

診ます会

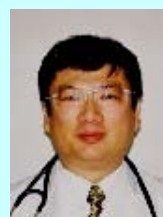
トピックス

- ・ 甲状腺癌の手術について
- ・ 病診連携（診ます会）の RenkeiNET@
- ・ C P C レポート
- ・ 診ます会シンポジウム報告
- ・ 診ます会講演会報告
- ・ 今後の講演会、症例検討会のご案内



甲状腺癌の手術について

日本外科学会指導医
日本消化器外科学会認定医
血管外科長 妹尾和克



甲状腺癌は、癌の中でも生命予後が良く、一般診察で発見しやすい疾患であるといわれています。平成20年と21年の2年間で、当院外科において甲状腺・副甲状腺疾患関連の手術症例数は66例あり、そのうち46例が病理結果で甲状腺癌と診断されました。

甲状腺癌46例の主訴・発見原因につきましては、頸部腫瘍などの自覚症状で紹介された7例、他疾患で受診中に視診や触診、頸動脈エコー、胸部写真上の気管偏位などで紹介となった8例、検診が16例でした。消化器癌、肺癌、乳癌などは、内視鏡、CT、マンモグラフィなどの特殊な器材で発見されますが、甲状腺癌は、基本的には触診による診察で発見される疾患という結果（31／46例）でした。また、胸部CT撮影では甲状腺の一部が含まれるため、肺疾患や乳腺疾患のCT画像で甲状腺腫瘍が6例指摘されていました。甲状腺腫が大きい場合は良性でも手術対象となりますが、術前診断が良性甲状腺腫9例中、5例が術後に甲状腺癌と診断されました。

日本人の癌による死亡率は、胃癌、大腸癌、乳癌、肺癌が上位を占めています。しかし甲状腺癌による死亡はかなり低率です。これは、甲状腺癌の手術後生存率でも明らかです。大部分のステージで、術後5年、さらに10年後の生存率が90%以上です。年齢、腫瘍の大きさ及びリンパ節転移の程度にはほとんど関係しません。しかしながら、甲状腺分化癌でも周囲組織への浸潤や遠隔転移があったり未分化癌の場合は、ステージⅣとなり生命予後が悪いのが現状です。

平成 20・21 年 外科甲状腺・副甲状腺疾患手術症例

甲状腺癌	46例
良性甲状腺腫	4例
バセドウ氏病	3例
原発性副甲状腺腫	6例
維持透析による副甲状腺腫	7例
総計	66例

当院の2年間の手術症例では、甲状腺癌死亡例はありませんでした。また、当院での過去2年間の甲状腺癌による死亡例は、2例だけでした。1例は手術時に肺転移があり、術後9年目で死亡されました。他の一例は、手術後9年目で頸部リンパ節転移が出現し、さらに多発性肺転移を起こし死亡された症例でした。

平成 20・21 年 外科甲状腺癌手術症例

大きさ	
1cm 未満	5例
1～2cm	14例
2～3cm	14例
3～4cm	8例
4～5cm	3例
5cm以上	2例
総計	46例

組織学的分類	
乳頭癌	42例
濾胞癌	2例
髄様癌	1例
未分化癌	1例
総計	46例

年齢別	
45歳未満(13歳 22歳 他は30歳)	11例
45～60歳	15例
60～70歳	14例
70～80歳	5例
80～90歳	1例
総計	46例

発見動機			
自覚症状	7例	腫瘍自覚	6例
		つかえ感	1例
視触診	4例	触診	3例
		視診	1例
エコー	3例	頸動脈エコー	2例
胸部写真	1例	気管偏位	1例
検診	16例	PET CT検診	1例
他疾患CTにて		6例	
良性甲状腺腫通院中 甲状腺癌と診断		4例	
良性甲状腺腫手術後 病理検査結果		5例	



甲状腺癌は、癌の中でも生命予後が良く、一般診察で発見しやすい疾患であるといわれております。一般診療で、鎖骨上のリンパ節触診や頸部触診は抵抗なく触診できる部位です。また、エコーなどの検査を加えて甲状腺腫瘍の発見に寄与していただければと思います。甲状腺を全摘した場合、生涯甲状腺ホルモン剤の補充が必要であり、かかりつけの先生方に通院していただいております。ホルモン剤、ビタミンD剤の処方と、甲状腺機能や血清カルシウム値測定などをお願いしております。診ます会の先生方のご支援、これからもよろしくお願い申し上げます。

