

第203回 近畿外科学会 プログラム・抄録

日 時：令和2年9月12日（土）

会 場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931

評議員会会場：大阪国際交流センター 2階さくら東

会 長 大 平 雅 一

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器外科、乳腺・内分泌外科

第204回 近畿外科学会ご案内

第204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： 令和3年3月20日（土）
2. 会場： 奈良春日野国際フォーラム 薨～I・RA・KA～
〒630-8212 奈良市春日野町 101
TEL 0742-27-2630
3. 演題登録開始予定日： 令和2年9月30日（水）より
演題登録締切予定日： 令和2年11月18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
（E-mail kinkigeka@adfukuda.jp）へお願い致します。

〒634-8522 奈良県橿原市四条町 840
奈良県立医科大学 消化器・総合外科学教室
第204回 近畿外科学会

会長 庄 雅 之

TEL 0744-29-8863

FAX 0744-24-6866

第203回 近畿外科学会
プログラム

会 長

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器外科、乳腺・内分泌外科

大 平 雅 一

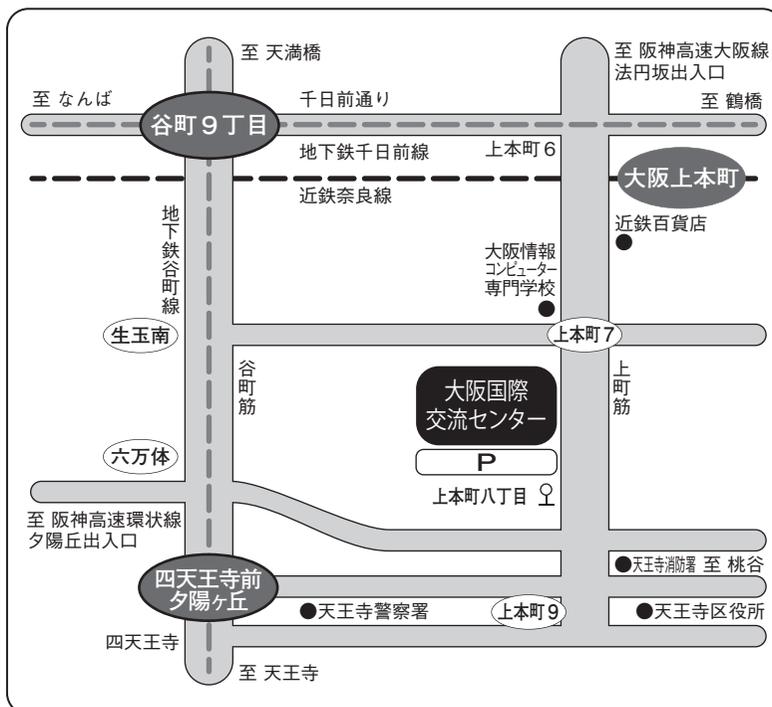
会場案内図

大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931(代)

大阪国際交流センター交通のご案内



★駐車場が充分ではありません。
ご来館には公共交通機関をご利用ください。

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

JR新大阪駅から約50分

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

JR大阪駅から約40分

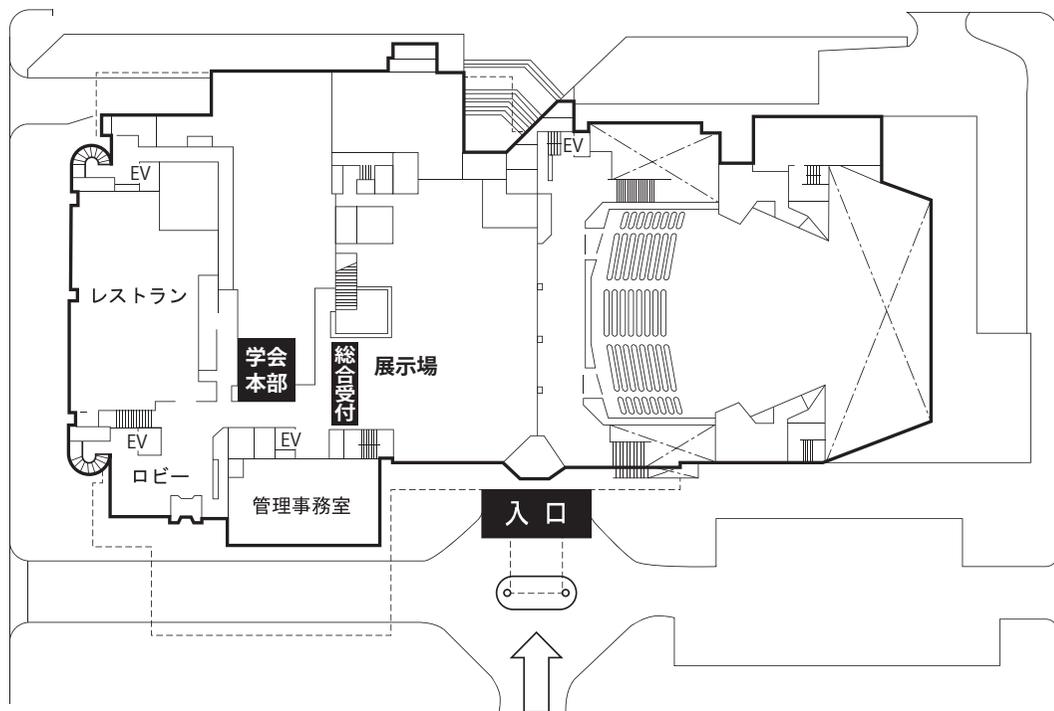
- JR環状線（鶴橋乗りかえ）近鉄「上本町」下車、徒歩5分
- 地下鉄谷町線「東梅田」乗車「谷町九丁目」下車、徒歩10分

関西国際空港から約60分

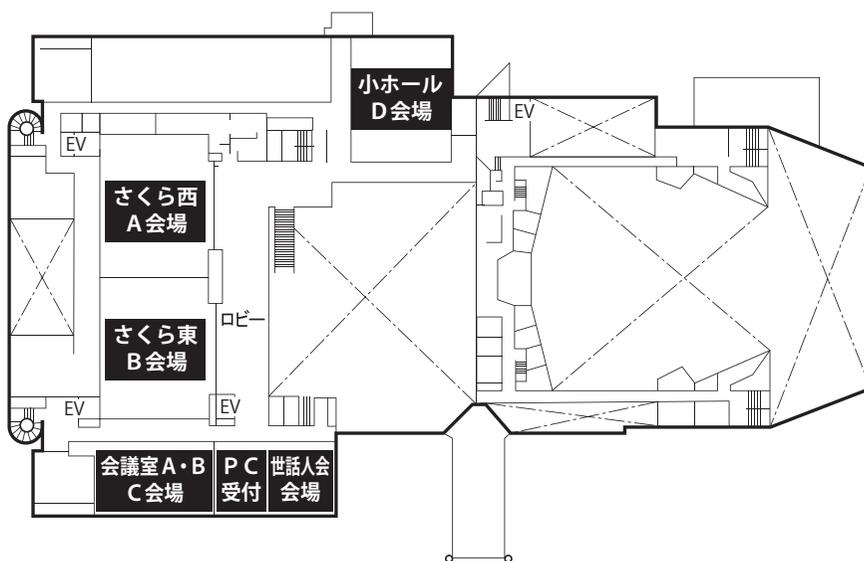
- リムジンバス（上本町線）で「近鉄上本町」へ
- 南海本線（難波乗りかえ）近鉄「上本町」へ

会場配置図

1F



2F



演者、参加者へのお願い

1. **参加受付開始**：受付開始時間は8時30分から行います。
会場入口は8時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 Point 2003以降です。尚、主催者側で用意するパソコンは、**Windows のみで Macintosh は用意しませんのでご自身のパソコンをご用意下さい。**
4. **ビデオ発表**：ビデオ発表をされる演者の方は、動画データを入れた PC のご持参をお勧めします。再生ソフトは Windows media player で再生できるものに限定させていただきます。
5. **参加費**：①評議員と、一般参加の先生方は参加費3,000円を総合受付でお支払いの上、参加証をお受け取り下さい。
②**初期臨床研修医は参加費1,000円です。**参加予定の初期臨床研修医の方は、学会ホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/kinkigek/>) の「学会情報」から初期臨床研修医証明書 (PDF ファイル) をダウンロードし、必要事項をご記入の上、学会当日に総合受付へご提出下さい。
③コメディカル、学生は参加費無料です。身分証明書、在学証明書、学生証等を学会当日に総合受付でご提示下さい。
※証明書がない場合は通常の参加費となりますので、初期臨床研修医・コメディカル・学生の方は必ずご持参いただきますようお願い致します。※
④プログラム抄録集は、1冊1,000円で当日販売致しますが、部数に限りがございますので、プログラムは必ずご持参下さい。
6. **ランチョンセミナー**：12時00分より A 会場・B 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**：13時15分より大阪国際交流センター 2階さくら西 (A会場) にて行います。
なお、評議員会では昼食をご用意しませんのでランチョンセミナーをご利用下さい。

PC 発表と受付に関するお願い

1. PC 受付は発表時間の1時間前（早朝発表の場合は30分前）までに、必ずお済ませ下さい。 CD-ROM/USB メモリーでお持込いただいた発表データは PC 受付から各会場に送信します。
2. 発表データのファイル名は「(演題番号) (氏名) (会場)」として下さい。
3. 混雑緩和のため PC 受付での発表データの加筆修正は、くれぐれもご遠慮下さい。

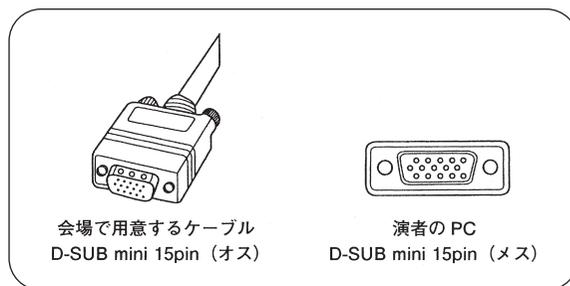
4. ①CD-ROM/USB メモリーでのお持ち込みの場合は、Windows のフォーマットのみ限定し、Macintosh のフォーマットには対応しかねますのでご注意ください。

※尚、文字化けを防ぐため下記フォントに限定します。

日本語…MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝

英語…Century、Century Gothic

- ②動画データを使用の場合、あるいは Macintosh での発表しかできない場合はご自身のノート PC のご持参をお勧めします。ただし会場でご用意する PC ケーブル・コネクタの形状は D-SUB mini 15pin (⊗) 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（E-mail：kinkigeika @adfukuda.jp）迄、事前にお問い合わせ下さい。

A 会場 (2F さくら西)		B 会場 (2F さくら東)	
8:55	開会の辞		
9:00	大腸① A01～04 座長：中本 貴透	9:00	肝臓① B01～04 座長：桂 宜輝
9:28	大腸② A05～07 座長：青松 直撥	9:28	肝臓② B05～07 座長：前田 栄
9:49		9:49	
10:00	モーニングセミナー 「免疫チェックポイント阻害剤を含むトリプルネガティブ乳癌の治療マネジメント」 座長：中谷 守一 演者：岩朝 勤 共催：大鵬薬品工業株式会社	10:00	
10:50			
10:55	特別講演 「腫瘍免疫の基礎と臨床～乳癌免疫治療への道～」 座長：大平 雅一 演者：杉江 知治 共催：中外製薬株式会社	11:00	
11:00			
11:45			
12:00	ランチョンセミナー1 「手術部位感染対策～外科医・形成外科医の立場から～」 座長：海堀 昌樹 演者1：清水 順三、演者2：富田 興一 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	12:00	ランチョンセミナー2 「臍体尾部切除の最前線」 座長：庄 雅之 演者1：中平 伸、演者2：天野 良亮 共催：コヴィディエンジャパン株式会社
12:50		12:50	
13:00		13:00	
13:15			
13:35	評議員会		
14:00	アフタヌーンセミナー 「大腸癌化学療法～後半戦の組み立て方」 座長：佐藤 太郎 演者：中田 健 共催：バイエル薬品株式会社	14:00	
14:50			
15:00	胃① A08～12 座長：山本 和義	15:00	脾臓・門脈 B08～10 座長：井上 雅文
15:35	大腸③ A13～17 座長：三宅 亨	15:21	胆道 B11～14 座長：山添 定明
16:00	大腸④ A18～20 座長：板谷 喜朗	15:49	膵臓① B15～18 座長：北畑 裕司
16:10	大腸⑤ A21～24 座長：有田 智洋	16:00	
16:31		16:17	膵臓②・十二指腸 B19～23 座長：村田 哲洋
16:59		16:52	
17:00	閉会の辞		

C 会場 (2F 会議室 A・B)		D 会場 (2F 小ホール)	
9:00	肺① C01～04 座長：齋藤 朋人	9:00	小腸① D01～04 座長：原口 直紹
9:28	肺② C05～07 座長：田中 雄悟	9:28	ヘルニア① D05～07 座長：野田 英児
9:49		9:49	
10:00		10:00	
11:00		11:00	
12:00		12:00	
12:50		12:50	
13:00		13:00	
14:00		14:00	
15:00	心臓・血管 C08～12 座長：生田 剛士	15:00	ヘルニア② D08～11 座長：岩内 武彦
15:35	食道 C13～17 座長：倉橋 康典	15:28	ヘルニア③ D12～14 座長：新田 敏勝
16:00		15:49	小腸② D15～18 座長：鄭 充善
16:10	小児・その他 C18～20 座長：高間 勇一	16:00	
16:31	乳腺 C21～23 座長：木村 光誠	16:17	小腸③ D19～22 座長：小川 稔
16:52		16:45	

A 会 場 (2F さくら西)

午 前 の 部 (9:00~11:45)

大腸① (9:00~9:28)

座長 中本 貴透

(奈良県立医科大学 消化器・総合外科)

- A01 子宮広間膜を介して生じたS状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻の1例
市立池田病院 消化器外科 原 田 宗一郎
- A02 魚骨によるS状結腸穿孔の1例
松下記念病院 外科 谷 口 雄 基
- A03 魚骨によるS状結腸穿孔の1例
城山病院 消化器外科 上 田 恭 彦
- A04 若年者に発生した特発性直腸穿孔の1例
兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科 原 田 樹 幸

大腸② (9:28~9:49)

座長 青松 直撥

(大阪市立総合医療センター 消化器外科)

- A05 ICVの欠損した上行結腸盲腸癌患者において、rtMCAからGCT周囲に優位なリンパ節転移を来したNECの1例
洛和会音羽病院 外科 竹 本 晴 彦
- A06 深部静脈血栓を伴う重複下大静脈合併直腸癌の1例
大阪市立大学 消化器外科 今 西 大 樹
- A07 重複下大静脈を伴う直腸癌症例に対してロボット支援下手術を施行した一例
大阪市立大学 消化器外科 吉 田 瑞 樹

モーニングセミナー（10：00～10：50） A会場（2F さくら西）

「免疫チェックポイント阻害剤を含む
トリプルネガティブ乳癌の治療マネジメント」

座長：景岳会 南大阪病院 乳腺外科部長

中谷 守一

演者：近畿大学医学部 内科学腫瘍内科部門 医学部講師

岩朝 勤

共催：大鵬薬品工業株式会社

特別講演（10：55～11：45） A会場（2F さくら西）

「腫瘍免疫の基礎と臨床～乳癌免疫治療への道～」

座長：大阪市立大学大学院医学研究科 消化器外科/乳腺・内分泌外科 教授 大平 雅一

演者：関西医科大学附属病院 乳腺外科 教授

杉江 知治

共催：中外製薬株式会社

ランチョンセミナー 1（12：00～12：50） A会場（2F さくら西）

「手術部位感染対策～外科医・形成外科医の立場から～」

座長：関西医科大学附属病院 外科 診療教授

海堀 昌樹

演者 1：市立豊中病院 外科部長

清水 順三

演者 2：大阪大学 形成外科 准教授

富田 興一

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

午 後 の 部 (13:15~16:59)

評議員会 (13:15~13:35) A会場 (2F さくら西)

アフタヌーンセミナー (14:00~14:50) A会場 (2F さくら西)

「大腸癌化学療法～後半戦の組み立て方」

座長：大阪大学大学院医学系研究科 先進癌薬物療法開発学寄附講座 教授 佐藤 太郎

演者：堺市立総合医療センター 大腸肛門外科 部長 中田 健

共催：バイエル薬品株式会社

胃① (15:00~15:35)

座長 山本 和義

(大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学)

A08 幽門側胃切除後の脾出血に対してIVRにて脾血流を完全塞栓して止血し脾摘を回避した1例

和泉市立総合医療センター 外科 三浦 光太郎

A09 術前診断が困難であった石灰化線維性腫瘍の1例

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 丹田 秀樹

A10 胃原発胎児消化管類似癌の1例

西神戸医療センター 外科・消化器外科 橘 奎伍

A11 高度リンパ節転移を伴う進行胃癌に対してSP療法後にpCRを得た1例

大野記念病院 外科 山越 義仁

A12 ニボルマブ投与によって臨床的完全奏功が得られた高度リンパ節転移を伴う進行胃癌の1例

大阪市立総合医療センター 消化器外科 佐井 佳世

大腸③ (15:35~16:10)

座長 三宅 亨

(滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺・一般外科)

- A13 治療に難渋した急性結腸偽性腸閉塞症 (Ogilvie 症候群) の1例
馬場記念病院 外科 木下 春人
- A14 偶発的に発見された虫垂子宮内膜症の一例
大阪市立総合医療センター 消化器外科 足立 翼
- A15 直腸癌術後に発生し、再発との鑑別を要したデスマイド腫瘍の1例
大野記念病院 外科 永森 瑞城
- A16 悪性腫瘍との鑑別に難渋したアミロイドーシスの1例
西神戸医療センター 外科・消化器外科 金田 優也
- A17 Paget 現象を伴う肛門腺由来癌の1例
京都大学 消化管外科 近森 健太郎

大腸④ (16:10~16:31)

座長 板谷 喜朗

(京都大学医学部 消化管外科)

- A18 術後7年目に左側方リンパ節転移再発をきたした下部直腸癌の1例
健生会土庫病院奈良大腸肛門病センター 中尾 武
- A19 化学療法により組織学的完全奏効が得られた進行直腸癌の1例
大阪労災病院 卒後臨床研修センター 木下 雅貴
- A20 腹腔鏡下直腸手術に合併した下肢コンパートメント症候群4例の検討と当院での対策
京都府立医科大学 消化器外科 玉井 瑞希

大腸⑤ (16:31~16:59)

座長 有田 智洋

(京都府立医科大学 消化器外科)

- A21 再発性多発軟骨炎を伴う上行結腸腺腫に対して単孔式腹腔鏡下手術にて治療し得た一例
大阪大学 消化器外科 地主 皓一
- A22 同時性巨大肝転移を来したS状結腸癌に対して肝切除を先行し、原発巣治癒切除を完遂できた1例
市立池田病院 消化器外科 島岡 高宏

A23 術前イマチニブ療法後に経肛門的低侵襲手術（TAMIS）を施行した直腸 GIST の 1 例
近畿大学病院 野口 理希

A24 Ta-TME 併用による腹会陰式直腸切断術の手術手技と手術成績
神戸大学 食道胃腸外科 山内 沙耶

B 会 場 (2F さくら東)

午 前 の 部 (9 : 00~9 : 49)

肝臓① (9 : 00~9 : 28)

