

一般演題(ポスター)臨床2 (P7~P11)

8月31日(金) 16:20~16:50

ポスター会場

座長

竹内 晃

ルーククリニック





当院における温熱治療の手技に関する現状

○森 信二¹⁾, 出口 葉子²⁾

¹⁾医療法人あいん会 温熱治療センター, ²⁾医療法人あいん会 あいん常澄医院

The present conditions about the technique of Hyperthermia at Ein Tsunezumi Clinic

○Shinji MORI¹⁾, Yoko DEGUCHI²⁾

¹⁾Hyperthermia Center, Ein Tsunezumi Clinic, ²⁾Ein Tsunezumi Clinic

【はじめに】平成24年3月に当院にて温熱治療センターを設置し、サーモトロンRF-8(山本ビニター社製)を用いて温熱治療を開始した。第33回大会において「当院における患者動向」、そして、第34回大会において「長期継続治療患者の動向」について報告してきた。今回は、現在、当院においてどのような手技で治療が行われているか報告させて頂き、他施設の先生方と情報の共有を図り、より良い治療方法を研鑽したいと考える。

【治療全般】温熱治療を実施する際は、治療中にカウンセリングの効果を持たせるため、部屋を少し暗めにして来談者中心療法を行うようなセッティングにする。また、熱感及び疼痛の発生部位への対策として、エコーゼリーを塗布させたガーゼを前処置として使用している。治療に際しては、可能な限り早めの出力上昇を意識して、電極の圧迫に対しても治療中での圧迫の再調整も考慮に入れている場合もある。また、治療体位を選択するときは、治療部位が腹臥位に適応する部位で治療時間である約50分の腹臥位が可能であれば、治療の効率や副作用軽減を考慮して腹臥位を選択する。各部位別の選択として〈頸部〉治療方向は上下&左右、患部及び患者の状態により決定する。鎖骨上窩の場合は、前処置も検討する。〈胸部〉胸部全体を治療部位とする場合は、上下で治療を行うことが基本で、熱感の強く出る胸骨周囲には前処置を施すことが多い。〈腹部〉主に左右からの治療が中心になる。〈骨盤部〉骨盤があるために上下からの治療が中心になる。腹臥位が出来ない場合は、恥骨及び腸骨部分に前処置を施し、上下から治療する。

【考察】温熱治療は単発的な治療ではなく、継続して効果を出す治療だと考える。そのため、如何にして安定的に効率の良い治療を患者に施すかが、重要なことだと考える。患者の状態が日々変化していく中で治療者である我々は、より良い温熱治療の手技を研鑽していく必要があると考える。

末期癌患者の緩和ケアにおける温熱療法の臨床像

○中井 祐之, 新藤 哲, 宗像 貴子, 松原 信行, 赤木 康司, 小野寺 志真, 伊藤 明子

医療法人ならの杜たんぽぽクリニック緩和ケア内科

Clinical profile of the advanced cancer patients treated with palliative hyperthermia.

○Yushi NAKAI, Satoshi SHINDO, Takako MUNAKATA, Nobumichi MATSUBARA,
Koshi AKAGI, Shima ONODERA, Akiko ITO

Tanpopoclinic, Division of Palliative Medicine

【目的】当施設は在宅療養支援・有床診療所として癌患者の緩和ケアを中心に据えて診療を行っている。仙台市内と宮城県内の癌治療中核病院から緩和ケアを目的に紹介された症例は最近10年間で1800例にのぼる。主治医から治療終了を告げられ緩和ケアを勧められて当施設を受診した患者に対し、我々は患者の辛い気持ちを受け止めながら癌の苦痛からの解放に積極的に取り組み、その一環として2016年11月にサーモトロン-RF8 EXによる温熱療法を緩和ケアのツールとして導入した。本報は症例の臨床像を解析し、末期癌患者の緩和ケアにおける温熱療法の意義を探ることを目的とする。【方法】当施設の温熱療法は原則として8回／8週を1連の治療と定めている。診療録に基づいて患者背景因子、他院での化学療法・放射線療法並行実施の有無、日本緩和医療学会の癌患者予後予測に用いられる末梢血リンパ球数、白血球数及びKarnofsky Performance Status (KPS) と治療継続性(1連以上実施と1連未満)の相関などについて解析を行った。【結果】2016年11月～2018年3月の期間に本療法を実施した症例は87例(男47、女40)、臓器別には肝・胆・膵22、大腸17、肺14、泌尿器14、胃・食道10、乳腺5、婦人科4、その他3例、並行治療は化学療法10、放射線療法4、放射線＋化学療法2例。1連以上実施群は40例(最長5連)、1連未満群は47例であった。治療開始前のリンパ球数、アルブミン値は両群間に有意差なく、1連未満群でKPSスコアが50以下の占める割合が高かった。並行治療16例中1連実施が5例、2連以上実施が6例であった。発表時、症例を提示する。【考案】リンパ球数や白血球数は治療適応判断に資することは少ないが、KPS高スコア例、癌治療並行実施例は末期癌患者に対する緩和ケアの視点から本療法の良好な適応と考えられた。



