

第202回 近畿外科学会 プログラム・抄録

日 時：令和元年 9 月 28 日（土）

会 場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931

評議員会会場：大阪国際交流センター 1 階大ホール

会 長 土 岐 祐 一 郎

大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学

第203回 近畿外科学会ご案内

第203回近畿外科学会を下記の通り開催しますので、多数ご参加下さいますようご案内申し上げます。

記

1. 開催日： 令和2年9月12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： 令和2年3月4日（水）より
演題登録締切予定日： 令和2年5月13日（水）まで
4. 演題登録：
近畿外科学会のホームページ（<http://plaza.umin.ac.jp/kinkigek/>）
から「演題募集」をクリックして頂き、登録画面の案内に従って登録して下さい。
5. お問い合わせ・その他：
※オンライン登録に関するお問い合わせは、近畿外科学会事務局
（TEL. 06-6941-5622 FAX. 06-6941-5625 E-mail kinkigeka@adfukuda.jp）へお願い
致します。

〒545-8585 大阪府大阪市阿倍野区旭町1-4-3
大阪市立大学大学院医学研究科 消化器外科、乳腺・内分泌外科
第203回 近畿外科学会

会長 大平 雅一

TEL. 06-6645-3838

FAX. 06-6646-6450

第202回 近畿外科学会
プログラム

会 長

大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学

土 岐 祐 一 郎

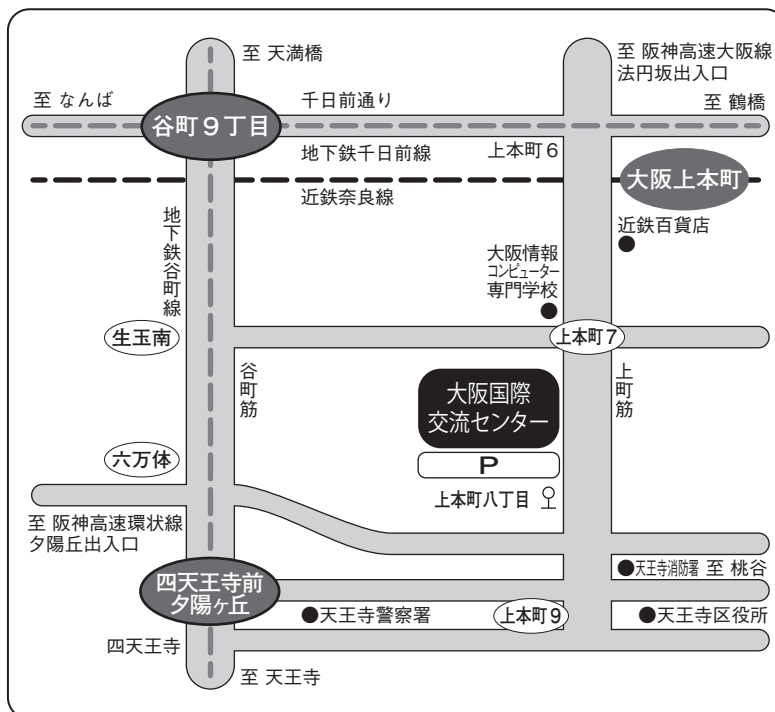
会場案内図

大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931(代)

大阪国際交流センター交通のご案内



★駐車場が充分ではありません。
ご来館には公共交通機関をご利用ください。

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

JR新大阪駅から約50分

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

JR大阪駅から約40分

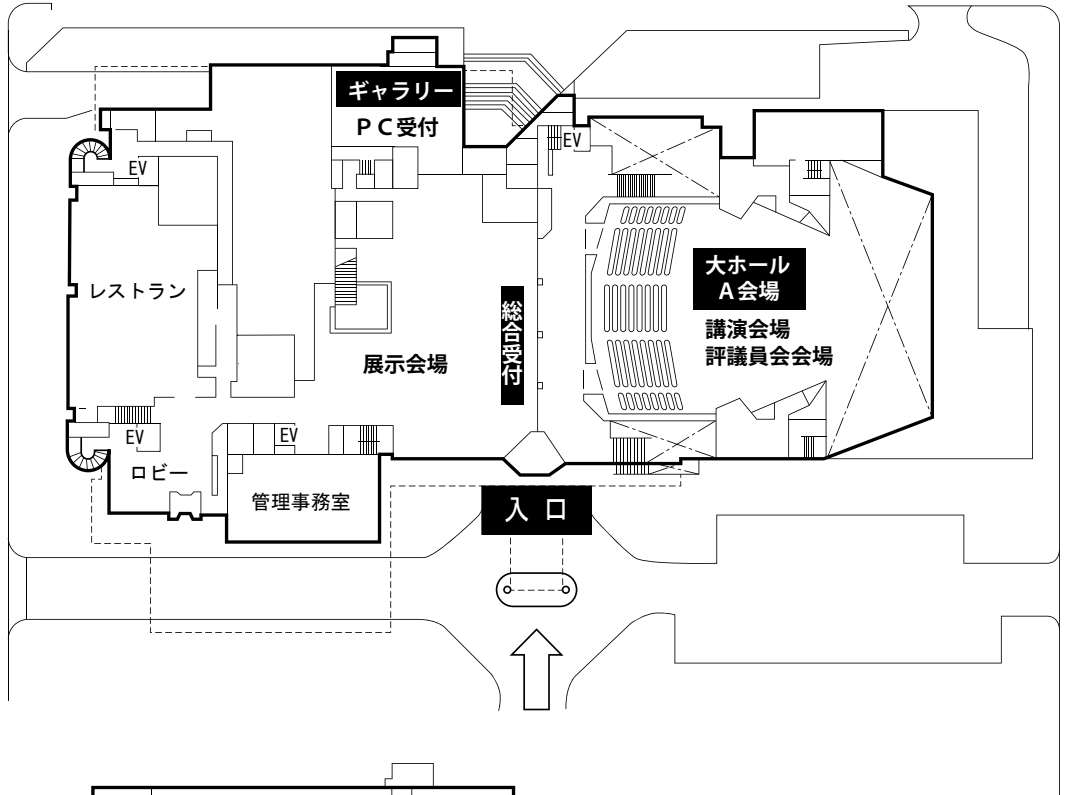
- JR環状線（鶴橋乗りかえ）近鉄「上本町」下車、徒歩5分
- 地下鉄谷町線「東梅田」乗車「谷町九丁目」下車、徒歩10分

関西国際空港から約60分

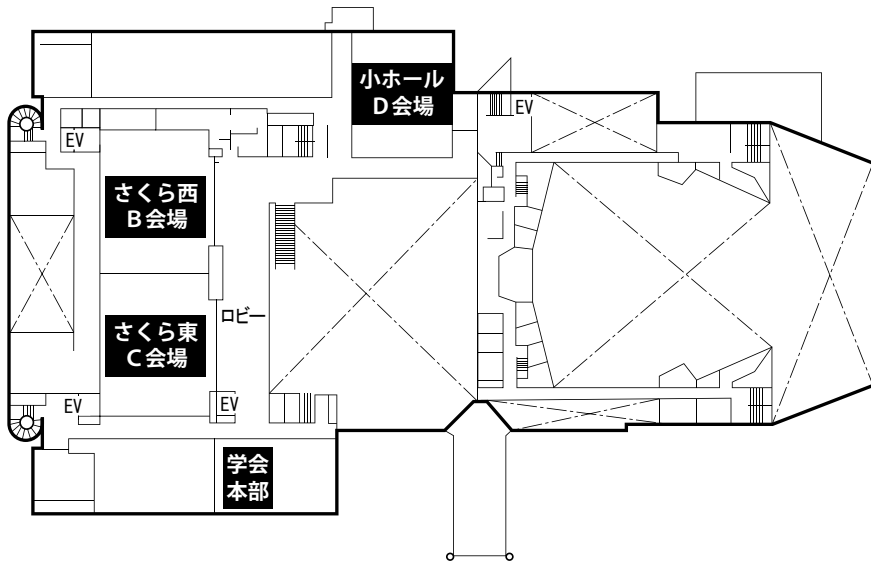
- リムジンバス（上本町線）で「近鉄上本町」へ
- 南海本線（難波乗りかえ）近鉄「上本町」へ

会場配置図

1F



2F



演者、参加者へのお願い

1. **参加受付開始**：受付開始時間は8時30分から行います。
会場入口は8時00分からご入館して頂けます。
2. **口演時間**：ご発表時間は5分、討論は2分です。
3. **発表形式**：①ご発表形式は、PC プレゼンテーションのみとなります。また使用するアプリケーションはPower Pointのみとさせていただきます。
②Power Point (Windows 版) で作成したデータをノート PC 又は CD-ROM/USB メモリー (Windows 形式のみ可、**Macintosh は不可**) にてご持参下さい。
③PC 発表可能な OS システムは、Windows Power Point 2003以降です。尚、主催者側で用意するパソコンは、**Windows のみで Macintosh は用意しませんのでご自身のパソコンをご用意下さい。**
4. **ビデオ発表**：ビデオ発表をされる演者の方は、動画データを入れた PC のご持参をお勧めします。再生ソフトは Windows media player で再生できるものに限定させていただきます。
5. **参加費**：①評議員と、一般参加の先生方は参加費3,000円を総合受付でお支払いの上、参加証をお受け取り下さい。
②**初期臨床研修医は参加費1,000円です。**参加予定の初期臨床研修医の方は、学会ホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/kinkigek/>) の「学会情報」から初期臨床研修医証明書 (PDF ファイル) をダウンロードし、必要事項をご記入の上、学会当日に総合受付へご提出下さい。
③コメディカル、学生は参加費無料です。身分証明書、在学証明書、学生証等を学会当日に総合受付でご提示下さい。
※証明書がない場合は通常の参加費となりますので、初期臨床研修医・コメディカル・学生の方は必ずご持参いただきますようお願い致します。※
④プログラム抄録集は、1冊1,000円で当日販売致しますが、部数に限りがございますので、プログラムは必ずご持参下さい。
6. **ランチョンセミナー**：11時50分より B 会場・C 会場にて行います。一般参加の先生方、評議員の先生方ともご参加下さい。**お弁当の数に限りがございますので、先着順とさせていただきます。ご了承のほど、何卒よろしくお願ひ申し上げます。**
7. **評議員会**：11時35分より大阪国際交流センター 1 階大ホール (A 会場) にて行います。
なお、評議員会では昼食をご用意しませんのでランチョンセミナーをご利用下さい。

優秀演題賞のご案内

各セッションにおいて最も優秀な発表をされた演者の先生に、優秀演題賞を贈呈いたします。選定は各セッションでの抄録・発表内容等を考慮し、各セッションの座長に決めていただきます。各セッションの最後に受賞者を発表いたしますので、各演者の先生はセッションの終了まで会場に残って頂きますよう、お願い申し上げます。

PC 発表と受付に関するお願い

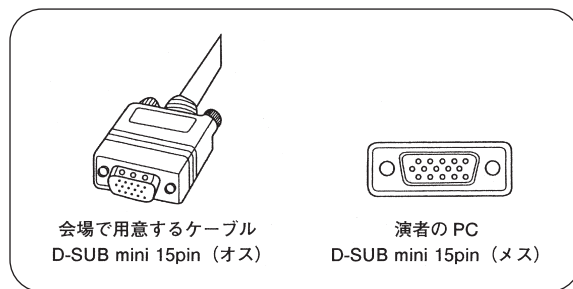
1. PC 受付は発表時間の 1 時間前（早朝発表の場合は30分前）までに、必ずお済ませ下さい。 CD-ROM/USB メモリーでお持込いただいた発表データは PC 受付から各会場に送信します。
2. 発表データのファイル名は「(演題番号) (氏名) (会場)」として下さい。
3. 混雑緩和のため PC 受付での発表データの加筆修正は、くれぐれもご遠慮下さい。
4. ①CD-ROM/USB メモリーでのお持ち込みの場合は、Windows のフォーマットのみ限定し、Macintosh のフォーマットには対応しかねますのでご注意ください。

※尚、文字化けを防ぐため下記フォントに限定します。

日本語…MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝

英語…Century、Century Gothic

- ②動画データを使用の場合、あるいは Macintosh での発表しかできない場合はご自身のノート PC のご持参をお勧めします。ただし会場でご用意する PC ケーブル・コネクターの形状は D-SUB mini 15pin (図) ですので、この形状に合った PC をご用意いただくか、もしくはこの形状に変換するコネクタをお持ち下さい。



- ③ プレゼンテーションに他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合、必ず元のデータも保存していただき、事前の動作確認をお願い致します。

※ USB メモリーをお持ちの場合は、作成されましたパソコン以外でのチェックを事前に必ず行っていただきますようお願い致します。

5. ご不明な点は近畿外科学会事務局（TEL：06-6941-5622, E-mail：kinkigeika@adfukuda.jp）迄、事前にお問い合わせ下さい。

A 会場 (1F 大ホール)		B 会場 (2F さくら西)	
8:55	開会の辞		
9:00	大腸① A01～04 座長：山本 誠士	9:00	肝 B01～05 座長：田中 肖吾
9:28	大腸② A05～08 座長：松田 健司	9:35	胆道 B06～09 座長：飯田 洋也
9:56	大腸③ A09～12 座長：高橋 秀和	10:03	脾臓 B10～12 座長：小坂 久
10:24		10:24	
10:40	モーニングセミナー 「胃癌手術と補助療法の最前線～周術期感染症対策も含めて～」 座長：安田 卓司 演者：黒川 幸典 共催：大鵬薬品工業株式会社		
11:30			
11:35	評議員会		
11:50		11:50	ランチョンセミナー 1 「直腸がん・肝臓がんの最新手術」 座長：関本 貢嗣 演者 1：三吉 範克、演者 2：瀬尾 智 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
13:00	特別講演 「進行再発大腸癌に対する化学療法の現実～症例に応じた治療方針の選択～」 座長：土岐祐一郎 演者：中西 正芳 共催：中外製薬株式会社	12:50	
13:50		14:00	膵臓 B13～17 座長：秋田 裕史
14:00	第27回日本外科学会 生涯教育セミナー 「各分野のガイドラインを紐解く」 司会：山上 裕機	14:35	大腸④ B18～22 座長：植田 剛
	開会の挨拶 (14:00～14:05) 山上 裕機	15:10	大腸⑤ B23～26 座長：永原 央
	1. 乳癌—乳癌診療ガイドライン2018の改訂の概要— (14:05～14:50) 講師：池田 直也	15:38	大腸⑥ B27～30 座長：栗生 宣明
	2. 肺癌—肺癌診療ガイドライン2018— (14:50～15:35) 講師：山本 信之	16:06	大腸⑦ B31～34 座長：別府 直仁
	3. 大腸癌—診療ガイドラインのポイント— (15:35～16:20) 講師：馬場 秀夫	16:34	
	4. 膵癌—2019年版のポイント— (16:20～17:05) 講師：江口 英利		
17:10	閉会の挨拶 (17:05～17:10) 山上 裕機		
	閉会の辞		

C 会場 (2F さくら東)		D 会場 (2F 小ホール)	
9:00	胃① C01~04 座長：金治 新悟	9:00	乳腺 D01~06 座長：野田 諭
9:28	胃② C05~08 座長：久森 重夫	9:42	胸部・縦隔 D07~11 座長：大塩 恭彦
9:56	胃③ C09~13 座長：倉橋 康典	10:17	
10:31			
11:50	ランチオンセミナー 2 「Road to the Laparoscopic Surgeon ～道のりと道しるべ～」 座長：李 相雄 演者 1：尾島 敏康、演者 2：團野 克樹 共催：コヴィディエンジャパン株式会社		
12:50			
14:00	食道① C14~18 座長：白石 治	14:00	肺 D12~16 座長：舟木壮一郎
14:35	食道② C19~23 座長：牧野 知紀	14:35	十二指腸 D17~21 座長：生駒 久視
15:10	小腸① C24~28 座長：三城 弥範	15:10	腹壁・腹膜・ヘルニア D22~25 座長：吉岡 慎一
15:45	小腸② C29~32 座長：上田 和毅	15:38	その他① D26~29 座長：朝隈 光弘
16:13	小腸③ C33~36 座長：山下 公大	16:06	その他② D30~32 座長：北東 大督
16:41		16:27	

A 会 場 (1F 大ホール)

午 前 の 部 (9:00~11:50)

大腸① (9:00~9:28)

座長 山本 誠士

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

- A01 回盲部 lipohyperplasia による腸重積に対し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した一例
滋賀医科大学 消化器・乳腺・一般外科学講座 仁 科 勇 佑
- A02 上行結腸脂肪腫を先進部とする成人腸重積症の一例
京都中部総合医療センター 小児外科 谷 口 彰 宏
- A03 Inflammatory cloacogenic polyp の一例
滋賀県立総合病院 佐々木 悠 大
- A04 出産時の直腸損傷を伴う会陰裂傷に対して、一次的縫合と経肛門ドレーンを用いて修復した2例
関西医科大学 消化管外科 住 山 房 央

大腸② (9:28~9:56)

座長 松田 健司

(和歌山県立医科大学 第2外科)

- A05 腹腔鏡下結腸左半切除1年後に発症した虚血性腸炎の1例
近畿大学病院 下部消化管外科 岩 本 博 司
- A06 一時的人工肛門造設による合併症から考えた至適なストーマ選択
関西医科大学附属病院 消化管外科 小 林 壽 範
- A07 出血性ショックをきたし経皮的硬化療法が著効した結腸ストマ静脈瘤の1例
奈良県西和医療センター 外科、消化器外科 藤 本 浩 輔
- A08 胃同時切除症例における腹腔鏡下大腸切除術の安全性の検討
京都府立医科大学 消化器外科 高 嶋 祐 助

大腸③ (9:56~10:24)

座長 高橋 秀和

(大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学)

A09 保存加療で軽快した浣腸による直腸穿孔

JCHO 大阪病院 外科 米田 和弘

A10 下腸間膜静脈に化膿性門脈炎を呈したS状結腸憩室穿通の1例

兵庫県立淡路医療センター 消化器外科 籠 重大 輔

A11 右側結腸に限局した多発大腸側方発育型腫瘍およびポリポーシスの1例

大阪急性期・総合医療センター 消化器外科 宋 修 宇

A12 潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡補助下大腸全摘術の1例

兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科 皆川 知洋

モーニングセミナー (10:40~11:30) A会場 (1F 大ホール)

「胃癌手術と補助療法の最前線～周術期感染症対策も含めて～」

座長: 近畿大学医学部 外科学教室 上部消化管部門 主任教授 安田 卓司

演者: 大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座消化器外科学 学部内講師 黒川 幸典

共催: 大鵬薬品工業株式会社

評議員会 (11:35~11:50) A会場 (1F 大ホール)

午 後 の 部 (13:00~17:10)

特別講演 (13:00~13:50) A会場 (1F 大ホール)

「進行再発大腸癌に対する化学療法の実現 ～症例に応じた治療方針の選択～」

座長：大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座消化器外科学 教授 土 岐 祐一郎

演者：京都府立医科大学 消化器外科 准教授 中 西 正 芳

共催：中外製薬株式会社

第27回日本外科学会 生涯教育セミナー

(14:00~17:10) A会場 (1F 大ホール)

「各分野のガイドラインを紐解く」

司会：和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

開会の挨拶 (14:00~14:05)

和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

1. 乳癌—乳癌診療ガイドライン2018の改訂の概要— (14:05~14:50)

奈良県立医科大学 消化器・総合外科 池 田 直 也

2. 肺癌—肺癌診療ガイドライン2018— (14:50~15:35)

和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科 山 本 信 之

3. 大腸癌—診療ガイドラインのポイント— (15:35~16:20)

熊本大学大学院 消化器外科学 馬 場 秀 夫

4. 膵癌—2019年版のポイント— (16:20~17:05)

大阪大学大学院 消化器外科学 江 口 英 利

閉会の挨拶 (17:05~17:10)

和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

B 会 場 (2F さくら西)

午 前 の 部 (9:00~12:50)

肝 (9:00~9:35)

座長 田中 肖吾

(大阪市立大学 肝胆膵外科学)

- B01 生体肝移植ドナーとしての術前精査中に発見された線毛性前腸性肝嚢胞の1例
大阪大学 消化器外科 久保 孝介
- B02 悪性腫瘍と鑑別を要した肝好酸球性肉芽腫症の1例
明和病院 外科 福岡 有紗
- B03 Segmental arterial mediolysis (SAM) による腹腔内出血を合併した肝細胞癌 (B4) の1切除例
大手前病院 外科 北西 光介
- B04 両側多発肺転移切除8年後に発見された肝細胞癌の残肝再発に対し肝右葉切除術を施行した1例
石切生喜病院 外科 中西 紘一
- B05 喉頭原発腺様嚢胞癌の術後5年後肝転移再発に対して肝切除を施行した1例
関西医科大学 外科学講座 松島 英之

胆道 (9:35~10:03)

座長 飯田 洋也

(滋賀医科大学 外科学講座)

- B06 術前検査で胆嚢癌との鑑別に難渋した慢性胆嚢炎の一例
神戸大学大学院 肝胆膵外科 安達 祐里
- B07 胆管内乳頭状腫瘍 (intraductal papillary neoplasm of bile duct:IPNB) の1切除例
和歌山県立医科大学 第2外科 中村 匡視
- B08 肝切除術を施行したIPNBの2症例
大阪急性期総合医療センター 消化器外科 池永 直樹
- B09 塩素系有機溶剤曝露終了18年後に診断された職業性胆管癌の1例
大阪市立総合医療センター 消化器外科 木村 真紀子

脾臓 (10:03~10:24)

座長 小坂 久
(関西医科大学 外科学)

- B10 胆嚢結石と同時に多発脾腫瘍で指摘された脾限局サルコイドーシスの1例
堺市立総合医療センター 外科 小山 啓 介
- B11 完全内臓逆位に発症した脾原発悪性リンパ腫に腹腔鏡下脾摘術を行った1例
大阪南医療センター 外科 大津 周
- B12 腹腔鏡下手術で切除した大腸癌孤立性脾転移の1例
北播磨総合医療センター 中村 浩 之

ランチョンセミナー 1 (11:50~12:50) B会場 (2F さくら西)

「直腸がん・肝臓がんの最新手術」

座長: 関西医科大学 外科学講座 主任教授 関本 貢 嗣

演者 1: 大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座消化器外科学 三吉 範 克

演者 2: 京都大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科 瀬尾 智

共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

午 後 の 部 (14:00~16:34)

膵臓 (14:00~14:35)

座長 秋田 裕史

(大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学)

B13 外科的 necrosectomy により治療奏効に至った ERCP 後重症膵炎による被包化膵壊死 walled off necrosis (WON) の一例

済生会野江病院 消化器外科 高山 昇之

B14 急性膵炎後感染性 WON に対し、後腹膜鏡下手術および内視鏡的ネクロセクトミーを行った1例

関西医科大学 外科 坂口 達馬

B15 早期に切除し得た Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) の一症例

大阪国際がんセンター 消化器外科 長東 佑太

B16 初回手術約10年後にみられた肝転移を切除した膵神経内分泌腫瘍の1例

大阪市立大学大学院 肝胆膵外科学 西岡 孝芳

B17 食道癌、膵癌、直腸癌の3重複癌に対して根治治療を施行した1例

八尾市立病院 外科 今村 宏輝

大腸④ (14:35~15:10)

座長 植田 剛

(南奈良総合医療センター 外科)

B18 膿瘍形成性虫垂炎と診断された虫垂癌の一例

野崎徳洲会病院 外科 永田 桃子

B19 腸回転異常症を伴うS状結腸癌に対する腹腔鏡下手術の一例

大阪市立総合医療センター 消化器外科 坂田 美奈

B20 完全内臓逆位を伴うS状結腸癌に対して腹腔鏡下S状結腸切除を施行した一例

神戸大学医学部附属病院 食道胃腸外科 工藤 拓也

B21 肥満症例の短期・長期手術成績の検討

京都府立医科大学 消化器外科 木内 純

B22 人工肛門閉鎖部における V.A.C.Ulta 治療システムによる局所陰圧洗浄療法 (NPWTi-d) の有用性

近畿大学病院 外科 波江野 真大

大腸⑤ (15:10~15:38)

座長 永原 央
(大阪市立大学 消化器外科)

