

# 腎がんに対する腎部分切除術の説明と同意書

患者氏名（ ）様

## 1 進行度（臨床病期）について

これまでに行ったレントゲン検査の結果などからあなたの進行度は（ ）期です。腫瘍の大きさは直径（ ）cmです。

腎がんの場合、胃がんなどと違って、手術前に生検（腫瘍の組織を一部取ってきて顕微鏡で確認する）はしません。レントゲン検査で悪性より良性が疑わしいときには生検を行いますが、レントゲン検査で良性が疑われないときには行いません。しかし、悪性と診断しても手術後の顕微鏡検査で良性と診断されることがまれにあります。特に腫瘍径が4cm以下の場合10-30%程度に見られるとされます。4cmを超えると頻度は減少します。

## 2 手術方法について

腫瘍の場所（ ）、深さは腫瘍の半分（以下・以上）です。

このことから手術方法は、（腹腔鏡・開腹）を勧めます。

横向きの体勢で脇腹（肋骨と骨盤の間）を切開します。

腹腔鏡の場合、5-10mmの穴を4-5箇所あけ手術を開始します。

まず、腎を周囲組織から注意深く剥がしていき、腎動脈と腎静脈をみつけます。

腎機能温存のために腎臓を冷水で冷やします。手術開始時に尿路にも細い管を入れ、

内部からも腎を冷やします。次に、腎血管を遮断し腎臓への血液の流れを

遮断します。その後腫瘍を切除して取り出します。腫瘍が存在したところの腎臓を一部切除して迅速病理検査に提出することもあります。もし、迅速病理検査でがんが存在すると部分切除術から腎摘除術に変更することがあります。

切除された腎臓を特殊な糸で縫い合わせ、腎血流を再開します。

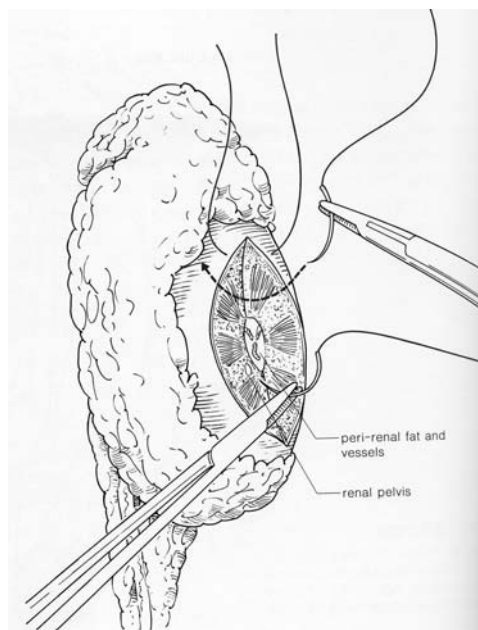
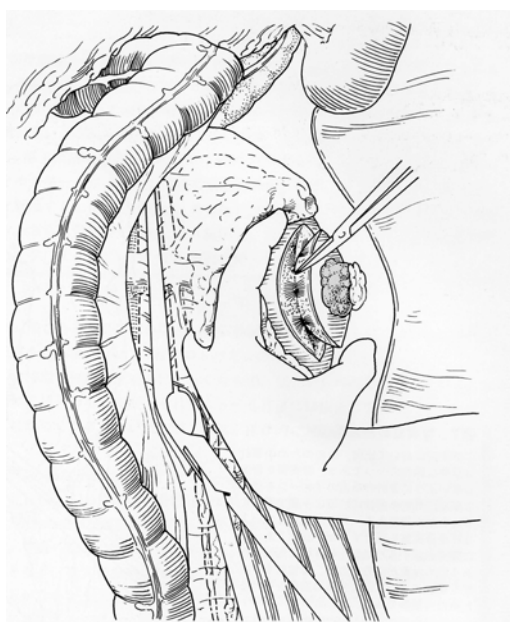
腎臓からの出血がないことを確認し、手術部位に細い管を入れて手術を終了します。

腎からの出血予防のために、縫い合わせたところに人工の接着剤と止血用綿花を使用します。

腹腔鏡で行うか開腹で行うかは腫瘍の場所や深さ、腎機能により決定しています。

腹腔鏡だと傷も非常に少なくすみますが、腎の切除や縫い合わせに特殊な技術が必要で一般的な報告では開腹と比較し、合併症のリスクが若干高くなるとされています。

ただし、今までに問題となったことはありません。



### 3 手術に際しての問題点

腎がんのタイプが手術中にわからない。

腎がんの中で紡錘細胞がんは非常に予後不良なのでこの場合は再手術が必要（腎摘）

切除断端陽性の可能性

術中迅速で腫瘍底部の生検を行っても100%の保証ではない。

（残した腎にがんが再発する可能性有り）

腎機能

残した腎の機能が回復しないことあり

（腎動脈の硬化が強かったり、血流の遮断時間が長かったりすると、せっかく残した腎が機能しないことがある。これは術中に予測できない事が多い）

### 4 合併症について

一般的な合併症として次のようなことがあげられます。

ただしこのような合併症が起こらないよう手術時および術後には十分な注意を払います。

腎摘に変更

出血のコントロールができない

腎血流が回復しない（極端に血流が悪いと手術中でもわかる）

結局小さな腫瘍なのに大きな傷で腎摘になってしまう可能性がある

尿の流出

部分切除部の縫合部から尿があふれ出すことがある

手術中や直後には問題なくても数日後にわかることもあります。

この場合、ステント（膀胱から腎に入れる細い管）を挿入し漏れが直るまでまつ事が必要になります。漏れの程度によっては再手術になることもあります。

（幸い今までのこの合併症は経験していません）

肺塞栓

手術中や術後は血栓（血のかたまり）ができやすくなります。この血栓が肺に流れて詰まってしまうのが肺塞栓です。大きな血栓では呼吸ができなくなり、死に直結します。

このため、血栓予防として弾カストッキングをはいてもらい、

足には予防する機械を装着します。

ただし100%の予防効果はありません。早期離床が大事です。

感染

手術部位の感染（腹膜炎）、術後肺炎など

腸閉塞

術後腸の動きが悪くなって腸閉塞になることがあります。腸の癒着を防ぐためにも早期離床が大事です。

創部痛

術後の痛みは個人差がありますがしばらく続きます。

腎機能障害

腎部分切除術でも5年後には腎機能が悪化するという報告もあります。ただその頻度は、腎摘の15%-22%に比べると低く、0%-12%です。

（クレアチニンが2.0以上になる）

合併切除・臓器損傷

手術中に癒着（がんが周囲とくっついている）があると周囲臓器（腸・膵臓・脾臓など）と一緒に摘出する必要があります。

また、手術時の操作により周囲臓器に損傷が起こったときも同様です。

ただ、あなたの腫瘍は非常に小さいので癒着の可能性はまずありません。

