

第198回近畿外科学会 プログラム・抄録

日時：平成27年12月5日（土）

会場：ナレッジキャピタル コングレコンベンションセンター

〒530-0011 大阪市北区大深町3-1

グランフロント大阪北館地下2階

TEL 06-6292-6911

評議員会会場：地下2階 ホールA

会長 勝間田 敬弘

大阪医科大学 外科学講座 胸部外科学教室

第199回 近畿外科学会ご案内

第199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28年5月14日（土）
2. 会場：大阪国際交流センター
〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6
TEL. 06-6772-5931(代)
3. 演題登録開始予定日：2016年2月2日（火）より
演題登録締切予定日：2016年2月23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 kinkigeka@adfukuda.jp）へお願い致します。

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号
兵庫医科大学 下部消化管外科
第199回 近畿外科学会

会長 富田尚裕

TEL. 0798-45-6370

FAX. 0798-45-6373

第198回 近畿外科学会
プログラム

会 長

大阪医科大学 外科学講座 胸部外科学教室

勝間田 敬弘

交通へのご案内

ナレッジキャピタル コングレコンベンションセンター

〒543-0011 大阪市北区大深町 3-1 グランフロント大阪北館 B2F
TEL 06-6292-6911(代)



●電車をご利用の方

- JR「大阪駅」より徒歩 3 分
- 地下鉄御堂筋線「梅田駅」より徒歩 3 分
- 阪急「梅田駅」より徒歩 3 分
- 阪神「梅田駅」より徒歩 6 分

●お車をご利用の方

- 阪神高速道路池田線「梅田出口」から約 3 分

●空港をご利用の方

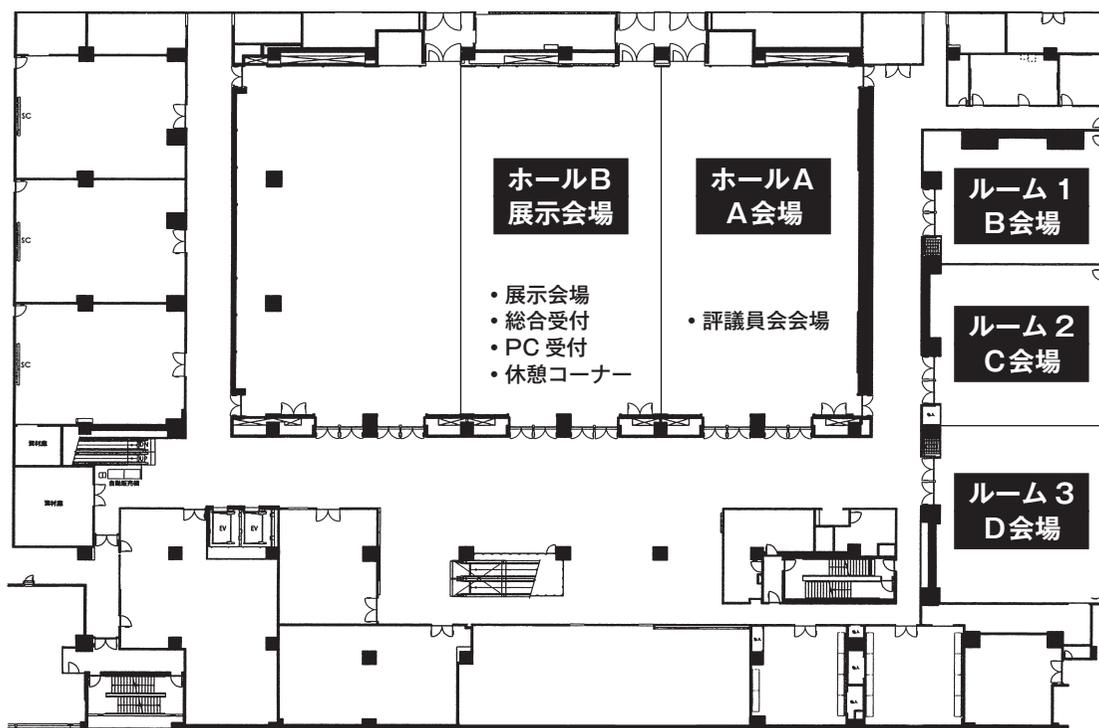
【関西国際空港】

- リムジンバスで約 60 分
- JR「関空快速」で「大阪駅」まで約 70 分

【大阪国際空港（伊丹空港）】

- リムジンバスで約 30 分
- 大阪モノレール「大阪空港駅」から「蛍池駅」で乗り換え、
阪急「梅田駅」まで約 30 分

会場配置図

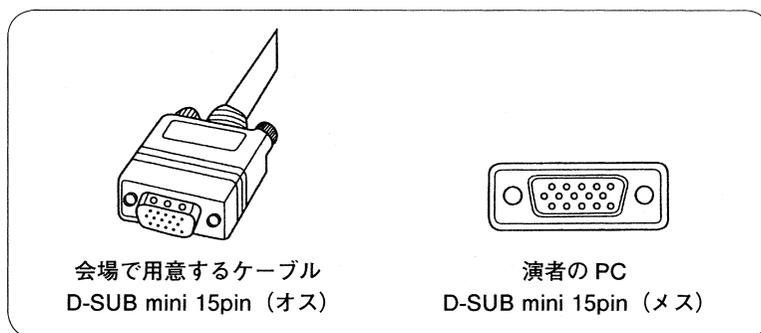


演者、参加者へのお願い

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00分からご入館して頂けます。
2. **口演時間**：ご発表時間は6分、討論は2分です。
3. **発表形式**：①ご発表形式は、PC プレゼンテーションのみとなります。また使用するアプリケーションはPower Pointのみとさせていただきます。
②Power Point (Windows 版) で作成したデータをノート PC 又は CD-ROM/USB メモリー (Windows 形式のみ可、**Macintosh は不可**) にてご持参下さい。
③PC 発表可能な OS システムは、Windows Power Point 2003以降です。尚、主催者側で用意するパソコンは、**Windows のみで Macintosh は用意しませんのでご自身のパソコンをご用意下さい。**
4. **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**：11時30分よりA会場 (ホールA) にて行います。一般参加の先生方、評議員の先生方ともご参加下さい。**お弁当の数に限りがございますので、先着順とさせていただきます。ご了承のほど、何卒よろしく願い申し上げます。**
7. **評議員会**：12時30分よりナレッジキャピタル コングレコンベンションセンター北館地下2階ホールA (A会場) にて行います。
なお、評議員会では昼食をご用意しませんのでランチョンセミナーをご利用下さい。

PC 発表と受付に関するお願い

1. PC 受付は発表時間の 1 時間前（早朝発表の場合は30分前）までに、必ずお済ませ下さい。 CD-ROM/USB メモリーでお持込いただいた発表データは PC 受付から各会場に送信します。
 2. 発表データのファイル名は「(演題番号) (氏名) (会場)」として下さい。
 3. 混雑緩和のため PC 受付での発表データの加筆修正は、くれぐれもご遠慮下さい。
 4. ①CD-ROM/USB メモリーでのお持ち込みの場合は、Windows のフォーマットのみ限定し、Macintosh のフォーマットには対応しかねますのでご注意ください。
※尚、文字化けを防ぐため下記フォントに限定します。
日本語…MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝
英 語…Century、Century Gothic
- ②動画データを使用の場合、あるいは Macintosh での発表しかできない場合はご自身のノート PC のご持参をお勧めします。ただし会場でご用意する PC ケーブル・コネクターの形状は 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。

A 会 場 (ホールA)		B 会 場 (ルーム1)	
8:55	開会の辞	8:55	
9:00	肝・胆道① A01-05 座長：田中 肖吾 野見 武男	9:00	呼吸器① B01-05 肺嚢胞性疾患・血胸 座長：多久和輝尚 田中 雄悟
9:40	肝・胆道② A06-10 座長：飯田 洋也 廣川 文鋭	9:40	呼吸器② B06-10 胸壁腫瘍・肺良性疾患 座長：川後 光正 武本 智樹
10:20		10:20	
10:40	教育講演 「周術期における静脈血栓塞栓症予防」 司会：小澤 英樹 講師：澤井 俊幸 共催：日本光電関西株式会社	11:08	呼吸器③ B11-16 肺癌1 座長：中川 達雄 金田浩由紀
11:20			
11:30	ランチョンセミナー 「新世代 Device を用いた肺癌手術」 司会：花岡 伸治 講師：高濱 誠 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社		
12:20			
12:30	評議員会		
12:50			
13:10	特別講演① 「手術支援ロボットによる 大腸がん治療の最前線」 司会：勝間田敬弘 講演：絹笠 祐介	13:10	呼吸器④ B17-22 肺癌2 座長：加藤大志朗 大塩 恭彦
14:00		13:58	
14:10	特別講演② 「本音で語る呼吸器外科ロボット手術の 現状と展望」 司会：井上 匡美 講演：中村 廣繁	14:05	乳腺 B23-26 座長：岩本 充彦 中務 克彦
15:00		14:37	食道 B27-30 座長：田代圭太郎 中井 宏治
15:10	心臓② A11-16 座長：畔柳 智司 金田 敏夫	15:09	呼吸器⑥ B31~36 術後合併症・症例 座長：浜川 博司 河野 朋哉
15:58		15:57	
16:00	閉会の辞		
16:05			

C 会 場 (ルーム 2)		D 会 場 (ルーム 3)	
8:55		8:55	
9:00	大腸① C01-05 座長：徳原 克治 錦織 英知	9:00	胃・十二指腸 D01-05 座長：松本 壮平 細木 久裕
9:40	大腸② C06-10 座長：山本 誠士 村山 康利	9:40	膵臓 D06-11 座長：朝隈 光弘 岡田 健一
10:20	大腸③ C11-16 座長：畑 泰司 内間 恭武	10:28	腹壁・腹膜・ヘルニア D12-17 座長：米田 浩二 森 毅
11:08		11:16	
13:10	呼吸器⑤ C17-22 縦隔腫瘍 座長：新谷 康 坂本 鉄基	13:10	心臓① D18-24 座長：森田 雅文 鈴木 友彰
13:58 14:05	小腸① C23-28 座長：大石 賢玄 小西 博貴	14:06	血管① D25-30 座長：土田 隆雄 細野 光治
14:53	小腸② C29-33 座長：恒松 一郎 横山 和武	14:54	血管② D31-36 座長：野村 幸哉 尾藤 康行
15:33		15:42	

A 会 場 (ホールA)

午 前 の 部 (9:00~11:20)

開会の辞 (8:55~9:00)

会 長 勝 間 田 敬 弘

肝・胆道① (9:00~9:40)

座長 田中 肖吾
(大阪市立大学 肝胆膵外科)

野見 武男
(奈良県立医科大学 消化器外科)

A01 急速に進行した AFP 産生細胆管細胞癌の 1 例

大和高田市立病院 外科 廣 畑 吉 昭

A02 原発性肝癌肉腫の一切除例

神戸大学大学院 肝胆膵外科学 西 尾 公 佑

A03 腫瘍の圧排による閉塞性黄疸をきたした肝門部巨大肝細胞癌の 1 切除例

奈良県総合医療センター 外科 庄 司 康 人

A04 術前診断が困難であった肝の炎症性偽腫瘍の 1 切除例

明和病院 外科 北 村 優

A05 腫瘍内出血で発症し肝右葉切除術を施行した GIST 肝転移の 1 例

奈良県総合医療センター 外科 切畑屋 友 希

肝・胆道② (9:40~10:20)

座長 飯田 洋也
(関西医科大学 外科)

廣川 文鋭
(大阪医科大学 一般・消化器外科)

A06 腹腔鏡下肝切除術時の肋間ポートにより呼吸器合併症を呈した 2 例

大阪医科大学 一般・消化器外科 梅 壽 乃斗香

A07 有症状肝嚢胞に対する腹腔鏡下開窓術の経験

馬場記念病院 外科 瀬 良 知 央

- A08 右胃大網動脈をグラフトとして用いた冠動脈バイパス術後の急性胆嚢炎の一例
兵庫県立姫路循環器病センター 外科 小野 真 義
- A09 出血を契機に発見された胆管内乳頭状腫瘍の一例
近畿大学奈良病院 外科 金 泉 博 文
- A10 完全内蔵逆位症に合併した若年性早期胆嚢癌の1例
大阪労災病院 外科 古 賀 睦 人

教育講演 (10:40~11:20) A会場 (ホールA)

「周術期における静脈血栓塞栓症予防」

司会：大阪医科大学 外科学講座 胸部外科学教室

小澤 英 樹

講師：大阪医科大学 麻酔科学教室

澤 井 俊 幸

午 後 の 部 (11:30~15:58)

ランチョンセミナー (11:30~12:20) A会場 (ホールA)

「新世代 Device を用いた肺癌手術」

司会：大阪医科大学 外科学講座 胸部外科学教室 花岡 伸治

講師：大阪市立総合医療センター 呼吸器外科 高濱 誠

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

評議員会 (12:30~12:50) A会場 (ホールA)

特別講演① (13:10~14:00) A会場 (ホールA)

「手術支援ロボットによる大腸がん治療の最前線」

司会：大阪医科大学 外科学講座 胸部外科学教室 勝間田 敬弘

講師：静岡県立静岡がんセンター 大腸外科 絹笠 祐介

特別講演② (14:10~15:00) A会場 (ホールA)

「本音で語る呼吸器外科ロボット手術の現状と展望」

司会：京都府立医科大学 呼吸器外科学 井上 匡美

講師：鳥取大学 胸部外科 中村 廣繁

心臓② (15:10~15:58)

座長 畔柳 智司

(岸和田徳洲会病院 心臓血管外科)

金田 敏夫

(近畿大学 心臓血管外科)

A11 急性心筋梗塞後左室自由壁破裂に対する治療

北播磨総合医療センター 藤末 淳

- A12 複数回手術後の先天性結合組織疾患に生じた冠動脈瘤、僧帽弁閉鎖不全症の一例
京都府立医科大学 心臓血管外科 池本公紀
- A13 Valsalva 洞瘤破裂と診断された心室中隔欠損症、右冠尖逸脱の一例
和歌山県立医科大学 第1外科 柴田深雪
- A14 右室を圧排した心膜血管腫の1例
関西医科大学附属枚方病院 心臓血管外科 楠瀬貴士
- A15 左主肺動脈内に進展した原発性肺動脈肉腫に対し Clamshell アプローチで根治術を行った一例
神戸大学 心臓血管外科 藤本将人
- A16 右房内肝細胞癌に対し体外循環を用いて根治的に切除し得た一例
大阪大学 心臓血管外科 横田純己
- 閉会の辞 (16:00～) 会長 勝間田敬弘

B 会 場 (ルーム 1)

午 前 の 部 (9:00~11:08)

呼吸器① 肺嚢胞性疾患・血胸 (9:00~9:40)

座長 多久和輝尚

(兵庫医科大学 呼吸器外科)

田中 雄悟

(神戸大学病院 呼吸器外科)

B01 発症機序が興味深い遅発性血胸の1例

兵庫医科大学 呼吸器外科 橋本 昌樹

B02 乳児期の開胸手術で使用されたワイヤーが原因で気胸を繰り返した一例

北野病院 呼吸器外科 福井 崇将

B03 肋骨外骨腫によって気胸をきたした1例

姫路医療センター 呼吸器センター外科 熊田 早希子

B04 限局性嚢胞性疾患に合併した気胸の1例

大阪府結核予防会大阪病院 外科 中根 茂

B05 縦隔偏移をきたした巨大肺嚢胞の1切除例

神戸大学大学院医学研究科 外科学講座呼吸器外科学分野 内田 孝宏

呼吸器② 胸壁腫瘍・肺良性疾患 (9:40~10:20)

座長 川後 光正

(和歌山県立医科大学 第1外科)

武本 智樹

(近畿大学医学部附属病院 外科 呼吸器外科部門)

B06 再建に ePTFE シートを使用した胸骨腫瘍切除術の2例

大阪市立大学医学部附属病院 呼吸器外科 原 幹太郎

B07 術後7年目に縦隔内再発をきたした肋骨原発骨膜性軟骨腫の1例

国立病院機構東近江総合医療センター 呼吸器外科 大内 政嗣

B08 肺内リンパ節に発した限局型キャスルマン病の1切除例

近畿大学 呼吸器外科 副島 奈央子

B09 局所切除を行った肺葉内肺分画症の1例
市立豊中病院 臨床研修部 藍原千栄

B10 血痰を主訴とし、原発性肺癌との鑑別が困難であった Sclerosing pneumocytoma の一手術例
和歌山県立医科大学 第一外科 房本安矢

呼吸器③ 肺癌 1 (10:20~11:08)

座長 中川 達雄
(天理よろづ相談所病院 呼吸器外科)

金田浩由紀
(関西医科大学枚方病院 呼吸器外科)

B11 肺原発リンパ上皮腫様癌 治癒切除後一年後に急速な再発を認めた一例
北摂総合病院 呼吸器外科 飯塚 理

B12 cT3N2M0 肺腺癌 (pT3N2M1a) に対し外科治療を行った一例
石切生喜病院 呼吸器外科 八尋 亮介

B13 局所進行非小細胞肺癌に対する術前導入化学放射線治療の実際
天理よろづ相談所病院 呼吸器外科 戸矢崎 利也

B14 気胸を契機に発見された両側多発結節、肺嚢胞の1例
大阪医科大学附属病院 外科学講座 胸部外科学教室 文元 聡志

B15 異時性多発肺癌に対して、両側胸腔鏡下肺葉切除術を行い得た一例
美杉会 男山病院 外科 福田 正順

B16 腎癌術後25年後の孤立性肺転移の一切除例
ベルランド総合病院 呼吸器外科 宮本 光

午 後 の 部 (13:10~15:57)

呼吸器④ 肺癌 2 (13:10~13:58)

座長 加藤大志朗

(京都府立医科大学 呼吸器外科)

大塩 恭彦

(滋賀医科大学 呼吸器外科)

B17 気管原発腺様癌のう胞癌に対し気管形成術を施行した1例

京都桂病院 呼吸器外科 太田 紗千子

B18 胸部CTで小葉間隔壁肥厚を伴うすりガラス影を呈した末梢型肺扁平上皮癌の1例

関西医科大学附属枚方病院 呼吸器外科 齊藤 朋人

B19 当院での肺野末梢小結節陰影に対する胸腔鏡下肺生検についての検討

関西電力病院 呼吸器外科 舘 秀和

B20 小児原発性肺がんの1例

京都府立医科大学 呼吸器外科 石川 成美

B21 RS3PE症候群を契機に発見された肺癌の1切除例

近畿大学 外科 小原 秀太

B22 間質性肺炎合併肺癌における周術期シベレスタットの使用経験

滋賀医科大学 呼吸器外科 苗村 佑樹

乳腺 (14:05~14:37)

座長 岩本 充彦

(大阪医科大学 乳腺・内分泌外科)

中務 克彦

(京都府立医科大学 内分泌・乳腺外科)

B23 乳腺原発骨肉腫の一例

ツカザキ病院 外科 井上 健太郎

B24 両側卵巣腫大と多量の胸腹水を契機として発見され、HP療法+DTXが著効したHER2陽性乳癌の1例

市立ひらかた病院 乳腺・内分泌外科 亥野 春香

B25 子宮、喉頭、胃、肺、および乳腺の5重複癌の1例

大阪医科大学 乳腺・内分泌外科 松田 純奈

B26 再発時に悪性転化した乳腺葉状腫瘍

高槻赤十字病院 消化器・乳腺外科 前沢 早紀

食道 (14 : 37~15 : 09)

座長 田代圭太郎

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

中井 宏治

(関西医科大学 外科)

- B27 魚骨による食道穿孔に対し緊急ドレナージ術を施行した1例
松下記念病院 外科 高尾 幸司
- B28 咽頭狭窄患者の早期食道癌に対する経胃的逆行性ESDの一例
堺市立総合医療センター 外科 黒野 由莉
- B29 胸痛、胸水を契機に発見された胸部食道癌術後、十二指腸穿孔の1症例
大阪市立大学 第二外科 形部 憲
- B30 食道癌術後、胃管癌術後の胃管癌再発に対して残胃管全摘遊離空腸再建術を施行した1例
京都府立医科大学病院 消化器外科 山里 有三

呼吸器⑥ 術後合併症・症例 (15 : 09~15 : 57)

座長 浜川 博司

(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科)

河野 朋哉

(京都桂病院 呼吸器外科)

- B31 心嚢液貯留によって呼吸困難を呈した患者に対し胸腔鏡下心膜開窓術を施行した1例
大阪医科大学 臨床研修センター 鈴木 悠介
- B32 当院における最近の降下性壊死性縦隔炎の治療経験
西神戸医療センター 呼吸器外科 宮田 亮
- B33 高エネルギー外傷により巨大外傷性肺嚢胞をきたし、緊急肺葉切除を行った1例
神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科 南 和宏
- B34 原発性肺癌に対する左肺上葉切除術後に肺静脈断端血栓症を認めた一例
大阪府済生会野江病院 呼吸器外科 中川 正嗣
- B35 肺動脈切断面からの出血に対しタコシルを用いて止血を得るも、術後に大量出血を来した1例
神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科 齋藤 伴樹
- B36 肺門先行処理による胸腔鏡下右肺上葉切除術
高槻赤十字病院呼吸器センター 呼吸器外科 康 あんよん

C 会 場 (ルーム 2)

午 前 の 部 (9:00~11:08)

大腸① (9:00~9:40)

座長 徳原 克治

(関西医科大学滝井病院 外科)

錦織 英知

(神鋼記念病院 大腸骨盤外科)

- C01 門脈ガス血症および門脈血栓症を伴う S 状結腸憩室穿孔の一例
市立奈良病院 外科 渡 邊 翔
- C02 発症から 1 週間経過して診断され手術を行った S 状結腸憩室穿孔による腹膜炎の 1 例
草津総合病院 大 江 康 光
- C03 治療に難渋したトルソー症候群を呈した進行直腸 S 状結腸部癌の 1 例
兵庫医科大学 下部消化器外科 貝 塚 洋 平
- C04 大腸ステント留置後 SOX 療法が奏効し腹腔鏡下に切除し得た、胃癌合併閉塞性 S 状結腸癌の一例
堺市立総合医療センター 外科 藪 愛紗美
- C05 上行結腸動静脈奇形に対し腹腔鏡下手術を施行した一例
JCHO 大阪病院 外科 斎 藤 雅 子

大腸② (9:40~10:20)

座長 山本 誠士

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

村山 康利

(京都府立医科大学 消化器外科)

- C06 腸回転異常症による盲腸捻転壊死を起こした 1 例
済生会京都府病院 外科 片 岡 智 史
- C07 Sister Mary Joseph Nodule を契機に発見された横行結腸癌の 1 例
府中病院 外科 野 村 菜々香

- C08 結腸癌による成人腸重積症の3例
愛仁会高槻病院 消化器外科 朝倉 力
- C09 化学療法が奏効し切除し得た血管免疫芽球性T細胞リンパ腫合併大腸癌の一例
箕面市立病院 外科 東口 公哉
- C10 当院における大腸癌穿孔症例の特徴と死亡例の検討
愛仁会 千船病院 外科 原田 雅也

大腸③ (10:20~11:08)

座長 畑 泰司
(大阪大学 消化器外科)

内間 恭武
(府中病院 外科)

- C11 上部消化管と瘻孔形成した局所進行大腸癌を根治的に切除した2症例
関西医科大学 外科 三木 博和
- C12 直腸癌術後の側方リンパ節再発に対する鏡視下手術症例について
国立機構 大阪医療センター 外科 市原 もも子
- C13 診断に苦慮した大腸悪性黒色腫の一例
公立甲賀病院 外科 清水 峻
- C14 直腸腫瘤を通常の単孔式手術で使用する器具(ラッププロテクター、EZアクセス)を用いて切除した1例
市立奈良病院 外科 正司 晃子
- C15 閉鎖領域を介しての単径リンパ節転移を腹腔鏡下に確認しえた肛門管癌の2例
大阪医科大学 一般・消化器外科 太田 将仁
- C16 肛門周囲 Bowen 病の1例
健生会 奈良大腸肛門病センター 横尾 貴史

午 後 の 部 (13:10~15:33)

