

阪神がんカンファレンス

HANSHIN CANCER CONFERENCE

No. 09

Issue : Spring 2018

Journal of Kansai Rosai
Hospital Cancer Center

[特集]

遠心型血液成分分離装置の (TERUMO BCT スペクトラオブティア61000) 導入について

第18回 阪神がんカンファレンス

第19回 阪神がんカンファレンス

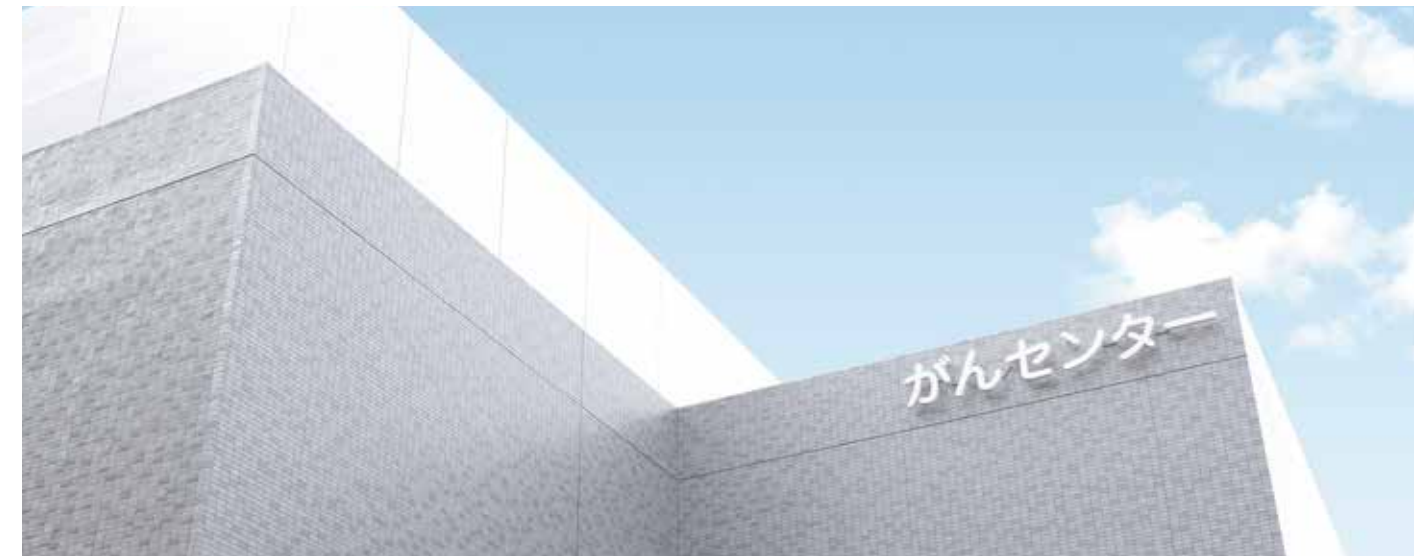
[トピックス]

広がりつつあるロボット支援手術
泌尿器科領域を中心とした話題

Contents

- 2 がんセンター長あいさつ
- 3 遠心型血液成分分離装置(TERUMO BCTスペクトラオプティア61000)の導入について
血液内科 部長 橋本 光司
- 5 「広がりつつあるロボット支援手術
泌尿器科領域を中心とした話題」
泌尿器科 第二部長 田口 功
- 7 **第18回 阪神がんカンファレンス（婦人科がんについて）**
- 9 症例検討 「低異型度漿液性腺癌」
産婦人科 医師 後藤 摩耶子
- 11 ショートレクチャー1 「婦人科疾患における緩和ケアの特徴」
産婦人科 第二部長 堀 謙輔
- 13 ショートレクチャー2 「卵巣がん治療のこれから～ASCO2017よりみえてきたもの～」
産婦人科 医師 中川 美生
- 15 **第19回 阪神がんカンファレンス（頭頸部がんについて）**
- 17 症例検討 「Transmanubrial Approachにより摘出した
甲状腺癌頸部リンパ節転移の一例」
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 医師 江口 博孝
- 19 ショートレクチャー 「頭頸部扁平上皮癌に対する化学放射線治療
～Bioradiotherapy・Chemoradiotherapy症例の治療成績～」
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 部長 赤埴 詩朗
- 26 編集後記

Message



がんセンター長あいさつ

「阪神がんカンファレンス」第9号をお届け致します。

私が関西ろうさい病院に赴任してから早いもので1年が経過しました。昨年度も一昨年度に引き続き、地域がん診療連携拠点病院として充実したがん診療を行うことができましたことをご報告させていただきますとともに、みなさまのご支援ご協力に心から御礼申し上げます。

本年3月に閣議決定された第3期がん対策推進基本計画の全体目標は「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」となっております。これは、がん患者さんや家族に対しても十分な情報提供が必要だということと理解しています。そのためには、日ごろから一般の方にもわかりやすい言葉を用いてがんを説明するよう心掛けておく必要があります、市民公開講座や学校におけるがん教育を行うことは、我々医療者のためにも大切なことだと思っております。

また、「がん患者の就労支援」も大切なテーマとなっております。これは「がんになってまで働かされるのか」とネガティブにとらえる方もいらっしゃるかもしれませんが、私は、がんを抱えていても、「生きがい」としての仕事を持っていることは、本人にとってかけがえのない大切なことであり、これをサポートするのは病院や会社等を含めた社会全体の使命だと考えています。「生きがい」があることは、患者さんの体調や治療効果にも好影響をもたらすと信じています。もちろん、仕事をせずに治療に専念したいと思う人には、「就労支援」が余計な圧力にならないよう注意する必要があります。

本号では、悪性リンパ腫や多発性骨髄腫の治療における自家末梢血幹細胞移植を安全かつ効率的に行うために昨

年導入した遠心型血液成分分離装置について血液内科の橋本光司部長よりご紹介しています。

また、4月より保険適応が大幅に拡大したロボット支援手術について、以前から積極的に同手術を行ってきた泌尿器科の田口功部長からご案内させていただきます。当院ではすでに胃癌に対するロボット支援手術が上部消化器外科の竹野淳部長により行われており、私の専門である直腸癌に対しても最近1例目を行いました。

昨年度開催しました「婦人科がん」と「頭頸部がん」に関するカンファレンスの内容も掲載しておりますので、ぜひご覧ください。本年度もがん診療に関連したセミナーをがんセンターカンファレンス室にて行っていく予定です。追ってご案内させていただきますので、ぜひともご来聴ください。

2018年度も、兵庫県を代表するがん拠点病院として、皆様のご信頼を得られるようすべての職員が一丸となって努力していく所存です。引き続きご指導ご鞭撻のほど、よろしく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
(副院長・外科部長)

村田 幸平



遠心型血液成分分離装置（TERUMO BCTスペクトラオプティア61000）の導入について



関西ろうさい病院
血液内科部長
橋本 光司

近年の血液腫瘍に対する治療の進歩はめざましく、分子標的薬を代表とする新規薬が次々に登場し画期的な治療成績を残しています。その一方で、根治させるためには造血幹細胞移植が重要な位置を占めていることに変わりありません。このたび、当院では自家末梢血幹細胞移植を行うために遠心型血液成分分離装置を導入しました。この機会に当院での造血幹細胞移植の現況をご紹介します。

造血幹細胞移植は他人をドナーとする同種移植と患者本人をドナーとする自家移植があります。ソースとして骨髄、末梢血や臍帯血が利用されます。血球は分化成熟しやがて死滅してしまいます。しかし造血幹細胞は各系統の血球に分化成熟する能力と自己複製能を併せ持ち、永久的に造血を行うことができます。このことが造血幹細胞移植を可能なものにしていきます。白血病は末梢血に腫瘍が存在し、造血幹細胞自体の腫瘍であるため幹細胞を採取する際に腫瘍の混入するリスクが高くなるため同種移植が行われます。それに対して悪性リンパ腫や多発性骨髄腫は自家移植が行われます。

