

東邦大学学術リポジトリ



OPAC

東邦大学メディアセンター

タイトル	第38回東邦大学医療センター大橋病院外科集談会(第6回東邦医学会大橋病院外科分科会)
別タイトル	38th Annual Meeting Shu Dan Kai" of the Department of Surgery, Toho University Ohashi Medical Center and 6th Subcommittee Meeting of the Medical Society of Toho University
公開者	東邦大学医学会
発行日	2017.3
ISSN	00408670
掲載情報	東邦医学会雑誌. 64(1). p.71 75.
資料種別	学術雑誌論文
内容記述	学会抄録(分科会)
著者版フラグ	publisher
メタデータのURL	https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD81273341

第38回東邦大学医療センター大橋病院外科集談会 (第6回東邦医学会大橋病院外科分科会)

平成29年1月14日(土)
目黒雅叙園(2F 華つどい)

開会の辞 草地信也

のような非浸潤癌の併発も念頭におき、慎重なfollow upが必要と考える。

セッション1

座長 片田夏也

1. 若年女性の線維腺腫内に併存した非浸潤性乳管癌の1例

坂本菜央

線維腺腫内の乳癌は非常にまれであり、その組織型は浸潤性乳管癌が最も多く、その好発年齢は40歳代と線維腺腫と比較し高齢と報告されている。今回、若年女性で線維腺腫内に併存した非浸潤性乳管癌の症例を経験した。症例は27歳女性。左乳房腫瘍を自覚し前医受診。触診にて左C領域に境界不明瞭な硬結を触知し、ultrasonography (US)では同部位に15 mm 大のD/W比の大きい分葉状腫瘍を認めた。血流が豊富で、悪性も否定できないため精査加療目的に東邦大学医療センター大橋病院(当院)紹介受診となった。当院で施行したUSでも同部位に15 mm 大の内部エコー軽度不均一な低エコー腫瘍を認めた。Core needle biopsy (CNB)では脂肪組織と充実成分が含まれており、充実成分には異型の乏しい上皮と異型上皮の混在が見られた。また、異型上皮は、類円形核を有し、篩状および管状構造を呈し、組織学的には非浸潤性乳管癌が疑われた。Magnetic resonance imaging (MRI)で病変は限局しており、確定診断と加療目的に全身麻酔下で左乳房部分切除術を施行した。組織診断は大部分が線維腺腫で底面部分に非浸潤性乳管癌が存在し、estrogen receptor (ER) (+), progesterone receptor (PgR) (+), human epidermal growth factor receptor2 (HER2) (1+)であった。その後、術後放射線療法施行し現在まで再発なく経過している。正確な診断をするには、線維腺腫の症例に対して、本症例

2. 当科における肺癌・自然気胸術後の禁煙達成率および再喫煙の検討

伊藤一樹

肺癌および自然気胸は、喫煙による発症リスクが高くなる一方で、外科手術入院が禁煙のきっかけとなる動機付けになる可能性が高い。今回、肺癌および自然気胸手術患者の喫煙実態から術後禁煙達成率および再喫煙について検討した。対象は2009年4月から2015年6月までに東邦大学医療センター大橋病院外科(当科)で経験した呼吸器外科手術のうち、原発性肺癌(以下P群)160例、転移性肺癌(M群)54例、自然気胸(S群)142例とした。疾患ごとに入院前もしくは入院時における喫煙状況(喫煙歴の有無、1日あたりの喫煙本数、喫煙年数、Brinkman index (BI)、一部の症例で施行されたニコチン依存度テスト(Tobacco dependence screener: TDS)を把握、主要アウトカムは入院前、退院時、退院後1カ月および3カ月経過での喫煙・禁煙状況とした。特に術直前(肺癌症例は1カ月前)まで喫煙習慣のあった患者に対しては、術後の禁煙指導にて、禁煙の動機付けとなったか検討した。結果は喫煙歴のある患者は、P群115例(72%)、M群26例(48%)、S群80例(56%)。術直前まで喫煙習慣のあった患者は、P群36例(23%)、M群5例(9%)、S群53例(37%)。術後禁煙指導したところ、術後3カ月禁煙達成率がP群78%、M群100%、S群12例77%であった。術後禁煙継続症例と再喫煙症例を比較したところ、BIではP群S群ともに有意差はなかったが、TDSではS群($p=0.03$)で有意差を認めた。7割以上の患者で術後3カ月の禁煙が達成され、呼吸器外科手術入院が禁煙の動機付けになると示唆された。しかし

