

## 08-23

### 乳房再建に対するチーム医療

さいたま赤十字病院 乳腺外科<sup>1)</sup>、看護部<sup>2)</sup>、形成外科<sup>3)</sup>

○有澤 文夫<sup>1)</sup>、田中 裕美子<sup>1)</sup>、上田 宏生<sup>1)</sup>、齊藤 毅<sup>1)</sup>、  
宮入 育子<sup>2)</sup>、大内 邦枝<sup>3)</sup>

これまでも皮弁を用いた乳房再建術は保険適応であったが、平成25年7月よりインプラントを用いた再建術が保険適応となったため、保険診療内で再建術式が選択できるようになった。当院もインプラント再建の施設認可を受け、より患者のニーズに応えられる準備が整い、乳癌治療にあたる私たちにとって喜ばしいことであった。これまで再建は費用が高額であり、患者はあきらめていたのに、金銭面で手の届く医療になったのである。しかし、再建を行う患者が増加したことも負担であるが、インプラント再建が保険適応になったニュースを受け、多くの患者が再建に興味を持つようになり、再建が不要な患者や、再建を強く希望しているわけではないが話だけでも聞いておきたいといった患者に対応する機会が増加し、外来診療の中で大きな負担となっている。市中病院として、やや病状の進行した患者、また合併症をもつ高齢者が比較的多いことが当院の特徴であり、癌診療を中心にやってきた。再建ができるのは好ましいが、癌治療が主軸であり、これをおろそかにはできない。再建を担う形成外科も乳房再建のみではなく、多くの外傷患者に対応しなくてはならず、患者の再建に関するすべての要望に応えられない。そこで効率よく乳房再建に関する仕事をこなすために、当院としての乳房再建術の適応や説明の手順を検討した。その結果、当院では1次2期再建、2次2期再建を主に行うこととし、術前の説明は乳腺外科担当医から乳がん看護認定医を通し、形成外科にコンサルトすることとした。また、当院の再建術のありかたを近隣の紹介医にも説明し、紹介以前に当院の再建術のありかたが患者に伝わるように努めた。当院における乳房再建手術の現況を報告したい。

## 08-25

### 当院におけるステレオガイド下マンモトーム生検の現状

横浜市立みなと赤十字病院 乳腺外科

○山口 和哉、清水 大輔、島 秀栄、神尾 麻紀子

【背景】当院では2011年度にステレオガイド下マンモトーム生検(以下MMT)を導入し、主に検診発見の石灰化病変に対し、精査を行っている。

【目的】当院におけるMMTの現状を把握する。

【対象と方法】2011年4月から2014年5月までに当院で、MMTを施行した31例について、完遂率、マンモグラフィ(以下MMG)カテゴリーと悪性検出率、合併症につき検討を行った。

【結果】平均年齢53.9歳(40歳から82歳)。発見契機は検診21例、乳房違和感2例、その他8例であった。年別のMMT実施例は、2011年3例、2012年7例、2013年13例、2014年1-5月に6例。カテゴリー別では、Cat-3が13例、Cat-4が13例、Cat-5が5例であった。完遂率は29/31(93.5%)、2例は気分不快で検査中止となった。合併症として、1例に後出血、1例に石灰化未採取症例が認められた。病変採取が可能であった28例中、良性19例(70.4%)、悪性8例(29.6%)であった。カテゴリー別の悪性の頻度は、Cat-3で1/12(8.3%) (DCISのみ)、Cat-4で3/12(25%) (IDC1例、DCIS2例)、Cat-5で4/4(100%) (IDC1例、DCIS3例)であった。

【考察】当院での手術症例増加に伴い、MMT件数も増加傾向にある。乳腺が小さく、ポジショニングが難しい2症例で気分不快による未完遂例があり、適応の厳格化や、患者への声掛け等予防に努める必要があると考えた。

【結語】当院におけるMMTの現状を確認した。今後の精度向上に役立てたい。

## 08-24

### 診断に難渋した豊胸術後の腹壁シリコン瘤の1例

前橋赤十字病院 乳腺内分泌外科

○池田 文広、安東 立正

症例は34歳の女性。平成18年の夏頃より右側腹部腫瘤に気付く近医を受診。精査の結果、腹壁リンパ管腫と診断され、10月当院に紹介となった。腫瘤は手拳大、弾性軟で可動性は乏しく、MRI T2強調画像で一様な高信号腫瘤であった。Macrocystic lymphangiomaの診断で硬化療法を試みたが、穿刺処置で液体成分は吸引されず、不整形の空隙が造影されるのみであった。既往から豊胸術後の右乳房インプラント破裂も疑われたため、MRIで胸腹部の精査を行ったところ、右乳房内に左側に比べ扁平化し、内部に隔壁状の線状構造を伴う変形したインプラントを認めた。腹壁病変との連続性は同定できなかったが、インプラント破裂に伴う腹壁腫瘤が疑われたため、12月局所麻酔下に生検を施行した。摘出組織は非常に粘度の高いゲル状の物質と囊胞壁で病理診断はシリコン肉芽腫であった。治療法について本人と相談したところ両側乳房のインプラント除去と新たな生理食塩水バッグ挿入を強く希望したため、1月腹部皮下シリコンーマ摘出、両側乳房異物除去+乳房プロテーゼ挿入を施行した。経過は良好で術後4日目に退院となった。

## 09-01

### 術後の胸部瘤に対し二期的に弓部置換、ステントグラフトを行った2症例

さいたま赤十字病院 心血管外科

○白杉 岳洋、森田 英幹、野中 崇央、横山 野武

【はじめに】胸部大動脈人工血管置換術後の胸部瘤に対し、胸骨正中切開下弓部置換の後、二期的にTEVARを行った2症例を経験したため報告する。【症例1】69歳男性。2007年4月下行大動脈瘤に対して下行置換、2008年1月右総腸骨動脈瘤に対してYグラフト置換を施行した。術後、上行から遠位弓部大動脈が拡大してきたため、手術の方針とした。CT上、上行大動脈が50mm、左鎖骨下動脈分岐直後の弓部大動脈が33mm、その後の遠位弓部大動脈が58mmであった。気管分岐部から25mm末梢側に前回の吻合部を認めた。手術は、末梢側吻合部が深く、下行置換術後であり左胸腔内の癒着が予想された。そのため、上行から左鎖骨下動脈末梢側の瘤径が細くなっている部位まで上行弓部置換を行い、二期的に遠位弓部瘤に対してTEVARを行う方針とした。2012年9月上行弓部置換(Triplex 28mm 4分枝付)を施行した。その際TEVARのランディングを考慮し、左鎖骨下動脈分枝から末梢側吻合部まで人工血管の距離を十分に確保した。1ヶ月後に遠位弓部の残存瘤に対してTEVAR (TAG3115+TAG3415)を施行した。

【症例2】76歳男性。2006年3月急性大動脈解離を発症し、緊急上行置換を施行した。残存解離は認めないが、徐々に弓部下大動脈瘤が拡大傾向のため、手術の方針とした。CT上、上行置換の末梢側吻合部直後が61mm、遠位弓部径が39mm、下行大動脈が58mmであった。2014年2月胸骨正中切開で弓部置換を施行した(Triplex 28mm 4分枝付)。その際、TEVARのランディング確保目的に、ステップワイズ法で4分枝人工血管の末梢側を内反して、長さ4cmのelephant trunkを作製した。5週間後に下行瘤に対してTEVARを施行した (VALIANT 34 34 C 200)。

【まとめ】侵襲を軽減する目的で二期的に手術を行い、良好な経過がえられた。

10月16日(木)  
一般演題(口演)