

当院 泌尿器科のご紹介

前立腺肥大症や前立腺癌などの前立腺疾患は加齢に伴い罹患率が高くなるといわれており、今後高齢化に伴って患者数の増加が予想されます。当院泌尿器科では尿路感染症、尿路結石症、排尿障害、泌尿器科悪性腫瘍などの一般泌尿器科診療に加え前立腺疾患に対する治療に力を入れているのが特徴です。

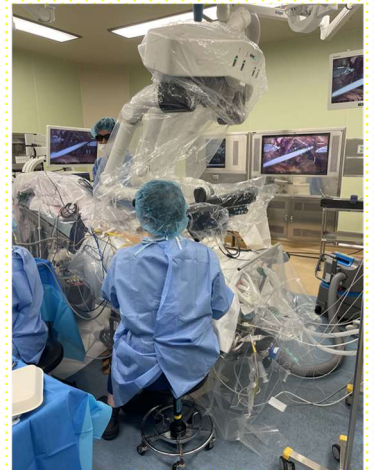
●前立腺肥大症

80歳代の男性の約90%に認められるといわれます。軽度では無症状や内服治療などでコントロールできますが、中等度～高度になると患者さんのQOLを低下させることがあります。当院は経尿道的前立腺レーザー蒸散術（PVP）を日本で早期に開始（2005年4月）しており、現在までに約3000例の症例を施行しています。PVPの特徴として、一般的な電気メスをを用いた手術と比較して出血が少なく、術後尿道カテーテル留置期間が短いため短期間の入院で済むというメリットがあります。抗血栓剤の内服を継続しながら施行できますので休薬しづらい患者さんでも安心して施行できます。

●前立腺癌

近年 PSA 検診の普及に伴い遠隔転移を伴わない限局性前立腺癌で発見される患者さんが増加しています。当院では2022年より国産型ロボットである hinotori を用いた限局性前立腺癌に対するロボット支援下前立腺全摘術（RARP）を開始しており、安全で良好な成績を治めています。早期であれば RARP により根治が期待できますので PSA 検診で異常を認めた場合、ぜひ当科にご紹介ください。また、腎癌に対しても hinotori を用いた手術も開始していますのでぜひご相談ください。

📷 hinotori を用いた手術風景 ▶



ご挨拶

2014年から当院で10年間患者様と向き合ってきました。本年9月から泌尿器科長としてより積極的に患者様の不安の解消に努めています。

上記の医療機器等を活用した安全で負担の少ない適切な治療を必要とする患者様について、ぜひお気軽にご紹介・ご相談をお寄せください。

泌尿器科 科長 山田 泰司

2024年冬号の目次

2ページ (病診連携勉強会より)

パーキンソン病の診断と治療
一疾患の理解と療養生活のポイント一

3ページ (病診連携勉強会より)

血便について
緊急度の高い症例や比較的珍しい症例



第123回 病診連携勉強会(2024年8月20日)

病診連携システム登録医をお招きして勉強会を開催しました。内容をまとめましたので紹介します。



パーキンソン病の診断と治療－疾患の理解と療養生活のポイント－ 脳神経内科 科長 山岡 朗子

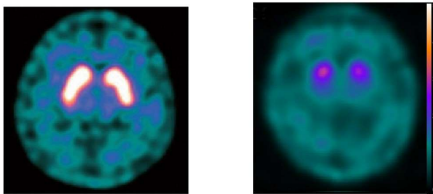
パーキンソン病は、1817年にJames Parkinsonにより初めて「An Essay on the Shaking Palsy (振戦麻痺に関するエッセイ)」として記載された疾患で、有病率は1000人に1~1.8人、65歳以上では100人に約1人と高齢になるほど発病率が増加し、**高齢化に伴い世界的にパーキンソン病が急増する状況は「パーキンソンパンデミック」と呼ばれて警鐘が鳴らされています。**

