行っている。CPCではさまざまな領域の専門家による多角的な検討を行うことによって、診断や治療方針決定のプロセスを見直し、今後の診療に活かせる教訓を導き出せるよう、企画・運営している。また、CPCのプレゼンテーションは研修医が担当し、症例を適切に要約し、問題点を呈示する力を養うためのよい研修教材となっている。画像診断などの医療技術の進歩に伴い、病理解剖に対する動機づけは時代とともに薄れる傾向にあるが、今なお、病理解剖によって真の病態や隠れた病巣が判明する機会は少なくない。解剖やCPCで新たに生まれた疑問点が、新しい臨床研究の糸口となる可能性も開けている。平成27年10月からは新しく医療事故調査制度がスタートし、医療との関連が否定できない死亡事例に対する院内調査にも病理解剖は積極的に関与していくことになり、今後、病理解剖の重要性は増していくものと考えられる。病理診断科では、今後も当院の医療の質を向上させるとともに、新たな医療人を教育、啓発することを目的として、病理解剖、CPCを行っていきたいと考えている。

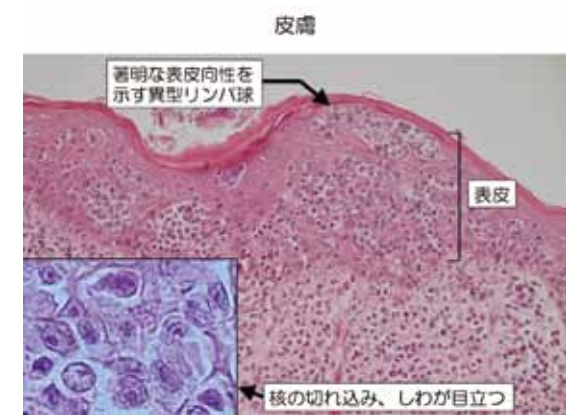


図1 ATLLの皮膚浸潤

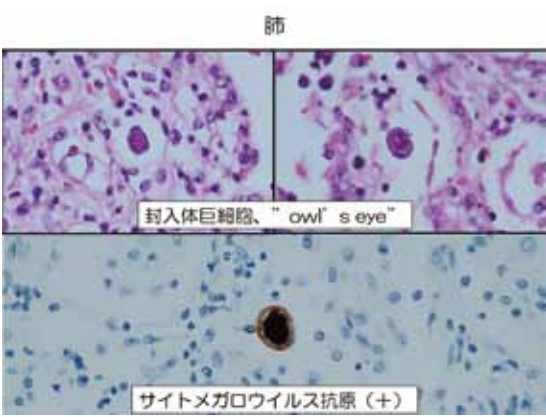


図2 サイトメガロウイルス肺炎

主診断
成人T細胞白血病／リンパ腫
骨髄、皮膚、両肺、肝、脾、膵、食道、胃、小腸、直腸、腎、膀胱、副腎、
傍大動脈、気管周囲、気管分岐部、小脳延髄リンパ節

副病変
1. 気管支肺炎(間質性肺炎)(右肺中葉、左肺下葉)(左630g、右780g)
器質性肺炎(両肺)
サイトメガロウイルス肺炎(両肺)
2. 腹水(胸水左1000ml、右800ml、腹水100ml、いずれも淡黄色透明)
3. ヘモジデロシス(肝、脾)
4. 全身性動脈硬化症
大動脈粥状硬化症(軽度)
冠動脈硬化性動脈硬化症(中等度)(左90g、右90g)
冠動脈硬化症(軽度)
5. 胃癌造瘻後状態

表1 病理解剖結果

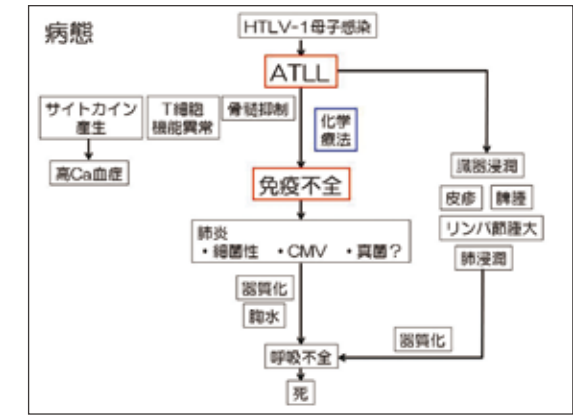


図3 本症例の病態シェーマ

症例検討(皮膚科)