甲状腺癌 手術後生存率(文献より)

ステージ	術後5年	術後10年
I	100%	98%
II	97%	95%
III	92%	82%
IV	24%	





病診連携(診ます会)の RenkeiNET@

佐山クリニック

佐山 雅映 先生



2 年前のことだったが小生の友人の奥様（60 才）（当時 2 年前からロイマで整形外科で治療を受けていた）が約 1 週間前から微熱があり、のどが少し痛く、頭痛、全身倦怠感があり、風邪の様だがすっきりしないのでと来院した。診察し、念の為に胸部レントゲン写真と血液検査を行ったところ、検査センターから骨髄性白血病と返事があり、直ちに済生館の連携室に連絡し、翌日午前 9 時 30 分の予約で直ちに入院となった。そして木村先生による治療が始まったが、色々な理由で骨髄移植は無理との事で薬剤（抗癌剤）治療を行う事になった。夫は病院に行っては色々説明を聞いてはくるが、気が動転している為か記憶が飛んでいて、充分理解出来ず、病院の帰りに当院によっては RenkeiNET@に入ってきている治療内容、検査結果、経過をみて小生の説明を聞いては一喜一憂していたのを記憶している。その後、患者さんの結果は喜ばしい事に完治し、退院し、現在元気で家事をしている。加えて喜ばしい事にロイマも抗癌剤によるものと思うが、治癒したと思われ症状は全くない。



次に 52 歳の男 SM 氏、高血圧症・高脂血症で治療中であるが、時に薬を飲み忘れはする、食事・塩分・運動等、生活指導はいくら話しても守ろうとせず、タバコは止められないという頑固で我侭な人である。丁度当院の診療が終了した夕方 5 時 40 分頃、会社の同僚につれられて来院した。話を聞くと昼頃から少し頭が重い感じがし、左手がしびれる感じがし、その後、力が入らなくなり、又左足の動きも出来ない様になったという。1 週間前にも同じ様な感じがあったが、しばらくしたら良くなったので、又かと、そのままにして様子を見ていたが、よくならないので連れて来てもらったという。すでに 4 時間以上はたっている。直ちに時間外ではあったが、連携室に TEL、幸い連絡がとれ脳外科にお願いし、入院となった。後日、奥さんが夫は頑固な人で人の事は言う聞かない人で困っていましたが、と言ってこられ、入院後は素直になり治療に専念していると病状も少し良くなってきたとの事でした。その後、約 2 ヶ月で左半身麻痺が完全に良くなったとは言えないが、半日出勤という状態で職場復帰している。現在当院で治療しているが、入院当時の状態から退院までの経過と検査結果と CT・MRI の画面を当院のパソコンから（RenkeiNET@）みせて説明する事で本人は充分納得し、治療に対する協力、指導は守る様になってきた。奇麗に写し出される画像は特に説得力があり、患者さんの納得が直ちに得られるようである。



このように、2001 年「診ます会」が発足し、病診連携がスムーズに適確に、時間を越えてそれぞれの診療科に対応出来るようになった。我々診療所の医師は紹介した患者について、診断は間違っていないだろうか、その後の検査成績は、経過は、治療内容は、と情報を少しでも早く知りたいものです。そこで 2006 年から「診ます会」では会員のパソコンとの間でインターネット回線を経由して「RenkeiNET@」を立ち上げ、患者さんの状態を知る事が出来るようになりました。病院の先生方には大変な負担がかかっているのではないかと心配していますが、我々はパソコンから患者さんのカルテの内容が全て見る事ができ、診断内容、検査成績、経過を知る事ができ、また CT や MRI の鮮明な画像が見られ、そして最新の治療内容が学べる事は、特に私にとってこの上ない大切な学習教科になっています。紹介また逆紹介の患者さんへの説明には「RenkeiNET@」を利用する事により、画面を見ながらお互いに納得し、理解が得られる事で、信頼関係が深まる事は大切な事です。会員の先生方は「RenkeiNET@」を大いに利用するようお勧めいたします。将来は介護や在宅医療や色々と幅広く利用されていくのではないかと考えています。



CPCRレポート 「急激な経過をたどった後腹膜腫瘍の一部検例」

臨床研修センター
指導医 消化器内科
臨床検査室長(病理医)

