

第204回近畿外科学会 プログラム・抄録

日 時：2021年3月20日（土）

開催方式

一般演題：Web上でのPDF閲覧形式（期間限定）

特別講演・共催セミナー：当日ライブ配信

会 長 庄 雅 之

奈良県立医科大学 消化器・総合外科学教室

第205回 近畿外科学会ご案内

第205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： 2022年3月5日（土）
2. 会場： 京都テルサ
〒601-8047 京都府京都市南区東九条下殿田町70
TEL 075-692-3400
3. 演題登録開始予定日： 2021年9月15日（水）より
演題登録締切予定日： 2021年11月3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。

〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町
滋賀医科大学 外科学講座（消化器・乳腺・一般外科）

第205回 近畿外科学会 会長

谷 眞 至

TEL 077-548-2238

FAX 077-548-2240

第204回 近畿外科学会
プログラム

会 長

奈良県立医科大学 消化器・総合外科学教室

庄 雅 之

参加者、発表者へのお知らせ

- 1. 開催方式：**一般演題は、WEB 上での PDF 閲覧形式（期間限定）。
特別講演・共催セミナーは、当日のライブ配信のみ。
- 2. 参加方法：**事前登録制。登録期日：2021年3月18日（木）正午まで
下記の要領で参加申込を行ってください。
事前参加登録は、近畿外科学会ホームページよりご登録ください。
※事前参加登録及び参加費振込確認後、ライブ配信用 URL 及び一般演題スライド PDF 閲覧用 ID 及びパスワードをメールにてお送り致します。
- 3. 参加費：**

評議員・一般会員	3,000円
研修医（初期臨床研修医）	1,000円（証明書の提出が必要です）
名誉・特別会員	無 料
- 4. 評議員会：**学会終了後、書面開催にて行います。
すでにご出欠のご返信を頂いておりますが、開催形式の変更に伴い、評議員会の出席条件を事前参加登録及び評議員会（書面）議決諾否の返信をもってご出席とさせていただきます。
- 5. 発表スライド：**一般演題の発表者は下記要領でスライドデータをご提出ください。
 - Power point で作成された発表スライドを PDF に変換保存し、下記運営事務局宛にメール送信ください。
 - スライド枚数は、10枚～20枚迄。
 - ファイル名は「演題番号 氏名」として下さい。
 - 受信容量に制限がございます。1メールに添付いただける容量は9MB までです。超えるデータを送付される場合は、ギガファイル便などの無料外部ストレージを利用し送付ください。■ 提出期限：2021年3月12日（金）
■ 送 付 先：第204回近畿外科学会 運営事務局宛
Mail：204kinkigeika@adfukuda.jp
- 6. 優秀演題賞：**優秀演題は登録スライドと抄録を参考に主催者にて選考いたします。
選考結果は近畿外科学会 Web サイトにて発表いたします。

	配信 A		配信 B
10:00			
10:50	開会の辞		
10:55			
11:00	特別講演 「膵癌外科治療の将来はこうなる」 座長：庄 雅之 演者：山上 裕機 共催：大鵬薬品工業株式会社		
11:50			
12:00	ランチョンセミナー 1 「合併症減少を目指した食道癌手術の再建 ～過去から未来へ～」 座長：大辻 英吾 演者 1：豊川 貴弘 演者 2：山崎 誠 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 「下部消化管における最新の吻合手技」 座長：小山 文一 演者 1：植村 守 『結腸癌に対する体腔内吻合』 演者 2：鱒淵 真介 『直腸癌手術における吻合手術 ～合併症 0 を目指して～』 共催：コヴィディエンジャパン株式会社
12:50		12:50	
13:00	アフタヌーンセミナー 「外科医が行うこれからの肝細胞癌治療 ～minimal invasive surgeryから集学的治療まで～」 座長：久保 正二 演者：上野 昌樹 共催：中外製薬株式会社		
13:50			
13:55	閉会の辞		
14:00			

十二指腸・小腸 1

座長 加藤 幸裕

(住友病院 外科)

- A01 結腸間膜に穿通し膿瘍を形成した十二指腸憩室の1例
医療法人川崎病院 横谷 尚紀
- A02 気腫性腎盂腎炎に起因する膿瘍形成により十二指腸下行脚および右結腸間膜に穿破を来した一例
兵庫県立尼崎総合医療センター 外科 花畑 佑輔
- A03 上腸間膜動脈塞栓症に対する腸管切除術後に短腸症候群による肝障害が遷延した一例
兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科 田島 美咲
- A04 回盲部腸重積をきたしたびまん性大細胞性B細胞リンパ腫の一例
医学研究所 北野病院 消化器外科 林 秀一郎

小腸 2

座長 福岡 達成

(大阪市立大学大学院医学研究科 消化器外科学)

- A05 複数回の外科切除を含めた集学的治療によって長期生存が得られた腹膜播種を伴う小腸GISTの一例
奈良県西和医療センター 外科・消化器外科 曾我 真弘
- A06 長期の病悩期間を有した成人腸回転異常症の1手術例
大阪大学 小児成育外科 堺 貴彬
- A07 回腸人工肛門閉鎖後に Bacterial translocation によるものと考えられる菌血症をきたした1例
大阪赤十字病院 研修医 瀧内 悠平
- A08 術前に診断し得た PTP 誤飲による回腸末端穿通の一例
生長会 府中病院 臨床研修センター 土谷 将悟

小腸 3

座長 井上 隆

(奈良県総合医療センター 消化器・肝胆膵外科)

- A09 診断が困難であった小腸癌の一例
八尾徳洲会総合病院 外科 八田 康佑

- A10 生体肝移植後に認めた encapsulating peritoneal sclerosis (EPS) の一例
京都府立医科大学 外科学教室 消化器外科学部門 松本 順久
- A11 小腸内血腫によりイレウスをきたした1例
多根総合病院 外科 今中 孝
- A12 腸閉塞で発症し術後診断された回腸・直腸間膜内子宮内膜症の1例
大阪市立大学 消化器外科 安 昌起
- A13 小腸血管腫に対して腹腔鏡内視鏡合同手術 (LECS) を施行した1例
近畿大学 山田 淳史

大腸 1

座長 山本 誠士

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

- A14 肛門転移を認めた HNPCC の1例
和歌山県立医科大学 第2外科 田宮 雅人
- A15 周術期の経肛門ドレーン管理の工夫について
大阪市立大学 消化器外科 岡崎 由季
- A16 下血を契機に発見された S 状結腸漿膜下 solitary fibrous tumor の1例
奈良県西和医療センター 外科・消化器外科 阪田 武
- A17 組織型に印環細胞癌を認めた潰瘍性大腸炎関連早期大腸癌の一例
奈良県立医科大学 消化器・総合外科 藤本 浩輔
- A18 繰り返す直腸出血を契機に診断し得た、後天性 von Willebrand 病の1例
南奈良総合医療センター 消化器外科 江尻 剛気

大腸 2

座長 有田 智洋

(京都府立医科大学 消化器外科)

- A19 穿孔性虫垂炎を併発した虫垂神経内分泌癌の一例
天理よろづ相談所病院 消化器外科 岩崎 雄太
- A20 Loop ileostomy 造設後に outlet obstruction syndrom を発症した1例
春秋会城山病院 消化器外科 千福 貞勝

- A21 回腸穿孔による腹膜炎を契機に発見された結腸重積の一例
大阪府済生会茨木病院 外科 金 木 克 哉
- A22 腹腔鏡下に修復した De Garengeot's hernia の 1 例
済生会有田病院 外科 村 上 大 輔
- A23 術前診断に苦慮した肉芽腫性虫垂炎の一例
大阪府済生会千里病院 鈴 江 愛

大腸 3

座長 曾我 耕次

(京都第一赤十字病院 外科)

- A24 皮膚病変を認めない Pagetoid spread を伴う肛門管癌に対して 3 度の切除術を施行した一例
箕面市立病院 外科 高 橋 健 太
- A25 Cap polyposis に対し、腹腔鏡補助下大腸全摘・J 型回腸囊肛門吻合術を施行した 1 例
兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科 皆 川 知 洋
- A26 絨毛癌様の分化を呈した hCG 産生大腸癌の 1 例
京都大学 消化管外科 高 見 拓 矢
- A27 Ventral rectopexy を応用した骨盤臓器脱の修復
土庫病院 奈良大腸肛門病センター 横 尾 貴 史

肝臓 1

座長 小木曾 聡

(京都大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科)

- B01 肝細胞癌術後10か月目、前縦隔に転移再発を認めた一例
紀南病院 外科 占 部 翔一朗
- B02 尾状葉下大静脈部に発生した肝細胞癌に対する腹腔鏡下肝切除の 1 例
奈良県総合医療センター 消化器・肝胆膵外科 土 井 駿 介
- B03 PTPE 後に腫瘍増大を認め、胆管炎の制御が困難となった胆管内発育型肝細胞癌の 1 切除例
府中病院 臨床研修センター 大 植 崇 央

B04 肝切除を施行した巨大肝血管腫の1例 —流入グリソン一括遮断下での前方アプローチ—
京都大学 肝胆膵・移植外科 福本 実希子

B05 腹腔鏡下肝切除術中に、CO2 ガス塞栓症を発症した一例
JCHO 大阪病院 外科 吉田 眞之

肝臓 2

座長 速水 晋也

(和歌山県立医科大学 第2外科)

B06 肝細胞癌に対する肝切除術後に自己免疫性後天性第V因子欠乏症を発症した1例
大阪府済生会吹田病院 消化器外科 阿見 勝也

B07 糖原病に合併した肝細胞癌の1例
大阪大学 消化器外科 佐藤 豪

B08 術前診断が困難であった腎細胞癌肝転移の一例
大阪市立大学 肝胆膵外科 月田 智也

B09 診断に難渋した左横隔膜下嚢胞性腫瘍の一例
箕面市立病院 外科 桧垣 朱友子

胆道 1

座長 中村 育夫

(兵庫医科大学 肝胆膵外科)

B10 術後8年間無再発生存が得られている大動脈周囲リンパ節転移陽性胆嚢癌の1例
大阪市立大学 肝胆膵外科 安 昌起

B11 切除不能胆道癌に対する粒子線治療(陽子線・重粒子線)とスパーサー留置術
兵庫県立粒子線医療センター 放射線科 寺嶋 千貴

B12 胆嚢断端処理が困難な胆嚢炎症例に対して胆嚢全摘後に plugging technique を施行した4例の経験
滋賀医科大学 外科学講座 村本 圭史

B13 先天性第VII因子欠乏症患者に対して第VII因子製剤を使用し、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例
和歌山県立医科大学 第2外科 吉村 知絃

胆道 2

座長 中島 隆善

(明和病院 外科)

B14 肝外胆管原発 mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) の 1 切除例

和歌山県立医科大学 第 2 外科 松本 恭平

B15 MRI にて被膜様構造を認めた腎細胞癌胆嚢転移の 1 例

和歌山県立医科大学 第 2 外科 上田 勝也

B16 肝切除術を施行した胆管内乳頭状腫瘍の 1 例

京都府立医科大学 消化器外科 高尾 幸司

B17 左側胆嚢に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術並びに総胆管切石術を施行した 1 例

南奈良総合医療センター 外科 植田 剛

膵臓 1

座長 白川 幸代

(神戸大学医学部 肝胆膵外科)

B18 多発肝転移を伴う巨大 P-NET に対して、病勢コントロール確認後に原発巣切除を施行し、薬物療法継続により良好な経過を示す 1 例

大阪大学 消化器外科 瀬戸 寛人

B19 腎癌術後 21 年目に膵・肝転移を来した 1 例

箕面市立病院 外科 寺川 諒太

B20 巨大脾動脈瘤の胃内穿破による出血性ショックに対して緊急膵体尾部切除術・胃部分切除術を施行した一例

奈良県総合医療センター 吉川 千尋

B21 Microcystic type 漿液性嚢胞腫 (SCN) との鑑別が困難であった膵腺房細胞癌 (ACC) の一例

天理よろづ相談所病院 山中 良輔

B22 同時に膵管内乳頭粘液性腺癌と腫瘍形成性膵炎が併発した 1 切除例

済生会中和病院 外科 田村 昂

膵臓 2

座長 亀井 敬子

(近畿大学病院 外科)

- B23 急性膵炎早期に合併した後腹膜気腫性膿瘍に対して開腹ドレナージ術が著効した一例
兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科 原 田 嘉一郎
- B24 急性膵炎後の感染性膵壊死に対して一次的に外科的ネクロセクトミーを施行した一例
兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科 萱 野 真 史
- B25 門脈輪状膵を伴った転移性膵腫瘍に対して腹腔鏡下膵頭十二指腸切除を施行した一例
京都大学 肝胆膵・移植外科 岩 下 晶 穂
- B-26 術前 octreoscan で集積を認め膵神経内分泌腫瘍と鑑別が困難であった膵内副脾の一例
関西電力病院 外科 豊 島 慶 雄

腹壁 1

座長 清水 敦史

(和歌山ろうさい病院 外科)

- C01 下腰ヘルニア嵌頓に対し、腹腔鏡下ヘルニア根治手術を施行した1例
長浜赤十字病院 外科 全 有 美
- C02 経ヘルニア門的腹腔鏡にて腸管虚血を評価した大腿ヘルニア嵌頓の一例
平成記念病院 外科 木 下 正 一
- C03 腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術後の会陰ヘルニアに対して腹腔鏡下に修復術を施行した1例
明和病院 外科 松 木 豪 志
- C04 待機的に腹腔鏡下修復術を行った閉鎖孔ヘルニアの1例
北野病院 消化器外科 大 堂 真一郎

腹壁 2

座長 末田 聖倫

(大阪労災病院 外科)

- C05 ロボット支援下手術後に発生したポートサイトヘルニアの1例
府中病院 外科 大 森 威 来
- C06 成人臍ヘルニア嵌頓の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

C07 全肝脱出を伴う巨大臍帯ヘルニアに対する新たな手術戦略とその有用性

関西医科大学 外科学講座 小児外科 重山 謙

胃 1

座長 早田 啓治

(和歌山県立医科大学 第2外科)

C08 内視鏡検査の送気で急性腹膜炎をきたした胃潰瘍巨大肝嚢胞穿通の1例

近畿大学奈良病院 消化器外科 福田 周一

C09 大型胃 GIST に対してイマチニブによる術前化学療法後に腹腔鏡下切除術を施行した1例

市立池田病院 消化器外科 橋本 拓人

C10 化学療法により complete response (CR) を得た4型胃癌コンバージョン手術の1例

大阪大学医学部附属病院 消化器外科学 北國 大樹

C11 胃神経鞘腫の1例

府中病院 臨床研修センター 中前 亜季子

胃 2

座長 貝田佐知子

(滋賀医科大学 外科学講座)

C12 多発胃壁内転移を伴う進行胃癌の1例

和歌山県立医科大学 第2外科 下村 和輝

C13 持続血糖測定 (CGM) システムを用いた胃切除後血糖変動評価の試み

京都府立医科大学 消化器外科 弓場 将之

C14 腹膜播種再発をきたした早期胃癌の1例

大阪市立大学大学院 消化器外科 今西 大樹

脾・門脈・内分泌

座長 山木 壮

(関西医科大学附属病院 外科)

C15 巨大脾嚢胞に対して腹腔鏡下脾部分切除術を施行した1例

八尾徳洲会総合病院 一瀬 健太

- C16 腹腔鏡下脾臓摘出術を行った Sclerosing angiomatoid nodular transformation の 1 例
堺市立総合医療センター 診療局 内田 充 優
- C17 心室中隔欠損症を有する遺伝性球状赤血球症患者に対して脾摘を先行した 1 例
京都府立医科大学 消化器外科 荒川 宏
- C18 直腸癌術前にて偶発的に発見された褐色細胞腫に対して、腹腔鏡下低位前方直腸切除術と副腎摘出術を施行した一例
兵庫県立淡路医療センター 消化器外科 高橋 直太郎

小児・その他

座長 渡邊 美穂

(大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 小児成育外科学)

- C19 異所性腓に関連した小腸 adenomyoma により腸重積症をきたした 1 か月乳児の一例
滋賀医科大学 消化器・乳腺・一般外科 嶋村 藍
- C20 小児の膿瘍形成性虫垂炎に対する CT ガイド下ドレナージ奏功した一例
京都中部総合医療センター 外科 阿部 秋子
- C21 回腸末端部重複腸管を先進部とした腸重積の 1 例
和歌山県立医科大学 第 2 外科 加藤 紘隆
- C22 マムシ咬傷の一例
野崎徳洲会病院 総合診療科 土佐 明誠
- C23 原発性腹膜癌の 1 例
野崎徳州会病院 江上 洋介

頸部・乳腺

座長 野田 諭

(大阪市立大学大学院医学研究科 乳腺・内分泌外科)

- D01 長期生存中の偶発型甲状腺未分化癌の 1 例
加古川医療センター 外科 宮永 洋人
- D02 乳癌肝転移治療中に偽性肝硬変を認めた 1 例
大阪市立大学 乳腺・内分泌外科 菰田 あすか
- D03 Trastuzumab Deruxtecan 投与により臨床症状が改善した、脳転移・髄膜播種を有する HER2 陽性乳癌の一例
兵庫県立がんセンター 乳腺外科 福田 千紘

D04 乳癌転移との鑑別を要した癌性腹膜炎の一例

大阪医療センター 乳腺外科 今村 沙弓

胸部

座長 齊藤 朋人

(関西医科大学 呼吸器外科学講座)

D05 左肝静脈-冠静脈洞開口の1例

大阪医科大学 外科学講座 胸部外科教室 鈴木 昌代

D06 胸腺腫術後再発との鑑別を要した右 epipericardial fat necrosis の1例

関西医科大学 呼吸器外科 内海 貴博

D07 右下葉原発 ciliated muconodular papillary tumor の一例

大阪国際がんセンター 田中 諒

D08 有茎性発育を示した腎癌胸膜転移の1切除例

市立豊中病院 教育研修センター 中村 槇志

胸部・肺

座長 大塩 恭彦

(滋賀医科大学 呼吸器外科)

D09 先天性横隔膜ヘルニアに対する成人手術の経験

大阪大学 小児成育外科 田附 裕子

D10 右肺下葉切除後・遅発性血胸の1例：肺静脈 staple line からの oozing

関西医科大学 呼吸器外科 丸 夏未

D11 腫瘍随伴症候群による関節痛を来した腸型腺癌の1例

奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科 吉川 大貴

血管

座長 吉岡 大輔

(大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 心臓血管外科学)

D12 正中弓状靭帯圧迫症候群に対して腹腔鏡下正中弓状靭帯切離術を施行した1症例

済生会中和病院 外科 石岡 興平

D13 発症12時間が経過した急性上腸間膜動脈塞栓症に対して血管内治療を施行し救命し得た1例

天理よろづ相談所病院 消化器外科 松村 彰 太

D14 腹部大動脈人工血管置換術後に十二指腸瘻による人工血管感染を発症した1例

大阪市立大学 心臓血管外科 南郷谷 亮

D15 急性肺塞栓症を契機に発見された左膝窩静脈瘤の一手術例

奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科 三谷 和 大

食道

座長 牧野 知紀

(大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学)