B23 術前補助療法が奏功し腹腔鏡下切除により肛門温存しえた巨大直腸 Gastrointestinal Stromal Tumor の1例

大阪大学 消化器外科 永野 慎之介

B24 肛門管神経内分泌癌の1例

市立芦屋病院 外科 佐々木 亨

B25 腎癌の横行結腸転移に対して腹腔鏡下横行結腸部分切除術を施行した1例

堺市立総合医療センター 外科 長谷川 誠

B26 回盲部腸重積を起し緊急手術を要した回盲部子宮内膜癌の1例

八尾徳洲会病院 外科・肝臓外科・小児外科 友池 力

大腸⑥ (15:38~16:06)

座長 栗生 宜明
(京都府立医科大学 消化器外科)

B27 切除不能直腸癌化学療法中にフルニエ症候群をきたした1例

県立加古川医療センター 外科 多田羅 敬

B28 後方浸潤を疑う直腸癌局所再発に対して術前 CRT 後に腹腔鏡下仙骨合併腫瘍切除術を施行し得た1例

大阪大学 消化器外科 木原 悠花梨

B29 抗リン脂質抗体症候群を合併した再発直腸癌に対し周術期血栓症予防のうえ手術を行った1例

奈良県総合医療センター 消化器・肝胆膵外科 庄司 遥

B30 切除不能同時性肝転移を有する進行直腸癌に対して liver-first approach を施行した1例

大阪労災病院 外科 井上 卓哉

大腸⑦ (16:06~16:34)

座長 別府 直仁
(兵庫医科大学 下部消化管外科)

B31 直腸癌術後孤立性膈転移の1例

大阪国際がんセンター 消化器外科 阿部 智喜

- B32 S状結腸癌術後に子宮転移を認めた1例
多根総合病院 外科 伊丹 偉文
- B33 直腸癌多発転移に対しラジオ波焼灼術、陽子線治療などの集学的治療でコントロールし
得た1例
兵庫医科大学病院 下部消化管外科 松原 孝明
- B34 鼠径リンパ節転移陽性直腸癌に対する治療戦略
神戸大学 食道胃腸外科 内海 昌子

C 会 場 (2F さくら東)

午 前 の 部 (9:00~12:50)

胃① (9:00~9:28)

座長 金治 新悟
(神戸大学 食道胃腸外科)

- C01 特発性に縦隔穿破した sliding hernia 胃破裂の一例
製鉄記念広畑病院 外科 田 潤 光 太
- C02 腹腔鏡下に切除した胃重複症の一例
大阪急性期・総合医療センター 消化器外科 松 本 紗矢香
- C03 内視鏡的止血に難渋し胃切除を行った出血性放射線性胃炎の1例
大阪医科大学 消化器外科 虫 明 修
- C04 炎症による反復性幽門狭窄をきたした胃異所性腓に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術を行った1例
神戸大学 食道胃腸外科 山 田 康 太

胃② (9:28~9:56)

座長 久森 重夫
(京都大学 消化管外科)

- C05 Roux-en-Y 再建後、挙上空腸盲端拡張に対しバイパス術を施行した一例
京都府立医科大学附属病院 消化器外科 深 見 知 之
- C06 胃石症により発症した小腸閉塞の1例
市立池田病院 消化器外科 江 口 聡
- C07 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を行い減量後に両人工膝関節置換術をし得た一例
武田総合病院 外科 岩 田 辰 吾
- C08 胃 GIST 切除後再発を疑われたデスマイト腫瘍の一例
箕面市立病院 外科 高 橋 健 太

胃③ (9:56~10:31)

座長 倉橋 康典

(兵庫医科大学 上部消化管外科)

C09 A型胃炎を背景とする多発胃 NET G1 に対し単孔式腹腔鏡下幽門洞切除術を施行した1例
和歌山県立医科大学 第2外科 永野 翔太郎

C10 門脈腫瘍塞栓を伴う進行胃癌の1切除例
大阪国際がんセンター 喜多 亮介

C11 術後早期に再発した AFP および PIVKⅡ 産生胃癌肝転移の1例
近畿大学奈良病院 消化器外科 額原 敦

C12 胃癌術後5年で孤立性肺転移をきたした1例
市立吹田市民病院 外科 牧野 さほ

C13 肺癌胃転移の1切除例
宇治徳洲会病院 外科 竹内 豪

ランチオンセミナー2 (11:50~12:50) C会場 (2F さくら東)

「Road to the Laparoscopic Surgeon～道のりと道しるべ～」

座長：大阪医科大学 一般・消化器外科 李 相雄

演者1：和歌山県立医科大学 外科学第2講座 尾島 敏康

「Laparoscopic から robotic に Robotic から laparoscopic へ」

演者2：箕面市立病院 消化器外科 團野 克樹

「腹腔鏡大腸手術スペシャリストへの道のり」

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

午 後 の 部 (14:00~16:41)

食道① (14:00~14:35)

座長 白石 治
(近畿大学医学部 外科)

- C14 胸腔鏡下憩室切除術を施行した横隔膜上食道憩室の1例
兵庫医科大学 上部消化管外科 北 條 雄 大
- C15 食道癌術後の食道裂孔ヘルニアによる横行結腸嵌頓の2例
近大病院 外科 中 西 智 也
- C16 食道アカラシアに合併した食道癌に対して縦隔鏡下食道切除術を施行した1例
京都府立医科大学 消化器外科 芝 本 純
- C17 導入化学療法により pCR が得られた cT4 食道癌の1例
滋賀医科大学 消化器・乳腺・一般外科 三 中 淳 史
- C18 食道癌に対する術前化学療法施行中に高アンモニア血症による意識障害をきたした1例
大阪大学 消化器外科 河 井 邦 彦

食道② (14:35~15:10)

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)

- C19 当院における食道癌外科治療の現状 腹臥位胸腔鏡下手術の導入
春秋会 城山病院 消化器センター外科 新 田 敏 勝
- C20 巨大な胃壁内転移を伴った食道癌の2切除症例
大阪医科大学 一般消化器外科 千 福 貞 勝
- C21 術後胸腹水のコントロールに難渋した肝硬変合併食道癌の一切除例
市立岸和田市民病院 外科 山 田 淳 史
- C22 開腹下胸管結紮術が有効であった食道癌術後難治性乳び瘻の1例
近畿大学奈良病院 消化器外科 福 田 周 一
- C23 後縦隔経路再建胃管癌に対する腹臥位胸腔鏡下胃管全摘術の2例
神戸大学 食道胃腸外科学 北 村 優

小腸① (15 : 10~15 : 45)

座長 三城 弥範
(関西医科大学 消化管外科)

- C24 術前に診断しえた腸回転異常症による腸閉塞の一例
守口敬仁会病院 外科 横内 隆
- C25 先天性小腸閉鎖症術後の相対的通過障害に対して拡張腸管切除が有効であった1例
大阪大学 小児外科 吉田 将真
- C26 空腸憩室を伴った小腸軸捻転症の1例
奈良県総合医療センター 根津 大樹
- C27 瘳炎をきたした空腸異所性瘳の1切除例
三田市民病院 外科 小中 龍之介
- C28 術前診断困難な小腸狭窄に対して単孔式腹腔鏡下小腸部分切除を施行した1例
大阪医科大学 一般・消化器外科 河合 俊哉

小腸② (15 : 45~16 : 13)

座長 上田 和毅
(近畿大学 外科学教室)

- C29 Bag closure 誤飲により小腸穿孔をきたした1例
多根総合病院 外科 川端 浩太
- C30 Wegener 肉芽腫症を背景とした消化管出血・穿孔に対し緊急手術を施行した一例
医学研究所 北野病院 消化器外科 久野 晃路
- C31 大腿ヘルニア嵌頓術後に遅発性小腸穿孔を起こした1例
医真会八尾総合病院 革島 悟史
- C32 血流障害に伴う広範な消化管壊死に対し小腸亜全摘及び結腸亜全摘を施行し救命し得た1例
守口敬仁会病院 外科 吉村 大士

小腸③ (16 : 13~16 : 41)

座長 山下 公大
(神戸大学 食道胃腸外科)

- C33 小腸過誤腫による成人腸重積症の一例
大和高田市立病院 外科 山村 優人

- C34 回腸悪性リンパ腫による成人腸重積症の一例
兵庫県立西宮病院 外科 宮崎 秀高
- C35 小腸悪性リンパ腫と大腸がんの同時発生例
西奈良中央病院 外科 大槻 憲一
- C36 多発性の小腸 NET に対し腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した1例
和歌山県立医科大学 第2外科 中村 健介

D 会 場 (2F 小ホール)

午 前 の 部 (9:00~10:17)

乳腺 (9:00~9:42)

座長 野田 諭

(大阪市立大学 乳腺内分泌外科)

- D01 乳房縮小術を施行した乳腺 Hamartoma の 1 例
城山病院 消化器・乳腺センター 外科 高 島 祐 子
- D02 Sweat gland carcinoma との鑑別を要した浸潤性乳癌の 1 例
大阪市立大学大学院 乳腺・内分泌外科 孝 橋 里 花
- D03 急激に進行した多発骨転移の疼痛により発見された潜在性乳癌の 1 例
京都府立医科大学 内分泌・乳腺外科 廣 谷 凧 紗
- D04 ベバシズマブ (BEV) 併用術前化学療法により手術可能となった局所進行乳癌の 1 例
関西医科大学附属病院 乳腺外科 平 井 千 恵
- D05 化学療法と局所処置で症状コントロールを得られた巨大乳癌の 1 例
箕面市立病院 外科 中 島 聡 美
- D06 当院における ONSA (One-step Nucleic Acid Amplification) 法によるリンパ節転移予測モデルの有用性の検討
大阪大学 乳腺内分泌外科 高久保 宏 美

胸部・縦隔 (9:42~10:17)

座長 大塩 恭彦

(滋賀医科大学 呼吸器外科)

- D07 多発肋骨骨折によるフレイルチェストに対して観血的肋骨固定術を施行し改善を得た一例
大阪大学 呼吸器外科 福 山 馨
- D08 胸腔鏡下に摘出した長期留置された胸壁内伏針の一例
大阪大学 呼吸器外科 川 岸 耕太郎
- D09 縦隔鏡下に摘出しえた縦隔内異物の一例
大阪市立大学 消化器外科 佐久間 崇

- D10 胸腔鏡補助下にて切除した胸壁発生 Castleman's disease の 1 例
京都岡本記念病院 呼吸器外科 荊尾木綿
- D11 食道筋層合併切除を要した後縦隔神経鞘腫の一例
大阪国際がんセンター 呼吸器外科 寛島隆史

午 後 の 部 (14:00~16:27)

肺 (14:00~14:35)

座長 舟木壮一郎
(大阪大学 呼吸器外科)

- D12 1年9ヶ月前に受傷した胸部外傷が起因と思われる肺内血腫の1切除例
箕面市立病院 呼吸器外科 川 岸 紗 千
- D13 胸腺腫瘍手術の既往例に発症した両側同時気胸の1例
市立豊中病院 外科 安 藤 紘史郎
- D14 外傷性仮性肺嚢胞を伴った外傷性血気胸の1例
京都桂病院呼吸器センター 呼吸器外科 岡 田 春太郎
- D15 肺定型カルチノイド、3型胃 NET G2 を認めた1例
近畿大学病院 呼吸器外科 小 原 秀 太
- D16 術中から心電図変化を認めた血管攣縮性狭心症を既往にもつ肺癌患者の1切除例
淀川キリスト教病院 呼吸器外科 原 幹太郎

十二指腸 (14:35~15:10)

座長 生駒 久視
(京都府立医科大学 消化器外科)

- D17 貧血を契機に発見し内視鏡補助下に局所切除した巨大な十二指腸 Brunner 腺過形成の1例
済生会茨木病院 外科 河 村 真 気
- D18 魚骨による胃、十二指腸穿孔腹膜炎を腹腔鏡にて治療した2例
八尾徳洲会総合病院 外科 服 部 彬
- D19 大動脈十二指腸瘻の治療経験
神戸大学 食道胃腸外科 瀧 口 豪 介
- D20 出血を契機に発見された巨大十二指腸 GIST に対して臍頭温存十二指腸部分切除+幽門側胃切除を施行した一例
県立西宮病院 外科 伊 藤 一 真
- D21 原発性十二指腸癌9切除例の臨床病理組織学的検討
堺市立総合医療センター 外科 大 崎 真 央

腹壁・腹膜・ヘルニア (15:10~15:38)

座長 吉岡 慎一
(八尾市立病院 消化器外科)

- D22 経過観察にて自然軽快した特発性気腹症の1例
南奈良総合医療センター 外科 植田 剛
- D23 早期胃癌に対する腹腔鏡下胃切除後に発生した腸間膜線維腫症 (mesenteric fibromatosis) の一例
神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科 中保 良太
- D24 鼠径ヘルニア嵌頓から結腸穿孔を生じ、ガス壊疽及び敗血症性ショックに発展、緊急手術及び集中治療にて救命し得た1例
大阪府済生会千里病院 外科 伊藤 善郎
- D25 当院で経験した子宮広間膜裂孔ヘルニアによるイレウスの2例
公立宍粟総合病院 外科 關 優太

その他① (15:38~16:06)

座長 朝隈 光弘
(大阪医科大学 一般・消化器外科)

- D26 鼠径ヘルニア再発を疑い緊急手術を施行した、腹膜透析開始後の精索水腫の1例
奈良県西和医療センター 外科、消化器外科 土井 駿介
- D27 当科における尿管管遺残症に対する腹腔鏡下手術経験の検討
紀南病院 外科 占部 翔一朗
- D28 取下げ
- D29 巨大後腹膜平滑筋肉腫の1切除例
市立吹田市民病院 外科 卜部 浩介

その他② (16:06~16:27)

座長 北東 大督
(奈良県立医科大学 消化器・総合外科)

- D30 ハイブリッド手術室での術中血管造影が有用であった正中弓状靭帯圧迫症候群の1例
京都大学 臨床研修センター 米田 真知

- D31 術前エコーにて足関節背屈での血流評価が有用であった膝窩動脈捕捉症候群の一例
北播磨総合医療センター 心臓血管外科 河野 敦 則
- D32 当院救急外来を受診し消化器外科での入院加療を要した訪日外国人11例の検討
京都第一赤十字病院 救命救急センター 救急科 松室 祐 美

一 般 演 題
抄 錄

A01

回盲部 lipohyperplasia による腸重積に対し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した一例

¹滋賀医科大学 消化器・乳腺・一般外科学講座
仁科勇佑¹、三宅 亨¹、小島正継¹、植木智之¹、
長澤芳信¹、清水智治¹、竹林克士¹、貝田佐知子¹、
飯田洋也¹、石川 健¹、山口 剛¹、谷 真至¹

症例は60歳代の男性。右下腹部痛を認め近医を受診された。腹部 CT 検査で回盲部に腸重積を認めたが、症状は保存的に改善した。その後の CT 検査で上行結腸に35mmの低吸収な腫瘤を認めた。症状再燃を繰り返しており、手術の方針となった。下部消化管内視鏡検査で回盲弁肛門側に表面平滑で広基性、正常粘膜を有する30mm大の黄色調粘膜下腫瘍を認め、上行結腸脂肪腫と診断した。病変部は周囲と境界不明瞭であり、腹腔鏡下回盲部切除術を行った。摘出標本で回盲弁上唇に34×24mmの舌状に隆起した黄色調粘膜下腫瘍を認めた。病理組織検査で病変部に成熟した脂肪組織を認め、核分裂像や細胞異型は認めなかった。回盲末端の粘膜下脂肪組織との境界は不明瞭で、一部の脂肪組織内には固有筋層の巻き込みを認め、被膜形成を欠いていることから、回盲部 lipohyperplasia と考えられた。回盲部 lipohyperplasia により腸重積を来した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

A03

Inflammatory cloacogenic polyp の一例

¹滋賀県立総合病院
佐々木悠大¹、原田英樹¹、谷亮太郎¹、谷 昌樹¹、
矢澤武史¹、山田理大¹、山本道宏¹、堀 智英¹、
山本秀和¹、財間正純¹

【症例】66歳 女性【主訴】肛門出血【現病歴】6、7年前より脱肛、肛門出血を認め、経過観察していたが改善なく当院受診した。肛門視診にて肛門にカリフラワー状の腫瘤性病変を認め、生検にて Inflammatory cloacogenic polyp と診断され、希望にて外科的切除を行なった。【考察】Inflammatory cloacogenic polyp (IPC) は肛門管移行帯上皮から発生する非腫瘍性ポリープであり、極めて稀なポリープである。臨床症状としては下血が最も多く、肛門腫脹、肛門痛、脱肛などがあり、痔疾症状を呈する。組織学的には粘膜筋板から粘膜固有層に進展する繊維筋組織の増生が特徴とされ、移行帯上皮からの発生を示す重層扁平上皮や移行上皮を認めることが、本症の診断根拠とされており、肛門管悪性腫瘍との鑑別が問題となる。今回特徴的な臨床病理所見から IPC と診断した1例を経験したので若干の文献的考察も含めて報告する。

A02

上行結腸脂肪腫を先進部とする成人腸重積症の一例

¹京都中部総合医療センター 小児外科
²京都中部総合医療センター 外科
谷口彰宏¹、玉井瑞希²、神谷 肇²、神部浩輔¹、
鎌田陽介²、長田寛之²、福田賢一郎²、岩田譲司¹、
山岡延樹²、塚本賢治²

症例：38歳女性。主訴：側腹部痛。既往歴：発作性上室性頻拍、伝染性単核球症、肝脾腫。現病歴：1週間消長する側腹部痛で受診した。精査の結果、腸重積症と診断し、緊急手術的に入院となる。CT検査：横行結腸には Target sign があり、その先進部腸管に脂肪濃度を認める。手術所見：腹腔鏡下回盲部切除を施行した。腹腔内観察時には既に整復され、虚血を疑う所見はなかった。肉眼的所見：上行結腸に表面平滑で境界明瞭な腫瘤がある。顕微鏡的所見：成熟脂肪細胞と少量の線維性結合組織、血管からなる脂肪腫で、悪性所見はなかった。術後経過：4日目に食事を再開し、7日目に軽快退院した。考察：成人の腸重積症は8割で病的先進部に腫瘍を認め、その半数が悪性の為、en bloc な切除が望ましいとされる。自験例では脂肪腫と術前診断し得たため、比較的小範囲の切除とした。文献的考察を加え、報告する。

A04

出産時の直腸損傷を伴う会陰裂傷に対して、一期的縫合と経肛門ドレーンを用いて修復した2例

¹関西医科大学 消化管外科
住山房央¹、三城弥範¹、濱田 円¹、山本宣之¹、
小林壽範¹、三木博和¹、向出裕美¹、道浦 拓¹、
井上健太郎¹、関本貢嗣¹

【はじめに】Trans-anal tube (TAT) は直腸低位前方切除術後の縫合不全を減少させる可能性が示唆されている。分娩時のIV度会陰裂傷に対して一期的縫合とTATを用いて修復した2例を経験したので報告する。【症例1】30歳、初産、40週2日、出生体重3045g。3cmの裂創があり、直腸粘膜、筋層、膈を層々に縫合しTATを挿入した。術後7日目にTATから注腸を行いleakageがないことを確認後、TATを抜去して食事を開始した。【症例2】35歳、初産、40週5日、出生体重3370g。4cmの裂創があり、産婦人科医により同様に縫合を行いTATを挿入した。術後7日目に造影を行いleakageがないことを確認後TATを抜去して食事を再開した。いずれも外来にて術後38-58日目に注腸を行い、leakageはなく終診とした。【結語】IV度会陰裂傷は外科医が対応を迫られることあるが、TATを用いることで、減圧効果により縫合不全を起こさずに修復できる可能性がある。

A05

腹腔鏡下結腸左半切除1年後に発症した虚血性腸炎の1例

¹近畿大学病院 下部消化管外科

岩本博司¹、吉岡康多¹、幕谷悠介¹、家根由典¹、牛嶋北斗¹、尾川諒太郎¹、岩本哲好¹、大東弘治¹、上田和毅¹、所 忠男¹、川村純一郎¹

【症例】63歳女性、既往に高血圧、糖尿病がある。下行結腸癌・S状結腸癌・転移性肝癌に対して腹腔鏡下結腸左半切除（上直腸動脈温存、D2郭清、DST再建）・肝S8部分切除術を施行した（下行結腸癌：pT1aN0、S状結腸癌：pT1aN0、転移性肝癌：pH1）。術後1年目に、肛門痛・血便を認め、下部内視鏡検査で吻合部の肛門側腸管に連続性の浮腫や不正な潰瘍性病変を認めた。腹部骨盤造影CTでは、同部位に腸管の壁肥厚や間膜の炎症性変化を認め、術後虚血性腸炎と診断し、保存的加療を開始した。2週間後も病態改善の目途は立たず、報告例を参考に、ステロイド投与を開始した。投与1週間で炎症所見は改善傾向となり、4週目で退院となった。【考察】本症例は上直腸動脈を温存、一方で下腸間膜静脈は膀胱下縁で切離した。このため、静脈うっ滞による腸管浮腫から虚血性腸炎を発症した可能性がある。本症例の報告は比較的稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

A07

出血性ショックをきたし経皮的硬化療法が著効した結腸ストマ静脈瘤の1例

¹奈良県西和医療センター 外科、消化器外科

藤本浩輔¹、安田里司¹、土井駿介¹、青木理子¹、右田和寛¹、上野正嗣¹、石川博文¹

60代女性。2016年S状結腸癌、腹膜播種、卵巣転移にてS状結腸切除、S状結腸ストマ造設、卵巣切除を施行した。化学療法を行い、術後1年後のCTでストマ周囲に下腸間膜静脈から供血される静脈瘤を認めたが、粘膜面からは観察できず下血も認めなかった。2018年にごく少量の下血を認めたが経過観察していたところ、突然の大量の下血及び出血性ショックとなり緊急入院した。自然止血され輸血にて全身状態は改善したが、造影CTにてストマ静脈瘤からの出血と診断した。経皮経肝の硬化療法を検討したが腹水貯留を伴っていたため、直接穿刺による経皮的硬化療法を行った。施行後の超音波カラードプラーで静脈瘤の血流消失を確認した。施行後は出血や合併症なく退院し、6ヶ月後のCTで静脈瘤、供血路ともに血流は消失していた。大量出血をきたしたストマ静脈瘤に対して、直接穿刺による経皮的硬化療法が非常に有効であった。

A06

一時的人工肛門造設による合併症から考えた至適なストマ選択

¹関西医科大学附属病院 消化管外科

小林壽範¹、濱田 円¹、山本宣之¹、住山房夫¹、三木博和¹、三城弥範¹、向出裕美¹、道浦 拓¹、井上健太郎¹、関本貢嗣¹

目的：一時的人工肛門（DS）は、回腸（I）と横行結腸（T）の優位性に議論がある。手術成績と関連合併症について後方視的に検討した。対象：2013年10月-2018年5月、原発性直腸癌321例に対し括約筋温存術を施行しDS造設した84例を対象とした。閉塞性大腸癌、Hartmann術は検討から除外した。造設時関連合併症として皮膚障害はDET（Discolouration Erosion Tissue overgrowth）score、腎機能障害はBUN、Crを比較検討した。閉鎖時関連合併症は、Ileus、SSIを比較検討した。結果（連続変数は中央値）：I=48例、T=36例。年齢、性別、腫瘍局在、手術成績において2群間に統計学的な差はなかった。関連合併症においてDETscoreがI 4.5（0-14）、T 3（0-8）、P値=0.0073、I群で皮膚障害が多かった。腎障害に関しては、I群において優位に排液増多、BUN上昇を認めた。両群とも閉鎖率は89%であり、SSI発症に関して差はなかった。考察：腎障害患者に対してTを選択するべきであると考えられた。

A08

胃同時切除症例における腹腔鏡下大腸切除術の安全性の検討

¹京都府立医科大学 消化器外科

高嶋祐助¹、中西正芳¹、木内 純¹、工藤道弘¹、有田智洋¹、村山康利¹、栗生宜明¹、大辻英吾¹

【背景】胃癌・大腸癌ともに罹患率は高く、その同時性重複癌に遭遇する機会も多い。近年、胃癌、大腸癌ともに腹腔鏡手術が多く施行されているが、胃・大腸重複癌に対する腹腔鏡下同時切除術についての報告は少ない。今回、当院で施行した胃・大腸重複癌に対する腹腔鏡下同時切除症例について検討した。【方法】2010年1月から2018年12月に当院で腹腔鏡下手術を施行した胃・大腸重複癌13例を対象とした。【結果】平均年齢は69.9歳、ASA physical statusはclass1/2/3=7例/6例/1例であった。同時期の非重複大腸癌に対する腹腔鏡下大腸切除術施行例と比較して、Clavien-Dindo（C-D）分類II以上の合併症発症率は増加しなかった。（C-D III: 0例、C-D II: 3例；p=0.46）。【結論】胃、大腸の重複癌症例に対する腹腔鏡下での同時切除は、安全に施行し得た。

