

# 第195回近畿外科学会 プログラム・抄録

日時：平成26年5月24日（土）

会場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931

評議員会会場：大阪国際交流センター 1階大ホール

会長 内山和久

大阪医科大学 一般・消化器外科学教室

# 第196回 近畿外科学会ご案内

第196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11月1日（土）
2. 会場：京都テルサ  
〒601-8047 京都府京都市南区東九条下殿田町 70  
TEL. 075-692-3400
3. 演題登録開始予定日：2014年7月22日（火）より  
演題登録締切予定日：2014年8月12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。

〒606-8507 京都府京都市左京区聖護院川原町 54  
京都大学大学院医学研究科 消化管外科  
第196回 近畿外科学会

会長 坂井 義治

TEL. 075-366-7595

FAX. 075-366-7692

# 第195回 近畿外科学会

## プログラム

会 長

大阪医科大学 一般・消化器外科学教室

内 山 和 久

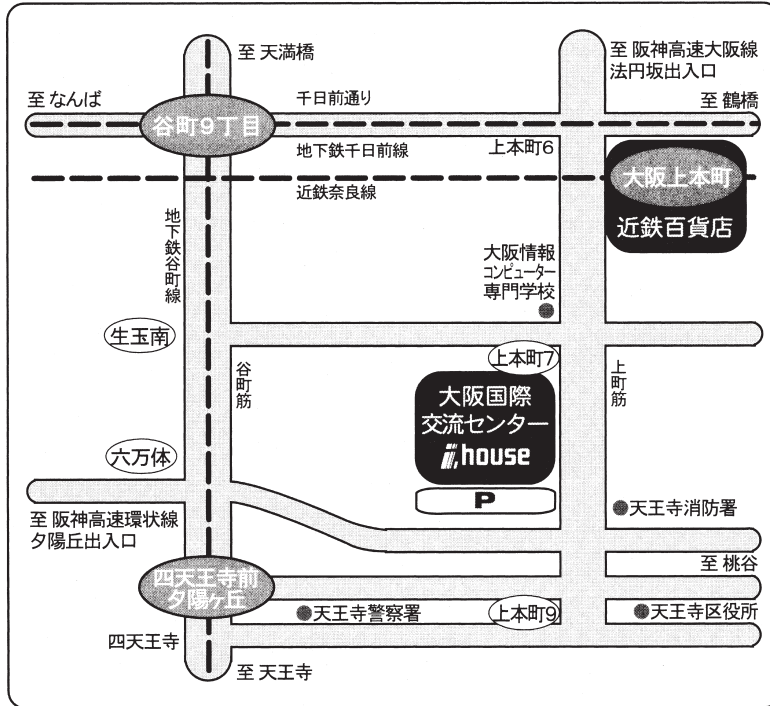
# 会場案内図

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

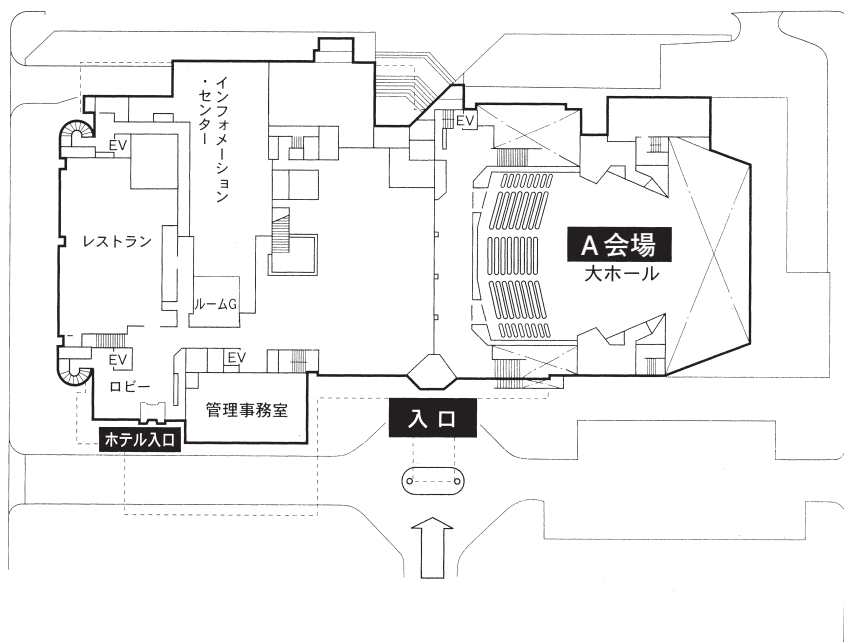
- JR環状線（鶴橋乗りかえ）近鉄「上本町」下車、徒歩5分
- 地下鉄谷町線「東梅田」乗車「谷町九丁目」下車、徒歩10分

関西国際空港から約60分

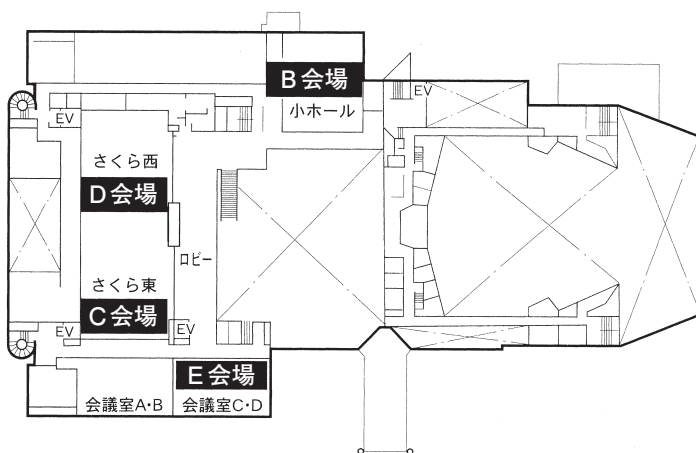
- リムジンバス（上本町線）で「近鉄上本町」へ
- 南海本線（難波乗りかえ）近鉄「近鉄上本町」へ

# 会場配置図

1F



2F

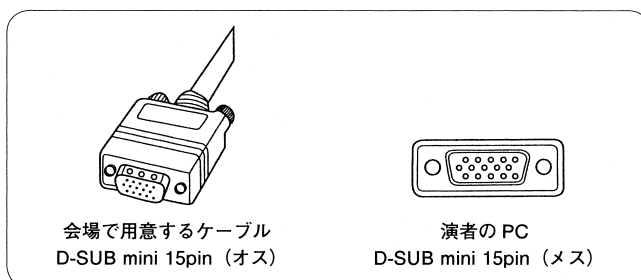


## 演者、参加者へのお願い

1. 参加受付開始：受付開始時間は8時30分から行います。  
会場入口は8時30分からご入館して頂けます。
2. 口演時間：ご発表時間は5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 (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、何卒よろしくお願ひ申し上げます。**
7. 評議員会：13:00より大阪国際交流センター 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下さい。  
※尚、文字化けを防ぐため下記フォントに限定します。  
日本語…MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝  
英 語…Century、Century Gothic  
②動画データを使用の場合、あるいは Macintosh での発表しかできない場合はご自身のノート PC のご持参をお勧めします。ただし会場でご用意する PC ケーブル・コネクタの形状は D-SUB mini 15pin (図) ですので、この形状に合った PC をご用意いただくか、もしくはこの形状に変換するコネクタをお持ち下さい。



- ③プレゼンテーションに他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合、必ず元のデータも保存していただき、事前の動作確認をお願い致します。  
※USB メモリーをお持ちの場合は、作成されましたパソコン以外でのチェックを事前に必ず行っていただきますようお願い致します。
5. ご不明な点は近畿外科学会事務局（TEL：06-6231-2723、E-mail：kinkigeika@adfukuda.jp）迄事前にお問い合わせ下さい。

# 第195回近畿外科学会

	A 会場 (1F 大ホール)		B 会場 (2F 小ホール)
8:55			
9:00	開会の辞 内山 和久		
	大腸① A01-06 座長：内間 恭武 横山 省三	9:00	食道 B01-07 座長：竹村 雅至 尾方 章人
9:42	大腸② A07-12 座長：畑 泰司 木村 文彦	9:49	胃① B08-13 座長：窪田 健治 白石
10:24	大腸③ A13-17 座長：川崎 浩資 徳原 克治	10:31	胃② B14-19 座長：中村 公紀 山崎 誠
10:59	大腸④ A18-22 座長：井上 透 角 泰雄	11:13	胃③ B20-26 座長：田中 浩明 尾島 敏康
11:34		12:02	
12:00	ランチョンセミナー 「内視鏡下消化管手術 基本から応用へ 胃・大腸」 司会：奥田 準二 講師：李 相雄 田中慶太郎 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社		
12:50			
13:00	評議員会		
13:15			
13:20	特別講演 「第2回腹腔鏡下肝切除術 国際コンセンサス会議に向けて」 司会：内山 和久 講師：若林 剛		
14:20		14:30	大腸⑤ B27-31 座長：大谷 博正 中川
14:40	第22回日本外科学会生涯教育セミナー 「若手に伝えるヘモ・ヘルニア手術」 司会：坂井 義治 講師：1. 斎藤 徹 2. 宮崎 道彦 3. 加川隆三郎 4. 丹羽 英記 5. 木下 隆 6. 植野 望	15:05	大腸⑥ B32-36 座長：安井 昌義 西口 完二
		15:40	大腸⑦ B37-42 座長：島田 守 栗生 宜明
		16:22	大腸⑧ B43-48 座長：村田 幸平 河田 健二
17:10		17:04	
17:15			
17:20	閉会の辞 内山 和久		



	C 会場 (2F さくら東)		D 会場 (2F さくら西)		E 会場 (2F 会議室CD)
9:00	胆嚢・胆管 C01-05 座長：松井 康輔 小林 省吾	9:00	肺 D01-08 座長：佐藤 澄 中川 正嗣	9:00	小腸① E01-06 座長：小川 淳宏 近藤 圭策
9:35	肝臓① C06-11 座長：田浦康二郎 木戸 正浩	9:56	乳腺① D09-14 座長：山口 正秀 木村 光誠	9:42	小腸② E07-12 座長：高城 武嗣 田中 芳憲
10:17	肝臓② C12-17 座長：竹村 茂一 北東 大督	10:38	乳腺② D15-20 座長：吉留 克英 西田 幸弘	10:24	小腸③ E13-18 座長：西原 政好 村山 康利
10:59	肝臓③ C18-22 座長：石崎 守彦 上野 昌樹	11:20		11:06	小腸④ E19-24 座長：池永 雅一 谷口 正展
11:34				11:48	
14:30	膵臓① C23-28 座長：増井 俊彦 生駒 久視	14:30	乳腺③ D21-26 座長：高島 勉 田中 寛	14:30	十二指腸 E25-30 座長：田中 英治 出村 公一
15:12	膵臓② C29-35 座長：廣野 誠子 外山 博近	15:12	乳腺④ D27-32 座長：池田 克実 岩本 充彦	15:12	ヘルニア E31-36 座長：城田 哲哉 新田 敏勝
16:01	脾・門脈 C36-40 座長：速水 晋也 和田 浩志	15:54	乳腺⑤ D33-38 座長：松並 展輝 山本 大悟	15:54	心・血管 E37-41 座長：小澤 英樹 打田 俊司
16:36		16:36	その他① D39-43 座長：小松 周平 金治 新吾	16:29	その他② E42-47 座長：尾崎 岳 徳原 孝哉
		17:11		17:11	

## A 会 場 (1F 大ホール)

### 午 前 の 部 (8 : 55~11 : 34)

開会の辞 (8 : 55~9 : 00)

会 長 内 山 和 久

大腸① (9 : 00~9 : 42)

座長 内間 恭武

(府中病院 外科)

横山 省三

(和歌山県立医科大学 第2外科)

A01 腹腔鏡補助下手術を施行したS状結腸子宮内膜症の一例

多根総合病院 外科 清 水 将 来

A02 直腸子宮内膜症に対して腹腔鏡下低位前方切除術・単純子宮全摘術を行った一例

大阪医科大学 一般・消化器外科 高 野 義 章

A03 腹痛を契機に発見された、結腸不完全軸捻転を起こした横行結腸過長症の一例

近畿大学 小児外科部門 瀬 角 裕 一

A04 MPS が診断の発端となった TuttleIII 型完全直腸脱の一例

大阪医療センター 外科 武 田 和

A05 S状結腸憩室炎に起因する尿管膿瘍の1切除例

八尾市立病院 外科 竹 田 充 伸

A06 Backwash ileitis による回腸穿孔を来した潰瘍性大腸炎の一例

京都第一赤十字病院 外科 久 保 秀 正

**大腸②** (9 : 42~10 : 24)

**座長 畑 泰司**

(大阪大学大学院医学研究科 消化器外科)

**木村 文彦**

(明和病院 外科)

- A07 急性虫垂炎の手術適応、手術移行についての検討  
天理よろづ相談所病院 腹部一般外科 愛 須 佑 樹
- A08 吊り上げ法による経膈的単孔式腹腔鏡下虫垂切除術の経験  
奈良県西和医療センター 外科 中 村 卓 也
- A09 虫垂腫瘍と鑑別を要し、腹腔鏡下手術を施行した虫垂憩室症の1例  
城山病院 消化器センター 外科 藤 井 研 介
- A10 FDG-PET で集積が認められた虫垂腫瘍と鑑別が困難であった虫垂憩室症の1例  
京都第二赤十字病院 外科 片 山 義 英
- A11 移動性盲腸による盲腸軸捻転症の1例  
済生会 泉尾病院 外科・消化器外科 磯 浦 喜 晴
- A12 盲腸軸捻転症の術後再発に対して捻転解除および固定術を施行した1例  
大阪市立総合医療センター 消化器外科 栗 原 重 明

**大腸③** (10 : 24~10 : 59)

**座長 川崎 浩資**

(城山病院 消化器外科)

**徳原 克治**

(関西医科大学 外科)

- A13 ESD を契機に発症したと考えられる急性虫垂炎の一例  
神戸大学 食道胃腸外科 杉 田 裕
- A14 爪楊枝誤飲による上行結腸穿孔に対し、回盲部切除術を施行した1例  
多根総合病院 外科 金 森 浩 平
- A15 空気圧縮機による直腸穿孔の一例  
神戸赤十字病院 外科 横 田 祐 貴
- A16 小腸脱を伴う直腸穿孔に対して腹腔鏡下手術を施行した一例  
田附興風会北野病院 岩 村 宣 亜
- A17 保存的治療にて治癒したS状結腸穿孔による骨盤内膿瘍の一例  
京都第一赤十字病院 外科 加 藤 千 翔

大腸④ (10:59~11:34)

座長 井上 透

(大阪市立総合医療センター 消化器外科)

角 泰雄

(神戸大学大学院医学研究科 食道胃腸外科学分野)

A18 虫垂杯細胞カルチノイドの1例

大阪市立大学 腫瘍外科 山越 義仁

A19 急性虫垂炎の診断をもとに腹腔鏡下虫垂切除術を施行し、病理診断にて虫垂杯細胞カルチノイドと診断された1例

第一東和会病院 内視鏡外科センター 上田 博文

A20 側方リンパ節への孤立性転移が術前診断された直径5mm下部直腸カルチノイドに対し腹腔鏡下手術を行った1例

明和病院 外科 辻 彩乃

A21 内視鏡的原発巣切除13年後に傍直腸リンパ節転移を認めた直腸カルチノイドの1例

大阪医科大学 一般・消化器外科 石井 正嗣

A22 長期緩解していた難治性臀部膿皮症に発生した痔瘻癌の一例

守口敬任会病院 外科 鄭 賢樹

午 後 の 部 (13:00~17:00)

ランチョンセミナー (12:00~12:50) A会場 (1F 大ホール)

「内視鏡下消化管手術 基本から応用へ 胃・大腸」

司会：大阪医科大学附属病院がんセンター

奥 田 準 二

講師：大阪医科大学 一般・消化器外科

李 相 雄

大阪医科大学 一般・消化器外科

田 中 慶太郎

(共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社)

評議員会 (13:00~13:15) A会場 (1F 大ホール)

特別講演 (13:20~14:20) (1F 大ホール)

「第2回腹腔鏡下肝切除術 国際コンセンサス会議に向けて」

司会：大阪医科大学 一般・消化器外科学教室

内 山 和 久

講師：岩手医科大学 外科学講座

若 林 剛

第22回日本外科学会生涯教育セミナー (14:40~17:10) A会場 (1F 大ホール)

## 「若手に伝えるヘモ・ヘルニア手術」

司会：京都大学 消化管外科 教授 **坂井 義治**

1 演題…発表20分、質疑応答5分

1. 「痔核の診断と治療の考え方」

講師：斎 藤 徹 (大阪北通信病院 院長)

2. 「肛門周囲膿瘍」

講師：宮 崎 道 彦 (道仁病院 院長)

3. 「一般外科医が手術してもよい痔瘻、いけない痔瘻」

講師：加 川 隆三郎 (洛和会音羽病院 大腸肛門科 部長)

4. 理解すれば簡単「外側アプローチによるクーゲル法」

講師：丹 羽 英 記 (多根総合病院 院長)

5. 「腹腔鏡下ソケイヘルニア修復法 (TEP 法) —安全な再発のない手術をおこなうために—」

講師：木 下 隆 (枚方市民病院 副院長・主任外科 部長)

6. 「腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TAPP) 手術手技の要点」

講師：植 野 望 (愛仁会高槻病院 外科 部長)

閉会の辞 (17:15)

会 長 内 山 和 久

## B 会 場 (2F 小ホール)

### 午 前 の 部 (9 : 00~11 : 55)

#### 食道 (9 : 00~9 : 49)

座長 竹村 雅至

(兵庫医科大学 上部消化管外科)

尾方 章人

(谷川記念病院 消化器外科)

- B01 扁平上皮癌の生検時診断で術前化学療法が著効し、胸腹鏡下食道亜全摘術後に食道類基底細胞癌と診断された一例  
京都医療センター 外科 菊地 志 織
- B02 薬物治療にて保存加療しえた食道癌術後難治性乳糜胸の2例  
和歌山県立医科大学 第2外科 小林 良 平
- B03 食道裂孔ヘルニアが併存したバレット食道癌に対し鏡視下経裂孔的食道亜全摘術を施行した1例  
京都府立医科大学 消化器外科 有吉 要 輔
- B04 食道癌術後のARDSに対して、全身ステロイド投与が著効した一例  
京都府立医科大学 消化器外科 樋上 翔一郎
- B05 食道切除後に発生した横隔膜ヘルニアの3例  
和歌山県立医科大学 第2外科 竹内 昭 博
- B06 メッシュを用いた腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア修復術にて治療した upside down stomach を伴う食道裂孔ヘルニアの1例  
公立那賀病院 外科 岩本 博 光
- B07 食道 covered stent 留置により保存的加療を行った特発性食道破裂の1例  
大阪医科大学 一般・消化器外科 革島 悟 史

胃① (9 : 49~10 : 31)

座長 窪田 健

(京都第一赤十字病院 消化器外科)

白石 治

(近畿大学医学部 外科学)

B08 術前診断が困難であったスキルス胃癌の一例

神戸労災病院 外科 郡 山 隆 志

B09 AFP 産生早期胃癌の1例

海南医療センター 外科 北 畑 裕 司

B10 粘膜下腫瘍様の形態を呈した胃粘膜下異所性胃腺癌の一例

京都府立医科大学 消化器外科 小 林 博 喜

B11 長期生存を認める切除不能進行胃癌の1例

大阪労災病院 外科 渡 瀬 智佳史

B12 肝転移を伴う胃神経内分泌癌に対して集学的治療を行い長期予後を確認できている1症例

公立学校共済組合 近畿中央病院 外科 大 鶴 徹

B13 悪性リンパ腫に合併した胃癌の手術症例—同時性重複癌に対する治療方針—

和歌山ろうさい病院 外科 大 萩 祐 子

胃② (10 : 31~11 : 13)

座長 中村 公紀

(和歌山県立医科大学 第2外科)

山崎 誠

(大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科)

B14 腹腔鏡下胃全摘術における食道空腸吻合の工夫—輸出路を患者左側とする Orr 型 Roux-en-Y 再建—

鳳胃腸病院 外科 徳 原 孝 哉

B15 胃全摘術後にアメーバ赤痢を発症した症例

市立堺病院 救急センター 加 藤 文 崇

B16 胃全摘後に Petersen's Hernia を発症した1例

神戸労災病院 外科 下 山 勇 人



B17 当院における腹腔鏡下スリーブ状胃切除術の治療成績～2型糖尿病に対する治療効果  
大阪大学 消化器外科 新野直樹

B18 根治切除不能胃癌・十二指腸癌に対する腹腔鏡下胃空腸吻合術の有用性  
大阪医科大学 一般・消化器外科 田中亮

B19 上腸間膜動脈症候群に対し腹腔鏡下胃空腸吻合術を施行した1例  
大阪市立大学 腫瘍外科 田中涼太

胃③ (11:13~12:02)

座長 田中 浩明

(大阪市立大学 腫瘍外科)

尾島 敏康

(和歌山県立医科大学 外科学第2講座)

B20 腎癌術後20年目に胃壁転移をきたした1例  
兵庫県立淡路医療センター 吉岡佑太

B21 残胃多発 GIST の1切除例  
西宮市立中央病院 外科 上村尚

B22 EGJ直下の胃 GIMT に対する Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery (LECS)  
による胃局所切除術の有用性と手技の工夫  
高槻赤十字病院 消化器外科 水野裕太

B23 胃食道接合部 GIST に対する LECS 併用部分切除  
和歌山県立医科大学 第2外科 田端宏堯

B24 腹腔鏡内視鏡合同手術と腹腔鏡下噴門形成術を同時に施行した1例  
兵庫医科大学病院 上部消化管外科 佐藤礼佳

B25 胃重複症の1例  
明和病院 外科 張宇浩

B26 胃軸捻転による胃穿孔の一例  
社会保険神戸中央病院 外科 中川登

午 後 の 部 (14:30~17:04)

大腸⑤ (14:30~15:05)

座長 大谷 博

(大阪市立大学大学院 腫瘍外科)

中川 正

(奈良県立医科大学附属病院 消化器・総合外科)

- B27 SOX 療法が著効した腹膜播種進行下行結腸癌の1例  
淀川キリスト教病院 外科 豊田 甲子男
- B28 術前化学療法が奏功し R0 手術が可能となったS状結腸癌の1例  
京都府立医科大学 消化器外科 伊藤 博士
- B29 XELOX/FOLFOX 治療時の血管痛, 末梢神経障害への牛車腎気丸 (TJ-107) + プシ末 (TJ-3023) 併用療法の有効性の検討  
橋本市民病院 外科 松浦 一郎
- B30 臍部Z切開法による reduced port surgery (RPS) の試み  
大阪府立成人病センター 消化器外科 藤野 志季
- B31 当院における高齢者腹腔鏡下大腸手術の手術成績  
大阪医科大学 一般・消化器外科 濱元 宏喜

大腸⑥ (15:05~15:40)

座長 安井 昌義

(市立貝塚病院 外科 消化器外科)

西口 完二

(北摂総合病院 一般消化器外科)

- B32 腸腰筋膿瘍を来した下行結腸癌の一例  
西神戸医療センター 外科・消化器外科 堀江 和正
- B33 横隔膜転移を来したS状結腸癌の一例  
守口敬任会病院 外科 谷浦 允厚
- B34 結腸癌術後肝肺転移切除後の肝門部リンパ節転移の1切除例  
八尾市立病院 外科 大和 寛幸

B35 直腸肛門部悪性黒色腫の一例

守口敬仁会病院 外科 萩 隆 臣

B36 直腸肛門部悪性黒色腫の3例

大阪市立大学 腫瘍外科 石 原 沙 江

**大腸⑦** (15:40~16:22)

**座長 島田 守**

(守口敬仁会病院 外科)

**栗生 宜明**

(京都府立医科大学 消化器外科)

B37 大腸癌脾転移に対する1切除例

大阪厚生年金病院 外科 尹 純 奈

B38 横行結腸に原発した平滑筋肉腫の一例

大野記念病院 外科 松 谷 慎 治

B39 Leriche 症候群を合併する下行結腸癌に対し、腹腔鏡下切除術を施行した1例

大阪大学 消化器外科 玉 井 皓 己

B40 腸重積症で発症したS状結腸癌の1例

芦屋病院 外科 佐々木 亨

B41 子宮穿通を伴った直腸癌の1例

関西電力病院 外科 西 山 和 宏

B42 側単径ヘルニア修復部にのみ発症した上行結腸癌腹膜播種の1例

京都府立医科大学 消化器外科 藤 田 悠 司

大腸⑧ (16:22~17:04)

座長 村田 幸平

(市立吹田市民病院 外科)

河田 健二

(京都大学医学部附属病院 消化管外科)

- B43 盲腸癌播種再発巣より側方リンパ節転移をきたし根治切除を成し得た一例  
奈良県立奈良病院 外科 中村 広太
- B44 同時性両側卵巢転移をともなった大腸粘液癌の1例  
赤穂市民病院 外科 松川 浩之
- B45 腹腔鏡下に安全に切除し得た虫垂粘液嚢腫を呈した原発性虫垂癌の1例  
京都府立医科大学 消化器外科 亀井 武志
- B46 虫垂粘液産生腫瘍の2例  
大阪府済生会中津病院 外科 病理学 有馬 純
- B47 膿瘍形成性虫垂炎との鑑別を要した虫垂癌の1例  
奈良県立医科大学 消化器・総合外科 松本 弥生
- B48 虫垂切除術後12年で発症した遺残虫垂癌の1例  
大阪医科大学 一般・消化器外科 島 卓史

## C 会 場 (2F さくら東)

### 午 前 の 部 (9 : 00~11 : 34)

#### 胆嚢・胆管 (9 : 00~9 : 35)

座長 松井 康輔

(関西医科大学附属枚方病院 外科学講座)

小林 省吾

(大阪府立成人病センター 消化器外科)

C01 術前診断し得た胆嚢捻転症の2例

京都市立病院 外科 上 本 裕 介

C02 当院で経験した高齢者胆嚢捻転症の二例

守口敬任会病院 外科 石 川 慧

C03 急性胆嚢炎に対する緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術

奈良県総合医療センター (奈良県立奈良病院) 外科 辻 泰 子

C04 胆嚢十二指腸瘻に合併した早期食道癌、多発胃癌の一切除例

大阪府立成人病センター 原 豪 男

C05 腎細胞癌胆嚢転移の1切除例

神戸大学 肝胆膵外科 福 岡 英 志

#### 肝臓① (9 : 35~10 : 17)

座長 田浦康二郎

(京都大学 肝胆膵・移植外科)

木戸 正浩

(神戸大学大学院医学研究科 肝胆膵外科)

C06 若年女性に発症した巨大肝細胞腺腫の一例

奈良県立医科大学 消化器 総合外科 竹 井 健

C07 大腸癌肝転移と卵巣転移に対し同時に腹腔鏡下切除した一例

大阪医科大学 一般消化器外科 前 沢 早 紀

C08 巨大転移性肝腫瘍に対し2期的切除を施行した1例  
関西医科大学 外科 橋本 祐希

C09 大腸癌肝転移における Carcinoembryonic antigen-related cell adhesion molecule 1  
(CEACAM1) の役割  
和歌山県立医科大学 第二外科 山口 俊介

C10 肝移植において脳死か生体ドナーどちらの成績がよいのか：米国 UNOS データベース  
の解析  
京都大学 肝胆膵移植外科 大江 秀典

C11 生体肝移植7年後に de novo 自己免疫性肝炎像を呈した1例  
大阪市立大学 小児外科 栄 由香里

**肝臓② (10:17~10:59)**

**座長 竹村 茂一**

(大阪市立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学)

**北東 大督**

(奈良県立医科大学 消化器総合外科)

C12 主病変および再発病変を切除し得た肝原発類上皮血管内皮腫の1例  
大阪大学 消化器外科 細田 洋平

C13 肝細胞癌再発巣同定において、ICG 近赤外光観察が有用であった1例  
和歌山県立医科大学 第2外科 須崎 紀彦

C14 混合型肝癌の1例  
国立病院機構南和歌山医療センター 外科 藤田 洋一

C15 肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の一切除例  
大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科、大阪市立総合医療センター 消化器外科 田嶋 哲三

C16 肝細胞癌との鑑別が困難であった肝血管筋脂肪腫の一例  
京都桂病院 消化器センター 外科 牧野 健太

C17 自己免疫性肝炎に合併した肝細胞癌の一例  
京都桂病院 外科 田淵 弘明

肝臓③ (10:59~11:34)

座長 石崎 守彦

(関西医科大学附属枚方病院 消化器外科)

上野 昌樹

(和歌山県立医科大学附属病院 第2外科)

- C18 肝損傷後の持続する胆汁漏に対し、診断及び根治術を施行した一例  
奈良県立医科大学 消化器・総合外科 岩 佐 陽 介
- C19 末梢胆管拡張を伴った Multicystic Bilirly Hamartoma の1例  
大和高田市立病院 外科 中 村 有 輝
- C20 肝動静脈奇形の破裂に対し肝切除術を施行した1例  
関西医科大学 外科 橋 本 祐 希
- C21 肝原発悪性リンパ腫の1例  
明和病院 外科 門 司 祥 子
- C22 インターフェロン併用動注化学療法を含む集学的治療により長期生存が得られた門脈  
内・右房内腫瘍栓を伴った進行肝細胞癌の1例  
大阪大学大学院 消化器外科学 日 向 聖

午 後 の 部 (14 : 30~16 : 36)

膵臓① (14 : 30~15 : 12)

座長 増井 俊彦

(京都大学 肝胆膵・移植外科)

生駒 久視

(京都府立医科大学 消化器外科)

- C23 膵頭十二指腸切除術後 6 年経過して発症した門脈血栓・肝内結石症の 1 例  
京都大学 肝胆膵・移植外科 高 木 あかり
- C24 胃癌再発術後に下部消化管出血で発症した ASPDA 仮性動脈瘤破裂の一例  
守口敬任会病院 外科 植 野 吾 郎
- C25 仮性膵嚢胞内出血、腹腔内穿破に対する 1 切除例  
北播磨総合医療センター 外科 平 井 一 生
- C26 幽門側胃切除後の脾合併膵体尾部切除術施行時に残胃血流評価により安全に残胃温存し  
得た 1 例  
和歌山医大 第二外科 清 水 敦 史
- C27 正中弓状靭帯症候群に伴う膵十二指腸動脈瘤破裂の 1 例  
姫路赤十字病院 外科 西 脇 紀 之
- C28 急性膵炎を契機に診断された膵動静脈奇形の 1 例  
淀川キリスト教病院 外科 李 東 河

膵臓② (15 : 12~16 : 01)

座長 廣野 誠子

(和歌山県立医科大学 第 2 外科)

外山 博近

(神戸大学 肝胆膵外科)

- C29 膵 Solid-pseudopapillary neoplasm の 1 例  
京都大学 赤 松 翔 太
- C30 腹腔鏡補助下膵中央切除術で切除しえた膵神経鞘腫の 1 例  
京都府立医科大学 消化器外科 木 内 純



- C31 腹膜転移を有する膵体部癌に対し化学療法を行い、切除可能となった1例  
 関西医大附属枚方病院 外科 良田 大典
- C32 男性巨大膵 Solid-pseudopapillary neoplasm の1切除例  
 和歌山県立医科大学 第2外科 丸岡 慎平
- C33 膵癌と鑑別を要した膵結核の1例  
 近畿大学医学部附属病院 外科学教室 東 千尋
- C34 腫瘍内出血により術前診断が困難で腹腔鏡下尾側膵切除を施行した1例  
 奈良県総合医療センター 外科 齊藤 夏彦
- C35 オクトレチドが有効であった膵体尾部切除後難治性乳糜腹水の1例  
 兵庫医科大学病院 肝胆膵外科 岡本 共弘

**脾・門脈** (16:01~16:36)

**座長 速水 晋也**

(和歌山県立医科大学 第2外科)

**和田 浩志**

(大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学)

- C36 膵 IPMN 経過観察中に下部胆管癌を発見し膵全摘をおこなった一例  
 洛和会音羽病院 外科・脈管外科 松村 泰光
- C37 集学的治療により切除可能となった Vp2, Vv3 合併多発肝細胞癌の1例  
 大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科 出口 惣大
- C38 審査腹腔鏡で診断し、保存的加療で軽快した門脈ガス血症の1例  
 大阪厚生年金病院 外科 中野 仁夫
- C39 腹腔鏡下单孔式のう胞天蓋切除術を施行した巨大脾嚢胞の1例  
 大阪医科大学附属病院 一般・消化器外科 吉本 秀郎
- C40 難治性胃静脈瘤に対して外科的手術を施行した2例  
 神戸大学 肝胆膵外科 井本 寛東

## D 会 場 (2F さくら西)

### 午 前 の 部 (9 : 00~11 : 20)

肺 (9 : 00~9 : 56)

座長 佐藤 澄

(大阪医科大学 胸部外科)

中川 正嗣

(済生会野江病院 呼吸器外科)

- D01 孤発性横隔膜転移の診断に苦慮した右上葉肺癌の一例  
北野病院 呼吸器センター 外科 松原 弘 侑
- D02 診断に難渋した肺門縦隔リンパ節腫脹の1手術例  
大阪医科大学 胸部外科学教室 市橋 良夫
- D03 診断に難渋した胸腺結核症の一例  
近畿大学医学部 外科学 呼吸器外科部門 西野 将矢
- D04 術前の気管支動脈塞栓術により術中出血コントロールが可能であった肺アスペルギローマの一切除例  
高槻赤十字病院 呼吸器センター呼吸器外科 康 あんよん
- D05 17年の経過で徐々に増大傾向を示した肺静脈瘤の1切除例  
滋賀医科大学 呼吸器外科 林 一喜
- D06 血痰を主訴とした多発肺動静脈瘻の1切除例  
北摂総合病院 呼吸器外科 井上 亮
- D07 両側同時自然気胸により急性呼吸不全を発症した13歳男性の1手術例  
京都桂病院呼吸器センター 呼吸器外科 太田 紗千子
- D08 奇静脈・食道陥凹内の傍脊柱ブラ破綻による右自然気胸の5手術例  
宇治徳洲会病院 呼吸器外科・外科 登 有紀

**乳腺①** (9 : 56~10 : 38)

**座長 山口 正秀**

(松下記念病院 外科)

**木村 光誠**

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

D09 乳癌局所再発術後10年間健存した1例

大阪市立総合医療センター 乳腺外科 亀井 佑 梨

D10 年余を経て乳管過形成から異型性が増し、乳癌と診断された非浸潤性乳管癌 (DCIS) の1例

甲南病院 外科 松田 武 人

D11 腋窩リンパ節郭清を施行し潜在性乳癌と診断された2例

市立枚方市民病院 外科 斎藤 明 菜

D12 当院での OSNA 法を用いた術前化学療法後のセンチネルリンパ節生検の成績

大阪警察病院 乳腺外科 多根井 智 紀

D13 乳癌ホルモン療法の副作用に対する、漢方による治療効果の検討

大阪プレストクリニック 住吉 一 浩

D14 局所進行／再発乳癌45例に対するフルベストラントの使用経験

公益財団法人 北野病院 乳腺外科 萩原 里 香

**乳腺②** (10 : 38~11 : 20)

**座長 吉留 克英**

(大阪警察病院 乳腺外科)

**西田 幸弘**

(日生病院 乳腺外科)

D15 腫瘍内出血が原因と思われる急速発育を示した乳腺間質肉腫の1例

大阪市立大学大学院 浅野 有 香

D16 広範な壊死に陥った若年乳腺線維腺腫の1例

大阪市立総合医療センター 臨床教育・研修部 山入 千 春

D17 乳房原発神経鞘腫の1例

大阪労災病院 外科 渡瀬 智佳史

- D18 結節性硬化症患者に発生した乳癌の一切除例  
大阪府立急性期・総合医療センター 西村正成
- D19 超高齢者に発症した乳腺原発悪性リンパ腫の1例  
大阪医科大学 一般・乳腺・内分泌外科 碓 絢 菜
- D20 当院における乳腺過誤腫3症例の検討  
松下記念病院 外科 大西美重

午 後 の 部 (14:30~17:04)

乳腺③ (14:30~15:12)

座長 高島 勉

(大阪市立大学大学院医学研究科 腫瘍外科)

田中 覚

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

- D21 集学的治療を施行した局所進行乳癌の1例  
和歌山県立医科大学 第一外科 本 田 麻里子
- D22 局所制御が困難であった StageIV 乳癌の一例  
市立堺病院 外科 中 井 りつこ
- D23 パクリタキセル+ベバシズマブ投与にて長期間 SD を得ている転移性乳癌の症例  
関西医科大学 外科 兼 松 清 果
- D24 大腸癌術後孤立性乳房転移の一例  
大阪医療センター 乳腺外科、大阪医療センター 外科 田 中 希 世
- D25 血清カルシウム値のコントロールに難渋した転移性乳癌の1例  
日本赤十字社和歌山医療センター 乳腺外科部 川 口 佳奈子
- D26 原発巣と転移巣で異なるホルモンレセプター (HR) を呈した乳腺扁平上皮癌の1例  
大阪医科大学 一般・乳腺・内分泌外科 寺 沢 理 沙

乳腺④ (15:12~15:54)

座長 池田 克実

(大阪市立総合医療センター 乳腺外科)

岩本 充彦

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

- D27 豊胸術後乳癌の一例  
京都第二赤十字病院 外科 下 前 真衣子
- D28 神鋼病院における同時再建を伴う皮下乳腺全摘術の適応と局所再発について  
神鋼病院 乳腺科 松 本 元
- D29 早期乳癌における乳頭温存乳房切除術後の局所再発に関する検討  
和歌山県立医科大学 紀北分院外科 櫻 井 照 久

D30 当院における乳房再建の現状

関西医科大学附属病院 遠藤 香代子

D31 Oncoplastic breast surgery; skin-sparing mastectomy とシリコンインプラントの課題について

北野病院 乳腺外科、京都大学大学院 医学研究科 乳腺外科学 多久和 晴子

D32 B, D領域乳癌に対する乳房部分切除術 整容性の工夫

大阪医科大学 一般・乳腺・内分泌科 木村 光誠

**乳腺⑤** (15 : 54~16 : 36)

**座長 松並 展輝**

(大阪労災病院 乳腺外科)

**山本 大悟**

(関西医科大学附属滝井病院 乳腺外科)

D33 男性乳輪下膿瘍に対して漢方治療が有用であった1例

大阪市立総合医療センター 乳腺外科 林 美輝

D34 男性嚢胞内乳頭腫の1例

関西労災病院 乳腺外科 日馬 弘貴

D35 血性乳頭分泌物にて発見された男性非浸潤性乳管癌 (DCIS) の一例

京都市立病院 乳腺外科 吉岡 祥子

D36 浸潤性微小乳頭癌の組織像を呈した HER2 陽性男性乳癌の1例

日生病院 乳腺外科 生長 久仁子

D37 長期無治療後に手術を施行し、長期無再発生存が得られている男性乳癌の1例

千本病院 外科 大澤 尚志

D38 乳癌内分泌療法に伴う更年期障害様症状に対する漢方薬処方についての検討

大阪医科大学 一般・消化器外科 富永 智

その他① (16:36~17:11)

座長 小松 周平

(京都府立医科大学 消化器外科)

金治 新吾

(神戸大学 食道胃腸外科学分野)

D39 経仙骨的に切除した epidermoid cyst の一例

京都府立医科大学附属北部医療センター 藤田 周平

D40 成人男性に発症した Sacrococcygeal teratoma の1例

関西医科大学 外科 大石 賢玄

D41 恥骨骨髓炎に合併した多発腹壁膿瘍の1例

馬場記念病院 外科 埜村 真也

D42 横行結腸間膜に発生した神経内分泌腫瘍の1例

大阪市立大学大学院 腫瘍外科 森井 麻記子

D43 横行結腸癌術後難治性乳糜漏に対し、フィブリン糊注入療法が奏功した1例

京都大学 消化管外科 岡田 圭次郎

## E 会 場 (2F 会議室 CD)

### 午 前 の 部 (9 : 00~11 : 48)

#### 小腸① (9 : 00~9 : 42)

座長 小川 淳宏  
(多根総合病院 外科)

近藤 圭策  
(大阪医科大学 一般・消化器外科)

- E01 腸閉塞を契機に発見された原発性小腸癌の1例  
枚方市民病院 外科 北 田 和 也
- E02 粘膜下腫瘍様形態を呈した重複腸管由来小腸癌の1例  
和歌山県立医科大学 第二外科 中 村 有 貴
- E03 下行結腸浸潤および Gerota 筋膜に膿瘍形成を伴った小腸癌の1例  
泉大津市立病院 外科・内視鏡外科 吉 田 慶 三
- E04 急性胆嚢炎を契機に発見された、穿通を来した小腸 GIST の一例  
市立岸和田市民病院 外科 北 岡 文
- E05 腸間膜原発 GIST の2例  
天理よろづ相談所病院 腹部一般外科 本 田 浩太郎
- E06 空腸間膜原発神経内分泌腫瘍の1例  
長浜赤十字病院 外科 生 田 旭 宏

#### 小腸② (9 : 42~10 : 24)

座長 高城 武嗣  
(北摂総合病院 一般消化器外科)

田中 芳憲  
(社会医療法人景岳会南大阪病院 外科)

- E07 胃癌術後転移性小腸腫瘍の1切除例  
兵庫県立塚口病院 池 田 太 郎



- E08 回腸悪性リンパ腫が先進部となった、結腸腸重積の2例  
武田総合病院 外科 大塚 一 雄
- E09 小腸穿孔を来した非特異型T細胞性リンパ腫の一例  
新宮市立医療センター 外科 宮 本 篤
- E10 小腸仮性憩室穿孔の一例  
京都医療センター 外科 中 西 宏 貴
- E11 空腸憩室が原因と考えられた絞扼性イレウスの一例  
医誠会病院 救命救急科 加 藤 隆 之
- E12 本態性M蛋白血症（MGUS）に伴う小腸アミロイドーシスの1例  
和歌山県立医科大学 第二外科 津 村 亜矢子

