

# 阪神がんカンファレンス

HANSHIN CANCER CONFERENCE

No. 10

Issue : July 2019

Journal of Kansai Rosai  
Hospital Cancer Center

[特集]

## フィブロスキャン(Fibroscan 530 Compact)の 導入について

第20回 阪神がんカンファレンス

第21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7回 造血器腫瘍の治療開始基準

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.10

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：https://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



独立行政法人 労働者健康安全機構

関西ろうさい病院

# Contents

- 2    がんセンター長あいさつ
- 3    超音波による非侵襲的肝線維化・脂肪化診断機器  
「フィブロスキャン (Fibroscan 530 Compact)」の導入について  
消化器内科 第二部長・医療情報部長 伊藤 善基
- 5    連載：気をつけたいがん診療の陥とし穴  
「造血器腫瘍の治療開始基準」  
血液内科 部長 橋本 光司
- 7    第20回 阪神がんカンファレンス（食道がんについて）
- 9    症例検討                   「潰瘍を伴った早期食道がんの一例」  
消化器内科 医師 山岡 祥
- 11   ショートレクチャー1   「食道がん診療における新たな取り組み  
消化器内視鏡を中心に」  
消化器内科 副部長・腫瘍内科副部長 太田 高志
- 13   ショートレクチャー2   「食道がんの外科的治療について」  
上部消化器 外科部長 竹野 淳
- 15   第21回 阪神がんカンファレンス（胃がんについて）
- 17   症例検討                   「粘膜下腫瘍様の形態を呈した低異型度胃型腺癌の一例」  
消化器内科 医師 三重 堯文
- 19   ショートレクチャー1   「H.pylori陰性時代の早期胃癌の内視鏡診療  
～除菌後発見胃癌～」  
消化器内科 副部長 山口 真二郎
- 21   ショートレクチャー2   「胃癌も腹腔鏡手術の時代へ」  
上部消化器外科 副部長 益澤 徹
- 23   トピックス
- 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10号をお届けします。

今年度は「地域がん診療連携拠点病院」の改選がありましたが、当院は引き続き阪神南地区の拠点病院として指定を受けました。これも日頃からがん患者さんを当院へご紹介いただき、その後もかかりつけ医としてサポートしてくださっている地域の先生方のお蔭と感謝しております。

働き方改革の一環としての「がん患者の両立支援」、すなわち仕事と治療の両立支援については前号でも述べさせていただきましたが、昨年から本年にかけては、産業医の先生に職場での配慮について意見書を作成させていただくシステムを構築いたしました。産業医の先生方にはお手間を取らせないような書式にしておりますので、もし会社の労務担当からそのような書類が回ってまいりましたらご対応をよろしくお願いいたします。

さらに、本年度から公認心理師を採用し、両立支援の心理サポートも行っていく予定です。医師、看護師、ソーシャルワーカーらとともにチームで両立支援し、患者さんがひとりで悩むことのないようにしたいと考えております。かかりつけ医の先生方にご相談があった場合は、当院がんセンター内にある「がん相談支援センター」のことをお伝えいただければ幸いです。

昨年の当院におけるがん診療に関する大きな進歩のひとつは、ロボット手術の適応拡大です。従来泌尿器科にて精力的に行われていたロボット手術ですが、昨年からは胃がん、直腸がん、肺がん、縦隔腫瘍、婦人科がんに対しても保険適応されました。本年、ダヴィンチSiを新機種Xiに更新し、現在はほぼ毎日ロボット手術が行われている状況で

す。ロボットアームと3次元画像を用いた繊細かつ正確な手術によってがん手術の治療成績の向上が期待されます。

今年度はマスコミ等でご承知のとおり、いわゆる「ゲノム医療」の一環として「がん遺伝子パネル検査」が保険収載されました。当院は「がんゲノム医療中核拠点病院」である大阪大学および岡山大学の連携病院として、本検査に対応できる体制を整えております。

また、昨年度開設した「腫瘍内科」では、専門医、認定看護師、認定薬剤師による最新の抗がん剤治療が行われています。さらに「化学療法室」を「化学療法センター」として組織化し、種々の新規抗がん剤治療に対応していく体制を整えております。

昨年度は、尼崎市内の公立中学校2年生105名を対象に、当院産婦人科堀謙輔部長によるがんに関する講演を行いました。学校での「がん教育」は今後少しずつ浸透していきませんが、我々直接がん診療に携わる医療者も学校医の先生方と共に協力していきたいと思っています。

2019年度もこの地域におけるがん診療の発展充実に尽力する所存です。今後も関西ろうさい病院がんセンターをよろしくお願いいたします。

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





## 超音波による非侵襲的肝線維化・脂肪化診断機器 「フィブロスキャン (Fibroscan 530 Compact)」の導入について



関西ろうさい病院  
消化器内科第二部長・  
医療情報部長  
伊藤 善基

近年、メタボリック症候群による脂肪性肝疾患（単純性脂肪肝・脂肪肝炎）が増加してきています。またウイルス性慢性肝疾患も依然多くの方が罹患しており、アルコール性肝障害患者も減少していません。

肝細胞癌はいずれの病因においても肝線維化進展とともに発癌率が上昇します。肝硬変への進展ならびに肝発癌のリスク評価のためには、肝臓の線維化診断が重要となります。

肝線維化診断のゴールドスタンダードは肝生検による病理組織診断ですが、肝生検には出血や疼痛などの合併症の危険性（侵襲性）が有るため入院する必要があり、また採取する場所や検体の量による診断のバラツキの問題もあります。

そのため、非侵襲的に、また簡便に繰り返し行うことが出来る肝線維化の評価方法が模索され、組織弾性イメージング法（エラストグラフィ (Elastography)）を用いて肝臓の硬さ（肝硬度）を測定することによって、肝線維化を評価する試みがなされました。特に超音波を用いて、より簡便

に測定することが目指されました。

そして、せん断波の伝搬速度から硬度を測定する Shear Wave Elastography の一つ、Transient Elastography を用いた『フィブロスキャン』がフランスで開発されました。その後、測定された肝硬度と肝線維化との間に強い相関があることが多くの論文で報告され、全世界で使われるようになりました。本邦でも 2017 年 3 月 1 日に、「肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む）に対して、肝臓の線維化の程度を非侵襲的に評価した場合」を保険適応として保険収載されました（200 点）。当院もこの度 2019 年 2 月 18 日に当院もフィブロスキャン 530 Compact を導入致しました（図 1）。

肝硬度の測定は、肝疾患診断の一助、肝ガン発生リスクの予測、治療後の経過観察などのために用いられます。適用となる疾患は、肝硬変及び肝硬変の疑いのある患者さんで、病因は問いません。ウイルス性、アルコール性、代謝性などいずれの肝疾患にも適応できます。

専用プローブを肋間に当てて衝撃を与えることで発



図 1. FibroScan® 530 Compact

生したせん断波が皮膚を通して肝臓に伝わり、その伝搬速度を超音波で測定します（図 2）（指先でとんと叩くような感覚で、特に痛みを感じるほどではありません）。

肝組織が硬いと、せん断波の伝播速度は速くなり、軟らかいと遅くなります。非侵襲的で体を傷つけず、出血の心配もなく、外来で検査が可能です。肝硬度はキロパスカル（KPa）としてその場で表示されます。10 回程度測定して中央値を選択します。測定前の設定も特に必要なく、患者情報を入力してから測定を終えるまで 3～5 分程度です。

また今回導入した機種は新世代のもので、肝の脂肪浸潤量に関連する、超音波の減衰量（CAP）の測定機能も追加されていますので、脂肪肝の程度も一緒に評価出来ます（図 3）。

肝生検の病理組織診断では肝線維化の程度のみならず、炎症の程度や分布、浸潤している炎症細胞の種類、沈着物など病態の評価に必要な様々な情報が得られますので、その重要性は幾ばくも減少することはありません。

しかし、肝臓の線維化を非侵襲的に簡便に測定できることで、肝疾患の進展や、逆に治療後の線維化改善の経過を、継続的に何回も確認することが容易となります。出血傾向など肝生検の合併症の危険性が高い患者さんにも安心して行うことが出来ますし、外来での超音波検査に引き続いて簡便に検査出来るため、入院が難しい患者さんの評価も可能となります。また特に単純性脂肪肝から脂肪肝炎（そして肝硬変、肝癌）に進展する患者さんが増加すると予想されている昨今、脂肪肝の程度と同時に線維化の程度を評価することで、単純性脂肪肝から脂肪肝炎へ進展した例の拾い上げや、より早期の適切な治療介入が可能となります。

