

第208回近畿外科学会 プログラム・抄録

会 期：令和7年3月1日（土）

会 場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931

評議員会会場：大阪国際交流センター 2階 さくら

会 長：西 村 好 晴

（和歌山県立医科大学外科学第一講座）

INTUITIVE

Da Vinci SP

Move surgery forward. Again.



詳細は以下のお問い合わせ先、または弊社営業担当へご確認ください。

お問い合わせ先

インテュイティブサージカル合同会社

東京都港区赤坂一丁目12番32号アーク森ビル

Tel. (03) 5575 - 1419 (営業部)

Tel. (03) 5575 - 1326 (マーケティング部)

Tel. (03) 5575 - 1362 (音声案内で3を選択)

(0120) 56 - 5635 (音声案内で3を選択) (カスタマーサービス)

販売名: da Vinci SP サージカルシステム (承認番号: 30400BZX00220000)

©2023 インテュイティブサージカル合同会社

無断複写・複製・転載を禁じます。製品名は各社の商標または登録商標です。

PN 1110236 JP Rev.A 12/22

第 209 回 近畿外科学会ご案内

第 209 回近畿外科学会を下記の通り開催しますので、多数ご参加くださいますようご案内申し上げます。

記

1. 開催日：令和 8 年 2 月 28 日（土）
2. 会 場：大阪国際交流センター
〒 543-0001 大阪府大阪市天王寺区上本町 8 丁目 2 - 6
TEL：06-6772-5931（代）
3. 演題登録募集期間：2025 年 10 月中旬～ 12 月下旬（予定）
4. 演題登録
近畿外科学会のホームページ（<https://plaza.umin.ac.jp/kinkigek/>）から「演題募集」をクリックしていただき、登録画面の案内に従って登録して下さい。
5. お問い合わせ・その他
※オンライン登録に関するお問合せは、近畿外科学会事務局
（e-mail：kinkigeka@ac-square.co.jp）へお願い致します。

以上

第 209 回近畿外科学会 会長

安田 卓司

近畿大学医学部外科学教室上部消化管部門
〒 589-8511 大阪府大阪狭山市大野東 377-2
TEL：072-366-0221

第 208 回 近畿外科学会
プログラム

会 長

和歌山県立医科大学外科学第一講座

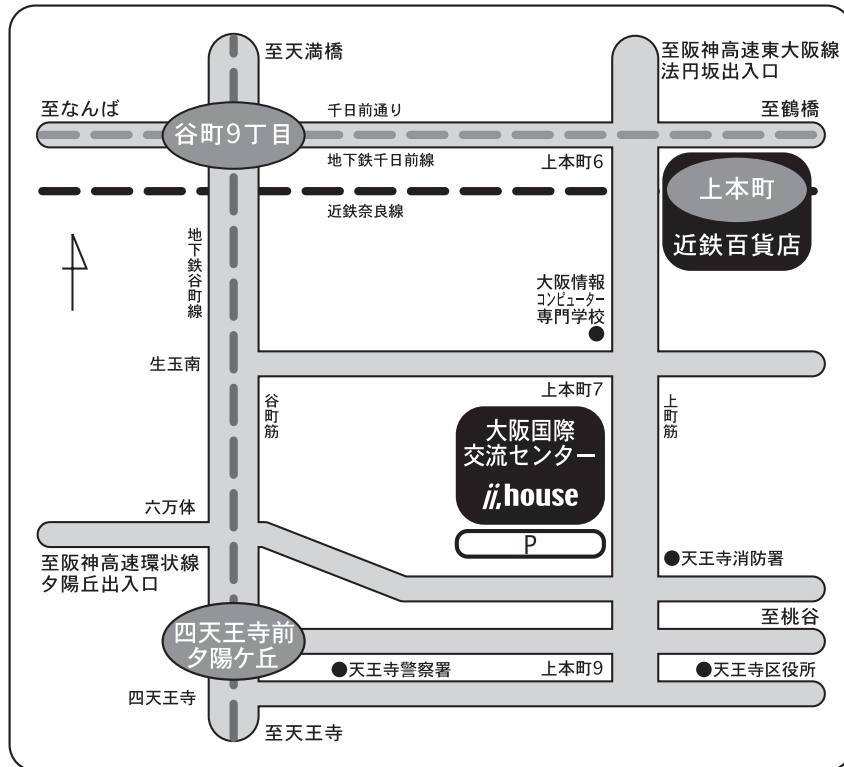
西村 好晴

会場案内図

大阪国際交流センター

〒 543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931 (代)



★ 駐車場が充分ではありません。

ご来館には公共交通機関をご利用ください。

●地下鉄：「谷町九丁目」(谷町線・千日前線)

5番または近鉄10番出入口から南東方向へ徒歩10分

「四天王寺前夕陽ヶ丘」(谷町線)

1番または2番出入口から北東方向へ徒歩10分

●近 鉄：「大阪上本町」から南へ徒歩5分

●市バス：「上本町八丁目」バス停から徒歩1分

JR 新大阪駅から約 50 分

- 地下鉄御堂筋線（なんば乗りかえ）千日前線「谷町九丁目」下車、徒歩 10 分
- 地下鉄御堂筋線（なんば乗りかえ）近鉄「上本町」下車、徒歩 5 分

JR 大阪駅から約 40 分

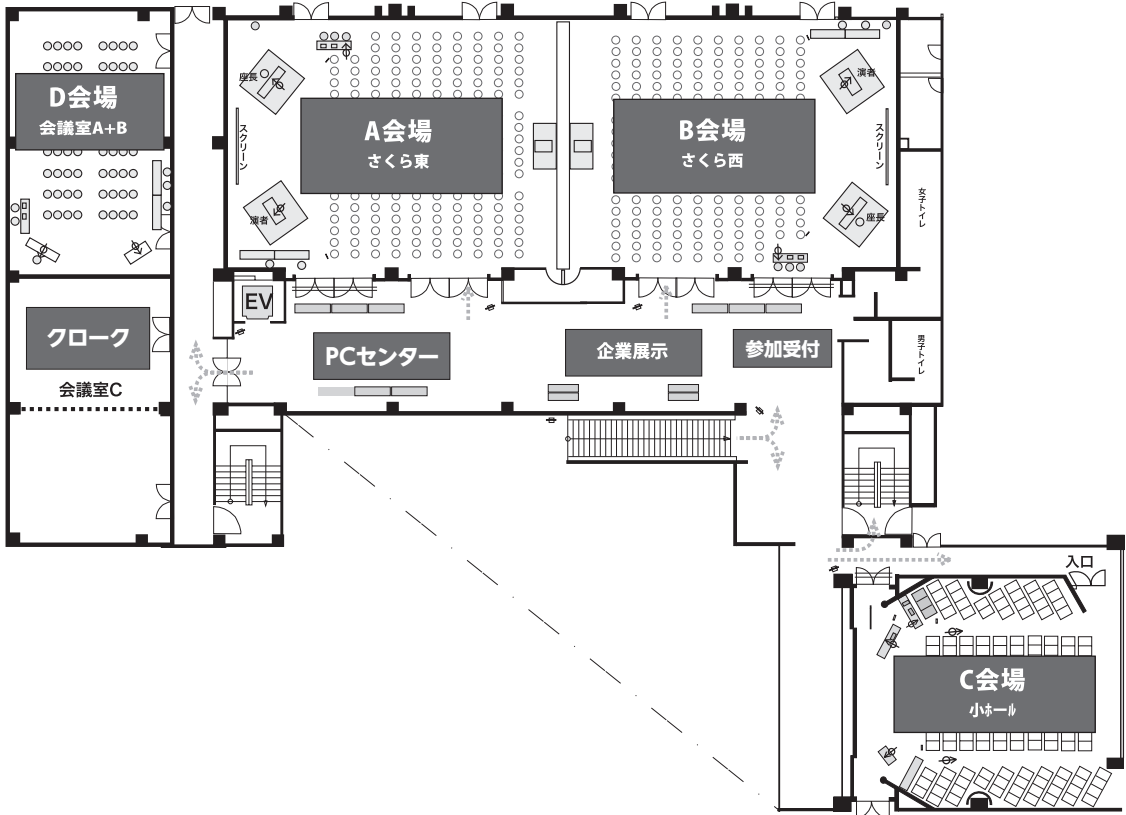
- JR 環状線（鶴橋乗りかえ）近鉄「上本町」下車、徒歩 5 分
- 地下鉄谷町線「東梅田」乗車「谷町九丁目」下車、徒歩 10 分

関西国際空港から約 60 分

- リムジンバス（上本町線）で「近鉄上本町」へ
- 南海本線（難波乗りかえ）近鉄「上本町」へ

会場配置図

2階



演者、参加者へのお願い

- 1. 参加受付開始：**受付開始時間は 8 時 40 分から行います。
会場入口は 8 時 30 分からご入館して頂けます。
- 2. 口演時間：**一般演題…発表 5 分、討論 2 分。
- 3. 発表形式：**
 - ①ご発表形式は、PC プレゼンテーションのみとなります。また使用するアプリケーションは Power Point のみとさせていただきます。
 - ②Power Point (Windows) で作成したデータをノート PC 又は USB メモリー (Windows 形式のみ可、Macintosh は不可) にてご持参下さい。
 - ③PC 発表可能な OS システムは、Windows Power Point 2003 以降です。尚、主催者側で用意するパソコンは、Windows のみで Macintosh は用意しませんのでご自身のパソコンをご用意下さい。
- 4. 参加費：**
 - ①評議員、一般参加の先生方は参加費 3,000 円をお支払いの上、参加証をお受け取り下さい。
 - ②初期臨床研修医は参加費 1,000 円です。参加予定の初期臨床研修医の方は、学会ホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/kinkigek/>) の「学会情報」から初期臨床研修医証明書 (PDF ファイル) をダウンロードし、必要事項をご記入の上、学会当日に総合受付へご提出下さい。
 - ③コメディカル、学生は参加費無料です。身分証明書、在学証明書、学生証等を学会当日に総合受付でご提示下さい。
※証明書がない場合は通常の参加費となりますので、初期臨床研修医・コメディカル・学生の方は必ずご持参いただきますようお願い致します。
 - ④プログラム抄録集は、1 冊 1,000 円で当日販売致しますが、部数に限りがございます。プログラムは必ずご持参下さい。
- 5. ランチョンセミナー：**12 時 00 分より開催いたします。一般参加の先生方、評議員の先生方ともご参加下さい。お弁当の数に限りがあり、先着順とさせていただきます。ご了承のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。
- 6. 評議員会：**13 時 30 分より大阪国際交流センター 2 階 さくら にて行います。
なお、評議員会では昼食をご用意しませんのでランチョンセミナーをご利用下さい。
- 7. 教育講演参加、単位取得について：**

第 208 回近畿外科学会では、日本専門医機構外科領域講習として教育講演を 1 題企画いたしました。外科領域講習単位「1 単位」を取得いただけます。受講料は無料ですが、第 208 回近畿外科学会への参加登録は必須です。受講申込用のフォーム URL を別途ご案内いたします。
単位取得条件について、講演開始から終了まで受講いただく必要がありますのであらかじめご了承ください。

優秀演題賞のご案内

各セッションにおいて最も優秀な発表をされた演者の先生に、優秀演題賞を贈呈いたします。選定は各セッションでの抄録・発表内容等を考慮し、各セッションの座長に決めていただきます。受賞者には、後日賞状と副賞をお渡しいたします。

PC 発表と受付に関するお願い

1. PC 受付は8時50分より開始いたします。発表セッション開始時間の30分前までに、必ずお済ませ下さい。USB メモリーでお持込いただいた発表データはPC 受付から各会場に送信します。
2. 発表データのファイル名は「(演題番号) (氏名) (会場)」として下さい。
3. 混雑緩和のため PC 受付での発表データの加筆修正は、くれぐれもご遠慮下さい。
4. ①USB メモリーでのお持ち込みの場合は、Windows のフォーマットのみ限定し、Macintosh のフォーマットには対応しかねますのでご注意下さい。

※尚、文字化けを防ぐため下記フォントに限定します。

日本語…MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝

英語…Century、Century Gothic

- ②動画データを使用の場合、あるいは Macintosh での発表しかできない場合はご自身のノート PC のご持参をお勧めします。ただし会場でご用意する PC ケーブル・コネクターの形状は HDMI ケーブルとなりますので、この形状に合った PC をご用意いただくか、もしくはこの形状に変換するコネクタを持参下さい。
- ③プレゼンテーションに他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合、必ず元のデータも保存していただき、事前の動作確認をお願い致します。

※USB メモリーをお持ちの場合は、作成されましたパソコン以外でのチェックを事前に必ず行っていただきますようお願い致します。

5. ご不明な点は近畿外科学会事務局迄、事前にお問い合わせ下さい。

(E-mail : kinkigeika@ac-square.co.jp)

	A会場 さくら東	B会場 さくら西
8:00		
	開会の辞 8:50-9:00	
9:00	一般演題(1) 食道・胃 9:00-9:50 座長: 貝田佐知子 山下公太郎	一般演題(4) 大腸 9:00-9:50 座長: 森 至弘 岩本 博光
10:00	一般演題(2) 胃・十二指腸・小腸 10:00-10:50 座長: 倉橋 康典 杉村啓二郎	一般演題(5) 大腸 10:00-11:00 座長: 清水 浩紀 岩佐 陽介
11:00	一般演題(3) 小腸 11:00-11:35 座長: 奥村慎太郎 笠島 裕明	一般演題(6) 肝臓 11:00-11:50 座長: 安田 里司 米田 浩二
12:00	ランチョンセミナー1 12:00-13:00 「領域の違う血管再建&止血マネジメントを知る」 座長: 石沢 武彰(大阪公立大学大学院 肝胆膵外科学) 演者: 速水 晋也(和歌山県立医科大学 外科学第二講座) 演者: 本田賢太郎(和歌山県立医科大学 外科学第一講座) (共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社)	ランチョンセミナー2 12:00-13:00 「腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術における手技と安全なデバイス使用の拘り」 座長: 竹村 雅至(社会医療法人景岳会 南大阪病院) 演者: 平川 俊基(一般財団法人 住友病院) 演者: 今井 義朗(学校法人大阪医科薬科大学 大阪医科薬科大学医学部) (共催: コヴィディエンジャパン株式会社)
13:00		
	評議員会	13:30-14:15
14:00		
	教育講演「周術期チーム医療の安全性を高めるためには」 座長: 西村 好晴(和歌山県立医科大学外科学第一講座) 演者: 水本 一弘(和歌山県立医科大学附属病院医療安全推進部)	14:20-15:20
15:00	〈日本専門医機構外科領域講習〉	
	閉会の辞	15:20-15:30
16:00		
17:00		

	C会場 小ホール	D会場 会議室 A+B
8:00		
9:00	一般演題(7) 胆道 9:00-9:40 座長:野田 剛広 村田 哲洋	一般演題(12) 心臓 9:00-9:45 座長:大門 雅広 尾藤 康行
10:00	一般演題(8) 脾・門脈・胆道 9:50-10:40 座長:木下 正彦 大村 仁昭	一般演題(13) 血管 9:50-10:35 座長:高島 範之 畔柳 智司
11:00	一般演題(9) 脾臓 10:50-11:40 座長:南野 佳英 清水 敦史	スポンサードセミナー 10:45-11:45 「大動脈治療の現状と未来 —これからの外科医に求められること—」 座長:西村 好晴(和歌山県立医科大学外科学第一講座) 演者:阪本 朋彦(紀南病院心臓血管外科) (共催:日本ライフライン株式会社)
12:00		
13:00	一般演題(14) 乳腺 13:00-13:30 座長:八十島宏行 柏木伸一郎	一般演題(10) 腹壁・腹膜・ヘルニア 13:00-13:30 座長:高橋 亮 向出 裕美
14:00	一般演題(11) その他 13:40-14:10 座長:中島 隆善 吉井 真美	一般演題(15) 肺・胸部・縦隔 13:30-14:15 座長:平井 慶充 井口 豪人
15:00		
16:00		
17:00		

A 会場 (2F さくら東)

午 前 の 部 (8:50 ~ 11:35)

開会の辞

会長 西村 好晴

1- 胃・食道 (9:00 ~ 9:50)

座長 貝田佐知子

(滋賀医科大学外科学講座)

山下公太郎

(大阪大学大学院消化器外科学)

1-01 胃噴門直下の平滑筋腫に対して腹腔鏡下腫瘍核出術を施行し QOL 維持することができた 1 例

和歌山県立医科大学 第二外科 行 岡 翼

1-02 Conversion 手術を施行した Virchow および傍大動脈リンパ節転移陽性胃癌の 1 例

PL 病院 外科 齊 藤 健

1-03 Lift and cut 法による胃部分切除術を行った U 領域 7cm 大の胃 GIST

京都大学医学部附属病院 消化管外科 奥 村 慎太郎

1-04 巨大 SDH 欠損胃 GIST に対して開腹幽門側胃切除術を行った一例

京都大学 消化管外科 貝 原 毅

1-05 胃 GIST と同時に非常に稀な Adrenal rest を切除した一例

大阪公立大学 消化器外科 青 山 諒 子

1-06 臍頭十二指腸切除術後の食道悪性黒色腫の 1 切除例

大阪医科薬科大学 一般・消化器外科 澤 村 栄 鳳

1-07 胸部上部・中部食道全長に亘る白色角化病変を呈した稀な食道扁平上皮癌の一例

近畿大学医学部外科学教室 瀬 川 智 太

2- 胃・十二指腸・小腸 (10:00 ~ 10:50)

座長 倉橋 康典

(兵庫医科大学上部消化管外科)

杉村啓二郎

(関西ろうさい病院上部消化器外科)

- 2-01 小腸 GIST が先進部となり腸重積を来した一例
神戸赤十字病院 藤山 暁彦
- 2-02 腸重積の原因となった小腸神経鞘腫の一例
浅香山病院 外科 澤 隆 祐
- 2-03 骨盤内リンパ節郭清後に生じた絞扼性イレウスの1例
奈良県総合医療センター 消化器・肝胆膵外科 松 下 学
- 2-04 巨大非乳頭部十二指腸腺腫に対して単孔式 D-LECS を行った1症例
JCHO 大阪病院 消化器外科 鎌 田 大 喜
- 2-05 術前白血球増多を伴う胃癌の1例
近江八幡市立総合医療センター 森 下 紗 衣
- 2-06 卵巣静脈由来の Smooth Muscle Tumor of Uncertain Malignant Potential (STUMP) に
対し手術加療を行った一例
大阪公立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学 新 井 勇 輝
- 2-07 術前診断が困難であった胃の Hamartomatous polyp の一例
神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科 石 井 滉一郎

3-小腸 (11:00 ~ 11:35)

座長 奥村慎太郎

(京都大学医学部附属病院消化管外科)

笠島 裕明

(大阪公立大学大学院消化器外科)

- 3-01 腹腔鏡手術により治療し得た胆管空腸吻合術後の挙上空腸結石嵌頓の1例
和歌山県立医科大学 第2外科 高 橋 隆 太
- 3-02 悪性リンパ腫の加療中にサイトメガロウイルス腸炎による小腸穿孔を来した1例
市立池田病院 消化器外科 柴 田 姫 花
- 3-03 原因の特定に難渋した小腸腫瘍による出血性ショックの一例
北野病院 消化器外科 油 谷 高 輝
- 3-04 大腸全摘後の患者に認めた小網裂孔ヘルニアの1例
兵庫県立丹波医療センター 畑 みなみ
- 3-05 メッケル憩室に関連した急性腹症の2例
神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科 小 原 真 樹

午 後 の 部 (12:00 ~ 15:30)

ランチョンセミナー 1 (12:00 ~ 13:00)

「領域の違う血管再建&止血マネジメントを知る」

座長：石沢 武彰 (大阪公立大学大学院 肝胆膵外科学)

演者：速水 晋也 (和歌山県立医科大学 外科学第二講座)

演者：本田賢太郎 (和歌山県立医科大学 外科学第一講座)

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

評議員会 (13:30 ~ 14:15)

教育講演 (14:20 ~ 15:20)

〈日本専門医機構外科領域講習〉

「周術期チーム医療の安全性を高めるためには」

座長：西村 好晴 (和歌山県立医科大学外科学第一講座)

演者：水本 一弘 (和歌山県立医科大学附属病院医療安全推進部)