当院では自家末梢血幹細胞移植を行っています。この移植についてもう少し詳しく述べたいと思います。自家移植の場合は末梢血中の

幹細胞を移植することが一般的です。末梢血中の幹細胞を採取する方が全身麻酔をする必要がなく骨髄からの採取よりも患者さんの負担が少ないからです。造血幹細胞は主に骨髄に存在しますが、抗がん剤や好中球刺激因子（G-CSF）によって動員・増幅すると、末梢血に幹細胞が多数出現するようになります。この現象を利用して幹細胞を採取します。幹細胞を体外に保存することによって、超大量化学療法による不可逆的な血球のダメージを回避することが可能になります。超大量化学療法後に幹細胞を移植するのが自家末梢血幹細胞移植（auto peripheral blood stem cell transplantation: auto PBSCT）です。当院では65歳以下で標準的化学療法だけでは根治困難な悪性リンパ腫や多発性骨髄腫にauto PBSCTを行っています。auto PBSCTを行うためにはまず遠心型血液成分分離装置で末梢血に存在する幹細胞を採取しなければなりません。当院ではスペクトラオプティアという遠心型血液成分分離装置を使用しています。カテーテルを挿入し、血液をこの装置を使って体外循環させます。その際、この装置の中で血液が遠心分離され幹細胞が採取されます。その他の血液成分は患者さんへ返血されます。カテーテル挿入や体外循環は腎臓内科医の協力を得て、この装置の管理を臨床工学士が、採取バックの凍結保存の調整を薬剤師が、凍結保存の管理を検査科がそれぞれ担当しています。スペクトラオプティアによって幹細胞の採取効率がアップしました。平成29年12月にスペクトラオプティアを導入し2名の患者さんで幹細胞を採取し、無菌室で超大量化学療法、auto PBSCTを行いました。今後も適応症例があれば積極的に行っていく予定です。より安全で質の高い医療を提供してまいりますので今後ともよろしくお願いいたします。



無菌治療室



TerumoBCT Spectra Optia

広がりつつあるロボット支援手術 泌尿器科領域を中心とした話題

関西ろうさい病院
泌尿器科第二部長
田口 功



平素からお世話になっております。さて、今回は泌尿器科領域を中心にロボット支援手術について最近の話題も含めて情報提示させていただきます。

術後のより早い回復や疼痛の軽減、ひいては入院期間の短縮などに結びつく手術の低侵襲化が推奨され、ロボット支援手術が広まってきています。既に保険適応されている前立腺癌及び腎細胞癌に加え、2018年度の診療報酬改定で肺癌や胃癌など新たに12術式で承認されました。(表) その中には膀胱癌に対する腹腔鏡下膀胱全摘除術も含まれ、これで泌尿器科領域は三つの術式が承認されたことになります。現在の手術支援ロボットda Vinciには、触覚が無いという弱点がありますが、高倍率の拡大立体視野や人間の手の自由度を遥かに凌駕する多関節鉗子、手ぶれ防止機構などその弱点を補って余りある長所を有しています。実際に手術の際には拡大された良好な視野のもと、極めて直感的に自然な鉗子操作が可能です。このように優れたロボットですが、勿論その利用については、人間の細心の注意が欠かせないことは言うまでもありません。現在薬事承認されている手術支

援ロボットはIntuitive Surgical社のda Vinciシステムのみですが、現在複数の企業グループが薬事承認に向けて開発にしのぎを削っており、その中には本邦の企業も含まれています。将来的には前述の弱点である触覚を克服したタイプや、あるいは現時点では想像のつかないような発想の全く異なった手術支援ロボットも出てくるかもしれません。

現時点で保険適応されているロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術(robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy、以下RALP)やロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術(robot-assisted laparoscopic partial nephrectomy、以下RAPN)はロボット支援手術の利点が最大限に生かせる術式です。前立腺癌について云えば、骨盤底に位置し更にはサントリーニ静脈叢で覆われているという前立腺自体の解剖学的特徴から、開放手術では良好な術野の確保が難しく出血量も多くなる傾向にあります。これに対してRALPでは、制癌性や尿禁制、男性機能といった手術クオリティーが担保された上で出血量は明らかに少なくなります。本術式は基本的には腹部に小さな孔を開け、空気でお腹を膨らませた上で内視鏡や鉗子類を入れて手術を行うという点では、腹腔鏡手術と基本的には同じです。術者は操作用のコンソールから、拡大立体画像を見ながら手術用の鉗子類を装着したロボットアームを操作して手術を行います。もちろん修練された術者であれば、腹腔鏡下前立腺全摘除術であっても低侵襲かつ一定レベルの手術クオリティーの確保は可能です。しかし、術者の身体的負担の点や多くの施設で一定レベルの普遍的な手術を行うといった観点からはRALPに分があると思われます。更に最近では腹腔鏡下手術では困難と思われる局所進行癌に対するRALPの報告もしばしば

見かけます。

腎癌に対する外科的治療も変わってきています。開放手術の時代が長く続きましたが、その後に腹腔鏡下腎摘除術も標準術式となり、更には腎部分切除術も腹腔鏡下で施行される様になりました。そして現在のRAPNへとの移り変わりは隔世の感があります。腹腔鏡下手術は開放手術に比べて出血も少なく、低侵襲かつ安定した手術成績を得られる優れた術式として認知されている一方、良好な成績を得るには熟練された高度な技術を要します。RAPNは腹腔鏡下手術の利点を保ちながら、こうした弱点を補うことのできる術式です。ところで、腎細胞癌が疑われる場合には診断確定および治療目的の外科的切除、すなわち手術療法が標準の治療となることは一貫して変わっていませんが、部分切除の適応に関してはその考え方も変わってきています。以前は腎摘除術が標準術式であり、腎部分切除術は腎機能低下例や外科的あるいは機能的単腎などのケースに対する絶対的あるいは相対的適応として行われるのみでした。近年の長寿社会による慢性腎臓病(CKD)の増加を背景に、腎機能の温存を目的としたnephron-sparing surgeryの考え方が広まり、現在では小径腫瘍や辺縁腫瘍などの選択的なケースであっても可能な限り部分切除術で施行すべきとの方針が推奨されています。そうした中で、RAPNはこれまで腹腔鏡下手術では対応困難であった複雑な症例も含めた腎部分切除術の適応拡大につながっています。

おわりに

検診の普及や画像診断の進歩により、早期の腎細胞癌が発見される機会が増加しています。RAPNは制癌性の

みならず、腎機能の温存を図りCKDのリスクを軽減する上でも患者さん方の利益につながることが期待されます。早期の小径腎癌のみならず、サイズの大きい腎細胞癌や埋没型あるいは腎門部発生例といったより複雑な症例に対する腹腔鏡下手術の適応拡大にも貢献しています。また近年の前立腺癌の増加に伴い、前立腺摘除術の適応となる患者さん方も増えてきています。詳しくは泌尿器科専門医までお問い合わせください。今後ともよろしくお願いいたします。



術者コンソール(写真奥)からロボットアームをコントロール(当院での手術風景)

2018年度より新規保険適応となった手術支援ロボットを用いた手術		
No.	Kコード	手術名
1	K504-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
2	K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
3	K514-2 3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)
4	K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
5	K554-2	胸腔鏡下弁形成術
6	K655-2	腹腔鏡下胃切除術
7	K655-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術
8	K657-2	腹腔鏡下胃全摘術
9	K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術
10	K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
11	K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術
12	K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がん)

第18回 阪神がんカンファレンス

概 要

日時：平成29年9月21日(木) 18:30～20:00

場 所：関西ろうさい病院 がんセンター カンファレンス室1

テーマ：婦人科がんについて

進 行

開会挨拶

司 会：副院長・産婦人科部長 伊藤 公彦

カンファレンス

座 長：副院長・産婦人科部長 伊藤 公彦

症例検討

「低異型度漿液性腺癌」

演 者：産婦人科医師 後藤 摩耶子

ショートレクチャー1

「婦人科疾患における緩和ケアの特徴」

演 者：産婦人科第二部長 堀 謙輔

ショートレクチャー2

「卵巣がん治療のこれから～ASCO2017よりみえてきたもの～」

演 者：産婦人科医師 中川 美生

質疑応答

閉会挨拶

挨 拶：副院長・産婦人科部長 伊藤 公彦

第18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



挨拶・座長



カンファレンスの様子

症例検討

低異型度漿液性腺癌

関西ろうさい病院 産婦人科
後藤 摩耶子

はじめに

2014年のWHO分類の改訂を受け、本邦の卵巢腫瘍・卵管癌・腹膜癌取り扱い規約も2016年に改訂され、卵巢漿液性腺癌は低異型度(Low grade serous carcinoma:LGSC)と高異型度(High grade serous carcinoma:HGSC)の2つに分類されました。低異型度と高異型度は組織発生学的に異なり、臨床像および予後も異なるため、その特徴に沿った治療戦略が必要となります。当科で経験した3例のLGSCの症例を提示し、(表1) 過去の報告と併せてreviewします。