スクリーニング目的でもお気軽に、また AST・ALT・血小板数・年齢の4項目のみで計算できる肝線

維化判別式 FIB-4 index（図4. 日本肝臓学会ホームページにも計算サイトを掲載）でスコアが高値な方は特に、御紹介ただけでしたら幸いです。

今後ともよろしくお願い致します。



図 2. FibroScan で測定する様子

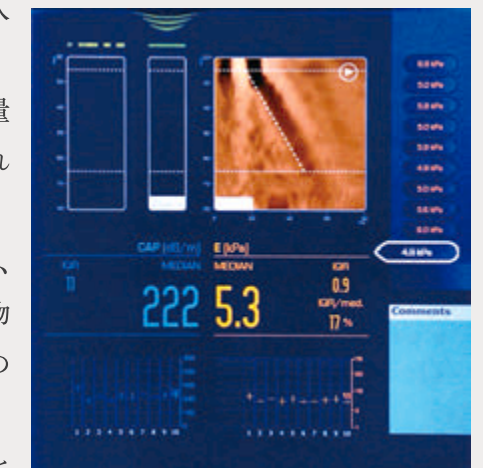


図 3. 測定画面（右：硬度（kPa）、左：減衰量（dB/m））

$$\frac{AST_{(IU/ml)} \times \text{年齢(歳)}}{\sqrt{ALT_{(IU/ml)} \times \text{血小板数}(10^3/L, 10^3/\mu l) \times 10}}$$

図 4. FIB-4 index（3.25 以上で線維化進展が疑われる）

## 第7回 造血器腫瘍の 治療開始基準

関西ろうさい病院  
血液内科部長  
橋本 光司



がんは、検診により早期発見が可能となるばかりでなく、早期に治療をすれば死亡率を低下させられることが、これまでに行われてきた研究から明らかになっています（一方で検診を行っても予後は変わらないといった意見もありますが・・・）。がんの予後の改善には新しい治療法や新薬の貢献も大きいですが、早期発見・早期治療が何よりも重要です。白血病、多発性骨髄腫、悪性リンパ腫は血液内科で治療を行う代表的疾患ですが、これらの血液がんも例外ではなく早期発見・早期治療が重要であることに変わりありません。しかし、固形がんの治療方針と少し異なる点があります。まず固形がんの場合、病巣が小さければ小さいほど予後は良く、完治を目指して摘出手術を行うことになります。すなわち、早期発見・早期治療のルールに乘ります。それに対して血液がんの場合、早期発見しても治療はせずに経過観察することがあります。すなわち、早期発見・早期治療のルールに乗らない場合があるということです。今回の項では血液がんでルールに乗らないのはどういったことなのか、白血病、多発性骨髄腫、悪性リンパ腫を例にとり説明したいと思います。

白血病は細胞の増殖速度によって急速に進行する急性白血病と緩徐な経過をたどる慢性白血病に分けられます。急性白血病は早期発見・早期治療のルールに乘ります。一方で、慢性リンパ性白血病は進行が遅いことと根治は困難であることから病状コントロールが治療の中心となります。つまり、QOLの低下や治療関連死亡のリスクを考えると、病期が進んでいないケースでは化学療法はお勧めできないということになります。具体的

は改定Rai分類（表1）もしくはBinet分類（表2）を用いて治療方針を決定します。改定Rai分類のⅠ～Ⅱ期、Binet分類の病期AとBは無治療・経過観察になります。つまり、改定Rai分類のⅢ期、Binet分類の病期Cで治療を開始することになります。病期が進行してB症状（発熱、体重減少、盗汗）、白血病患者の増加、リンパ節腫脹、肝脾腫、正常血球の減少などがあった場合に初めて治療適応になります。

| 改訂 Rai 分類 | Rai 分類病期 | 分類規準                                              |
|-----------|----------|---------------------------------------------------|
| 低リスク      | Ⅰ        | 末梢血モノクローナル B リンパ球 > 5,000/ $\mu$ L + 骨髄リンパ球 > 40% |
| 中間リスク     | Ⅱ        | 病期Ⅰ + リンパ節腫脹                                      |
|           | Ⅲ        | 病期Ⅰ + 肝腫、脾腫（どちらかまたは両方）                            |
| 高リスク      | Ⅳ        | 病期Ⅰ + 貧血（Hb < 11g/dL または Ht < 33%）                |
|           | Ⅴ        | 病期Ⅰ + 血小板 < 10 万 / $\mu$ L                        |

表1 改定Rai分類

| 病期 | 分類規準                                                           |
|----|----------------------------------------------------------------|
| A  | Hb $\geq$ 10g/dL + 血小板 $\geq$ 10 万 / $\mu$ L + リンパ領域腫大が 2 カ所以下 |
| B  | Hb $\geq$ 10g/dL + 血小板 $\geq$ 10 万 / $\mu$ L + リンパ領域腫大が 3 カ所以上 |
| C  | Hb < 10g/dL または血小板 < 10 万 / $\mu$ L リンパ節腫大領域数は規定しない            |

表2 Binet分類

多発性骨髄腫も進行が遅いことと根治は困難であることから、治療方針は慢性リンパ性白血病と同じです。すなわち、多発性骨髄腫の代表的なCRAB症状（高カル

シウム血症、腎障害、貧血、骨病変）を1つ以上有する場合、症候性骨髄腫が治療適応になります。症候性に移行してからの予測予後は国際病期分類であるISS（表3）がよく利用されます。ご覧のように症候性に移行しても $\beta_2$ ミクログロブリンやアルブミン値に大きな異常が無ければ長期生存が期待できます。以上のことから無症候性骨髄腫は無治療で経過を診ることになります。

| Stage | 基準                                                       | 50%生存期間 |
|-------|----------------------------------------------------------|---------|
| I     | 血清 $\beta_2$ ミクログロブリン< 3.5mg/L<br>血清アルブミン $\geq$ 3.5g/dL | 62 カ月   |
| II    | I でもⅢでもないもの                                              | 44 カ月   |
| III   | 血清 $\beta_2$ ミクログロブリン $\geq$ 5.5mg/L                     | 29 カ月   |

表3 International Stagung System (ISS)

悪性リンパ腫の病態、治療、予後は各組織型によって大きく異なるため、それぞれの組織型での進行速度を理解することは極めて重要です。症状の現れ方、病気の進行の速さから年単位でゆっくり進むもの（低悪性度リンパ腫）、月単位で進むもの（高悪性度リンパ腫）、週単位で進むもの（超高悪性度リンパ腫）の3つに分類されます。当然、月単位や週単位で進行するタイプのものは発見即治療ということになります。しかし、年単位でゆっくり進行する低悪性度リンパ腫は発見即治療とはなりません。低悪性度リンパ腫もタイプが複数存在しますが、ここでは代表的な濾胞性リンパ腫を例にとり説明したいと思います。濾胞性リンパ腫は、診断時40歳以下の患者さんにおいて50%は生存期間が20年を超えるとされています。また、化学療法に対しては感受性が良好ですが、再発を繰り返すのが一般的です。以上のことから治療の決定には症状や腫瘍量（腫瘍量の判定基準がありますがこの話は別の機会に）を慎重に見極める必要があ

ります。濾胞性リンパ腫の治療アルゴリズム（図1）を示します。図1を見てお分かりのように、腫瘍量が少ない場合はwatchful waitingが妥当と判断されます。また、濾胞性リンパ腫とは別種に、胃に発生するMALTリンパ腫も特殊です。このリンパ腫は高率でピロリ菌に感染していることが確認されており、慢性胃炎を背景に発症することが知られています。そこで、胃にMALTリンパ腫が限局し、かつピロリ感染が確認される場合は、除菌治療が第一選択となります。このように悪性リンパ腫の場合も診断即抗がん剤とはならないケースが存在するので

実臨床では高齢者を診る機会が圧倒的に多く、心疾患など併存症を有する場合も多いので、無治療・経過観察で診ている患者さんは多くいらっしゃいます。中には“がん”なのに治療をしてくれないといった不安の声もあります。インフォームド Consent がいかに重要かを痛感しています。

血液がんの無治療・経過観察も立派な治療であることを説明してもらいました。移植医療の進歩や分子標的薬など新規薬がめまぐるしい勢いで開発され積極的治療の方向にどんどん傾いていますが、個々の患者さんにとっての最適な治療は何かということを慎重に検討しながら診療に当たりたいと考えています。引き続き関西ろうさい病院をよろしくご

