



東邦大学

東邦大学医療センター佐倉病院 泌尿器科

准教授 かみや なおと
神谷 直人



『病状やライフスタイルに合わせた
泌尿器がんに対する個別化医療
を提供します。』

資格

- 日本泌尿器科学会 専門医・指導医
- 日本内視鏡外科学会・日本泌尿器内視鏡学会
泌尿器腹腔鏡技術認定医
- 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
- 日本内分泌外科学会 内分泌外科認定医

2018年7月1日発行

泌尿器科で取り扱う腫瘍の臓器は、腎・副腎・尿管・膀胱・前立腺・精巣・陰茎と多岐に渡ります。泌尿器がんの治療には大きく分けると、手術・放射線治療・薬物治療(抗がん剤やホルモン療法)があり、それぞれ良い面と悪い面があります。当科では患者さんの希望も考慮して一人一人の病状やライフスタイルに合わせて複数の治療選択肢の中から最善な治療法を提示し、患者さんやご家族が納得された上で安心して受けられる診療を心掛けています。提示する治療方針につきましては、担当医個人の独断に偏らないように鈴木啓悦教授の指導のもと、当科カンファレンスにおいて活発な議論を通して決定しています。

当科で実施している泌尿器腫瘍に対する主な治療について

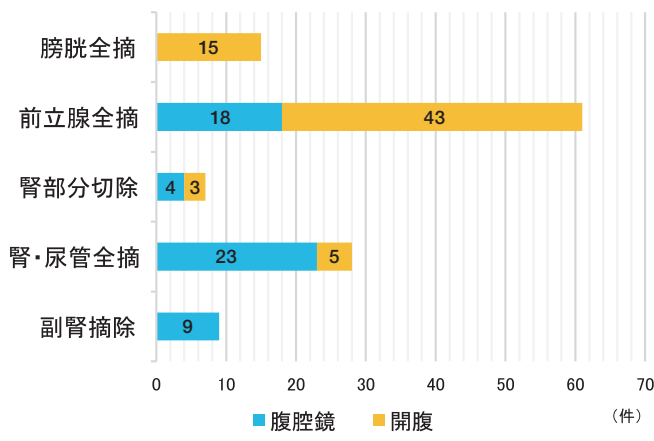
【泌尿器腫瘍に対する腹腔鏡下手術】

副腎腫瘍・腎がん・腎盂尿管がん・前立腺がんに対しては、傷跡が小さいために開腹手術と比べて術後の痛みが少なく、回復が早い腹腔鏡手術を積極的に行っています。腹腔鏡手術を行うためには高度な手術技術が必要になります。当科には腹腔鏡技術認定医が5名在籍し、腹腔鏡手術件数は千葉県内でトップレベルです。最新の腹腔鏡3Dシステムを導入し、より安全かつ治療成績の良い腹腔鏡手術を行うことが可能になりました。また、腫瘍のみ切除可能な小さな腎がんに対しては腹腔鏡下腎部分切除術を行っています。

【泌尿器がんに対する集学的治療】

近年、分子標的薬や免疫療法薬を含めた抗がん剤の開発は目覚ましく、泌尿器がんにおいても数多くの抗がん剤を使い分けなければなりません。当科では数多くの抗がん剤をエビデンスに基づき使い分け、

2017年度 泌尿器腫瘍に対する手術件数



患者さん一人一人に合わせた最適な個別化医療を提供しています。状況に応じて薬物治療と手術や放射線治療を組み合わせた集学的治療を行います。また、当科ではより良い治療薬や治療法を開発するために、当院の治験審査委員会や倫理委員会の承諾を得た大規模な国際的臨床研究や治験にも取り組んでいます。

【膀胱がん】

膀胱癌は診断と治療の目的でまず内視鏡手術(経尿道的)が行われます。膀胱がんは再発しやすい腫瘍なため、膀胱の筋層まで及んでいない表在性膀胱がんに対しては再発予防目的でBCGや抗がん剤の膀胱内注入療法を行います。腫瘍が筋層まで及んでいる場合は、がんの完治を目指して膀胱全摘+尿路変向術を行います。尿路変向術として自排尿が可能な小腸を利用した新膀胱造設術を積極的に行っています。