ながら TDS 高値の自然気胸患者は再喫煙する可能性が高いため、一層の術後禁煙指導が必要と考えられた。

3. 食道狭窄を呈した深達度 SM の食道癌肉腫の 1 例

禰寝重史

食道癌肉腫は食道悪性腫瘍全体の 0.5~1% とまれな組織型である。今回、食道狭窄を呈した巨大腫瘍であったにも関わらず、深達度 SM であった食道癌肉腫の 1 例を経験したため報告する。

症例は 76 歳男性。嚥下障害で東邦大学医療センター大橋病院 (当院) を受診した。上部内視鏡検査で切歯 34~47 cm までの胸部中部から下部食道に長径 10 cm 以上の 0-IP 型で、食道内腔を埋め尽くす巨大腫瘍を認めた。細径内視鏡はかろうじて通過可能であり、生検で食道癌肉腫と診断し、胸腔鏡下食道亜全摘術・3 領域リンパ節郭清・胃管による胸骨後再建術を予定した。肺気腫の合併による術中酸素化不良のため、開胸移行とし両肺換気下で手術を行った。術後病理組織学的所見は、5 mm 程度の茎により内腔にポリープ状に突出する 120×70×50 mm 大の腫瘍が認められた。紡錘形細胞の増生と一部上皮内に異型を伴う重層扁平上皮の増生が見られ、cytokeratin 一部陽性、vimentin 陽性、smooth muscle actin (SMA) 一部陽性、Desmin 一部陽性、S100 陰性、c-kit 陰性、CD34 陰性、Ki-67 の高い陽性率といった結果により、腫瘍表層の癌腫成分と腫瘍内部の肉腫成分の混在を認め、食道癌肉腫と診断した。細い茎の部分では粘膜筋板を超えて粘膜下層への浸潤が認められ、深達度は SM であった。リンパ節転移はなく、T1b (SM) N0M0 pStage I であった。術後に人工呼吸管理を要したが、大きな合併症はなく、postoperative day (POD) 21 に退院となった。

食道癌肉腫のうち本例は深達度 SM にも関わらず、食道狭窄を来すほどの食道内腔への発育を呈した点でまれと考え報告した。

4. 切除不能閉塞性大腸癌穿孔に対し保存的加療後に大腸ステントによる症状緩和を得た 1 例

富 義明

60 歳代女性、多発肝転移を伴う切除不能大腸癌狭窄に対する症状緩和目的のステント (self-expandable metallic stent: SEMS) 留置を希望され来院、その時点で腹痛が強く、computed tomography (CT) で遊離ガス像を認め、S 状結腸癌による大腸完全閉塞および上行結腸穿孔と診断した。一般的に大腸穿孔では早期の外科手術の適応であるが、癌終末期でもあり患者は手術を希望せず、十分な説明と同意のもと絶食・抗菌薬による保存的加療を施行した。3 日間の

加療で全身状態の改善を得たのちに S 状結腸癌の狭窄に対し SEMS 留置を施行した。留置に伴う合併症はなく、徐々に通常の経口摂取可能となって退院され在宅療養に移行した。留置後 3 カ月経過で問題なく自宅で過ごされている。大腸ステント安全手技研究会のガイドラインでは腹膜刺激症状を有する症例は適応を慎重とされ、閉塞性大腸癌の穿孔症例に対する SEMS 留置は本来禁忌であるが、保存的治療が奏効し嚴重経過観察のもとに施行可能であった症例を報告する。

