

第193回近畿外科学会 プログラム・抄録

日時：平成25年6月22日（土）
8時55分～17時00分

会場：京都テルサ

〒601-8047 京都市南区東九条下殿田町70番地
（新町通九条下ル）京都府民総合交流プラザ内
TEL 075-692-3400

評議員会会場：京都テルサ1階テルサホール

会長 上本伸二

京都大学大学院医学研究科 肝胆膵・移植外科

第194回 近畿外科学会ご案内

第194回近畿外科学会を下記の通り開催しますので、多数ご参加下さいますようご案内申し上げます。

記

1. 開催日：平成25年11月9日（土）
2. 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（代）
3. 演題登録開始予定日：2013年7月2日（火）正午より
演題登録締切予定日：2013年7月23日（火）正午まで
4. 演題登録：
近畿外科学会のホームページ（<http://plaza.umin.ac.jp/knkigek/>）から「演題募集」をクリックして頂き、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（TEL.06-6231-2723 FAX.06-6231-2805 E-mail kinkigek@adfukuda.jp）へお願い致します。

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2
大阪大学大学院 心臓血管外科学
第194回 近畿外科学会

会長 澤 芳 樹

TEL.06-6879-3154
FAX.06-6879-3163

第193回 近畿外科学会

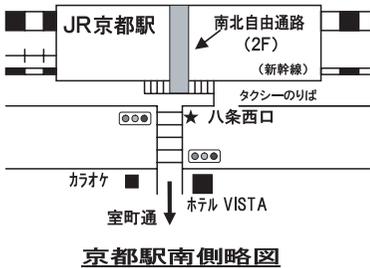
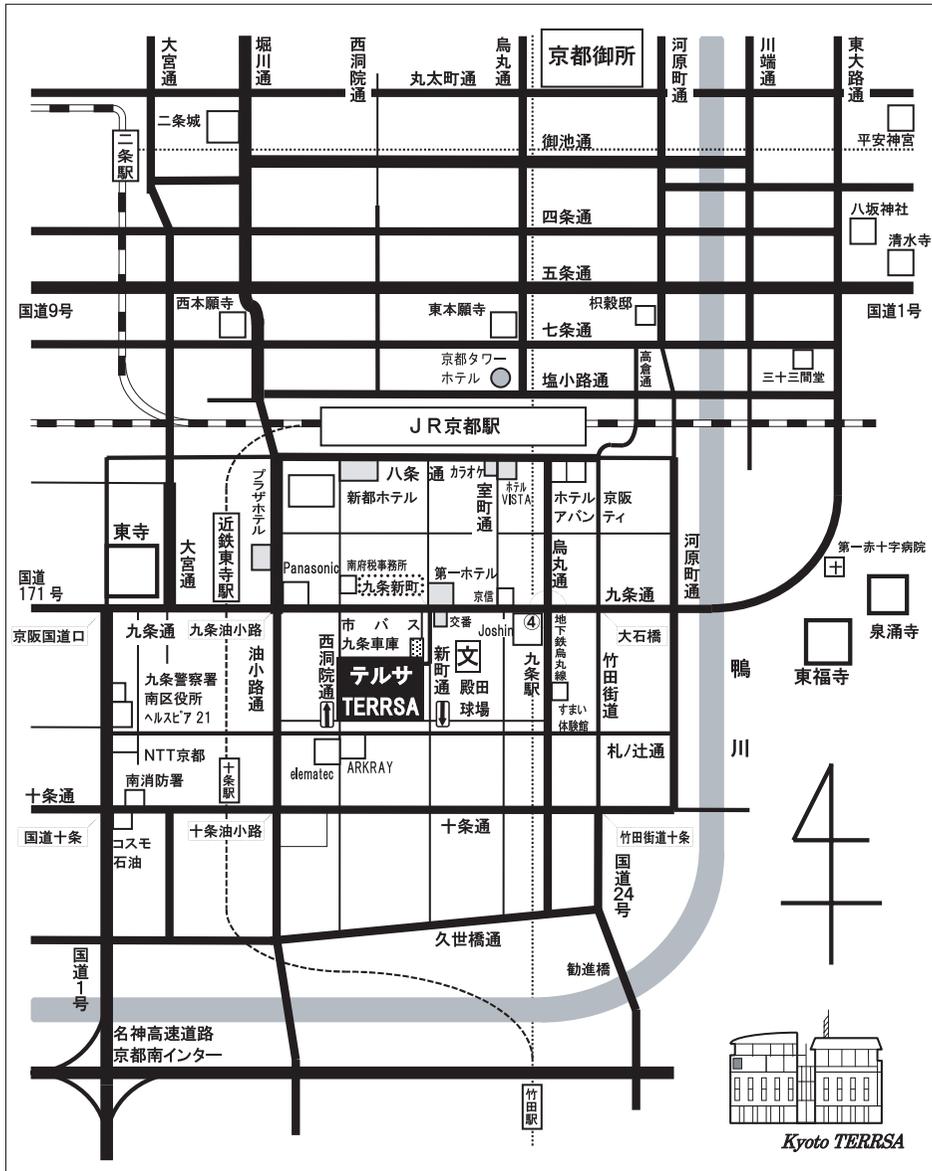
プログラム

会 長

京都大学大学院医学研究会 肝胆膵・移植外科

上 本 伸 二

会場のご案内



京都駅南側略図

京都テルサ

TEL 075-692-3400(代)

京都市南区新町通九条下ル FAX 075-692-3402

京都府民総合交流プラザ内 地下駐車場180台(有料)

○JR京都駅(八条口西口)より南へ徒歩約15分

○近鉄東寺駅より東へ徒歩約5分

○地下鉄九条駅④番出口より西へ徒歩約5分

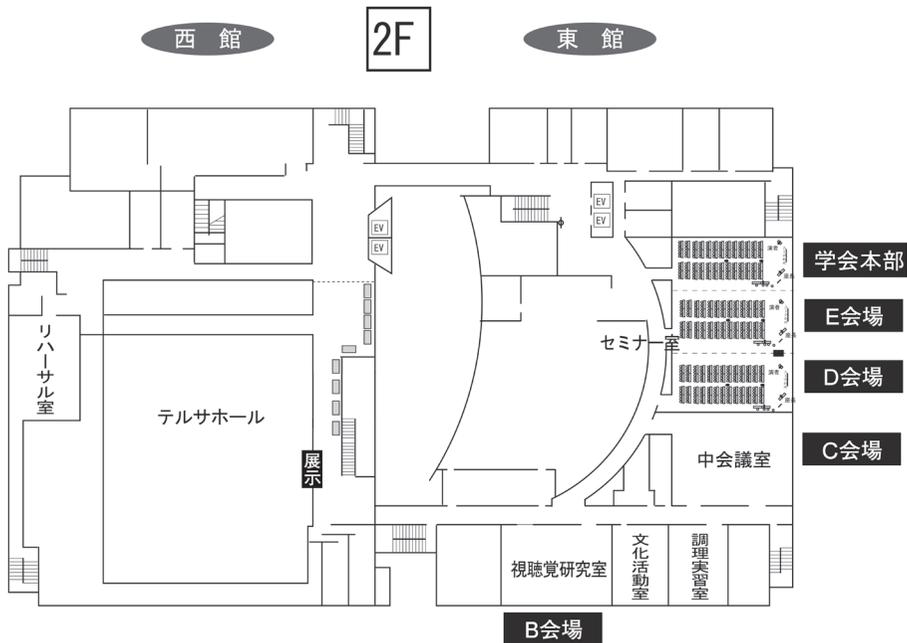
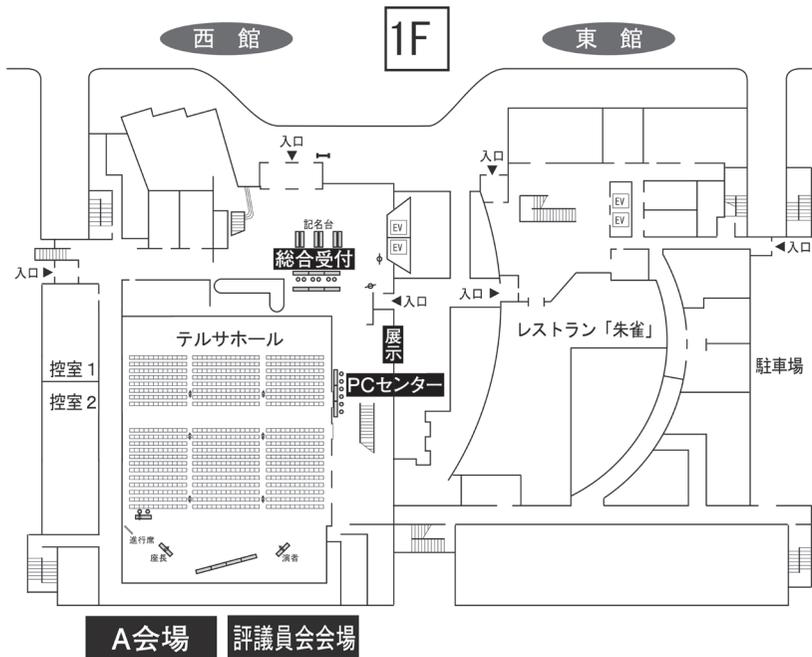
○市バス九条車庫南へすぐ

○名神京都南インターより国道1号北行き市内方面へ九条通を東へ、九条新町交差点を南へ

大型バス駐車場有り(有料)

【URL】 <http://www.kyoto-terrsa.or.jp>

■ 会場配置図

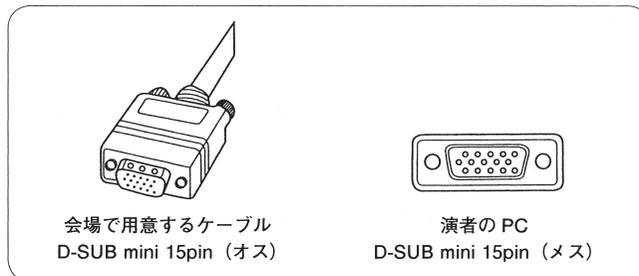


演者、参加者へのお願い

1. **口演時間**：ご発表時間は6分、討論は2分です。
2. **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版）で作成したデータをノートPC又はCD-ROM/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。**
3. **ビデオ発表**：ビデオ発表をされる演者の方は、動画データを入れたPCのご持参をお勧めします。再生ソフトはWindows media playerで再生できるものに限定させていただきます。
4. **参加費**：①評議員と、一般参加の先生方は参加費3,000円を総合受付でお支払いの上、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ので、プログラムは必ずご持参下さい。
5. **ランチョンセミナー**：11：50よりA会場（テルサホール）にて行います。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ございますので、先着順とさせていただきます。ご了承のほど、何卒よろしく願い申し上げます。**
6. **評議員会**：13：00より京都テルサ テルサホールにて行います。
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。

PC 発表と受付に関するお願い

1. PC 受付は発表時間の1時間前（早朝発表の場合は30分前）までに、必ずお済ませ下さい。 CD-ROM/USB メモリーでお持参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. ①CD-ROM/USB 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・コネクタの形状は D-SUB mini 15pin (図) ですので、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お持ち下さい。



- 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（TEL：06-6231-2723, E-mail：kinkigeka@adfukuda.jp）迄事前にお問い合わせ下さい。

第193回近畿外科学会

	A 会場 (1F テルサホール)	B 会場 (2F 視聴覚研究室)	C 会場 (2F 中会議室)
8:55	開会の辞 上本 伸二		
9:00	肝1 (A01 - A05) 座長：金沢 景繁	9:00 食道1 (B01 - B04) 座長：島田 守	9:00 小腸・十二指腸1 (C01 - C05) 座長：増山 守
9:40	肝2 (A06 - A09) 座長：味木 徹夫	9:32 食道2 (B05 - B08) 座長：伊丹 淳	9:40 小腸・十二指腸2 (C06 - C10) 座長：川崎健太郎
10:12	肝3 (A10 - A13) 座長：廣瀬 哲朗	10:04 心血管1 (B09 - B13) 座長：西本 昌義	10:20 小腸・十二指腸3 (C11 - C15) 座長：藤谷 和正
10:44	肝4 (A14 - A18) 座長：貝原 聡	10:44 心血管2 (B14 - B17) 座長：築部 卓郎	11:00 大腸1 (C16 - C19) 座長：目方 英治
11:24		11:16	11:32
11:50	ランチョンセミナー 「胃癌手術のロジックと鏡視下での実践」 司会：坂井義治先生 講師：篠原 尚先生 共催：ジョン・エンド・ジョン株式会社		
12:40			
13:00	評議員会		
13:15			
13:20	特別講演 「外科系専門医制度をめぐる最近の動向」 司会：上本伸二先生 講師：兼松隆之先生		
14:10			
14:50	第21回 日本外科学会 生涯教育セミナー 〔主題〕 「外科的な救急疾患」 司会：坂井義治先生 〔講師〕 1. 清水 智治先生 2. 上田健太郎先生 3. 森本 直人先生 4. 岩崎 安博先生 5. 佐藤 格夫先生	14:20 胸部・縦隔 (B18 - B22) 座長：花岡 淳	14:20 大腸2 (C20 - C24) 座長：石井 洋
		15:00 肺 (B23 - B26) 座長：植田 充宏	15:00 大腸3 (C25 - C29) 座長：内野 基
		15:32 胃1 (B27 - B31) 座長：藤原 義之	15:40 大腸4 (C30 - C34) 座長：金澤 旭宣
		16:12 胃2 (B32 - B35) 座長：太田 秀一	16:20 大腸5 (C35 - C38) 座長：向川 智英
17:00	閉会の辞 上本 伸二	16:44	16:52
17:05			

D 会場 (2F 第3セミナー室)		E 会場 (2F 第2セミナー室)	
9:00	膵臓 1 (D01 - D05) 座長：廣野 誠子	9:00	腎・内分泌・脾・門脈(E01 - E05) 座長：河本 泉
9:40	膵臓 2 (D06 - D09) 座長：大江 秀明	9:40	小児 1 (E06 - E10) 座長：田尻 達郎
10:12	膵臓 3 (D10 - D13) 座長：高橋 秀典	10:20	小児 2 (E11 - E14) 座長：小川 絵里
10:44	腹壁・腹膜・ヘルニア1(D14 - D18) 座長：洲崎 聡	10:52	その他 1 (E15 - E19) 座長：八木 俊和
11:24		11:32	
14:20	腹壁・腹膜・ヘルニア2(D19 - D23) 座長：加藤 恭郎	14:20	その他 2 (E20 - E24) 座長：内田 茂樹
15:00	胆道 1 (D24 - D27) 座長：古山 裕章	15:00	その他 3 (E25 - E29) 座長：藤田 益嗣
15:32	胆道 2 (D28 - D31) 座長：西鉢 隆太	15:40	乳腺 1 (E30 - E34) 座長：田口 哲也
16:04	胆道 3 (D32 - D35) 座長：天野 良亮	16:20	乳腺 2 (E35 - E39) 座長：吉岡 節子
16:36		17:00	

A 会 場 (1F テルサホール)

午 前 の 部 (8:55~11:24)

開会の辞 (8:55~9:00)

会 長 上 本 伸 二

肝 1 (9:00~9:40)

座長 金沢 景繁

(大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科)

A01 大量輸血後の二次性ヘモジデロースに合併した巨大肝細胞癌の一例

兵庫医科大学 肝胆膵外科 中 村 育 夫

A02 肝臓後区域欠損、左葉低形成に合併した上部胆管癌の根治切除例

滋賀県立成人病センター 外科 尾 川 諒太郎

A03 肝形質細胞腫の1例

長浜赤十字病院 外科 高 田 健

A04 偶発的に発見された肝被膜下出血を伴った肝細胞癌破裂の1例

関西医科大学 外科 菱 川 秀 彦

A05 術前診断が困難であった巨大肉腫様肝細胞癌の1切除例

関西電力病院 外科 池 田 温 至

肝 2 (9:40~10:12)

座長 味木 徹夫

(神戸大学 肝胆膵外科)

A06 転移性肝癌に対する3回の肝切除後に認められた肝炎症性偽腫瘍の1例

大阪医科大学 一般・消化器外科 上 田 博 文

A07 原発巣に先行し大腸癌肝転移腫瘍の切除を行った1症例

関西医科大学 外科 菱 川 秀 彦

A08 術前診断に苦慮した子宮体癌術後14年目に認めた肝転移の1切除例

大阪大学 消化器外科 梶 原 淳

- A09 直腸癌同時性巨大肝転移に対して化学療法後が著効し肝左3区域切除を施行しえた1例
京都大学 肝胆膵・移植外科 奥村晋也

肝3 (10:12~10:44)

座長 廣瀬 哲朗
(高松赤十字病院 消化器外科)

- A10 先天性肝のう胞による著明な腹部膨満症例にのう胞開窓術にてQOLの改善が得られた1例
京都府立医科大学 移植・一般外科 中尾俊雅
- A11 S-1+ CDDP 療法が著効した、胃癌の同時性肝転移と術前診断された肝内胆管癌の一例
京都府立医科大学 消化器外科 大西規史
- A12 肝内結石症に対する肝切除後に長期経過を経て発症した胆管癌の2症例
大阪市立大学 肝胆膵外科 濱野玄弥
- A13 胆管動脈3D fusion 画像が切除プランニングに有用であった肝門浸潤を伴う肝内胆管癌の一例
京都大学 肝胆膵・移植外科 瀧本郁久

肝4 (10:44~11:24)

座長 貝原 聡
(神戸市立医療センター中央市民病院 外科)

- A14 術中PDEにより肝細胞癌RFA治療部の遺残病巣を同定した1例
和歌山県立医科大学 第2外科 重河嘉靖
- A15 生体肝移植ドナー手術におけるドレーン非留置は妥当か
朝日大学附属村上記念病院外科、京都大学肝胆膵・移植外科 桐野泉
- A16 乳児生体肝移植後の閉腹に難渋した1例
大阪市立大学 肝胆膵外科学 伊藤得路
- A17 生体肝移植後10日目に突然の肝不全を認めたが集学的治療により軽快した1例
京都大学 肝胆膵・移植外科 佐藤朝日
- A18 原発性高尿酸血症 type 1に対する、生体部分肝移植の経験
京都大学 肝胆膵・移植外科 中村清邦

ランチオンセミナー（11：50～12：40） A 会場（1F テルサホール）

「胃癌手術のロジックと鏡視下での実践」

司会：京都大学 消化管外科 教授

坂 井 義 治

講師：虎の門病院 消化器外科 医長

篠 原 尚

（共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社）

午 後 の 部（13：00～17：00）

評議員会（13：00～13：15） A 会場（1F テルサホール）

特別講演（13：20～14：10） A 会場（1F テルサホール）

「外科系専門医制度をめぐる最近の動向」

司会：京都大学 肝胆膵・移植外科 教授

上 本 伸 二

講師：長崎市立病院機構 理事長

兼 松 隆 之

第21回日本外科学会 生涯教育セミナー (14:50~17:00) A会場 (1F テルサホール)

「外科的な救急疾患」

司会：京都大学 消化管外科 教授 坂井 義治

1 演題…発表20分、質疑応答5分

1. 大腸穿孔の外科的マネジメントと血液浄化療法
講師：清水 智 治 (滋賀医科大学 消化器外科)
2. NOMI、虚血性腸炎の手術適応の判断
講師：上 田 健太郎 (和歌山県立医科大学 救命救急センター)
3. 腹部大動脈破裂に対する救命戦略—Open abdominal management の有用性—
講師：森 本 直 人 (兵庫県立姫路循環器病センター 心臓血管外科)
4. 手術が必要な胸部外傷 - 保存的治療の限界と手術判断・手技
講師：岩 崎 安 博 (和歌山県立医科大学 救命救急センター)
5. 稀な重症外傷症例へのアプローチと Off the job training の必要性
講師：佐 藤 格 夫 (京都大学 初期診療・救急科)

閉会の辞 (17:00~17:05)

会 長 上 本 伸 二

B 会 場 (2F 視聴覚研究室)

午 前 の 部 (9 : 00~11 : 16)

食道 1 (9 : 00~9 : 32)

座 長 島田 守
(守口敬任会病院 外科)

- B01 胸部食道切開にて義歯を摘出しえた食道異物の一例
京都第一赤十字病院 外科 山 下 太 郎
- B02 食道癌治療中に食道偏位が観察された2例の検討
神戸中央市民病院 外科 姚 思 遠
- B03 両側 VATS 術後3日目に発症した特発性食道破裂
市立豊中病院 外科 銚之原 健太郎
- B04 縦隔ドレナージのみで軽快した広範囲粘膜裂傷を伴った特発性食道穿孔の1例
京都医療センター 外科 川 口 清 貴

食道 2 (9 : 32~10 : 04)

座 長 伊丹 淳
(西神戸医療センター 外科・消化器外科)

- B05 エチレフリン オクトレオチド投与にて保存加療しえた食道癌術後難治性乳び胸の1例
和歌山県立医大 第2外科 中 村 有 貴
- B06 Seiwert2型食道腺癌に対する腹腔鏡下経横隔膜下部食道腺癌切除の一例
京都桂病院 消化器センター 外科 樋 垣 諒
- B07 胃十二指腸が陥入し、急性の消化管出血および通過障害を来した食道裂孔ヘルニアの1例
三菱京都病院 消化器外科 軍 司 大 悟
- B08 術前イマチニブ投与により胸腔鏡・腹腔鏡下に完全切除が可能となった巨大食道 gastrointestinal stromal tumor の1例
京都大学 消化管外科 川 田 洋 憲

心血管 1 (10 : 04~10 : 44)

座長 西本 昌義

(大阪府三島救命救急センター 心臓血管外科)

- B09 EVAR 後フォローアップ中に Type Ib endoleak より AAA rupture を生じ、追加 EVAR にて対処し得た一例
市立豊中病院 心臓血管外科 藤村 博 信
- B10 interventional radiology による血栓溶解療法後腸管切除を施行した SMA 塞栓症の 1 例
社会保険神戸中央病院 外科 西村 幸 寿
- B11 難治性下肢静脈潰瘍に対する内視鏡下筋膜下穿通枝手術 (SEPS) の経験
洛和会音羽病院 外科 武田 亮 二
- B12 下大静脈原発平滑筋肉腫の一切除例
赤穂市民病院 外科 横山 正
- B13 Subclavian steal syndrome に腋窩動脈—腋窩動脈バイパス術が有効であった一例
東宝塚さとう病院 心臓血管外科 山田 光 倫

心血管 2 (10 : 44~11 : 16)

座長 築部 卓郎

(神戸赤十字病院 心臓血管外科)

- B14 膿性心嚢液を伴った感染性弓部大動脈瘤に対する 1 手術例
神戸赤十字病院 心臓血管外科 恩賀 陽 平
- B15 カテーテル断裂を生じた CV カテーテルピンチオフの一症例
赤穂市民病院 外科 杉山 朋 大
- B16 サルコイドーシス変化によると考えられた僧帽弁逆流の手術経験
滋賀医科大学 心臓血管外科 森本 政 憲
- B17 再手術 CABG 例における心外膜エコーの有用性
滋賀医科大学 心臓血管外科 内藤 志 歩

午 後 の 部 (14:20~16:44)

胸部・縦隔 (14:20~15:00)

座 長 花 岡 淳
(滋賀医科大学 呼吸器外科)

- B18 有症状の胸管嚢胞に対して胸腔鏡下手術が有効であった1例
関西医科大学 胸部心臓血管外科 楠 瀬 貴 士
- B19 当科における持続胸部傍脊髄ブロックの手技とその使用経験
済生会泉尾病院 外科・消化器外科 齊 藤 卓 也
- B20 胸腺カルチノイドを発端として発見された多発性内分泌腫瘍(MEN 1型)の1症例
近畿大学 外科 松 本 正 孝
- B21 破裂により血胸を呈した胸腺腫の1例
神戸大学 呼吸器外科 小 口 敬 子
- B22 術前放射線化学療法後の気管・気管支形成術、正中切開+右第3肋間前方開胸と有茎性大綱弁吻合部被覆術
京都大学 呼吸器外科 山 梨 恵 次

肺 (15:00~15:32)

座 長 植 田 充 宏
(NHO 姫路医療センター 呼吸器センター外科)

- B23 多発するすりガラス状陰影(GGO)に対して手術を行い診断に至った肺 MALT リンパ腫の一例
兵庫医科大学 呼吸器外科 中 村 晃 史
- B24 類上皮肉芽腫を伴った、気管支閉鎖症の1手術例
京都桂病院 呼吸器外科 合 地 史 明
- B25 心房合併切除をおこなった肺腫瘍の2例
京都大学 呼吸器外科 横 山 雄 平
- B26 診断に難渋した皮下腫瘍の1例
南大阪病院 外科 三 木 高 平

胃 1 (15:32~16:12)

座長 藤原 義之
(大阪府立成人病センター 消化器外科)

- B27 腹腔鏡下に修復し得た腹腔鏡補助下噴門側胃切除術間置空腸再建後 Petersen ヘルニアの1例
奈良県立医科大学 消化器・総合外科 福岡 晃平
- B28 腸回転異常を伴った胃癌の1例
西神戸医療センター 外科・消化器外科 浜田 健輔
- B29 術前診断し得た Adachi II 型12群動脈破格を伴う早期胃癌の1例
神戸労災病院 外科 藤原 玄
- B30 胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡内視鏡合同手術3例の検討
八尾徳洲会総合病院 外科 鈴木 大聡
- B31 胃巨大 GIST に対する術後イマチニブ治療により無再発の1症例
済生会野江病院 岡村 昌彦

胃 2 (16:12~16:44)

座長 太田 秀一
(済生会野江病院 外科)

- B32 病理組織学的詳細検討にて漿膜下層壁内転移を認めた早期胃癌高度リンパ節転移の1例
大阪医科大学 一般・消化器外科 出原 啓介
- B33 高度腹膜播種を伴う進行胃癌に対する S-1/パクリタキセル経静脈・腹腔内併用療法の経験
大阪府立成人病センター 消化器外科 梅田 卓郎
- B34 進行胃癌に対する正確な臨床病期診断のための審査腹腔鏡の実際と有用性
京都大学 消化管外科 久森 重夫
- B35 病的肥満患者に対する腹腔鏡下スリーブ状胃切除術とその経験
関西医科大学 外科 中本 喬大

C 会 場 (2F 中会議室)

午 前 の 部 (9 : 00~11 : 32)

小腸・十二指腸 1 (9:00~9:40)

座 長 増山 守
(済生会滋賀県病院 外科)

- C01 小腸穿孔を来した Henoch-Schonlein 紫斑病の一例
奈良県立医科大学 消化器・総合外科 辻 泰 子
- C02 腹腔鏡下手術を施行したメッケル憩室穿孔の1例
大和高田市立病院 外科 林 雪
- C03 竹串誤飲による小腸穿孔の一例
京都医療センター 外科 白 田 全 弘
- C04 イレウスをきたした小腸アニサキス症の1例
西宮市立中央病院 外科 上 村 尚
- C05 腹腔内出血をきたした十二指腸 GIST の1例
多根総合病院 外科 清 水 将 来

小腸・十二指腸 2 (9 : 40~10 : 20)

座 長 川崎健太郎
(神戸労災病院 外科)

- C06 術前に診断し、腹腔鏡下切除を行った内翻メッケル憩室の1例
京都府立医科大学 消化器外科 亀 井 武 志
- C07 Tamoxifen、Sulindac 併用療法が有効であった根治切除不可能な腹腔内デスマイド腫瘍の1例
大阪警察病院 外科 高 正 浩
- C08 小腸切除後機能的端々吻合部に著明な便塊貯留を認めた1例
市立岸和田市民病院 外科 田 中 祐 司

C09 成人小腸異所性腺 4 例の検討

天理よろづ相談所病院 腹部一般外科 本 田 浩太郎

C10 幽門側胃切除術後に発症した胃石イレウスの一例

京都市立病院 外科 上 本 裕 介

小腸・十二指腸 3 (10:20~11:00)

座 長 藤谷 和正

(大阪府立急性期・総合医療センター 外科)

C11 SMA 狭窄症による小腸壊死の一例

済生会滋賀県病院 外科 小 西 智 規

C12 単孔式腹腔鏡下手術を行ったメッケル憩室による腸閉塞の一例

守口敬任会病院 外科 谷 浦 允 厚

C13 空腸瘻チューブ抜去の6ヵ月後、チューブ留置部に遅発性穿孔をきたした1例

赤穂市民病院 外科 松 川 浩 之

C14 小腸に狭窄を来たした非特異的小腸潰瘍の1例

赤穂市民病院 外科 田 淵 幹 康

C15 外傷性小腸穿孔に対し受傷30時間後に緊急手術を施行した一例

日本赤十字社和歌山医療センター 外科 置 塩 裕 子

大腸 1 (11:00~11:32)

座 長 目方 英治

(滋賀医科大学 消化器外科)

C16 後腹膜浸潤および空腸に瘻孔を形成した下行結腸癌の1例

西神戸医療センター 外科・消化器外科 山 下 暢 子

C17 再発を繰り返した悪性線維性組織球腫の1例

大阪医科大学 一般・消化器外科 石 井 正 嗣

C18 腹壁腫瘤を契機に発見された横行結腸癌の1例

大阪厚生年金病院 外科 岩 本 和 哉

C19 繰り返すイレウスを契機に発見した虫垂原発杯細胞カルチノイドの一例

西神戸医療センター 外科 住 井 敦 彦

午 後 の 部 (14:20~16:52)

大腸 2 (14:20~15:00)

座 長 石 井 洋
(市立福知山市民病院 外科)

- C20 直腸間膜膿瘍を形成した急性虫垂炎の1例
神戸労災病院 外科 下 山 勇 人
- C21 スtent留置後遅発性穿孔を来したS状結腸癌の1例
西神戸医療センター 外科・消化器外科 小寺澤 康 文
- C22 大腸癌術後遠隔転移病変に対して粒子線治療が有効であった2症例
奈良県立奈良病院 外科 中 谷 充 宏
- C23 mFOLFOX-6+ panitumumab 療法により切除しえた切除不能直腸癌の1例
府中病院 外科 湯 川 芳 美
- C24 糞便による閉塞性大腸炎の一例
市立堺病院 外科 蛭 原 健

大腸 3 (15:00~15:40)

座 長 内 野 基
(兵庫医科大学 下部消化管外科)

- C25 当院における急性虫垂炎に対する鏡視下手術の導入
市立堺病院 外科 馬場谷 彰 仁
- C26 術前化学療法が奏効し治癒切除が可能であった高度進行S状結腸癌の1例
大阪大学 消化器外科 壺 谷 友香子
- C27 腸重積症で発症した虫垂粘液嚢胞腺腫の1例
関西医科大学 消化器外科 穴 田 夏 樹
- C28 臀部経皮的ドレナージにより stoma 造設を回避できたLAR縫合不全の2例
守口敬任会病院 外科 植 野 吾 郎
- C29 術前 mFOLFOX6療法が奏功し Pathological CR が得られた局所進行直腸癌の1切除例
大阪府立成人病センター 消化器外科 深 田 唯 史

大腸4 (15:40~16:20)

座長 金澤 旭宣
(北野病院 消化器外科)

- C30 肛門腺由来粘液癌の一例
関西電力病院 萩 隆 臣
- C31 FOLFOX+Bevacizumabにて術後5年無再発生存を得た直腸癌傍大動脈周囲リンパ節転移の1例
和歌山県立医科大学 第二外科 水 本 有 紀
- C32 横行結腸間膜嚢腫感染に対して、右半結腸切除術を施行した1例
神戸市立西市民病院 外科 多 田 陽一郎
- C33 当院における腹腔鏡下虫垂切除術の検討
大津市民病院 外科 矢 内 勢 司
- C34 イレウスで発症した静脈硬化性大腸炎の1症例
京都大学 消化管外科 沼 尚 吾

大腸5 (16:20~16:52)

座長 向川 智英
(奈良県立奈良病院 外科)

- C35 Microsatellite instability (MSI)を示す大腸髄様型低分化腺癌の一例
京都大学 消化管外科 森 村 祐 樹
- C36 右結腸動脈瘤破裂により発症したSegmental arterial mediolysis (SAM)のIVRによる止血が有効であった一例
医誠会病院 消化器外科 山 本 真
- C37 経肛門的直腸異物3例の検討
日赤和歌山医療センター 東 出 靖 弘
- C38 回盲部放線菌症により成人腸重積をきたした一例
大阪赤十字病院 外科 増 井 秀 行

D 会 場 (2F 第3セミナー室)

午 前 の 部 (9 : 00~11 : 24)

膵臓 1 (9 : 00~9 : 40)

座 長 廣野 誠子

(和歌山県立医科大学 第2外科)

- D01 膵胆管合流異常を伴わない胆嚢・膵重複癌の一例
兵庫医科大学 外科学 宇 多 優 吾
- D02 EUS-FNA にて術前診断し得た膵外突出型腺房細胞癌の1切除例
大阪労災病院 外科 安 山 陽 信
- D03 黄色肉芽腫性膵炎の1切除例
社会福祉法人 済生会中和病院 外科 中 村 広 太
- D04 画像診断にて粘液性嚢胞腫瘍を疑われた巨大膵嚢胞の1例
京都府立与謝の海病院 清 水 佑 一
- D05 TS1破骨細胞型退形成性膵管癌の1切除例
大津赤十字病院 外科 鬼 頭 祥 悟

膵臓 2 (9 : 40~10 : 12)

座 長 大江 秀明

(大津赤十字病院 外科)

- D06 EUS-FNA で術前診断が可能であった膵腺房細胞癌の1例
京都府立医科大学 消化器外科 小 川 聡一朗
- D07 膵管内乳頭粘液性腺癌 (IPMC) 切除後に発生した異時性膵鉤部 IPMN の1切除例
神戸大学 肝胆膵外科 大 幡 真 也
- D08 膵管内乳頭粘液腫瘍由来膵癌が疑われ腹腔鏡下膵体尾部切除を施行した高齢者の1例
奈良県立奈良病院 外科 岩 本 崇 史
- D09 前診断で膵癌を否定できず切除を行った慢性膵炎の1例
京都大学 肝胆膵・移植外科 小 紫 彩 奈

