

# 第194回近畿外科学会 プログラム・抄録

日 時：平成25年11月9日（土）  
8時55分～17時00分

会 場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931

評議員会会場：大阪国際交流センター1階大ホール

会 長 澤 芳 樹

大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学

# 第195回 近畿外科学会ご案内

第195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26年5月24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：2014年2月4日（火）より  
演題登録締切予定日：2014年3月4日（火）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](mailto:kinkigek@adfukuda.jp)）へ  
お願い致します。

〒569-8686 大阪府高槻市大学町 2-7  
大阪医科大学 一般・消化器外科  
第195回 近畿外科学会

会長 内山和久

TEL. 072-683-1221

FAX. 072-684-6541

# 第194回 近畿外科学会

## プログラム

会 長

大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学

澤 芳 樹

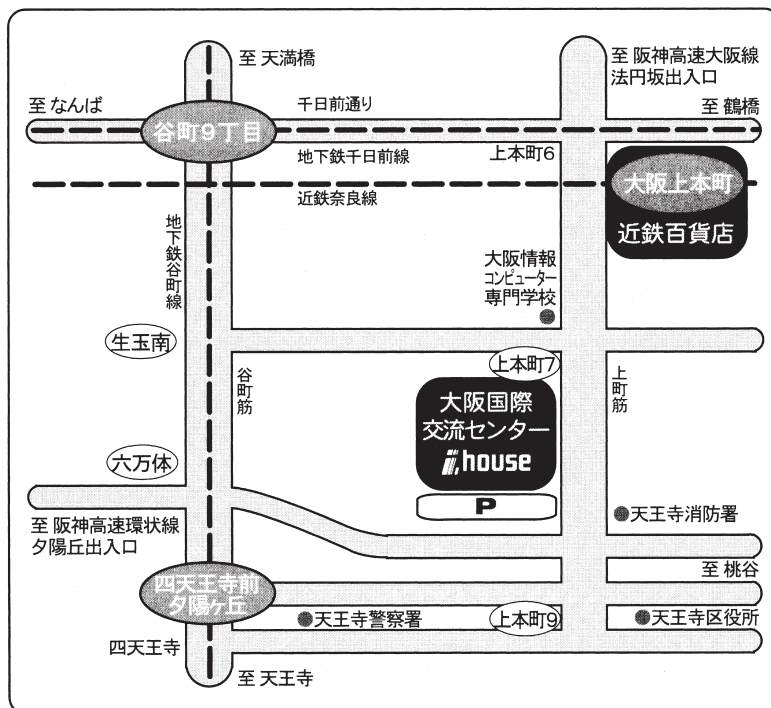
# 会場案内図

大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931(代)

## 大阪国際交流センター交通のご案内



★駐車場が充分ではありません。  
ご来館には公共交通機関をご利用ください。

- 地下鉄：「谷町九丁目」（谷町線・千日前線）  
5番または近鉄10番出入口から南東方向へ徒歩10分  
「四天王寺前 夕陽ヶ丘」（谷町線）  
1番または2番出入口から北東方向へ徒歩10分
- 近鉄：「大阪上本町」から南へ徒歩5分
- 市バス：「上本町八丁目」バス停から徒歩1分

JR新大阪駅から約50分

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

JR大阪駅から約40分

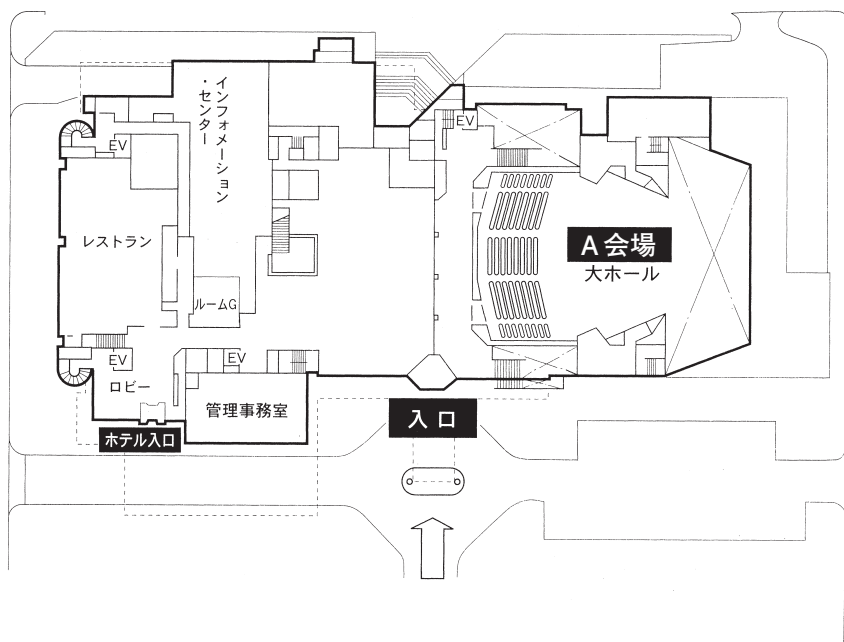
- JR環状線（鶴橋乗りかえ）近鉄「上本町」下車、徒歩5分
- 地下鉄谷町線「東梅田」乗車「谷町九丁目」下車、徒歩10分

関西国際空港から約60分

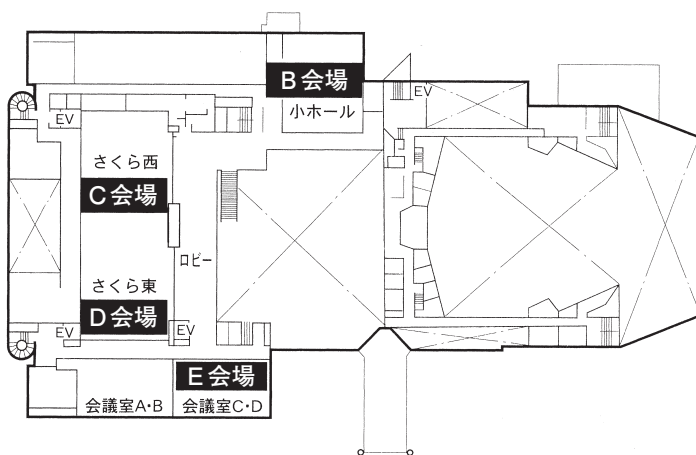
- リムジンバス（上本町線）で「近鉄上本町」へ
- 南海本線（難波乗りかえ）近鉄「近鉄上本町」へ

# 会場配置図

1F



2F

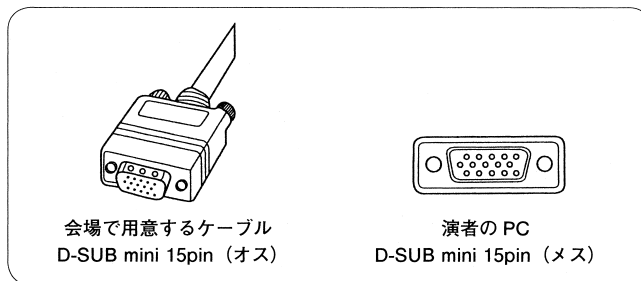


## 演者、参加者へのお願い

1. 参加受付開始：受付開始時間は8時30分から行います。
2. 口演時間：ご発表時間は6分、討論は2分です。
3. 発表形式：①ご発表形式は、PC プレゼンテーションのみとなります。また使用するアプリケーションは Power Point のみとさせていただきます。  
②Power Point (Windows 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。**
4. 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。
5. 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。
6. ランチョンセミナー：12:00よりA会場 (1F 大ホール) 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。**
7. 評議員会：13:10より大阪国際交流センター 1F 大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 メモリーでお持込いただいた発表データは PC 受付から各会場に送信します。
2. 発表データのファイル名は「(演題番号) (氏名) (会場)」として下さい。
3. 混雑緩和のため PC 受付での発表データの加筆修正は、くれぐれもご遠慮下さい。
4. 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ください。  
※尚、文字化けを防ぐため下記フォントに限定します。  
日本語…MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝  
英 語…Century、Century Gothic  
②動画データを使用の場合、あるいは Macintosh での発表しかできない場合はご自身のノート PC のご持参をお勧めします。ただし会場でご用意する PC ケーブル・コネクタの形状は 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194回近畿外科学会

	A会場 (1F 大ホール)		B会場 (2F 小ホール)		C会場 (2F さくら西)
9:25	開会の辞 澤 芳樹				
9:30	大腸① A01-A05 座長：赤松 大樹	9:30	小腸① B01-B04 座長：能浦 真吾	9:30	心・血管① C01-C06 座長：渋谷 卓
10:10	大腸② A06-A10 座長：肥田 仁一	10:02	小腸② B05-B08 座長：玉川 浩司	10:18	心・血管② C07-C12 座長：鈴木 友彰
10:50	大腸③ A11-A16 座長：内野 基	10:34	小腸③ B09-B13 座長：安井 昌義	11:06	心・血管③ C13-C18 座長：岡田 健次
11:38		11:14	胆道① B14-B17 座長：横山 茂和	11:54	
12:00	ランチオンセミナー 「消化器癌の癌幹細胞」 司会：藤元治朗 講師：森 正樹 共催：大鵬薬品工業株式会社	11:46			
13:00					
13:10	評議員会				
13:25					
13:30	特別講演 「肝臓外科における最近の進歩」 司会：澤 芳樹 講師：国土 典宏				
14:30					
14:40	教育講演 「医療チームの安全を支えるノンテクニカルスキル ～スピークアップとリーダーシップ～」 司会：土岐祐一郎 講師：中島 和江	14:40	胆道② B18-B21 座長：林部 章	14:40	肺・胸部・縦隔① C19-C22 座長：新谷 康
15:40		15:12	胆道③ B22-B26 座長：小林 省吾	15:12	肺・胸部・縦隔② C23-C26 座長：内海 朝喜
15:50	大腸④ A17-A20 座長：森田 俊治	15:52	食道 B27-B31 座長：宮田 博志	15:44	肺・胸部・縦隔③ C27-C31 座長：竹内 幸康
16:22	大腸⑤ A21-A24 座長：辻江 正樹	16:32	乳腺 B32-B36 座長：野村 昌哉	16:24	肺・胸部・縦隔④ C32-C36 座長：岩澤 卓
16:54		17:12		17:04	
17:20	閉会の辞 澤 芳樹				
17:25					



D会場 (2F さくら東)		E会場 (2F 会議室C・D)	
9:30	膵臓① D1-D4 座長：北川 透	9:30	胃① E1-E5 座長：赤丸 祐介
10:02	膵臓② D5-D8 座長：武田 裕	10:10	胃② E6-E11 座長：木村 豊
10:34	肝① D9-D11 座長：東野 健	10:58	胃③ E12-E17 座長：三方 彰喜
10:58	肝② D12-D15 座長：山田 晃正	11:46	
11:30			
14:40	腹壁・腹膜・ヘルニア① D16-D20 座長：水野 均	14:40	内分泌・脾・門脈 E18-E22 座長：池田 正孝
15:20	腹壁・腹膜・ヘルニア① D21-D26 座長：宮崎 知	15:20	小児 E23-E26 座長：臼井 規朗
16:08	十二指腸 D27-D29 座長：水谷 伸	15:52	その他 E27-E31 座長：金 鏞国
16:32		16:32	

## A 会 場 (1F 大ホール)

### 午 前 の 部 (9 : 25~11 : 38)

開会の辞 (9 : 25~9 : 30)

会 長 澤 芳 樹

大腸① (9 : 30~10 : 10)

座長 赤松 大樹  
(大阪警察病院 外科)

A01 腹腔鏡下切除術を施行した骨盤内 solitary fibrous tumor の1例  
大阪医科大学 一般・消化器外科 石 井 正 嗣

A02 直腸肛門部悪性黒色種に対し経肛門的切除を施行した1例  
近畿中央病院 外科 中 尾 英一郎

A03 上行結腸に発生した炎症性線維性ポリープと出血を伴った脂肪腫の2例  
近畿大学 外科 家 根 由 典

A04 進行大腸癌切除後に発症した腹部リンパ節結核の1例  
大阪医科大学 一般・消化器外科 横 矢 悠 太

A05 急速に進行した上行結腸低分化腺癌の1例  
大和高田市立病院 外科 松 山 修 也

大腸② (10 : 10~10 : 50)

座長 肥田 仁一  
(近畿大学医学部 外科)

A06 腸重積症を内視鏡下に整復したS状結腸癌の1例  
関西労災病院 外科 妙 中 浩 紀

A07 当院にて経験した成人S状結腸過長症の2例の検討  
神戸赤十字病院 外科 中 村 俊 宏

A08 臨床経過が短期で発症した痔瘻癌の一例  
大阪医療センター 外科 萩 原 清 貴

A09 鳥骨によるS状結腸穿孔の一例

多根総合病院 外科 奥野 潤

A10 S状結腸穿孔を発症した大腸 GIST の一例

守口敬任会病院 外科 植野 吾郎

**大腸③** (10:50~11:38)

**座長 内野 基**

(兵庫医科大学 下部消化管外科)

A11 前立腺全摘術後に生じた膀胱直腸瘻に対し経肛門的瘻孔閉鎖術を施行した1例

神戸百年記念病院 外科 岡本 光平

A12 直腸癌術後の直腸腔瘻に対し、Pikrell 手術が有効であった一例

明和病院 外科 堀尾 勇規

A13 初回根治切除困難な大腸癌および直腸癌に対する Capecitabine による術前化学放射線療法を検討

済生会 泉尾病院 菱川 秀彦

A14 卵巣癌孤立性直腸転移の1切除例

大阪府立急性期・総合医療センター 外科 西村 正成

A15 クロウン病に合併した直腸肛門管癌の1例

西宮市立中央病院 外科 上村 尚

A16 経肛門的減圧チューブにより腸管穿孔をきたした直腸癌低位前方切除術後の1例

兵庫県立淡路医療センター 外科 川嶋 太郎

午 後 の 部 (13:10~16:54)

ランチョンセミナー (12:00~13:00) A会場 (1F 大ホール)

「消化器癌の癌幹細胞」

司会：兵庫医科大学 外科 教授

藤 元 治 朗

講師：大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科 教授

森 正 樹

(共催：大鵬薬品工業株式会社)

評議員会 (13:10~13:25) A会場 (1F 大ホール)

特別講演 (13:30~14:30) A会場 (1F 大ホール)

「肝臓外科における最近の進歩」

司会：大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学 教授

澤 芳 樹

講師：東京大学 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 教授

國 土 典 宏

教育講演 (14:40~15:40)

「医療チームの安全を支えるノンテクニカルスキル  
～スピークアップとリーダーシップ～」

司会：大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科 教授

土 岐 祐一郎

講師：大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 部長・病院教授

中 島 和 江

**大腸④** (15:50~16:22)

**座長 森田 俊治**  
(市立豊中病院 外科)

- A17 腸回転異常を伴った完全内臓逆位患者の急性腹症の一例  
岸和田市民病院 外科 小 泉 滋 樹
- A18 腹部放線菌症の1例  
松下記念病院 外科 高 尾 幸 司
- A19 治療に難渋した非閉塞性腸間膜虚血症 (nonocclusive mesenteric ischemia [NOMI])  
の一例  
三菱京都病院 消化器外科 軍 司 大 悟
- A20 圧搾空気による腸管損傷に対して保存的加療が奏効した1例  
星ヶ丘厚生年金病院 外科 高 端 恭 輔

**大腸⑤** (16:22~16:54)

**座長 辻江 正樹**  
(兵庫県立西宮病院 外科)

- A21 虫垂炎及び肝膿瘍にて発症した劇症型アメーバ性大腸炎の一例  
大野記念病院 外科 松 谷 慎 治
- A22 虫垂炎にて発症した虫垂杯細胞カルチノイドの切除例  
県立尼崎病院 外科 石 田 あ い
- A23 内視鏡で診断された虫垂出血の一例  
三菱京都病院 消化器外科 勝 山 祐 輔
- A24 若年性に発症した虫垂粘液嚢胞腺癌の1例  
公立甲賀病院 外科 中 浦 玄 也

**閉会の辞** (17:20~17:25)

**会 長 澤 芳 樹**

## B 会 場 (2F 小ホール)

### 午 前 の 部 (9 : 30~11 : 46)

#### 小腸① (9 : 30~10 : 02)

座長 能浦 真吾

(大阪府立成人病センター 消化器外科)

B01 小腸原発 GIST の一切除例

兵庫県立尼崎病院 外科 坂 本 享 史

B02 急速に増大した空腸原発巨大 GIST の 1 例

長浜赤十字病院 外科 長 門 優

B03 心移植後に消化管穿孔を合併した移植後リンパ球増殖性疾患を発症した 2 例

大阪大学 消化器外科 大 澤 日出樹

B04 原発性小腸癌10例の検討

大阪市立大学 腫瘍外科 梅 野 真 吾

#### 小腸② (10 : 02~10 : 34)

座長 玉川 浩司

(国家公務員共済組合連合会 大手前病院 外科)

B05 急性腹症を呈した腸間膜リンパ管腫の 1 例

東大阪市立総合病院 外科 石 倉 照 之

B06 進行肺癌に対してゲフェチニブ使用中に発症した小腸病変を伴う急性腹症の検討

神戸大学 食道胃腸外科 橋 本 悠

B07 術前に診断しえた小腸憩室出血の一例

守口敬任会病院 外科 市 川 喜 章

B08 多発回腸憩室穿孔から腹腔内膿瘍を形成した一例

神戸労災病院 外科 郡 山 隆 志

**小腸③** (10:34~11:14)

**座長 安井 昌義**

(市立貝塚病院 外科・消化器外科)

- B09 術後腸閉塞に対する単孔式腹腔鏡下腸閉塞解除術の有用性  
大阪済生会泉尾病院 上山 庸 佑
- B10 胃全摘後9年目に Roux-en-Y 吻合部肛門側に発生した逆行性腸重積症の1例  
天理よろづ相談所病院 腹部一般外科 高橋 亜由美
- B11 食餌性イレウス5例の検討  
市立堺病院 外科 蛭原 健
- B12 絞扼性イレウスを呈した Meckel 憩室の一例  
市立芦屋病院 外科 田守 登茂治
- B13 内視鏡的整復後に根治的手術を行った脂肪腫による成人腸重積2例の検討  
りんくう総合医療センター 外科 石山 諭

**胆道①** (11:14~11:46)

**座長 横山 茂和**

(八尾市立病院 外科)

- B14 閉塞性黄疸をきたした胆道良性腫瘍の一例  
市立伊丹病院 外科 勝山 晋亮
- B15 胆嚢管が副肝管から分岐していた1例  
神戸労災病院 外科 下山 勇人
- B16 重複胆嚢を伴う総胆管結石の1手術例  
西神戸医療センター 外科・消化器外科 相田 健次
- B17 胆嚢癌との鑑別が困難であった慢性胆嚢炎の一例  
神戸大学 肝胆膵外科 保原 祐樹

午 後 の 部 (14:40~17:12)

胆道② (14:40~15:12)

座 長 林 部 章  
(大阪府済生会富田林病院 外科)

- B18 胆嚢原発腺内分泌細胞癌の1例  
府中病院 平 松 宗一郎
- B19 下部胆管腺内分泌細胞癌の1例  
大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科 栗 原 重 明
- B20 歩行困難が契機で発見された胆嚢癌多発性脳転移の1切除例  
八尾徳洲会総合病院 肝臓センター 肝臓外科・小児外科 木 村 拓 也
- B21 中部胆管癌と十二指腸乳頭部癌の重複癌の一例  
大阪市立大学 腫瘍外科 田 中 涼 太

胆道③ (15:12~15:52)

座 長 小 林 省 吾  
(大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科)

- B22 術前診断困難であった胆嚢転移を伴った腎細胞癌の2例  
姫路赤十字病院 外科 中 谷 太 一
- B23 胆嚢癌と鑑別が困難であった胆嚢腺筋腫症の二例  
大阪府立急性期・総合医療センター 外科 井之口 慶 太
- B24 術前診断が困難であった胆管内乳頭状腫瘍 (intraductal papillary neoplasm of the bile duct : IPNB) の1例  
三田市民病院 外科・消化器外科 尾 崎 貴 洋
- B25 肝門部胆管狭窄を伴った Mirizzi 症候群に対する腹腔鏡下手術の1例  
奈良県立奈良病院 菅 田 真 由
- B26 当院における腹腔鏡下胆管空腸吻合術の経験  
三菱京都病院 消化器外科 田 中 崇 洋



**食道** (15:52~16:32)

**座長 宮田 博志**

(大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科)

- B27 洗剤飲用により食道穿孔をきたし食道亜全摘後、咽頭喉頭残存頸部食道摘出術及び有茎回結腸による再建術を施行した1例  
公立学校共済組合近畿中央病院 辻村直人
- B28 Behcet 病による食道肺癰に対して食道切除及び瘻孔閉鎖術を施行した1例  
大阪市立総合医療センター 消化器外科 出口惣大
- B29 食道癌に対する胸腹腔鏡下食道亜全摘術後399日目に食道裂孔ヘルニアをきたした1例  
大阪警察病院 外科 寺田栄作
- B30 胸部下行大動脈左背側にリンパ節転移を認めた食道癌の1切除例  
大阪府立成人病センター 消化器外科 梅田卓郎
- B31 食道原発悪性黒色腫に対して右開胸食道亜全摘胃管再建術を行った一例  
近畿大学 外科 上部消化管部門 西野将矢

**乳腺** (16:32~17:12)

**座長 野村 昌哉**

(大阪府立急性期・総合医療センター 外科)

- B32 男性に発生した嚢胞内非浸潤性乳管癌の1例  
大阪警察病院 乳腺外科 石田裕人
- B33 乳癌に対し RFA 施行後 needle tract seeding による局所再発を発症した一例  
大阪府済生会富田林病院 外科 中江昌郎
- B34 乳癌術後25年目に孤立性皮膚転移をきたした1例  
大阪鉄道病院 外科 松山剛久
- B35 局所コントロールに難渋した切除不能局所進行乳癌に放射線治療を施行した1例  
大阪厚生年金病院 乳腺内分泌外科 樋口奈苗
- B36 BD 領域乳癌に対する乳腺下脂肪組織を用いた一期的充填術と評価  
姫路赤十字病院 外科 渡辺直樹

## C 会 場 (2F さくら西)

### 午 前 の 部 (9 : 30~11 : 54)

#### 心・血管① (9 : 30~10 : 18)

座 長 渋谷 卓

(関西医科大学 枚方病院 血管外科)

- C01 SFA 領域の ASO に対する PTA 後閉塞に対してバイパスにて血行再建を行った一例  
市立豊中病院 心臓血管外科 藤 村 博 信
- C02 下肢血行再建術における鼠径部グラフト吻合部作成の工夫  
関西医科大学附属枚方病院 外科 良 田 大 典
- C03 大腿静脈圧迫による下肢腫脹を認めた腸恥滑液包炎の一例  
和歌山県立医科大学 第一外科 仲 井 健 朗
- C04 腹部大動脈人工血管置換術後遠隔期に腰動脈出血を来した 1 例  
大阪医科大学附属病院 心臓血管外科 小 西 隼 人
- C05 急性動脈閉塞を来した胸郭出口症候群の一例  
大阪市立大学 心臓血管外科 宮 部 誠
- C06 心臓原発血管肉腫の一手術例  
大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科 山 本 晃 裕

#### 心・血管② (10 : 18~11 : 06)

座 長 鈴木 友彰

(滋賀医科大学 心臓血管外科)

- C07 外科系診療科の連携治療により良好な結果を得た大腸癌合併高度大動脈弁狭窄症 (AS) の 1 例  
国立大阪医療センター 心臓血管外科 甲斐沼 孟
- C08 大動脈弁輪拡張症に対して、David-Ozaki 手術を施行した 1 手術治験例  
大阪市立総合医療センター 心臓血管外科 酒 徳 一 希

- C09 Low flow、Low-gradient AS を合併した家族性高コレステロール血症患者に対する redo CABG+AVR を施行した一例  
大阪府立急性期総合医療センター 心臓血管外科 中 川 敬 也
- C10 心筋梗塞後左室仮性瘤に対する手術の一例  
滋賀医科大学 心臓血管外科 榎 本 匡 秀
- C11 敗血症から感染性心内膜炎、さらにインプラント感染を発症した一例  
和歌山県立医科大学 第一外科 青 石 裕 香
- C12 心筋梗塞後仮性心室瘤の切迫破裂と診断された偽性仮性心室瘤の1例  
桜橋渡辺病院 心臓血管外科 田 中 健 史

**心・血管③** (11:06~11:54)

**座 長 岡田 健次**

(神戸大学大学院医学研究科 心臓血管外科)

- C13 左室原発の乳頭状線維弾性腫の一例  
神戸大学 心臓血管外科 陽 川 孝 樹
- C14 2回の人工弁周囲逆流を来し、パーチェット病が疑われた1例  
神戸大学 心臓血管外科 村 上 優
- C15 冠動脈造影が正常で、たこつぼ心筋症の関与が疑われた、非典型心室中隔穿孔の一手術例  
大阪労災病院 心臓血管外科 三 宅 啓 介
- C16 動脈瘤を合併した気管支動脈起始異常の一例  
高槻赤十字病院 外科 今 富 翔 士
- C17 大動脈ステントグラフトで治療し得た腹部鈍的外傷による下腸間膜動脈損傷の一例  
兵庫県立淡路医療センター 外科 江里口 光太郎
- C18 ベントール手術後に感染性仮性動脈瘤を発症し治療に難渋した1例  
大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科 吉 田 昇 平

午 後 の 部 (14:40~17:04)

肺・胸部・縦隔① (14:40~15:12)

座 長 新谷 康  
(大阪大学 呼吸器外科)

- C19 肺膿瘍治療中に肺癌と診断した1例  
大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター 呼吸器外科 北原直人
- C20 経過中著明な陰影縮小を来した肺大細胞神経内分泌癌の1例  
大阪府立成人病センター 久能英法
- C21 最近経験した子宮癌肺転移の2手術例  
関西医科大学附属枚方病院 呼吸器外科 小延俊文
- C22 肺静脈走行異常および気管支分岐異常を伴った右上葉肺癌の一切除例  
市立長浜病院 呼吸器外科 松宮弘喜

肺・胸部・縦隔② (15:12~15:44)

座 長 内海 朝喜  
(近畿中央胸部疾患センター 外科)

- C23 胸腔鏡下手術にて摘出した交感神経由来神経鞘腫の1例  
近畿中央病院 外科 渡辺梨砂
- C24 縦隔内甲状腺腫手術症例3例についての検討  
市立豊中病院 外科 益池靖典
- C25 左主気管支切除端端吻合を行った腺様嚢胞癌の1例  
近畿中央胸部疾患センター 外科 松井浩史
- C26 Muir-Torre 症候群の疑われた脂腺癌肺転移の1例  
和歌山県立医科大学 第一外科 大橋拓矢

肺・胸部・縦隔③ (15:44~16:24)

座 長 竹内 幸康  
(刀根山病院 呼吸器外科)

- C27 胸腺腫瘍に対する拡大胸腺摘出術後に発症した続発性副腎不全の1例  
淀川キリスト教病院 外科 李 東河

- C28 人工心肺使用下に上大静脈合併切除および再建術を施行した胸腺癌の一例  
滋賀医科大学 呼吸器外科 林 一 喜
- C29 “Hemi-clamshell” アプローチにより切除した正岡 IVa 期胸腺腫の一例  
大阪大学 呼吸器外科 平 田 裕 介
- C30 前胸壁広範囲切除再建後、奇異呼吸に難渋した 1 例  
八尾市立病院 外科 山 本 陽 子
- C31 左胸壁切除 + 遊離左大腿筋膜張筋皮弁・前外側大腿皮弁で胸壁再建を行った左乳房  
stromal sarcoma の一治験例  
奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科 渡 邊 孝

肺・胸部・縦隔④ (16:24~17:04)

座 長 岩 澤 卓  
(市立豊中病院 外科)

- C32 エーラス・ダンロス症候群血管型に合併した気胸の 1 例  
関西医科大学附属枚方病院 外科 橋 本 祐 希
- C33 IgG4 関連胸膜疾患による有癭性膿胸に対する 1 治療例  
市立堺病院 救急外科 天 野 浩 司
- C34 リンパ脈管筋腫症による両側性の難治性気胸の一例  
守口敬任会病院 外科 金 沢 景 文
- C35 鈍的胸部外傷による遅発性血胸の 1 手術例  
大阪医科大学 胸部外科 市 橋 良 夫
- C36 横隔膜弛緩症に対し胸腔鏡下横隔膜縫縮術を施行した 1 例  
刀根山病院 呼吸器外科 大 瀬 尚 子

## D 会 場 (2F さくら東)

### 午 前 の 部 (9 : 30~11 : 30)

#### 膵臓① (9 : 30~10 : 02)

座 長 北川 透  
(医療法人協和会 協立病院 外科)

- D01 脾静脈腫瘍塞栓を伴う膵神経内分泌癌の1例  
甲南病院 外科 山 岸 沙 莉
- D02 腎細胞癌術後に膵転移をきたした1例  
大阪府立急性期・総合医療センター 外科 野 口 侑 記
- D03 腎癌多発膵転移の1切除例  
奈良県立奈良病院 外科 中 村 広 太
- D04 退形成癌切除後に発生した異時性膵頭部浸潤性膵管癌の1切除例  
神戸大学 肝胆膵外科 平 林 顕

#### 膵臓② (10 : 02~10 : 34)

座 長 武田 裕  
(関西労災病院 消化器外科)

- D05 膵腺房・神経内分泌混合癌 (mixed acinar-neuroendocrine carcinoma) の一切除例  
大阪府立成人病センター 外科 佐々木 一 樹
- D06 診断に苦慮した膵内脾嚢胞に対し、胃脾間膜、脾動静脈、および脾臓温存膵尾部切除を施行した一例  
神戸赤十字病院 外科 河 本 慧
- D07 膵頭部神経鞘腫の1例  
市立堺病院外科 福 田 竜 丸
- D08 慢性膵炎の膵仮性嚢胞に対して嚢胞胃吻合術を施行した1例  
守口敬任会病院 外科 鄭 賢 樹

肝① (10:34~10:58)

座長 東野 健

(NTT 西日本大阪病院 外科)

D09 胆嚢転移を伴う肝内胆管癌の1例

京都大学 肝胆膵・移植外科 中村 清 邦

D10 肝癌に対する生体肝移植後3年4か月目に胸椎転移と診断し、切除し得た1例

京都大学 肝胆膵・移植外科 佐藤 朝 日

D11 肝細胞癌破裂に対し根治切除を施行した19例の検討

関西医科大学 外科 坂口 達 馬

肝② (10:58~11:30)

座長 山田 晃正

(東大阪市立総合病院 消化器外科)

D12  $^{68}\text{Ga}$ -DOTATOC-PETにて十二指腸原発巣を指摘し得た転移性肝神経内分泌腫瘍の一例

神戸大学 肝胆膵外科 杉田 裕

D13 術前正診が困難であった肝血管筋脂肪腫(AML)の1例

八尾徳洲会総合病院 肝臓センター 井上 雅 文

D14 肝嚢胞の経過観察中に発見された肝 Solitary fibrous tumor の一切除例

大阪大学 消化器外科 三宅 祐一朗

D15 腹腔鏡下(TANKO+1)に切除した肝限局性結節性過形成の一例

京都府立医科大学附属北部医療センター 橋本 光

午 後 の 部 (14:40~16:32)

腹壁・腹膜・ヘルニア① (14:40~15:20)

座 長 水野 均

(地方独立行政法人りんくう総合医療センター 外科)

D16 鼠径ヘルニア嵌頓をきたしたS状結腸腹膜垂炎の1例

PL 病院 外科 清 水 和 幸

D17 Amyand's hernia に急性虫垂炎を合併し一期的に腹腔鏡下手術した一例

大阪厚生年金病院 外科 明 浦 公 彦

D18 尿管遺残症に対し腹腔鏡下根治切除を施行した2症例

奈良県立奈良病院 外科 辻 泰 子

D19 高齢者の巨大腹膜偽粘液腫の1例

守口敬任会病院 外科 谷 浦 允 厚

D20 上行結腸閉鎖, 穿孔を伴った腹壁破裂の1例

大阪府立母子保健総合医療センター 山 中 宏 晃

腹壁・腹膜・ヘルニア② (15:20~16:08)

座 長 宮崎 知

(社会保険 紀南病院 外科)

D21 腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TEP 法) 後に早期鼠径ヘルニア再発と鑑別が困難であった精索脂肪腫の1例

枚方市民病院 外科 大 関 舞 子

D22 当科における腹膜前腔アプローチ 単孔式腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (SILS-TEP 法) の成績

大阪警察病院 外科 今 中 岳 洋

D23 イレウスを発症した内ヘルニアの1例

市立池田病院 消化器外科 渡 邊 卓 次

D24 子宮広間膜裂孔に生じた内ヘルニアの2例

市立吹田市民病院 外科 加 藤 亮

D25 大網裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスの1例

神戸労災病院 外科 大 西 貴 久



D26 メッシュ留置部の腹膜と腸間膜との癒着による鼠径ヘルニア術後イレウスの一例

NTT 西日本大阪病院 外科 西 田 謙太郎

**十二指腸** (16:08~16:32)

**座 長 水谷 伸**

(市立芦屋病院 外科)

D27 完全腹腔鏡下部分切除が有効であった十二指腸水平脚血管腫の1例

神戸大学 食道胃腸外科 西 将 康

D28 大量出血を来した十二指腸球部 GIST の1例

市立芦屋病院 外科 佐々木 亨

D29 原因不明の後腹膜血腫により十二指腸狭窄を呈した2例

医療法人 川崎病院外科 北 川 彰 洋

## E 会 場 (2F 会議室 C・D)

### 午 前 の 部 (9 : 30~11 : 46)

胃① (9 : 30~10 : 10)

**座 長 赤丸 祐介**  
(大阪厚生年金病院 外科)

E01 壁内、管外発育型 GIST の一例

多根総合病院 外科 清 水 将 来

E02 胃 GIST に対して LECS (Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery) を施行した一例

北播磨総合医療センター 外科 村 田 晃 一

E03 肝転移を伴う大腸多発癌と巨大胃 GIST の同時性重複の1例

西宮市立中央病院 外科 竹 本 有 里

E04 胃粘膜下腫瘍として切除治療を行なった、胃アニサキス症の1例

奈良県立奈良病院 外科 松 阪 正 訓

E05 胃癌術後に多発性脳梗塞を呈した Trousseau 症候群の1例

大阪厚生年金病院 外科 樋 渡 勝 平

胃② (10 : 10~10 : 58)

**座 長 木村 豊**  
(市立堺病院 胃食道外科)

E06 EBV 関連胃癌の2例

西神戸医療センター 外科・消化器外科 井 上 貴 裕

E07 H. pylori 陰性の若年者胃癌の一例

大阪医科大学 一般・消化器外科 出 原 啓 介

E08 術後2年間無再発生存している Krukenberg 腫瘍を伴う胃癌の一例

近畿大学医学部奈良病院 外科 三 浦 健

E09 胃癌再発、Krukenberg 腫瘍と腹膜播種を同時に切除し得た一例  
宇治徳洲会病院 碓井太雄

E10 高 CEA 血症を契機に発見され、術前画像診断と病理診断に乖離を認めた進行胃癌の一例  
大阪大学 消化器外科 大橋朋史

E11 トラスツズマブ併用化学療法により、根治手術が可能となった HER2 陽性 Stage4 胃癌の2例  
市立堺病院 外科 石垣貴彦

胃③ (10:58~11:46)

