

第205回 近畿外科学会 プログラム・抄録

日 時：2022年3月5日（土）

開催方式：Zoom を利用した Web 配信（当日のみ）

会 長 谷 眞 至

滋賀医科大学 外科学講座（消化器・乳腺・小児・一般外科）

第206回 近畿外科学会ご案内

第206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： 2023年3月18日（土）
2. 会場： 大阪国際交流センター
〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6
TEL 06-6772-5931
3. 演題登録開始予定日： 2022年9月28日（水）より
演題登録締切予定日： 2022年11月23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。

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号
兵庫医科大学 上部消化管外科
第206回 近畿外科学会 会長

篠原 尚

TEL 0798-45-6111

第205回 近畿外科学会
プログラム

会 長

滋賀医科大学 外科学講座（消化器・乳腺・小児・一般外科）

谷 眞 至

参加者、発表者へのお知らせ

1. **開催方式**：web 会議システム「Zoom」を利用した WEB 開催。
2. **参加方法**：事前登録制。登録期日：2022年3月5日（土）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「学会情報」ページ内の参加登録ボタンよりご登録ください。
3. **参加費**：1) 地方会：評議員・非会員 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、医学生は無料
2) 教育講演：参加費は無料。地方会へ参加希望頂いた方にのみ、受講登録 URL を送信致します。
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. **教育講演参加、単位取得について**：
第205回近畿外科学会では、日本専門医機構共通講習として教育講演を2題企画いたしました。各教育講演で共通講習単位「1単位」を取得いただけます。
参加方法、単位取得につきましては下記ご確認いただきます様お願い申し上げます。
《参加について》
A) 受講料は無料ですが、第205回近畿外科学会への参加登録は必須です。
B) 事前参加登録後、ご登録内容と一緒に自動送信されるメール内の教育講演受講登録 URL ご登録ください。教育講演1と教

育講演 2 では登録が異なりますので、ご注意ください。

(2 講演受講される場合は、両方に登録が必要です。)

受講用 URL：受講登録後に、自動で教育講演受講用の Zoom URL が
ご登録メールに送信されます。

※教育講演 1 と教育講演 2 を受講される場合は異なる URL とな
りますのでご注意ください。

※URL の再発行は出来ませんので当日まで大切に保管ください
《単位取得条件について》

1) 地方会参加登録者で、教育講演へ申込者をしていること。

2) 講演開始から終了まで視聴いただく必要があります。

※視聴確認が出来ない方、講演途中の入退室は参加と認められ
ません。

3) 受講後、近畿外科学会ホームページ内に設置する視聴確認問
題にて教育講演ごとに 5 択のテスト問題を 5 題設定いたしま
す。80%以上の正解の場合のみに受講証明書を後日送付いた
します。

(確認問題は80%以上の正解が得られるまで繰り返し回答する
ことが出来ます。)

座長・演者の先生へ

下記、ご確認いただきますようお願い致します。なお、参加登録は3月5日（正午）までにお済ませいただきます様よろしくようお願い致します。

発表方法：口頭発表です。ご施設等の遠隔地よりご発表いただきます。

ご発表されるPCには、予め「Zoom」をダウンロード下さい。

※インターネット回線は有線LAN回線を推奨しております。

発表時間：1演題は発表5分。質疑時間2分です。

スライド枚数の制限は致しませんが、制限時間内に終わるようご調整下さい。

発表URL：参加登録後に届く視聴URLとは別に、発表用のURLをセッション別に送信いたします。

発表URLの送信は運営事務局より3月2日のメール配信を予定しています。

座長へのお願い

今回、セッション毎に優秀演題賞を用意いたします。

先生にはセッションのURLご連絡時に、ご担当セッションの採点表をメール添付にて送付させていただきます。恐れ入りますが、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、採点表は、当日のご担当セッション終了後に、メール添

付にて運営事務局までご返信をお願いします。

選考結果は、近畿外科学会ホームページ内にて後日発表いたします。

A 会場 web		B 会場 web	
8:55	開会の辞		
9:00	膵・胆道 A01~05 座長：長井美奈子 外山 博近	9:00	十二指腸 B01~04 座長：橋本 大輔 飯田 洋也
9:35		9:28	
9:40	膵臓 A06~10 座長：朝隈 光弘 亀井 敬子	9:33	肝臓・脾臓 B05~10 座長：瀬尾 智 上野 昌樹
10:00		10:00	
10:15		10:15	
10:20	教育講演 1 「周術期感染管理の基本」 座長：谷 眞至 演者：久保 正二	10:20	乳腺 B11~15 座長：河合 由紀 川口 展子
11:00		10:55	
11:20		11:00	
12:00	ランチョンセミナー 1 「私のこだわり！内視鏡デバイスはこう使う」 座長：池田 正孝 演者 1：濱元 宏喜 演者 2：岩本 哲好 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 「進行大腸癌治療の温故知新」 座長：清水 義博 演者：松本 繁巳 共催：中外製薬株式会社
13:00		13:00	
13:10	大腸 1 A11~18 座長：肥田 侯矢 中本 貴透	13:10	大腸 2 B16~21 座長：吉岡 康多 三宅 亨
14:00		13:52	
14:06		13:57	
14:20	教育講演 2 「手術診療における医療安全管理」 座長：谷 眞至 演者：清水 智治	14:00	小腸 2 B22~27 座長：長谷川 寛 井関 康仁
15:00		14:39	
15:20	閉会の辞		
16:00			

※教育講演はA会場の URL では視聴出来ません。

C 会場 web		D 会場 web	
9:00	腹壁・ヘルニア 1 C01~06 座長：村上耕一郎 赤堀 浩也	9:00	小腸 1 D01~06 座長：有田 智洋 岩本 哲好
9:42		9:42	
9:47		9:47	
10:00	腹壁・ヘルニア 2 C07~12 座長：三吉 範克 安 炳九	10:00	心・血管 D07~11 座長：畔柳 智司 高島 範之
10:29		10:22	
11:00		10:27	
		11:00	縦隔・肺 D12~19 座長：賀来 良輔 齊藤 朋人
		11:23	
12:00	ランチョンセミナー 3 「腹腔鏡下肝切除術～高難度症例におけるピットフォール～」 座長：金沢 景繁 演者1：上野 昌樹 演者2：飯田 洋也 共催：コヴィディエンジャパン株式会社	12:00	
13:00		13:00	
13:10	食道・胃 C13~17 座長：松本 壮平 加藤 寛章	13:10	小児 D20~23 座長：坂井 幸子 木村 拓也
13:45		13:38	
13:50		13:43	
14:00	胃 C18~22 座長：小松 周平 小菅 敏幸	14:00	腹壁・後腹膜 D24~29 座長：早田 敬治 平井健次郎
14:25		14:25	

A 会 場

午 前 の 部 (9:00~11:20)

膵・胆道 (9:00~9:35)

座長 長井美奈子

(奈良県立医科大学 消化器・総合外科学教室)

外山 博近

(神戸大学大学院医学研究科 外科学講座 肝胆膵外科学分野)

A01 胆嚢捻転症に気腫性胆嚢炎を合併した1例

公立宍粟総合病院 外科 池内 真 弥

A02 右肝門索に伴う左側胆嚢胆石症に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術を行った一例

景岳会 南大阪病院 消化器外科 逸見 冴 子

A03 固有肝動脈浸潤を伴うリンパ節転移を示した肝内胆管癌に対して術前化学療法が奏功し根治切除し得た1例

大阪大学大学院 消化器外科学 的 羽 大二朗

A04 膵癌、胃癌、横行結腸癌の同時性3重複癌の1例

石切生喜病院 外科 山口 大 輝

A05 術前診断が困難であった膵嚢胞の1例

八尾徳洲会総合病院 外科 田 邊 俊 介

膵臓 (9:40~10:15)

座長 朝隈 光弘

(大阪医科薬科大学 一般・消化器外科)

亀井 敬子

(近畿大学 医学部 外科学教室 肝胆膵部門)

A06 膵全摘術後の門脈閉塞に対し門脈ステント留置術を行なった一例

県立淡路医療センター 外科 消化器外科 北 野 瑠璃子

A07 膵 Solid Pseudopapillary Neoplasm 3切除症例の検討

大阪赤十字病院 外科 西 川 裕 太

A08 上行大動脈血管置換術後3か月で膵IPMN HRSに対してロボット支援下膵体尾部切除を施行した一例

大阪大学 消化器外科 室谷昌俊

A09 膵内副脾に発生した膵類上皮嚢胞に対し腹腔鏡下脾温存膵体尾部切除術を施行した一例

大阪市立大学 肝胆膵外科 藤岡美里

A10 膵頭十二指腸切除後の門脈閉塞に伴う空腸静脈瘤に対し門脈ステントを挿入した1例

大阪市立大学 肝胆膵外科 松岡浩平

教育講演 1 (10:20~11:20)

「周術期感染管理の基本」

座長：滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科 教授 谷 眞 至

演者：大阪市立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学講座 病院教授 久保正二

ランチョンセミナー 1 (12:00~13:00) A会場

テーマ：私のこだわり！内視鏡デバイスはこう使う

座長：兵庫医科大学 消化器外科学講座 下部消化管外科 池田正孝

演者1：大阪医科薬科大学 一般・消化器外科 濱元宏喜

「Harmonic® 1100を用いた腹腔鏡下大腸手術 ～結腸右半切除の4つのポイント～」

演者2：近畿大学医学部 下部消化管外科 岩本哲好

「結腸体腔内再建！自動縫合器の取り回し！安全な手技のご提案」

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

午 後 の 部 (13:10~15:20)

大腸 1 (13:10~14:06)

座長 肥田 侯矢

(京都大学医学部附属病院 消化管外科)

中本 貴透

(奈良県立医科大学 消化器・総合外科学教室)

A11 瘻孔を形成した回腸異物 (Bag closure) の 1 切除例 - 異物診断における 3D-CT および肺野条件 CT 像の有用性 -

浅香山病院 外科 好田 匡志

A12 骨盤膿瘍を伴った直腸癌に対して、経直腸的ドレナージ後に根治術を施行した一例

東近江総合医療センター 外科 仁科 勇佑

A13 術前化学放射線療法導入後に治癒切除し得た、Crohn 病に合併した広範囲浸潤を伴う痔瘻癌の 1 例

大阪大学 消化器外科 井上 卓哉

A14 好酸球性腸炎の加療中に発症したイレウスを契機に診断された虫垂 goblet cell adenocarcinoma の 1 例

和歌山県立医科大学 第二外科 中村 健介

A15 FOLFOXIRI 療法により完全奏効を得た局所進行盲腸癌の 1 例

府中病院 外科 浜畑 玲奈

A16 腹腔鏡下横行結腸部分切除後吻合部狭窄から大腸穿孔を発症し緊急手術に至った 1 例

堺市立総合医療センター 初期研修医 矢野 愛華

A17 術前 CT 検査で診断可能であった虫垂粘液囊腫軸捻転の 1 例

公立甲賀病院 外科 山田 茜

A18 術前診断が困難であった直腸原発 low grade fibromyxoid sarcoma の一例

堺市立総合医療センター 大腸肛門外科 山下 央

教育講演 2 (14:20~15:20)

「手術診療における医療安全管理」

座長: 滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科 教授 谷 眞 至

演者: 滋賀医科大学医学部附属病院 医療安全管理部 教授 清水 智 治

B 会 場

午 前 の 部 (9:00~10:55)

十二指腸 (9:00~9:28)

座長 橋本 大輔
(関西医科大学 外科学講座)

飯田 洋也
(滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科)

- B01 肝硬変患者の十二指腸穿孔に対して透視下経皮的腹腔ドレナージ術が著効した一例
多根総合病院 外科 山本 匠
- B02 腹腔鏡下に摘出した十二指腸下行脚異物(歯ブラシ)の1例
南奈良総合医療センター 外科 曾我 真弘
- B03 十二指腸穿孔、汎発性腹膜炎術後の真菌性多発腹腔内膿瘍に対して再手術で救命し得た一例
兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科 萱野 真史
- B04 切除不能十二指腸癌に対しコンバージョン手術を施行した一例
和歌山県立医科大学 第2外科 佐藤 公俊

肝臓・脾臓 (9:33~10:15)

座長 瀬尾 智
(京都大学医学部付属病院 肝胆膵・移植外科)

上野 昌樹
(和歌山県立医科大学 外科学第2講座 消化器外科・小児科・内分泌外科・内視鏡外科)

- B05 術前・術後の病理診断に齟齬が生じた自己免疫性肝炎-原発性硬化性胆管炎オーバーラップ症候群の一例
京都大学 肝胆膵・移植外科 大森 千穂
- B06 paracaval portion に発生した十二指腸 GIST 単発肝転移に対し、NAC 後に切除した1例
済生会中和病院 外科 吉川 千尋
- B07 右房内腫瘍栓を伴う肝細胞癌に対して体外循環併用下に肝切除および腫瘍栓摘出術を施行した1例
大阪市立大学 肝胆膵外科 三浦 拓也

B08 難治性腹水を伴う肝切除後腹壁癒痕ヘルニアに対して前外側大腿皮弁で再建した1例
和歌山県立医科大学 第2外科 吉村 知 絃

B09 虫垂癌の粘液癌成分が脾転移をきたした1例
明和病院 外科 生田 理 紗

B10 肝硬変患者の脾損傷による出血性ショックに対して緊急手術にて救命に至った一例
兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科 大澤 悠 樹

乳腺 (10:20~10:55)

座長 河合 由紀
(淀川キリスト教病院 乳腺外科)

川口 展子
(京都大学医学部附属病院 乳腺外科)

B11 術前化学療法後、HER2発現のみられた残存微小乳癌の一切除例
野崎徳洲会病院 外科 安次富 駿 介

B12 乳房切除後の皮下に生じ局所再発と鑑別を要した外傷性神経腫の1例
市立豊中病院 外科 小川 紗 慧

B13 ATM (*ataxia-telangiectasia mutated*) に病的バリエントを認めた遺伝性乳癌の一例
京都大学医学部附属病院 服部 響 子

B14 遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断され対側リスク低減乳房切除術後に前癌病変を認めた1例
京都大学 乳腺外科 岩野 由 季

B15 内分泌療法を施行し救命し得た乳癌骨髄癌腫症の一例
近大奈良病院 乳腺外科 金泉 博 文

ランチオンセミナー 2 (12:00~13:00) B会場

「進行大腸癌治療の温故知新」

座長: 京都岡本記念病院 副院長/消化器外科 主任部長 清水 義 博

演者: 京都大学大学院医学研究科 リアルワールドデータ研究開発講座 特定教授 松本 繁 巳

共催: 中外製薬株式会社

午 後 の 部 (13:10~14:39)

大腸 2 (13:10~13:52)

座長 吉岡 康多

(近畿大学医学部外科学教室 下部消化管部門)

三宅 亨

(滋賀医科大学外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科)

- B16 化学放射線療法後に根治切除しえた直腸扁平上皮癌の1例
大阪大学 消化器外科 大崎 真央
- B17 肛門扁平上皮癌原発の転移性小腸腫瘍により腸閉塞を呈した1例
和歌山県立医科大学 第2外科 竹本 典生
- B18 肛門外脱出を伴う腸重積症により発見されたS状結腸癌の一例
八尾市立病院 中野 大哉
- B19 繰り返す腸閉塞を来した腸間膜静脈硬化症に対して、腹腔鏡下結腸切除術を施行した一例
天理よろづ相談所病院 山中 良輔
- B20 急性虫垂炎様症状を呈し虫垂腫瘍との鑑別を要した虫垂子宮内膜症の1例
暁生会脳神経外科病院 外科 津留 俊昭
- B21 巨大横行結腸癌、左腎浸潤、傍大動脈リンパ節転移に対し化学療法を行いコンバージョン手術施行しえた1例
宇治徳洲会病院 外科 大森 敦仁

小腸 2 (13:57~14:39)

座長 長谷川 寛

(神戸大学大学院医学研究科 外科学講座 食道胃腸外科学分野)

井関 康仁

(大阪市立大学大学院外科学講座 消化器外科学)

- B22 ICG 蛍光法によりリンパ節郭清範囲を決定した空腸癌の1例
府中病院 医師研修センター 菅原 森矢
- B23 胃石イレウスに対し保存療法後に腹腔鏡下切石術を施行した一例
京都中部総合医療センター 外科 田中 理穂
- B24 管外発育型 GIST と人工肛門が反復性腸閉塞を引き起こした症例
JCHO 滋賀病院 研修医 谷 陽良

B25 虚血性小腸炎の1例

生長会府中病院 臨床研修センター 田端 秀 崇

B26 多発の悪性腫瘍を認め、IgG4関連疾患準確信群と診断された硬化性腸間膜炎の一例

堺市立総合医療センター 診療局 佐野 友 規

B27 術前に内視鏡診断に成功した単形成上皮向性腸管T細胞リンパ腫（MEITL）の一例

岸和田徳洲会病院 北野 友里絵

C 会 場

午 前 の 部 (9:00~10:29)

腹壁・ヘルニア 1 (9:00~9:42)

座長 村上耕一郎

(啜生会脳神経外科病院 外科)

赤堀 浩也

(東近江総合医療センター 外科)

C01 病的肥満症を伴う巨大腹壁癒痕ヘルニアに対し intraperitoneal mesh bridging で修復した1手術例

箕面市立病院 卒後臨床研修センター 清水 秀一

C02 子宮内膜症を伴った両側 Nuck 管水腫の1例

大津赤十字病院 外科 浅川 信平

C03 前立腺手術後に発症した鼠径ヘルニアに対して TAPP を施行した1例

石切生喜病院 外科 杉岡 和哉

C04 再発上腰ヘルニアに対して腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した1例

済生会中津病院 外科 西谷 太助

C05 絞扼性腸閉塞を合併した小腸型 Chilaiditi 症候群の1例

淡海医療センター 消化器外科 塩見 一徳

C06 巨大後腹膜脂肪肉腫の一例

県立淡路医療センター 外科 消化器外科 増田 蒼

腹壁・ヘルニア 2 (9:47~10:29)

座長 三吉 範克

(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)

安 炳九

(淡海医療センター 消化器外科・腹膜播種センター)

C07 大腸癌術後に再発肝転移と共に PET-CT 陽性となった Braun 腫瘍の一例

和歌山県立医科大学 外科学第二講座 松本 恭平

- C08 腹直筋鞘前葉反転法にて修復した腹壁癒痕ヘルニアの2症例
 啜生会脳神経外科病院 外科 村 上 耕一郎
- C09 上腰ヘルニア嵌頓に対し、手動的整復後、待機的に腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した1例
 京都市立病院 塩 見 慶
- C10 結腸間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスに対し腹腔鏡下に整復術を施行した1例
 大和高田市立病院 外科 吉 川 大 貴
- C11 当科における腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術後続発性会陰ヘルニアにおける術式の検討
 和歌山県立医科大学 第2外科 兵 貴 彦
- C12 腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術後に発生した絞扼性腸閉塞の1例
 明石市立市民病院 外科 小 泉 範 明

ランチオンセミナー 3 (12:00~13:00) C会場

「腹腔鏡下肝切除術～高難度症例におけるピットフォール～」

座長：大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科 金 沢 景 繁

演者 1：和歌山県立医科大学 外科学第2講座 上 野 昌 樹

演者 2：滋賀医科大学 外科学講座（消化器・乳腺・小児・一般外科） 飯 田 洋 也

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

午 後 の 部 (13:10~14:25)

食道・胃 (13:10~13:45)

座長 松本 壮平

(奈良県立医科大学 消化器・総合外科学教室)