膵臓 3 (10:12~10:44)

座長 高橋 秀典

(大阪府立成人病センター 消化器外科)

- D10 積極的外科治療により根治的切除が可能であった巨大膵神経内分泌腫瘍の1例
済生会野江病院 外科 吉田 朱里
- D11 腎細胞癌術後に異時性転移性皮膚腫瘍・膵腫瘍を切除した1例
奈良社会保険病院 奥村 公一
- D12 巨大 Solid and pseudopapillary neoplasm の1例
京都大学 肝胆膵・移植外科 加茂 直子
- D13 膵癌多発肺転移との鑑別に苦慮した細気管支肺胞上皮癌と膵頭部癌の同時性重複癌の1例
神鋼病院 外科 小田 奈央

腹壁・腹膜・ヘルニア 1 (10:44~11:24)

座長 洲崎 聡

(大津市民病院 外科)

- D14 穿孔性腹膜炎に対する腹腔鏡の有効性
市立池田病院 消化器外科 森 総一郎
- D15 下大静脈腫瘍栓を合併した後腹膜 Ewing 肉腫の1例
近畿大学 外科 東 千尋
- D16 Morgagni 孔ヘルニアの1手術例
兵庫県立淡路病院 外科 上田 泰弘
- D17 外傷性 Spigelian ヘルニアの1例
神戸市立医療センター中央市民病院 外科 阪本 裕亮
- D18 巨大 desmoid tumor の一例
守口敬任会病院 外科 鄭 賢樹

午 後 の 部 (14:20~16:36)

腹壁・腹膜・ヘルニア2 (14:20~15:00)

座 長 加藤 恭郎
(八尾徳州会総合病院 外科)

- D19 内膀胱上窩ヘルニアの1例
府中病院 外科 石 井 真梨子
- D20 Spigel ヘルニアの手術症例1例
日赤和歌山医療センター 外科 関 岡 明 憲
- D21 左傍十二指腸ヘルニアに対し腹腔鏡下修復術を施行した1例
大阪赤十字病院 外科 福 永 有 伸
- D22 術前に診断でき腹腔鏡下に治癒せしめた子宮広間膜ヘルニアの一例
京都桂病院 消化器センター 外科 池 田 真 也
- D23 当院における腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術の実際
京都大学 消化管外科 和 田 聡 朗

胆道1 (15:00~15:32)

座 長 古山 裕章
(天理よろづ相談所病院 腹部一般外科)

- D24 胆嚢管癌と術前診断した表層進展型胆管癌の一例
北野病院 消化器外科 岩 崎 惇
- D25 肝動脈走行異常を伴う中下部胆管癌に対する臍頭十二指腸切除の1例
大阪厚生年金病院 外科 宋 智 亨
- D26 ICG 蛍光法により安全に手術を行えた胆嚢胆石症の1例
大津赤十字病院 外科 中 村 直 人
- D27 胆嚢癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例
兵庫医科大学 肝胆膵外科 裴 正 寛

胆道 2 (15:32~16:04)

座長 西鉢 隆太

(京都桂病院 外科)

D28 糖原病 Ia 型に胆管細胞癌を合併した一例

近畿大学 外科 田中 寛 樹

D29 胆石性胆嚢炎に起因する右横隔膜下膿瘍を発症し肺癭を形成した 1 症例

大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科 小松 久 晃

D30 急速な胆道内圧上昇をきたし、総胆管穿孔を伴った膵胆管合流異常の女児の一例

守口敬任会病院 外科 市川 善 章

D31 TAE 後に発症した壊疽性胆嚢炎の 1 例

大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科 山根 心

胆道 3 (16:04~16:36)

座長 天野 良亮

(大阪市立大学 腫瘍外科)

D32 胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB) の一切除例

神戸大学 肝胆膵外科 保原 祐 樹

D33 広範囲の表層進展を認め、肝右葉切除術+膵頭十二指腸切除術を施行した下部胆管癌の一例

京都大学 肝胆膵・移植外科 和田 征 大

D34 ソフト凝固と超音波凝固切開装置を使用した当院での腹腔鏡下急性胆嚢炎手術

神鋼病院 長谷川 寛

D35 総胆管閉塞を来した胆嚢管低位合流の 2 例

市立枚方市民病院 外科 斎藤 明 菜

E 会 場 (2F 第2セミナー室)

午 前 の 部 (9:00~11:32)

腎・内分泌・脾・門脈 (9:00~9:40)

座 長 河本 泉
(関西電力病院 外科)

- E01 腎血管筋脂肪腫破裂によりショックを来した一例
東住吉森本病院 救急・総合診療部 池 邊 孝
- E02 脾破裂による腹腔内出血で発症した脾原発血管肉腫の一例
神戸市立医療センター中央市民病院 外科 山 本 健 人
- E03 脾原発悪性リンパ腫の一例
社会保険京都病院 外科 崔 聡 仁
- E04 遊走脾に合併した脾捻転の1例
大阪赤十字病院 外科 奥 村 慎太郎
- E05 副腎偶発腫瘍として切除し得た非機能性副腎皮質癌の1例
大阪市立大学 腫瘍外科 山 越 義 仁

小児1 (9:40~10:20)

座 長 田尻 達郎
(京都府立医科大学 小児外科)

- E06 年長発症の腸回転異常症の1例
関西医科大学附属枚方病院 小児外科・外科 橋 本 祐 希
- E07 急性増悪した保存的治療抵抗性潰瘍性大腸炎に対して用手補助下腹腔鏡下大腸全摘回腸J囊肛門管吻合術：HALS-IACA を施行した一例
近畿大学 小児外科 益 海 大 樹
- E08 空腸異所性膵に起因した胎児腸重積の1手術例
大阪市立大学 小児外科 山 本 美 紀

E09 バイパス術を施行した十二指腸狭窄の1例
北野病院 小児科 金子直人

E10 IVC 離断・再建を要した肝尾状葉肝芽腫の1切除例
京都大学 小児外科 小川絵里

小児2 (10:20~10:52)

座長 小川 絵里
(京都大学 小児外科)

E11 乳児肝膿瘍の1例
兵庫県立塚口病院 小児外科 高田 齊人

E12 遷延する呼吸障害にて発見された巨大頸部縦隔脂肪芽腫の1例
京都府立医科大学 小児外科 笹 栗 由 貴

E13 当科における小児急性虫垂炎に対する治療変遷
日本赤十字社和歌山医療センター 外科 上野 剛平

E14 喘鳴を主訴に発見された食道異物の2例
京都大学 小児外科 西川 泰代

その他1 (10:52~11:32)

座長 八木 俊和
(社会保険滋賀病院 外科)

E15 胃癌・胆管癌の同時切除を施行した超高齢者手術の1例
奈良県立奈良病院 外科 西口 由希子

E16 虫垂子宮内膜症の1例
明和病院 外科 永田 健

E17 保存的治療にて軽快した大網捻転症の1例
公立甲賀病院 外科 中浦 玄也

E18 炎症が腹膜前腔に波及したフルニエ症候群の1例
健生会 土庫病院 奈良大腸肛門病センター 下林 孝好

E19 寄生虫が迷入していた虫垂炎の一例
西神戸医療センター 消化器外科 田坂 佳資

午 後 の 部 (14:20~17:00)

その他2 (14:20~15:00)

座 長 内田 茂樹

(公立豊岡病院 外科)

- E20 横行結腸癌術後5年目に発生した大網デスマイド腫瘍の1例
京都第二赤十字病院 外科 中木村 朋 美
- E21 小網に発生した成人リンパ管腫の1例
田附興風会医学研究所北野病院 岩 村 宣 亜
- E22 脳死下腭腎同時移植後、血栓症・消化管出血・感染症で難渋した一例
京都府立医科大学 移植一般外科 原 田 俊 平
- E23 便秘に起因した気腹症の1例
石切生喜病院 外科・消化器外科 倉 島 夕紀子
- E24 症状を有する正中弓状靭帯圧迫症候群に対して外科的に靭帯切開術を施行した一例
日本パプテスト病院 外科 多 田 正 晴

その他3 (15:00~15:40)

座 長 藤田 益嗣

(医療法人 マキノ病院 外科)

- E25 腹腔鏡下に摘出し得た若年女性の後腹膜神経鞘腫の1例
京都桂病院 消化器センター外科 工 藤 亮
- E26 S状結腸憩室穿孔と鑑別が困難であった非穿孔性腹膜炎を呈した気腫性膀胱炎の一例
神鋼病院 外科 浅 利 建 吾
- E27 indocyanine green と赤外線カメラにより消化管穿孔を診断した1例
兵庫県立塚口病院 外科 岩 間 英 明
- E28 直腸癌穿通による Fournier's 症候群
武田総合病院 外科 桂 彦太郎
- E29 消化管穿孔21例についての臨床的検討
兵庫県立塚口病院 外科 池 田 太 郎

乳腺 1 (15:40~16:20)

座長 田口 哲也

(京都府立医科大学 内分泌・乳腺外科)

- E30 乳癌術後リンパ節再発との鑑別に苦慮した結核性鎖骨上リンパ節炎の1例
大阪医科大学 一般・乳腺・内分泌外科 佐藤 七夕子
- E31 乳癌肺転移と鑑別を要したシェーグレン症候群関連結節性肺アミロイドーシスの1例
NTT 西日本大阪病院 乳腺内分泌外科 柳川 雄大
- E32 腺筋上皮腫との鑑別が困難であった乳腺紡錘細胞癌の1例
大阪市立大学 腫瘍外科 浅野 有香
- E33 葉状腫瘍内に非浸潤性乳管癌 (DCIS) を合併した2例
大阪医療センター 乳腺外科 田口 裕紀子
- E34 基底様 (basal-like) 乳癌の術前化学療法におけるドセタキセル及びシスプラチン併用
レジメンの検討
京都大学 乳腺外科 鳥井 雅恵

乳腺 2 (16:20~17:00)

座長 吉岡 節子

(済生会千里病院 外科)

- E35 多発脳転移を伴った HER2陽性乳癌に対してラパチニブ・カペシタビン併用療法が奏効
した1例
京都府立医科大学 内分泌・乳腺外科 杉本 里保
- E36 妊娠期に発症した葉状腫瘍の1手術例
京都大学 乳腺外科 有光 竜樹
- E37 転移性脊髄髄内転移 (intramedullary spinal cord metastases, ISCM) を認めた乳癌の
2例
大阪赤十字病院 乳腺外科 仙田 典子
- E38 乳腺巨大葉状腫瘍の1例
大津市民病院 外科 橘 強
- E39 当院乳癌症例における原発、再発巣の intrinsic subtype・ki67の変化について
京都大学 乳腺外科 西江 万梨子

一 般 演 題
抄 錄

A01

大量輸血後の二次性ヘモジローシスに合併した巨大肝細胞癌の一例

¹兵庫医科大学 肝胆脾外科

中村 育夫¹、飯室 勇二¹、宇多 優吾¹、黒田 暢一¹、平野 公通¹、岡田 敏弘¹、麻野 泰包¹、鈴木 和夫¹、近藤 祐一¹、田中 肖吾¹、小坂 久¹、はい 正寛¹、末岡 英明¹、矢田 章人¹、大橋浩一郎¹、岡本 共弘¹、栗本 亜美¹、山中 潤一¹、藤元 治朗¹

症例は41歳、女性。15歳時より再生不良性貧血のため当院血液内科で follow されていた。また、大量輸血を受けたことがある。2012年8月より嗽咳が続き、胸部CTを施行。肝右葉に巨大な肝腫瘍を指摘され当科紹介。HBs抗原、HCV抗体は陰性で、アルコールの多飲歴はない。腹部CTでは、S8/7を中心に13X10cm大の巨大な腫瘍を認め肝細胞癌が疑われた。右葉を占拠する巨大肝腫瘍に対して肝拡大右葉切除術を施行した。術中造影US所見では肝外側区域に2cm以下の腫瘍を5個認めたが、術後TACEを行うこととし手術を終了した。病理組織診断では、腫瘍は中分化型肝細胞癌で非腫瘍部の肝組織は鉄沈着を認め hemosiderosis と診断された。合併症なく経過良好にて術後21日目に退院となった。ヘモクロマトーシス（遺伝性）に肝細胞癌を合併することは知られているが、大量輸血後の二次性ヘモクロマトーシスに肝細胞癌の合併は稀であり文献的考察を加えて報告する。

A03

肝形質細胞腫の1例

¹長浜赤十字病院 外科

高田 健¹、谷口 正展¹、金井 俊平¹、北村 美奈¹、長門 優¹、中村 一郎¹、中村 誠昌¹、川口 晃¹、下松谷 匠¹、丸橋 和弘¹

症例は60歳代男性。半年前に胃癌にて腹腔鏡下胃全摘術を施行し、術後フォローのため外来に通院中であった。食事摂取量の低下および全身倦怠感を認めたため、血液検査を施行した。結果、炎症反応の上昇（CRP 10）、低栄養（alb 1.5）、 γ -グロブリン分画の上昇を認めたため精査加療目的で入院となった。腹部造影CT検査にて肝5,6を中心に径約100mmの不均一に造影される腫瘤陰影を認めた。肝腫瘍の診断にて抗生剤投与を行うも腫瘤陰影が残存した。診断確定のため肝生検を施行したところ形質細胞の浸潤と増殖を認めた。全身精査にて肝以外に病変を認めず、肝に発生した髄外性形質細胞腫の診断にて手術を施行した。手術は肝右葉切除を行った。切除標本の病理組織検査にて形質細胞の腫瘍性増殖を認め肝形質細胞腫の診断となった。術後は良好に経過した。肝原発の形質細胞腫は非常にまれであるため若干の文献的考察を加え報告する。

A02

肝臓後区域欠損、左葉低形成に合併した上部胆管癌の根治切除例

¹滋賀県立成人病センター 外科

尾川諒太郎¹、木田 裕也¹、本庄 真彦¹、宇野伊津美¹、中村 直彦¹、中川 淳¹、矢澤 武史¹、山本 道宏¹、川村純一郎¹、原田 英樹¹、山本 秀和¹、四元 文明¹、財間 正純¹

71歳女性。主訴は肝機能障害。腹部CTで肝内胆管の拡張と上部胆管の狭窄に加え、後区域欠損および尾状葉の萎縮という形態異常が見られた。ERCでも上部胆管に狭窄像あり、胆汁細胞診で adenocarcinoma を認めた。以上より肝臓形態異常に合併した上部胆管癌と診断し、手術を行った。開腹所見として術前診断通り後区域完全欠損を認めたが、術前尾状葉欠損と診断していたものは、完全に萎縮した左葉と代償性に肥大した尾状葉であった。門脈、右肝動脈再建を伴う拡大左葉切除術に加えて臍頭十二指腸切除術を施行、術後経過は良好でトラブルなく軽快退院した。病理では、萎縮の原因となる疾患、既往歴認めず、5年前のCTでも同様の形態異常があることから上部胆管癌が原因とも考え難く、本症例は肝臓低形成もしくは先天性の欠損であると考えられた。本症例の様な肝形態異常は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

A04

偶発的に発見された肝被膜下出血を伴った肝細胞癌破裂の1例

¹関西医科大学 外科

菱川 秀彦¹、松井 康輔¹、石崎 守彦¹、海堀 昌樹¹、松島 英之¹、坂口 達馬¹、津田 匠¹、権 雅憲¹

【はじめに】偶発的に発見された被膜下出血を伴った肝細胞癌破裂の1例を経験したので報告する。【症例】80歳、女性。膀胱腫瘍精査中にCTにて外側区域に1cm大の突出型腫瘍、S4にcm大の腫瘍を認めた。AFP261351 ng/ml、PIVKA-2 75000 AU/ml以上、Child-PughスコアA。予定手術3日前に入院。入院時のCTにてS4腫瘍の増大および周囲の淡い高吸収域、fluid貯留を認め肝被膜下出血と診断。全身状態安定しており貧血の進行を認めず、予定どおりの手術日に手術を施行。手術は拡大左葉切除術を施行。S4腫瘍周囲に多量の血腫を認めた。術後12日目に退院。【考察】被膜下血腫に留まる肝癌破裂の場合、通常は急激なバイタルサインの変動を伴うことは少ないとされており、本症例においても数日前に軽度の腹痛をきたしたのみで、その他の異常は認めず、偶発的に発見され待機的手術を行った。肝癌被膜下出血は本邦でも報告は少なく、若干の文献的考察を含め報告する。

A05

術前診断が困難であった巨大肉腫様肝細胞癌の1切除例
¹関西電力病院 外科、²関西電力病院 病理部

池田 温至¹、萩 隆臣¹、加茂 直子¹、河本 泉¹、
井上 直也¹、粟根 雅章¹、恒川 昭二¹、滝 吉郎¹、
今村 正之¹、河合 潤²

症例は77歳男性。平成24年10月より倦怠感出現したため近医を受診。Hb4.1g/dlと著明な貧血と左上腹部の腫瘍を指摘され当院転院となった。採血上、肝機能障害、貧血を認め、腫瘍マーカーはCEA、CA19-9、AFPは正常で、PIVKA-2が3030mAU/mlと高値であった。造影CTにて13cm×13cm大の肝外側区域および胃壁との境界不明瞭な分葉状腫瘍と幽門前庭部の壁肥厚を認めた。上部消化管内視鏡では胃体中部大弯に巨大な粘膜下腫瘍を認めた他、前庭部に2型の進行胃癌を認めた。進行胃癌および胃GISTによる肝浸潤の術前診断で幽門側胃切除、肝部分切除、横行結腸部分切除施行した。病理結果は胃癌および肉腫様肝細胞癌の合併であった。肉腫様肝細胞癌は非常に悪性度が高く、稀な疾患である。今回、我々は進行胃癌と巨大肉腫様肝細胞癌が合併し術前診断に苦慮した症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

A07

原発巣に先行し大腸癌肝転移腫瘍の切除を行った1症例
¹関西医科大学 外科

菱川 秀彦¹、海堀 昌樹¹、石崎 守彦¹、松井 康輔¹、
松島 英之¹、坂口 達馬¹、津田 匠¹、徳原 克治¹、
岩本 慈能¹、権 雅憲¹

【はじめに】同時性大腸癌肝転移に対する肝切除時期については議論の余地がある。今回、巨大な大腸癌肝転移に対し、肝切除を先行させた1例を経験したので報告する。【症例】70歳、女性。検診にて肝右葉を占める巨大腫瘍を認め近医受診。CT上は肝細胞癌としては非典型的であり、画像上肝内胆管癌および転移性肝腫瘍を疑われ当院紹介。PET-CTにて盲腸部の異常集積、下部消化管内視鏡にて2型の進行癌を認め、盲腸癌および転移性肝腫瘍の診断のもと化学療法を施行。効果判定CTにて盲腸癌はPR、肝腫瘍はPDの判定であり、肝腫瘍は破裂の危険性が高く、腫瘍増大に伴う下大静脈圧排にて血栓形成を認めた為、肝切除を先行する方針とした。手術は右3区域切除術を施行。術後14日目に合併症なく退院。1ヶ月後に盲腸癌根治切除を施行。【考察】本症例のように原発巣のコントロールが可能と予測される場合、病状に応じ肝切除を先行することも可能と考えられた。

A06

転移性肝癌に対する3回の肝切除後に認められた肝炎炎症性偽腫瘍の1例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科、
²大阪医科大学 病理学

上田 博文¹、林 道廣¹、井上 善博¹、米田 浩二¹、
朝隈 光弘¹、廣川 文鋭¹、竹下 篤²、宮本 好晴¹、
内山 和久¹

肝炎炎症性偽腫瘍（以下IPT）は稀な疾患で、肝転移との鑑別が困難な場合が多い。大腸癌肝転移に対し3回の肝切除後に肝腫瘍を認め、再発と診断し手術を行ったIPTを経験したので報告する。症例は62才、女性。平成21年10月S状結腸癌に対しS状結腸切除を施行した(tub2, ss, n1, H0, StageIIIa)。平成22年1月多発性肝転移指摘し、mFOLFOX6 + avastin を施行後、平成23年2月CTでPRと判断した。その後肝転移に対し3回の肝切除術を施行した。3度目の術後に胆管狭窄を来しステントを留置したが、その後肝S3に腫瘍を認め、大きさ27mmと増大傾向を認め、肝転移再発と判断し、平成24年10月腹腔鏡下S3部分切除を施行した。病理学的にIPTと診断された。結語：肝IPTは術前に正確な診断が困難な症例が多い。3回の肝切除後で増大傾向を認め、肝転移と診断し肝切除を行った。今回は3度目の術後に胆管狭窄を来し、ステント留置後であり、IPTを念頭に入れておくべきと考えられた。

A08

術前診断に苦慮した子宮体癌術後14年目に認めた肝転移の1切除例

¹大阪大学 消化器外科

梶原 淳¹、富丸 慶人¹、江口 英利¹、濱 直樹¹、
和田 浩志¹、秋田 裕史¹、川本 弘一¹、小林 省吾¹、
永野 浩昭¹、土岐祐一郎¹、森 正樹¹

【はじめに】肝内胆管癌や混合型肝癌と他臓器癌肝転移の鑑別は困難であることが少なくない。子宮体癌は治療後3年以内の再発が多く、10年以降の再発は稀である。今回、子宮体癌切除14年後肝転移再発の1切除例を経験したので報告する。【症例】65歳女性。肝腫瘍精査目的に当科紹介。14年前に遺伝性非ポリポーシス大腸癌にて大腸亜全摘術、子宮体癌(StageI)にて子宮全摘術施行。血液検査でCA19-9の上昇を認めた。腹部造影CTにて肝左葉に門脈内腫瘍栓を伴う径11cm大のlow density massを認めた。諸検査で肝以外に病変を認めず、肝内胆管癌または混合型肝癌と診断し肝拡大左葉切除術を施行。病理所見は異型腺管が肝組織に浸潤増生する腺癌肝転移の像で、免疫染色にてCK7陽性、CK20陰性、14年前の子宮体癌の標本との類似性より子宮体癌肝転移と判断した。【考察・結語】極めて稀ではあるが、他臓器癌切除後長期経過後に肝転移を来す例があることを認識すべきである。

A09

直腸癌同時性巨大肝転移に対して化学療法後が著効し肝左3区域切除を施行しえた1例

¹京都大学 肝胆脾・移植外科

奥村 晋也¹、田浦康二郎¹、波多野悦朗¹、岩間 英明¹、瀧本 郁久¹、中村 清邦¹、和田 征大¹、奥田雄紀浩¹、富山 浩司¹、西田 久史¹、藤本 康弘¹、水本 雅己¹、上本 伸二¹

症例は69歳男性。直腸癌にて直腸高位前方切除を施行した。同時に左3区域を占める径20cmの巨大肝転移を認めた。主肝静脈3枝に浸潤し切除は困難と判断、化学療法を行う方針とし、mFOLFOX6+Panitumumabを8クール施行した。化学療法が著効し肝腫瘍径は12cmに縮小した。切除の可能性を求め当科紹介となった。腫瘍は縮小していたとはいえ依然右肝静脈根部～肝部下大静脈への浸潤の疑いもあったため、必要であれば肝を冷却灌流下に右肝静脈、下大静脈の再建を行うことも念頭に置いて手術を施行した。結果的には右肝静脈根部に腫瘍の直接浸潤は認めず、定型的に肝左3区域切除を施行しえた。大腸癌化学療法の発達に伴い初診時に切除不能であった症例でも切除を考慮できる症例が増えてきた。とりわけ血管浸潤の有無について画像診断で「過大評価」をすることにより切除のチャンスを逃さないようにすることが重要との認識を得た。

A11

S-1 + CDDP 療法が著効した、胃癌の同時性肝転移と術前診断された肝内胆管癌の一例

¹京都府立医科大学 消化器外科

大西 規史¹、小林 博喜¹、岡本 和真¹、小西 博貴¹、小松 周平¹、窪田 健¹、市川 大輔¹、塩崎 敦¹、藤原 齊¹、森村 玲¹、村山 康利¹、栗生 宜明¹、生駒 久視¹、中西 正芳¹、阪倉 長平¹、大辻 英吾¹

【はじめに】肝内胆管癌に対する化学療法の奏効率は極めて低い。また、画像上肝内胆管癌と転移性肝癌との鑑別は困難である。今回、S-1 + CDDP 療法が著効した、胃癌の同時性肝転移と術前診断された肝内胆管癌の一例を経験した。【症例】60歳女性。主訴は嘔気。上部消化管内視鏡で噴門部に3型病変を認め、生検で $por > tub2$ を検出した。CTで肝外側区域に6cm径の腫瘍および胃所属リンパ節腫大を認め、噴門部癌の肝転移、リンパ節転移と診断した。S-1+CDDP 療法を2クール施行後、胃病変、肝病変の著明な縮小を認め、胃全摘、肝外側区域切除に切り替え、R0切除が行えた。病理診断で肝転移と思われた病変は肝内胆管癌であった。現在、術後補助化学療法中である。【考察】肝内胆管癌と転移性肝癌の鑑別は困難であるが、本症例のようにS-1+CDDP が著効する例もあり、肝内胆管癌と思われる病変を併発する胃癌症例においてもS-1+CDDP 療法を施行する価値があると考えられた。

A10

先天性肝のう胞による著明な腹部膨満症例にのう胞開窓術にてQOLの改善が得られた1例

¹京都府立医科大学 移植・一般外科

中尾 俊雅¹、岡島 英明¹、原田 俊平¹、越野 勝博¹、鈴木 智之¹、坂井 利規¹、昇 修治¹、牛込 秀隆¹、吉村 了勇¹

先天性多発のう胞腎・肝症例で肝腫大のためQOLの低下をきたす症例に対しては肝移植が適応とされている。今回、のう胞開窓術・肝部分切除術が有効であった症例を経験した。症例は60歳女性、肝腫大のため呼吸困難、食事摂取困難で肝移植目的にて紹介。のう胞腎による腎機能障害も認めていたが透析導入は不要であった。生体ドナー候補なく、脳死肝移植登録を行った（緊急度6点）。終日就寝を要し日常生活を送ることも支障がみられQOL改善目的で肝のう胞開窓術・肝部分切除術を行った。手術時間6時間51分開窓術にはリガシユアを用いた。術後胆管合併症はみられなかった。QOLは改善し、透析導入にも至らず軽快退院した。現在術後3年、食事摂取可能、横隔膜挙上・呼吸困難もみられていない。腹部膨満をきたす肝のう胞に対してシーリングデバイスを用いたのう胞開窓術は術後胆管合併症の発症頻度を低下させ、QOL改善が得られることができる可能性が示唆された。

A12

肝内結石症に対する肝切除後に長期経過を経て発症した胆管癌の2症例

¹大阪市立大学 肝胆脾外科

濱野 玄弥¹、竹村 茂一¹、坂田 親治¹、浦田 順久¹、西岡 孝芳¹、野沢 彰紀¹、木下 正彦¹、伊藤 得路¹、久保 正二¹

肝内結石症は胆管癌の high risk state である。今回、肝内結石症に対し肝切除施行後に長期間を経て発症した胆管癌の2症例を報告する。症例1：70歳、女性。37歳時に肝内結石症に対して肝外側区域切除術、胆嚢摘出術、左肝管（切離面）空腸吻合術、総肝管空腸吻合術を施行され、42歳時に再発肝内結石症に対し胆管切開・載石術を施行された。69歳時より繰り返す胆管炎症状がみられたため当院を受診した。精査より多発肝転移を伴う肝門部胆管癌と診断され、化学療法が行われたが、4か月後に癌死した。症例2：67歳、男性。49歳時に肝内結石症に対して肝後区域切除術、S3亜区域切除術、胆嚢摘出術、総胆管切開・採石術を施行された。67歳時に胆管炎症状がみられたため当科を受診した。精査により進行肝門部胆管癌と診断され、局所制御目的に放射線治療が行われたが、11か月後に癌死した。肝内結石症例では、長期にわたり胆管癌発症の可能性を考慮すべきと考えられた。

A13

胆管動脈3D fusion 画像が切除プランニングに有用であった肝門浸潤を伴う肝内胆管癌の一例

¹京都大学 肝胆膵・移植外科

瀧本 郁久¹、奥田雄紀浩¹、田浦康二郎¹、波多野悦朗¹、小川 晃平¹、伊藤 孝司¹、増井 俊彦¹、池野 嘉信¹、水本 雅己¹、藤本 康弘¹、西田 久史¹、富山 浩司¹、奥村 晋也¹、和田 征大¹、中村 清邦¹、上本 伸二¹

3D 画像が切除術式の立案、遂行に有用であった肝内胆管癌の一例を経験したので報告する。症例は32歳女性。肝左葉を主座とする肝内胆管癌で、右肝動脈、門脈左右分岐部への浸潤が疑われた。ENBD より希釈造影剤を注入し CT を撮影することで胆管の3D 画像を構築し、動脈、門脈、腫瘍の3D 画像との fusion 画像を作成した。Fusion 画像をもとに右肝動脈、門脈、胆管の切離再建部位を想定した。手術に於いてはまず動脈の切離再建予定部位にアプローチし、再建が可能であることを確認した。肝実質切離を先行終了後に胆管を切離した。動脈の再建に当たっては、残肝の完全虚血を防止するためまず動脈切離再建を行った後に、門脈切離標本摘出→門脈再建を行った。血管合併切除を要する複雑な肝門部領域癌の手術に於いて、肝門部主要構造をすべて網羅した3D fusion 画像は切除プランニング、安全な手術の遂行に有用と思われた。

A15

生体肝移植ドナー手術におけるドレーン非留置は妥当か

¹朝日大学附属村上記念病院外科、

²京都大学肝胆膵・移植外科

桐野 泉^{1,2}、海道 利実²、小川 晃平²、伊藤 孝司²、藤本 康弘²、森 章²、波多野悦朗²、上本 伸二²

【目的】当科で行われた生体肝移植ドナー手術における、術後ドレーン非留置の妥当性について検討した。【方法】2010年1月から2012年3月に当科で生体肝移植ドナー手術を施行した153例について、Clavien 分類2以上の合併症発症率、胆汁漏発症率、グラフト別胆汁漏発症率を検討した。【結果】Clavien 分類2 15例 (9.8%)、3a 8名 (5.2%)、3b 以上はなし。穿刺ドレナージを要した胆汁漏は6例 (3.9%) に認められた。発症日中央値は術後31日 (10-40日) であった。グラフト別では、右葉4例 (8.0%)、左葉1例 (1.4%)、外側区域1例 (3.1%) で、全例、穿刺ドレナージ (うち3例は ENBD チューブ留置) により軽快した。【結論】低い胆汁漏発症率、発症日が術後10日以降であったこと、ドレーン留置による感染のリスク等を考慮すると、生体肝移植ドナー手術におけるドレーン非留置は妥当と考える。

A14

術中 PDE により肝細胞癌 RFA 治療部の遺残病巣を同定した1例

¹和歌山県立医科大学 第2外科

重河 嘉靖¹、谷 眞至¹、上野 昌樹¹、速水 晋也¹、山口 俊介¹、山上 裕機¹

【緒言】インドシアニンググリーンは、肝細胞癌病巣に一定期間集積し続けるため、術中近赤外線観察カメラシステム (photodynamic Eye: PDE) を行うと、微小な肝細胞癌も蛍光観察することができる。今回、PDE にて肝細胞癌 RFA 治療部の遺残病巣を術中に同定した1例を経験し報告する。【症例】73歳、男性。2009年7月に初発肝細胞癌に対し内側区域切除術を施行。その後、2012年6月、10月に S3 に再発を認め、RFA を施行。2013年1月、S8 の辺縁に再発を認め、RFA 不能で、再肝切除を施行。術中、病変部位の同定のため PDE 観察を行うと、S8 病変部とともに S3RFA 治療部の断端に蛍光を発する病変を認め、同部の切除も行った。病理結果では、S8、S3 ともに中分化型肝細胞癌を認めた。【結語】術中に PDE を用いることは、RFA 治療後の遺残病巣も同定でき、癌の遺残を予防するのに有用な方法と考える。

A16

乳児生体肝移植後の閉腹に難渋した1例

¹大阪市立大学大学院 肝胆膵外科学、

²大阪市立大学大学院 小児外科学

伊藤 得路¹、浦田 順久¹、木下 正彦¹、濱野 玄弥¹、野沢 彰紀¹、西岡 孝芳¹、坂田 親治¹、竹村 茂一¹、久保 正二¹、山本 美紀²、林 宏昭²、諸富 嘉樹²

症例は2ヵ月、4.3kg の男児。他院で胆道閉鎖症の肝管空腸吻合術後の減黄不良に対して、葛西手術が施行された。直後より肝逸脱酵素の著明な上昇、肝の広範囲な梗塞と壊死像が認められたため、3日後に当院で父とドナーとした生体肝移植術を施行した。重量は170g、グラフト/体重比は3.9%の S2グラフトを用いた。肝血流を確認しつつ閉腹したが、直後に out flow block の所見が認められたため、一期的閉腹は困難と判断し、シリコンシートを欠損部にパッチとして逢着し閉腹した。3日後に閉腹を試みるも、5時間後に肝動脈血流の著明な低下が認められ、動脈血栓症の診断のもと動脈血栓除去と肝動脈再吻合術を施行した。その後も2回の閉腹を試みるも肝血流の低下が認められたため、肉芽形成と上皮化を待つこととした。肝移植後115日後には、欠損部はほぼ自然閉鎖する形で治癒し、軽快退院となった。肝移植後の閉腹に難渋した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