D16 咽喉頭食道切除術後に小彎反転延長胃管による再建術を施行した1例

和歌山県立医科大学 第2外科 永野 翔太郎

D17 胸骨後再建後の進行胃管癌に対して左胸腔鏡下に胃管全摘を施行した1例

大阪大学 消化器外科 中上 勝一朗

D18 食道癌手術の再建空腸の壊死後に筋皮弁による食道再建を行った1例

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科 横田 雅 治

その他

座長 福岡 晃平

(大和高田市立病院 外科)

D19 進行大腸癌の薬物療法により腫瘍崩壊症候群から広範囲 NOMI を発症した症例

健生会土庫病院 大腸肛門病センター 中尾 武

D20 腹腔鏡下切除を施行した右腎動脈神経叢由来の神経節細胞腫の1例

堺市立総合医療センター 外科統括部 中西 智也

D21 コンパートメント症候群の3例

和歌山県立医科大学 第2外科 竹本 典生

D22 術前診断が困難であった巨大副腎嚢胞を経験した1例

南大阪病院 外科 多田 隆馬

D23 術前 CT で上部消化管穿孔が疑われていた膀胱穿孔の一例

神戸赤十字病院 外科 藤井 悠花

特別講演 (11:00~11:50)

「膵癌外科治療の将来はこうなる」

座長：奈良県立医科大学 消化器・総合外科 教授 庄 雅 之
演者：和歌山県立医科大学 外科学第2講座 教授 山 上 裕 機
共 催：大鵬薬品工業株式会社

ランチョンセミナー 1 (12:00~12:50)

「合併症減少を目指した食道癌手術の再建 ～過去から未来へ～」

座長：京都府立医科大学 外科学教室 消化器外科学部門 教授 大 辻 英 吾
演者1：大阪市立大学大学院 外科学講座 消化器外科学 講師 豊 川 貴 弘
演者2：大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学 准教授 山 崎 誠
共 催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

ランチョンセミナー 2 (12:00~12:50)

「下部消化管における最新の吻合手技」

座長：奈良県立医科大学 消化器・総合外科 病院教授 小 山 文 一
演者1：大阪大学大学院医学系研究科 外科系臨床医学専攻 外科学講座消化器外科学 講師 植 村 守
『結腸癌に対する体腔内吻合』
演者2：枚方市立ひらかた病院 消化器外科 部長 鱒 潤 真 介
『直腸癌手術における吻合手技—合併症0を目指して—』
共 催：コヴィディエンジャパン株式会社

アフタヌーンセミナー (13:00~13:50)

「外科医が行うこれからの肝細胞癌治療
～minimal invasive surgery から集学的治療まで～」

座長：大阪市立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学 病院教授 久 保 正 二
演者：和歌山県立医科大学 外科学第2講座 講師 上 野 昌 樹
共 催：中外製薬株式会社

一 般 演 題
抄 錄

A01

結腸間膜に穿通し膿瘍を形成した十二指腸憩室の1例

医療法人川崎病院

横谷尚紀、梶原 淳、小林照之、星野宏光、
木村聡宏、谷川隆彦

症例は、50代男性。腹痛（心窩部、右下腹部）が主訴に、近医を受診して、精査加療目的で当院紹介となった。腹部造影CTにて、右側腹部で小腸が一塊となり膿瘍形成を認めた。小腸穿孔が疑われ緊急手術の方針となった。手術では、回腸末端から盲腸にかけて強い炎症性変化を認めたため回盲部切除を行った。腸間膜の処理中で、十二指腸憩室が右側結腸間膜に穿通し膿瘍を形成していることを確認できた。十二指腸憩室は部分切除して修復した。術後経過は良好であった。十二指腸憩室は消化管憩室の中では頻度の高い疾患ではあるが、無症状であることが多く、穿通、穿孔することは稀である。本症例では穿通・膿瘍を形成していたが、術前精査での確定診断は困難であった。原因不明の消化管穿孔が疑われる症例においては、十二指腸憩室も鑑別の1つとして念頭において診察すべきであると考えられた。

A03

上腸間膜動脈塞栓症に対する腸管切除術後に短腸症候群による肝障害が遷延した一例

兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科
田島美咲、山中健也、萱野真史、原田嘉一郎、
新蔵秋奈、花畑佑輔、森 彩、青木 光、
栗本 信、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

79歳女性。既往は脳梗塞、高血圧、帝王切開。下腹部痛を主訴に前医を受診。単純CTで癒着性イレウスと診断され、抗菌薬投与を開始されたが、2日後に腹痛が増悪。造影CTで上腸間膜動脈根部付近での閉塞と広汎な腸管壊死とを指摘され当院転送となり、上腸間膜動脈閉塞症に対して緊急手術を施行した。術中所見で空腸から下行結腸までの腸管壊死を認め、Treitz靱帯より約1mの空腸を残す形で小腸切除・結腸切除・空腸人工肛門造設術を行った。術後、発熱・CRP上昇を繰り返し、高Bil血症を伴う肝障害が遷延した。小児における腸管不全合併肝機能障害の報告は多く、その発生には長期間の経静脈栄養や腸管粘膜の萎縮、bacterial translocationによる敗血症等の複数の因子が関連するとされている。本症例は腸管不全合併肝機能障害をきたしたと考えられ、感染症を治療し、経口摂取を増量したところ経静脈栄養の離脱は困難だったが全身状態は安定し、術後76日目に退院した。

A02

気腫性腎盂腎炎に起因する膿瘍形成により十二指腸下行脚および右結腸間膜に穿破を来した一例

兵庫県立尼崎総合医療センター 外科

花畑佑輔、山中健也、新蔵秋奈、青木 光、
栗本 信、川田洋憲、田村 淳

気腫性腎盂腎炎は予後が極めて不良である上に消化管瘻の報告は極めて少ない。症例は74歳、女性。気腫性腎盂腎炎による敗血症性ショックの状態でも腎瘻を造設しICUへ入室した。ショックは離脱したが、第6病日に出血性ショックとなり、緊急内視鏡検査で十二指腸下行脚に出血性潰瘍を認め焼却止血した。しかし第8病日にCTで十二指腸間膜内にガス像を認め、第11病日に炎症が増悪し、穿孔性十二指腸潰瘍の診断で緊急手術を行った。十二指腸下行脚に3cm大の穿孔、腎膿瘍腔へと続く瘻孔を認め、潰瘍穿孔ではなく膿瘍の穿破と診断した。膿瘍は右側結腸間膜へも穿破していた。右腎臓摘出術、結腸右半切除、双孔式人工肛門造設、腸瘻造設、十二指腸瘻孔部にTチューブ留置、総胆管内にCチューブ留置、十二指腸水平脚まで経鼻胃管を挿入、ドレンを留置し手術を終了した。術後腸液の漏出が続いたが、POD97に瘻孔消失を得た。POD102に経口摂取を再開し、POD125に転院となった。

A04

回盲部腸重積をきたしたびまん性大細胞性B細胞リンパ腫の一例

医学研究所 北野病院 消化器外科

林秀一郎、久野晃路、西川裕太、伊藤聖顕、
河合隆之、奥知慶久、井口公太、奥田雄紀浩、
上村 良、田中英治、福田明輝、上田修吾、
寺嶋宏明

症例は34歳男性。心窩部痛・嘔吐を主訴に前医受診し、腹部エコーにて腸重積が疑われ、当院救急部紹介受診した。造影CTにて回盲部腸重積を認め、消化器内科にて緊急上部内視鏡下に整復を試みたが困難であった。当科転科の上緊急手術の方針とし、腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した。手術所見は、終末回腸が上行結腸に向けてパウヒン弁から重積しており、腹腔鏡下に整復を試みたが困難であった。腹腔鏡下に回盲部を授動した後小開腹施行、体外に回盲部を挙上しHatchinson手技により整復を試みるも困難であったため、回盲部切除を施行した。標本はパウヒン弁から口側15cmの回腸に2型腫瘍を認めた。病理学的所見によりびまん性大細胞性B細胞リンパ腫と最終診断に至った。術後経過は良好でPOD8に退院となり、当科退院後血液内科により化学療法が施行されている。成人における腸重積は比較的稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

A05

複数回の外科切除を含めた集学的治療によって長期生存が得られた腹膜播種を伴う小腸 GIST の一例

奈良県西和医療センター 外科・消化器外科
曾我真弘、安田里司、上野正嗣、右田和寛、
青木理子、阪田 武、石川博文

腹膜播種を伴う小腸 GIST は予後不良であり、手術を含めた集学的な治療が必要となってくる。今回初回治療後から複数回の外科切除によって長期生存が得られた1例を経験したため報告する。症例は50歳代、男性。広範囲に腹膜播種を伴う空腸 GIST に対して腫瘍切除、および播種巣は肉眼的に全て切除した。術後9年目にダグラス窩に播種再発、術後10年目に胃小弯、大動脈周囲リンパ節、骨盤内に播種再発、術後11年目にも再度骨盤内に播種再発を認めたため全て外科的に切除した。今回初回手術後13年目に左側腹部と肝下縁に多数の播種結節、および肝S7に転移を疑う病変を認め、播種切除、肝部分切除術を施行した。切除病変の病理組織診断は GIST の再発であり、合併症なく術後9日目に退院し、現在術後4ヶ月無再発生存中である。播種を伴う小腸 GIST であっても積極的な手術切除を繰り返すことで長期生存が得られる症例があると考えられた。

A07

回腸人工肛門閉鎖後に Bacterial translocation によるものと考えられる菌血症をきたした1例

大阪赤十字病院 研修医
瀧内悠平、田村卓也、稲本 将、山之口賢

人工肛門閉鎖術は比較的低侵襲の手術であるが、術後に Bacterial translocation (以下 BT) によるものと考えられる菌血症の1例を経験したので報告する。症例は89歳女性、2年前に小腸穿孔、汎発性腹膜炎に対して回盲部切除術、双孔式人工肛門造設術施行し、今回人工肛門閉鎖を行った。術後3日目に食事を開始したところ、悪寒・戦慄および発熱が出現し、血液培養2セットから Escherichia coli が検出された。種々の検査にて他に明らかな感染源は特定されなかったため、BT をきたし菌血症に至ったと考えられた。抗菌薬投与で速やかに改善した。人工肛門閉鎖術後は廃用性萎縮している人工肛門の肛門側腸管に食物が通過した際に BT をきたす可能性があり人工肛門閉鎖後の BT の発生頻度は6%程度、敗血症の発生頻度は2%と報告されている。死亡例の報告もあり注意が必要であると考えられ、予防策として術前の肛門側萎縮腸管への Synbiotics 投与が有用であるという報告もある。

A06

長期の病悩期間を有した成人腸回転異常症の1手術例

大阪大学 小児成育外科
堺 貴彬、田附裕子、堺 大地、五味 卓、
渡邊美穂、奥山宏臣

症例は48歳、女性。長期の腹痛と下痢に対し下痢性過敏性腸症候群の診断で治療を行うも改善認めず、CT で回盲部の位置異常から腸回転異常症が疑われ紹介となった。症状が長期に繰り返されていることより腸回転異常症に対する手術を選択した。手術は、腹腔鏡補助下に Ladd 帯を切離し、腸間膜基部を上腸間膜動脈が十分露出するまで開放し腸間膜を展開した。また、食事増量後に出現した十二指腸の器質的屈曲による通過障害に対して腹腔鏡補助下癒着剥離術およびダイヤモンド吻合を行った。その後、食事摂取後の通過障害・腹痛・下痢も消失し、体重増加を確認の上で退院した。本症例は、捻転と自然整復を繰り返し間欠的な腹部症状を生じる腸回転異常症の慢性例であり、保存的治療後、外科的治療の介入までに時間を要した。慢性の不定愁訴を症状とする成人患者の診察において、多彩な病態をとる先天性疾患の可能性も念頭に置いて診察を行うことも重要である。

A08

術前に診断し得た PTP 誤飲による回腸末端穿通の一例

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
土谷将悟¹、田中裕人²、登千穂子²、松谷慎治²、
大森威来²、宮本裕成²、西岡孝芳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、
内間恭武²、竹内一浩²

【はじめに】PTP (press through pack) シートは、錠剤の包装形態の1つである。PTP シート誤飲はしばしば報告され、認知機能が低下している高齢者で発生することが多い。【症例】93歳、女性。右下腹部痛を主訴に前医受診し、腹部単純 CT 検査で回腸末端に PTP シートを疑う異物を認め手術的に当院へ搬送された。PTP シートによる回腸穿孔と診断し緊急で回盲部切除術を施行した。標本内の回腸末端に1.5×1.5cm 大の PTP シートを認め、腸間膜側へ穿通していた。術後経過は良好で術後9日目に退院となった。【考察】PTP 誤飲の CT による術前正診率は約30%程度と報告されており、材質や開封後の状態で異なる像を呈する。PTP 誤飲のうち約85%は食道に存在するとされ、食道や胃に存在する場合は内視鏡的処置で摘出可能である。PTP が小腸や大腸へ到達した場合には穿通や穿孔をきたすことが多い。【結語】PTP 誤飲の予防策として、服薬管理者への指導や一包化処方などが有用である。

A09

診断が困難であった小腸癌の一例

八尾徳洲会総合病院 外科
八田康佑、木村拓也、友池 力、服部 彬、
松岡信子、堤 綾乃、大田修平、垣本佳士、
豊田 亮、遠藤幸文、村上 修、河島茉澄、
松岡伸英、山中宏晃、井上雅文、松田康雄

症例は69歳男性。腹痛を主訴に受診、CTで左骨盤腔内に小腸狭窄を認めた。虫垂炎術後であり癒着性腸閉塞の診断でイレウス管を挿入した。入院6日目にイレウス管抜去したが食事で腸閉塞再燃、絶食で経過を見ていた。症状改善し食事再開したが入院20日目に腸閉塞再燃、その時、CTで右下腹部に狭窄部位を認めた。狭窄部位は随時移動しており原因は不明であったが保存的加療は困難と判断し、入院21日目に試験腹腔鏡施行、回腸末端から65cmに腫瘍性狭窄を認めた。腫瘍より口側、肛門側10cmで回腸を切除、2群リンパ節廓清とした。経過良好で術後4日目に食事開始、術後9日目に退院となった。病理結果は高分化腺癌でリンパ節転移は認めなかった。小腸癌はCTによる診断が約3%と言われていたが、今回のようにCT上狭窄部位が移動している症例は小腸癌が積極的に疑えるのではないかと考えられた。

A11

小腸内血腫によりイレウスをきたした1例

多根総合病院 外科
今中 孝、加藤弘記、川端浩太、松井佑起、
小池廣人、廣岡紀文、細田洋平、森 琢児、
小川 稔、小川淳宏、上村佳央、西 敏夫、
刀山五郎、丹羽英記

症例は84歳男性、来院同日に吐下血と嘔吐を主訴に搬送となった。脳梗塞の既往を伴う心房細動に対しリバーロキサパンを内服していた。貧血と炎症所見およびBUN / CRE比の軽度上昇、単純CTでは誤嚥性肺炎像と小腸の手拳大の腫瘍と口側の拡張像を認めた。造影CTで腫瘍は全体としては造影効果に乏しく、一部早期より造影されたことから、壁内血腫あるいは腫瘍内血腫、及びそれに伴う腸閉塞と診断し緊急手術を施行した。小開腹すると血性腹水を認め、トライツ靱帯から400cmの小腸に可動性良好な腫瘍を認め、切除した。病理組織学的には粘膜下層を主座とした著しい出血と血腫形成で、血腫には多量の赤血球と好中球を認めたが、腫瘍成分を認めず出血傾向による空腸壁内血腫と診断した。術後は誤嚥性肺炎の影響で長期管理となったが25日目で退院した。今回、小腸内血腫による腸閉塞を発症した1例を経験したため報告する。

A10

生体肝移植後に認めた encapsulating peritoneal sclerosis (EPS) の一例

京都府立医科大学 外科学教室 消化器外科学部
門
松本順久、栗生宜明、有田智洋、清水浩紀、
木内 純、大橋拓馬、久保秀正、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

背景：Encapsulating peritoneal sclerosis (EPS) は、小腸に厚い線維性の膜を張り、難治性腸閉塞を引き起こす主に長期腹膜透析患者に見られる稀な疾患である。今回、肝移植後に腸閉塞を来し、手術により重症EPSと診断した症例を経験したので報告する。症例：58歳、男性。46歳にC型肝炎による肝硬変で生体肝移植を施行。3ヶ月前から腸閉塞により入退院を繰り返していた。イレウス管造影検査で狭窄部を指摘され、当科にてイレウス解除術を施行した。術中所見は全小腸を白色の膜が包み込み繭のような状態であった。腸閉塞の原因は腸管の線維性硬化による蠕動運動の低下と考えられ単開腹で手術終了した。術中所見より重症EPSと診断したが肝機能も非常に悪く、今後外科的治療は困難であった。術後、高カロリー輸液管理で退院となった。考察：EPSはさまざまな基礎疾患を持つ患者で発症することが報告されており、腸閉塞患者を診察する場合は常に考慮すべきである。

A12

腸閉塞で発症し術後診断された回腸・直腸間膜内子宮内膜症の1例

¹大阪市立大学 消化器外科
²大阪市立総合医療センター 消化器外科
安 昌起¹、福岡達成¹、井関康仁¹、渋谷雅常¹、
永原 央¹、佐々木麻帆¹、岡崎由季¹、王 恩¹、
三木友一朗¹、吉井真美¹、田村達郎¹、豊川貴弘¹、
田中浩明¹、李 榮柱¹、六車一哉¹、前田 清²、
大平雅一¹

症例は43歳女性。心窩部痛・嘔気を主訴に近医より当院紹介となった。腹部造影CTで直腸S状部の腫瘍性病変、回腸狭窄及び口側小腸のびまん性拡張を認め、腸管の血行障害は認められなかったため、単純性閉塞性腸閉塞と診断し、イレウス管を留置した。大腸内視鏡検査では直腸S状部に粘膜下腫瘍様の病変を認め、内視鏡は通過不可であった。生検検査では悪性所見を認めなかった。回腸狭窄および直腸粘膜下腫瘍による腸管狭窄に対して手術を施行した。術中所見では直腸S状部の腸間膜内に4cm大の腫瘍、回腸末端にも3cm大の腫瘍を認め、腫瘍により直腸、回腸は狭窄していたため、高位前方切除術、小腸部分切除術を施行した。病理組織診断で腫瘍はどちらも子宮内膜症の診断であり、異所性子宮内膜症による回腸および直腸狭窄と診断した。若年女性の明らかな悪性所見を認めない腸閉塞では、異所性腸管子宮内膜症は稀ではあるが鑑別すべき疾患であると考えられた。

A13

小腸血管腫に対して腹腔鏡内視鏡合同手術 (LECS) を施行した 1 例

近畿大学

山田淳史、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】75歳、男性。貧血精査で内視鏡検査を施行したところ、トライツ靭帯近傍の十二指腸水平脚に径10mmの血管腫を認めた。内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) による切除を考えたが消化管穿孔のリスクが懸念された。また、外科的切除でも腫瘍部位の正確な同定が困難となる可能性や、過大な切除となり過大侵襲となる可能性が考えられた。そこで、腹腔鏡内視鏡合同手術 (laparoscopy and endoscopy cooperative surgery ; LECS) を行うことにした。腹腔鏡下で観察し、内視鏡で管腔側から病変を同定した。内視鏡の透過光照明を腹腔鏡側から確認し、病変部位はトライツ靭帯から肛門測20cmの空腸であることが判明した。ESDで血管腫を切除し、腹腔鏡下に切除部位の漿膜筋層を結節縫合で補強し手術を終了した。術後、ESD部より再出血を認めたが、POD14に退院となった。【結語】小腸血管腫に対してLECSを施行した報告例は非常に稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