加藤 寛章

(近畿大学医学部外科学教室 上部消化管部門)

- C13 当科における食道癌根治術後腸瘻関連腸閉塞の検討
和歌山県立医科大学 第2外科 中井 智暉
- C14 再建経路による胸部食道癌根治術後の栄養状態の比較
大阪大学 消化器外科 林 理絵
- C15 出血性ショックを伴う食道破裂に対して二期的手術を行い救命しえた一例
大阪医科大学 一般・消化器外科 堀口 晃平
- C16 胃全摘術後7年で食道空腸吻合部縦隔内逸脱により通過障害をきたした1例
滋賀医科大学外科学講座 消化器・小児・乳腺・一般外科 高尾 浩司
- C17 胃軸捻転症に対して腹腔鏡下胃固定術を施行した一例
医学研究所北野病院 消化器外科 久野 晃路

胃 (13:50~14:25)

座長 小松 周平

(京都第一赤十字病院 消化器外科・肝胆膵外科)

小菅 敏幸

(済生会滋賀県病院 外科)

- C18 胃軸捻転に急性膵炎を合併した1例
大手前病院 外科 久津見 整
- C19 Nivolumab療法後に多発肝転移がCRとなり Conversion手術が可能となった進行胃癌の1例
大阪大学 消化器外科 乾 元晴
- C20 術式決定に苦慮し腹腔鏡下膵体尾部合併切除術を施行した胃GISTの1例
和歌山県立医科大学 第二外科 永野 翔太郎
- C21 当科における da Vinci 導入から4年目の現状
兵庫医科大学 上部消化管外科 石田 善敬

C22 上腸間膜動脈血栓症を契機に発見され、術前補助化学療法が奏功した傍大動脈リンパ節転移を伴う高度進行胃癌の1例

春秋会城山病院 消化器センター 飯田 亮

D 会 場

午 前 の 部 (9:00~11:28)

小腸 1 (9:00~9:42)

座長 有田 智洋

(京都府立医科大学 外科学教室 消化器外科学部門)

岩本 哲好

(近畿大学医学部 外科学教室 下部消化管部門)

- D01 腸切除で確定診断を得た小腸 MALT リンパ腫の1例
大阪府済生会千里病院 消化器外科 深 山 大 樹
- D02 術前 CT で診断し得た Meckel 憩室穿孔の一例
堺市立総合医療センター 外科 古 橋 侑 輔
- D03 繰り返す再発に対し複数回切除し得た小腸平滑筋肉腫の1例
大津赤十字病院 外科 高 理 奈
- D04 保存的加療にて軽快した無症候性縦隔気腫・腸管気腫症の1例
三田市民病院 小 中 龍之介
- D05 乳癌小腸転移の1例
長浜赤十字病院 外科 三 中 淳 史
- D06 胃石嵌頓による小腸閉塞に対して経イレウス管的コーラ溶解療法が奏功した一例
天理よろづ相談所病院 消化器外科 岩 崎 雄 太

心・血管 (9:47~10:22)

座長 畔柳 智司

(岸和田徳洲会病院 心臓血管外科)

高島 範之

(滋賀医科大学 外科学講座 心臓血管外科)

- D07 急性大動脈解離術後遠隔期中枢側吻合部仮性瘤による Critical Cerebral Malperfusion
を来した1例
石切生喜病院 心臓血管外科 福 田 帝

- D08 成人期に診断された右室二腔症に対して人工血管パッチによる右室形成術を施行した一例
岸和田徳洲会病院 心臓血管外科 橋本和也
- D09 腹部大動脈ステントグラフト内挿術後に腸腰筋膿瘍に伴うステントグラフト感染をきたし開腹人工血管置換術を施行した一例
岸和田徳洲会病院 心臓血管外科 奥田進太郎
- D10 皮下植込み型 CV ポートカテーテルの断裂に対しての摘出の工夫
野崎徳洲会病院 臨床研修センター 大久保海周
- D11 急性心筋梗塞による院内心停止蘇生後に急性上腸間膜動脈閉塞症と診断され血栓除去術により救命に成功した1例
紀南病院 弘中裕士

縦隔・肺 (10:27~11:23)

座長 賀来 良輔

(滋賀医科大学 呼吸器外科)

齊藤 朋人

(関西医科大学 呼吸器外科学講座)

- D12 縦隔鏡下に摘出した副甲状腺腺腫の1例
大阪市立大学大学院 消化器外科 遠藤秀生
- D13 後縦隔ミューラー管嚢胞の一切除例
市立豊中病院 教育研修センター 西原弘将
- D14 左腕頭静脈の発達異常と左上大静脈遺残を伴った前縦隔腫瘍の一切除例
滋賀医科大学 呼吸器外科 渡邊敦子
- D15 右肺部分切除後3年にわたり増大傾向を有した後縦隔の Chronic Expanding Hematoma (CEH) の1切除症例
大阪医科薬科大学 胸部外科学教室 進藤友喜
- D16 前医で気胸と診断され胸腔ドレーンを挿入されていた巨大肺嚢胞の1手術例
関西医科大学 卒後臨床研修センター 田中里奈
- D17 左内胸動脈グラフトによる冠動脈バイパス術後の患者に胸腔鏡下左上葉切除術を施行した1例
箕面市立病院 外科 松田峻佑

- D18 大腸癌の胸壁播種と肺転移を同時に切除した1例
大阪市立大学 呼吸器外科 佐々木 航
- D19 肺結節状アミロイドーシスを合併した肺 MALT リンパ腫の一治療例
京都医療センター 呼吸器外科 余 田 誠

午 後 の 部 (13:10~14:25)

小児 (13:10~13:38)

座長 坂井 幸子

(滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科)

木村 拓也

(八尾徳洲会病院 小児外科)

D20 3歳男児の異所性胸腺の一例

八尾徳洲会総合病院 小児外科 植田 圭 祐

D21 小児精巣捻転において術中 ICG 蛍光法を用いて血流評価を行った1例

八尾徳洲会総合病院 白崎 祐 美

D22 両側腹腔内精巣に対する Shehata 法: 症例報告

関西医科大学 小児外科 藤 東 温 子

D23 小腸間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞の1例

宇治徳洲会病院 小児外科 武内 悠 馬

腹壁・後腹膜 (13:43~14:25)

座長 早田 敬治

(和歌山県立医科大学 外科学第2講座 消化器外科・小児科・内分泌外科・内視鏡外科)

平井健次郎

(市立大津市民病院 外科・消化器外科)

D24 後腹膜脂肪肉腫の1剖検例

野崎徳洲会病院 総合診療科 土佐 明 誠

D25 術前診断しえた aggressive angiomyxoma の1例

大阪市立総合医療センター 消化器外科 岡 嶋 恵 生

D26 内視鏡検査によって診断しえた、成熟嚢胞性奇形腫 S 状結腸穿通の一例

明石医療センター 外科 口分田 啓

D27 腸管皮膚瘻に対して局所陰圧閉鎖療法で改善した1例

城山病院 消化器外科センター 外科 千 福 貞 勝

D28 術前に診断しえた成人腸回転異常症に発症した急性虫垂炎の1例

ベルランド総合病院 外科 福 尾 飛 翔

D29 腹腔鏡下に摘出した後腹膜原発粘液性嚢胞腺腫の1例

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科 中 村 浩 之

一 般 演 題
抄 錄

A01

胆嚢捻転症に気腫性胆嚢炎を合併した 1 例

¹公立宍粟総合病院 外科²公立宍粟総合病院 放射線科池内真弥¹、中島幸一¹、藤澤亮裕¹、東野展英¹、佐竹信祐¹、山崎良定¹、鈴木靖史²

我々は比較的稀である胆嚢捻転症に気腫性胆嚢炎を合併した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は93歳女性。前医から急性胆嚢炎の疑いで当院へ救急搬送となった。来院時、腹部は板状硬、全体に強い圧痛を認め、CTで胆嚢腫大、壁内にガス像を呈していたことから気腫性胆嚢炎と診断し緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。胆嚢は高度に緊満し暗赤色となっていた為穿刺吸引を行ったところ、体部の間膜と胆嚢管で360度捻転していた。捻転解除後は定型的に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後経過は良好で第8病日に軽快退院した。胆嚢捻転症と気腫性胆嚢炎はそれぞれ成因から画像的特徴があり術前診断が可能であるが、気腫性胆嚢炎を合併した胆嚢捻転症では、胆嚢壊死にガス産生菌感染を併発しており、全身状態を評価の上、早急な治療介入が必要である。

A03

固有肝動脈浸潤を伴うリンパ節転移を示した肝内胆管癌に対して術前化学療法が奏功し根治切除し得た 1 例

大阪大学大学院 消化器外科

的羽大二朗、山田大作、小林省吾、佐々木一樹、岩上佳史、富丸慶人、野田剛広、高橋秀典、土岐祐一郎、江口英利

肝内胆管癌リンパ節転移陽性例は予後不良であり、肝動脈への浸潤を伴う症例では切除不能となる場合も多い。今回、固有肝動脈浸潤を伴うリンパ節転移のある肝内胆管癌に対して術前治療が奏功し、根治切除が可能であった症例を経験したので報告する。症例は57歳、男性。肝機能障害にて前医受診。腹部CTにて左肝管第2分枝付近を中心に末梢の胆管拡張を伴う2cm大腫瘍及び固有肝動脈と広く接する肝門部リンパ節腫大を認めた。切除不能中枢型肝内胆管癌と診断され、GCS療法を7クール施行後、手術可能性について当科紹介受診となった。抗癌剤治療後の評価画像では、新規病変の出現無く、主腫瘍の縮小は認めないもののリンパ節の縮小を認めており、抗癌剤治療は有効と考え手術の予定とした。手術は肝拡大左葉尾状葉切除、肝外胆管切除・胆道再建術を行った。固有肝動脈からは遺残無くリンパ節が剥離でき、根治切除が可能であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

A02

右肝円索に伴う左側胆嚢胆石症に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術を行った一例

景岳会 南大阪病院 消化器外科

逸見冴子、瀧井麻美子、多田隆馬、嶋田泰尚、形部 憲、山田正法、眞弓勝志、大嶋 勉、竹村雅至、藤尾長久

症例は58歳男性。進行胃体上部癌に対し、腹腔鏡下胃全摘術後1年3ヶ月後の腹部超音波検査にて多発胆石症を指摘され手術の方針となった。腹部造影CTにて門脈臍部より右枝が分岐し、肝臓左葉に胆嚢が付着していた。MRCPでは胆嚢管は総胆管下部左側より分岐し総胆管と並行に走行していた。左側胆嚢症と診断し、腹腔鏡下胆嚢摘出術（LC）を施行した。当科では通常の4ポート法にてLCを行っているが、本例では術者操作右ポートを肝円索の左側に挿入した。胆嚢は底部から剥離を先行し、頸部の視野を向上させた。Calot三角は背側からの剥離を中心に行うことで胆嚢管、胆嚢動脈の同定が容易であった。

左側胆嚢症は肝円索の左側に位置し肝臓左葉に胆嚢床が存在する稀な先天性の位置異常であり、胆嚢管合流部異常の報告も散見される。本症に対して安全に手術を実施するためには術前の解剖を十分に把握し、操作ポート位置の工夫と慎重な剥離操作を行うことが重要である。

A04

膵癌、胃癌、横行結腸癌の同時性3重複癌の1例

石切生喜病院 外科

山口大輝、宮下正寛、杉岡和哉、佐野智弥、菰田あすか、川口貴士、西村潤也、野沢彰紀、渡辺千絵、大河昌人、西川正博、上西崇弘

症例は70歳代、男性。近医で施行した腹部エコー検査で膵腫瘍が指摘され当科に紹介された。造影CT像上、臍体尾部に造影されない15mm大の腫瘍性病変が認められ、EUS-FNAではclassIIIであった。その際、胃角部大彎側に潰瘍を伴う病変を認め、低分化腺癌と診断された。また、下部内視鏡検査で、腺腫が多発しており、全て切除したが横行結腸の病変がpor、SM2と診断された。血液検査ではCEA、CA19-9、DUPAN-2、Span-1抗原は全て基準値内であった。以上より、膵癌疑い、胃癌、横行結腸癌と術前診断し、開腹下臍体尾部脾合併切除術、幽門側胃切除術、横行結腸切除術を施行した。病理学的に、膵腫瘍は浸潤性膵管癌と診断され、同時性3重複癌であった。術後、膵液瘻に対してドレナージ加療を要したが、術46日目に軽快退院となった。膵癌、胃癌、横行結腸癌の同時性3重複癌というまれな症例を経験したので文献的検索を含め報告する。

A05

術前診断が困難であった膵嚢胞の 1 例

八尾徳洲会総合病院 外科
田邊俊介、八田康佑、小池廣人、河島茉澄、
大田修平、松岡伸英、井上雅文、木村拓也

60歳女性。約1年前から左上腹部に違和感があり X 年9月に近医を受診した。腹部超音波検査にて左上腹部に6cm大の嚢胞を指摘され、膵嚢胞疑いにて当科紹介受診となった。腹部造影 CT 検査および MRCP 検査にて 7.7cm×5.5cm 大の嚢胞性病変を左上腹部に認めたが、原発巣は明らかではなかった。膵嚢胞、大網嚢胞、腸管膜嚢胞が鑑別に挙げられ、有症状であったため切除の可能性も含め審査腹腔鏡を行う方針とした。腹腔鏡下にて嚢胞を全周性に剥離し膵組織から嚢胞が発生していることを確認した。膵嚢胞と診断し、腹腔鏡下膵体尾部切除術を行った。術後病理診断にて膵由来の retention cyst と診断した。今回我々は、術前診断が困難であったが、審査腹腔鏡を行うことにより診断し、低侵襲治療をし得た膵嚢胞の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

A07

膵 Solid Pseudopapillary Neoplasm 3切除症例の検討

大阪赤十字病院 外科
西川裕太、濱口雄平、桂 隆介、塚崎翔太、
烏山拓馬、山下徳之、上畑恭平、大西竜平、
坂口正純、八木大介、稲本 将、細木久裕、
野村明成、中島研郎、山之口賢、森 章、
金谷誠一郎、坂井義治

膵 Solid Pseudopapillary Neoplasm (SPN) は若年女性の膵体尾部に好発し、膵腫瘍の1~3%を占める比較的稀な腫瘍である。嚢胞や石灰化といった特徴的な画像所見を呈するが、時に他の膵腫瘍との鑑別が困難で術前診断に苦慮することも多い。一般的に低悪性度腫瘍とされ外科的切除にて良好な予後が得られるが、経過中の遠隔転移再発や局所再発の報告も散見される。対象は当院で過去3年間に外科的切除を行った SPN3例。1例は心窩部痛の症状があり、手術時年齢は34歳・35歳・49歳といずれも若年女性であった。2例で術前に FNA を行い、免疫学的検査にて SPN の診断に至った。切除術式は腹腔鏡下膵体尾部切除術が2例、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術が1例であった。術後観察期間中央値21か月(1~23)で全例無再発生存中である。膵 SPN では各種画像検査に FNA を組み合わせることは術前診断の一助となり、その上で外科的切除を行うことが妥当であると考えられた。

A06

膵全摘術後の門脈閉塞に対し門脈ステント留置術を行なった一例

県立淡路医療センター 外科 消化器外科
北野瑠璃子、宮本勝文、東川純子、雑賀柁哉、
楠原達樹、雑賀裕士、吉岡佑太、服部賢司、
中川暁雄、町田智彦、高橋応典、高橋 晃、
大石達郎、鈴木康之

膵癌や胆道癌による門脈狭窄に対する有効な治療法として門脈ステントが挙げられる。今回我々は膵全摘後の門脈閉塞に対して門脈ステントが奏功した一例を経験した。症例は79歳女性で、膵全体癌に対して膵全摘および門脈合併切除(胆管空腸吻合・胃空腸吻合・門脈再建)を施行し、術後46日目に軽快退院した。退院後1ヶ月で意識障害を主訴に外来受診し肝性脳症の疑いで入院となった。腹部 CT を施行したところ門脈本管は完全閉塞しており側副路発達は認めなかった。開腹にて門脈ステントを留置しウロナーゼで血栓溶解を行なった。翌日から抗凝固療法を開始したが、術前より門脈閉塞による肝機能障害と凝固機能の低下を認めヘパリンの調整と輸血で凝固能のコントロールを行なった。ステント留置後は定期的にはエコーを行ったが血流は良好で肝機能も徐々に回復した。門脈ステント留置については依然標準的な適応は定められておらず、文献的考察を含めて報告する。

A08

上行大動脈血管置換術後3か月で膵 IPMN HRS に対してロボット支援下膵体尾部切除を施行した一例

大阪大学 消化器外科
室谷昌俊、佐々木一樹、岩上佳史、山田大作、
富丸慶人、野田剛広、高橋秀典、小林省吾、
江口英利

【はじめに】2020年の診療報酬改定でロボット支援下膵切除が保険適応となり、広く行われ始めたが、大動脈解離等大血管病変を伴う状況下でのロボット支援下膵切除の安全性・有効性や、二期的に手術する場合の手術間隔はまだ明確な基準はない。大動脈解離に対し人工血管置換後、膵 IPMN HRS に対してロボット支援下膵体尾部切除を行った症例を経験したので報告する。【症例】64歳男性。StanfordB型大動脈解離術前の CT で膵尾部に28mmの膵嚢胞を指摘された。大動脈解離に対して上行大動脈人工血管置換術、頸部3分枝再建、2nd TEVAR 施行された後当科紹介となった。EUSで膵尾部に造影効果を伴う25mm大の嚢胞性病変を認め、膵尾部 IPMN HRS と診断し、ロボット支援下膵体尾部切除を施行した。手術時間は488分で出血少量であった。術後は膵液ろうを含め大きな合併症なく、術後20日目に退院した。【結語】大動脈解離術後のロボット支援下膵切除術は安全に施行可能であった。

A09

膵内副脾に発生した膵類上皮嚢胞に対し腹腔鏡下脾温存膵体尾部切除術を施行した一例

大阪市立大学 肝胆膵外科

藤岡美里、田内 潤、木村健二郎、谷 直樹、
岡田拓真、白井大介、江口真平、木下正彦、
西尾康平、新川寛二、大平 豪、天野良亮、
田中肖吾、竹村茂一、久保正二

症例は33歳、女性。健診時の腹部エコー検査において膵尾部の嚢胞性腫瘍が指摘された。CT 検査では充実成分を伴わない径6cm 大の単胞性嚢胞性腫瘍が認められ、CA19-9 値は259U/ml、SPan-1 値は51.4U/mL と上昇していた。膵リンパ上皮嚢胞との診断のもとに経過観察されていたが、腫瘍マーカーの緩徐な上昇傾向が認められ、悪性の可能性が否定できなかったため、腹腔鏡下脾温存膵体尾部切除術を施行した。病理組織学的には、線維性の扁平上皮に裏打ちされた嚢胞性腫瘍の周囲に異所性膵と考えられる CD8 陽性となる類洞様血管が認められたため、膵内副脾から発生した類上皮嚢胞と診断された。膵内副脾から発生した膵類上皮嚢胞は比較的稀な良性腫瘍であるが、診断のために切除がしばしば必要となる。悪性腫瘍合併の報告はないため、画像診断において本疾患が強く疑われる場合、本例のように機能温存手術が治療の一選択肢となり得ると考えられた。