閉会の辞 (15:20 ~ 15:30)

B会場 (2F さくら西)

午 前 の 部 (9:00 ~ 11:50)

4-大腸 (9:00 ~ 9:50)

座長 森 至弘

(関西医科大学付属病院 下部消化管外科)

岩本 博光

(和歌山県立医科大学外科学第2講座)

- 4-01 家族性大腸腺腫症に対する大腸全摘術後30年目に発生した回腸嚢癌の1例
和歌山県立医科大学 第2外科 赤松 里彩
- 4-02 Crohn病に合併した直腸肛門部癌の2例
健生会 土庫病院 消化器・肛門病センター 芝田 祐輔
- 4-03 傍ストーマヘルニア嵌頓で緊急手術を要した1例
馬場記念病院 外科 田中 誠也
- 4-04 腹腔鏡下大腸切除術において周術期過剰輸液が術後合併症発症に及ぼす影響と至適輸液量についての検討
京都府立医科大学 北村 学士
- 4-05 腸腰筋膿瘍を伴う盲腸癌に対して腹腔鏡下回盲部切除術を施行した一例
八尾徳洲会総合病院 杉本 晃一
- 4-06 腹壁穿通により膿瘍を形成したS状結腸癌3例の臨床学的検討
馬場記念病院 外科 古庄 穂
- 4-07 虫垂切除術後に虫垂杯細胞型カルチノイドと診断され追加切除を行なった1例
大津赤十字病院 外科 澤田 立輝

5-大腸 (10:00 ~ 11:00)

座長 清水 浩紀

(京都府立医科大学外科学教室)

岩佐 陽介

(奈良県立医科大学消化器総合外科)

- 5-01 傍大動脈リンパ節転移再発に対しMixed Reality画像ガイド下リンパ節郭清術を施行した1例
大阪公立大学 消化器外科 加藤 きみ佳

- 5-02 40歳未満で発症した若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴
大阪市立総合医療センター 消化器外科 坂元 寿美礼
- 5-03 腹腔鏡下に切除した下行結腸神経鞘腫の1例
天津赤十字病院 外科 黒木 鷹介
- 5-04 直腸切断術後会陰ヘルニア再々発に対して右腹直筋皮弁を用いて修復し得た1例
大阪公立大学 消化器外科 米光 健
- 5-05 IVRによる塞栓術が不適と判断した下行結腸動静脈奇形に対し腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した1例
大阪赤十字病院消化器外科 小澤 寛太郎
- 5-06 上行結腸癌手術を契機に発見された虫垂由来の Rosai-Dorfman 病の1例
大阪市立総合医療センター 消化器外科 多田 隆馬
- 5-07 虫垂炎を契機に発見された虫垂 GIST の一例
神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科 長門 駿也
- 5-08 高齢者大腸癌切除術における double stapling technique の吻合器に関する検討
大阪大学消化器外科学 春名 健伍

6- 肝臓 (11:00 ~ 11:50)

座長 安田 里司

(奈良県立医科大学消化器・総合外科)

米田 浩二

(大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

- 6-01 肝原発 MALT リンパ腫の一切除例
大手前病院 外科 長澤 愛
- 6-02 肝悪性腫瘍との鑑別に難渋した Expanding hematoma in liver cyst の一例
八尾徳洲会病院 山口 貴史
- 6-03 肝臓に発生した Reactive lymphoid hyperplasia の1例
滋賀医科大学 外科学講座 城山 理帆
- 6-04 切除不能進行肝細胞癌における Conversion surgery の経験
関西医科大学 肝臓外科 大東 拓哉
- 6-05 Vp4 巨大肝細胞癌に対して経鼻経管栄養下に Durvalumab + Tremelimumab 併用療法を施行し conversion 肝切除が可能となった1例
神戸大学大学院外科学講座 肝胆膵外科学分野 佐野 隼大

6-06 拡張型心筋症を合併した胆道閉鎖症術後の非代償性肝硬変に対して生体肝移植を施行した1例

大阪大学大学院医学研究科 外科系臨床医学専攻 外科学講座消化器外科学
内 山 優 史

6-07 術前、肝細胞癌と診断された肝 pseudolymphoma の1例

石切生喜病院 外科 野 原 佑 介

午 後 の 部 (12:00～15:30)

ランチョンセミナー2 (12:00～13:00)

「腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術における手技と安全なデバイス使用の拘り」

座長：竹村 雅至 (社会医療法人景岳会 南大阪病院)

演者：平川 俊基 (一般財団法人 住友病院)

演者：今井 義朗 (学校法人大阪医科薬科大学 大阪医科薬科大学医学部)

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

評議員会 (13:30～14:15)

教育講演 (14:20～15:20)

〈日本専門医機構外科領域講習〉

「周術期チーム医療の安全性を高めるためには」

座長：西村 好晴 (和歌山県立医科大学外科学第一講座)

演者：水本 一弘 (和歌山県立医科大学附属病院医療安全推進部)

閉会の辞 (15:20～15:30)

C 会場 (2F 小ホール)

午 前 の 部 (9:00 ~ 11:40)

7-胆道 (9:00 ~ 9:40)

座長 野田 剛広

(大阪大学大学院消化器外科学)

村田 哲洋

(大阪市立総合医療センター肝胆膵外科)

7-01 胆嚢十二指腸瘻による胆石性十二指腸閉塞をきたした一例

川西市立総合医療センター 初期研修医 藪内海斗

7-02 急性胆嚢炎術後に偶発的に診断された隆起性病変を伴わない Intracholecystic papillary neoplasm の1例

野崎徳洲会病院 外科 中能玲央

7-03 緊急胆嚢垂全摘術で止血した胆管内血腫を伴う胆嚢動脈瘤破裂の一例

箕面市立病院 外科 檀野貴一

7-04 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に、肝嚢胞に感染きたした2例

明和病院 外科 生田理紗

7-05 戸谷 IV-A 型先天性胆道拡張症に対するロボット支援下手術導入の経験

神戸大学 肝胆膵外科 岡副佑城

8-脾・門脈・胆道 (9:50 ~ 10:40)

座長 木下 正彦

(大阪公立大学医学部附属病院肝胆膵外科学)

大村 仁昭

(りんくう総合医療センター外科)

8-01 術後一過性門脈気腫症を発症した超高齢 S 状結腸癌の1例

公立宍粟総合病院 濱平茉莉子

8-02 門脈左枝水平部欠損の破格を有する遠位胆管癌に対して手術加療を行った一例

京都府立医科大学 消化器外科 毛利響香

8-03 膵頭十二指腸切除後の難治性膵液瘻に対して EUS 下膵管ドレナージが著効した2例

兵庫医科大学病院 肝胆膵外科 原田和

- 8-04 ICPN with associated invasive carcinoma に対して腹腔鏡下手術を施行した 1 例
和歌山県立医科大学 外科学第 2 講座 西 島 尚 紀
- 8-05 切除不能肝門部胆管癌に対する集学的治療により根治切除し得た一例
関西医科大学 肝臓外科学講座 松 本 杏
- 8-06 偶発的に発見された胆嚢内乳頭状腫瘍 (intracholecystic papillary neoplasm:IPCN) の 1 例
石切生喜病院 外科 元 良 大 斗

9- 膵臓 (10 : 50 ~ 11 : 40)

座長 南野 佳英

(神戸大学附属病院肝胆膵外科)

清水 敦史

(和歌山県立医科大学外科学第 2 講座)

- 9-01 膵頭十二指腸切除後に発生した胃空腸吻合部腸重積の 1 例
和歌山県立医科大学 第 2 外科 西 尾 勇 輝
- 9-02 小児脳性麻痺の繰り返す膵炎による感染性仮性膵嚢胞に対して膵嚢胞空腸吻合を施行した一例
滋賀県立総合病院 外科 谷 明 恵
- 9-03 血流改変後に置換右肝動脈を合併切除した膵頭十二指腸切除術の安全性
大阪公立大学 肝胆膵外科学 吉 田 瑞 樹
- 9-04 自然縮小、数年で再増大を認めた SPN の 1 例
関西医科大学付属病院 胆膵外科 池 田 裕 二
- 9-05 膵尾部癌術後の脊髄転移の一例
関西医科大学 胆膵外科 山 岸 宙 令
- 9-06 術後 26 年目に再発した腎細胞癌膵転移の 1 切除例
滋賀県立総合病院 外科 参 島 祐 介
- 9-07 膵原発癌肉腫の 1 切除例
神戸大学 肝胆膵外科 山 内 久 翔

午 後 の 部 (13:00 ~ 14:10)

14- 乳腺 (13:00 ~ 13:30)

座長 八十島宏行

(国立病院機構大阪医療センター外科・乳腺外科)

柏木伸一郎

(大阪公立大学大学院外科学講座乳腺・内分泌外科学)

14-01 当院における遺伝性乳癌卵巣癌症候群、乳癌既発症者に対するリスク低減卵管卵巣摘出術 RRSO の現状

大阪けいさつ病院 乳腺内分泌外科 下 登志朗

14-02 術後13年目に腋窩に再発を来した乳癌の1例

明石市立市民病院 診療部 村田 将史

14-03 乳腺原発性血管肉腫の1切除例

和歌山県立医科大学 乳腺外科 谷内 珠実

14-04 乳腺疾患に対するロボット支援下手術を見据えた内視鏡下手術の経験

医療法人春秋会 城山病院 乳腺外科 葎山 亜希

11- その他 (13:40 ~ 14:10)

座長 中島 隆善

(明和病院外科)

吉井 真美

(大阪公立大学医学部附属病院消化器外科学)

11-01 当院外科における術後せん妄発症リスク因子の検討

済生会兵庫県病院 外科 岡本 柊志

11-02 ICGと高脂肪食を併用したdual-lymphangiographyにより治療しえた難治性リンパ瘻の一例

大阪赤十字病院 消化器外科 戸川 奈月

11-03 クロウン病の腹腔鏡手術246例の検討

兵庫医科大学病院 炎症性腸疾患外科 野村 和徳

11-04 骨盤内に認められた巨大な後腹膜腫瘍に対して2期的に切除し得た1例

城山病院 消化器センター・外科 佐田 昭匡

D 会場 (2F 会議室 A + B)

午 前 の 部 (9:00 ~ 11:30)

12- 心臓 (9:00 ~ 9:45)

座長 大門 雅広

(大阪医科薬科大学病院胸部外科)

尾藤 康行

(大阪市立総合医療センター心臓血管外科)

12-01 抗リン脂質抗体症候群を合併する僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁形成術を施行した1例
大阪公立大学医学部附属病院 心臓血管外科 南郷谷 亮

12-02 微小な側壁梗塞に伴う心破裂によりショックをきたした一例
神戸赤十字病院 心臓血管外科 三 木 美優子

12-03 大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症に対する大動脈弁人工弁置換術後にヘパリン起因性血小板減少症により冠動脈内血栓症が生じた1例
京都大学 心臓血管外科 上 甲 秀 樹

12-04 急性心筋梗塞後に左室仮性瘤を合併した一例
滋賀医科大学 心臓血管外科 松 林 優 児

12-05 経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVR) による冠動脈閉塞の1例;ハートチームによる CABG conversion
岸和田徳洲会病院 心臓血管外科 橋 本 和 也

12-06 左心耳内に発生した血管腫の1例
奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科 三 谷 和 大

13- 血管 (9:50 ~ 10:35)

座長 高島 範之

(滋賀医科大学心臓血管外科)

畔柳 智司

(岸和田徳洲会病院心臓血管外科)

13-01 人工血管置換と食道切除による一期的根治術と二期的食道再建にて救命しえた大動脈食道瘻の1例
関西電力病院 外科 請 川 恒 輝

- 13-02 結腸左半切除術後の EVAR 施行時，審査腹腔鏡下に ICG で腸管血流評価した 1 例
京都桂病院 研修管理事務局 水本 妃早子
- 13-03 膝窩動脈外膜嚢腫の 2 症例
関西医科大学病院 血管外科 神西 優樹
- 13-04 大動脈離断症に対するバイパス術後超遠隔期に発症した吻合部仮性瘤の一例
大阪医科薬科大学 医学部 外科学講座 胸部外科学教室 牧浦 琢朗
- 13-05 重症肺気腫を伴う弓部嚢状瘤に対し total debranching TEVAR を行い良好な術後経過を得た 1 例
紀南病院 心臓血管外科 大山 聡太
- 13-06 Kommerell 憩室に対する治療戦略
和歌山県立医科大学 外科学第一講座 師玉 拓季

スポンサードセミナー (10 : 45 ~ 11 : 45)

「大動脈治療の現状と未来
—これからの外科医に求められること—」

座長：西村 好晴 (和歌山県立医科大学外科学第一講座)

演者：阪本 朋彦 (紀南病院心臓血管外科)

共催：日本ライフライン株式会社

午 後 の 部 (13:00 ~ 14:15)

10- 腹壁・腹膜・ヘルニア (13:00 ~ 13:30)

座長 高橋 亮

(京都桂病院消化器センター・外科)

向出 裕美

(関西医科大学総合医療センター)

10-01 穿孔を伴う Amyand's hernia の一例

奈良県総合医療センター 消化器・肝胆膵外科 久保 智 裕

10-02 Kugel 法術後の再発性鼠径ヘルニアに対して TAPP が可能であった一例

京都桂病院 研修管理事務局 高橋 知 暉

10-03 腹壁原発滑膜肉腫の1例

近畿大学病院 総合医学教育研修センター 黒岡 佳 子

10-04 Marfan 症候群を合併した両側鼠径部ヘルニアに対して腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術を行なった1例

大和高田市立病院 外科 原 知 里

15- 肺・胸部・縦隔 (13:30 ~ 14:15)

座長 平井 慶充

(和歌山県立医科大学外科学第1講座)

井口 豪人

(那賀病院呼吸器外科)

15-01 画像診断で肺アスペルギローマとの鑑別が困難であった肺過誤腫の一例

関西医科大学病院 卒後臨床研修センター 吉岡 優 希

15-02 未診断の肺尖部胸壁浸潤肺癌の1手術症例

八尾徳洲会総合病院 呼吸器外科 武田 悠 吾

15-03 化膿性脊椎炎と膿胸を合併し、手術を行った1例

大阪公立大大学院医学研究科 呼吸器外科学 岸本 和 也

15-04 肺部分切除後、自動縫合器補強材が原因の肋間動脈損傷のため、再開胸止血術を要した一例

和歌山県立医科大学附属病院 第一外科 中谷 升 一

15-05 生検後に皮下膿瘍および慢性膿胸に至った肋骨骨髓炎の1例

淀川キリスト教病院 呼吸器外科 岡本 耀

15-06 一尖弁の超重症大動脈弁狭窄症による心不全に対して緊急大動脈弁置換術により救命
できた一例

滋賀医科大学 心臓血管外科 田 中 拓

一 般 演 題
抄 録

1-01

胃噴門直下の平滑筋腫に対して腹腔鏡下腫瘍核出術を施行しQOL維持することができた1例

和歌山県立医科大学 第二外科
行岡 翼、永野翔太郎、早田啓治、北谷純也、
合田太郎、富永信太、中井智暉、川井 学

胃粘膜下腫瘍はリンパ節転移の頻度が稀であるため、胃局所切除術で完結することが多く、症例ごとに術式選択が行われている。特に噴門直下に発生した胃粘膜下腫瘍は過剰な胃切除を行うと食道胃接合部の変形に伴う狭窄や通過障害をきたす可能性がある。症例は24歳女性で、上部消化管内視鏡で噴門直下に4cm程度の平滑筋腫、当科へ紹介となった。腫瘍は食道胃接合部から穹窿部にかけて広がる病変であり、術後の狭窄、通過障害を防ぐために腹腔鏡下腫瘍核出術を施行した。術後経過は良好であった。今回、胃噴門部の平滑筋腫に対して腹腔鏡下腫瘍核出術を施行し、QOLを損なわずに良好な経過1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

1-03

Lift and cut法による胃部分切除術を行ったU領域7cm大の胃GIST

京都大学医学部附属病院 消化管外科
奥村慎太郎、上野剛平、直原駿平、吉田 祐、
前田将宏、村上克宏、池田篤志、笠原桂子、
坂本享史、前川久継、岡村亮輔、錦織達人、
星野伸晃、板谷喜朗、久森重夫、角田 茂、
肥田侯矢、小濱和貴

GISTに対する外科的切除ではSurgical marginの確保とともに臓器機能の温存に努めることが推奨され、種々の方法の胃部分切除術が提唱されている。われわれは、漿膜筋層切開により腫瘍を腹腔側に引き出した後にリニアステイプラーで腫瘍を切除するLift and cut法による胃部分切除術を行っている。今回、胃噴門付近に発生した7cm大のGISTに対して同方法を行ったので報告する。症例は80代男性。黒色便の精査で行った上部消化管内視鏡検査で胃体上部に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認めGISTが疑われた。CTで同腫瘍は7cm大であった。同病変に対して5ポートで腹腔鏡下胃部分切除術を施行した。腫瘍の全周で漿膜筋層切開を行い、術中内視鏡で胃噴門へのかみ込みがないことを確認しながらリニアステイプラーで腫瘍を切除した。術後経過は良好で術後7日目に退院した。Lift and cut法は胃内腔を開放せず簡便に行え、噴門近くの腫瘍に対しても安全に適用できると考えられた。

1-02

Conversion手術を施行したVirchowおよび傍大動脈リンパ節転移陽性胃癌の1例

PL病院 外科
斉藤 健、斉藤 健、遠藤秀生、梶野真吾、
吉田英樹、中澤一憲、須浪 毅、塚本義貴、
中尾照逸

症例は73歳、男性。心窩部違和感、体重減少を主訴に受診。上部消化管内視鏡検査で胃噴門部から前庭部に4型腫瘍を認めた。生検にて低分化腺癌、HER2陰性、CPS \geq 5であった。CT検査で所属リンパ節のほか、傍大動脈リンパ節(No.16a2/b1)、Virchowリンパ節に腫大を認め、cT4aN2M1(LYM)、cStageIVBと診断し、Capecitabine + Oxaliplatin(CapeOX) + Nivolumab療法を開始した。10コース施行後にはいずれのリンパ節腫大も消失しR0手術が可能と考えられたが、本症例は胃全摘術が必要であり、術後には補助化学療法の完遂が困難となる可能性を考慮して23コース施行後(化学療法開始17カ月後)に胃全摘術+脾摘術、D2 + #10郭清を施行した。R0を達成し、病理学的にpCR、Grade3であった。術後補助化学療法は施行しなかった。術後1年目に多発骨転移を認めると同時にPSの低下、食欲不振を認めBSCの方針となった。Conversion surgeryには症例選択、手術時期、郭清範囲、補助化学療法など解決すべき課題がある。

1-04

巨大SDH欠損胃GISTに対して開腹幽門側胃切除術を行った一例

京都大学 消化管外科
貝原 毅、奥村慎太郎、上野剛平、直原駿平、
村上克宏、吉田 祐、前田将宏、坂本享史、
池田篤志、笠原桂子、前川久継、岡村亮輔、
錦織達人、星野伸晃、板谷喜朗、久森重夫、
角田 茂、肥田侯矢、小濱和貴

症例は20代女性。全身倦怠感を主訴に前医を受診し、上部消化管内視鏡検査、CTにて胃前庭部に10cm大多房性の粘膜下腫瘍を認めた。生検で胞巣状の組織像を呈し、免疫組織化学染色でc-Kitびまん陽性およびSDHB陰性を認め、SDH欠損GISTと診断された。CTおよびFDG-PETでは遠隔転移、リンパ節転移は認められなかった。SDH欠損GISTはimatinibが奏功しにくいこと、リンパ節転移の頻度が高いことが知られている。そのため、術前治療は行わず開腹幽門側胃切除術、D1+郭清、B-1再建を施行した。術後経過は良好で術後11日目に退院した。病理組織診の結果、リンパ節転移は認められなかった。傍神経鞘腫などを合併する遺伝性GISTの可能性を考慮し、今後精査を検討している。SDH欠損GISTは若年女性に多く、多巣性の腫瘍形態と上皮型の組織像が特徴である。これらを認めた場合は、SDH欠損GISTの可能性を疑い、免疫組織化学染色でSDHBの発現を調べる必要があると考えられた。