A17

生体肝移植後10日目に突然の肝不全を認めたが集学的治療により軽快した1例

¹京都大学 肝胆膵・移植外科

佐藤 朝日¹、海道 利実¹、小川 晃平¹、安近健太郎¹、増井 俊彦¹、桐野 泉¹、福光 剣¹、小紫 彩奈¹、上本 伸二¹

患者は26歳女性。胆道閉鎖症に対する葛西術後の肝硬変にて、母親をドナーとする生体肝移植術を施行した (compatible, V5,V8再建を伴う右葉グラフト, GRWR 0.96%)。免疫抑制剤はFKとMMFを使用し、早期経腸栄養を行い、POD9までは発熱とT.Bil値の高値遷延を認めるも概ね良好に経過していた。プロカルシトニンは低値で、POD10の肝生検では軽～中等度の急性拒絶反応が疑われた。同日突然、40℃の発熱と血圧低下、無尿を来とし、集中治療を開始した。POD11には、AST/ALT=3626/1509、T.Bil15.2mg/dlまで上昇し、血液培養陽性と判明、ステロイドパルス療法とバシリキシマブ、抗生剤とガンマグロブリン療法、CHDFと血漿交換などを施行し、状態の改善が得られた。初めて肝移植レシピエントの主治医となり、POD10に突然の肝不全を来とし、診断に苦慮し、肝移植術後管理について示唆に富む1例であったため報告する。

B01

胸部食道切開にて義歯を摘出しえた食道異物の一例

¹京都第一赤十字病院 外科、
²京都第一赤十字病院 救急科

山下 太郎¹、糸川 嘉樹¹、久保 秀正¹、田中 善啓²、水谷 政之²、名西 健二²、生田 大二¹、丹後 泰久¹、下村 克己¹、池田 純¹、谷口 史洋¹、高階謙一郎²、塩飽 保博¹、池田 栄人^{1,2}

患者は85歳男性。既往にアルツハイマー型認知症あり。ショートステイ中、義歯がなくなっているのが発覚。数時間後、嘔吐、胸痛・呼吸困難出現し、近医を受診。胸部X線写真にて食道下部に義歯を認め、誤嚥を確認した。CTにて縦隔気腫を認め、食道穿孔を疑い加療目的に当院紹介となった。義歯の大きさと同画像所見より、内視鏡的摘出術の適応外と判断し、全身麻酔下に右開胸アプローチにて食道切開し義歯を摘出、直接縫合し閉鎖した。術後30日目に合併症なく退院となった。食道異物は内視鏡的摘出が可能であることが多いが、今回の症例のように、外科的摘出が必要となる例もまれにある。当院でこれまでに経験した、食道異物に対する内視鏡的治療例・外科的治療例を検証し、考察を行ったので合わせて報告する。

A18

原発性高尿酸血症 type 1に対する、生体部分肝移植の経験

¹京都大学 肝胆膵・移植外科

中村 清邦¹、藤本 康弘¹、波多野悦郎¹、水元 雅己¹、田浦康二郎¹、西田 久史¹、富山 浩司¹、奥田雄紀浩¹、奥村 晋也¹、和田 征大¹、瀧本 郁久¹、小川 晃平¹、吉澤 淳¹、森 章¹、海道 利実¹、上本 伸二¹

背景：高尿酸血症は肝に存在する alanylglutamate aminotransferase が先天的に欠損する常染色体劣性の代謝性疾患であり、半数の症例で15歳までに慢性腎不全に陥る。症例：移植時17歳の男性。3歳より血尿、5歳より腎結石を認め、その後血清 Cre が上昇したが、原因不明として経過観察されていた。15歳の腎移植検討時に、原発性高尿酸血症 type 1 と診断された。血液透析導入後、当院へ入院し、父親からの生体部分肝移植 (左葉グラフト, GRWR 0.84%, A to AB) を施行した。術後12日目に、門脈狭窄、腹腔内出血に対する再手術を要した。Bacillus cereus による敗血症を乗り越え、軽快傾向にある。結語：本疾患の本態は、肝での酵素欠損であり、腎不全発症前の肝移植による治療が理想的である。しかし、腎不全後に確定診断に至ることが多く、肝および腎移植が必要となる。尿酸による移植腎の障害を避けるため、血中尿酸濃度が低下した段階での腎移植を予定している。

B02

食道癌治療中に食道偏位が観察された2例の検討

¹神戸中央市民病院 外科

姚 思遠¹、小林 裕之¹、岡田 和幸¹、山本 健人¹、井ノ口健太¹、近藤 正人¹、八木真太郎¹、三木 明¹、瓜生原健嗣¹、橋田 裕毅¹、貝原 聡¹、細谷 亮¹

食道癌に対する放射線療法の照射野の決定にはCT画像をもとに3次元治療計画法を用いているが、皮膚へのマーキングのみで照射の度に再現性の評価を行っていないことが多い。今回我々は食道癌治療中に食道が偏位していた2例を経験したので報告する。症例は57歳女性と69歳の男性で、胸部下部食道癌に対して1例は術前化学療法の後、1例は前治療なしで食道亜全摘術を施行した。いずれの症例においても、術前のPET-CTでは腫瘍部を含む食道は左胸腔側に偏位していたが、違う時期に施行した施行したCT検査では偏位が見られなかった。自験例では2症例とも術前放射線療法は施行していないが、食道の偏位は主に照射野の再現性に関わる問題である。治療にあたっては病巣進展範囲の把握、患者体位の再現性が重要であり、特に下部食道に病変がある場合は偏位する可能性を念頭に置き、Image-guided radiotherapyを取り入れることも検討すべきである。

B03

両側 VATS 術後3日目に発症した特発性食道破裂

¹市立豊中病院 外科

銚之原健太郎¹、岩澤 卓¹、川西 賢秀¹、池田 敦世¹、
亀山 亨¹、新毛 豪¹、大原 信福¹、益池 靖典¹、
大島 一輝¹、谷田 司¹、島野 尚典¹、野田 剛広¹、
小森 孝通¹、森田 俊治¹、今村 博司¹、赤木 謙三¹、
堂野 恵三¹、北田 昌之¹

症例は72歳男性。2013年3月に転移性肺癌に対して胸腔鏡下両側肺部分切除術を施行した。経過良好で術後1日目にはドレーンを抜去したが、3日目に嘔吐後から背部痛を訴え、胸部X線で皮下気腫と右肺虚脱を認めたためドレーンを挿入し経過観察とした。4日目の胸部X線で左に多量の胸水貯留を認めたためドレーンを挿入すると緑色の混濁排液を認めた。さらに食道造影を行うと下部食道から左胸腔内に明らかなリークを認めたため特発性食道破裂と診断し緊急手術を行った。左第7肋間後側方切開にて開胸すると、胸腔内には多量の消化管内容物で汚染され下部食道左壁に約3cmの裂創を認めた。筋層のデブリ後にまず粘膜を縫合、筋層の縫合は緊張が強いため行わず、横隔膜裂孔部を切開し挙上した胃底部を同部に縫着した。胸腔内を十分に洗浄後ドレーンを2本留置した。肺切除術後早期に発症したため、背部痛や皮下気腫などの臨床症状から食道破裂の診断に至るのが困難であった。

B05

エチレフリン オクトレオチド投与にて保存加療しえた食道癌術後難治性乳び胸の1例

¹和歌山県立医大 第2外科

中村 有貴¹、尾島 敏康¹、中森 幹人¹、中村 公紀¹、
岩橋 誠¹、勝田 将裕¹、飯田 武¹、早田 啓治¹、
山上 裕機¹

60歳代 胸部中部食道癌に対し、胸腔鏡下食道亜全摘、2領域リンパ節郭清を行った。第12病日に右胸水貯留あり800ml排液、第13病日にも1100ml排液。経腸栄養から脂肪含有食を注入したところ排液が白濁したため乳び胸と診断した。絶飲食管理としたが、胸水は1500ml排液。第18病日から、エチレフリン3mg/時+オクトレオチド0.3mg/日の持続投与を開始した。エチレフリン投与後も血圧上昇は認めず、その後エチレフリンは5mgまで増量した。第20病日からは排液は500ml/日まで減量した。第22病日 第31病日に胸膜癒着術(OK432 10KE+ミノサイクリン200mg)を施行した。第36病日には胸水排液はなくなったため、胸腔ドレーンは抜去した。その後は合併症なく経過し第60病日に退院となった。食道癌術後の乳び胸に対し、エチレフリンの持続投与やオクトレオチドの間歇投与などの有効性が報告されている。本症例は両方を同時に投与し、副作用なく良好な結果が得られた。

B04

縦隔ドレナージのみで軽快した広範囲粘膜裂傷を伴った特発性食道穿孔の1例

¹京都医療センター 外科

川口 清貴¹、畑 啓昭¹、大谷 哲之¹、佐治 雅史¹、
森山沙也香¹、花田 圭太¹、谷 昌樹¹、松末 亮¹、
成田 匡大¹、坂田 晋吾¹、山口 高史¹、猪飼伊和夫¹

術前CTで広範囲に縦隔・皮下気腫を認めたが、縦隔ドレナージのみで軽快した特発性食道穿孔の1例を経験したので報告する。【症例】84歳男性。昼食後に心窩部不快感、黒色嘔吐をきたし救外受診。CTにて下部食道壁肥厚、縦隔気腫および皮下気腫を認め、特発性食道穿孔の診断にて緊急手術を施行した。腹腔鏡よりアプローチ。縦隔内に汚染を認めず、穿孔部位も同定し得なかった。術中内視鏡では気管分岐部～噴門部にかけて縦走する粘膜裂傷を認めたが、エアーや洗浄液のリークは認めなかった。裂傷部から粘膜下気腫をきたし、一部エアーのみ縦隔内にリークしたと考えられ、縦隔にドレーン、経皮経胃的に食道内に胃管を留置し手術終了した。術後経過良好で、POD23に食道粘膜の治癒痕痕化を確認し飲水開始。POD24に食事開始し、POD34に退院した。【考察】食道の粘膜裂傷は広範囲であったが縦隔への穿孔は軽度であったため、縦隔ドレナージのみで改善した症例であった。

B06

Seiwert2型食道腺癌に対する腹腔鏡下経横隔膜下部食道腺癌切除の1例

¹京都桂病院 消化器センター 外科

樋垣 諒¹、吉野 健史¹、工藤 亮¹、金井 俊平¹、
光岡 英世¹、神頭 聡¹、濱洲 晋哉¹、小西小百合¹、
西棘 隆太¹、間中 大¹

症例は61歳、男性。2011年にBarret食道を指摘され、定期的に近医でフォローされていた。2013年1月に食道腫瘍を認めたため、精査加療目的に当院受診。上部消化管内視鏡検査にてEGJの左側で12mm大の周囲隆起を伴う境界明瞭な陥凹性病変を認め、生検にてadenocarcinoma指摘され、Seiwert2型食道腺癌と診断した。画像所見上リンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。cT1b(sm), cN0, cM0, cStage1と診断し、腹腔鏡下経横隔膜下部食道切除、下縦隔郭清を行った。再建はOrVilを用いて亜全胃胃管再建術を施行した。病理結果は、tub1, pSM(pTib), pN0(0/18), pStage1と診断した。術後経過良好にて特に合併症なく第15病日に退院となった。本邦において食道腺癌は比較的稀な症例であり、その手術方法に関しては議論の余地がある。今回、腹腔鏡で経横隔膜下に下部食道切除を安全に施行できたため、術式の検討を含め、若干の文献的考察を加えて報告する。

B07

胃十二指腸が陥入し、急性の消化管出血および通過障害を来した食道裂孔ヘルニアの1例

¹三菱京都病院 消化器外科

軍司 大悟¹、堀 智英¹、尾池 文隆¹、中内 雅也¹、田中 崇洋¹、岡田 憲幸¹

症例は80歳女性。突然の腹痛と繰り返す嘔吐・吐血をみとめ、近医を受診上部消化管内視鏡にて絞扼性イレウスと診断、当院を紹介され来院した。胸腹部単純X線写真およびCTにて、胃と十二指腸球部が食道裂孔へ陥入した滑脱型食道裂孔ヘルニアと診断した。上部消化管出血および通過障害を来していたため、緊急開腹手術を行い、陥入した胃体・前庭部および十二指腸球部を用手整復した後、食道裂孔を縫縮し、Nissenの手術を施行、胃管を留置し手術を終了した。術後3日目の上部消化管造影では幽門の狭窄は認めず、蠕動も良好であった。術後7日目に造影を行い食道からの通過に問題ないことを再度確認の上で経口摂取を開始し、現在良好に経過中である。本症例は、吐血および、通過障害をきたしていたため緊急手術の方針となった。若干の文献的考察を含め報告する。

B09

EVAR 後フォローアップ中に Type Ib endoleak より AAA rupture を生じ、追加 EVAR にて対処し得た一例

¹市立豊中病院 心臓血管外科

藤村 博信¹、堀口 敬¹

症例は66歳、男性。2011年に当院にて腹部大動脈瘤および左総腸骨動脈瘤に対して Zenith を用いてステントグラフト内挿術 (EVAR) および右内腸骨動脈コイル塞栓術を行った。フォローアップCTにてエンドリークは認めず、瘤径も徐々に縮小傾向にあった。2013年2月、急激な腹痛を生じ当院に救急受診され、CTにてAAAの破裂を認めた。血圧低下によりショック症状を生じていたため、occlusion balloon を挿入し、手術室に搬送した。CT上は左CIAよりのtype Ib endoleakよりのruptureと診断できたので、可能であれば追加EVARにて対処する方針とした。血行動態は安定していたので、左内腸骨動脈をコイル塞栓後、Excluderのレッグを追加し、リークがないことを確認し終了した。術後CTにてもリークは認めず、術後19日目に軽快退院となった。破裂例に対するEVAR治療選択を可能にする条件およびその妥当性につき考察する。

B08

術前イマチニブ投与により胸腔鏡・腹腔鏡下に完全切除が可能となった巨大食道 gastrointestinal stromal tumor の1例

¹京都大学 消化管外科

川田 洋憲¹、角田 茂¹、田中 英治¹、久森 重夫¹、岡部 寛¹、坂井 義治¹

【背景】食道のGISTはまれであり、さらに、局所進行食道GISTに対し、術前化学療法により完全切除が可能となったという報告は極めて少ない。今回我々は、術前イマチニブ投与により胸腔鏡・腹腔鏡下に完全切除が可能となった巨大食道GISTの1例を経験したので報告する。【症例】54歳男性。主訴はつかえ感。上部消化管内視鏡検査で胸部下部食道から胃噴門部にかけての巨大な粘膜下腫瘍を指摘された。生検でGISTと診断。過大な手術侵襲を避けるため、腫瘍縮小を目的に術前化学療法としてイマチニブ400mg/dayで治療を開始。CT上10cmの腫瘍が6cmまで縮小するも、9ヶ月後のCTで腫瘍の縮小効果を認めなくなったため、胸腔鏡下食道亜全摘、胸腔内食道胃管吻合術を施行。経裂孔的に良好は視野で剥離操作可能であった。【考察】局所進行GISTも術前化学療法により腫瘍が縮小した際には、胸腔鏡や腹腔鏡下手術が有効な選択肢になり得る。

B10

interventional radiology による血栓溶解療法後腸管切除を施行したSMA塞栓症の1例

¹社会保険神戸中央病院 外科

西村 幸寿¹、西尾 実¹、曾我 耕次¹、高 利守¹、小黒 厚¹、中川 登¹

【症例】発症後11時間のSMA塞栓症。MDCTでSMA本幹に血栓を認めるも腹水及び腸管壊死所見は乏しく、局所血栓溶解療法を施行。中結腸動脈分岐より末梢で描出はなく、ウロキナーゼ動注と持続投与し、2回IVR施行。右中結腸動脈領域の描出は良好であったが回結腸動脈及び回腸枝に狭窄を認めた。IVR直後のCTでは門脈ガス及び右側結腸壁の菲薄化を認めたが、理学所見の著明な改善があり腸管血流再開通を最優先に持続動注療法を継続した。時間経過とともに腹膜刺激症状を認め緊急開腹術を施行。回腸は広範囲に壊死所見を認めたが、右側結腸は肉眼下壊死所見を認めなかった。【考察】SMA塞栓症は時間の経過とともに腸管粘膜障害を来し、阻血から不可逆的な壊死に至る重篤な疾患である。早期診断後血流再開通療法により腸管切除を回避した報告例も散見されるが、再環流障害や治療後腸管viabilityの評価は困難であるため、常に外科的切除を念頭に置く必要がある。

B11

難治性下肢静脈潰瘍に対する内視鏡下筋膜下穿通枝手術 (SEPS) の経験

¹洛和会音羽病院 外科

武田 亮二¹、中村 嘉¹、宮前 伸啓¹、吉田 和世¹、水野 克彦¹、西崎 大輔¹、高橋 滋¹

【目的】 下肢難治性潰瘍の80%近くは静脈性潰瘍とされている。当院では下肢静脈性潰瘍に対して内視鏡下筋膜下穿通枝手術 (以下 SEPS) を導入し良好な結果を得ているので動画も供覧し報告する。【方法】 2011年から2013年3月までにSEPSを行った症例について検討した。【結果】 男性1例女性8例 計13肢。前治療のない静脈瘤は5肢、8肢は前治療あり。全例、SEPSで色素沈着や硬結、潰瘍は改善・治癒した。【考察】 下肢静脈瘤治療はレーザー治療の普及もあり症例は増加しているが、潰瘍を伴う難治例も多い。下肢静脈性潰瘍に対する手術治療は、表在静脈の逆流遮断と不全穿通枝 (以下 IPV) の処理が基本で、IPV処理はリントン手術が有名であるが、侵襲が大きい為普及していない。SEPSは潰瘍面を触らず、健常皮膚から筋膜下を通り IPVを処理できるので低侵襲である。手術時間も短く、慣れれば30分程度で終了し、創傷治癒も早い。下肢静脈性潰瘍にSEPSは非常に有効である。

B13

Subclavian steal syndrome に腋窩動脈—腋窩動脈バイパス術が有効であった一例

¹東宝塚さとう病院 心臓血管外科

山田 光倫¹、田内 裕也¹、矢嶋 真心¹、洪川 貴規¹、佐藤 尚司¹

症例は79歳女性。平成25年3月4日に歩行中意識消失し転倒する。神経障害なかったため自宅安静となるが、3月12日に再度同様の意識消失あり転倒する。失神精査目的に入院となる。頸部血管エコーにて右椎骨動脈の逆流を認めた。大動脈CTでは腕頭動脈から右総頸動脈、右鎖骨下動脈分岐部に瘤状の拡張と壁血栓による右鎖骨下動脈起始部の高度狭窄を認めた。頭部MRAでは脳底部にて椎骨動脈系と内頸動脈に交通がなく、失神症状はsubclavian steal syndromeによるものと診断する。病変部が総頸動脈起始部に及び、血管内治療は脳梗塞発生が危惧され、外科的に腋窩動脈—腋窩動脈人工血管バイパス術を行った。術後両上肢の血圧左右差はなくなり、頸部エコーにて右椎骨動脈の血流も順行性に改善した。めまい、ふらつきも軽快したため術後10日目に退院となった。Subclavian steal syndrome に対して腋窩-腋窩動脈バイパス術が有効であった一症例を経験したので報告する。

B12

下大静脈原発平滑筋肉腫の一切除例

¹赤穂市民病院 外科、²赤穂市民病院 泌尿器科、³兵庫県立姫路循環器病センター

横山 正¹、永吉 直樹¹、杉山 朋大¹、田淵 幹康¹、安びょん九¹、高原 秀典¹、實光 章¹、林 晃史²、向原 伸彦³

【症例】 60歳女性、主訴は腹部膨満感【既往歴】 甲状腺濾胞癌、B型肝炎、うつ病【現病歴】 CTで後腹膜腫瘍を発見され経過観察中、増大傾向あり手術目的で入院。【術前検査】 USで右腎静脈入人口部、下大静脈前面に境界明瞭な低エコーとして描出。上部内視鏡で十二指腸内側から背側にかけSMT様隆起。CT/MRIでは悪性リンパ腫、神経原性腫瘍も疑われた。【手術】 腫瘍は十二指腸壁とは強固な癒着はあるも剥離可能。下大静脈、右腎静脈とは剥離困難と判断し、下大静脈右腎静脈のサイドクランプ施行し下大静脈右前壁、右腎静脈前壁を合併切除。EPTFEでバッチ閉鎖。【病理】 やや好酸性の細胞質を有する紡錘形細胞が束状錯綜配列をとって密に増殖。免疫染色でdesmin+, α SMA+, CD34一部+, CD56一部+, c-kit, S100ごく少数+, Ki67陽性率最大で約20%、平滑筋肉腫と診断。【考察】 画像診断の進歩により術前の情報は豊富にはなったが、術中の各科共同での手術方針の検討は重要である。

B14

膿性心嚢液を伴った感染性弓部大動脈瘤に対する1手術例

¹神戸赤十字病院 心臓血管外科

恩賀 陽平¹、築部 卓郎¹、松川 律¹、原口 知則¹、小澤 修一¹

感染性弓部大動脈瘤は治療に難渋するケースが多く手術成績も不良である。症例は83歳女性。感冒症状、嘔声を主訴に近医受診。炎症反応強陽性、CTにて弓部大動脈瘤 (最大短径10cm) および心嚢液貯留を認め、感染性弓部大動脈瘤切迫破裂との診断にて紹介となった。抗生剤治療開始するも瘤径拡大が進行したため5日目に大動脈瘤切除を余儀なくされた。術中所見では白濁した膿性心嚢液を多量に認め (培養からMSSAを検出)、瘤切除およびdebridement後に、弓部大動脈全置換術 (J-graft使用) を行った。術当日は術野をイソジン浸漬ガーゼにてパッキングし、7日後に人工血管周囲に大網充填し閉胸した。術後長期の抗生剤投与を要したが、現在感染兆候なくADLの回復がみられている。MSSA陽性の感染性弓部大動脈瘤に対し、in situ人工血管置換と大網充填術により救命しえた一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

B15

カテーテル断裂を生じた CV カテーテルピンチオフの一症例

¹赤穂市民病院 外科

杉山 朋大¹、高原 秀典¹、田淵 幹康¹、安 炳九¹、横山 正¹

CV ポートは外来化学療法に欠かせないツールである。挿入および管理は簡便であり、ほぼ患者の日常生活の妨げにならないこと、血管内へのアクセスが容易である事などより、患者側と医療者側双方に使用上の大きなメリットがある一方、リザーバー本体の感染やカテーテル閉塞など挿入後トラブルを頻回に経験する。カテーテルピンチオフは稀ではあるがカテーテルを損傷し、薬液の皮下漏出や血管内にカテーテル遺残をきたすことから、CV ポート挿入時や挿入後管理において注意を要する合併症としてよく知られている。今回我々はカテーテル断裂を生じた CV カテーテルピンチオフの一症例を経験した。本症例は CV ポート挿入後16ヶ月に渡る留置期間を経てカテーテル断裂が明らかとなった。症例の経過と治療に加え残存する胸部レントゲン写真よりカテーテルとリザーバーの位置を検討する事により原因と対策についての考察を報告する。

B17

再手術 CABG 例における心外膜エコーの有用性

¹滋賀医科大学 心臓血管外科

内藤 志歩¹、早川 真人¹、高島 範之¹、木下 武¹、畔柳 智司¹、乃田 浩光¹、鈴木 友彰¹、浅井 徹¹

【背景】再冠動脈バイパス術において、しばしば心膜癒着が高度となる。標的血管同定は困難を極め、手術時間延長、出血リスクの増大、吻合の質の低下につながる。当施設では2011年7月以降 ECUS を使用し埋没冠動脈を確実に同定し得ている。また術前冠動脈造影で完全閉塞血管においても末梢部血管評価が可能である。再冠動脈バイパス術に対しては標的血管の同定だけでなく、前回の吻合部位評価、再手術における吻合評価にも役立っている。2011年7月から2012年4月までに3例の再冠動脈バイパス術を施行した。全3例における ECUS の有用性を検討する。【結語】ECUS 使用により、冠動脈造影で描出不可能な血管も含めた標的冠動脈同定、吻合部の形状の確認に非常に有用であり、全3例においてオフポンプで完全血行再建を遂行できた。

B16

サルコイドーシス変化によると考えられた僧帽弁逆流の手術経験

¹滋賀医科大学 心臓血管外科

森本 政憲¹、浅井 徹¹、内藤 志歩¹、近藤 康生¹、榎本 匡秀¹、藤野 晋¹、高島 範之¹、畔柳 智司¹、乃田 浩光¹、鈴木 友彰¹

サルコイドーシスの心病変は、伝導障害や期外収縮、心筋自体の障害による心機能低下などである。今回乳頭筋から腱索にかけて見られた変性病変による僧帽弁閉鎖不全 (MR) の手術例を経験したので報告する。(症例) 39歳男性。2010年嘔吐、体幹失調を認め、精査の結果、神経サルコイドーシスと診断。もともと心雑音から MR を指摘されており、徐々に MR の悪化と左室機能低下を認めため、手術施行目的に当科紹介となった。(手術所見) 白色した前乳頭筋を認め、菲薄化、延長による前尖の逸脱を認めた。前乳頭筋を短縮するように縫合し、僧帽弁輪縫縮を併施することで逆流は制御できた。術後心エコーで、MR は消失し、左室径も著明に縮小した。(まとめ)サルコイドーシスの心病変で、乳頭筋の変性により MR を認めることは非常に稀であるが、手術により良好な結果が得られた。

B18

有症状の胸管嚢胞に対して胸腔鏡下手術が有効であった1例

¹関西医科大学 胸部心臓血管外科

楠瀬 貴士¹、金田浩由紀¹、中野 隆仁¹、谷口 洋平¹、小延 俊文¹、齊藤 幸人¹

症例は60歳台男性。約2年前から咽頭閉塞感、食道通過障害を認めた。前医にて上部消化管内視鏡を行うも異常所見なく、頸部 MRI にて気管分岐部から上方にかけ腫瘤影を認めた。PET/CT 等にて気管支嚢胞、食道嚢胞、リンパ管腫が鑑別に挙がる良性縦隔嚢胞と考えられ経過観察されていたが、徐々に増強する通過障害と CT 画像上のサイズ増大を認めた為、手術目的に当科に紹介となった。当院にて行った下肢からのリンパ管造影では、胸管の途絶を認めた。右胸腔アプローチにて胸腔鏡下手術を行ったところ、上縦隔傍食道に3×4×9cm の嚢胞を認め、内容液は乳糜であった。嚢胞の頭側と尾側の胸管と考えられた索状物を結紮、切離した。病理結果では悪性所見を認めず、嚢胞壁を内張する上皮の性状は特異的ではないものの胸管嚢胞に一致するとの結果であった。術後に症状は改善し、3ヶ月後の現在まで乳糜胸等の合併症を認めていない。稀な胸管嚢胞を文献的考察を加えて報告する。

B19

当科における持続胸部傍脊髄ブロックの手法とその使用経験

¹大阪府済生会泉尾病院 外科・消化器外科

齊藤 卓也¹、山道 啓吾¹、菱川 秀彦¹、上山 庸祐¹、植田 愛子¹、田中 宏典¹、元廣 高之¹

【はじめに】開胸手術後は長時間持続する激痛を伴うため、疼痛の軽減は、肺合併症予防やERASの観点から重要である。今回、我々は4名の肺癌患者に開胸根治手術と持続胸部傍脊髄ブロック(PVB)を行ったので、PVBの手法について供覧する。【PVB手法】1.開胸肋間の1肋間尾側で交感神経幹外側の壁側胸膜に小孔を開ける。2.外科用ゾンデで交感神経幹に並行して壁側胸膜外にトンネルを作成。3.多孔カテーテルを小孔から挿入し、開胸肋間の1肋間頭側までカテーテル先端を進める。【鎮痛薬の投与】1.カテーテル挿入時と閉胸時：0.375%アナペイン10ml投与。2.術後：0.2%アナペイン3ml/時で投与。【結語】硬膜外麻酔は硬膜下血腫による神経障害やクモ膜下腔へのカテーテル迷入などのリスクがあるが、PVBの手法は簡便で安全である。4名とも良好な疼痛管理ができ、血圧低下や頭痛、尿閉などの副作用もなく有用であった。

B21

破裂により血胸を呈した胸腺腫の1例

¹神戸大学医学部 呼吸器外科

小口 敬子¹、法華 大助¹、小川 裕行¹、田根 慎也¹、田内 俊輔¹、真庭 謙昌¹

胸腺腫で症状を認めることはほとんどなく、検診の胸部X線像やCTによって偶然発見されることが多い。また、血胸は胸部外傷が原因であることが多く、縦隔腫瘍が原因で生じることは少ない。今回われわれは、破裂により血胸を呈した胸腺腫の1例を経験したので報告する。症例は77歳の女性で胸痛を主訴に近医を受診した。胸部X線像やCTで胸部大動脈に異常なく、前縦隔から左胸腔内に連続する腫瘤様陰影、胸水を認め当院紹介された。入院後より貧血の進行を認め、MRIで左胸腔内血腫・血胸が疑われたため手術を施行した。術中所見で胸腺腫が左胸腔内に穿破しており、同部位より出血しているのを認めたので血腫除去に加え胸腺と共に腫瘤を可及的に切除した。病理所見では、組織学的には胸腺腫で腫瘍壁の一部が破綻し、血腫の内容物にも少量の腫瘍組織が認められ胸腺腫破裂による血胸と診断した。術後経過は良好で術後13日で退院した。

B20

胸腺カルチノイドを発端として発見された多発性内分泌腫瘍(MEN1型)の1症例

¹近畿大学 外科

松本 正孝¹、武本 智樹¹、水内 寛¹、佐藤 克明¹、岩崎 拓也¹、南 憲司¹、光富 徹哉¹

症例は33歳男性。近医にて前縦隔腫瘍を指摘され当科紹介となった。CTでは境界明瞭な約4.6cmの充実性腫瘍を前縦隔に認め、PETでは前縦隔の集積(SUVmax:7.04)の他に臍鉤部にも集積を認めた。高Ca血症とCTで副甲状腺腺腫が疑われること、父がMEN1型であることからMEN1型に合併した胸腺カルチノイドとの術前診断にて胸骨縦切開胸腺全摘術を施行した。病理診断は腫瘍部位に卵円形核を持つ多角形細胞が増生し、ロゼット構造を散見、免疫染色では神経内分泌マーカーが陽性であった。核分裂像は8個/10HPFであり非定型的カルチノイドと診断された。術後内分泌腫瘍学的精査を行い、多発性腫瘍と副甲状腺腺腫が確認されたが、下垂体腺腫は確認できなかった。臍腫瘍は生検では偽陽性との診断であった。MEN1型は胸腺カルチノイドの20%に合併するとされ、逆にMEN1型に胸腺カルチノイドを合併するのは2.6~5%とされており、特に非定型的カルチノイドは予後不良とされている。

B22

術前放射線化学療法後の気管・気管支形成術、正中切開+右第3肋間前方開胸と有茎性大綱弁吻合部被覆術

¹京都大学呼吸器外科

山梨 恵次¹、山田 徹¹、青山 晃博¹、佐藤 雅昭¹、毛受 暁史¹、陳 豊史¹、佐藤 寿彦¹、園部 誠¹、大政 貢¹、板東 徹¹、伊達 洋至¹

【症例】59歳、男性。【現病歴】2012年11月血痰出現。胸部単純レントゲンで右上肺野無気肺、胸部造影CTで右主肺動脈に接した55mm×37mmの腫瘤を認めた。気管支鏡検査で、右肺上葉閉塞と右主気管支狭窄を認め、画像上、気管浸潤のある扁平上皮癌(cStageIIIA T4N1M0)と診断された。術前放射線化学療法(CBDCA+PTX、50Gy/25回)にて、腫瘍の縮小を認め、2013年4月に手術を施行した。【手術所見】気管・肺動脈形成術も考慮して、仰臥位・正中切開・右第3肋間前方開胸となる。肺動脈は中樞側で確保した後に血管鞘内剥離で形成術を回避し得た。右上葉気管支入口部を管状に切離し、気管支形成術を行ったが、中樞側の断端に異形細胞を認めたため、中樞側を追加切除した。右主気管支開口部・中間管気管支の気管・気管支吻合の際に気管縫縮による吻合部形成を行い、吻合部は有茎性大綱弁で被覆した。術後合併症は、一過性の心房細動のみで、術後経過は良好であった。

B23

多発するすりガラス状陰影（GGO）に対して手術を行い診断に至った肺 MALT リンパ腫の一例

¹兵庫医科大学 呼吸器外科

中村 晃史¹、橋本 昌樹¹、黒田 鮎美¹、多久和輝尚¹、松本 成司¹、近藤 展行¹、長谷川誠紀¹

症例は46歳女性、関節リウマチにて当院内科加療中。喫煙歴は20本×24年。平成22年10月胸部CTで右上葉にすりガラス状陰影（GGO）を認め、経過観察を行っていた。増大傾向にあり平成25年1月、手術的に当科紹介となった。FDG-PETで有意な所見は認めなかったが、肺癌を疑う為、診断・治療目的に同年4月、右上葉切除+縦隔リンパ節郭清を施行した。尚、本症例はGGOが右上葉に複数認めていた為、部分切除は困難と判断し右上葉切除を施行した。術中迅速診断は、リンパ球が集簇する反応性病変であり悪性所見は認めなかった。その後の病理診断でMALTリンパ腫と判明した。多発するGGOの鑑別診断としてMALTリンパ腫も含めて診断治療に臨む必要があると思われる。