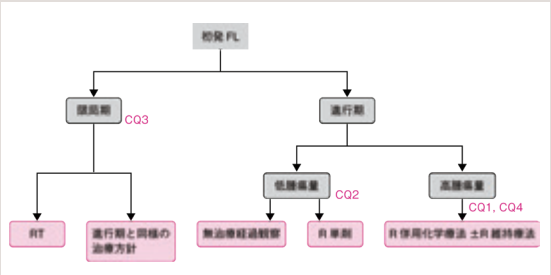


図1 初発濾胞性リンパ腫の治療アルゴリズム



# 第20回 阪神がんカンファレンス

## 概 要

日時：平成30年6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：食道がんについて

## 進 行

### 開会挨拶

司 会：消化器内科副部長 山口 真二郎

### カンファレンス

座 長：消化器内科副部長 山口 真二郎

### 症例検討

「潰瘍を伴った早期食道がんの一例」

演 者：消化器内科医師 山岡 祥

### ショートレクチャー1

「食道がん診療における新たな取り組み 消化器内視鏡を中心に」

演 者：消化器内科副部長・腫瘍内科副部長 太田 高志

### ショートレクチャー2

「食道がんの外科的治療について」

演 者：上部消化器外科部長 竹野 淳

## 質疑応答

### 閉会挨拶

挨 拶：部長・消化器内科副部長 山口 真二郎

## 第20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

## 潰瘍を伴った早期食道がんの一例

関西ろうさい病院 消化器内科

山岡 祥

## はじめに

2017年に食道癌ガイドラインが改訂され、粘膜筋板までの深達度であれば、内視鏡的切除は治療法の1つであり、脈管浸潤がなく断端陰性であれば根治切除が得られたと判断される。内視鏡での深達度診断は食道癌の治療方針を決定するためには重要な要素だが、その診断に難渋する症例を経験することがある。今回、潰瘍を伴っていたが内視鏡的治療により根治切除が得られた症例を経験したので報告する。

## 症例

68歳、女性

主訴：嚥下時違和感

既往歴：両側股関節術後、白内障術後

生活歴：飲酒 ビール500ml/日、喫煙歴なし

入院時現症：特記事項なし

## 現病歴

2016年8月頃から嚥下時の違和感を主訴に近医を受診された。血液検査で肝機能障害を伴っていたため、肝機能障害も併せた精査加療目的に当科紹介受診となった。

血液検査：AST 46 U/l, ALT 29 U/l, ALP 427 U/l, γ-GTP 515 U/l, p53抗体 49.2 U/l, SCC 0.6 ng/ml

CT所見：特記すべき事項なし。

上部消化管内視鏡検査：胸部中部食道に潰瘍性病変を2か所認めた。NBI観察では潰瘍周囲の食道に右側を中心とした半周性のbrownish areaを認め、ルゴールを散布するとbrownish areaは不染帯となりpink color sign陽性となった（Fig1）。内視鏡診断は潰瘍を伴った0-Ⅲ型病変で、深達度はSM深部浸潤と考えられた。病理診断は重層扁平上皮癌であった。胸部・腹部造影CTでは転移を疑う所見なく、T1bN0M0 cStage0（食道癌取り扱い規約第11版）と診断した。

治療と経過：本人が手術を希望されなかったため、化学

放射線療法を行う方針となった。11月に化学放射線療法前に再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ、以前に認めた潰瘍は癒着化していた。またNBI拡大観察ではbrownish areaの大部分がtypeB1血管であり、通常観察では畳目模様の途絶もなかった（Fig2）。内視鏡での深達度はcM（EP-LPM）と考え、治療方針を変更し内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を行った（Fig3）。病変切除後の潰瘍の周在性が3/4周以上となり狭窄予防が必要と考えられたが、潰瘍癒着部ではESD時に筋層の損傷が否定できなかったためステロイドの局所注射は行わなかったが、ESD後2日目のEGDで穿孔は認めなかったため狭窄予防目的でステロイド内服を開始した。

病理学的所見：squamous cell carcinoma, pT1a-MM, ly(-), v(-), pHM0, pVM0, pR0（Fig4）

腫瘍は大部分が粘膜固有層までであったが、一部で粘膜筋板（MM）に達していた。組織学的に深達度がpT1a-MMの場合は、脈管侵襲が伴わない場合は経過観察も許容されるため、追加治療は行わなかったが。現在再発や狭窄なく経過している（Fig5）。

## 考察

初回観察時に潰瘍を伴っておりSM深部浸潤を疑ったが、内視鏡治療が可能であった症例を経験した。食道に生じる潰瘍としては感染による潰瘍や、胃酸逆流、また癌やリンパ腫に伴う潰瘍などが鑑別に挙がる。本

例では胸部中部食道に生じた潰瘍であり胃酸逆流に伴う潰瘍としては非典型的であり、食道感染を来するような基礎疾患を有していなかったため、腫瘍に伴う潰瘍と判断したが、粘膜保護薬や胃酸分泌抑制薬などを使用することなく潰瘍は癒着化していた。本邦においてアルコール多飲による食道潰瘍、食道炎の報告が数例あり、この症例に関してもアルコール多飲により腫瘍に潰瘍を生じたが禁酒により治癒した可能性が考えられる。

通常内視鏡診断において0-Ⅲ型病変はSM浸潤を来している可能性が高いと報告されている。SM浸潤を来していると判断した場合は手術または放射線療法の適応となる。壁深達度が粘膜層（T1a）のうち、EP/LPM病変ではリンパ節転移は極めて稀であり内視鏡的根治切除は可能とされている。MMではリンパ節転移の可能性があり追加治療を検討する必要があるが、放射線化学療法や手術の合併症のリスクも考慮すると、追加治療は脈管侵襲が陽性の場合にすべきとされている。本症例ではpT1a-MMかつ脈管侵襲陰性であり追加治療は行わなかったが、現在まで再発なく経過している。

本症例の様に、アルコール多飲歴のある患者での潰瘍を伴う早期食道癌を発見した場合は、禁酒後の再検が治療方針決定の上で有用であると考えられた。

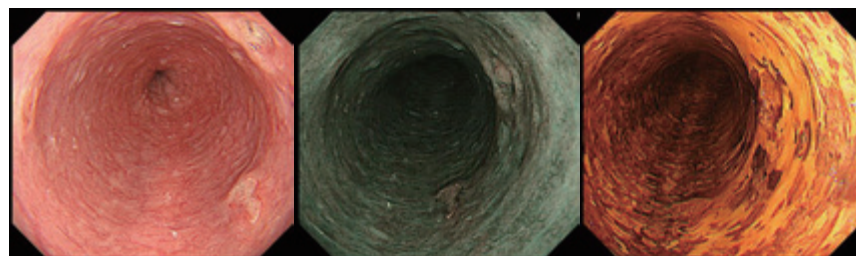


Fig1

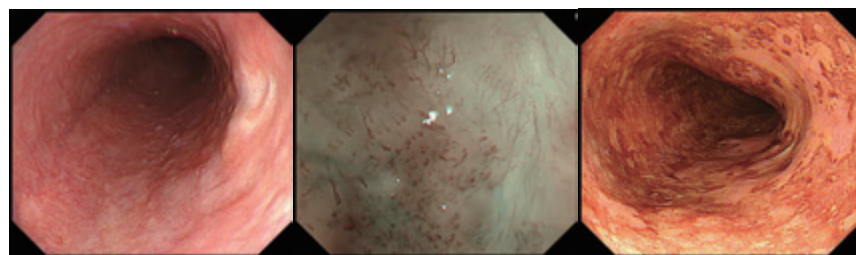


Fig2

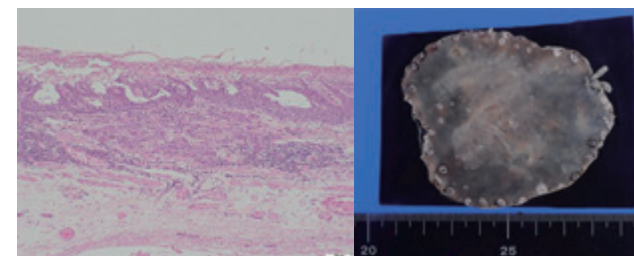


Fig3

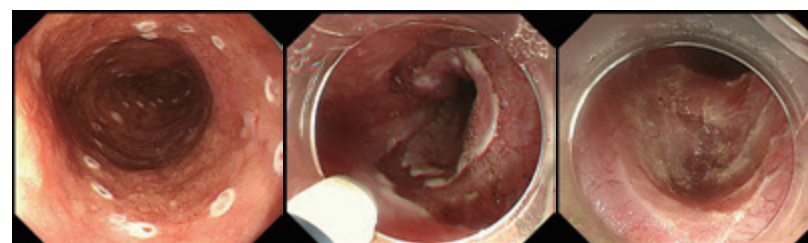


Fig4

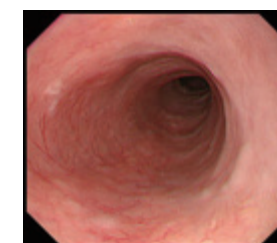


Fig5



ショートレクチャー1

# 食道がん診療における新たな取り組み 消化器内視鏡を中心に

関西ろうさい病院 消化器内科副部長・腫瘍内科副部長  
太田 高志

食道癌診療において、内視鏡診断・治療は技術の進歩により大きな比重を占めるようになってきた。本レクチャーでは最近の知見をもとに消化器内視鏡の役割を提示していく。

## 食道癌に対する内視鏡治療の適応拡大

食道癌治療ガイドラインの第2版では内視鏡治療の適応について、深達度・周在性から「絶対的」、「相対的」、「研究的」の3つに分類されていたが、2017年に発刊された第4版ではcT1aと診断した場合は周在性に関わらず、内視鏡的切除が推奨される治療のひとつとされている。以前は広範な内視鏡切除を行った症例は術後狭窄が必発とされていたが、近年は狭窄予防法が開発され、周在性が3/4周を超える食道癌に対して内視鏡治療を行った場合、予防的バルーン拡張術・ステロイド局注・ステロイド内服のいずれかを行うことがガイドラインでは推奨されている。しかし、実際はバルーン拡張術よりステロイド局注またはステロイド内服のいずれかが優れていると考えられ、JCOG（日本臨床腫瘍研究グループ）で前向きに比較研究が行われている。

