

# 第200回 近畿外科学会 プログラム・抄録

日 時：平成 29 年 9 月 2 日（土）

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(代)

評議員会会場：京都テルサ 1 階 テルサホール

会 長 大 辻 英 吾

京都府立医科大学 消化器外科

# 第201回 近畿外科学会ご案内

第201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30年5月19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
3. 演題登録開始予定日：平成29年11月1日（水）より  
演題登録締切予定日：平成30年1月17日（水）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/kinkigek/>）  
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. 06-6941-5622 FAX. 06-6941-5625 E-mail [kinkigeka@adfukuda.jp](mailto:kinkigeka@adfukuda.jp)）へお願い  
致します。

〒650-0017 神戸市中央区楠町7丁目5-2  
神戸大学大学院医学研究科外科学講座 食道胃腸外科学分野  
第201回 近畿外科学会

会長 掛地吉弘

TEL. 078-382-5925

FAX. 078-382-5939



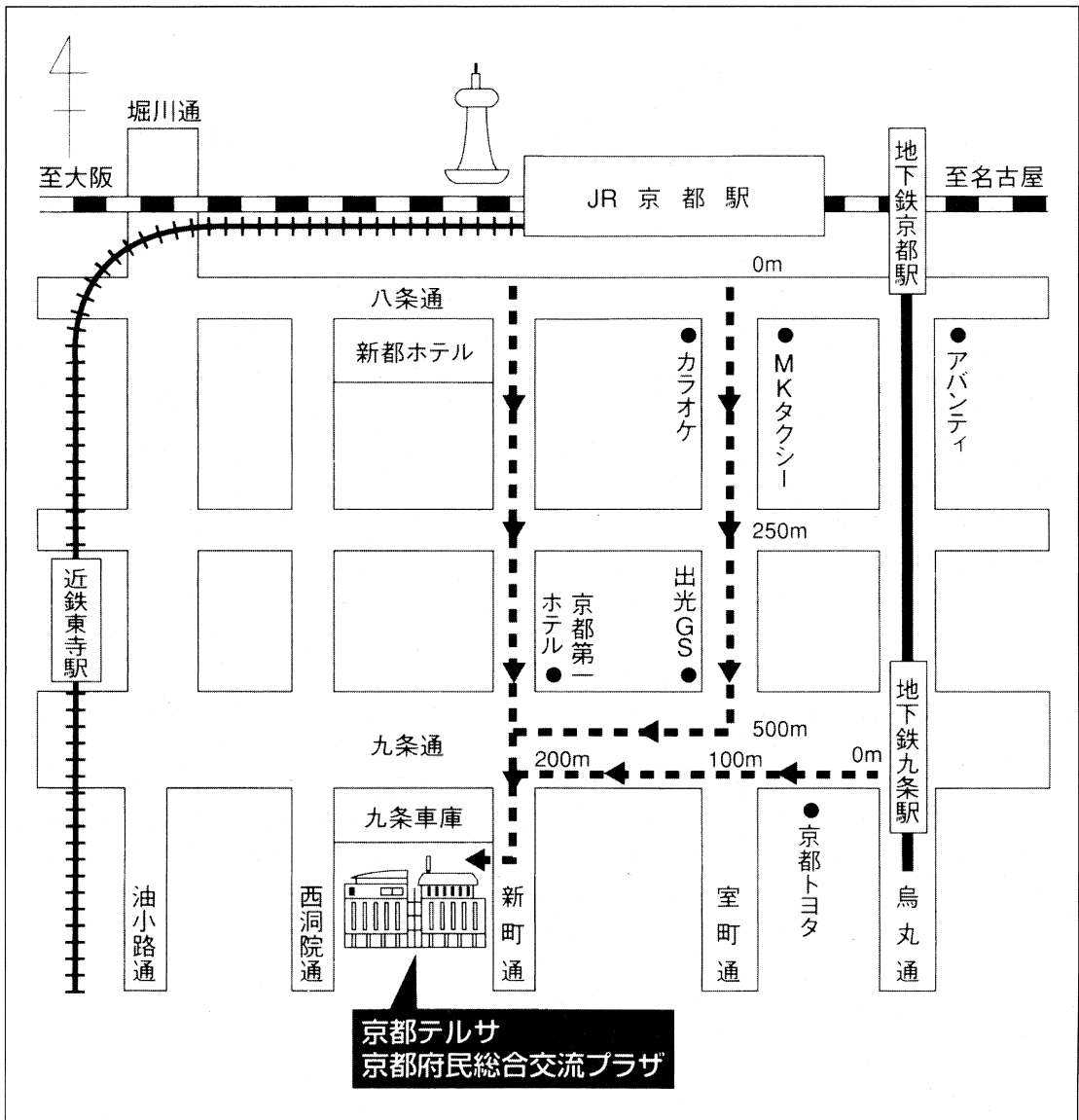
第200回 近畿外科学会  
プログラム

会 長

京都府立医科大学 消化器外科

大 辻 英 吾

# 交通へのご案内

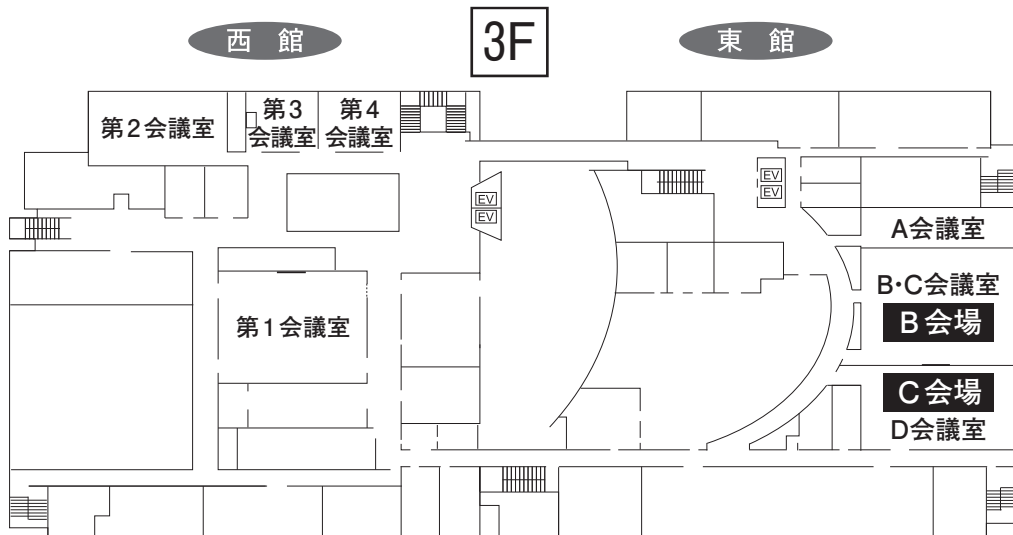
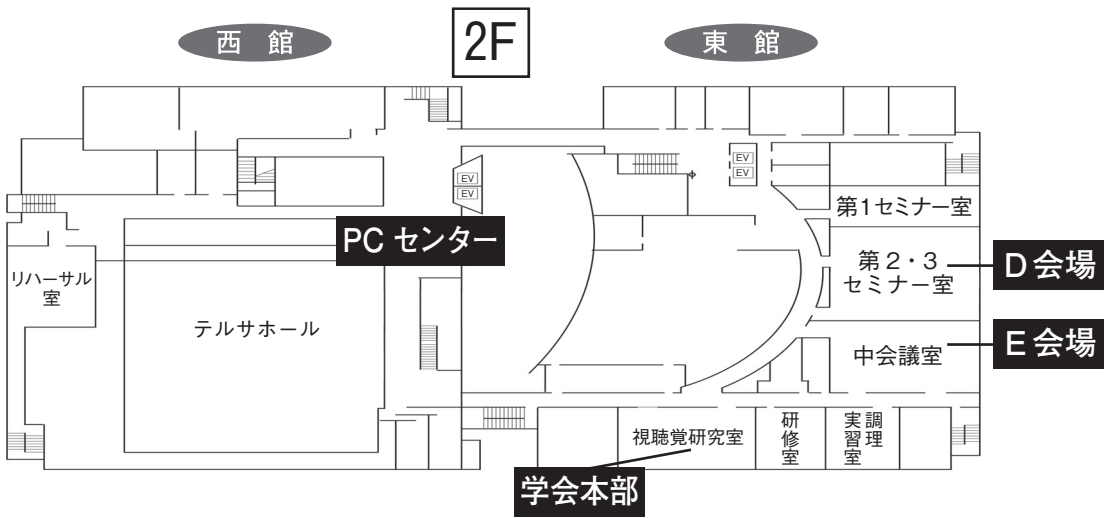
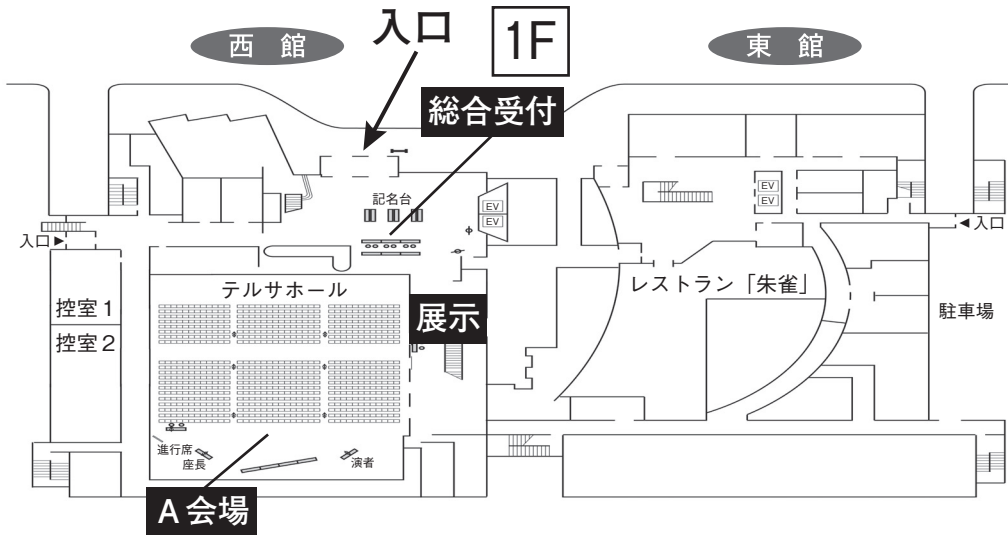


## 京都テルサ

京都府民総合交流プラザ 地下駐車場 200台 (有料)

- JR 京都駅 (八条口西口) より南へ…… 徒歩 約 10分
- 近鉄東寺駅より東へ …………… 徒歩 約 5分
- 地下鉄九条駅 ④番出口より西へ……… 徒歩 約 5分
- 市バス九条車庫南へすぐ
- 名神京都南インターより国道1号北行き市内方面へ  
九条通を東へ、九条新町交差点を南へ、進入路あり

# ■ 会場配置図

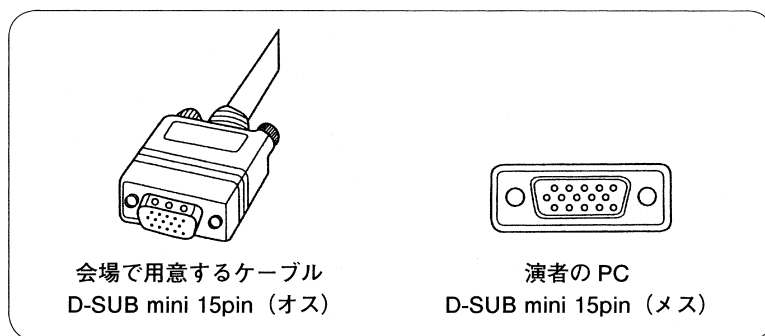


## 演者、参加者へのお願い

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時10分よりB会場・D会場にて行います。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**：11時40分より京都テルサ 1F テルサホールにて行います。  
**なお、評議員会では昼食をご用意しませんのでランチョンセミナーをご利用下さい。**

## PC 発表と受付に関するお願い

1. PC 受付は発表時間の 1 時間前（早朝発表の場合は30分前）までに、必ずお済ませ下さい。 CD-ROM/USB メモリーでお持込いただいた発表データは PC 受付から各会場に送信します。
  2. 発表データのファイル名は「(演題番号) (氏名) (会場)」として下さい。
  3. 混雑緩和のため PC 受付での発表データの加筆修正は、くれぐれもご遠慮下さい。
  4. ①CD-ROM/USB メモリーでのお持ち込みの場合は、Windows のフォーマットのみ限定し、Macintosh のフォーマットには対応しかねますのでご注意ください。  
※尚、文字化けを防ぐため下記フォントに限定します。  
日本語…MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝  
英 語…Century、Century Gothic
- ②動画データを使用の場合、あるいは Macintosh での発表しかできない場合はご自身のノート PC のご持参をお勧めします。ただし会場でご用意する PC ケーブル・コネクタの形状は D-SUB mini 15pin (図) ですので、この形状に合った PC をご用意いただくか、もしくはこの形状に変換するコネクタをお持ち下さい。



- ③プレゼンテーションに他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合、必ず元のデータも保存していただき、事前の動作確認をお願い致します。
- ※USB メモリーをお持ちの場合は、作成されましたパソコン以外でのチェックを事前に必ず行っていただきますようお願い致します。
5. ご不明な点は近畿外科学会事務局（TEL：06-6941-5622, E-mail：kinkigeika@adfukuda.jp）迄、事前にお問い合わせ下さい。



A 会 場 (西館 1F テルサホール)		B 会 場 (東館 3F B・C会議室)	
8:55	開会の辞	9:00	
9:00	胃・十二指腸 1 A01-06 座長：福田賢一郎	9:42	大腸 1 B01-06 座長：肥田 候矢
9:42	胃・十二指腸 2 A07-12 座長：角田 茂	10:24	大腸 2 B07-12 座長：西村 潤一
10:24		11:20	
10:30	モーニングセミナー 「炎症性腸疾患の病態と腸内細菌の関わり」 司会：内山 和久 演者：安藤 朗 共催：ミヤリサン製薬株式会社	11:40	胃・十二指腸 3 B13-18 座長：小菅 敏幸
11:20		12:00	
11:40	評議員会	12:02	
12:00		12:10	
13:20	200回記念特別講演 「新専門医制度の現状と課題 ～外科医の未来を見つめる～」 司会：大辻 英吾 演者：北川 雄光 共催：中外製薬株式会社	12:10	ランチオンセミナー 1 「腹腔鏡下胃切除術の郭清と再建」 司会：土岐祐一郎 演者：石田 善敬 間中 大 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
14:10		13:10	
14:15	第25回日本外科学会 生涯教育セミナー 「医療安全」 司会：山上 裕機 開会の挨拶 (14:15～14:20) 山上 裕機 1. 医療事故調査制度への備えー現場は 何をすべきかー (14:20～15:00) 講師：水本 一弘 2. チーム医療を牽引する外科医のリー ダーシップ (15:00～15:40) 講師：村尾 仁 3. 重大事例から学ぶーM&Mカンファレンス とガバナンス強化ー (15:40～16:20) 講師：矢野 雅彦 4. レジリエンス・エンジニアリング理論と外科領域 への応用可能性について (16:20～17:00) 講師：中島 和江 閉会の挨拶 (17:00～17:05) 山上 裕機	14:15	アフタヌーンセミナー 「進歩する胃がんの治療」 司会：掛地 吉弘 演者：李 相雄 共催：日本イーライリリー株式会社
17:05	閉会の辞	15:05	大腸 3 B19-23 座長：永原 央
		15:10	
		15:45	大腸 4 B24-28 座長：植田 剛
		16:20	大腸 5 B29-34 座長：植木 智之
		17:02	

	<b>C 会 場</b> (東館 3F D会議室)		<b>D 会 場</b> (東館 2F 第2・3セミナー室)		<b>E 会 場</b> (東館 2階 中会議室)
9:00	小腸 1 C01-05 座長：植村 守	9:00	肝・脾・門脈 1 D01-06 座長：井上 善博	9:00	食道 1 E01-05 座長：藤原 有史
9:35	小腸 2 C06-11 座長：高橋 秀和	9:42	肝・脾・門脈 2 D07-12 座長：速水 晋也	9:35	食道 2 E06-09 座長：牧野 知紀
10:17	小腸 3 C12-16 座長：青松 直撥	10:24		10:03	乳腺 E10-12 座長：中務 克彦
10:52				10:24	
11:20	小腸 4 C17-21 座長：有田 智洋	11:20	胆道 1 D13-17 座長：飯田 洋也		
11:55		11:55			
		12:10	ランチョンセミナー 2 「大腸癌に対する腹腔鏡下手術」 司会：富田 尚裕 演者：濱田 円 野村 明成 共催：コウディエンジャパン株式会社		
		13:10			
15:10	胸部・肺・縦隔 1 C22-26 座長：下村 雅律	14:50	肝・脾・門脈 3 D18-22 座長：石井 隆道	15:10	腹壁・腹膜・ヘルニア1 E13-18 座長：高木 剛
15:45	胸部・肺・縦隔 2 C27-30 座長：常塚 啓彰	15:25	胆道 2 D23-26 座長：斐 正寛	15:52	腹壁・腹膜・ヘルニア2 E19-23 座長：曾我 耕次
16:13	心・血管 C31-33 座長：沼田 智	15:53	膵臓 1 D27-31 座長：木村健二郎	16:27	腹壁・腹膜・ヘルニア3 E24-28 座長：小泉 範明
16:34		16:28	膵臓 2 D32-36 座長：森村 玲		
		17:03		17:02	

## A 会 場 (西館 1F テルサホール)

### 午 前 の 部 (9:00~12:00)

開会の辞 (8:55~9:00)

会 長 大 辻 英 吾

胃・十二指腸 1 (9:00~9:42)

座長 福田賢一郎  
(京都中部総合医療センター 外科)

A01 絨毛癌と小細胞癌の胃衝突癌の1例

近畿大学奈良病院 消化器外科 福 田 周 一

A02 意識障害を初発症状とした癌性髄膜症の一例

市立福知山市民病院 久 瀬 雄 介

A03 腹腔鏡下胃切除術での技術認定合格者を産み出す助手力

甲南病院 外科 安 田 貴 志

A04 胃幽門部に発生した腺扁平上皮癌の1切除例

京都第二赤十字病院 白 川 雄 一

A05 ESD 後に手術を施行した複合型胃腺神経内分泌癌の一症例

多根総合病院 外科 松 井 佑 起

A06 原発性十二指腸癌切除8例の検討

京都第一赤十字病院 肝臓外科 下 村 克 己

胃・十二指腸 2 (9:42~10:24)

座長 角田 茂  
(京都大学医学部附属病院 消化管外科)

A07 胃粘膜下腫瘍に対する LECS 下の NEWS の有用性と当院での工夫

守口敬仁会病院 外科 三 宅 祐 一 朗

A08 胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡下手術

舞鶴赤十字病院 外科 伊 藤 範 朗

A09 吐血を契機に発見された十二指腸 GIST の 1 例

独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター 外科 黒部 結衣

A10 捻転による輸入脚閉塞症の一例

京都第二赤十字病院 外科 高見 晴奈

A11 胃癌術後に発症した肝膿瘍が右肺に穿破した 1 例

大阪医科大学 一般・消化器外科 鈴木 悠介

A12 腹腔鏡下胃全摘における内ヘルニア予防対策

和歌山県立医科大学 第 2 外科 中西 靖佳

**モーニングセミナー** (10:30~11:20) A会場 (西館 1F テルサホール)

「炎症性腸疾患の病態と腸内細菌の関わり」

**司会**：大阪医科大学一般・消化器外科 教授

内山 和久

**演者**：滋賀医科大学医学部 消化器内科 教授

安藤 朗

共催：ミヤリサン製薬株式会社

**評議員会** (11:40~12:00) A会場 (西館 1F テルサホール)

## 午 後 の 部 (13:20~17:05)

200回記念特別講演 (13:20~14:10) A会場 (西館1F テルサホール)

### 「新専門医制度の現状と課題 ～外科医の未来を見つめる～」

司会：京都府立医科大学 消化器外科学 教授 大 辻 英 吾

演者：慶應義塾大学医学部 外科学 教授 北 川 雄 光

共催：中外製薬株式会社

### 第25回日本外科学会 生涯教育セミナー

(14:15~17:05) A会場 (西館1F テルサホール)

### 「医療安全」

司会：和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

開会の挨拶 (14:15~14:20) 和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

1. 医療事故調査制度への備え—現場は何をすべきか— (14:20~15:00)

和歌山県立医科大学 医療安全推進部 水 本 一 弘

2. チーム医療を牽引する外科医のリーダーシップ (15:00~15:40)

大阪医科大学 医療安全推進部 村 尾 仁

3. 重大事例から学ぶ—M&Mカンファレンスとガバナンス強化— (15:40~16:20)

大阪国際がんセンター 消化器外科・医療安全管理部門 矢 野 雅 彦

4. レジリエンス・エンジニアリング理論と外科領域への応用可能性について (16:20~17:00)

大阪大学 中央クオリティマネジメント部 中 島 和 江

閉会の挨拶 (17:00~17:05) 和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

閉会の辞 (17:05~) 会 長 大 辻 英 吾

## B 会 場 (東館 3F B・C 会議室)

### 午 前 の 部 (9:00~12:02)

#### 大腸 1 (9:00~9:42)

座長 肥田 候矢

(京都大学医学部附属病院 消化管外科)

- B01 同時性多発大腸癌に対して2か所の吻合を行った腹腔鏡下大腸手術の検討  
奈良県総合医療センター 外科 西岡 歩 美
- B02 当院における高齢者大腸癌手術症例の検討  
西陣健康会堀川病院 外科 渡邊 健 次
- B03 高齢化時代における閉塞性大腸癌に対する治療戦略—Self-expandable metallic stent 療法  
の有用性—  
京都第一赤十字病院 消化器外科 古家 裕 貴
- B04 イレウスで発症した腓体尾部癌に対し大腸ステントを用いた Bridge to Surgery により  
一期的手術を行った1例  
奈良県総合医療センター 外科 切畑屋 友 希
- B05 術前化学放射線療法を施行した局所進行肛門管癌に対して有茎腹直筋皮弁再建が有用で  
あった1例  
神戸大学 食道胃腸外科 池田 太 郎
- B06 術前化学療法にて根治手術し得た直腸癌膀胱浸潤の1例  
府中病院 外科 岡本 彬 裕

#### 大腸 2 (9:42~10:24)

座長 西村 潤一

(大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学)

- B07 当院における大腸穿孔症例の比較検討  
市立奈良病院 消化器外科 寒川 玲
- B08 特発性S状結腸穿孔の1例  
市立芦屋病院 外科 佐々木 亨

B09 TAS-102 (トリフルリジン・チピラシル塩酸塩) 投与中、継続する貧血によって治療に難渋した盲腸癌術後多発リンパ節再発の一例

大阪府済生会千里病院 伊藤善郎

B10 Clostridium septicum 菌血症を発症した横行結腸癌の1例

堺市立総合医療センター 外科統括部 眞木良祐

B11 盲腸捻転症の一例

京都大学 消化管外科 伊藤貴之

B12 進行横行結腸癌に対する腹腔鏡下結腸部分切除術(横行結腸)の1例

洛西ニュータウン病院 外科 大陽宏明

### 胃・十二指腸 3 (11:20~12:02)

座長 小菅敏幸

(京都府立医科大学 消化器外科学)

B13 5-アミノレブリン酸を用いた蛍光力学的診断が胃癌腹膜播種の診断に有用であった1例

京都府立医科大学 消化器外科 田中善啓

B14 StageIV 胃癌に対して化学療法後に conversion surgery を行った1例

兵庫県立西宮病院 消化器外科 瀧口暢生

B15 まれな再発形式を示した胃癌術後再発の1例

兵庫県立西宮病院 消化器外科 本田晶子

B16 急激な転帰をたどった胃癌髓膜癌腫症の1例

京都岡本記念病院 外科 荊尾木綿

B17 幽門保存胃切除後に発生した柿胃石による小腸イレウスの一例

武田病院 外科 坂野泰子

B18 術前診断し得た左傍十二指腸ヘルニアの1例

京都府立医科大学附属北部医療センター 外科 井上博之

## 午 後 の 部 (12:10~17:02)

ランチオンセミナー 1 (12:10~13:10) B会場 (東館3F B・C会議室)

### 「腹腔鏡下胃切除術の郭清と再建」

司会：大阪大学医学部附属病院 消化器外科 土岐 祐一郎

演者：兵庫医科大学病院 上部消化管外科 石田 善敬

京都桂病院 消化器センター 外科 間中 大

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

アフタヌーンセミナー (14:15~15:05) B会場 (東館3F B・C会議室)

### 「進歩する胃がんの治療」

司会：神戸大学大学院医学研究科 外科学講座 食道胃腸外科学分野 教授 掛地 吉弘

演者：大阪医科大学附属病院 一般・消化器外科 講師 李 相雄

共催：日本イーライリリー株式会社

大腸 3 (15:10~15:45)

座長 永原 央

(大阪市立大学大学院医学研究科 腫瘍外科学)

B19 直腸切断 (マイルス) 手術におけるシムス体位の有用性

JCHO 神戸中央病院 外科 中川 登

B20 腹腔鏡下直腸切断術施行後の会陰ヘルニア症例についての検討

多根総合病院 小池 廣人

B21 腹腔鏡下直腸低位前方切除後に内ヘルニアを来した一例

西神戸医療センター 外科・消化器外科 森 彩

B22 腹腔鏡補助下腹会陰式直腸切除術の術後会陰部の創部 SSI に対して、洗浄陰圧閉鎖療法が著効した一例

県立西宮病院 外科 中井 慈人

B23 ICG 蛍光法が有用であった腹腔鏡下低位前方切除術の一例

国立病院機構京都医療センター 消化器内科 赤松 友梨



#### 大腸 4 (15:45~16:20)

座長 植田 剛

(南奈良総合医療センター 外科)

- B24 直腸原発 NEC の術後単径部リンパ節転移に対して追加リンパ節郭清を行った 1 例  
守口敬仁会病院 外科 渡 辺 創 太
- B25 腹腔鏡下横行結腸切除術を施行した横行結腸 sarcomatoid carcinoma の 1 例  
府中病院 外科 宮 本 裕 成
- B26 孤立性大腸神経線維腫の 1 例  
明石市立市民病院 外科 安 岡 利 恵
- B27 成人腸間膜リンパ管腫の一例  
大阪鉄道病院 外科 畠 山 知 也
- B28 上行結腸癌に合併した腸間膜原発平滑筋肉腫の 1 例  
京都岡本記念病院 外科 木 村 雄

#### 大腸 5 (16:20~17:02)

座長 植木 智之

(滋賀医科大学外科学講座 消化器 乳腺・一般外科)

- B29 急性虫垂炎における待機的虫垂切除の有用性  
JCHO 京都鞍馬口医療センター 外科 石 本 武 史
- B30 閉塞性虫垂炎による腹腔内膿瘍膀胱穿通をきたした虫垂癌の 1 例  
大阪市立大学大学院 腫瘍外科学 楠 誓 子
- B31 子宮内膜症に起因した虫垂腫大の一例  
京都府立医科大学 消化器外科 太 田 敦 貴
- B32 アニサキス迷入にて発症した虫垂炎の 1 例  
京都府立医科大学附属北部医療センター 外科 住 吉 秀太郎
- B33 腹腔鏡所見で Fitz-Hugh-Curtis 症候群の診断に至った虫垂切除術の 1 例  
済生会京都府病院 外科 片 岡 智 史
- B34 Reduced port surgery が診断・治療に有用であった穿孔性虫垂炎の 1 例  
明石市立市民病院 外科 有 吉 要 輔

## C 会 場 (東館 3F D会議室)

### 午 前 の 部 (9:00~11:55)

#### 小腸 1 (9:00~9:35)

座長 植村 守  
(大阪医療センター 外科)

- C01 穿孔性腹膜炎を来した肺癌小腸転移の1例  
天理よろづ相談所病院 消化器外科 高松 雄一
- C02 空腸に発生した平滑筋腫の1例  
天理よろづ相談所病院 消化器外科 北野 拓
- C03 腸重積症を呈した小腸悪性リンパ腫の1例  
兵庫県立淡路医療センター 外科 渡部 晃大
- C04 術前診断し腹腔鏡下小腸部分切除術をおこなった小腸血管腫の1例  
神戸大学 食道胃腸外科 石田 苑子
- C05 小腸憩室の異所性粘膜から発生した小腸腺癌の1例  
友仁会山崎病院 外科 名西 健二

#### 小腸 2 (9:35~10:17)

座長 高橋 秀和  
(大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学)

- C06 原発性アミロイドーシスによる小腸腫瘤が先進部となった腸重積の1例  
愛生会山科病院 外科 原田 憲一
- C07 当院にて経験した小腸重積の2例  
京都九条病院 消化器外科 米花 正智
- C08 当院における NOMI (NOMI:non-occlusive-mesenteric-ischemia) 13症例の検討  
京都中部総合医療センター 外科 神谷 肇
- C09 敗血症性 shock に陥った Bacterial translocation による単純性腸閉塞の1例  
済生会滋賀県病院 外科 芝本 純

C10 腹腔鏡下での観察が有効であった乳び漏を伴う小腸捻転症の1例  
京都府立医科大学 消化器外科 小川 聡一郎

C11 小腸多発憩室の穿孔による限局性腹膜炎の一例  
高槻病院 外科 山田 康太

### 小腸 3 (10:17~10:52)

座長 青松 直撥  
(府中病院 外科センター)

C12 血性腹水を伴う小腸閉塞を発症し緊急手術を施行した回腸腸管子宮内膜症の1例  
府中病院 医師研修センター 木村 薫

C13 小腸間膜嚢胞の一例  
淡路医療センター 外科 平山 貴一

C14 Meckel 憩室に起因した成人絞扼性イレウスに対し腹腔鏡手術を施行した1例  
松下記念病院 外科 深見 知之

C15 腸閉塞をきたした腸管子宮内膜症の1例  
兵庫県立淡路医療センター 外科 曾山 弘敏

C16 腹腔内膿瘍を形成したメッケル憩室炎の1例  
健生会 土庫病院 奈良大腸肛門病センター 稲垣 水美

### 小腸 4 (11:20~11:55)

座長 有田 智洋  
(京都府立医科大学 消化器外科学)

C17 L-P シェントチューブが胃全摘後挙上空腸に迷入した1例  
蘇生会総合病院 外科 吉川 徹二

C18 腹痛を伴う真性腸石症に対して腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した1例  
府中病院 外科 登 千穂子

C19 回腸ストマ閉鎖における創部環状閉鎖と線状閉鎖との比較  
神戸大学 食道胃腸外科 長谷川 寛

C20 潰瘍性大腸炎術後13年で発症したJ型回腸嚢盲端穿孔の1例  
兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科 佐々木 寛文

C21 門脈圧亢進症による空腸静脈瘤出血に対する治療方針  
京都第一赤十字病院 外科 上林 明日翔

## 午 後 の 部 (15:10~16:34)

### 胸部・肺・縦隔 1 (15:10~15:45)

座長 下村 雅律

(綾部市立病院 呼吸器外科)

- C22 肺腺癌の腭転移に対してアファチニブが著効した一例  
大津市民病院 古 谷 竜 男
- C23 術前導入放射線化学療法を施行した肺癌症例に、術後放射線肺臓炎を発症した1手術例  
京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器外科 谷 口 葵
- C24 肺切除を行った異時性多臓器多発 MALT リンパ腫の1例  
市立豊中病院 外科 吉 原 輝 一
- C25 外科的生検で診断が確定した前縦隔発生 IgG4 関連炎症性偽腫瘍の1例  
綾部市立病院 外科 岩 崎 雅
- C26 画像上原発性肺癌との鑑別を要した肝内胆管癌の肺転移の1手術例  
姫路赤十字病院 外科 福 本 侑 麻

### 胸部・肺・縦隔 2 (15:45~16:13)

座長 常塚 啓彰

(京都府立医科大学 呼吸器外科)

- C27 外傷性胸部圧迫症 (Traumatic asphyxia) の1例  
宇治徳洲会病院 外科 松 木 豪 志
- C28 画像所見で疑い得た肺底部発症の肺結核腫の一例  
大阪市立大学 呼吸器外科 木 村 拓 也
- C29 肺炎を繰り返す気管支拡張症に対して右肺上中葉切除術を施行した一例  
大阪市立大学 呼吸器外科 鈴 木 智 詞
- C30 胸腔鏡下に横隔膜病変を切除した月経随伴性気胸の1例  
大阪大学 呼吸器外科学 池 晃 弘

心・血管 (16:13~16:34)

座長 沼田 智

(京都府立医科大学 心臓血管外科学)

- C31 収縮性心膜炎様の血行動態を呈した重症三尖弁閉鎖不全症の1例  
堺市立総合医療センター 心臓血管外科 北原 睦 識
- C32 下肢静脈瘤に対する1470nm ダブルリングレーザー焼灼術を中心とした治療について  
弘仁会 大島病院 宮田 圭 悟
- C33 外傷性巨大後腹膜血腫が診断の契機となった後天性第13因子欠乏症の1例  
北播磨総合医療センター 心臓血管外科 長 命 俊 也