低異型度漿液性腺癌について

臨床的・分子生物学的特徴

LGSCは漿液性腺癌の約10%と少数であり、発症年齢はHGSCに比べて若く、40歳代前半となっています。約90%以上の症例が播種巢病変を伴う(FIGOⅡ～Ⅳ期) で抗がん剤感受性はHGSCに比べて低いですが、臨床予後に関しては比較的良好とされています。(表2)

KRAS/BRAF遺伝子変異が約65%の頻度で存在し、下流のMAPKシグナルが恒常的に活性化していることが報告されています。KRAS/BRAF遺伝子変異はMEK1/2阻害剤の有効性を示すバイオマーカーとなる可能性もあります。またKRAS変異がserous borderline tumorからLGSCの進行に関与しており、特にKRAS G12V変異が予後不良因子として報告されています。RAS変異が再発と関連するという報告もあります。

診断

卵巢または腹膜生検による組織学的評価に基づきます。卵 巢 漿 液 性 癌 のbinary grading systemは2014 WHO分類に組み込まれ、2016年改訂の本邦の卵巢腫瘍・卵管癌・腹膜癌取り扱い規約にも採用されています。

治療

手術療法が推奨されます。I期はsurgical stagingが推奨され、妊孕性温存も考慮可能です。Ⅱ～Ⅳ期は最大限の腫瘍減量術(PDS)が推奨されます。GOG182に

	LGSC(all stage)	HGSC(all stage)	Serous borderline tumor (all stage)
OS	99 months	57 months	Not available
5 year survival	75%	40%	98.4%
10 year survival	70%	26%	96.9%

表 2 Kaldawy et al. Gynecologic Oncology.2016,13:433-438 より引用・改編

	症例1	症例2	症例3
年齢	38歳	25歳	49歳
発症契機	腹部膨満感	帝王切開時に腹膜播種で発見	腹部膨満感
腫瘍マーカ―	CA125	CA125	CA125、CA19-9
手術	単純子宮全摘術＋両側付属器摘出術＋骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清＋大網切除術＋虫垂切除術＋腹膜播種巢切除術を施行し、complete surgeryを達成	単純子宮全摘術＋両側付属器摘出術＋骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清＋大網切除術＋虫垂切除術＋腹膜播種巢切除術を施行し、complete surgeryを達成	単純子宮全摘術＋両側付属器摘出術＋骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清＋大網切除術＋虫垂切除術＋低位前方切除術を施行し、complete surgeryを達成
FIGOステージ	ⅢB期	ⅢA1(i)期	ⅢA1(i)期
術後化学療法	TC＋Bmab 3cycle→Bmab単剤 計21cycle	TC＋Bmab3 cycle→Bmab単剤 計21cycle	CBDCA＋Bmab3cycle→Bmab単剤 計21cycle

表 1：当科で経験した LGSC の 3 症例

て189名のLGSC患者において、初回手術後、顕微鏡的残存腫瘍の患者と肉眼的残存腫瘍の患者では前者でPFS、OSともに有意に優れていました。

初回腫瘍減量術を行った145名のⅢB～Ⅳ期のLGSC患者において顕微鏡的残存腫瘍の患者と1cm以上の残存病変を認める患者ではPFSおよびOSで前者でより良好な結果を得ました。

術後化学療法について：I期) LGSCの2～6%と極めて稀であり、標準的な術後化学療法についての明確な情報は存在しません。NCCNガイドラインでは経過観察、タキサン/プラチナ化学療法、またはホルモン治療などの選択肢の記載があります。

Ⅱ～Ⅳ期) タキサン/プラチナレジメンが通常6コース施行されることが多いですが、LGSCはHGSCに比べて化学療法抵抗性があることが報告されており、より効果的な治療が求められています。

術前化学療法 (NAC)：術前化学療法を受けた患者はPDS後の化学療法を受けた患者より有意に悪い結果を示しますが、これは治療の順序というより疾患の広汎性によると考えられています。

NAC後の24人の患者の後方視的報告ではNAC奏効率は4%。88%はSD、8%でPDでした。

ホルモ―維持療法：Ⅱ～Ⅳ期の卵巢または腹膜のLGSC患者にPDS後にプラチナベースの術後化学療法を行い、ホルモン治療群と経過観察群での予後を観察した後方視的単一施設研究がありますが、(抗エストロゲン製剤としてレトロゾール、タモキシフェン、酢酸ロイプロリド、アナストロゾールなどが使用されています。) ホルモン治療群で有意にPFSが改善していますがOSには有意差は認めませんでした。現在第Ⅲ相試験が開発中です。

再発LGSCに対する治療

第2次腫瘍減量術 (SDS)、化学療法、ホルモン療法、血管新生阻害薬などがあります。

SDS：41人の後方視的研究では、SDS後の残存病変なしとありでは前者で有意にPFSおよびOSが改善しました。

化学療法：奏効率は低いとされています。108種類の化学療法のレジメンを受けた58人の研究において全体の奏効率は4%以下でした。プラチナ感受性コホー

トで4.9%、プラチナ耐性コホートで2.1%でしたが60%以上でSDが観察されています。

ホルモ―療法：再発LSGC64人の患者が89種類の異なるホルモン治療を受け、全体の奏効率は9%、SDは61.8%であり、臨床有益率は70.8%とされています。

血管新生阻害剤の効果について

LGSCに対して、第一選択として標準的化学療法にベバシズマブ(Bmab)を併用することを支持するデータはありません。しかし第二選択以降の治療としていくつかの研究で有効性が報告されています。

Bmab含有レジメンを受けた17人の患者で39%の奏効率と62%の臨床有益率が報告されています。他小規模後方視的研究では奏効率は11～55%と報告されています。

予後

MDアンダーソンのデータベースの多変量解析により、35歳以上、および原発性腹膜腫瘍であること、化学療法終了時に無病であることが、疾患の進行の可能性が低いことおよび死亡リスクの低下に有意に関連していました。またMAPキナーゼ経路に変異を有する患者はそうでない患者に比べて予後良好であるという報告もあります。

今後の研究的アプローチ

LGSCはMAPK経路を活性化する遺伝子において多数の異常を有しており、この経路を標的とする薬剤が複数開発されています。MEK阻害剤セルメチニブを使用した52人の第Ⅱ相試験では15%が奏効し65%はSDでした。KRASおよびBRAF変異と治療に対する反応性に相関はありませんでした。

まとめ

LGSCは近年分類された概念であり、HGSCに比べ少数であることからデータが少なく、治療におけるガイドラインもありません。手術療法が第一選択となりますが、進行も緩徐であり、化学療法の感受性が低いとされています。今後はさらなる前向き試験による最適治療の探求が必要と考えられます。

ショートレクチャー1

産婦人科疾患における緩和ケアの特徴

関西ろうさい病院 産婦人科第二部長 緩和ケアセンター次長（身体部門）
堀 謙輔

- 婦人科がんの終末期の特徴として、あげるならば
- 意外に性器出血で困ることは少ない。
 - 手術や抗がん剤治療・放射線治療が比較的有効であるため、再発後の生存期間が長く、症状緩和が必要な期間が長い。（図1）
 - 卵巣・子宮体部は腹腔内と連続した空間にあるため、初発から再発、終末期にいたるまでの全期間で、がん性腹膜炎や播種による腹水のコントロールや腸閉塞への対応が必要となることが多い。
 - 全期間で、尿路の狭窄・閉塞への対応が必要となることが多い。
- などがある。

各論として、

1.腹膜播種や腹水への対応

- (1) 腹水量に働きかけずに「腹満感」を減らす方法として少量のオピオイド（フェンタニル100～200 μ g/日）が経験的に用いられているが、フェンタニル貼付剤は調節性が悪く、またフェンタニル自体の治療域が狭く、過量投与による呼吸抑制が懸念される。
- (2) 予後が週単位である場合に、輸液量が1000ml/日を越えないようにする。