**小腸③**（10：24～11：06）

**座長 西原 政好**

（守口敬任会病院 外科）

**村山 康利**

（京都府立医科大学 消化器外科）

- E13 小腸イレウスにて発症した回腸腸管子宮内膜症の1手術例  
医誠会病院 救命救急科 柴 田 宗一郎
- E14 乳糜腹水を呈した絞扼性イレウスの一例  
市立芦屋病院 外科 田 守 登
- E15 腹腔鏡下に回盲部重複腸管を切除し得た急性腹症の一例  
宇治徳洲会病院 外科 小 林 壽 範
- E16 腸重積による小腸イレウスをきたした Inflammatory Fibroid Polyp の一例  
南大阪病院 外科 宮 岡 雄 太
- E17 大網裂孔ヘルニアにより絞扼性イレウスを来した1例  
大阪市立大学大学院 腫瘍外科学 梅 野 真 吾
- E18 短期間に2度の手術を要した食餌性イレウスの1例  
白庭病院 外科 久保田 雪 乃

小腸④ (11:06~11:48)

座長 池永 雅一  
(大阪労災病院 外科)  
谷口 正展  
(長浜赤十字病院 外科)

E19 小腸部分切除後に腸重積を生じた2例

市立池田病院 外科 森 総一郎

E20 柿胃石による小腸閉塞の1例

(公財)田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター外科 半田 貴也

E21 再発を繰り返した柿胃石イレウスの1例

北摂総合病院 一般・消化器外科 飯田 亮

E22 膠原病に合併した小腸狭窄に対して単孔式腹腔鏡下小腸切除術を施行した一例

大阪医科大学 消化器外科 黒岡 佑介

E23 保存的加療で軽快した非閉塞性腸管虚血症の2例

大阪労災病院 外科 川田 真大

E24 ダブルバルーン小腸内視鏡によるマーキング後に、腹腔鏡下手術を行った小腸 lipomatosis  
の1例

大阪医科大学 一般・消化器外科 出原 啓介

午 後 の 部 (14 : 30~17 : 11)

十二指腸 (14 : 30~15 : 12)

座長 田中 英治

(京都大学 消化管外科)

出村 公一

(ベルランド病院 内視鏡外科)

E25 十二指腸副乳頭部 NET に対する 1 手術例

神戸大学 肝胆膵外科 平 井 優 樹

E26 巨大十二指腸 Gastrointestinal Stromal Tumor に対し、neoadjuvant therapy を施行した 1 例

大阪南医療センター 外科 木 村 正 道

E27 選択的動脈内カルシウム注入試験にて局在診断した十二指腸ガストリノーマの 1 切除例

兵庫医科大学 肝胆膵外科 栗 本 亜 美

E28 箸の誤飲による十二指腸穿孔の 1 例

公立宍粟総合病院 外科 草 野 俊 亮

E29 十二指腸憩室穿孔の一例

音羽病院 ICU/CCU 中 村 嘉

E30 診断に難渋した左尿管癌後腹膜浸潤による十二指腸上行部狭窄の 1 例

済生会吹田病院 消化器・乳腺外科 山 名 秀 典

ヘルニア (15 : 12~15 : 54)

座長 城田 哲哉

(多根総合病院 急性腹症科・外科)

新田 敏勝

(春秋会城山病院 消化器センター外科)

E31 3 鼠径ヘルニア併存例に対する腹腔鏡下修復術 (TAPP) の経験

NTT 西日本大阪病院 外科 西 田 謙 太郎

E32 Denver shunt 留置中に腹壁癒痕ヘルニア陥頓で緊急開腹術を行った難治性腹水の 1 例

兵庫県立淡路医療センター 外科 澤 田 隆 一郎

- E33 腹壁癒痕ヘルニア術後8年目に発症した遅発性メッシュ感染の1例  
和歌山県立医科大学 消化器内分小兒外科 村上 大輔
- E34 外鼠径ヘルニアに併存した鼠径部子宮内膜症の1例  
済生会吹田病院 外科 大住 渉
- E35 術前診断が困難であった大網裂孔ヘルニアの1例  
北摂総合病院 一般・消化器外科 松尾 謙太郎
- E36 臍頭十二指腸切除術後4年目に発症した内ヘルニアの一例  
大阪労災病院 外科 西垣 貴彦

**心・血管** (15:54~16:29)

**座長 小澤 英樹**

(大阪医科大学 心臓血管外科)

**打田 俊司**

(和歌山県立医科大学 心臓血管外科)

- E37 奇静脈瘤の一例  
和歌山県立医科大学 第一外科 青石 裕香
- E38 上腹部多臓器虚血を来したが救命し得た急性大動脈解離の1例  
滋賀県立成人病センター 外科 住田 公亮
- E39 心外導管を使った Fontan 型手術後の MRSA 縦隔洞炎に対して簡易式持続吸引療法 (VAC) を行った1例  
大阪医科大学 小兒心臓血管外科 島田 亮
- E40 先端が右室内腔に陥頓した子宮原発静脈内平滑筋腫に対する一手術例  
大阪医科大学附属病院 心臓血管外科 本橋 宜和
- E41 続発性リンパ浮腫における五苓散投与の経験  
近畿大学 外科 牛嶋 北斗

その他② (16:29~17:11)

座長 尾崎 岳  
(関西医科大学 外科学講座)  
徳原 孝哉  
(鳳胃腸病院 消化器科)

- E42 腹壁血腫を保存的加療で治療し得た一例  
神鋼病院 外科 坂 東 鋭 明
- E43 術前診断が困難であった若年の腸間膜腫瘍の一例  
守口敬任会病院 外科 市 川 善 章
- E44 腹腔鏡下手術を施行した腹腔内アニサキス性肉芽腫症の1例  
済生会中和病院 外科 福 岡 晃 平
- E45 後腹膜静脈型血管腫の一切除例  
京都第二赤十字病院 外科 宮 国 道太郎
- E46 肺 MALToma に合併した後腹膜神経鞘腫の一例  
京都第二赤十字病院 外科 小 田 大 嘉
- E47 後腹膜巨大奇形腫の1切除例  
京都大学 肝胆膵・移植外科 中 嶋 香 雪

一 般 演 題  
抄 錄

## A01

腹腔鏡補助下手術を施行したS状結腸子宮内膜症の一例

<sup>1</sup>多根総合病院 外科

清水 将来<sup>1</sup>、小川 淳宏<sup>1</sup>、奥野 潤<sup>1</sup>、南原 幹男<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>、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>

今回我々はS状結腸子宮内膜症により大腸イレウスに至り、腹腔鏡補助下S状結腸切除を施行した一例を経験した。症例は41歳女性。初診約3年前に排便時出血を認め近医で下部消化管内視鏡検査施行したところS状結腸に狭窄を認めフォローされていた。その1年後に狭窄部の生検から異所性子宮内膜症の診断を得た。某日、腹部膨満を主訴に前医受診。腹部CTでS状結腸の閉塞と口側の拡張を認め大腸イレウスの診断で当院に紹介受診となった。来院時、腹部に圧痛を認めず、採血で異常を認めなかった。緊急に経肛門のイレウス管留置を施行した。他院での約3年間のホルモン療法に抵抗性で徐々に閉塞に至ったことから、外科的治療の適応と考え、約2週間後に腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。術後経過は順調であった。腸管子宮内膜症は比較的稀であり、腹腔鏡補助下手術を施行したS状結腸子宮内膜症の一例を経験したので若干の文献の考察を加えて報告する。

## A03

腹痛を契機に発見された、結腸不完全軸捻転を起こした横行結腸過長症の一例

<sup>1</sup>近畿大学 小児外科部門

瀬角 裕一<sup>1</sup>、前川 昌平<sup>1</sup>、木村 浩基<sup>1</sup>、吉田 英樹<sup>1</sup>、  
澤井 利夫<sup>1</sup>、八木 誠<sup>1</sup>

症例は14歳、男児。161cm、51.9kg。既往歴は小児喘息。約1年前より月に1~2回程度の強い左側腹部痛が起っていた。数ヶ月前からは左側腹部痛が連日生じるようになり、トイレに1日4時間以上籠る状態であったため、精査・加療目的で当科紹介となった。注腸造影検査では、脾彎曲部で横行結腸が捻じれて固定されている様な像を認め、腹痛は同部位と一致していた。診断と治療を兼ねて腹腔鏡手術を行ったところ、過長した横行結腸の不完全軸捻転を確認したため、横行結腸部分切除を施行し手術を終了とした。術後は合併症なく経過し、現在まで左側腹部痛の再発は認めていない。横行結腸軸捻転は稀な疾患であり、結腸肝脾彎曲部の固定不良や過長な腸間膜による大腸可動性の増大のためとされている。本症例のように、主な既往歴がなく、横行結腸過長による不完全軸捻転を起こした症例は非常に稀と考えられるため、若干の文献の考察を加えて報告する。

## A02

直腸子宮内膜症に対して腹腔鏡下低位前方切除術・単純子宮全摘術を行った一例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科

高野 義章<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>、石井 正嗣<sup>1</sup>、黒岡 佑介<sup>1</sup>、  
内山 和久<sup>1</sup>

【はじめに】腸管子宮内膜症は直腸からS状結腸にかけて発症することが多く、保存的治療に抵抗性の場合には手術の適応となる。しかし、臓器が密集している骨盤腔内に、繰り返す炎症により癒着を来すため手術は高難度となる。今回、婦人科と合同で腹腔鏡下手術を行った症例を経験したので報告する。【症例】40歳代の女性。直腸子宮内膜症による腸管狭窄に対して加療目的に当科紹介となり腹腔鏡下手術を行った。子宮は直腸前壁と強固に癒着しており、直腸と子宮を合併切除した。【考察】当院では1988年から2013年までに、腸管子宮内膜症に対して21例に手術を施行しており、そのうち腹腔鏡下手術は10例であった。これまで合併切除が必要な際には開腹手術を行っていたが、本症例では婦人科と合同で手術を行い、鏡視下にて的確な手術が可能であった。【結語】直腸子宮内膜症に対して腹腔鏡下低位前方切除術・単純子宮全摘術を施行した一例を経験した。

## A04

MPSが診断の発端となった TuttleIII型完全直腸脱の一例

<sup>1</sup>大阪医療センター 外科

武田 和<sup>1</sup>、宮崎 道彦<sup>1</sup>、池田 正孝<sup>1</sup>、原口 直紹<sup>1</sup>、  
三宅 正和<sup>1</sup>、山本 和義<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>、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>

【はじめに】mucosal prolapse syndrome (MPS) が診断の発端となった TuttleIII型完全直腸脱の一例を経験したので報告する。【症例】28歳男性。主訴：下血。現病歴：高校生の頃より排便困難と出血があったが放置していた。Rb領域と肛門周囲に中央に白苔を伴うポリープ状隆起を数個認め、生検でMPSが疑われた。Defecographyでは、会陰下垂を伴うRect-anal typeの直腸重積を認めた。MPSを伴うTuttleIII型完全直腸脱に対し腹腔鏡下直腸固定術(Wells法)を行う方針とした。【手術】全麻下に臍部にEZアクセスポート、右下腹部に5mmポートを1本留置し操作を開始した。腹膜翻転部を切開し、直腸を吊り上げ可能なレベルまで剥離し、Wells法にて直腸を仙骨前面に固定した。【経過】排便状態は改善し、便秘や排尿障害、性機能障害は認められなかった。【結語】排便困難を訴える症例はTuttleIII型完全直腸脱なども念頭に置き、Defecographyを行うことも肝要であると思われた。

## A05

S状結腸憩室炎に起因する尿管膿瘍の1切除例

<sup>1</sup>八尾市立病院 外科

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

症例は50歳男性。主訴は糞尿。2年前より糞尿自覚されていたが放置されていた。発熱が出現したため当院受診し精査の方針となった。腹部造影CTにて膀胱内に糞便充満、膀胱頭側に遺残尿管が存在しその周囲に膿瘍腔が広がりS状結腸の憩室と交通していた。下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に多数の憩室を認めた。以上の所見より、S状結腸膀胱瘻（尿管遺残膿瘍）と診断し、S状結腸切除術+尿管・膀胱部分切除術の方針となった。手術所見では臍から膀胱に連続した腔があり、その腔とS状結腸が癒合していた。尿管と癒合したS状結腸・膀胱を一塊に腹壁より切離しS状結腸切除+膀胱部分切除を行った。病理組織学的所見においても憩室炎に起因する尿管膿瘍+結腸膀胱瘻と診断となった。術後5か月経過の現在再発は認めていない。今回、われわれは稀な憩室炎に起因する尿管膿瘍の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。

## A07

急性虫垂炎の手術適応、手術移行についての検討

天理よろづ相談所病院 腹部一般外科

愛須 佑樹<sup>1</sup>、安藤 恭久<sup>1</sup>、本田浩太郎<sup>1</sup>、西内 綾<sup>1</sup>、  
西野 裕人<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>

[目的] 当院における急性虫垂炎の治療について検討した。[対象/方法] 2008年1月1日から2010年12月31日の間に当院にて急性虫垂炎230例を対象に保存加療完遂群104例（A群）、手術移行及び緊急手術群126例（B群）の2群に分類し後方視的に年齢、性別、背景因子、初診時の白血球数、CRP値、腹部エコーとCT所見を総合的に判断し比較検討した。また保存完遂群VS手術移行群についても検討を行いリスク因子を検討した。[結果] 両群間で年齢、白血球数、CRP値、虫垂径において有意にB群で高値であり、また女性の方が有意に保存加療が可能であった。手術移行群では重大な術後合併症は認めず、性別、CRP、虫垂径において保存完遂群と有意差を認めた。[考察] 年齢、性別、白血球数、CRP値、虫垂径に注目することで安全に保存加療を開始可能と考える。また性別、CRP、虫垂径によって手術移行のリスク把握ができることが示唆された。

## A06

Backwash ileitisによる回腸穿孔を来した潰瘍性大腸炎の一例

<sup>1</sup>京都第一赤十字病院 外科

<sup>2</sup>京都第一赤十字病院 救急科

久保 秀正<sup>1</sup>、糸川 嘉樹<sup>1</sup>、松原 大樹<sup>1</sup>、生田 大二<sup>1</sup>、  
名西 健二<sup>2</sup>、植木 智之<sup>1</sup>、下村 克己<sup>1</sup>、池田 純<sup>1</sup>、  
谷口史洋<sup>1</sup>、高階謙一郎<sup>2</sup>、塩飽 保博<sup>1</sup>

症例は82歳女性。2年前に直腸穿孔でHartmann手術を施行した既往がある。今回血便で消化器内科入院となり全大腸に多発潰瘍認め、潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis: UC）と診断された。持続する血便により貧血、血圧低下認めため緊急で大腸全摘を行い、回腸ストマを造設した。術後6日目、創部より腸液様排液を認め、小腸穿孔を疑い術後8日目に再手術を施行した。ストマから口側に連続する多発潰瘍と口側5cm、20cmの部位に穿孔を認めた。正常粘膜の部位まで切除し、小腸ストマを再造設した。術後集中治療室で加療を続けたが、全身状態は悪化し2回目の術後14日目に死亡した。UCの回腸病変はbackwash ileitis（BWI）として知られるが、適切な手術法が確立されていないのが現状である。今回、BWIを伴うUCに対して大腸全摘、回腸ストマ造設後に、回腸穿孔を来した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

## A08

吊り上げ法による経膈的単孔式腹腔鏡下虫垂切除術の経験

奈良県西和医療センター 外科

中村 卓也<sup>1</sup>、池田 直也<sup>1</sup>、上野 正嗣<sup>1</sup>、金村 哲宏<sup>1</sup>、  
榎本 浩士<sup>1</sup>、北野 睦子<sup>1</sup>

当施設では、非穿孔性虫垂炎に対して独自に開発したgasless transumbilical single-incision laparoscopic assisted appendectomy（gasless TUSILLA）を行っている。gasless TUSILLAとは気腹を行わずに吊り上げ法で行う経膈的単孔式腹腔鏡下手術であり、創が臍窩に完全におさまるため傷がみえないという整容面の良さ、disposable製品を使わないという経済面の良さ、二酸化炭素を排出しないという環境面の良さなどの利点がある。また、非常にシンプルかつ簡便な手術手技であるため、二名で行う緊急手術においても十分に対応できる。当施設では初期研修医も研修期間中にこの手術を経験している。今回、2か月間の初期研修中に3例のgasless TUSILLAを経験したため、初期研修医の視点からgasless TUSILLAについて述べる。



## A09

虫垂腫瘍と鑑別を要し、腹腔鏡下手術を施行した虫垂憩室症の1例

城山病院 消化器センター 外科<sup>1</sup>

藤井 研介<sup>1</sup>、新田 敏勝<sup>1</sup>、片岡 淳<sup>1</sup>、川崎 浩資<sup>1</sup>、石橋 孝嗣<sup>1</sup>

症例は50歳、女性。便潜血反応陽性に対し、大腸内視鏡検査を行ったところ、虫垂入口部に粘膜下腫瘍様の病変を認めた。同部位の生検では、炎症細胞浸潤を認めるのみであった。腫瘍マーカーの正常範囲内であったが、腹部造影CTで、虫垂は短径11mmと腫大していた。虫垂の腫瘍性病変を完全に否定できず、腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内を観察すると、虫垂は小腸間膜に陥入しており、回腸への穿通が疑われた。虫垂先端に表面平滑な小結節様の病変を認め、腫瘍性病変も否定できず、虫垂切除に加え小腸部分切除も併施した。病理組織学的検査にて筋層を欠く仮性憩室を認め、虫垂仮性憩室症と診断した。虫垂憩室症の報告例は近年増加傾向にあるが、術前診断は困難であるとされている。今回我々は、虫垂腫瘍と鑑別を要した虫垂憩室症の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。

## A11

移動性盲腸による盲腸軸捻転症の1例

<sup>1</sup>済生会 泉尾病院 外科・消化器外科

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

【はじめに】盲腸軸捻転症は結腸軸捻転症の中でも5.9%と比較的まれな疾患である。その原因は、移動性盲腸や腹腔内の癒着が多いとされるが、術中に明らかになることも多い。今回、我々は腸閉塞手術施行時に移動性盲腸による盲腸軸捻転症と診断した1例を報告する。【患者】70歳代、女性。主訴は、嘔吐、腹部膨満。画像検査で腸閉塞と診断しイレウス管による保存的加療を行った。改善がないため入院翌日に緊急手術を施行した。術中所見で反時計回りに約180°の盲腸軸捻転を認めた。腸管壊死はなく移動性盲腸であったため、捻転を解除した後に盲腸を腹壁固定し手術終了した。術後経過良好であった。【まとめ】盲腸軸捻転症はコマ状の大腸ガス像や拡張盲腸の右側に小腸ガス像が特徴的な画像所見である。自験例も同様の所見を呈しており、本疾患を念頭に置けば、さらに迅速な治療が可能と考えられた。

## A10

FDG-PETで集積が認められた虫垂腫瘍と鑑別が困難であった虫垂憩室症の1例

京都第二赤十字病院 外科<sup>1</sup>

片山 義英<sup>1</sup>、松村 博臣<sup>1</sup>、武内 瑛子<sup>1</sup>、水谷 融<sup>1</sup>、田中 善啓<sup>1</sup>、坂本 桃子<sup>1</sup>、藤堂 桃子<sup>1</sup>、中村 吉隆<sup>1</sup>、阿辻 清人<sup>1</sup>、柿原 直樹<sup>1</sup>、藤信 明<sup>1</sup>、井川 理<sup>1</sup>、藤井 宏二<sup>1</sup>、谷口 弘毅<sup>1</sup>

【症例】80歳男性【既往歴】2001年下部咽頭痛、食道癌手術2010年下部咽頭痛再発【現病歴】術後定期検査のFDG-PETで回盲部に集積(SUVmax=7.5)を指摘された。下部消化管内視鏡検査では虫垂部に粘膜下腫瘍様隆起を認めた。鉗子は開口部に入らず生検は出来なかった。造影CTでは虫垂に染色良好な不整な壁肥厚、嚢胞性の低吸収領域を認めた。虫垂炎と考えられたが、悪性疾患を否定できず手術となった。腹腔鏡にて観察したところ虫垂漿膜に暗褐色の粟粒大結節を3個認めた。悪性を疑い開腹し回盲部切除+D3郭清術実施。摘出標本では粘液を含む小嚢胞を認め、数箇所虫垂壁内腔から突出した仮性憩室を認めた。以上より粘液腫を伴う仮性虫垂憩室と診断された。【考察】虫垂憩室症は穿孔を起こしやすく炎症を認めた場合は虫垂切除を、発見された場合は注意深い経過観察が必要である。肉眼的所見で鑑別が困難な場合の手術適応については慎重に検討が必要である。

## A12

盲腸軸捻転症の術後再発に対して捻転解除および固定術を施行した1例

<sup>1</sup>大阪市立総合医療センター消化器外科

栗原 重明<sup>1</sup>、吉井 真美<sup>1</sup>、山本 篤<sup>1</sup>、田嶋 哲三<sup>1</sup>、出口 惣大<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>、中島 隆善<sup>1</sup>、大平 豪<sup>1</sup>、森 至弘<sup>1</sup>、日月亜紀子<sup>1</sup>、玉森 豊<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>、山下 好人<sup>1</sup>、西口 幸雄<sup>1</sup>

症例は53歳女性。2014年1月、強皮症の治療にて他院に入院中に腸閉塞を発症し緊急手術施行となった。術中所見は盲腸から上行結腸にかけて後腹膜への固定不全がみられ、盲腸軸捻転症を認めた。腸管壊死所見は認めなかったため捻転部腸管の整復術のみ施行され、固定は施行されなかった。術後経過は良好で退院となった。1ヶ月後に下腹部痛が再度出現し、当院に紹介受診となった。腹部単純CTで盲腸軸捻転症の再発が疑われ、緊急手術を施行した。術中所見は、腸回転異常は認めず上行結腸を軸に回盲部が時計回りに180度捻転していた。腸管壊死所見は認めなかった。捻転部腸管の整復を行い、捻転予防のため回盲部から上行結腸を可及的に後腹膜に縫合固定し、手術終了した。術後経過は良好で、第7病日に退院した。盲腸軸捻転症は比較的稀な疾患で、術前診断が困難なことが多いが、整復術後約1ヶ月で再発を認め、再手術に至った症例を経験したので報告する。

## A13

ESD を契機に発症したと考えられる急性虫垂炎の一例

<sup>1</sup>神戸大学 食道胃腸外科

杉田 裕<sup>1</sup>、角 泰雄<sup>1</sup>、山下 公大<sup>1</sup>、金光 聖哲<sup>1</sup>、  
金治 新悟<sup>1</sup>、山本 将士<sup>1</sup>、今西 達也<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】早期大腸癌に対する大腸内視鏡下切除 (ESD) は、近年急速に増加しつつある。今回我々は、ESD を契機に発症したと考えられる急性虫垂炎の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。【症例】68歳男性。2013年9月末に当院にて盲腸の LST 病変に対して ESD 施行。12月中旬早朝に右側腹部痛出現し夜間急病センター受診。鎮痛剤処方にて帰宅するも症状増悪みと同日夕方に当院救急搬送となり急性虫垂炎の診断にて消化器内科入院となる。保存的加療を開始するも改善なく腹部所見も増悪し翌日緊急手術となった。LST の病理診断は adenocarcinoma で水乎断端陽性であったため、手術は腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。切除標本を確認してみると ESD を行った部位が癒痕狭窄を起こし虫垂口がほぼ閉塞していた。【まとめ】ESD を契機に発症したと考えられる急性虫垂炎の一例を経験したので報告した。

## A15

空気圧縮機による直腸穿孔の一例

<sup>1</sup>神戸赤十字病院 外科

横田 祐貴<sup>1</sup>、門脇 嘉彦<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>

症例は46歳、男性。第1病日、就労中に同僚が空気圧縮機を肛門に押し付けて空気を入れた。その後、腹部膨満感が強く、前医受診。腹部 CT 検査にて、腹腔内遊離ガス像を認め、手術適応と判断されたが、対応困難で当院紹介。当院受診時、腹部膨満感・下腹部に限局した圧痛を認めた。前医 CT より、直腸穿孔による急性汎発性腹膜炎の診断で、同日緊急手術を施行した。術後の経過は良好で、第17病日に退院となった。後日、空気圧縮機は肛門に直接挿入されたのではなく、ズボンの上から押し付けられており、空気が入った後、ズボンは破れていなかったことが判明。空気圧縮機による機械的な直腸粘膜の損傷は考えにくく、放出された空気による粘膜損傷が原因で、穿孔にいたったと考えられる。異物挿入による直腸穿孔の報告は散見されるが、異物挿入のない直腸穿孔の報告はほとんど見受けられず、稀な症例であると考えられるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## A14

爪楊枝誤飲による上行結腸穿孔に対し、回盲部切除術を施行した1例

<sup>1</sup>多根総合病院 外科

金森 浩平<sup>1</sup>、山口 拓也<sup>1</sup>、奥野 潤<sup>1</sup>、清水 将来<sup>1</sup>、  
廣岡 紀文<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38歳男性。2014年2月未明に、右下腹部痛を主訴に当院救急外来受診。右下腹部に圧痛・反跳痛認め、腹部 CT 検査で上行結腸を貫通する線状の高吸収域を認めた。周囲脂肪織の濃度上昇を伴い、異物による上行結腸穿孔と診断し、同日緊急手術施行した。腹腔鏡で腹腔内を確認したところ、上行結腸の異物があると思われる付近は腸間膜脂肪組織と大網に覆われて一塊となっていた。それらを剥離すると、上行結腸壁を貫通している爪楊枝が確認できた。周囲の炎症性変化が著明であるため単純閉鎖は困難と判断し、開腹移行により回盲部切除術を施行した。術後経過は良好で、術後4日目に食事開始し、8日目で退院となった。異物の誤飲により消化管穿孔を引き起こす危険性は高く、多くの症例が報告されている。適切な処置を施さなければ重篤化する可能性があり、早期の診断・治療が重要であると考えられる。文献的考察を加え、報告する。

## A16

小腸脱を伴う直腸穿孔に対して腹腔鏡下手術を施行した一例

<sup>1</sup>田附興風会北野病院

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

症例：70代女性。主訴：腹痛、肛門よりの腸管脱出。現病歴：排便時に疼痛を伴って、肛門からの腸管脱出を認め近医受診し加療目的に当院搬送となった。来院時所見：腹部は平坦、軟であり、下腹部に軽度の圧痛を認めた。腹部 CT では直腸内に小腸の陥入を認めた。脱出した小腸の色調不良から血流障害が疑われ、同日緊急手術を施行した。手術所見：腹腔鏡にて腹腔内を観察したところ、腹水貯留や腹腔内汚染を認めず、直腸前壁の穿孔部位を通じて回腸が直腸内に陥入していた。腹腔鏡下に陥入を解除し穿孔部位の直腸を切除して端々吻合を造設し、陥入していた色調不良な回腸を切除し、同部位で一時的人工肛門造設を施行した。術後経過：合併症なく第9病日に退院となった。小腸脱出を伴った直腸穿孔は極めて稀な病態であり、文献上でも種々の術式が報告されている。本症例では腹腔鏡下に手術を施行し良好な経過を得たが、若干の文献的考察を加えて報告する。

## A17

保存的治療にて治癒したS状結腸穿孔による骨盤内膿瘍の一例

<sup>1</sup>京都第一赤十字病院 外科

加藤 千翔<sup>1</sup>、久保 秀正<sup>1</sup>、谷口 史洋<sup>1</sup>、松原 大樹<sup>1</sup>、  
生田 大二<sup>1</sup>、名西 健二<sup>1</sup>、植木 智之<sup>1</sup>、下村 克己<sup>1</sup>、  
池田 純<sup>1</sup>、糸川 嘉樹<sup>1</sup>、塩飽 保博<sup>1</sup>

症例は89歳女性。心房細動と心不全の既往があった。今回、全身倦怠感、発熱、黒色便を主訴に来院した。発熱が遷延し入院後4日目にCTを再検した所、骨盤内膿瘍と腸管外遊離ガスを認めS状結腸憩室穿孔が疑われたため当科紹介となった。緊急手術を検討したが、腹膜刺激症状が無く全身状態が安定していた事、貧血による心不全増悪で両側胸水貯留があり、かつ高齢であるため手術リスクが高いと判断した事、画像上被包化されていると考えられた事から、CTガイド下ドレナージによる治療を選択した。ドレナージ、抗生剤治療にて膿瘍は縮小し、留置後19日目に結腸との瘻孔閉鎖を確認し食事再開となり、26日目にはドレーン抜去となった。大腸穿孔は原則的に緊急手術の適応であるが、膿瘍が被包化されることで汎発性腹膜炎に至らず、腹部所見や全身状態によってはCTガイド下ドレナージによる低侵襲治療が有効な治療の選択肢となり得ると考えられたため報告する。

## A19

急性虫垂炎の診断をもとに腹腔鏡下虫垂切除術を施行し、病理診断にて虫垂杯細胞カルチノイドと診断された1例

<sup>1</sup>第一東和会病院 内視鏡外科センター

上田 博文<sup>1</sup>、佐藤 功<sup>1</sup>、北園 巖<sup>1</sup>、田畑 智丈<sup>1</sup>、  
水谷 真<sup>1</sup>、千野 佳秀<sup>1</sup>、山崎 元<sup>1</sup>、藤村 昌樹<sup>1</sup>

症例は54歳の女性。腹痛を主訴に来院。腹部所見では右下腹部に圧痛、反跳痛や筋性防御の腹膜刺激症状を認めた。腹部CTでは虫垂の腫大と軽度腹水貯留を認めた。急性虫垂炎、腹膜炎の診断で腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。術後経過は良好で術後3日目に軽快退院となった。病理診断では虫垂杯細胞カルチノイドで、深達度 ss、リンパ管侵襲陽性と診断された。今後、追加切除とリンパ節廓清を予定している。虫垂杯細胞カルチノイドは比較的まれな疾患でカルチノイド腫瘍の一型とされ、悪性度が高く予後不良とされている。術式や治療方針、予後に対する一定の見解は得られていなく、今後は慎重なフォローが必要である。今回、われわれは急性虫垂炎の診断をもとに腹腔鏡下虫垂切除術を施行し、病理診断にて虫垂杯細胞カルチノイドと診断された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。

## A18

虫垂杯細胞カルチノイドの1例

<sup>1</sup>大阪市立大学 腫瘍外科

山越 義仁<sup>1</sup>、大谷 博<sup>1</sup>、渋谷 雅常<sup>1</sup>、豊川 貴弘<sup>1</sup>、  
山添 定明<sup>1</sup>、櫻井 克宜<sup>1</sup>、永原 央<sup>1</sup>、木村健二郎<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>、  
前田 清<sup>1</sup>、大平 雅一<sup>1</sup>、平川 弘聖<sup>1</sup>

症例は72歳男性。嘔吐、腹部膨満感を主訴に当院を受診。イレウスと診断し、緊急入院となった。腹部CTでは、回盲部に壁肥厚を認め、同部が閉塞起点となっていた。イレウス管挿入にてイレウスが軽快した後、下部消化管内視鏡検査を施行した。盲腸のバウヒン弁近傍は硬化し、粘膜面は発赤を伴い、凹凸不整であった。同部位からの生検結果は腺癌であったため、腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した。術中所見では、回盲部に鶏卵大の主病巣、その近傍に1個の播種性結節を認め、同時に切除した。摘出標本では、虫垂は一部が確認できるのみで、盲腸の粘膜面は、内視鏡所見と同様であった。病理組織学的検査では、虫垂原発の杯細胞カルチノイドとの診断であり、播種性結節も同様であった。術後経過は良好にて退院し、術後4ヶ月の現在、再発は認めていない。今回、我々は虫垂杯細胞カルチノイドの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。

## A20

側方リンパ節への孤立性転移が術前診断された直径5mm 下部直腸カルチノイドに対し腹腔鏡下手術を行った1例

<sup>1</sup>明和病院 外科

<sup>2</sup>明和病院 臨床検査部

辻 彩乃<sup>1</sup>、吉江 秀範<sup>1</sup>、後野 礼<sup>1</sup>、竹中 雄也<sup>1</sup>、  
堀尾 勇規<sup>1</sup>、小野朋二郎<sup>1</sup>、友松 宗史<sup>1</sup>、北濱 誠一<sup>1</sup>、  
飯田 洋也<sup>1</sup>、生田 真一<sup>1</sup>、張 宇浩<sup>1</sup>、岸本 昌浩<sup>1</sup>、  
木村 文彦<sup>1</sup>、相原 司<sup>1</sup>、覚野 綾子<sup>2</sup>、柳 秀憲<sup>1</sup>、  
山中 若樹<sup>1</sup>

症例は50才台の男性。他院での大腸内視鏡検査で肛門管直上の下部直腸に直径5mm、黄色調の表面平滑な隆起性病変を認め、直腸カルチノイドを疑われ当院紹介となった。CTおよびMRIで直腸間膜内リンパ節や下腸間膜動脈周囲リンパ節の腫脹はみられなかったが、左側方リンパ節に直径9mmの腫脹を認め、転移と診断した。このため局所切除ではなく、系統的リンパ節廓清を含めた根治的手術が必要と判断し、腹腔鏡下ISR、左側方リンパ節廓清術を施行した。術後病理診断はカルチノイド (NET、G1) で進達度は sm であった。左側方リンパ節のみに転移がみられた。術後1年以上経過し、再発は認めていない。直径5mmの微小な直腸カルチノイドで低悪性度でありながら側方リンパ節転移を認め、術前診断が可能であり、腹腔鏡下に根治切除を行った1例を経験したので報告する。

## A21

内視鏡的原発巣切除13年後に傍直腸リンパ節転移を認め  
た直腸カルチノイドの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>、内山 和久<sup>1</sup>

症例は60歳、男性。2000年に直腸カルチノイドに対し、  
内視鏡的粘膜切除術を施行された。2013年5月、交通事  
故後に、近医で施行された腹部造影CT検査にて、濃染  
される下部直腸の壁肥厚と傍直腸リンパ節腫大(30mm  
大)を認めた。下部消化管内視鏡検査では、肛門縁から  
4cmにEMR後瘢痕を認めた。以上より、直腸カルチノ  
イドの異時性リンパ節転移が疑われ、当科へ紹介受診と  
なった。同年11月、当科にて腹腔鏡下超低位前方切除術  
D2、左側方リンパ節郭清、一時的回腸人工肛門造設術  
を施行した。病理組織診断にて、No. 251リンパ節に3/5  
のリンパ節転移(カルチノイド(NET))を認めた。本  
邦において、直腸カルチノイドの原発巣切除後、10年以  
上経過後のリンパ節転移症例は極めてまれである。今回、  
直腸カルチノイドの異時性リンパ節転移に対する治療を  
経験したので、文献的考察を加え報告する。

## B01

扁平上皮癌の生検時診断で術前化学療法が著効し、胸腹  
鏡下食道亜全摘術後に食道類基底細胞癌と診断された一  
例

<sup>1</sup>京都医療センター 外科

菊地 志織<sup>1</sup>、畑 啓昭<sup>1</sup>、大谷 哲之<sup>1</sup>、中西 宏貴<sup>1</sup>、  
川口 清貴<sup>1</sup>、佐治 雅史<sup>1</sup>、花田 圭太<sup>1</sup>、松末 亮<sup>1</sup>、  
成田 匡大<sup>1</sup>、山口 高史<sup>1</sup>、猪飼伊和夫<sup>1</sup>

【はじめに】食道類基底細胞癌はまれな疾患で、食道癌  
に占める割合は約1%程度である。今回、我々は食道扁  
平上皮癌のレジメンに沿った術前化学療法が著効し、胸  
腹鏡下食道亜全摘術を施行した食道類基底細胞癌を経験  
した。【症例】67歳男性。食欲不振に対し上部内視鏡施  
行。食道癌(Lt type3 Squamous cT2N1M0 cStageIIB)  
の診断で、標準治療に則って術前化学療法としてFP2  
コース施行、PRの効果判定で胸腹鏡下食道亜全摘術施  
行。術後病理にて類基底細胞癌(Lt Type3 Basaloid  
squamous N1 M0 sStageIIB、治療効果Grade1a)の診  
断であった。【まとめ】切除可能なStageII・IIIの胸部  
食道癌に対する治療はガイドラインにてFP術前化学療  
法とされている。今症例および報告症例から類基底細胞  
癌も扁平上皮癌に準じた治療で効果が期待できると考  
えられた。

## A22

長期緩解していた難治性臀部膿皮症に発生した痔瘻癌の  
一例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科

鄭 賢樹<sup>1</sup>、石川 慧<sup>1</sup>、萩 隆臣<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>

今回我々は痔瘻を合併した臀部慢性膿皮症の治療後の約  
14年後に肛門周囲の扁平上皮癌を合併した症例を経験し  
たので報告する。【症例】74歳男性。平成11年、臀部～  
肛門周囲の広範囲な難治性化膿創や瘻孔に対しオープン  
ドレナージ、Seton法などを繰り返し治療された。その  
後、再燃無く経過していた。平成25年4月頃より肛門の  
腫瘍と血便を自覚する。7月に当院に受診し同日の生検  
で扁平上皮癌と診断された。肛門部には感染の合併や狭  
窄を伴っており、まず直腸切除術+人工肛門造設術を行  
い術前化学療法を施行した。約2週間後に肛門～下部直  
腸と周囲皮膚軟部組織を広範囲に切除し左薄筋動脈弁に  
より骨盤底部の再建を行い表面は人工真皮で被覆した。  
病理診断で切除断端が陰性である事を確認し、術後21日  
目に両側大腿後面から鳥状皮弁で臀部を再建した。【結  
語】痔瘻や膿皮症の長期合併症として肛門周囲の扁平上  
皮癌は重要であり長期のfollow upが必要である。

## B02

薬物治療にて保存加療しえた食道癌術後難治性乳糜胸の  
2例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第2外科

小林 良平<sup>1</sup>、尾島 敏康<sup>1</sup>、中森 幹人<sup>1</sup>、中村 公紀<sup>1</sup>、  
勝田 将裕<sup>1</sup>、早田 啓治<sup>1</sup>、松村 修一<sup>1</sup>、北谷 純也<sup>1</sup>、  
加藤 智也<sup>1</sup>、田端 宏堯<sup>1</sup>、竹内 昭博<sup>1</sup>、岩橋 誠<sup>1</sup>、  
山上 裕機<sup>1</sup>

【症例1】60歳代 女性、胸部中部食道癌に対し、胸腔鏡  
下食道亜全摘を行った。第13病日に乳糜胸と診断。第18  
病日から、エチレフリン3mg/時+オクトレオチド  
0.3mg/日の持続投与を開始した。第20病日からは胸水  
排液は500ml/日まで減量した。第22病日 第31病日に  
胸膜癒着術を施行した。第36病日には胸水排液はなくな  
ったため、胸腔ドレーンは抜去した。【症例2】60歳代  
男性、胸腔鏡下食道亜全摘後14日目に乳糜胸と診断。第  
15病日からエチレフリン+オクトレオチド治療を開始し  
た。難治性であり、胸水減少しなかったため、エチレフ  
リン投与量を漸増していき10mg/時まで増量した。徐々  
に胸水は減少し、第50病日に完治した。食道癌術後の乳  
糜胸に対し、エチレフリンの持続投与やオクトレオチド  
の間歇投与などの有効性が報告されている。本症例は両  
試薬を同時に投与し、副作用なく良好な結果が得られた。  
術後の難治性乳糜胸に対する有効な治療法と思われた。



## B03

食道裂孔ヘルニアが併存したパレット食道癌に対し鏡視下経裂孔的食道亜全摘術を施行した1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

有吉 要輔<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、藤原 斉<sup>1</sup>、小西 博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、小松 周平<sup>1</sup>、栗生 宜明<sup>1</sup>、生駒 久視<sup>1</sup>、窪田 健<sup>1</sup>、中西 正芳<sup>1</sup>、市川 大輔<sup>1</sup>、岡本 和真<sup>1</sup>、阪倉 長平<sup>1</sup>、大辻 英吾<sup>1</sup>

症例は43歳、男性。既往に脳性麻痺があり、誤嚥性肺炎の予防目的に喉頭全摘術および気管分離術を2008年に施行されていた。2013年4月に食欲不振および貧血・黒色便が出現し精査施行された。上部消化管内視鏡にて強度の滑脱型食道裂孔ヘルニアおよび門歯列より30cmのヘルニア内に3型病変と、門歯列より25cmに0-IIc病変が存在し、生検で両病変より腺癌が検出された。脊柱の後弯・四肢拘縮のため左側臥位が保持できず、永久気管孔のため分離肺換気が困難であったため、経裂孔的アプローチで非開胸鏡視下食道亜全摘術・後縦隔経路胃管再建を施行した。病理組織学的検査ではlong-segmentパレット食道およびパレット食道に連続して0-IIc型食道腺癌(深達度T1a)が存在し、パレット食道癌と診断した。術後第11病日に縫合不全を認めたが保存的に軽快し第51病日に退院した。脊柱後弯症・短食道の症例においても、鏡視下経裂孔的食道亜全摘術は安全に施行し得た。

## B05

食道切除後に発生した横隔膜ヘルニアの3例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第2外科

竹内 昭博<sup>1</sup>、尾島 敏康<sup>1</sup>、中森 幹人<sup>1</sup>、中村 公紀<sup>1</sup>、勝田 将裕<sup>1</sup>、早田 啓治<sup>1</sup>、松村 修一<sup>1</sup>、北谷 純也<sup>1</sup>、加藤 智也<sup>1</sup>、田端 宏亮<sup>1</sup>、岩橋 誠<sup>1</sup>、中 禎二<sup>1</sup>、山上 裕機<sup>1</sup>

食道切除後に発生する横隔膜ヘルニアは稀な合併症である。当科で経験した3例を検討。症例1 食道亜全摘、胸骨後経路胃管再建術を施行。術後2病日に横隔膜ヘルニアと診断し緊急手術。前縦隔の挙上胃管の右側を通り右胸腔へ空腸が多量に脱出。手動的に腹腔内に戻し整復を行った上で、ヘルニア門となっていた前縦隔を閉鎖し手術を終了。症例2 食道亜全摘、後縦隔経路胃管再建術後第7病日に再建胃管の胸腔内脱出を伴う横隔膜ヘルニアの診断で緊急手術施行。再建胃管を腹腔内に戻し整復し、胃管と横隔膜脚との固定を行い手術を終了。症例3 食道亜全摘、後縦隔経路胃管再建術後第8病日に横隔膜ヘルニアと診断し、緊急手術施行。食道裂孔から右胸腔へ横行結腸が脱出しており、整復後にヘルニア門を閉鎖し手術を終了。食道癌術後早期の合併症のうち横隔膜ヘルニアは非常に稀であるが、食道切除術の際は横隔膜ヘルニアを念頭におき、挙上臓器の固定を行う必要がある。