1-05

胃 GIST と同時に非常に稀な Adrenal rest を切除した一例

大阪公立大学 消化器外科
青山諒子、吉井真美、小澤慎太郎、石館武三、
米光 健、関 由季、黒田顕慈、笠島裕明、
三木友一朗、福岡達成、田村達郎、渋谷雅常、
豊川貴弘、李 栄柱、前田 清

【緒言】胃 GIST は、肝への血行性転移や腹膜播種が主な転移経路であり、リンパ節転移は稀とされる。今回、胃 GIST と同時に腎門部結節を認め、診断に難渋した一例を経験したため報告する。【症例】77歳、女性。上部消化管内視鏡検査にて胃噴門部後壁に4cm大の粘膜下腫瘍を指摘され、EUS-FNAにて胃 GIST と診断した。造影CT検査で既知の胃 GISTに加え、左腎門部近傍に造影効果を伴う16mm大の結節を認め、GISTのリンパ節転移、または別の後腹膜由来の腫瘍が疑われた。一期的に切除する方針とし、腹腔鏡下胃部分切除、および腹腔鏡下左腎門部結節摘出術を施行した。病理結果は、胃病変は中リスクの胃 GIST、腎門部結節は Adrenal rest と診断され、GISTの転移や悪性所見は認めなかった。現在も再発なく経過している。【結語】胃 GIST と腎門部の Adrenal rest を同時切除した症例を経験した。

1-07

胸部上部・中部食道全長に亘る白色角化病変を呈した稀な食道扁平上皮癌の一例

近畿大学医学部外科学教室
瀬川智太、白石 治、寺田長史、山田敦史、
中西智也、好田匡志、平木洋子、加藤寛章、
安田 篤、新海政幸、今野元博、安田卓司

【症例】77歳の女性。心窩部違和感にて近医で上部消化管内視鏡検査（GIF）施行。切歯20-35cmに白色敷石状粘膜を認め、酸逆流による炎症を疑うも、生検病理診断は上皮内癌にて当院紹介となる。当院のGIFでは切歯16-20cmに斑状角化、20-31cmと36-42cmに全周性敷石状角化を認め、各領域から生検するも切歯30cmの凹凸塑像を呈する部位のみ上皮内癌の診断で、他は悪性所見を認めなかった。しかしFDG-PETでは胸部上部・中部食道にSUVmax=8.1の集積を認め、verrucous carcinoma, cT1bN0M0と診断して手術を施行した。切除標本では胸部上部から中部全域にわたり白色敷石状粘膜を認め、同部の全長に亘り病理学的に核腫大と好酸性の胞体を有する異型細胞の増殖と角化を認めたが上皮下間質への浸潤はなく、最終診断はSCC, pT1a-EP, ly0, v0, pN0 (0/45),であった。術前の組織診断およびPETにおけるFDGの集積値と最終病理結果との不一致について若干の考察を加え報告する。

1-06

臍頭十二指腸切除術後の食道悪性黒色腫の1切除例

大阪医科薬科大学 一般・消化器外科
澤村栄鳳、松尾謙太郎、吉本秀郎、田中 亮、
朝隈光弘、富山英紀、李 相雄

【背景】食道悪性黒色腫は食道悪性腫瘍の0.1-0.8%と稀な疾患である。今回、我々は臍頭十二指腸切除（PD）後の食道悪性黒色腫の1切除例を経験したため文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は60歳代女性で、エホバの証人である。遠位胆管癌（pT2N0M0 pStagII）に対してPD（child 変法再建）を施行された既往がある。食道メラノーマのフォロー目的で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胸部下部食道に半周性の黒色粘膜を認め、生検でmalignant melanomaの診断となった。患者背景やPD術後であることを考慮し、本症例では開腹左開胸噴門側胃切除・下部食道切除・食道残胃吻合・腸瘻造設術を施行した。術後22日目に軽快退院となった。術後補助化学療法は施行せず、術後6ヶ月無再発生存中である。【考察】食道悪性黒色腫の治療は、食道亜全摘術が標準術式とされる。症例に応じて、患者背景や手術侵襲を勘案した術式選択が必要である。

2-01

小腸 GIST が先進部となり腸重積を来した一例

神戸赤十字病院
藤山暁彦、門脇嘉彦、石堂展宏、久保田哲史、
河本 慧、大久保悠祐

我が国における成人腸重積は小児腸重積に比して頻度が少なく、また病因として腫瘍などの占拠性病変が原因となる事が多い。血流障害などを伴う重症の場合は腹膜炎や細菌感染を起こし死に至る恐れもあり迅速な対応が求められる。今回我々は小腸 GIST が先進部となり腸重積を来した一例を経験した。症例は54歳の男性。繰り返す腹痛、嘔吐、および発熱を主訴に前医を受診し腸重積と診断され、当院救急外来に紹介搬送された。腹部エコー、CTにてターゲットサインが見られたが、原因は明らかでなかった。開腹にて小腸部分切除術を施行した。腫瘍は45mm×35mm大で、中央に陥凹を伴っていた。病理診断の結果粘膜下から固有筋層を主座とする充実性腫瘍で、紡錘状細胞束状、錯綜して配列、増殖する所見が認められ、GISTの像と考えた。免疫染色でDog1、c-kitが陽性であった。比較的稀な症例であるため、今回若干の文献的考察を加えて報告する。

2-02

腸重積の原因となった小腸神経鞘腫の一例

浅香山病院 外科

澤 隆祐、藤原有史、佐々木麻帆、瀬良知央、
橋本拓朗、徳原太豪

今回われわれは、腸重積手術で切除した小腸に神経鞘腫を認めた1例を経験したので報告する。症例は24歳の女性で、腹痛を主訴に受診した。腹部CT検査にて小腸における腸重積を認めたため、緊急で腹腔鏡手術を施行した。腹腔内観察時には重積は解除されていた。トライツ靭帯より60cm肛側の空腸に漿膜ひきつれを伴う腫瘤を認め、同腫瘤が先進部とした腸重積と考えられた。臍部に小切開をおき、腫瘤部の小腸を体外に導出し、体外操作で小腸の部分切除・吻合を行った。肉眼的には、25mm大の内腔側に隆起する腫瘍であった。病理組織検査では、異型に乏しい紡錘形細胞の増殖を認め、免疫組織学的にはAE1,3陰性、S-100蛋白陽性、c-kitおよびCD34陰性、desmin陰性であり、神経鞘腫と診断した。現在まで無再発経過中である。小腸に発生する神経鞘腫は稀である。文献的考察を合わせ報告する。

2-04

巨大非乳頭部十二指腸腺腫に対して単孔式D-LECSを行った1症例

JCHO大阪病院 消化器外科

鎌田大喜、村上剛平、山川拓真、岡 啓史、
野中亮児、山中千尋、出村公一、井出義人、
森本修邦、西田俊朗

症例は80歳男性。他疾患フォローのためのCTにて十二指腸腫瘍指摘され当院紹介となった。CTでは十二指腸の管腔を占めるような40×33mmの腫瘤を認め、内視鏡では十二指腸球部前壁に腫瘍認め、生検にて幽門線型腺腫と診断された。腺腫内癌の併存も否定できなかったが、術前検査にて粘膜下層浸潤を認める癌の可能性は低いと判断し、十二指腸局所切除術を予定した。内視鏡単独での切除は困難と考えD-LECSを施行した。全身麻酔下に内視鏡にてESDを試みたが、腫瘍が巨大で視野確保が困難であったため、全層切除を行い腹腔鏡にて切除も行い腫瘍を摘出した。十二指腸壁欠損部は腹腔鏡下に全層縫合+漿膜筋層縫合を行った(手術時間310分、出血量少量)。術中・術後合併症なく、術後9日で軽快退院となった。術後病理検査結果は腺腫内癌(粘膜下層浸潤なし)であり、追加切除は行わず経過観察を行っている。文献的考察を加え報告する。

2-03

骨盤内リンパ節郭清後に生じた絞扼性イレウスの1例

¹ 奈良県総合医療センター 消化器・肝胆膵外科² 奈良県総合医療センター 婦人科松下学^{1,2}、吉川高宏¹、伊東史学²、右田和寛¹、
中川 正¹、高 濟峯¹

症例は48歳女性。約1か月前に子宮体癌IA期に対して腹腔鏡下子宮全摘、両側骨盤リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節郭清、大網切除術を施行。術後補助化学療法中に突然の腹痛が出現、腹部造影CTで右外腸骨動脈背側へ小腸がはまり込み、closed loopを形成しており絞扼性イレウスの診断で緊急手術を行った。術中所見は、前回の手術で完全に露出された右外腸骨動脈と腸腰筋との間に回腸が内側から迷入、嵌頓していた。約170cmの広範囲にわたり小腸壊死を来していたが、血管を損傷することなく小腸部分切除と吻合再建を施行し、残存小腸は約240cmであった。文献を渉猟する限り同様の報告は多くなく、若干の文献的考察を加えて報告する。

2-05

術前白血球増多を伴う胃癌の1例

近江八幡市立総合医療センター

森下紗衣、長田寛之、有村勇哉、萩野元晴、
竹本晴彦、小城正大、中野且敬

症例は85歳男性。1ヶ月前からの食不振を主訴とし、上部消化管内視鏡で胃前庭部大彎側に2型病変を認め、生検でadenocarcinomaと診断した。採血で白血球、CRP上昇、貧血、腎機能低下を認め、CEA 39.8 ng/mLであった。腹部造影CTで胃前庭部に壁外発育成分を伴う造影効果のある陰影が1ヶ月間で増大傾向であった。幽門側胃切除、D1郭清、BillrothII法再建を施行し、術後経過良好で、白血球数は術後速やかに低下し、8日目に退院した。病変は2型で潰瘍底が壁外発育様に110×80mmの壺状となり内腔に膿状の壊死物質認められた。組織診断は腺扁平上皮癌、G-CSF(+), T3N1M0, stageIIBであった。G-CSF産生腫瘍中、胃癌は3.7%と少ない。組織診断では腺扁平上皮癌に併存することも多く、腫瘍の急速な増殖、転移促進と関連するともされる。G-CSF産生胃癌につき若干の文献的考察を含めて報告する。

2-06

卵巣静脈由来のSmooth Muscle Tumor of Uncertain Malignant Potential (STUMP) に対し手術加療を行った一例

大阪公立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学
新井勇輝、中西紘一、西尾康平、安田拓斗、
安 昌起、八田康佑、吉田瑞樹、川口貴土、
渡邊元己、田中涼太、栗原重明、木下正彦、
新川寛二、木村健二郎、石沢武彰

緒言：卵巣静脈原発の平滑筋肉腫の報告は本邦で17例あるが、卵巣静脈原発のSmooth Muscle Tumor of Uncertain Malignant Potential (STUMP) の報告は検索しうる限り認めない。症例：51歳、女性。肝血管腫のフォロー中に施行したMRI検査で十二指腸背側・下大静脈右側に24mm大の腫瘍性病変が見られた。1年半で約6mmの増大、PET-CT検査でSUVMAX12.3の異常集積、EUS-FNAでSpindle cell tumorを認め、悪性の可能性が否定できず手術を施行した。腫瘍は右卵巣静脈と強固に固定されており、腹腔鏡下右卵巣静脈合併腫瘍摘出術を施行した。病理検査結果は右卵巣静脈原発のSTUMPの診断であった。術後経過は良好で術後5日目に退院。術後2か月経過した現在、再発なく経過している。結語：STUMPは平滑筋由来の腫瘍で、良悪性の鑑別が困難な病変を指す非常に稀な疾患であり、再発率は10-20%とされる。今回我々は、卵巣静脈由来のSTUMPに対し手術加療を行った稀な一例を経験した。

3-01

腹腔鏡手術により治療し得た胆管空腸吻合術後の挙上空腸結石嵌頓の1例

和歌山県立医科大学 第2外科
高橋隆太、清水敦史、北畑裕司、竹内昭博、
本林秀規、速水晋也、宮本 篤、中村健介、
川井 学

症例は83歳女性、45年前に胆嚢摘出術および胆管空腸吻合を施行されていた。腹痛、嘔吐にて近医受診され、採血検査にて肝胆道系酵素の著明な上昇認め、腹部CT検査にて挙上空腸内に20mm大の高吸収域を認め、さらに同部位より中枢側の腸管拡張を認めた。結石嵌頓による挙上空腸イレウスと逆行性胆管炎の診断にて当院消化器内科紹介受診となった。ダブルバルーン内視鏡を施行されたが内視鏡的結石除去は困難であり、ENBDチューブ留置によるドレナージ後に外科紹介となった。手術は腹腔鏡下腸管内結石採石術を施行した。手術時間は123分、出血量は20ml、腹腔鏡下に癒着剥離を行ったのちに小切開創より挙上空腸を体外へ牽引し採石を行った。術後経過は良好で、術後14日目に自宅退院された。挙上空腸の結石性イレウスは非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

2-07

術前診断が困難であった胃のHamartomatous polypの一例

神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科
石井滉一郎、西崎颯良、土佐明誠、横山翔平、
住井敦彦、吉野健史、山本高正、松浦正徒、
塩田哲也、畑 俊行、京極高久、伊丹 淳

症例は80歳代男性。約2年前に前医で胃前庭部の早期癌に対してESDが施行されていた。1年後のフォローの上部消化管内視鏡検査でESD後の部位に一致して隆起性病変があったが生検でGroup1であり経過観察となった。このとき施行された下部消化管内視鏡検査で上行結腸癌が見つかり当院に紹介となり腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。その1年後のフォローのCTで胃の隆起性病変を指摘され、内視鏡検査で胃前庭部に40mm大の隆起性病変があり生検ではやはりGroup2であった。診断もかねたESDも考慮したが、ESD後の領域に一致した腫瘍であることと、癌とすると筋層浸潤も疑われ困難と判断。術式としては胃の部分切除も考慮したが、かえって通過障害をきたす可能性も憂慮して腹腔鏡下幽門側胃切除術を行った。病理診断はHamartomatous polypで悪性所見を認めなかった。術前に診断し得なかった胃前庭部のHamartomatous polypを経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

3-02

悪性リンパ腫の加療中にサイトメガロウイルス腸炎による小腸穿孔を来した1例

¹市立池田病院 消化器外科
²市立池田病院 血液内科
柴田姫花¹、和田遼平¹、淡田公久²、宗方幸二¹、
高地 耕¹、片岡良久²、太田博文¹

悪性リンパ腫の治療中にサイトメガロウイルス（以下CMV）腸炎による小腸穿孔を来した1例を経験したため報告する。症例は77歳の女性で、2022年にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)Stage IVと診断され、Pola+R-CHP療法、R-GCD療法、ISRT療法が施行されていた。直近でエブコリタマブの投与を開始したが、1週間後に食欲不振、傾眠傾向、および炎症反応の上昇を認め、入院となった。特に腹痛の訴えはなかったものの、入院後に撮像した腹部CTでfree airが認められ、消化管穿孔が疑われた。同日の緊急手術で小腸穿孔を認め、小腸部分切除術および洗浄ドレナージを実施した。切除標本では、"owl's eye"様の好酸性封入体を伴う大型細胞を確認し、CMV抗原検査でも陽性反応を示したことから、CMV腸炎による小腸穿孔と診断された。免疫力の低下が予想される患者において消化管穿孔が疑われる場合、CMV腸炎を鑑別診断に含めることが重要であると考えられる。

3-03

原因の特定に難渋した小腸腫瘍による出血性ショックの一例

北野病院 消化器外科
油谷高輝、山本健人、薬師川高明、岡田あずさ、
大下恵樹、久野晃路、仲野健三、河合隆之、
奥知慶久、井口公太、田中英治、福田明輝、
田浦康二郎、寺嶋宏明

我々は、下血により発症し、治療に難渋した小腸血管腫の一例を経験したため報告する。症例は40歳代男性で、黒色便と意識消失で救急受診し、造影CTでは出血源を特定できず、経口・経肛門内視鏡やカプセル内視鏡を施行したが明らかな病変は確認されなかった。一時的に症状が落ち着き退院するも、退院3日後に下血と貧血進行あり再入院。血管造影で小腸出血が疑われた部位への栄養血管をコイル塞栓したが、その後も下血が続き、出血性ショックとなったため、再度コイル塞栓を実施した上で腹腔鏡手術を施行した。術中透視下にコイルの位置を同定し、臍創部から小腸を体外に出して触診で確認したところ、コイルに一致した部位に2cm程度の腫瘍を触知した。これが出血源であると判断し、小腸部分切除術、機能的端々吻合を施行した。病理組織検査では、血管腫と診断された。その後は出血の再燃や貧血の進行なく、経過良好であったため術後8日目に退院となった。

3-05

メッケル憩室に関連した急性腹症の2例

神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科
小原真樹、松浦正徒、西崎颯良、土佐明誠、
横山翔平、住井敦彦、吉野健史、山本高正、
塩田哲也、畑 俊行、京極高久、伊丹 淳

最近経験したメッケル憩室に関連した急性腹症の2例について報告する。【症例1】70歳代女性。下痢と腹痛にて前医受診。炎症反応高値でCTにて小腸に異物を認めたとが症状が軽快しており入院にて保存加療されていた。症状軽快せず5日後に手術目的に当科紹介受診となり、小腸異物穿通の診断で腹腔鏡下に緊急手術を施行した。メッケル憩室に魚骨が穿通し周囲の小腸と小腸間膜が被覆していた。メッケル憩室を自動縫合器で分離し手術を終了した。【症例2】20歳代女性。心窩部痛を主訴に前医受診。CTにて小腸の拡張を認め精査加療目的に当院に紹介となった。造影CTでは内ヘルニアなど絞扼性腸閉塞が否定できない所見であり緊急手術の方針となった。腹腔鏡下に観察すると拡張したメッケル憩室を認めこれが後腹膜に癒着して自由が利かず重みで小腸を圧迫することで腸閉塞を起こしていたと判断した。メッケル憩室を自動縫合器で切除し手術を終了した。

3-04

大腸全摘後の患者に認めた小網裂孔ヘルニアの1例

兵庫県立丹波医療センター
畑みなみ、寺井祥雄、戸田朱香、藤田敏忠、
岸 淳彦、藤田恒憲

症例は49歳女性、約20年前に家族性大腸腺腫症に対して大腸全摘術を施行された患者が次第に増悪する腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。腹部CT画像にて少量腹水ならびに小腸の限局的な拡張を認めたほか、一部造影不良域が疑われ、絞扼性腸閉塞と考へて緊急審査腹腔鏡を施行した。審査腹腔鏡にて術前画像の通り小腸の拡張を認め、小切開にて小腸を直視下に観察した。小腸は胃の背側を通り小網を貫通して頭側に脱出しており、小網裂孔ヘルニアと診断した。小網を切開してヘルニア門を拡張し、内ヘルニアを解除した後、裂孔部を縫合閉鎖した。術後特に合併症なく経過し自宅退院となった。小網裂孔ヘルニアは頻度の低い疾患で、報告件数の少ない疾患ではあるものの、本例のように正常解剖と異なる場合に、発症の可能性は十分考慮される。今回経験した小網裂孔ヘルニアについて、若干の文献的考察を加えて報告する。

4-01

家族性大腸腺腫症に対する大腸全摘術後30年目に発生した回腸囊腫の1例

和歌山県立医科大学 第2外科
赤松里彩、中村有貴、松田健司、岩本博光、
三谷泰之、上田勝也、尾崎祥子、竹本典生、
田宮雅人、兵 貴彦、下村和輝、川井 学

【緒言】家族性大腸腺腫症術後の回腸囊腫の1例を経験したので報告する。【症例】48歳男性。18歳時に家族性大腸腺腫症に対して前医にて大腸全摘術、回腸囊肛門吻合術を施行されたが、約10年間通院自己中断ののち当科を受診された。下部消化管内視鏡検査で回腸囊内に多数の腺腫を認め、内視鏡治療を行ったが、再度通院自己中断され、47歳時に再診された際には内視鏡的制御が困難な多発腺腫を認めた。今回生検にて癌の診断を得たため、腹腔鏡下回腸囊肛門切除、回腸人工肛門造設術を実施した。【結語】大腸全摘術から長期経過後の回腸囊腫を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