【副腎腫瘍】

副腎腫瘍が原因で高血圧や糖尿病や肥満になることがあります。糖尿病・内分泌・代謝内科と連携し、手術が必要な副腎腫瘍かどうかを正確に診断した上で腹腔鏡下手術を行います。

腹腔鏡 3Dシステム KARL STORZ®

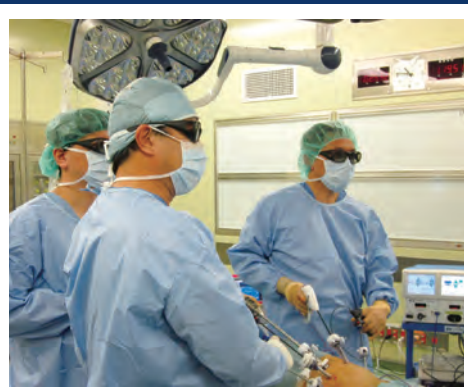


- n 3D TIPCAM 10mmスコープ 0°/30°
- n 先端部にFULL HDセンサー×2を搭載

腹腔鏡気腹装置



- 0.01μ ULPAフィルターでろ過し、自動排塵するため、常にクリアな視界を保つ
- 強く吸引しても、常に気腹圧を一定に保つ



泌尿器科	月	火	水	木	金	土
初診・再診				神谷	神谷	神谷
前立腺・内分泌外来 (予約制)				神谷	神谷	
腹腔鏡・腫瘍外来 (予約制)						

※当院受診の際には、できる限り紹介状をご用意ください。

発行 広報委員会・東邦佐倉会事務局

〒285-8741 千葉県佐倉市下志津564番地1 / TEL:043-462-8811(代) / FAX:043-462-8820(代) / URL <http://www.sakura.med.toho-u.ac.jp>

診療についてのお問い合わせ先

医療連携・患者支援センター

月～金曜日 9:00～17:00 土曜日(第3土曜日除く) 9:00～13:00

TEL 043-462-8770 FAX 043-461-2721



『低侵襲脊椎手術を行っています。』

2018年7月1日発行

当科では、頸椎症、頸椎後縦靱帯骨化症、腰部脊柱管狭窄症、脊髄腫瘍、化膿性脊椎炎、炎症性疾患、脊椎外傷(脱臼、骨折)など、殆ど全ての脊椎疾患に対応して加療を行っています。これら脊椎疾患の治療の原則は投薬、リハビリテーション、ブロック注射などを中心とした保存加療になりますが、そういった保存加療で改善が見られない患者さんに対しては手術加療が必要となります。当科では頸椎から腰椎まで全ての手術を行っており、可能な症例には積極的に低侵襲手術を行うよう心がけております。腰椎疾患に対しては、単椎間(病変が1カ所)で適応のある症例では約3cm弱の皮切での顕微鏡視下片側進入両側除圧術を、また、すべりのある症例では低侵襲腰椎後方椎体間固定(MIS-TLIF)を行っており、可能な限り傍脊柱筋への侵襲を小さくする方法をとっております。一方、頸椎疾患に対する手術は当科の最も得意とする分野であり、今回はこの頸椎の手術治療につき紹介致します。

頸椎症性脊髄症、頸椎後縦靱帯骨化症に対する頸椎前方手術

一般的に頸椎の手術と言いますと、前方から切る手術(前方法)と、後方から切る手術(後方法)があります。本邦では後方から切る手術(脊柱管拡大術)が一般的です。しかしこの後方法では、傍脊柱筋(頸部を支える筋肉)を剥離することになるため、術後に頸椎の後弯変形(首が前に倒れてしまう)が進行することがあります。また、頸部を支える筋肉(伸展筋群)にダメージが加わることから、軸性疼痛(頑固な首の痛み)をきたすことも少なくなく、しばしば問題となることがあります。一方、前方法では、首の筋肉を殆ど切離することなく行うことができるため、術後の首の痛みはごくわずかです。また、後方法では脊髄を圧迫している椎間板ヘルニアや骨棘、後縦靱帯骨化など(前方圧迫要素)は切除することができま