セッション 2

座長 岡本 康

1. 栃木県立がんセンターでの研修

前原 淳治 (栃木県立がんセンター外科)

本年度より栃木県立がんセンターで研修を開始した。施設紹介、病院実績、手術件数、また研修内容、ローテーション、その他課外活動等について報告する。

2. 北里大学病院での研修

永岡 康志

平成 28 年 4 月より、北里大学病院一般・消化器外科にて研修をしている。4~9 月末まで、上部消化管グループに所属し、主に食道癌・胃癌に対する鏡視下手術・開腹手術の研鑽を積ませて頂くとともに、サブチーフレジデントとして病棟管理を行っていた。6 カ月間に食道癌症例 17 例 (video assisted thoracoscopic surgery-esophagectomy (VATS-E) 13 例)、胃癌症例 95 例 (腹腔鏡下胃全摘術 7 例、腹腔鏡下幽門側胃切除術 36 例、腹腔鏡下噴門側切除 10 例、胃全摘術 20 例、幽門側胃切除術 20 例、幽門保存胃切除術 2 例)、gastrointestinal stromal tumor (GIST) 等に対する腹腔鏡下胃局所切除術 11 例、審査腹腔鏡検査 13 例に関わらせて頂いた。うち、1/3 弱の割合で執刀または助手として経験させていただいた (執刀は、total gastrectomy (TG)・distal gastrectomy (DG) 10 例、鏡視下胃局所切除術 2 例、審査腹腔鏡・バイパス術 7 例)。食道手術にはほぼ全例手術に参加させていただいた。また、高度進行食道癌・胃癌に対しては外科・消化器内科・放射線科・薬剤部などで構成されるキャンサーボードにおいて協議が重ねられて治療方針が決定されてゆくプロセスを学んだ。さらに、外科、耳鼻咽喉科、看護部、薬剤部、栄養部、歯科、リハビリテーションなどから構成される Supportive team for Patients with Esophageal Cancer (SPEC) という北里大学独自の食道癌周術期サポートチームが術前外来から介

入し、チーム医療で合併症予防、在院期間の減少に取り組んでいることをチームの一員として肌で感じた。10月からは救急救命・災害医療センターに異動し、3次救急症例の経験も積んでいる。急性冠動脈疾患、脳出血、外傷、精神疾患、他院から転院搬送となった重症感染症や原因不明疾患など多岐にわたる疾患に対して、3次救急初期対応から転院・退院までを救急医、循環器内科、脳神経外科、消化器内科、整形外科、形成外科の医師らとともに協力して治療にあたっている。外科手術症例としては、3カ月間で16例程執刀させていただいた。腹部刺創や胸部刺創、転落外傷、高エネルギー交通外傷などによる臓器損傷（腸管損傷、腸間膜損傷、肝損傷、脾損傷、血気胸）や炎症性腸疾患、潰瘍、異物、進行大腸癌などに起因する穿孔症例、絞扼性イレウスなどが主である。すばらしい経験の場を与えていただいたことに感謝申し上げるとともに、平成28年度の北里大学病院での経験を報告する。

3. 日本医科大学付属病院高度救命救急センター研修を終えるに際して

萩原令彦

日本医科大学付属病院高度救命救急センターに出向して2年が経過した。この2年間で所属しているグループに救急搬送された患者939人の診療に加わり、94件の手術に参加、執刀医としては30件、指導医として25件の手術を行った。2016年はJapan Advanced Trauma Evaluation and Care (JATEC) コースのインストラクターの資格と東京 Disaster Medical Assistance Team (DMAT) 隊員の資格を得ることができた。今後は新病院での救急体制の充実に力を入れていきたいと思う。2016年で日本医科大学への東邦大学医療センター大橋病院外科（当科）医局員の出向・研修は一旦終了するも、来年度から日本医科大学付属病院高度救命救急センターから当科での外科研修としてレジデント1名の3年間の赴任も決まり、今後も当科医局と日本医科大学付属病院高度救命救急センターとの人事交流を図っていく所存であり、私の2年3カ月の出向経験が今後外傷外科に興味のある後輩諸君の進路の参考になれば幸いである。