座長 三方彰喜  
(大阪労災病院 外科)

E12 胃癌術後の拳上空腸内に柿胃石陥頓イレウスが発症した1例  
済生会中和病院 外科 西口由希子

E13 横隔膜ヘルニアにより生じた胃軸捻転の一幼児例  
大阪大学 小児成育外科 山道拓

E14 胃全摘術後縫合不全による膿胸からの MBLs 菌血症に対して施行した拳上空腸分離術が転帰となって救命しえた一例  
大阪医療センター 外科 福田泰也

E15 胃癌術後腹腔内膿瘍に対して経胃的ドレナージが有効であった1例  
大阪府立急性期・総合医療センター 消化器外科 野村雅俊

E16 幽門側胃切除術 staple on staple 部分の縫合不全の1例  
市立堺病院 大久保 聡

E17 SiwerII 型食道胃接合部癌下縦隔郭清における視野展開の工夫、食道引き抜きと tissue triangulation の意識  
三菱京都病院 外科 中内雅也

午 後 の 部 (14:40~16:32)

内分泌・膵・門脈 (14:40~15:20)

座 長 池田 正孝  
(大阪医療センター 外科)

- E18 抗リン脂質抗体症候群を合併した自己免疫性溶血性貧血に対して脾臓摘出術を施行した  
1例  
近畿大学 外科 西 原 美沙子
- E19 上行結腸癌術後孤立性脾転移の一例  
北野病院 消化器センター外科 大 野 龍
- E20 もやもや病を基礎疾患にもつ BMI40 以上の高度肥満患者に対する腹腔鏡下脾臓摘出術  
の経験  
八尾徳洲会総合病院 外科 松 岡 信 子
- E21 胆石症を合併した血液疾患に腹腔鏡下脾臓・胆嚢摘出術を行った2例  
北野病院 外科 松 原 弘 侑
- E22 原発性甲状腺低分化癌と腎癌甲状腺転移を併発した一例  
近畿大学 乳腺・内分泌外科 瀬 角 裕 一

小児 (15:20~15:52)

座 長 臼井 規朗  
(大阪大学医学部 外科学講座 小児成育外科)

- E23 腹腔鏡補助下後方矢状切開で摘出し得た新生児 AltmanIII 型仙尾部奇形腫の1例  
和歌山県立医科大学 第2外科 三 谷 泰 之
- E24 非対称の漏斗胸に対する胸腔鏡補助下胸骨挙上術 (Nuss 法) の工夫  
兵庫医科大学 小児外科 野 瀬 聡 子
- E25 新生児胸壁過誤腫の一例  
近畿大学 外科 平 木 洋 子
- E26 胎児診断された gastric duplication の1例  
近畿大学医学部奈良病院 小児外科 山 内 勝 治

その他 (15:52~16:32)

座長 金 鏞国  
(市立貝塚病院 外科)

- E27 経仙骨的に摘出した成人仙骨前類表皮嚢胞の1例  
兵庫県立加古川医療センター 外科 友松 典子
- E28 腹腔動脈解離の一例  
京都市立病院 外科 上本 裕介
- E29 妊娠中に発症した虫垂子宮内膜症に起因する急性虫垂炎の1例  
姫路赤十字病院 外科 梶原 義典
- E30 大網原発悪性繊維製組織球腫の1例  
新宮市立医療センター 外科・肛門科 竹内 昭博
- E31 消化管出血を契機に後天性血友病と診断された2例  
医誠会病院 消化器外科 首藤 喬

一 般 演 題  
抄 錄

## A01

腹腔鏡下切除術を施行した骨盤内 solitary fibrous tumor の1例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科

石井 正嗣<sup>1</sup>、奥田 準二<sup>1</sup>、田中慶太郎<sup>1</sup>、近藤 圭策<sup>1</sup>、  
山本 誠士<sup>1</sup>、濱元 宏喜<sup>1</sup>、二瓶 憲<sup>1</sup>、  
横矢 悠太<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

症例は41歳、男性。約2年前に急性胆嚢炎に対し開腹胆嚢摘出術が施行された際、骨盤内に25mm大の腫瘤と大網に白色結節を認めた。大網の結節は切除され病理組織診断で solitary fibrous tumor (以下 SFT) と診断された。CT、MRI から骨盤内腫瘤は SFT と考えられ経過観察となったが、2年後の CT で29mmと増大傾向を認めたため外科的切除を施行することとなった。腫瘍は腹膜翻転部直下、右傍直腸に認めた。十分に safety margin を確保した腹腔鏡下腫瘍切除術を施行し、病理組織診断で SFT と診断された。SFT は胸膜に好発する間葉系腫瘍だが、骨盤内発生例も散見される。治療は腫瘍の完全切除が原則であるが、腹腔鏡による切除報告例は少ない。自験例の様に、骨盤内の SFT に対し、拡大視効果の高い腹腔鏡手術は有効かつ安全に施行可能と考えられたので、文献的考察を加え報告する。

## A03

上行結腸に発生した炎症性線維性ポリープと出血を伴った脂肪腫の2例

<sup>1</sup>近畿大学 外科

家根 由典<sup>1</sup>、上田 和毅<sup>1</sup>、小北 晃弘<sup>1</sup>、吉岡 康多<sup>1</sup>、  
井上 啓介<sup>1</sup>、杉浦 史哲<sup>1</sup>、大東 弘治<sup>1</sup>、吉藤 竹仁<sup>1</sup>、  
所 忠男<sup>1</sup>、肥田 仁一<sup>1</sup>、奥野 清隆<sup>1</sup>

【症例1】72歳女性。貧血の精査目的で大腸内視鏡検査を施行。上行結腸に分葉状で潰瘍を形成する可動性良好な巨大有茎性病変を認め、スネア留置困難で内視鏡的切除不能と判断され腹腔鏡下結腸右半切除術を施行。病理組織検査で炎症性線維性ポリープと診断された。  
【症例2】70歳男性。下血に対し大腸内視鏡検査を施行したところ上行結腸に広基性で表面の潰瘍からの出血を伴う粘膜下腫瘍を認めるも、内視鏡的切除困難と判断され腹腔鏡下結腸右半切除術を施行。病理組織検査で脂肪腫と診断された。【まとめ】炎症性線維性ポリープは結腸に発生することは稀で、また脂肪腫などの粘膜下腫瘍との鑑別が困難とされている。また炎症性線維性ポリープや脂肪腫の治療の第一選択は内視鏡的切除であるが、外科的切除の適応となることもある。炎症性線維性ポリープと出血を伴う脂肪腫の2例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## A02

直腸肛門部悪性黒色種に対し経肛門的切除を施行した1例

<sup>1</sup>近畿中央病院 外科

中尾英一郎<sup>1</sup>、武元 浩新<sup>1</sup>、上村 佳央<sup>1</sup>、辻村 直人<sup>1</sup>、  
大鶴 徹<sup>1</sup>、渡辺 梨砂<sup>1</sup>、松本 崇<sup>1</sup>、高知 耕<sup>1</sup>、  
西岡 清訓<sup>1</sup>、青木 太郎<sup>1</sup>、飯島 正平<sup>1</sup>、小林 研二<sup>1</sup>

今回我々は急速に増大した直腸肛門部悪性黒色腫に対し経肛門的切除を施行した一例を経験したので報告する。症例は73歳男性。胃悪性リンパ腫術後で当院フォロー中、スクリーニング検査での大腸内視鏡検査にて早期直腸癌を認め EMR 施行。この検査時肛門近傍に約3mmのIsポリープも認めていたが性状より過形成ポリープと診断していた。4ヶ月後に肛門出血を訴え受診。大腸内視鏡検査で肛門縁のすぐ口側後壁、前回検査にて過形成性ポリープを認めた部位に約20mmのIs様の隆起性病変を認めた。腫瘍は一部黒色の色素沈着を伴い、表面凹凸不整で、可動性あり。9日後に経肛門的切除術を行った。病理診断の結果、免疫染色でS-100、HMB45、MelanA陽性であり悪性黒色種であった。腫瘍は粘膜固有層から粘膜下層に進展を認めたが、断端は陰性であった。追加切除等についても説明したが本人が拒否したため定期的なフォローのみとした。

## A04

進行大腸癌切除後に発症した腹部リンパ節結核の1例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般消化器外科

<sup>2</sup>大阪医科大学 病理学教室

横矢 悠太<sup>1</sup>、奥田 準二<sup>1</sup>、田中 慶太郎<sup>1</sup>、山本 誠士<sup>1</sup>、  
濱元 宏喜<sup>1</sup>、近藤 圭策<sup>1</sup>、石井 正嗣<sup>1</sup>、栗栖 義賢<sup>2</sup>、  
江頭由太郎<sup>2</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

症例は72歳、女性。健診にて、便潜血反応陽性の精査目的に近医で施行された大腸内視鏡検査にて全周性進行S状結腸癌を指摘され、手術療育目的に当科紹介となった。2010年11月に腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。最終病理学的診断はpSS、ly1、v1、pNO、fStage2であり、外来followとなった。腹部CT検査にて傍大動脈から両側腸骨動脈、両側尿管にかけて腫大したリンパ節を認めた。PET-CT検査にて18F-FDGの異常集積を認めた。2011年3月に尿管リンパ節生検を施行し、病理組織検査にて壊死巣を伴う類上皮細胞性肉芽腫、ラングハンス型巨細胞を認めた。抗酸菌は認めず、腹部リンパ節結核と診断された。抗結核薬治療によりリンパ節腫脹は消失し、現在S状結腸癌の再発・転移を唆する所見も認めていない。腹部リンパ節結核は、結核感染症のうち0.4%以下と極めて稀な疾患である。今回進行大腸癌術後に発症した腹部リンパ節結核の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## A05

急速に進行した上行結腸低分化腺癌の1例

<sup>1</sup>大和高田市立病院 外科

松山 修也<sup>1</sup>、楊 知明<sup>1</sup>、林 雪<sup>1</sup>、佐多 律子<sup>1</sup>、  
小林 淳志<sup>1</sup>、中村 友哉<sup>1</sup>、加藤 達史<sup>1</sup>、中山 裕行<sup>1</sup>、  
岡村 隆仁<sup>1</sup>

大腸低分化腺癌はまれな疾患であり、臨床病理学的な特徴は不明な点が多い。急速に進行した上行結腸低分化型腺癌の1例を報告する。症例は74歳男性、体重減少を主訴に近医受診した。右下腹部に腫瘤が触知されたため当院外科に紹介となった。精査により局所進行上行結腸癌と診断し、巨大な腫瘍であったため、開腹右半結腸切除術（D3郭清）を施行した。術中、腹膜播種が認められたが、限局していた為これも合併切除した（stage IV）。病理学所見では低分化腺癌（SS、N3、M1、por1、med、ly2、v2）であり、大型異型細胞が充実胞巣状に増生していた。免疫染色では chromogranin A 陰性、NCAM 陽性、synaptophysin が弱陽性ではあるが、神経内分泌癌への分化傾向も認められた。術後、化学療法（capecitabine + oxaliplatin + bevacizumab）を施行したが、術後1ヶ月にドレーン孔再発を認めてから徐々に全身状態が悪化し、術後3ヶ月で肝転移・腹膜播種のため永眠となった。

## A07

当院にて経験した成人S状結腸過長症の2例の検討

神戸赤十字病院 外科<sup>1</sup>

中村 俊宏<sup>1</sup>、西村 健<sup>1</sup>、河本 慧<sup>1</sup>、湯浅 壮司<sup>1</sup>、  
田村 竜二<sup>1</sup>、岡本 貴大<sup>1</sup>、石堂 展宏<sup>1</sup>、門脇 嘉彦<sup>1</sup>

症例1は23歳男性。中学生時から便秘傾向でありS状結腸過長症を伴う便秘症の診断で近医通院加療。その後便秘による腹痛にて当院を頻回に受診しCFにて排便を施行していた。内服コンプライアンスが悪く相談の上根治的にS状結腸切除術を施行した。症例2は57歳男性。15年前から痔瘻があり内服にて排便コントロール行っていたが徐々に内服コンプライアンス低下し便秘症状悪化。腹部膨満を主訴に近医受診し手術加療必要とのことで当院紹介受診となった。CFにて排便を行い症状改善し現在入院にて内服調整中である。状態が落ち着けば痔瘻、腸管拡張に対する根治術を予定している。小児における腸管拡張の原因としてHirschsprung病は有名であるが、後天性の誘因は様々である。また精神発達遅滞との関連性も指摘されており経験した2例とも内服コンプライアンスの不良を認め1例は手術に至った。短期間に経験した2症例を若干の文献的考察を加え発表する。

## A06

腸重積症を内視鏡下に整復したS状結腸癌の1例

<sup>1</sup>関西労災病院 外科

妙中 浩紀<sup>1</sup>、向坂 英樹<sup>1</sup>、加藤 健志<sup>1</sup>、賀川 義規<sup>1</sup>、  
向井 洋介<sup>1</sup>、佐藤 泰史<sup>1</sup>、森本 祥悠<sup>1</sup>、日馬 弘貴<sup>1</sup>、  
橋本 直佳<sup>1</sup>、松下 克則<sup>1</sup>、革島 洋志<sup>1</sup>、木村 慶<sup>1</sup>、  
桂 宜輝<sup>1</sup>、沖代 格次<sup>1</sup>、竹野 淳<sup>1</sup>、中平 伸<sup>1</sup>、  
谷口 博一<sup>1</sup>、柄川千代美<sup>1</sup>、武田 裕<sup>1</sup>、田村 茂行<sup>1</sup>

【症例】50代、女性【現病歴】約2ヶ月前より繰り返す腹痛と鮮血便を自覚していた。腹痛の増悪を自覚したため、近医を受診し同日当院紹介となった。【入院後経過】腹部造影CT検査でS状結腸が直腸に嵌入了した target sign を認め、S状結腸重積症と診断した。緊急大腸内視鏡検査を施行し、1型腫瘍を先進部とする重積像を認め、送気で容易に整復された。その口側を検索すると、先進部となった1型腫瘍とは別にSD接合部に2型腫瘍を認めた。入院4日目に腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。術後経過は良好で、術後8日目に退院となった。【考察】S状結腸癌による腸重積に対し内視鏡的整復術を施行することで術前に多発するS状結腸癌を診断し、待機的に根治術を施行することが可能であった。腸重積症の内視鏡的整復術の有用性について考察する。

## A08

臨床経過が短期で発症した痔瘻癌の一例

<sup>1</sup>大阪医療センター 外科

萩原 清貴<sup>1</sup>、池田 正孝<sup>1</sup>、原口 直紹<sup>1</sup>、山本 和義<sup>1</sup>、  
三宅 正和<sup>1</sup>、浅岡 忠史<sup>1</sup>、西川 和宏<sup>1</sup>、宮本 敦史<sup>1</sup>、  
大宮 英泰<sup>1</sup>、宮崎 道彦<sup>1</sup>、平尾 素宏<sup>1</sup>、高見 康二<sup>1</sup>、  
中森 正二<sup>1</sup>、関本 貢嗣<sup>1</sup>

症例は58歳、男性。2年前からの肛門周囲膿瘍、股部痛を主訴に近医受診し、痔瘻、粘液産生腫瘍を認め、精査加療目的に当院肛門外科を受診。腹部MRIで肛門管レベルの2時から9時方向背側にT2Wで高信号を示し、肛門挙筋上部まで病変が広がり、左外腸骨動脈周囲に12mm大のリンパ節腫大を認めた。下部消化管内視鏡検査で歯状線近くに粘液栓を伴う粘液産生腫瘍を認めたが一次口は不明。痔瘻の二次口、粘液産生腫瘍を生検し、両組織からp53、Ki-67陽性で腺癌所見を認めた。痔瘻癌と診断し、腹腔鏡下直腸切断術、人工肛門造設術、両側側方リンパ節郭清、腹直筋皮弁移植術を施行した。病理診断は異型高円柱上皮の乳頭状、管状増殖からなる粘液癌であった。痔瘻癌は比較的稀な疾患で、慢性経過中に発生することが多いとされるが、本症例のように痔瘻罹患期間が短期でも発生することがあり、臨床所見から痔瘻癌を疑うことが重要と考えられた。



## A09

鳥骨によるS状結腸穿孔の一例

<sup>1</sup>多根総合病院 外科

奥野 潤<sup>1</sup>、城田 哲哉<sup>1</sup>、清水 将来<sup>1</sup>、南原 幹男<sup>1</sup>、  
廣岡 紀文<sup>1</sup>、山口 拓也<sup>1</sup>、森 琢兎<sup>1</sup>、小川 稔<sup>1</sup>、  
小川 淳宏<sup>1</sup>、門脇 隆敏<sup>1</sup>、渡瀬 誠<sup>1</sup>、刀山 五郎<sup>1</sup>、  
丹羽 英記<sup>1</sup>

症例は60歳、女性、右下腹部を主訴に来院した。腹部所見は板状硬で右下腹部に最強点を認めた。腹部CTにて腹腔内遊離ガス、S状結腸に異物認め、穿孔性腹膜炎と診断し同日緊急手術を施行した。手術所見では、S状結腸内に約7cm×1cmの鳥骨を認め、その両端が穿孔を生じさせており、一方は大網に被覆された腹腔内に、もう一方は後腹膜腔内に穿孔していた。これに対し、S状結腸部分切除術、S状結腸単孔式人工肛門造設術施行した。術後3日目より食事開始し、術後20日目に退院とした。本症例は鳥骨がS状結腸長軸方向に対して垂直に固定され、両端に潰瘍が生じ穿孔したと推測された。本邦では、鳥骨の穿孔という極めて希な症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

## A11

前立腺全摘術後に生じた膀胱直腸瘻に対し経肛門の瘻孔閉鎖術を施行した1例

<sup>1</sup>神戸百年記念病院 外科

岡本 光平<sup>1</sup>、西尾 吉正<sup>1</sup>、小澤 りえ<sup>1</sup>、日高 敏晴<sup>1</sup>、  
西 憲義<sup>1</sup>、西岡 昭彦<sup>1</sup>、楠 徳郎<sup>1</sup>

症例は70歳代男性。前立腺癌に対し2012年11月、当院泌尿器科にて恥骨後式根治的前立腺全摘術を施行。同年12月頃より排便時の尿流出を自覚。精査の結果、術後膀胱直腸瘻と診断。尿道留置バルーンカテーテルによるドレナージにて保存的加療を試みたが改善せず、2013年3月、横行結腸双孔式人工肛門造設術を施行。その後同手技にて保存的加療を継続したがやはり改善せず、同年6月、経肛門の膀胱直腸瘻閉鎖術を施行。経過は良好であり現在再発は認めていない。前立腺癌に対する前立腺全摘術後の膀胱直腸瘻は比較的稀な合併症であるが難治性になることが多く、治療法に関しては現在も様々な議論がなされている。今回我々は経肛門的に瘻孔閉鎖術を施行し、再発無く経過している1例を経験したため、若干の学術的考察を加え報告する。

## A10

S状結腸穿孔を発症した大腸GISTの一例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科

<sup>2</sup>同 病理

植野 吾郎<sup>1</sup>、市川 善章<sup>1</sup>、谷浦 允厚<sup>1</sup>、金沢 景文<sup>1</sup>、  
高山 昇一<sup>1</sup>、丸山憲太郎<sup>1</sup>、西原 政好<sup>1</sup>、権 五規<sup>1</sup>、  
鳥田 守<sup>1</sup>、李 喬遠<sup>1</sup>、岡 博史<sup>1</sup>、前田 環<sup>2</sup>

今回、筋層に増殖したGISTによって生じたと考えられるS状結腸穿孔の症例を経験した。【症例】72歳男性。突然下腹部痛が出現し、近医で腹部単純X線像にてfree airを認め当院へ転院となった。開腹所見でS状結腸に6cm径の穿孔を認め、同部に糞塊が嵌頓しており、宿便糞石による穿孔が疑われてHartmann手術を施行した。組織学的に穿孔周囲の上皮に腫瘍性病変はなく、筋層に紡錘形細胞が浸潤性に増殖していた。紡錘形細胞は免疫染色にてc-kitおよびCD34が陽性、desmin、 $\alpha$ SMA、S-100は陰性で病理診断はGISTであった。【考察】結腸原発のGISTは頻度が低い。さらに本症例ではGISTの典型的形態を示さず腫瘍細胞が筋層の平滑筋を置換するように進展していた。このため腸管壁が脆弱化して憩室が形成され穿孔の原因となった、と考えられる稀少な症例であり、病理学的検討を加えて報告する。

## A12

直腸癌術後の直腸腔瘻に対し、Pickrell手術が有効であった一例

<sup>1</sup>明和病院 外科

堀尾 勇規<sup>1</sup>、木村 文彦<sup>1</sup>、後野 礼<sup>1</sup>、竹中 雄也<sup>1</sup>、  
永田 健<sup>1</sup>、友松 宗史<sup>1</sup>、小野朋二郎<sup>1</sup>、北濱 誠一<sup>1</sup>、  
飯田 洋也<sup>1</sup>、吉江 秀範<sup>1</sup>、生田 真一<sup>1</sup>、相原 司<sup>1</sup>、  
柳 秀憲<sup>1</sup>、山中 若樹<sup>1</sup>

腸腔瘻は直腸癌術後の合併症の一つで、瘻管切除術や単純閉鎖術では高率に再発するので、治療に難渋しやすい。当院では直腸腔瘻に対し、Pickrell手術を導入している。症例は、50歳女性。他院にて直腸癌腔浸潤に対し、術前化学放射線療法(45Gy+IRIS)後に、低位前方切除術+子宮全摘+膣部分切除+回腸人工肛門造設を施行した。術後補助療法としてSOXを施行後、人工肛門閉鎖術前の内視鏡検査で、直腸腔瘻と診断され、当院紹介となった。手術は会陰部を横切開し、膣、直腸前壁、直腸恥骨筋を鈍的に剥離し、瘻孔部を切り離し、直腸、膣とも一次縫合した。中枢側の栄養動脈、神経を温存し、紡錘形の大腸薄筋筋弁を形成し、瘻孔閉鎖部の頭側腸管、坐骨結節に筋弁を縫着し、充填した。合併症なく、第11病日で退院した。約2年間再発なく、機能障害もなく経過している。Pickrell手術は直腸腔瘻において簡便で有効な手技と考えられた。

## A13

初回根治切除困難な大腸癌および直腸癌に対する  
Capecitabine による術前化学放射線療法の検討

<sup>1</sup>済生会 泉尾病院

菱川 秀彦<sup>1</sup>、斉藤 卓也<sup>1</sup>、植田 愛子<sup>1</sup>、元廣 高之<sup>1</sup>、  
上山 庸佑<sup>1</sup>、山道 啓吾<sup>1</sup>

【はじめに】欧米では進行直腸癌に対する化学放射線療法 (NACRT) は、標準治療として確立している。本邦では切除不能例に対し、NACRT 後に切除可能となった報告が散見される。切除不能進行 S 場結腸癌と直腸癌に対し NACRT (Capecitabine 82mg/m<sup>2</sup> × 2/日 × 5/週 × 5週、RT45Gy) 後に治癒切除が可能であった 2 例を経験したので報告する。【症例】患者【1】60歳、男性。局所進行 S 状結腸癌 (SI: 直腸・膀胱・前立腺・骨盤壁、遠隔転移なし) と診断し NACRT を施行。効果判定 PR (RECIST 基準)、骨盤内臓全摘術を施行。術後 4 年 8 ヶ月無再発生存中。患者【2】77歳。女性。局所進行直腸癌 (AI: 右尿管、骨盤壁、遠隔転移なし) と診断し NACRT を施行。効果判定 SD (原発巣 20% 縮小)、腹会陰式直腸切除術、右尿管温存を施行。術後 2 ヶ月無再発生存中。【結語】切除不能な SI/AI 大腸癌・直腸癌は、NACRT が奏功し治癒切除できれば、長期生存が望めるため有用な治療と考えられた。

## A15

クローン病に合併した直腸肛門管癌の 1 例

<sup>1</sup>西宮市立中央病院 外科

<sup>2</sup>西宮市立中央病院 臨床病理部

上村 尚<sup>1</sup>、三宅 泰裕<sup>1</sup>、岡田おかる<sup>1</sup>、中根 茂<sup>1</sup>、  
桧垣 直純<sup>1</sup>、村上 雅一<sup>1</sup>、林田 博人<sup>1</sup>、岡 義雄<sup>1</sup>、  
根津理一郎<sup>1</sup>、綾田 昌弘<sup>2</sup>

症例は 40 歳女性。19 歳時小腸大腸型クローン病と診断、22 歳時に回腸穿孔にて回盲部切除が施行された。この頃より肛門周囲膿瘍が出現し数回切開排膿されていた。33 歳時に横行結腸皮膚瘻が出現したが保存的に治療。2013 年 4 月、発熱、腹痛認め、精査にて直腸狭窄、直腸膿瘍、直腸周囲膿瘍、回腸-回腸瘻と診断、当科紹介された。大腸内視鏡検査で直腸 (Rb) 後壁に易出血部を認め、生検にて Group 4、また p53 免疫染色陽性のため colitic cancer と診断し、6 月全大腸切除+直腸切断 (D1 郭清)・膈後壁合併切除+回腸瘻造設術を施行した。切除標本では Rb、P 前壁中心に 49×42×25mm の 5 型腫瘍を認め粘膜面には高分化腺癌、粘膜下から筋層に深には粘液癌が広範に存在し、pA pN0 sH0 sP0 sM0 pRM1 fStageII と診断された。今後は化学療法を施行予定である。長期経過のクローン病では、大腸癌とりわけ痔瘻癌を含む直腸肛門管癌の合併を念頭に置いた病変検索が必要と考えられた。

## A14

卵巣癌孤立性直腸転移の 1 切除例

<sup>1</sup>大阪府立急性期・総合医療センター 外科

西村 正成<sup>1</sup>、松田 宙<sup>1</sup>、藤谷 和正<sup>1</sup>、團野 克樹<sup>1</sup>、  
青野 豊一<sup>1</sup>、武田 伸一<sup>1</sup>、吉田 洋<sup>1</sup>、大森 謙一<sup>1</sup>、  
野村 昌哉<sup>1</sup>、船越 康信<sup>1</sup>、久保田 勝<sup>1</sup>、川田 純司<sup>1</sup>、  
宮崎 進<sup>1</sup>、奥村雄一郎<sup>1</sup>、野口 侑記<sup>1</sup>、野村 雅俊<sup>1</sup>、  
松井 優紀<sup>1</sup>、田中 康博<sup>1</sup>

症例は 71 歳女性。主訴は CA19-9 高値。既往歴は 2006 年 12 月に卵巣癌に対して子宮全摘術、両側付属器摘出術施行。現病歴は 2011 年 12 月に CA19-9 の上昇を認め、CT 検査を行ったが、異常所見認めなかったため、PET-CT 検査を施行したところ、直腸に集積を認めた。大腸内視鏡検査で上部直腸に 1/4 周性の 2 型腫瘍性病変を指摘され、生検では卵巣癌直腸転移が疑われた。2012 年 2 月に腹腔鏡補助下低位前方切除を施行した。術後の病理診断は卵巣癌直腸転移であった。現在、術後再発なく経過観察中である。転移性大腸癌は稀であり、大腸癌の 1% 以下とされている。原発巣は胃癌が最も多く、卵巣癌の直腸孤立性転移は比較的稀である。卵巣癌直腸転移の 1 切除例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## A16

経肛門的減圧チューブにより腸管穿孔をきたした直腸癌  
低位前方切除術後の 1 例

兵庫県立淡路医療センター 外科<sup>1</sup>

川嶋 太郎<sup>1</sup>、大石 達郎<sup>1</sup>、宮本 勝文<sup>1</sup>、荒瀬 裕己<sup>1</sup>、  
江里口光太郎<sup>1</sup>、土井 健史<sup>1</sup>、横殿 公誉<sup>1</sup>、上田 泰  
弘<sup>1</sup>、坂平 英樹<sup>1</sup>、高橋 応典<sup>1</sup>、森本 義久<sup>1</sup>、松岡  
英仁<sup>1</sup>、杉本 貴樹<sup>1</sup>、小山 隆司<sup>1</sup>

近年、直腸癌低位前方切除術後の縫合不全を予防する目的で経肛門的減圧チューブを挿入する報告が散見される。しかし、チューブ挿入に伴う合併症の報告は少ない。今回我々は、低位前方切除術後に挿入した経肛門的減圧チューブにより腸管穿孔をきたした症例を経験したので報告する。症例は 70 歳男性。2013 年 7 月 30 日、直腸癌 Ra に対し低位前方切除術を施行した。経肛門チューブはネラトンカテーテルを使用した。術後 4 日目、骨盤内ドレーンからの排液に混濁を認めたため縫合不全を疑い CT、注腸検査を施行した。精査の結果、減圧チューブが吻合部の口側で S 状結腸外に露出しており、腸管穿孔の診断で同日緊急手術 (穿孔部単純閉鎖、人工肛門造設) を施行した。経肛門的減圧チューブは縫合不全予防の可能性のあるもの、チューブの種類、留置位置など一定した方針がないため合併症に留意し留置する必要があると考えられた。

## A17

腸回転異常を伴った完全内臓逆位患者の急性腹症の一例

<sup>1</sup>岸和田市民病院 外科

小泉 滋樹<sup>1</sup>、山根 佳<sup>1</sup>、宮内 雄也<sup>1</sup>、高木 秀和<sup>1</sup>、伊東 大輔<sup>1</sup>、古元 克好<sup>1</sup>、鍛 利幸<sup>1</sup>、小切 匡史<sup>1</sup>

症例は82歳、完全内臓逆位の男性。発熱を主訴に当院の救急外来を受診し、受診時著明な圧痛、反跳痛、筋性防御を腹部全体に認めた。腹部CTにて右下腹部の著明な腸管拡張を認めた。注意深く読影すると、腸回転異常により回盲部が内臓逆位にも関わらず右下腹部にあると考えられた。回盲部の炎症による腸閉塞と考え、基礎疾患、腹部所見から手術を施行した。正中切開にて回盲部を取り出すと、虫垂に著明な炎症と穿孔を認め、回盲部切除を行い機能的端端吻合で再建し手術を終了した。完全内臓逆位に腸回転異常を伴った症例は稀であり、診断に苦慮した急性腹症の一例として報告する。

## A19

治療に難渋した非閉塞性腸間膜虚血症 (nonocclusive mesenteric ischemia [NOMI]) の一例

<sup>1</sup>三菱京都病院 消化器外科

軍司 大悟<sup>1</sup>、田中 崇洋<sup>1</sup>、中内 雅也<sup>1</sup>、堀 智英<sup>1</sup>、尾池 文隆<sup>1</sup>、岡田 憲幸<sup>1</sup>

患者は弁膜症、慢性心房細動、心不全、COPDの既往のある76歳、男性。腹痛にて近医を受診しXp、CTを施行され高度便秘によるイレウスと診断、当院紹介受診となった。下部消化管内視鏡にて広範囲の大腸虚血性腸炎と診断され、緊急開腹手術となった。手術所見では、上行-下行結腸(脾彎曲部)までの広範囲壊死、回腸の分節様・非連続性の腸管虚血・壊死を認めた。CTおよび術中所見より、主幹動脈の閉塞はなく非閉塞性腸間膜虚血症(NOMI)と診断し、拡大右半結腸切除、回腸部分切除術および人工肛門造設術を施行した。術後、残存腸管の虚血・壊死の発症(術後30日目)、造設ストマの脱落(術後45日目)による2度の腹膜炎に対して、緊急開腹手術を施行した。現在は心不全・呼吸不全に対し心不全治療および気管切開による長期の人工呼吸器管理を施行している。NOMIは治療前診断が困難で死亡率の高い重篤な疾患である。若干の文献的考察を加えて報告する。

## A18

腹部放線菌症の1例

<sup>1</sup>松下記念病院 外科

<sup>2</sup>松下記念病院 消化器科

高尾 幸司<sup>1</sup>、野口 明則<sup>1</sup>、谷 直樹<sup>1</sup>、大陽 宏明<sup>1</sup>、清水 健<sup>1</sup>、和泉 宏幸<sup>1</sup>、山口 正秀<sup>1</sup>、岡野 晋治<sup>1</sup>、酉家 章弘<sup>2</sup>、山根 哲郎<sup>1</sup>

症例は75歳女性、半年以上継続する左側腹部痛と発熱の原因検索目的に施行した腹部CTにて横行結腸尾側に53×45mm大の腫瘤影と横行結腸脾彎曲部の壁肥厚を認めた。憩室炎や異物穿通による放線菌症が第一に疑われたが、子宮脱治療目的に長期間陰内ペッサリーを使用しており、子宮・子宮付属器からの上行感染も疑われた。診断治療目的で2013年5月開腹手術を施行するも、子宮付属器・骨盤内に炎症所見を認めず、横行結腸に接する大網が腫瘤を形成し、腹壁と癒着して一塊となっていた。横行結腸との間に明らかな瘻孔形成を認めず、大網腫瘤切除のみを行った。病理所見で膿瘍内に少量の菌塊を認め、菌塊最外層にSplendore-Hoeppli materialを認め、放線菌症の確定診断を得た。腹部放線菌症は比較的稀な疾患であるが、診断や治療に苦慮することが多く、文献的考察を加えて報告する。

## A20

圧搾空気による腸管損傷に対して保存的加療が奏効した1例

<sup>1</sup>星ヶ丘厚生年金病院 外科

高瀬 恭輔<sup>1</sup>、鎌田喜代志<sup>1</sup>、辰巳 満俊<sup>1</sup>

圧搾空気は誤使用により腸管損傷をきたす危険性がある。症例は29歳、男性。既往歴はなし。自動車工場に勤務中、圧搾空気を誤使用し服の上から肛門に向かって圧搾空気を3秒間噴射した。直後より腹痛が出現し鮮紅色の下血を認めたため当科受診となった。受診時、腹部膨満、腸蠕動音消失し腹部全体に圧痛を認めていた。直腸診で明らかな腫瘤触知せず、少量の下血を認めた。肛門鏡検査では直腸粘膜の浮腫状変化、軽度粘膜発赤を認めた。画像検査では上行結腸から回腸に至るまで、腸管内に多量のガスと著明な拡張像を認めた。腸管穿孔を疑う所見は認めなかったため保存的加療方針となった。入院後、便失禁や頻便などの腹部症状を認めたが治療奏効し22病日に退院となった。受傷2ヶ月後の内視鏡検査で多発する縦走潰瘍と軽度粘膜浮腫残存を認めた。本症例のように保存的加療が奏効した症例の報告はなく、治療経過とともに今回若干の文献的考察を加えて報告する。

## A21

虫垂炎及び肝膿瘍にて発症した劇症型アメーバ性大腸炎の一例

<sup>1</sup>大野記念病院 外科

松谷 慎治<sup>1</sup>、神藤 理<sup>1</sup>、水山 陽子<sup>1</sup>、有本 裕一<sup>1</sup>、中河 宏治<sup>1</sup>、大野 良興<sup>1</sup>