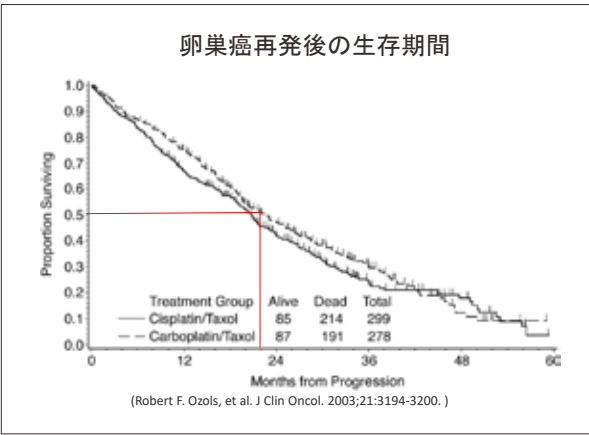


図 1

- (3) 利尿薬の使用にあたっては、電解質のチェックは必須である。特にトルバプタンは、高ナトリウムに注意が必要である。
- (4) 腹水穿刺は有効である。特に*腹水濾過濃縮再静注法（CART）は、腹水穿刺による血清アルブミンの低下を防ぐ。（図2）
- (5) 腹腔静脈シャントという方法もあるが、以下のような合併症の懸念があり敬遠されている。シャント閉塞19～24%、DIC 2～9%、肺水腫9%、肺塞栓4%、感染症5%、また、予後の長い例では、肺転移を引き起こす可能性がある。（図3）
- (6) 腹腔内薬物療法；抗がん剤、免疫治療薬、分子標的薬は根拠に乏しい。トリアムシノロンアセトニドは関節内に投与する薬剤で、一般臨床では花粉症治療に使用されることもあるが、穿刺間隔の延長効果がある。ただし、効果は1回のみとされる。

2.嘔気・嘔吐・腸閉塞への対応

- (1) 手術療法は、バイパス、部分切除、人工肛門造設などがあるが、予後や周術期合併症とのかかわりもあり、手術適応を判断するのは困難とされる。
- (2) 経鼻胃管やPEG・PTEGによるドレナージ；PTEGは腹水貯留例でも有効である。

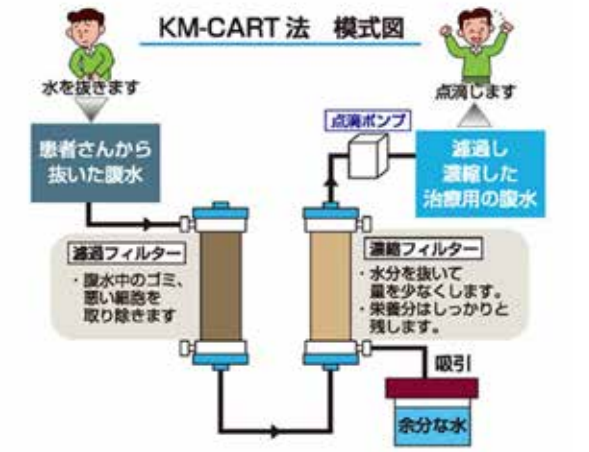


図 3

- (3) 消化管ステント；食道・幽門・十二指腸・結腸・直腸。近年、保険適応が拡大されてきている。（図4）
- (4) 薬物療法；メトクロプラミドは腸蠕動を促進するので、完全閉塞の場合、症状を増悪するので禁忌である。長期投与では、錐体外路症状を呈し、食欲や活動性の減退を招くので注意。オクトレオチドは、消化液の産生が抑制されて、症状緩和が可能である。コルチコステロイドの効果は1次的で2週間程度である。オピオイドを用いる場合、不完全閉塞で排便を維持する場合はフェンタニルやメサドン、トラマドールを使用するが、完全閉塞ではむしろ腸蠕動を抑制するモルヒネやオキシコドンがよいとされる。
- (5) 輸液は、PS1-2であれば、輸液量1000～1500ml/日、PS3-4であれば、輸液量500～1000ml/日

3.呼吸困難への対応

昨年ガイドラインが改訂された。

- (1) 低酸素血症がなく、呼吸困難を有するがん患者に対して、酸素療法を行わないことを提案する。
⇒ただし気体の吸入自体は効果がある。
- (2) 低酸素血症があり、呼吸困難を有するがん患者に対して、非侵襲的陽圧換気（NPPV）や高流量鼻カニュー酸素療法（HFNC）を行うことが条件付きであらたに提案されている。
- (3) がん患者の呼吸困難に対して、モルヒネの全身投与を行うことを推奨する。一方、モルヒネの吸入投与は行わない。モルヒネの全身投与が困難な場合に代替としてオキシコドンの全身投与を行う。一方、フェンタニルの全身投与は行わないことを提案する。ベンゾジアゼピン系薬の単独投

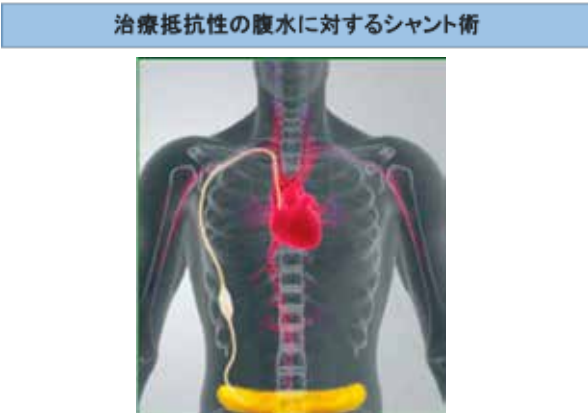


図 3

与は根拠がないが、オピオイドに併用することは提案できる。また、フロセミドの吸入投与は行わないことを推奨する。呼吸困難を有するがん患者において、病態を問わず一律にはコルチコステロイドの全身投与は行わないとした。なかでも、がん性リンパ管症、上大静脈症候群、主要気道閉塞（MAO）などはコルチコステロイドによる呼吸困難の緩和作用が期待できるが、抗がん治療を優先する。コルチコステロイドの投与開始後は、有効性と有害事象について慎重に評価する。

- (4) 悪性胸水による呼吸困難を有するがん患者に対して、胸腔穿刺ドレナージが有効である。

①頻回の胸腔穿刺が必要である。②全身状態が比較的良好である。③予後が月単位以上で見込める場合には、癒着術を検討する。

- (5) 死前喘鳴を有するがん患者に対して抗コリン薬の有効性は示されていない。同じくオクトレオチドを投与しないことを推奨する。死前喘鳴を有するがん患者に対して吸引は行わない。このためには、死前喘鳴について家族に説明し、十分に理解してもらうことが肝要である。

4.尿路の閉塞

これも昨年改訂されたガイドラインをもとに、アルゴリズムの紹介、尿管ステントや腎瘻の概説。そして、とくに終末期における水腎症への対応として、腎瘻造設を行った群の生存期間が20週であるのに比較して、しなかった群は10週であった研究結果を紹介した。

以上、足早に緩和ケアにおける最近の知見を整理させていただいた。

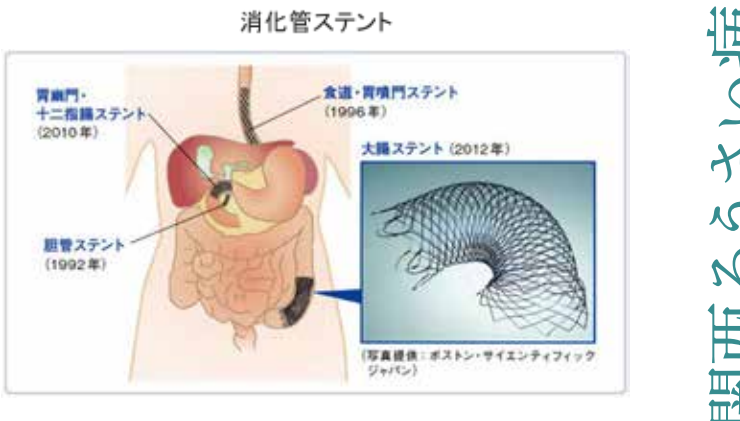


図 4

ショートレクチャー2

卵巣がん治療のこれから
 ～ASCO2017よりみえてきたもの～

関西ろうさい病院 産婦人科
 中川 美生

産婦人科領域の悪性腫瘍は、子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんなどがありますが、卵巣がんは自覚症状に乏しく、進行した状態での診断が多いことが特徴です。