中野絵里子
黒木実智雄
松田幹夫

【症例】 46 歳、女性

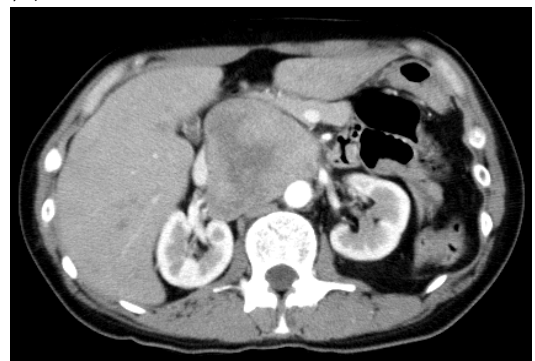
【主訴】 腰背部痛、嘔吐

【既往歴】 子宮筋腫核出術（40 歳）

【内服薬】 特記事項なし

【現病歴】 2008 年 11 月 27 日 22 時頃より激しい腰背部痛出現し、症状が改善しないため当院救急外来を受診した。鎮痛薬、制吐薬を投与されるも症状の改善は無く、原因検索のため施行された腹部 CT で後腹膜に径 7cm 大の腫瘤を認めた（図 I）。後腹膜腫瘍の精査、疼痛コントロールのため同日入院となった。

図 I



【来院時現症】 KT 36.4 °C BP 193 / 80

mmHg HR 120 /min SpO2 96%（室内気） JCS 1-2 眼結膜に貧血なし。球結膜に黄

疸認めず。肺野：ラ音聴取せず 心音：心雑音聴取せず 腹部：平坦、軟、圧痛なし 右背部の叩打痛あり、四肢冷感あり、全身の発汗は著明

【主な検査結果】

<血算・血液生化学> WBC 16920 / μ L, RBC 481 $\times 10^4$ / μ L, Hb 13.7 g/dL, Plt 32.0 $\times 10^4$ / μ L, ALP 155 IU/L, AST 21 IU/L, ALT 16 IU/L, LDH 243 IU/L, γ -GTP 21 IU/L, BUN 12.4 mg/dL, Cr 0.86 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 2.6 mEq/L, Cl 98 mEq/L, Ca 9.8 mg/dL, CPK 75 IU/L, AMY 84 IU/L, CRP 12.79 mg/dL.

<血液ガス分析（室内気）> pH 7.631, PaCO₂ 14.7 Torr, PaO₂ 124.3 Torr, HCO₃⁻ 15.2 mEq/L, B.E. -2.6

<尿試験紙> 潜血(+/-), ケトン体(3+), ブドウ糖(3+), 蛋白質(+), pH 6.0, 白血球(-), 亜硝酸塩(-)

<心電図> 洞調律, 脈拍 120bpm

<胸腹部造影 CT（図 I）> 後腹膜に約 7cm の辺縁境界明瞭な軟部腫瘍影あり。不均一に造影され嚢胞成分や石灰化・脂肪は含まない。十二指腸や脾臓。上腸間膜動脈、左腎静脈は強く前方に圧排されている。胸部に異常は指摘できず。腫大リンパ節、胸腹水は認められず。サイズや増強効果は悪性を示唆するが、転移所見は指摘できず。

【入院後経過及び考察】

入院後も腰背部痛、嘔吐が続いたが、pentazocine、metoclopramide の投与にて症状は軽快した。11 月 28 日、午前 6 時 30 分より再度頻回の嘔吐が出現し、呼吸状態の悪化を認めた。酸素投与のうえ胸部 CT を撮影したところ、左肺のほぼ全体に広範な汎小葉性浸潤影の出現が認められた（図 II-a、b）。