## B04

食道癌術後のARDSに対して、全身ステロイド投与が著効した一例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

樋上翔一郎<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、藤原 斉<sup>1</sup>、小西 博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、村山 康利<sup>1</sup>、小松 周平<sup>1</sup>、栗生 宜明<sup>1</sup>、生駒 久視<sup>1</sup>、窪田 健<sup>1</sup>、中西 正芳<sup>1</sup>、木村 彰夫<sup>1</sup>、市川 大輔<sup>1</sup>、岡本 和真<sup>1</sup>、阪倉 長平<sup>1</sup>、大辻 英吾<sup>1</sup>

48歳女性。胸部食道癌(3病変)および胃癌(体下部小彎側)に対して、術前化学療法の後、食道亜全摘・胃部部分切除術・胸腹2領域郭清・胸骨後経路細径胃管再建施行。術直後は順調に経過するも、術後5病日に呼吸状態の急激な悪化と全肺野の透過性低下を認めたため、ARDSと診断、挿管下に人工呼吸器管理開始。術後7病日の段階で血液検査・呼吸状態に改善は認めなかった。培養など各種検査で感染症は証明されず、低用量ステロイド療法(ヒドロコルチゾン300mg/日)を開始したところ、術後8病日より呼吸状態の明らかな改善を認め、術後13日目抜管、術後26日目退院に至った。ARDSは一般に非常に予後不良な病態と考えられており、いずれの薬剤も生存率の改善をエンドポイントとしたRCTによっては有効性が証明されていない。今回我々は食道癌術後に発症したARDSに対して全身ステロイド投与により著効を得た一例を経験したので、これに若干の文献的考察を加えて報告する。

## B06

メッシュを用いた腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア修復術にて治療したupside down stomachを伴う食道裂孔ヘルニアの1例

<sup>1</sup>公立那賀病院 外科

岩本 博光<sup>1</sup>、馬野 泰一<sup>1</sup>、坂田 好史<sup>1</sup>、木下 博之<sup>1</sup>、森 一成<sup>1</sup>

食道裂孔ヘルニアは日常臨床において頻度の高い疾患の一つであるが、胸腔内に脱出した胃が上下逆になる「upside down stomach」となることは稀である。今回われわれはメッシュを用いた腹腔鏡下修復術にて治療した症例を経験したので報告する。症例は60歳代、女性。以前より逆流性食道炎にて近医で治療されていた。平成25年11月からは嘔吐が頻回になり、黒色嘔吐、黒色便も認めていた。そして同月下旬に呼吸苦も伴うようになったため当院救急受診、誤嚥性肺炎と診断され緊急入院となった。その際のCTで巨大な食道裂孔ヘルニアを指摘された。入院後の精査にてupside down stomachと診断され、12月下旬メッシュを用いた腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア修復術施行した。術中所見では食道裂孔は6cm×5cmと開大しており、同部を4針で縫縮しメッシュにて補強した。その後Toupet法にて噴門形成を行った。術後経過順調で療養・リハビリの後、術後27病日に退院となった。

## B07

食道 covered stent 留置により保存的加療を行った特発性食道破裂の1例

大阪医科大学 一般・消化器外科<sup>1</sup>  
大阪医科大学 第2内科<sup>2</sup>

革島 悟史<sup>1</sup>、河合 英<sup>1</sup>、田代圭太郎<sup>1</sup>、李 相雄<sup>1</sup>、  
田中 亮<sup>1</sup>、中田 智之<sup>2</sup>、太田 和寛<sup>2</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

特発性食道破裂は稀な疾患である上に対処が遅れると致命的となる。今回、我々は適切な保存的加療にて救命しえた一例を経験したので報告する。症例は58歳男性。飲酒後に嘔気を生じ増悪する心窩部痛と呼吸困難を主訴に当院へ救急搬送。造影CTにて胸部下部食道の不整な肥厚と縦隔気腫を認め、左胸水ならびに気胸を伴っており、特発性食道破裂と考えた。胸腔ドレナージ、輸血にてバイタルサインが安定したため、患者併存症も考慮し保存的加療を開始した。第2病日膿胸を併発。第3病日上部消化管内視鏡検査では、胸部下部食道左側壁に5cmの縦走深掘れ潰瘍を認めた。食道造影にて左胸腔への交通を認め、逆流防止弁付き covered stent を留置した。その後胸水は減少し、炎症所見も改善傾向となった。第35病日に内視鏡的にステントを抜去し、穿孔部分はピンホール状の瘻孔となっていたが、第53病日には自然閉鎖を確認。食事再開後も特記すべきことを認めず第61病日に退院となった。

## B09

AFP 産生早期胃癌の1例

<sup>1</sup>海南医療センター 外科  
<sup>2</sup>南和歌山医療センター 外科

北畑 裕司<sup>1</sup>、落合 実<sup>1</sup>、玉置 卓也<sup>1</sup>、辻 俊明<sup>2</sup>、  
佐々木政一<sup>1</sup>

症例は79歳女性。主訴は心窩部痛。GISで胃幽門側大弯に35mm大の2型腫瘍を認め、生検病理で中分化腺癌の診断。術前検査で明らかな遠隔転移を認めず。2型進行胃癌の診断で幽門側胃切除、D1+β廓清を施行。病理組織所見：tub2、sm、ly1、v1、pN1。StageIb。IHC追加：腫瘍細胞にAFP陽性細胞が認められAFP産生胃癌と診断された。AFP産生胃癌は、進行後に見つかることが多く悪性度も高い。今回治癒切除を施行したが、再発の可能性を考慮し、Her2蛋白発現を測定。IHC染色でHer2蛋白が3+と陽性であった。今後再発時の化学療法を選択肢が増えたといえる。今回血清が保管されており、術前血清AFP値は測定できていない。術後経過良好で、現在術後2か月しか経過していないが、AFPは正常値5.5ng/mlを示しており、明らかな再発を認めていない。AFP産生胃癌は早期でも転移再発を認める症例も報告されているため、今後AFPの採血を含め慎重にフォローが必要であると思われる。

## B08

術前診断が困難であったスキルス胃癌の一例  
神戸労災病院 外科<sup>1</sup>

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>、山本 正博<sup>1</sup>

【症例】70代男性【主訴】腹痛、しぶり腹【現病歴】2ヶ月前から上記症状。近医の上部消化管内視鏡で全周性を指摘されたがGroup12日後のCTでFree Airを認めたため当院に紹介【現症】左下腹部が緊満していたが軟で腹痛なし採血【異常所見はなく腫瘍マーカーも正常。CTではFree Airは認めなかったが通過障害を認めたため胃管を挿入し経過観察。2度内視鏡施行し生検とボーリング生検を施行したが、Group1。合計3度の内視鏡で悪性所見はでなかったがスキルス胃癌が疑われたため手術施行【手術所見】小開腹を行った所、胃下部を中心とした腫瘍を認め全層生検の迅速診断にて悪性所見が得られたのでスキルス胃癌と診断、幽門側胃切除を施行【病理結果】LM、Circ、4T4a、N1、M0、StageIIIA 粘膜面に異型細胞は認めなかった【考察】スキルス胃癌で術前診断が困難な時は手術による生検が有効であると思われた。文献的考察を加えて報告する。

## B10

粘膜下腫瘍様の形態を呈した胃粘膜下異所性胃腺癌の一例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

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

胃粘膜下異所性胃腺癌の癌化は極めて稀とされている。今回粘膜下腫瘍様の形態を呈した胃粘膜下異所性胃腺癌の一例を経験したので報告する。症例は66歳男性。検診で異常を指摘され、近医での上部消化管内視鏡検査で胃体上部前壁に粘膜下腫瘍様隆起を認めたため、精査目的に当院を紹介受診した。内視鏡で胃体上部前壁に陥凹を伴わない粘膜下腫瘍様隆起を認め、EUSでは第3層を首座に一部第4層と連続しており、FNAでは良悪性診断は困難であった。胃透視上長径20mmであり、CTでは腫瘍内に一部石灰化を伴っていた。GISTの可能性を否定できず、また径20mmであり、LECSを施行した。病理検査所見として粘膜下異所腺を背景に、異所腺上皮を置換する形で分化型管状腺癌を認めたため、追加切除目的に腹腔鏡補助下噴門側胃切除術を施行した。胃粘膜下異所性胃腺癌の癌化は稀ではあるが、鑑別困難な胃粘膜下腫瘍の場合、異所性胃腺癌の可能性も念頭に置く必要があると考えられた。

## B11

長期生存を認める切除不能進行胃癌の1例

<sup>1</sup>大阪労災病院 外科

<sup>2</sup>大阪労災病院 乳腺外科

渡瀬智佳史<sup>1</sup>、吉川 正人<sup>1</sup>、川端 良平<sup>1</sup>、吉田 雄太<sup>1</sup>、川田 真大<sup>1</sup>、安山 陽信<sup>1</sup>、吉川 幸宏<sup>1</sup>、古賀 睦人<sup>1</sup>、人羅 俊貴<sup>1</sup>、村上 昌裕<sup>1</sup>、小田 直文<sup>2</sup>、廣田 昌紀<sup>1</sup>、森島 宏隆<sup>2</sup>、池永 雅一<sup>1</sup>、清水 潤三<sup>1</sup>、松並 展輝<sup>2</sup>、長谷川順一<sup>1</sup>

76歳男性。既往歴は糖尿病、慢性副鼻腔炎、左腎摘（詳細不明）。2005年3月から前胸部・心窩部の重圧感が出現。7月の上部消化管内視鏡検査で噴門から胃角部に及ぶ4型腫瘍を認め、生検で Group 5、tub2 > por であったため当院紹介。胃癌 UME cT3 cN1 cH0 cP0 cM0 cStage IIIA の診断で2005年8月に手術施行するも、術中腹膜転移を認め、腹水細胞診陽性のため試験開腹のみとした。根治切除不能の進行胃癌として TS-1 + Paclitaxel を開始。現在までに Paclitaxel、CPT-11、Docetaxel、Trastuzumab、nab-Paclitaxel 等をローテーションしながら投与し、9年間の長期生存を得ている。切除不能の進行胃癌としては異例の長期生存例と考えられ、若干の文献的考察をふまえて報告する。

## B13

悪性リンパ腫に合併した胃癌の手術症例—同時性重複癌に対する治療方針—

<sup>1</sup>和歌山ろうさい病院 外科

大萩 祐子<sup>1</sup>、小林 康人<sup>1</sup>、吹上 理<sup>1</sup>、山本 基<sup>1</sup>、寺澤 宏<sup>1</sup>、那須 亨<sup>1</sup>、出口 真彰<sup>1</sup>

【症例】52歳女性【主訴】口渇、全身倦怠感【現病歴】2013年6月左記主訴にて近医を受診、Hb は 6.4mg/dL であった。上部消化管内視鏡で胃角部小彎に不整粘膜（生検で Group5、por > sig）を認め胃癌の出血による貧血と診断され当院緊急入院となった。入院時体温 38.6℃、鼠径部リンパ節腫脹あり、CRP 20mg/dL、IL-2R は4、869U/mL と高値で悪性リンパ腫の合併が疑われ、リンパ節生検と PET より Stage4 の診断に至った。6クールの R-CHOP 療法後、胃の潰瘍病変は改善、2014年1月に悪性リンパ腫が CR となったため胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除、D1 + 郭清を行った。病理診断は Sig > por、pT2 で Stage1B であった。【考察】胃病変とリンパ節腫大を認めた際、胃癌の転移を疑いがちであるが、症候に着目し悪性リンパ腫を疑うことができた。同時性重複癌を来した本症例では悪性リンパ腫を先行して治療することで全身状態を改善させ胃癌の手術を可能にし、完治が見込める症例となった。

## B12

肝転移を伴う胃神経内分泌癌に対して集学的治療を行い長期予後を確立できている1症例

<sup>1</sup>公立学校共済組合 近畿中央病院 外科<sup>1</sup>

<sup>2</sup>県立西宮病院 外科

大鶴 徹<sup>1</sup>、飯島 正平<sup>1</sup>、中尾栄一郎<sup>1</sup>、辻村 直人<sup>1</sup>、松本 崇<sup>1</sup>、高地 耕<sup>1</sup>、西岡 清訓<sup>1</sup>、武元 浩新<sup>1</sup>、大島 聡<sup>1</sup>、上村 佳央<sup>1</sup>、小林 研二<sup>2</sup>  
アルコール性肝炎の既往のある54歳男性。健診にて腹部腫瘍を指摘され当院受診となった。精査の結果径2CM を超す胃体下部の SMT ならびに肝 S5 への転移が指摘され、生検結果では chromograninA が強陽性、CD56 ならびに NSE が弱陽性と胃神経内分泌腫瘍と診断された。幽門側胃切除、肝 S5 亜区域切除・肝 S8RFA を行った。術後病理結果では Ki67 の陽性率は 50% を超し胃神経内分泌癌と診断された。深達度は胃粘膜下層までであったが、領域リンパ節にも転移を認めた。術後 CPT11 + CDDP を選択した。3コース施行した時点で肝転移を認めたため肝 S2/S4 部分切除を行った。その後 2nd line として SP 療法を選択し、現在まで 13 コース施行されている。術後化学療法の影響にて腎機能低下を軽度認めるも腫瘍の再発なく経過している。胃神経内分泌癌に関しての化学療法は統一されたレジメンは示されており、また肝転移は予後不良とされており今回若干の文献的考察を追加報告する。

## B14

腹腔鏡下胃全摘術における食道空腸吻合の工夫—輸出路を患者左側とする Orr 型 Roux-en-Y 再建—

<sup>1</sup>鳳胃腸病院 外科

徳原 孝哉<sup>1</sup>、中田 英二<sup>1</sup>、天上 俊之<sup>1</sup>、河合 功<sup>1</sup>、里井 俊平<sup>1</sup>

【はじめに】腹腔鏡下胃全摘術における食道空腸吻合の手技には、未だ一定の見解が得られていない。今回、「吻合部の捻れ」の防止法として、「輸出路を患者左側とする Roux-en-Y 再建」を供覧する。【手技】食道断端に経口アンビルを留置する。Treitz 靱帯から 20cm ~ 25cm の空腸を犠牲腸管とし、臍部創より、肛門側が患者左側となる配置で体外に導出する。20cm で離断後、同部からグローブを通した CS 本体を挿入し、26cm の部位で打ち抜いて体内に戻す。再気腹後、食道空腸吻合を行う。【結果】4例に施行し、捻れ、狭窄、縫合不全を認めず。【考察】腹部食道断端は正中やや左側寄りに位置するため、臍部から挿入される CS 本体の向かう方向は患者左側へと規定される。一方、拳上空腸断端より挿入する CS 本体の方向は肛門側となる。つまり、輸出路（肛門側）を患者左側とすれば、「拳上空腸の捻れ」がなくなり、結果、「食道空腸吻合部の捻れ」を回避できると考えられる。

## B15

胃全摘術後にアメーバ赤痢を発症した症例

<sup>1</sup>市立堺病院 救急センター

<sup>2</sup>市立堺病院 外科

加藤 文崇<sup>1</sup>、川瀬 朋乃<sup>2</sup>、清水 克修<sup>2</sup>、石垣 貴彦<sup>2</sup>、  
蛭原 健<sup>1</sup>、馬場谷彰仁<sup>2</sup>、大久保 聡<sup>2</sup>、天野 浩司<sup>1</sup>、  
星野 宏光<sup>2</sup>、山村 順<sup>2</sup>、川端 良平<sup>2</sup>、神垣 俊二<sup>2</sup>、  
白井 章浩<sup>1</sup>、池田 直樹<sup>2</sup>、山本 為義<sup>2</sup>、中田 健<sup>2</sup>、  
木村 豊<sup>2</sup>、大里 浩樹<sup>2</sup>、福永 睦<sup>2</sup>

51歳男性、腹部腫瘤を主訴に近医から当院に紹介された。精査の結果、胃体上部から前庭部小弯に2型病変あり。cT4aN2M0Stage3Bと術前診断し、待機手術予定としていた。しかし、吐血で救急搬送され、出血コントロール不良のため緊急手術となった。胃全摘術、D2郭清、脾臓摘出術、腸瘻造設術施行。術後診断 T4aN3aM0 Stage3Cであった。術後3日目より下痢、5日目より粘血便あり。1日4-5Lの下痢便あり。術後7日目に水分管理のためにICU入室となった。その後も、黒色水様便は継続、術後8日目に撮影された造影CTでは腸管拡張および壁肥厚あり、大腸に数ヶ所の造影不良域を認めた。虚血による変化を疑い管理を行っていた。術後11日目にアメーバ赤痢を疑い治療を開始。その後の検査で、赤痢アメーバ血清抗体は高値であった。メトロニダゾール750mg10日間、その後パロモマイシン硫酸塩10日間服用とした。縫合不全もあるも保存的に軽快し、術後64日目に退院となった。

## B17

当院における腹腔鏡下スリーブ状胃切除術の治療成績～2型糖尿病に対する治療効果

<sup>1</sup>大阪大学 消化器外科

新野 直樹<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>、中島 清一<sup>1</sup>、瀧口 修司<sup>1</sup>、  
森 正樹<sup>1</sup>、土岐祐一郎<sup>1</sup>

【背景】当院では2010年3月より腹腔鏡下スリーブ状胃切除術 (LSG) を導入し、現在まで16例に施行した。今回、これらの症例について、2型糖尿病 (T2DM) に対する治療効果を中心に報告する。【対象および結果】男：女 = 5：11、年齢中央値 = 42 (23-55) 歳、術前 BMI = 41.8 (32.2-46.6)、T2DM 罹患例 = 10例であった。術後1年目 BMI は28.7 (25.4-43.2) に減少し、全例 T2DM は寛快した。うち1例について、症例は58歳、男性。術前 BMI35.4、HbA1c7.9%、インスリン導入中であった。術前後で、空腹時血糖：161 → 75g/dl、HOMA- $\beta$ ：41.9 → 108、HOMA-R：4.53 → 0.67とインスリン分泌能、抵抗性ともに改善を認め、以降無投薬にて外来通院中である。【まとめ】LSGは、減量のみならず、肥満関連合併症である2型糖尿病に対して良好な効果を示した。

## B16

胃全摘後に Petersen's Hernia を発症した1例

<sup>1</sup>神戸労災病院 外科

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

【症例】60歳台男性【主訴】中腹部痛【既往歴】40年前に虫垂切除、4か月前に胃痛：T4a、N3b、M0、StageIIc (開腹胃全摘 R-Y 再建と胆嚢摘出)【現病歴】昼食後に中腹部痛と嘔吐が出現し、当院 ER 緊急搬送。【入院時現症・検査所見】バイタルは頻呼吸以外は正常。顔面蒼白で腹部や左側がやや膨隆。腹部全体に圧痛を認めたが、反跳痛や筋性防御は認めず。炎症や貧血認めなかったが、代謝性アシドーシスが著明であった。腹部造影 CT 検査にて小腸の拡張を認めたが、造影不領域ははっきりしなかった。以上より絞扼性イレウスを疑い手術を行った【手術所見】開腹すると軽度混濁した黄色の腹水を認めた。回腸が Petersen 裂孔に右側から左側に向けて1m 嵌入していた。手動的に引き抜くと腸管の血流障害を認めなかったので Petersen 裂孔を閉鎖し手術を終了した【術後経過】大きな合併症なく経過し術後8病日退院【結語】胃全摘後の Petersen's Hernia の1例を経験したので報告する。

## B18

根治切除不能胃癌・十二指腸癌に対する腹腔鏡下胃空腸吻合術の有用性

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科

田中 亮<sup>1</sup>、李 相雄<sup>1</sup>、河合 英<sup>1</sup>、田代圭太郎<sup>1</sup>、  
革島 悟史<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

【はじめに】根治切除不能悪性腫瘍の上部消化管閉塞症状の緩和目的に行われる腹腔鏡下胃空腸吻合術の安全性、有用性を報告するとともにその手術手技を供覧する。【対象・方法】対象は2008年1月から2013年12月までに上部消化管閉塞症状を伴う切除不能胃癌・十二指腸癌に対し胃空腸吻合術を施行した25例。開腹群 (O群) 13例、腹腔鏡群 (L群) 12例を後ろ向きに比較検討した。【結果】患者背景、手術時間は有意差を認めず、出血量は有意にL群で少なかった。経口摂取開始日、初回排ガス確認日、術後在院日数はいずれもL群で短い傾向にあった。術後合併症はO群4例、L群なし。退院後、化学療法を行った症例はO群7例 (53.8%) に対し、L群9例 (75%) でそのうち2例は化学療法を施行後に根治切除を施行しえた。【結語】腹腔鏡下胃空腸吻合術は低侵襲でより早期退院が可能であり、またスムーズに二次治療に移行できるという点で優れた術式であると思われる。



## B19

上腸間膜動脈症候群に対し腹腔鏡下胃空腸吻合術を施行した1例

<sup>1</sup>大阪市立大学 腫瘍外科

田中 涼太<sup>1</sup>、櫻井 克宣<sup>1</sup>、六車 一哉<sup>1</sup>、渋谷 雅常<sup>1</sup>、山添 定明<sup>1</sup>、永原 央<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>、大谷 博<sup>1</sup>、前田 清<sup>1</sup>、大平 雅一<sup>1</sup>、平川 弘聖<sup>1</sup>

症例は38歳、男性。腹部膨満感と嘔吐を主訴に近医を受診した。消化管造影検査において十二指腸水平脚の拡張と造影剤の停滞を認め、上腸間膜動脈症候群が疑われた。当院消化器内科を紹介受診し、保存的な治療を行ったが、症状の改善は認めなかった。4ヶ月で6kgの体重減少を認めたため外科的治療目的で当科で紹介となった。腹部造影CT検査では腹部大動脈と上腸間膜動脈の間で十二指腸が圧迫され、また上腸間膜動脈と大動脈の角度が11度と狭小化していた。保存的治療の抵抗例と判断し、腹腔鏡下胃空腸吻合術を施行した。上腸間膜動脈症候群は比較的古くから知られた疾患で、若年者に対しては保存的治療が第一選択であるが、保存的治療に抵抗する場合は、外科的治療が選択される。今回、われわれは腹腔鏡下胃空腸吻合術を行い良好な結果が得られたので若干の文献的報告を加え報告する。

## B21

残胃多発 GIST の1切除例

<sup>1</sup>西宮市立中央病院 外科

<sup>2</sup>西宮市立中央病院 病理部

上村 尚<sup>1</sup>、岡田かおる<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>、岡 義雄<sup>1</sup>、根津理一郎<sup>1</sup>、綾田 昌弘<sup>2</sup>

(はじめに) 残胃に GIST が発生することは比較的稀とされている。今回我々は残胃に発生した多発 GIST の1例を経験したので報告する。(症例) 78歳男性。18歳時に胃潰瘍に対して幽門側胃切除術 (B-I 再建) を受けている。6年前に近医で施行された上部消化管内視鏡検査で20mm 大の胃粘膜下腫瘍を残胃体上部後壁側に指摘されて以降、当院内科で定期的フォローされており大きさ、形態変化を認めず経過観察となっていた。今回、心窩部不快感を訴え受診。GIFにて腫瘍の30mm 大へと増大傾向と、頂部にびらんを伴っていた。また、対側にも10mm 大の粘膜下腫瘍を認め手術適応と判断し、腹腔鏡補助下胃部分切除術を施行した。術後の病理学的検索の結果はともに GIST、mitotic index 2-3/50HPFsであった。術後経過良好で術後15日目に退院。現在は外来フォロー中である。(結語) 残胃に発生した多発 GIST に対し切除が可能であった1例を経験したので報告する。

## B20

腎癌術後20年目に胃壁転移をきたした1例

<sup>1</sup>兵庫県立淡路医療センター

吉岡 佑太<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>、川嶋 太郎<sup>1</sup>、坂平 英樹<sup>1</sup>、高橋 応典<sup>1</sup>、大石 達郎<sup>1</sup>、宮本 勝文<sup>1</sup>、小山 隆司<sup>1</sup>

66歳男性。1993年に右腎癌に対し、根治的右腎摘出術を施行され、その後3年間術後免疫療法を行い、特に症状なく経過していたが、2013年9月住民健診の胃透視にて胃体部後壁の隆起性病変を指摘された。近医での上部内視鏡検査にて胃体上部大弯に潰瘍病変あり、生検にて GIST 疑われ、当院紹介受診。当院での上部内視鏡検査・生検・免疫染色にて腎癌の転移による clear cell carcinoma 疑いとなり、腎癌胃壁転移疑いの診断でと矛盾せず、同年11月腹腔鏡下胃局所切除術施行。切除標本の病理診断で過去の腎癌の組織像と類似する clear cell carcinoma の所見が認められた。腎細胞癌は、肺・肝・骨など全身諸臓器への遠隔転移をきたすが、胃壁への転移は稀であり、腎摘出20年後の腎細胞癌の胃壁転移という非常に珍しい症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## B22

EGJ 直下の胃 GIMT に対する Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery (LECS) による胃局所切除術の有用性と手技の工夫

<sup>1</sup>高槻赤十字病院 消化器外科

<sup>2</sup>高槻赤十字病院 消化器科

水野 裕太<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>、鈴木久美子<sup>1</sup>、神田 直樹<sup>2</sup>、成田 基良<sup>2</sup>

背景：胃 GIMT は局所切除が原則だが、EGJ 直下の病変では噴門狭窄の懸念から時に噴門側胃切除を余儀なくされる。今回 LECS による胃局所切除を経験したのでその有用性と手技の工夫を供覧する。症例：38歳、男性。胃噴門部前壁小弯に長径3.5cm、内腔発育型の粘膜下腫瘍を認め、口側は squamocolumnar junction (SCJ) に接していた。まず内視鏡下にマーキング後、SCJ に近接部を残して粘膜下層を切開、一か所まで全層開放した。以降の全層切開は腹腔鏡下に行い、最後に腫瘍を反転させて内腔から確認しながら SCJ 部を切離した。縫合閉鎖は狭窄予防のため手縫いで短軸方向に行い、SCJ に接する部は3-0 Vicryl 単結紮全層、この両側は V-loc<sup>TM</sup> 全層連続縫合とした。病理診断は平滑筋種で断端陰性であった。考察：EGJ 近傍の GIMT 切除では被膜損傷を回避し狭窄を予防しつつも切除範囲の縮小が望まれる。LECS による内腔からの切離ライン決定と腹腔鏡下の縫合手技は有用と考えられた。

## B23

胃食道接合部 GIST に対する LECS 併用部分切除

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第2外科

田端 宏亮<sup>1</sup>、尾島 敏敏<sup>1</sup>、中森 幹人<sup>1</sup>、中村 公紀<sup>1</sup>、  
勝田 将裕<sup>1</sup>、早田 啓治<sup>1</sup>、松村 修一<sup>1</sup>、北谷 純也<sup>1</sup>、  
加藤 智也<sup>1</sup>、竹内 昭博<sup>1</sup>、山上 裕機<sup>1</sup>

【症例】80歳代女性、RA に伴う長期ステロイド内服の既往有、PS2. 70mm の胃 SMT に対する手術目的にて紹介。内視鏡では噴門小弯に腫瘍あり、下部食道圧排に伴う通過障害を認めた。EUS-FNA にて GIST と診断。ハイリスク症例であり、噴門側胃切除ではなく LECS 併用食道胃部分切除を予定した。【手術動画】腹腔鏡下に腫瘍をトリミングし、経口内視鏡観察下に食道側から LCS を用いて全層切開開始し、腫瘍を内翻させ、マージン確保しながら腫瘍切除した。腫瘍は臍ポートから体外に摘出。切除後の食道胃閉鎖は食道断裂部は3-0バイクリル結紮縫合、EG junction から肛側は3-0V ロックを用いた連続縫合を行った。術後透視では食道狭窄や胃変形は全く認めず、第8病日に退院された。【結語】EG junction にかかる大きな GIST であっても腹腔鏡下の部分切除は可能である。本術式は噴門側胃切除と比較して合併症リスクは低く術後 QOL も高いと考えられた。

## B25

胃重複症の1例

<sup>1</sup>明和病院 外科

<sup>2</sup>明和病院 病理診断科

<sup>3</sup>製鉄記念広畑病院 臨床検査部

張 宇浩<sup>1</sup>、竹中 雄也<sup>1</sup>、後野 礼<sup>1</sup>、一瀬 規子<sup>1</sup>、  
中島 隆善<sup>1</sup>、小野朋二郎<sup>1</sup>、友松 宗史<sup>1</sup>、北濱 誠一<sup>1</sup>、  
吉江 秀範<sup>1</sup>、生田 真一<sup>1</sup>、木村 文彦<sup>1</sup>、相原 司<sup>1</sup>、  
柳 秀憲<sup>1</sup>、覚野 綾子<sup>2</sup>、西上 隆之<sup>3</sup>、山中 若樹<sup>1</sup>

症例は70歳男性。心窩部不快感にて近医を受診した。腹部エコーで胃壁小弯に接する嚢胞と一部充実性腫瘍を認め当院紹介となった。CT 検査にて食道下部から胃体上部小弯に連続し壁外性に突出する約2cm の嚢胞の部分有する腫瘍を認めた。胃壁外腫瘍の診断にて腹腔鏡下摘出術を施行した。病変は食道下部より胃体上部小弯に沿って縦軸方向に2房性の嚢胞であった。嚢胞は周辺組織より容易に剝離可能であったが、食道胃には強固に癒着していた。内溶液は黄白色透明で粘調性が高かった。病理検査で嚢胞内腔は上皮成分で構成し平滑筋層を認め胃重複症を診断した。消化管重複症は原始腸の発生異常に由来すると言われ、消化管のいずれの部位においても発生しうる嚢胞性病変である。定義として1. 内面が消化管粘膜で覆われるもの 2. 平滑筋層を有する。3. 正常消化管と隣接するものとされている。今回、比較的稀な胃重複症を経験し若干の文献的考察を加え報告します。

## B24

腹腔鏡内視鏡合同手術と腹腔鏡下噴門形成術を同時に施行した1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学病院 上部消化管外科

佐藤 礼佳<sup>1</sup>、竹村 雅至<sup>1</sup>、海辺 展明<sup>1</sup>、山下 英孝<sup>1</sup>、  
瀧井麻美子<sup>1</sup>、吉田 佳世<sup>1</sup>、仁和 浩貴<sup>1</sup>、大嶋 勉<sup>1</sup>、  
菊池正二郎<sup>1</sup>、笹子三津留<sup>1</sup>

胃 GIST と食道裂孔ヘルニアの合併症例に対して、腹腔鏡内視鏡合同手術と腹腔鏡下噴門形成術を同時に施行した症例を経験した。(症例)64歳、女性。関節リウマチ・糖尿病・胆石症の加療中に、滑脱型食道裂孔ヘルニアと穹窿部大彎側に約2cm の粘膜下腫瘍を指摘された。粘膜下腫瘍は超音波ガイド下生検で GIST と診断され、当科手術目的に紹介となった。胃 GIST の切除と噴門形成術を同時に施行する方針とし、噴門形成の胃の切除を最小限にするために胃 GIST に対しては LECS を行うこととした。まず、迷走神経を損傷しないように腹部食道を確保後、胃脾間膜を胃壁に沿って処理をした。経口内視鏡下に GIST 尾側に全層切開を入れ、腹腔鏡下に切除し胃壁を縫合閉鎖した。さらに、Tuopet 型噴門形成術と胆嚢摘出術を施行し手術を終了とした。手術時間285分、出血量は極少量。術後合併症はなく、術11日後退院となった。LECS は胃の切除範囲を安全に決定できる術式である。

## B26

胃軸捻転による胃穿孔の一例

<sup>1</sup>社会保険神戸中央病院 外科

中川 登<sup>1</sup>、西村 幸寿<sup>1</sup>、曾我 耕次<sup>1</sup>、西尾 実<sup>1</sup>、  
高 利守<sup>1</sup>、小黒 厚<sup>1</sup>

稀な疾患である胃軸捻転による胃穿孔症例を経験したので報告する。

症例：92歳、女性（主訴）嘔吐（既往歴）2013年9月：S 状結腸軸捻転にて他院で手術。10月：S 状結腸軸捻転再発にて当院で内視鏡下に整復。（現病歴）2014年3月9日から嘔吐出現し、その後、腹部膨満出現持続。近医受診し、S 状結腸軸捻転再発疑いにて当院消化器内科紹介受診。腹部膨満、圧痛、反跳痛を認めた。WBC：32200、CRP：12.3。CT：胃軸捻転疑い。胃壁に虚血性変化なし。胃内視鏡：胃壁全体に糜爛が強いが、壊死所見なし。幽門側が確認できない。以上の所見から胃内に減圧チューブを経鼻留置し、経過観察とした。3月10日、WBC：18500と低下したが腹痛持続。CT：腹腔内 free air を認め緊急手術となった。手術所見：胃上部の胃壁全体に壊死性変化を認め、胃上部後壁に穿孔を認め、汎発性腹膜炎の所見であった。胃全摘、腹腔ドレナージ施行した。術後経過は概ね良好で救命し得た。

## B27

SOX 療法が著効した腹膜播種進行下行結腸癌の1例

<sup>1</sup>澁川キリスト教病院 外科

<sup>2</sup>澁川キリスト教病院 病理診断科

豊田甲子男<sup>1</sup>、李 東河<sup>1</sup>、宮本 光<sup>1</sup>、前田 哲生<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>、田上 修司<sup>1</sup>、國久 智成<sup>1</sup>、花田 庄司<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>、加地 政秀<sup>1</sup>、上田 佳世<sup>2</sup>、寺村 一裕<sup>2</sup>、豊川 晃弘<sup>1</sup>

【はじめに】腹膜播種、肝転移を伴う StageIV 進行大腸癌に対して SOX 療法が著効した症例を経験したので報告する。【症例】65歳、男性。2011年11月、腹部膨満を主訴に受診。精査にて下行結腸癌、多発肝転移、腹膜播種と診断されイレウス解除目的に手術施行。術中原発巣は後腹膜に高度浸潤し肝転移と高度腹膜播種を認めたため横行結腸による人工肛門造設。術後 SOX 療法開始、5クールにて末梢神経障害で OX 中止、TS-1による維持療法施行。肝障害による休薬はあったが、9月施行の CT で画像上 CR となり原発巣切除目的に2012年12月、左半結腸切除、人工肛門閉鎖術を施行した。術中米粒大の腹膜播種遺残を認めたため術後 TS-1 + BV 療法を施行した。2013年10月、画像上腹膜播種、肝転移、肺転移出現してきたため11月より IRIS + BV 療法を開始し現在継続中である。【結語】SOX 療法が著効し長期間の一次治療継続が可能となった StageIV 進行下行結腸癌の1例を経験したので報告した。

## B29

XELOX/FOLFOX 治療時の血管痛、末梢神経障害への牛車腎気丸 (TJ-107) + プシ末 (TJ-3023) 併用療法の有効性の検討

<sup>1</sup>橋本市民病院 外科

松浦 一郎<sup>1</sup>、嶋田 浩介<sup>1</sup>、岩倉 伸次<sup>1</sup>、東口 崇<sup>1</sup>

進行大腸癌に対する術後補助化学療法である L-OHP ベースの XELOX/FOLFOX 治療終了後に、末梢神経障害が改善せず対策に難渋しているのが現状である。最近、末梢神経障害に対して TJ-107 + 加工プシ末 (TJ-3023) の併用が、治療効果を示したとの報告がされており今回安全性と用量設定試験を行った。＜目的/対象＞既存の治療で、末梢神経障害の改善が認めなかった進行大腸癌症例に対して、TJ-107 + TJ-3023 治療の安全性、有効投与量を検討する。＜方法＞TJ-107に加えて TJ-3023 の内服投与を開始。2週間毎に効果判定し、効果の弱い場合 1.5g ずつ増量し、副作用チェックと疼痛評価を CTCAE ver 4.0、VAS、DEB-NTC を用いて施行。＜結果/まとめ＞TJ-3023を3g まで増量するとほとんどの症例で、上肢指先の疼痛は低下し、重篤な副作用は認めなかった。既存の治療で未改善の患者に対して改善効果が認められたので報告する。

## B28

術前化学療法が奏功し R0手術が可能となった S 状結腸癌の1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

伊藤 博士<sup>1</sup>、村山 康利<sup>1</sup>、小西 博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、小松 周平<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、生駒 久視<sup>1</sup>、栗生 宜明<sup>1</sup>、窪田 健<sup>1</sup>、中西 正芳<sup>1</sup>、市川 大輔<sup>1</sup>、藤原 齊<sup>1</sup>、岡本 和真<sup>1</sup>、阪倉 長平<sup>1</sup>、大辻 英吾<sup>1</sup>

【背景】近年、切除不能進行大腸癌に対する術前化学療法により、根治手術可能症例が増えている。【症例】65歳男性。平成25年4月に S 状結腸穿孔、汎発性腹膜炎を呈し、緊急手術施行。開腹所見で S 状結腸癌の周囲浸潤を認め、主病変は非切除、人工肛門造設のみとした。術後全身状態の改善を待ち、化学療法施行。XELOX + cetuximab 療法を4クール施行。化学療法後画像検査で主病変は著明に縮小を認め、効果判定は PR とした。術前内視鏡検査で上行結腸癌も認められ、術前診断は S 状結腸癌 SI (膀胱) N1M0 StageIIIa、上行結腸癌 MPNOM0 StageI とし、同年10月、S 状結腸切除 D3郭清、回盲部切除 D2郭清、膀胱部分切除を施行。術中、小腸浸潤も疑われた為、小腸部分切除も同時に施行した。病理組織結果では、N0であり、化学療法治療効果はいずれも Grade2であった。【結語】切除不能大腸癌に対して術前化学療法を施行することで、根治手術が可能であった1例を経験したので報告する。

## B30

臍部 Z 切開法による reduced port surgery (RPS) の試み

<sup>1</sup>大阪府立成人病センター 消化器外科

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

近年大腸癌に対しさらなる低侵襲をめざして SILS や RPS が施行されている。当科でも RPS を導入している。吻合は経肛門吻合以外は臍部創より腸管を挙上して体外にて機械吻合を行っているが、体外吻合を行う際に、創の延長が必要となる場合もある。今回、必要な皮膚切開長を得るべく臍部を Z 字に切開する方法 (臍部 Z 切開法) を導入し、創長、手術時間、出血量等について検討を行った。対象は2013年7月から2014年2月に当科で PRS を施行した標準的リンパ節郭清を伴う大腸癌25例のうち、体外吻合を行った16例とした。9例に臍縦切開を行い、7例に Z 切開を行った。縦切開法と Z 切開法では創の長さは中央値でそれぞれ4cm (3-8cm) と3cm (2-4cm)、手術時間は262分 (175-370分) と210分 (163-329分)、出血量は40ml (0-130ml) と20ml (5-90ml) であった。Z 切開法が手術操作に与える影響は少なく整容性にも優れており、有用性があると思われた。

## B31

当院における高齢者腹腔鏡下大腸手術の手術成績

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科

濱元 宏喜<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>、石井 正剛<sup>1</sup>、高野 義章<sup>1</sup>、黒岡 佑介<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

【はじめに】当院における腹腔鏡下大腸手術の手術成績について検討した【方法と対象】1、2000年から2012年まで当院で施行した80歳以上の腹腔鏡下大腸手術症例192例を対象に、前期群（2000-2007年、n = 69）と後期群（2008-2012年、n = 123）での治療成績の比較2、ASA1-2（n = 159）とASA3以上（n = 33）の高齢者の周術期成績の比較3、高齢者の縫合不全に関するリスク因子を検討【結果】1、年齢（82.7vs83.9歳）、ASA（2.04vs2.19）、手術時間（191vs213分）、排ガス発生日（3.0vs2.2日）に有意差認められた（前期 vs 後期）2、ASA1-2とASA3以上の高齢者では手術成績、術後成績に有意差認めなかった3、背景因子、手術因子で単変量解析行い、男性、開腹歴がリスク因子であった。多変量解析では、男性のみがリスク因子であった【考察】ASA3以上の80歳以上の高齢者においても、腹腔鏡手術は安全に施行可能であった。また、高齢者においても、男性は縫合不全のリスク因子であった。

## B33

横隔膜転移を来したS状結腸癌の一例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科

谷浦 允厚<sup>1</sup>、石川 慧<sup>1</sup>、萩 隆臣<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>

横隔膜腫瘍は稀な疾患であり、特に転移性は非常に稀である。今回我々は、横隔膜転移を伴ったS状結腸癌に対して横隔膜合併切除を行い、再発に対して追加切除した症例を経験した。【症例】65歳男性。H22年7月にS状結腸癌イレウスで発症し、肝臓を圧迫する横隔膜腫瘍を認めた。経肛門的ステント留置後にD-3郭清を伴うS状結腸切除と同時に横隔膜腫瘍を切除した。原発巣はtub2、pSS、ly2、v1、pN1で、横隔膜腫瘍もtub2で転移性であった。術後はmFOLFOX + bevacizumabを行った。H23年4月より胸膜の肥厚を認め、横隔膜面にも腫瘍が出現した。全身PET-CT等で他の遠隔転移を認めない事より、再度、横隔膜転移の再発に対して開胸開腹下で切除した。直接浸潤のみられた肺は合併切除して転移巣を摘出し、欠損部は広背筋弁で再建した。【結語】稀な大腸癌の横隔膜転移を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## B32

腸腰筋膿瘍を来した下行結腸癌の一例

<sup>1</sup>西神戸医療センター 外科・消化器外科

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

〈はじめに〉大腸の後腹膜穿孔は、腹膜への刺激が弱いために臨床症状に乏しく、発見が遅れ致命的な経過をたどることもある。今回、後腹膜に穿通し腸腰筋膿瘍を来した下行結腸癌の一例を経験したので報告する。〈症例〉81歳男性。腹痛と左下肢のしびれを主訴に当院へ救急搬送された。来院時、全腹部に著大な圧痛と反跳痛を認めた。腹部CTでは腸腰筋膿瘍を認め、また腹腔内には少量のfree airと下行結腸の腫瘍を認めた。穿孔性腹膜炎と診断し緊急手術を行った。開腹すると腹腔内に腸腰筋膿瘍が穿破しており、その原因として下行結腸癌が腸腰筋に穿通し膿瘍形成していたことが考えられた。下行結腸切除と膿瘍ドレナージを行い、人工肛門造設術を行った。術後経過は概ね良好で、第18病日に退院した。〈結語〉下行結腸癌が後腹膜に穿通し、腸腰筋膿瘍を来し、穿孔性腹膜炎へ至った一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## B34

