

O-7-14

マンモグラム以外で確認できない石灰化病変の生検法

武蔵野赤十字病院 乳腺科

○松田 実¹、笠原 舞¹、鳥屋 洋一¹

目的：悪性が疑われる石灰化病変の診断には生検が必要である。現在、石灰化の診断にはステレオマンモトーム生検(sMMT)が行われることがある。超音波検査(US)で石灰化や腫瘍が確認できればUSガイド下針生検を施行することでsMMTより簡便に診断が付けられる。しかし、USやMRIでは病変を確認できず乳房の厚さが薄くまたその石灰化の位置によりsMMTも施行できない症例が見られる。その際、経過観察することも1つの方法であるが局所麻酔下に石灰化部位を確実に切除し診断を付ける方法もある。この術式について報告する。方法：まずMMGのMLViewで乳頭中央から垂線を引く。その後石灰化部位とその垂線の最短距離aを計測する。次にCCviewで乳頭中央から垂線を引く。その最短距離aの地点から最短距離bを計測する。石灰化の範囲はMMG上で計測しておく。次に手術であるが体位を取った後、まず乳頭中央から頭頂に線を引きaの地点を決める。次にそのaの地点から直角に線を引きbの地点を決める。その部位が病変の最も乳頭側になる。その点から病変の大きさよりやや大きめのマーキングを行う。次にそのマーキング部位の周囲1cm離した上下左右4か所の部位に色素を局注する。その後局所麻酔を施行する。病変直上に皮切を入れ、色素局注部位より広範囲に皮弁を形成し、その後色素を指標に病変の広範囲切除を行う。切除された標本はX線検査を行い石灰化が取れていることを確認する。切除跡は乳腺組織を縫合閉鎖し皮膚を閉鎖し手術終了する。結果：sMMTの弱点である薄い乳房ではこの方法で容易に診断が付けられる。また病理結果が非浸潤癌で断端陰性なら追加の手術は不要で次の治療に移れる。結論：この手術は未だ有用である。文献的考察を加え報告する。

O-7-16

乳腺間質肉腫と鑑別を要した乳腺境界悪性葉状腫瘍の1例

静岡赤十字病院 外科¹、静岡赤十字病院 病理診断科²、東京クリニック³○菊池 雅之¹、宮部 理香³、田代 和弘²、田尻 智也^{1,2}、海ヶ倉紀文¹、松岡 大貴¹、松土 昇平¹、小林 純子¹、菊池 直哉¹、熱田 幸司¹、安藤 崇史¹、新谷 恒弘¹

症例は70代女性。3カ月前より左乳房に6cm大の腫瘍を自覚、経過観察していたが、数日前から急に増大してきたため、当院を受診した。左乳房C領域に手拳大、弾性硬、可動性良好の腫瘍を触知し、一部腫瘍からの出血と思われる内出血斑を認めた。マンモグラフィーでは左乳房O/U領域に境界明瞭な分葉状腫瘍を認めカテゴリ-3であった。乳房超音波検査では、左乳房に8.5×5.8×6.9cmの弾性硬、境界明瞭、内部血流豊富な分葉状腫瘍を認めた。胸腹部骨盤造影CTでは、明らかに遠隔転移所見は認めなかった。針生検では、間質に多形性の核を伴う紡錘形細胞が増殖しており、乳腺間質肉腫もしくは、乳腺悪性葉状腫瘍が疑われた。診断的治療目的に、左胸筋温存乳房切除術+植皮術を施行し、第14病日退院となった。摘出標本の病理組織学的検査では、ほとんどが非上皮性の肉腫様であったが、一部に既存の乳管上皮を認めたため、葉状腫瘍と考えられた。充実部位には、細胞密度がやや高く、核異型度は中等度であり、境界悪性葉状腫瘍の診断となった。針生検の段階で、乳腺間質肉腫と鑑別を行うことは困難であり、また臨床経過が似ていることも多いため、本症例のように診断的治療を兼ねた腫瘍摘出が必要になる。術後補助療法としては、化学療法、放射線療法等の有効性は乏しく、確立した治療法は無いため、今後は注意深く経過観察していく。

