

「Face-To-Faceの会」たより

第35号 2018年1月 発行：大阪市立大学病院「Face-To-Faceの会」 文責：平田一人（世話人代表） 連絡先：06-6645-2857 患者支援課

ミニレクチャー

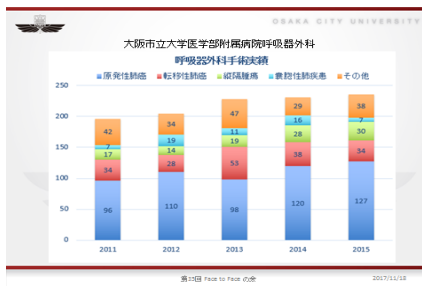
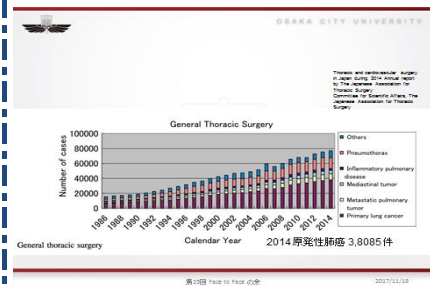
『肺癌の外科治療』

呼吸器外科 病院教授 西山 典利



近年、肺がんの手術件数は増加の一途をたどっており、胸部外科学会による全国統計では、呼吸器外科全手術のうち約半数が原発性肺がんで、年間4万件に届こうとしています。当科での手術件数も同様で、年間250件を超える手術のうち、約半数が原発性肺がんです。

肺癌の初の長期生存例の報告は1933年、Grahamによる左肺全摘術とされます。その後、1960年にCahanによりRadical lobectomyが報告され、以後50年以上にわたり、肺葉切除と縦隔リンパ節郭清が肺がんの標準手術とされてきました。I期肺がんに対する縮小手術（部分切除、区域切除）と肺葉切除の第3比較試験が1995年に一度だけ報告され縮小手術の5年生存率は肺葉切除に比べ有意に不良という結果でしたが、1990年代以後も本邦を中心に早期肺がんに対する縮小手術の臨床研究が多く報告され、画像や病理診断の発展とともに、2cm以下の末梢小型肺癌に対する縮小手術の意義が臨床試験により再評価されつつあります。一方、分子標的治療や免疫療法、化学療法、放射線療法、術前後の管理の進歩とともに、進行肺癌に対する拡大手術も増加しつつあります。これは気管支血管形成、隣接臓器合併切除を伴うことも多く、他科との連携を要する場合が多くなり、大規模施設でなければできないことが多くなります。今後は、これまで行われてきた肺葉切除だけでなく、縮小手術や拡大手術への方向も増加し、肺がんの手術も選択肢が増えていくだろうと思います。



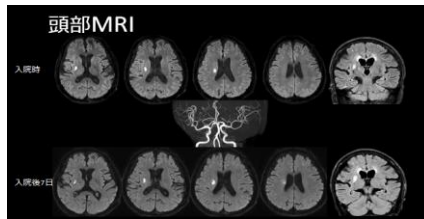
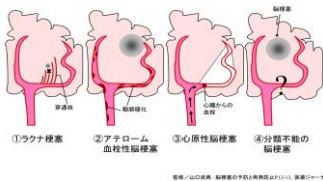
症例呈示

『急性に進行する脳梗塞 (Branch atheromatous disease: BAD)』

神経内科 病院講師 竹内 潤

脳梗塞には主要な3つの病型があり、ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、そして心原性脳梗塞が知られていますが、今回これらの分類のどれにも属さないBranch atheromatous disease: BAD (分子粥腫型梗塞)を経験しましたので、紹介させていただきます。症例は62歳男性で、急性に進行する歩行障害、嚥下障害を来した為、当科紹介受診。神経学的には左口角下垂、構音・嚥下障害、左上肢麻痺と左上下肢の感覚鈍麻を認めました。高血圧症、高LDL血症あり、心電図、心エコーでも明らかな異常なく、頭部MRIでは右被殻から放線冠にかけて(右レンズ核線条体動脈領域)急性期脳梗塞像を認め、MRAでは主幹動脈に狭窄・閉塞なく、BADと診断。入院後多剤併用療法を行い症状改善し、入院2週間後に自宅退院となっております。BADはCaplanらが1989年に提唱した穿通枝領域梗塞の成因の一つで、穿通枝が主幹動脈から分岐する入口部近傍のアテローム硬化により閉塞すると考えられています。BADは本症例の責任動脈でもあるレンズ核線条体動脈領域の他に傍正中橋動脈領域にも多くみられ、臨床像としては進行性運動麻痺を来します。多剤併用療法(抗血小板剤2剤+アルガトロバン+エダラボン)などの治療が行われているものの、機能予後不良な症例も多いのが現状で、治療法の確立が急務と考えております。

4つの臨床病型の脳梗塞と障害血管のイメージ図



BADの治療

- 進行性運動麻痺を来す為、超急性期より積極的な溶栓介入が望まれる。
- ASAは有効な症例もあるが、再発を来すものが少なくない。
- 抗血小板剤 (アスピリン+シロスタゾール、or クロピドグレル) + 抗凝固薬 (アルガトロバン) + エダラボンの併用療法が認められている。
- ASA領域のBADにはアスピリン+クロピドグレルが、PPA領域にはアスピリン+シロスタゾールが有効との報告もある。
- ストロングステンの投与も併用。

『簡易迅速キットで早期診断しえた劇症型A群β溶連菌感染症』

救命救急センター 前期研究医 江崎 麻衣子

A群β溶連菌 (*group A streptococcus*: 以下GAS)による壊死性軟部組織感染症は、健常者でも発症しうる重篤な感染症であり、その死亡率は30-70%に達すると報告されている。

GAS感染症は、病巣が筋膜に沿って拡大するため表層の組織には所見が現れにくく、視診のみで診断することが難しいという特徴を有する。皮膚所見としては発赤や水疱形成が特徴的であり、蜂窩織炎やヘルペスウイルス感染症、虫刺傷などとして対応されることも稀ではない。その一方で病状の進行が速く、急速にショックや多臓器不全に陥る。

治療は抗菌薬投与に加え外科的デブリドメントが必要である。外科的介入が遅れると、多臓器不全により救命が困難となる。このため手術の必要性を的確に判断することが求められるが、初期の皮膚所見での判断は困難である。また、確定診断には局所の培養が必須であるが、結果判明には数日を要する。

このため、当科では咽頭用迅速診断キット(以下迅速キット)を診断の一助としている。迅速キットの検査時間は約5分間と短く、咽頭外使用の報告でも十分な感度・特異度を有している。

今回、迅速キットにより早期デブリドメントを行えた1例について、診断・治療・経過を報告した。皮膚所見が乏しいにもかかわらず、疼痛の訴えが強い場合や、所見の部位を超えて疼痛を訴える場合には、本疾患を疑って早期に周術期管理が可能な医療機関への転院をご検討いただきたい。



次回開催のお知らせ 第36回Face-To-Faceの会

平成30年2月17日(土) 15:00~17:00 於:大阪市立大学医学部附属病院5階講堂