A09

保存加療で軽快した浣腸による直腸穿孔

¹JCHO 大阪病院 外科米田和弘¹、大澤日出樹¹、井出義人¹、吉田眞之¹、原修一郎¹、高山慶太¹、大橋朋史¹、酒井健司¹、野呂浩史¹、平尾隆文¹、岩崎輝夫¹、畑中信良¹、山崎芳朗¹

浣腸による直腸穿孔に対して保存的加療により軽快した症例を経験したので報告する。症例は76歳女性で、娘が浣腸チューブを挿入した直後に激痛と血便を認めたため前医を受診し当院へ紹介搬送となった。内容液は注入されていなかった。来院時は全身状態良好で腹膜刺激症状もなく肛門周囲の疼痛が残存するのみであった。CTで直腸壁と周囲脂肪織に free air を認めており採血で炎症反応上昇と肝機能異常を認めた。腹膜刺激症状もなく free air も腹腔にまでは達していないことから保存加療の方針とした。内視鏡で穿孔部位が縮小傾向となっていることを確認し、第28病日から食事を開始し、第38病日に退院となった。浣腸による直腸穿孔は軽傷の場合、保存加療で治癒するものもあるが重症例ではストーマ増設術やドレナージ術が必要となる場合もある。本症例のように症状も軽微で、炎症が直腸周囲に限局している症例では保存加療も選択の一つとなりうることを考えられた。

A11

右側結腸に限局した多発大腸側方発育型腫瘍およびポリポシスの1例

¹大阪急性期・総合医療センター 消化器外科宋 修宇¹、小森孝通¹、西沢佑次郎¹、井上 彬¹、小松久晃¹、友國 晃¹、宮崎安弘¹、本告正明¹、岩瀬和裕¹、藤谷和正¹

症例は75歳、女性。便潜血陽性のため大腸内視鏡検査を施行されたところ、上行結腸から下行結腸脾湾曲部にかけて多発するポリープおよび側方発育型腫瘍（以下 LST）を7箇所認めた。ポリープは100個以上あり、非密生型家族性大腸腺腫症（以下 FAP）と臨床的に診断された。FAP の家族歴は明らかではなかった。左側結腸には病変を認めなかった。2病変の LST から生検で腺癌が検出されたため、ポリープを含めたすべての病変を手術で摘出する方針とし、腹腔鏡補助下拡大結腸右半切除術を施行した。術後の病理組織診断では2病変の LST から MP 癌および粘膜内癌が検出された。術後経過は良好であり、術後1年半の時点で再発を認めていない。本邦において7病変と多発する LST は稀であり、さらに、本症例のように非密生型 FAP を同時に認め、全ての病変が右側結腸に限局している症例は類を見ない。文献的考察を加えて報告する。

A10

下腸間膜静脈に化膿性門脈炎を呈した S 状結腸憩室穿通の1例

¹兵庫県立淡路医療センター 消化器外科²病理診断科籠重大輔¹、宮本勝文¹、上田悠貴¹、小泉 亘¹、高野友花¹、坪井孝文¹、草野俊亮¹、市川哲也¹、服部賢司¹、中川暁雄¹、高橋応典¹、大石達郎¹、小山隆司¹、加島志郎²

症例は40代男性。腹痛と発熱を主訴に当院を受診。血液検査では著明な炎症反応の上昇、DIC、肝障害、腎障害を認めた。腹部単純 CT 検査では S 状結腸憩室穿通、下腸間膜静脈および肝内に門脈ガス像を認めた。S 状結腸憩室穿通による敗血症性ショック、DIC、多臓器不全と考え、緊急手術を行った。開腹所見では S 状結腸に憩室穿通を、下腸間膜静脈に沿って腸管膜の変色、硬化を認め、下腸間膜静脈の化膿性門脈炎が疑われた。穿通部の切除、人工肛門造設を行い、術後は血液浄化療法を含む集中治療を行った。術後の腹部造影 CT で下腸間膜静脈から脾静脈に及ぶ血栓、門脈末梢の血栓を認め、化膿性門脈炎と診断した。早期に感染源のコントロールを含めた適切な治療を行い、救命しえた。化膿性門脈炎は門脈系静脈の血栓性静脈炎で、病状の進行に伴い黄疸や敗血症を併発する。適切な治療を行った場合でも死亡率は30%以上と報告されており、早期の診断治療が必要と考えられる。

A12

潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡補助下大腸全摘術の1例

¹兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科皆川知洋¹、池内浩基¹、桑原隆一¹、後藤佳子¹、堀尾勇規¹、佐々木寛文¹、坂東俊宏¹、内野 基¹

（緒言）潰瘍性大腸炎（UC）に対する標準術式は大腸全摘、回腸囊肛門（管）吻合術（IPAA）である。当院では、症例を選べば小開腹での手術が可能であるが、直腸授動や、脾湾曲部の授動に難渋する等の課題があった。今回若年女性の腹腔鏡補助下 IPAA の1例を報告する。（症例）14歳、女性。2012年発症の UC で、難治のため手術となった。（手術）臍3cm 小開腹し、ラッププロテクターミニと EZ アクセスを装着。同部位に12mm カメラポートと5mm ポート、右下腹部人工肛門造設予定位置に12mm ポート1本、左側腹部に上下5mm ポート1本ずつ挿入。まず直腸の剥離を行い、下行結腸外側、網囊左側、回盲部、網囊右側の順で授動。その後、間膜処理は体外で行った。回腸囊が肛門まで届くかを臍部より確認し、回腸囊作製と粘膜切除を同時に施行。気腹し、回腸囊を肛門に誘導し吻合。手術時間は5時間23分、出血量は120gであった。

B01

生体肝移植ドナーとしての術前精査中に発見された線毛性前腸性肝嚢胞の1例

¹大阪大学 消化器外科

久保孝介¹、後藤邦仁¹、江口英利¹、岩上佳史¹、
富丸慶人¹、秋田裕史¹、野田剛広¹、小林吾吾¹、
土岐祐一郎¹

【はじめに】線毛性前腸性肝嚢胞 (ciliated hepatic fore-gut cyst : CHFC) は胎児期前腸の遺残に由来する嚢胞で、肝内側区域被膜直下に好発する比較的まれな先天性疾患である。今回我々は生体肝移植ドナー術前精査中に発見されたCHFCの1切除術を経験したので報告する。【症例】36歳男性。子への生体肝移植のドナーとしての術前精査中、腹部造影CT検査にて肝S4に内部濃度の高い嚢胞性病変を認めた。また腹部EOB-MRI検査でも肝S4にT1強調像で淡い低信号、T2強調画像で淡い高信号を示す嚢胞性腫瘤を認めたため、画像上CHFCの診断となった。CHFCはごく一部に悪性の報告もあることから、その除外のため、先行して腹腔鏡下肝S4部分切除術を施行。病理結果はCHFCであり、明らかな悪性所見を認めなかった。そのため生体肝移植のドナーとして適格であると判定され、3ヶ月後に肝左葉グラフト採取術を施行。術後経過は順調で現在外来フォロー中である。

B03

Segmental arterial mediolysis (SAM) による腹腔内出血を合併した肝細胞癌 (B4) の1切除例

¹大手前病院 外科

北西光介¹、柏崎正樹¹、眞木良祐¹、松岡 梓¹、
斎藤百合奈¹、新田佳苗¹、文元雄一¹、玉川浩司¹、
谷口英治¹

SAMは非炎症性、非動脈硬化性の変性疾患とされる。原因不明で内臓動脈に好発し、中膜融解により動脈瘤を形成した後、破裂により腹腔内出血を来することが多い。症例は80代男性。慢性C型肝炎を背景にS4に生じた27mm大の肝細胞癌に対し2回のTACEを施行した。6ヶ月後、貧血を主訴に当院ERを受診。来院時腹部単純CTにて膀胱直腸窩に血性腹水の貯留を認め、腹腔内出血の診断で入院となった。精査目的の腹部造影CTにて、肝内胆管の拡張と再発肝細胞癌の左肝管への進展、左胃動脈末梢枝にSAMと考えられる数珠状の拡張を認めた。まずSAMに対するTAEを施行。その2週間後、肝細胞癌 (B4) に対し肝左葉切除、胆管内腫瘍栓摘除術を施行し、術後経過良好で退院となった。今回、悪性疾患にSAMを合併した稀な症例を経験した。肝細胞癌再発がSAMの発症に影響を与えた可能性および腹腔内出血の鑑別診断の2点において、示唆に富む症例と考えられた。

B02

悪性腫瘍と鑑別を要した肝好酸球形肉芽腫症の1例

¹明和病院 外科

²明和病院 病理部

福岡有紗¹、浜野郁美¹、一瀬規子¹、笠井明大¹、
友野絢子¹、中島隆善¹、岡本 亮¹、奥田昌也¹、
生田真一¹、仲本嘉彦¹、相原 司¹、柳 秀憲¹、
山中秀樹¹、覚野綾子²

肝好酸球形肉芽腫症は寄生虫の肝への内臓幼虫移行症でしばしば認められ、悪性腫瘍と鑑別が困難な場合がある。症例は70代、男性。健診目的のPET-CT検査で肝右葉に異常集積を認めた。腹部造影CT検査、EOB-MRI検査を施行したところ肝S8にリング状に造影される腫瘤影を認めた。胆管細胞癌または転移性肝腫瘍が疑われたため、肝前区域切除術を施行した。病理組織学的検査では、線維性被膜を有する複数の結節が癒合し、その内部に広範な凝固壊死や肉芽様組織を認め、腫瘍細胞は認められなかった。壊死部組織の内部においては、散在性の好酸性結晶物、リンパ球や形質細胞を伴う好酸球浸潤が認められ、寄生虫感染が示唆された。患者は普段から生肉や生魚を好んで摂取しており、またペットに犬を飼っていることから寄生虫感染と考えられた。肝の寄生虫感染は極めてまれであり、文献的考察を加えて報告する。

B04

両側多発肺転移切除8年後に発見された肝細胞癌の残肝再発に対し肝右葉切除術を施行した1例

¹石切生喜病院 外科

中西紘一¹、上西崇弘¹、野沢彰紀¹、中 亮子¹、
川口貴士¹、渡辺千絵¹、宮下正寛¹、大河昌人¹、
西川正博¹、福富經昌¹、田中 宏¹

症例は60歳女性。慢性B型肝炎に対してエンテカビルを内服加療しHBV-DNAは陰性化していた。49歳時、著明なAFP値の上昇がみられ、画像検査にて肝細胞癌 (肝癌) と診断されたため、肝S3、S6部分切除術が施行された。その6ヶ月後、肝内再発に対して肝S7部分切除が行われ、病理組織検査では共に低分化型肝癌と診断された。さらに1年後、AFP値の再上昇を契機に施行された胸部CT検査にて両肺多発腫瘍が認められ、胸腔鏡補助下に10箇所両肺部分切除術を施行、肝癌肺転移と病理診断された。以降、AFP値は陰性化し、再発徴候はみられなかったが、肺切除8年後の腹部造影CT検査で肝S8に径2.5cm大の早期濃染像が認められた。肝癌再発と診断してTACEが施行されたが、造影MRI検査にて効果不十分が疑われたため、肝右葉切除術が施行された。病理組織検査では肝癌完全壊死と診断された。術後経過は良好であり、術後1年半を経過した現在も再発徴候はみられず社会復帰している。

B05

喉頭原発腺様嚢胞癌の術後5年後肝転移再発に対して肝切除を施行した1例

¹関西医科大学 外科学講座

松島英之¹、海堀昌樹¹、石崎守彦¹、松井康輔¹、
関本貢嗣¹

【症例】63歳、男性 【現病歴】58歳時に耳鼻咽喉科にて喉頭（声帯上下部）原発の腺様嚢胞癌に対して喉頭全摘、頸部リンパ節郭清を施行された。病理組織は腺様嚢胞癌でpT4aN1M0であった。切除断端は陰性で術後化学療法は施行せず経過観察されていた。術後5年時の胸腹部CTで肝転移再発を疑われ、紹介受診となった。【現症】特記すべき症状なし。血液検査では有意な異常はなかった。腹部造影CTで肝S6に3cmの腫瘍性病変を認め、PET-CTで同部に限局するSUV max:4.2の異常集積が認められた。【経過】手術は肝後区域切除術を施行した。病理組織像は類円形核を持つ上皮様細胞が胞巣状・管状に増殖する像を認め、腺様嚢胞癌の肝転移と診断した。現在、術後1年で無再発生存中である。【考察】耳鼻科領域の腺様嚢胞癌の肝転移に対する切除例の報告は非常に少ない。今回、腺様嚢胞癌の肝転移再発に対して肝切除を施行した1例を経験したため、若干の考察を含めて報告する。

B07

胆管内乳頭状腫瘍（intraductal papillary neoplasm of bile duct:IPNB）の1切除例

¹和歌山県立医科大学 第2外科

中村匡視¹、速水晋也¹、上野昌樹¹、川井 学¹、
須崎紀彦¹、廣野誠子¹、岡田健一¹、宮澤基樹¹、
北畑裕司¹、小林良平¹、山上裕機¹

【はじめに】IPNBは2010年のWHO分類改定で新たに加わった疾患概念である。【症例】83歳女性。胆管炎を契機にIPNBが疑われた。造影CTで肝S4に36mmの壁在結節を伴う嚢胞性病変と末梢胆管の拡張を認めた。壁内結節は、ソナゾイド造影超音波検査では動脈相で均一に濃染され、その後速やかに欠損像を呈した。MRIでは一部が拡散強調画像で高信号を呈していた。腹腔鏡下肝左葉切除術を施行し、合併症無く第14病日に退院された。【病理所見】腫瘍は乳頭状で、脈管浸潤は認めないが一部癌化を伴っていた。MUC5ACは広く陽性、MUC1・6は一部陽性で、IPNB type II（pancreatobiliary subtype）と診断された。【考察】IPNBは、膵IPMNの胆管 counterpart として注目され、MUCの発現パターンで4つのsubtypeに分類される。診断時に癌化を認める例も多く、typeIIでは頻度が高い。外科的治療が第1選択であり5年生存率は良好とされている。本会では、文献的考察を加えて報告する。

B06

術前検査で胆嚢癌との鑑別に難渋した慢性胆嚢炎の一例

¹神戸大学大学院 肝胆膵外科

安達祐里¹、津川大介¹、柳本泰明¹、上田泰弘¹、
橋本 悠¹、栗津正英¹、棕棒英世¹、小松昇平¹、
寺井祥雄¹、蔵満 薫¹、田中基文¹、外山博近¹、
木戸正浩¹、味木徹夫¹、福本 巧¹

症例は69歳女性、心窩部痛を主訴に近医を受診し、胆嚢癌、肝浸潤・十二指腸浸潤と診断され手術適応外と判断された。セカンドオピニオンで当院を受診し、精査施行された。当院での精査結果は局所進行胆嚢癌、鑑別診断として黄色肉芽腫性胆嚢炎等の良性炎症性疾患が挙げられた。胆嚢癌としても遠隔転移を有さず、膵頭十二指腸切除で治癒切除可能と判断し手術施行する方針となった。手術所見では、胆嚢腫瘍は十二指腸・肝との高度な癒着を認めたため、胆嚢床切除術施行し、十二指腸は胆嚢漿膜を十二指腸側に残す層で剥離して胆嚢を摘出した。術中迅速組織診断に胆嚢腫瘍を提出し、cancer negative との回答を得たため、追加切除を施行せず胆嚢床切除で手術を終了した。病理診断は慢性胆嚢炎・胆嚢腺筋症であった。以上、術前検査で胆嚢癌との鑑別に難渋した慢性胆嚢炎の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

B08

肝切除術を施行したIPNBの2症例

¹大阪急性期総合医療センター 消化器外科

池永直樹¹、小松久晃¹、西沢次郎¹、井上 彬¹、
宮崎安弘¹、小森孝通¹、本告正明¹、友國 晃¹、
藤谷和正¹、岩瀬和裕¹

胆管内乳頭状腫瘍（Intraductal papillary neoplasm of the bile duct: IPNB）は肝内外の胆管内に発生する乳頭状腫瘍で外科的切除の適応と考えられている。今回我々の施設にてIPNBに対し肝切除術を施行した2症例につき文献的考察を交えて報告する。症例1:70代、女性。近医腹部超音波検査にて肝左葉に径約7cmの嚢胞性病変を指摘され、当院CT及びERCPでは肝S4に胆管と交通を有する病変を認めIPNBの術前診断で肝左葉切除術を施行した。病理組織学的検査では胆管内に局在するpancreatobiliary typeの異形上皮細胞を認め、IPNB由来の浸潤癌と考えられた。症例2:70代、男性。近医腹部超音波検査で肝外側区域に腫瘍を認め、当院CTおよびMRIでは肝S3に局在する嚢胞内部に乳頭状の充実性構造を有するIPNBが疑われ肝左葉切除術を施行した。病理組織学的検査では高度異形から上皮内癌に相当するpancreatobiliary typeの異形上皮細胞を胆管内に認め、IPNBと診断された。

B09

塩素系有機溶剤曝露終了18年後に診断された職業性胆管癌の1例

- ¹大阪市立総合医療センター 消化器外科
²大阪市立総合医療センター 消化器内科
³大阪市立総合医療センター 病理診断科
⁴金沢大学 人体病理学
⁵大阪市立大学大学院 肝胆膵外科学
 木村真紀子¹、木下正彦¹、玉森 豊¹、佐藤保則⁴、
 根引浩子²、石井真美³、井上 健³、青松直撥¹、
 西居孝文¹、櫻井克宣¹、日月亜紀子¹、久保尚士¹、
 前田 清¹、久保正二⁵

【症例】41歳、男性。18年前まで6年間印刷事業所で勤務していた。検診でγGTP 高値を指摘され、腹部造影 CT 像上、肝十二指腸間膜の巨大リンパ節と S2 胆管枝 (B2) 内の腫瘤像が認められ、浸潤型 IPNB のリンパ節転移が疑われた。根治切除不能であり化学療法を開始するも効果に乏しく、十二指腸閉塞を来し腹腔鏡下胃空腸バイパス術を行ったが、その後、巨大リンパ節破裂により死亡した。剖検では肝十二指腸間膜の巨大リンパ節は、一部扁平上皮化生を伴う低分化型腺癌であった。S3 グリソン周囲間質の高分化型腺癌と、B2 の IPNB に加えて大型胆管の広範囲に前癌病変や慢性胆管傷害像が認められた。免疫組織学的検討では、大型胆管全域に2本鎖 DNA 損傷マーカーであるγH2AX が発現していた。【結語】塩素系有機溶剤曝露歴を有する患者は長期経過後も広範囲の胆管に DNA 損傷が残存しており、長期に渡る経過観察を要する。

B11

完全内臓逆位に発症した脾原発悪性リンパ腫に腹腔鏡下脾摘術を行った1例

- ¹大阪南医療センター 外科
 大津 周¹、藤田洋一¹、稲田佳紀¹、富永敏治¹、
 辻 俊明¹、木村正道¹、中井智暉¹、堀内哲也¹

【症例】73歳女性【現病歴】幼少期より完全内臓逆位を指摘されていた。間欠熱と全身リンパ節腫脹を認めたため近位を受診。精査の結果、汎血球減少と肝脾腫、LDH および可溶性 IL2-R 高値が指摘され、悪性リンパ腫疑いに当院血液内科に入院となった。【臨床経過】入院時、全身状態が著明に悪化していたため、悪性リンパ腫の治療として THP-COP 療法を開始した。骨髓検査では診断がつかなかったが、腹部 MRI の DWIBS での脾の高信号や肝脾腫の持続から脾原発悪性リンパ腫を疑ったため、診断的治療目的に腹腔鏡下脾摘術を施行した。腹腔鏡操作は左半側臥位で、4ポートで行った。手術時間は189分、出血量は380mL。術後合併症はなく、術後8日目に血液内科へ転科となった。【考察】これまでに完全内臓逆位の腹腔鏡下脾摘術を行った本邦報告例は少なく、稀な症例であり若干の考察を加えて報告する。

B10

胆嚢結石と同時に多発脾腫瘍で指摘された脾限局サルコイドーシスの1例

- ¹堺市立総合医療センター 外科
 小山啓介¹、前田 栄¹、中平 伸¹、大崎真央¹、
 晃野秀悟¹、加藤一哉¹、泉谷祐甫¹、長谷川誠¹、
 栗正誠也¹、日村帆志¹、大原信福¹、小川久貴¹、
 三上城太¹、間狩洋一¹、中田 健¹、藤田淳也¹

症例は73歳男性、胆嚢結石症の手術目的で当院へ紹介された。術前検査で腹部造影 CT にて脾臓に造影効果の乏しい結節を多数認めた。身体所見は特記事項なく、血液検査や胸部画像検査で有意な所見は認めなかった。悪性リンパ腫などの鑑別が必要であり、胆嚢結石症に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術と同時に腹腔鏡下脾摘出術を施行した。術中所見では脾臓表面に黄白色の結節を複数認め、摘出した標本の割面に2cm 大の結節が多発していた。病理組織学的には乾酪壊死を伴わない肉芽腫で Ziehl-Neelsen 染色が陰性であった。以上のことから脾サルコイドーシスと診断した。脾サルコイドーシスはほとんどが症状に乏しく潜在性であり、無症候であれば経過観察が可能だが、脾臓の多発結節性病変は画像上、脾サルコイドーシスと脾悪性腫瘍の鑑別が困難である。稀ではあるが全身性症状を呈さない脾臓に限局したサルコイドーシスの1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

B12

腹腔鏡下手術で切除した大腸癌孤立性脾転移の1例

- ¹北播磨総合医療センター
 中村浩之¹、荒井啓輔¹、佐伯崇史¹、王子健太郎¹、
 横尾拓樹¹、岡本柗志¹、村田晃一¹、御井保彦¹、
 柿木啓太郎¹、岡 成光¹、黒田大介¹

症例は85歳、女性。S 状結腸癌に対して腹腔鏡補助下 S 状結腸切除術 (D3 郭清、DST 吻合) を施行した。T3 N2 M0 Stage IIIb であったが、高齢のため術後補助化学療法を施行せず、経過観察をしていた。術後2年6ヶ月のフォローアップ CT で脾臓に低吸収を呈する腫瘤を認めた。PET-CT では脾腫瘍に高集積を認め、他に原発巣となるような悪性腫瘍を疑う所見を認めなかった。S 状結腸癌の孤立性脾転移と診断し、腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。術後は特記すべき合併症を認めず、10日目に軽快退院した。病理組織学的検査では腺癌であり、S 状結腸癌の転移に矛盾しない所見であった。現在、脾摘術後6ヶ月経過したが、再発を疑う所見を認めていない。大腸癌の他臓器への転移を伴わない孤立性脾転移は比較的稀である。今回、S 状結腸癌切除2年6ヶ月後に発見された異時性孤立性脾転移の切除例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

B13

外科的 necrosectomy により治療奏効に至った ERCP 後重症膵炎による被包化膵壊死 walled off necrosis (WON) の一例

¹済生会野江病院 消化器外科

高山昇之¹、庄野容子¹、李 悠¹、岡村昌彦¹、
壺井邦彦¹、水上 陽¹、伊藤鉄夫¹、太田秀一¹、
足立幸人¹

【緒言】WON の治療戦略に Step-Up approach が推奨される。【症例】69歳、男性【主訴】上腹部痛【現病歴】2018年12月×日、総胆管結石性胆管炎に対して ERC 施行。第1病日、上腹部痛増悪あり、ERCP 後重症膵炎の診断となり、絶食、大量補液開始するも改善認めず。第23病日、CT 再検時に WON と診断された。【既往歴】胆石症、糖尿病【臨床経過】第25病日、経皮的に 8FrPTADtube 留置し順次拡張を行い、第69病日、20Fr メタリックステントを留置した。内視鏡的 necrosectomy を計6回施行したが、第90病日、造影にて十二指腸水平脚との瘻孔が確認された。第105病日、開腹下 necrosectomy、胆嚢摘出術施行、術中に多量の壊死物質を除去した。第106病日より腹腔内持続洗浄を施行。第111病日、CT にて WON の縮小確認でき、第118病日、CT にて WON の固定化確認され退院となった。【考察】ERCP 後重症膵炎による WON が、内科的治療困難症例に対し、外科的治療が奏効した一例を報告する。