A15

周術期の経肛門ドレーン管理の工夫について

¹大阪市立大学 消化器外科

²大阪市立総合医療センター 消化器外科

岡崎由季¹、渋谷雅常¹、永原 央¹、福岡達成¹、
井関康仁¹、王 恩¹、前田 清²、平川弘聖¹、
大平雅一¹

【背景】直腸癌術後の経肛門ドレーン (Transanal Drainage Tube:TDT) 留置は縫合不全の予防に有用といわれている。しかし TDT 留置中や抜去直後に縫合不全が生じることがあるため、縫合不全と TDT 留置中に得られる情報を評価し TDT 管理の留意点に関して検討した。【方法】当院で大腸癌に対する直腸前方切除時に TDT を留置した51症例について後方視的に調査した。術後5日間の TDT の排液量、TDT 留置中の排便について TDT 留置中に生じた縫合不全との関連を評価した。【結果】TDT 留置中の縫合不全は4例生じた。術後5日間の TDT 排液の1日量が多い群、排液総量が多い群で縫合不全率は有意に高かった。TDT 留置中に排便を認めると縫合不全を有意に多く認め、TDT 留置中に排便を認めた群で術後5日間の TDT 排液の1日量、排液総量が有意に多かった。【結語】TDT 排液量の増加や TDT 留置中の排便は縫合不全のリスク因子と考えられ、TDT 排液量を減らす周術期の工夫が必要といえた。

A14

肛門転移を認めた HNPCC の 1 例

和歌山県立医科大学 第 2 外科

田宮雅人、松田健司、岩本博光、水本有紀、
三谷泰之、中村有貴、阪中俊博、竹本典生、
山上裕機

【症例】50歳代の男性。下血を主訴に前医を受診された。下部消化管内視鏡検査にて上部直腸に腫瘍を指摘され、当院へ紹介となった。初診時の直腸診にて肛門に1.5cm 大の痔核様腫瘍を認めた。主病巣は AV 8cm の半周性2型腫瘍であり、生検にて group5、tub1の結果であった。CT 検査にて明らかな遠隔転移は認めなかった。直腸癌に対して腹腔鏡下低位前方切除術および回腸瘻造設術を行った。病理結果は muc、pT3N2bM0、pStageIIIc であった。術後フォローにて肛門腫瘍が増大傾向であり、生検にて直腸癌の肛門転移が示唆された。近親者に大腸癌が多いことから HNPCC を疑い追加検索したところ MSI-H の結果であった。原発巣切除後2ヶ月後に肛門腫瘍に対して腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した。病理結果より直腸癌の肛門転移と診断した。【考察】直腸癌の肛門転移は非常に稀である。今回我々は直腸癌の肛門転移を認めた HNPCC の症例を経験したため文献的考察と併せて報告する。

A16

下血を契機に発見された S 状結腸漿膜下 solitary fibrous tumor の 1 例

¹奈良県西和医療センター 外科・消化器外科

²奈良県西和医療センター 中央臨床検査部

阪田 武¹、右田和寛¹、上野正闘¹、安田里司¹、
青木理子¹、曾我真弘¹、斉藤直敏²、石川博文¹

Solitary fibrous tumor (SFT) は多くが胸膜に発生する比較的稀な腫瘍であり、腹腔内からの発生も報告されている。今回、我々は S 状結腸の漿膜下に発生した SFT の1例を経験した。本邦では結腸漿膜下層に生じた SFT の報告例はない。

症例は79歳、女性。下血を主訴に前医を受診した。下部消化管内視鏡で S 状結腸に露出血管を認めた。粘膜面に不整は認められなかった。腹部 CT で S 状結腸に接して8cm 大の腫瘍陰影を認め、精査加療目的に当科紹介となった。胸腹部造影 CT でリンパ節腫大や遠隔転移は認められなかった。S 状結腸粘膜下腫瘍の診断で S 状結腸部分切除術を施行した。腫瘍は S 状結腸に接して間膜内に存在し、内部は黄白色調の充実性腫瘍で壊死等は認めなかった。病理組織学的には、腫瘍は S 状結腸の漿膜下組織内に存在し、紡錘形細胞の密な増生を認めた。核分裂像数3/50HPF、CD117陰性、CD34陽性、SMA 陰性、S-100陰性、bcl-2陽性、CD31陰性であり、SFT と診断した。

A17

組織型に印環細胞癌を認めた潰瘍性大腸炎関連早期大腸癌の一例

¹奈良県立医科大学 消化器・総合外科

²奈良県立医科大学附属病院 中央内視鏡部

藤本浩輔¹、小山文一^{1,2}、久下博之¹、尾原伸作¹、中本貴透^{1,2}、岩佐陽介¹、竹井 健¹、定光ともみ¹、原田涼香¹、庄 雅之¹

30代男性。当科初診の11年前に潰瘍性大腸炎を発症。全大腸炎型再燃寛解型にて経過。前医のサーベイランス内視鏡検査で下部直腸に4mm大の隆起性病変から腺癌を検出され、手術治療目的で当科紹介となった。内視鏡検査所見では下部直腸に平坦陥凹病変と陥凹内隆起を認めた。またその口側にIs様隆起性病変を認めた。Pit pattern分類はそれぞれIIIs、IV、IIIL型であった。潰瘍性大腸炎関連大腸癌として腹腔鏡下大腸全摘、回腸囊肛門吻合術施行した。切除標本の病理診断では、術前より癌が疑われた下部直腸病変はT1bの高分化管状腺癌であった。またすぐ近位側にT1aの印環細胞癌を認めた。二病変間とその周囲には異型上皮を認めた。本例は潰瘍性大腸炎関連大腸癌で印環細胞癌が早期癌の段階で治療できた極めて稀な1症例である。

A19

穿孔性虫垂炎を併発した虫垂神経内分泌癌の一例

天理よろづ相談所病院 消化器外科

岩崎雄太、田中宏和、後藤俊彦、加藤 滋、待本貴文

【症例】59歳男性。4日前からの下腹部痛を主訴に近医受診、著明な脱水と炎症反応の上昇を認め当科紹介。【経過】単純CTにて周囲に膿瘍を伴う虫垂腫大を指摘、急性虫垂炎穿孔による汎発性腹膜炎と考え、開腹虫垂切除および洗浄ドレナージを施行。虫垂に36mmの有茎性腫瘤を認め、病理検査にてchromogranin Aおよびsynaptophysin陽性、Ki-67標識率>60%以上であり、神経内分泌癌(NEC)と診断した。第13病日に回盲部切除(D3郭清)を追加、虫垂原発NEC(pT3N1bM0 StageIIIB)との最終診断にて、術後補助化学療法(CDDP + CPT-11)を施行、術後6ヶ月を経過し、現在再発を認めていない。【考察】本邦における虫垂原発NECの報告は10例程度しかなく稀な疾患であるが、予後は極めて不良である。予後改善のために今後更なる症例の蓄積と検討が必要である。

A18

繰り返す直腸出血を契機に診断し得た、後天性 von Willebrand 病の1例

南奈良総合医療センター 消化器外科

江尻剛気、植田 剛、田仲徹行、横山貴司、吉村 淳

von Willebrand 病は、止血必須因子である von Willebrand 因子 (VWF) の量的あるいは質的な異常による遺伝性止血異常症であるが、生体内に非生理的なずり応力が生じる循環器疾患で後天的に生じることがあり、後天性 von Willebrand 症候群 (acquired von Willebrand syndrome、以下 AVWS) と呼ばれ、AVWS の1例を経験したので報告する。症例は90歳代女性、頻回の血便に対して下部消化管内視鏡検査を施行し、内痔核出血の診断で結紮術を施行した。3ヶ月後に再度同部位からの出血があり、内視鏡的に止血を試みたが止血は得られず、縫合止血術を施行した。しかし、5日後にHb6.6g/dLと貧血の進行があり、縫合部からの再出血を認め、再度止血術を施行した。FFP投与後から出血が沈静化し、止血異常を疑い精査をしたところADAMTS13活性が高値であり、心臓超音波検査でsevere ASを認め、ASに伴うAVWSと診断した。止血異常の症例ではAVWSも考慮して鑑別する必要がある。

A20

Loop ileostomy 造設後に outlet obstruction syndrome を発症した1例

春秋会城山病院 消化器外科

千福貞勝、新田敏勝、石井正嗣、上田恭彦、片岡 淳、石橋孝嗣

<緒言> Ileostomy 造設後の合併症として、outlet obstruction syndrome (以下、OOS) が指摘されており、昨今、造設後の合併症の一つとして認識され問題となっている。今回、OOSを経験したため考察を加えて報告する。<症例>30歳、男性。S状結腸の憩室穿孔に対して、S状結腸切除術、回腸人工肛門造設術を施行した。術後に、複数回の嘔吐を認め、CT検査にて、OOSと診断した。<考察> OOSは諸家の報告によると、腹壁貫通部でのトラブルが問題とされる。自験例は若年であったが腹壁が高度に発達しており、術中も人工肛門の挙上、作成に難渋した。当科でも過去にOOSを経験しており十分に対策したがOOSを起こし、今回の原因も腹壁が高度に発達していること、腸間との捻れが生じたことが一番誘因ではないかと考えられた。今後はileostomy造設時には腸管と腸管の捻れにさらに細心の注意を払う必要があると考えられた。<結語> OOS回避の方法について考察を加えた。

A21

回腸穿孔による腹膜炎を契機に発見された結腸重積の一例

大阪府済生会茨木病院 外科
金木克哉、杉山宏和、友野絢子、田上修司、
河村史朗

成人腸重積症は、小児に比べて稀で全腸重積の5-10%程度である。原因のほとんどは器質疾患で、大腸重積の60-80%は癌が原因である。症状は小児と比べ多彩で、経過も比較的緩徐なことが多い。今回我々は、回腸穿孔による腹膜炎を契機に発見された結腸重積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。症例は79歳女性。2ヶ月前から食欲不振、全身倦怠感を自覚していた。その後急激に腹痛が強くなり、当院に救急搬送された。造影腹部CT検査で結腸重積、消化管穿孔の診断となった。手術は腹腔鏡を用いて実施した。腹腔内に混濁した腹水少量、拡張した小腸、巨大な重積腸管を確認した。腹腔鏡下での整復は行わず、小開腹直視下にHutchinson手技で整復した。回腸末端に穿孔部をみとめ、盲腸腫瘍の存在を確認し、D3郭清を伴う右結腸切除を行った。病理結果は高分化型管状腺癌でpT2 (MP) N0であった。術後経過は順調で第16病日に退院となった。

A23

術前診断に苦慮した肉芽腫性虫垂炎の一例

大阪府済生会千里病院
鈴江 愛、深田唯史、加藤淳一郎、谷口嘉毅、
西田久史、谷口博一、真貝竜史、吉岡節子、
北條茂幸、福崎孝幸

症例は52歳女性。腹部の張りを主訴に受診。来院時右下腹部に圧痛と軽度の反跳痛を認めた。血液検査ではCRP5.2mg/dlと上昇を認めたが、WBCは6800/ulと正常値だった。CT検査で虫垂は2cm大に腫大し内部に液貯留と壁肥厚を認めた。虫垂炎のほかに虫垂癌、虫垂粘液嚢腫を疑い腹腔鏡下に虫垂切除術を施行した。手術所見：虫垂は腫大し表面に軽度発赤を認めた。根部近くまで炎症が波及していたため盲腸部分切除の形で虫垂を摘出した。術後問題なく経過し6日目に退院となった。病理検査結果では虫垂全層にリンパ球、好酸球の浸潤を認め、粘膜固有層から下層にかけて類上皮肉芽腫を認めた。粘液嚢腫および癌の所見はなく、Ziehl-Neelsen染色で結核菌を含む抗酸菌は検出されなかった。以上より肉芽腫性虫垂炎と診断した。肉芽腫性虫垂炎は急性虫垂炎切除例の約0.1-2%の頻度で発生するとされる稀な病態であり、今回若干の文献的考察を加えて報告する。

A22

腹腔鏡下に修復したDe Garengeot's herniaの1例
済生会有田病院 外科
村上大輔、岡 正巳、寺澤 宏、瀧藤克也

大腿ヘルニアにおける虫垂の陥頓は、De Garengeot's herniaと呼ばれ、頻度は大腿ヘルニアの0.49% (3/610) であると報告されている。今回、腹腔鏡下に修復した大腿ヘルニア虫垂嵌頓症例を経験したので報告する。症例は92歳女性、右鼠径部腫瘍を主訴に来院した。腹部CT検査で右鼠径部に径3cm大の嚢胞状構造を認め、大腿ヘルニア嵌頓と術前診断した。緊急手術の方針とし、腹腔鏡下に観察すると、虫垂が右大腿ヘルニア内に嵌入していた。鉗子による牽引で容易に虫垂は整復できた。虫垂は肉眼的に炎症、虚血、壊死所見を認めず、虫垂切除は行わない方針とした。大腿ヘルニアに対して、腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行し、ULTRAPROメッシュを用いてヘルニア門を補強した。本症例に対する腹腔鏡下手術は、嵌頓した虫垂を整復すると共に虫垂の炎症状態を容易に把握できる。さらにヘルニア修復や虫垂切除が必要な場合でも一期的に行えるため、有用な手術術式と考える。

A24

皮膚病変を認めないPagetoid spreadを伴う肛門管癌に対して3度の切除術を施行した一例

箕面市立病院 外科
高橋健太、池田公正、川岸紗千、武田 和、
西垣貴彦、山下雅史、山本 仁、豊田泰弘、
團野克樹、徳永俊照、平尾隆文、杉本圭司、
岡 義雄

症例は50代男性。下血を主訴に近医受診され下部消化管内視鏡検査にて6mm大のポリープを認めEMRを施行された。病理検査にて上皮内のPagetoid spread (以下PSとする) を伴う腺癌の診断であったが皮膚病変は認めず、断端評価困難のため当院紹介受診された。二度経肛門的に切除したが断端陽性であった。mapping biopsyを行い肛門機能の点から追加切除は困難と判断し腹会陰式直腸切断術を施行した。病理診断は上皮内にPSを伴う53mm大の腺癌でリンパ節転移は認めなかった。術後14か月無再発経過中である。直腸肛門管腺癌が経上皮性に周囲に浸潤しPaget病様の像を示すことがある。これはPSと呼ばれる比較的稀な病態で、そのなかでも皮膚病変を認めない症例は少数である。治療は切除が原則だが範囲は不明瞭で、予後不良とされ再発例も多いPSに対しては近年mapping biopsyの有用性が示されており、それらを活用した切除マージンの決定が肝要であると考えられる。

A25

Cap polyposis に対し、腹腔鏡補助下大腸全摘・J 型回腸囊肛門吻合術を施行した 1 例

兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科
皆川知洋、楠 蔵人、桑原隆一、堀尾勇規、
坂東俊宏、内野 基、池内浩基

症例は48歳の男性で、2018年に下痢、血便を認め、近医を受診した。赤痢アメーバを疑われ、メトロニダゾールの投与を受けるも症状の改善を認めなかった。その後の精査で、Cap polyposis (CP) が疑われ5-アミノサリチル酸製剤やステロイド注腸などを行うも効果は認められず、当院紹介となった。内科的治療を行うも、血便、下痢、腹痛の増悪を認めたため、外科に紹介となり、腹腔鏡補助下大腸全摘、J 型回腸囊肛門吻合、回腸人工肛門造設術を行った。CP の成因は不明で、確立された治療法は存在しないが、Helicobacter pylori (HP) の感染の関与が本邦では多く報告されており、HP 除菌が奏功したとの報告が多い。手術を行っても短期間で再発する症例も少なくない。本症例は HP 陰性で抗菌剤治療では軽快しなかったが、手術により症状の改善が得られた。CP は本邦では極めてまれな症例であり報告する。

A27

Ventral rectopexy を応用した骨盤臓器脱の修復

土庫病院 奈良大腸肛門病センター
横尾貴史、吉川周作、増田 勉、内田秀樹、
中尾 武、樫塚久記、山岡健太郎、稲垣水美、
岡本光平、稲次直樹

緒言：当科では直腸脱に合併した小腸瘤や骨盤臓器脱に対し、従来の Wells 法に加えて骨盤底や陰後壁に縫着した Ventral rectopexy (LVR) を追加することで腹腔鏡下仙骨脛固定術に近いコンセプトで骨盤底を修復しているので報告する。方法：2012年4月～2020年12月に発表者が執刀した直腸脱27例を、LVR を追加した5例 (A 群) と従来法22例 (B 群) に分けて比較した。結果：A 群は小腸瘤が2例、骨盤臓器脱が3例であった。A 群の平均手術時間は287分と B 群の226分に対して有意に長かった。A 群の手術時出血量は28ml であり B 群の13ml よりやや多い傾向にあったが有意ではなかった。A 群に術中合併症はなく開腹移行例もなかった。術後便秘例は A 群2例 (10%)、B 群12例 (54.5%) であり少ない傾向にあった。22ヶ月の平均観察期間中に両群の再発はみられなかった。結語：従来の Wells 法に LVR を追加する術式は、手術時間の延長がみられるが術中・術後合併症に大きな問題はなく中期成績で再発がみられなかった。

A26

絨毛癌様の分化を呈した hCG 産生大腸癌の 1 例

¹京都大学 消化管外科
²京都大学 病理診断科
高見拓矢¹、岡田倫明¹、喜安佳之¹、西崎大輔¹、
星野伸晃¹、笠原桂子¹、岡村亮輔¹、板谷喜朗¹、
肥田侯矢¹、河田健二¹、山田洋介¹、小濱和貴²

症例は85歳、女性。貧血精査の下部消化管内視鏡検査で S 状結腸に全周性の1型腫瘍あり、生検で adenocarcinoma と診断された。CT で傍大動脈リンパ節転移、縦隔リンパ節転移を認め、腫瘍による腸管狭窄と、貧血進行があり、腹腔鏡下 S 状結腸切除術を施行。病理で、原発巣は腺癌構造を示し免疫染色で hCG 陰性だったが、腸管近傍転移リンパ節は、栄養膜細胞に類似した異形細胞が腺癌構造を形成せずに増殖する絨毛癌様の分化を呈し、hCG 陽性であった。術後に測定した血清 β -hCG は軽度高値を示した。本症例でみられた腫瘍細胞の異常増殖は Trophoblastic differentiation と呼ばれ、消化器癌での発生は稀である。リンパ節転移や遠隔転移が高率にみられ、生物学的悪性度が高くその予後も不良とされる。本症例も、縦隔リンパ節転移をきたす稀な大腸癌であった。転移リンパ節にのみ Trophoblastic differentiation を呈した稀な大腸癌の一例を経験したので報告する。