4. 家族性大腸腺腫症に対する腹腔鏡下結腸全摘後大腸内視鏡徹底ポリープ摘除の3例

柿崎奈々子

家族性大腸腺腫症 (familial adenomatous polyposis : FAP) に対する手術は大腸全摘を行い、腹膜反転部 Ra での吻合を伴う回腸直腸吻合または回腸肛門管吻合が推奨されている。しかし排便回数の多さなど術後 quality of life

(QOL) の問題が指摘されており、手術時間もかかり難易度も高い。低侵襲な治療を希望する症例に回腸 S 状結腸吻合を伴う腹腔鏡下結腸全摘と内視鏡での徹底ポリープ摘除を治療方針とした3例を経験したので報告する。

症例1は39歳男性、大腸全摘術を提案されセカンドオピニオンにて東邦大学医療センター大橋病院（当院）受診。D1 郭清腹腔鏡下結腸全摘術（回腸 S 状結腸吻合）施行し手術時間は284分であった。病理では全て腺腫。大腸内視鏡をグリセリン浣腸 (glycerin enema : GE) 前処置で3~6カ月おきに12回施行し、摘除した小ポリープは全て腺腫であった。排便回数は1日4~5回程度で日常生活に問題なく、現在術後5年目となり経過観察中である。症例2は35歳男性、FAPに伴う S 状結腸癌で紹介受診となり inferior mesenteric artery (IMA) 根部 D3 郭清腹腔鏡下結腸全摘術（回腸 S 状結腸吻合）を施行し、手術時間492分であった。病理で S 状結腸は低分化型腺癌 MP, N1 の Stage IIIa であった。それ以外にポリープを多数認め、腺腫内癌から腺腫を認めた。排便回数は1日3回程度で日常生活に問題はなかった。術後5年半経過し再発転移は無く、大腸内視鏡を GE 前処置で3~6カ月おきに計10回施行した。ポリープを認めて hot biopsy を施行しているが、経時的にポリープの減少を認めている。症例3は69歳男性、ポリープ多数のため内視鏡治療は困難と判断し、D1 郭清腹腔鏡下結腸全摘術（回腸 S 状結腸吻合）を施行し、手術時間は418分であった。病理検査ではポリープを多数認めたがいずれも腺腫であった。術後初回の大腸内視鏡検査では残存大腸にポリープを認めず、半年後の内視鏡検査予定としている。FAP に対する腹腔鏡下結腸全摘後大腸内視鏡徹底ポリープ摘除は、患者の救命と QOL 向上だけでなく、外科手術および内視鏡的ポリープ切除を容易にする新たな治療の組み合わせである。

5. Stage IV 幽門狭窄胃癌の治療

橋本瑤子

幽門狭窄を伴う Stage IV 進行胃癌では、「経口摂取が不可能」という緩和すべき症状が存在し、治療に苦慮することが多い。1999~2014年に治療を行った、幽門狭窄を伴う Stage IV 進行胃癌42例に緩和的切除 (palliative gastrectomy (PG) 群 : 13例)、胃空腸吻合 (gastrojejunostomy (GJ) 群 : 10例)、stent 挿入 (stent placement (SP) 群 : 19例) を行い3群間での治療成績を比較検討した。その内訳は、胃癌取扱い規約 (1999年、第13版) での Stage IV 規定因子 (T4N2, N3, H1, P1, M1) 数が2因子以上の症例数は、PG群/GJ群/SP群 : 6例 (46%)/8例 (80%)/16例 (84%) と PG群で少なかった。悪液質の指標となる治療前 Glasgow prognostic score (GPS) 平均値は、PG群/

