

第209回近畿外科学会 プログラム・抄録

会 期：令和8年2月28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 さくら東

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）



抗悪性腫瘍剤
ヒト化抗ヒトPD-1モノクローナル抗体

薬価基準収載

 **テビムブラ**[®] 点滴静注
100 mg

新発売

TEVIMBRA[®] I.V. Infusion チスレリズマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品：注意 — 医師等の処方箋により使用すること
最適使用推進ガイドライン対象品目

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、電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元

ビーワン・メディシズ合同会社

〒105-7114 東京都港区東新橋1丁目5番2号
<https://beonemedicines.jp/>

文献請求先及び問い合わせ先

メディカルインフォメーションコンタクトセンター

メール：medinfojp@beonemed.com

電話：0800-919-0351

受付時間：9時～17時（土、日、祝日、弊社休業日を除く）

0625-TEV-PRC-134

2025年7月作成

第 210 回 近畿外科学会ご案内

第 210 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 9 年 3 月 6 日（土）
2. 会 場：京都テルサ
〒 601-8047 京都市南区東九条下殿田町 70 番地
TEL：075-692-3400
3. 演題登録募集期間：2026 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い合わせは、近畿外科学会事務局
(e-mail: kinkigeka@ac-square.jp) へお願い致します。

以上

第 210 回近畿外科学会 会長

波多野 悦朗

京都大学大学院医学研究科肝胆膵・移植外科

〒 606-8507 京都府京都市左京区聖護院川原町 54

TEL：075-751-3651

第 209 回 近畿外科学会
プログラム

会 長

近畿大学医学部外科学教室上部消化管部門

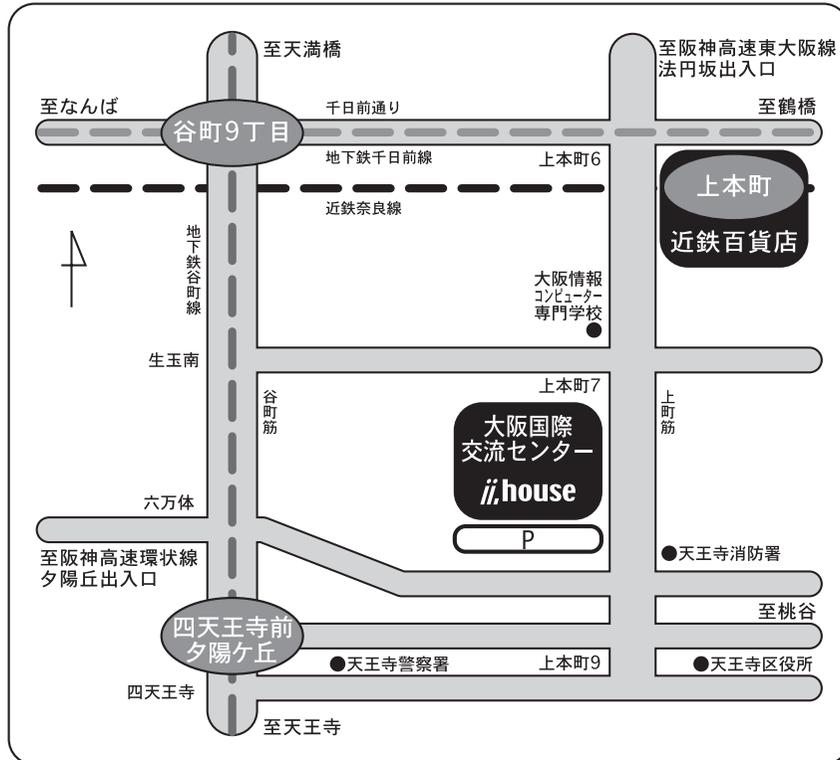
安田 卓司

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

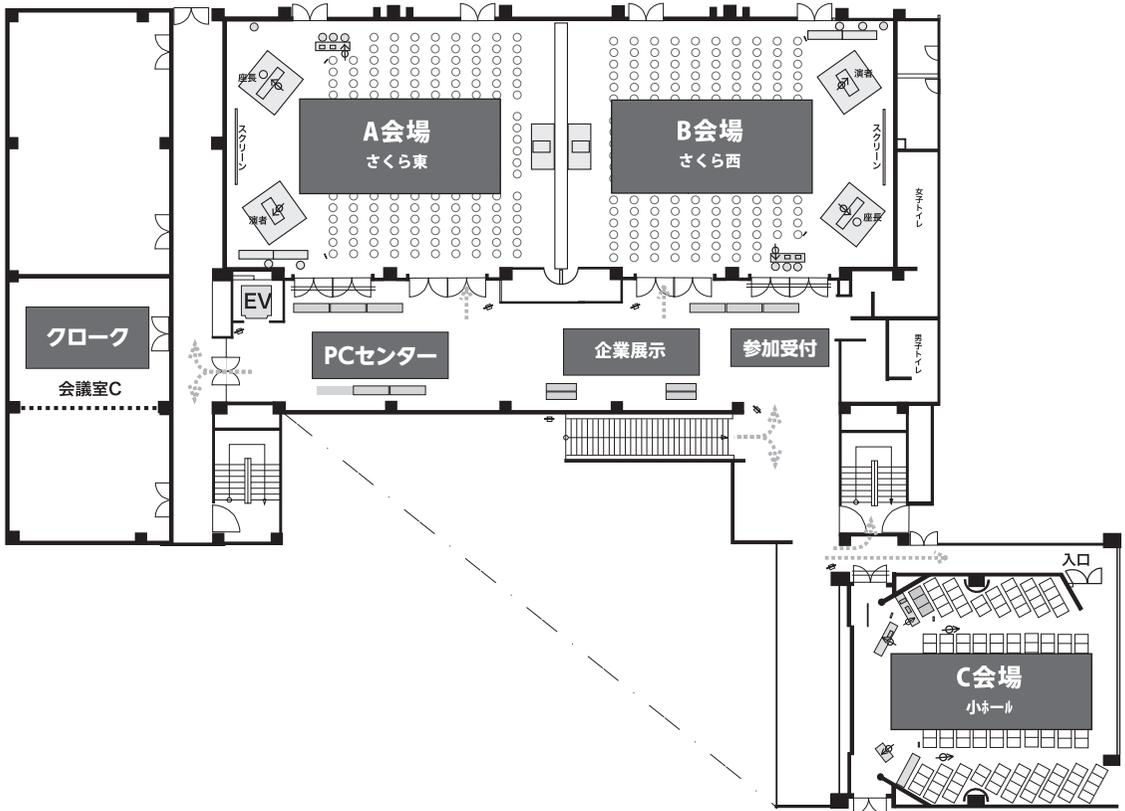
- JR 環状線（鶴橋乗りかえ）近鉄「上本町」下車、徒歩 5 分
- 地下鉄谷町線「東梅田」乗車「谷町九丁目」下車、徒歩 10 分

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。
ビデオセッション…発表7分、討論3分
3. **発表形式**：
 - ①ご発表形式は、
一般演題：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。
手術ビデオセッション：mp4形式の動画ファイルのみとさせていただきます。
 - ②Power Point (Windows) で作成したデータもしくは、mp4形式の動画ファイルをノート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 Point2003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、何卒よろしくお願ひ申し上げます。
6. **評議員会**：13時05分より大阪国際交流センター2階 さくら東にて行います。
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。

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40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に限

定し、Macintosh のフォーマットには対応しかねますのでご注意ください。

※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 D-SUB mini 15pin もしくは 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ーを持参下さい。
- 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) 膵臓・脾臓 9:00-9:49 座長: 山木 壮 長井美奈子	一般演題(9) 大腸1 9:00-9:42 座長: 三宅 亨 有田 智洋
10:00	一般演題(2) 肝臓 9:53-10:14 座長: 登 千穂子	一般演題(10) 大腸2 9:47-10:29 座長: 波多 豪 長谷川 寛
	一般演題(3) 小児・その他 10:18-10:46 座長: 三谷 泰之 洲尾 昌伍	一般演題(11) 肺・縦隔 10:34-11:23 座長: 佐藤 克明 松井 浩史
11:00	一般演題(4) 小腸1 10:50-11:25 座長: 岡村 亮輔 岡田 倫明	一般演題(12) 乳腺 11:28-11:49 座長: 野田 諭
	一般演題(5) 小腸2 11:29-11:57 座長: 井上 隆 笠島 裕明	
12:00	ランチョンセミナー2 12:00-13:00 「ロボット大腸癌手術の今と未来」 座長: 竹政伊知朗 (大阪国際メディカル&サイエンスセンター) 演者: 福岡 達成 (大阪市立総合医療センター) 演者: 若本 哲好 (近畿大学病院) (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1 12:00-13:00 「私が経た外科医としての修練~開腹・ラパロ・ロボット~」 座長: 賀川 義規 (大阪国際がんセンター) 演者: 加藤 寛章 (近畿大学) 演者: 笠島 裕明 (大阪公立大学) (共催: コヴィディエンジャパン株式会社)
13:00	評議員会 13:05-13:30	
	一般演題(6) 心・血管 13:35-14:10 座長: 尾藤 康行 高島 範之	一般演題(13) ヘルニア1 13:35-14:03 座長: 新田 敏勝 吉岡 慎一
14:00	一般演題(7) 食道 14:14-14:42 座長: 田中 晃司 國重 智裕	一般演題(14) ヘルニア2 14:07-14:35 座長: 平川 俊基 谷田 司
15:00	一般演題(8) 胃 14:44-15:33 座長: 加藤 寛章 村上 剛平	一般演題(15) 胆道 14:40-15:29 座長: 森村 玲 大村 仁昭
	表彰式、閉会の辞 15:38-15:48	
16:00		
17:00		

C会場 小ホール	
8:00	
9:00	一般演題(16) ビデオセッション 心・血管・肺 9:00-9:50 座長:高橋 洋介 月岡 卓馬 コメンテーター:鈴木 友彰 下治 正樹
10:00	一般演題(17) ビデオセッション 食道・胃 9:54-11:04 座長:細木 久裕 早田 啓治
11:00	一般演題(18) ビデオセッション 胆道・脾臓 11:08-11:58 座長:朝隈 光弘 李 東河
12:00	
13:00	
14:00	一般演題(19) ビデオセッション 大腸1 13:35-14:25 座長:渋谷 雅常 岩本 哲好
15:00	一般演題(20) ビデオセッション 大腸2 14:30-15:20 座長:賀川 義規 濱元 宏喜
16:00	
17:00	

A 会場 (2F さくら東)

午 前 の 部 (8:50 ~ 11:57)

開会の辞

会長 安田 卓司

1- 膵臓・脾臓 (9:00 ~ 9:49)

座長 山木 壮

(関西医科大学)

長井美奈子

(奈良県立医科大学)

1-01 血管塞栓術施行後に脾臓摘出術に至った外傷性脾損傷の2例

城山病院 消化器センター・外科 本 田 啓 介

1-02 脾 sclerosing angiomatoid transformation (SANT) に対し、腹腔鏡下脾部分切除を施行した1例

八尾徳洲会総合病院 肝臓外科 下 地 俊 輔

1-03 膵癌の血行性小腸転移による腸閉塞の1例

滋賀県立総合病院 外科 高 澤 博 人

1-04 MCN との鑑別が困難であった巨大嚢胞を伴う膵尾部癌の1例

大津赤十字病院 外科 丹 後 雄 統

1-05 膵管内管状乳頭腺癌の2切除例

明和病院 臨床研修センター 能 仁 雄 生

1-06 膵頭部癌に対して SMV 合併切除を伴う垂全胃温存膵頭十二指腸切除を施行し、血行再建を行わなかった1例

市立豊中病院 消化器外科 福 光 陽 介

1-07 膵頭十二指腸切除術後の再入院危険因子と至適な在院期間の検討

関西医科大学 胆膵外科 平 野 貴 久

2- 肝臓 (9:53 ~ 10:14)

座長 登 千穂子

(近畿大学)

2-01 腹腔鏡下肝切除における初期研修医の安全な実質切離経験

関西医科大学 肝臓外科 大 東 拓 哉

- 2-02 有症状の巨大肝嚢胞に対する ICG 蛍光法を用いた腹腔鏡下嚢胞開窓術
石切生喜病院 臨床研修医 山根 康太郎
- 2-03 多発性肝・腎嚢胞に対する肝腎同時移植の2例の経験と手術時の工夫の検討
大阪大学 消化器外科 西原 弘 将

3- 小児・その他 (10:18 ~ 10:46)

座長 三谷 泰之
(和歌山県立医科大学)

洲尾 昌伍
(奈良県立医科大学)

- 3-01 先天性リポジストロフィーに好酸球性胃腸炎による腸管穿孔を合併した一例
大阪大学医学部附属病院 小児外科 河邊 祐 輔
- 3-02 腹膜炎を契機に緊急手術を要した前仙骨部巨大類上皮嚢腫の1例
大阪大学医学部附属病院 消化器外科 進藤 実 希
- 3-03 後腹膜に発生した, 20cm の血管周囲類上皮細胞腫瘍の1例
滋賀県立総合病院 外科 谷 明 恵
- 3-04 巨大後腹膜腫瘍として手術加療を要した後腹膜原発卵黄嚢腫の1例
八尾徳洲会総合病院 肝臓外科 瀧上 和 也

4- 小腸 1 (10:50 ~ 11:25)

座長 岡村 亮輔
(京都大学)

岡田 倫明
(大阪赤十字病院)

- 4-01 貧血に対して外科的切除を行った小腸癌との鑑別を要した良性小腸潰瘍の1例
市立池田病院 消化器外科 柴田 姫 花
- 4-02 肺原発 sarcomatoid carcinoma の小腸転移に対して外科的切除を行った1例
市立東大阪医療センター 消化器外科 山口 泰 征
- 4-03 巨大腹腔内デスマイド腫瘍に対する SMA 血流遮断を用いた R0 切除の経験
大阪大学 消化器外科 谷 直 樹
- 4-04 腸管パーチェット病が疑われた穿孔性腹膜炎の一例
神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科 一色 泉

4-05 大腸全摘回腸囊肛門吻合術後に回腸囊内に粘液癌をみとめ腹腔鏡補助下回腸囊切除術を行った潰瘍性大腸炎の1例

兵庫医科大学炎症性腸疾患外科 楠 蔵 人

5-小腸2 (11:29 ~ 11:57)

座長 井上 隆

(奈良県立医科大学)

笠島 裕明

(大阪公立大学)

5-01 上腸間膜静脈血栓症に対し小腸部分切除を施行した1例

京都府立医科大学附属北部医療センター 研修医 上 田 成 十

5-02 成人回腸重複腸管穿孔の一例

大阪医療センター 外科 寺 田 遼 平

5-03 小腸腺腫に対する小腸切除術後に、先進部不明の腸重積をきたした成人女性の一例

大阪急性期・総合医療センター 消化器外科 麦 谷 聡

5-04 当院で手術を施行した成人腸重積症12例の臨床学的検討

馬場記念病院 外科 梅 原 佳 史

午 後 の 部 (12:00 ~ 15:48)

ランチョンセミナー 2 (12:00 ~ 13:00)

「ロボット大腸癌手術の今と未来」

座長：竹政伊知朗 (大阪国際メディカル&サイエンスセンター)

演者：福岡 達成 (大阪市立総合医療センター)

演者：岩本 哲好 (近畿大学病院)

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

評議員会 (13:05 ~ 13:30)

6-心・血管 (13:35 ~ 14:10)

座長 尾藤 康行

(大阪市立総合医療センター)

高島 範之

(滋賀医科大学)

- 6-01 心室中隔欠損を伴うバルサルバ洞動脈瘤破裂・右室穿破をきたした一例
大阪公立大学医学部附属病院 心臓血管外科 宮 本 凌
- 6-02 化膿性仙腸関節炎に合併した感染性心内膜炎に対して僧帽弁形成術を行い良好な循環及び感染コントロールが得られた1例
滋賀医科大学 心臓血管外科 徳 持 裕 己
- 6-03 腹部人工血管置換術後の左腸腰筋膿瘍を伴った腹部大動脈十二指腸瘻に対して一期的手術を施した一例
市立岸和田市民病院 心臓血管外科 小 野 龍太郎
- 6-04 腹部大動脈仮性瘤に対して腹部大動脈ステントグラフト内挿術を施行した血管型Ehlers-Danlos 症候群の一例
大阪医科薬科大学 医学部 外科学講座 胸部外科学教室 前 田 和 人
- 6-05 食道がん術後の胸部下行大動脈浸潤を伴う横隔膜上再発に対し、胸部大動脈ステントグラフト内挿術 (TEVAR) を先行し、腫瘍切除術を完遂した一例
京都大学病院 心臓血管外科 毛 利 啓 人

7- 食道 (14 : 14 ~ 14 : 42)

座長 田中 晃司

(大阪大学)

國重 智裕

(奈良県立医科大学)

7-01 食道裂孔ヘルニア術後に特殊な再発形式を呈した症例の経験

南大阪病院 外科 新井 勇輝

7-02 診断に難渋した食道 Verrucous carcinoma の一例

大阪大学 消化器外科 手島 和紀

7-03 低侵襲 Ivor-Lewis 食道切除術後縫合不全に伴う縦隔膿瘍に対し内視鏡的瘻孔ドレナージが奏効した2例

大阪赤十字病院 消化器外科 山田 剛士

7-04 食道癌手術におけるより低侵襲な腹部操作の検討

大阪国際がんセンター 消化器外科 松浦 記大

8- 胃 (14 : 44 ~ 15 : 33)

座長 加藤 寛章

(近畿大学)

村上 剛平

(大阪けいさつ病院)

8-01 成人胃軸捻転症に対して手術加療を要した3例

国立病院機構 大阪医療センター 外科 今西 涼華

8-02 噴門部管内発育型胃粘膜下腫瘍に対し、術野モニター代用の経口内視鏡と Cowboy technique を併用して鉗子干渉の軽減を図った単孔式胃内手術の2例

近畿大学病院 上部消化器外科部門 神波 奈央子

8-03 多職種連携介入により手術・化学療法が可能であった高齢進行胃癌の1例

西陣病院 外科 大橋 拓馬

8-04 幽門狭窄に対して胃十二指腸ステントが留置された胃癌に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した1例

京都府立医科大学 消化器外科 竹本 晴彦

8-05 早期胃癌穿孔の1例

大阪市立総合医療センター 消化器外科 松岡 七彩

8-06 当院における助手参加型ロボット支援下胃切除術の検討

八尾市立病院 消化器外科 水野 剛志

8-07 術前診断に苦慮した胃異所性腭癌に対してロボット支援幽門側胃切除術を施行した1例
北野病院 消化器外科 酒井裕都

表彰式、閉会の辞 (15:38 ~ 15:48)

B 会場 (2F さくら西)

午 前 の 部 (9:00 ~ 11:49)

9- 大腸 1 (9:00 ~ 9:42)

座長 三宅 亨

(滋賀医科大学)

有田 智洋

(京都府立医科大学)

9-01 巨大直腸異物に対して経肛門的異物除去を施行した一例

滋賀医科大学 消化器・乳腺・小児・一般外科 田 中 涼太郎

9-02 肛門外に脱出した特発性 S 状結腸重積

和泉市立総合医療センター 鍵 田 明 宏

9-03 若年成人の虫垂腸重積症に対して腹腔鏡下回盲部切除術を施行した 1 例

城山病院 消化器外科 廣 谷 美 咲

9-04 上行結腸原発脱分化型脂肪肉腫の 1 例

鳳胃腸病院 外科 杉 朋 樹

9-05 直腸間膜 Solitary fibrous tumor に対して腹腔鏡下切除を行った一例

ベルランド総合病院 外科 杉 本 敦 史

9-06 人工肛門閉鎖術後創に対する局所陰圧洗浄療法 (NPWTi-d) と遅延一次縫合の有用性

近畿大学 外科 波江野 真 大

10- 大腸 2 (9:47 ~ 10:29)

座長 波多 豪

(大阪大学)

長谷川 寛

(神戸大学)

10-01 KRASG12C 変異を有する切除不能再発大腸癌に対するソトラシブの使用経験

兵庫医科大学 消化器外科学講座 下部消化管外科 高 原 諒

10-02 小腸転移を伴う MSI-H S 状結腸癌の一例

大津赤十字病院 外科 木 下 瞬

10-03 直腸癌術後にウェルレグコンパートメント症候群を発症した一例について

堺市総合医療センター 消化器外科 永 山 孝 郁

10-04 ICG 蛍光リンパ管造影を併用した腹腔鏡手術により治癒を得た直腸癌術後難治性リンパ漏の一例

国立病院機構 大阪医療センター 外科 柴田 凌 吾

10-05 下行結腸癌術後に複数回局所再発を経て孤発性臍転移を来し臍切除を行った1例

ベルランド総合病院 外科 藤本 浩 之

10-06 高度異型成を合併した潰瘍性大腸炎患者に潜在していた進行直腸癌の一例

兵庫医大 炎症性腸疾患外科 長野 健太郎

11-肺・縦隔 (10:34 ~ 11:23)

座長 佐藤 克明

(和泉市立総合医療センター)

松井 浩史

(関西医科大学附属病院)

11-01 横隔膜交通症に対して手術加療では治癒しなかった1例

市立ひらかた病院 呼吸器外科 豊原 功 侍

11-02 術前検討を要した気管支原性嚢胞の一例

八尾徳洲会総合病院 外科・呼吸器外科 森田 琢 郎

11-03 Streptococcus pyogenes による肺膿瘍・膿胸に対して早期の胸腔鏡手術が奏功した1例

愛仁会高槻病院 野坂 昌 志

11-04 サルコイド反応を伴う肺癌・胃癌の重複癌に対し術前診断により根治術を施行しえた1例

大阪鉄道病院 外科 矢西 涼 花

11-05 S3/S6 区域を合併切除することで肺全摘を回避しえた右中葉肺癌の一例

和泉市立総合医療センター 呼吸器外科 黒松 俊 吾

11-06 片側アプローチにより一期的切除を行った両側転移性肺腫瘍の1例

大阪公立大学 呼吸器外科 新城 祈 清

11-07 術前免疫化学療法後の進行肺腺癌に対するロボット支援下左上葉切除術の1例

大阪医科薬科大学外科学講座胸部外科教室 岡井 翔 平

12-乳腺 (11:28 ~ 11:49)