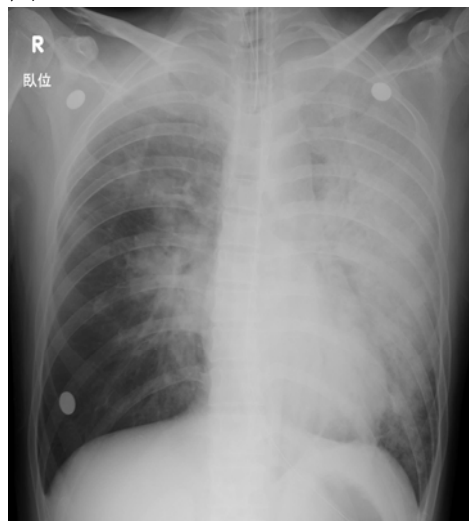
同所見は右肺肺尖部や右肺門部にも出現していたが、数時間前に撮影された CT では全く認められず急激かつ急速な病変の進行が疑われた。血液ガス分析（酸素 10L/分リザーバマスク下）では低酸素血症、代謝性アシドーシスが認められた（pH 7.102 PaCO₂ 41.4 mmHg PaO₂ 59.4 mmHg HCO₃⁻ 12.6 mEq/l B.E. -16.5 mmol/l）。

当初、39 度台の発熱も認められたため、誤嚥性肺炎、急性肺障害を疑い気管挿管のうえ人工呼吸器下での管理を開始した。MEPM、FOY、mPSL の投与も併せて行い、酸素化は一時改善したが徐々に呼吸状態は悪化した。急性循環不全の合併も認められたため、大量輸液、DOA、DOB の投与も開始したがその後も尿量は保てなかった。腫瘍に対する早期の治療開始のため経皮的エコー下針生検を行ったが、組織の採取量が不十分で良悪性を含めて診断に至らなかった。11 月 29 日の採血では、急性肝不全の合併も認めた（PT% 21.3% AST 13450 IU/L, ALT 11000 IU/L）。血液透析、血漿交換を予定するも血圧が保てず施行することは出来なかった。全身状態の改善が得られず、同日 12 時に永眠された。御家族の同意が得られたため病理解剖を行うこととなった。

図 II-a



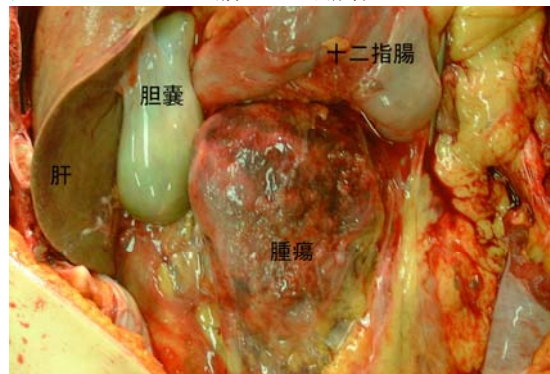
図 II-b



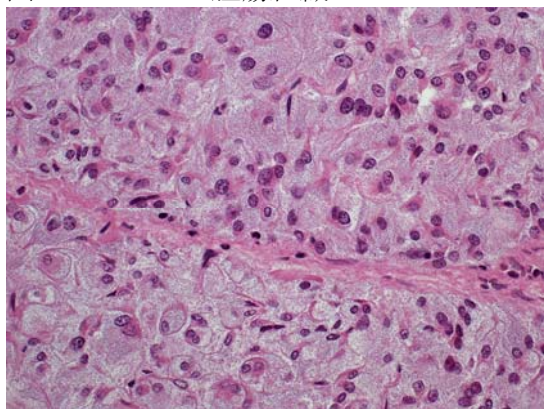
【剖検所見】

死後 3 時間 5 分での剖検。後腹膜腫瘍は腹部大動脈および右腎血管極周囲にみられ、ほぼ 9x6.5x5cm の軟性腫瘤で、断面は暗赤色粥状出血壊死性で柔らかく脆い組織であった。副腎とは連続はなく、周囲とは用手剥離可能で浸潤性発育は不明であった(図Ⅲ)。組織学的に腫瘍細胞は、相互結合のゆるい細胞で比較的豊かな顆粒状胞体を有し、毛細血管を間質として特異な構造をとることなく圧排性に増生する(図Ⅳ)。これらの細胞は免疫染色で、クロモグラニン A(+)(図Ⅴ), シナプトフィジン(+), CD56(+), NSE(+), であり、死後に測定した血清カテコールアミンも、アドレナリン 23,495pg/mL(正常 120 以下)、ノルアドレナリン 27,942pg/mL(同、60~500)、ドーパミン 360pg/mL(同、30 以下)と高値であったことから、副腎外後腹膜パラグングリオーマ(褐色細胞腫)と診断した。組織学的には部分的に周囲の神経周囲を含む結合組織内浸潤と、一部の肝中心静脈内に腫瘍塞栓を認めたが他に遠隔転移は見られず、増殖マーカーKi-67 染色でも陽性細胞は 1%以下で低悪性度と考えられた。その他、肺が左 755/右 630g と重量を増し、両側全葉ともうっ血水腫が高度で(図Ⅵ), 部位により肺胞内出血や巣状肺胞炎なども伴って見られた。また、消化管粘膜出血や両側腎、脾のうっ血も認められ、急激な循環不全を来たことが窺われた(下記剖検診断)。以上のことから、副腎外パラグングリオーマによる PMC(pheochromocytoma multisystem crisis) の病態から、急激な血圧低下と主に肺の変化が直接の死因と考えられた。