部位と色から考える皮膚癌スクリーニング

関西ろうさい病院 皮膚科部長
福山 國太郎

皮膚がんは肉眼で見ることができる。他科の医師であっても、患者さんから相談を受けることもあろうかと思う。皮膚病を診ることは難しいと言われるが、皮膚がんについて言えば、多くの良性腫瘍や炎症性皮膚疾患などと鑑別する必要があるためと考える。そこで、皮膚科を専門とされない医師が、皮膚がんの可能性のある病変かを判断する手順を考えてみた。

まず、私が日常どのように皮膚がんを診断しているかを考え、それを簡略化しアルゴリズム化した（図1）。2段階の構成になっている。1段階目は皮膚がんの典型的臨床像かを判断し、2段階目で経過等から皮膚がんを疑うもの（図2）をチェックしている。

皮膚がんの典型的臨床像は、皮膚がんの種類で違い好発部位も異なる。メラノーマと基底細胞がんという2種類の高頻度みられる皮膚がんは色素産生しやすい。そこで、色と部位という2つの指標を使って、日常診療で目にすることの多い皮膚がんの一覧表にした（図3）。

色は大胆にわければ赤と黒に分類することができる。黒いがんの代表はメラノーマである（図4）。メラノーマの臨床所見をアメリカ癌学会が一般向けに発表している。ABCDE基準と呼ばれている。A:Asymmetry: 左右非対称。B:Border

irregularity：辺縁がぎざぎざした凸凹を示したり、鋭角状のふかい陥入を伴い不規則となる。C:Color variegation: 黒褐色が主体だが、不規則で無秩序な濃淡差が目立ち、時に紅色、灰白色、青色などの色調も伴う。D:Diameter enlargement：直径が6ミリを超える。E:Evolving lesion: 大きさ、形状、色調、表面の性状、自覚症の変化。これらの特徴はどの部位であってでも維持されるが、受ける印象が異なる。顔面であれば老人性色素斑（いわゆるシミ）が鑑別になる。鑑別点はCの濃淡差がわかりやすい。爪であれば周辺皮膚への染みだしがあるか、つまりDの大きさが理解しやすい。足底では淡い黒褐色斑で始まることが多いが、その場合はやはり大きさが6ミリを超える。足底では胼胝と間違えられることもある。また足底では黒色がなく、全体にびらんととなっているメラノーマも時折みられる。

基底細胞がんは、青黒く光沢がある小結節として眼瞼や鼻に生じることが多い（図5）。掻破により繰り返しびらんし痂皮を付着することがある。臨床像のイメージは水まんじゅうを思い浮かべれば良い。顔面においてはメラノーマの数倍の頻度で生じる。

「赤い」とは便宜上で、実際には淡紅褐色が多い。こちらの方が臨床像を理解することは難しく、CLUESに頼る可能

性が高い。湿疹と誤診しやすいものが含まれている。

代表は皮膚における上皮内扁平上皮癌の2種、日光角化症とボーエン病である。日光角化症はその名の通り、日光に含まれる紫外線によって発がんが起こったものである。日光露光部に生じ、角化をとまなう紅斑で、びらんすることもある（図6）。ボーエン病は乳頭腫ウイルスによる発癌が考えられている主に被覆部に生じる不規則形の角化性局面である。一部が自然消退していることが多い。これら2種類のがんは扁平上皮癌つまり角化細胞のがんであるから、角化をとまなう。また、痛みやかゆみといった自覚症状がないことが多い。