現在の卵巣がん治療を、診断、初回治療、再発に対する治療に大別すると（図1）、超音波、MRI、CTなどの画像検査、CA125などの腫瘍マーカーの測定を行い、現状評価が行われます。卵巣がんの治療は、手術が基本であり、遺残なく切除することが予後に影響を与えることから、広範囲な播種の存在など、術前化学療法が適切と考えられる際に、腫瘍の組織型を診断する目的を含めて審査腹腔鏡を行う場合があります。これらの結果を踏まえて、初回治療を開始しますが、その内容は手術と化学療法です。手術は、腹式単純子宮全摘術（TAH）、両側付属器切除術（BSO）及び大網部分切除術（POM）を基本術式とし、骨盤リンパ節、傍大動脈リンパ節郭清術、虫垂切除術などが追加されます。化学療法は、標準療法とされるTC療法を中心に行われます。再発時には、再発までの期間、部位を考慮し、手術、化学療法、放射線療法を行います。



図1

治療を行っていく上で、問題点、疑問点も存在しており（図2）、様々な検討が行われています。

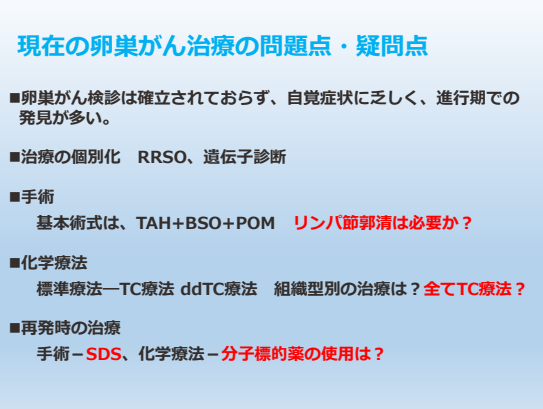


図2

米国臨床腫瘍学会（ASCO）2017が、6月にシカゴで開催されました。今後の卵巣がん治療に変化を及ぼすと考えられる報告をご紹介します。

まず、リンパ節郭清が予後に与える影響について検証した LION 試験です。本試験では、臨床上リンパ節転移がなく、手術が可能と考えられる症例が対象で、郭清あり、なしの2群にランダム化され、郭清群が非郭清群と比較して多かったのが、抗生剤投与を要する感染、リンパのう胞、再開腹手術の割合、60日以内の死亡率でした。また、図3のようにOS、PFSに有意差は認められませんでした。臨床上リンパ節転移なしと思われる症例においては、56%に転移が認められたにもかかわらず、OS、PFSに差がなかったことから、リンパ節郭清は省略ができるのではないかと結論づけています。

次は、高異型度漿液性癌（HGSC）におけるTC療法とddTC療法の効果の差を検証したJGOG3016A1です。HGSCはMT、SP、IR、PG4つのサブタイプに分類されることが近年明らかとなり、予後は、MTタイプ

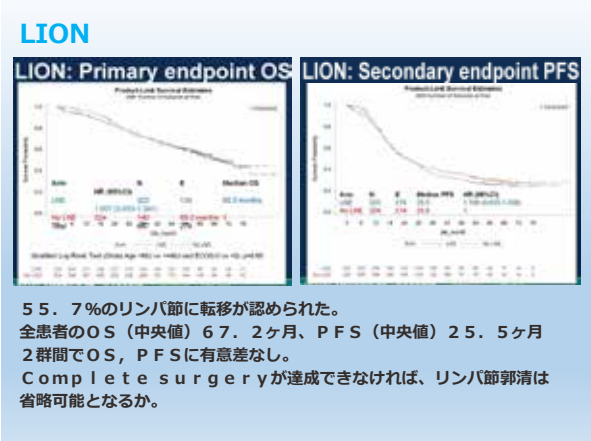


図3

プが最も悪く、IRタイプが最も良いとされています。またMTタイプがタキサン系に感受性が高いとの報告もあり、MTタイプはパクリタキセルの投与間隔が1週毎であるddTC療法でより高い効果が望めるのではないかと仮説が生まれます。そこで、ddTC療法とTC療法におけるPFS、OSを比較すると、MTタイプでは、OS、PFSともにddTC療法が有意に優っており、SPタイプではPFSでddTC療法が有意に優っており、IR、PGタイプでは有意差を認めないとの結果でした（図4）。今後サブタイプ解析をおこなってより適切な化学療法選択が行われる可能性があると考えられます。

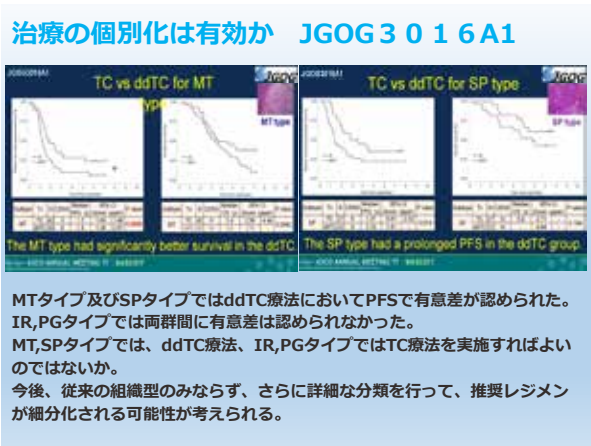


図4

次は、再発腫瘍に対する腫瘍減量術 secondary debulking surgery(SDS) について検討したDESKTOP III試験です。先行研究のIで、SDSでcomplete surgeryが可能かを判断するAGO score（PS0、初回

手術でcomplete surgery、腹水が500ml以下）を提唱し、IIでAGO scoreが有効か検討し、76%でcomplete surgeryが行われたという結果を発表しています。本試験は、再発を認め、AGOスコアを満たす患者408名を手術実施群、非実施群の2群にランダム化して行われました。結果は（図5）、complete surgeryの実施により、PFSで手術実施群が19.6m、非実施群が14.0mと有意差を認めました。発表者らは、AGO scoreをみたとすSDSでは、complete surgeryを行うと、PFSを有意に延長し、さらなる予後追跡でOSの延長まで結びつくことが望まれると結んでいます。

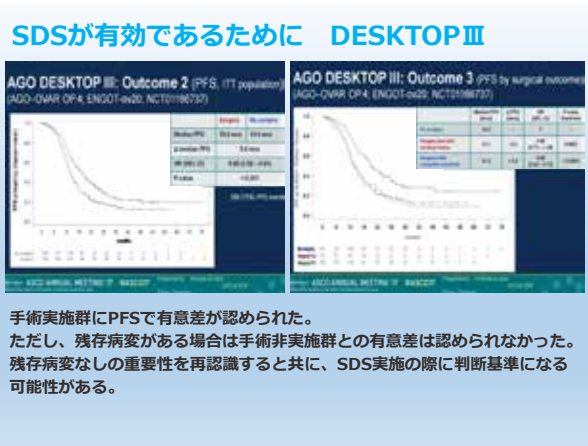


図5

近年、分子標的薬が効果、作用機序、副作用、薬価などで注目を集めています。ASCOの婦人科のポスター発表では、約半数が分子標的薬に関する内容であり、本邦でも臨床試験が行われているPARP阻害剤を主な内容とするセミナーも開催されました。分子標的薬は、投与症例の選択やバイオマーカーの開発など課題もあり、今後臨床での使用が増加することが予想されます。従来薬と異なる有害事象もあることから、使用に際しては、管理方法に関する知識が必要です。

当科では、症例毎に適切な治療をカンファレンスで協議して決定すると共に、地域医療に貢献すべく、最新の知見を得ることに努めておりますので、患者様のご紹介をいただければ幸いです。今後ともよろしくお願い申し上げます。

第19回 阪神がんカンファレンス

概 要

日時：平成30年1月18日(木) 18:30～20:00

場 所：関西ろうさい病院 がんセンター カンファレンス室1

テーマ：頭頸部がんについて

進 行

開会挨拶

司 会：耳鼻咽喉科・頭頸部外科部長 赤埴 詩朗

カンファレンス

座 長：耳鼻咽喉科・頭頸部外科部長 赤埴 詩朗

症例検討

「Transmanubrial Approachにより摘出した
甲状腺癌頸部リンパ節転移の一例」

演 者：耳鼻咽喉科・頭頸部外科医師 江口 博孝

ショートレクチャー

「頭頸部扁平上皮癌に対する化学放射線治療
～Bioradiotherapy・Chemoradiotherapy症例の治療成績～」

演 者：耳鼻咽喉科・頭頸部外科部長 赤埴 詩朗

質疑応答

閉会挨拶

挨 拶：耳鼻咽喉科・頭頸部外科部長 赤埴 詩朗

第19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



挨拶・座長



カンファレンスの様子

症例検討

Transmanubrial Approachにより摘出した
甲状腺癌頸部リンパ節転移の一例

関西ろうさい病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
江口 博孝

はじめに

甲状腺分化癌は比較的リンパ節転移を来しやすい疾患である。また頻度は低いが上縦隔への転移を認めることもある。その場合、転移場所によっては通常の頸部郭清の視野では大血管損傷の危険性があるため、手術適応外とされる例もある。今回、甲状腺癌・鎖骨直下リンパ節転移に対し、胸骨切開（Transmanubrial Approach）を用いて摘出術を実施した症例を経験したので報告する。