座長 桂 宜輝
(関西労災病院 外科)

- B01 肝臓及び腎臓にみられた血管周囲類上皮細胞腫瘍 (PEComa) の一例
大阪市立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学 菰 田 あすか
- B02 慢性 C 型肝炎を背景とした肝細胞癌と肝内胆管癌の異時性重複癌の 1 例
京都府立医科大学 消化器外科 川 尻 隆 治
- B03 胸壁転移で診断された肝細胞癌の 1 例
関西労災病院 呼吸器外科 鈴 木 智 詞
- B04 腫瘍破裂を契機に診断された成人発症の肝未分化肉腫の 1 例
大阪市立大学 肝胆膵外科 中 西 紘 一

肝臓② (9 : 28~9 : 49)

座長 前田 栄
(堺市立総合医療センター 肝胆膵外科)

- B05 胆嚢穿通により肝被膜下膿瘍を来した 1 例
十三市民病院 外科 西 山 毅
- B06 91歳、肝嚢胞感染後の肝嚢胞内出血、腹腔内穿破による出血性ショックに対して緊急開腹止血、嚢胞切除にて救命し得た 1 例
尼崎総合医療センター 消化器外科 原 田 嘉一郎
- B07 ICG 蛍光法が有用であった胆管と交通を有する巨大肝嚢胞自然破裂の 1 手術例
和泉市立総合医療センター 外科 筒 井 和 麻

ランチオンセミナー 2 (12:00~12:50) B会場 (2F さくら東)

「膵体尾部切除の最前線」

座長：奈良県立医科大学 消化器・総合外科 庄 雅 之

演者 1：堺市立総合医療センター 肝胆膵外科 中 平 伸
『Knack of Lap DP』

演者 2：大阪市立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学 天 野 良 亮
『Knack of Open DP』

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

午 後 の 部 (15:00~16:52)

脾臓・門脈 (15:00~15:21)

座長 井上 雅文

(八尾徳洲会総合病院 肝臓外科)

- B08 サイトメガロウイルス感染による伝染性単核球症に伴って脾破裂を発症した一例
京都府立医科大学附属北部医療センター 外科 大 江 熙
- B09 当院における門脈血栓症の検討
滋賀医科大学 消化器外科 塩 見 一 徳
- B10 保存的に軽快した広範な上部消化管気腫を伴う門脈ガス血症の1例
兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科 萱 野 真 史

胆道 (15:21~15:49)

座長 山添 定明

(府中病院 外科センター)

- B11 好酸球性胆嚢炎および好酸球性胃腸炎を合併した好酸球増多症の1例
青松記念病院 外科 平 松 宗一郎
- B12 当院での特発性内胆汁瘻の経験
東住吉森本病院 外科 木 下 広 敬
- B13 胆嚢捻転症の1例
育和会記念病院 外科 藤 井 敦 也
- B14 急性胆嚢炎症例に対して胆嚢壺全摘、大網片 (piece of free omentum) を用いて胆嚢管を閉鎖した1症例
京都大学 肝胆膵移植外科 藤 本 貴 士

膵臓① (15:49~16:17)

座長 北畑 裕司

(和歌山県立医科大学 第2外科)

- B15 膵管内乳頭粘液性腫瘍による胆管穿破の1例
京都大学 肝胆膵・移植外科 李 敏
- B16 von Hippel-Lindau 病に伴う膵神経内分泌腫瘍の1切除例
石切生喜病院 外科 安 田 拓 斗

B17 術前化学放射線療法により局所効果が得られ、切除後に完全奏功と診断した borderline resectable 膵頭部癌の一例

守口敬仁会病院 渡邊 創 太

B18 ICG による血流評価が有用であった膵体部癌に対する腹腔動脈幹合併膵体尾部切除術

明和病院 外科 長野 健太郎

膵臓②・十二指腸 (16:17~16:52)

座長 村田 哲洋

(大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科)

B19 膵リンパ上皮性嚢胞の1切除症例

兵庫県立加古川医療センター 外科 廣辻 敬士

B20 脾仮性動脈瘤を形成した難治性感染性脾仮性嚢胞に対する外科的治療を施行した一例

兵庫県立尼崎総合医療センター 外科・消化器外科 田島 美咲

B21 術前診断に苦慮した食道癌膵転移の一例

大阪大学 消化器外科 大辻 晋吾

B22 閉塞性黄疸を契機に発見され保存的に軽快した十二指腸潰瘍穿通の1例

青松記念病院 外科 王 恩

B23 術式選択に苦慮した十二指腸 GIST の1例

和歌山県立医科大学 第2外科 生地 みづ穂

C 会 場 (2F 会議室A・B)

午 前 の 部 (9 : 00~9 : 49)

肺① (9 : 00~9 : 28)

座長 齋藤 朋人

(関西医科大学 呼吸器外科学講座)

- C01 巨大ブラ内肺癆部に PGA シートを重層充填した気胸の一手術例
市立豊中病院 平 岩 七 望
- C02 肋間動脈出血をソフト凝固で止血後に仮性動脈瘤を伴い遅発性出血をきたした1例
近畿大学 外科 呼吸器外科 坂 本 敬 哉
- C03 肺切除によりネフローゼ症候群の改善を認めた LCNEC の1例
淀川キリスト教病院 呼吸器外科 谷 村 卓 哉
- C04 心不全による両側難治性胸水および腹水に対して右壁側胸膜切除術を施行し完治しえた一例
関西労災病院 呼吸器外科 福 本 結 子

肺② (9 : 28~9 : 49)

座長 田中 雄悟

(神戸大学医学部附属病院 呼吸器外科)

- C05 拡大気管支形成術後の気管支瘻に対して残肺全摘出術を施行した一例
大阪市立大学 呼吸器外科 山 本 悟
- C06 大動脈浸潤が疑われる部位に大動脈瘤を合併した左下葉肺癌に対して、ステントグラフト内挿術後に肺切除を施行した1例
近畿大学病院 外科 清 水 理 江
- C07 多臓器転移を伴う右肺癌に対し Salvage Surgery を行った一例
石切生喜病院 呼吸器外科 岸 本 和 也

午 後 の 部 (15:00~16:52)

心臓・血管 (15:00~15:35)

座長 生田 剛士

(石切生喜病院 心臓血管外科)

C08 巨大左房を来たした僧帽弁狭窄症に対し、左房縫縮術、MAZE 手術により洞調律に復した1例

大阪市立総合医療センター 心臓血管外科 角 谷 明 洋

C09 心室中隔欠損症を伴わない孤発性肺動脈弁感染性心内膜炎の1例

岸和田徳州会病院 心臓血管外科 小 林 将 明

C10 左腎尿管全摘術時の外腸骨動脈損傷に対して外腸骨静脈を用いて修復を行った1例

大阪市立大学 心臓血管外科 多 田 隆 馬

C11 慢性解離性下行大動脈瘤破裂に対して二期的手術を施行した1例

岸和田徳州会病院 心臓血管外科 石 堂 耕 平

C12 解離性大動脈瘤に伴う間欠性跛行が腹部大動脈人工血管置換術により軽快した一例

紀南病院 心臓血管外科 金 知 堯

食道 (15:35~16:10)

座長 倉橋 康典

(兵庫医科大学 上部消化管外科)

C13 右側特発性食道破裂に対して右斜め胴切り開胸開腹アプローチで一期的胃管胸骨後再建を行った一例

尼崎総合医療センター 外科 花 畑 佑 輔

C14 超高齢者巨大 Zenker 憩室の1例

守口敬仁会病院 渡 邊 創 太

C15 Killian-Jamieson 憩室内に発生した食道癌の一例

神戸大学 食道胃腸外科 堀 川 学

C16 6.5cm の食道 GIST に対して腹腔鏡補助下下部食道切除術を施行した1例

多根総合病院 外科 加 藤 弘 記

C17 人工血管置換術後の大動脈食道瘻に対し血行改変術を加えた二期分割手術を施行した一例

大阪大学 消化器外科 深 田 晃 生

小児・その他 (16:10~16:31)

座長 高間 勇一

(近畿大学奈良病院 小児外科)

C18 小児に対する生体肝移植後に発症した腸管気腫症の1例

大阪大学 小児成育外科 堺 大地

C19 乳幼児精巣卵黄嚢腫瘍の2例

大阪赤十字病院 小児外科 大野 耕一

C20 当院での超高齢者の腹部外科手術症例における術前リスク評価の検討

独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院 外科 辰巳 征浩

乳腺 (16:31~16:52)

座長 木村 光誠

(大阪医科大学 乳腺・内分泌外科)

C21 乳癌との鑑別を要したIgG4関連乳腺炎の1例

大阪市立大学 乳腺・内分泌外科 河野 祐子

C22 術後に急速な転帰をたどった乳腺紡錘細胞癌の1例

石切生喜病院 乳腺外科 高田 晃次

C23 同側乳房内に浸潤性小葉癌を同時合併した葉状腫瘍の1例

神戸市立西神戸医療センター 乳腺外科 大山 友梨

D 会 場 (2F 小ホール)

午 前 の 部 (9 : 00~9 : 49)

小腸① (9 : 00~9 : 28)

座長 原口 直紹

(大阪国際がんセンター 消化器外科)

- D01 腸重積の原因となった小腸 schwannoma が先進部に認められなかった一例
京都中部総合医療センター 外科 足 立 雄 城
- D02 三多重下行結腸癌術後孤発性空腸転移の1手術例
明和病院 外科 松 木 豪 志
- D03 腹腔鏡補助下に切除しえた腸間膜デスマイド腫瘍の1例
住友病院 外科 夏 木 誠 司
- D04 大腸癌術後肝転移再発に合併した小腸間膜 desmoid 腫瘍の一例
守口敬仁会病院 外科 甲 斐 裕 樹

ヘルニア① (9 : 28~9 : 49)

座長 野田 英児

(住友病院 外科)

- D05 直腸癌に対する腹会陰式直腸切断術術後に発症した会陰ヘルニアの1例
府中病院 臨床研修センター 島 田 貴 明
- D06 受傷19ヶ月後に発症した遅発性外傷性左横隔膜ヘルニアの一例
社会医療法人ペガサス 馬場記念病院 外科 佐久間 崇
- D07 ストーマ脱出と傍ストーマヘルニアに対し Barbed Suture を併用した腹腔鏡下 keyhole 法の1例
浅香山病院 外科 好 田 匡 志

午 後 の 部 (15:00~16:45)

ヘルニア② (15:00~15:28)

座長 岩内 武彦
(府中病院 外科センター)

- D08 静脈瘤による腫瘍を形成した鼠径ヘルニアの1例
行岡病院 外科 高 垣 敬 一
- D09 停留精巣を合併した成人鼠径ヘルニアに対し TAPP を施行した一例
浅香山病院 外科 佐 竹 應 登
- D10 腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TAPP) における learning curve
市立福知山市民病院 外科 小 城 正 大
- D11 繰り返す腸閉塞既往のある左鼠径ヘルニアに対し、腹腔鏡下同時手術 (鼠径ヘルニア修復術 (TEP) と腸管癒着剥離術) を施行した1例
東近江総合医療センター 外科 福 尾 飛 翔

ヘルニア③ (15:28~15:49)

座長 新田 敏勝
(城山病院 消化器センター 乳腺外科)

- D12 下行大動脈瘤切迫破裂と左閉鎖孔ヘルニア嵌頓合併例に対して一期的にステント留置術と開腹手術を施行した一例
宇治徳洲会病院 外科 内 本 雅 喜
- D13 肝円索をヘルニア内容とする白線ヘルニアの2例
なにわ生野病院 外科 松 岡 翼
- D14 当科に於ける腹腔鏡下尿管管遺残根治術の工夫
関西医科大学香里病院 外科 佐 竹 良 亮

小腸② (15:49~16:17)

座長 鄭 充善
(大阪労災病院 外科)

- D15 魚骨に起因した小腸切除の3例
神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科 芳 村 理 沙
- D16 腹痛が移動した小腸憩室穿通の1例
市立柏原病院 外科 崎 村 千 恵

D17 消化管穿孔を契機に診断されたクローン病疑診の1例

東住吉森本病院 外科 小出 求 陸

D18 下血を契機に発見され単孔式腹腔鏡補助下に切除した消化管重複症の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

小腸③ (16:17~16:45)

座長 小川 稔

(多根総合病院 外科)

D19 非ステロイド系抗炎症薬 (NSAIDs) が原因と考えられた多発小腸潰瘍穿孔の1例

生長会 府中病院 臨床研修センター 西川 真理子

D20 出血性小腸多発憩室に対して小腸部分切除術を行った一例

尼崎総合医療センター 消化器外科 新藏 秋奈

D21 演題取り下げ

D22 腸回転異常症に伴い発症した小腸絞扼性イレウスの一例

石切生喜病院 外科 長尾 宗英

一 般 演 題
抄 錄

A01

子宮広間膜を介して生じた S 状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻の 1 例

市立池田病院 消化器外科

原田宗一郎、宗方幸二、太田博文、池嶋 遼、赤丸祐介、濱 直樹、瀧内大輔、和田範子、江口 聡、島岡高宏、柴田邦隆

症例は49歳の女性、主訴は排尿時痛。繰り返す難治性尿路感染症に対して精査加療目的で当院紹介。特に既往はない。CT で膀胱壁の肥厚とその外側に低吸収域を認め、MRI では膀胱左側壁に沿って T1、T2 で低信号域を認めた。大腸内視鏡では S 状結腸に小憩室が散在していたが腫瘍は認めなかった。同時に行った消化管造影後の単純 CT で膀胱が造影されたため結腸膀胱瘻の診断となり腹腔鏡補助下 S 状結腸切除術の方針とした。術中所見では S 状結腸憩室炎の炎症のため子宮広間膜を貫いて膿瘍を形成した後に炎症がさらに膀胱に及んで瘻孔化を来していた。結腸側で剥離した後に確認すると膀胱側の瘻孔は自然閉鎖していたため膀胱側の修復は行わなかった。術後経過は良好で、術後11日目に退院となった。

女性の場合には子宮があるため S 状結腸憩室炎による膀胱瘻は少ないが、本症例は子宮広間膜を介した瘻管形成を来すことで結腸膀胱瘻に至った点において非常に興味深い。

A03

魚骨による S 状結腸穿孔の 1 例

城山病院 消化器外科

上田恭彦、新田敏勝、千福貞勝、片岡 淳、石橋孝嗣

【はじめに】本邦における消化管異物は魚骨が占める割合が多く、稀に消化管穿孔・穿通を起こし治療を要しうる。今回、我々は魚骨による S 状結腸穿孔の1例を経験したので報告する。【症例】86歳女性【現病歴】下痢と嘔吐を主訴に当院を受診された。腹部 CT 検査では S 状結腸に直線状の高吸収域像を認め、異物による S 状結腸の穿孔と診断した。【術中所見】S 状結腸の穿孔と膿瘍形成を認めたため、穿孔部切除・吻合に加えて、膿瘍腔ドレナージと回腸人工肛門造設術を行った。【考察】本邦における魚骨による S 状結腸穿孔の報告は自験例を含めて11例であり、そのうち6例が緊急手術を施行された。術前より、汎発性腹膜炎に至っていた3例では全例、人工肛門造設術が行われ、さらに腹腔内膿瘍を認めた3例はいずれも手術を施行された。術前の画像検査は魚骨穿孔に対する治療方針決定の一助になると考えた。【結語】魚骨による S 状結腸穿孔の1例を経験した。

A02

魚骨による S 状結腸穿孔の 1 例

松下記念病院 外科

谷口雄基、野口明則、廣谷風紗、多田浩之、竹下宏樹、石井博道、伊藤忠雄、和泉宏幸、中西正芳、山口正秀

89歳男性。来院数日前より軽度の腹痛を自覚しており、症状の増悪を認めたため受診。腹部は軽度膨満・硬で反跳痛と筋性防御を認めた。腹部 CT 検査で線状の高吸収部が S 状結腸の腸管外へ突出しており、周囲の腸間膜の脂肪織濃度上昇及び骨盤底に腹水貯留を認めた。来院3日前に学名「タナカゲンゲ」という魚の摂食歴あり、魚骨による S 状結腸穿孔及び腹膜炎疑いと診断し、緊急手術とした。腹腔鏡所見で S 状結腸に魚骨による穿孔を認め、腹腔内全体に膿性排液の貯留を認めたため開腹移行した。S 状結腸を授動後、穿孔部を周囲の多発憩室が存在する部位を含めて部分切除した。摘出標本では S 状結腸に多発憩室があり、その内の1つに穿孔を認めた。3cm 大の魚骨が穿孔の原因と考えられた。術後に腸管麻痺の遷延を認めたが自然軽快し、第16病日に退院となった。今回、比較的頻度の低い魚骨による S 状結腸穿孔の1例を経験したので報告した。

A04

若年者に発生した特発性直腸穿孔の 1 例

兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科

原田樹幸、吉富摩美、山中健也、萱野真史、田島美咲、原田嘉一郎、新藏秋奈、花畑佑輔、青木 光、栗本 信、松山剛久、吉村弥緒、川田洋憲、飯田 拓、白濁義晴、田村 淳

【はじめに】特発性直腸穿孔は高齢者での発生が多いが、併存症ない若年者では極めてまれである。【症例】症例は24歳、男性。主訴は来院前日からの腹痛。腹痛は持続し、発熱も伴ったため、救急外来を受診。血液検査で炎症所見の上昇を認め、腹部 CT 上、直腸近傍から上腹部に及ぶ free air を認めた。腫瘍影や虚血性変化は認めなかった。消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎の診断で緊急手術を行った。まず、腹腔鏡下精査を行ったが、胃・十二指腸に穿孔は認めず、直腸 S 状部に1cm 大の穿孔部を認めた。開腹移行し、直腸高位前方切除術を施行した。局所の炎症性変化が軽度であったため、1期的吻合を施行した。病理組織学的検査所見では、穿孔部腸管壁に肉眼的な病変を認めず、腸管内異物や通過障害をきたすような腫瘍性病変を認めないこと、外傷や医原性の腸管損傷ではないこと、その他、イレウスなどの腹腔内異常を認めないことから、特発性直腸穿孔と最終診断した。

A05

ICVの欠損した上行結腸盲腸癌患者において、rtMCAからGCT周囲に優位なりんパ節転移を来したNECの1例

¹洛和会音羽病院 外科

²洛和会音羽病院 診断病理科

竹本晴彦¹、吉村直生¹、松村康光¹、喜多貞彦¹、水野克彦¹、武田亮二¹、高橋 滋¹、武田亮二¹、岩城悠実²、安井 寛²、松下貴和¹

大腸癌取り扱い規約第9版では領域りんパ節は支配動脈周囲のりんパ節と規定されている。ICVの欠損した上行結腸盲腸癌患者において、ICA周囲よりもGCT周囲りんパ節転移が優位であった1例を経験したので報告する。〈患者〉73歳男性〈主訴〉右下腿浮腫〈既往歴〉高血圧症、下肢深部静脈血栓症〈現病歴〉右下腿浮腫にて当院受診。精査にて右下肢深部静脈血栓症、上行結腸盲腸癌(cT4aN2M0)と診断。支配動脈はICAでICVは欠損し、傍腸管りんパ節転移は高度だが、ICA周囲より目立たずrtMCA周囲からGCT周囲のりんパ節腫大が顕著であった。抗凝固療法と術前化学療法を施行し、血栓は消失したが、治療効果SD。5ヶ月後に結腸右半切除術を施行。病理検査にて回盲部近傍に腹膜播種結節を認めるNEC(pT4bN3M1)と診断された。本症例ではICVが欠損し、ICAに沿ったりんパ節流が少なかったため、辺縁動脈に沿って転移が広がり、GCT周囲に優位なりんパ節転移を来したと示唆された。

