



済生会千里病院
木内院長

「平成25年度登録医会秋季研修会並びに学術講演会」は、平成25年9月21日(土)千里ライフサイエンスセンターで開催されました。

来場医55名、職員40名、計95名の参加があり、講演会後の懇親会も和やかな雰囲気となり、盛況のうちに終了となりました。



済生会千里病院 登録医会
黒田会長

学術
特別講演

「のぞいてみよう、形成外科の世界」

【2013.9.21】

～ 乳がん術後の乳房再建、
するなら…今でしょ!! ～



座長

大阪府済生会千里病院
乳腺内分泌外科部長 北條 茂幸

第Ⅰ部：形成外科の紹介

形成外科とは、先天あるいは後天的な身体外表の醜状を外科手技によって機能はもとより形態解剖学的に正常(美形)にする外科学の一分野である。つまり形成外科は、体表面の解剖学的に異常な状態を修正したり、失った組織を作り直す診療科である。実際に形成外科が対象としているのは、主に以下の4項目がある。

①先天的形態異常(唇裂口蓋裂のような生まれつきの変形の治療)、②外傷(新鮮外傷、外傷後瘢痕、骨折などの治療)、③腫瘍(皮膚腫瘍の切除や悪性腫瘍切除後の欠損部分の再建)、④美容外科(解剖学的により美しい状態への改善)。特に大学病院で最も多いのが他科と連携した悪性腫瘍切除後の再建であり、今回は代表症例を紹介し、形成外科について解説した。

講師

大阪大学大学院医学系研究科
乳房再生医学寄附講座 教授

矢野 健二 先生



第Ⅱ部：乳がん術後乳房再建の紹介

乳がん術式は大小胸筋を含めて乳房を全摘出する術式から乳腺を部分的に切除する方法まで多様化している。そこで、乳がん術式に対応した乳房再建術式が必要とされる。現在行われている乳房再建術式は、人工物(Expander+Implant)、広背筋皮弁、腹直筋皮弁、深下腹壁動脈穿通枝皮弁、乳房縮小術に準じた再建等であるが、乳がん術式、患者の体格、患者の背景等を考慮して再建術式を選択する。乳房再建手術は2006年に保険適応となり、自家組織による再建は保険で行えるようになった。そして、本年7月からImplantを用いた再建が保険適応となり、ようやく全ての再建選択肢が保険で行えるようになった。そこで、今後は乳がんの外科治療は乳がん手術だけではなく、乳房再建がセットで行われるようになると予想される。今回はそれぞれの乳房再建手術について解説し、代表症例を紹介した。

平成25年度 登録医会秋季研修会 並びに学術講演会

[2013.9.21]

抄録

「膵癌切除における補助療法」

大阪府済生会千里病院
副院長兼第二診療部長

大東 弘明

膵癌切除例のほとんどが進行例であり、切除後の肝転移及び局所再発が高率のため、その成績は極めて不良であった。そこで、肝転移対策として経門脈・肝動脈化学療法を、局所再発対策として化学放射線療法を併用する集学的治療を開発してきた。術前、術後の補助療法の意義と今後の方向性を検討する。

術前放射線療法(50Gy)を加えたところ切除後の累積局所再発率を1/3に減少させる事ができた。しかし、依然高頻度であった肝転移再発のため生存率の改善には到らなかった。一方、切除時開腹下に肝動脈及び門脈ヘカテーテルを留置し、両経路から5FUを持続投与する肝灌流化学療法(LPC)は肝再発率を1/3に減少させ成績を有意に改善させた。そこで、局所と肝再発の両者の防止を狙い、LPCと化学放射線療法の併用を試みた。原体照射によるfull dose(50Gy)の術前照射にgemcitabineを1g/m²毎週点滴静注(3/4週)で併用し、照射中及び照射終了も含め9回投与。照射終了後8週で手術を行い、切除直後からLPCを併用する術前、術後療法を行ってきた。その結果、治療前T3(UICC)症例において局所及び肝再発を抑制し53%の5年生存率が得られた。さらなる改善を目指して神経叢には60Gyの線量が当たる8門照射なども試みている。

切除率の向上や局所再発低減をめざし1980年代から術前放射線療法が試みられてきたが、近年、その報告が急増している。化学術前放射線療法によるdown staging、局所再発の減少やR0切除率の向上などが示され、切除不能例でも術前治療によって切除可能例と同等の成績が得られるという報告も増加しつつある。最近、S-1などを用いた術後の補助化学療法の有効性も示され、今後、免疫療法の併用、新規抗癌剤や強力な照射法の開発などにより、膵癌切除後の成績向上が期待される。



抄録

「当院での手術術式の最近の動向-腎癌・前立腺癌を中心に」

大阪府済生会千里病院

泌尿器科部長

細見 昌弘

① 腹腔鏡下腎癌腎摘の最近の工夫

部分切除の適応：T1a 鏡視下部分切除 T1b-T2 鏡視下腎摘 T3- 開放腎摘(経腹)と、ステージによって手術方法を決定しています。

腎部分切除：Pure laparoの場合 取り出し口1.5-2cm 12mmポートx2 5mmポートx1 と小さな傷です。ただし腎動脈をクランプしてから腫瘍部を切除して葉間動脈を縫合止血し、さらに解放腎盂を縫合閉鎖して腎実質を縫合閉鎖するまで30分以内が原則です。30分を超えそうな症例ではHybrid laparoscopic surgeryを行っています。手術時間はR E N A L scoreを用いて予想を立てています。

R E N A L score 4-6 Pure laparo 7-9 Hybrid laparo 10-12 Open

② 前立腺癌の解放手術の最近の特徴

i 鼠径ヘルニア予防-R R P(開腹前立腺全摘)術後の鼠径ヘルニア発症は15-30%と言われています。腹膜鞘状突起切断・腹膜剥離が効果的と言われています。

ii リンパ節廓清の領域-患側は内腸骨リンパ節まで含めて廓清し、非患側は閉鎖鎖頭側のみをサンプリングしています。不必要な廓清を減らすよう心がけています。

iii 前立腺側方アプローチの層認識-腹腔鏡やロボット補助下での前立腺全摘が行われるようになって、前立腺周辺の膜構造の認識も変わってきました。かつてはendopelvic fasciaとまとめられていた膜状構造物が、前立腺側より prostatic fascia・capsule of prostate・神経血管束・levator ani fascia・levator ani muscle さらに全体を前方から覆う膜としてvisceral & parietal endopelvic fasciaなどと認識されるようになりました。このため手術時の剥離ラインも以下のように変化してきています。

cT1c PSA<10 GS 3+3 陽性コア数3コア/12以下 cancer length 5%未満：intrafascial dissection

cT2b 以下 PSA<10 GS 3+3 陽性コア数3コア/12以下 cancer length 5%以上：interfascial dissection

cT2c 以下：extrafascial dissection

cT3a：wide dissection (super radical)

肛門挙筋群は腸骨尾骨筋・恥骨尾骨筋・恥骨直腸筋からなると考えられますが、このうち恥骨尾骨筋を肛門挙筋膜につけたまま残すとより尿禁制に有利とされています。また後壁補強も有効とされています。

③ 副腎腺腫精査入院

このほかincidental adrenal adenomaに対し種々の負荷試験等でクッシング症候群・原発性アルドステロン症・褐色細胞腫などの鑑別を行う(あるいはr/oを行う)副腎腺腫精査入院も6日間の入院で行っています。



■ 会場風景

千里ライフサイエンスセンター

平成25年9月21日



プログラム表紙の
写真説明をする
吉長正文先生



会場風景



懇親会