

第197回近畿外科学会 プログラム・抄録

日 時：平成27年5月9日（土）

会 場：京都テルサ

〒601-8047 京都市南区東九条下殿田町 70

TEL 075-692-3400

評議員会会場：京都テルサ1階テルサホール

会 長 浅 井 徹

滋賀医科大学 外科学講座（心臓血管・呼吸器）

第198回 近畿外科学会ご案内

第198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お願い申し上げます。

記

1. 開催日：平成27年12月5日（土）
2. 会場：ナレッジキャピタルコングレコンベンションセンター
〒543-0011 大阪市北区大深町3-1
グランフロント大阪北館 B2F
TEL. 06-6292-6911
3. 演題登録開始予定日：2015年9月1日（火）より
演題登録締切予定日：2015年9月29日（火）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/knkigek/>）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. 06-6231-2723 FAX. 06-6231-2805 E-mail kinkigek@adfukuda.jp）へお願い致します。

〒569-8686 大阪府高槻市大学町2番7号
大阪医科大学 外科学講座 胸部外科学教室
第198回 近畿外科学会

会長 勝間田 敬弘

TEL. 072-683-1221

FAX. 072-684-6542

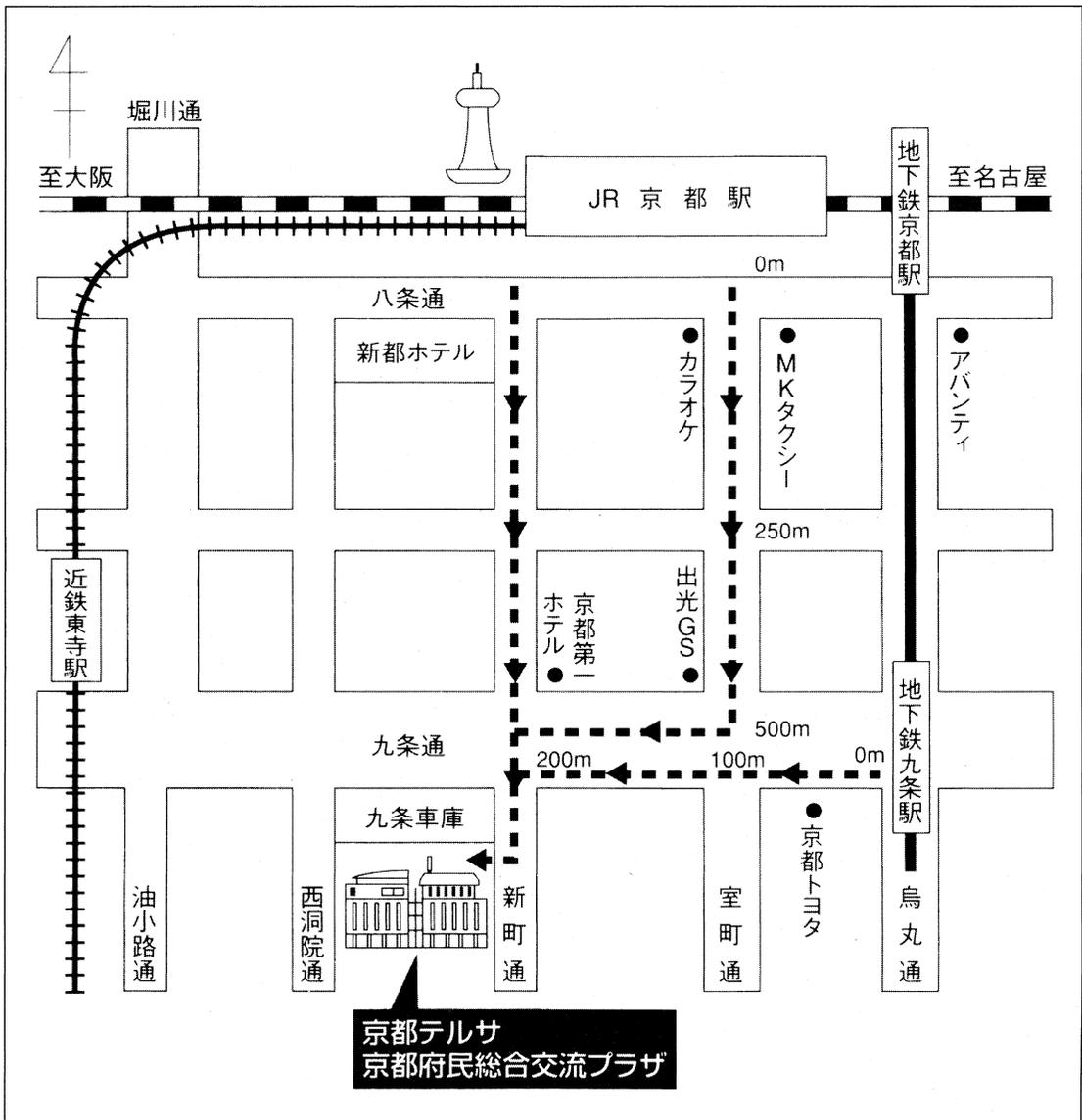
第197回 近畿外科学会
プログラム

会 長

滋賀医科大学 外科学講座（心臓血管・呼吸器）

浅 井 徹

交通へのご案内

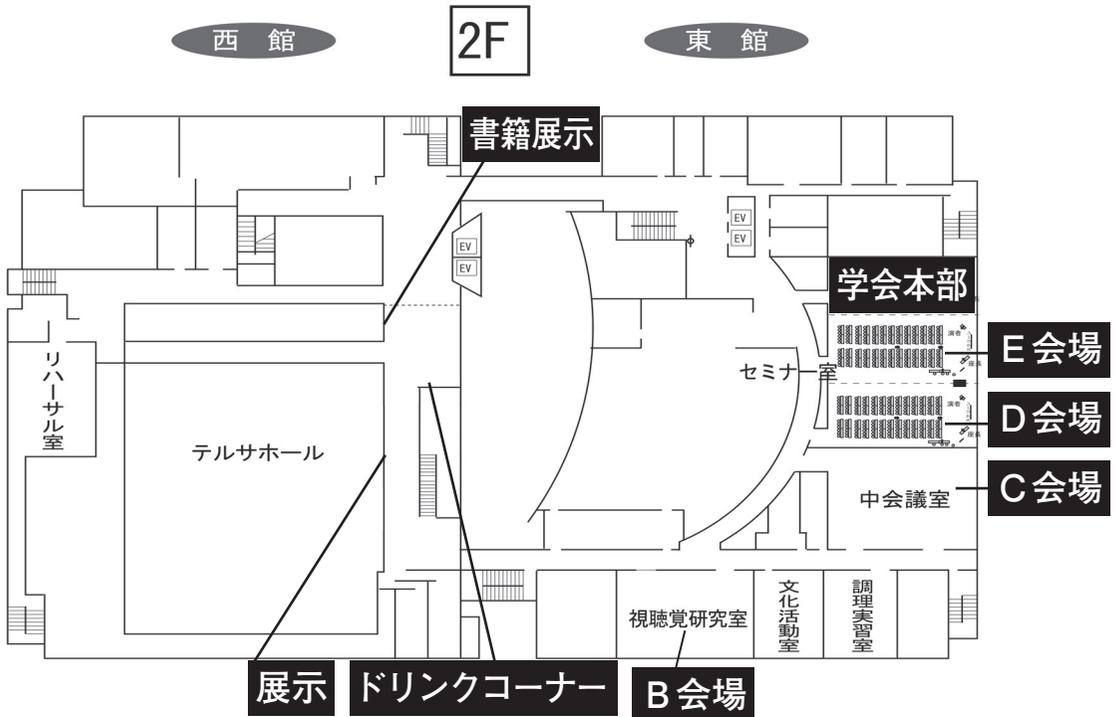
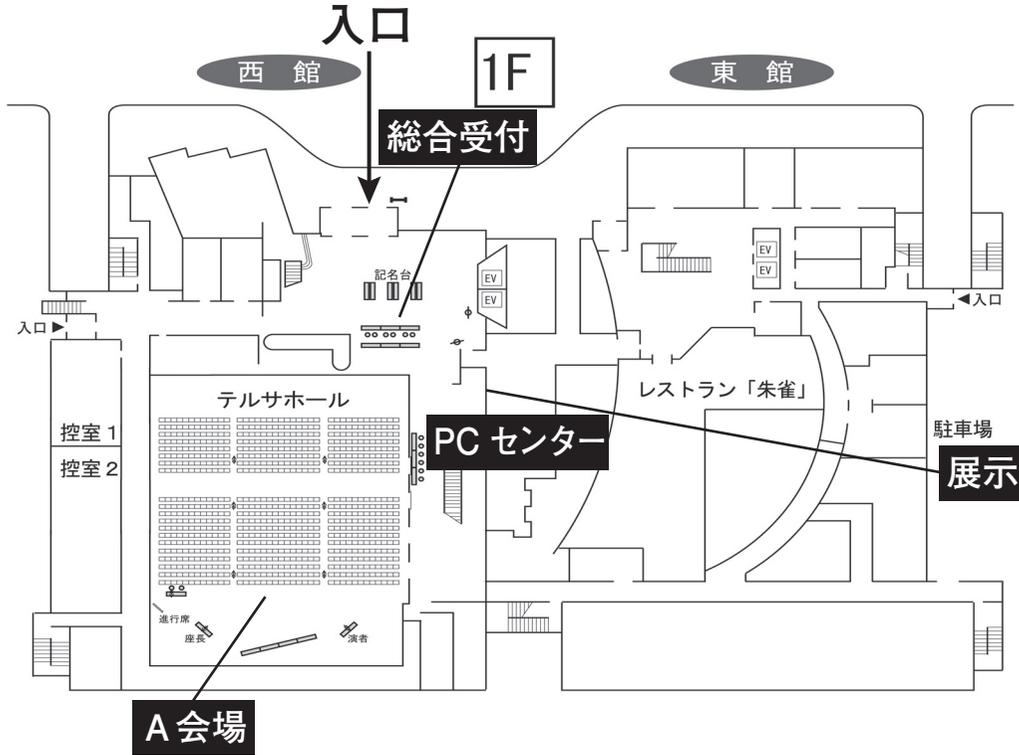