座長 野田 諭

(大野記念病院)

12-01 乳管腺腫の一例

滋賀医科大学 外科学講座 岩崎 利々佳

12-02 転移性乳癌に対してペルツズマブを投与しアナフィラキシーショックで心停止となった一例

大阪医療センター 乳腺外科 西岡 裕未

12-03 乳腺内視鏡・ロボット手術における段階的習熟の実際

大阪国際がんセンター 乳腺・内分泌外科 菅野 友利加

午 後 の 部 (12:00 ~ 15:29)

ランチョンセミナー 1 (12:00 ~ 13:00)

「私が経た外科医としての修練～開腹・ラパロ・ロボット～」

座長：賀川 義規 (大阪国際がんセンター)

演者：加藤 寛章 (近畿大学)

演者：笠島 裕明 (大阪公立大学)

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

13-ヘルニア 1 (13:35 ~ 14:03)

座長 新田 敏勝

(城山病院)

吉岡 慎一

(八尾市立病院)

13-01 当院における日帰り鼠経ヘルニア手術の導入について

市立貝塚病院 外科 安山 陽 信

13-02 子宮脱に対する腹腔鏡下仙骨脛固定術後に発症した5mmポートサイトヘルニアの一例

公立宍粟総合病院 外科・消化器外科 鈴木 温 史

13-03 腹壁癒痕ヘルニア修復術後10年目に発症した横行結腸癌に腹腔内留置メッシュが感染を起こした一例

川西市立総合医療センター 消化器外科 西田 有 佑

13-04 転倒によって発症した外傷性右横隔膜ヘルニアに伴う絞扼性イレウスの1例

京都山城総合医療センター 消化器外科 柏本 錦 吾

14-ヘルニア 2 (14:07 ~ 14:35)

座長 平川 俊基

(住友病院)

谷田 司

(東大阪総合医療センター)

14-01 虫垂炎保存的治療後、右鼠径部痛で受診した右鼠経ヘルニア虫垂嵌頓疑いの一例

医療法人徳洲会野崎徳洲会病院 外科 久本 駿

14-02 徒手整復後に腹腔鏡下に修復した大腿ヘルニア嵌頓の1例
明和病院 臨床研修センター 佐藤 宏 樹

14-03 卵巣癌術後の腹膜播種再発による疼痛を伴う腹壁瘢痕ヘルニアに対して、eTEP法にて修復しQOL改善を得た一例
大阪医科薬科大学病院 一般・消化器外科 南 裕 樹

14-04 子宮広間膜裂孔ヘルニア嵌頓に対し緊急手術を施行した1例
近畿大学 下部外科 岡内 義隆

15-胆道 (14:40 ~ 15:29)

座長 森村 玲

(京都府立医科大学)

大村 仁昭

(りんくう総合医療センター)

15-01 妊娠25週の急性胆嚢炎に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例
八尾市立病院 消化器外科 山岸 宙令

15-02 腹腔鏡下胆嚢摘出術における手術教育サイクルの効果：専攻医が執刀した65例の検討
大阪ろうさい病院 外科・消化器外科 石丸 昂樹

15-03 PTGBD施行後の腹腔鏡下胆嚢摘出術の安全性についての検討
京都第一赤十字病院 松本 順久

15-04 感染を契機に起こった右肝動脈瘤の胆管穿破の一例
近畿大学奈良病院 外科 三上 希実

15-05 先天性胆道拡張症術後50年経過後に肝門部領域胆管癌を発症した一例
奈良県立医科大学 消化器・総合外科 佐々木 俊秀

15-06 内視鏡的乳頭括約筋切開術後に総胆管結石性胆管炎を頻発し治療に難渋した一例
大和高田市立病院 外科 中原 啓貴

15-07 膵頭十二指腸切除術後の門脈閉塞、挙上空腸静脈瘤による消化管出血に対して門脈ステント留置が有効であった一例
大阪医科薬科大学 一般・消化器外科 岸 剣太郎

C 会場 (2F 小ホール)

午 前 の 部 (9:00 ~ 11:58)

16- ビデオセッション 心・血管・肺 (9:00 ~ 9:50)

座長 高橋 洋介

(大阪公立大学)

月岡 卓馬

(大阪市立総合医療センター)

コメンテーター 鈴木 友彰

(滋賀医科大学)

下治 正樹

(近畿大学)

16-01 鏡視下での肺動脈出血に対する肺折り畳み法による緊急止血および主肺動脈確保

高槻赤十字病院 呼吸器外科 進 藤 友 喜

16-02 気管支先行処理による胸腔鏡下右肺上葉切除術における有用性と学習曲線

関西医科大学 呼吸器外科 内 海 貴 博

16-03 敗血症性ショックを呈した感染性心内膜炎に対する緊急大動脈弁置換術

大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科 藤 内 康 平

16-04 急性大動脈解離における止血を意識した吻合；中枢・末梢での step wise 吻合

和歌山県立医科大学 外科学第一講座 中 村 諒

16-05 若手外科医による多枝 OPCAB の執刀

大阪大学 心臓血管外科 伴 田 一 真

17- ビデオセッション 食道・胃 (9:54 ~ 11:04)

座長 細木 久裕

(大阪赤十字病院)

早田 啓治

(和歌山県立医科大学)

17-01 胸腔鏡下食道亜全摘術の縦隔郭清の定型化

大阪大学大学院医学研究科 外科学講座 消化器外科学 中 井 慈 人

17-02 リンパ節郭清個数からみる Minimally invasive esophagectomy における上縦隔リンパ節郭清の重要性の検討

神戸大学 食道胃腸外科 小寺澤 康 文

17-03 腹腔鏡下幽門側胃切除における No.6、腓上縁郭清の定型化手技

大阪公立大学 消化器外科 石 館 武 三

17-04 腹腔鏡下幽門側胃切除術における腓上縁郭清

関西電力病院 外科 坂 本 周 平

17-05 肥満症例に対する腹腔鏡下幽門側胃切除術における幽門下リンパ節郭清

兵庫医科大学 上部消化管外科 北 條 雄 大

17-06 ロボット支援下幽門側胃切除術、腓上縁郭清

大阪国際がんセンター 消化器外科 恵 谷 貴 子

17-07 ロボット支援下胃切除術における No.6 リンパ節郭清

大阪大学 消化器外科 萩 隆 臣

18-ビデオセッション 胆道・膵臓 (11:08 ~ 11:58)

座長 朝隈 光弘

(大阪医科薬科大学)

李 東河

(神戸大学)

18-01 モーションラベル指導によるアニマルラボでの研修医の初回腹腔鏡下胆嚢摘出術

京都第一赤十字病院 消化器外科 椋 野 英

18-02 外科専攻医が執刀する急性胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術

市立伊丹病院 谷 澤 佑 理

18-03 高度炎症を伴う胆嚢炎に対する手術手技の工夫；胆嚢頸部トンネリング&テーピング法

医学研究所北野病院 消化器外科 久 野 晃 路

18-04 遠位胆管癌に対して膵頭十二指腸切除術を施行した一例

大阪国際がんセンター 消化器外科 河 口 恵

18-05 右後方アプローチによる膵頭十二指腸切除術

関西電力病院 外科 藤 本 貴 士

午 後 の 部 (13:35 ~ 15:20)

19- ビデオセッション 大腸 1 (13:35 ~ 14:25)

座長 渋谷 雅常

(大阪公立大学)

岩本 哲好

(近畿大学)

19-01 PDM (Persistent descending mesocolon) を有する直腸癌患者に対する腹腔鏡下直腸低位前方切除術の一例

京都府立医科大学 消化器外科 倉 島 研 人

19-02 腹腔鏡下 S 状結腸切除術

大阪市立総合医療センター 消化器外科 瀬 良 知 央

19-03 腹腔鏡下 S 状結腸切除術

西宮渡辺病院 外科 大 谷 雅 樹

19-04 卒後 6 年目の専攻医が完遂した、執刀 5 例目の腹腔鏡下高位前方切除術

近畿大学 外科 深 野 耕太郎

19-05 開腹既往のないにも関わらず広範な癒着を認めた S 状結腸 LST-G の症例に対して腹腔鏡補助下 S 状結腸切除を施行した 1 例

川崎病院 外科 板 倉 弘 明

20- ビデオセッション 大腸 2 (14:30 ~ 15:20)

座長 賀川 義規

(大阪国際がんセンター)

濱元 宏喜

(大阪医科薬科大学)

20-01 チーム教育と手技の定型化による大腸技術認定試験合格への取り組み

滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科 村 本 圭 史

20-02 医師 4 年目レジデントが執刀するロボット支援下 S 状結腸切除術

大阪急性期・総合医療センター 消化器外科 竹 内 一 将

20-03 ロボット支援 S 状結腸切除術

大阪国際がんセンター 消化器外科 森 良 太

20-04 ロボット支援 S 状結腸切除術

大阪国際がんセンター 消化器外科 深 井 智 司

20-05 上行結腸癌と直腸 S 状部癌に対して、Da Vinci Xi を用いて同時切除を施行した 1 例

JCHO 大阪病院 外科 岡 啓 史

一 般 演 題
抄 録

1-01

血管塞栓術施行後に脾臓摘出術に至った外傷性脾損傷の 2 例

城山病院 消化器センター・外科
 本田啓介、新田敏勝、廣谷美咲、小宮敦宏、
 久保隆太郎、佐田昭匡、石井正嗣、岩間 密、
 石橋孝嗣

【背景】外傷性脾損傷の治療は、脾臓摘出術が一般的治療法であった。しかし、近年は画像診断の精度向上、IVR の普及により非手術療法の適応が拡大されている。今回、外傷性脾損傷の 2 症例を経験したので報告する。【症例 1】46 歳男性。バイク単独事故で受傷した。腹部造影 CT 検査で外傷性脾損傷 II ~ IIIa 型と診断し、TAE を施行した。経過観察中に炎症が遷延したため受傷 20 日後に腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。炎症改善を認め、術後 11 日目に退院となった。【症例 2】28 歳男性。バイクで自己転倒し受傷した。腹部造影 CT 検査で外傷性脾損傷 IIIb 型を認めため、搬送当日に TAE を施行し、出血コントロール目的に同日に腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。経過良好で術後 14 日目に退院した。【結語】外傷性脾損傷に対する TAE は有効であるが、臨床経過や脾損傷分類などを総合的に判断し外科的治療の追加が必要となる場合がある。

1-03

膵癌の血行性小腸転移による腸閉塞の 1 例

滋賀県立総合病院 外科
 高澤博人、佐々木勉、谷 明恵、参島祐介、
 大嶺孝仁、栗本 信、持田郁己、谷 昌樹、
 戸田孝祐、矢澤武史、大江秀典、山田理大、
 山中健也

症例は 80 歳女性。X-1 年 12 月に膵尾部癌（審査腹腔鏡で CY0, P0）と診断された。NAC 後 X 年 4 月に膵体尾部切除、脾・結腸・横隔膜脚合併切除を施行し、pStage IIB であった。左横隔膜下播種再発に X 年 11 月より CRT を施行、X+1 年 3 月に小腸腫瘍を疑う保存的治療抵抗性の小腸閉塞を発症した。開腹で検索範囲に播種はなく、小腸腫瘍による 1 か所の閉塞を認め、同部位を切除吻合した。切除標本に粘膜下腫瘍を認め、既往の膵癌と同様の組織像で、膵癌の血行性小腸転移と診断された。自宅退院し化学療法を再開したが、衰弱が進み腸閉塞手術後 5 か月で原病死亡した。膵癌の血行性小腸転移による腸閉塞は極めて稀で、本症例では小腸腫瘍以外に播種による閉塞機転を認めず小腸切除の適応と判断した。一般的に膵癌末期の腸閉塞は多発播種を伴うため手術適応に限られる。本症例の稀な病態と手術介入の意義について文献的考察を加えて報告する。

1-02

脾 sclerosing angiomatoid transformation (SANT) に対し、腹腔鏡下脾部分切除を施行した 1 例

八尾徳洲会総合病院 肝臓外科
 下地俊輔、河島茉澄、木村拓也

【はじめに】SANT は 2004 年に初めて報告された、脾臓に特異的な非腫瘍性の血管病変で希少な疾患である。SANT に対して腹腔鏡下脾部分切除を施行し、良好な経過を経た 1 例を報告する。【症例】症例は 36 歳女性。検診で脾臓腫瘍を指摘され、増大傾向が強く手術適応となった。造影 CT では脾臓下極に 4cm 台で辺縁がやや高吸収、中心部がやや低吸収の腫瘍を認めた。手術は右半側臥位で、5 ポートで施行。脾門部で腫瘍を含む下極へ流入する動静脈を選択的に処理し、変色域に沿って実質を切離した。手術時間 3 時間 10 分、出血 400ml で術後 5 日目に退院となった。術後病理結果で SANT と診断された。【考察】脾臓腫瘍に対する治療として脾臓全摘が選択されることが多いが、術後の重篤感染症、血小板増多による血栓症のリスク等が懸念される。腹腔鏡下脾部分切除は、脾機能保持と感染予防の観点から、SANT のような良性腫瘍を疑う症例では積極的に検討すべき術式である。

1-04

MCN との鑑別が困難であった巨大嚢胞を伴う膵尾部癌の 1 例

大津赤十字病院 外科
 丹後雄統、伊藤達雄、喜多貞彦、金谷ゆり、
 竹島 潤、多賀 亮、鷲見季彦、中村大地、
 平田 涉、北口和彦、平井健次郎、土井淳司、
 濱洲晋哉、豊田英治、大江秀明、洲崎 聡、
 廣瀬哲郎

症例は 76 歳女性。胸部痛を主訴に前医受診し当院紹介となった。CT で左上腹部に内部に充実成分を伴う 153mm の巨大嚢胞性病変を認めた。膵尾部に接して存在し、後腹膜腔にも液体貯留が見られた。後腹膜腔の貯留液を穿刺したところ血性で細胞診は class II であった。MCN の腫瘍内出血および後腹膜腔への穿破と診断し、左腎・横隔膜・胃壁の合併切除を伴う膵体尾部切除術を行った。病理組織学的検査では高～中分化型腺癌であり、嚢胞変性を伴う膵癌と診断された。通常型膵癌は乏血性充実性腫瘍であり、巨大な嚢胞形成や破裂を来すことは稀である。大きな嚢胞を形成する膵腫瘍としては MCN が鑑別に挙がり、本例でも術前の細胞診では悪性所見がなかったため MCN として手術を行った。特殊な形態を示す膵嚢胞では悪性腫瘍の存在を念頭に診断、治療を検討することが重要であると考えられた。

1-05

膵管内管状乳頭腺癌の 2 切除例

1 明和病院 臨床研修センター
 2 明和病院 外科
 能仁雄生¹、中島隆善^{1,2}、松木豪志²、長野心太²、
 古出隆大²、一瀬規子²、藤川正隆²、岡本 亮²、
 生田真一²、仲本嘉彦²、相原 司²、柳 秀憲²、
 山中若樹²

【はじめに】膵管内管状乳頭腫瘍は膵外分泌腫瘍の 1% 弱とまれであり、膵管内管状乳頭癌 (ITPC) は通常型膵癌と比較し予後良好とされる。今回、ITPC の 2 切除例を経験したので報告する。【症例 1】70 歳代、女性。左下腹部の違和感を主訴に前医を受診。腹部超音波検査で主膵管の拡張を指摘され、精査目的に当院紹介となった。諸検査を踏まえ、混合型膵管内乳頭状粘液性癌を疑って垂全胃温存膵頭十二指腸切除術 (SSPPD) を施行、病理組織学的に ITPC と診断した。術後に S-1 による補助化学療法を 6 か月行い、再発なく経過している。【症例 2】70 歳代、女性。慢性膵炎のフォロー中にリパーゼの上昇を認め、MRCP で膵頭部の腫瘍を指摘され当科紹介となった。膵頭部癌の診断で SSPPD を施行、病理組織学的に ITPC と診断した。術後補助化学療法は行わず 2 年以上経過したが再発を認めていない。

1-07

膵頭十二指腸切除術後の再入院危険因子と至適な在院期間の検討

関西医科大学 胆膵外科
 平野貴久、橋本大輔、山木 壮、松村和季、
 三井哲史、石田啓之、宮崎秀高、松井雄基、
 池田裕二、Nguyen Thanh Sang、里井壯平

【目的】われわれは、2007 年から退院基準を ADL 自立・食事 20% 以上・CRP < 5 と設定している。退院後 30 日以内の再入院の危険因子と退院基準の課題を調査した。【方法】2007 年 1 月から 2024 年 12 月までに当院で膵頭十二指腸切除術 (PD) を施行した 976 名を対象とした。アウトカムは退院後 30 日以内の予定外再入院とした。【結果】術後在院日数中央値は 13 日であり、再入院率は 96 名 (9.8%) であった。再入院率は退院基準遵守群 8.4% に対し非遵守群 24% と高く ($p < 0.001$)、遵守群は DPC I 期退院で再入院率は 6.4% であったが、非遵守群は DPC I 群退院で 27.7%、DPC II 群退院で 26.9% と高率であった。多重回帰分析では、退院時 CRP 5 以上と、術後感染性合併症の存在が有意な危険因子であった。【結論】PD 術後の早期退院自体は再入院のリスクではないが、CRP 高値での退院は時期を問わず再入院率が高い。

1-06

膵頭部癌に対して SMV 合併切除を伴う垂全胃温存膵頭十二指腸切除を施行し、血行再建を行わなかった 1 例

市立豊中病院 消化器外科
 福光陽介、中島慎介、清水潤三、大里祐樹、
 野間俊樹、萩原清貴、松下克則、新野直樹、
 鈴木陽三、川瀬朋乃、富田尚裕、今村博司

77 歳男性。2 年前から膵管内乳頭粘液腫瘍の指摘があり消化器内科にて画像フォロー中であったが、CA19-9 の上昇と膵鉤部に乏血性腫瘍を認めた。EUS-FNA にて膵癌と診断し手術加療目的に当科紹介となった。CT では膵鉤部に 28mm 大の乏血性腫瘍認め、上腸管膜静脈 (SMV) 内に 1/4 周性に陰影欠損を認め腫瘍浸潤を疑った。GS 療法 2 コース施行後手術の方針とした。術中 SMV 浸潤を認め 20mm 合併切除した。血管壁が脆く再建困難と判断し非再建とした。術後 7 日目から食事を開始した。術後 13 日目に乳び漏を認め絶食加療を 1 週間行った。術後 21 日目に自宅退院した。文献的考察を交えて報告する。

2-01

腹腔鏡下肝切除における初期研修医の安全な実質切離経験

関西医科大学 肝臓外科
 大東拓哉、小坂 久、木口剛造、吉川潤一、
 高橋大五、松島英之、山本栄和、松井康輔、
 海堀昌樹

背景：肝臓外科の手技習得には長い期間が必要とされるが、近年は動画教材やシミュレーターの普及により、初期研修段階でも実践的技能を習得し得る環境が整いつつある。本報では、多面的な学習と事前トレーニングを経て、初期研修医が腹腔鏡下肝切除の実質切離を安全に経験した一例を報告する。方法：研修医は術前に肝内・肝周囲の解剖を再確認し、10 時間以上のシミュレーター訓練および手術映像で手技と安全管理の要点を学習した。結果：腹腔鏡下前区域切除において、指導医が主要脈管処理を完了した後、研修医が未切離肝断面を CUSA で約 45 分間切離した。指導医の適宜の指導のもと、脈管損傷なく安全に操作を遂行でき、肝実質切離に必要な視野形成や切離層の理解が深まった。結語：本経験は、段階的教育により初期研修医でも安全に肝切除手技を習得し得る可能性を示すものである。

2-02

有症状の巨大肝嚢胞に対する ICG 蛍光法を用いた腹腔鏡下嚢胞開窓術

¹石切生喜病院 臨床研修医
²石切生喜病院 肝胆膵外科
³石切生喜病院 消化器外科

山根康太郎¹、宮下正寛²、川井秀平³、菊川拓也³、
 石原 敦²、松田恭典³、加藤幸裕³、西川正博³、
 上西崇弘²

2020 年 1 月から 2025 年 10 月の間に、当科で症状を有する巨大肝嚢胞に対して ICG 蛍光法を用いて腹腔鏡下嚢胞開窓術を施行した 7 例の臨床経過を検討した。年齢中央値は 76 歳で、男女比は 1:6 であった。CT 像上、水平断面の最大径は 165mm (96-218)、頭尾方向の最大径は 162mm (97-256) であった。巨大嚢胞の局在は、左葉 2 例、右葉 5 例であり、右葉の 1 例で嚢胞破裂をきたして腹腔ドレナージが施行されていた。出血量および手術時間の中央値は、それぞれ 1ml (1-150)、125 分 (49-167) であった。全例、合併症なく軽快退院しており、術後在院日数の中央値は 6 日 (6-8) で、全例で再燃徴候なく経過している。症候性巨大肝嚢胞に対して ICG 蛍光法を用いた腹腔鏡下嚢胞開窓術は、低侵襲で再被包化や胆汁漏を回避した有効な外科的治療と考えられた。

3-01

先天性リポジストロフィーに好酸球性胃腸炎による腸管穿孔を合併した一例

大阪大学医学部附属病院 小児外科
 河邊祐輔、中島賢吾、出口幸一、三橋佐和子、
 川本里紗、八木 悠、堺 大地、宇賀菜緒子、
 児玉 匡、野村元成、上野豪久、渡邊美穂