GJ群/SP群：0.8/0.5/1.8 (PG vs GJ: $p=0.22$, PG vs SP: $p=0.0001$, GJ vs SP: $p=0.0004$) と SP 群で有意に高値であり悪液質の2点が多かった。経口摂取量の指標になる Gastric Outlet Obstruction Scoring System (GOOSS) は、治療前は全例0であったが、治療後の平均 GOOSS は、PG 群/GJ 群/SP 群：2.8/2.9/2.5 であった。治療後の化学療法導入率は、PG 群/GJ 群/SP 群：53.8%/90%/42.1% と GJ 群で高かった (PG vs GJ: $p=0.16$, PG vs SP: $p=0.67$, GJ vs SP: $p=0.027$)。治療に伴う合併症率は、PG 群/GJ 群/SP 群：46.2%/10%/5.3% と PG 群が多かった (PG vs GJ: $p=0.16$, PG vs SP: $p=0.017$, GJ vs SP: $p=1.00$)。生存期間中央値は、PG 群/GJ 群/SP 群：209日/448.5日/74日と有意にGJ群で長かった ($p<0.05$)。PG 群はGJ 群と比べて Stage IV の中でも予後が期待できる群であったにもかかわらず、化学療法導入率が低く、生存期間延長には寄与しなかった。SP 群は、食事摂取の一時的な改善は認められたが、生存期間は短く、治療前 GPS が高値であり、GPS は予後不良の予測指標になり得ると考えられた。

セッション3

座長 渡邊 学

1. 急性胆嚢炎における起因菌迅速診断： 次世代網羅的メタゲノム解析

鯨岡 学

Tokyo Guideline 2013 では急性胆嚢炎の抗菌薬治療として、薬剤感受性試験に準じた治療指針が示されている。しかし、胆汁細菌の培養から薬剤感受性試験結果を得るまでには数日以上を要する点で、適切な抗菌薬の早期使用に支障が生じていた。今回われわれは、急性胆嚢炎の起因菌、薬剤感受性結果を迅速に得るために、近年注目を浴びている次世代シーケンサーによるメタゲノム解析を用いた研究を行った。

2015年5月から2016年3月において急性胆嚢炎と診断した症例のうち、6症例(P1~P6)の解析を行った。術中に無菌的に採取した胆汁に対して院内培養検査、およびメタゲノム解析を行った。両者において得られた結果を比較・検討した。

全ての症例において胆汁培養検査とメタゲノム解析での結果が一致した。胆汁培養検査では結果を得るまでに約5日を要したが、2症例のメタゲノム解析では24時間以内に起因菌(大腸菌)と extended spectrum β -lactamase (ESBL) (CTX-M-14/CTX-M-27) の両方を同時に同定することができた。