京都テルサ

京都府民総合交流プラザ 地下駐車場 200台 (有料)

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

■ 会場配置図

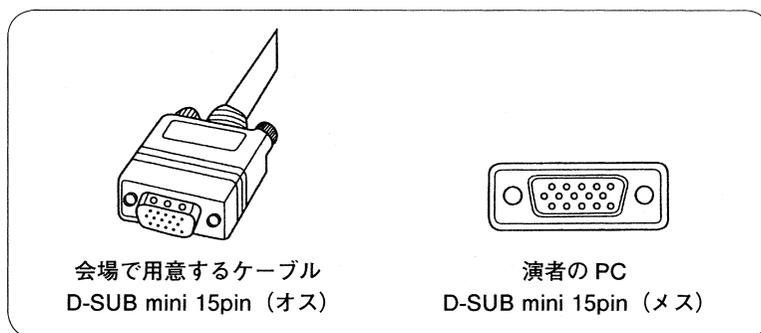


演者、参加者へのお願い

1. **参加受付開始**：受付開始時間は8時30分から行います。
会場入口は8時30分からご入館して頂けます。
2. **口演時間**：ご発表時間は6分、討論は2分です。
3. **発表形式**：①ご発表形式は、PCプレゼンテーションのみとなります。また使用するアプリケーションはPower Pointのみとさせていただきます。
②Power Point（Windows版）で作成したデータをノートPC又はCD-ROM/USBメモリー（Windows形式のみ可、**Macintoshは不可**）にてご持参下さい。
③PC発表可能なOSシステムは、Windows Power Point2003以降です。尚、主催者側で用意するパソコンは、**WindowsのみでMacintoshは用意しませんのでご自身のパソコンをご用意下さい。**
4. **ビデオ発表**：ビデオ発表をされる演者の方は、動画データを入れたPCのご持参をお勧めします。再生ソフトはWindows media playerで再生できるものに限定させていただきます。
5. **参加費**：①評議員と、一般参加の先生方は参加費3,000円を総合受付でお支払いの上、参加証をお受け取り下さい。
②**初期臨床研修医は参加費1,000円です。**参加予定の初期臨床研修医の方は、学会ホームページ（<http://plaza.umin.ac.jp/kinkigek/>）の「学会情報」から初期臨床研修医証明書（PDFファイル）をダウンロードし、必要事項をご記入の上、学会当日に総合受付へご提出下さい。
③コメディカル、学生は参加費無料です。身分証明書、在学証明書、学生証等を学会当日に総合受付でご提示下さい。
※証明書がない場合は通常の参加費となりますので、初期臨床研修医・コメディカル・学生の方は必ずご持参いただきますようお願い致します。※
④プログラム抄録集は、1冊1,000円で当日販売致しますが、部数に限りがございますので、プログラムは必ずご持参下さい。
6. **ランチョンセミナー**：11：30よりA会場（1F テルサホール）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、何卒よろしくようお願い申し上げます。**
7. **評議員会**：12：40より京都テルサ 1F テルサホールにて行います。
なお、評議員会では昼食をご用意しませんのでランチョンセミナーをご利用下さい。

PC 発表と受付に関するお願い

1. PC 受付は発表時間の 1 時間前（早朝発表の場合は30分前）までに、必ずお済ませ下さい。 CD-ROM/USB メモリーでお持込いただいた発表データは PC 受付から各会場に送信します。
2. 発表データのファイル名は「(演題番号) (氏名) (会場)」として下さい。
3. 混雑緩和のため PC 受付での発表データの加筆修正は、くれぐれもご遠慮下さい。
4. ①CD-ROM/USB メモリーでのお持ち込みの場合は、Windows のフォーマットのみ限定し、Macintosh のフォーマットには対応しかねますのでご注意ください。
※尚、文字化けを防ぐため下記フォントに限定します。
日本語…MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝
英 語…Century、Century Gothic
- ②動画データを使用の場合、あるいは Macintosh での発表しかできない場合はご自身のノート PC のご持参をお勧めします。ただし会場でご用意する PC ケーブル・コネクターの形状は 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：06-6231-2723, E-mail：kinkigeika@adfukuda.jp）迄事前にお問い合わせ下さい。

A 会 場 (1F テルサホール)		B 会 場 (2F 視聴覚研究室)	
9:05	開会の辞 浅井 徹	9:05	
	大腸① A01-06 座長：角 泰雄 井上 透		小腸① B01-05 座長：西村 彰一 村山 康利
9:53	大腸② A07-11 座長：肥田 侯矢 清水 智治	9:45	小腸② B06-10 座長：中川 正健 龍田 健
10:33	大腸③ A12-15 座長：西口 完二 栗生 宜明	10:25	小腸③ B11-15 座長：谷口 正展 山口 剛
11:05		11:05	
11:30	ランチョンセミナー 「胃癌に対する腹腔鏡下胃切除： 最新のトピックスとテクニック」 司会：谷 眞至 講師：木下 敬弘 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社		
12:30			
12:40			
	評 議 員 会		
13:00	特別講演 「外科専門医に必要な栄養学の知識」 司会：浅井 徹 講師：大村 健二		
14:00		14:10	胃① B16-20 座長：中村 公紀 出村 公一
14:30	第23回日本外科学会生涯教育セミナー 「甲状腺, 上皮小体, 副腎」 司会：山上 裕機 講師：1. 赤水 尚史 2. 宮 章博 3. 河内 明宏	14:50	胃② B21-24 座長：岡部 寛 小松 周平
		15:22	胃③ B25-29 座長：山本 篤敦 塩崎 篤
16:30		16:02	胃・食道 B30-35 座長：竹村 雅至 窪田 健
16:55		16:50	
17:00	閉会の辞 浅井 徹		