B25

心房合併切除をおこなった肺腫瘍の2例

¹京都大学 呼吸器外科

横山 雄平¹、佐藤 寿彦¹、陳 豊史¹、青山 晃弘¹、山田 徹¹、佐藤 雅昭¹、毛受 暁史¹、園部 誠¹、大政 貢¹、板東 徹¹、伊達 洋至¹

心臓・縦隔浸潤症例ではT4と分類され、Stage3Aとされている。合併範囲が広範囲に及ぶ場合、高度な手術手技・術後管理が要求される。完全体外循環下左房合併切除および右房合併切除と行った症例を紹介する。症例1 68歳女性 左主気管支原発非定型カルチノイド。左房への浸潤が疑われ、放射線・化学療法を施行後、切除術を行った。正中アプローチ、体外循環下に左肺全摘出+左房合併切除をおこなった。手術時間5時間24分、出血量は790mlであった。術後80日に退院2年経過で再発を認めていない。症例2 62歳女性 右中葉原発性扁平上皮癌・右房浸潤症例。術前に放射線化学療法施行後切除術を施行した。胸骨正中切開・右横切開アプローチにて、上・中葉気管支管状切除肺動脈形成、完全体外循環下に右房の腫瘍浸潤部を合併切除・右房を牛心膜で再建し完全切除を行った。手術時間10時間36分、出血量1290mlであった。術後60日で退院となった。

B24

類上皮肉芽腫を伴った、気管支閉鎖症の1手術例

¹京都桂病院 呼吸器外科

合地 史明¹、張 吉天¹、河野 朋哉¹、吉村 誉史¹、寺田 泰二¹、松原 義人¹

19歳男性。4年前の健康診断で、胸部X線写真上異常を指摘され、当院呼吸器内科を紹介された。気管支閉鎖症と考えられ、無症状であるため経過観察されていたが、2013年3月にCT上気腫肺の中の腫瘍陰影が増大傾向を示したため当科紹介。胸部CTで、右中葉尾側と右S7に血管陰影の乏しい気腫性変化が認められ、S7に37×31mm大の腫瘍陰影を認めた。増大傾向のある腫瘍を伴う気管支閉鎖症に対し、4cmの小切開と2ポートの胸腔鏡手術を施行。中葉の気腫部分は、過分葉状となっており、中葉の肺門を露出して自動縫合器で中葉から切離した。これと連続したS7の部位は、下肺静脈から前下方に広がって存在し、下肺静脈を末梢側に剥離して、区域切除様に切除した。病理報告では、腫瘍は類上皮肉芽腫で、細菌検査は抗酸菌も含め陰性であった。術後経過は良好で、術後11日目に軽快退院となった。

B26

診断に難渋した皮下腫瘍の1例

¹南大阪病院 外科、²南大阪病院 胸部外科、

³南大阪病院 病理診断科、⁴谷川記念病院 外科

三木 高平¹、横山 和武⁴、柿本祥太郎²、藤尾 長久¹、葛城 邦浩¹、田中 芳憲¹、原田 知明¹、中谷 守一¹、小林 庸次³

（緒言）皮膚及び皮下腫瘍の形態は多彩であり診断が困難である場合も少なくない。今回、診断に難渋した皮下腫瘍の症例を経験したので報告する。（症例）76歳、女性。左腰部皮下に腫瘍を自覚し受診され、単純腫瘍摘出術を施行した。病理学検査で悪性軟部組織腫瘍が疑われたが免疫染色で非上皮性マーカーが陰性であり確定診断が困難であった。他院、病理科へのコンサルトで上皮性マーカーが陽性であり、内臓悪性腫瘍の皮下転移の可能性を指摘された。再度、精査したところ、右肺上葉に腫瘍を認め原発性肺癌と診断し右上葉切除術を施行した。病理結果では紡錘形の腫瘍細胞と腺管構造を有する腺癌の所見を認め、肺多形癌と診断した。以上より今回の皮下腫瘍は肺癌の皮下転移であると判断した。（結語）皮下転移を契機に肺癌と診断された症例を経験した。疾患の難易度に関わらず、基本に忠実に、様々な可能性を考慮し、日々の診療に当たることが大切である。

B27

腹腔鏡下に修復し得た腹腔鏡補助下噴門側胃切除術間置空腸再建後 Petersen ヘルニアの1例

¹奈良県立医科大学 消化器・総合外科

福岡 晃平¹、右田 和寛¹、高山 智燮¹、松本 壮平¹、若月 幸平¹、田仲 徹行¹、伊藤 眞廣¹、中島 祥介¹

結腸後経路間置空腸再建術後の内ヘルニアの報告は極めて稀であり、文献的考察を加え報告する。患者は73歳、男性。胃癌に対して腹腔鏡補助下噴門側胃切除術、D1+郭清、結腸後経路間置空腸再建を施行された。術後3ヵ月半経過後に腹痛を主訴に当科を救急受診した。上腹部を中心に圧痛を認めたが、腹膜刺激症状は認められなかった。腹部造影CT検査では whirl sign を認め、右上腹部に拡張した上行結腸および盲腸を認めた。結腸及び小腸の腸管捻転と診断し、同日緊急腹腔鏡手術を施行した。術中所見では、間置空腸の腸間膜背側に左側から右側へと全小腸および上行結腸の一部までが陥入しており、噴門側胃切除術間置空腸再建後の Petersen ヘルニアと診断した。腸管壊死は認められなかった。鏡視下に腸管をヘルニア門から引出し、ヘルニア門を連続縫合で閉鎖した。術後経過は良好で、術後4日目に退院した。

B29

術前診断し得た Adachi II 型12群動脈破格を伴う早期胃癌の1例

¹神戸労災病院 外科

藤原 玄¹、川崎健太郎¹、上野 公彦¹、下山 勇人¹、中村 吉貴¹、佐溝 政広¹、白岩 浩¹、山本 正博¹

【症例】60歳男性【主訴】上腹部痛【現病歴】上腹部痛あり、当院にて内視鏡検査行ったところ胃角部小弯にIIc+III病変認められ、胃癌の診断で外科紹介となった【術前3D-CT】胃壁の肥厚、遠隔転移はなかった。動脈像で左胃動脈は大動脈から分岐していた。その他の破格は認めなかった。AdachiII型12群の動脈破格を伴うT1N0M0、Stage1Aの胃癌と診断した【手術所見】腹腔鏡にて手術を施行、腹腔動脈とは別に走行する左胃動脈が確認された【考察】AdachiII型12群動脈破格は左胃動脈が大動脈から直接分岐しており、約3.6%とされている。また腹腔鏡下手術では術中に触覚で血管走行を確認できないため、術前に血管走行破格を認識しておくことが望ましいと言われている。今回術前3D-CTで動脈破格を診断することで腹腔鏡下胃切除を安全に進行できた。腹腔鏡手術では術前に血管破格を診断しておくことが重要と考えられた。

B28

腸回転異常を伴った胃癌の1例

¹西神戸医療センター 外科・消化器外科

浜田 健輔¹、伊丹 淳¹、肥田 候矢¹、小寺澤康文¹、吉田 真也¹、住井 敦彦¹、安川 大貴¹、奥村慎太郎¹、松浦 正徒¹、宇山 直樹¹、池田 房夫¹、京極 高久¹、橋本 公夫¹

症例は54歳男性。上腹部痛・嘔吐の精査で胃体部癌と診断され、治療目的に当科を紹介され幽門側胃切除（D2郭清、B-I再建）を施行した。開腹所見にてトライツ靭帯は無形成で十二指腸水平脚は後腹膜に固定されており、空腸が腹腔の右側に存在していたため腸回転異常と診断した。上行結腸は正常であり、Ladd靭帯や腸軸捻転は認めなかったため、胃癌の手術のみ行い、腸回転異常の手術は行わなかった。腸回転異常は先天性疾患であり、成人では無症状のことが多いため、成人で発見されることは極めて稀である。腸回転異常症と消化器癌の合併頻度は13.7%と報告されており、腸回転異常を伴う胃癌の手術例は、これまでに本邦では十数例の報告がある。術中偶然に腸回転異常が発見された胃癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

B30

胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡内視鏡合同手術3例の検討

¹八尾徳洲会総合病院 外科

鈴木 大聡¹、松岡 信子¹、牛丸 裕貴¹、垣本 佳士¹、豊田 亮¹、遠藤 幸丈¹、村上 修¹、加藤 恭郎¹、井上 雅文¹、木村 拓也¹、松田 康夫¹

【背景】近年胃粘膜下腫瘍に対する術式として腹腔鏡内視鏡合同手術（laparoscopy endoscopy cooperative surgery: LECS）による胃部分切除が行われるようになってきている。当院でも2010年から導入し3例施行した。【目的】胃粘膜下腫瘍に対するLECSの安全性と有用性を検討する。【方法】手術時間、出血量、術後在院日数、術後合併症等につき検討を行った。【手術方法】1例は5port、2例は4portで行った。腹腔鏡と内視鏡を併用しESD手技と超音波凝固切開装置を用いて腫瘍を切除。胃の縫合は2例で自動縫合機を用い、1例は手縫い縫合を行った。【結果】平均手術時間は3時間32分、平均出血量は57ml、術後平均在院日数は8日。いずれも合併症を認めていない。病理結果は2例がGISTで1例が平滑筋腫であった。切除標本断端は全て陰性だった。【考察】LECSは切除範囲を最低限にすることで術後狭窄や変形を防ぐことができる安全な手技と思われた。

B31

胃巨大 GIST に対する術後イマチニブ治療により無再発の 1 症例

¹済生会野江病院

岡村 昌彦¹、原田 敦¹、吉田 朱里¹、安 英男¹、
宮内 智之¹、西江 優子¹、後藤 沙織¹、三浦 欽之¹、
水上 陽¹、赤神 正敏¹、太田 秀一¹、井ノ本琢也¹、
足立 幸人¹

60代男性。感冒症状、腹痛で近医受診。GIF で胃体上部後壁の進行性胃癌疑いで当院紹介。CT で胃の背側に内腔と交通のある径10cm 大の腫瘤を認めた。生検で GIST の診断となった。CT 上転移性病変なく、摘出可能と判断し手術施行。腫瘍は腔と離れていたが脾上極、左副腎と固定されており、術式は噴門側胃切除、脾臓摘出、左副腎部分切除、間置空腸再建とした。腫瘍は9.8×5.0×4.5 cm 大で紡錘細胞型・肉腫型で漿膜面の腫瘍露出はなく、多臓器への浸潤は認めなかった。免疫染色で c-kit 陽性、CD34一部陽性、 α -SMA 陰性、S-100陰性、MIB-1 index 3.4%、核分裂像は8個/50HPF で modified-Fletcher 分類では high risk であり、術後イマチニブ治療施行した。今回 high risk の GIST に対する術後イマチニブ治療により無再発の1症例を経験したので文献的考察を含め報告する。

B33

高度腹膜播種を伴う進行胃癌に対する S-1/パクリタキセル経静脈・腹腔内併用療法の経験

¹大阪府立成人病センター 消化器外科

梅田 卓郎¹、藤原 義之¹、矢野 雅彦¹、岸 健太郎¹、
本告 正明¹、杉村啓二郎¹、大植 雅之¹、能浦 真吾¹、
丸橋 繁¹、高橋 秀典¹、後藤 邦仁¹、秋田 祐史¹、
三吉 範克¹、左近 賢人¹

進行した腹膜播種は腹水貯留、消化管閉塞、水腎症などをきたし患者の QOL を著しく低下させ、治療に難渋する。現在、腹膜播種を伴う進行胃癌に対する S-1+PTX 経静脈・腹腔内併用療法の有効性を検証する臨床試験が行われている (Phoenix 試験)。今回我々は高度腹膜播種により著しく状態の悪化した症例に対し、外科的処置、KM-CART を行い S-1+PTX 経静脈・腹腔内併用療法を導入、良好な結果を示した 2 症例について報告する。症例 1: 49 歳女性。腹膜播種・癌性腹膜炎により水腎症、直腸狭窄、腹水貯留を来した。人工肛門造設後、S-1+PTX 経静脈・腹腔内併用療法施行中。腹水ほぼ消失、水腎症は改善、腹水細胞診は陰性化を認めた。症例 2: 46 歳女性。腹膜播種・癌性腹膜炎により大量の腹水貯留を来した。KM-CART を併用しつつ S-1+PTX 経静脈・腹腔内併用療法施行中。腹水の減少、腹水細胞診陰性化を認めた。

B32

病理組織学的詳細検討にて漿膜下層壁内転移を認めた早期胃癌高度リンパ節転移の 1 例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科

出原 啓介¹、田中 亮¹、李 相雄¹、河合 英¹、
田代圭太郎¹、革島 悟史¹、内山 和久¹

今回、我々は 21 個ものリンパ節転移、壁内転移を認めた肉眼的早期胃癌の 1 例を経験した。これほど高度なリンパ節転移を認めることは稀であり注意すべき症例と考えられたため、文献的考察を加えて報告する。症例は 63 歳、女性。スクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査にて胃体下部大弯に 8×8 mm の 0-IIa+IIc 病変 (低分化腺癌) を認めた。術前診断は cT1bN0M0、Stage IA で、腹腔鏡下幽門保存胃切除、D1 郭清を行った。18 個のリンパ節に転移を認めた。追加切除が必要と判断し、後日 D2 郭清を伴った胃全摘術を施行した。病理結果は M、Ant、Type 0-IIa + IIc、8×8 mm、pT1b2 (700 μ m)、ly1、v1、pN3b (21/48)、M0、metastasis to SS であった。原発巣から 1 cm 以上離れた部位の漿膜下組織に癌細胞を認め壁内転移と診断した。追加切除後、18 日目に軽快退院となった。退院後、補助化学療法を行っているが術後 6 ヶ月経過し明らかな再発は認めていない。

B34

進行胃癌に対する正確な臨床病期診断のための審査腹腔鏡の実際と有用性

¹京都大学 消化管外科、²京都市立病院 外科

久森 重夫¹、角田 茂¹、田中 英治¹、小濱 和貴²、
岡部 寛¹、坂井 義治¹

【目的】当科における審査腹腔鏡の手順手技を供覧しその妥当性と有用性について検討する。【対象】過去 10 年間で、術前画像所見で漿膜浸潤が疑われる原発巣 5 cm 以上の大型胃癌、もしくは短径 10 mm 以上の 2 群リンパ節 (13 版) 転移が疑われる進行胃癌 98 症例を対象として審査腹腔鏡を行った。【手技】ビデオを供覧。【結果】腹膜播種陽性率は 49% (48/98) であった。腫瘍径 5 cm 以上の大型胃癌症例の P/CY (P and/or CY) 陽性率は 60.5% (46/76)、短径 10 mm 以上の 2 群リンパ節転移陽性例の P/CY 陽性率は 42.5% (17/40) であった。Grade 2 以上の術後合併症は見られなかった。【結語】観察ポイントを明確にし、手順を一定にすることで、見落としのリスクを最小限にすることができる。漿膜浸潤を有する 5 cm 以上の胃癌症例は、審査腹腔鏡の適応として妥当であると考えられる。

B35

病的肥満患者に対する腹腔鏡下スリーブ状胃切除術とその経験

¹関西医科大学 外科

中本 喬大¹、井上健太郎¹、穴田 夏樹¹、山木 壮¹、
福井 淳一¹、向出 裕美¹、道浦 拓¹、權 雅憲¹

【はじめに】近年日本でも肥満患者が急増している。肥満は糖尿病、高血圧、高脂血症など肥満関連健康障害をきたす。病的肥満患者に対して外科的治療が普及してきており、われわれは2012年8月から腹腔鏡下スリーブ状胃切除術 (LSG) を開始している。当科での LSG の手術成績について報告する。【方法】2012年8月から2013年2月までに LSG を6例施行した。平均年齢: 46.1歳、平均体重: 111.3kg、平均 BMI: 40.6kg/m²であった。術前併存疾患は糖尿病5例、高血圧3例、高脂血症1例であった。【結果】全例に術後重篤な合併症を認めず、6例の平均在院日数は9.8日であった。うち4例は術後6か月を経過しており、6か月での平均体重減少は32.1kg と良好な体重減少を示した。また、糖尿病・高血圧・高脂血症は全例改善した。【結語】LSG は病的肥満に対して安全かつ有効な治療法であり、減量だけでなく肥満関連健康障害も改善する。今後も普及していく治療法と思われる。

C02

腹腔鏡下手術を施行したメッケル憩室穿孔の1例

¹大和高田市立病院 外科

林 雪¹、佐多 律子¹、楊 知明¹、小林 淳志¹、
中村 友哉¹、加藤 達史¹、中山 裕行¹、岡村 隆仁¹

症例は49歳女性で、軽度の腹痛と軟便が4日間続いた後、夜間から下腹部に激痛を覚えたが、症状がやや軽快した3日後に来院された。月経は通常に認められた。触診上、下腹部に圧痛を認めたが、腹膜炎刺激症状は明らかではなかった。造影 CT にて、腹腔内に遊離ガス像と骨盤腔内に小腸ループの癒着性変化・瀰漫性肥厚造影効果・腸間膜浮腫・周囲の腸管外ガスの集簇像を認め、小腸穿孔による急性汎発性腹膜炎と診断した。同日腹腔鏡下に緊急手術を施行、骨盤腔に回腸が炎症性に癒着していたが、癒着剥離後直径5mm の穿孔部位を確認した。臍部に小切開を加え、穿孔部を含めて約30cm 回腸切除を施行。術後8日目に退院となった。本症例はメッケル憩室の穿孔を術前には診断し得なかったが、小腸病変と考え、腹腔鏡下に手術し、早期退院が可能となった。急性腹症は全身状態を考慮した上で、積極的に腹腔鏡下手術を行うことが望ましいと考えられる。

C01

小腸穿孔を来した Henoch-Schonlein 紫斑病の一例

¹奈良県立医科大学 消化器・総合外科、

²奈良県立医科大学 中央内視鏡・超音波部

辻 泰子¹、藤井 久男²、小山 文一²、中川 正¹、
中村 信治¹、植田 剛¹、錦織 直人¹、井上 隆¹、
川崎敬次郎¹、尾原 伸作¹、中本 貴透¹、中島 祥介¹

症例は24歳、女性。下肢に散在する紫斑を主訴に当院皮膚科を受診し、皮膚生検にて Henoch-Schonlein 紫斑病が疑われた。受診後3日目に腹痛・嘔吐などの腹部症状が出現し、増悪と軽快を繰り返していたが、約1ヶ月間経過観察されていた。腎生検で紫斑病性腎炎の合併も指摘され、ステロイド治療が開始された。ステロイド開始後4日目に反跳痛を伴う腹痛を認め、腹部 CT にて消化管穿孔が疑われた。紫斑病に伴う上部消化管穿孔と診断し、同日緊急手術を行った。手術時所見では、回腸末端より50cm 口側に穿孔部を認め、小腸部分切除術を施行した。紫斑病による消化管穿孔の報告例は少なく、穿孔による急性腹症が初発症状で診断される症例もある。現在は、内視鏡による紫斑病の消化管病変に関する早期診断の報告例も散見される。紫斑病で腹部症状を来した際には、積極的に診断を行い早期に治療を開始する必要があると思われた。

C03

竹串誤飲による小腸穿孔の一例

¹京都医療センター 外科

白田 金弘¹、谷 昌樹¹、畑 啓昭¹、川口 清貴¹、
佐治 雅史¹、花田 圭太¹、森山沙也加¹、松末 亮¹、
成田 匡大¹、坂田 晋吾¹、山口 高史¹、大谷 哲史¹、
猪飼伊和夫¹

【はじめに】7cm の竹串の誤飲により小腸穿孔を来した1症例を報告する。【症例】73歳、男性。突然の腹痛を主訴に救急受診。回腸軸捻転と、腹壁癒着ヘルニアに対する2度の開腹既往あり。来院時、37.8℃の発熱と採血上炎症反応の上昇、また腹部全体の腹膜炎刺激症状を認めた。腹部造影 CT で小腸内に高濃度の直線状の異物と周囲回腸の浮腫、腹腔内に Free air を認めた。以上より異物が原因の小腸穿孔に伴う穿孔性腹膜炎との診断で緊急開腹術を施行した。Treitz 靱帯より約150cm の部位に、癒着により屈曲した小腸を認め、同部位で約7cm の竹串が腸管壁を貫いていたため小腸部分切除術を施行した。【まとめ】一般に異物誤飲を起こしても自然排泄されることがほとんどである。今症例では、長い異物であったこと、手術既往のため小腸が癒着し強く屈曲していたことから、停留し小腸穿孔が生じたものと思われた。

C04

イレウスをきたした小腸アニサキス症の1例

¹西宮市立中央病院 外科

上村 尚¹、村上 雅一¹、岡田かおる¹、中根 茂¹、
三宅 泰裕¹、桧垣 直純¹、林田 博人¹、岡 義雄¹、
根津理一郎¹

【はじめに】小腸アニサキス症は比較的に稀であり、術前診断は困難な場合が多い。今回イレウスに対する緊急手術後の病理組織学的診断で、小腸アニサキス症と診断された1例を経験したので報告する。【症例】50代男性。突然心窩部痛が生じ当院受診。CTで回腸末端近くでの索状物癒着による絞扼または内ヘルニアが疑われ、同日緊急手術となった。開腹したところ内ヘルニアや絞扼は認められず、回腸末端近くに漿膜面のひきつれと硬化所見がみられ、同部の小腸部分切除術を行った。術後の病理組織学的検索で腸管壁全層の好酸球浸潤が著明で、また粘膜炎下に虫体が認められた。発症数日前にホタルイカの生食をしていたこと、また術後7日目の採血でアニサキス抗体が正常値の約10倍を呈したことから、小腸アニサキス症によるイレウスと診断した。【結語】原因不明のイレウスの場合には本疾患も念頭に置き、魚介類の生食の有無を確認することが重要であると思われた。

C06

術前に診断し、腹腔鏡下切除を行った内翻メッケル憩室の1例

¹京都府立医科大学 消化器外科

亀井 武志¹、中西 正芳¹、村山 康利¹、栗生 宣明¹、
阪倉 長平¹、小西 博貴¹、森村 玲¹、小松 周平¹、
塩崎 敦¹、市川 大輔¹、藤原 斉¹、岡本 和真¹、
大辻 英吾¹

症例は27歳男性、嘔吐・腹痛・下血を主訴に受診した。嘔吐や腹痛は早期に自然軽快したが下血が遷延し輸血を必要とした。精査加療目的で当院へ転院となり腹部CTで骨盤内の回腸に局限した壁肥厚とその内部に均一な脂肪密度の腫瘍影を認め小腸内視鏡で回腸に径5cmの腫瘍を認め生検で異所性胃粘膜を検出したことから内翻Meckel憩室と診断した。良性小腸病変としてTANKO手術を選択し術後経過は良好であった。切除標本は茸状の隆起性病変を認め病理組織学的にも表層は内翻した小腸壁に異所性胃粘膜組織を伴っており内翻したMeckel憩室との診断であった。内翻Meckel憩室は成人腸重積の稀な原因の一つとして報告されており術前に診断することは難しいとされている。本症例では嘔吐や腹痛が比較的早期に軽快したためその後の精査でMeckel憩室と診断することが可能であった。術前診断に基づき低侵襲治療としてTANKO手術を行い良好な結果を得ることができた。

C05

腹腔内出血をきたした十二指腸GISTの1例

¹多根総合病院 外科

清水 将来¹、城田 哲哉¹、奥野 潤¹、南原 幹男¹、
廣岡 紀文¹、山口 拓也¹、森 琢児¹、小川 稔¹、
小川 淳宏¹、渡瀬 誠¹、刀山 五郎¹、丹羽 英記¹

症例は61歳男性。腹痛・嘔気を主訴に当院受診。診察時、血圧低下を認め、腹部所見では右下腹部の圧痛と筋性防御を認めた。採血にてHGB9.5g/dlと貧血あり、腹部造影CTではダクラス窩、肝表面に血性復水、十二指腸水平部に造影剤の漏出を伴う腫瘍性病変を認めた。十二指腸に存在する腫瘍破裂による腹腔内出血を疑い、同日緊急手術となった。開腹所見では腹腔内全体に凝血塊を認めた。さらに十二指腸水平部に65mm×40mm大の腫瘍破裂による出血を伴う腫瘍性病変があり、十二指腸部分切除を施行した。病理組織検査では紡錘形細胞を認め、c-kitおよびCD34が陽性であることから十二指腸GISTと診断した。術後経過は良好で術後13日目に退院となった。腫瘍破裂症例はmodified-Fletcher分類では高リスク群であり、現在外来にてメシル酸イマチニブ投与中である。今回われわれは十二指腸GISTの腹腔内出血をきたした1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

C07

Tamoxifen、Sulindac併用療法が有効であった根治切除不可能な腹腔内デスマイド腫瘍の1例

¹大阪警察病院 外科

高 正浩¹、若杉 正樹¹、赤松 大樹¹、吉留 克英¹、
鳥 正幸¹、上島 成幸¹、大森 健¹、鄭 充善¹、
益澤 徹¹、西沢佑次郎¹、村西耕太郎¹、浦川 真哉¹、
額原 敦¹、芝 瑞穂¹、西田 俊朗¹

症例は42歳女性。2010年11月頃に腹部腫瘍を自覚した。婦人科臓器に異常なく2011年1月に外科受診となった。検査上、左下腹部に最大径110mmの腫瘍を認め、増大傾向も認めることから診断治療目的に審査開腹術施行した。腫瘍は小腸間膜原発であり上腸間膜動静脈に浸潤しており切除不可能と判断し生検のみ施行した。病理組織学的結果より腹腔内デスマイド腫瘍と診断し、2012年3月よりSulindac療法を開始した。3ヶ月後のMRIで最大径146mmに増大したためTamoxifenを追加し併用療法開始した。併用療法開始4ヶ月の時点で不変(SD)であったが、その後縮小し、開始後6ヶ月で有効(PR)を得た。治療開始後20ヶ月を経て増大傾向認めず治療継続中である。今回、我々は治癒切除困難な腹腔内デスマイド腫瘍に対してTamoxifen、Sulindac併用療法が有効であった1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

C08

小腸切除後機能的端々吻合部に著明な便塊貯留を認めた1例

¹市立岸和田市民病院 外科

田中 祐司¹、小島 秀信¹、山根 佳¹、宮内 雄也¹、高木 秀和¹、伊東 大輔¹、古元 克好¹、鍛 利幸¹、小切 匡史¹

症例は83歳女性。症例は83歳女性。14年前鼠径ヘルニア嵌頓に対し小腸部分切除施行後特に関心なく経過していた。元より便秘傾向であったが、受診から約2日前より排便がなく腹部膨満が徐々に増悪し腹痛も出現したため当院救急外来を受診した。腹部単純CTにて腸管内に著明な便塊貯留を認め同日当科紹介入院となり、入院翌日も腹部症状が持続するため開腹手術を行った。便塊は前回手術時の機能的端々吻合部に認められ、便塊を含めて拡張した小腸を切除し再度機能的端々吻合にて再建した。小腸切除後機能的端々吻合部で便塊が貯留した例は稀であるが、非生理的に大きな吻合径となった場合には起こりうる合併症と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

C10

幽門側胃切除術後に発症した胃石イレウスの一例

¹京都市立病院 外科

上本 裕介¹、上 和広¹、吉岡 祥子¹、花本 浩一¹、井上 英信¹、久保田恵子¹、玉木 一路¹、玉置 信行¹、前田 敏樹¹、小濱 和樹¹、里 輝幸¹、松尾 宏一¹、森口 喜生¹、山本 栄司¹、森本 泰介¹

症例は70歳代男性。左側腹部痛にて当院救急搬送。24年前に幽門側胃切除術の既往あり。腹部造影CTにて十二指腸の拡張と液体貯留を認め、近位空腸に占拠性病変による閉塞帰転を認めたが、占拠部位は造影効果なく腹腔に気泡が認められ、胃石イレウスが疑われた。イレウス解除目的でイレウス管留置施行したところ、輸入脚胃空腸吻合部より20cmで約4cmの陰影欠損を認めた。腹膜刺激症状なく、来院時のCTでも腸間虚血の所見は認められなかったため、まずは胃石の自然排石を期待することとし、保存的加療の方針とした。イレウス管の先進と共に胃石も肛門側へ排石されつつあったが、回盲部から約10cmで停滞したため入院6日目に手術施行。術直前のCT通り、胃石は回盲部で嵌頓していたが虚血・穿孔の所見なく小腸切開による摘出のみで終了。術後経過良好で術後8日目に退院。嵌頓胃石による腸閉塞は比較的稀な疾患であり若干の文献的考察を加えて報告する。

C09

成人小腸異所性腺4例の検討

¹天理よろづ相談所病院 腹部一般外科

本田浩太郎¹、愛須 佑樹¹、安藤 恭久¹、西内 綾¹、西野 裕人¹、日下部治郎¹、藤 浩明¹、加藤 滋¹、門川 佳央¹、待本 貴文¹、浅生 義人¹、古山 裕章¹、吉村 玄浩¹

【はじめに】異所性腺は胃、十二指腸に好発し、小腸に発生することは稀である。今回、成人小腸異所性腺の4例を経験したので報告する。【症例】1例目は67歳男性、腹痛・嘔吐を主訴とし、CTで小腸腫瘍による腸閉塞と診断され切除。2例目は49歳男性、腹痛を主訴とし、CT・カプセル内視鏡で小腸腫瘍による腸閉塞と診断され切除。3例目は84歳女性、胃癌術中に小腸腫瘍を発見され切除。4例目は72歳女性、上行結腸癌術中に小腸腫瘍を発見され切除。4例とも病理診断は異所性腺であった。【まとめ】小腸異所性腺は術前診断が困難で、腸重積や腸閉塞、出血により小腸切除が必要となる例が多い。また、術中に偶然発見される場合もある。今回、術後に異所性腺と診断された、症状を有し画像で診断された2例と、術中に偶然発見された2例を検討し、診断と切除の要否について若干の文献的考察を加えて報告する。

C11

SMA 狭窄症による小腸壊死の一例

¹済生会滋賀県病院 外科

小西 智規¹、木内 純¹、森田 翠¹、梅原 誠司¹、中島 晋¹、福田賢一郎¹、藤山 准真¹、増山 守¹

症例は83歳男性。突然の腹痛を主訴に当院に救急搬送された。CTにてSMA起始部に狭窄が疑われ、門脈ガス血症を伴う小腸壊死の所見を認めたため緊急開腹手術を施行した。トライツ靭帯から220cmの部位から約90cmにわたって小腸の虚血性変化を認めたため同部位を切除しFEEAにて吻合した。術後も下血や腹部アンギーナ症状を繰り返すため第23病日にSMA起始部の狭窄に対しステントを留置した。術後63病日に軽快退院となった。

C12

単孔式腹腔鏡下手術を行ったメッケル憩室による腸閉塞の一例

¹守口敬任会病院 外科

谷浦 允厚¹、市川 善章¹、鄭 賢樹¹、植野 吾郎¹、
金沢 景文¹、高山 昇一¹、丸山憲太郎¹、西原 政好¹、
権 五規¹、島田 守¹、李 喬遠¹、岡 博史¹

【症例】21歳、女性。【主訴】腹痛。【既往歴】手術歴なし。【現症】前日より心窩部痛が生じ、痛みが自制不可のため救急搬送される。CTで回腸を巻き込むように小腸の拡張やイレウスを認めた。索状物による腸閉塞、腸捻転の診断で緊急に腹腔鏡下イレウス解除術を行った。術前診断では原因は不明であった。臍部よりポートを挿入すると同部位に強固な癒着を伴い、10センチ程の長いメッケル憩室が臍部に付着しており、それを軸とした腸閉塞であった。Retrospectiveに検討すると壁肥厚を伴う腸管様索状物の臍への付着を認めた。単孔式腹腔鏡下で憩室切除と虫垂切除を行った。【考察】メッケル憩室は消化管出血や穿孔など、しばしば併発症を伴うが、今回は臍部と連続して索状を形成し、腸閉塞をきたした。若年者の腸閉塞や急性腹痛には、常にメッケル憩室の存在を念頭に置く必要があると考えられたので文献的考察を加えて報告する。

C14

小腸に狭窄を来たした非特異的小腸潰瘍の1例

¹赤穂市民病院 外科

田淵 幹康¹、杉山 朋大¹、安 炳九¹、高原 秀典¹、
横山 正¹

【症例】30歳男性。【現病歴】2012年3月中旬、腹痛にて、当院受診。腹部はやや板状硬 右下腹部中心に圧痛・反跳痛あり 【検査所見】WBC 20500/ μ L CRP 5.74mg/dL 腹部CT検査：回腸壁の肥厚あり【入院後経過】小腸炎と診断し入院、抗生剤投与にて加療した。炎症反応、腹部症状は改善傾向にあった。しかし、食事摂取に伴う間歇的腹痛が出現しており、小腸の通過障害を疑った。小腸透視検査にて、回腸に3箇所狭窄部を認めた。小腸内視鏡にて回腸末端に全周性の潰瘍病変を認め、高度狭窄を来たしていた。バルン拡張を行なった。口側の狭窄部まではスコープ到達できず。狭窄の解除のために手術を施行した。一塊となった回腸の狭窄部を切除し、機能的端々吻合にて再建した。切除標本にて、腸間膜内の膿瘍形成と繊維化、潰瘍形成を認めた。また腸間膜内には膿瘍形成を認めた。非特異的小腸潰瘍との診断であった。文献的考察を加えて報告する。

C13

空腸瘻チューブ抜去の6ヵ月後、チューブ留置部に遅発性穿孔をきたした1例

¹赤穂市民病院 外科、²京都大学 移植外科

松川 浩之¹、安 炳九¹、杉山 朋大¹、田淵 幹康¹、
永吉 直樹²、末次 弘実¹、高原 秀典¹、横山 正¹、
實光 章¹

近年、消化器外科手術の周術期管理において経腸栄養が積極的に導入されつつある。しかしそれに伴って、経腸チューブ留置に関連した合併症も散見される。われわれは臍頭十二指腸切除術時に造設した空腸瘻チューブ抜去後、チューブ留置部に遅発性穿孔をきたした1例を経験したため報告する。症例は75歳男性。平成23年11月臍痛に対し、臍頭十二指腸切除術ならびに空腸瘻造設術を施行した。術後経過は良好で術後22日目に空腸瘻チューブを抜去、術後34日目に退院した。以後外来にて経過観察中、平成24年6月腹痛を主訴に当院受診した。腹部CTでは肝表面に腹水の貯留およびfree airを認め、消化管穿孔の診断のもと、緊急手術を行った。手術所見では空腸瘻の腹壁固定部が裂け、遅発性空腸瘻穿孔と診断、穿孔部を含めて空腸を切除し、機能的端々吻合を施行した。患者は術後7日目に腸閉塞を呈したものの保存的に軽快し、術後30日に退院した。