中脳黒質のドパミン神経細胞の障害によって発症し、安静時振戦、筋強剛、無動、姿勢反射障害を主徴とし、運動症状のみならず、自律神経症状・精神症状の非運動症状も認められる神経変性疾患です。重症度分類は一般的にHoehn & Yahr分類が用いられ、指定難病としての公費負担は3度以上が対象です。パーキンソン病によく似た症状を示す病態をパーキンソン症候群(パーキンソニズム)と呼び、薬剤性、脳血管性、多系統萎縮症(MSA)、進行性核上性麻痺(PSP)、大脳皮質基底核変性症(CBD)などが挙げられます。

診断のための検査としては、パーキンソン病ではCT/MRIでは特異的異常はみられないため、MRIは他のパーキンソン症候群の鑑別のために施行するという位置づけです。**DAT スキャン：ドパミントランスポーターシンチグラフィ**では病初期から被殻を中心に集積低下が認められますが、他のパーキンソニズムを呈する変性疾患でも低下します。薬剤性パーキンソン症候群では集積低下がみられないため診断価値が高いです。**MIBG 心筋シンチグラフィ**ではパーキンソン病患者で集積低下がみられるため、パーキンソニズムの鑑別に重要な役割を示します。

ドパミン神経の変性の有無を確かめる検査

ドパミン神経の終末を見る検査
(DATスキャン/ドパミントランスポーターシンチグラム)



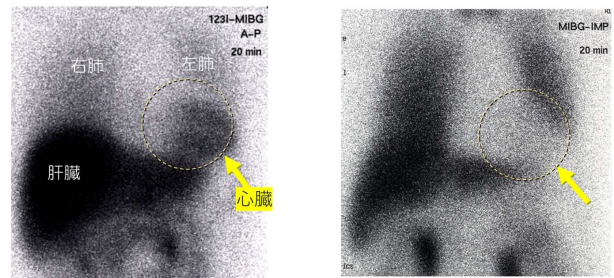
正常

パーキンソン病

パーキンソン病の患者さんではドパミン神経終末が減少するため左の図の白い「ハ」の字の見える線条体の下(実物では後)の方が途切れてみえ、お面の目の玉のような形に写ります)

パーキンソン病は長く付き合う病気なので
結果を目で見て納得しておくためには有効です。

心臓の自律神経の異常を確かめる検査 MIBG心筋シンチグラム



正常

パーキンソン病

パーキンソン病では自律神経の障害で心臓が写らなくなります。
パーキンソン病と他のパーキンソン症候群の区別に役立ちます。

治療にはレボトパを中心としてドパミン受容体刺激薬、ドパミン分解阻害薬であるMAO-B阻害薬・COMT阻害薬、ドパミン遊離を促進するアママンタジン、抗コリン薬、ノルアドレナリン前駆物質であるドロキシドパ、など複数の薬剤があり、個々の症状などに応じて組み合わせで投与します。レボトパを長期に投与していると薬効の減弱、ウェアリングオフ現象、オンオフ現象やジスキネジアなど出現してきます。**薬物治療で改善不十分な運動症状の日内変動やジスキネジアに対しては、外科的治療として脳深部刺激療法(DBS)を考慮します。**

非運動症状の**自律神経症状**は便秘をはじめとして排尿障害、起立性低血圧、発汗障害・体温調節障害があり、**精神症状**では抑うつ状態、意欲・自発性の低下、幻覚・妄想などあり、ADLの妨げとなります。日々の診療の場面では、症状日誌など利用して**個々の患者の症状・生活状況などに合わせた対応が必要です。**

今後とも名古屋セントラル病院への患者様のご紹介をよろしくお願いいたします。

第124回 病診連携勉強会(2024年10月22日)