呼吸器⑤ 縦隔腫瘍 (13:10~13:58)

座長 新谷 康
(大阪大学 呼吸器外科)

坂本 鉄基
(近畿大学医学部奈良病院 呼吸器外科)

C17 後縦隔に発生した悪性リンパ腫の1例

大阪警察病院 呼吸器外科 寛 島 隆 史

C18 胸腺原発粘表皮癌の一手術例

大阪市立総合医療センター 呼吸器外科 井 上 英 俊

C19 胸腺内 Cavernous hemangioma の1切除例

刀根山病院 呼吸器外科 小 堀 優 子

C20 頸部胸腺腫合併重症筋無力症に対する頸部切開および両側胸腔鏡による拡大胸腺摘出術の一例

大阪大学 呼吸器外科 八 木 悠 理 子

C21 中縦隔に進展し気管狭窄をきたした胸腺腫の一切除例

近畿大学医学部奈良病院 呼吸器外科 櫻 井 禎 子

C22 上縦隔腫瘍(胸郭上口部)に対して左鎖骨上切開、上部胸骨正中切開を組み合わせたアプローチにより摘出術を施行した1例

八尾徳洲会病院 呼吸器外科 市 橋 良 夫

小腸① (14:05~14:53)

座長 大石 賢玄
(関西医科大学 外科学講座)

小西 博貴
(京都府立医科大学 消化器外科)

C23 消化管穿孔で発見された原発性小腸癌の一例

箕面市立病院 外科 小 林 照 之

C24 穿孔性腹膜炎にて腹膜播種を来した小腸 GIST の1例

奈良県総合医療センター 外科 高 木 忠 隆

C25 過去の手術による癒着で生じた腸間膜間裂孔に小腸が嵌入した絞扼性腸閉塞に対し腹腔鏡下壊死腸管切除・吻合を行った1例

草津総合病院 東 長 佳

C26 絞扼性イレウス解除術後の虚血を伴った腸管に対して ICG 蛍光造影法が有用であった1例
奈良県立総合医療センター 外科 松 本 弥 生

C27 腸重積症を合併した小腸粘膜下腫瘍の1例

市立芦屋病院 外科 佐々木 亨

C28 中腸神経内分泌腫瘍 (NET) の2切除例

関西電力病院 外科 岡 部 あさみ

小腸② (14 : 53~15 : 33)

座長 恒松 一郎
(高槻赤十字病院 外科)

横山 和武
(谷川記念病院 外科)

C29 腸石を伴う穿孔性 Meckel 憩室炎の1例

長浜日赤 外科 東 口 貴 之

C30 高齢発症 Meckel 憩室出血の一切除例

奈良県立医科大学 消化器総合外科 田 中 幸 美

C31 小腸憩室穿通による腹膜炎の1例

滋賀県立成人病センター 外科 増 田 翔 吾

C32 診断に難渋したメッケル憩室穿孔の1例

済生会兵庫県病院 外科 美 田 良 保

C33 小腸内異物誤飲 (義歯) に対する手術症例2例の検討

第一東和会病院 内視鏡外科センター 畷 岡 成 佳

D 会 場 (ルーム 3)

午 前 の 部 (9:00~11:16)

胃・十二指腸 (9:00~9:40)

座長 松本 壮平

(奈良県立医科大学 消化器・総合外科)

細木 久裕

(京都大学 消化管外科)

- D01 単独脳転移を契機に発見され集学的治療を施行した進行胃癌の1例
城山病院 消化器センター 外科 富 永 智
- D02 術後に白血球数の上昇で診断に至ったG-CSF産生胃癌の一例
大阪医科大学 一般・消化器外科 本 田 浩太郎
- D03 急速な経過を辿った胃原発小細胞型内分泌細胞癌の2例
高槻赤十字病院 消化器外科 高 野 義 章
- D04 LECSを施行した早期胃癌の1例
兵庫県立西宮病院 消化器外科 本 田 晶 子
- D05 穿孔性中腸軸捻転を合併した成人腸回転異常症の一例
JCHO 神戸中央病院 外科 加 藤 俊 治

膵臓 (9:40~10:28)

座長 朝隈 光弘

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

岡田 健一

(和歌山県立医科大学 第2外科)

- D06 膵全摘術を施行した膵ITPN由来浸潤癌の1例
市立豊中病院 外科 藤 本 侑 士
- D07 巨大非機能性膵内分泌腫瘍の1切除例
公立甲賀病院 外科 長谷川 隼 人
- D08 膵頭十二指腸切除後に急性副腎不全が疑われた一例
大阪医療センター 外科 小 林 登

- D09 腫瘍形成性膵炎と鑑別が困難であった Groove 膵癌の一例
関西電力病院 外科 杉 本 堯
- D10 術後1年無再発生存中の退形成性膵管癌の一切除例
兵庫県立西宮病院 消化器外科 久 保 維 彦
- D11 高齢者に対する膵頭十二指腸切除術の治療成績の検討
田附興風会医学研究所北野病院消化器センター 外科 岡 田 はるか
- 腹壁・腹膜・ヘルニア (10:28~11:16)** **座長 米田 浩二**
(大阪府済生会吹田病院 消化器乳腺外科)
森 毅
(滋賀医科大学 外科学講座 (乳腺・一般外科))
- D12 小学校低学年までの Nuss 手術中期比較
大阪市立大学医学部附属病院 小児外科 久保田 雪 乃
- D13 腹腔鏡補助下に修復した S 状結腸間膜内ヘルニア陥頓の1例
明和病院 外科 赤 塚 昌 子
- D14 再々発腹壁癒痕ヘルニアに対して腹腔鏡補助下修復術を施行した1例
府中病院 外科 谷 亮 佑
- D15 重症肥満患者の左傍十二指腸ヘルニアに対し単孔式腹腔鏡補助下ヘルニア修復術を施行した1例
京都民医連中央病院 外科 本 田 正 典
- D16 横隔膜傍裂孔ヘルニア内に胃 GIST を認めた一例
大阪医科大学 一般・消化器外科 重 里 親太郎
- D17 虫垂穿孔による後腹膜膿瘍から壊死性筋膜炎を発症した一例
済生会中和病院 外科 西 沼 亮

午 後 の 部 (13:10~15:42)

心臓① (13:10~14:06)

座長 森田 雅文

(京都桂病院 心臓血管センター・外科)

鈴木 友彰

(滋賀医科大学 心臓血管外科)

- D18 化膿性心膜炎を契機に発見された左室流出路仮性瘤を来した1症例
岸和田徳洲会病院 心臓血管外科 小 島 三 郎
- D19 脾膿瘍を合併した感染性心内膜炎
医仁会武田総合病院 禹 英 喜
- D20 気管孔を有した患者に左側方開胸下で心拍動下冠動脈バイパス術を施行した1例
奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科 山 下 慶 悟
- D21 気管切開管理下の18および13トリソミー乳児の開心術の経験
大阪医科大学附属病院 小児心臓血管外科 小 西 隼 人
- D22 鈍的胸部外傷による外傷性大動脈弁逆流を呈した一例
近畿大学 心臓血管外科 宮 下 直 也
- D23 外傷性三尖弁閉鎖不全症に対して三尖弁形成術を施行した1例
京都府立医科大学附属病院 心臓血管外科 森 本 和 樹
- D24 ヘパリン起因性血小板減少症を合併した心拍動下冠動脈バイパス術の1例
和歌山県立医科大学付属病院 心臓血管外科 國 本 秀 樹

血管① (14:06~14:54)

座長 土田 隆雄

(城山病院 心臓血管外科)

細野 光治

(大阪市立大学大学院医学研究科 心臓血管外科)

- D25 腹部大動脈ステントグラフト内挿術中に腸骨動脈の断裂を合併し開腹人工血管置換を施行した一例
大阪市立総合医療センター 心臓血管外科 亀 井 佑 梨
- D26 慢性B型解離に対してオープンステントグラフト法が有効であった1例
大阪市立大学 医学部 心臓血管外科 安 水 大 介

D27 85歳高齢、ショック状態の破裂性胸部大動脈瘤に対して胸部ステントグラフト内挿術で救命し得た1例

独立行政法人 国立循環器病研究センター 心臓血管外科 鳥家 鉄平

D28 遠位弓部の高度屈曲を伴った弓部大動脈瘤に対して、心尖部 pull-through wire により TEVAR を行った一例

大阪市立大学 心臓血管外科 河瀬 匠

D29 慢性解離性総腸骨動脈瘤に対して偽腔閉鎖を併用してステントグラフト内挿術を行った一例

国立循環器病研究センター 心臓血管外科 古谷 翼

D30 A型急性大動脈解離に対する上行大動脈置換術後に腹部分枝虚血を伴う偽腔再開通に対する TEVAR の一例-退院1年後 CT を含めた検討

滋賀医科大学 心臓血管外科 宮下 史寛

血管② (14:54~15:42)

座長 野村 幸哉

(医仁会 武田総合病院 心臓血管外科)

尾藤 康行

(大阪市立総合医療センター 心臓血管外科)

D31 急性上腸間膜動脈閉塞症の3治験例

城山病院 消化器外科 片岡 淳

D32 血胸で発症した縦隔型気管支動脈瘤破裂の1例

武田総合病院 岸田 賢治

D33 下大静脈瘻を合併した腹部大動脈瘤破裂の1例

京都府立医科大学附属北部医療センター 山下 英次郎

D34 緊急開腹が必須であった有症状の腹部大動脈瘤症例

大阪医科大学 心臓血管外科 福原 慎二

D35 完全内臓逆位の胸腹部大動脈瘤破裂に対して緊急人工血管置換術を施行した1例

国立循環器病研究センター 心臓血管外科 三浦 修平

D36 Elephant trunk 用いた弓部置換後、二期的に下行置換を行った成人型大動脈縮窄症の1治験例

桜橋渡辺病院 心臓血管外科 三隅 祐輔

一 般 演 題
抄 錄

A01

急速に進行した AFP 産生細胆管細胞癌の1例

¹大和高田市立病院 外科、
²京都大学肝胆膵移植外科
廣畑吉昭¹、楊 知明²、加藤達史¹、中村友哉¹、
中山裕行¹、岡村隆仁¹

細胆管細胞癌は原発性肝癌取り扱い規約において、1つの独立した疾患概念である。その予後は比較的良好とされるが、臨床病理学的特徴は依然として不明である。症例は70歳代、男性、慢性C型肝炎のフォロー中にAFP(16399ng/ml)、PIVKA-II(377mAU/ml)の著明な上昇およびS8に肝腫瘤を指摘され、画像検査より肝細胞癌と診断され、拡大右葉切除+横隔膜合併切除を施行された。病理学検査では胆管板様の構築が認められ、免疫組織学検査で、AE1/AE3(+)、CK7(-)、CK19(+)、CK20(-)、CD10(+)、CD117(-)であり、細胆管細胞癌と診断された。しかしながら、術後1ヶ月目より、肝内再発および癌性胸膜炎を伴う早期再発を来し、術後2ヶ月で死亡した。低分化、血管侵襲、肝内転移が認められ、本症例の臨床経過との関連が示唆された。また本症例は現在までの報告例の中で最もAFPが高値を示していた。

A03

腫瘍の圧排による閉塞性黄疸をきたした肝門部巨大肝細胞癌の1切除例

¹奈良県総合医療センター 外科
庄司康人¹、高 濟峯¹、松本弥生¹、高木忠隆¹、
松阪正訓¹、向川智英¹、石川博文¹、渡辺明彦¹

症例は76歳、男性。2015年7月に皮膚黄染と倦怠感で当院消化器内科を受診した。血中ビリルビンが17.6mg/dlと高値で、腹部造影CTにて肝門部に約12cm大の境界明瞭な類円形の腫瘤を認めた。腫瘤は肝内側区域と前区域を中心に存在し、肝門部を腹側から圧排して閉塞性黄疸をきたしていた。左右の肝内胆管に内視鏡的胆道ドレナージチューブを留置した後、徐々に減黄が得られた。腫瘍の急速な発育によると思われる低栄養と発熱がみられ、肝逸脱酵素の上昇も出現したため腫瘍切除が必要と判断し、肝中央二区域切除術により腫瘍を切除した。術後経過は良好であり、合併症なく、ADLの著明な改善が得られ術後27日目に退院した。腫瘍の増大による、肝門部圧迫で肝不全への進展が切迫していた状況で手術を施行し、救命することができた。

A02

原発性肝癌肉腫の一切除例

¹神戸大学大学院 肝胆膵外科学
西尾公佑¹、田中基文¹、木戸正浩¹、藏満 薫¹、
木下秘我¹、宗 慎一¹、吉田俊彦¹、荒井啓輔¹、
寺井祥雄¹、松本 拓¹、後藤直大¹、浅利貞毅¹、
外山博近¹、楠 信也¹、味木徹夫¹、福本 巧¹、
具 英成¹

症例は84歳、男性。C型慢性肝炎陽性。前医にて肝S7の肝細胞癌に対する局所治療としてTACE、RFA、PEITなどを繰り返すも再発をきたし、当院紹介。腫瘍マーカーはAFP 1117ng/ml、L3 51.1%と高値。腹部造影CTにて動脈相で内部不均一に淡く造影され、辺縁に被膜様の造影効果を認める長径68mmの単発腫瘍を認めた。肉腫様変性した肝細胞癌、混合型肝癌などを疑い、肝右葉切除を施行。摘出標本の肉眼所見では多結節癒合型の広範な壊死を伴う白色充実性病変を認め、病理所見では索状の肝細胞癌様の成分を認めるも大部分は未分化な肉腫像であり、一部に軟骨肉腫や横紋筋肉腫への分化を伴った。免疫染色ではHepPar-1はごく一部陽性でAFPは陰性、S-100は軟骨肉腫の領域に陽性、desminは一部陽性であり、肝癌肉腫と診断された。WHOの定義では癌肉腫は同一腫瘍内に上皮性の癌と肉腫が混在するとされるが、肝癌肉腫は極めて稀であり、文献の考察を加えて報告する。

A04

術前診断が困難であった肝の炎症性偽腫瘍の1切除例

¹明和病院 外科、
²明和病院 病理科
北村 優¹、中島隆善¹、相原 司¹、赤塚昌子¹、
光藤 傑¹、竹中雄也¹、一瀬規子¹、小野朋二郎¹、
友松宗史¹、別府直仁¹、吉江秀範¹、生田真一¹、
張 宇浩¹、木村文彦¹、岸本昌浩¹、古川一隆¹、
柳 秀憲¹、山中若樹¹、覚野綾子²

はじめに：肝の炎症性偽腫瘍は炎症細胞浸潤と線維化を主体とする炎症性腫瘍類似病変であるが、肝占拠性病変との鑑別に難渋する事が多い。今回我々は術前診断が困難であった肝の炎症性偽腫瘍の1例を経験したので報告する。症例：40歳代、女性。前医にて卵巣類内膜腺癌の診断で化学療法および両側付属器切除と子宮全摘術、直腸低位前方切除術を含む骨盤腹膜切除および傍大動脈リンパ節郭清術を施行され病理学的完全寛解(pCR)の診断が得られた。術後化学療法を行い経過観察中であったが、術4年5か月後の腹部CT検査で肝S3に2cm大の腫瘤を認め当科紹介となった。卵巣類内膜腺癌の肝転移を疑って肝左葉切除術を施行した。病理組織学検査にて標本内にviableな腫瘍細胞は認めず、胆管周囲への高度なりンパ球浸潤および胚中心を伴うリンパ濾胞形成像を示し、肝炎症性偽腫瘍と診断した。

A05

腫瘍内出血で発症し肝右葉切除術を施行した GIST 肝転移の 1 例

¹奈良県総合医療センター 外科、
²奈良県総合医療センター 救急科
切畑屋友希¹、渡辺明彦¹、高木忠隆¹、松本弥生¹、
向川智英¹、石川博文¹、高 濟峯¹、松阪正訓²

Gastrointestinal stromal tumor (以下 GIST) は肝臓や腹膜に転移することがあるが、術後フォロー中に腹痛で発症した GIST 肝転移腫瘍内出血に対し肝切除を施行した症例を経験したので報告する。症例は 55 歳男性。2012 年 6 月十二指腸 GIST に対し十二指腸部分切除術を施行。2014 年 6 月まで当科でフォローし、その後は内科で 1 年ごとの CT 検査でフォローされていた。2015 年 3 月に激烈な腹痛や背部痛が出現したため救急外来を受診、CT 検査で多発性肝腫瘍の腫瘍内出血と診断された。緊急 TAE による止血術が施行されたが、腹痛や発熱が持続するため当科紹介された。症状を改善する目的で準緊急的に肝右葉切除術を施行した。病理検査では肝腫瘍は GIST であった。術後経過は良好で現在外来通院にて経過観察中である。GIST 術後の再発に対する治療の第 1 選択はイマチニブの投与であるが、今回積極的な外科的切除により症状の改善を得ることができたので文献的考察を加え報告する。

A07

有症状肝嚢胞に対する腹腔鏡下開窓術の経験

¹馬場記念病院 外科
瀬良知央¹、野田英児¹、高田晃次¹、西村潤也¹、
南原幹男¹、寺岡 均¹、西野裕二¹

【はじめに】有症状肝嚢胞に対する腹腔鏡下開窓術は、近年広く施行されるようになってきたが、再発が多く胆汁瘻などの合併症もあり手技の工夫が望まれている。再発予防として、開窓術および嚢胞壁の大網被覆を行い良好な結果を得たとの報告が散見される。今回、我々は有症状巨大肝嚢胞に対し腹腔鏡下開窓術および大網被覆術を施行した 3 例の経験について、文献的考察を加え報告する。【症例】開窓は出血や胆汁瘻予防のため自動吻合器を用いて行った。1 例で嚢胞壁から胆汁漏出を認め、腹腔鏡下に縫合閉鎖した。開窓部を覆うように大網を固定したが、1 例は十分な大網の受動が得られず断念した。その例では嚢胞内に膿瘍形成を認めドレナージを行ったが、速やかに軽快した。他 2 例は術後合併症なく経過した。3 例とも再発を認めず外来通院中である。【考察】腹腔鏡下開窓術の 3 例について報告した。再発予防に開窓嚢胞の大網被覆が有用である可能性が示唆された。

A06

腹腔鏡下肝切除術時の肋間ポートにより呼吸器合併症を呈した 2 例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科
梅寄乃斗香¹、太田将仁¹、井上善博¹、廣川文鋭¹、
林 道廣¹、内山和久¹

【諸言】教室では現在までに 258 例の腹腔鏡下肝切除を経験しており、現在ではデバイスの進化および手術手技の確立に伴い様々な肝切除術を腹腔鏡下に施行している。今回、腹腔鏡下肝部分切除術の際に用いている肋間ポートに関して報告する。【手技】肝切離に先立ち、第 8、9 肋間後腋窩線上にバルーン付きポートを挿入する。これにより肝離断方向が他の鉗子と競合しないよう肝臓を圧排しながら離断を行う。【結果】肋間ポートを挿入することにより良好な視野を確保でき、平均手術時間 218 分、平均出血量 100g であった。肺損傷は 1 例も認めなかったものの、径 12mm のバルーン付きポートを用いた症例では 2 例に気胸および術後ドレナージの必要な胸水の貯留を認めた。【結語】腹腔鏡下肝切除術において、肋間ポートを使用することにより良好な術視野を確保でき、デバイスの使用が容易となるものの、呼吸器合併症には十分な注意が必要である。

A08

右胃大網動脈をグラフトとして用いた冠動脈バイパス術後の急性胆嚢炎の一例

¹兵庫県立姫路循環器病センター 外科
小野真義¹、竹長真紀¹、松田佳子¹、大澤正人¹、
中本 光春¹

【はじめに】右胃大網動脈 (RGEA) での冠動脈バイパス術 (CABG) 後の腹部手術は RGEA の温存が必要となる。RGEA を用いた CABG 後の急性胆嚢炎を経験したので報告する。【症例】77 歳女性、急性胆嚢炎で紹介された。CABG の既往がある。造影 CT で RGEA グラフトの造影を認めた。PTGBD は胆嚢と肝下面の癒着が狭く困難であった。腹腔鏡所見で胆嚢は炎症が強く周囲と高度に癒着し、RGEA グラフトは肝門索左側を走行し胆嚢とも近接するのが認められた。RGEA 損傷を避けるため胆嚢ドレナージ術とした。冠動脈 CT で RGEA グラフトの開存が確認された。二期的に開腹術とし、肝門索右側までの右肋弓下切開で胆嚢摘出術を行い RGEA を温存した。【考察】RGEA での CABG 後の腹部手術は RGEA の温存が必要である。本症例は腹腔鏡所見から RGEA 損傷を避けるため胆嚢ドレナージ術とし、二期的開腹胆嚢摘出術で RGEA を温存した。【まとめ】RGEA を用いた CABG 後の急性胆嚢炎の一例を経験したので報告した。

A09

出血を契機に発見された胆管内乳頭状腫瘍の一例

¹近畿大学奈良病院 外科、
²近畿大学奈良病院 病理診断科
金泉博文¹、辻江正徳¹、古形修平¹、福田周一¹、
井上啓介¹、竹山廣志¹、木谷光太郎¹、藤原由規¹、
湯川真生¹、若狭朋子²、太田善夫²、井上雅智¹

出血を契機に発見された胆管内乳頭状腫瘍の一例を経験したため報告する。症例は78歳の男性。以前から肝 S5に肝嚢胞を指摘されていた。CT 検査で既知の肝嚢胞の被膜に壁肥厚が出現し増大傾向を認めたため当科紹介となった。腹部超音波検査で嚢胞内は出血を疑う高輝度エコー像を呈し、MRI 検査では嚢胞内出血および壁内に石灰化やヘモジデリン沈着を疑う所見を呈した。既知の肝嚢胞に出血が生じ、血腫が壁肥厚様に観察された可能性が高いと考えられたが、嚢胞腺癌の可能性が否定できなかったため診断的加療目的に腹腔鏡下肝 S4/5部分切除術を施行した。切除標本の肉眼的所見では嚢胞内に器質化した血腫を認め、嚢胞の被膜は線維化による肥厚を認めた。病理組織学的診断では嚢胞内腔の一部で adenocarcinoma 相当の強い異型を有する腺上皮が乳頭状構造を呈しており、intraductal papillary carcinoma of the bile duct と診断した。術後5ヶ月経過し無再発生存中である。

A11

急性心筋梗塞後左室自由壁破裂に対する治療

¹北播磨総合医療センター
藤末 淳¹、山田章貴¹、辻本貴紀¹、小原大見¹、
顔 邦男¹、麻田達郎¹

症例1) 83歳女性。嘔吐を主訴に前医に搬送され、急性心筋梗塞、左室自由壁破裂疑いで当科紹介となり、緊急手術となった。PL 領域に8cm 大の心外膜下血腫を認め、oozing rupture の所見であった。タコシルを貼付し、止血を得た。術後34日に自宅に独歩退院した。症例2) 77歳男性。悪心を認め、発症3日後の急性心筋梗塞にて入院となった。保存的加療にて経過観察していたところ、入院3日後に突然ショック状態となった。心タンポナーデを認め、左室自由壁破裂の診断で緊急手術となった。PL 領域に AMI scar を認め、中心は菲薄化していたが、massive な出血は認められなかった。タコシルを貼付し、止血を得た。閉胸を試みたが、心破裂による大量出血を来たしたため、人工心肺を確立した。scar の中心の5mm 大の孔から blow out 型の出血を認め、felt sandwich technique 及び牛心膜パッチによる補強で止血を得た。術後31日にリハビリ目的で転院した。

A10

完全内蔵逆位症に合併した若年性早期胆嚢癌の1例

¹大阪労災病院 外科
古賀陸人¹、村上昌裕¹、清水潤三¹、安山陽信¹、
松村多恵¹、亀田千津¹、川端良平¹、小田直文¹、
廣田昌紀¹、森島宏隆¹、能浦真吾¹、松並展輝¹、
長谷川 順一¹