B01

肝細胞癌術後10か月目、前縦隔に転移再発を認めた一例

¹紀南病院 外科
²紀南病院 心臓血管外科
³紀南病院 中央臨床検査部
占部翔一朗¹、佐々木一樹¹、谷本和紀²、
溝口裕規²、榊 雅之²、尾崎 敬³、勝谷礼子¹、
菅生貴仁¹、道浦俊哉¹、林 伸泰¹、山邊和生¹

【背景】肝細胞癌の肝切除後の再発は残肝再発がほとんどで、肝外再発の場合は肺などへの転移が多い。今回我々は、肝細胞癌術後に前縦隔に肝外再発を認めた稀な一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】70代男性、X 年2月、右腎癌 (T3aN2M1 (肺)、Stage IV) に対し腹腔鏡下右腎摘出術施行。組織型は淡明細胞型腎細胞癌であった。術後補助療法として X 年4月よりステント開始し、遠隔転移巣はほぼ消失。X 年9月以後、副作用のためステント中止。X+1年6月、肝 S 2/3に5cm 大の腫瘍が出現し腎癌肝転移疑いで X+1年9月に肝 S 3部分切除施行。免疫染色で Hepatocyte 陽性、AE1/3陰性、Vimentin 陰性で、肝細胞癌 (T2N0M0、Stage II) と診断。X+2年7月、PIVKA-II の上昇、前縦隔に2cm 大の結節影を認め、X+2年9月、前縦郭腫瘍摘出術施行。腫瘍は肝細胞癌と同様の染色パターンで、肝細胞癌の前縦郭転移と診断。術後2か月現在、残肝再発を認め分子標的療法を計画中である。

B02

尾状葉下大静脈部に発生した肝細胞癌に対する腹腔鏡下肝切除の1例

奈良県総合医療センター 消化器・肝胆膵外科
土井駿介、藤井一喜、吉川千尋、根津大樹、
中谷充宏、中多靖幸、井上 隆、山戸一郎、
向川智英、高 濟峯

症例は66歳、男性。アルコール性肝炎で近医通院中、エコーで肝腫瘍を指摘され当院紹介となった。造影CT及びEOB-MRIで尾状葉下大静脈部に18mm大の腫瘍を認め、肝細胞癌と診断。中右肝静脈、肝部下大静脈に接しているためラジオ波焼灼は困難であり、腹腔鏡下肝切除の方針となった。高位背方アプローチにて肝右葉を完全に授動し、肝背面からエコーを当てると、中肝静脈の背側で、右肝静脈と右下肝静脈の間に腫瘍が同定された。肝右葉を左方に脱転し視野を展開。右下肝静脈を切離し、尾状葉下大静脈部の背面を剥離、Pringle下にcrush clump法で肝切離を行なった。手術時間は4時間27分、出血量は100ml。術後経過良好で9日目に退院となった。尾状葉切除に対する腹腔鏡下手術の報告は少なく、特に深部となる下大静脈部の切除は技術的に困難である。今回、肝部下大静脈前面まで肝を十分に授動することにより、高位背方アプローチで腹腔鏡下に安全に切除が可能であった。

B04

肝切除を施行した巨大肝血管腫の1例 一流入グリソン一括遮断下での前方アプローチ

京都大学 肝胆膵・移植外科
福本実希子、小山幸法、貴志友香、姚 思遠、
西尾太宏、長井和之、八木真太郎、加茂直子、
田浦康二郎

【はじめに】肝巨大腫瘍の切除は肝の脱転や肝門部操作に困難を伴う。今回我々は流入グリソン遮断下に前方アプローチを施行し、安全に手術を行った巨大肝血管腫を経験した。【症例】30歳代女性。主訴は上腹部不快感。精査にて肝右葉、内側区域を占拠する30×20×16.8cm大の巨大な肝血管腫と診断し、肝右3区域切除術を施行した。肝十二指腸靱帯と右グリソンを確保、右グリソン遮断下にPringle法を併用しながら肝切離を行った。これにより血管腫は徐々に緊満感が消失した。肝門部まで離断を進めた後に右肝動脈、右肝管、右門脈を切離し、その後脱転操作を行い標本を摘出した。術後経過は良好で第14病日に退院した。【病理組織検査】海綿状血管腫の所見であり悪性所見は認めなかった。【結語】流入グリソン一括遮断下に前方アプローチを施行し、良好な視野を保ちながら安全に切除し得た巨大肝血管腫の一例を経験した。

B03

PTPE後に腫瘍増大を認め、胆管炎の制御が困難となった胆管内発育型肝細胞癌の1切除例

¹府中病院 臨床研修センター
²府中病院 外科
大植崇央¹、西岡孝芳²、山添定明²、山片重人²、
平田啓一郎²、平川俊基²、松谷慎治²、登千穂子²、
宮本裕成²、田中裕人²、大森威来²、内間恭武²、
竹内一浩²

症例は、79歳、男性、主訴は発熱、近医で肝機能障害を指摘され、DynamicCTで肝S8に28×24mm大の早期相で淡く濃染、後期相でwash outを呈する腫瘍、右一次グリソン鞘への進展像、末梢胆管の拡張を認め、当科紹介となった。生検では異型細胞は認めなかった。拡大肝右葉尾状葉切除予定で、右PTPEを施行した。手術待機中に45×40mm大に腫瘍増大し、胆管炎の制御が困難となり、準緊急で肝拡大右葉尾状葉切除、肝外胆管切除、胆道再建を施行した。術中所見では、左一次胆管処理部内腔に腫瘍の露出を認めたが、断端の迅速病理悪性所見は陰性であった。切除標本で左一次胆管内腫瘍栓(B3)を伴う50×40mm大の多結節癒合型の肝細胞癌と診断し、最終病理検査結果は低分化型肝細胞癌、b3、他の脈管侵襲は認めなかった。術後経過良好で無再発経過中である。肝細胞癌における胆管腫瘍栓は比較的頻度の少ない病態である。若干の文献的考察を加えて報告する。

B05

腹腔鏡下肝切除術中に、CO2ガス塞栓症を発症した一例

JCHO 大阪病院 外科
吉田眞之、森本修邦、大橋朋史、米田和宏、
大澤日出樹、村上剛平、出村公一、井出義人、
岩崎輝夫、畑中信良

症例は60歳代男性、肝細胞癌にて2017年に腹腔鏡下肝S2、8部分切除術施行後(sT3N0M0、sStage III)、2020年6月、EOB-MRIで肝S8に16mm大の再発を認め、腹腔鏡下肝部分切除術を施行。肝切除中、肝静脈からの出血を認めた際、急激なEtCO2低下とPaCO2濃度上昇を認め経食道心エコーにてCO2ガス塞栓症と診断。腹腔鏡手術の続行は危険と判断し、開腹手術へ移行(手術時間454分、最大気腹圧12cmH2O、出血200ml、腫瘍径16mm、sT1N0M0、sStageI、高分化型肝細胞癌)。術直後のMRIで明らかな脳梗塞像はなかったが、覚醒後、左半身不全麻痺を認めた。術後6日目のフォローMRIでは右中心回に脳梗塞像がありガス塞栓による脳梗塞と診断した。以後リハビリを施行し術後20日目に退院となった。CO2ガス塞栓症は腹腔鏡手術の重篤な合併症として報告されているが、術中EtCO2低下や経食道心エコーにて早期に病態を発見したため致命的にならず麻痺も軽度で後遺症も残らなかったと推測された。

B06

肝細胞癌に対する肝切除術後に自己免疫性後天性第 V 因子欠乏症を発症した 1 例

大阪府済生会吹田病院 消化器外科
阿見勝也、吉川卓郎、大川太資、秋山真吾、
有本 聡、大坪 出、植野 望、寒原芳浩

症例は80歳、男性。右側腹部痛を主訴に受診。肝右葉に約9cm大の腫瘍と腹腔内に血性腹水を認め、肝細胞癌破裂（nBnC）と診断した。全身状態は安定しており、準緊急的に肝右葉切除術を施行（術中輸血なし、病理:HCC、H₂、St-AP、10cm、pT2N0M0、pStage II）した。術後経過は良好で、感染症や肝機能異常などはなかったが、術後17日目よりAPTT 66.4sec、PT-INR 6.65と凝固能の著明な延長を認めた。精査にて自己免疫性後天性第 V 因子欠乏症（第 V 因子活性 3%（正常値:70-135）、第 V 因子インヒビター 7 BethesdaU/ml）と診断。術後24日目、他院血液腫瘍内科に転院し、プレドニンの投与が開始され、凝固能は順調に改善、第68日目に軽快退院した。退院後、プレドニンは約3ヶ月で投与が終了。術後12ヶ月にて、凝固異常や肝細胞癌の再発は認めていない。

肝切除後に自己免疫性後天性第 V 因子欠乏症を発症した、極めて稀な症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

B08

術前診断が困難であった腎細胞癌肝転移の一例

大阪市立大学 肝胆膵外科
月田智也、木下正彦、田中肖吾、天野良亮、
木村健二郎、新川寛二、大平 豪、西尾康平、
竹村茂一、久保正二

64歳、男性。約6年前に、他院で腎細胞癌（淡明細胞癌）に対し、腹腔鏡下右腎摘出術が施行された（pT1bN0M0、pStageII）。術5年後、肺転移が認められたため化学療法を開始した。その後肺転移巣は軽度縮小したものの、腹部 dynamic CT 像上、肝 S 5 にリング状濃染を呈する八つ頭状の腫瘍が認められた。肝転移の診断で化学療法を継続したものの肝腫瘍は徐々に増大し、また腎細胞癌肝転移の典型的な画像所見ではないことから肝内胆管癌が強く疑われた。そこで当科を紹介され、腹腔鏡下肝前区域切除術が施行された。摘出標本の肉眼的所見は白色調の多結節性腫瘍であり、組織学的には腎細胞癌（淡明細胞癌）肝転移と診断された。腎細胞癌（淡明細胞癌）の肝転移病変は腹部 dynamic CT 像上、早期相で強く造影されることが特徴である。画像上、非典型的な所見を有し、肝内胆管癌との術前鑑別診断が困難であった腎細胞癌肝転移の1例を経験したので報告する。

B07

糖原病に合併した肝細胞癌の 1 例

¹大阪大学 消化器外科
²大阪大学 消化器内科
³大阪大学 病理部
佐藤 豪¹、秋田裕史¹、小林省吾¹、岩上佳史¹、
山田大作¹、富丸慶人¹、野田剛広¹、後藤邦仁¹、
山田涼子²、田原紳一郎³、土岐祐一郎¹、
江口英利¹

先天性代謝異常疾患である糖原病に肝細胞癌を合併することはまれである。今回、我々は糖原病合併肝細胞癌の1切除例を経験したので報告する。症例は42歳、男性。糖原病（病型不明）で当院消化器内科通院中に腹部造影 MRI 検査で肝 S 8 に22mm 大の腫瘍を指摘された。生検で肝細胞癌と診断され、手術目的に当科を受診した。腹腔鏡下肝部分切除術を予定した。肝臓は硬く腫大しており、易出血性であった。視野確保および出血コントロールのために助手補助下腹腔鏡手術へと切り替えた。合併症なく経過し、術後9日目に退院した。病理組織学的検査では10mm 大の境界明瞭な腫瘍を認め、高分化肝細胞癌であった。糖原病の20～60%に肝細胞癌腫を合併するとされているが、肝細胞癌合併は少なく、本邦での切除例の報告は10例足らずであった。糖原病を背景としているため、手術中および周術期には通常の肝細胞癌に対する（腹腔鏡下）肝切除術とは異なる留意点があると考えられた。

B09

診断に難渋した左横隔膜下嚢胞性腫瘍の一例

箕面市立病院 外科
桧垣朱友子、團野克樹、武田 和、池田公正、
高橋健太、川岸紗千、西垣貴彦、山下雅史、
豊田泰弘、徳永俊雄、平尾隆文、杉本圭司、
山本 仁、岡 義雄

症例は80代女性。全身倦怠感と38度の発熱を認め、当院救急外来を受診。血液検査では炎症反応高値であった。造影 CT で、左横隔膜下に辺縁に造影効果を認める8cm 大の嚢胞性腫瘍を認め、左横隔膜、胃穹窿部大弯、肝外側区域に接していた。さらに、横行結腸癌も認めた。MRI の T1 強調像で高信号であり血性と考えられたが、由来臓器は不明であった。肝臓由来もしくは胃由来の感染性嚢胞と考え、横行結腸癌の手術とともに、嚢胞摘出術も施行した。肝外側との剥離は容易であったが、胃漿膜と横隔膜と強固に癒着していた。嚢胞内に暗緑色膿汁を認め、細菌培養に提出したが、陰性であった。病理組織診で、嚢胞壁は胆管系の免疫染色で陽性であり、正常肝細胞が僅かに認められたため、肝臓由来と考えられ、感染性肝嚢胞と診断した。今回、左横隔膜下嚢胞性腫瘍の診断に難渋した一例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

B10

術後8年間無再発生存が得られている大動脈周囲リンパ節転移陽性胆嚢癌の1例

大阪市立大学 肝胆膵外科
安 昌起、木村健二郎、江口真平、白井大介、
石原 敦、宮崎 徹、木下正彦、田内 潤、
西尾康平、大平 豪、新川寛二、天野良亮、
田中肖吾、竹村茂一、久保正二

患者は63歳女性、心窩部不快感を自覚し近医を受診し、超音波検査で膵頭部付近に腫瘍性病変を指摘され当院受診となった。造影CTで胆嚢底部腫瘍と腫大したNo.12pリンパ節を認め、No.12pリンパ節生検で腺癌の診断をえた。血清アミラーゼの軽度上昇(289U/l)以外に血算・生化学検査で異常値を認めず、腫瘍マーカーはCEA、CA19-9のいずれも基準値内であった。上記よりNo.12pリンパ節転移を伴う胆嚢癌と診断し、拡大胆嚢摘出術および所属リンパ節郭清ならびに傍大動脈リンパ節サンプリング術を施行した。病理組織診断は、充実腺癌、pT2(SS)、N1(No.12p)、M1(No.16blint)、pStageIVBであった。術後1年間のGem+CDDP療法、その後2年間のUFT療法を行い、現在まで術後8年間無再発で経過している。No.16リンパ節サンプリングは病期診断、術後補助化学療法の選択に有用であり、根治術を含め適切な集学的治療を行うことは、一部症例で長期予後を得られる可能性がある。

B12

胆嚢断端処理が困難な胆嚢炎症例に対して胆嚢亜全摘後に plugging technique を施行した4例の経験

滋賀医科大学 外科学講座
村本圭史、前平博充、飯田洋也、森 治樹、
安川大貴、新田信人、徳田 彩、貝田佐知子、
三宅 亨、山口 剛、谷 眞至

Critical view of safety 作成困難な胆嚢炎症例に対してTG18では胆嚢亜全摘術が推奨されているが、時に断端処理が困難な症例を経験する。今回、胆嚢断端処理が困難な症例で遊離大網片や肝円索を胆嚢断端に埋め込む plugging technique (PT) を4例で施行したので報告する。3例で遊離大網、1例で遊離肝円索を充填した。年齢中央値は80歳(70-81)。発症から手術まで中央値70.5日(16-150)、手術時間は156分(116-213)、出血量は5ml(0-50)。全例でFundus first techniqueを施行、頸部で胆嚢離断し、充填物を胆嚢断端内腔に埋め込んだ。充填物が逸脱しないよう断端を連続縫合した。ドレーンは術後4日目(中央値)で抜去、術後在院日数中央値は8日であった。術後胆汁漏や腹腔内膿瘍などを全例で認めなかった。胆嚢断端処理が困難な胆嚢亜全摘術に対しPTは安全に施行でき、術後胆汁漏などの合併症予防に有用である可能性が示唆された。

B11

切除不能胆道癌に対する粒子線治療(陽子線・重粒子線)とスパーサー留置術

¹兵庫県立粒子線医療センター 放射線科
²神戸大学 肝胆膵外科
寺嶋千貴、小松昇平²、朴 成哲¹、高橋大希¹、
松尾圭朗¹、ノル シャズリナ¹、徳丸直郎¹、
福本 巧²、沖本智昭¹

切除不能肝門部領域胆管癌に対して放射線治療も行われてきた。従来、対外照射と腔内照射が併用されてきたが、近年、強度変調放射線治療や、陽子線や重粒子線を用いた粒子線治療も行われるようになってきた。粒子線治療はBragg-peakという物理的特性を持ち、線量集中性の高い治療が可能であるが、腫瘍と消化管が接していると根治照射は不可能となる。そこで我々は腫瘍と消化管の間隙に外科的に人工物、大網などを挿入するスパーサー留置術を併用した根治的粒子線治療に取り組んできた。今回、兵庫県立粒子線医療センター単施設における粒子線治療の後ろ向き解析結果を提示する。全41例(スパーサー8例)の生存期間中央値21ヶ月、5年生存率15%と比較的良好な結果であったが、繰り返す胆管炎、照射による晩期合併症としての胆道出血・狭窄、消化管出血・狭窄に対するマネージメント、スパーサー留置技術の最適化(吸収性スパーサーなど)が今後の課題だと考えられた。

B13

先天性第VII因子欠乏症患者に対して第VII因子製剤を使用し、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

和歌山県立医科大学 第2外科
吉村知紘、速水晋也、川井 学、上野昌樹、
廣野誠子、岡田健一、宮澤基樹、北畑裕司、
中村匡視、加藤紘隆、山上裕機

第VII因子欠乏症患者の手術では、術中の出血傾向が懸念され、第VII因子製剤の投与が推奨されている。第VII因子活性や製剤の半減期を元にした投与方法の報告があるが確立されたものはない。今回第VII因子欠乏症患者に対する周術期管理について文献的考察を含めて報告する。症例は70歳代男性。胆石性胆嚢炎に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を予定した。先天性第VII因子欠乏症の既往があり、手術開始前に第VII因子活性を測定し第VII因子製剤を投与後に手術を施行した。術中の止血困難を認めず、手術時間は110分、出血量は5mlで終了した。製剤の半減期と比較して手術時間は短く、術中の追加投与は行わなかった。初回投与から6時間後に第VII因子活性・PT-INR値を測定し、1度のみ製剤を追加投与した。合併症を認めず第6病日に退院となった。今回第VII因子欠乏症を合併する手術に際し、周術期の第VII因子活性・PT-INR値モニタリングが安全な手術に寄与したと考えられた。

B14

肝外胆管原発 mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) の1切除例

和歌山県立医科大学 第2外科
松本恭平、北畑裕司、川井 学、廣野誠子、
岡田健一、宮澤基樹、上野昌樹、速水晋也、
宮本 篤、山上裕機

症例は50歳代男性。原発性マクログロブリン血症のための定期フォローの外来通院時に、黄疸が認められたために、精査の結果、手術目的に当科紹介された。造影CT動脈相で膵内胆管に19mm大の腫瘤を認めた。腫瘤は動脈相で淡く造影、門脈相でwashoutの造影パターンであった。腫瘤による胆管閉塞のため、総胆管から肝内胆管の拡張を認めた。EUSでは十二指腸乳頭部近傍に19mm大の低エコー腫瘤を認め、ソナゾイド造影で、強い造影効果を受けた。ERC下生検で、small cell carcinoma and adenocarcinomaと診断された。遠位胆管発症のneuroendocrine carcinomaもしくはmixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)と診断し、幽門輪切除膵頭十二指腸切除術を施行した。病理学的所見では膵内胆管に原発する神経内分泌癌(70%)と高分化型腺癌(30%)を認め、MiNENの診断であった。肝外胆管原発MiNENの1切除例を経験したので、文献学的考察を加え報告する。