## D 会 場 (東館 2F 第 2・3 セミナー室)

### 午 前 の 部 (9:00~11:55)

#### 肝・脾・門脈 1 (9:00~9:42)

座長 井上 善博

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

- D01 切迫破裂の肝外発育型肝細胞癌に対し肝切除にて救命し得た 1 例  
城山病院 消化器外科 太 田 将 仁
- D02 動脈塞栓術で救命し得た腫瘍再発による腹腔内出血の一例  
京都府立医科大学附属病院 消化器外科 山 条 純 基
- D03 治療後13年目に再発した肝細胞癌腹壁転移の一例  
田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター外科 加 藤 怜
- D04 肝細胞癌ラジオ波焼灼術後播種性病変の検出に ICG 蛍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 中 村 匡 視
- D05 腫瘍の局在同定に ICG 蛍光法が有用であった肝腫瘤の一例  
京都府立医科大学付属病院 消化器外科 岸 本 拓 磨
- D06 腹腔鏡下肝切除術における肋間ポートの有用性  
大阪医科大学 一般・消化器外科 井 上 善 博

#### 肝・脾・門脈 2 (9:42~10:24)

座長 速水 晋也

(和歌山県立医科大学 第 2 外科)

- D07 肝嚢胞腺癌の 1 切除例  
市立福知山市民病院 外科 中 林 雄 大
- D08 魚骨迷入により肝膿瘍を来した 1 例  
北播磨総合医療センター 小 濱 拓 也
- D09 術前に肝細胞癌が疑われた肝 reactive lymphoid hyperplasia の 1 例  
市立豊中病院 外科 吉 岡 亮

- D10 急速な再発・進展を呈した小型肉腫様肝細胞癌の1切除例  
滋賀医科大学 外科学講座 全 有 美
- D11 嚢胞性肝腫瘍と鑑別が困難であった単純性肝嚢胞の1切除例  
神戸大学 肝胆膵外科 飯 盛 信 哉
- D12 限局性結節性過形成との鑑別を要した肝内胆管癌の1例  
明和病院 浜 野 郁 美

**胆道 1** (11:20~11:55)

**座長 飯田 洋也**

(滋賀医科大学外科学講座 消化器 乳腺・一般外科)

- D13 胃全摘術後遠位胆管癌に対して臍頭十二指腸切除術を施行した1例  
鹿児島大学 心臓血管・消化器外科 北 菌 巖
- D14 戸谷1a型先天性胆道拡張症・臍胆管合流異常に合併した胆嚢および臍同時性重複癌の1例  
滋賀医科大学 外科学講座 消化器外科 乳腺・一般外科 森 治 樹
- D15 広範囲胆管癌と診断し肝臍頭十二指腸切除+右肝動脈再建を施行した1例  
和歌山県立医科大学 第二外科 佐 藤 公 俊
- D16 胆嚢癌術後に認めたPTCD瘻孔部再発に対して外科切除を施行した1例  
大阪大学大学院 消化器外科学 朴 正 勝
- D17 胆嚢癌に対する胆道再建術後の胆管結石に対し経皮的アプローチで除石し得た一例  
綾部市立病院 研修医 笹 川 奈 央

## 午 後 の 部 (12:10~17:03)

ランチョンセミナー 2 (12:10~13:10) D会場 (東館2F 第2・3セミナー室)

### 「大腸癌に対する腹腔鏡下手術」

司会：兵庫医科大学 下部消化管外科 富田 尚 裕

演者：関西医科大学 外科学講座 消化管外科 濱田 円  
大阪赤十字病院 消化器外科 野村 明 成

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

肝・脾・門脈 3 (14:50~15:25)

座長 石井 隆道

(京都大学 肝胆膵・移植外科)

D18 巨大胆管内乳頭状腫瘍に対し経皮経肝門脈塞栓術後に肝右三区域切除を行った症例  
京都大学 肝胆膵・移植外科 宗景 史 晃

D19 PSC に対する生体肝移植後再発に伴うグラフト肝機能不全に対し脳死肝腎同時移植を  
施行した1例  
京都大学 肝胆膵・移植外科 佐々木 悠 大

D20 腹腔鏡下に切除した大腸癌異時性孤立性脾転移の1例  
市立奈良病院 消化器外科 中瀬 有 遠

D21 亜全胃温存膵頭十二指腸切除後に門脈閉塞が原因で消化管出血をきたした1例  
大阪市立大学 腫瘍外科 丸尾 晃 司

D22 腸管気腫症が起因となった門脈ガス血症の経験  
大阪市立大学大学院 消化器外科 西山 方 規

胆道 2 (15:25~15:53)

座長 斐 正寛

(兵庫医科大学 肝胆膵外科)

D23 胆嚢十二指腸瘻による胆石性イレウスの1例  
府中病院 外科 岡田 拓 真

D24 腹腔鏡下胆嚢摘出後の遺残胆石による腹膜炎を腹腔鏡にて治療した1例  
八尾徳洲会総合病院 外科 服部 彬

D25 右横隔膜下膿瘍より横隔膜を穿破し右膿胸を合併した急性胆嚢炎の1例  
白浜はまゆう病院 外科 宮前 眞 人



D26 急激に進行した急性胆嚢炎の1例

洛和会丸太町病院 外科 加賀 史 尋

**膵臓 1** (15:53~16:28)

**座長 木村健二郎**

(大阪市立大学大学院医学研究科 腫瘍外科学)

D27 膵体部の巨大膵神経内分泌腫瘍に対して膵中央切除術を施行した1例

滋賀県立成人病センター 外科 青 山 龍 平

D28 当院における膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) 手術症例の検討

京都山城総合医療センター 糸 川 嘉 樹

D29 膵頭十二指腸切除術を施行した膵体尾部脂肪置換を合併した神経内分泌腫瘍の1例

兵庫医科大学 外科 西 田 広 志

D30 術前診断し得た膵腺扁平上皮癌の一切除例

高槻赤十字病院 消化器外科 池 田 有 紀

D31 膵腺扁平上皮癌の術後再発に対し集学的治療にて長期生存を得ている1例

京都第一赤十字病院 小児外科 辻 亮 多

**膵臓 2** (16:28~17:03)

**座長 森村 玲**

(京都府立医科大学 消化器外科学)

D32 切除不能局所進行膵頭部癌に対しゲムシタビン併用陽子線治療後に Salvage 手術を施行した1例

神戸大学 肝胆膵外科 都 鍾 智

D33 まれな病理学的形態を示し、急激な転帰をたどった膵癌多発転移の一例

大阪大学大学院 消化器外科 石 川 慧

D34 EUS-FNA にて術前診断され腹腔鏡下 Warshaw 手術を施行した、若年男性に発症した膵 solid pseudopapillary neoplasm (SPN) の1例

兵庫医科大学 肝胆膵外科 近 藤 祐 一

D35 大型肝細胞癌切除後の長期経過中に発生した膵頭部癌の切除経験

奈良県総合医療センター 外科 根 津 大 樹

D36 膵悪性リンパ腫の1例

近畿大学医学部奈良病院 外科 眞 鍋 弘 暢

## E 会 場 (東館 2 階 中会議室)

### 午 前 の 部 (9 : 00~10 : 24)

#### 食道 1 (9 : 00~9 : 35)

座長 藤原 有史

(大阪市立大学大学院医学研究科 第2外科)

- E01 胸部大動脈瘤破裂による巨大食道穿孔に対して食道切除と二期再建を行った1例  
守口敬仁会病院 外科 井 塚 正一郎
- E02 術前に EUS-FNA で診断し、腫瘍核出術が施行できた食道神経鞘腫の1切除例  
大阪市立総合医療センター 消化器外科、肝胆膵外科 白 井 大 介
- E03 炎症性食道腫瘍の1例  
神戸大学 食道胃腸外科 澤 田 隆一郎
- E04 横隔膜上食道憩室に対し胸腔鏡下憩室切除術を行った1例  
大阪大学 消化器外科 山 田 萌
- E05 2ヶ月の間に急速増大を示し、Oncologic emergency となった食道癌肉腫の1手術症例  
大阪市立大学大学院 消化器外科 中 亮 子

#### 食道 2 (9 : 35~10 : 03)

座長 牧野 知紀

(大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学)

- E06 経胸的に修復し得た食道癌術後食道裂孔ヘルニアの1例  
京都第二赤十字病院 外科 近 藤 里 江
- E07 食道切除・胸骨後経路再建後の食道裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下修復術を行った1例  
京都府立医科大学 消化器外科 多加喜 航
- E08 食道裂孔ヘルニアが貧血の原因と考えられた興味ある一例  
野崎徳洲会病院 Abdiev shavkat
- E09 数年来繰り返す失神症状で判明した巨大食道裂孔ヘルニア、鏡視下修復術の1例  
京都第一赤十字病院 外科 河 瀬 信

乳腺 (10:03~10:24)

座長 中務 克彦

(京都府立医科大学 内分泌・乳腺外科)

- E10 エリブリン投与にて2年以上のLong-SDを認めた、局所進行転移性乳癌の1例  
春秋会 城山病院 消化器・乳腺センター外科 新田 敏 勝
- E11 右腋窩乳癌の1例  
明石市立市民病院 一般外科・乳腺外科 中村 憲 司
- E12 乳癌術後腹膜播種再発による結腸と十二指腸閉塞に対して手術と化学療法によりQOLを維持できた一例  
松下記念病院 乳腺外科 渡 邊 陽

## 午 後 の 部 (15:10~17:02)

### 腹壁・腹膜・ヘルニア 1 (15:10~15:52)

座長 高木 剛  
(西陣病院 外科)

- E13 腹腔鏡下手術 (TAPP 法) を施行した前立腺全摘術後の鼠径ヘルニアの一例  
明石市立市民病院 外科 小 泉 範 明
- E14 大腿ヘルニア嵌頓に急性肺血栓塞栓症を合併した一例  
市立岸和田市民病院 外科 西 尾 尚 記
- E15 腹腔鏡下にて修復した再発閉鎖孔ヘルニアの 1 例  
西陣病院 外科 平 島 相 治
- E16 腹壁癒痕ヘルニア修復術後にメッシュによる膀胱皮膚瘻を来した一例  
済生会滋賀県病院 高 嶋 祐 助
- E17 腹腔鏡下 (TAPP) にて治療した Nuck 管水腫の 1 例  
JCHO 神戸中央病院 外科 曾 我 耕 次
- E18 腹壁癒痕ヘルニアに対するメッシュ修復後に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した 1 例  
堺市立総合医療センター 外科統括部 日 村 帆 志

### 腹壁・腹膜・ヘルニア 2 (15:52~16:27)

座長 曾我 耕次  
(JCHO 神戸中央病院 外科)

- E19 CT にて術前診断し腹腔鏡と鼠径法で手術を施行した Amyand's hernia の 2 例  
北播磨総合医療センター 外科・消化器外科 阿 部 智 喜
- E20 穿孔性腹膜炎で発症した内膀胱上窩ヘルニアの一例  
近江八幡市立総合医療センター 外科 石 川 達 基
- E21 腰ヘルニアに対して腹臥位ヘルニア根治術を実施した 1 例  
兵庫医科大学 上部消化管外科 吉 原 俊 也
- E22 腹腔鏡下に治療しえた S 状結腸間膜窩ヘルニアの 1 例  
天津赤十字病院 外科 阿 部 由 督
- E23 腹腔鏡下に治療した子宮広間膜裂孔ヘルニアの 1 例  
京都中部総合医療センター 外科 神 部 浩 輔

腹壁・腹膜・ヘルニア3 (16:27~17:02)

座長 小泉 範明  
(明石市立市民病院 外科)

- E24 直腸癌に対して腹腔鏡下手術後に会陰ヘルニアを来し、腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した1例  
奈良県立医科大学附属病院 消化器・総合外科 黒田 靖 浩
- E25 外科医が行う簡単で安全な腹腔鏡下腹壁ブロックの導入  
兵庫県立加古川医療センター 初期臨床研修 長 見 直
- E26 単孔式腹腔鏡下腫瘍切除術を施行し得た後腹膜嚢胞性リンパ管腫の一例  
大阪医科大学 一般消化器外科 鈴木 重 徳
- E27 Ramucirumab 使用中に小腸穿孔による汎発性腹膜炎を来した一例  
西神戸医療センター 外科・消化器外科 原 田 樹 幸
- E28 骨盤腹膜炎を合併した左卵巣成熟嚢胞性奇形腫  
八尾徳洲会総合病院 小児外科 岡 田 彩

一 般 演 題  
抄 錄



## A01

### 絨毛癌と小細胞癌の胃衝突癌の1例

<sup>1</sup>近畿大学奈良病院 消化器外科

<sup>2</sup>近畿大学奈良病院 病理診断科

福田周一<sup>1</sup>、藤原由規<sup>1</sup>、小山太一<sup>1</sup>、若狭朋子<sup>2</sup>、  
眞鍋弘暢<sup>1</sup>、井上啓介<sup>1</sup>、木谷光太郎<sup>1</sup>、石川 原<sup>1</sup>、  
辻江正徳<sup>1</sup>、湯川真生<sup>1</sup>、太田善夫<sup>2</sup>、井上雅智<sup>1</sup>

症例は80歳代、男性。主訴は嚥下困難。造影CTで胃底部に壁肥厚を認め、周囲に腫大リンパ節を複数個認めた。胃内視鏡検査では壊死を伴う易出血性の腫瘍を認めた。腫瘍生検部はクロモグラニンAとシナプトフィジン陽性を示し、小細胞癌と診断した。頻回の輸血にも関わらず、腫瘍出血によると思われる貧血が進行したため、準緊急的に胃全摘術を施行した。摘出標本の組織像では、術前生検時に認めた小細胞癌成分に加えて、合胞体栄養膜細胞と細胞性栄養膜細胞からなり、hCG陽性を示す絨毛癌成分を認めた。腫瘍の移行像を認めずに両腫瘍は並んで存在し、明瞭な境界部を認めた。以上より、絨毛癌と小細胞癌の胃衝突癌と診断した。術後6日目に間質性肺炎急性増悪による呼吸状態の悪化をきたし、術後24日目に永眠された。胃の絨毛癌と小細胞癌はともに胃癌全体の約0.1%と頻度が少ない。今回、絨毛癌と小細胞癌からなる極めてまれな胃衝突癌の1例を経験したので報告する。

## A03

### 腹腔鏡下胃切除術での技術認定合格者を産み出す助手力

<sup>1</sup>甲南病院 外科

<sup>2</sup>兵庫県立がんセンター 消化器外科

安田貴志<sup>1</sup>、石田 諒<sup>1</sup>、後藤直大<sup>1</sup>、千堂宏義<sup>1</sup>、  
村松三四郎<sup>1</sup>、塚本好彦<sup>1</sup>、宮下 勝<sup>1</sup>、後藤裕信<sup>2</sup>、  
大坪 大<sup>2</sup>、藤野泰宏<sup>2</sup>、富永正寛<sup>2</sup>、具 英成<sup>1</sup>

【はじめに】私の前任施設ではこれまで申請8人中7人が技術認定医（胃）を取得している。私もその施設で2013年度に認定を取得し、以後も2015年、2017年度に合格者を1名ずつ輩出し続けている。新規合格者2名の助手を務めた経験から、助手側に求められる要素につき助手力として考えてみた。【助手力】  
1. 術者の指示がない限り極力動かない。2. 術者が操作に戸惑っても鉗子を出さずに口頭で助言する。3. 鉗子で剥離操作を行うようなことは断じてしない。4. 自分ならこのラインが見えている、など術者に自分の考えを伝える。5. 術後合併症は自分の責任だと心得る。6. 術者、スコピスト、看護師を含めた居心地の良い環境を作る。7. 術者を思いやる。真に認定をとってもらいたいと望む。【考察】一般にいう女子力にもあてはまる、きれいに見せて、自らの存在を示し、やさしさとつつましさと思いやりを持つ、これらが技術認定合格に必要な助手力なのではないかと考える。

## A02

### 意識障害を初発症状とした癌性髄膜炎の一例

<sup>1</sup>市立福知山市民病院

<sup>2</sup>市立福知山市民病院 外科

久瀬雄介<sup>1</sup>、泉谷康仁<sup>2</sup>、樋上翔一郎<sup>2</sup>、中島慎吾<sup>2</sup>、  
小見山聡介<sup>2</sup>、崔 聡仁<sup>2</sup>、川上定男<sup>2</sup>

患者は73歳、男性。3型の幽門部癌に対し幽門側胃切除術、D2節郭清を行った。病理診断では#16b1リンパ節陽性であり、TS-1投与による術後補助化学療法を施行中であった。術後4ヶ月目にT-Bil 6.8mg/dlと高値を認めたためCTを施行したところ、胆管拡張を認め臍鉤部に通過障害を認めた。同日入院の上ステント留置を施行したが、入院経過中に意識障害、発語困難、左上下肢麻痺を認めた。頭部造影MRI施行するも明らかな異常所見認めず、髄液検査にて髄液内のCEAが67.4ng/mlと血中(34.4ng/ml)よりも高値であり、癌性髄膜炎と診断した。診断に至った時点では全身状態不良であり、対症療法とした。その後患者は呼吸状態の悪化が見られ、術後182日で死亡した。癌性髄膜炎は進行癌において約5%にみられるが、無症状の場合も多く診断時には全身状態が不良であることが多い。進行癌の患者で意識障害を認めた場合には本疾患を念頭に精査し、早期に診断する必要がある。

## A04

### 胃幽門部に発生した腺扁平上皮癌の1切除例

<sup>1</sup>京都第二赤十字病院

白川雄一<sup>1</sup>、藤堂桃子<sup>1</sup>、弓場上将之<sup>1</sup>、渡邊信之<sup>1</sup>、  
近藤 裕<sup>1</sup>、西村幸寿<sup>1</sup>、氏家和人<sup>1</sup>、中村吉隆<sup>1</sup>、  
阿辻清人<sup>1</sup>、柿原直樹<sup>1</sup>、山口明浩<sup>1</sup>、井川 理<sup>1</sup>、  
谷口弘毅<sup>1</sup>

症例：74歳女性。受診の2か月前より心窩部痛を自覚するようになり前医を受診し、十二指腸潰瘍が疑われ当院に紹介となった。当院で施行した上部消化管内視鏡検査で胃体下部～幽門前庭に半周性の2型腫瘍を認め、生検結果は高分化腺癌であった。進行幽門部胃癌と診断し、開腹幽門側胃切除術、D2リンパ節郭清、B-1再建を施行した。切除標本は胃体下部小彎を中心とする亜全周性の2型腫瘍で、110×85mmであった。病理組織診断では腺扁平上皮癌であり、リンパ節は4/30 (No.3b、4d、5) に転移を認め、リンパ節組織は腺癌成分であった。最終診断は、進行幽門部癌 L、Type2、T3 (SS)、N2、M0、Stage3Aとなった。術後経過は良好であり第7病日に退院した。現在、TS-1の投与を行いながら経過観察中である。腺扁平上皮癌は胃癌の組織型としては稀であり、今回その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。



## A05

ESD 後に手術を施行した複合型胃腺神経内分泌癌の一症例

<sup>1</sup>多根総合病院 外科

松井佑起<sup>1</sup>、森 琢兎<sup>1</sup>、小池廣人<sup>1</sup>、久戸瀬洋三<sup>1</sup>、  
庄司太一<sup>1</sup>、山口拓也<sup>1</sup>、廣岡紀文<sup>1</sup>、城田哲哉<sup>1</sup>、  
小川 稔<sup>1</sup>、小川淳宏<sup>1</sup>、門脇隆敏<sup>1</sup>、上村佳央<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72歳、男性。201X年Y月、近医での胃炎フォロー中に胃体中部大弯に直径1cm程度の隆起性病変を認め、生検にて胃神経内分泌腫瘍（NET）疑われたため、当院紹介受診となった。当院での上部消化管内視鏡・超音波内視鏡検査にて胃体中部大弯に9mmの隆起性病変を認め、生検にて胃神経内分泌腫瘍（NET G1）と診断した。CT検査にて明らかなリンパ節転移、遠隔転移認めなかったため、同年Y+1月に内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）施行した。病理検査にて複合型腺神経内分泌癌（MAN-EC：NET + tub1）の診断となったが、深達度がSM2であったため、翌月に腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した。術後の病理検査ではリンパ節転移認めず、病期はpT1b2N0M0、StageIAであった。現在は補助化学療法なしで外来通院を行っている。今回、ESD後に手術を施行した複合型胃腺神経内分泌癌の一症例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

## A07

胃粘膜下腫瘍に対するLECS下のNEWSの有用性と当院での工夫

<sup>1</sup>守口敬仁会病院 外科

<sup>2</sup>守口敬仁会病院 消化器内科

三宅祐一朗<sup>1</sup>、渡辺創太<sup>1</sup>、井塚正一郎<sup>1</sup>、  
溝尻 岳<sup>1</sup>、檀 信浩<sup>1</sup>、西原政好<sup>1</sup>、丸山憲太郎<sup>1</sup>、  
李 喬遠<sup>1</sup>、岡 博史<sup>1</sup>、辺見英之<sup>2</sup>

内視鏡と腹腔鏡を用いて胃を開放させずに病変を全層切除する non-exposed endoscopic wall-inversion surgery：NEW は腹腔内汚染や医源性播種を払拭できる方法であり、粘膜下腫瘍や内視鏡切除（ESD）が技術的に困難な早期胃癌が適応とされている。症例：46歳女性の胃穹窿部の管腔突出型の30mmのGIST（低リスク）に対してNEWSを施行した。内視鏡下に病変の粘膜下層に全周性に局注し、腹腔鏡下で腫瘍部の漿膜筋層切開を行う病変をスパーサーを用いてを管腔側に内反させ、漿膜筋層を縫合閉鎖する。スパーサーを目印に内視鏡的にESDの要領で切離した。これまではスパーサーとして腹腔鏡手術用のエクレーが報告されている。エクレーは拡張力は高いが非吸収性で、縫合糸で巻き込んだり、破損した場合には異物として残存する欠点がある。我々は吸収性素材で且つ止血効果のあるサージセル・ニューニットを自由な形状に工作して使用しているので文献的考察を加えて報告する。

## A06

原発性十二指腸癌切除8例の検討

<sup>1</sup>京都第一赤十字病院 肝臓外科

<sup>2</sup>京都第一赤十字病院 消化器外科

下村克己<sup>1,2</sup>、谷口史洋<sup>1,2</sup>、河瀬 信<sup>1</sup>、  
古家裕貴<sup>1</sup>、田中幸恵<sup>1</sup>、熊野達也<sup>1</sup>、小松周平<sup>1</sup>、  
井村健一郎<sup>1</sup>、池田 純<sup>1</sup>、塩飽保博<sup>1</sup>

【はじめに】原発性十二指腸癌は頻度の少なく、治療方法や手術術式など確立されていないのが現状である。今回、当院における手術成績を検討したので報告する。【対象と方法】2004年から2017年に外科切除を施行した8例を対象とし検討を行った。【結果】平均年齢73歳（65-85歳）、平均腫瘍径31mm（18-55mm）。肉眼形態は0-I型1例、0-IIa型1例、2型4例、3型2例。局在は球部4例、下行脚4例。術式は粘膜切除1例、部分切除1例、幽門側胃切除2例、臍頭十二指腸切除4例。組織型はすべて腺癌であった。深達度はm 2例、ss 2例、si 4例。【考察】リンパ節転移陰性例は予後良であり、多臓器浸潤例は早期再発する。ただし、臍浸潤を認めたがPD施行例は4年以上の生存例も認めた。【まとめ】一般に小腸癌（大腸癌）に準じて術後加療を行っているが、報告症例が少なく、今後多施設での症例の蓄積が必要と思われた。

## A08

胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡下手術

<sup>1</sup>舞鶴赤十字病院 外科

<sup>2</sup>舞鶴医療センター

伊藤範朗<sup>1</sup>、木ノ下修<sup>2</sup>、猪飼 篤<sup>2</sup>、矢野裕太郎<sup>1</sup>、  
山下哲郎<sup>2</sup>、加藤宣誠<sup>1</sup>

2008年のHikiらによる報告以降、胃粘膜下腫瘍に対して腹腔鏡内視鏡合同手術（Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery 以下LECS）を行った報告が増加しており、随分と普及してきた印象である。しかし、現実的には合同手術が困難な状況の施設もあると思われる。当院でもマンパワーの面からLECS施行が困難である。今回、我々はLECSでも比較的難しいとされる噴門近傍の胃粘膜下腫瘍に対して胃前壁切開を加えることで、腹腔鏡のみで腹腔鏡下胃部分切除を3例に対して行った。後ろ2例は腫瘍牽引用にエンドループPDS2を使用することで、安全なマージンを確保しつつ、過剰な胃壁の切除を行うことなく完結できた。当方法のメリット、デメリットについて考察するとともに、胃粘膜下腫瘍の手術治療戦略について考えてみたい。

## A09

吐血を契機に発見された十二指腸 GIST の 1 例

<sup>1</sup>独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター  
外科

黒部結衣<sup>1</sup>、岩倉伸次<sup>1</sup>、碓 絢菜<sup>1</sup>、木村正道<sup>1</sup>、  
辰林太一<sup>1</sup>、藤田洋一<sup>1</sup>、谷島裕之<sup>1</sup>、富永敏治<sup>1</sup>、  
稲田佳紀<sup>1</sup>、田中 覚<sup>1</sup>、堀内哲也<sup>1</sup>

症例は68歳女性で黒色便を主訴に受診し貧血の進行を認めため入院した。内視鏡検査では十二指腸球部にびらんを認めるのみであったが、腹部CTでは上十二指腸角外側壁に接して18mm大のhypervascular tumorを認めた。入院後に吐血し、内視鏡的止血は困難と判断し緊急手術を行った。腫瘍は十二指腸前壁に壁外性に発育しており、エコーで豊富な血流を確認した後全層切除した。腫瘍は12×15mmで粘膜面に露出していた。腫瘍のHE染色では紡錘型細胞の増殖を認め、免疫染色ではc-kit陽性、CD34、SMA、S100、Desminは陰性でありGISTと診断した。GISTは全消化管に発生し得るが、十二指腸での発生頻度は5%とまれである。GISTの再発危険因子は、腫瘍径、核分裂像、腫瘍の発生部位、被覆破壊の有無を組み合わせたModified-Fletcher分類の有用性が報告されている。本症例は十二指腸原発であることから高リスク群に分類され、再発予防のためイマチニブの内服を開始している。

## A11

胃癌術後に発症した肝膿瘍が右肺に穿破した1例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科

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

【はじめに】消化管悪性腫瘍に対する根治切除後の合併の一つとして肝膿瘍がある。我々は胃癌術後に発症した肝膿瘍が経横隔膜的に右肺下葉に穿破し、保存的治療に奏効した症例を経験したため報告する。【症例】68歳女性。20XX年7月に胃癌(T2N0M0 Stage IB)に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術、D2郭清、B-I再建を行った。術後経過は良好で術後10日目に軽快退院された。しかし術後19日目に発熱、倦怠感、心窩部の違和感を主訴に来院し、腹部造影CTにて肝S8の右横隔膜直下に55mm大の肝膿瘍を認めた。入院での抗生剤治療を開始したが、咳嗽、排痰が出現した。肺炎を疑い胸部CT検査を施行したところ、肝膿瘍は消退し、右横隔膜直上の右肺下葉に膿瘍形成を認めた。抗生剤加療を継続し第23病日に軽快退院となった。その後、肝膿瘍の再燃を認めていない。【結語】本症例では胃癌術後肝膿瘍、肺穿破に対して保存的治療で軽快した。若干の文献的考察を加えて発表する。

## A10

捻転による輸入脚閉塞症の一例

<sup>1</sup>京都第二赤十字病院 外科

高見晴奈<sup>1</sup>、西村幸寿<sup>1</sup>、弓場上将之<sup>1</sup>、渡邊信之<sup>1</sup>、  
近藤 裕<sup>1</sup>、氏家和人<sup>1</sup>、藤堂桃子<sup>1</sup>、中村吉隆<sup>1</sup>、  
阿辻清人<sup>1</sup>、山口明浩<sup>1</sup>、柿原直樹<sup>1</sup>、井川 理<sup>1</sup>、  
谷口弘毅<sup>1</sup>

【症例】84歳、女性。【経過】38年前に胃癌に対し幽門側胃切除、B-II再建の既往。1週間前に嘔吐出現し、一旦症状の軽快認めるが、3日前から次第に腹痛増強し、当院救急搬送された。腹部造影CTで輸入脚の著明な拡張と液貯留を認め、血中アミラーゼ値の上昇があり輸入脚症候群と診断したが腸管虚血壊死を認めず、保存的加療を選択した。内視鏡的に減圧を試みるも困難で、翌日緊急手術を施行した。【手術】長い輸入脚部腸管が逆時計回りに180度捻転していたため癒着剥離と手手的解除にて鬱滞していた内容液を開通させ、腸管切除せずにBraun吻合を作成して手術を終了した。【考察】輸入脚症候群は虚血、壊死を示唆する急性症状の場合緊急手術となるが、慢性症状の所見であれば保存的加療を選択する例も少なくない。捻転を起点とし経時的に腸管虚血が進行することを想定し手術のタイミングを逸しないよう方針を決定することが重要である。

## A12

腹腔鏡下胃全摘における内ヘルニア予防対策

<sup>1</sup>和歌山県立医大 第2外科

中西靖佳<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>、辻 俊明<sup>1</sup>、丸岡慎平<sup>1</sup>、  
山上裕機<sup>1</sup>

【緒言】腹腔鏡胃切(LG)は開腹手術(OG)より術後癒着が少ないため、内ヘルニアが散見される。しかし、LG後の内ヘルニア(IH)を詳細に検討した報告は少なく、予防対策に関するコンセンサスはない。今回当科での胃癌手術におけるIHの特徴、および予防対策について検討した。【方法】2004年から2015年まで当科で手術を施行した胃癌患者1943例を検討。2013年以後はLTG(antecolic RY)時に全例IH予防として小腸間膜間隙、Petersen間隙、食道裂孔の閉鎖とR limbと十二指腸を固定する手技を標準化した。【結果】OTG術後の1.0%、LTG術後の4.9%の患者にIHを認めた(P=.005)。LTG術後のIHは小腸間膜間隙3例Petersen間隙2例食道裂孔1例であった。IH予防手技標準化前はLTG術後8%の患者にIHを認めたが、標準化後は認めなかった(P=.047)。【結語】LTGを行う際は全間隙を閉鎖することが推奨される。当科での標準化手技を動画を用いて供覧する。

## B01

同時性多発大腸癌に対して2か所の吻合を行った腹腔鏡下大腸手術の検討

<sup>1</sup>奈良県総合医療センター 外科  
西岡歩美<sup>1</sup>、向川智英<sup>1</sup>、富田理子<sup>1</sup>、定光ともみ<sup>1</sup>、  
竹井 健<sup>1</sup>、切畑屋友希<sup>1</sup>、中多靖幸<sup>1</sup>、松阪正訓<sup>1</sup>、  
高 濟峯<sup>1</sup>、石川博文<sup>1</sup>、渡辺明彦<sup>1</sup>

【目的】同時性大腸癌の頻度は2~7%と報告されているが、複数の病変に対して外科的切除が必要となることは稀である。同時性多発大腸癌に対して複数の吻合を行った腹腔鏡下手術の報告は少なく、その有用性と安全性については明らかではない。当院で同時性多発大腸癌に対して2か所の吻合を行った腹腔鏡下手術の短期成績について検討したので報告する。【方法と結果】2008年1月から2015年12月の間に施行した大腸癌に対する腹腔鏡下手術358例のうち多発大腸癌に対し吻合が2か所となった5例を対象とした。男性2例、女性3例で平均年齢74歳、術式は4例が5ポートの従来法で1例は reduced port surgery で行った。術後合併症は Clavien-Dindo 分類の全 Grade で認めず、術後在院日数は約9日であった。【結語】同時性多発大腸癌に対する腹腔鏡下手術は吻合が2か所となっても重篤な合併症を認めることなく安全に施行でき、全身状態の回復が早く短期間で次の治療に移行できる。

## B03

高齢化時代における閉塞性大腸癌に対する治療戦略 -Self-expandable metallic stent 療法の有用性-

<sup>1</sup>京都第一赤十字病院 消化器外科  
古家裕貴<sup>1</sup>、田中幸恵<sup>1</sup>、熊野達也<sup>1</sup>、小松周平<sup>1</sup>、  
井村健一郎<sup>1</sup>、下村克己<sup>1</sup>、池田 純<sup>1</sup>、谷口史洋<sup>1</sup>、  
塩飽保博<sup>1</sup>

【緒言】閉塞性大腸癌は大腸癌の3.1~15.8%を占め、術後合併症率は高く予後も不良と報告される。2012年に大腸用 self-expandable metallic stent (SEMS) が保険適応となり、人工肛門造設を回避した治療戦略が可能となった。当院の SEMS 治療の有用性を評価した。【対象と方法】2012年から2017年4月に治療した閉塞性大腸癌47連続症例を対象とし、ステント留置群と非留置群の治療成績を比較検討した。【結果】術後合併症に関して、非留置群の37%に比し留置群は6%と有意に低かった (P=0.037)。多変量解析では高齢が術後合併症の独立した危険因子であった。また SEMS 療法の術後合併症回避に独立して寄与する結果であった。非留置群で肺炎の頻度が高く (41%)、特に高齢者に高い傾向にあった。【総括】閉塞性大腸癌治療の合併症に関して高齢が独立した危険因子となった。SEMS 療法の合併症回避に寄与する因子となった。SEMS 療法は高齢化時代における有用な治療戦略である。