B15

早期に切除し得た Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) の一症例

¹大阪国際がんセンター 消化器外科

長束佑太¹、飛鳥井慶¹、長谷川慎一郎¹、
山田大作¹、和田浩志¹、新野直樹¹、牛込 創¹、
原 尚志¹、杉村啓二郎¹、原口直昭¹、山本和義¹、
西村潤一¹、安井昌義¹、大森 健¹、宮田博士¹、
大植雅之¹、矢野雅彦¹、高橋秀典¹、左近賢人¹

症例は67歳、女性。検診の腹部エコーで多房性膵嚢胞を指摘され2007年10月当院紹介となった。以降、Intrapapillary mucinous neoplasm (IPMN) を経過観察していた。2018年11月に膵炎を発症し、腹部エコーで膵嚢胞内に充実性腫瘍を認めた。MRI で嚢胞内に1mm 大の DWI で拡散低下を伴う腫瘍を認めた。造影 CT で腫瘍は造影効果を認めた。CA19-9、DUPAN-II、CEA は正常範囲内であった。High risk stigmata を伴う Intraductal papillary mucinous carcinoma を疑い、膵体尾部切除術及び脾臓摘出術を施行した。病理診断は Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN)、TS 2 (35mm)、pTis pN0 pM0、pStage 0 (JPS 第7版) であり、周囲の膵管内に low grade IPMN が散在していた。ITPN は膵管内腫瘍の約3% 占める非常に稀な疾患である。比較的新しい疾患概念であり長期予後に関しては不明であるが、定期的なサーベイランスを行うことで早期切除し得た ITPN の一例を経験したので報告する。

B14

急性膵炎後感染性 WON に対し、後腹膜鏡下手術および内視鏡的ネクロセクトミーを行った1例

¹関西医科大学 外科

坂口達馬¹、里井壯平¹、山本智久¹、山木 壮¹、
廣岡 智¹、小坂 久¹、松井陽一¹、関本貢嗣¹

67歳男性。腹痛を主訴に前医を受診。重症急性膵炎の診断にて当院へ紹介となった。膵炎軽快後に膵周囲から骨盤腔にかけての嚢胞が形成され、胃への圧迫症状もあったため、経胃的ドレナージが施行された。ドレナージ後も、左腸腰筋～仙骨前面にかけての嚢胞は消失せず、発熱、炎症反応高値が持続したため、背側からの経皮的ドレナージが行われた。しかしながら、症状は軽快しないため、14日後に後腹膜鏡下ネクロセクトミーを施行した。術後症状はやや改善したが排膿が持続したため、ドレーン挿入孔から内視鏡的ネクロセクトミーを2回行ったところ、軽快し、術後33日目に退院となった。急性膵炎後感染性 Walled-Off Necrosis (WON) に対する治療として、step-up approach が推奨されている。今回われわれは、経胃的・経皮的ドレナージで軽快しなかった WON に対して後腹膜アプローチによるネクロセクトミーを施行した症例を経験したので報告する。

B16

初回手術約10年後にみられた肝転移を切除した膵神経内分泌腫瘍の1例

¹大阪市立大学大学院 肝胆膵外科学

西岡孝芳¹、大平 豪¹、竹村茂一¹、田中肖吾¹、
天野良亮¹、木村健二郎¹、山添定明¹、新川寛二¹、
田内 潤¹、宮崎 徹¹、石原 敦¹、江口真平¹、
白井大介¹、久保正二¹

症例は初回手術時、40歳代、女性。造影 CT 上、5.5×4.5cm 大の動脈相で濃染される腫瘍が認められた。CA19-9、CEA、C-ペプチドとガストリンは正常範囲内であったが、グルカゴンが310pg/mL とやや上昇していた。膵神経内分泌腫瘍と診断し、膵頭十二指腸切除術を施行した。病理検査上、神経内分泌腫瘍、髄様型、inf β、ly1、v2、ne0、mpd(-)、ch(-)、du(+)、s(-)、rp(-)、pcm(-)、bcm(-)、dpm(-)であった。約10年後に CT 上、肝 S3 に2.2×1.6cm 大の動脈相で濃染、後期相で washout を呈する腫瘍が認められた。膵腫瘍肝転移と診断し、肝部分切除術を施行した。免疫染色では CD56(+)、シナプトフィジン(+)、クロモグラニン A(±)で、膵神経内分泌腫瘍の肝転移と診断した。膵神経内分泌腫瘍切除後も長期間にわたる経過観察が必要である。

B17

食道癌、膵癌、直腸癌の3重複癌に対して根治治療を施行した1例

¹八尾市立病院 外科

今村宏輝¹、遠藤俊治¹、田村茂行¹、室谷昌俊¹、指月海地¹、米田直樹¹、木戸上真也¹、空谷友香子¹、岸本朋也¹、橋本安司¹、廣瀬 創¹、吉岡慎一¹、佐々木洋¹

患者は74歳、男性。下部消化管内視鏡でRb進行直腸癌を指摘され2018年1月に当院紹介受診となった。精査にて、Rb直腸癌cT3N1M0、cStage IIIaの診断となったが、同時に膵癌cT3N0M0、cStage III、食道癌cT2N1M0、cStage IIを指摘された。治療は出血コントロール目的に直腸癌治療を先行させる方針とした。2018年2月に腹腔鏡下ハルトマン手術を施行し、切除標本の病理結果はpT3N0M0、pStage IIであり術後補助化学療法は施行しなかった。退院後外来にて、膵癌に対してGEM+nabPTXを10コース施行し、効果判定PRを得た。術前診断は膵体部癌Pb、ycT4(PV)N0M0、ycStage IVaとなり2019年1月に膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本の病理結果はpT1N0M0、pStage Iであり、術後補助化学療法は施行しなかった。食道癌に対しては化学療法FPによりCT-cT1aN0M0、cStage Iとなり、根治的放射線療法を施行している。今回我々は3重複癌の1例を経験したためにここに報告する。

B19

腸回転異常症を伴うS状結腸癌に対する腹腔鏡下手術の一例

¹大阪市立総合医療センター 消化器外科

²大阪市立十三市民病院

坂田美奈¹、日月亜紀子¹、菊地拓也¹、米光 健¹、登千穂子²、田嶋哲三¹、後藤 航¹、木下正彦¹、濱野玄弥¹、西尾康平¹、村田哲洋¹、西居孝文¹、高台真太郎¹、櫻井克宣¹、玉森 豊¹、久保尚士¹、清水貞利¹、金沢景繁¹、前田 清¹

症例は71歳男性。HbA1c高値で糖尿病内科を受診し、スクリーニング検査でCEA 11.7ng/mlと高値であり精査された。下部消化管内視鏡検査でS状結腸に3型腫瘍がみられ、病理学的検査でtub2と診断された。注腸造影検査ではS状結腸の狭窄に加え、左下腹部に上行結腸が位置し、腸回転異常症が疑われた。腹部造影CT検査ではSMAとSMVが左右逆に走行し、小腸は腹部右側、大腸は左側に位置するnon-rotation typeの腸回転異常症と考えられた。また横行結腸は腫瘍に隣接して位置し、一部浸潤が疑われた。腸回転異常症を伴うcT4aN2M0、cStageIVのS状結腸癌と診断し腹腔鏡下手術を施行した。術中所見では、腫瘍はSDJのレベルに存在し、浸潤が疑われた横行結腸から腫瘍の10cm肛門側まで一塊にして切離した。腸回転異常症では腸管の位置異常により通常起こり難い癒着や血管走行を呈する場合がある。手術を安全に施行するために詳細な術前検査で解剖を把握することが重要である。

B18

膿瘍形成性虫垂炎と診断された虫垂癌の一例

¹野崎徳洲会病院 外科

²野崎徳洲会病院 総合診療科

³野崎徳洲会病院 病理検査科

永田桃子¹、坂井昇道¹、車 清悟²、西澤恭子³、小野山裕彦²

72歳女性、持続する右下腹部痛を主訴に当院救急外来を受診。腹痛は当初は正中であった。腹部は平坦、軟、右下腹部に限局した圧痛、反跳痛を認めた。血液検査で白血球数16,660/μl、CRP 27.51mg/dl、CEA 0.9ng/ml、CA19-9 9.4U/mlであった。腹部エコーで腫大した虫垂と周囲に広がる低エコー領域を描出した。CTでは回盲部の膿瘍を疑わせる所見であり、右腎盂と近位尿管の拡張を認めた。以上より膿瘍形成性虫垂炎と診断したが、右尿管拡張より回盲部の悪性腫瘍も考慮した。保存的治療後にinterval appendectomy目的で開腹手術を行った。虫垂は壊死しほぼ消失していたが、残存した組織の病理組織学的検査でadenocarcinomaと診断された。虫垂癌は全大腸癌の0.69%であるとされる稀な疾患であり、術前診断は困難であることが多い。今回は膿瘍を形成した興味ある症例を経験したので報告する。

B20

完全内臓逆位を伴うS状結腸癌に対して腹腔鏡下S状結腸切除を施行した一例

¹神戸大学医学部附属病院 食道胃腸外科

工藤拓也¹、松田 武¹、山下公大¹、長谷川寛¹、内海昌子¹、有本 聡¹、瀧口豪介¹、裏川直樹¹、山本将士¹、金治新悟¹、松田佳子¹、押切太郎¹、中村 哲¹、鈴木知志¹、掛地吉弘¹

症例は79歳女性。完全内臓逆位を以前より指摘されていた。心窩部痛を主訴に近医受診しCTでS状結腸に壁肥厚を認め、精査の結果S状結腸癌と診断された。手術加療について当院紹介。S状結腸癌、cT3N1bM0、cStageIIIbの診断で脾湾曲授動を伴う腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。術後経過は良好で術後15日目に自宅退院となった。完全内臓逆位を伴う大腸癌の腹腔鏡下手術は稀で、S状結腸癌に対する脾湾曲授動を伴う腹腔鏡下手術の報告はさらに稀である。今回、手術ビデオを提示するとともに、文献的な考察を含めて報告する。

B21

肥満症例の短期・長期手術成績の検討

¹京都府立医科大学 消化器外科木内 純¹、松原大樹¹、工藤道弘¹、中西正芳¹、栗生宜明¹、村山康利¹、有田智洋¹、庄田勝俊¹、小菅敏幸¹、小西博貴¹、森村 玲¹、塩崎 敦¹、生駒久視¹、窪田 健¹、藤原 斉¹、岡本和真¹、大辻英吾¹

【背景】大腸癌肥満症例の短期、長期手術成績の検討を行った。【方法】2008-13年に根治手術が施行された Stage II-III 大腸癌269例を対象とした。非肥満群 (BMI<25; n=203)、肥満群 (BMI≥25; n=66) の2群に分け、短期手術成績と長期予後の比較を行った。【結果】2群間で OS/RFS とともに予後に差はなく (p=0.381/0.741)、腹腔鏡/開腹、結腸/直腸の層別化解析においても予後に差はなかった。短期手術成績の比較では、肥満群において手術時間が長く (p=0.008)、出血量が多く (p=0.002)、リンパ節郭清個数は少なかった (p=0.041)。腹腔鏡/開腹症例でそれぞれ比較を行ったところ、腹腔鏡では同様の因子で有意差を認めたが (p=0.025、<0.001、0.016)、開腹症例では有意差はなく、一方で肥満症例では縫合不全が多い傾向を認めた (p=0.089) 【結語】本検討の結果、肥満は予後に影響を及ぼさなかったが、短期成績に影響を及ぼしていた。

B23

術前補助療法が奏功し腹腔鏡下切除により肛門温存しえた巨大直腸 Gastrointestinal Stromal Tumor の1例

¹大阪大学 消化器外科²九州大学 消化器・総合外科永野慎之介¹、三吉範克¹、板倉弘明¹、藤野志季¹、荻野崇之¹、高橋秀和¹、植村 守¹、松田 宙¹、水島恒和¹、森 正樹²、土岐祐一郎¹

【はじめに】GIST は巨大腫瘍で発見されることがあり、治療の原則は外科治療であるが拡大手術による QOL 低下も懸念される。近年、イマチニブ (以下、IM) の術前補助療法が治療効果の向上および臓器・機能温存に期待されている。今回、巨大直腸 GIST に対して術前 IM 投与により肛門温存した1例を経験した。【症例】症例は55歳、男性。主訴は便秘異常。造影 CT・MRI で、直腸 Ra-Rb に長径10cm の腫瘍を認めた。EUS-FNA を施行し、免疫組織学的検査で c-kit (一部陽性)、DOG-1 (陽性) であり、高リスクの GIST と診断した。偽膜損傷の懸念と、肛門温存の希望もあり IM (400mg/日) による術前補助療法を開始した。9ヶ月後に腫瘍は7cm に縮小し、肛門温存可能と判断し手術を施行した。外肛門括約筋を一部合併切除したが、腹腔鏡下括約筋間直腸切除術 (RO) を施行しえた。【考察】偽膜損傷が懸念される場合や、臓器・機能温存が困難な症例では術前補助療法が有用であると思われた。

B22

人工肛門閉鎖部における V.A.C.Ulta 治療システムによる局所陰圧洗浄療法 (NPWTi-d) の有用性

¹近畿大学病院 外科波江野真大¹、家根由典¹、所 忠男¹、上田和毅¹、大東弘治¹、岩本哲好¹、吉岡康多¹、尾川諒太郎¹、牛嶋北斗¹、幕谷悠介¹、川村純一郎¹

【はじめに】人工肛門閉鎖術に伴う術後創部感染は患者への負担増加や入院期間延長に繋がる。我々は、創部感染の軽減と在院日数の短縮などを目的とし、術直後より V.A.C.Ulta による局所陰圧洗浄療法を導入し良好な結果を得たので報告する。【症例】1. 肥満・糖尿病を持つ直腸癌術後・回腸人工肛門閉鎖術 2. 潰瘍性大腸炎に対する結腸亜全摘術後・回腸人工肛門閉鎖術 【考察・結語】人工肛門閉鎖部に対する局所陰圧閉鎖療法 (NPWT) が行われている報告があるが、感染にて開放・洗浄が必要となる症例がある。周期的自動洗浄液注入機能付き V.A.C 治療システム (V.A.C.Ulta) の登場で、洗浄を行いつつ NPWT を施行することが可能となった。今回経験した2症例は、どちらも創部感染のリスクが高い症例と思われるが、局所陰圧洗浄療法を行うことにより術後創部感染は生じなかった。人工肛門閉鎖部に対する局所陰圧洗浄療法は、創感染を減らすために有用な治療法であると考えられる。

B24

肛門管神経内分泌癌の1例

¹市立芦屋病院 外科佐々木亨¹、畠野尚典¹、牧野俊一郎¹、田守登茂治¹、三方彰喜¹、水谷 伸¹

神経内分泌癌 (NEC) は悪性度が高く、早期に遠隔転移を来し予後不良とされる。今回我々は肛門管原発の NEC を経験したので報告する。症例は89歳、女性。左大腿骨頸部骨折を契機に入院した際に、肛門に突出する手拳大腫瘍を認め当科に紹介となった。下部消化管内視鏡検査では直腸との連続性を認めず、肛門管発生が示唆された。同部の生検で未分化な腫瘍細胞の胞巣状増殖像を認め、免疫組織化学検査では、Synaptophysin 陽性、CD56陽性であり、内分泌細胞癌と診断した。術前 CT 検査では遠隔転移の所見はなく、局所切除術を施行した。切除標本はφ90x65x45mm。病理組織診断では断端陰性で、30/10HPFs 以上の多数の核分裂像を含み、また免疫組織化学染色では Ki67陽性率90% 以上であり、NEC G3と診断した。現在外来にて経過観察中である。肛門管原発の神経内分泌癌はきわめて稀であり、文献的考察とともに報告する。

B25

腎癌の横行結腸転移に対して腹腔鏡下横行結腸部分切除術を施行した1例

¹堺市立総合医療センター 外科

長谷川誠¹、大原信福¹、中田 健¹、晃野秀梧¹、大崎真央¹、泉谷祐甫¹、加藤一哉¹、小山啓介¹、栗正誠也¹、日村帆志¹、前田 栄¹、小川久貴¹、三上城太¹、中平 伸¹、間狩洋一¹、藤田敦也¹、大里浩樹¹

60歳代、男性。食思不振、体重減少を主訴に当院を受診。CT検査で10cm大の左腎細胞癌が疑われ、多発肺転移、縦隔リンパ節転移が指摘された。同時に横行結腸に9cm大の腫瘍性病変を認めた。大腸内視鏡で横行結腸に占拠性の1型病変を認めたが、生検結果はGroup1であった。左腎癌による横行結腸転移と診断し待機的手術を検討していたが、食思不振が進行し経口摂取困難となり、腫瘍による血便も出現。血液検査ではAlb1.1と著明な低アルブミン血症を認めた。Cachexiaを改善するため、準緊急的に左腎癌と横行結腸腫瘍の同時摘出術を行った。手術は腹腔鏡下で左腎癌の切除を先行した。続いて横行結腸を授動し、上腹部正中の小開腹創から部分切除にて摘出した。摘出標本は肉眼的には黄色調を呈しており、病理組織学的検査で腎癌の転移と診断された。術後、食思不振は消失し経口摂取が可能となった。全身状態は改善し、ニボルマブ+イピリムマブ併用療法が導入された。

B27

切除不能直腸癌化学療法中にフルニエ症候群をきたした1例

¹県立加古川医療センター 外科

²県立加古川医療センター 救急科

多田羅敬¹、衣笠章一¹、長見 直²、高橋 晃²、池田 寛²、川嶋太郎^{1,2}、門馬浩行¹、小林 巖¹、堀 宏成¹、高瀬至郎¹

進行大腸癌の化学療法中にフルニエ症候群をきたした稀な症例を経験したので報告する。症例は40代男性。多発肺・肝転移を伴うRAS変異型直腸癌にS状結腸双孔式人工肛門を造設後FOLFIRI + Bevacizumab療法を1年9か月施行。PDとなりFOLFOX + Bevacizumab療法に変更予定であったが、CTにて右傍直腸膿瘍を認めたため穿刺ドレナージを行った。速やかに炎症所見は改善し消化管も造影されなかったためドレーンを抜去し10日目に退院した。その後予定治療を再開するも2コースで神経毒性のためレゴラフェニブに変更したが、手足症候群で休薬。その10日後に発熱と臀部痛で来院した。右臀部から膝窩に至る壊死性筋膜炎と診断され緊急手術となった。同部位の切開排膿と洗浄を行い創は開放のままとした。洗浄、デブリードマン継続後10日目より低圧持続吸引療法に変更し4週間行い、2か月目に退院した。現在FTD/TPI療法を行いつつながら外来通院中である。

B26

回盲部腸重積を起し緊急手術を要した回盲部子宮内膜癌の1例

¹八尾徳洲会病院 外科・肝臓外科・小児外科

友池 力¹、木村拓也¹、井上雅文¹、松岡伸英¹、山中宏晃¹、河島茉澄¹、松田康雄¹

症例は34歳女性で4日前からの腹痛・食思不振を認め当院内科外来受診した。腹部CTにて回盲部のtarget signを認め腸重積の診断にて、当科紹介となった。発症から時間が経過していることもあり同日に緊急手術とした。腹腔鏡で開始し、回盲腸の腸重積は整復できず。腫瘍性病変を疑い開腹した。開腹にて整復すると、回盲部に腫瘍を認めD2郭清を行った。手術時間は3:24で出血20mlであった。術後経過は良好で術後6日目には食事開始し術後9日目に退院となった。病理検査にて盲腸の異所性子宮内膜癌のステージ3a (T3N1M0)と診断した。子宮内膜からは悪性を疑う細胞は検出されなかった。現在外来通院し抗癌剤治療を開始した (TC療法)。本邦報告を10例認め、回盲部発生例は認めず、極めて稀な症例を経験認め若干の文献的考察を加えて報告する。

B28

後方浸潤を疑う直腸癌局所再発に対して術前CRT後に腹腔鏡下仙骨合併腫瘍切除術を施行し得た1例

¹大阪大学 消化器外科

²九州大学大学院 消化器・総合外科

木原悠花梨¹、森 良太¹、荻野崇之¹、高橋秀和¹、三吉範克¹、植村 守¹、松田 宙¹、水島恒和¹、森 正樹²、土岐祐一郎¹

局所再発は直腸癌術後の最も頻度の高い再発形式で、根治には外科的切除が必要であるが、骨盤内臓全摘や仙骨合併切除などの過大侵襲を伴うことが多い。今回、仙骨浸潤を伴う直腸癌局所再発に対して腹腔鏡下に根治手術を施行し得た1例を経験したため報告する。症例は60歳代女性。直腸Rb癌 (T3N1M0、StageIIIa)に対して腹腔鏡下直腸切断術を行い、術後補助化学療法を施行後は経過観察していた。術後50ヶ月目にCEA上昇あり、S3前面に約20mm大の腫瘍を認め、局所再発と診断した。術前CRTを施行し、効果判定はPRであった。腹腔鏡下仙骨合併腫瘍切除を施行した。右内腸骨動静脈は合併切除し、仙骨はS2下縁で切断しS2以下の神経は合併切除した。手術時間536分、出血量170mlであった。術後、骨盤内膿瘍を認めたがドレナージにより改善し術後70日目に退院した。術後4ヶ月現在、歩行障害なく無再発生存中である。

B29

抗リン脂質抗体症候群を合併した再発直腸癌に対し
周術期血栓症予防のうえ手術を行った1例

¹奈良県総合医療センター 消化器・肝胆膵外科
²奈良県西和医療センター 外科・消化器外科
庄司 遥¹、向川智英¹、寺井太一¹、根津大樹¹、
中谷光宏¹、山戸一郎¹、高 濟峯¹、石川博文²

周術期肺血栓症のハイリスク群である抗リン脂質抗体症候群 (APS) を合併した再発直腸癌に対する手術例を経験したので報告する。症例は80歳台、女性。2年前、左下腿浮腫を契機に APS と診断され、同時に直腸 SM 癌で内視鏡治療後追加切除の適応であったが、手術リスクを考慮し経過観察していた。フォローの内視鏡検査で癒痕部に隆起性病変を認め、PET-CT 検査で局所再発、肝転移と診断され手術の方針となった。術前下肢静脈エコーでは血栓に変化はなかった。術前日からアピキサパンを中止した。術式は血栓症発症リスクの少ない開腹手術を選択し、体位は開脚位とした。術中から弾性ストッキングを着用し、術翌日からヘパリンを投与し、リハビリで歩行を開始した。術後血栓症を発症することなく術後9日目に退院。【結語】周術期肺血栓症のハイリスク症例では、術前に血栓の評価を行うと共に、多職種間で情報共有し適切な血栓予防策を講じることが肝要である。

B31

直腸癌術後孤立性陰転移の1例

¹大阪国際がんセンター 消化器外科
阿部智喜¹、牛込 創¹、安井昌義¹、西村潤一¹、
原口直紹¹、青山佳正¹、喜多亮介¹、長束佑太¹、
藤井 渉¹、原 尚志¹、長谷川慎一郎¹、
新野直樹¹、飛鳥井慶¹、山田大作¹、杉村啓二郎¹、
山本和義¹、和田浩志¹、高橋秀典¹、大森 健¹、
宮田博志¹、大植雅之¹

症例は73歳女性。直腸癌 (Rb) に対し腹腔鏡下低位前方切除術を施行され、tub2、ly1、v1、pT2N0M0 Stage1、CurA であった。術後2年目に CEA の上昇を認め、腹部 CT 検査にて吻合部腹側で陰周囲に存在する腫瘍性病変を指摘された。生検にて tub2 が検出され直腸癌術後局所再発の診断で当院紹介となった。当院の MRI 検査では腫瘍は陰後壁に限局するように見え陰転移の可能性も考えられたが、陰からの触診では潰瘍を伴う腫瘍で動可性も悪く直腸の吻合部と近接していることから、腹会陰式直腸切断術、子宮・陰後壁合併切除を施行した。腫瘍は35×15mm 大の潰瘍を伴う病変で腸管壁に浸潤していた。腫瘍量は陰壁内が大部分であり、局所再発ではなく血行性の陰転移再発と診断した。術後補助化学療法として Capecitabine 内服中である。直腸癌の陰転移はまれであり報告する。