せんが、前方法では直接このヘルニア、骨棘、後縦靱帯骨化を完全に切除することができ、さらに固定を追加することで脊髄の絶対的な安静も獲得できるため、脊髄に対して最適な環境を作ることが可能です(図1)。頸椎前方手術という、「怖い!」とお思いになる方が多いのですが、当科では熟練した技術、最新の手術用顕微鏡の使用により、低侵襲で前方手術を行うことが可能です。当科では現在、頸椎の手術は前方法を第一選択として行っており、症例によっては多椎間前方手術も積極的に行っております。さらに、この前方手術により、脊髄症

状の改善のみならず首の矢状面バランス(横から見た姿勢バランス)の改善も症例によっては可能です(図2)。創は皮膚のしわに沿った横皮切となるため、殆ど目立ちません。なお、症例にもよりますが、手術後はカラーによる外固定が1ヵ月程度必要です。ただし、手術術式決定に関しては年齢、全身合併症や頸部の手術歴など、それぞれの症例に応じて考える必要があり、当科では個々の患者さんに対してそれぞれの術式のメリット、デメリットを十分に説明し、ベストな方法を選択して頂けるように心掛けております。

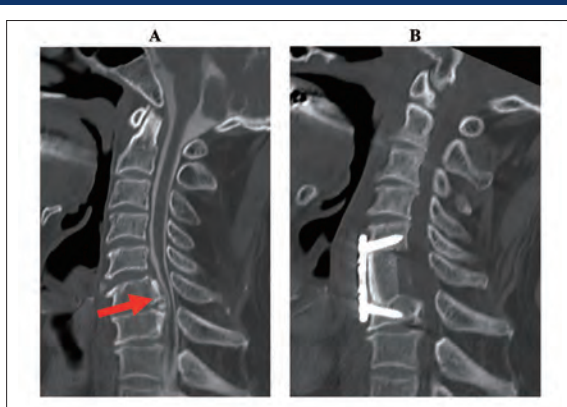


図1
A: 術前 CT 矢状断再構築画像
B: 術後 CT 矢状断再構築画像
術前は C6 レベルに後縦靱帯骨化による脊髄の著明な圧排像を認めますが(矢頭)、前方手術により脊髄を圧排する骨化巣は完全に摘出され、脊髄の圧排は解除されています。

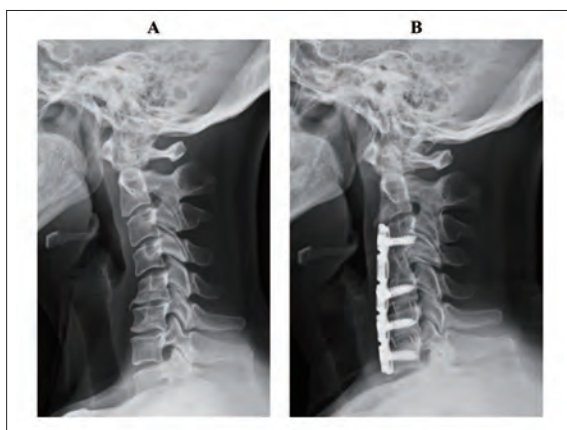


図2
A: 術前単純 X 線側面像
B: 術後単純 X 線側面像
C3-7 前方除圧固定術により脊髄の圧排が解除され、術後1年の X 線では頸椎の矢状面バランスも改善しています。

整形外科	月	火	水	木	金	土
初診・再診			高橋	高橋		
脊椎・脊髄外来 (予約制)			高橋			

※整形外科受診の際には、原則紹介状が必要となります。

発行 広報委員会・東邦佐倉会事務局

〒285-8741 千葉県佐倉市下志津564番地1 / TEL:043-462-8811(代) / FAX:043-462-8820(代) / URL <http://www.sakura.med.toho-u.ac.jp>

診療についてのお問い合わせ先

医療連携・患者支援センター

月～金曜日 9:00～17:00 土曜日(第3土曜日除く) 9:00～13:00

TEL 043-462-8770 FAX 043-461-2721