病診連携システム登録医をお招きして勉強会を開催しました。内容をまとめましたので紹介します。

血便について 緊急度の高い症例や比較的珍しい症例 消化器内科 主任医長 中川貴之



血便の原因疾患について、他施設大規模コホート研究（CODE BLUE-J Study2021）によれば、**大腸憩室出血が最も多く**、以下、虚血性腸炎、内視鏡手技の後出血、直腸潰瘍、炎症性腸疾患、大腸悪性腫瘍の順に多い結果です。なお、原因不明が5.1%と今日においても比較的多い結果です。

大腸憩室出血の臨床的特徴として、出血の責任憩室同定率が低い、自然止血率が高い、一旦止血されても再出血が多いことが挙げられます。**大腸憩室出血に対する止血治療介入の適応として、近年、SRH (stigmata of recent hemorrhage) という概念が提唱されており、活動性出血、非出血性露出血管、附着凝血塊の内、いずれかを満たす場合に陽性と判定します。ただ、SRH の陽性率は、統計によれば約30%とあまり高くない事が課題です。**

各止血法の止血率の比較では、CODE BLUE-J Study2021 によれば、SRH 陽性例全体では、バンド結紮法>クリップ直達法>憩室閉鎖法、活動性出血例では、バンド結紮法>クリップ直達法=憩室閉鎖法、非活動性出血例では、バンド結紮法=クリップ直達法>憩室閉鎖法の順でした。(非活動性出血例では視界が良く、露出血管を観察しやすいため、クリップ直達法の精度が上がると思われ、クリップ直達法を第一選択にしても良い) なお、右側結腸例では、バンド結紮法>クリップ直達法>憩室閉鎖法、

左側結腸例では、バンド結紮法=クリップ直達法=憩室閉鎖法であり左側の場合は憩室閉鎖法も許容される結果となりました。左側結腸は右側結腸に比べ、出血量が比較的小さいためかもしれません。

虚血性腸炎については、主幹動脈の閉塞を伴わない腸管壁微小循環障害による「大腸の虚血性病変」と定義されます。分類としては、一過性型60~70%、狭窄型20~30%、壊死型5%の3つに分けられます。循環障害をきたす要因は、血管因子（動脈硬化による血管狭窄化、微小血栓、心不全、脱水、細血管障害、血管攣縮など）と腸管因子（便秘や浣腸などによる腸管内圧の亢進）の2つに分けられ、この2つの因子が重複するタイミングが重要です。**多くの場合、非壊死性ですが、壊死性の場合には重症であり、緊急手術を要します。ただ、壊死性の術前診断は難しく、正診率20%程度と報告されています。腹膜刺激症状と炎症マーカー高値が壊死性を疑うポイントです。**なお、急性期の大腸内視鏡は診断に有用であるため、腸管壊死が示唆される場合を除き、施行する事が推奨されています。

虚血性大腸炎60症例の重症例の検討では、重症例は高齢者に多く、内視鏡所見で重症の所見がみられること、腹痛や下痢・下血の程度が強いこと、発熱がみられること、基礎疾患として心電図異常があることや慢性便秘で緩下剤を服用している場合に多く、血液データでは、白血球やCRP値が高値である事が重症度と相関しました。

炎症性腸疾患については、近年、国際炎症性腸疾患研究機構（IOIBD）が主管となり、難治性IBDの定義として、5つのステートメントが提唱され（Difficult-to-treat IBD：D2T-IBD）、これを考慮すると、「**作用機序の異なる生物学的製剤の2剤目までに疾患活動性をコントロールすること**」を意識することが重要です。

近年、多数の生物学的製剤が使用可能となりましたが、**薬剤の選択については、「潰瘍性大腸炎・クローン病 診断基準・治療指針 令和5年度 改訂版」では明確な使い分けの基準は明記されていません。**治療前に効果を予測できるバイオマーカーがあれば良いですが、現時点で存在しないのが現状です。近年、IBDに関連する免疫細胞を、Th1、Th17、Th2の3つに分類して薬剤を選択する、サイトカインプロファイルという概念が提唱されています。