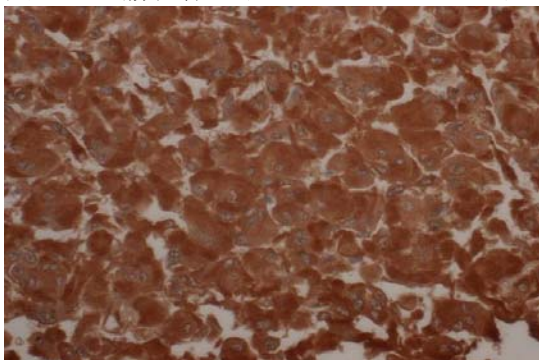
図Ⅲ 腫瘍 肉眼所見



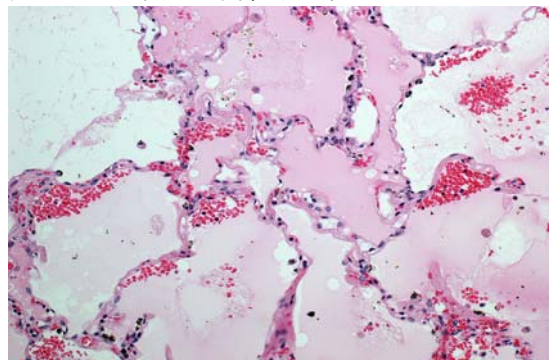
図Ⅳ 腫瘍組織



図Ⅴ 腫瘍組織 (クロモグラニン A)



図Ⅵ 肺(左下葉) うっ血水腫



剖検診断

- 1 後腹膜パラガングリオーマ low grade malignancy,
右側腎血管極を中心とする 9x6.5x5cm の軟性腫瘤、剖面暗赤色粥状出血壊死高度。分葉状に増生し周囲組織とは疎な線維性癒着を見る。一部出血をともなって腫瘍細胞が散在する。両側副腎とは連続性認めず。リンパ節浸潤なし。局所微細浸潤、肝門脈内浸潤、
- 2 両側肺高度うっ血水腫(755/630g)、特に両下葉に顕著。肺胞内出血、巣状肺炎をともなう。胸水(130/150 mL).
- 3 癒着性胸膜炎(左上葉)
- 4 心大動脈弁軽度硬化(290 g)
- 5 肝萎縮、小葉中心性うっ血、肝細胞壊死、軽度脂肪化をともなう(980 g)
- 6 臓器うっ血、脾(73 g)、両側腎(120/130 g)
- 7 回腸、結腸粘膜出血性びらん
- 8 胃過形成性ポリープ
- 9 副腎うっ血、皮質結節をともなう(10.2/6/6 g)
- 10 甲状腺線維結節(右葉 6x4mm)、腺腫様結節(左葉 2mm), (17 g)
- 11 子宮筋腫、1.5cm 大まで数個、内膜症をともなう
- 12 腰椎骨髄、小壊死巣、赤血球貪食像
- 13 術創、下腹部正中 11 cm, (子宮筋腫核出術)
- 14 季肋部穿刺創 (腫瘍穿刺)、両鼠径部穿刺創 (血漿交換予定)