A07

重複下大静脈を伴う直腸癌症例に対してロボット支援下手術を施行した一例

大阪市立大学 消化器外科

吉田瑞樹、井関康仁、福岡達成、渋谷雅常、永原 央、三木友一朗、吉井真美、田村達郎、豊川貴弘、田中弘明、李 榮柱、六車一哉、大平雅一

症例は67歳女性。血便を主訴に近医受診し施行した下部消化管内視鏡で直腸S状部に2型腫瘍を認め、生検の病理検査結果にてGroup5と診断されたため、手術加療目的で当科に紹介となった。術前の造影CT検査では直腸S状部に全周性の壁肥厚と周囲りんパ節腫脹を認めた。遠隔転移を疑う所見は認めなかった。また、重複下大静脈を認めた。直腸癌cT2N1bM0 cStage IIIaと診断し、ロボット支援下直腸高位前方切除術(D3郭清)を施行した。術中所見では下腸間膜動脈切離後、後腹膜と腸間膜の剥離の際に、左下大静脈を確認した。尿管および左卵巣動静脈を確認、温存し、定型的に手術を施行することが可能であった。術後経過は良好であり、術後11日目に自宅退院となった。今回我々は重複下大静脈を伴う症例に対してロボット支援下に手術を施行した一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

A06

深部静脈血栓を伴う重複下大静脈合併直腸癌の1例

大阪市立大学 消化器外科

今西大樹、井関康仁、福岡達成、渋谷雅常、永原 央、三木友一朗、吉井真美、田村達郎、豊川貴弘、田中浩明、李 榮柱、六車一哉、大平雅一

【症例】72歳、女性。精査にて直腸Rbに進行直腸癌(cT4b(臍)N1aM0、cStageIIIc)と診断、また重複下大静脈を指摘されていた。術前補助化学放射線療法(S-1内服、45Gy/25Fr)を施行後、手術の方針となった。術前造影CTにて右肺動脈、及び左内腸骨静脈から膝下静脈にかけて血栓を認めた。IVCフィルターを試みるも重複下大静脈のため留置困難とされ、手術延期、抗凝固療法開始となった。2ヶ月後に再度精査し、血栓の消退を認め、手術となった。【手術所見】腹腔鏡下腹会陰直腸切断術(D3郭清)を施行した。術中、左下大静脈は確認できず、安全に手術可能であった。【考察】重複下大静脈は剖検時に約2%の頻度で認める先天性静脈奇形である。医学中央雑誌にて2000年から2019年まで、「重複下大静脈」で検索したところ、血栓除去施行例は4例(会議録除く)であった。今回、静脈血栓症を発症した重複下大静脈合併直腸癌を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

A08

幽門側胃切除後の脾出血に対してIVRにて脾血流を完全塞栓して止血し脾摘を回避した1例

¹和泉市立総合医療センター 外科

²和泉市立総合医療センター がんセンター

三浦光太郎¹、澤田隆吾¹、雪本清隆¹、文元雄一¹、坂下克也¹、高橋 諒¹、阪本一次¹、辻仲利政²

【はじめに】脾出血に対するIVRは脾摘を回避する上で有効である。【症例】80歳、男性。cT3N0M0 Stage2Bの前庭部の胃癌に対して、開腹下幽門側胃切除術(DG)を施行した。術中脾実質を損傷し、脾と脾尾部を授動して止血した。手術時間5時間52分、出血量1228ml。術後6日目にドレーン排液が血性になり、ショックとなり、開腹止血術を施行した。活動性出血は認めず、脾の被膜損傷を修復し終了した。直後に再出血し、CTで脾内にExtravasationを認め、IVRを試みた。脾動脈末梢枝3か所にコイル塞栓術を行い、脾門部から末梢の動脈血流および短胃動脈の血流は消失し、後胃動脈の血流は確認された。翌日、上部消化管内視鏡検査を施行し、残胃壊死は認めなかった。その後再出血・膿瘍形成を認めず退院した。【結語】DG後の脾出血に対してIVRで脾血流を完全に塞栓し、脾摘を回避した1例を経験した。

A09

術前診断が困難であった石灰化線維性腫瘍の1例

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器外科学
 丹田秀樹、六車一哉、吉井真美、南原幹男、
 三木友一朗、田村達郎、豊川貴弘、田中浩明、
 李 榮柱、大平雅一

はじめに：石灰化線維性腫瘍 (calcifying fibrous tumor; CFT) は、慢性炎症細胞浸潤と小石灰化を伴う非常に稀な良性線維性腫瘍であるが、胃にも発生し時に GIST との鑑別が問題となる。今回我々は、胃壁原発 CFT を経験したため報告する。

症例：22歳女性、心窩部痛を契機に EGD を施行され、胃穹窿部後壁に15mm 大の隆起性病変を指摘された。EUS では内部に石灰化を認め、FNA を試みるも穿刺困難なため切開生検が施行された。生検標本は核異形の乏しい紡錘形細胞の増殖を認めたが、C-kit、CD34、DOG1 いずれも (±) で確定診断には至らず、診断的治療として単孔式腹腔鏡下胃部分切除が施行された。病理結果は小石灰化やリンパ濾胞の形成を伴う慢性炎症細胞浸潤を認めた。Vimentin、Factor XIII のみ陽性で、calcifying fibrous tumor と診断された。術後経過は良好で、第6病日に退院した。

結語：非常に稀な胃壁原発 CFT を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

A11

高度リンパ節転移を伴う進行胃癌に対して SP 療法後に pCR を得た1例

¹大野記念病院 外科

²大阪市立大学 消化器外科

山越義仁¹、大谷 博¹、永森瑞城¹、埜村真也¹、
 中河宏治¹、吉井真美²、田村達郎²、豊川貴弘²、
 田中浩明²、六車一哉²、大平雅一²

症例は69歳、女性。胃体中部大彎から体上部小彎に広がる3型腫瘍を認め、生検結果は tub2-por であった。CT で、胃所属リンパ節腫大 (Bulky N)、右副腎に転移疑う腫瘍認め、cT4aN2M1、cStageIVB の診断で、SP 療法開始した。3コース施行後の腫瘍及びリンパ節は著明に縮小を認めたが、右副腎腫瘍に変化は認めなかった。右副腎腫瘍は偶発腫、胃癌は根治切除が可能であると判断し、胃全摘 (D2+ No. 16郭清) 脾臓合併切除術及び右副腎部分切除術を施行した。病理組織学的検査所見では、原発巣及びリンパ節に癌細胞の遺残を認めず、組織学的効果判定は Grade3 であり、pCR と診断した。右副腎腫瘍は adrenocortical adenoma であった。術後補助化学療法 (S-1) 開始するも1コース終了後に既往の非定型抗酸菌症の増悪を認めたため、以降化学療法は施行せず、術後7年無再発生存中である。

A10

胃原発胎児消化管類似癌の1例

西神戸医療センター 外科・消化器外科
 橋 奎伍

胎児消化管類似癌 (Adenocarcinoma with enteroblastic differentiation) は胃癌の中で稀な組織型であり、一般的に予後不良とされている。今回、術後病理組織診断にて胎児消化管類似癌と診断した胃癌の1例を経験したので報告する。症例は67歳、男性。心窩部痛精査目的に施行された上部消化管内視鏡検査で、胃角部後壁に2型腫瘍を認め、生検にて adenocarcinoma を認め胃癌と診断した。腹部 CT 検査で左胃動脈近傍にリンパ節腫大を認めた。明らかな遠隔転移はなく、胃体部癌 (cT2N1M0、cStageIIA) に対して、ロボット支援下幽門側胃切除術を施行した。病理組織診断で腫瘍組織は淡明な細胞質を含む細胞が多く、免疫組織学的に腫瘍細胞は AFP (-)、Glypican3 (+)、SALL4 (+) であり、胎児消化管類似癌 (pT3N2M0、pStageIIIA) と診断した。胎児消化管類似癌は稀な組織型ではあるが、予後不良であるため、慎重な術後フォローアップが必要である。

A12

ニボルマブ投与によって臨床的完全奏功が得られた高度リンパ節転移を伴う進行胃癌の1例

¹大阪市立総合医療センター 消化器外科

²大阪市立総合医療センター 肝胆脾外科

³大阪市立総合医療センター 腫瘍内科

佐井佳世¹、久保尚士¹、徳永伸也³、中 亮子¹、
 岡田拓真¹、米光 健¹、福井康裕¹、栗原重明¹、
 黒田顯慈¹、西村潤也¹、田嶋哲三²、青松直撥¹、
 村田哲洋²、櫻井克宣¹、高台真太郎²、西居孝文¹、
 日月亜紀子¹、玉森 豊¹、清水貞利²、金沢景繁²、
 前田 清¹

症例は88歳の男性。心窩部不快感を主訴に近医を受診し内視鏡検査で胃角部小彎に3型進行胃癌を指摘され当院を受診。諸検査で cT3N2M0 StageIII と診断し手術の方針とした。術中所見では肝門部リンパ節、総肝動脈リンパ節、左胃動脈リンパ節が累々と腫大しており、根治的切除を断念し胃切除のみを行った。術後に TS-1 を開始するも、術後10ヶ月目の CT で転移リンパ節の増大を認め、パクリタキセル+ラムシルマブに変更したがリンパ節は縮小せず、術後19ヶ月日よりニボルマブ投与を開始した。術後22ヶ月目の CT でリンパ節腫大は消失したが、ニボルマブによる下垂体機能低下症が出現し、投与を中止した。術後36ヶ月現在、再発なく生存中である。転移再発胃癌に対するニボルマブの奏効率は11%程度と報告され、完全奏効は極めてまれである。今回、切除不能胃癌に対しニボルマブを投与し完全奏効を得た症例を経験したので報告する。

A13

治療に難渋した急性結腸偽性腸閉塞症（Ogilvie 症候群）の 1 例

馬場記念病院 外科

木下春人、長谷川毅、佐久間崇、中川泰生、
寺岡 均

症例は69歳、男性。嘔気・腹部膨満にて当院を受診し、精査にて下行結腸癌に伴う大腸イレウスと診断した。経肛門イレウス管による減圧後に腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した。術後より腹部膨満が出現し、CT 検査にて吻合部のやや口側結腸の狭窄と拡張を認めた。経鼻イレウス管挿入など保存的治療を行ったが改善を認めず、CF 検査で吻合部狭窄も認めなかったが、大腸の狭窄像が継続していたため、術後癒着性イレウスの診断にて術後23日目に手術を行った。器質的な狭窄は認めず、横行結腸で人工肛門を造設した。その後も改善を認めなかったが、急性結腸偽性腸閉塞症を疑い腸蠕動促進剤の投与など薬物療法を継続し、初回手術より48日後にイレウスの改善を認めた。急性結腸偽性腸閉塞症が開腹手術後に発症した報告は散見されるが、腹腔鏡手術後に発症した症例は非常に稀である。近年、腹腔鏡手術の件数は増加しており、このような報告は増加していくものと考えられる。

A15

直腸癌術後に発生し、再発との鑑別を要したデスマイド腫瘍の 1 例

大野記念病院 外科

永森瑞城、中河宏治、大谷 博、埜村真也、
山越義仁

デスマイドは、WHO 腫瘍分類では局所浸潤性は強いが遠隔転移をしない線維芽細胞増殖性の軟部腫瘍で中間型に分類される。発生原因は、家族性大腸ポリポーシス、妊娠や外傷、手術の機械的刺激等が考えられている。大腸癌術後のデスマイド腫瘍はまれで、再発との鑑別を要することがある。今回、直腸癌術後に再発との鑑別を要した腹腔内デスマイド腫瘍を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は82歳、女性。直腸癌（Rb、腔浸潤）に対して、腹腔鏡補助下腹会陰式直腸切断術、腔後壁合併切除術を施行した。病理結果は pT4b（SI:腔壁）、pN0（0/25）、pStageII high risk であった。術後2年9ヶ月の CT 検査にて左傍大動脈領域に軟部腫瘍陰影および PET-CT で SUVmax 2.4 の異常集積を認め、再発が疑われたが、孤立性であったため生検目的にて腫瘍摘出術を施行した。病理検査ではデスマイド腫瘍であり、術後デスマイド、直腸癌とも明らかな再発・転移は認めていない。

A14

偶発的に発見された虫垂子宮内膜症の一例

¹大阪市立総合医療センター 消化器外科

²大阪市立総合医療センター 肝胆脾外科

足立 翼¹、西居孝文¹、米光 健²、佐井佳世¹、
中 亮子¹、岡田拓真²、福井康裕¹、栗原重明²、
黒田顯慈¹、西村潤也¹、田嶋哲三²、青松直撥¹、
村田哲洋²、高台真太郎¹、櫻井克宣¹、
日月亜紀子¹、玉森 豊¹、久保尚士¹、清水貞利²、
金沢景繁²、前田 清¹

症例は44歳、女性。肺塞栓症、深部静脈血栓症に対して当院循環器内科にて加療中に、造影 CT にて偶発的に造影効果を伴う盲腸の壁肥厚を指摘された。下部消化管内視鏡検査を施行すると虫垂開口部近傍に隆起性病変を認め生検で過形成性ポリープの診断であった。2ヶ月前の CT で壁肥厚は認めず、病変が急速増大傾向で、悪性疾患を否定できなかったため、腹腔鏡下回盲部切除術の方針となった。摘出標本にて虫垂開口部から盲腸内腔に突出する腫瘤を認めた。病理組織学的所見では筋層内に様々な程度の拡張した腺管構造が観察され、免疫染色で ER (+)、CD10 (+) であり、虫垂子宮内膜症と診断された。腸管子宮内膜症の多くは腸管の漿膜下層から固有筋層に存在するため、術前診断に至らないことが多い。今回偶発的に発見された子宮虫垂内膜症の 1 例を報告する。

A16

悪性腫瘍との鑑別に難渋したアミロイドーシスの 1 例

西神戸医療センター 外科・消化器外科

金田優也、京極高久、伊丹 淳、畑 俊行、
岩崎純治、塩田哲也、中村公治郎、松浦正徒、
長田圭司、山下徳之、橘 奎伍

症例は83歳男性。下部直腸腫瘍に対し20XX 年 EMR 施行。病理所見は tub2 0-Ip Tis (M) ly0 v0 BD1 HM0 VM0 であった。1か月後、S 状結腸癌に対し腹腔鏡下 S 状結腸切除術を施行。病理所見は tub1 T2 (MP) ly0 v1 PN0 N0 pStage I であった。術後補助化学療法を行わず外来経過観察としていたが、2年7か月後の CT で右内外腸骨動脈分岐部背側にリンパ節腫大 (12x14mm) を、PET-CT では同部位に FDG 集積を認め悪性腫瘍が疑われた。StageI の S 状結腸癌の転移部位としては非典型的であり、膀胱鏡・前立腺癌生検では悪性所見は認めなかったが、EMR 後下部直腸癌や膀胱・前立腺癌のリンパ節転移の可能性を完全には否定できず、診断目的もかねて2年11か月後に開腹リンパ節郭清術を施行した。病理所見ではリンパ節周囲の血管壁などにアミロイド沈着を認めたが、リンパ節内に悪性所見やアミロイド沈着は認めなかった。鑑別に難渋した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

A17

Paget 現象を伴う肛門腺由来癌の 1 例

¹京都大学 消化管外科²京都大学 病理診断科近森健太郎¹、岡田倫明¹、河田健二¹、山田洋介²、
笠原桂子¹、山本高正¹、星野伸晃¹、高橋有和¹、
坂谷喜朗¹、大嶋野歩¹、肥田侯矢¹、小濱和貴¹

【背景】直腸癌や肛門管癌の癌細胞が隣接する肛門周囲の上皮内に進展し Paget 病様の組織像を呈する事があり、Paget 現象と呼ばれる。【症例】84歳女性、主訴は肛門周囲の発赤。内視鏡で肛門縁から4cmに直腸癌を認め、肛門周囲皮膚の生検・免疫染色の結果から直腸癌由来の Paget 現象と考え、ロボット支援下直腸切断術と肛門周囲皮膚切除術を施行した。病理学的検討では、Paget 病変は直腸癌と連続しておらず、直腸癌とは別に肛門腺由来癌を認めた。免疫染色のプロファイルから、Paget 現象は肛門腺由来癌が成因であると最終診断した。【考察】肛門腺由来癌は稀で、粘膜に病変を認めにくく、初期の発見は困難である。本症例では当初 Paget 現象を伴う直腸癌と診断したが、詳細な病理学的検討により肛門腺由来癌の存在が明らかにされた。肛門周囲の Paget 現象を認めた場合、肛門腺由来癌を念頭に置くことが重要である。

A19

化学療法により組織学的完全奏効が得られた進行直腸癌の 1 例

¹大阪労災病院 卒後臨床研修センター²大阪労災病院 外科木下雅貴¹、鄭 充善²、松村多恵²、末田聖倫²、
吉川幸宏²、水元理絵²、井上卓哉²、加藤一哉²、
岡本啓志²、西田謙太郎²、今西清一²、古賀睦人²、
若杉正樹²、宮垣博道²、小田直文²、川端良平²、
辻江正徳²、森島宏隆²、太田三徳²、長谷川順一²

症例は66歳、男性。主訴は排便時出血。下部消化管内視鏡検査で、下部直腸前壁に半周性 type2腫瘍が指摘され、生検の結果は中分化管状腺癌であった。CT 検査では左側方領域のリンパ節腫大、肝右葉に径18mm大の転移巣を認め、進行直腸癌(cT3N3P0M1a StageIv)と診断された。全身化学療法として5-FU/LV、oxaliplatin、irinotecan (FOLFOXIRI) + bevacizumab (Bmab) 療法を6コース施行された。化学療法後腫瘍は著明に縮小し、原発巣は瘢痕のみとなり、肝転移巣は確認されなくなった。ロボット支援腹腔鏡下直腸切断術および左側方リンパ節郭清術を施行した。切除標本の組織診断では主病巣に悪性細胞を認めず、リンパ節転移も陰性であった。術後追加治療を行わずに外来にて経過観察中であるが、術後3か月時のCT検査では肝転移巣の増悪等、再発の所見は認めていない。FOLFOXIRI + Bmab療法によって組織学的完全奏効が得られた進行下部直腸癌の1例を経験したので報告する。

A18

術後7年目に左側方リンパ節転移再発をきたした下部直腸癌の 1 例

¹健生会土庫病院奈良大腸肛門病センター²健生会土庫病院病理中尾 武¹、吉川周作¹、増田 勉¹、内田秀樹¹、
樫塚久記¹、山岡健太郎¹、稲垣水美¹、横尾貴史¹、
宮沢善夫²、稲次直樹¹