O-7-18

婦人科がん患者へのACP質問紙の導入と意思決定支援

福岡赤十字病院 看護部

○吉井 美咲

【目的】A病棟での令和2年度婦人科悪性手術件数は298例、化学療法は373例である。意思決定支援の場で、患者の思いや意志を看護師全員が同じように情報収集することが難しく、介入に悩む事例があった。そこで、質問紙を導入することでスキル関係なく、患者の思いや意志の確認を行い、チームで患者の意思決定を支援することを目的とした。【方法】R3年7月にACP質問紙、運用方法を決定し、マニュアルを作成する。当病棟看護師30名を対象に周知を行い、8月より質問紙を運用開始し、必要時は聞き取りした質問紙をもとに、多職種と支援について検討することとした。【結果】がん看護経験の少ない看護師は聞き取り時の不安が強く、その都度支援や、聞き取り後のフィードバックを行った。患者が質問紙に記載後、面談で聞き取りを行い、方針決定IC前には、ACP質問紙を参考に他職種で検討し、支援を行なった。質問紙の聞き取り件数は8月から3月までで58件、2回目の聞き取りができたのは6名であった。患者からは聞き取りをすることで不安の表出もあったが、思いや意志を確認することができ、多職種で意思決定を支援することができた。【考察】質問紙導入時の看護師の苦手意識は強かったが、支援や、フィードバックを行うことで、苦手意識は軽減していった。患者からは、不安の表出もあるが、質問紙を記載することで、患者自身が治療や人生について振り返る機会になっていくと考える。また、聞き取りの中で、必要時に多職種と連携を行うことで、タイムリーな介入を行うことができた。このACP質問紙はあくまでもツールであるため、対象に応じた聞き取りの方法を考えていくことが課題である。患者の思いは病状で変化していくことを踏まえ、その時々で患者・家族と医療者で話し合いを行い、希望に沿った医療・看護を提供していくことが必要である。

O-7-15

頭皮冷却装置併用による乳癌術前、術後補助化学療法の導入、運用について

足利赤十字病院 外科

○戸倉 英之¹、権田 幸恵¹、渡部 真希¹、野口 舞美¹

乳癌治療における化学療法で脱毛は避けられない副作用の1つである。頭皮冷却装置を併用した化学療法を施行することで、脱毛率を下げることを目的として装置を導入した。そこで、当院の導入、実際の運用方法について紹介したい。(対象)2021年4月-2022年3月、乳癌術前、術後補助化学療法患者で同意が得られた18例。(方法)導入手順(1)外来、入院病棟看護師へ装置の必要性について啓蒙(2)患者による装置の説明とデモ(3)コストなどの事務的な手配(4)装置を紹介する張り紙の設置(5)装置の購入(レンタルか、手技料の設定など)(6)承諾書、説明書の準備(7)クリニカルパスの作成など。頭皮冷却装置併用の化学療法は、入院(2泊3日)で施行している。運用手順(1)手術、病状説明時に頭皮冷却装置を紹介(2)病理診断が確定し、治療方針が決定したら装置を併用するか相談(3)使用する場合、各種承諾書、オーダー入力、外来看護師がヘッドキャップのサイジング(4)前日入院し採血、頭部の写真撮影(5)当日、バイタルサイン、体調のチェック(6)医師が静脈ラインを確保、看護師によりヘッドキャップを着用して頭皮冷却開始、化学療法実施(7)翌日退院(8)外来で、PEG-G-CSF投与。(結果)頭皮冷却装置に同意されない理由は、経済的負担が最も多かった。脱落率27.8%(5/18)、5例が脱落し、化学療法の合併症、精神的な理由であった。完遂患者の非脱毛率46.2%(6/13)。(まとめ)外科外来、入院病棟の協力により頭皮冷却装置併用の化学療法は現在まで順調に運用されている。脱毛を防ぐ最大のポイントは、ヘッドキャップの装着にあるため、看護師の技能習熟が重要である。

O-7-17

骨転移サポート介入前後の脊椎手術症例の変化

長岡赤十字病院 脊椎脊髄外科¹、長岡赤十字病院 整形外科²○三浦 一人¹、森田 修²、根津 貴広²、川瀬 大央²、犬飼 友哉²、伊東 祥希²、真島 裕也²、風間 光²