また、内視鏡的に深達度がcT1bと診断した場合は手術または化学放射線療法(CRT)が推奨されているが、内視鏡切除後に組織学的深達度がpT1bと診断された場合の標準治療はいままでは追加外科手術であった。しかし、JCOG0508で粘膜下層に浸潤した食道癌(T1N0M0)に対して内視鏡治療後にCRTを行った群で良好な治療成績が得られた。この試験のprimary endpointである「pM3以浅かつ脈管侵襲陽性かつ断端陰性」あるいは「pSM1-2かつ断端陰性」における3年生存割合は90.7% (90% CI: 84.0-94.7)で

あり、本対象における内視鏡的切除+CRTは妥当な治療方法であることが示され、今後の標準治療の1つとなりうると考えられた。

## 食道癌と飲酒・喫煙の関連性

食道癌の発生にはアルコール多飲と喫煙の関連が知られているが、食道癌に対して内視鏡治療が行われるようになると、残存する食道への異時多発病変が問題となる。食道ルゴール散布による小不染帯が多数(1視野に10個以上)みられるものを‘まだら食道’とよび、アルコール多飲と関連があり、食道癌の危険因子とされている。また、Katadaら<sup>1)</sup>は食道癌の内視鏡治療後の患者のうち、まだら不染の患者での食道癌または頭頸部癌の異時多発病変が有意に多いが、禁酒によりそのriskを低下させることができると報告している。また、大阪府のがん登録より食道癌内視鏡治療後の禁煙で二次性癌の危険性を半分程度に低下させることができることが示されている。食道癌の予防として飲酒量・喫煙量を減らすことも重要であるが、食道癌治療後に禁酒・禁煙を徹底することが異時多発病変の発生、ひいては予後を延長することについて重要と考えられる。

## 食道癌に対する化学放射線療法とサルベージ治療

近年、社会の高齢化に伴いがん患者の高齢化や併存疾患を持つ患者の増加が問題となっている。食道癌では放射線治療の有効性は以前より知られており、JCOGを中心に化学放射線治療の有効性を検討するための前向きな試験が行われている。化学放射線治療では食道が温存できる一方、遺残した病変や異時

多発病変に対しての治療についてもマネジメントする必要がある。CRT後の遺残病変に対するサルベージEMR/ESDは放射線照射の影響や腫瘍浸潤に伴う粘膜下層の線維化により技術的に困難であることが予測されるが、安全性については少数例での報告が複数ある。また、腫瘍学的には深達度が粘膜～粘膜下層にとどまる病変でR0切除が望める病変であればサルベージ治療は予後延長に寄与するという報告もあり、今後の症例集積により有効性も明らかにされることを期待している。また、粘膜下層～筋層浸潤が疑われる病変に対しては光線力学療法(PDT)の有効性が示されている。治験での完全奏効率は88.5%と良好な成績が得られたが、少数例の検討であること、PDTが施行可能な施設・術者が限定されていることが問題と考えられる。

## 早期食道癌の診断（内視鏡診断の重要性）

早期食道癌を内視鏡で診断する際にはNBI観察でbrownish areaを呈することやルゴール散布でpink color signを呈することが重要視されるが、生検組織の病理診断により診断を確定されている。しかし、内視鏡診断で食道癌を疑っても生検で扁平上皮癌と診断されない場合がしばしばあり、多くの場合では再度内視鏡検査を行い、悪性と診断されるまで生検を繰り返されている。一方、生検を行うことやルゴールを散布することで早期食道癌であれば病変が小さくなって視認できなくなることや粘膜下層の線維化のため剥離が困難となることでのdemeritもあり、内視鏡治療医であれば、術前検査の回数や生検の個数が最小限であることを望んでいる。Nagaiら<sup>2)</sup>は食道癌の内視鏡治療後または頭頸部癌の治療前後の患者でNBI拡大観察による内視鏡診断と生検診断とを前向きに比較したところ、内視鏡診断は生検診断と比較して遜色ないと報告した。

地域の先生方で内視鏡検査で早期食道癌を疑った場合には、生検で扁平上皮癌と診断されていなくても、切除治療が望ましい場合もあるため、当院に紹介していただければ適切な対応（多くの場合は内視鏡治療）をさせていただきます。

<sup>1)</sup>Katada C,et al. Gastroenterology 2016; 151:860-9

<sup>2)</sup>Nagai K,et al. BMC Gastroenterology 2014; 14:141

ショートレクチャー2

食道がんの外科的治療について

関西ろうさい病院 上部消化器外科部長  
竹野 淳

食道癌手術は大きな手術であることに変わりありませんが、鏡視下手術の導入によってこの10-20年ほどの間にずいぶん様子が変わってきました。手術時間が長くなるものの、術後の疼痛軽減や肺活量の回復が早いうえに、拡大視効果により精度の高いリンパ節郭清ができると考えられます。胸腔鏡手術のアプローチにおいては開胸手術と同様に左側臥位で行う方法と腹臥位で行う2つの方法があります。(図1) 左側臥位では開胸手術へ移行しやすいメリットがあるものの、視野展開が困難と考えられます。一方で腹臥位では気胸併用によって肺が背側に移動するので圧排をしなくても良好な視野が得られるというメリットがあります。また必ずしも片肺換気を必要としないので、対側肺への影響も少ないとも考えられます。当院では今年から食道癌に対する腹臥位手術を開始し、良好な感触が得られています。

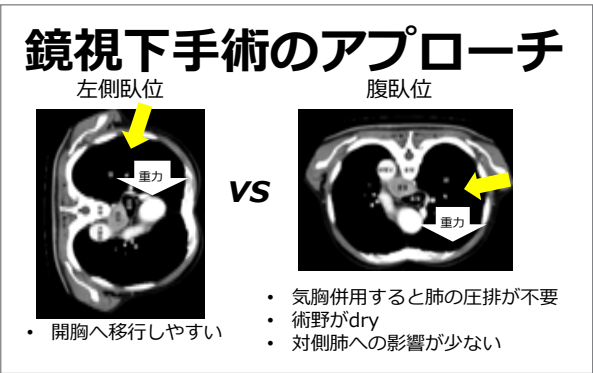


図1

食道癌外科手術の治療成績は Stage0,I など早期癌では比較的良好ですが、進行癌に対する生存率は十分ではなく、外科治療単独では予後改善には限界があると考えられます。補助化学療法には術前治療 (Neoadjuvant chemotherapy) と術後治療 (Adjuvant chemotherapy) があります。術前治療の

利点としてはコンプライアンスが高いことや術後合併症の影響を受けにくいことなどがあり、欠点には手術の合併症が増えることや、奏効しない場合に切除不能になることが危惧されます。本邦では90年代に行われた JCOG9204 試験で初めて術後化学療法の上乗せ効果が証明され、特にリンパ節転移陽性例でより高い効果を認めました。さらに術前治療と術後治療を比較した JCOG9907 試験では術前治療の優越性が示されたため、現在では cStageII/III 胸部食道癌に対しては術前化学療法+手術が標準治療となっています。現在、食道癌の化学療法においては FP(5FU+CDDP) 療法が標準と考えられていますが、その効果は十分ではなく、より効果が期待できる FAP(5FU+CDDP+ADM) 療法や DCF(5FU+CD-  
DP+DTX) 療法の3剤併用療法が開発されてきました。当院では以前には術前治療として主に FAP 療法を行ってきましたが、2014 年から DCF 療法を採用してきました。術前 FAP 療法と術前 DCF 療法を比較した OGS1003 試験では、術前 DCF 群が2年生存で 78.8% と術前 FAP 群の 65.4% を大きく上回り、術前治療のレジメンとして期待されています。(図2)