【はじめに】先天性リポジストロフィー（以下 CGL）は脂肪組織が欠如する遺伝性疾患群で、様々な代謝異常を発症するが、好酸球性胃腸炎との合併例の報告はみられない。今回我々は CGL に好酸球性胃腸炎を合併し、消化管穿孔をきたした一例を経験したので報告する。【症例】18 歳男児。当院小児科で CGL IV の診断で通院中であった。発熱と腹痛を主訴に受診され、腸炎の診断で抗菌薬治療を開始した。症状の増悪を認め造影 CT を施行したところ free air を認め手術加療を行った。開腹したところ回盲部より口側 30cm で腸間膜への穿通を認めた。著明な浮腫のため吻合は行わず、穿孔部を切除し双孔式人工肛門造設術を施行した。術後経過は良好であり、浮腫の改善後人工肛門閉鎖を予定している。【結語】好酸球性胃腸炎による消化管穿孔は非常にまれであり、CGL が好酸球性胃腸炎の増悪因子となったと考えられた。

2-03

多発性肝・腎嚢胞に対する肝腎同時移植の 2 例の経験と手術時の工夫の検討

大阪大学 消化器外科
 西原弘将、佐々木一樹、秋田裕史、向井洋介、
 長谷川慎一郎、山田大樹、富丸慶人、野田剛広、
 土岐祐一郎、江口英利

多発性肝・腎嚢胞は QOL 低下、嚢胞感染、重度腎機能障害がある場合肝腎同時移植（SLKT）の適応となるが、術野確保困難で、大量出血を来たしうる。SLKT 2 例の経験から安全に施行する工夫を検討した。症例 1: 54 歳女性。MELD26 点。肝は巨大で脱転に難渋し、先に外側区域摘出。横隔膜と癒着あり右開胸し右葉摘出。IVC はレシピエント IVC 前壁にスリットを作成し吻合。手術時間 14 時間 48 分、出血量 33560ml、摘出肝 10kg。術中大量出血あるも、肝不全なく 270 日目退院。症例 2: 58 歳男性。MELD28 点。前回手術時の教訓から、大量出血に備え VV ECMO を準備したが使用せず、全肝摘出。ドナー肝の IVC は長めに確保し、IVC 置換で再建。手術時間 17 時間 38 分、出血量 26770ml、摘出肝 6.9kg。術後 2 週間、経過良好。

3-02

腹膜炎を契機に緊急手術を要した前仙骨部巨大類上皮嚢腫の 1 例

¹大阪大学医学部附属病院 消化器外科
²大阪大学医学部附属病院 産婦人科
 進藤実希¹、竹田充伸¹、大野 叶²、中山 慧²、
 関戸悠紀¹、波多 豪¹、浜部敦史¹、荻野崇之¹、
 三吉範克¹、植村 守¹、江口英利¹、土岐祐一郎¹

【はじめに】

類上皮嚢腫（epidermoid cyst）は中年の頭頸部や体幹上部に好発する良性嚢胞性病変である。骨盤内、特に前仙骨部に発生するものは極めて稀であるが、感染、瘻孔形成、さらには悪性化の報告もあり、原則として完全切除が推奨されている。

【症例】

症例は 19 歳女性。心窩部痛を契機に後腹膜嚢腫を指摘され、経過観察されていたが、2 年後に腰痛および左大腿外側のしびれを自覚した。腫瘍による神経圧排に伴う神経障害と診断し、疼痛コントロールを開始したが、5 日後に発熱を認めた。CT 検査にて後腹膜腫瘍の破裂所見を認め、後腹膜腫瘍穿破による限局性腹膜炎と診断し、緊急で腹腔鏡下後腹膜腫瘍切除術を施行した（手術時間 341 分、出血量 200mL）。術中合併症および術後合併症を認めず、術後 13 日目に退院となった。

【まとめ】

若年成人女性の前仙骨部に発生した巨大類上皮嚢腫の 1 例を経験した。

3-03

後腹膜に発生した、20cm の血管周囲類上皮細胞腫瘍の 1 例

滋賀県立総合病院 外科

谷 明恵、参島祐介、大嶺孝仁、栗本 信、
持田郁己、谷 昌樹、戸田孝佑、佐々木勉、
矢澤武史、大江秀典、山田理大、山中健也

【症例】54 歳 男性。検診エコーで腹部腫瘤を指摘され、造影 CT では左後腹膜に長径 20 cm の腫瘤を認めた。腫瘤は内部に出血性壊死を伴う充実性成分を含み、膀胱・下行結腸・左腎を後方より圧排し、これらの臓器は右側へ大きく偏移していた。遠隔転移は認めなかった。術前診断は脂肪肉腫を疑い、播種性転移の可能性から術前生検は行わなかった。手術は正中切開で開腹し腫瘤を背側から授動した後、左半結腸切除・膝尾部切除・脾摘・左腎摘・左横隔膜部分切除を併施し後腹膜腫瘍を摘出した。病理組織学的には、類円形核と好酸性細胞質をもつ類上皮細胞様細胞が血管周囲に集簇しながら増殖し、免疫染色では HMB45・MelanA が陽性であったため、血管周囲類上皮細胞腫瘍 (PEComa) と診断された。退院後、遅発性脾液漏に対し経胃的ドレナージ術を要したが、術後 6 ヶ月現在、無再発で経過している。

4-01

貧血に対して外科的切除を行った小腸癌との鑑別を要した良性小腸潰瘍の 1 例

市立池田病院 消化器外科

柴田姫花、和田遼平、高地 耕、和田隆太郎、
竹田 佑、松浦雄裕、井上 彬、前田 栄、
須崎剛之、安座間隆、湯川真生、太田博文

症例は 85 歳、男性。X 年 9 月、腹痛と血便を主訴に近医を受診し、Hb 10.9 g/dL の貧血を指摘された。その後も経時的な低下を認めたため、精査目的に当院消化器内科を紹介受診した。受診時 Hb 6.9 g/dL と著明な低下を認めた。上下部消化管内視鏡検査で出血源を認めなかったが、経肛門的ダブルバルーン内視鏡にて小腸潰瘍を認め、小腸癌が疑われた。生検では悪性所見を認めなかったが、貧血の原因病変と考えられ、悪性を否定できなかったため手術の方針とした。入院第 18 病日に腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行し、術後経過は良好で第 8 病日に退院した。切除標本では悪性所見を認めず、良性小腸潰瘍と診断した。小腸潰瘍の原因としては NSAIDs 関連、感染性、炎症性腸疾患、腫瘍性病変などが知られるが、外科的切除に至った良性例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

3-04

巨大後腹膜腫瘍として手術加療を要した後腹膜原発卵黄囊腫の 1 例

八尾徳洲会総合病院 肝臓外科

瀧上和也、河島茉澄、中多靖幸、藤井貴子、
井上雅文、木村拓也

症例は 37 歳男性。急性腹症にて救急搬送された。造影 CT で左前腎傍腔に巨大腫瘤性病変とその内部に出血を認め、高次医療機関へ転送され IVR にて止血された。一度退院するも腫瘍は縮小せず、腹痛が続くため後腹膜腫瘍摘出術を施行した。開腹すると、腫瘍は腹部全体を埋め尽くしており、左側結腸、左腎や大動脈にも浸潤していた。結腸、左腎は合併切除したが、大動脈周囲には一部腫瘍が残存する形で手術を終了した。出血 5810mL、手術時間 334 分、術後 20 日目に退院した。摘出標本より卵黄囊腫と診断した。後腹膜腫瘍の病理は多彩であり、術前画像で確定診断に至ることは困難である。本症例は稀な後腹膜原発卵黄囊腫であった。治療は完全切除とされるが、周囲臓器への浸潤の程度によっては完全切除が困難な場合や、多臓器合併切除が必要となる場合がある。後腹膜腫瘍には術前画像の十分な検討や、術中所見に応じた臨機応変な対応が求められる。

4-02

肺原発 sarcomatoid carcinoma の小腸転移に対して外科的切除を行った 1 例

市立東大阪医療センター 消化器外科

山口泰征、松山 仁、小西彩海、田淵丹音、
中出真央、三上日菜子、高山碩俊、石田 智、
佐々木優、山下雅史、空谷友香子、谷田 司、
中田 健、山田晃正

症例は 71 歳男性。息切れを主訴に近医を受診し、高度貧血と CT で多発小腸腫瘍を認めたため、当科を受診した。胸腹部造影 CT では、小腸壁に 20~60mm 大の不均一に濃染される不整形腫瘍を 3カ所に認め、左肺上葉に不整結節影を認めた。高度な腫瘍出血による貧血に対し、止血と診断目的に小腸部分切除術を先行した。組織学的診断では sarcomatoid carcinoma であった。術後の PET-CT で左肺結節、縦隔・左肺門リンパ節に FDG 集積を認め、肺原発 sarcomatoid carcinoma の小腸転移と診断した。本症は極めて稀で進行が早い腫瘍だが、転移巣からの出血を契機に診断に至った一例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

4-03

巨大腹腔内デスマイド腫瘍に対する SMA 血流遮断を用いた R0 切除の経験

大阪大学 消化器外科
谷 直樹、関戸悠紀、竹田充伸、波多 豪、
浜部敦史、荻野崇之、三吉範克、植村 守、
土岐祐一郎、江口英利

巨大腹腔内腫瘍では出血が課題となる。我々は術前に上腸間膜動脈 (SMA) 内にバルーンカテーテルを留置し、血流を遮断することで、安全に R0 切除を達成した 1 例を報告する。症例は 40 歳女性で、腹部膨満感を主訴に 25 × 24 × 14cm、5,660g の巨大デスマイド腫瘍が確認された。腫瘍は小腸および小腸間膜、横行結腸間膜、十二指腸に浸潤し、SMA 空腸分枝を主な栄養血管としていた。術中に SMA 遮断を適宜行い、腫瘍摘出、小腸部分切除、十二指腸-小腸吻合を施行した(出血量は 3,380ml)。術後 1 年で再発が認められたが、化学療法で縮小し術後 2 年 6 ヶ月経過後も病変の増大はなく生存している。バルーンカテーテルを用いた本手法は巨大腫瘍に有用である。

4-05

大腸全摘回腸囊肛門吻合術後に回腸囊内に粘液癌をみとめ腹腔鏡補助下回腸囊切除術を行った潰瘍性大腸炎の 1 例

1 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科
2 兵庫医科大学下部消化管外科
楠 藏人¹、友尾祐介¹、野村和徳¹、長野健太郎¹、
桑原隆一¹、堀尾勇規¹、木村 慶²、片岡幸三²、
内野 基¹、池田正孝²、池内裕基¹

潰瘍性大腸炎 (UC) に対し大腸全摘回腸囊肛門吻合術後に回腸囊内に粘液癌をみとめ腹腔鏡補助下回腸囊切除術を行った症例を経験したので報告する。症例は 67 歳男性、52 歳時に発症の全大腸炎型 UC。57 歳時に直腸 RS 部に adenocarcinoma tub1 を認め大腸全摘回腸囊肛門吻合術施行。内痔核に対し ALuminum potassium sulfate hydrate・Tannic Acid (ALTA) 療法後のため括約筋機能不全で人工肛門閉鎖を行わずそのまま経過観察となっていた。術後 10 年経過した 67 歳時に肛門部痛を主訴に当科を受診し pouch 内視鏡で pouch 内に腫瘍性病変を指摘され、生検で p53 強陽性の粘液癌を認めた。腹腔鏡補助下回腸囊切除術し術後 26 日目に退院となった。UC 術後の稀な pouch 内発癌症例を経験したので報告する。

4-04

腸管バーチェット病が疑われた穿孔性腹膜炎の一例

神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科
一色 泉、土佐明誠、吉野健史、久保碩生、
岡田俊裕、藤 浩明、山本高正、塩田哲也、
岩崎純治、伊丹 淳

症例は 50 歳代男性。右下腹部痛を主訴に当院救急外来受診。造影 CT で終末回腸の壁肥厚に加え free air も認め回腸穿孔による腹膜炎の診断で緊急手術となった。開腹回盲部切除術・回腸上行結腸吻合を施行。経過は術後 6 日目から発熱が続き炎症反応も再上昇。8 日目には下血もあった。CT では縫合不全を始め熱源を示唆する所見に乏しく当初は薬剤性なども疑った。しかし口腔内の複数潰瘍が出現し繰り返す口内炎の病歴あり。また外陰部にも潰瘍性病変を認めた。眼症状・皮膚症状は認めなかったもののバーチェット病の疑いでプレドニゾロンとコルヒチンによる治療を開始。症状は次第に軽快し術後 20 日目に退院となった。病理診断はクローン病などの炎症性腸疾患、リンパ腫などの悪性所見は認めず、深い潰瘍だけで特異的な像が無いことからバーチェット病として矛盾はないと思われた。腸管バーチェット病が疑われた穿孔性腹膜炎を経験したので文献的考察を加えて報告する。

5-01

上腸間膜静脈血栓症に対し小腸部分切除を施行した 1 例

1 京都府立医科大学附属北部医療センター 研修医
2 京都府立医科大学附属北部医療センター 外科
上田成十¹、出口勝也²、岡本雲平²、足立雄城²、
永薺和也²、濱田隼一²、落合登志哉²

【症例】72 歳男性。腹痛と胆汁性嘔吐を主訴に救急受診した。造影 CT で上腸間膜静脈 (以下 SMV) から門脈の広範囲血栓、小腸の造影不良を認めたため、SMV 血栓症による小腸虚血・壊死の疑いと診断し緊急手術を施行した。【手術所見】腹腔鏡下に腹水貯留・腸管拡張・回腸血流不全の領域を認め、開腹術に移行した。Treitz 靱帯から 245cm の部位から約 110cm に及ぶ腸管色調変化を認めた。ICG で血流評価を行い、血流不良の回腸を切除し、連珠式人工肛門を造設した。【経過】血栓症に対しワーファリンを投与し、術後 26 日の CT で血栓溶解を確認した。腸液の管理困難で術後 28 日に腸管吻合・人工肛門閉鎖術を施行した。その後経過良好で閉鎖術から 33 日後に退院した。【考察】SMV 血栓症は稀な疾患で、重症な転帰を辿ることも多い。本症例は肥満以外に併存症はなく特発性と考えられた。今回、早期の診断と治療により良好な結果を得られた。

5-02

成人回腸重複腸管穿孔の一例

大阪医療センター 外科

寺田遼平、徳山信嗣、河合賢二、高橋佑典、松井優紀、俊山礼志、山本昌明、酒井健司、竹野 淳、濱 直樹、高見康二、平尾素宏、加藤健志

【緒言】成人重複腸管症は稀であり穿孔で発症することは極めて稀である。今回成人回腸重複腸管穿孔による汎発性腹膜炎を呈した一例を経験したので文献的考察を交えて報告する。【症例】69才、女性。上腹部痛を主訴に前医を受診され、CTで上行結腸憩室穿孔が疑われ当院へ転院となり緊急手術を行った。上行結腸、小腸、大網が癒着しておりこれを剥離したところ膿汁の漏出を認め、剥離した小腸に管状の憩室様構造物を認めた。その構造物は腸間膜付着側に位置し、小腸間膜から連続する固有の腸間膜を有していた。重複腸管穿孔か上行結腸憩室穿孔かの鑑別が困難であり、小腸部分切除、結腸右半切除術を行った。病理組織診では回腸から連続する腸管壁構造と幽門腺様の構造を呈する腺管の集簇があり、盲端で全層の断裂があり回腸重複腸管穿孔と診断した。【結語】成人回腸重複腸管穿孔の一例を経験した。重複腸管は消化管穿孔の一因として考慮すべきである。

5-04

当院で手術を施行した成人腸重積症 12 例の臨床学的検討

馬場記念病院 外科

梅原佳史、寺岡 均、南浦翔子、土谷将悟、庄司太一、田中芳憲、大平雅一

成人腸重積症の頻度は腸重積全体の 1～5%で、その 60% が悪性腫瘍などの器質的疾患が原因とされる。今回我々は 2013 年から 2025 年の間に当院で手術を施行した成人腸重積症 12 例を対象とし検討を行った。平均年齢は 75 歳であり、主訴は腹痛 7 例、嘔吐 5 例、吐血 1 例であった。術前に腸重積症と診断されたのは 9 例であった。発症様式としては胃十二指腸型 1 例、回盲部型 3 例、小腸型 6 例、大腸型 1 例、小腸と大腸重複型 1 例であった。原因は悪性腫瘍 4 例、良性腫瘍 3 例、イレウス管 3 例、特発性 1 例、胃切除術後の braun 吻合部が 1 例であった。腸管切除を要しなかったのは 2 例のみで、7 例は腫瘍性病変のため、3 例は重積腸管の壊死等のため腸管切除を要した。術後縫合不全は認めなかったが、1 例は循環不全、1 例は誤嚥性肺炎で死亡した。手術の際、重積腸管の整備については悪性の有無、腸管壁の状態等を考慮し、個々の症例に応じた選択肢が必要であると考えられた。

5-03

小腸腺腫に対する小腸切除術後に、先進部不明の腸重積をきたした成人女性の一例

大阪急性期・総合医療センター 消化器外科
麦谷 聡、竹内一将、宮崎安弘、奥村げんき、明石大輝、中森健人、横内 隆、橋本雅弘、加藤伸弥、森本祥悠、西沢佑次郎、広田将司、古川健太、友國 晃、畑 泰司、本告正明、藤谷和正

症例は 28 歳女性。急性腹痛として当院救急搬送となり造影 CT にて小腸重積による絞扼性イレウスを認め、同日緊急手術を実施。重積腸管の明らかな壊死所見はなく Hutchinson 手技にて重積を解除できたが、腸管浮腫が著明なため重積原因は特定できなかった。その後のフォロー CT および内視鏡にて Treitz 靱帯から 15cm 肛門側空腸に 24mm 大腺腫を認め、腹腔鏡下空腸部分切除術を実施した。術後 1 日目より嘔吐が出現し改善なく、造影 CT では、再度腸重積所見がみられた。緊急手術を実施したところ、吻合部より 10cm 肛門側から重積が生じており、明らかな重積原因は認めなかった。重積解除後、重積していた腸管すべてを切除し空腸空腸・側側吻合を行った。術後経過は良好であり 13 日目に退院し以降再発なく経過している。今回、小腸腺腫切除後に、再度の腸重積再発を起こした一例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

6-01

心室中隔欠損を伴うバルサルバ洞動脈瘤破裂・右室穿破をきたした一例

大阪公立大学医学部附属病院 心臓血管外科
宮本 凌、高橋洋介、河瀬 匠、因野剛紀、西矢健太、藤井 涼、柳原貫太郎、長尾宗英、西本幸弘、野田和樹

背景：バルサルバ洞動脈瘤は稀であるが、成人期に破裂、右房・右室穿破することで急激な心不全をきたしうる疾患である。今回、心不全精査にて偶発的に指摘された VSD、バルサルバ洞動脈瘤破裂・右室穿破の症例を報告する。現病歴：63 歳男性。小児期に VSD を指摘されるも手術は行われず、成人期にも精査されていなかった。突然の呼吸苦症状を自覚し、心エコーにてバルサルバ洞動脈瘤と、バルサルバ洞から右室へのシャント血流をみとめ、さらに大動脈弁直下に欠損孔を認めた。手術所見：バルサルバ洞にパウチ状に突出した動脈瘤と大動脈弁下に VSD を認め、ウシ心膜パッチにて VSD とバルサルバ洞の欠損孔を閉鎖した。術後、合併症なく経過し、自宅退院となった。結論：心不全精査にて VSD およびバルサルバ洞動脈瘤・右室穿破の症例に対してパッチ閉鎖を行い良好な術後経過であった。

6-02

化膿性仙腸関節炎に合併した感染性心内膜炎に対して僧帽弁形成術を行い良好な循環及び感染コントロールが得られた 1 例

滋賀医科大学 心臓血管外科
徳持裕己、鈴木友彰、高島範之、宮下史寛、
鉢呂康平、奥田進太郎、松岡健太郎、垣内泰生、
横山千紘、齋藤 圭、土田迪貴

化膿性仙腸関節炎は稀な疾患で、症状が多彩で早期に画像的異常を認めないことも多く診断に難渋する。診断した時点で既に全身感染症に移行し感染性心内膜炎を合併している可能性がある。症例は 75 歳女性。発熱と腰痛を主訴に救急外来を受診した。ノルアドレナリンとパンプレシン投与下でも血圧 82 / 62、心拍数 103 のショックバイタルを呈し、白血球と炎症反応が高値であった。MRI 検査で化膿性仙腸関節炎と診断され洗浄ドレナージ術と骨盤創外固定が施行された。術後も循環と感染のコントロールは不良であった。血液培養で *S. aureus* が検出され経食道エコーを行った結果、僧帽弁疣腫と僧帽弁閉鎖不全症を認め当科に紹介となった。当科で僧帽弁形成術を行い循環動態は安定した。血液培養も陰性化した。化膿性仙腸関節炎に合併した感染性心内膜炎に対して僧帽弁形成術が著効した 1 例を報告するとともに、その機序を考察する。

6-04

腹部大動脈仮性瘤に対して腹部大動脈ステントグラフト内挿術を施行した血管型 Ehlers-Danlos 症候群の一例

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

血管型 Ehlers-Danlos 症候群 (vEDS) は III 型コラーゲン異常を背景とする遺伝性結合組織疾患であり、著しい血管脆弱性のため動脈瘤、仮性瘤、解離、破裂を高率に合併する。外科治療は出血や縫合部破綻などのリスクが高く、標準的な治療指針は確立されていない。一般に open repair が第一選択とされる一方、EVAR や TEVAR などの血管内治療は血管損傷や新規解離の危険性から慎重適応、場合によっては禁忌とされている。本症例では、腹部大動脈仮性瘤に対し open 手術が技術的に困難であったため EVAR を施行し、安全に治療を完遂した。術後 15 年間の長期経過において全身の血管イベントを複数認めたと、EVAR 関連合併症は認めなかった。本症例は、vEDS においても厳密な適応判断と慎重な手技によって、EVAR が救命的治療となり得る可能性を示唆する。