結腸癌術後肝肺転移切除後の肝門部リンパ節転移の1切除例

<sup>1</sup>八尾市立病院 外科

<sup>2</sup>八尾市立病院 病理診断科

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

【症例】77歳男性。【主訴】特になし。【現病歴】19年10月上行結腸癌に対し切除術施行。2008年7月右肺転移切除。化学療法後の多発肝転移に21年6月肝左葉切除術施行。24年6月に肝門部リンパ節腫大を認め化学療法施行。約1年SDのち25年7月手術施行。【現症】腹部は平坦、軟。【腫瘍マーカー】正常値。【造影CT】尾状葉に接する肝門部門脈右枝背側に4cmのリンパ節腫大。【MRI】拡散強調画像で高信号。中部胆管は腫瘍で圧排。【PET-CT】SUVmax2.66の集積。以上より総胆管、肝尾状葉に接する肝門部リンパ節再発と診断し、2013年7月に手術施行。【手術】肝門部背側の腫瘍を右肝動脈、門脈から剥離し、中部胆管とともに摘出し、胆道再建。【病理】大腸癌リンパ節転移。【経過】術後8か月で再発所見なし。【考察】大腸癌肝転移において肝門部リンパ節陽性は予後不良因子の一つであるが、いまだ外科的摘出の果たす役割は大きい。文献的考察を加えて報告する。



## B35

直腸肛門部悪性黒色腫の一例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科

萩 隆臣<sup>1</sup>、石川 慧<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>、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>

直腸肛門部の悪性黒色腫は稀な疾患であり、早期から血行性やリンパ行性に転移をきたす悪性腫瘍である。【症例】71歳、女性、大腸癌検診で便鮮血陽性に精査目的で当院に紹介された。大腸内視鏡で歯状線の口側でヘルマン氏線上に淡茶色調の色素沈着と小隆起を認めた。生検結果はFontana-Masson染色及びHAM45陽性を示すメラニン色素を有する異型細胞を認めた。PEFCTを含め術前検査では、明らかなリンパ節転移や遠隔転移は認めず、腹腔鏡下直腸切断術を施行した。術後病理診断ではpSM(100 $\mu$ )、int、INF c、ly0、v0、pN0で術前診断の通り悪性腫瘍細胞の約90%がメラニン色素を含有するMalignant melanomaであった。術後補助化学療法はDTIC単独で行い、現在再発なく経過している。【結語】悪性黒色腫は、その予後不良からも早期診断が望まれる。文献的考察を加えて報告する。

## B37

大腸癌脾転移に対する1切除例

<sup>1</sup>大阪厚生年金病院 外科

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

大腸癌における脾転移は比較的多く見られる病態であり、報告は多くない。肝転移を伴う横行結腸癌の術後2年目に脾転移をきたし、肉眼的遺残なく切除出来た1例を経験したので報告する。症例は67歳男性。2011年4月に横行結腸癌、多発肝転移と診断され、内科にて化学療法を施行されていた。原発部位にて閉塞性イレウスをきたし、2012年1月に横行結腸部分切除術を施行した。化学療法を継続し、新規病変を認めないことから同年6月に肝右葉切除術を施行した。2014年1月にCEAの再上昇を認め、精査にて残肝再発および脾転移を疑った。他臓器に再発所見を認めないことから肝部分切除術および脾摘出術を施行した。病理組織学的検査の結果、大腸癌による転移性脾腫瘍および肝腫瘍と診断された。術後合併症は認めず、現在経過観察中である。多臓器転移を伴った状態で脾転移を認めることが多い中、治癒切除可能な脾転移に対する切除例は比較的多いと考えられる。

## B36

直腸肛門部悪性黒色腫の3例

<sup>1</sup>大阪市立大学 腫瘍外科

石原 沙江<sup>1</sup>、永原 央<sup>1</sup>、渋谷 雅常<sup>1</sup>、大谷 博<sup>1</sup>、  
前田 清<sup>1</sup>、池谷 哲郎<sup>1</sup>、菅野 兼史<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>、  
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>

直腸肛門部悪性黒色腫(ARMM)は比較的多く見られる疾患であるが、早期に転移し5年生存率が4.6~15%と極めて予後不良な疾患である。今回われわれはARMMの3例を経験したので報告する。症例1は64歳男性で、腹会陰式直腸切断術後、補助化学療法を行ったが、再発のため術後6ヶ月で死亡した。症例2は81歳男性で、局所切除を行い、術後1年6ヶ月経過するが再発なく生存している。症例3は60歳女性で、腹腔内転移のため化学療法のみで治療し開始後9ヶ月で死亡した。ARMMの治療法は確立されていないが、手術以外に根治的な治療はなく、直腸肛門部の隆起性病変を認めた際は本疾患も鑑別に挙げ、早期診断をすることが肝要である。遠隔転移を有する進行症例に対しては、集学的治療の結果長期生存を得られた症例も散見されるため、積極的な治療を取り入れることも選択肢の一つになりうると考えられた。

## B38

横行結腸に原発した平滑筋肉腫の一例

<sup>1</sup>大野記念病院 外科

<sup>2</sup>大阪市立大学 腫瘍外科

松谷 慎治<sup>1</sup>、有本 裕一<sup>1</sup>、神藤 理<sup>1</sup>、水山 陽子<sup>1</sup>、  
中河 宏治<sup>1</sup>、大野 良興<sup>1</sup>、平川 弘聖<sup>2</sup>

今回我々は横行結腸平滑筋肉腫という稀な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。35歳、女性。粘血便の精査にて施行された下部消化管内視鏡検査にて結腸脾彎曲部に径約4cm大の表面不整な有茎性腫瘍を認めた。CT検査での転移所見及び生検での悪性所見を認めなかったが、悪性腫瘍を疑い腹腔鏡補助下結腸部分切除術を施行した。病理組織学的検査では紡錘状の細胞が索状に配列しており、免疫組織学的染色にてc-kit(-)、CD34(-)、 $\alpha$ -SMA(+)、desimin(+)、S100(-)、Ki-67は5%未満であり、大腸平滑筋肉腫(低リスク群)と診断した。本邦での2001~2012年の検索では大腸平滑筋肉腫と診断されたものは10例であった。大腸平滑筋肉腫の治療はGISTと同様にリンパ節郭清を伴わない完全切除が推奨され、化学療法として確立したものは存在しない。消化管平滑筋肉腫に対する悪性度や予後評価、治療に関して未だ確立されたものはなく、今後の治療法の確立が待たれる。

## B39

Leriche 症候群を合併する下行結腸癌に対し、腹腔鏡下切除術を施行した1例

<sup>1</sup>大阪大学 消化器外科

玉井 皓己<sup>1</sup>、西村 潤一<sup>1</sup>、植村 守<sup>1</sup>、畑 泰司<sup>1</sup>、竹政伊知朗<sup>1</sup>、水島 恒和<sup>1</sup>、山本 浩文<sup>1</sup>、土岐祐一郎<sup>1</sup>、森 正樹<sup>1</sup>

【はじめに】Leriche 症候群は腎動脈以下の腹部大動脈閉塞を来す疾患である。側副血行路により、腎動脈以下の臓器血流が保たれる。【症例】73歳男性。既往歴に、Leriche 症候群、糖尿病、慢性腎障害を認めた。下行結腸に亜全周性の3cm 大の2型病変 (cSS, N0, M0, StageII)、S 状結腸に0-IIc + IIa 病変を認め、腹腔鏡下結腸左半切除術 (D3郭清) を予定した。下腿への側副血行路である下腹壁動脈を損傷しないようポートを留置し、下肢血流の評価として両足趾の酸素飽和度を術中モニタリングした。腸吻合後に下部内視鏡にて粘膜面の血流が保たれていることを確認し、手術終了した。術後11日目に合併症なく退院となった。【まとめ】Leriche 症候群を有する下行結腸癌症例に対し、腹腔鏡下切除術を完遂した。過去に同様の報告はなく、若干の文献的考察を加えて報告する。

## B41

子宮穿通を伴った直腸癌の1例

<sup>1</sup>関西電力病院 外科

西山 和宏<sup>1</sup>、粟根 雅章<sup>1</sup>、河本 泉<sup>1</sup>、加茂 直子<sup>1</sup>、池田 温至<sup>1</sup>、萩 隆臣<sup>1</sup>、滝 吉郎<sup>1</sup>、今村 正之<sup>1</sup>

症例は72歳の女性。1ヶ月前から間欠的に下腹部痛と肛門痛を自覚していた。下腹部の疼痛が増悪し救急外来受診。腹部 CT と MRI にて直腸の壁肥厚と脂肪織濃度の上昇と S 状結腸の後腹膜への穿通も疑われ緊急入院となった。腹部症状は下腹部の圧痛のみで、血液検査上も中等度の炎症反応で保存的に経過を見た。CF では直腸に全周性3型進行癌と生検にて adenocarcinoma が確認された。しかし、腹部症状が増強し緊急手術となった。術中所見は子宮と直腸に強い癒着を認め、直腸と子宮間で穿通による交通があり、子宮内に大量の便を認めた。病理学的には子宮に直腸癌浸潤は認めず、穿通は直腸穿孔に伴う炎症性変化と判断された。本症例は癌の進達度は SS であったが、原因不明の子宮穿通を併発したまれな症例であった。我々は直腸癌と子宮穿通を同時に併発したまれ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。

## B40

腸重積症で発症した S 状結腸癌の 1 例

<sup>1</sup>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 萬里<sup>1</sup>

患者は79才女性、貧血・下血を主訴に来院。大腸内視鏡検査で直腸診で有茎性の大腸癌が疑われた。第7病日に腹痛があり腹部 CT 検査でイレウス像および multiple concentric ring sign を認め、S 状腸癌腸重積症と診断、用手的整復、S 状結腸切除を施行した。術後経過は良好である。成人の腸重積症は比較的稀な疾患であり、多くは小腸に発生し大腸に生じることが少ないとされる。今回われわれは S 状結腸癌が先進部となり発症した、成人腸重積症の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。

## B42

側鼠径ヘルニア修復部にのみ発症した上行結腸癌腹膜播種の1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

藤田 悠司<sup>1</sup>、村山 康利<sup>1</sup>、小西 博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、小松 周平<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、生駒 久視<sup>1</sup>、栗生 宣明<sup>1</sup>、窪田 健<sup>1</sup>、中西 正芳<sup>1</sup>、市川 大輔<sup>1</sup>、藤原 齊<sup>1</sup>、岡本 和真<sup>1</sup>、阪倉 長平<sup>1</sup>、大辻 英吾<sup>1</sup>

症例：84歳男性。平成24年2月に近医で貧血と便潜血陽性を指摘され、消化管内視鏡検査を施行したところ、上行結腸癌と診断された。術前画像検査でリンパ節転移、肝転移が示唆された。更に右鼠径部に14mm 大の腫瘍と FDG の異常集積を認め、鼠径ヘルニア修復に伴う慢性炎症、リンパ節転移、又は、腹膜播種が原因と考えられた。術前診断は SEN1H1POM0 cStageIV とし、平成24年4月、腹腔鏡下結腸右半切除、D3郭清を施行。術中、両側の鼠径ヘルニア修復部先端に白色結節を認め、生検を行ったところ、後日腹膜播種と診断された。その他の部位に播種結節は認められなかった。プラグによる慢性刺激により、同部位にのみ腫瘍細胞が着床したと考えられるが、詳細なメカニズムは明らかではない。鼠径ヘルニア修復部にのみ発生した腹膜播種の報告例は医学中央雑誌、PubMed で検索したところ、1例のみであった。本症例は稀な1例であると考えられ、文献的考察を加えた上で報告する。

## B43

盲腸癌播種再発巣より側方リンパ節転移をきたし根治切除を成し得た一例

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

症例は53歳女性。平成24年5月に盲腸癌腸閉塞、同時性肝転移の診断にて当科紹介となる。原発巣に対して右半結腸切除術施行し、また肝転移巣に対しては二期的に肝後区域切除術を施行した。術後にXELOX療法8クール施行し、一旦終了となったが、その後のCT検査にて子宮、ダグラス窩に腫瘍性病変を認め、腫瘍マーカーの上昇を認めた。PET検査を施行すると、子宮ダグラス窩腫瘍性病変と左総腸骨リンパ節、小腸とその間膜二ヶ所、計四か所に集積を認め、盲腸癌のダグラス窩、播種再発と同播種巣からの左側方リンパ節転移、小腸播種再発と診断した。同診断に対して、平成25年10月に低位前方切除術、子宮左尿管合併切除、左側方リンパ節郭清、小腸部分切除術を施行した。術後、腫瘍マーカーは正常化し、現在外来にて化学療法施行中である。稀な一例を経験したので報告する。

## B45

腹腔鏡下に安全に切除し得た虫垂粘液嚢腫を呈した原発性虫垂癌の1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

亀井 武志<sup>1</sup>、村山 康利<sup>1</sup>、小西 博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、小松 周平<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、生駒 久視<sup>1</sup>、栗生 宜明<sup>1</sup>、窪田 健<sup>1</sup>、中西 正芳<sup>1</sup>、市川 大輔<sup>1</sup>、藤原 齊<sup>1</sup>、岡本 和真<sup>1</sup>、阪倉 長平<sup>1</sup>、大辻 英吾<sup>1</sup>

症例：75歳、男性。潰瘍性大腸炎で近医へ通院加療中。平成25年12月にフォローアップの下部消化管内視鏡検査を施行したところ、潰瘍性大腸炎は寛解維持を確認し得たが、虫垂根部に30mm大のSMT病変を認めた。CT検査施行したところ、内部に液体を含む腫大した虫垂を認め、虫垂粘液嚢腫が疑われた。原発性虫垂癌も否定できず、腹腔鏡下回盲部切除術、D2郭清を施行した。病理組織結果ではAdenocarcinoma papillotubulare, focally mucinodulare, pap > tub1 > mucであり、WHO分類のmucinous neoplasmに相当する組織像であった。虫垂粘液嚢腫の頻度は全虫垂切除例の0.2~0.3%とされている。また、原発性虫垂癌においては早期診断が困難であり、確立した術式も存在していない。虫垂切除のみでの5年生存率は20%とも言われている。今回、虫垂粘液嚢腫に対して悪性腫瘍も念頭に置き、腹腔鏡下に安全に手術し得た症例を経験したため、若干の文献的考察を加え、報告する。

## B44

同時性両側卵巣転移をともなった大腸粘液癌の1例

赤穂市民病院 外科<sup>1</sup>

赤穂市民病院 産婦人科<sup>2</sup>

松川 浩之<sup>1</sup>、安 炳九<sup>1</sup>、常盤 洋一<sup>2</sup>、東田 太郎<sup>2</sup>、金田 憲熙<sup>2</sup>、田淵 幹康<sup>1</sup>、高原 秀典<sup>1</sup>、横山 正<sup>1</sup>

症例は60歳、閉経後の女性。下腹部膨満感を主訴に当院救急外来を受診した。腹部単純CTにて、骨盤内巨大腫瘍、ならびにS状結腸腫瘍による腸閉塞と診断した。まず、人工肛門造設術（横行結腸、双孔式）を施行し腸閉塞を解除した後、後日二期手術を行った。術中所見では骨盤内巨大腫瘍は左卵巣腫瘍であり、さらにS状結腸に腫瘍性病変を認めたため、両側卵巣切除、S状結腸切除を施行した。病理組織学的検査では、H.E.染色、免疫染色（CK7/CK20/CDX2）にて卵巣腫瘍はS状結腸癌と同様の染色性を示し、S状結腸粘液癌の両側卵巣転移と診断した。術後経過は良好で、患者は現在、抗がん剤治療中である。大腸粘液癌は全大腸がんの5~15%を占めるとされているが、その卵巣転移の報告は稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

## B46

虫垂粘液産生腫瘍の2例

<sup>1</sup>大阪府済生会中津病院 外科 病理学

有馬 純<sup>1</sup>、豊田 昌夫<sup>1</sup>、土師 誠二<sup>1</sup>、中江 史郎<sup>1</sup>、溝尻 岳<sup>1</sup>、藤川 正隆<sup>1</sup>、仙崎 英人<sup>1</sup>

虫垂粘液産生腫瘍を同時期に2例経験したので報告する。(症例1)73歳、男、近医で2年前から盲腸SMTでfollow、増大傾向のため紹介。(症例2)56歳、女、当院産婦人科で右卵巣嚢腫として発見、MRIで虫垂由来が疑われ紹介。(検査所見と術式)症例1は内視鏡で盲腸内腔に突出する壁外圧排、CTで嚢胞壁の肥厚、回盲部との癒着所見あり。術式は後腹膜からの剥離が必要で、1回の手術で完結すべくD3郭清の回盲部切除を施行。症例2はCTで嚢胞壁の肥厚なく、注腸で虫垂内腔が5cm造影、腫瘍に可動性あり。術式はまず虫垂切除のみとした。(病理結果)症例1、2とも低異型度虫垂粘液性腫瘍。虫垂粘液産生腫瘍は低悪性度のもので粘液癌があるが、術前に病理検査を行わず、また癌でなくても腹膜偽粘液腫の原因となるので術式決定に迷うことが多い。切除を基本とするが術式決定に当たっては症例ごとに十分な所見の読みが必要である。

## B47

膿瘍形成性虫垂炎との鑑別を要した虫垂癌の1例

<sup>1</sup>奈良県立医科大学 消化器・総合外科、<sup>2</sup>奈良県立医科大学 中央内視鏡・超音波部

松本 弥生<sup>1</sup>、中本 貴透<sup>1</sup>、中川 正<sup>1</sup>、小山 文<sup>1,2</sup>、  
中村 信治<sup>1</sup>、植田 剛<sup>1</sup>、錦織 直人<sup>1</sup>、井上 隆<sup>1</sup>、  
川崎敬次郎<sup>1</sup>、尾原 伸作<sup>1</sup>、藤井 久男<sup>2</sup>、中島 祥介<sup>1</sup>

症例は70歳代、女性。平成24年7月腹痛にて前医で便秘に対し加療されたが軽快せず、8月当科紹介受診。同日造影CTで急性虫垂炎による回盲部膿瘍と診断。来院時点で症状とLabo dataでの炎症所見共に改善傾向であり、抗生剤による保存的加療を行う方針とした。その後症状と炎症所見共に改善と増悪を繰り返した。初診後3カ月目のCTで膿瘍腔の縮小を認めたが、7カ月目には膿瘍腔は増大へと転じ、膀胱壁への炎症の波及も認めた。ここで、炎症性腫瘍であれば保存的加療は限界と考えられる事、また虫垂原発の悪性腫瘍も否定できない事から、手術加療の方針とした。平成25年4月に回盲部切除、D2郭清、膀胱部分切除術、右付属器切除術、S状結腸部分切除術を施行。病理診断はMucinous cystadenocarcinoma (pSI.int,INFb.ly2.v1,pPM0,pDM0,pRM0)。経過良好で術後19日目退院。今回、膿瘍形成性虫垂炎との鑑別を要した虫垂癌の1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

## C01

術前診断し得た胆嚢捻転症の2例

<sup>1</sup>京都市立病院 外科

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

胆嚢捻転症は肝床部との固定が不十分な遊走胆嚢が胆嚢頸部、胆嚢管で捻転し血行障害をきたす比較的稀な疾患であり、術前診断が困難なことが多い。我々は腹部CTにより術前診断し得た症例を2例経験した。1例目は80歳代女性。入所施設で発熱に対して内服抗生剤を投与していたが改善せず4日後に救急搬送。右季肋部に圧痛と腹膜刺激徴候を認めた。腹部造影CTでの胆嚢動脈の渦巻像の所見から胆嚢捻転症と診断し、開腹胆嚢摘出術を施行した。2例目は90歳代女性。同様に、腹部造影CT所見で胆嚢捻転症と診断し、開腹胆嚢摘出術を施行した。胆嚢捻転症は急性症状以外に特徴的な臨床所見に乏しく術前診断の難しい疾患であったが、近年画像診断技術の進歩にて術前診断されるケースが増えてきている。一方で血行障害による壊疽性変化が急速に進行し緊急性が増すことから、急性腹症として重要である。今回経験した2例の考察と文献的考察も含めて報告する。

## B48

虫垂切除術後12年で発症した遺残虫垂癌の1例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科

島 卓史<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>、石井 正嗣<sup>1</sup>、濱元 宏喜<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

症例は51歳、男性。12年前に虫垂炎に対し虫垂切除術を施行された既往がある。検診にて便潜血陽性を指摘されたため近医を受診した。血液検査でCEA、CA19-9は陰性であった。下部消化管内視鏡検査にて虫垂開口部に一致して隆起性病変を指摘され、生検にてGroup5であった。当科にて遺残虫垂癌の診断で右結腸切除術を施行した。腫瘍は小腸間膜に直接浸潤するものであり、小腸間膜も含めて合併切除を行った。原発性虫垂癌は虫垂切除例の0.19%であり、全大腸癌の0.6%と稀である。検索し得た本邦での遺残虫垂癌の報告は自験例も含め14例であった。また、遺残虫垂癌の術前診断は困難であり、さらに内視鏡下に生検を行い確定診断に至ることは稀である。今回我々は虫垂切除術後12年で発症し、術前に診断し得た遺残虫垂癌を経験したので若干の文献的考察も加え報告する。

## C02

当院で経験した高齢者胆嚢捻転症の二例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科

石川 慧<sup>1</sup>、萩 隆臣<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>、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>

胆嚢捻転症は肝床部との固定が不十分な遊走胆嚢が捻転し血行障害を起こす稀な疾患で、急性腹症の鑑別疾患の一つとして重要である。今回我々は術前の画像検査にて同疾患を診断し得た二例を経験したので報告する。【症例1】93歳、女性。急性胆嚢炎の診断で近医から紹介受診する。胆嚢は頸部から肝臓に接しておらず渦巻き状の胆嚢管や胆嚢内出血を認め捻転症と診断した。準緊急的に開腹下胆嚢摘出を行った。【症例2】81歳・女性。突然に発症した上腹部痛にて緊急受診し、エコーで胆嚢腫大及び総胆管拡張を認めた。胆嚢捻転症も疑われたが、腹痛のコントロールが困難なため、まずはPTGBDを行い術前精査した後、2日後に腹腔鏡下胆嚢摘出術を行い良好に経過した。【結語】同疾患は急激な上腹部痛で発症し、腹部腫瘍の触知や黄疸、発熱の欠などが特徴的とされているが、本疾患を念頭に置かなければ術前診断が困難な例が多い。文献的考察を加えて報告する。



## C03

急性胆嚢炎に対する緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術

<sup>1</sup>奈良県総合医療センター 外科、<sup>2</sup>奈良県総合医療センター 救急科

辻 泰子<sup>1</sup>、高 濟峯<sup>1</sup>、中村 広太<sup>1</sup>、松阪 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>

「急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン2013」では、軽症・中等症の急性胆嚢炎に対して発症後72時間以内の早期腹腔鏡下胆嚢摘出術が推奨されているが、実際に早期腹腔鏡手術に対応し得る施設は少ない。当科では積極的に早期腹腔鏡手術を施行しており、過去1年間の手術症例について検討する。当科では2013年1月から12月に、急性胆嚢炎に対する緊急手術を18例に施行し、うち10例に腹腔鏡手術を施行した。手術時間124.5分、在院日数8日、術後合併症は肝被膜下出血1例であった（透析症例）。当科では、剥離には通常超音波凝固切開装置を使用しているが、鋭的操作では胆嚢壁損傷や脈管損傷の危険性があり、吸引管などをを用いた鈍的剥離も有用であった。緊急腹腔鏡下手術での剥離は組織が脆弱で易出血性であるが、慢性期の硬化した状態よりは容易である。手術室、麻酔科の体制が整備されている必要があるが、意義のある治療方針と思われる。

## C05

腎細胞癌胆嚢転移の1切除例

<sup>1</sup>神戸大学 肝胆臓外科

福岡 英志<sup>1</sup>、田中 基文<sup>1</sup>、秋山 真吾<sup>1</sup>、蔵満 薫<sup>1</sup>、後藤 直大<sup>1</sup>、浅利 貞毅<sup>1</sup>、武部 敦志<sup>1</sup>、岡崎 太郎<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77歳、男性。2012年3月に左腎細胞癌に対し、左腎摘出術を施行。2013年2月に両側多発肺転移を認め、同年4月より Sunitinib にて化学療法を開始した。同年11月、腹部造影CTにて胆嚢に動脈相で強く濃染し、門脈相でも造影効果の持続する31mm大の隆起性病変を認めた。超音波内視鏡ではソナゾイドにて造影効果を伴う有茎性の腫瘍像を呈し、MRIでは拡散強調像にて高信号を呈した。CEAおよびCA19-9は正常値だった。CTでの造影パターンから腎細胞癌の胆嚢転移を第一に疑い、胆嚢摘出術（全層切除）を施行した。摘出標本では胆嚢底部に長径31mmの有茎性黒色腫瘍を認め、組織学的には多角形の核と淡明な胞体をもつ異型細胞の充実性増殖像を呈し、腎細胞癌の胆嚢転移と診断した。腎細胞癌の転移臓器は肺・肝・骨などが多く、胆嚢への転移は極めてまれとされている。今回我々は、画像所見にて術前診断が可能だった1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## C04

胆嚢十二指腸瘻に合併した早期食道癌、多発胃癌の一切除例

<sup>1</sup>大阪府立成人病センター

原 豪男<sup>1</sup>、杉村啓一郎<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>、本告 正明<sup>1</sup>、後藤 邦仁<sup>1</sup>、高橋 秀典<sup>1</sup>、丸橋 繁<sup>1</sup>、能浦 真吾<sup>1</sup>、大植 雅之<sup>1</sup>、矢野 雅彦<sup>1</sup>、左近 賢人<sup>1</sup>

症例は59歳男性。右季肋部痛を主訴に近医を受診され、胆嚢総胆管結石、早期食道癌、多発胃癌と診断され当科紹介となった。CTにて胆嚢、十二指腸の壁肥厚、胆嚢壁外の結石を多数認めた。内視鏡検査にて十二指腸下行脚に7-8mmの瘻孔があり白色の膿汁排出を認めた。以上より胆嚢十二指腸瘻に合併した多発胃癌、早期食道癌と診断した。治療は食道癌のESDを先行し、根治切除を確認した。続いて内視鏡的に総胆管結石採石術、ESTを行なった。最後に胃全摘術、Roux-en-Y再建、胆嚢十二指腸瘻切除術を施行した。病理学的診断にて胆嚢組織は全層性に著明な線維化、肥厚を認めた。明らかな悪性所見は認めなかった。食道癌 T1a、合計8個の多発胃癌 pT2N0M0stageIBであった。術後大きな問題なく経過され、術後11病日に退院された。今回我々は胆石症に伴う胆嚢十二指腸瘻に合併した早期食道癌、多発胃癌の症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

## C06

若年女性に発症した巨大肝細胞腺腫の一例

<sup>1</sup>奈良県立医科大学 消化器 総合外科

竹井 健<sup>1</sup>、安田 里司<sup>1</sup>、山戸 一郎<sup>1</sup>、北東 大督<sup>1</sup>、尾原 伸作<sup>1</sup>、中島 祥介<sup>1</sup>

症例は16歳女性。近医で心窩部に腹部腫瘍を触知し、超音波検査で肝左葉に15cm大の腫瘍を指摘された。HBs抗原、HCV抗体は陰性。AFPは正常、PIVKA-IIは2669mAU/mlと高値。既往歴や経口避妊薬などの内服歴はない。造影CTで腫瘍全体に不均一な濃染を認め、辺縁に被膜様構造を、内部には低濃度域を伴った。MRIでは脂肪画像にて腫瘍全体に脂肪成分を含み、EOB造影MRIでは肝細胞相で造影剤の取り込みが亢進していた。肝細胞癌、肝細胞腺腫、FNHが鑑別にあがり、若年で背景肝が正常、画像上悪性所見を認めないことから腺腫を第一に考えたが、巨大な腫瘍であり出血や悪性化のリスクがあり、また肝細胞癌が否定できないため切除術を施行した。病理検査で異型の乏しい腫瘍細胞が均一に増殖しており腺腫と診断した。術後経過は良好で第9病日に退院し、その後再発所見は認めない。肝細胞腺腫は欧米での報告例は多いが、我が国では稀である。若年の文献的考察を加えて報告する。

## C07

大腸癌肝転移と卵巣転移に対し同時に腹腔鏡下切除した一例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般消化器外科

前沢 早紀<sup>1</sup>、米田 浩二<sup>1</sup>、山本 誠士<sup>1</sup>、井上 善博<sup>1</sup>、朝隈 光弘<sup>1</sup>、近藤 圭策<sup>1</sup>、廣川 文鋭<sup>1</sup>、田中慶太郎<sup>1</sup>、宮本 好晴<sup>1</sup>、奥田 準二<sup>1</sup>、林 道廣<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

【目的】大腸癌肝転移に対する肝切除の有用性は、多数報告されているが、大腸癌卵巣転移は比較的稀で治療方針は一定の見解を得ない。大腸癌術後肝転移、卵巣転移を同時に腹腔鏡下で切除した一例を経験したので報告する。【症例】51歳女性、S状結腸癌の診断で2012年8月腹腔鏡下S状結腸切除術を行った (his; tub2, SS, ly2, v1, n1 (2個) : StageIIa)。術後腫瘍マーカーの上昇を認め、2か所の肝腫瘍、両側卵巣腫瘍を指摘され2013年1月手術を施行した。手術所見では、少量の黄色透明腹水を認め腹水細胞診陽性であったが、明らかな播種はないため腹腔鏡下肝部分切除、両側卵巣切除を施行した。術後経過良好で術後6病日退院となった。術後 mFOLFOX6を12コース施行し、術後1年2か月無再発生存中である。【結論】本症例は、同日に腹腔鏡下肝・卵巣切除を行うことが可能であった。積極的な治療により長期生存の可能性が示唆された。

## C09

大腸癌肝転移における Carcinoembryonic antigen-related cell adhesion molecule 1 (CEACAM1) の役割

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第二外科

山口 俊介<sup>1</sup>、横山 省三<sup>1</sup>、家田 淳司<sup>1</sup>、谷 眞至<sup>1</sup>、上野 昌樹<sup>1</sup>、速水 晋也<sup>1</sup>、三谷 泰之<sup>1</sup>、山本 直之<sup>1</sup>、山上 裕機<sup>1</sup>

【背景】CEACAM1はCEA familyに属する接着分子であり、アポトーシス、腫瘍増殖などのさまざまな反応に関与すると考えられている。CEACAM1はlong (4L) または、short isoform (4S)の細胞内ドメインを有する。今回、大腸癌原発巣浸潤先進部でのCEACAM1の発現の有無による大腸癌肝転移に対する肝切除後の予後との関与を検討した。【方法】大腸癌、大腸癌肝転移にて手術を施行した67例の摘出標本を対象に免疫組織化学染色を行った。【結果】原発巣の浸潤先進部でのCEACAM1-Lは全例で強く発現している一方、CEACAM1-Sの発現が強い症例と発現の弱い症例が存在した。大腸癌原発巣において浸潤先進部のCEACAM1-S発現群は発現しない群に比べて有意に予後が不良であった。【結語】CEACAM1-Sの発現により予後が悪くなる可能性が示唆された。

## C08

巨大転移性肝腫瘍に対し2期的切除を施行した1例

<sup>1</sup>関西医科大学 外科

<sup>2</sup>若草第一病院

橋本 祐希<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>、坂口 達夫<sup>1</sup>、小田 道夫<sup>2</sup>、井上健太郎<sup>1</sup>、権 雅憲<sup>1</sup>

【症例】48歳女性。脾胃曲部結腸癌、肝右葉転移性腫瘍の診断で左半結腸切除術を施行。術後XELOX3コースで化学療法を施行。肝右葉から内側区域にかけて13cm大、外側区域に1cm大の腫瘍2カ所の残存を認め、根治切除には右3区域+外側区域部分切除が必要であった。正常肝であったが、99mTc-GSAで残肝機能低下が示唆され、2期的手術の方針とした。初回に肝S2・S3部分切除術を施行。左葉の代償性肥大を期待し、右門脈結紮術を同時に施行した。術後3週間の再評価で残肝 volumeは増加、GSA-Rmaxは0.2120から0.4191mg/minへ機能的増加を認めた。待機期間中にS2に新規病変が疑われたため右3区域肝切除術+S2腫瘍核出術を施行。術後肝不全なく経過良好である。術後に肝予備能低下が示唆された巨大転移性肝腫瘍患者に対し門脈結紮術施行後、2期的切除にて根治切除を得た1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## C10

肝移植において脳死か生体ドナーどちらの成績がよいのか：米国 UNOS データベースの解析

<sup>1</sup>京都大学 肝胆膵移植外科

<sup>2</sup>虎ノ門病院 腎センター

大江 秀典<sup>1</sup>、星野 純<sup>2</sup>

【対象と方法】1987年から2011年までに米国で肝臓移植を受け、UNOSに登録された11万521例を対象とし、脳死/生体ドナー、HLA (A, B, DR : 0-6不一致)、年齢 (0-17, 18-44, 45-64, > 65)、性別、人種 (Caucasian, African American, Hispanic, Asian, Other)、ABO適合、再移植、多臓器移植が臓器生存率 (GS) に与える影響について検討した。GSは Kaplan-Meier 法とログランクテストにて検定し、Cox 比例ハザードモデルで変数間調整を行った。【結果】脳死/生体ドナーそれぞれの5年生存率は大人 : 65.4%, 69.1%,  $p = 0.0007$ , 小児 : 68.0%, 75.1%,  $p < 0.0001$ であった。しかし変数間調整をすると、ハザード比1.05,  $p = 0.35$ となりGSは同程度であった。

## C11

生体肝移植7年後に de novo 自己免疫性肝炎像を呈した1例

<sup>1</sup>大阪市立大学 小児外科

<sup>2</sup>大阪市立大学 肝胆膵外科

栄 由香里<sup>1</sup>、諸富 嘉樹<sup>1</sup>、林 宏昭<sup>1</sup>、山本 美紀<sup>1</sup>、久保 正二<sup>2</sup>

肝移植グラフトに自己免疫性肝炎類似の障害が生じることが知られている。非自己であるグラフトに生じるので拒絶反応とされ、de novo 自己免疫性肝炎 (de novo AIH) と称される。今回、生体肝移植7年後に de novo AIH が疑われ、ステロイド療法で軽快した症例を経験した。症例は葛西手術後の10歳、男児。2歳時に父親をドナーとして血液型不適合生体肝移植を行なった。7歳時に免疫抑制剤自己中断による拒絶の治療既往がある。グラセプター内服で良好に経過していたが、10歳時にAST、ALTが漸増した。肝生検組織像で門脈域の形質細胞浸潤を伴う interface hepatitis を呈し、de novo AIH が疑われた。ステロイドパルス療法で異常値は改善し、現在外来でステロイド漸減、経過観察中である。Ig G は2627mg/dl と高値だったが、抗核抗体と抗LKM抗体は陰性だった。

## C13

肝細胞癌再発巣同定において、ICG 近赤外光観察が有用であった1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第2外科

須崎 紀彦<sup>1</sup>、速水 晋也<sup>1</sup>、上野 昌樹<sup>1</sup>、山口 俊介<sup>1</sup>、谷 眞至<sup>1</sup>、川井 学<sup>1</sup>、廣野 誠子<sup>1</sup>、岡田 健一<sup>1</sup>、宮澤 基樹<sup>1</sup>、清水 敦史<sup>1</sup>、瀧藤 克也<sup>1</sup>、堀田 司<sup>1</sup>、中村 公紀<sup>1</sup>、松田 健司<sup>1</sup>、山上 裕機<sup>1</sup>

【はじめに】肝表面のラジオ波焼灼療法 (RFA) 後再発を、ICG 近赤外光観察で同定した症例を経験した。【症例】73歳男性。2009年にC型肝炎による肝細胞癌に対し内側区域切除術を施行、以後RFA・肝動脈化学塞栓療法を繰り返していた。2013年2月のCTにてS8切除断端近傍に再発を認め、手術を施行した。RFA 施行部は画像上再発を認めなかった。【手術所見】Photo Dynamic Eye (PDE、浜松ホトニクス) で観察すると、S8病巣以外にS3のRFA部にも10mm・3mm大の蛍光領域を認め、同部を切除した。病理組織学的診断にて、いずれの蛍光病巣も中分化型肝細胞癌であった。【考察】肝表面の病変は術前画像による検出力が弱く、さらにRFA再発では焼灼に伴う2次的変化で同定困難な場合があるが、ICG投与下での近赤外観察では明瞭に局所再発病巣を描出した。【結論】術中ICG近赤外観察は術前指摘しえなかった肝表面小病変を検出し、治療効果を高めることができると考えられた。

## C12

主病変および再発病変を切除し得た肝原発類上皮血管内皮腫の1例

<sup>1</sup>大阪大学 消化器外科

細田 洋平<sup>1</sup>、富丸 慶人<sup>1</sup>、和田 浩志<sup>1</sup>、濱 直樹<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>

【はじめに】類上皮血管内皮腫 (EHE) は血管内皮由来の比較的稀な低悪性度の非上皮性腫瘍である。今回、主病変および再発病変を手術にて切除し得た肝原発EHEの1例を経験したので報告する。【症例】61歳、男性。腹痛を主訴に受診し、多発肝腫瘍を指摘され、肝腫瘍生検にてEHEと診断された。また、両肺に多発する微小肺腫瘍も認められ、肺部分切除術にて肺転移と診断された後、肝EHEに対して肝部分切除術 (6か所) を施行した。術後、単発の肝転移を認め、多発肺転移は増大傾向を認めず制御されている状態であったため、肝転移に対して残肝右葉切除術を施行した。病理組織検査では、いずれの切除標本においても豊富な線維性間質を伴う異型を有する上皮様細胞の増殖を認め、免疫組織化学染色ではCD31、CD34陽性であり、EHEとして合致する所見であった。【結語・考察】手術にて切除し得た肝原発EHEの1例を経験した。

## C14

混合型肝癌の1例

<sup>1</sup>国立病院機構南和歌山医療センター 外科

<sup>2</sup>国立病院機構南和歌山医療センター 消化器科

藤田 洋一<sup>1</sup>、田端 宏堯<sup>1</sup>、小澤 悟<sup>1</sup>、木下 幾晴<sup>2</sup>、中谷 佳弘<sup>1</sup>、岡 正巳<sup>1</sup>

症例は68歳の女性、心窩部痛を主訴に近医を受診し、CEA、CA19-9、AFPの高値を指摘され、精査目的にて当院紹介となった。腹部造影CT検査で肝S2/3に動脈相にて一部造影される12cm大の肝外突出型の腫瘍を認めた。混合型肝癌の診断にて、肝外側区域切除術を施行した。手術時間は3時間51分で、出血量は170mlであった。病理組織検査でcombined hepatocellular and cholangiocarcinoma, eg. fc (-), sf (-), s2 (大網), vp2, vv0, va0, b0, sm (-), T4, N0, M0, stageIVaであった。術後3カ月目に肺転移、7カ月目に副腎転移、10か月目に脳転移を生じた。ネクサバールの投与を行ったが、進行し現在緩和治療を行っている。混合型肝癌は原発性肝癌の0.77%を占める稀な疾患である。混合型肝癌は肝細胞癌と胆管細胞癌の両者の特徴を合わせ持つことが考えられるが、臨床病理学的特徴や切除術後の予後については十分に解明されていない。混合型肝癌の1例を考察を含めて報告する。

## C15

肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の一切除例

<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 消化器外科

田嶋 哲三<sup>1,2</sup>、中島 隆善<sup>1,2</sup>、塚本 忠司<sup>1</sup>、金沢 景繁<sup>1</sup>、清水 貞利<sup>1</sup>、栄 政之<sup>1</sup>、栗原 重明<sup>1,2</sup>、出口 惣大<sup>1,2</sup>、後藤 航<sup>1,2</sup>、小塚 雅也<sup>1,2</sup>、森 至弘<sup>1,2</sup>、石川 彰<sup>1,2</sup>、吉井 真美<sup>1,2</sup>、大平 豪<sup>1,2</sup>、日月亜希子<sup>2</sup>、玉森 豊<sup>2</sup>、山本 篤<sup>2</sup>、井上 透<sup>2</sup>、山下 好人<sup>2</sup>、西口 幸雄<sup>2</sup>

症例は78歳男性。HCV (-)、HBsAg (-)。膀胱癌術後の経過観察中、腹部単純CTにて肝後区域に45mm大の低吸収域を指摘され当科紹介となった。腹部dynamic CTにて同腫瘍は辺縁が動脈濃染を強くうけ、内部は不均一に濃染され、また、腫瘍に接する門脈内に陰影欠損像を認め、門脈腫瘍栓を伴う肝内胆管癌が疑われた。また、肝S5に12mm大の動脈濃染される病変が認められた。腫瘍マーカーはCA19-9が46.9U/mlと軽度高値を示したが、CEA、AFP、PIVKAは正常範囲内であった。以上より肝内転移を伴う肝内胆管癌を疑い、2病変が同業内で他に遠隔転移所見を認めないことから、切除の方針とした。手術は右葉切除術および門脈腫瘍栓摘出術を施行した。病理組織学的検査の結果、後区域病変は肝内胆管癌と診断されたが、肝S5病変は肝細胞癌と診断された。肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## C17

自己免疫性肝炎に合併した肝細胞癌の一例

<sup>1</sup>京都桂病院 外科

田淵 弘明<sup>1</sup>、工藤 亮<sup>1</sup>、金井 俊平<sup>1</sup>、光岡 英世<sup>1</sup>、神頭 聡<sup>1</sup>、吉野 健史<sup>1</sup>、小西小百合<sup>1</sup>、濱洲 晋哉<sup>1</sup>、西鉢 隆太<sup>1</sup>、間中 大<sup>1</sup>