4-02

Crohn 病に合併した直腸肛門部癌の2例

健生会 土庫病院 消化器・肛門病センター
芝田祐輔、吉川周作、増田 勉、寺内誠司、
内田秀樹、中尾 武、稲垣水美、横尾貴史、
谷 孝文、岡本光平、稲次直樹

クローン病 (Crohn's disease: CD) 関連発癌は直腸肛門管部が8割を占め、予後不良である。今回我々はCDに合併した直腸肛門部癌を2例経験したので報告する。【症例1】大腸亜全摘+回腸直腸吻合を施行した小腸大腸型CD、発症29年目に会陰部癌、鼠径部リンパ節転移を認めMiles+鼠径部リンパ節摘出術を施行したが鼠径リンパ節再発を認め10ヶ月後に永眠された。【症例2】小腸大腸型CD、発症32年目に肛門管癌を認め、Miles+両側側方郭清を施行した。術後早期に大動脈周囲リンパ節再発を認め化学療法施行したが9ヶ月後に永眠された。CDに合併した直腸肛門部癌は予後不良で、EUAなど定期的なサーベイランスを行い早期発見に努めることが重要と考える。

4-04

腹腔鏡下大腸切除術において周術期過剰輸液が術後合併症発症に及ぼす影響と至適輸液量についての検討

京都府立医科大学
北村学士、木内 純、有田智洋、清水浩紀、
名西健二、井上博之、高島和也、西別府敬士、
今村泰輔、山本有祐、小西博貴、森村 玲、
窪田 健、藤原 斉、塩崎 敦

【目的】腹腔鏡下大腸切除術において周術期過剰輸液が術後合併症に及ぼす影響について解析し、簡便な至適輸液量算出法を検討した。【方法】腹腔鏡下大腸切除を施行した241例について後方視的に解析した。術中と術後1日目のIn/Outバランスを体重で除した相対的輸液バランス (RIB) を輸液量の指標とし、RIB45.4 mL/kgをカットオフ値とした。【結果】1) 全241例中37例にCD分類II以上の術後合併症が発症したが、イレウス (14例) のみRIB高値と有意な関連を示した。2) イレウスは、RIB高値と術中多量出血、術前腸閉塞状態と関連し、RIB高値はイレウスの独立したリスク因子であった。3) RIB高値は、非肥満症例、直腸癌手術、長時間手術、術前低栄養と関連した。【結語】周術期過剰輸液は術後イレウスのリスクとなる。RIBを45.4 mL/kg未満に抑えることで、イレウス発症のリスクを低下できる。

4-03

傍ストーマヘルニア嵌頓で緊急手術を要した1例

馬場記念病院 外科
田中誠也、木下春人、庄司太一、松岡浩平、
寺岡 均、大平雅一

症例は77歳、男性。19年前に直腸癌に対してHartmann手術の既往がある。数年前より人工肛門周囲の膨隆を認めていたが、経過観察となっていた。今回、腹部の緊満と嘔吐が生じ、当院に救急搬送となった。人工肛門は黒色に変色しており、周囲の皮膚は発赤し、著明に膨隆していた。腹部CT検査にて傍ストーマヘルニア嵌頓による絞扼性腸閉塞と診断し、緊急手術を施行した。広範囲の小腸が陥頓壊死しており120cmの小腸を切除・吻合した。血流障害にて壊死した人工肛門部の結腸を40cm切除し、52×4mm大のヘルニア門を単純閉鎖後に、人工肛門を再設した。術後創感染を認めたが、術後24日目に退院し、再発なく経過している。傍ストーマヘルニアは術後晩期合併症として頻度は高いが、ヘルニア門が大きく、嵌頓はまれである。今回、巨大なヘルニア嚢内に広範囲の小腸が陥頓し、人工肛門造設部の壊死も合併した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

4-05

腸腰筋膿瘍を伴う盲腸癌に対して腹腔鏡下回盲部切除術を施行した一例

八尾徳洲会総合病院
杉本晃一、河島茉澄、藤井貴子、垣本佳士、
木村拓也

【症例】症例は82歳の女性。腰痛を主訴に救急搬送された。CTで右腸腰筋膿瘍と左肺腫瘍を認め抗生剤と膿瘍ドレナージにて腸腰筋膿瘍は軽快し退院した。左肺腫瘍に関しては本人家族様の意向より精査加療はしない方針となった。その後、腸腰筋膿瘍が再燃し、進行回盲部癌を認めた。同病変の浸潤による腸腰筋膿瘍、肺転移を認めcT4aN1aM1a StageIVAと診断した。ドレナージを含めた感染コントロールを行った後、腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。術後経過は良好でPOD23に自宅退院した。【考察】本症例は腸腰筋膿瘍として治療されていたが、難治性であり精査の結果、回盲部癌による腸腰筋浸潤と考えられた。腸腰筋膿瘍を伴う回盲部癌では、腸腰筋合併切除や開腹手術が必要となる場合も多い。本症例は、高齢者で肺転移も伴っているために、QOLの改善目的の手術となった。術前に腸腰筋膿瘍の感染コントロールを行うことで、腹腔鏡にて低侵襲に切除を行うことができた。

4-06

腹壁穿通により膿瘍を形成したS状結腸癌3例の臨床学的検討

馬場記念病院 外科

古庄 穂、木下春人、松岡浩平、庄司太一、
寺岡 均、大平雅一

大腸癌の腹壁浸潤はしばしば経験するが、腹壁に穿通し膿瘍形成する症例は比較的稀である。今回われわれは、腹壁穿通により膿瘍を形成したS状結腸癌の3例を経験したので報告する。【症例1】81歳、男性。CT検査にてS状結腸の壁肥厚と89*59mmの腹壁膿瘍を認め、経皮的膿瘍ドレナージ後に待機手術を施行した。【症例2】60歳、男性。CT検査にてS状結腸の壁肥厚と68*50mmの腹壁膿瘍、S状結腸周囲のfree airを認めた。憩室炎穿孔疑いで緊急手術となったが、術中所見にてS状結腸癌による腹壁穿通、膿瘍形成の診断に至った。【症例3】68歳、男性。CT検査にてS状結腸の壁肥厚と83*66mmの腹壁膿瘍を認め、経皮的膿瘍ドレナージ後に待機手術を施行した。いずれの症例も術後経過は良好であるが、膿瘍ドレナージを先行させた方が術後敗血症のリスクが少ない事や、切除断端を確保しやすくなるといった利点があり、術前にドレナージ治療を行う事が推奨されている。

5-01

傍大動脈リンパ節転移再発に対しMixed Reality画像ガイド下リンパ節郭清術を施行した1例

大阪公立大学 消化器外科

加藤きみ佳、福岡達成、笠島裕明、小澤慎太郎、
石館武三、米光 健、関 由季、黒田顕慈、
三木友一朗、吉井真美、田村達郎、澁谷雅常、
豊川貴弘、李 栄柱、前田 清

【背景】近年、集学的治療の向上により傍大動脈リンパ節転移に対しconversion surgeryが行われる機会が増加している。今回我々はMixed Reality (MR)画像ガイド下傍大動脈リンパ節郭清手技についてビデオを供覧し、その有用性について報告する。【準備と手技】術前造影CT検査を用いて腹部大動脈から総腸骨動脈まで血管構築およびリンパ節のマッピングを行い、その画像をもとに3D再構築したデータをHead Mounted Display (MR-HMD)で閲覧可能なデータへと変換する。正中切開で開腹後、尿管、性腺動静脈のテーピングを行ったあと、術者はMR-HMDを装着し血管走行とリンパ節位置を確認しながら、傍大動脈リンパ節郭清を行った。【結論】MR画像は血管走行とリンパ節との位置関係をあらゆる方向からも確認することができ、直感的な立体把握およびアプローチを可能にすることができ、有用であると考えられる。

4-07

虫垂切除術後に虫垂杯細胞型カルチノイドと診断され追加切除を行なった1例

大津赤十字病院 外科

澤田立輝、伊藤達雄、安宅 亮、竹島 潤、
多賀 亮、鷺見季彦、平田 渉、北口和彦、
喜多貞彦、土井季司、平井健次郎、濱洲晋哉、
浦 克明、豊田英治、大江秀明、洲崎 聡、
廣瀬哲朗

症例は55歳女性。腹痛を主訴に救急外来を受診し、穿孔性虫垂炎と診断された。保存的加療により軽快したが、3か月後の画像検査で虫垂の腫大が残存していた。さらにその6か月後の画像検査でも虫垂は腫大しており、粘液性腫瘍などの可能性も考えられたため腹腔鏡下虫垂切除術を行った。病理診断では杯細胞型カルチノイドであった。断端は陰性だが漿膜下層まで浸潤がしていたため、リンパ節郭清を目的とした腹腔鏡下回盲部切除術を追加して行った。最終診断はpT3N0M0, pStageIIAであった。虫垂杯細胞型カルチノイドは比較的稀な虫垂腫瘍である。典型的なカルチノイドとは予後が異なり、大腸癌取り扱い規約第9版では腺癌の一亜型に分類されている。急性虫垂炎などに対する虫垂切除術後の病理診断で判明することが多いが、悪性腫瘍としての対応が必要であり、急性虫垂炎であっても病理診断は重要であると考えられる。

5-02

40歳未満で発症した若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴

大阪市立総合医療センター 消化器外科

坂元寿美礼、井関康仁、西村潤也、西居孝文、
長谷川毅、櫻井克宣、久保尚士、井上 透、
西口幸雄

若年者大腸癌は近年増加傾向にあり、予後が不良であると報告されている。今回、当院にて手術を施行した40歳未満の大腸癌36例の臨床病理学的特徴、予後について検討を行った。年齢は17歳から39歳。性別は男性が21例、女性が15例であった。腫瘍局在は、直腸癌が17と多くみられた。組織型は中分化型管状腺癌が20例と最多であった。進行度は、Stage3以上の症例が70%と高率であった。Stage4の遠隔転移部位は、肝転移を5例認めた。肝転移症例について検討したところ、肝転移を認めた症例のうち、化学療法のみ施行した症例より肝切除した症例で長期生存が得られており、若年者大腸癌症例においても、遠隔転移を認めた際には積極的な手術治療介入を行うことで予後改善につながる可能性が示唆された。

5-03

腹腔鏡下に切除した下行結腸神経鞘腫の1例

大津赤十字病院 外科

黒木鷹介、伊藤達雄、竹島 潤、多賀 亮、
安宅 亮、鷺見季彦、平田 渉、北口和彦、
喜多貞彦、平井健次郎、濱洲晋哉、浦 克明、
豊田英治、大江秀明、洲崎 聡、廣瀬哲郎

症例は78歳女性。かかりつけ医で行われた腹部超音波検査で偶発的に脾近傍の19mmの低エコー腫瘤を認め、精査のため当院に紹介された。CTで下行結腸の粘膜下に造影効果のある腫瘤を認め、下部消化管内視鏡では内腔から観察可能な腫瘍はなかった。GISTを疑い、腹腔鏡下行結腸部分切除術を行った。病理診断では異型に乏しい紡錘形細胞から成る腫瘍であり、S-100蛋白陽性であったことより神経鞘腫と診断した。術後1年の時点で明らかな再発所見はない。神経鞘腫はSchwann細胞から発生する腫瘍で、頭頸部、上下肢に好発する。消化管での発生は少なく、大部分は胃、小腸に発生し大腸原発は消化管全体の5%にすぎない。内視鏡では粘膜下腫瘍の形態を示し、特徴的な画像所見もなく術前診断は困難なことも多いため、本例のようにGIST等を考慮した術式選択を行うことは妥当と考えられた。

5-05

IVRによる塞栓術が不適と判断した下行結腸動静脈奇形に対し腹腔鏡下行結腸切除術を施行した1例

大阪赤十字病院消化器外科

小澤寛太郎、藤本貴士、川相雄暉、塚崎翔太、
岡田倫明、稲本 将、野村明成

【症例】80代男性。【病歴】貧血精査の内視鏡検査で下行結腸に拍動性粘膜下病変を、CTで同部位に複数の血管拡張像を認め、下行結腸動静脈奇形による貧血と診断。塞栓術を考慮したが奇形範囲が広く腸管穿孔リスクが高いと判断。腹腔鏡下に奇形部腸管切除の方針に。【既往歴】30代で交通事故に対し開腹手術（不詳）。【手術所見】下行結腸の10cmに及ぶ異常血管怒張の供血路と見られる左結腸動脈を選択的切離。体外操作で異常血管を含む下行結腸を切離し機能的端々吻合再建。【術後経過】一時的麻痺性イレウスを認めたが保存的に軽快し退院。以後下血や貧血症状なく経過中。【考察】動静脈奇形は先天性病変で妊娠、出産、外傷などで悪化する。皮膚、軟部組織など全身に起こるが消化管の報告は少ない。塞栓術や内視鏡的止血術が一般的だが今回手術加療を先行し良好な結果を得られた。

5-04

直腸切断術後会陰ヘルニア再々発に対して右腹直筋皮弁を用いて修復し得た1例

大阪公立大学 消化器外科

米光 健、福岡達成、関 由季、笠島裕明、
澁谷雅常、前田 清

症例は76歳男性。直腸癌に対し腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術施行後2ヶ月のCTで会陰ヘルニアの診断となった。バード ベントラライト STを用いて腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行したが、4ヶ月後のCTで再発を来した。Bard コンボジックスメッシュを用いて再度腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行したが、4ヶ月後に会陰部痛を自覚し、CTで会陰ヘルニア再々発の診断となった。腹腔鏡下アプローチのみでは修復困難と判断し、右腹直筋皮弁を用いたヘルニア修復術を施行した。開腹下にヘルニア嚢、メッシュを摘出した。ヘルニア門は7×9cmであった。深下腹壁動静脈の穿通枝皮弁である腹直筋皮弁を用いて経会陰的にヘルニア門を閉鎖した。術後4年経過したが、現在再発の徴候を認めていない。これまでメッシュを用いても修復困難な会陰ヘルニアに対して、腹直筋皮弁を用いて修復し得た報告例はなく、文献的考察を加えて報告する。

5-06

上行結腸癌手術を契機に発見された虫垂由来のRosai-Dorfman病の1例

大阪市立総合医療センター 消化器外科

多田隆馬、井関康仁、西村潤也、西居孝文、
長谷川毅、櫻井克宣、久保尚士、田嶋哲三、
村田哲洋、高台真太郎、清水貞利、井上 透、
西口幸雄

症例は75歳、男性。当院胃GIST術後にて経過観察中、CTにて回盲部にリンパ節種大を認め上行結腸癌が疑われた。下部消化管内視鏡検査を行ったところ、上行結腸に2型腫瘍を認め、生検でtub2と診断された。以上より上行結腸癌、cT3N2aM0、cStage3cに対し、ロボット支援下回盲部切除術を施行した。手術は、問題なく終了した。摘出標本からは、上行結腸に腫瘍を認め、虫垂の腫大また壁肥厚を呈していた。ICA領域に腫大したリンパ節を複数個認めた。病理組織学的検査では、上行結腸癌、pT3N0M0、pStage2Aであった。一方で、虫垂およびリンパ節からは、炎症細胞と免疫染色にてS100 (+)、CD68 (+)、CD1a (-)を示す組織球が混在しておりRosai-Dorfman病と診断された。上行結腸癌手術を契機に発見された虫垂由来のRosai-Dorfman病の1例を経験した。虫垂由来のRosai-Dorfman病は極めて稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

5-07

虫垂炎を契機に発見された虫垂 GIST の一例

神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科
長門駿也、横山翔平、西崎颯良、土佐明誠、
住井敦彦、吉野健史、山本高正、松浦正徒、
塩田哲也、畑 俊行、京極高久、伊丹 淳

症例は60歳代男性。腹痛を主訴に前医受診したが2週間経っても発熱と腹痛が持続するため当院受診。精査にて膿瘍形成性虫垂炎の診断となり抗菌薬にて保存加療し一旦退院となった。フォローのCTで膿瘍腔は不明瞭化したものの虫垂根部の腫大は残存しており、interval appendectomy の方針とした。下部消化管内視鏡検査では虫垂開口部に腫瘍性病変を認めなかった。不安定狭心症に対するPCIや抗凝固薬の調整などで手術までの期間がやや長くなったが待機的に腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。炎症は沈静化しており手術時間は34分、出血量も少量であった。病理診断は、明らかな上皮性腫瘍は認めず炎症細胞浸潤を認める慢性虫垂炎の像が主体であったが、5x5mmの領域で線維化か間質腫瘍か不確実な紡錘形の細胞の集簇巣を認め免疫組織化学染色を追加。c-kitとCD34が陽性でS100とdesminが陰性でGISTと診断された。虫垂GISTは稀な疾患であり若干の文献的考察を加えて報告する。

6-01

肝原発 MALT リンパ腫の一切除術

¹ 大手前病院 外科

² 大手前病院 血液内科

³ 大手前病院 病理科

長澤 愛¹、日向 聖¹、釜野聡平¹、知念良直¹、
齊藤百合奈¹、宮垣博道¹、田中佑加²、松本滂華³、
玉川浩司¹

【緒言】MALT リンパ腫の肝での発症は非常に稀である。今回我々は肝腫瘍に対し肝切除術を行い、術後病理検査で原発性肝 MALT リンパ腫の診断に至った一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】症例80歳女性。甲状腺腫、強皮症などで近医通院中であった。以前より指摘されていた肝S8の腫瘍が増大傾向となったため、当院紹介となった。採血ではCEA 1.2ng/ml, CA19-9 0.9U/ml, AFP 3.5ng/ml, PIVKA-II 19mAU/mlと正常値で、sIL-2R 728U/mlと軽度上昇していた。術前のPET-CTでは肝S8腫瘍のみにFDG集積を認めた。肝生検は穿刺困難な部位のため施行せず、開腹下で肝S8部分切除術を行った。術後病理検査では原発性肝MALTリンパ腫の診断となった。退院後、血液内科へ紹介となり、低悪性度のリンパ腫であることを考慮し経過観察の方針とした。術後3年目の現在、無再発で経過している。【結語】切除後診断に至った肝原発性MALTリンパ腫の稀な一例を経験した。

5-08

高齢者大腸癌切除術における double stapling technique の吻合器に関する検討

¹ 大阪大学消化器外科学

² 大阪国際がんセンター研究所 がん医療創生部
春名健伍¹、水元理絵^{1,2}、三吉範克^{1,2}、竹田充伸¹、
関戸悠紀¹、波多 豪¹、浜部敦史¹、荻野崇之¹、
植村 守¹、土岐祐一郎¹、江口英利¹

術後吻合部合併症は、余力の乏しい高齢者においては生死に直結する可能性がある。吻合技術の安定化や簡素化という利点により、自動吻合器を使用した吻合が広まり、安全なステープラー操作がより注目されている。今回、高齢者S状結腸、直腸癌手術の吻合部合併症における電動式自動吻合器の有用性を後ろ向きに検討し、用いた吻合器の操作性や先端可動域についてAIを用いた動画解析を施行した。対象を2017年～2023年に当院にて切除が施行された65歳以上のS状結腸、直腸癌344例とした。年齢中央値は74.3歳、術式はS状結腸/高位前方切除199例、低位/超低位前方切除145例であり、吻合器は手動式が170例、電動式は174例であった。術後吻合部合併症は、手動式群で5例(2.94%)、電動式群で0例(0%)認め、手動式群で有意に多く認められた。高齢者S結腸、直腸切除術における電動式自動吻合器の使用は吻合部合併症を低減させる可能性が示唆された。

6-02

肝悪性腫瘍との鑑別に難渋した Expanding hematoma in liver cyst の一例

八尾徳洲会病院

山口貴史、藤井貴子、山中宏晃、川島菜澄、

木村拓也、松田康雄

肝嚢胞内出血後の器質化過程で血管新生が誘導され、造影される壁在結節として認められる場合がある。またgrowing hematomaとしてサイズが増大することもあり、腫瘍との鑑別が問題となる。我々は、画像にて悪性腫瘍の否定ができず、手術にてExpanding Hematoma (EH)と診断した症例を経験したので報告する。症例は51歳女性、右側臥位安静時に、突然の右上腹部痛で当院に救急搬送。肝右葉に腫瘍内出血と破裂を伴う10cm大の腫瘍を認め同日入院となった。造影CTで豊富な血管新生と、平衡相までつづく濃染を伴う壁在結節を認めた。MRIでは多房性で、嚢胞内部にT2WIで著明な低信号を示しDWI・ADCで拡散制限を示す充実部を認めた。破裂を伴い悪性腫瘍を否定できないことから、病日5日目に肝右葉切除術を行った。術後病理では嚢胞上皮細胞と器質化血腫を認めEHと診断した。術前診断にてEHと嚢胞性肝腫瘍の鑑別に難渋し、肝右葉切除術を行った1例を経験した。