CLUESを適応できるのだが、湿疹と最も紛らわしい皮膚がんが陰部に好発する乳房外パジェット病である。陰部であるため患者がしっかりと全体を見せることを拒むことが多い。臨床像は陰部に生じる紅斑、あるいは白斑である。進行すればびらんや結節をとまなう。しばしば、そう痒を伴うため、湿疹やカンジダ症と紛らわしく、また、それらを併発することもある。ステロイドや抗真菌薬を外用すれば、湿疹性変化やカンジダによる二次感染が収まるため患者の自覚症状は改善されることがある。そのため治ったと思ってしまい、2度目の診察を受けないのである。症状は改善されても、パジェット病による紅斑や白斑の大きさは変化しない。

陰部の湿疹病変については、本当に改善されたか再診が必要である。

がんは早期発見早期治療が一番である。このスクリーニング法が少しでも日常診療に役立つことを望む。



図 4 爪のメラノーマ、爪周囲に染み出しがある



図 5 内眼角の基底細胞癌

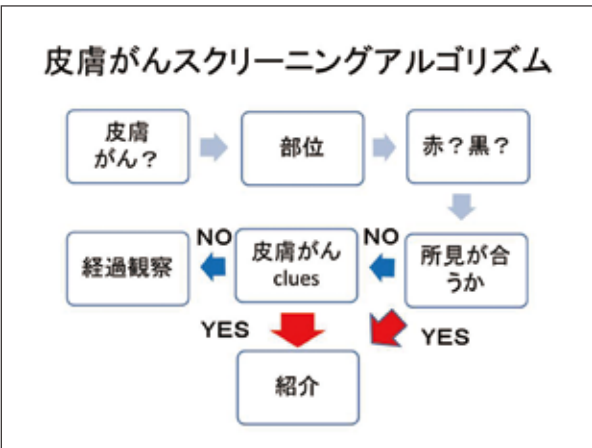


図 1 診断アルゴリズム

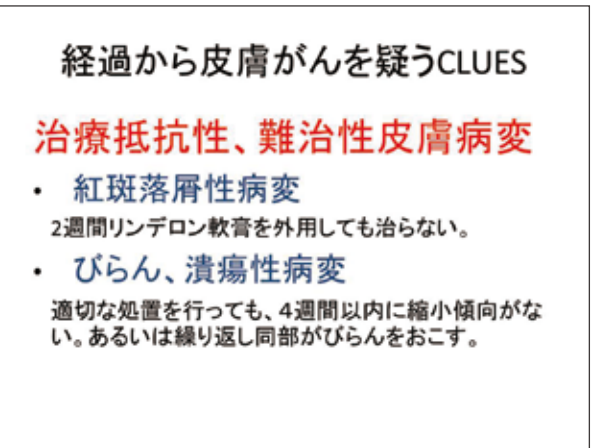


図 2 皮膚がんCLUES



図 3 部位と色でわけた好発皮膚がん一覧



図 6 頬部の日光角化症

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。

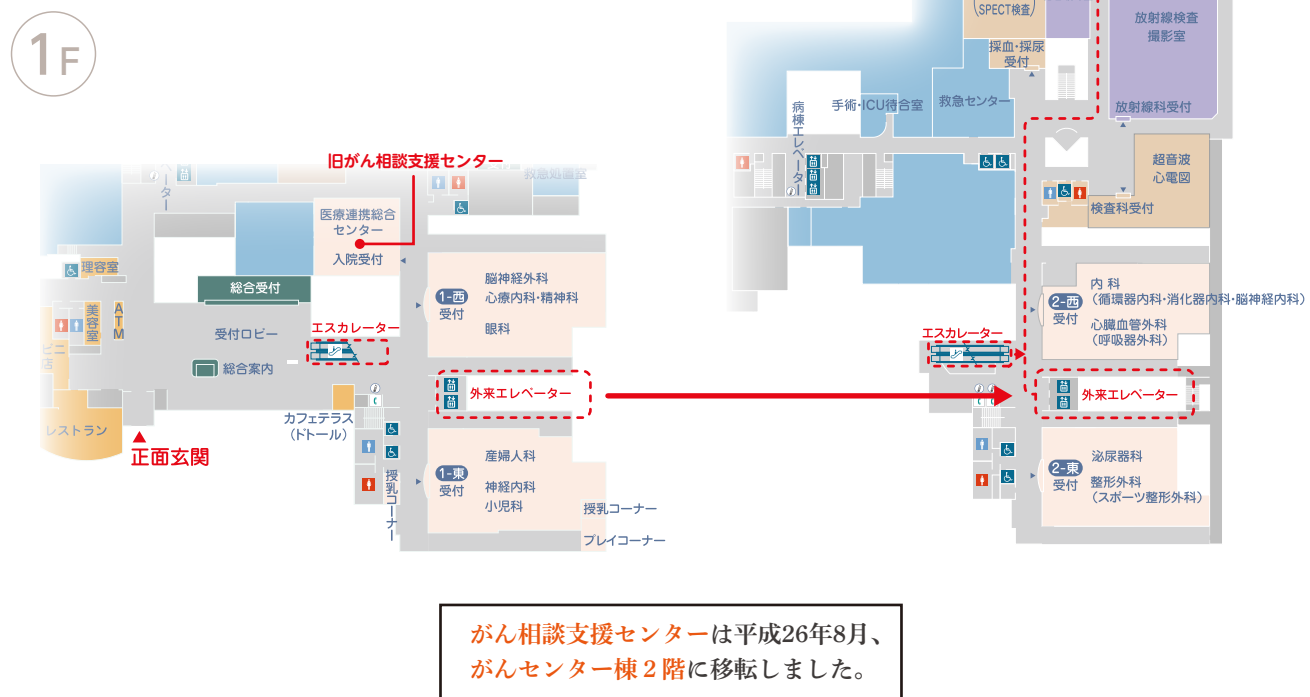
相談内容に応じて、看護師、医療ソーシャルワーカーなどが対面や電話で相談を受けています。医学用語や社会制度をわかりやすく解説したり、医師にどうやって質問するか、家族ががんになったときにどう接すればいいか、などについて一緒に考えます。

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。

フロア図



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。

時 間：8:15～17:00（12:00～13:00除く）

TEL：06-4869-3390（直通）