症例は67歳、女性。7年前に前医で直径6cmのLST-G、IIa + Isp 下部直腸癌に対してESDを施行。病理組織検査は、sm massive 浸潤の診断で追加直腸切除を施行。手術は腹腔鏡補助下括約筋間直腸切除術、一時的回腸人工肛門造設術を施行。病理組織検査は、粘液癌でpStageI (T2N0M0)であった。人工肛門閉鎖術を行い、経過観察を行っていた。2019年11月より腫瘍マーカーCEAの上昇を認めた。精査の結果、左側方リンパ節転移再発を疑った。切除可能病変と診断したが、手術、薬物療法、放射線治療などの治療選択についてICを行った。術後長期経過例で他臓器転移が潜在的に存在する可能性を考えた。切除不能進行再発大腸癌の化学療法のアルゴリズムを参考に原発巣の遺伝子検索結果を踏まえてCapeOx + Bmab療法を選択した。4クール施行し腹腔鏡下左側方リンパ節郭清術を行なった。術後リンパ漏を認めたが、投薬にてコントロール可能で、術後14日目に退院した。

A20

腹腔鏡下直腸手術に合併した下肢コンパートメント症候群 4 例の検討と当院での対策

京都府立医科大学 消化器外科

玉井瑞希、栗生宜明、有田智洋、清水浩紀、
木内 純、久保秀正、大橋拓馬、山本有祐、
小西博貴、森村 玲、塩崎 敦、生駒久視、
窪田 健、藤原 斉、岡本和真、大辻英吾

腹腔鏡下直腸手術後の下肢コンパートメント症候群は、比較的稀ではあるが重篤な機能障害を生じる可能性のある医原性合併症である。当科では近年の4例の経験をもとに独自の対策を講じている。症例は平均68.5歳、全例男性、平均体重71kg。直腸病変に対する腹腔鏡下もしくはロボット支援腹腔鏡下手術が施行され、平均手術時間497分であった。全例に術直後からの左下腿部腫脹を認め、術後1日目にCK上昇を認めたが保存的に軽快を得た。これらを踏まえ、当科では実際に術者が手術台に乗るシミュレーションを行い、腹腔鏡下の骨盤内操作時で右低位解除、レビテーター固定時の膝関節過屈曲防止、外回り看護師による頻回な体位チェックなどの対策をとり、発症予防に努めている。腹腔鏡下またはロボット支援下の直腸手術では載石位での頭低位右低位により特に左下腿に過剰な負荷がかかる可能性がある。発症リスク因子の検討も含め、若干の文献的考察を加え、報告する。

A21

再発性多発軟骨炎を伴う上行結腸腺腫に対して単孔式腹腔鏡下手術にて治療し得た一例

大阪大学 消化器外科

地主皓一、三吉範克、藤野志季、荻野崇之、
高橋秀和、植村 守、水島恒和、土岐祐一郎、
江口英利

再発性多発軟骨炎は全身の軟骨組織に系統的に炎症をきたした様々な症状を認める稀な難治性の慢性炎症性疾患である。症例は69歳、男性。8ヶ月前に再発性多発軟骨炎と診断され、ステロイド治療開始される前のスクリーニングの下部内視鏡検査にて上行結腸に径50mmの腫瘍を認め、生検にて腺癌の疑いで増大傾向認めため手術の方針となった。ステロイド治療による術後合併症のリスクが高いと判断し、侵襲の低い単孔式腹腔鏡手術を選択した。周術期は合併症なく経過し、術後16日目に退院となった。術前のCRP値は1.5mg/dLと高値で推移していたが、術後正常範囲内まで改善したためステロイドの量を術前より減らすことができた。本症例は再発性多発軟骨炎を伴う大腸腺腫の患者に対して単孔式腹腔鏡下手術を施行し術後にステロイドを減量できた初めての症例であり、若干の考察を加えて報告する。

A23

術前イマチニブ療法後に経肛門的低侵襲手術(TAMIS)を施行した直腸GISTの1例

近畿大学病院

野口理希、吉岡康多、幕谷悠介、家根由典、
牛嶋北斗、岩本哲好、和田聡朗、大東弘治、
所 忠男、上田和毅、川村純一郎

【症例】87歳、男性。排便時痛で近医受診、直腸診で表面平滑、弾性硬の腫瘍を認め当院紹介。下部内視鏡検査で肛門縁から4.5cmに粘膜下腫瘍を確認、EUS-FNAで直腸GISTと診断した。MRIでは腫瘍は20mm大で、肛門挙筋への浸潤が疑われたため、術前イマチニブ(IM)療法を施行し、3カ月の時点で腫瘍径は12mm大に縮小し、肛門挙筋との境界が明瞭化したため、局所切除が可能と判断し、経肛門的低侵襲手術(TAMIS)を施行した。術後経過は良好で、7日目で退院となった。病理所見は切除断端陰性、核分裂像は強拡大視野で1/50、ki-67陽性率3%、超低リスク群にて、術後補助療法は施行せず、術後3カ月、無再発で、排便機能障害は認めていない。【結語】直腸GISTは拡大手術となることが多いが、術前IM療法で肛門温存が可能となった報告が散見される。直腸GISTに対して術前IM療法後に低侵襲なTAMISにより肛門温存を成し得た症例を経験したので報告する。

A22

同時性巨大肝転移を来したS状結腸癌に対して肝切除を先行し、原発巣治療切除を完遂できた1例

市立池田病院 消化器外科

島岡高宏、池嶋 遼、太田博文、宗方幸二、
赤丸祐介、濱 直樹、瀧内大輔、和田範子、
江口 聡、原田宗一郎、柴田邦隆

56歳女性。腹痛、血便を主訴に近医受診。CTでS状結腸癌及び肝転移の疑いで当院紹介となった。CTでは肝右葉に最大径135mmの病変を初め複数の肝転移を確認。下部消化管内視鏡ではS状結腸に3/4周性の3型腫瘍性病変を認めた(生検結果は腺癌)。S状結腸癌肝転移に対してFOLFOXIRI+Bmabを8クール投与し肝転移巣は化学療法施行前には全肝の約80%を占めていたが約50%まで縮小認め切除可能と判断し肝拡大内側区域。肝S3部分切除術を先行。術後FOLFOXを3クール投与し残肝再発を認めなかったためS状結腸切除術(R0)施行。肝切除後8カ月後のCTでは無再発を確認。今回生命を脅かす逼迫した巨大肝転移に対して強力な化学療法後肝切除を先行させ、早期の残肝再発がないことを確認の上。原発巣の切除に至った症例を経験したので報告する。

A24

Ta-TME併用による腹会陰式直腸切断術の手術手技と手術成績

神戸大学 食道胃腸外科

山内沙耶、松田 武、山下公大、長谷川寛、
瀧口豪介、裏川直樹、山本将士、金治新悟、
松田佳子、押切太郎、中村 哲、鈴木知志、
掛地吉弘

背景：下部直腸癌に対する新しいアプローチとしてtransanal total mesorectal excision (taTME)が注目されている。近年、TaTMEを腹会陰式直腸切断術(APR)に応用する術式を行われつつあるが、その安全性や有用性は明らかになっていない。今回、当科におけるtaTME併用APR(tpAPR)の手術成績を評価し有用性を示す。方法：下部直腸癌に対しtpAPRを施行した23例(tpAPR群)と従来のアプローチを行った27例(lapAPR群)を、プロペンシティスコアマッチング(PSM)を行って比較検討した。結果：手術時間、術中出血量、術後合併症(≧Clavien Dindo分類grade2)に関してはPSMに関わらずtpAPR群で有意に少なく、排尿障害、創部感染の割合はPSM後にtpAPR群で低かった。術後在院日数はPSMに関わらずtpAPR群で短かった。結果：下部直腸癌に対するtpAPRは従来アプローチと比較し短期成績に優れる可能性がある。しかし、長期成績の評価は必須である。

B01

肝臓及び腎臓にみられた血管周囲類上皮細胞腫瘍 (PEComa) の一例

¹大阪市立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学
²大阪市立大学大学院医学研究科 消化器外科学
 菰田あすか¹、大平 豪¹、宮崎 徹¹、竹村茂一¹、
 天野良亮¹、田中肖吾¹、木村健二郎¹、新川寛二¹、
 西尾康平¹、田内 潤¹、木下正彦¹、西村貞徳²、
 石原 敦¹、江口真平¹、白井大介¹、杉本敦史²、
 櫛山周平²、久保正二¹

症例は56歳、男性。健康診断で腹部超音波検査を行ったところ、左腎上極・下極、肝左葉に腫瘍を指摘された。腹部造影CT検査ではいずれの腫瘍も早期相で強く不均一に増強し、後期相でwash outを認めた。造影パターンより腎細胞癌の肝転移と診断し、開腹下左腎摘出術および肝部分切除術を施行した。病理組織学的検査で、腎下極の病変は淡明細胞型腎細胞癌と診断されたが、腎上極と肝臓の病変はメラニン形成マーカーであるHMB45およびMelanin Aが陽性で、PEComaと診断された。術10日後に軽快退院した。約10ヶ月後の現在、無再発生存中である。PEComaは血管周囲類上皮細胞に由来する間葉系腫瘍の総称で、比較的にまれな疾患である。良性腫瘍と考えられてきたが、近年転移など悪性の経過を辿る症例も報告されている。本症例の肝と腎のPEComaは併存か転移かは鑑別困難であるものの、本疾患は悪性腫瘍として対応すべきであると考えられた。

B03

胸壁転移で診断された肝細胞癌の1例

関西労災病院 呼吸器外科
 鈴木智詞、戸田道仁、岩田 隆

【背景】肝細胞癌の肝外転移は肺転移に次いで骨転移が多いとされるが、骨転移による症状を契機に発見される肝細胞癌は5%程度と稀である。肝細胞癌骨転移に対する治療は疼痛緩和を目的とした放射線治療が一般的であるが、外科的切除による長期生存例も報告されている。【症例】症例は76歳、男性。左前胸部痛を主訴に当院受診。胸部単純CTにて左第5肋骨に溶骨性の約5cm大の腫瘍を指摘。PET-CTでも同部位にSUVmax:5.9の集積を認め、その他の部位には集積を認めなかった。原発不明癌肋骨転移と診断し、第5肋骨切除術、腫瘍摘出術、左肺部分切除術を施行。病理組織診断ではhepatocyte (+)、glypican3 (+)の悪性腫瘍であり、肝細胞癌に類似する所見であった。術後に腹部造影CTを施行すると肝S8に19mm大の早期濃染、wash outを呈する腫瘍を認め肝細胞癌と診断。現在肝細胞癌に対する手術を計画中である。【結語】孤立性肋骨転移で診断された肝細胞癌の1例を経験した。

B02

慢性C型肝炎を背景とした肝細胞癌と肝内胆管癌の異時性重複癌の1例

京都府立医科大学 消化器外科
 川尻隆治、生駒久視、久保秀正、山本有佑、
 森村 玲、清水浩紀、有田智洋、小西博貴、
 塩崎 敦、栗生宜明、窪田 健、藤原 斉、
 岡本和真、大辻英吾

【緒言】肝細胞癌 (HCC) と肝内胆管癌 (ICC) が同一肝内において異なる部位から別々に発生し、各々が単一の細胞型からなるものを重複癌と分類される。HCC と ICC の重複癌は稀で、臨床病理学的特徴や予後は明らかでない。【症例】81歳女性。慢性C型肝炎を背景とし、HCCに対して拡大肝S5切除を施行した。術後4年経過し、肝S6に12mm大の腫瘍を認めた。CTで早期濃染を示したが、wash outは明らかでなかった。EOB-MRIで早期濃染、肝細胞相での取り込み低下を示した。以上からHCC再発の術前診断の下、腹腔鏡下肝S6部分切除を施行した。切除標本の病理検査では、不正な腺管構造を形成し密に増殖する病変で、免疫組織化学染色はCK19 (+)、CEAは部分的に陽性であり、形態学的に細胆管細胞癌は否定的なことからICCと診断された。術後3か月経過し無再発生存中である。【結語】今回、HCCに対する肝切除後4年目にICCを発症した異時性重複癌の1例を経験したため報告する。

B04

腫瘍破裂を契機に診断された成人発症の肝未分化肉腫の1例

¹大阪市立大学 肝胆膵外科
²大阪市立大学 消化器外科
 中西紘一¹、大平 豪¹、天野良亮¹、竹村茂一¹、
 田中肖吾¹、木村健二郎¹、新川寛二¹、西尾康平¹、
 田内 潤¹、木下正彦¹、西村貞徳²、宮崎 徹¹、
 石原 敦¹、江口真平¹、白井大介¹、杉本敦史²、
 櫛山周平²、菰田あすか¹、久保正二¹

症例は80歳、女性。心窩部痛を主訴に近医を受診した。腹部単純CT検査において肝左葉を中心とした11cm大の巨大肝腫瘍を指摘されたため、当科を紹介された。受診時の臨床検査上、炎症反応や肝胆道系酵素は高値を示していたが、腫瘍マーカーは正常で、貧血は認められなかった。造影CT検査において腫瘍破裂および網嚢内の血腫が疑われたため、血管造影を施行した。造影剤の血管外漏出は明らかではなかったものの肝動脈塞栓術を施行した。その後腫瘍の圧排により閉塞性黄疸が増悪したためERBD tubeを留置した。非典型的な像であったため経皮的肝生検を施行したところ、未分化癌と診断されたため、拡大肝左葉切除術を施行した。網嚢に少量の血腫がみられたが、腹膜播種は認められず、洗浄細胞診は陰性であった。病理組織学的検査で肝未分化肉腫と診断された。術18ヶ月後の現在、無再発生存中である。成人での発症が非常に稀な肝未分化肉腫の1例を経験した。

B05

胆嚢穿通により肝被膜下膿瘍を来した1例

¹十三市民病院 外科

²山本第三病院

西山 毅^{1,2}、貝崎亮二¹、塚本忠司¹、登千穂子¹、
国本友浩¹、井上 透¹、小川正文²、西口幸雄¹

症例は85歳女性。認知症があり意思疎通は困難であった。1カ月前より右季肋部痛を訴えることがあった。数日前からの腹痛の増強、複数回の嘔吐を主訴に救急搬送となった。腹部CTでは肝右葉の被膜下に液体貯留を認めた。肝被膜下血腫の診断で当科に紹介となった。CT画像を見直したところ、胆嚢の腫大や壁肥厚は認めなかったが、肝被膜下に胆嚢内の結石と同濃度の結石がみられたため、胆嚢炎・肝被膜下穿破が疑われた。手術を希望されず抗生剤治療を行っていたが、状態が進展しなかったため、入院11日目に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。手術所見では、胆嚢底部に穿孔を認め、肝被膜下に膿性胆汁が貯留していた。胆嚢穿孔は胆嚢炎の3~10%に合併すると言われている。しかし肝被膜下への穿通は其中でも稀である。今回我々は胆嚢穿通により肝被膜下膿瘍を来した症例を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

B07

ICG 蛍光法が有用であった胆管と交通を有する巨大肝嚢胞自然破裂の1手術例

¹和泉市立総合医療センター 外科

²和泉市立総合医療センター がんセンター

筒井和麻¹、坂下克也¹、高橋 諒¹、三浦光太郎¹、
文元雄一¹、雪本清隆¹、澤田隆吾¹、阪本一次¹、
辻仲利政²

近年新しい術中胆道造影法として、インドシアニングリーン (indocyanine green: 以下 ICG) 蛍光法の有用性が報告されている。今回われわれは胆管と交通を有する巨大肝嚢胞自然破裂による腹膜炎症例に対し、ICG 蛍光法が有用であった腹腔鏡下肝嚢胞天蓋切除術 (Laparoscopic deroofing: 以下 LD) の1例を経験したので、報告する。症例は89歳女性、突然の右季肋部痛のため当科に紹介受診となった。腹部単純CT検査で肝右葉に15cm 径の肝嚢胞とともに肝周囲から下腹部にかけての液体貯留を認めた。DIC-CTでは嚢胞内への胆汁漏出を認めた。腹部打撲の既往がないため、肝嚢胞自然破裂による胆汁性腹膜炎と診断し、緊急的にLDを施行した。肝嚢胞天蓋部を開窓し、ICG 蛍光法を用いて嚢胞底部の胆汁漏出部を同定し得たので、縫合閉鎖した。術後胆汁漏の合併は見られず、術後13日目に退院となった。ICG 蛍光法は胆管交通部を同定する上で有用な手段であると考えられた。

B06

91歳、肝嚢胞感染後の肝嚢胞内出血、腹腔内穿破による出血性ショックに対して緊急開腹止血、嚢胞切除にて救命し得た1例

尼崎総合医療センター 消化器外科

原田嘉一郎、山中健也、栗本 信、萱野真史、
田島美咲、新藏秋奈、花畑佑輔、原田樹幸、
青木 光、松山剛久、吉村弥緒、川田洋憲、
吉富摩美、飯田 拓、白濁義晴、田村 淳

91歳女性。来院日の5日前に発熱、嘔吐を主訴に前医を受診し腎盂腎炎、敗血症性ショックとして加療されていた。来院当日の昼頃より急性の右下腹部痛を自覚しプレショック状態となり当院転送となった。来院時血圧99/68mmHg、脈拍数122回/分、SOFA score 3点であった。造影CTにて肝後区域に内部に高吸収域を伴う嚢胞性病変を認めた。周囲に高CT値の腹水を認め、肝嚢胞内出血破裂による出血性ショックと診断した。Extravasationを伴わなかったため緊急開腹術を行った。逆L字切開で開腹した。腹腔内には多量の血腫を認めた。プリングル下に肝右葉を授動し、肝嚢胞破裂による出血であることを確認した。嚢胞壁を切除し出血部のグリソンを同定し縫合止血した。ダグラス窩の腹水は混濁し感染性であった。腎盂腎炎ではなく肝嚢胞感染が契機に肝嚢胞出血し、それが破裂したために急性の腹痛と血圧低下が生じたと考えた。91歳と高齢であったが術後14日目に退院し得た。

B08

サイトメガロウイルス感染による伝染性単核球症に伴って脾破裂を発症した一例

¹京都府立医科大学附属北部医療センター 外科

²京都府立医科大学 消化器外科

大江 熙¹、中井理絵¹、住吉秀太郎^{1,2}、
原田恭一^{1,2}、竹本健一^{1,2}、越野勝博¹、
當麻敦史^{1,2}、落合登志哉^{1,2}、大辻英吾²

【症例】32歳、男性【主訴】倦怠感【現病歴】倦怠感を自覚したため近医を受診し、肝酵素上昇を認めたことから当院総合診療科を紹介受診した。異型リンパ球増加も伴っていたことから伝染性単核球症と診断され、外来での経過観察を行われた。受診後2日目、排便後から急激な嘔気・嘔吐を認め、体動困難となったため当院へ救急搬送された。搬入時、血圧低下を認めていたため、脾破裂による出血性ショックと診断し、同日緊急開腹手術を施行した。【術中所見】脾臓は広範囲な漿膜裂傷を認めていたが、脾実質には損傷を認めなかった。脾動脈を結紮し出血をコントロールしつつ、脾臓摘出を行った。【考察】初診時の血液検査においてサイトメガロウイルス IgM 抗体上昇が判明し、本出血は感染による脾機能亢進に伴って脾破裂を起こしたためと考えられた。本症例を文献的考察を行い、報告する。

B09

当院における門脈血栓症の検討

滋賀医科大学 消化器外科

塩見一徳、飯田洋也、前平博充、森 治樹、
安川大貴、貝田佐知子、山口 剛、竹林克士、
三宅 亨、植木智之、小島正継、清水智治、
児玉泰一、徳田 彩、油木純一、谷 眞至、
福尾飛翔