## B02

当院における高齢者大腸癌手術症例の検討

<sup>1</sup>西陣健康会堀川病院外科  
渡邊健次<sup>1</sup>、岡村寛子<sup>1</sup>、川合寛治<sup>1</sup>、相良幸彦<sup>1</sup>

【目的】当施設における80歳以上の大腸癌症例を解析し、短期及びその安全性を検討した。【方法】対象は2010年1月から2015年5月までに全身麻酔下にて手術を施行した141例のうち手術時に80歳以上であった症例について、後方視的に解析し、合併症率や在院日数などの短期予後及び長期予後について検討した。【結果】80歳以上の症例は59例であり、大腸癌手術症例の41%であった。男女比は21:38、腫瘍部位としては上行結腸及び直腸が17例と最多であった。術後合併症は27例 (46%) に認め、再手術症例は1例、手術関連死亡は1例に認めた。また術後在院日数の中央値は49.8日であった。これらの因子を同時期の80歳未満の症例と比較した結果、術後在院日数のみが有意に延長していた。【結論】高齢者に対する大腸癌手術は比較的安全に施行することができる。と考える。

## B04

イレウスで発症した腓体尾部癌に対し大腸ステントを用いた Bridge to Surgery により一期的手術を行った1例

<sup>1</sup>奈良県総合医療センター 外科  
切畑屋友希<sup>1</sup>、向川智英<sup>1</sup>、定光ともみ<sup>1</sup>、  
富田理子<sup>1</sup>、竹井 健<sup>1</sup>、中多靖幸<sup>1</sup>、松阪正訓<sup>1</sup>、  
石川博文<sup>1</sup>、高 濟峯<sup>1</sup>、渡辺明彦<sup>1</sup>

【背景】閉塞性大腸癌に対し大腸ステントを用いた Bridge to Surgery (BTS) により緊急手術や人工肛門を回避できたとの報告が増加している。今回、腓癌の横行結腸浸潤による閉塞性イレウスに対し、大腸ステントを用いて一期的手術を行い良好な結果を得たので報告する。【症例】82歳、男性。2016年7月、嘔気を主訴に近医を受診。腹部 X 線でイレウスを指摘され当院に紹介。腹部造影 CT で腓体尾部癌の横行結腸浸潤によるイレウスと診断された。緊急手術も考慮されたが人工肛門を回避するため大腸ステントを留置し、3週間後に待機的に手術を実施した。腫瘍は腓体尾部に存在し、横行結腸と空腸に浸潤していた。腓体尾部切除、横行結腸部分切除・吻合を行った。術後は経過良好で術後12日目に退院。術後8カ月経過したが再発はない。【結語】大腸ステントを用いた BTS は大腸癌以外の悪性狭窄に対してでも有用な方法と考えられた。

## B05

術前化学放射線療法を施行した局所進行肛門管癌に対して有茎腹直筋皮弁再建が有用であった1例

<sup>1</sup>神戸大学 食道胃腸外科

池田太郎<sup>1</sup>、松田 武<sup>1</sup>、福岡英志<sup>1</sup>、長谷川寛<sup>1</sup>、山本将士<sup>1</sup>、金治新悟<sup>1</sup>、松田佳子<sup>1</sup>、山下公大<sup>1</sup>、押切太郎<sup>1</sup>、中村 哲<sup>1</sup>、角 泰雄<sup>1</sup>、鈴木知志<sup>1</sup>、掛地吉弘<sup>1</sup>

【背景】皮膚浸潤を伴う局所進行肛門管癌に対する術前化学放射線療法（NACRT）後の腹会陰式直腸切断術は会陰部の切除範囲が広く創部感染や創し開が問題となるが今回有茎腹直筋皮弁による再建が有用であった症例を経験したので報告する。【症例】69歳女性、手術1年半前より肛門からの出血を認め、前医受診し肛門管癌と診断後当院紹介となった。PET 検査で右鼠径リンパ節、左閉鎖神経リンパ節にFDG 集積を認め、cT3N3M0 cStage IIIBと診断した。NACRT 施行後、腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術、左側方リンパ節郭清、右鼠径リンパ節郭清、大網充填、及び会陰部の欠損範囲は単純縫縮が困難な範囲であり有茎腹直筋皮弁移植を行った。術後は右鼠径創部の感染以外は合併症を認めず術後33日目に退院、術後6か月の時点で再発は認めていない。【結語】NACRT 後の局所進行肛門管癌に対する広範囲の会陰欠損を伴う腹会陰式直腸切断術では有茎腹直筋皮弁を用いた再建が有用である。

## B07

当院における大腸穿孔症例の比較検討

<sup>1</sup>市立奈良病院 消化器外科

寒川 玲<sup>1</sup>、山田一人<sup>1</sup>、永田啓明<sup>1</sup>、望月 聡<sup>1</sup>、中瀬有遠<sup>1</sup>、北井祥三<sup>1</sup>、稲葉征二郎<sup>1</sup>

【はじめに】大腸穿孔は容易に敗血症性ショックを引き起こすため死亡率が高く、また合併症も多い。今回大腸穿孔症例を比較検討したので報告する。【対象・方法】過去7年間に当院で手術が施行された大腸穿孔症例45例が対象。生存群と死亡群に分け、患者背景因子、術前・術中・術後因子について比較検討を行った。また術後合併症の有無で分け、同様の比較検討を行った。【結果】救命例41例、死亡例4例（死亡率9%）。穿孔部位はS状結腸が最多であり、原因では憩室が最も多かった。術式はハルトマン手術が27例と最多であった。生存群と死亡群間では年齢、SOFA score、術前血小板値・クレアチニン値、術後INR 値に有意に差が見られた。合併症の有無においては人工肛門造設の有無に有意な差が見られた。【考察】大腸穿孔症例では重症度に応じた治療選択が必要と考える。今回の検討において重症度を評価する上でSOFA scoreは一つの指標となり得ると考えられた。

## B06

術前化学療法にて根治手術し得た直腸癌膀胱浸潤の1例

<sup>1</sup>府中病院 外科

岡本彬裕<sup>1</sup>、内間恭武<sup>1</sup>、登千穂子<sup>1</sup>、宮本裕成<sup>1</sup>、岡田拓真<sup>1</sup>、栗原重明<sup>1</sup>、王 恩<sup>1</sup>、青松直撥<sup>1</sup>、平川俊基<sup>1</sup>、岩内武彦<sup>1</sup>、森本純也<sup>1</sup>、山片重人<sup>1</sup>、中澤一憲<sup>1</sup>、竹内一浩<sup>1</sup>

症例は69歳男性。発熱、血尿を主訴に、当院受診した。下部消化管内視鏡検査では直腸Rs部に全周性の2型腫瘍を認め、生検結果 tub1 だった。造影CT 検査にて直腸癌、膀胱・右尿管・虫垂・後腹膜浸潤と、膀胱直腸瘻が疑われた。直腸癌（cT4bN2M0 cStageIIIB）に対してR0手術は困難と判断した。入院後に尿路感染、腸閉塞症状を認めたため、まず横行結腸双孔式人工肛門造設術を施行した。退院後SOX 療法を4コース施行し、治療効果PR が得られたので根治手術を施行した。手術前は膀胱全摘・尿路変更を予定していたが、腫瘍縮小により低位前方切除・膀胱部分切除・虫垂切除を施行した。病理組織学的検査にてypT4bNOM0 ypStageII と診断され、術後経過良好で術後15日で退院となった。今後は再発予防のため術後化学療法を施行後、横行結腸人工肛門を閉鎖する予定である。術前化学療法によりR0手術をし得た進行直腸癌の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## B08

特発性S状結腸穿孔の1例

<sup>1</sup>市立芦屋病院 外科

佐々木亨<sup>1</sup>、松浪周平<sup>1</sup>、田守登茂治<sup>1</sup>、浦野尚美<sup>1</sup>、村上雅一<sup>1</sup>、三方彰喜<sup>1</sup>、水谷 伸<sup>1</sup>

患者は81歳男性。朝食後から持続する腹痛を主訴とし来院。来院時下腹部に圧痛および筋性防御を認めた。血液検査では炎症反応の上昇は認めなかったが、腹部CT 検査でS状結腸～直腸周囲に少量の腹腔内遊離ガス像を認めた。保存的加療を開始したが第3日腹痛の増悪を認め緊急手術を施行。腹腔鏡下に観察したところ、S状結腸穿孔部からの糞便の流出を認めた。開腹手術に移行し、腹腔内を大量洗浄後に穿孔部を含めたS状結腸部分切除とS状結腸単孔式人工肛門造設術を施行した。検体の肉眼所見では、S状結腸腸間膜側に穿孔と、その周囲腸管壁にΦ50×40mmの類円形的全層壊死を認めた。病理検査ではS状結腸全層性壊死を認めたものの、憩室や腫瘍などの病変は認めなかった。特発性結腸穿孔では腸間膜対側の穿孔頻度が高いとされるが、本症例では腸管膜側の穿孔であり、比較的稀な症例と考え、若干の文献的考察とともに報告する。

## B09

TAS-102 (トリフルリジン・チピラシル塩酸塩) 投与中、継続する貧血によって治療に難渋した盲腸癌術後多発リンパ節再発の一例

<sup>1</sup>大阪府済生会千里病院

伊藤善郎<sup>1</sup>、真貝竜史<sup>1</sup>、深田唯史<sup>1</sup>、宮垣博道<sup>1</sup>、西田久史<sup>1</sup>、豊田泰弘<sup>1</sup>、高山 治<sup>1</sup>、吉岡節子<sup>1</sup>、北条茂幸<sup>1</sup>、福崎孝幸<sup>1</sup>、大東弘明<sup>1</sup>

切除不能進行再発大腸癌に対する化学療法において、TAS-102は三次治療以降の使用が推奨されている。非血液学的毒性が少なく、標準治療に不応・不耐の症例に比較的投与しやすいと考えられている。貧血の発生について、RECOURSE 試験においてはGrade3以上が18%であり、通常輸血によって改善が見込める。今回 TAS-102治療中に貧血を認め、頻回の輸血を要した症例を経験した。初発時40歳代女性。遠隔転移のない盲腸癌に対して回盲部切除術、D3郭清施行。術後CapeOX8コース施行。術後1年半で多発リンパ節再発を認め、IRIS + Bmab、mFOLFOX + Pmabを経てTAS-102を導入。施行前Hb11.8g/dlであったが、1コース目投与後Hb 7.0g/dlまで低下し、RCC4単位輸血施行。2コース目以降も投与後の貧血認め、治療効果もPDであったため治療変更となった。TAS-102による治療において、どのような管理を行うのが適切であったか、文献的考察を加えて報告する。

## B11

盲腸捻転症の一例

<sup>1</sup>京都大学 消化管外科

伊藤貴之<sup>1</sup>、橋本恭一<sup>1</sup>、渡邊武志<sup>1</sup>、久森重夫<sup>1</sup>、角田 茂<sup>1</sup>、小濱和貴<sup>1</sup>、坂井義治<sup>1</sup>

患者は74歳男性、拡張型心筋症で当院循環器内科通院中であった。腹痛、腹部膨満感を自覚し近医を受診、腸閉塞を疑われ拡張型心筋症にて外来通院している当院紹介となった。画像上、絞扼性腸閉塞と考えられ同日緊急手術を行った。術中所見にて小腸に捻転や虚血性変化を認めなかった。盲腸、上行結腸は固定されておらず盲腸が捻転しており盲腸捻転と診断した。捻転を解除し非吸収糸にて盲腸を後腹膜へ固定した。術後経過は良好で10日目退院となった。盲腸捻転は全腸閉塞の1-3%を占め、背景に移動盲腸がある。捻転が解除されなければ腸管壊死や穿孔につながるため迅速な手術治療が望まれる。術式としては回盲部切除が推奨されており、今回施行した盲腸固定術では少なからず再発の可能性も報告されている。画像所見で特徴的な像を呈するため、術前に盲腸捻転を診断できたなら回盲部切除術を念頭に置きつつ緊急手術に臨む必要があると考えられる。

## B10

Clostridium septicum 菌血症を発症した横行結腸癌の1例

<sup>1</sup>堺市立総合医療センター 外科統括部

眞木良祐<sup>1</sup>、中田 健<sup>1</sup>、とう傑之<sup>1</sup>、日村帆志<sup>1</sup>、西 秀美<sup>1</sup>、三上城太<sup>1</sup>、岸本朋也<sup>1</sup>、澤田元太<sup>1</sup>、間狩洋一<sup>1</sup>、中平 伸<sup>1</sup>、辻江正樹<sup>1</sup>、藤田淳也<sup>1</sup>

【背景】Clostridium septicum (以下 C.septicum) 菌血症は、大腸癌による粘膜の防御機構の破綻により引き起こされる。今回我々は横行結腸癌患者でのC.septicum 菌血症の1例を経験したため報告する。【症例】81歳女性、発熱・右上腹部痛・嘔吐を主訴に来院した。来院時の腹部CT検査で横行結腸癌および周囲の炎症波及を認め抗生剤加療を開始した。入院時の血液培養検査でC.septicumを認め、感染源コントロール及び横行結腸癌の根治目的に右半結腸切除術を行った。術後経過は概ね良好で、第35病日退院した。【考察】C.septicum 菌血症は大腸癌による粘膜の防御機構の破綻により引き起こされることが報告されている。無治療の場合45~70%と高い致死率を有するため早期の抗生剤加療および外科的介入が必要である。【結論】大腸癌を侵入門戸としたC.septicum 菌血症においては、できるだけ早期の抗生剤加療・外科的介入を行う必要がある。

## B12

進行横行結腸癌に対する腹腔鏡下結腸部分切除術(横行結腸)の1例

<sup>1</sup>洛西ニュータウン病院 外科

大陽宏明<sup>1</sup>、趙 秀之<sup>1</sup>、松村博臣<sup>1</sup>、咲田雅一<sup>1</sup>

【はじめに】横行結腸癌に対する腹腔鏡下手術は難度が高いとされている。中結腸動脈が支配動脈である横行結腸癌に対し、内側アプローチ変法を用いた手術症例を経験したので報告する。【症例】68歳、男性。貧血の精査にて進行横行結腸癌の診断となり、手術目的に紹介受診。【手術方法】1. 内側アプローチ変法にて十二指腸水平脚前面からアプローチし、十二指腸・脾頭部の前面を剥離。2. 横行結腸頭側よりアプローチ。大網を切開し、網嚢に入って大網を右側へ切開し十二指腸前面のガーゼに到達。肝彎曲を授動。3. 脾前筋膜切開・脾彎曲授動。4. 横行結腸間膜を展開し、Treitz 靱帯に沿って腸間膜を切開。MCA/MCV を根部で切離し中枢側郭清とする。【結論】内側アプローチ変法は脾と結腸の間を剥離する上で有効な方法であり、横行結腸癌に対して腫瘍学的にも妥当であると考えられる。

## B13

5-アミノレブリン酸を用いた蛍光力学的診断が胃癌腹膜播種の診断に有用であった1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

田中善啓<sup>1</sup>、小菅敏幸<sup>1</sup>、村山康利<sup>1</sup>、庄田勝俊<sup>1</sup>、有田智洋<sup>1</sup>、小西博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、塩崎 敦<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>、藤原 斉<sup>1</sup>、岡本和真<sup>1</sup>、大辻英吾<sup>1</sup>

【はじめに】5-aminolevulinic acid (5-ALA) は生体内で代謝され、蛍光物質の protoporphyrin IX (PpIX) として癌に特異的に集積する。PpIX は405nmの励起光を照射すると赤く光る特徴をもつ。この特性を応用した蛍光力学的診断が審査腹腔鏡時の腹膜播種の診断に有用であった1例を経験した。【症例】46歳男性。心窩部違和感の精査で施行した上部消化管内視鏡で胃体部に大型3型胃癌を認めた。腹膜播種の確認目的に審査腹腔鏡を施行した。腹腔内には腹膜播種を疑う小結節を複数認めたが、すべて蛍光腹腔鏡でも PpIX の蛍光を確認できた。通常の腹腔鏡では確認できないものの、蛍光腹腔鏡によりはじめて PpIX の蛍光を確認できた結節も一部認めた。PpIX 蛍光陽性であった結節は、病理診断でもすべて転移と診断された。【考察】ALA-PDD は、腹腔鏡では見落とすような微小な播種巣の診断が可能であることから、審査腹腔鏡時の腹膜播種の正診率の向上に寄与する可能性がある。

## B15

まれな再発形式を示した胃癌術後再発の1例

<sup>1</sup>兵庫県立西宮病院 消化器外科

本田晶子<sup>1</sup>、岡田一幸<sup>1</sup>、武岡奉均<sup>1</sup>、瀧口暢生<sup>1</sup>、中井慈人<sup>1</sup>、雪本龍平<sup>1</sup>、斎藤明菜<sup>1</sup>、松野裕旨<sup>1</sup>、太田英夫<sup>1</sup>、横山茂和<sup>1</sup>、福永 睦<sup>1</sup>、小林研二<sup>1</sup>

77歳女性。胃癌術後4年目に血清 CEA 値の急増を認めた。PET-CT 検査では直腸 S 状部に辺縁不整な壁肥厚と左鎖骨上窩、上腸間膜動脈近傍、直腸周囲のリンパ節腫大と FDG の集積を認めた。下部内視鏡検査では直腸 S 状部に全周性2型病変を認め、肉眼型から原発性直腸癌と考えた。生検で低分化腺癌であったので、免疫染色を行うと CK7(+), CK20(-)であり、Schnitzler 転移による直腸浸潤が示唆された。排便障害の改善目的に手術の方針とした。開腹すると、直腸腫瘍は一部漿膜外へ露出を認めたが、ダグラス窩に播種結節や癒着はなく、直腸壁内病変の漿膜外浸潤と考え、低位前方切除を施行した。切除標本の病理組織検査は se, ly1, v3で高度の静脈浸潤を伴い、免疫染色は生検結果と同様であったため、胃癌の直腸転移と診断した。術後化学療法を行い、術後1年経過した現在も良好な QOL で生存中である。胃癌術後の再発形式でまれな転移性直腸癌の1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

## B14

StageIV 胃癌に対して化学療法後に conversion surgery を行った1例

<sup>1</sup>兵庫県立西宮病院 消化器外科

瀧口暢生<sup>1</sup>、岡田一幸<sup>1</sup>、武岡奉均<sup>1</sup>、松野裕旨<sup>1</sup>、小西 健<sup>1</sup>、太田英夫<sup>1</sup>、横山茂和<sup>1</sup>、福永 睦<sup>1</sup>、小林研二<sup>1</sup>

〈はじめに〉StageIV 胃癌に対して XP + HER が奏功し、conversion surgery が行えた一例を経験したので報告する。〈症例〉77歳女性、主訴は便鮮血陽性、精査にて胃体部癌と診断、2015年12月に当院を紹介受診された。上部消化管内視鏡検査にて胃体中部小弯に type3胃癌 (tub2) を認めた。CT 検査にて大網脂肪内に粒状影を認め播種を疑った。審査腹腔鏡では腹膜播種は認めず細胞診は陰性であった。以上から cT3N0M1 (CY1), cStageIV と診断し、化学療法を行う方針とした。HER2陽性であり XP + HER 療法を2コース施行した。上部内視鏡検査にて腫瘍 volume は縮小を認めた。この時点で根治切除の可能性を考慮、手術の方針となった。2016年3月、幽門側胃切除術、D2リンパ節郭清、Roux-en-Y 再建を施行した。病理組織結果は pT4aN3M0、yp-StageIIIC、根治度 R0、根治切除術が施行された。〈結語〉XP + HER 療法が奏功し、conversion surgery が施行できた StageIV 胃癌を経験した。

## B16

急激な転帰をたどった胃癌髄膜癌腫症の1例

<sup>1</sup>京都岡本記念病院 外科

荊尾木綿<sup>1</sup>、木村 雄<sup>1</sup>、田中良一<sup>1</sup>、布施貴司<sup>1</sup>、武村 学<sup>1</sup>、山本芳樹<sup>1</sup>、内山 清<sup>1</sup>、清水義博<sup>1</sup>

症例は58歳女性。腰痛、腎機能低下で近医より紹介され、腹部 CT 検査で後腹膜線維症と両側水腎症、及び胃体上部小弯壁肥厚の所見を指摘された。上部消化管内視鏡検査で胃癌 (por/sig, HER2+) と診断された。胃全摘術を予定していたが、約1ヶ月前からの頭痛の増悪と痙攣が出現し、髄液細胞診を施行し胃癌による髄膜癌腫症と診断した。TS-1/CDDP による全身化学療法を開始するが、髄膜炎症状のため中断した。てんかん発作を繰返し、診断から9日目に突然意識レベル低下、ショックをきたし、人工呼吸器管理となった。10日目、MTX/PSL の髄腔内投与を行い、全脳照射を開始した。11日目に RAM/PAC による全身化学療法を開始した。しかし、意識レベルの改善なく、19日目の頭部 CT 検査で低酸素脳症の所見あり BSC の方針となり、27日目に死亡した。胃癌の髄膜癌腫症は稀であるが極めて予後不良であり、早期診断・治療介入が必要であると考えられ、文献学的考察を加えて報告する。

## B17

幽門保存胃切除後に発生した柿胃石による小腸イレウスの一例

<sup>1</sup>武田病院 外科

坂野泰子<sup>1</sup>、古元克好<sup>1</sup>、内藤和世<sup>1</sup>、山口真彦<sup>1</sup>、井ノ元琢也<sup>1</sup>、大江正士郎<sup>1</sup>、小澤達也<sup>1</sup>

胃癌手術後に形成された柿胃石の報告は少なくないが、多くは幽門側胃切除症例で、幽門保存胃切除後症例はまれである。今回経験した症例は58歳の男性。5年前に胃癌に対して幽門保存胃切除術を受けた。約5日間にわたり干し柿を食べていたが、その1週間後に腹痛を主訴に来院した。腹部CTで小腸の拡張と先進部に位置する塊状の構造物を認め、食餌による小腸イレウスの診断で入院、腹腔鏡手術を念頭にイレウス管で減圧を図ったが劇的な改善は見られず譫妄状態となりイレウス管を自己抜去された。CTで塊状構造物は進んでいるものの残存し、腹水も出現したため手術を行った。腹腔鏡下に拡張した小腸をたどると口径差がある部分に異物の存在を疑うふくらみを認め、小開腹して引きだし腸管を切開して摘出した。異物は固く長径約6cm、成分分析でタンニンが98%を占め柿胃石と診断した。胃癌手術と胃石発生につき文献的考察を加えて報告する。

## B19

直腸切断（マイルス）手術におけるシムス体位の有用性

<sup>1</sup>JCHO 神戸中央病院 外科

<sup>2</sup>松下記念病院 外科

中川 登<sup>1</sup>、酒井知人<sup>1</sup>、水谷 融<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>、山根哲郎<sup>2</sup>、安川林良<sup>2</sup>

直腸切断（マイルス）手術の体位は、一般的には碎石位で行われていることが多い。しかしRb・P、前壁の進行直腸癌で、前立腺への直接浸潤が疑われる場合の前立腺に対する剥離、部分切除などの操作の際、前立腺からの出血に対して、止血操作に難渋することがある。このような場合、シムス体位での会陰部からの操作は、直視下に良好な視野で前立腺後壁の止血処置が可能である。近年、ロボット手術が普及しつつあり、前立腺からの出血コントロール、止血操作は行い易くなったが、一般市中病院では、高価な手術設備・器具などのため、ロボット手術が行われているところは少ない。このような現状でシムス体位による直腸切断（マイルス）手術は、出血を中心とした前立腺に対する処置が、直視下に安全、容易に施行可能な利点があり、会陰部の皮膚切開は碎石位の場合と同じであり、前立腺後壁・尿道周囲の良好な術野と、同部位の安全な操作性の利点は大きいと考える。

## B18

術前診断し得た左傍十二指腸ヘルニアの1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学附属北部医療センター 外科

<sup>2</sup>京都府立医科大学附属北部医療センター 放射線科

<sup>3</sup>京都府立医科大学消化器外科

井上博之<sup>1,3</sup>、當麻敦史<sup>1,3</sup>、藤井 俊<sup>1</sup>、夫 悠<sup>1</sup>、原田恭一<sup>1,3</sup>、伊藤博士<sup>1,3</sup>、越野勝博<sup>1</sup>、落合登志哉<sup>1,3</sup>、佐藤 修<sup>2</sup>、大辻英吾<sup>3</sup>

症例は9歳10ヶ月の男児。増悪する腹痛を主訴に当院救急外来を受診。腹部造影CT検査で小腸が左側腹部に集簇し、下腸間膜静脈がこの腹内側を走行しており、また下行結腸が腹側の正中やや右側に偏位していることから左傍十二指腸ヘルニアと診断した。手術は腹腔鏡下で開始、腹腔内を観察すると画像診断通り小腸の大部分がTreitz靱帯近傍の間隙から後腹膜腔に陥入していた。小腸の導出を試みたが一部小腸が導出できなかったこと、ヘルニア門の縫合閉鎖が困難であると予想されたことから、開腹に切り替え手術を終えた。術後経過は良好で術後第5病日で退院となった。本疾患の小児における報告例では腹膜刺激症状を認めないことが多く、間欠的な腹痛の訴えが多いため、術前診断が困難で発症から手術までに時間のかかることが多い。今回我々は造影CT検査により迅速に診断し早期の手術が可能となった左傍十二指腸ヘルニアを経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## B20

腹腔鏡下直腸切断術施行後の会陰ヘルニア症例についての検討

<sup>1</sup>多根総合病院

小池廣人<sup>1</sup>、小川淳宏<sup>1</sup>、松井佑起<sup>1</sup>、庄司太一<sup>1</sup>、久戸瀬洋三<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>、上村佳央<sup>1</sup>、刀山五郎<sup>1</sup>、丹羽英記<sup>1</sup>

下部直腸癌などで行われる腹会陰陰式直腸切断術では骨盤底筋を切除するため、会陰部はヘルニア状態となるが、会陰ヘルニアとして発症する症例は稀である。近年、腹腔鏡下直腸切断術の普及に伴い、術後の会陰ヘルニアの報告例が散見されている。当院でも最近、腹腔鏡下直腸切断術施行後の会陰ヘルニアを2例経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例1】64歳 女性。某年9月に直腸癌に対し、腹腔鏡下直腸切除術を施行した。術後2か月後に会陰部腫大、会陰部痛出現し端座位保持困難となりCTで腸管の脱出を認め会陰ヘルニアと診断された。経会陰的にLight Plugメッシュを用いてヘルニア根治術を施行した。【症例2】65歳 男性。某年7月に薬剤抵抗性の潰瘍性大腸炎に対し、腹腔鏡下大腸全摘＋直腸切断術を行った。術後4か月より会陰部腫脹を自覚し会陰ヘルニアと診断され、症例1と同様に経会陰的にヘルニア根治術を施行した。

## B21

腹腔鏡下直腸低位前方切除後に内ヘルニアを来した一例

<sup>1</sup>西神戸医療センター 外科・消化器外科  
森 彩<sup>1</sup>、長田圭司<sup>1</sup>、堀江和正<sup>1</sup>、牧野健太<sup>1</sup>、  
松浦正徒<sup>1</sup>、吉村弥緒<sup>1</sup>、塩田哲也<sup>1</sup>、岩崎純治<sup>1</sup>、  
長井和之<sup>1</sup>、伊丹 淳<sup>1</sup>、京極高久<sup>1</sup>

【はじめに】直腸癌に対して腹腔鏡下直腸低位前方切除後、吻合した下行結腸間膜下に空腸が陥入して内ヘルニアとなり、手術にて解除した症例を経験したので報告する。【症例】60歳代女性。血便を主訴に当院を受診。下部消化管内視鏡にてRaを主座とする2型の進行癌を認めた。腹腔鏡下直腸低位前方切除術を施行したが、術後経口摂取開始後に嘔吐あり。胃管を留置し絶食としたが軽快せず。CTで下行結腸間膜と後腹膜の間に空腸が陥入し、郭清時に血管処理をしたクリップに癒着していると診断。開腹にて再手術を行った。初回手術時の下腸間膜動静脈と左結腸動脈とを切離したクリップに空腸が癒着し、ヘルニア門を形成している如くとなっていた。癒着剥離し還納した後、結腸間膜と後腹膜の間隙には大網を充填した。その後の経過は良好で軽快退院となった。【結語】DST吻合の口側の結腸間膜下に小腸が入り込むことがあるため、吻合後に確認することが重要である。

## B23

ICG 蛍光法が有用であった腹腔鏡下低位前方切除術の一例

<sup>1</sup>国立病院機構京都医療センター 消化器内科  
<sup>2</sup>京都大学医学部附属病院 消化管外科  
赤松友梨<sup>1</sup>、稲本 将<sup>2</sup>、肥田侯矢<sup>2</sup>、吉富摩美<sup>2</sup>、  
河田健二<sup>2</sup>、坂井義治<sup>2</sup>

【背景】直腸癌術後縫合不全の原因には、全身的要因と腸管の血流不良や吻合部の圧や緊張等局所的要因がある。その中で腸管血流の程度の評価は、従来腸管の色調や辺縁血管の状態の確認等術者の主観的判断が中心だったが、近年インドシアニングリーン (ICG) 蛍光法による近赤外線システムが客観的評価法として注目されている。【症例】84歳女性。血便を主訴に診断された肛門縁より10cm口側の2型直腸進行癌に対し腹腔鏡下直腸低位前方切除術を施行した。口側腸管の切離時、腫瘍から10cmのマーキングで切離ラインを決定し、ICG 蛍光法で血流確認を行ったところ、切離予定ラインの血流は不十分で、血流が確認された5cm口側まで追加切除した。術後一過性の腸閉塞を発症したが、以後の経過は良好で術後25日で退院となった。【結語】ICG 蛍光法で正確な腸管血流評価を出来、縫合不全を回避出来た症例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

## B22

腹腔鏡補助下腹会陰式直腸切除術の術後会陰部の創部 SSI に対して、洗浄陰圧閉鎖療法が著効した一例

<sup>1</sup>県立西宮病院 外科  
中井慈人<sup>1</sup>、小西 健<sup>1</sup>、福永 睦<sup>1</sup>、瀧口暢生<sup>1</sup>、  
本田晶子<sup>1</sup>、岡本 葵<sup>1</sup>、雪本龍平<sup>1</sup>、斎藤明菜<sup>1</sup>、  
松野裕旨<sup>1</sup>、武岡奉均<sup>1</sup>、岡田一幸<sup>1</sup>、太田英夫<sup>1</sup>、  
横山茂和<sup>1</sup>、小林研二<sup>1</sup>

【はじめに】近年、大腸癌術後の SSI は、10%前後と他の消化管手術と比べて頻度が高いことが知られている。特に Miles 手術は他の大腸手術と比較して正中切開創や会陰創の SSI 発生頻度が高く、入院期間の延長につながっている。今回我々は、腹腔鏡補助下腹会陰式直腸切除術の術後会陰部の SSI に対して、洗浄陰圧閉鎖療法が著効した一例を経験したので報告する。【症例】58歳男性、術前 CRT (45Gy/25fr) 行った後に、直腸肛門管癌に対して腹腔鏡補助下腹会陰式直腸切除術を行った。術後経過良好であったが、POD19に会陰部の創部より、膿の排出を認めたために、術後 SSI と診断し、創部を離開させ毎日洗浄ドレナージする方針となった。POD52より洗浄陰圧閉鎖療法も併用することで、会陰部 SSI の従来の入院期間より比較的早期に退院することができた。【まとめ】腹腔鏡補助下腹会陰式直腸切除術の術後会陰部の創部 SSI に対して、洗浄陰圧閉鎖療法が著効した一例を経験した。

## B24

直腸原発 NEC の術後単径部リンパ節転移に対して追加リンパ節郭清を行った1例

<sup>1</sup>守口敬仁会病院・外科  
渡辺創太<sup>1</sup>、井塚正一郎<sup>1</sup>、三宅祐一朗<sup>1</sup>、  
溝尻 岳<sup>1</sup>、檀 信浩<sup>1</sup>、西原政好<sup>1</sup>、丸山憲太郎<sup>1</sup>、  
李 喬遠<sup>1</sup>、岡 博史<sup>1</sup>

直腸 NEC (neuroendocrine carcinoma) の鼠径リンパ節転移再発に対して追加郭清を行なった1例を経験した。症例は53歳女性。子宮頸癌と直腸 NEC (90x60mm, T3, N3, M0, Stage-3b) の同時性重複癌に対して腹会陰式直腸切断術+広汎子宮全摘術を施行。病理診断は NEC (Mitosis: 50/10HPFs) で CDDP + CPT-11の補助化学療法が行われた。術後約6ヶ月の PET CT では右鼠径部に異常集積を示す2cm大のリンパ節腫大を認めたが遠隔転移は認めなかった。前医では追加切除の適応外と判断され当院に受診する。患者が手術を強く希望され、充分なICのもと ICG 蛍光法も応用して鼠径リンパ節郭清を施行した。術後経過は良好で5日目に退院。リンパ節は NEC の単発転移で Ki-67index は90%であった。現在、約2年6ヶ月経過観察中だが再発転移は認めていない。NEC の再発転移に対する外科適応は議論があるが、局所制御が可能と思われる場合には有効と示唆された症例を経験したので考察を加えて報告する。



