

ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術について

患者番号: @@SYPID@@

患者氏名: @@ORIBP_KANJI@@ 様

1. 現在の病状、診断名、重症度 / 検査等の目的

あなたの病気は腎細胞がんです。現在の病状はがんが腎臓内にとどまっており、ステージ1(cT1a)と言われる状態です。

2. 必要とされる医療(手術、麻酔、検査、その他治療)とその方法

手術日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

手術時間: 3 時間

現時点では手術により摘出することが最も有効な治療法です。手術により完全に治る可能性があります。あなたの腎がんは腎臓の一部にとどまっており、部分的にがんだけを取りぞくことが可能です。部分的に切除することで腎機能が低下する恐れが少ないという利点があります。一方で短所として残された腎臓にがんが 2-3%の割合で再発する可能性があります手術後も定期的な観察が必要です。

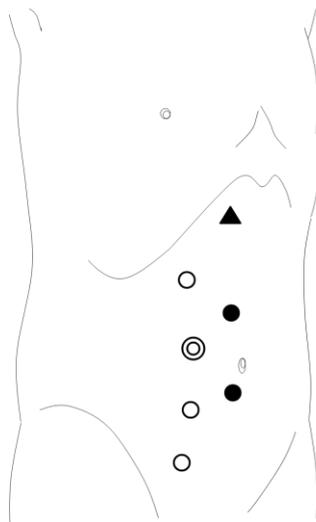
腎臓にできる腫瘍は 90%が悪性であると言われていますが、まれに後の病理学的検査で良性と判定されることもあります。

腎がんに対する手術療法には腎臓全部を摘出する腎摘除術と、がんとその周囲の腎組織のみを摘出する腎部分切除術があります。これら 2 つの手術法のどちらを行うかは、がんの大きさや位置、年齢、既往歴、手術前の腎機能などにより総合的に決定します。腎部分切除術はがんが比較的小さい(4cm 以下)の場合に適応となり、腎摘除術と予後が変わらないことがわかっています。