【目的】当院における門脈血栓症に対する治療効果と有害事象について検討する。【対象と方法】2013年5月から2020年5月の7年間に滋賀医科大学消化器外科、消化器内科にて指摘された門脈血栓症患者の臨床情報を後方視的に検討した。【結果】対象患者は30人であった。患者の平均年齢は66.3歳、男性23人・女性7人、肝硬変15例、胃癌3例、膵疾患8例、胆石症2例、その他2例であった。ワルファリン処方14例、エドキサバン処方9例であった。奏効率は、ワルファリン10例(71%)、エドキサバン6例(60%)であった(p=0.66)。合併症として、ワルファリン使用例で1例(7%)の脳梗塞、エドキサバン使用例で2例(22%)の脳出血が認められた。【結論】ワルファリンとエドキサバンとは、奏効率や合併症発生率に有意差を認めなかった。しかしながら肝硬変患者ではエドキサバンなどのDOACは脳出血のリスクといわれており、その適応は慎重に検討する必要がある。

B11

好酸球性胆嚢炎および好酸球性胃腸炎を合併した好酸球増多症の1例

¹青松記念病院 外科²泉大津市立病院 消化器内科平松宗一郎¹、中村雅憲¹、大澤尚志¹、王 恩¹、
青松和輝²、青松敬補¹

症例は55歳男性。既往に気管支喘息を認めた。下痢及び下腹部痛を主訴に近医より当院へ紹介受診となり、精査加療目的に入院となった。腹部CT・US検査及び上下部内視鏡検査を施行した所、胆石伴う胆嚢炎、直腸～横行結腸にかけての発赤伴う浮腫状変化及び、胃潰瘍(H2)をそれぞれ認めた。また血液検査では、好酸球増多症を認めていた。その後、胆嚢結石症に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行したところ、病理結果にて著明な好酸球浸潤を伴う好酸球性胆嚢炎と診断された。また最終的には食道を除く、胃・十二指腸・胆嚢・大腸・手術時に採取した腹水より好酸球浸潤を認め、好酸球性胃腸炎の合併と診断した。今回好酸球性胃腸炎に対しては整腸剤投与にて軽快を認めたため、ステロイド内服は導入なしで経過観察となっている。好酸球性胆嚢炎や、好酸球性胃腸症を合併した好酸球増加症は比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

B10

保存的に軽快した広範な上部消化管気腫を伴う門脈ガス血症の1例

兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科

萱野真史、山中健也、栗本 信、田島美咲、
原田嘉一郎、新藏秋奈、花畑佑輔、原田樹幸、
青木 光、松山剛久、吉村弥緒、川田洋憲、
吉富摩美、飯田 拓、白濁義晴、田村 淳

門脈ガス血症は腸管壊死との関連がいわれ、予後不良とされてきたが、保存的に軽快する例も存在し、手術適応の判断に難渋することが多い。画像検査で門脈ガス血症が見つかる機会が増え、臨床的意義が見直されつつある。症例は80歳代女性、頻回嘔吐後の腹痛を主訴に前医受診し、食道破裂疑いで当院に搬送された。胸腹部造影CTでは下部食道から十二指腸までの壁内気腫と肝内門脈ガスを認めた。WBC 14300/ μ L、CRP11.4mg/dLと炎症所見の上昇、Lac 3.7、LDH 405U/Lの上昇を認めた。しかし、血圧104/67mmHg、脈拍88/minでバイタルは安定、腹膜刺激症状や腹部硬化は認めず、CT上消化管血流障害を疑う所見は乏しかった。頻回嘔吐に伴うマロリーワイス症候群、内圧上昇による食道胃十二指腸の壁内気腫が原因の門脈ガス血症と診断、緊急手術を行わず、保存的加療を行った。4病日の腹部CTで腸管気腫、門脈ガスの消失を確認した。同日に食事開始し、11病日に軽快退院した。

B12

当院での特発性内胆汁瘻の経験

東住吉森本病院 外科

木下広敬、江田将樹、小出求陸、稲津大輝、
橋場亮弥、森田隆平、葛城邦浩、清田誠志

特発性内胆汁瘻の発生頻度は胆道系手術症例の約1~2%とされており、比較的まれな合併症の一つである。この度、特発性内胆汁瘻を当院で6例経験した。6例の内胆石イレウスを合併した症例は2例であり、1例はイレウス解除術と胆嚢摘出術及び瘻孔閉鎖術を一期的に行った。もう1例は胆嚢に炎症所見はなくイレウス解除術のみを行い経過観察とした。他の4例の内3例は胆嚢摘出術及び瘻孔閉鎖術を行い、残る1例は経皮経肝胆嚢ドレナージを行いドレナージチューブを留置したまま経過観察とした。特発性内胆汁瘻の治療方法は手術が一般的であるが、比較的高齢で発症する症例が多く、全身状態や併存症を勘案しながら手術適応について慎重に判断する必要がある。瘻孔が自然閉鎖した報告もあり、残石や胆嚢炎の再発なく経過している症例などでは経過観察を行うことも選択肢として挙げられると考えられた。

B13

胆嚢捻転症の1例

育和会記念病院 外科

藤井敦也、丸尾晃司、竹村 哲、櫻井康弘、
西森武雄

症例は80歳代女性。来院前日からの右下腹部から右季肋部にかけての疼痛を主訴に近医を受診した。受診時37℃台の発熱と右側腹部痛を認め、腹膜刺激症状は認めなかった。腹部超音波検査およびCT検査で胆嚢の腫大、壁肥厚、胆嚢結石を認め、精査加療目的に当院に紹介となった。血液検査では白血球16,220/uL, CRP 23.56mg/dLと炎症反応の上昇を認めたが、肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。これらの所見より中等症の急性胆嚢炎と診断して緊急手術を施行した。腹腔鏡下に開始したが、胆嚢は著明に腫大し、患者の体格は小さく working space が狭く腹腔鏡操作が困難であったため、開腹術に移行した。胆嚢は時計回りに4回転していた。遊走胆嚢 Gross II 型と診断し捻転解除後に胆嚢を摘出した。術後3日目より経口摂取を再開し、術後11日目に軽快退院となった。今回我々は比較的稀とされている胆嚢捻転症の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

B15

膵管内乳頭粘液性腫瘍による胆管穿破の1例

京都大学 肝胆膵・移植外科

李 敏、加茂直子、金田明大、姚 思遠、
小山幸法、長井和之、八木真太郎、
田浦康二郎

膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) は散見されるが、経過中に周辺臓器へ穿破することは比較的稀である。今回、黄疸を来した IPMN による胆管穿破の1例を経験したので報告する。【症例】73歳男性。2年前に健診にて分枝型 IPMN 及び主膵管拡張を指摘。精査後、悪性所見なく経過観察されていた。1年前の主膵管内粘液細胞診では悪性が疑われたが本人の希望で経過観察となった。10カ月後に黄疸が出現し、ERCP 及び胆道鏡にて IPMN の胆管浸潤・穿破が疑われたが、生検での悪性所見は得られなかった。ENBD 留置したが減黄不良のため、当科にて亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行。病理所見では、膵内病変部に高異形度の IPMN 主体と粘液中に浮遊する colloid carcinoma を認め、胆管内に高異形度 IPMN 及び腺癌の浸潤、上皮内進展を認めた。術後経過は良好で、現在補助化学療法中。【結語】IPMN 経過観察時の黄疸出現は、胆管穿破も念頭におく必要がある。若干の文献的考察を含め報告する。

B14

急性胆嚢炎症例に対して胆嚢亜全摘、大網片 (piece of free omentum) を用いて胆嚢管を閉鎖した1症例

京都大学 肝胆膵移植外科

藤本貴士、伊藤孝司、牧野健太、小木曾 聡、
石井隆道、瀬尾 智、田浦康二郎、増井俊彦

【症例】50代男性、以前より胆嚢結石を指摘。突然の上腹部痛を自覚し当院入院。Murphy 徴候を認め、CT では急性胆嚢炎の診断。腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行。術中所見では胆嚢頸部に結石が嵌頓し、その影響で Calot 三角が短縮、総胆管まで強い炎症癒着を認めた。胆嚢動脈、胆嚢管を同定できず総胆管損傷の危険性も高いと判断し、胆嚢亜全摘を施行。残存する頸部より胆汁の流出を認めため、切除した大網の一部を頸部に充填しクリップで固定。術後経過は胆汁漏なく軽快退院。【まとめ】急性胆嚢炎にて頸部・胆嚢管まで炎症が強く、総胆管を損傷するリスクが高い症例を時々経験する。Satoi (Surgery, 2018) らは、piece of free omentum を用いた方法で胆汁漏を減少させたと報告している。我々も同様の手術を行い、良好な結果を得た。急性胆嚢炎にて胆嚢頸部・胆嚢管の処理ができない場合、piece of free omentum を用いた大網充填法は簡便で有益と考えられた。

B16

von Hippel-Lindau 病に伴う膵神経内分泌腫瘍の1切除例

石切生喜病院 外科

安田拓斗、宮下正寛、佐野智弥、長尾宗英、
川口貴士、野沢彰紀、渡辺千絵、大河昌人、
西川正博、上西崇弘、福富経昌、田中 宏

症例は55歳、女性。兄が von Hippel-Lindau 病 (VHL 病) に伴う膵神経内分泌腫瘍 (膵 NEN) に対し手術加療されている。右側胸部腫瘍を自覚し、精査のため施行された CT 検査にて偶発的に膵頭部腫瘍が指摘されたため、当院消化器内科を受診した。腹部造影 CT 検査像上、膵頭部に最大径50mm の石灰化を伴った腫瘍性病変を認め、同病変は一部を除き早期相で強く濃染され、後期相で濃染は遷延していた。超音波内視鏡下穿刺吸引を行うも、確定診断には至らなかったが、家族歴および画像所見より膵 NEN が疑われた。膵 NEN に特徴的な症状はなく、血清インスリン値及びガストリン値は基準値内であったが、PET 検査で同腫瘍に FDG の集積 (SUV max 12.2, 遅延相 13.2) が認められ、悪性の存在が疑われたため、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的には、膵 NEN Gradel と診断された。今回、VHL 病に伴う膵 NEN の1切除例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

B17

術前化学放射線療法により局所効果が得られ、切除後に完全奏功と診断した borderline resectable 膵頭部癌の一例

守口敬仁会病院

渡邊創太、溝尻 岳、渡邊創太、甲斐裕樹、
木下 満、野村雅俊、長澤芳信、丸山憲太郎、
岡 博史

症例は71歳男性。腹痛、搔痒感を主訴に近医を受診。黄疸と肝酵素上昇を認め、胆管炎疑いで当院紹介となり、精査の結果、膵頭部癌、cT3S (48mm)、CH0、DU0、cS1、cRP1、cPV1 (PVp、PVsm)、cA0、cCH1、cPL1、N0、M0、cStageIIAと診断。borderline resectable 膵癌 (BR-PV) に対して導入化学療法として GEM + nab-PTX を4コース、TS-1併用 CRT を施行し、治療開始から6か月後の効果判定で腫瘍は20mm に縮小し partial response と判定した。CRT 後は resectable 膵癌と判断し、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。術中所見で門脈や上腸間膜静脈周囲に癒痕組織は認めなが剥離可能であった。病理組織学的検査では膵臓、腹水に腫瘍細胞を認めず、組織学的治療効果判定はGrade4であった。脈管、神経叢浸潤を伴う進行膵癌の予後は極めて不良であるが、術前 CRT により良好な局所効果が得られ、complete response を得られた症例を経験したので報告する。

B19

膵リンパ上皮性嚢胞の1切除症例

兵庫県立加古川医療センター 外科

廣辻敬士、多田羅敬、長見 直、川嶋太郎、
門馬浩行、小林 巖、衣笠章一、高瀬至郎

【症例】71歳男性【現病歴】近医で受けた検診の腹部エコーで膵体部に嚢胞性病変を指摘され、当院紹介受診。腹部造影 CT で、膵体尾部から頭側に突出する不整な嚢胞性病変を認め、辺縁に早期濃染する充実成分を認めた。EUS では膵体部に嚢胞性病変を認め、嚢胞内に高エコーが浮遊し、粘液貯留が疑われ、主膵管との交通は認めなかった。腫瘍マーカーは CA19-9 が154U/ml と高値で悪性の可能性否定できず、膵体尾部脾合併切除術を施行した。膵体部下方に5cm 大の嚢胞性病変を認め、病理検査では膵リンパ上皮性嚢胞と診断された。本疾患は比較的稀で予後良好であるが、術前に膵嚢胞性腫瘍や膵癌との鑑別が困難であり、切除後に確定診断に至ることがほとんどである。この度、術前診断が困難で、切除後に確定診断に至った膵リンパ上皮性嚢胞の1切除症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

B18

ICG による血流評価が有用であった膵体部癌に対する腹腔動脈幹合併膵体尾部切除術

明和病院 外科

長野健太郎、中島隆善、生田真一、松木豪志、
一瀬規子、笠井明大、浜野郁美、岡本 亮、
仲本嘉彦、相原 司、山中若樹

【はじめに】術中 indocyanine green (ICG) 蛍光造影法を膵手術へ応用した報告はまだ少ない。今回、腹腔動脈 (CeA) 浸潤が疑われた膵体部癌に対して腹腔動脈幹合併膵体尾部切除術 (DP-CAR) を行い、術中に ICG 蛍光造影法を用いた血流評価が有用であった症例を経験したので報告する。【症例】60歳代、男性。CeA から総肝動脈および脾動脈の起始部周囲に浸潤を伴う膵体部癌の診断で、6か月間の化学療法後に手術を施行した。手術は DP-CAR を施行、総肝動脈を胃十二指腸動脈分岐部より中枢側でブルドック鉗子にて挟鉗し、ICG を静脈内注射して PDE にて撮影を行ったところ、膵頭部の arcade を介して肝全体の良好な血流が視認された。虚血性合併症なく術15日後に退院した。【結語】ICG 蛍光造影法は簡便性にも優れ、膵手術における虚血性合併症を回避するうえで安全性、確実性を担保しうるツールとなりうる。

B20

脾仮性動脈瘤を形成した難治性感染性膵仮性嚢胞に対する外科的治療を施行した一例

兵庫県立尼崎総合医療センター 外科・消化器外科

田島美咲、飯田 拓、萱野真史、原田嘉一郎、
新藏秋奈、花畑佑輔、原田樹幸、青木 光、
栗本 信、松山剛久、吉村弥緒、川田洋憲、
山中健也、吉富摩美、白濁義晴、田村 淳

症例は50歳代男性。6ヶ月ほど前から原因不明の急性膵炎を繰り返し、複数回の入院加療歴があった。発熱、上腹部痛を主訴に前医を受診し、CT で感染性膵仮性嚢胞を伴う急性膵炎と診断され、抗菌療法にて保存的治療を開始された。しかし仮性嚢胞の増大を認め、感染コントロールが不良であり、当院消化器内科に転院となった。当院転院時の造影 CT で膵体尾部から左副腎にまで広がる膵仮性嚢胞を認め、脾仮性動脈瘤による嚢胞内出血、脾梗塞、左腎静脈血栓を合併していた。仮性脾動脈瘤に対してコイル塞栓術を、感染性膵嚢胞に対して CT ガイド下に経皮的ドレナージを行った。脾膿瘍や後腹膜膿瘍は残存しており、完全な感染コントロールを目的に、転院後20日目に脾合併膵体尾部切除術を施行した。脾液瘻や遺残膿瘍などの合併症なく経過し、術後10日目に退院した。難治性感染を伴う膵仮性嚢胞に対して、外科的治療が奏功した一例を経験したため報告する。

B21

術前診断に苦慮した食道癌腭転移の一例

大阪大学 消化器外科

大辻晋吾、岩上佳史、秋田裕史、小林省吾、
山田大作、富丸慶人、野田剛広、後藤邦仁、
土岐祐一郎、江口英利

症例は82歳男性。胸部食道癌（中分化扁平上皮癌、pT2N1M0 pStage3）に対して食道亜全摘術、2領域郭清、皮下胃管再建術を施行した。術後補助化学療法としてパクリタキセル単独療法を施行したが4か月後に患者希望で中止し、以後無再発で経過した。術後2年6か月目の単純 CT で腭体部に主腭管拡張を伴わない25mm 大の腫瘤を指摘。増大傾向を示したため EUS-FNA を試みたが、皮下胃管吻合部をスコープが通過せず術前診断を得ることができなかった。画像上、遠隔転移を疑う所見を認めなかったため、腭癌の術前診断のもと腭体尾部切除術を施行した。術中所見では明らかな非治癒切除因子を認めず、腭体部に3cm 大の硬結を認めた。切除標本では、病理組織学的に扁平上皮癌、#11リンパ節への転移を伴い、食道癌の腭転移と診断された。〈BR〉非常に稀な食道扁平上皮癌術後腭転移の一切除例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

B23

術式選択に苦慮した十二指腸 GIST の 1 例

和歌山県立医科大学 第 2 外科

生地みづ穂、中村公紀、尾島敏康、勝田将裕、
早田啓治、北谷純也、竹内昭博、中井智暉、
松田健司、上野昌樹、速水晋也、山上裕機

症例は、29歳女性で、黒色便を主訴に前医を受診した。腹部超音波検査にて十二指腸、腭頭部周囲に35×25mm 大の低エコー域を認め、当院消化器内科へ精査のため紹介となった。上部内視鏡検査にて上十二指腸角に存在する delle を伴う粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、造影 CT にて不均一な造影効果を伴う腫瘤として描出され、PET では SUVmax16.74 の集積を認めた。EUS-FNA を施行したところ紡錘形細胞からなる腫瘍細胞を認め、免疫染色にて c-kit 陽性であったことから、十二指腸 GIST の診断に至った。術式選択には苦慮したが、腫瘍が腭頭部側に存在するため局所切除術は困難であったことから単孔式腹腔鏡下十二指腸分節切除術、R-Y 再建術を施行した。術後経過は良好で術後 8 日に退院となった。術式選択が難しい十二指腸 GIST に対し、単孔式腹腔鏡下十二指腸分節切除術を施行し、腫瘍学的妥当性を保持しつつ、低侵襲かつ整容性に優れた治療が可能であったため報告する。

B22

閉塞性黄疸を契機に発見され保存的に軽快した十二指腸潰瘍穿通の 1 例

青松記念病院 外科

王 恩、平松宗一郎、青松敬輔

症例は75歳男性。眼球結膜の黄染、茶褐色尿を主訴に当院を受診した。血液検査にて黄疸、肝胆道系酵素の上昇、高度の炎症を認め、腹部 CT 検査では十二指腸球部～下行脚で一部壁構造の途絶を伴う炎症と、上行結腸肝彎曲部への炎症波及を認めた。上部内視鏡検査では、十二指腸球部に深掘れした A1 Stage 潰瘍を認めた。検査所見より、十二指腸潰瘍穿通による炎症の波及が、胆道を圧排し閉塞性黄疸を来したと考えられた。入院後は絶食および抗生剤投与による保存的加療を行い、14日目に軽快退院となった。十二指腸潰瘍穿孔・穿通は上腹部痛を主訴とする急性腹症の代表的疾患であり、重症例では膵臓、小腸、胆道、大腸、大網などの他臓器へ穿通を来すこともある。今回われわれは、閉塞性黄疸のみを症状とし保存的に軽快した十二指腸潰瘍穿通の 1 例を経験した。非常に稀な病態であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