B16

肝切除術を施行した胆管内乳頭状腫瘍の1例

京都府立医科大学 消化器外科
高尾幸司、生駒久視、久保秀正、山本有祐、
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

【諸言】胆管内乳頭状腫瘍 (Intraductal papillary neoplasm of bile duct; IPNB) は2010年WHO消化器腫瘍分類の改訂で胆管癌の前癌・早期癌病変として定義された。【症例】60歳代男性。腹痛精査の造影CTで肝S8に22mm大で内部に14mm大の壁在結節を伴う嚢胞性病変と上流胆管の拡張、PET-CTで淡いFDG異常集積を認めた。胆道内視鏡下生検でAdenocarcinomaの診断であった。以上の所見よりIPNBと診断し、ハイブリッド肝右葉切除、胆嚢摘出術を施行した。病理結果はIPNB high-grade、胆管断端陰性で治癒切除を得た。術後合併症なく、現在4か月無再発生存中である。【考察】IPNBとは肝内外の胆管内に発生する乳頭状腫瘍で狭い線維性血管芯を中心とした病変であり、治療の第1選択は外科的切除である。文献的考察を加え、報告する。

B15

MRIにて被膜様構造を認めた腎細胞癌胆嚢転移の1例

和歌山県立医科大学 第2外科
上田勝也、速水晋也、川井 学、上野昌樹、
廣野誠子、岡田健一、宮澤基樹、北畑裕司、
宮本 篤、中村匡視、加藤紘隆、山上裕機

【はじめに】腎細胞癌胆嚢転移は剖検例で約0.57%と非常に稀な病態であるが、今回我々はその1手術例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】53歳男性。左腎細胞癌に対し左腎摘除術を施行し13年後、腹部造影CTにて胆嚢底部に著明な造影効果をうける18mmの隆起性病変を認めた。超音波内視鏡では表層に高エコー帯を認め粘膜炎下腫瘍の形態を有していた。MRIでは腫瘍辺縁にT1高信号、T2低信号を呈する被膜様構造を認めた。腎細胞癌胆嚢転移の可能性を念頭に置き、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。病理学的所見では、淡明な細胞質を有する腫瘍細胞が増生し、腎細胞癌胆嚢転移の診断であった。【考察・結論】腎細胞癌胆嚢転移における特徴的な画像所見として、造影CTにおける著明な濃染像および超音波内視鏡での表層の高エコー帯が挙げられているが、今回認められたMRIにおける被膜様構造もその典型像である可能性が示唆された。

B17

左側胆嚢に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術並びに総胆管切石術を施行した1例

南奈良総合医療センター 外科
植田 剛、田仲徹行、横山貴司、江尻剛気、
吉村 淳

今回我々は、左側胆嚢胆管結石症に対し、腹腔鏡下胆嚢摘出術(LC)並びに総胆管切石術(LCBDE)を施行した1例を経験したので報告する。症例は89歳女性。発熱、心窩部痛を主訴に救急受診、腹部造影CT検査で胆嚢腫大、胆嚢壁肥厚、胆嚢結石、総胆管結石像を認めた。内視鏡的逆行性胆道膵管造影検査(ERCP)を行うが、膵内胆管の屈曲にて総胆管切石は不能であった。一期的手術の方針としLC+LCBDEを施行した。通常4ポートで開始、術中に左側胆嚢の診断となった。胆嚢管は総胆管右側に合流し、胆嚢底部は肝外側区域に付着していた。胆嚢底部の剥離を先行して胆嚢頸部まで剥離、Calot三角が展開可能となった。総胆管位置は正常であったため、LCBDEは通常通り施行した。左側胆嚢においてLCを安全に施行するためには、多角的に胆道系構造物を認識しながら、時に胆嚢底部剥離先行などの柔軟な対応が必要であると思われた。

B18

多発肝転移を伴う巨大P-NETに対して、病勢コントロール確認後に原発巣切除を施行し、薬物療法継続により良好な経過を示す1例

¹大阪大学 消化器外科

²大阪大学 消化器内科

³大阪大学 病理部

瀬戸寛人¹、秋田裕史¹、小林省吾¹、岩上佳史¹、山田大作¹、富丸慶人¹、野田剛広¹、後藤邦仁¹、重川 稔²、田原紳一郎³、土岐祐一郎¹、江口英利¹

症例は69歳、男性。人間ドックで腹腔内腫瘍・多発肝腫瘍を指摘され、造影CTで膵尾部に11cm大の巨大腫瘍を認め、両葉に多発肝腫瘍を認めた。超音波内視鏡下穿刺吸引および肝腫瘍生検にて非機能性膵神経内分泌腫瘍（NET G1、高分化型、核分裂像 $<1/10\text{HFP}$ 、 $\text{Ki67}<1\%$ ）、多発肝転移の診断となった。薬物療法としてStreptozocinを開始し、肝転移の病勢コントロールが良好であったため、化学療法開始4ヶ月後に肝動脈塞栓療法を施行。肝転移の縮小と造影効果の低下を認めたため、肝病変の制御可能と判断し、膵体尾部切除術、横行結腸合併切除を施行した。病理検査の結果はNET G3（高分化型、核分裂像 $3/10\text{HFP}$ 、 $\text{Ki67}=20\%$ ）であった。手術3ヶ月後にStreptozocin再開し、診断から1年10ヶ月経過した現在も肝転移の増大なく経過している。切除不能な肝転移を伴う症例に対する原発巣のみの切除の意義については今後更なる報告が待たれる。

B20

巨大脾動脈瘤の胃内穿破による出血性ショックに対して緊急膵体尾部切除術・胃部分切除術を施行した1例

奈良県総合医療センター

吉川千尋、藤井一喜、土井駿介、根津大樹、

中谷充宏、中多靖幸、井上 隆、山戸一郎、

向川智英、高 濟峯

症例は57歳男性。2018年1月に胸痛、一過性の意識消失を主訴にショック状態で当院に救急搬送された。来院時、顔面蒼白で、血圧は $62/36\text{mmHg}$ 、胃管を留置したところ、大量の血性排液を認めた。造影CTにて膵体尾部に胃壁と接する新鮮血腫を有する嚢胞を認め、脾動脈瘤の胃内穿破と診断。同日、緊急手術を施行した。腹腔内には胃体中部と強固に癒着した巨大な脾動脈瘤と、周囲の白苔を認め、感染性脾動脈瘤が疑われた。動脈瘤は膵体部と一体化しており、脾動脈は起始部で結紮切離し、膵体尾部切除・脾摘を行った。動脈瘤と胃壁の癒着は高度であったため、同部の胃部分切除を施行した。術後、膵液漏の発症があったが、ドレナージで治癒し、術後42日目に自宅退院した。病理結果では胃、膵臓共に悪性所見はなく、胃の筋層を貫く様に脾動脈壁を認め脾動脈瘤の胃内穿通と診断された。

B19

腎癌術後21年目に膵・肝転移を来した1例

箕面市立病院 外科

寺川諒太、山下雅史、杉本圭司、高橋健太、

川岸紗千、武田 和、西垣貴彦、豊田泰弘、

團野克樹、徳永俊照、平尾隆文、山本 仁、

池田公正、岡 義雄

症例は76歳男性。左腎細胞癌に対して左腎摘出術を施行し、病理組織診にて淡明細胞癌と診断した。再発を認めず術後16年で泌尿器科の経過観察は終了となった。術後21年目に併存症の糖尿病コントロール悪化を認め、精査目的で撮影された胸腹部造影CT検査にて膵体部に早期より濃染を伴う42mm大の腫瘍と、肝S8に同様に早期より濃染を認める13mm大の腫瘍を認めた。膵体部腫瘍に対してEUS-FNAを施行、病理組織診にて部分的に淡明細胞癌と類似した細胞を認めた。腎癌術後の膵転移、肝転移再発と診断し、膵体尾部切除術、肝部分切除術を施行した。摘出した標本の病理組織診では肝腫瘍、肝腫瘍ともに淡明な細胞質を有する異形細胞が密に増生しており、それぞれ既往の腎癌の膵転移、肝転移と診断した。腎細胞癌は晩期再発をきたしやすい腫瘍であるが、術後20年以上を経て再発することは稀であり、文献的考察を含め報告する。

B21

Microcystic type 漿液性嚢胞腫（SCN）との鑑別が困難であった膵腺房細胞癌（ACC）の1例

天理よろづ相談所病院

山中良輔、田中宏和、堀江博司、高松雄一、

仲野健三、後藤俊彦、斉藤俊一、待本貴文

【症例】67歳女性、胃癌に対して幽門側胃切除後。経過観察の腹部超音波検査で膵鉤部に20mmの腫瘍を指摘。【検査】CTで膵鉤部に26mmの乏血性腫瘍を指摘、MRIではT2Wで腫瘍は高信号に描出、内部に隔壁構造を伴っていた。造影超音波検査で腫瘍は早期濃染し、内部に微小嚢胞が蜂巢状に集簇、腫瘍辺縁に低エコー帯を有していた。【経過】Microcystic typeのSCNの可能性が高いと考えられたが、新規に出現した腫瘍であり、膵頭十二指腸切除を施行した。病理検査では腺房細胞に類似した好酸性の異型細胞を認め、Trypsin陽性であることから最終的に膵腺房細胞癌（ACC）と診断した。【考察】ACCはまれな疾患であり通常型膵癌より予後良好とされるが、急速に増大、肝転移を来し予後不良となる例も散見される。小嚢胞が蜂巢状に集簇する膵嚢胞性病変においてはACCも念頭において診療にあたる必要がある。

B22

同時性に膵管内乳頭粘液性腺癌と腫瘤形成性膵炎が併発した 1 切除例

¹済生会中和病院 外科

²済生会中和病院 乳腺外科

田村 昂¹、青松幸雄¹、中川 正¹、福本晃久¹、石岡興平¹、三宅佳乃子^{1,2}、杉原誠一¹、細井孝純²、中島祥介¹

【背景・目的】膵癌と腫瘤形成性膵炎の鑑別は画像では困難である。今回、術後診断で同時性の膵管内乳頭粘液性腺癌と腫瘤形成性膵炎の併発症例を経験したので報告する。【症例】70歳代、男性。X年6月に左頸部腫脹を主訴に当院を受診、胸腹部造影CTを撮像され、膵尾部に乏血性腫瘤性病変を指摘された。PET-CTでは2ヶ所の病変に集積を認め、多発膵癌と診断した。膵尾部腫瘍は周囲の臓器に浸潤していたことから、X年10月に開腹膵体尾部切除、脾臓合併切除、胃部分切除、結腸部分切除、リンパ節郭清術を行った。病理診断では膵尾部病変は膵管内乳頭粘液性腺癌、浸潤性だったが、膵体部病変は限局性腫瘤形成性膵炎であった。【考察】術前での膵癌と腫瘤形成性膵炎の鑑別は非常に困難である。文献的考察も加えて報告する。

B24

急性膵炎後の感染性膵壊死に対して一次的に外科的ネクロセクトミーを施行した一例

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、森 彩、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

急性膵炎後の感染性膵壊死には、CTガイド、内視鏡下に行うドレナージ不良である場合に外科的ドレナージを追加することが多い。今回急性膵炎後の感染性膵壊死に対して一次的に開腹外科的ネクロセクトミーを施行した一例に関して報告する。症例は76歳男性。腹痛と脱力感、嘔吐を主訴に当院外来受診。CTで膵頭部周囲に脂肪織の混濁を認め、急性膵炎(grade1)と診断した。入院加療後25日目から炎症反応が増悪し、CTで膵頭部周囲の低吸収域増大を認めたため、膵膿瘍と診断された。膿瘍の液体成分が多く、経皮的ドレナージでは内容物が十分にドレナージできないと判断し、外科的ネクロセクトミー、胆嚢摘出術、Cチューブ留置、腸瘻造設術を行った。壊死膵の検体からはE.coliが認められた。術後は持続洗浄を施行し、術後10日目に結腸瘻が形成されたが保存的治療により狭小化した。術後20日目に食事開始、44日目にドレーン抜去、術後54日目に退院した。

B23

急性膵炎早期に合併した後腹膜気腫性膿瘍に対して開腹ドレナージ術が著効した一例

兵庫県立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、森 彩、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

急性膵炎早期に合併した気腫性膿瘍に対する手術加療の報告は少ない。症例は83歳男性。来院2日前より前医で急性膵炎に対して加療中、全身状態が急速に増悪し当院搬送。搬送時ショックバイタル、SOFAScore 18点であった。CTで後腹膜にairを認め、CTガイド下ドレナージを施行。穿刺液はワインレッド様でAMY 2139 U/L、グラム染色でグラム陽性桿菌を認めた。急性膵炎に伴うC.perfringensを起因菌とする後腹膜気腫性膿瘍と診断。CRRTを併用しドレナージ、抗生剤加療を行い、第3病日に開腹ドレナージ術を施行。十二指腸の授動、右腎の脱転を行いドレナージチューブに沿って膿瘍腔を開放、デブリドマンし腹腔内を可及的に洗浄した。術後65日間ドレナージチューブからの洗浄、抗生剤加療を行った。第8病日にはCRRTを離脱、第82病日には維持透析からも離脱し社会復帰可能となった。急性膵炎早期に合併した気腫性膿瘍に対して開腹ドレナージ術が著効することが示唆された。

B25

門脈輪状膵を伴った転移性膵腫瘍に対して腹腔鏡下膵頭十二指腸切除を施行した一例

京都大学 肝胆膵・移植外科
岩下晶穂、長井和之、姚 思遠、西尾太宏、小山幸法、加茂直子、八木真太郎、増井俊彦、田浦康二朗

【はじめに】膵が門脈を輪状に取り巻く、いわゆる門脈輪状膵は比較的稀な膵の形態異常である。今回、我々は門脈輪状膵を伴った転移性膵腫瘍(腎癌転移)に対し腹腔鏡下膵頭十二指腸切除を行った一例を経験したので報告する。【症例】78歳、女性。4年前に左腎癌に対して根治的左腎摘術、傍大動脈リンパ節郭清術を受けていた。今回、術後フォローアップ目的のCTで膵頭部腫瘍を認め、EUS-FNAを含めた精査の結果、腎癌原発の転移性膵腫瘍と診断した。また門脈輪状膵の所見を認めたが、主膵管は通常の走行であった。膵腫瘍は単発で膵外転移を認めず、手術適応と判断し、腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術を施行した。門脈前面の膵切離断端に主膵管を認め、膵腸吻合で再建し、門脈背側の膵はステイプラーで切離し、再建しなかった。術後経過は良好で、15日目に退院した。【結語】門脈輪状膵における膵頭十二指腸切除では、膵管走行の把握が重要である。

B26

術前 octreoscan で集積を認め膵神経内分泌腫瘍と鑑別が困難であった膵内副脾の一例

関西電力病院 外科

豊島慶雄、玉木一路、置塩達也、山村優人、
稲本 道、多代尚広、清地秀典、滝 吉郎、
池田一毅、河本 泉

極めて稀な膵内副脾の一例を経験したので、若干の文献的考察を行いここに報告する。症例は71歳男性。当院消化器内科で上行結腸の側方発育型腫瘍(LST)を切除され経過観察目的に撮影された造影CTで膵尾部に18mm大の多血性腫瘍を指摘された。精査、加療目的に当科紹介となった。EUS-FNAは困難であり実施しなかった。多血性腫瘍であり、神経内分泌腫瘍を疑い octreoscan を行ったところ盲腸と膵尾部に淡い集積を認めた。盲腸には内視鏡で明らかな腫瘍性病変は指摘されなかった。膵尾腫瘍は神経内分泌腫瘍の疑いが強いと判断して手術の方針とした。術中超音波を行い膵尾部に境界明瞭で内部均一な低エコーを示す20mm×10mm大の腫瘍を認めた。脾温存尾側膵切除を行い術中迅速で副脾と診断した。追加切除、郭清を行わず手術終了とした。膵内副脾は稀であり EUS-FNA が行えない場合、他の多血性腫瘍との鑑別が困難である。

C02

経ヘルニア門的腹腔鏡にて腸管虚血を評価した大腿ヘルニア嵌頓の一例

平成記念病院 外科

木下正一、中村広太、川口千尋、大山孝雄

【背景】 鼠径ヘルニア嵌頓において腸管壊死例は人工物留置の回避や開腹操作を検討しなければならないため、腸管虚血の正確な評価は重要である。【症例】 70代、女性。嘔吐を主訴に受診。CTで6cm大の非還納性鼠径ヘルニアおよび著名なイレウスを認め、手術施行した。【手術所見】 鼠径切開法にて手術を開始し、術中所見より大腿ヘルニア嵌頓と診断した。鼠径靭帯を開放してヘルニア嚢を受動し、嚢内の小腸虚血評価を試みたところ、小腸が腹腔内へ還納した。そこで、ヘルニア門より12mm トロッカーを挿入して気腹し、臍部に5mm トロッカーを追加して腹腔鏡下腹腔内検索を行った。嵌入了小腸に壊死を認めなかったため腸切除せず、メッシュプラグ法でヘルニア修復した。術後経過は良好で術後9日目に退院した。【結語】 鼠径ヘルニア嵌頓において経ヘルニア門的腹腔鏡による腸管虚血検索は簡便に正確な評価ができるため、有用な方法と考えられた。

C01

下腰ヘルニア嵌頓に対し、腹腔鏡下ヘルニア根治手術を施行した1例

長浜赤十字病院 外科

全 有美、丹後泰久、三中淳史、東口貴之、
長門 優、谷口正展、張 弘富、中村一郎、
中村誠昌、塩見尚礼

症例は70歳代、女性、嘔吐・上腹部痛を主訴に当院受診となった。既往歴として、両側股関節の手術歴があった。身体所見として右腸骨頭側に圧痛を伴う膨隆を触知し、腹部膨満は目立たなかった。腹部造影CT検査にて、右下腰三角から脱出する小腸を認め、closed loop を形成していた。下腰ヘルニアによる小腸嵌頓の診断となり、発症から約14時間後、緊急手術を施行した。口側小腸の拡張を伴っていなかったため、腹腔鏡で観察すると、右下腰三角に小腸と大網が嵌頓していた。嵌頓している大網を切除することで、腹腔鏡下に嵌頓小腸は整復可能であった。嵌頓小腸は約20cm長で、発赤あるも、虚血や狭窄はなく温存可能と判断した。ヘルニア門は約3cm×3cmで、バードベントラライト™ST(10.2cm×15.2cm)を用いて、ヘルニア修復を行い、手術終了とした。合併症なく、術後5日目に退院となった。下腰ヘルニア嵌頓の1例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

C03

腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術後の会陰ヘルニアに対して腹腔鏡下に修復術を施行した1例