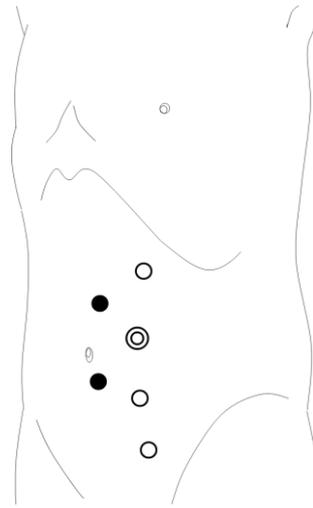
手術はロボット支援のもとに行います。

手術は側臥位(横向き)で行います。まず 10mm の穴を体表に 5-6 ヶ所あけてカメラや鉗子を挿入し手術を行います。



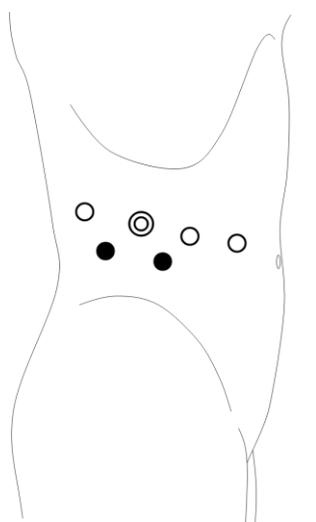


右経腹膜アプローチ

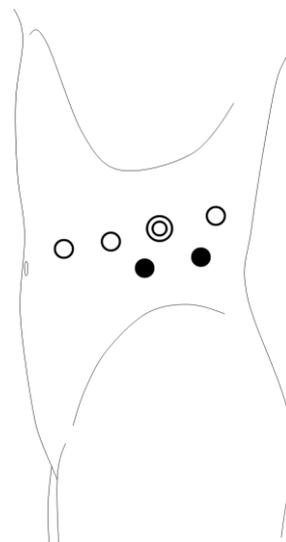


左経腹膜アプローチ

- ◎カメラポート 20mm
- ロボット用ポート 10mm
- 助手用ポート 12mm
- ▲肝臓挙上用ポート 5mm



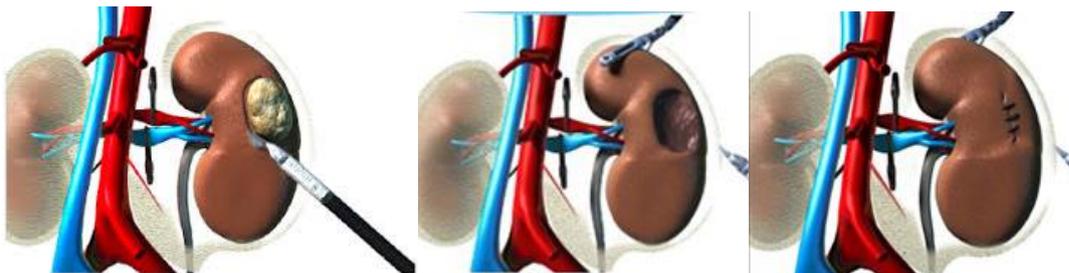
右後腹膜アプローチ



左後腹膜アプローチ

- ◎カメラポート 12mm
- ロボット用ポート 10mm
- 助手用ポート 12mm

手術中は腹腔内で術野を確保するために二酸化炭素を注入します。部分切除を行うために腎臓、腎臓の血管(動脈、静脈)、尿管を十分露出します。がんをエコーで同定して位置と深さを確認して、腎動脈を一時的に遮断したのちに、がんを摘出します。切除後は出血点を止血し、腎盂(尿の通り道)が開放している場合は縫合閉鎖して、血流を再開します。血流再開後も止血が十分できていることを確認し、がんは袋に入れて摘出し、手術を終了します。



3. 上記医療の予想される効果と限界

癌を根治できます。

4. 上記医療を受けない場合に予想される病状の推移

治療を実施しない場合、腎がんが増大し、多臓器などへの転移により死亡する可能性があります。

5. 上記医療の代替え治療法と予想される病状の推移

腎摘出術のほうが安全で確実な治療方法ではありますが、不要な腎機能低下を招きます。

6. 起こりうる合併症と危険性・死亡の可能性

術中合併症

【出血】腎臓は非常に血流の多い臓器です。血管の損傷により多量に出血した場合は輸血が必要となり、また開腹手術に移行する可能性、腎摘除術に変更する可能性があります。

【周囲臓器損傷】腎臓周囲には、尿管、肝臓、脾臓、膵臓、腸が隣接しています。これらを注意深く剥離し、術野を展開しますが、周辺臓器を損傷する可能性はあり、その際は修復等の処置を行います。

【気胸】臓器損傷の一つですが、横隔膜あるいは胸膜を損傷すると肺がふくらまなくなります。このときは損傷部位を修復して胸腔ドレーンという管を一時的に留置する可能性があります。

【ガス塞栓】二酸化炭素が血管の中に入り肺に血液が回らなくなるもので稀ではありますが重篤な合併症です。

【その他】出血や癒着、その他の合併症により安全性が確保できない場合は開腹手術または腎摘除術へ移行することがあります。またロボットを用いて手術を行います。機械の不良によりロボットが使用できなくなった場合は腹腔鏡手術もしくは開腹手術に移行して手術を続行します。

術後合併症

【後出血】術後に切除面から再出血が見られる場合があります。多くは自然に止血されますが、輸血を要したり、血管をつめる処置(血管内治療)を追加する場合があります。

【腎動静脈ろう、仮性動脈瘤】部分切除を行った部分に腎動静脈ろうや仮性動脈瘤という出血の原因となる病変ができることがあります。この場合は血管内治療にて血管を詰める処置が必要となったり、腎摘除術を行う場合があります。

【尿ろう】腎盂を開放した場合、修復しますが、手術後に尿が漏れる可能性があります。その際は尿管ステントを留置し、自然に閉鎖するのを待ちます。

【皮下気腫】二酸化炭素が皮下にたまって不快な感じがすることがありますが 1 週間程度で自然に吸収されます。

【腎機能障害】一時的に腎機能が低下する場合、まれに透析が必要となる場合があります。また血流の一時的な遮断により、長期的に見て腎臓が萎縮する場合があります。

【深部静脈血栓症に伴う肺梗塞】主に足の血管で血液が固まり血流に乗って肺にたどり着くと肺の血管を閉塞させてしまうことがあります(いわゆるエコミークラス症候群)。予防のために手術中、術後は下肢に弾性ストッキングを履いていただき、またマッサージ器を装着して血流が滞らないようにします。術後はできるだけ早く離床し、歩行していただくことが大切です。