A11

瘻孔を形成した回腸異物 (Bag closure) の 1 切除例 - 異物診断における 3D-CT および肺野条件 CT 像の有用性 -

浅香山病院 外科

好田匡志、松谷慎治、佐竹應登、西澤 聡、
坂田親治、徳原太豪

【はじめに】 Bag closure (以下 BC) は食パン袋用のプラスチック製の板状の留め具である。

【症例】 39歳、男性。精神遅滞あり。血便を認め当科を受診。腹部 CT/3D 画像で小腸内に BC 形の石灰化を認め、腹腔鏡下に回腸部分切除を施行した。切除標本にて BC 内に回腸が全層性に挟まれ、病理学的に同部に瘻孔形成を認めた。BC の周囲には石灰化を認めた。

【考察】 BC は内側に角があり、誤飲すると腸蠕動に伴い腸管壁全層を挟むことがあり、腸管穿孔、瘻孔形成、出血、腸閉塞等の報告例がある。本例では異物周囲の石灰化のため術前の 3D-CT にて BC と診断しえた。ただし一般的なポリスチレン製の BC の CT 値は約-150HU であり、我々の検証において腹部条件 CT 像での検出は不可能であったが、肺野条件 CT 像では読影しえた。異物誤飲を疑う際は、肺野条件での CT 読影も診断の一助になりえる。

【まとめ】 3D-CT にて診断可能であった Bag closure による回腸異物の 1 例を経験した。

A10

膵頭十二指腸切除後の門脈閉塞に伴う空腸静脈瘤に対し門脈ステントを挿入した 1 例

大阪市立大学 肝胆膵外科

松岡浩平、木村健二郎、田内 潤、江口真平、
白井大介、谷 直樹、岡田拓真、木下正彦、
西尾康平、新川寛二、大平 豪、田中肖吾、
天野良亮、竹村茂一、久保正二

症例は66歳、男性。膵頭部癌に対し膵頭十二指腸切除、門脈合併切除再建術を施行した。術後15日目に膝液漏に起因する腹腔内出血を認め、出血源の総肝動脈にステントグラフトを挿入し、術後35日目に軽快退院となった。術2か月半後に下血を認め、消化管内視鏡検査では出血源を認めず、出血シンチグラフィで胆管空腸吻合部周囲から出血を認めた。経動脈性門脈造影検査で門脈閉塞および挙上空腸静脈瘤を認め、同静脈瘤からの出血と考えられた。経皮経肝門脈穿刺下の門脈造影検査で、門脈閉塞及び求肝性側副路として挙上空腸静脈瘤の形成を認め、門脈ステントを挿入し静脈瘤に対しコイル塞栓術を施行した。以後下血は消退し、血管内治療後16日目に軽快退院となった。膵頭十二指腸切除術後の門脈閉塞は癌終末期にも生じうるが、本症例は術後比較的早期に発生した事例であり、手術手技及び術後膝液漏による炎症が門脈閉塞の原因として考えられた。

A12

骨盤膿瘍を伴った直腸癌に対して、経直腸的ドレナージ後に根治術を施行した一例

¹東近江総合医療センター 外科

²東近江総合医療センター 救急科

仁科勇佑¹、太田裕之¹、寺田好考¹、赤堀浩也¹、
北村直美²、日片英治¹

症例は53歳男性。臀部痛を自覚、症状は徐々に増悪傾向であった。症状を自覚してから5ヶ月後に近医を受診、直腸診後に著明な疼痛の増悪を認め、当院紹介となった。腹部 CT 検査で直腸壁肥厚及び周囲に膿瘍形成を認めた。直腸癌穿孔による膿瘍形成が疑われ、同日に緊急で脊椎麻酔下に下部消化管内視鏡検査を施行した所、直腸 RS に亜全周性に 2 型腫瘍を認めた。腫瘍の肛門側腹側に膿瘍による壁外性の圧排が強い部位を認め、直視下に同部位を切開し排膿ドレナージを施行した。その後、速やかに炎症所見は改善を認め、ドレナージから1ヶ月半後に腹腔鏡下ハルトマン手術を施行し、術後7日目に退院となった。今回我々は直腸周囲膿瘍を来した直腸癌に対して、経直腸的にドレナージを行い、感染をコントロールした後に合併症なく根治術を施行できた一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

A13

術前化学放射線療法導入後に治癒切除し得た、Crohn 病に合併した広範囲浸潤を伴う痔瘻癌の 1 例

¹大阪大学 消化器外科

²大阪警察病院 消化器外科

井上卓哉¹、関戸悠紀¹、荻野崇之¹、波多 豪¹、三吉範克¹、高橋秀和¹、植村 守¹、水島恒和^{1,2}、土岐祐一郎¹、江口英利¹

Crohn 病の経過中に指摘された広範囲浸潤を伴う痔瘻癌に対し、術前化学放射線療法導入後に治癒切除し得た 1 例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は 49 歳男性。25 歳時に Crohn 病（小腸大腸型）と診断され、44 歳時には痔瘻と肛門周囲膿瘍を指摘されていた。腹痛、下痢を主訴に当科を紹介受診され、CT にて骨盤部腫瘤による肛門狭窄を指摘された。生検にて粘液癌を認め、MRI にて前立腺、精嚢、肛門挙筋、左内閉鎖筋への浸潤を疑われ、痔瘻癌 cT4N0M0 cStageIIIB と診断し、腹腔鏡下 S 状結腸人工肛門造設術を施行後、化学放射線療法（CapeOX、50.4Gy/28fr）を導入した。治療効果判定は SD であり、痔瘻癌 ycT4N0M0 ycStageIIIB に対し、腹腔鏡下骨盤内蔵全摘術、結腸導管、広範囲会陰切除、両側大殿筋皮弁再建、右腹直筋皮弁骨盤腔充填を施行した。病理所見で癌遺残は R0 で、組織学的治療効果は Grade2 であった。術後 42 日目に退院し、現在外来にて経過観察中である。

A15

FOLFOXIRI 療法により完全奏効を得た局所進行盲腸癌の 1 例

府中病院 外科

浜畑玲奈、内間恭武、西川真理子、田中裕人、西岡孝芳、奥野倫久、王 恩、平川俊基、平田啓一郎、山添定明、山片重人

57 歳男性。主訴は、腹痛、下痢、嘔吐、体重減少。来院時の腹部超音波検査・腹部造影 CT 検査で盲腸癌所属リンパ節転移、腫瘍によるイレウスを認めた。同日、大腸内視鏡検査を施行し、盲腸癌肉眼型 5 型（低分化腺癌）狭窄に対してステントを留置。入院後 20 日目に手術を施行、盲腸癌後腹膜浸潤を認め切除不能と判断した。盲腸癌 sT4b（後腹膜）sN3 sP0 sM0 sStageIIIC、RAS 遺伝子野生型、BRAF 遺伝子野生型に対して入院後 28 日目から FOLFOXIRI 療法を計 5 コース施行した。化学療法開始 3 ヶ月後の腹部 CT 検査は、盲腸癌・転移リンパ節に著明な縮小を認めた（PR）。回盲部切除術（D3 郭清）を施行し、盲腸癌は右精巣静脈の腫瘍浸潤が疑われ合併切除した。病理組織検査は、盲腸癌化学療法後 pCR（Grade3）、pN0 と診断された。現在も無再発で経過観察中である。切除不能盲腸癌に対して FOLFOXIRI 療法により CR が得られ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。

A14

好酸球性腸炎の加療中に発症したイレウスを契機に診断された虫垂 goblet cell adenocarcinoma の 1 例

和歌山県立医科大学 第二外科

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

症例は 74 歳男性。2020 年 12 月に便通異常を主訴に前医を受診され、好酸球性腸炎の診断で 2021 年 2 月からステロイド内服を開始された。その後も明らかな改善は認めず、4 月にイレウスを発症、当院消化器内科に入院となった。入院時の CT 検査で回腸末端から口側腸管の狭窄を認めていたが、下部消化管内視鏡検査では回腸末端に明らかな狭窄を認めず、虫垂開口部の腫大を認めた。同部位から生検を施行したところ、虫垂 goblet cell adenocarcinoma の診断であったため、手術加療の方針となった。7 月に腹腔鏡下回盲部切除術を施行し、前立腺癌に対するロボット支援下腹腔鏡下前立腺全摘術も同時に施行された。経過は良好で、術後 13 日目に退院された。カルチノイドと腺癌の両方の性質を有し、術前診断や早期発見が難しい非常に稀な疾患である虫垂 goblet cell adenocarcinoma の 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

A16

腹腔鏡下横行結腸部分切除後吻合部狭窄から大腸穿孔を発症し緊急手術に至った 1 例

¹堺市立総合医療センター 初期研修医

²堺市立総合医療センター 消化器外科

矢野愛華¹、三宅祐一朗²、牛丸裕貴²、北川彰洋²、大原信福²、前田 栄²、川端良平²、中平 伸²、中田 健²、西川和宏²、宮本敦史²

症例、82 歳男性。内視鏡的摘除困難な横行結腸巨大腺腫に対し腹腔鏡下横行結腸部分切除術を施行。経過良好で術 8 日目に退院した。術 12 日目に腹痛で受診し、吻合部狭窄による閉塞性腸炎の診断で緊急入院となった。保存加療にて改善傾向であったが、術 18 日目の朝から発熱、夕には腹痛の増強あり、CT にて free air を認めた。穿孔性腹膜炎の診断で緊急開腹手術を施行、拡張した盲腸に 1cm 大の穿孔を認めた。腹腔内洗浄ドレナージ、回腸末端から吻合部を含め腸管を切除した。術後 SSI を合併したが、概ね良好な経過を辿り、緊急手術後 23 日目に退院した。切除標本では吻合部腸管に虚血や狭窄はなく、病理組織にて吻合部周囲脂肪組織の炎症性癭痕を認め、この収縮機転により腸管が狭窄したと考えられた。吻合部狭窄は術後合併症の一つだが、腸穿孔を来すことは珍しく、本症例はその原因を病理学的に検討出来た貴重な一症例と考えられた為、文献的考察を加えて報告する。

A17

術前 CT 検査で診断可能であった虫垂粘液嚢腫軸捻転の1例

公立甲賀病院 外科
山田 茜、吉田 祐、吉村昂平、岡田俊裕、
中右雅之、池田房夫

症例は30歳代の男性で、急激に増悪する下腹部痛を主訴に当院を受診した。身体所見で、下腹部に反跳痛を、血液検査で炎症反応の上昇を認めた。CT 検査では、虫垂は嚢腫状に腫大し、虫垂壁に石灰化を認めたことから虫垂粘液嚢腫と診断した。また、虫垂は根部付近で屈曲し、遠位側では造影効果不良であったことから捻転を疑い、同日、腹腔鏡下に緊急手術を施行した。手術所見では、虫垂は暗紫色に変化していたが、穿孔は認めなかった。根部付近で540度捻転をきたしており、虫垂粘液嚢腫軸捻転と診断し、愛護的に捻転を解除し虫垂切除術を施行した。術後5日目に軽快退院となった。病理組織所見は虫垂粘液嚢腫であった。近年、非穿孔性虫垂炎に対して、保存的治療が選択される機会が増加している。しかし、虫垂軸捻転、特に虫垂粘液嚢腫を原因とする場合は、穿孔性腹膜炎だけでなく腹膜偽粘液腫発症のリスクがあることから、早期の手術加療を考慮すべきである。

B01

肝硬変患者の十二指腸穿孔に対して透視下経皮的腹腔ドレナージ術が著効した一例

¹多根総合病院 外科
²大阪国際がんセンター
山本 匠¹、細田洋平¹、小澤慎太郎¹、林田一真¹、
加藤弘記¹、松井佑起²、廣岡紀文¹、森 琢児¹、
小川 稔¹、小川淳宏¹、西 敏夫¹、上村佳央¹、
丹羽英記¹

【はじめに】肝硬変患者の手術治療は術後肝不全に陥ると有効な治療法がなく、その手術適応には一定の基準がない。今回肝硬変患者に発症した十二指腸穿孔に対して経皮的ドレナージにより改善を認めたと一例について報告する。【症例】60代男性。肝硬変、門脈血栓、難治性腹水があり腹水穿刺のため当院通院していた。呼吸困難を主訴に来院し、血圧89/59mmHg 心拍数113bpm とショックであった。CT 検査で多量の腹腔内遊離ガスを認め、十二指腸穿孔と診断した。手術リスクを考慮して腹腔内ドレナージを施行する方針となった。透視下に腹腔内4箇所ドレーンを留置した。上部消化管内視鏡検査で十二指腸に4cm 大の穿孔部位を認めた。第29病日に上部内視鏡検査で穿孔部の閉鎖を確認し、第41病日軽快退院となった。【結語】肝硬変を合併した十二指腸穿孔に対し透視下経皮的腹腔内ドレナージによる保存的加療により改善した一例について若干の論文的考察を含め報告する。

A18

術前診断が困難であった直腸原発 low grade fibromyxoid sarcoma の一例

堺市立総合医療センター 大腸肛門外科
山下 央、中田 健、大原信福、三宅祐一郎、
牛丸裕貴、北川彰洋、前田 栄、川端良平、
中平 伸、西川和宏、宮本淳史

症例、62歳女性。子宮癌検診の超音波検査で左卵巣腫瘍が疑われ産婦人科を受診。MRI で上部直腸壁に接して約7cm 大の脂肪抑制 T1WI で高信号である腫瘍が指摘された。造影 CT で内部に壊死性病変を伴い辺縁優位に造影される腫瘍性病変であった。大腸内視鏡検査では上部直腸から下部直腸にかけて壁外性の圧排を認めるが粘膜面は正常で腫瘍の露出は認めなかった。鑑別診断として第一に GIST を疑い EUS-FNA を施行したが紡錘細胞癌の病理所見で確定診断には至らなかった。以上より、診断的治療的目で手術摘出を行う方針とした。手術は開腹直腸低位前方切除術を施行した。腹腔内に播種病変は認めず、術後経過は良好で術10日で退院となった。摘出した腫瘍は、LGFMS の病理診断となった。LGFMS は稀な深部軟部組織腫瘍であり、緩徐に増悪する悪性軟部腫瘍である。好発部位は下肢、特に大腿に多く、自験例のように直腸原発の報告は少ないため文献的考察を加えて報告する。

B02

腹腔鏡下に摘出した十二指腸下行脚異物（歯ブラシ）の1例

南奈良総合医療センター 外科
曾我真弘、田仲徹行、切畑屋友希、植田 剛、
吉村 淳

症例は50歳代、男性。知的障害があり施設入所中。発熱のため当院を救急受診し、熱源精査の結果、誤嚥性肺炎の診断となり抗生剤加療となった。その際に腹部 CT 検査で十二指腸下行脚に異物（歯ブラシ）を認めたため同日緊急で上部消化管内視鏡検査を施行するも摘出困難であったため当科紹介受診となった。腹部所見を認めず、内視鏡所見で歯ブラシは変色していたため誤飲から日数が経過していると判断して、誤嚥性肺炎治療後に摘出する方針とした。手術は腹腔鏡下で行い、十二指腸下行脚に嵌頓している歯ブラシを同定した。十二指腸球部は肝臓と強固に癒着していたため下行脚の尾側を切開して摘出した。歯ブラシは15cm の小児用であった。誤飲した歯ブラシの自然排出例は報告されておらず、いずれも内視鏡や開腹手術によって摘出されている。本症例のように腹腔鏡を用いて摘出された報告例は無く、若干の文献的考察を加えて報告する。

B03

十二指腸穿孔、汎発性腹膜炎術後の真菌性多発腹腔内膿瘍に対して再手術で救命し得た一例

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、市川 直、大澤悠樹、
藤原由美子、田島美咲、原田嘉一郎、田村 淳

術後合併症として深在性真菌症の一つである真菌性多発腹腔内膿瘍は稀であるが、一旦発症すると重篤になり易い。今回十二指腸穿孔、汎発性腹膜炎術後の真菌性多発腹腔内膿瘍に対して再手術で救命し得た一例を経験したので、報告する。症例は65歳男性。腹痛と全身脱力感で当院搬送された。十二指腸穿孔、汎発性腹膜炎、敗血症性ショックと診断し、緊急開腹術を行った。十二指腸前壁3cm大の穿孔部位に大網充填し、腹腔内洗浄を行った。術後はメロベネムによる抗菌薬加療を行った。敗血症性ショックからは回復したが、術後6日目に発熱、CRP再上昇、CT上多数の腹腔内膿瘍を認めた。術中採取した感染性腹水からCandida albicansが同定されたため、抗真菌薬加療を行ったが発熱等症状は改善しなかった。複数個所の経皮的ドレナージは困難であり、術後10日目に再開腹術を行った。癒着剥離に難渋したが、白苔を含む多数の膿瘍腔は開放し洗浄し得た。術後48日目転院した。

B05

術前・術後の病理診断に齟齬が生じた自己免疫性肝炎-原発性硬化性胆管炎オーバーラップ症候群の一例

京都大学 肝胆脾・移植外科
大森千穂、加茂直子、穴澤貴行、小山幸法、
政野裕紀、伊藤孝司、秦浩一郎、波多野悦朗

自己免疫性肝疾患では類縁疾患との鑑別が問題となる場合がある。非代償性肝硬変まで進展し鑑別診断に苦慮した一例を経験したので報告する。20代女性。8年前より肥満と肝機能障害を指摘されNASH/NAFLDが疑われた。前医での精査で、抗ミトコンドリア抗体(AMA)陽性と肝生検より自己免疫性肝炎-原発性胆汁性胆管炎(AIH-PBC)と診断され、急速な肝機能の悪化から肝移植目的で紹介。術前AMAは陰性であったがMRCPで原発性硬化性胆管炎(PSC)を示唆する所見に乏しく、AIH-PBCによる非代償性肝硬変として血液型不適合生体肝移植を施行。胆道再建は胆管-胆管吻合で行った。術後9日目に急性拒絶を認めるもステロイドパルスで改善し術後33日目に退院。摘出肝の病理診断はAIH-PSCであった。自己免疫性肝疾患の診断に肝生検は有用であるが、針生検のみでの診断は限界がある。全肝摘出後に病理検索できる肝移植では、術後に病理診断が変更となる可能性も念頭に置く必要がある。

B04

切除不能十二指腸癌に対しコンバージョン手術を施行した一例

和歌山県立医科大学 第2外科
佐藤公俊、北畑裕司、川井 学、廣野誠子、
岡田健一、宮澤基樹、小林良平、本林秀規、
吉村知紘、上野昌樹、速水晋也、宮本 篤、
須崎紀彦、山上裕機

【背景】十二指腸癌は希である。切除不能十二指腸癌に対しコンバージョン手術を施行した一例を経験したので報告する。【症例】60代女性。腹痛と黒色便を認め、上部消化管内視鏡検査にて十二指腸癌を認めた。臍頭十二指腸切除を試みたが腹膜播種を認め、細胞診はclassIVの結果であり、切除不能と判断し、胃空腸バイパス術のみを施行した。術後、カベシタビン+オキサリプラチンによる全身化学療法を8コース施行後に審査腹腔鏡検査を行い、腹膜播種の消失を確認した。そこで臍頭十二指腸切除を施行した。リンパ節転移は認めず、最終ステージは、IIaであった。免疫染色の結果、腫瘍は腸型の診断であった。術後、カベシタビンによる術後補助化学療法を6ヶ月行った。術後10ヶ月で、PET-CTにて腹膜播種を認め、全身化学療法を再開し発症後3年以上経過した現在も生存中である。【結論】切除不能十二指腸癌に対しコンバージョン手術を施行した一例を経験した。