6-03

肝臓に発生したReactive lymphoid hyperplasiaの1例

滋賀医科大学 外科学講座

城山理帆、石川 原、前平博充、新田信人、
大竹玲子、谷総一郎、竹林克士、小島正継、
貝田佐知子、三宅 亨、谷 眞至

症例は40歳代女性。帝王切開の既往あり。胸背部痛を訴え、造影CTにて肝S8に造影効果を認めない20mm大の低吸収腫瘤を認めた。MRIではT1強調で低信号、T2強調と拡散強調画像で高信号であった。PET-CTでは肝S8にのみFDG集積を認めた。生検にて低悪性度B細胞リンパ腫疑いと診断されたが、確定診断目的に腹腔鏡下肝S8部分切除術を施行した。中央に淡白色結節を有する境界明瞭な腫瘤で、病理組織学的所見ではリンパ球と形質細胞からなる二次リンパ濾胞であった。免疫染色ではCD10(+), BCL6(+), BCL2(-), Ki-67LI高率で、Reactive lymphoid hyperplasia (RLH)と診断した。RLHが肝臓に発生するのは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

6-05

Vp4巨大肝細胞癌に対して経鼻経管栄養下にDurvalumab + Tremelimumab併用療法を施行しconversion肝切除が可能となった1例

神戸大学大学院外科学講座 肝胆脾外科学分野

佐野隼大、福島健司、小松昇平、木戸正浩、
権 英寿、浦出剛史、宗 慎一、吉田俊彦、
田井謙太郎、荒井啓輔、井口浩輔、李 東河、
秋田真之、水本拓也、石田 潤、南野佳英、
津川大介、浅利貞毅、柳本泰明、外山博近、
福本 巧

症例は65歳、男性。食思不振を主訴に前医受診。CT検査にて肝左葉を主座とし、Vp4門脈腫瘍栓を伴う16cm大の単発肝細胞癌 (T3N0M0 cStageIII)と診断され、当院紹介となった。腫瘍学的に切除困難であり、腫瘍により胃が圧排され摂食困難であったため、経鼻経管栄養下に薬物療法を行う方針とした。上部消化管内視鏡で胃粘膜面への腫瘍浸潤が疑われ、高度蛋白尿を認めたことから、レジメンはDurvalumab + Tremelimumab (Dur/Tre)併用療法を選択した。その後、腫瘍縮小と門脈腫瘍栓の退縮を認め、治療開始5ヵ月後に開腹肝左葉切除術および門脈腫瘍栓摘出術を施行した。Dur/Tre併用療法は切除不能肝細胞癌に対する一次治療の1つとして推奨されているが、conversion肝切除に至った報告は少ない。今回、摂食困難を伴うVp4巨大肝細胞癌に対し、経鼻経管栄養下にDur/Tre併用療法を行い、conversion肝切除が可能となった1例を経験したので、文献的考察と共に報告する。

6-04

切除不能進行肝細胞癌におけるConversion surgeryの経験

関西医科大学 肝臓外科

大東拓哉、山本栄和、松本 杏、松島英之、
木口剛造、石崎守彦、小坂 久、松井康輔、
海堀昌樹

当科で経験した肝細胞癌症例の内、ATZ/Bev投与の内Conversion Surgery 3症例についての経過につき評価した。症例1:80歳代男性。肝右葉の腫瘍で中肝静脈を圧排し、肝門部、傍大動脈リンパ節の腫脹を認めた。ATZ/Bev投与を開始し6ヶ月で腫瘍縮小、リンパ節転移消失を認め、CSとなり15ヶ月無再発生存中である。症例2:60歳代男性。肝S7切除後、S5,6と外側区域に腫瘍を認めた。ATZ/Bev投与を開始しS5,6腫瘍の縮小、外側区域の腫瘍の消失を認めCSとなり、術後16か月でS4,3に再発し化学療法再導入予定である。症例3:70歳代女性。左葉に腫瘍を認め後区域へ及んでいた。ATZ/Bev投与を開始し、16ヶ月で腫瘍の縮小を認め手術となり、6ヶ月で肝内再発を認めATZ/Bev投与を施行し、5ヶ月で一時PR得られたが19か月でPDとなり現在レンパチニブ導入されている。

6-06

拡張型心筋症を合併した胆道閉鎖症術後の非代償性肝硬変に対して生体肝移植を施行した1例

大阪大学大学院医学研究科 外科系臨床医学専攻 外科学講座消化器外科学

内山優史、佐々木一樹、小林省吾、長谷川慎一郎、
山田大作、富丸慶人、秋田裕史、野田剛広、
江口英利

【症例】20歳代女性。生後1ヶ月に胆道閉鎖症に対して植田式肝門部空腸吻合術を施行。生後8ヶ月時にウイルス性心筋炎に罹患後から拡張型心筋症様となった。浮腫や胸痛で入院を繰り返した。一方、次第に肝硬変は進行し側副路の発達、脾腫を認めた。X-2年に実施した肝生検では新犬山分類F2-3/A1、肝機能はChild-Pugh B9点であった。一時、心移植も検討されたが、肝硬変や脾腫が心機能増悪の一因となっていることから、心移植は保留され、脾臓摘出術を先行させた。脾摘後心機能はEF40%と改善し、心機能良好とはいえないものの、肝移植の施行は可能とされた。X年に左葉尾状葉グラフトを用いて生体部分肝移植術を施行。門脈再建は、レシピエントの門脈本幹は狭小化しており、拡張した左胃静脈を用いて行った。術後心不全や肝不全、拒絶反応を認めることなく、術後11日目にICUから一般病棟へ転棟し、病状安定して経過している。

6-07

術前、肝細胞癌と診断された肝 pseudolymphoma の1例

石切生喜病院 外科
野原佑介、宮下正寛、松田英恵、菊川拓也、
石原 敦、松田恭典、加藤幸裕、西川正博、
上西崇弘

肝 pseudolymphoma は反応性に増殖したリンパ濾胞により形成された稀な良性疾患である。画像所見は肝細胞癌などの悪性腫瘍に類似し術前診断は困難である。症例は68歳女性。原発性胆汁性胆管炎で加療中、腹部超音波検査で10mm大の肝腫瘍性病変が指摘された。病変は造影CTでは不明瞭であったが、EOB-MRIでS8領域に早期相で均一に造影され、平衡相でwash out、肝細胞相で低信号となる腫瘍性病変が認められた。AFP、PIVKA-2は基準値内であったが、肝細胞癌を疑い、肝S8亜区域切除術を施行した。摘出した腫瘍は浸潤性発育の黄白色腫瘍であり、病理組織学的にリンパ球や形質細胞が密に浸潤し硝子様の膠原繊維が介在しており、結節辺縁には胚中心を伴うリンパ濾胞が観察されることから肝 pseudolymphoma と診断された。今回我々は術前肝細胞癌と診断し、術後肝 pseudolymphoma と診断された症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

7-02

急性胆嚢炎術後に偶発的に診断された隆起性病変を伴わない Intracholecystic papillary neoplasm の1例

野崎徳洲会病院 外科
中能玲央、門川佳央、齋藤雅俊、今里光伸、
坂井昇道

【症例】40代、男性【主訴】心窩部痛【現病歴】2024年8月中旬に心窩部痛が出現し当院受診。【既往歴】虫垂炎術後、高血圧、脂質異常症【入院時現症】BT:37.2度、HR:56回/min、BP:146/84mmHg、腹部は平坦・軟 心窩部を中心に自発痛・圧痛を認める。【臨床経過】単純CT検査にて胆嚢は緊満様に腫大しており、胆嚢壁肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。血液検査ではWBC12390/ μ l (Neu87%)、CRP5.03mg/dlと炎症反応は高値であった。急性胆嚢炎の診断で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後の経過は安定しており、術後8日目に退院となった。摘出標本病理診断では、胆嚢上皮に異型性のある乳頭状増殖を認め、Intracholecystic papillary neoplasm (ICPN)) と診断し、現在外来にてフォロー中である。【考察】ICPNは比較的新しい概念で、報告例も非常に稀であるため文献的考察を加えて報告する。

7-01

胆嚢十二指腸瘻による胆石性十二指腸閉塞をきたした一例

¹川西市立総合医療センター 初期研修医
²川西市立総合医療センター 外科
藪内海斗¹、畠野尚典²、杉本圭司²、美濃地貴之²、
村西耕太郎²、西垣貴彦²、小西 健²、新井 勲²、
中口和則²、松下一行²、澤端章好²、土居貞幸²

【背景】胆石イレウスは自然排石が4%と低率であり、原則手術である。近年、十二指腸嵌頓例で患者負担が少ない電気水圧衝撃波結石破砕術 (EHL) の報告が増えているが、再び小腸に嵌頓することもある。

【症例】70歳代後半の女性、ADLは何とか自立程度、3日前からの嘔吐を主訴に近医受診。腹部単純CT検査で胆嚢内に気腫、十二指腸内に40mm大の石灰化結石を認め口側腸管拡張あり。胆石性十二指腸閉塞の診断にて当院紹介。

【治療】患者の全身状態等総合的に判断し、十二指腸切開やそれに伴う長期ドレーン留置等を回避すべくEHLによる破砕・排石の方針とした。EHL施行し30mm大に破砕。10日後再度イレウス症状出現、小腸への移動が確認された為、小腸切開採石術を行い経過良好であった。また術後4ヶ月の上部消化管内視鏡で瘻孔の閉鎖を認めた。

【結論】十二指腸に嵌頓した胆石性イレウスに対しEHLで破砕後、小腸切開採石術にて採石した症例を経験した。

7-03

緊急胆嚢全摘術で止血した胆管内血腫を伴う胆嚢動脈瘤破裂の一例

箕面市立病院 外科
檀野貴一、東口公哉、山本 慧、武田 和、
深田唯史、野口幸藏、吉村弥緒、團野克樹、
平尾隆文、関本貢嗣、岡 義雄

86歳、男性。発熱と血便を主訴に当院の夜間救急を受診した。来院時は40度の高熱と頰脈を認めたが、血圧低下や腹部の圧痛は認めなかった。腹部単純CTで総胆管内に血腫形成が疑われ、造影CTの動脈相で胆嚢頸部内腔に円形の造影効果を認めたことから胆嚢動脈瘤破裂に伴う胆管内血腫と診断した。造影剤の血管外漏出はなく、翌朝まで保存的に観察したが、貧血が進行したため、胆管内血腫に因る閉塞性黄疸に対してERCPを先行後に緊急手術を施行した。胆嚢頸部周囲の剥離に難渋し、術式は腹腔鏡下胆嚢全摘術として動脈瘤を切除したが、良好な術後経過を得ている。胆管内血腫を来した胆嚢動脈瘤破裂の報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

7-04

腹腔鏡下胆嚢摘出術後に、肝嚢胞に感染きたした2例

明和病院 外科

生田理紗、中島隆善、松木豪志、長野心太、古出隆大、一瀬規子、藤川正隆、岡本 亮、生田真一、仲本嘉彦、相原 司、柳 秀憲、山中若樹

【はじめに】肝嚢胞はまれに感染をきたす場合があるが、腹部手術後に感染をきたした報告は少ない。腹腔鏡下胆嚢摘出術後に肝嚢胞に感染をきたした2例を報告する。【症例1】70歳代、男性。健診の腹部超音波検査で胆石と肝嚢胞を指摘され、胆摘目的に当院紹介。型通りに胆摘を施行したが、術後4日目に発熱をきたし、画像検査を踏まえ肝嚢胞感染と診断した。PTADを施行し、炎症所見は消失した。【症例2】60歳代、女性。心窩部痛と嘔気を主訴に前医受診され、胆嚢結石症の診断で当科紹介、手術を施行した。術後2日目に熱発し、画像検査で肝嚢胞感染と診断した。PTADを行い炎症所見は改善、以降は感染の再燃を認めていない。【まとめ】肝嚢胞を有する症例に対する手術に際し、周術期に肝嚢胞が感染をきたすことはまれだが、術後の発熱や炎症反応の高値が遷延する場合、肝嚢胞の感染の可能性を念頭におく必要がある。

8-01

術後一過性門脈気腫症を発症した超高齢S状結腸癌の1例

公立宍粟総合病院

濱平茉莉子、小泉 宣、吉田裕加里、木下光洋、有川裕貴、衣笠章一、佐竹信祐

症例は90歳の女性。高血圧と子宮筋腫の手術既往あり。貧血の精査目的で当院を紹介され下部消化管内視鏡検査にてS状結腸癌と診断された。手術適応ありと判断し腹腔鏡下S状結腸切除術D3を施行した。下腸間膜動脈は温存し機能的端々吻合を行った。術後3日目より食事を開始したが、7日目に嘔吐し一時的に絶食とし12日目に食事を再開したところ14日目に再び嘔吐し腹痛もあつたことからCT検査を行ったところ小腸壁内気腫と門脈気腫症を認めた。引き続き行った造影CTでは小腸壁の虚血は認められず、気腫の改善が見られた。白血球数4100/ μ L、CRP 0.09 mg/dLと炎症所見が軽微であったため厳重な観察を行った。翌日のCTでは門脈気腫症は消失していた。その後再度食事を再開したが、症状の再燃や炎症所見が増悪することなく26日目に退院となった。門脈気腫症は必ずしも手術適応となる訳ではないが、超高齢者の術後早期発症であり慎重な判断が必要と考えられた。

7-05

戸谷 IV-A 型先天性胆道拡張症に対するロボット支援下手術導入の経験

神戸大学 肝胆膵外科

岡副佑城、柳本泰明、津川大介、秋田真之、李 東河、荒井啓輔、田井謙太郎、水本拓也、吉田俊彦、宗 慎一、石田 潤、南野佳英、浦出剛史、福島健司、権 英寿、小松昇平、浅利貞毅、木戸正浩、外山博近、福本 巧

2022年に先天性胆道拡張症(CBD)に対するロボット支援下手術が保険収載され、症例増加が予想される。今回、当科における導入1例目を報告し、トラブルシューティングについて動画供覧しながら紹介する。症例は16歳女性。戸谷IV-A型CBDと診断し、ロボット支援下胆管切除・肝管空腸吻合の方針とした。拡張胆管の剥離を十二指腸側まで続け、narrow segmentを刺通結紮・クリッピングし切離。残存側のクリップ・結紮糸が脱落したため、VBI消息子にて膵内胆管を同定、膵管チューブで膵液の逆流を確認後、再度クリップ・刺通結紮を施行。肝管空腸吻合(後壁は連続、前壁は結節)施行後、胆汁漏れを認め、小開腹。吻合部背側からのリークであり、肝管空腸吻合を再施行(全て結節縫合)。胆管不完全外瘻を置いた。術後、膵液瘻(Grade IIIa)を認めたが、POD18に自宅退院。フォローのMRCPで十二指腸側の拡張胆管は完全に切除されており、5ヶ月現在、問題なく外来通院中である。

8-02

門脈左枝水平部欠損の破格を有する遠位胆管癌に対して手術加療を行った一例

京都府立医科大学 消化器外科

毛利響香、森村 玲、山本有祐、今村泰輔、塩崎 敦

症例は83歳男性。前医で黄疸を指摘され、遠位胆管癌疑いで当科紹介となった。門脈前区域枝より左門脈が分岐する門脈左枝水平部欠損の破格を有する症例であり、術前検査では、胆嚢管合流部から下流に6.9mmの胆管の全周性の壁肥厚(4mm)を認めた。下流胆管を脾上縁、上流胆管をRHA横断レベルで切離し、肝外胆管切除術、胆道再建術を施行した。術後はClavien-Dindo分類grade IIIaの膵液瘻を認めドレナージを行い、術後31日目に退院。病理結果はpT2(SS)N1M0,pStage IIBであった。門脈左枝水平部欠損の破格は0.03%と非常に稀な破格であり、遠位胆道癌の手術を行った症例の報告はほとんどなく、今回貴重な症例を経験したので報告する。

8-03

臍頭十二指腸切除後の難治性膵液瘻に対してEUS下膵管ドレナージが著効した2例

兵庫医科大学病院 肝胆膵外科
原田 航、藤 浩明、白井大介、栗本亜美、
野垣航二、末岡英明、飯田健二郎、多田正晴、
中村育夫、廣野誠子

背景 難治性膵液瘻は膵切除後の重篤な合併症の一つである。EUSによる内瘻化は低侵襲であるが高度な技術が必要である。臍頭十二指腸切除（PD）後難治性膵液瘻に対してEUS-PDで治癒した症例を2例経験したため報告する。症例1 39歳男性、胆管NETに対してPD施行。術後膵液瘻を認め、ドレーン管理したが膵管空腸吻合部閉塞を来し、ドレーンから排液が持続した。EUS-PD施行、胃膵管内瘻チューブ留置したところ排液は認めず7日後に退院した。症例2 76歳女性、十二指腸乳頭部癌に対してPD施行。術後44日目に創部から膵液の排出を認め遅発性の膵液瘻と診断、絶食で排液量は減少したが、CTで仮性膵嚢胞の増大、残膵主膵管の拡張を認め、膵管空腸吻合部狭窄を認めた。DB-ERPを行うも挿入が困難であった。EUS-PD施行、胃膵管内瘻チューブを空腸側に留置し19日後に退院した。結語 EUS-PDは難治性膵液瘻に対して有効な手技であるが、今後長期的な経過に関して慎重にみていくことが肝要である。

8-05

切除不能肝門部胆管癌に対する集学的治療により根治切除し得た一例

関西医科大学 肝臓外科学講座
松本 杏、海堀昌樹、松井康輔、山本榮和、
小坂 久、木口剛造、松島英之、大東拓哉

はじめに：門脈右枝閉塞を伴う切除不能肝門部胆管癌に対して、GCD療法が著効し、右肝静脈結紮術を追加した上でコンバージョン手術を実施し得た症例を経験したので報告する。症例：60代女性。門脈右枝閉塞と門脈左枝根部狭窄を認めるBismuth IIIaの切除不能肝門胆管癌に対してGCD療法を導入（導入前のCA19-9は2139 U/mL）。GCD療法開始後3か月でCA19-9が正常化し、門脈左枝根部狭窄は改善傾向となりGCD療法を計7クール実施した。また、残肝容積・ICG-Krem 増大目的に腹腔鏡下右肝静脈結紮術を追加し、GCD療法導入後7か月でコンバージョン手術を実施した（tT1bN0M0 StageI）。術後は、腹腔内膿瘍に対してドレナージを要したが、軽快退院した。まとめ：切除不能肝門部胆管癌であっても集学的治療により根治切除に至る可能性があると考えられる。

8-04

ICPN with associated invasive carcinoma に対して腹腔鏡下手術を施行した1例

和歌山県立医科大学 外科学第2講座
西島尚紀、宮本 篤、速水晋也、中村健介、
山本裕介、清水敦史、北畑裕司、竹内昭博、
本林秀規、川井 学

ICPN: intracholecystic papillary neoplasm は、胆嚢上皮性腫瘍の一群であり、胆嚢摘出症例の約0.4%に認める稀な疾患であり、胆嚢癌の前癌病変としても知られている。今回、我々は腹腔鏡下手術を施行したICPNの1例を経験したので報告する。症例は70代男性。胆管炎を契機に50mm大胆嚢腫瘍を指摘。胆嚢癌を疑い、腹腔鏡下胆嚢摘出術、胆嚢床切除術、リンパ節郭清術を施行した。合併症なく経過し、術後9日目に退院となった。病理組織学的にICPN with associated invasive carcinoma と診断された。胆嚢悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術は2022年に保険収載され、当科でも積極的に取り組んでいる。今回、ICPNに対する腹腔鏡下手術を合併症なく安全に行えたが、今後も症例を重ね、有用性・適応を慎重に検討する必要がある。