【感染症】術後、細菌感染により創部感染、肺炎を併発することがあります。適切な抗菌薬を用い治療を行います。

【創ヘルニア】いわゆる脱腸と言われる状態です。手術で開けた穴の部分にまれに腸がはまり込む場合があります、手術が必要になることがあります。

その他

万全な注意を払って手術を行います但し実際の手術では上記以外にも予期せぬ合併症が起こることがあります。脳梗塞、肺梗塞、狭心症、心筋梗塞、潜在的な不整脈などがそれに当たります。万が一そうした場合は速やかに対応いたします。

7. 麻酔について

全身麻酔(硬膜外麻酔を併用する場合があります)で行います。

麻酔剤や抗生剤などの薬剤によるアレルギー反応(ショック、湿疹など)や、副作用を生じることがあります。副作用発生時には適切な処置を行います。

8. 輸血について

- 現時点では輸血は予定していません。
- 別紙「輸血療法および特定生物由来製品使用に関する説明書」の通り説明します。

なお、全ての手術や出血する可能性のある治療には輸血をとまなう可能性があり、輸血拒否により手術・治療の同意書が得られない場合であっても、救命のための緊急手術・治療が必要な場合は手術・治療を実施いたします。

9. 予測できない偶発症の可能性と対応について

予測できない、または極めてまれな偶発症や合併症の発生は、患者さんの個人差等もあり、起こり得る全ての可能性をあげることはできませんが、これらの偶発症や合併症が発生した場合には最善の対応を行います。

10. 治療予定の変更やそれに伴う費用負担について

治療中の判断や予測できない偶発症等により、予定していた治療方法を変更・中止すること、あるいは当初の目的が達成できなくなることがあります。また、合併症や偶発症に対し治療が必要となる場合があります。これらの治療に伴う費用は健康保険の適用となります。

11. セカンドオピニオン

他院で治療についてのご意見を聞かれない場合(セカンドオピニオン)はご遠慮なく担当医へお申し出ください。それに伴い不利益な取り扱いを受けることはありません。

12. 同意を撤回しても不利益は受けないこと

一旦、同意書を提出しても、治療が開始されるまでは同意を撤回することができます。同意を撤回される場合はその旨をお申し出ください。同意を撤回しても不利益な取り扱いを受けることはありません。

13. 治療を辞退できること

説明を受けても同意・承諾できない場合は、治療を辞退することができます。

上記について説明致しました。

説明日: @@DYTODAY@@

説明医師: ベルランド総合病院 @@SYDPTNAME@@ @@SYUSRNAME@@

(病院控え)

患者番号: @@SYPID@@

患者氏名: @@ORIBP_KANJI@@ 様

同意・承諾書

ベルランド総合病院 病院長殿

私は、別紙説明書に基づいた説明に関して @@SYUSRNAME@@ 医師 からすべての項目について十分に説明を受けるとともに質問する機会を得ました。

これらの説明により、説明各項目および関連する事項について確認し理解できましたので、説明を受けたすべての事項に関して同意・承諾いたします。なお、本同意・承諾は、治療期間中あるいは今回の入院期間中において有効とします。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

承諾者氏名
(本人自署) _____ 代諾の場合患者との続柄()

連絡先電話番号()

同席者氏名
_____ 患者との続柄()

連絡先電話番号()

_____ 患者との続柄()

連絡先電話番号()

説明医師 @@SYDPTNAME@@ @@SYUSRNAME@@ (同席者) _____

(患者様用)

患者番号: @@SYPID@@

患者氏名: @@ORIBP_KANJI@@ 様

同意・承諾書

ベルランド総合病院 病院長殿

私は、別紙説明書に基づいた説明に関して @@SYUSRNAME@@ 医師 からすべての項目について十分に説明を受けるとともに質問する機会を得ました。

これらの説明により、説明各項目および関連する事項について確認し理解できましたので、説明を受けたすべての事項に関して同意・承諾いたします。なお、本同意・承諾は、治療期間中あるいは今回の入院期間中において有効とします。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

承諾者氏名
(本人自署) _____ 代諾の場合患者との続柄(_____)

連絡先電話番号(_____)

同席者氏名
_____ 患者との続柄(_____)

連絡先電話番号(_____)

_____ 患者との続柄(_____)

連絡先電話番号(_____)

説明医師 @@SYDPTNAME@@ @@SYUSRNAME@@ (同席者) _____