C01

巨大ブラ内肺痿部に PGA シートを重層充填した気胸の一手術例

市立豊中病院

平岩 七望、岩澤 卓、堂野恵三

【症例】70歳代男性 【現病歴】5ヶ月前に左気胸でドレナージによる保存治療を受け軽快した。今回胃癌術後経過観察目的の CT で左気胸を指摘され、ドレーンを留置したが気漏が遷延するため手術適応として当科に紹介になった。【既往歴】9年前左肺癌上葉切除、13ヶ月前胃切除、1ヶ月前肝転移切除、COPD 【入院時 CT】左肺底部に巨大ブラとその背側に気胸腔を認めた。【手術所見】胸腔鏡で観察すると気胸腔以外は全面癒着しており、肺底部に収縮したブラ壁をとその近傍に肺痿部を認めた。同部にフィブリン糊を用いて PGA シートを重層充填した。【術後経過】術後5日目に退院。1年近く気胸の再発なく、CT でブラは消失した。【結語】本症例は高度癒着のためブラの切除は困難で、肺気腫による脆弱な肺の縫合も不確実と考えられた。フィブリン糊を用いた PGA シート重層充填法により良好な結果を得ることができ、本法は難治性の気胸に対して有効な治療法の一つと考えられた。

C02

肋間動脈出血をソフト凝固で止血後に仮性動脈瘤を伴い遅発性出血をきたした1例

近畿大学 外科 呼吸器外科
坂本敬哉、武本智樹、須田健一、福田祥大、
西野将矢、下治正樹、千葉真人、宗 淳一、
光富徹哉

【症例】65歳、男性。2016年6月に右肺癌に対し右肺下葉切除の既往。術後経過観察中に右肺上葉に新規病変が出現し、2019年7月に右肺上葉部分切除を施行。その際、癒着剥離時に第6肋間動脈より出血あり、ソフト凝固で止血。術後経過に特記事項なく術後5日目に退院した。術後18日目の初回外来時には各種検査で異常を認めなかったが、帰宅途中で咯血しハリーコール対応となった。【所見】全身冷汗及び呼吸苦あり。心拍数125/min、血圧117/98mmHg、造影CT施行にて血胸および右第6肋間動脈からの造影剤の漏出あり。その後ショック状態となり、輸血施行しつつ緊急血管造影を施行、右第6肋間動脈に仮性動脈瘤と同部位からの造影剤漏出像を認め、塞栓術にて止血した。血胸はドレナージにて改善、軽度の肺痿遷延も保存的に軽快し、再入院後20日目に退院。【考察】動脈性出血をソフト凝固にて止血した後は、状況に応じて結紮の追加などを考慮する必要があると考えられた。

C04

心不全による両側難治性胸水および腹水に対して右壁側胸膜切除術を施行し完治しえた一例

関西労災病院 呼吸器外科
福本結子、戸田道仁、山本亜弥、鈴木智詞、
岩田 隆

【はじめに】心不全合併の難治性胸水に対して外科的治療を行い、胸水貯留のみならず心不全までもが改善したという報告は少ない。今回、原因不明の右難治性胸水に対して壁側胸膜切除術を施行し、胸腹水の消失と心機能の改善を認めた一例を経験したため報告する。【症例】60代、女性。2016年10月に当院心臓血管外科で急性大動脈解離に対し上行置換術を施行され、術19日目より胸部レントゲンで右胸水貯留を認めた。利尿薬投与や胸腔ドレナージを繰り返すも効果が乏しく、原因不明の難治性胸水として2017年5月に当科に紹介、同年6月に胸腔鏡補助下右壁側胸膜切除術、胸膜癒着術を施行された。経過良好で術9日目に退院となった。その後胸腹水の消失のみならず心機能の改善までも認め、現在まで再発することなく経過している。【結語】難治性胸水に対する壁側胸膜切除術は治療の選択肢のひとつとして考慮しても良いと考えられる。

C03

肺切除によりネフローゼ症候群の改善を認めたLCNECの1例

淀川キリスト教病院 呼吸器外科
谷村卓哉、岡田諭志、加地政秀

症例は41歳男性。左胸痛を主訴に当院救急外来を受診した際、胸部X線写真で右中肺野に腫瘤影を指摘された。胸部CTでは右肺上下葉間のプラ内に長径4cmの腫瘤影を呈し、PETでFDGの高度集積を認めたが、リンパ節や遠隔転移はなかった。気管支鏡検査では診断困難で、右上葉肺癌疑い(cT2bN0M0、stageIIB)とした。両側の下腿浮腫を認め、Alb:1.6g/dl、尿蛋白/Cre比:6.1g/g・CREであり、ネフローゼ症候群を合併していた。片腎が高度に萎縮していたため、腎生検は行わず、膜性腎症が疑われた。胸腔鏡下右肺上葉+S6部分合併切除と縦隔リンパ節郭清を施行した。周術期は循環呼吸状態に問題なく、術後12日目に退院となった。病理診断はLCNEC(pT2bN0、stageIIB)であったが、術後化学療法は本人の希望で行わなかった。術後1年6カ月を経過し、無再発生存中。ネフローゼ症候群は術後より徐々に改善し、現在は寛解している。本症例を若干の文献的考察を加え報告する。

C05

拡大気管支形成術後の気管支瘻に対して残肺全摘出術を施行した一例

大阪市立大学 呼吸器外科
山本 悟、月岡卓馬、泉 信博、小松弘明、
井上英俊、宮本 光、伊藤龍一、木村拓也、
西山典利

症例は60歳代の男性、主訴は血痰で来院。左肺門部肺癌(Squamous cell carcinoma、cT4N2M0 StageIIIB)に対して術前より放射線化学療法(weekly CBDCA+PTX 4コース RT40Gy)を施行し、治療効果はPRであった(Yc-T2aN0M0 stageIB)。後側方開胸下に左肺下葉、舌区スリーブ切除、気管支形成術を施行した(pT1cN1M0 StageIIB)。術後は炎症高値が遷延し、CTで気管支断端瘻が疑われたため、約1ヵ月で開窓術を施行した。術後は気瘻の持続認めるが全身状態良好であったためガーゼドレナージ継続した状態で3ヵ月後に退院となった。4ヵ月後の外来診察時に咯血を認め緊急入院となり、気管支鏡検査を施行し気道内出血を認めた。気管形成部の縫合不全の改善も認めないため、残肺全摘術、広背筋充填術、大網充填術を施行した。現在はガーゼドレナージを継続している。拡大気管支形成術後の気管支瘻に対して残肺全摘術を施行した一例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

C06

大動脈浸潤が疑われる部位に大動脈瘤を合併した左下葉肺癌に対して、ステントグラフト内挿術後に肺切除を施行した1例

¹近畿大学病院 外科

²近畿大学病院 心臓血管外科

清水理江¹、武本智樹¹、西野貴子²、神波奈央子¹、西野将矢¹、下治正樹¹、千葉真人¹、須田健一¹、宗 淳一¹、坂口元一²、光富徹哉¹

【背景】肺癌に大動脈瘤を合併することは経験するが、今回、腫瘍の大動脈浸潤疑い部位近傍に大動脈瘤を合併した稀な症例を経験したため報告する。【症例】78歳女性。前医で肺腺癌と診断され、大動脈瘤合併のため、当院紹介受診となった。造影CTで左肺S6末梢に4.8cmの充実性腫瘤を認め、大動脈に接し、さらに腫瘤近傍には短径3.5cmの大動脈瘤を認めた。PET-CTで腫瘤に一致してFDG集積を認めた(SUVmax 8.21)。cancer boardの結果、ステントグラフト内挿術の後、根治切除の方針とした。ステント留置の翌日、左下葉切除術を施行した。下降大動脈とは腫瘍部で癒着を認めたが浸潤は認めなかった。経過良好にて術後10日目に退院となった。最終病理診断は、胸膜浸潤なくT1cN0M0 stageIA3であった。【考察・結語】術前にステントグラフトを留置することにより安全に根治切除を施行することができた。

C08

巨大左房を来たした僧帽弁狭窄症に対し、左房縫縮術、MAZE手術により洞調律に復した1例

大阪市立総合医療センター 心臓血管外科

角谷明洋、村上貴志、青山孝信、阪口正則、

尾藤康行、桐谷ゆり子、新田目淳孝、住井陽介

【背景】巨大左房を来たした心房細動ではMAZE手術を施行しても洞調律への復帰が困難であることが多い。今回、巨大左房を来たした心房細動、僧帽弁狭窄症(MS)に対し、左房縫縮、MAZE手術を施行し、洞調律に復した1例を経験したので報告する。【症例】70歳、女性。Severe MSに対する手術加療目的に当科紹介となった。術前の胸部XpではCTR67%と心陰影拡大を認め、心エコーではMS(MVA0.76cm²)、左房(LA)径74mm、LA volume index 153mL/m²であった。既往に長期間の心房細動があり、手術は僧帽弁置換術、三尖弁縫縮術、MAZE手術、左心耳閉鎖、左房縫縮を施行した。術後経過で洞調律への復帰を認め、術後20日目に退院した。外来の胸部XpではCTR53%と改善し、心エコーでLA径40mm、LA volume index 38.8mL/m²と縮小した。術後半年を経て洞調律のまま維持している。【結語】巨大左房であっても積極的な左房縫縮とMAZE手術により洞調律復帰が期待できる。

C07

多臓器転移を伴う右肺癌に対しSalvage Surgeryを行った一例

石切生喜病院 呼吸器外科

岸本和也、藤井祥貴、西田 達

【はじめに】根治的放射線・化学療法後、局所に遺残・再燃した病変に対する外科的根治切除をSalvage Surgery(SS)と考える。今回、多臓器転移を伴う右肺癌に対し、転移巣の切除後に免疫チェックポイント阻害薬(ICI)と化学療法を行ったがPDとなり、そのため施行したSSが有効であった一例を経験したので報告する。【症例】58歳男性。上縦隔リンパ節・小腸・左副腎転移を伴う右肺上葉の肺腺癌(径56mm)に対し小腸切除・左副腎摘出術を行い、2015年11月から2019年1月まで化学療法とICIを行った。その後、腫瘍はPDとなりPS2まで低下したが、肺腫瘍と上縦隔リンパ節以外に病変を認めなかったため右肺上葉切除+ND2a-1を行った。術後6ヶ月で右第2肋骨を主座に再発を認めたが、右第2~4肋骨を合併切除し、術後3ヶ月現在、PS0で再発を認めていない。【結語】多臓器転移を伴いIV期肺癌であっても、症例を選択すればSSは有効である。

C09

心室中隔欠損症を伴わない孤発性肺動脈弁感染性心内膜炎の1例

岸和田徳州会病院 心臓血管外科

小林将明、東上震一、畔柳智司、平松範彦、

降矢温一、小島三郎、松浦 誠、春日健介、

竹本哲志、石堂耕平

【背景】右心系感染性心内膜炎は、その多くが三尖弁を病変とし、肺動脈弁感染性心内膜炎は感染性心内膜炎の1.5-2%と報告されている。今回、我々は心室中隔欠損を伴わない孤発性肺動脈弁感染性心内膜炎という稀な症例を経験したため報告する。【症例】60代男性。血液培養陽性、心エコーにて肺動脈弁に5cmの疣贅認め、感染性心内膜炎の診断で抗生剤加療開始するも感染のコントロールがつかず、当院転院のうえ手術となった。生体弁での肺動脈弁置換と自己心膜パッチによる肺動脈の修復を行った。術後は抗生剤点滴投与し、術後51日で軽快退院となった。【考察】Effective Orifice Area Index(EOAI)を確保するために生体弁25mmを使用し、右室流出路の形成においては感染のリスク低減の観点から人工血管ではなく自己心膜パッチを使用した。【結語】肺動脈弁感染性心内膜炎に対して生体弁での肺動脈弁置換と自己心膜パッチによる肺動脈形成を行い、良好な転機を得た。

C10

左腎尿管全摘術時の外腸骨動脈損傷に対して外腸骨静脈を用いて修復を行った 1 例

大阪市立大学 心臓血管外科
多田隆馬、藤井弘通、高橋洋介、森崎晃正、
津田和政、左近慶人、岸本憲明、山根 心、
河瀬 匠、西矢健太、柴田利彦

73歳男性。泌尿器科にて、左腎盂尿管癌に対して右側臥位下に後腹膜鏡下左腎尿管全摘術が施行された。周囲と強固に癒着した尿管を剥離する際に、左外腸骨動脈 (EIA) が損傷された。まず、EIA の損傷部の中枢側と末梢側を遮断し止血した。可及的に EIA の剥離を行い、直接端々吻合を試みたが困難であった。そこで、直ちに閉創した後、仰臥位へと体位変換した。開腹下に左腎尿管全摘が終了した後、EIA の修復を行った。右大伏在静脈による再建を試みたが、径が細く十分な血流は得られなかった。そこで、左外腸骨静脈 (EIV) による再建を行うことにした。EIV の残存断端は結紮し血行再建は行わなかった。術後、一時的に CK 値は約 15000IU/L まで上昇、左下肢の浮腫を呈した。虚血再灌流障害は認めなかった。術後2年間が経過したが、吻合部瘤や閉塞などを認めていない。自家静脈グラフトとして EIV は、EIA 損傷時のグラフトとして良好であると思われる。

C12

解離性大動脈瘤に伴う間欠性跛行が腹部大動脈人工血管置換術により軽快した一例

紀南病院 心臓血管外科
金知 堯、溝口裕規、谷本和紀、榎 雅之、
阪越信雄

症例は56歳男性。33歳から慢性腎不全で透析導入、35歳時に A 型大動脈解離に対して弓部全置換術を施行した。51歳から左跛行が出現し、腰部脊柱管狭窄症と診断され保存的に加療されていた。今回、解離性腹部大動脈瘤が55mm へと拡大し、手術適応と判断し、手術を施行した。術前の ABI は右1.19、左1.10で、造影 CT 検査にて胸部下行大動脈から総腸骨動脈 (CIA)、内腸骨動脈 (IIA) と外腸骨動脈 (EIA) の分岐部まで解離の残存を認めた (偽腔開存)。人工血管置換術は中枢側を double barrel で吻合し、末梢側は EIA と IIA を独立して再建した。術後経過は良好で、術後 ABI は右1.25、左1.33と上昇し、左跛行は軽快した。EIA と IIA を独立して再建することで、潜在的な EIA の血流不全が改善し、それにより跛行症状が軽快したと考えられた。

C11

慢性解離性下行大動脈瘤破裂に対して二期的手術を施行した 1 例

岸和田徳洲会病院 心臓血管外科
石堂耕平、東上震一、畔柳智司、平松範彦、
降矢温一、松浦 誠、小島三郎、春日健介、
竹本哲志、小林将明

【背景】下行大動脈瘤破裂の死亡率は依然として高い。今回我々は慢性解離性下行大動脈瘤破裂に対して二期的手術を施行し、良好な結果を得たので報告する。【症例】症例は54歳の女性。Marfan 症候群の既往、他院で急性大動脈解離に対して Bentall + MVP の施行歴があった。突然の右肩痛で前医を受診、解離性胸部大動脈瘤破裂の診断で当院に紹介搬送された。循環動態は不安定で、破裂部閉鎖のため緊急で TEVAR (zone 2) を施行し、血行動態は安定した。術翌日の CT で瘤の形態変化を認め再破裂リスクが高く、2日後に偽腔コイル塞栓を追加した。その後呼吸、循環動態は安定したが偽腔血流が残存しており、若年であることも考慮し、根治術を目指して入院 17 日目に全下行大動脈置換術 + Adamkiewicz 再建 + 腹部4分枝再建を施行した。術後経過は良好で大きな合併症なく経過し、入院33日目に退院した。【結語】慢性解離性下行大動脈瘤破裂への二期的手術を施行し、良好な転機を得た。

C13

右側特発性食道破裂に対して右斜め胸切り開胸開腹アプローチで一期的胃管胸骨後再建を行った一例

尼崎総合医療センター 外科
花畑佑輔、山中健也、新藏秋奈、青木 光、
栗本 信、川田洋憲、吉富磨美、白濁義晴、
田村 淳

特発性食道破裂は左側下部食道壁に多く、右側のものは少なく手術治療は確立していない。今回我々は、穿孔部の縫合閉鎖が困難であった右側特発性下部食道破裂に対して右斜め胸切り開胸開腹アプローチで、胃管胸骨後再建を行って救命し得た症例を経験した。症例は72歳男性、7日前に食後の心窩部痛を自覚、2日前からの発熱を主訴に前医を受診し、CT で食道壁欠損像、縦隔気腫、膿胸を指摘され紹介搬送された。右側食道破裂の診断で、同日緊急手術を施行した。右胸腔内は多量食物残渣があり、膿瘍を形成していた。食道胃接合部を中心に65mm の穿孔を認めた。単純縫合閉鎖やドレナージのみでの加療は困難と考えられたため、胸部中部食道から胃体上部を切除、胃管を作成し、後縦隔経路で吻合し周囲を大網で被覆した。術後創部感染は呈したものの、軽快し第40病日にリハビリ転院した。現在は吻合部狭窄に対して、定期的なバルーン拡張術を外来で施行している。

C14

超高齢者巨大 Zenker 憩室の 1 例

守口敬仁会病院

渡邊創太、溝尻 岳、甲斐祐樹、虫明 修、
木下 満、野村雅俊、長澤芳信、丸山憲太郎、
李 喬遠、丸山憲太郎、岡 博史

症例は91歳女性。食事中の意識消失や繰り返す誤嚥を主訴に前医を受診。頸部単純 CT で頸部食道に空洞性病変を認め当院紹介となった。食道造影検査では頸部食道に7cm × 7.6cm の巨大な憩室を認め、上部消化管内視鏡検査も施行し咽頭食道憩室と診断した。憩室に食物が貯留することにより諸症状が引き起こされると考えられたため、手術を施行した。憩室は輪状咽頭筋の口側より脱出しており Zenker 憩室と考えられた。手術は憩室切除術のみに留め、輪状咽頭筋切開術は付加しなかった。術後は合併症なく経過し、術後4日目より食事を開始した。経過良好にて術後28日目に転院となった。Zenker 憩室は Lannier-Hackerman 間隙より圧出性に生じる憩室で全食道憩室の約10%と比較的なまれな疾患である。今回、超高齢者における巨大 Zenker 憩室を経験したので病態・術式に関して考察する。

C16

6.5cm の食道 GIST に対して腹腔鏡補助下部食道切除術を施行した 1 例

多根総合病院 外科
加藤弘記

食道原発の GIST は稀な疾患であり、急速な増大を示した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。症例は67歳男性。検診で施行した上部消化管内視鏡検査で下部食道に1.5cm の粘膜下腫瘍を指摘され前医を受診した。半年後には4.5cm と増大傾向あり EUS-FNA 施行したところ c-kit、CD34 および DOG1 が陽性、S-100、 α -SMA が陰性であるため食道 GIST の診断となった。その後当院での加療を希望され紹介となった。当院で施行した上部消化管内視鏡検査では最大径7cm とさらなる増大を認め、腫瘍に潰瘍形成も認めていた。明らかな遠隔転移は認めなかった。手術適応と判断し、前医初診から10ヶ月後に腹腔鏡補助下部食道切除術を行った。術後経過は良好で術後17日目で退院となった。Modified Fletcher 分類では高リスクに分類されるため術後補助化学療法としてイマチニブ 400mg を開始した。現在術後再発なく経過している。