【はじめに】内臓逆位症は一部もしくは全部の臓器の配置が正常位に対して鏡面像をとる先天的な発生異常で、頻度は4000~20000 人に1 人と稀である。【症例】34歳男性。腹痛を主訴に2015年6月下旬に当院受診した。腹部CT にて完全内蔵逆位と胆嚢の軽度腫大を認め、急性胆嚢炎の診断にて緊急入院した。入院翌日の血液検査で AMY の上昇を認め、腹部CT 検査では脾腫大および周囲脂肪織の混濁を認めた。胆石性膵炎を疑い、ERCP を施行したが、胆管内に明らかな結石は認めなかった。胆嚢底部に造影効果のある腫瘤を認め、胆汁細胞診が class5であったことから、胆嚢癌と診断し、8月上旬に胆嚢摘出、肝床部切除術を施行した。切除標本では胆嚢底部に45×40mm 大の脆弱な有茎性腫瘍を認めた。病理組織学的所見では深達度 m の胆嚢癌であった。【まとめ】今回、われわれは完全内蔵逆位に合併した早期胆嚢癌の1切除例を経験した。

A12

複数回手術後の先天性結合組織疾患に生じた冠動脈瘤、僧帽弁閉鎖不全症の一例

¹京都府立医科大学 心臓血管外科
池本公紀¹、土井 潔¹、沼田 智¹、山崎祥子¹、
板谷慶一¹、森本和樹¹、眞鍋嘉一郎¹、夜久 均¹

【はじめに】先天性結合組織疾患はその病態からしばしば複数回手術を要する。【症例】27歳、男性。13~16歳にかけて、急性大動脈解離、大動脈瘤破裂に対し、大動脈弓部、腹部、胸腹部、基部置換術と計4回の手術を順次施行し全大動脈置換となった。その他の既往として、網膜剥離、近視、脊柱側弯、対麻痺を認めた。外来通院中に心不全徴候の増悪を認め、精査にて冠動脈主幹部瘤（瘤径26mm）および重度僧帽弁閉鎖不全症を認めた。これに対し冠動脈瘤切除および冠動脈バイパス術（LITA-LAD、Ao-free RITA-OM）、僧帽弁置換術（On-X 33mm）を施行した。術後経過は順調で早期に抜管可能であった。創傷治療遅延、憩室出血等を認めたが無事軽快退院した。【まとめ】複数回手術により全大動脈置換となった後に生じた冠動脈瘤、僧帽弁閉鎖不全症に対し外科的治療を余儀なくされたが、手術加療を行い良好な結果を得た。

A13

Valsalva 洞瘤破裂と診断された心室中隔欠損症、右冠尖逸脱の一例

¹和歌山県立医科大学 第1外科

柴田深雪¹、本田賢太郎¹、岡 徳彦¹、湯崎 充¹、
國本秀樹¹、西村好晴¹、岡村吉隆¹

症例は65歳女性。20歳時、心室中隔欠損症と診断されたが、以後通院を自己中断していた。階段昇降時の息切れ、下腿浮腫を自覚し、精査の結果、心室中隔欠損症、右冠尖逸脱、Valsalva 洞瘤破裂の診断となり、手術施行方針となった。術中所見は、肺動脈を切開すると肺動脈弁下に心室中隔欠損を認め、欠損孔を介しポーチ状となった右冠尖が右室流出路へ突出しており、そのポーチの先端が開口していた。次に大動脈を切開すると、大動脈弁は3尖で右冠尖は弁尖、弁輪共に強い石灰化で可動性を認めなかった。心室中隔欠損閉鎖、大動脈弁置換術を施行した。稀な症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

A15

左主肺動脈内に進展した原発性肺動脈肉腫に対し Clamshell アプローチで根治術を行った一例

¹神戸大学 心臓血管外科

藤本将人¹、河野敦則¹、池野友基¹、後竹康子¹、
阿部隆之¹、松枝 崇¹、井澤直人¹、山里隆浩¹、
宮原俊介¹、野村佳克¹、北村アキ¹、佐藤俊輔¹、
高橋宏明¹、井上 武¹、松森正術¹、大北 裕¹

32歳男性。湿性咳嗽を主訴に受診し気管支鏡検査で肉腫が疑われた。左肺門に32mm 大の腫瘍を認め、肺生検にて左肺動脈原発の肺動脈肉腫と診断された。遠隔転移はなく、根治切除術を行う方針となった。手術アプローチは左肺門部腫瘍切除に加え左主肺動脈操作、体外循環送脱血部位などを考慮し第4肋間開胸での Clamshell 切開を選択した。開胸し癒着した左肺を胸壁から剥離した後大右腿動脈送血、右大腿静脈及び右心房脱血にて体外循環を確立した。左上肺静脈を心嚢内で切離し、左肺動脈内腫瘍から約1cm の margin をとって左主肺動脈起始部を切離した。断端はウシ心膜を4x6cm の舟形パッチにして形成した。最後に左主気管支を切離し左肺門部の縦隔胸膜、心膜を腫瘍と一塊にして合併切除した。切除組織所見で腫瘍は肺動脈原発の未分化高悪性度肉腫と診断された。アプローチ方法に検討を要した肺動脈肉腫の根治術を経験したので文献的考察を加えて報告する。

A14

右室を圧排した心膜血管腫の1例

¹関西医科大学 附属枚方病院 心臓血管外科
楠瀬貴士¹、岡田隆之¹、丸山高弘¹、川又 健¹、
渡辺健一¹、角田智彦¹、金本真也¹、湊 直樹¹

73歳、男性。15年前に左肺癌手術後に化学療法および放射線療法を施行したが、他に有意な既往なし。その後、上腹部違和感および食事時に同部の絞扼感を自覚され、上行結腸憩室および心臓下面の腫瘍を指摘されていたが放置していた。最近、発汗を伴う微熱を認めたため、精査目的で受診。UCG では心機能は保たれていたが、右室を圧排する、心臓との交通のないφ74×69mm の iso-echoic mass を指摘。CT では右室下面および横隔膜間に、壁および内部に部分的石灰化を伴う充実性腫瘍があり心膜嚢胞が疑われた。

手術は心嚢内腫瘍・横隔膜合併切除術、右室心外膜ウシ心嚢パッチ被覆（補助循環 FF bypass・心拍動下）および横隔膜欠損部ウシ心膜パッチ補填形成術を施行した。術中迅速病理では悪性所見なし。病理結果にて血腫を伴う心膜血管腫と診断。微熱や嚙下時の腹部症状は消退し経過観察中である。文献的考察を加えて報告する。

A16

右房内肝細胞癌に対し体外循環を用いて根治的に切除し得た一例

¹大阪大学 心臓血管外科

横田純己¹、福寫五月¹、戸田宏一¹、仲村輝也¹、
宮川 繁¹、吉川泰司¹、齋藤俊輔¹、吉岡大輔¹、
堂前圭太郎¹、上野高義¹、倉谷 徹¹、澤 芳樹¹

【症例】75歳・男性【現病歴】肝細胞癌に対し2012年にTAEを施行。2013年12月、再発と右房内進展を認め当院消化器外科紹介。拡大左葉切除に加えて右房内腫瘍摘出のため当科紹介。【既往歴】HT・DM【検査所見】心エコーで軽度の大動脈弁狭窄、右房内に71*25mm の腫瘍を認め、造影CTで肝静脈、下大静脈から右房に連続する腫瘍を認めた。【手術所見】肝門部・肝静脈の確保を行い胸骨正中切開。上行大動脈に送血管、上大静脈と大腿静脈から腹部下大静脈に脱血管を挿入し体外循環を開始。左葉切時の横隔膜切離線を延長し下大静脈前面を露出、肝静脈・肝門部・下大静脈を遮断して右房を切開。腫瘍摘出した。術後、肝不全心不全等の合併症を認めなかった。【考察】心房内進展を伴う肝細胞癌は予後不良だが、肺梗塞や心不全による突然死予防のため切除が推奨される。今回我々は体外循環を用いて良好な視野の下に腫瘍を切除し得たので、若干の文献的考察を交えて報告する。

B01

発症機序が興味深い遅発性血胸の1例

¹兵庫医科大学 呼吸器外科

橋本昌樹¹、中道 徹¹、黒田鮎美¹、多久和輝尚¹、
松本成司¹、近藤展行¹、長谷川誠紀¹

症例は50歳代男性。数週間前に転倒し右肋骨骨折(第9、10)を発症し保存的に加療されていたが、夕食時にワインの栓を抜こうとした瞬間に、激しい胸痛が出現。冷汗著明であり、心原性ショックが疑われ当院救命センターに搬送となった。来院時ショックバイタルで、画像検査を行うと右胸水を認め、血胸による出血性ショックと判明した。肋骨骨折の亜急性期であることより肋間動脈からの出血を疑いTAEを試みるも出血源は同定できず開胸止血術が必要と判断され、当科紹介となった。胸腔鏡を挿入したところ、胸腔内には多量の血腫を認めた。肋骨骨折部には断裂した筋組織が付着しており、その下面を検索すると断裂した横隔膜を認め、同部位より動脈性の出血を認めた。同部位を縫合修復し止血を完了した。今回の血胸の発症機序は骨折した肋骨が横隔膜に癒着しているところに胸腔内が急激に陽圧となることで癒着していた横隔膜が断裂し発症したものと推察された。

B03

肋骨外骨腫によって気胸をきたした1例

¹姫路医療センター 呼吸器センター外科

熊田早希子¹、松岡勝成¹、伊藤温志¹、平良彰浩¹、
坂根理司¹、渡辺梨砂¹、山田 徹¹、松岡隆久¹、
長井信二郎¹、植田充宏¹、宮本好博¹

【症例】13歳女性。多発性外骨腫でフォロー中。テニスの試合中に呼吸困難感が出現し改善しないため、翌日に前医を受診した。胸部単純X線で左気胸を認めたため、当院へ紹介となり胸腔ドレナージを施行した。胸部CTでは明らかなブラはなく、左第5肋骨から胸腔内に突出する骨変形を認めた。初発気胸であったが、左肺完全虚脱であるため、手術の方針とした。術中に舌区縦隔側に肺損傷を認め、原因病巣と考えられたため部分切除した。第5肋骨に胸腔内に凸な外骨腫を認め、肺損傷の原因と考え切除した。【考察】外骨腫は、骨成長が盛んな思春期に、孤発性あるいは遺伝性多発性に生じる。大腿骨や脛骨など長幹骨に発生することが多く、肋骨胸腔内に凸に生じることは稀とされる。外骨腫由来の気胸症例の報告は8例に過ぎず、非常に稀な病態であるといえる。今回、肋骨外骨腫によって気胸をきたした1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

B02

乳児期の開胸手術で使用されたワイヤーが原因で気胸を繰り返した一例

¹北野病院 呼吸器外科

福井崇将¹、住友亮太¹、山梨恵次¹、大竹洋介¹、
黄 政龍¹

症例は20歳男性。生後6か月時に成熟奇形腫に対し左前方腋窩開胸で前縦隔腫瘍切除術を行った。手術時に左第3、4、5肋骨を離断され、ワイヤーでそれぞれ固定された。18歳時に健診で左気胸を指摘されたが自然軽快した。20歳時に左気胸を再発し、当院で胸腔ドレナージをうけたが、短期間で再々発した。術前胸部CTで、第5肋骨から胸腔内に突出する異物を認めた。胸腔鏡下に観察したところ、乳児期手術の際に第5肋骨の固定に用いられたワイヤーが、断裂して胸腔内に突出し肺を損傷していた。これが気胸の原因と考え、ワイヤーを除去した。肺損傷部はポリグリコール酸シートとフィブリン糊を用いて補修した。術後は順調に経過し4日後に退院した。乳児期に肋骨の固定のため留置されたワイヤーが断裂すると、長期間を経て気胸の原因となることがあり注意を要する。

B04

限局性嚢胞性疾患に合併した気胸の1例

¹大阪府結核予防会大阪病院 外科、

²西宮市立中央病院 呼吸器外科
中根 茂¹、松垣直純²

35歳、男性。主訴は呼吸困難、背部痛。胸部X線にて右気胸を認め右ドレナージを行った。再膨張後のCTにて右下葉に限局した12cmの嚢胞性病変とその中心部に管状の構造物を認め、気管支鏡検査では亜区域気管支レベルまではすべて開存していた。先天性気管支閉鎖症あるいは肺葉性肺気腫に合併した気胸と考え手術施行した。嚢胞性病変と正常肺との境界は明瞭で肺底部から突出しており自動縫合器にて切除した。

B05

縦隔偏位をきたした巨大肺嚢胞の1切除例

¹神戸大学大学院医学研究科 外科学講座呼吸器外科学分野

内田孝宏¹、大隈宏通¹、清水奈保子¹、奥田祐亮¹、小川裕行¹、田根慎也¹、法華大助¹、田中雄悟¹、眞庭謙昌¹

縦隔偏位をきたした巨大肺嚢胞の1切除例を経験したので報告する。症例は47歳の男性、既往歴・現疾患に特記事項無し。咳嗽を自覚するも改善なく、近医救急外来を受診した。胸部写真で右気胸と診断され20Fr 胸腔ドレーンを留置されたが、肺の拡張を認めず。その後胸部CTにてその部位は巨大ブラであることが判明し、さらに縦隔を圧排していたため、手術目的にて当科紹介となった。自覚症状は強くなかったが、縦隔偏位をきたしており、緊急で胸腔鏡下肺嚢胞切除術を施行した。上葉のブラは電気メスで焼灼縮小し、部分切除を行った。術後2日目にはドレーン抜去でき、術後7日目に退院となった。若干の文献的考察を加えて報告する。

B07

術後7年目に縦隔内再発をきたした肋骨原発骨膜性軟骨腫の1例

¹国立病院機構東近江総合医療センター 呼吸器外科

大内政嗣¹、井上修平¹、尾崎良智¹、上田桂子¹

【はじめに】肋骨原発の骨膜性軟骨腫はまれな良性骨腫瘍である。【症例】61歳、女性。左第7肋骨原発の骨膜性軟骨腫に対して胸壁切除術を行った。初回手術より7年後に創部の疼痛が出現したため当科を受診、胸部CTで左側心膜周囲脂肪織内に約1cmの結節影を認めた。胸部CTおよびMRI検査所見から軟骨腫の再発を疑い、結節は増大傾向であったため手術療法を施行した。心膜周囲脂肪織内に結節を触知し、結節を含む心膜周囲脂肪織と初回胸壁切除部位の癒痕組織を切除した。心膜周囲脂肪織内に約5mmのゼリー状成分を含む結節を認め、病理組織学的検査で軟骨性腫瘍と診断した。胸壁切除部位には腫瘍成分は認めなかった。【結語】骨膜性軟骨腫は切除されれば治療成績は良好であるが、今回、切除断端ではなく胸壁直下の前縦隔内に再発を認めた。病理組織学的にも低悪性度の軟骨肉腫との鑑別は困難であり、術後は慎重な経過観察が必要である。

B06

再建にePTFEシートを使用した胸骨腫瘍切除術の2例

¹大阪市立大学医学部附属病院 呼吸器外科

原幹太郎¹、泉信博¹、水口真二郎¹、山本寛子¹、岡田論志¹、戸田道仁¹、柴田利彦¹、西山典利¹

胸骨切除後、広範囲の欠損部に対しては縦隔内の臓器保護および術後の奇異性呼吸の予防に何らかの再建が必要である。今回、我々は胸骨欠損部の再建にePTFEシートを使用し術後経過良好であった2例を経験したので報告する。【症例1】50歳男性。甲状腺癌胸骨転移のため当科紹介。CTで胸骨体に5.2×4.2cm大の腫瘤を認めた。頭側は胸骨柄を横断し、左第2-7・右3-7肋軟骨切除、胸骨体および剣状突起を切除し胸骨腫瘍を摘出した。【症例2】52歳女性。甲状腺癌胸骨転移のため当科紹介。CTで胸骨体上部に4.5×4.0cm大の腫瘤を認めた。頭側は胸骨柄を横断し、左右第2-3肋軟骨、尾側は第4肋骨上縁で胸骨体を横断し胸骨腫瘍を切除した。【再建】欠損部の胸腔面にePTFEシートを十分な張力が得られるように0ナイロン糸で胸骨柄、左右肋骨に固定し前縦隔、シート前面、皮下にドレーンを留置した。【結果】術後感染や胸壁の動揺を認めず、ともに2週間以内に軽快退院した。

B08

肺リンパ節に発した限局型キャッスルマン病の1切除例

¹近畿大学 呼吸器外科、

²近畿大学 病理学講座

副島奈央子¹、富沢健二¹、榎木英介²、小原秀太¹、瀬角裕一¹、小林祥久¹、千葉真人¹、佐藤克明¹、下治正樹¹、武本智樹¹、阪口全宏¹、光富徹哉¹

16歳男性。検診の胸部単純X線写真で右上肺野に腫瘤影を指摘されて当科へ紹介受診した。胸部CT上、右主気管支から上葉気管支に接する3.5cmの腫瘤を認め、FDG-PETでSUV max 3.4の集積を示した。超音波気管支鏡ガイド下針生検を施行するも確定診断に至らなかった。悪性腫瘍を否定できないため、診断目的で胸腔鏡下腫瘍切除術を施行した。術中迅速病理診断は正常リンパ節であったが、永久病理診断は同心円状に配列するリンパ球と硝子化を伴う血管を認める硝子血管型キャッスルマン病であった。キャッスルマン病は全身に発生するリンパ増殖性疾患で限局型と多発型に分かれる。その病態は腫大したリンパ節からのIL6過剰産生によるものであり、本例においても術前血清IL6は88pg/ml(正常4pg/ml以下)と高値であった。今回、肺内リンパ節発生のキャッスルマン病の切除例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

B09

局所切除を行った肺葉内肺分画症の1例

- ¹市立豊中病院 臨床研修部、
²市立豊中病院 外科、
³公立学校共済組合近畿中央病院 外科
藍原千栄¹、岩澤 卓²、藤本侑士²、池田敦世²、
銚之原健太郎²、米山知寿²、高田晃宏²、
広田将司²、大島一輝²、谷田 司²、富丸慶人²、
畠野尚典²、小森孝通²、川瀬朋乃²、森田俊治²、
今村博司²、赤木謙三²、西岡清訓³、堂野恵三²

【症例】60歳代女性【主訴】咳嗽【現病歴】2009年から左肺下葉の嚢胞性病変について内科で経過観察中、2015年6月に咳嗽、微熱を認めたため精査を行ったところ肺内分画症と随伴する肺炎と診断され外科に紹介となった。【既往歴】心筋梗塞、膜性腎症【現症】特記すべき所見なし。【血液検査】WBC5700、CRP 0.6、その他以上所見なし。【造影CT】左肺S10に径50×30×30mmの嚢胞性病変と周囲に浸潤影を認め、下行大動脈から分枝する径3.5mm大の流入動脈を認めた。【手術】同10月に胸腔鏡下左肺下葉部分切除を施行。胸壁との癒着を剥離後、流入動脈を同定し二重結紮後切離した。分画肺と周囲肺の境界は不明瞭であったが、比較的小さく周囲肺の炎症が軽度であったため局所切除が可能と判断し、自動縫合機器で切除した。術後経過は良好で、今後経過観察の予定である。【考察】本症例のような小さな分画肺は局所切除のよい適応と考えられた。

B11

肺原発リンパ上皮腫様癌 治癒切除後一年後に急速な再発を認めた一例

- ¹北摂総合病院 呼吸器外科、
²市立ひらかた病院 呼吸器外科
飯塚 理¹、林 哲也¹、中尾圭一¹、時津浩輔²、
立花秀一¹

症例は84歳、男性。肺気腫症精査中の2013年11月に胸部CTで右肺中葉S4に径15mmの腫瘤陰影を認め、1ヵ月後には本陰影は径19mmと増大した。全身FDG-PETで本陰影に異常集積を認めた。気管支鏡下生検で肺扁平上皮癌と診断、術前cT1aN0M0の診断で2014年2月に右肺中葉切除およびリンパ節郭清(ND2a)術を施行した。術後診断はリンパ上皮腫様癌、pT1bN0M0であった。術後の追加治療は患者が拒否した。2014年11月の全身FDG-PETでは再発は認めなかった。しかし2015年6月より前胸部痛と腰痛が出現。8月の全身FDG-PETで原発不明癌の多発骨転移、リンパ節転移と診断され、穿刺骨生検で本癌の転移と診断された。肺原発リンパ上皮腫様癌は比較的前後良好との報告が多い中、本例では術後一年経過しての急速な再発進行症例を経験し検討の必要が示唆された。

B10

血痰を主訴とし、原発性肺癌との鑑別が困難であった Sclerosing pneumocytoma の一手術例

- ¹和歌山県立医科大学 第一外科
房本安矢¹、吉増達也¹、尾浦正二¹、粉川庸三¹、
川後光正¹、宮坂美和子¹、大橋拓矢¹、矢田由美¹、
本田麻里子¹、岡村吉隆¹

症例は40歳代女性。重喫煙者で持続する血痰を主訴に来院。胸部CTにて右S4の中枢部に径32mm大の腫瘤性病変を認め、PET-CTでは同部位にSUVmax.=4.01のFDG集積を認めた。気管支鏡検査を施行したが確定診断を得られなかったため、開胸生検を行った。病理診断はSclerosing pneumocytomaであった。術後経過は良好で、現在経過観察中である。Sclerosing pneumocytomaは良性腫瘍であり、一般的に無症状で経過し、検診等で胸部異常陰影にて指摘され、発見されることが多いが、血痰や咯血を契機に発見される症例も散見される。また、気管支鏡にて診断が得られにくく、PET-CTにてFDGの異常集積を認めるため、原発性肺癌との鑑別が困難なこともある。そのため、出血コントロール目的や診断目的で手術が選択されることも多い。今回血痰を主訴とし、原発性肺癌との鑑別が困難であったSclerosing pneumocytomaの一手術例を経験したので報告する。

B12

cT3N2M0肺腺癌(pT3N2M1a)に対し外科治療を行った一例

- ¹石切生喜病院 呼吸器外科
八尋亮介¹、藤井祥貴¹、三上 巖¹、西田 達¹

【緒言】臨床病期IIIA期以上の進行肺癌に対し積極的な外科治療の介入は少ない。今回、進行肺癌に対し肺葉切除+眼球摘出術を行った一例を報告する。

【症例】50代女性。左肺S6に径90mm大の腫瘤影を認め、TBBで肺腺癌、FDG-PET/CTで腫瘍以外に#4L、5LNにFDGの集積を認め、cT3N2M0 StageIIIAと診断し、左肺下葉切除+縦隔リンパ節郭清を施行。術後、胸水細胞診が陽性よりpT3N2M1a StageIVであった。術後化学療法を施行したが術後9ヶ月で残存肺に複数の小結節、術後15ヶ月で脳転移を認めSRT施行。左視神経転移を認めたため左眼球を摘出し、脳転移に対する放射線治療を継続したが術後46ヶ月で永眠された。しかし経過を通して肺炎、咯血、呼吸困難等の呼吸器症状は認めなかった。【結語】QOL維持を目的とする外科治療は進行肺癌であっても有用であり、積極的な介入も考慮すべきと考える。

B13

局所進行非小細胞肺癌に対する術前導入化学放射線治療の実際

¹天理よろづ相談所病院 呼吸器外科
戸矢崎利也¹、上田雄一郎¹、千葉直久¹、
後藤正司¹、中川達雄¹

【目的】局所進行非小細胞肺癌（NSCLC）症例に対する導入化学放射線治療（induction CRTx）および手術治療の安全性および有効性を検討する。【方法】2001年から2015年までに当院で施行したinduction CRTxに続き手術を行ったc-IIIaおよびIIIB期NSCLC 16例を後ろ向きに検討した。【成績】内訳は男性14例、平均年齢は64.4±7.3であった。組織型は腺癌6例、扁平上皮癌9例、その他1例で治療前病期はIIIA期14例、IIIB期2例であった。放射線照射は2009年までの4例で40Gy、以後の12例で50Gyを化学療法同時併用で行った。手術は1葉切除13例、2葉切除2例、全摘1例であり、全例R0手術であった。術後遷延性肺ろうや気管支断端ろうの合併は認めなかったが、2例で放射線肺炎が顕在化した。術後在院日数は14.0±7.4で在院死および30日死亡は認めなかった。術後3年生存率は70.9%であった。【結論】induction CRTxに続く根治的肺切除は重篤な合併症を伴わず忍容性があると思われる。