【考察】

PMC は褐色細胞腫クリーゼの中でも①多臓器不全、②重篤な血圧異常、③高熱、④脳症を 4 徴とする致死的な病態と定義されている (Arch Surg 1988 ; 123:956-9)。本症例における多臓器不全は、急性肺障害、腎機能障害、肝機能障害を認めた。血圧異常では来院時に高血圧を認めたのみで、その後は急性循環不全を合併したため昇圧薬による血圧コントロールが必要な状態となった。PMC では特徴的とされる高血圧を呈さない症例も報告されており注意する必要があると考えられる。高熱は腫瘍から直接産生される、あるいは腫瘍から産生されたカテコラミンを介して間接的に産生される IL-6 によるものと考えられている (J Endocrinol Invest 2003;26:453-7)。しかし、高熱の存在は重症感染症を併発していると考えられやすく、本症例のように急性呼吸不全に併発した場合や高血圧発作を欠く例では診断が遅れる場合も多い。脳症の原因としては高血圧、カテコラミン、その他の血管収縮因子が作用と考えられている。本症例でも来院時ややつじつまの合わない言動を認めており、意識障害があったと考えられる。PMC の誘発薬剤としてオピオイド、副腎皮質ホルモン、造影剤、ドパミン D2 アンタゴニスト、市販の風邪薬などが報告されている。

metoclopramide はドパミン D2 受容体アンタゴニストであり褐色細胞腫クリーゼの誘発因子となりうる (Singapore Med J 2005;46:557-60)。本症例でも来院時 PMC を発症していたと考えられるが、造影剤、metoclopramide、mPSL が増悪因子となっていた可能性は否定できない。

【総合考察】

急激な経過で救命することが不可能であった PMC の 1 例を経験した。副腎外の褐色細胞腫であったため、急性期の臨床症状のみで診断に至るのは非常に困難であった。PMC の初期治療として α ブロッカーなどの薬物療法があるが、救命された症例報告のすべてで緊急腫瘍摘出が施行されている。本症例においても腫瘍摘出が唯一の救命手段だった可能性があるが、確定診断が得られずさらに全身状態が悪く施行できなかった。今後、後腹膜腫瘍が存在し、急速に進行する多臓器不全を認めた場合は PMC を鑑別にいれる必要があると考えられた。



診ます会 シンポジウム（平成 21 年 10 月 29 日開催）の報告

去る平成 21 年 10 月 29 日 18 時 30 分より、済生館 4 階大会議室におきまして、地域医療連携室長 野村隆先生の司会で「診ます会シンポジウム」が開催されました。テーマは「糖尿病の在宅医療」です。

小林達先生（朝日町立病院：内科）、鈴木慎二先生（済生館：内科）、鈴木愛先生（訪問看護ステーションベにばな：保健師・糖尿病療養指導士）、杉浦美佳子先生（マルマン調剤薬局：薬剤師・介護支援専門員）、阿部睦子先生（済生館：管理栄養士）の各先生よりパネリストとして参加頂き、それぞれの立場での意見等をお話し頂きました。当日は診療所等の先生のほか院外から 44 名、済生館の医師等 25 名が参加し、活発な意見交換が行われました。



診ます会 講演会（平成 21 年 11 月 18 日開催）の報告

去る平成 21 年 11 月 18 日 18 時 30 分より、済生館 4 階大会議室におきまして「診ます会講演会」が開催されました。診療所の先生を含め 27 名の方にご参加をいただきました。

日本医科大学千葉北総病院・循環器内科の雪吹周生 先生による「千葉北総病院における地域連携心筋梗塞パスの現況」の講演を拝聴いたしました。当院の循環器内科長 宮脇 洋医師が座長となり進行した講演会は、地域連携パスの重要性が増すなか、大変有意義なものでした。



今後の講演会・症例検討会などのご案内

☆ 済生館 がん治療症例検討会（第 14 回 平成 21 年度第 5 回）

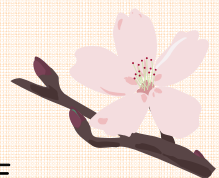
日 時： 平成 22 年 2 月 10 日（水） 午後 7 時～午後 8 時 30 分まで
場 所： 済生館 4 階大会議室

☆ 済生館 症例検討会（第 133 回 平成 21 年度第 5 回）

日 時： 平成 22 年 3 月 10 日（水） 午後 7 時～午後 8 時 30 分まで
場 所： 済生館 4 階中会議室

☆ 診ます会講演会「脳卒中リハビリテーションと地域医療連携」

日 時： 平成 22 年 3 月 17 日（水） 午後 6 時 30 分～
場 所： 済生館 4 階大会議室
講 師： 初台リハビリテーション病院（東京都） 酒向 正春 先生



※ いずれも「日本医師会生涯教育制度指定講習会（3 単位）」になります。

※ 検討したい症例がございましたら、ご一報ください。