## B25

腹腔鏡下横行結腸切除術を施行した横行結腸 sarcomatoid carcinoma の1例

<sup>1</sup>府中病院 外科

宮本裕成<sup>1</sup>、青松直撥<sup>1</sup>、内間恭武<sup>1</sup>、岡田拓真<sup>1</sup>、  
登千穂子<sup>1</sup>、栗原重明<sup>1</sup>、王 恩<sup>1</sup>、平川俊基<sup>1</sup>、  
岩内武彦<sup>1</sup>、森本純也<sup>1</sup>、山片重人<sup>1</sup>、中澤一憲<sup>1</sup>、  
竹内一浩<sup>1</sup>

症例は61歳女性。下腹部痛・血便を主訴に来院。大腸内視鏡検査にて横行結腸に約3/4周を占める約30mm大の腫瘍を指摘され、生検で sarcoma が疑われた。横行結腸肉腫と診断し、腹腔鏡下横行結腸切除術 (D3) を施行した。術後病理組織学的検査にて、横行結腸 sarcomatoid carcinoma. int, INFb, pT4a (SE), ly1, v1, pDM0, pPM0, R0, pN0 [0/22] と診断された。sarcomatoid carcinoma は稀な腫瘍で、大腸にみられることは極めて稀である。sarcomatoid carcinoma には明確な治療ガイドラインが存在しておらず、様々な施設で化学療法や放射線療法が施行されているのが現状で、予後は極めて悪く、早期診断と根治的外科手術が唯一の効果的な治療と考えられる。今回検索しえた大腸原発 sarcomatoid carcinoma は自験例を含めると28例であった。横行結腸が原発と考えられる非常に稀な sarcomatoid carcinoma 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。

## B27

成人腸間膜リンパ管腫の一例

<sup>1</sup>大阪鉄道病院 外科

<sup>2</sup>大阪鉄道病院 病理診断科

畠山知也<sup>1</sup>、坂井利規<sup>1</sup>、松村 篤<sup>1</sup>、荻野史朗<sup>1</sup>、  
赤見敏和<sup>1</sup>、岡野晋治<sup>1</sup>、上田祐二<sup>1</sup>、眞寄 武<sup>2</sup>

【はじめに】リンパ管腫は小児の頭頸部に好発する良性腫瘍であるが、成人の腸間膜を発生母地とするものは比較的稀である。今回我々は、横行結腸間膜リンパ管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。【症例】72歳、女性。発熱と左下腹部痛を主訴に紹介受診。CT・MRI で左側腹部に17cm大の多房性嚢胞性病変を認め、腸間膜リンパ管腫が疑われた。保存的治療無効のため手術を行った。上腹部正中切開で開腹。癒着や腹水なし。腫瘍は左側横行結腸間膜に小児頭大の多房性腫瘍として存在しており周囲臓器への癒着や浸潤は認めなかったが、結腸との剥離は困難であった。腫瘍を含めて結腸を切除し機能的端々吻合で再建した。術後経過は良好で術後9日目に退院となった。病理検査では D2-40陽性でありリンパ管腫として矛盾しない所見であった。【結語】稀な横行結腸間膜リンパ管腫の一例を経験したので報告した。

## B26

孤立性大腸神経線維腫の1例

<sup>1</sup>明石市立市民病院 外科

安岡利恵<sup>1</sup>、有吉要輔<sup>1</sup>、小泉範明<sup>1</sup>、中村憲司<sup>1</sup>、  
藤木 博<sup>1</sup>、阪倉長平<sup>1</sup>

症例は54歳、男性。検診で便鮮血陽性のため近医にて大腸内視鏡検査施行後、精査加療目的に当院へ紹介となった。多発する5~10mmの大腸ポリープと、下行結腸に非潰瘍性の陥凹を伴う約3cmの粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では第4層は intact であるも、origin は確定できなかった。その陥凹より生検したところ inflammatory fibroid polyp と診断。CT 検査でも所属リンパ節腫大や肝転移も指摘しえず、良性腫瘍ではあったが、出血持続し貧血の可能性などを考慮して腹腔鏡下下行結腸部分切除術を施行した。術後の病理組織学的検査にて神経線維腫と診断した。神経線維腫は von Recklinghausen 病での合併が知られており、その際は悪性化の可能性も示唆されているものの、孤立性大腸神経線維腫は稀な疾患で、手術後診断がつくことが多く、切除により良好な予後が得られるといわれている。

## B28

上行結腸癌に合併した腸間膜原発平滑筋肉腫の1例

<sup>1</sup>京都岡本記念病院 外科

<sup>2</sup>京都岡本記念病院 救急科

<sup>3</sup>京都岡本記念病院 病理診断科

木村 雄<sup>1</sup>、武村 学<sup>1</sup>、山本芳樹<sup>1</sup>、内山 清<sup>1</sup>、  
清水義博<sup>1</sup>、荊尾木綿<sup>2</sup>、田中良一<sup>2</sup>、布施貴司<sup>2</sup>、  
榎 泰之<sup>3</sup>、南川哲寛<sup>3</sup>

症例は81歳男性、上行結腸癌および大腸閉塞で当院入院、術前 CT で横行結腸間膜に28×14mm大の腫瘍性病変を認め、リンパ節転移と考えられた。大腸ステント留置後に右半結腸切除術、D3郭清を施行した。病理組織診断で横行結腸間膜の腫瘍性病変は、紡錘形細胞で desmin (+)、c-kit (-)、CD34 (-)、CD57 (-)、S-100 (-)、smooth muscle actin (+)、Ki-67 index 30-40% で平滑筋肉腫と診断された。上行結腸癌に合併した腸間膜原発平滑筋肉腫の1例を経験したので報告する。

## B29

急性虫垂炎における待機的虫垂切除の有用性

<sup>1</sup>JCHO 京都鞍馬口医療センター 外科

石本武史<sup>1</sup>、西田龍朗<sup>1</sup>、鈴木智之<sup>1</sup>、大澤るみ<sup>1</sup>、  
金 修一<sup>1</sup>、藤田佳史<sup>1</sup>、菅沼 泰<sup>1</sup>、白方秀二<sup>1</sup>、  
能見伸八郎<sup>1</sup>

近年急性虫垂炎に対する治療の選択肢として抗菌薬による保存的に治療後の待機的虫垂切除が普及しつつある。しかし待機的虫垂切除の適応は施設により異なり一定の見解は得られていない。我々は膿瘍形成や回盲部切除が必要となる可能性がある高度炎症例に対して、2014年11月から2017年5月までに11例の待機的虫垂切除術を経験した。11例の内訳は男：女 = 6 : 5、年齢は33歳 (10-81歳)、手術時間は57分 (29-133分)、出血量は0 ml (0-50 ml)、術後在院日数は5日 (3-10日)、合併症は1例に表層切開創 SSI を認めたのみであった。全例腹腔鏡下 (単孔式) で施行し虫垂切除のみで手術を終了した。開腹移行は認めなかった。急性虫垂炎における待機的虫垂切除は重篤な合併症も無く安全に施行可能であった。今後、症例を積み重ね適応や手術のタイミングに関してさらなる検討が必要と考えられる。

## B31

子宮内膜症に起因した虫垂腫大の一例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

太田敦貴<sup>1</sup>、中西正芳<sup>1</sup>、栗生宜明<sup>1</sup>、村山康利<sup>1</sup>、  
有田智洋<sup>1</sup>、工藤道弘<sup>1</sup>、庄田勝俊<sup>1</sup>、小菅敏幸<sup>1</sup>、  
小西博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、生駒久視<sup>1</sup>、  
窪田 健<sup>1</sup>、藤原 斉<sup>1</sup>、岡本和真<sup>1</sup>、大辻英吾<sup>2</sup>

【緒言】腸管子宮内膜症は比較的稀な疾患であり、虫垂炎や腸重積の原因になる。子宮内膜症に起因した虫垂腫大の一例を経験したので、文献的考察を含め報告する。【症例】61歳女性。27年前に子宮内膜症に対して子宮付属器切除術の既往があった。前医でのエコー、造影 CT 検査で虫垂腫大を認め当科を受診した。虫垂は13mm × 7 mm に腫大していたが、リンパ節腫大なく PET で FDG 集積は認めなかった。悪性を否定できず、腹腔鏡下回盲部切除術 D2 郭清術を施行した。病理検査において固有筋層から漿膜下層に子宮内膜上皮、間質に類似した組織を認め、虫垂子宮内膜症と診断された。【考察・結語】Kinkel らは異所性子宮内膜症の診断に MRI が有用であると報告している。本症例では MRI は施行せず、虫垂腫瘍と虫垂子宮内膜症の鑑別は困難であった。子宮内膜症の既往がある虫垂腫大において、虫垂子宮内膜症も考慮すべきであると考えられた。

## B30

閉塞性虫垂炎による腹腔内膿瘍膀胱穿通をきたした虫垂癌の1例

<sup>1</sup>大阪市立大学大学院 腫瘍外科学

楠 誓子<sup>1</sup>、永原 央<sup>1</sup>、辻尾 元<sup>1</sup>、前田 清<sup>1</sup>、  
渋谷雅常<sup>1</sup>、福岡達成<sup>1</sup>、中尾重富<sup>1</sup>、松谷慎治<sup>1</sup>、  
田村達郎<sup>1</sup>、大平 豪<sup>1</sup>、山添定明<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>、  
八代正和<sup>1</sup>、平川弘聖<sup>1</sup>、大平雅一<sup>1</sup>

症例は73歳、女性。下腹部痛を主訴に当科紹介となった。CT 検査で膀胱右前壁に壁肥厚および同部位から虫垂へと連続する約6cm 大の、内部に壊死性変化を伴う腫瘤を認めた。経時的に施行した腹部 CT 検査では虫垂先端の腫瘤は著明に縮小を認めたが、膀胱壁の肥厚および虫垂に造影効果を伴う腫瘤を認めたため、虫垂腫瘍と診断し、手術を施行した。術中所見では腹腔内で虫垂先端と膀胱壁が一塊となっていた。迅速病理検査にて虫垂癌と診断されたため、回盲部切除 + D3LN 郭清を行った。病理結果にて虫垂癌 T2N0M0 StageII と診断された。臨床経過から虫垂癌により虫垂が閉塞、穿破し、腹腔内膿瘍を形成、膀胱に穿通したものと考えられ、現在外来にて補助化学療法中である。【考察】虫垂癌は特有な症状がなく術前診断が困難であり、虫垂炎症状で発症することが多い。今回我々は興味深い臨床経過をたどった1例を経験したため文献的考察を加え報告する。

## B32

アニサキス迷入にて発症した虫垂炎の1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学附属北部医療センター 外科

<sup>2</sup>京都府立医科大学 消化器外科

住吉秀太郎<sup>1</sup>、井上博之<sup>1,2</sup>、夫 悠<sup>1</sup>、  
原田恭一<sup>1,2</sup>、伊藤博士<sup>1,2</sup>、越野勝博<sup>1</sup>、  
當麻敦史<sup>1,2</sup>、落合登志哉<sup>1,2</sup>、大辻英吾<sup>2</sup>

症例は85歳男性。右下腹部痛を主訴に当院を救急受診した。腹部造影 CT で、虫垂の腫大と周囲の脂肪織濃度上昇を認め、虫垂背側には小さな膿瘍が存在していた。急性虫垂炎と診断し、緊急に虫垂切除術を行った。術中所見では虫垂の腫大と少量の膿汁を認め、急性化膿性虫垂炎と診断した。病理組織診断では、全層性の好中球浸潤と浮腫を示す虫垂炎像の他、体部漿膜下に1cm 程度の線虫様構造物が確認され、周囲には高度の好酸球浸潤があり虫垂アニサキス症と診断された。術後経過は良好で、術後4日目に退院となった。アニサキス症は、アニサキスの内臓移行症であり、寄生部位は胃が90%以上で虫垂への寄生は非常に稀である。また、アニサキスは比較的酸性環境を好み、腹痛の原因検索として行われる胃内視鏡にて発見される事が多い。今回我々は、虫垂切除術を契機に発見された虫垂アニサキス症を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

### B33

腹腔鏡所見で Fitz-Hugh-Curtis 症候群の診断に至った虫垂切除術の1例

<sup>1</sup>済生会京都府病院 外科  
片岡智史<sup>1</sup>、内藤 慶<sup>1</sup>、宮川公治<sup>1</sup>、石原陽介<sup>1</sup>、  
藤 信明<sup>1</sup>

右胸部、心窩部、右下腹部痛が主訴の患者に対し、急性虫垂炎の診断のもと腹腔鏡下虫垂切除術を行い、術中所見で Fitz-Hugh-Curtis 症候群 (FHCS) の診断に至った症例を報告する。症例は23歳女性。平成29年3月10日に人工妊娠中絶の既往があった。3月29日に右胸部痛を自覚し当院を受診し、肋間神経痛として治療された。3月31日に心窩部痛と右下腹部痛が出現し、右下腹部に反跳痛を認め、CTで糞石を伴う虫垂の腫大、血液検査で炎症反応の上昇により急性虫垂炎と診断し、3月31日腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。虫垂切除後に腹腔内を観察すると、肝表面が粗造で肝周囲に血性腹水を認めた。切除した虫垂はカタル性虫垂炎であった。術中所見から FHCS を疑い、術後の血液検査で *Chlamydia trachomatis* 抗体が陽性であったため FHCS と診断した。本症例は急性虫垂炎を併発したため術中に FHCS を疑うことができたが、若年女性の胸部痛に対しては FHCS の鑑別が重要であると考えた。

### C01

穿孔性腹膜炎を来した肺癌小腸転移の1例

<sup>1</sup>天理よろづ相談所病院 消化器外科  
高松雄一<sup>1</sup>、伊藤達雄<sup>1</sup>、北野 拓<sup>1</sup>、木村有佑<sup>1</sup>、  
愛須佑樹<sup>1</sup>、安川大貴<sup>1</sup>、加藤 滋<sup>1</sup>、畑 俊行<sup>1</sup>、  
門川佳央<sup>1</sup>、堀 智英<sup>1</sup>、待本貴文<sup>1</sup>、吉村玄浩<sup>1</sup>

小腸腫瘍は比較的稀な疾患であり、転性腫瘍の頻度は非常に低い。肺癌小腸転移の1例を経験したので報告する。症例は77歳女性。進行肺癌に対して74歳時より加療されていた。約1週間前からの嘔気、食欲低下のため来院。右下腹部に圧痛を認め、WBC、CRP が上昇していた。造影 CT では回腸の壁肥厚と周囲に air を伴う液貯留を認め、小腸穿孔の診断で緊急手術を行った。回盲部から約100cm 口側の回腸に白色の腫瘍を認め、この部分で穿孔していたため小腸部分切除術を行った。更に空腸にも転移を疑う腫瘍を2か所認め、今後閉塞を起こす可能性が高いと判断し、この部分も切除した。病理学的検索では、全て carcinoma の診断で、肺癌の小腸転移による穿孔と診断した。肺癌は早期より遠隔転移をきたしやすいが、小腸転移は比較的まれである。術前診断は困難である場合が多いが、消化管通過障害を生じた場合などには転移性腫瘍の存在も視野に入れる必要があると考えられた。

### B34

Reduced port surgery が診断・治療に有用であった穿孔性虫垂炎の1例

<sup>1</sup>明石市立市民病院 外科  
<sup>2</sup>明石市立市民病院 一般外科・乳腺外科  
有吉要輔<sup>1</sup>、小泉範明<sup>1</sup>、安岡利恵<sup>2</sup>、中村憲司<sup>2</sup>、  
藤木 博<sup>1</sup>、阪倉長平<sup>1</sup>

近年、腹腔鏡手術は上部消化管穿孔などの緊急手術でも有用性が報告されている。今回、我々は reduced port surgery により正確な術中診断とこれに基づく術式変更が可能であった穿孔性虫垂炎の1例を経験したので報告する。症例は56歳、男性。3日前より微熱あり、その後39度の熱発と嘔吐が出現し当院を受診した。腹部は平坦・板状硬、採血で炎症反応上昇を認めた。腹部 CT で肝表面に少量の free air を認めたが明らかな穿孔部位は同定できなかった。上部消化管穿孔による急性腹膜炎を疑い緊急手術を施行した。腹腔鏡下に腹腔内を検索すると胃・十二指腸に明らかな穿孔部位はなく、混濁せる腹水を伴う腫大・壊死した虫垂を認めた。穿孔性虫垂炎による腹膜炎と診断し腹腔鏡下虫垂切除術・腹腔ドレナージ術を施行した。経過良好で術後10日目に退院した。本症例ではポート追加なく診断・適切な治療を施行しえ、本術式は腹部緊急手術においても有用な術式であると考えられた。

### C02

空腸に発生した平滑筋腫の1例

<sup>1</sup>天理よろづ相談所病院 消化器外科  
北野 拓<sup>1</sup>、伊藤達雄<sup>1</sup>、高松雄一<sup>1</sup>、木村有佑<sup>1</sup>、  
愛須佑樹<sup>1</sup>、安川大貴<sup>1</sup>、加藤 滋<sup>1</sup>、門川佳央<sup>1</sup>、  
畑 俊行<sup>1</sup>、堀 智英<sup>1</sup>、待本貴文<sup>1</sup>、吉村玄浩<sup>1</sup>

【はじめに】腸管原発の非上皮性腫瘍は消化管腫瘍の中では非常に稀である。空腸を原発とした平滑筋腫の1例を経験したので報告する。【症例】73歳女性。体重減少の精査で行われた超音波検査で、臍体尾部付近に臍実質と連続性のない2cm 大の低エコー腫瘍を認めた。造影 CT では造影効果の乏しい充実性の結節が近位空腸にみられた。GIST を疑い開腹下に小腸部分切除術を行った。組織学的には、紡錘形細胞からなる固有筋層を主座とした結節性病変を認め、 $\alpha$ -SMA がびまん性に陽性、desmin 陽性、c-kit, CD34, S-100陰性であり、平滑筋腫と診断した。【考察】平滑筋肉腫や平滑筋腫は子宮、消化管、皮膚など平滑筋細胞で構成される臓器に認められる比較的稀な非上皮性腫瘍であるが、小腸原発の頻度は低い。粘膜下腫瘍の形態をとる消化管良性腫瘍のうち小腸原発は23.8%、そのうち平滑筋腫は22%とされている。術前診断は困難な場合があり GIST に準じた切除が妥当と考えられた。

## C03

腸重積症を呈した小腸悪性リンパ腫の1例

<sup>1</sup>兵庫県立淡路医療センター 外科

<sup>2</sup>兵庫県立淡路医療センター 病理診断科

渡部晃大<sup>1</sup>、宮本勝文<sup>1</sup>、大石達郎<sup>1</sup>、高橋応典<sup>1</sup>、  
坂平英樹<sup>1</sup>、上村亮介<sup>1</sup>、宮永洋人<sup>1</sup>、曾山弘敏<sup>1</sup>、  
小山隆司<sup>1</sup>、加島志郎<sup>2</sup>

消化管原発悪性リンパ腫は稀な疾患だが、発生部位・組織型および臨床病期により選択すべき治療法と予後が大きく異なるため、正確な診断が重要である。今回我々は回腸を原発とする悪性リンパ腫が回盲部において重積し、イレウス症状を来した症例を経験したので報告する。症例は急性虫垂炎の手術既往がある55歳男性。腹痛と嘔吐を主訴に近医を受診し、エコーとレントゲン検査でイレウス所見を認めため、当院紹介となった。当院で施行した胸腹部造影CT検査で小腸の拡張と、回盲部に表面平滑な腫瘤を先進部とした重積症を認めた。イレウス管による減圧を試みたが、腸管拡張の改善は乏しく、また、下部消化管内視鏡検査で重積部に送気することによって穿孔を来すリスクを考慮し、準緊急で回盲部切除術を施行した。術後病理組織学的検査では、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) の診断となった。

## C05

小腸憩室の異所性粘膜から発生した小腸腺癌の1例

<sup>1</sup>友仁会山崎病院 外科

名西健二<sup>1</sup>、田中善啓<sup>1</sup>、松本辰也<sup>1</sup>、小西智規<sup>1</sup>、  
栗岡英明<sup>1</sup>

【背景】 原発性小腸癌は稀な疾患である。発生機序について不明な点も多く、診断・治療方針も確立されていないため、症例・検討の集積が必要である。【症例】 78歳女性。主訴は腹痛で、CA19-9高値、CT・MRIで腸間膜腫瘤・肝腫瘤を認めた。腸間膜腫瘍の肝転移を疑って開腹術を行った。術中に小腸壁の腫瘍性肥厚を認め、腸間膜腫瘤を切除範囲に含めた小腸切除と肝部分切除を行った。病理検査の結果、小腸憩室内の異所性粘膜を発生母地とする腺癌とリンパ節転移、肝転移であった。本人の希望で化学療法は施行しなかった。術後18日目のCTで肝、腸間膜に多数の再発病変を認めた。Trousseau 症候群を起こし、術後107日目に永眠した。【結論】 小腸憩室内の異所性粘膜を発生母地とする腺癌を経験した。小腸癌発生機序解明の一助となるかもしれない。また、本症例は予後不良であり、転移を伴う小腸癌は、たとえ切除可能と考えられても手術適応とならないかもしれない。

## C04

術前診断し腹腔鏡下小腸部分切除術をおこなった小腸血管腫の1例

<sup>1</sup>神戸大学 食道胃腸外科

石田苑子<sup>1</sup>、長谷川寛<sup>1</sup>、松田 武<sup>1</sup>、山下公大<sup>1</sup>、  
福岡裕貴<sup>1</sup>、山本将士<sup>1</sup>、金治新悟<sup>1</sup>、松田佳子<sup>1</sup>、  
押切太郎<sup>1</sup>、中村 哲<sup>1</sup>、角 泰雄<sup>1</sup>、鈴木知志<sup>1</sup>、  
掛地吉弘<sup>1</sup>

症例は54歳、男性。全身倦怠感を主訴に近医を受診し、貧血、便潜血陽性を指摘され、上部下部消化管内視鏡検査を行うも出血源が特定できず、当院を受診した。小腸カプセル内視鏡検査にて凝血塊と発赤調の隆起性病変が認められ、小腸血管腫が疑われた。ダブルバルーン内視鏡検査がおこなわれ、同病変より出血を認めていたためにクリッピングによる止血術と点墨がおこなわれた。その後貧血は改善を認め、カプセル内視鏡検査およびダブルバルーン内視鏡検査により単発性であるとの診断をもとに、再発の可能性を考慮し腹腔鏡下小腸部分切除術をおこなった。術中は点墨により病変部位の特定が容易であり、安全かつ低侵襲の治療をしえたと考える。小腸血管腫に対してカプセル内視鏡やダブルバルーン内視鏡による診断および治療と腹腔鏡下手術による低侵襲治療の組み合わせにより、安全性と根治性を高めることが可能になると考えられる。

## C06

原発性アミロイドーシスによる小腸腫瘤が先進部となった腸重積の1例

<sup>1</sup>愛生会山科病院 外科

原田憲一<sup>1</sup>、莊子万里<sup>1</sup>、稲田 聡<sup>1</sup>、荒金英樹<sup>1</sup>、  
片野智子<sup>1</sup>

アミロイドーシスは全身の組織にアミロイド蛋白が蓄積することによって臓器不全を引き起こす難治性代謝性疾患である。アミロイドが腸管に蓄積された場合、下痢、消化管出血など様々な症状を呈する。今回我々は、原発性アミロイドーシスによる小腸腫瘤が腸重積を引き起こした症例を経験した。症例は58歳、女性。2日前より続く腹痛、血便を主訴に当院を救急受診した。腹部は膨満し、全体に圧痛と筋性防御を認めた。腹部CTで回腸が横行結腸まで重積している所見を認めたため、腸重積と診断した。重積距離が長く内視鏡的整復は困難と判断し、緊急開腹手術を行った。術中所見では、回腸が結腸内へ重積していたため、Hutchinson 手技による整復を行ったところ、回腸末端から50cmの部位に腫瘤を認めたため、同部位の小腸部分切除を行った。術後、病理組織診断で原発性アミロイドーシスと診断された。若干の文献的考察を加えて報告する。

## C07

当院にて経験した小腸重積の2例

<sup>1</sup>京都九条病院 消化器外科

米花正智<sup>1</sup>、須知健太郎<sup>1</sup>、北川一智<sup>1</sup>

今回われわれは当院で経験した小腸重積の2例について報告する。症例1は22歳女性。腹痛を主訴に当院を受診した。腹部CTで回盲部に腸重積の所見を認め、緊急手術を施行。手術は腹腔鏡下に施行した。回腸が盲腸に重積する順行性腸重積であった。重積を整復したところ先進部に腫瘍性病変を認めたため、小腸部分切除術を施行した。病理組織学的検査で、悪性リンパ腫と診断された。術後7日目に退院し、専門施設で化学療法を行った。症例2は41歳男性。腹痛、血便を主訴に当院を受診。腹部CTで小腸腫瘍による腸重積が疑われ、緊急手術を施行。手術は腹腔鏡下に施行。回腸に腸重積の所見を認めた。重積を整復したところ、メッケル憩室の先端に腫瘍性病変を認め、小腸部分切除術を施行。病理組織学的検査にて、腫瘍は脂肪腫の診断であった。術後経過は良好であり、術後5日目に退院。成人の小腸型腸重積は比較のまれであり、今回2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## C09

敗血症性 shock に陥った Bacterial translocation による単純性腸閉塞の1例

<sup>1</sup>済生会滋賀県病院 外科

芝本 純<sup>1</sup>、高嶋祐助<sup>1</sup>、川村雪乃<sup>1</sup>、西田真衣子<sup>1</sup>、大西美重<sup>1</sup>、平本秀一<sup>1</sup>、越智史明<sup>1</sup>、辻浦誠浩<sup>1</sup>、中島 晋<sup>1</sup>、藤山准真<sup>1</sup>、増山 守<sup>1</sup>

症例は46歳、穿孔性虫垂炎、卵巣嚢腫に対して手術歴があり、癒着性腸閉塞の既往歴があった。腹部膨満、腹痛、嘔気を主訴に当科を受診し、腹部造影CT検査を施行したところ、右下腹部に caliber change を伴う小腸の拡張を認めた。造影効果は認めており、絞扼性腸閉塞を疑う所見ではなかった。単純性腸閉塞と診断して同日に入院とし、内視鏡下に経鼻イレウス管を挿入、留置した。入院3日目に悪寒戦慄を伴う40℃を超える発熱と血圧の低下を認めた。血液検査にて、白血球の低下を認め、敗血症性 shock と診断して集中治療室に入室し、抗生物質、昇圧剤併用のうえ、同日と翌日にPMX-DHP、CHDFを施行したところ状態は改善したため、入院5日目に一般病棟に転棟とした。その後、入院後8日目に癒着剥離術を行い、術後8日目に退院とした。単純性腸閉塞が原因で Bacterial translocation を発症し、敗血症性 shock に至るのはまれであり、今回若干の文献的考察を加えて報告する。

## C08

当院における NOMI (NOMI:non-occlusive-mesenteric-ischemia) 13症例の検討

<sup>1</sup>京都中部総合医療センター 外科

<sup>2</sup>京都中部総合医療センター 小児外科

神谷 肇<sup>1</sup>、福田賢一郎<sup>1</sup>、神部浩輔<sup>2</sup>、井口雅史<sup>2</sup>、鎌田陽介<sup>1</sup>、長田寛之<sup>1</sup>、岩田譲司<sup>2</sup>、山岡延樹<sup>1</sup>、塚本賢治<sup>1</sup>

【目的】当院での非閉塞性腸管虚血症 (NOMI) 13症例の臨床的特徴、手術適応、治療成績について検討した。【方法】2012年から2017年までに NOMI と診断した13症例を対象とした。1)患者背景、検査所見から NOMI に特徴的な検査所見、危険因子を検討した。2)外科的治療を施行した12例の手術所見、手術内容、生存率を検討した。【結果】1)心血管系の基礎因子を認める他に、腎障害を11例、貧血を10例に認めた。2)手術所見では11例で回腸領域に壊死組織を認めた。術中にショック状態であった5例に対しては人工肛門造設を選択した。8例で腸管吻合を施行し、吻合不全を認めなかった。12例中10例で術後30日以上生存を得た。【考察・結語】1)腎障害、貧血を来している症例が多く、NOMI 発症の危険因子と考えられた。2)回腸領域が虚血に陥り易いと考えられた。血流が良好な腸管であれば吻合可能であると考えられた。NOMI に対する積極的な手術療法は有効であると考えられた。

## C10

腹腔鏡下での観察が有効であった乳び漏を伴う小腸捻転症の1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

小川聡一郎<sup>1</sup>、有田智洋<sup>1</sup>、工藤道弘<sup>1</sup>、村山康利<sup>1</sup>、栗生宜明<sup>1</sup>、中西正芳<sup>1</sup>、庄田勝俊<sup>1</sup>、小菅敏幸<sup>1</sup>、小西博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、生駒久視<sup>1</sup>、窪田 健<sup>1</sup>、藤原 斉<sup>1</sup>、岡本和真<sup>1</sup>、大辻英吾<sup>1</sup>

症例は84歳女性。51歳時に開腹胆嚢摘出術の既往があった。夕食後より左上腹部痛および嘔気が出現したため救急受診した。腹部所見に腹膜刺激症状は認めず、造影CTで whirl sign (時計周りに1080°) を認めるも、造影不良を呈する腸管はなく、血液検査では炎症反応や乳酸値の上昇を認めず、腹部症状も改善したため、家庭の都合で一旦帰宅した。翌日の昼食後に前日と同様の腹痛が出現したため再度受診した。理学所見、CT所見、血液検査は昨日と同様であったが、腹痛を繰り返す為、手術を行なった。まず腹腔鏡下に観察を行い、小腸全体が3回捻転していたが、乳び漏を認めるのみで腸管壊死所見はなかった。腹腔鏡下での整復が困難であり、小開腹下に捻転解除した。腸間膜内に軽度の出血を認めたが、腸管の色調や蠕動は良好であり、腸管切除は施行しなかった。腹腔鏡での観察を行った、小腸捻転症は稀であり、文献的考察を加え報告する。

## C11

小腸多発憩室の穿孔による限局性腹膜炎の一例

<sup>1</sup>高槻病院 外科

山田康太<sup>1</sup>、川崎健太郎<sup>1</sup>、朝倉 力<sup>1</sup>、  
大和田善之<sup>1</sup>、土師誠二<sup>1</sup>、家永徹也<sup>1</sup>

【症例】60歳代女性【主訴】胃部不快感、嘔吐【既往歴】末期腎不全【現病歴】末期腎不全にて28年前より透析施行されていた。1週間前から胃部不快感、嘔吐があり、当院救急外来を受診した【身体所見】腹部は膨満、軟で下腹部に圧痛を認めた【血液検査所見】WBC:17000、CRP:30.18と上昇していた【画像所見】腹部CTで上腹部中心に free air と門脈内ガスを認めた【診断】消化管穿孔の診断で緊急手術となった【手術】開腹し、腹腔内を観察すると骨盤内に黄白色混濁腹水を認めた。パウヒン弁より約1cm 口側の回腸腸間膜側に糞便漏出を認め、1cm程の穿孔を認めた為、小腸穿孔と診断し回盲部切除を行った【病理結果】回腸穿孔による化膿性腹膜炎と壊死所見、穿孔部に一致して憩室を認め、小腸憩室穿孔と診断した【考察】小腸憩室穿孔は比較的稀な疾患である。今回我々は小腸憩室の穿孔により限局性腹膜炎を発症した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## C13

小腸間膜嚢胞の一例

<sup>1</sup>淡路医療センター 外科

平山貴一<sup>1</sup>、大石達郎<sup>1</sup>、宮本勝文<sup>1</sup>、坂平英樹<sup>1</sup>、  
小山隆司<sup>1</sup>、加島志郎<sup>1</sup>、高橋応典<sup>1</sup>

【はじめに】腸間膜嚢胞は稀な疾患であり、今回我々はイレウスを発症した腸間膜嚢胞の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】28歳女性。腹痛を主訴に近医を受診し、腹部エコーで小腸の拡張と右卵巣嚢腫を指摘され、腸閉塞の疑いで当院を紹介受診となった。CTで whirl sign 陽性の拡張した小腸を認め、その尾側に大きな嚢胞を骨盤底に認めた。MRIで嚢胞性病変と左右卵巣には境界があり、腹側辺縁に腸間膜の血管を認めたため、腸管膜由来の嚢胞と診断した。腹腔鏡下手術を予定し、イレウス管を挿入し後に、第4病日に腹腔鏡下嚢胞・小腸合併切除を施行した。切除標本の嚢胞は最大径85mmで、消化管内腔との交通はなく、嚢胞壁に腸上皮細胞や平滑筋細胞は認めず、内腔にD2-40陽性細胞を認め、リンパ管由来の腸間膜嚢胞の診断とした。【結論】腹腔内に嚢胞を認めた場合、腸間膜嚢胞を鑑別に挙げる必要がある。

## C12

血性腹水を伴う小腸閉塞を発症し緊急手術を施行した回腸腸管子宮内膜症の1例

<sup>1</sup>府中病院 医師研修センター

<sup>2</sup>府中病院 外科

木村 薫<sup>1</sup>、青松直撥<sup>2</sup>、内間恭武<sup>2</sup>、岡田拓真<sup>2</sup>、  
宮本裕成<sup>2</sup>、登千穂子<sup>2</sup>、栗原重明<sup>2</sup>、王 恩<sup>2</sup>、  
平川俊基<sup>2</sup>、岩内武彦<sup>2</sup>、森本純也<sup>2</sup>、山片重人<sup>2</sup>、  
中澤一憲<sup>2</sup>、竹内一浩<sup>2</sup>