B15

異時性多発肺癌に対して、両側胸腔鏡下肺葉切除術を行い得た一例

¹美杉会 男山病院 外科、
²美杉会 佐藤病院 外科、
³美杉会 佐藤病院 呼吸器外科
福田正順¹、帆足孝彦¹、清水謙司¹、奥村憲二²、
五味 隆²、河合泰博²、大迫 努³

症例は70歳台の男性。昨年、COPDを伴う右中葉肺癌に対し胸腔鏡下右中葉切除術を施行した。病理学的に扁平上皮癌（T3aN0M0、stage2B）であった。術後1年後に左上葉に結節影が出現し、気管支鏡検査では前回と同様に扁平上皮癌であった。肺機能は術前よりむしろ良好で、VINCENTを用いた術後予測でもVC 2120ml、FEV1.0 1470mlとなり切除可能と判断した。また、PETではリンパ節転移、遠隔転移は認めなかった。そこで、胸腔鏡補助下左上葉切除術を施行したが、術後経過は良好で、扁平上皮癌 T1bN0M0と診断された。多発肺癌でも完全切除が可能であれば、手術が推奨される。両側肺癌患者においても、術前評価を十分に行い、さらに、侵襲の少ない内視鏡手術を選択することで、より安全に肺葉切除を行い得ると考えられた。

B14

気胸を契機に発見された両側多発結節、肺嚢胞の1例

¹大阪医科大学附属病院 外科学講座 胸部外科学教室、
²市立ひらかた病院、
³大阪医科大学附属病院 病理学教室
文元聰志¹、市橋良夫¹、越智 薫¹、佐藤 澄¹、
花岡伸治¹、時津浩輔²、岡田仁克³、勝間田敬弘¹

両側肺にびまん性に多発する嚢胞を伴う結節を呈する症例を経験したため報告する。（症例）72歳、男性。2015年6月右自然気胸を発症し、近医でドレナージ施行し軽快するも、9月に再度、右自然気胸、両側胸水を認め、入院となる。以前より両側肺多発嚢胞、結節を認めており、精査加療目的に当科紹介となる。胸腔鏡下に右下葉を3箇所部分切除したところ、結節はいずれも扁平上皮癌であった。（考察）空洞を呈する肺疾患は原発性肺癌、転移性肺腫瘍、感染症、炎症性疾患、肺リンパ脈管筋腫症、肺好酸球性肉芽腫症などがあり、気胸を契機に発見された肺癌は1%以下と稀であり、腺癌、扁平上皮癌が多い。

B16

腎癌術後25年後の孤立性肺転移の一切除例

¹ベルランド総合病院 呼吸器外科、
²大阪市立大学 呼吸器外科
宮本 光¹、井上清俊¹、永野晃史¹、山本寛子²、
原幹太郎²、西山典利²

【症例】68歳、男性。【既往歴】1990年腎臓癌で右腎摘除術、2007年前立腺癌で前立腺全摘除術施行。【現病歴】咳嗽を主訴に2015年8月当院内科受診。胸部CT検査にて右上葉に約1cmの結節を認め、2013年12月のCTと比較し、増大傾向を認めた。腫瘍の大きさから気管支鏡での生検検査は困難であった。FDG-PET検査では全身に異常集積を認めなかった。診断加療目的に当科紹介受診し入院手術となった。2015年10月、まず胸腔鏡下右肺上葉部分切除術を施行した。術中迅速病理診断にてcarcinomaと診断されたが原発性肺癌か腎癌からの転移かの診断は免疫染色が必要との診断だったため、第4肋間で胸腔鏡補助下腋窩小開胸下右肺S2区域切除術を施行した。術後リンパ節転移は認めず、免疫染色の結果、腎明細胞癌の転移と診断された。【考察】今回、腎癌術後25年の経過を経て孤立性肺転移として切除加療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。

B17

気管原発腺様のう胞癌に対し気管形成術を施行した1例

¹京都桂病院 呼吸器外科
太田紗千子¹、合地史明¹、河野朋哉¹、吉村誉史¹、
松原義人¹

【はじめに】原発性気管癌は全悪性腫瘍の約0.04%と稀な疾患である。扁平上皮癌、腺様のう胞癌、腺癌があり、本邦では腺様嚢胞癌が多く、腺様のう胞癌は気管支線の導管上皮由来の細胞と筋上皮由来の細胞からなる悪性腫瘍である。今回、気管原発腺様のう胞癌に対し、気管管状切除術と同再建術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】81歳、女性【主訴】咳嗽、血痰。【現病歴】2014年12月頃より咳嗽を自覚し近医受診。気管支炎の診断で内服加療するが、改善せず。血痰が出現するようになり、胸部CTで気管に腫瘤を指摘され、当院内科に紹介受診された。気管支鏡検査で、声門より6cm末梢に気管軟骨部から気管内腔へ突出する10mm大の腫瘍を認め、生検で腺様のう胞癌と診断された。胸骨正中切開にて、3軟骨輪の気管を切除し、3-0Vicrylで端々吻合を行った。

B19

当院での肺野末梢小結節陰影に対する胸腔鏡下肺生検についての検討

¹関西電力病院 呼吸器外科
館 秀和¹、田中 亨¹

【目的】CT精度向上と撮影機会増加のため末梢肺野小結節陰影に遭遇する機会が増加しているが、術前診断が困難な場合は胸腔鏡下肺生検で迅速診断を行うこともある。術前未確定診断の末梢病変の胸腔鏡下肺生検について検討した。【対象と方法】2011年7月から2015年3月までの当科での術前未確定診断手術症例84例。【結果】胸腔鏡下肺生検を施行し術中迅速診断で肺癌と診断され根治術に移行した症例は74例(88.0%)であった。非癌であった10例のうち、経過観察中陰影増大を認めたもの6例、PET集積例(SUVmax 2.5以上)3例であった(PET施行10例中6例)。陰影増大もしくはPET集積を認めた症例は8例で、10例の病理診断結果は炎症性変化4例、結核種3例、その他3例であった。【考察】胸腔鏡下肺生検は侵襲が大きく、適応は慎重になるべきだが、迅速診断から根治術に移行できる利点があり、確定診断未症例でも積極的に肺癌を疑う場合は診断的手術を選択している。

B18

胸部CTで小葉間隔壁肥厚を伴うすりガラス影を呈した末梢型肺扁平上皮癌の1例

¹関西医科大学附属枚方病院 呼吸器外科、
²関西医科大学附属枚方病院 呼吸器腫瘍内科、
³関西医科大学附属枚方病院 画像診断科、
⁴関西医科大学附属枚方病院 臨床検査医学科、
⁵小松病院

齊藤朋人¹、中野隆仁¹、谷口洋平¹、金田浩由紀¹、
小延俊文¹、片芝雄一²、倉田宝保²、黒川弘晶³、
植村芳子⁴、蔦 幸治⁴、齊藤幸人⁵、村川知弘¹

68歳男性。前医通院中、咳嗽を認め、胸部CTで左上葉S3に周囲に肥厚した小葉間隔壁とすりガラス影、内部に気腔を伴う29mm x 15mmの結節を指摘。8年前の画像でも同部位にすりガラス影を認め緩徐増大傾向を示していた。左肺門リンパ節は腫大し左主肺動脈側面、上葉肺静脈分枝、左上葉支に隣接。PET-CTではS3結節、左肺門リンパ節にSUVmax2.5、4.3の異常集積。左上葉肺癌疑い(cT1bN1M0、cStage IIA)で呼吸器外科紹介。既往歴は胃癌術後(60歳)、糖尿病(48歳)。喫煙歴20本×40年。元鉄鋼業。術中迅速組織診断は扁平上皮癌。左上葉切除・縦隔リンパ節郭清を施行。病理所見では、腫瘍は中心部では一部空洞を伴い辺縁ではAlveolar filling patternを呈して進展していた。腫瘍周囲には喫煙によると考えられる気腫性変化と共に小葉中心性線維化を伴っていた。非典型的な画像経過を示した末梢型肺扁平上皮癌の1例を文献的考察を加え報告する。

B20

小児原発性肺がんの1例

¹京都府立医科大学 呼吸器外科
石川成美¹、加藤大志朗¹、常塚啓彰¹、岡田 悟¹、
阿部かおり¹、古谷竜男¹、島田順一¹、井上匡美¹

【症例】15歳女性。外陰部に径5cmの腫瘤を自覚し当院を受診、PET-CTで外陰部、左乳腺、骨盤リンパ節に集積を認め針生検で横紋筋肉腫と診断、化学療法を施行した。これらの病変は3か月後の再検で著明に縮小し取り込みも低下した。一方初診時CTで認めていた左肺S⁸の直径7.5mm、右肺S⁸の直径4.0mmのGGNは大きさが変化しなかった。診断的治療目的に、左肺の病変に対し胸腔鏡下に左肺部分切除術を施行した。病理診断は免疫染色でdesmin、myogenin、 α -sarcomeric actinが陰性、CK7、TTF-1、Napsinは陽性かつCK20陰性のため原発性肺癌となった。【考察】小児原発性肺がんは全原発性肺がんの約0.1%と非常に稀な疾患である。今回は進行した悪性疾患症例であったので、まずその転移を想定したが、小児であっても原発性肺がんを鑑別診断に考慮する必要はある。一方小児期発生小型GGNの自然経過は知見が乏しく、慎重な経過観察が必要であると考えられる。

B21

RS3PE 症候群を契機に発見された肺癌の1切除例

¹近畿大学 外科

小原秀太¹、武本智樹¹、瀬角裕¹、小林祥久¹、
佐藤克明¹、千葉真人¹、下治正樹¹、富沢健二¹、
阪口全宏¹、光富徹哉¹

【背景】RS3PE 症候群は60才以上に好発しリウマチ因子陰性の左右対称性の手指や手の滑膜炎、手の圧痕性浮腫を特徴とする疾患群で、悪性腫瘍の合併が多いとされる。【経過】症例は67歳・男性。左右対称性の手・肘関節の痛み、手の浮腫を自覚し近医受診。リウマチ疑いで紹介された病院でRS3PE 症候群を疑われ、全身検索の結果、肺癌と診断。手術目的で当院紹介。【画像所見】CT で右肺上葉に1.3cm の充実性腫瘤、気管支鏡下肺生検で腺癌の診断。CT・PET でリンパ節や他臓器に転移認めず。【経過】胸腔鏡下右肺上葉切除術を施行し、pT1aN0M0 pStageIA。術後、手の浮腫や関節痛の改善がみられた。【考察】腫瘍随伴性RS3PE 症候群に併存する悪性腫瘍としては胃、睪、肺、乳、大腸、前立腺、膀胱などの固形癌や悪性リンパ腫などの報告があり、本症例も腫瘍随伴性RS3PE 症候群と考えられた。VEGF の高値を示すことが報告されているが本症例では103pg/ml と高値を認めなかった。

B23

乳腺原発骨肉腫の一例

¹ツカザキ病院 外科、

²姫路循環器病センター 病理診断科

井上健太郎¹、安田武生¹、栄由香里¹、栄 政之¹、
濱田 徹¹、奥田豊一¹、塚崎高志¹、古本 勝²

症例は75歳、女性。25歳頃より左乳房に腫瘤を自覚していたが放置。腫瘤が増大し皮膚搔痒感が出現してきたため当科を受診した。初診時、左乳房A領域に直径約4cmの皮膚の硬化を伴った腫瘤を認めた。超音波検査・CT検査・MRI検査にて腫瘍は内部に嚢胞成分を伴う腫瘍として描出され、リンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。針生検を施行したところgiant cell tumorの診断であったため、乳房部分切除術を行った。病理組織検査で、腫瘍は破骨細胞型巨細胞と核分裂像を有する紡錘状・類円形細胞で構成されており、多量の類骨成分も認めたことから骨外性骨肉腫と診断された。術後は補助療法として放射線治療を施行中であり、現在無再発生存中である。

乳腺原発骨肉腫は乳腺悪性腫瘍の1%以下とまれな疾患であり、確立した治療法がなく通常の乳癌と比較し予後不良とされている。今回われわれは、乳腺原発骨肉腫の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。

B22

間質性肺炎合併肺癌における周術期シベレスタットの使用経験

¹滋賀医科大学 呼吸器外科

苗村佑樹¹、大塩恭彦¹、赤澤 彰¹、堀本かんな¹、
片岡瑛子¹、五十嵐知之¹、橋本雅之¹、花岡 淳¹

【はじめに】間質性肺炎(IP)合併肺癌症例の術後、IPの急性増悪を発症すると予後不良である。急性増悪のリスクがあると予想される症例で、予防的にシベレスタットを投与している。今回、IP合併肺癌症例の肺葉切除術時に、同剤を使用して周術期管理を行った3例を経験したので報告する。【症例】2014/4/1から2015/9/30に、画像上IP合併が疑われ、術前KL-6が高値であった3症例に、麻酔導入時よりシベレスタットを投与し肺葉切除術を行った。術前KL-6の平均値は685U/mL、シベレスタット投与量は0.2mg/kg/hr、平均麻酔時間は6.6時間、平均投与日数は5.3日であった。3例とも急性増悪を起こすことなく経過した。【考察】IP合併肺癌症例の肺葉切除術後、急性増悪の予防策として、術中からのシベレスタット投与が有用である可能性が考えられた。

B24

両側卵巣腫大と多量の胸腹水を契機として発見され、HP療法+DTXが著効したHER2陽性乳癌の1例

¹市立ひらかた病院 乳腺・内分泌外科、

²大阪医科大学 乳腺・内分泌外科、

³上田外科、

⁴市立ひらかた病院 中央検査科

亥野春香¹、高橋優子¹、猪俣陽介¹、北田和也¹、
大関舞子¹、寺沢理沙²、木村光誠²、上田さつき³、
上野 浩⁴、森田眞照¹

症例36才女性。2014年より両側乳房硬結の自覚はあったが、常用薬スルピリドの影響と考えていた。2015年2月無月経を主訴に婦人科受診し、子宮内膜細胞診で乳癌転移と診断され当科紹介となった。CT上両側乳腺は瀰漫性に造影され、多量胸腹水と両側卵巣腫大、腋窩リンパ節腫大を認めた。汎血球減少を認め、骨髄穿刺にて骨髄転移が疑われた。T4N1M1Stage4の診断で、2015年2月PTX80%用量を開始した。生検にてHer2陽性、ホルモン陰性と診断されたため、HP療法+DTXに変更した。3クール後、CT上両側乳線の造影効果改善、胸腹水消失を認めたが、MRI上小脳・側頭葉に多発脳転移を認め、6クール後に放射線治療を施行した。終了後、MRI上脳転移縮小を認めた。現在はT-DM1を継続中である。今回、両側卵巣腫大と胸腹水を契機に発見されHP療法+DTXが著効したHER2タイプ乳癌を経験したので報告する。

B25

子宮、喉頭、胃、肺、および乳腺の5重複癌の1例

¹大阪医科大学 乳腺・内分泌外科
松田純奈¹、木村光誠¹、梅畚乃斗香¹、
川口佳奈子¹、寺沢理沙¹、藤岡大也¹、田中 覚¹、
岩本充彦¹、内山和久¹

子宮、喉頭、胃、肺、乳腺の5重複癌症例を経験したので報告する。【症例】80歳女性。既往歴として30歳代に子宮癌、40歳代に喉頭癌、72歳時に胃癌。各々に対し手術加療。胃癌術後補助化学療法としてTS-1を3年間で内服した。生活歴：喫煙が5本/日を50年間、飲酒が日本酒1合/日。家族歴に特記事項なし。2014年8月に左乳房腫瘍を自覚し、当院を受診した。乳房腫瘍精査の結果、左乳癌 T1N0M0 Stage I、ER 陰性、PgR 陰性、HER2陰性、Ki67：40%と診断され、左乳房切除術、センチネルリンパ節生検術を施行された。また術前胸部 CT にて左肺に10mm 大の腫瘍を指摘され、精査にて左肺癌と診断、後日当院呼吸器外科にて左肺上葉切除術を施行。病理結果にて原発性肺腺癌と診断された。【考察】本症例はおよそ50年間に5つの悪性腫瘍が発生した。一般に、重複癌の原因の特定は困難とされているが、本症例での原因について若干の文献的考察を加え検討し報告する。

B27

魚骨による食道穿孔に対し緊急ドレナージ術を施行した1例

¹松下記念病院 外科
高尾幸司¹、野口明則¹、清水 健¹、杉本里保¹、
梅原誠司¹、石井博道¹、荒木康伸¹、和泉宏幸¹、
谷 直樹¹、山口正秀¹、山根哲郎¹

【症例】70歳代、男性。鯛を摂食後、咽頭痛が持続。2日後に当院受診した。CTで食道入口部を穿通している魚骨（顎骨）と、上縦隔に気腫像をみとめた。【手術】上部消化管内視鏡下に魚骨の摘出を試みるも、強固に骨が刺さっており不可能であった。そこで、喉頭顕微鏡を用いて摘出した。再度、上部消化管内視鏡下に穿孔部をクリップで縫縮した。最後に外科的に頸部食道周囲・上縦隔のドレナージを追加した。術後経過は良好で、術後18日目に退院した。【考察】魚骨による食道穿孔の中には、縦隔膿瘍に進展するものも報告されており、気腫像などを術前にみとめる場合には、ドレナージの併施が望ましいと考えられた。また、内視鏡下に魚骨摘出が困難な場合は、外科的に食道壁を切開し、魚骨を摘出、壁の縫合閉鎖が施行される。しかし、手術の困難性や縫合不全等を考慮すると、可能な限り、内視鏡下・喉頭鏡下操作による魚骨摘出を目指すほうがよい、と考えられた。

B26

再発時に悪性転化した乳腺葉状腫瘍

¹高槻赤十字病院 消化器・乳腺外科
前沢早紀¹、小林稔弘¹、平松昌子¹、恒松一郎¹、
石井正嗣¹、高野義章¹

【はじめに】乳腺葉状腫瘍は病理組織像から良性、境界病変、悪性に分類され、局所再発、悪性転化をきたす。今回、腫瘍摘出術の2年後に悪性化再発をきたした葉状腫瘍を経験したので報告する。【症例】72歳、女性。左乳房 CDE 領域に2.0×1.2cm 大の腫瘍を自覚し来院。針生検で線維腺腫と診断し、腫瘍摘出術を施行。病理診断は乳腺症であった。18ヶ月後、同部位に腫瘍を自覚、急速に増大し24ヶ月後に来院。左乳房全体を占める9.0×7.0cm 大の腫瘍を触知し、乳頭陥凹も認めた。MMGで左 M/OI に腫瘍影（C-3）、CTでは左乳頭直下に長径7.5cm の腫瘍を認めた。針生検で境界型の葉状腫瘍と診断し乳房切除術を施行、病理診断は悪性葉状腫瘍であった。初回切除標本の再検討では辺縁に良性葉状腫瘍と思われる間質細胞の増生を一部認め、この葉状腫瘍の悪性転化と考えられた。【結語】自験例ではごくわずかな良性葉状腫瘍から悪性転化している。文献的考察を交え報告する。

B28

咽頭狭窄患者の早期食道癌に対する経胃的逆行性 ESD の一例

¹堺市立総合医療センター 外科、
²堺市立総合医療センター 救急外科、
³堺市立総合医療センター 消化器内科
黒野由莉¹、三上城太¹、天野浩司²、間狩洋一¹、
星野宏光¹、中田 健¹、光藤大地³、北村信次³、
山本為義¹、辻江正樹¹、木村 豊¹、大里浩樹¹

【はじめに】頭頸部癌に食道癌が合併することは比較的多い。下咽頭癌術後で経口内視鏡困難な早期食道癌に対し、経胃的逆行性 ESD を施行した1例を経験したので報告する。【症例】50歳、男性。5年前に下咽頭癌、早期食道癌を指摘された。下咽頭癌に対し胃瘻造設後に化学放射線療法を施行し、半年後再発を認め下咽頭・喉頭部分切除を行った。術後咽頭狭窄により経口内視鏡困難なため胃瘻より内視鏡検査を行ったが食道癌は認めなかった。1年前に再び早期食道癌を認め cT1aN0M0 cStage0 の診断で ESD の方針となった。経口 ESD は困難であったため、腹腔鏡下に胃前壁を切開しアクセスポートを挿入して逆行性に ESD を施行した。ESD 後、胃壁の切開部は自動縫合器を用いて閉鎖した。合併症は認めず術後5日目に退院となった。【考察】経口内視鏡困難な早期食道癌に対し、経胃的逆行性 ESD は有用である可能性があると考えられた。

B29

胸痛、胸水を契機に発見された胸部食道癌術後、十二指腸穿孔の1症例

¹大阪市立大学 第二外科
形部 憲¹、橋場亮弥¹、藤原有史¹、岸田 哲¹、
李 榮柱¹、大杉治司¹

【はじめに】 十二指腸穿孔は日常診療にてしばしば遭遇する急性腹症のひとつである。今回我々は胸痛、胸水を契機に発見された十二指腸穿孔を経験したので報告する。【症例】 66歳男性。2013年8月13日に胸腔鏡下食道亜全摘後縦隔胃管再建術を施行された。2015年7月26日に胸痛を自覚し近医を受診した。右胸水を指摘され胸腔ドレナージを施行された。胸水が消化液であったため当院転院となった。当院にて精査を行ったところ十二指腸球部穿孔と診断した。保存的に加療を行うも炎症の増悪認めため2015年8月5日に開胸ドレナージ術を施行した。その後炎症は軽快し退院の運びとなった。【まとめ】 今回我々は胸痛、胸水を契機に発見された十二指腸穿孔を経験した。食道癌術後のため十二指腸球部が上腹部に移動し、癒着により内容物が胸部に流入したためと思われる。食道癌術後の胸水では十二指腸穿孔も鑑別のひとつとして考慮する必要がある。

B31

心嚢液貯留によって呼吸困難を呈した患者に対し胸腔鏡下心膜開窓術を施行した1例

¹大阪医科大学 臨床研修センター、
²大阪医科大学 呼吸器外科
鈴木悠介¹、文元聰志²、越智 薫²、市橋良夫²、
佐藤 澄²、森田琢也²、花岡伸治²

症例は82歳、女性。労作時呼吸困難を主訴に近医を受診し、胸部CTにて心嚢液貯留を指摘され当院循環器内科に紹介となった。心嚢ドレナージ術を施行。心嚢液は黄色透明で900mLであった。症状の改善を認めたので一旦チューブを抜去した。しかし、心嚢液の再貯留を認めたため、内科的治療ではコントロールできないと考え当科紹介、胸腔鏡下心膜開窓術を施行した。胸腔内には癒着なく、明らかな腫瘍性病変等を認めなかった。開窓部位はドレナージ効率を考え、横隔神経背側に1箇所、さらに癒着によって開窓部が閉鎖する可能性を考え横隔神経腹側に開窓部を追加した。術後は水封のうえ1日2回の間欠的吸引を行った。心エコー上心嚢液の増加がみられなかったことから、第38病日にドレーンを抜去した。術後経過は良好で第69病日に退院となった。今回、我々は胸腔鏡下に心膜開窓術を行い良好な結果を得た。心膜開窓部の選択など若干の文献的考察を加え発表する。

B30

食道癌術後、胃管癌術後の胃管癌再発に対して残胃管全摘遊離空腸再建術を施行した1例

¹京都府立医科大学病院 消化器外科
山里有三¹、塩崎 敦¹、藤原 斉¹、小西博貴¹、
清水浩紀¹、有田智洋¹、小菅敏幸¹、森村 玲¹、
村山康利¹、小松周平¹、生駒久視¹、栗生宜明¹、
中西正芳¹、市川大輔¹、岡本和真¹、大辻英吾¹

【緒言】 食道癌術後の胃管癌は、食道癌の治療成績の向上に伴い近年増加してきている。しかし、胃管癌の手術は侵襲が大きく、難渋することも少なくなく、再建方法も含めた術式の適切な選択が重要である。胃管癌再発に対して手術を施行した稀な症例を経験したので報告する。【症例】 72歳、男性。H17年に食道癌に対して食道亜全摘術（右開胸）、胸骨後経路胃管再建術を施行、H24年8月に上咽頭癌に対して放射線化学療法施行、同年12月に胃管癌に対して開腹幽門側胃管切除、Roux-en-Y再建術を施行、術後補助化学療法（TS-1内服）を施行されている。今回、定期検査の内視鏡検査で胃管空腸吻合部に胃管癌を認めた。開腹残胃管全摘（非開胸）、胸骨前経路遊離空腸（右内胸動静脈と血管吻合）再建術を施行した。術中は強度癒着を認め、出血による輸血を要し、抜管は術後7日目となったが、術後28日目より食事開始し、現在普通食の摂取も可能となり術後経過良好である。

