

第 12 回がん理学療法カンファレンス

がんリハビリテーションの治療戦略

日時 2023 年 1 月 15 日（日曜日） 9 : 30 ~ 16 : 10（9:00 より入室可能）

開催形式 Zoom ウェビナー（ライブ配信）

主催 日本理学療法学会連合 日本がん・リンパ浮腫理学療法研究会

開催趣意

本邦では、海外と同様に、がんの罹患率が高く、死亡の主原因でもあります。早期発見、治療選択の進歩などにより、生存率が向上しています。がん患者の治療には、手術、放射線治療、薬物療法が実施されるものの、周術期や補助療法中などの患者は、脳卒中や整形外科疾患と同様にリハビリテーションが実施されています。リハビリテーション効果としては、術後の合併症予防や廃用症候群予防による予後改善、補助療法後の副作用や進行がんによる Activities of Daily Living (ADL) や Quality of Life の低下に対するリハビリテーション実施による改善など、多数の効果が報告されています。化学療法の実施は、副作用の問題から ADL が一定以上低下している患者には実施が難しく、リハビリテーションの実施によって ADL が改善し、化学療法実施が可能となれば、寿命延長の可能性もあります。そのため、がん患者に対しては、医師や看護師など多職種と共に理学療法士も積極的に関り、医療を提供することが求められています。

がん理学療法カンファレンスは、これまで第 11 回まで実施されており、今回、始めて四国で開催となりました。本カンファレンスは、「がんリハビリテーションの治療戦略」のテーマで実施いたします。特別講演にて岡山大学整形外科医の中田英二先生には、医師の視点から骨転移患者に対して理学療法士がリハビリテーションを実施する上で必要となるリスク管理、画像の見方なども含め講演をして頂きます。教育講演は、3名の理学療法士の方々に講演を実施して頂きます。リムズ徳島クリニックの上田亨先生にはリンパ浮腫患者に対するリハビリテーション、香川大学医学部附属病院の田仲勝一先生には頭頸部がん患者に対するリハビリテーション、香川大学医学部附属病院の眞鍋朋誉先生には脳腫瘍患者に対するリハビリテーションについて、リハビリテーションの実際と最新の知見などを含め講義を頂きます。口述発表では、臨床現場で実施されている症例に対するリハビリテーションに関して発表して頂き、活発なディスカッションによって情報交換が実施できればと思っております。

本カンファレンスでは、参加者の方々の日々の臨床現場において参考となり、がんリハビリテーションの発展に少しでも貢献できれば幸いです。

第 12 回日がん理学療法カンファレンス
実行委員長 明崎 禎輝

プログラム

9:00～受付開始
9:30-9:35 開会の挨拶 明崎 禎輝（高知リハビリテーション専門職大学）
9:35-11:05 特別講演 骨転移の治療戦略 講師 中田 英二（岡山大学 整形外科 医師） 座長 明崎 禎輝（高知リハビリテーション専門職大学）
11:15-12:15 教育講演 1 リンパ浮腫のリハビリテーション ～複合的治療の基礎から応用まで～ 講師 上田 亨（リムズ徳島クリニック） 座長 田仲 勝一（香川大学医学部附属病院）
12:15-13:00 休憩
13:00-14:15 教育講演 2 脳腫瘍に対するリハビリテーション 講師 眞鍋 朋誉（香川大学医学部附属病院） 座長 田沼 志保（北里大学メディカルセンター）
14:25-15:35 教育講演 3 頭頸部がん患者に対するリハビリテーション 講師 田仲 勝一（香川大学医学部附属病院） 座長 明崎 禎輝（高知リハビリテーション専門職大学）
15:45-16:05 一般演題 演者 松森 圭司（信州大学医学部附属病院） 座長 眞鍋 朋誉（香川大学医学部附属病院）
16:05-16:10 ⑦閉会の挨拶 明崎 禎輝（高知リハビリテーション専門職大学）