【症例】36歳女性。【主訴】腹痛。【既往歴】右卵巣チョコレート嚢胞。【現病歴】来院当日の朝、突然腹痛が出現し、夕方に受診された。以前に同様の腹痛は無かった。【現症・検査所見】腹部全体に圧痛と反跳痛を認めた。腹部造影CT検査で回腸末端に腫瘤性病変を、肝表面に腹水を認めた。腹水穿刺では血性腹水を認めた。【経過】回腸末端の腫瘤性病変による小腸イレウスと診断し、絞扼性イレウスの可能性を考慮し緊急手術を施行した。術中所見から回盲部腫瘍による小腸イレウスと診断、悪性腫瘍の可能性を考慮し回盲部切除術、リンパ節郭清を施行した。病理組織学的検査より腸管子宮内膜症と確定診断した。術後合併症は認めず、術後10日目に退院となった。退院後は偽閉経療法を行い、術後約5カ月間再発は認めていない。今回我々は、血性腹水を伴う小腸閉塞を発症し緊急手術を施行した回腸腸管子宮内膜症の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。

## C14

Meckel 憩室に起因した成人絞扼性イレウスに対し腹腔鏡手術を施行した1例

<sup>1</sup>松下記念病院 外科

深見知之<sup>1</sup>、梅原誠司<sup>1</sup>、渡邊 陽<sup>1</sup>、杉本里保<sup>1</sup>、  
多田浩之<sup>1</sup>、竹下宏樹<sup>1</sup>、石井博道<sup>1</sup>、谷 直樹<sup>1</sup>、  
和泉宏幸<sup>1</sup>、山口正秀<sup>1</sup>、野口明則<sup>1</sup>、山根哲郎<sup>1</sup>

〈はじめに〉Meckel 憩室は卵黄腸管の遺残であり、多くは無症状に経過する。ときに合併症を引き起こすことがあるが、成人での発症は稀である。〈症例〉症例は開腹歴のない38歳女性、腹痛・嘔気を主訴に来院した。CTで小腸に closed loop sign を認め、絞扼性イレウスの診断で緊急手術を行った。腹腔鏡下に観察すると、線維性の band を中心に紐を結ぶように絡み合う小腸を認めた。band を切離し絞扼を解除すると、回腸末端より約50cm 口側に存在する憩室と小腸間膜との癒着により形成された band が小腸基部を絞扼していたことが判明した。腸管は壊死に陥っておらず、憩室切除のみを行い終了した。病理組織学検査では、真性憩室であり Meckel 憩室と診断された。【結語】今回我々は、Meckel 憩室に起因した絞扼性イレウスに対し、腹腔鏡下イレウス解除術を施行した成人症例を経験した。開腹歴のない腸閉塞の原因として、成人であっても本症を念頭において診療すべきである。

## C15

腸閉塞をきたした腸管子宮内膜症の1例

<sup>1</sup>兵庫県立淡路医療センター 外科  
曾山弘敏<sup>1</sup>、高橋応典<sup>1</sup>、宮本勝文<sup>1</sup>、大石達郎<sup>1</sup>、  
坂平英樹<sup>1</sup>、宮永洋人<sup>1</sup>、渡部晃大<sup>1</sup>、小山隆司<sup>1</sup>

腸管子宮内膜症は子宮内膜組織が異所性に腸管内に増殖する非腫瘍性疾患である。今回、腸閉塞を来した回腸子宮内膜症の1例を経験したので報告する。症例は34歳女性。下腹部痛、嘔吐を主訴に当院救急外来を受診され、腸閉塞の診断にて当院外科入院となった。イレウス管を挿入し保存的治療を行ったが改善せず、小腸造影にて回腸末端部の近傍に強度の狭窄をみとめ、腹腔鏡下手術を施行した。術中所見で回腸末端は捻じれるように強固に癒着していた。術式は回盲部切除を行った。病理組織学的検査にて異所性子宮粘膜の増生を認め回腸子宮粘膜症と診断した。腸管子宮内膜症はS状結腸以下の部位に84%が発生し、回腸に発生する頻度は7%と比較的稀であるため今回報告する。

## C17

L-P シヤントチューブが胃全摘後挙上空腸に迷入した1例

<sup>1</sup>蘇生会総合病院 外科  
吉川徹二<sup>1</sup>、今西 努<sup>1</sup>、相川一郎<sup>1</sup>

【症例】77歳、女性。【既往歴】完全内蔵逆位の早期胃癌に対して胃全摘術を施行。【現病例】正常圧水頭症に対してL-P シヤント留置術が施行された。術後2日目より38度台の発熱を認め、術後3日前には嘔吐も伴ったため腹部CTを撮影したところ、腸管内へのチューブの迷入が疑われたため外科紹介、緊急手術となった。【手術所見】シヤントチューブは全摘後の挙上空腸内に迷入していた。このチューブを抜去し、空腸の損傷は軽微であったがここから jejunostomy tube を留置して外瘻化を行い、手術を終了とした。術後経過は良好であった。【考察】今回の迷入の原因として完全内蔵逆位のため挙上空腸が右側に位置したことや、術後の癒着などにより誤穿刺を来したものと考えられた。腹腔鏡手術の有用性を述べた報告もあり、腹部手術後の患者に対しては手術術式を慎重に検討する必要があると考えられた。

## C16

腹腔内膿瘍を形成したメッケル憩室炎の1例

<sup>1</sup>健生会 土庫病院 奈良大腸肛門病センター  
<sup>2</sup>健生会 土庫病院 病理診断科  
稲垣水美<sup>1</sup>、吉川周作<sup>1</sup>、増田 勉<sup>1</sup>、内田秀樹<sup>1</sup>、  
横谷倫世<sup>1</sup>、山岡健太郎<sup>1</sup>、横尾貴史<sup>1</sup>、稲次直樹<sup>1</sup>、  
宮沢善夫<sup>2</sup>

【症例】50代男性。数日前からの下腹部の間欠痛のため、当院救急外来受診。下腹部正中に軽度の圧痛を認め、血液検査では白血球6671/ $\mu$ l、CRP 6.44mg/dl と炎症反応上昇を認めた。造影CTでは骨盤内に一方が盲端となっている腸管様の炎症を伴う陰影が認められた。小腸造影では回腸に突出像を認め、メッケル憩室が疑われた。腹腔鏡下に腹腔内精査を施行したところ、膀胱壁に虫垂、終末回腸のメルクマールファット、メッケル憩室が癒着していた。メッケル憩室周囲は脂肪組織が肥厚し膿瘍形成して膀胱壁に固着していた。また、膿瘍と小腸間膜の間にバンド状の結合組織を認め、そこに小腸が陥入し、内ヘルニア状態となっていた。虫垂切除術、メッケル憩室を含む小腸部分切除術を施行した。【結語】今回、われわれはメッケル憩室炎から腹腔内膿瘍形成に至り、腹腔鏡補助下に手術した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。

## C18

腹痛を伴う真性腸石症に対して腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した1例

<sup>1</sup>府中病院 外科  
登千穂子<sup>1</sup>、青松直撥<sup>1</sup>、内間恭武<sup>1</sup>、岡田拓真<sup>1</sup>、  
宮本裕成<sup>1</sup>、栗原重明<sup>1</sup>、王 恩<sup>1</sup>、平川俊基<sup>1</sup>、  
岩内武彦<sup>1</sup>、森本純也<sup>1</sup>、山片重人<sup>1</sup>、中澤一憲<sup>1</sup>、  
竹内一浩<sup>1</sup>

症例は56歳男性。腹痛を主訴に当院受診した。腹部は軟でやや膨隆し、右側腹部に軽度圧痛を認めた。腹部CT検査では小腸内部に高吸収な構造物を伴う限局性の腸管拡張像を認め、小腸異物と診断した。明らかな腸閉塞症状を呈しておらず保存的加療としたが、経過中に腹部膨満感、嘔気が出現し、腸閉塞や穿孔のリスクが高いと考えて、第5病日に腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。回腸末端近傍の腸管に拡張した部位を認め、鉗子で異物を触知し、部分切除を行った。摘出標本には潰瘍を伴う狭窄部を認め、内腔に約25mm大の結石を認めた。結石の主成分はシュウ酸カルシウムであり、真性腸石と判断した。腸石症は生理的な腸内容で形成される真性腸石とそれ以外の仮性腸石に分類され、真性腸石の報告例は稀である。今回我々は腹痛を伴う真性腸石症に対して腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。若干の文献的考察を加えて報告する。

## C19

回腸ストマ閉鎖における創部環状閉鎖と線状閉鎖との比較

<sup>1</sup>神戸大学 食道胃腸外科  
長谷川寛<sup>1</sup>、松田 武<sup>1</sup>、山下公大<sup>1</sup>、角 泰雄<sup>1</sup>、  
山本将士<sup>1</sup>、金治新悟<sup>1</sup>、松田佳子<sup>1</sup>、押切太郎<sup>1</sup>、  
中村 哲<sup>1</sup>、鈴木知志<sup>1</sup>、掛地吉弘<sup>1</sup>

【背景】回腸ストマ閉鎖の際の環状閉鎖は線状閉鎖に比べて術後 Surgical-site infection (SSI) を減少させるといわれているが、環状閉鎖の臨床的有用性については不明な点が多い【目的】環状閉鎖の線状閉鎖に対する臨床的有用性を明らかにする【方法】2007年から2017年の間に当院で経験した54例の環状閉鎖と27例の線状閉鎖について、術後合併症、手術時間・出血量、術後在院日数について後方視的に解析を行った【成績】術後 SSI 発生率は環状閉鎖で9.3%、線状閉鎖29.6%と環状閉鎖で有意に少なかった (P=0.022)。手術時間の中央値も環状閉鎖で77分、線状閉鎖で112分と環状閉鎖で有意に短かった (P < 0.001)。また、術後在院日数の中央値も環状閉鎖で11日、線状閉鎖で13日と環状閉鎖で有意に短かった (P=0.002)【結論】環状閉鎖は線状閉鎖に比べ、より簡便で SSI や術後在院日数の面からもより優れた創部閉鎖方法と考えられた

## C21

門脈圧亢進症による空腸静脈瘤出血に対する治療方針

<sup>1</sup>京都第一赤十字病院 外科  
上林明日翔<sup>1</sup>、小松周平<sup>1</sup>、箕輪啓太<sup>1</sup>、古家裕貴<sup>1</sup>、  
辻 亮多<sup>1</sup>、田中幸恵<sup>1</sup>、熊野達也<sup>1</sup>、井村健一郎<sup>1</sup>、  
下村克己<sup>1</sup>、池田 純<sup>1</sup>、谷口史洋<sup>1</sup>、上島康生<sup>1</sup>、  
李 哲柱<sup>1</sup>、高階謙一郎<sup>1</sup>、池田栄人<sup>1</sup>、塩飽保博<sup>1</sup>

【はじめに】大量下血を来した空腸静脈瘤を治療した症例を経験したので報告する。【症例】57歳、女性。突然の大量下血を来し受診した。既往に門脈圧亢進症で食道静脈瘤あり。腹部造影 CT にて空腸内腔に露出する静脈瘤を認め、下部消化管内視鏡検査で小腸出血が疑われた。IVR による治療も考慮されたが、静脈瘤が出血点の場合、動脈からは確実な止血を得ることが困難と考えられ、再度撮影 CT から回腸静脈瘤より口側腸管内の血腫の貯留傾向が乏しいことから、出血点が同部位である可能性が高いと考え手術切除する方針とした。手術では、卵巣静脈に流出する静脈瘤からの異常流出血管を結紮切断し、静脈瘤を含む空腸を部分切除した。術後直後から下血は消失し、その後経過順調で術後5日目で退院した。【総括】空腸静脈瘤出血は IVR、バルーン内視鏡による治療が行われることがある。今回、同疾患の病態を理解し、手術により短期間で確実に治療した症例を経験した。

## C20

潰瘍性大腸炎術後13年で発症した J 型回腸囊盲端穿孔の1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科  
佐々木寛文<sup>1</sup>、池内浩基<sup>1</sup>、皆川知洋<sup>1</sup>、桑原隆一<sup>1</sup>、  
堀尾勇規<sup>1</sup>、蝶野晃弘<sup>1</sup>、坂東俊宏<sup>1</sup>、内野 基<sup>1</sup>

難治潰瘍性大腸炎に対して大腸全摘・J型回腸囊肛門吻合術後13年で回腸囊に穿孔をきたし汎発性腹膜炎をきたした1例を経験したので報告する。【症例】51歳男性。【現病歴】30歳時に全大腸炎型・再燃寛解型の潰瘍性大腸炎と診断され37歳時、難治のため一期的に大腸全摘術・回腸囊肛門吻合術施行された。その後、定期的に内科受診され良好に経過していた。51歳時、急激な腹痛のため近医受診された。CT 検査にて free air をみとめ消化管穿孔の疑いで当院救急搬送となる。【入院後経過】注腸造影検査を施行し、回腸囊の穿孔を疑い緊急手術を施行した。手術所見では回腸囊盲端に pin hole 状の穿孔をみとめ、穿孔部の単純閉鎖を行い、回腸人工肛門造設術施行した。【結語】潰瘍性大腸炎術後、回腸囊炎を発症し回腸囊の穿孔をきたした症例は数例報告があるが、術後10年以上良好に経過し、回腸囊盲端の穿孔をきたした1例を経験した。

## C22

肺癌の臍転移に対してアファチニブが著効した1例

<sup>1</sup>大津市民病院  
<sup>2</sup>京都府立医科大学附属病院  
古谷竜男<sup>1</sup>、島田順一<sup>2</sup>、岡田 悟<sup>2</sup>、常塚啓彰<sup>2</sup>、  
加藤大志朗<sup>2</sup>、井上匡美<sup>2</sup>

症例は53歳男性。右下葉肺癌に対して右肺下葉切除 + ND2a-1 を施行し、adenocarcinoma, pT2aN2M0 : stage IIIA の診断であった。EGFR 変異は exon 19 deletion の L747-A750insP が陽性であった。術後32カ月頃、血液検査で CEA が38.6 ng/mL まで上昇し、腹痛が出現した。PET-CT を施行したところ、臍体部に FDG 集積を伴う2.5cm の腫瘤を認め、超音波内視鏡下穿刺吸引法による生検で肺癌の臍転移と診断された。EGFR 変異は原発巣と同様であったため、第2世代 EGFR-TKI であるアファチニブ (40mg/day) を導入すると、CEA は速やかに著減した。副作用として下痢が出現したが、止痢剤でコントロール可能な範囲内であった。導入後8カ月の PET-CT で臍体部の腫瘤は消失しており、FDG 集積も認めなかった。肺癌の臍転移は非常に稀であり、薬物治療で完全に緩解したという報告はなく、文献的考察を加えて報告する。



## C23

術前導入放射線化学療法を施行した肺癌症例に、術後放射線肺臓炎を発症した1手術例

<sup>1</sup>京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器外科

<sup>2</sup>京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科

<sup>3</sup>京都桂病院 放射線治療科

谷口 葵<sup>1</sup>、五明田匡<sup>1</sup>、太田紗千子<sup>1</sup>、玉里滋幸<sup>1</sup>、  
吉村誉史<sup>1</sup>、寺田泰二<sup>1</sup>、恒石鉄兵<sup>2</sup>、西村尚志<sup>2</sup>、  
伊藤 仁<sup>3</sup>、坂本隆吏<sup>3</sup>

【はじめに】術前に放射線化学療法を施行された肺癌症例に、術後放射線肺臓炎を発症した症例を経験したので報告する。【症例】症例は67歳男性。右肺下葉に64×31mm大の肺腺癌を認め、cT3N2M0と診断された。術前に肺門と縦隔に40Gy/20frの放射線照射とCBDCa + PACの化学療法を施行し、放射線治療終了32日後に右肺下葉切除術を施行した。術前のCTでは、リンパ節が縮小し、肺野には変化は認められなかった。術後経過は良好で、術後第3日にドレーンを抜去し、第10日に軽快退院となった。退院後8日目の外来初診時、右肺の浸潤影と38.9℃の発熱を認め、肺炎と診断し入院となった。入院後、抗菌剤は無効で、抗真菌剤も改善が見られなかった。胸部CTと術前の照射野を確認し、放射線肺臓炎と診断し、ステロイドで軽快退院となった。【結語】照射量が40Gy程度の術前放射線療法でも、術後放射線肺臓炎の発症を考慮しなければならない。

## C25

外科的生検で診断が確定した前縦隔発生IgG4関連炎症性偽腫瘍の1例

<sup>1</sup>綾部市立病院 外科

<sup>2</sup>京都府立医科大学 呼吸器外科

<sup>3</sup>京都府立医科大学 消化器外科

岩崎 雅<sup>1</sup>、下村雅律<sup>1</sup>、石原駿太<sup>2</sup>、岡島 航<sup>1</sup>、  
岡山徳成<sup>1</sup>、藤原郁也<sup>1</sup>、沢辺保範<sup>1</sup>、鴻巣 寛<sup>1</sup>、  
井上匡美<sup>2</sup>、大辻英吾<sup>3</sup>

症例は80歳男性。不明熱の経過中に胸部CTで前縦隔に40mm×20mmの腫瘍影・両側に多発する肺の粒状影を認めたため、精査加療目的で当科紹介となる。CTガイド下生検では炎症性細胞と線維組織の増生の所見を認め、培養検査は陰性で確定診断には至らなかった。その後の経過中に画像検査で肺の粒状影に増大傾向を認め、PET-CTで異常集積を認めたため、外科的生検を行うこととした。胸腔鏡下縦隔腫瘍生検および肺部分切除を実施した。病理所見は、縦隔腫瘍・肺結節ともに線維組織の増生と形質細胞・リンパ球の浸潤所見があり、免疫染色でIgG4陽性であったため、IgG4関連炎症性偽腫瘍と診断した。ステロイド治療を開始し、現在は縦隔腫瘍は縮小し肺粒状影は消失している。呼吸器領域の縦隔発生炎症性偽腫瘍は稀である。外科的生検により診断が確定したIgG4関連縦隔炎症性偽腫瘍の1例を経験したので報告する。

## C24

肺切除を行った異時性多臓器多発MALTリンパ腫の1例

<sup>1</sup>市立豊中病院 外科

<sup>2</sup>市立豊中病院 内科

<sup>3</sup>市立豊中病院 病理診断科

吉原輝一<sup>1</sup>、岩澤 卓<sup>1</sup>、武 弘典<sup>2</sup>、阿部欣也<sup>2</sup>、  
足立史郎<sup>3</sup>、野口幸蔵<sup>1</sup>、長瀬博次<sup>1</sup>、浜部敦史<sup>1</sup>、  
広田将司<sup>1</sup>、大島一輝<sup>1</sup>、谷田 司<sup>1</sup>、富丸慶人<sup>1</sup>、  
森田俊治<sup>1</sup>、今村博司<sup>1</sup>、赤木謙三<sup>1</sup>、堂野恵三<sup>1</sup>

【症例】81歳女性。【現病歴】2003年上行結腸MALTリンパ腫に対して右半結腸切除術および術後化学療法としてTHP/CP施行、2015年に顎下腺MALTリンパ腫に対して顎下腺切除術施行された。その後2017年にCTで右上葉に増大傾向のある陰影を認めたため手術の方針となった。【既往歴】高血圧【現症】特記すべき事なし【血液検査】sIL2R 828 U/ml【CT】35mm大の浸潤影【PET-CT】SUV max 1.9の集積あり。【手術】胸腔鏡下右上葉切除術、ND1a【病理】小型リンパ球の単調な増殖像あり。免疫染色でCD20に陽性を示していたためMALTリンパ腫と診断された。【考察】MALTリンパ腫の好発部位として胃・眼付属器・肺などがあるが、その90%が同一部位に局限して緩慢な経過をたどる腫瘍である。今回、大腸、顎下腺、肺の多臓器に異時性多発を認めたMALTリンパ腫の1例を経験したため報告する。

## C26

画像上原発性肺癌との鑑別を要した肝内胆管癌の肺転移の1手術例

<sup>1</sup>姫路赤十字病院 外科

<sup>2</sup>姫路赤十字病院 呼吸器外科

福本侑麻<sup>1</sup>、水谷尚雄<sup>2</sup>、半澤俊哉<sup>1</sup>、藤本卓也<sup>1</sup>、  
吉田有佑<sup>1</sup>、小松弘明<sup>1</sup>、西江尚貴<sup>1</sup>、安井七々子<sup>1</sup>、  
森川達也<sup>1</sup>、遠藤芳克<sup>1</sup>、信久徹治<sup>1</sup>、渡邊貴紀<sup>1</sup>、  
松本祐介<sup>1</sup>、澤田茂樹<sup>2</sup>、甲斐恭平<sup>1</sup>、佐藤四三<sup>1</sup>

胆管細胞癌は予後不良であったが、近年は薬物療法によって予後改善傾向となり、転移巣を外科的切除された症例の報告もみられる。今回我々は原発巣の術後5年が経過し、画像上原発性肺癌が疑われた肝内胆管癌の肺転移を切除した1例を経験したので報告する。症例は66歳、男性。5年前に肝内胆管癌に対して肝区域切除及び肝外胆管切除が施行された。pT3N0M0ステージIIIと診断され、術後補助化学療法(GEM)を行い観察中に、CTで左肺下葉S10に濃厚影を指摘された。増大傾向を認め辺縁不明瞭であったことから、形態的に原発性肺癌を疑った。気管支鏡下生検を施行し、腺癌だが免疫染色にてCDX2・S100P・MUC1陽性、TTF1陰性を認めため、胆管細胞癌肺転移と診断、胸腔鏡補助下に肺部分切除を施行した。摘出標本の病理診断でも同様の診断となり、S-1による術後補助化学療法を施行して8か月間無再発で経過中である。

## C27

外傷性胸部圧迫症 (Traumatic asphyxia) の1例

<sup>1</sup>宇治徳洲会病院 外科

松木豪志<sup>1</sup>、久保田良浩<sup>1</sup>、日並淳介<sup>1</sup>

【症例】40代男性、自転車で走行中ワンボックスカーと接触、胸部がタイヤの下敷きとなり受傷された。当院搬入時E1V2M5、酸素投与下でSpO<sub>2</sub> 68%と、意識障害・呼吸不全の状態だった。CTにて多発肋骨骨折、縦郭気腫、両側気胸を認めたが、当初は頸部に外傷所見はなく発生機序は不明であった。後に胸部が長時間タイヤに圧挫されていたことが判明し、外傷性胸部圧迫症と診断した。集中治療を行い、現在病状は改善傾向であるが平衡感覚失調などの神経学的異常が残存している。【考察】外傷性胸部圧迫症 (Traumatic asphyxia) とは、声門閉鎖状態で胸部を圧迫されることにより、気道内圧・血管内圧上昇が引き起こされ、気道損傷や意識障害をきたす病態である。本疾患は本邦ではあまり認識されておらず、相当数が見逃されていると思われる。受傷機転や意識障害などの特徴的な臨床症状を認めた際は、本疾患も念頭において診断治療を進めていく必要がある。

## C29

肺炎を繰り返す気管支拡張症に対して右肺上中葉切除術を施行した一例

<sup>1</sup>大阪市立大学 呼吸器外科

鈴木智詞<sup>1</sup>、泉 信博<sup>1</sup>、月岡卓馬<sup>1</sup>、小松弘明<sup>1</sup>、戸田道仁<sup>1</sup>、原幹太郎<sup>1</sup>、宮本 光<sup>1</sup>、木村拓也<sup>1</sup>、西山典利<sup>1</sup>

【はじめに】気管支拡張症は保存的治療が主であり、外科的治療が必要となる症例は稀である。血痰のある症例や肺炎を繰り返す症例は、外科的治療の適応となり、完全切除された症例では術後成績良好とされる。【現病歴】症例は40歳女性。幼少時に右肺上中葉の気管支拡張を指摘され、以降肺炎を繰り返していた。2013年からは毎年肺炎を発症し、セフェム系、ペニシリン系、ニューキノロン系の抗生剤にアレルギー症状が出現したため、頻回に繰り返す肺炎に対し外科的治療の適応と診断した。2017年2月に右肺上中葉切除術を施行した。組織診断にて悪性所見を認めず、気管支拡張症との診断であった。術後経過良好にて第12病日に軽快退院となった。術後2ヶ月現在、肺炎の再燃なく経過観察中である。今回我々は繰り返す難治性肺炎による気管支拡張症に対して外科的治療を施行した一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

## C28

画像所見で疑い得た肺底部発症の肺結核腫の一例

<sup>1</sup>大阪市立大学 呼吸器外科

木村拓也<sup>1</sup>、泉 信博<sup>1</sup>、月岡卓馬<sup>1</sup>、小松弘明<sup>1</sup>、戸田道仁<sup>1</sup>、原幹太郎<sup>1</sup>、宮本 光<sup>1</sup>、鈴木智詞<sup>1</sup>、西山典利<sup>1</sup>

【現病歴】26歳女性。健康診断の胸部 X 線にて異常陰影を指摘。胸部 CT にて右肺 S10に胸膜と接する21mm 大の結節影を認めた。当初炎症性偽腫瘍、孤立性線維性腫瘍、神経原性腫瘍、悪性腫瘍が鑑別に挙げられた。FDG-PET では同結節影に一致してSUVmax5.8の集積を認めた。神経組織との連続性や組織としての性質・腫瘍発生母地を評価するためMRI 検査を施行し、結節の中心部が壊死している所見を認め、結核腫が強く疑われた。結核の確定診断のため気管支鏡検査を施行するも診断に至らず、また T-SPOT は陰性であった。診断・治療目的に右肺部分切除術を施行した。術中迅速病理検査で悪性所見は認めなかった。手術検体の抗酸菌培養は陰性であったが、PCR 検査にて Mycobacterium tuberculosis complex を検出。病理診断は Caseous granuloma であり、結核腫と診断し抗結核剤の内服治療を開始。今回我々は、MRI で結核腫を強く疑い切除診断を行った症例を経験したので報告する。

## C30

胸腔鏡下に横隔膜病変を切除した月経随伴性気胸の1例

<sup>1</sup>大阪大学 呼吸器外科学

池 晃弘<sup>1</sup>、新谷 康<sup>1</sup>、永田秀樹<sup>1</sup>、大和寛幸<sup>1</sup>、金沢 豪<sup>1</sup>、神崎 隆<sup>1</sup>、川村知裕<sup>1</sup>、大瀬尚子<sup>1</sup>、舟木壮一郎<sup>1</sup>、南 正人<sup>1</sup>、奥村明之進<sup>1</sup>

胸腔鏡下に横隔膜病変を切除縫合した月経随伴性気胸の症例を報告する。症例は40歳女性。39歳時、月経の3日前に右胸痛および呼吸困難が出現した。空気漏が遷延し、右自然気胸に対して他院で胸腔鏡下肺部分切除術を施行された。また横隔膜に菲薄化病変を認め、ポリグリコール酸シートを貼付されていた。4か月後右気胸が再発したため、同院で胸膜癒着術を施行された。しかし、2か月後右気胸の再発を認めたため、当院で再手術を行った。右中葉に赤紫色に色調の変化した部位を認め、さらに横隔膜腱中心に多数の小孔を認め、一部で肝臓が透見でき腹腔へ穿通していた。胸腔鏡下に同部を可及的に切除後、縫縮し横隔膜を再建した。さらに右中葉も部分切除した。術後経過は良好であり慎重に経過観察中である。本症の発症機序の一つとして、横隔膜病変を原因とする空気腹腔経由説があり、横隔膜を必要十分の範囲で処置できる場合には、切除縫合が望ましいと考えられた。

### C31

収縮性心膜炎様の血行動態を呈した重症三尖弁閉鎖不全症の1例

<sup>1</sup>堺市立総合医療センター 心臓血管外科  
北原睦識<sup>1</sup>、大畑俊裕<sup>1</sup>、山田 裕<sup>1</sup>

症例は57歳女性。54歳時に左乳癌手術の際に心機能異常を指摘された。心臓カテーテル検査で心室内圧の dip and plateau 所見を認め、RVEDP と LVEDP は共に20mmHg と上昇を認めた。以上の所見より収縮性心膜炎と診断された。しかし、胸部 CT 所見では心膜の肥厚は認めておらず開胸手術の既往もなかった。右心不全による肝、腎不全の進行を認め、また心不全により入院を頻回に繰り返すようになった。心エコーでは LVDd/Ds = 45/22mm、LAD = 46mm、LVEF = 82%。MR II°、TR IV° の所見を認めた。心筋生検では二次性心筋症の所見は認めなかった。以上の経過と検査結果をもとに外科的介入の方針となった。手術所見では心膜の心臓への癒着は認めず収縮性心膜炎は否定された。三尖弁前尖に cleft を認め、先天性三尖弁閉鎖不全と診断し、形成術を施行した。重症三尖弁閉鎖不全症が収縮性心膜炎様の血行動態を呈した症例であり、文献的考察を加えて報告する。

### C33

外傷性巨大後腹膜血腫が診断の契機となった後天性第13因子欠乏症の1例

<sup>1</sup>北播磨総合医療センター 心臓血管外科  
<sup>2</sup>北播磨総合医療センター 血液・腫瘍内科  
長命俊也<sup>1</sup>、顔 邦夫<sup>1</sup>、小原大見<sup>1</sup>、高橋宏明<sup>1</sup>、  
山田章貴<sup>1</sup>、杉本 健<sup>2</sup>、麻田達郎<sup>1</sup>

外傷性巨大後腹膜血腫が診断の契機となった、後天性第13因子欠乏症の1例を経験したので報告する。症例は75歳男性。バイク事故後から腰痛を認めて前医を受診し、Hb が4.2mg/dl の貧血と CT で右巨大後腹膜血腫を認め前医入院。輸血療法を行ったが、入院6日目に Hb が4.8mg/dl まで再度低下し CT で血腫増大したため、当科に転院となった。転院時バイタルは落ち着いていたが、転院日に透視下で造影するも出血源が同定できず塞栓術を断念。入院2日目に後腹膜アプローチで血腫除去術を行ったが、明らかな出血は認められずドレーンを留置して手術終了とした。帰室数時間後から出血を認め、輸血や圧迫で対応したが術後4日目の CT で多量の血腫を認めた。内科的精査したところ、第13因子の著明な減少を認め、第13因子製剤を投与開始しドレーンの血性排液量が著明に減少。その後出血の再発認めず、術後29日目に自宅に独歩で退院。第13因子欠乏症の症例を経験したので報告する。

### C32

下肢静脈瘤に対する1470nm ダブルリングレーザー焼灼術を中心とした治療について

<sup>1</sup>弘仁会 大島病院  
宮田圭悟<sup>1</sup>、大内孝雄<sup>1</sup>

当院では平成26年10月に1470nm ダブルリングレーザー導入し同法を中心とした下肢静脈瘤治療をおこなっている。外来で色素沈着など鬱滯性皮膚炎の症状や下肢の疲労感を伴う症例に末梢血管超音波検査と MRI 静脈検査を行い深部静脈血栓症がなく伏在静脈に拡張および弁不全に伴う逆流が有るものを対象にしている。症例は36名（男性10名、女性26名）。3例はレーザー治療と同時に静脈結紮抜去術、1例は術後3カ月後に静脈結紮抜去術を追加している。平均手術時間は52.9分（最小23～最大89）、焼灼長35.4cm（8～55）、エネルギー2140J（524～3968）。術中低血糖、術後皮膚炎が各1例認められたが、直径5cm 以上の皮下出血や重篤な合併症は認めなかった。1470nm ダブルリングレーザーは下肢静脈瘤治療に有用である。

### DO1

切迫破裂の肝外発育型肝細胞癌に対し肝切除にて救命し得た1例

<sup>1</sup>城山病院 消化器外科  
<sup>2</sup>城山病院 消化器内科  
太田将仁<sup>1</sup>、新田敏勝<sup>1</sup>、片岡 淳<sup>1</sup>、富永 智<sup>1</sup>、  
川崎浩資<sup>1</sup>、石橋孝嗣<sup>1</sup>

【はじめに】肝細胞癌破裂は予後不良で、肝細胞癌の死亡原因の5.6%を占め、緊急的治療が必要となる疾患である。【症例】症例は65歳、男性。2016年3月に心窩部痛を主訴に近医を受診し、精査にて肝細胞癌破裂が疑われ当院紹介。CT 検査にて肝両葉に多発する切除不能肝細胞癌と診断し、肝外側の責任病巣に対して TAE を施行し救命した。その後 S3 の病変が増大、肝外発育を認め、切迫破裂の状態となった。そのため肝外発育型肝細胞癌に対して、同年10月に肝 S3 部分切除術を施行した。術中所見では、腫瘍の他臓器浸潤は認めなかったが、大網からの肝外栄養血管を認めた。術後経過良好で第12病日に退院となった。【考察】肝外発育型肝細胞癌は、特殊な肉眼型を呈し比較的稀である。肝外発育は破裂の危険性が高いが、肝外に突出する腫瘍を低侵襲に切除できる可能性もある。【まとめ】切迫破裂の肝外発育型肝細胞癌に対し肝切除にて救命し得た1例を経験したので報告した。