B32

当院における最近の降下性壊死性縦隔炎の治療経験

¹西神戸医療センター 呼吸器外科
宮田 亮¹、青木 稔¹、藤本 遼¹、石川浩之¹、
大政 貢¹

降下性壊死性縦隔炎は頸部の感染が縦隔まで波及した病態で、病状の進行が急激で重篤化しやすい疾患である。当院における最近の降下性壊死性縦隔炎に対する治療経験を2例報告する。症例1：生来健康であった63歳、男性。当院入院1週間前に深部頸部膿瘍に対して切開排膿術を行われ、一旦解熱したものの炎症反応の増悪を認めたため、造影CTを撮像された。感染は下部縦隔まで広範に波及しており、緊急で両側の胸腔鏡手術を行った。感染の制御は良好であった。症例2：2型糖尿病、慢性腎不全（透析導入）が既往にある74歳、女性。当院入院の約1か月前より発熱、咽頭痛が出現した。当院に転院となるまで複数の医療機関で抗菌薬治療を行われた。CTで指摘された深頸部の膿瘍が徐々に拡大し、気管分岐部のやや尾側まで降下してきていたため、緊急で右側から胸腔鏡手術を行った。降下性壊死性縦隔炎は制御できたが、CMV腸炎を発症し、本抄録作成時点も入院治療中である。

B33

高エネルギー外傷により巨大外傷性肺嚢胞をきたし、緊急肺葉切除を行った1例

¹神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科
南 和宏¹、浜川博司¹、斎藤伴樹¹、大久保祐¹、
坂之上朗¹、高橋 豊¹

31歳男性。掘削作業中、大量の土砂が崩落し生き埋めとなった。近くにいた同僚が救出し、当院に緊急搬送となった。来院時、呼吸切迫、苦悶様表情、JCS:2-10 BP:145/96mmHg PR101回/min RR:27/min SpO₂:98% (RA)、胸部CTでは右第1から第8肋骨骨折、右外傷性血気胸、右下葉肺挫傷を認めた。右肺下葉内部に多量の出血を伴った巨大pneumatoceleを認めており、緊急肺葉切除術を施行した。術後合併症なく第9病日に退院となる。

B35

肺動脈切断面からの出血に対しタコシルを用いて止血を得るも、術後に大量出血を来した1例

¹神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科
斎藤伴樹¹、浜川博司¹、南 和宏¹、大久保祐¹、
坂之上朗¹、高橋 豊¹

症例は65歳、男性。右上葉切除術後、経過観察中に右S6にGGO病変が出現し、肺癌疑いとして手術を行う方針となった。手術は胸腔鏡下に行ったが、A6処理時にstaple形成不全によるA6切断面からの出血を認めたためタコシルを張り付けて止血処置を行った。S6区域切除術を完遂し、洗浄後に閉胸を行ったが、術後抜管直前に胸腔ドレーンから大量の血性排液を認めた。開胸下に止血術を試みたところ、タコシルが脱落しているのを認めた。タコシル脱落が原因と思われる術後出血を来した一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

B34

原発性肺癌に対する左肺上葉切除術後に肺静脈断端血栓症を認めた一例

¹大阪府済生会野江病院 呼吸器外科
中川正嗣¹、寺町政美¹

<はじめに>肺静脈断端血栓は脳梗塞等の重篤な動脈塞栓症を引き起こしうる稀な合併症の一つである。今回、術後の造影CTで偶然発見された上肺静脈断端血栓症例を経験したので報告する。<症例>80歳台の女性。左上葉肺腺癌に対し胸腔鏡下左肺上葉切除術を施行した。pT2aN0M0 StageIBであったためUFTでの術後補助化学療法を行っていた。術後1年で造影CTを撮影したところ、左房内の上肺静脈切離断端近傍に径9.5mm大の陰影欠損を認め、肺静脈断端血栓症と診断し緊急入院とした。ヘパリン持続静注を施行し、CT再検で血栓の消失を確認できたので、エドキサパン内服に切り替えて投与継続中である。<まとめ>肺静脈断端血栓は左上肺静脈切離断端に生じ、長い残存肺静脈が原因の一つと考えられている。本例では動脈塞栓症発症前に発見でき抗凝固療法が奏功したが、今後の症例蓄積により好発時期や予防策、薬剤の投与期間などが確立されていくことが必要である。

B36

肺門先行処理による胸腔鏡下右肺上葉切除術

¹高槻赤十字病院呼吸器センター 呼吸器外科
康あんよん¹、寺師卓也¹、千葉 渉¹、菅 理晴¹

胸腔鏡下肺葉切除術は広く普及してきているが、不全分葉例ではまだ開胸手術に移行することも少なくない。今回我々は不全分葉を伴う右上葉肺癌に対して、肺門先行処理を行うことで完全胸腔鏡下右肺上葉切除術を施行し得たので報告する。

症例は80歳、男性。他科定期受診時の胸部CTでスリガラス影を認めた。気管支鏡検査では診断がつかず、右肺癌疑い(C-T2aN0M0)にて当科で手術の方針となった。胸腔鏡下に肺部分切除を行い、迅速病理で非小細胞肺癌と診断した。引き続き右肺上葉切除を行うこととしたが、上中葉・上下葉ともに分葉不全を認めたため、肺門前方より上肺静脈、肺動脈A1+3、A2、上葉気管支の順に処理し最後に葉間を切離した。手術時間3時間15分、出血量20gであった。術後3日目にドレーンを抜去し術後4日目に退院した。最終病理診断は肺腺癌(p-T1aN0M0)であった。

C01

門脈ガス血症および門脈血栓症を伴う S 状結腸憩室穿孔の一例

¹市立奈良病院 外科

渡邊 翔¹、長田寛¹、藤野光廣¹、中村 慶¹、
望月 聡¹、中瀬有遠¹、北井祥三¹、稲葉征四朗¹

【緒言】門脈血栓症は比較的稀な疾患であるが、肝不全や腸管壊死をきたすため早期診断治療が重要である。【症例】50歳台男性、3日前より増悪する下腹部痛と発熱で救急搬入。腹部CTでS状結腸憩室および周囲脂肪織炎を認め、憩室炎の診断で保存加療目的に入院となる。第2病日、腹膜刺激症状の出現と炎症反応の増悪、腹部造影CTでの上下腸間膜静脈から門脈にかけてのガス像を伴う門脈血栓の形成を認め、腹膜炎の増悪及び憩室穿孔の診断で緊急手術となった。手術は腹腔鏡下に穿孔部を含めたS状結腸を切除するHartmann手術とした。経過は順調で術後19日目に退院。血栓に対しては術後1日目よりダナパロイドによる抗凝固療法を開始とし、造影CTでフォローしたところ術後7日目に縮小、術後65日目には消失を確認した。【考察】大腸憩室穿孔で門脈ガス・血栓症を発症し、炎症巣の外科的切除及び抗凝固療法により治癒した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

C03

治療に難渋したトルソー症候群を呈した進行直腸S状結腸部癌の1例

¹兵庫医科大学 下部消化器外科

貝塚洋平¹、山野智基¹、馬場谷彰仁¹、
濱中美千子¹、吉村美衣¹、塚本 潔¹、野田雅史¹、
松原長秀¹、富田尚裕¹

トルソー症候群は悪性腫瘍に伴う血液凝固能の亢進により脳梗塞を生じる病態とされる。今回我々は、大腸癌術前、術後トルソー症候群による脳梗塞を発症した1例を経験したので報告する。症例は60歳女性、2015年6月当院脳神経外科にて右中大脳動脈の閉塞による脳梗塞と診断された。脳血栓塞栓症を疑われ原因精査、閉塞性直腸S状部癌、多発肺、肝転移に伴うトルソー症候群と診断され当科紹介となる。当科にてHartmann手術を施行したが、術後2日目より人工肛門の血流不全を認め、術後5日目に人工肛門壊死の診断で人工肛門再造設を行った。病理組織診で人工肛門壊死組織に多発性血栓を認めた。その後中心静脈ポート留置のため抗凝固療法を中止したところ視野欠損を伴う脳梗塞を発症した。その後は抗凝固療法を継続し化学療法施行、術後64日目にワーファリン6T内服で退院となった。進行癌ではトルソー症候群を含む血栓塞栓症に十分注意することが重要と考えられた。

C02

発症から1週間経過して診断され手術を行ったS状結腸憩室穿孔による腹膜炎の1例

¹草津総合病院、

²草津総合病院 第2外科・肥満代謝外科
大江 康光¹、小座本 雄軌²、戸川 剛²

【はじめに】発症後1週間の経過で診断されたS状結腸穿孔腹膜炎症例を経験した。大腸穿孔であるにも拘らず病状進行が穏やかであった理由について考察する。【症例】67歳男性、糸球体腎炎による腎不全のため透析治療中。腹痛発症後1週間での腹部CT検査にて消化管穿孔による腹膜炎と診断し開腹手術を行った。【手術初見】腹腔内には便臭を伴う混濁腹水が多量にあり、肥厚した白苔を伴う腹膜炎初見が広汎に認められ、S状結腸に微小な穿孔が確認された。穿孔部腸管を切除しその口側断端を人工肛門とした。【考察】切除標本検索にて、憩室が穿孔したと考えられた。穿孔部位は分厚い結腸脂肪垂に覆われており、漿膜下に膿瘍を形成していたが漿膜の破綻は判別困難なぐらいの微小なものであった。穿孔部位が豊富な脂肪組織に覆われていたことにより直ちに多量の便汁が腹腔内に流出することなく腹膜炎がゆっくり進行したものと考えられた。

C04

大腸ステント留置後SOX療法が奏効し腹腔鏡下に切除し得た、胃癌合併閉塞性S状結腸癌の一例

¹堺市立総合医療センター 外科

藪愛紗美¹、井上稔也¹、中田 健¹、三上城太¹、
吉村旬平¹、平木洋子¹、西 秀美¹、笹松信吾¹、
清水克修¹、星野宏光¹、北原睦識¹、山村 順¹、
間狩洋一¹、神垣俊二¹、山本為義¹、渋谷貴規¹、
池田直樹¹、辻江正樹¹、木村 豊¹、大里浩樹¹

【はじめに】同時性重複進行癌に対する治療のアプローチは非常に複雑である。今回、進行胃癌を合併した閉塞性S状結腸癌に対し、大腸ステント留置後にSOX療法を行い、腹腔鏡下にS状結腸切除術を施行した1例を経験したため、報告する。

【症例】

68歳、男性。貧血・心窩部痛を主訴に精査したところ、食道胃接合部癌 cT4 (SE) N3 M1 (LYM) cStageIV (Her2陰性) と同時に、閉塞性S状結腸癌 cT4a (SE) N2 M1 (P1) cStageIV も診断された。まず大腸ステントを留置し、SOX療法を行い8コース後に胃癌・S状結腸癌共に縮小しPRが得られた。その時点でS状結腸癌は腹膜転移部位も含めて切除可能と判断し、腹腔鏡下に手術を施行した。術後経過良好にて術後9日目に退院となった。その後、胃癌に対してS-1による化学療法を再開し現在に至っている。

【まとめ】

同時性重複進行癌に対しては、予後延長とQOL改善を目標として、治療の優先順位を考えつつ治療計画を立案する必要がある。

C05

上行結腸動静脈奇形に対し腹腔鏡下手術を施行した一例

¹JCHO 大阪病院 外科

斎藤雅子¹、高市翔平¹、水野 均¹、山崎芳郎¹、畑中信良¹、森本芳和¹、岩崎輝夫¹、平尾隆文¹、野呂浩史¹、安政啓吾¹、河野恵美子¹、岩本和哉¹、宋 智亨¹

【はじめに】腹腔鏡下に切除した上行結腸動静脈奇形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】症例は78歳男性。主訴は血便。既往歴としてアルコール性肝硬変がある。2014年1月上行結腸からの出血に対し、動脈塞栓術施行された。10月貧血の進行を認め入院となる。腹部 dynamicCT 検査にて前回塞栓部と同位置に extravasion を認めたが、下部消化管内視鏡検査では明らかな出血源は同定できず。前回の腹部血管造影で右結腸動脈と回結腸動脈の間から分岐する血管より vascular ectasia と思われる拡張動脈、nidus、早期還流する拡張静脈を認めた。2度目の動脈塞栓術にて消化管壊死の可能性が高いと判断された。また前回出血時に比較し、ChildC から B へと改善を認めており、手術適応と判断した。上行結腸動静脈奇形の診断にて腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。組織学的所見にて上行結腸動静脈奇形と診断した。術後の経過は良好で術後12日目に退院した。

C07

Sister Mary Joseph Nodule を契機に発見された横行結腸癌の1例

¹府中病院 外科

野村菜々香¹、内間恭武¹、山越義仁¹、王 恩¹、長嶋大輔¹、平川俊基¹、青松直撥¹、岩内武彦¹、西居孝文¹、中澤一憲¹、鄭 聖華¹、竹内一浩¹

症例は47歳女性。臍部腫瘤を自覚、皮膚潰瘍形成認め、皮膚科受診した。皮膚生検にて Adenocarcinoma metastatic と診断され、原発巣精査が行われた。上部消化管内視鏡検査で異常所見認めず、下部消化管内視鏡検査で横行結腸に2型腫瘍を認め、生検の結果、臍部腫瘤の病理所見と一致した。腹部 CT 検査では肝臓多発転移、左卵巣への転移、腹膜播種性転移を認めた。臨床的診断は横行結腸癌 cStageIV、SE、NX、H3、P3、M1（卵巣、臍部、皮膚）であった。切除不能例であり、SOX + Bevacizumab による化学療法を開始、現在まで外来にて4クール施行し、PR を示している。Sister Mary Joseph Nodule と呼ばれる内臓悪性腫瘍の臍部転移は、予後不良因子として知られている。今回、臍部の腫瘤を契機に横行結腸癌の遠隔転移と診断され、新規抗癌剤による化学療法を施行した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

C06

腸回転異常症による盲腸捻転壊死を起こした1例

¹済生会京都府病院 外科

片岡智史¹、宮川公治¹、内藤 慶¹、石原陽介¹、藤 信明¹

【症例】84歳、男性【主訴】腹部膨満【現病歴】腹部膨満。発熱にて近医受診。急性腹症の為当院内科に紹介受診。CT で腸管の著明な拡張を認め、明らかな free air はなく、イレウスとして入院となった。【現症】意識清明、38.4℃、腹部膨満と左下腹部の軽度圧痛あり。【検査所見】WBC 6800/μl、CRP 13.05mg/dl【入院後経過】翌日透視下に CF 施行、S 状結腸が長く、SDJ より口側に捻転を認め、更に口側は粘膜の壊死を認めた。途中腸管穿孔が疑われたため、CF を中断。CT にて free air を認め、検査終了後に呼吸停止した。人工呼吸管理を開始し、外科コンサルト、緊急手術を行った。【手術所見】開腹すると下行・S 状結腸が正中にあり、回盲部が左腹壁に癒着し、穿孔していた。【術後経過】多臓器不全に陥り、術後2日目に死亡。【考察】腸回転異常症により盲腸捻転壊死を起こした。【結論】高齢者の腸回転異常症を経験したので、文献的考察を行った。

C08

結腸癌による成人腸重積症の3例

¹愛仁会高槻病院 消化器外科

朝倉 力¹、吉川卓郎¹、坂本浩輝¹、明石克久¹、久野真人¹、朝倉 悠¹、大和田善之¹、家永徹也¹

【緒言】成人腸重積症は全腸重積のわずか10%程度と比較的まれで、小児と異なり悪性疾患に起因することが多い。今回我々は結腸癌による成人腸重積症の3例を経験したので報告する。【症例】症例1、2は62歳及び43歳の女性で、共に右下腹部痛が主訴で、回盲部の腸重積が疑われ紹介となった。共に盲腸癌による腸重積の診断で右結腸切除を施行。いずれも Stage IIIA であったため補助化学療法を行い、無再発生存中（58および56ヶ月）である。症例3は90歳男性。嘔吐が主訴で、腸閉塞疑いで当院紹介。下行結腸癌による腸重積の診断で左結腸切除および人工肛門造設を施行。Stage II で、術後15ヶ月無再発生存中である。いずれの症例も2型腫瘍で、tub1 であった。【考察】成人腸重積症では腹痛や嘔吐など閉塞による症状が多く、S 状結腸や盲腸が好発部位で、1型、2型、0-I 型に多いとされる。今回我々は自験例を含めて、結腸癌による腸重積について文献的考察を加えて報告する。

C09

化学療法が奏効し切除し得た血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫合併大腸癌の一例

¹箕面市立病院 外科、

²箕面市立病院 臨床病理部

東口公哉¹、酒井健司¹、小林照之¹、土井貴司¹、
小山太一¹、星美奈子¹、谷口博一¹、村上雅一¹、
池田公正¹、黒川英司¹、中道伊津子²

【症例】77歳男性【既往歴】高血圧【現病歴】2015/3/10に腹部腫瘍、便秘を主訴に当院受診。精査で横行結腸癌（cT3N0M0）、悪性リンパ腫の疑いと診断。2015/3/30に開腹術による大腸癌摘出及びリンパ節生検を試みたが、腫大リンパ節はSMA～IMA周囲に巨大なmassを形成しており大腸癌は切除不能であった。術後に悪性リンパ腫に対しTHP-COP療法を開始したが3コース目day8に大腸癌による腸閉塞を発症。その際の腹部CTでは悪性リンパ腫は縮小しており大腸癌は切除可能と判断。6/24右半結腸切除術施行（pT4aN0M1）。経過良好で術後8日目に軽快退院。その後はTHP-COP療法を6コース目まで施行。大腸癌に対する化学療法も予定している。【考察】大腸癌における悪性リンパ腫合併の頻度は0.2%程度との報告があるが、中でも血管免疫芽球性T細胞リンパ腫は全悪性リンパ腫の2～3%と稀少な疾患である。今回当科ではこれらの合併例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

C11

上部消化管と瘻孔形成した局所進行大腸癌を根治的に切除した2症例

¹関西医科大学 外科、

²関西医科大学 消化管外科

三木博和¹、吉川勝広¹、稲田 涼¹、大石賢玄¹、
尾崎 岳¹、向出裕美¹、松本朝子¹、道浦 拓¹、
井上健太郎¹、権 雅憲¹、濱田 円²

上部消化管と瘻孔形成する進行大腸癌に対し根治術をし得た2症例を経験した。症例1、67歳男性。主訴便潜血陽性。下行結腸癌 cT4b（胃、腓体尾部）cN1cM0、cStage3A と上行結腸 cT3N0M0Stage2の術前診断のもと、左上腹部内臓全摘および結腸亜全摘術を施行し術後23日目に軽快退院した。症例2、75歳女性。主訴心窩部不快感。食道癌 cT1bcN1cM0、cStage2と上行結腸癌 cT4b（十二指腸）cN2cM0、cStage3B の重複癌の術前診断のもと、両病変の根治切除を目的として結腸右半切除術、十二指腸部分切除術、Roux-en-Y 再建を施行した。術後15日目に軽快退院した。食道癌については今後手術予定である。いずれも R0切除のためには比較的稀な拡大術式を要した。両症例ともに同様の術式を選択された報告はみられず、稀な症例と考えられ文献的考察を加え報告する。

C10

当院における大腸癌穿孔症例の特徴と死亡例の検討

¹愛仁会 千船病院 外科

原田雅也¹、西幹和哉¹、三原俊彦¹、岡田憲幸¹、
山元康義¹、向井友一郎¹

【目的】大腸穿孔は時として致死的となる。大腸癌穿孔例の短期的予後について検討した。【対象】2010年4月から2015年9月の間に当院で大腸癌の穿孔により手術となった20例。【結果】20例のうち15例が緊急手術であり、5例が待機手術であった。全体で2例が死亡し、それらのうち2例とも緊急手術例であった。穿孔部位はS状結腸8例（40%）、直腸6例（30%）、病期はIV期7例（35%）、術式はハルトマン手術10例（50%）であった。死亡例は下記の通りである。症例1：78歳、女性。右尿路結石、右水腎症にて入院した。経過中S状結腸癌による腸閉塞、微小結腸穿孔を合併し緊急手術となった。術後、誤嚥性肺炎を発症し、もともと的心不全が増悪し永眠された。症例2：73歳、男性。S状結腸癌による腸閉塞、それより口側の憩室穿孔により緊急手術となった。敗血症性ショック、DICによる多臓器不全にて永眠された。以上の2症例をもとに生存18例との相違点を検討し報告する。

C12

直腸癌術後の側方リンパ節再発に対する鏡視下手術症例について

¹国立機構 大阪医療センター 外科

市原もも子¹、池田正孝¹、前田 栄¹、植村 守¹、
山本和義¹、三宅正和¹、濱 直樹¹、西川和宏¹、
宮本敦史¹、大宮英泰¹、宮崎道彦¹、平尾素宏¹、
高見康二¹、中森正二¹、関本貢嗣¹

背景：直腸癌側方リンパ節転移症例の予後は不良で治癒切除例に分類しているが側方リンパ節再発症例に対する鏡視下手術に対する明確な基準がない。我々は直腸癌術後側方リンパ節再発症例に対し鏡視下手術を行った症例について報告する。対象と結果：対象は直腸癌術後側方リンパ節再発の8例。初回手術時の病期はpStageI/II/IIIa/IIIbが各々2例/2例/2例で術後補助化学療法例は5例。側方リンパ節再発の診断時期は、初回術後から中央値46ヶ月、再発術前に化学療法か化学放射線療法を行った症例は6例。手術時間と出血量の中央値は各々5時間3分、67.5ml。術後排尿障害を認めた症例は4例、大腿部知覚障害を認めた症例は3例。術後無再発例は1例で5例に肺転移を認め、脳転移、局所再発は各々1例。生存/観察期間中央値は、共に57ヶ月。考察：鏡視下手術による側方リンパ節郭清術が治療の一つとして考えられるが術後補助療法を行うなど遠隔転移再発の予防が重要である。

C13

診断に苦慮した大腸悪性黒色腫の一例

¹公立甲賀病院 外科

清水 峻¹、森野甲子朗¹、浅利健吾¹、赤神正敏¹、池田房夫¹、沖野 孝¹、井田 健¹

大腸悪性黒色腫は稀な疾患である。今回我々は術後に病理組織学的診断が低分化型腺癌から大腸悪性黒色腫に変わった一例を経験したため報告する。症例は86歳男性、下血を主訴に当院を受診し、大腸内視鏡検査で直腸 Rb に腫瘤を認め、組織診検査で低分化型腺癌と診断された為、腹会陰直腸切除術を施行した。術後の病理検査では術前に認められた印環細胞や破壊された腺管構造を認めず、褐色調で多形性の強い異型細胞を認めた為、術前の生検標本に免疫染色を追加で行った所、大腸悪性黒色腫と診断がついた。一般に低分化型腺癌と大腸悪性黒色腫の鑑別は難しく、本例では腺管構造の破壊と印環細胞の存在が診断を誤らせた。また大腸内視鏡検査で明らかな上皮性変化を認めておらず、濃淡のある平坦な褐色粘膜が後から指摘された。本症例のように大腸悪性黒色腫は病理診断が難しく、内視鏡所見を病理所見と照らし合わせて検査を進めていくべきと考えられた。

C15

閉鎖領域を介しての単径リンパ節転移を腹腔鏡下に確認しえた肛門管癌の2例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科、