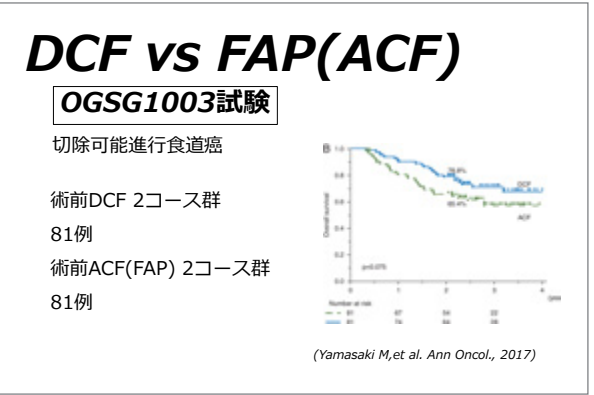


図2

また、食道癌は進行すれば気管、気管支や大動脈など周辺臓器に容易に浸潤する傾向があり、進行食道癌の約15%がこのようなT4食道癌といわれています。T4食道癌に対しては通常、手術適応はなく、根治CRTが選択されてきました。このような予後不良な進行癌に対してもDCF療法を導入療法として行うことで、根治切除可能になるケースを当院でも経験するようになりました。現在、大動脈または気管浸潤を認める胸部食道癌に対して導入療法としてCRTを先行する群とDCF療法を先行する群を比較する臨床試験が行われています。



図3

さらに近年では周術期管理にも大きな変化があります。当院では2013年以降年間手術症例が20例を越えるようになってきました。(図3) 手術症例が増加しても安定した周術期管理を行うために、個々の主治医の判断による管理から周術期管理の標準化を目指してきました。周術期管理の標準化に役立つのがクリニカルパスです。外科医だけではなく看護師、薬剤師、栄養管理士、理学療法士、言語聴覚士など多職種が介入した術後スケジュールを定めることで、患者さんだけでなく、医療者全体にも術後経過がわかりやすくなりました。術前には低栄養の患者には栄養介入を行ったり、口腔ケアや禁煙指導、さらに呼吸方法や咳嗽の指導を行ったりして、術後肺炎予防に努めています。術後には呼吸理学療法を行いながら早期離床を進めます。栄養管理では術中に造設した腸瘻を使用して術後早期から経腸栄養を開始しています。また経口摂取開始時にはSTによる嚥下評価と嚥下リハビリを行い、

誤嚥性肺炎の発症予防に努めています。術後の一般的な経過については図4に示すように、以前と比較すると離床時期や経口開始時期が早まり、入院期間も大幅に短縮しました。実際に2012年までの症例と2013年以降の症例を比較すると、全合併症率が62%から49%に、また在院日数も44日から28日に改善が見られました。

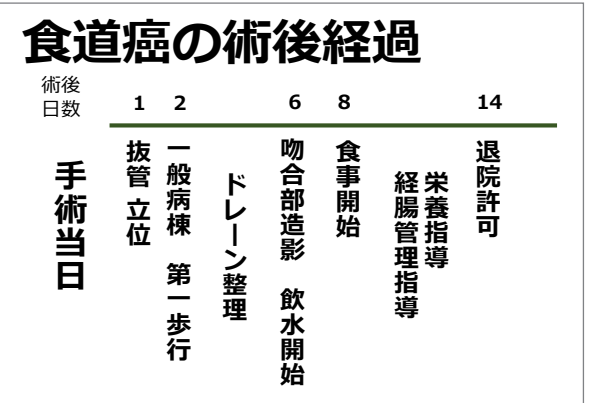


図4

かつて患者さんにとって高侵襲であった食道癌手術は鏡視下手術と多職種チームによる周術期管理によって比較的に行えるようになってきました。兵庫県下で3施設しかない食道外科認定施設である当院では放射線治療、化学療法を含めた集学的治療による進行食道癌の予後向上やチーム医療による安全な周術期管理に取り組んでいます。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。



# 第21回 阪神がんカンファレンス

## 概 要

日時：平成30年12月13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：胃がんについて

## 進 行

### 開会挨拶

司 会：上部消化器外科部長 竹野 淳

### カンファレンス

座 長：上部消化器外科部長 竹野 淳

### 症例検討

「粘膜下腫瘍様の形態を呈した低異型度胃型腺癌の一例」

演 者：消化器内科医師 三重 堯文

### ショートレクチャー1

「H.pylori陰性時代の早期胃癌の内視鏡診療～除菌後発見胃癌～」

演 者：消化器内科副部長 山口 真二郎

### ショートレクチャー2

「胃癌も腹腔鏡手術の時代へ」

演 者：上部消化器外科副部長 益澤 徹

## 質疑応答

### 閉会挨拶

挨 拶：上部消化器外科部長 竹野 淳

## 第21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

粘膜下腫瘍様の形態を呈した  
低異型度胃型腺癌の一例

関西ろうさい病院 消化器内科  
三重 堯文

はじめに

胃型形質を呈する低異型度分化型胃癌は組織異型度が低く、生検診断が困難な場合があると報告されている。今回、生検にて癌の確定診断には至らなかったが様々な内視鏡所見から低異型度胃型腺癌を疑い、手術加療し根治切除した一例を経験したので、報告する。

症例

66歳男性。他院にてH.pylori除菌後に上部消化管内視鏡検査(esophagogastroduodenoscopy;EGD)で経過観察されていた。EGDにて胃体中部前壁に隆起性病変を認め、精査目的に当院紹介となった。当院でEGDを施行したところ、前医指摘の部位に25mm大のなだらかな立ち上がりの粘膜下腫瘍(SMT)様の隆起性病変を認めた。Narrow Band Imaging(NBI)併用拡大観察では病変は正常な胃底腺粘膜に被覆されており、また表面に血管拡張像を認めたが明らかな不整な像は認めなかった(図1)。生検結果は腫瘍と腺窩上皮の過形成変化の鑑別が困難であり、Group2の判定であった。経過観察の方針となり、半年後に再度EGDを施行したところ、腫瘍の大きさ及び形態に明らかな変化は認めなかったが、NBI併用拡大観察にて隆起の辺縁に白色球状外観(white globe appearance; WGA)を認めた(図

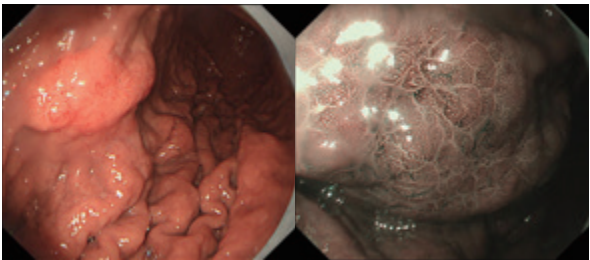


図1：初回内視鏡時の通常光及びNBI像

2)。WGAは胃癌に特異的な所見とされており、SMT様の進行胃癌を強く疑った。超音波内視鏡検査(EUS)を施行したところ、病変は第2層以深に低エコー腫瘍として描出され、正常5層構造は完全に破壊消失していた。ボーリング生検を施行し、腺窩上皮型低異型度胃型腺癌を否定できない像であったが異型が弱く再度Group2の判定であった。当院病理医・外科医と相談のうえ手術加療の方針となり、腹腔鏡下幽門側胃切除術(D2リンパ節郭清)を施行した。病理結果は、基底側に配列した小～中型の核を有する高円柱上皮から構成される病変で、免疫染色にてMUC5AC及びMUC6陽性でMUC2陰性であり腺窩上皮型低異型度胃型腺癌であった(図3・4)。腫瘍の大部分は低異型度高分化型腺癌からなっていたが、一部に粘液性間質に小癌巣が浮遊状に存在する粘液癌の成分が混在していた。腫瘍表層部は大部分が非腫瘍上皮に覆われており、粘膜表面に露出する腫瘍成分はごく少量で、高分化な状態を維持したまま深部に浸潤し漿膜まで及んでいた。術後9か月の時点で再発なく経過している。

考察

近年、低異型度分化型胃癌が注目を集めており、その頻度は全胃癌中3.5%と比較的まれと報告されている。低異型度分化型胃癌は免疫染色にて粘液形

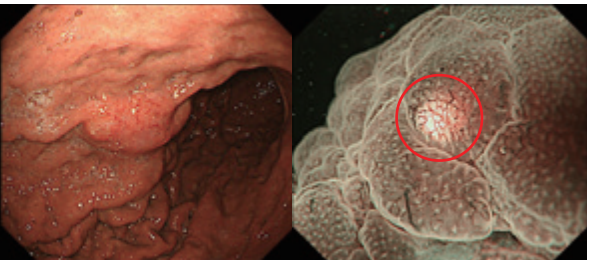


図2：再検時の通常光及びNBI併用拡大像(WGA所見)

質の違いにより完全胃型、完全腸型、胃腸混合型、分類不能型に、胃型腺癌は胃腺窩上皮型、胃底腺型、胃固有腺型に分類される(図5)。腺窩上皮型胃癌は腺窩上皮過形成との鑑別を要するほど核異型が乏しいことが多いとされており、本症例も核異型が乏しく、術前生検では腺窩上皮過形成との鑑別が困難であった。病理医に術前生検と手術標本を後方視的に比較検討してもらったが、術前生検から癌と診断することは困難であった。また、腫瘍表層は大部分が正常粘膜に覆われており腫瘍の露出をほぼ認めなかったことから、内視鏡的に癌の診断は困難であったと考えられる。