2回のHIPECにて長期生存を得た大腸癌腹膜偽粘液腫の2例

○林 泰生¹⁾, 吉田 祐¹⁾, 嶋田 通明¹⁾, 上藤 聖子¹⁾, 辰澤 敦司¹⁾, 森川 充洋²⁾, 片山 寛次³⁾, 五井 孝憲²⁾

¹⁾市立敦賀病院外科, ²⁾福井大学第一外科, ³⁾福井大学がん診療推進センター

Two cases of colorectal peritoneal pseudomyxoma with long-term survival at two times of HIPEC

○Yasuo HAYASHI¹⁾, Yu YOSHIDA¹⁾, Michiaki SHIMADA¹⁾, Seiko UWAFUJI¹⁾,
Athushi TATHUZAWA¹⁾, Mithuhiro MORIKAWA²⁾, Kanji KATAYAMA³⁾, Takanori GOI²⁾

¹⁾Department of Surgery, Munisipal Tsuruga Hospital, ²⁾1st Department of Surgery, School of Medicine, University of Fukui,

³⁾Cancer promotion center, University of Fukui Hospital

欧米では、大腸癌腹膜転移や腹膜偽粘液腫に対して腹腔内温熱化学療法(以下HIPEC)は、今やほぼ標準治療として確立され、ガイドラインにも掲載されているが、本邦でのエビデンスはいまだ高くない。今回我々は、2回のHIPECを行って長期生存を得た大腸癌腹膜偽粘液腫の2例を経験したので報告する。症例1は、59歳、男性。肺癌検診で右胸水を指摘され、受診。精査にて腹膜偽粘液腫と診断された。手術は、回盲部切除術+HIPEC施行。病理診断は、術後Bmab+mFOLFOX6を12コース施行し、さらにUzel+UFT療法を継続していた。術後3年で腹膜偽粘液腫の再燃を認め、再手術を施行した。再手術は、播種巣切除術+胆嚢摘出術+脾臓摘出術+HIPECを行った。再手術後、mFOLFOX6を9コース施行し、さらにUzel+UFT療法を継続し、初回手術から6年6か月無再発生存中である。症例2は、62歳、女性。腹部腫瘤と右下腹部痛を主訴に近医受診し、精査目的に紹介受診。回盲部癌の腹膜播種、腹膜偽粘液腫と診断された。手術は、回盲部切除術+腹膜播種切除(右付属器、大網、横隔膜)+HIPECが施行された。術後mFOLFOX6を11コース施行したが腫瘍マーカーの漸増を認め、精査にて左付属器再発と診断した。術後1年3か月で左付属器切除術+HIPECを施行した。再手術後は、Uzel+UFT療法を施行したが、初回手術から4年6か月目に肺転移再発を認め、肺部分切除術を施行した。以降は希望にて化学療法は施行しなかったが、腹膜播種及び肺転移再発を認め、初回手術から8年で永眠された。大腸癌腹膜転移や腹膜偽粘液腫は予後不良であるが減量切除+HIPECで良好な成績が報告されている。またこれらの再発再燃症例においても追加の減量切除+HIPECを施行することで成績の向上が期待され、適応症例には積極的に行うべきと考える。

大腸癌腹膜播種(P3)に対し、腹膜播種切除とHIPECにより腹膜播種のコントロールが得られ、長期生存に寄与した一例

○前川 展廣¹⁾, 森川 充洋¹⁾, 成瀬 貴之¹⁾, 西野 拓磨¹⁾, 呉林 秀崇¹⁾, 小練 研司¹⁾, 村上 真¹⁾, 廣野 靖夫¹⁾, 前田 浩幸¹⁾, 片山 寛次²⁾, 五井 孝憲¹⁾