C15

外傷性小腸穿孔に対し受傷30時間後に緊急手術を施行した1例

¹日本赤十字社和歌山医療センター 外科

置塩 裕子¹、横山 智至¹、東出 靖弘¹、上野 剛平¹、
関岡 明憲¹、川口 直¹、萩原 健¹、山田 晴美¹、
上村 良¹、桑原 道郎¹、一宮 正人¹、宇都宮裕文¹、
宇山 志朗¹、加藤 博明¹

【症例】60代男性。オフセット衝突で受傷し、搬送。バイタル異常なく、下腹部にシートベルト痕を認めるものの、腹膜刺激症状は認めず。CTで小腸間膜にextravasationを伴う血腫形成と血性腹水を認めたが、free airは認めなかった。維持輸液でバイタル悪化や貧血進行を認めなかったため、保存加療を施行した。腸管損傷の可能性を考慮し、受傷22時間後にCT再検したところfree airを認めたため、受傷30時間後に緊急手術を施行した。腹腔内にやや混濁した血性腹水あり、腸間膜損傷部からの活動性出血は認めなかったが、別の部位にピンホールの小腸穿孔を認め、小腸部分切除術を施行した。術後経過良好で術後11日目に退院した。【考察】外傷性小腸穿孔は受傷早期に症状が明確でなく、診断まで時間がかかりやすいとされている。本症例も手術までに30時間かかっており、もう少し早く診断できたと反省される症例であったため、他の自験例も含め文献的に考察した。

C16

後腹膜浸潤および空腸に瘻孔を形成した下行結腸癌の1例

¹西神戸医療センター 外科・消化器外科、

²西神戸医療センター 病理科

山下 暢子¹、松浦 正徒¹、肥田 侯矢¹、吉田 真也¹、小寺澤康文¹、住井 敦彦¹、安川 大貴¹、奥村慎太郎¹、宇山 直樹¹、伊丹 淳¹、京極 高久¹、橋本 公夫²

【症例】77歳女性【主訴】血便【現病歴】2012年4月上旬より黒色下痢便が続き、前医で貧血と左下腹部に10cm大の腫瘤を指摘され4月下旬当院を受診。【経過】ヘモグロビン7.7g/dl、アルブミン1.6g/dlと貧血と低アルブミン血症を認めた。内視鏡検査では壁外からの圧迫によりファイバーは不通過で、粘膜表面および生検でも腫瘍性病変を認めなかったが、CT上下行結腸癌や悪性リンパ腫を疑い開腹手術を施行。腫瘍は空腸～後腹膜に浸潤し、空腸と1cm大の瘻孔を形成しており、空腸合併切除を伴う結腸左半切除を施行。術後は貧血と低アルブミン血症は改善し、術後14日目に退院。【病理】中分化型腺癌。tub2,D,type3,pSI,pN0,H0,P0,M0,stageII【考察】結腸癌の空腸瘻形成は稀であり、本邦では20数例程度の報告がある。本症例は上部空腸との瘻孔形成により難治性下痢をきたし、全身状態不良であったが空腸合併切除により全身状態は改善し、積極的手術の有用性が示された。

C18

腹壁腫瘤を契機に発見された横行結腸癌の1例

¹大阪厚生年金病院 外科

岩本 和哉¹、河野恵美子¹、藤井 眞¹、弓場 健義¹、森本 芳和¹、赤丸 祐介¹、安政 啓吾¹、大久保悠祐¹、谷口 嘉毅¹、青木 文明¹、岩崎 輝夫¹、山崎 芳郎¹

腹壁転移をきたした横行結腸癌の1例を経験したので報告する。症例は87歳女性。両側乳癌の既往があり、他院通院中であった。2012年7月右上腹部に腫瘤を自覚し、FNAを施行したところ、Class5であり乳癌の皮膚転移を疑われた。精査目的のFDG-PETで上行結腸に異常集積を認め、精査目的で当科に紹介となった。大腸内視鏡検査を施行したところ、横行結腸に全周性の3型病変を認め、生検の結果Group5 (por)であった。横行結腸癌、乳癌腹壁転移の診断で、2012年9月に結腸部分切除術(横行結腸)・腹壁腫瘤摘出術を施行した。切除標本の病理学的診断は、T、type3、50×30mm、por、pSE、med、INFb、ly2、v1、pN0(0/8)、pPM0、pDM、pRM0であり、腹壁腫瘤は横行結腸癌からの転移であった。大腸癌皮膚転移の本邦報告例は13例と稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

C17

再発を繰り返した悪性線維性組織球腫の1例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科

石井 正嗣¹、石井 正嗣¹、奥田 準二¹、田中慶太郎¹、近藤 圭策¹、山本 誠士¹、鱗淵 真介¹、濱元 宏喜¹、内山 和久¹

症例は64歳、女性。下腹部痛を主訴に近医受診。右卵巣腫瘍の疑いで開腹腫瘍摘出術を施行された。病理組織診断にて悪性線維性組織球腫(以下、MFH)と診断。3ヶ月後、同部位に再発を認め当科紹介受診となった。S状結腸間膜及び尿管への浸潤があり、前方切除術、右尿管合併切除術を施行。3ヶ月後、左下腹部に50mm大の腫瘍を認め、S状結腸切除術、左尿管合併切除術を施行。6ヶ月後、腸間膜にも再発を認め、腸間膜再発腫瘍および小腸部分切除術を施行した。現在術後3ヶ月外来フォロー中である。MFHは成人男性の四肢軟部組織に好発する非上皮性悪性腫瘍で、悪性疾患全体でも0.18%と稀である。高率に再発を来すため、治療は腫瘍の完全切除が第一選択である。5年生存率は47% - 70%とされ予後不良な疾患であり、厳重な経過観察が必要である。今回、再発を繰り返すMFHを経験したので、文献的考察を含め報告する。

C19

繰り返すイレウスを契機に発見した虫垂原発杯細胞カルチノイドの一例

¹西神戸医療センター 外科

住井 敦彦¹、吉田 真也¹、小寺澤康文¹、安川 大貴¹、奥村慎太郎¹、松浦 正徒¹、肥田 侯矢¹、宇山 直樹¹、伊丹 淳¹、京極 高久¹

虫垂原発胚細胞カルチノイドは稀な疾患であるが予後は不良である。今回繰り返すイレウスにより発見された一例を経験したので文献考察を加え報告する。症例は60歳女性で終末回腸を閉塞機転とするイレウスを2度発症し保存的加療を行った。精査の結果バウヒン弁が腫大しスコープは通過しなかったが、腫瘍性病変はなく生検施行するも悪性所見は認めなかった。診断・治療を兼ねて腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。終末回腸はバウヒン弁まで約20cmに渡って拡張していたが腫瘍性病変は認めず、D2郭清・回盲部切除術を行った。病理結果は虫垂原発胚細胞カルチノイドでpSSpN0P0H0M0Stage2で、術前イレウスを発症しており再発高リスク群として術後8週目よりXELOXを導入した。本疾患は症例数が少なく適正な術式・術後補助化学療法は定まっておらず症例の蓄積が必要である。

C20

直腸間膜膿瘍を形成した急性虫垂炎の1例

¹神戸労災病院 外科

下山 勇人¹、川崎健太郎¹、中村 容子¹、上野 公彦¹、
中村 吉貴¹、佐溝 政広¹、白岩 浩¹、山本 正博¹

【症例】80歳代男性【主訴】食思不振、全身倦怠感【既往歴】認知症【現病歴】2日前から食思不振、増強し全身倦怠感を認めたため当院を受診。体温37.3度、右下腹部に圧痛を認めた。WBC15170、CRP24.5、CTで回盲部と直腸との間に不整形の低吸収域があり下部直腸まで連続していた。急性虫垂炎から後腹膜膿瘍を形成したと診断し手術を施行。【手術所見】虫垂は見当たらず回盲部から直腸S状部の間膜に連続する腫瘤を認めた。壁の迅速診断では悪性所見はなかった。膿瘍は直腸粘膜の裏面にまで達し容易に腹腔に穿通した。急性虫垂炎による直腸間膜膿瘍と診断し回盲部切除と高位前方切除を行った。膿瘍は下部直腸まで及んでいたがリークテストで穿孔がないことを確認した。【考察】本症例のように急性虫垂炎から直腸間膜に膿瘍を形成することはまれなことであるが、認知症を伴った高齢者では急速に進行することもあり注意が必要と考えられた。

C22

大腸癌術後遠隔転移病変に対して粒子線治療が有効であった2症例

¹奈良県立奈良病院 外科、

²奈良県立奈良病院 救命救急センター

中谷 充宏¹、石川 博文¹、西口由希子¹、向川智英¹、
高 清峯¹、松阪 正訓²、渡辺 明彦¹

粒子線治療にて良好な治療成績を得た大腸癌術後肝転移、肺転移の2症例を経験したので報告する。【症例1】65歳女性。2005年にS状結腸癌に対してS状結腸切除術が(tStage2)、2006年に肺転移に対して右肺部分切除術が施行された。2007年に肝S2下大静脈近傍に約3センチ大の肝転移を認め手術以外の治療を希望されTAE、RFA、肝動注が施行されるもPDであった。粒子線治療を行うこととなり炭素イオン線64GyEが施行され画像上CRを認めた。現在粒子線治療後5年経過しているが再発所見は認めていない。【症例2】80歳男性。2006年に直腸癌に対してマイルス手術が(tStage3a)、2009年に多発肺転移に対して右肺下葉切除、左肺上葉切除術が施行された。2011年に右肺切除部断端に肺転移の再発を認め高齢と呼吸機能低下を考慮し粒子線治療を行うこととなった。陽子線治療64GyEが施行され画像上CRを認めた。粒子線治療後1年6か月の時点では再発所見を認めていない。

C21

ステント留置後遅発性穿孔を来したS状結腸癌の1例

¹西神戸医療センター 外科・消化器外科

小寺澤康文¹、伊丹 淳¹、安川 大貴¹、吉田 真也¹、
住井 敦彦¹、奥村慎太郎¹、松浦 正徒¹、肥田 侯矢¹、
宇山 直樹¹、京極 高久¹

【初めに】S状結腸癌による大腸閉塞の患者で金属ステント留置後、遅発性穿孔を来した症例を経験したので報告する。【症例】65歳 男性。2008年に胃癌で胃全摘術の既往あり。2013年2月中旬 貧血精査目的の下部消化管内視鏡検査でS状結腸の全周性癌性狭窄を認めたため金属ステントを留置した。1週間後に透視を行い狭窄の改善を確認したが、S状結腸の形状に伴ってステントは屈曲していた。一旦退院とし、さらに2週間後に待期手術の方針としていた。予定手術1日前に腹痛が出現、S状結腸穿孔と診断し緊急手術を行った。腫瘍より2cm口側のステントの先端付近で結腸壁の穿孔を認めた。D2郭清を伴うハルトマン手術を行った。【まとめ】大腸癌イレウスに対する金属ステントは有用である。しかし、長期留置すると4%で穿孔するとの報告も見られる。ステント留置の功罪と、その手術時期について若干の文献的考察を加えて報告する。

C23

mFOLFOX-6+ panitumumab療法により切除しえた切除不能直腸癌の1例

¹府中病院 外科

湯川 芳美¹、内間 恭武¹、西居 孝文¹、石井真梨子¹、
平松宗一郎¹、行岡 慶介¹、岩内 武彦¹、森本 純也¹、
小坂 錦司¹、鄭 聖華¹、竹内 一浩¹

症例は54歳男性。6月頃より排便困難を認め8月に近医受診し直腸癌の診断にて当院紹介。大腸内視鏡検査で直腸RSに全周性2型腫瘍(tub1-2・kras野生型)。CTで直腸RSに12×5cmの腫瘍、リンパ節転移および肝S3に径1cm大の転移を認めた。直腸RS癌AI(膀胱・精囊)肝転移、閉塞性大腸炎の診断で人工肛門造設術を施行。術後mFOLFOX-6+ panitumumab療法を開始し4クール施行。効果判定は、CTで直腸癌7.5×2.5cmと著明に縮小し周囲臓器との境界も明瞭でリンパ節も縮小。肝転移は変化なし。以上より同時切除可能と判断し12月手術施行(高位前方切除D3郭清+肝外側区域切除)。病理組織学的検査、直腸は正常粘膜が再生し固有筋層は著明な線維化と一部の癌細胞の遺残を認めた。リンパ節転移なく肝転移も癌細胞認めず。術後mFOLFOX-6施行し現在無再発。切除不能直腸癌に対してmFOLFOX-6+Pmab療法により切除しえた症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

C24

糞便による閉塞性大腸炎の一例

¹市立堺病院 外科

蛭原 健¹、中田 健¹、清水 克修¹、石垣 貴彦¹、馬場谷彰仁¹、大久保 聡¹、加藤 文崇¹、天野 浩司¹、松本 紘典¹、星野 宏光¹、川端 良平¹、川瀬 朋乃¹、白井 章浩¹、山本 為義¹、福永 睦¹、大里 浩樹¹

閉塞性大腸炎は何かの原因により大腸に狭窄や閉塞をきたした場合、その口側にびらんや潰瘍などの非特異的炎症性病変が形成される病態とされている。症例は75歳男性。パーキンソン病、高血圧症で当院外来通院中であり、便秘と意識障害を主訴に受診した。受診時、腹部は著明に膨満していたが腹膜刺激症状は認めなかった。pH 7.165、Lac 8.6mmol/Lとアシドーシスを認めた。腹部CTで直腸からS状結腸優位に便塊貯留と結腸全域の著明な拡張を認め、腹水も貯留していた。大腸壊死を疑い緊急開腹術を施行した所、直腸～S状結腸に多量の便塊を触知し、下行結腸に漿膜面が黒色変化している部位を認めた。横行結腸～S状結腸を切除し切離断端を二連続式の人工肛門とした。切除した結腸は粘膜から粘膜下にかけて好中球の浸潤を認め、一部壊死に陥っていた。今回我々は、糞便による閉塞性大腸炎の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

C26

術前化学療法が奏効し治癒切除が可能であった高度進行S状結腸癌の1例

¹大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科

空谷友香子¹、井上 彬¹、植村 守¹、原口 直紹¹、西村 潤一¹、畑 泰司¹、竹政伊知朗¹、水島 恒和¹、山本 浩文¹、土岐祐一郎¹、森 正樹¹

症例は59歳女性。血性帯下を主訴に近医受診。子宮筋腫に対して子宮全摘術の既往があり、腔鏡診で臍断端に腫瘍を認めた。下部消化管内視鏡検査で、S状結腸に全周性の2型腫瘍を認め、生検にて高分化腺癌と診断。腹部CTではS状結腸に径48mm大の腫瘍を認め、膀胱、臍断端への広範な浸潤と3群および左側方リンパ節転移があり、S状結腸癌 cStageIV と診断。治癒切除困難と判断し、人工肛門造設術後に、化学療法 mFOLFOX6を計7クール施行。腫瘍の著明な縮小とリンパ節転移の消失を認め、cStageIIへdown stagingが得られ手術を施行。S状結腸切除、膀胱、臍断端合併切除、側方リンパ節廓清を行い、治癒切除を得た。高度進行大腸癌に対する術前化学療法の有用性は、一定のコンセンサスがいないのが現状である。術前化学療法によりdown stagingと十分なsurgical marginの確保が得られ、治癒切除が可能であった高度進行S状結腸癌の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

C25

当院における急性虫垂炎に対する鏡視下手術の導入

¹市立堺病院 外科

馬場谷彰仁¹、中田 健¹、石垣 貴彦¹、清水 克修¹、蛭原 健¹、大久保 聡¹、天野 浩司¹、加藤 文崇¹、松本 紘典¹、星野 宏光¹、川端 良平¹、白井 章浩¹、山本 為義¹、川瀬 朋乃¹、木村 豊¹、福永 睦¹、大里 浩樹¹

【はじめに】急性虫垂炎に対する鏡視下手術が普及してきている。当院でも平成24年7月より鏡視下虫垂切除術を導入し、約半年でほぼ全例開腹手術から移行した。【目的】急性虫垂炎に対し開腹手術から鏡視下手術へ安全に移行できたかどうか評価することを目的とした。【対象・方法】当院で平成24年4月から約1年間に行った虫垂切除術76例を対象として、鏡視下手術37例と開腹手術39例に関して、比較検討を行った。【結果】患者背景には、両群に有意差は認めなかった。出血量、手術時間、病理組織学的結果についても両群に差は認めなかった。術後合併症についても両群で差は認めなかったが、SSIの発生頻度は鏡視下手術3例、開腹手術5例と鏡視下手術が低い傾向にあった。【結果】鏡視下手術は、開腹手術に比べSSIの発生頻度が低い傾向にあった。当院では急性虫垂炎に対し、鏡視下手術を安全に導入できたと考える。

C27

腸重積症で発症した虫垂粘液嚢胞腺腫の1例

¹関西医科大学 消化器外科

穴田 夏樹¹、徳原 克治¹、中谷 和義¹、向出 裕美¹、廣岡 智¹、大石 賢玄¹、中本 喬大¹、岩本 慈能¹、権 雅憲¹

【はじめに】虫垂粘液嚢胞腺腫は虫垂粘液腺腫の一亜型であり稀な疾患である。今回、腸重積症を合併した虫垂粘液嚢胞腺腫の一例を経験した。【症例】86歳男性、約2週間持続する心窩部痛を主訴に当院を受診した。腹部CTで上行結腸の横行結腸内腔への陥入像があり、陥入腸管内に腫瘤を認めた。右側結腸腫瘍による腸重積症の診断にて緊急手術を施行した。胃癌手術既往があったため開腹術を施行、右側横行結腸への重積腸管を確認した。術中に重積は自然整復され拇指頭大に腫大した虫垂を確認した。悪性の可能性を考慮し右半結腸切除術 D3郭清を施行した。病理検査で内腔の粘液充満像を伴う41×21mm大の嚢胞性病変を認め、粘液嚢胞腺腫と確定診断した。【考察】虫垂粘液嚢胞腺腫による腸重積症発症は稀であるが、右側結腸の腫瘤像を伴う腸重積症では当疾患の可能性も考慮する必要があると考えられた。

C28

臀部経皮的ドレナージにより stoma 造設を回避できたLAR 縫合不全の2例

¹守口敬任会病院 外科

植野 吾郎¹、市川 善章¹、鄭 賢樹¹、谷浦 允厚¹、
金沢 景文¹、丸山憲太郎¹、西原 政好¹、権 五規¹、
島田 守¹、李 喬遠¹、岡 博史¹

腹腔鏡下低位前方切除(Lap-LAR)の普及に伴い骨盤底部での吻合適応が拡大し、合併症としてしばしば縫合不全が問題となる。今回我々は、Lap-LAR 術後に縫合不全をきたし、留置していた経腹的なドレナージが効かない為、臀部の尾骨近傍より経皮的にエコーガイド下に膿瘍穿刺し、ドレナージチューブを留置してカバーリングストーマを造設することなく治癒し得た2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例1】56歳、女性。Lap-LAR 後5日目に縫合不全を生じる。側臥位でエコー下に14Fr ピッグテールカテーテルを留置し、絶食IVHで瘻孔が局限した後に経口摂取を開始し、術後25病日目に退院となる。【症例2】65歳、女性。Stage2、Lap-LAR 術後4日目に縫合不全を生じ、肥満の為にドレーンの位置が浅くなりドレナージ不良にて臀部尾骨近傍よりPTABD 施行する。術後29日目退院となる。

C30

肛門腺由来粘液癌の一例

¹関西電力病院

萩 隆臣¹、池田 温至¹、加茂 直子¹、河本 泉¹、
井上 直也¹、栗根 雅章¹、恒川 昭二¹、滝 吉郎¹、
今村 正之¹

症例は66歳女性。5年前より肛門部の腫瘍に気付いていたが、放置していた。2年前より腫瘍の増大および出血を認めるようになり前医を受診した。肛門癌の疑いで当院紹介となった。肛門部に10cm 大の腫瘍を認め、生検で高分化型管状腺癌と診断。内視鏡では腫瘍は歯状線にかかっていなかった。画像検査上明らかな遠隔転移を認めなかったため、肛門腺癌の診断で腹腔鏡下直腸切断術および広背筋皮弁術を施行した。術後経過に問題を認めず、術後31日目に退院となった。病理検査では高分化型管状腺癌であったが一部で粘液癌の形態を認めた。直腸の粘膜および壁に悪性所見はなく、直腸に瘻孔の形成は認めなかった。肛門括約筋への浸潤を認め、肛門腺由来であると考えられた。肛門腺由来粘液癌という、肛門管癌のなかでも稀な症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

C29

術前 mFOLFOX6療法が奏功し Pathological CR が得られた局所進行直腸癌の1切除例

¹大阪府立成人病センター 消化器外科、

²大阪府立成人病センター 病理・細胞診断科

深田 唯史¹、能浦 真吾¹、大植 雅之¹、三吉 範克¹、
杉村啓二郎¹、後藤 邦仁¹、本告 正明¹、高橋 秀典¹、
岸 健太郎¹、丸橋 繁¹、藤原 義之¹、矢野 雅彦¹、
富田 裕彦²、左近 賢人¹

下部進行直腸癌の標準治療はTME+ 側方郭清であるが予後改善のために当院では局所制御と遠隔転移制御の双方を狙った術前化学療法を導入している。今回術前化学療法(mFOLFOX6療法)が奏功しpCR が得られた局所進行直腸癌の1切除例を経験したので報告する。症例は69歳男性、排便時出血を主訴に近医受診、大腸内視鏡検査で直腸AV25cm/DL0.5cmの亜全周性2型進行癌を認め当院紹介となった。生検結果は中分化腺癌、画像検査にてcAI(左肛門挙筋)N3(左閉鎖リンパ節)StageIIIbと診断しmFOLFOX6療法を6コース施行。効果判定はPRであった。約6週間後に手術を施行。迅速病理診断にて両側方リンパ節は転移陰性、また左肛門挙筋の剥離断端は陰性であったため内肛門括約筋切除術を施行。最終病理結果では明らかな残存腫瘍細胞は認めず、リンパ節転移もなく、組織効果判定はGrade3であった。mFOLFOX6療法は局所進行直腸癌の術前化学療法として有用な可能性が示唆された。

C31

FOLFOX+Bevacizumabにて術後5年無再発生存を得た直腸癌傍大動脈周囲リンパ節転移の1例

¹和歌山県立医科大学 第二外科

水本 有紀¹、横山 省三¹、瀧藤 克也¹、堀田 司¹、
松田 健司¹、渡邊 高士¹、三谷 泰之¹、家田 淳司¹、
山上 裕機¹

症例は46歳女性で平成20年4月血便を主訴に近医受診し、下部消化管内視鏡検査で肛門縁より13cmに3cm 大の半周性腫瘍を認め、直腸Rs癌の診断で手術目的に当科紹介となる。術前CTで大動脈周囲リンパ節腫脹を認めた。同年4月24日腹腔補助下前方切除術、D3郭清及びNo.216リンパ節のsamplingを行った。病理検査所見でNo.216リンパ節転移と診断された。術後1か月よりFOLFOX+Bevacizumabの化学療法を9クール行った。PET-CT、MRIで大動脈周囲リンパ節腫大は消失、PETの集積も認めずCRの診断となった。その後全身倦怠感や手足の痺れによりUFT/LVを施行後TS-1に変更した。その後もCRが継続し現在UFT内服のみとなっている。術後5年目のPET-CT、MRIで再発所見は認めずCRが維持されている。今回、大動脈周囲リンパ節転移に対しFOLFOX+Bevacizumab療法を行いCRを得た症例を経験した。傍大動脈リンパ節転移は化学療法にで長期の無再発生存を得られる可能性があることが示唆された。

C32

横行結腸間膜囊腫感染に対して、右半結腸切除術を施行した1例

¹神戸市立西市民病院 外科

多田陽一郎¹、原田 武尚¹、塩津 聡一¹、前原 律子¹、茅田 洋之¹、池田 宏国¹、仲本 嘉彦¹、竹尾 正彦¹、小縣 正明¹、山本 満雄¹

42歳女性。平成24年2月に検診で腹腔内に約13×7cm大の嚢胞性病変を指摘された。精査で腸間膜囊腫と診断。症状はなく、経過観察となっていた。平成25年4月に右上腹部痛が出現し、徐々に悪化したため、当院救急外来を受診した。疼痛部位は嚢腫と一致し、発熱とWBC・CRPの上昇を認めた。CT所見でも嚢腫全体の増大と周囲の脂肪織不整があり、嚢腫感染と診断した。入院後は抗生剤治療を行ったが、翌日に痛みが増強し、腹部全体に反跳痛を認めたため、保存的な感染コントロールは困難と判断し、緊急手術を行った。嚢腫内は黄色透明の液体で、周囲に一部膿苔を認めたが明らかな腫瘍性病変は認めなかった。嚢腫は横行結腸から回盲部付近まで存在し、右半結腸切除術を施行した。術後経過は良好で、術後17日目に退院した。今回我々は腸間膜嚢腫感染という稀な症例に対して、手術によって良好な経過を得ることができたので若干の臨床病理学的考察と共に報告する。

C34

イレウスで発症した静脈硬化性大腸炎の1症例

¹京都大学 消化管外科

沼 尚吾¹、星野 伸晃¹、肥田 侯矢¹、平井健次郎¹、長谷川 傑¹、坂井 義治¹

虚血性腸炎と類似症状を呈する極めて稀な疾患である静脈硬化性大腸炎を経験したので報告する。

症例は87歳女性。生来健康で既往歴は虫垂炎のみ。2013年4月に腹痛と嘔吐が出現し、腸閉塞の診断で近医に入院。単純CTで上行結腸周辺に著明な石灰化と閉塞を認め、保存的加療で改善なく、静脈硬化性大腸炎の疑いで当院紹介となった。

腸閉塞症状の改善傾向がなく、転院2日目(発症14日目)に双孔式人工肛門造設術を施行した。術中所見では、小腸拡張が高度で、上行結腸から横行結腸にかけての腸管は暗赤色に変化し、弾性硬の索状構造であった。以上により上腸間膜静脈枝の硬化に一致した腸管壁の灌流障害及びそれに伴う腸閉塞と診断したが、長期絶食で全身状態が不良であり、一期的手術は困難と判断し人工肛門を造設した。術後腹部症状は軽快し、術後7日目に食事を開始した。全身状態が改善した後に結腸右半切除術を施行予定である。

C33

当院における腹腔鏡下虫垂切除術の検討

¹大津市民病院 外科

矢内 勢司¹、橘 強¹、中右 雅之¹、加納 正人¹、洲崎 聡¹、光吉 明¹、柳橋 健¹

当院では2008年に腹腔鏡下虫垂切除術を導入した後、2011年8月からは単孔式腹腔鏡下虫垂切除術(SILS)も行い、開腹手術と併用して急性虫垂炎の治療を行っている。特に肥満例、汎発性腹膜炎症例に対して、腹腔鏡下虫垂切除術を行い、さらに、非穿孔性虫垂炎に対しては保存的治療で炎症を鎮静化させ約3か月後に虫垂切除を行うinterval laparoscopic appendectomy(以下、IA)を行っている。対象は2008年9月~2012年12月までに当院で経験した68例のうちSILSが19例、IAが10例で、術後合併症としては麻痺性イレウスが2例、遺残膿瘍が2例、創部感染が1例であったが、いずれも穿孔性虫垂炎症例に合併しており、非穿孔性虫垂炎症例、IA施行例での術後合併症は発生していなかった。今後は、IAを虫垂周囲膿瘍形成例にも適応を広げていく予定である。

C35

Microsatellite instability(MSI)を示す大腸髄様型低分化腺癌の一例

¹京都大学 消化管外科

森村 祐樹¹、河田 健二¹、平井健次郎¹、真岸亜希子¹、片岡 佳樹¹、長谷川 傑¹、坂井 義治¹

非常に稀とされる、Microsatellite instability (MSI)を示す大腸髄様型低分化腺癌の一例を経験したので報告する。症例は90歳女性。腹部不快感を主訴に近医受診し、精査にて上行結腸癌を指摘された。腫瘍マーカーの上昇は認めていない。既往は高血圧、高脂血症で、特記すべき家族歴は無し。手術目的で当院受診し、腹腔鏡補助下右半結腸切除術施行した。最終診断はA,Type2,42x50mm,SS,NOHOPOM0,Medullary carcinoma,StageII。病理組織診では、異型細胞が充実性胞巣を形成し炎症性細胞浸潤を伴って増殖しており髄様癌の像であった。高齢女性の右側結腸癌であることから、典型的なMSIを示す髄様型低分化腺癌と考えられた。また免疫染色では、MSH2(partially/weakly+)、MSH6(+),MLH1(-)とミスマッチ修復遺伝子の変異を認めた。比較的予後不良とされる大腸低分化腺癌の中で、髄様型低分化腺癌は脈管侵襲に乏しく予後良好な亜型であり診断の意義は大きいと考える。

C36

右結腸動脈瘤破裂により発症した Segmental arterial mediolysis(SAM)のIVRによる止血が有効であった一例

¹医誠会病院 消化器外科

山本 真¹、樋口 一郎¹、秋山 洋介¹、谷川 隆彦¹

症例は46歳男性。心窩部痛、嘔吐を主訴に救急来院された。収縮期血圧80台と pre-shock 状態に陥っており、腹部造影CTの結果、右結腸動脈の伸展が認められ、同部位からの出血と診断。出血が止まっていること、バイタルが安定していることより、血管造影を行った。右結腸動脈に軽度の壁不整、狭窄、拡張が疑われ、SAMによる腹腔内出血を疑った。右結腸動脈および回結腸動脈からの microcoil による塞栓術を施行。止血術後は経過順調で、IVRから18病日に軽快退院となった。SAMは主に腹部内臓動脈の中膜が分節状に融解し動脈瘤が形成され、突然破裂し、出血性ショックや急性腹症として発症する稀な疾患である。IVRは比較的低侵襲であり、診断から治療へ即時に移行することが可能である。ただし、再出血、塞栓部の再開通や臓器虚血の可能性もあり、患者の全身状態と動脈瘤の存在位置に応じた治療法を選択する事が重要となる。若干の文献的考察を加えて報告する。

C38

回盲部放線菌症により成人腸重積をきたした一例

¹大阪赤十字病院 外科

増井 秀行¹、金澤 旭宣¹、萩原 健¹、馬場園 豊¹、
福田 明輝¹、有本 明¹

【はじめに】今回我々は回盲部放線菌症により成人腸重積を形成した症例を経験したので報告する。【症例】80歳代、女性【現病歴】10日前から増強する腹痛と右季肋部膨隆を主訴に前医受診後手術目的で当院紹介。【現症】筋性防御を伴う右季肋部の圧痛を認めた。腹部CT検査では回盲部を先進部とした腸重積が横行結腸まで到達。【手術所見】開腹時白濁した腹水少量と白苔を認めた。腸重積とともに上行結腸に径1cm大の穿孔を認めため右半結腸切除を施行。【術後経過】抗生剤加療は術後14日間施行。術後経過は良好で第16病日に軽快転院となった。【病理組織所見】腸重積の先進部に3×2cmの正円形黒緑色の隆起性病変を認めた。病理組織学的検査で病変の表層を中心に放線菌の集塊が認められ、回盲部放線菌症との診断を得た。【考察】回盲部放線菌症により成人腸重積をきたした症例は稀である。文献的検討を加えて報告する。

C37

経肛門的直腸異物3例の検討

¹日赤和歌山医療センター

東出 靖弘¹、上野 剛平¹、置塩 裕子¹、関岡 明憲¹、
川口 直¹、西村 友美¹、萩原 健¹、山田 晴美¹、
横山 智至¹、桑原 道郎¹、岡本 大輔¹、一宮 正人¹、
宇都宮裕文¹、宇山 志朗¹、加藤 博明¹

【はじめに】経肛門的直腸異物は日常診療では稀に遭遇する事がある疾患である。今回我々は2011年1月～12月に直腸異物により緊急手術となった3例を経験したので報告する。【対象】症例は全て男性、平均年齢は49歳(38～64歳)だった。挿入の動機は前立腺マッサージ1例、不明2例だった。異物は茄子、ボールペン、人参で、前2例で消化管穿孔をきたし全身麻酔下開腹手術を施行した。残りの1例は腰椎麻酔下に経肛門的摘出が可能であった。いずれの症例も他院を受診し、当センターへと搬送された。CTでいずれの症例も異物が確認され、診断に至った。【考察と結語】直腸異物は医療行為に伴うものを除けば殆どの場合、異常性行為により経肛門的に挿入される。羞恥心や精神疾患のため、病歴聴取から診断に至るのは困難な場合が多い。今回の症例の3例中2例が精神疾患の既往があり、そういった患者の急性腹症の鑑別診断として直腸異物は考慮にいれる必要があると思われる。

D01

膵胆管合流異常を伴わない胆嚢・膵重複癌の一例

¹兵庫医科大学 外科学

宇多 優吾¹、中村 育夫¹、黒田 暢一¹、鈴木 和夫¹、
小坂 久¹、栗本 亜美¹、岡本 共弘¹、大橋浩一郎¹、
矢田 章人¹、末岡 英明¹、はい 正寛¹、近藤 祐一¹、
田中 省吾¹、麻野 泰包¹、岡田 敏弘¹、平野 公通¹、
飯室 勇二¹、藤元 治朗¹