8-06

偶発的に発見された胆嚢内乳頭状腫瘍 (intracholecystic papillary neoplasm: ICPN) の1例

石切生喜病院 外科
元良大斗、宮下正寛、松田英恵、菊川拓也、
石原 敦、松田恭典、加藤幸裕、西川正博、
上西崇弘

intracholecystic papillary neoplasm (ICPN) は胆嚢癌の前癌病変として2010年WHO消化器腫瘍分類に新たに記載された乳頭状増殖を示す病変である。症例は83歳女性。黒色便を主訴に近医受診し、CTで肝門部に充実成分を伴う嚢胞性病変が指摘された。腹部造影CT像上、肝側に淡く造影される乳頭状腫瘍を含む嚢胞性病変を認め、胆嚢は萎縮し、内部に結石が充満していた。超音波内視鏡で総胆管から連続しており、胆嚢癌と術前診断し、拡大胆嚢摘出術およびリンパ節郭清を施行した。病理組織学的検査ではintracholecystic papillary neoplasmと診断された。今回、我々は偶発的に見つかった胆嚢癌に対して外科的手術を施行したところICPNと診断された症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

9-01

膵頭十二指腸切除後に発生した胃空腸吻合部腸重積の1例

和歌山県立医科大学 第2外科
西尾勇輝、清水敦史、北畑裕司、竹内昭博、
本林秀規、速水晋也、宮本 篤、中村健介、
川井 学

抄録症例は75歳男性、4年前に膵頭部 IPMN に対して膵頭十二指腸切除術 (PD)、Child 法による再建を施行された。今回、深夜に急激な心窩部痛と嘔吐を主訴に来院し、腹部造影 CT 検査を施行したところ、胃空腸吻合部の挙上空腸が胃内に重積しており、脱出腸管の血流不全を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したが還納できず、緊急開腹手術を実施した。術中、輸出脚が胃内に重積しているのが確認され、用手的に整復を行い、ICG 蛍光観察にて血流不全が改善したことを確認し手術終了した。術後経過は良好で、現在再発なく経過している。PD 術後の胃空腸吻合部腸重積は極めて稀な合併症ではあるが、腸管虚血をきたした場合、重篤な合併症を引き起こす可能性があり、注意が必要である。文献的考察も含めて報告する

9-03

血流改変後に置換右肝動脈を合併切除した膵頭十二指腸切除術の安全性

大阪公立大学 肝胆膵外科学
吉田瑞樹、木下正彦、木村健二郎、安田拓斗、
安 昌起、中西紘一、八田康佑、川口貴土、
渡邊元己、田中涼太、栗原重明、西尾康平、
新川寛二、石沢武彰

【背景】置換右肝動脈 (Replaced right hepatic artery: rRHA) は一定の頻度で見られる破格である。当院では腫瘍接触が疑われる rRHA 症例 (c-rRHA) に対し、rRHA を術前塞栓し合併切除する PD を行ってきた。【方法】2014 年から 2023 年までに実施した PD の手術成績を検討した。c-rRHA では塞栓後に rRHA を合併切除 / 非再建し、接触を認めない症例 (nc-rRHA) では温存した。【結果】547 例の PD のうち、rRHA を 43 例に認めた。c-rRHA (n=15) のうち、再建を除く 13 例は rRHA 合併切除 / 非再建の PD (Rc-rRHA) を行った。nc-rRHA (n=28) のうち、合併切除を要した 3 例を除き、25 例は rRHA を温存する PD を行った (Pnc-rRHA)。Rc-rRHA (n=13) と、Pnc-rRHA (n=25) の周術期成績を比較した。術後肝虚血が認められた症例は Rc-rRHA で 7 例、Pnc-rRHA で 2 例であり、Rc-rRHA で有意に多かったものの、膿瘍形成や肝不全はなく、合併症発生率、術後 90 日死亡率、R0 切除率は両群間で有意な差は認められなかった。

9-02

小児脳性麻痺の繰り返す膵炎による感染性仮性膵嚢胞に対して膵嚢胞空腸吻合を施行した一例

滋賀県立総合病院 外科
谷 明恵、佐藤朝日、参島祐介、大嶺孝仁、
谷 昌樹、戸田孝祐、佐々木勉、矢澤武史、
大江秀典、山田理大、山中健也

【症例】周産期仮死による脳性麻痺の重症心身障害の13歳男児。てんかんに対しバルプロ酸ナトリウム投与中。気管切開・胃瘻造設・CVポート留置。約1年3ヶ月前より経管栄養による膵炎を繰り返し、膵体尾部に感染性仮性膵嚢胞を発症。側彎症により内視鏡的処置が困難であり当科に紹介。横切開で開腹。膵嚢胞を開窓し空腸に Rouxen-Y 脚を作成し膵嚢胞空腸吻合術を施行した。感染制御できたが術後15日目に下血し、造影CT上、膵嚢胞内に活動性出血を認め緊急血管造影検査を行ったが出血点や仮性動脈瘤は同定し得なかった。その後、出血は繰り返すことなく保存的に軽快した。術後9ヶ月、感染・膵炎症状もなく腸管栄養は継続できている。

9-04

自然縮小、数年で再増大を認めた SPN の 1 例

関西医科大学付属病院 胆膵外科
池田裕二、宮崎秀高、松村和季、山木 壮、
橋本大輔、松井雄基、里井壯平

背景：Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) の発生機序は未だ不明な点が多い。症例：患者は34歳女性。検診で肝機能異常を認めCT検査を施行し、20mmの膵体部腫瘍を指摘された。超音波内視鏡検査(EUS-FNA)にてSolid pseudopapillary neoplasm (SPN)と診断された。腫瘍マーカーの上昇を認めなかった。切除を計画したが、術前CTで腫瘍が著明に自然縮小しており、手術中止とした。その後の経過観察で腫瘍が画像上完全に消失。しかし2年後、同部位に腫瘍再増大(径10mm)を認め、腹腔鏡下脾動脈温存膵体尾部切除術を行った。術後病理検査でもSPNと診断された。結語：今回我々は、自然縮小およびその後2年で再増大したSPNを経験したため報告する。

9-05

腓尾部癌術後の脊髄転移の一例

関西医科大学 胆膵外科

山岸宙令、山木 壮、橋本大輔、松村和季、
宮崎秀高、池田裕二、松井雄基、里井壮平

今回我々は非常にまれな膵癌術後脊髄転移の一例を経験したので報告する。症例は77歳男性。CA19-9値の上昇、膵尾部に腫瘍を認めた。EUS-FNAにて切除可能膵尾部癌と診断された。腹腔鏡検査にて遠隔転移のないことを確認し、術前化学療法をおこなった。CA19-9は低下し、腹腔鏡下膵体尾部切除術を行った。病理結果は、pT3pN1b（リンパ節転移7個）、R0切除であった。補助化学療法を開始したが、CA19-9値が徐々に上昇を認めた。10ヶ月後に末梢神経障害の増悪、傍大動脈リンパ節転移を認め、術後20ヶ月時に、腰痛、下肢運動障害をみとめた。精査を行ったところ、脊髄馬尾腫瘍（神経鞘腫）が疑われた。診断・治療的に腫瘍切除術が企図されたが、術中生検でadenocarcinomaをみとめ、膵癌からの脊髄転移と診断された。腫瘍は中枢側脊髄にも進展しており、下肢運動機能の改善は認められず、術後22ヶ月後に永眠された。

9-07

膵原発癌肉腫の1切除例

1 神戸大学 肝胆膵外科

2 神戸大学 病理診断科

山内久翔¹、外山博近¹、児玉貴之²、南野佳英¹、
石田 潤¹、水本拓也¹、李 東河¹、秋田真之¹、
荒井啓輔¹、田井謙太郎¹、吉田俊彦¹、宋 慎一¹、
浦出剛史¹、福島健司¹、権 英寿¹、津川大介¹、
小松昇平¹、柳本泰明¹、木戸正浩¹、福本 巧¹

【症例】症例は73歳男性、CA19-9高値の精査にて3.0cmの膵頭部腫瘍を認めた。胆管擦過細胞診でadenocarcinomaと診断され当院紹介となった。切除可能性分類はResectableであり、術前化学療法（GS療法）後に膵頭十二指腸切除術を施行した。術後胃内容排泄遅延を認めたが軽快し41日目に退院となった。肉眼的に腫瘍は浸潤型成分と結節型成分からなる混在型病変であった。組織学的には浸潤型成分では中分化型腺癌、結節型成分では紡錘細胞型退形成癌を認め、双方は連続・移行を示した。免疫染色では浸潤型、結節型病変ともに上皮性系マーカーが陽性を示し、SMARCA4、SMARCB1の欠失は認めなかった。WHO分類ではcarcinosarcoma（癌肉腫）に分類される。今後術後補助化学療法を施行する予定である。【考察】膵原発の癌肉腫は稀であり、通常の膵管癌と比較して極めて予後不良な疾患である。膵原発癌肉腫について本邦の報告例も含めて、若干の文献的考察を加え報告する。

9-06

術後26年目に再発した腎細胞癌膵転移の1切除例

滋賀県立総合病院 外科

参島祐介、谷 明恵、大嶺孝仁、谷 昌樹、
戸田孝祐、佐々木勉、矢澤武史、大江秀典、
山田理大、山中健也

はじめに：腎細胞癌の膵転移は稀で、転移までの期間が平均10年と長期である。術後26年で膵転移再発した症例を経験したため報告する。症例：70歳女性。26年前に右腎細胞癌に対して右腎摘出後、心窩部痛で受診し、造影CTで膵頭部に2cm大の血流豊富な腫瘍を認めた。EUS-FNAで腎細胞癌膵転移の診断となり、亜全胃温存膵頭十二指腸切除を行った。膵頭部に2cm大の腫瘍を認め、播種や肝転移は認めなかった。郭清は行わず、膵頭神経叢や膵は門脈に沿って分離し、Child変法で再建した。病理診断は、淡明細胞型腎細胞癌の膵転移であった。DGE Grade1と胆管炎Grade2を認めたが、術後22日目に軽快退院した。術後1年、無再発生存中である。

10-01

穿孔を伴うAmyand's herniaの一例

奈良県総合医療センター 消化器・肝胆膵外科

久保智裕、右田和寛、西岡歩美、中川 正、
高 濟峯

【緒言】鼠径ヘルニア内に虫垂が嵌頓することは非常に稀であり、Amyand's herniaと呼ばれている。今回、穿孔を伴うAmyand's herniaの一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】82歳男性。近医で右外鼠径ヘルニアと診断され、当科を紹介受診した。手術待機中に右鼠径部の発赤と圧痛を認め、腹部CT検査で鼠径ヘルニア内に虫垂とfree airを認め、穿孔を伴うAmyand's herniaと診断し、緊急手術を施行した。手術は腹腔鏡下に開始した。腹腔内を観察すると、ヘルニア門に小腸の癒着を認めた。これを剥離すると、膿瘍腔が開放され、虫垂の嵌頓を認めた。虫垂を引き出し盲腸切除を行った。次に鼠径部を切開し鼠径管を開放した。膿瘍腔をドレナージし、内鼠径輪の縫縮を行った。術後11日目に退院した。【結語】Amyand's herniaは多様な病態を呈するため、それに応じた治療法を選択する必要がある。

10-02

Kugel 術後の再発性鼠径ヘルニアに対して TAPP が可能であった一例

¹ 京都桂病院 研修管理事務局
² 京都桂病院 外科
 高橋知暉¹、高橋 亮²、伏谷仁志²、置塩達也²、小西小百合²、間中 大²

【緒言】鼠径ヘルニアの本邦および国際ガイドラインによると、Lichtenstein 法後の再発には腹腔鏡 (Lap) アプローチが推奨されるが、Kugel 法の再発に明確な推奨はない。【症例】73 歳男性。右鼠径ヘルニアに対して他院で Direct Kugel 法を施行。その後 S 状結腸癌に対して当院で Lap 切除術を施行。今回、右下腹部痛の精査にて鼠径ヘルニア再発 (RIL2) と診断。CT や大腸手術時のビデオから、Lap アプローチ (TAPP) を計画した。予想通りヘルニア周囲は前回手術で剥離されておらず、内側では Kugel メッシュを一部離断して TAPP を完遂し得た。【考察】一般に Kugel 術後は腹膜前腔の癒着で TAPP は困難と考えられるが、チームでの術前検討により鼠径部全体の観察が可能な TAPP 法で確実に修復できた。

10-04

Marfan 症候群を合併した両側鼠径部ヘルニアに対して腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術を行なった 1 例

大和高田市立病院 外科
 原 知里、木下正一、久下博之、中原啓貴、松本弥生、中川顕志、北東大督、向川智英

症例は 51 歳男性。Marfan 症候群による大動脈弁置換術の既往あり。左鼠径部膨隆を自覚し、左鼠径ヘルニアの診断で当院紹介。腹腔鏡観察で両側大腿ヘルニア、両側閉鎖孔ヘルニア、左外鼠径ヘルニアを認め、TAPP 法を施行し、合併症なく自宅退院となった。術後 2 ヶ月後に発熱を認め、血液培養検査より表皮ブドウ球菌による菌血症と診断した。メッシュ感染や人工弁感染性心内膜炎の確定所見は認めなかったが、手術を契機とした人工物感染を否定できず、入院で約 1 ヶ月半の抗生剤投与を行なった。Marfan 症候群は FBN1 遺伝子変異による結合組織疾患で、心血管症状、眼症状、骨格症状を三主徴とし、鼠径ヘルニア合併の報告もある。心血管症状に対しては機械弁置換を伴う手術が施行される症例も多く、人工弁感染性心内膜炎では高い死亡率が報告されている。本症例のように人工物留置既往の鼠径ヘルニアに対するメッシュ修復の際には重点的な感染対策を要すると示唆された。

10-03

腹壁原発滑膜肉腫の 1 例

¹ 近畿大学病院 総合医学教育研修センター
² 近畿大学病院 外科
 黒岡佳子¹、梅田一生²、波江野真大²、暮谷悠介²、尾川諒太郎²、吉岡康多²、岩本哲好²、大東弘治²、所 忠男²、上田和毅²、川村純一郎²

【はじめに】滑膜肉腫は膝関節に好発し、腹壁原発は稀である。今回腹壁原発の滑膜肉腫を経験したため報告する。【症例】51 歳男性。右下腹部痛を主訴に受診。CT にて下腹壁動脈に栄養され、腹腔内に突出する 15cm 大の腹壁腫瘍を認め、腹壁原発軟部腫瘍の診断で切除の方針とした。術中所見で腫瘍は一部破綻しており、暗血性腹水の貯留を認めた。腫瘍は大網や腹膜、回腸間膜と広範囲に癒着しており、小腸合併切除とし、腫瘍と一塊に摘出した。手術時間 147 分、出血量 570ml。術後経過は良好で術後 9 日目に退院した。病理組織学的検査では短紡錘形細胞と上皮様細胞の 2 相性細胞パターンを認め、免疫組織化学染色では SS18-SSX 陽性であり、滑膜肉腫と診断した。すでに腫瘍が破綻していたことを考慮し、術後補助化学療法 (Doxorubicin+Ifosfamide) を行った。術後 4 か月現在、無再発生存中である。【結語】腹壁原発の滑膜肉腫は稀だが、悪性度が高いため、術後は再発や転移の有無のフォローが必要である。

11-01

当院外科における術後せん妄発症リスク因子の検討

済生会兵庫県病院 外科
 岡本柊志、町田智彦、中島高広、長谷川恭久、安積靖友、廣吉基己、山本隆久

【目的】当科での全身麻酔下手術症例の術後せん妄発症リスク因子を検討する。【方法】2024 年 5 月から 10 月までの期間に当科で全身麻酔下手術加療を行った 178 例を後方視的に検討し、術後せん妄発症率について検討した。【結果】術後せん妄は 7 名 (3.9%) に認められた。患者背景ではせん妄群は非せん妄群と比較して有意に年齢が高く (P 値 < 0.01)、認知症患者が多かった (P 値 < 0.01)。原疾患についてはせん妄群で有意に緊急手術症例が多かった (P 値 < 0.01) が、悪性・良性では 2 群間で有意な差は認めなかった。手術内容では 2 群間で有意にせん妄群で術中出血量が多かった (P 値 < 0.01) が、手術時間やドレーン留置有無については 2 群間で有意な差はなかった。またせん妄群で有意に ICU 入室症例が多く (P 値 < 0.01)、また入院期間も長かった (P 値 < 0.01)。【結語】高齢患者や認知症患者、緊急手術症例などでは術後せん妄を発症する頻度が増加する可能性があるため対策が必要と考える。

11-02

ICGと高脂肪食を併用した dual-lymphangiography により治療しえた難治性リンパ瘻の一例

- ¹大阪赤十字病院 消化器外科
²大阪赤十字病院 消化器内科
 戸川奈月¹、野村明成¹、岡田倫明¹、山下真弥¹、
 喜多竜一²、穂山 竣¹、稲本 将¹、金谷誠一郎¹、
 坂井義治¹

消化管からの腸管リンパ系と下肢や骨盤からの腰リンパ系は、乳糜槽に合流する。傍大動脈リンパ節郭清ではこの2系統のリンパ管を損傷することがあり、リンパ瘻が難治化した場合、どちらから漏出しているかの鑑別を要する。今回、同部位の難治性リンパ瘻に対して、リンパ流を個別に可視化することで漏出部位を特定できた症例を経験した。症例は50歳男性、直腸癌術後の傍大動脈リンパ節転移に対して、傍大動脈リンパ節郭清 (16b1-2 lat) を施行した。術後乳糜腹水がみられ、食事・薬物療法やリンパ管造影を試みるも改善が得られず、リンパ管結紮術を施行した。術中、高脂肪乳製食の経腸投与と ICG の鼠径リンパ節注入により、系統別に漏出部を同定し、治療に成功した。

11-04

骨盤内に認められた巨大な後腹膜腫瘍に対して2期的に切除し得た1例

- 城山病院 消化器センター・外科
 佐田昭匡、新田敏勝、石井正嗣、多木雅貴、
 久保隆太郎、葭山亜希、細川典裕

症例は76歳男性。10cmを超える骨盤内の後腹膜腫瘍に対して外科的切除の方針とした。術中、仙骨前面と左壁側骨盤筋膜に強固な浸潤を認めた。出血コントロールが困難であり術中採血で血小板低下も認めたため、手術継続は困難と判断し、ガーゼパッキングを行い後日に再度腫瘍切除を行った。内腸骨動脈から分岐する血管を同定し、最終的に左上膀胱動脈を切離し腫瘍を摘出した。医学中央雑誌において、10cmを超える骨盤内の後腹膜腫瘍に対する手術症例は30例の報告があった。仙骨前面や内腸骨動脈への浸潤が強い場合、出血量が多くなる傾向があった。今回、骨盤内に認められた巨大な後腹膜腫瘍に対して2期的に切除し得た1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

11-03

クローン病の腹腔鏡手術246例の検討

- ¹兵庫医科大学病院 炎症性腸疾患外科
²兵庫医科大学病院 下部消化管外科
 野村和徳¹、楠 蔵人¹、友尾祐介¹、桑原隆一¹、
 堀尾勇規¹、木村 慶²、片岡幸三²、別府直仁²、
 内野 基¹、池田正孝²、池内浩基¹

【目的】ガイドラインではクローン病（以下CD）の回盲部病変に対する初回手術が適応とされているが、近年、瘻孔形成や膿瘍形成の症例に対しても適応を拡大しているという報告も少なくない。今回、当院で施行したCDの腹腔鏡手術246例の検討を行い報告する。【方法】2022年4月から2024年7月まで当院でCDに対して初回腹腔鏡手術を施行した246例に対して検討を行った。【結果】手術時平均年齢は33.4歳で、男性187人、女性62人。手術適応は狭窄症例が167例（67.1%）、膿瘍形成症例が48例（19.2%）、瘻孔形成が28例（11.2%）、出血が2例（0.8%）であった。手術時間、出血量、合併症（Clavien-Dindo分類2以上）等においてすべて有意差は認めなかった。【結語】CD初回腸管切除手術において腹腔鏡手術は回盲部の狭窄病変にのみ推奨されているが、膿瘍形成や瘻孔形成を認めている症例に対しても症例を選択すれば腹腔鏡手術も安全に施行できる可能性が示唆された。