¹⁾福井大学 第一外科, ²⁾福井大学がん診療推進センター

A Long Survived Case of Colon Cancer with Peritoneal Dissemination Treated by Resection of Peritoneal Dissemination and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy

○Nobuhiro MAEGAWA¹⁾, Mitsuhiro MORIKAWA¹⁾, Takayuki NARUSE¹⁾, Takuma NISHINO¹⁾, Hidetaka KUREBAYASHI¹⁾, Kenji KONERI¹⁾, Makoto MURAKAMI¹⁾, Yasuo HIRONO¹⁾, Hiroyuki MAEDA¹⁾, Kanji KATAYAMA²⁾, Takanori GOI¹⁾

¹⁾First Department of Surgery, University of Fukui, ²⁾Cancer Care Promotion Center, University of Fukui

大腸癌の腹膜播種(P3)は予後不良因子であるが、欧米では腫瘍減量手術(CRS)と術中腹腔内温熱化学療法(HIPEC)の併用による有効性が報告されている。今回我々は、大腸癌腹膜播種(P3)が認められながらも積極的なCRSと2度のHIPECが有効に働き、腹膜播種のコントロールがなされ長期生存が得られた症例を経験したため、報告する。症例は57歳女性、腹膜播種(P3)と左卵巢転移を伴う横行結腸癌に対し、拡大右半結腸切除、D3郭清、腹膜播種切除(臍部、ダグラス窩、大網)、両側卵巢切除、HIPECを施行した。レトロスペクティブな検討でPCI-6、CC-0となり、完全切除できていた。最終診断は、Colon Ca, T, 2型, 80×35mm, T4a(SE), N2, H0, P3, fStageⅣであった。術後は化学療法(mFOLFOX6半年間、以後LV/5FU)を施行した。初回手術から1年3カ月後のCT検査において左右横隔膜下や脾臓周囲などに腹膜再発が出現したため、腹膜播種切除(正中創癒痕部、肝表面、胃前後壁、小網、脾摘、左右横隔膜部分切除)、HIPECを施行した。こちらもレトロスペクティブな検討でPCI-12、CC-0となり、完全切除できていた。初回手術から4年後に肝S6に20mm大の転移病変と、肝門部に孤立性リンパ節腫大を認め、肝部分切除、リンパ節郭清を施行したが、術中所見では腹膜播種の再発は認められなかった。多発肝転移へ増悪し、肝動注化学療法(LV/5FU)施行するも病勢は進行し、初回術後から7年1ヶ月で死亡した。腹膜播種は画像上最後まで認めず、2度のHIPECで腹膜播種はコントロール下におけた。広範囲な腹膜播種においても、積極的な切除とHIPECが長期生存に寄与する可能性が示唆された。



当院におけるハイパーサーミア導入への取り組み

○千葉 聡, 高山 亘, 柳橋 浩男, 有光 秀仁, 石毛 文隆

千葉県がんセンター 肝胆膵外科

Introduction of Hyperthermia Therapy in our hospital

○Satoshi CHIBA, Wataru TAKAYAMA, Hiroo YANAGIBASHI, Hidehito ARIMITU,
Fumitaka ISHIGE

Division of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, Chiba Cancer Center

当院は、千葉県の中心部にあるがん治療専門病院で病床数は325床、2018年度の総手術件数は全科合わせて3809件。診療科は食道胃腸外科、肝胆膵外科、消化器内科、呼吸器内科外科、腫瘍血液内科、泌尿器科、婦人科、乳腺外科、整形外科、脳外科、頭頸科、形成外科、内視鏡科、化学療法科、放射線治療部と多岐に渡っており、年間12,574件の化学療法とのべ13,538件の放射線治療が行われている。私が当院に着任後の2年間でも、千葉県には保険診療可能なハイパーサーミアが導入されている施設は存在せず、患者さんの期待に沿えていない状況に変わりはない。現在も当院にハイパーサーミアを導入すべく準備を行っている段階である。治療経験のない医師による、ハイパーサーミアに対する認知度のあまり高くない当院・当県の施設への導入は、非常に困難な状況である。今回も、経過報告ではあるが当院への取り組みについて報告する。