【緒言】アメーバ大腸炎は赤痢アメーバ嚢子の経口摂取による感染症で大腸炎、赤痢、肝膿瘍などを発症する。多くは慢性に経過するが、一部に病状が急激に進行し腸管穿孔、腹膜炎などの重篤な経過をたどる劇症型がある。【症例】41歳、男性。約10日前より発熱、下痢、腹痛あり、近医を受診されたが症状が軽減せず、当院に紹介された。CT検査にて虫垂の腫大と肝膿瘍を認め、炎症反応は著明に高値で腎不全も併い重症感染症と判断した。肝膿瘍の診断と治療のため緊急膿瘍ドレナージ施行した。その後、虫垂炎穿孔による腹膜炎の発症を来し、虫垂切除術、腹腔ドレナージ術施行した。入院6日目に血清アメーバ抗体陽性の結果が判明し、メトロニダゾール内服を開始した。全身状態の悪化を認め、他院救命救急科へ紹介し、集中治療にて病状の改善傾向にある。【結語】虫垂炎と肝膿瘍にて発症した劇症型アメーバ性大腸炎を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## A23

内視鏡で診断された虫垂出血の一例

<sup>1</sup>三菱京都病院 消化器外科

勝山 祐輔<sup>1</sup>、軍司 大悟<sup>1</sup>、田中 崇洋<sup>1</sup>、中内 雅也<sup>1</sup>、堀 智英<sup>1</sup>、尾池 文隆<sup>1</sup>、岡田 憲幸<sup>1</sup>

35才男性、既往歴に特記すべきものなし。未明より下血を認め近医受診し、大腸内視鏡を施行したところ虫垂口からの出血を認めた。結腸、回腸末端の腸管壁に異常を認めなかった。虫垂を吸引翻転したが出血点を確認できず、自然止血したため当院にて観察入院とした。同日夕方下血が再度出現したため当院でも大腸内視鏡を施行し、虫垂口から活動性の出血を認めた。造影CTでは盲腸への造影剤漏出を認め、虫垂壁の造影亢進を認めたが、周囲脂肪織に炎症を認めなかった。緊急に腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。術前の血色素量は13.3mg/dlであったが、術後8.6mg/dlに低下していた。術後経過は良好で三日後退院となった。病理組織学所見では出血源と思われる部位に血腫と粘膜下層までの潰瘍、好中球の浸潤を認めるのみで、原因血管は明らかでなかった。虫垂出血という稀な疾患を経験したため若干の文献的考察を交えて報告する。

## A22

虫垂炎にて発症した虫垂杯細胞カルチノイドの切除例

<sup>1</sup>県立尼崎病院 外科

石田 あい<sup>1</sup>、坂本 享史<sup>1</sup>、太治 智愛<sup>1</sup>、吉川 潤一<sup>1</sup>、中村 達郎<sup>1</sup>、山下 幸大<sup>1</sup>、倉橋 泰典<sup>1</sup>、多田 正晴<sup>1</sup>、白濁 義晴<sup>1</sup>、牧 淳彦<sup>1</sup>、水野 恵文<sup>1</sup>

64歳男性、発熱、右下腹部痛を主訴として来院。右下腹部に限局した圧痛と筋性防御あり、反跳痛なし。血液検査では炎症反応上昇、CTでは虫垂先端が2.5cm大に腫大していた。急性虫垂炎と診断し、虫垂切除術を施行した。切除標本では2cmにわたって0.5cmの壁壁厚と、内腔の狭窄を認めた。病理検査では、好酸性胞体を有する異型細胞と杯細胞類似の異型細胞が胞巣構造をとって浸潤性に漿膜下層まで増殖しており、CEA(+)CK20(+)CK7(-)であり虫垂杯細胞カルチノイドと診断。本疾患は稀な疾患で、5年生存率は60-70%とされている。術後第13病日に回盲部切除、リンパ節廓清を追加施行した。病理結果ではリンパ節転移は認めなかった。虫垂炎の原因として本疾患がその原因になること、また、文献的考察から追加手術の妥当性を報告する。

## A24

若年性に発症した虫垂粘液囊胞腺癌の1例

<sup>1</sup>公立甲賀病院 外科

中浦 玄也<sup>1</sup>、龍見謙太郎<sup>1</sup>、村上 隆英<sup>1</sup>、山元 俊行<sup>1</sup>、池田 房夫<sup>1</sup>、沖野 孝<sup>1</sup>、井田 健<sup>1</sup>

症例は21歳女性。平成25年6月より心窩部不快感、腹部膨満感、食欲低下が出現し、発症6日目で当院受診となった。身体所見と血液検査では異常所見を認めなかったが、腹部超音波検査で右下腹部に嚢胞性腫瘍性病変が認められ、虫垂粘液囊腫を疑った。精査として施行した腹部MRI検査で、右下腹部にT2強調で内部高信号の管状構造物を認めたため、虫垂粘液囊腫と診断した。胸腹部CT検査ではその他の異常所見を認めず、同年8月に単孔式腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。術後病理検査によって、核小体が著明で核の異型性を伴う粘液性上皮細胞の粘膜下層までの浸潤が認められ、虫垂粘液囊胞腺癌と診断した。虫垂粘液囊腫は中高年発症の症例が多く、特に虫垂粘液囊胞腺癌に関してはほとんどが高齢発症である。今回のように極めて若年性に発症した虫垂粘液囊胞腺癌は、我々が検索した限りでは見当たらず、若干の文献的考察を加えて報告する。

## B01

小腸原発 GIST の一切除術

<sup>1</sup>兵庫県立尼崎病院 外科

坂本 享史<sup>1</sup>、澤田 尚<sup>1</sup>、水野 恵文<sup>1</sup>、牧 淳彦<sup>1</sup>、  
白濁 義晴<sup>1</sup>、多田 正晴<sup>1</sup>、倉橋 康典<sup>1</sup>、山下 幸大<sup>1</sup>、  
中村 達郎<sup>1</sup>、太治 智愛<sup>1</sup>、吉川 潤一<sup>1</sup>、石田 あい<sup>1</sup>、  
鷹巣 晃昌<sup>1</sup>、中島 直樹<sup>1</sup>

症例は60歳男性。心不全治療目的に当院循環器内科入院中、貧血と便潜血陽性を認め、造影CTにて腹腔内に長径約6cmの八つ頭状の造影効果を伴う腫瘍が認められた。可溶性IL-2R607U/mlと上昇を認め、FDG-PETでは同部位に一致し集積亢進(SUV=10)が認められた。悪性リンパ腫または小腸GIST(gastrointestinal stromal tumor)の術前診断で、手術を施行した。術中所見では、空腸に最大長径約8cmの壁外進展性の腫瘍を認めた。病理組織学的検査で、腫瘍は錯綜する紡錘形細胞よりなるGISTであった。特殊染色の結果では、Mitotic Count 2/50HPF、Ki-67 14%、KIT、DOG1 発現陽性、CD34 弱陽性、Exon11 の変異を認めた。小腸GISTはGIST全体の25%で、予後は胃原発と比較し不良である。当院での2005年4月から2013年6月の手術症例においてGIST46例中5例が小腸原発であった。本症例を通じ当院における小腸GISTの臨床病理学的特徴について文献的考察をふまえて検討する。

## B03

心移植後に消化管穿孔を合併した移植後リンパ球増殖性疾患を発症した2例

<sup>1</sup>大阪大学 消化器外科

大澤日出樹<sup>1</sup>、植村 守<sup>1</sup>、西村 潤一<sup>1</sup>、畑 泰司<sup>1</sup>、  
水島 恒和<sup>1</sup>、竹政伊知郎<sup>1</sup>、山本 浩文<sup>1</sup>、土岐祐一郎<sup>1</sup>、  
森 正樹<sup>1</sup>

【緒言】移植後リンパ球増殖性疾患(post-transplant lymphoproliferative disorder: PTLTD)は臓器移植後に発生する比較的稀ではあるが致死的になりうる合併症である。【症例】症例はいずれも心移植施行後一年以内に消化管穿孔を発症し、病理検査結果でPTLDと診断された。症例1は穿孔部位が終末回腸で回盲部切除術を施行し一期的吻合を行ったが、術後7日目に縫合不全をきたし再手術を要した。症例2は上部空腸に穿孔部位を認め、小腸部分切除および空腸瘻造設術を施行し、術後経過は良好であった。いずれの症例も術後に免疫抑制剤の減量、化学療法を施行し完全寛解を得た。【考察】消化管穿孔を合併したPTLDに対して緊急手術では重症感染症に対する治療とグラフト維持に留意して治療を行う必要があるが、術式選択、術後管理に関する知見は極めて少ない。今後の症例集積による予防法や治療法の確立が待たれる。

## B02

急速に増大した空腸原発巨大GISTの1例

<sup>1</sup>長浜赤十字病院 外科

長門 優<sup>1</sup>、谷口 正展<sup>1</sup>、丹後 泰久<sup>1</sup>、中村 一郎<sup>1</sup>、  
中村 誠昌<sup>1</sup>、川口 晃<sup>1</sup>、下松谷 匠<sup>1</sup>

今回我々は、急速に増大した空腸GISTの1例を経験したので報告する。症例は58歳男性。腹部膨満感を主訴とし左腹部に小児頭大の弾性硬腫瘍を触知した。CT検査で径20cmの一部充実性成分を伴う多房性の囊腫様病変を認め、腫瘍は胃の下方、臍の腹側に位置し、小腸を背側へ圧排していた。その後、1ヶ月の間に急速に増大したため再度CT検査施行したところ、腫瘍内部の囊胞性部分が緊満しており腫瘍内出血が疑われた。腹部腫瘍の治療と診断目的に手術を施行した。腫瘍は横行結腸間膜を主座とし、横行結腸および空腸に接していた。栄養血管は左結腸動脈で著明に拡張していた。腫瘍とともに横行結腸と空腸を部分切除し手術を終了した。切除標本は28x25cm、暗赤色で漿液性の内容液を含んでいた。病理組織検査で腫瘍と空腸筋層との連続性を認め、免疫染色でS100蛋白が陽性であった。以上より本症例は管外性に発育した空腸原発GISTと診断した。

## B04

原発性小腸癌10例の検討

<sup>1</sup>大阪市立大学大学院 腫瘍外科

<sup>2</sup>馬場記念病院

梅野 真吾<sup>1</sup>、永原 央<sup>1</sup>、前田 清<sup>1</sup>、大谷 博<sup>1</sup>、  
渋谷 雅常<sup>1</sup>、野田 英兒<sup>2</sup>、西尾 康平<sup>1</sup>、田村 達郎<sup>1</sup>、  
平田啓一郎<sup>1</sup>、山添 定明<sup>1</sup>、櫻井 克宣<sup>1</sup>、木村健二郎<sup>1</sup>、  
豊川 貴弘<sup>1</sup>、天野 良亮<sup>1</sup>、久保 尚士<sup>1</sup>、田中 浩明<sup>1</sup>、  
六車 一哉<sup>1</sup>、大平 雅一<sup>1</sup>、平川 弘聖<sup>1</sup>

原発性小腸癌は極めてまれであり、また診断の困難さから確定診断時には進行癌であることが多い。その結果、5年生存率は15-30%と低い。今回、当院で経験した原発性小腸癌10症例を対象にして検討をおこなった。10症例すべてが有症状であり、嘔吐症状が6例と最も多かった。局在は8例が空腸で2例は回腸であった。病理学的深達度はm 1例、ss 2例、se 5例、si 2例であり、リンパ節転移は4例に認めた。遠隔転移を2例に認め、腹膜播種1例、単径リンパ節および肺転移が1例であった。病期はI期が1例、II期が6例、III期が1例、IV期が2例であった。小腸癌の術後補助化学療法に確立されたものではなく、特に非治癒切除症例やリンパ節転移症例では化学療法を施行しても再発率は高いとされるが、治癒切除症例8例中4例に補助化学療法が施行され、比較的良好な結果を得ていることを報告する。

## B05

急性腹症を呈した腸間膜リンパ管腫の1例

<sup>1</sup>東大阪市立総合病院 外科

石倉 照之<sup>1</sup>、菅生 貴仁<sup>1</sup>、小西 健<sup>1</sup>、植田 裕司<sup>1</sup>、  
松本 謙一<sup>1</sup>、武田 昂樹<sup>1</sup>、長岡 慧<sup>1</sup>、中川 朋<sup>1</sup>、  
金 致完<sup>1</sup>、平岡 和也<sup>1</sup>、古妻 康之<sup>1</sup>、遠藤 俊治<sup>1</sup>、  
尾田 一之<sup>1</sup>、奥山 正樹<sup>1</sup>、山田 晃正<sup>1</sup>、中井 弘<sup>1</sup>、  
富永 修盛<sup>1</sup>、早川 正宣<sup>1</sup>、西島 準一<sup>1</sup>

【症例】50歳代/男性。急性腹症にて救急外来受診。体温：37.4℃、他のバイタルサインは正常。臍周囲に圧痛を認めるが、反跳痛/筋性防御はなし。腸音は減弱するも聴取可。血液検査：WBC：15460/ $\mu$ l、CRP：5.2mg/dlと炎症所見あり。腹部XP：free air (-)/niveau(+)。造影CT：回腸に造影効果のない領域を認め、腸管の血流障害疑い、緊急手術施行。【手術所見】小腸間膜に炎症性肥厚と最大径約10cmの辺縁平滑で軟性の腫瘤を数個触知。明らかな腸管壊死部は認めなかったが、診断的治療として、腫瘤を含めた小腸部分切除を施行。【病理所見】表面平滑な腫瘤で嚢胞内裏打ち組織でD2-40/CD31が陽性であり、腸間膜リンパ管腫と診断された。【まとめ】成人において急性腹症の形で発見された、非常に稀な腸間膜リンパ管腫の1例を経験したので報告する。

## B07

術前に診断しえた小腸憩室出血の一例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科

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

小腸出血の診断は困難であるが内視鏡の進歩により診断率が上がっている。【症例】74歳男性【主訴】下血【既往歴】脳梗塞【現病歴】ふらつきと暗赤色の下血にて救急搬送された。Hb5.7g/dlで、造影CTや上下部内視鏡を施行したが出血源は同定できなかった。輸血と絶飲食にて経過観察したところ2日後に再度鮮血便を認め、大腸内視鏡を再検すると回腸末端に鮮血がみられたため小腸出血が疑われた。カプセル内視鏡ではトライツ靭帯を越えてすぐに鮮血を認め、経口的ダブルバルーン小腸内視鏡を施行した。トライツ靭帯から25cmから50cmの空腸に3か所の憩室を認め、最も肛門側の4.5cm長径の巨大な憩室内に露出血管が見られたため憩室を含めた小腸切除を行い、良好に経過した。【考察】小腸憩室は消化管憩室のなかでも発見頻度が最も低く診断も困難である。出血を契機に発見された消化管憩室としては稀な症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

## B06

進行肺癌に対してゲフェチニブ使用中に発症した小腸病変を伴う急性腹症の検討

<sup>1</sup>神戸大学 食道胃腸外科

橋本 悠<sup>1</sup>、山下 公大<sup>1</sup>、秋山 慎吾<sup>1</sup>、山本 将士<sup>1</sup>、  
金治 新悟<sup>1</sup>、金光 聖哲<sup>1</sup>、今西 達也<sup>1</sup>、角 泰雄<sup>1</sup>、  
中村 哲<sup>1</sup>、鈴木 知志<sup>1</sup>、田中 賢一<sup>1</sup>、掛地 吉弘<sup>1</sup>

【はじめに】肺癌化学療法の治療成績の向上には分子標的薬ゲフェチニブが大きく貢献し、現在、ますます汎用されている。ゲフェチニブ治療中に発症した急性腹症の2例を経験したので報告する。【症例1】70代女性、原発性肺癌で、肺門リンパ節及び腸骨に転移を伴う病期Ⅳの患者。経過中に黒色の吐物を認め、内視鏡検査で前庭部胃潰瘍を認めた。CTで腹腔内遊離ガスを認め、消化管穿孔疑いにて手術を施行し、腸管気腫と診断された。【症例2】80代女性、原発性肺癌、病期Ⅳの患者で、治療中に突然の腹痛を認め、CTにて門脈ガス、腸管気腫を認め、腸管壊死、穿孔性腹膜炎の診断で手術となった。回腸壁に散在する暗赤色調の変化を認め、約60cmにわたり切除した。回腸壊死と診断された。【まとめ】肺癌分子標的治療薬ゲフェチニブ治療中に発症した急性腹症の2手術例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## B08

多発回腸憩室穿孔から腹腔内膿瘍を形成した一例

<sup>1</sup>神戸労災病院 外科

郡山 隆志<sup>1</sup>、川崎健太郎<sup>1</sup>、下山 勇人<sup>1</sup>、小南 裕明<sup>1</sup>、  
上野 公彦<sup>1</sup>、佐溝 政広<sup>1</sup>、白岩 浩<sup>1</sup>、山本 正博<sup>1</sup>

〈症例〉90歳代女性〈主訴〉下腹部痛〈現病歴〉2日前から腹痛、悪寒、発熱を認め症状軽快しないため救急外来受診となった。〈現症〉腹部全体に圧痛、筋性防御認めた。〈検査所見〉採血にてWBC12690、CRP16.9と炎症反応高値を認めた。CTにて少量の腹水、大腸の憩室、骨盤底部に膿瘍を認めた。以上よりS状結腸憩室穿孔による腹腔内膿瘍を疑い緊急開腹手術となった。〈手術所見〉パウヒン弁から20cm口側で子宮や膀胱と一塊となっていた小腸を認めた。癒着を剥離すると膿瘍腔を認め、小腸漿膜面に白苔と2cm程度の小孔を認めた。回腸穿孔から腹腔内膿瘍をきたしたと判断し、回盲部切除施行した。切除標本にて回腸に多発する仮性憩室とその一つの穿孔を認め多発回腸憩室穿孔から腹腔内膿瘍を形成したと判断した。〈考察〉本症例の様に、多発する回腸憩室の穿孔は稀なものであるが、腹腔内膿瘍を形成する事もあり注意が必要であると思われた。

## B09

術後腸閉塞に対する単孔式腹腔鏡下腸閉塞解除術の有用性

<sup>1</sup>大阪済生会泉尾病院

上山 庸佑<sup>1</sup>、齊藤 卓也<sup>1</sup>、菱川 秀彦<sup>1</sup>、植田 愛子<sup>1</sup>、田中 宏典<sup>1</sup>、元廣 高之<sup>1</sup>、山道 啓吾<sup>1</sup>

【はじめに】単孔式腹腔鏡手術は低侵襲で整容性に優れた手術として普及しつつある。当科では2009年から単孔式腹腔鏡下胆摘術を導入し、適応を拡大してきた。術後腸閉塞に対しても単孔式腹腔鏡手術を積極的に施行しているため報告する。【症例】術後腸閉塞患者5名に単孔式腹腔鏡手術を施行。【結果】アプローチは3名がマルチチャンネル法（EZ アクセス）で、2名がマルチトロッカー法で開始したが、1名はマルチチャンネル法へ移行した。ポート追加や開腹移行はなかった。手術時間中央値は120分（82～204分）。出血は少量で、術後合併症はなかった。術後入院期間中央値は13.5日（12～29日）であった。【結語】腸閉塞に対する単孔式腹腔鏡手術は、癒着の程度や閉塞起点を確認する審査腹腔鏡としても期待でき、広範な癒着がなければ手術を完遂できる。マルチチャンネル法ではEZアクセスの脱着により創外での腸切離も可能であり、低侵襲手術として有用と考えられた。

## B11

食餌性イレウス5例の検討

<sup>1</sup>市立堺病院 外科

蛸原 健<sup>1</sup>、中田 健<sup>1</sup>、清水 克修<sup>1</sup>、石垣 貴彦<sup>1</sup>、大久保 聡<sup>1</sup>、馬場谷彰仁<sup>1</sup>、加藤 文崇<sup>1</sup>、天野 浩司<sup>1</sup>、星野 宏光<sup>1</sup>、川端 良平<sup>1</sup>、川瀬 朋之<sup>1</sup>、山本 為義<sup>1</sup>、木村 豊<sup>1</sup>、福永 睦<sup>1</sup>、大里 浩樹<sup>1</sup>

食餌性イレウスはイレウス全体の0.3～3%程度とされ、比較的多い疾患である。当院において、過去2年間に5例の食餌性イレウスを経験した。5例のうち4例が85歳以上の高齢者であった。5例中4例が手術による加療を必要とした。術前にCTで、食餌性イレウスと診断できたものは1例のみで、その他の3例は、腸重積、大腿ヘルニア嵌頓、癒着性イレウスと診断されていた。いずれも腸管壊死は認めず狭窄病変を伴った1例以外は腸切開にて異物除去を行った。大腿ヘルニア嵌頓と診断した1例は腹腔鏡を用いて手術を行った。手術を回避した1例は原因不明の回腸閉塞と診断された。大腸内視鏡検査にて回腸末端にシメジを認ため、このシメジを除去することでイレウスが改善した。食餌性イレウスは術前に診断することが困難な疾患であるが、高齢化がすすむ中で増加していく疾患と考えられる。若干の文献的考察も含めて報告する。

## B10

胃全摘後9年目に Roux-en-Y 吻合部肛門側に発生した逆行性腸重積症の1例

<sup>1</sup>天理よろづ相談所病院 腹部一般外科

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

症例は73歳女性。64歳時に胃癌に対し胃全摘（Roux-en-Y 再建）を施行されていた。突発的な上腹部痛と嘔気のため救急外来を受診、来院後繰り返す嘔吐を認めた。上腹部に腹膜刺激症状を認め、血液生化学検査では異常はみられなかった。腹部造影CT検査でRoux-en-Y 吻合部肛門側の拡張腸管内に同心円状層構造を認め、腸重積による腸閉塞を疑い緊急手術を施行した。開腹すると Roux-en-Y 吻合部肛門側空腸が約20cmにわたり逆行性に重積していた。Hutchinson 手技で重積を解除、重積腸管の浮腫はあったが血流障害は認めず、触診上は重積先進部に器質的病変を認めなかったため手術を終了した。術後経過は良好で術後3日より食事を開始、透視検査と上部消化管内視鏡検査で腸管粘膜に腸重積の先進部となりうる所見のないことを確認し、術後8日目に退院した。今回われわれは、胃全摘後長期を経た Roux-en-Y 吻合部での腸重積という稀な症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## B12

絞扼性イレウスを呈した Meckel 憩室の一例

<sup>1</sup>市立芦屋病院 外科

田守登茂治<sup>1</sup>、佐々木 亨<sup>1</sup>、浦野 尚美<sup>1</sup>、田中 靖士<sup>1</sup>、水谷 伸<sup>1</sup>、小川 法次<sup>1</sup>、小関 萬里<sup>1</sup>

症例は79歳、女性。腹痛を主訴に近医受診、内服加療にて改善なく翌日当院紹介受診。来院時腹部軟、軽度膨満で圧痛は軽度であった。WBC10160/ $\mu$ l、CRP1.7mg/dlと上昇を認めた。腹部CT検査にて腹水著明、小腸の拡張を認めた。腹水穿刺にて血性腹水を認め、絞扼性イレウスと診断して同日緊急開腹術を施行した。術中所見にて回盲部から約100cmの回腸が索状物により絞扼しており約120cmにわたり壊死状であった。解除は困難と判断し絞扼を解除せず回腸部分切除術を施行した。摘出標本で索状物は先端が嚢胞状の有茎性憩室であり、病理検査にて異所性胃粘膜を呈する Meckel 憩室と診断した。Meckel 憩室は卵黄腸管の遺残によって生じる消化管憩室であり無症状で経過することも多い。合併症として出血、憩室炎、イレウスなどが報告されている。今回、我々は Meckel 憩室により絞扼性イレウスを呈した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## B13

内視鏡的整復後に根治的手術を行った脂肪腫による成人腸重積 2 例の検討

<sup>1</sup>りんくう総合医療センター 外科

石山 諭<sup>1</sup>、山村 憲幸<sup>1</sup>、藤藤 俊一<sup>1</sup>、水野 均<sup>1</sup>、  
飯干 泰彦<sup>1</sup>、西谷 暁子<sup>1</sup>、藤井 仁<sup>1</sup>、今里 光伸<sup>1</sup>、  
藤井 亮知<sup>1</sup>、児玉 匡<sup>1</sup>、菊地 浩輔<sup>1</sup>、伊豆蔵正明<sup>1</sup>

【はじめに】成人腸重積症は比較的多い疾患で、小児と異なり器質的疾患に起因することが多い。当院で内視鏡下整復後に手術を施行した成人腸重積症について検討した。【症例】症例 1：70 歳男性。2013 年 8 月初旬より腹痛・血便認めており CT にて腸重積を認め緊急入院。同日に内視鏡的整復術を施行し、入院第 7 日に腹腔鏡下小腸切除術を施行。症例 2：2013 年 8 月初旬に左側腹痛のため当院受診。AUS、CT にて腸重積を認め緊急入院。同日に内視鏡的整復術を施行し、入院第 7 日に腹腔鏡下小腸切除術を施行。【考察】成人腸重積は小腸脂肪腫によるものが比較的多い。治療に関しては絞扼性イレウスや血便などを伴っている場合には、緊急手術の適応とされているが、これらの緊急性がなく発症からの経過が短い場合には、原因が腫瘍性病変であることが多いことを考慮して、注腸造影や大腸内視鏡検査にて非観血的整復を試み、重積先進部の質的診断を優先すべきとの意見が多い。

## B15

胆嚢管が副肝管から分岐していた 1 例

<sup>1</sup>神戸労災病院 外科

下山 勇人<sup>1</sup>、上野 公彦<sup>1</sup>、郡山 隆志<sup>1</sup>、小南 裕明<sup>1</sup>、  
川崎健太郎<sup>1</sup>、佐溝 政広<sup>1</sup>、白岩 浩<sup>1</sup>、山本 正博<sup>1</sup>

【症例】60 代前半 女性【主訴】心窩部不快感【既往歴】帝王切開、子宮外妊娠、子宮痛、虫垂切除【現病歴】1 カ月前より心窩部不快感が出現し、近医を受診した。腹部超音波検査を施行し、胆石を指摘されたため当科外来受診となった。胆嚢結石に対して胆嚢摘出目的に当科入院となった【入院時現症】手術創を認めたが、それ以外特記すべき事項はなかった。採血は特記すべき事項はなかった。DIC-CT 検査にて、胆嚢内に結石と考えられる造影剤の欠損部位を認めた。胆嚢管は確認できず、右前下亜区域胆管枝が右肝管には合流せずに単独で総胆管と合流していた。【術前診断】胆嚢結石症、副肝管（右 B 5 単独分岐）【予定術式】腹腔鏡下胆嚢摘出術【手術所見】胆嚢は中等度に緊満していたが、壁肥厚を認めなかった。胆嚢管は副肝管から分岐していた。胆嚢内部に 8mm のコレステロール結石を 1 つ認めた【病理】慢性胆嚢炎【結語】胆嚢管が副肝管から分岐していた 1 例を報告する。

## B14

閉塞性黄疸をきたした胆道良性腫瘍の 1 例

<sup>1</sup>市立伊丹病院 外科

勝山 晋亮<sup>1</sup>、村田 賢<sup>1</sup>、山田 萌<sup>1</sup>、笹生 和宏<sup>1</sup>、  
八木 智子<sup>1</sup>、澤見 浩和<sup>1</sup>、小山 太一<sup>1</sup>、高山 治<sup>1</sup>、  
田中 伸生<sup>1</sup>、馬場 將至<sup>1</sup>、山本 正之<sup>1</sup>、平塚 正弘<sup>1</sup>

【はじめに】閉塞性黄疸の原因となる胆道腫瘍のほとんどは癌であり良性疾患は稀である。今回、外科的切除により良好な経過をたどった胆道良性腫瘍の 1 例を報告する。【症例】39 歳男性。閉塞性黄疸を主訴に入院。入院時の検査成績は T. Bil. 4.08mg/dl、AST、ALT はそれぞれ 161IU/l、170IU/l、 $\gamma$ -GTP は 2105IU/l と上昇を認めた。造影 CT では中部胆管内に早期濃染される 6mm 大の腫瘍を認め、ERCP で同部位に狭窄像を指摘、ERBD チューブ挿入にて減黄を行った。細胞診は陰性であったが CA19-9 は 91U/ml と上昇しており胆管癌を否定できず手術となった。術中迅速組織診で胆管切除断端は肝側、十二指腸側断端ともに陰性であったため、胆管切除、肝門部リンパ節郭清を行った。切除標本の免疫染色を含めた病理検査で胆管異形成の診断を得た。【結語】稀な胆道良性腫瘍の 1 例を経験した。術前画像診断と術中病理診断が術式決定に有用であった。

## B16

重複胆嚢を伴う総胆管結石の 1 手術例

<sup>1</sup>西神戸医療センター 外科・消化器外科

相田 健次<sup>1</sup>、石井 隆道<sup>1</sup>、小寺澤康文<sup>1</sup>、吉田 真也<sup>1</sup>、  
住井 敦彦<sup>1</sup>、安川 大貴<sup>1</sup>、松浦 正徒<sup>1</sup>、長井 和之<sup>1</sup>、  
姜 貴嗣<sup>1</sup>、伊丹 敦<sup>1</sup>、京極 貴久<sup>1</sup>

症例は 84 歳の女性。40 度の発熱を主訴に救急外来を受診した。血液検査にて炎症反応・胆道系酵素の上昇を呈し、US・造影 CT にて総胆管結石を認め、総胆管結石による胆管炎と診断した。緊急 ERCP を施行したが、施術中に医原性食道破裂を起したため外科紹介となり緊急手術となった。術中胆道造影では 2 本の胆嚢管が総胆管から独立して分岐しているのが確認された、胆嚢は造影不良であった。手術は食道縫縮術、胆嚢摘出術、総胆管結石切石術を施行した。胆嚢内は隔壁によって完全に 2 つの部分に分けられ、それぞれが胆嚢管を有していた。術後 46 日目に軽快転院となった。重複胆嚢は稀な先天的形態異常であり、頻度は 4000~5000 人に 1 例程度と報告されている。重複胆嚢自体は特に症状を伴う訳ではなく、合併する胆石症や胆嚢炎などによる諸症状から偶然発見されるものが多い。今回、重複胆嚢を伴った総胆管結石の 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。



## B17

胆嚢癌との鑑別が困難であった慢性胆嚢炎の一例

<sup>1</sup>神戸大学 肝胆膵外科

保原 祐樹<sup>1</sup>、岡崎 太郎<sup>1</sup>、松本 拓<sup>1</sup>、蔵満 薫<sup>1</sup>、  
田中 基文<sup>1</sup>、浅利 貞毅<sup>1</sup>、武部 敦志<sup>1</sup>、新関 亮<sup>1</sup>、  
木戸 正浩<sup>1</sup>、松本 逸平<sup>1</sup>、味木 徹夫<sup>1</sup>、福本 巧<sup>1</sup>、  
具 英成<sup>1</sup>

症例は48歳男性。5年前からの右季肋部違和感を主訴に近医を受診した。血液検査で腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。腹部造影CTで胆嚢壁の肥厚を認め、肝との境界が不明瞭なため、胆嚢癌が否定できず、精査加療目的に当科紹介となった。EUSで体部内腔の隆起性病変、MRCPで肝浸潤を疑う所見と右肝管の狭窄、ERCPでも肝門部から右肝管にかけての胆管狭窄を認めたが、擦過・胆汁細胞診で悪性所見はなかった。PETでは胆嚢体部に強い集積を認めた。胆嚢癌が否定できなかったため、開腹手術を施行した。開腹所見では胆嚢および肝十二指腸間膜は著明に肥厚し、胆嚢底部に肝のひきつれを認めた。迅速病理診断で悪性所見は認めず、胆嚢摘出術を施行した。術後経過は良好で術後9日目で退院した。病理所見は穿孔性潰瘍を伴う慢性胆嚢炎であった。胆嚢癌との鑑別が困難であった慢性胆嚢炎の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。

## B19

下部胆管膵内分泌細胞癌の1例

<sup>1</sup>大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科

<sup>2</sup>大阪市立総合医療センター 病理部

栗原 重明<sup>1</sup>、塚本 忠司<sup>1</sup>、中島 隆善<sup>1</sup>、後藤 航<sup>1</sup>、  
栄 政之<sup>1</sup>、小塚 雅也<sup>1</sup>、石川 彰<sup>1</sup>、森 至弘<sup>1</sup>、  
吉井 真美<sup>1</sup>、大平 豪<sup>1</sup>、日月亜紀子<sup>1</sup>、清水 貞利<sup>1</sup>、  
金沢 景繁<sup>1</sup>、玉森 豊<sup>1</sup>、山本 篤<sup>1</sup>、井上 透<sup>1</sup>、  
山下 好人<sup>1</sup>、西口 幸雄<sup>1</sup>、福島 裕子<sup>2</sup>

症例は73歳 男性。58歳時に胃癌に対し幽門側胃切除の既往あり。2013年4月より褐色尿を自覚。前医での血液検査で黄疸を指摘され、造影CT検査で下部胆管癌を疑われ当院紹介となった。胆汁細胞診にて腺癌細胞を認め、下部胆管癌の診断のもと手術を施行した。手術は臍頭十二指腸切除術、D2リンパ節郭清、Child 変法再建を行った。病理組織学的検査所見にて胆管の粘膜内では腺癌が認められたが、浸潤部では異型細胞は腺管形成が乏しく、充実性胞巣を形成して増生しており免疫染色でCD56(+)、chromogranin A(+)、synaptophysin(+ )を示し内分泌細胞癌の所見であり、全体として膵内分泌細胞癌と診断された (T4 (panc2)、N3、H0、P0、M0、fStage 4b、CurB)。膵内分泌細胞癌は内分泌細胞癌と腺癌が相接ないし混在している癌と定義され、非常に稀で悪性度の高い組織型であり、今回1症例を経験したので報告する。

## B18

胆嚢原発膵内分泌細胞癌の1例

<sup>1</sup>府中病院

平松宗一郎<sup>1</sup>、内間 恭武<sup>1</sup>、石井真理子<sup>1</sup>、井関 康仁<sup>1</sup>、  
行岡 慶介<sup>1</sup>、岩内 武彦<sup>1</sup>、森本 純也<sup>1</sup>、西居 孝文<sup>1</sup>、  
小坂 錦司<sup>1</sup>、鄭 聖華<sup>1</sup>、竹内 一浩<sup>1</sup>

症例は80歳の女性。高血圧症、糖尿病で近医通院中であった。2013年2月腹部エコーで13mm大の胆嚢ポリープおよび胆石症を認め、当院へ手術目的に紹介受診となった。腹部MRIで胆嚢底部に造影を受ける長径13mmの腫瘤を認め、形状不整で悪性腫瘍も疑われた。2013年3月腹腔鏡下胆嚢摘出術施行し、術中は明らかな他臓器転移を疑う所見や、リンパ節腫大を認めなかった。病理組織学的検査は粘膜下に低分化な細胞と高分化な紡錘形細胞が混在する腫瘍胞巣を認め、免疫染色検査で低分化な細胞はCD56、chromogranin A、synaptophysin陽性で、高分化腺癌と神経内分泌系の特徴を有し高悪性成分が共存する胆嚢原発膵内分泌癌と診断された。術後は追加のリンパ節郭清や化学療法は行わず、現在無再発生存中である。胆嚢原発膵内分泌細胞癌は稀な疾患で予後不良と言われている。今回我々は腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した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。