B30

切除不能同時性肝転移を有する進行直腸癌に対して
liver-first approach を施行した1例

¹大阪労災病院 外科
井上卓哉¹、鄭 充善¹、末田聖倫¹、岡本啓志¹、
御厨幸治¹、吉川幸宏¹、古川陽菜¹、松村多恵¹、
古賀陸人¹、若杉正樹¹、宮垣博道¹、川端良平¹、
辻江正徳¹、長谷川順一¹

【はじめに】大腸癌同時性肝転移は、primary-first approach、liver-first approach、combined approach の選択肢がある。今回我々は、大腸癌同時性肝転移において liver-first approach を施行した1例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性、多発肝転移 (肝右葉13cm、外側区域2cm) を有する下部直腸癌を認め、cT4aN1M1 (H2) StageIV と診断。切除不能肝転移単独の RAS 変異型進行直腸癌であり、術前化学療法 (FOLFOXIRI + Bmab) を先行。10コース後、肝転移巣は縮小したため、liver-first approach として肝切除術を施行。肝切除8週間後に原発巣切除。術後病理学的診断は、Rb、tub1、pT3、ly1、v1、pPM0、pDM0、pRM0、n0 (0/18) であり、治療効果は GradeIb。最終病期診断は、ypT3NoM1 (H2) StageIV、現在無再発生存中である。【まとめ】肝転移巣の切除適応がない場合でも、化学療法の効果を認めれば conversion hepatectomy が考慮され、liver-first approach は有用であると考えられた。

B32

S 状結腸癌術後に子宮転移を認めた1例

¹多根総合病院 外科
伊丹偉文¹、小川淳宏¹、川端浩太¹、小池廣人¹、
松井佑起¹、山口拓也¹、廣岡紀文¹、万井真理子¹、
森 琢児¹、小川淳宏¹、小川 稔¹、上村佳央¹、
西 敏夫¹、丹羽英記¹

要旨：S 状結腸癌術後に子宮転移を来した症例を経験したので報告する。症例は68歳女性、S 状結腸癌に対しステント留置後、腹腔鏡下 S 状結腸切除術 D3 廓清を施行し、最終病理診断は pT4aN0M0 となった。術後経過観察中に CEA の上昇と、子宮右側に3cm 大の腫瘍を認めた。子宮原発癌、腹膜播種、局所再発、子宮転移のいずれかの鑑別は困難ではあったが、PETCT 検査では同部位にのみ限局する集積を認めたため根治手術可能と判断し、診断的治療目的に開腹子宮全摘術を施行した。術中所見では多臓器浸潤、腹膜播種は認めず、病理組織学的には腫瘍は平滑筋層内に増殖する adenocarcinoma であり、S 状結腸癌の組織像と類似しており S 状結腸癌の子宮転移と診断した。大腸からの子宮転移は比較的まれであり、今回経験した一例を若干の文献的考察を加えて報告する。

B33

直腸癌多発転移に対しラジオ波焼灼術、陽子線治療などの集学的治療でコントロールし得た1例

¹兵庫医科大学病院 下部消化管外科
 松原孝明¹、山野智基¹、宋 智亨¹、木村 慶¹、
 馬場谷彰仁¹、濱中美千子¹、片岡幸三¹、
 別府直仁¹、池田正孝¹、富田尚裕¹

【症例】80歳代、女性【既往歴】慢性心不全、徐脈性心房細動、ペースメーカー植込み後、糖尿病、慢性腎不全、ASO【現病歴】2015年8月に直腸癌(tub2、pT2、N0(0/9))に対し低位前方切除術を施行した。その後、手術時に認められた左肺小結節が次第に増大し、2016年に腹腔鏡下左下葉肺部分切除術を行ったところ直腸癌肺転移であった。2017年には右肺転移(S10、8mm)、左肺転移(S1+2、4mm)を認め、高齢、合併症のため手術リスクが高いと判断し、それぞれに対しラジオ波焼灼術を行った。その後、2018年8月にCEA上昇があり、PET-CTで気管分岐部リンパ節転移と診断された。患者は重粒子線治療を希望されたが気管支、食道に近く、陽子線治療が適応と判断された。照射後(60Gy×30回)の気管分岐部リンパ節転移の大きさは縮小傾向であり、コントロール良好である。【結語】直腸癌多発転移に対し、集学的治療でコントロールし得た症例について考察を加えて報告する。

C01

特発性に縦隔穿破した sliding hernia 胃破裂の一例

¹製鉄記念広畑病院 外科
 田淵光太¹、田中正樹¹、船本 英¹、中村勝也¹、
 松田佑輔¹、田淵智美¹、森本大樹¹、岩谷慶照¹、
 福岡正人¹、酒井哲也¹、橘 史朗¹

はじめに：縦隔に穿破した特発性胃破裂の一例を経験したので報告する。症例：79歳 男性、主訴：心窩部痛、現病歴：20XX年X月X日嘔吐後に心窩部痛を主訴に前医受診。CTで縦隔気腫と左胸水を認め左胸腔にドレーンを挿入したところ腸液を疑う排液を認めたため精査加療目的に当院へ搬送された。食道破裂を疑い緊急手術を施行。手術所見：左第7肋間で開胸した。左胸腔内には食物残渣が大量に貯留。縦隔穿孔部を広げると滑脱型食道裂孔ヘルニアを認め脱出した胃の穹窿部大湾側が穿孔していた。穿孔部を2層で閉鎖した。考察：特発性胃破裂は新生児に多くおこる病態として知られている。医学中央雑誌で「成人」「特発性胃破裂」で検索すると会議録を含めて32件の報告があったが縦隔穿破した胃破裂の報告はなく本症例は極めて稀な症例と考える。若干の文献的考察を加えて報告する。

B34

鼠径リンパ節転移陽性直腸癌に対する治療戦略

¹神戸大学 食道胃腸外科
 内海昌子¹、松田 武¹、山下公大¹、長谷川寛¹、
 工藤拓也¹、有本 聡¹、瀧口豪介¹、山本将士¹、
 金治新悟¹、松田佳子¹、押切太郎¹、中村 哲¹、
 鈴木知志¹、掛地吉弘¹

【目的】鼠径リンパ節転移陽性直腸癌に対する治療戦略は施設ごとに異なる。当科では、鼠径部を照射野に含めた術前化学放射線療法(NACRT)後に、鼠径部リンパ節郭清併施の全直腸間膜切除を行っており、その治療成績を報告する。【方法】対象は2005年11月～2016年12月に、NACRT後に根治手術を施行した直腸癌43例で、鼠径リンパ節郭清を施行した7例(郭清群)と施行しなかった36例(非郭清群)の手術成績を比較検討した。【成績】手術時間・出血量・合併症発生率に有意差はなかった。郭清群において、全例NACRT後に鼠径リンパ節の縮小を認めた。2例が組織学的鼠径リンパ節転移陽性であり、再発は1例のみに認めた。郭清群と非郭清群の5年無再発生存率は100%と65.4%(p=0.09)、5年全生存率は100%と83.2%であった(p=0.32)。【結論】鼠径リンパ節転移陽性直腸癌に対する、NACRT後の鼠径リンパ節郭清の治療成績は良好であり、有力な治療戦略の一つになり得る。

C02

腹腔鏡下に切除した胃重複症の一例

¹大阪急性期・総合医療センター 消化器外科
 松本紗矢香¹、宮崎安弘¹、中野祐輔¹、中塚梨絵¹、
 本告正明¹、西沢佑次郎¹、小松久晃¹、井上 彬¹、
 友國 晃¹、小森孝通¹、藤谷和正¹、岩瀬和裕¹

消化管重複症は消化管に発生する先天奇形であり、中でも胃重複症は稀な疾患である。今回、腹腔鏡下に局所切除した胃重複症の一例を経験したので報告する。症例は30歳代男性。上腹部痛を主訴に前医受診し、CTで胃底部に腫瘤性病変を指摘され当科を紹介受診した。上部消化管内視鏡で表面平滑な粘膜下腫瘍様隆起を認め、EUSで筋層との連続性は不明瞭であった。CTでは噴門直下に約30mm大の壁外に突出する嚢胞状腫瘍を認めた。有症状かつ2cm以上の胃粘膜下腫瘍に対して、術中内視鏡併用下で腹腔鏡下胃局所切除術を施行した。摘出標本は病理組織学的に上皮・結合組織・平滑筋・線維性被膜で構成されており、胃重複症と診断した。術後4ヶ月現在、通過障害なく経過観察を継続中である。胃重複症は特徴的な症状・画像所見に乏しく、術前に確定診断を得ることは困難であるが、胃粘膜下腫瘍の鑑別診断として本症を念頭に置くことが望ましい。

C03

内視鏡的止血に難渋し胃切除を行った出血性放射線性胃炎の1例

¹大阪医科大学 消化器外科

虫明 修¹

【はじめに】放射線治療は悪性腫瘍に対する有用な治療法であるが、病変周囲の正常組織も傷害され合併症を来すことがある。消化管は放射線障害を受けやすい臓器のひとつであり、今回局所進行胆管癌の術前化学放射線治療中に発生した出血性放射線性胃炎の1例を経験したので報告する。【症例】71歳男性。局所進行胆管癌と診断され、術前化学放射線療法（TS-1+RT50Gy）を行っていたが、経過中に手術不能と判断された。その後Hb3.5と貧血を認めため、緊急入院となった。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃前庭部中心に広範な出血性びらんを認め、放射性胃炎による出血と診断した。内視鏡的焼灼術を3回行ったが依然貧血は進行したため、手術（腹腔鏡下幽門側胃切除、B-II再建）を行った。術後貧血は改善した。【まとめ】内視鏡的止血に難渋し胃切除を行った出血性放射性胃炎の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。

C05

Roux-en-Y再建後、挙上空腸盲端拡張に対しバイパス術を施行した一例

¹京都府立医科大学附属病院 消化器外科

深見知之¹、窪田 健¹、庄田勝俊¹、小菅敏幸¹、小西博貴¹、塩崎 敦¹、岡本和真¹、藤原 斉¹、工藤道弘¹、有田智洋¹、森村 玲¹、村山康利¹、栗生宣明¹、生駒久視¹、中西正芳¹、大辻英吾¹

患者は68歳の男性、早期胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除、Roux-en-Y再建術を施行した。術後経過は良好で11病日目に退院されたが、半年後頻回嘔吐を主訴に当科受診、癒着性イレウスの診断で入院となった。透視で前回入院と比較し著明な挙上空腸盲端拡張を認め、同部位が通過障害に関与していると考えられた。保存的治療で改善乏しく、腹腔鏡下手術を施行した。術中所見としては、胃空腸吻合部すぐ肛門側の挙上空腸と肝下面との癒着を認め、口側消化管の拡張を認めた。同部位が通過障害の原因であり、挙上空腸盲端に圧をかけていたものと考えられた。挙上空腸と肝下面の癒着は強固であり剥離は困難であった為、挙上空腸盲端と本流である挙上空腸のバイパス術（ ρ 吻合）を施行した。術後嘔吐は消失し、25病日目に退院された。Roux-en-Y再建後の挙上空腸盲端の拡張を伴う通過障害に対し、 ρ 吻合も治療の選択肢となりうると考え、報告した。

C04

炎症による反復性幽門狭窄をきたした胃異所性腺に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術を行った1例

¹神戸大学 食道胃腸外科

山田康太¹、裏川直樹¹、金治新悟¹、瀧口豪介¹、長谷川寛¹、山本将士¹、松田佳子¹、山下公大¹、松田 武¹、押切太郎¹、中村 哲¹、鈴木知志¹、掛地吉弘¹

症例は30歳代、女性。心窩部痛を主訴に近医を受診した。上部消化管内視鏡検査では胃前庭部に胃異所性腺を指摘されたのみで、症状軽快したために経過観察となっていた。約1年後、心窩部痛と嘔吐が出現し、原因精査のために当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査およびCTにて胃異所性腺の炎症に伴う幽門狭窄の診断となった。約1週間の絶食で腹痛、通過障害が改善したために経過観察となった。その後も同症状を2度繰り返したため、初発症状から約2年後に炎症が沈静化した状態での待機手術の方針となった。術中所見にて腫瘍の局所切除では胃の変形が大きくなったために、腹腔鏡下幽門側胃切除を行った。病理学的にも胃異所性腺の診断で悪性所見は認めなかった。胃異所性腺の多くは無症状のまま経過するが、反復性の幽門狭窄を来した稀な1例と考え報告する。

C06

胃石症により発症した小腸閉塞の1例

¹市立池田病院 消化器外科

江口 聡¹、和田範子¹、赤丸祐介¹、北國大樹¹、和田遼平¹、池嶋 遼¹、宗方幸二¹、瀧内大輔¹、森本修邦¹、太田博文¹、柴田邦隆¹

胃石症とは胃内で食物・異物が結石を形成する稀な疾患である。今回、胃石の落下嵌頓による小腸閉塞に対して腹腔鏡補助下小腸切開、胃石摘出術を施行した1例を経験したので報告する。

症例は73歳男性。51歳時に胃癌による幽門側胃切除の手術歴あり。来院3日前より腹痛、嘔吐、食思不振が出現したが、呼吸苦も伴うようになったため当院救急搬送され、腸閉塞および敗血症性ショックの診断で緊急入院となった。

以前のCTでは胃内に認められていた泡沫状の構造物が、今回来院時のCTでは小腸内に見られた。同部位より口側の腸管に拡張を認めたことから、胃石の小腸嵌頓が腸閉塞の原因と考えられた。全身状態の回復を待ち、入院13日目に腹腔鏡補助下小腸切開、胃石摘出術を施行した。胃石は4×7cm大であった。術後経過は良好であり、術後8日目に退院の運びとなった。胃切既往のある小腸閉塞の原因の一つとして胃石症を考慮する必要があると考えられる。

C07

腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を行い減量後に両人工膝関節置換術をし得た一例

¹武田総合病院 外科

岩田辰吾¹、倉橋光輝¹、播磨 裕¹、大塚一雄¹、北岡昭宏¹、石上俊一¹、榊本博文¹、加藤仁司¹

減量を何度も試みるもリバウンドを繰り返し体重が増加、変形性膝関節症は悪化し膝の手術療法が適応となった。しかし膝の手術のためには減量が必要であるため肥満手術を行った後に整形外科手術が可能になった症例を経験したので報告する。症例は60歳の男性。体重142.3kg、身長167.4cm、BMIは50.8と高度肥満を示し、肥満改善の目的で来院した。既往歴は癲癇、肥満関連合併症は高血圧症、脂質異常症、脂肪肝、睡眠時無呼吸症候群、境界型糖尿病。肥満手術リスクの軽減や生活習慣を身に付けるために術前減量を行った。腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を行い術後は順調に経過し、術後8ヶ月で体重は84kg、BMIは30に減少した。その1ヶ月後に左人工膝関節置換術、さらに4ヶ月後に右人工膝関節置換術を行った。肥満の改善に伴い合併症は改善した。高度肥満症に対し肥満手術を行い減量に成功し、安全かつ効果的に人工膝関節置換術が施行できた。

C09

A型胃炎を背景とする多発胃 NET G1 に対し単孔式腹腔鏡下幽門洞切除術を施行した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 第2内科

永野翔太郎¹、尾島敏康¹、北谷純也¹、中森幹人¹、中村公紀¹、勝田将裕¹、早田啓治¹、福田直城¹、富永信太¹、本林秀規¹、井口幹崇²、北野雅之²、山上裕機¹

症例は、46歳女性で、ピロリ菌2次除菌不成功のため、近医より当院消化器内科へ紹介となった。上部内視鏡検査にて、胃体部を中心とする粘膜下腫瘍様隆起を多数認めた。生検の結果、小型の異型細胞が小胞巣増生を呈し、Chromogranin 陽性、synaptophysin で MIB-1 index は1%以下であったことから胃 NET G1 の診断に至った。また、抗胃壁細胞抗体160倍、血清ガストリン値5850pg/mL といずれも高値を示し、Rindi 1型と診断した。本症例に対し、高ガストリン血症は正のため、単孔式腹腔鏡下幽門洞切除術を施行した。手術翌日には、血清のガストリン値は84pg/mL まで低下しており、術後経過良好にて術後10日で退院となった。術後3ヶ月後の上部内視鏡検査では、すでに胃体部の残存している NET G1 も縮小を認めており、ガストリン値とともに経過観察中である。本疾患は、比較的稀であり、単孔式腹腔鏡下幽門洞切除術を施行し、低侵襲な治療が可能であったため報告する。

C08

胃 GIST 切除後再発を疑われたデスマイド腫瘍の一例

¹箕面市立病院 外科

高橋健太¹、谷口博一¹、川岸紗千¹、西垣貴彦¹、山下雅史¹、竹山廣志¹、豊田泰弘¹、團野克樹¹、徳永俊照¹、山本 仁¹、池田公正¹、岡 義雄¹

【緒言】

デスマイド腫瘍は稀な軟部腫瘍であり手術侵襲との関連も指摘されている。今回我々は胃原発 GIST 切除後に腹腔内デスマイド腫瘍を認めた症例を経験したため報告する。

【症例】

症例は57歳、男性。胃体中部大彎側に発生した35×33×24mm の GIST (c-kit 陽性、CD34陽性、核分裂増数8/50HPF、中リスク群) に対して腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術が施行された。術後外来にて経過観察されていたが、術後2年10か月の造影 CT にて横行結腸に接して20mm 大の GIST 再発を疑う所見を認めたためイマチニブ開始。開始2か月後の CT にて増大傾向を認めたため診断的に腹腔鏡下横行結腸部分切除術が施行され、病理検査にて腹腔内デスマイドと診断された。

【考察】

近年 GIST 患者において20%程度で他部位に発癌を認めるという報告もあり、今回経験したデスマイド腫瘍はその比較的稀な一形態と考えられる。GIST 再発を疑った際にはデスマイド腫瘍も鑑別に挙げる必要があると考えられた。

C10

門脈腫瘍塞栓を伴う進行胃癌の1切除例

¹大阪国際がんセンター

喜多亮介¹、大森 健¹、青山佳正¹、新野直樹¹、原 尚志¹、山本和義¹

[はじめに] 胃癌において門脈系の静脈内に腫瘍栓を合併する頻度はきわめて低く予後不良とされている。[症例] 79歳男性。内視鏡検査で3型胃癌を指摘され、左胃静脈～門脈本幹にかけての腫瘍栓を認め cT4aN2H0POM1 (OTH) cStage4 の診断となった。XELOX +HER 投与による治療を行ったが、副作用強く化学療法継続困難であり、他の遠隔転移の出現がないことを確認して手術の方針とした。術中所見としては播種病変や肝転移は認めず、胃全摘術+門脈腫瘍栓摘出術にて根治切除術を施行しえた。現在無再発経過中である。[考察] 門脈腫瘍塞栓以外の非治癒因子がない症例には積極的切除による予後向上の可能性もあり、集学的治療のなかでの位置づけが今後の検討課題となっている。化学療法奏功例や、本症例のように化学療法継続困難症例では手術治療も選択肢として考えられる。[結語] 門脈腫瘍塞栓を伴う胃癌の1切除例を経験した。

C11

術後早期に再発した AFP および PIVKAI 産生胃癌肝転移の1例

¹近畿大学奈良病院 消化器外科

²近畿大学奈良病院 病理診断科

額原 敦¹、福田周一¹、辻本智之¹、日向 聖¹、木谷光太郎¹、橋本和彦¹、石川 原¹、肥田仁一¹、湯川真生¹、若狭朋子²、太田善夫²、井上雅智¹

【症例】67歳男性。内視鏡検査で胃角部から前庭部に0-I型の腫瘍を指摘され紹介となった。cT1b N0M0 cStageIAの診断で、幽門側胃切除、B-I再建を行った。術後病理診断は tub1、tub2、por1 pT2N0M0 pStageIB で術後経過観察の方針となった。術後4か月のCTで多発肝腫瘍を認めた。AFP および PIVKAI 高値であったことから、肝細胞癌を鑑別に挙げ肝生検が行われた。肝生検の結果、adenocarcinoma であり、胃癌肝転移の診断で化学療法の方針となった。約1年後に永眠された。【考察】AFP 産生胃癌の報告は散見されるが、PIVKAI 産生胃癌の報告はまれである。AFP および PIVKAI 産生胃癌は進行・切除不能症例が多いとされている。過去の報告を含め、AFP および PIVKA-II 産生胃癌について若干の文献的考察を加えて報告する。

C13

肺癌胃転移の一切除例

¹宇治徳洲会病院 外科

竹内 豪¹、下松谷匠¹、松木豪志¹、青山諒平¹、松山剛久¹、仲原英人¹、高岸智子¹、橋本恭一¹、日並淳介¹、金児 潔¹、久保田良浩¹、仲井 理¹、増田道彦¹

肺癌の胃転移は比較的稀で、切除症例の報告は少ない。今回肺癌化学療法中に胃転移巣からの出血に対し胃切除術を施行した症例を経験したので報告する。症例は56歳男性、吐き気と吐血にて前医受診し当院内科に紹介となる。気管支鏡での生検にて腺癌と診断され、精査にて左下葉肺癌、多発脳転移、肝転移、胃壁転移、右副腎転移で c-T3N3M1c、c-stage IVB と診断となる。全脳照射を行い、抗EGFR 製剤の Afatinib にて治療開始した。肺原発巣と脳転移巣等とはいずれも縮小傾向であったが、治療開始後半年ほどで貧血の進行、黒色便が出現し、胃内視鏡にて胃転移巣からの出血と診断した。出血コントロール目的で幽門側胃切除術及び D2 リンパ節郭清を施行した。病理結果は Metastatic carcinoma, consistent with lung cancer. Lymph node, metastatic carcinoma (17/45) であった。術後半年経過した現在外来にて CBDCA + PEM 療法を継続している。

C12

胃癌術後5年で孤立性肺転移をきたした1例

¹市立吹田市民病院 外科

牧野さほ¹、山村憲幸¹、林 芳矩¹、高島弘幸¹、玉井皓己¹、北原知洋¹、田中夏美¹、岡村 修¹、福地成晃¹、戎井 力¹、横内秀起¹、衣田誠克¹

胃癌の初孤立性肺転移は稀と報告されている。今回我々は術後5年目に孤立性肺転移をきたし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。症例は75歳、男性。EGJに発生した全周性0-IIc + III (tub1) 病変に対して2013年5月に腹腔鏡補助下胃全摘術施行。病理結果は pT1b2、n2 (4/28)、M0 より、pStage IIA にて TS1 での術後補助化学療法施行も副作用強く5クールで中止。その後、術後4年目2017年6月に右肺 S3 に径4mm 大の小結節が出現し、経時的に増大するため原発性肺癌もしくは他臓器転移を伴わない胃癌の孤立性肺転移を疑い2018年4月に胸腔鏡下右肺 S3 楔状部分切除術施行。病理診断で胃癌肺転移と判明し術後 SOX 療法施行も副作用のため2クールで中止。現在、肺部分切除後1年が経過。肺を含め遠隔転移を認めず外来にて経過観察中である。今後も引き続き嚴重な経過観察を要するが、胃癌の孤立性肺転移の場合、切除を含めた集学的治療が有用かと思われた。

C14

胸腔鏡下憩室切除術を施行した横隔膜上食道憩室の1例

¹兵庫医科大学 上部消化管外科

²兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科

³関西電力病院 心臓血管外科

北條雄大^{1,2}、川田洋憲²、川崎有亮^{2,3}、

篠原 尚¹、田村 淳²

患者は65歳、男性。嚥下障害を主訴に当院を受診し、横隔膜上食道憩室と診断された。保存的治療を行ったが症状の改善が得られず、手術目的で当科に紹介となった。胸部単純CTで胸部下部食道の左壁に4×4cm 大の憩室を認めた。上部消化管内視鏡で憩室の粘膜に炎症性変化を認めたが、胃食道逆流を疑うような食道粘膜傷害を認めなかった。また、食道内圧検査で下部食道括約筋圧の異常を認めなかった。右半腹臥位にて胸腔鏡下憩室切除術を施行し、術後経過は良好であった。横隔膜上食道憩室の手術施行例の報告は少なく、術式について一定の見解が得られておらず、憩室切除だけでなく食道筋層切開や噴門形成も行うべきであるとした報告もある。今回我々は、食道運動障害、下部食道括約筋圧上昇、胃食道逆流のいずれも認めない横隔膜上食道憩室に対して胸腔鏡下憩室切除術を施行し、良好に経過した1例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