C15

Killian-Jamieson 憩室内に発生した食道癌の一例

神戸大学 食道胃腸外科

堀川 学、押切太郎、瀧口豪介、裏川直樹、
長谷川寛、山本将士、金治新悟、松田佳子、
山下公大、松田 武、中村 哲、鈴木知志、
掛地吉弘

症例は65歳男性。主訴なし。胆石症の術前検査で食道癌、胃癌を疑われ精査加療目的に当科紹介となり、胃病変に対しては食道癌治療に先立ち当院消化器内科で ESD を施行され治癒切除であった。術前 EGD で門歯18cm の食道憩室内に EP/LPM 疑い病変と、門歯20-23cm に 0-IIb 病変を認め生検で SCC と診断された。造影 CT では左前側方に突出する頸部食道憩室と、No.106recR リンパ節の腫大を認めた。PET-CT で遠隔転移は認めなかった。以上より Killian-Jamieson 憩室内に発生した食道癌、cT1bN1M0、cStageII (規約11版) と診断し、術前化学療法後に胸腔鏡下食道亜全摘術 (二領域郭清)、胃管胸骨後再建術を行った。病理結果は SCC, pT1a-LPM でリンパ節転移は認めず、POD28 に退院となった。Killian-Jamieson 憩室は輪状咽頭筋下方より圧出する稀な食道の仮性憩室で、多くは無症状とされその内部に発生した食道癌の報告例はない。文献的考察を加え報告する。

C17

人工血管置換術後の大動脈食道瘻に対し血行改変術を加えた二期分割手術を施行した一例

大阪大学 消化器外科

深田晃生、田中晃司、山崎 誠、山下公太郎、
牧野智紀、西塔拓郎、山本和義、高橋 剛、
黒川幸典、中島清一、江口英利、土岐祐一郎

【症例】Marfan 症候群を有し、解離性大動脈瘤に対し Debranching TEVAR、腕頭動脈再建術後の症例。【臨床経過】2019年11月に発熱を主訴に入院。抗生剤加療を開始。PET-CT 検査にて胸部中部食道から下行大動脈偽腔に異常集積像を認め、大動脈偽腔感染の疑いで手術の方針となり、術中所見にて大動脈偽腔感染、二次性大動脈食道瘻の診断で二期分割手術の方針となった。一期目に食道抜去術、膿瘍ドレナージ、大網充填術、食道瘻、胃瘻造設術を施行、二期目に血行改変術、皮下回結腸再建を施行した。POD2 に ICU を退室し、POD13 より食事を再開した。【考察】本症例では新規に人工血管置換術を施行することなく感染を制御し、Debranching TEVER 後の前胸壁皮下の人工血管に対しては血行改変術を加え、皮下経路で回結腸再建を施行することで安全な手術を施行した。【結語】人工血管置換術後の大動脈食道瘻に対して血行改変術を加えた二期分割手術を施行した一例を経験したので報告する。

C18

小児に対する生体肝移植後に発症した腸管気腫症の1例

大阪大学 小児成育外科

堺 大地、當山千巖、上野豪久、田附裕子、渡邊美穂、阪 龍太、野村元成、正嶋和典、出口幸一、東堂まりえ、五味 卓、堺 貴彰、奥山宏臣

【はじめに】腸管気腫症は腸管の壁内にガス像を形成するまれな疾患である。今回われわれは小児生体肝移植後に腸管気腫症を発症し自然軽快した症例を経験したので報告する。【症例】1歳3か月、女児。胆道閉鎖症に対して肝門部空腸吻合術を日齢37に施行。その後減黄不良のため1歳0か月時に生体部分肝移植を施行した。術後はタクロリムスによる免疫抑制を行い、術後53日目より急性拒絶に対してステロイドパルスを行って1クール施行した。術後74日目、移植肝の経過観察のため施行した腹部造影CTにて大腸に広範な腸管気腫、少量の free air を認めた。門脈狭窄や門脈内ガスは認められず、腸管の虚血は否定的であった。少量の血便は認めたが全身状態は良好であったため、経口摂取は継続し慎重に経過観察を行ったところ1週間後の腹部単純CTでは腸管気腫の改善が認められた。【まとめ】生体肝移植後に発症した腸管気腫症の一例を経験した。

C20

当院での超高齢者の腹部外科手術症例における術前リスク評価の検討

独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院 外科

辰巳征浩、児玉創太、木田睦士、大恵匡俊、梅田朋子、八木俊和、来見良誠

【目的】当科で経験した90歳以上の腹部外科手術症例について手術適応と予後を検討した。【対象】当科で2015-2019.年に全身麻酔下で腹部外科手術を施行した症例。うち90歳以上の症例は44例あった。【結果】70歳代と比較し、80歳代、90歳代で有意に緊急手術の割合が高かった。高齢になるに従い、術前リスク評価としてASA分類3以上の割合が高くなる傾向があった。術後合併症は90歳以上症例の18例(43%)で認められた。術後30日以内死亡は認めず、30例(68%)が術後30日以内に退院した。90日以内の在院死は認めなかった。Clavien-Dindo分類Grade3以上の術後合併症を6症例で認め、そのうち5例がASA分類3以上であった。【まとめ】90歳以上でもASA分類は術後合併症のリスク評価として有用であると思われた。他の術前リスク評価検討も含めて文献的考察を加え報告する。

C19

乳幼児精巣卵黄囊腫瘍の2例

¹大阪赤十字病院 小児外科

²大阪赤十字病院 小児科

³大津赤十字病院 小児外科

大野耕一¹、上林エレナ幸江¹、岩出珠幾¹、藤野寿典²、高田斉人³

【症例1】3歳、男児。左陰嚢に3cm大の硬い腫瘤を触知し、超音波検査(US)で内部不均一な充実性腫瘤を認めた。CT検査で腫瘤は不均一に造影され、転移巣はなかった。AFPは2,526 ng/ml。高位除睾術を施行、病理検査で未熟奇形腫と卵黄囊腫瘍が混在した複合組織型胚細胞腫瘍と診断した。化学療法は行わず、3年が経過して再発はみられない。

【症例2】11か月、男児。左陰嚢に2.5cm大の硬い腫瘤を触知し、USで内部不均一な充実性腫瘤を認めた。CT検査で腫瘤はほぼ均一に造影され、転移巣はなかった。AFPは6,507 ng/ml。高位除睾術を施行、病理検査で卵黄囊腫瘍と診断した。化学療法は行わず、1年が経過して再発はみられない。【考察】精巣胚細胞腫瘍は4歳以下の乳幼児に多く、約60%が卵黄囊腫瘍であり、70%以上が病期1で発見される。低リスク群の本症は高位除睾術のみで経過を観察する。AFPが陰性化しない症例と再発例にはVIP療法が行われるが、予後は良好である。

C21

乳癌との鑑別を要したIgG4関連乳腺炎の1例

大阪市立大学 乳腺・内分泌外科

河野祐子、浅野有香、柏木伸一郎、石原沙江、

後藤 航、田内幸枝、森崎珠実、野田 諭、

高島 勉、平川弘聖、大平雅一

免疫グロブリン(Ig)G4関連硬化性疾患は、高IgG4血症とIgG4陽性形質細胞の浸潤と線維化による罹患臓器の結節・肥厚性病変を呈する慢性疾患である。睪臓と涙腺・唾液腺に好発し、乳腺における報告は稀である。今回、乳癌との鑑別を要したIgG4関連乳腺炎の1例を経験したので報告する。54歳女性。左乳房腫瘤を自覚し近医を受診、精査加療目的にて当院紹介となった。理学所見では左乳房外上部に6cm大の弾性硬の腫瘤と右頬部に4cm大の硬結が認められた。乳腺超音波検査にて左C領域に45mm大の境界不明瞭・内部不均一な低エコーが確認された。同部位の針生検にて線維化の強い間質内に形質細胞の浸潤が認められ形質細胞のIgG4/IgGは40%を越えていた。CT検査では左乳腺腫瘤、左腋窩リンパ節腫大のみ認められた。IgG4抗体332 mg/dlと高値でありIgG4関連疾患包括診断基準にて臨床診断基準を全て満たすものとしIgG4関連乳腺炎の確定診断に至った。PSL投与にて軽快した。

C22

術後に急速な転帰をたどった乳腺紡錘細胞癌の 1 例
石切生喜病院 乳腺外科
高田晃次、宮下晶恵、川尻成美

乳腺紡錘細胞癌自体が稀な乳癌であるが、今回われわれは、術後早期に局所再発を認め急速な転帰をたどった乳腺紡錘細胞癌の 1 例を経験した。症例は 55 歳、女性。左乳腺のしこりを主訴に近医を受診し、生検で乳腺紡錘細胞癌と診断されたため、当院へ紹介となった。術前精査にて左乳腺紡錘細胞癌 cT2N0M0 cStage2A と診断して左乳房部分切除術とセンチネルリンパ節生検を施行した。アジユバンド化学療法中に左腋窩部のしこりの増大と左乳腺全体の皮膚肥厚を認め、生検にて再発と診断された。画像検査で遠隔転移を認めなかったため、術後 64 日に両胸筋を一部合併切除する左乳房全摘術と腋窩リンパ節郭清術を施行した。手術標本の病理検査結果では再発腫瘍は転移性リンパ節と一塊となり、腫瘍径は 85mm に及んだ。再手術 2 週後に皮膚転移やリンパ節転移を認めた。その後、放射線治療や数種類の化学療法を行うも効果が乏しく、初回手術 6 カ月後に死亡した。

D01

腸重積の原因となった小腸 schwannoma が先進部に認められなかった一例

京都中部総合医療センター 外科
足立雄城、長田寛之、谷口彰宏、木村 雄、
飯高大介、岩田譲司、山岡延樹

症例は 79 歳男性。黒色便を主訴に当院救急搬送された。造影 CT で腸管内腔に腸管壁や間膜を認め、先進部に造影効果があり、腫瘍による小腸重積症と診断し、手術を行った。画像所見とは異なる部位に重積部が存在したため、腹腔鏡下に検知しえず、小開腹創からの直視下操作での検索で、重積を認めた。Hutchinson 手技で整復したが同部位には虚血も腫瘍も認めなかった為、特発性腸重積が疑われた。しかし、さらに検索すると 40cm 口側に径 3cm で一部漿膜から露出する腫瘍を触知し、小腸部分切除を施行した。病理診断は schwannoma であった。成人腸重積は、約 90% は器質的疾患が先進部となって生じるとされる。自験例では術中腹腔鏡から直視下に移行後に重積を検知し、また主因の腫瘍は離れた部位に存在した。重積の自然解除中の先進部の移動が原因と考える。小腸重積手術時には重積部と併せ器質的疾患の探索が重要であると考えた。

C23

同側乳房内に浸潤性小葉癌を同時合併した葉状腫瘍の 1 例

¹神戸市立西神戸医療センター 乳腺外科
²神戸市立西神戸医療センター 病理診断科
大山友梨¹、奥野敏隆¹、浅井沙月²、石原美佐²、橋本公夫²

【緒言】葉状腫瘍は全乳腺腫瘍の 0.3~0.5% を占め、さらにその 1~2% で乳癌を合併するとされる。同側乳房内に浸潤性小葉癌を合併した葉状腫瘍の 1 例を経験したので報告する。【症例】67 歳女性。初診の半年前から自覚していた右乳房腫瘍の急速増大を認め、受診した。右乳房 CD 区域にドーム状に隆起する 7cm の腫瘍を認め、エコーでは円形、境界明瞭平滑で内部不均質な低~等エコー腫瘍を呈した。針生検で葉状腫瘍と診断、乳房全切除術とレベル I リンパ節サンプリングを施行した。病理診断では 9cm の境界悪性葉状腫瘍に連続して浸潤性小葉癌が併存していた。【考察】葉状腫瘍に乳癌を合併した場合、併存する乳癌に準じた追加治療が必要となる。本症例では同時にレベル I リンパ節サンプリングも行ったため追加手術は不要と判断した。術後補助治療は乳癌に準じ、内分泌療法を開始した。【結語】葉状腫瘍に乳癌を合併することは稀だが、念頭に置いておく必要がある。

D02

三多重下行結腸癌術後孤発性空腸転移の 1 手術例

¹明和病院 外科
²明和病院 病理検査部
松木豪志¹、中島隆善¹、長野健太郎¹、一瀬規子¹、
笠井明大¹、浜野郁美¹、岡本 亮¹、生田真一¹、
仲本嘉彦¹、相原 司¹、柳 秀憲¹、梶本仙子²、
覚野綾子²、山中若樹¹

【はじめに】転移性小腸腫瘍はその原発巣や転移浸潤形式によっては稀な疾患で、結腸癌の小腸転移の報告は少ない。下行結腸の三多重癌の術後に孤発性に空腸転移をきたした 1 例を報告する。【症例】60 歳代、男性。10 年前に他院で閉塞性脾彎曲部結腸癌に対して手術を施行され、術後無再発で経過していた。検診での貧血の指摘を契機に閉塞性大腸癌と診断され手術を施行した。手術は残存する左半結腸の切除を行い切除標本内に互いに連続性を有しない腺癌病変を 3 か所認め、三多重下行結腸癌と診断した。術 6 カ月後に腸閉塞で緊急入院、保存治療での改善は困難と判断し手術を施行した。空腸に 5cm 大の腫瘍を同定し、小腸部分切除を行った。病理組織学的を踏まえ下行結腸癌の孤発性小腸転移と診断した。【まとめ】大腸癌の血行性小腸転移は比較的稀であるが、自験例は重複大腸癌術後に異時性かつ孤発性に小腸転移をきたした特異な症例と考えられた。

D03

腹腔鏡補助下に切除しえた腸間膜デスマイド腫瘍の1例

住友病院 外科

夏木誠司、亀谷直樹、藪本明路、奥野倫久、
徳本真央、加藤幸裕、野田英児、山田靖哉、
西村重彦、妙中直之

症例は50歳代、女性。X-1年5月に健康診断の腹部超音波検査にて左腎周囲に29mm大の腫瘤性病変を指摘された。当院に紹介され、腹部造影CT検査にて左腎周囲の腸間膜に腫瘍を認めしたが、尿検査および血液検査に異常を認めず、増大傾向もないため良性腫瘍として経過観察していた。ご本人より診断目的で手術希望があり、X年7月に腹腔鏡補助下で手術を施行したところ、Trietz靱帯から肛門側に20cmの空腸間膜に腫瘍を確認し摘出した。病理組織学的所見では、紡錘形腫瘍細胞を認め、免疫染色ではc-kit陰性、DOG陰性、CD34陰性、desmin陰性、 α SMA陰性、S-100陰性、 β カテニンのみ陽性であり、デスマイド腫瘍と診断した。経過に問題なく術後11日目に退院され、無再発で8か月経過している。

デスマイド腫瘍は、100万人に2-4人の頻度で発生する比較的稀な腫瘍である。今回腹腔鏡補助下に切除しえたデスマイド腫瘍の症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

D05

直腸癌に対する腹会陰式直腸切断術術後に発症した会陰ヘルニアの1例

¹府中病院 臨床研修センター

²府中病院 外科

島田貴明¹、岩内武彦²、大森威来²、田中裕人²、
宮本裕成²、登千穂子²、松谷慎治²、西岡孝芳²、
平川俊基²、平田啓一郎²、山添定明²、山片重人²、
内間恭武²、竹内一浩²

【症例】75歳女性。7年前に直腸癌に対して腹会陰式直腸切断術を施行されている。腹痛、嘔吐、座位時の会陰部痛を認め当院受診となった。腹骨盤CTで小腸の拡張及び液貯留と骨盤腔への脱出を認めた為、癒着性イレウス及び会陰ヘルニアと診断した。腸閉塞解除後に会陰ヘルニアに対して根治術を施行した。ヘルニア門は手拳大で、ヘルニア嚢と小腸の脱出を認めた。ヘルニア嚢を尾骨、大殿筋、坐骨結節が露出するまで剥離し、ヘルニア嚢と小腸を腹腔内に還納した後、メッシュを骨盤底に縫合固定した。術後経過は良好で現在の所、再発は認めていない。【考察】会陰ヘルニアは骨盤底筋群の異常の他に小腸腸間膜の過長などの要因も加わるため、比較的稀な疾患とされている。治療法は確立されていないが、メッシュを用いた根治術を施行した症例の報告もある。今回我々は直腸癌術後に発症した会陰ヘルニアの1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

D04

大腸癌術後肝転移再発に合併した小腸間膜 desmoid 腫瘍の一例

守口敬仁会病院 外科

甲斐裕樹、野村雅俊、虫明 修、渡邊創太、
木下 満、長澤芳信、松本真由美、溝尻 岳、
早川正宣、丸山憲太郎、李 喬遠、岡 博史

【はじめに】desmoid 腫瘍の発生頻度は、人口100万人あたり年間2~4人と報告されており発生要因は様々である。腹腔内 desmoid 腫瘍はその内8%と稀である。【症例】73歳男性。S状結腸癌(pT3N0M0, pStageII)、盲腸癌(pTisN0M0, Stage0)に対して腹腔鏡下S状結腸切除、回盲部切除術を行った。術後補助化学療法は施行せず。術後21ヶ月のCT検査にて単発の転移性肝腫瘍および小腸壁外腫瘍を認め、化学療法4kur施行後に腹腔鏡下S6肝部分切除術および小腸部分切除術を施行した。病理結果は転移性肝腫瘍および小腸間膜腫瘍はdesmoid fibromatosisの診断であった。現在外来にて術後補助化学療法である。【まとめ】大腸癌術後フォロー中のCTにて肝転移と共に偶発的に認めた小腸間膜腫瘍がdesmoid 腫瘍であった一例を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

D06

受傷19ヶ月後に発症した遅発性外傷性左横隔膜ヘルニアの一例

社会医療法人ペガサス 馬場記念病院 外科

佐久間崇、木下春人、長谷川毅、中川泰生、
寺岡 均

【症例】85歳、女性。【経過】2018年5月、自宅内で転倒し左前胸部を打撲、左多発肋骨骨折および左血気胸の診断で3ヶ月間入院のうえ保存的加療を行った。その後無症状で経過していたが、2019年12月、突然の腹痛および頻回の嘔吐を主訴に当院へ救急搬送された。造影CTにて横行結腸および小腸の左胸腔内への脱出を認め、左横隔膜ヘルニアの診断で開腹下に手術を施行した。左横隔膜に6×3cm大のヘルニア門を認め、横行結腸、大網および小腸が脱出していた。脱出臓器は発赤を認めたが、壊死や穿孔は認めなかった。手動的に還納後、ヘルニア門を縫合閉鎖した。第8病日に退院、4ヶ月間再発なく外来にて経過観察中である。【考察】外傷性横隔膜ヘルニアの多くは受傷直後の急性期に発症することが多く、遅発性に発症することは稀である。手術におけるアプローチ方法に関して経胸腔法、経腹腔法、経胸経腹法が挙げられるが、本症例は経腹腔法で行い良好な経過が得られた。

D07

ストーマ脱出と傍ストーマヘルニアに対し Barbed Suture を併用した腹腔鏡下 keyhole 法の1例

浅香山病院 外科

好田匡志、佐竹應登、西澤 聡、坂田親治、
徳原太豪

【はじめに】傍ストーマヘルニアは人工肛門造設後に度々遭遇する。再発率の問題等により、腹腔鏡下での修復術も近年報告される。メッシュを用いた腹腔鏡下修復術は keyhole 法, Sugarbaker 法, Sandwich 法がある。keyhole 法は再発率が高いと報告されるが、現在 Sugarbaker type 販売中止となっている。今回ストーマ脱出と傍ストーマヘルニアに対し Barbed Suture を併用した keyhole 法を経験したので報告する。【症例】80歳女性。身長129cm、体重48kg、BMI29。既往に直腸癌で腹腔鏡下腹仙骨式直腸切断術の手術歴がある。合併症に統合失調症があり施設入所中である。ストーマ脱出による管理困難を主訴に再診された。【手術】鏡視下でヘルニア嚢を開放後癒着剥離し脱出腸管を腹腔内へ整復した。メッシュは hole 径3cm、長径15cm の keyhole (Medtronic) を使用し腹壁へタッカーで固定。受動した下行結腸を腹壁へ3-0V-Loc を用いて連続縫合した。現在再発なく経過している。