## B20

歩行困難が契機で発見された胆嚢癌多発性脳転移の1切除例

<sup>1</sup>八尾徳洲会総合病院 肝臓センター 肝臓外科・小児外科

<sup>2</sup>八尾徳洲会総合病院 脳神経外科

<sup>3</sup>八尾徳洲会総合病院 外科

木村 拓也<sup>1</sup>、鯉田 五月<sup>1</sup>、井上 雅文<sup>1</sup>、一ノ瀬 努<sup>2</sup>、  
松岡 信子<sup>3</sup>、牛丸 裕貴<sup>3</sup>、加藤 恭郎<sup>3</sup>、平川 富夫<sup>3</sup>、  
松田 康雄<sup>1</sup>

症例は78才の女性で、歩行困難を1ヶ月前より自覚していたが、増強するため当院脳神経外科を受診した。精査にて右前頭葉と左後頭葉に2ヶ所の転移性病変を認めた。各種画像検査で胆嚢内に隆起性病変を認めたが、その他原発を疑う所見は認めなかった。エコーでは胆嚢内に27mmの乳頭状腫瘍を認め、周囲への浸潤を疑う所見もなく、またリンパ節の腫大も認めなかった。神経症状を認めるため脳転移の切除を先行した。術後経過は良好で病理組織にて腺癌を認め、免疫染色でCK7(+)、CK19(+)、CK20(+)、TTF-1(-)のため胆嚢癌の転移と考えた。以上にて胆嚢癌の脳転移、SIHinf0H0BinfpV0A0NOM1と診断し、脳転移巣切除後1ヶ月で肝S4a5合併切除、D2郭清を行った。術後経過良好で、今後TS-1内服でフォローする予定である。根治術可能な胆嚢癌多発性脳転移は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## B21

中部胆管癌と十二指腸乳頭部癌の重複癌の一例

<sup>1</sup>大阪市立大学 腫瘍外科

田中 涼太<sup>1</sup>、天野 良亮<sup>1</sup>、木村健二郎<sup>1</sup>、山添 定明<sup>1</sup>、  
平田啓一郎<sup>1</sup>、平川 弘聖<sup>1</sup>

症例は63歳、男性。上腹部痛、黄疸を主訴に近医を受診し、腹部造影 CT 検査にて十二指腸乳頭部、中部胆管に軟部影による総胆管の狭窄を認め、当院紹介となった。ERCP 検査では十二指腸乳頭部に不整な陥凹を伴う腫瘍性病変を認め、中部胆管には狭窄病変を認めた。生検にて、十二指腸乳頭部は高分化型管状腺癌、中部胆管は中分化型管状腺癌の結果であった。以上より十二指腸乳頭部癌（深達度は od）と胆管癌（深達度は fm）の重複癌の診断の下、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的検査では、十二指腸乳頭部癌と中部胆管癌の両者には連続性を認めず、またそれぞれの組織型は術前と同様に異なっており、十二指腸乳頭部癌と中部胆管癌の重複癌と診断された。胆道系重複癌の報告例は複数あるが、その多くは胆嚢癌と胆管癌の組み合わせが多く、十二指腸乳頭部癌と胆管癌の重複癌は極めてまれである。若干の文献的考察を加え報告する。

## B23

胆嚢癌と鑑別が困難であった胆嚢腺筋腫症の二例

<sup>1</sup>大阪府立急性期・総合医療センター 外科

井之口慶太<sup>1</sup>、野口 侑紀<sup>1</sup>、久保田 勝<sup>1</sup>、藤谷 和正<sup>1</sup>、  
岩瀬 和裕<sup>1</sup>、西村 正成<sup>1</sup>、松井 優紀<sup>1</sup>、野村 雅俊<sup>1</sup>、  
奥村雄一郎<sup>1</sup>、宮崎 進<sup>1</sup>、川田 純司<sup>1</sup>、團野 克樹<sup>1</sup>、  
松田 宙<sup>1</sup>、野村 昌哉<sup>1</sup>、吉田 洋<sup>1</sup>、青野 豊<sup>1</sup>、  
田中 康博<sup>1</sup>

症例 1：63歳、女性。薬剤性肝障害の経過フォロー中に施行した肝ダイナミック CT で胆嚢底部の著名な壁肥厚が認められた。血液検査では CA19-9 48 と軽度上昇を認めていたため FDG-PET を施行した。症例 2：72歳、女性。直腸癌の術後フォロー中に施行した CT で胆嚢底部に隆起性病変を認め、増大傾向であったため FDG-PET を施行した。両症例とも胆嚢の指摘病変に一致した限局的な FDG 集積亢進を認め、後期相で集積が軽度上昇していたため胆嚢癌を完全には否定できず、胆嚢癌疑いの診断で症例 1 に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術、症例 2 に対して拡大胆嚢摘出術を施行した。切除標本の組織学的所見では胆嚢壁は肥厚し比較的強い炎症所見を示していたものの明らかな悪性の所見を認めず、共に胆嚢腺筋腫症の診断であった。今回経験した二症例について若干の文献的考察をふまえて発表する。

## B22

術前診断困難であった胆嚢転移を伴った腎細胞癌の 2 例

<sup>1</sup>姫路赤十字病院 外科

中谷 太一<sup>1</sup>、佐藤 四三<sup>1</sup>、甲斐 恭平<sup>1</sup>、渡辺 直樹<sup>1</sup>、  
松本 祐介<sup>1</sup>、渡邊 貴紀<sup>1</sup>、遠藤 芳克<sup>1</sup>、信久 徹治<sup>1</sup>、  
下島 礼子<sup>1</sup>、戸田 桂介<sup>1</sup>、芳野 圭介<sup>1</sup>、渡辺 佑介<sup>1</sup>、  
國府島 健<sup>1</sup>、桂 佑貴<sup>1</sup>、岡本 拓也<sup>1</sup>、梶原 義典<sup>1</sup>、  
西脇 紀之<sup>1</sup>

今回我々は胆嚢転移を伴った腎細胞癌の 2 症例を経験したので報告する。症例 1 は70歳、男性。2008年に右腎細胞癌に対して経腹式右腎摘出術施行された。造影 CT にて左副腎・両側肺に腫瘍影認めたが、腫瘍径小さく転移診断には至っていなかった。その後左副腎・左肺腫瘍影増大認めため、転移と診断し化学療法を受けていた。経過フォロー中に胆石性胆嚢炎にて緊急入院し、造影 CT にて胆嚢ポリープ、結石を認め、腹腔鏡下胆嚢摘出術施行。組織学的に明細胞癌で胆嚢粘膜下に腫瘍認め、腎細胞癌の既往より胆嚢転移と診断された。症例 2 は56歳、男性。2013年に造影 CT にて両側肺多発結節・右腎腫瘍・胆嚢ポリープを認めた。経腹式右腎摘出術・胆嚢摘出術施行。組織学的に明細胞癌で、腎細胞癌と同様の組織所見のため、胆嚢転移と診断された。転移性胆嚢癌は極めて稀であり、画像診断について文献的考察を加えて報告する。

## B24

術前診断が困難であった胆管内乳頭状腫瘍（intraductal papillary neoplasm of the bile duct：IPNB）の 1 例

<sup>1</sup>三田市民病院 外科・消化器外科

尾崎 貴洋<sup>1</sup>、藤田 恒憲<sup>1</sup>、松本 晶子<sup>1</sup>、大坪 出<sup>1</sup>、  
西村 透<sup>1</sup>、松田 佳子<sup>1</sup>、藤原 英利<sup>1</sup>、和田 隆宏<sup>1</sup>

68歳男性、人間ドックで CA19-9 の高値、腹部 US で充実性部分を伴う肝嚢胞を指摘された。腹部 CT では肝外側区より突出する腫瘍を認め嚢胞壁が造影された。腹部 MRI では外側区の腫瘍は T2W で嚢胞部分と内部に分葉状の充実成分を認めたが末梢胆管の拡張はなかった。男性ではあるが肝 MCN の疑いにて肝外側区区域切除を行った。病理結果は、Intraductal papillary neoplasm with an associated invasive carcinoma で Pancreatobiliary-type、T1N0M0、stage0。術後 15 日で退院。【考察】2010 年 WHO 分類で胆道系の管内発育を主とする腫瘍性病変が IPNB と MCN と表記された。IPNB は胆管との交通があり粘液産生によって胆管の拡張を認める。MCN は粘液産生性の単胞性または多胞性嚢胞で嚢胞と胆管の交通がなく、卵巣様間質がある。腫瘍の存在が末梢で末梢胆管拡張がなく、また粘液産生が少ないため中樞の胆管拡張も認めず MCN との鑑別が困難であった 1 例を経験したので報告する。

## B25

肝門部胆管狭窄を伴った Mirizzi 症候群に対する腹腔鏡下手術の1例

<sup>1</sup>奈良県立奈良病院

菅田 真由<sup>1</sup>、高 濟峯<sup>1</sup>、辻 泰子<sup>1</sup>、中村 広太<sup>1</sup>、  
松阪 正訓<sup>1</sup>、向川 智英<sup>1</sup>、石川 博文<sup>1</sup>、渡辺 明彦<sup>1</sup>

症例は48歳男性。強い心窩部痛で某病院受診。血液検査でTB2.6mg/dL、AST291IU/L、ALT285IU/Lと上昇、著明な胆嚢腫大と胆嚢頸部に2X3cm大結石を認めた。保存的治療で症状一旦軽快したが、MRCPで総肝管～左右肝管分岐部にかけて高度狭窄像認め、Mirizzi 症候群で通常手術困難で当科紹介となった。画像所見より、狭窄部を損傷した場合は2-3穴の胆管空腸吻合になる状況で、まずERBDチューブ留置、胆嚢管手前で胆摘を行う方針で、腹腔鏡下手術施行。胆嚢に高度炎症あり、胆嚢底部より頸部に向かい切除、頸部陥頓結石ごと胆嚢頸部の総胆管側まで損傷なく切除。それより先は胆管と一体化し、胆嚢頸部断端を体内縫合で閉鎖、手術終了。術後経過は良好、術後7日目に内視鏡でERBDチューブ抜去し退院となった。Mirizzi 症候群は古くから認識される病態だが、術式選択では個々の状況での確かな判断が必要である。今回、ERBDチューブを留置した腹腔鏡下手術で良好な結果を得た。

## B27

洗剤飲用により食道穿孔をきたし食道亜全摘後、咽頭喉頭残存頸部食道摘出術及び有茎回結腸による再建術を施行した1例

<sup>1</sup>公立学校共済組合近畿中央病院

辻村 直人<sup>1</sup>、高地 耕<sup>1</sup>、小林 研二<sup>1</sup>、中尾英一郎<sup>1</sup>、  
大鶴 徹<sup>1</sup>、渡辺 梨砂<sup>1</sup>、松本 崇<sup>1</sup>、武元 浩新<sup>1</sup>、  
西岡 清訓<sup>1</sup>、青木 太郎<sup>1</sup>、飯島 正平<sup>1</sup>、上村 佳央<sup>1</sup>

今回我々は自殺企図が原因で食道穿孔を発症し食道全摘され、その後咽頭喉頭残存頸部食道摘出術及び回結腸による咽頭回腸吻合術を経験したので報告する。症例は30代男性で既往に統合失調症をもつ患者である。自殺企図し大量のアルカリ性洗剤を誤飲。嘔吐、吐血し救命センターに搬送され、腐食性食道炎、食道穿孔により食道摘出術及び食道皮膚瘻、胃瘻造設を施行された。術後は化学性肺水腫、肺炎により長期人工呼吸器管理となり気管切開という経過をたどっている。退院後食道再建を希望され当科受診となる。内視鏡検査では喉頭、咽頭は高度癒着にて狭窄、喉頭蓋は変形していた。消化管造影検査では咽頭にて狭窄し、さらに食道皮膚瘻は自然閉鎖していた。再建術式としては、喉頭を摘出し、咽頭と回結腸との端々吻合、再建経路は胸骨前を選択し内胸動脈と血管吻合を付加した。現在も当科入院中であるが縫合不全などの大きな術後合併症起こらず経過している。

## B26

当院における腹腔鏡下胆管空腸吻合術の経験

<sup>1</sup>三菱京都病院 消化器外科

田中 崇洋<sup>1</sup>、軍司 大悟<sup>1</sup>、中内 雅也<sup>1</sup>、堀 智英<sup>1</sup>、  
尾池 文隆<sup>1</sup>、岡田 憲幸<sup>1</sup>

【症例】70代女性、頻回の総胆管結石症・胆管炎に対して腹腔鏡下胆管空腸吻合術・Roux-en-Y再建を行った。患者は開脚位とし、ポートはLAPD・LDG・LTG等の上腹部手術に準じて臍部(12mmカメラポート)、右上腹部(5mm)、右側腹部(12mm)、左上腹部(12mm)、左側腹部(5mm)の計5本を挿入し、心窩部よりNathanson鉤を挿入した。術者は患者左側、助手は患者右側、カメラ助手は脚間に立ち手術を開始し、総胆管周囲のトリミング・総胆管切開を行った。小腸間膜処理・小腸切離・Y脚作成時には、術者は患者右側、助手は患者左側に移動し、胆管空腸吻合時に再度術者は患者左側、助手は患者右側に移動し paraxial に胆管空腸側々吻合を行った。術後吻合部のleakage等大きな合併症は認めず、術後8日目に退院となった。【結論】当セッションでの腹腔鏡下胆管空腸吻合術は展開や鉗子の角度等、他の上腹部手術との共通点多く汎用性があり、良好な視野の下に吻合を行えた。

## B28

Behcet 病による食道肺瘻に対して食道切除及び瘻孔閉鎖術を施行した1例

<sup>1</sup>大阪市立総合医療センター 消化器外科

出口 惣大<sup>1</sup>、山下 好人<sup>1</sup>、石川 彰<sup>1</sup>、吉井 真美<sup>1</sup>、  
大平 豪<sup>1</sup>、玉森 豊<sup>1</sup>、山本 篤<sup>1</sup>、栗原 重明<sup>1</sup>、  
田嶋 哲三<sup>1</sup>、後藤 航<sup>1</sup>、小塚 雅也<sup>1</sup>、柴 政之<sup>1</sup>、  
森 至弘<sup>1</sup>、中島 隆善<sup>1</sup>、日月亜紀子<sup>1</sup>、清水 貞利<sup>1</sup>、  
井上 透<sup>1</sup>、金沢 景繁<sup>1</sup>、塚本 忠司<sup>1</sup>、西口 幸雄<sup>1</sup>

【はじめに】食道良性潰瘍に対して食道切除術が選択されることは稀である。今回我々はBehcet 病の特殊病型の一つである腸管型Behcet 病による食道肺瘻に対して、食道切除及び瘻孔閉鎖術を施行したので報告する。【症例】40歳の女性で、23歳時に腸管型Behcet 病を発症した。これまで小腸病変に対して頻回の腹部手術既往歴があり、現在は人工肛門形成状態である。34歳時より下部食道に難治性潰瘍を認めていたが、ステロイド等の薬物療法により経過観察されていた。今回発熱、胸痛を主訴に当院を受診され、精査にて食道肺瘻と診断された。集中治療による全身状態の改善を経て、右開胸下に食道切除術を施行した。胸骨後経路に細径胃管による一期再建を施行するとともに、肺瘻に対しては大網を経裂孔的に充填させ修復した。【結語】Behcet 病による食道肺瘻に対して外科的治療が有効であった症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## B29

食道癌に対する胸腹腔鏡下食道亜全摘術後399日目に食道裂孔ヘルニアをきたした1例

<sup>1</sup>大阪警察病院 外科

寺田 栄作<sup>1</sup>、益澤 徹<sup>1</sup>、村西耕太郎<sup>1</sup>、鳥 正幸<sup>1</sup>、  
上島 成幸<sup>1</sup>、大森 健<sup>1</sup>、鄭 充善<sup>1</sup>、若杉 正樹<sup>1</sup>、  
西沢佑次郎<sup>1</sup>、浦川 真哉<sup>1</sup>、額原 敦<sup>1</sup>、芝 瑞穂<sup>1</sup>、  
高 正浩<sup>1</sup>、赤松 大樹<sup>1</sup>

【はじめに】食道癌術後の食道裂孔ヘルニアは極めて稀な合併症である。今回我々は食道癌術後399日目に小腸が嵌頓した食道裂孔ヘルニアの1例を経験したので報告する。【病歴】症例は73歳の男性で平成24年5月に胸腹腔鏡下食道亜全摘、リンパ節3領域廓清、細径胃管後縦隔再建（完全腹腔内吻合）を施行。術後399日目に食事摂取困難を主訴に受診され、胸腹部CT検査にて食道裂孔をヘルニア門とした横隔膜ヘルニアの所見を認めたため緊急腹腔鏡下横隔膜ヘルニア修復術を行った。腹腔鏡視下にて小腸と横行結腸が胸腔内に逸脱しており、トワイツ靱帯より280cm～370cmまで腸管壊死を認めたため小腸切除術を施行した。術後経過は良好であり術後14日目に軽快退院となった。【考察】胸腹腔鏡下手術では術後癒着が少なく、今回の症例において発症の要因になったと考えられる。鏡視下での食道亜全摘術後に食事摂取困難を認めた際は食道裂孔ヘルニアの鑑別が重要である。

## B31

食道原発悪性黒色腫に対して右開胸食道亜全摘胃管再建術を行った一例

<sup>1</sup>近畿大学 外科 上部消化管部門

西野 将矢<sup>1</sup>、白石 治<sup>1</sup>、曾我部俊介<sup>1</sup>、加藤 寛章<sup>1</sup>、  
錦 耕平<sup>1</sup>、岩間 密<sup>1</sup>、牧野 知紀<sup>1</sup>、新海 政幸<sup>1</sup>、  
今野 元博<sup>1</sup>、今本 治彦<sup>1</sup>、古河 洋<sup>1</sup>、塩崎 均<sup>1</sup>、  
安田 卓司<sup>1</sup>

食道悪性黒色腫に手術加療を行った一例を文献的考察を含めて報告す。65歳男性、心筋梗塞ステント留置し通院中、既往症も多岐にわたり乾癆、副腎不全ステロイド長期内服、糖尿病、ASO、脳梗塞片麻痺あり。今回貧血を指摘され GIF にて下部食道内腔を占拠する比較的柔らかい黒色の不整隆起病変を認めた。他転移認めず。食道癌規約上 cT2N0M0 の食道悪性黒色腫と診断。極めて悪性度の高い疾患だが、術前化学療法のエビデンスも無く手術先行とした。縫合不全リスクと腹部郭清の必要性から吻合のみを回避する二期分割手術とした。まず non touch isolation の概念を考慮し、開腹噴門離断を先行、次いで右開胸食道亜全摘2領域郭清、その後胃管胸骨後拳上、頸部食道瘻。翌月に食道胃管吻合術を施行。合併症認めず術後52日で退院となった。病理診は pT1N2M0pSt3A 悪性黒色腫であった。しかし術後4か月目に脳、肝、胃管粘膜転移を認め、現在加療中である。

## B30

胸部下行大動脈左背側にリンパ節転移を認めた食道癌の1切除例

<sup>1</sup>大阪府立成人病センター 消化器外科

梅田 卓郎<sup>1</sup>、本告 正明<sup>1</sup>、矢野 雅彦<sup>1</sup>、杉村啓二郎<sup>1</sup>、  
岸 健太郎<sup>1</sup>、藤原 義之<sup>1</sup>、三吉 範克<sup>1</sup>、秋田 裕史<sup>1</sup>、  
後藤 邦仁<sup>1</sup>、丸橋 繁<sup>1</sup>、能浦 真吾<sup>1</sup>、大植 雅之<sup>1</sup>、  
左近 賢人<sup>1</sup>

症例は70歳の男性、軽度貧血と胸焼けの精査目的で近医にて上部消化管内視鏡を施行され、食道癌の診断にて当院紹介受診となった。CT、PET-CTにて胸部中部食道癌（SCC）cT3N2（#2、7、101R、106recR、112）M0-Stage III と診断した。#112リンパ節は右開胸ではアプローチできない胸部下行大動脈左背側の位置に認められた。術前化学療法（DCF療法）を2コース施行し、臨床効果はPRで、#112リンパ節も縮小を認めた。右開胸開腹にて食道亜全摘（胸管合併切除）、3領域リンパ節郭清、胸骨後胃管再建を行った後に右側臥位左開胸にて#112リンパ節にアプローチしたところ、左胸管沿いのリンパ節転移であり、胸管を合併切除してリンパ節を摘出した。術後合併症は特に認めなかった。胸部下行大動脈左背側のリンパ節転移は比較的稀である。その切除の際には左側胸管が存在する可能性を念頭に置くことが重要であると考えられた。

## B32

男性に発生した嚢胞内非浸潤性乳管癌の1例

<sup>1</sup>大阪警察病院 乳腺外科

<sup>2</sup>大阪警察病院 病理診断科

<sup>3</sup>大阪警察病院 一般外科

石田 裕人<sup>1</sup>、芝 瑞穂<sup>1</sup>、吉留 克英<sup>1</sup>、辻本 正彦<sup>2</sup>、  
鳥 正幸<sup>3</sup>、上島 成幸<sup>3</sup>、大森 健<sup>3</sup>、鄭 充善<sup>3</sup>、  
益澤 徹<sup>3</sup>、若杉 正樹<sup>3</sup>、西沢佑次郎<sup>3</sup>、村西耕太郎<sup>3</sup>、  
浦川 真哉<sup>3</sup>、額原 敦<sup>3</sup>、高 正浩<sup>3</sup>、赤松 大樹<sup>3</sup>

男性における嚢胞内非浸潤性乳管癌は比較的稀であり、今回一症例を経験したので報告する。症例は72歳、男性。半年前より左乳房腫脹を認め、近医にて女性化乳房疑いで経過観察されていたが、改善を認めず当科外来を紹介受診した。左乳房E領域に20×10mm大の可動性良好な腫瘤を触知し、USでは同部位に22×18mm大の充実部を伴う嚢胞性病変を認めた。MMGでは左の乳頭直下に境界明瞭～一部不明瞭な円形の高濃度腫瘍陰影を認め、カテゴリー4と診断した。穿刺吸引細胞診ではClassIV（乳管内乳頭腫又は乳管内乳頭癌の疑い）の診断であった。摘出生検の方針として左乳房切除術＋センチネルリンパ節生検を施行した。病理結果は嚢胞内非浸潤性乳管癌であり、pTis N0 M0 stage0であった。術後補助療法は施行せず、外来で経過観察を行なっている。男性における嚢胞内非浸潤性乳管癌の本邦報告例は自験例を含め10例と比較的稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## B33

乳癌に対し RFA 施行後 needle tract seeding による局所再発を発症した一例

<sup>1</sup>大阪府済生会富田林病院 外科  
<sup>2</sup>りんくう総合医療センター 外科

中江 昌郎<sup>1</sup>、荻野 信夫<sup>1</sup>、和田 亜美<sup>1</sup>、文元 雄一<sup>1</sup>、  
生島 裕文<sup>1</sup>、林部 章<sup>1</sup>、位藤 俊一<sup>2</sup>

41歳女性。2010年2月、右乳癌（T1N0）に対しラジオ波熱凝固療法（RFA）＋センチネルリンパ節生検（SNB）を施行した。以降ホルモン療法（タモキシフェン＋リユープロレリン）を継続されていた。2013年3月、右乳房B領域に8×9mm大の赤黒色の痂皮を伴う皮膚病変が出現した。生検結果は3年前の乳癌組織像と一致していた為、局所再発を疑い各種画像検査を行った。針生検の軌道と一致する部位に2カ所腫瘍を認め、needle tract seeding による局所再発と診断した。RFA部の腫瘍細胞遺残も考えられたため、再発部位に加え前回RFA部も含めて切除する方針とし、右乳房全摘術＋SNBを施行した。病理結果は、RFA部への腫瘍細胞残存は無く、術前指摘されていた2ヶ所の腫瘍の組織像は前回乳癌と一致していた。術後経過良好であり、術後7日目に退院となった。乳癌に対し RFA 施行後局所再発を発症し、needle tract seeding が疑われた一例を経験した。

## B35

局所コントロールに難渋した切除不能局所進行乳癌に放射線治療を施行した1例

<sup>1</sup>大阪厚生年金病院 乳腺内分泌外科

樋口 奈苗<sup>1</sup>、笠島 綾子<sup>1</sup>、大井 香<sup>1</sup>、西前 綾香<sup>1</sup>、  
宮本 景子<sup>1</sup>、木村 綾<sup>1</sup>、塚本 文音<sup>1</sup>

【目的】潰瘍形成を伴う進行乳癌の治療は全身治療が基本とされている。今回、局所コントロールに難渋し、放射線治療を施行した1例を経験したので報告する。【症例】47歳女性、2011年8月に右乳房腫瘍からの浸出液・出血を主訴に当科受診。右乳房全体を占める潰瘍を形成し、出血・浸出液を伴う腫瘍を認めた。精査の結果 triple negative 乳癌、T4c N3c M1（肝）StageIV と診断した。【経過】化学療法を5レジメン施行し遠隔転移のコントロールは良好であったが、腫瘍は初診時6×4cmであったが2013年6月には16×12cmに増大した。化学療法での局所コントロールは困難と判断し、放射線治療（2Gy×25回）を施行したところ、潰瘍は縮小し、腫瘍からの浸出液・出血が著明に減少した。【考察】化学療法での局所コントロールが困難となった切除不能局所進行乳癌に対する放射線治療は、局所コントロールのための有効な治療であると考えられた。

## B34

乳癌術後25年目に孤立性皮膚転移をきたした1例

<sup>1</sup>大阪鉄道病院 外科

松山 剛久<sup>1</sup>、赤見 敏和<sup>1</sup>、西別府敬士<sup>1</sup>、松村 篤<sup>1</sup>、  
荻野 史朗<sup>1</sup>、武村 学<sup>1</sup>、麦谷 達郎<sup>1</sup>、下出 賀運<sup>1</sup>

症例は65歳女性。25年前に右乳癌に対して右乳房切除術を施行された。平成25年6月に左乳房に腫瘍を自覚され当院外科外来を受診した。エコーで長径3cm大の腫瘍を認め、CNBを施行し、浸潤性乳管癌（ER（+）PR（-）HER2（2+）FISH法で増幅あり）と診断した。CTでは左乳房C領域に造影効果を伴う不整形腫瘍を認め、右乳房創上部に造影効果を伴う皮下結節を認めた。肺、肝臓に転移は認めず、骨シンチでは骨に転移は認められなかった。平成25年7月1日、左乳房切除術、左腋窩リンパ節廓清、右胸壁結節摘出術を施行した。迅速病理結果で右胸壁結節に悪性所見を認めたため追加切除を施行した。固定標本の病理検査結果では右胸壁結節と左乳腺腫瘍とで組織型、核異形度の点で違いを認め、右乳癌の再発が考えられた。近年、術後20年以上の晩期再発例も散見されており、晩期再発の可能性も考慮して長期的な術後経過観察が必要と考える。

## B36

BD領域乳癌に対する乳腺下脂肪組織を用いた一期的充填術と評価

<sup>1</sup>姫路赤十字病院 外科

渡辺 直樹<sup>1</sup>、大塚 翔子<sup>1</sup>、佐々木陽子<sup>1</sup>、下島 礼子<sup>1</sup>、  
西脇 紀之<sup>1</sup>、梶原 義典<sup>1</sup>、岡本 拓也<sup>1</sup>、桂 祐貴<sup>1</sup>、  
渡邊 祐介<sup>1</sup>、國府島 健<sup>1</sup>、芳野 圭介<sup>1</sup>、戸田 桂介<sup>1</sup>、  
速藤 芳克<sup>1</sup>、渡邊 貴紀<sup>1</sup>、信久 徹治<sup>1</sup>、松本 祐介<sup>1</sup>、  
甲斐 恭平<sup>1</sup>、佐藤 四三<sup>1</sup>

【はじめに】我々はBD領域乳癌に対して前鋸筋筋膜を支持組織として広いPedicleを保ちつつInframammary adipofacial tissue repair（IAFR）を拳上充填する方法を取っている。【方法】2010年10月から現在まで41例にこの方法を施行した。この内1年以上経過した19例に対してUSにてFlapの脂肪壊死を評価した。また術後1年のQOL-ACD調査から通常のBp、Bq症例（138例）、さらにBt症例（18例）との比較を行った。【結果】全例に補助放射線治療が施行された。USにてflapに壊死性変化を認めた症例はなかった。エラストでも周囲脂肪組織と変わらない“柔らかさ”を保持していた。QOL-ACDを用いた検討では40項目（200点中）の合計においてBtが平均で85.9であるのに対し、通常の温存切除が158.3、IAFRを施行した症例では153.9であった。身体面や活動性、美容面のQOLに重点を置く26項目（130点）の合計でもそれぞれ97.2、104.8、106.7とすぐれた結果を得た。

## C01

SFA 領域の ASO に対する PTA 後閉塞に対してバイパスにて血行再建を行った一例

市立豊中病院 心臓血管外科

<sup>1</sup>藤村 博信

【はじめに】ASO に対する血管内治療成績の向上により SFA の病変に対して血管内治療にて血行再建を行う症例は増加している。しかしその領域に対する血管内治療の成績は満足すべきものでなく、常に閉塞後のバイパスを考慮すべきである。【症例】65歳男性。ASO に対して他院循環器内科にて右 SFA にステント治療を受けた。8ヶ月後に閉塞し再血行再建目的に当院に紹介となった。造影 CT にて SFA の全長にわたってステントが留置されており、閉塞していた。ステント下端部は AKPOP まで至っており、バイパスの際に通常の F-P バイパスでは血行再建は不可であった。跛行症状であるので何とか BK へのバイパスを回避する目的で、人工血管を用いた中部膝窩動脈へのバイパスを行った。術後経過は良好であり、術後4年経過しているが、跛行症状の出現なく経過している。【結論】SFA 領域の PTA 治療に関しては常に閉塞後のバイパス術を考慮したストラテジーを立てるべきである。

## C03

大腿静脈圧迫による下肢腫脹を認めた腸恥滑液包炎の一例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第一外科

仲井 健朗<sup>1</sup>、西村 好晴<sup>1</sup>、打田 俊司<sup>1</sup>、本田賢太郎<sup>1</sup>、湯崎 充<sup>1</sup>、國本 秀樹<sup>1</sup>、岡村 吉隆<sup>1</sup>

症例は58歳男性。右下肢腫脹の精査のため当院整形外科を受診したところ CT で右鼠径部に腫瘤を認めた。腫瘤による右大腿静脈の圧迫が下肢腫脹の原因と考えられたため当科紹介となった。画像検査では右鼠径部腫瘤は約3cm で造影効果に乏しく腸恥滑液包炎が疑われた。下肢静脈エコーでは深部静脈血栓症を認めなかった。治療は外科的に腫瘤を摘出する方針とした。腫瘤と総大腿動脈を周囲組織から剥離したところ、腫瘤が総大腿静脈を背側より圧迫し、総大腿動脈とも一部接していた。腫瘤の内容物は黄色粘質な液体であった。腫瘤の最下部は頸部となって関節腔と連続していた。頸部を結紮切離し腫瘤を摘出した。腫瘤摘出後、総大腿静脈の拡張を認めた。下肢腫脹は徐々に軽減し、1年を経過した現在も再発を認めない。腸恥滑液包炎による大腿静脈の圧迫が下肢腫脹の原因となることは比較的稀であり文献的考察を加えて報告する。

## C02

下肢血行再建術における鼠径部グラフト吻合部作成の工夫

<sup>1</sup>関西医科大学附属枚方病院 外科

良田 大典<sup>1</sup>、渋谷 卓<sup>1</sup>、坂口 達馬<sup>1</sup>、中谷 和義<sup>1</sup>、橋本 祐希<sup>1</sup>、権 雅憲<sup>1</sup>

大動脈、腸骨動脈領域の閉塞性病変に対しバイパス術が行われる場合、総大腿動脈が末梢側吻合部とされることが多いが、動脈硬化性の原疾患や、以前に行われた手術操作のため、良好な吻合部位を設けられない場合がある。今回われわれは、AAA と ASO の合併例で Y 型人工血管置換術、FF バイパスが施行されるもグラフト閉塞により下肢虚血となった例に対し Ax-2F バイパスを施行した。末梢側吻合部に予定した右総大腿動脈は ASO の進行、および FF バイパスによる吻合部形成のため非常に性状が悪く、吻合部作成は困難であった。そこで大腿深動脈、浅大腿動脈の向かい合う面をそれぞれ約1cm 末梢に切り込み、平行に縫合し、ここに吻合部を作成することで良好な末梢側吻合部を作成し、良好な下肢血流を確保し得た。血管形成手技を併用したバイパス症例を経験したので報告する。

## C04

腹部大動脈人工血管置換術後遠隔期に腰動脈出血を来した1例

<sup>1</sup>大阪医科大学附属病院 心臓血管外科

小西 隼人<sup>1</sup>、島田 亮<sup>1</sup>、本橋 直和<sup>1</sup>、打田 裕明<sup>1</sup>、福原 慎二<sup>1</sup>、禹 英喜<sup>1</sup>、神吉佐智子<sup>1</sup>、小澤 英樹<sup>1</sup>、大門 雅広<sup>1</sup>、根本慎太郎<sup>1</sup>、勝間田敬弘<sup>1</sup>

83歳男性。2003年急性大動脈解離 (Stanford B) 発症。2007年8月、腹部大動脈瘤に対して人工血管置換術施行。2012年2月、下行大動脈瘤に対して胸部ステントグラフト留置術施行。同術後、腹部人工血管左脚の粥腫による急性閉塞を発症し、左右大腿動脈人工血管バイパス術を施行した既往がある。2012年10月、前日からの腰背部痛と嘔吐があり翌日当科へ救急搬送された。採血上、高度の貧血と凝固能の延長を認めた。腹部 CT で後腹膜腔内の出血を認め、腰動脈からの出血による後腹膜血腫と診断し、開腹止血術を行った。後腹膜を切開したところ陳旧性の血腫を認め、これを除去したところ、腰動脈より1か所逆血を認め、これを縫合閉鎖した。腹部人工血管置換術後、5年後の遠隔期に腰動脈より出血を来した症例を経験した。

## C05

急性動脈閉塞を来した胸部出口症候群の一例

<sup>1</sup>大阪市立大学 心臓血管外科

<sup>2</sup>大阪市立大学 放射線科

宮部 誠<sup>1</sup>、尾藤 康行<sup>1</sup>、堺 幸正<sup>2</sup>、寒川 悦次<sup>2</sup>、佐々木康之<sup>1</sup>、平居 秀和<sup>1</sup>、細野 光治<sup>1</sup>、中平 敦士<sup>1</sup>、末廣 泰男<sup>1</sup>、岡田 優子<sup>1</sup>、賀来 大輔<sup>1</sup>、末廣 茂文<sup>1</sup>

症例は33歳、男性。平成25年2月より左第3指の紫斑と疼痛、左上肢の倦怠感が出現した。6月20日より左上肢全体の冷感と疼痛が出現し、急性動脈閉塞の診断にて6月26日当科紹介となった。来院時、上腕、橈骨及び尺骨動脈の拍動はいずれも触知不能であった。CTにて左第1肋骨が前方で第2肋骨と癒合する骨形成不全を認めた。左腋窩動脈は第1肋骨通過直後に部分的解離を来し、肩甲下動脈分岐直後から閉塞しており、前腕末梢の血流は描出不良であった。第1肋骨による機械的刺激により腋窩動脈に解離を来し、同部位で形成された血栓により末梢の塞栓症を生じたものと考えられた。手術は、左肘関節頭側の上腕動脈から透視下に中枢及び末梢側の血栓除去を施行した後、腋窩動脈の解離部位にステントを留置した。術後経過は良好で、左上肢の血流は著明に改善した。比較的稀な血管性胸部出口症候群の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## C07