²大阪医科大学附属病院 がんセンター

太田将仁¹、山本誠士¹、田中慶太郎¹、鱒淵真介¹、濱元宏喜¹、川口 直¹、奥田準二²、内山和久¹

側方領域から閉鎖領域を介し単径リンパ節転移をきたした2例を経験したので報告する。[症例1] 76歳、女性。血便を主訴に当院消化器内科を紹介受診し左側方、左単径リンパ節転移を伴った進行肛門管癌と診断された。当科にて腹腔鏡下直腸切断術、左側方リンパ節郭清、左単径リンパ節郭清を施行。術中、閉鎖動脈から大腿裂孔に向かう動脈を確認し、側方領域から単径領域に連続するリンパ節を認め、これを郭清した。病理検査にて #263D、283、292リンパ節転移を認めた。[症例2] 70歳、男性。血便を主訴に他院を受診。当科紹介となり、左側方、左単径リンパ節転移を伴った進行肛門管癌と診断された。症例1と同様の手術を施行し、病理検査にて #283、292リンパ節転移を認めた。閉鎖領域から大腿裂孔を介しての単径リンパ節転移を、腹腔鏡の近接効果にて確認し、適切かつ安全な郭清を行うことが可能であった。今回われわれはその2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

C14

直腸腫瘤を通常の単孔式手術で使用する器具（ラッププロテクター、EZ アクセス）を用いて切除した1例

¹市立奈良病院 外科

正司晃子¹、中瀬有遠¹、中村 慶¹、長田寛之¹、望月 聡¹、藤野光廣¹、北井祥三¹、稲葉征四朗¹

【はじめに】我々は全層切除が必要と判断された直腸粘膜下腫瘍に対し、通常の単孔式手術で使用する器具を用いた経肛門的内視鏡下手術を行ったので、その有用性について報告する。【症例】68歳女性。肛門歯状線から5cm 口側の直腸に腫瘍を認め、EUSで筋層由来のGISTが疑われた。全層切除を前提として全身麻酔下に肛門にラッププロテクター、EZアクセス、5mmポートを3本装着して手術を開始、手術所見で腫瘍は可動性があったので粘膜下層で剥離して切除、粘膜を縫合閉鎖した。病理診断はカルチノイド腫瘍（NET G1）であった。【考察】経肛門的な直腸腫瘍切除は専用器械を使うTEMが行われてきたが、SILSポートなどの単孔式手術で使用する器具を用いる方法も報告されている。我々も通常の単孔式手術で使用している器具を用いたが、手術操作も特別な手技は必要なく全層切除も可能であったと考えている。本法はESDが困難と思われる直腸腫瘍に対してよい適応と思われた。

C16

肛門周囲 Bowen 病の1例

¹健生会 奈良大腸肛門病センター、

²土庫病院 病理診断科

横尾貴史¹、吉川周作¹、増田 勉¹、内田秀樹¹、久下博之¹、横谷倫世¹、山岡健太郎¹、下林孝好¹、稲垣水美¹、栗崎 基¹、稲次直樹¹、宮沢善夫²

緒言: Bowen 病は有棘細胞由来の扁平上皮癌の一種で上皮内癌である。症例: HIV 感染症治療中の30歳代、男性。2年前に肛門部腫瘍を主訴に当科受診、皮垂の診断で経過観察を行っていた。腫瘍増大傾向と肛門痛を自覚し再診となった。肥大皮垂の診断で切除術を施行し、切除検体の病理検査で異常角化細胞を認め Bowen 病と診断した。追加切除前診察では肛門周囲7時に褪色調隆起を、8時に褐色調扁平隆起と初回手術痕を認めた。隆起部辺縁の生検で Bowen 病遺残と診断した。狭帯域光観察（NBI）とルゴール液染色で病変範囲の評価を試みたが、肉眼所見との乖離がみられた。隆起部から5mm 離して切除を行い、切除標本の水平・垂直断端陰性を確認した。考察: 肛門周囲 Bowen 病は無症状であることも多く、他の肛門疾患手術後の病理から診断される場合も多い。腫瘍を疑えば積極的に病理組織学的検索を行うことが重要である。

C17

後縦隔に発生した悪性リンパ腫の1例

¹大阪警察病院 呼吸器外科
寛島隆史¹、松井優紀¹、金沢 豪¹、坂巻 靖¹

【症例】患者は67歳男性。禁煙外来のスクリーニングの胸部CTで孤立性の後縦隔腫瘍を指摘された。生来健康で無症状。病変はTh7-9の椎体に接し、境界明瞭、辺縁平滑、内部比較的均一な腫瘤像で、頭尾側方向に最大径7cmの紡錘形を呈し、神経原性腫瘍が疑われた。手術適応と診断し、右側の胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。病理診断は悪性リンパ腫（Follicular lymphoma、WHO分類Grade 2）であった。術後は乳び胸を合併したが、胸腔鏡下胸管結紮術を施行後に治癒した。他院の血液内科に転医し、術後4年経過した現在も健在である。【考察】縦隔原発の悪性リンパ腫の大半は前縦隔発生であり、後縦隔発生例は極めて稀である。本疾患の画像は特異的所見に乏しいため、後縦隔腫瘍の大半は良性の神経原性腫瘍であるという診断バイアスを排除し、積極的に手術を行う方針が重要であると考えられた。

C19

胸腺内Cavernous hemangiomaの1切除例

¹刀根山病院 呼吸器外科
小堀優子¹、大瀬尚子¹、竹内幸康¹、須崎剛行¹、
谷口聖治¹、前田 元¹

胸腺に発生したCavernous hemangiomaは稀な疾患である。切除しえた1例を経験したので文献的考察を含めて報告する。症例：71歳女性。主訴：胸部違和感。既往歴：右乳癌術後。前胸部違和感を主訴に前医受診。胸部CTにて、前縦隔に腫瘤影を認めた。3か月後のCTでも縮小はなく当院を紹介受診。胸部造影CTでは左胸腺内に一部に強い造影効果を認める2.3x1.8cmの辺縁平滑な腫瘤を認めた。尾側からの流入血管を認めた。胸腺腫を疑い、胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。左胸腺から突出するような暗赤色の腫瘤を認めた。尾側から流入する血管が1本のみ存在したが、energy deviceで切離しえた。境界明瞭であったが、周囲胸腺を含めて胸腺+腫瘤部分切除を施行。出血は少量。最終病理結果はCavernous hemangiomaで、著明な拡張を示す血管成分からなり、内部には血液成分が充満していた。

C18

胸腺原発粘表皮癌の一手術例

¹大阪市立総合医療センター 呼吸器外科
井上英俊¹、月岡卓馬¹、木村通孝¹、中嶋 隆¹、
高濱 誠¹、山本良二¹

粘表皮癌は唾液腺等の外分泌腺に好発する腫瘍であり、胸腺腫瘍としては稀である。胸腺原発粘表皮癌の一例を経験したので報告する。【症例】70歳、女性。既往歴なし。咳嗽を主訴に前医受診し、胸腔鏡下生検で胸腺基底細胞癌と診断された。前医では大血管浸潤が疑われたため手術適応なしと診断され、当院紹介された。CT上前縦隔に左無名静脈を巻き込み、辺縁不整な4.5cm大の腫瘤を認め、右腕頭動脈起始部、上大静脈、及び右肺上葉に浸潤を疑った。手術は仰臥位、正中切開で行った。左無名静脈を切断。心嚢は切開し、そこから頭側へ剥離を進めると右腕頭動脈と剥離できた。上大静脈を一時的に遮断し、上大静脈前壁および左無名静脈を含めてen blocに腫瘍を切除し、静脈壁は直接縫合閉鎖した。病理診断は胸腺原発の粘表皮癌 pT2N0M0 Stage IIであった。

C20

頸部胸腺腫合併重症筋無力症に対する頸部切開および両側胸腔鏡による拡大胸腺摘出術の一例

¹大阪大学 呼吸器外科
八木悠理子¹、川村知裕¹、石田大輔¹、木村賢二¹、
舟木壮一郎¹、新谷 康¹、南 正人¹、
奥村明之進¹

甲状腺左葉下極に存在する頸部胸腺腫を合併した重症筋無力症に対する腫瘍摘出術・胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を行った一例を経験したので報告する。症例は70歳代女性。右眼瞼下垂および全身倦怠感を主訴に前医を受診し重症筋無力症診断された。胸部CTにて甲状腺左葉下極の尾側、縦隔上部左側に2.3×1.6cmの不均一な造影効果の弱い腫瘍性病変を指摘された。FDG-PET-CTではSUVmax 3.8の集積を認めた。胸腺腫合併重症筋無力症と診断され、当科紹介となった。手術はまず頸部切開にて腫瘍を摘出し、同部位より左胸腺上極に絹糸にてマーキングをした。次に胸骨吊り上げ法による両側胸腔鏡下手術にて拡大胸腺摘出術を施行した。胸腔鏡下でマーキング部位を確認できた。術後病理検査結果はThymoma typeB2、正岡分類1期であった。本症例では頸部創からの胸腺上極のマーキングにより確実に胸腔鏡下拡大胸腺摘出術が行えた。

C21

中縦隔に進展し気管狭窄をきたした胸腺腫の一切除術

¹近畿大学医学部奈良病院 呼吸器外科
櫻井禎子¹、坂本鉄基¹、塩野裕¹

胸腺腫は前縦隔に好発するため気管狭窄を来すことは多くない。症例は85歳男性、2013年5月に胃癌の術前評価のための胸部CTで、気管前面に長径5.5cmの石灰化を伴う縦隔腫瘍を指摘された。気管圧排による症状を認めず、脳血管性認知症による高度の記憶障害を認めたことから経過観察していた。しかし、腫瘍は増大傾向を示し気管狭窄が進行した。本人の手術への理解と同意が得難い状態ではあったが、気管閉塞を回避するため手術適応と判断し、家族の同意のもとに2015年9月に縦隔腫瘍摘出術を行った。病理組織診断は胸腺腫、正岡病期分類II期、WHO typeAであった。この症例では、上部縦隔から発生した胸腺腫が気管前面に沿って増大したものと考えられた。記憶障害を伴う高齢者で治療方針の決定に難渋した。手術に際しては、術後のPSに影響する反回神経および迷走神経損傷に注意した。

C23

消化管穿孔で発見された原発性小腸癌の一例

¹箕面市立病院 外科、
²箕面市立病院 病理部
小林照之¹、酒井健司¹、東口公哉¹、土井貴司¹、
星美奈子¹、小山太一¹、谷口博一¹、村上雅一¹、
池田公正¹、黒川英司¹、中道伊津子²

患者は、50代男性、2015年7月半頃から心窩部痛が出現し当院救急外来を受診された。受診時、上腹部に腹膜刺激徴候を伴う強い圧痛を認めた。血液検査にて、WBC:14800/ μ l CRP:0.1mg/dlと炎症反応の上昇を認め、腹部CTにて肝周囲にfree air、少量の腹水を認め上部消化管穿孔が疑われた。上部消化管内視鏡検査では、胃・十二指腸に穿孔部位は認められず、小腸穿孔が疑われ、緊急手術の方針とした。Treitz 靱帯から約10cmの空腸の間膜対側に約2mm大の穿孔部位を認め、同部位から腸液の流出を認めた。小腸部分切除の方針として約15cm小腸を切離して端側吻合をした。標本では、肉眼的に輪状潰瘍を認め、病理診断にて高分化～中分化腺癌(T4 (SE) N0 M0 tStage2 UICC 第6版)の診断であった。術後経過良好であり、8日目に退院となった。退院後は、化学療法(XELOX)を施行中である。原発性小腸癌は稀であり、穿孔の報告は非常に少ない。本症例に関して、文献的考察を踏まえて報告する。

C22

上縦隔腫瘍(胸郭上口部)に対して左鎖骨上切開、上部胸骨正中切開を組み合わせたアプローチにより摘出術を施行した1例

¹八尾徳洲会病院 呼吸器外科、
²大阪医科大学附属病院 外科学講座胸部外科学教室
市橋良夫^{1,2}、文元聡志^{1,2}、越智 薫²、
佐藤 澄^{1,2}、花岡伸治^{1,2}、勝間田敬弘²、
山下憲一¹

上縦隔腫瘍、特に胸郭上口へのアプローチは血管の処理を必要とし困難である。上縦隔腫瘍に対して鎖骨上切開、上部胸骨正中切開を組み合わせたアプローチにより腫瘍摘出術を施行した症例を経験したため報告する。(症例)37歳、女性。右背部痛を自覚され、頸部MRIを撮影したところ左上縦隔に腫瘍を認め、精査加療目的に当科紹介となり、摘出術を施行することとなった。手術は仰臥位で前述の皮切を加え、第1肋骨間で開胸し、第1肋骨を内胸動脈の外側で切断し、胸骨柄を第1肋骨間まで縦切開し、同肋骨にて左側へ横切開した。切断した胸骨柄を外側、頭側に牽引し、胸腔鏡補助下で血管、神経を剥離し腫瘍を摘出した。(まとめ)胸郭上口へは同アプローチが良好な視野を確保でき、安全に手術を遂行できた。本症例に対して若干の文献的考察を加えて報告する。

C24

穿孔性腹膜炎にて腹膜播種を来した小腸GISTの1例

¹奈良県総合医療センター 外科、
²奈良県総合医療センター 救命救急センター
高木忠隆¹、石川博文¹、高 濟峯¹、向川智英¹、
切畑屋友希¹、松本弥生¹、渡辺明彦¹、松阪正訓²

症例は64歳、女性。下血を主訴に当院内科受診。腹部造影CTで小腸に6cm大腫瘍を認め同部位からの出血と診断された。手術予定としていたが、他病変精査中に突然の下腹部痛、発熱を認めた。画像検査上明らかな穿孔所見はなかったため、抗生剤加療開始された。症状改善したが、小腸腫瘍破裂による穿孔性腹膜炎の可能性を否定できなかったため緊急手術を施行した。小腸に腫瘍を認め表面が一部破綻し穿孔、出血していた。腫瘍を含めて腸部分切除し、腹腔内洗浄ドレナージを行った。腫瘍近傍のS状結腸間膜が浮腫性に肥厚しており、破裂に伴う腹膜炎と考えられた。播種の疑いがあったため、腹膜のみを可及的に剥離摘出した。病理組織学的検査にて小腸GIST腹膜播種と診断された。小腸GISTの治療は部分切除が推奨されており、リンパ節郭清は必要ないとされている。しかし、穿孔性腹膜炎を発症した場合は腹膜播種することもあるため、腹膜切除術も有用であると考えられた。

C25

過去の手術による癒着で生じた腸間膜間裂孔に小腸が嵌入した絞扼性腸閉塞に対し腹腔鏡下壊死腸管切除・吻合を行った1例

¹草津総合病院、
²草津総合病院 第2外科・肥満代謝外科
東 長佳¹、小座本雄軌²、戸川 剛²

【症例】 下腹部手術歴のある54歳女性。自動車運転中に突然強い腹痛を発症、救急搬送された。【画像所見】 腹部造影CT検査にて限局性に拡張、壁肥厚を伴う小腸ループを認めた。絞扼性腸閉塞であるが拡張腸管の壁には造影効果が認められ、未だ血流はあると考えられた。【手術初見】 腹腔鏡で観察したところ、黒色に変色した壊死調の小腸が認められた。腸間膜同士の間癒着があり、癒着していない「隙間」が裂孔となってここに小腸が嵌入、絞扼されていた。裂孔を切開開大して絞扼を解除、腸管を引き出したが色調は回復しないため腸管切除、吻合を鏡視下で行った。【考察および結語】 腹部手術歴のある患者であったが腹腔鏡下で正確に絞扼原因を診断し、低侵襲手術を行うことができた。原因の特定出来ない腸閉塞の緊急手術においてまず腹腔鏡でアプローチすることにより、必要最小限の侵襲で適切な治療を行うことができる可能性が期待できる。

C27

腸重積症を合併した小腸粘膜炎下腫瘍の一例

¹市立芦屋病院 外科
佐々木亨¹、塚尾祐貴子¹、田守登茂治¹、
浦野尚美¹、三方彰喜¹、水谷 伸¹、小関萬里¹

症例は63歳女性。7ヶ月前より間欠的臍周囲痛があり、内科受診し各種検査（血液・X線・腹部エコー・単純CT・上下部消化管内視鏡検査）するも明らかな異常なく経過観察されていた。一週間前より下痢・腹痛の増悪があり当院を受診した。右下腹部に圧痛を認め、腹部CT検査では上行結腸および横行結腸は肥厚・層状構造を呈し、また層状構造の一層に脂肪織濃度を認め（Multiple concentric ring sign）回結腸重積を疑った。同日入院としたが夜間より下血し第二病日準緊急的に手術を行った。腹腔鏡下観察所見において回腸が上行結腸に陥入しており回結腸重積と診断した。臍部創を延長し体外でHutchinson手技での整復を試みたが解除できず結腸右半切除術を施行した。回腸末端より21cmの部位に最大径65mmの山田3型のポリープ状腫瘍を認めた。成人における腸重積は全腸重積の5～10%といわれ比較的稀であり、文献的考察とともに報告する。

C26

絞扼性イレウス解除術後の虚血を伴った腸管に対してICG蛍光造影法が有用であった1例

¹奈良県立総合医療センター 外科、
²奈良県立総合医療センター 救急科
松本弥生¹、高 濟峯¹、高木忠隆¹、切畑屋友希¹、
松阪正訓²、向川智英¹、石川博文¹、渡辺明彦¹

症例は80代、男性。過去2回の開腹手術既往あり。嘔気・嘔吐、腹痛を主訴に当院内科を受診し、癒着性イレウスの診断でイレウス管挿入され入院。しかし症状改善せず、再度施行したCTでbeak signや腹水増加を認め、手術加療目的に当科紹介となり、同日手術を施行した。腹部正中切開にて開腹。癒着によるclosed loopを認め、癒着を剥離しイレウスを解除した。絞扼されていた腸管は解除後にわずかに色調の改善を認めたが、依然不良であった。腸切除の判断に迷ったため、ICG（インドシアニンググリーン）による蛍光造影法を用い腸管血流の評価を行い、絞扼解除後の腸管に血流が認められたため、温存可能と判断し腸切除は施行せずに手術終了とした。術後は腸管機能が回復し、食事摂取可能となり術後35日目にリハビリ病院に転院となった。絞扼性イレウス等での虚血腸管に対して腸切除の判断に難渋した際に蛍光造影法が腸管温存の判断材料となった1例を経験した。

C28

中腸神経内分泌腫瘍（NET）の2切除例

¹関西電力病院 外科、
²生駒病院 外科、
³京都大学 肝胆脾・移植外科、
⁴済生会野江病院 外科、
⁵洛和会音羽病院 外科
岡部あさみ¹、河本 泉¹、杉本 堯¹、西山和宏¹、
大島 侑¹、細田洋平¹、相馬俊也²、加茂直子³、
太田秀一⁴、清地秀典¹、栗根雅章⁵、恒川昭二¹、
足立幸人⁴、滝 吉郎¹、今村正之¹

【はじめに】 消化管神経内分泌腫瘍（NET）の中でも稀な中腸NETの2症例を経験した。【症例1】 48歳、女性。主訴は腹痛。CTにて小腸の拡張を認め、30mm大の腸間膜リンパ節を指摘され、生検にてNET G2であった。DOTATOC PET/CTにて回腸に集積を認め、回腸NETと診断した。回腸部分切除を施行し、病理はNET G2であった。【症例2】 64歳、男性。5年前より原発不明のNET肝転移に対して集学的治療を行い画像上肝転移は消失したが、小腸間膜リンパ節の増大と腸閉塞症状が出現した。DOTATOC PET/CTにて小腸腸間膜リンパ節に集積を認め小腸NETと診断した。回腸部分切除を施行し回腸に13mm大結節を認め、病理はNET G1およびリンパ節転移であった。【まとめ】 外科的切除が可能であった中腸NETの2症例を経験した。中腸NETは本邦では年間発症10万人あたり0.2人と稀な症例であり、若干の文献的考察を加え報告する。

C29

腸石を伴う穿孔性 Meckel 憩室炎の1例

¹長浜日赤 外科

東口貴之¹、谷口正展¹、丹後泰久¹、中村一郎¹、
中村誠昌¹、塩見尚礼¹、下松谷 匠¹

症例は59歳の女性、平成27年6月、下腹部痛を主訴に当院を受診した。腹部CTでは小腸と連続した嚢胞性病変を認め、その内部に石灰化像を認めた。Meckel 憩室炎と診断し、保存的治療を行ったが、症状の増悪を認めたため、緊急手術を行った。回腸末端より50cm 口側に白苔の付着した Meckel 憩室を認め、これを切除した。憩室粘膜に異所性粘膜は認めなかった。腸石を伴う穿孔性 Meckel 憩室炎は稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

C31

小腸憩室穿通による腹膜炎の1例

¹滋賀県立成人病センター 外科

増田翔吾¹、山本秀和¹、青山龍平¹、住田公亮¹、
谷 昌樹¹、川添准矢¹、矢澤武史¹、山田理大¹、
山本道宏¹、原田英樹¹、財間正純¹

小腸憩室穿通による腹膜炎に対し手術を施行した1例を経験した。[症例] 開腹手術歴のない90歳女性。突然の腹痛を自覚した。下腹部に腹膜刺激症状を認め、CTで空腸に多発する憩室と周囲の腸間膜内に air を認めた。小腸憩室穿通による腹膜炎と診断し緊急手術を施行した。開腹すると、混濁した腹水および空腸の10箇所憩室を認め、その憩室の1箇所が腸間膜内に穿通していた。同憩室を含む空腸を約20cm 切除し、その他の憩室は今回は切除しなかった。病理学上は憩室壁には炎症細胞の浸潤を認め、臨床所見と合わせ、憩室炎に起因した穿通性腹膜炎と診断した。尚、穿孔の誘因となる異物等は見られなかった。小腸憩室の穿孔性腹膜炎は非常に稀であり、多発する憩室への治療については一定の見解は得られていない。今回は腹膜炎を呈していたため部分切除にとどめたが、状況が許せば予防的な憩室全切除も治療の選択の1つと考える。

C30

高齢発症 Meckel 憩室出血の一切除例

¹奈良県立医科大学 消化器総合外科、

²奈良県立医科大学 中央内視鏡超音波部

田中幸美¹、小山人一^{1,2}、中村信治¹、植田 剛¹、
錦織直人¹、川崎敬次郎¹、中本貴透¹、尾原伸作¹、
佐々木義之¹、中村保幸¹、洲尾昌伍¹、藤井久男²、
中島祥介¹

症例は88歳の男性。下血を認めたため前医で上下部消化管内視鏡検査が行われた。大腸憩室を認められたが、出血がなかったため経過観察となっていた。再下血のため当院紹介された。下部消化管内視鏡検査で Bauhin 弁を超えて回腸内にも血液があり、小腸出血が疑われた。カプセル内視鏡検査、ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行したところ、Meckel 憩室周囲に潰瘍性病変を認め同部位からの出血と診断した。小開腹手術を施行し、Bauhin 弁から口側に Meckel 憩室を認め同記の回腸を部分切除した。病理診断では憩室内に異所性胃粘膜や腭組織は明らかではなく憩室周囲の一部に、UL-2程度の潰瘍を認めた。術後経過良好であり術後7日目に退院となりその後下血は認めていない。高齢者の Meckel 憩室出血はまれであり若干の文献的考察を加えて報告する。

C32

診断に難渋したメッケル憩室穿孔の1例

¹済生会兵庫県病院 外科

美田良保¹、中村吉貴¹、廣吉基己¹、山本隆久¹

症例は13歳、男性。主訴は右下腹部痛、発熱。現病歴は前日より下腹部痛、発熱認め近医救急受診も特に問題ないと診断。翌日症状持続するため近医受診。急性虫垂炎の疑いにて当院紹介。来院時右下腹部を主とした下腹部痛みと、腹部はやや膨満気味であった。採血で WBC 17400 CRP 11.4と炎症所見高値。腹部CTで虫垂の腫大、小腸の経度拡張、ダグラス窩に膿汁を疑う腹水を認めた。上記より急性虫垂炎穿孔の疑いにて同日緊急手術を施行。術中所見では虫垂は経度うっ血所見を認めた。腹腔内を検索したところ Bauhin より50cm 口側に憩室を認め同部に穿孔を認めた。病理では穿孔部に異所性胃粘膜を認め、メッケル憩室穿孔と診断した。メッケル憩室穿孔は穿孔性虫垂炎との鑑別が困難なことがある。比較的まれなメッケル憩室穿孔の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