D09

停留精巣を合併した成人鼠径ヘルニアに対し TAPP を施行した一例

浅香山病院 外科

佐竹應登、徳原太豪、坂田親治、西澤 聡、
好田匡志

【はじめに】停留精巣の多くは幼少期の健診で発見される。今回我々は術前に認知しえなかった停留精巣合併の鼠径ヘルニアを経験したので報告する。【症例】39歳男性。精神遅滞と統合失調症の精神疾患がある。右鼠径ヘルニアに手拳大の嵌頓症状があり、徒手整復後に手術目的で精神科病院より紹介となった。【手術】腹腔内検索で計2cm ほどの停留精巣を合併する I-2型の右外鼠径ヘルニアを認めた。精巣摘出が好ましかったが、家人不在で本人の同意もなかったため、腹腔鏡下で停留精巣を温存することとした。精巣動静脈を頭側に剥離し、停留精巣の受動を行い、外鼠径輪へ固定し TAPP を完遂した。【経過】鼠径ヘルニアとしての経過はよいが、外鼠径輪に停留精巣を触知し今後前方からの切除も考慮し泌尿器科と相談の上経過観察している。【まとめ】今回停留精巣を温存した TAPP の症例を経験した。

D08

静脈瘤による腫瘤を形成した鼠径ヘルニアの1例
行岡病院 外科
高垣敬一、田中涼太

症例は78歳、女性。左鼠径ヘルニア疑いにて当科初診となった。左鼠径部に径約3cm 大の柔らかい腫瘤を認め、用手還納は不能であった。腹部CT検査上、左鼠径部に静脈瘤が一塊になり腫瘤を形成していた。造影CT検査を追加したところ、静脈瘤は左卵巣静脈に流入していた。以上より左鼠径ヘルニアで、左付属器が滑脱し嵌頓したため卵巣静脈の静脈還流が不良となり同部で静脈瘤を形成したと術前診断した。TAPP 法による根治手術を施行した。術中所見上卵巣と卵管采を左内鼠径輪近傍に認めた。腹膜を開きヘルニア内容を牽引し、周囲と剥離後静脈瘤と円靭帯をリガシユアで切離した。JHS 分類で I-2であった。ヘルニア内容は腹膜外の臓器である卵管や左卵巣静脈であった。以上術前診断どおり左卵巣静脈が滑脱し還流障害を起こしたため静脈瘤が形成されたと考えられた。まれな鼠径ヘルニアの1例を経験したので、若干の文献的考察とともに報告する。

D10

腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TAPP) における learning curve

市立福知山市民病院 外科

小城正大、有吉要輔、松尾久敬、石原陽介、
崔 聡仁、川上定男

鼠径部ヘルニア診療ガイドライン2015によると腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (以下 TAPP) における learning curve は手術時間、再発率、合併症率、鼠径部切開法への移行率が一定になるまでの期間とされ、50例以上必要とされている。今回は手術時間を指標に現在までの learning curve の検討を行った。対象は2017年7月から2020年3月までに施行した TAPP30例で、総手術時間 (腹膜切開-剥離+メッシュ挿入固定+腹膜縫合閉鎖) を習熟度の指標とした。1例目は総手術時間199分であった。総手術時間は症例を重ねるごとに徐々に短縮され、4例目で中央値87分を下回った。11例目までは剥離やメッシュ挿入手技が安定せず総手術時間にはばらつきが見られたが、12例目以降は比較的安定した。腹膜閉鎖時間は4例目以降安定した。各ステップによって習熟までの必要件数が異なると考えられた。今後の手術時間短縮にはさらなる症例の経験が必要と考える。

D11

繰り返す腸閉塞既往のある左鼠径ヘルニアに対し、腹腔鏡下同時手術（鼠径ヘルニア修復術（TEP）と腸管癒着剥離術）を施行した 1 例

東近江総合医療センター 外科
福尾飛翔、安 炳九、全 有美、北村直美、
赤堀浩也、太田裕之、目片英治

症例は70歳代の男性。左鼠径部の痛みを主訴に当科外来受診し、左鼠径部に膨隆する鶏卵大の鼠径ヘルニアを認めた。既往として20歳時に結核性腹膜炎があり、以後開腹歴ないものの複数回の腸閉塞による入院歴があった。腹部 CT 検査所見では、鼠径部からの腸管の脱出や腸閉塞を示唆する腸管の拡張を認めなかった。患者の強い希望により、腹腔鏡下同時手術を施行した。まず、左外鼠径ヘルニア（ヘルニア分類 I-2）を型通り TEP にて修復を行った。続いて臍下ポート部から open 法にて腹腔内に至り、腹腔内アプローチに切り替えた。腹腔内を観察したところ、小腸は癒着により一塊であったため、鏡視下に回腸末端まで剥離を行った。経過は良好で、術後3日目に食事を開始、術後7日目に退院した。腸管の癒着が予想される症例でも TEP を行うことで腹腔内の状況に左右されずに鼠径ヘルニアを修復できた1例を経験したため、文献的考察も含めて報告する。

D13

肝円索をヘルニア内容とする白線ヘルニアの 2 例

なにわ生野病院 外科
松岡 翼、松崎太郎、倉田研人

肝円索をヘルニア内容とする白線ヘルニアの2例を経験したので報告する。症例1は85歳男性。上腹部腫瘤触知を主訴に外科を受診した。上腹部正中に直径60mmの軽度の圧痛を伴う半球状の隆起を認めた。腹部 CT 検査では、約 12mm の白線の断裂を通じて腹腔内へ連続する腹腔内脂肪織を認め白線ヘルニアと診断した。症例2は64歳女性。以前より心窩部に腫瘤を触知していたが放置していた。最近痛みを伴ったため外科外来を受診された。心窩部に80×4mm大の軟性腫瘤を触知し、当初脂肪種を疑った。腹部 CT 検査にて腹腔内脂肪織の脱出がみられ、白線ヘルニアと診断した。手術所見では、腹腔側から観察において正中のヘルニア門に肝円索が嵌入していた。ヘルニア門を確認し、コンボジットメッシュを留置固定し、手術を終了した。腹腔鏡下でのヘルニア修復術は、ヘルニア門の部分に皮膚切開を置かず切開サイズが小さいことから、術後疼痛の少ない有用な術式と考えられる。

D12

下行大動脈瘤切迫破裂と左閉鎖孔ヘルニア嵌頓合併例に対して一期的にステント留置術と開腹手術を施行した一例

¹宇治徳洲会病院 外科
²宇治徳洲会病院 心臓血管外科
内本雅喜¹、我如古理規¹、下松谷匠¹、日並淳介¹、
橋本恭一¹、水野 礼¹、仲原英人¹、三村和哉¹、
竹内 豪¹、仲井 理¹、小林 豊²、川上敦司²、
山内博貴²、森田英男²、久保田良浩¹

「はじめに」異なる緊急疾患が同時に発生した症例にしばしば遭遇する。今回、大動脈瘤切迫破裂と閉鎖孔ヘルニア嵌頓を併発した症例を経験したのでここに報告する。「症例」75歳女性。既往に大動脈解離と腎不全があり、血液透析中であった。食思不振を主訴に前医受診し、下行大動脈解離の切迫破裂と左閉鎖孔ヘルニアを指摘され、当院に紹介搬送された。まず下行大動脈切迫破裂に対してステント留置術が施行され、続いて閉鎖孔ヘルニアに対し緊急開腹手術を行った。嵌入腸管を水圧法により還納し、腸管壊死を認めたため部分切除術を施行。再嵌入を防ぐため閉鎖孔を閉鎖する方針とし、感染が危惧されたためメッシュは用いず、3-0プロリンにて子宮と骨盤壁を固定し閉鎖孔の被覆を行った。「まとめ」異なる緊急疾患が合併した症例への治療を行う際は、治療の優先順位やアプローチ方法などの戦略が重要であり、他科との綿密な協力体制が必要であると考えられた。

D14

当科に於ける腹腔鏡下尿管遺残根治術の工夫

¹関西医科大学香里病院 外科
²関西医科大学 外科
佐竹良亮¹、岡崎 智¹、神原達也¹、岩本慈能¹、
吉田 良¹、関本貢嗣²

症例は41歳女性。臍に7mm大の瘻孔を認め、排膿が持続していた。ドレナージを継続していたが、改善ないため当院へ紹介となった。造影 CT 検査にて、臍窩部皮下から連続性のある30mm大の膿瘍を認めており、腹直筋深部に enhance される病変部を認めた為、尿管遺残の診断となった。入院後、瘻孔部にペンローズドレーンを留置し、炎症の改善を診て手術の方針とした。手術は、臍部から尿管管内にピオクタニンを注入し、まず臍部を紡錘状に切開した。3本のトロッカーを挿入後、腹腔鏡にて染色部位を確認しながら、膀胱に続く尿管の切除を行った。術後経過は良好で、術後7日目で退院となった。整容性を考慮し、今後、二期的に臍形成を行う予定である。

尿管遺残に対する手術方法は定型化されておらず、各施設に於いて様々である。今回我々は、腹腔鏡下尿管遺残根治術を経験したので、当科に於ける尿管切除術方法の工夫を報告する。

D15

魚骨に起因した小腸切除の 3 例

神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科
芳村理沙、金田優也、伊丹 淳、岩崎純治、
橘 奎伍、山下徳之、長田圭司、松浦正徒、
中村公治郎、塩田哲也、畑 俊行、京極高久

当科で経験した魚骨による小腸穿孔または魚骨のメッケル憩室への迷入のため手術を必要とした 3 例を報告する。症例 1 は 74 歳男性。突然出現した下腹部痛にて救急搬送。CT にて魚骨様の線状高吸収構造あり。同日緊急開腹小腸切除術施行。小腸間膜への穿通を認めたが魚骨は確認できず。後日 CT にて結腸に魚骨を認めたが自然排出され術後 6 日目に軽快退院。症例 2 は 31 歳男性。右下腹部痛が軽快しないため当院受診。CT にて回盲部付近の回腸に魚骨を疑う異物あり。内視鏡的異物除去を試みるも不可。発症より 8 日目に開腹術施行。メッケル憩室内に魚骨を認め憩室切除。術後 5 日目に軽快退院。症例 3 は 77 歳男性。左下腹部痛にて近医を受診するも軽快せず発症より 10 日目に当院で CT を撮影。小腸から腸間膜内に突出する線状構造を認め魚骨による小腸穿孔を疑い同日緊急開腹小腸切除術施行。術後 6 日目に軽快退院。いずれも術前 CT で診断でき比較的早期退院可能であった。

D17

消化管穿孔を契機に診断されたクローン病疑診の 1 例

¹東住吉森本病院 外科

²東住吉森本病院 病理診断科

小出求陸¹、木下広敬¹、稲津大輝¹、江田将樹¹、
橋場亮弥¹、森田隆平¹、葛城邦浩¹、石神浩平²、
清田誠志¹

症例は 42 歳男性。10 代の頃から腹痛で繰り返し病院を受診するも診断には至っていなかった。数日前から腹痛を自覚していたが、突然の激しい腹痛と嘔吐を主訴に、当院救急外来を受診した。腹部は板状硬で、腹部 CT で腹水と腹腔内遊離ガスを認めた。消化管穿孔による汎発性腹膜炎と診断し、緊急手術を施行した。手術所見では Treitz 靱帯から 230cm の部位で肛門側にかけて 50cm にわたり輪状の狭窄が多発しており、途中で穿孔を認めた。狭窄部を切除し人工肛門造設を行った。病理所見では広範囲に不整形～類円形潰瘍を認めた。陰窩膿瘍、全層性の強い炎症像、閉塞性肉芽種性リンパ管炎を認めた。術後に上部消化管内視鏡検査を行い、胃内のひだに竹の節様変化を認めた。肛門病変を認めず、診断基準からクローン病疑診と診断した。消化管穿孔を契機にクローン病の診断に至るのは稀であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

D16

腹痛が移動した小腸憩室穿通の 1 例

市立柏原病院 外科

崎村千恵、谷 直樹、飯盛 望、天道正成、
堀 武治、仲田文造、石川哲郎、平川弘聖

症例は 77 歳、男性。左下腹部痛で当院内科を受診し、腹部単純 CT で明らかな異常は認めず、経過観察となった。翌日朝より前日とは違う場所である右上腹部に腹痛の増強を認め近医を受診し、当院紹介となった。腹部単純 CT で小腸間膜の脂肪織濃度の上昇とその近傍に腹腔内遊離ガスを認め小腸穿孔の疑いで緊急開腹手術を行った。術中所見は空腸の腸間膜付着側に多発する憩室を認め、その 1 つの腸間膜に膿瘍形成を認めた。小腸憩室穿通と診断し、膿瘍と多発憩室部分を可及的に含むように小腸部分切除術を行った。病理所見では仮性憩室、腸間膜膿瘍の診断であった。前日の腹部 CT を再確認すると左下腹部に腸間膜脂肪織濃度の軽度上昇を伴う小腸があり、炎症部の小腸が移動したため腹痛の場所が変わったと考えられた。小腸憩室は、十二指腸憩室と Meckel 憩室を除くと比較的稀な疾患である。今回、腹痛が移動した小腸憩室穿通の 1 例を経験したので報告する。

D18

下血を契機に発見され単孔式腹腔鏡補助下に切除した消化管重複症の 1 例

¹京都府立医科大学附属北部医療センター 外科

²京都府立医科大学 消化器外科

住吉秀太郎^{1,2}、原田恭一^{1,2}、中井理絵¹、
竹本健一^{1,2}、越野勝博¹、當麻敦史^{1,2}、
落合登志哉^{1,2}、大辻英吾^{1,2}

症例は 19 歳女性。下血を主訴に当院を救急受診した。以前にも下血を認め当院で精査されるも原因不明であった。今回受診時に造影 CT で小腸内腔に extravasation を認め、小腸内視鏡では盲端となる管腔構造を認めた。Meckel 憩室による憩室出血の診断で、待機的に単孔式腹腔鏡補助下手術を施行した。術中所見では回盲部から口側 100cm の位置に隣接腸管と腸間膜を共有する腸管を認め、回腸重複腸管と診断し、重複腸管のみ切除した。病理組織検査で、重複腸管の盲端に異所性胃粘膜を認め下血の原因と考えられた。術後経過良好につき、術後 4 日目で退院となった。消化管重複症は全消化管に発生しうる先天性奇形で、多くは幼少期に発見される。比較的稀な疾患で出血が初発症状となる例は少ない。今回我々は、下血を契機に発見された若年女性の消化管重複症に対し、低侵襲に治療を完遂した 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。

D19

非ステロイド系抗炎症薬 (NSAIDs) が原因と考えられた多発小腸潰瘍穿孔の1例

¹生長会 府中病院 臨床研修センター

²生長会 府中病院 外科センター

西川真理子¹、田中裕人²、内間恭武²、大森威来²、宮本裕成²、西岡孝芳²、松谷慎治²、平川俊基²、平田啓一郎²、岩内武彦²、山添定明²、山片重人²、竹内一浩²

【症例】51歳、女性【主訴】腹痛【既往歴】うつ病、慢性疼痛 (NSAIDs 内服歴20年以上)【現病歴】来院前日の夕方より突然の腹痛を認め、改善なく救急外来受診となった。【臨床経過】腹部は板状硬で腹膜刺激症状を認めた。腹部単純CTで肝表面に腹腔内遊離ガス像を認め、消化管穿孔と汎発性腹膜炎の診断で緊急手術を行った。全消化管を探索し、treitz 靱帯より約20cmと30cm 肛門側の空腸に潰瘍病変を、回腸末端より約30cm 口側に穿孔部と3箇所潰瘍病変を認め、小腸部分切除を行った。術後経過は良好で術後16日目に退院となった。【病理組織学所見】小腸穿孔部と3箇所の潰瘍病変に漿膜を中心とする炎症像のみで特異的な所見はなかった。【考察】本症例では小腸穿孔の原因となりうる既往歴や特異的な病理組織所見はなく、内服歴からNSAIDsによる小腸穿孔の可能性が考えられた。近年ではNSAIDsによる小腸の粘膜障害も報告されているが、穿孔に至る症例は稀で、その要因は不明な点が多い。

D21

演題取り下げ

D20

出血性小腸多発憩室に対して小腸部分切除術を行った一例

尼崎総合医療センター 消化器外科

新藏秋奈、山中健也、田村 淳、白濁義晴、飯田 拓、吉富摩美、川田洋憲、吉村弥緒、松山剛久、栗本 信、青木 光、原田樹幸、花畑佑輔、萱野真史、原田嘉一郎、田島美咲

【緒言】小腸憩室は消化管憩室の中でも低頻度で1.4~3.2%と報告されており、有症状となるものは稀である。憩室にはMeckel 憩室の様な先天性の真性憩室と後天性の仮性憩室がある。後天性の出血性空腸多発憩室に対して小腸部分切除が奏功した一例を報告する。【症例】70歳男性【主訴】黒色便【既往歴】慢性腎不全で維持透析中【現病歴】黒色便と貧血の精査で上下部消化管内視鏡検査を行うも明らかな出血源は同定されなかった。出血センチで空腸に集積を認め、シングルバルーン内視鏡検査でトライツ靱帯から約15cmの空腸に巨大憩室と出血を認めた。内視鏡的止血は困難であり同日緊急手術を行った。【手術所見】上腹部正中切開にて開腹し、空腸起始部から約20cmに複数の憩室を腸管膜側に認めた。憩室がある空腸を切除し機能的端々吻合にて再建した。【病理学的所見】憩室は仮性憩室であり悪性所見は認めなかった。【術後経過】経過は良好で14日目に軽快退院した。

D22

腸回転異常症に伴い発症した小腸絞扼性イレウスの一例

石切生喜病院 外科

長尾宗英、宮下正寛、佐野智弥、安田拓斗、中西紘一、川口貴士、野沢彰紀、大河昌人、西川正博、上西崇弘、田中 宏

症例は57歳男性。20XX年2月21日13時頃より腹痛が出現し、19時頃緊急搬送となる。腹部は膨満で左下腹部に強い圧痛を認めた。反跳痛や筋性防御は認めなかった。血液検査では白血球数11870 /mLと上昇していたが、CRP値0.02 mg/dL、その他の検査項目にも異常値は認められなかった。腹部造影CT検査では降尾側で小腸の口径差が見られ、口側腸管は拡張していた。また十二指腸水平脚は存在せず、小腸は右腹腔内、結腸は左腹腔内に認められた。小腸の絞扼性イレウスの診断の下、緊急手術を施行した。腹腔内を観察すると腸管の色調は保たれていた。さらに左腹腔内に虫垂を認め腸回転異常症と確信した。十二指腸陥凹に小腸が嵌頓しており、嵌頓小腸に壊死を疑う所見は認めなかったため、腸切除は施行せずヘルニア門を閉鎖し手術を終了した。術後13日目に軽快退院した。今回、腸回転異常症に伴う絞扼性イレウスを経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。