外科系診療科の連携治療により良好な結果を得た大腸癌合併高度動脈弁狭窄症 (AS) の1例

<sup>1</sup>国立大阪医療センター 心臓血管外科

<sup>2</sup>国立大阪医療センター 外科

<sup>3</sup>国立大阪医療センター 泌尿器科

甲斐沼 孟<sup>1</sup>、高橋 俊樹<sup>1</sup>、須原 均<sup>1</sup>、中村 優貴<sup>1</sup>、穴戸 裕二<sup>2</sup>、池田 正孝<sup>2</sup>、関本 貢嗣<sup>2</sup>、吉岡 巖<sup>3</sup>

ASは非心臓手術における最大 riskの一つであり、日循ガイドラインでもAVR先行が推奨されている。しかし、担癌患者では免疫能低下を伴う事が多く人工弁感染を回避すべく個々の症例に応じた慎重な治療戦略が不可欠と考えられる。今回、腸閉塞を併発した大腸癌合併高度AS例に対し外科系連携による分割手術により良好な結果を得たので報告する。症例は81歳男性。主訴は水様便と息切れ。S状結腸癌 (Stage2) に加えて高度AS (peak V 5.5m/秒、peak PG120mmHg、AVA0.61cm<sup>2</sup>) の合併を認めた。腸閉塞が進行した為にAVR周術期の人工弁感染や誤嚥性肺炎併発のriskが高いと判断し、人工肛門造設術を先行、10日後にAVR、更にその33日後に低位前方切除術+骨盤内臓全摘術を施行した。各術後経過は良好で術後半年の現在、患者は健在である。腸閉塞では敗血症併発のriskが高いと言われており、人工弁感染回避のためにも腸閉塞解除術をAVR→癌根治手術に先行させることも有用な選択肢と考えられた。

## C06

心臓原発血管肉腫の一手術例

<sup>1</sup>大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科

山本 晃裕<sup>1</sup>、戸田 宏一<sup>1</sup>、宮川 繁<sup>1</sup>、西 宏之<sup>1</sup>、吉川 泰司<sup>1</sup>、福嶋 五月<sup>1</sup>、吉岡 大輔<sup>1</sup>、齊藤 哲也<sup>1</sup>、上野 高義<sup>1</sup>、倉谷 徹<sup>1</sup>、澤 芳樹<sup>1</sup>

【症例】75歳男性。生来健康で特記すべき既往歴なし。胸部絞扼感を主訴に近医を受診し、心エコーで右房内の腫瘤を指摘され総合病院に紹介となった。右冠動脈からのfeeding arteryを伴った70mm大の右房腫瘍と診断され手術目的に当院紹介となる。【手術】全身麻酔下に胸骨正中切開で手術を施行した。人工心肺補助下に右冠動脈に沿って腫瘍を剥離した。feeding arteryを結紮し、心停止として右房壁ごと腫瘍を切除した。欠損した右房壁は牛心膜パッチで補填し手術を終了した。腫瘍は線維性組織で囲まれ、内部は小型血管の増生がみられ血管肉腫と診断された。【術後経過】術後経過は順調。術後の心エコーは心機能も良好で残存腫瘍は認められず異常なし。第15病日に独歩退院となる。【考察】血管肉腫は全肉腫の2%を占める稀な腫瘍で転移をきたしやすく、生存期間4~9ヶ月と予後不良である。【結語】外科的に完全切除しえた心臓原発血管肉腫の一手術例を経験した。

## C08

大動脈弁輪拡張症に対して、David-Ozaki手術を施行した1手術治験例

<sup>1</sup>大阪市立総合医療センター 心臓血管外科

酒徳 一希<sup>1</sup>、柴田 利彦<sup>1</sup>、加藤 泰之<sup>1</sup>、元木 学<sup>1</sup>、高橋 洋介<sup>1</sup>、森崎 晃正<sup>1</sup>、西村 慎亮<sup>1</sup>

症例は78歳女性。労作時呼吸困難が悪化し近医を受診し、心エコーにて重症の大動脈弁閉鎖不全症を指摘された。胸部CTにて大動脈基部は洋梨状でValsalva洞が60mmと拡大し大動脈弁輪拡張症を指摘された。大動脈弁はNCCが短縮し器質的变化を伴っていた。そこで、reimplantation法を施行するにあたり、自己温存法基部再建は難しいと考え自己心膜による大動脈弁再建術を施行することとした。まず、自己弁を弁輪より切除しValsalva graft (30mm) に弁輪・各交連部を内包固定した。その後各交連間の距離を測定し各弁尖サイズを決め、templateを用いて各サイズに見合った3弁尖を自己心膜で作成した。これを弁輪に縫合し大動脈弁再建した。冠動脈再建はCarrel patch法にて施行した。術後経過良好で、術後心エコーにて大動脈弁位の圧較差はpeakで13mmHg、ARはtrivialと良好であった。大動脈弁輪拡張症に対して、David-Ozaki手術を施行し、良好な結果を得たので報告する。

## C09

Low flow、Low-gradient AS を合併した家族性高コレステロール血症患者に対する redo CABG+AVR を施行した一例

<sup>1</sup>大阪府立急性期総合医療センター 心臓血管外科

中川 敬也<sup>1</sup>、山内 孝<sup>1</sup>、金 啓和<sup>1</sup>、高野 弘志<sup>1</sup>

症例は64歳男性。34歳時に家族性高コレステロール血症 (FH Homo) と診断、35歳時にCABG (SVG-LAD、SVG-RCA)。SVG-RCA は早期閉塞、SVG-LAD も狭窄を繰り返し PCI を施行も、徐々に心機能の悪化を認めた。CAG: #1 90% #6 100% #11 99% #13 100% SVG-LAD 25%。UCG: Dd/Ds=63/50 EF=41% A弁: mPG = 15mmHg AVA = 1.0cm<sup>2</sup>、MR moderate。CI = 1.4L/m<sup>2</sup>。Low flow、Low gradient (LF-LG) severe AS の可能性を考慮し、DOB 負荷テストを行い、Stroke volume の上昇に伴う A 弁圧格差の上昇を認め、LF-LG severe AS と判断。Redo CABG、MAP、AVR、SVG take-down を施行し症状の改善を認めた。LF-LG AS ならびに FH 患者に対する CABG の文献的考察を加え報告する。

## C11

敗血症から感染性心内膜炎、さらにインプラント感染を発症した一例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第一外科

青石 裕香<sup>1</sup>、西村 好晴<sup>1</sup>、打田 俊司<sup>1</sup>、本田賢太郎<sup>1</sup>、湯崎 充<sup>1</sup>、仲井 健朗<sup>1</sup>、岡村 吉隆<sup>1</sup>

症例は50代後半の女性。慢性糸球体腎炎によるCKDにて約25年の透析歴、1999年にMSに対してMVR、ARに対して弁形成術の既往あり。両側乳房はシリコンバッグによる豊胸術を受けている。2013年安静時胸痛出現し、重症大動脈弁狭窄症の診断で手術予定となるも、術前に高熱を認め、血液培養よりMSSA 検出、敗血症性ショックとなり人工呼吸管理となった。抗生剤による内科的治療により循環動態が安定した後も発熱は続き、炎症所見も改善なく、経食道心エコーで入院時にみられなかった僧帽弁人工弁への14mm大の疣贅の付着を認めた。僧帽弁人工弁感染・重症大動脈弁狭窄症に対して2弁置換施行。術後、術前より認めていた右乳房の腫脹・発赤に対して切開排膿施行、膿汁が回収された。敗血症から感染性心内膜炎、さらには血行性に乳房インプラントへの波及が考えられた。

## C10

心筋梗塞後左室仮性瘤に対する手術の一例

<sup>1</sup>滋賀医科大学 心臓血管外科

榎本 匡秀<sup>1</sup>、高島 範之<sup>1</sup>、近藤 康生<sup>1</sup>、内藤 志歩<sup>1</sup>、藤野 晋<sup>1</sup>、池上 博久<sup>1</sup>、乃田 浩光<sup>1</sup>、鈴木 文彰<sup>1</sup>、浅井 徹<sup>1</sup>

心室瘤は形態学的・病理学的特徴により真性瘤と仮性瘤に鑑別され、治療方針も大きく異なる。今回経験した症例は76歳、男性。急性下壁梗塞に対して経皮的冠動脈形成術を行ったが、発症半年後、左室後壁に奇異性運動と瘤内血流を伴う心室瘤を指摘された。その後瘤径の拡大を認めたため、心破裂の回避と残存冠動脈病変の血行再建を目的として当科に手術依頼となった。手術では、左心室後下壁に直径5cm大の心室瘤を認め、瘤内腔と左室との連絡孔は2cmで強固な線維性組織に囲まれていた。瘤辺縁のCryoablation・瘤切除及び直接二重閉鎖・冠動脈バイパス術を施行した。心筋細胞が線維化した病理組織所見と、連絡孔が狭小化した形態学的特徴と併せて左室仮性瘤と診断した。特記すべき合併症無く術後10日目に自宅退院となり、現在外来通院中である。心筋梗塞後左室瘤に対する治療方針について検討を重ねた上で上記治療を行い、良好な結果を得たので、ここに報告する。

## C12

心筋梗塞後仮性心室瘤の切迫破裂と診断された偽性仮性心室瘤の1例

<sup>1</sup>桜橋渡辺病院 心臓血管外科

田中 健史<sup>1</sup>、吉龍 正雄<sup>1</sup>、横山 淳也<sup>1</sup>、千歳 樹子<sup>1</sup>、正井 崇史<sup>1</sup>

【症例】65歳男性。2013年3月に突然の嘔気、胸痛が出現し、3日後当院を受診された。来院時心電図にてII、III、aVf、前胸部誘導にてST上昇、血液検査にて心筋逸脱酵素の上昇を認め、同日冠動脈造影を施行。LAD#7に99%狭窄を認めDESを留置された。PCI施行4週間後の心エコーにて左室仮性瘤、心嚢液及び仮性瘤から心嚢液に通じるシャント血流を認め、仮性瘤の切迫破裂が疑われ当科紹介となった。【手術】中等量の血性心嚢液を認めた。心尖から下壁にかけて6~7cm大の瘤を認めたが、心嚢膜との癒着はなかった。手術はパッチ閉鎖術を行った。瘤壁は著しく菲薄化し、左室瘤入行部径が瘤径に比べて狭いことから仮性心室瘤と考えられたが、癒着が無く組織学的に心筋組織を有しており、偽性仮性心室瘤と診断された。【まとめ】心筋梗塞後に発症した偽性仮性心室瘤という比較的稀な症例を経験したため報告した。



## C13

左室原発の乳頭状線維性腫の一例

<sup>1</sup>神戸大学 心臓血管外科

陽川 孝樹<sup>1</sup>、井上 武<sup>1</sup>、村上 優<sup>1</sup>、後竹 康子<sup>1</sup>、  
小原 大見<sup>1</sup>、井澤 直人<sup>1</sup>、白坂 知識<sup>1</sup>、宮原 俊介<sup>1</sup>、  
山中 勝弘<sup>1</sup>、坂本 敏仁<sup>1</sup>、野村 佳克<sup>1</sup>、深瀬 圭吾<sup>1</sup>、  
松森 正術<sup>1</sup>、岡田 健次<sup>1</sup>、大北 裕<sup>1</sup>

81歳女性。既往歴に高血圧あり。左変形性膝関節症の術前精査で左室内腫瘍を指摘され、当科へ紹介された。心エコーで左室の中隔に可動性のある有茎性の内部に低エコー域のある10×7mm大の腫瘍を認めた。緊急で腫瘍摘出術を行った。手術は胸骨正中切開下、心停止の後、右側左房切開にて経僧帽弁的に左室へ到達した。腫瘍は10mm大で内側乳頭筋の心尖部側の中隔に存在し、透明ゼリー状で内部に乳頭状の構造物を認めた。左心室内柱に茎を有していたため一塊として腫瘍を切除した。他に腫瘍は認めなかった。病理診断で乳頭状線維性弾性腫で、術後経過は良好であった。

## C15

冠動脈造影が正常で、たこつぼ心筋症の関与が疑われた、非典型心室中隔穿孔の一手術例

<sup>1</sup>大阪労災病院 心臓血管外科

三宅 啓介<sup>1</sup>、松津 俊宏<sup>1</sup>、近藤 晴彦<sup>1</sup>、谷口 和博<sup>1</sup>

たこつぼ型心筋症は、ストレスなどを契機に発症する、心尖部壁運動異常を主体とした心筋症である。今回、冠動脈造影正常ながら壁運動異常と心筋酵素逸脱を認めた本症疑いの症例において、経過中に中隔穿孔をきたし手術を要した1例を経験したので報告する。症例は73歳男性。約1週間続く胸痛発作を主訴に近医受診し、酵素逸脱から急性冠症候群疑いにて当院搬送となるも、冠動脈造影に異常なく、心エコーでは前壁中隔の壁運動異常と前医では認めなかった心尖部中隔の穿孔を認めた。全身状態が安定しており、典型的な中隔穿孔と考えられないため、待機手術の方針として約2週間後に施行した。人工心肺、心停止下に左室切開にてアプローチ、中隔は一部2層に解離しており、その一部に穿孔を認めた。中隔組織の脆弱性は乏しく、左室側パッチにより穿孔部を閉鎖した。術後経過良好で、遺残シャントなく軽快退院となった。稀有な症例と思われ、考察を加えて報告する。

## C14

2回の人工弁周囲逆流を来し、パーチェット病が疑われた1例

<sup>1</sup>神戸大学 心臓血管外科

村上 優<sup>1</sup>、松森 正術<sup>1</sup>、陽川 孝樹<sup>1</sup>、後竹 康子<sup>1</sup>、  
小原 大見<sup>1</sup>、井澤 直人<sup>1</sup>、白坂 知識<sup>1</sup>、宮原 俊介<sup>1</sup>、  
山中 勝弘<sup>1</sup>、坂本 敏仁<sup>1</sup>、野村 佳克<sup>1</sup>、深瀬 圭吾<sup>1</sup>、  
井上 武<sup>1</sup>、岡田 健次<sup>1</sup>、大北 裕<sup>1</sup>

症例は38歳男性。他院にて大動脈閉鎖不全症に対し大動脈弁置換術(SJM Regent 21mm)を他院で受けた。その後、人工弁周囲逆流を認め同院で再弁置換術(SJM Regent 19mm)を受けた。しかし、術後1ヶ月で再度弁周囲逆流を認め当院に紹介となった。心エコー検査で右冠尖側からの弁周囲逆流、弁座の動揺を、CT検査で上行大動脈の拡大(最大短径45mm)を認めたため、手術はBentall手術、上行・弓部大動脈部分置換術を行った。病理診断で、大動脈中膜壊死、内膜、外膜の線維性肥厚、外膜へのリンパ球浸潤を認め自己免疫性疾患に随伴する大動脈炎が疑われた。口腔内再発性アフタ性潰瘍、外陰部潰瘍の既往があり、パーチェット病診断基準である主症状の内2つを認めたためパーチェット病が疑われ、ステロイド治療のため転院となった。

## C16

動脈瘤を合併した気管支動脈起始異常の一例

<sup>1</sup>高槻赤十字病院 外科

今富 翔士<sup>1</sup>、平松 昌子<sup>1</sup>、小林 稔弘<sup>1</sup>、恒松 一郎<sup>1</sup>、  
西田 司<sup>1</sup>、水野 裕太<sup>1</sup>、鈴木久美子<sup>1</sup>

【症例】63歳、男性。心窩部不快感と意識障害で救急搬送された。腹部造影CTにて腹腔内液体貯留を認め、腹腔穿刺では血性腹水であった。また胃噴門から食道にかけて蛇行する血管と小弯側壁に円形の造影領域を認め、左胃動脈瘤または動静脈奇形に起因した腹腔内出血を疑い、同日緊急手術を施行。手術所見では胃小彎からの持続性出血を認めたが動脈瘤は確認できず、小彎の血行郭清を行い止血を得た。術後再出血はなかったが造影CTにて異常血管の残存がみられ、血管造影を施行。異常血管は左胃動脈から左気管支動脈に連続しており、気管支動脈起始異常と診断した。下縦隔において動脈瘤形成を疑う所見がみられたため選択的コイル塞栓術を施行し、異常血管の消失を確認した。【考察】気管支動脈起始異常は気管支動脈が異所性に起始する稀な解剖学的変異である。自験例のように腹腔内出血を契機に診断された報告はなく、若干の文献的考察を加えて報告する。

## C17

大動脈ステントグラフトで治療し得た腹部鈍的外傷による下腸間膜動脈損傷の一例

<sup>1</sup>兵庫県立淡路医療センター 外科

<sup>2</sup>兵庫県立淡路医療センター 放射線科

江里口光太郎<sup>1</sup>、荒瀬 裕己<sup>1</sup>、土井 健史<sup>1</sup>、川嶋 太郎<sup>1</sup>、横殿 公誉<sup>1</sup>、上田 泰弘<sup>1</sup>、坂平 英樹<sup>1</sup>、高橋 応典<sup>1</sup>、大石 達郎<sup>1</sup>、森本 喜久<sup>1</sup>、宮本 勝文<sup>1</sup>、杉本 貴樹<sup>1</sup>、小山 隆司<sup>1</sup>、門場 智也<sup>2</sup>、春藤 真紀<sup>2</sup>、木下 知恵子<sup>2</sup>、魚谷 健祐<sup>2</sup>、山崎 倫子<sup>2</sup>、濱中 章洋<sup>2</sup>

【はじめに】近年大動脈ステントグラフトによる血管内治療が行われるようになり、当院でも今年度から外科と放射線科合同で治療を行っている。そのような中、腹部鈍的外傷に対する緊急ステントグラフト内挿術を行っ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。

【症例】70歳男性。飼っている牛を誘導中後ろに倒れて、仰向けの状態で牛に腹部を踏まれて腹痛を訴え当院へ救急搬送。来院時、意識清明、血圧89/66mmHg心拍数110回/分であり、腹部エコーで脾周囲、左腎周囲に液体を認めた。その後造影CT施行したところ、大動脈周囲と後腹膜に大きな血腫形成を認めた。さらに腰動脈と下腸間膜動脈の根部が造影されず、引き抜き損傷が疑われたため外科と放射線科で治療方針を検討し、緊急下腸間膜動脈塞栓術とステントグラフト内挿術を行った。

【経過】術後は全身状態安定し、明らかな血腫増大は認めず、術後第10病日に軽快退院した。

## C19

肺膿瘍治療中に肺癌と診断した1例

<sup>1</sup>大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター 呼吸器外科

<sup>2</sup>病理診断科

北原 直人<sup>1</sup>、福井絵里子<sup>1</sup>、大倉 英司<sup>1</sup>、門田 嘉久<sup>1</sup>、河原 邦光<sup>2</sup>、太田 三徳<sup>1</sup>

肺化膿症は感染により発症することが多く、抗菌薬投与により軽快することが多い。しかし内科治療に抵抗する場合には、肺癌に続発する肺化膿症もあることを念頭に精査することが重要である。今回我々は、術前膿瘍内溶液の細胞診で肺癌と診断し、手術を施行した1例を報告する。症例は74歳男性。38度台の発熱を主訴に本年3月近医受診。右下葉肺底区を占拠する約9cm大の肺膿瘍の診断で抗生剤点滴治療を開始。外科治療目的に当院転院。38度の発熱は続き、膿瘍も縮小傾向のないことから、膿瘍腔に対し経皮的穿刺ドレナージを施行。内容液は膿性で、細胞診はclassIV扁平上皮癌と診断された。全身検索では転移なくc-T3N0M0stageIIB肺癌と診断した。全身状態を改善させた上で5月に手術を施行。右下葉切除リンパ節郭清ND2a1、壁側胸膜、横隔膜合併切除術を施行した。術後病理検査は、扁平上皮癌pT3aN0M0stageIIBであった。

## C18

ベントール手術後に感染性仮性動脈瘤を発症し治療に難渋した1例

大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科

吉田 昇平、戸田 宏一<sup>1</sup>、宮川 繁<sup>1</sup>、西 宏之<sup>1</sup>、吉川 泰司<sup>1</sup>、福嶋 五月<sup>1</sup>、吉岡 大輔<sup>1</sup>、齊藤 哲也<sup>1</sup>、堂前圭太郎<sup>1</sup>、上野 高義<sup>1</sup>、倉谷 徹<sup>1</sup>、澤 芳樹<sup>1</sup>

【症例】62歳男性。診断：大動脈弁閉鎖不全症、上行大動脈瘤、併存症：胃癌。胃癌の手術に先行してベントール手術を施行。2ヵ月後に胃癌に対し腹腔鏡下噴門側胃切除術を施行したが縫合不全を認め閉鎖術を施行。しかし腹腔内MRSA膿瘍形成を認めドレナージを開始。その2ヵ月後に胸部正中創からMRSAの排膿を認め、VAC療法にて正中創の感染は制御された。腹腔内膿瘍から排膿は続きその後全身感染に陥った。CTにて感染性仮性動脈瘤を認め、再上行大動脈置換術を施行。術後感染は制御され5ヵ月後に転院となった。【まとめ】ベントール手術後に腹腔内膿瘍から感染性仮性動脈瘤を発症し再上行大動脈置換術が有効であった1例を経験した。

## C20

経過中著明な陰影縮小を来した肺大細胞神経内分泌癌の1例

<sup>1</sup>大阪府立成人病センター

久能 英法<sup>1</sup>、徳永 俊照<sup>1</sup>、石田 大輔<sup>1</sup>、狩野 孝<sup>1</sup>、岡見 次郎<sup>1</sup>、東山 聖彦<sup>1</sup>

症例は76歳男性。2013年2月に肺炎加療目的に前医受診し、胸部CTにて右肺下葉S6に20mmの異常陰影を指摘。同年3月のCT上結節影は30mm大に増大、気管支鏡検査を施行し肺癌の診断となり加療目的に当科紹介受診された。5月の胸部CT上結節影は24mm大と縮小傾向を認めたが、肺癌の診断であった為手術による加療を行う方針とした。2013年6月胸腔鏡補助下右肺下葉切除及び縦隔リンパ節郭清施行(Large cell neuroendocrine carcinoma pT1bN0M0 pI0, pm0, br0, Ly0, V0 stage1A)。LCNECは高悪性度浸潤癌であり他のNSCLCに比し予後不良とされているが、本症例では未治療であるにも関わらず結節影の縮小を認めた。病理標本上腫瘍周囲は線維化等の反応性変化を認めておりこの変化が術前の画像評価での陰影縮小を呈しているものと推察された。

## C21

最近経験した子宮癌肺転移の2手術例

<sup>1</sup>関西医科大学附属枚方病院 呼吸器外科

<sup>2</sup>関西医科大学附属枚方病院 病理科

小延 俊文<sup>1</sup>、中野 隆仁<sup>1</sup>、谷口 洋平<sup>1</sup>、齊藤 朋人<sup>1</sup>、  
金田浩由紀<sup>1</sup>、齊藤 幸人<sup>1</sup>、宮坂 知佳<sup>2</sup>、大江 千里<sup>2</sup>、  
坂井田紀子<sup>2</sup>、植村 芳子<sup>2</sup>

【症例1】36歳女性。1年前、広汎子宮全摘術（子宮頸部扁平上皮癌）。術後に抗癌剤治療および放射線療法を施行し、当院外来通院中であった。術後9カ月目の胸部CTにて両肺に炎症性変化と考えられる陰影が出現。PETでは、右上葉にはSUV max1.6と1.4の結節、左上葉ではSUV max2.8、左S6では3.1の結節を認めた。CT針生検では壊死組織が主で確定診断は困難であり、手術となった。手術直前のCTでは、左S6陰影は空洞化し、短期間に変化していた。最終診断は、子宮頸癌の肺転移であった。【症例2】65歳女性。5年前に広汎子宮全摘術（子宮体部腺癌）。術後に抗癌剤治療を施行し、当院外来通院中に左上葉に結節が出現した。術後48カ月後のPETでは、左上葉結節は10mm大、SUV max2.7であった。その後のCT下針生検で腺癌と診断。原発性肺癌との鑑別は困難であり、手術となった。最終診断は、子宮頸癌の肺転移であった。

## C23

胸腔鏡下手術にて摘出した交感神経由来神経鞘腫の1例

<sup>1</sup>近畿中央病院 外科

<sup>2</sup>市立豊中病院 外科

渡辺 梨砂<sup>1</sup>、西岡 清訓<sup>1</sup>、岩澤 卓<sup>2</sup>、中尾英一郎<sup>1</sup>、  
辻村 直人<sup>1</sup>、大鶴 徹<sup>1</sup>、松本 崇<sup>1</sup>、武元 浩新<sup>1</sup>、  
高地 耕<sup>1</sup>、青木 太郎<sup>1</sup>、飯島 正平<sup>1</sup>、上村 佳央<sup>1</sup>、  
小林 研二<sup>1</sup>

胸腔頂部の腫瘍は摘出が困難で開胸、頸部アプローチ、胸腔鏡等様々な術式が施行されており、最近では胸腔鏡下摘出術の報告が増えてきている。今回、胸腔鏡下に摘出し得た交感神経由来の胸腔頂部神経鞘腫の1例を経験したので報告する。症例は64歳男性。右肺尖部に腫瘤影を認め、縦隔腫瘍が疑われ胸腔鏡下手術を施行した。腫瘍は胸腔頂部にはまりこむように存在し、腫瘍の頭側・尾側に肋骨と垂直方向に走行する神経を確認した。神経の走行から交感神経が疑われた。神経刺激装置を用い電気刺激を加えると、肋間筋の軽度の収縮を認めた。神経の走行より肋間神経は否定的であったため、電気刺激が周囲の肋間神経にも伝達したのと思われる。迅速病理診断にて良性の神経鞘腫と診断されたため、神経を温存しながら腫瘍を摘出した。術後に一過性のHorner症候群を認めたため、交感神経由来の神経鞘腫と考えられた。症状は速やかに改善し、再発は認めていない。

## C22

肺静脈走行異常および気管支分岐異常を伴った右上葉肺癌の一切除例

<sup>1</sup>市立長浜病院 呼吸器外科

松宮 弘喜<sup>1</sup>、喜寿村次郎<sup>1</sup>、宮田 亮<sup>1</sup>、田久保康隆<sup>1</sup>

非常にまれな肺静脈走行異常および気管支分岐異常を認めた胸腔鏡下右上葉肺癌切除術を経験したので報告する。症例は74歳男性。検診にて右肺上葉結節影を指摘され、前医にて肺癌の疑いで診断治療目的に当科入院となった。術中、上葉気管支の頭側にV2が併走する奇形を認めた。上葉気管支を切離し、周囲を剥離していると、もう1本の気管支(B1+3)を確認した。ここで、先に上葉気管支と考えていた気管支はB2であったことが判明した。つまり、右主気管支から上葉に向かって2本の気管支が直接分岐している、まれな奇形であることがわかった。病理組織診断にてpT1aN0M0、stageIAであった。術後胸部CTを見直すと気管支分岐異常は確認出来たが、肺静脈走行異常は確認出来なかった。術前の画像による解剖の確認が重要であり、かつ画像では確認出来ない奇形もあるので、丁寧に解剖を確認しながら肺門部処理を行うことが重要であると考えられた。

## C24

縦隔内甲状腺腫手術症例3例についての検討

<sup>1</sup>市立豊中病院 外科

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

【はじめに】当科で2009年1月から2013年8月までの期間に経験した縦隔内甲状腺腫手術症例3例について文献的考察を加えて報告する。【症例1】67歳女性。甲状腺右葉から胸骨上縁より2.5cm尾側まで進展する腫瘍を認め、精査で甲状腺癌と診断。頸部襟状切開で腫瘍を含めて甲状腺全摘術を施行。病理結果は乳頭癌。【症例2】78歳女性。甲状腺右葉から気管分岐部まで進展する腫瘍を認め、左葉にも癌を疑う病変あり。頸部襟状切開で縦隔腫瘍と右葉下極および左葉を切除。病理結果は結節性過形成。【症例3】63歳男性。甲状腺左葉から気管分岐部まで進展する腫瘍を認め、頸部襟状切開で縦隔腫瘍を含めた甲状腺左葉切除術を施行。病理結果は腺腫様甲状腺腫。【まとめ】気管分岐部近傍まで進展が認められても頸部襟状切開のみで摘出可能な場合も多く、必要に応じて胸骨正中切開を追加していく方針が望ましいと考えられた。

## C25

左主気管支切除端吻合を行った腺様嚢胞癌の1例

<sup>1</sup>近畿中央胸部疾患センター 外科

松井 浩史<sup>1</sup>、尹 亨彦<sup>1</sup>、阪口 全宏<sup>1</sup>、内海 朝喜<sup>1</sup>、  
伊藤 則正<sup>1</sup>、富田栄美子<sup>1</sup>、野口 未紗<sup>1</sup>、高島 弘幸<sup>1</sup>、  
松村 晃秀<sup>1</sup>

症例は64歳女性。2011年11月慢性咳嗽で喘息治療を受けていた。2013年5月呼吸困難感が増強し、気管支内視鏡で左主気管支に表面平滑で血管に富んだ腫瘤を認めた。出血の懸念があり生検は行わず、診断的治療として手術を行う方針とした。手術は右側臥位、左第4肋間前側方開胸を行った。腫瘤は腔外へと膨張し硬化していた。左主気管支に切開を加え内腔を確認しながら左主気管支切除を行った。術中迅速組織診では腫瘍を腺様のう胞癌と診断、左主気管支末梢側断組織診は陰性で、中枢側断組織診は陽性であったため、気管分岐部より1軟骨輪まで追加切除を行った。再診査でも陽性であったが術後放射線療法を追加する方針とした。結節全層縫合で再建を行い、胸腺・縦隔脂肪織を吻合部に被覆して手術を終了した。今回我々は左主気管支に発生した腺様のう胞癌の1切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## C27

胸腺腫瘍に対する拡大胸腺摘出術後に発症した続発性副腎不全の1例

<sup>1</sup>淀川キリスト教病院 外科

李 東河<sup>1</sup>、花田 庄司<sup>1</sup>、加地 政秀<sup>1</sup>、原田由布子<sup>1</sup>、  
上田 悠貴<sup>1</sup>、水本紗千子<sup>1</sup>、白川 幸代<sup>1</sup>、粟津 正英<sup>1</sup>、  
國久 智成<sup>1</sup>、若原 智之<sup>1</sup>、芦谷 博史<sup>1</sup>、土田 忍<sup>1</sup>、  
長谷川恭久<sup>1</sup>、豊川 見弘<sup>1</sup>

症例は74歳男性。関節リウマチに対しベタメタゾン（リンデン0.5mg）内服中。胸腺腫瘍の術前検査で重症筋無力症を伴わない高Ach-R抗体値を指摘されていた。2013年6月胸腺腫瘍に対し胸骨正中切開下拡大胸腺摘出術を施行した。術後炎症反応の遷延を認めるも経過は順調であった。術後14日目より食不振、嚥下困難感出現、次第に全身倦怠感を伴った。このため、術後ストレスによる反応、胸骨骨髄炎や縦隔炎などの感染、関節リウマチの悪化、胸腺摘出による重症筋無力症クリーゼの出現等を鑑別として精査した。症状出現同時期に低Na血症、好酸球増多を認めたこと、術後ステロイドを中断していたことと併せ続発性副腎不全と診断した。血中ACTH、コルチゾールの結果を待つことなく即時ハイドロコルチゾンの点滴加療を開始した。治療開始翌日より諸症状は軽減し、全身状態改善したため術50日目に退院となった。本症例に対し若干の文献的考察を加えて報告する。

## C26

Muir-Torre 症候群の疑われた脂腺癌肺転移の1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学附属病院 第一外科

<sup>2</sup>和歌山県立医科大学附属病院 皮膚科

大橋 拓矢<sup>1</sup>、吉増 達也<sup>1</sup>、尾浦 正二<sup>1</sup>、粉川 庸三<sup>1</sup>、  
中村 理恵<sup>1</sup>、川後 光正<sup>1</sup>、平井 慶充<sup>1</sup>、西口 春香<sup>1</sup>、  
松谷 雅子<sup>1</sup>、本田麻里子<sup>1</sup>、岡村 吉隆<sup>1</sup>、古川 福実<sup>2</sup>、  
山本 有紀<sup>2</sup>

【はじめに】脂腺癌は眼瞼脂腺や皮脂腺から発生する上皮性悪性腫瘍で全皮膚腫瘍の0.1~0.7%と稀な疾患である。他臓器悪性疾患の合併する症候群が知られているが、遠隔転移に関しては、症例数が少なく一定の見解が得られていない。今回、我々はMuir-Torre 症候群が疑われた脂腺癌の1例を経験したので報告する。【症例】症例は70歳代男性。2013年3月ごろより右頸部に紅色丘疹が出現。急速に増大したため、生検したところ脂腺癌と診断された。同月、右頸部腫瘤切除術施行された。その際、術前の胸部CTにて両肺に多発する結節および、縦隔リンパ節の腫大認め、FDG-PETにて縦隔リンパ節にSUV max 7.45の異常集積を認めたため当科紹介受診となった。7月、縦隔リンパ節腫大に対して、縦隔鏡検査を施行し、免疫染色にて脂腺癌の縦隔リンパ節転移と診断された。その後当院皮膚科に化学療法（Carboplatin AUC5/day、day1+Paclitaxel 80 mg/m<sup>2</sup>/day、day1、7、14）を開始している。

## C28

人工心臓使用下に上大静脈合併切除および再建術を施行した胸腺癌の一例

<sup>1</sup>滋賀医科大学 呼吸器外科

<sup>2</sup>滋賀医科大学 救急集中治療部

<sup>3</sup>滋賀医科大学 臨床腫瘍学講座

<sup>4</sup>滋賀医科大学 医療安全管理部

林 一喜<sup>1</sup>、賀来 良輔<sup>1</sup>、五十嵐知之<sup>1</sup>、大塩 恭彦<sup>1</sup>、  
橋本 雅之<sup>1</sup>、花岡 淳<sup>1</sup>、大内 政嗣<sup>2</sup>、寺本 晃治<sup>3</sup>、  
手塚 則明<sup>4</sup>

【はじめに】上大静脈（SVC）浸潤を合併した肺癌や縦隔腫瘍症例にSVC合併切除および再建術を行う際、補助手段として一時的バイパスなどが用いられる。今回我々は人工心臓使用下にSVC合併切除・再建を施行した胸腺癌の一例を経験したので報告する。【症例】78歳、女性。放射線治療後に再増大を認めた胸腺癌に対しSVC合併切除を伴った根治手術を施行した。無名静脈と右房間に一時的バイパス術を行い、上大静脈口近傍をクランプしたところ徐脈となった。クランプによる洞結節への影響を考慮し、また、安定した血行動態を得るために人工心臓下に施行することとした。腫瘍を完全切除し、SVC欠損部は自己心膜パッチで修復した。術後は特に問題となる合併症を併発せず経過した。【結語】SVC合併切除の際には種々の補助手段が用いられるが、各症例に応じて適切な選択を行うことが重要であると考えられた。