症例は65歳男性。近医で肝酵素上昇を指摘されて腹部エコーを受け、肝S7/8境界領域に腫瘤を指摘された。当院での画像検査の結果、単発の肝細胞癌と診断された。採血で肝炎ウイルスは陰性、アルコールの大量摂取歴はなく、抗核抗体陽性、抗ミトコンドリア抗体陰性で自己免疫性肝炎を疑われた。肝予備能はChild Pugh分類A、肝障害度Aと良好であり、S7/8亜区域切除術を施行された。偽腺管形成の目立つ異型度の高い細胞の増殖からなる中分化型肝細胞癌の病理診断を得て、最終病期はT3N0M0のstage IIIとなった。背景肝は、門脈域の線維性拡大・架橋形成が目立ち、門脈域にはリンパ濾胞形成を伴ったリンパ形質細胞浸潤が認められ、自己免疫性肝炎による肝硬変と診断された。成人男性で、肝細胞癌を伴う自己免疫性肝炎は比較的新たなものであり、文献的考察を踏まえて報告する。

## C16

肝細胞癌との鑑別が困難であった肝血管筋脂肪腫の一例

<sup>1</sup>京都桂病院 消化器センター 外科

<sup>2</sup>京都桂病院 消化器センター 消化器内科

<sup>3</sup>京都桂病院 病理診断科

牧野 健太<sup>1</sup>、西鉢 隆太<sup>1</sup>、工藤 亮<sup>1</sup>、光岡 英世<sup>1</sup>、金井 俊平<sup>1</sup>、神頭 聡<sup>1</sup>、吉野 健史<sup>1</sup>、濱洲 晋哉<sup>1</sup>、小西小百合<sup>1</sup>、畦地 英全<sup>2</sup>、安原裕美子<sup>3</sup>、間中 大<sup>1</sup>

症例は47歳女性。検診でCA19-9上昇(135U/ml)を指摘され、精査の結果、肝S6腫瘍を発見された。造影CTで腫瘍は約8.5mm大、動脈相で濃染、門脈相で不完全ながらwash outされ、背景肝は正常肝であったが、肝細胞癌を疑われた。5か月の経過観察後、腫瘍径の増大とPIVKA2の上昇(131mAU/ml)、SPIO-MRIで鉄取り込み低下を認め、肝細胞癌の診断で肝S5/S6切除術を施行された。病理結果は、悪性所見の乏しい肝血管筋脂肪腫(AML)であった。肝AMLは頻度の低い腫瘍であり、80%は脂肪成分が少い筋腫型で、画像上肝細胞癌との鑑別が困難である。女性に多く、若年者にも認め、ほとんどが正常肝に発生する事が知られている。今回の症例は腫瘍マーカーが肝細胞癌を強く示唆したために手術に至ったが、SPIO-MRI所見を除けば肝AMLに典型的であった。若年女性の正常肝に発生した腫瘍に関しては肝AMLの可能性も考慮して慎重に手術適応を決定する必要があると考えられた。

## C18

肝損傷後の持続する胆汁漏れに対し、診断及び根治術を施行した一例

<sup>1</sup>奈良県立医科大学 消化器・総合外科

岩佐 陽介<sup>1</sup>、尾原 伸作<sup>1</sup>、山戸 一郎<sup>1</sup>、北東 大督<sup>1</sup>、安田 里司<sup>1</sup>、川口 千尋<sup>1</sup>、中島 祥介<sup>1</sup>

【症例】64歳、女性。庭の灯籠が倒れ右上腹部を圧挫し当院救急科へ搬送された。CTで右肝動脈からの造影剤漏れ、門脈右枝の途絶を伴う肝裂傷(3b)、横隔膜損傷と診断し開腹止血術、横隔膜修復術を施行した。術直後に血管造影下で右肝動脈を塞栓した。翌日再開腹時、右肝の血流不全と胆汁漏れを認めた。肝損傷部位からの胆汁漏れと診断し、ドレーンを留置し保存的に加療したが胆汁漏れは持続し、さらに右肝の萎縮と膿瘍形成を認めた。ERCPを行うと、中部胆管の途絶と同部位からの造影剤の漏れを認めた。総胆管損傷と診断し、入院100日目に当科で右葉切除術、胆管切除術、胆管空腸吻合術を施行した。経過良好で術後34日目に退院した。肝損傷に対する救命術後、胆汁漏れの精査で総胆管損傷を発見し、根治術を施行した症例を経験した。外傷が受傷起点の胆汁漏れの場合、胆道系の精査を行い診断することが肝要であると考えられる。



## C19

末梢胆管拡張を伴った Multicystic Biliary Hamartoma の1例

<sup>1</sup>大和高田市立病院 外科

中村 有輝<sup>1</sup>、岡村 隆仁<sup>1</sup>、楊 知明<sup>1</sup>、林 雪<sup>1</sup>、  
中村 友哉<sup>1</sup>、加藤 達史<sup>1</sup>、中山 裕行<sup>1</sup>

症例は69歳男性、胸部 CT で肝に異常所見を指摘され紹介となった。CT、MRI で S3 に末梢胆管拡張を伴う嚢胞を伴う結節性病変が認められ、嚢胞内腺癌あるいは胆管細胞癌が疑われ、肝左葉切除術を施行した。病理では Multicystic biliary hamartoma の診断を得た。Multicystic biliary hamartoma は Zen (Human Pathology 2006) らが提唱した比較的新しい疾患概念であり、そのため報告も少ない。本症例は術前検査では末梢胆管の拡張を呈し、悪性疾患を示唆するものであった。文献的に考察を踏まえ、本症例を報告する。

## C21

肝原発悪性リンパ腫の1例

<sup>1</sup>明和病院 外科

門司 祥子<sup>1</sup>、小野朋二郎<sup>1</sup>、飯田 洋也<sup>1</sup>、生田 真一<sup>1</sup>、  
相原 司<sup>1</sup>、山中 若樹<sup>1</sup>

症例は83歳、男性。平成23年11月に他院で直腸癌に対して直腸切断術を施行され、最終診断は Stage2 であった。術後は S-1 内服を12か月施行され、その後は経過観察されていたが、平成25年8月の CT で肝右葉に肝転移再発をきたし、当科紹介となった。PTPE を施行後、平成25年12月に拡大肝後区域切、S4 部分切除術を施行した。術後の病理所見では門脈域内に大型でクロマチンに富み、免疫組織学的に CD20 及び CD3 が陽性の、大型の異形リンパ球が浸潤する肝組織を認め、肝原発の diffuse large B cell lymphoma の診断であった。術後に R-CHOP 療法を開始したが、高齢のため継続困難となり、緩和ケアのみを継続中である。リンパ節以外の組織から発生する悪性リンパ腫は節外性リンパ腫と呼ばれるが、その中で肝原発の悪性リンパ腫は非常に稀であり、若干の文献的考察とともに本症例を報告する。

## C20

肝動静脈奇形の破裂に対し肝切除術を施行した1例

<sup>1</sup>関西医科大学 外科、<sup>2</sup>若草第一病院

橋本 祐希<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>、坂口 達馬<sup>1</sup>、小田 道夫<sup>2</sup>、井上健太郎<sup>1</sup>、  
権 雅憲<sup>1</sup>

今回肝動静脈奇形の破裂に対し肝切除術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】47歳、女性。既往歴は全身性エリテマトーデス、肺高血圧、ループス腎炎。気分不良と意識レベル低下傾向にて当院救急搬送となった。搬送時 GCS : E1V1M<sup>1</sup>、血圧測定不可であった。気管挿管・急速輸液で意識レベル GCS : E4V5M5 まで改善。高度貧血 (Hb6.1g/dl) であり、造影 CT 検査で肝 S3 に3cm 大の腫瘍と造影剤の血管外流出を認めた。その後、著明な腹部膨隆を認め Hb 測定不能となり緊急手術施行した。腹腔内は血腫多量であり、突出した肝 S3 腫瘍と血液の噴出を認めた。肝十二指腸韧带クランプ下で vital sign は安定し、肝外側区域切除を施行した。術後経過は良好であり自宅退院となった。病理結果は動静脈奇形 (AVM) の所見であった。【考察】肝動静脈奇形は一般的に無症状であれば経過観察されるが、有症状で切除可能な場合は外科的切除も考慮される。

## C22

インターフェロン併用動注化学療法を含む集学的治療により長期生存が得られた門脈内・右房内腫瘍栓を伴った進行肝細胞癌の1例

<sup>1</sup>大阪大学大学院 消化器外科学

日向 聖<sup>1</sup>、富丸 慶人<sup>1</sup>、和田 浩志<sup>1</sup>、濱 直樹<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>

【背景】門脈内・右房内腫瘍栓を伴った肝細胞癌 (HCC) は極めて予後不良である。今回、門脈内・右房内腫瘍栓を伴う HCC に対して、手術およびインターフェロン (IFN) 併用動注化学療法を含む集学的治療を行い、長期生存が得られた症例を経験したので報告する。【症例】74歳男性。前医にて HCC に対する治療後に肝内再発を認め、当科紹介となった。胸腹部 CT 検査にて門脈本幹に及ぶ腫瘍栓 (Vp4) と右房に達する腫瘍栓 (Vv3) を伴った肝内再発を認めた。肝拡大左葉切除術、門脈内腫瘍栓摘出術、右房内腫瘍摘出術を施行し、術後補助療法として IFN 併用動注化学療法を行った。その後、肝、肺、リンパ節再発を認めているが、手術より31か月経過した現在、外来にて治療継続中である。【結語・考察】門脈内・右房内腫瘍栓を伴った HCC の中には、本症例のような集学的治療を行うことで長期生存が得られる症例が存在すると考えられた。

## C23

膵頭十二指腸切除術後6年経過して発症した門脈血栓・肝内結石症の1例

<sup>1</sup>京都大学 肝胆膵・移植外科

高木あかり<sup>1</sup>、川口 道也<sup>1</sup>、大江 秀典<sup>1</sup>、瀬尾 智<sup>1</sup>、秦 浩一郎<sup>1</sup>、植村 忠廣<sup>1</sup>、辻 昭一郎<sup>1</sup>、森 章<sup>1</sup>、岡島 英明<sup>1</sup>、高折 恭一<sup>1</sup>、上本 伸二<sup>1</sup>

膵頭十二指腸切除術後の肝内結石症は長期経過症例における合併症の一つとして知られている。今回胆管炎を契機に発見された肝内結石症に門脈血栓症を合併した症例を経験したので報告する。症例は50代男性。6年前に膵頭部非機能性内分泌腫瘍の診断で幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行 (pT2N0M0 pStageII)。その後4回の外来フォロー中、特に問題なかったが6年経過後、高熱・腹痛・嘔気を主訴に近医救急外来を受診。CTで右肝内胆管から総胆管に結石を認め、加療のため当院転院した。当院CTでは急性と考えられる門脈血栓を合併しており、血栓溶解療法・抗凝固療法を開始した。胆管炎が再燃したため第15病日にPTCDを留置、瘻孔形成後の採石を予定し第71病日に退院した。膵頭十二指腸切除術後長期経過症例において肝内結石症は留意すべき合併症であり、フォローにおいて早期発見に努めることが肝要と考えられた。

## C25

仮性膵嚢胞内出血、腹腔内穿破に対する1切除例

<sup>1</sup>北播磨総合医療センター 外科

平井 一生<sup>1</sup>、大坪 大<sup>1</sup>、沢 秀博<sup>1</sup>、村田 晃一<sup>1</sup>、御井 保彦<sup>1</sup>、岡 成光<sup>1</sup>、黒田 大介<sup>1</sup>

症例は51歳男性。前日夜からの左側腹部痛あり、症状増強するため当院救急受診。体温37.6度 腹部は板状硬で、圧痛、筋性防御、反跳痛も認めた。採血にて炎症反応の上昇および、血清アミラーゼ値の上昇を認めた。腹部造影CTにて膵体尾部に多房性の嚢胞性病変があり、一部の嚢胞内容のCT値の上昇、および腹水の出現を認めた。明らかな血管外への造影剤の流出は認めなかった。急性腹症として緊急手術を施行。開腹したところ、腹腔内には血性腹水の貯留を認めた。また網嚢内に多量の腹水の貯留あり、膵、胃に強固に固着した嚢胞性病変を認めた。膵体尾部切除、脾摘、噴門側胃切除術を施行。術後経過は良好で合併症無く退院された。病理結果では切除された嚢胞に上皮を認めず、仮性膵嚢胞と診断された。仮性膵嚢胞の嚢胞内出血、腹腔内穿破は比較的可能な疾患である。今回我々はその1切除例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## C24

胃癌再発術後に下部消化管出血で発症した ASPDA 仮性動脈瘤破裂の一例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科

植野 吾郎<sup>1</sup>、石川 慧<sup>1</sup>、萩 隆臣<sup>1</sup>、市川 善章<sup>1</sup>、鄭 賢樹<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>、島田 守<sup>1</sup>、李 喬遠<sup>1</sup>、岡 博史<sup>1</sup>

今回我々は術後の ASPDA の仮性動脈瘤が横行結腸吻合部に穿破した稀な下部消化管出血の一例を経験した。

【症例】76歳・男性、H22年1月に胃癌 stageIII b で胃全摘を行った。術後約一年後に膵頭部に腫瘤を認め化学療法を変更したがNCから次第にPDとなる。他の遠隔転移がない事を確認しH24年6月に膵頭部の3cm 大の腫瘤に対して横行結腸部分切除と膵被膜の合併切除で摘出した。病理診断では胃癌 por のリンパ節転移であった。退院後の2週間目に突然の下血を認め、緊急内視鏡で横行結腸吻合部出血を認めた。内視鏡的に止血したが再度大量の下血があり、緊急血管造影で ASPDA の仮性動脈瘤が結腸吻合部へ穿破したものと判明し、コイルによる TAE にて止血した。【結語】上腹部の内臓動脈瘤破裂はドレーンや上部消化管から出血する機会が多いが、下部消化管出血に対しても造影 MDCT や血管造影で適切に診断する必要がある。

## C26

幽門側胃切除後の脾合併膵体尾部切除術施行時に残胃血流評価により安全に残胃温存し得た1例

<sup>1</sup>和歌山医大 第二外科

清水 敦史<sup>1</sup>、谷 眞至<sup>1</sup>、川井 学<sup>1</sup>、廣野 誠子<sup>1</sup>、岡田 健一<sup>1</sup>、宮澤 基樹<sup>1</sup>、北畑 裕司<sup>1</sup>、上野 昌樹<sup>1</sup>、速水 晋也<sup>1</sup>、重河 嘉靖<sup>1</sup>、山口 俊介<sup>1</sup>、丸岡 慎平<sup>1</sup>、須崎 紀彦<sup>1</sup>

幽門側胃切除術後の膵体尾部切除術施行時に、残胃の動脈血流低下や鬱血を危惧し、残胃全摘術が併施される場合がある。今回、ICGを用いた近赤外線カメラ観察により安全に残胃温存が可能であった症例を経験した。【症例】85歳女性。60歳時に胃癌にて幽門側胃切除術をうけた。上腹部痛主訴に近医で精査され、膵体尾部に20mmの分枝型 IPMN を指摘された。1年で最大径が52mmと増大し、隔壁構造を示し、IPMN 由来浸潤癌が疑われた。術前 CT では、左胃動脈は前回手術で切断されていた。【手術所見】胃周囲の剥離を行い、脾動脈と胃脾間膜をクランプした後に、ICG を静脈内投与し、残胃の血流をモニターで観察するとともに、映像輝度解析ソフトウェア U11437 (ROI'S) を用い輝度の時間変化を数値化し、時系列のグラフとして表示したところ、残胃の血流は維持されていることが確認されたので、脾合併膵体尾部切除術を施行した。術後合併症なく術後14日で退院された。

## C27

正中弓状韧带症候群に伴う膵十二指腸動脈瘤破裂の1例

<sup>1</sup>姫路赤十字病院 外科

西脇 紀之<sup>1</sup>、渡邊 貴紀<sup>1</sup>、佐々木陽子<sup>1</sup>、大塚 翔子<sup>1</sup>、小来田佑哉<sup>1</sup>、梶原 義典<sup>1</sup>、岡本 拓也<sup>1</sup>、桂 佑貴<sup>1</sup>、渡邊 佑介<sup>1</sup>、芳野 圭介<sup>1</sup>、下島 礼子<sup>1</sup>、遠藤 芳克<sup>1</sup>、信久 徹治<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>

症例は55歳、男性。朝出勤中に突然の腹痛を自覚し救急要請、当院に搬送となった。受診時血圧80/50mmHgと低値であり、緊急腹部造影CTにて膵頭部背側に血腫と思われる腫瘍影を認め、造影剤の血管外漏出を認めた。また、正中弓状韧带により圧迫され、狭窄した腹腔動脈起始部および膵十二指腸動脈瘤を認めた。これらの所見より正中弓状韧带症候群に伴う膵十二指腸動脈瘤とその破裂の診断にて緊急腹部血管造影を施行した。術中所見にて膵十二指腸動脈瘤からの出血を確認し、マイクロイルおよびヒストアクリルにて動脈瘤の塞栓術を施行した。術後経過は良好で再発なく経過している。膵十二指腸動脈瘤破裂による出血に対する緊急治療は、血管内治療による動脈塞栓術が第一選択と考える。動脈瘤の成因と考えられる正中弓状韧带圧迫について、その血流是正の必要性につき今後検討する必要がある。

## C29

膵 Solid-pseudopapillary neoplasm の1例

<sup>1</sup>京都大学、<sup>2</sup>京都大学 肝胆膵・移植外科

赤松 翔太<sup>1</sup>、佐藤 朝日<sup>2</sup>、増井 俊彦<sup>2</sup>、北村 好史<sup>2</sup>、福光 剣<sup>2</sup>、安近健太郎<sup>2</sup>、小川 晃平<sup>2</sup>、海道 利実<sup>2</sup>、上本 伸二<sup>2</sup>

症例は28歳女性。他院受診時に偶然脾腫瘍を指摘され当院紹介。CTで脾体部門脈近傍に辺縁石灰化を伴う37mm大、充実成分を伴わない嚢胞性腫瘍を認め、膵 Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) が疑われた。尾側脾は著明に萎縮していた。EUS-FNAは、充実成分がなく石灰化が強いことから施行せず。組織診断は無かったが、十分に患者に説明した上で、腹腔鏡補助下脾温存脾体尾部切除術を施行。腹腔鏡下に手術を開始し門脈腹側でトンネリングを行った。腫瘍は門脈に近接し、断端距離を確保するため途中で上腹部正中切開を置き、脾切離は直視下に電気メスで施行。その後再度腹腔鏡下に尾側脾の剥離を行った。術後経過良好でSPODに退院。病理診断は浸潤傾向のないSPNであった。SPNは若年者に好発する比較的稀な疾患で、診断や治療方針の決定に難渋することが多い。今回の症例は診断・治療両面において示唆に富むものであると考え、文献的考察を交え報告する。

## C28

急性膵炎を契機に診断された膵動静脈奇形の1例

<sup>1</sup>淀川キリスト教病院 外科

李 東河<sup>1</sup>、宮本 光<sup>1</sup>、豊田甲子男<sup>1</sup>、前田 哲生<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>、田上 修司<sup>1</sup>、國久 智成<sup>1</sup>、花田 庄司<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>、加地 政秀<sup>1</sup>、豊川 晃弘<sup>1</sup>

【はじめに】膵動静脈奇形 (pancreas arteriovenous malformation、以下膵AVM) は比較的古まれな疾患であるが、急性膵炎や消化管出血の原因となるため臨床上重要である。今回、われわれは繰り返す急性膵炎を契機に診断された膵AVMの1例を経験したので報告する。【経過】症例は43歳、男性。2012年心窩部痛を主訴に受診し、急性膵炎と診断された。軽快した1カ月後に再度急性膵炎を発症し、精査にて膵動静脈奇形と診断された。膵動静脈奇形が反復する膵炎の原因であると考えられたため、膵全摘術予定とした。頭部MRI検査で脳動脈瘤が認められクリッピング術を施行。術後急性心筋梗塞を発症しPCI施行となった。手術的に再入院となったが入院時の造影CTで膵AVMが消失しており本人希望にて現在経過観察中である。【結語】膵動静脈奇形はまれな疾患であるが、急性膵炎の原因の1つとして考慮する必要がある。

## C30

腹腔鏡補助下膵中央切除術で切除しえた神経鞘腫の1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科、<sup>2</sup>京都府立医科大学附属北部医療センター

木内 純<sup>1</sup>、生駒 久視<sup>1</sup>、山本 有祐<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、小西 博貴<sup>1</sup>、村山 康利<sup>1</sup>、小松 周平<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、栗生 宜明<sup>1</sup>、窪田 健<sup>1</sup>、中西 正芳<sup>1</sup>、市川 大輔<sup>1</sup>、藤原 齊<sup>1</sup>、岡本 和真<sup>1</sup>、阪倉 長平<sup>1</sup>、落合登志哉<sup>2</sup>、大辻 英吾<sup>1</sup>

【はじめに】神経鞘腫は四肢、頸部などに好発するが、膵原発はまれである。今回我々は腹腔鏡補助下膵中央切除術で切除可能であった膵原発の神経鞘腫の1例を経験したので報告する。【症例】71歳の女性、関節リウマチで経過観察中に、脾体部の嚢胞性病変を指摘され精査加療目的に当科紹介となった。造影CTで脾体部に43×37mm大の嚢胞性病変を認め、造影効果を伴う隔壁を認めた。MRIはT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号として描出された。膵MCNを疑い腹腔鏡補助下膵中央切除術を施行した。病理組織学的に当初は単純性嚢胞と診断されたが、紡錘形細胞の増殖した部分を認め、免疫染色でS-100蛋白染色陽性であったことから膵原発の良性神経鞘腫と診断された。【考察】膵原発の神経鞘腫は画像診断のみならず、病理学的にもHE染色のみでの診断は難しいため、膵嚢胞性病変として本疾患が存在することを念頭に置くことが肝要と考えられた。

## C31

腹膜転移を有する膵体部癌に対し化学療法を行い、切除可能となった1例

<sup>1</sup>関西医大附属枚方病院 外科

良田 大典<sup>1</sup>、里井 壮平<sup>1</sup>、豊川 秀吉<sup>1</sup>、柳本 泰明<sup>1</sup>、山本 智久<sup>1</sup>、廣岡 智<sup>1</sup>、山木 壮<sup>1</sup>、道浦 拓<sup>1</sup>、井上健太郎<sup>1</sup>、松井 陽一<sup>1</sup>、権 雅憲<sup>1</sup>

腹膜転移の存在は膵癌の予後を規定する重要な因子の一つである。腹膜転移を有する膵体部癌に対しS-1+PTX 経静脈・腹腔内併用療法を行い、著明な腫瘍縮小効果が得られ、切除を行った1例を経験したので報告する。69才、男性。局所進行膵癌に対して、遠隔転移診断目的にて腹腔鏡検査(staging-lap)を行い、腹膜転移と診断。S-1(100mg/day1~14)+PTX(75mg iv, 30mg ip/day1,8)を開始した。2コース終了後、CYの陰性化と著明な腫瘍縮小を認め、治療開始8ヵ月後にSecond look staging-lapを行った。多数あった腹膜転移病変は1箇所のみであり、同部を切除した上で膵体尾部切除術を行った。術後21日で退院、術後補助化学療法としてS-1+PTX療法を再開継続中である。S-1+PTX 経静脈・腹腔内併用療法は腹膜転移を有する膵癌患者に有効な可能性がある。

## C33

膵癌と鑑別を要した膵結核の1例

<sup>1</sup>近畿大学医学部附属病院 外科学教室

東 千尋<sup>1</sup>、竹山 宜典<sup>1</sup>、中居 卓也<sup>1</sup>、石川 原<sup>1</sup>、亀井 敬子<sup>1</sup>、中多 靖幸<sup>1</sup>、荒木麻利子<sup>1</sup>

51歳女性。主訴は上腹部違和感。造影CTにて膵体部に25mm大の境界不明瞭な内部不均一でairを伴う造影不良域を認め、大動脈周囲リンパ節腫脹を認めた。膵癌、腫瘤形成性肺炎が疑われた。膵臓のmassに対してEUS-FNA施行。組織診で異型を認め、膵癌を否定できないため膵体尾部切除術を施行。術後経過は良好で術後16日で退院。摘出膵組織、リンパ節は壊死を伴う類上皮肉芽腫を認め、原因を特定できずinflammatory granuloma of the pancreasと診断。ANCA関連疾患、結核、サルコイドーシスが考えられた。PAS、Grocott、チールニールセン染色で抗酸菌は陰性。その後夜間の発熱、盗汗が出現。CTにて両肺野に粒状影を認め、腹水、腹部多発リンパ節腫脹を認めた。結核疑いにて気管支鏡施行、気管支洗浄液培養で結核菌陽性。肺結核と診断。膵病変も膵結核であったと診断。現在は抗結核薬にて治療中である。膵癌と鑑別を要した膵結核の1例に文献的考察を加え報告する。

## C32

男性巨大膵Solid-pseudopapillary neoplasmの1切除例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第2外科、<sup>2</sup>和歌山県立医科大学 臨床検査医学

九岡 慎平<sup>1</sup>、谷 眞至<sup>1</sup>、川井 学<sup>1</sup>、廣野 誠子<sup>1</sup>、岡田 健一<sup>1</sup>、宮澤 基樹<sup>1</sup>、清水 敦史<sup>1</sup>、北畑 裕司<sup>1</sup>、上野 昌樹<sup>1</sup>、速水 晋也<sup>1</sup>、重河 嘉靖<sup>1</sup>、山口 俊介<sup>1</sup>、中村 靖司<sup>2</sup>、山上 裕機<sup>1</sup>

【症例】52歳男性。左上腹部痛を主訴に受診。腹部造影CT上、腫瘍は膵体部や胃体部大彎側に接し、最大径16cmで不均一に造影され、中心部に粗大な石灰化を認めた。PET-CTではSUVmax=7.58の集積を認め、MRIでは腫瘍の大部分はT1強調像で低信号、T2強調像で軽度高信号で一部出血を認めた。鑑別診断として、膵内分泌腫瘍、SPN、退形成性膵癌、腺房細胞癌、Serous cystic neoplasmなどが考えられた。【手術所見】腫瘍は膵体部より発生し、横行結腸間膜に浸潤、上腸間膜静脈と強固癒着し、膵体尾部切除術、拡大結腸右半切除術、門脈合併切除術を施行した。【病理診断】組織学的には小型で円から卵円形、好酸性細胞の充実性増生よりなり、一部偽乳頭状構造を示した。免疫染色にてα1-antitrypsin、CD10、NSE陽性、chromograninA陰性でSPNと診断した。【結語】膨張性に巨大に発育し、手術に難渋した膵SPNの男性例を経験した。

## C34

腫瘍内出血により術前診断が困難で腹腔鏡下尾側膵切除を施行した1例

<sup>1</sup>奈良県総合医療センター 外科

齊藤 夏彦<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70歳男性。左側腹部痛を主訴に近医を受診し、腹部CTで膵尾部腫瘤を指摘され当院に紹介された。造影CTでは膵尾部に4cm大の嚢胞性腫瘤が存在し、辺縁濃染と内部には隔壁様構造を有していた。MRIで同腫瘤の嚢胞状成分はT2強調で低信号、T1強調で淡い高信号を示していた。膵仮性嚢胞からの出血も考えられたが悪性腫瘍の可能性も否定できず、診断と治療を兼ねて腹腔鏡下尾側膵切除術を行った。切除標本肉眼所見では充実成分とそれに隣接する血腫を認めた。病理組織標本は、moderately differentiated tubular adenocarcinomaの診断であり、直径4cm大の病変部は血腫と腫瘍細胞からなり、リンパ管侵襲や静脈侵襲を伴い神経周囲浸潤も認められた。領域リンパ節の転移は陰性であった。出血を伴っていたため画像所見では膵癌の診断が困難で、腹腔鏡下尾側膵切除による切除を適応した。



## C35

オクトレオチドが有効であった膵体尾部切除後難治性乳糜腹水の1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学病院 肝胆膵外科

岡本 共弘<sup>1</sup>、飯室 勇二<sup>1</sup>、平野 公通<sup>1</sup>、岡田 敏弘<sup>1</sup>、麻野 泰包<sup>1</sup>、宇山 直樹<sup>1</sup>、鈴木 和夫<sup>1</sup>、中村 育夫<sup>1</sup>、近藤 祐一<sup>1</sup>、小坂 久<sup>1</sup>、裴 正寛<sup>1</sup>、末岡 英明<sup>1</sup>、矢田 章人<sup>1</sup>、大橋浩一郎<sup>1</sup>、栗本 亜美<sup>1</sup>、藤元 治朗<sup>1</sup>

症例は65歳の男性で、膵体尾部腫瘍に対して膵体尾部切除術、D2 リンパ節郭清を施行した。術後第2病日より食事開始し、第4病日にドレーンを抜去した。その後腹部膨満が出現し腹水の貯留を認めため、第13病日にドレーンを再留置した。ドレーンからは白濁した排液を800ml/day 認め、排液中の中性脂肪値は379mg/dlであった。乳糜腹水の診断で、低脂肪食を開始するも効果的でないため、第15病日よりオクトレオチドを300 μg/day で開始した。第29病日には排液量が著明に減少したためオクトレオチドを中止。第32病日にドレーンを抜去し、第39病日に退院となった。オクトレオチドの投与は術後の難治性乳糜腹水に対して有効であると考えられた。

## C37

集学的治療により切除可能となった Vp2、Vv3 合併多発肝細胞癌の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 消化器外科

出口 惣大<sup>1</sup>、中島 隆善<sup>1</sup>、塚本 忠司<sup>1</sup>、金沢 景繁<sup>1</sup>、清水 貞利<sup>1</sup>、柴 政之<sup>1</sup>、栗原 重明<sup>2</sup>、田嶋 哲三<sup>2</sup>、後藤 航<sup>2</sup>、小塚 雅也<sup>2</sup>、森 至弘<sup>2</sup>、石川 彰<sup>2</sup>、吉井 真美<sup>2</sup>、大平 豪<sup>2</sup>、日月 亜紀子<sup>2</sup>、玉森 豊<sup>2</sup>、山本 篤<sup>2</sup>、井上 透<sup>2</sup>、山下 好人<sup>2</sup>、西口 幸雄<sup>2</sup>

症例は68歳、男性。HCV 陽性。心窩部痛を主訴に前医受診し、CT 検査にて肝腫瘍を指摘され当院紹介受診。画像検査にて外側区域および後区域に肝内転移を伴う、肝中央2区域を占拠する10cm 大の肝細胞癌と診断された。また、門脈右枝への腫瘍浸潤を認め、中肝静脈から下大静脈にかけて腫瘍栓が認められた。計3回のシスプラチン肝動脈注入療法と、ソラフェニブ600mg/day の内服を行ったところ、主腫瘍は胆嚢に接した2.6cm の viable lesion を残すのみとなり、転移巣も画像上消失した。残存した viable lesion に対して手術適応と判断し、腹腔鏡下肝中央2区域切除を施行した。術後は経過良好にて術8日目に退院となった。退院後外来 follow 中であるが、腫瘍マーカーは正常化し、術後3ヶ月の時点で無再発生存中である。

## C36

膵 IPMN 経過観察中に下部胆管癌を発見し膵全摘をおこなった1例

<sup>1</sup>洛和会音羽病院 外科・尿管外科

<sup>2</sup>洛和会音羽病院 病理診断部

松村 泰光<sup>1</sup>、高橋 滋<sup>1</sup>、中村 嘉<sup>1</sup>、宮前 伸啓<sup>1</sup>、吉田 和世<sup>1</sup>、水野 克彦<sup>1</sup>、西崎 大輔<sup>1</sup>、武田 亮二<sup>1</sup>、安井 寛<sup>2</sup>

今回 IPMN フォロー中下部胆管癌合併した1切除例を経験したので提示する。症例は72歳女性。膵体尾部 IPMN のフォロー中、4年目の CT で胆管系の拡張と下部総胆管内に軽度濃染される腫瘍を認めた。IPMN は20から70mm と増大していた。本年1月 ERCP 総胆管擦過細胞診で腺癌と診断され手術目的で紹介となった。MB 切開にて膵全摘、胆摘、脾摘、D2 郭清施行。SMA 左側から No16b-llatero に至るリンパ流は温存した。手術時間5時30分、出血量300g。4日目経口摂取開始、術後20日目に退院。病理結果は1。中分化型腺癌、Bi,30x10mm, int, INFb, ly0, v0, pn0, ss, s (-), pHinf0, pPanc1a, pGinf0, pDud2, pPV0, pA0, n (-; 0/20)。2. Intraductal papillary-mucinous adenoma, with mild atypia であり R0 手術となった。

## C38

審査腹腔鏡で診断し、保存的加療で軽快した門脈ガス血症の1例

<sup>1</sup>大阪厚生年金病院 外科

中野 仁夫<sup>1</sup>、宋 智亨<sup>1</sup>、赤丸 祐介<sup>1</sup>、弓場 健義<sup>1</sup>、藤井 眞<sup>1</sup>、森本 芳和<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>、青木 丈明<sup>1</sup>、岩本 和哉<sup>1</sup>、樋渡 勝平<sup>1</sup>、岩崎 輝夫<sup>1</sup>、山崎 芳郎<sup>1</sup>

症例は82歳男性。眼科にて眼底造影検査施行直後に突然の腹痛が出現したため救急外来を受診した。造影 CT で肝内広域にわたる門脈ガス像および上腸管膜静脈内にもガス像を認めた。腸管壁にはあきらかに虚血を疑う所見はなかったが、腸管由来のガスと考えられるため、腸管壊死の可能性を否定できず、緊急で審査腹腔鏡を施行する方針とした。腹腔内を観察し、Treitz 靱帯から回盲部まで、小腸に虚血の所見はなく、結腸に関しても虚血の所見はなく、観察のみで手術終了した。抗生剤による治療を開始し、術後7日目の CT では門脈ガスの改善を認め、8日目に退院となった。門脈ガス血症は原因としては解明されていないものもあるが、腸管の虚血が原因の場合は迅速な対応が必要である。画像所見や臨床所見で腸管虚血が否定できない場合は審査腹腔鏡は有効な方法であると考えられた。

## C39

腹腔鏡下単孔式のう胞天蓋切除術を施行した巨大脾嚢胞の1例

<sup>1</sup>大阪医科大学附属病院 一般・消化器外科

吉本 秀郎<sup>1</sup>、井上 善博<sup>1</sup>、米田 浩二<sup>1</sup>、朝隈 光弘<sup>1</sup>、廣川 文鋭<sup>1</sup>、宮本 好晴<sup>1</sup>、林 道廣<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

脾のう胞は肝、睪、腎、卵巣など他の腹腔内臓器のう腫と比較すると稀な疾患であるが、画像診断の進歩によって報告例が増えている。今回我々は、若年女性に対して単孔式腹腔鏡下に脾のう胞天蓋切除術を施行した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。症例は30歳、女性。腹部CT検査にて偶然脾に壁の石灰化を有する cystic mass を指摘され当科を紹介された。自覚症状は無く、血液生化学検査でも特に異常所見認めなかった。腫瘍マーカーは正常であった。境界が明瞭な約12×10cm大の脾のう胞と診断され、のう胞径などから破裂の可能性などを考慮し手術することとなった。2014年1月15日、脾のう胞の診断にて単孔式腹腔鏡下脾のう胞天蓋切除術を施行した。腫瘍は脾上極の被膜内に存在し、表面平滑で、暗赤色の緊満した巨大脾のう胞であった。のう胞穿刺術中細胞診、のう胞壁の術中迅速病理診断は陰性であり、永久標本にても悪性所見は認めなかった。

## D01

孤発性横隔膜転移の診断に苦慮した右上葉肺癌の一例

<sup>1</sup>北野病院 呼吸器センター 外科、<sup>2</sup>北野病院 呼吸器センター 内科、<sup>3</sup>北野病院 消化器センター 外科

松原 弘侑<sup>1</sup>、庄司 剛<sup>1</sup>、山梨 恵次<sup>1</sup>、徳野 純子<sup>1</sup>、岩村 宣重<sup>3</sup>、上田雄一郎<sup>1</sup>、飯田 拓<sup>3</sup>、櫻本 稔<sup>2</sup>、寺嶋 宏明<sup>3</sup>、黄 政龍<sup>1</sup>

症例は63歳男性。健診で右肺尖部結節を指摘され当院紹介。初診時CEA159。気管支鏡検査で肺腺癌と診断された。CTでは胸膜直下に播種を疑う多発小結節影を認めた。また、FDG-PETで右肺尖部結節の他に右横隔膜下面に異常集積を認め、肺癌横隔膜転移、肝転移、肝原発の腫瘍の可能性が考えられたが各種画像検査での診断は困難であった。方針として、最大で肝切除を含めた腹部手術先行も検討されたが、肺切除の時期を逸する可能性と、胸膜播種であれば腹部転移の有無にかかわらずIV期肺癌となることなどを考慮し、胸部手術を先行する方針とした。胸腔鏡で播種が無い事を確認、横隔膜は胸腔側からの観察では一部陥凹を認めるも明らかな腫瘍性病変の露出は認めず、胸腔鏡下右肺上葉切除術を施行した。後日腹腔鏡で右横隔膜結節を確認し生検を施行、術中迅速組織診断で肺癌横隔膜転移と診断された。孤発性肺癌横隔膜転移は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## C40

難治性胃静脈瘤に対して外科的手術を施行した2例

<sup>1</sup>神戸大学 肝胆膵外科、<sup>2</sup>神戸大学 放射線科

井本 寛東<sup>1</sup>、武部 敦志<sup>1</sup>、福本 巧<sup>1</sup>、木戸 正浩<sup>1</sup>、田中 基文<sup>1</sup>、蔵満 薫<sup>1</sup>、木下 秘我<sup>1</sup>、松本 拓<sup>1</sup>、後藤 直大<sup>1</sup>、浅利 貞毅<sup>1</sup>、松本 逸平<sup>1</sup>、味木 徹夫<sup>1</sup>、具 英成<sup>1</sup>、杉本 幸司<sup>2</sup>、山口 雅人<sup>2</sup>、岡田 卓也<sup>2</sup>、上嶋 英介<sup>2</sup>

内視鏡的治療、経カテーテル塞栓術が困難であった難治性胃静脈瘤に対し外科的治療を施行した2例を若干の文献的考察を加えて報告する。【症例1】51歳女性 C型肝硬変による胃静脈瘤を認めるも形状より内視鏡的硬化療法(EIS)は困難であった。脾胃シャントの発達は認めず、排血路である左下横隔静脈・心横隔静脈からのアプローチも困難であったためバルーン閉塞下逆行性経静脈塞栓術(B-RTO)は断念、小開腹下に経回結腸静脈的塞栓術(TIO)を施行した。【症例2】60歳男性 アルコール性肝硬変による胃静脈瘤破裂を繰り返しEISは断念した。主排血路は高度に発達した食道静脈瘤であったためB-RTOは適応外としHassab手術を施行した。両症例とも術後経過良好で、胃食道静脈瘤の再発・増悪は認めていない。難治性胃静脈瘤の治療には、その複雑な血行動態を評価し適切な治療法を選択することが重要である。

## D02

診断に難渋した肺門縦隔リンパ節腫脹の1手術例

<sup>1</sup>大阪医科大学 胸部外科学教室、<sup>2</sup>大阪医科大学附属病院 病理学教室、<sup>3</sup>枚方市民病院 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>、花岡 伸治<sup>1</sup>、勝間田敬弘<sup>1</sup>、岡田 仁克<sup>2</sup>、時津 浩輔<sup>3</sup>

PET陽性の肺門、縦隔リンパ節腫脹を認め、悪性腫瘍を疑い手術を施行するも、悪性所見を認めなかった1手術例を経験したため報告する。症例：56歳、男性。会社の検診で胸部レントゲン上異常を指摘され、精査目的に当院紹介となり胸部CTで右肺門に2.5cm大のリンパ節腫脹を認め、気管支鏡検査(EBUS-TBNA)を施行するも診断が確定せず、手術を施行することとなった。術中所見：腫瘍は右肺下葉の中枢側にあり、A4+5との分離は容易であったがBasal PAとは強固に癒着して分離は困難であり、下葉切除を施行した。最終病理：反応性のリンパ節腫脹で、悪性所見は認めなかった。まとめ：肺門、縦隔リンパ節腫脹のみを来とし、他に明らかな病変を認めない症例を経験することがある。本例はやや末梢側のPET陽性の肺門リンパ節腫脹で、悪性腫瘍を強く疑ったため肺葉切除を施行した。手術により良性肺疾患と確定診断した、1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

## D03

診断に難渋した胸腺結核症の一例

<sup>1</sup>近畿大学医学部 外科学 呼吸器外科部門

西野 将矢<sup>1</sup>、須田 健一<sup>1</sup>、水内 寛<sup>1</sup>、佐藤 克明<sup>1</sup>、  
武本 智樹<sup>1</sup>、岩崎 拓也<sup>1</sup>、南 憲治<sup>1</sup>、坂口 全弘<sup>1</sup>、  
光富 徹哉<sup>1</sup>

症例は55歳女性。平成13年よりネフローゼ症候群で当院腎臓内科に通院中であった。平成23年に腸結核の治療歴あり。平成25年10月に胸部CTにて、前縦隔に左肺上葉に接する2cm大の結節性病変を指摘され、胸腺腫疑いで当科紹介となった。FDG-PETで主病巣にSUVmax6.93の強い集積あり、左鎖骨上窩、気管分岐部、右肺門リンパ節にも淡い集積を認めた。腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。胸腺腫に加え、鑑別疾患として胸腺癌、原発性肺癌も考えられた。同年12月に胸腔鏡補助下前縦隔腫瘍摘出術（癒着していた左肺上葉も一部合併切除）を施行した。腫瘍に割を加えたところ膿性の排液あり、結核菌PCRにて陽性と診断された。病理組織では胸腺組織内にEpithelioid granulomaを認め、胸腺結核症と診断した。結核は一貫して減少傾向であるが、近年でも年間2万人以上が新登録されている。結核既往のある患者の縦隔腫瘍では胸腺結核も鑑別に挙げる必要がある。

## D05

17年の経過で徐々に増大傾向を示した肺静脈瘤の1切除例

<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>、白鳥 琢也<sup>1</sup>、片岡 瑛子<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 見治<sup>3</sup>、手塚 則明<sup>4</sup>