明和病院 外科

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

【はじめに】 会陰ヘルニアは比較的稀な疾患だが、多くは手術後に発生する続発性会陰ヘルニアである。腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術後の会陰ヘルニアに対し腹腔鏡下に修復術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】 症例は70歳代の男性で、直腸癌の診断で腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した。術後徐々に会陰部不快感が憎悪し、立位時の会陰部の膨隆が増強するようになった。続発性会陰ヘルニアの診断で、腹腔鏡下にヘルニア修復術を施行した。鏡視下に骨盤底の術野を展開し、5×5cmの会陰部のヘルニア門を BARD VENTRALIGHT を用いて被覆した。メッシュの固定に背側はタッカーを、腹側は膀胱や前立腺などの臓器損傷を避けるために非吸収糸を用いた。【おわりに】 続発性会陰ヘルニアに対する腹腔鏡下ヘルニア修復術は有用な治療の一つと考えられるが、メッシュ固定時の臓器損傷には注意を要する。

C04

待機的に腹腔鏡下修復術を行った閉鎖孔ヘルニアの1例

北野病院 消化器外科

大堂真一郎、西川裕太、伊藤聖頭、久野晃路、河合隆之、奥知慶久、井口公太、奥田雄紀浩、上村 良、田中英治、福田明輝、上田修吾、寺嶋宏明

症例は81歳女性。座位で突然発症した右股関節痛を主訴に当院に救急搬送された。診察上、右股関節から右下腹部にかけての疼痛と Howship-Romberg 徴候を認めた。腹部CTで右閉鎖孔からの小腸脱出を認め、右閉鎖孔ヘルニアと診断し緊急手術目的に入院となった。入院後右下腹部の圧痛が速やかに軽快したためCTを再検したところ腸管脱出は自然修復されており、待機的手術の方針とした。術中所見では腸管嵌頓を認めず、腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術(TAPP法)に準じて腹膜切開を開始し閉鎖孔方向へと腹膜剝離を進め、閉鎖神経・動静脈を温存して右閉鎖孔を被覆するように腹膜前腔にメッシュを留置して手術終了とした。術後 Howship-Romberg 徴候は消失し術後7日目に退院となった。閉鎖孔ヘルニアの修復に関して定型的な術式は定まっていないが、当院における閉鎖孔ヘルニアの治療戦略を提示し、術式について考察を加え報告する。

C06

成人臍ヘルニア嵌頓の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}、中井理絵¹、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

症例は63歳男性。繰り返す臍部膨隆を自覚するも、自身にて徒手修復を行っていた。受診5日前から臍部膨隆を認めたが、疼痛を伴ったため徒手修復を施行せず経過観察し、腹痛・嘔吐を主訴に当院救急を受診した。受診時、臍部は周囲の発赤および硬結に加え、壊死を疑う黒色調の変化と少量の出血を伴っていた。CTで臍ヘルニアに嵌入する腸管を認め、臍ヘルニア嵌頓と診断し同日緊急手術を施行した。嵌頓腸管の壊死・穿孔が強く疑われたため、嵌頓の解除やヘルニア嚢の開放はせず、小腸および臍・ヘルニア嚢を一括に切除し、創を単純縫合閉鎖した。病理組織検査で嵌頓腸管の全層壊死と臍部の膿瘍形成を認めた。術後経過良好につき、術後12日目で退院となった。成人臍ヘルニア嵌頓は比較的稀な疾患であり、今回我々は、嵌頓後5日経過し小腸および臍・ヘルニア嚢一括切除を施行した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

C05

ロボット支援下手術後に発生したポートサイトヘルニアの1例

府中病院 外科

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

症例は69歳男性、多発胃癌に対してロボット支援下胃全摘術を施行した。右側腹部の12mmポート創は2-0PDSで前鞘を縫合閉鎖した。術後2日目に嘔気、嘔吐と右側腹部のポート創周囲の疼痛を認めた。CT検査にてSpigelian腱膜が離解し、同部に小腸が嵌頓していた。ポートサイトヘルニアによるイレウスと診断し緊急手術を施行した。ポート創を延長するように皮切を加えた。縫合糸はヘルニア門の両外側にあった。小腸を還納したところ小腸の色調は改善した。Viableと判断し腸切除は施行しなかった。ヘルニア門を非吸収糸で縫合閉鎖した。その後は合併症を認めず退院となった。ヘルニアを予防するためには筋膜を全層で縫合することが重要である。現在は腹腔内から観察し、EndoCloseを用いてポート創を閉鎖している。ロボット支援下手術後に発生したポートサイトヘルニアを経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

C07

全肝脱出を伴う巨大臍帯ヘルニアに対する新たな手術戦略とその有用性

¹関西医科大学 外科学講座 小児外科

²関西医科大学 外科学講座 消化管外科

重山 謙¹、重田裕介¹、奥坊斗規子¹、中村弘樹¹、土井 崇¹、関本貢嗣²

臍帯ヘルニアは先天性腹壁形成異常の中でも最も多い疾患の1つである。巨大臍帯ヘルニア、特に全肝脱出を伴うものでは、より慎重な臓器還納が求められると同時に、欠損部の大きい腹壁閉鎖に難渋する。そこで今回、当科で行っている、全肝脱出を伴う巨大臍帯ヘルニアに対する新たな手術戦略とその有用性を報告する。全肝脱出の場合には腹腔内還納に時間を要するため、生後0日で行われる silo 造設は羊膜温存+腹腔外リングとすることで、感染制御を図る。生後7日で羊膜を除去し、脱出臓器を腹腔内に還納する。ここで腹壁閉鎖はせず、腹腔内リングにて silo を再造設し、1週間の silo 吊り上げによる腹壁伸長を待って、生後14日で余裕をもって腹壁閉鎖する。皮膚はトリミング後に真皮を巾着縫合しながら、臍を形成する。整容的にはほぼ scarless であり、現在のところ術後合併症はなく、十分に満足のいく手術戦略と考えるため、その手技と工夫の詳細を報告したい。

C08

内視鏡検査の送気で急性腹膜炎をきたした胃潰瘍巨大肝嚢胞穿通の1例

近畿大学奈良病院 消化器外科

福田周一、額原 敦、石川 原、辻本智之、
富原英生、太田勝也、木谷光太郎、橋本和彦、
肥田仁一、湯川真生

症例は80歳代、女性。主訴は3ヶ月間続く腹部膨満感と食欲低下。腹部CTで肝左葉に10cm大の巨大嚢胞を認めた。肝嚢胞に近接する胃壁にごくわずかなエアールを認めた。上部内視鏡検査では胃角部に潰瘍性病変を認め、潰瘍底部にピンホール大の穿孔部を認めた。以上より、胃潰瘍肝嚢胞穿通と診断した。内視鏡検査後に発熱と心窩部痛を認めた。腹部CTでは内視鏡検査の送気によるものと思われる肝嚢胞内鏡面像を認めた。採血データでは炎症所見を認めた。急性腹膜炎と診断し、緊急手術の方針とした。肝左葉の嚢胞は胃小弯と強固に癒着していた。肝嚢胞を開窓後に胃穿孔部を確認し、胃穿孔部縫合閉鎖術+大網被覆術を施行した。術後経過良好で、術後25日目に退院となった。血清ヘリコバクター・ピロリIgG抗体価高値であり、除菌療法を行った。胃潰瘍肝嚢胞穿通は極めて稀であるが、内視鏡検査の送気で急性腹膜炎をきたす可能性があることに留意する必要があると思われた。

C10

化学療法により complete response (CR) を得た4型胃癌コンバージョン手術の1例

大阪大学医学部附属病院 消化器外科

北國大樹、西塔拓郎、高橋 剛、黒川幸典、
山本和義、山下公太郎、田中晃司、牧野知紀、
山崎 誠、江口英利、土岐祐一郎

症例は45歳女性。検診の上部消化管造影検査で胃壁進展不良を指摘され、上部消化管内視鏡検査で胃体部の4型胃癌(低分化腺癌)と診断されたため当院に紹介された。術前のCT検査で胃体部の広範な壁肥厚を認めたが、明らかな転移は認めなかった。審査腹腔鏡にて腹水洗浄細胞診が陽性であり、cStageIVと診断した。ドセタキセル、オキサリプラチン、TS1による3剤併用化学療法を6コース施行し、画像検査で胃壁肥厚の改善を認めたため、切除を予定した。腹水洗浄細胞診は陰転化しており、D2郭清を伴う胃全摘術を施行した。病理組織学的診断での治療効果は pathological complete response (CR) であった。術後は良好に経過した。現在TS1による術後補助化学療法を行っている。4型胃癌では一般的に化学療法が奏功しにくい、本症例ではCRを得られ、根治切除が可能であった。文献的な考察も含め報告する。

C09

大型胃GISTに対してイマチニブによる術前化学療法後に腹腔鏡下切除術を施行した1例

市立池田病院 消化器外科

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

症例は68歳男性、主訴は腹部膨満感。腹部CT検査にて左上腹部胃背側に160×120×85mmの腫瘤を認めた。上部内視鏡検査では粘膜下腫瘍を指摘できなかったが胃GISTを疑い2019年1月よりイマチニブ400mg/日内服を開始した。5月にGrade3の全身皮疹の出現を認めたため一旦休薬し、減量投与したが皮疹の軽減は得られなかった。9月に腫瘤最大径90mmまで縮小した時点でイマチニブ継続が困難となったため、10月に手術を施行した。腹腔鏡下で観察すると胃壁外発育型腫瘍であり、自動縫合器60mm×1回で胃部分切除術を施行した。術後はイマチニブ投与せず経過観察中であるが、術後1年の時点で再発所見を認めていない。大型胃GISTであったが、イマチニブによる術前化学療法を施行し、腹腔鏡下で安全に完全切除可能であった1例を経験した。

C11

胃神経鞘腫の一例

¹府中病院 臨床研修センター

²府中病院 外科

中前亜季子¹、宮本裕成²、平川俊基²、大森威来²、
田中裕人²、登千穂子²、松谷慎治²、西岡孝芳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】52歳男性。数年前、健診での上部消化管X線造影検査にて胃前庭部大弯に粘膜下腫瘍を指摘された。経過観察を続けていたが年々増大傾向にあり、本人の希望もあるため手術加療の方針となった。術前の超音波内視鏡検査では約18×23mm大で第4層と連続する内部均一な等輝度の腫瘤を認め、EUS-FNAでは紡錘核を有する細胞集団が散見されたため、胃GIST疑いとなり、腹腔鏡下胃部分切除術を施行した。術後経過は良好で術後6日目に退院している。摘出標本は40×35mm大の固有筋層を主座とした管外発育性の黄白色調の線維性腫瘤であった。免疫染色はα-SMA陰性、CD34陰性、Desmin陰性、c-kit陰性、DOG-1陰性、S-100蛋白陽性で、胃神経鞘腫の診断となった。【考察】本症例は、胃粘膜下腫瘍の中でも比較的稀な胃神経鞘腫であった。胃神経鞘腫の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

C12

多発胃壁内転移を伴う進行胃癌の1例

¹和歌山県立医科大学 第2外科²和歌山県立医科大学 人体病理学講座下村和輝¹、中村紀¹、尾島敏康¹、勝田将裕¹、早田啓治¹、北谷純也¹、竹内昭博¹、中井智暉¹、岩橋吉史²、阪中俊博¹、山上裕機¹

【症例】81歳男性。約3ヶ月前から心窩部痛を自覚され、近医にて上部消化管内視鏡検査を施行した。胃体中部小弯に3型腫瘍を認め、胃体上部・前庭部にも多発する隆起性病変が存在しており、生検にて低分化腺癌の診断にて当院紹介受診となった。胸腹部造影CTでは小弯側にリンパ節腫大を認めたが明らかな遠隔転移は認めず、腹腔鏡下胃全摘術、D1+リンパ節郭清、Roux-en-Y再建を施行し、POD12に軽快退院した。最終診断はType5、por2>por1、pT3(ss)、INFc、Lylb、V1c(EVG)、pN2(5/69)、pStageIIIAであった。病理所見として主病変と連続しない粘膜下病変を複数個所認め、粘膜病変がないこと、腫瘍像が主病変と非常に類似していることより、胃壁内転移と診断した。【考察】胃癌における胃壁内転移は非常に稀であり、予後不良とされている。今回、我々は胃壁内転移を伴う進行胃癌の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

腹膜播種再発をきたした早期胃癌の1例

大阪市立大学大学院 消化器外科

今西大樹、田村達郎、西 智史、南原幹男、三木友一朗、吉井真美、豊川貴弘、田中浩明、李 榮柱、六車一哉、井関康仁、福岡達成、渋谷雅常、永原 央、八代正和、大平雅一

【症例】70代、男性。早期胃癌(cT1bN0M0 cStage IA)の診断にて腹腔鏡下幽門側胃切除術(D1+郭清、R-Y再建)を施行。病理組織結果はtub2、pT1b2(SM2)、ly0、v0、N1(#6; 1/4)、M0 pStage Ibであった。術後補助化学療法は施行せず、外来経過観察となっていた。【既往歴】骨髄線維症にて内服加療中。【現病歴】術後1年4か月目に腹痛を主訴に来院。CT検査にて後腹膜広範に広がる軟部影、またそれによる両側水腎症を認めた。早期胃癌術後、骨髄線維症の治療中であったため、胃癌再発より後腹膜線維症などの他疾患が第一に疑われた。両側水腎症に対してDJカテーテルを留置。確定診断を得るために後腹膜腫瘍生検を施行したところ、病理検査結果はadenocarcinomaの診断であった。胃癌の後腹膜再発と診断され、化学療法目的に転院となった。【考察】今回われわれは早期胃癌術後に腹膜播種再発をきたした比較的稀な1例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

C13

持続血糖測定(CGM)システムを用いた胃切除後血糖変動評価の試み

京都府立医科大学 消化器外科

弓場上将之、窪田 健、大橋拓馬、小西博貴、塩崎 敦、藤原 斉、岡本和真、大辻英吾

【背景】胃切除術は切除可能な胃癌に対しての最も根治性の高い治療法である。一方、胃切除後は、晩期ダンピング症候群に代表されるように血糖が著しく変動することが知られている。【対象】2017年9月から2019年5月までの期間に当科で胃癌に対して根治手術を施行した、幽門側胃切除(DG)62例、胃全摘(TG)23例【方法】血糖値の変動は血糖持続測定(CGM)システムを用いて測定した。対象患者には、術後1週間目にCGMセンサーを貼付し、次回外来受診時に回収して評価した。【結果】TG症例では、1日のうちの血糖80mg/dl以下の割合が高かった。また、術前から糖尿病の治療を受けていた12例のうち8例では、術後に抗糖尿病薬の減量または中止が行われていた。【考察】胃切除後は糖尿病の改善が示唆されるが、特に胃全摘後は1日のうちで低血糖の割合が大きいことも確認された。血糖変動が胃切除後の患者に与える影響について、症例の蓄積と検証が必要である。

C15

巨大脾嚢胞に対して腹腔鏡下脾部分切除術を施行した1例

八尾徳洲会総合病院

一瀬健太、木村拓也、井上雅文、松岡伸英、河島茉澄、八田康祐、松田康雄

はじめに：脾嚢胞は稀な疾患であり施設ごとに様々な術式が選択されている。脾嚢胞に腹腔鏡下脾部分切除術を施行した一例を報告する。症例：35歳女性。左下腹部痛を主訴に当院受診した。腹部超音波検査、造影CT検査にて、脾上極に14cm大の嚢胞性病変を認めた。嚢胞内出血や感染も疑い、有症状のため手術適応と考え腹腔鏡下脾部分切除術を施行した。腹腔鏡下にサンドバルーン(R)にて嚢胞内容を吸引した。脾動脈をテーピングし、上極枝のみを切離し虚血域に嚢胞が含まれていることを確認した。脾実質は破碎法にて切離し、細い血管は超音波凝固切開装置にて切離し脾上極を部分切除した。術後経過は良好であり術後4日目に退院した。病理組織は真性嚢胞であった。考察：良性的脾嚢胞に対し、より低侵襲に脾機能を温存した治療を行うことができた。腹腔鏡下脾部分切除は腹腔鏡手術に習熟した施設であれば、安全に施行可能な術式であると考えられる。

C16

腹腔鏡下脾臓摘出術を行った Sclerosing angiomatoid nodular transformation の1例

¹堺市立総合医療センター 診療局

²堺市立総合医療センター 外科

³堺市立総合医療センター 病理診断科

内田充優¹、前田 栄²、中平 伸²、中田 健²、
安原裕美子³、栗正誠也²、北川彰洋²、牛丸裕貴²、
大原信福²、三宅祐一朗²、間狩洋一²、藤田淳也²

【はじめに】Sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT) は2004年に報告された非腫瘍性腫瘍形成性良性疾患であり報告例は少ない。今回我々は、直腸癌の脾転移との鑑別を必要としたSANTの1例を経験したので報告する。【症例】50歳台女性。直腸癌 (T3N0M0 StageII) に対して腹腔鏡下低位前方切除術を施行した。術後1年半目の造影CT検査で脾臓に径7mm大の低吸収域を新規に認め、術後3年目に22mm大まで増大するも、他に新規病変は認めなかった。直腸癌の単独脾転移と考え、腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。手術は5ポートで行い、手術時間は196分、出血は少量であった。病理所見では脾内に22mm大の境界明瞭な星芒状の白色線維性領域を有する腫瘤を認め、豊富な膠原線維の増生の中に、スリット状ないし不整形の血管腔からなる angiomatoid 様の結節が多数散見されたためSANTと診断した。【結語】腹腔鏡下脾臓摘出術後にSANTと診断された1例を報告する。

C18

直腸癌術前にて偶発的に発見された褐色細胞腫に対して、腹腔鏡下低位前方直腸切除術と副腎摘出術を施行した1例

兵庫県立淡路医療センター 消化器外科

高橋直太郎、高野友花、雑賀裕士、服部賢司、

上田悠貴、中川暁雄、町田智彦、高橋応典、

高橋 晃、大石達郎、宮本勝文

症例は85歳男性である。胃癌術後の定期フォローの血液検査にて腫瘍マーカーの微増を認めたため精査目的に当院紹介となった。精査にて直腸癌 (T3N2M0stageIII) と診断し、同時に左副腎に直径3cmの造影効果のある腫瘤を指摘された。¹²³I-MIBG シンチグラフィと随時尿検査を行い褐色細胞腫と診断し、周術期管理及び手術目的にて入院となった。入院後1ヶ月かけてαブロッカーによる血圧コントロールと輸液を行い低位前方直腸切除術と左副腎摘出術を行った。【まとめ】褐色細胞腫はまれな疾患であり脳心血管イベントのリスクとなる。治療は外科的切除が第一選択であるが術前の血圧コントロールと血管内脱水の補正が術後の予後を決定するため術前を含めた周到な周術期管理が必要である。今回直腸癌術前の精査にて偶発的に発見された褐色細胞腫を経験したので若干の文献的考察を加えて発表する。

C17

心室中隔欠損症を有する遺伝性球状赤血球症患者に対して脾摘を先行した1例

京都府立医科大学 消化器外科

荒川 宏、生駒久規、久保秀正、山本有祐、

森村 玲、大辻英吾

【緒言】[1]遺伝性球状赤血球症 (HS) と[2]心室中隔欠損 (VSD) に伴う感染性心内膜炎 (IE) を合併した症例について報告する。【症例】36歳、男性。黄疸、倦怠感、発熱を主訴に前医を受診。脾腫と貧血の進行を伴い、[1]と診断された。また高熱と炎症反応高値が持続し、[2]と診断され抗生剤投与でIEは軽快した。腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。手術時間:149分、出血:少量、脾臓重量750g。術後、溶血は認めず15日後に心臓手術を行い経過良好であった。【考察】[1]、[2]ともに外科治療が必要とされた。[1]による血小板減少と溶血のため頻回の輸血を要していた。体外循環時の急性溶血を軽減するために脾摘を先行した。脾摘に際し、心不全からの肝鬱血・門脈圧亢進症による術中出血イベントに備え脾摘術前に脾動脈塞栓術を行った。【結語】HS、VSDに対する治療において脾摘を先行し、無事完遂し得た症例を経験した。