6-03

腹部人工血管置換術後の左腸腰筋膿瘍を伴った腹部大動脈十二指腸瘻に対して一期的手術を施した一例

¹ 市立岸和田市民病院 心臓血管外科
² 市立岸和田市民病院 消化器外科
小野龍太郎¹、清水理江¹、田中宏衛¹、藤井公輔¹、
宇山直樹²

【症例】85 歳男性。20XX-2 年他院で腎動脈下腹部大動脈瘤に対して Y 型人工血管置換術を施された。術後 1 年に吐下血を認め、精査目的の CT 検査で人工血管中枢側吻合部と十二指腸間に膿瘍及び瘻孔形成と左腸腰筋膿瘍の合併が認められた。他院で一年間の絶食と吐下血時の適宜輸血で保存的に経過をみていたが、軽快せず 20XX 年手術加療目的で当院紹介となった。同部位を出血源とした大動脈十二指腸瘻と診断した。これに対し十二指腸部分切除、十二指腸空腸吻合、胃空腸吻合、感染した人工血管の再置換術と大網充填術を一期的に行った。今回我々は発見から経過の長い大動脈十二指腸瘻を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

6-05

食道がん術後の胸部下行大動脈浸潤を伴う横隔膜上再発に対し、胸部大動脈ステントグラフト内挿術 (TEVAR) を先行し、腫瘍切除術を完遂した一例

¹ 京都大学病院 心臓血管外科
² 京都大学病院 消化管外科
毛利啓人¹、川東正英¹、島本 健¹、西尾博臣¹、
長田裕明¹、吉良浩勝¹、高德和宏¹、寺下愉加里¹、
菅野勝義¹、武田崇秀¹、北野翔一²、上野剛平²、
喜安佳之²、坂本亨史²、奥村慎太郎²、坂口正純²、
久森重夫²、角田 茂²、小濱和貴²、湊谷謙司¹

【症例】53 歳男性。食道がん cT3N3M0 に対する根治的放射線療法後に胃噴門リンパ節再発を生じ、サルベージ手術としてロボット支援食道亜全摘・胸骨後経路再建が施行された。術後補助免疫療法中の術後 8 ヶ月の CT で横隔膜上再発が指摘、下縦隔大動脈前面外膜に腫瘍浸潤が疑われた。大動脈浸潤が疑われる部位への TEVAR 後に腫瘍切除を行う方針となった。全身麻酔・MEP モニター下で腹腔動脈直上の T10 から L1 間に cTAG 26mm × 10cm を留置した。術後対麻痺を認めず、6 日後に縦隔腫瘍切除術・左横隔膜・肝外側区域・両側肺下葉合併切除術・横隔膜再建術が施行された。大動脈外膜は一部合併切除を行い断端陰性が確認された。翌日に人工呼吸器を離脱、術後 42 日目に自宅退院し、外来にて 4 ヶ月経過中である。【結語】食道がん術後の胸部下行大動脈浸潤を伴う横隔膜上再発に対し、TEVAR を先行し、安全に腫瘍切除術を完遂した。

7-01

食道裂孔ヘルニア術後に特殊な再発形式を呈した症例の経験

南大阪病院 外科
新井勇輝、宮本裕成、山口大輝、稲津大輝、
瀧井麻美子、山田正法、大嶋 勉、眞弓勝志、
竹村雅至

症例は 78 歳男性。巨大な IV 型食道裂孔ヘルニアに対して、腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア修復術を受けた。2 年後に両側鼠径ヘルニアに対し腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術を行ったが、その際の CT 検査では、食道裂孔ヘルニアの再発は認めなかった。術 2 年 8 ヶ月後に上腹部痛と嘔吐で近医を受診され、CT 検査で胸腔へ脱出する浮腫状の小腸を認めた。胃は腹腔内に固定されていた。腹腔鏡下に観察すると、胃左側と横隔膜脚の間隙から小腸が脱出していた。腹腔鏡下に小腸の還納を試みたが、小腸損傷のリスクがあるため開腹移行した。小腸は壊死を呈していたため小腸切除を行った。ドレーンを留置後に、ヘルニア門は非吸収糸で閉鎖した。術後は合併症なく経過された。食道裂孔ヘルニアの術後再発は、2 年以内に Wrap が縦隔側へ偏位する形式が多い。本例は術 2 年以上経過後に、横隔膜脚と胃の間隙より小腸が脱出するという特殊な再発形式を呈した稀な症例である。

7-03

低侵襲 Ivor-Lewis 食道切除術後縫合不全に伴う縦隔膿瘍に対し内視鏡的瘻孔ドレナージが奏効した 2 例

大阪赤十字病院 消化器外科
山田剛士、下池典広、穂山 竣、細木久裕

【はじめに】食道術後、胸腔内 / 後縦隔での縫合不全に伴う縦隔膿瘍は経皮的ドレナージが困難なことが多い。今回、食道胃接合部痛に対する低侵襲 Ivor-Lewis 食道切除術後の縫合不全に対し内視鏡的瘻孔ドレナージによる内 (外) 瘻化が奏効した 2 例を報告する。【症例 1】64 歳男性。POD8 に発熱し CT で縫合不全と診断。術中留置の胸腔ドレーンと抗菌薬で加療するも膿瘍拡大し、POD17 に内視鏡的に外瘻チューブ 1 本を挿入。膿瘍は縮小し POD26 に飲水再開、POD31 にドレーン抜去。【症例 2】64 歳男性。POD8 に発熱し CT で縫合不全と診断。抗菌薬加療するも膿瘍腔拡大し、POD17 に内視鏡的に内外瘻化チューブ各 1 本を挿入。膿瘍縮小見られ POD28 に外瘻チューブ抜去し経口摂取を再開。【結語】食道術後縫合不全に伴う縦隔膿瘍に対する内視鏡的ドレナージは低侵襲で有用な選択肢と考えられた。

7-02

診断に難渋した食道 Verrucous carcinoma の一例

大阪大学 消化器外科
手島和紀、中井慈人、萩 隆臣、百瀬洸太、
山下公太郎、西塔拓郎、田中晃司、牧野知紀、
高橋 剛、黒川幸典、江口英利、土岐祐一郎

症例は 67 歳、男性。9 年前に食道カンジダ症と診断された狭窄性病変に対し抗真菌薬にて加療していたが、増悪し経口摂取困難となった。切歯 27-40cm にかけて全周性に白苔の付着を伴う隆起性病変を認め、ヨード不染も認めた。食道癌が疑われたが、生検では癌の診断はつかず、経口摂取不良であったために手術の方針とした。ロボット支援食道亜全摘、2 領域郭清を施行。術中に迅速病理検査に提出し初めて扁平上皮癌の診断を得た。術後、喀痰が多く食事開始まで時間を要したが軽快し 55 日目に転院となった。最終病理診断は胸部食道癌 Verrucous SCC, pT3N0M0, pStage2B。今回、診断に難渋した食道 Verrucous carcinoma の症例を経験したので報告する。

7-04

食道癌手術におけるより低侵襲な腹部操作の検討

大阪国際がんセンター 消化器外科
松浦記大、菅生貴仁、金村剛志、山本 慧、
牛丸裕貴、益池靖典、柳本喜智、森 良太、
北風雅敏、久保維彦、福田泰也、小松久晃、
三代雅明、末田聖倫、賀川義規、山本和義、
後藤邦仁、小林省吾、宮田博志

【背景】食道癌手術における腹部操作は手術において重要な要素の一つである。【対象と方法】2024 年 1 月から 2025 年 6 月までに食道亜全摘、胸骨後胃管再建を行った 125 例のうち、腹部操作について、心窩部で 5cm 開腹した群 (O 群: 88 例) と臍部に 3~4cm の開腹創をおき完全腹腔鏡下で行った群 (L 群: 72 例) の 2 群で術後合併症の発生率を比較した。【結果】患者背景について、年齢中央値は O 群 vs L 群 = 68 vs 66 歳、性別は男 / 女 = 66/22 vs 49/23 例、cStage は I/II/III/IV = 20/21/37/10 vs 28/14/23/7 例であった。術後合併症について、Clavien-Dindo 分類 (CD 分類) gradeII 以上の術後肺炎は 14 vs 4 例 (p=0.03)、gradeIIIa 以上の喀痰排出障害は 11 vs 1 例 (p=0.01) といずれも L 群で有意に少なかった。縫合不全は 2 群間で有意差を認めなかった。【結語】腹部操作をより低侵襲にすることと、術後肺炎発生率の低下との間に関連があることが示唆された。

8-01

成人胃軸捻転症に対して手術加療を要した 3 例

国立病院機構 大阪医療センター 外科
今西涼華、山本昌明、竹野 淳、徳山信嗣、
松井優紀、俊山礼志、河合賢二、高橋佑典、
酒井健司、濱 直樹、加藤健志、高見康二、
平尾素宏

【はじめに】胃軸捻転症は胃全体あるいは胃の一部が捻転し通過障害を来すが、成人ではまれな疾患とされる。今回、胃軸捻転症に対して手術加療を要した 3 例を経験したため、報告する。【症例】症例 1 は 96 歳女性。臓器軸性の胃軸捻転症と、間膜軸性の胃軸捻転症を来し、保存加療では改善乏しく、腹腔鏡下胃固定術を計 2 回施行した。症例 2 は 87 歳女性。間膜軸性の胃軸捻転症と食道裂孔ヘルニア嵌頓による胃壊死に対して、緊急で開腹胃全摘術を施行した。症例 3 は 41 歳男性。間膜軸性の胃軸捻転症による穹窿部の胃穿孔に対して、緊急で腹腔鏡下胃全摘術を施行した。いずれの症例も術後経過は問題なく、現在も生存中である。【考察】成人での胃軸捻転症はまれであるが、急速に状態が悪化し致命的となることもある。そのため、早期の診断と、保存加療で改善が見込めない、あるいはショック状態に陥っている際には、速やかな外科的治療介入を検討する必要があると考える。

8-03

多職種連携により手術・化学療法が可能であった高齢進行胃癌の 1 例

西陣病院 外科
大橋拓馬、古家裕貴、高木 剛、福本兼久

【背景】高齢者非治癒進行胃癌症例において手術や化学療法継続のために多職種連携が重要である。【症例】84 歳女性。胃癌幽門狭窄による低栄養状態を認めたが栄養士による栄養指導、食形態調整により改善した。手術で腹膜播種を認めたが症状緩和目的に単純幽門側胃切除を施行。術後ケースワーカーにより訪問看護を導入し自宅退院となった。SOX+Nivo 療法で強い嘔気が出現したが、薬剤士との討議で S1+Nivo へ変更、支持療法併用し継続が可能となった。免疫関連有害事象 (irAE) のリウマチ症状・皮膚症状に対し膠原病内科・皮膚科による診察、処方改善を認めた。【考察】摂食困難による低栄養状態、独居のための退院困難、化学療法による有害事象を認めたが多職種による介入が功を奏し、手術、化学療法継続が可能であった。高齢・進行胃癌患者においても、集学的サポート体制により、治療継続と生活の質の両立が可能であることが示唆された。

8-02

噴門部管内発育型胃粘膜下腫瘍に対し、術野モニター代用の経口内視鏡と Cowboy technique を併用して鉗子干渉の軽減を図った単孔式胃内手術の 2 例

近畿大学病院 上部消化器外科部門
神波奈央子、安田 篤、寺田長央、山田淳史、
好田匡志、中西智也、平木洋子、加藤寛章、
白石 治、新海政幸、今野元博、安田卓司

【はじめに】当科では管内発育型胃粘膜下腫瘍 (iSMT) に対して積極的に単孔式胃内手術 (s-IGS) を施行しているが、鉗子や自動縫合器の干渉による操作制限が課題である。今回、その改善を目的に経口内視鏡を腹腔鏡カメラの代用とし、かつ Cowboy technique を併用して単孔式胃内手術を行った 2 例を報告する。【手術手技】s-IGS は 5mm と 11mm の 2 本のポートを使用、内視鏡用スネアで腫瘍茎部を確保 (Cowboy technique) した後、経口内視鏡を術野モニターに切り替え自動縫合器で切除。2 例とも完全切除が得られ、術後合併症は認めなかった。【考察】本術式は、術野モニター代用の経口内視鏡と Cowboy technique を併用することで、最小限のポート数で鉗子干渉を軽減しつつ完全切除が可能であり、創部切開長も最小限に抑えることで整容性および術後疼痛軽減にも配慮できる有用な術式と考えられた。

8-04

幽門狭窄に対して胃十二指腸ステントが留置された胃癌に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した 1 例

京都府立医科大学 消化器外科
竹本晴彦、小菅敏幸、井上博之、倉島研人、
西別府敬士、久保秀正、木内 純、今村泰輔、
名西健二、清水浩紀、有田智洋、山本有祐、
小西博貴、森村 玲、藤原 斉、塩崎 敦

【症例】77 歳、女性。幽門狭窄を伴う胃癌に対して前医 (外科医不在) で胃十二指腸ステントを留置後、手術目的で当院紹介となった。腹水貯留を認めたが、栄養状態改善に伴い消失した。胃体下部から幽門前庭部までの全周性 3 型病変で、術前診断は cT4aN1M0 Stage III であった。胃角部から十二指腸下行脚までステントを認めた。腹腔鏡下幽門側胃切除術、D2、Roux-en-Y 再建を施行し、合併症なく術後 9 日目に退院した。最終診断は pT4aN3bH0P0CY1 M1 Stage IV であった (R1 手術)。【考察】本症例は術中に初めて CY1 が判明したものの他に非治癒因子を認めず、胃切除後の化学療法が推奨される病態であったが、既にステントが留置されていたため必要以上に十二指腸を長く切離する必要があった。ステント留置により栄養状態は改善したものの手術困難性は格段に増しており、事前に内科・外科で十分に治療方針の協議を行うことが肝要と思われた。

8-05

早期胃癌穿孔の1例

大阪市立総合医療センター 消化器外科
 松岡七彩、長谷川毅、久保尚士、櫻井克宣、
 坂元寿美礼、金城あやか、丸尾晃司、瀬良知央、
 江口真平、谷 直樹、田嶋哲三、濱野玄弥、
 西村潤也、井関康仁、村田哲洋、西居孝文、
 高台真太郎、清水貞利、西口幸雄

胃癌の合併症の1つに穿孔があるが、早期胃癌の穿孔は稀な合併症である。今回われわれは、胃穿孔に対して緊急手術を行い、術後早期胃癌と診断された症例を経験したので報告する。症例は91歳男性。転倒し動けなくなったため前医に搬送となり、貧血精査目的に入院となった。上部消化管内視鏡検査にて胃角部小弯に巨大な潰瘍を認めた。検査翌日腹痛、腹部膨満、炎症反応の上昇を認めたため、CT検査を施行したところFree airを認め、潰瘍穿孔疑いにて当院へ転院となり、緊急手術の方針となった。術中所見にて、胃角部小弯に巨大な潰瘍を触知し、穿孔部が大きいと開腹下幽門側胃切除術を施行した。術後腹腔内遺残膿瘍を認めたが、保存的加療にて改善し、術後20日目にリハビリ目的に前医へ転院となった。切除標本でtub2, pT1a (M), Ly0, v0, pPM0, pDM0と診断された。m癌・高齢であることを考慮し経過観察することとなった。

8-07

術前診断に苦慮した胃異所性膀胱癌に対してロボット支援幽門側胃切除術を施行した1例

北野病院 消化器外科
 酒井裕都、前川久継、田中英治、奥知慶久、
 福長 航、川相雄暉、薬師川高明、大下恵樹、
 久野晃路、仲野健三、河合隆之、井口公太、
 福田明輝、寺嶋宏明、田浦康二朗

【緒言】胃異所性膀胱の悪性化は極めて稀である。今回、生検での診断が困難であった胃異所性膀胱癌の1例を経験したので報告する。【症例】70歳代、男性。CEA上昇(6.0ng/ml)で当院に紹介。採血でCA19-9 15000U/ml以上と高値、上部消化管内視鏡で胃前庭部に3cm大の粘膜下腫瘍を認めEUS-FNAを3回施行したが悪性所見なく、CA19-9も翌月に9970U/mlと低下傾向のため慎重に経過観察となった。しかし翌月に幽門狭窄症状が出現し進行し手術検討のため当科に紹介となった。PET-CTで悪性を否定できず幽門側胃切除術の方針となり、術中所見からD2郭清を施行した。病理診断は異所性膀胱由来の腺癌、pT4aN0M0、Stage IIBであった。術後経過良好で12日目に退院。術後補助化学療法を継続中である。【結語】術前診断に苦慮した胃異所性膀胱癌の1手術例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

8-06

当院における助手参加型ロボット支援下胃切除術の検討

八尾市立病院 消化器外科
 水野剛志、益澤 徹、丸川大輝、池嶋 遼、
 飛鳥井慶、大澤日出樹、吉岡慎一、藤田淳也、
 田村茂行、佐々木洋

胃癌に対するロボット手術が近年急速に普及しているが、手術時間、教育面、コストが課題とされる。当院では2022年にDaVinci Xを導入し、2024年より助手がクリップやStaplerを用いる助手参加型のロボット手術を行っている。当院で施行したロボット支援下幽門側胃切除術(B-I再建)33例において、術者がSureFormで吻合を行った18例と、助手がStaplerで吻合を行った15例で比較検討を行った。手術時間は406分:334分、吻合時間は24.5:19分で、助手参加型の手術を行った方が吻合時間や手術時間が短縮出来ていた。また、手術に関連するC-D Grade3以上の合併症は認めなかった。助手参加型ロボット手術は、手術の質を保ちつつ助手の教育機会提供に有用と考えられる。

9-01

巨大直腸異物に対して経肛門の異物除去を施行した一例

滋賀医科大学 消化器・乳腺・小児・一般外科
 田中涼太郎、谷総一郎、辰巳征浩、辻 亮多、
 富田 香、坂井幸子、三宅 亨、谷 眞至

症例は31歳男性。浴室で直腸内にコンディショナーボトルが入り、自己抜去困難で当院を受診した。直腸診でボトル口部を触知し、CTで直腸内に9×9×15cmのピア樽状、表面平滑なボトルを認めた。全身麻酔下碎石位で、恥骨・尾骨を鉤で上下に展開しつつ、ボトル口部を鉗子で把持牽引し、腸管損傷することなく手動的経肛門的に異物を除去した。術後合併症なく、術後3日目に退院した。直腸異物除去の際は異物の形状、素材、腸管損傷の有無などを考慮し、摘出方法を工夫する必要がある。医中誌で「直腸異物」で検索すると過去5年間の報告で本症例の異物は最大の体積だった。異物表面が平滑でかつ、鉗子で強く把持可能だったため手動的・経肛門的に摘出可能だったと考えられる。

9-02

肛門外に脱出した特発性 S 状結腸重積

- 1 和泉市立総合医療センター
 2 和泉市立総合医療センター 消化器外科
 3 和泉市立総合医療センター 肝胆膵外科
 鍵田明宏¹、森 拓哉²、青山諒子²、野沢彰紀³、
 渡邊元己³、田中肖吾³、玉森 豊²、文元雄一²、
 雪本清隆²、澤田隆吾²

65 歳男性。肛門より腸管脱出を認め、2 日後に肛門痛増悪のため受診となった。直腸脱疑いで用手還納後経過観察入院となった。CT フォロー施行すると、S 状結腸に腸重積を疑う所見があり、内視鏡的整復を試みたが、完全には整復不可であった。腸壊死や腸閉塞所見はなく、入院後 9 日目に開腹下ハルトマン手術を施行した。病理所見では明らかな腫瘍性病変は認めず、特発性腸重積と診断された。今回我々は、肛門外に腸管脱出をきたした特発性 S 状結腸重積の 1 例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

9-04

上行結腸原発脱分化型脂肪肉腫の 1 例

- 鳳胃腸病院 外科
 杉 朋樹、近藤圭策、天上俊之、河合 功、
 中田英二

【症例】70 歳代、男性。血便を主訴に来院。腹部 CT にて上行結腸に 9x8x6cm 大の腫瘤を確認した。大腸内視鏡検査では、内腔を占居する粘膜下腫瘍を確認した。消化管間質腫瘍や神経内分泌腫瘍の可能性も念頭おいたうえで、大腸癌に準じた開腹結腸右半切除術 (D3) を施行した。切除標本病理所見としては、内腔から漿膜下層にかけて紡錘形細胞が錯綜増生し、腫瘍内に脂肪細胞も認めた。免疫染色では、CD34 弱陽性、CDK4 弱陽性、MDM2 陰性、c-kit 陰性であった。以上より脱分化型脂肪肉腫と診断した。術後経過は良好で、軽快退院されている。【まとめ】大腸原発の脂肪肉腫は非常に稀で、報告例は少ない。現時点で確立された治療指針は存在しないが、完全切除により長期生存が期待できる。今後さらなる症例の蓄積が必要であると考えられる。

9-03

若年成人の虫垂腸重積症に対して腹腔鏡下回盲部切除術を施行した 1 例

- 城山病院 消化器外科
 廣谷美咲、新田敏勝、小宮敦宏、久保隆太郎、
 佐田昭匡、石井正嗣、岩間 密、石橋孝嗣

<症例> 19 歳、男性。<現病歴・経過> 右下腹部痛を自覚し、症状が改善しないために前医を受診し腹部単純 CT 検査にて、回盲部に腸重積を疑う所見を認めた。そのため当院へ紹介受診された。腹部造影 CT 検査を施行したところ、回盲部に重積を認め、腸重積症と診断した。その後、下部消化管内視鏡による解除・整復を試みたが困難であり、大腸粘膜の血流不良の所見を認めたため、緊急で腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。術後経過は良好で術後 8 日目に退院となった。<考察> 腸重積症は小児期に多く認められ、成人例の占める割合は 6% である。また、その中でも器質的疾患を伴わないものは成人腸重積症の約 20% との報告があり、比較的稀な疾患である。本症例は既往歴のない成人男性で、器質的疾患を伴わない腸重積症であり、若干の文献的考察を加えて報告する。<結語> 19 歳男性の虫垂腸重積症に対して腹腔鏡下回盲部切除術を施行した 1 例を経験したので報告した。