急性下部消化管出血に関する多施設大規模コホート研究
CODE BLUE-J Study (2021) に登録された10342例の最終診断一覧

大腸憩室出血	63.6%
虚血性腸炎	9.1%
内視鏡手技後出血	4.5%
直腸潰瘍	(EMR後22%, ESD後1.4%, polypectomy後0.7%) 2.5%
炎症性腸疾患	2.0%
大腸悪性腫瘍	1.9%
痔疾患	(大腸癌1.6%, 転移性腫瘍0.2%, その他0.1%) 1.8%
大腸血管拡張症	1.3%
感染性腸炎	1.3%
放射線腸炎	0.6%
非特異的腸炎	0.5%
薬剤起因性大腸潰瘍	0.1%
小腸出血	2.4% (確定1.1%, 推定1.2%)
上部消化管出血	1.5%
出血源不明	5.1%

出典：Am J Gastroenterol 116:2222-2234, 2021

非活動性出血
非出血性露出血管 凝血塊附着

非活動性出血(露出血管・凝血塊附着)

止血法	N	早期再出血 (30日以内)	後期再出血 (30日以降)
バンド結紮法	190	11.7%	22.3%
クリップ法	311	17.9%	29.7%
P value		0.029	0.034

止血法	N	早期再出血 (30日以内)	後期再出血 (30日以降)
直達法	165	11.5%	21.8%
憩室閉鎖法	253	22.1%	34.8%
P value		0.006	0.005

脊椎脊髄センター便り



脳神経外科・脊椎脊髄センター 副医長 松尾 衛

2024年4月開設から8か月経ち手術件数は**111件**となりました。

主な手術内容は、経皮的椎体形成術39件、頸椎椎弓形成術9件、頸椎前方除圧固定術11件、後方椎体固定術5件、後側方固定術11件、胸腰椎後方除圧術22件、腰椎椎間板摘出術6件です。

当センターでは脳外科医の特色を活かして最新の手術顕微鏡を使用することにより、小さな皮膚切開でも明るく拡大された視野で、安全な神経剥離操作かつ確実な神経除圧が可能です。また、手術の低侵襲化により術後早期の離床を可能にして、入院期間の縮小や高齢患者様の自宅退院に努めています。

術式は患者様の生活背景やご家族様のご希望に配慮した過不足のない方法を選択し、退院後の生活がより豊かになるように心掛けていますので、遠慮なくご相談ください。

地域連携医の先生方につきましては、貴重な患者様のご紹介誠にありがとうございます。

地域の皆様のお役に立てるよう邁進してまいりますので、今後とも何卒よろしくお願いたします。

Event

I 第126回 病診連携勉強会・意見交換会

開催日 : 2025年3月1日(土)

会場 : 名古屋マリオットアソシアホテル (アイリス)

スケジュール : 17:00 病診連携勉強会

テーマ: 地域で心不全を診る～中村区心不全研究会の取り組み～
講師: クリニックかけはし 副院長 鬼頭 哲太郎 様

テーマ: 温故創新～新ブレインスイート稼働前夜 脳神経外科の未来を考える～
講師: 当院 脳神経外科 科長 中原 紀元

18:30 意見交換会(懇親会)

医師等 当院スタッフとのご歓談の場を設けております。
連携医の方はどなたでもご参加いただけます。

新任者紹介

名古屋セントラル病院 地域・法人連携室長 水野 博之

この度、地域・法人連携室長に着任いたしました。当室は連携する医療機関の先生方と当院を円滑につなぐ役割を担うことで、地域の皆さまに最適な医療環境を提供する重要な使命を帯びております。その使命を果たすべく業務に邁進していく所存ですので、ご指導のほどよろしくお願いたします。



編集 東海旅客鉄道株式会社 名古屋セントラル病院 地域・法人連携室

〒453-0801 名古屋中村区太閤三丁目7番7号 TEL: 052-452-3165 (代表) FAX: 052-452-3182

E-mail: hospital@jr-central.co.jp URL: https://nagoya-central-hospital.com