C19

異所性膵に関連した小腸 adenomyoma により腸重積症をきたした1か月乳児の一例

滋賀医科大学 消化器・乳腺・一般外科

嶋村 藍、坂井幸子、前平博充、竹林克士、

小島正継、植木智之、貝田佐知子、三宅 亨、

河合由紀、石川 健、山口 剛、飯田洋也、

谷 眞至

症例は既往のない1か月男児。嘔吐で発症し腸重積症の診断で整復されたが翌日再発し、再度の高圧浣腸で小腸の重積が解除できず当院へ紹介。腹部は緊満軟で腫瘤は触知せず。高圧浣腸で回腸に重積あるも整復できず、同日緊急で観血的整復術を施行。臍をΩ切開して開腹し、回盲部から60cm口側の回腸に重積を認め Hutchinson 法で整復、先進部に腫瘤あり部分切除した。病理組織検査で Adenomyoma (heterotopic pancreas, Heinrich Type 2) と診断。術後経過良好で術3日目より経口摂取を開始、術9日目に退院し、再発は認めていない。腸重積症は好発年齢以外では先進部に器質的病変を認めることがある。Adenomyoma は異所性膵と関連した消化管に発生する稀な良性腫瘍であり、小腸は胃について好発部位である。小児では腸重積を契機に見つかることがあり、異所性膵は悪性化が報告されていることから、小児腸重積症の原因の一つとして可能性を考慮する必要があると思われる。

C20

小児の膿瘍形成性虫垂炎に対するCTガイド下ドレナージ奏功した一例

¹京都中部総合医療センター 外科

²京都中部総合医療センター 小児外科

阿部秋子^{1,2}、長田寛之¹、足立雄城¹、谷口彰宏²、木村 雄¹、飯高大介¹、岩田譲司²、山岡延樹¹

緒言:膿瘍形成性虫垂炎に対する Interval Appendectomy (IA) の有用性が近年示唆されている。我々は、小児の膿瘍形成性虫垂炎に対するIA前のCTガイド下ドレナージが奏功した1例を経験したので報告する。

症例:8歳男児。腹痛を主訴に近医を受診し、虫垂炎疑いで当院紹介となった。膿瘍形成性虫垂炎の診断で、IA 目的に抗菌薬治療を開始した。一時改善傾向にあったが、食事再開、抗菌薬中止に伴い膿瘍の再燃を認めたため、第13病日CTガイド下ドレナージを行った。その後、膿瘍は縮小し、食事開始後も再燃なく退院、12週後予定手術とした。術中所見で虫垂の癒着は軽度であり、腹腔鏡下虫垂切除を完遂できた。合併症なく術後2日目に退院した。

考察:小児の膿瘍形成性虫垂炎に対しCTガイド下ドレナージを併用した報告は数多くないが良好な経過をたどっており、本症例でも手術関連合併症なく安全な治療を施行できた。IA 前の経皮的ドレナージの併用は保存的治療の有用な一手段と考えられた。

C22

マムシ咬傷の一例

¹野崎徳洲会病院 総合診療科

²野崎徳洲会病院 外科

³野崎徳洲会病院 救急科

土佐明誠¹、小野山裕彦¹、車 清悟¹、糸原孟則¹、吉田佳世¹、森山良平¹、坂井昇道²、江上洋介¹、金原真義¹、千代孝夫³

【症例】71歳 女性。自宅裏の藪で何かに咬まれ、近医より他院皮膚科を紹介された。マムシ咬傷を否定できないため破傷風トキソイドを投与され帰宅した。帰宅後に右下肢の腫脹・疼痛の増強、動悸の出現を認め、咬傷13時間後、当院に搬送された。右足関節内側に牙痕、右下肢から大腿にかけてGrade4の広範な腫脹・暗赤色調の皮膚を認めた。輸液、抗生物質 (CMZ1g q8hr 3日間) と mPSL (40mg 1日) の投与を行い Grade2まで改善し、第10病日目に退院となった。【考案】マムシ咬傷では毒素による組織壊死に起因する急性腎不全や、腫脹によるコンパートメント症候群が問題となる。そのためマムシ咬傷が疑われた場合には入院が必須であり、輸液、抗生物質、ステロイドの投与を行い観察することが必要である。抗毒素血清の投与は不要と考えている。今回、我々はマムシ咬傷に対して、抗毒素血清の投与を行わずに回復した一例を経験したため報告する。

C21

回腸末端部重複腸管を先進部とした腸重積の1例
和歌山県立医科大学 第2外科
加藤絃隆、三谷泰之、合田太郎、山上裕機

【はじめに】重複腸管は消化管由来の粘膜層と平滑筋層を有し、正常腸管と隣接する嚢胞状または管状の構造物をもつ疾患である。重複腸管は回腸末端部・回盲部を好発部位とし、病的先進部を認める腸重積の10.6%~12.5%を占める。【症例】9ヶ月女児。血便を主訴に近医を受診した。腹部超音波検査にて右上腹部に target sign を認め、腸重積と診断され、高圧浣腸にて整復された。整復後の腹部超音波検査、CT および MRI にて回盲部近傍に嚢胞性病変を認め、重複腸管の診断で加療目的で紹介された。腹腔鏡下試験開腹術を行い、バウヒン弁に近接した回腸の腸間膜側に嚢胞性病変を認めた。回腸との付着範囲が狭く、バウヒン弁は温存可能と判断し、小腸壁とともに病変部を楔状に切除し摘出した。病理組織学的に腸間膜側から発生する異所性胃粘膜を伴う粘膜構造を認めた。術後経過良好で退院後も腸重積の再発なく経過している。

C23

原発性腹膜癌の1例

野崎徳洲会病院

江上洋介、小野山裕彦、坂井昇道、西川英樹、

車 清悟、土佐明誠、金原真義、西澤恭子

原発性腹膜炎の症例を経験した。50代女性、1年前より体重減少、腹部膨満有り3日前から呼吸困難が出現した。腹部膨隆があり、下腹部に小児頭大の硬結を触知した。血液検査では WBC 23040/ μ l、CA125 1137.2 U/ml であった。CT では胸腹水と子宮腫瘍性病変を認めた。子宮筋腫、Pseudo-Meigs 症候群の疑いとなる。細胞診では Class III であった。試験開腹術を施行した。子宮と付属器の腫大があった。壁側腹膜には微小な播種様所見がみられた。子宮と付属器を摘出した。病理組織学的には悪性所見はなかった。術中腹水は Class V 腺癌であり免疫学的染色では CK7 (+)、CK20 (+) で原発性腹膜癌と診断した。PTX+CBDCA (TC) 療法で胸腹水の改善を認め現在8ヶ月生存中である。原発性腹膜癌の治療は卵巣癌に準じた腫瘍減量術と化学療法 (TC 療法) が 1st choice と考えられている。

D01

長期生存中の偶発型甲状腺未分化癌の1例

¹加古川医療センター 外科

²加古川医療センター 病理診断科

宮永洋人¹、多田羅敬¹、川嶋太郎¹、門馬浩行¹、
小林 巖¹、衣笠章¹、高瀬至郎¹、藤本昌代²

【はじめに】甲状腺未分化癌は悪性度が高く予後不良の疾患だが、偶発的に発見され長期生存する例も報告されている。【症例】70歳台男性。50歳台から頸部腫瘤を認めていたが3年前に結節性甲状腺腫と診断。増大傾向のため手術目的で当科紹介。甲状腺両葉に弾性軟の腫瘤を触知し頸部のつっぱりと痰の咯出困難があった。サイログロブリンは高値だったが、補充療法によりTSHはコントロールされていた。CT検査で気管の右側偏移を認め、症状改善目的に甲状腺左葉切除を施行。摘出標本は10.5x9.0cmで重さ220gであった。合併症なく術後4病日に退院。病理学的診断では濾胞状増殖に加え紡錘形異型細胞が充実に増殖しており濾胞癌から発生した未分化癌と診断された。いずれの腫瘍もCAM5.2、ビメンチン、AE1/AE3が陽性であった。術後2年経過し明らかな再発なく生存中である。【まとめ】濾胞癌からの悪性転化を疑う稀な偶発型甲状腺未分化癌を経験した。

D03

Trastuzumab Deruxtecan 投与により臨床症状が改善した、脳転移・髄膜播種を有するHER2陽性乳癌の一例

兵庫県立がんセンター 乳腺外科

福田千紘、井上翔太郎、平尾益美、田根香織、
廣利浩一、高尾信太郎

【はじめに】HER2陽性進行再発乳癌に対し、Trastuzumab Deruxtecan (T-Dxd) が承認されたが、脳転移への治療効果が示されている報告は少ない。乳癌脳転移に対する再発後三次療法としてT-Dxd開始後、臨床症状が著明に改善した一例を経験したので報告する。【症例】54歳閉経後女性。左乳癌 (T2N3cM0 StageIIIC ER/PgR0%、HER2:3+) の診断でTrastuzumab + Paclitaxel → ddAC 後 Bt + Ax 施行。G3+3 (d) + 2b (n) でPMRT 50Gy/25Fr、Trastuzumab 施行。術後15ヶ月で多発脳転移・髄膜播種発症。全脳照射後に一次治療としてTDM-1開始。7ヵ月後、PDにてLapatinib + Capecitabine開始。3ヵ月後、ふらつき頭重感強く、経口摂取低下・歩行不能となり緊急入院。全ての脳転移巣の増大認め、余命2週と診断された。T-Dxd初回投与後に臨床症状改善。2コース後いずれの腫瘍も縮小傾向で継続中である。【結語】T-DxdにHER2陽性乳癌脳転移への治療効果がある可能性が示唆された。

D02

乳癌肝転移治療中に偽性肝硬変を認めた1例

大阪市立大学 乳腺・内分泌外科

菰田あすか、後藤 航、柏木伸一郎、石原沙江、
浅野有香、田内幸枝、森崎珠実、野田 諭、
高島 勉、平川弘聖、大平雅一

転移性肝腫瘍に対する化学療法後に偽性肝硬変と呼ばれる病態を生じることがある。成因として肝転移腫瘍縮小による線維化や瘢痕収縮、化学療法による肝障害等が挙げられる。今回われわれは、乳癌肝転移治療中に偽性肝硬変を認めた1例を経験したので報告する。症例は51歳、女性。左乳癌術後、肝・骨転移再発に対して化学療法中 (FEC75)、発熱性好中球減少症の診断で当科へ緊急入院となった。抗生剤加療にて徐々に症状の改善を認めたが、血小板減少の改善を認めないためCT精査を施行したところ、著明な肝萎縮と腹水貯留を認めた。肝転移巣は縮小しており、また肝炎ウイルスや糖尿病の既往が無いことから偽性肝硬変と診断した。アルブミンおよび利尿剤投与により腹水の減少と肝萎縮の改善を認めたため、入院第25病日に軽快退院とした。その後、外来で内服化学療法を開始したところ、再度肝硬変の増悪を認めたため、緩和治療へ移行した。

D04

乳癌転移との鑑別を要した癌性腹膜炎の一例

¹大阪医療センター 乳腺外科

²大阪医療センター 臨床検査科

今村沙弓¹、大谷陽子¹、水谷麻紀子¹、

八十島宏行¹、眞能正幸²、森 清²、増田慎三¹

【症例】58歳女性【現病歴】右乳癌を2000年、左乳癌を2007年に手術。2011年3月鎖骨上リンパ節腫大あり、ER陽性PgR陰性HER2陽性乳癌再発と診断。他に骨盤内腹膜結節を認めた。【家族歴】母親：乳癌【臨床経過】抗HER2療法を基本に約3年半CR維持も通院を半年間自己中断し、腹部膨満を主訴に2015年11月再診。骨盤内腹膜結節再燃と大量腹水を認め、乳癌腹膜播種と診断。ペバシズマブ+パクリタキセルはPRも、抗HER2療法は2レジメとも数か月でPDとなり2017年11月永眠。抗HER2療法に抵抗を示し、腹膜播種による急速な病状進行を伴う臨床経過は転移進展様式として非典型的であるため剖検を行い、卵巣・卵管・腹膜のいずれかを原発とする高異型度漿液性癌と診断された。【考察】乳癌患者において大量腹水や骨盤内腹膜結節を認めた際は、卵巣・卵管・腹膜癌等の可能性も考慮しセルブロックや組織生検、現在であれば家族歴も考慮しBRCA変異検索を検討すべきと考えられた。

D05

左肝静脈-冠静脈洞開口の 1 例

大阪医科大学 外科学講座 胸部外科教室
鈴木昌代、牧浦琢朗、島田 亮、本橋宜和、
打田裕明、神吉佐智子、岡本順子、小澤英樹、
大門雅弘、勝間田敬弘

左肝静脈が下大静脈と合流せず冠静脈洞に還流する血管奇形は、総肺静脈還流異常症に合併した奇形として小児では数例の症例報告がある。一方、成人で心内に先天性心疾患がない単独の左肝静脈冠静脈洞開口は、数例の症例報告を認めるのみである。この単独奇形は、CT 検査や手術時に偶発的に発見され、無症候であり臨床上問題となることはない。しかし、心臓手術時には逆行性心筋保護のために冠静脈洞が使用できないことや、右房切開を伴う心臓手術時には持続吸引や個別のカニューレ挿入が必要となる。症例は72歳女性、僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁形成術を行った。術中、下大静脈テーピング時に偶発的に異常血管を認め、左肝静脈の冠静脈洞開口を確認した。術中には冠静脈洞を心肺吸引で持続吸引し手術を行った。単独の左肝静脈の冠静脈洞開口は非常に稀であり、文献的考察を加え報告する。

D07

右下葉原発 ciliated muconodular papillary tumor の一例

大阪国際がんセンター
田中 諒、大村彰勲、寛島隆史、木村 亨、
馬庭知弘、本間圭一郎、岡見次郎

Ciliated muconodular papillary tumor (CMPT) は、線毛細胞と杯細胞が肺泡置換性に乳頭状増殖を示し、肺野末梢に発生する稀な腫瘍で、良悪性の位置づけは定まっていない。症例は68歳男性。中咽頭癌の治療後経過中、CT で右肺 S9 中樞に緩徐な増大傾向のある径11mm の結節影を指摘された。SUVmax: 0.9 の PET 集積を認め、転移性肺腫瘍または原発性肺癌が疑われたが、気管支鏡での診断は困難で、中樞性病変のため部分切除も不可能と判断し、未診断のまま右肺下葉切除を施行した。病理所見は、肺胞上皮を置換する粘液産生上皮、線毛円柱上皮が混在し、乳頭状に増殖する病変で、TTF-1 陽性、HNF-4a 陰性、BRAF V600E 陽性から CMPT の診断となった。現在無再発生存中である。中咽頭癌治療後経過中に右肺下葉中樞に発生した CMPT を経験したので、文献的考察を加え報告する。

D06

胸腺腫術後再発との鑑別を要した右 epipericardial fat necrosis の 1 例

¹関西医科大学 呼吸器外科
²関西医科大学 放射線科
³関西医科大学 病理診断科
内海貴博¹、齊藤朋人¹、本多 修²、石田光明³、
丸 夏未¹、松井浩史¹、谷口洋平¹、日野春秋¹、
村川知弘¹

70代男性。胸腺腫（WHO 分類 type B1 + B3、正岡分類 II 期）に対して胸骨正中切開胸腺腫摘出術を施行。術後10か月目の CT で、前縦隔脂肪織内に 22mm の内部低濃度の結節を認めた。術後8年目まで経過観察を行ったが、増大はないものの被膜が石灰化し顕在化したため、胸腺腫術後再発疑いの暫定診断で胸腔鏡下右前縦隔結節摘出術を施行。術中所見は、結節は心膜外脂肪織内に存在し、弾性硬で、白色被膜に包まれ表面に血管増生が見られた。病理所見は epipericardial fat necrosis で、腫瘍性病変は認めなかった。Epipericardial fat necrosis は縦隔脂肪織が壊死する疾患で、多くは胸痛を伴い左側に好発するが、本症例では胸痛は明らかでなく右側であった。また、画像所見のみでは高分化型脂肪肉腫との鑑別が困難との報告もあり、手術による確定診断を余儀なくされる症例もある。胸腺腫術後再発との鑑別を要した右 epipericardial fat necrosis の1例を文献的考察を加え報告する。

D08

有茎性発育を示した腎癌胸膜転移の 1 切除例

¹市立豊中病院 教育研修センター
²市立豊中病院 外科
中村植志¹、岩澤 卓²、平岩七望²、堂野恵三²

症例：50歳代男性。主訴：なし。現病歴：15年前に腎癌（明細胞癌）のため腎部分切除を受け、2年前に腎癌の後腹膜再発に対して尿管部分切除を伴う切除を受けた。その後多発肺転移、右胸膜転移に対して分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬による薬物療法を受け肺転移は制御されていたが、胸膜転移巣のみ増大傾向であるため当科に紹介となった。既往歴：高血圧、脂質異常。喫煙歴：15年前まで40本/日。血液検査所見：特記すべき異常なし。CT 所見：右肺底部背側の胸膜に接するに20mm の類円形陰影を認める。手術：胸腔鏡で観察すると右胸腔内横隔膜上背側の壁側胸膜から有茎性に発育する表面平滑な腫瘍を認め、胸壁付着部で電気メスを用いて切除を行った。病理：明細胞癌の転移と診断された。有茎性発育を示す腎癌胸膜転移は稀であり良性孤立性線維性腫瘍（SFT）などの他疾患と鑑別を要する。

D09

先天性横隔膜ヘルニアに対する成人手術の経験

大阪大学 小児成育外科

田附裕子、堺 貴彬、堺 大地、五味 卓、野村元成、渡邊美穂、正嶋和典、出口幸一、神山雅史、上野豪久、奥山宏臣

先天性横隔膜ヘルニアに対して成人期に手術を行ったので報告する。症例は48歳女性。分娩計画を機に右横隔膜ヘルニアを指摘された。画像診断で、右胸腔内に肝臓右葉と結腸の脱出を認め、先天性横隔膜ヘルニアと診断された。呼吸機能検査で混合性障害を認め、手術適応と判断した。手術は全身麻酔下に左側臥位で、左片側挿管とし胸腔鏡補助下を実施した。胸腔鏡ポート留置後、エネルギーデバイスを用いて、胸壁と肺・結腸との癒着を剥離し、腹腔内に結腸を還納した。横隔膜の前縁を認めたが、内側背側の横隔膜縁は脱出肝臓に癒着しており、背外側では肺と肋骨が癒着し横隔膜の形成を認めなかった。横隔膜の欠損孔は15cmx10cmであった。ポート創を延長し、胸腔鏡補助下に肝臓全体を覆うように、ゴアテックスシート（厚さ2mm）を非吸収糸で横隔膜縁および胸郭に逢合し横隔膜を形成した。術後、肺活量の増加を認めており、再発はない。