9-05

直腸間膜 Solitary fibrous tumor に対して腹腔鏡下切除を行った一例

- ベルランド総合病院 外科
 杉本敦史、土橋洋史、藤本浩之、竹中裕一、
 魚住のぞみ、白井大介、前田詠理、山本堪介、
 万井真理子、奥村 哲、庾 賢、福田進太郎、
 小川雅生、川崎誠康

症例は 62 歳男性。近医にて大腸憩室出血の精査のため腹部 CT を施行したところ、直腸左側に 3cm 大の軟部腫瘤を認め、精査加療目的に当院に紹介された。造影 CT では均一に造影効果のある腫瘍を認め、MRI では T1 強調像で低信号、T2 強調像では一部淡い高信号を呈する腫瘤として描出され、神経鞘腫、平滑筋腫、GIST などの間葉系腫瘍が疑われたため、手術を施行した。腫瘍は直腸間膜内に存在し、直腸や前立腺への浸潤は認めなかったため、腫瘍のみ摘出が可能であった。病理組織検査では紡錘形細胞の束状、錯綜状配列を呈した増殖像を認め、免疫染色では bcl-2 と CD34 は陽性、S-100、desmin、SMA、c-kit、CD99 は陰性であり、Solitary fibrous tumor (SFT) と診断された。退院後は現在までに再発所見は認めていない。SFT は WHO 腫瘍分類では転移が稀な中悪性度に分類される。発生部位は胸膜が最多であり、直腸間膜に由来する SFT は非常に稀であるため、報告する。

9-06

人工肛門閉鎖術後創に対する局所陰圧洗浄療法 (NPWTi-d) と遅延一次縫合の有用性

近畿大学病院 外科
波江野真大、家根由典、梅田一生、村上克宏、
吉岡康多、岩本哲好、大東弘治、所 忠男、
上田和毅、川村純一郎

【背景】人工肛門閉鎖術後の合併症として創感染 (SSI) は重要な問題である。環状皮膚縫合は SSI に有用であるが、創傷治癒に時間を要する。自己処置や通院困難例に対し、SSI 低減と治癒短縮を目的に NPWTi-d と遅延一次縫合を導入しており、その手技と短期成績を報告する。【方法】2018 年 12 月以降に人工肛門閉鎖術を施行した 130 例のうち、NPWTi-d と遅延一次縫合による創管理を行った 9 例を対象に短期成績を後方視的に検討した。【手技】筋膜閉鎖後に創を開放し、術翌日より NPWTi-d を開始、術後 3 日目に肉芽形成を確認後、真皮埋没縫合による遅延一次縫合を行った。【結果】年齢中央値 70 歳、糖尿病 3 例、化学療法 4 例を含んだが、SSI 発生は認めなかった。在院日数中央値は 9 日、創治癒確認までの期間中央値は 11 日であった。【結語】人工肛門閉鎖部に対する NPWTi-d と遅延一次縫合の併用は、SSI 予防と創治癒期間短縮に有用である可能性が示唆された。

10-02

小腸転移を伴う MSI-H S 状結腸癌の一例

大津赤十字病院 外科
木下 瞬、伊藤達雄、金谷ゆり、竹島 潤、
多賀 亮、鷺見季彦、中村大地、平田 涉、
北口和彦、喜多貞彦、平井健次郎、土井淳司、
濱洲晋哉、豊田英治、大江秀明、洲崎 聡、
廣瀬哲朗

症例は 81 歳男性。腹部膨満感を主訴に受診し、精査により S 状結腸に全周性の狭窄を伴う腫瘍を認め、生検で中分化型腺癌と診断され、BRAF 変異陽性で MSI-H であった。切除を企図したが、術中に小腸腫瘍を認め切除したところ転移であり、原発巣は周囲に広範に浸潤していたため横行結腸で人工肛門を造設した。Pembro 療法 8 コース投与後の画像検査では原発巣の縮小と FDG-PET 集積の消失を認めたため、S 状結腸切除術を行ったところ病理診断で CR と判明、術後 1 年の現在まで無再発で経過している。転移性小腸腫瘍は稀な病態であり多発転移の一つとして認められることが多い。大腸癌はそのうち 6% と報告されている。切除不能な MSI-H 大腸癌に対しては Pembro 療法が 1 次治療であり本例では著効した。進化した症例でも MSI-H では Pembro 療法で CR となる可能性があり、期待できる治療法であると考えられた。

10-01

KRAS G12C 変異を有する切除不能再発大腸癌に対するソトラシブの使用経験

1 兵庫医科大学 消化器外科学講座 下部消化管外科
2 兵庫医科大学 消化管外科学講座 炎症性腸疾患外科
高原 諒¹、伊藤一真¹、木場瑞貴¹、福本結子¹、
今田絢子¹、宋 智亨¹、桑原隆一²、堀尾勇規²、
木村 慶¹、内野 基²、池内浩基²、池田正孝¹

【緒言】KRAS G12C 変異陽性の再発大腸癌に対するソトラシブ、パニツムマブの併用療法が保険承認となった。直腸癌術後再発に対する後方治療としてソトラシブ、パニツムマブ療法を行い、良好な腫瘍制御が得られた症例を経験した。【症例】74 歳女性、直腸癌、腹膜播種に対して根治切除術を施行された。術後補助療法として mFOLFOX を施行した。術後 18 か月で骨盤内局所再発を認め、仙骨切除を伴う骨盤内臓全摘術を施行した。術後 6 か月で腹膜播種再発を認め、FOLFIRI+Bmab 療法、TAS+Bmab 療法を施行するも、腹膜播種増悪、肺転移、坐骨神経痛など腫瘍進行を認めた。CGP 検査にて KRAS G12C 変異を認め、ソトラシブ、パニツムマブ併用療法を開始した。治療変更後、腫瘍マーカーの著明な改善を認めた。また坐骨神経痛も改善を認め、オピオイドも不要となった。【結語】KRAS G12C 変異に対するソトラシブ、パニツムマブ療法を行い、良好な腫瘍制御を得られた症例を報告する。

10-03

直腸癌術後にウェルレグコンパートメント症候群を発症した一例について

堺市総合医療センター 消化器外科
永山孝郁、吉原輝一、能浦真吾、内藤 敦、
武田 和、廣濱 匠、仲野佐方里、北川彰洋、
原 豪男、武岡奉均、原 尚志、富原英生、
村上昌裕、川端良平、宮本敦史

【はじめに】ウェルレグコンパートメント症候群 (WLCS) とは、碎石位での手術中に生じる下肢コンパートメント症候群で、発生頻度は低いが注意すべき重篤な周術期合併症の一つである。今回、直腸癌術後に WLCS を発症した 1 例を経験したので報告する。【症例】60 歳代、男性。便潜血陽性を契機に発見された下部直腸癌に対して経肛門内視鏡手術併用ロボット支援下低位前方切除術を施行した。術直後より左下腿の腫脹・疼痛・しびれを認め、筋区画内圧上昇を認めたため WLCS と診断し、緊急減張切開術を施行した。術後の回復は概ね順調である。【結語】WLCS は稀ながら重篤な合併症であり、長時間手術、体位 (碎石位、頭低位)、肥満、循環不全、喫煙などがリスク因子とされる。術中の予防策と発症後の迅速な対応が重要である。本症例の病状経過、当院での予防策の検討に、若干の文献的考察を加えて報告する。

10-04

ICG 蛍光リンパ管造影を併用した腹腔鏡手術により治癒を得た直腸癌術後難治性リンパ漏の一例

国立病院機構 大阪医療センター 外科
柴田凌吾、徳山信嗣、河合賢二、高橋佑典、
松井優紀、俊山礼志、山本昌明、酒井健司、
竹野 淳、濱 直樹、高見康二、平尾素宏、
加藤健志

【緒言】大腸癌術後リンパ漏は稀な合併症であるが難治例が存在する。今回 ICG 蛍光リンパ管造影を併用した腹腔鏡手術により治癒を得た術後難治性リンパ漏の一例を経験したので報告する。

【症例】59 歳、男性。直腸 S 状部癌に対してロボット支援低位前方切除術、D3 郭清を行った。術後 21 日から腹部膨満感が出現し、CT で腹水の貯留を認め、穿刺ドレナージ所見よりリンパ漏と診断した。リビオドールによるリンパ管造影を 3 回行ったが治癒は得られず、手術加療の方針とした。入室 1 時間前に乳製品を摂取し、手術開始直前に左鼠径部皮下に ICG1ml (2.5mg) を注射した。白色光と蛍光の overlay モードでの観察で容易に漏出部位を特定でき、クリッピングにて閉鎖を得た。その後 4 ヶ月再燃なく経過している。

【結語】術後難治性リンパ漏におけるリンパ漏出部位の特定に ICG 蛍光リンパ管造影を併用した腹腔鏡手術は有用であると考えられた。

10-06

高度異型成を合併した潰瘍性大腸炎患者に潜在していた進行直腸癌の一例

¹兵庫医大 炎症性腸疾患外科
²兵庫医大 下部消化管外科
長野健太郎¹、桑原隆一¹、友尾祐介¹、野村和徳¹、
楠 蔵人¹、堀尾勇規¹、木村 慶²、片岡幸三²、
池田正孝²、内野 基¹、池内浩基¹

50 歳代男性。X - 3 年 1 月に潰瘍性大腸炎 (UC) を発症し、近医で 5-ASA および注腸治療にて加療されていた。X 年 4 月に施行された下部消化管内視鏡で直腸に炎症を認め、生検で Ra に高度異形成 (HGD) を認めた。大腸全摘術を提案したが患者は手術を希望されず、内視鏡の経過観察が選択された。X 年 7 月の内視鏡でも Ra・Rb から HGD を認めるのみで、明らかな進行は指摘されなかった。しかし HGD は UC の絶対的手術適応であり、再度手術の必要性を説明し、ロボット支援下大腸全摘・回腸囊肛門吻合術を施行した。摘出標本の病理検査では直腸粘液癌 pT3N1M0、Stage IIIb と診断され、現在補助化学療法を予定している。本症例は、生検で HGD と判断されているが粘膜下に深に進行癌が潜在していることを示しており、UC におけるサーベイランスの重要性を示唆していると考えられる。

10-05

下行結腸癌術後に複数回局所再発を経て孤発性腺癌転移を来し脾切除を行った 1 例

ベルランド総合病院 外科
藤本浩之、土橋洋史、竹中裕一、魚住のぞみ、
白井大介、前田詠理、杉本敦史、山本堪介、
万井真理子、奥村 哲、庚 賢、福田進太郎、
小川雅生、川崎誠康

症例は 82 歳女性。下行結腸癌に対し X-4 年に下行結腸部分切除術を施行し、術後病理検査で下腸間膜静脈内腫瘍塞栓を伴う pT4aN2bM1c StageIVc と診断され、術後化学療法を施行した。術後 1 年で吻合部再発を認め、再度下行結腸部分切除術を施行した。再手術後 1 年で吻合部再発を認め、ハルトマン手術を施行した。術後病理検査で pT4aN1bM0 StageIIIb、腹水細胞診 ClassIIIb であり、術後補助化学療法を施行した。再手術後 2 年の CT 検査で脾体部腫瘤を認めるも他臓器転移を認めず、EUS-FNA で腺癌が疑われた。切除可能と判断し、X 年に脾体尾部・脾臓合併切除術を施行し、病理検査で大腸癌の脾転移と診断された。今回我々は、大腸癌の脾転移という稀な転移様式を経験した。過去の報告では血行性転移の可能性が示唆されている。複数回の再発をきたしており生物学的悪性度も高く診断・手術において示唆に富む症例であり文献的考察を踏まえ報告する。

11-01

横隔膜交通症に対して手術加療では治癒しなかった 1 例

¹市立ひらかた病院 呼吸器外科
²大阪医科薬科大学 外科学講座 胸部外科学教室
豊原功侍¹、吉井康芳¹、花岡伸治²、勝間田敬弘²

【はじめに】横隔膜交通症は腹膜透析や肝硬変など腹水貯留を来す病態に合併する比較的古まな疾患である。腹水が横隔膜を介して胸腔内へ移行することが主たる機序とされ、外科治療においては病変部の確実な同定と閉鎖が重要となる。【症例】85 歳男性。X 年 2 月に労作時呼吸困難で搬送され、右胸水に対し胸腔ドレナージを施行した。肝硬変を背景とした臨床経過と胸水所見より横隔膜交通症と診断し、胸膜癒着術で改善したが、X 年 5 月に再燃し手術目的に当科紹介となった。横隔膜腱中心の嚢胞性病変を縫縮し PGA シートで被覆した。しかし排液は減少せず、再度胸膜癒着術を施行し改善を得た。【考察】横隔膜交通症の手術成否には瘻孔の確実な同定が大きく関与する。本症例では病変同定が可能であったにもかかわらず治癒に至らなかった。外科的介入の課題を整理し、文献的考察を踏まえて本症例を再検討する。

11-02

術前検討を要した気管支原性嚢胞の一例

- 1 八尾徳洲会総合病院 外科・呼吸器外科
 2 八尾徳洲会総合病院 病理診断科
 3 大阪医科薬科大学 胸部外科学教室
 森田琢郎¹、白木秀門¹、市橋良夫¹、金谷誠一郎¹、
 寺田信行²、花岡伸治³、勝間田敬弘³

症例は 38 歳女性。健診で指摘された中縦隔腫瘍に対して当科を紹介受診した。胸部 CT で横隔膜直上の中縦隔に径 5.3 cm の腫瘍を認め、内部に造影効果を伴う液面形成を認めた。上部消化管内視鏡検査で食道壁に明らかな異常を認めず、消化器外科と協議のうえ共同で胸腔鏡下中縦隔腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は辺縁明瞭で浸潤所見を認めず、全周性に剥離可能であり、完全摘出を得た。病理組織学的に嚢胞壁に気管支腺構造を認め、気管支原性嚢胞と診断した。気管支原性嚢胞は呼吸器発生過程に生じる先天性嚢胞であり、中縦隔に発生することが多い。中縦隔腫瘍には重要臓器に由来する腫瘍や周囲臓器への浸潤も含まれるため、鑑別および術前評価は重要である。本症例では画像所見から食道嚢胞、心膜嚢胞、腫瘍の食道浸潤などを鑑別に挙げ、慎重な術前検討を要した。

11-04

サルコイド反応を伴う肺癌・胃癌の重複癌に対し術前診断により根治術を施行しえた 1 例

- 大阪鉄道病院 外科
 矢西涼花、松浦吉晃、小林 澄、小林利行、
 坂井利規、小見山聡介、大陽宏明、玉井秀政、
 上田祐二

【症例】82 歳男性。胸部 X 線で発見された右肺上葉結節で、気管支鏡検査で肺腺癌の診断となった。術前 PET で主病変と縦隔リンパ節以外に腹腔内リンパ節にも集積を認めた。腹部臓器の精査を行ったところ胃癌を認めた。上部消化管内視鏡所見では早期胃癌が疑われたため、腹腔内リンパ節を超音波内視鏡下に生検したところ類上皮肉芽腫の診断であった。縦隔リンパ節および腹腔内リンパ節はそれぞれ肺癌・胃癌によるサルコイド反応によるものと考え、それぞれに対し右肺上葉切除 +ND2a-2 および内視鏡的粘膜炎下層剥離術を施行した。手術切除した縦隔リンパ節も類上皮肉芽腫であり、肺癌・胃癌ともに根治治療を行うことができた。【考察】サルコイド反応とリンパ節転移との鑑別は治療方針決定に重要なため、積極的な組織検査が望まれる。

11-03

Streptococcus pyogenes による肺膿瘍・膿胸に対し早期の胸腔鏡手術が奏功した 1 例

- 愛仁会高槻病院
 野坂昌志、金 泰雄、椎名祥隆

Streptococcus pyogenes は劇症型溶連菌感染症が第 5 類感染症に指定されており、致死的な感染を起こしうる細菌である。今回、Streptococcus pyogenes による肺膿瘍・膿胸の 1 例を経験した。症例は 69 歳、男性、既往歴は脳出血・高血圧症で、搬送前日より右側胸部痛を初発症状、その後発熱、呼吸苦にて当院搬送となった。右肺膿瘍・急性膿胸の診断で、搬送当日に胸腔鏡下右下葉部分切除術及び胸腔内洗浄を施行し、良好な経過を得た。Streptococcus pyogenes による膿胸は死亡例も報告があり、重症化する危険性が高いが、早期の胸腔鏡手術が有効であった症例を 1 例経験したので文献的考察を加えて報告する。

11-05

S3/S6 区域を合併切除することで肺全摘を回避しえた右中葉肺癌の一例

- 和泉市立総合医療センター 呼吸器外科
 黒松俊吾、佐藤克明、須田健一、富沢健二

80 台男性。鼠径ヘルニア術前の胸部 X 線検査で右肺門部に異常陰影を指摘、胸部 CT で右中葉に長径 7.4cm の部分充実型の腫瘍を認めた。腫瘍は分葉不全を介し右上葉 S3 および右下葉 S6 へ連続性に進展していた。気管支鏡検査で腺癌と診断、PET-CT では遠隔転移は認めないが、縦隔・肺門リンパ節に集積を認めた。EBUS-TBNA でリンパ節生検を施行し、陰性を確認して cT2bN0M0 stageIIA と診断、切除術の方針とした。開胸下に右 S3 区域、右中葉、右 S6 区域の合併切除を施行した。病理診断では最大径 9.0cm、T4N0 であり、CT 通り他葉浸潤を伴っていたが、断端は陰性であり完全切除が得られた。隣接区域を合併切除する事で全摘を回避し根治切除し得た一例を報告する。

11-06

片側アプローチにより一期的切除を行った両側転移性肺腫瘍の 1 例

大阪公立大学 呼吸器外科
 新城祈清、上野彩帆、木下広敬、谷村卓哉、
 鈴木智詞、原幹太郎、井上英俊、水口真二郎、
 宗 淳一

両側肺腫瘍に対する外科治療は、通常、両側アプローチによる二期的手術が選択される。今回、対側縦隔近傍かつ肺胸膜直下に存在する腫瘍に対し、片側アプローチにより一期的切除を行った症例を経験したので報告する。症例は 73 歳男性。肝細胞癌の孤立性肺転移に対し、ペバシズマブ + アテゾリズマブによる化学療法を 7 か月施行したが、新規病変の出現なく、外科的切除を強く希望され当科紹介となった。胸部 CT で左 S1+2 に 12mm、右 S3 に 11mm の円形結節を認めた。右 S3 病変は壁側胸膜および縦隔胸膜に接しており、縦隔胸膜を切開することで左側からのアプローチが可能と判断した。全身麻酔・分離肺換気下に左 S1+2 を部分切除後、縦隔胸膜を 10cm 程度切開し右肺に到達、縦隔胸膜を合併切除しつつ右 S3 を部分切除した。術中は麻酔科医と連携し、両肺換気と片肺換気を適宜切り替えることで、手術操作を円滑に行い、安全に両側病変の一期的切除が可能であった。

12-01

乳管腺腫の一例

¹ 滋賀医科大学 外科学講座
² 滋賀医科大学 病理診断科
 岩崎利々佳¹、富田 香¹、辻 亮多¹、辰巳征浩¹、
 坂井幸子¹、五十川賢司²、三宅 亨¹、森谷鈴子²、
 谷 眞至¹

【症例】68 歳女性。右乳房 D の低エコー域について前医で経過観察中、腫瘍性病変への変化が疑われた。針生検で乳癌と診断され、当科紹介となった。当院で針生検検体を再確認し、異型のあるアポクリン化生や高腺管密度のため鑑別が困難であったが乳管腺腫の診断となった。しかし一部に篩状の上皮増殖を認めたため、摘出生検を施行した。切除標本では乳管腺腫で、悪性所見は見られなかった。【考察】乳管腺腫は稀な良性上皮性乳腺腫瘍で、比較的境界明瞭な腫瘤を形成する。偽浸潤像、高度な核異型を示すアポクリン化生を伴うこともあり、浸潤癌との鑑別に苦慮する場合がある。本症例においても、前医で乳癌と診断されており、組織診断に難渋した。若干の文献的考察を加え報告する。

11-07

術前免疫化学療法後の進行肺腺癌に対するロボット支援下左上葉切除術の 1 例

大阪医科薬科大学外科学講座胸部外科教室
 岡井翔平、武田 翔、文元聰志、佐藤 澄、
 花岡伸治、勝間田敬弘

近年、進行非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬併用術前化学療法が普及しつつあるが、治療後の病変周囲の線維化により手術難度の上昇が懸念されている。当科ではこうした症例であってもロボット支援手術で低侵襲性と根治性の両立を図っており、最近経験した 1 例を提示する。症例は 77 歳男性。健診で胸部異常陰影を指摘され、左上葉原発の腺癌 cT3N2aM0, Stage IIIA と診断された。Nivolumab + CBDCA + Pemetrexed を 3 コース施行後、ロボット支援下左上葉切除術および系統的リンパ節郭清を施行し、手術時間 3 時間 51 分、出血量少量で、第 7 病日に退院した。病変部周囲の線維化に対しても立体視と多関節鉗子により安全な操作が可能であった。術前免疫化学療法施行後進行肺腺癌に対するロボット支援下肺葉切除の有用性について、手術ビデオを供覧し文献的考察を加えて報告する。

12-02

転移性乳癌に対してペルツズマブを投与しアナフィラキシーショックで心停止となった一例

大阪医療センター 乳腺外科
 西岡裕未、宮村裕紀子、赤澤 香、八十島宏行

46 歳女性。両側乳癌で当院紹介受診され精査で多発肝転移、多発骨転移を認めた。両側 HER2 陽性であり 1st line としてドセタキセル + トラスツズマブ + ペルツズマブの投与を行う方針とした。初回投与は問題なく投与が終了したが、その後 2 コース目としてペルツズマブの投与を開始した数分後にアナフィラキシーショックを発症し、心停止となった。アドレナリン投与により心拍再開したものの、循環動態不安定であり気管挿管し ICU 入室となった。その後は胸水貯留、肺水腫に対して利尿薬を使用し呼吸状態改善を認め、入室 9 日目に抜管し 15 日目に一般病床へ転室した。ペルツズマブによるアナフィラキシーの頻度は 0.1% であるが、本症例は 2 回目の投与でありさらに稀と考えられる。文献的考察を踏まえ報告する。