メタゲノム解析により比較的短時間で起因菌と耐性因子

の同定が可能であった。今後、急性胆嚢炎における適切な抗菌薬の選択と早期使用に寄与する可能性が示唆された。

2. 術後SSI分離菌の術後経過と薬剤感受性に対する検討： 三学会合同分離菌薬剤感受性サーベイランス (SSI) のサブ解析

新妻 徹

手術部位感染 (surgical site infection: SSI) に対する治療抗菌薬は、予想される全ての分離菌や耐性菌を常に目標として広域スペクトルの薬剤を高用量で投与すると、耐性菌の出現や菌交代現象、*Clostridium difficile* (CD) 腸炎等のリスクが高まる。今回、SSIにおける初回分離菌の薬剤感受性を検討し、empiric therapyの一助にすることを目的に本研究を行った。2010年に日本化学療法学会、日本感染症学会、日本臨床微生物学会で行われた三学会合同分離菌サーベイランス SSI 分野で得られた術後 SSI を発症した 698 株のうち、消化器手術 626 株を対象とし検討を行った。「抗菌薬投与あり」は術後感染例、「抗菌薬投与なし」は穿孔性腹膜炎例の腹水分離菌とした。SSI 株の内訳は、多いものから *Enterococcus faecalis* (*E. faecalis*)、*Staphylococcus aureus*、*Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*)、*Bacteroides* 属、*Escherichia coli* (*E. coli*)、*Enterobacter cloacae* (*E. cloacae*)、*Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*) であった。腹水株では多いものから *Bacteroides* 属、*E. coli*、*E. faecalis*、*K. pneumoniae*、*S. aureus*、*P. aeruginosa*、*E. cloacae* であった。これらの分離菌に対して、術後0~5病日に発症した早期 SSI 株と、術後0病日に発症した腹水株の薬剤感受性に関して比較したところ、初回分離菌の抗菌薬感受性に対する差は極めて低かった。このことより感染症が重症でなければ、SSI や穿孔性腹膜炎などのすでに治療を開始しなければならない状況での治療抗菌薬療法は、従来の日本での投与量で充分であるとの可能性が示唆された。

セッション・看護研究

座長 中村陽一

1. 「手術室看護師のストレス尺度」の信頼性と妥当性の検討

小松飛鳥 (手術部看護師)

手術室看護師は、手術という“非日常的なストレス”にさらされていることから、病棟看護師とは異なる“ストレス”を持つと考え、2012年「手術室看護師ストレス尺度」を作成し報告した。本研究では、「手術室看護師のストレス尺度」の項目精選および信頼性・妥当性を検討することを目的とした。

2015年10月から2016年2月に、全国の国公立および私立大学病院の手術室責任者に研究概要の説明文書を送付し、研究に同意を得られた施設67施設の手術室に勤務する看護師2714名に個別記入式の質問用紙を配布し、郵送にて回収した。質問項目は、独自に作成した「手術室看護師のストレス尺度（以下、ストレス尺度）」、既存の「職業性ストレス尺度」、「コーピング尺度」、「精神的健康尺度（general health questionnaire-12：GHQ-12）」および属性である。分析は記述統計量を算出後、ストレス尺度の因子分析、クロンバック α 係数の算出、尺度間の相関を算出し、信頼性・妥当性を検討した。この研究は日本手術学会の助成を受けて実施したものであり、ならびに東邦大学大橋病院倫理委員会の承認を得ている。

67施設、1927名から回答を得た結果、女性は1621名（85%）、男性は289名（15%）であった。手術室経験は1年未満が284名全体の15%、1～3年目が476名25%、4～9年目675名で35%、10年以上476名で25%であった。ストレス尺度の項目精選のために共通性0.4以下を基準とし主成分分析をしたところ、3因子22項目となった。第1因子「経験不足」8項目で α 係数は.888、第2因子「同職種・他職種との関係」8項目 α 係数は.754、第3因子「手術室環境（ハード面・ソフト面）」7項目 α 係数は.677、尺度全体の α 係数は.875であった。既存尺度との比較による各下位尺度の妥当性の検討を行った結果、職業性ストレス尺度とは、 $r = -.38$ から $-.57$ ($p < .05$)の負の相関、コーピン

グ尺度、精神的健康尺度GHQ-12とは相関が認められなかった。

7因子32項目で構成された「手術室看護師のストレス尺度」を精選した結果、3因子22項目で構成されることが明らかとなった。また、精選した尺度の信頼性、妥当性も検証された。この結果、簡易に手術室看護師特有のストレスを測ることができる。スタッフのストレス状態を把握することで、個人だけでなく、組織全体に共通するストレスを発見することができ、それに対する対策を考えるきっかけとなることが期待できる。

業績発表

特別講演

座長 齊田芳久

「グリソン鞘一括処理を含む女子医大式肝切除術」

山本雅一先生

東京女子医科大学消化器病センター

消化器病センター長 消化器外科教授

閉会の辞 齊田芳久