【はじめに】肺静脈瘤は限局した範囲の肺静脈壁の拡張を示す稀な疾患である。今回我々は、17年の経過で徐々に増大傾向を示した上肺静脈瘤に対し、右肺上葉切除を行った症例を経験したので報告する。【症例】64歳、女性。17年前から右上肺静脈瘤を指摘されていたが、放置していた。胸痛に対する精査目的に撮像された胸部CTで17年前より増大する上肺静脈瘤を指摘された。3D-CTで右上肺静脈中極側に52×48×37mmの静脈瘤を認めた。僧帽弁疾患などの合併を認めなかったが、増大傾向を示すため手術を施行した。開胸時所見では、瘤は上肺静脈根部に存在しており、中葉静脈の温存は可能であるが、上葉の区域枝の温存は困難なため、右肺上葉切除術を施行した。【結語】心疾患を合併しない肺静脈瘤は無症状なことが多いが、増大傾向を示す場合は外科的治療の適応となる。肺静脈瘤は原因疾患の有無や存在部位により、治療の選択を行う必要があると考えられた。

## D04

術前の気管支動脈塞栓術により術中出血コントロールが可能であった肺アスペルギローマの一切除例

<sup>1</sup>高槻赤十字病院 呼吸器センター呼吸器外科  
康あんよん<sup>1</sup>、菅 理晴<sup>1</sup>、千葉 渉<sup>1</sup>

症例は58歳男性。既往歴として36歳時に肺結核がある。3年5ヵ月前に血痰を主訴に当院呼吸器内科へ入院。Mycobacterium kansasiiの診断で抗菌薬投与が行われた。3年前より胸部レントゲンで右上肺野にアスペルギローマを認めイトリコナゾール内服を開始した。6ヵ月前よりCTフォローアップにて菌球の著明増大を認めたため、他院にて気管支動脈塞栓術を2回施行した上で、手術目的に入院となった。手術は胸腔鏡補助下前方腋窩切開右肺上葉切除術を施行。胸壁への癒着は高度で剥離にやや難渋したが術中の出血は軽度で総出血量は90gであった。術後経過は特に問題なく術後3日目に胸腔ドレーンを抜去、術後6日目までカスポファンギン注射を継続し、術後7日目に軽快退院となった。現在までアスペルギローマの再燃を認めていない。

## D06

血痰を主訴とした多発肺動静脈瘻の1切除例

<sup>1</sup>北摂総合病院 呼吸器外科、<sup>2</sup>枚方市市民病院 胸部外科

井上 亮<sup>1</sup>、林 哲也<sup>1</sup>、中尾 圭一<sup>1</sup>、時津 浩輔<sup>2</sup>、  
立花 秀一<sup>1</sup>

肺動静脈瘻の多くは毛細血管形成不全による先天的疾患で、本邦ではその20%に Rendu-Osler-Weber 病を合併するとされている。今回我々は多発肺動静脈瘻の外科的切除症例を経験したので報告する。症例は40歳、女性。主訴は繰り返す血痰であった。胸部単純 X-p で左肺に腫瘤影を認め、胸部CTで左肺 S5、S6、S10にそれぞれ腫瘤影を認めた。造影CTで腫瘤影に一致して肺動脈から肺静脈への短絡を認めた。他に皮膚、腹腔内臓器、頭蓋内には病変は認めず家族歴も特に認めなかった。片側の多発肺動静脈瘻と診断し一期的に外科的切除を行った。動脈血液ガス分析でPaO2は術前72.2mmHgより術後90.3mmHgと改善を認め術後第7病日に退院となった。近年では肺動脈瘻に対しカテーテル治療が行われることも多くなったが治療後の再発やカテーテル治療中の合併症も報告されており外科的切除を行った。

## D07

両側同時自然気胸により急性呼吸不全を発症した13歳男性の1手術例

<sup>1</sup>京都桂病院呼吸器センター 呼吸器外科

太田紗千子<sup>1</sup>、合地 史明<sup>1</sup>、張 吉天<sup>1</sup>、河野 朋哉<sup>1</sup>、吉村 誉史<sup>1</sup>、寺田 泰二<sup>1</sup>、松原 義人<sup>1</sup>

症例は13歳男性。2013年12月にサッカーの練習後息切れを感じるようになった。症状が改善せず、4日後の夜から呼吸困難が強くなって臥位になれなくなり、発症後5日に当院小児科を受診。チアノーゼを認め、SpO<sub>2</sub>が90%で呼吸回数が40回、喘鳴もあり、気管支喘息発作が疑われた。胸部X線写真で右肺の完全虚脱、左肺も半分以上虚脱した両側の自然気胸で、縦隔が左側に変位する緊張性気胸であった。酸素を10L投与しても、SpO<sub>2</sub>が94%で、外来で右胸腔をサーフロ針で右胸腔の脱気を行ったが、右肺に含気が認められず、直ちに入院して右胸腔に12Frのトロカールを挿入して、呼吸困難と低酸素血症は消失した。全身状態が安定し、同日夕に左胸腔へ12Frのトロカールを挿入した。左側は翌日よりleakが消失したが、右側はleakが持続し、CTで両側の肺尖部に肺嚢胞を認めたため、胸腔鏡下の両側肺嚢胞切除を施行した。術後経過は良好で、術後5日に軽快退院となった。

## D09

乳癌局所再発術後10年間健存した1例

<sup>1</sup>大阪市立総合医療センター 乳腺外科、<sup>2</sup>外科、<sup>3</sup>臨床腫瘍科、病理部

亀井 佑梨<sup>1</sup>、小川 佳成<sup>1</sup>、池田 克実<sup>1</sup>、荻澤 佳奈<sup>1</sup>、渡部 智加<sup>1</sup>、徳永 伸也<sup>3</sup>、出口 惣大<sup>2</sup>、田嶋 哲三<sup>2</sup>、栗原 重明<sup>2</sup>、後藤 航<sup>2</sup>、西口 幸雄<sup>2</sup>、福島 裕子<sup>3</sup>、井上 建<sup>3</sup>

症例は53歳女性。主訴は右胸壁腫瘍。前医にて右乳癌(T3N0M0、intracystic ca.、径5.5cm、4.5cm、多発)に対して乳房切除+腋窩隔清を施行され、術後2年2ヶ月後に胸壁再発を認めたため当科紹介受診となった。初診時、右胸壁に長径6cmの嚢胞性腫瘍を認めた。左CD領域には径9mmの腫瘍を認め、左乳癌(T1N0M0)と診断された。遠隔再発を認めなかったため、右再発巣の切除と左乳房切除+センチネルリンパ節生検を施行。術後、右胸壁照射(50Gy)を施行し、UFTを2年間とアリミテックスを5年間投与した。術後10年経過し再発を認めていない。乳癌術後再発例には、再発巣切除後に長期健存する例が認められる。若干の文献的考察を加えて報告する。

## D08

奇静脈・食道陥凹内の傍脊柱ブラ破綻による右自然気胸の5手術例

<sup>1</sup>宇治徳洲会病院 呼吸器外科・外科

登 有紀<sup>1</sup>、奥根 祥<sup>1</sup>、仲原 英人<sup>1</sup>、小林 壽範<sup>1</sup>、板野 秀樹<sup>1</sup>、仲井 理<sup>1</sup>

気管分岐部背側傍脊柱のブラ破綻による右自然気胸に対する5手術例を検討した。【症例】年齢59から69歳。全例48から90 pack-yearの重喫煙歴を有するCOPDを合併した男性。右肺下葉S6に基部を有する縦長のブラに対し2例で直接縫縮、3例でENDO-LOOP結紮による処理を行い、4例でタルク癒着術併用により奇静脈食道陥凹を閉鎖。全例術後気漏を認めず術後2-3日目にchest tube 抜去。現在のところ再発を認めていない。うち1例では座位で高度気漏、仰臥位で気漏停止という特異的な術前所見を呈した。【まとめ】右傍脊柱縦長のブラが脊柱を乗り越えて左胸腔へと延びるCT所見はCOPD症例で比較的多く見受けられる。同ブラの成因として右胸腔内の気管分岐部背側の傍椎体腔の高陰圧が、また同ブラ破綻の原因として同ブラと椎体間の摩擦等が疑われる。右側のCOPD続発性自然気胸においては同ブラも責任病変となりうることを念頭に置くべきである。

## D10

年余を経て乳管過形成から異性が増し、乳癌と診断された非浸潤性乳管癌(DCIS)の1例

<sup>1</sup>甲南病院 外科、<sup>2</sup>甲南病院 病理

松田 武人<sup>1</sup>、森 正夫<sup>1</sup>、村松三四郎<sup>1</sup>、塚本 好彦<sup>1</sup>、宮下 勝<sup>1</sup>、村尾 眞一<sup>2</sup>

我々は、乳管過形成と乳腺線維腺腫(FA)を指摘され1年後に非浸潤性乳管癌(DCIS)と診断された乳癌の1例を経験したので報告する。症例は50代女性、1年前に右のBD領域に乳管過形成とFAを指摘され経過観察をしていたが、1年後同領域にエコーで8×7mm大の低エコー域が認められ、穿刺細胞診では鑑別困難であった。マンモグラフィでは境界明瞭な分葉状腫瘍を認め、カテゴリー3であった。MRI上早期濃染、TICではrapid plateau patternの所見で乳頭状腺癌を疑った。術前針生検でDCISを強く疑う所見を得たため、右乳房部分切除術+センチネルリンパ生検を施行し、術後病理診断では浸潤癌は認めずDCISの診断でpTis,pN0 pStage0であった。上記症例について乳管過形成を含む増殖性病変とDCISの鑑別診断の問題点について考察を加えて報告する。



## D11

腋窩リンパ節郭清を施行し潜在性乳癌と診断された2例

<sup>1</sup>市立枚方市民病院 外科

斎藤 明葉<sup>1</sup>、木下 隆<sup>1</sup>、井上 仁<sup>1</sup>、鱈淵 真介<sup>1</sup>、大関 舞子<sup>1</sup>、亥野 春香<sup>1</sup>、北田 和也<sup>1</sup>、上田 さつき<sup>1</sup>、木村 光誠<sup>1</sup>、森田 眞照<sup>1</sup>

症例1は58歳女性、左腋窩腫瘍を自覚し受診、針生検にて充実性腺癌のリンパ節転移と診断した。マンモグラフィ、乳腺超音波検査、MRI では乳房内病変が不明のため、潜在性乳癌と考え左腋窩リンパ節郭清のみ施行した。切除標本病理組織学的検査でER陽性の乳癌リンパ節転移と診断、術後温存乳房放射線照射および化学療法、ホルモン療法を施行した。症例2は66歳女性、右腋窩リンパ節腫大の精査のため紹介され、細胞診で腺癌の診断であった。乳房および全身精査を行うも乳房内原発巣、その他の原発巣は同定できなかった。右腋窩リンパ節郭清を施行し、切除標本病理組織学的検査を行ったところ乳癌の腋窩リンパ節転移との診断であり、免疫染色ではER陽性であったため、術後温存乳房放射線照射、および化学療法、ホルモン療法を行った。今回我々は乳房切除を行わず腋窩リンパ節郭清を施行した潜在性乳癌の2症例を経験したので、若干の文献を加え報告する。

## D13

乳癌ホルモン療法の副作用に対する、漢方による治療効果の検討

<sup>1</sup>大阪プレストクリニック、<sup>2</sup>大阪医科大学 健康科学クリニック

住吉 一浩<sup>1</sup>、後山 尚久<sup>2</sup>、芝 英<sup>1</sup>

【目的】乳癌ホルモン療法の副作用に対する、漢方の治療効果を検討する。【対象】ホルモン療法施行672例（乳癌手術1062例）中、漢方の必要性・治療効果を検討した163例（閉経前：82、後：81）【結果】1）閉経前：漢方使用35例（42.7%）（タモキシフェン（TAM）：18/46例（38.3%）、TAM + LH-RHa：17/36例（47.2%））主症状は、hot flash、頭痛、倦怠感で28/35例（80.0%）が症状改善（TAM：16/18例（88.9%）、TAM + LH-RHa：12/17例（70.6%））。有効28例主方剤は、加味逍遙散9、桂枝茯苓丸8、当帰芍薬散4、補中益気湯4、桃核承気湯3例（重複有）。有効28例中11例（39.3%）で2剤以上併用。2）閉経後：漢方使用23例（28.4%）（アロマターゼ阻害剤（AI）：17/65例（26.2%）、TAM：6/16例（37.5%））主症状は、関節痛9、倦怠感7例で、21/23例（91.3%）が症状改善。AIの関節痛に防己黄耆湯、ヨク苡仁湯が有効、八味地黄丸の効果例もあり。【結語】乳癌ホルモン療法の副作用に対して漢方は有効である。

## D12

当院での OSNA 法を用いた術前化学療法後のセンチネルリンパ節生検の成績

<sup>1</sup>大阪警察病院 乳腺外科、<sup>2</sup>大阪警察病院 一般外科

多根井智紀<sup>1</sup>、吉留 克英<sup>1</sup>、高 正浩<sup>2</sup>、額原 敦<sup>2</sup>、浦川 真哉<sup>2</sup>、若杉 正樹<sup>2</sup>、益澤 徹<sup>2</sup>、鄭 充善<sup>2</sup>、大森 健<sup>2</sup>、上島 成幸<sup>2</sup>、鳥 正幸<sup>2</sup>、赤松 大樹<sup>2</sup>

【目的】当院では術前化学療法（PST）後の乳癌に対しても初診時の臨床的に腋窩リンパ節転移陰性であれば、OSNA 法と捺印細胞診の併用にてセンチネルリンパ節生検（SLN）を施行している。今回、PST 後の乳癌に対する OSNA 法を用いた SLN の成績を報告する。【結果】2008年～2012年に PST 後 SLN を施行した乳癌33例の61センチネルリンパ節について捺印細胞診と OSNA 法について比較したところ一致率は88.5%であり、OSNA 法を用いることにより捺印細胞診にて診断しえなかった合計8リンパ節（13.1%）の Macro 転移ないし Micro 転移を検出することができた。さらに追加郭清を施行した乳癌24例において、OSNA 陰性全例に追加郭清したリンパ節に転移を認めなかった（0例/17例）。また OSNA1+の乳癌において20%（1例/5例）、OSNA2+にて100%（2例/2例）の割合にて追加郭清したリンパ節に転移を確認した。【結語】OSNA 法は PST 後の SLN においても有用な測定法である。

## D14

局所進行/再発乳癌45例に対するフルベストラントの使用経験

<sup>1</sup>公益財団法人 北野病院 乳腺外科

萩原 里香<sup>1</sup>、吉本有希子<sup>1</sup>、高原 祥子<sup>1</sup>、山内 清明<sup>1</sup>

局所進行、再発乳癌におけるフルベストラント（FLV）の効果を検討した。【対象・方法】41～85歳（中央値63歳）の女性45名。原発巣が Luminal42例、TN（再発部が Luminal）3例であった。再発部位は重複を含み、骨29例、肺17例、肝16例、リンパ節16例で、うち life threatening 症例は28例、使用 line 数は1～16であった。効果判定には画像/TMを用いた。【結果】使用 line は1/2/3/4/5=6/11/4/6/6例で、6line 以上の症例も12例。TTP は2～28ヶ月（中央値6）で2年以上投与例も4例。30例が単剤使用であった。統計解析では平均 line 数が3.6以下で有意に有効、また肺転移で有効な傾向があった。【考察】FLV は PS の低い症例にも使用可能であることや、2年以上の長期使用例も約10%に認められることから、FLV は Luminal 再発乳癌の有用な選択肢の1つであることが示唆された。

## D15

腫瘍内出血が原因と思われる急速発育を示した乳腺間質肉腫の1例

<sup>1</sup>大阪市立大学大学院

浅野 有香<sup>1</sup>、野田 諭<sup>1</sup>、柏木伸一郎<sup>1</sup>、石原 沙江<sup>1</sup>、倉田 研一<sup>1</sup>、呉 幸枝<sup>1</sup>、徳本 真央<sup>1</sup>、森崎 珠美<sup>1</sup>、川尻 成美<sup>1</sup>、高島 勉<sup>1</sup>、小野田尚佳<sup>1</sup>、平川 弘聖<sup>1</sup>

乳腺間質肉腫は乳腺原発悪性腫瘍の0.03%と極めて稀な疾患である。今回、われわれは腫瘍内出血が原因と思われる急速な増大傾向を示した乳腺間質肉腫の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は40歳女性。右乳房の腫脹を自覚し近医を受診し、精査目的に当院紹介となった。近医受診時には腫瘍形成は認めなかったが、約1ヶ月半後の紹介時には右乳房 DBE 領域に4cm 大の弾性硬な腫瘍を認めた。同部位に充実部が混在した嚢胞性病変を認め針生検の結果、間質肉腫が疑われ、単純乳房切除術を施行した。腫瘍内には暗血性内容物が充満し、充実部は乳腺間質肉腫の最終病理診断であった。切除断端は陰性であり、補助療法は行わず現在術後8ヶ月、無再発生存中である。乳腺間質肉腫は急速に増大することがあり、転移・再発をきたすと予後不良であるため、迅速かつ正確な診断・治療が必要であると思われた。

## D17

乳房原発神経鞘腫の1例

<sup>1</sup>大阪労災病院 外科、<sup>2</sup>大阪労災病院 乳腺外科、<sup>3</sup>大阪労災病院 病理診断科

渡瀬智佳史<sup>1</sup>、森島 宏隆<sup>2</sup>、小田 直文<sup>2</sup>、松並 展輝<sup>2</sup>、吉田 雄太<sup>1</sup>、川田 真大<sup>1</sup>、安山 陽信<sup>1</sup>、吉川 幸宏<sup>1</sup>、人羅 俊貴<sup>1</sup>、村上 昌裕<sup>1</sup>、廣田 昌紀<sup>1</sup>、吉川 正人<sup>1</sup>、池永 雅一<sup>1</sup>、清水 潤三<sup>1</sup>、長谷川順一<sup>1</sup>、三輪 秀明<sup>3</sup>

66歳女性。主訴無し。既往歴は糖尿病、左腎痛。左腎痛に対し58歳で後腹膜鏡下左腎摘出術を受けるも術後3年で骨盤内に再発したため腫瘍摘出術が行われ経過観察されていたが、CT検査で右乳房内に徐々に増大する腫瘍が認められたため当科へ紹介された。初診時、右乳房に疼痛・圧痛や腫瘍を認めず。腋窩リンパ節も触知せず。マンモグラフィは両側とも category 1。乳腺超音波検査では右乳房 D 領域に長径9.3mm の境界明瞭で内部低エコーの橢円形腫瘍 (D/W 大) が認められ、後方エコーはやや増強していた (category 3)。穿刺吸引細胞診では鑑別困難であったため針生検を施行したところ、紡錘形細胞が柵状配列をなし、Vimentin 及び S-100 蛋白が陽性のため神経鞘腫と診断された。増大傾向のため腫瘍摘出術を施行したが、病理組織診断は良性の神経鞘腫であった。乳房原発の神経鞘腫は自験例を含め本邦で11例と非常に稀であり、若干の文献学的考察を加え報告する。

## D16

広範な壊死に陥った若年乳腺線維腺腫の1例

<sup>1</sup>大阪市立総合医療センター 乳腺外科、<sup>2</sup>大阪市立総合医療センター 外科、<sup>3</sup>大阪市立総合医療センター 臨床教育・研修部、<sup>4</sup>大阪市立総合医療センター 病理部

山入 千春<sup>3</sup>、池田 克実<sup>1</sup>、荻澤 佳奈<sup>1</sup>、渡部 智加<sup>1</sup>、出口 惣大<sup>2</sup>、田嶋 哲三<sup>2</sup>、栗原 重明<sup>2</sup>、後藤 航<sup>2</sup>、西口 幸雄<sup>2</sup>、福島 裕子<sup>4</sup>、小川 佳成<sup>1</sup>

【症例】13歳 女性 【現病歴及び経過】3か月前に左乳房腫瘍および血性乳頭分泌を主訴に近医を受診し、当院に紹介となった。触診では左乳頭直下に4cm 大の腫瘍を認めた。MMGでは左Sに高濃度腫瘍C-3、USではCE領域に4cm 大の低エコー腫瘍を認め、針生検 (CNB) の結果は広範な壊死を伴った乳管内増殖性病変であり、良悪性の判定は困難であった。また、乳頭分泌物細胞診では suspicious であった。診断と治療を兼ねて、左乳腺腫瘍摘出術を施行した。【術中所見】壊死に陥った腫瘍周囲に膿瘍形成を認め、腫瘍摘出および膿瘍腔切除を行った。【病理】広範な壊死と化膿性炎症を伴った線維腺腫であり、膿瘍の細菌培養は陰性であった。術後、抗生剤・漢方薬投与を行い、経過良好である。【考察】線維腺腫は若年女性の代表的な良性疾患であるが、自然的に広範な壊死に陥る例は非常にまれである。今回、若干の文献的考察を加え報告する。

## D18

結節性硬化症患者に発生した乳癌の一切除術

<sup>1</sup>大阪府立急性期・総合医療センター

西村 正成<sup>1</sup>、野村 昌哉<sup>1</sup>、青野 豊一<sup>1</sup>、三宅 智博<sup>1</sup>、藤谷 和正<sup>1</sup>、吉田 洋<sup>1</sup>、松田 宙<sup>1</sup>、久保田 勝<sup>1</sup>、園野 克樹<sup>1</sup>、川田 純司<sup>1</sup>、宮崎 進<sup>1</sup>、奥村雄一郎<sup>1</sup>、野村 雅俊<sup>1</sup>、北川 彰洋<sup>1</sup>、松浦 記大<sup>1</sup>、岩瀬 和裕<sup>1</sup>、田中 康博<sup>1</sup>

【症例】既往に結節性硬化症 (TSC) とそれにとまう腎血管筋脂肪腫 (AML)、てんかん、multifocal micronodular pneumocyte hyperplasia (MMPH) を有する40代女性。右乳房腫瘍を主訴に紹介され、A領域の右乳癌 cT2N0M0 と診断、Bp + SN を施行した。病理組織検査で乳頭腺管癌、pT1c、pN0、NG2、ER (0%)、PgR (0%)、HER2 (score 0)、Ki-67 index 45%であった。【まとめ】TSC はてんかん、知的発達障害、皮膚症状を古典的3主徴とする遺伝性疾患で、原因遺伝子 (TSC1 または TSC2) の変異により mTOR が恒常的に充進し、全身臓器に過誤腫が多発する。TSC にとまう腎 AML や良性脳腫瘍上衣下巨細胞性星細胞腫などの治療薬である mTOR 阻害剤 everolimus が2014年3月に切除不能再発乳癌に適応拡大されたばかりである。TSC と乳癌の関連を示唆する報告は現在までないが、興味深い症例と考え文献的考察を加え報告する。

## D19

超高齢者に発症した乳腺原発悪性リンパ腫の1例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・乳腺・内分泌外科

碓 絢菜<sup>1</sup>、富永 智<sup>1</sup>、前沢 早紀<sup>1</sup>、寺沢 理沙<sup>1</sup>、  
佐藤七夕子<sup>1</sup>、藤岡 大也<sup>1</sup>、高橋 優子<sup>1</sup>、木村 光誠<sup>1</sup>、  
田中 覚<sup>1</sup>、岩本 充彦<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

乳腺原発悪性リンパ腫は乳腺悪性腫瘍の0.04~0.5%と非常に稀な疾患である。今回、われわれは超高齢に発症した乳腺原発悪性リンパ腫を経験したので報告する。症例は90歳女性。平成25年6月、急速に増大する右乳房腫瘍を認め、近医より当科紹介となった。初診時、皮膚発赤を伴う10cm大の腫瘍を認めたため、炎症性乳癌を疑い針生検を施行した。HE染色及び免疫染色の結果、Non-hodgkin's lymphoma diffuse large B-cell typeと診断された。CTではリンパ節腫大や多臓器病変は認めず乳腺原発悪性リンパ腫と診断した。超高齢のため、化学療法による有害事象及び皮膚浸潤によるQOL低下を懸念し手術の方針とし、平成25年7月に乳房部分切除+腋窩リンパ節郭清を施行した。同年10月に局所再発を来たしたため放射線療法40Gy施行したところ、腫瘍は20%程度にまで縮小した。現在、外来経過観察中である。本症例につき、若干の文献的考察を加え報告する。

## D21

集学的治療を施行した局所進行乳癌の1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第一外科

本田麻里子<sup>1</sup>、尾浦 正二<sup>1</sup>、吉増 達也<sup>1</sup>、粉川 庸三<sup>1</sup>、  
川後 光正<sup>1</sup>、清井めぐみ<sup>1</sup>、宮坂美和子<sup>1</sup>、西口 春香<sup>1</sup>、  
大橋 拓矢<sup>1</sup>、青石 裕香<sup>1</sup>、岡村 吉隆<sup>1</sup>

40歳台女性。2010年末より左乳房腫瘍を自覚。皮膚掻痒、発赤、びらんが出現し、2011年10月紹介。PET-CTで左乳房に37mmの腫瘍と皮膚浸潤、両側鎖骨上~腋窩、胸骨傍リンパ節転移を認めた。針生検ではInvasive ductal carcinoma, ER (+), PgR (+), HER2 (-)であり、左乳癌 (cT4bN3cM0 stageIIIc)と診断。根治目的で初期治療として Bevacizumab 併用の weekly Paclitaxelを計11コースと FEC100 4コースによる化学療法を行った。化学療法後乳房内腫瘍はcPR、リンパ節はcCRを示したが、皮膚のpunch biopsyでviable cellを認めたため、放射線療法+Tamoxifenの内服を追加した。2012年9月Bt+Ax+VRAMを施行。病理で主腫瘍のpCRを認めた。2012年12月からLeuprorelin AcetateとLetrozoleを開始し、術後1年半経過した現在、再発転移を認めていない。ルミナル型局所進行乳癌に対する化学療法は、内分泌奏効性への影響に留意する必要があるが、治療の一つとして考慮すべきと思われた。

## D20

当院における乳腺過誤腫3症例の検討

<sup>1</sup>松下記念病院 外科、<sup>2</sup>松下記念病院 病理、<sup>3</sup>竹田クリニック

大西 美重<sup>1</sup>、山口 正秀<sup>1</sup>、大陽 宏明<sup>1</sup>、高尾 幸司<sup>1</sup>、  
石井 博通<sup>1</sup>、荒木 康伸<sup>1</sup>、清水 健<sup>1</sup>、和泉 宏幸<sup>1</sup>、  
谷 直樹<sup>1</sup>、野口 明則<sup>1</sup>、山根 哲郎<sup>1</sup>、榎 泰之<sup>2</sup>、  
川端 健二<sup>2</sup>、竹田 靖<sup>3</sup>

過去5年間で乳腺過誤腫を3症例経験した。【症例1】56歳女性 主訴は左乳房腫瘍 マンモグラフィ (MMG) カテゴリー (C) 3 乳腺エコー (US) 過誤腫 C2 乳房MRI (MRI) 乳腺線維腫、そしてcore needle biopsy (CNB) 過誤腫と診断したが、希望により摘出術施行、過誤腫と診断した。【症例2】60歳 女性 主訴は右乳房腫瘍 MMG C4 US C5 MRI 乳腺線維腫、細胞診で診断つかずCNB施行、良性病変と診断した。3年後、健診MMG C4と診断、摘出術希望で当科受診、手術施行し過誤腫と診断した。【症例3】40歳 女性 主訴は左乳房腫瘍 前医でMMG C3 US C3細胞診 Class 3摘出術目的紹介。当院でのCNBで診断つかず摘出術施行、過誤腫と診断した。【考察とまとめ】非常に稀である乳腺過誤腫の診断は画像診断のみでは困難である。過誤腫の存在を念頭に置き病理診断の際に、臨床経過、画像診断などの情報の共有をすることで診断をより容易にできると思われた。

## D22

局所制御が困難であったStageIV乳癌の一例

<sup>1</sup>市立堺病院 外科、<sup>2</sup>市立堺病院 病理診断科、<sup>3</sup>市立堺病院 放射線治療科

中井りつこ<sup>1</sup>、山村 順<sup>1</sup>、神垣 俊二<sup>1</sup>、木村 豊<sup>1</sup>、  
棟方 哲<sup>2</sup>、池田 恢<sup>3</sup>、大里 浩樹<sup>1</sup>

StageIV乳癌に対し局所制御やQOL向上のために原発巣切除を行うことがある。化学療法で一定の効果を得るも局所制御に対する原発巣切除の機会を逸した症例を報告する。48歳原発巣の異質・出血と多発肺転移を伴うT4cN1M1乳癌。生検結果はCarcinoma with osteoclast-like giant cells, ER (-), PR (-), HER2 (0)。1次治療はwPTX + Bevで開始、3コース後に肺転移は著明に縮小するも原発巣の変化は乏しくQOL向上のため原発巣切除も検討したが5コースまで継続。2次治療はFECで開始、原発巣は著明に増大し3コースでPD、3次治療でEribulinを開始するも、2コース後に胸水多量貯留と呼吸苦が出現し緩和ケアに移行、治療開始8.4月後に永眠された。抗癌剤治療抵抗性のTN乳癌に対してはQOL向上のために積極的な局所療法も考慮すべきと考える。

## D23

パクリタキセル+ペバシズマブ投与にて長期間SDを得ている転移性乳癌の症例

<sup>1</sup>関西医科大学 外科

兼松 清果<sup>1</sup>、吉田 秀行<sup>1</sup>、岡崎 智<sup>1</sup>、神原 達也<sup>1</sup>、金 成泰<sup>1</sup>、吉田 良<sup>1</sup>、権 雅憲<sup>1</sup>

症例は、52歳の時に右乳癌（T4bN2M1）にて術前化学療法（AC-T）施行後、手術施行し、術後はホルモン療法を続けていた。58歳で、多発転移（肺・肝・骨・皮膚・軟部組織・リンパ節・副腎）による全身状態悪化の為、当院紹介受診、即日入院となった。腫大リンパ節による気道圧排の為の呼吸苦が一番の問題であった。パクリタキセル+ペバシズマブを開始したところ、1クールで呼吸状態は改善し、退院した。最初の3クールではPRで、化学療法による全身倦怠感が問題となった為、パクリタキセルを減量した。次の3クールはSDであったが、医療用麻薬を含む鎮痛剤を中止することができた。手足のしびれが出現してきた為、パクリタキセルをさらに減量して投与を続けているが、今のところSDである。パクリタキセル+ペバシズマブ投与が1年を超える転移性乳癌の症例がいくつか見られるようになった為、文献をふまえて報告する。

## D25

血清カルシウム値のコントロールに難渋した転移性乳癌の1例

<sup>1</sup>日本赤十字社和歌山医療センター 乳腺外科部

川口佳奈子<sup>1</sup>、芳林 浩史<sup>1</sup>、加藤 博明<sup>1</sup>

41歳・女性。背部痛と嘔吐を主訴に近医を受診した。肝酵素上昇・高Ca血症を認め、当センター紹介となった。精査の結果、多発肝・骨転移を伴う転移性乳癌（cT2N1M1, ER90% PR30% HER2（3+））と診断した。Performance Status3のため、高Ca血症に対する治療と並行しホルモン療法+ Trastuzumab + Denosumabを開始した。治療開始後も腫瘍マーカー上昇を来たしLapatinib + Capecitabineに変更したところ、腫瘍量減少とDenosumabに伴うと考えられる低Ca血症が遷延した。再度腫瘍マーカー上昇に伴い高Ca血症を認めたため、nab-Paclitaxel + Trastuzumab + Pertuzumabに変更したところ、投与翌日に全身のしびれと高度の低Ca血症を認めた。現在、全身状態悪化のため緩和治療中心となっている。転移性乳癌に対する加療中に血清Caの大きな変動をきたし治療に難渋した症例を経験したため、各々の段階における病態と治療について考察する。

## D24

大腸癌術後孤立性乳房転移の一例

<sup>1</sup>大阪医療センター 乳腺外科、<sup>2</sup>大阪医療センター 外科、<sup>3</sup>大阪医療センター 臨床検査科

田中 希世<sup>1,2</sup>、増田 紘子<sup>1</sup>、八十島宏行<sup>1</sup>、水谷麻紀子<sup>1</sup>、三宅 正和<sup>2</sup>、関本 貢嗣<sup>2</sup>、中森 正二<sup>2</sup>、森 清<sup>3</sup>、眞能 正幸<sup>3</sup>、増田 慎三<sup>1</sup>

症例は78才、女性。1年4ヶ月前、上行結腸癌に対し右半結腸切除+ D3郭清を施行。pStageIIIbで術後補助化学療法の適応であったが、本人の希望で経過観察中、右乳房に小豆大の腫瘤を自覚し増大傾向のため受診した。右AC領域に34mm大の腫瘤を認め、CNBで粘液産生を伴う充実腺管癌、ER（-）PgR（-）HER2（-）score0と診断した。他臓器に病変は認めず。右乳癌cT2N0M0,cStageIIAに対して乳房切除し、術中迅速検査でSLN1/4（+）であり腋窩郭清を追加。病理結果で、腫瘍組織は大腸癌組織と類似するため腸管上皮マーカー免疫染色を追加し、大腸癌乳房内転移と診断した。乳腺以外の臓器からの乳房内転移は全乳癌の1.3-2.0%と非常に稀で、中でも大腸癌原発はさらに稀である。実臨床ではまず異時性重複癌と考えられることが多い。同様な腺癌であればCNBでの診断は困難だが、病理医に適切な情報提供を行うことでよりの確な術前病理診断・治療に結びつく可能性があると考えられた。

## D26

原発巣と転移巣で異なるホルモンレセプター（HR）を呈した乳腺扁平上皮癌の1例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・乳腺・内分泌外科

寺沢 理沙<sup>1</sup>、岩本 充彦<sup>1</sup>、田中 覚<sup>1</sup>、木村 光誠<sup>1</sup>、藤岡 大也<sup>1</sup>、佐藤七太子<sup>1</sup>、碓 絢菜<sup>1</sup>、富永 智<sup>1</sup>、前沢 早紀<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

症例は56歳女性。2005年2月より左乳房の腫瘤を自覚し当科受診。細胞診で扁平上皮癌が疑われ、左乳房全摘術を施行。病理検査で扁平上皮癌、HR陰性と診断された。術後7年目に左前胸部に腫瘤が出現し、局所再発、HR陽性（ER/PgR90/50）HER2陰性と診断された。アナストロゾールを開始し経過観察中である。扁平上皮癌は特殊型に分類され、稀な疾患で本邦での頻度は約0.1%である。HRやHER2蛋白の有無は通常型乳癌と差異はない。治療は通常型乳癌に準じて行われ、治療抵抗性の経過をたどることが多いが、特異的な治療法は確立していない。今回の症例では原発巣と転移巣のHR発現状態に不一致が見られ、治療に変化をもたらした。文献上、約2%の症例でHRの陽転化を認めるとの報告がある。乳癌ではHRやHER2蛋白の発現の有無により大きく治療法が異なる為、再発をきたし治療抵抗性の経過をたどる場合には、転移巣のHR、HER2蛋白発現の評価を検討すべきであると思われた。



## D27

豊胸術後乳癌の一例

<sup>1</sup>京都第二赤十字病院 外科

下前真衣子<sup>1</sup>、石井 亘<sup>1</sup>、藤井 宏二<sup>1</sup>、武内 瑛子<sup>1</sup>、  
田中 善啓<sup>1</sup>、坂木 桃子<sup>1</sup>、榎原 謙<sup>1</sup>、藤堂 桃子<sup>1</sup>、  
中村 吉隆<sup>1</sup>、阿辻 清人<sup>1</sup>、松村 博臣<sup>1</sup>、柿原 直樹<sup>1</sup>、  
飯塚 亮二<sup>1</sup>、井川 理<sup>1</sup>、谷口 弘毅<sup>1</sup>

【はじめに】美容手術の普及に伴い、豊胸術後の乳癌症例にも遭遇する所となった。今回、両側豊胸術後の乳癌の1例を経験したので報告する。【症例】65歳女性で、8年前両側に生食バックを挿入している。左腫瘤を自覚し初診となった。腫瘤は1時方向、乳頭から2cmに触れる(径1cm)がUSでは嚢胞で、近傍にやや不整な低エコー像を示す小病変を認め、同部を針生検の所 scirrhous carcinoma が確認された。元来の乳腺量が少なく既に乳房形成術後であり、乳腺全摘術を施行した。病理学的には scirrhous、脈管侵襲(-)、n0、ER(+)  
PgR(±) HER2(1+)であった。浸潤癌は径13mmであったが広範な乳管内進展を伴っており、術後照射を行った。【まとめ】乳房豊胸術後の症例は元来の乳腺量が少なく、乳腺全摘の良い適用と思われた。本例では広範な乳管内進展のために術後照射を施行したが、乳腺全摘で断端が確保できた症例では照射の回避も期待できるものと考えられる。

## D29

早期乳癌における乳頭温存乳房切除術後の局所再発に関する検討

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 紀北分院外科、<sup>2</sup>串本有田病院、<sup>3</sup>岸和田市民病院乳腺科、<sup>4</sup>さくら乳癌クリニック

櫻井 照久<sup>1</sup>、佐々木恵里<sup>1</sup>、鈴間 孝臣<sup>2</sup>、吉村 吾郎<sup>3</sup>、  
櫻井 武雄<sup>4</sup>

我々は、乳頭温存乳房切除術(NSM)を1978年より開始し、これまで長期の無病生存、全生存において乳房切除術と同等であることを報告している。今回、1985年から2007年までに経験した844例のNSM症例のうち、早期症例(0.1,2A,2B)の723例を対象に、局所再発例に関する検討を行った。局所再発として、乳頭再発を24例、皮弁再発を25例の計49例(6.7%)に認めた。乳頭再発に関して再発までの平均期間は1553日で、乳頭再発例の平均の腫瘍乳輪間距離は0.5cmと乳頭近傍の腫瘤に再発頻度が高く、Paget型の再発を52%に認めた。また、免疫組織学的特徴として、ER陰性例、PgR陰性例、Her2陽性例の頻度が高い傾向を認め、乳頭再発全例に対しsalvage手術が可能であった。皮弁再発に関しては再発までの平均期間は2109日で、再発形式として腫瘤型の皮弁再発を22例に、炎症型の皮弁再発を3例に認め、炎症型の子後は腫瘤型に比較して有意に不良であった。

## D28

神鋼病院における同時再建を伴う皮下乳腺全摘術の適応と局所再発について

<sup>1</sup>神鋼病院 乳腺科、<sup>2</sup>神鋼病院 形成外科、<sup>3</sup>神鋼病院 放射線診断科

松本 元<sup>1</sup>、出合 輝行<sup>1</sup>、橋本 隆<sup>1</sup>、結縁 幸子<sup>1</sup>、  
奥村 興<sup>2</sup>、久保あゆみ<sup>2</sup>、門澤 秀一<sup>3</sup>、山神 和彦<sup>1</sup>

(背景)高い整容性と根治をめざし、無理した温存術を行うのではなく、形成外科と連携し、同時再建術を選択する機会が増加。(目的)本科での同時再建の適応と局所再発を検討した。(対象)本科にて、施行された乳癌手術701例中(2010年1月より2012年12月)、乳房切除術後の同時再建を施行した乳頭温存乳房切除術(NSM)51例、皮膚温存乳房切除術(SSM)22例。(方法)乳房超音波検査(US)ならびにMRIにて皮膚浸潤、リンパ節転移を認めない症例。さらにNSMの適応はMRIにて乳頭腫瘍間の距離が1cm以上、乳頭直下乳腺を術中迅速病理にて、陰性を確保できた症例とした。術後の放射線治療は省略。(結果)術前の乳癌のstagingは0からIIAであったが、術後の最終stagingはIIB(6例)、IIIA(2例)が含まれた。NSMでの乳輪乳頭の再発はなく、皮下腫瘍としての再発2例を認めた。(結論)乳輪乳頭部の再発は懸念されるが、皮膚に近い腫瘍にも注意が必要である。

## D30

当院における乳房再建の現状

<sup>1</sup>関西医科大学附属病院

遠藤香代子<sup>1</sup>、山本 大悟<sup>1</sup>、末岡 憲子<sup>1</sup>、坪田 優<sup>1</sup>、  
田中 義人<sup>1</sup>、権 雅憲<sup>1</sup>

関西医科大学附属滝井病院は2014年6月から乳腺診療を再開。2015年3月現在乳癌手術75例施行、25症例の再建症例を経験した。今回、一期的乳房再建の実情と乳房再建を施行する際に行っている手術手技の工夫も合わせて報告する。結果は乳房再建25例、平均年齢は46.6歳(32-65歳)であった。自家移植は広背筋皮弁6例、深下壁動脈穿通枝皮弁5例、腹直筋皮弁1例を施行した。人工乳房としては、13例で組織拡張器が12例と全例のうち約半数を占めた。一期的なインプラントによる乳房再建症例は1例のみであった。合併症は5例あり、創離開、腹部創縁壊死、血腫、感染、皮弁壊死であった。手術手技として、切開創の位置や使用する器械を使い分けるなど工夫している。2015年3月現在、局所再発および遠隔転移の症例はないが、今後再建後の局所再発の患者に対してどのように対応していくかなど新たな問題点が出てくることが予想され、症例を積んで報告していきたい。

## D31

Oncoplastic breast surgery; skin-sparing mastectomy  
とシリコンインプラントの課題について

<sup>1</sup>北野病院 乳腺外科、<sup>2</sup>京都大学大学院 医学研究科  
乳腺外科学

多久和晴子<sup>1,2</sup>、萩原 里香<sup>1</sup>、高原 祥子<sup>1</sup>、山内 清明<sup>1</sup>

【はじめに】日本では乳癌患者が年々増加しており、若年患者も増加の一方である。2013年6月に乳房再建にシリコンインプラントの保険適応が承認され、乳房の変形が免れない場合に skin-sparing mastectomy を行った後にシリコンインプラントによる oncoplastic breast surgery を希望する例も増えている。しかしながらこれまでに出血やインプラント感染、神経障害などの合併症の報告も認める。【目的および方法】我々は今回、25例のシリコンインプラントによる乳房再建術を行った乳癌患者について、術後経過と術後に発生した有害事象について検討した。【結果】初回術前検査時の年齢中央値は42歳（24-69歳）であった。術後感染2例、病理診断検査後の医原性インプラントテーションを否定できない症例を2例、乳頭部の血流不良による乳頭壊死を来した例を1例経験した。乳房再建による合併症を防ぐための、実践的予防策について考察したため、報告する。

## D33

男性乳輪下膿瘍に対して漢方治療が有用であった1例

<sup>1</sup>大阪市立総合医療センター 乳腺外科、<sup>2</sup>大阪市立総合医療センター 外科

林 美輝<sup>1</sup>、池田 克実<sup>1</sup>、荻澤 佳奈<sup>1</sup>、渡部 智加<sup>1</sup>、出口 惣大<sup>2</sup>、田嶋 哲三<sup>2</sup>、栗原 重明<sup>2</sup>、後藤 航<sup>2</sup>、西口 幸雄<sup>2</sup>、小川 佳成<sup>1</sup>