【目的】骨転移サポートによる診療介入前後で脊椎転移手術においてどのような変化があったか検証する。【方法】2022年1月より放射線科医の協力のもと、読影レポートから骨転移症例を検索、カルテと画像所見から介入すべき症例を抽出、主治医に連絡し骨転移に対する診療要否を確認後受診、手術適応を判断した。【対象と検討項目】2022年1月から4月までの骨転移に対する手術症例(以下介入後)と2018年から2021年までの症例(以下介入前)と比較した。検討項目は症例数、原発巣の病種と初診時の診療状態、原発巣の指摘、診療有無、自院診療か他院からの紹介か、また術前の歩行状態、performance status(PS)、予後予測スコアとして新片桐スコア、modified Bauer scoreを、罹患率の画像評価としてThe spine instability neoplastic score(SINS)、Bilsky gradeについて検討した。緊急手術、時間外手術か否かを調査した。【結果】介入前に24例(年間3例から10例、平均6例)の骨転移に対する手術が行われ、介入後の4か月間での手術は4例であった。病種は肺癌が最も多く、原発巣に対する診療が行われていたのは介入前で16例67%、介入後は3例75%、初診時原発巣が未指摘か不明であったものは介入前6例25%、介入後0例、他院での紹介か未加療例が介入前9例37.5%、介入後1例25%であった。介入前後でそれぞれ歩行可能症例は6例、1例、PSは平均2.3、3.0、新片桐スコアは4.4、5.0、modified Bauer scoreは2.1、1.5、SINSは9.2、10.5、Bilsky gradeは2.7、3.0であった。緊急、時間外手術は介入前10例46%、7例29%であったのに対し介入後はそれぞれ1例25%であった。【結論】現段階で全身状態や予後予測スコアなどは介入前後での変化は少なかった。手術症例は増える傾向にあったが緊急手術や時間外手術を低減できる可能性がある。

O-7-19

当院におけるがんゲノム医療への取り組み

さいたま赤十字病院 がんゲノム個別化治療室¹、さいたま赤十字病院 医療連携課²、さいたま赤十字病院 乳腺科³、さいたま赤十字病院 看護部⁴、さいたま赤十字病院 検査部⁵、さいたま赤十字病院 病理診断科⁶、さいたま赤十字病院 副院長⁷、さいたま赤十字病院 院長⁸○手塚珠美礼^{1,2}、石山 恭輔²、樋口 徹³、阿部 友嘉³、真鍋 育子^{3,4}、末國久美子^{1,2}、角田 嘉夫²、岡本 直子⁵、安達 章子⁶、齊藤 毅³、甲嶋 洋平⁷、清田 和也⁸

【目的】近年本邦においてがんゲノムプロファイリング(CGP)検査が保険適応となった。CGP検査については実施可能施設が限られており、すべてのがん患者がその恩恵を受けているとはいえない。当院におけるCGP検査の取組・実績を供覧することで、導入を検討する赤十字病院に対する一助となることを期待し、がん診療における適切な医療を広めることを目的とする。【方法】当院におけるCGP検査の運用方法と、2020年7月から2022年5月までに実施したCGP検査の実績を供覧する。【結果】がん診療連携拠点病院である当院は、がんゲノム医療中核拠点病院である東北大学の連携病院として2020年7月よりCGPの運用を開始した。CGP検査導入にあたり、当院では「がんゲノム個別化治療室」を立ち上げ専任スタッフを2名配置した。その業務は、国のデータベースであるC-CATの人力業務や院内および院外における主治医と当院病理診断科との橋渡し、外注業者への検体移送を行っている。特に院外症例に対しては、院外の主治医及び患者と電話での予約のやり取りも実施する。2022年5月の時点で院内症例90例、院外症例12例の検査を実施した。【考察】CGP検査は今後拡大することが予想される。院内・院外の医師・看護師・薬剤師・事務スタッフのみならずがん患者へも研修会・講演会などを積極的にを行い、当院でのCGP検査のアクセス方法を広く告知し、かつ検査自体への理解を深めていきがん診療の質の向上につなげていきたい。