12-03

乳腺内視鏡・ロボット手術における段階的習熟の実
際

大阪国際がんセンター 乳腺・内分泌外科
菅野友利加、奥野 潤、藪内麻理、大城 葵、
太田紅仁香、朴 聖愛、渡邊法之、松井早紀、
中山貴寛

当院では 2022 年より内視鏡下乳頭乳輪温存乳房切
除術 (E-NSM) を導入し、2025 年からはその技術を
応用したロボット支援下 NSM (R-NSM) も開始し
た。直視下手術のみならず、内視鏡・ロボット手術
でもレジデントが段階的に参画できる体制が整え
られつつある。今回 2022 ~ 2025 年に当院で施行し
た E-NSM・R-NSM 症例のうち、演者が実際に経験
した習熟過程について報告する。E-NSM では助手 3
例を経験したのち執刀 2 例を行った。R-NSM では助
手 6 例を経験し、現行指針上、乳腺外科専門医取得
後に執刀を予定している。E-NSM の助手・執刀で
は、視野確保、皮下および大胸筋の剥離、エネルギー
デバイス操作といった基礎的手技を要する。これら
は R-NSM と多くの要素を共有しており、E-NSM の
経験が R-NSM における視野展開や補助操作の安定
化に寄与し、手術の円滑な遂行につながると考えら
れた。本段階的教育体制は、乳腺内視鏡・ロボット
手術の習熟を支える一助となる可能性がある。

13-02

子宮脱に対する腹腔鏡下仙骨陰固定術後に発症し
た 5 mm ポートサイトヘルニアの一例

公立宍粟総合病院 外科・消化器外科
鈴木温史、小泉 宣、有川裕貴、衣笠章一、
佐竹信祐

ポートサイトヘルニアは腹腔鏡手術の普及に伴い 5
mm ポート孔においても報告が散見される。嵌頓を
きたした場合には緊急手術を要する可能性があり、
リスク因子や予防のための閉創方法および発生時
の対応についての理解が重要である。今回、子宮脱
に対して腹腔鏡下仙骨陰固定術を施行した後に 5
mm ポートサイトヘルニア嵌頓を発症し緊急手術
を要した症例を経験したので報告する。症例は 70
代女性で類天疱瘡に対して長期ステロイド内服中
であった。子宮脱および膀胱瘤に対し産婦人科にて
腹腔鏡下仙骨陰固定術が施行され、術後 6 日目に嘔
吐が出現した。CT を撮像したところ左下腹部の 5
mm ポート孔からの腸管脱出を伴うポートサイト
ヘルニアを認めた。還納困難であったため緊急手術
となり壊死性変化を認めた脱出腸管に対しての腹
腔鏡下小腸部分切除術およびポート孔縫合閉鎖術
を施行した。

13-01

当院における日帰り鼠経ヘルニア手術の導入につ
いて

市立貝塚病院 外科
安山陽信、野瀬陽平、眞木良祐、高山 治、
武元浩新、金 鋪国、長谷川順一、今本治彦

「日帰り手術」とは、患者が同一の日に入院、手術、
退院することであり、医療効率を最適化し、コスト
を削減し、患者の多様なニーズに応えることで満足
度向上の寄与している。消化下記外科領域では、主
に鼠経ヘルニアや肛門手術に行われている。しか
し、National Clinical Database における 2011 ~ 2017
年の報告では、日帰り鼠経ヘルニア手術は 1.3% しか
行われておらず、さらに南大阪の泉州地域では、日
帰り鼠経ヘルニア手術を行う施設がほとんどない
のが現状である。当院では、2025 年 6 月から 65 歳
未満で腹部手術の既往や重篤は基礎疾患がない患
者さんに対し、日帰り腹腔鏡下鼠経ヘルニア手術を
導入した。これまでに 4 例に日帰り手術を行い、い
ずれも経過は良好である。当院の取り組みや治療
の流れについて報告する。

13-03

腹壁癒痕ヘルニア修復術後 10 年目に発症した横行
結腸癌に腹腔内留置メッシュが感染を起こした一
例

川西市立総合医療センター 消化器外科
西田有佑、澤崎純哉、美濃地貴之、村西耕太郎、
西垣貴彦、太田英夫、新井 勲、真貝竜史、
松下一行、杉本圭司

腹壁癒痕ヘルニア術後長期間経過後にメッシュ露
出自体、比較的まれであるが、通常は感染が原因と
される。今回術後 10 年以上が経過したのちにメッ
シュの露出を認め、横行結腸癌のメッシュ浸潤が判
明した症例を経験した。症例は 60 代女性。20 年前
より腹壁癒痕ヘルニアで複数回手術を繰り返して
いた。X 年にメッシュの露出および腹痛を主訴に当
院に来院した。当初はメッシュ感染による腸閉塞を
疑い、抗生剤加療を開始した。炎症反応は改善した
ものの、腸閉塞は改善しなかった。前医にて CEA
高値が指摘されていたため、悪性腫瘍を疑い、造影
CT および下部消化管内視鏡を施行したところ、
メッシュ部近傍の横行結腸癌による腸閉塞と診断
した。腸閉塞解除と悪性腫瘍切除を目的に、開腹に
て横行結腸部分切除、小腸部分切除、腹壁合併切除
術を行った。大腸癌契機にメッシュ露出することは
非常にまれであり、文献的考察を加えて報告する。

13-04

転倒によって発症した外傷性右横隔膜ヘルニアに伴う絞扼性イレウスの 1 例

京都山城総合医療センター 消化器外科
柏本錦吾、玉井瑞希、原田恭一、山口明浩

症例は 79 歳男性、主訴は嘔吐、2 日前に転倒、1 日前から嘔吐を認め当院救急受診となった。既往歴に咽頭痛に対し放射線治療後、また、パーキンソン病疑いで当院神経内科通院されていたが、自己判断で中断されていた。腸閉塞、血気胸、誤嚥性肺炎と診断され入院となった。入院後呼吸状態悪化で、挿管、人工呼吸管理となり外科紹介となった。精査の結果、右横隔膜ヘルニアに伴う絞扼性イレウスと診断、緊急手術となった。手術は開胸開腹で施行、右横隔膜損傷部に小腸が陥頓していた。陥頓解除、損傷部を非吸収糸で縫合閉鎖した。元々のパーキンソン病疑いが精査の結果多系統萎縮症と診断され、退院調整に時間を要したが、術後 159 日目に自宅退院となった。外傷性横隔膜ヘルニアは鈍的外傷の 0.8 ~ 1.6%、胸部外傷の 1.2% に発症する稀な疾患である。さらに、左側が 80 ~ 90% と多く、右側はきわめて稀である。

14-02

徒手整復後に腹腔鏡下に修復した大腿ヘルニア嵌頓の 1 例

¹ 明和病院 臨床研修センター
² 明和病院 外科
佐藤宏樹¹、中島隆善^{1,2}、一瀬規子²、松木豪志²、
長野心太²、古出隆大²、藤川正隆²、岩崎寿光²、
岡本 亮²、生田真一²、仲本嘉彦²、相原 司²、
柳 秀憲²、山中若樹²

症例は 78 歳の男性で、肝転移および腹膜播種を伴う切除不能胃癌の診断で化学療法を行い外来フォロー中であった。腹満および嘔気、嘔吐を主訴に当院救急を受診し、CT で右大腿ヘルニアへの腸管嵌頓による小腸イレウスと診断した。徒手整復を試み、整復後に CT を撮像したところ、イレウスは解除されたもののヘルニア嚢は嵌入遺残が疑われた。腸管の減圧がえられたことから待機的に腹腔鏡アプローチでヘルニア修復術を施行、右大腿輪にヘルニア門を確認し、腸管の嵌頓が解除されていることを確認した。3D メッシュを用いて同ヘルニア門を含めて腹膜前腔を被覆し、メッシュを腹壁に固定してヘルニアを修復した。術後経過問題なく退院し、胃痛に対する化学療法を再開した。大腿ヘルニア嵌頓に対して徒手整復後、待機のかつ鏡視下にヘルニア修復術を行いえた報告は少なく、文献的考察を踏まえて報告する。

14-01

虫垂炎保存的治療後、右鼠径部痛で受診した右鼠経ヘルニア虫垂嵌頓疑いの一例

医療法人徳洲会野崎徳洲会病院 外科
久本 駿、門川佳央、中能玲央、坂井昇道

52 歳男性。右下腹部痛で前医受診、虫垂炎として抗生剤内服も改善なく当院受診した。急性期虫垂炎は否定的、鎮痛剤で経過観察とした。その後右鼠経部痛で当科受診、CT で右鼠経ヘルニアと脱出する虫垂を認めた。鼠経ヘルニア虫垂嵌頓疑いで入院、腹腔鏡下鼠経ヘルニア修復術・虫垂切除術を施行した。右外鼠経ヘルニアを認めた。虫垂は鼠経管内に嵌入していたが容易に還納可能、炎症所見も認めなかった。型のごとく TAPP 法にてヘルニア修復術を行い虫垂切除も行った。経過良好で術後 3 日で退院となった。鼠経ヘルニア嵌頓は小腸・S 状結腸・大網の頻度が高いが虫垂もヘルニア内容となることがあり Amyand's hernia と称される。今回稀である Amyand's hernia を疑う症例を経験したため報告する。

14-03

卵巣癌術後の腹膜播種再発による疼痛を伴う腹壁癒痕ヘルニアに対して、eTEP 法にて修復し QOL 改善を得た一例

大阪医科薬科大学病院 一般・消化器外科
南 裕樹、今井義朗、鈴木悠介、富岡 淳、
川口 直、濱元宏喜、田中 亮、米田浩二、
朝隈光弘、富山英紀、李 相雄

腹壁癒痕ヘルニアは QOL を著しく損なう疾患であるが、手術適応や術式は患者背景により慎重な判断を要する。今回、卵巣癌術後の腹膜播種再発を来した患者に対して修復術を行い、QOL を改善し得た一例を報告する。症例は 51 歳女性、卵巣癌術後の腹膜播種再発を来し BSC の方針で経過観察中であった。M4 ~ 5 領域に横径 5cm の腹壁癒痕ヘルニアを認め、下腹部膨隆時に腹痛が増悪していた。ヘルニア嚢内に播種結節を認め、脱出腸管により播種結節が圧排され疼痛を来していると考え、緩和的治療目的に手術の方針とした。腹膜播種を伴うため intraperitoneal 修復は避け、開腹も回避し eTEP 法による retrorectus 修復を選択した。播種結節を可及的に切除し修復を行い、疼痛緩和を得た。腹膜播種を伴う腹壁癒痕ヘルニアに対しても、全身状態を考慮した上で適切な術式を選択することで、QOL 改善を得ることが可能である。

14-04

子宮広間膜裂孔ヘルニア嵌頓に対し緊急手術を施行した 1 例

近畿大学 下部外科
岡内義隆、村上克宏、梅田一生、波江野真大、
家根由典、吉岡康多、岩本哲好、大東弘治、
所 忠男、上田和樹、川村純一郎

症例は 44 歳女性。1 日前より間欠的な心窩部痛を認め、次第に嘔吐および著明な下腹部痛が出現したため、当院へ救急搬送された。既往に喘息を認め、手術歴はなく未産婦であった。腹部 CT では小腸の closed loop 形成および腸管壁血流低下を認め、小腸の子宮広間膜裂孔ヘルニア嵌頓を疑い、緊急手術を施行した。手術は腹腔鏡下 5 port で行い、腹腔内には少量の血性腹水を認めた。左側子宮広間膜裂孔に小腸が腹側より嵌頓し虚血所見を認めたため、裂孔を切開して嵌頓を解除した。体外で全小腸を確認したところ、回腸末端より 25～50cm に虚血病変を認め、小腸部分切除後、FEEA で再建した。ヘルニア門は縫合閉鎖し、術後経過は良好で、術後 13 日目に退院した。子宮広間膜裂孔ヘルニアは内ヘルニアの約 1.6～3.6% と稀な疾患である。今回我々は、回腸の子宮広間膜裂孔ヘルニア嵌頓に対し、来院後早期に診断し治療し得た 1 例を経験したため報告する。

15-02

腹腔鏡下胆嚢摘出術における手術教育サイクルの効果：専攻医が執刀した 65 例の検討

大阪ろうさい病院 外科・消化器外科
石丸昂樹、森総一郎、瀧内大輔、辻江正徳、
戎居洗樹、邊見和就、南浦翔子、辻村直人、
西田謙太郎、吉川幸宏、大原信福、玉井皓己、
浜川卓也、鄭 充善、赤丸祐介

【背景】腹腔鏡下胆嚢摘出術 (LC) は専攻医が執刀する機会が多い手術の一つである。【当院の教育手法】当院では以下の 3 点を軸に専攻医に対する LC 教育を行っている。1. 手術手順を定型化する。2. 達成度 (7 点満点) および手術難易度を点数化し、未達成手技を明確にする。3. 毎週のビデオクリニックで、未達成手技を中心に指導を受ける。【目的】上記教育サイクルの効果を検討した。【対象】専攻医 (演者) が 1 年目および 2 年目に各 4 か月の肝胆膵グループ修練中に執刀した LC 65 例を対象とした。【結果】1 年目前半 2 か月間の平均達成度は 3.1 点で完遂症例を認めなかったが、2 年目後半 2 か月間では平均 5.9 点に向上し、半数以上で完遂可能となった。1 年目より 2 年目の方が、難易度の高い症例の執刀数が増加し、各難易度において達成度も上昇していた。【結語】当院の手術教育サイクルは、専攻医の LC 手技向上に有用と考えられた。

15-01

妊娠 25 週の急性胆嚢炎に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した 1 例

八尾市立病院 消化器外科
山岸宙令、丸川大輝、飛鳥井慶、佐々木洋、
水野剛志、池嶋 遼、大澤日出樹、益澤 徹、
吉岡慎一、藤田淳也、田村茂行

症例は 35 歳女性。妊娠 19 週に心窩部痛を自覚し、前医の腹部超音波検査で胆嚢結石症を指摘され当科紹介となった。炎症反応、肝胆道系酵素の上昇は軽微で、症状も速やかに改善したため、患者希望もあり出産後に手術加療を行う方針とした。しかし、妊娠 25 週に再度心窩部痛を自覚し当院へ救急搬送された。炎症反応、肝胆道系酵素の再上昇を認め、腹部超音波検査でも胆嚢は腫大しており、急性胆嚢炎 Grade I と診断した。短期間での再燃であり、保存加療では絶食による胎児の低栄養も懸念されたため、産婦人科とも協議の上で、同日緊急で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。手術は子宮底の上昇が予想されたため、臍から 4cm 頭側で開腹して 12mm のカメラ用ポート挿入して気腹を開始し、術中の気腹圧は 8mmHg とした。術後は産婦人科にて切迫早産の予防的に子宮収縮抑制剤の持続投与をおこなった。経過良好で術後 6 日目に退院し、妊娠 38 週で健常な男児を出産した。

15-03

PTGBD 施行後の腹腔鏡下胆嚢摘出術の安全性についての検討

京都第一赤十字病院
松本順久、永守 遼、伊藤 駿、小川聡一郎、
小西智規、藤田悠司、松尾久敬、小松周平、
栗生宣明、生駒久視、岡本和真、大辻英吾

【背景】急性胆嚢炎では早期腹腔鏡下胆嚢摘出術 (LC) が推奨され、耐術困難例では TG18 に基づき PTGBD が選択される。しかし、PTGBD 施行後の LC に対する影響は十分検証されていない。今回、PTGBD 施行症例の手術成績について検討した。【方法】2018 年 1 月から 2025 年 9 月までに急性胆嚢炎に対して LC を行った 196 例を後方視的に検討した。PTGBD 非施行群 (S 群:155) と PTGBD 施行群 (P 群:41) で比較した。【結果】P 群では、年齢が高く (mean 76 vs 68 歳, $p=0.001$)、術中出血量が多く (mean 72ml vs 60ml, $p=0.025$)、さらに、胆嚢亜全摘が多い傾向にあった (14.6% vs. 5.8%, $p=0.0789$)。CD 分類 2 以上の合併症では両群間に差はなかった。【考察】手術成績は難度上昇を示唆するが、合併症は増加せず、PTGBD の施行により患者および医療提供者の双方に何らかの恩恵がもたらされている可能性が示唆される。【結論】LC 前の PTGBD 施行は短期成績上、許容可能である。

15-04

感染を契機に起こった右肝動脈瘤の胆管穿破の一例

近畿大学奈良病院 外科

三上希実、古賀陸人、山平陽亮、土橋果実、
南壮一郎、寺西立冴、藤井 渉、額原 敦、
原口直紹、肥田仁一、木村 豊

【はじめに】肝動脈瘤は腹部外傷や医原性に発生することが多い。【症例】60歳代男性。臍体部痛に対して臍体尾部切除術を施行した。臍切離により胆管狭窄を来したため胆管空腸吻合術を併施した。術後は順調であったが、術後3ヶ月頃より黒色便を認めるようになった。血液検査で炎症反応の上昇及び貧血の進行を認め、造影CT検査で肝S8に膿瘍形成を認め、抗菌薬投与を開始した。下血が持続するため、上下部消化管内視鏡検査を行ったが、出血源は認めなかった。その後も下血が持続し、貧血の進行を認めたため、適宜輸血で対応した。入院11日目にショックを来し、造影CT検査で右肝動脈に動脈瘤を認め、緊急IVRでコイル塞栓を行った。その際の血管造影で胆管が描出され、肝動脈瘤の胆管穿破による下血と考えられた。コイル塞栓後は下血を認めず、貧血も改善したため退院となった。【考察】感染を契機に発生した肝動脈瘤の胆管穿破の一例を経験した。

15-06

内視鏡的乳頭括約筋切開術後に総胆管結石性胆管炎を頻発し治療に難渋した一例

¹大和高田市立病院 外科

²大和高田市立病院 内科

中原啓貴¹、中川顕志¹、中辻正人²、武田友希¹、
松本弥生¹、佐多律子¹、鬼頭祥吾¹、木下正一¹、
久下博之¹、加藤達史¹、向川智英¹

症例は75歳女性。X-10年に胆嚢摘出歴がある。X-2年に閉塞性胆管炎に対し内視鏡的乳頭括約筋切開術・バルーン拡張を施行された。以降、約2ヶ月毎の短期間に総胆管結石症を反復し、その都度内視鏡治療を要した。内視鏡所見で乳頭部の開大と総胆管内への食物残渣の流入を認め、食物流路変更目的にX年4月に不完全離断型胃空腸吻合術を施行した。しかし術後も総胆管結石性胆管炎を頻発した。不完全離断部の食物通過が考えられ、同年9月に不完全離断部を含む腹腔鏡下幽門側胃切除を施行した。再手術後は症状の再燃なく経過している。不完全離断型胃空腸吻合術は、内視鏡挿入の容易さや胃内容排出遅延の軽減、術後の栄養状態維持等の利点が挙げられるが、問題点に関する報告は少なく、本症例は術式選択を再考させられる一例だった。

15-05

先天性胆道拡張症術後50年経過後に肝門部領域胆管癌を発症した一例

奈良県立医科大学 消化器・総合外科

佐々木俊秀、松尾泰子、安田里司、長井美奈子、
中村広太、寺井太一、阪田 武、庄 雅之

（諸言）先天性胆道拡張症は臍・胆管合流異常により胆道癌の発症リスクが高い。今回、術後50年経過したのちに肝門部領域胆管癌を発症した症例を経験したので報告する。（症例）2歳時に先天性胆道拡張症に対し総肝管十二指腸吻合術を受けた既往のある54歳女性。黄疸を主訴に前医を受診し、肝門部領域胆管癌の診断のもと、当院に紹介された。腫瘍は吻合部から左右肝管合流部を経て左側は左肝管、右はB5、B8まで進展していた。残肝容積を考慮し、左葉門脈塞栓後に左三区域切除術の方針とした。術中迅速診断で後区域胆管断端陰性を確認し、B6+B7を一穴化して胆道再建を行った。病理組織診断はMixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm, T2aN2M0, Stage IVAであった。（考察）総肝管十二指腸吻合術後は持続的炎症による遺残胆管の発癌リスクが存在するとされる。本症例は約50年の経過で発癌を認めており、術後長期にわたる慎重な経過観察の重要性が示唆された。

15-07

臍頭十二指腸切除術後の門脈閉塞、挙上空腸静脈瘤による消化管出血に対して門脈ステント留置が有効であった一例

大阪医科薬科大学 一般・消化器外科

岸剣太郎、櫛山周平、上田恭彦、富岡 淳、
川口 直、米田浩二、朝隈光弘、富山英紀、
李 相雄

症例は71歳の男性。遠位胆管癌に対して開腹臍頭十二指腸切除術（PD）を施行した。術後に臍液漏GradeBの治療に時間を要したが、第41病日に退院となる。術後6ヶ月目に貧血の進行を認めたため造影CTを撮影すると、肝門部の腫瘍再発による門脈閉塞、および挙上空腸静脈の拡張を認めた。上部消化管内視鏡検査で胆管空腸吻合部周囲に静脈瘤形成を認めたため、経皮経肝アプローチにて門脈ステント留置、挙上空腸静脈瘤に対しコイル塞栓を施行したところ門脈血流の改善を認め、現在に至るまで貧血や消化管出血の再燃なく経過中である。PD後では、癌の局所再発や臍液漏、血管合併切除再建など様々な要因で門脈閉塞をきたし、それに伴う挙上空腸静脈瘤および静脈瘤出血は留意すべき晩期合併症である。門脈ステント留置術は門脈閉塞に対して有用な治療法の一つであり、今回門脈閉塞に対して門脈ステント留置を選択し奏功した症例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