B06

paracaval portionに発生した十二指腸GIST単発肝転移に対し、NAC後に切除した1例

¹済生会中和病院 外科
²済生会中和病院 病理診断科
吉川千尋¹、青松幸雄¹、石岡興平¹、池西一海¹、
福本晃久¹、三宅佳乃子¹、細井孝純¹、杉原誠一¹、
中島祥之¹、堤 雅弘²

症例は63歳男性。2001年に貧血症状で救急搬送され、十二指腸の腫瘍からの出血を認めたため、緊急で十二指腸部分切除を施行した。病理結果は十二指腸GISTの診断であった。その後は定期的な通院はせず無症状で経過していた。2021年の人間ドックのCTで肝腫瘍像の増大を認め、当院に紹介された。精査の結果、肝門部に門脈、下大静脈を圧排する90mmの腫瘍を認め、肝生検でGIST肝転移と診断した。単発の肝転移であり手術可能と判断したが、下大静脈への浸潤を考慮し、術前補助療法としてイマチニブ400mgを5ヶ月間投与した。腫瘍は48mmに縮小し、中肝静脈切除を伴う肝左葉尾状葉切除術を施行した。術前より指摘されていた胃粘膜下腫瘍には胃部分切除術を施行した。病理結果はGIST肝転移と胃平滑筋腫であった。十二指腸GIST術後20年目に発見された、paracaval portionの単発肝転移に対して、術前補助療法後に転移巣切除を施行した1例を経験したので報告する。

B07

右房内腫瘍栓を伴う肝細胞癌に対して体外循環併用下に肝切除および腫瘍栓摘出術を施行した1例

¹大阪市立大学 肝胆膵外科

²大阪市立大学 心臓血管外科

三浦拓也¹、木下正彦¹、大平 豪¹、藤井弘通²、竹村茂一¹、田中肖吾¹、天野良亮¹、木村健二郎¹、新川寛二¹、西尾康平¹、田内 潤¹、江口真平¹、岡田拓真¹、谷 直樹¹、久保正二¹

症例は40歳代、男性。造影CT像上、肝右葉に径8cm大の腫瘍および右肝静脈から右房内に連続する腫瘍栓が認められた。AFPおよびPIVKA-IIが高値であり、右房内腫瘍栓を伴う肝細胞癌と診断、心臓血管外科と合同で開胸開腹下に肝右葉切除、右房内腫瘍栓摘出術を行うこととした。肝実質切離を進めるも、静脈圧が高く止血に難渋したため、この段階で開胸下に上大静脈および大腿静脈からの脱血と上行大動脈からの送血を開始した。これにより出血を制御できたため、肝実質切離後に右房を開放、下大静脈壁を一部含む右房内腫瘍摘出を完遂した。下大静脈欠損部は心膜パッチを用いて閉鎖した。術後合併症はなく、術13日後に退院、術1年5ヶ月後の現在、無再発生存中である。下大静脈および右房内腫瘍栓合併症例では、静脈圧が高く、出血制御に難渋することがある。体外循環経路および開始タイミングについての術前シミュレーションや状況に応じた術中対応が重要である。

B09

虫垂癌の粘液癌成分が脾転移をきたした1例

¹明和病院 外科

²明和病院 病理

生田理紗¹、中島隆善¹、松木豪志¹、一瀬規子¹、友尾祐介¹、藤川正隆¹、笠井明大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】大腸癌の脾転移は少なく、中でも虫垂癌を原発とした報告は極めて稀である。今回、虫垂癌に対する根治手術後の脾転移再発に対し、用手補助腹腔鏡下脾摘出術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】50歳代、男性。右下腹部痛を主訴に当院を受診し、急性虫垂炎の診断で緊急で腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。病理組織学的に虫垂癌と診断されたため、術1か月後に腹腔鏡下回盲部切除術、D3リンパ節郭清を行った。郭清リンパ節に転移を認め、L-OHPをベースとした術後化学療法を導入した。フォロー中、初回手術20か月後より腫瘍マーカーの漸増およびCTで脾内に多発する嚢胞性病変の出現を認めた。用手補助腹腔鏡下脾摘出術を施行、病理組織学的に虫垂癌の粘液癌成分の脾転移と診断した。脾摘後より化学療法を再開し、6か月が経過したが無再発生存中である。

B08

難治性腹水を伴う肝切除後腹壁瘻痕ヘルニアに対して前外側大腿皮弁で再建した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、宮本 篤、佐藤公俊、山上裕機

【緒言】肝硬変を伴う肝切除術後腹水はしばしば難治性である。今回術後腹水が小切開創の腹壁瘻痕ヘルニアを来し、さらに腹壁破裂を起こした症例に対し皮弁による再建術を施行した経験を報告する。

【症例】80歳代男性。アルコール性肝硬変が背景の肝細胞癌に対し腹腔鏡下肝外側区域切除術を施行した。術後経過は良好で合併症なく退院したが、遅発性に腹水貯留が出現、内科的治療に抵抗性であった。治療中臍部の小切開創が腹壁瘻痕ヘルニアとなり、腹壁破裂に至り腹水漏出および腸管脱出を認めた。そこで形成外科と合同で前外側大腿皮弁を用いた腹壁瘻痕ヘルニア修復術を計画・施行した。合併症を認めず第16病日に退院、術後は利尿剤と濃縮濾過腹水再静注法により腹水も改善した。

【考察】腹水を有する腹壁瘻痕ヘルニアに対しメッシュを用いた通常の根治術は感染の観点より好ましくない。今回の皮弁を用いた修復は一つのオプションであることが証明できた。

B10

肝硬変患者の脾損傷による出血性ショックに対して緊急手術にて救命に至った一例

兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科

大澤悠樹、山中健也、市川 直、藤原由美子、萱野真史、田島美咲、原田嘉一郎、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

脾損傷においてAAST (American Association for the Surgery of Trauma) Grade I-IIIの症例では約80%が非手術的に治療されている。今回、肝硬変患者の脾損傷による出血性ショックに対して緊急手術にて救命に至った一例を経験した。症例は64歳男性。身長180cm、体重90kg、BMI 27.8。脳梗塞でバイアスピリン内服。飲酒後に転倒、左側腹部を強打し前医へ救急搬送された。sBP70mmHg、造影CTで脾動脈からの血管外漏出像を伴う脾損傷を認めた。当院搬送時バイタルは、BP70/40mmHg、HR120/min、外傷性脾損傷による出血性ショックと診断した。大動脈閉塞バルーンカテーテルを挿入したが血管内で屈曲し使用できなかった。輸液、輸血したがショックを脱しなかったため緊急手術の方針とした。L字切開で開腹し、10分で脾臓摘出した。術中出血量は5836ml、脾損傷はAAST Grade III、日本外傷学会分類II型であった。脾液瘻等の合併症なく術後11日目に退院した。

B11

術前化学療法後、HER2発現のみられた残存微小乳癌の一切除例

¹野崎徳洲会病院 外科
²野崎徳洲会病院 病理診断科
³野崎徳洲会病院 乳腺外科
 安次富駿¹、平野博嗣²、坂井昇道^{1,3}、柴田信博¹、中嶋啓雄³

HER2陽性患者に対して抗HER2薬は奏功し、著効例においては60-70%のpCRが得られる。本症例は、44歳、女性。右乳房腫瘍を主訴に乳腺外科受診。2021年の1月にVABにて右浸潤性乳管癌と診断した。ER+/PR+/HER2+++/MIB-1=70%の結果より、PSTとして、ECx4followed by PHDx4を施行した。MMG、MRI、USの所見から、求心性の腫瘍縮小効果が確認できた。手術は、右乳頭乳輪温存乳房切除術+SNBを施行した。SNBの結果は陰性であった。摘出標本の病理所見では、病期：ypT1a/ypN0/M0; yp stage I、あるいは微小浸潤癌[2mm長径]の2か所間の距離が20mmであるため、これを腫瘍サイズと考えれば、[ypT2/ypN0/M0: yp stage IIA]となる。術後の抗HER2治療は、現在、PHを施行している。【考察】術前化学療法著効後に、HER2陽性の微小浸潤部が残存するHER2陽性乳がんを経験した。non-pCRとなるHER2陽性乳癌の術後治療方針も含めて報告する。

B13

ATM (*ataxia-telangiectasia mutated*) に病的バリエーションを認めた遺伝性乳癌の一例

京都大学医学部附属病院
 服部響子、川口展子、仙田典子、高田正泰、川島雅央、河口浩介、松本純明、山口絢音、岩野由希、山田崇弘、戸井雅和

ATM (*ataxia-telangiectasia mutated*) は乳癌の中等度易罹患性遺伝子群に分類され、80歳までの発症リスクが20%以上、生涯発症リスクは1.8倍と言われている。ER陽性が多く、発症年齢が若年に偏らないと報告されているが、欧米と比較し日本での病的バリエーションの頻度は少なく、臨床的特徴に関する知見は限られている。研究参加を契機にATMに生殖細胞系列変異を認めた遺伝性乳癌の一例を報告する。症例は69歳女性、ATMc.7668_7671del。妹に大腸癌の家族歴あり。両側乳癌(ER陽性HER2陰性)に対して術前化学療法としてTAC後に手術施行され、ypPRであった。術後補助療法はLET内服されていた。また術前精査で肺腺癌と診断された。本症例の病的バリエーションは今まで報告されていないが、臨床的特徴は過去の報告と類似していた。両側乳癌では保険適応上BRCA1/2遺伝子検査の適応になるが病的変異を認めない場合はBRCA1/2遺伝子以外の遺伝性乳癌の可能性も考慮すべきである。

B12

乳房切除後の皮下に生じ局所再発と鑑別を要した外傷性神経腫の1例

市立豊中病院 外科
 小川紗慧、赤木謙三、田口 司、佐藤泰史、小田切数基、山下雅史、柳本喜智、竹山廣志、鈴木陽三、清水潤三、川瀬朋乃、能浦真吾、岩澤 卓、富田尚裕、今村博司、堂野恵三

外傷性神経腫は外傷や手術により損傷・切断された神経末端の反応性増殖による非腫瘍性腫大であるが、乳癌術後に生ずることは稀である。今回、乳癌に対する乳房切除部の皮下に生じ、局所再発と鑑別を要した外傷性神経腫の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は80歳台女性。17年前に左乳癌にてBt+Axのの内分秘療法5年間、7年前に局所皮膚再発にて切除、胸壁に放射線治療、内分秘療法5年間施行されている。術後フォローのUSで左前腋窩線、第6肋骨上、乳切後の皮弁形成部の皮下と考えられる部位に6×5×3mm大の腫瘍性病変の出現を指摘された。局所再発の可能あり、US下細胞診施行するも細胞とせず判定不能。乳切後の皮下組織は薄く、針生検は困難・危険と思われ、手術の方針となる。腫瘍直上の皮膚を含むように紡錘状に切開、大胸筋前面までの皮下組織を腫瘍と一塊に切除した。病理結果は外傷性神経腫、良性の診断であった。

B14

遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断され対側リスク低減乳房切除術後に前癌病変を認めた1例

¹京都大学 乳腺外科
²京都大学 遺伝子診療部
³京都大学 腫瘍内科
⁴神戸市立医療センター中央市民病院 乳腺外科
 岩野由季¹、山口絢音¹、川口展子³、松本純明¹、河口浩介¹、川島雅央¹、高田正泰¹、鈴木栄治⁴、山田崇弘²、戸井雅和¹

遺伝性乳癌卵巣癌症候群(HBOC)における乳癌既発症者への対側リスク低減乳房切除術(CRRM)は、乳癌発症率を低下させる。予防切除検体では非浸潤癌を含め0.5から11.3%の偶発癌が報告されているが、予防切除検体の病理検索方法は未確立である。2020年4月以降、当院ではHBOCと診断された7例中3例にCRRMを行い、術後病理で悪性所見を認めた症例はない。今回、CRRM検体で異形乳管過形成(ADH)と診断された症例を経験したため報告する。症例は20代女性。右浸潤性乳管癌に対して手術施行、pStageIIIAのトリプルネガティブタイプであった。BRCA1病的変異をみとめHBOCと診断された。術後1年8ヶ月に本人希望でCRRMを施行し、術後病理で2ヶ所に各1mm未満のADHを認めた。我々は若年HBOC患者に対するCRRMで偶発的に前癌病変を認めた症例を経験した。悪性所見の有無を確実に診断するため、予防切除検体における病理検索方法の確立が望まれる。

B15

内分泌療法を施行し救命し得た乳癌骨髄腫症の一例

近大奈良病院 乳腺外科
金泉博文、橋本幸彦、木村 豊

骨髄腫症とは腫瘍細胞が骨髄に浸潤し骨髄組織が腫瘍細胞に置換された状態をいう。播種性血管内凝固症候群 (DIC) を併発し予後不良な病態とされている。症例は40歳代、閉経前の女性。血球減少、左乳房腫瘍、多発骨転移疑いにて当院紹介となった。血小板数 1.1 万/ μ l、FDP 37.7 μ g/mlにてDICと診断した。左乳房腫瘍から生検し、浸潤性小葉癌、luminal typeと診断した。この間、腔から大量出血し連日輸血を要した。第11病日、LHRH agonistsを投与し、以降、Paclitaxel投与の機会を検討するも血球減少が急速で施行できず。腔出血に対し姑息的処置を行い、第31病日にFulvestrantを投与した。その後、血球減少は緩徐となり第65病日に退院した。治療開始から8ヶ月間、無増悪生存中である。本症例では即効性を期待して抗癌剤治療を検討したが、結果として乳癌の治療に遅れが生じた。状態が安定しない場合には早々に内分泌治療を導入することも検討すべきと考える。

B17

肛門扁平上皮癌原発の転移性小腸腫瘍により腸閉塞を呈した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 第2内科
竹本典生¹、松田健司¹、岩本博光¹、三谷泰之¹、水本有紀¹、中村有貴¹、阪中俊博¹、田宮雅人¹、兵 貴彦¹、前北隆雄²、山上裕機¹

症例は40歳、男性。肛門扁平上皮癌に対して化学放射線療法を施行され pathological CR となるも、半年後に転移性肺腫瘍を指摘され肺部分切除術を受けた。さらに5か月後に腹部腫瘍を指摘され、2か月後に腸閉塞となり当科紹介となった。転移性小腸腫瘍による腸閉塞の疑いで手術施行。回腸に周囲腸管と癒着し一塊となった腫瘍を認め、腸閉塞の原因であることを確認し約5cmの小腸を部分切除した。病理診断は、肛門扁平上皮癌の小腸転移であった。術後2週間後に小腸吻合部の縫合不全を発症し小腸人工肛門造設術施行。小腸腫瘍術後1か月でCTで局所再発を認め、腹壁に浸潤し体外に穿破し腸液や壊死物質が腹壁から漏れ出すようになり緩和治療の方針となった。術後約6か月で永眠された。転移性小腸癌は比較的稀な疾患であり、なかでも肛門扁平上皮癌原発の小腸転移は非常に稀であるため、若干の考察を含めて報告する。

B16

化学放射線療法後に根治切除しえた直腸扁平上皮癌の1例

大阪大学 消化器外科
大崎真央、波多 豪、関戸悠紀、荻野崇之、三吉範克、高橋秀和、植村 守、土岐祐一郎、江口英利

症例は60歳男性。排便困難で近医受診し、下部消化管内視鏡検査で直腸腫瘍を認め当科紹介となった。AV6cm、DL4cmの下部直腸に40mm大の1型病変を認め、腫瘍からの生検で扁平上皮癌と診断した。CT検査及びMRI検査では、リンパ節転移、遠隔転移はみられなかったが、膀胱への浸潤を認めた。膀胱鏡では粘膜の浮腫状変化が強く、外部からの浸潤を疑う所見を認めた。直腸扁平上皮癌cT4b(膀胱)NOM0cStageIIcと診断し、術前に化学放射線療法(FOLFOX、RT 50.4Gy)を行った。腫瘍の縮小を認め、化学放射線療法施行3か月後に腹腔鏡下骨盤内臓全摘術(TaTME併用)、回腸導管造設術、横行結腸人工肛門造設術を施行した。術後合併症は認めず、術後26日目に退院した。病理組織検査では組織学的治療効果はGrade 1aで、扁平上皮癌成分のみを認めた。ypT4b(膀胱、精囊)ypN0cM0ypStageIIcと診断した。直腸原発の扁平上皮癌は非常に稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

B18

肛門外脱出を伴う腸重積症により発見されたS状結腸癌の一例

八尾市立病院
中野大哉、吉岡慎一、水野真夏、深田晃生、永野慎之介、木戸上真也、空谷友香子、岸本朋也、橋本安司、廣瀬 創、川田純司、藤田淳也、田村茂行、佐々木洋

症例は82歳の男性。血便、脱肛および間欠的腹痛を主訴に来院した。来院時、直腸より腫瘍を先進部とする脱出を認め、粘膜面は一部壊死状となっていた。粘膜面の迅速組織診では悪性所見が示唆され、腹部CTでは肛門に至る腸重積症を認めた。肛門外脱出を伴う大腸癌による腸重積症と診断して同日緊急手術を施行した。S状結腸を先進部とする腸重積症を認め、腹腔鏡下Hartmann手術、D3郭清を行った。病理組織所見ではMucinous carcinomaであった。術後経過は良好で、第17病日に退院となり、再発なく経過観察中である。S状結腸癌が先進部となり腸重積をきたして肛門外に脱出する報告は比較的稀である。今回我々は腸重積症を契機として発見されたS状結腸癌の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

B19

繰り返す腸閉塞を来した腸間膜静脈硬化症に対して、腹腔鏡下結腸切除術を施行した一例

天理よろづ相談所病院

山中良輔、岩崎雄太、松村彰太、中西 望、植村泰佑、北野 拓、森野甲子郎、仲野健三、後藤俊彦、田中宏和、加藤 滋、門川佳央、待本貴文

【症例】53歳女性、20年前よりメニエール病に対して山梔子（サンシシ）を内服。腹痛、嘔吐で救急受診。腸間膜静脈硬化症による腸閉塞の診断となった。【検査】CTにて右側結腸の壁肥厚と腸間膜静脈の石灰化を認め、終末回腸から口側小腸のイレウス像あり。CSでは回盲部から上行結腸の粘膜は青銅色で浮腫状、容易に粘膜内出血を来す所見であった。【経過】山梔子の内服を中止したが、腸閉塞を繰り返したため、腹腔鏡下拡大右半結腸切除術を施行した。術後10日目に退院、現在術後6ヶ月で経過良好である。【考察】腸間膜静脈硬化症は腸管膜静脈が石灰化することで慢性的な腸管の鬱血が起こり、腸管が器質化し蠕動障害や狭窄を来すとされる。良性疾患であり、病変の範囲によっては腹腔内の広範な領域の操作が必要となるため腹腔鏡下手術のよい適応である。切除範囲や血管処理は、術前画像所見や術中の視触診にて慎重に判断するべきである。

B21

巨大横行結腸癌、左腎浸潤、傍大動脈リンパ節転移に対し化学療法を行いコンバージョン手術施行しえた1例

宇治徳洲会病院 外科

大森敦仁、下松谷匠、野村勇貴、武内悠馬、竹内 豪、上田容子、中村真司、仲原英人、我如古理規、水野 礼、橋本恭一、日並淳介、野見武男、長山 聡、久保田良浩

【背景】大腸癌に対する近年の薬物療法の進歩はめざましく、術前治療としても広く取り入れられ治療成績の向上を認めている。【症例】66歳男性、息切れを主訴に近医を受診し、貧血と腫瘍マーカー上昇を認めたため当院紹介受診となった。精査の結果、横行結腸癌、左腎浸潤、傍大動脈リンパ節転移cStageIVaの診断となり回腸ストマ造設後にFOLFOX + Bev8 コース施行したところ、腎への浸潤は残存したが、腫瘍の著名な縮小認めため開腹結腸左半切除・左腎摘出術・傍大動脈リンパ節郭清を行った。術後の病理結果は、ypT4b ypN0 ypM0、ypStgaeIIc でダウンステージが得られている。退院後はXeloda単剤で術後補助化学療法を施行し、現在8か月経過しているが、再発所見はなく経過している。【結語】巨大横行結腸癌、左腎浸潤、傍大動脈リンパ節転移に対し化学療法を行いコンバージョン手術施行し、ダウンステージが得られた症例を経験した。