## D02

動脈塞栓術で救命し得た腫瘍再発による腹腔内出血の一例

<sup>1</sup>京都府立医科大学附属病院 消化器外科

<sup>2</sup>京都府立医科大学北部医療センター 外科

山条純基<sup>1</sup>、生駒久視<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、松尾久敬<sup>1</sup>、庄田勝俊<sup>1</sup>、有田智洋<sup>1</sup>、小菅敏幸<sup>1</sup>、小西博貴<sup>1</sup>、村山康利<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>、藤原 斉<sup>1</sup>、岡本和真<sup>1</sup>、落合登志哉<sup>2</sup>、大辻英吾<sup>1</sup>

はじめに後腹膜脂肪肉腫再発が原因と思われる腹腔内出血に対して動脈塞栓止血術で救命した1例を経験したので報告する。症例60歳男性、臨床経過 後腹膜脂肪肉腫に対して腫瘍切除+肝 S5/S6部分切除+右腎摘出術施行後、術後再発に対し腫瘍切除+右半結腸切除術の2回の開腹既往を持つ。2回目の術後3か月胸痛を主訴に受診した。循環器系の異常は認めず、血液検査で肝逸脱酵素の異常高値を認めた。腹部造影 CT 撮影で、肝後区域に境界不明瞭な不整形の腫瘍陰影を認め内部には造影剤の血管外漏出を認めた。肝内出血と診断し緊急入院した。肝動脈後区域枝の末梢にコイル塞栓術を施行し止血を得た。塞栓後、再出血は認めなかった。考察本症例では、入院後の激しい心窩部痛とともに shock vital を呈した急激な経過は来院時の臨床所見からは予想しがたい。しかし、我々は腹腔内出血の急変時に対する対応をマニュアル化していたので、このような変化にも冷静に対応できた。

## D04

肝細胞癌ラジオ波焼灼術後播種性病変の検出に ICG 蛍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

中村匡視<sup>1</sup>、速水晋也<sup>1</sup>、上野昌樹<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>、宮本 篤<sup>1</sup>、小林良平<sup>1</sup>、須崎紀彦<sup>1</sup>、山上裕機<sup>1</sup>

【はじめに】肝細胞癌（HCC）に対するラジオ波焼灼術（RFA）では針穿刺経路や腹膜播種の報告が散見される。今回、RFA 後残肝再発切除の ICG 蛍光観察中、偶発的に播種病変を発見・切除し得た1例を報告する。【症例】76歳男性。HCC に対し内側区域切除術後、肝内再発に対し RFA と部分切除術を繰り返している。今回（術後89ヶ月）、S3に限局する肝内再発を認め、ICG 蛍光観察下に外側区域切除術を施行した。閉創直前に腹壁と大網の各1カ所に蛍光像を認めたため、切除を行った結果、病理組織学的検査で HCC 播種病変と証明された。【考察】RFA に伴う針穿刺経路や腹膜播種の頻度は0-12.5%とされている。本症例は自然経過で播種を疑う所見に乏しく、RFA の針穿刺により播種が惹起されたものと考えられた。ICG 蛍光観察は肝表面の微小病変の検出に有用と報告されているが、今回播種病変の検出も可能であった。【結語】RFA 後の HCC 播種病変検出に対しても、ICG 蛍光観察が有用であった。

## D03

治療後13年目に再発した肝細胞癌腹壁転移の一例

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

加藤 怜<sup>1</sup>、内田洋一郎<sup>1</sup>、門野賢太郎<sup>1</sup>、三木晶森<sup>1</sup>、大野 龍<sup>1</sup>、岡本共弘<sup>1</sup>、上村 良<sup>1</sup>、堀口雅史<sup>1</sup>、福田明輝<sup>1</sup>、上田修吾<sup>1</sup>、寺嶋宏明<sup>1</sup>

症例は50代男性。22年前に胃癌にて胃全摘、13年前に肝細胞癌（中分化型 HCC）に対して肝動脈塞栓術および経皮的ラジオ波焼灼術を施行した。その後無再発で経過していたが、腹部超音波検査にて肝 S5腹側に25mm 大の腫瘍、CT/MRI 検査で右腹壁に接する濃染腫瘍を認め、肝細胞癌再発の診断で外科介入となった。開腹すると腹壁内の腹直筋腫瘍（23x20mm）を認め、margin を確保した腫瘍摘出術を施行した。病理検査にて中分化型 HCC であり肝細胞癌腹壁転移の診断となった。経皮的穿刺手技に伴う穿刺部位への播種の可能性があるが、本症例では穿刺ルートからは離れていた。非常に稀ではあるが、癌の骨間筋への血行性転移と考えられる症例であり、文献的考察を加え報告する。

## D05

腫瘍の局在同定に ICG 蛍光法が有用であった肝腫瘍の一例

<sup>1</sup>京都府立医科大学付属病院 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 外科  
岸本拓磨<sup>1</sup>、生駒久視<sup>1</sup>、松尾久敬<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、庄田勝俊<sup>1</sup>、有田智洋<sup>1</sup>、小菅敏幸<sup>1</sup>、小西博貴<sup>1</sup>、村山康利<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>、岡本和真<sup>1</sup>、藤原 斉<sup>1</sup>、落合登志哉<sup>2</sup>、大辻英吾<sup>1</sup>

症例は63歳、男性。NASH で外来通院中、CT で肝 S6に造影効果の乏しい円形腫瘍（長径約26mm）を認めた。同部位は EOB-MRI 肝細胞相で取り込み低下していた。体表からの超音波検査で病変の同定困難であった。肝細胞癌、T2、N0、M0、StageII と診断した。手術2日前に ICG 排泄試験を行い、腹腔鏡下肝部分切除術を施行した。肝臓は表面凸凹、辺縁は鈍であり肝硬変の所見であった。目的病変は肝表面から肉眼的に同定不能であった。術中ソナゾイド超音波でも腫瘍の局在同定は困難であった。KARL STORZ 社の NIR/ICG システムを用いて観察すると、術前 CT の3D 肝実質イメージと脈管構造から予測した腫瘍存在部位に一致して S6表面に蛍光発色を認めた。同部位を腫瘍周囲の脈管走行をメルクマールに切除した。今回われわれは、腫瘍の局在同定に ICG 蛍光法が有用であった肝腫瘍の一例を経験したので報告する。

## D06

腹腔鏡下肝切除術における肋間ポートの有用性

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科  
井上善博<sup>1</sup>、清水徹之介<sup>1</sup>、朝隈光弘<sup>1</sup>、廣川文鋭<sup>1</sup>、  
林道廣<sup>1</sup>、内山和久<sup>1</sup>

【諸言】右葉系肝腫瘍に対して完全腹腔鏡下肝切除術の際に用いている肋間ポートについて手術手技を供覧し検討する。【手技】肝切除に先立ち、第8-10肋間前腋窩線上にバルーン付きポートを挿入する。肝実質離断は vessel clude を用いた全肝阻血下に、Thunderbeat や CUSA にて行う。離断時には、肋間ポートよりの肝の挙上や、腹腔鏡挿入用ポートとして摘出側、残肝側の切離面が十分に展開されるよう心掛ける。肝離断面からの出血には圧迫、挙上やIO電極（ソフト凝固）にて止血する。【結果】これまで右葉系肝腫瘍に対して38例の肋間ポートを用いた完全腹腔鏡下肝切除を施行した。平均手術時間197分、平均出血量147mlと良好な結果であった。加療の必要な呼吸器合併症は認めなかった。【結語】肝右葉系の腫瘍に対する腹腔鏡下肝切除術において、肋間ポートの使用により良好な術視野を確保でき、切離面でのデバイスの使用が容易となると考える。

## D08

魚骨迷入により肝膿瘍を来した1例

<sup>1</sup>北播磨総合医療センター  
小濱拓也<sup>1</sup>、浦出剛史<sup>1</sup>、藤中亮輔<sup>1</sup>、阿部智喜<sup>1</sup>、  
酒井秀都<sup>1</sup>、村田晃一<sup>1</sup>、御井保彦<sup>1</sup>、沢秀博<sup>1</sup>、  
万井真理子<sup>1</sup>、岡成光<sup>1</sup>、岩谷慶照<sup>1</sup>、黒田大介<sup>1</sup>

魚骨により消化管穿孔を来すことがあると知られているが、魚骨の迷入により肝膿瘍を来した症例は極めて稀である。症例は、74歳男性、発熱、呼吸苦、右肩痛を主訴に救急受診。3週間前にマグロの切り身を摂取した際に骨と一緒に飲み込んだ自覚があった。腹部単純CT、腹部超音波で肝内に魚骨を疑う異物及び肝膿瘍を認めた。ショックを伴う全身状態の悪化を認めたため、緊急経皮的膿瘍ドレナージ術を施行した。翌日に開腹肝内異物除去術、膿瘍ドレナージ術を施行した。肝周囲に混濁腹水および肝内側区域に膿瘍形成を認めた。術中超音波で同部位に線状高エコー、acoustic shadow を伴う異物を認めた。膿瘍ドレナージを行うと、肝内に魚骨を認めたため摘出した。消化管の穿孔部位は明らかではなかった。術後22日目に退院となった。魚骨の迷入により肝膿瘍を来した稀な1例を経験した為、若干の文献的考察を加えて報告する。

## D07

肝嚢胞腺癌の1切除例

<sup>1</sup>市立福知山市民病院 外科  
中林雄大<sup>1</sup>、中島慎吾<sup>1</sup>、樋上翔一郎<sup>1</sup>、泉谷康仁<sup>1</sup>、  
小見山聡介<sup>1</sup>、崔聡仁<sup>1</sup>、川上定男<sup>1</sup>

肝嚢胞腺癌は画像診断の進歩に伴い報告件数は増加しているが、全原発肝癌に占める割合は0.1~0.4%程度と言われ、比較的稀な腫瘍である。今回、我々は肝胆道系酵素上昇を契機に発見された肝嚢胞腺癌の1切除例を経験したので報告する。症例は67歳男性、発熱を主訴に来院。血液検査所見で炎症反応上昇と肝胆道系酵素上昇を認めた。造影CT上、肝S4に約20mm大の嚢胞病変を認めたが、総胆管拡張や胆嚢炎の所見は認めなかった。MRCPでは肝S4嚢胞内に結節を疑う所見を認めた。PET-CTで同部位にFDGの軽度異常集積あり、腹部エコーでは一部隔壁を伴う嚢胞内の不整な結節成分を認め、肝嚢胞腺癌を疑い、肝左葉切除術を施行した。摘出標本では、被膜を伴い、内部に一部充実成分を伴う嚢胞病変を認めた。組織学的には、胆管上皮類似の異型粘液性円柱上皮が不規則な乳頭状構造をとって増生しており、肝嚢胞腺癌と診断した。

## D09

術前に肝細胞癌が疑われた肝 reactive lymphoid hyperplasia の1例

<sup>1</sup>市立豊中病院 外科  
<sup>2</sup>市立豊中病院 病理診断科  
吉岡亮<sup>1</sup>、富丸慶人<sup>1</sup>、野口幸蔵<sup>1</sup>、長瀬博次<sup>1</sup>、  
浜部敦史<sup>1</sup>、広田将司<sup>1</sup>、大島一輝<sup>1</sup>、谷田司<sup>1</sup>、  
川瀬朋乃<sup>1</sup>、森田俊治<sup>1</sup>、今村博司<sup>1</sup>、岩澤卓<sup>1</sup>、  
赤木謙三<sup>1</sup>、田村裕美<sup>2</sup>、足立史朗<sup>2</sup>、堂野恵三<sup>1</sup>

症例は60歳代、女性。原発性胆汁性胆管炎で外来経過観察中、超音波検査にて増大傾向を示す肝腫瘍（径8mm大、単発）を認めた。同腫瘍は造影超音波検査では早期濃染、washoutの造影パターンを示した。造影CT検査ではwashoutは明らかでなかったが、動脈相では早期濃染の像を示した。EOB-MRI検査でも造影超音波検査と同様の造影パターンを示し、また拡散強調画像にて高信号、肝細胞相にて低信号を示した。肝細胞癌の術前診断のもと、腹腔鏡下肝S6部分切除術を施行した。病理組織学的検査では、腫瘍の部位に一致して、リンパ濾胞の形成を伴うリンパ球の集簇を認め、肝 reactive lymphoid hyperplasia (RLH) と診断された。術前に肝細胞癌が疑われ、病理組織学的検査にて肝RLHと診断された症例を経験した。RLHは悪性リンパ腫に類似するリンパ球の増殖を認める良性腫瘍で、肝臓に発生するRLHは稀であるが、肝腫瘍の鑑別診断として念頭におく必要があると考えられた。

## D10

急速な再発・進展を呈した小型肉腫様肝細胞癌の1切除例

<sup>1</sup>滋賀医科大学 外科学講座

<sup>2</sup>滋賀医科大学 臨床検査医学 病理診断科

全 有美<sup>1</sup>、飯田洋也<sup>1</sup>、前平博充<sup>1</sup>、北村直美<sup>1</sup>、森 治樹<sup>1</sup>、山口 剛<sup>1</sup>、園田寛道<sup>1</sup>、貝田佐知子<sup>1</sup>、三宅 亨<sup>1</sup>、植木智之<sup>1</sup>、竹林克士<sup>1</sup>、寺田好孝<sup>1</sup>、新田信人<sup>1</sup>、清水智治<sup>1</sup>、九嶋亮治<sup>2</sup>、谷 眞至<sup>1</sup>

(はじめに) 健診で発見された、小型肉腫様肝細胞癌を経験したため報告する。(症例) 患者は60歳台、男性。アルコール多飲歴を認めた(NBNC)。単純CTでS2に11mm大の低吸収域を認め、13ヶ月後に28mmと増大を認めたため当科紹介となった。造影CTの動脈相でリング状濃染を認め、肝細胞癌としては否典型的であったため、混合型肝癌や肝内胆管癌を疑い、腹腔鏡下肝S2亜区域切除術を施行した。病理所見では、80%は肉腫様、20%は中分化肝細胞癌の所見であり、肉腫様肝細胞癌と診断された。術後3ヶ月で多発肺・骨転移を認め、10ヶ月で永眠された。(考察) 早期に転移再発を認めた、小型の肉腫様肝細胞癌を経験した。20mm以下で切除され長期生存が可能であったという報告もあるため、リング状濃染を認める場合は、肉腫様肝細胞癌も考慮し、綿密な経過観察、または早期に治療を行うべきと考えられた。

## D12

限局性結節性過形成との鑑別を要した肝内胆管癌の1例

<sup>1</sup>明和病院

浜野郁美<sup>1</sup>、生田真一<sup>1</sup>、相原 司<sup>1</sup>、楠 蔵人<sup>1</sup>、赤塚昌子<sup>1</sup>、北村 優<sup>1</sup>、光藤 傑<sup>1</sup>、中島隆善<sup>1</sup>、別府直仁<sup>1</sup>、岡本 亮<sup>1</sup>、仲本嘉彦<sup>1</sup>、木村文彦<sup>1</sup>、柳 秀憲<sup>1</sup>、山中若樹<sup>1</sup>

限局性結節性過形成(FNH)と鑑別を要する肝細胞癌の報告は散見されるが、肝内胆管癌はまれである。症例は73歳、女性。腹部超音波検査で肝S5に2cmの高エコー腫瘤を指摘され、肝血管腫の診断で経過観察されていたが、増大傾向を認めたため、精査加療目的に当科紹介となった。肝疾患の既往はなく、肝機能障害は認めなかった。CTで肝S5に約5cmの八つ頭状の腫瘍を認め、単純では均一な低吸収を呈し、造影では中心部から遷延性に腫瘍全体に拡散し、中心部に車軸様の隔壁形成を認めた。MRIのT2強調像で腫瘍全体は高信号、中心部は低信号であった。画像所見からはFNHが疑われたが、経皮的腫瘍生検にて胆管癌と診断され、拡大右葉切除術、肝外胆管切除、肝門部リンパ節郭清を施行した。病理検査では、中分化型腺癌でCK19、CK7が陽性、AFP、グリピカンは陰性であり肝内胆管癌と診断した。

## D11

囊胞性肝腫瘍と鑑別が困難であった単純性肝囊胞の1切除例

<sup>1</sup>神戸大学 肝胆脾外科

飯盛信哉<sup>1</sup>、津川大介<sup>1</sup>、木戸正浩<sup>1</sup>、田中基文<sup>1</sup>、山根秘我<sup>1</sup>、小松昇平<sup>1</sup>、栗津正英<sup>1</sup>、権 英寿<sup>1</sup>、南野佳英<sup>1</sup>、篠崎健太<sup>1</sup>、山下博成<sup>1</sup>、白川幸代<sup>1</sup>、椋棒英世<sup>1</sup>、寺井祥雄<sup>1</sup>、外山博近<sup>1</sup>、上野公彦<sup>1</sup>、味木徹夫<sup>1</sup>、福本 巧<sup>1</sup>

【症例】66歳女性【主訴】なし【既往歴】子宮筋腫【現病歴】偶然撮影されたCTで肝に結節を伴う囊胞を指摘された。以後定期的に経過観察されていたところ、囊胞の増大傾向を指摘されたため精査施行された。精査の結果CT・MRIともに囊胞内の結節構造が増大傾向であり、囊胞腺腫などの腫瘍性病変を否定できず切除の方針となった。【臨床経過】2017年3月に肝S8亜区域切除術を施行され、経過良好で術後14日目に退院となった。病理所見は、単純性肝囊胞であり、囊胞壁に腫瘍成分は認めず、硝子化した線維組織からなり、囊胞内部には血種や泡沫細胞・コレステリン裂隙を伴う好酸性無構造物を含んでいた。【考察】通常単純性肝囊胞は手術適応になることはない。今回経験した肝囊胞は、囊胞内に結節様に描出される成分を含み、さらに増大傾向を認めたために手術を施行することとなった。囊胞性腫瘍との鑑別が困難であった単純性肝囊胞を経験したので報告する。

## D13

胃全摘術後遠位胆管癌に対して臍頭十二指腸切除術を施行した1例

<sup>1</sup>鹿児島大学 心臓血管・消化器外科

<sup>2</sup>第一東和会病院 内視鏡外科センター

北園 巖<sup>1</sup>、田畑智文<sup>2</sup>、水谷 真<sup>2</sup>、千野佳秀<sup>2</sup>、佐藤 功<sup>2</sup>、藤村昌樹<sup>2</sup>

【はじめに】胃全摘術(以下、TG)に関連した臍頭十二指腸切除術(以下、PD)の症例報告は少なく、再建や郭清などの問題がある。今回、TG後の27年目に下部胆管癌を発症し、PDを施行した症例を経験した。【症例】69歳、男性。42歳時に、早期胃癌に対し胃全摘術(R-Y再建)を受けた。今回、黄疸を主訴に紹介医を受診され、CTで遠位胆管の腫瘤影と肝内胆管拡張を認め、遠位胆管癌と診断した。経皮経肝胆道ドレナージによる減黄ののちにPDを施行した。再建はトライツ靭帯すぐの空腸を切離し、Y脚吻合部までの残存空腸(40cm)を用いて臍管空腸吻合(柿田法)および胆管空腸吻合を行った。郭清はSMA神経叢右側切除を含めたD2郭清とした。術後病理診断はT3aN1M0 StagIIBで、#13にリンパ節転移を1個認めた。臍液瘻(Grade B)を認めたが、術後44日目に自宅退院となった。【まとめ】TG後のPDでは、特に再建方法が問題となるが、Y脚吻合部までの残存空腸を用いて再建可能であったため報告する。

## D14

戸谷1a型先天性胆道拡張症・膵胆管合流異常に合併した胆嚢および膵同時性重複癌の1例

<sup>1</sup>滋賀医科大学 外科学講座 消化器外科 乳腺・一般外科  
森 治樹<sup>1</sup>、飯田洋也<sup>1</sup>、北村直美<sup>1</sup>、前平博充<sup>1</sup>、山口 剛<sup>1</sup>、園田寛道<sup>1</sup>、貝田佐知子<sup>1</sup>、三宅 亨<sup>1</sup>、植木智之<sup>1</sup>、竹林克士<sup>1</sup>、寺田好孝<sup>1</sup>、新田信人<sup>1</sup>、清水智治<sup>1</sup>、谷 眞至<sup>1</sup>

症例は72歳女性。心窩部不快感を主訴に近医受診し、膵頭部に結節を指摘されて当科に紹介となった。腹部造影CT検査で膵頭部に乏血性腫瘍と胆嚢底部に造影効果を伴う壁肥厚を認め、MRCP検査では戸谷1a型先天性胆道拡張症と、膵胆管合流異常を認めた。PET-CT検査では膵頭部、胆嚢底部病変にそれぞれ集積を認めた。先天性胆道拡張症および膵胆管合流異常を伴う胆嚢および膵癌の重複癌の診断で、垂全胃温存膵頭十二指腸切除、胆嚢床切除術を施行した。病理組織学的に膵頭部病変は中分化型管状腺癌、胆嚢底部病変は肝臓へ直接浸潤を伴う高分化型管状腺癌を認めた。総胆管に合流異常による変化は無く、領域リンパ節に10個転移を認め、臨床病期は膵癌 Stage2B、胆嚢癌 Stage3Bであった。膵胆管合流異常は胆道癌の危険因子である。今回、戸谷1a型先天性胆道拡張症と膵胆管合流異常を伴い、胆嚢および膵臓に同時に発生した重複癌の切除症例を経験したので報告する。

## D16

胆嚢癌術後に認めた PTCD 瘻孔部再発に対して外科切除を施行した1例

<sup>1</sup>大阪大学大学院 消化器外科学  
朴 正勝<sup>1</sup>、浅岡忠史<sup>1</sup>、岩上佳史<sup>1</sup>、山田大作<sup>1</sup>、野田剛広<sup>1</sup>、後藤邦仁<sup>1</sup>、小林省吾<sup>1</sup>、江口英利<sup>1</sup>、土岐祐一郎<sup>1</sup>、森 正樹<sup>1</sup>

症例は62歳、女性。肝浸潤を伴う胆嚢癌(pT4aN0M0 fStageIVa)に対し、拡大肝右葉切除および肝外胆管切除、横行結腸部分切除を施行し、補助化学療法としてS-1(100mg/日)を半年間内服した。術後1年目の腹部CTにて右第9肋間から挙上空腸へと進展する30mm大の腹壁腫瘍を認め、胆嚢癌術後再発と診断した。GC療法(GEM 1000mg/m<sup>2</sup>+CDDP 25mg/m<sup>2</sup>)を開始するも、有害事象のため、1コースで中止となり、S-1を用いた化学療法を3か月間施行した。再発から6か月後の腹部CTでは腹壁腫瘍はやや増大を認めるも、遠隔転移を含めた新規病変の出現を認めなかったため、手術を施行した。腫瘍は右第9、10肋間筋へ浸潤し、挙上空腸と瘻孔を認めた(効果判定:SD)ため、腹壁腫瘍切除および肋骨、挙上空腸合併切除を行った。術後経過は良好で、第14病日に退院となり、術後3ヶ月が経過した現在、無再発生存中である。

## D15

広範囲胆管癌と診断し肝臓頭十二指腸切除+右肝動脈再建を施行した1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第二外科  
佐藤公俊<sup>1</sup>、速水晋也<sup>1</sup>、上野昌樹<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>、小林良平<sup>1</sup>、須崎紀彦<sup>1</sup>、山上裕機<sup>1</sup>

【目的】肝門部胆管癌はしばしば右肝動脈に浸潤し、その場合右葉切除が第一選択だが、残肝容積が不足することも多い。今回、右肝動脈浸潤を疑う広範囲胆管癌に対し肝臓頭十二指腸切除(HPD)+右肝動脈再建を施行した。【症例】64歳男性。腫瘍は肝門部胆管左右分枝部を主座とし、十二指腸側は膵頭上縁近くまで広がっており、また右肝動脈への浸潤が疑われた。右葉切除を予定したが残肝率が29.2%であり、拡大左葉切除+膵頭十二指腸切除+右肝動脈再建を施行した。手術時間は626分、出血量は1290ml、無輸血で終了した。術後膵液漏・胆汁漏を認めず、術後27日目に軽快退院した。最終病理は中分化型腺癌、病期はpT2aN0M0 pStageIIでありR0が得られた。【考察・結論】当科ではこれまで5例の高度進行胆道癌に対し顕微鏡的肝動脈再建を用いた根治切除を安全に施行した。本症例のように残肝率が不足する場合には、積極的に動脈再建を適応としており、その成績を報告する。

## D17

胆嚢癌に対する胆道再建術後の胆管結石に対し経皮的アプローチで除石し得た一例

<sup>1</sup>綾部市立病院 研修医  
<sup>2</sup>綾部市立病院 消化器外科  
<sup>3</sup>綾部市立病院 消化器内科  
<sup>4</sup>京都府立医科大学 消化器外科  
笹川奈央<sup>1</sup>、岡島 航<sup>2</sup>、石井道明<sup>3</sup>、長谷川大祐<sup>3</sup>、岡山徳成<sup>2</sup>、沢辺保範<sup>2</sup>、高升正彦<sup>3</sup>、鴻巣 寛<sup>2</sup>、大辻英吾<sup>4</sup>

胆道再建術後の合併症として胆道狭窄や結石症、胆管炎等が問題となる。今回、胆管結石に対し経皮的アプローチを施行した一例について報告する。【症例】64歳、男性。急性胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術施行後、胆嚢癌、断端陽性と診断され、追加治療として胆嚢床切除、肝外胆管切除、胆道再建術を施行した。手術時間8時間49分、出血量320ml。術後麻痺性イレウスを認めたものの、保存的に改善、術後23日目に退院となった。退院後10か月、黄疸、搔痒感を主訴に当院受診、肝機能異常認め精査加療目的に入院管理となった。MRCPで右肝管に小結節状の陰影欠損を3個認め、胆管結石が症状の原因と考え、まず内視鏡にて胆管空腸吻合部にアプローチしたが到達困難であった。そこで経皮的アプローチを施行し減黄後、結石除石を行い、現在経過良好である。【まとめ】胆道再建術後の胆管結石に対し、経皮的アプローチで除石し得た一例を経験した。

## D18

巨大胆管内乳頭状腫瘍に対し経皮経肝門脈塞栓術後に肝右三区域切除を行った症例

<sup>1</sup>京都大学 肝胆膵・移植外科  
宗景史晃<sup>1</sup>、田嶋哲也<sup>1</sup>、西尾太宏<sup>1</sup>、  
Aliyev Vusal<sup>1</sup>、井口公太<sup>1</sup>、奥田雄紀浩<sup>1</sup>、  
福光 剣<sup>1</sup>、吉澤 淳<sup>1</sup>、秦浩一郎<sup>1</sup>、岡島英明<sup>1</sup>、  
海道利実<sup>1</sup>、上本伸二<sup>1</sup>

症例は61歳の生来健康な女性で、自覚症状はなく2016年10月感冒様症状で近医を受診した際、偶発的にCTで巨大肝腫瘍を指摘された。胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)が疑われ、同年11月精査加療目的に当科入院した。画像検査およびERCPにて、内側区域から前区域に約10cm大の嚢胞性腫瘍と内部の乳頭状構造を認め、後区域枝胆管と連続しており、後区域から発生したIPNBと診断した。CT Volumetryで外側区域容量26.5%であり、術後肝不全のリスクを考慮して右門脈に対し経皮経肝門脈塞栓術を行った後、残肝容量の増加を待って肝切除術を行うこととした。同年12月肝右三区域切除、胆道再建術を施行し、術後は一過性の胸水貯留を認め胸腔ドレナージを行うも、その他大きな合併症なく術後37日目に退院した。

## D20

腹腔鏡下に切除した大腸癌異時性孤立性脾転移の1例

<sup>1</sup>市立奈良病院 消化器外科  
中瀬有遠<sup>1</sup>、山田一人<sup>1</sup>、寒川 玲<sup>1</sup>、永田啓明<sup>1</sup>、  
望月 聡<sup>1</sup>、北井祥三<sup>1</sup>、稲葉征四郎<sup>1</sup>

【はじめに】悪性腫瘍の脾転移は全身転移の一つとしてみられることはあるが、孤立性の転移は少ない。今回、我々は大腸癌の異時性孤立性脾転移に対して腹腔鏡下脾摘出を行ったので報告する。【症例】84歳、女性。進行上行結腸癌(T3N1M0)に対して腹腔鏡下右半結腸切除を施行(術後補助化学療法なし)、2年6か月後の定期的検査でCEAの上昇と脾臓に占拠性病変をみとめた。脾臓以外に転移巣はみとめず、根治の可能性があるかと判断して腹腔鏡下脾摘出術を行った。合併症なく経過し術後5日で軽快退院した。組織学的にも中分化型腺癌と診断された。【考察】孤立性の悪性腫瘍脾転移症例の中でも大腸癌からの転移は非常に稀とされる。文献的に報告された症例では摘出術を施行されていることが多く、症例報告の集計では切除後の予後は他の転移に比べ比較的良いとされる。手術法としては低侵襲であることから腹腔鏡手術のよい適応と考えられ、近年、報告が散見される。

## D19

PSCに対する生体肝移植後再発に伴うグラフト肝機能不全に対し脳死肝腎同時移植を施行した1例

<sup>1</sup>京都大学 肝胆膵・移植外科  
佐々木悠大<sup>1</sup>、加茂直子<sup>1</sup>、政野裕紀<sup>1</sup>、山本 玄<sup>1</sup>、  
八木真太郎<sup>1</sup>、田浦康二郎<sup>1</sup>、海道利美<sup>1</sup>、  
上本伸二<sup>1</sup>

近年、肝移植後のPSC再発が問題となっている。今回、PSCに対する両親からの2度の生体肝移植後、再発によるグラフト不全と腎不全に対し、脳死肝腎同時移植施行した非常に稀な1例を経験したので報告する。【症例】30代女性。1997年3月にPSCに対し父をドナーとする生体肝移植施行。2002年12月、PSC再発に伴うグラフト肝不全に対して母をドナーとする生体肝移植施行。2004年4月、PSCの再々発によるグラフト不全のため、脳死肝移植待機リスト登録。2016年11月に敗血症性ショックにより腎不全となり透析導入。8点で待機中、脳死ドナー情報があり、2017年3月に脳死肝腎同時移植施行。術後良好に経過し、24日目に一般病棟へ、術後27日目に人工透析を完全に離脱し、退院にむけ現在栄養・リハビリ管理中。【結語】PSCに対する肝移植においては、一親等ドナーは再発の危険因子であり、可能であれば脳死移植が望ましい。

## D21

亜全胃温存瘰頭十二指腸切除後に門脈閉塞が原因で消化管出血をきたした1例

<sup>1</sup>大阪市立大学 腫瘍外科  
丸尾晃司<sup>1</sup>、大平 豪<sup>1</sup>、天野良亮<sup>1</sup>、木村健二郎<sup>1</sup>、  
山添定明<sup>1</sup>、森崎珠実<sup>1</sup>、福岡達成<sup>1</sup>、田村達郎<sup>1</sup>、  
渋谷雅常<sup>1</sup>、柏木伸一郎<sup>1</sup>、野田 論<sup>1</sup>、永原 央<sup>1</sup>、  
豊川貴弘<sup>1</sup>、田中浩明<sup>1</sup>、六車一哉<sup>1</sup>、高島 勉<sup>1</sup>、  
八代正和<sup>1</sup>、小野田尚佳<sup>1</sup>、前田 清<sup>1</sup>、平川弘聖<sup>1</sup>、  
大平雅一<sup>1</sup>

症例は76歳男性、下部胆管癌に対し亜全胃温存瘰頭十二指腸切除術を施行し、外来経過観察中であった。術後約1年9ヶ月頃からタール便を認めた。上部及び下部内視鏡を施行するも出血源は同定できなかった。造影CT、出血シンチ、小腸内視鏡も行ったが出血源は同定できなかった。術後約2年目に下血を認め、その際の緊急内視鏡にて胃空腸吻合部に潰瘍を認め同部から出血を認めた。同部をクリッピング止血したが、その後も貧血の進行を認めた。造影CT上は門脈に狭窄及び血栓を認め、側副血行路が形成していた。これが原因と判断し、全身麻酔下に小開腹し、回結腸静脈の枝からカテーテルを挿入し、上腸間膜静脈造影を行った。門脈は約4cmに渡り完全に閉塞し、怒張した側副血行路が胃空腸吻合部側に認められた。これにより吻合部からの出血が繰り返されたと考えられた。側副血行路を塞栓し、狭窄部に門脈ステント留置した。その後下血は消失、貧血の進行も無くなった。



## D22

腸管気腫症が起因となった門脈ガス血症の経験

<sup>1</sup>大阪市立大学大学院 消化器外科  
西山方規<sup>1</sup>、藤原有史<sup>1</sup>、橋場亮弥<sup>1</sup>、形部 憲<sup>1</sup>、  
中 亮子<sup>1</sup>、李 榮柱<sup>1</sup>

腸管気腫症が起因となった門脈ガス血症を経験したので報告する。症例は、75歳、男性。慢性腎不全にて血液透析中。腹部大動脈ステント留置後の十二指腸狭窄に対し当科にて胃-空腸バイパス術を行った。術18日目に下血を認め、腹部CT検査にて、free air、門脈内ガスおよび十二指腸～上部空腸の拡張および壁内ガスを認めた。発熱なく、腹膜刺激症状は認めなかった。しかし、術後せん妄状態があり血液透析患者であることから、臨床所見からの診断が困難と考え試験開腹術を施行した。汚染腹水、臭気はなかった。空腸漿膜面にわずかな発赤を認める以外に、腸管および吻合部に異常所見はなかった。以上より十二指腸・空腸拡張による粘膜障害が原因となり、腸管気腫症、門脈ガス血症に至ったと診断し、手術を終了した。術後は腸管気腫、門脈ガスは早期に消失し、順調に経過した。治療方針の決定に慎重を要する門脈ガス血症について、文献的考察を加えて報告する。