今回診断の一助となったWGAは胃癌に特異的な所見とされている(感度:21.5%、特異度:97.5%)。NBI併用拡大観察で上皮直下に存在する小さな白色球状外観と定義され、組織学的には内部に好酸性壊死物質が貯留する著明に拡張した腺管とされている。本症例は術前の病理検査での確定診断が難しかったが、NBI併用拡大観察・EUS像から胃癌を強く疑い手術により根治切除が可能であった。生検で

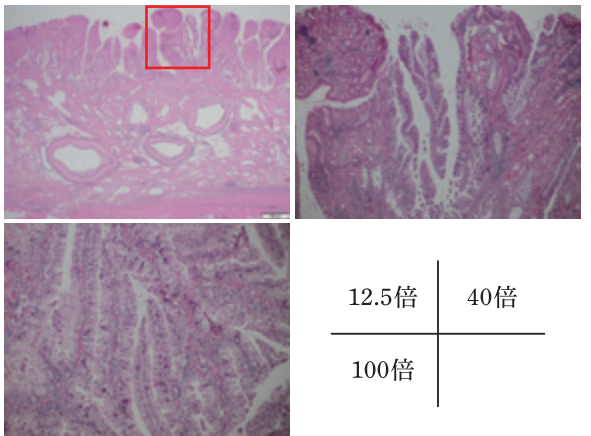


図3：HE染色(手術標本)

癌と確定診断できない場合でも内視鏡所見で胃癌を疑う所見があれば、病理医と積極的に意見交換を行い正確な診断を行う必要があると考えられた。

まとめ

粘膜下腫瘍様の形態を呈した低異型度胃型腺癌の一例を経験した。低異型度胃型腺癌は術前の病理診断が困難な場合が多いが、本症例ではWGAの存在が治療方針決定に非常に有用であった。

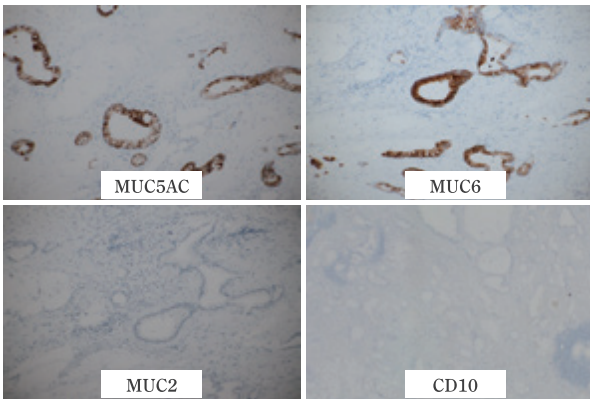


図4：免疫染色(手術標本)

|                                  |
|----------------------------------|
| 1. 胃型:MUC5AC、MUC6陽性              |
| A. 胃腺窩上皮型                        |
| B. 胃底腺型                          |
| C. 胃固有腺型                         |
| a. 胃底腺粘膜型(胃底腺+腺窩上皮型)             |
| b. 幽門腺粘膜型(幽門腺+腺窩上皮型)             |
| c. 胃底腺・幽門腺粘膜混合型(胃底腺+幽門腺+腺窩上皮型)   |
| 2. 腸型:MUC2、CD10陽性                |
| 3. 混合型(胃腸型)                      |
| MUC5AC(胃腺窩上皮型粘液)                 |
| MUC6(幽門腺、頸部粘液細胞、Brunner腺型粘液)     |
| MUC2(腸柱細胞型粘液)                    |
| CD10(小腸吸収上皮)                     |
| 田邊ら. 胃と腸 2015; 50(12):1469-1479. |
| 九嶋ら. 胃と腸 2017; 52(8):997-1009.   |

図5：免疫組織学的分類



ショートレクチャー1

H.pylori陰性時代の  
早期胃癌の内視鏡診療  
～除菌後発見胃癌～

関西ろうさい病院 消化器内科  
山口 真二郎

胃癌とH.pylori

胃癌は罹患数で大腸癌に次いで2位、死亡数で肺癌、大腸癌に次いで3位と日本人に非常に多い癌です。日本人の胃癌の最も重要なリスク因子はヘリコバクター・ピロリ菌(H.pylori)で、長期間の持続感染で萎縮性胃炎が進行し、一部は腸上皮化生となり、胃癌が発生しやすい状態となります。H.pylori陽性者は年率0.4%の割合で胃癌が発生します。2013年2月からH.pylori感染胃炎に対する除菌が保険適応となり、今後ますます除菌症例の増加は予想されます。一方、除菌による胃癌予防のエビデンスが数多く報告されていますが、除菌後に胃癌が発見されることは临床上少なく、本講演ではH.pylori除菌後に発見された胃癌についてお話しします。

H.pylori除菌後発見胃癌について

H.pylori除菌後発見胃癌とは、除菌前に存在していたが除菌後に発見された胃癌と除菌後に新たに発生した胃癌の両方が含まれます。除菌後に発見される癌は境界が不明瞭な平坦・陥凹型病変が多く、病理学的には低異型度癌の頻度が高いと言われています。したがって、内視鏡で指摘することが困難

な症例や、生検で癌と診断されずGroup 2と診断される症例を最近多く経験します。(図1)。腫瘍の表面に癌腺管と非癌上皮が混在することにより胃炎様に見えるため、内視鏡での存在診断・範囲診断が困難な症例が増えてきています。胃炎様に見える割合は、除菌群 vs 非除菌群で44% vs 4%と報告されており<sup>1)</sup>、当院の除菌後発見胃癌についても検討しましたが、約半数に胃炎様粘膜を認めました。

図2の病変はH.pylori除菌3年後に発見された早期胃癌です。胃体上部前壁に境界が不明瞭な平坦病変を認め、インジゴカルミンを散布しても境界は不明瞭でした。そこで、非拡大NBIで観察すると、周囲の粘膜は緑色に、癌の部分は明瞭なBrownish areaとして描出されました。非拡大NBI観察では、除菌による炎症の改善により背景粘膜が約40%の割合で緑色(Greenepithelium)に描出され、H.pylori除菌後発見胃癌を拾い上げやすいことが報告されています<sup>2)</sup>。図3の病変はH.pylori除菌5年後

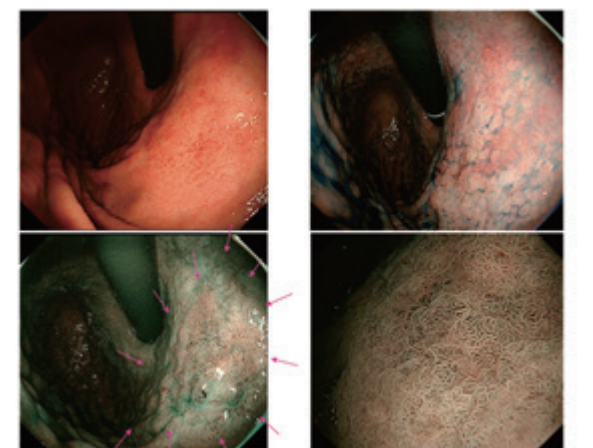


図2：境界が不明瞭な H.pylori 除菌後発見胃癌

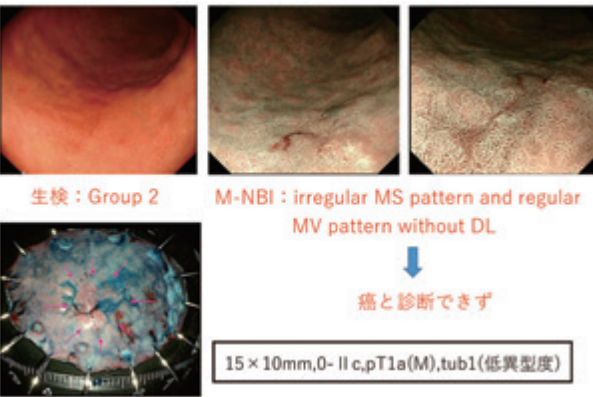


図3：生検でも拡大内視鏡でも診断困難であった早期胃癌

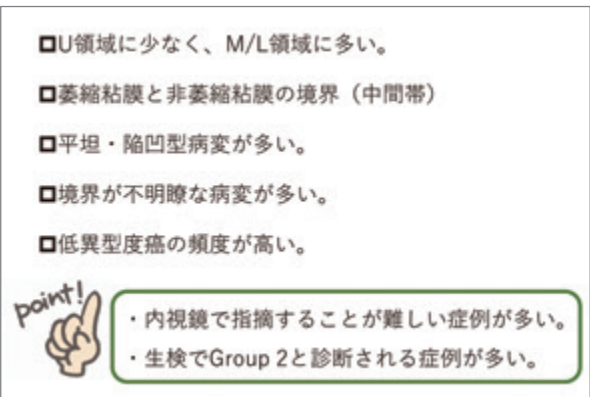


図1：H.pylori 除菌後発見胃癌の特徴

に発見された早期胃癌で、胃体下部大弯に境界が不明瞭な陥凹型病変を認めます。複数回の生検でもGroup2の診断で、拡大内視鏡検査でも癌と確定診断はできませんでしたが、患者さんと相談してESDを施行しました。病理結果は非常に異型度の低い高分化型腺癌でした。