C15

食道癌術後の食道裂孔ヘルニアによる横行結腸嵌頓の2例

¹近大病院 外科

中西智也¹、加藤寛章¹、白石 治¹、岩間 密¹、平木洋子¹、安田 篤¹、新海政幸¹、今野元博¹、木村 豊¹、安田卓司¹

【症例1】70代男性。開腹胃管胸骨後再建症例。食道裂孔の縫合閉鎖は施行せず。術後4か月目に腹痛、呼吸苦出現。CTで左胸腔内に著明に拡張した横行結腸認め、食道裂孔ヘルニア嵌頓による腸閉塞と診断し緊急手術を施行。開腹で横行結腸を還納。結腸は色調不良な脆弱部分認め、横行結腸部分切除を施行。食道裂孔は縫合閉鎖した。【症例2】60代男性。開腹胃管後縦隔再建症例。胃管と横隔膜は2針縫合していた。POD13より腹痛、排ガス停止。CTにて横行結腸の左胸腔への脱出を認めた。緊急手術で、開腹にて横行結腸を還納。壊死や穿孔は認めず。横隔膜を縫縮、胃管壁と固定し、さらに肝外側区域で閉鎖した。【まとめ】食道癌術後の食道裂孔ヘルニア嵌頓は、絞扼性腸閉塞を起こすと致死的になりうるため、緊急手術の必要性を念頭におく必要がある。予防のために食道切除手術時に食道裂孔の縫合閉鎖や、再建臓器と横隔膜の縫合固定を確実に施行する必要がある。

C17

導入化学療法により pCR が得られた cT4 食道癌の1例

¹滋賀医科大学 消化器・乳腺・一般外科

三中淳史¹、竹林克士¹、貝田佐知子¹、山口 剛¹、石川 健¹、清水智治¹、三宅 亨¹、植木智之¹、小島正継¹、飯田洋也¹、前平博充¹、谷 眞至¹

症例は40歳代、女性。嚥下困難の精査で食道癌を指摘され、CT 検査では原発巣が下行大動脈に約1/4周接しており浸潤が疑われた。#1、#3、#7のリンパ節は一塊となり胃壁と肝に強く接していた。食道癌、MtLt、Type3、SCC、cT4N2M0、StageIVaと診断。Docetaxel/CDDP/5-FU (DCF) 療法2コースで原発巣は縮小が得られ、転移リンパ節は44mmから9mmとなり(縮小率80%)、根治術を施行。手術は胸腔鏡下食道亜全摘、3領域リンパ節郭清、胸骨後胃管再建。手術時間は441分、出血量は120ml。術後合併症は認めず、術後13日に退院。病理組織学的検査で原発巣、転移リンパ節ともに Viable な腫瘍組織は認めず、pCR であった。術後1年無再発生存中である。近年、DCF 療法をはじめとした強力な導入化学療法後の外科的切除の有用性が報告されている。今回、導入化学療法により切除可能となり pCR が得られた局所進行食道癌を経験したので文献的考察を加えて報告する。

C16

食道アカラシアに合併した食道癌に対して縦隔鏡下食道切除術を施行した1例

¹京都府立医科大学 消化器外科

芝本 純¹、藤原 齊¹、塩崎 敦¹、小西博貴¹、工藤道弘¹、庄田勝俊¹、有田智洋¹、小菅敏幸¹、森村 玲¹、村山康利¹、栗生宜明¹、生駒久視¹、窪田 健¹、中西正芳¹、岡本和真¹、大辻英吾¹

【はじめに】食道アカラシアは食道括約部の弛緩不全などにより食道拡張を認めることが多い。食道アカラシアに合併した胸部食道癌に対し呼吸・心機能低下を認めたため縦隔鏡下根治切除を行った症例を経験した。【症例】症例は67歳、男性。30年前に食道アカラシアで Heller 手術を施行。吐血と黒色便で入院し、上部内視鏡検査で食道拡張と胸部上部から中部食道に全周性の表在型食道扁平上皮癌を認めた。cT1bN0M0、cStage1 と診断し、また1秒率33.5%の著明な閉塞性換気障害や心機能低下を認めたため、手術侵襲の低減を考慮して縦隔鏡下食道亜全摘術・2領域郭清・胸骨後経路胃管再建を施行した。【考察】食道アカラシアによる著明な食道の拡張と偏位を認め、術野確保および解剖認識が非常に不良であったが、慎重な手術操作により縦隔鏡下根治切除が可能であった。【結語】食道アカラシアに合併した食道癌に対する縦隔鏡下食道切除の症例を経験したため報告する。

C18

食道癌に対する術前化学療法施行中に高アンモニア血症による意識障害をきたした1例

¹大阪大学 消化器外科

河井邦彦¹、山下公太郎¹、田中晃司¹、牧野知紀¹、山崎 誠¹、西塔拓郎¹、高橋 剛¹、黒川幸典¹、中島清一¹、土岐祐一郎¹

【はじめに】進行食道癌に対する標準治療として5-FU やプラチナ製剤を中心とした術前化学療法が広く行われており、その副作用として消化器症状や血球減少をよく経験するが高アンモニア血症を呈することは稀である。【症例】70代男性。健診で透視異常を指摘され当科紹介。食道癌 cT2N1M0 Stage IIB、胃癌 cT2N0M0 StageIB と診断し DCF 療法(DTX70mg/m²、CDDP70mg/m²、5-FU700mg/m²)を開始。day4に倦怠感、day5にJCS300の意識障害が出現し治療中止。頭部CT、MRIで頭蓋内病変なし。血中アンモニア濃度455 μ g/dLであり高アンモニア血症による意識障害と診断。分岐鎖アミノ酸投与にて同日血中アンモニア濃度は49 μ g/dLまで低下しday6に意識清明となった。その後Grade4の好中球減少と下痢を認めたがday20に退院。【考察・結語】高アンモニア血症の原因として5-FUの代謝異常が最も考えられた。今回食道癌術前化学療法中に高アンモニア血症による意識障害をきたした1例を経験した。

C19

当院における食道癌外科治療の現状 腹臥位胸腔鏡下手術の導入

¹春秋会 城山病院 消化器センター外科
²大阪医科大学 一般・消化器外科 上部消化管グループ
 新田敏勝¹、河合 英²、田代圭太郎²、高島祐子¹、
 太田将仁¹、片岡 淳¹、石橋孝嗣¹

<はじめに>本邦の実臨床においては、胃癌が減少し、食道胃接合部癌が増加しているという印象が強く、その内訳として扁平上皮癌も多い印象も受ける。当院でもこのような背景から食道癌に対して腹臥位胸腔鏡下手術の導入を行った。<症例呈示>42歳女性 Ae および LtMt の食道癌に対して JCOG9907 試験に基づき、NAC を2クール行い、その後に胸腔鏡下食道亜全摘術を施行した。(T3(A) T1b (SM2) N3M0 stageIII)、また再建は頸部食道胃吻合による Collard 変法にて行った。術後、経過良好にて第11日病日に退院の運びとなった。<考察>開胸による食道癌手術では術者と第一助手以外は手術操作を確認することが困難である。胸腔鏡下手術では、同じ視野を共有することが可能となった。<結語>当院における腹臥位胸腔鏡下食道切除術の導入と現状について呈示した。

C21

術後胸腹水のコントロールに難渋した肝硬変合併食道癌の一切除例

¹市立岸和田市民病院 外科
 山田淳史¹、有田 創¹、杉本奈緒子¹、稲本 道¹、
 濱口雄平¹、高木秀和¹、鍛 利率¹、小切匡史¹

54歳男性、検診で肝機能異常を指摘されアルコール性肝硬変と診断された同時期に、食事のつかえ感を自覚し、上部消化管内視鏡で胸部中部食道癌と診断された。cT3N1M0 Stage3 であったが肝硬変を合併しており、術前化学療法が完遂できない可能性や術後合併症が増える危険性を考慮して手術先行の方針とした。胸腔鏡下食道亜全摘を行い、胆管周囲への浸潤が疑われたため胸管合併切除を行った。術後約3L/日の胸腹水の流出を認めたが、利尿剤内服で軽快し、術後3週目に退院した。本例における治療計画や術後の胸腹水管理を若干の文献的考察を加えて報告する。

C20

巨大な胃壁内転移を伴った食道癌の2切除症例

¹大阪医科大学 一般消化器外科
 千福貞勝¹、李 相雄¹、今井義朗¹、田中 亮¹、
 本田浩太郎¹、内山和久¹

【症例1】60歳男性。主訴は前胸部痛。内視鏡検査で胸部中部食道に4cm 大の3型食道癌と胃体上部小弯に粘膜下腫瘍を指摘された。CT では胃小弯壁外に5mm 大の腫瘍を認めリンパ節転移による壁外圧排と診断された。術前補助化学療法後に胸腔鏡下食道亜全摘術を施行したが、病理組織診断にて胃壁内転移 (IM1-St) を伴う食道癌 (ステージ IV) と診断された。

【症例2】59歳男性。検診にて胸部中部食道に2cm 大の1型食道癌を、胃噴門小弯に粘膜下腫瘍を指摘された。CT にて噴門小弯に40mm 大の壁内病変が認められた。術前補助化学療法後に胸腔鏡下食道亜全摘を施行した。病理組織診断で胃腫瘍は胃壁内転移 (IM1-St) と判明した。

【考察】食道癌の胃壁内転移は比較的稀な疾患で、予後不良である。噴門近傍が好発部位であり、原発巣に比較して増大する特徴があり本二症例とも合致する。胃体上部小弯に巨大な腫瘍が認められた際には、胃壁内転移を考慮する必要がある。

C22

開腹下胸管結紮術が有効であった食道癌術後難治性乳び瘻の1例

¹近畿大学奈良病院 消化器外科
 福田周一¹、額原 敦¹、辻本智之¹、日向 聖¹、
 木谷光太郎¹、橋本和彦¹、石川 原¹、肥田仁一¹、
 湯川真生¹、井上雅智¹

症例は80歳代、男性。胸部食道癌に対して、食道亜全摘、胸骨後胃管再建を施行した。術後、空腸瘻よりペプタメン AF を開始したところ、乳び瘻を認めた。経腸栄養剤をエレンタールに変更し、サンドスタチンとエホチール持続投与、リビオドールによるリンパ管造影を施行したが、依然として2000ml/日以上胸部ドレーン排液を認めた。保存的加療は限界と判断し、術後30日目に手術の方針とした。開腹下に腹部大動脈右縁と右横隔膜脚の間の space を剥離して右横隔膜脚背側の層に入った。胸管を同定し、周囲組織とともに結紮した。術後より、胸腔ドレーン排液量は著明に減少した。再手術後5日目に食事再開となった。廃用症候群に対するリハビリで入院期間は長期となったが、全身状態良好で退院となった。本法は初回手術操作が及んでいない部位での手術となるため、容易に胸管を同定することができる。保存的加療が有効でない場合、選択肢の1つになりうる術式と思われた。

C23

後縦隔経路再建胃管癌に対する腹臥位胸腔鏡下胃管全摘術の2例

¹神戸大学 食道胃腸外科学

北村 優¹、中村 哲¹、瀧口豪介¹、長谷川寛¹、
山本将士¹、金治新悟¹、松田佳子¹、山下公大¹、
松田 武¹、押切太郎¹、掛地吉弘¹

【はじめに】今回、後縦隔経路再建胃管癌に対して腹臥位胸腔鏡下胃管全摘術を施行した2症例を経験したので報告する。【症例1】77歳、男性。胸腔鏡下食道亜全摘術、後縦隔経路頸部吻合胃管再建術後4年目に胃管前庭部に腺癌を指摘。腹臥位胸腔鏡下胃管全摘、胸壁前経路有茎空腸再建を施行。上縦隔では右迷走神経を確認し気管膜様部を露出、胃管のstaple lineが気管膜様部に癒着していたが、剥離可能であった。【症例2】76歳、男性。右開胸食道切除術、後縦隔経路低位胸腔内吻合胃管再建術後20年目に胃体下部に進行胃癌を認めた。腹臥位胸腔鏡下胃管全摘、胸壁前経路有茎空腸再建を施行。開胸創に肺の癒着。吻合部には右主気管支膜様部と肺が癒着あるも、剥離可能であった。【結語】後縦隔経路再建胃管癌に対する腹臥位胸腔鏡下切除術は十分な視野の確保と拡大視を生かした癒着剥離が可能で腹臥位胸腔鏡下食道切除術の手術手技に習熟していれば十分に適応可能である。

C25

先天性小腸閉鎖症術後の相対的通過障害に対して拡張腸管切除が有効であった1例

¹大阪大学 小児外科

吉田将真¹、當山千巖¹、岩崎 駿¹、東堂まりえ¹、
出口幸一¹、野村元成¹、阪 龍太¹、渡邊美穂¹、
上野豪久¹、田附裕子¹、奥山宏臣¹

先天性小腸閉鎖症において拡張腸管の切除範囲に対して一定の見解はない。今回拡張腸管が残存し乳児期に再手術を施行した症例を経験したので報告する。症例：7ヶ月女児。出生前診断で小腸閉鎖症が疑われた。日齢1で手術施行し空腸閉鎖症（膜様型）と診断した。拡張腸管の範囲が広い膜様部切除及び拡張腸管形成術を施行した。術後、拡張腸管内に減圧チューブを留置しながら経腸栄養を進めた。哺乳も可能となりチューブの抜去を試みたが、腹部膨満が出現した。一時的な拡張腸管に伴う相対的通過障害と判断し減圧チューブを再留置したが、術後5ヶ月経過しても腸管拡張の軽減なく再手術の方針とした。手術で拡張腸管長は限局しており狭窄部を含め約20cmの空腸切除・端々吻合を行った。術後経過は良好で腸管の再拡張は認めていない。先天性小腸閉鎖症において拡張腸管の切除範囲を決定するのは難しい。本症例では消化管の減圧により大量の腸管切除を回避できた。

C24

術前に診断しえた腸回転異常症による腸閉塞の一例

¹守口敬仁会病院 外科

横内 隆¹、岡 博史¹、李 喬遠¹、丸山憲太郎¹、
早川正宣¹、溝尻 岳¹、松本真由美¹、
三宅裕一朗¹、勝山晋亮¹、野村雅俊¹、吉村大士¹、
渡辺創太¹

腸回転異常症は稀な先天性異常であるが、今回腸回転異常症に起因するイレウスをきたした症例を経験した。【症例】33歳男性。前日より下腹部痛・嘔吐が出現し前医を受診され、腹部CT検査にて絞扼性イレウスが疑われたため当院に紹介となった。腹部CT検査にSMV rotation sign およびwhirl-like patternを認め、腸回転異常症に伴う中腸軸捻転と診断し緊急手術を行った。開腹所見は小腸間膜はSMAを軸に捻転していた。十二指腸はトライツ靭帯を形成せずに空腸に移行しており、また盲腸は正中に偏位し右側結腸と右側壁側腹膜との間には膜様構造物が存在した。腸回転異常症および中腸軸捻転による絞扼性イレウスと診断し、イレウス解除およびLadd手術を施行した。【結語】腸回転異常症による腸閉塞を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

C26

空腸憩室を伴った小腸軸捻転症の1例

¹奈良県総合医療センター

根津大樹¹、向川智英¹、寺井太一¹、中谷充宏¹、
中多靖幸¹、山戸一郎¹、高 濟峯¹、石川博文¹

症例は82歳、女性。2019年5月1日に突然腹痛を発症し、当院へ救急搬送された。腹部造影CT検査でwhirl signを認め、小腸軸捻転症と診断し同日緊急手術を行った。腹腔内には乳糜様腹水を認めた。空腸が180度捻転しており、部分的に浮腫状であったが、腸管の壊死は認めなかった。空腸近位部に径10cm大の巨大空腸憩室を認め、その近傍にも数cm大の粗大な憩室が複数存在していた。空腸憩室を挙上し捻転解除した。最大の巨大憩室が捻転の責任病変と考えられたが、捻転再発予防目的で巨大憩室を含む全ての憩室が存在する空腸を約30cm部分切除した。術後経過は良好であり、術後7日目に退院となった。空腸憩室が小腸軸捻転症の原因となった例は比較的稀であり、文献的考察を加えて報告する。

C27

膵炎をきたした空腸異所性腺の1切除例

¹三田市民病院 外科

小中龍之介¹、友野絢子¹、松本晶子¹、大坪 出¹、
美田良保¹、光辻理顕¹、和田隆宏¹、佐溝政広¹

症例は76歳、女性。心窩部痛を主訴に当院救急外来を受診した。白血球及びアミラーゼ、リパーゼの上昇が見られ、腹部CTで左腎下極付近に腺との連続性を持たない腸間膜脂肪織濃度の上昇を認めた。異所性腺及び同部位の膵炎を疑われ入院となり、保存的加療を開始した。入院2日後より腹痛の最強点は右側腹部に移動し、炎症反応の増悪を認めた。腹部CTで腸間膜脂肪織濃度上昇は右側腹部に移動し、腹水も出現したため、保存的加療無効と判断し同日緊急手術を施行した。Treitz 靭帯より20cmの部位から30cm長にわたる、小腸間膜の色調変化と血腫形成を認めた。小腸憩室炎による腸間膜穿通を疑い、小腸部分切除及び腸間膜内血腫切除術を施行した。病理学的には空腸憩室に発生し、膵炎を発症した異所性腺であり、膵炎の急性増悪をきたしたものと考えた。膵炎を伴う異所性腺の報告は非常に稀であるため文献的考察を加えて報告する。

C29

Bag closure 誤飲により小腸穿孔をきたした1例

¹多根総合病院 外科

川端浩太¹、山口拓也¹、伊丹偉文¹、松井佑起¹、
小池廣人¹、廣岡紀文¹、万井真理子¹、森 琢児¹、
小川 稔¹、小川淳宏¹、上村佳央¹、西 敏夫¹、
丹羽英記¹

症例は92歳女性。意識障害を認め、当院へ救急搬送され、精査の結果、単純CTで消化管穿孔が疑われた。同日緊急手術の方針となり、手術を腹腔鏡補助下に行った。小腸に1cm程度の穿孔部を認め、穿孔部より異物(Bag closure)を確認した。異物を摘出し、小腸壁を縫合閉鎖した。異物誤飲による小腸穿孔は比較的稀な疾患であり、術前診断も困難である。Bag closureとはプラスチック製の袋の留め具のことであるが、誤飲により消化管粘膜を咬み込み、腸閉塞や消化管穿孔を起こすことが報告されている。異物誤飲の中でも特にBag closureはXP、CTなどの画像検査で、術前に指摘できた例は過去に報告されていない。今回我々は認知症のため問診から異物誤飲のエピソードは指摘できず、また術前画像検査でも異物を認めず、消化管穿孔手術を契機に異物除去をし得た症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

C28

術前診断困難な小腸狭窄に対して単孔式腹腔鏡下小腸部分切除を施行した1例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科

²大阪医科大学附属病院 がん医療総合センター
河合俊哉¹、山本誠士¹、虫明 修¹、濱元宏喜¹、
大住 渉¹、田中慶太郎¹、奥田準二²、内山和久¹

【症例】60代女性【主訴】嘔吐【既往歴】全身性エリテマトーデス、関節リウマチ【現病歴】嘔気・嘔吐認め、保存的加療にて改善せず、CT検査で小腸狭窄所見および腸間膜リンパ節腫大を認めた。小腸造影検査・double balloon内視鏡検査が施行されたが確定診断が困難であり当科紹介となった。このため診断治療目的に単孔式腹腔鏡下小腸部分切除を施行した。手術所見ではTreitz靭帯から15cmの空腸に発赤・ひきつれがあり周囲の腸間膜リンパ節腫脹を認め、病理所見はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であった。術後経過良好で術後12日目に退院となった。【考察】本症例では低侵襲の単孔式手術を行うことで、ステロイド長期内服中であったが術後合併症なく経過した。小腸狭窄を来す疾患は様々であり術前の正確な診断は困難なことが多い。今回我々は術前診断が困難であり、ハイリスク症例に対して単孔式手術を行った症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

C30

Wegener 肉芽腫症を背景とした消化管出血・穿孔に対し緊急手術を施行した1例

¹医学研究所 北野病院 消化器外科

久野晃路¹、上村 良¹、伊藤聖顕¹、三木晶森¹、
河合隆之¹、井口公太¹、岡本共弘¹、内田洋一朗¹、
田中英治¹、福田明輝¹、上田修吾¹、寺嶋宏明¹

症例は47歳男性。発熱、鼻茸を主訴に当院受診され、精査の結果多発血管炎性肉芽腫症(Wegener肉芽腫)と診断。膠原病科入院後に大量吐血認め緊急上部内視鏡検査施行。十二指腸下行脚に全周性の壁菲薄化を認め、多量の腸管内血腫認めたが出血点は同定できず。検査中に腹部膨満あり、X-pにてfree airを認めた為、消化管穿孔疑いで当科紹介となった。動脈カテーテル造影及びCT検査行うも出血点・穿孔部同定できず、緊急開腹手術を行った。手術所見は空腸がトライツ靭帯から60cmにわたり数か所穿孔して拡張認め、内腔は血腫で充満。回腸も飛び石状に全体に血流不良域を認めた。拡張・穿孔した空腸60cmのみ部分切除し吻合。他の腸管は血流不領域を含めて温存、ドレナージ施行し手術終了。術後縫合不全認めず、経過良好である。Wegener肉芽腫症を背景として消化管出血・穿孔をきたし、手術加療を施行した稀な症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

C31

大腿ヘルニア嵌頓術後に遅発性小腸穿孔を起こした1例

¹医真会八尾総合病院

革島悟史¹、中西健輔¹、前田浩晶¹、森啓太郎¹

【背景】ヘルニア嵌頓整復後の遅発性腸管狭窄に関する報告は散見されるが、遅発性腸管穿孔は報告が少ない。【症例】86歳女性。腹痛にて当院受診、精査にて絞扼性イレウスにて当科紹介。CTでは門脈ガスも出現しており開腹手術施行。術中所見にて大腿ヘルニア嵌頓と診断したが、嵌頓小腸は色調良好であり切除せずヘルニア修復術を行った。術後良好で術後3日目には門脈ガスも消失し食事再開したが、術後7日目に腹痛症状出現。腹腔内遊離ガスを認め、緊急手術施行。術中所見で前回嵌頓していた小腸に穿孔部位認め、同部位を人工肛門として造設。長期リハビリの末、転院となった。【考察】小腸の血流障害が軽度の場合は粘膜や筋層が主に障害され、虚血性小腸狭窄となることがある。本症例でも再手術の際、穿孔した小腸は狭窄しており小腸虚血が関与したものと考えられた。大腿ヘルニア嵌頓術後に遅発性小腸穿孔を起こした1例を経験したので考察的文献を加え報告する。

C33

小腸過誤腫による成人腸重積症の一例

¹大和高田市立病院 外科

山村優人¹、尾原伸作¹、山田高嗣¹、土井駿介¹、藤井佑介¹、鬼頭祥悟¹、西村公男¹、中山裕行¹、岡村隆仁¹

55歳男性。嘔気、腹部膨満、心窩部痛を主訴に当院内科を受診し、腹部CTで回腸の腫瘍性病変に伴う腸重積像と、口側腸管の拡張を認め、小腸腫瘍による腸重積が疑われた。経鼻イレウス管を留置し、減圧処置を行った。減圧後のイレウス管造影検査で、イレウス管先進部の肛門側に約4.8cmの桑実状腫瘤を疑う陰影欠損を認めた。腹腔鏡で観察したところ、骨盤内の小腸に重積部を確認し、小開腹の上、重積部を腹腔外に誘導し、手動的に整復した。重積の先進部には弾性軟な腫瘤を触知したため、腫瘤を含む小腸を部分切除した。摘出した腫瘤は有茎性の直径4.5cm大の絨毛状腫瘤であった。病理組織学的検査では、粘膜筋板の挙上と分枝化が見られ、大型で延長した腺の増生を認め、Peuts-Jeghers (以下P-J)型ポリープに特徴的な組織像を有する過誤腫と診断された。