(症例)76歳男性、平成24年4月26日前医で胆石症、胆嚢腺筋症に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行、病理にてTubular adenocarcinomaの診断であったため当院へ紹介となった。入院時CEACA19-9は陰性、腹部CTでは明らかな腫瘍性病変認めず、膵体部から尾部の膵管の軽度拡張認めるも明らかな閉塞機転、腫瘍性病変は認めなかった。胆嚢病理結果は進達度SS、リンパ節転移+、脂肪織浸潤+であったため平成24年6月21日肝床部切除、肝外胆管切除術を予定し手術施行した。術中12b1リンパ節転移+、さらに検索すると膵前面にdelleを認め迅速病理検査で腺癌と診断された。原発膵癌を否定できず膵体尾部切除を追加した。永久標本ではInvasive ductal carcinomaで膵癌であった。(まとめ)胆嚢癌、膵癌の重複例は極めてまれであり、また膵胆管合流異常に伴う膵、胆道重複癌の報告はあるが本症例は合流異常を認めなかった。極めて稀な胆嚢、膵重複癌の一例を経験したので報告した。

D02

EUS-FNAにて術前診断し得た膵外突出型膵房細胞癌の1切除例

¹大阪労災病院 外科

安山 陽信¹、村上 昌裕¹、清水 潤三¹、吉川 幸宏¹、渡瀬智佳史¹、久保田倫代¹、松浦 雄祐¹、三宅祐一朗¹、金 浩敏¹、相馬 大人¹、廣田 昌紀¹、森島 宏隆¹、三方 彰喜¹、松並 展輝¹、長谷川順一¹、根津理一郎¹

膵房細胞癌の頻度は膵癌のうち1%未満とまれであり、術前に診断されることは非常にまれである。今回、我々は診断に苦慮したもののEUS-FNAにて術前診断し治療切除し得た膵外突出型膵房細胞癌の1例を経験したので報告する。症例は73歳、女性。輸血後C型肝炎に対して当院内科外来フォロー中、腹部超音波検査で膵鉤部に20mm程度の嚢胞性病変を認め、腹部造影CT検査で膵頭部腹側に16mm大の腫瘤を認め、PET-CT検査で同部位にSUVmax=12.7と高度集積を認めたため膵頭部癌疑いにて当科紹介となった。EUS-FNAの結果、ClassIIIb、膵房細胞癌疑いと診断し、手術の方針となった。腫瘍は膵頭部から腹側に突出して存在し、膵頭十二指腸切除術+D2郭清を施行した。術後病理診断は膵房細胞癌 TS1(14×12mm)pT3N0M0 (StageIII)であった。術後経過は良好で術後18日目に退院した。若干の文献的考察を加えて報告する。

D04

画像診断にて粘液性嚢胞腫瘍を疑われた巨大膵嚢胞の1例

¹京都府立与謝の海病院

清水 佑一¹、池本 公紀¹、石井 博道¹、當麻 敦史¹、落合登志哉¹

症例は58歳、女性。2012年11月、発熱、背部痛、膿尿を主訴に近医を受診、急性腎盂腎炎の診断にて抗菌薬投与された。CRP高値が持続するため、腹部造影CTを施行、膵体尾部に10cm大の多房性嚢胞性病変と一部隔壁肥厚を認めた。当院消化器内科へ精査加療目的に紹介となり、超音波内視鏡にて膵臓内に多数の嚢胞性病変と充実性成分を認めた。画像所見から粘液性嚢胞腫瘍を疑われ、手術目的に当院外科紹介となった。12月、膵体尾部切除、脾臓摘出、左副腎切除、D2リンパ節郭清を施行した。病理組織学的には嚢胞壁内に膵組織や副腎組織は含まれておらず、卵巣様の間質も欠き嚢胞と診断された。画像所見で粘液性嚢胞腫瘍を疑われた巨大膵嚢胞の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

D03

黄色肉芽腫性膵炎の一切除例

¹社会福祉法人 済生会中和病院 外科、
²社会福祉法人 済生会中和病院 病理

中村 広太¹、青松 幸雄¹、平尾 具子¹、中尾 武¹、佐々木義之¹、杉原 誠一¹、島野 吉裕¹、細井 孝純¹、堤 雅弘²、今川 敦史¹

症例は60才台、男性。2012年7月下旬、38度台の発熱を主訴に近医受診し、症状持続するため精査加療目的に当院紹介受診した。画像検査で膵尾部に限局し一部嚢胞状の腫瘍性病変を指摘され、また腫瘍マーカーの上昇を認めた。膵尾部癌が疑われたため、手術施行した。術中所見では病変の一部が、胃大弯に直接浸潤疑われたため胃部分切除を含む膵体尾部切除術施行した。切除標本では慢性炎症による腫瘤形成を認め、巨細胞浸潤、泡沫細胞、コレステリン結晶を含むことから黄色肉芽腫性膵炎と診断した。黄色肉芽腫性膵炎の一切除例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

D05

TS1破骨細胞型退形成性膵管癌の1切除例

¹大津赤十字病院 外科

鬼頭 祥悟¹、中村 直人¹、伊藤 孝¹、松林 潤¹、余語 覚匡¹、浦 克明¹、平良 薫¹、大江 秀明¹、川島 和彦¹、石上 俊一¹、土井隆一郎¹

症例は71歳男性。2型糖尿病で加療中であった。血糖コントロール不良となったため、当院に入院となった。腹部CT検査で主膵管の拡張を認め、造影早期相は主膵管内に高吸収域を認めた。腹部超音波で14mmの低エコー域として描出された。ERCPでは主膵管の途絶と尾側膵管の拡張を認め、膵液細胞診はclass5と診断された。膵頭部癌の診断で、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。標本の腫瘍径は9mmであり、主膵管内に限局していた。HE染色では類骨の産生と多核破骨細胞様の巨細胞が観察され、CD68とvimentinが陽性であった。以上より破骨細胞型退形成性膵管癌と診断した。退形成性膵管癌は全膵癌の0.18%である。TS1で報告された破骨細胞型退形成性膵管癌の本邦での報告例はなく、文献的考察を加えて報告する。

D06

EUS-FNA で術前診断が可能であった膵腺房細胞癌の1例

¹京都府立医科大学 消化器外科

小川聡一郎¹、森村 玲¹、山本 有祐¹、小西 博貴¹、小松 周平¹、村山 康利¹、塩崎 敦¹、栗生 宜明¹、生駒 久視¹、窪田 健¹、中西 正芳¹、市川 大輔¹、藤原 齊¹、岡本 和真¹、阪倉 長平¹、大辻 英吾¹

【はじめに】膵腺房細胞癌は膵悪性腫瘍の1%未満といわれる稀な疾患で、画像上多彩な所見を呈するため術前に診断を得ることが困難である。一方、超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）は膵腫瘍に関して90%前後の感度と正診率が報告されている。今回我々はEUS-FNAによって術前確定診断を得られた症例を経験したので報告する。【症例】75歳の男性。胸腹部CTで膵頭部に乏血性腫瘍を認め、平成24年9月に当院へ紹介された。ERCPと同時に行った膵管擦過細胞診では確定診断に至らなかった。そこで、EUS-FNAを施行したところ、採取した組織は免疫染色でtrypsin陽性であった。腺房細胞への分化があると判断し膵腺房細胞癌と診断した。平成24年10月に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術、2群リンパ節郭清を施行した。術後の病理組織学的所見でも腺房細胞癌 T3N0M0:stage 3（膵癌取扱規約）との最終診断であった。

D08

膵管内乳頭粘液腫瘍由来膵癌が疑われ腹腔鏡下膵体尾部切除を施行した高齢者の1例

¹奈良県立奈良病院 外科、

²奈良県立奈良病院 救急診療科

岩本 崇史¹、高 濟峯¹、西口由希子¹、中谷 充宏¹、松坂 正訓²、向川 智英¹、石川 博文¹、渡辺 明彦¹

症例は86歳男性、近医での腹部CTにて膵尾部に最大20mm径の複数の分枝膵管型IPMNを指摘され消化器内科で経過観察されていた。超音波内視鏡にて膵尾部の主膵管拡張を認め、ERCPを行ったところ膵体尾部境界部に不整な主膵管狭窄と尾側膵管の拡張を認めたためIPMN由来膵癌の発生が疑われ、外科に紹介となった。膵癌が疑われたが病変が膵実質内に局限していると判断され、高齢者に対する手術侵襲の軽減を考え腹腔鏡下膵体尾部切除を施行した。術後経過は良好であり手術翌日から水分摂取可とした。ドレーン性状も問題なく術後4日目に抜去し、その後も食事摂取良好、経過良好であったため術後9日目に退院となった。腹腔鏡下膵体尾部切除は低侵襲で日常生活動作を損なわず施行できる点においても有効な術式であると思われる。

D07

膵管内乳頭粘液性腺癌（IPMC）切除後に発生した異時性膵鉤部IPMNの1切除例

¹神戸大学 肝胆膵外科

大幡 真也¹、浅利 貞毅¹、松本 逸平¹、新関 亮¹、後藤 直大¹、田中 正樹¹、山下 博成¹、石田 潤¹、岡崎 太郎¹、松本 拓¹、木戸 正浩¹、武部 敦志¹、田中 基文¹、蔵満 薫¹、味木 徹夫¹、福本 巧¹、具 英成¹

症例は63歳女性。2009年6月、膵嚢胞性腫瘍に対し膵体尾部切除術を施行した。切除標本の病理診断は、微小浸潤を伴うIPMC; T1N0M0 Stage Iであった。退院後、6ヶ月毎の腫瘍マーカーならびに画像診断で経過観察を行った。2013年1月、FDG-PET/CT検査で膵鉤部に新たな嚢胞性腫瘍と、同部位へのFDGの集積を認めた。EUS検査で嚢胞内に乳頭状の高エコー像が描出された。MRCP/ERCP検査で主膵管の拡張はなく腫瘍は近傍の分枝膵管と交通していた。膵液細胞診で異型細胞を認めIPMCが示唆された。同年3月、残腔全摘術を施行した。現在病理学的検索中で、永久標本でも膵管内に乳頭状の隆起性病変を認めIPMCが示唆される。IPMNは粘液の漏出や切離断端の腫瘍の遺残、多中心発生による再発や通常型膵癌の合併の可能性があり、切除後も慎重な経過観察が必要である。IPMN切除後、残腔を経過観察する上で示唆に富む症例と考え、文献的考察を含め報告する。

D09

前診断で膵癌を否定できず切除を行った慢性膵炎の一例

¹京都大学 肝胆膵・移植外科

小紫 彩奈¹、増井 俊彦¹、海道 利実¹、小川 晃平¹、安近健太郎¹、桐野 泉¹、福光 剣¹、佐藤 朝日¹、高折 恭一¹、上本 伸二¹

膵癌の疑いと術前診断し切除を行ったが、病理所見では慢性膵炎であった症例を経験した。【症例】69歳男性。近医にて血清Amy軽度高値。MRIにて膵尾部の膵管狭窄、末梢膵管の拡張、膵尾部実質の信号上昇を認めた。2年後、腹部CTで膵尾部に低吸収域を認めたが、腹部US、ERCP、造影MRIでは、膵管の狭窄と尾側の拡張を認めたのみ。マーカー、IgG4正常。膵液細胞診にて異型細胞を検出、EUSでは末梢尾側膵管の拡張のみを認め、微小早期膵癌を否定できず。十分なICの後、腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行。病理診断で14x9mm大の腫瘍は炎症を示唆する所見のみ。【考察】主膵管の拡張、途絶は膵癌診断において重要な所見であるが、5~10%は切除標本にて膵癌が証明できない。今回、異型細胞を認めたため切除を行ったが、経過からは当初見られた膵尾部の低吸収域が確認しづらくなり、膵管拡張も悪化を認めない。微小膵癌の診断には経時的変化も重視する必要がある。

D10

積極的外科治療により根治的切除が可能であった巨大膵神経内分泌腫瘍の1例

¹済生会野江病院 外科

吉田 朱里¹、岡村 昌彦¹、安 英男¹、西江 優子¹、
宮内 智之¹、後藤 沙織¹、三浦 欽之¹、水上 陽¹、
原田 敦¹、赤神 正敏¹、太田 秀一¹、井ノ本琢也¹、
足立 幸人¹

【症例】47歳 女性検診にて高血糖、胆道系酵素上昇を指摘され来院 【検査】造影CT：膵頭部～膵尾部にかけて最大径16cmの造影不均一な腫瘍開腹生検：病理にてNeuroendocrine tumor 【手術】膵全摘術胃体上～中部後壁と膵腫瘍前面の癒着認め、胃浸潤が疑われたため、胃全体の1/6を残胃としてdistal gastrectomy施行。Double Roux-en Y再建【術後診断】Well differentiated endocrine carcinoma pT4, G2(MIB-1 index 10%)【考察】膵全摘では術後QOLの問題もあるが、本症例では皮下埋込型インスリン持続注射により良好なQOLを保っており、今後術式の選択肢となりうると考えられた。また、膵神経内分泌腫瘍ではエビデンスレベルの高い化学療法レジメンはなく、切除可能であれば積極的外科治療が有効である可能性が示唆された。

D12

巨大Solid and pseudopapillary neoplasmの1例

¹京都大学 肝胆脾・移植外科

加茂 直子¹、海道 利実¹、福光 剣¹、石井 隆道¹、
桐野 泉¹、増井 俊彦¹、小川 晃平¹、高折 恭一¹、
上本 伸二¹

Solid and pseudopapillary neoplasm (SPN)は若年女性に多い、比較的予後良好な膵腫瘍と言われている。今回、LN転移陽性の巨大SPNを経験したので報告する。【症例】40歳、男性。2011年から腹部膨満、体重減少認め近医受診。CTにて胃背部に約20cm大の腫瘍を指摘された。他院でのEUS/FNAにてSPNと診断され手術目的に当院へ紹介。2012年12月手術施行。腫瘍は殆ど可動性がなく、側副血行路の発達により摘出は非常に困難であった。脾臓合併膵全摘術、門脈再建術施行。摘出標本最大径21cm。線維性被膜に覆われた白色充実性腫瘍が認められ、一部に出血、壊死を伴っていた。傍大動脈LN転移陽性であるためpT3pN3pM1、pStage IV bと診断された。胃蠕動障害等の合併症を認めたが、徐々に軽快し術後92日目に退院。術後補助化学療法は施行せず、嚴重にフォローアップすることとした。【結語】巨大SPNは切除困難であるが、悪性の可能性も考慮し外科的切除が望ましいと考えられた。

D11

腎細胞癌術後に異時性転移性皮膚腫瘍・脾腫瘍を切除した1例

¹奈良社会保険病院

奥村 公一¹、西澤 弘泰¹、長田 博光¹、藤井 英明¹、
眞島 葵¹、眞原 康行¹

症例は71歳男性。55歳時に左腎細胞癌にて左腎摘出術を施行(pT1aN0M0,pStage1)し、予防的インターフェロン療法を施行された。62歳時に左腰背部の腫瘍性病変を自覚し、孤立性病変切除にて腎細胞癌皮膚転移の所見であった。インターフェロン療法を増量し継続したが、6年経過後、腹痛を契機に撮影した腹部造影CTにて膵頭部に23mm大の多血性腫瘍性病変を認めた。FDG-PET施行したが、際に明らかな集積はなく、その他臓器への集積も指摘されなかった。腎細胞癌の膵転移もしくは膵内分分泌腫瘍を疑い、68歳時に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術施行した。病理組織学的検査結果は16年前の腎細胞癌と同じclear cell carcinomaであり、腎細胞癌膵転移と診断した。術後経過は良好であり、28ヶ月経過した現在も再発なく通院加療中である。切除可能であった腎細胞癌の異時性皮膚転移ならびに膵転移を切除し、長期生存を得ている症例を経験したため報告した。

D13

膵癌多発肺転移との鑑別に苦慮した細気管支肺胞上皮癌と膵頭部癌の同時性重複癌の1例

¹神鋼病院 外科、²神鋼病院 呼吸器外科

小田 奈央¹、藤本 康二¹、浅利 建吾¹、長谷川 寛¹、
三浦 晋¹、錦織 英知¹、古角祐司郎¹、小泉 直樹¹、
上原 徹也¹、石井 正之¹、坂野 茂¹、榊屋 大輝²、
東山 洋¹

今回、画像上両下肺野の多発腫瘍と膵頭部腫瘍を認め、多発肺転移を伴う膵頭部癌と考えられたが、免疫組織染色で原発性の細気管支肺胞上皮癌と膵癌の重複癌と診断し得た興味深い症例を経験したので報告する。症例は70歳男性。健診で両下肺野の多発結節影を指摘された。造影CTで両肺の多発結節影に加え膵鉤部に径1cm大の腫瘍影を認めたため、多発する肺腫瘍は膵癌からの転移と考えられたが、診断目的で胸腔鏡下腫瘍切除術を施行した。組織所見では粘液を有する高円柱状細胞が肺胞置換型の進展を呈しており、肺原発として特異性の高いTTF-1が陽性であったため、肺原発の細気管支肺胞上皮癌と診断し全身化学療法を開始した。1年半後に膵腫瘍の増大に伴う十二指腸狭窄の所見を認めたため、胃空腸吻合及び膵腫瘍生検を施行した。腫生検では中分化型の腺癌細胞を認め、免疫組織染色でTTF-1が陰性であったため、肺癌からの転移ではなく膵原発の膵頭部癌と診断した。

D14

穿孔性腹膜炎に対する腹腔鏡の有効性

¹市立池田病院 消化器外科

森 総一郎¹、平尾 隆文¹、岡野 美穂¹、足立 真一¹、
森本 修邦¹、福岡 孝幸¹、柴田 邦隆¹

【はじめに】近年、腹腔鏡手術が増加し、癌の手術をはじめ腸閉塞・ヘルニアなどの良性疾患も適応が拡大されているのが現状である。今回我々は、穿孔性腹膜炎に対し腹腔鏡を使用し診断に有効であった症例を経験したので報告する。また、腹腔鏡を使用せず直接開腹した症例も提示する。【症例】症例1は81歳男性で、突然の腹痛を主訴に来院。WBC8350/uL、CRP0.0mg/dlであった。腹部CT所見では上腹部に少量の free air と腹水を認めたので、上部消化管穿孔による腹膜炎と診断し腹腔鏡下手術を試みた。症例2は76歳男性で、発熱と腹痛・下痢を主訴に来院。WBC9370/uL、CRP6.7mg/dlであった。腹部CT所見では上腹部に free air と腹水を認めたので、上部消化管穿孔と診断し開腹手術を試みた。【まとめ】穿孔性腹膜炎に対して、診断を兼ねて腹腔鏡手術は効果的でありかつ有用であると思われた。

D16

Morgagni 孔ヘルニアの1手術例

¹兵庫県立淡路病院 外科、²田岡病院 救急科、

³加古川西市民病院 外科

上田 泰弘¹、川嶋 太郎¹、吉岡 勇氣²、坂平 英樹¹、
高橋 英幸³、大石 達郎¹、宮本 勝文¹、小山 隆司¹

症例は84歳女性、以前より横隔膜ヘルニアを指摘されていたが特に加療されていなかった。今回、上腹部痛および腹部膨満を主訴に近医を受診し、イレウスと診断され当院救急外来を紹介となった。来院時上腹部に圧痛を認め、CTで右胸腔に横行結腸が脱出しており、腸閉塞を来していた。腸管壁の造影効果はやや弱く腹水を伴っており、腸管虚血の可能性を否定できなかったため、同日緊急手術となった。経腹的にアプローチし手法的にヘルニア内容を腹腔内へ還納したところ、ヘルニア内容は大網および横行結腸であり、壊死はなかった。ヘルニア門を3-0 vicryl 結節縫合にて修復し手術を終了した。術後経過は良好で、術後12日目に軽快退院となった。Morgagni 孔ヘルニアの1切除例を経験したので、報告する。

D15

下大静脈腫瘍栓を合併した後腹膜 Ewing 肉腫の1例

¹近畿大学 外科、²近畿大学 泌尿器科、

³近畿大学 心臓外科

東 千尋¹、中多 靖幸¹、石川 原¹、山崎 満夫¹、
安田 武生¹、所 忠男¹、中居 卓也¹、竹山 宜典¹、
吉村 一宏²、北山 仁士³

61歳男性。2012年9月右季肋部痛が出現、右後腹膜腫瘍疑いで当科紹介となる。MRI、CTで右肝から右腎間を占拠する20cm大、壊死のある充実性腫瘍を認めた。腫瘍塞栓を右肝静脈下方下大静脈から右心房直下まで認め、肝S7にも5cm大の転移が疑われた。ノルアドレナリン628pg/mlとやや高値だが、その他血中ホルモン値は正常。TMはCEA5.5ng/ml、NSE36.2ng/mlと上昇していた。手術はV-V bypassを用いた肝右葉、左腎合併後腹膜腫瘍摘出術に下大静脈腫瘍栓摘出を行った。病理所見は小型類円形の異型細胞がシート状に配列し、vimentin(+), CD99(+), NSE(+)でMIB-1陽性細胞は30-40%に認めた。病理診断は骨外性Ewing肉腫でRT-PCR法によって融合遺伝子EWS-FLI1が検出された。年齢や腫瘍量から見て予後不良と考えられ化学療法や分子標的剤の投与が検討される。

D17

外傷性 Spigelian ヘルニアの1例

¹神戸市立医療センター中央市民病院 外科、

²神戸市立医療センター中央市民病院 救命救急センター

阪本 裕亮¹、橋田 裕毅¹、光岡 英世¹、岡田 和幸¹、
山本 健人¹、井ノ口健太¹、姚 思遠¹、三木 明¹、
近藤 正人¹、八木真太郎¹、瓜生原健嗣¹、小林 裕之¹、
貝原 聡¹、細谷 亮¹、岩崎 寛²、有吉 孝一²

【はじめに】Spigelian ヘルニアは腹直筋外縁と半月状線との間の腱膜部分に生じる稀な外ヘルニアである。今回外傷により発症し、緊急手術を要した症例を経験したので報告する。【症例】20才男性 【主訴】左下腹部痛 【現病歴】バイクを運転中、乗用車と衝突し受傷。左下腹部に疼痛を伴う膨満を認めたため、当院へ搬送。左腹直筋外縁部に8cm×6cmの限局した圧痛を伴う膨満を認めた。超音波検査では、皮下に腸管像を認めた。腹部CTでは、左腹直筋外縁に約3cmのヘルニア門と脱出した小腸を認めた。外傷性 Spigelian ヘルニアの診断で、修復術を施行。腹直筋には損傷なく、外腹斜筋が腹直筋鞘に付着している部分で縦に7cmにわたり断裂があり、ヘルニアとなっていた。術後経過は良好であった。【考察】外傷性 Spigelian ヘルニアは稀な病態である。外傷性ヘルニアにおいては、Spigelian ヘルニアを念頭において腹壁および腹腔内の疾患を念頭に置く必要がある。

D18

巨大 desmoid tumor の一例

¹守口敬任会病院 外科

鄭 賢樹¹、市川 善章¹、谷浦 允厚¹、植野 吾郎¹、
金沢 景文¹、高山 昇一¹、丸山憲太郎¹、西原 政好¹、
権 五規¹、島田 守¹、李 喬遠¹、岡 博史¹

【症例】41歳、男性。【家族歴】父親（USE 白人）FAP 大腸癌で死亡。【既往歴】FAP にて小児期より定期的大腸内視鏡検査を受けていた。2008年腹部腫瘍を自覚し腹腔内 desmoid 腫瘍と診断。他施設で手術不能とされハワイの病院で腹壁の減張切開術や化学療法を行うも奏功せず。【現症】巨大な腫瘍が小腸に穿破し小腸瘻と腫瘍内感染を繰り返し腹壁から排液が続いていた。イレウス症状も生じ、経口摂取困難であった。根治的切除は不能であるが、小腸瘻と腸閉塞及び感染のコントロールのため当院に紹介。十分な IC の元、腸間膜の大半を占めている巨大腫瘍を可及的に切除。トライツ靭帯より約30センチと盲腸より約1メートルの残存小腸を残すも腸間膜硬化の為に一次的吻合が困難で空腸結腸吻合と回腸経管栄養チューブを行う。【考察】FAP は稀に desmoid 腫瘍が合併するがこれほど巨大なものは極めて稀で文献的考察を加えて報告する。

D20

Spigel ヘルニアの手術症例 1 例

¹日赤和歌山医療センター 外科

関岡 明憲¹、上野 剛平¹、東出 靖弘¹、置塩 裕子¹、
川口 直¹、萩原 健¹、山田 晴美¹、上村 良¹、
横山 智至¹、桑原 道郎¹、岡本 大輔¹、一宮 正人¹、
宇都宮裕文¹、宇山 志朗¹、加藤 博明¹

【はじめに】腹壁ヘルニアの中でも稀な Spigel ヘルニアを経験したので報告する。【対象】症例は66歳女性。2012年7月13日に左下腹部痛を自覚、近医を受診し左下腹部の膨隆を指摘され当センター救急外来へ紹介受診となった。腹部 CT 上、腹直筋と腹横筋の間にヘルニア門を指摘され、Spigel ヘルニアが疑われた。CT・血液検査上、明らかな腸管壊死は示唆されず、救急外来で用手的還納した。その後は再発なく、9月5日に待機的に根治手術を行った。術中所見では CT での指摘の通り腹直筋の外縁にヘルニア門があり、Spigel ヘルニアと確定診断された。plug と proline mesh を使用してヘルニア囊の処理、ヘルニア門の補強を行った。術後経過は良好で、退院後も再発を認めていない。【考察と結語】Spigel ヘルニアは腹壁ヘルニア手術の1 - 2%程度、全腹壁ヘルニアの0.1%以下とされる稀な疾患である。臨床所見に乏しく診断が困難な症例があるとされるが、今回は CT で正診を得られた。

D19

内膀胱上窩ヘルニアの 1 例

¹府中病院 外科

石井真梨子¹、森本 純也¹、井関 康仁¹、平松宗一郎¹、
行岡 慶介¹、岩内 武彦¹、西居 孝文¹、小坂 錦司¹、
鄭 聖華¹、内間 恭武¹、竹内 一浩¹

症例は74才男性。嘔気、右下腹部痛を主訴に当院救急外来受診。手術歴はなく、約1年前より右鼠径部の膨隆を認めていたが、用手的に還納容易であったため経過観察していた。副骨盤部 CT にて膀胱の右側腹側に拡張した小腸ループを認め、膀胱壁を外方から内方へ圧排していた。内ヘルニアによるイレウスと診断し、同日緊急手術を施行した。手術所見では膀胱上窩への小腸の嵌頓を認め、膀胱上窩ヘルニアと診断した。他に鼠径ヘルニアなどの所見は認めなかった。嵌頓を解除し、血行不全に陥った小腸を約15cm 切除した。ヘルニア囊を反転・切除した後、約2cm 大のヘルニア門を縫合閉鎖した。術後経過良好で、現在再発なく経過している。今回われわれは非常に稀な内上窩ヘルニアの1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

D21

左傍十二指腸ヘルニアに対し腹腔鏡下修復術を施行した 1 例

¹大阪赤十字病院 外科

福永 有伸¹、山浦 忠能¹、岡田 俊裕¹、吉村 文博¹、
金谷誠一郎¹、有本 明¹

傍十二指腸ヘルニアは比較的可成りまれな疾患で、腹腔鏡下に修復術を施行した報告は散見されるにすぎない。今回、われわれは上記の疾患に対し腹腔鏡手術を施行した症例を経験した。症例は50歳代の男性。手術既往はない。1か月前に腹痛で近医に救急搬送された。腹部 CT で Trietz 靭帯左側、下腸間膜静脈背側に嵌入了小腸を認め、左傍十二指腸ヘルニアと診断された。症状は保存的に改善し、後日当科に紹介となった。待機的に手術を行い、その際の所見では、左十二指腸空腸窩に約40cm の空腸が嵌入していた。嵌入した小腸を整復後、ヘルニア門を非吸収糸で腹腔鏡下に縫縮した。経過は良好で術後8日目に退院した。治療の基本はヘルニア内容物の整復とヘルニア門の閉鎖である。同疾患は手術既往のない症例が多いため、周囲との癒着が少なく腹腔鏡手術も比較的容易である。本症例に文献的考察を加えて報告する。

D22

術前に診断でき腹腔鏡下に治療せしめた子宮広間膜ヘルニアの一例

¹京都桂病院 消化器センター 外科、

²京都桂病院 乳腺科

池田 真也¹、濱洲 晋哉¹、工藤 亮¹、金井 俊平¹、
光岡 英世¹、神頭 聡¹、吉野 健史¹、小西小百合¹、
上原 正弘²、西鉢 隆太¹、間中 大¹

症例は59歳、女性。腹痛を主訴に当院救急外来受診。開腹歴なし。症状は軽度であり経過観察されていたが、翌日腹痛が悪化し腹部造影CTにて子宮右側に closed loop 像を認め子宮が左側に偏位していた。画像所見より子宮広間膜ヘルニアによる絞扼性イレウスを疑い、同日緊急手術となった。腹腔鏡下に嵌頓小腸を還納し、裂孔部分を閉鎖し手術を終了とした。腸切除は行わなかった。術後経過良好で、術後2日目で食事再開し術後6日目で退院となった。内ヘルニアによるイレウスは全イレウスの0.6-2.5%程度と報告されている。さらに子宮広間膜ヘルニアは内ヘルニアのうちの1.3-4%程度とまれな疾患である。しかし腹部CTで特徴的な所見を呈するため、最近では術前に正診を得た報告も増えてきている。今回われわれは術前診断し、腹腔鏡下手術で根治し得た1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

D24

胆嚢管癌と術前診断した表層進展型胆管癌の一例

¹北野病院 消化器外科

岩崎 惇¹、内田洋一朗¹、戸田 怜¹、岩村 宣亜¹、
川本 浩史¹、井上 善景¹、門野賢太郎¹、吉富 摩美¹、
飯田 拓¹、野村 明成¹、上田 修吾¹、寺嶋 宏明¹

症例は76歳男性。糖尿病・高血圧・アルツハイマー型認知症にて加療中、腹痛・背部痛を認め近医で胆石症を指摘された。当院受診し、腹部造影CT検査で三管合流部近傍の胆嚢管内に10×6mm大の早期相で造影される腫瘤があり、EUSでは胆嚢管内に隆起性の低エコー領域、ERCPにて胆嚢管に基部を有する隆起性病変を認め（生検で腺癌）、胆嚢管癌（T1N0M0; cStageI）と術前診断した。術中迅速検査で、肝側は左右肝管分岐部レベル、十二指腸側は膵内胆管レベルで腫瘍浸潤がないことを確認し、胆嚢摘出・肝外胆管切除・胆道再建術を施行した。最終診断は表層進展型胆管癌（T2N0M0; fStageII）であり、術後5ヵ月においても特に再発徴候は認めていない。胆嚢管は胆嚢と異なり固有筋層がなく胆管と同様の組織学的構築を示す。胆嚢管癌は胆嚢癌や胆管癌と鑑別が難しい場合が多く、文献的考察を加えて報告する。

D23

当院における腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術の実際

¹京都大学 消化管外科

和田 聡朗¹、角田 茂¹、坂井 義治¹

【はじめに】当院では2010年に腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術（totally extraperitoneal repair: TEP法）を導入し48例を経験してきた。【目的】当院におけるTEP法の手技を供覧し現状を報告する。【手術手技】1. 臍下部腹直筋後鞘前面、臍下3横指にポートを挿入。腹腔鏡観察下に下腹壁動静脈の細分枝を含む脂肪織を腹側によけるようソノサージで処理しスペースを確保。2. 腹膜前腔の剥離を広げ上前腸骨棘内側にポートを挿入後ヘルニアを処理。3. Bard 3D-MAX Mを展開、固定は行わず腹腔鏡観察下に気腹を解除し終了。【結果】48症例、55病変に手術を施行。男女比は39:8、年齢70（45-83）歳、手術時間中央値は片側97分、両側122分であった。各術者6例目以降の片側の手術時間は72分（n=15）であった。現時点で再発は経験していない。【まとめ】手術時間短縮が課題であるが、症例数に限りがある中 learning curve を短縮すべく定型化とイメージの共有を心掛けている。

D25

肝動脈走行異常を伴う中下部胆管癌に対する膵頭十二指腸切除の1例

¹大阪厚生年金病院 外科

宋 智亨¹、谷口 嘉毅¹、森本 芳和¹、弓場 健義¹、
藤井 眞¹、赤丸 祐介¹、安政 啓吾¹、河野恵美子¹、
大久保悠祐¹、青木 丈明¹、岩本 和哉¹、山崎 芳郎¹

極めて特異な肝動脈の走行異常を有する中下部胆管癌に対して膵頭十二指腸切除術（PD）を経験したので報告する。症例は、66歳男性。主訴は、腹痛。血液検査にて肝胆道系酵素の上昇を認め、CT検査にて下部胆管腫瘤を認め、血管構築では右肝動脈後区枝（PHA）が胃十二指腸動脈（GDA）より単独分岐し、腫瘤前方を走行していた。ERCPによる細胞診検査で中下部胆管癌と診断したため、膵頭十二指腸切除術を施行した。手術所見では、PHAはGDAより単独分岐し、腫瘍病変の前壁に接して上行し、胆嚢管下縁より胆嚢背側を経由して肝門部へ到達しており、血流測定では、170ml/minであった。このためPHAを膵実質および胆管より剥離し、温存した。進行度および根治度は、T1, N0, M(-), StageI, CurAであった。極めて稀な肝動脈分岐異常を伴った中下部胆管癌に対しPDを施行した1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