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。

緩和ケアチームによるケア提供について

当院の緩和ケアは、固定した病棟をもたず、緩和ケアチームが現場に出向いてスタッフとともに考えるという横断的活動を中心として提供されています。

緩和ケアチームのメンバーは、医師、看護師、薬剤師、MSWで構成されており、定期的継続的なカンファレンスとラウンドを行い、多様なニーズに適切に対応できるよう活動しています。退院後も、必要に応じてチームメンバーが面談し、退院後の症状コントロールを中心に、お気持ちや生活の面も継続してサポートしています。

その他にも、「地域全体における緩和ケアの提供」を目標に地域医療機関とのシームレスな連携を目指し、地域連携研修会や緩和ケア研修会を開催しております。奮ってご参加いただけますようよろしくお願いします。

なお、緩和ケアについてのご相談や診察をご希望される場合は、現在のところ紹介予約制で行なっておりますので、詳しくは、医療連携総合センターまでお問い合わせください。

両立支援研修会 「何ができる!?がん患者さんの就労支援」 開催について

平成27年11月4日(水)18時30分～20時

(於:関西労災病院がんセンター棟2階 カンファレンス室)



患者さんの治療と就労の両立を考える研修会を関西労災病院がんセンターにて開催いたしました。院外からも民間企業・行政（保健所・ハローワーク等）・病院関係者など多くの方々にご参加いただき、院内の参加者と合わせ総勢36名で会が進められました。

研修会は、弁護士による「法的基礎知識の確認」、特定社会保険労務士からは「職場復帰を支援していく中で本当に大切なことは何か」などが紹介され、その後、講師と参加者との意見交換、気付きの共有という形で進められました。意見交換を通して、支援をしていく上で重要なことは何か、患者さんが就労活動をするためにはどういったツールを用いれば良いか、その際に忘れてはならないことは何かなどが話し合われましたが、これらの基本となるのは、やはりご本人、主治医、職場の同僚の方々・産業医などとの情報共有であることが確認されました。一方で、十分な法的支援が受けられない立場にある非正規雇用の方々の支援の難しさが課題として残されることになりました。