C33

小腸内異物誤飲（義歯）に対する手術症例2例の検討

¹第一東和会病院 内視鏡外科センター
 眞岡成佳¹、飯田 稔¹、藤村昌樹¹、佐藤 功¹、
 千野佳秀¹、水谷 真¹、田畑智丈¹、田儀知之¹、
 高山昇一¹

消化管異物のほとんどは自然排泄されるが、まれにイレウス、消化管穿孔の原因となり内視鏡的治療、外科的治療の対象となる。最近、当院で消化管異物の2例を経験したので報告する。

D02

術後に白血球数の上昇で診断に至った G-CSF 産生胃癌の一例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科
 本田浩太郎¹、河合 英¹、李 相雄¹、
 田代圭太郎¹、革島悟史¹、田中 亮¹、
 重里親太郎¹、内山和久¹

【緒言】 G-CSF 産生胃癌の報告は稀で、進行が早く予後不良である。G-CSF 産生胃癌の一例を経験したので報告する。【症例】 65歳、男性。胃体上部大弯の1型胃癌に対して胃全摘術（D2郭清）及び脾体尾部合併切除術を施行した。術前の白血球数は10,180/μlであった。病理診断は por1、pT4b（腺）、ly3、v1、pN3a、M0、pStageIIIcであった。術後に白血球数の高値が続き（最大値103,300/μl）、術後第22病日のCTで多発する低吸収域が出現し、血清 G-CSF 値が864pg/dlと高値であり G-CSF 産生胃癌による多発肝転移と診断した。【考察】 G-CSF 産生胃癌の本邦での報告例は本症例を含めると37例である。報告例の多くが術前より白血球数の上昇を認めているが、本症例は手術を契機として肝転移が顕在化し、急速に進行することで G-CSF 産生が増加し白血球数の急激な上昇をきたしたものと推測された。【結語】 術後に白血球数の上昇で診断に至った G-CSF 産生胃癌の一例を経験した。

D01

単独脳転移を契機に発見され集学的治療を施行した進行胃癌の1例

¹城山病院 消化器センター 外科
 富永 智¹、新田敏勝¹、藤井研介¹、片岡 淳¹、
 川崎浩資¹、石橋孝嗣¹

【症例】 73歳男性。【現病歴】 歩行障害、右知覚障害を主訴に来院、精査にて左頭頂葉内側に1cm大の腫瘤を指摘され当院脳センターに紹介。【治療経過】 脳腫瘍に起因する症状緩和のためにガンマナイフ治療を施行。治療後歩行障害は改善し、その後施行したPET-CTにて胃体部にFDGの集積を認めた。そのため上部消化管内視鏡を施行し、胃U領域小弯側に5cm大の3型病変を認め、当科紹介。同部は出血を呈しており、局所コントロールを目的に胃全摘術 + D2郭清を施行した。病理組織学所見では pT3N0M1 (brain) ly1v3stageIV。現在外来化学療法中。【考察】 胃癌の脳転移は1%以下と稀な疾患であり無治療例の平均余命は2か月と予後不良である。しかし、近年定位放射線治療法の導入に伴い集学的治療の有効例が報告されている。今回、脳転移を契機に発見され、集学的治療を施行した胃癌の1例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

D03

急速な経過を辿った胃原発小細胞型内分泌細胞癌の2例

¹高槻赤十字病院 消化器外科
 高野義章¹、平松昌子¹、小林稔弘¹、恒松一郎¹、
 石井正嗣¹、前沢早紀¹

【諸言】 胃内分泌細胞癌は全胃癌中0.1-0.6%で予後不良とされる。急速増大した本疾患2例を報告する。【症例1】 47歳、男性。2013年8月黒色便をきたし、EGDにて7cmの食道浸潤を伴い胃角部に至る2型腫瘍あり。生検にて小細胞型内分泌細胞癌と診断。10ヵ月前の胃透視では異常なし。2週後のEGDで腫瘍はさらに増大し、縦隔内まで著明なリンパ節転移を認めた。化学療法開始3日目に大血管への穿破によると思われる突然の心肺停止にて死亡。【症例2】 74歳、男性。2014年4月EGDにて胃体部に3型腫瘍あり。生検にて小細胞型内分泌細胞癌と診断。1年前のEGDは異常なし。胃全摘、D2郭清を施行した。病理診断は小細胞型内分泌細胞癌、pT3(SS)、pN2であった。【考察】 いずれも1年以内の急速進行と考えられ、新WHO分類のNEC (neuroendocrine carcinoma) に該当する。文献的考察を加えて報告する。

D04

LECSを施行した早期胃癌の1例

¹兵庫県立西宮病院 消化器外科

本田晶子¹、岡田一幸¹、三木宏文¹、雪本龍平¹、
徳山信嗣¹、久保維彦¹、斉藤明菜¹、柳澤公紀¹、
吉岡慎一¹、太田英夫¹、柏崎正樹¹、福永 睦¹、
小林研二¹

【はじめに】胃癌に対するLECSは、術中操作による腹腔内への腫瘍露出が懸念されており、播種の原因となる可能性があるため、適応には慎重を要する。今回我々は早期胃癌に対してLECSを施行した1例を経験したので報告する。【症例】68歳男性。胃体上部癌 (tub1、cT1bN0M0、stageIA) に対し手術加療の方針となった。今回は、患者の胃温存の希望が強く、診断的治療として胃局所切除術を第一選択とし、より低侵襲な手術方法としてLECSを試みた。病理組織学的診断の結果は、腫瘍径14×37mm、断端陰性であり、脈管浸潤は認めず、pT1aN0M0、stageIAであり、追加切除の適応はなかった。【結語】今回我々は早期胃癌に対しLECSを施行した1例を経験した。LECSは胃の切除範囲を最小限に抑えることが可能であり、従来の胃局所切除術と比較すると胃の変形や狭窄が少なく、通過障害などの術後合併症が大幅に軽減できる。今後の胃癌へのLECSの適応拡大の可能性を検討し、若干の文献的考察を加え報告する。

D06

膵全摘術を施行した膵 ITPN 由来浸潤癌の1例

¹市立豊中病院 外科、

²市立豊中病院 病理診断科

藤本侑士¹、田村裕美²、富丸慶一¹、畠野尚典¹、
高田晃宏¹、広田将司¹、大島一輝¹、谷田 司¹、
小森孝通¹、川瀬朋乃¹、森田俊治¹、今村博司¹、
岩澤 卓¹、赤木謙三¹、足立史朗²、堂野恵三¹

症例は74歳、男性。近医で膵腫瘍を指摘され、当院紹介受診。造影CTにて膵頭体部に多数の微小嚢胞を伴った腫瘍を認めた。上部消化管内視鏡検査では副膵管開口部近傍に粗造な粘膜を認め、同部位の生検より腺癌と診断された。明らかな粘液流出は認められなかったが、IPMNまたはIntraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) の術前診断のもと、手術を施行した。膵炎の影響で膵臓全体が非常に硬く脾動静脈の剥離が困難であったことから、膵全摘術を施行した。病理検査では、膵管内に非粘液性の高度異型を伴った異常腺管の乳頭状増生を認め、また膵管周囲への浸潤も伴っていたことから、膵 ITPN 由来浸潤癌と診断された。ITPNは2010年のWHO分類から提唱された新しい疾患概念である。膵管内を管状乳頭状に増殖する腫瘍であり、IPMNとは異なり粘液産生は極めて乏しい。その発生頻度は非常に稀であることから、若干の文献的考察を加えて報告する。

D05

穿孔性中腸軸捻転を合併した成人腸回転異常症の1例

¹JCHO 神戸中央病院 外科

加藤俊治¹、平島相治¹、曾我耕次¹、西尾 実¹、
高 利守¹、小黒 厚¹、中川 登¹

【症例】50歳男性、数日前から認める嘔吐と排便がなくなったことを主訴に近医受診。腸閉塞の疑いで当院受診となった。腸閉塞+腸管回転異常症の診断で保存的加療をされていたが、改善しないため、外科紹介となった。腹腔鏡下手術を試みたが、消化管穿孔を認めており、視野が確保できないため開腹手術へ移行した。Ladd 靱帯を認め、それを起点にして中腸軸捻転を認めており、捻転部に穿孔壊死を認めていた。Ladd 手術および予防的虫垂切除術を施行し、穿孔壊死腸管は部分切除後 Functional end to end にて十二指腸-空腸吻合した。【考察】腸回転異常症は胎生期に腸管の回転、固定異常が原因で起こると言われている。新生児期に中腸軸捻転や十二指腸閉塞で発症することが多いと言われており、成人発症は比較的まれである。今回、穿孔性中腸軸捻転を合併した成人腸回転異常症の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

D07

巨大非機能性膵内分泌腫瘍の1切除例

¹公立甲賀病院 外科

長谷川隼人¹、赤神正敏¹、浅利健吾¹、
森野甲子郎¹、池田房夫¹、沖野 孝¹、井田 健¹

非機能性膵内分泌腫瘍は発見時の多くは無症状で、腫瘍径は平均3cm程度との報告がある。今回、径12.5cmの1切除例を経験したので報告する。症例は44歳男性、検診で左上腹部に腫瘍を指摘された。主訴は軽度の左上腹部痛で、造影CT検査では、膵体尾部に腫瘍を認めたが、血液検査ではインスリン、ガストリン値の有意な上昇は認めず、非機能性膵内分泌腫瘍を疑い、膵体尾部切除術を施行した。これらの病歴・臨床所見と病理組織診断よりG2と診断した。膵体尾部の非機能性膵内分泌腫瘍は、医中誌で1989年から2015年に38例の報告があり、径10cm以上の報告は3例と稀で、うち2例は消化管を圧排していたが、症状は認めなかったと報告されている。本例は胃を圧排していたが殆ど症状を呈さなかったため、発見が遅れたと考えられた。軽度症状を呈する巨大非機能性膵内分泌腫瘍の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。

D08

膵頭十二指腸切除後に急性副腎不全が疑われた一例
¹大阪医療センター 外科

小林 登¹、宮本敦史¹、前田 栄¹、濱 直樹¹、
朴 正勝¹、大谷陽子¹、植村 守¹、水谷麻紀子¹、
八十島宏行¹、山本和義¹、三宅正和¹、西川和宏¹、
増田慎三¹、大宮英泰¹、池田正孝¹、宮崎道彦¹、
平尾素宏¹、高見康二¹、関本貢嗣¹、中森正二¹

症例は78歳男性。BMI 32.3の肥満患者で、既往に慢性腎臓病、糖尿病、高血圧あり。十二指腸乳頭部癌に対して膵頭十二指腸切除術を施行した。手術時間は10時間44分、出血量は1760mlであった。術直後から低血圧が遷延し、輸液や昇圧剤投与による加療を行ったが改善しなかった。経胸壁心エコーでは循環血液量減少性、心原性の低血圧は否定的であり、カテコラミン抵抗性の低血圧から急性副腎不全が疑われた。直ちにステロイド補充療法を開始した所、血圧上昇を認めた。ステロイドは3日間の間隔で漸減し、術後10日目に終了した。その後、胃排泄遅滞、急性腎障害、カテーテル関連血流感染、腹水貯留などを認めたが、いずれも保存的加療で改善し、術後55日目で退院した。術後6ヶ月経過した現在までに十二指腸乳頭部癌、急性副腎不全のいずれも再発徴候は認めていない。今回、手術侵襲による急性副腎不全が疑われた症例を経験したので報告する。

D10

術後1年無再発生存中の退形成性膵管癌の一切除例
¹兵庫県立西宮病院 消化器外科

久保維彦¹、柏崎正樹¹、太田英夫¹、雪本龍平¹、
徳山信嗣¹、斎藤明菜¹、柳澤公紀¹、岡田一幸¹、
吉岡慎一¹、三木宏文¹、福永 睦¹、小林研二¹

【はじめに】退形成性膵管癌は浸潤性膵管癌の0.14%と非常に稀な腫瘍であり、予後は極めて不良とされる。今回われわれは退形成性膵管癌の一切除例を経験したので報告する。【症例】60代男性。前医にて出血を伴う十二指腸に露出する腫瘍を認め、止血後、加療目的に当院に紹介された。精査にて、膵全体に内部壊死を伴い辺縁に造影効果のある腫瘍を認め、胃前庭部後壁及び門脈への浸潤が疑われた。EUS-FNAで退形成性膵管癌と診断し、術前診断はcT4N1M0、cStageIVaで手術を施行した。術式は膵全摘、胃垂全摘、門脈・脾・左副腎合併切除術を行った。病理組織検査結果は巨細胞型の破骨細胞型退形成膵管癌、pT4 [pCH(+), pDU(+), pS(+), pRP(+), pPV(+), pA(-), pPL(-), pOO(+, 胃)], pN1, StageIVaと最終診断した。術後、胃内容排泄遅延を認めたが保存的加療で改善し術後47日目に軽快退院。術後補助化学療法としてTS-1療法を施行し、術後1年現在無再発生存中である。

D09

腫瘍形成性膵炎と鑑別が困難であった Groove 膵癌の一例

¹関西電力病院 外科、
²関西電力病院 消化器内科、
³関西電力病院 病理診断科
杉本 堯¹、大島 侑¹、岡部あさみ¹、西山和宏¹、
南 有沙²、細田洋平¹、小倉信子¹、河本 泉¹、
清地秀典¹、恒川昭二¹、河合 潤³、中村武史²、
滝 吉郎¹、今村正之¹

症例は74歳男性。嘔吐を主訴に前医にて精査され、高アミラーゼ血症、主膵管拡張を伴う十二指腸狭窄の診断で当院へ紹介となった。CTにて膵頭部に20mm大の造影効果を伴う腫瘍を認め、EUSでGroove領域の低エコー腫瘍として描出された。十二指腸狭窄によりEUS-FNAやERCPは施行困難であった。腫瘍マーカーはCA19-9 76.5ng/mlと上昇を認めた。Groove領域の膵癌を疑い審査腹腔鏡を行ったが悪性所見を認めず診断的加療目的に膵頭十二指腸切除術を施行した。病理診断は中分化型腺癌(pT4, N2, M0, StageIVa)であった。本症例では主膵管の拡張及び胆管狭窄を認め、膵癌を強く疑った。鑑別診断としてはGroove膵炎が挙げられ、その場合バイパス術も考慮される。しかし、膵癌による副膵管狭窄が原因のGroove膵炎合併症例の報告やGroove膵炎の診断でバイパス術後に膵癌と診断された症例もあり、Groove膵癌が疑われた場合、膵頭十二指腸切除術は適切な術式選択と考えられた。

D11

高齢者に対する膵頭十二指腸切除術の治療成績の検討

¹田附興風会医学研究所北野病院消化器センター
外科
岡田はるか¹、内田洋一郎¹、大野 龍¹、
松原弘侑¹、後藤 徹¹、岡本拓也¹、山本健人¹、
上田修吾¹、森 章¹、金澤旭宣¹、寺嶋宏明¹

【対象・方法】当院において手術手技を定型化した2009年4月から2015年7月までに膵頭十二指腸切除術(PD)を施行した100例のうち、肝切除を併施した4例を除く96症例を、75歳以上の25例(高齢者群)と75歳未満の71例(非高齢者群)に分けて比較検討した。【結果】手術因子(手術時間、出血量等)、術後合併症(膵液瘻、胃内容排泄遅延等)の発症頻度に差は認めなかったが、術後在院日数は高齢者群で延長した(中央値30日(14-218日)対22日(12-83日))。高齢者群で1例のみ在院死亡があり、肺癌加療歴のある呼吸不全が原因であった。膵癌・胆道癌・乳頭部癌に細分類して検討したが、術後合併症及び無再発生存率に有意な差を認めなかった。【結語】高齢者においても、術前の詳細な全身状態評価と適切な症例選択および慎重な周術期管理により、非高齢者と同様にPDは安全に施行可能であるといえる。

D12

小学校低学年までの Nuss 手術中期比較

¹大阪市立大学医学部附属病院 小児外科
久保田雪乃¹、諸富嘉樹¹、北田智弘¹

【目的】Nuss 手術は整容目的が多く、適応の客観的指標は少ない。再陥凹防止に思春期直前を至適時期とするが当科では低学年での希望も多い。自験例で低学年児への適応を検討する。【対象と方法】34例のバー抜去を経験、うち低学年までが13例、思春期が4例であった。術前、挿入後、抜去後の外観変化の主観的評価と frontosagittal index (FSI) の変化を検討した。【結果】陥凹が強いほど挙上後の肋弓の反りが目立つが、低学年児では成長とともに矯正された。挙上後の FSI は低学年児がより改善され過矯正された。バー留置期間は低学年児平均1.5年、思春期例は2.9年だった。抜去後の経過観察期間は1-15年、抜去後に FSI は減少したが再陥凹はない。【考察】思春期例では術後の FSI 改善は低い。低学年児は術後 FSI の増加が大きく過矯正になるが、バー抜去と成長で見栄えが良くなった。低学年児は過矯正することで成長後の整容性が思春期例より向上する可能性がある。

D14

再々発腹壁瘻痕ヘルニアに対して腹腔鏡補助下修復術を施行した1例

¹府中病院 外科
谷 亮佑¹、内間恭武¹、岩内武彦¹、辻尾 元¹、
山越義仁¹、王 恩¹、長嶋大輔¹、平川俊基¹、
青松直撥¹、西居孝文¹、鄭 聖華¹、中澤一憲¹、
竹内一浩¹

【はじめに】再々発腹壁瘻痕ヘルニアの1例について報告する。【症例】48歳女性【現病歴】2007年十二指腸穿孔、汎発性腹膜炎に対し腹腔ドレナージ、単純閉鎖および大網被覆術施行。2009年腹壁瘻痕ヘルニアの診断でヘルニア根治術施行。2013年腹壁瘻痕ヘルニア再発、メッシュによる小腸穿通に対し形成外科と合同で腹壁瘻痕ヘルニア修復術施行。2014年腹壁瘻痕ヘルニアの再々発を認め、2015年8月3日に手術目的で入院。【現症】ヘルニア再発部に硬結を触知した。【検査】単純腹部CT検査でヘルニア門径35mm、臍上部に小腸の脱出を認めた。【治療経過】8月4日腹腔鏡補助下腹壁瘻痕ヘルニア修復術を施行。経過良好であり、術後8日目に退院となった。【考察】腹壁瘻痕ヘルニアの誘因は創感染、複数回の開腹術と肥満である。本症例は再発を繰り返しており、開腹 Mesh 修復術では根治が難しいと判断し、腹腔鏡補助下修復術を選択した。その結果を術中操作も含めて報告する。

D13

腹腔鏡補助下に修復した S 状結腸間膜内ヘルニア陥頓の1例

¹明和病院 外科
赤塚昌子¹、中島隆善¹、北村 優¹、光藤 傑¹、
竹中雄也¹、一瀬規子¹、小野朋二郎¹、友松宗史¹、
別府直仁¹、吉江秀範¹、生田真一¹、張 宇浩¹、
木村文彦¹、岸本昌浩¹、古川一隆¹、相原 司¹、
柳 秀憲¹、山中若樹¹

【はじめに】結腸間膜内ヘルニアは比較的まれな疾患でその診断と治療には苦慮する場合がある。今回、腹腔鏡補助下に治療を行った S 状結腸間膜内ヘルニアの1例を経験したので報告する。【症例】腹部手術歴のない50歳代、女性。便秘で下剤内服後に嘔気、腹痛が出現し近医を受診、イレウスの疑いで紹介受診となった。来院時 CT 検査にて小腸全体に著明な拡張を認め、緊急入院の上イレウス管にて減圧を開始したが、所見の改善が乏しく入院4日後に緊急手術を行った。腹腔鏡下に腹腔内を観察、S 状結腸間膜左葉に2cm 大の欠損孔が認められ、同部位に約20cm の小腸が陥頓していた。腹腔鏡下に嵌頓した小腸を還納したが血流障害を認めたため小開腹にて部分切除を行い、ヘルニア門は腹腔鏡下に縫合閉鎖した。術後経過は問題なく術10日目に退院した。【結語】腹部手術歴のないイレウスに対しては結腸間膜内ヘルニアも念頭におくべきである。

D15

重症肥満患者の左傍十二指腸ヘルニアに対し単孔式腹腔鏡補助下ヘルニア修復術を施行した1例

¹京都市民連中央病院 外科
本田正典¹、岡本 亮¹、川島市郎¹、鈴木 卓¹

症例は23歳男性。身長172cm、体重108kg、BMI 36.5。腹部手術歴無し。夕食後に左腹痛出現し近医受診。腸閉塞と診断され当院紹介。単純 CT で左前腎傍腔に小腸の集簇像を認めた。左傍十二指腸ヘルニアと診断、腹痛が強同日に緊急で腹腔鏡補助下ヘルニア修復術を施行。臍より単孔式で手術開始、十二指腸左側で小腸の嵌入を確認、嵌入した小腸を牽引しヘルニア内容を還納、小腸はうっ血を認めるも壊死は認めなかった。臍直下にヘルニア門を確認できたため直視下に縫合し閉鎖した。術翌日に経口摂取再開、全身状態も良好であったため術後3日目に退院となった。左傍十二指腸ヘルニアは比較的稀な疾患で術前診断が困難なことも多いが本症例では CT で早期診断が可能であった。本疾患の発生機序として腹腔内圧の上昇や腸蠕動等の後天性要因も関与すると考えられているが、本症例では重症肥満があり内臓脂肪による腹腔内圧上昇が発症の一因と考えられる。

D16

横隔膜傍裂孔ヘルニア内に胃 GIST を認めた一例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科

重里親太郎¹、河合 英¹、李 相雄¹、

田代圭太郎¹、革島悟史¹、田中 亮¹、飯田 亮¹、

本田浩太郎¹、内山和久¹

【背景】横隔膜傍裂孔ヘルニアは非常に稀である。同ヘルニア内に発症した胃 GIST に対し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】**81歳女性。腹腔鏡下ヘルニア修復術および胃局所切除術を施行し術中に傍裂孔ヘルニアと診断した。ヘルニア嚢を腹腔内に還納し GIST を含めた胃を局所切除しヘルニア門は縫合閉鎖した。術後軽快退院し現在まで腫瘍・ヘルニアとも再発を認めていない。**【考察】**傍裂孔ヘルニアの報告は12例あり、11例が女性で平均78.3歳であった。手術例12例のうち4例はヘルニア門の閉鎖にメッシュが用いられ、7例は鏡視下に施行されていた。噴門部形成は6例の報告があり、術中操作の内容や GERD の有無により施行されていた。診断は食道裂孔ヘルニアとの鑑別が重要であるが本症例では術前診断は困難であった。**【結語】**傍裂孔ヘルニア内に胃 GIST を発症した稀な症例を経験した。腹腔鏡下手術は侵襲面や診断・治療面で有用と考えられた。

D18

化膿性心膜炎を契機に発見された左室流出路仮性瘤を来した1症例

¹岸和田徳洲会病院 心臓血管外科

小島三郎¹、東上震一¹、畔柳智司¹、薦岡成年¹、

降矢温一¹、榎本匡秀¹、若林尚宏¹

症例は45歳男性で、発熱と肝酵素上昇にて紹介受診。外来受診時にショック状態となり、心エコーにて多量の心嚢液貯留を認め、心タンポナーデを来していたことが原因と考えられた。緊急心嚢ドレナージを施行し状態は速やかに改善した。心タンポナーデの原因は各種検査から虚血性疾患等の急性疾患は否定的であった。後日、心嚢液から MSSA が検出され、化膿性心外膜炎と診断し内科的加療を行ったが、経過中に左室流出路に仮性瘤を来したため、外科的加療に至った。心外膜炎から心タンポナーデを来し、左室流出路に仮性瘤を形成するまで進行するような非常にまれな症例を経験したので、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