16-01

鏡視下での肺動脈出血に対する肺折り畳み法による緊急止血および主肺動脈確保

高槻赤十字病院 呼吸器外科
進藤友喜、長井信二郎

【緒言】肺葉・区域切除術において、肺動脈出血への初期対応およびその後の中枢血管確保は、術者・専門医として修得必須の手技である【症例】66歳、男性。原発性肺癌（腺癌、IA2期）にて左上葉切除術を施行【手術】3ポート完全鏡視下で、葉間および背側からA^{1+2c}（2本）、A⁴、A^{1+2b}を処理。背側からの視野で上葉支を剥離中、助手の鉗子が第1枝（A^{1+2a}、A³、A⁵の共通幹）の基部に接触し、出血。即座に上葉を頭背側に倒し、肺折り畳み法にて圧迫止血。そのまま肺門前方を展開し、上肺静脈を切離後、左主肺動脈を剥離、テーピング。止血は得られていたため、クランプせずそのまま鏡視下で左上葉切除を完遂した【結語】危険な部位での出血、かつ術者は鏡視下での中枢血管確保未経験であったが、初期対応で安定した止血が得られ、鏡視下で中枢血管の確保と手術完遂が可能であった。

16-03

敗血症性ショックを呈した感染性心内膜炎に対する緊急大動脈弁置換術

大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科
藤内康平、吉岡大輔、矢嶋真心、高橋美樹、
河村拓史、河村 愛、三隅祐輔、伴田一真、
斎藤俊輔、宮川 繁

75歳男性。発熱と呂律困難を主訴に前医受診し脳梗塞を指摘、不明熱として抗菌薬加療されていた。1週後にAMIを発症しPCIを施行、翌日のTEEで大動脈弁位IEと診断され、治療目的に当科紹介となった。敗血症性ショックを伴う循環不全を呈しており、緊急で大動脈弁置換術を施行した。術中、弁尖および一部弁輪の高度破壊を認めたため、十分なデブリードマンを行い、健常組織を確認の上Inspiris 21 mmを用いて弁置換を行った。循環動態不安定のためVA-ECMOを確立し、術翌日に離脱した。術後MRSA菌血症が約1か月持続したが、TEEでIE所見認めず、PET-CTで心臓への集積は認めなかった。一方、PET-CTで化膿性脊椎炎と診断され、専門治療目的に転院となった。本ビデオでは胸骨正中切開によるIEに対するAVRの手技を中心に供覧する。

16-02

気管支先行処理による胸腔鏡下右肺上葉切除術における有用性と学習曲線

関西医科大学 呼吸器外科
内海貴博、服部志歩、丸 夏未、小林 晶、
松井浩史、谷口洋平、齊藤朋人、村川知弘

【目的】右肺上葉切除における気管支先行処理は手術時間を短くするという既報から、妥当性と習熟過程を検討した。【方法】2015-2022年に当院で施行した右肺上葉切除を気管支先行処理群（BF群：225例）と最後に処理した群（BL群：194例）に分け後方視的に検討した。また、2018-2024年に専攻医と指導医が施行した胸腔鏡下気管支先行処理右肺上葉切除270例を前後半に分け後方視的に検討した。習熟度評価に手術時間を用いた。【結果】手術時間107/129分、出血量32/61mLであり、BF群は手術時間が短く出血量も少なかった（ $p < 0.05$ ）。胸腔鏡下気管支先行処理右肺上葉切除では、専攻医1人と指導医3人で手術時間が短くなった（ $p < 0.05$ ）。習熟度は2つの方法（1.手術時間減少率が最小となる変曲点2.手術時間平均値を基準とした累積和）で解析し、ともに専攻医7例、指導医9例であった。【結語】本術式は安全にでき定型化することで学習曲線が得られ、10例程度で習得可能と考えられた。

16-04

急性大動脈解離における止血を意識した吻合；中樞・末梢でのstep wise吻合

和歌山県立医科大学 外科学第一講座
中村 諒、本田賢太郎、國本秀樹、梶本 優、
生地みづ穂、上松耕太、西村好晴

急性A型大動脈解離は今なお10%程度の死亡率のある緊急手術を要する疾患であり、手術成績を良好に保つためには、確実な血管吻合と止血が重要である。若手心臓血管外科医にとっても執刀機会が得られることも多く、確実な止血の得られる吻合が必要である。当院では両側腋窩動脈送血・上下大静脈脱血での人工心肺および中等度低体温・選択的脳灌流を基本とし、entryの位置および弓部下大動脈の解離形態および患者背景からzone2でのFETを用いた上行弓部大動脈人工血管置換もしくは上行大動脈置換術としている。上行置換の場合、内外フェルトでの断端形成および翻転した人工血管を挿入し40プロリンで連続縫合、人工血管を引き戻すdistal step wise法、中樞側も同様に内外フェルトでの断端形成と翻転した人工血管をproximal step wise法で吻合、最後に人工血管同士の吻合とする。これにより十分な厚みをもった面での運針が可能であり、追加針も比較的容易となる。

16-05

若手外科医による多枝 OPCAB の執刀

大阪大学 心臓血管外科

伴田一真、吉岡大輔、矢嶋真心、三隅祐輔、
河村 愛、河村拓史、島村和男、斎藤俊輔、
宮川 繁

症例は 58 歳男性、主訴は労作時胸痛。CAG で 3 枝病変 (#2 75%, #3 75%, #4PD 75%, #5 50%, #7 75%, #11 75%, #12 99%, #14PL 90%) を認めた。既往に脂質異常症、高血圧、椎骨脳底動脈狭窄がある。心機能は正常 (Dd/Ds 45/27mm, EF 66%, no asynergy, AR none, MR mild, TR trivial) であり、両側内胸動脈を用いた OPCAB x4 (LITA-LAD, RITA-RA-D1-14PL-4PD) の方針となった。手術は医師 11 年目の心臓血管外科専門医が執刀した。胸骨正中切開後、LITA/RITA の採取と同時に左橈骨動脈 (RA) を採取した。ITA を離断して free flow を確認し、RITA-RA I-composite を作成した。LIMA suture をおいて心臓を脱転し、LAD の視野を確保。LITA-LAD を端側吻合で行った。RA-D1-14PL は順にダイヤモンド吻合を行い、最後に RA-4PD を端側吻合した。グラフト流量が良好であることを確認し、型通り閉胸して手術を終了した。術後 CAG で全ての吻合の良好な開存を認めた。手術ビデオを供覧する。

17-02

リンパ節郭清個数からみる Minimally invasive esophagectomy における上縦隔リンパ節郭清の重要性の検討

神戸大学 食道胃腸外科

小寺澤康文、後藤裕信、青木文明、音羽泰則、
裏川直樹、長谷川寛、金治新悟、松田 武、
掛地吉弘

【背景】 Minimally invasive esophagectomy (MIE) を施行した食道癌において、リンパ節郭清個数が予後に影響を与えることが報告されている。今回、Ut/Mt の胸部食道癌において上 / 中 / 下縦隔、腹部のリンパ節郭清個数が、予後に与える影響を明らかにする。【対象と方法】 2010 年 4 月から 2021 年 4 月に Ut/Mt の胸部食道癌に対し MIE を行った 269 例を対象とした。郭清個数と臨床病理学的因子から予後不良因子を検討した。【結果】 郭清リンパ節個数 (中央値) は上縦隔 :9 個、中縦隔 :8 個、下縦隔 :4 個、腹部 :14 個であった。ROC 曲線を用いて、カットオフ値を設定し、多変量解析を行ったところ、pT3 以深 ($p < 0.001$)、pN3 ($p = 0.002$)、上縦隔の郭清個数 4 個以下 (0.0074) が独立した予後不良因子であった。その他の領域に有意差は認めなかった。【結語】 Ut/Mt の食道癌において、上縦隔リンパ節郭清がより重要であることが示唆された。実際に当科で行っている郭清手技を供覧する。

17-01

胸腔鏡下食道亜全摘術の縦隔郭清の定型化

大阪大学大学院医学研究科 外科学講座 消化器外科

中井慈人、百瀬洸太、山下公太郎、田中晃司、
牧野知紀、萩 隆臣、西塔拓郎、高橋 剛、
黒川幸典、江口英利、土岐祐一郎

上部：食道癌（中下縦隔郭清 / 上縦隔郭清など）での手術ビデオを供覧させていただきます。

17-03

腹腔鏡下幽門側胃切除における No.6、膈上縁郭清の定型化手技

大阪公立大学 消化器外科

石館武三、三木友一郎、黒田顕慈、吉井真美、
関 由季、笠島裕明、田村達郎、渋谷雅常、
豊川貴弘、前田 清

【緒言】当科では 3 名の指導医下で若手外科医が胃切除の修練を行っている。特に腹腔鏡下幽門側胃切除 (LDG) では、技術認定取得を見据えてビデオカンファレンスや研究会を通じ、手技の定型化を進めている。今回は著者の LDG を提示し、No.6 および膈上縁郭清を供覧する。【手術手技】No.6 郭清は、胃、十二指腸後壁の癒着剥離、横行結腸のテイクダウンを先行。ARCVRGEV もメルクマークに膈前筋膜の層を確認。GDA から RGEA の outer most layer を同定。ASPDV をランドマークに郭清範囲を決定、十分に 6v 郭清組織を剥き上げた後に、各血管を切離。膈上縁郭清では、No.9 背側にガーゼを先行挿入し、No.8a を基点に CHA → PHA の outer most layer を剥離。RGA、V を一括処理。LGA 周囲は内側アプローチで outer most layer を剥離し、No.7,9 郭清を行った後に血管処理を行っている。【結語】膈上縁および No.6 郭清の要点を提示した。今後も取り組みを継続し、術式のアップデートと定型化を目指したい。

17-04

腹腔鏡下幽門側胃切除術における臍上縁郭清

関西電力病院 外科

坂本周平、稲本 道、藤本貴士、西山和宏、
尾川諒太郎、吉澤 淳、河本 泉

症例は 76 歳女性で、局所進行直腸癌と胃癌の重複癌。直腸癌に対する人工肛門造設術と術前放射線療法終了後に胃癌 (T3, N0, cStage IIB) に対して LDG (D2 郭清) を施行した。#4/6 郭清・十二指腸切離後に、臍上縁郭清を開始した。小網切開・臍上縁漿膜切離の後、CHA の outermost layer での剥離で郭清尾側縁を決定し SpA 腹側の LGV を切離した。横隔膜脚に沿い #9 郭清背側縁を確保した後、PHA に沿う剥離後に RGA を切離して #5 郭清とした。#12a 右側縁を決定後、#8a/11p を残して LGA を根部で切離し、先行剥離した #9 と共に #7 郭清とした。郭清組織を腹側に牽引しつつ #11p → #8a の順に背側で切離した。#8a 背側切離を最後にすることで確実な郭清が可能で、臍上縁郭清の再現性向上に有用と考えられた。演者は卒後 3 年目。LDG における臍上縁郭清の手術動画を供覧する。

17-06

ロボット支援下幽門側胃切除術、臍上縁郭清

大阪国際がんセンター 消化器外科

恵谷貴子、山本和義、工藤智大、山本 慧、
益池靖典、牛丸祐貴、柳本善智

症例は 70 代男性。胃角部後壁の早期胃癌に対し ESD が施行され、追加切除目的に当院へ紹介された。術前診断は pT1a (por > sig) N0M0, cStage I であった。da Vinci Xi を用いたロボット支援下幽門側胃切除術、D1 + 郭清、Billroth I 法再建を施行した。全身麻酔下、仰臥位・左上肢体側固定位とし、臍部に 3 cm の縦切開をにおいて 5 mm AirSeal ポートと 8 mm ダヴィンチポート (カメラ) を穿刺した EZ アクセスを装着した。左上腹部外側に 8 mm、内側に 12 mm ポート、右上腹部外側に 8 mm ポート、内側に助手用 12 mm ポートを挿入し手術を行った。臍上縁郭清では、臍下縁をオーガンリトラクターで尾側へ牽引し、第 4 アームで左胃動静脈を把持・挙上することで安全な剥離層を保持しつつ No.7, 8a, 9 リンパ節を郭清した。ロボット手術の 3D 視野と多関節鉗子を活かした臍上縁郭清のランドマークとトラクションの工夫を提示し、さらに検討すべき点・改善点についてご討議いただきたい。

17-05

肥満症例に対する腹腔鏡下幽門側胃切除術における幽門下リンパ節郭清

兵庫医科大学 上部消化管外科

北條雄大、村上幹樹、晃野秀梧、中尾英一郎、
中村達郎、倉橋康典、石田善敬、篠原 尚

【はじめに】肥満症例における幽門下リンパ節郭清は、多様な癒着を伴う分厚い腹腔内脂肪により郭清のランドマークとなる解剖の同定が困難であり、難易度が高い。【症例】75 歳、男性。BMI 27 kg/m²。十二指腸浸潤を伴う幽門部癌 (cT3N0M0, cStage IIB) に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術、D2 + No.13 リンパ節郭清、Roux-en-Y 法再建を施行した。【手技のポイント】当院では術者右立ちで No.4sb リンパ節郭清を行った後、術者左立ちで No.6 リンパ節郭清を行う。大網切離および横行結腸間膜の take down を行う際に癒着剥離も完了し、満を持して郭清操作を開始する。幽門下リンパ節郭清においては、切離する血管に加え、臍臓 (臍下縁・臍頭隆起)、幽門、十二指腸、胃十二指腸動脈、前上臍十二指腸動静脈を適宜視認することで安全かつ必要十分なリンパ節郭清を行うことができる。困難な肥満症例であるからこそ、この基本にこだわった丁寧な郭清を行うことが重要である。

17-07

ロボット支援下胃切除術における No.6 リンパ節郭清

大阪大学 消化器外科

萩 隆臣、黒川幸典、西塔拓郎、高橋 剛、
中井慈人、百瀬洸太、山下公太郎、田中晃司、
牧野知紀、中島清一、江口英利、土岐祐一郎

ロボット支援下胃切除術における No.6 リンパ節郭清に関する手術ビデオを供覧します。

18-01

モーションラベル指導によるアニマルラボでの研修医の初回腹腔鏡下胆嚢摘出術

京都第一赤十字病院 消化器外科
 棕野 英、生駒久視、永守 遼、伊藤 駿、
 小川聡一郎、松本順久、小西智規、藤田悠司、
 松尾久敬、小松周平、栗生宜明、岡本和真

【はじめに】研修医がアニマルラボで腹腔鏡手技を経験することは有用だが機会や指導法は限られる。豚を用いた腹腔鏡下胆嚢摘出の経験を報告する。【対象と方法】1年目研修医3名が胆嚢背側・腹側・Calot三角を分担し、指導医1名は口頭で鉗子操作を指導した。【結果】生体に初めてメスを入れる緊張による手の震えと慣れない距離感に難渋したが、胆嚢摘出時間67分、損傷なく完遂し得た。【考察】左手の把持とテンションが右手操作や視野に影響すること、助手とカメラの重要性を実感した。動物になぞらえたモーションラベル（エビ、カニ等）を用いた鉗子操作口頭指導は分かりやすく、理解と手の動きを結び付けるのに有効だった。術後に自分のビデオを見返し拙劣さに驚く一方、「もっと上手になりたい」という動機付けが得られ、外科志望が強まった。【結語】アニマルラボでの実習は腹腔鏡手技とチーム手術を体感できる有用な研修機会であった。

18-03

高度炎症を伴う胆嚢炎に対する手術手技の工夫：胆嚢頸部トンネリング&テーピング法

医学研究所北野病院 消化器外科
 久野晃路、田浦康二朗、福長 航、川相雄暉、
 葉師川高明、大下恵樹、仲野健三、河合隆之、
 奥知慶久、前川久継、井口公太、田中英治、
 福田明輝、寺嶋宏明

【背景】Tokyo Guideline 2018において軽症・中等症急性胆嚢炎は早期手術が推奨され、重症例は胆嚢ドレナージ後の待機手術が推奨されている。時間の経過した胆嚢炎の待機手術では、胆嚢壁の硬化により把持が困難であり、胆嚢の牽引・術野展開に難渋することも少なくない。【症例および手技の工夫】70歳、男性。前医でGrade3重症急性胆嚢炎に対しPTGBD留置され軽快。PTGBD抜去後に待機手術目的に当科外来を紹介受診。発症53日目に、待機的腹腔鏡下胆嚢摘出術を行った。胆嚢は萎縮・硬化しており、助手による胆嚢の把持・牽引に難渋した。胆嚢頸部でトンネリング・テーピングを実施、助手によりテープを牽引することで胆嚢を可動させ、良好な術野展開が可能であった。また、胆嚢頸部でのトンネリングは、胆嚢動脈・胆嚢管がその中に含まれることを示し、critical view of safetyの前段階となり安全性の担保が可能となる。手術ビデオにて、手術手技を供覧する。

18-02

外科専攻医が執刀する急性胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術

市立伊丹病院
 谷澤佑理、森本修邦、長江 歩、藤野志季、
 澤田元太、文 正浩、福永浩紀、森田俊治

【はじめに】当院では、肝胆膵高度技能指導医のもと、専攻医が通常の腹腔鏡下胆嚢摘出術（以下LC）を執刀し、習熟度に応じて急性胆嚢炎のLCも執刀している。当科での指導医による主なサポート方法として、言語による手術操作の指南や、胆嚢頸部の処理に難渋した場合や出血に難渋した場合など、必要に応じた執刀交代を行っている。2024年8月から2025年11月の間にLC89例（胆石症：68例、急性胆嚢炎：21例）を執刀した。手術時間の中央値は専攻医1年目で124分であったが、2年目では89分と短縮した。また、急性胆嚢炎全体の手術時間中央値は108分であった。今回、専攻医が執刀する急性胆嚢炎に対するLC2例の手術ビデオを供覧する。【結語】指導医の適切なサポートによりLCのスキル向上がみられ、急性胆嚢炎症例での執刀完遂ができるようになってきた。

18-04

遠位胆管癌に対して膵頭十二指腸切除術を施行した一例

大阪国際がんセンター 消化器外科
 河口 恵、後藤邦仁、小松久晃、福田泰也、
 久保維彦、阪野佳弘、賀川義規、山本和義、
 宮田博志、小林省吾

現在卒後6年目。大阪国際がんセンター消化器外科にて研修中。4ヶ月間の肝胆膵外科ローテート中に膵頭十二指腸切除術の執刀を経験したため、そのビデオを供覧する。症例は81歳女性。遠位胆管癌に対する治療目的に当院紹介受診。閉塞性黄疸に対して胆管ステント留置後、膵頭十二指腸切除術の方針となった。上腹部正中切開にて開腹。Kocher授動後、網嚢を開放し、胃を切離。膵上縁から肝十二指腸間膜の郭清を行い、胆管は3管合流部の直上で切離した。胆管断端の術中迅速組織診は陰性であった。膵はSMV前面で切離し、空腸を離断後、標本を摘出した。再建は胃膵吻合（膵断端嵌入式膵胃壁マットレス縫合法）、胆管空腸吻合、胃空腸吻合、Braun吻合を行い、ドレーンを留置して閉腹した。手術時間は6時間52分。出血量は915ml。輸血は施行せず。術後は挿管による左声帯麻痺のため経口摂取再開が遅れたが、膵瘻などの合併症は認めず、術後47日目に退院となった。

18-05

右後方アプローチによる臍頭十二指腸切除術

関西電力病院 外科

藤本貴士、稲本 道、坂本周平、西山和宏、尾川諒太郎、吉澤 淳、滝 吉郎、河本 泉

臍頭十二指腸切除術 (PD) における SMA へのアプローチ法には様々な報告がある。右後方アプローチは、臍切除前に SMA 右縁郭清・神経叢切離と SMV/PV の剥離を行う方法で、確実な SMA 分枝処理や変異右肝動脈 (ARHA) への対応に有用性があるとされる。今回、ARHA を伴う症例に対して右後方アプローチでの PD を施行した。症例は 50 代女性。SMA 分岐の ARHA を伴う臍頭部癌に対する開腹での SSPPD-IIA-1。空腸切離と SMA 左側郭清、胃切離、肝十二指腸間膜郭清の順に進め、GDA・胆管切離後、空腸断端を右側へ引き出して臍鉤部を左側へ脱転し、右後方より ARHA 剥離・SMA 右側郭清と IPDA 切離・SMV/PV 剥離を行い、臍実質を切離して標本摘出後に再建した。手術時間 450 分、出血 650ml。合併症なく POD10 に退院。ARHA を伴う症例に対して右後方アプローチが有用であったため手術動画を供覧し報告する。

19-02

腹腔鏡下 S 状結腸切除術

大阪市立総合医療センター 消化器外科

瀬良知央、福岡達成、坂元寿美礼、金城あやか、谷 直樹、丸尾晃司、江口真平、田嶋哲三、西村潤也、濱野玄弥、井関康仁、長谷川毅、村田哲洋、高台真太郎、櫻井克宣、西居孝文、久保尚士、清水貞利、西口幸雄

症例 74 歳男性。身長 159cm、体重 52kg、BMI 20.6 Kg/m²。術前診断は S 状結腸癌 (cT3N0M0 cStageIIa) であった。手術時間は 2 時間 50 分で出血量は 5g であった。

手術手技 定型的な 5 ポート (スクエア配置) で手術を開始した。病変部位は SDjunction 付近であり、脾彎曲部授動の可能性も考え、術者右手のポートは普段より少しだけ頭側に挿入した。IMA を根部処理し D3 郭清とした。脾彎曲部授動のため、下行結腸と後腹膜との剥離は臍下縁まで行った。外側アプローチに移行し脾彎曲部まで授動を行った。直腸左側、背側の剥離を行った後、岬角で直腸間膜処理し自動縫合器で切離した。体外操作にて口側腸管の切離および自動縫合器のアンビルヘッドを挿入し、鏡視下に DST 吻合を行った。ドレーンを吻合部後面に挿入し、止血を確認後、閉創した。