がん患者数の増加と共に骨転移患者数は増加している。骨転移患者は痛みや麻痺により ADL, QOL が著しく低下する。したがって、院内で多職種連携チーム医療を行う体制を確立することが重要である。しかし、骨転移診療ではリハビリテーション医療から抗がん剤まで幅広い知識が必要である。また、骨転移に関する臨床研究が少なく、適切な治療方針については不明な場合が多い。そこで、骨転移判明時から多職種による集学的治療を体系的に行う体制を構築するため、2009 年に骨転移診療システムを構築した。脊椎転移による麻痺発生数はシステム導入前(38 例)に比べシステム導入後(7 例)に減少した。麻痺の無い脊椎 SRE に対しては RT 単独で治療を行うことが多い。しかし、痛みで離床困難になると廃用症候群が発生する可能性がある。そこで、アルゴリズムを作成して安静度を決定し、早期離床とした。また、脊椎転移例のデータベースを作成し、330 例について痛み、RT 後の骨形成、脊椎不安定性、ADL, QOL などの経時的なデータを登録し、治療成績を解析した。RT 後、骨転移部の痛みは経時的に改善し、開始時と比べ有意に改善した。RT 開始後 3 か月で 92% の患者に痛みが消失した。ADL, QOL は経時的に改善した。骨転移の原発巣は様々であるが、データを集積し解析すると、各がん種の治療効果や SER 発生の特徴が明らかとなった。今後は多施設共同研究によるエビデンスの構築が期待される。

リンパ浮腫のリハビリテーション
～複合的治療の基礎から応用まで～

上田 亨先生（リムズ徳島クリニック）

リンパ浮腫については 2008 年にリンパ浮腫指導管理料や弾性着衣等の療養費支給が、また 2016 年にリンパ浮腫複合的治療料が保険収載され、全国的に保存療法である複合的治療が第一選択肢として広く知られるようになりました。近年ではリンパ管細静脈吻合術や脂肪吸引など外科治療も普及してきており、治療の選択肢は増えています。しかし現時点では根治的治療は確立されていない状況で、これらの外科的方法も自己管理の負担を減らす目的として位置づけされ、保存療法との併用が不可欠です。そのためリンパ浮腫患者の多くは永続的にセルフケアを行っており、医療者側も生涯を通してサポートしていく場合もあり、多職種連携、多施設連携の必要性が認識され、各地域において格差なく対応できるための環境も整備されてきています。

当院はリンパ浮腫治療専門施設として、以前から保存療法による対応を行っています。実際の臨床では、リンパ浮腫が慢性の経過をたどる中で、例えばセルフケアが自己流になって症状が悪く方向に進んでしまったり、症状が安定している場合でも更なる改善のために治療や指導の工夫が必要になったりするなど、複合的治療の基本的な理解だけではうまくいかない場合もみられ、個別に臨機応変に対応していくことが必要になります。今回は当院での取り組み方を基に複合的治療の基本的な考え方やその応用についてお話しします。

リンパ浮腫治療について関心や理解を深めていただければ幸いです。

脳腫瘍は、世界保健機関により、grade I (良性腫瘍) から grade IV (悪性腫瘍) に分類される。Grade I の代表例は髄膜腫であり、髄膜腫患者では腫瘍の増大や周辺脳実質の浮腫による神経症状の増悪がみられた場合に腫瘍摘出術が計画される。その一方で、grade IV の代表例である膠芽腫では、患者の生命予後や機能予後が悪く、標準的治療として腫瘍摘出術に加えて化学療法や放射線療法も計画される。急性期治療中では、理学療法士らはこれらの治療計画の違いやその副作用を理解しておく必要がある。

従来、脳腫瘍患者の神経学的症状に対するリハビリテーション評価や治療は、脳卒中患者に対するそれらを基として展開されてきたが、その妥当性や効果について、脳腫瘍患者を対象とした科学的エビデンスは非常に少ない。また、急性期治療の副作用による倦怠感や食思不振、活動量減少は高い頻度でみられ、治療期間中の脳腫瘍患者は廃用性変化が起きやすい。近年、我々は急性期治療期間中の髄膜腫患者や膠芽腫患者の体重減少や在院日数に関連する因子を明らかにし、科学雑誌や学術集会などで報告してきた。