## C29

“Hemi-clamshell”アプローチにより切除した正岡 IVa 期胸腺腫の一例

<sup>1</sup>大阪大学 呼吸器外科

平田 裕介<sup>1</sup>、新谷 康<sup>1</sup>、桃實 徹<sup>1</sup>、藤原 綾子<sup>1</sup>、川村 知裕<sup>1</sup>、舟木壮一郎<sup>1</sup>、中桐 伴行<sup>1</sup>、井上 匡美<sup>1</sup>、澤端 章好<sup>1</sup>、南 正人<sup>1</sup>、奥村明之進<sup>1</sup>

拡大縦隔腫瘍手術を“Hemi-clamshell”アプローチで行うことがある。今回多発胸腔内播種を伴う胸腺腫に対して、同アプローチで完全切除し得た症例を経験したので報告する。症例は、49歳女性。胸部痛にて近医を受診。胸部CTにて前縦隔腫瘍（最大径8cm）、左肺上葉浸潤及び左上下葉間、傍椎体、横膈膜上に胸膜播種を認めた。CTガイド下生検で胸腺腫（WHO B3）と診断した。術前化学療法（ADOC療法）を行ない（効果SD）、手術目的に当科入院となった。手術は同アプローチで、胸腺腫切除、左上葉切除、左腕頭静脈合併切除再建、心膜切除再建、横膈神経切除、横膈膜縫縮、播種巣切除を行った。術後経過は概ね良好であった。当科では、正岡IVa期胸腺腫に対して積極的に播種巣を含めた切除を行っている。胸腔内背側に位置する播種巣に対しては二期的切除を行う場合があるが、同アプローチにより播種巣を一期的に切除することが可能であった。

## C31

左胸壁切除+遊離左大腿筋膜張筋皮弁・前外側大腿皮弁で胸壁再建を行った左乳房 stromal sarcoma の一治験例

<sup>1</sup>奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科

<sup>2</sup>奈良県立医科大学 形成外科

渡邊 孝<sup>1</sup>、東条 尚<sup>1</sup>、木村 通孝<sup>1</sup>、川口 剛史<sup>1</sup>、谷口 繁樹<sup>1</sup>、桑原 理充<sup>2</sup>

2011年、他施設で左乳房腫瘍（stromal sarcoma）に対して手術を施行。以後再発を繰り返し、切除を数回行ったが、左側遺残胸壁に腫瘍の再発をみたため、切除目的に当科を紹介され受診した。術前CTで、長径9cm強の左乳腺をほぼ置換するような腫瘍が見られ、第4～第6肋骨の高さで胸壁に固着しており、傍胸骨、腋窩、鎖骨上窩に有意なリンパ節の腫大は認めなかった。胸壁欠損が大きくなるため、切除、再建は形成外科と合同で行う方針とした。手術では、腫瘍は胸腔内の壁側胸膜には浸潤なく、腫瘍部から5cmのmarginを目標に胸壁を全層で切除し（肋骨は第3～7肋骨を切除）、胸壁欠損部はリコンストラクションプレート3本とメッシュにて補強し、その上に遊離左大腿筋膜張筋皮弁・前外側大腿皮弁を用いて胸壁再建を行い、約20x16cmの皮膚欠損部は分層皮膚を移植した。術後は順調に経過してリハビリ後に退院となった。

## C30

前胸壁広範囲切除再建後、奇異呼吸に難渋した1例

<sup>1</sup>八尾市立病院 外科

<sup>2</sup>貴島病院 外科

山本 陽子<sup>1</sup>、兒玉 憲<sup>1</sup>、森本 卓<sup>1</sup>、大和 寛幸<sup>1</sup>、野村 孝<sup>1</sup>、福島 幸男<sup>1</sup>、横山 茂和<sup>1</sup>、松山 仁<sup>1</sup>、井出 義人<sup>1</sup>、徳岡 優佳<sup>1</sup>、橋本 安司<sup>1</sup>、俊山 礼志<sup>1</sup>、竹田 充伸<sup>1</sup>、佐々木 洋<sup>1</sup>、貴島 弘樹<sup>2</sup>

症例は40歳代女性。乳癌に対して2006年2月乳房切除術施行。pT2N0M0 StageIIAで術後補助化学療法を施行するも、術後3年で胸骨傍リンパ節転移による胸骨浸潤を指摘。DTX開始しcCRとなり外来フォローされていた。術後5年に胸骨部に激痛を来し精査の結果、胸骨傍リンパ節および胸骨転移の再燃と診断された。再度DTX施行しcCR得られるも、術後7年に転移巣再燃を認めた。他部位に明らかな転移なく切除の方針とした。手術は両鎖骨頭を含む胸骨亜全摘を行い、前胸壁の広範囲の欠損をダブルポリプロリウムメッシュと有形大網弁を用いて再建した。抜管後に著明な奇異呼吸を認め再挿管となった。奇異呼吸に改善傾向が見られず13日後に再手術、すなわちチタンプレート2mm厚ePTFEデュアルメッシュによる追加固定を施行した。再手術後、呼吸器離脱は容易で良好な経過をとった。前胸壁広範囲切除再建後、奇異呼吸に難渋した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。

## C32

エーラス・ダンロス症候群血管型に合併した気胸の1例

<sup>1</sup>関西医科大学附属枚方病院 外科

<sup>2</sup>関西医科大学附属枚方病院 呼吸器外科

<sup>3</sup>関西医科大学附属枚方病院 病理科

橋本 祐希<sup>1</sup>、小延 俊文<sup>2</sup>、中野 隆仁<sup>2</sup>、谷口 洋平<sup>2</sup>、齊藤 朋人<sup>2</sup>、金田浩由紀<sup>2</sup>、齊藤 幸人<sup>2</sup>、宮坂 知佳<sup>3</sup>、坂井田紀子<sup>3</sup>、植村 芳子<sup>3</sup>

【はじめに】エーラス・ダンロス症候群血管型に合併した再発性気胸に対して、胸腔鏡補助下手術を施行した1手術例を経験したので報告する。【症例】50歳、男性。既往にエーラス・ダンロス症候群血管型。2011年右気胸発症、胸腔ドレナージにて改善。1年後に同側の再発を認め、胸腔ドレナージにて改善せず、抗菌薬にて胸膜癒着術を施行し改善。今回、同側気胸再発し前医で胸腔ドレナージ行っても気漏が持続し当科紹介・転院となった。再発気胸に対して、転院後3日目に胸腔鏡補助下手術を施行した。術中所見では、下葉S8-9にかけて気腫性嚢胞の散在と気漏を認め、同部位を切除した（CAPE法：Covering with forceps-Assisted Polymeric biodegradable sheet and Endostapling method：Interact CardioVasc Thorac Surg 2011；12：103）。【経過】術後、胸腔内血腫を認めたが貧血進行なく術後3日目に胸腔ドレーン抜去。術後12日目に退院となった。

## C33

IgG4 関連胸膜疾患による有癥性膿胸に対する 1 治療例

<sup>1</sup>市立堺病院 救急外科  
<sup>2</sup>市立堺病院 呼吸器外科  
<sup>3</sup>市立堺病院 外科

天野 浩司<sup>1</sup>、池田 直樹<sup>2</sup>、蛭原 健<sup>1</sup>、加藤 文崇<sup>3</sup>、  
福永 睦<sup>3</sup>、大里 浩樹<sup>3</sup>

症例は62歳男性。気胸発症後の急性有癥性膿胸の治療目的で転院となった。転院前、他院で胸膜剥皮術が試みられたようだがその目的、所見などは不明であった（その治療過程で気管切開がなされ、左右胸腔ドレーンが3本留置され、MRSA の胸腔内感染のため LZD が使用されていた）。肺瘻や排膿も認めなかったが、胸部 CT で右胸郭縮小、胸膜肥厚、右肺拡張不全を認めたため、まず鏡視下に膿胸腔搔爬術を施行することとした。胸郭縮小と胸膜肥厚が極めて高度であったため、ポート作成に際しても分節的な肋骨切除を要した。この際、切除した壁側胸膜を病理診断に提出。胸膜の繊維性肥厚と形質細胞の集簇、IgG4/IgG 陽性細胞比高値から IgG4 関連胸膜疾患との診断を得た。搔爬後も肺瘻が遷延し肺尖に腔が残存したため、膿胸根治術として大胸筋弁充填術を施行し奏功を得た。IgG4 関連胸膜疾患の報告例は少なく、本症例に文献的考察を含めて報告する。

## C35

鈍的胸部外傷による遅発性血胸の 1 手術例

<sup>1</sup>大阪医科大学 胸部外科  
<sup>2</sup>星ヶ丘厚生年金病院 呼吸器外科

市橋 良夫<sup>1</sup>、越智 薫<sup>1</sup>、佐藤 澄<sup>1</sup>、森田 琢也<sup>1</sup>、  
時津 浩輔<sup>2</sup>、花岡 伸治<sup>1</sup>、勝間田敬弘<sup>1</sup>

鈍的胸部外傷後、遅発性に血胸を来した症例を経験したので報告する。[症例] 64歳、男性。脚立から転落し台車の取手で左側胸部を打撲し、左第7～12肋骨骨折（第8～10肋骨は2箇所骨折）を認め、安静入院加療し、受傷5日目に軽快退院となった。受傷22日目、歯磨き中、左胸部違和感、意識レベル低下を認め救急搬送され、左胸腔内に大量の胸水を認め、ドレナージを施行したところ、血性胸水が排出された。貧血が進行するため、当院に転院し手術を施行したところ、骨折した肋骨に肺が挟まれており、そこからの出血を認めた。挟まれた肺を部分切除し止血を行った。[考察] 胸部外傷による遅発性血胸は約5%と報告されているが、そのほとんどが肋間動脈からの出血である。本例は偏位を伴わない肋骨骨折であり、骨折した肋骨により肺が挟まっていたという極めて稀な例であり、遅発性血胸の考察を加えて報告する。

## C34

リンパ脈管筋腫症による両側性の難治性気胸の一例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科  
<sup>2</sup>同 病理

金沢 景文<sup>1</sup>、市川 善章<sup>1</sup>、鄭 賢樹<sup>1</sup>、谷浦 允厚<sup>1</sup>、  
植野 吾郎<sup>1</sup>、高山 昇一<sup>1</sup>、丸山憲太郎<sup>1</sup>、西原 政好<sup>1</sup>、  
権 五規<sup>1</sup>、島田 守<sup>1</sup>、李 喬遠<sup>1</sup>、岡 博史<sup>1</sup>、  
前田 環<sup>2</sup>

【症例】32歳男性。同時性の両側気胸で入院。胸腔ドレーンにて右肺は軽快したが左側は保存的に改善せず手術を行う。左肺尖部に2ヶ所の pinhole を認め、staple で楔状切除を行った。staple line からの肺瘻に対しては縫合や looping を施行したが胸膜の脆弱化を認めフィブリン糊やネオパールによる補強も加えた。術後は air leak が遷延し、約18日目に胸腔ドレーンを抜去し退院した。その約2ヶ月後に右の気胸が再発し手術を行った。左側同様に胸膜の脆弱を認め、術後の air leak は難治性で第13因子製剤や OK-432 の癒着療法で閉鎖し、術後30日目に退院となった。詳細な病理検索の結果 Lymphangiomyomatosis (LAM) が強く疑われた。

【考察】LAM は気胸で発症することがあり、生殖可能年齢の女性に発症する難治性疾患であるが男性は極めて稀なため、文献的考察を加えて報告する。

## C36

横隔膜弛緩症に対し胸腔鏡下横隔膜縫縮術を施行した 1 例

<sup>1</sup>刀根山病院 呼吸器外科

大瀬 尚子<sup>1</sup>、竹内 幸康<sup>1</sup>、林 明男<sup>1</sup>、須崎 剛幸<sup>1</sup>、  
小林 良司<sup>1</sup>、前田 元<sup>1</sup>

今回我々は完全鏡視下で低侵襲な横隔膜縫縮術を行い、呼吸機能と自覚症状の改善を認めた1例を経験したので報告する。症例：72歳女性。主訴：労作時呼吸困難感。30年前から左横隔膜拳上を指摘されていたが2012.9ごろから労作時の呼吸困難感を自覚し精査加療目的に入院となった。胸部X線写真では左横隔膜が弛緩し、第4肋骨腹側レベルまで拳上。呼吸時には縦隔が右側へ偏位していた。CT では左下葉の無気肺も認めた。呼吸機能検査は VC0.98L、% VC38%、FEV1.0 0.70L、FEV1.0% 97.2%と拘束性障害を認めた。胸腔鏡下横隔膜縫縮術(3ports, 1window)を施行。横隔膜を一部切開し、切開孔から胸腔鏡と鉗子を腹腔内に挿入し、経胸的に腸管の癒着がないことを確認し、切開部位を中心に鉗子に巻きつけるように横隔膜を把持し自動吻合器で切除した。術後9か月時点での呼吸機能は VC1.59L、% VC62.4%、FEV1.0 1.45L、FEV1.0% 88.4%と著明に改善し、自覚症状の改善も継続している。

## D01

脾静脈腫瘍塞栓を伴う膵神経内分泌癌の1例

<sup>1</sup>甲南病院 外科

山岸 沙莉<sup>1</sup>、塚本 好彦<sup>1</sup>、濱辺 豊<sup>1</sup>、宮下 勝<sup>1</sup>、  
森 正夫<sup>1</sup>、村松三四郎<sup>1</sup>、松田 武人<sup>1</sup>、村尾 眞一<sup>1</sup>、  
進藤美智子<sup>1</sup>

症例は81歳。男性高血圧にて外来加療中、特に自覚症状なく過ごされていたが、右鼠径ヘルニア診断のため腹部CT検査を施行したところ、膵尾部の腫大及び、脾臓近傍に約25mm大の腫瘤形成が指摘された。造影CT検査にて同部位は低吸収像、腹部MRI検査ではT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号であり、病変部では主膵管は描出されず膵癌が疑われた。また、胃大網動脈の拡張・造影不良があり、脾静脈は閉塞し静脈内に鑄型状の低吸収域が認められ、血栓ないし腫瘍塞栓が疑われた。術前診断：膵体尾部癌として、膵体尾部腫瘍切除術・脾臓合併切除術を施行した。病理組織診はneuroendocrine carcinoma、G3であり、脈管・静脈浸潤が極めて高度で膵臓内外の拡張した静脈内には腫瘍塞栓が多数形成され、脾臓内に転移を認めpM1、stage4bであった。脾静脈腫瘍塞栓を伴う膵神経内分泌癌の1例を経験したので報告する。

## D03

腎癌多発膵転移の1切除例

<sup>1</sup>奈良県立奈良病院 外科

<sup>2</sup>奈良県立奈良病院 救急科

中村 広太<sup>1</sup>、高 濟峯<sup>1</sup>、辻 泰子<sup>1</sup>、松坂 正訓<sup>2</sup>、  
向川 智英<sup>1</sup>、石川 博文<sup>1</sup>、渡辺 明彦<sup>1</sup>

患者は62才男性。平成19年3月左腎癌に対して体腔鏡下に左腎摘出術施行（pT2、N0、M0、pStageII）。以後再発なく経過していたが、平成23年11月のCT検査で膵体部と膵頭部の計2ヶ所に多血性腫瘍を認めた。腎癌膵転移または膵神経内分泌腫瘍を疑われ当科紹介となった。絶食試験、インスリン負荷試験、カルシウム負荷試験を施行したが、低血糖を認めず、インスリノーマは否定的であった。増大傾向を認め、膵以外に転移性病変のないことを確認のち、平成24年2月に膵体尾部脾切除術、膵頭部腫瘍核出術を施行した。手術標本の病理検査では腫瘍組織は腎細胞癌と一致し、腎癌膵転移と診断した。術後1年6ヶ月経過した現在患者は生存中である。腎癌膵転移の一切除例を経験したので若干の文献的考察を交え報告する。

## D02

腎細胞癌術後に膵転移をきたした1例

<sup>1</sup>大阪府立急性期・総合医療センター 外科

野口 侑記<sup>1</sup>、久保田 勝<sup>1</sup>、藤谷 和正<sup>1</sup>、岩瀬 和裕<sup>1</sup>、  
西村 正成<sup>1</sup>、松井 優紀<sup>1</sup>、野村 雅俊<sup>1</sup>、奥村雄一郎<sup>1</sup>、  
宮崎 進<sup>1</sup>、團野 克樹<sup>1</sup>、川田 純司<sup>1</sup>、松田 宙<sup>1</sup>、  
野村 昌哉<sup>1</sup>、青野 豊一<sup>1</sup>、吉田 洋<sup>1</sup>、田中 康博<sup>1</sup>

64歳男性。10年前に右腎細胞癌に対して右腎摘出術を施行。無再発で経過していた。術後9年目の経過観察の腹部CTで膵頭部に腫瘤を指摘され、ERCPの穿刺吸引細胞診ではPanIN-1Aであり経過観察とされていた。半年後のCTで増大傾向があり、神経内分泌腫瘍または腎細胞癌の膵転移の診断で手術の方針となった。膵頭十二指腸切除術を施行し、病理の最終診断は腎細胞癌の膵転移であった。腎細胞癌は血行性転移を来し易いが、膵への転移は転移症例中3%以下と稀である。一般的に腎細胞癌膵転移に対する治療法としては、化学療法や放射線療法は効果が期待できないため、全身状態が良好で転移巣が切除可能である場合、外科的切除が推奨されている。膵転移に関しては転移出現までの時間が長い程、長期予後が期待できる（非切除症例での5年生存率は0-50%、切除症例は75-88%）とされている。

## D04

退形成癌切除後に発生した異時性膵頭部浸潤性膵管癌の1切除例

<sup>1</sup>神戸大学 肝胆膵外科

平林 顕<sup>1</sup>、浅利 貞毅<sup>1</sup>、松本 逸平<sup>1</sup>、新関 亮<sup>1</sup>、  
後藤 直大<sup>1</sup>、田中 正樹<sup>1</sup>、山下 博成<sup>1</sup>、石田 潤<sup>1</sup>、  
味木 徹夫<sup>1</sup>、岡崎 太郎<sup>1</sup>、松本 拓<sup>1</sup>、木戸 正浩<sup>1</sup>、  
武部 敦志<sup>1</sup>、田中 基文<sup>1</sup>、藏満 薫<sup>1</sup>、福本 巧<sup>1</sup>、  
具 英成<sup>1</sup>

症例は63歳男性。2009年6月膵体尾部癌にて膵体尾部切除術を施行した。切除標本の病理診断は、退形成癌、pT3pN0sM0、fStageIIIであった。術後GEM（1000mg/m<sup>2</sup>）を6ヶ月間投与したのち、3ヶ月毎の腫瘍マーカーと画像診断で経過観察を行った。2013年4月腹部造影CT検査で残膵に腫瘍性病変を認めなかったが主膵管の拡張を認めた。ERCP検査で膵頭部主膵管に局限性の狭窄像を認め、同部位の擦過細胞診は腺癌であった。同年7月残膵癌の診断にて残膵全摘術を施行した。切除標本の病理診断は、tub1、pT3pN2sM0、fStageIVaであった。退形成癌の成分は含まれず膵管内にPanIN-1b相当の病変が散見された。退形成癌は浸潤性膵管癌の中でもまれな組織型で予後不良とされている。初回切除がR0手術で組織型が異なること、新規病変の発生まで比較的長期間経過していることから多中心性発生と考えられた。膵癌切除症例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。

## D05

膵腺房・神経内分泌混合癌 (mixed acinar-neuroendocrine carcinoma) の一切除例

<sup>1</sup>大阪府立成人病センター 外科

<sup>2</sup>大阪府立成人病センター 病理・細胞診断科

佐々木一樹<sup>1</sup>、秋田 裕史<sup>1</sup>、高橋 秀典<sup>1</sup>、杉村啓次郎<sup>1</sup>、三吉 範克<sup>1</sup>、本告 正明<sup>1</sup>、後藤 邦仁<sup>1</sup>、丸橋 繁<sup>1</sup>、岸 健太郎<sup>1</sup>、能浦 真吾<sup>1</sup>、藤原 義之<sup>1</sup>、大植 雅之<sup>1</sup>、矢野 雅彦<sup>1</sup>、左近 賢人<sup>1</sup>、長田 盛典<sup>2</sup>

61才、男性。心窩部痛の精査で膵腫瘍を指摘され当院紹介。CA19-9 5 U/ml、DUPAN-II < 25U/ml、CEA 2.7 ng/ml と正常範囲であった。腹部 CT では膵体尾部に 50mm 大の乏血性腫瘍を認め、脾動脈・脾静脈への浸潤が疑われた。体尾部腫瘍に対する EUS-FNA では、高度異型細胞を認め、免疫染色では、Trypsin(+),  $\alpha$ -1Antichymotrypsin (+), ChromograninA (+), Synaptophysin(+, focal) であった。また、ERP では、膵頭部主膵管狭窄、尾側主膵管拡張を認め、狭窄部位の擦過細胞診でも、同様の細胞が採取された。病変は膵頭部、膵体尾部の 2 か所に認められ、膵全摘を施行した。切除標本では、比較的均一な類円形の核を持つ腫瘍細胞が小型腺房状パターンで増生し、免疫組織化学でも、膵腺房細胞癌、神経内分泌腫瘍細胞癌の両者の形質が共発現していた。Ki-67 labeling index は 50% であった。最終診断は Mixed acinar-neuroendocrine carcinoma (Stage III (T3N0M0)) であった。

## D07

膵頭部神経鞘腫の 1 例

<sup>1</sup>市立堺病院 外科

福田 竜丸<sup>1</sup>、蛭原 健<sup>1</sup>、山本 為義<sup>1</sup>、清水 克修<sup>1</sup>、石垣 貴彦<sup>1</sup>、大久保 聡<sup>1</sup>、馬場谷彰仁<sup>1</sup>、加藤 文崇<sup>1</sup>、天野 浩司<sup>1</sup>、星野 宏光<sup>1</sup>、川端 良平<sup>1</sup>、川瀬 朋之<sup>1</sup>、中田 健<sup>1</sup>、木村 豊<sup>1</sup>、福永 睦<sup>1</sup>、大里 浩樹<sup>1</sup>

神経鞘腫は頭頸部、躯幹、縦隔、四肢などに好発するとされるが、膵近傍発症の神経鞘腫は比較的新聞である。症例は 60 歳男性。検診で便潜血陽性を指摘され精査にて盲腸癌と診断された。術前の精査目的に撮影された腹部造影 CT にて、膵頭部と幽門部の間に 4.5×3.5cm 大の境界明瞭で淡く造影される充実性腫瘍を認めた。MRCP で主膵管の拡張や腫瘍との交通は認めなかった。漿液性嚢胞腫瘍、GIST、神経原性腫瘍などが鑑別に挙げられた。EUS-FNA では血性成分のみであり、明らかな悪性所見は認められなかった。悪性腫瘍が否定出来ず、盲腸癌に対する回盲部切除術と同時に摘出術を施行した。十二指腸及び膵との間の剥離が困難であったため膵頭十二指腸切除術を施行した。摘出標本の病理像は、粘液腫状の基質を背景に紡錘形核を有する細長い細胞が束状に増生しており、神経鞘腫と診断された。膵頭部神経鞘腫に対し若干の文献的考察を加え報告する。

## D06

診断に苦慮した膵内脾嚢胞に対し、胃脾間膜、脾動静脈、および脾臓温存膵尾部切除を施行した一例

<sup>1</sup>神戸赤十字病院 外科

河本 慧<sup>1</sup>、西村 健<sup>1</sup>、湯浅 壮司<sup>1</sup>、田村 竜二<sup>1</sup>、岡本 貴大<sup>1</sup>、石堂 展宏<sup>1</sup>、門脇 嘉彦<sup>1</sup>

脾組織が異所性に脾実質内に存在し嚢胞を形成することは稀である。増大傾向にある膵尾部嚢胞に対して、膵尾部切除をし、膵内脾嚢胞の診断を得た症例を経験した。患者は 58 歳女性。2006 年に結腸癌にて手術を受け、その時に膵尾部嚢胞を指摘され、2012 年 10 月に両側頸部、胸部、腹部剝離にて治療を受けた際に、二房性嚢胞が増大していたため、胃脾間膜、脾動静脈、脾臓を温存し、膵尾部切除を施行した。組織学的に、膵尾部嚢胞は膵内異所性脾組織内の嚢状変性由来であり、多く報告される epidermoid cyst 由来ではなく、嚢胞壁は線維性結合組織の壁からなる稀なものであった。膵尾部良性腫瘍や境界病変などに対する脾臓を温存する手技も Warshaw や Kimura らの手術から、鏡視下手術へと移行しつつある。今回は開腹手術ではあったが、胃脾間膜、脾動静脈、脾臓を温存し、稀な膵内脾嚢胞を切除したので、文献的考察を加え報告する。

## D08

慢性膵炎の膵仮性嚢胞に対して嚢胞胃吻合術を施行した 1 例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科

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

膵炎に伴った仮性嚢胞はしばしば経験されるが、多くは自然消滅したり内視鏡や IVR にて治療される。今回我々は嚢胞と胃壁との間に強固な癒着が認められず、主膵管と嚢胞の交通が確認できないことから手術を選択した症例を経験した。【症例】44 歳、女性。5 年ほど前からアルコール性の慢性膵炎を繰り返し、近医で保存的治療を受けていた。心窩部・背部痛と黄疸のため当院に紹介された。一年半前の CT ではみられなかった瀰漫性膵石と膵頭部に最大径 7.5cm と 4.5cm の仮性嚢胞を認めた。また嚢胞の圧排による閉塞性黄疸をきたしていた。膵頭部の仮性嚢胞が多発であることと内視鏡的には十分な内ドレナージが困難と判断し、各仮性嚢胞に対しては嚢胞-嚢胞吻合術を加え、主たる嚢胞と胃後壁とを全層縫合し吻合した。術後経過は良好で術後 15 日に退院となった。膵仮性嚢胞の治療方針の選択には十分な検討が必要であり、文献的考察を加えて報告する。



## D09

胆嚢転移を伴う肝内胆管癌の1例

<sup>1</sup>京都大学 肝胆膵・移植外科

中村 清邦<sup>1</sup>、富山 浩司<sup>1</sup>、稲本 道<sup>1</sup>、中村 直彦<sup>1</sup>、山岡 竜也<sup>1</sup>、田浦康二郎<sup>1</sup>、藤本 康弘<sup>1</sup>、水本 雅己<sup>1</sup>、波多野悦朗<sup>1</sup>、上本 伸二<sup>1</sup>

症例は68歳女性、検診で肝腫瘍を指摘されて前医受診。肝転移伴う胆嚢癌または肝内転移伴う肝内胆管癌の診断で手術適応なしと判断されたが、セカンドオピニオンで当院紹介。画像上内側区域～外側区域に及ぶ巨大腫瘍と乳頭上腫瘍を伴う胆嚢壁肥厚を認めた。胆嚢を含む肝拡大左葉切除術を施行した。術後病理は主腫瘍は低分化型肝内胆管癌の診断で、胆嚢腫瘍は形態学的・免疫組織学的に主腫瘍からの転移巣と判断され、T2N0M1 stage 4の診断となった。術後TS-1による補助化学療法施行したが、術後6か月に肝S6に再発、リンパ節転移及び腹膜播種出現し、GEM・CCDPをはじめとした化学療法、放射線治療、TACEによる集学的治療施行したが、術後2年半で永眠された。診断におよび治療方針決定に難渋した胆嚢転移を伴う肝内胆管癌の一例を経験した。

## D11

肝細胞癌破裂に対し根治切除を施行した19例の検討

<sup>1</sup>関西医科大学 外科

坂口 達馬<sup>1</sup>、海堀 昌樹<sup>1</sup>、松井 康輔<sup>1</sup>、石崎 守彦<sup>1</sup>、松島 英之<sup>1</sup>、権 雅憲<sup>1</sup>

【はじめに】肝細胞癌破裂は重篤な病態を示し予後不良とされ、長期予後を期待するには一次的またはTAE後の二次的な肝切除が必要。根治切除を施行した肝細胞癌破裂症例について検討した。【対象】2000年から2013年4月に当科で経験した19例。【結果】背景肝はC型7例、B型4例、非B非C型8例（アルコール性4例）。4例が肝不全により術後在院死し、11例で癌再発を認めた。無再発生存期間、全生存期間の中央値はそれぞれ7.0か月、14.5か月で、3年生存8例、5年以上の長期生存5例であった（2013年8月時点）。術後在院死亡例は非在院死亡例と比較し、有意に腫瘍径が大きく手術時間が延長し、術中出血量が増加した。また術前血中アルブミン低値例は極めて予後不良。【考察】破裂症例であっても根治切除により長期生存が期待できる。しかし巨大肝癌症例では術前の状態不良、術中の大量出血が顕著であり治療戦略に関して更なる検討が必要。

## D10

肝癌に対する生体肝移植後3年4か月目に胸椎転移と診断し、切除し得た1例

<sup>1</sup>京都大学 肝胆膵・移植外科

佐藤 朝日<sup>1</sup>、海道 利実<sup>1</sup>、小川 晃平<sup>1</sup>、安近健太郎<sup>1</sup>、増井 俊彦<sup>1</sup>、福光 剣<sup>1</sup>、上本 伸二<sup>1</sup>

肝癌肝移植後異時に生じた孤立性骨転移の切除例を経験したので報告する。69歳男性。1999年C型肝炎に伴う肝細胞癌にて肝右葉切除術。以後再発し、再切除、局所療法、TACE、ソラフェニブなど行うも制御不良。2008年生体肝移植術施行。移植後早期にC型肝炎再発し、Peg-IFN/RBVにてSVR。術後1年目よりPIVKA-2上昇、PET、MRIにてTh7の転移が疑われたが無症状。以後もPIVKA-2上昇し、PETにて左鼠径リンパ節に集積あり切除したところ、悪性リンパ腫であった。2013年4月、両側下肢麻痺出現し、Th7の転移性腫瘍の診断で整形外科にてTES（脊髄全摘出術）施行。麻痺は次第に改善したPIVKA-2は13300→26 mAU/mlと低下。今後も厳重なフォローが必要であるが、1) 集学的治療後の肝移植、2) 移植後C型肝炎再発に対するSVR、3) 孤立性脊椎転移に対する切除、と横断的チーム医療の重要性を再認識した。

## D12

<sup>68</sup>Ga-DOTATOC-PETにて十二指腸原発巣を指摘し得た転移性肝神経内分泌腫瘍の一例

<sup>1</sup>神戸大学 肝胆膵外科

杉田 裕<sup>1</sup>、田中 基文<sup>1</sup>、木戸 正浩<sup>1</sup>、武部 敦志<sup>1</sup>、蔵満 薫<sup>1</sup>、木下 秘我<sup>1</sup>、小松 昇平<sup>1</sup>、福島 健司<sup>1</sup>、浦出 剛史<sup>1</sup>、宗 慎一<sup>1</sup>、新関 亮<sup>1</sup>、松本 逸平<sup>1</sup>、味木 徹夫<sup>1</sup>、福本 巧<sup>1</sup>、具 英成<sup>1</sup>

症例は74歳女性。高血圧、慢性B型肝炎にて近医通院中にCTで肝腫瘍を指摘された。精査にて肝細胞癌と診断し、肝S6亜区域切除術を施行したところ、病理での免疫染色でChromogranin A、synaptophysin、CD56陽性であり、神経内分泌腫瘍（NET）との診断であった。肝原発NETは非常に稀であるため、原発巣の精査を行ったが、EUSやFDG-PETでも指摘されなかった。そこで<sup>68</sup>Ga-DOTATOC-PETを施行したところ、十二指腸への集積を認めた。上部消化管内視鏡で十二指腸球部に隆起性病変を認め、生検上NETの確定診断を得た。現在追加治療を検討中である。<sup>68</sup>Ga-DOTATOC-PETは、ソマトスタチン受容体イメージングであり、欧州ではNETの転移検索を目的として一般的に用いられているが、NETの頻度が低い本邦では未だ臨床研究の段階である。今回、肝NETの原発巣検索に<sup>68</sup>Ga-DOTATOC-PETが有用であった本症例について、文献的考察を交えて報告する。

## D13

術前正診が困難であった肝血管筋脂肪腫 (AML) の 1 例

<sup>1</sup>八尾徳洲会総合病院 肝臓センター

<sup>2</sup>八尾徳洲会総合病院 外科

井上 雅文<sup>1</sup>、木村 拓也<sup>1</sup>、鯉田 五月<sup>1</sup>、松田 康雄<sup>1</sup>、松岡 信子<sup>2</sup>、牛丸 裕貴<sup>2</sup>、加藤 恭郎<sup>2</sup>

症例：77歳女性、主訴：肝腫瘍。既往歴：リウマチ熱、肝血管腫（2008年に径30mm、2010年に径40mm）。現病歴：2012年整形外科にて頸椎性脊髄症と診断、腹部スクリーニング検査にて肝腫瘍を指摘された。肝炎ウイルスは陰性、Liver damage A、腫瘍マーカーは正常範囲内。腹部USでは高エコー。腹部造影CTでは径60mm、一部が早期濃染し、その後辺縁より漸増型に造影された。EOB-MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で高信号、肝細胞相では肝実質より軽度低信号。DSAでは多血性で腫瘍濃染は持続、CT-APでは腫瘍内部に血管様の門脈血流を認めた。以上より増大する肝血管腫と診断し、肝後区域切除術を施行。病理学的診断では多数の脈管腔とその周囲に間葉系細胞と脂肪細胞の増生を認め、HMB-45が陽性にて肝血管筋脂肪腫と診断。AMLの術前診断は困難であり、多少の文献的考察を加えて報告する。

## D15

腹腔鏡下 (TANKO+1) に切除した肝限局性結節性過形成の一例

<sup>1</sup>京都府立医科大学附属北部医療センター

<sup>2</sup>京都府立医科大学消化器外科学教室

橋本 光<sup>1</sup>、藤田 周平<sup>1</sup>、荻野 真平<sup>1</sup>、石本 武史<sup>1</sup>、當麻 敦史<sup>1</sup>、中村 憲司<sup>1</sup>、落合答志哉<sup>1</sup>、大辻 英吾<sup>2</sup>

【症例】42歳女性【主訴】手術目的【現病歴】検診の胃カメラで胃粘膜下腫瘍を指摘され精査を行ったところ肝外側区域に最大径40mm大の腫瘍を指摘された。術前診断で原発性肝原発カルチノイドが疑われたため手術目的で紹介となった。【入院後経過】2013年7月4日、腹腔鏡下肝部分切除術を試行した。臍部に小切開を置きEZaccessを挿入、左季肋部に5mmポートを挿入しTANKO+1で手術を行った。術中特記すべき問題点なく終了し術後6日目に退院となった。病理検査の結果、肝限局性結節性過形成と診断され悪性所見は認めなかった。【考察】肝限局性結節性過形成は肝血管腫に次いで多い良性腫瘍であるが画像上HCC等との鑑別が困難であることも少なくない。今回我々は腹腔鏡下 (TANKO+1) に切除した肝限局性結節性過形成の一例を経験した。症例を慎重に選択しReduced port surgeryも肝切除術の選択肢の一つとなる可能性が示唆される。