【症例】21歳 男性 【現病歴】右乳房痛が出現し、乳腺炎の疑いにて近医で抗生剤を投与されるも改善しないため当科紹介となった。右乳頭直下に約5cm 大の疼痛性腫瘍があり、皮膚発赤も認めた。US では同部位に echo free space を認め、右乳輪下膿瘍と診断した。ドレナージにて多量の pus が流出したが、膿の細菌培養は陰性であった。その後、膿瘍は縮小し10日目にドレーンを抜去した。しかし、その20日後に再燃し、再度ドレナージするも、膿の細菌培養は陰性であった。無菌性であるため、抗炎症作用のある小柴胡湯7.5g/日を2週間投与し、免疫低下状態であると考え、十全大補湯5g/日追加した。その後、膿瘍の縮小を認め治癒した。以後、3年間再燃はみられていない。【考察】今回我々は、無菌性男性乳輪下膿瘍に対して小柴胡湯・十全大補湯の治療が有用であった1例を経験した。今回若干の文献的考察を加え報告する。

## D32

B,D 領域乳癌に対する乳房部分切除術 整容性の工夫

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・乳腺・内分泌外科

木村 光誠<sup>1</sup>、碓 純葉<sup>1</sup>、富永 智<sup>1</sup>、前沢 早紀<sup>1</sup>、佐藤七子<sup>1</sup>、寺沢 理沙<sup>1</sup>、藤岡 大也<sup>1</sup>、田中 寛<sup>1</sup>、岩本 充彦<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

B,D 領域の病変に対する乳房部分切除では著しく整容性が損なわれることがある。今回、我々は B,D 領域の病変に対して乳房下溝線部脂肪筋膜弁もしくは上腹部真皮脂肪弁を用いた乳房部分切除部再建法を施行したので報告する。乳房下溝線部脂肪筋膜弁を用いた症例は3例。下溝線に沿った創より尾側へ剥離を進め、腹直筋筋膜をつけた脂肪筋膜弁を作成し頭側へ翻転し乳房切除部に充填した。3例中2例に術後軽度の脂肪壊死がみられた。乳頭乳輪の偏移は軽度であり整容性評価は全て良好であった。脂肪筋膜弁の血流温存のため正中側の剥離に注意を要する必要があると思われた。上腹部真皮脂肪弁を用いた症例は2例。下溝線に沿って三日月型の皮膚切開を置き脱上皮し真皮脂肪弁を作成し頭側へ挙上し乳房切除部に充填した。脂肪壊死は発生せず血流が安定していると考えられた。整容性は良好だが、創が大きくなること、正中側乳房下溝線が乱れるといった問題がみられた。

## D34

男性嚢胞内乳頭腫の1例

<sup>1</sup>関西労災病院 乳腺外科

日馬 弘貴<sup>1</sup>、沖代 格次<sup>1</sup>、新田 佳苗<sup>1</sup>、柄川千代美<sup>1</sup>、石田 智<sup>1</sup>、佐藤 泰文<sup>1</sup>、森本 祥悠<sup>1</sup>、松下 克則<sup>1</sup>、橋本 直佳<sup>1</sup>、木村 慶<sup>1</sup>、桂 宜輝<sup>1</sup>、賀川 義規<sup>1</sup>、竹野 淳<sup>1</sup>、向坂 英樹<sup>1</sup>、中平 伸<sup>1</sup>、谷口 博一<sup>1</sup>、武田 裕<sup>1</sup>、加藤 健志<sup>1</sup>、田村 茂行<sup>1</sup>、高塚 雄一<sup>1</sup>

【症例】58歳男性。左乳頭より血性分泌物を認めていた。その後、徐々に腫瘍を触知するようになり、当院受診。触診では左乳頭直下に2cm の硬い腫瘍を触知し、腫瘍圧迫により乳頭より血性分泌物を認めた。マンモグラフィでは、微細鋸歯状の高濃度腫瘍を認め C4。乳腺超音波検査では、2.8x2.5cm の境界明瞭な腫瘍を認めた。乳腺 MRI 検査では、左乳房 E 領域に2.3cm の造影される腫瘍を認めていた。画像上は乳癌を強く疑い、細胞診を施行。悪性疑いであったため、更に針生検を施行した。組織診断の結果は、乳管内乳頭腫疑いの診断であり、確定診断および持続する血性分泌物のコントロールのため摘出生検を施行した。最終病理診断は、嚢胞内乳頭腫であり悪性所見は認めなかった。【考察】嚢胞内乳頭腫は非常に稀な疾患であり、医中誌で検索したところ男性の嚢胞内乳頭腫は2例の症例報告を認めるのみであった。男性乳房にも良性疾患が発生することを念頭におく必要がある。

## D35

男性乳頭分泌物にて発見された男性非浸潤性乳管癌 (DCIS) の一例

<sup>1</sup>京都市立病院 乳腺外科

吉岡 祥子<sup>1</sup>、森口 喜生<sup>1</sup>

男性乳癌の発生頻度は全乳癌の約1%と比較的稀な疾患であると言われている。臨床症状は女性乳癌と同様に腫瘍触知が最も多いが、男性では乳癌への関心が低く病期期間が比較的長い傾向にある。今回我々は、男性乳頭分泌物を契機に発見された男性非浸潤性乳管癌 (DCIS) を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は51歳男性。左乳頭からの血性分泌物を主訴に当科を受診した。触診では明らかな腫瘍は触知せず、マンモグラフィでは両側カテゴリー1であった。エコーにて左乳頭直下に5.7x8.7mmのlow echoic lesionを認め、造影MRIではrapid-persistent patternを示した。同部位より針生検を行ったところ、DCISの診断であった。2013年11月に左乳房切除術とセンチネルリンパ節生検 (0/3) を施行。切除標本では乳管内に異型細胞の増生はあるが間質への浸潤性病変は認めず、intermediate grade DCISであった。現在無治療で経過観察中であるが、無再発生存中である。

## D37

長期無治療後に手術を施行し、長期無再発生存が得られている男性乳癌の1例

<sup>1</sup>千本病院 外科

大澤 尚志<sup>1</sup>、松岡 翼<sup>1</sup>、伊藤巖太郎<sup>1</sup>、楊 大勲<sup>1</sup>

男性乳癌は全乳癌発症者数の約1%と頻度の少ない疾患であり、進行状態で診断され予後不良になる場合がある。今回、他院で乳癌と診断された後、約2年半の無治療経過後に当院を受診し、手術治療後長期間の無再発生存が得られている男性乳癌の1例を経験したので報告する。(症例) 66歳男性。主訴は右乳房腫瘍の増大と疼痛。(現病歴) 平成19年2月に右乳房腫瘍にて他院受診。ABC施行するもclassIII。10月に再度ABC施行し、classV papillotubular carcinomaと診断されるも手術治療を拒否した。平成22年5月に右乳房腫瘍の増大と疼痛を主訴に当院受診し、手術目的にて入院となり、6月17日に非定型的乳房切除術を行った。病理組織検査ではInvasive ductal carcinoma, solid-typeであった。現在、長期間無再発生存が得られている。〈結語〉今回、診断から治療まで長期間無治療であったが、手術治療により現在も長期間無再発が得られている男性乳癌を経験したため報告した。

## D36

浸潤性微小乳頭癌の組織像を呈した HER2 陽性男性乳癌の1例

<sup>1</sup>日生病院 乳腺外科

生長久仁子<sup>1</sup>、橋高 信義<sup>1</sup>、西田 幸弘<sup>1</sup>

浸潤性微小乳頭癌 (Invasive micropapillary carcinoma: IMPC) は早期からリンパ節転移をきたす悪性度の高い癌と考えられている。男性乳癌の頻度は0.5~1.0%と低く、IMPCかつHER2陽性の男性乳癌は稀である。症例は70歳男性で、左乳房の腫瘍を主訴に当科受診。USにて左乳房E領域に径22mm大の辺縁やや不整な充実性の低エコー腫瘍を認めた。針生検にてIMPC主体の浸潤性乳管癌と診断され手術 (Bt + SN) を施行。最終病理診断はIMPC,ly1,n0,ER (+,100%),PgR (+,10%),HER2 (3+)であった。一般にIMPCは特徴的な組織像を有する比較的予後不良な癌とされ、その頻度は2.7~6.0%と考えられている。通常、純粋型と混在型に分類され、今回の症例は比較的稀な純粋型であった。さらにHER2陽性の男性乳癌も少なく、IMPCかつHER2陽性の男性乳癌は本邦では過去に報告を見ない。若干の文献的考察を交えて報告する。

## D38

乳癌内分泌療法に伴う更年期障害様症状に対する漢方薬処方についての検討

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科

富永 智<sup>1</sup>、木村 光誠<sup>1</sup>、碓 絢奈<sup>1</sup>、前沢 早紀<sup>1</sup>、松田 純奈<sup>1</sup>、寺沢 理沙<sup>1</sup>、佐藤七夕子<sup>1</sup>、藤岡 大也<sup>1</sup>、田中 覚<sup>1</sup>、岩本 充彦<sup>1</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

【目的】タモキシフェン (TAM) 内服による更年期症状を呈する乳癌患者における漢方薬処方について検討した。【方法】2011年から2013年に当院でTAM内服中の乳癌患者のうち更年期症状を呈する患者に対し加味逍遙散、当帰芍薬散、桂枝茯苓丸のいずれかが処方された患者を抽出した。【結果】TAM内服患者241例のうち、更年期症状を呈したのが71例 (29%)。そのうち漢方薬を併用した症例が22例 (31%)であった。その内訳は当帰芍薬散が4例、加味逍遙散が14例、桂枝茯苓丸が10例であった。漢方薬処方の22例のうち15例 (68%) に治療効果がみられた。当帰芍薬散の効果が不十分で桂枝茯苓丸へ変更し治療効果が得られた症例が1例みられた。また桂枝茯苓丸が効果なく、加味逍遙散が著効した症例が1例みられた。【考察】TAM内服中で更年期症状を呈する症例には、漢方薬が一定の効果を示すことが示唆された。

## D39

経仙骨的に切除した epidermoid cyst の一例

<sup>1</sup>京都府立医科大学附属北部医療センター

藤田 周平<sup>1</sup>、石本 武史<sup>1</sup>、荻野 真平<sup>1</sup>、當麻 敦史<sup>1</sup>、  
中村 憲司<sup>1</sup>、落合登志哉<sup>1</sup>

【はじめに】仙骨前面は多数の胎児期組織が密生しその遺残により種々の腫瘍が発生する可能性がある。これらは小児期に指摘されることが多く成人発症は稀とされている。今回経仙骨的に切除した epidermoid cyst の一例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。【症例】48歳、女性。2012年11月、腹痛の精査で撮影した腹部CTで尾骨腹側から直腸背側に接し肛門挙筋左外側に広がる最大径5cm大の腫瘍を指摘された。経過観察となっていたが8ヶ月後のMRIで増大傾向を認めたため切除の方針となった。全身麻酔下、ジャックナイフ位とし左傍仙骨経路でアプローチ、腫瘍を摘出した。術後経過良好で第7病日に退院となった。病理診断の結果、epidermoid cyst の診断であった。【考察】前仙骨部腫瘍は比較的特異性であり術前の鑑別が困難であるが悪性化の報告もあるため切除を念頭に治療方針を検討すべきと考えられる。

## D41

恥骨骨髓炎に合併した多発腹壁膿瘍の1例

<sup>1</sup>馬場記念病院 外科

埜村 真也<sup>1</sup>、寺岡 均<sup>1</sup>、西村 潤也<sup>1</sup>、北山 紀州<sup>1</sup>、  
野田 英児<sup>1</sup>、西野 裕二<sup>1</sup>

【はじめに】恥骨骨髓炎は一般的に小児に見られる細菌性骨髄炎であり、成人では骨盤腔内術後や外傷後など特殊な条件において発症する稀な疾患である。我々は、恥骨骨髓炎に合併した多発腹壁膿瘍の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】72歳、女性。既往歴は関節リウマチにてMTX内服中（4年前より）であった。腹痛、発熱を主訴に当院受診。血液検査で炎症反応高値、US、CTにて腹直筋内に膿瘍形成を認めた。経皮的膿瘍ドレナージで膿瘍消失、炎症反応鎮静化したため退院となったが、2週間後に炎症反応再燃し再入院となった。CTで右内転筋群、恥骨周囲の膿瘍および右恥骨結合部の骨融解像を認めたため恥骨搔爬術及び膿瘍ドレナージを施行した。恥骨は病理組織所見で骨髄炎と診断された。術後に外陰部および左側腹部にも膿瘍形成を認めたが経皮的膿瘍ドレナージで軽快した。手術後7ヶ月経過した現在も再発を認めていない。

## D40

成人男性に発症した Sacrococcygeal teratoma の1例

<sup>1</sup>関西医科大学外科、<sup>2</sup>関西医科大学消化管外科

大石 賢玄<sup>1</sup>、濱田 円<sup>2</sup>、山本 慧<sup>1</sup>、八田 雅彦<sup>1</sup>、  
良田 大典<sup>1</sup>、坂口 達馬<sup>1</sup>、尾崎 岳<sup>1</sup>、福井 淳一<sup>1</sup>、  
向出 裕美<sup>1</sup>、徳原 克治<sup>1</sup>、道浦 拓<sup>1</sup>、井上健太郎<sup>1</sup>、  
岩本 慈能<sup>1</sup>、権 雅憲<sup>1</sup>

【緒言】成人男性発症 Sacrococcygeal teratoma の1切除例を報告する。【症例】38歳、男性。臀部腫瘍を主訴に近医を受診。切除目的で当院に紹介。画像検査により尾骨前面から発生する皮様嚢腫、類表皮嚢腫、尾腸嚢胞もしくは奇形腫との術前診断を得て経仙骨的嚢胞摘出術および尾骨合併切除術を施行。病理組織診で Sacrococcygeal teratoma と診断された。【考察】仙尾部嚢胞性疾患は悪性の可能性があり外科的切除が望まれるが、直腸や尾骨との連続性が多くみられ enbloc な切除は必ずしも容易ではない。本症例では術前画像で尾骨由来の病変が示唆され、経仙骨的に尾骨合併切除を行い尾骨前面の嚢胞までをも enbloc に切除し得た。【結語】成人発症 Sacrococcygeal teratoma に対する本術式は考慮に値する。

## D42

横行結腸間膜に発生した神経内分泌腫瘍の1例

<sup>1</sup>大阪市立大学大学院腫瘍外科

森井麻記子<sup>1</sup>、木村健二郎<sup>1</sup>、天野 良亮<sup>1</sup>、山添 定明<sup>1</sup>、  
西尾 康平<sup>1</sup>、平田啓一郎<sup>1</sup>、三浦光太郎<sup>1</sup>、渋谷 雅常<sup>1</sup>、  
永原 央<sup>1</sup>、豊川 貴弘<sup>1</sup>、久保 尚士<sup>1</sup>、田中 浩明<sup>1</sup>、  
六車 一哉<sup>1</sup>、大谷 博<sup>1</sup>、前田 清<sup>1</sup>、大平 雅一<sup>1</sup>、  
平川 弘聖<sup>1</sup>

症例は58歳の女性、腹痛を主訴に近医を受診し、脾腫瘍の診断で紹介となった。腹部CTで、脾体尾部と胃の後壁の間に62mm大の一部嚢胞化形成を伴いまばらな造影効果を認める類円形腫瘍として描出された。EUSではhoneycomb様を呈し漿液性嚢胞腺腫様を呈していたが、EUS-FNAの結果は小細胞癌疑いであった。脾原発あるいは腸間膜原発の神経内分泌癌の術前診断で手術を行った。手術所見では、脾体尾部下縁の横行結腸間膜に直径約6cm大の腫瘍を認めた。脾臓、横行結腸や十二指腸への浸潤は認めず容易に摘出した。病理所見は神経内分泌腫瘍で、Ki67指数17%核分裂像数17/10HPFでNET G2と診断した。術前・術後ともに肺・縦隔・消化器系に腫瘍像は認めず、腸間膜原発の神経内分泌腫瘍と考えられた。術1年経過し再発である。腸間膜原発の神経内分泌腫瘍は極めて稀であり、文献的考察を加え報告する。



## D43

横行結腸癌術後難治性乳糜漏に対し、フィブリン糊注入療法が奏功した1例

<sup>1</sup>京都大学 消化管外科

岡田圭次郎<sup>1</sup>、肥田 侯矢<sup>1</sup>、星野 伸見<sup>1</sup>、郡司周太郎<sup>1</sup>、平井健次郎<sup>1</sup>、和田 聡朗<sup>1</sup>、河田 健二<sup>1</sup>、長谷川 傑<sup>1</sup>、坂井 義治<sup>1</sup>

【背景】下部消化管術後の難治性乳糜漏に対し開腹手術でフィブリン糊散布を行った報告、肺瘻などの非乳糜性瘻孔に対しフィブリン糊注入を行った報告は散見されるが、難治性乳糜性瘻孔に対しフィブリン糊を注入した症例は報告がない。【症例】52歳、男性。横行結腸癌腹壁浸潤に対し、術前化学療法後、結腸右半切除、腹直筋筋膜合併切除、小腸部分切除と腹壁再建術（左大腿筋膜移植）を行った。術後14日目に移植筋膜上に乳糜腹水を認め、ドレーンを留置した。絶食、オクトレオチド投与にてドレーン排液の減少を認めるも、食事再開で乳糜腹水の再燃を繰り返し、難治性瘻孔となった。瘻孔の内腔が縮小・安定化するまで高カロリー輸液を行い、術後103日目に絶食、オクトレオチド投与を再開し、瘻孔閉鎖目的に留置ドレーンよりフィブリン糊の注入を行った。注入後は排液を認めず、食事再開、オクトレオチド終了にても症状再燃せず、術後119日目に退院となった。

## E02

粘膜下腫瘍様形態を呈した重複腸管由来小腸癌の1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第二外科

中村 有貴<sup>1</sup>、瀧藤 克也<sup>1</sup>、水本 有紀<sup>1</sup>、堀田 司<sup>1</sup>、横山 省三<sup>1</sup>、松田 健司<sup>1</sup>、渡邊 高士<sup>1</sup>、三谷 泰之<sup>1</sup>、家田 淳司<sup>1</sup>、山上 裕機<sup>1</sup>

今回我々は画像検査で粘膜下腫瘍様形態を呈した重複腸管由来の小腸癌を経験したので報告する。症例は48歳男性。健診でCEA高値を指摘され、CTで直腸前壁側に壁外性腫瘍を認めたため当院紹介となった。直腸GISTを疑いEUS-FNA施行。EUS上は嚢胞状で内部から茶褐色粘稠な内容液を採取したが、細胞成分は認めなかった。PETでも有意な集積は認めなかった。血液検査ではCEA:12.8ng/ml、CA19-9:1146.8U/mlと高値であった。造影CTで直腸腹側に37mm大の比較的均一な腫瘍を認め、直腸または小腸由来の粘膜下腫瘍と診断した。診断的治療目的に腹腔鏡で観察し、回腸末端から口側20cmに小腸漿膜側に突出する20mm大の白色調の結節性病変を認めたため、小腸由来の粘膜下腫瘍と判断し同部位を含む小腸部分切除を行った。病理組織学的には一部小腸壁と固有筋層を共有する嚢胞状病変を認め、内腔の上皮は腺癌に置き換わっており、重複腸管由来の小腸癌と確定診断した。

## E01

腸閉塞を契機に発見された原発性小腸癌の1例

<sup>1</sup>枚方市市民病院 外科

北田 和也<sup>1</sup>、木下 隆<sup>1</sup>、井上 仁<sup>1</sup>、鱒淵 真介<sup>1</sup>、大関 舞子<sup>1</sup>、斎藤 明菜<sup>1</sup>、亥野 春香<sup>1</sup>、森田 眞照<sup>1</sup>

症例は39歳男性。1ヶ月前からの繰り返し嘔吐を主訴に近医受診し、精査加療目的に当科に紹介となった。CT検査では小腸に造影効果を伴う壁肥厚像を認め、同部より口側の小腸は著明に拡張していた。腸閉塞の診断でイレウス管を挿入し減圧した後、造影検査を施行したが、造影剤は肛門側に流出せず完全閉塞の状態であった。小腸腫瘍による腸閉塞の疑いで、手術を施行した。腹腔鏡下に観察したところ、トライツ靭帯から約100cm肛門側の小腸に腫瘍性病変を認めた。また腹腔洗浄細胞診で癌細胞を認めたため、腸管傍リンパ節と中間リンパ節の郭清を含む小腸部分切除術を施行した。病理診断は原発性小腸癌であった。現在補助化学療法としてFOLFIRI療法を施行している。小腸癌は比較的稀な疾患で、標準的な診断・治療が確立されておらず、進行例での発見が多い。今回、腸閉塞を契機に発見された原発性小腸癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## E03

下行結腸浸潤およびGerota筋膜に膿瘍形成を伴った小腸癌の1例

<sup>1</sup>泉大津市立病院 外科・内視鏡外科

吉田 慶三<sup>1</sup>、中 禎二<sup>1</sup>、合田 太郎<sup>1</sup>、田村 耕一<sup>1</sup>、森田 隆平<sup>1</sup>、東郷 直希<sup>1</sup>、野口 浩平<sup>1</sup>、岩橋 誠<sup>1</sup>

【症例】80歳、男性。排尿困難にて当院を受診した。腹部CTにて下行結腸の壁肥厚とGerota筋膜周囲に浸潤像、その近傍の小腸と一塊になり、小腸内腔に腫瘍を認めた。下部消化管内視鏡検査では下行結腸に壁肥厚部に一致して全周性狭窄を伴う3型腫瘍を認めた。病理診断はgroup4でadenocarcinomaが疑われた。以上から下行結腸癌の小腸および後腹膜浸潤と診断し手術を行った。下行結腸と回腸腫瘍と後腹膜は一塊となっており、後腹膜はGerota筋膜まで炎症性肥厚を伴い、肥厚の中心部に膿瘍を形成していた。病理診断は小腸のwell differentiated adenocarcinomaであった。下行結腸に浸潤し、後腹膜に随伴炎症をきたしており、大腸癌取扱い規約に準ずるとStageIIであった。【考察】小腸癌は比較的まれな疾患であり、発見時には進行した状況であることが多い。本症例は後腹膜膿瘍を伴う結腸浸潤という特殊な浸潤形式であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## E04

急性胆嚢炎を契機に発見された、穿通を来した小腸 GIST の一例

<sup>1</sup>市立岸和田市民病院 外科、<sup>2</sup>市立岸和田市民病院 外科、<sup>3</sup>市立岸和田市民病院 外科

北岡 文<sup>1</sup>、高木 秀和<sup>1</sup>、山根 佳<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79歳、男性。200X年2月に突然の右背部痛及び右季肋部痛を主訴に、当院 ER を受診した。腹部 CT で胆嚢腫大と頸部に嵌頓する結石を認めた。また壁が厚く不整で内腔の広い範囲に気泡と液体貯留を伴った小腸に広く接する約7.5cm 大の腫瘤を認め、胆石性急性胆嚢炎及び、小腸腫瘍ないし腹腔内膿瘍と診断した。抗生剤による保存的治療を行っていたが症状は改善せず、入院4日目に腹腔鏡下胆嚢摘出術及び小腸切除術を施行した。胆嚢は胆嚢炎に伴う癒着と壁肥厚を認めた。また小腸腫瘍は空腸間膜にあり、7cm 大の弾性軟な腫瘤で小腸粘膜に露出し穿通していた。病理検査で小腸腫瘍は小腸原発の GIST と診断された。今回胆石性急性胆嚢炎をきっかけに、穿通した小腸 GIST が発見された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。

## E06

空腸間膜原発神経内分泌腫瘍の1例

<sup>1</sup>長浜赤十字病院 外科

生田 旭宏<sup>1</sup>、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>

症例は38歳、女性。上腹部不快感にて近医を受診した。CT 検査では小腸間膜に5.9x4.2x3.8cm のよく濃染する腫瘤を認めた。PET 検査では腫瘍に一致して中等度の取り込みを認めた。間葉系腫瘍を疑い手術を行ったところ腫瘍は空腸起始部の間膜に位置し腸管との交通は認めず腫瘍に沿って摘出した。その背側に径約1cm の腫瘍を認め摘出した。術中迅速では腺房細胞癌の診断であった。術後の組織所見では小型類円核を有する腫瘍細胞がシート状、ロゼット状に増殖し、免疫では CD56 が陽性で、MIB-1 標識率が2.8%であり NET.G2 と診断された。大腸鏡、小腸鏡、膵臓の検索を行うも異常はなかった。系統的郭清が必要と考え、再手術を行った。上腸間膜動脈に沿って第1、第2空腸動脈を根部で結紮切離し、郭清した。十二指腸第4部分から空腸中程まで切除した。組織学的にも空腸に腫瘍性病変はなくリンパ節転移は認めなかった。腸間膜原発神経内分泌腫瘍は極めて希であり報告する。

## E05

腸間膜原発 GIST の2例

<sup>1</sup>天理よろづ相談所病院 腹部一般外科

本田浩太郎<sup>1</sup>、愛須 佑樹<sup>1</sup>、安藤 恭久<sup>1</sup>、西野 裕人<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>

【緒言】腸間膜原発 GIST は稀であり、2例を経験したので報告する。症例1は49歳、男性。腹部腫瘤を指摘され当院紹介。自覚症状なし。CT で12cm 大の腸間膜腫瘤を指摘され、GIST の術前診断で手術となる。小腸間膜に見頭大の腫瘤を認め、腸管を合併して完全切除した。免疫組織学的検査は c-kit (+)、CD34 (+) で、腸間膜原発 GIST と診断した。術後3年で腹膜播種を認め、イマチニブ開始も効果は乏しくイマチニブ開始後9ヶ月で死亡した。症例2は71歳、男性。下腹部のしこりを主訴に当院紹介。CT で回腸に10cm 大の腫瘤を認め、GIST の術前診断で手術となる。小腸間膜に13cm 大の腫瘤を認め、腸管を合併して完全切除した。c-kit (+)、CD34 (-) で、腸間膜原発 GIST と診断した。術後1年4ヶ月で腹膜播種を認め、イマチニブを開始した。腫瘍は一旦 PR も再増悪し、イマチニブ開始後2年6ヶ月で死亡した。

## E07

胃癌術後転移性小腸腫瘍の1切除例

<sup>1</sup>兵庫県立塚口病院

池田 太郎<sup>1</sup>、岩間 英明<sup>1</sup>、諏訪 裕文<sup>1</sup>、今村 卓司<sup>1</sup>、田村 淳<sup>1</sup>、大塩 学而<sup>1</sup>

【はじめに】胃癌から小腸への孤立性転移の報告は少ないが、今回胃癌術後転移性小腸腫瘍を経験した為文献的考察をふまえて報告する。【症例】67歳女性、乳癌、胃癌、転移性卵巣腫瘍に対して当院で手術歴があり、経過観察中に右下腹部痛を発症した。造影 CT にて右下腹部に腸管の全周性壁肥厚と PET-CT で同部位の集積を認めた為、小腸腫瘍の疑いで手術を施行した。開腹時腹腔内に播種性病変は認めず、回腸末端より5cm の位置に全周性の腫瘍を認めた。漿膜面への露出は認めず、右半結腸切除術を施行し手術を終了した。病理検査の結果、低分化型腺癌と診断、腫瘍は漿膜下層までの浸潤を認め、所属リンパ節転移を認めた。過去の病理検体との比較、免疫染色の結果 CK7 陽性、CK20 陰性であり小腸原発は否定的、また脈管浸潤を認め、漿膜面への浸潤を認めないことから血行性またはリンパ行性小腸転移と診断した。



## E08

回腸悪性リンパ腫が先進部となった、結腸腸重積の2例

<sup>1</sup>武田総合病院 外科

大塚 一雄<sup>1</sup>、桂 彦太郎<sup>1</sup>、北岡 昭宏<sup>1</sup>、岩田 辰吾<sup>1</sup>、  
栢本 博文<sup>1</sup>、加藤 仁司<sup>1</sup>

回腸悪性リンパ腫が先進部となった、結腸腸重積の2例を経験したので報告する。【症例1】32歳女性、急性腹症にて救急搬送された。CT上、回腸、盲腸～上行結腸が横行結腸に重積していた。回結腸動静脈を含む腸間膜も内筒として陥入し、その近傍のリンパ節の腫大も認めた。緊急的に下部消化管内視鏡にて整復術を試みたが、先進部の回腸末端の腫瘍性病変が Bauhin 弁に嵌頓し、回腸の重積は未整復であった。同日緊急的に小開腹にて回盲部切除術を施行した。【症例2】33歳男性、急性腹症にて救急搬送された。CT上、上記と同様の所見であった。下部消化管内視鏡にて精査、および整復を試みた。空気充填像でカニ爪様所見を認めた。やはり Bauhin 弁で嵌頓状態となり整復困難であった。同日緊急的に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。病理結果はいずれも、malignant lymphoma of ileum, diffuse large B-cell lymphoma であった。

## E10

小腸仮性憩室穿孔の一例

<sup>1</sup>京都医療センター 外科

中西 宏貴<sup>1</sup>、菊地 志織<sup>1</sup>、川口 清貴<sup>1</sup>、佐治 雅史<sup>1</sup>、  
花田 圭太<sup>1</sup>、森山沙也香<sup>1</sup>、谷 昌樹<sup>1</sup>、松末 亮<sup>1</sup>、  
畑 啓昭<sup>1</sup>、成田 匡大<sup>1</sup>、山口 高史<sup>1</sup>、大谷 哲之<sup>1</sup>、  
猪飼伊和夫<sup>1</sup>

【はじめに】小腸仮性憩室はまれな疾患で臨床的に経験することが少ないが、合併症を来すと緊急手術が必要な状態に至る場合がある。【症例】76歳男性。腎細胞癌の手術目的で予定入院した際、前日からの腹痛、発熱を訴えた。臍下部右側に圧痛、tapping pain を認め、血液生化学検査にて炎症反応が高値であった。CTでは回腸末端部に限局した腸管外 air と脂肪織濃度上昇および腸管粘膜の不連続性を疑う所見があり、腸間膜付着部方向への穿通と診断し緊急手術を行った。回盲部付近の小腸間膜の隙間から便汁の漏出を認め、小腸穿孔と診断し同部位を含めて回盲部切除、機能的端々吻合を行った。病理組織学検査では回腸固有筋層下に一部粘膜上皮を伴う嚢胞状組織が見られ、小腸仮性憩室穿孔と診断された。悪性腫瘍を疑う所見は認められなかった。【まとめ】小腸穿孔の原因として小腸仮性憩室穿孔を考慮する必要がある。

## E09

小腸穿孔を来した非特異性T細胞性リンパ腫の一例

<sup>1</sup>新宮市立医療センター 外科

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

症例は72歳の女性。転倒して腰部を強打した後より、腹部正中に間欠痛が出現。しばらく様子を見ていたが、改善を認めなかったため、当院の救急外来を受診した。来院時、下腹部正中に強い圧痛を認め、筋性防御も認めた。腹部CTでは、下腹部正中に著明な腸管壁肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇およびその周囲に腸管外ガス像を認め、穿孔性腹膜炎の診断で緊急手術を施行した。Treitz 靱帯から約40cm 肛門側の空腸に約10cm に渡って壁肥厚があり、同部位に穿孔部を認めたため、小腸部分切除術を施行した。術後経過は良好で、術後16日目に軽快退院となる。病理組織学的検査所見より非特異性T細胞性リンパ腫と診断された。小腸悪性リンパ腫の多くはB細胞性でT細胞性は比較的特異的であるとされている。今回、我々は小腸穿孔をきたしたT細胞性悪性リンパ腫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。

## E11

空腸憩室が原因と考えられた絞扼性イレウスの一例

<sup>1</sup>医誠会病院 救命救急科、<sup>2</sup>医誠会病院 病理検査センター

加藤 隆之<sup>1</sup>、川嶋 隆久<sup>1</sup>、柴田宗一郎<sup>1</sup>、田中 敦<sup>1</sup>、  
陵城 成浩<sup>1</sup>、丸川征四郎<sup>1</sup>、宮本 誠<sup>2</sup>

【目的】空腸憩室が原因と考えられた絞扼性イレウスを経験したので報告する。【症例】82歳女性。既往歴：腸閉塞、虫垂炎。現病歴：前日夜間よりの腹痛が持続し来院。来院時現症：vital 安定、腹部はやや膨隆し金属音を聴取、上腹部全体に圧痛があるが、筋性防御なし。炎症症状は軽度であったが、腹部CTで多量腹水貯留と拡張小腸を認め、緊急手術を施行。血性腹水を認め、小腸間膜と回腸壁の癒着による幅2cm のバンドを確認し、これを切除し捻転を解除したところ、Treitz 靱帯から60cm 部の空腸腸間膜側に5cm 大の憩室様のものを認めた。周囲組織との癒着を剥離し腸管を再検索したところ、横行結腸間膜下面に癒着した幅の狭い小腸間膜基部を認めた。腸管壊死は認めなかった。憩室様のものが炎症性癒着を来した原因と考え切除した。切除標本には筋層が保たれていた。【結論】文献検索の結果、非常にまれな空腸憩室に起因した絞扼性イレウスと考える。

## E12

本態性 M 蛋白血症 (MGUS) に伴う小腸アミロイドーシスの1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第二外科

津村亜矢子<sup>1</sup>、瀧藤 克也<sup>1</sup>、堀田 司<sup>1</sup>、横山 省三<sup>1</sup>、松田 健司<sup>1</sup>、尾島 敏康<sup>1</sup>、渡邊 高士<sup>1</sup>、三谷 泰之<sup>1</sup>、家田 淳司<sup>1</sup>、水本 有紀<sup>1</sup>、山上 裕機<sup>1</sup>

症例は77歳男性、腹部膨満、食欲不振、嘔吐を認め受診した。レントゲンで小腸の拡張を認めたが水分の摂取は可能であった。経腸栄養など保存的治療を行ったが小腸拡張は改善を認めなかった。イレウス造影で右側小腸に軽度閉塞像を認め、小腸腫瘍の疑いに対して小腸切除を予定した。腹腔鏡下に観察すると、拡張と発赤を伴い内容物の透見できる菲薄化した小腸を認めた。閉塞部位の検索のため鉗子で把持したところ菲薄化のため小腸が容易に穿孔した。開腹し、菲薄化を認めた約120cmの小腸を切除した。切除小腸では粘膜面に多数の潰瘍病変を認め、病理組織診断にてアミロイドの著明な腸管壁沈着を認め、アミロイドーシスの診断に至った。骨髄検査で本態性M蛋白血症 (MGUS) の診断に至った。術後経過は良好であった。原発性アミロイドーシスや多発性骨髄腫に伴う小腸アミロイドーシスの症例は散見されるがMGUSに併発した小腸アミロイドーシスは報告例がない。

## E14

乳糜腹水を呈した絞扼性イレウスの一例

<sup>1</sup>市立芦屋病院 外科

田守 登<sup>1</sup>、佐々木 亨<sup>1</sup>、浦野 尚美<sup>1</sup>、田中 靖士<sup>1</sup>、三方 彰善<sup>1</sup>、水谷 伸<sup>1</sup>、小川 法次<sup>1</sup>、小関 万里<sup>1</sup>

症例は65歳女性。子宮体癌にて手術。放射線療法、化学療法後に絞扼性イレウスにて小腸部分切除術の既往があり。今回、朝から差し込むような上腹部痛、嘔吐を主訴に来院。腹部CT検査にて小腸の拡張を認め腸閉塞の診断で入院となった。イレウス管を挿入後に緊急手術を施行した。開腹所見では白濁した腹水及び拡張した小腸を認めた。明らかな悪性所見は認めなかった。十二指腸周囲、腹腔内を検索するが明らかな穿孔部位は認めなかった。右骨盤部で小腸が腹壁と癒着して索状物となり回盲部から約200cmの回腸を絞扼していた。絞扼性イレウスと診断して癒着剥離を施行し絞扼を解除し手術を終了した。腹水細胞診では悪性所見を認めず、腹水培養検査でも細菌を認めなかった。腹水生化学検査でTG342mg/dlと上昇しており乳糜腹水と診断した。乳糜腹水を呈した絞扼性イレウスを経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## E13

小腸イレウスにて発症した回腸腸管子宮内膜症の1手術例

<sup>1</sup>医誠会病院 救命救急科、<sup>2</sup>医誠会病院 病理部

柴田宗一郎<sup>1</sup>、加藤 隆之<sup>1</sup>、川嶋 隆久<sup>1</sup>、田中 敦<sup>1</sup>、陵城 成浩<sup>1</sup>、丸川征四郎<sup>1</sup>、宮本 誠<sup>2</sup>

【目的】回腸末端から20cm以遠に発症した回腸子宮内膜症を経験したので報告する。【症例】42歳女性。既往歴：うつ病、子宮内膜症(後日判明)。現病歴：以前から時々腹痛を認めたが、生理周期とは関係がなかった。3時間前からの上腹部痛、嘔気、嘔吐を主訴に来院。来院時現症：vital安定、腸雑音はやや亢進し、右側腹部に圧痛を伴う腫瘍を触知したが、筋性防御なし。炎症症状は軽度であったが、腹部CTで急速に増加する腹水貯留と拡張小腸、beak signを認め、緊急手術を行った。腹腔内にはさらに増加した炎症性腹水と回腸末端から17cm～50cmの部位5箇所屈曲・狭窄・癒着した回腸を認め、同部位を切除した。病理検査では全長に渡り漿膜・筋層に子宮内膜組織が連続して見られた。術後経過良好で第15病日に退院した。【結論】文献的検索の結果、回腸末端から20cm以遠に病変部を認めた、非常にまれな回腸子宮内膜症と考える。

## E15

腹腔鏡下に回盲部重複腸管を切除し得た急性腹症の一例

<sup>1</sup>宇治徳洲会病院 外科、<sup>2</sup>宇治徳洲会病院 小児外科

小林 壽範<sup>1</sup>、富山 英紀<sup>2</sup>、仲原 英人<sup>1</sup>、菱川 恭子<sup>1</sup>、高岸 智子<sup>1</sup>、日並 淳介<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>

消化管重複症は消化管に隣接して存在する粘膜構造を持つ先天性疾患で約3割が回盲部に発生するとされている。今回我々は診断に苦慮した1例を経験したので報告する。症例：14歳男児。3日前から発熱、腹痛あり近医より当院に紹介となった。右下部痛の圧痛と炎症所見があり、CT画像では回盲部に83×42×30mmのmassを認めた。膿瘍形成性虫垂炎と考えられた為、緊急腹腔鏡を施行したが膿瘍は確認できず虫垂切除のみに留めて手術を終了した。術中所見とCT画像を術後に再検討し部位とその構造から重複腸管を疑った。99mTcシンチ検査ではhot spotはなく確定診断には至らなかったが、同部位切除が必要と判断し腹腔鏡下回盲部切除を施行した。切除標本では病変は回盲部腸間膜側に存在し、腸管粘膜を内腔に有していた。結語：重複腸管は稀ではあるが、好発部位が回腸末端であり、虫垂炎の鑑別疾患の1つとして考慮すべきである。

## E16

腸重積による小腸イレウスをきたした Inflammatory Fibroid Polyp の一例

<sup>1</sup>南大阪病院 外科、<sup>2</sup>南大阪病院 乳腺外科、<sup>3</sup>南大阪病院 病理診断科

宮岡 雄太<sup>1</sup>、飛田 忠之<sup>1</sup>、藤尾 長久<sup>1</sup>、葛城 邦浩<sup>1</sup>、田中 芳憲<sup>1</sup>、原田 知明<sup>1</sup>、中谷 守一<sup>2</sup>、小林 庸次<sup>3</sup>

症例は57歳、女性。腹痛を主訴に当院来院した。腹部レントゲンにて鏡面像を認め、イレウスと診断し消化器内科入院となった。腹部造影CTで小腸の著明な拡張および拡張の最末梢に腸重積像を認め先進部に造影効果に乏しい腫瘤像を認めた。経鼻イレウス管を挿入のち、手術目的に外科紹介。小腸腫瘍による腸重積の診断にて緊急手術となった。術中所見では回盲部から口側90cmの小腸に小腸腫瘤が先進部となる腸重積を認めた。Hutchinson 手技で用手的整復をおこなったのち小腸部分切除をおこなった。病理結果は inflammatory fibroid polyp (IFP) であった。術後5日目より食事を開始し、術後10日目に軽快退院となった。IFP による腸重積を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

## E18

短期間に2度の手術を要した食餌性イレウスの1例

<sup>1</sup>白庭病院 外科、<sup>2</sup>淀川キリスト教病院 小児外科

久保田雪乃<sup>1</sup>、北田 智弘<sup>2</sup>、久保田太輔<sup>1</sup>

【症例】59歳、女性。20歳代に3回の腹部手術歴あり。33歳でイレウス手術をうけたが、その後もイレウスで入院加療を度々繰り返していた。朝から腹痛出現、夕に嘔吐して倒れているところを発見され救急搬送来院。腹痛著明で胆汁性嘔吐を繰り返し、腹部CTで回腸での異物による閉塞疑われた。イレウス管での軽快は困難と考え、緊急手術施行した。回盲部から100cmの回腸に6cm大の内容物を認め、肛側への送りは困難で切開摘出、内容は未消化のレンコンで食餌性イレウスであった。術後経過は良好で軽快退院となったが、歯牙全欠損あり義歯装着を指導した。退院後に義歯作成したが、数ヶ月間装着せず、初回手術より11ヶ月後にゴボウの重積した内容物による食餌性イレウスで2回目の手術を施行した。義歯装着後、経過は良好である。【まとめ】短期間に2度の手術を要した食餌性イレウスの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。

## E17

大網裂孔ヘルニアにより絞扼性イレウスを来たした1例

<sup>1</sup>大阪市立大学大学院 腫瘍外科学

梅野 真吾<sup>1</sup>、田中 浩明<sup>1</sup>、石原 沙江<sup>1</sup>、六車 一哉<sup>1</sup>、櫻井 克宣<sup>1</sup>、豊川 貴弘<sup>1</sup>、久保 尚士<sup>1</sup>、大平 雅一<sup>1</sup>、平川 弘聖<sup>1</sup>