S 状結腸癌に対する腹腔鏡下 S 状結腸切除術はより定型化された手術手技であり、当院での定型化した手術手技についてビデオを用いて供覧する。

19-01

PDM (Persistent descending mesocolon) を有する直腸癌患者に対する腹腔鏡下直腸低位前方切除術の一例

京都府立医科大学 消化器外科

倉島研人、清水浩紀、有田智洋、名西健二、木内 純、井上博之、西別府敬士、久保秀正、今村泰輔、小菅敏幸、山本有祐、小西博貴、森村 玲、藤原 斉、塩崎 敦

【背景】PDM (Persistent descending mesocolon) は左側結腸の後腹膜への固定不良を旨とする解剖異常であり、左側結腸の癒着や短縮した結腸間膜の血管走行異常などの解剖学的破格を有する。PDM を有する直腸癌患者に施行した腹腔鏡下低位前方切除術の 1 例を報告する。【症例】57 歳男性、貧血の精査のため施行された下部消化管内視鏡検査で直腸癌 (Ra) と診断。遠隔転移、リンパ節転移を認めず、臨床診断 cT3N0M0 cStage IIa の診断で腹腔鏡下低位前方切除術、D3 郭清、DST 再建を行った。術前より下行結腸の後腹膜への固定が不良であり、PDM であることが疑われた。S 状結腸間膜の癒着により内側アプローチの際の視野展開、解剖の把握に難渋したが、安全に手術を終了した。手術時間は 5 時間 7 分、出血は 30g。術後経過は良好で術後 7 日目に退院。【結語】PDM 患者、特に腹腔鏡下手術においては癒着や腸管走行の偏位により解剖を誤らないよう、十分な視野展開が重要である。

19-03

腹腔鏡下 S 状結腸切除術

¹ 西宮渡辺病院 外科² 兵庫医科大学 下部消化管外科大谷雅樹^{1,2}、宋 智亨²、伊藤一真²、池田正孝²

65 歳女性。S 状結腸癌 cT2N0M0 cStageI の診断で、腹腔鏡下 S 状結腸切除 D2 郭清 DST 吻合 施行。手術時間 112 分。2024 年度内視鏡外科学会技術認定医に提出したビデオです。審査の結果、不合格。ビデオ提出当時、術者は卒後 9 年目の大腸外科スタッフ、前立ちは卒後 15 年目の技術認定医 (大腸)、スコピストは卒後 9 年目の大腸外科スタッフです。合格に向けて手術手技についてご指導頂きましたら幸いです。

19-04

卒後 6 年目の専攻医が完遂した、執刀 5 例目の腹腔鏡下高位前方切除術

近畿大学病院 医学部 外科学教室
深野耕太郎、岩本哲好、波江野真大、梅田一生、
家根由典、村上克宏、吉岡康多、大東弘治、
所 忠男、上田和毅、川村純一郎

当院では技術認定取得に向けた修練の一環として、定型的な腹腔鏡下 S 状結腸切除術 / 高位前方切除術は、技術認定医の指導のもと修練医が執刀することを基本としている。手術は各ステップごとに完全に定型化しており、この指導体制で 2021 年以降 5 名の技術認定（大腸）合格者を排出している。本発表では卒後 6 年目の専攻医が執刀した、腹腔鏡下高位前方切除術のビデオを供覧する。【術者】卒後 6 年目、専攻医【助手】卒後 20 年目、技術認定医【カメラ助手】卒後 8 年目（技術認定未取得）【症例】RS 直腸癌、cT4aN1aM0 Stage IIIb、年齢：38、性別：男、BMI：24.7【手術時間】4 時間 14 分【出血】5g【手術のポイント】剥離層を確認しながら定型化手順を遵守することで、症例経験の少ない若手執刀医であっても指導医体制のもとに正確な郭清を可能とした安全かつ再現性の高い手術を示した点

20-01

チーム教育と手技の定型化による大腸技術認定試験合格への取り組み

¹ 滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科

² 滋賀医科大学附属病院 医療安全管理部
村本圭史¹、三宅 亨¹、小島正継¹、谷総一郎¹、
新田信人¹、福尾飛翔¹、大竹玲子¹、園田雄士¹、
森 治樹¹、竹林克士¹、貝田佐知子¹、前平博充¹、
田中涼太郎¹、清水智治²、谷 眞至¹

【背景】日本内視鏡外科学会技術認定ビデオ審査では、腫瘍遺残や臓器損傷のない精緻な手術操作が求められる。2024 年度の大腸領域の合格率は 31% であり、依然として狭き門である。【方法】当院では定期的にチーム内でのビデオカンファレンスを実施し、膜と層の解剖理解や手術手順の統一に努めている。直腸固有筋膜同定から IMA 切離までは三角展開を頭側へ適宜進めることで計画的な手術進行が可能となる。さらに、左腰内臓神経結腸枝を切離する際は、助手左手鉗子で下腸間膜静脈（IMV）近傍を腹側に牽上すれば、IMV 背側の厚い腎筋膜を同定でき、剥離を尾側に連続させることで、腸管背側までの剥離が可能となる。直腸間膜処理ではエネルギーデバイスが腸管軸と垂直になるように助手が展開し、最短経路での腸間膜処理を心がけている。【結論】術者、助手、スコピストによる一丸でのチーム成熟への取り組みが大腸領域技術認定取得の鍵となる。

19-05

開腹既往のないにも関わらず広範な癒着を認めた S 状結腸 LST-G の症例に対して腹腔鏡補助下 S 状結腸切除を施行した 1 例

¹ 川崎病院 外科

² 大阪大学大学院医学系研究科 外科系臨床医学専攻 外科学講座 消化器外科学
板倉弘明¹、谷川隆彦¹、光藤 傑¹、三上城太¹、
梶原 淳¹、木村聡宏¹、植村 守²

症例は 89 歳・男性。全身浮腫に対する精査加療を目的として当院に入院となり、下部消化管内視鏡検査で S 状結腸に LST-G を指摘された。消化器内科にて ESD を試みたが腫瘍が SDJ 付近に位置していたため一括切除ができず、外科的切除を目的として当科に紹介となった。浮腫は改善しており開腹既往もなかったため内視鏡技術認定の審査ビデオの適格症例と考え手術に臨んだ。腹腔内を観察すると、ESD の影響か点墨された SDJ 付近の S 状結腸が腹壁に癒着し、脾彎曲部付近の結腸と大網が上腹部の腹壁に癒着していた。このため癒着剥離にかなりの時間を要したが適切な剥離層を追求して患者の早期回復のため、そして貴重な 1 例を審査ビデオとして提出できるように手術を完遂した。手術時間は 4 時間 6 分、出血量は 5ml であった。丁寧に手術を遂行し剥離層を意識することにより、腹腔内に癒着がある症例でも審査ビデオとして提出することが可能であると考え、ビデオを供覧する。

20-02

医師 4 年目レジデントが執刀するロボット支援下 S 状結腸切除術

大阪急性期・総合医療センター 消化器外科
竹内一将、西沢佑次郎、橋本雅弘、加藤伸弥、
森本祥悠、畑 泰司、奥村元紀、麦谷 聡、
明石大輝、中森健人、横内 隆、古川健太、
広田将司、宮崎安弘、友國 晃、本告正明、
岩瀬和裕、藤谷和正

当院では 2022 年 8 月より医師 3-5 年目の消化器外科レジデントがロボット手術を執刀する“レジロボ”を開始している。演者は医師 4 年目にロボット術者資格を取得し、2025 年 8 月よりロボット執刀を開始した。現在まで執刀したロボット大腸癌手術症例（部分執刀含む）は 11 例であり、右側結腸が 4 例、左側結腸・直腸が 7 例であった。提示する手術ビデオは、11 例目にて初めて完遂したロボット支援 S 状結腸切除術の症例である。症例は 61 歳、女性、BMI：20.9、S 状結腸癌 cT2N0M0 cStageI であった。手術時間は 3 時間 16 分（コンソール時間は 2 時間 3 分）、出血量：0ml であった。術後経過は良好で、合併症は認めず術後 5 日目に退院となった。手術は安全性が第一であり、本演題では演者が意識しているロボット特有の操作時の注意点や指導医との術中のやりとりなどについてビデオを提示しながら紹介する。

20-03

ロボット支援 S 状結腸切除術

大阪国際がんセンター 消化器外科
森 良太、河口 恵、長谷川健太、深井智司、
北風雅敏、三代雅明、末田聖倫、賀川義規

症例は 74 歳女性。胃癌に対し幽門側胃切除、Billroth-II 再建術後。術後フォローの CT で S 状結腸癌を指摘されたため手術を行った。術前診断は cT3N0M0 cStageIIa であった。手術は Davinci Xi を用いて行った。術者は 12 年目、助手は 6 年目レジデントであった。ポート配置は 1: 左上腹部 (8mm)、2: 臍部 (8mm)、3: 右中腹部 (8mm)、4: 右下腹部 (12mm) に加え、右上腹部に 5mm 助手ポートを 1 本留置して行った。腸管のクリップ装着、腸管切離は助手が 4 番ポートを用いて行った。手術時間は 1 時間 53 分、コンソール時間は 1 時間 03 分、出血量は少量であった。術後問題なく経過した。

20-04

ロボット支援 S 状結腸切除術

大阪国際がんセンター 消化器外科
深井智司、賀川義規、河口 恵、長谷川健太、
森 良太、北風雅敏、三代雅明、末田聖倫、
西村潤一、安井昌義、菅生貴仁、牛丸裕貴、
小松久晃、柳本善智、金村剛志、山本和義、
後藤邦仁、小林省吾、宮田博志、大植雅之

症例：48 歳女性 病名：S 状結腸癌 cT3N0M0
cStageIIa 術式：ロボット支援 S 状結腸切除術手術
時間：1 時間 44 分 (コンソール時間：58 分) 出血量：0ml 術中合併症：なし術後経過：術後合併症なく、術後 5 日目に退院

20-05

上行結腸癌と直腸 S 状部癌に対して、Da Vinci Xi を用いて同時切除を施行した 1 例

JCHO 大阪病院 外科
岡 啓史、松田 宙、野中亮晃、雪本龍平、
齋藤百合奈、山中千尋、出村公一、和田浩志、
西田俊朗

ロボット支援手術の普及や適応拡大に伴い、多臓器にわたる重複癌症例や多発大腸癌症例における同時切除を要する機会も増加傾向にある。当院では Da Vinci Xi を用いて 2024 年 1 月より大腸癌手術を行っている。今回、上行結腸癌と直腸癌の多発大腸癌症例に対してロボット支援同時手術を行った。症例は 72 歳女性。排便時の出血を主訴に近医を受診し、下部消化管内視鏡検査で上行結腸と直腸 S 状部に進行癌を指摘され、手術目的に当院紹介となった。造影 CT 検査で遠隔転移は認めなかった。手術はロボット支援腹腔鏡下結腸右半切除術と直腸高位前方切除術を施行した。手術時間は 255 分、出血量は 12ml であった。多発癌に対するロボット手術において、病変の局在に合わせてポート配置の効果的な調整が不可欠である。今回結腸右半切除術と高位前方切除術を同時に行うにあたり、Patient Cart やポート配置を工夫し手術を施行したので、その工夫を紹介し手術ビデオを供覧する。

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

生菌製剤
ミヤBM[®]細粒
MIYA-BM[®] FINE GRANULES

生菌製剤
ミヤBM[®]錠
MIYA-BM[®] TABLETS

酪酸菌(宮入菌)製剤

効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

薬価基準収載

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。

 **astellas**

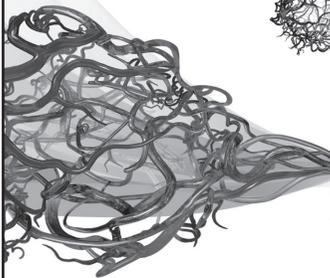
アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/

 **中外製薬**

 ロシュグループ

 **AVASTIN[®]**
bevacizumab



日本標準商品分類番号 874291

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF^{注1)}ヒトモノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注2)}

薬価基準収載

アバスタチン[®] 点滴静注用 **100mg/4mL**
400mg/16mL

 **AVASTIN[®]**
bevacizumab

ベバシズマブ(遺伝子組換え) 注

注1) VEGF: Vascular Endothelial Growth Eactor(血管内皮増殖因子)
注2) 注成-医師等の処方箋により使用すること

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

ロシュグループ

【文献請求及び高い問い合わせ】 メディカルインフォメーション部
TEL.0120-189-708 FAX.0120-189-705

【販売情報提供活動に関する問い合わせ】
<https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/>

※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化された添付文書をご参照ください。

2025年5月改訂

Abraxane[®]

抗悪性腫瘍剤

薬価基準収載

特定生物由来製品、毒薬、処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

アブラキサン[®]点滴静注用 100mg

Abraxane[®] I.V. Infusion パクリタキセル注射剤（アルブミン懸濁型）

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

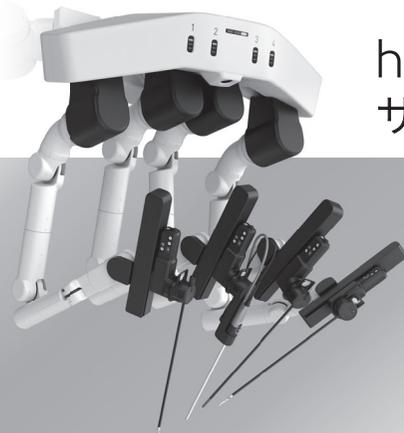
製造販売元 **TAIHO**
文献請求先及び問い合わせ先
大鵬薬品工業株式会社
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

提携先 **Abraxis** 米国
BioScience

2021年8月作成

 Medicaroid

 **sysmex** Together for a better
healthcare journey



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[™]**

*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。販売名：hinotori[™]サージカルロボットシステム 承認番号：30200BZX00256000

Copyright © Medicaroid Corporation All Rights Reserved. ©Texika Productions

総代理店
シスメックス株式会社

www.sysmex.co.jp



製品について
お問い合わせは
こちら



注：活動及びサイトの適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1丁目6-8
国際医療開発センター6F

抗悪性腫瘍剤-抗HER2[®]抗体
トポイズメラゼ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(Genetical Recombination))
生物由来製品、創薬、処方箋医薬品;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

薬価基準収載

日本化薬の 消化器がん領域 製品ラインナップ

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^注
シスプラチン製剤

動注用アイーコール[®] 50mg
100mg

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^注
シスプラチン製剤

ランタ[®] 10mg/20mL
25mg/50mL
50mg/100mL

抗悪性腫瘍剤/抗VEGFヒト化モノクローナル抗体 生物由来製品・創薬・処方箋医薬品^注
ペバシズマブ(遺伝子組換え)[ペバシズマブ後継4]製剤

ペバシズマブ[®] BS 点滴静注 100mg
400mg [CTNK]

抗HER2ヒト化モノクローナル抗体 抗悪性腫瘍剤 生物由来製品・処方箋医薬品^注
トラスツマブ(遺伝子組換え)[トラスツマブ後継1]製剤

トラスツマブ BS 点滴静注 60mg [NK]
150mg

製造販売元 セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^注
パクリタキセル注射液

パクリタキセル[®] 注 30mg/5mL
100mg/16.7mL [NK]

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^注
オキサリプラチン点滴静注液

オキサリプラチン点滴静注液 50mg
200mg [NK]

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^注
日本薬局方 イリノテカン塩酸塩注射液

イリノテカン塩酸塩 点滴静注液 40mg [NK]
100mg

製造販売元 ヴィアトリス・ヘルスケア合同会社

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^注
(チロシンキナーゼインヒビター)
イマチニブメシル酸塩錠

イマチニブ[®] 錠 100mg [NK]

代謝拮抗抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^注
ゲムシタピン塩酸塩注射液

ゲムシタピン点滴静注液 200mg/5mL
1g/25mL [NK]

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^注
カペシタビン錠

カペシタビン錠 300mg [NK]

抗悪性腫瘍剤/キナーゼ阻害剤 創薬・処方箋医薬品^注
スニチニブリンゴ酸塩錠

スニチニブ[®] 錠 12.5mg [NK]

代謝拮抗剤 創薬・処方箋医薬品^注
テガフル-ギメラシル-オテラシルカリウム配合口腔内崩壊錠

エヌケー-エスワン[®] 配合 OD錠 T20
T25

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】
日本化薬株式会社医薬品情報センター
0120-505-282

注) 注意-医師等の処方箋により使用すること
日本化薬株式会社医療関係者向け情報サイト
<https://mink.nipponkayaku.co.jp/> '25.4作成

※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。



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)

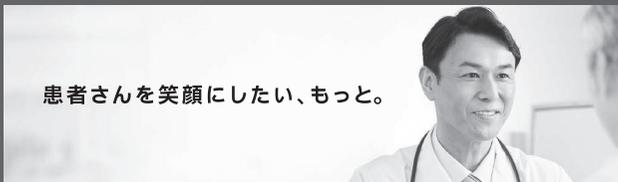
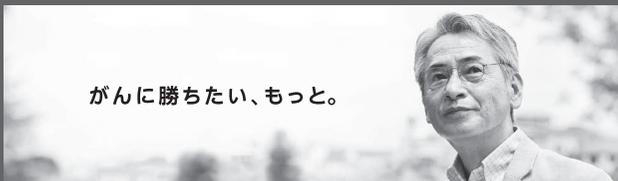
M S C 〒650-0047 神戸市中央区港島南町4丁目6-1 ☎(078)302-7001 (代表)

ポートアイランド60

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・東京営業所アネックス
 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・モイヤン大阪店・モイヤン鳥取店



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。



MSD株式会社
 〒102-8567 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msdd.co.jp/>

Septrafilm
ADHESION BARRIER



承認番号20900BZY00790000

高度管理医療機器 保険適用

癒着防止吸収性バリア

セプトラフィルム®

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

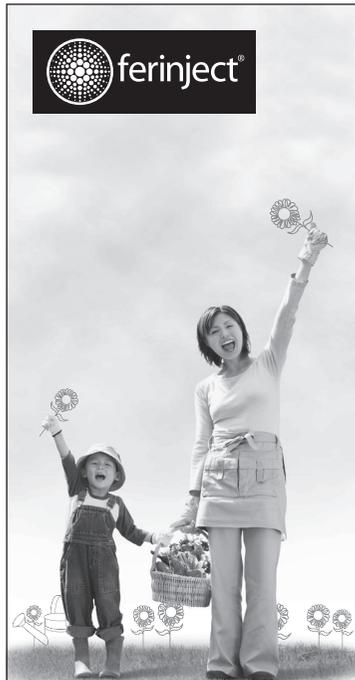
発売元
文献請求先
及び問い合わせ先



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-AS30-220199 V2.0
SPF07DP (2024年1月作成)



鉄欠乏性貧血治療剤

処方箋医薬品[※] 薬価基準収載

フェインジェクト® 静注500mg

Ferinject solution for injection/infusion 500mg カルボキシマルトース第二鉄注射液

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、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

ゼリア新薬工業株式会社

(文献請求先及び問い合わせ先) お客様相談室
東京都中央区日本橋小町10-11 〒103-8351 TEL.(03)3661-0277 / FAX.(03)3663-2352

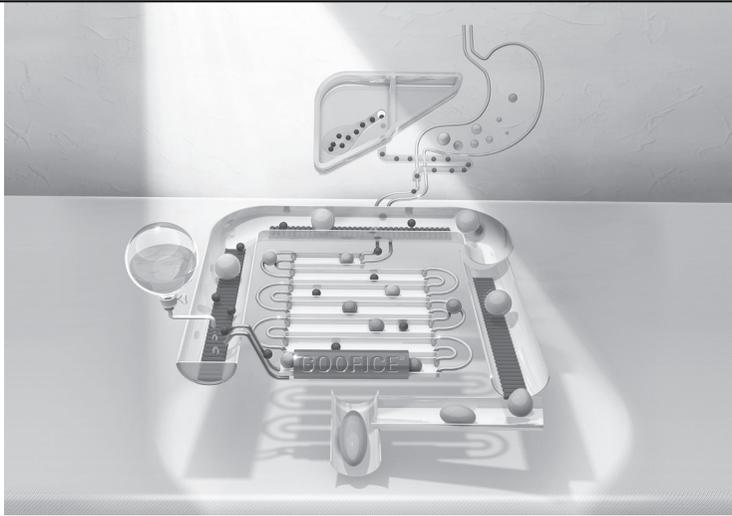
製品情報サイト

<https://medical.zeria.co.jp/di/ferinject/#tabRelation>

PC、スマホ、タブレットで
ご覧になれます。



2024年9月作成



処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

胆汁酸トランスポーター阻害剤 薬価基準収載

ゲーフィス錠5mg
GOOFICE® [エロビキシバット水和物錠]



製造販売元
EAファーマ株式会社
東京都中央区入船二丁目1番1号



プロモーション提携
エーザイ株式会社
東京都文京区小石川4-6-10

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

文献請求先・製品情報お問い合わせ先：EAファーマ株式会社 くすり相談室 フリーダイヤル0120-917-719

2019年4月作成
GOF-D04C-B52-AT



生薬には、
個性がある。



漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



株式会社ツムラ <https://www.tsumura.co.jp/> 資料請求・お問合せは、お客様相談窓口まで。

医療関係者の皆様 tel.0120-329-970 患者様・一般のお客様 tel.0120-329-930 受付時間 9:00~17:30(土・日・祝日は除く)

2021年4月制作 (審)

INTUITIVE



Da Vinci 5 Surgery, transformed.

Da Vinci 5は、先進的な統合型サージカルプラットフォームです。
より高い効率性を実現するとともに、
より良い治療につながる実用的なインサイトを提供できるよう設計されています。

販売名: Da Vinci 5 サージカルシステム (承認番号: 30600BZX00019000)

詳細に関しては取扱説明書または添付文書等をご確認いただくか、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)

©2025 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。

MAT08501 V1.0 JP 2025/07