## D14

肝嚢胞の経過観察中に発見された肝 Solitary fibrous tumor の一切除術

<sup>1</sup>大阪大学 消化器外科

三宅祐一朗<sup>1</sup>、濱 直樹<sup>1</sup>、富丸 慶人<sup>1</sup>、和田 浩志<sup>1</sup>、川本 弘一<sup>1</sup>、小林 省吾<sup>1</sup>、江口 英利<sup>1</sup>、永野 浩昭<sup>1</sup>、土岐祐一郎<sup>1</sup>、森 正樹<sup>1</sup>

症例は55歳の男性。2005年9月より肝右葉の10cm大の肝嚢胞に対して経過観察されていた。2011年7月の腹部超音波検査にて嚢胞背側に6cm大の低エコー領域を認めたが、腹部CT検査にて明らかな充実性腫瘍として描出されず経過観察となった。2012年2月の腹部超音波検査で低エコー領域は8cm大と増大傾向を認め、2012年9月の腹部MRI検査にてT2強調像で比較的均一な軽度高信号を示す充実性腫瘍として描出された。確定診断のために2013年1月に腫瘍の充実性部分の針生検を施行し、病理組織学的に孤立性繊維性腫瘍 (solitary fibrous tumor: 以下、SFT) と診断された。2013年4月、肝右葉切除術を施行した。腫瘍は12x7.2cm大の嚢胞を伴うSFTと最終診断された。肝臓原発のSFTは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## D16

鼠径ヘルニア嵌頓をきたしたS状結腸腹膜垂炎の1例

<sup>1</sup>PL病院 外科

<sup>2</sup>近畿大学 外科

清水 和幸<sup>1</sup>、曾我部俊介<sup>2</sup>、石川 真平<sup>1</sup>、久保田倫代<sup>1</sup>、井上 潔彦<sup>1</sup>、平井 昭彦<sup>1</sup>、塚本 義貴<sup>1</sup>、中尾 照逸<sup>1</sup>

症例は68歳、男性。3年前から左鼠径部膨隆に気付く。当科受診前日に同部の局所痛を発症。下腹部CT検査で左鼠径ヘルニア嵌頓、内容はS状結腸との診断を得た。当日、緊急手術を施行。左鼠径部に斜切開を加えヘルニア内容を確認したところ、ヘルニア内容物が全周性に癒着し還納困難なため、正中切開を加え腹腔内にヘルニア内容を還納した。ヘルニア内容はやや暗赤色を呈する7×3cmの腫瘍で、虚血による炎症をきたしたS状結腸腹膜垂であった。腹膜垂は壊死には陥っていなかったため切除せず、ヘルニア嚢にProloop plug (Lサイズ) を挿入・固定し、Onlay sheetを敷いて閉鎖した。術後経過は順調で術後10日目に退院となった。術後1カ月目のCT検査では、S状結腸腹膜垂の腫脹は認められなかった。腹膜垂の鼠径ヘルニア嵌頓症例は稀であり若干の文献的考察を加え報告する。

## D17

Amyand's hernia に急性虫垂炎を合併し一期的に腹腔鏡下手術した一例

<sup>1</sup>大阪厚生年金病院 外科

明浦 公彦<sup>1</sup>、青木 丈明<sup>1</sup>、安政 啓吾<sup>1</sup>、森本 芳和<sup>1</sup>、  
弓場 健義<sup>1</sup>、藤井 眞<sup>1</sup>、岩崎 輝夫<sup>1</sup>、赤丸 祐介<sup>1</sup>、  
河野恵美子<sup>1</sup>、谷口 嘉毅<sup>1</sup>、大久保悠祐<sup>1</sup>、岩本 和哉<sup>1</sup>、  
宋 智亨<sup>1</sup>、樋渡 勝平<sup>1</sup>、山崎 芳郎<sup>1</sup>

虫垂が嵌入了鼠径ヘルニアは Amyand's hernia と呼ばれ、鼠径ヘルニア中の頻度は1%程度とされる。症例は66歳男性。右鼠径部疼痛・膨隆にて当科へ紹介された。血液検査にて軽度の炎症反応を認め、腹部CTでは径10mmに腫大した虫垂が右鼠径管内へ脱出していた。症状軽度であったため入院にて抗生剤投与を行い、入院5日目に腹腔鏡下手術を施行した。腹膜鞘状突起に嵌入していた虫垂は気腹後に腹腔内へ自然還納された。虫垂は軽度に腫大していたが穿孔や膿苔は認めなかった。TAPP法にてヘルニアを修復した後に虫垂を切除した。病理組織学的検索ではカタル性虫垂炎であった。経過良好で術後6日目に退院した。Amyand's hernia に対して直視下に同一創でヘルニア修復と虫垂切除を行った報告はあるが、本症例では腹腔鏡下手術により詳細な観察と確実な修復が可能であった。手術の時期、虫垂炎の状態によってはメッシュの使用には検討の余地があると考えられた。

## D19

高齢者の巨大腹膜偽粘液腫の1例

<sup>1</sup>守口敬任会表院 外科

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

【症例】86歳女性。【既往歴】高脂血症。3ヶ月前より腹部膨満が急速に出現し、動悸や腹痛、尿量減少を認めたため当院に紹介された。腹部CTやエコーにて腹腔内に充満する巨大多房性腫瘍を認めた。腹水穿刺ではゼリー様物質が吸引され腹膜偽粘液腫と診断した。開腹所見では腹腔内にゼリー状の粘液塊を約8000g認め、デキストランや5%ブドウ糖液で洗浄して可及的に除去した。破裂した多房性の右卵巢嚢胞性腫瘍を認め卵巣癌が原発であった。手術は両側子宮付属器・虫垂・大網切除を行い腹腔内にCDPP50mg+MMC20mgを投与した。病理診断では右卵巢にMucinous adenocarcinomaを認めた。術後は圧迫症状は軽快し退院となり、術後3ヶ月の時点では明らかな再燃は認めていない。【考察】腹膜偽粘液腫は根治術は困難であるが、減量手術や補助的な抗癌剤投与は患者のQOL改善に有用と思われた。

## D18

尿管管遺残症に対し腹腔鏡下根治切除を施行した2症例

<sup>1</sup>奈良県立奈良病院 外科

<sup>2</sup>奈良県立奈良病院 救命救急センター

辻 泰子<sup>1</sup>、石川 博文<sup>1</sup>、向川 智英<sup>1</sup>、高 濟峯<sup>1</sup>、  
中村 広太<sup>1</sup>、松阪 正訓<sup>2</sup>、渡辺 明彦<sup>2</sup>

膣炎にて発症し腹腔鏡下に根治切除し得た尿管管遺残症の2例を経験したので報告する。いずれも膣からの排膿が持続し保存的加療を行うも軽快せず根治切除を施行した。症例1は34歳、男性。膣頭側と左右側腹部に計3カ所ポートを留置。膀胱頂部より超音波凝固切開装置を用いて尿管管を膣近傍まで剥離し、膣を縦切開して膿瘍腔とともに摘出した。根治切除は可能であったが膣下部操作がやや困難であった。症例2は48歳、男性。膣右側を弧状切開し膣周囲の膿瘍腔を剥離。感染防止のため膿瘍腔を袋に入れて腹腔内へ挿入し、同部位よりポートを留置。気腹後に左側腹部に2本のポートを留置し、膿瘍腔を牽引しながらそれに続く尿管管を良視野で膀胱頂部まで切離した。近年、尿管管遺残症に対する腹腔鏡手術の報告例は増加しつつあるが、特に膣下部操作では術野確保に工夫を要する。術前にポート挿入部位や手順を熟考することで、より安全で確実な切除が可能であった。

## D20

上行結腸閉鎖、穿孔を伴った腹壁破裂の1例

<sup>1</sup>大阪府立母子保健総合医療センター

山中 宏晃<sup>1</sup>、田附 裕子<sup>1</sup>、曹 英樹<sup>1</sup>、野村 元就<sup>1</sup>、  
出口 幸一<sup>1</sup>、松浦 玲<sup>1</sup>、米田 光宏<sup>1</sup>、福澤 正洋<sup>1</sup>

上行結腸閉鎖、回盲部結腸穿孔を合併した腹壁破裂の1例を経験した。症例は在胎週数37週1日、出生体重1998g、APSI/8の女児。心拍数低下にて緊急帝王切開にて出生した。胎児診断にて腹壁破裂と診断されていた。腹壁欠損孔は2.5cmで胃、小腸、結腸の脱出を認めた。上行結腸に完全離断型の結腸閉鎖を認め、回盲部腸管は浮腫が強く4cmの所で閉鎖し虫垂より3cmの部位に穿孔を認めた。また上行結腸以下の結腸はmicro colonとなっていた。Isolation bagに収納し直ちに腹壁閉鎖および回盲部結腸、閉鎖以降の下部結腸を人工肛門として造設した。術後40日目に人工肛門閉鎖術を行い生後80日目に退院となった。退院後は経過良好である。結腸閉鎖と腹壁破裂の合併は比較的稀で閉鎖は上行結腸が多い。自験例の様に穿孔まで至る場合は稀であるが穿孔の可能性も念頭においた周産期管理が必要であると考えられた。

## D21

腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TEP 法) 後に早期鼠径ヘルニア再発と鑑別が困難であった精索脂肪腫の1例

枚方市民病院 外科<sup>1</sup>

大関 舞子<sup>1</sup>、木下 隆<sup>1</sup>、井上 仁<sup>1</sup>、鱒渕 真介<sup>1</sup>、齋藤 明菜<sup>1</sup>、森田 眞照<sup>1</sup>

症例は72歳、男性。右鼠径部の膨隆を主訴に当科を受診し、右鼠径ヘルニアの診断で腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TEP 法) を施行した。手術所見では日本ヘルニア学会の鼠径部ヘルニアの分類で II-3 型であった。術後2日目に右鼠径部の膨隆を自覚し、CT 検査にて鼠径ヘルニアの再発が疑われたため、再手術を施行した。腹腔鏡にて腹腔内と腹膜前腔を観察したが、メッシュの位置のずれもなく、再発所見は認めなかった。鼠径管内を観察すべく腹膜前腔での操作にて、鼠径管後壁の横筋筋膜を一部切開すると精索脂肪腫を認め、鼠径部の膨隆の原因と判断し摘出した。術後は鼠径部の膨隆を認めず、術翌日に退院となった。今回、腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TEP 法) 後早期の鼠径ヘルニア再発と鑑別が困難であった精索脂肪腫の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。

## D23

イレウスを発症した内ヘルニアの1例

<sup>1</sup>市立池田病院 消化器外科

<sup>2</sup>市立池田病院 外科

渡邊 卓次<sup>1</sup>、福崎 孝幸<sup>1</sup>、富永 佑晃<sup>1</sup>、森 総一郎<sup>1</sup>、飛鳥井 慶<sup>1</sup>、酒田 和也<sup>1</sup>、足立 真一<sup>1</sup>、安座間 隆<sup>2</sup>、森本 修邦<sup>1</sup>、平尾 隆文<sup>1</sup>、柴田 邦隆<sup>1</sup>

【はじめに】イレウスの一因に内ヘルニアがあるが、術前診断が困難なため緊急手術となり、腸切除を要することも多い。今回準緊急で腹腔鏡下に対処し、腸切除を回避できた症例を経験した。【症例】27歳女性【経過】2013年7月夕食後に心窩部痛・嘔吐を認め、当院受診。造影CTではトライツ靭帯から腹側に偏位した空腸が胃小弯まで上行し、closed loop を形成するも小腸壁の造影効果は良好であった。術前は横行結腸間膜ヘルニアを疑い、準緊急に腹腔鏡下イレウス解除術を施行した。腹腔内を観察すると横行結腸の腹側でトライツ靭帯近傍の空腸が網嚢内に嵌入しており、網嚢ヘルニア嵌頓によるイレウスと診断した。還納すると小腸の明らかな虚血は認めず、ヘルニア門閉鎖術を施行した。術後は経過良好で術後4日目に軽快退院となった。【まとめ】イレウスを発症した内ヘルニアに対して腹腔鏡手術が有用であった1例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

## D22

当科における腹膜前腔アプローチ 単孔式腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (SILS-TEP 法) の成績

<sup>1</sup>大阪警察病院 外科

今中 岳洋<sup>1</sup>、若杉 正樹<sup>1</sup>、鳥 正幸<sup>1</sup>、上島 成幸<sup>1</sup>、大森 健<sup>1</sup>、鄭 充善<sup>1</sup>、益澤 徹<sup>1</sup>、西沢佑次郎<sup>1</sup>、村西耕太郎<sup>1</sup>、浦川 真哉<sup>1</sup>、額原 敦<sup>1</sup>、芝 瑞穂<sup>1</sup>、高 正浩<sup>1</sup>、赤松 大樹<sup>1</sup>

【目的】単孔式腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (SILS-TEP 法) の成績を報告する。【手術手技】臍下に皮切を置き、腹直筋後鞘と腹直筋とを剥離する。ラッププロテクターミニ、E・Zアクセスを用いて気腹する。腹膜前腔を剥離し、ヘルニア嚢処理を行う。3D Max Light をアプソーバックで恥骨、クーパー靭帯、腹横筋腱膜弓上外側に固定し、脱気する。【結果】男性93例、女性15例。平均年齢64.9歳。片側ヘルニア94例、両側ヘルニア14例。日本ヘルニア学会ヘルニア分類 JHS I-1:13部位、I-2:51部位、I-3:10部位、II-1:11部位、II-2:12部位、II-3:9部位、III:3部位、IV:7部位、再発ヘルニア6部位。平均手術時間片側ヘルニア93.8分、両側ヘルニア146.3分。平均術後在院日数3.3日。前方アプローチへの術式移行2例、ポート挿しなおしを1例認めた。漿液腫7例以外の合併症なし。ヘルニア再発なし。【結語】SILS-TEP は安全で有用な術式であると考えられた。

## D24

子宮広間膜裂孔に生じた内ヘルニアの2例

<sup>1</sup>市立吹田市民病院 外科

加藤 亮<sup>1</sup>、和田 佑馬<sup>1</sup>、牧野俊一郎<sup>1</sup>、武岡 奉均<sup>1</sup>、岡田 一幸<sup>1</sup>、柳沢 哲<sup>1</sup>、岡村 修<sup>1</sup>、福地 成晃<sup>1</sup>、戎井 力<sup>1</sup>、村田 幸平<sup>1</sup>、横内 秀起<sup>1</sup>、衣田 誠克<sup>1</sup>

【はじめに】子宮広間膜裂孔に生じた内ヘルニアの2例を経験した。【症例1】51歳女性。心窩部痛を自覚し近医受診。症状改善せず第5病日に当院受診。腹部CT検査で、子宮右側、右卵管の尾側に嵌入した拡張した小腸を認め、子宮広間膜欠損孔の内ヘルニアの可能性が示唆された。保存的加療では症状の改善に乏しく入院後3日目に手術を施行。右子宮間膜欠損孔より回腸の嵌頓を認め用手完納を試みるも絞扼が高度であり子宮靭帯の一部を切離し還納した。【症例2】59歳女性。下腹部痛を自覚し当院受診。腹部CT検査では、子宮背側、ダグラス窩に迷入し拡張した小腸を認め、絞扼を来している可能性あり緊急手術を施行した。左子宮広間膜内に約3cmの裂孔あり、回腸の嵌頓を認め用手整復施行。軽度の色調不良を認めるのみで裂孔閉鎖した。【結語】本疾患は、女性の内ヘルニアの鑑別診断に加える必要があり、CT検査が診断の有力な手段になると考えられた。

## D25

大網裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスの1例

<sup>1</sup>神戸労災病院 外科

大西 貴久<sup>1</sup>、小南 裕明<sup>1</sup>、下山 勇人<sup>1</sup>、上野 公彦<sup>1</sup>、川崎健太郎<sup>1</sup>、佐溝 政広<sup>1</sup>、山本 正博<sup>1</sup>

症例は開腹手術歴のない82歳男性で、腹痛を主訴に来院した。初診時採血、腹部CTで明らかな異常は見られず、急性胃腸炎の疑いで入院治療を開始した。その後も腹痛が持続したため再度腹部CTを撮影した結果、臍右側で小腸の通過障害と著名な腹水の増加が指摘され絞扼性イレウスが強く疑われた。同日緊急手術を施行、腹腔鏡で観察したところ、大網裂孔ヘルニアと診断された。イレウスを解除、血流障害は可逆性と判断し腸管切除は行わなかった。大網裂孔ヘルニアは大網欠損部位に腸管が陥入して発生する内ヘルニアの一つで陥入様式により5型に分類されている。自験例はこのうちA型であった

## D27

完全腹腔鏡下部分切除が有効であった十二指腸水平脚血管腫の1例

<sup>1</sup>神戸大学 食道胃腸外科

西 将康<sup>1</sup>、中村 哲<sup>1</sup>、金治 新悟<sup>1</sup>、山本 将士<sup>1</sup>、金光 聖哲<sup>1</sup>、山下 公大<sup>1</sup>、今西 達也<sup>1</sup>、角 泰男<sup>1</sup>、鈴木 知志<sup>1</sup>、田中 賢一<sup>1</sup>、掛地 吉弘<sup>1</sup>

【はじめに】近年十二指腸腫瘍に対する腹腔鏡手術の報告が散見されるが、十二指腸水平脚腫瘍に対する報告は少ない。今回我々は十二指腸水平脚血管腫に対して完全腹腔鏡下局所切除を施行した1例を経験したので報告する。【症例】43歳男性。貧血精査にて十二指腸および回腸血管腫からの出血が疑われた。内視鏡治療困難の判断にて当科紹介。手術は腹腔鏡下にて5ポートで施行。Kocher 授動を下大静脈が露出するレベルまで行い、下十二指腸角から約3cm 肛門側の十二指腸水平脚前壁に存在する血管腫を確認。内視鏡と腹腔鏡にて確認しつつ、血管腫を含めて十二指腸壁を全層切除。切除部閉鎖は鏡視下手縫い縫合にて施行。回腸血管腫は臍より創外にて切除。術後経過良好で術後9日目に退院。【まとめ】各ポートを有効に使用し、周囲臓器を十分授動することで良視野にて安全に施行可能。十二指腸水平脚の良性腫瘍に対して有用な術式と考え、報告する。

## D26

メッシュ留置部の腹膜と腸間膜との癒着による鼠径ヘルニア術後イレウスの一例

<sup>1</sup>NTT 西日本大阪病院 外科

西田謙太郎<sup>1</sup>、藤田正一郎<sup>1</sup>、柳川 雄大<sup>1</sup>、藤江裕二郎<sup>1</sup>、橋本 和彦<sup>1</sup>、吉田 哲也<sup>1</sup>、大西 直<sup>1</sup>、東野 健<sup>1</sup>、今岡 真義<sup>1</sup>、門田 卓士<sup>1</sup>

症例は76歳男性。既往歴は5年前・10年前に右・左鼠径ヘルニア（ともにメッシュプラグ法で治療）であった。上腹部痛を主訴に当院内科を受診した。受診時は腹部全体に圧痛ならびに反跳痛を認めた。血液検査では白血球の増加を認めた。腹部単純CTで小腸の拡張ならびに腹水を認め、さらに小腸間膜の脂肪織の濃度上昇・腸間膜の放射状の引きつれ像を認めた。絞扼性イレウスと診断し緊急手術を施行した。手術所見は、メッシュプラグ留置部の腹膜と小腸間膜との間に形成された索状物により、回盲部から約50cm 口側の回腸の間膜が絞扼し、腸管壊死を来していたため小腸部分切除術を施行した。術後経過は良好で第19病日に退院となった。鼠径ヘルニア術後の留置メッシュに起因するイレウスについて文献的考察を加え報告する。

## D28

大量出血を来した十二指腸球部 GIST の1例

<sup>1</sup>市立芦屋病院 外科

佐々木 亨<sup>1</sup>、田守登茂治<sup>1</sup>、浦野 尚美<sup>1</sup>、田中 靖士<sup>1</sup>、水谷 伸<sup>1</sup>、小川 法次<sup>1</sup>、小関 万里<sup>1</sup>

患者は69歳、女性。ふらつき、黒色便を主訴に来院。第1病日に高度貧血（Hb3.7g/dL）あり、上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部に delle を伴う拍動性の SMT を認めた。腹部造影CT検査で enhance あり血流に富む腫瘍が示唆され出血性十二指腸腫瘍が疑われた。再出血の懸念があり翌日手術を行うこととした。術中十二指腸球部前壁に約3cm 大の腫瘤を認め、十二指腸球部から胃前庭部までを切除した。病理診断の結果、十二指腸球部 GIST と診断された。術後経過は良好で第26病日に退院した。消化管間葉系腫瘍のうち大部分を GIST が占め、胃が60-70%と最も多く、次いで小腸が20-30%、うち十二指腸が3-5%でその中でも球部は12%と報告されている。今回非常に稀な十二指腸球部に発生した GIST の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## D29

原因不明の後腹膜血腫により十二指腸狭窄を呈した2例

<sup>1</sup>医療法人 川崎病院外科

北川 彰洋<sup>1</sup>、藤川 正博<sup>1</sup>、木許 健生<sup>1</sup>、五福 淳二<sup>1</sup>、  
木村 聡宏<sup>1</sup>、柴北 宗顕<sup>1</sup>、阪尾 淳<sup>1</sup>、殿元 康仁<sup>1</sup>、  
山本 稔<sup>1</sup>

(はじめに) 今回原因不明の後腹膜血腫により十二指腸狭窄を呈した2症例を経験したので若干の考察を加え報告する。【症例1】44歳女性。腹痛、嘔吐を主訴に入院。腹部造影CTにて十二指腸下行脚から水平部に84×65mm大のhigh densityの腫瘤を認め、腫瘤によって十二指腸は著明に圧排狭小化していた。腫瘤内部に造影剤のextravasationを認めたため腔假性動脈瘤からの出血等が疑われた。保存的治療を行ったが入院後貧血の進行を認めたものの、十二指腸閉塞症状も第21病日には改善。経口摂取可能となり第25病日退院。【症例2】51歳男性。食欲不振、上腹部不快感を主訴に入院。腹部エコー・CTにて約15cm大の小腸間膜内腫瘍を疑い手術を施行したが腫瘍内容は古い凝血塊であり小腸間膜内血腫と診断された。(結語) 今回の2症例の後腹膜血腫の確証はないもののアルコール多飲の生活歴があり腔周囲の小仮性動脈瘤からの出血が疑われた。

## E02

胃GISTに対してLECS(Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery)を施行した一例

<sup>1</sup>北播磨総合医療センター 外科

<sup>2</sup>北播磨総合医療センター 消化器内科

村田 晃一<sup>1</sup>、沢 秀博<sup>1</sup>、御井 保彦<sup>1</sup>、水本 拓也<sup>1</sup>、  
大坪 大<sup>1</sup>、岡 成光<sup>1</sup>、前田 裕巳<sup>1</sup>、黒田 大介<sup>1</sup>、  
田中 克英<sup>2</sup>、佐貫 毅<sup>2</sup>、山田 恭孝<sup>2</sup>、境 秀樹<sup>2</sup>、  
家本 孝雄<sup>2</sup>、林 宏樹<sup>2</sup>、堀 順子<sup>2</sup>

【症例】79歳男性。胃体上部後壁に約30mm大の胃粘膜炎下腫瘍を指摘されフォローされていた。2012年EUS-FNA施行しCD34、c-kit陽性にて胃GISTと診断された。腫瘍は胃体上部後壁小彎側に食道胃接合部近傍に存在していたため、LECSの方針となった。手術は腹腔鏡下に大網を切開し胃後壁を露出し腫瘍を確認した。続いて内視鏡下に粘膜炎層まで全周切離を行った後、胃壁を一部全層切開した。漿膜筋層切離を半周行い、残りの半周は腹腔鏡下に超音波凝固切開装置を用いて切離した。胃壁欠損部は変形が最小限になるように自動縫合器で閉鎖した。内視鏡にて胃内の通過性が問題ないことを確認した。摘出腫瘍は29×24×17mmであった。術後経過は良好で術後12日目に退院となった。退院後体重減少なく、食事摂取量も変化なかった。【結語】胃粘膜炎下腫瘍に対しLECSの一例を経験した。切除範囲が少なく、機能温存を考慮したこの術式は有用と考えられた。

## E01

壁内、管外発育型GISTの一例

<sup>1</sup>多根総合病院 外科

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

症例は79歳女性。食思不振、ふらつきが出現し、その翌日に呂律困難も出現したため当院に搬送された。来院時採血でHGB4.9と貧血を認め、腹部CTにて胃内に軟部陰影を認めたため、上部消化管出血による貧血を疑い入院となった。入院後の上部消化管内視鏡検査では穹窿部に径5cm大の粘膜炎下腫瘍を認め、一部潰瘍を認めた。生検での病理組織学的検査にてGISTと診断された。遠隔転移の検索目的に造影CT施行したところ、既知の胃内の腫瘍以外に腹部食道にも同様の腫瘍を認め、連続した壁内、管外発育の混合型(ダンベル型)の病変と考えられた。明らかな遠隔転移を認めなかったため、開腹胃局所切除施行となった。今回我々はダンベル型GISTに対する胃局所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。

## E03

肝転移を伴う大腸多発癌と巨大胃GISTの同時性重複の1例

<sup>1</sup>西宮市立中央病院 外科

竹本 有里<sup>1</sup>、岡 義雄<sup>1</sup>、上村 尚<sup>1</sup>、岡田おおる<sup>1</sup>、  
中根 茂<sup>1</sup>、三宅 泰裕<sup>1</sup>、桧垣 直純<sup>1</sup>、村上 雅一<sup>1</sup>、  
林田 博人<sup>1</sup>、根津理一郎<sup>1</sup>

(はじめに) 消化管の間葉系腫瘍であるgastrointestinal stromal tumor(GIST)の報告例は増えており、癌との重複例も散見される。今回われわれは肝転移を伴う大腸多発癌と巨大胃GISTが同時に重複した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。(症例)80歳代男性。2013年5月血中ALP高値のため近医で精査。CT検査で大腸肝弯曲部付近と盲腸に腫瘍、肝両葉に低吸収域多発、左横隔膜下に巨大腫瘍を認め当科紹介。大腸内視鏡検査で肝弯曲部付近に全周性の腫瘍、上部消化管内視鏡検査で噴門から穹窿部、体中部小彎にかけて血管増生、大弯側に軽度隆起。肝転移横行・盲腸癌+胃または大網由来のGIST疑いと診断し、手術(胃局所切除術+右半結腸切除術+肝部分切除術)。最終的に、上行結腸癌+盲腸癌+結腸癌肝転移+胃GISTと診断。術後経過は良好であった。(結語)今回、肝転移を伴う大腸多発癌と巨大胃GISTが同時に重複した1例を経験したので報告した。

## E04

胃粘膜下腫瘍として切除治療を行なった、胃アニサキス症の1例

<sup>1</sup>奈良県立奈良病院 外科

松阪 正訓<sup>1</sup>、辻 泰子<sup>1</sup>、中村 広大<sup>1</sup>、向川 智英<sup>1</sup>、石川 博文<sup>1</sup>、高 清峯<sup>1</sup>、渡辺 明彦<sup>1</sup>

【症例】59歳、女性【現病歴】心窩部痛と嘔気を繰り返し、胃カメラで体中部小弯に0-IIa+IIc様の病変を認め、早期胃癌の疑いで当院紹介【当院での経過】3週後のカメラにて、胃病変はSMT様に変化しており、EUSで第4層由来の低エコー腫瘍として描出され、GISTの診断にて外科的治療を実施【手術時所見】腹腔鏡補助下胃部分切除術を行い、肉眼ではgranulomaの所見【病理所見】好酸球性膿瘍を認める肉芽腫であり、その中に寄生虫体の一部である光輝性の無構造物を認め、寄生虫感染症・胃アニサキス症と診断【考察】胃粘膜下腫瘍の形態を呈した胃アニサキス症は過去にも報告例あり、実際の臨床現場において胃アニサキス肉芽腫とGISTの鑑別はEUSでも困難な場合が多い。当症例では抗アニサキス抗体が陽性である事、メダカの摂取歴がある事等が後に判明したが、GIST診療においては、腹痛や悪心嘔吐を認める場合は病歴聴取や抗体検査を念入りに実施する必要がある。

## E06

EBV関連胃癌の2例

<sup>1</sup>西神戸医療センター 外科・消化器外科

井上 貴裕<sup>1</sup>、姜 貴嗣<sup>1</sup>、小寺澤康文<sup>1</sup>、吉田 真也<sup>1</sup>、住井 敦彦<sup>1</sup>、安川 大貴<sup>1</sup>、松浦 正徒<sup>1</sup>、長井 和之<sup>1</sup>、石井 隆道<sup>1</sup>、伊丹 淳<sup>1</sup>、京極 高久<sup>1</sup>

症例は71歳女性と62歳男性。1例は胃体下部大弯の1型進行胃癌と体上部の0-IIc病変に加え、腹部CTで大弯のリンパ節腫脹を認め、T3N1M0 cStageIIBの診断で、開腹下に胃全摘、脾摘、胆摘を施行した。1例は胃体上部に1型進行胃癌を認め、T2N0M0 cStageIBの診断で、腹腔鏡下胃全摘術を施行した。病理組織診断では、いずれも免疫組織化学的にEBER陽性で、EBV関連胃癌のStage IAと診断された。それぞれ術後263日間、181日間無再発経過中である。EBV関連胃癌はEBV非関連胃癌と比較すると、低分化癌の割合が多いが、尿管侵襲とリンパ節転移の頻度が低く、予後は同病期のものより良好とされる。術前に診断できれば手術やリンパ節郭清を縮小できる可能性があるため、胃癌患者では本疾患の可能性を念頭に置く必要がある。比較的稀なEBV関連胃癌の2例を経験したので報告する。

## E05

胃癌術後に多発性脳梗塞を呈したTrousseau症候群の1例

<sup>1</sup>大阪厚生年金病院 外科

樋渡 勝平<sup>1</sup>、谷口 嘉毅<sup>1</sup>、弓場 健義<sup>1</sup>、藤井 眞<sup>1</sup>、森本 芳和<sup>1</sup>、岩崎 輝夫<sup>1</sup>、赤丸 祐介<sup>1</sup>、安政 啓吾<sup>1</sup>、河野恵美子<sup>1</sup>、大久保悠祐<sup>1</sup>、岩本 和哉<sup>1</sup>、青木 丈明<sup>1</sup>、宋 智亨<sup>1</sup>、山崎 芳郎<sup>1</sup>

悪性腫瘍に起因した凝固能異常による脳梗塞はTrousseau症候群と呼ばれ、様々な神経症状を呈する傍腫瘍性神経症候群であり予後不良な病態である。本邦報告例は散見される程度であり、若干の文献的考察を加え報告する。[症例]69歳男性。食欲低下を主訴に当院を受診した。胃体部に4型腫瘍を認めcT4a N3 M0 stage3Cの胃癌と診断し、胃全摘、D1+郭清、R0、Roux en Y法再建術を施行。MLU Cir type4 65mm por1 pT4a pN3b (27/49) M0 stage3C R0であった。術後経過は概ね良好であったが、術後13日目に右上肢の筋力低下と視力低下が出現し、その翌日には意識レベルの低下を認めた。頭部MRIにて、両側大脳皮質や両側小脳半球に多発性梗塞を認めた。エダラボン、オザグレルを開始したが、症状の改善はわずかであった。同時にリハビリテーションを開始したが、次第に腹水の増加を認め、癌性腹膜炎のため術後73日目に死亡した。[結語]担癌患者は血液過凝固状態なことを念頭に置く必要がある。

## E07

H. pylori陰性の若年者胃癌の一例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科

<sup>2</sup>森川クリニック

出原 啓介<sup>1</sup>、森川 浩志<sup>2</sup>、河合 英<sup>1</sup>、李 相雄<sup>1</sup>、田代圭太郎<sup>1</sup>、田中 亮<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

われわれはH. pylori陰性の若年者胃癌の一例を経験したので報告する。患者は39歳の女性。黒色便を主訴に近医で上部消化管内視鏡検査を施行され、胃体中部大弯に2型進行胃癌を指摘された。同医で施行された迅速ウレアーゼ試験、抗体測定、およびペプシノゲン法は、いずれも陰性であり、H. pylori陰性胃癌の術前診断にて当科紹介され、腹腔鏡下幽門側胃切除（D2郭清）を施行した。病理組織診断は、M、Gre、2型、27×18mm、por2 > sig/tub2、pT3(SS)、ly2、v0、pN2、P0、H0、CY0、M0、Stage3Aであった。現在、術後補助化学療法を行っている。近年、本邦における胃癌発生の主因はH. pylori感染であり、H. pylori陰性胃癌は極めて稀であることが明らかとなってきた。諸家の報告によると、H. pylori陰性胃癌の頻度は0.55～3.6%であり、未分化型で女性に多いとされている。今回、若干の文献的考察を加え報告する。

## E08

術後2年間無再発生存している Krukenberg 腫瘍を伴う胃癌の一例

<sup>1</sup>近畿大学医学部奈良病院 外科

<sup>2</sup>近畿大学医学部奈良病院 臨床検査部

三浦 健<sup>1</sup>、藤原 由規<sup>1</sup>、河合 賢二<sup>1</sup>、磯野小百合<sup>1</sup>、原 謙次<sup>1</sup>、木谷光太郎<sup>1</sup>、辻江 正徳<sup>1</sup>、湯川 真生<sup>1</sup>、太田 善夫<sup>2</sup>、井上 雅智<sup>1</sup>

【はじめに】Krukenberg 腫瘍を伴う胃癌は、切除しえたととしても2年以内に死亡することが多い予後不良な病態である。今回我々は Krukenberg 腫瘍を契機に胃癌を発見し、集学的治療にて術後2年間無再発生存している症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】48歳女性で下腹部腫瘍を主訴に当院婦人科受診し子宮筋腫を指摘。子宮筋腫核出術目的で開腹した所、径2.5cm大の左卵巢腫大を認め、迅速病理診断にて中分化型管状腺癌と診断。単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術、大網切除術を施行。術後内視鏡検査にて胃体部に3型胃癌を認め、他に遠隔転移や腹膜播種を認めないため、根治を目的として幽門側胃切除術(D2郭清)を施行。術後補助化学療法としてTS-1、クレスチンを1年間内服し、術後2年間再発を認めず経過している。

【結語】Krukenberg 腫瘍を伴う胃癌に対して切除術、術後補助化学療法を行い2年間無再発生存が得られている症例を経験した。

## E10

高 CEA 血症を契機に発見され、術前画像診断と病理診断に乖離を認めた進行胃癌の一例

<sup>1</sup>大阪大学 消化器外科

大橋 朋史<sup>1</sup>、宮崎 安弘<sup>1</sup>、高橋 剛<sup>1</sup>、黒川 幸典<sup>1</sup>、山崎 誠<sup>1</sup>、宮田 博志<sup>1</sup>、瀧口 修司<sup>1</sup>、中島 清一<sup>1</sup>、森 正樹<sup>1</sup>、土岐祐一郎<sup>1</sup>