B20

急性虫垂炎様症状を呈し虫垂腫瘍との鑑別を要した虫垂子宮内膜症の1例

¹啜生会脳神経外科病院 外科

²滋賀医科大学 医学・看護教育センター

津留俊昭¹、龍田 健¹、村上耕一郎¹、田中久富¹、向所賢一²

症例は44歳女性。右側腹部から下腹部全体の疼痛を主訴に救急搬送された。右側腹部から下腹部全体に疼痛を認め、急性虫垂炎と診断した。保存的加療を開始するも症状悪化の為、第3病日に腹腔鏡下虫垂切除術を行った。術中盲腸周囲に少量の限局性膿瘍を認め、虫垂は回腸外側後方に位置し、著明に腫大緊満しており腫瘍性病変が否定できなかった。回盲部を授動して体外で触診したところ弾性であり、悪性の可能性は高くないと判断、虫垂切除を行い手術終了とした。万一悪性であれば二期的に根治手術を予定することとした。後日組織学的検査で虫垂子宮内膜症と診断した。本症例では膿瘍を疑って用手での体外処理にこだわり回盲部授動を行ったが、この際剥離面より出血なども認めた。虫垂子宮内膜症は比較的稀な疾患ではあるものの虫垂炎の原因として報告されており、本疾患を念頭におき体内切除を選択すべきであったと考えられた。

B22

ICG 蛍光法によりリンパ節郭清範囲を決定した空腸癌の1例

府中病院 医師研修センター

菅原森矢、平田啓一郎、西川真理子、田中裕人、奥野倫久、王 恩、西岡孝芳、平川俊基、山添定明、山片重人、内間恭武

【はじめに】小腸癌は稀な疾患であり、術式およびリンパ節郭清範囲に関しては確立したエビデンスは存在しない。今回我々は術中にインドシアニンググリーン（ICG）を腫瘍近傍に局所注射し、経時的にリンパ流を確認することでリンパ節郭清範囲を決定した空腸癌の1例を経験したため報告する。【症例】60歳、女性。頻回の嘔吐を主訴に当院紹介受診となる。腹部造影CTにて上部空腸に壁肥厚を認め、シングルバルーン小腸内視鏡にて亜全周性の腫瘍を認め、小腸癌の診断で手術の方針となった。手術所見はトライツ靭帯から20cmに腫瘍を認め、ICG 蛍光法により第一空腸動脈とその分枝に沿って上腸間膜動脈根部に流入するリンパ流を確認した。最終病理結果は pT4N2 (3/13) M0、pStageIIIB であった。【結語】ICG 蛍光法は小腸癌のリンパ節郭清範囲決定の一助となる可能性があり、若干の文献的考察を加え報告する。

B23

胃石イレウスに対し保存療法後に腹腔鏡下切石術を施行した一例

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

症例は85歳男性。嘔気・嘔吐を主訴に来院し、腹部CTで上部空腸の拡張と閉塞機転付近に空気を含む構造物を認め、胃石イレウスと診断した。Warfarin 内服、低心機能、高度耐糖能異常、血小板減少、CKDがあり、手術リスクが高いため、保存的治療を選択した。イレウス管留置後にコーラ溶解療法開始し、胃石の移動と縮小を認めた。治療7日目に血小板数・耐糖能・腎機能の改善を認め、胃石嵌頓部が臍下に近いと判断し、抗血栓薬の休薬も経て腹腔鏡下胃石切石術を施行できた。術後11日目に合併症なく退院となった。胃石イレウスに対しコーラでの溶解による手術回避の報告が散見されるが、今回我々は、保存療法と、リスクを低減したタイミングでの低侵襲手術を組み合わせ、保存療法継続よりも治療期間を短縮できた。初期治療として保存的治療を選択する場合、病態の経時的変化や起こりうる合併症に注意し、常に治療効果を判定し手術の時機を逸しないことが重要である。

B25

虚血性小腸炎の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
田端秀崇¹、平川俊基²、西川真理子²、田中裕人²、
奥野倫久²、王 恩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

【はじめに】虚血性小腸炎は虚血性大腸炎と比較して稀な疾患である。今回保存的加療中に増悪した虚血性小腸炎の1例について報告する。【症例】83歳男性。X-4年、胃がんに対して幽門側胃切除術を施行した。術後化学療法も終了しており、外来通院中であつた。昼頃より腹痛・嘔吐を認めた。受診時CT検査で回腸末端に浮腫性の壁肥厚を認め、虚血性小腸炎を疑い入院加療を開始した。絶食および抗菌薬治療を行った。入院中脳梗塞を発生し保存的加療を行った。しかし腹部症状が増悪したため、第37病日に小腸部分切除術を施行した。術後経過は良好で第48病日（術後11日目）に退院となった。【結語】虚血性小腸炎の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。

B24

管外発育型 GIST と人工肛門が反復性腸閉塞を引き起こした症例

¹JCHO 滋賀病院 研修医
²JCHO 滋賀病院 外科
³JCHO 滋賀病院 乳腺外科
谷 陽良¹、油木純一²、木田陸士²、児玉創太²、
大恵匡俊²、梅田朋子³、八木俊和²、来見良誠²

症例は81歳男性。2007年、直腸癌に対して腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行。左下腹部に人工肛門造設。最近1年間で6回の腸閉塞を繰り返し他院受診していたが、胃管留置にて軽快、当院紹介受診予定であつた。同年9月、腹痛が主訴で当院受診。CTで人工肛門造設部付近を閉塞起点とする小腸閉塞を認めた。閉塞起点は以前より繰り返す腸閉塞と同じ場所であつた。癒着やバンドによる閉塞を疑って鏡視下に観察したが、癒着やバンドの形成は存在せず、直径約1.5cmの管外性病変を閉塞点の腸間膜対側に認め、腸閉塞の原因はこの病変による腸管の巻き込みとストマ左側への腸管の落ち込みと判断、腸管の位置を修正し病変部位の小腸を切除した。術後、腸蠕動運動再開し、排便や排ガスも認め、腸閉塞は解除された。病理診断は管外発育型 GIST であつた。管外発育型 GIST と人工肛門が原因と考えられる反復性腸閉塞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。

B26

多発の悪性腫瘍を認め、IgG4 関連疾患準確信群と診断された硬化性腸間膜炎の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 消化器外科
佐野友規¹、三宅祐一郎²、中西智也²、牛丸祐貴²、
北川彰洋²、大原信福²、前田 栄²、川端良平²、
中田 健²、西川和宏²、宮本敦史²、大里浩樹²

X-10年に膀胱癌を指摘され、TUR-Btに加え、BCG、pirarubicin (THP) の膀胱内注入療法施行され、CTにてフォローされていた。X年のCTで小腸間膜内にX-3年と比較して明らかに増大傾向を示す2.5cm大の腫瘤を認め、精査加療目的に外科受診となった。同時期に、上部消化管内視鏡検査で、早期胃癌を指摘され、ESDを施行された。小腸間膜腫瘤は、FDG/PET-CTで、少量の集積を認めた。術前診断として、デスマイド腫瘍、GIST、胃癌リンパ節転移、硬化性腸間膜炎等が疑われ、開腹下小腸間膜腫瘍切除が施行された。摘出病変の術中迅速病理診断では、形質細胞浸潤が目立ち、悪性リンパ腫、IgG4関連疾患が鑑別として挙げられたため、腫瘍切除のみで手術を終えた。免疫染色にてIgG4/IgGが50%程度であり、IgG4関連疾患と病理診断されたが、術後の血清IgG4は正常範囲内であつたことから、疑診群のIgG4関連硬化性腸間膜炎と最終診断した。若干の文献的考察を加えて、報告する。

B27

術前に内視鏡診断に成功した単形成上皮向性腸管 T 細胞リンパ腫 (MEITL) の一例

岸和田徳洲会病院
北野友里絵、安田 幸二

単形成上皮向性腸管 T 細胞リンパ腫 (Monomorphic Epitheliotropic Intestinal T-cell Lymphoma: MEITL) は予後不良で稀な T 細胞リンパ腫である。今回我々は術前に小腸内視鏡検査にて診断可能であった急速に進行する回腸遠位端の MEITL を経験した。症例は 80 歳男性。胃癌のため胃全摘術を行っており、77 ヶ月後に癒着による絞扼性イレウスを発症し、手術にて絞扼解除された。その 4 ヶ月後に腹痛を主訴に当院へ来院した。腹部造影 CT 検査では 4 ヶ月前には認めなかった小腸の顕著な壁肥厚を認めた。小腸内視鏡検査を行ったところ、回腸末端より約 40cm 口側に全周性の腫瘤を認め、病理組織生検を行い T 細胞リンパ腫の診断となった。その他明らかな遠隔転移などは認めず Stage I の術前診断の下、腹腔鏡下回腸部分切除術を行い、術後経過問題なく術後 28 日目に化学療法目的に転院となった。急速に進行する回腸遠位端の MEITL の一症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

C02

子宮内膜症を伴った両側 Nuck 管水腫の 1 例

大津赤十字病院 外科
浅川信平、甲津卓実、伊藤達雄、安宅 亮、
多賀 亮、松林 潤、中山雄介、北口和彦、
池野嘉信、浦 克明、豊田英治、大江秀明、
洲崎 聡、廣瀬哲朗

Nuck 管水腫は腹膜鞘状突起が生後も閉鎖せず残存し、内部に液貯留を生じたものであり比較的多い。片側に異所性子宮内膜症を合併した両側 Nuck 管水腫の 1 例を経験したので報告する。症例は 26 歳女性。右鼠径部膨隆を自覚し、近医より当科へ紹介。示指頭大の膨隆を認め立位では増大し、用手還納は困難であった。腹臥位 CT では両側鼠径管内に内部均一な嚢胞性病変を認め、両側 Nuck 管水腫と考えられた。術中所見では外ヘルニアを合併した両側の水腫を認め、水腫切除と高位結紮、内鼠径輪縫縮術を行った。病理診断で片側に異所性子宮内膜症を伴う両側の Nuck 管水腫と診断した。女性の鼠径部膨隆ではヘルニアとともに Nuck 管水腫を考慮するが、両側での発生はまれである。診断には腹臥位 CT 等画像検査による両側鼠径部の精査を行う必要がある。また、Nuck 管水腫では 10% 程度で子宮内膜症を合併するとされ、まれながら悪性腫瘍発生の報告もあり完全な切除が必要である。

C01

病的肥満症を伴う巨大腹壁癭痕ヘルニアに対し intraperitoneal mesh bridging で修復した 1 手術例

¹箕面市立病院 卒後臨床研修センター
²箕面市立病院 外科
³箕面市立病院 形成外科
清水秀一¹、山本 慧²、團野克樹²、松田峻佑²、
村尾修平²、武田 和²、藤野志季²、野口幸藏²、
豊田泰弘²、中根 茂²、平尾隆文^{1,2}、杉本圭司²、
山本 仁²、岡 義雄²、桑江克樹³

帝王切開術後腹壁癭痕ヘルニアに対し onlay-mesh による修復術を施行するも再発し、肥満の進行とともに非還納状態となった巨大腹壁癭痕ヘルニアの 1 手術例を経験した。下腹部正中切開痕に成人頭大の癭痕ヘルニアを認め、CT 上は回腸から横行結腸と S 結腸に及ぶ広範な腸管脱出を認め、腹腔内容量が著しく減少していた。BMI 40.3 の病的肥満症を含む多数の併存疾患による周術期リスクから外来経過観察を続けていたが、脱出腸管の静脈うっ血と腸閉塞を来し緊急入院となった。腸閉塞に対する保存的治療の後に、術前 1 ヶ月間の食事運動療法による体重及び血糖管理を実施し、待機的にヘルニア根治術を施行した。腹部コンパートメント症候群を避けるため、intraperitoneal mesh bridging を選択した。過度な腹圧上昇を予防する術式選択と周術期管理に関して若干の文献的考察を加え紹介する。

C03

前立腺手術後に発症した鼠径ヘルニアに対して TAPP を施行した 1 例

石切生喜病院 外科
杉岡和哉、西村潤也、西川正博、佐野智弥、
菰田あすか、川口貴士、野沢彰紀、大河昌人、
宮下正寛、上西崇弘

【はじめに】前立腺術後の鼠径ヘルニア手術は腹膜前腔の手術操作が既に行われており、癭痕化のため剥離操作が困難であり鼠径部切開法が選択されやすい。今回我々は前立腺手術後の鼠径ヘルニアに対して腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TAPP) にて治療し得た 1 例を経験したため報告する。【症例】症例は 86 歳、男性、詳細不明の前立腺手術の既往あり。左鼠径ヘルニア嵌頓に対して用手的還納を行い、待機的に TAPP を施行した。左側に L-2 型、右側に M-2 型を認めた。両側とも膀胱前腔の癭痕化が強く十分な剥離は困難であり、臓器損傷に留意しクーパー靭帯までの剥離に留めた。メッシュの固定は背側はクーパー靭帯へのタッキング、腹側は腹壁全層固定を行ない、内側部分は腸管が嵌入しないよう背側より腹膜をポケット状に被覆するよう固定した。術後の再発は認めていない。【結語】前立腺術後鼠径ヘルニアに対しても TAPP は安全に再発なく行える可能性が示唆された。

C04

再発上腰ヘルニアに対して腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した1例

済生会中津病院 外科
西谷太助、新関 亮、田井謙太郎、福島健司、
佐野隼大、大森將貴、田中智子、松田泰典、
山本将士、田中賢一

【緒言】上腰ヘルニアは解剖学的脆弱部位である上腰三角に発生する稀な疾患である。前方到達法による上腰ヘルニア修復術後の再発症例に対し、腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】症例は81歳男性。右腰背部膨隆と疼痛があり、CTで右上腰ヘルニアと診断とされた。前医にて前方到達法でメッシュを用いた修復術を受けたが、症状は改善せず当院紹介となった。立位で右背部に7cm大の膨隆を認め、CTで右上腰ヘルニア再発と診断した。手術では右腎背側に約2cmのヘルニア門を認め、ヘルニア内容である後腹膜脂肪組織と前回手術で留置されたメッシュを摘出し、癒着防止メッシュを用いた腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した。術後は合併症なく3日目に退院となった。【結語】上腰ヘルニアにおいて腹腔鏡下手術は確実なヘルニア門の同定と修復が可能であり有用と考えられた。

C06

巨大後腹膜脂肪肉腫の一例

県立淡路医療センター 外科 消化器外科
増田 蒼、宮本勝文、東川純子、雑賀柁哉、
楠原達樹、雑賀裕士、吉岡佑太、服部賢司、
中川暁雄、町田智彦、高橋応典、高橋 晃、
大石達郎、鈴木康之

症例は56歳男性で両下腿浮腫、腹部膨満を認め近医受診し超音波やCTで腹腔内腫瘍を認めたため当院消化器内科に紹介となった。当院精査の腹部造影CTでは右後腹膜に様々な濃度が混在する巨大な腫瘍を認めた。MRIでは様々な信号強度が認められる腫瘍を認め脱分化型+粘液型の脂肪肉腫と診断した。PET-CTでも脂肪成分以外の部分には集積を認めた。同年正中切開及び右横切開のもと後腹膜腫瘍摘出術施行。腫瘍は肝外側から骨盤腔に至り肝外側と右腎に高度な癒着を呈し、胃、肝臓、上行結腸を圧排していた。手術時間は6時間42分、出血量は4776mlにも及んだが一括切除を行い術後経過は順調である。後腹膜腫瘍の中で脂肪肉腫が頻度の高い腫瘍ではあるがそれ自体は非常に稀な疾患であるため治療に関しては切除以外に有効なものはないとされている。今回我々は重量9.4kgもの巨大な後腹膜脂肪肉腫の切除例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

C05

絞扼性腸閉塞を合併した小腸型 Chilaiditi 症候群の1例

淡海医療センター 消化器外科
塩見一徳、安 炳九、大江康光、今神 透、
高尾信行、戸川 剛、水本明良

症例は87歳女性、腰椎圧迫骨折にて前医入院中、経口摂取不良、嘔吐を認めた。原因検索のため腹部CT検査施行すると、小腸型 Chilaiditi 症候群に伴う腸閉塞と診断、当院紹介となった。小腸壁に浮腫上変化、腹水を伴っており、絞扼性腸閉塞を疑い同日緊急手術とした。手術は、腹腔鏡下腸閉塞解除術を施行した。腹腔内所見として、肝円索背側に瘻孔が形成されており、小腸が陥入していた。陥入した小腸を整復すると、虚血所見に乏しく腸蠕動も問題なかったため、小腸切除は行わなかった。最後に瘻孔を開大させ、合成吸収性癒着防止剤を貼付し手術は終了した。消化管の一部が右横隔膜下と肝臓の間に陥入した病態を Chilaiditi 症候群という。Chilaiditi 症候群は大部分が大腸のみの陥入であり、小腸型の Chilaiditi 症候群は比較的稀とされる。今回我々は、腹腔鏡下に治療しえた小腸型 Chilaiditi 症候群の1例を経験したため報告する。

C07

大腸癌術後に再発肝転移と伴に PET-CT 陽性となった Braun 腫瘍の一例

和歌山県立医科大学 外科学第二講座
松本恭平、山上裕機、川井 学、上野昌樹、
廣野誠子、岡田健一、宮澤基樹、速水晋也、
北畑裕司、宮本 篤

【はじめに】大網に発生する炎症性の肉芽種は Braun 腫瘍と呼称される。横行結腸癌術後に施行した PET-CT にて集積のある腹膜結節を認め、腹膜播種と判断し手術を施行したが、良性の炎症性肉芽種であった1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。【症例】70歳代女性。横行結腸癌、肝 S6 転移術後定期フォローで施行した PET-CT にて新規肝転移巣 (S4) の大腸癌再発および横行結腸吻合部直下に集積を認めた。転移性肝癌、腹膜播種の診断にて腹腔鏡下肝 S4 亜区域切除および腹膜結節摘出術を施行した。病理組織学的所見は内部に縫合糸を認め、その周囲に異物型巨細胞を含む高度の炎症細胞浸潤が認められる Braun 腫瘍の診断であった。【考察】Braun 腫瘍は基本的には良性疾患であるため積極的な手術の適応はないが画像診断等では悪性疾患を除外することは困難であり、最終的には過大手術を余儀なくされることが多いため、画像診断の精度向上が今後の課題である。

C08

腹直筋鞘前葉反転法にて修復した腹壁癒痕ヘルニアの 2 症例

啜生会脳神経外科病院 外科
村上耕一郎、龍田 健、津留俊昭、田中久富

腹壁癒痕ヘルニアの治療においては prosthesis を用いた修復術が選択されることが多いが、人工物の使用を避けて腹壁を修復したい場合には外腹斜筋と腹直筋を離開させる component separation 法や有茎大腿筋膜張筋弁を用いる修復法などが報告されている。これらはしばしば過大侵襲となり、漿液腫形成や組織壊死、疼痛などが伴うことがある。今回我々は人工物を使用せず、また上記の術式ほど広範な剥離授動を要しない腹直筋鞘前葉反転法で腹壁欠損部を修復した症例を 2 例経験したので報告する。症例 1 は低位前方切除術後の covering stoma 閉鎖術の際に感染した腹壁欠損部に対する修復術、症例 2 は胃癌手術の際、以前の Miles 手術によるストマ周囲の腹壁ヘルニアを同時に修復したものである。いずれも感染リスクが高いため prosthesis は使用しなかった。それぞれ術後 2 年以上、再発なく良好に経過している。