H.pylori 除菌後の症例では通常観察に引き続いて色素散布だけではなくNBI非拡大観察を行い、胃癌を疑う閾値をやや下げて、疑わしい病変に対しては積極的に生検を行うようにしています。また、生検でG2しか出なくても、内視鏡診断で癌が少しでも疑わしければ、拡大内視鏡での精査を行いESDを行うようにしています。

H.pylori除菌後発見胃癌のリスク因子

2013年に胃炎の京都分類が提唱され、H.pyloriの感染を未感染、現感染、既感染・除菌後の3つのフェーズに分けて胃炎の内視鏡所見を診断することを基本とした分類です(図4)。これまで萎縮性胃炎、化

生性胃炎、皺襞肥大型胃炎、鳥肌胃炎などが胃癌のリスク因子として報告されていますが、最近H.pylori除菌後の地図状発赤<sup>4)</sup>や黄色腫<sup>5)</sup>が除菌後発見胃癌の有用な予測因子と報告されています。

おわりに

当院では早期胃癌だけでなく、食道や大腸の早期癌に対しても安全・確実なESDを行っております。内視鏡治療適応の患者さんがいましたら、いつでもご紹介ください。

- <sup>1)</sup>Kobayashi M, et al. J Gastroenterol 2013;48(12):1332-42  
<sup>2)</sup>Yagi K, et al. Endosc Int Open 2018;(11):1289-1295  
<sup>3)</sup>Yao K, et al. Gastric Cancer 2014;17(4):669-79  
<sup>4)</sup>Moribata K, et al. Dig Endosc 2015;10.1111/den.12581.  
<sup>5)</sup>Kitamura S, et al. Digestion 2017;96:199-206.

| 局在        | 内視鏡所見名      | 英語表記                                      | 感染 | 未感染 | 除菌後 |
|-----------|-------------|-------------------------------------------|----|-----|-----|
| 胃粘膜全体     | 萎縮          | atrophy                                   | ○  | ×   | ○～× |
|           | びまん性発赤      | diffuse redness                           | ○  | ×   | ×   |
|           | 腺窩上皮過形成性ポリプ | foveolar hyperplastic polyp               | ○  | ×   | ○～× |
|           | 地図状発赤       | map-like redness                          | ×  | ×   | ○   |
|           | 黄色腫         | xanthoma                                  | ○  | ×   | ○   |
|           | ヘマチン        | hematin                                   | △  | ○   | ○   |
|           | 縦溝状発赤       | red streak                                | △  | ○   | ○   |
|           | 腸上皮化生       | intestinal metaplasia                     | ○  | ×   | ○～△ |
|           | 粘膜腫脹        | mucosal swelling                          | ○  | ×   | ×   |
|           | 斑状発赤        | patchy redness                            | ○  | ○   | ○   |
| 胃体部       | 陥凹型びらん      | depressive erosion                        | ○  | ○   | ○   |
|           | 皺襞腫大、蛇行     | enlarged fold, tortuous fold              | ○  | ×   | ×   |
|           | 白濁粘液        | sticky mucus                              | ○  | ×   | ×   |
|           | 胃底腺ポリプ      | fundic gland polyp                        | ×  | ○   | ○   |
| 胃体部～胃底部   | 点状発赤        | spotty redness                            | ○  | ×   | △～× |
|           | 多発性白色扁平隆起   | multiple white and flat elevated lesions  | △  | ○   | ○   |
| 胃体下部小弯～胃角 | RAC         | regular arrangement of collecting venules | ×  | ○   | ×～△ |
| 胃前庭部      | 鳥肌          | nodularity                                | ○  | ×   | △～× |
|           | 隆起型びらん      | raised erosion                            | △  | ○   | ○   |

○ 観察されることが多い、× 観察されない、△ 観察されることがある。

図4：胃炎の京都分類

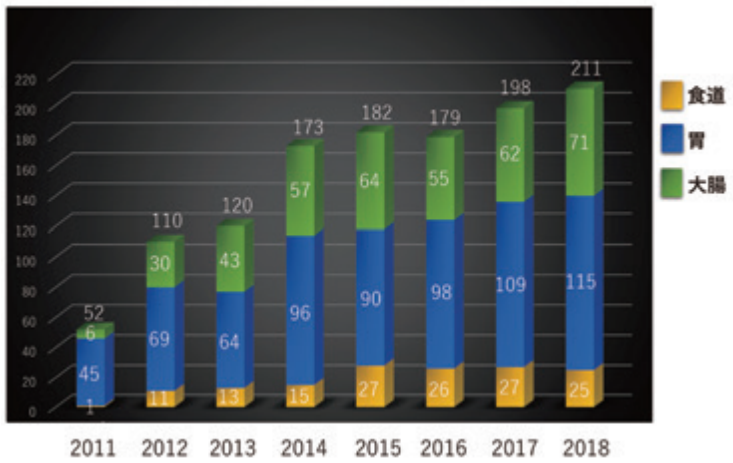


図5：当院におけるESD 症例数



ショートレクチャー2

# 胃癌も腹腔鏡手術の時代へ

関西ろうさい病院 上部消化器外科副部長  
益澤 徹

平素よりお世話になっております。今回はここ10年で急速に普及しつつある腹腔鏡胃癌手術の現状について情報提供させていただきます。

胃癌に対する外科的胃切除術は開腹手術と腹腔鏡手術に分類されます。腹腔鏡手術の普及に伴い、進行癌や胃全摘手術など高難度手術も腹腔鏡で実施する施設が増えてきたため、同じ胃癌患者でもどちらの手術が実施されるかは、施設毎に異なるのが現状です。

腹腔鏡手術が浸透してきた要因としては、JCOG9501（進行胃癌に対するD3郭清）やJCOG0110（上部進行胃癌における脾摘効果の検証）試験などで、拡大手術が予後改善に影響しなかったことがあげられます。進行胃癌では手術単独による完全な治癒は困難とされ、抗癌剤治療との併用が必要と考えられるようになりました。その結果、必要な部分を確実に切除し、かつ術後治療に影響しないようできるだけ低侵襲な手術が望まれるようになり、腹腔鏡手術が普及する社会的環境が整ったと考えられます。

腹腔鏡手術の低侵襲性についてはNCDの膨大な臨床データを用いた検証結果が報告されています。YoshidaらはNCDデータ7万例の統計解析で、開腹手術と腹腔鏡手術の成績を比較し（図1）、Hikiらは同じ

くNCDデータを利用しつつも、施設間・地域間格差を除外するべく169施設限定の5288例で解析を行い（図2）報告しています。いずれの結果も腹腔鏡手術は手術時間が1時間程度延長し、術後腓液漏の発生頻度が上昇するものの、出血量は1/3に減少し、感染性合併症も減少し、術後在院日数が減少するとなっています。

現在、胃癌患者が多い日本、韓国、中国において開腹手術と腹腔鏡手術を比較する臨床試験が多数行われております。この結果で腹腔鏡手術が標準治療となるかどうかを左右するため、重要な試験となります。多くはまだ試験中で結果も公開されておきませんが、JCOG0912試験（日本：Stage I胃癌を対象としたランダム比較試験）の中間報告で、腹腔鏡手術は開腹手術と比べ、手術時間が長く、術後の肝逸脱系酵素上昇が多いものの、術後食事再開までの日数が短く、出血量が少なく、術後疼痛が少なく、KLASS-01試験（韓国：Stage I胃癌を対象としたランダム比較試験）でも腹腔鏡手術は手術時間が長くなるものの、出血量が少なく、術後合併症が少なく、術後在院日数が短くなると報告されています（図3）。これまでデータとして明示できなかった腹腔鏡手術のメリット・デメリットがようやく証明されたという印象です。

腹腔鏡手術の安全性や低侵襲性が明らかになってきたものの長期成績や進行癌での成績などまだ証明されていない項目も多く、胃癌治療ガイドライン上では胃癌（Stage I胃癌を除く）の標準治療とは認定されていません。これまでの試験結果や実経験をもとに腹腔鏡手術の導入は各施設単位での判断となり、実施にあ

たってはこれらの背景を説明した上で患者の了承をいただく必要があります。

全国の主要施設の手術統計によると2017年ですでに全胃癌手術の54%が腹腔鏡で実施されており（図4）、腹腔鏡手術の占める割合は毎年増加しております（参考：大腸癌では2015年時点で72%が腹腔鏡手術）。しかし、各施設単位で見ると主要施設の中には20%代の施設もあれば90%弱の施設も混在し、胃全摘や進行癌など高難度手術にまで対応できるかどうかは施設ごとに異なることがわかります。臨床試験の結果がでそい、ガイドラインの記載が変わるまでの間はこのような現状が継続していくと考えられ、患者は受診した施設によって選択できる術式に差が発生することになります。