症例

【既往歴】掌蹠嚢胞症性関節炎

【現病歴】66歳男性。受診数ヶ月前より嗄声の自覚症状を認め、近医で甲状腺病変を指摘され当科へ紹介受診。甲状腺乳頭癌（両葉）の診断に対し、甲状腺全摘術、左D2a郭清術を行なった（pT3N1bM0 StageIVA）。この際、右鎖骨直下にリンパ節を認めるも摘出困難であったため2期的手術とし、その1週間後に胸骨切開を用いた右鎖骨上窩リンパ節摘出術（transmanubrial approach）を行なった。

【術前画像所見】CTでは両葉に腫瘍病変（右葉優

位）を認め、左levelⅢ、VB（鎖骨上窩）に転移リンパ節。それらに一致する部位にPETで集積を認めた。（図1）

【手術所見】1回目：甲状腺全摘術、左D2a郭清術
胸骨上2横指のレベルで襟状切開。転移リンパ節は右傍気管領域にほぼ縦隔まで多数の転移リンパ節を確認し可及的に郭清した。右反回神経はリンパ節浸潤のため合併切除し、末梢枝と右頸神経を吻合した。右鎖骨直下にリンパ節を認めるも、鎖骨下静脈を明視下にできず胸部操作を要すると考え2期的手術とした。腫瘍の病理所見はpapillary carcinoma、腫瘍径は26×17mmであった。転移リンパ節は左上内深頸、左傍気管、右傍気管（節外浸潤+）でそれぞれ認めた。

2回目：右鎖骨上窩リンパ節摘出術 transmanubrial approach（Grunenwald法）

皮膚切開は、前回の襟状切開中央から第2肋骨付着部下縁にかけて正中切開、下端から第2肋骨に沿って約10cmの弧状切開を行い、襟状切開の右半部を再開創した。胸骨切開は第1肋間の高さで逆L字切開（図2）。既往の骨病変により胸骨は肥大して

骨化しており、骨膜まで骨化していた。上縦隔を展開し、右鎖骨下動脈、右内頸静脈の分岐部を確認した。右鎖骨下静脈から腋窩静脈まで追いかけていったが癒着は認めなかった。腋窩静脈より頭側に右胸肩峰動脈を巻き込むように15mm大の弾性硬の腫瘍を触知したが、動脈温存は不可能と判断し血管ごと摘出した（図3）。病理診断で節外浸潤を認めた。
【術後経過】右反回神経を合併切除しているため右声帯麻痺を認めているが、頸神経と吻合しているため声帯の緊張は保たれている。その他明らかな合併症は認めていない。術後にI¹³¹ablationを実施し、外来で経過観察中である。

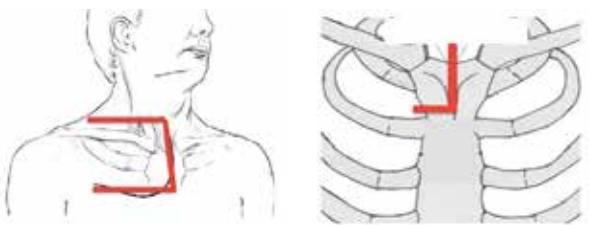
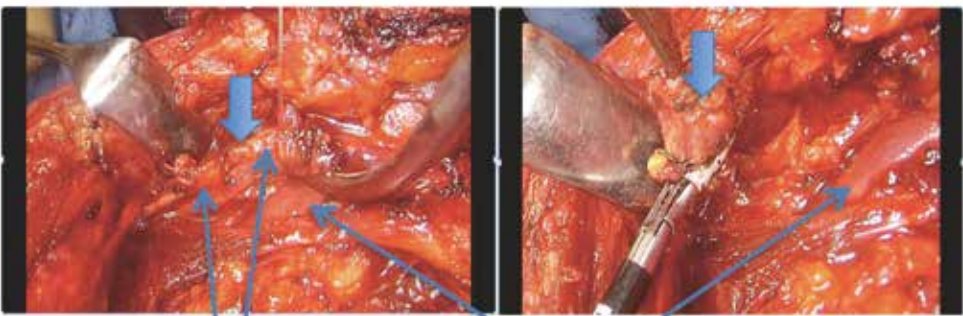


図2 皮膚切開、胸骨切開のライン



右胸肩峰動脈
右腋窩静脈
図3 右鎖骨上窩リンパ節摘出
太矢印：右鎖骨上窩リンパ節

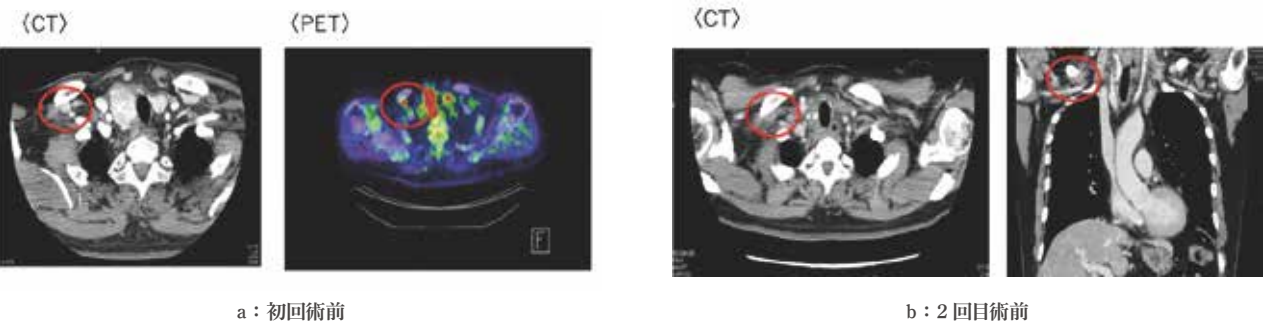


図1 術前画像

ショートレクチャー

頭頸部扁平上皮癌に対する化学放射線治療
～Bioradiotherapy・Chemoradiotherapy症例の治療成績～

関西ろうさい病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科部長
赤埴 詩朗

はじめに

2000年と2009年にPignonらは、局所進行頭頸部扁平上皮癌を対象として、放射線単独治療と化学療法の上乗せ効果についてメタ解析を行い、放射線治療前に行う導入化学療法や放射線治療後に行う補助化学療法に比べてシスプラチン（CDDP）を用いた化学放射線療法は最も優れた治療効果をもつと発表した。これにより局所進行頭頸部扁平上皮癌の標準治療は手術かCDDPを用いた化学放射線療法となった。一方2006

年にBonnerらは、局所進行頭頸部扁平上皮癌を対象として、上皮成長因子受容体（epidermal growth factor, EGFR）に結合するIgG1モノクローナル抗体であるセツキシマブ（Cmab）を放射線治療に上乗せすることの意義を検討し治療期間中のみCmabを併用した結果、全生存期間において、放射線単独：Cmab併用で29.3：49ヶ月（HR 0.74：0.57-0.97, $p = 0.03$ ）と有意な上乗せ効果が示された。本邦でもCmabは頭頸部癌の治療に対し2012年12月に保険承認された。

患者背景	
Factor	Number (%)
Age > 60	34 (70)
≤ 60	14 (30)
性別；男性	38 (79)
女性	10 (21)
咽喉頭原発	42 (87)
その他	6 (13)
早期癌	3 (7)
進行癌	45 (93)
重複癌 (+)	14 (30)
(-)	34 (70)
Bioradiotherapy	23 (48)
Chemoradiotherapy	25 (52)
追跡期間 (M) 18.7 ± 9.1 中央値 20	