C10

結腸間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスに対し腹腔鏡下に修復術を施行した 1 例

大和高田市立病院 外科
吉川大貴、福岡晃平、大崎 徹、松本弥生、
佐多律子、西村公男、横山貴司、加藤達史、
向川智英、岡村隆仁

腹壁破裂の手術歴のある 16 歳女性。強い腹痛で近医を受診、CT 検査で絞扼性イレウスを疑われ紹介受診された。臍右側に強い圧痛を認めた。CT 検査で上行結腸が中央に変位し、小腸が上行結腸中央部を囲むように存在した。同部位で結腸は狭窄し、局所的な腸管の拡張を認めた。癒着による絞扼性イレウスを疑い腹腔鏡下手術を施行した。腸管固定異常と結腸間膜異常裂孔が存在しており、上行結腸中程から横行結腸の中程までが結腸間膜裂孔へ入り込み内ヘルニアを生じていた。さらに裂孔へ回腸が入り込み右外側の後腹膜と癒着を生じていた。裂孔に陥入した回腸の癒着を切離した後に、体腔外に腸管を引き出し、ねじれを整復した。経過は良好で術後 8 日目で退院となった。腹壁破裂患者の多くは腸管固定異常が存在しており、腸間膜異常裂孔も併存することも多い。結腸間膜裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下に修復しえた 1 例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

C09

上腰ヘルニア嵌頓に対し、用手的整復後、待機的に腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した 1 例

京都市立病院
塩見 慶、佐藤誠二、松尾宏一、上 和広、
森 友彦、遠藤耕介、玉置信行、久保田豊成、
神田修平、庄野孝仁、増尾彰彦、山崎伸悟

症例は 78 歳男性、嘔吐、腹痛を主訴に当院を受診された。左腎癌、前立腺癌手術の既往があった。身体所見として、左腰部の手術創に一致した膨隆を認めた。腹部 CT 所見では、左腰部より小腸の脱出、嵌頓を認め、閉塞性イレウスを来しており、上腰ヘルニア嵌頓と診断した。脱出小腸の造影効果は良好であり、小腸壊死はないと判断し、用手的還納を行いイレウス解除を行った。2 週間後、待機的手術を行った。ヘルニア門は約 2cm × 2cm であった。腹腔鏡下にバード ペントラライト (11.4cm) を用いて修復した。術後経過は良好で、術後 4 日目に退院となった。上腰ヘルニア嵌頓に対し用手的整復後、待機的手術を行った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。

C11

当科における腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術後続発性会陰ヘルニアにおける術式の検討

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

腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術後 (以下: Lap-APR) 続発性会陰ヘルニアの発症頻度は 12.9% と報告されている。会陰ヘルニアは治療法は手術のみである。会陰ヘルニア術後再発率は経会陰アプローチで 38%、腹腔鏡アプローチで 14% と報告がある。そこで当科で施行した Lap-APR 手術において続発性会陰ヘルニアの手術症例を後ろ向きに検討した。Lap-APR 施行後会陰ヘルニアを発症した症例は 80 例中 7 例 (9%) であった。そのうち手術加療を行った症例は 4 例であった。1 例は経過観察を行っていたが、経腔の小腸脱出、絞扼性腸閉塞により緊急手術を行った。待機手術を行った 3 例のうち、2 例は経会陰アプローチ、1 例は腹腔鏡にて手術を行った。手術方法はポリプロピレンメッシュを用いて修復を行った。手術施行した 4 例においては再発を認めた症例はなかった (観察期間: 11 か月 ~ 2 年 6 か月)。今後、当科では低侵襲で再発率の低い術式を検討する。

C12

腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術後に発生した絞扼性腸閉塞の 1 例

明石市立市民病院 外科
小泉範明、松本辰也、鎌田陽介、藤木 博、
阪倉長平

症例は77歳、男性。右間接鼠径ヘルニア (JHS L2) に対して腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TAPP 法) が施行され、翌日に退院されていた。術後3日目に腹痛を自覚したため救急受診。腹部 CT 検査で小腸全体の拡張を認めたが閉塞起点は指摘し得ず、イレウス管を挿入して保存的治療を開始した。しかしイレウスの改善なく、造影 CT 検査を行ったところ小腸の虚血が疑われたため、緊急手術を施行した。腹腔鏡下に観察すると腹膜縫合部に生じた間隙から小腸が腹膜前腔に脱出して嵌頓しており、壊死が疑われた。嵌頓していた小腸を切除し、メッシュは除去して手術を終えた。術後麻痺性イレウスを来したが軽快され、8日目に軽快退院された。TAPP 法術後の腹膜縫合部の離開による腸閉塞の報告は散見されるが、決して起こしてはならない合併症である。緊張なく縫合できるよう十分な腹膜剥離を心掛け、細かいピッチと十分なバイトで確実に強度のある腹膜縫合を心掛ける必要がある。

C14

再建経路による胸部食道癌根治術後の栄養状態の比較

大阪大学 消化器外科
林 理絵、田中晃司、山下公太郎、西塔拓郎、
山本和義、牧野知紀、高橋 剛、黒川幸典、
中島清一、江口英利、土岐祐一郎

【目的】食道癌手術における再建経路が術後栄養状態に与える影響を検討する。

【対象・方法】2016-2018年に食道亜全摘、胃管再建術を行った胸部食道癌患者59症例(胸骨後再建(RS)群 29例、後縦隔再建(PM)群 30例)を対象に術後1か月、6か月、1年、2年のBMI減少率、mGPS: modified Glasgow Prognostic Score、NLR: Neutrophil/ Lymphocyte Ratio について比較した。

【結果】年齢、性別、病期は両群で有意差を認めず、術前BMIはRS群/PM群: 22.0/20.8とPM群で有意に低かった ($p < 0.01$)。BMI減少率は術後1年(RS群/PM群: 13.9%/10.2%、 $p = 0.02$)と術後2年(RS群/PM群: 12.7%/8.7%、 $p = 0.04$)でRS群の減少率が高かった。術後1年のmGPS ≥ 1 の割合はRS群/PM群: 34.4%/7.1% ($p = 0.02$)とRS群で有意に多く、NLRも術後1年(RS群/PM群: 1.99/1.69、 $p = 0.06$)と術後2年(RS群/PM群: 1.96/1.81、 $p = 0.08$)でRS群が不良な傾向にあった。

【考察・結語】術後栄養状態はRS群で悪い傾向にあった。

C13

当科における食道癌根治術後腸瘻関連腸閉塞の検討
和歌山県立医科大学 第2外科
中井智暉、尾島敏康、勝田将裕、早田啓治、
合田太郎、北谷純也、竹内昭博

【purpose】本研究の目的は、腸瘻造設術後の腸閉塞の特徴を明らかにすることであった。

【material&method】2014年から2021年の間に当院で手術を受けた399名の連続した食道癌・咽喉頭癌患者を対象にレトロスペクティブ研究を行った。

【result】術後の腸瘻腸閉塞は、食道癌の症例では全例後縦隔経路再建の症例で19例であった。下咽頭癌の症例で3例認めた。そのうちClavien Dindo IIIb以上の術後の腸瘻腸閉塞は12例であった。胸骨後経路再建での腸瘻腸閉塞は認めなかった。

【conclusion】食道癌や咽喉頭癌の手術時の腸瘻造設は腸瘻腸閉塞のリスクである。術後経管栄養必要と考えられる場合は経胃管的に経腸栄養カテーテルを留置する方法や、胸骨後経路で再建し、心窩部で再建胃管に栄養瘻を作製する方法、また肝門索に栄養チューブを通して再建胃管瘻・十二指腸瘻を作製する方法を考慮する方が良いと考えられた。

C15

出血性ショックを伴う食道破裂に対して二期的手術を行い救命しえた一例

大阪医科薬科大学 一般・消化器外科
堀口晃平、李 相雄、今井義朗、田中 亮、
本田浩太郎、内山和久

【背景】食道破裂の外科的治療は早期の一次的縫合閉鎖が多く報告されている。今回我々は出血性ショックを伴う食道破裂に対して二期的手術を行い救命しえた一例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。【症例】62歳、男性。アルコール性肝硬変(Child-Pugh分類B)に起因する胃静脈瘤破裂を認め、止血困難なため当院へ搬送された。搬送時出血性ショックによる心停止に陥ったため、SB tubeによる圧迫処置、救命措置試行した。心拍再開後、内視鏡的硬化療法で止血を得た。しかし、圧迫操作で生じたと思われる約10cmの穿孔を胸部食道に認め、緊急右開胸食道切除、食道瘻造設術を施行した。術後7日目に開腹腸瘻造設術を施行し、栄養を含めた全身管理を行なった。術後54日目に回結腸再建(胸壁前経路)を施行した。【結語】食道破裂で全身状態が著しく不安定な症例では必要最低限の手術に留め、状態が安定してから二期的手術を行うことが有用と考えられる。

C16

胃全摘術後 7 年で食道空腸吻合部縦隔内逸脱により通過障害をきたした 1 例

¹滋賀医科大学 外科学講座 消化器・小児・乳腺・一般外科
²滋賀医科大学附属病院 医師臨床教育センター
 高尾浩司^{1,2}、竹林克士¹、貝田佐知子¹、
 松永隆志¹、大竹玲子¹、山口 剛¹、小島正継¹、
 植木智之¹、三宅 亨¹、徳田 彩¹、森 治樹¹、
 前平博充¹、飯田洋也¹、谷 眞至¹

症例は 67 歳、男性。2014 年 1 月に胃癌 Stage I に対して腹腔鏡下胃全摘、D1+郭清、Roux-en-Y 再建を施行。術後 7 年かけて徐々に逆流症状の増悪を認めた。上部消化管造影検査で、挙上空腸盲端の拡張、食道空腸吻合部の縦隔内逸脱を認めた。食道裂孔部における挙上空腸の通過障害の診断で手術の方針とした。食道空腸吻合部は縦隔内にあり、食道裂孔部より頭側に逸脱した空腸の拡張を認めた。腹腔鏡下に拡張した挙上空腸盲端を切除し、吻合部より約 2cm 口側の食道を横隔膜脚に固定した。手術時間は 209 分、出血量は少量。逆流症状も改善し、経過良好にて術後 10 日目に退院となった。本病態は横隔膜の筋力低下や支持組織の脆弱化、長期間の食事習慣による盲端空腸の拡張が原因と考えられている。本症例では食道空腸吻合部の固定、拡張した空腸盲端の切離のみで症状の改善が得られた。本法は低侵襲で負担の少ない有効な術式と考えられた。

C18

胃軸捻転に急性膵炎を合併した 1 例

大手前病院 外科
 久津見整、辻村直人、大井和哉、斎藤百合奈、
 柏崎正樹、玉川浩司、谷口英治

症例は 57 歳男性。上腹部痛及び嘔吐を主訴に受診。血液検査で WBC、p-AMY の上昇、腹部 CT で胃の著明な拡張があり、幽門部と噴門部が逆転し、脾尾部から左腎下極に遠に及ぶ炎症の波及 (CT grade2) を認め、重症急性膵炎を合併した胃軸捻転と診断した。内視鏡的整復困難であり、腹腔鏡下胃軸捻転整復術並びに胃壁固定術を施行した。術中所見では、胃は鬱血拡張し、大網を巻き込んで臓器軸性に前方に捻転していた。愛護的に大網と胃を引き出し整復、胃壁を腹壁に固定した。術後は膵炎に対し保存的加療を行い、術後 7 日目に食事再開、術後 19 日目に退院した。

胃軸捻転は胃の全体または一部が生理的範囲を超えて捻転し、通過障害をきたす稀な疾患である。また、胃軸捻転に起因して重症急性膵炎を合併した症例は、検索しうる限り報告は少ない。

今回我々は、腹腔鏡下手術加療可能であった急性膵炎合併の胃軸捻転を経験したため報告する。

C17

胃軸捻転症に対して腹腔鏡下胃固定術を施行した一例

医学研究所 北野病院 消化器外科
 久野晃路、山本健人、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、寺嶋宏明

【背景】胃軸捻転症は胃が生理的範囲を越えて捻転する比較的稀な疾患であり、症例によっては手術療法が必要となる。胃軸捻転に対する手術の基本は捻転の解除と予防及び発症要因の除去である。近年、腹腔鏡下胃固定術や内視鏡的胃瘻造設による固定術などの低侵襲手術の報告が増加しているが、固定法や固定する位置・箇所数などの条件は様々である。現在のところこれらの術式の長期予後を比較した研究結果は存在せず、発症要因・年齢や ADL などの患者背景・各術式の特徴を鑑みた上で個々の患者に対する術式が決定されている。【症例】82 歳女性。腹痛・嘔吐が出現した翌日に前医受診後、当院紹介となった。消化器内科入院の上、胃軸捻転症に対して内視鏡処置施行するも捻転解除ならず、当科転科となり腹腔鏡下胃固定術および食道裂孔ヘルニア根治術を施行した。今回我々は、胃軸捻転症に対して腹腔鏡下胃固定術により治療した一例を経験したためここに報告する。

C19

Nivolumab 療法後に多発肝転移が CR となり Conversion 手術が可能となった進行胃癌の 1 例

大阪大学 消化器外科
 乾 元晴、山本和義、黒川幸典、高橋 剛、
 西塔拓郎、牧野知紀、田中晃司、山下公太郎、
 中島清一、江口英利、土岐祐一郎

症例は 60 歳台、男性。体重減少、黒色便を契機に見された肝転移を伴う切除不能進行胃癌 (cT4bN1M1(HEP)StageIV) に対して化学療法 (1st: S-1+CDDP、2nd: PTX + RAM、3rd: CPT-11) を施行し、最終的に原発巣、肝転移病変の増悪を認めた。4th line として施行した Nivolumab 療法が長期奏効し、42 ヶ月時点で原発巣は PR、多発肝転移は CR であったことから、Conversion 手術を考慮し審査腹腔鏡を施行した。腹腔内洗浄細胞診陰性であり、腹膜播種も認めなかったが、転移リンパ節の横行結腸間膜浸潤を認めたことから、横行結腸合併切除の手術リスクを考慮し、Nivolumab 療法を継続する方針とした。5 ヶ月後、肝転移は CR を維持していたが、原発巣増大傾向であり、消化器症状が出現したことから、幽門側胃切除、横行結腸部分切除、肝部分切除術を施行した。Nivolumab 療法が長期奏効し、Conversion 手術を施行しえた症例を経験したことから、文献的考察を含めて報告する。

C20

術式決定に苦慮し腹腔鏡下腓体尾部合併切除術を施行した胃 GIST の 1 例

和歌山県立医科大学 第二外科
永野翔太郎、早田啓治、尾島敏康、勝田将裕、
合田太郎、北谷純也、竹内昭博、山上裕機

症例は48歳女性で、健診でのエコーで脾臓、膵臓周囲の腫瘤を認め、CT で胃と膵臓に隣接した腫瘤を認めたため、当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査では、胃体上部に8cm 大の腫瘤像あり、同部位の FNA で GIST の診断であった。術前の造影 CT では胃穹窿部から胃体上部大彎側に境界明瞭な腫瘤像を認め、膵臓と広範囲に接していた。以上より術前診断は胃 GIST、膵浸潤疑いであった。術式として、腹腔鏡下胃部分切除術、術中で膵浸潤疑われる場合は腓体尾部切除術、脾臓摘出術を予定した。術中所見で腫瘍は広範囲に膵臓と癒着しており、剥離による被膜損傷を危惧し、腹腔鏡下胃部分切除術、膵体尾部切除術、脾臓摘出術を施行した。術後は合併症なく経過し、術後14日目に自宅に軽快退院となった。病理結果で膵浸潤は認めなかった。今回我々は、術式決定に苦慮し、術中所見より腹腔鏡下腓体尾部合併切除術を施行し良好な経過であった胃 GIST の1例を経験したので報告する。

C22

上腸間膜動脈血栓塞栓症を契機に発見され、術前補助化学療法が奏功した傍大動脈リンパ節転移を伴う高度進行胃癌の 1 例

春秋会城山病院 消化器センター
飯田 亮、新田敏勝、石井正嗣、松谷 歩、
千福貞勝、上田恭彦、石橋孝嗣

【はじめに】本邦では胃癌に対する術前補助化学療法 (NAC) の意義は確立されていない。今回、NAC としての SP 療法が奏効した症例を経験したので報告する。【症例】74歳の男性。心窩部痛を主訴に救急受診され、精査の結果、上腸間膜動脈血栓塞栓症と診断したが、同時に傍大動脈リンパ節転移を伴う進行胃癌も認めた。血栓溶解後、SP 療法を2クール行い、開腹幽門側胃切除および傍大動脈リンパ節郭清を行った。病理組織学的所見では深達度は ypT1a (M) であり、リンパ節転移は N0 (0/103) であった。術後3か月経過した現在、無再発生存中である。【考察】胃癌診療ガイドライン第5版では、NAC は条件付きで推奨されているが、化学療法奏効後の手術など集学的治療による長期生存例の報告も散見されている。本邦では傍大動脈リンパ節転移を伴う胃癌に対する NAC 奏効例は15例であった。胃癌に対する NAC として SP 療法は依然として有用な選択肢の一つとなりうると考えられた。

C21

当科における da Vinci 導入から 4 年目の現状
兵庫医科大学 上部消化管外科
石田善敬、北條雄大、中村達郎、隈本 力、
倉橋康典、篠原 尚

当科では、2017年6月より胃癌手術に da Vinci surgical System (以下、da Vinci) を導入した。当初は自費診療であったが、保険収載となった2018年4月には認定施設基準を満たすことができた。現在は da Vinci の特性を考慮し、胃全摘または噴門側胃切除の症例、または肥満症例を中心に da Vinci を使用している。4年2か月間に行ったロボット支援下胃癌手術は150例であった。その約60%が幽門側胃切除術、胃全摘術、噴門側胃切除術はそれぞれ約20%を占めた。主な合併症 (CD 分類 Grade II I 以上) は、サブイレウス 1例、膵液漏 1例、小脳出血 1例、食道-胃瘻 1例を認めた。当科でのロボット支援下手術の導入は安全に行いえた。今後は da Vinci 手術をより安全に、そして利点を明らかにしていくことが必要である。

D01

腸切除で確定診断を得た小腸 MALT リンパ腫の 1 例

大阪府済生会千里病院 消化器外科
深山大樹、加藤淳一郎、浦川真哉、谷口嘉毅、
深田唯史、西田久史、谷口博一、真貝竜史、
福岡孝幸

MALT リンパ腫はB細胞に由来する低悪性度のリンパ腫で、大半は胃に発生し、その他の腸管原発のものは稀である。今回腹腔内リンパ節腫大診断目的の審査腹腔鏡にて、リンパ節生検では確定を得ず、腸管切除標本で確定診断を得た小腸 MALT リンパ腫の1例を経験したので報告する。70歳代男性。腹部 CT で経時的に増大する複数の腸間膜リンパ節腫大診断目的で当科紹介。身体所見、血液検査、消化管内視鏡検査で異常所見を認めず、リンパ節生検目的で審査腹腔鏡を実施。術中、回腸に紫褐色調変化を伴う2か所の硬結病変と、所属腸間膜内リンパ節腫大を多数認めた。同部位の腸管内腔は狭小化を認め、通過障害に陥る可能性を考慮し、小開腹の上で小腸部分切除術および数個のリンパ節生検を施行した。摘出腸管標本の病理検査により小腸 MALT リンパ腫と診断された。