本講演では、急性期治療中の成人脳腫瘍患者に対してリハビリテーションを実施する上で知っておくべき知識と、リハビリテーション評価や治療の科学的エビデンスについて整理する。また、髄膜腫患者と膠芽腫患者において、我々が行っている身体機能や治療アウトカムと関連する因子の探索について紹介する。

頭頸部がんとは頭蓋底部から下、鎖骨より上の顔面や頸部の領域（脳病変、目病変、頸椎病変は除く）に発生するがんの総称であり、2018年全国がん登録罹患データによると人口10万人当たり、口腔咽頭がんは男性25.5人、女性10.5人、喉頭がんは男性7.7人、女性0.7人、甲状腺がんは男性7.8人、女性21.3人とすべてのがんの5%程度と考えられている。頭頸部は呼吸や咀嚼・嚥下、聴覚など日常生活に必要な臓器が集中していることと、顔面形態・表情のような整容面は社会生活に関わることから、根治性とQOLのバランスを保った治療が考慮される。治療は手術療法、放射線療法、薬物療法があり、多くの場合はこれらの治療を組み合わせた治療が行われる。理学療法士はいずれの治療についても理解が必要であり、治療特性にあわせた理学療法実施が求められる。

本講演は頭頸部がんに対する再建術を伴う手術療法について焦点を絞り進めていく。再建術を伴う手術療法の特徴として手術時間が10時間を超えるようなことも珍しくなく、手術そのものの侵襲が大きいこと、再建器官の安静を保つ必要があること、皮弁採取部位の侵襲などがあげられる。術後の身体機能低下についての特徴や理学療法実施のポイントについて自験例も交えて考察する。

本講演が頭頸部がん患者の周術期への関わりについて、理学療法発展の一助となれば幸いである。

一般演題

脊椎不安定性の可能性がある脊椎転移患者に対するリハビリテーションの検討

松森圭司¹⁾，田中厚誌²⁾，岡本正則²⁾，鬼頭宗久²⁾，青木 薫²⁾，小松幸子²⁾，
出田宏和²⁾，小岩井慶一郎³⁾，塚原嘉典³⁾，藤永康成³⁾，高橋 淳²⁾，堀内博志¹⁾

1) 信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部

2) 信州大学医学部附属病院 整形外科

3) 信州大学医学部附属病院 放射線科

はじめに

骨転移患者に対する具体的なリハビリテーションは確立されていない。2020年4月以降、当院ではリハビリテーション選択アルゴリズムを作成し、骨転移ボードにてリハビリテーション方法を決定している。本研究の目的は脊椎不安定性の可能性がある脊椎転移に対しリハビリテーション介入した患者の活動性の変化を検討することである。

対象と方法

2020年4月～2022年6月までに、Spinal Instability Neoplastic Scoreが7点以上の脊椎転移に対して、リハビリテーション介入した42例（年齢中央値70歳，男性25例，女性17例）を対象とした。評価項目はFrankel分類，動作時のNumerical Rating Scale (NRS)，Barthel Index (BI)，FIMの歩行能力，Performance Status (PS)とし，リハビリテーション介入前後で比較した。本研究は倫理委員会の承認を得て行った。

結果

介入前Frankel E，Frankel A～D症例の割合は78% (33/42例)，21% (9/42例)であった。介入前Frankel E症例の麻痺予防率は96% (32/33例)であった。NRSは3点から0点，BIは60点から80点，歩行能力は2点から5点に有意に改善した。PSは3から3と変化を認めなかった。

考察

本研究ではFrankel E症例の麻痺予防率は高かったが，介入前Frankel A～D症例も多く存在しており，多職種による体系的な介入のさらなる継続が重要であると考ええる。また，いずれの評価項目もリハビリテーション介入前後で改善・維持されており一定の効果を認めたが，活動性の改善効果をより高めるための具体的なリハビリテーションプログラムの考案が今後の検討課題である。

第12回がん理学療法カンファレンス準備委員

実行委員長 明崎 禎輝 (高知リハビリテーション専門職大学)

準備委員長 田仲 勝一 (香川大学医学部附属病院)

準備委員 田沼 志保 (北里大学メディカルセンター)

眞鍋 朋誉 (香川大学医学部附属病院)