表 1

Multivariate Analysis Overall Survival				
	ハザード比	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限	p Value
Age ≤ 60	1.1910	0.37510	3.7800	0.767100
女性	0.4257	0.10370	1.7480	0.235900
原発；咽喉頭以外	4.0650	1.05600	15.6500	0.041400
進行癌	1.7620	0.58080	5.3470	0.317100
重複癌なし	0.2180	0.07307	0.6505	0.006312
Chemotherapy	2.1380	0.64410	7.0950	0.214500

表 3

化学放射線治療レジメン	
	Numbers
BRT; Cetuximab	23
CRT; DOC+CDDP (10mg,20mg Weekly)	20
CRT; DOC (10mg Weekly)	2
CRT; 5-FU+CDDP (700mg,70mg Four Weeks)	2
CRT; CDDP (80mg Three Weeks)	1
照射線量 (Gy) 67.4 ± 8.0 中央値 70	

表 2

Multivariate Analysis Progression Free Survival				
	ハザード比	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限	p Value
Age ≤ 60	1.3820	0.5736	3.332	0.47060
女性	0.6885	0.2386	1.986	0.48980
原発；咽喉頭以外	2.6190	0.7561	9.071	0.12880
進行癌	1.0410	0.2380	4.553	0.95750
重複癌なし	0.4002	0.1650	0.971	0.04287
Chemotherapy	1.2270	0.4969	3.031	0.65720

表 4

当科では咽喉頭早期癌についてはIMRTによる放射線治療や症例によっては消化器内科と合同で経口的切除術を施行してきた。喉頭・下咽頭進行癌については、初診時に甲状軟骨破壊を伴うT4症例については一次治療として手術を、それ以外の症例には根治と臓器の機能温存を目指しCDDPを中心とした化学放射線療法（Chemoradiotherapy）を行ってきた。また高齢、パフォーマンスステータスの低下や腎機能障害等でCDDPに対する忍容性がないと判断された場合は従来の放射線単独治療に加え2014年度よりCmab併用放射線治療（Bioradiotherapy）を行っている。この研究の目的はBioradiotherapyを含む一次治療としての化学放射線治療の予後が治療の背景因子でどう変わるかをRetrospectiveに検討し今後の治療の課題を明らかにすることである。

対象と方法

2014年4月から2017年3月に当科で一次治療として化学放射線療法を行った上咽頭を除く頭頸部扁平上皮癌症例48例が対象で、内訳は喉頭9例、中咽頭16例、下咽頭17例とその他の部位6例であった。その他の患者背景については表1に、化学放射線療法の詳細分布は表2に示す。年齢、性別、腫瘍原発部位、進行度、重複癌やBioradiotherapy・Chemoradiotherapyの治療法といった患者背景因子により粗生存率と無増悪生存率がどう変化するか解析した。

Double Cancerの有無による患者背景比較			
	Double Cancer + (%) (n=14)	Double Cancer - (%) (n=34)	p Value
Age : > 60	12 (85)	22 (64)	0.2686*
≤ 60	2 (15)	12 (36)	
性別；男性	11 (78)	27 (79)	N. S.*
女性	3 (22)	7 (21)	
咽喉頭原発	13 (92)	29 (85)	0.8103*
その他	1 (8)	5 (15)	
早期癌	1 (8)	2 (6)	N. S.*
進行癌	13 (92)	32 (94)	
BRT	5 (36)	18 (52)	0.4424*
CRT	9 (64)	16 (48)	
Follow-up (M)	14.5 ± 8.4	20.4 ± 9.0	0.0438**

* Analyzed by χ^2 test
** Analyzed by t test

表 5

結果

全症例の20か月粗生存率は69.3%、無増悪生存率は48.6%で、奏効率は83.3%、著効率は66.6%であった。多変量解析の結果、原発部位：咽喉頭以外と重複癌の存在が粗生存率の予後因子であり、重複癌の存在は無増悪生存率でも予後因子となると示された（表3-4）。重複癌の有無によって2群に分け、臨床病理学的特徴を比較検討したが、観察期間以外に有意差は認めなかった（表5）。重複癌（－）群の20か月粗生存率は78.9%、無増悪生存率は58.1%で、それぞれ重複癌（＋）群の40.9%、22.2%より有意に高かった（図1-2）。

以上より唯一重複癌の存在がBioradiotherapyを含む一次治療としての化学放射線治療の予後を規定すると思われた。

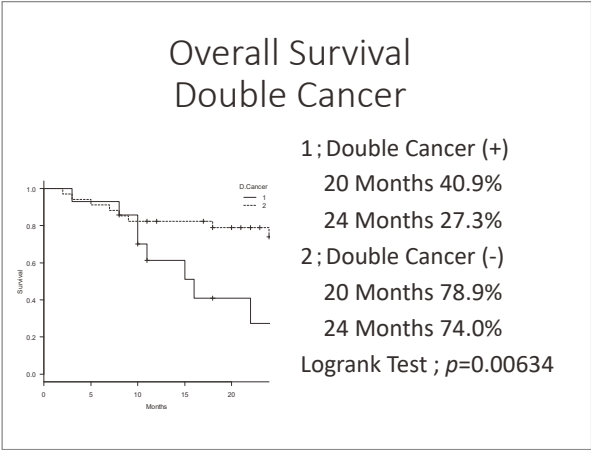


図 1

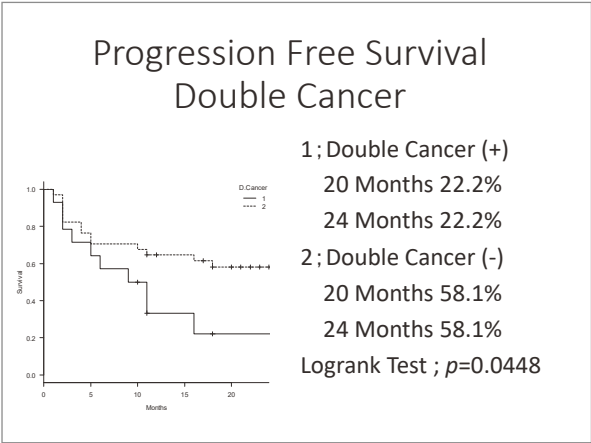


図 2

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。

●平成30年度の子定

	日程(毎月第2木曜日)	ミニ講義テーマ(予定)
第3回	6月14日	茶話会のみ
第4回	7月12日	医療者との効果的なコミュニケーション
第5回	8月 9日	茶話会のみ
第6回	9月13日	リンパ浮腫について
第7回	10月11日	茶話会のみ
第8回	11月 8日	抗がん剤のこと
第9回	12月13日	茶話会のみ
第10回	1月10日	体力維持のための運動のしかた
第11回	2月14日	茶話会のみ
第12回	3月14日	ハンドマッサージ体験

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

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。

時 間：8:15～17:00（12:00～13:00除く）

相談日：月曜～金曜（祝日を除く）

がん相談支援センター

TEL：06-4869-3390（直通）

※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。

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）

月曜～金曜(祝日を除く) 13:30～16:30

※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
大腸がん（結腸がん・直腸がん）

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

トピックス

「つらさと痛みのサポートチーム」による緩和ケアの提供について

当院の緩和ケアは、固定した病棟をもたず、「つらさと痛みのサポートチーム(旧称: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。

「つらさと痛みのサポートチーム」のメンバーは、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、ケースワーカー、管理栄養士、理学療法士など多職種で構成されており、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、多職種カンファレンスや緩和ケア研修会を開催しております。

なお、緩和ケアについての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。

※当院では平成29年4月より従来の「緩和ケアチーム」から「つらさと痛みのサポートチーム」に名称を変更しました。

今後の「阪神がんカンファレンス」について

第20回 阪神がんカンファレンス

「テーマ:食道がん」

平成30年6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20回阪神がんカンファレンス」でご検索いただけます)