## D24

腹腔鏡下胆嚢摘出後の遺残胆石による腹膜炎を腹腔鏡にて治療した1例

<sup>1</sup>八尾徳洲会総合病院 外科  
服部 彬<sup>1</sup>、木村拓也<sup>1</sup>、井上雅文<sup>1</sup>、辻 康宏<sup>1</sup>、  
垣本佳人<sup>1</sup>、豊田 亮<sup>1</sup>、町田智彦<sup>1</sup>、遠藤幸丈<sup>1</sup>、  
村上 修<sup>1</sup>、松田康雄<sup>1</sup>

【症例】77歳女性。前医を発熱、腹痛を主訴に受診され総胆管結石、胆石症の診断で当院紹介となった。CTにて総胆管結石、胆石、胆嚢炎を認めた。ERCPにて総胆管結石の採石施行後、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。胆嚢は炎症で肝床部と癒着しており、術中胆嚢壁を損傷したが、胆嚢管はENDG-IAにて切離した。術後4日後から炎症反応の上昇とCTにて炎症性胸水、限局性の腹水増量と横隔膜下に遺残胆石を2個認め、腹腔鏡下遺残胆石摘出術を施行した。前回同様4ポート法で行った。肝周囲から横隔膜に白苔による癒着を認め剥離を進めた。横隔膜に接する位置に白苔に包まれた遺残結石が存在し摘出した。手術時間1時間28分、術中ポート追加なく、開腹移行せず手術を終了とした。術後経過は良好で再手術から第13病日退院となった。【結語】腹腔鏡下胆嚢摘出後の遺残胆石は遅発性に膿瘍形成する可能性もあるが、早期治療を要した報告はまれであり、文献的考察を加えて報告する。

## D23

胆嚢十二指腸瘻による胆石性イレウスの1例

<sup>1</sup>府中病院 外科  
岡田拓真<sup>1</sup>、宮本裕成<sup>1</sup>、登千穂子<sup>1</sup>、栗原重明<sup>1</sup>、  
王 恩<sup>1</sup>、平川俊基<sup>1</sup>、青松直撥<sup>1</sup>、岩内武彦<sup>1</sup>、  
森本純也<sup>1</sup>、山片重人<sup>1</sup>、中澤一憲<sup>1</sup>、内間恭武<sup>1</sup>、  
竹内一浩<sup>1</sup>

胆石性イレウスは胆石が胆管あるいは瘻孔を介して消化管内に逸脱し、腸管に嵌頓し発症しうる比較的稀な疾患である。瘻孔を形成している場合は、イレウスに対する手術以外にも胆嚢摘出術、内胆汁漏閉鎖術を施行する必要がある。今回我々はイレウス管を留置し、腸内容を減圧した上で手術を施行した1例を経験した。症例は78歳女性。他院入院中、右季肋部痛、嘔吐を認め、精査にて胆嚢炎と診断され、保存的加療を施行された。その後、さらに腸閉塞も伴い、胆石性イレウスと診断され、当院へ手術目的に紹介され、転院となった。イレウス管を挿入留置の上、転院後14日目に手術を施行した。手術内容は、胆嚢摘出術の他に十二指腸との瘻孔部にT-tubeを留置、腸管内の結石は、結石の摘出のみを行い、小腸の切除は行わなかった。今回我々は、胆嚢十二指腸瘻による胆石性イレウスに対して手術を施行した1例を経験したので、文献的考察も加えて報告する。

## D25

右横隔膜下膿瘍より横隔膜を穿破し右膿胸を合併した急性胆嚢炎の1例

<sup>1</sup>白浜はまゆう病院 外科  
<sup>2</sup>京都府立医科大学 消化器外科  
宮前真人<sup>1</sup>、高尾幸司<sup>1,2</sup>、松本辰也<sup>2</sup>、大辻英吾<sup>2</sup>

急性胆嚢炎より穿通性右横隔膜下膿瘍を形成し、さらに右横隔膜下膿瘍より横隔膜を穿破して右膿胸を併発した症例を経験したため報告する。症例は83歳女性、6年前の脳梗塞後遺症のため介護老人保健施設に入所していた。高熱と呼吸不全が出現したため当院へ救急搬送となり、胸部単純写真で右無気肺を指摘、胸腹部CTで胆嚢内を占拠する長径4.5cmの胆石と胆嚢壁肥厚と胆嚢底部から連続する右横隔膜下膿瘍を指摘、さらに右横隔膜下膿瘍と右膿胸の連続が疑われた。右胸腔を穿刺して黄色混濁排液を確認、同日緊急手術を行った。右肋弓下切開で開腹し胆嚢を摘出、胆嚢底部より連続する右横隔膜下膿瘍の内部を確認し右胸腔との連続を確認した。腹腔・膿瘍腔・胸腔に陰圧ドレーンを留置して手術を終了。術後は比較的良好に経過し、39日目に軽快退院となった。右膿胸を併発する胆嚢炎の報告は極めてまれであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## D26

急激に進行した急性胆嚢炎の1例

<sup>1</sup>洛和会丸太町病院 外科

加賀史尋<sup>1</sup>、出口勝也<sup>1</sup>、伊藤忠雄<sup>1</sup>、吉井一博<sup>1</sup>

81歳男性。朝より突如の心窩部から背部への鈍痛と冷汗を自覚した。その後、顔面蒼白、胸痛も出現し、当院を受診した。急性冠症候群や大動脈解離を疑ったが精査で否定的であり、CTで胆嚢腫大は認めず、血液検査で著明な炎症所見は認めなかった。観察入院となったが、同日夜より右季肋部痛と右肩への放散痛を認め、深夜に施行した血液検査では胆道系酵素の上昇を認めた。CTでは胆嚢腫大、右横隔膜下に腹水の貯留を認め、急性胆嚢炎と診断し翌日緊急手術を施行した。右横隔膜下、胆嚢周囲に胆汁性腹水の貯留を認めた。胆嚢底部に壊死穿孔部を認めたが、腹腔鏡下に胆嚢摘出術を施行した。摘出標本では、無石性で虚血性壊疽性胆嚢炎による胆嚢穿孔、胆汁性腹膜炎と考えられた。術後経過良好にて術後6日で退院となった。初療時の身体所見や検査のみでは診断困難な急激に進行する胆嚢炎もあることを念頭に、経時的な観察が迅速な治療につながると考えられた。

## D28

当院における膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) 手術症例の検討

<sup>1</sup>京都山城総合医療センター

糸川嘉樹<sup>1</sup>、中田雅支<sup>1</sup>、小池浩志<sup>1</sup>、伊藤和弘<sup>1</sup>、佐々木康成<sup>1</sup>、柏本錦吾<sup>1</sup>、川崎 澄<sup>1</sup>、中井一郎<sup>1</sup>

【目的】2012年にIPMN/MCN国際診療ガイドラインが改訂された。IPMNの型分類が定義され、手術適応に修正が加えられた。今回、このガイドラインに沿って切除したIPMN症例についてその妥当性を検討した。【方法】2015年4月から2015年3月の間に6例のIPMN手術症例を経験した。各症例の術前検査、術後経過、病理組織診断について検証した。【成績】6例とも診断契機は偶発的で、膵鉤部に局在し全てに膵頭十二指腸切除を施行した。6例中5例が非浸潤癌であった。手術時間、出血量、合併症、在院日数とも許容範囲内であった。細胞診が陰性であった1例に悪性所見を認めなかったが、組織診にて腫瘍は主膵管に進展しており、混合型と診断された。【結論】2012年IPMN治療ガイドラインに基づいた手術適応は妥当と考えられた。

## D27

膵体部の巨大膵神経内分泌腫瘍に対して膵中央切除術を施行した1例

<sup>1</sup>滋賀県立成人病センター 外科

青山龍平<sup>1</sup>、谷亮太郎<sup>1</sup>、鎌田泰之<sup>1</sup>、谷 昌樹<sup>1</sup>、矢澤武史<sup>1</sup>、山田理大<sup>1</sup>、山本道宏<sup>1</sup>、原田英樹<sup>1</sup>、山本秀和<sup>1</sup>、財間正純<sup>1</sup>

症例は34歳、男性。腹部造影CT検査で膵体部より発生した最大径15cm、境界明瞭で内部不均一、動脈相で造影効果の強い腫瘍を認めた。膵頭部側では、腫瘍は胃十二指腸動脈より膵頭部側に張り出して胃十二指腸動脈を後方から圧排し、膵内胆管に近接していた。膵尾部側では30ミリ程度正常膵が認められた。総肝動脈、脾動脈、上腸間膜静脈、門脈は腫瘍と接して圧排を受け変形していて浸潤の可能性は否定できず、脾静脈は閉塞していて、胃大彎側から大網にかけて拡張した静脈瘤を認めた。膵神経内分泌腫瘍を疑い、開腹手術を行った。重要血管への浸潤も認められず、膵頭部に切り込んで切除することで切除が可能であり、さらに脾動脈温存が可能であること、膵頭部側の残膵が小さいこと、患者年齢が30台前半であることなどから、膵中央切除術を施行した。病理組織診断は膵神経内分泌腫瘍 Grade1であった。機能温存を目的として膵中央切除術を施行し、良好な結果を得た。

## D29

膵頭十二指腸切除術を施行した膵体尾部脂肪置換を合併した神経内分泌腫瘍の1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 外科

西田広志<sup>1</sup>、鈴木和夫<sup>1</sup>、中村育夫<sup>1</sup>、近藤裕一<sup>1</sup>、波多野悦朗<sup>1</sup>、岡田敏弘<sup>1</sup>、麻野泰包<sup>1</sup>、宇山直樹<sup>1</sup>、多田正晴<sup>1</sup>、飯田健二郎<sup>1</sup>、裴 正寛<sup>1</sup>、末岡英明<sup>1</sup>、岩間英明<sup>1</sup>、栗本亜美<sup>1</sup>、藤元治朗<sup>1</sup>

症例は67歳の男性。26年前より膵頭部主膵管狭窄と尾側膵の主膵管拡張にて経過観察中、12年前からはCTにて膵体尾部が描出不良となっていた。昨年CTで膵頭部に造影効果を伴う6mm大の腫瘍性病変を指摘され、精査加療目的で入院。腹部超音波検査では膵頭部にhypoechoic massを認めた。膵体尾部の脂肪置換を合併した膵頭部神経内分泌腫瘍と診断し、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行。術中所見では膵体尾部の膵実質は脂肪組織に置換されていた。膵再建は膵断端に膵管様の構造を認めたため、それを拡張し膵管チューブを挿入、不完全外瘻とした。病理検査では、膵頭部腫瘍はNET (G1)であり、膵切除断端は脂肪組織に置換され、ランゲルハンス島が散在していた。術後は耐糖能異常や膵瘻は認めなかった。膵体尾部脂肪置換を合併した膵頭部NETに対して、膵頭十二指腸切除術を施行した比較的良好な1例を経験したので報告する。

### D30

術前診断し得た膵腺扁平上皮癌の一切除例

<sup>1</sup>高槻赤十字病院 消化器外科  
池田有紀<sup>1</sup>、平松昌子<sup>1</sup>、小林稔弘<sup>1</sup>、恒松一郎<sup>1</sup>、  
今井義朗<sup>1</sup>、松田純奈<sup>1</sup>、鈴木悠介<sup>1</sup>

【症例】59歳、男性。主訴は腹痛と39度台の弛張熱。造影CTで膵体尾部に53×47mmの腫瘍を認め、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診にて異型の強い上皮成分を認めP40免疫染色で腺扁平上皮癌と診断された。初診から25日後の手術時、CT撮影時より腫瘍はさらに増大し、胃後壁・左副腎への浸潤を認めたため、これら臓器の合併切除を伴う膵体尾部・脾切除を施行した。扁平上皮成分を90%認め病理診断は腺扁平上皮癌、Pbt, TS4 (85mm)、浸潤型、pT3, pPV1 (PVsp). pN0, M0, stage IIAであった。【考察】膵腺扁平上皮癌は扁平上皮癌成分が腫瘍全体の30%以上を占めるものと定義され、膵原発悪性腫瘍の約2%と極めて稀である。また doubling time が通常の腺癌の2倍との報告もあり、予後不良とされているが、リンパ節転移陰性例では長期生存の報告もある。文献的考察を加えて報告する。

### D32

切除不能局所進行膵頭部癌に対しゲムシタビン併用陽子線治療後に Salvage 手術を施行した1例

<sup>1</sup>神戸大学 肝胆膵外科  
<sup>2</sup>兵庫県粒子線医療センター  
都 鍾智<sup>1</sup>、小松昇平<sup>1</sup>、津川大介<sup>1</sup>、椋棒英世<sup>1</sup>、  
木下秘我<sup>1</sup>、寺井祥雄<sup>1</sup>、田中基文<sup>1</sup>、木戸正浩<sup>1</sup>、  
外山博近<sup>1</sup>、上野公彦<sup>1</sup>、味木徹夫<sup>1</sup>、寺嶋千貴<sup>2</sup>、  
出水祐介<sup>2</sup>、沖本智昭<sup>2</sup>、福本 巧<sup>1</sup>

(症例) 64歳女性。201X年10月より右背部痛を自覚し近医受診、膵頭部癌と診断された。前医にて腫瘍は腹腔動脈幹及び上腸間膜動脈周囲神経叢浸潤を認め切除不能例と判断され、同年12月よりゲムシタビン併用・陽子線治療を施行。ゲムシタビン加療は継続したが201X+1年9月頃より腫瘍マーカーの再上昇を認め、PET-CTにて局所再発と診断。再発部は十二指腸近接部のみで動脈周囲神経叢の再発は明らかでなく、201X+2年1月に Salvage 手術として亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行。経過は良好で、術後11日目に退院した。(考察) 切除不能膵癌に対する陽子線治療の有効性は未だ明らかでないが、高い腫瘍制御効果も報告されている。本症例では外科的切除不能因子とされる動脈周囲神経叢は陽子線による抗腫瘍効果を期待して郭清対象とはせず、再発が明確であった主腫瘍のみの切除を施行した。膵頭部癌に対する陽子線治療の可能性も含め文献的考察を加えて報告する。

### D31

膵腺扁平上皮癌の術後再発に対し集学的治療にて長期生存を得ている1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 小児外科  
辻 亮多<sup>2</sup>、下村克己<sup>1</sup>、谷口史洋<sup>1</sup>、池田 純<sup>1</sup>、  
小松周平<sup>1</sup>、熊野達也<sup>1</sup>、井村健一郎<sup>1</sup>、  
曾我見朋子<sup>2</sup>、田中幸恵<sup>1</sup>、古家裕貴<sup>1</sup>、塩飽保博<sup>1</sup>

【症例】65歳男性、膵腺扁平上皮癌 (Stage4b) に対して膵体尾部切除術後。術後2ヶ月で多発肝転移再発を認めた。GEM + nabPTX を検討したが扁平上皮癌の比率が90%以上であり、より特異性の高いFP療法にて化学療法を開始した。一旦縮小を認めたが6コース後に増大を認め、2nd line として FOLFIRINOX を11コース、3rd line として GEM + nabPTX を3コース施行した。転移巣の縮小と減少を認め、転移巣は肝単発となった。nab-PTX による末梢神経障害が強く化学療法継続困難となった。非定型的治療ではあるが残肝腫瘍に対して肝切除術を施行した。初回手術から1年7ヶ月現在、無再発にて経過観察中である。【考察】膵腺扁平上皮癌は稀な疾患である。予後不良であり生存期間中央値は6ヶ月から1年とされる。発化学療法について一定のコンセンサスはまだない。本症例の治療経過について文献的考察を加えて報告する。

### D33

まれな病理学的形態を示し、急激な転帰をたどった膵癌多発転移の一例

<sup>1</sup>大阪大学大学院 消化器外科  
石川 慧<sup>1</sup>、岩上佳史<sup>1</sup>、江口英利<sup>1</sup>、山田大作<sup>1</sup>、  
浅岡忠史<sup>1</sup>、野田剛広<sup>1</sup>、川本弘一<sup>1</sup>、後藤邦仁<sup>1</sup>、  
小林省吾<sup>1</sup>、森 正樹<sup>1</sup>、土岐祐一郎<sup>1</sup>

症例は66歳女性。S状結腸癌術後6年目、経過観察目的の腹部CT検査で膵部と肝に腫瘍を指摘された。超音波ガイド下生検の結果、それぞれ膵尾部癌および膵癌肝転移と診断した。切除不能膵癌に対する FOLFIRINOX 療法を開始したが、早期にリンパ節、肺、骨、筋、舌、皮下へ多発転移をきたし、発見から7ヶ月で癌死に至った。経過中、腫瘍出血のコントロール目的に大腿筋転移巣を切除し、anaplastic carcinoma with rhabdoid features の病理診断を得た。anaplastic carcinoma with rhabdoid features は進行性の臨床経過を示す膵癌の特殊な一亜型である。今回われわれは多発転移をきたし、急激な転帰をたどった膵癌症例を経験したので、病理学的文献考察を加えて報告する。

### D34

EUS-FNAにて術前診断され腹腔鏡下 Warshaw 手術を施行した、若年男性に発症した膵 solid pseudo-papillary neoplasm (SPN) の1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 肝胆膵外科

近藤祐一<sup>1</sup>、岡田敏弘<sup>1</sup>、波多野悦朗<sup>1</sup>、鈴木和大<sup>1</sup>、麻野泰包<sup>1</sup>、宇山直樹<sup>1</sup>、はい正寛<sup>1</sup>、中村育夫<sup>1</sup>、末岡英明<sup>1</sup>、藤元治朗<sup>1</sup>

【症例】32才男性。脂肪肝 follow up 中に膵腫瘍を指摘された。【検査所見】膵体部に径20mm大 SOL。造影 CT：早期相にて均一に淡い造影効果、後期相では膵実質と同レベルの density を呈した。SOL 末梢側の主膵管拡張なし。MRI:T1lowT2high、拡散強調像にて高信号を呈した。ソナゾイド造影超音波：動脈相にて hypervascular、1分後には造影低下を認めた。FDG-PET：軽度集積のみ認めた。腫瘍マーカー：陰性。膵癌としては非典型的の所見であり、EUS-FNA を施行した。偽乳頭状増殖を示す腫瘍細胞を認め、核のカテニン陽性、CD10陽性であり膵 SPN の診断に至り、手術を施行した。【手術所見】腫瘍は脾動静脈に近接しており、脾動静脈切除を伴う脾温存膵体尾部切除 (Warshaw 手術) を選択、完全鏡視下に手術を完了した。術後膵液漏を来したがドレナージ加療にて軽快、術後第37病日に軽快退院した。【まとめ】若年男性発症の膵 SPN 症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

### D36

膵悪性リンパ腫の1例

<sup>1</sup>近畿大学医学部奈良病院 外科

<sup>2</sup>近畿大学医学部奈良病院 病理診断科

眞鍋弘暢<sup>1</sup>、辻江正徳<sup>1</sup>、若狭朋子<sup>2</sup>、石川 原<sup>1</sup>、福田周一<sup>1</sup>、井上啓介<sup>1</sup>、小山太一<sup>1</sup>、木谷光太郎<sup>1</sup>、湯川真生<sup>1</sup>、太田善夫<sup>2</sup>、井上雅智<sup>1</sup>

今回われわれは、膵悪性リンパ腫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80歳代、女性。他疾患の経過観察中に、単純 CT で膵頭部に腫瘍が出現した。造影 CT では膵頭部に不均一に造影される径3.5cm 大の腫瘍を認め、膵頭部癌の下部胆管浸潤が疑われた。精査中に閉塞性黄疸を認めため、ERBD チューブを留置した (細胞診では悪性所見を認めなかった)。EUS では十二指腸下行脚からの観察で、膵頭部に内部やや不均一な低エコー腫瘍を認め、総胆管への浸潤が疑われたが、EUS-FNA での採取組織では慢性膵炎と診断された。確定診断にはいたらず、診断と治療をかねて膵頭十二指腸切除を施行した。切除標本の術中迅速病理検査にて悪性リンパ腫との診断を得た。術後経過は概ね順調で術後37日目に退院となった。最終病理診断は、Malignant lymphoma of pancreas, diffuse large B cell type であった。現在、当院腫瘍内科にて今後の治療方針を検討中である。

### D35

大型肝細胞癌切除後の長期経過中に発生した膵頭部癌の切除経験

<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

<sup>3</sup>野迫川村国保診療所

根津大樹<sup>1,3</sup>、高 濟峯<sup>1</sup>、西岡歩美<sup>1</sup>、富田理子<sup>1</sup>、定光ともみ<sup>1</sup>、竹井 健<sup>1</sup>、松坂正訓<sup>2</sup>、向川智英<sup>1</sup>、石川博文<sup>1</sup>、渡辺明彦<sup>1</sup>

症例は69歳男性。2010年に13cm 大の大型肝細胞癌に対し、拡大肝右葉切除術、門脈左右分岐部の合併切除再建術を行い、術後再発なく経過していた。その後も定期的に画像の経過観察を続けていたが、2017年の MRI で膵鉤部に3cm 大の腫瘍を指摘され、膵頭部癌と診断された。明らかな遠隔転移は認めず、治癒的切除可能と判断し、膵頭十二指腸切除術と直接浸潤の見られた上腸間膜静脈の合併切除再建術を行った。手術所見では、肝右葉切除後のスペースに膵頭部が入り込んで深部の視野となり、同部に横行結腸が高度に癒着していたため、剥離に長時間を要した。病理組織では低分化型管状腺癌であり、肝細胞癌との異時性の重複癌と考えられた。現在、外来にて補助化学療法を行いつつ、経過観察中である。肝細胞癌切除後の長期経過中に膵癌を発生することはまれである。肝右葉切除術後の膵頭十二指腸切除術は視野確保がやや困難となることに注意が必要である。

### E01

胸部大動脈瘤破裂による巨大食道穿孔に対して食道切除と二期再建を行った1例

<sup>1</sup>守口敬仁会病院・外科

<sup>2</sup>野崎徳州会病院・心臓血管外科

井塚正一郎<sup>1</sup>、渡辺創太<sup>1</sup>、三宅祐一郎<sup>1</sup>、溝尻 岳<sup>1</sup>、檀 信浩<sup>1</sup>、西原政好<sup>1</sup>、丸山憲太郎<sup>1</sup>、李 喬遠<sup>1</sup>、岡 博史<sup>1</sup>、王云ソウ<sup>2</sup>

症例：79歳男性。下行大動脈破裂に対して人工血管置換術を施行。術後8日目にドレーンより食物残渣の排液を認め、食道瘻孔の縫合と心膜パッチ閉鎖を行なった。ドレーンの排膿は継続し術後27日目に出血を認めステントグラフト留置 (TEVAR) を加えた。食道穿孔は巨大で保存的閉鎖は不能と判断し術後38日目に右開胸食道重全摘、頸部食道瘻と空腸瘻造設を施行した。術後は感染の制御や経管栄養、リハビリで全身状態の改善を図った。患者が経口摂取を強く望み、初回手術から212日目 (食道抜去より174日) に胸骨前経路で食道胃管再建を行なう。ICG 蛍光造影を用いて胃管の血流を確認し無事に手術を終えたが、術後3日目に背部痛とショックを生じ CT で胸部大動脈瘤の破裂を認めた。緊急手術の適応だが患者家族は手術を拒否され、食道再建術後31日目に永眠された。大動脈瘤による食道穿孔はグラフト感染や難治性の縦隔炎を生じ予後不良であり、文献的考察を加えて報告する。

## E02

術前にEUS - FNAで診断し、腫瘍核出術が施行できた食道神経鞘腫の1切除例

<sup>1</sup>大阪市立総合医療センター 消化器外科、肝胆膵外科

白井大介<sup>1</sup>、久保尚士<sup>1</sup>、櫻井克宣<sup>1</sup>、玉森 豊<sup>1</sup>、西尾康平<sup>1</sup>、浦田順久<sup>1</sup>、三浦光太郎<sup>1</sup>、木下正彦<sup>1</sup>、濱野玄弘<sup>1</sup>、田嶋哲三<sup>1</sup>、出口惣大<sup>1</sup>、櫛山周平<sup>1</sup>、飯田優理香<sup>1</sup>、菊池拓也<sup>1</sup>、米光 健<sup>1</sup>、村田哲洋<sup>1</sup>、高台真太郎<sup>1</sup>、西居孝文<sup>1</sup>、日月亜紀子<sup>1</sup>、清水貞利<sup>1</sup>、井上 透<sup>1</sup>、金沢景繁<sup>1</sup>、西口幸雄<sup>1</sup>

食道粘膜下腫瘍の中では平滑筋腫の頻度が最も高く、神経鞘腫は比較的稀である。大半が良性であることから、腫瘍核出術が第一選択となる。今回、術前の超音波内視鏡下針生検（EUS-FNA）で食道神経鞘腫と診断し、開胸下に腫瘍核出術が施行できた1例を経験したので報告する。症例は59歳女性。咳・痰を主訴に近医を受診し、胸部CTにて上縦隔に巨大な軟部陰影を指摘され当院紹介受診となった。CTでは長径60mm大の境界明瞭な腫瘍が頸胸境界部に存在し、気管を圧排していた。FDG-PETでは、同腫瘍にFDGの異常集積を認めた。上部消化管内視鏡では門歯から18~27cmにかけて食道粘膜下腫瘍を認め、EUS-FNAを施行したところS100蛋白陽性で、神経鞘腫と診断された。右開胸下にアプローチし、腫瘍は周囲への浸潤傾向を認めない弾性硬の腫瘤であった。食道粘膜は損傷したが、腫瘍核出術は可能であり、食道切除を回避できた。術後経過は良好で術後23日目に退院となった。

## E04

横隔膜上食道憩室に対し胸腔鏡下憩室切除術を行った1例

<sup>1</sup>大阪大学 消化器外科

山田 萌<sup>1</sup>、田中晃司<sup>1</sup>、山崎 誠<sup>1</sup>、牧野知紀<sup>1</sup>、宮崎安弘<sup>1</sup>、高橋 剛<sup>1</sup>、黒川幸典<sup>1</sup>、森 正樹<sup>1</sup>、土岐祐一郎<sup>1</sup>

横隔膜上食道憩室に対し胸腔鏡下（VATS）食道憩室切除を施行した1例を報告する。

症例は73歳男性。2014年に上部消化管内視鏡（GIF）にて食道憩室を指摘された。2016年に嚥下時のつかえ感を自覚し、同時に意識消失発作や冷汗などの症状が随伴し、増悪傾向にて2017年4月に当科を紹介受診した。

GIFでは切歯35cm右壁に5cmの憩室を認めた。逆流性食道炎はなく、潰瘍性病変や腫瘍性病変を認めなかった。上部消化管造影検査では、憩室内への造影剤の貯留と肛門側への通過不良を認めた。食道機能検査でアカラシアの所見は認めなかった。横隔膜上食道憩室に対しVATS食道憩室切除術を行う方針とした。

手術では、憩室を長軸方向に牽引し、GIFにて食道内腔を確認しつつEchelon Gold 60mmRで憩室を切除した。手術時間は128分、出血は少量であった。POD2に飲水、POD5に食事を開始した。POD11に造影検査を施行し通過障害、狭窄、逆流がないことを確認し、POD14に退院した。

## E03

炎症性食道腫瘍の1例

<sup>1</sup>神戸大学 食道胃腸外科

澤田隆一郎<sup>1</sup>、押切太郎<sup>1</sup>、小寺澤康文<sup>1</sup>、三浦由紀子<sup>1</sup>、長谷川寛<sup>1</sup>、山本将士<sup>1</sup>、金治新悟<sup>1</sup>、松田佳子<sup>1</sup>、松田 武<sup>1</sup>、角 泰雄<sup>1</sup>、中村 哲<sup>1</sup>、鈴木知志<sup>1</sup>、掛地吉弘<sup>1</sup>

症例は48歳、男性。嚥下障害を主訴に前医を受診し、上部消化管内視鏡検査にて下部食道に粘膜下腫瘍様の病変を指摘され当院を受診した。CTにて胸部下部食道の壁肥厚および噴門部周囲のリンパ節腫脹を認め、Positron Emission Tomography (PET)にてこれらへのFDGの集積を認めた。腹腔鏡下リンパ節生検を含む複数回の生検にて確定診断に至らなかったが、症状の持続およびPET上集積を認めたことより悪性腫瘍に準じて胸腔鏡下食道亜全摘術を施行した。病理結果では、食道壁の硬結・肥厚、粘膜下層から外膜にかけての繊維化、リンパ球を主とする炎症細胞浸潤を認めたが悪性所見は認めなかった。壁の硬結・肥厚部分では重層扁平上皮で構成された嚢胞を多数認め、これらの一部は食道上皮に開口しており、憩室の存在と穿孔を伴う炎症の可能性が示唆された。術後合併症はなく18日目に退院し、現在まで再発を認めていない。今回われわれは診断に難渋し食道切除術を行った炎症性食道腫瘍の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## E05

2ヶ月の間に急速増大を示し、Oncologic emergencyとなった食道癌肉腫の1手術症例

<sup>1</sup>大阪市立大学大学院 消化器外科

<sup>2</sup>東住吉森本病院 外科

中 亮子<sup>1</sup>、西山方規<sup>1</sup>、形部 憲<sup>1</sup>、橋場亮弥<sup>1</sup>、藤原有史<sup>1</sup>、岸田 哲<sup>2</sup>、李 榮柱<sup>1</sup>

【はじめに】 食道癌肉腫は食道悪性腫瘍の0.5~2.8%を占める比較的可成りまれな疾患である。今回我々はoncologic emergencyに陥った食道癌肉腫の症例を経験したので報告する。【症例】 60歳男性。近医で食道癌を指摘され当科紹介となる。食道癌 Lt, scc., T3, N1, M0 cStage3の診断の元、術前化学療法を1回施行した。効果判定にて腫瘍の急速な増大認めため手術の方針となる。術前左側頸部の転移と診断されStage4b症例であったが、腫瘍の急速増大に伴うoncologic emergencyにあると判断し食道亜全摘後縦隔胃管再建術を施行した。病理結果は食道癌肉腫であった。術後経過は良好であり脳転移に関しては術後消失し、脳膿瘍の診断であった。現在無再発にて外来で経過観察を行っている。【まとめ】 今回我々は、急速に増大しoncologic emergencyに陥った食道癌肉腫の1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告を行う。

## E06

経胸的に修復し得た食道癌術後食道裂孔ヘルニアの1例

<sup>1</sup>京都第二赤十字病院 外科

近藤里江<sup>1</sup>、中村吉隆<sup>1</sup>、弓場上将之<sup>1</sup>、渡辺信之<sup>1</sup>、  
近藤 裕<sup>1</sup>、氏家和人<sup>1</sup>、西村幸寿<sup>1</sup>、藤堂桃子<sup>1</sup>、  
阿辻清人<sup>1</sup>、柿原直樹<sup>1</sup>、山口明浩<sup>1</sup>、井川 理<sup>1</sup>、  
谷口弘毅<sup>1</sup>

今回我々は食道癌術後食道裂孔ヘルニアの一例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は76歳男性。5年前に他院で食道癌に対して胸腔鏡下食道亜全摘、後縦隔経路胃管再建を施行された。嘔吐を主訴に近医を受診し、腸閉塞が疑われ当院紹介となった。腹部造影CTにて左胸腔内に腸管脱出を認め食道裂孔ヘルニアと診断し緊急手術を施行した。左開胸を行うと食道裂孔をヘルニア門とし、左胸腔内に小腸および横行結腸が食道裂孔から脱出していたが、壊死所見は認めず用手的に腹腔内に還納可能でありヘルニア門を縫合閉鎖した。術後経過良好にて10日目に退院となった。食道癌術後の食道裂孔ヘルニアは本邦で過去に21例の報告がある。全例が後縦隔経路胃管再建であり、縦隔に脱出した1例を除き、他の症例はすべて左胸腔に腸管脱出を認めた。また全症例で経腹的修復が施行されているが、経胸的修復を施行された症例は本邦初報告である。

## E08

食道裂孔ヘルニアが貧血の原因と考えられた興味ある一例

<sup>1</sup>野崎徳洲会病院

Abdiev shavkat<sup>1</sup>、小野山裕彦<sup>1</sup>、坂井昇道<sup>1</sup>、  
車 清悟<sup>1</sup>、大橋康廣<sup>1</sup>、北澤孝三<sup>1</sup>、井戸垣誠<sup>1</sup>、  
片山勇人<sup>1</sup>、杉原康介<sup>1</sup>

72歳女性、摂食障害と摂食時の呼吸苦で受診した。既往歴では原因不明の貧血で輸血歴がある。身体所見では胸腹部に異常はなかった。血液検査でHb6.5g/dlと貧血があり、潜血便検査が陽性であった。CTでは胃はほぼ全体が横隔膜より頭側に存在した。上部消化管内視鏡では巨大な食道裂孔ヘルニアと、体下部から前庭部の粘膜発赤が強く横隔膜に圧迫された部位のびらんがみられた。胃透視でも胃は全体が食道裂孔ヘルニアの内容物であった。以上より巨大な食道裂孔ヘルニアがあり、それによる食事摂取障害と呼吸苦、横隔膜の圧迫による胃粘膜障害による貧血が起こったと考えた。手術は開腹操作で行った。脱出した胃は容易に還納できた。食道裂孔を縫縮し横隔膜はコンボジックスメッシュにて補強した。術後経過に問題はなく貧血の再発はみられていない。食道裂孔ヘルニアによる胃粘膜障害の貧血はCameron lesionsと言われているが興味ある一例として報告する。