当院では2017年より内視鏡外科学会技術認定医（胃）をもった外科医が2名配属され、これまでのStage I胃癌だけでなく進行癌や胃全摘にも対応できる体制が整いました。2018年では83.8%の症例で腹腔鏡手術を安全に実施しております。

また2017年からは腹腔鏡手術より手術合併症が少ないとされているロボット支援下手術も導入しております（図5）。2018年より保険適応が可能となり、先ほどの開腹手術、腹腔鏡手術に加え、ロボット支援下手術といった最新・最先端といえる手術を幅広く提供できる施設となっております。各手術のメリット・デメリットを踏まえた上で患者様に適した術式を選択いただけるように取り組んでおりますので、御気軽にご相談・ご紹介いただければ幸いです。

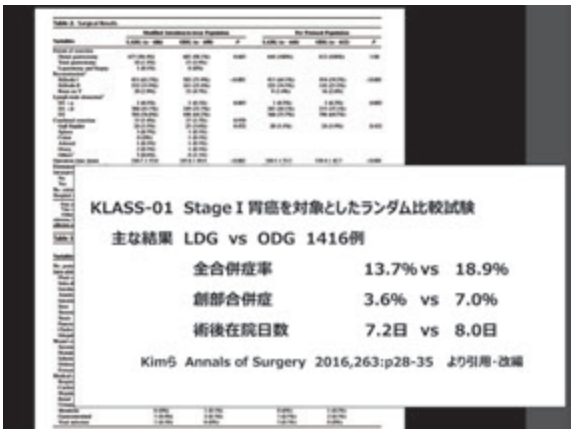


図 3

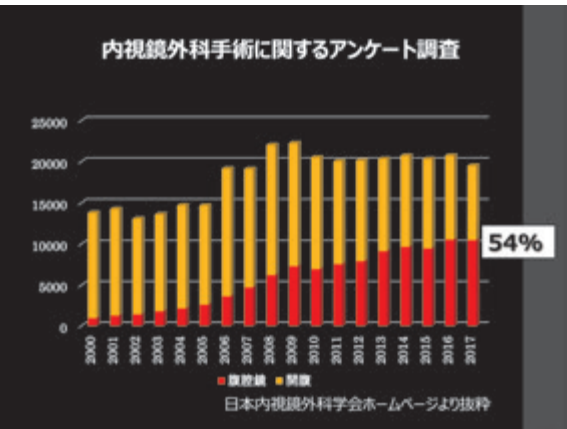


図 4



図 1

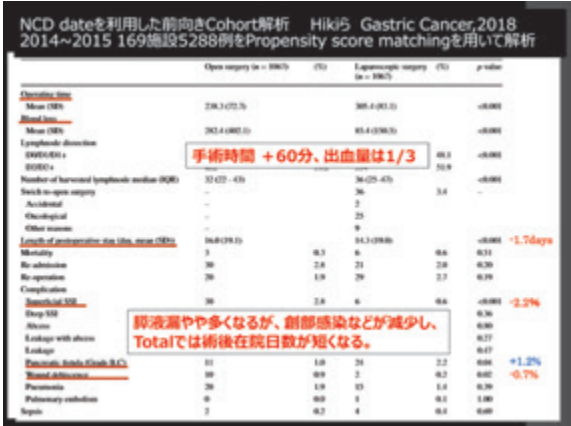


図 2



図 5



# 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。

## ●2019年度の予定

|      | 日程(毎月第2木曜日) | ミニ講義テーマ(隔月)        | 講師(予定)                    |
|------|-------------|--------------------|---------------------------|
| 第5回  | 8月 8日       | 茶話会のみ              | -                         |
| 第6回  | 9月12日       | 抗がん剤の副作用           | 薬剤師                       |
| 第7回  | 10月10日      | 茶話会のみ              | -                         |
| 第8回  | 11月14日      | リンパ浮腫 ②浮腫を防ぐストレッチ編 | 看護師                       |
| 第9回  | 12月12日      | 茶話会のみ              | -                         |
| 第10回 | 1月 9日       | 体力維持のための運動のしかた     | リハビリテーション部<br>理学療法士・作業療法士 |
| 第11回 | 2月13日       | 茶話会のみ              | -                         |
| 第12回 | 3月12日       | アピアランスケア           | 未定                        |

※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。

## 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） |

| 血 液 ・ リ ン パ |
|-------------|
| 血液腫瘍        |

| 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   |

## がん診療に関連する診療報酬実績の推移

|                                               | 26年度  | 27年度  | 28年度  | 29年度  | 30年度  |
|-----------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| がん診療連携拠点病院加算                                  | 1,118 | 1,244 | 1,057 | 1,161 | 1,284 |
| 緩和ケア診療加算                                      | 726   | 866   | 981   | 722   | 670   |
| 外来緩和ケア管理料                                     | 28    | 34    | 91    | 105   | 106   |
| がん治療連携計画策定料1                                  | 47    | 55    | 52    | 63    | 68    |
| がん治療連携管理料(化学療法)                               | 46    | 53    | 1     | 4     | 0     |
| がん治療連携管理料(放射線治療)                              | 41    | 86    | 51    | 81    | 20    |
| がん性疼痛緩和指導管理料1(緩和ケア研修済)                        | 210   | 251   | 230   | 153   | 113   |
| がん性疼痛緩和指導管理料2(緩和ケア研修未)                        | 3     | 2     | 0     | 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) | 73    | 10    | 24    | 91    | 102   |
| がん患者指導管理料2(“医師又は看護師が”)                        | 5     | 0     | 2     | 27    | 74    |
| がん患者指導管理料3(“医師又は薬剤師が”)                        | 28    | 30    | 51    | 161   | 2     |
| 外来化学療法加算1A                                    | 4,783 | 5,628 | 6,207 | 6,718 | 7,000 |
| 外来化学療法加算1B(26年度から算定要件が変更)                     | 65    | 77    | 64    | 47    | 52    |
| 抗悪性腫瘍剤処方管理加算                                  | 1,168 | 1,401 | 1,419 | 1,286 | 1,489 |
| 放射線治療管理料                                      | 591   | 663   | 616   | 639   | 607   |
| ガンマナイフによる定位放射                                 | 273   | 281   | 278   | 283   | 258   |
| PET検査                                         | 883   | 921   | 899   | 981   | 1,039 |
| 術中迅速病理組織標本作製                                  | 515   | 529   | 469   | 506   | 520   |
| セカンドオピニオン                                     | 43    | 48    | 37    | 34    | 58    |
| がんリハビリテーション                                   | 127   | 2,827 | 5,469 | 3,516 | 6,597 |

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。

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   |

5月から令和元年に変わり、新しい時代の幕開けとなりました。今まで改元は崩御とセットであり、国民は追悼モード

の重苦しい雰囲気の中で新時代を迎えてきました。しかし今回は生前のご譲位であり祝賀モード一色で、これもなかなか良いものだと感じました。がん医療の世界でも様々な

新薬、新技術で飛躍的な進歩が見られ、まさに新時代と言っても良いでしょう。2014年に登場した免疫チェックポイント

阻害剤は、本邦での発売からほぼ5年近い臨床経験を積み重ね、すでに進行がん治療の重要な柱の1つになって

います。また2018年4月に大幅に適応拡大となったロボット支援手術は1年で目覚ましい普及を見せ、当院でも肺がん、

胃がん、大腸がん、婦人科がん、泌尿器科がんで使用されています。特に現在、肺がんにおいては当院は県下随一の

症例数であり、また全国で25人しか認定されていない肺がん領域のロボット外科指導医（プロクター）は兵庫県下では

当院私人のみとなっています。

「Facility」では肝胆膵内科領域において、今まで評価の難しかった肝臓の線維化による「硬さ」を、「衝撃波」を用

いて評価する興味深い新技術について紹介しています。

「気をつけたいがん診療の陥とし穴」では、「造血管腫瘍の開始基準」としてwatchful waitingも重要な治療の1つで

あるという提言を述べています。また内視鏡治療の分野でも例外ではなく、第20回阪神がんカンファレンスでは食道

がんの内視鏡治療の話題についてお届けしています。特に今まで追加外科手術が必要であった深達度の深い症例に

内視鏡治療と化学放射線療法を組み合わせることで、外科治療に匹敵する成績が報告されています。また外科からは最も難易度の高いとされる食道がん内視鏡外科の話題

をお届けしています。いずれも食道手術の大変さを知る私のような外科医には感慨深い内容となっています。また第

21回阪神がんカンファレンスでは同じく胃がんの話題を提供しています。内科からは内視鏡診断の困難例やピロリ除

菌後胃がんの話題を、外科からは現在全国で普及してきている胃がん腹腔鏡手術の現状についてのオーバービューを

報告しています。各科ともそれぞれの分野で全方的に患者と向き合い、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。本誌での情報発信が微力ながらも

患者や家族、地域の先生方のお役に立つことができれば、本誌編集に携わる者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.10