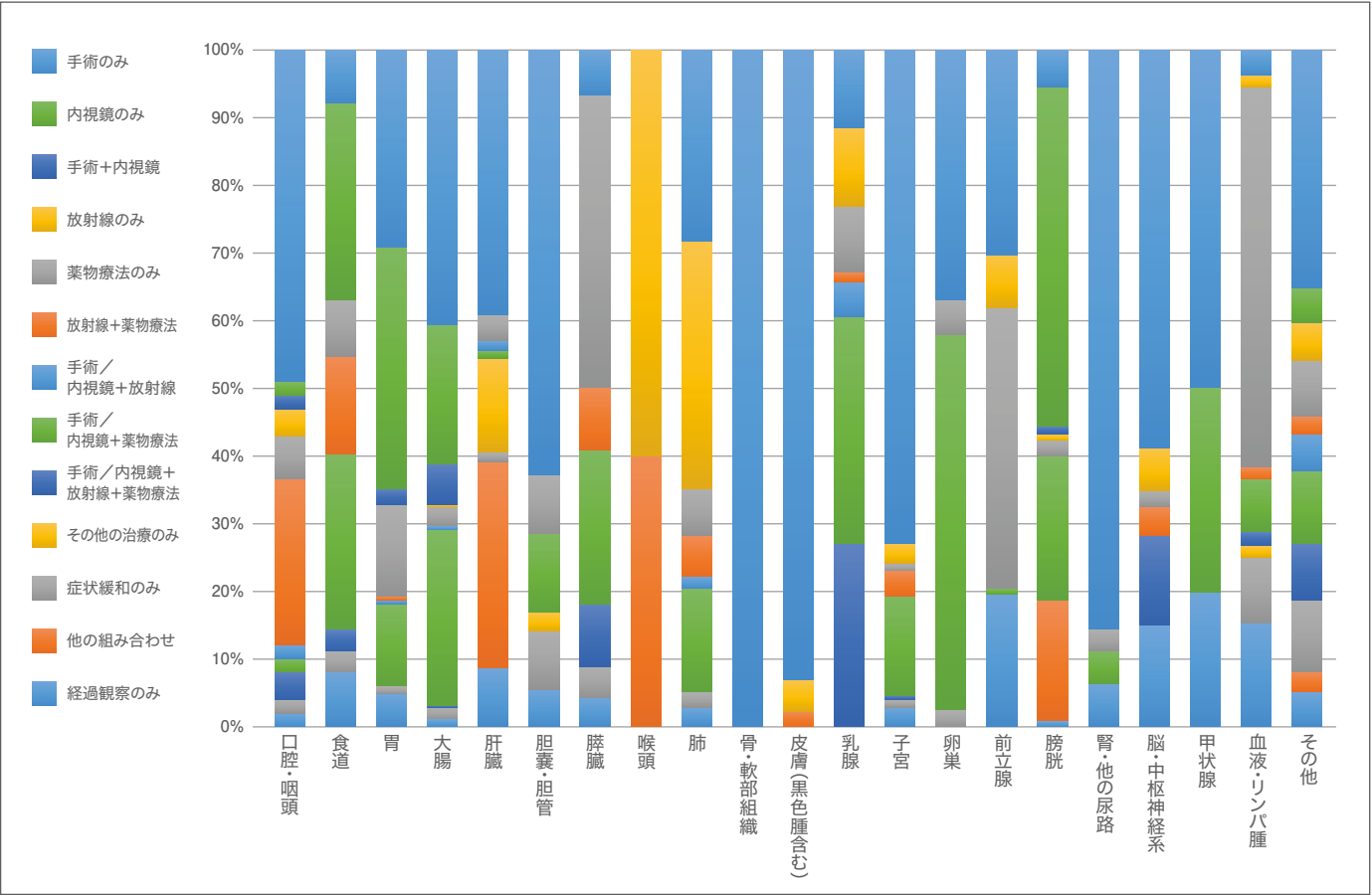
がん診療に関連する診療報酬実績の推移

	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
がん診療連携拠点病院加算	1,065	1,118	1,244	1,057	1,161
緩和ケア診療加算	835	726	866	981	722
外来緩和ケア管理料	14	28	34	91	105
がん治療連携計画策定料1	50	47	55	52	63
がん治療連携管理料(化学療法)	45	46	53	1	4
がん治療連携管理料(放射線治療)	62	41	86	51	81
がん性疼痛緩和指導管理料1(緩和ケア研修済)	186	210	251	230	153
がん性疼痛緩和指導管理料2(緩和ケア研修未)	2	3	2	0	0
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)	118	73	10	24	91
がん患者指導管理料2(“医師又は看護師が”)		5	0	2	27
がん患者指導管理料3(“医師又は薬剤師が”)		28	30	51	161
外来化学療法加算1A	4,035	4,783	5,628	6,207	6,718
外来化学療法加算1B(26年度から算定要件が変更)	2,501	65	77	64	47
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	422	1,168	1,401	1,419	1,286
放射線治療管理料	610	591	663	616	639
ガンマナイフによる定位放射	264	273	281	278	283
PET検査	932	883	921	899	981
術中迅速病理組織標本作製	443	515	529	469	506
セカンドオピニオン	39	43	48	37	34
がんリハビリテーション	-	127	2,827	5,469	3,516

2016年症例 部位別・治療法別 実績

(UICC7版、自施設診断／自施設初回治療開始、他施設診断／自施設初回治療開始または継続の症例のみ)

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	24	5	62	131	31	22	3	0	37	1	39	24	120	14	43	5	53	27	5	2	13	661
内視鏡のみ	1	18	76	66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0	0	0	0	2	208
手術+内視鏡	1	0	5	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	27
放射線のみ	2	0	0	1	0	0	0	6	48	0	2	23	5	0	11	1	0	3	0	1	2	105
薬物療法のみ	3	5	29	9	3	3	19	0	9	0	0	20	2	2	59	2	2	1	0	29	3	200
放射線+薬物療法	12	9	1	0	0	0	4	4	8	0	1	3	6	0	0	0	0	2	0	1	1	52
手術／内視鏡+放射線	1	0	1	2	1	0	0	0	2	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	2	19
手術／内視鏡+薬物療法	1	16	26	83	1	4	10	0	20	0	0	68	24	21	1	19	3	0	3	4	4	308
手術／内視鏡+放射線+薬物療法	2	2	0	1	0	0	4	0	0	0	0	55	1	0	0	0	0	6	0	1	3	75
その他の治療のみ	0	0	0	0	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	13
症状緩和のみ	1	2	2	6	1	3	2	0	3	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	5	4	32
他の組み合わせ	0	0	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	1	41
経過観察のみ	1	5	11	4	7	2	2	0	4	0	0	0	5	0	28	1	4	7	2	8	2	93
合計	49	62	213	323	79	35	44	10	131	1	42	203	165	38	142	90	62	46	10	52	37	1834



編集後記

最近はITを始めとしたテクノロジーの進化が著しく、高度に専門的な情報にも指先一つでアクセスすることが可能になりました。高齢化社会において医療に関する情報はお金になるらしく、インチキな業者による真偽の不確かな医療情報も氾濫しています。反面、患者さんや家族が学会ガイドラインを熟読していたり、臨床試験データを把握していたりして、外来で私の勧める治療にほぼ説明なしで同意していただく驚きと感銘を受けるようなこともしばしば経験するようになりました。玉石混交の情報を取捨選択する専門知識の無い一般ユーザーが不利益を得ないよう、最近Googleなどの検索サイトが医療情報に関しては研究機関や学会、大学が発信する情報を優先的に上位に表示することになり、いかにわしい医療情報へのアクセスを制限する動きが報じられました。専門知識の無い一般の患者さんや家族を食物にする、世に氾濫する“体験談ばかりのいかにわしい免疫治療クリニック”や“効果の疑わしい健康食品を販売する薬事法違反すれすれのサイト”など、不正確で不誠実な医療情報を排除する検索サイトのポリシーは極めて重要で、正確な情報にアクセスしやすくなったことは大変に有益なことです。

そしてテクノロジーは情報へのアクセスだけでなく、ロボットアームによる手術支援など、高度で専門的な技能を要する外科手術の分野まであっというまに進展してきました

た。今号では「がん診療の落とし穴」はお休みして、この4月から大幅に適応拡大となった「ロボット支援手術」についての話題をお届けしています。第18回阪神がんカンファレンスでは婦人科領域での症例報告、緩和ケアの話題、ASCOで発表された知見についてご紹介しています。治せない疾患により死を迎えつつある人に対する緩和ケアは従来の医療では後回しにされがちでしたが、昨今はそこにフォーカスをおいて専門の人材を育成し「死の質」を求め続ける議論がなされるようになりました。死はすべての人に避けられないものののに、やっとそういう「緩和ケア」が重要視され、学問、臨床として確立されるようになってきたことは昔を知るものにとって大変に感慨深いものがあります。第19回阪神がんカンファレンスでは耳鼻科での拡大手術、化学放射線治療の話題です。各科とも全方位的に患者さんと向き合い、ベストの診療を提供する努力を感じていただければ幸いです。本誌の情報発信が微力ながらも患者さんや家族、地域の先生方のお役に立つことができれば、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.09