D17

虫垂穿孔による後腹膜膿瘍から壊死性筋膜炎を発症した一例

¹済生会中和病院 外科

西沼 亮¹、青松幸雄¹、杉原誠一¹、中尾 武¹、

福本晃久¹、岩佐陽介¹、細井孝純¹、今川敦史¹

体幹部に発症する壊死性筋膜炎の一例を経験したので報告する。85歳男性、主訴は体調不良。1週間前より体調不良が増悪するため診療所を受診。後腹膜膿瘍からの DIC 状態との診断で同日当科救急搬送となる。既往歴に糖尿病、高血圧、糖尿病性腎症。来院時、体温37.2度、血圧90/60mmHg 前後、脈拍130前後。努力様呼吸で25回/分前後。意識レベル(JCS) I-3。右下腹部に軽度圧痛・反跳痛あり。腹部単純 CT にて回盲部の脂肪織混濁と後腹膜膿瘍を認めたが、ガス像は認めなかった。急性期 DIC スコア4点。同日緊急開腹手術施行。右側腹部より上腹部腹膜に壊死と悪臭を伴う濁った排液がみられ、筋層には壊死を認めず。回盲部切除・腹壁壊死筋膜切除・ドレナージ術を施行した。術後 DIC が進行し多臓器不全にて術後38時間後に死亡した。腹壁に発症した虫垂炎起因の壊死性筋膜炎症例を経験したので文献的考察をふまえ報告する。

D19

脾膿瘍を合併した感染性心内膜炎

¹医仁会武田総合病院

禹 英喜¹、岸田賢治¹、野村幸哉¹

症例は42歳、男性。体重減少と持続する咳嗽を主訴に来院した。身体所見で心尖部に最強点を有する Levine3/6度の収縮期雑音を聴取した。腹部に特記所見は認めなかった。心臓超音波検査で、高度僧帽弁逆流と中等度三尖弁逆流を指摘されるとともに、僧帽弁後尖の疣贅が疑われた。胸腹部CTでは、多発性脾膿瘍を認めた。入院後、左心不全の制御が困難となり、僧帽弁置換術および三尖弁形成術を施行した。脾膿瘍については、感染制御が困難な場合に外科的処置を行う方針とした。術後、検出菌に感受性のある抗生剤の投与を行い、発熱はなく、血液検査では炎症反応の遷延は認めず、術後48日目に独歩退院した。また、画像所見では脾膿瘍の縮小を認め、経皮的ドレナージや脾臓摘出術は行わなかった。多発性脾膿瘍を合併した感染性心内膜炎症例において、心臓手術のみを行い抗生剤治療により脾膿瘍を制御し得た症例を経験した。

D20

気管孔を有した患者に左側方開胸下で心拍動下冠動脈バイパス術を施行した1例

¹奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科
山下慶悟¹、阿部毅寿¹、多林伸起¹、早田義宏¹、
廣瀬友亮¹、丹羽恒介¹、武村潤一¹、寺井太一¹、
谷口繁樹¹

【症例】68歳男性。他院で下咽頭癌に対して化学療法併用放射線治療を施行された。その後、咽頭壊死を生じ、気管切開術、胃瘻造設術を施行された。残存腫瘍及び咽頭壊死に対して手術の方針となった。術前評価の運動負荷心電図検査でII、III、aVf、V5、V6にST低下を認めた。心臓カテテル検査で#5に90%、#7に75%、#9に90%の狭窄を認め、手術目的に当科紹介となった。正中アプローチは縦隔炎のリスクが高いと考え、左側方開胸のアプローチとした。心拍動下冠動脈バイパス術（左内胸動脈-左前下行枝、下行大動脈-大伏在静脈-鈍縁枝-対角枝）を施行した。術後に心臓カテテル検査でグラフトの良好な開存を認め、退院となった。【結語】気管孔を有した患者に左側方開胸下で心拍動下冠動脈バイパス術を施行し、良好な結果を得た症例を経験した。

D22

鈍の胸部外傷による外傷性大動脈弁逆流を呈した1例

¹近畿大学 心臓血管外科
宮下直也¹、金田敏夫¹、湯上晋太郎¹、西野貴子¹、
藤井公輔¹、札 琢磨¹、井村正人¹、中本 進¹、
尾上雅彦¹、佐賀俊彦¹

28歳、女性。生来健康であった。2年前にバイク事故で当院救命センターへ搬送された。搬送時心雑音は聴取されず、顔面挫創、肋骨骨折、血胸、脾損傷、肝損傷と診断され保存的加療により退院となった。1年程前より軽度の労作性呼吸苦を自覚していたが受診せず、会社の健康診断で心雑音を指摘され当院を受診した。心エコーで無冠尖の接合不良による大動脈逆流と診断され手術を施行した。無冠尖の弁輪近くでtearを認めたため自己心膜パッチによる弁形成を行い、人工心肺離脱後の経食道エコーで逆流が消失したことを確認した。術後の経過は良好で心エコーでも逆流は認めなかった。外傷性大動脈弁逆流は鈍の胸部外傷による心血管損傷のなかでも稀である。今回われわれは損傷部のパッチ閉鎖により自己弁を温存できた症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

D21

気管切開管理下の18および13トリソミー乳児の開心術の経験

¹大阪医科大学附属病院 小児心臓血管外科、
²大阪医科大学附属病院 心臓血管外科
小西隼人¹、福原慎二¹、島田 亮¹、本橋宜和¹、
打田裕明^{1,2}、小澤英樹^{1,2}、勝間田敬弘²、
根本慎太郎¹

手術適応がないとされてきた18トリソミー（T18）や13トリソミー（T13）に対し、心室中隔欠損（VSD）への外科治療の機会が増加している。当院ではVSD閉鎖を目標とし肺動脈絞扼術（PAB）を先行する二次的介入を行っている。気管切開管理下の開心術施行の頻度が高いことが特徴である。その臨床像と手術時の工夫について文献的考察を加え報告する。対象：過去8年間に経験した7例（男児3）、T18-6、T13-1。VSDに合併する心病変：ASD-5、PDA-7、mild CoA-1。手術：麻酔導入後に経口挿管に変更し、気管切開口閉鎖をガーゼ充填で予防。胸骨は柄部を温存&体部のみ切開し（T字状）、心内操作を実施。術翌～翌々日に気管切開からの呼吸管理に移行。1例で重症肺高血圧による低酸素血症にECMO装着を要したが離脱。縦隔洞炎と手術死亡は無く、全例退院・生存し、うち1例では呼吸器管理が不要となった。

D23

外傷性三尖弁閉鎖不全症に対して三尖弁形成術を施行した1例

¹京都府立医科大学附属病院 心臓血管外科
森本和樹¹、沼田 智¹、土井 潔¹、山崎祥子¹、
板谷慶一¹、眞鍋嘉一郎¹、池本公紀¹、夜久 均¹

今回、比較的稀な外傷性三尖弁閉鎖不全症に対して、自己心膜と人工腱索を用いた三尖弁形成術を施行した1例を経験したので報告する。症例は48歳、男性。22歳時に交通事故でハンドル外傷。10年前より心雑音を指摘されていた。徐々に労作時呼吸困難の増悪を認め、心臓超音波検査にて三尖弁閉鎖不全症（TR）と診断された。心電図は正常洞調律。心臓超音波検査にてLVDd/Ds=37/24、FS=35%、Severe TR、前尖の腱索断裂を認めた。他の弁に異常を認めなかった。術中所見にて三尖弁前尖の腱索断裂を認めた。前尖組織がやや退縮していたためグルタルアルデヒド処理した自己心膜で前尖の拡大を行い、CV5を2対用いて腱索を再建した。30mm Contour 3Dを用いて弁輪形成を行った。術後経過は順調であり、術後の心臓超音波検査ではTR I度。術後12日で退院。現在利尿剤内服なく経過良好である。

D24

ヘパリン起因性血小板減少症を合併した心拍動下冠動脈バイパス術の1例

¹和歌山県立医科大学付属病院 心臓血管外科
國本秀樹¹、西村好晴¹、岡 徳彦¹、本田賢太郎¹、
湯崎 充¹、金子政弘¹、柴田深雪¹、岡村吉隆¹

今回我々はヘパリン起因性血小板減少症（HIT）を合併した大動脈解離術後、陳旧性心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全（AR）に対し治療戦略に苦慮した症例を経験したので報告する。症例は67歳女性、呼吸困難を主訴に当院に入院。既往歴として2006年に急性大動脈解離に対し上行大動脈置換が施行された。精査の結果、三枝病変（TVD）、moderate AR、吻合部大動脈瘤と診断され、冠動脈バイパス術、大動脈弁置換、人工血管置換の同時手術が予定された。しかし、血小板減少を認め、HIT 抗体陽性が判明したため、手術侵襲、ヘパリン使用不可を考慮し、アルガトロバンを使用した心拍動下冠動脈バイパス術のみを行う方針とした。術中15分ごとに活性化全血凝固時間（ACT）を測定し、ACT200-250秒を目標としてアルガトロバンの投与量を調節した。術中吻合部に血栓形成を認め、再吻合を要したが、術後のMDCTでバイパスグラフトの良好な開存を確認し、術後16日目に退院した。

D26

慢性B型解離に対してオープンステントグラフト法が有効であった1例

¹大阪市立大学 医学部 心臓血管外科
安水大介¹、細野光治¹、柴田利彦¹、村上貴志¹、
阪口正則¹、森崎晃正¹、末廣泰男¹、西村慎亮¹、
左近慶人¹、河瀬 匠¹

近年、B型解離に対してステントグラフトを用いたエントリー閉鎖術が施行され、有効性が広く認められてきている。B型解離に対してオープンステントグラフトが有効であった1例を経験したので報告する。症例は、53歳男性。51歳時にB型急性大動脈解離を発症後、他院で経過観察。約1年後より当院フォローとなった。6ヶ月で約5mmの大動脈径拡大があり（最大短径48mm）、オープンステントグラフトでエントリー閉鎖を行うことにした。体外循環は両側腋窩動脈送血で開始。低体温脳分離体外循環下に左総頸動脈と左鎖骨下動脈の間で大動脈切開し、オープンステントグラフトを挿入。断端形成を行い、大動脈切開部を縫合閉鎖。左鎖骨下動脈は根部で結紮し、バイパス術で再建した。術後経過は良好であり合併症なく退院となった。術直後の造影CTでは術前と比較して大きな変化を認めなかったが、術後6ヶ月目に、著明な真腔の拡張と偽腔の血栓化を認め良好な経過を経た。

D25

腹部大動脈ステントグラフト内挿術中に腸骨動脈の断裂を合併し開腹人工血管置換を施行した一例

¹大阪市立総合医療センター 心臓血管外科
亀井佑梨¹、尾藤康行¹、高橋洋介¹、瀬尾浩之¹、
宮部 誠¹、因野剛紀¹、新田目淳孝¹、
佐々木康之¹

症例は84歳、男性。肺気腫および腎機能障害を合併していた。CTにて最大径70mmの腹部大動脈瘤を認めて当科紹介となった。両側総腸骨動脈に高度の屈曲を認めたものの、高齢であり呼吸器合併症を認めたためステントグラフト内挿術を選択した。術中左総大腿動脈から18Fr、右総大腿動脈から14Frシースを挿入してGore Excluderのmain bodyおよび対側legを留置した。対側legの接続部からtype3エンドリークを認め、その処置のため一旦引き下げた右側シースを再度挿入しようとしたところで、透視上の腸骨動脈におけるガイドワイヤーが頭側へ極度に屈曲偏移し血圧が50mmHgまで急激に低下した。すぐに左側から大動脈中枢側へバルーンを挿入して拡張させ、上肢血圧を維持した。開腹すると左外腸骨動脈は完全に断裂していた。断端の性状が悪かったためこれを閉鎖し、腹部大動脈Yグラフト置換を行った。

D27

85歳高齢、ショック状態の破裂性胸部大動脈瘤に対して胸部ステントグラフト内挿術で救命し得た1例

¹独立行政法人 国立循環器病研究センター 心臓血管外科、
²独立行政法人 国立循環器病研究センター 心臓血管外科 放射線科
鳥家鉄平¹、清家愛幹¹、湊谷謙司¹、佐々木啓明¹、
田中裕二¹、糸永竜也¹、尾田達哉¹、井上陽介¹、
小林順二郎¹、福田哲也²、森田佳明²

症例は85歳の男性、腹部大動脈瘤に対して人工血管置換術後、最大短径54mmの下行遠位部瘤を外来で経過観察していたが、突然の胸背部痛で他院に救急搬送された。下行大動脈瘤破裂が疑われ、当院搬送時は挿管されショック状態であった。造影CTで下行大動脈瘤の縦隔及び右胸腔内穿破を認めた。緊急TEVARを施行した。Stent留置終了後も血行動態が安定せず、経食道エコーにて右胸腔内血腫、及び右房の圧迫所見を認めた。右開胸下に血腫除去を施行し、血行動態の安定を認めた。第3病日抜管、第7病日にICU退室。第25病日に自立歩行で軽快退院した。当院での胸部大動脈瘤破裂に対するTEVARの成績及び、文献的考察を加えて報告する。

D28

遠位弓部の高度屈曲を伴った弓部大動脈瘤に対して、心尖部 pull-through wire により TEVAR を行った一例

¹大阪市立大学 心臓血管外科

河瀬 匠¹、細野光治¹、村上貴志¹、阪口正則¹、森崎晃正¹、末廣泰男¹、西村慎亮¹、安水大介¹、左近慶人¹、柴田利彦¹

症例は77歳、女性。遠位弓部大動脈瘤と、冠動脈の2枝病変を認めた。第1期手術として、elephant trunk を用いた上行・弓部大動脈置換術と CABG を施行し、2期的手術として TEVAR を行った。遠位弓部大動脈及び上行大動脈の人工血管が高度に屈曲していたため、心尖部から大腿動脈への pull-through wire を用いる方針となる (externalized transapical guidewire : ETAG 法)。ステントグラフトを進める際にはワイヤーの両端を牽引することで屈曲した弓部及びグラフト内を通過させ、展開時にはワイヤーを押し付けることで大弯に沿ってグラフトを留置することができた。術後造影 CT にて Endoleak を認めなかった。今回、ETAG 法が、上腕動脈や経中隔アプローチによる pull-through wire の欠点を克服する方法として有用であることが示された。

D30

A 型急性大動脈解離に対する上行大動脈置換術後に腹部分枝虚血を伴う偽腔再開通に対する TEVAR の一例—退院1年後 CT を含めた検討

¹滋賀医科大学 心臓血管外科

宮下史寛¹、乃田浩光¹、森本政憲¹、藤野 晋¹、坂倉玲欧¹、木下 武¹、鈴木友彰¹、浅井 徹¹

症例は63歳男性。2014年7月12日、CT にて A 型急性大動脈解離と診断。偽腔は上行大動脈から腎動脈分岐下までの血栓閉塞型であり、緊急上行大動脈置換術を施行。退院後、外来経過観察中の8月12日に背部痛を自覚。8月29日、症状改善ないため造影 CT を施行したところ、大動脈には左鎖骨下動脈直下を entry とし、terminal aorta まで偽腔再開通を認めた。腹部4分枝は全て真腔より分岐するも、偽腔により高度圧排、血流低下していた。血清 Cre5.0、腹部 angina にて、entry 閉鎖と真腔血流を確保するために緊急胸部ステントグラフト内挿術 (TEVAR) を施行。ステントグラフトは左総頸動脈直下 (Zone2) へ留置。術後、血清 Cre は1.5まで改善し、術後造影 CT では真腔の拡大、腹部分枝の血流改善を確認した。退院後1年で血清 Cre は1.2まで改善し、造影 CT ではさらなる真腔の拡大を認め、endoleak を認めていない。

D29

慢性解離性総腸骨動脈瘤に対して偽腔閉鎖を併用してステントグラフト内挿術を行った一例

¹国立循環器病研究センター 心臓血管外科

古谷 翼¹、田中裕史¹、糸永竜也¹、清家愛幹¹、尾田達哉¹、井上陽介¹、三浦修平¹、佐々木啓明¹、湊谷謙司¹、小林順二郎¹

症例は46歳男性。1998年に急性大動脈解離 (Stanford A 型) に対して部分弓部置換術と CABG を施行し、その後下行大動脈・腹部大動脈人工血管置換術を施行。2014年に自己弁温存大動脈基部置換術と CABG を施行した際右室梗塞を合併し、以後右心不全の治療に難渋している。右総腸骨動脈瘤が径40mm に拡大し手術適応を認めたが、慢性心不全と腎不全のため局所麻酔下にステントグラフト内挿術を行う方針とした。人工血管右脚から外腸骨動脈にステントグラフトを留置し造影したところ、鼠径靭帯直上の右外腸骨動脈内膜亀裂から総腸骨動脈瘤の偽腔が描出された。偽腔血流抑制を目的として外腸骨動脈真腔にステントグラフトを追加し、Vascular Plug を外腸骨動脈偽腔に留置。最終造影にて偽腔内血流低下を確認し手術終了した。慢性解離性総腸骨動脈瘤に対し偽腔閉鎖を併用してステントグラフト内挿術を行った一例を経験したので、若干の文献的考察を加えてこれを報告する。

D31

急性上腸間膜動脈閉塞症の3治療例

¹城山病院 消化器外科

片岡 淳¹、川崎浩資¹、富永 智¹、藤井研介¹、新田敏勝¹、石橋孝嗣¹

[はじめに] 近年上腸間膜動脈 (SMA) 閉塞症に対し interventional radiology (IVR) 奏功例を散見されるが、血行再建による血流改善例でも2nd look surgery で腸管虚血を認めた報告もある。当院は IVR 成功例でも嚴重な経過観察が必要と考え、腹腔鏡検索も視野に症例の蓄積を行っている。[症例1] 88歳女性。入院後第3病日に腹痛自覚、造影 CT で SMA 本幹に血栓確認、IVR 施行も不完全開通のため、開腹下結腸切除施行。第42病日転院。[症例2] 44歳女性。心窩部痛で搬送。造影 CT で SMA 本幹に血栓確認、早期に IVR 施行し、再開通を確認。しかし症状遷延のため第2病日腹腔鏡検索。虚血無きことを確認。第14病日軽快退院。[症例3] 79歳女性。心窩部痛で搬送。造影 CT で SMA 第1分枝に血栓確認、早期に IVR 施行し、再開通。しかし第2病日鮮血便を認め、腹腔鏡検索。明らかな虚血なく、第18病日退院。[結語] 術前 IVR を施行し、救命し得た SMA 閉塞症を3例経験し、文献的考察を加え報告する。

D32

血胸で発症した縦隔型気管支動脈瘤破裂の1例

¹武田総合病院

岸田賢治¹、禹 英喜¹、野村幸哉¹

症例は68歳、男性。突然の胸部圧迫感に続く左胸背部痛を主訴に入院。胸部CTで縦隔血腫と左胸水を認めた。当初診断に難渋したが縦隔型気管支動脈瘤が疑われ、multi-detector row CT (MDCT)にて確定診断を行った。緊急にて気管支動脈塞栓術 (bronchial artery embolization ; BAE) を施行。術後は良好に経過し、4年後現在も再発は認めていない。気管支動脈瘤は比較的稀な疾患で発生部位により縦隔型と末梢型に分類される。中でも縦隔型動脈瘤は報告例も少なく、破裂症例は診断・治療が非常に困難とされている。今回我々は縦隔型気管支動脈瘤破裂症例に対しMDCTにより診断、BAEにて治療を行い良好な結果を得たので報告する。

D34

緊急開腹が必須であった有症状の腹部大動脈瘤症例

¹大阪医科大学 心臓血管外科

福原慎二¹、島田 亮¹、小西隼人¹、本橋宜和¹、打田裕明¹、神吉佐智子¹、大門雅広¹、小澤英樹¹、勝間田敬弘¹

【症例1】74歳女性。腰背部痛を主訴に救急搬送。著明な貧血及びショック兆候を認め、CTで腹部大動脈瘤破裂と診断され、緊急手術を行った。術中所見では大動脈瘤破裂に加えて小腸壊死を認め、人工血管置換術と小腸部分切除を同時に行った。術後23日目に独歩退院した。

【症例2】83歳男性。突然の腹痛を主訴に救急搬送。CTで最大短径90mmの腹部大動脈瘤を認めたが破裂の所見なく、バイタルも安定していた。しかし疼痛コントロール不良であり切迫破裂と判断し、緊急開腹を行った。術中所見で広範に小腸壊死を認めたため腹部大動脈瘤については手術行わず、広範囲小腸切除及び回盲部切除を施行した。腸管吻合不全から多臓器不全となり術後1ヶ月で死亡した。

【考察】急性腹痛と大動脈関連腹痛の鑑別はしばしば困難なことがある。本症例では開腹手術を行うことで早期に診断に至り、治療が可能であった。

D33

下大静脈瘻を合併した腹部大動脈瘤破裂の1例

¹京都府立医科大学附属北部医療センター、

²舞鶴共済病院

山下英次郎¹、増田慎介²、満田雅斗¹、渡辺信之¹、伊藤博士¹、當麻敦史¹、中村憲司¹、落合登志哉¹

症例は79歳男性。腹部大動脈瘤切迫破裂の疑いで近医より紹介、当院にて撮影した造影CTにて同診断。手術加療目的で舞鶴共済病院へ搬送、同病院へはショック状態で搬入となり緊急手術となる。全身麻酔導入と同時に腹部正中切開で開腹。手術開始より約5分で大動脈を遮断。遮断後も瘤内からの出血が多く、下大静脈との動静脈瘻形成を認めため、これを瘤壁ごと縫合閉鎖。その後は術中バイタルも安定、予定通りY-graft置換術を終了(手術時間230分)。術後経過良好にて術後4日目にICU退室、15日目に合併症なく独歩退院。後方視的に術前CTを評価すると下大静脈瘻を指摘し得た。下大静脈との瘻孔形成は腹部大動脈瘤破裂の3~4%に伴う致死的な合併症であるが、本症例では良好な結果を得られたので文献的考察を加えて報告する。

D35

完全内臓逆位の胸腹部大動脈瘤破裂に対して緊急人工血管置換術を施行した1例

¹国立循環器病研究センター 心臓血管外科

三浦修平¹、田中裕史¹、井上陽介¹、尾田達哉¹、糸永竜也¹、清家愛幹¹、佐々木啓明¹、湊谷謙司¹、小林順二郎¹

74歳、女性。既往症は腹部大動脈瘤切除及び人工血管置換術であった。その際に完全内臓逆位と胸腹部大動脈瘤を指摘されていた。入院2日前より背部痛を自覚し、近医にて胸腹部大動脈瘤切迫破裂と診断され当院搬送、緊急手術となった。造影CTでAdamkiewicz動脈を同定した。左側臥位で体位を固定、右大腿動静脈送脱血にて部分体外循環を確立し、32度まで冷却した。大動脈遮断後もMEP変化はなかった。腹腔動脈還流下にGelweave 20mm 1分枝管で下行大動脈及び腹腔動脈を再建した。遮断解除後に後腹膜から動脈性出血を認めた。完全内臓逆位により出血部位の同定に難渋し、腭損傷をきたす可能性があったため、触診で出血血管を同定し後腹膜ごと結紮止血した。脾臓は虚血が疑われ摘出した。術後CTで、腹腔臓器の虚血、損傷、吻合部異常は認めなかった。稀な完全内臓逆位の胸腹部大動脈瘤切迫破裂の1治療例を報告する。

D36

Elephant trunk 用いた弓部置換後、二期的に下行置換を行った成人型大動脈縮窄症の一治験例

¹桜橋渡辺病院 心臓血管外科

三隅祐輔¹、正井崇史¹、横田武典¹、山田 裕¹

【症例】56歳、女性。【診断】成人型大動脈縮窄症。【既往】7歳時に動脈管開存閉鎖術と心室中隔欠損閉鎖術を施行。【現病歴】高血圧、心房細動にて紹介。間欠性跛行を認め、下肢血圧は著明に低下（上肢130/70mmHg、下肢70/50mmHg）。CTにて大動脈縮窄症と診断。狭窄部位は大動脈弓部（左総頸動脈-左鎖骨下動脈間）と遠位弓部の二箇所。左鎖骨下動脈径は30mmに拡大。両側内胸動脈から両側外腸骨動脈への側副血行路を認めた。【手術】一期目は胸骨正中切開にて全弓部置換を施行。末梢側は遠位弓部の狭窄手前までETを挿入。左鎖骨下動脈は可及的末梢で断端閉鎖し、左腋窩動脈へのバイパスをおいた。二期目は左第五肋間開胸にて下行置換を施行。中樞側はETと吻合した。【術後経過】術翌日に抜管。術後造影CT問題なく、上下肢圧格差も消失した。【まとめ】複数箇所に狭窄部位を有する成人型大動脈縮窄症に対し、二期的に弓部下行置換を行い良好な結果を得た。