D26

ICG 蛍光法により安全に手術を行えた胆嚢胆石症の1例

¹ 大津赤十字病院 外科

中村 直人¹、伊藤 孝¹、松林 潤¹、余語 覚匡¹、
鬼頭 祥悟¹、花本 浩一¹、浦 克明¹、平良 薫¹、
大江 秀明¹、吉川 明¹、石上 俊一¹、土井隆一郎¹

症例は51歳男性。遺伝性球状赤血球症による慢性貧血であったが脾摘を拒否していた。2012年12月中旬から腹痛があり2013年1月初旬に近医受診。胆石胆嚢炎の診断で抗生剤を開始したが改善せず当院に紹介された。USで胆嚢壁破綻からの肝膿瘍が認められた。ERCPでは肝門部から肝側肝管は狭小化しており Mirrizi 症候群を疑わせた。2月に手術を施行。胆嚢は萎縮し炎症の波及により胆道解剖が不明瞭であったため、ICG 蛍光法でリアルタイムに胆道を確認しつつ胆嚢を摘出した。術後合併症なく12病日に退院した。胆石胆嚢炎では炎症波及により胆道解剖が不明瞭になるため、副損傷のリスクが高くなる。われわれは胆石胆嚢炎に対して、術中 ICG 蛍光法を行い胆道解剖、動脈系を確認したうえで安全に手術を行うようにしている。

D28

糖尿病 1a 型に胆管細胞癌を合併した一例

¹ 近畿大学 外科

田中 寛樹¹、石川 原¹、中居 卓也¹、竹山 宜典¹、
奥野 清隆¹

【症例】44歳男性【現病歴】1歳半時に、肝腫大と腹部膨隆、無自覚性低血糖を認め糖尿病疑いと診断されていた。24歳時、US・CTにて肝に SOL を認め入院。空腹時低血糖・高乳酸血症・高尿酸血症・高脂血症を認め、75g OGTT 負荷後の乳酸低値、グルカゴン負荷試験による血糖上昇の欠如があった。更に肝生検にて肝細胞にグリコーゲンの蓄積と線維化病変を認め、G-6-Pase の低下があったために糖尿病 1a 型と確定診断された。以降、脂肪肝を US でフォローしていたが、2011年3月、S6に低エコー腫瘍を認め、造影 CT で血管腫疑いと診断された。2012年11月、USにてS6の腫瘍の増大及びS3腫瘍を認め、CTにて早期に辺縁のみ造影され平衡相で washout されない像を認めた。HCC か CCC の診断が困難であったが外科的切除が必要と考えられた為、肝右葉切除及びS3ラジオ波焼灼術施行し、病理診断にて胆管細胞癌と診断された。糖尿病 1a 型に胆管細胞癌を合併した症例を経験したため報告する。

D27

胆嚢癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

¹ 兵庫医科大学 肝胆膵外科

裴 正寛¹、飯室 勇二¹、黒田 暢一¹、平野 公通¹、
岡田 敏弘¹、麻野 泰包¹、鈴木 和夫¹、中村 育夫¹、
田中 肖吾¹、近藤 祐一¹、小坂 久¹、宇田 優吾¹、
末岡 英明¹、矢田 章人¹、大橋浩一郎¹、岡本 共弘¹、
栗本 亜美¹、藤元 治朗¹

【はじめに】胆嚢炎の一亜型である黄色肉芽腫性胆嚢炎(以下 XGC)は、臨床的に胆嚢癌との鑑別診断が困難なことがある。今回、我々は胆嚢癌を疑い手術を行ったが、XGC と診断された症例を経験したので報告する。【症例】症例は50歳代、男性。体重減少を主訴に近医で腹部 CT 検査を行ったところ、胆嚢癌が疑われたため当科に紹介。腹部造影 CT 検査で胆嚢底部に動脈相から平衡相にかけて濃染が持続する全周性の壁肥厚が認められ、FDG-PET 検査では胆嚢に限局性の FDG 集積が認められた。腫瘍マーカーの上昇はなかったが、画像所見より胆嚢癌を疑い、遠隔転移や周囲臓器への浸潤所見は認められなかったため、肝床部切除およびリンパ節郭清を施行した。病理学的に、悪性所見は認められず、泡沫細胞を主体とした肉芽腫様の結節性病変を認め、XGC と診断された。【結語】術前胆嚢癌との鑑別診断が困難であった XGC の症例を経験したので報告した。

D29

胆石性胆嚢炎に起因する右横隔膜下膿瘍を発生し肺痿を形成した1症例

¹ 大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科

小松 久晃¹、金沢 景繁¹、塚本 忠司¹、清水 貞利¹、
高台真太郎¹、森本 純也¹、山添 定明¹、大平 豪¹、
中島 隆善¹、石川 彰¹、森 至弘¹、小塚 雅也¹、
後藤 航¹

症例は63歳男性。既往に未加療の2型糖尿病あり(HbA1c 12.7%)。2013年1月に軽度の呼吸苦を自覚するも自宅で経過観察していたが次第に症状増悪し、近医で精査の結果急性胆嚢炎、右横隔膜下膿瘍、肺炎と診断された。呼吸状態不良のため気管挿管の上、当院へ救急搬送された。転院後、経皮的に右横隔膜下膿瘍にドレナージチューブを挿入したところ造影剤の胸腔への漏出を認め、気管内チューブから膿瘍ドレナージと同様の性状の喀痰が吸引された。右横隔膜下膿瘍・肺痿と診断。保存的治療を施行するも改善せず、開腹手術を施行。術中、胆嚢炎、胆嚢周囲膿瘍がみられ、胆嚢側壁から肝下面の後腹膜を通り右横隔膜下膿瘍まで連続する瘻孔がみられた。右横隔膜には3ヶ所の小孔あり、陽圧換気にて同部から空気の流出を認めた。胆嚢摘出術、右横隔膜下膿瘍ドレナージおよび右横隔膜の小孔の縫縮術を施行した。術後軽度の胆汁瘻を認めたが全身状態は徐々に改善し、術後29日目に転院となった。

D30

急速な胆道内圧上昇をきたし、総胆管穿孔を伴った膵胆管合流異常の女兒の一例

¹守口敬任会病院 外科

市川 善章¹、鄭 賢樹¹、谷浦 允厚¹、植野 吾郎¹、
金沢 景文¹、高山 昇一¹、丸山憲太郎¹、西原 政好¹、
権 五規¹、島田 守¹、李 喬遠¹、岡 博史¹

【症例】11歳、女性。【既往歴】心室中隔欠損、肺動脈弁上狭窄【主訴】右下腹部痛。【現症】右下腹部痛と嘔吐にて受診。急性虫垂炎などが疑われたが炎症反応は軽度で同日の腹部CTでは疼痛部位には著変無く、また胆管の拡張も認めなかった。その後、症状の改善を認めず上腹部痛を伴い、肝胆道系酵素、アミラーゼの上昇を認め、急性膵炎が疑われた。CTの再検では胆道拡張症の穿孔の疑いがあり、他病院で胆汁性腹膜炎の診断で胆嚢外瘻術を施行。造影検査にて先天性胆道拡張症（円柱型）で胆汁中のアミラーゼも極めて高く、膵胆管合流異常を認めた。初回手術より14日目に胆管切除+胆管空腸吻合を行った。術中所見では総胆管に穿通を認めた。術後は良好に経過し、術後8日目に退院となる。【考察】小児の急性腹症の中で先天性胆管拡張症は稀ながら再見されるが、短期間で急速に胆道内圧が上昇し、総胆管拡張と穿孔を伴った例は少ない。文献的考察を加えて報告する。

D32

胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）の一切除術

¹神戸大学 肝胆膵外科

保原 祐樹¹、武部 敦志¹、小松 昇平¹、岡崎 太郎¹、
新関 亮¹、木戸 正浩¹、松本 逸平¹、味木 徹夫¹、
福本 巧¹、具 英成¹

胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）は、肝内外の胆管内腔で乳頭状に増殖する胆管上皮性粘液産生腫瘍の総称で比較的高頻度の胆道系疾患の一つとして近年注目されている。またその形態上の類似性より、膵管内乳頭状粘液性腫瘍（IPMN）の胆管カウンターパートと位置づけられてきた。今回我々はIPNBの一切除術を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は67歳女性、右上腹部痛を主訴に近医を受診。腹部造影CTで肝右葉の腫瘍性病変と総胆管より肝内胆管に至る肝内胆管の拡張が指摘された。経内視鏡的逆行性胆道造影検査（ERCP）にて、Vater乳頭より粘液の流出と、肝後区域胆管内に局限する陰影欠損像を認めた。胆汁細胞診で明らかな腫瘍細胞は同定されなかったが、画像上IPNBと診断し手術適応と判断した。2013年4月、肝右半切除が型通り行われ、胆道再建は必要なかった。明らかなリンパ節転移や遠隔転移はなく、術後の経過も良好であった。

D31

TAE後に発症した壊疽性胆嚢炎の1例

¹大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科、

²大阪市立総合医療センター 消化器外科

山根 心¹、清水 貞利¹、塚本 忠司¹、金沢 景繁¹、
大平 豪^{1,2}、中島 隆善^{1,2}、吉井 真美^{1,2}、石川 彰^{1,2}、
森 至弘^{1,2}、小塚 雅也^{1,2}、栄 政之^{1,2}、後藤 航^{1,2}、
栗原 重明^{1,2}、出口 惣大^{1,2}、田嶋 哲三^{1,2}、日明亜紀子²、
玉森 豊²、山本 篤²、井上 透²、山下 好人²、
西口 幸雄²

症例は79歳、女性。平成25年3月に肝S8/5、S2、S5領域のHCCに対しTAEを施行した。このうちS5病変は右肝動脈後枝の起始部から胆嚢動脈と共通管で分岐する血管より栄養されており、腫瘍に分布する血管のみを塞栓した。TAE後12日目に右季肋部に激痛を認め、急性胆嚢炎が疑われた。保存的加療を行うも軽快せず、造影CTにおいて胆嚢底部に壊死を疑う所見を認め、緊急手術を施行した。手術所見では、胆嚢周囲及び右横隔膜下に胆汁色の液貯留を認めた。胆嚢は底部のみに限局して壁が黄土色に変化し菲薄化しており、壊死性の変化が考えられた。肉眼的には明らかな穿孔部位を認めなかった。手術は胆嚢摘出術・腹腔内ドレナージを施行し、術後経過は良好であった。今回我々はTAE後に壊死範囲が境界明瞭で胆嚢底部に局限した壊疽性胆嚢炎により胆汁性腹膜炎を来した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

D33

広範囲の表層進展を認め、肝右葉切除術+膵頭十二指腸切除術を施行した下部胆管癌の一例

¹京都大学 肝胆膵・移植外科

和田 征大¹、田浦康二郎¹、波多野悦朗¹、西田 久史¹、
水本 雅巳¹、藤本 康弘¹、富山 浩司¹、奥田雄紀浩¹、
奥村 晋也¹、中村 清邦¹、瀧本 郁久¹、上本 伸二¹

胆管癌は腫瘍の表層進展により、R1切除に終わることがある。今回、広範囲に進展する胆管癌を正確に評価し、治療切除を施行できたので報告する。症例は65歳女性。右季肋部痛を主訴に近医受診。肝胆道系酵素の上昇がありCTにて下部胆管腫瘍を認めた。下部胆管癌の診断で当科紹介となった。ERCP・経口胆道内視鏡（POCS）ではBi～Bmまで乳頭状隆起が拡がり、生検にて腺癌の診断。POCS上異常所見のない、同部より末梢側の生検にて、Bs～Braでも腺癌を認めた。広範囲の表層進展を伴う下部胆管癌の診断で肝右葉切除術+膵頭十二指腸切除術を行った。摘出標本の病理組織学的所見では、下部胆管に膵内浸潤を伴う進行癌があり、連続性に上皮内病変がBraにまで進展していた。pT3N0M0stageIII胆管断端は陰性で治療切除を施行できた。表層進展を念頭においた緻密な術前評価が有用であった。

D34

ソフト凝固と超音波凝固切開装置を使用した当院での腹腔鏡下急性胆嚢炎手術

¹神鋼病院

長谷川 寛¹、山本 正之¹、東山 洋¹、坂野 茂¹、
藤本 康二¹、石井 正之¹、上原 徹也¹、小泉 直樹¹、
古角祐司郎¹、錦織 英和¹、三浦 晋¹、浅利 建吾¹

急性胆嚢炎は発症から72時間以内の早期手術は強固な癒着が少ないために手術時期として適しているが、発症後2週間前後は癒着のために手術が困難なことがある。実際の臨床では発症から来院までにすでに72時間以上経過している場合や、全身状態が悪く待機手術が選択できない場合がある。そのような場合の胆摘はしばしば困難で出血量が多く、手術時間も長くなる。当院では強固な癒着を認める急性胆嚢炎の症例に対しては通常の腹腔鏡下胆嚢摘出術の4ポートに追加で臍左に5mmポートを挿入する5ポートを採用している。スコピストはカメラを操作しながら臍左の5mmポートからソフト凝固を接続した吸引・洗浄機を挿入して吸引・止血を担当する。術者はソノサージを使用して胆摘をすすめ、出血した場合はソフト凝固で吸引・止血しながら常に良好な視野を保つ。本法を採用してから急性胆嚢炎手術の出血量の減少と手術時間の短縮を達成することができた。

E01

腎血管筋脂肪腫破裂によりショックを来した一例

¹東住吉森本病院 救急・総合診療部、

²東住吉森本病院 外科

池邊 孝¹、成田 依里¹、金沢 源一²、清田 誠志²、
酒部 克²、形部 憲²、伊藤 得路²、森本 義彦²、
田中 宏²

55歳、女性。2012. 7月突然右腰背部痛が出現し救急搬送。
【現症】意識清明、冷汗著明、体温34℃、血圧95/73mmHg、脈拍100拍。【腹部単純CT】右腎周囲に新鮮な血腫と、腎実質内に脂肪成分を認め、腎血管筋脂肪腫の破裂による出血性ショックと診断した。【治療】緊急腎動脈塞栓術を行った。右腎動脈造影にて腎上極に血管外漏出を認め、動脈塞栓術を施行した。【経過】同日入院、2日後に軽快転院。【考察】腎血管筋脂肪腫は胚芽細胞の遺残物に由来した血管、筋、脂肪成分からなる良性腫瘍で、腎腫瘍の0.3%を占める。50歳代に多くみられ、女性に比較的多い。70%は散在性、片側性、単発であり、30%は結節性硬化症を合併する。本症例では動脈塞栓術で止血可能であった。

D35

総胆管閉塞を来した胆嚢管低位合流の2例

¹市立枚方市民病院 外科

斎藤 明菜¹、木下 隆¹、井上 仁¹、菅 敬治¹、
鱒淵 真介¹、今井 義朗¹、大関 舞子¹、森田 眞照¹

胆嚢管形成異常の一種である胆嚢管低位合流は、比較的遭遇する頻度の高い異常である。今回、総胆管閉塞を来した胆嚢管低位合流に対し Ctube を十二指腸まで挿入し、閉塞を解除できた2例を経験したので報告する。術前 MRI で総胆管結石陥頓を疑い、胆嚢管の低位合流を確認できた。症例は70歳女性、腹腔鏡下でまず胆嚢管より Ctube を腸管まで挿入し、その後胆管に留置した。術中造影では総胆管内に陰影欠損はみられず、胆嚢管は低位合流形態にあった。結石を十二指腸へ排石できたと考えた。症例は64歳女性、肝胆道系酵素上昇も認め小結石の総胆管への落下が疑われた。腹腔鏡下で Ctube 挿入のため胆嚢管を切開した際、流出胆汁内に小ポリープが確認でき胆嚢ポリープ脱落による総胆管閉塞と診断した。同様の手技で閉塞を解除できた。胆嚢管低位合流に伴った総胆管閉塞に対して、Ctube 挿入による閉塞解除は有効な手技であると考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

E02

脾破裂による腹腔内出血で発症した脾原発血管肉腫の一例

¹神戸市立医療センター中央市民病院 外科、

²神戸市立医療センター中央市民病院 臨床病理科

山本 健人¹、小林 裕之¹、岡田 和幸¹、井ノ口健太¹、
姚 思遠¹、瓜生原健嗣¹、橋田 裕毅¹、近藤 正人¹、
八木真太郎¹、三木 明¹、市川 千宙²、山下 大祐²、
今井 幸弘²、貝原 聡²、細谷 亮¹

脾原発血管肉腫は稀な疾患であり、頻度は全肉腫の1%以下とされる。我々は、脾破裂による腹腔内出血で発症した、脾原発血管肉腫の一例を経験したため報告する。症例は42歳男性で、突然発症の腹痛を主訴に当院救急外来を受診した。血液検査では軽度の貧血を認めるのみであった。腹部造影CTでは、脾臓に不整な低濃度域を認め、その周囲に血性腹水を認めた。また肝周囲、骨盤内にも血性腹水あり、特発性脾破裂による腹腔内出血の診断で、緊急開腹手術を行った。脾臓は被膜が裂けて出血しており、腫瘍性病変の可能性を考慮して、脾臓摘出術を施行した。病理組織検査では、脾実質内の出血部位の周囲に、核辺縁が不整で核小体が目立つ顆粒状の紡錘形細胞の集簇を認め、それらの細胞は免疫染色でCD31およびCD34陽性であり、脾臓原発血管肉腫と診断した。外来で術後補助化学療法を施行してフォロー中だが、現在まで無再発生存中である。

E03

脾原発悪性リンパ腫の一例

¹社会保険京都病院 外科

崔 聡仁¹、眞鍋嘉一郎¹、岡島 航¹、岡山 徳成¹、小出 一真¹、岩佐 信孝¹、濱頭憲一郎¹、能見伸八朗¹

【はじめに】脾臓原発の悪性腫瘍は比較的古い疾患であるが、その中では悪性リンパ腫が比較的多いとされている。しかし脾臓に限局し、多臓器やリンパ節に転移のない症例は極く稀である。今回われわれは脾臓原発腫瘍に対し助手補助腹腔鏡下脾臓摘出術 (Hand-assisted laparoscopic splenectomy; 以下, HALS) を施行した1例を経験したので報告する。【症例】患者は77歳の女性、検診の腹部超音波検査で径30mmの脾臓腫瘍を認めた。胸腹部造影CT検査で腫瘍は造影効果を認め、FDG-PET検査では脾臓に異常集積を認め他部位には異常を認めなかった。また血液生化学検査ではLDHの軽度上昇を認めたが、各種腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。脾臓原発腫瘍と診断しHALSを施行した。病理結果は悪性リンパ腫 (diffuse large B cell type) で、術後経過は良好で10PODに退院し、当院内科で化学療法中である。

E05

副腎偶発腫瘍として切除し得た非機能性副腎皮質腫の1例

¹大阪市立大学大学院 腫瘍外科、

²大阪市立大学大学院 診断病理学

山越 義仁¹、柏木伸一郎¹、小野田尚佳¹、石原 沙江¹、浅野 有香¹、呉 幸枝¹、渡邊 真央¹、森崎 珠実¹、青松 直撥¹、野田 諭¹、川尻 成美¹、高島 勉¹、石川 哲郎¹、若狭 研一²、平川 弘聖¹

69歳女性。検診で発見された胃ポリープ精査中、CTにて左副腎部に約2cm大の腫瘍が認められ、約半年の経過観察を経て約5cmまで増大を示し当院紹介となった。血液・尿検査にて異常は認められず、内分泌活性はなかった。MRIでは約5cm大の左副腎腫瘍を認め、T1強調画像では腫瘍は不均一な低信号、T2強調画像では高信号と低信号が混在していた。悪性の可能性を考慮し腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した。最終診断は左非機能性副腎皮質腫瘍 pT2N0M0 stage II とした。術後は、補助療法としてオペプリムの投与を行った。副腎皮質腫瘍は比較的古い疾患であり、内分泌活性を示すものが多く、非機能性のものは少ない。一方で臨床症状を伴わない副腎偶発腫瘍が発見される機会が増加している。内分泌活性を有するものや悪性が疑われるものは手術適応とされる。今回、われわれは増大傾向のある副腎偶発腫瘍を腹腔鏡下に手術を行い、非機能性副腎皮質腫瘍との診断に至った。

E04

遊走脾に合併した脾捻転の1例

¹大阪赤十字病院 外科

奥村慎太郎¹、伊藤 剛¹、山口 絢音¹、横山 大受¹、岡田 俊裕¹、鈴木 貴久¹、仙田 典子¹、山浦 忠能¹、吉村 文博¹、馬場園 豊¹、福田 明輝¹、中島 研郎¹、端 裕之¹、金澤 旭宣¹、金谷誠一郎¹、露木 茂¹、花房 徹兒¹、中島 康夫¹、有本 明¹

症例は60歳台女性。既往に自己免疫性肝炎による肝硬変があり、以前より脾腫を伴う骨盤内の遊走脾を指摘されていた。今回HCCに対してTACE目的に入院した。入院2日目より発熱と腹痛が出現し持続するため、入院4日目に腹部CTを施行され、骨盤内に18x15cm大の造影効果の消失した脾臓と脾動静脈の回転を認め、脾捻転と診断した。同日緊急に脾摘術を施行した。脾臓は脾臓側より見て反時計方向に720°捻転し、下行結腸の外側から骨盤内へと落ち込んでいた。捻転を解除した後、脾門部で脾動静脈をリニアステイプラーにて切離した。摘出した脾臓は大きさ18x15x7cm、重さ1120gであった。術後経過は良好で術後7日目に退院した。脾捻転は稀な疾患であり、その原因のほとんどが遊走脾と言われている。今回、特徴的な画像所見を呈した遊走脾に合併した脾捻転の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

E06

年長発症の腸回転異常症の1例

¹関西医科大学附属枚方病院 小児外科・外科

橋本 祐希¹、高田 晃平¹、中村 有佑¹、濱田 吉則¹、権 雅憲¹

【症例】6歳の男児。主訴は繰り返す嘔吐。生下時から嘔吐を認めて少量頻回哺乳を行っていた。乳児期に嘔吐は目立たなかったが、6歳8か月ごろから食後の嘔吐を認めるようになった。ほぼ毎日1-2回の嘔吐を認め、食事を制限することで軽減していた。前医を受診し、腹部造影CT検査で上腸間膜静脈の走行異常・上行結腸の位置異常を指摘され腸回転異常症の疑いで当科を紹介受診した。腹部超音波検査にてwhirlpool sign陽性で腸回転異常症の診断にて開腹手術を行った。反時計回転に180度中腸軸捻転した腸回転異常症と診断し、Ladd手術、虫垂切除術に加えて十二指腸第2部を後腹膜に固定した。術後経過は良好で、術後5日に退院となった。【考察】年長児の腸回転異常症は新生児期の発症とは異なり、偶然発見されるものから重症化し診断されるものなど経過が様々である。今回、年長児における症候性腸回転異常症に関して文献的考察を加え報告する。

E07

急性増悪した保存的治療抵抗性潰瘍性大腸炎に対して用手補助下腹腔鏡下大腸全摘回腸J囊肛門吻合術：HALS-IACAを施行した一例

¹近畿大学医学部付属病院 小児外科

益海 大樹¹、八木 誠¹、澤井 利夫¹、吉田 英樹¹、前川 昌平²、木村 浩基¹

用手補助下腹腔鏡下大腸全摘回腸J囊肛門吻合術：HALS-IACAによる手術は開腹術に比べて手術時間こそ長い、出血量・術後の経過は良いと示唆されている。今回我々は、小児期発症で経過観察中に急性増悪し内科的治療抵抗性のため手術を行った一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は16歳男子。14歳時に1日数回の血便と腹痛を認め発症。大腸内視鏡検査にて、左側結腸型潰瘍性大腸炎と診断し5-ASA製剤で経過観察となった。15歳時に症状悪化認めステロイドの点滴開始。一度は寛解し、ステロイド漸減し終了となり、アザチオプリン+5-ASAにてコントロールしていたが、症状の再燃認めステロイド再開。症状改善なく大腸内視鏡検査にて左側結腸に炎症の増悪認めためステロイド抵抗性と診断し、シクロスポリン開始したが効果なく、HALS-IACA施行。術後、ストマ形態・機能問題なく経過し、経過良好で退院となった。

E09

バイパス術を施行した十二指腸狭窄の1例

¹北野病院 小児科、²北野病院 小児外科

金子 直人¹、服部 健吾²、佐藤 正人²

症例は4歳男児。3月14日より嘔吐を来した近医を受診。胃腸炎の診断で加療を受けるも、胆汁性嘔吐が持続するため、3月23日前医入院となった。明らかな十二指腸近傍の血腫は指摘されなかった。なお、虐待疑いで児童相談所が介入。また、この間の体重減少は3kg (20%)であった。来院後の精査でも十二指腸血腫や脾炎は指摘できなかったが、右副腎出血が疑われた。また、胃カメラ施行するも十二指腸水平脚で通過せず。造影剤はかろうじて通過するが、症状の改善をみないため、4月15日試験開腹術施行。十二指腸水平脚付近は瘢痕様に狭窄。それより口側の十二指腸は拡張していた。また、周囲の後腹膜や腸間膜の短縮していた。何らかの炎症後に瘢痕が形成されたと考え、十二指腸空腸吻合術 (Roux-en-Y) を施行した。外傷性十二指腸壁内血腫もしくは脾炎の治療過程で瘢痕形成から狭窄に至った症例と考えるが、手術の可否を含め考察する。

E08

空腸異所性脾に起因した胎児腸重積の1手術例

¹大阪市立大学 小児外科

山本 美紀¹、諸富 嘉樹¹、林 宏昭¹、里見 美和¹、栄 由香里¹

【背景】胎児腸重積は先天性小腸閉鎖症の原因として多数報告があるが、今回、胎児期後期の異所性脾を起因とした腸重積を経験した。【症例】日齢1日の男児。36週2日に超音波検査で急激な胃泡拡張を認め、翌日に切迫子宮破裂のため緊急帝王切開となった。出生体重2275g、Ap7/9。羊水は茶褐色混濁で出生直後に嘔吐した。単純Xpで胃泡拡張を認め、十二指腸以降の腸管ガスは認めなかった。上部消化管造影検査でTreitz靭帯を越えた部位に嚢状の狭窄像を認め、以降の空腸は造影された。上部空腸狭窄の診断で日齢1日に緊急手術を行なった。Treitz靭帯より1cmの空腸に腸重積を認め、内筒の腸管壊死を生じていたため、腸切除し器械吻合をした。重積腸管内腔に10mm大のポリープ様突起を認め、病理組織検査で異所性脾であった。【結語】胎児期後期の腸重積の報告は少なく、異所性脾に起因する報告も少ない。胎児期の急激な胃泡拡張は腸重積の可能性を考慮する必要がある。

E10

IVC 離断・再建を要した肝尾状葉肝芽腫の1切除例

¹京都大学 小児外科、²兵庫県立こども病院 外科

小川 絵里¹、岡本 竜弥¹、吉澤 淳¹、岡本 晋弥¹、横井 暁子²、上本 伸二¹

【はじめに】肝芽腫治療のためは腫瘍の完全切除が必要となる。切除に工夫を要した尾状葉肝芽腫を経験した。【症例】4歳女児。多発肺転移を伴う尾状葉肝芽腫に対し化学療法が施行され、原発巣・肺転移巣の縮小、AFP低下を認めた。造影CTで肝腫瘍は尾状葉に10cm大の大きさで存在し、肝門部は門脈・肝動脈ともに描出良好、肝静脈のIVC流入部は不明瞭で太い右肝静脈を認めた。肝左葉・尾状葉 (場合によってはS8含) 切除が可能と判断し手術を行った。開腹所見では腫瘍はIVCを取り囲むように存在し、剥離が困難であった。そこで、右肝静脈流入部直上でIVCを一旦離断し腫瘍を剥離、尾状葉・左葉切除を行い、IVCを再建した。IVC離断中、特にバイタルサインの変動を認めず、出血量増加や鬱血肝も認めなかった。術後は肝機能に問題はなく良好に経過した。

【まとめ】IVCを取り巻く尾状葉肝芽腫に対して、IVC離断・再建を行い切除し得たので報告する。

E11

乳児肝膿瘍の1例

¹兵庫県立塚口病院 小児外科

高田 齊人¹、渡邊健太郎¹、片山 哲夫¹

症例は9ヶ月の女児。39℃を超える発熱が数日間続く為、当院小児科を受診。尿路感染症を疑い同科緊急入院し、抗生剤（CTX 130mg/kg/day）の経静脈的投与が開始された。以前に基礎疾患として慢性肉芽腫症やその他免疫不全症を指摘されたことはなかった。入院後の精査で、腹部USにて肝S4/5表面に径約2cmの内部がhyperechoicな腫瘍性病変を認めた。腹部造影CT上同病変は周囲がリング状に増強される壁構造を有し、内部low densityを呈していた。画像所見から肝膿瘍と診断、その後も抗生剤投与が継続されたが、膿瘍の増大を認め、7病日にUSガイド下膿瘍穿刺を行い、乳白色の粘稠な膿を吸引した。膿の細菌培養から後日MSSAが検出された。膿瘍穿刺後も11病日まで抗生剤の投与は継続した。患児は解熱傾向を示し、血液検査上も炎症反応の改善を認め、12病日に退院となった。肝膿瘍の小児における報告は少なく、乳児では稀である。文献的考察を加え報告する。

E13

当科における小児急性虫垂炎に対する治療変遷

¹日本赤十字社和歌山医療センター 外科

上野 剛平¹、東出 靖弘¹、置塩 裕子¹、関岡 明憲¹、川口 直¹、萩原 健¹、山田 晴美¹、上村 良¹、横山 智至¹、桑原 道雄¹、一宮 正人¹、宇都宮裕文¹、宇山 志朗¹

当科では小児急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術を2002年より導入し、以降経験を重ね2007年からは緊急症例および再燃を繰り返す症例に対する待機手術を含め、全例、腹腔鏡下手術を行っており、2013年4月までに136例施行した。また2011年7月より臍切開のみの「単孔式腹腔鏡補助下手術」も併用している。本法は、臍切開部から腹腔鏡と鉗子を同時に挿入し、臍より虫垂を脱転し腹腔外にて虫垂切除を行う方法で、切開は臍のみである。この術式では気腹は不要であり、特殊な器具を必要とせず、また整容上優れており、非常に有用な術式と考える。本術式の経験を含め、当科での小児急性虫垂炎に対する治療変遷を述べるとともに、文献的考察を交えて報告する。

E12

遷延する呼吸障害にて発見された巨大頸部縦隔脂肪芽腫の1例

¹京都府立医科大学 小児外科

笹栗 由貴¹、樋口 恒司¹、木村 修¹、古川 泰三¹、青井 重善¹、文野 誠久¹、若尾 純子¹

[症例] 5ヶ月男児。生後3ヶ月から喘鳴が遷延するため耳鼻科を受診。喉頭ファイバーで後咽頭腫瘍を指摘され当院に紹介となった。CTで気管を左側へ強く圧排し舌下から大動脈弓レベルまでを占拠する右頸部・縦隔腫瘍を認めた。緊急気管内挿管の上、生検で脂肪芽腫と確定診断。2日後に頸部アプローチで脂肪芽腫摘出術を施行した。腫瘍は被膜を有し縦隔病変を含め全摘出が可能であった。術後、気道圧迫は解除され、一時的に喉頭軟化、右反回神経麻痺を認めたが症状改善している。[考察] 脂肪芽腫は若年児に発生する比較的稀な良性腫瘍で頸部縦隔発生はさらに稀である。脂肪肉腫との鑑別が困難で急速増大する例もあり、治療の原則は全摘出であるが、自験例の如く頸部・縦隔など発生部位によっては治療方針に苦慮する。脂肪芽腫の多くは境界が明瞭なため神経・脈管等の周囲組織合併切除の必要性は低く、低侵襲な手術方法を選択すべきであると考えられる。

E14

喘鳴を主訴に発見された食道異物の2例

¹京都大学 小児外科、²京都大学 小児科、

³京都大学 消化器内科

西川 泰代¹、小川 絵里¹、岡本 竜彰¹、吉澤 淳¹、岡本 晋弥¹、日衛嶋栄太郎²、仲瀬 裕志³、上本 伸二¹

【緒言】乳幼のX線透過性食道異物は、発見が難しく長期化する可能性がある。今回、診断・治療に時間を要した食道異物の2例を経験したので報告する。

【症例1】8ヶ月の男児。2ヶ月続く喘鳴を主訴に受診。喘息の治療で改善しないため、造影CTを施行したところ、上部食道に腫瘍性病変を認めた。上部消化管内視鏡検査で食道異物と診断し、摘出を試みるも不成功であった。開胸術を行い、用手補助下に内視鏡的に摘出できた。その後食道の通過障害なく経過している。

【症例2】2歳の男児。喘鳴・嘔吐を主訴に前医受診。気管支喘息と診断され治療を行ったが改善しなかった。造影CTで液体貯留を伴う嚢胞を縦隔に認め、当院に紹介。上部消化管内視鏡検査で肉芽組織に埋もれた食道異物を認めた。内視鏡下に摘出したが、食道狭窄・縦隔嚢胞は残存し、経過観察中である。

【結語】乳幼児において治療抵抗性の長期の喘鳴を認めた場合、食道異物も念頭におくべきである。

E15

胃癌・胆管癌の同時切除を施行した超高齢者手術の1例

¹奈良県立奈良病院 外科、

²奈良県立奈良病院 救命救急センター

西口由希子¹、高 濟峯¹、中谷 充宏¹、松阪 正訓²、
向川 智英¹、石川 博文¹、渡辺 明彦¹

症例は93歳男性。心窩部痛、閉塞性黄疸を伴う肝障害で当院消化器内科受診し、胆石発作が考えられ入院となった。入院中の上部消化管内視鏡検査で幽門前底部の胃癌を指摘され、胃切除・胆嚢摘出目的に当科紹介となった。手術待機中に再度閉塞性黄疸が出現し当院受診。ERCPを施行したところ総胆管中部に腫瘍性狭窄を認め胆管癌と診断された。胃と胆管の重複瘻でいずれも手術せず胆管ステント留置のみを行う選択もあったがADL良好であり手術を希望され、幽門側胃切除・肝外胆管切除・胆嚢摘出・胆管空腸吻合を施行し術後25日目に軽快退院となった。近年高齢者が消化器手術を受ける機会も増加しており、症例によっては手術により長期生存も期待できる。手術選択に際しては原疾患の進行度、術前基礎疾患を含め個々の全身状態を考慮することが必要であり、今回胆管癌が肝外胆管切除で切除可能と判断し手術を施行し、ADLを損なわず手術を乗り切ることができた。