P-J症候群は口唇、口腔粘膜、四肢末端部の色素斑を伴う常染色体性優性遺伝疾患である。本症例は、非遺伝性でP-J症候群特有の臨床所見を認めない単発の過誤腫 (P-J型ポリープ)であった。しかし小腸腫瘍の診断治療においては常に消化管ポリープの可能性を考える必要があるものと考えられる。

C32

血流障害に伴う広範な消化管壊死に対し小腸亜全摘及び結腸亜全摘を施行し救命し得た1例

¹守口敬仁会病院 外科

吉村大士¹、溝尻 岳¹、横内 隆¹、渡辺創太¹、野村雅俊¹、勝山晋亮¹、三宅祐一朗¹、松本真由美¹、丸山憲太郎¹、李 喬遠¹、早川正宣¹、岡 博史¹

症例は74歳、女性。他院入院経過中に腹痛、嘔吐症状が出現し、腹部CT検査にて腸閉塞と診断され絶食管理となる。その後も症状が持続し、経鼻胃管より暗血性の排液を認めた。緊急上部消化管内視鏡検査にて、十二指腸に全周性の広範にわたる虚血性変化を認め、上腸間膜動脈閉塞症に伴う小腸壊死の疑いにて、精査加療目的に当院紹介受診となる。当院にて施行した腹部造影CT検査では腹腔動脈、上腸間膜動脈、下腸間膜動脈の途絶を認め、十二指腸～S状結腸にかけ造影効果の不良を伴い、広範の腸管壊死が疑われた。緊急手術の方針とし上部空腸～S状結腸にわたる広範の腸管を切除し空腸ストマを造設した。術後はICU管理を要したが、徐々に全身状態安定化し、術後20日目に転院となった。急性上腸間膜動脈閉塞症に伴う腸管壊死は死亡率が高く、非常に重篤な病態をきたす。今回、我々は外科的治療にて救命し得た、広範な消化管壊死を経験したので報告する。

C34

回腸悪性リンパ腫による成人腸重積症の一例

¹兵庫県立西宮病院 外科

宮崎秀高¹、松野裕旨¹、小西 健¹、伊藤一真¹、植田大樹¹、瀧口暢生¹、中井慈人¹、武岡奉均¹、岡田一幸¹、太田英夫¹、横山茂一¹、福永 睦¹

《はじめに》腸重積とは、口側の腸管が肛門側の腸管に引き込まれ腸管壁が重なった状態と定義されている。今回、回腸に発生した悪性リンパ腫により腸重積をきたした症例を経験したので報告する。《症例》症例は70歳代・男性で、腹痛を自覚し、近医を受診された。同日夕方頃から、嘔吐継続するため精査加療目的に当院救急外来を受診された。精査の結果、回盲部腸重積症と診断した。入院後、保存的加療を行っていたが、腸重積は解除されず外科的加療の方針とした。術中、回腸末端が上行結腸へ陥入している所見を認めた。回腸末端に軽度壁肥厚を認め、悪性腫瘍の可能性が高いと判断し回盲部切除術、D3郭清を施行した。病理所見にて、回腸末端のびまん性大細胞性リンパ腫と診断された。《結語》今回、回腸に発生した悪性リンパ腫により腸重積をきたした症例を経験した。成人腸重積は器質的疾患が原因となることが多く、手術による切除が選択される。

C35

小腸悪性リンパ腫と大腸がんの同時発生病

¹西奈良中央病院 外科²奈良県総合医療センター 外科大槻憲¹、渡辺明彦^{1,2}、藪内裕也¹、松本宗明¹、向川英智²、高 濟峯²

症例は81歳男性。食欲不振を主訴に当院内科を受診。小腸イレウスの診断にて緊急入院となった。絶飲食による保存的治療が行われたが、病状の改善なく、精査の腹部造影CTにて小腸重積と診断され、当科に紹介された。緊急手術を施行したところ、回腸末端から約120cmの部位に腫瘍性病変を先進部とした腸重積を認め、小腸部分切除を施行した。摘出標本では粘膜面に40mm x35mmの1型病変が存在し、病理組織検査の結果はDiffuse large B-cell lymphomaであった。また、後日の全身検索にて下行結腸に2型大腸癌を認め、この病変に対しては、他院にて腹腔鏡下結腸切除が施行された。病理学的診断はtub2 pT2 pN0 stage Iであった。小腸悪性リンパ腫は小腸悪性腫瘍の中では稀では無いが、大腸癌との同時発生病は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

D01

乳房縮小術を施行した乳腺 Hamartoma の1例

¹城山病院 消化器・乳腺センター 外科²大阪医科大学 乳腺・内分泌外科³大阪南医療センター 乳腺外科高島祐子¹、新田敏勝^{1,3}、木村光誠^{1,2}、富永 智^{1,2}、田中 覚³、石橋孝嗣¹、岩本充彦²

【はじめに】妊娠の度に左乳腺の増大を認め、縮小術を施行した乳腺 Hamartoma 症例を経験したので報告する。【症例】45歳女性【主訴】左乳房肥大【現病歴】3回の妊娠の度に左乳房の増大を認め、最終出産後も肥大が持続し、手術加療の方針となった。【視触診】左乳房は著明に肥大し全体に硬結様であった。【US・MMG】非対称性乳房ではあるが、明らかな悪性所見は認めなかった。【乳腺MRI】乳腺症を疑う造影所見を認めたが、悪性を疑う早期濃染像は認めなかった。【術式】Inverted-Tmammoplasty【病理所見】乳管上皮は少量で、脂肪織、平滑筋線維、軟骨の増生を認め、hamartoma 所見であった。【考察】乳腺 Hamartoma は乳腺発生良性腫瘍の0.7%にあたる稀な疾患である。さらに本症例は、Myoid hamartoma と Chondrolipoma の両方の所見をもつ Breast Hamartoma であり、非常に稀な病態であった。【結語】乳腺 Hamartoma に対し縮小術を施行した1例を経験したので報告した。

C36

多発性の小腸 NET に対し腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した1例

¹和歌山県立医科大学 第2外科中村健介¹、水本有紀¹、加藤紘隆¹、松田健司¹、田村耕一¹、阪中俊博¹、三谷泰之¹、岩本博光¹、村上大輔¹、中村有貴¹、山上裕機¹

症例は67歳男性。2019年1月に両下肢脱力を主訴に救急受診し貧血を指摘されたが、帰宅処置となり前医受診。貧血のほか黒色便も認めたため上下部消化管内視鏡を施行されたが、明らかな異常を認めず、精査目的に当院消化器内科紹介受診。ダブルバルーン内視鏡を施行し、小腸に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍1か所および白色調隆起性病変2か所を認めた。潰瘍性病変の生検で NET G1 の診断であったため、手術目的に当科紹介。腹腔鏡下小腸部分切除術を施行し、視診と触診による術中所見で Treitz 靭帯より170cm 肛門側および Bauhin 弁より160cm 口側に位置する20cm 長の範囲に硬結病変と白色結節を計5か所認めため、同部位を切除した。病理組織学的には5か所いずれも NET G1 の診断であった。術後経過は良好で術後11日目に退院された。小腸悪性腫瘍の中でも稀な小腸 NET 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。

D02

Sweat gland carcinoma との鑑別を要した浸潤性乳癌の1例

¹大阪市立大学大学院 乳腺・内分泌外科孝橋里花¹、浅野有香¹、柏木伸一郎¹、石原沙江¹、田内幸枝¹、森崎珠実¹、野田 諭¹、高島 勉¹、小野田尚佳¹、平川弘聖¹、大平雅一¹

腋窩に生じる悪性腫瘍は、アポクリン腺癌や副乳癌が鑑別にあげられるが診断に苦慮する場合も多い。症例は82歳、女性。3年前より右腋窩腫瘍を自覚し改善しないために近医を受診、精査目的で当院皮膚科に紹介となった。右腋窩に約3.5cm 大の硬結を伴う淡紅色隆起性局面を認め、同部位より皮膚生検を施行、病理所見で小型腺腔を示す異型上皮の増殖や断頭分泌を認め、CK7陽性、CK20陰性、GCDPF-15陽性の所見より sweat gland carcinoma が疑われた。ここで、乳癌の皮膚転移や副乳癌の鑑別目的に当科紹介となった。乳腺超音波検査にて、右C区域に27.4×22.0×14.0mm 大の辺縁不整・境界不明瞭な低エコー腫瘍が確認され、同部位より針生検を行った。大小不同の異型細胞が腺腔形成しながら増殖しており、浸潤性乳管癌 (ER 強陽性、PgR 陰性、HER2陰性、Ki67低発現) の病理所見であった。治療前診断は、cT4bN0M0 stage IIIB luminal A like として、手術療法を予定している。

D03

急激に進行した多発骨転移の疼痛により発見された潜在性乳癌の1例

¹京都府立医科大学 内分泌・乳腺外科
 廣谷風紗¹、大内佳美¹、渡邊 陽¹、須藤 萌¹、
 吉岡綾奈¹、大西美重¹、安岡理恵¹、森田 翠¹、
 阪口晃一¹、田口哲也¹

潜在性乳癌の発見契機には腋窩腫瘍、腋窩リンパ節腫大が多いが、今回急激な症状悪化を伴う多発骨転移を契機に発見された症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は58歳女性。2018年末から特に誘因なく前胸部の痛みが出現。その後疼痛部位が拡大。2019年2月の骨シンチグラフィにて多数の異常集積がみられたがPET-CT検査では原発巣は明らかではなかった。同年3月に骨髄生検と並行し乳癌の除外目的に当科紹介。視触診およびUS検査で乳房内に明らかな異常は認めなかったが、左腋窩に22mm大の腫大リンパ節あり、局所麻酔下に切除生検を施行。その結果、ER(+), PgR(-), HER2(3+), CK19(+), GATA3(+), 乳癌 (invasive ductal carcinoma, scirrhous type) と診断。骨髄生検も同病変の転移として矛盾せず、潜在性乳癌の多発骨転移と判断。同年4月よりHPD療法 (docetaxel, trastuzumab, pertuzumab) を開始した。

D05

化学療法と局所処置で症状コントロールを得られた巨大乳癌の1例

¹箕面市立病院 外科
²箕面市立病院 皮膚科
 中島聡美¹、豊田泰弘¹、山本 仁¹、島田菜津子²、
 松本千穂²、高橋健太¹、川岸紗千¹、西垣貴彦¹、
 山下雅史¹、竹山廣志¹、團野克樹¹、徳永俊照¹、
 谷口博一¹、池田公正¹、岡 義雄¹

症例は44歳女性。201X年、右乳房の腫瘍を自覚し前医を受診し乳癌と診断されたが、治療を受けずに放置していた。201X+2年、前医CTで30cm大の腫瘍に増大、リンパ節転移、多発肺転移も認めためて当院紹介受診された。来院時、右乳癌は30cm大、皮膚浸潤、大胸筋浸潤を認め、浸出液は多量、出血も認め低タンパク血症、貧血を伴っていた。CT検査で、肝・骨・脳転移は認めなかった。生検にて浸潤性乳管癌、T4bN2M1 StageIV と診断。ER(-), PgR(-), HER(3+), Ki70%であり、トラスツズマブ、ペルツズマブ、パクリタキセルで治療を開始した。また、モーズ・ペースト、亜鉛華デンプン処置による腫瘍部からの出血、浸出液コントロールを行った。2クール後、腫瘍は3分の1に縮小、肺転移も縮小した。腫瘍からの浸出液も減少した。皮膚浸潤を伴う巨大乳癌に対し、局所処置と化学療法にて症状コントロールを得られた1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

D04

ベバシズマブ (BEV) 併用術前化学療法により手術可能となった局所進行乳癌の1例

¹関西医科大学附属病院 乳腺外科
 平井千恵¹、多田真奈美¹、矢内洋次¹、関本貢嗣¹、
 杉江知治¹

【はじめに】切除不能局所進行乳癌は患者のQuality of Life (QOL) を損なう場合があり、根治手術を可能にするためにも術前化学療法 (NAC) は重要である。【症例】70歳女性、約1年前から徐々に増大する右乳房腫瘍を主訴に受診、右Aを中心とした約20cm大腫瘍 (胸壁固定なし) を認め、針生検にてInvasive ductal carcinoma, Luminal-B typeの診断を得た。CTにて遠隔転移および大胸筋浸潤を認めないものの広範囲に皮膚浸潤を伴っており、切除不能局所進行右乳癌 cT4bN0M0, cStageIIIB に対してNAC (PAC + BEV および FEC) を施行した。腫瘍は著明に縮小し切除可能となり、右乳房全切除および腋窩リンパ節郭清を施行した。切除にともなう皮膚切除範囲は最小限にとどまったため植皮術は不要であった。【考察】NAC奏効で切除可能となっただけでなく植皮術を回避できた。切除不能局所進行乳癌に対する化学療法は予後だけでなく患者のQOL改善にも繋がるといえる。

D06

当院における ONSA (One-step Nucleic Acid Amplification) 法によるリンパ節転移予測モデルの有用性の検討

¹大阪大学 乳腺内分泌外科
 高久保宏美¹、島津研三¹、草田義昭¹、三宅智博¹、
 多根井智紀¹、直居靖人¹、加々良尚文¹、
 下田雅史¹、金 昇晋¹

【背景】センチネルリンパ節 (SLN) に転移を認めた場合は、腋窩リンパ節郭清 (ALND) の追加が標準とされていたが、ACOSOG-Z0011試験においてSLN転移があってもALNDが省略できることが示された。今回OSNA法によるCK19mRNAのコピー数と腫瘍径から算出されたnonSLNへの転移予測モデルの有用性を検討した。【方法】2019年1月-5月で、原発性乳癌 (T1-T2) N0 41症例に対し、予測モデルより算出されたnonSLNへの転移確率13%をカットオフとし、ALND施行の有無を決定した。【結果】41症例中16症例 (39%) に転移を認め、nonSLNへの転移確率が13%未満の3症例 (7.3%) でALNDを省略、13%以上の13症例 (31.7%) で施行した。うち実際に腋窩への転移を認めたものは6症例 (14.6%) であった。【考察】nonSLNへの転移が予測された症例のうち実際に転移を認めた症例は少なく、カットオフ値を引き上げALND施行症例を減少できる可能性が示唆された。今後ALND省略群の経過を慎重にフォローする必要がある。

D07

多発肋骨骨折によるフレイルチェストに対して観血的肋骨固定術を施行し改善を得た一例

¹大阪大学 呼吸器外科

²大阪大学 高度救命救急センター

福山 馨¹、大瀬尚子¹、川岸耕太郎¹、杉浦裕典¹、宮下裕大¹、石田裕人¹、福井絵里子¹、狩野 孝¹、舟木壮一郎¹、南 正人¹、大井和哉²、嶋津岳士²、新谷 康¹

【症例】60歳代男性。高エネルギー外傷にて当院に救急搬送された。両側多発肋骨骨折（左10、右8箇所）、両側肺挫傷、左血気胸の他、脾損傷、頭蓋底骨折、左鎖骨骨折、右上腕骨骨折を認めた。左胸腔ドレーンを留置し、脾動脈塞栓術、右上腕骨観血的固定術を施行した。肋骨骨折に対しては14日間の内固定を行い人工呼吸器から離脱したが、左多発肋骨骨折によるフレイルチェストで呼吸苦は継続的に悪化し、喀痰貯留、無気肺による呼吸不全が遷延したため、受傷後27日に観血的左肋骨固定術を施行した。骨折部位の中でも転位が強く胸郭動揺の責任部位である第7、8、9肋骨の転位を修復し肋骨固定用プレートによる外固定を行った。術後胸郭変形は改善を認め術後12日に人工呼吸器を離脱、術後26日に酸素投与が不要となり、術後41日に転院となった。【考察】肋骨固定用プレートによる外固定は開胸が不要で簡便に行うことができ、フレイルチェストの改善に有用であった。

D09

縦隔鏡下に摘出しえた縦隔内異物の一例

¹大阪市立大学 消化器外科

佐久間崇¹、田村達郎¹、南原幹男¹、吉井真美¹、形部 憲¹、豊川貴弘¹、李 榮柱¹、井関康仁¹、福岡達成¹、澁谷雅常¹、永原 央¹、田中浩明¹、六車一哉¹、八代正和¹、大平雅一¹

【症例】74歳、男性。2018年7月、転倒した際にサツキの木にて左頸部を刺傷し、他院にて木枝を除去された。その後しばらくは嚥下困難感などの有症状なく様子観察としていたが、同年11月頃より嘔声症状が出現し始めた。近医にて左反回神経麻痺を疑われ、精査加療目的に当院受診となった。頸部MRIでは食道前方・上縦隔内の異物（木枝）残存が強く疑われた。2019年1月、縦隔内異物に対し摘出術を施行。術中縦隔鏡により、安全に異物（木枝）を摘出しえた。術後5日目に退院、退院後も左声帯麻痺は残存しており外来にて経過観察中である。【考察】縦隔内異物は縦隔膿瘍や大動脈損傷を起こしうるため、迅速な摘出術が必要となる。摘出アプローチに関しては、本邦では開頸胸術や胸腔鏡下手術が一般的である。今回我々は、縦隔鏡補助下に縦隔内異物を摘出しえた一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

D08

胸腔鏡下に摘出した長期留置された胸壁内伏針の一例

¹大阪大学 呼吸器外科

川岸耕太郎¹、大瀬尚子¹、福山 馨¹、杉浦裕典¹、宮下裕大¹、石田裕人¹、福井絵里子¹、狩野 孝¹、舟木壮一郎¹、南 正人¹、新谷 康¹

胸腔鏡下に摘出した長期留置された胸壁内伏針の一例を経験した。これほど長期留置された胸壁異物を摘出した報告はなく若干の考察を加え報告する。症例は77歳男性。主訴は胸部異常陰影。70年前に布団の上で転倒し、針が胸壁に刺入した。摘出術を施行したが胸壁にはなく摘出不能であった。その後は無症状のため経過観察されていたが、今回MRI検査を施行する必要が生じ、摘出を希望された。胸部CTで右第9肋骨後面に沿うように数片の高輝度の針状異物陰影を認めたが、胸腔内か胸腔外かは判別困難であった。胸腔鏡下異物除去手術を行った。第5肋間前腋窩線上にポート孔を製作し胸腔内を観察し、第9肋骨下壁側胸膜外に針と胸膜石灰化を認めた。胸膜を切開し摘出したが、針は酸化しており非常に脆弱であった。術中透視装置で確認し、全ての針の片を摘出した。手術時間106分、出血少量65mlであった。術後経過は良好で術後6日目に退院した。

D10

胸腔鏡補助下にて切除した胸壁発生 Castleman's disease の1例

¹京都岡本記念病院 呼吸器外科

荊尾木綿¹、村澤正樹¹、星野大葵¹、石田久雄¹、栗原正喜¹

症例は15歳女性。学校検診で胸部異常陰影を指摘され、胸部単純CTで右前胸部胸壁に5×5×2.7cm大の軟部腫瘤を認めた。PET-CTでは同部位に一致して集積亢進を認めた（SUVmax 3.56）。診断治療目的に手術の方針となった。腫瘍は表面平滑で胸壁と強固に癒着していたが、肺や縦隔への浸潤は認めなかった。胸壁から腫瘍への血管増生が豊富で、右内胸動脈の流入も認め易出血性であったため、小開胸を行い胸腔鏡補助下に腫瘍を摘出した。術後病理組織学検査で、hyaline vascular type の Castleman's disease と診断された。術後合併症なく良好に経過し、術後7日目に退院した。現在追加治療なく、外来にて経過観察中である。今回我々はまれな胸壁原発の Castleman's disease 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。

D11

食道筋層合併切除を要した後縦隔神経鞘腫の一例

¹大阪国際がんセンター 呼吸器外科

²大阪国際がんセンター 外科

寛島隆史¹、岡見次郎¹、大村彰勲¹、池 晃弘¹、
木村 亨¹、馬庭知弘¹、杉村啓二郎²、宮田博志²、
矢野雅彦²、東山聖彦¹

症例は49歳女性。検診時の胸部レントゲン検査で縦隔陰影の拡大と右胸水貯留を指摘され、精査加療目的に紹介。CT/PET-CT 所見で、右肺下葉、左心房、食道を圧排する長径9.5cm の右後縦隔腫瘍を認めた (SUVmax:4.9)。超音波気管支鏡下生検を施行し、神経鞘腫と診断された。食道超音波内視鏡検査で、腫瘍と食道壁との境界が一部不明瞭であった。右開胸下後縦隔腫瘍摘出術を施行。腫瘍は広範に食道と接し、剥離が困難であり、食道筋層の合併切除を行った。腫瘍摘出後、筋層欠損部に対して修復縫合を行った。術後7日目に食道造影検査を施行、明らかな狭窄や漏出を認めなかった。術後24日目に自宅退院となった。後縦隔発生の神経原性腫瘍の多くは交感神経や肋間神経由来の良性腫瘍であり、摘出の際に他臓器合併切除を要することは稀である。本症例は食道周囲の神経由来の神経鞘腫であった可能性があり、食道合併切除を含めた手術計画が肝要であったと考えられた。

D13

胸腺腫瘍手術の既往例に発症した両側同時気胸の1例

¹市立豊中病院 外科

安藤紘史郎¹、岩澤 卓¹、張野誉史¹、大嶋恭輔¹、
藤川 馨¹、藤本直斗¹、江崎さゆり¹、吉岡 亮¹、
柳本喜智¹、野口幸藏¹、高橋佑典¹、広田将司¹、
大島一輝¹、谷田 司¹、能浦真吾¹、清水潤三¹、
川瀬朋乃¹、今村博司¹、赤木謙三¹、堂野恵三¹

【症例】60歳代男性【主訴】呼吸苦【現病歴】2019年2月に突然の呼吸苦を自覚して当院受診、胸部XP で右高度、左中等度の両側同時気胸と診断された。【既往歴】2010年胸腺カルチノイドに対し胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術【喫煙歴】9年前まで20本37年【血液検査所見】酸素5L 投与下で PaO₂ 104mmHg と酸素化やや不良であった【胸部 CT】両肺の虚脱と両側肺尖部に多発するブラを認めた【入院後経過】右胸腔ドレーンを留置したところ、直後の胸部XP で両側気胸の改善を認め胸腔間交通が疑われた。第8病日に両側の胸腔鏡手術を施行した。【術中所見】前縦隔に径約4cm の左右胸腔交通部を認めた。両側肺尖部のブラに対しては肺部分切除術を行いポリグリコール酸 (PGA) シートによる被覆を行った。縦隔胸膜欠損孔には癒着を期待して同部の肺に PGA を貼付した。【考察】胸腔間交通は稀な病態であるが、両側同時気胸の診断、治療にあたっては胸部手術歴に留意する必要がある。

D12

1年9ヶ月前に受傷した胸部外傷が起因と思われる肺内血腫の1切除例

¹箕面市立病院 呼吸器外科

川岸紗千¹、小来田佑哉¹、徳永俊照¹

今回1年9ヶ月前に受傷した胸部外傷が起因と思われる肺内血腫に対して外科的切除を行なった1例を経験したので報告する。症例は72歳男性。検診にて胸部異常陰影を指摘され、当院紹介受診。胸部造影CTにて左下葉背側に胸膜に接する約18mm 大の造影効果のない境界明瞭な結節を認めた。既往歴には1年5ヶ月前に外傷性血気胸および多発肋骨骨折 (左5-8肋骨骨折) に対して他院で治療後であった。腫瘍マーカーの上昇なく、同検診にて前立腺癌と診断されていたため前立腺癌の治療を先行した。3ヶ月後の胸部CTにて結節は著変なく術前診断は困難であり、診断的治療目的に胸腔鏡補助下左下葉部分切除術を施行した。術中迅速病理検査では悪性の所見はなく、術後病理学的検査にて肺内血腫の診断であった。胸部外傷後の肺内血腫の多くは、数週間から数カ月の経過で縮小あるいは消失をきたすが、本症例は非典型的な経過をたどり、術前診断は困難であった。