D11

腫瘍随伴症候群による関節痛を来した腸型腺癌の1例

奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科

吉川大貴、川口剛史、澤端章好、谷口繁樹

【症例】50歳代女性、朝の手指のこわばりと膝関節痛を主訴に受診し、胸部CTで左上葉に35mm大の腫瘤影を認め、経気管支肺生検で腺癌と診断した。関節痛は血性学的に有意な所見はなく、肺癌による腫瘍随伴症候群を疑った。PET-CTでは肺腫瘍とともに直腸にも異常集積を認めたが、直腸病変は大腸内視鏡検査で低異型度管状腺腫であった。原発性肺腺癌として胸腔鏡下左上葉切除を施行した。摘出標本では、円柱状細胞が不整な腺腔を形成して壊死が目立ち、免疫染色にてHNF4αとCK7が陽性、TTF-1とCK20が陰性であったことから腸型腺癌と診断した。術後すみやかに関節痛の症状は消失し、術後1年間、無再発生存中である。腸型腺癌は肺腺癌のなかでも稀な組織型で、大腸癌の転移性肺腫瘍との鑑別が重要である。腫瘍随伴症候群を伴う腸型腺癌の1例を経験したので報告する。

D10

右肺下葉切除後・遅発性血胸の1例：肺静脈 staple line からの oozing

関西医科大学 呼吸器外科

丸 夏未、齊藤朋人、内海貴博、松井浩史、谷口洋平、日野春秋、村川知弘

【症例】70歳、女性【現病歴】右下葉肺腺癌（pT1b N0M0、StageIA2）に対し胸腔鏡下右肺下葉切除・ND2a-1リンパ節郭清を施行し術後6日目に退院。術後29日目に呼吸苦と倦怠感を主訴に外来受診。CTで右下肺静脈断端周囲に血腫を疑う高吸収域と右胸水増加を認めた。胸腔穿刺では1000mlの血性胸水を認めた。経時的に貧血の進行を認め、持続的出血を疑い、術後30日目に胸腔鏡下右胸腔内血種除去・止血術を施行。【手術所見】胸腔内には血性胸水が600ml程度貯留。被膜を伴った拇指頭大の血腫が右下肺静脈断端に付着しており、これを除去すると右下肺静脈断端中央部にoozingを認めた。出血点に対し4-0 Nespilene 水平マットレス縫合を行い、サージセルニューニットとタコシルで被覆し止血を得た。再手術後は合併症なく経過し9日後に退院した。肺静脈断端からのoozingで再手術に至った症例は検索範囲では報告がなく、文献的考察を加え報告する。

D12

正中弓状靭帯圧迫症候群に対して腹腔鏡下正中弓状靭帯切離術を施行した1症例

¹済生会中和病院 外科²済生会中和病院 乳腺外科石岡興平¹、青松幸雄¹、中川 正¹、福本晃久¹、三宅佳乃子^{1,2}、田村 昂¹、杉原誠一¹、細井孝純²、中島祥之¹

症例は40代、男性。10歳頃から時折腹痛を認めていた。当院内科で器質化肺炎加療中に食後の腹痛を認めたため、当院を受診した。腹部造影CT及び血管構築画像所見で上腸間膜動脈起始部直上より腹腔動脈が分岐し、腹腔動脈と上腸間膜動脈は限局的に狭小化していた。また総肝動脈と左胃動脈は全体的に狭小化し、脾アーケードは発達しており、正中弓状靭帯圧迫症候群と診断した。血流改善目的に腹腔鏡下正中弓状靭帯切離術を施行した。左胃動脈をメルクマールとして、左胃動脈の根部に向かって剥離を行い、肥厚した正中弓状靭帯を同定した。正中弓状靭帯を切離して腹腔動脈を露出した。肉眼下狭小化した左胃動脈は拡張し、拍動が良好となり、腹腔鏡下超音波検査でも血流改善が確認できた。術後より著明な症状の改善を認め、腹部造影CTでも狭小化の改善を認めている。本邦での腹腔鏡下正中弓状靭帯切離術の報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

D13

発症12時間が経過した急性上腸間膜動脈血栓症に対して血管内治療を施行し救命し得た1例

¹天理よろづ相談所病院 消化器外科

²天理よろづ相談所病院 放射線科

松村彰太¹、斉藤俊一¹、谷口尚範²、中西 望¹、
岩崎雄太¹、山中良輔¹、北野 拓¹、堀江博司¹、
加藤 滋¹、門川佳央¹、待本貴文¹

【緒言】上腸間膜動脈（SMA）根部の血栓塞栓では発症5時間で腸管壊死に至ると報告があるが、外科的手術と血管内治療の選択基準は確立していない。今回、SMA 根部の血栓塞栓12時間後に血管内治療のみで救命した症例を報告する。【現病歴】74歳男性、突然の腹痛と下血を主訴に前医受診、造影CT検査にてSMA 塞栓症と診断され当院を紹介受診。【経過】当院来院時（発症11時間後）、バイタルサイン正常、腹痛症状は強いが圧痛と腹膜刺激徴候は軽微、血液検査はWBC22000/ μ L、CPK268U/L、BE-0.6だった。SMA 根部塞栓及び小腸造影効果減弱を認めたが、フリーエアーや腹水は認めなかった。腸管壊死を疑い外科的手術を検討したが低左心機能のため血管内治療を先行、発症12時間後に血栓回収と血栓溶解術を行なった。術後穿孔や狭窄など発症無く、24日目に退院、術後8ヶ月まで合併症を認めていない。【結語】いわゆる golden time 経過後に血管内治療により救命し得た例を経験した。

D15

急性肺塞栓症を契機に発見された左膝窩静脈瘤の一手術例

奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科

三谷和大、平賀 俊、廣瀬友亮、阿部毅寿、
早田義宏、福場遼平、武村潤一、殿村 玲、
横山晋也、谷口繁樹

膝窩静脈瘤は稀な疾患であるが、肺塞栓症（PE；pulmonary embolism）や深部静脈血栓症を起こしうる疾患である。PE の発症を契機に発見される症例が多く、我々はPE 発症後に発見された膝窩静脈瘤に対し、静脈パッチ形成術を行った一例を経験したので報告する。症例は62歳、男性。左膝窩部の疼痛を自覚し、その後労作時呼吸困難と強い胸痛を自覚したため救急要請、当院に搬送された。精査にてPE と診断し、血栓溶解療法を開始した。下肢造影CTにて左膝窩静脈瘤を指摘され、手術加療目的に当科紹介となった。全身麻酔下に左膝窩背側アプローチで手術を行った。瘤は嚢状であり、瘤組織と正常組織の境界は明瞭であった。瘤内部には多量の陳旧性血栓が存在した。瘤化組織を切除した後、正常組織の残存が少なく、瘤の縫縮は困難であったため、下腿末梢で小伏在静脈を採取し、静脈パッチ形成術を施行した。術後は抗凝固薬内服を継続し、術後22日目に退院した。

D14

腹部大動脈人工血管置換術後に十二指腸瘻による人工血管感染を発症した1例

大阪市立大学 心臓血管外科

南郷谷亮、藤井弘通、高橋洋介、森崎晃正、
左近慶人、西矢健太、岸本憲明、山根 心、
河瀬 匠、柴田利彦

腹部大動脈瘤に対して人工血管置換術を施行し4年後に人工血管十二指腸瘻を発症した1例を経験したので報告する。症例は71歳男性、67歳時に腹部大動脈瘤に対し人工血管置換術を施行した。1ヶ月前から繰り返す発熱と炎症反応の上昇を認め、造影CT検査にて人工血管周囲のガス像と内視鏡検査にて十二指腸水平脚に露出した人工血管を観察した。十二指腸穿通に伴う人工血管感染と診断し手術を施行した。人工血管に十二指腸穿通部を残した状態で、十二指腸下行脚から treitz 靱帯より20cm 肛門側の空腸までを離断した。感染人工血管は中枢側のフェルトも含めて除去し、両脚は残した。多量の洗浄を行い再度人工血管置換を施行し大網充填を行った。人工血管と空腸が直接接触しないように結腸後経路で十二指腸下行脚と空腸を吻合した。術後、抗菌薬と抗真菌薬の継続投与を行い、術後72日に軽快退院した。術後半年経過しCLDM とMINO の内服を終了したが炎症の再燃は認めていない。

D16

咽喉頭食道切除術後に小彎反転延長胃管による再建術を施行した1例

¹和歌山県立医科大学 第2外科

²和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

³和歌山県立医科大学 形成外科

永野翔太郎¹、北谷純也¹、尾島敏康¹、中村公紀¹、
勝田将裕¹、早田啓治¹、竹内昭博¹、中井智暉¹、
玉川俊次²、和田仁孝³、朝村真一³、保富宗城²、
山上裕機¹

症例は49歳男性で、咽頭癌、食道癌の重複癌の診断にて胸腔鏡下食道全摘術、縦隔リンパ節郭清術、咽喉頭摘出術、両側頸部リンパ節郭清術を施行した。体格の割に胃が小さく、通常の胃管では、咽頭部までの挙上が困難と想定され、左胃動静脈の血管吻合を伴う小彎反転延長胃管による再建術を施行した。左胃静脈、左胃動脈を処理し、吻合側にはクリップをかけておいた。食道は、EGJ 直下で切離した。胃管の形成は、まずCurved cutterにて右胃動静脈を温存する位置から1回目の縫合切離を行い、その後liner staplerで5回縫合切離し、ほぼ均一な径になるように胃管を形成した。小彎側を反転し、後縦隔経路で挙上した後、顕微鏡下に左上甲状腺動脈および左内頸静脈にそれぞれ吻合した。咽頭胃管吻合はGambie 吻合で施行した。咽喉頭食道切除術後に通常の胃管再建では過度な緊張がかかる場合には、血管吻合を伴う小彎反転延長胃管による再建術も有用であると考えられた。

D17

胸骨後再建後の進行胃管癌に対して左胸腔鏡下に胃管全摘を施行した1例

大阪大学 消化器外科

中上勝一朗、山下公太郎、山崎 誠、田中晃司、
牧野知紀、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

【はじめに】食道癌術後の進行胃管癌に対する手術治療は再開胸や胸骨縦切開を伴い高侵襲であることが問題とされる。低侵襲な術式として胸腔鏡下手術が挙げられるが一般化した術式ではない。【症例】66歳男性。食道癌にて食道亜全摘術・胸骨後胃管再建後14年。上部内視鏡検査で胃管左側に2型病変を認め生検で高分化型腺癌と診断。造影CTで肺動脈幹レベルの胃管左壁に壁肥厚像と漿膜面への浸潤、リンパ節腫大(#4d)を認め胃管癌 cT4aN1M0 StageIIIと診断。右開胸後であり頸腹部から可及的に胃管周囲を剥離し腹部で右胃大網動静脈を結紮した上で仰臥位左胸腔鏡下胃管全摘、有茎空腸皮下再建(マイクロ血管吻合付加)、腸瘻造設術を施行した。経過良好で第20病日に退院した。病理結果は胃管癌(中分化腺癌) pT3N0M0 StageIIA で術後補助療法としてS1を内服し4ヶ月無再発生存している。【まとめ】進行胃管癌に対し左胸腔鏡下胃管全摘を施行した1例を経験したので報告する。

D19

進行大腸癌の薬物療法により腫瘍崩壊症候群から広範囲 NOMI を発症した症例

健生会土庫病院 大腸肛門病センター

中尾 武、吉川周作、増田 勉、内田秀樹、
檜塚久記、山岡健太郎、稲垣水美、横尾貴史、
稲次直樹

症例は65歳、女性。2019年12月に肺、脾臓に転移を認め、腹膜播種を有するS状結腸癌 StageIVc (T4aNxM1c2) と診断。全大腸内視鏡検査予定であったが、検査当日に腹痛を認めCT検査で骨盤腹膜炎の診断で同日S状結腸切除、人工肛門造設術を行った。2020年1月よりCapeOx療法を開始。肺転移、腹膜播種の縮小、消失を認め、腫瘍マーカーの著明な低下を認めた。同7月より腫瘍マーカーの再上昇を認め、8月下旬よりCapeIRIに変更した。2クール目を10月初旬に開始したところ、翌日より腹痛を認め、著明なアシドーシスを認め急性腹症の診断で緊急開腹手術を施行した。漿液性の腹水を大量に認め、広範囲の小腸漿膜炎を認めた。消化管穿孔の所見はなかったが、上行結腸腸間膜の肥厚を認め、腫瘍が疑われ回盲部切除術を行った。術後もアシドーシスは改善せずに術翌日に死亡した。術後の病理検索では上行結腸の転移性腫瘍が急性壊死に陥っており、薬物療法で発症したと考えられた。

D18

食道癌手術の再建空腸の壊死後に筋皮弁による食道再建を行った1例

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科

横田雅治、村田晃一、中村浩之、横尾拓樹、
佐伯崇史、荒井啓輔、御井保彦、上田泰弘、
柿木啓太郎、岡 成光、黒田大介

【症例】77歳、男性。3月下旬近医より食道癌疑いにて当院紹介。上部消化管内視鏡では喉頭から上部食道までの連続した4型腫瘍、胸部食道に表在型、下部食道に3型腫瘍を認め、CTにて鎖骨上窩と気管右後方にリンパ節転移を疑う所見を認めた。術前化学療法後に6/23胸腔鏡下食道全摘、咽喉頭切除術、両側頸部郭清、血管吻合を伴う遊離空腸と胃管による再建、永久気管孔造設術を施行。術後5日目に肺炎を合併し、さらに術後8日目に遊離空腸壊死を認め同日緊急にて遊離空腸抜去と胃管瘻造設、咽頭瘻造設を行った。不安定な呼吸状態から人工呼吸器からの離脱は日数を要した。全身状態の十分な回復を待って、術後147日目大胸筋皮弁による食道再建術、植皮術を行った。術後は再度縫合不全を来したが、初回手術後176日目経口造影検査でリークの消失を確認後、経口摂取開始となった。【結語】消化管での再建が困難な症例に対して、筋皮弁での再建を行った症例を経験した。

D20

腹腔鏡下切除を施行した右腎動脈神経叢由来の神経節細胞腫の1例

堺市立総合医療センター 外科統括部

中西智也、前田 栄、中平 伸、北川彰洋、
牛丸裕貴、大原信福、三宅祐一朗、間狩洋一、
中田 健、藤田淳也

<はじめに>大血管に近接する後腹膜腫瘍に対する腹腔鏡下手術は未だ一般的ではない。今回、我々は腹腔鏡下切除を完遂した神経節細胞腫の1例を報告する。<症例>20代男性。CTで十二指腸下行脚と臍頭部背側に6cm大の後腹膜腫瘍を指摘された。画像上は神経節細胞腫を疑うも、GIST等の低悪性度腫瘍も否定しきれないため手術の方針とした。手術は左半側臥位、4ポートで施行した。コッヘルの授動を行い、腫瘍腹側を露出させた。腫瘍は背側で右腎動脈神経叢と連続しており、鋭的に切離した。腫瘍は左腎静脈と広く接しており、剥離の際に損傷し鏡視下に修復を行った。病理所見では神経芽腫成分は存在せず、神経節細胞を散在して認め神経節細胞腫と診断した。手術時間は289分、出血量200mlであった。<考察>後腹膜に発生する神経節細胞腫は主要動脈周囲の神経叢から発生しており、鏡視下手術を行う場合は大血管からの出血への適切な対応が求められる。

D21

コンパートメント症候群の 3 例

和歌山県立医科大学 第 2 外科
竹本典生、岩本博光、松田健司、三谷泰之、
水本有紀、中村有貴、阪中俊博、田宮雅人、
山上裕機

直腸癌の腹腔鏡下、ロボット支援下手術は碎石位で行われる。下肢固定はブーツタイプの両下肢器が用いられる。長時間の手術で男性・肥満・血管障害の既往がコンパートメント症候群の危険因子とされる。そこで当科で経験した直腸癌手術後に下肢コンパートメントを発症した 3 例を予防策と共に報告する。3 症例は全例、碎石位、ブーツタイプの両下肢器で下肢固定、術中は頭低位、右低位とした。全例、男性であり、長時間の手術、体格や既往歴にリスクファクターがあったことが共通していた。症例 1 を 2009 年。2020 年 2 月に症例 2 が発症し、4 時間毎の下肢挙上解除を実施したが、4 月に症例 3 が発症してしまった。現在は 2 時間に 10 分の下肢挙上解除を行っている。さらには腓腹部の圧測定と血流測定、左膝窩部位へのクッション留置による負荷軽減も行っている。症例 3 は早期診断と迅速な減張切開が効果あり後遺症なく軽快した。今後も積極的に予防策に取り組んでいく。

D23

術前 CT で上部消化管穿孔が疑われていた膀胱穿孔の一例

神戸赤十字病院 外科
藤井悠花、門脇嘉彦、石堂展宏、久保田暢人、
河本 慧、大久保悠祐

症例は 91 歳男性。嘔吐と頻脈を主訴に救急外来を受診した。腹部所見では上腹部の圧痛と筋性防御を認めた。腹部造影 CT では上腹部を中心とした free-air と多量の腹水を認め、上部消化管穿孔の疑いと診断した。来院時ショックバイタルであり、直ちに開腹ドレナージ、穿孔部縫合術を施行する方針とした。術中所見では無臭で漿液性の腹水を認めたが、消化管に穿孔部位は指摘できなかった。術中に CT を見返すと、尿道カテーテルが前立腺レベルでバルン留置されている事が判明した。腹腔内より膀胱を確認すると、膀胱頂部に穿孔部位を認めた。膀胱壁は一部切除し縫合閉鎖した。術後は腹膜炎による敗血性ショックで一時 ICU 管理となったが、その後は一般病棟で順調に経過している。Free-air を伴った膀胱穿孔は稀な症例であるが、責任部位不明の消化管穿孔手術の際は、膀胱穿孔も鑑別に挙げ、腹腔内検索を行う必要があると思われる。

D22

術前診断が困難であった巨大副腎嚢胞を経験した 1 例

南大阪病院 外科
多田隆馬、形部 憲、嶋田泰尚、瀧井麻美子、
山田正法、大嶋 勉、眞弓勝志、田中芳憲、
竹村雅至、藤尾長久

【はじめに】副腎嚢胞は比較的稀な疾患である。また 10cm を超えるような副腎嚢胞の報告は極めて少ない。今回我々は、術前診断が困難であった巨大副腎嚢胞を経験したので報告する。【症例】41 歳女性。2020 年 2 月検診エコーにて左上腹部に 116mm の腫瘤を指摘され、当院を受診された。CT 検査では、左後腹膜に嚢胞性腫瘤を認め、嚢胞壁の一部石灰化を認めた。胃、脾臓、左腎臓を圧排し副腎は特定困難であった。MRI 検査では、T1 低信号、T2 高信号を示す均一の嚢胞性腫瘤であり、拡散制限はなかった。腹部膨満症状を認め腹腔鏡下に嚢胞摘出術を行った。術中所見で腫瘍は副腎より発生する嚢胞であり、左副腎の合併切除を行った。病理組織検査では副腎偽嚢胞と診断された。術後は再発を認めず、内分泌障害なく外来通院中である。【結語】今回我々は巨大副腎嚢胞を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。