## E07

食道切除・胸骨後経路再建後の食道裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下修復術を行った1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

多加喜航<sup>1</sup>、小西博貴<sup>1</sup>、藤原 斉<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、  
窪田 健<sup>1</sup>、小菅敏幸<sup>1</sup>、庄田勝俊<sup>1</sup>、濱田準一<sup>1</sup>、  
田中善啓<sup>1</sup>、松本順久<sup>1</sup>、加藤千翔<sup>1</sup>、岡本和真<sup>1</sup>、  
大辻英吾<sup>1</sup>

症例は80歳、女性。胸部食道癌に対して鏡視下食道亜全摘、2領域郭清、胸骨後経路胃管再建を施行し無再発で経過観察中であった。術後19ヶ月、心窩部痛を自覚し、CTで食道裂孔から横行結腸の脱出を認めた。全身状態は安定し腸管虚血所見無かったため、絶食で保存的加療を行い、第5病日のCTで横行結腸は自然還納され経過観察となった。しかし、3ヶ月後に同様の症状を自覚し、食道裂孔ヘルニアを認め再度の保存的加療で軽快した。繰り返す食道裂孔ヘルニアに対して待機的に腹腔鏡下修復術を施行。術中所見では腹腔内に明らかな癒着を認めず、初回手術時に閉鎖した食道裂孔は4×4cmに開大。縦隔内には大きな空間があり大網の脱出・癒着を認めた。大網を還納し食道裂孔部をメッシュで被覆・閉鎖し手術を終了した。

胸骨後経路再建後の食道裂孔ヘルニアは比較的稀であるが腸管虚血、穿孔をきたすと重篤化する。今回、待機的な腹腔鏡下修復術を経験したので報告する。

## E09

数年来繰り返す失神症状で判明した巨大食道裂孔ヘルニア、鏡視下修復術の1例

<sup>1</sup>京都第一赤十字病院 外科

河瀬 信<sup>1</sup>、下村克己<sup>1</sup>、松室祐美<sup>1</sup>、辻 亮多<sup>1</sup>、  
古家裕貴<sup>1</sup>、田中幸恵<sup>1</sup>、熊野達也<sup>1</sup>、小松周平<sup>1</sup>、  
井村健一郎<sup>1</sup>、池田 純<sup>1</sup>、谷口史洋<sup>1</sup>、  
高階謙一郎<sup>1</sup>、塩飽保博<sup>1</sup>、池田栄人<sup>1</sup>

【はじめに】一過性意識消失発作を繰り返した巨大食道裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下に修復した希少な1例を経験したので報告する。

【症例】82歳女性。主訴は食後の意識消失。CTにて食道裂孔ヘルニアと左房、IVCの圧排像あり。過去9年間に5回の失神を認めたため巨大ヘルニアが原因と診断し腹腔鏡下修復術を施行した。

【術中所見】胃体部まで胸腔内に脱出していた。周囲の剥離にて容易に腹腔内に還納できた。横隔膜脚にU字メッシュで固定し、胃の噴門形成を追加し腹腔鏡のみで手術を終えた。

【術後経過】DGEの発生を認めたが、術32日目に軽快退院となった。術後失神症状は消失。

【考察】嚥下性失神は比較的稀とされており、圧受容体への直接刺激により徐脈、血圧低下が生じる機序と、食物により拡張した胃や食道が左心房を圧迫し虚脱させることで血圧低下を引き起こす機序が考えられる。

【結語】失神を繰り返した食道裂孔ヘルニアの1例を経験した。

## E10

エリブリン投与にて2年以上のLong-SDを認めた、局所進行転移性乳癌の1例

<sup>1</sup>春秋会 城山病院 消化器・乳腺センター外科

<sup>2</sup>大阪南医療センター 乳腺外科

<sup>3</sup>大阪医科大学 乳腺外科

新田敏勝<sup>1</sup>、富永 智<sup>1</sup>、木村光誠<sup>1,3</sup>、碓 絢菜<sup>2</sup>、三好和裕<sup>1</sup>、石橋孝嗣<sup>1</sup>、田中 覚<sup>2</sup>、岩本充彦<sup>3</sup>

【症例】58歳女、Solid tubular carcinoma T4cN3aM1 (OSS) stage IVER (+) PgR (-) HER2 (-) Grade2 Ki67-17.2%luminalB と診断。【治療経過】FEC100×6を投与しUFT + letrozoleの内服に変更し効果判定上SDであったが徐々に進行を認めNab-paclitaxelさらにBevacizumabとpaclitaxel併用化学療法に変更し局所出血コントロールのためBt + Ax(II)を施行した。その後fulvestrantを約6ヶ月施行、エリブリンの投与(1.4mg/m<sup>2</sup>2週投与1週休薬)を開始しSDの状態を保ちつつ34クール施行し現在も生存中である。【考察】医学中央雑誌で「乳癌」「エリブリン」を検索し1年以上もSDを維持したものは、自験例を含め13例であった。結果、HER2陰性のluminalBの症例が8例中6例と多く、Tripple negativeの症例は1例だけであった。また、EMBRACE試験の背景と同じでその試験がさらに裏付けされた。【結語】エリブリン投与にて2年以上のLong-SDを認めた、局所進行転移性乳癌の1例を経験した。

## E12

乳癌術後腹膜播種再発による結腸と十二指腸閉塞に対して手術と化学療法によりQOLを維持できた1例

<sup>1</sup>松下記念病院 乳腺外科

<sup>2</sup>松下記念病院 外科

<sup>3</sup>竹田乳腺クリニック

渡邊 陽<sup>1,2</sup>、山口正秀<sup>1,2</sup>、杉本里保<sup>1,2</sup>、深見知之<sup>2</sup>、多田浩之<sup>2</sup>、竹下宏樹<sup>2</sup>、梅原誠司<sup>2</sup>、石井博道<sup>2</sup>、和泉宏之<sup>2</sup>、谷 直樹<sup>2</sup>、野口明則<sup>2</sup>、山根哲郎<sup>2</sup>、竹田 靖<sup>3</sup>

症例は47歳女性。2013年10月右乳癌cT2N0M0にBt + SNB → Axを施行。病理結果はILC、pT2(4.5cm)n(+)(20/26)M0 ER(+),PgR(+),HER2:1 + Ki67:17%であった。術後は紹介医でFEC + DTX施行後、ゴセリン+タモキシフェンを行った。2016年9月骨転移を認めゾレドロン酸とフルベストラントに変更。同年12月血小板低下と腹痛を認め当科に紹介。腹部CTで結腸肝彎曲と十二指腸狭窄が疑われた。結腸狭窄は進行しており緊急開腹術を施行。血性腹水を認めClassVであり肉眼的にも多数の腹膜結節があり腹膜播種による結腸閉塞として回腸人工肛門造設術を施行。腹膜結節の病理診断は乳癌再発病変であった。退院後当院でweekly-PTXを施行したが2017年3月嘔気、食事摂取不良を主訴に来院し腹膜播種増悪による十二指腸閉塞と診断し胃空腸吻合術を施行。退院後エリブリンを投与している。今回、乳癌術後腹膜播種再発に対してQOLを維持できた症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## E11

右腋窩乳癌の1例

<sup>1</sup>明石市立市民病院 一般外科・乳腺外科

中村憲司<sup>1</sup>、有吉要輔<sup>1</sup>、小泉範明<sup>1</sup>、安岡理恵<sup>1</sup>、

藤木 博<sup>1</sup>、阪倉長平<sup>1</sup>

症例は78歳女性。2014年9月中旬に右腋窩の腫脹を自覚。同年10月に外科受診。頸部・胸部・両乳腺に異常を認めなかったが、右腋窩に弾性硬の腫瘤を触知。CTで同部位に境界不明瞭、スピキュラを伴う腫瘤陰影を認めた。針生検で、異所性乳癌もしくはアポクリン癌との診断を得た。またPET-CTで右腋窩・縦隔・両側肺門部リンパ節と全身骨に集積多数を認め、多発転移が疑われた。免疫染色でER(+),PgR(+),HER2(-),MIB-1 index 20%以上だった。術前化学療法(毎週パクリタキセル療法)8クールとデノスマブ(4週間毎)投与を行ったが、効果はSDだった。このため2015年3月に右腋窩腫瘤摘出術を施行するも、一部腋窩静脈に強固に浸潤癒着していたため、癒着部位を残し腫瘍摘出を終えた。以後はアナストロゾール1mg/day + デノスマブ投与を継続し、多発転移を残しつつも現在まで経過安定な状態を保っている。若干の文献を交え報告する。

## E13

腹腔鏡下手術(TAPP法)を施行した前立腺全摘術後の鼠径ヘルニアの一例

<sup>1</sup>明石市立市民病院 外科

小泉範明<sup>1</sup>、有吉要輔<sup>1</sup>、安岡理恵<sup>1</sup>、中村憲司<sup>1</sup>、

藤木 博<sup>1</sup>、阪倉長平<sup>1</sup>

症例は前立腺全摘術の既往がある70歳の男性。数ヶ月前から右鼠径部の膨隆を自覚し当院を受診。右間接鼠径ヘルニアと診断し、TAPP法で手術を施行した。5-5-3mmの3ポートで手術を施行。ヘルニア門より内側は腹膜前腔の癒着のため剥離が困難であり、腹腔内留置型メッシュをトリミングして腹腔内に挿入し、背側および外側は剥離した腹膜の下に、腹側および内側は腹腔内に露出する形でメッシュを留置した。腹側は吸収性タッカーで固定し、内側は間隙が生じないように腹壁に縫合固定した。腸管が迷入しないよう、外側および背側の腹膜はメッシュに縫合した。術後経過は良好で2日目に退院された。近年前立腺全摘術後の鼠径ヘルニアに対するTAPP法の施行例が散見される。鼠径部切開法との優劣はつけがたいが、疼痛が軽微で腹腔内から確実に修復できる点での有用性は大きい。内側の剥離の可否に応じて、適切なメッシュを選択して慎重に行えば、有用な方法と思われた。

## E14

大腿ヘルニア嵌頓に急性肺血栓塞栓症を合併した一例

<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 循環器科

西尾尚記<sup>1</sup>、杉本奈緒子<sup>1</sup>、山中健也<sup>1</sup>、高木秀和<sup>1</sup>、鍛利幸<sup>1</sup>、小切匡史<sup>1</sup>、岩室あゆみ<sup>2</sup>

【はじめに】急性肺血栓塞栓症は死亡率の高い疾患であり、死亡は発症後早期に多く診断がつき次第迅速な治療法選択が必要である。【症例】70歳台女性。血栓傾向の既往なし。10日前より食思不振、2日前からの腹痛にて近医受診、SpO<sub>2</sub>低下ありCTにて左大腿ヘルニア嵌頓、左下腿静脈血栓と肺塞栓認め当院紹介。IVC フィルター挿入後嵌頓解除術を行う方針としたが、麻酔導入時に血圧低下と脈圧低下認めた。経食道エコーにて右心負荷著明であり、肺塞栓の増悪と判断して手術を中断、ヘパリン化シカテーテル的血栓破碎、除去術を行うも全身状態は改善せず、数時間後永眠された。【考察】本症例では左大腿ヘルニア嵌頓により左大腿静脈血栓を生じ、それによる広範型肺血栓塞栓症を来したと考えられる。IVC フィルターもリスクを軽減するが万全ではない。同様の症例で循環動態が安定していれば、術中総腸骨静脈をクランプし塞栓を予防するなどの工夫が必要であると考えられる。

## E16

腹壁癒痕ヘルニア修復術後にメッシュによる膀胱皮膚瘻を来した一例

<sup>1</sup>済生会滋賀県病院

高嶋祐助<sup>1</sup>、芝本 純<sup>1</sup>、河村雪乃<sup>1</sup>、西田真衣子<sup>1</sup>、平本秀一<sup>1</sup>、越智史明<sup>1</sup>、辻浦誠浩<sup>1</sup>、中島 晋<sup>1</sup>、藤山准真<sup>1</sup>、増山 守<sup>1</sup>

症例は81歳、女性。77歳時に卵巣腫瘍摘出術後の腹壁癒痕ヘルニアに対してコンポジットメッシュを用いた修復術の手術歴があり、その2年3ヶ月後に腹壁からの浸出液を主訴に受診した。身体所見で手術創部に瘻孔形成を認め、浸出液からは尿臭を認めた。尿道カテーテルよりインジゴカルミンを注入すると瘻孔より排出し、膀胱鏡で膀胱内へのメッシュの嵌入を認めた事からメッシュを介在した膀胱皮膚瘻の診断に至った。保存的加療を行ったが難治性であり、メッシュを含めた膀胱部分切除術を行った上で、1サージロン糸による筋膜の単純縫合を行い、再度ヘルニアを修復した。術翌日に小腸穿孔を合併し、小腸部分切除術を施行したが、その後の経過は良好で術後24日目に退院となった。今回われわれは腹壁癒痕ヘルニア修復に用いた腹腔内留置型メッシュによる膀胱皮膚瘻の1例を経験したので、若干の文献学的考察を加え報告する。

## E15

腹腔鏡下にて修復した再発閉鎖孔ヘルニアの1例

<sup>1</sup>西陣病院 外科

平島相治<sup>1</sup>、高木 剛<sup>1</sup>、小林博喜<sup>1</sup>、福本兼久<sup>1</sup>

者は74歳女性で、右下腹部から右大腿にかけての違和感を主訴に当科受診。初診時の視触診では明らかな異常を認めなかった。腹部CT検査で右閉鎖孔ヘルニアの嵌頓を認めたが、ヘルニア内容は大網と考えられ、待機的に腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した。腹腔内を観察すると、右閉鎖孔に大網が嵌頓しており、鉗子での牽引のみで容易に嵌頓を解除した。嵌頓大網の色調に問題はなく、大網の切除は行わなかった。ヘルニア嚢を反転させた後に切開し、ヘルニア門を中心に4cm程度の辺縁を確保して腹膜外剥離を行った。ここにトリミングしたフラットメッシュを挿入して、Cooper 靭帯と縫着し、腹膜閉鎖の後に手術を終了した。術後は問題なく経過し、術後3日目に退院となった。再発率の高い閉鎖孔ヘルニアに対して、汚染手術を伴わない場合には、腹腔鏡下手術は確実に有用な術式と考えられた。

## E17

腹腔鏡下 (TAPP) にて治療した Nuck 管水腫の1例

<sup>1</sup>JCHO 神戸中央病院 外科

曾我耕次<sup>1</sup>、酒井知人<sup>1</sup>、水谷 融<sup>1</sup>、西尾 実<sup>1</sup>、高 利守<sup>1</sup>、小黒 厚<sup>1</sup>、中川 登<sup>1</sup>

成人 Nuck 管水腫の多くは鼠径部切開法による手術が行われており腹腔鏡を用いた治療の報告は少ない。今回我々は腹腔鏡下に Nuck 管水腫に対して切除修復を行ったので報告する。症例は47歳女性。特記すべき既往歴はなし。10代のころより左鼠径部の膨隆を認めていた。1ヶ月前より左鼠径部に疼痛を認めるようになり当院へ紹介、受診となった。術前施行した超音波検査およびCT検査で嚢胞を確認したため左 Nuck 管水腫と診断し腹腔鏡下に手術を行う方針とした。手術は3ポート (5-5-3mm) で、TAPP に準じて行った。子宮円靭帯を牽引しながら腹腔内に Nuck 管水腫を露出し切除した。開大した内鼠径輪をメッシュで修復して手術を終了した。手術時間87分、出血量少量。水腫や腹膜の剥離は鼠径ヘルニア手術 (TAPP) と同様に良好な視野で手術可能であった。確実な水腫同定できるためこの術式は有用であると考え、若干の文献的考察を含め報告する。



## E18

腹壁癒痕ヘルニアに対するメッシュ修復後に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

<sup>1</sup>堺市立総合医療センター 外科統括部

日村帆志<sup>1</sup>、中田 健<sup>1</sup>、トウ傑之<sup>1</sup>、眞木良祐<sup>1</sup>、西 秀美<sup>1</sup>、岸本朋也<sup>1</sup>、中平 伸<sup>1</sup>、藤田淳也<sup>1</sup>

【背景】今回、腹壁癒痕ヘルニアに対するメッシュ修復術後の患者に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例を経験したため報告する。【症例】85歳女性、心窩部痛を主訴に外来を受診され、胆石発作と診断し手術加療の方針となった。既往として、小腸穿孔後の腹壁癒痕ヘルニアに対し、1年前に臍部中心に20×25cmのメッシュを用いた整復術がある。手術はメッシュのない心窩部から第1ポートを挿入し、腹腔内を観察した。大網・小腸のメッシュへの癒着を認めたが、右上腹部、胆嚢周囲には癒着を認めなかった。メッシュを避けて右上腹部にポートを挿入し、型通り胆嚢摘出術を施行できた。【考察】腹壁癒痕ヘルニアに対するメッシュ修復後の腹部手術はメッシュの取り扱いが問題となるが、腹腔鏡を利用することで安全に手術を完遂することができた。【結論】腹壁癒痕ヘルニアに対するメッシュ修復後の腹腔鏡下胆嚢摘出術の1例を経験した。

## E20

穿孔性腹膜炎で発症した内膀胱上窩ヘルニアの一例

<sup>1</sup>近江八幡市立総合医療センター 外科

石川達基<sup>1</sup>、秋岡清一<sup>1</sup>、杉本龍亮<sup>1</sup>、山師幸大<sup>1</sup>、竹本正和<sup>1</sup>、門谷弥生<sup>1</sup>、奥川 郁<sup>1</sup>、中野且敬<sup>1</sup>、大坂芳夫<sup>1</sup>、土屋邦之<sup>1</sup>

【症例】88歳男性、8歳時に虫垂炎手術歴あり。6日前よりの腹痛、嘔気、食事摂取不良あり近医受診し腹痛は一時軽快したが、腹痛の増悪ありイレウス疑いにて紹介。腹部全体に自発痛、圧痛あり、腹壁硬、反跳痛の腹膜炎症状を認めた。CTで膀胱の腹側に小腸の絞扼像あり、腹腔内に free air も散在し、内ヘルニアによる小腸穿孔を疑い緊急手術を実施。【手術所見】下腹部正中切開で開腹し、腹腔内に汚染腹水認めた。正中臍靭帯、外側臍靭帯との間の膀胱上窩に約10cmの小腸が陥入し同部位で壊死・穿孔を認めた。小腸切除術、ヘルニア嚢切除を施行した。【考察】内膀胱上窩ヘルニアは稀な疾患であり、解剖学的にその存在があまり知られておらずその報告は21例と少なかった。CTで特徴的な画像を呈することがあり同疾患を念頭におく必要があると考えられた。

## E19

CTにて術前診断し腹腔鏡と鼠径法で手術を施行した Amyand's hernia の2例

<sup>1</sup>北播磨総合医療センター 外科・消化器外科

阿部智喜<sup>1</sup>、藤中亮輔<sup>1</sup>、小濱拓也<sup>1</sup>、浦出剛史<sup>1</sup>、村田晃一<sup>1</sup>、御井保彦<sup>1</sup>、沢 秀博<sup>1</sup>、万井真理子<sup>1</sup>、岡 成光<sup>1</sup>、岩谷慶照<sup>1</sup>、黒田大介<sup>1</sup>

鼠径ヘルニア内に虫垂が嵌頓した Amyand's hernia は比較的稀な疾患である。今回 CT にて術前診断し手術を腹腔鏡と鼠径法で施行した2例を報告する。症例1：69歳男性。主訴は右鼠径部膨隆。用手還納困難で精査にて急性虫垂炎疑い、Amyand's hernia と診断し翌日手術を施行した。腹腔鏡にて右外鼠径ヘルニアに虫垂の嵌頓を認め還納不可能であった。右鼠径部切開にて著明に腫大した虫垂を認め、体外で虫垂切除施行した。術後感染を考慮し IPT 法でヘルニアを修復した。症例2：75歳男性。主訴は右鼠蹠部膨隆。用手還納困難で精査にて急性虫垂炎、Amyand's hernia と診断し同日緊急手術を施行した。腹腔鏡にて右外鼠径ヘルニアに虫垂の嵌頓を認めた。還納すると虫垂は暗赤色で壊疽性虫垂炎と診断し、虫垂切除術のみを施行した。二期的に UPP 法でヘルニアを修復した。Amyand's hernia に対し腹腔鏡と鼠径法を併用した症例は少なく若干の文献的考察を加えて報告する。

## E21

腰ヘルニアに対して腹臥位ヘルニア根治術を実施した1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 上部消化管外科

吉原俊也<sup>1</sup>、中西保貴<sup>1</sup>、小澤りえ<sup>1</sup>、倉橋康典<sup>1</sup>、仁和浩貴<sup>1</sup>、石田善敬<sup>1</sup>、菊池正二郎<sup>1</sup>、笹子三津留<sup>1</sup>、篠原 尚<sup>1</sup>

症例は84歳女性。胃癌術後経過観察中に背部の膨隆増大を自覚した。右背部肋弓下に超手拳大の膨隆を認め、用手還納容易であった。腹部 CT にて右肋弓下、腰方形筋外側に5×3cmのヘルニア門を認め、腰ヘルニア (superior lumbar hernia) と診断。ヘルニア内容物は小腸であった。腹臥位にて腰ヘルニア根治術を実施。広背筋背側にヘルニア嚢を確認。ヘルニア内容物は回盲部で、ヘルニア嚢と強固に癒着を認めたため、高位結紮せず腹腔へ還納した。後壁補強のため Zuckerkindl fascia から腹膜前腔に VENTRIO Hernia Patch を挿入し、ヘルニア門を GORE-TEX メッシュにて縫合閉鎖した。術後経過良好で、現時点で再発を認めない。腹臥位腰ヘルニア根治術は、開腹手術に比し安全に施行できる低侵襲手術であり、術式選択肢の一つとなりえる。

## E22

腹腔鏡下に治療しえたS状結腸間膜窩ヘルニアの1例

<sup>1</sup> 大津赤十字病院 外科

<sup>2</sup> 京都大学 肝胆膵・移植外科/小児外科

阿部由督<sup>1</sup>、余語覚<sup>2</sup>、甲津卓実<sup>1</sup>、金田明大<sup>1</sup>、伊藤 孝<sup>1</sup>、中村直人<sup>1</sup>、松林 潤<sup>1</sup>、中山雄介<sup>1</sup>、北口和彦<sup>1</sup>、浦 克明<sup>1</sup>、大江秀明<sup>1</sup>、豊田英治<sup>1</sup>、廣瀬哲朗<sup>1</sup>、石上俊一<sup>1</sup>、土井隆一郎<sup>1</sup>

症例は67歳、腹部手術歴がない男性。腹痛、嘔吐を主訴に当院に来院し、造影CTで小腸の短いClosed loop形成を認めるものの虚血所見はないためイレウスチューブで保存加療が開始された。症状改善がみられず外科紹介となり、腹腔鏡下手術を施行した。S状結腸間膜と後腹膜の癒合部に5\*3cm大の空間を認め、内部に回盲部から約1mの回腸を中心とする小腸陥入を認めた。陥入腸管とヘルニア門との癒着を剥離して整復し、回腸の色調は良好なため腸管切除は行わず、ヘルニア腔となっていた空間尾側の間膜-後腹膜癒合を開放した。術後経過は良好で術後12日目に退院となった。RetrospectiveなCT検証では、絞扼腸管の腹側にS状結腸およびS状結腸間膜が存在し、S状結腸間膜窩ヘルニアと確認しえた。S状結腸間膜窩ヘルニアは比較的まれで腹腔鏡下に治療した報告は少ない。今回われわれは、腹腔鏡下に治療し良好な経過をえた1例を経験したので報告する。

## E24

直腸癌に対して腹腔鏡下手術後に会陰ヘルニアを来し、腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した1例

<sup>1</sup> 奈良県立医科大学附属病院 消化器・総合外科

<sup>2</sup> 奈良県立医科大学附属病院 中央内視鏡部

黒田靖浩<sup>1</sup>、佐々木義之<sup>1</sup>、久下博之<sup>1</sup>、植田 剛<sup>1</sup>、井上 隆<sup>1</sup>、尾原伸作<sup>1</sup>、中本貴透<sup>1</sup>、中村保幸<sup>1</sup>、小山文一<sup>1,2</sup>、庄 雅之<sup>1</sup>

症例は58歳、男性。下部直腸癌(T4bN3M0 cStageIIIb)に対して術前化学療法施行後(T4bN0M0 ycStageII)に腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を施行した。結果はTONOM0 pStage0であり、合併症なく経過し、術後23日目に退院した。術後4ヵ月より会陰創の膨隆を認めた。徐々に増大傾向であったため骨盤CT検査を施行したところ会陰部に小腸瘤と液貯留を認め会陰ヘルニアと診断した。術後11ヵ月で腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した。ヘルニア門は前回手術時の肛門挙筋断端であり、6\*4.5cmとして認められた。15\*10cmのVentra-Lightを用いてメッシュ辺縁とヘルニア門近縁に2.5cmのmarginを取ってヘルニア門を修復した。現在、術後3ヵ月間再発は認めていない。続発性会陰ヘルニアは稀な疾患であり、自験例を含めて文献的考察を加えて報告する。

## E23

腹腔鏡下に治療した子宮広間膜裂孔ヘルニアの1例

<sup>1</sup> 京都中部総合医療センター 外科

神部浩輔<sup>1</sup>、福田賢一郎<sup>1</sup>、神谷 肇<sup>1</sup>、井口雅史<sup>1</sup>、鎌田陽介<sup>1</sup>、長田寛之<sup>1</sup>、岩田讓司<sup>1</sup>、山岡延樹<sup>1</sup>、塚本賢治<sup>1</sup>

【症例】59歳女性。主訴は腹痛。2日前から腹痛が出現、徐々に腹痛が増悪したため救急受診した。開腹手術の既往はなかった。CTで小腸ループが左子宮広間膜を前後に貫くような所見があったため、左子宮広間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断し、同日緊急で腹腔鏡下に手術を行った。術中所見は3cmの左子宮広間膜裂孔を貫くように小腸が10cm嵌入しており、壊死していた。鉗子で牽引して嵌頓を解除し、壊死した腸管は臍小切開創から体外へ引き出して吻合した。また、左子宮広間膜の異常裂孔は3-0吸収糸で腹腔鏡下に縫合閉鎖した。術後経過は良好で、術後第7病日に退院した。【考察】内ヘルニアの頻度はイレウスの0.9%と報告されており、子宮広間膜裂孔ヘルニアは内ヘルニアの7%以下と非常に稀である。女性の開腹歴のないイレウスは本症を念頭におき、早期診断と治療が必要と思われた。

## E25

外科医が行う簡単で安全な腹腔鏡下腹壁ブロックの導入

<sup>1</sup> 兵庫県立加古川医療センター 初期臨床研修

<sup>2</sup> 兵庫県立加古川医療センター 外科

<sup>3</sup> 神戸労災病院

<sup>4</sup> 神戸大学 肝胆膵外科

<sup>5</sup> 加古川磯病院

長見 直<sup>1</sup>、門馬浩行<sup>2</sup>、岸 真示<sup>2,3</sup>、堀川 学<sup>2</sup>、川嶋太郎<sup>2</sup>、西沢祐輔<sup>2,4</sup>、堀 宏成<sup>2</sup>、小林 巖<sup>2</sup>、衣笠章一<sup>2</sup>、高瀬至郎<sup>2</sup>、中村 毅<sup>2,5</sup>

ERAS (enhanced recovery after surgery) において、術後鎮痛は重要な要素の一つである。オピオイドは、術後の回復を遅らせることからその使用量を減らすことが推奨され、また硬膜外麻酔は体壁破壊の少ない手術などでは、その効果と合併症のリスクを考へて用いられないことが多い。当院では、それらの症例には局所麻酔やブロックを行うようにしている。手術に先駆けて行うものなので、容易に行えてかつ安全である方法が望ましい。麻酔医が行う腹壁ブロックは、体表からエコーガイド下で行うので経験が必要で、腹腔内臓器損傷といった危険性もある。外科医であれば腹腔鏡下に腹腔内から観察できて、誤穿刺の危険性は回避可能である。腹壁ブロックの方法はいくつかあり、創の大きさや部位による痛みの違いなども検討の必要がある。それらを踏まえて、外科医が行う簡単安全な腹腔鏡下腹壁ブロックの取り組みを報告する。

## E26

単孔式腹腔鏡下腫瘍切除術を施行し得た後腹膜嚢胞性リンパ管腫の一例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般消化器外科

<sup>2</sup>大阪医科大学付属病院 がんセンター

鈴木重徳<sup>1</sup>、山本誠士<sup>1</sup>、鱒淵真介<sup>1</sup>、石井正嗣<sup>1</sup>、濱元宏喜<sup>1</sup>、田中慶太郎<sup>1</sup>、奥田準二<sup>2</sup>、内山和久<sup>1</sup>

(はじめに) 比較的稀な後腹膜リンパ管腫に対して単孔式腹腔鏡下腫瘍切除術を施行した症例を経験したので報告する。(症例) 40歳代男性、身長169.4cm、体重67.5kg。倦怠感を主訴に受診し、CTで右総腸骨動脈近傍に造影効果の乏しい4.5cm大の境界明瞭な腫瘤を認め、MRIではT1強調像で筋肉と等信号、T2強調像では高信号で不均一に淡く造影される腫瘤を認め、神経原性腫瘍などの間葉系腫瘍を疑い手術を施行した。(手術所見) 臍部からグローブ法による単孔式で腹腔内に到達した。右総腸骨動脈と右尿管に隣接したが、慎重に全周剥離し切除した。術後6日目に軽快退院した。(考察) リンパ管腫は小児の顔面、頸部、腋窩に好発し、腹腔内発生は9%と低く、後腹膜発生はさらに5%と稀である。良性疾患であり周囲への浸潤は稀で容易に摘出できる事が多く、十分な検討の上で単孔式手術は有用と考える。(結語) 後腹膜腫瘍に対する単孔式腹腔鏡下腫瘍切除術の一例を経験したので、考察を加えて報告する。

## E28

骨盤腹膜炎を合併した左卵巢成熟嚢胞性奇形腫

<sup>1</sup>八尾徳洲会総合病院 小児外科

岡田 彩<sup>1</sup>、木村拓也<sup>1</sup>、井上雅文<sup>1</sup>、服部 彬<sup>1</sup>、辻 庸宏<sup>1</sup>、松田康雄<sup>1</sup>

骨盤腹膜炎を合併した卵巢成熟嚢胞性奇形腫を腹腔鏡下に治療し得たので報告する。症例はG0P0の17歳。主訴は下腹部痛で増悪したため当院救急受診となった。受診時に下腹部正中に強い圧痛を認めCRP1.01mg/dlの軽度上昇、腹部単純CTで直径9cmの左卵巢腫瘍を認めた。内部に脂肪濃度と石灰化を認め成熟嚢胞性奇形腫の診断として後日腹腔鏡下左卵巢腫瘍摘出術を予定した。腹水は淡黄色で腹腔内に炎症性の癒着や子宮周囲で白苔の付着もみられた。腫瘍には大網とS状結腸が癒着し子宮広間膜より腫瘍をLCSにて切離した。大きさは7×6×5.5cmで表面は平滑な白色の腫瘍を摘出したが明らかな破裂は認めなかった。腹水と膿培養、C.trachomatis抗体陰性であった。病理診断は成熟嚢胞性奇形腫であり術後経過良好で術後4日目に退院となった。腹膜炎の起炎菌は同定できなかったが若年女性の急性腹症の鑑別診断として卵巢腫瘍の茎捻転や破裂も念頭におくべきであると考えられた。

## E27

Ramucirumab 使用中に小腸穿孔による汎発性腹膜炎を来した一例

<sup>1</sup>西神戸医療センター 外科・消化器外科

原田樹幸<sup>1</sup>、長田圭司<sup>1</sup>、堀江和正<sup>1</sup>、牧野健太<sup>1</sup>、松浦正徒<sup>1</sup>、吉村弥緒<sup>1</sup>、塩田哲也<sup>1</sup>、岩崎純治<sup>1</sup>、長井和之<sup>1</sup>、伊丹 淳<sup>1</sup>、京極高久<sup>1</sup>

【はじめに】胃癌の再発に対してRamucirumab投与中に、小腸への腹膜播種転移の穿孔により汎発性腹膜炎を来した一例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性。胃癌にて幽門側胃切除後、3年目に肝転移再発あり。切除も考慮したが患者が拒否。Her2陽性のためTrastuzumab併用の化学療法を施行していたが増悪を認め、その後PaclitaxelとRamucirumabに変更。1コース目に間質性肺炎も否定できない肺障害を来し、Ramucirumab単独に変更した。4コースが終了したが、突然の下腹部痛で救急外来受診。CTにてfree airを認め、消化管穿孔の診断で緊急手術となった。術前は指摘できなかったが、肝転移以外に腹膜播種もあり、小腸への腹膜播種巣が穿孔していた。同部位を部分切除し一期的に吻合した。術後経過は良好であった。【まとめ】腸管への転移に対する化学療法中の消化管穿孔はどの抗癌剤でも起こり得るが、特に血管新生阻害剤使用中は注意が必要である。