D02

術前 CT で診断し得た Meckel 憩室穿孔の一例

¹堺市立総合医療センター 外科²堺市立総合医療センター 病理診断科古橋侑輔¹、中西智也¹、中田 健¹、安原裕美子²、老木 華¹、梅田一生¹、横内 隆¹、泉谷祐甫¹、牛丸裕貴¹、北川彰洋¹、大原信福¹、三宅祐一朗¹、前田 栄¹、中平 伸¹、川端良平¹、西川和宏¹、宮本敦史¹、大里浩樹¹

症例は11歳、男児。身長137cm、体重30.2kg。嘔吐を主訴に当院に救急搬送された。来院時、腹部は軟、左下腹部を最重点とする間欠的な腹痛があり、腹膜刺激徴候は認めなかった。浣腸で少量の排便あるも症状改善せず、感染性胃腸炎の疑いで入院となった。その後も腹痛が持続し、入院翌日の腹部造影 CT で回腸から突出する盲端構造と周囲脂肪織濃度上昇、腸管外ガス、腹水を認め、Meckel 憩室穿孔による汎発性腹膜炎と診断し、同日緊急手術を施行した。腹腔鏡下で手術を開始すると汚染腹水あり、回腸末端から約50cm 口側の回腸に穿孔を伴う憩室を認めた。憩室を含む約5cm の回腸を切除し、腹腔洗浄ドレナージにて終了とした。病理組織学的には、憩室壁に胃底腺粘膜を、小腸粘膜部に穿孔を認めた。術後経過は良好で、術5日で退院となった。今回我々は、術前 CT で診断し得た Meckel 憩室穿孔による汎発性腹膜炎の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて発表する。

D04

保存的加療にて軽快した無症候性縦隔気腫・腸管気腫症の1例

三田市民病院

小中龍之介、安達裕里、池田太郎、松本晶子、和田隆宏、原田直樹、光辻理顕、佐溝政広

症例は85歳、女性。StageIIa の直腸癌術後であり再発や転移なく経過中であり、術後5年後のフォローアップのため外来受診された。術後サーベイランスとして胸腹部造影 CT を撮影したところ縦隔気腫、腹腔内遊離ガス、小腸壁内気腫を認めた。腹部症状は全く無く、血液検査での炎症反応上昇を認めなかったため緊急手術の必要性は乏しいと判断し、保存的加療を行う方針とした。入院後は絶食管理とし入院5日目に胸腹部 CT 再検したところ、縦隔気腫は消失し小腸壁内気腫については僅かに残存あるものの改善認めていた。入院8日目に上部消化管内視鏡検査にて食道穿孔等が無いことを確認し、食事開始し腹部症状無く経過し入院15日目に退院となった。保存的治療が有効であった腹腔内遊離ガスだけでなく縦隔気腫を伴う無症候性の腸管気腫症を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

D03

繰り返す再発に対し複数回切除し得た小腸平滑筋肉腫の1例

大津赤十字病院 外科

高 理奈、甲津卓実、伊藤達雄、安宅 亮、多賀 亮、松林 潤、中山雄介、北口和彦、池野嘉信、浦 克明、豊田英治、大江秀明、洲崎 聡、廣瀬哲朗

症例は68歳女性。下腹部痛を契機に撮像された CT で長径15cm 大の腹腔内腫瘤を認めた。卵巣腫瘍を疑い右付属器切除術を予定したが、術中所見で腫瘍は空腸と連続しており小腸切除術を行った。病理所見では腫瘍は空腸と連続し α -SMA 陽性、CD34、c-kit 陰性、Ki-67 index 10% で小腸平滑筋肉腫と診断した。約1年後に播種再発を認め再発病巣を2カ所切除した。その14ヶ月後、さらに10ヶ月後にそれぞれ5カ所と8カ所の播種巣の切除を行った。病理診断でも平滑筋肉腫であった。いずれも肉眼的に腫瘍の完全切除が可能であり、初回手術から約3年半経過した現在も生存中である。平滑筋肉腫は免疫染色で c-kit 陰性かつ α -SMA または desmin 陽性を示す間葉系腫瘍で小腸原発はまれであり、予後は不良とされる。外科的切除が可能であれば完全切除が第一選択とされるが、再発に対する有効な治療法は確立されていない。本例のように繰り返して切除し得た症例は極めて稀であると考えられる。

D05

乳癌小腸転移の1例

長浜赤十字病院 外科

三中淳史、中村一郎、全 有美、村崎 岬、児玉泰一、長門 優、丹後泰久、張 弘富、中村誠昌、塩見尚礼

症例は65歳、女性。2年前に右乳癌に対し術前化学療法+乳房部分切除術+腋窩リンパ節郭清を施行した (ypT1bN1miM0、StageIB、浸潤性乳管癌 (硬性型)、ER(-)、PgR(-)、HER2(-))。術後補助療法として残存乳房照射を行った。1年前嘔吐を主訴に近医を受診し、便潜血反応陽性で当院紹介となった。CT 検査で限局性小腸壁肥厚像と、大動脈・腹腔動脈・上腸間膜動脈周囲のリンパ節と、腸間膜内リンパ節に多数のリンパ節腫大を認めた。小腸内視鏡を施行したが癒着のため観察できず、試験開腹術を施行した。術中所見は回腸末端から100cm の部位で腫瘍が漿膜面に露出した硬い部分を認め、回腸部分切除術を施行した。病理組織検査で乳癌小腸転移と診断した。術後経過は良好で術後9日目に退院し、現在化学療法にて治療中である。乳癌小腸転移という稀な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。

D06

胃石嵌頓による小腸閉塞に対して経イレウス管的コーラ溶解療法が奏功した一例

天理よろづ相談所病院 消化器外科
岩崎雄太、門川佳央、山中良輔、中西 望、
松村彰太、植村泰佑、北野 拓、仲野健三、
森野甲子郎、後藤俊彦、加藤 滋、田中宏和、
待本貴文

【症例】72歳男性、柿農家。3日前からの嘔吐で当院救急外来を受診。精査にて胃石及び胃十二指腸の拡張を認めたため、加療目的に消化器内科に入院。内視鏡下に胃石を粉碎した2日後より腹部膨満と間欠的腹痛があり、CTで小腸内の胃石及び小腸の拡張を認めたことから胃石嵌頓に伴う小腸閉塞と考えられた。イレウス管留置後も改善に乏しく、外科的治療を考慮され当科転科となった。【経過】透視下にイレウス管を胃石近傍に位置調整し、経イレウス管的コーラ溶解療法を開始した。また、腸液の分泌抑制のためにオクトレオチド持続皮下注を開始した。3日後には腹部所見は改善し、画像上も腸管内の胃石の消失を認めた。胃内の残存胃石に対しても内視鏡的に破碎・回収し、転科後19日で退院となった。【考察】胃石性腸閉塞は比較的稀な疾患で、保存的加療の報告が散見される一方で依然として手術加療が必要となる症例も多く、今後も更なる症例の蓄積と検討が必要である。

D08

成人期に診断された右室二腔症に対して人工血管パッチによる右室形成術を施行した一例

岸和田徳洲会病院 心臓血管外科
橋本和也、東上震一、畔柳智司、降矢温一、
平松範彦、松浦 誠、春日健介、竹本哲志、
小林将明、奥田進太郎

【背景】右室二腔症は漏斗部より下位に発達した異常筋束により右室が三尖弁側の髙圧部と肺動脈側の低圧部に分けられたものと定義されており多くは青年期までに診断される。成人期に診断され、異常筋束を切除し右室を人工血管にてパッチ閉鎖する右室形成術により治療し得た右室二腔症を経験したため報告する。【症例】81歳女性、当科にて冠動脈 CT、心臓超音波検査により漏斗部狭窄を認め右室二腔症と診断され手術加療の方針となった。術中所見としては、右室内において肺動脈弁より漏斗部にかけて繊維性組織の連続と繊維化した肉柱を認めた。繊維性組織は切除し人工血管パッチにて右室形成を行い、心室側はフェルトストリップを用いて補強した。術後検査で右室内の狭小化部分は改善しており術後16日目に自宅退院となった。【結語】成人期に右室二腔症と診断される症例は稀であり、人工血管パッチを用いた右室形成術により良好な転機をたどった症例を経験した。

D07

急性大動脈解離術後遠隔期に中枢側吻合部仮性瘤による Critical Cerebral Malperfusion を来した1例

石切生喜病院 心臓血管外科
福田 帝、生田剛士、西村慎亮、因野剛紀、
長尾宗英、藤井弘史、木村英二

急性A型大動脈解離術後の約20%が再手術を要するが、仮性瘤が原因となるのは稀であり、ほとんどが無症状である。急性大動脈解離術後遠隔期に中枢側吻合部仮性瘤による cerebral malperfusion を来した症例を経験したので報告する。症例は57歳男性。6年前に急性A型大動脈解離に対し上行弓部置換術を施行。以後、Valsalva 洞の拡大を認めるが大動脈弁閉鎖不全も軽度で経過観察としていた。今回、突然の左不全片麻痺で救急搬送。MRI 検査で急性期右多発脳梗塞を認めた。造影 CT 検査で中枢側吻合部後壁からの仮性瘤が人工血管を圧排し cerebral malperfusion を認め緊急手術となった。早急な脳血流の改善目的に血管内治療を試みたがワイヤー不通過で断念、大動脈基部置換術+頸部分枝血行再建術を行った。術直後は覚醒に至ったが、術4日目に意識障害を認め、CT 検査で広範囲出血性脳梗塞を認めた。リハビリに長期入院を要したが、術後10ヶ月経過した現在外来通院中である。

D09

腹部大動脈ステントグラフト内挿術後に腸腰筋膿瘍に伴うステントグラフト感染をきたし開腹人工血管置換術を施行した一例

¹岸和田徳洲会病院 心臓血管外科
²和泉市立総合医療センター 心臓血管外科
奥田進太郎¹、東上震一¹、畔柳智司¹、降矢温一¹、
平松範彦²、松浦 誠¹、竹本哲志¹、春日健介¹、
小林将明¹、橋本和也¹

(症例)腹部大動脈ステントグラフト内挿術(EVAR)および大動脈弁置換術既往のある79歳男性。3年前感染性心内膜炎に対し大動脈弁再置換。2年前腸腰筋膿瘍発症し抗生剤内服加療を行っていたが、発熱と左背部痛増悪認め、CTで腸腰筋膿瘍増悪とステントグラフト(SG)感染を疑われ当科紹介。CT再検で膿瘍内への造影剤漏出を認め準緊急手術を施行した。(所見)膿瘍を開放すると血性の膿性排液認め、SGとの交通が強く疑われた。腸腰筋は縫合閉鎖しSG抜去して腎動脈下で人工血管置換術を施行した。(経過)6週間の抗生剤加療を行い感染は制御され、術後37日目独歩退院となった。(考察)腸腰筋膿瘍に端を発したSG感染は非常に稀で、過去の文献報告はない。EVAR後SG感染は非常に予後不良であるが、適切なタイミングでの外科的治療介入と周術期感染治療が奏功し、本症例では良好な転帰を得ることができた。

D10

皮下植込み型 CV ポートカテーテルの断裂に対しての摘出の工夫

¹野崎徳洲会病院 臨床研修センター

²野崎徳洲会病院 外科

³野崎徳洲会病院 総合診療科

大久保海周¹、小野山裕彦³、車 清悟³、

糸原孟則³、吉田佳世³、坂井昇道²

皮下植え込み型 CV ポートカテーテルの断裂は起こりうることはあるが経験が少ないこともあり摘出に苦勞する。今回右心房に落ち込んだカテーテル片を摘出した興味ある一例を経験した。【症例】79歳女性。6年前に乳がんの肺転移に対する化学療法のために右鎖骨下静脈から CV ポートを留置した。骨転移によるものと思われる左胸部痛を訴えたため CT を撮影したところ偶然に CV ポートカテーテルの断裂を認めた。カテーテルの先端は右心房内に存在していた。内経静脈よりセルジンガー法でアプローチし、内視鏡に用いるバスケット鉗子、生検鉗子、把持鉗子で試みたが摘出できなかった。そこで下垂体用髓核鉗子を用いたところ、カテーテルを保持することができ摘出に成功した。【考察】下垂体用髓核鉗子を用いた方法は、断裂した中心静脈カテーテルの摘出に有用な方法と考えられた。

D12

縦隔鏡下に摘出した副甲状腺腺腫の 1 例

¹大阪市立大学大学院 消化器外科

²大阪市立大学大学院 乳腺・内分泌外科

遠藤秀生¹、田村達郎¹、野田 諭²、宮本裕成¹、

西 智史¹、辻尾 元¹、南原幹男¹、井関康仁¹、

三木友一郎¹、吉井真美¹、福岡達成¹、澁谷雅常¹、

豊川貴弘¹、田中浩明¹、李 榮柱¹、六車一哉¹、

八代正和¹、大平雅一¹

〈はじめに〉副甲状腺腺腫は副甲状腺機能亢進症のうち最も頻度の高い疾患であり、根本的な治療は腺腫の摘出術である。今回、縦隔鏡下に副甲状腺腺腫摘出術を施行した症例を経験したので報告する。〈症例〉患者は77歳、女性。前医で腰椎圧迫骨折と診断され、血液検査で Ca 高値、P 低値、PTH 高値を認めた。超音波検査で甲状腺左葉背側に7.0×5.3×4.7mm の低エコー領域を認め、CT 検査にて下垂体や膵臓、その他の臓器に異常は認めなかった。核医学検査にて同部位に RI の集積を認めた。以上より、副甲状腺腺腫による原発性副甲状腺機能亢進症と診断とした。腫瘍は後縦隔食道背側に存在し、頸部アプローチでは摘出困難と考え、縦隔鏡下腫瘍摘出術を行った。術後経過は良好で術後4日目自宅退院となった。〈まとめ〉縦隔鏡下に副甲状腺腺摘出術を施行した非常に稀な症例を経験した。縦隔鏡下手術は頸部アプローチが困難な症例でも低侵襲であり、安全に施行可能と思われる。

D11

急性心筋梗塞による院内心停止蘇生後に急性上腸間膜動脈閉塞症と診断され血栓除去術により救命に成功した 1 例

紀南病院

弘中裕士、渡辺芳樹、濱田悠輔、奥本泰士、
徳山信嗣、林 伸泰、松田真以子、楠 雅之、
阪越信雄

我々は院内心停止蘇生後、急性心筋梗塞に対し PCI を施行した後、急性上腸間膜動脈閉塞症と診断され血栓除去術を施行し、救命しえた 1 例を経験したので報告する。【症例】89歳の男性。以前から心房細動を指摘されていたが抗凝薬は内服していなかった。心窩部痛のため独歩来院後、待合室で心肺停止に至った。速やかに CPR を開始し自己心拍は再開したが、心電図異常を認め、冠動脈造影検査を施行すると右冠動脈完全閉塞を認め、血栓吸引を施行した。しかしながら、心窩部圧痛が残存するため造影 CT 検査を施行したところ、上腸間膜動脈に血栓陰影を認めた。引き続き緊急で開腹した所、腸管の色調不良を認めたが、壊死には至っていないと判断しフォガティバルーンカテーテルを使用して上腸間膜動脈の血栓を除去した。速やかに腸管の色調回復を認めた。術後、麻痺性イレウスや全身廃用があったが、経口摂取も可能となり、現在一般病棟でリハビリ中である。

D13

後縦隔ミューラー管嚢胞の一切除術

¹市立豊中病院 教育研修センター

²公立学校共済組合近畿中央病院

西原弘将¹、軽部隆介¹、楠 貴志²、岩澤 卓¹、

堂野恵三¹

症例は50歳女性で、検診胸部 X 線で左縦隔の拡大を指摘されたため当院に紹介となった。CT では後縦隔 Th3-4 左側に27×19mm の低濃度陰影を認めた。1年5ヶ月後の CT では32mm に増大傾向を示した。MRI では T1W で低信号、T2W で高信号を示し、心膜のう胞や気管支のう胞が疑われた。発見から2年4ヶ月後に手術を行った。手術前の CT では36mm とさらに増大していた。既往歴には特記すべき疾患はなし。術前検査に特記すべき異常所見無く、CEA 0.8、sIL2R 210.8 と正常範囲であった。胸腔鏡下に摘出したところ、肉眼的には病変は薄壁のう胞であり、交感神経や気管支、食道との連続性はなかった。病理組織診断では、のう胞壁は丈の低い立方上皮で裏打ちされ、一部に線毛を有しており、ER、PgR とともに陽性を示した。よって、ミューラー管のう胞と診断した。術後合併症なく、経過は良好であった。閉経前後の女性の後縦隔のう胞には、ミューラー管のう胞の可能性を考慮する必要がある。

D14

左腕頭静脈の発達異常と左上大静脈遺残を伴った前縦隔腫瘍の一切除術

滋賀医科大学 呼吸器外科

渡邊敦子、益本貴人、白鳥琢也、林 一喜、
上田桂子、岡本圭伍、賀来良輔、川口 庸、
大塩恭彦、花岡 淳

【背景】左腕頭静脈の走行異常や左上大静脈遺残(PLSVC)の発生頻度は低い。今回、術前造影CTで血管の走行異常を把握し、安全に前縦隔腫瘍切除を施行することができた症例を経験した。

【症例】79歳、女性。症状はなく、他疾患で撮像された単純CTで前縦隔腫瘍を指摘された。術前の造影CTで、左腕頭静脈の発達不良およびPLSVCが認められた。手術は右胸腔アプローチで胸腔鏡下に行った。術中所見では左腕頭静脈はごく細い状態で存在し、伴走する細い血管が多数認められた。左腕頭静脈は温存し、胸腺・胸腺腫摘出術を施行した。術後経過良好で、第5病日に退院した。最終病理診断は胸腺腫、Stage Iであった。

【考察】心疾患のない成人例での左腕頭静脈の発達異常度は0.1%未満、PLSVCは約0.4%と報告されている。左腕頭静脈の低形成やPLSVC症例では、胸腺剥離時の損傷や胸腺静脈等との誤認の可能性もあり、術前の画像検査による十分な把握が重要と考えられた。

D16

前医で気胸と診断され胸腔ドレーンを挿入されていた巨大肺嚢胞の1手術例

¹関西医科大学 卒後臨床研修センター

²関西医科大学附属病院呼吸器外科

³関西医科大学附属病院病理診断科

田中里奈¹、日野春秋²、岡部麻子³、内海貴博²、
丸 夏未²、松井浩史²、谷口洋平²、齊藤朋人²、
鳶 幸治³、村川知弘²

【症例】46歳、男性。【現病歴】倦怠感、呼吸苦のため、救急要請。前医で右気胸と診断され、胸腔ドレーン挿入。肺の拡張が得られず脱気不良と判断され、精査目的に当科転院となった。転院時、酸素化良好で、胸腔ドレーンより空気漏れは認めなかった。CTでは巨大肺嚢胞が右胸腔のほとんどを占めており、正常肺は縦隔側に圧排され、さらに縦隔の偏位も伴っていた。胸腔ドレーンは嚢胞外側の胸腔内に留置されていた。有症状であることより、胸腔鏡下に巨大肺嚢胞切除を行った(手術時間47分、出血5ml)。術後2日目に胸腔ドレーン抜去、術後7日目に独歩退院となった。術前からの呼吸切迫症状は改善した。病理組織学的には肺嚢胞であり、悪性所見は認めていない。【結語】巨大肺嚢胞は気胸との鑑別が問題となるため、初診時での対応が重要である。ドレーン留置による肺損傷の危険もあり、本疾患を念頭に入れた治療選択が肝要である。