当院では、今後も臨床の現場、職場、地域の中でがん患者さんの就労を支援しておられるの方々のための研修会や担当者を集めたオフ会、患者さんご本人が相談できる場所の提供などを計画しております。がん患者の3人に1人が就労可能年齢でがん罹患すると言われる現代において、がんと就労の問題に真摯に取り組んでいくことは“地域がん診療連携拠点病院”である当院の責務であると考えております。今後とも、がん患者さんの就労支援活動にご協力いただきますようお願いいたします。

トピックス

平成27年度 関西ろうさい病院市民公開講座開催のご報告

第20回 「がんに負けないために“知っておきたいこと”～治療から相談まで～」

平成27年8月8日(土)14時～16時20分

於:西宮市プレラホール 参加者数:159名

開会挨拶: 副院長・がんセンター長 田村 茂行

座 長: 副院長・消化器内科部長 萩原 秀紀

講 演 1: 下部消化器外科 賀川 義規
「直腸がんに対する究極の肛門温存手術
～括約筋間直腸切除術(ISR)～」

講 演 2: 呼吸器外科部長 岩田 隆
「悪性胸膜中皮腫の診断と治療」

講 演 3: 放射線治療科部長 香川 一史
「回転IMRTで広がる放射線治療の可能性」

講 演 4: がん看護専門看護師 渡部 昌美
「こんなときどうしたらいい?
～あなたのまちのがん相談支援センターへ～」

閉会挨拶: 副院長・がんセンター長 田村 茂行



第21回 「ブルーリボンキャラバン～もっと知ってほしい大腸がんのことin尼崎(兵庫県)～」

平成27年10月3日(土)13時～16時

於:関西ろうさい病院 がんセンター 参加者数:153名 共催:関西ろうさい病院、NPO法人キャンサーネットジャパン

開会挨拶: NPO法人キャンサーネットジャパン

総合司会: 高井 美紀(MBSアナウンサー)

講 演 1: 消化器内科 太田 高志
「大腸がんの概要～もっと知ってほしい大腸がんのこと～」

講 演 2: 下部消化器外科部長 加藤 健志
「外科的治療とその後の生活」

講 演 3: 香川大学医学部 臨床腫瘍学講座教授 辻 晃仁 先生
「大腸がんの薬物療法(抗がん剤・分子標的薬)」

講 演 4: がん看護専門看護師 渡部 昌美
「相談支援センターの活用方法」

Q&Aトークセッション

閉会挨拶: 副院長・がんセンター長 田村 茂行



関西ろうさい病院がんセンターでは、阪神南圏域の地域がん診療連携拠点病院として、市民の皆様を対象に「市民公開講座」を開催しております。開催の予定は随時、病院ホームページ等でご案内してまいります。どなた様でも参加可能ですので、患者さんへご案内いただけますと幸いです。