症例は45歳女性、手術既往なし。主訴は心窩部痛。腹部理学所見は、全体に圧痛を認めるものの腹膜刺激兆候は伴わなかった。腹部単純CT検査にて内ヘルニアが疑われたが炎症反応の上昇は認めなかったため経過観察入院とした。翌日症状が増悪しCT検査にてイレウスの増悪、腹水出現を認めた。絞扼性イレウスと診断し緊急開腹手術を施行。術中所見は淡血性腹水少量。またトライツ靭帯より約200cmにわたり空腸の拡張を認め、上行結腸付近の大網の網が索状となり回腸を絞扼していた。回腸は大網の欠損部に嵌入しており大網裂孔ヘルニアと診断した。

内ヘルニアの頻度はイレウス全体の1%以下であり、大網裂孔ヘルニアはそのうち1-8.9%である。今回我々は比較的稀な疾患である大網裂孔ヘルニアを経験したので若干の文献的考察と最近の知見を交えて報告する。

## E19

小腸部分切除後に腸重積を生じた2例

<sup>1</sup>市立池田病院 外科

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

症例は61歳女性。4日前からの下腹部痛と前日からの黒色便を認め当院救急外来受診。Hb7.2g/dlと貧血進行を認めた。腹部CTにて小腸に腫瘤病変を認め、ここからの出血を疑い同日緊急手術を施行した。Treitz 靭帯から約200cmに約30mm大の腫瘍を認め、小腸切離し端々吻合を施行した。標本からは近接する30mm大、20mm大の2つの粘膜下腫瘍が認められ、病理結果はGISTであった。術後イレウス症状出現し、ロングチューブを挿入した。抜去後、再度イレウス症状出現したため腹部CT施行すると腸重積による狭窄が疑われた。保存的加療にて改善せず、術後28日目に再手術を施行した。Huntchingson 手技にて解除困難であったため小腸部分切除を施行した。吻合は Albert-Lembert 側々吻合を行った。今回我々は小腸部分切除術後に腸重積を発症した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えてこれを報告する。

## E20

柿胃石による小腸閉塞の1例

<sup>1</sup>(公財) 田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター外科

半田 貴也<sup>1</sup>、内田洋一朗<sup>1</sup>、井上 善景<sup>1</sup>、川本 浩史<sup>1</sup>、後藤 徹<sup>1</sup>、岩村 宣亜<sup>1</sup>、戸田 怜<sup>1</sup>、吉富 摩美<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>

症例は69歳男性。既往歴は胃癌にて幽門側胃切除・B-I再建術 (stage IA)。肺小細胞癌術後 (stage IIIA) にて外来加療中、嘔吐・心窩部痛を認め当院救急部受診し、癒着性腸閉塞の診断で緊急入院。保存的加療を行ったが症状の改善に乏しく、腹部 CT 検査にて閉塞部位の口側に含気を伴う腫瘤像があり、落下胃石など食餌による小腸嵌頓が疑われた。内視鏡下に溶解療法 (Coca-Cola) 及び碎石術を試みたが効果なく第12病日に開腹手術を施行した。所見はトライツ靱帯から約90cmの空腸に腫瘤を認め、小腸切開し5cm大の異物を摘出後に単純閉鎖した。成分は98%以上のタンニンであり柿胃石と最終診断した。柿胃石など食物が原因となる食餌性腸閉塞の頻度は全腸閉塞の0.3~3.9%とされ、術前診断がしばしば困難である。本症例では問診 (食餌内容や習慣) の重要性を再認識した症例であり、文献的考察を加えて報告する。

## E22

膠原病に合併した小腸狭窄に対して単孔式腹腔鏡下小腸切除術を施行した一例

<sup>1</sup>大阪医科大学 消化器外科

黒岡 佑介<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>、石井 正剛<sup>1</sup>、濱元 宏喜<sup>1</sup>、高野 義章<sup>1</sup>

[はじめに] 単孔式腹腔鏡下手術は新しい低侵襲手術として近年普及してきている。今回、虚血による小腸狭窄に対して単孔式腹腔鏡下小腸切除術を施行した一例を経験したため報告する。[症例] 24歳女性。1997年より全身型若年性特発性関節炎にて加療中であった。夕食後の嘔吐、腹痛を主訴に前医受診し当院紹介となった。腹部造影 CT にて小腸に限局的な壁肥厚と造影効果不良を認め、虚血による小腸狭窄と診断し、単孔式腹腔鏡下小腸切除術を施行した。術後経過は良好で、術後10日目で退院となった。[考察] 単孔式腹腔鏡下手術は整容性と低侵襲性に優れ、良性疾患を中心に適応が拡大してきている。本症例は若年女性であり、整容性に優れた単孔式手術が有用であった。また、病理診断では血管炎による循環障害で腸管虚血を来したと考えられた。[結語] 膠原病に合併した血管炎による小腸狭窄に対して、単孔式腹腔鏡下小腸切除術を施行した一例を経験した。

## E21

再発を繰り返した柿胃石イレウスの1例

<sup>1</sup>北摂総合病院 一般・消化器外科

飯田 亮<sup>1</sup>、松尾謙太郎<sup>1</sup>、高城 武嗣<sup>1</sup>、西口 完二<sup>1</sup>

症例は70歳、男性。40年前に十二指腸潰瘍にて Billroth I 法再建による幽門側胃切除を受けている。過去5年間で2度のイレウスを罹患したが、いずれも癒着性イレウスが疑われイレウス管による保存的加療にて速やかに改善していた。今回もイレウス管にて一旦軽快を認めたが、抜去後に再度イレウスを発症したため、保存的加療は困難と判断し手術を施行した。空腸が腹壁に癒着しており、同部位から2cm 口側の空腸に6cm 大の異物が嵌頓していた。腸の色調不良を認めたため同部位を含め腸切除を行った。摘出異物は結石分析の結果、98%以上がタンニン酸であり柿胃石によるイレウスと診断した。術後、胃内に遺残結石を認めたためコーラによる溶解療法及び内視鏡的碎石術を行った。再発を繰り返す柿胃石に対し手術及び保存的加療を併用した症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

## E23

保存的加療で軽快した非閉塞性腸管虚血症の2例

<sup>1</sup>大阪労災病院 外科

川田 真大<sup>1</sup>、池永 雅一<sup>1</sup>、人羅 俊貴<sup>1</sup>、村上 昌裕<sup>1</sup>、金 浩敏<sup>1</sup>、廣田 昌紀<sup>1</sup>、吉川 正人<sup>1</sup>、森島 宏隆<sup>1</sup>、清水 潤三<sup>1</sup>、三方 彰喜<sup>1</sup>、松並 展輝<sup>1</sup>、長谷川順一<sup>1</sup>

症例1) 60歳代男性。主訴は心窩部痛。腹部造影 CT で腸管虚血を疑う所見を認めたが明らかな閉塞起点を認めず、また壊死を疑う所見もなく保存的加療の方針とした。第4病日に血便が出現したため、増悪を疑い緊急審査腹腔鏡を施行した。小腸の色調および蠕動を確認し腸切除は施行しなかった。経過順調で退院した。症例2) 70歳代男性。心房細動があり、warfarin 内服中。当院口腔外科入院中、突然の腹痛を自覚し当科紹介。腹部造影 CT で腸管虚血を疑う所見を認めたが明らかな閉塞起点を認めなかった。腸管壊死を疑う所見を認めず、保存的加療の方針とした。経過は良好で軽快退院した。非閉塞性腸管虚血症と診断した2例を経験した。本症は緊急手術を要することが多く、診断・治療の遅れが致命的となり得る疾患である。近年保存的加療で自然軽快する症例も報告されその手術適応などに注目が集まっており、症例に文献的考察を加えて報告する。



## E24

ダブルバルーン小腸内視鏡によるマーキング後に、腹腔鏡下手術を行った小腸 lipomatosis 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 第二内科

出原 啓介<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>、石井 正嗣<sup>1</sup>、濱元 宏喜<sup>1</sup>、能田 貞治<sup>2</sup>、樋口 和秀<sup>2</sup>、内山 和久<sup>1</sup>

【はじめに】稀な疾患とされている小腸 lipomatosis に対して、小腸ダブルバルーン内視鏡 (DBE) で責任病巣をマーキングした後、腹腔鏡下手術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】47歳女性。度重なる腹痛を主訴に、当院消化器内科を受診された。精査の結果、全小腸に多発した lipomatosis と診断された。下部回腸に20cm長の腫瘍密集部位があり、同部位には最大径30mm以上の腫瘍を複数個認めた。腹痛の責任病巣と判断し、DBE下にマーキングの点墨が施行された。その後、当科で腹腔鏡下に責任病巣の小腸部分切除術を行った。術後経過は良好で、7病日に軽快退院された。術後4か月、腹痛の再燃を認めず経過している。【まとめ】小腸の広範囲に多発する lipomatosis に対して、DBEによるマーキングは、不必要な腸管切除を避けるうえで非常に有効であった。小腸 lipomatosis に対して、腹腔鏡下手術を行った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。

## E26

巨大十二指腸 Gastrointestinal Stromal Tumor に対し、neoadjuvant therapy を施行した1例

<sup>1</sup>大阪南医療センター 外科

木村 正道<sup>1</sup>、庄野 嘉治<sup>1</sup>、白井 康嗣<sup>1</sup>、前田 恒宏<sup>1</sup>、玉川 孝治<sup>1</sup>、石田 興一郎<sup>1</sup>、富永 敏治<sup>1</sup>、谷島 裕之<sup>1</sup>、津村亜矢子<sup>1</sup>、堀内 哲也<sup>1</sup>

Gastrointestinal Stromal Tumor (以下 GIST) は、十二指腸発生は4%と比較的稀である。今回我々は、巨大十二指腸 GIST に対し neoadjuvant therapy (以下 NAC) を行い、手術に至った症例を経験したので報告する。症例：64歳男性。腹部 CT 検査を施行した際に15.5cm大の後腹膜腫瘍を指摘された。上部消化管内視鏡にて十二指腸に delle を伴う粘膜下腫瘍を認め、EUS-FNAB にて GIST の診断となった。腫瘍サイズが大きく完全切除が困難な GIST に関してはイマチニブによる NAC の意義が期待されている。そのため6ヶ月間の NAC を施行し腫瘍縮小を認めるも、治療抵抗性を認めたため手術の方針となる。手術：十二指腸部分切除のみで終了し、尿管と腫瘍の剥離の際に腫瘍内容の露出を認めるも完全切除を施行した。GIST の治療としては、原則完全切除であり他臓器浸潤や合併切除、全身状態のリスクが高い場合などは NAC が有効となる可能性がある。以上文献的考察を加え報告する。

## E25

十二指腸副乳頭部 NET に対する1手術例

<sup>1</sup>神戸大学 肝胆膵外科

平井 優樹<sup>1</sup>、後藤 直大<sup>1</sup>、松本 逸平<sup>1</sup>、新聞 亮<sup>1</sup>、浅利 貞毅<sup>1</sup>、植田津津紗<sup>1</sup>、南野 佳英<sup>1</sup>、石田 潤<sup>1</sup>、山下 博成<sup>1</sup>、田中 正樹<sup>1</sup>、蔵満 薫<sup>1</sup>、田中 基文<sup>1</sup>、武部 敦志<sup>1</sup>、岡崎 太郎<sup>1</sup>、木戸 正浩<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63歳男性。2009年7月検診の腹部 US にて主膵管の拡張を指摘されたが、精査の結果明らかな異常所見なく、以後 CT にて経過観察中であった。2013年6月の CT で主膵管拡張の増悪および十二指腸乳頭部付近に造影効果を有する隆起性病変を指摘されたため、精査加療目的に当院消化器内科紹介となった。MRI では十二指腸に14mm大の腫瘍性病変を指摘され、主膵管と総胆管の合流が明らかでなく、膵管癒合不全が疑われた。EUS では副乳頭部に第3層由来の比較的均一な低エコー腫瘍として捉えられ、生検で腺癌と診断された。2013年11月亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。免疫染色では synaptophysin、chromograninA 陽性であった。核分裂像は明らかでなく、Ki67 陽性細胞は1%未満であり NET G1 と診断された。最大径は15mm で深達度は od、リンパ節転移は陰性であった。十二指腸副乳頭部の神経内分泌腫瘍は稀な疾患である。今回当科で経験した症例を報告する。

## E27

選択的動脈内カルシウム注入試験にて局在診断した十二指腸ガストリノーマの1切除例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 肝胆膵外科

栗本 亜美<sup>1</sup>、鈴木 和夫<sup>1</sup>、近藤 祐一<sup>1</sup>、飯室 勇二<sup>1</sup>、黒田 暢一<sup>1</sup>、平野 公通<sup>1</sup>、岡田 敏弘<sup>1</sup>、麻野 泰包<sup>1</sup>、田中 肖吾<sup>1</sup>、藤元 治朗<sup>1</sup>

【症例】40代女性。近医での上部消化管内視鏡検査にて十二指腸の多発潰瘍痕を指摘。また血清ガストリン値の上昇も認められたため、精査加療目的に当院紹介入院となった。当院で施行した上部消化管内視鏡検査にて十二指腸下行脚に粘膜下腫瘍を認め、造影 CT および選択的動脈内カルシウム注入試験にて十二指腸下行脚にガストリノーマが局在すると診断し、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。術後は問題なく経過し、第34病日に退院。血清ガストリン値も正常範囲となった。術後約3年の現在、無再発生存中である。【まとめ】術前に十二指腸ガストリノーマと局在診断し、手術治療を施行した1例を経験した。

## E28

箸の誤飲による十二指腸穿孔の1例

<sup>1</sup>公立安栗総合病院 外科

草野 俊亮<sup>1</sup>、中川 曉雄<sup>1</sup>、杉山 宏和<sup>1</sup>、中島 幸一<sup>1</sup>、佐竹 信祐<sup>1</sup>、山崎 良定<sup>1</sup>

症例は40歳、女性。主訴は腹痛である。既往歴には特記すべきことなし。2014年3月、食事中に誤って箸を飲み込んだ。その時は、特に腹痛や咽頭痛もなく、病院を受診しなかった。4日後から腹痛が出現し、1週間後の午前6時から痛みが増強したため当院に救急搬送された。身体所見では腹部全体に圧痛および筋性防御あり。腹部CTにて両側横隔膜下遊離ガス像および十二指腸内に15cm程度の細長い異物を認めた。即日緊急手術を施行した。まず腹腔鏡を挿入し腹腔内を検したところ十二指腸下降脚に穿通する箸を認め、周囲に淡黄色の腹水を少量認めた。腹腔鏡下での除去は困難と判断し開腹に移行、異物を除去し、十二指腸の穿孔部を3-0バイクルで縫合閉鎖し、大網にて被覆した。術後経過は良好であった。

## E30

診断に難渋した左尿管癌後腹膜浸潤による十二指腸上行部狭窄の1例

<sup>1</sup>済生会吹田病院 消化器・乳腺外科

山名 秀典<sup>1</sup>、駕田 修史<sup>1</sup>、富岡 淳<sup>1</sup>、大住 渉<sup>1</sup>、岩本 伸二<sup>1</sup>、原 章倫<sup>1</sup>

90才男性、嘔気嘔吐を主訴に精査を行い、上部消化管内視鏡検査にて早期胃癌、十二指腸上行部の壁肥厚および狭窄、CTにて左水腎症、後腹膜の肥厚を認めた。十二指腸狭窄部からの組織診は陰性であった。MRI、PET等では尿路悪性腫瘍は否定的で数度目の尿細胞診で陽性となるまで診断に難渋した。開腹所見では後腹膜広範に浸潤する腫瘍を認め、腹腔内への播種も確認された。胃癌の漿膜面への露出は認めず。腹水細胞診で尿路上皮癌の転移として矛盾の無い細胞が検出され、左尿管癌が原発と考えられた。根治切除は不能と判断し、胃空腸バイパス術を施行した。比較的にまれな他臓器原発悪性腫瘍の十二指腸浸潤による通過障害を経験したので報告する。

## E29

十二指腸憩室穿孔の一例

<sup>1</sup>音羽病院 ICU/CCU、<sup>2</sup>音羽病院 外科、<sup>3</sup>音羽病院救命救急センター

中村 嘉<sup>1</sup>、松村 泰光<sup>2</sup>、吉田 和世<sup>2</sup>、宮前 伸啓<sup>3</sup>、水野 克彦<sup>2</sup>、西崎 大輔<sup>2</sup>、武田 亮二<sup>2</sup>、高橋 滋<sup>2</sup>

十二指腸憩室は消化管憩室のうち大腸に次いで多く認められるが、その穿孔は世界でも百数十例程度の報告に留まる、稀な疾患である。また、主な症状は腹痛、発熱、嘔吐・嘔気など、他の急性腹症と同様であり、術前診断は比較的困難である。しかし、本疾患の発生は大半が下行脚、水平脚であり、後腹膜に炎症が波及し放置した場合、重篤な経過をたどるため早急な手術療法が望まれる。術式においても十二指腸の解剖学的特徴を踏まえたアプローチ、および配慮が必要である。今回、われわれは十二指腸下行脚後壁に位置する憩室穿孔の症例を経験した。拡大Kocher法アプローチならびに縫合閉鎖・大網被覆により、良好な治療経過を得られたため、文献的考察を加えて報告する。

## E31

3鼠径ヘルニア併存例に対する腹腔鏡下修復術（TAPP）の経験

<sup>1</sup>NTT西日本大阪病院 外科

西田謙太郎<sup>1</sup>、大西 直<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>、藤田正一郎<sup>1</sup>、藤田 淳也<sup>1</sup>、吉田 哲也<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69歳女性。幼少時より右鼠径部腫瘍を自覚するも症状なく経過していた。しかし平成25年8月頃より左鼠径部にも腫瘍を自覚し、平成26年1月中旬に当院を紹介され受診した。両側鼠径ヘルニアと診断し、左側は痛みも伴っていた為、2月下旬に全身麻酔下でTransabdominal preperitoneal repair (TAPP)を施行した。両側鼠径部を観察すると、右側は外鼠径ヘルニア(1-3型)に加え大腿ヘルニア(3型)が併存する4型、また左側は大腿ヘルニア(3型)であることが確認された。上記に対し、メッシュを留置し手術を終了した。術後は問題なく経過し術後第4病日に軽快退院した。今回我々は3鼠径ヘルニアが併存する稀な症例を経験した。TAPP法はこのような症例においても個々のヘルニアを正確に診断でき、再発の抑制に寄与する術式であると考えた。



## E32

Denver shunt 留置中に腹壁瘻痕ヘルニア陥頓で緊急開腹術を行った難治性腹水の1例

<sup>1</sup>兵庫県立淡路医療センター 外科

澤田隆一郎<sup>1</sup>、江里口光太郎<sup>1</sup>、土井 健史<sup>1</sup>、川嶋 太郎<sup>1</sup>、坂平 英樹<sup>1</sup>、高橋 応典<sup>1</sup>、大石 達郎<sup>1</sup>、宮本 勝文<sup>1</sup>、小山 隆司<sup>1</sup>

**【症例】**58歳、女性。**【現病歴】**平成24年に胆石症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行。平成25年、慢性C型肝炎に伴う難治性腹水に対してDenver shuntを留置。その後、臍部手術創のヘルニアを認め、平成26年2月に腹痛・嘔吐を主訴に当院救急センターを受診した。**【経過】**来院時、膨隆部に圧痛があり皮膚は暗紫色であった。CTにて腹壁瘻痕ヘルニア陥頓によるイレウスと診断、緊急手術となった。開腹前に側腹部でDenver shuntを鉗子でclampした。開腹し小腸切除を行い腹腔内を生食で満たして閉腹した。術後1日目の腹部CTでは腹腔内遊離ガスはわずかで、clampを解除した。術後4日目より食事を開始、腹水の貯留も認めず術後9日目に退院となった。**【考察】**Denver shunt留置中に緊急開腹術が必要となった症例を経験した。鉗子を用いることで、空気塞栓の合併なく良好に経過した。PV shunt留置後に予期せぬ開腹術が必要となった場合にこの方法は有用であると考える。

## E34

外鼠径ヘルニアに併存した鼠径部子宮内膜症の1例

<sup>1</sup>済生会吹田病院 外科、<sup>2</sup>大阪医科大学 消化器外科

大住 渉<sup>1</sup>、岩本 伸二<sup>1</sup>、猪俣 陽介<sup>1</sup>、出原 啓介<sup>1</sup>、山名 秀典<sup>1</sup>、駕田 修司<sup>2</sup>、岡岡 淳<sup>2</sup>、原 章倫<sup>1</sup>

症例は44歳、女性。子宮内膜症に対して2年前に開腹手術の既往がある。1年前より右鼠径部腫瘍を自覚していた。増大傾向にあり、また疼痛も伴い始めたため2013年5月に近医受診。精査MRIにて鼠径管内にT2強調像で高信号の17mm大の結節影を認めたため、治療的に当院紹介となった。初診時、腫瘍はとても小さく圧痛も軽度であり、腹圧をかけても膨隆の増大は認めなかった。問診にて月経に連動した疼痛の増悪・腫瘍の増大を認めていたため質的診断は断定できないもの子宮内膜様組織を念頭におき同年7月手術施行。術中所見では内鼠径輪より脱出するヘルニア嚢を認め、先端に腫瘍を触知した。ヘルニア嚢を高位結紮し、腫瘍を摘出した。病理組織学的所見で、腫瘍は子宮内膜症であった。術後経過は良好で術後8か月現在子宮内膜症の再発は認めていない。外鼠径ヘルニアに併存した鼠径部子宮内膜症は比較的稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## E33

腹壁瘻痕ヘルニア術後8年目に発症した遅発性メッシュ感染の1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 消化器内分小児外科

村上 大輔<sup>1</sup>、家田 淳司<sup>1</sup>、瀧藤 克也<sup>1</sup>、堀田 司<sup>1</sup>、横山 省三<sup>1</sup>、松田 健司<sup>1</sup>、渡邊 高士<sup>1</sup>、三谷 泰之<sup>1</sup>、水本 有紀<sup>1</sup>、山上 裕機<sup>1</sup>

症例は76歳男性。68歳時腹部大動脈瘤手術から3ヶ月後に腹壁瘻痕ヘルニアを認め、Composix Kugel Patch (以下CKP)を用いた修復術を施行された。8年後、発熱を伴う創部痛を認め近医を受診し、当院紹介となった。CT上、CKP前面の皮下に膿瘍形成と思わせる低吸収域を認め、メッシュ感染と診断した。切開、排膿、洗浄による保存的治療にて症状改善を認めたため退院となった。退院から10ヶ月後、発熱、腹痛の再燃を認めた。CKP前面の膿瘍形成再燃に加え、排膿部からの瘻孔造影にて膀胱皮膚瘻を認めた。保存的治療の継続は困難と判断し手術を施行した。術中所見としてCKPの周囲を形成するリングが小腸に穿通しており、膿瘍の膀胱への穿通も認めたため、メッシュ除去術に加え小腸部分切除術、膀胱部分切除術も施行した。術後8年を経過してメッシュ感染を発症した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## E35

術前診断が困難であった大網裂孔ヘルニアの1例

<sup>1</sup>北摂総合病院 一般・消化器外科

松尾謙太郎<sup>1</sup>、飯田 亮<sup>1</sup>、高城 武嗣<sup>1</sup>、西口 完二<sup>1</sup>

[はじめに] 大網裂孔ヘルニアは稀であり、大網裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスの1例を経験したため報告する。[症例] 70歳代女性。腹痛を自覚し軽快しないため当院救急外来を受診。腹部CT検査で右側小腸の限局性拡張、腸管壁造影不良、beak signを認めたため内ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断し緊急手術を施行した。手術は腹腔鏡でまず腹腔内の観察を行い大網に小腸が陥入し腸管壊死を伴っていたため開腹術に移行し大網裂孔を開放し壊死腸管を切除した。術後経過は良好で、術後9日目で退院となる。[考察] 大網裂孔ヘルニアは大網の欠損部位に腸管が陥入する病態である。治療は嵌頓腸管の整復、腸管切除、大網裂孔の閉鎖や切開開放が基本となる。本症例のように腹腔鏡で診断を兼ね確定診断を得た上で手術をすすめ、腸管壊死の場合はすみやかに開腹術に移行することも必要である。[結語] 術前診断が困難であった大網裂孔ヘルニアの1例を経験した。

## E36

臍頭十二指腸切除術後4年目に発症した内ヘルニアの一例

<sup>1</sup>大阪労災病院 外科

西垣 貴彦<sup>1</sup>、村上 昌裕<sup>1</sup>、清水 潤三<sup>1</sup>、金 浩敏<sup>1</sup>、  
人羅 俊貴<sup>1</sup>、小田 直文<sup>1</sup>、廣田 昌紀<sup>1</sup>、吉川 正人<sup>1</sup>、  
森島 宏隆<sup>1</sup>、池永 雅一<sup>1</sup>、三方 彰喜<sup>1</sup>、松並 展輝<sup>1</sup>、  
長谷川順一<sup>1</sup>

症例は77歳、女性。2010年6月に十二指腸乳頭部痛に対して臍頭十二指腸切除術（Child 変法再建）を施行し、再発なく経過していた。2014年3月、夜間に腹痛出現し改善しないため当科を受診された。来院時の腹部所見では下腹部中心に腹部膨満あり、同部位に圧痛を認めた。単純CTを施行したところ小腸の拡張を認め、イレウスと診断した。内視鏡下にイレウスチューブの挿入を試みたが、胃空腸吻合部より10cm程度肛門側で著明な狭窄を認め、ガイドワイヤーも挿入不可能であった。造影CTで上腹部に複数個所で腸管の狭窄を認め、同日緊急手術を行った。術中所見では挙上空腸を通した横行結腸間膜の欠損部にブラウン吻合部を含む小腸が嵌り込んでおり、内ヘルニアとなっていた。小腸を整復したところブラウン吻合周囲の小腸は壊死していたため、小腸切除・再吻合を行った。PD術後に内ヘルニアをきたした症例を経験したので文献の考察を加えて報告する。

## E38

上腹部多臓器虚血を来したが救命し得た急性大動脈解離の1例

<sup>1</sup>滋賀県立成人病センター 外科

住田 公亮<sup>1</sup>、山本 秀和<sup>1</sup>、尾川諒太郎<sup>1</sup>、木田 裕也<sup>1</sup>、  
本庄 真彦<sup>1</sup>、川添 准矢<sup>1</sup>、中川 淳<sup>1</sup>、矢澤 武史<sup>1</sup>、  
山本 道宏<sup>1</sup>、川村純一郎<sup>1</sup>、原田 英樹<sup>1</sup>、四元 文明<sup>1</sup>、  
財間 正純<sup>1</sup>

52歳男性。急性B型大動脈解離を発症。CTで偽腔の圧迫による腹腔動脈の狭窄と、上腸間膜動脈起始部の解離を認めたが、腹部に腸管虚血の所見はなかった。発症10日目、CTにて小腸の造影不良を認め開腹手術を施行。肝臓、十二指腸、肝十二指腸間膜の色調は不良で、胆嚢は壊死、空腸は起始部から10cmの部位より約250cm壊死していた。壊死腸管を切除し、胆嚢摘出。小腸両断端は腸瘻とした。術後3日目に再開腹し、血流障害のある残存空腸を全切除し端々吻合した。さらに、吻合部と上腹部の血流を増加する目的に、腹腔動脈根部にステント留置し、血流の著明な改善を認めた。その後も集中治療管理を要したが、縫合不全や吻合部狭窄を来たことなく食事摂取可能となり、術後47日に軽快退院した。上腹部多臓器虚血を来した大動脈解離に対し、集学的治療にて救命し得た症例を経験したので報告する。

## E37

奇静脈瘤の一例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第一外科

青石 裕香<sup>1</sup>、吉増 達也<sup>1</sup>、尾浦 正二<sup>1</sup>、本田麻里子<sup>1</sup>、  
西口 春香<sup>1</sup>、大橋 拓矢<sup>1</sup>、平井 慶充<sup>1</sup>、清井めぐみ<sup>1</sup>、  
川後 光正<sup>1</sup>、粉川 庸三<sup>1</sup>、岡村 吉隆<sup>1</sup>

奇静脈瘤は比較的可成りな疾患であり、多くの症例は無症状である。本疾患に対する外科治療の適否、および手術のアプローチについては議論がある。症例は70歳女性で、他疾患経過観察中に胸部X線で異常陰影を指摘された。造影CTで気管背側に約50mm大の奇静脈瘤が確認された。破裂の危険性も否定できないことから、切除術を施行することとした。血栓を認めなかったため、2013年11月、胸腔鏡下に切除した。術後は特に合併症もなく、術後3病日に退院した。血栓を伴わない奇静脈瘤に関しては鏡視下手術のよい適応であると考えられた。

## E39

心外導管を使った Fontan 型手術後の MRSA 縦隔洞炎に対して簡易式持続吸引療法（VAC）を行った1例

<sup>1</sup>大阪医科大学 小児心臓血管外科、<sup>2</sup>大阪医科大学 心臓血管外科、<sup>3</sup>大阪医科大学 小児科、<sup>4</sup>関西医科大学 小児科

島田 亮<sup>1</sup>、根本慎太郎<sup>1</sup>、福原 慎二<sup>2</sup>、小西 隼人<sup>2</sup>、  
本橋 宜和<sup>2</sup>、打田 裕明<sup>2</sup>、小澤 英樹<sup>2</sup>、勝間田敬弘<sup>2</sup>、  
尾崎 智康<sup>3</sup>、岸 勤太<sup>3</sup>、片山 博視<sup>3</sup>、峰 研治<sup>4</sup>、  
内山 敬達<sup>4</sup>、吉村 健<sup>4</sup>

心臓血管手術後の縦隔洞炎に対する VAC は1997年に初めて報告され、近年広く利用されるようになった。成人領域では企業製 VAC を用いた治療が確立されているが、小児領域では未だ適応外であり、各施設で治療の工夫が成されている。症例は無脾症、右室型単心室症の2才3ヶ月男児。PTFE 人工血管を用いた Fontan 型手術後8日に創部離開と高度発熱、著明な炎症反応上昇を認めたため抗生剤投与を再開。創部と血液培養で MRSA が検出され、胸部 CT で剣状突起背側に液体貯留像を認めたため縦隔洞炎と診断し、術後10日に VAC 導入。全縦隔及び両胸腔に膿貯留を認めた。以後2-3日周期で VAC システムを交換し、VAC 導入7日目に培養陰性化、15日目に閉胸（全6回交換）した。この間、タンパク漏出に伴う低タンパク血症に対してアルブミン補正を必要とした。抗生剤投与を継続し再発無く軽快退院。本法は人工物のある縦隔洞炎にも有効であり、迅速な VAC 導入が早期改善に繋がると考えられた。

## E40

先端が右室内腔に陥頓した子宮原発静脈内平滑筋腫に対する一手術例

<sup>1</sup>大阪医科大学附属病院 心臓血管外科

本橋 宜和<sup>1</sup>、島田 亮<sup>1</sup>、小西 隼人<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>、大門 雅広<sup>1</sup>、小澤 英樹<sup>1</sup>、根本慎太郎<sup>1</sup>、勝間田敬弘<sup>1</sup>

【症例】71歳、女性。30歳代に子宮筋腫を指摘されたが放置していた。心臓超音波検査で右房から右室へ進展する可動性腫瘍を認め、当科に紹介された。胸部部CT、MRIで子宮筋腫と、右卵巣静脈～下大静脈～右房～右室内へ腫瘍陰影を認め、右室流出路への腫瘍陥頓による突然死の危険性があるため手術となった。【手術】腹部正中切開を行い、右卵巣静脈から下大静脈合流部を露出。次に、胸骨正中切開を行い、体外循環を確立、深低温循環停止下に右房を切開。腫瘍は下大静脈から右房を経由し、先端は右室内の肉柱に陥頓していた。周囲の肉柱を切除し腫瘍を摘出した。右卵巣静脈を切開したところ壁内浸潤し、右卵巣静脈合流部からは下大静脈内腔に進展していた。下大静脈内に癒着がないことを確認し、腫瘍を下大静脈への合流部で離断、右房切開部より抜去した。体外循環離脱後に、右卵巣静脈および単純子宮全摘術を施行した。

## E42

腹壁血腫を保存的加療で治療し得た一例

<sup>1</sup>神鋼病院 外科

坂東 鏡明<sup>1</sup>、長谷川 寛<sup>1</sup>、古角祐司郎<sup>1</sup>、浅利 建吾<sup>1</sup>、錦織 英知<sup>1</sup>、小泉 直樹<sup>1</sup>、上原 徹也<sup>1</sup>、石井 正之<sup>1</sup>、藤本 康二<sup>1</sup>、東山 洋<sup>1</sup>、山本 正之<sup>1</sup>

症例は70歳台男性。1週間前から激しい咳嗽発作を認め、体動時の左側腹部痛が出現・増悪。当科を受診。左側腹部に硬い腫瘍と同部位の著明な圧痛あり。腹部外傷歴や既往歴に出血性素因なし。抗血栓薬の内服歴なし。血液検査では血小板数・凝固機能は正常。軽度の貧血の進行あり。腹部造影CT検査で内外腹斜筋領域に低吸収の腫瘤性病変(10.5×4.5×7.5cm)を認め、内部へのextravasationを認め腹壁血腫と診断。バイタルサインは安定。腹腔内疾患は否定的。血腫の増大や腹腔内・後腹膜への穿破は認めなかったため、保存的加療を選択。入院後、安静と止血剤投与による保存的加療で軽快。腹壁血腫の原因は咳嗽発作・抗血栓療法・急激な筋収縮および外傷・高血圧と報告されている。多くは腹直筋領域に発生し、内外腹斜筋領域では稀である。本症例は咳嗽発作により発症したと考えられ、保存的加療で治療し得たため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## E41

続発性リンパ浮腫における五苓散投与の経験

<sup>1</sup>近畿大学 外科

牛嶋 北斗<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>、菰池 佳史<sup>1</sup>、保田 知生<sup>1</sup>

続発性リンパ浮腫の治療に関しては、現在複合的治療が中心である。しかし、圧迫が十分できない症例も認める。今回続発性四肢リンパ浮腫に対して、複合的治療を指導した上で、五苓散を投与して有効性を検討したので報告する。2011年9月から五苓散を投与した15例について検討した。そのうち乳癌術後の上肢のリンパ浮腫5例 婦人科術後下肢のリンパ浮腫10例であった。四肢の周径を7点で測定し、投与前を基準にして周径の増減で判定した。投与開始後周径減少は上肢2例、下肢3例であった。変化を認めなかったのは上肢1例、下肢5例、増大は上肢2例、下肢2例であった。2014年2月までに10例が投与継続している。最長は2年5ヵ月投与しているが、有害事象は特に観察されなかった。また蜂窩織炎を併発しなくなった症例も認めた。リンパ浮腫に対して、五苓散が補助的薬剤として、有効である可能性について文献的考察を踏まえて報告する。

## E43

術前診断が困難であった若年の腸間膜腫瘍の一例

<sup>1</sup>守口敬任会病院 外科

市川 善章<sup>1</sup>、石川 慧<sup>1</sup>、萩 隆臣<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>

後腹膜腫瘍は様々な疾患があり術前診断は容易でない。今回、腹痛で発症しCTでhypervascularな腫瘤を認めた症例を経験した。【症例】16歳・男性、突然の左腹部痛と嘔吐で救急受診する。CTでは腎下極の傍大動脈に早期相で中心部が強く濃染される約2.5cmの腫瘤を認めた。PET-CTでは異常集積はみられず、MRIではT2強調像で中心部高信号、辺縁は低信号を呈していた。極めて血流豊富な腫瘤で腹痛の原因として腫瘍内出血の合併が疑われ、腹腔鏡補助下で切除した。腫瘍は腸間膜内にあり、空腸動脈が支配血管であった。空腸の血流を温存し腫瘤の局所切除を行った。組織学的には上皮成分は含まれず、myxomatousな変化の強い間葉性病変で、血管が豊富な結節部分に、免疫染色でvimentin, HIF35に陽性の紡錘形細胞が増殖している。悪性を疑わせる所見は乏しくangioyoxoma等が疑われるが確定に至っていない。病理学的にも診断に苦慮する症例で、文献的考察を加えて報告する。

## E44

腹腔鏡下手術を施行した腹腔内アニサキス性肉芽腫症の1例

<sup>1</sup>済生会中和病院 外科

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

今回我々は、腹腔鏡下手術を施行した腹腔内アニサキス性肉芽腫症の1例を経験したので報告する。症例は49歳、女性。右下腹部痛を主訴に来院した。腹部CT検査では、横行結腸腹側の脂肪織混濁を認め、腹膜垂炎の疑いで保存的治療を行い1週間ほどで、症状は改善し退院した。退院3日後に痛みが再燃し、その後2週間以上持続したため、診断目的に審査腹腔鏡手術を行った。術中所見では、横行結腸肝彎曲部付近に付着する大網が発赤、硬化して腹壁へと癒着していた。同部位が疼痛の原因と判断し、大網の部分切除術を施行した。病理組織学的検査では、大網組織内に、寄生虫虫体様の構築を確認した。術後の問診で数日前にサバやイカ、サーモンの刺身を食べていたことが判明した。以上より腹腔内アニサキス性肉芽腫症と診断した。今回の症例では、アニサキスにより横行結腸が穿通して、虫体が腹腔内へ出たことで肉芽腫を形成し、慢性的な疼痛を生じていたものと思われる。

## E46

肺 MALToma に合併した後腹膜神経鞘腫の一例

<sup>1</sup>京都第二赤十字病院 外科

小田 大嘉<sup>1</sup>、中村 吉隆<sup>1</sup>、武内 瑛子<sup>1</sup>、田中 善啓<sup>1</sup>、坂木 桃子<sup>1</sup>、藤堂 桃子<sup>1</sup>、阿辻 清人<sup>1</sup>、柿原 直樹<sup>1</sup>、松村 博臣<sup>1</sup>、井川 理<sup>1</sup>、藤井 宏二<sup>1</sup>、谷口 弘毅<sup>1</sup>

64歳女性。H13年より経過観察されていた右胸部異常陰影が増大傾向を認めた為 H20年他院で右肺部分切除術施行。病理組織診断にて原発性肺 MALToma と診断された。H25年フォローのCTで右肺下葉に淡い浸潤影が出現。MALToma 再発が疑われ、H17年より指摘されていた後腹膜の腫瘍も増大傾向にあるため手術目的に当科紹介となった。造影CTでは下行結腸背側に境界明瞭な2.5cmの腫瘍を認め、MRIのT2強調画像では内部低信号を伴う不均一な高信号を示し、緩徐な臨床経過と合わせて神経鞘腫・MALToma 等が鑑別に挙がった。腹腔鏡下腫瘍切除術を施行。下行結腸背側の後腹膜に2.5cmの腫瘍を認め一部神経との癒着を認めた。病理組織診断にて後腹膜神経鞘腫と診断された。肺原発悪性リンパ腫の大半はMALToma であるが肺原発悪性腫瘍の0.3~0.45%と稀である。同様に、後腹膜神経鞘腫も後腹膜腫瘍の0.5~0.75%と稀な疾患である。今回両者を同時期に発症した症例を経験したので報告する。

## E45

後腹膜静脈型血管腫の一切除例

<sup>1</sup>京都第二赤十字病院 外科

宮国道太郎<sup>1</sup>、藤堂 桃子<sup>1</sup>、武内 瑛子<sup>1</sup>、田中 善啓<sup>1</sup>、水谷 融<sup>1</sup>、坂木 桃子<sup>1</sup>、中村 吉隆<sup>1</sup>、阿辻 清人<sup>1</sup>、柿原 直樹<sup>1</sup>、松村 博臣<sup>1</sup>、藤 信明<sup>1</sup>、井川 理<sup>1</sup>、藤井 宏二<sup>1</sup>、谷口 弘毅<sup>1</sup>

【症例】30歳女性。主訴は背部痛および腹部腫瘤触知。腹部CTで、脛体下縁から第5腰椎にかけて辺縁分葉状の腫瘤を認め、大動脈を巻き込んでいた。MRIはT1WIで低信号、T2WIで高信号。塞栓療法目的で血管造影を行ったが、腫瘍濃染はなく栄養血管は同定できなかった。エコー下生検でも確定診断に至らず、手術リスクが高いため経過観察とした。初診から半年後の腫瘍サイズは著変なく、悪性が完全に否定できないこと、出血の危険があることから手術を選択した。摘出した腫瘍は暗赤色、弾性軟で分葉状であり血管腫と診断した。巻き込まれていた主要血管は温存した。病理結果は静脈型血管腫であった。術後経過は良好であり10日目に退院した。【まとめ】後腹膜から発生した巨大血管腫の一例を経験した。本症例では画像検査で術前から血管腫を疑ったが確定診断には至らなかった。一般的に後腹膜血管腫の術前診断は困難である。若干の文献的考察を加えて発表する。

## E47

後腹膜巨大奇形腫の1切除例

<sup>1</sup>京都大学 肝胆脾・移植外科

中嶋 香雪<sup>1</sup>、森 章<sup>1</sup>、岡島 英明<sup>1</sup>、奥村 晋也<sup>1</sup>、辻 昭一郎<sup>1</sup>、川口 道也<sup>1</sup>、植村 忠廣<sup>1</sup>、秦 浩一郎<sup>1</sup>、瀬尾 智<sup>1</sup>、上本 伸二<sup>1</sup>

後腹膜奇形腫は増大すると圧迫症状が出現し悪性転化の報告もある。今回、長期経過観察ののち切除した後腹膜奇形腫を経験したので報告する。症例:28歳女性。生後7ヶ月、後腹膜腫瘍を指摘。16歳時、腹部CTで径12cm腫瘍を認めたが門脈側副血路が発達しており経過観察。27歳時より腹痛出現し、腫瘍径18cmに増大、血清SCC 2.9と上昇。悪性転化を否定できず妊娠希望であったため後腹膜腫瘍摘出術を施行。手術:腫瘍は臍下方を占拠する20cm\*10cm大、表面平滑で弾性硬。周囲組織と癒着あったが剥離可能。門脈側副路は温存。病理: Mature cystic teratoma. 毛髪と皮膚や骨、歯牙成分を含む脂肪組織を認めた。悪性所見なし。術後経過良好。幼少時に診断され、成人時に切除した後腹膜奇形腫を経験し、切除時期の判断に苦慮した。文献的考察を加え報告する。