症例は60歳、女性。乳癌術後フォロー中に経時的な CEA 値の上昇を認め、PET-CT を施行したところ、#8a リンパ節のみに FDG 異常集積を認めた。原発巣検索では、上部内視鏡検査にて早期胃癌を認めたが、内視鏡及び CT 検査上、深達度は T1a(M) と考えられ、同病変から #8a リンパ節転移の可能性は低いと考えられた。しかしながら全身検索の結果、他の疾患は認めず、本症例に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術(D2+14v 郭清、B-1 吻合)を施行した。病理所見では深達度は pT3(SS)、FDG 異常集積を認めた #8a リンパ節は胃癌のリンパ節転移病変であった。pT3、N2、M0、Stage3A の病理結果であり、術前診断との間に大きな乖離を認めた。本症例の如く著明な高 CEA 血症を認める場合は、画像所見と病理所見との間に乖離を認める可能性も考慮した上で、胃癌手術における至適なリンパ節郭清を行うことが重要と考えられた。

## E09

胃癌再発、Krukenberg 腫瘍と腹膜播種を同時に切除し得た一例

<sup>1</sup>宇治徳洲会病院

碓井 太雄<sup>1</sup>、竹田 善紀<sup>1</sup>、仲原 英人<sup>1</sup>、小林 壽範<sup>1</sup>、菱川 恭子<sup>1</sup>、高岸 智子<sup>1</sup>、日並 淳介<sup>1</sup>、富山 英紀<sup>1</sup>、梶原 正章<sup>1</sup>、板野 秀樹<sup>1</sup>、金児 潔<sup>1</sup>、仲井 理<sup>1</sup>、増田 道彦<sup>1</sup>

症例は69歳女性。6年前に他院にて stage2 胃癌に対して胃全摘と胆嚢・脾臓合併切除を施行された。1年前に腹膜播種による回盲部と直腸への浸潤を認めた。この為化学療法(S-1+CDDP)を施行されたが、骨盤内を広範に占拠する10cm大の腫瘍も認めた。その後免疫療法を施行されたが改善はなく当院に受診となった。しかし化学療法での治療を希望しなかったことから下腹部の圧迫症状の改善と通過障害の改善を目的として手術を行った。開腹時、右卵巢腫瘍(Krukenberg 腫瘍)とダグラス窩の腹膜播種が回盲部と直腸にまで及んでおり、右卵巢腫瘍切除及び回盲部・直腸合併切除術を施行した。術後21日目に退院、その後2ヶ月が経過しているが経過良好である。胃癌が腹膜播種性に再発した場合基本的に手術適応がないとされている。本症例では緩徐な再発経過と再発部位の限局性から外科的切除による症状改善と予後の改善も期待できる。文献的考察を加えてここに報告する。

## E11

トラスツズマブ併用化学療法により、根治手術が可能となった HER2 陽性 Stage4 胃癌の2例

<sup>1</sup>市立堺病院 外科

石垣 貴彦<sup>1</sup>、清水 克修<sup>1</sup>、蛸原 健<sup>1</sup>、加藤 文崇<sup>1</sup>、大久保 聡<sup>1</sup>、馬場谷彰仁<sup>1</sup>、星野 宏光<sup>1</sup>、川端 良平<sup>1</sup>、川瀬 朋乃<sup>1</sup>、山本 為義<sup>1</sup>、中田 健<sup>1</sup>、木村 豊<sup>1</sup>、福永 睦<sup>1</sup>

【症例1】74歳、男性。2型胃癌 cT3N1M1(lym)stage4 [por1 HER-2(3+)] と診断。1次治療(S-1+CDDP)2次治療(CPT-11)施行したが、抵抗性となった為、3次治療に、W-PTX+トラスツズマブを施行。4ヶ月で鎖骨上LN転移が消失。その後1年間PR継続した為、幽門側胃切除術を施行。病理診断は T3N0M0P0CY0。組織学的効果判定は Gradel1a、HER2(3+)であった。術後3ヶ月無再発生存である。【症例2】77歳、男性。2型胃癌 cT4aN1M1H1 stage4 [tub1 HER-2(2+)] と診断。1次治療に S-1+トラスツズマブを施行。5ヶ月後肝転移が消失し、3ヶ月後に胃全摘術を施行。病理診断は T2N2M0P0CY0。組織学的効果判定は Gradel1b、HER2(2+)であった。術後2ヶ月無再発生存中である。【まとめ】トラスツズマブを併用することにより奏効率が高くなることが TOGA 試験、HERBIS-1 試験により示された。今回、トラスツズマブ併用により、根治手術が可能になった2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。



## E12

胃癌術後の拳上空腸内に柿胃石陥頓イレウスが発症した1例

<sup>1</sup>済生会中和病院 外科

西口由希子<sup>1</sup>、青松 幸雄<sup>1</sup>、平尾 具子<sup>1</sup>、中尾 武<sup>1</sup>、福岡 晃平<sup>1</sup>、杉原 誠一<sup>1</sup>、細井 孝純<sup>1</sup>、今川 敦史<sup>1</sup>

症例は66歳男性。2010年に当院で早期胃癌に対して幽門側胃切除、Roux-en-Y 再建施行後、外来フォローされていた。2012年11月に腹部膨満、嘔吐あり、術後イレウスの診断で入院となった。入院後、胃管留置により腹部膨満は改善し排便も認められたが、ガストロ透視では吻合部での閉塞によりガストログラフィンが停滞していた。イレウス状態の改善が認められなかったため、イレウス解除目的に手術を施行した。開腹所見では Roux-en-Y 再建時の拳上空腸内に嵌頓した結石を認め、これを摘出した。結石は11.5×4.5×3.0cm、成分は98%以上がタンニンであった。患者から聴取を行ったところ、2ヶ月ほど前より毎日1個以上柿を摂食していたことが判明し、柿胃石嵌頓によるイレウスと診断した。胃切除術後の胃石嵌頓によるイレウス症例の報告は散見されるが、その多くは小腸や十二指腸内への嵌頓であり、本症例のように拳上空腸内への嵌頓は稀な症例と考えられる。

## E14

胃全摘術後縫合不全による膿胸からの MBLs 菌血症に対して施行した拳上空腸分離術が転帰となって救命しえた一例

<sup>1</sup>大阪医療センター 外科

福田 泰也<sup>1</sup>、平尾 素宏<sup>1</sup>、山本 和義<sup>1</sup>、西川 和宏<sup>1</sup>、原口 直紹<sup>1</sup>、三宅 正和<sup>1</sup>、浅岡 忠史<sup>1</sup>、大宮 英泰<sup>1</sup>、宮本 敦史<sup>1</sup>、宮崎 道彦<sup>1</sup>、池田 正孝<sup>1</sup>、高見 康二<sup>1</sup>、中森 正二<sup>1</sup>、関本 貢嗣<sup>1</sup>

はじめに：縫合不全は時に重篤な菌血症を引き起こして致命的になる。今回、胃全摘術後、食道空腸吻合部の縫合不全による膿胸からの MBLs 菌血症に対して、拳上空腸分離術により救命しえた一例を経験したので報告する。症例：66歳男性。2013年3月に当科で胃癌（cT2N1 cStageIIA）に対して開腹で胃全摘術（腹部食道切除、R-Y 再建）を施行。術後経過良好も、POD5 に呼吸状態が悪化し、食道空腸吻合部の縫合不全により膿胸を併発していることが判明した。ドレナージの上抗生剤加療を開始したが、40℃超の発熱が持続し、血培で MBLs が検出された。リーク部への消化液逆流のため菌血症を脱せず、POD59 に全麻下で拳上空腸分離術（非離断）と腸瘻造設を施行した。EN を開始して栄養改善を図ったところ、POD77 に菌血症を脱し、POD120 にはリークの消失が確認でき、経口摂取が可能となった。結語：胃切除術後縫合不全による菌血症に対して、侵襲的ではあるが、分離術が転帰になりうると考えられた。

## E13

横隔膜ヘルニアにより生じた胃軸捻転の一幼児例

<sup>1</sup>大阪大学 小児成育外科

山道 拓<sup>1</sup>、梅田 聡<sup>1</sup>、大割 貢<sup>1</sup>、奈良 啓悟<sup>1</sup>、上野 豪久<sup>1</sup>、上原秀一郎<sup>1</sup>、大植 孝治<sup>1</sup>、臼井 規朗<sup>1</sup>

症例は1歳女児。小脳虫部低形成、発達遅滞で小児科によりフォロー中であった。嘔吐、発熱、脱水により外来受診した。腹部単純レ線では胃泡の拡張を認め、胃軸捻転による切迫破裂が疑われたため当科紹介となった。上部消化管造影検査では幽門が噴門より頭側に位置する逆α像を呈しており、左横隔膜の拳上と奇異性運動を認めた。以上より二次性の胃短軸捻転を伴う左横隔膜弛緩症あるいは左有囊性横隔膜ヘルニアと診断して腹腔鏡下に手術を行った。左 Bochdalek 孔の有囊性ヘルニアを認め結腸、脾臓が脱出、胃は短軸捻転しており、横隔膜の縫縮術と胃固定術を施行した。術後経過は良好であり術後12日目に退院した。幼児期の胃軸捻転は稀であるが、胃破裂を生じる危険な病態である。また原因となった横隔膜ヘルニアは呼吸器症状により発見されることが多いが、本症例のような切迫した消化器症状で発症することもあり、発見次第速やかに治療することが重要である。

## E15

胃癌術後腹腔内膿瘍に対して経胃のドレナージが有効であった1例

<sup>1</sup>大阪府立急性期・総合医療センター 消化器外科

<sup>2</sup>大阪府立急性期・総合医療センター 呼吸器外科

野村 雅俊<sup>1</sup>、川田 純司<sup>1</sup>、藤谷 和正<sup>1</sup>、奥村雄一郎<sup>1</sup>、野口 侑記<sup>1</sup>、西村 正成<sup>1</sup>、松井 優紀<sup>1</sup>、團野 克樹<sup>1</sup>、久保田 勝<sup>1</sup>、船越 康信<sup>2</sup>、松田 宙<sup>1</sup>、大森 謙一<sup>2</sup>、野村 昌哉<sup>1</sup>、吉田 洋<sup>1</sup>、青野 豊一<sup>1</sup>、岩瀬 和裕<sup>1</sup>、田中 康博<sup>1</sup>

【はじめに】仮性隣嚢胞に対し、経胃のドレナージが有効なことがある。今回我々は、胃癌術後の腹腔内膿瘍に対して経胃のドレナージを施行し有効であった症例を経験したので報告する。【症例】49歳、男性、BMI28。3ヶ月前より上腹部痛を認め、精査にて早期胃癌（L 領域 小弯 0-IIc T1b N0HOP0M0 Stage IA）と診断。2013年3月腹腔鏡補助下幽門側胃切除・RY 再建術を施行。術後持続する発熱を認め、CTにて脘周囲及び十二指腸断端周囲に腹腔内膿瘍を認めた。POD8 に US guide 下に経皮的ドレナージを施行するも膿瘍は充分にはドレナージできなかった。POD18 に上部消化管内視鏡を施行したところ、残胃切離断端に膿瘍腔との瘻孔が認められた。同日、経胃的に瘻孔部より ENBDtube を膿瘍腔に留置した。ENBDtube 留置後、脘周囲膿瘍は消失、炎症所見も改善した。POD62 に ENBDtube 抜去し経口摂取開始した。症状増悪認めず POD84 に退院となった。

## E16

幽門側胃切除術 staple on staple 部分の縫合不全の1例  
<sup>1</sup>市立堺病院

大久保 聡<sup>1</sup>、川瀬 朋乃<sup>1</sup>、木村 豊<sup>1</sup>、川端 良平<sup>1</sup>、  
石垣 貴彦<sup>1</sup>、清水 克修<sup>1</sup>、馬場谷彰仁<sup>1</sup>、加藤 文崇<sup>1</sup>、  
星野 宏光<sup>1</sup>、山本 為義<sup>1</sup>、中田 健<sup>1</sup>、福永 睦<sup>1</sup>、  
大里 浩樹<sup>1</sup>

【症例】55歳男性【経過】胃角部の3型胃癌に対して幽門側胃切除術、D2郭清、Roux-Y再建を施行した。胃空腸吻合は自動吻合器を用い、胃は自動縫合器を2回用いて切離した。術後3日目より食事を開始し23日目に退院となった。病理診断は mucinous adenocarcinoma T4aN3M0 pStage3c。術後1か月目のCT検査にて胃切離断端周囲にわずかな液貯留を認めたが縫合不全を疑う臨床的所見を認めず、術後補助化学療法としてS-1の内服を開始した。術後7か月目に発熱、炎症反応の上昇を認め、CT検査にて胃切離断端周囲に膿瘍形成を認めた。造影剤服用後のCT検査にて胃切離断端からの造影剤の流出を認め縫合不全と診断した。絶食、抗生剤による保存的加療にて縫合不全は改善した。【結語】本症例はstaple on staple部分の縫合不全と判断した。器械吻合による縫合不全の報告は少ないが、staple on stapleの部分は十分な補強を追加するなどの注意が必要と思われた。

## E18

抗リン脂質抗体症候群を合併した自己免疫性溶血性貧血  
に対して脾臓摘出術を施行した1例

<sup>1</sup>近畿大学 外科

西原美沙子<sup>1</sup>、石川 原<sup>1</sup>、保田 知生<sup>1</sup>、中居 卓也<sup>1</sup>、  
竹山 宣典<sup>1</sup>、奥野 清隆<sup>1</sup>

59歳女性。5年前から自己免疫性溶血性貧血(AIHA)にてPSLで治療されていた。最近になって貧血コントロールが困難となり、脾臓摘出術が予定された。6カ月前より下腿浮腫を認め、下肢静脈エコーでDVTを確認、抗DNA抗体、ループスアンチコアグラント抗体、抗CL-GPI抗体それぞれが陽性であり、抗リン脂質抗体症候群(APS)と診断された。術前CTにて下大静脈(IVC)、左外腸骨静脈から大腿静脈、肺動脈末梢に血栓像を認めた。ワーファリン、ヘパリンにて抗凝固療法を行い、IVCフィルターも留置したのちHALS下脾臓摘出術を施行した。術後、抗凝固療法を再開するも門脈血栓、脾静脈血栓によって肝機能障害を認めた。IVCフィルターにも血栓が付着し、その抜去に難渋したが、新たな肺動脈血栓は出現せず、呼吸状態は安定していた。術後40日目に貧血の悪化はなく軽快、退院となった。今回、AIHAにAPSを合併し、血栓コントロール下に脾臓摘出術を施行した1例を報告する。

## E17

SiewertII型食道胃接合部癌下縦隔郭清における視野展開  
の工夫、食道引き抜きとtissue triangulationの意識

<sup>1</sup>三菱京都病院 外科

中内 雅也<sup>1</sup>、軍司 大悟<sup>1</sup>、田中 崇洋<sup>1</sup>、堀 智英<sup>1</sup>、  
尾池 文隆<sup>1</sup>、岡田 憲幸<sup>1</sup>

【目的】腹腔鏡下手術は狭い部分の手術に非常に適しているため噴門部や下縦隔の手術に大きなメリットがあるが動作制限を受けやすいため、いかに安定した視野展開を行うかが重要と考える。【方法】SiewertII型食道胃接合部癌に対して当院では腹腔鏡下部食道、噴門側胃切除、胃管再建を行っている。下縦隔の郭清では食道にテーピングし、引き抜く方向にテンションをかけつつ、術者、助手の鉗子で心嚢、両側横隔膜脚や胸膜、大動脈といった周囲組織と食道をtissue triangulationを意識して展開する。【結果】下縦隔郭清において安定した視野のもと110リンパ節が11リンパ節に囲まれた状態で切除された。特に背側の視野が良好であった。【結論】下縦隔郭清において食道引き抜きとtissue triangulationを意識した展開は有用であると思われる。その手術手技について動画を供覧する。

## E19

上行結腸癌術後孤立性脾転移の一例

<sup>1</sup>北野病院 消化器センター外科

大野 龍<sup>1</sup>、岩村 宣亜<sup>1</sup>、吉富 摩美<sup>1</sup>、戸田 怜<sup>1</sup>、  
川本 浩史<sup>1</sup>、井上 善景<sup>1</sup>、内田洋一郎<sup>1</sup>、飯田 拓<sup>1</sup>、  
上田 修吾<sup>1</sup>、金澤 旭宣<sup>1</sup>、寺嶋 宏明<sup>1</sup>

上行結腸癌術後脾転移の一例を経験したので報告する。症例は84歳男性。上行結腸癌に対して結腸右半切除術を施行(type2、tub2、pSE、pN1、sH0、pP1、cM0、ly2、v1、fStageIV、R0、CurB)。術後化学療法としてUFT/LVを導入したが、腎機能の悪化により2コースで中止となった。以後経過観察を続けていたが、術後3年目にCEAの上昇を認め、CTにて脾LDAの増大、及び同部位にFDG-PETでの集積を指摘された。上行結腸癌の孤立性脾転移を疑い、開腹による脾臓摘出術を施行。病理組織診断では中分化管状腺癌の所見であり、上行結腸癌の脾転移と診断された。大腸癌の脾転移は肝臓をはじめとする他臓器の転移を伴うことが多く、孤立性は稀で、手術適応とはなりにくい。今回、異時性に上行結腸癌の孤立性脾転移をきたし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。

## E20

もやもや病を基礎疾患にもつ BMI40 以上の高度肥満患者に対する腹腔鏡下脾臓摘出術の経験

<sup>1</sup>八尾徳洲会総合病院 外科

<sup>2</sup>八尾徳洲会総合病院 肝臓外科

<sup>3</sup>八尾徳洲会総合病院 内科

松岡 信子<sup>1</sup>、木村 拓也<sup>2</sup>、井上 雅文<sup>2</sup>、牛丸 裕貴<sup>1</sup>、鈴木 大聡<sup>1</sup>、垣本 佳士<sup>1</sup>、豊田 亮<sup>1</sup>、遠藤 幸丈<sup>1</sup>、村上 修<sup>1</sup>、加藤 恭郎<sup>1</sup>、高原 良典<sup>3</sup>、原田 博雅<sup>3</sup>、松田 康雄<sup>2</sup>

症例：45歳女性、身長164.5cm、体重113kg、BMI41.8。現病歴：もやもや病で近医フォローされていたが原因不明の肝硬変（Child-P A）による脾機能亢進症を認め、血小板5万前後で推移していた。脳出血予防目的で当科紹介となった。精査にて巨脾を認め高度肥満患者に腹腔鏡下脾臓摘出術を行った。手技：体位は仰臥位で手術台を回転させることで側臥位可能とした。開腹法で臍にポートを留置したがカメラが脾臓まで届かず、左肋弓下沿いにポートを5本追加した。術中肝硬変による側副血行路、高度肥満の内臓脂肪で視野展開に難渋したがLCSを用い慎重に剥離を進めた。脾門部はcircle retractorで脾臓を牽引しEndGIAで血管処理を行った。手術時間249分、出血量100mlで術中合併症や開腹移行認めず術後5日目に退院となった。肝硬変合併高度肥満患者の手術ではポート挿入位置の工夫や適切なエネルギーデバイス選択によって安全に腹腔鏡下手術を行うことが可能であると考えられた。

## E22

原発性甲状腺低分化癌と腎癌甲状腺転移を併発した一例

<sup>1</sup>近畿大学 乳腺・内分泌外科

瀬角 裕一<sup>1</sup>、橋本 幸彦<sup>1</sup>、濱田 未佳<sup>1</sup>、新崎 亘<sup>1</sup>、安積 達也<sup>1</sup>、乾 浩己<sup>1</sup>、北條 敏也<sup>1</sup>、菰池 佳史<sup>1</sup>、奥野 清隆<sup>1</sup>

症例は83歳女性。既往歴に気管支喘息、右乳癌。2000年に右腎癌に対して根治的右腎摘出術を施行。病理結果はclear cell carcinomaであった。術後12年目にCTで脾腫瘍を指摘され当院紹介受診。PET-CTでは脾体尾部に集積（SUV 2.97）また甲状腺右葉（SUV 3.51）と左葉（SUV 18.86）にも集積を認めた。脾液細胞診で腎癌脾転移と診断されたが、甲状腺は細胞診で検体不適正。腎癌脾転移では比較的良好な予後も期待されるため、先に脾温存脾体尾部切除術を施行した。術後甲状腺に対して再度細胞診を施行し、左葉は甲状腺乳頭癌と診断された。腎癌の急速な進行が見られないことを確認し、2013年5月に甲状腺全摘出術を施行した。病理結果は、右葉は腎癌の転移、左葉は甲状腺低分化癌であった。今回我々は、原発性甲状腺癌に同時罹患した腎癌甲状腺転移を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

## E21

胆石症を合併した血液疾患に腹腔鏡下脾臓・胆嚢摘出術を行った2例

<sup>1</sup>北野病院 外科

松原 弘侑<sup>1</sup>、吉富 摩美<sup>1</sup>、後藤 徹<sup>1</sup>、岩村 宣亘<sup>1</sup>、戸田 怜<sup>1</sup>、川本 浩史<sup>1</sup>、井上 善景<sup>1</sup>、内田洋一朗<sup>1</sup>、飯田 拓<sup>1</sup>、上田 修吾<sup>1</sup>、金澤 旭宣<sup>1</sup>、寺嶋 宏明<sup>1</sup>

【目的】今回、我々は腹腔鏡下脾臓摘出術（LS）と同時に胆嚢摘出術（LC）を行った2症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例1】50代女性、胆石を合併した特発性血小板減少症に対して手術施行。まず開脚位で手術台を右にrotationさせ、LSを4ポート（臍12mmカメラポート、心窩部5mm、左側腹部12、5mm）で行い、手術台を水平に戻した後、同ポートを用いてLCを行った。【症例2】70代歳女性、胆石を合併した自己免疫性溶血性貧血に対して手術施行。まずLCを4ポート（臍12mmカメラポート、心窩部12mm、右肋弓下5mm、左側腹部12mm）で行い、手術台を右にrotationさせた後左側腹部に5mmポートと上腹部正中切開を7cm追加しHALSを行った。【結果】それぞれ手術時間2時間58分、3時間58分、出血量25g、350g、術後在院期間6日、14日であった。【結語】体位とポート位置の工夫で用手補助の有無に関わらずLC+LSを安全・低侵襲に施行可能であった。

## E23

腹腔鏡補助下後方矢状切開で摘出し得た新生児AltmanIII型仙尾部奇形腫の1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第2外科

三谷 泰之<sup>1</sup>、窪田 昭男<sup>1</sup>、瀧藤 克也<sup>1</sup>、渡邊 高士<sup>1</sup>、山上 裕機<sup>1</sup>

症例は日齢1の女児。41週、3838gで出生。出生後に仙尾部奇形腫を指摘され当院NICUに搬送となった。CTおよびMRIにて仙骨前面に嚢胞成分を主体とし石灰化を含む骨盤および腹腔内方向に発育する腫瘍を認め、AltmanIII型の仙尾部奇形腫と診断した。日齢6に手術を行った。画像所見より経腹及び経仙骨のアプローチが必要と判断した。腹腔鏡操作は3ポートで行った。仙骨前面を尾骨に向けて剥離していくと直腸背側に腫瘍を認めた。尾骨に向けて腫瘍を可能な限り剥離した。続いてジャックナイフ位とし後方矢状切開を行い、腫瘍を全周性に剥離し腹腔内からの剥離層とつなげ尾骨とともに腫瘍を摘出した。手術時間は3時間37分で出血量は少量であった。術後合併症は認めなかった。小骨盤腔内に進展する仙尾部奇形腫は、新生児期においても腹腔鏡補助下摘出術が可能であり、本術式は安全性および整容性に優れていると考えられた。

## E24

非対称の漏斗胸に対する胸腔鏡補助下胸骨挙上術 (Nuss 法) の工夫

<sup>1</sup>兵庫医科大学 小児外科

野瀬 聡子<sup>1</sup>、佐々木隆士<sup>1</sup>、阪 龍太<sup>1</sup>、塚田 遼<sup>1</sup>、  
米山 千寿<sup>1</sup>、奥山 宏臣<sup>1</sup>

左右非対称が高度な漏斗胸症例では、Nuss 法のみでは左右差を十分に矯正し難いことがある。今回我々は、胸腔鏡下に変形した強い肋軟骨を切除した後、Nuss 法を行うことで高い整容性が得られた症例を経験したので報告する。症例は15歳男児。CT index は7.6で、特に右第4～6肋軟骨部分が強く陥凹して胸骨も右側方向へ捻じれていた。手術は分離肺換気下で行い、右腋窩中線の外側第6肋間と内側第7肋間、皮下でチタンバーを胸腔内に貫通させる点 (前胸部第4肋間) の3ポートで胸腔鏡を行った。胸骨挙上フックを挿入して胸骨を挙上させながら、電気メスおよび関節鏡用の軟骨切除パンチを用いて右第4～6肋軟骨を軟骨膜の前面を残して切除した。この後型通り Nuss 法を行うと胸郭はほぼ左右対称に持ち上がった。術後は特記すべき合併症なく経過し、術後6日目に退院。本法は最小限の創の追加で高い矯正効果が得られ、患者・家族の満足度も高く、有用な方法と思われた。

## E26

胎児診断された gastric duplication の1例

<sup>1</sup>近畿大学医学部奈良病院 小児外科

<sup>2</sup>近畿大学医学部奈良病院 臨床検査部

山内 勝治<sup>1</sup>、米倉 竹夫<sup>1</sup>、石井 智浩<sup>1</sup>、神山 雅史<sup>1</sup>、  
森下 祐次<sup>1</sup>、太田 善夫<sup>2</sup>

症例は29週に胎児超音波 (US) で胃泡右側の幽門部に、1.5cm大の蠕動様運動を示し内腔に debris を含む腹腔内嚢胞を認め、交通のない gastric duplication が疑われた。38週自然分娩にて出生 (2378g)。出生後の腹部 US では嚢胞壁と幽門部胃壁は隔壁を共有する2cm大の嚢胞を認め、嚢胞壁は2層構造を呈し蠕動様運動を認めた。上部消化管造影では消化管との交通はなく、メッケルシンチでは集積を認めず。腹部造影 CT で嚢胞壁は造影された。幽門部 gastric duplication と診断し、生後12日目に手術を行った。嚢胞は幽門前庭部大弯側にあり、同部の大網に異所性脾を合併して認めた。嚢胞壁を切除し、胃壁との共有部は嚢胞粘膜切除を行い、異所性脾も合わせて摘出した。病理学的に嚢胞粘膜は胃粘膜と診断され、本症と確定診断された。本症は術前には疑診にとどまることが多いが、特徴的超音波所見により術前診断が可能で、若干の文献的考察を加えて報告する。

## E25

新生児胸壁過誤腫の一例

<sup>1</sup>近畿大学 外科

平木 洋子<sup>1</sup>、八木 誠<sup>1</sup>、澤井 利夫<sup>1</sup>、吉田 英樹<sup>1</sup>、  
前川 昇平<sup>1</sup>、木村 浩基<sup>1</sup>

胸壁過誤腫は非常に稀な病変であるが、今回、新生児の胸壁過誤腫の一例を経験したので若干の文献的考察を踏まえて報告する。症例は日齢0日の女児。妊娠37週4日出生体重3024g、Apgar score 8/9で経膈分娩にて出生。出生時左背部に約5cmの腫瘤を認めたため、当院 NICU に搬送入院となった。腫瘍は境界明瞭であり、周辺は軟であったが、中心部は硬。エコーでは内部不均一であり、一部に石灰化を疑う高エコー領域を認め、CT では左第6肋骨と連続する石灰化を含む腫瘍が指摘された。治療目的で日齢3日目に腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は表面平滑、軟であり、内部に硬い石灰化した組織が多数見られた。腫瘍と連続する肋骨を部分切除し手術終了とした。病理では軟骨様組織からなる充実性病変が主体であり、幼弱な軟骨や軟骨芽細胞が見られ、間質には幼弱な間葉系組織が見られた。これらより、胸壁過誤腫と診断された。術後25日目に退院し、現在経過観察中である。

## E27

経仙骨的に摘出した成人仙骨前類表皮嚢胞の1例

<sup>1</sup>兵庫県立加古川医療センター 外科

<sup>2</sup>兵庫県立加古川医療センター 病理診断科

友松 典子<sup>1</sup>、衣笠 章一<sup>1</sup>、荒井 啓輔<sup>1</sup>、永田真知子<sup>1</sup>、  
阿部紘一郎<sup>1</sup>、常見 幸三<sup>1</sup>、中村 毅<sup>1</sup>、田代 敬<sup>2</sup>

症例は39歳の女性。原因不明のめまいと嘔吐の精査中に施行した CT 検査と MRI 検査にて仙骨前に最大径4cmの多胞性嚢胞を指摘された。この嚢胞による自覚症状はなかった。血液検査で CEA、SCC は正常範囲内であった。直腸指診では肛門縁から約4cmの1時から2時方向に母指頭大の腫瘤を触知しさらに1cm口側の2～4時方向にはなだらかな隆起性病変の一部を触知した。いずれも表面平滑で弾性軟であった。類表皮嚢胞を最も疑う仙骨前嚢胞性腫瘍と診断し摘出手術を行った。手術は経仙骨式アプローチで行い嚢胞壁を破ることなく深部まで剥離し得たが、尾骨への癒着が強かったため尾骨は合併切除した。摘出標本は表面平滑な多胞性嚢胞であり、皮膚付属器は含まれず仙骨前類表皮嚢胞と診断した。術後は合併症なく経過術後9日目に退院した。仙骨前類表皮嚢胞は比較的多くの疾患であるためその取扱いについての文献的考察を加えて報告する。

## E28

### 腹腔動脈解離の一例

<sup>1</sup>京都市立病院 外科

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

症例は30歳代男性。腹痛にて夜間に当院救急外来受診。既往歴なし、喫煙は30本/日を15年である。腹部造影CT施行され同日は経過観察となり翌朝当院受診を指示され帰宅となった。翌朝当院受診し前日のCTにて腹腔動脈から脾動脈の解離、解離に伴う腹腔動脈の閉塞と脾臓の造影不良の所見を認めた。腹痛は軽快傾向でバイタルも安定しており保存的加療目的で入院となった。血圧コントロールと定期的なCTにて経過観察を行う方針となった。発症5日後の造影CTにて解離した腹腔動脈の真空の開通と偽腔に突出する4mm大の動脈瘤様構造を認めた。発症15日目の造影CTにて前回のCT所見と著変は認めなかった。脾臓に関しては短胃動脈など側副血行路を介して血流が保たれていた。16日目に退院となり定期的なCTにてフォローすることとなった。腹腔動脈解離は稀な疾患であり若干の文献的考察と当院の過去の症例を提示して報告する。

## E30

### 大網原発悪性繊維製組織球腫の1例

<sup>1</sup>新宮市立医療センター 外科・肛門科

竹内 昭博<sup>1</sup>、山出 尚久<sup>1</sup>、北谷 純也<sup>1</sup>、中井 博章<sup>1</sup>、桐山 茂久<sup>1</sup>、宮本 篤<sup>1</sup>、嶋 廣一<sup>1</sup>

症例は61歳女性。2012年8月頃より腹部に腫瘤を自覚し近医受診し、9月3日精査目的に当科紹介となった。触診では左上腹部に弾性硬・可動性良好な腫瘤を触知し、CTで10cm大のわずかに造影効果のある嚢胞性腫瘤を認めた。MRIではT1WIで低信号T2WIで高信号を呈し充実性成分ははっきりせず、MRCPでは膵管との交通は認めなかった。胃GISTや膵MCNの可能性を考えたが確定診断はつかず、診断・治療目的に手術を行った。開腹所見では表面平滑な腫瘍が網嚢内に存在し他臓器への浸潤なく、大網由来と考え大網とともに腫瘍切除した。病理組織学的検査では紡錘形細胞や異型の目立つ多核細胞・脂肪細胞様の細胞で構成され、悪性線維性組織球腫(Malignant fibrous histiocyoma:以下MFH)との診断であった。MFHは骨・軟部組織に発生する原発性悪性腫瘍であり、今回のように大網原発のMFHは極めて稀であることから、若干の文献的考察を加えて報告する。

## E29

### 妊娠中に発症した虫垂子宮内膜症に起因する急性虫垂炎の1例

<sup>1</sup>姫路赤十字病院 外科

梶原 義典<sup>1</sup>、佐々木陽子<sup>1</sup>、小来田佑哉<sup>1</sup>、大塚 翔子<sup>1</sup>、西脇 紀之<sup>1</sup>、中谷 太一<sup>1</sup>、岡本 拓也<sup>1</sup>、桂 佑貴<sup>1</sup>、渡邊 佑介<sup>1</sup>、国府島 健<sup>1</sup>、芳野 圭介<sup>1</sup>、戸田 桂介<sup>1</sup>、下島 礼子<sup>1</sup>、信久 徹治<sup>1</sup>、遠藤 芳克<sup>1</sup>、渡邊 貴紀<sup>1</sup>、松本 祐介<sup>1</sup>、渡辺 直樹<sup>1</sup>、甲斐 恭平<sup>1</sup>、佐藤 四三<sup>1</sup>

症例：37歳、妊娠21週妊婦 主訴：右側腹部痛 現病歴：2013年3月より右側腹部痛で当院産婦人科に入院。虫垂炎の疑いで抗生剤の投薬を受け、1週間後に退院。退院後3週間で再び右側腹部痛が出現し、虫垂炎の診断にて当院外科に紹介となる。既往歴：28歳子宮内膜症 身体所見：体温36.5℃、右側腹部圧痛、反跳痛あり 血液検査：白血球 18,300/ $\mu$ L、CRP 10.16mg/dL 腹部超音波検査：虫垂軽度腫大し、盲端に膿瘍形成あり。経過：急性虫垂炎の診断で虫垂切除術施行。虫垂は後腹膜に強く癒着しており、剥離に難渋した。術後経過良好。病理学的所見：粘膜下から漿膜に脱落膜組織が多数認められ、虫垂先端が穿通して、膿瘍形成が起こったと考えられた。今回、妊娠中に発症した虫垂子宮内膜症に起因する急性虫垂炎の1例を経験した。妊娠中に発症した虫垂子宮内膜症は本邦では希有な症例であるため報告する。

## E31

### 消化管出血を契機に後天性血友病と診断された2例

<sup>1</sup>医誠会病院 消化器外科

首藤 喬<sup>1</sup>、秋山 洋介<sup>1</sup>、樋口 一郎<sup>1</sup>、山本 真<sup>1</sup>、谷川 隆彦<sup>1</sup>

【症例1】71歳、男性。右股被出血による入院中に血便を認めた。大腸内視鏡(CF)により直腸の出血性潰瘍性病変と診断し、経肛門的直腸部分切除を施行したが出血が持続し、縫合止血術を行った。下血は軽快したが数日後に左大腿部の内出血による出血性ショックを呈した。第8因子低下とインヒビターの上昇を認めたため後天性血友病と診断し、血液内科に転院となった。【症例2】37歳、男性。血尿を訴え救急受診。腎盂腎炎の診断で入院中に下血を認めた。CFにて回腸末端部憩室出血と診断し内視鏡的止血を行うが再出血を認めた。その後も動脈塞栓療法や腹腔鏡下腸切除術を施行したが止血困難であった。第8因子低下とインヒビターの上昇を認めたため後天性血友病と診断し第8因子製剤投与後、内視鏡的に止血した。【結語】今回我々は消化管出血を契機に後天性血友病と診断された2例を経験した。難治性消化管出血に対しては本症を念頭に置く必要がある。