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

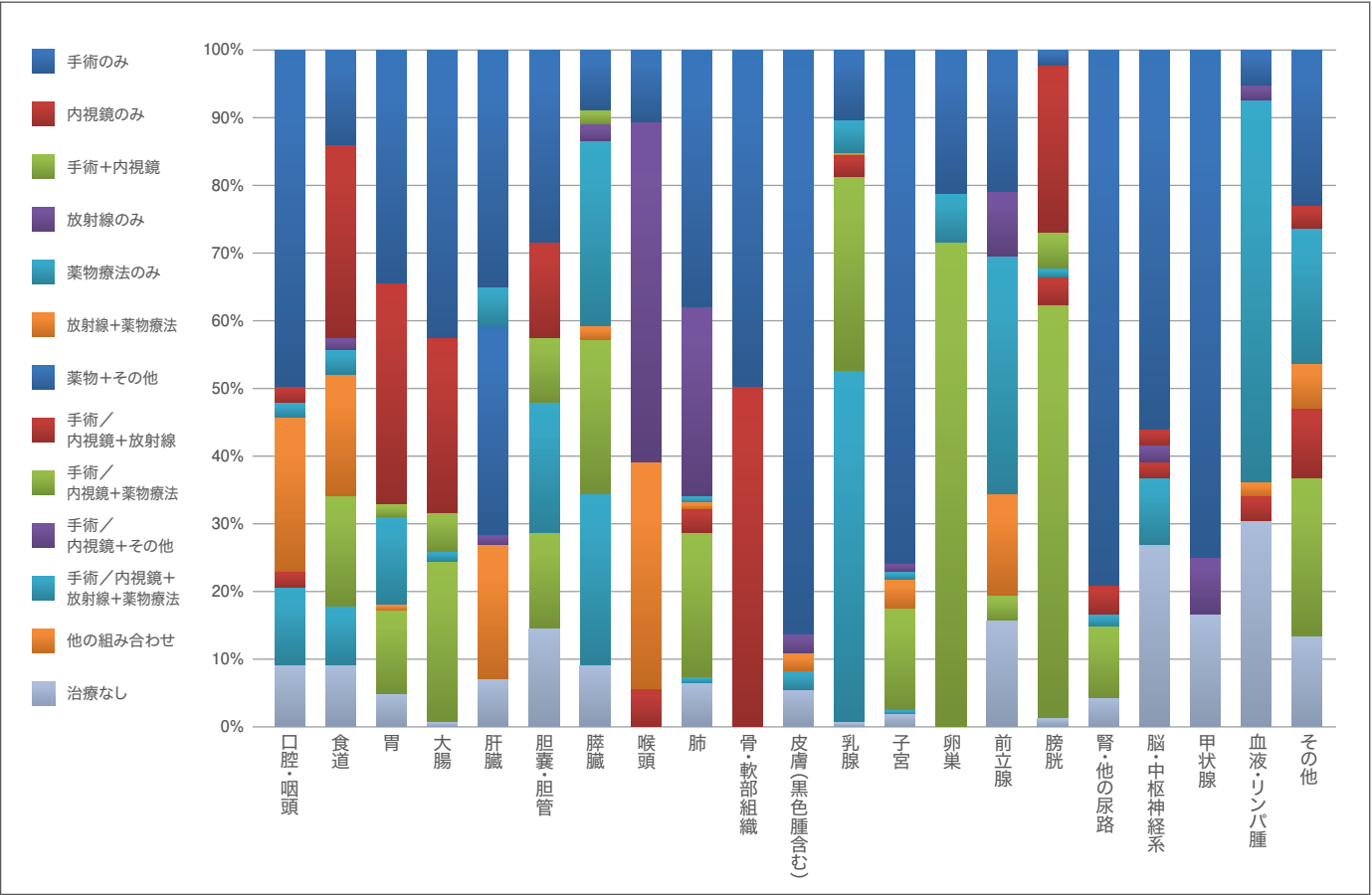
皮膚／骨と軟部腫瘍
皮膚腫瘍
悪性骨軟部腫瘍

血 液 ・ リ ン パ
血液腫瘍

2014年症例 部位別・治療法別 実績

(UICC7版、自施設診断／自施設治療、他施設診断／自施設治療の症例のみ)