D15

右肺部分切除後3年にわたり増大傾向を有した後縦隔のChronic Expanding Hematoma (CEH)の1切除症例

¹大阪医科薬科大学 胸部外科学教室

²医療法人 徳洲会 八尾徳洲会総合病院

³社会医療法人 仙養会 北摂総合病院

⁴市立ひらかた病院

⁵日本赤十字社 高槻赤十字病院

進藤友喜¹、武田 翔¹、豊原功侍⁵、片岡尚之⁴、
文元聰志¹、越智 薫³、市橋良夫²、佐藤 澄¹、
花岡伸治¹、勝間田敬弘¹

【はじめに】Chronic Expanding Hematoma (CEH)は稀な疾患で、1980年にReidらによって提唱された、出血の原因から1か月以上を経て慢性的に徐々に増大する血腫と定義された病態である。後縦隔腫瘍を疑い手術を行いCEHと診断した1例を経験したので報告する【症例】78歳男性、X-4年に胸腔鏡下右肺上葉S2部分切除術施行した後、X-3年の胸部CTにて、Th7椎体右側の軟部影を指摘された。その後経時的に増大傾向を認めたためX年3月に後縦隔腫瘍疑いで、ロボット支援下摘出術を施行した。術中所見では、病変は脊椎上の壁側胸膜内にやや隆起した3×3cmの黒色病変として確認できた。切離した病変を軽く圧排したところ、暗赤色の内容液が排出された。永久病理の結果、血腫の診断であった。術後経過は良好で、半年後も再発なく現在前医外来通院中である。今回、右肺部分切除後3年にわたり増大傾向を有したCEHの1切除症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

D17

左内胸動脈グラフトによる冠動脈バイパス術後の患者に胸腔鏡下左上葉切除術を施行した1例

箕面市立病院 外科

松田峻佑、中根 茂、岡 義雄、杉本圭司、
山本 仁、平尾隆文、團野克樹、豊田泰弘、
野口幸蔵、藤野志季、武田 和、山本 慧、
村尾修平

内胸動脈を用いた冠動脈バイパス術(CABG)後の同側肺の手術はグラフト周囲の癒着のためにグラフト損傷を起こす可能性があり、十分な注意が必要である。症例は69歳男性。労作性狭心症3枝病変に対して左内胸動脈グラフトを使用したCABGの既往あり。転倒による外傷性気胸を契機に左上葉に4cm大の空洞性病変を指摘され、肺癌が疑われた。手術は胸腔鏡下左上葉切除術+ND2a-2を施行した。左内胸動脈グラフトと左上葉が癒着していたため、グラフトを損傷しないように部分切除を先行させた。術後肺癒着を認めたが、心血管合併症なく退院となった。CABG後の患者の肺癌手術では、グラフト部の無理な剥離は行わず部分切除を行うことでグラフト損傷を避けることが重要であると考えられた。

D18

大腸癌の胸壁播種と肺転移を同時に切除した 1 例

大阪市立大学 呼吸器外科

佐々木航、伊藤龍一、井上英俊、小松弘明、
月岡卓馬、泉 信博、西山典利

症例は77歳、男性。前医にて下行結腸癌の術後フォロー中に肝内腫瘍を認めたため、経皮的肝生検を施行され、大腸癌の肝転移と診断された。転移性肝癌に対して肝 S6部分切除術を施行し、術後化学療法としてテガフルを開始した。その後のフォロー中の胸部 CT 画像で右肺下葉と右側胸壁に結節陰影が認められたため、手術目的に当科紹介となった。右肺腫瘍と胸壁腫瘍に対して、右肺 S6、S10部分切除術と右胸壁腫瘍切除術を施行した。右胸壁腫瘍は、20mm 大で第10肋間中腋窩腺上に存在し、胸腔鏡で観察したところ胸腔への露出は認めなかった。肋間筋への浸潤を認めたため肋間筋の合併切除を施行した。病理診断にて、肺病変、胸壁病変ともに大腸癌の転移と診断された。今回、転移性肝がんに対する経皮的肝生検が原因と考えられる胸壁播種と肺転移巣の同時切除例を経験したため、文献学的考察を含めて報告する。

D20

3 歳男児の異所性胸腺の一例

八尾徳洲会総合病院 小児外科

植田圭祐、木村拓也、山中宏晃、河島茉澄

頸部腫瘍は小児領域で比較的多くみられ、術前診断にしばしば難渋する。我々は頸部異所性胸腺の一例を経験したので報告する。症例は3歳男児。1歳半健診にて発達障害を疑われた際の頭部 MRI 検査で、右頸部腫瘍を指摘された。エコー検査では顎下腺、甲状腺を近接した部位に、辺縁整で内部点状エコーの3cm 大の腫瘍を認めた。悪性所見は疑われず、経過観察としていた3歳時に家族から手術希望があり、診断治療目的に摘出術を施行した。術前に、正常胸腺が縦隔内に存在することを確認した。術中所見では、右頸部の外径動静脈の前面に被膜に覆われた腫瘍をみとめた。近接組織や血管、神経への浸潤はなかった。病理学的には異形のない胸腺組織であり、右頸部異所性胸腺と診断した。小児異所性胸腺は頸部腫瘍の中で比較的稀である。胸腺腫や悪性分化が鑑別となるが、画像診断や細胞診では診断が難しく、確定診断には手術による摘出術が必要と考えられる。

D19

肺結節状アミロイドーシスを合併した肺 MALT リンパ腫の一治療例

¹京都医療センター 呼吸器外科

²京都都病院

余田 誠¹、澤井 聡¹、橋本雅之¹、武田恵子¹、
大塩麻友美²

肺 MALT リンパ腫は節外性リンパ腫の3から4%、肺原発悪性腫瘍の0.5から1%とされる肺原発悪性リンパ腫の多くを占める疾患で、時にアミロイドーシスを合併することが知られている。今回我々は、肺 MALT リンパ腫術後経過観察中に、肺結節状アミロイドーシスの発症と肺 MALT リンパ腫の再発を認めた症例を経験したため報告する。症例は80歳代女性で、X-8年に右下葉肺部分切除術を施工した。その後、胸部 CT 検査による経過観察を行っていたが、X-6年に左上葉に肺結節影の出現を認めた。またX-4年に右下葉に浸潤影が出現し、ともに緩徐な増大を示した。患者希望により画像フォローしていたが、X-2年に診断加療目的に胸腔鏡下左上葉肺部分切除を施工し、肺結節状アミロイドーシスの診断を得た。また右下葉病変はさらに増大を認めたため、X年に胸腔鏡下右下葉切除を施工し肺 MALT リンパ腫の再発と診断した。以降慎重に経過観察中である。

D21

小児精巣捻転において術中 ICG 蛍光法を用いて血流評価を行った 1 例

八尾徳洲会総合病院

白崎祐美、河島茉澄、木村拓也、山中宏晃、

井上雅文、松岡伸英、堤 綾乃、石垣早知子

【症例】14歳男児【主訴】腹痛【現病歴】1300g 低出生体重児にて生後1週間 NICU 入院歴のある健康な14歳男児。突然の左下腹部痛を自覚し、当科外来を受診。超音波検査にて左精巣内部血流の消失、ループ状の左精巣動静脈を認めた。左精巣捻転症の診断にて発症3時間後に緊急手術を行った。術中所見では、左精巣は捻転しており、捻転を解除したが、暗紫色と色調不良であった。術中 ICG 蛍光法を用いて精巣血流を確認したところ精索から精巣まで良好な血流が視認され、精巣温存可能と判断し、患側のみ精巣固定術を施行した。現在、術後10ヶ月経過し、精巣の萎縮はみられず、良好な経過を得ている。【考察】精巣捻転症において、精巣温存可能とする術中の判断所見として明確な基準がない。本症例では肉眼的評価のみでなく術中 ICG 蛍光法による血流評価を用いて精巣温存に成功した。

D22

両側腹腔内精巣に対する Shehata 法: 症例報告

¹関西医科大学 小児外科
²関西医科大学 外科
 藤東温子¹、吉本紗季子^{1,2}、奥坊斗規子^{1,2}、
 佐竹良亮^{1,2}、中村弘樹^{1,2}、土井 崇^{1,2}、
 関本貢嗣²

【背景】腹腔内精巣に対する FowlerStephens 法は、精巣動静脈離断を行うため精原細胞等が著減するとの報告もある。一方、精巣血管を温存する Shehata 法は本邦での報告例は少ない。【症例】生後4か月男児。健診で両側停留精巣を指摘された。超音波で右精巣同定困難、左腹腔内精巣あり。生後5か月での腹腔鏡精査で両側内鼠径輪開存と腹腔内精巣を認め、精巣動静脈の長さが不十分のため両側同時 Shehata 法を選択。精巣動静脈・精管を腹膜から剥離。精巣を各対側腹壁に固定。3ヶ月後、両側精巣動静脈・精管と腹膜の癒着を解除。精巣動静脈・精管は伸長され、内鼠径輪から陰嚢底部のルートを作成し、余裕を持って陰嚢内に精巣を牽引し固定。半年以上経過しても精巣に問題は認めず、陰嚢容量は増大し正常陰嚢と比して遜色ない。【結語】我々は両側腹腔内精巣に対し両側同時 Shehata 法を施行した症例を経験した。

D24

後腹膜脂肪肉腫の1剖検例

¹野崎徳洲会病院 総合診療科
²野崎徳洲会病院 内科
³野崎徳洲会病院 病理科
 土佐明誠¹、小野山裕彦¹、小野一弘²、江上洋介¹、
 金原真義¹、安次富駿介¹、大久保海周¹、平野博嗣³

症例は、59歳男性。1年前からの腹部膨満があり増悪したため搬送された。CT 検査で、腹腔内の大部分を占拠する不均一な造影効果を示す low density の分葉状の充実性腫瘍を認めた。後腹膜腫瘍と考えられた。外科的手術で検討したが、全身状態の改善が得られず、死亡された。病理解剖では後腹膜の 34cm×26cm の腫瘍であった。病理組織学的には様々な分化を示す多型の強い異形細胞からなり、一部で脂肪分化、lipoblast を認めた。免疫染色で、MDM2、CDK4、Vimentin が陽性であり、脱分化型脂肪肉腫との診断に至った。その他臓器には浸潤転移を認めず、高度進行した後腹膜脂肪肉腫と考えられた。脂肪肉腫は、軟部悪性腫瘍の1つであり、四肢や後腹膜に好発する。組織学的に5型に分類され、脱分化型脂肪肉腫は後腹膜発生の報告が多い。手術による完全摘出が求められるが、再発しやすいため予後不良とされている。今回、巨大な後腹膜脂肪肉腫が死因と考えられた剖検症例を経験したので報告する。

D23

小腸間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞の1例

¹宇治徳洲会病院 小児外科
²京都府立医科大学 小児外科
³宇治徳洲会病院 外科
 武内悠馬¹、久保田良浩¹、長野心太²、野村勇貴³、
 上田容子³、大森敦仁³、中村真司³、仲原英人³、
 我如古理規³、水野 礼³、橋本恭一³、野見武男³、
 日並淳介³、長山 聡³、下松谷匠³

症例は生来健康な7歳女児。嘔吐と腹痛を主訴に近医で急性腸炎として加療されたが1週間改善なく、発熱や食思不振を伴うようになったため当院救急受診となった。炎症反応の上昇 (CRP:13.7mg/dL) と、腹部造影 CT で回腸末端に closed loop を認めた。嵌頓小腸は壁肥厚を伴い、造影効果の増強を認めていた。内ヘルニアによる絞扼性腸閉塞と診断し、緊急手術を行った。手術所見は回盲部から 105cm の回腸間膜に 12×20mm の裂孔があり、回腸末端が約 5cm 嵌頓していた。腸間膜は炎症性に肥厚し、リンパ節腫大を伴っていた。嵌頓解除後に腸管色調の改善を認めたため、腸管切除は行わず、間膜裂孔を閉鎖して手術を終了した。術後は良好に経過し、術後5日に退院した。絞扼性腸閉塞は致命的となりうる疾患であり、早期診断が救命や腸管切除回避に重要とされている。今回、やや経過は長い腸管を温存しえた小腸間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞の1例を経験したので報告する。

D25

術前診断しえた aggressive angiomyxoma 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
 岡嶋恵生¹、日月亜紀子¹、松井雅貴¹、大森威来¹、
 佐井佳世¹、米光 健¹、石原 敦¹、福井康裕¹、
 櫛山周平¹、栗原重明¹、黒田顕慈¹、田嶋哲三²、
 青松直撥¹、長谷川毅¹、村田哲洋²、櫻井克宣¹、
 高台真太郎²、西居孝文¹、久保尚士¹、清水貞利²、
 金沢景繁²、前田 清¹

【はじめに】Aggressive angiomyxoma (AAM) は、女性の骨盤内に好発する比較的稀な間葉系腫瘍である。発育は緩徐であるが、周囲へ浸潤性に増殖し再発を繰り返すことが多い。【症例】44歳女性。約10年前から増大し続ける外陰部腫瘍の切除を希望して、前医を受診した。MRI で左坐骨直腸窩から会陰部へ連続する、内部に脂肪成分が混在した長径 16cm の軟部腫瘍を認め、脂肪肉腫疑いで当院婦人科を紹介受診した。針生検を施行し、組織像と免疫染色の結果から AAM が疑われた。起始部は直腸左側・肛門挙筋外側であり合併切除の可能性から当科と婦人科で合同手術を行ったが、直腸や肛門挙筋を合併切除することなく経会陰的に腫瘍を切除しえた。摘出腫瘍の組織像は、浮腫状あるいは線維性の間質を背景に異型の軽度生紡錘形細胞が不規則に増生しており、血管の増生を伴っていた。AAM として矛盾のない組織像であった。本症例は、再発の兆候なく治療後3年を経過している。

D26

内視鏡検査によって診断しえた、成熟嚢胞性奇形腫 S 状結腸穿通の一例

明石医療センター 外科

口分田啓、芦谷博史、水田憲利、大坪 出、
菊地拓也、藤木和也、福田善之、常見幸三、
豊川晃弘

症例は25歳女性、2週間続く39℃台の発熱を主訴に受診。腹部 CT で骨盤内に嚢胞性病変を認め、付属器嚢胞感染や破裂疑いで産婦人科入院。MRI では左右の卵巣は正常で、消化管穿孔を疑い外科に転科。嚢胞には脂肪成分や石灰化、free air が含まれ、奇形腫の消化管穿通を疑い内視鏡検査を施行。S 状結腸壁から漏れた脂肪織や毛髪を認めた。奇形腫の S 状結腸穿通と考え、入院4日目に手術を行った。腹腔鏡下で手術を開始したが、腫瘍でスペースがとれず開腹移行した。術中所見では右卵巣腫瘍と S 状結腸が癒着し穿通しており、腹腔内への穿破はなかった。右卵巣腫瘍摘出術と S 状結腸部分切除術を行った。若年であり腫瘍の大きさから考えても奇形腫の悪性転化は疑わずリンパ節郭清は行わなかった。術後経は骨盤内遺残膿瘍や抗菌薬へのアレルギー反応があり、術後24日目に退院となった。成熟嚢胞性奇形腫の消化管穿通は稀な疾患であり、若干の文献的考察を含め報告する。

D28

術前に診断しえた成人腸回転異常症に発症した急性虫垂炎の 1 例

ベルランド総合病院 外科

福尾飛翔、土橋洋史、奥村 哲、宮内智之、
濱野玄弥、豊田 翔、安田 哲、山本堪介、
ゆう 賢、小川雅生、川崎誠康、亀山雅男

症例は50歳代の男性。左下腹部痛を主訴に当院を救急受診した。既往歴なく、腹部手術歴も認めなかった。腹部 CT 検査で小腸は腹腔内の右側、盲腸は中央、結腸は左側に存在していた。盲腸に続く虫垂は径11mm 大に腫脹し、虫垂根部に糞石を疑う高吸収域を認めた。以上より腸回転異常症を伴う急性虫垂炎と診断し、腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。手術は虫垂を含む回盲部が腹腔内左側寄りにあるため、臍に12mm カメラポート、右上腹部、右下腹部に5mm ポートをそれぞれ配置し、計3点ポートにて虫垂切除術を施行した。術後に創部感染を認めたが、保存的に軽快し術後13日目に退院した。腸回転異常症は胎生期の腸回転の過程で生じる異常である。新生児期に診断されることが多く、成人例は稀であり本症例のように偶発的に診断されることが多い。本症例では術前の腹部 CT 検査で腸回転異常症と診断できたため、腹腔鏡下虫垂切除に適切なポート配置を行うことができた。

D27

腸管皮膚瘻に対して局所陰圧閉鎖療法で改善した 1 例

城山病院 消化器外科センター外科

千福貞勝、新田敏勝、石井正嗣、飯田 亮、
上田恭彦、松谷 歩、石橋孝嗣

<緒言>局所陰圧閉鎖療法 (negative pressure wound therapy : 以下 NPWT と略記) は、創傷に対して閉鎖環境下に陰圧を加え、創傷治癒促進する補助療法である。<症例>30歳、男性。S 状結腸憩室穿孔に対して、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、保存的加療にて改善認めず、早期の人工肛門閉鎖を施行した。術後8日から創部周囲の痛みと汚染排液を認め腸管皮膚瘻と判断した。術後20日にファイコンチューブ留置を行い、排液減少し NPWT を開始した。導入後には創部縮小し、一部不良肉芽の処理を行うことで創部閉鎖となった。<考察>腸管皮膚瘻に対する NPWT の適応は、腸内細菌貯留による創部の感染合併の可能性から躊躇される。しかし、排液の管理と定期的な創洗浄により、今症例のように創の閉鎖に有用である場合もある。<結語>腸管皮膚瘻は NPWT を用いて適切な処置と工夫をおこない、保存的に治療可能な症例が存在する。

D29

腹腔鏡下に摘出した後腹膜原発粘液性嚢胞腺腫の 1 例

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・
乳腺外科

中村浩之、西山航平、王子健太郎、佐伯崇史、
横尾拓樹、山崎悠太、清水 貴、荒井啓輔、
御井保彦、柿木啓太郎、中村 哲、岡 成光、
黒田大介

症例は35歳女性。33歳、妊娠時のエコーの際に60mm 大の右後腹膜嚢胞 (腎外側) を指摘された。当院消化器内科にてエコーでの経過観察をされていたが、腹部症状も出現し、増大傾向を認め、手術希望もあったため当科紹介となった。腹部 CT、MRI 検査では右後腹膜に周囲との境界が明瞭な8.9cm × 5.3cm × 12.1cm 大の嚢胞性病変を認めた。後腹膜由来のリンパ管腫疑いのもと、腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。後腹膜から嚢胞を慎重に剥離し、嚢胞を縮小させるため臍部からつり上げながら、穿刺吸引を十分に行った後に嚢胞を摘出した。病理組織学的検索では、嚢胞壁は粘液を有する高円柱状細胞で覆われており、後腹膜原発の粘液性嚢胞腺腫と診断された。術後15ヶ月の現在、再発の徴候を認めていない。腹腔鏡下に摘出した後腹膜原発粘液性嚢胞腺腫を経験したため、文献的考察を加え報告する。