12-01

抗リン脂質抗体症候群を合併する僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁形成術を施行した1例

- 大阪公立大学医学部附属病院 心臓血管外科
 南郷谷亮、高橋洋介、因野剛紀、河瀬 匠、
 西本幸弘、野田和樹、長尾宗英、柴田利彦

【背景】抗リン脂質抗体症候群（APS）は自己抗体により血栓症を認める疾患であり、周術期の抗凝固管理に注意を要する。今回、APSによる無菌性血栓性心内膜炎の症例を経験したので報告する。【症例】52歳、女性。脳梗塞原因精査目的の心エコーにて僧帽弁後尖に6×4mmの可動性構造物と僧帽弁逆流を認めた。感染所見が無いため非細菌性血栓性心内膜炎と診断した。塞栓症のリスクが高いため手術の方針とし、年齢から弁置換時には機械弁となり抗凝固管理が困難となるため、弁形成の方針とした。手術開始時のACTは131であり、人工心肺中はACTを600秒以上で管理した。僧帽弁はA2とP2に血栓性構造物が付着しており、一部弁尖は硬化しており、これらを除去するとともに肥厚した部分をそぎ落とし表面を滑らかにした。人工弁輪は、十分にcoaptationするよう小さめのサイズを選択した。術後抗凝固はDOACを選択し合併症なく経過し術後エコーでは僧帽弁逆流を認めなかった。

12-02

微小な側壁梗塞に伴う心破裂によりショックをきたした一例

神戸赤十字病院 心臓血管外科
三木美優子、泉 聡、唐木 順、菅野令子、
原口知則、築部卓郎

症例は77歳、女性。外出中に左肩痛が出現、数分後に意識消失に陥った。来院後、造影CTにて心嚢液貯留と心臓左室側壁に一部造影不良域が指摘された。緊急冠動脈造影検査にて左冠動脈第一対角枝の高度狭窄を認めた。心タンポナーデを伴う左室自由壁破裂と診断し、直ちに緊急修復術を施行した。心嚢を開放すると、多量の心嚢内血腫と左房室間溝から左室側壁にかけて対角枝領域を中心とした心外膜下血腫を認め、同部位にフィブリン糊並びにタコシル組織接着用シートを貼付した。術後経過は良好だった。限局した心筋梗塞巣から心破裂をきたした比較的良好な心破裂の形態を経験したため、これまでに当院で経験した急性心筋梗塞後の心破裂に対する治療成績を含めて発表する。

12-04

急性心筋梗塞後に左室仮性瘤を合併した一例

滋賀医科大学 心臓血管外科
松林優児、松井 英、田中 拓、横山千紘、
島田ゆうじ、奥田進太郎、宮下史寛、高島範之、
鈴木友彰

【背景】左室仮性瘤は非常に稀な病態で、主に貫壁性心筋梗塞後の合併症として発生する。診断、術式、予後に関して報告が少ない。【症例】80歳男性。発症5日後に診断された左回旋枝末梢領域の心筋梗塞で、前医にて薬剤溶出性バルーンによる血行再建が行われた。発症15日後の経胸壁心臓超音波検査で偶発的に左室仮性瘤を指摘された。左回旋枝走行に一致する19*14mmの仮性瘤であり、緊急手術目的で当院に紹介となった。【手術】右総大腿動静脈から人工心肺を確立した。心停止の後、心臓を脱転すると、左回旋枝末梢領域に赤黒いゼリー状の炎症所見を認めた。同部位を冠動脈に平行に切開すると、直下に仮性瘤の腔を認めた。その最深部に左室と交通するピンホール状の穴を認めた。フェルトで切開線を挟み、3-0 polypropylene を用いて連続縫合で腔を閉鎖した。術後1年の経過は良好であった。【結論】急性心筋梗塞後左室仮性瘤の直接閉鎖が奏功した1例を経験した。

12-03

大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症に対する大動脈弁人工弁置換術後にヘパリン起因性血小板減少症により冠動脈内血栓症が生じた1例

京都大学 心臓血管外科
上甲秀樹、高井文恵、松尾武彦、高德和宏、
大塚裕斗、武田崇秀、川東正英、吉良浩勝、
藤本靖幸、中西 令、菅野勝義、藤本 遥、
池田 義、湊谷謙司

【症例】70歳男性【現病歴】以前より、先天性二尖弁、大動脈弁閉鎖不全症をフォローされていたが、大動脈弁狭窄症が進行し、手術適応となった。【手術】大動脈弁人工弁置換術 (Inspiris 25mm) 【術後経過】術後8日目に血小板減少 (6.4万/μL → 2.9万/L) を来した。ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) を疑い HIT 抗体を測定し、術後13日目に陽性であることが判明した。術後15日目に胸痛とPVC頻発あり、精査中にVTを生じ、CPR開始した。ECMOとIABPを装着した。緊急CAGではLMTが血栓で高度狭窄しており、血栓吸引とPOBAにてLCAの灌流は改善したが、低左心機能となり集中治療中である。【考察】本症例はHITが判明した時点でワルファリンによる抗凝固療法を行っていたこともあり直ちにアルガトロバンの投与は行わなかった。開心術後早期にHIT抗体陽性が判明した場合、出血のリスクなども懸念されるため、アルガトロバン投与を開始する時期に関して議論の余地がある。

12-05

経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVR) による冠動脈閉塞の1例;ハートチームによるCABG conversion

岸和田徳洲会病院 心臓血管外科
橋本和也、東上震一、畔柳智司、降矢温一、
平松範彦、竹本哲志、小林将明

【症例】83歳女性。前医で重症大動脈弁狭窄症と診断され当院に紹介。高齢かつClinical Frailty Scaleが4のためTF-TAVRの方針となる。【手術】大動脈弁はSapien3 23mmを選択、術前CTでLCAが低位のためワイヤーを留置、保護し弁留置を開始。留置時に弁が上方に移動し弁輪に固定された。CAGで冠動脈は開存しており手技終了としたがデバイスを抜去後、血圧低下のち心停止となった。すぐさま心肺蘇生とVA-ECMOを確立、CAGで自己弁尖およびTAVR弁の外側スカートによるLCAの重閉塞を確認。PCIは困難であり、on-pump beating CABGを施行した。術後心不全管理に難渋したが術後3か月で状態は安定しリハビリ転院となった。【結論】当院のハートチームは、循環器内科医、心臓外科医、麻酔科医に加え、心臓手術に日常的に関わる手術室看護師や臨床工学士から構成され開心術へのConversionに備えている。その結果速やかな開心術への移行が可能であり救命することができた。

12-06

左心耳内に発生した血管腫の1例

奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科
三谷和大、玉田沙也香、殿村 玲、武村潤一、
福場遼平、平賀 俊、阿部毅寿、細野光治

症例は57歳女性。動悸を主訴に近医を受診。心電図でPVC散発をみとめることから、経胸壁心エコー検査を施行。左室壁運動が全周性かつ、びまん性に低下しており、冠動脈病変精査のため心臓CT検査を施行。冠動脈は正常であったが、左心耳内に巨大腫瘤を認めたため、精査・加療目的に当院紹介となった。精査のため経食道心エコー検査、心臓MRI検査、PET-CT検査を施行。血管腫、血管肉腫が疑われ、また腫瘤も大きいことから、手術加療の方針となった。腫瘤摘出術を施行し、術後経過は良好であった。摘出した腫瘤の病理組織学的検査において、血管腫であることが確認された。左心耳内血管腫という非常に稀な症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

13-02

結腸左半切除術後のEVAR施行時、審査腹腔鏡下にICGで腸管血流評価した1例

1 京都桂病院 研修管理事務局
2 同 外科
3 同 心臓血管外科
水本妃早子¹、高橋 亮²、置塩達也²、東 修平³、
島田 亮³、間中 大²

【背景】結腸左半結腸切除（LHC）後、吻合部肛門側の血流は下腸間膜動脈（IMA）と内腸骨動脈系で灌流される。この時、腹部大動脈瘤（AAA）に対する血管内ステント内挿術（EVAR）を施行するとIMAが閉塞するため、吻合部虚血のリスクが生じる。【症例】下行結腸癌に対してLHC後の80歳台男性。AAA拡大傾向であり全身麻酔下EVARの方針となった。術前血管造影ではIMA順行血流を認めた。EVAR手技終了後、続けて審査腹腔鏡を行い、ICG静注にて吻合部腸管虚血のないことを確認し得た。【考察】大腸内視鏡観察は腸管の全層虚血の感度が低いとする報告もある。試験開腹は侵襲が大きく、EVARと同時に腹腔鏡ICG観察を行うことは予防的戦略であり感度や侵襲性の面でも有用性が高いと考える。

13-01

人工血管置換と食道切除による一期的根治術と二期的食道再建にて救命しえた大動脈食道瘻の1例

1 関西電力病院 外科
2 関西電力病院 心臓血管外科
請川恒輝¹、稲本 道¹、増田健人¹、藤田悠介¹、
西山和宏¹、吉澤 淳¹、滝 吉郎¹、河本 泉¹、
末永悦郎²

【緒言】大動脈食道瘻（Aorto-esophageal fistula：AEF）の予後は不良で、その致死率が高い。今回、緊急で人工血管置換と食道切除を併施し、二期的な食道再建により早期社会復帰が得られたAEF症例を経験した。【症例】59歳、女性。吐血を主訴に前医に救急搬送され、内視鏡とCTでAEFと診断され、当院に転院となった。一期的手術として、大動脈瘤切除・人工血管置換・食道切除・胃瘻造設・食道瘻造設を施行した。中心静脈・経腸栄養管理によって全身状態は安定化し、術後28日目に食道再建（胸骨後経路頸部食道細径胃管吻合）・腸瘻造設を行った。軽度の左反回神経麻痺を認めたが、嚥下リハビリにより経口摂取は良好で、経腸栄養から離脱し再建術後33日目（初回術後61日目）に自宅退院となった。【結語】AEFに対して、一期的根治術と二期的食道再建によって良好な治療経過が得られた。文献的考察を加えて報告する。

13-03

膝窩動脈外膜囊腫の2症例

1 関西医科大学病院 血管外科
2 関西医科大学総合医療センター
神西優樹¹、北岡由佳²、大野雅人²、山本暢子²、
深山紀幸²、森景則保¹、駒井宏好²

膝窩動脈外膜囊腫は動脈外膜に発生した囊腫の圧排により動脈内腔に狭窄や閉塞を来す比較的稀な疾患である。今回我々は当院で経験した膝窩動脈外膜囊腫の2症例を報告する。【症例1】60歳、男性。右下肢間欠性跛行で近医受診。造影CT検査で囊腫による右膝窩動脈内腔完全閉塞を認め当科紹介受診。【症例2】33歳、男性。右下肢間欠性跛行で近医受診。超音波検査で膝窩動脈血栓症と診断。前医で右下肢血管造影施行。巨大血管外膜の圧排による右膝窩動脈閉塞、カテーテルでの高粘度物質吸引から膝窩動脈外膜囊腫と診断され、当科紹介受診。2症例とも膝窩動脈切除と自家静脈移植術を施行し、術後間欠性跛行は消失し、現在まで再発所見は認めていない。

13-04

大動脈離断症に対するバイパス術後超遠隔期に発症した吻合部仮性瘤の一例

大阪医科薬科大学 医学部 外科学講座 胸部外科学教室
牧浦琢朗、前田和人、鈴木達也、打田裕明、岡本順子、福原慎二、神吉佐智子、小澤英樹、大門雅広、勝間田敬弘

症例は41歳、女性。既往に高血圧があり、30年前にくも膜下出血に対して開頭血腫除去、29年前に大動脈離断症に対して左鎖骨下動脈(LSCA)-下行大動脈(DTA)バイパス術、19年前に脳動脈瘤に対してクリッピング術を施行されている。LSCA-DTAバイパス術以降外来フォローされていた。3ヶ月前に造影CTでバイパス末梢側吻合部仮性瘤を認め外科的加療の方針となる。手術は右側臥位、第4肋間開胸アプローチで右総大腿動脈送血、右大腿静脈脱血による体外循環下に行った。大動脈遮断ののち人工血管中枢吻合部を切除、新規の人工血管を同部位に吻合した。下行大動脈は吻合部末梢で完全に離断し人工血管を吻合した。術後経過は良好で術後25日目に独歩退院した。成長期を経て人工血管吻合部仮性瘤を生じなかったとしても成人期以降の超遠隔期に生じる可能性があるため生涯にわたるフォローが必要と考えられる。

13-06

Kommerell 憩室に対する治療戦略

和歌山県立医科大学 外科学第一講座

師玉拓季、本田賢太郎、國本秀樹、中村 諒、松田真以子、出口雄也、上松耕太、西村好晴

Kommerell 憩室は比較的まれな疾患であり、また治療戦略もさまざまである。今回嚥下困難を伴った右側大動脈弓、左鎖骨下動脈起始異常、Kommerell 憩室に対してTARFETおよび左鎖骨下動脈結紮を行い治療を行ったので報告する。症例は57歳女性。上部消化管検査で食道圧迫所見を認め当院へ。その後咽頭部違和感嚥下困難が進行し手術の方針となった。手術は当院での型どおり、両側腋窩動脈に8mm人工血管を吻合して体外循環確立。起始異常の鎖骨下動脈はKommerell 憩室の末梢、左総頸動脈の左側にて結紮した。Frozenix 29mm×9cm、Jgraft 2mm4分枝にてTARFETを行い、憩室部分をexcludeした。Kommerell 憩室に対してはTEVARを行う報告もあり、治療方針は様々である。文献的考察を含めて報告する。

13-05

重症肺気腫を伴う弓部囊状瘤に対しtotal debranching TEVAR を行い良好な術後経過を得た1例

紀南病院 心臓血管外科
大山聡太、阪本朋彦、薦田悠平、永井 翼、白川幸俊、榊 雅之

【症例】76歳男性。【現病歴】重症肺気腫で在宅酸素療法中、肺気腫フォローのCTで弓部囊状大動脈瘤を認め前医より紹介受診。【術前CT所見】大動脈弓部に55mmの囊状大動脈瘤を認めた。腕頭動脈起始部から瘤までは15mm、腕頭動脈内に血栓を認めた。上行大動脈径は35mm、下行大動脈径は24mmであった。肺野は両側ともに著明な肺気腫(1秒量1.1L)を認めた。【手術】重症肺気腫を伴うため、人工心肺の使用を回避し上行大動脈をside clampとしてdebranch graftを吻合し全頸部分枝バイパスを施行した。開胸時間短縮のため、TEVARは2期的に行うこととし、術後7日目にTEVARを施行しendoleakは認めず終了した。初回手術より術後15日目に自宅退院となり、良好な結果を得た1例を報告する。

14-01

当院における遺伝性乳癌卵巣癌症候群、乳癌既発症者に対するリスク低減卵管卵巣摘出術RRSOの現状

¹大阪けいさつ病院 乳腺内分泌外科

²大阪けいさつ病院 産婦人科

下登志朗¹、吉留克英¹、伊藤友里恵¹、久保杏奈¹、柳川雄大¹、鳥 正幸¹、香山晋輔²

【目的】BRCA病的バリエーションをもつ乳癌既発症者に対する卵巣癌発症リスク低減を目的としたRRSOの当院での現状について検討した。【方法】2022年7月～2024年12月にRRSO実施例の患者背景と術後経過について後方視的に検討した。【結果】対象症例は8例、gBRCA1変異2例、gBRCA2変異6例。平均年齢は53(45-71)歳で6例がRRSOの施行推奨年齢を超過していた。7例はRRSOのみを施行、1例は単純子宮全摘術を併施された。全例腹腔鏡下手術で実施され、平均在院日数5.5(5-6)日で周術期合併症は認められなかった。病理組織診断では悪性所見は認められなかった。【結論】RRSOにより卵巣癌発症リスクを減少させ全死亡リスクを減少させることがわかっている。オカルト癌は認められなかったが、適正とされる時期にRRSOを実施できるよう、各診療科と連携を深めることが重要である。

14-02

術後13年目に腋窩に再発を来した乳癌の1例

- ¹ 明石市立市民病院 診療部
² 明石市立市民病院 外科
 村田将史¹、河村雪乃²、多加喜航²、松本辰也²、
 藤木 博²、小泉範明²

【症例】74歳女性【主訴】左腋窩部腫瘍【経過】13年前、左乳癌に対し当院で左乳房切除術およびセンチネルリンパ節生検が施行され、3年9か月間ホルモン療法された後フォローを自己中断していた。3か月前にS状結腸癌を指摘され当院で腹腔鏡下S状結腸切除術が施行され、定期的に外来でフォローされていたが、その経過中に左腋窩部に1cm弱の腫瘍を認めた。局所麻酔下で腫瘍の摘出生検を行ったところ、13年前の左乳癌の腋窩転移再発と診断された。【考察】乳癌は術後に遠隔再発することがあり、長期フォローが必要である。乳癌が再発した場合は、無再発期間が短いほど予後不良であるとされている。本症例は13年の経過と長く、また転移経路についても興味深いため、文献的考察を加えて報告する。

14-04

乳癌疾患に対するロボット支援下手術を見据えた内視鏡下手術の経験

- ¹ 医療法人春秋会 城山病院 乳腺外科
² 大阪医科薬科大学病院 乳腺外科
 葭山亜希¹、新田敏勝¹、高島祐子¹、木村光誠²、
 松谷 歩²、岩本充彦²

乳癌疾患に対する鏡視下手術は1995年頃より開始され、低侵襲性に加え整容性の維持が大きな利点とされている。近年ほぼ施行されていないかったが、ロボット支援下手術の保険適応が期待され、再度脚光を浴び始めている。当院で単孔式内視鏡下皮膚温存乳房切除術(ESSM)を実施したため報告する。症例は45歳女性、病期はcTisN0M0(cStage 0)であり、単孔式ESSM、乳房再建術を行った。腋窩を約4cm切開し、直視下で大胸筋前面と皮下を剥離後、CO2気囊開始し内視鏡下で皮弁作成をおこなった。手術時間は132分、出血量30mlであった。ESSMは内視鏡の拡大視野により皮下血管を温存しながら安全に操作できることが利点であり、整容性の向上が期待される。今後はロボット支援下手術の導入も期待され、さらなる経験を積みたいと考えている。

14-03

乳腺原発性血管肉腫の1切除例

- 和歌山県立医科大学 乳腺外科
 谷内珠実、宮坂美和子、清井めぐみ、島 あや、
 西村好晴

乳腺原発性血管肉腫は乳腺悪性腫瘍の0.1%以下と極めて稀である。我々は今回手術で切除し得た乳腺原発性血管肉腫の1例を経験したので報告する。症例は35歳女性。乳房手術歴や放射線治療歴はなし。左乳房の腫脹と疼痛を主訴に近医を受診。左乳房C区域を中心に約10cm大の硬結を触知。針生検で原発性血管肉腫との診断であったため、乳房切除術を施行した。腫瘍は血管肉腫と最終診断され切除断端は陰性であった。根治的切除後は化学療法を施行し、3年無再発生存中である。乳腺原発性血管肉腫は進行が早く早期確定診断に苦慮する場合も多い。有効な治療方法は確立されておらず、再発後の予後は不良とされる。我々は稀な乳腺原発性血管肉腫の症例を経験した。早期診断と根治的切除が治療の鍵であり、的確な診断には本疾患を念頭におくことが重要である。

15-01

画像診断で肺アスペルギローマとの鑑別が困難であった肺過誤腫の一例

- ¹ 関西医科大学病院 卒後臨床研修センター
² 関西医科大学病院 呼吸器外科
³ 関西医科大学病院 病理診断科
⁴ 関西医科大学病院 放射線科
 吉岡優希¹、松井浩史²、福元健人²、野田百合³、
 上野 裕⁴、内海貴博²、丸 夏未²、谷口洋平²、
 齊藤朋人²、村川知弘²

症例は50代、男性。30歳時に左結核性胸膜炎の治療歴あり。胸部CTで経過とともに緩徐に増大する左肺尖部嚢胞内結節を指摘され当院紹介初診。左肺尖部の結節は嚢胞内にある27mmの充実性結節で嚢胞壁発生を疑うような嚢胞壁との連続性も認めず肺アスペルギローマと画像診断された。孤立性病変であり胸腔鏡下左肺上葉部分切除術を施行。胸腔内全面癒着であったが、嚢胞を穿破することなく病変を摘出できた。腫瘍は弾性硬・白色で、最終病理診断は肺過誤腫であった。肺アスペルギローマは肺結核治療後荒蕪肺や肺気腫の空洞に菌体が定着・発育して菌球が形成されることが多く、本例の既往・背景肺・CT画像はその典型と思われたが病理は過誤腫であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