原発部位	口腔・咽頭	食道	胃	大腸	肝臓	胆嚢・胆管	膵臓	喉頭	肺	骨・軟部組織	皮膚（黒色腫含む）	乳腺	子宮	卵巣	前立腺	膀胱	腎・他の尿路	脳中枢神経系	甲状腺	血液・リンパ腫	その他	合計
手術のみ	22	8	78	133	25	6	4	2	43	1	32	20	127	6	31	2	38	23	9	3	7	620
内視鏡のみ	1	16	74	80	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	2	1	0	0	1	196
手術＋内視鏡	0	0	4	18	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	29
放射線のみ	0	1	0	0	0	0	1	9	31	0	1	0	2	0	14	0	0	1	1	1	0	62
薬物療法のみ	1	2	29	4	4	4	12	0	1	0	0	9	2	2	51	1	1	0	0	30	6	159
放射線＋薬物療法	10	10	2	0	0	0	1	6	1	0	1	1	7	0	22	0	0	0	0	1	2	64
薬物＋その他	0	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
手術／内視鏡＋放射線	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	6	0	0	0	3	0	1	0	2	3	22
手術／内視鏡＋薬物療法	0	9	28	74	0	3	10	0	24	0	0	54	25	20	5	45	5	0	0	0	7	309
手術／内視鏡＋その他	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
手術／内視鏡＋放射線＋薬物療法	5	5	0	0	0	0	11	0	1	0	1	98	1	0	0	0	0	4	0	0	0	126
他の組み合わせ	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
治療なし	4	5	11	2	5	3	4	0	7	0	2	1	3	0	23	1	2	11	2	16	4	106
合計	44	56	226	311	71	21	44	18	112	2	37	189	167	28	146	74	48	41	12	53	30	1730



編集後記

本誌編集集中であったクリスマスからお正月にかけての休暇シーズンは暖冬のため大変過ごしやすかったのですが、その後、急に大寒波が来て日本中が凍り付き大自然の驚異をまざまざと感じさせられました。幸い京阪神地区では大きな混乱には至りませんでした。穏やかで平和な時期にこそ「備え」が重要です。

本誌で特集された「無菌室」もまさに「いざというときの備え」の治療設備です。当院もようやく念願であった最新鋭の無菌室を整備することができ、より安全で強力な抗癌化学療法が可能になりました。また「気をつけたいがん診療の陥とし穴」では「肝炎診療のビットフォール」として、近頃「根治が可能になった」と話題の新しいC型肝炎の治療について解説しています。新しい治療薬も肝炎ウィルスの「駆逐」には成功するようですが、どうやら「発癌のポテンシャル」までは押さえきれないようで「油断することなく定期的な経過観察が必要である」という肝炎の日常診療を行う上で大変重要なメッセージを届けています。

第 11 回 阪神がんカンファレンスのテーマは“ 脳腫瘍 ”でした。脳腫瘍はその多くが転移性であり、ガンマナイフは治療の選択肢としてもはやなくてはならないものになっていますが、大きな嚢胞を呈する腫瘍についてはなかなか照射しづらいという問題がありました。これを内腔の嚢胞液

を除去したうえで容積を減らしてガンマナイフを照射可能とし、安全かつ低侵襲な治療で局所制御が得られたという「外科医らしい発想でのひと工夫」について報告されています。また従来、ほとんど有効な治療法がなかった悪性神経膠腫に対する最新の治療についてもご紹介しています。第 12 回のテーマは“ 血液悪性腫瘍・皮膚がん ”でしたが、ここでは成人 T 細胞性白血病・リンパ腫（ATLL）の剖検例の詳細な臨床的、病理学的検討と皮膚がんの簡便な見分け方についてご紹介しています。記事中には当院病理診断科における医師教育のあり方や臨床へのフィードバックについて、情熱を持ってその意気込みが語られています。

当院で行われている高度な医療はこのような多くの医師の情熱と日々の研鑽によって支えられていると自負しています。本誌がこれらの一端をご紹介させていただくことを通じて、当院と地域の諸先生方にとって「よりよい医療」という共通の目的のための信頼と連携構築の一助になればこれ以上の喜びはありません。

関西ろうさい病院がんセンター
情報・教育・連携部門 部門長
呼吸器外科部長

岩田 隆

今後の「阪神がんカンファレンス」について

第14回 阪神がんカンファレンス

テーマ「乳がん」

平成28年4月21日(木)18時～(予定)

詳細は決まり次第、ホームページよりご確認、お申込みいただけます。
皆様のご参加をお待ちしております。
(インターネットより「第14回阪神がんカンファレンス」でご検索いただけます)

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.05

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.05

発行：独立行政法人労働者健康福祉機構
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.kanrou.net

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