E17

保存的治療にて軽快した大網捻転症の1例

¹公立甲賀病院 外科

中浦 玄也¹、山元 俊行¹、龍見謙太郎¹、池田 房夫¹、
沖野 孝¹、井田 建¹

症例は40歳代、男性。平成24年12月心窩部痛が出現し、近医で点滴治療を受けたが症状の改善なく、発症3日目に当院受診となった。来院時発熱はなく、心窩部に圧痛と小腫瘍を触知し、同部位で筋性防御を認めた。血液検査で軽度の炎症反応と、腹部CT検査で上腹部に脂肪織の濃度上昇と、内部に脈管の渦巻き状走行を認めたため、大網捻転症と診断した。比較的若年発症であり、また併存疾患が明らかでないことから、保存的に治療を開始した。入院後は、絶食と抗生剤投与にて翌日には自覚症状の軽快を認め、血液検査・画像検査共に改善傾向を認めたため、11日目に退院となった。大網捻転症は画像診断の進歩により術前に診断に至るケースが増えているが、多くは外科的治療が選択されている。今回我々は、術前に診断に至った大網捻転症に対して、保存的治療にて軽快した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

E16

虫垂子宮内膜症の1例

¹明和病院 外科、²明和病院 臨床検査部病理

永田 健¹、生田 真一¹、別府 直仁¹、後野 礼¹、
竹中 雄也¹、堀尾 勇規¹、前田 晃宏¹、友松 宗史¹、
小野朋次郎¹、北浜 誠一¹、飯田 洋也¹、吉江 秀範¹、
岸本 昌浩¹、木村 文彦¹、相原 司¹、柳 秀憲¹、
覚野 綾子²、山中 若樹¹

腸管子宮内膜症は比較的稀な疾患であるが、その多くは直腸、S状結腸に認められ、虫垂発症例はさらに稀である。今回、虫垂炎として手術を施行した虫垂子宮内膜症の1例を経験したので報告する。症例は52歳、女性。慢性の下腹痛を主訴とした。腹部CTで虫垂の腫大と右腎盂の拡張を認め、後腹膜への炎症波及および尿管狭窄が疑われた。また子宮筋腫を合併していた。外科・婦人科にて同時手術を施行した。手術時、虫垂先端は後腹膜に穿通しており、虫垂根部の炎症も高度であり、腹腔鏡下回盲部切除術および経膈筋腫核出術を行った。切除標本の病理組織学的検索では虫垂に全層性の炎症細胞浸潤ならびに一部に内膜間質を伴う内膜腺管の増殖像を認めた。悪性所見は認められず、虫垂子宮内膜症と診断した。術後、腹痛は軽快し、画像上右腎盂の拡張も消失した。本例に若干の文献的考察を加えて報告する。

E18

炎症が腹膜前腔に波及したフルニエ症候群の1例

¹健生会 土庫病院 奈良大腸肛門病センター

下林 孝好¹、稲次 直樹¹、吉川 周作¹、増田 勉¹、
内田 秀樹¹、久下 博之¹、横谷 倫世¹、山岡健太郎¹、
稲垣 水美¹、横尾 貴史¹

はじめに：フルニエ症候群は会陰部から陰囊にかけて急速に進行する壊死性筋膜炎の一つである。今回、腹膜前腔に炎症が波及したフルニエ症候群の1例を報告する。症例：56才、男性。発熱・肛門痛にて受診。肛門周囲膿瘍と診断し、腰椎麻酔下にて切開排膿ドレナージ術を施行。術後2日目に腹痛出現し、腹部CT撮影施行。腹膜前腔に及ぶフルニエ症候群の疑いにて緊急手術を施行した。会陰部を切開し壊死筋膜をデブリードメントした。さらに下腹部正中切開し、腹膜前腔をデブリードメントおよび洗浄、会陰部のドレナージ創と交通し、ドレナージ留置した。経過良好にて術後26日目に退院した。考察：本症例では、初回手術での左閉鎖筋から肛門挙筋にかけてのドレナージ不足による炎症の進展が考えられた。2回目の手術では十分なドレナージができたと考えられる。まとめ：フルニエ症候群に対する十分なドレナージには術前の炎症波及の評価が重要であると考えられる。

E19

寄生虫が迷入していた虫垂炎の一例

¹西神戸医療センター 消化器外科、

²西神戸医療センター 病理科

田坂 佳資¹、松浦 正徒¹、肥田 侯矢¹、小寺澤康文¹、
吉田 真也¹、住井 敦彦¹、安川 大貴¹、奥村慎太郎¹、
宇山 直樹¹、伊丹 淳¹、京極 高久¹、橋本 公夫²

症例は32歳女性。過去に2回急性虫垂炎と診断されたが保存的治療をされており、繰り返す虫垂炎に対して今回待機的に虫垂切除術を施行した。虫垂周囲に線維性の癒着を認め、これを剥離した後、虫垂を切除した。切除標本を切開すると、先端に膿貯留を認め、壁肥厚が高度であった。病理検査にて、リンパ球主体の炎症細胞浸潤と壁の線維化異物反応を認め、筋層間から筋層外にかけて、一部クチクラ層や内臓が確認される寄生虫虫体と考えられる構造が確認された。最近の海外の報告例では、外科的に切除された虫垂の約1-10%に蟯虫を認めるという報告があるが、本邦では虫垂内に寄生虫が確認された報告は10例のみで、最近では極めて稀になってきている。衛星環境の改善が理由として考えられるが、健康食品嗜好による無農薬野菜の流行もあり、今後寄生虫による虫垂炎が増加する可能性がある。今回寄生虫が迷入していた虫垂炎の一例を若干の文献的考察を加えて報告する。

E21

小網に発生した成人リンパ管腫の1例

¹田附興風会医学研究所北野病院

岩村 宣亜¹、飯田 拓¹、寺嶋 宏明¹、後藤 徹¹、
戸田 怜¹、川本 浩史¹、井上 善景¹、吉富 摩美¹、
内田洋一郎¹、野村 明成¹、上田 修吾¹

【緒言】小網由来のリンパ管腫は非常に稀であるとされている。今回成人に発症した小網リンパ管腫の1例を経験したので報告する。【症例】71歳女性。58歳時の人間ドックで約8cm大の腹部腫瘍を指摘されていたが放置していた。今回心窩部の圧迫感を主訴に近医を受診し、腹部超音波検査にて嚢胞性病変の増大を指摘されたため、当院紹介となった。腹部CTでは胃小弯側に約16cm大、内部に隔壁や石灰化を伴う嚢胞性病変を認めた。小網リンパ管腫を疑い、鑑別診断に膀胱性嚢胞を挙げて手術を施行した。術中所見では小網全体を占拠する手拳大強の嚢胞性病変を認め、嚢胞により胃体部は小弯側より左方に圧排され、高度に偏位していた。胃壁と嚢胞壁との剥離は可能であり、嚢胞のみを完全摘出した。病理結果はリンパ管腫の診断で、悪性所見は認めなかった。術後胃内容排出遅延を認めたが保存的に軽快し、術後3ヶ月の現在、再発なく元気に社会復帰している。

E20

横行結腸癌術後5年目に発生した大網デスマイド腫瘍の1例

¹京都第二赤十字病院 外科

中木村朋美¹、柿原 直樹¹、武内 瑛子¹、水谷 融¹、
坂木 桃子¹、中村 吉隆¹、松村 博臣¹、藤 信明¹、
井川 理¹、藤井 宏二¹、谷口 弘毅¹

67歳の女性。横行結腸癌(SS N1 H0 P0 Stage II)に対して横行結腸切除D3郭清術施行されフォロー中であった。術後5年目の腹部造影CT検査で胃体下部大弯近傍に径1.5cmの結節を指摘され、PET検査でSUV値1.9であった。腹膜再発と診断しPETの集積が単発であったため手術適応と判断した。術所見では胃体下部大弯に接する弾性硬な腫瘍であり、腫瘍を含めて胃部分切除を施行した。病理所見では紡錘形細胞の増生を認め、免疫染色で、SMA弱陽性、C-kit、CD34、S-100はいずれも陰性であった。筋線維芽細胞由来の結節病変であり大網デスマイド腫瘍と診断された。再発大腸がんの治療は切除可能かどうかの判断が重要である。腹膜再発は画像上単発であっても手術適応と判断することが困難なことが多い。腹膜再発と診断しても再発期間等を考慮した上で手術適応を判断することが重要であると考えられた。

E22

脳死下腎腎同時移植後、血拴症・消化管出血・感染症で難渋した1例

¹京都府立医科大学 移植一般外科

原田 俊平¹、中尾 俊雅¹、越野 勝博¹、坂井 利規¹、
鈴木 智之¹、昇 修治¹、牛込 秀隆¹、岡島 英明¹、
吉村 了勇¹

症例は30歳代女性。I型糖尿病歴25年、血液透析歴5年4カ月、網膜症・自律神経障害・末梢神経障害・大血管障害・併存症として潰瘍性大腸炎・慢性下痢症を認めていた。脳死移植登録から待機日数678日で脳死下腎腎同時移植を実施。手術は右腸骨窩に腔を左腸骨窩に腎を移植。腔液はenteric drainageとし、手術時間は9時間37分、腔阻血時間は9時間26分。術後2日目のサーベイランス腹部CTでSMV・SPVに血拴を認め、ウロキナーゼ・ヘパリン持続投与による血拴溶解療法を実施。治療後10日目で血拴症は改善。術後39日目に下血・貧血進行を認め内視鏡検査では出血源を同定できず、血管造影を行うと腔グラフトの十二指腸・小腸吻合部周辺に動脈性出血を認めcoiling、バゾプレッシン投与により止血。慢性下痢による尿路感染症を繰り返し敗血症・腹腔内膿瘍の治療を要した。術後5ヶ月で退院、現在は慢性尿路感染症で移植腎機能は不良だが移植腔機能は良好に維持している。

E23

便秘に起因した気腹症の1例

¹石切生喜病院 外科・消化器外科

倉島夕紀子¹、山本 隆嗣¹、宮崎 徹¹、大畑 和則¹、
渡辺 千絵¹、大河 昌人¹、上西 崇弘¹、大野 耕一¹

症例は80歳代、女性。主訴は心窩部痛。糖尿病、気管支喘息、狭心症の既往があり、以前より便秘であった。受診前日、心窩部痛を認めたが改善した。再度心窩部痛が出現し、当院を受診。腹部CT上、遊離ガス像を認め、外科紹介となった。診察時、体温37.8℃、腹部は平坦・軟であり、腸蠕動音は減弱していた。心窩部に軽度の圧痛を認めたが、反跳痛はなかった。血液検査で白血球数9.430/ μ l、CRP 3.27mg/dlと炎症反応の軽度上昇を認めた。腹部CT像上、上腹部に少量の遊離ガス像を認めた。腹水は認めなかった。理学所見には乏しかったが、画像所見から、気腹症または上部消化管穿孔の疑いで入院加療とした。翌日、腹部症状は消失し、白血球数も正常化した。上部消化管内視鏡検査を行うも、胃・十二指腸に病変は認めなかった。気腹症と診断し、経口摂取を再開、便秘に対し内服処方を開始。第10病日、腹部CT上、遊離ガスは消失していた。症状の再燃は認めていない。

E25

腹腔鏡下に摘出し得た若年女性の後腹膜神経鞘腫の1例

¹京都桂病院 消化器センター外科

工藤 亮¹、小西小百合¹、光岡 英世¹、金井 俊平¹、
神頭 聡¹、吉野 健史¹、濱洲 晋哉¹、西鉢 隆太¹、
間中 大¹

腹腔鏡下に摘出し得た後腹膜神経鞘腫の1例を経験したので報告する。症例は19歳女性。2012年11月に下腹部痛を主訴に産婦人科を受診した。超音波検査にて左卵巢腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介受診となった。MRI検査にて子宮の左背側に長径約6cmの充実性腫瘍を認め、卵巢とは連続しておらず、骨盤内後腹膜腫瘍と診断した。悪性腫瘍の可能性を否定できないため、診断と治療を兼ねて腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。仙骨前面と腫瘍の間に強固な癒着を認め、同部位からの神経鞘腫の可能性が考えられた。腫瘍の大きさは6.5×5.5×5.2cmで、病理組織学的には良性的神経鞘腫であり、悪性所見はなかった。後腹膜腫瘍は画像検査での質的診断が困難であり、腹腔鏡下手術は診断的治療として有用である。また拡大視効果を最大限に活かすことで、高度な癒着を伴う神経鞘腫に対して確実に剥離・摘出することができるのも、腹腔鏡下手術の利点であると考えられた。

E24

症状を有する正中弓状韧带圧迫症候群に対して外科的に韧带切開術を施行した一例

¹日本バプテスト病院 外科

多田 正晴¹、木下 浩一¹、大越 香江¹、小林 克敏¹、
山岡 義生¹

【はじめに】正中弓状韧带圧迫による腹腔動脈狭窄は、腹腔内出血や消化管虚血の原因となり急性腹症をきたし得る。【症例】56歳、男性。【既往歴】8年前に特発性の腹腔内出血。【現病歴】突然の腹痛と繰り返す嘔吐で発症。内視鏡検査で十二指腸の全周性の浮腫を認め、通過障害の原因と考えられた。腹部CT、MRIで腹腔動脈の狭窄と脾頭部動脈の軽度瘤化を認めた。正中弓状韧帯の腹腔動脈圧迫による十二指腸虚血が今回の病態と考えられ、以前の腹腔内出血との関連も疑われた。通過障害は3週間の保存的加療で改善した。腹部血管撮影で腹腔動脈の描出不良と呼吸性の血流変化を認めた。加療を要する症状を有したため、正中弓状韧带切開術を施行し腹腔動脈の圧迫軽減を図った。【結語】腹腔動脈圧迫症候群に定型的な治療法はないが、再度の急性腹症予防目的で、正中弓状韧带切開による腹腔動脈狭窄の軽減を図った症例を経験したため報告する。

E26

S状結腸憩室穿孔と鑑別が困難であった非穿孔性腹膜炎を呈した気腫性膀胱炎の一例

¹神鋼病院 外科

浅利 建吾¹、長谷川 寛¹、三浦 晋¹、錦織 秀知¹、
古角祐司朗¹、小泉 直樹¹、上原 徹也¹、石井 正之¹、
藤本 康二¹、坂野 茂¹、東山 洋¹

症例は76歳、女性。H24年12月からアルツハイマー型認知症の増悪により近医に入院していた。H25年1月に発熱、意識障害、血圧低下のため当院へ搬送された。腹部CT検査で、膀胱壁にガス像を認め、気腫性膀胱炎と考えられた。また、S状結腸多憩室を認め遊離ガスも認められた。気腫性膀胱炎および消化管穿孔の疑いで開腹術を施行した。開腹所見は、膀胱には明らかな穿孔は認めなかったが、一部壊死状の色調変化と握雪感を認めた。消化管に関しても明らかな穿孔は認めなかったが、混濁腹水が腹腔内に認められ、腹膜炎の状態であった。手術は腹腔内洗浄とドレナージを施行した。気腫性膀胱炎は糖尿病患者の高血糖や神経因性膀胱を背景に惹起されることが多い。抗生剤による保存的治療が一般的である。気腫性膀胱炎による穿孔、破裂を伴わない非旋光性腹膜炎を併発し手術を施行した例は本邦においても極めて稀な症例であるので、その一例を報告する。

E27

indocyanine green と赤外線カメラにより消化管穿孔を診断した1例

¹兵庫県立塚臼病院 外科

岩間 英明¹、田村 淳¹、池田 太郎¹、諏訪 裕文¹、今村 卓司¹、大塩 学而¹

症例は64歳女性。横行結腸癌、多発肝転移、多発リンパ節転移に対して、手術、化学療法による集学的治療を行い、初回手術より5年以上経過していた。FOLFIRI + Bevacizumab を65クール目施行して1週間の段階で強い腹痛が生じたために当院救急外来を受診、腹部CT検査にて腹腔内 free air を認め、消化管穿孔の診断で入院加療とした。癌自体の病状から手術は不能と判断、経皮的に腹腔内 Drain を留置した上で保存的治療を行った。保存的治療により全身状態は安定したが、病状評価は困難であり、ガストログラフィンの経口摂取とX線撮影では消化管穿孔を証明できなかった。このため、indocyanine green を経口摂取してもらい、その後 Drain 排液を赤外線カメラにて観察すると、蛍光反応を示す indocyanine green が確認された。患者の全身状態により施行できる検査が限定されることがあり、indocyanine green と赤外線カメラを用いた方法も有効な場合があるものと考えられた。

E29

消化管穿孔21例についての臨床的検討

¹兵庫県立塚臼病院 外科

池田 太郎¹、岩間 英明¹、近藤 昌平¹、今村 卓司¹、田村 淳¹、大塩 学而¹

対象：2012年4月から2013年4月までに当科で手術を施行した消化管穿孔21例を対象とした。方法：年齢、性別、死亡率、術式、血液検査所見、術前後の合併症について検討を行った。結果：性別は男性8例、女性13例。年齢の中央値は71歳（28-91歳）。穿孔部位については胃または十二指腸6例、大腸13例、小腸1例、穿孔部位が特定できなかったものが1例、穿孔原因は特発性7例、潰瘍5例、悪性腫瘍4例、憩室3例、腸管虚血2例であった。死亡例は21例中1例（4.7%）で、死亡原因は抜管後の喀痰貯留による窒息であった。考察：他施設の同様の検討と比較して死亡率については良好な結果であった。

E28

直腸癌穿通による Fournier's 症候群

¹武田総合病院 外科、²武田総合病院 泌尿器科

桂 彦太郎¹、原 豪男¹、大塚 一雄¹、北岡 昭宏¹、岩田 辰吾¹、榎本 博文¹、加藤 仁司¹、久保田聖史²、岡田 崇²、山田 仁²

72歳の男性。数日前からの発熱、間歇的な下腹部痛、血性下痢を主訴に当院へ救急搬送された。来院時、39度台の発熱および単純CTで直腸に不整な壁肥厚を認め精査加療目的に内科入院となった。CFで直腸Rbに前壁側を中心に不整潰瘍性病変を認め、2型進行直腸癌を疑われた。潰瘍底には白苔が付着し、前立腺への浸潤も疑われた。造影CTで直腸腫瘍から前立腺、陰茎海绵体につながる液体貯留と気泡を認め、瘻孔・膿瘍形成が疑われた。MRIでも同所見であった。以上より直腸癌の穿通による Fournier's 症候群と診断され当科紹介となった。泌尿器科と合同で人工肛門増設、陰囊から陰茎にかけてのデブリードメントならびにドレナージ術を行った。生検結果は腺癌であった。局所の感染コントロール後、28日目に骨盤内臓全摘術を行った。現在は退院し、外来にて経過観察としている。直腸癌の穿通が原因である Fournier's 症候群の1例を経験したので報告する。

E30

乳癌術後リンパ節再発との鑑別に苦慮した結核性鎖骨上リンパ節炎の1例

¹大阪医科大学 一般・乳腺・内分泌外科、²北摂総合病院 外科、³北摂総合病院 臨床病理科

佐藤七夕子¹、木村 光誠¹、富永 智¹、碓 絢菜¹、寺沢 理沙¹、藤岡 大也¹、高橋 優子¹、田中 寛¹、岩本 充彦¹、松尾謙太郎²、飯田 亮²、高城 武嗣²、西口 完二²、長田 憲和³、内山 和久¹

症例は71歳女性。2000年左乳癌に対して乳房部分切除術施行。浸潤性乳管癌、pT2NXM0（ER陰性、PR陰性、HER2陽性）と診断され残存乳房への放射線照射および術後補助内分泌療法が施行された。術後12年目に左鎖骨上リンパ節腫大が指摘され乳癌再発が疑われて当科紹介。超音波検査にて最大14.0mm大のリンパ門を認めないリンパ節が散見された。乳癌腫瘍マーカーは基準値以内であった。PET-CTでは左鎖骨上窩、左下頸部リンパ節に異常集積を認め乳癌のリンパ節再発が疑われた。鎖骨上リンパ節の穿刺吸引細胞診は良性との判断であったが、確定診断のため摘出生検を施行した。術後病理検査にて悪性所見はなく類上皮肉芽腫が出現しており血液検査にてクオンティフェロン陽性であり結核性リンパ節炎の診断に至った。乳癌術後鎖骨上リンパ節腫大に対して安易に再発と考え治療を開始することなく生検も含め精査を進めることが必要と思われた。文献的考察を加え報告する。

E31

乳癌肺転移と鑑別を要したシェーグレン症候群関連結節性肺アミロイドーシスの1例

¹NTT西日本大阪病院 乳腺内分泌外科、

²NTT西日本大阪病院 外科

柳川 雄大¹、吉田 哲也¹、渡部 亜実¹、西田健太郎²、上田 正射²、金 致完²、團野 克樹²、藤田正一郎²、藤田 淳也²、大西 直²、東野 健²、門田 卓士²、今岡 真義²

【はじめに】シェーグレン症候群は約0.5%の頻度で結節性肺アミロイドーシスを合併する。今回我々は乳癌術後経過フォロー中に出現した多発性肺腫瘍に肺部分切除術を施行し、シェーグレン症候群関連結節性肺アミロイドーシスと診断された1例を経験したので報告する。【症例】69歳女性。S62.8月 右乳癌に対して定型乳房切除術施行した。病理結果は硬癌、φ2.7cm,pT2N1M0,Stage2Bであった。術後9年4か月後に左肺野に孤立性肺結節が出現し、MPA+5DFUR、ANA、EXEなど順次投与したが、肺病変は次第に増加した。術後24年8か月 口渇の精査にて内科でシェーグレン症候群と診断。術後24年11か月肺病変の診断確定のため肺部分切除術を施行したところ、AL-λ型結節性肺アミロイドーシスと診断された。【結語】シェーグレン症候群を合併した乳癌症例をフォローするにあたっては、シェーグレン症候群の関連病変との鑑別を念頭におく必要があると思われる。

E33

葉状腫瘍内に非浸潤性乳管癌 (DCIS) を合併した2例

¹大阪医療センター 乳腺外科、

²大阪医療センター 臨床検査科、

³大阪医療センター 外科

田口裕紀子¹、増田 慎三¹、増田 紘子¹、八十島宏行¹、水谷麻紀子¹、森 清²、児玉 良典²、眞能 正幸²、中森 正二³、関本 貢嗣³

【症例1】50歳女性。検診で20mm大の右乳房腫瘍を指摘され、当科紹介となった。針生検にて葉状腫瘍もしくは葉状腫瘍内に進展するDCISが疑われ、2013年2月腫瘍摘出術を施行した。病理診断にて、良性葉状腫瘍の内部に5×3mmのDCISを認めた。【症例2】42歳女性。右乳房のしこりが急速に75mm大まで増大し当科を受診した。針生検、MRIにて葉状腫瘍の診断で2013年2月腫瘍摘出術を施行した。病理診断にて、境界悪性葉状腫瘍内部に28×24mmのDCISと13×5mmの非浸潤性小葉癌(LCIS)を認めた。2例ともDCISは葉状腫瘍内でmargin freeであったため、術後無治療で経過観察中である。乳腺葉状腫瘍は、発生頻度が全乳癌腫瘍の0.3~0.9%と比較的稀な疾患であり、乳癌合併例はさらに稀とされている。葉状腫瘍とDCISの同時合併例は、過去15年の文献で17例にすぎない。このように極めて稀な葉状腫瘍とDCISの合併例を2例経験したので報告する。

E32

腺筋上皮腫との鑑別が困難であった乳腺紡錘細胞癌の1例

¹大阪市立大学大学院 腫瘍外科、

²大阪市立大学大学院 診断病理学

浅野 有香¹、柏木伸一郎¹、野田 諭¹、石原 沙江¹、呉 幸枝¹、渡邊 真央¹、森崎 珠実¹、青松 直撥¹、川尻 成美¹、高島 勉¹、小野田尚佳¹、石川 哲郎¹、若狭 研一²、平川 弘聖²

乳腺紡錘細胞癌は稀な特殊型浸潤癌の亜型であり、病理学的な鑑別診断が重要となる。今回、われわれは術前診断にて腺筋上皮腫であったが、最終診断では乳腺紡錘細胞癌との診断に至った1例を経験したので文献的考察を加え報告する。68歳の女性が左乳房にしこりを自覚し近医を受診し、当院紹介となった。乳腺超音波検査にて左乳腺AC領域に約2.5cm大の低エコー腫瘍を認め、同部位の針生検にて腺筋上皮腫が強く疑われた。悪性に準じた治療が望ましいために、乳腺部分切除術およびセンチネルリンパ節生検を施行し、最終病理診断にて乳腺紡錘細胞癌と診断された。紡錘細胞癌の診断には、肉芽腫様の紡錘形細胞が上皮性であることを証明しなくてはならない。針生検による少量の採取組織から正確な診断をつけることは困難だと考えられる。腺筋上皮腫の診断においては針生検だけでなく、摘出生検にて腫瘍全体の病理学的診断を行うことが望まれる。

E34

基底様 (basal-like) 乳癌の術前化学療法におけるドセタキセル及びシスプラチン併用レジメンの検討

¹京都大学 乳腺外科、²京都大学 外来化学療法部、

³京都大学 放射線診断科、⁴京都大学 病理診断部、

⁵関西医科大学 乳腺外科

鳥井 雅恵¹、石黒 洋²、高田 正泰¹、杉江 知治³、鈴木 栄治¹、竹内 恵¹、上野 貴之¹、金尾昌太郎³、三上 芳喜⁴、戸井 雅和¹

有用な治療標的因子がなく治療に難渋することも多いTriple negative乳癌の中でも、basal-like乳癌は組織学的悪性度が高く特に予後不良である。京大病院において2007年3月以降に術前化学療法を施行した症例中、basal-like乳癌の初回レジメンとしてドセタキセル及びシスプラチン併用療法(以下TP療法)を施行した患者カルテを閲覧及びデータを収集し、病理学的完全奏功(pCR)に関係する因子を検討した。予定コース遂行が12例、途中中止が8例であった。途中中止の理由は、アレルギー(1例)、腎機能障害(2例)、効果不良(5例)であった。pCR(near pCR)は予定コース遂行群6(8)例、中断群2(0)例であり、腎機能障害の1例と効果不良の1例を含んだ。以上より1)pCR及びnear pCRはそれぞれ予定コース遂行群の半数、2/3の症例で認められた 2)副作用による治療中止でもレジメンを変更し治療継続することでpCRが得られる症例が認められた。

E35

多発脳転移を伴ったHER2陽性乳癌に対してラパチニブ・カペシタビン併用療法が奏効した1例

¹京都府立医科大学 内分泌・乳癌外科、
²水田乳癌クリニック、³京都府立医科大学 放射線科

杉本 里保¹、藤田 佳史¹、水田 成彦²、富田 仁美¹、
濱岡亜紗子¹、中務 克彦¹、後藤眞理子³、阪口 晃一¹、
田口 哲也¹

症例は63歳、女性。骨転移を伴ったHER2陽性・ホルモンレセプター陰性の乳癌患者である。パクリタキセル(PTX80mg/m²)とトラスツズマブ(初回TRA4mg/kg、2回目以降2mg/kg)の併用療法を毎週投与、ゾレドロン酸(ZOL4mg/body、28日毎)を投与開始した。16サイクル施行時点で腰痛の消失、骨転移巣の著明な軽減を骨シンチグラフィで確認し、継続投与となった。約2年後、めまいと嘔気が出現し、多発の脳転移を認め、ラパチニブ(LAP 1,250mg/dayの毎日経口)とカペシタビン(CPA 2,000mg/m²、2週間毎日経口投与後、1週間休薬を1サイクル)の併用療法に変更した。4サイクル後、転移巣や腫瘍径の縮小が顕著に認められた。しかし、7サイクル後、わずかながら脳転移巣の悪化が認められたため、1日3Gy計30Gyの全脳照射を追加し、ほぼ臨床的完全寛解を得られた。LAPとCAP併用療法は、脳転移を伴ったHER2陽性乳癌に対して臨床的に有効な治療選択になり得る可能性が示唆された。

E37

転移性脊髄髄内転移(intramedullary spinal cord metastases, ISCM)を認めた乳癌の2例

¹大阪赤十字病院 乳癌外科、
²大阪赤十字病院 消化器外科

仙田 典子¹、露木 茂¹、山口 絢音¹、有本 明²

ISCMは悪性腫瘍の中樞神経転移の1-2%と比較的稀であり、乳癌由来はそのうち10-15%と報告される。診断時に90%以上で他臓器転移を認め、症状の進行は急速で予後不良とされる。今回我々はISCMの2例を経験した。症例1:35歳女性、ER(+)/HER2(+)進行乳癌(肝・骨・卵巣転移)に対しPTX+CBDC+HCPTによる治療を開始したが、半年後に多発脳転移を認め、全脳照射を行いPRの効果判定を得たものの、治療開始1年後に頭痛と右上下肢麻痺を認めMRIで頸髄転移と診断された。放射線治療とタイケルブ+ゼロロダ投与を開始した。症例2:60歳女性、Triple Negative早期乳癌に対し手術、術後放射線治療、術後補助化学療法施行、術後1年半で多発脳転移を含む多発肺・肝転移を認めた。全脳照射後、GEM+VNB加療中に右 upper 肢のしびれを認めMRIで頸髄転移と診断された。放射線治療とPTX+CBDCAを開始した。文献的考察を加え報告する。

E36

妊娠中に発症した葉状腫瘍の1手術例

¹京都大学 乳癌外科、²関西医科大学 乳癌外科

有光 竜樹¹、杉江 知治²、津田 萌¹、西江万梨子¹、
清水 華子¹、高田 正泰¹、鈴木 栄治¹、竹内 恵¹、
上野 貴之¹、戸井 雅和¹

妊娠期間葉状腫瘍の手術例は報告が少ない。若干の文献的考察をくわえこれを報告する。【症例】41歳、女性【既往歴】4歳時:Falot四徴症手術、39歳時:右葉状腫瘍にて腫瘍摘出術【現病歴・経過】妊娠後右ACE領域の腫瘍の増大を認め、20週時には4cm大となり針生検にて葉状腫瘍(borderline)と診断した。分娩後の手術を予定していたがその後26週時には10cm大へと急速な増大傾向を認めたため、手術を先行させる方針とし27週1日目に右乳房切除術を施行した。術後経過は良好で37週2日に選択的帝王切開術にて児を娩出した。

E38

乳癌巨大葉状腫瘍の1例

¹大津市民病院 外科

橘 強¹、洲崎 聡¹、矢内 勢司¹、中右 雅之¹、
加納 正人¹、光吉 明¹、柳橋 健¹

【はじめに】乳癌葉状腫瘍は境界明瞭な充実性腫瘍を呈す稀な腫瘍で、多くは良性腫瘍である。我々は今回、巨大葉状腫瘍の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【患者】44歳女性。【主訴】左乳房腫瘍。【既往歴・家族歴】特記事項なし。【現病歴】5年前に左乳房のしこりを自覚したが放置、次第に増大し乳房の皮膚変色・潰瘍形成がみられるようになった。更に腫瘍は増大し、悪臭を呈し、その大きさのため日常生活に支障を来すようになったため当科を受診した。【現症】左乳房に20cm大の腫瘍を認めた。腋窩リンパ節は触知せず、胸筋固定はなかった。【検査所見】造影CTでは、左乳房に20x19cm大で分葉状の内部不均一な腫瘍を認め、針生検で葉状腫瘍と診断した。【手術】単純乳房切除術を施行、胸筋とは剥離可能であった。摘出腫瘍は2.6kgであった。【病理所見】異型の乏しい乳管上皮と浮腫状の豊富な間質からなる大小の葉状組織からなっていた。

E39

当院乳癌症例における原発、再発巣の intrinsic subtype・ki67の変化について

¹京都大学 乳腺外科、

²京都大学 放射線診断部、

³京都大学 病理診断部

西江万梨子¹、岡村 見¹、岡本奈津子¹、川田有希子¹、
高田 正泰¹、鈴木 栄治¹、竹内 恵¹、上野 貴之¹、
金尾昌太郎²、三上 芳喜³、戸井 雅和¹

【はじめに】乳癌の原発巣と再発巣のER,PR,HER2の不一致は少なくなく、その理由として腫瘍の heterogeneity、治療による変化などが考えられている。今回我々は当院における乳癌再発症例をもとに、原発巣・再発巣の subtype、ki67の変化を検討した。【対象】2007年1月～2013年3月までに当院で乳癌転移と診断され、かつ再発病変に対する組織学的検査が施行されている48例。【結果】再発巣の内訳は皮膚15例、リンパ節13例、肝11例、肺9例であった。原発・再発巣の subtype が判明している45例のうち、ER,PR,HER2の変化が8.9%(4例:ERの陽転化1例、ERの陰転化2例、HER2の陽転化1例)にみられた。また、ki67が測定された症例(原発巣16例、再発巣28例)において subtype と ki67値を比較検討した。ER-Her2- 群、ER-HER2+ 群では ki67値の変化は見られなかったが、ER+HER2- 群では再発巣での上昇傾向が見られた。さらに検討を加え若干の文献的考察を含めて報告する。