D14

外傷性仮性肺嚢胞を伴った外傷性血気胸の1例

¹京都桂病院呼吸器センター 呼吸器外科

岡田春太郎¹、五明田匡¹、太田紗千子¹、
高橋 守¹、曾和晃正¹、寺田泰二¹

【はじめに】外傷性仮性肺嚢胞は比較的稀な病態と報告されている。今回、胸部打撲による外傷性血気胸と多発肋骨骨折を発症し、肺挫傷と仮性肺嚢胞内の血腫を認めた症例を経験したので報告する。【症例】症例は30歳男性。モーターボートで走行中に落水し、後続のボートのスクリューで左胸部を打撲した。前医に救急搬送され、左第8~10肋骨骨折を伴う血気胸と、左肺下葉に肺挫傷及び外傷性仮性肺嚢胞内血腫を認めた。血気胸に対する胸腔ドレーナージで、持続出血や気漏の持続を認めず、ドレーンを抜去され、受傷後7日に自宅に近い当院当科に転院となった。転院時の画像所見では血腫の大きさは68×38mm で血痰は減少し、肺の浸潤影に軽快が見られ、感染症状は認められなかった。本抄録記載は受傷後2週間であるが、外傷性仮性肺嚢胞の治療は基本的に保存加療で、1~4か月で軽快すると報告されているので、今後の経過を観察して報告する予定である。

D15

肺定型カルチノイド、3型胃 NET G2 を認めた1例

¹近畿大学病院 呼吸器外科

²近畿大学病院 病理学講座

³近畿大学病院 上部消化管外科

小原秀太¹、須田健一¹、清水重喜²、安田 篤^{1,3}、千葉真人¹、西野将矢¹、武本智樹¹、宗 淳一^{1,2}、光富徹哉¹

はじめに：Carcinoid は定型 carcinoid と非定型 carcinoid に分けられ、定型 carcinoid が転移することは稀である。今回、肺定型 Carcinoid、胃定型 carcinoid に対し、左肺上葉切除と胃全摘を行った症例を経験したので報告する。症例：74歳女性。家族歴はなし。嘔気を主訴に上部内視鏡検査、CT 検査を施行したところ、左肺 S1+2に径1.2cm の充実性結節があり、胃内には多発性の粘膜病変を認めた。胃病変の生検では定型 carcinoid と診断され、肺病変は原発性肺癌が疑われた。まず胸腔鏡下左肺上葉切除術を施行、病理検査では肺定型 carcinoid と診断された。肺および胃定型 Carcinoid の両者は免疫染色パターンも同等であり、いずれかの転移によるものと思われたが、原発は不明である。6ヶ月間厳重フォローにて新病変は出現せず、腹腔鏡下胃全摘を施行した。結語：肺および胃定型 carcinoid を認めた1例を経験したので文献的考察も含めて報告する。

D17

貧血を契機に発見し内視鏡補助下に局所切除した巨大な十二指腸 Brunner 腺過形成の1例

¹済生会茨木病院 外科

河村真気¹、石原伸朗¹、谷川航平¹、杉山宏和¹、河村史朗¹

【症例】65歳女性。4年前より鉄欠乏性貧血を指摘され、近医で鉄剤を処方され経過を見るも、改善増悪を繰り返し、精査加療目的にて当院紹介となった。精査の結果、十二指腸に径50mm の有茎性ポリープを認め、表面は正常粘膜で覆われており、十二指腸粘膜下腫瘍と診断した。しかし、同部からの出血が貧血の原因と判断し、腫瘍径50mm と大きく視野展開が不良なことから内視鏡的切除は困難と判断し、術中内視鏡補助下に十二指腸局所切除術を施行した。病理学的検査の結果 Brunner 腺過形成の診断であった。術後は合併症なく順調に経過し、術後14日目に退院となった。【結語】貧血を契機に発見され内視鏡的切除が困難なため局所切除を施行し、Brunner 腺過形成と診断した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。

D16

術中から心電図変化を認めた血管攣縮性狭心症を既往にもつ肺癌患者の1切除例

¹淀川キリスト教病院 呼吸器外科

原幹太郎¹、岡田論志¹、加地政秀¹

症例は、59歳男性。血痰を主訴に当院受診された。胸部 CT で左肺上葉結節影を指摘され、気管支鏡生検で確定診断を得られず、診断兼治療目的に当科紹介となった。既往歴に高脂血症と血管攣縮性狭心症を有していたが、内服薬でコントロール良好であった。術前に中心静脈カテーテルを留置し、全身麻酔下に手術を開始した。術中に一過性の ST 低下を認めるもバイタル変化なく、予定通り左肺上葉切除術を施行した (sT1cN0M0)。術直後に側臥位から仰臥位への体位変換を契機に著明な ST 低下と血圧低下を認め、循環器医師の応援を要請した。緊急心カテーテル検査施行し、血管攣縮性による #4PD、#6、#12の閉塞が確認され、ニコランジル冠動脈注入で再灌流を確認した。術後 ICU 管理を要するも術後24日目に独歩退院した。現在、胸痛などの症状や肺癌の再発なく、術後6か月経過している。

D18

魚骨による胃、十二指腸穿孔腹膜炎を腹腔鏡にて治療した2例

¹八尾徳洲会総合 外科

²八尾徳洲会総合病院 肝臓外科病院

服部 彬¹、木村拓也²、井上雅文²、垣本佳士¹、

豊田 亮¹、遠藤幸丈¹、町田智彦¹、村上 修¹

【症例1】71歳女性。心窩部痛で救急搬送となった。CT にて胆嚢壁、十二指腸壁肥厚と脾頭部に脂肪織濃度上昇を認め、造影 CT で十二指腸周囲の膿瘍形成が疑われた。審査腹腔鏡を施行した。腹腔内所見は十二指腸前壁に大網と肝円索の癒着があり、胆嚢と十二指腸の間に膿瘍形成を認めた。約2cm の魚骨を認め、魚骨による十二指腸前壁穿孔と診断し、洗浄ドレナージを行った。術中内視鏡を施行したが穿孔部位は認めず、大網、肝円索により閉鎖されていると判断した。第7病日退院となった。【症例2】87歳女性。心窩部痛で救急搬送となった。CT では胃幽門前部から小弯側壁外に少量の free air を認め、貫通する線状高濃度異物を認めた。魚骨穿孔が疑われ、内視鏡検査施行したが、魚骨は認めず審査腹腔鏡を施行した。胃小弯側付近に小網に覆われた約3cm の魚骨を摘出した。第7病日退院となった。【結語】魚骨による胃、十二指腸穿孔腹膜炎を腹腔鏡にて治療した2例を経験した。

D19

大動脈十二指腸瘻の治療経験

¹神戸大学 食道胃腸外科
²神戸大学 心臓血管外科
 瀧口豪介¹、中村 哲¹、後竹康子²、裏川直樹¹、
 長谷川寛¹、山本将士¹、金治新悟¹、松田佳子¹、
 山下公大¹、松田 武¹、押切太郎¹、鈴木知志¹、
 岡田健次²、掛地吉弘¹

背景：大動脈十二指腸瘻（ADF）は比較的稀な疾患である。大動脈瘤が十二指腸水平脚に穿通する一二次性と人工血管置換やステントグラフト内挿術後に生じる二次性がある。治療の原則は大動脈人工血管置換、十二指腸水平脚切除あるいは瘻孔切除である。目的：ADF症例を消化器外科の観点より検討し術式の妥当性を明らかとする。方法：2010年～2019年3月に当院で手術を行ったADF症例を後方視的に解析した。結果：ADF症例を7例認め、平均年齢は71歳、男女比は4：3で、一二次性は2：5であった。診断契機は吐血3例、CTで指摘が3例、貧血が1例。瘻孔部は全例水平脚で、6例に十二指腸水平脚切除、十二指腸下行脚空腸吻合（後半の3例は、胃排出遅延に対して予防的に胃空腸Double tract吻合を追加）、1例に喫状切除を施行した。縫合不全の発症はなく、瘻液瘻も認めなかった。瘻炎は一例に認めた。結語：ADFに対する十二指腸水平脚切除、喫状切除は安全に施行できた。

D21

原発性十二指腸癌9切除例の臨床病理組織学的検討

¹堺市立総合医療センター 外科
 大崎真央¹、小川久貴¹、晃野秀悟¹、泉谷祐甫¹、
 加藤一哉¹、長谷川誠¹、小山啓介¹、栗正誠也¹、
 日村帆志¹、大原信福¹、前田 栄¹、三上城太¹、
 中平 伸¹、間狩洋一¹、中田 健¹、藤田淳也¹

原発性十二指腸癌は全消化器癌の約0.3%と報告されており稀な疾患である。切除術式や術後補助化学療法の適応などいまだに確立されたものはない。今回、2012年から2019年の間に、当科で外科的切除された原発性十二指腸癌9例を臨床病理組織学的に検討した。年齢中央値は64歳、男性5人、女性4人であった。発見契機は通過障害が3例、消化管出血が2例、貧血が2例、黄疸が1例、心窩部痛が1例であった。癌占拠部位は十二指腸第I部が2例、第II部が6例、第IV部が1例であった。術式は腹膜播種を認めた1例以外は瘻頭十二指腸切除術、D2リンパ節郭清術により肉眼的治癒切除が可能であった。病理学的検討で9例中7例でリンパ節転移陽性であった。リンパ節転移陽性や微小転移を認める症例は術後早期の再発を認め、予後不良であった。これらの症例では術後補助化学療法などの追加治療が治療成績向上に必要であると示唆された。

D20

出血を契機に発見された巨大十二指腸 GIST に対して瘻頭温存十二指腸部分切除+幽門側胃切除を施行した一例

¹県立西宮病院 外科
 伊藤一真¹、武岡奉均¹、岡田一幸¹、松野裕旨¹、
 小西 健¹、太田英夫¹、横山茂和¹、福永 睦¹

【はじめに】十二指腸 GIST が GIST のうち3-5%と比較的稀な疾患である。GIST の外科的治療は基本的には系統的リンパ節郭清を行わない局所切除であるが、解剖学的問題から瘻頭十二指腸切除術が行われる場合もある。今回我々は、長径14cm と巨大な十二指腸 GIST に対して瘻を温存し切除し得た一例を経験したので報告する。【症例】90歳、女性。黒色便、貧血を指摘され近医で上部消化管内視鏡を施行されたところ、十二指腸粘膜下腫瘍と潰瘍性病変を指摘された。精査のため当院を受診され、生検の結果、十二指腸 GIST と診断された。腹部単純 CT では十二指腸下行脚沿いに14×10×11cm 大の腫瘍を認め、肝下面、門脈、瘻頭部と接していた。高齢ではあるが、出血コントロールのため外科的切除となった。腫瘍は Vater 乳頭より口側で瘻頭を温存し切除可能であり、十二指腸部分切除+幽門側胃切除を行った。【結語】巨大な十二指腸 GIST に対して瘻を温存し切除し得た一例を経験した。

D22

経過観察にて自然軽快した特発性気腹症の1例

¹南奈良総合医療センター 外科
 植田 剛¹、田中徹行¹、横山貴司¹、定光ともみ¹、
 吉村 淳¹

腹腔内遊離ガス像の多くは消化管穿孔に伴って発生するが、稀に腹膜刺激症状・炎症所見に乏しく手術適応とならない症例が存在する。今回、経過観察にて約6か月間を経て自然軽快した特発性気腹症の1例を経験したので報告する。症例は83歳男性。近医で胸部単純X線検査を施行した際に腹腔内遊離ガス像を指摘され、症状は乏しいものの消化管穿孔疑いで当院紹介となった。腹部 CT 検査でも腹腔内遊離ガス像を認めるが、腹水ならびに脂肪織混濁部位を認めず、また身体所見、血液検査所見に異常を認めなかったため、保存的加療を選択し経過観察を行った。経過観察中に上部・下部消化管内視鏡検査を行ったが異常所見を認めなかった。約6か月後の腹部 CT 検査で腹腔内遊離ガス像の消失を確認した。特発性気腹症は腹膜炎症状がなく保存的に経過観察ができる稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

D23

早期胃癌に対する腹腔鏡下胃切除後に発生した腸間膜線維腫症 (mesenteric fibromatosis) の一例

¹神戸市立西神戸医療センター 外科・消化器外科
中保良太¹、森 彩¹、伊丹 淳¹、原田樹幸¹、
長田圭司¹、高橋有和¹、松浦正徒¹、中村公治郎¹、
塩田哲也¹、岩崎純治¹、飯田 拓¹、京極高久¹

60歳代男性。早期胃癌にて腹腔鏡下幽門側胃切除術施行 (pT1b(SM2) pN0 pStageIA)。腹部超音波検査と上部消化管内視鏡を適宜行い経過観察していた。術後2年9か月に上腹部の違和感が軽快せず造影CT検査を施行。小腸間膜に約4cm 大の軟部陰影あり。PETCTでも SUVmax4.3の集積あり。その1年4ヶ月前に急性腸炎で救急外来受診時のCTと比較すると増大傾向あり。胃癌の再発、悪性リンパ腫なども鑑別診断に挙がるものの確定診断がつかず診断目的も含め切除の方針とした。開腹すると空腸間膜に腫瘤を認め浸潤傾向もあり腸間膜血管も温存できないため空腸部分切除術を施行した。病理診断は免疫組織化学的に Vimentin 陽性、CD34陰性、 α SMA 陽性、S100陰性、c-kit 陰性、DOG-1陰性、Desmin 陰性、CD99陰性、pancytokeratin 陰性、 β -catenin 陽性で、腸間膜線維腫症と診断された。胃癌の術後、術前診断しえなかった腸間膜線維腫症を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

D25

当院で経験した子宮広間膜裂孔ヘルニアによるイレウスの2例

¹公立宍粟総合病院 外科
關 優太¹、光丸誠紘¹、東野展英¹、中島幸一¹、
佐竹信祐¹、山崎良定¹

【症例1】36歳女性。強い左下腹部痛のため救急搬送。腹部CTにて closed loop sign、血管収束像、腸管拡張像を認め、緊急開腹手術を施行した。子宮広間膜裂孔に嵌頓する小腸を認め、手動的に引き抜き嵌頓を解除した。回腸の約20cmに壊死を認め、同部を切除、子宮広間膜裂孔は連続縫合閉鎖し、閉鎖した。術後経過は良好で術後17日で退院となり、6年と10か月後の現在再発は認めない。【症例2】56歳 女性。既往歴に3回の帝王切開あり。強い下腹部痛のため当院内科受診。腹部CTでは closed loop sign、血管収束像、小腸壁の肥厚、ダグラス窩腹水貯留を認めるも、造影CTにて明らかな腸管壁の造影不良域は認めなかった。同日緊急開腹手術を施行した。径5cmの子宮広間膜裂孔認め、小腸が嵌頓していたため手動的に引き抜き嵌頓を解除した。解除された腸管に壊死を認めず、広間膜裂孔を縫縮し手術を終了した。以上、2症例につき、文献的考察を加えて報告する。

D24

鼠径ヘルニア嵌頓から結腸穿孔を生じ、ガス壊疽及び敗血症性ショックに発展、緊急手術及び集中治療にて救命し得た1例

¹大阪府済生会千里病院 外科
伊藤善郎¹、沖村駿平¹、谷口嘉毅¹、深田唯史¹、
西田久史¹、真貝竜史¹、高山 治¹、吉岡節子¹、
北條茂幸¹、福岡孝幸¹

症例は61歳男性、歩行困難となっていたところを発見され、救急搬送。搬入時左陰嚢に腫脹を認め、CT検査にて左陰嚢内にS状結腸の脱出及び周囲膿瘍、大腿部のガス像認め、左鼠径ヘルニア嵌頓及び結腸穿孔、皮下膿瘍及びガス壊疽の診断にて緊急手術となった。鼠径部切開にてヘルニア嚢に達すると内鼠径輪部に膿瘍貯留認め、ヘルニア嚢を開放すると、後腹膜ごと滑脱したS状結腸の穿孔を認めた。下腹部正中切開を追加し、穿孔部S状結腸を切離、単孔式人工肛門を造設するハルトマン氏手術を施行した。鼠径部から大腿部は壊死組織を可及的にデブリードマンしたうえでドレーンを留置した。周術期血圧の輸液反応性が乏しくなり、昇圧剤投与、エンドトキシン吸着療法導入にて全身状態は改善し、緩解を得た。巨大な滑脱ヘルニア内で結腸が穿孔したことで、皮下軟部組織のガス壊疽を発症した非常に稀な症例であり、文献的考察を含めて報告する。

D26

単径ヘルニア再発を疑い緊急手術を施行した、腹膜透析開始後の精索水腫の1例

¹奈良県西和医療センター 外科、消化器外科
土井駿介¹、安田里司¹、藤本浩輔¹、青木理子¹、
右田和寛¹、上野正闘¹、石川博文¹

40代男性。以前から尿蛋白を指摘され、徐々に腎機能が増悪し腎硬化症による慢性腎不全と診断された。2016年ころから右単径部の膨隆が出現し、右単径ヘルニアと診断され当科で腹腔鏡下ヘルニア根治術 (TAPP法) を施行した。その後腎不全に対して腹膜透析が導入され順調に経過していたが、その4ヶ月後に右単径部の膨隆及び強い疼痛が出現し、単径ヘルニアの再発と考えた。同日前方アプローチによる緊急手術を施行したところ、精索内に著明な浮腫及び液体貯留を認め、精索及び陰嚢水腫と考えた。ヘルニアサックは認めず、また内鼠径輪は3cm大であったが、前回手術時に留置したメッシュにより十分覆われていた。腹膜鞘状突起と思われる膜様構造を認め、結紮閉鎖した。精索水腫の急性増悪と考えたが明らかな腹腔との交通は認めず、単径ヘルニアに準じてメッシュプラグ法にて修復した。腹膜透析開始から短期後に発症しており、腹膜透析液に関連した精索水腫と考えた。

D27

当科における尿膜管遺残症に対する腹腔鏡下手術経験の検討

¹紀南病院 外科

占部翔一郎¹、山邊和生¹、林 伸泰¹、道浦俊哉¹、
中川 朋¹、波多 豪¹、林 覚史¹

【背景】尿膜管遺残症は比較的若年者に好発する良性疾患であり、開腹手術に比べ侵襲が少なく整容性の優れた腹腔鏡手術は良い適応と考えられているが術式に関しては統一されているとはいえない。当科における腹腔鏡下尿膜管摘出術の術後成績を検討し、既報と比較した。【方法】2012年8月～2019年4月までに当科で施行した腹腔鏡下尿膜管摘出術症例の手術関連因子について検討を行った【結果】全12症例のうち男性7例、女性5例、平均年齢33歳であった。平均手術時間は162.8分、カメラポートの位置は11例が臍上部、1例が左側腹部であった。平均術後在院日数は5.9日で、術後合併症は創部感染を1例認めた。いずれの症例も病理結果で悪性所見は認めなかった。【結論】当院の腹腔鏡下尿膜管摘出術の成績は既報と同程度であった。ポート配置の工夫など術式の改善の余地があると考えられた。

D29

巨大後腹膜平滑筋肉腫の1切除例

¹市立吹田市民病院 外科

卜部浩介¹、玉井皓己¹、林 芳矩¹、高島弘幸¹、
北原知洋¹、渡邊法之¹、田中夏美¹、山村憲幸¹、
岡村 修¹、福地成晃¹、戎井 力¹、横内秀起¹、
大石一人¹、衣田誠克¹

【はじめに】我々は、巨大な後腹膜平滑筋肉腫の1例を経験したので報告する。【症例】33歳男性。1カ月前より左下腹部に膨隆と疼痛が出現し当院受診となった。臍下～恥骨上までの正中を中心に左右4横指に球状の弾性硬の腫瘤を触知し、造影CT検査で17cm大の多血性腫瘤を認めた。単純MRI検査では悪性線維性組織球症、脂肪肉腫、GISTなどが鑑別となり、診断的治療目的に手術となった。腫瘍は後腹膜に認め、膀胱に強く固着する部分があったため、一部膀胱筋層を削る形で腫瘍被膜を剥くことなく摘出した。術後経過良好で、術後8日目で退院となった。最終病理診断は平滑筋肉腫であった。【考察】後腹膜平滑筋肉腫は後腹膜腫瘍のうち2-4%と稀な疾患である。自覚症状に乏しく、予後も不良であり、治療は外科的切除が第一選択とされる。本症例は完全切除できたが、5cmを超える予後不良群に該当し、再発の早期発見のため慎重なフォローが必要と考えられた。

D28

取下げ

D30

ハイブリッド手術室での術中血管造影が有用であった正中弓状靭帯圧迫症候群の1例

¹京都大学 臨床研修センター

²京都大学 消化管外科

³京都大学 放射線診断科

米田真知¹、我如古理規²、大野 豪³、大嶋野歩²、
錦織達人²、久森重夫²、角田 茂²、小濱和貴²、
坂井義治²

59歳女性。腹痛で前医搬送され横行結腸間膜血腫指摘されるも、血管造影検査では出血源同定されず、保存的加療にて退院。その後も腹痛発作繰り返し、精査の結果、腹腔動脈狭窄と膝アーケード発達の所見より正中弓状靭帯圧迫症候群と診断。4ヶ月後、当院ハイブリッド手術室にて腹腔鏡下手術を施行。まず、血管造影にて腹腔動脈狭窄と上腸間膜動脈から胃十二指腸動脈を介して逆行性に脾動脈が造影されるのを確認。次に、弓状靭帯を切離し、血管造影で狭窄部の血流を確認するも狭窄は残存していた。さらに腹腔動脈根部の剥離を追加し、血管造影にて狭窄の解除と逆行性の総肝動脈血流を確認した。術後7日目に合併症なく退院。正中弓状靭帯圧迫症候群に対する手術において弓状靭帯切離による腹腔動脈狭窄の解除と血行動態の変化をリアルタイムで確認するためにハイブリッド手術室での血管造影を併用することは有用であった。

D31

術前エコーにて足関節背屈での血流評価が有用であった膝窩動脈捕捉症候群の一例

¹北播磨総合医療センター 心臓血管外科
河野敦則¹、井澤直人¹、山田章貴¹、森本喜久¹、
麻田達郎¹、顔 邦男¹

症例は22歳男性。主訴は運動時の下肢倦怠感で、整形外科にて異常なしと診断を受けるが症状が続くため心臓血管外科受診。ABIは右下肢/左下肢：1.27/0.98で左下肢血行障害を疑い、血管エコーを施行すると膝窩動脈の拡張変化および、足関節背屈で著明に左後脛骨動脈血流の低下を認めたため左膝窩動脈捕捉症候群を強く疑われた。診断は3D-CTで行い、膝窩動脈の内側変位および拡張変化を確認した。手術は後方アプローチにて行い、腓腹筋内側頭の付着部位は異常無く膝窩動脈は膝窩筋繊維束に圧迫され狭窄後拡張を来し、解剖学的分類は4型であった。瘤内に血栓を認めたため膝窩筋繊維束切除術および血栓内膜摘除術、自家静脈パッチ形成術とした。術後ABIは右下肢/左下肢：1.07/1.09、術後半年でパッチ形成部位の狭窄や閉塞は認めておらず症状も改善している。膝窩動脈捕捉症候群の診断に、足関節背屈での血流エコーが有用であった症例を経験したので報告する。

D32

当院救急外来を受診し消化器外科での入院加療を要した訪日外国人11例の検討

¹京都第一赤十字病院 救命救急センター 救急科
²京都第一赤十字病院 消化器外科
松室祐美¹、柴田理恵²、太田敦貴²、田中幸恵²、
熊野達也²、小松周平²、井村健一郎²、下村克己²、
竹上徹郎¹、池田 純²、谷口史洋²、
高階謙一郎^{1,2}、塩飽保博²、池田栄人^{1,2}

【背景と目的】 当院がある京都市は国際観光都市であり、近年諸外国からの観光客が急増している。当院の救急外来を受診する外国人も増加しており、2018年は全救急外来受診の約2.5%を占めた。今回、2016年4月から2019年3月までの3年間に当院救急外来を受診し、消化器外科での入院加療を要した訪日外国人11例について傾向と課題を検討した。【結果】 国籍はアジア2例、アメリカ2例、ヨーロッパ2例など様々であった。11例のうち9例(82%)で緊急手術を行った。急性虫垂炎が6例(55%)と最多であった。虫垂炎に関しては、全例に早期手術を施行し、入院期間は3-10日と短く早期帰国が可能であった。【総括】 救急外来受け入れ体制、治療経過としては問題なかった。課題として入院後の言語的なコミュニケーション体制の整備に加え、英語表記の治療説明用紙作成、帰国までの行程に関するマニュアル整備などにも対応が必要と考えられた。