15-02

未診断の肺尖部胸壁浸潤肺癌の1手術症例

八尾徳洲会総合病院 呼吸器外科
武田悠吾、森田琢郎、市橋良夫

肺尖部胸壁浸潤肺癌 (SST) は術前に化学放射線治療を行い、手術の難易度を下げることが可能な症例が多い。今回未診断のSSTに対して手術を先行した症例を経験したため、報告する。症例は57歳、男性。2か月間持続する右示指の運動障害と右前胸部の疼痛を認め、胸部CT検査で右上葉腫瘤と右第3肋骨の融解像を指摘され紹介された。気管支鏡で診断がつかず、疼痛が増悪し、腫瘍の局在が背側であったことから術前治療を行わず手術を行う方針とした。手術は右上肺葉+右第3、4肋骨合併切除+リンパ節郭清術を施行した。永久病理ではpT4N0M0 IIIA 多形癌 (PDL-1 90%) であり、後療法を行う方針とした。SSTは腫瘍の浸潤度、位置により手術難易度が異なるため、今回は特に多形癌であったことから術前治療なく完全切除可能と判断した場合は遅滞なく手術先行を考慮すべきと考えらる。

15-04

肺部分切除後、自動縫合器補強材が原因の肋間動脈損傷のため、再開胸止血術を要した一例

和歌山県立医科大学附属病院 第一外科
中谷升一、平井慶充、房本安矢、矢田由美、西村好晴

70代男性、CTで右S9に19mmの結節を認めた。低肺機能であり、消極的縮小手術として右下葉部分切除を施行。縫合器はEchelon60を使用、補強剤にStaple Line Reinforcement (SLR) を用い、黒カートリッジ5回で部分切除施行。術後3時間で血性排液250ml認め、再開胸止血術を施行。肺切除部の対面の肋間動脈からの出血あり、肋間動脈の中樞でクリップ4本を用いて止血。ステーブル形成不全はなく、SLRが重なった部分が突起状になり、肋間動脈損傷が起こったと判断。止血確認後、心膜周囲脂肪を採取し縫着し、タコシール、フィブリン糊を噴霧し手術終了。術後8日目に軽快退院した。SLRの装着が浅く、突起状になった原因と考察する。

15-03

化膿性脊椎炎と膿胸を合併し、手術を行った1例

大阪公立大学院医学研究科 呼吸器外科
岸本和也、原幹太朗、木下広敬、谷村卓哉、鈴木智詞、井上英俊、月岡卓馬、泉 信博、宗 淳一

症例は49歳、男性。発熱・腰痛を主訴に当院救急科を受診した。来院時血圧・脈拍に異常を認めなかったが、高流量の酸素投与が必要な呼吸状態であり、集中治療室に入室、白血球32300/ μ L、CRP23.5mg/dLと炎症反応高値を認めた。CTにて腸腰筋膿瘍形成と右被包化胸水がありカルバペネムとバンコマイシンによる抗菌薬治療を開始し、胸腔ドレナージを施行した胸腔鏡下膿胸搔爬術を施行、右胸腔背側の搔爬時に椎体から膿の漏出を認めた。術後に脊椎MRIを施行し、脊椎硬膜外膿を合併していることが判明し、搔爬術後4日目に椎弓切除・洗浄ドレナージ術を施行した。入院時血液・胸水・硬膜外膿瘍穿刺液いずれの培養からもMSSA (Methicillin susceptible staphylococcus aureus) が検出された。術後10日目に胸腔ドレナージを抜去し、術後48日目にリハビリ目的に転院となった。化膿性脊椎炎や脊椎硬膜外膿瘍から膿胸をきたす症例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

15-05

生検後に皮下膿瘍および慢性膿胸に至った肋骨骨髓炎の1例

淀川キリスト教病院 呼吸器外科
岡本 耀、岡田諭志、加地政秀、岩根顕吾

症例は84歳男性。2008年S状結腸癌に対して腹腔鏡下S状結腸切除術を施行。2009年両側肺転移に対し、二期的に左右各々胸腔鏡下肺部分切除術を施行した。右胸水残留となったが、以降無再発で経過していた。2020年に右胸壁腫脹が出現、PET検査で胸壁・骨・胸膜転移と診断し、抗癌剤治療が行われた。2023年のPETも同様の所見で、胸壁腫脹部より数回生検施行するも診断に至らなかった。2024年9月、胸壁腫脹再発に対し生検施行後、創部より出血が持続した。感染を併発して胸壁膿瘍から膿胸に至ったため当院に転院。造影CTで肋骨腐骨部を中心とした感染と考え、右第6肋骨部分切除+膿胸腔搔爬術を行った。腐骨部はacute on chronic osteomyelitisと病理診断された。術後も血性排液が持続し、継続加療中である。肺切除の際に開胸器を使用し肋骨を損傷、そこに感染が加わって骨髓炎に至ったと考えられた。本症例を、文献的考察を加えて報告する。

15-06

一尖弁の超重症大動脈弁狭窄症による心不全に対して緊急大動脈弁置換術により救命できた一例

滋賀医科大学 心臓血管外科

田中 拓

症例は 75 歳男性。主訴は安静時呼吸苦。6 年前から大動脈弁狭窄症 (AS) を指摘され手術を進められていた。1 週間持続する安静時呼吸苦を主訴に前医を受診。血液生化学検査では BNP960 と著明に上昇し、胸部単純 X 線写真で心拡大と両側胸水貯留を認めた。経胸壁心エコーでは、びまん性の左室壁運動低下と駆出率 42.3% を認めた。大動脈弁は弁口面積 0.42cm^2 、平均圧格差 55.0mmHg 、最大流速 4.63m/s と超重症 AS とを認めた。冠動脈造影では有意狭窄なし。超重症 AS による心不全と診断、前医で保存的加療困難と判断された。前医で IABP を挿入し手術加療目的で当院に転院搬送、来院翌日に手術を施行した。手術所見は交連間が連続している acommissural type の一尖弁と確定し、大動脈弁置換術を施行した。今回、我々は超重症 AS と診断し、手術により救命することができた症例を経験したので、ここに報告する。

TERUMO

スプレーなら、狙いやすい

癒着防止吸収性バリア

Ad Spray

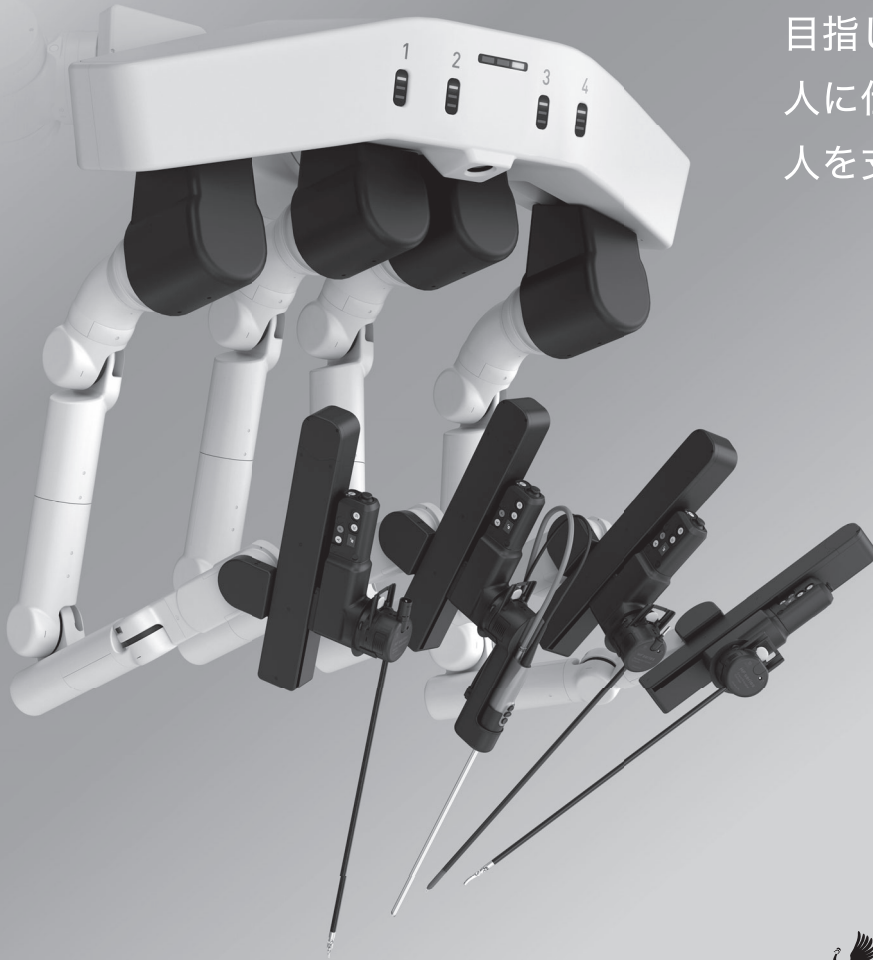
一般的名称：癒着防止吸収性バリア 販売名：アドスプレー 医療機器承認番号：22800BZX00234

製造販売者 **テルモ株式会社** 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 www.terumo.co.jp

TERUMO Ad Sprayはテルモ株式会社の商標です。
テルモ、アドスプレーはテルモ株式会社の登録商標です。
©テルモ株式会社 2017年5月

hinotori™

サージカルロボットシステム



目指したのは
人に仕え、
人を支える存在

 **hinotori™**

販売名：hinotori™ サージカルロボットシステム 承認番号：30200BZX00256000
*外観、仕様等については改良のため予告なしに変更することがあります。

Copyright © Medicaroid Corporation All Rights Reserved. © Tezuka Productions

総代理店
シスメックス株式会社

(お問い合わせ先)

支店	仙台 022-722-1710	北関東 048-600-3888	東京 03-5434-8550	名古屋 052-957-3821
支店	大阪 06-6341-6601	広島 082-248-9070	福岡 092-687-5380	
営業所	札幌 011-700-1090	岡山 019-654-3331	長野 0263-31-8180	新潟 025-243-6266
	千葉 043-297-2701	横浜 045-640-5710	静岡 054-287-1707	金沢 076-221-9363
	京都 075-255-1871	神戸 078-251-5331	高松 087-823-5801	岡山 086-224-2605
	鹿児島 099-222-2788			



注：活動及びサイトの運用範囲は規格により異なります。
詳細は www.tuv.com の ID 0910589004 を参照。
Note: Scope of sites and activities vary depending on the standard.
For details, refer to the ID 0910589004 at www.tuv.com

製造販売元
株式会社メディカロイド
〒650-0047
兵庫県神戸市中央区港島南町一丁目 6-5
国際医療開発センター 6F

Seprafilm
ADHESION BARRIER



癒着防止吸収性バリア

セプラフィルム®

承認番号20900BZY00790000

高度管理医療機器 保険適用

ヒアルロン酸ナトリウム/カルボキシメチルセルロース癒着防止吸収性バリア

- 禁忌・禁止を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入) バクスター・ジャパン株式会社
東京都港区芝浦三丁目4番1号グランパークタワー30階

発売元
[文献請求先]
及び問い合わせ先



科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28番8号
医薬品情報サービス室

JP-AS30-220197 V2.0
SPF07BP (2024年1月作成)

キラリと光る
グローバルプロバイオティクス
製薬企業





特定生物由来製品 処方箋医薬品[※]
血漿分画製剤(生理的組織接着剤)

薬価基準収載



ベリプラスト[®] P コンビセット 組織接着用

Beriplast[®] P Combi-Set Tissue adhesion

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量を含む注意事項等情報」等については、電子添文をご参照ください。

資料請求先：

CSLベーリング株式会社

〒107-0061 東京都港区北青山一丁目2番3号
くすり相談窓口 TEL：0120-534-587

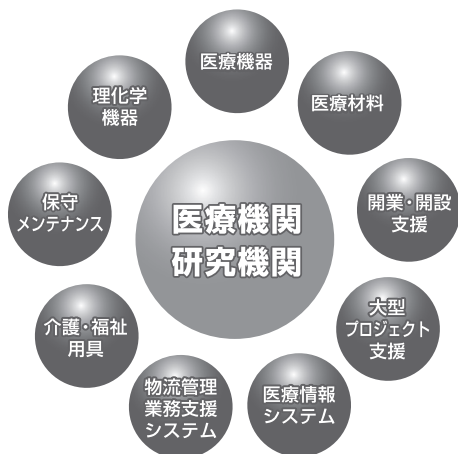
JPN-BRP-3088
2024年8月作成

CSL Behring



健康と科学に奉仕する

宮野医療器株式会社



本社 〒650-8677 神戸市中央区楠町5丁目4-8
☎(078)371-2121 (大代表)

大倉山別館 〒650-8677 神戸市中央区楠町2丁目3-11
☎(078)371-2121 (大代表)

MSC コア 75 〒651-2228 神戸市西区見津が丘4丁目11番5号プロロジスパーク神戸3
☎(078)995-3010 (代表)

M S C 〒650-0047 神戸市中央区港島南町4丁目6-1
ポートアイランド60 ☎(078)302-7001 (代表)

MSCイースト70 〒596-0817 岸和田市岸の丘町2丁目2番10号
☎(072)447-6208 (代表)

MSCウエスト 〒654-0161 神戸市須磨区弥栄台2丁目12-1
☎(078)797-2072 (代表)

神戸中央営業所・神戸西営業所・明石営業所・阪神営業所
中兵庫営業所・姫路営業所・北兵庫営業所
大阪支社・大阪北営業所・大阪中央営業所・大阪東営業所
大阪南営業所
奈良営業所・和歌山営業所・京都営業所・舞鶴出張所
広島営業所・福山営業所・岡山営業所・鳥取営業所・米子営業所
高松営業所
名古屋営業所・三重出張所・東京営業所・神奈川営業所
埼玉営業所
福岡営業所・北九州営業所・熊本営業所
モイヤン神戸店・モイヤン姫路店・モイヤン阪神店
モイヤン大阪店・モイヤン鳥取店



株式会社大黒は医療機器・医療材料の総合商社です

販売業/修理業/貸与業/医療機関向けシステム提案/適正使用支援

大黒は、医療の未来を考える。
大黒は、安心と安全を考える。
大黒は、医療と物流を繋ぐ。
大黒は、地域に笑顔を届ける。

daiokoku

MEDICAL SUPPLY

株式会社

大黒

【本社】 〒640-8525

和歌山県和歌山市手平 3-8-43

Tel:073-431-0316 Fax:073-423-1778



まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



www.astellas.com/jp/

アステラス製薬株式会社

世界ブランドの
バイオシミラーを
日本の患者さんに



セルトリオン社が創製したモノクローナル抗体のバイオシミラーは、世界で初めて欧州医薬品庁(EMA)および米国食品医薬品局(FDA)に認可され、2020年4月現在、世界110ヵ国(地域含む)において承認を取得しています。バイオシミラーの新たな時代に貢献すべく努力を続けています。

HEALTHCARE
CELLTRION

[製造販売] [文献請求先及び問い合わせ先]

選任外国製造医薬品等製造販売業者:

セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社

東京都中央区新川一丁目16番3号 住友不動産茅場町ビル3階
メディカルコールセンター 0120-833-889(フリーダイヤル)

URL: <https://www.celltrionhealthcare.jp/ja-jp>

2020年6月作成
CHJ-1-1CB6-2001

抗悪性腫瘍剤-抗HER2[®]抗体
トポソメラーゼI阻害剤複合体

薬価基準収載



エンハーツ[®]点滴静注用100mg

一般名/トラスツマブ デルクステカン(遺伝子組換え)
(Trastuzumab Deruxtecan(Generical Recombination))
生物由来製品、創薬、処方薬医薬品：注意-医師等の処方箋により使用すること
※HER2: Human Epidermal Growth Factor Receptor Type 2
(ヒト上皮増殖因子受容体2型、別称:c-erbB-2)

●「効能又は効果」、「用法及び用量」、
「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等に
ついては電子添文をご参照ください。



製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先を含む)

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2024年7月作成

NK
Speciality, Biosimilar & Generic

より多くの、必要としている患者さんに届けたい。

日本化薬のバイオシミラー製品ラインナップ 薬価基準収載



製造販売元

日本化薬株式会社
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

文献請求先及び問い合わせ先
日本化薬 医薬品情報センター
0120-505-282

日本化薬 医療関係者向け情報サイト
<https://mink.nipponkayaku.co.jp/>

ヒト型抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤 生物由来製品、創薬、処方薬医薬品*

アダリムマブ(遺伝子組換え) [アダリムマブ後続4] 製剤

アダリムマブ BS皮下注

20mg シリンジ 0.2mL・40mg シリンジ 0.4mL・80mg シリンジ 0.8mL [CTNK]

40mg ペン 0.4mL・80mg ペン 0.8mL [CTNK]

Adalimumab BS Subcutaneous Injection
20mg Syringe 0.2mL, 40mg Syringe 0.4mL, 80mg Syringe 0.8mL [CTNK],
80mg Pen 0.4mL, 80mg Pen 0.8mL [CTNK]

提携先

セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社
東京都中央区新川一丁目16番3号住友不動産新川ビル3階

抗悪性腫瘍剤/抗VEGFヒトモノクローナル抗体 生物由来製品、創薬、処方薬医薬品*

ベバシズマブ(遺伝子組換え) [ベバシズマブ後続4] 製剤

ベバシズマブ BS点滴静注

100mg・400mg [CTNK]

Bevacizumab BS for I.V. Infusion 100mg・400mg [CTNK]

提携先

セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社
東京都中央区新川一丁目16番3号住友不動産新川ビル3階

抗HER2ヒトモノクローナル抗体 抗悪性腫瘍剤 生物由来製品、処方薬医薬品*

トラスツマブ(遺伝子組換え) [トラスツマブ後続1] 製剤

トラスツマブ BS点滴静注用

60mg・150mg [NK]

Trastuzumab BS for I.V. Infusion 60mg・150mg [NK]

抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤 生物由来製品、創薬、処方薬医薬品*

インフリキシマブ(遺伝子組換え) [インフリキシマブ後続1] 製剤

インフリキシマブ BS点滴静注用 100mg [NK]

Infliximab BS for I.V. Infusion 100mg [NK]

G-CSF製剤 処方薬医薬品*

フィルグラスチム(遺伝子組換え) [フィルグラスチム後続2] 製剤

フィルグラスチム BS注

75 μ g・150 μ g・300 μ g シリンジ [NK]

Filgrastim BS Inj. 75 μ g・150 μ g・300 μ g Syringe [NK]

*注意-医師等の処方箋により使用すること

23.12 作成

Feeling Happy[®]

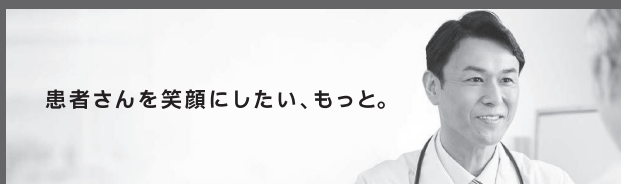
※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報は電子添文をご参照ください。



がんに勝ちたい、もっと。



家族と一緒にいたい、もっと。



患者さんを笑顔にしたい、もっと。



革新的な薬を届けたい、もっと。

がんと向き合う
一人ひとりの想いに
応えたい。

私たちMSDは、革新的ながん治療薬を
開発する情熱を抱き、
一人でも多くの患者さんに
届けるという責任をもって
がん治療への挑戦を続けています。

WINNING
MORE
AGAINST
CANCER

MSD株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msd.co.jp/>



選択的NK₁受容体拮抗型制吐剤

ホスネツピタント塩化物塩酸塩注射剤

劇薬、処方箋医薬品（注意一医師等の処方箋により使用すること）

アロカリス® 点滴静注 235mg

Arokaris. I.V. infusion

薬価基準収載

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を
含む注意事項等情報等は電子添文を
ご確認ください。



文献請求先及び問い合わせ先
大鵬薬品工業株式会社
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

提携先 **HELSINN** スイス

2023年4月作成


MEMO

すべての革新は患者さんのために



中外製薬

Roche ロシュグループ



がん患者さんが
がんという山を
乗り越えるために。

中外製薬は、がん治療に立ち向かう患者さんと患者さんを支える医療関係者のみなさまを応援します。

CHUGAI ONCOLOGY

2021年4月作成