C 会場 (2F 中会議室)		D 会場 (2F 第3セミナー室)		E 会場 (2F 第2セミナー室)	
9:05	心臓① C01-06 座長：松林 景二 西 宏之	9:05	横隔・ヘルニア・乳腺① D01-04 座長：一瀬 真澄 道浦 拓	9:05	肝臓① E01-05 座長：久保 尚士 田浦康二郎
9:53	心臓② C07-12 座長：細野 光治 畔柳 智司	9:37	横隔・ヘルニア・乳腺② D05-09 座長：千野 佳秀 角田 茂	9:45	肝臓② E06-10 座長：上野 昌樹 飯田 洋也
10:41	血管① C13-17 座長：島村 和男 生田 剛士	10:17	十二指腸・その他 D10-14 座長：内藤 弘之 田中 浩明	10:25	胆道① E11-15 座長：生駒 久視 小林 省吾
11:21		10:57		11:05	
14:10	血管② C18-23 座長：乃田 浩光 尾藤 康行	14:10	肺① D15-19 座長：一瀬増太郎 水口真二郎	14:10	胆道② E16-20 座長：松井 康輔 野見 武男
14:58	大腸④ C24-28 座長：西鉢 隆太 横山 省三	14:50	肺② D20-24 座長：藤田 琢也 桧垣 直純	14:50	膵臓 E21-24 座長：増井 俊彦 川井 学
15:38	大腸⑤ C29-33 座長：園田 寛道 松田 宙	15:30	胸部・縦隔① D25-29 座長：西田 達 尾崎 良智	15:22	膵臓・脾・門脈 E25-29 座長：鈴木 和大 木村健二郎
16:18	骨盤・後腹膜 C34-37 座長：長谷川 傑 中島 晋	16:10	胸部・縦隔② D30-33 座長：金田浩由紀 中桐 伴行	16:02	
16:50		16:42			

A 会 場 (1F テルサホール)

午 前 の 部 (9:00~11:05)

開会の辞 (9:00~9:05)

会 長 浅 井 徹

大腸① (9:05~9:53)

座長 角 泰雄
(神戸大学 食道胃腸外科)

井上 透
(大阪市立総合医療センター 消化器外科)

A01 腸重積を契機に発見された盲腸癌の1例

野洲病院 外科 西 村 彰 一

A02 盲腸癌の精査中に発見された腸管囊腫様気腫症の1例

京都第二赤十字病院 外科 小 川 聡一朗

A03 臨床初期研修医2年目で連続して経験した腹腔鏡下虫垂切除術4症例

京都大学 消化管外科 杉 本 奈緒子

A04 急性虫垂炎にて発症した虫垂杯細胞カルチノイドの1例

赤穂市民病院 外科 廣 瀬 正 和

A05 虫垂切除後の病理検査で発見されたBurkittリンパ腫の一例

大阪医療センター 外科 村 上 弘 大

A06 盲腸癌腹膜播種に腹膜切除を施行し2度の再発手術を行った1例

草津総合病院 一般・消化器外科 一 瀬 真 澄

大腸② (9:53~10:33)

座長 肥田 侯矢

(京都大学 消化管外科)

清水 智治

(滋賀医科大学 消化器外科)

A07 ベーチェット病に伴発した直腸膿瘍に対する Hybrid NOTES の 1 経験

関西医科大学 外科 角 南 智 彦

A08 Z 形成術を用いた肛門狭窄をともなった裂肛に対する手術

はえうち診療所 生 内 一 夫

A09 人工肛門閉鎖術における環状皮膚縫合法に関する検討

大阪府立成人病センター 消化器外科 和 田 佑 馬

A10 当院における腹腔鏡下低位前方切除術後の縫合不全発生に関するリスク因子の検討

滋賀医科大学 消化器外科 太 田 裕 之

A11 低位前方切除術後に経肛門ドレーンによる結腸穿孔を来した 1 例

市立ひらかた病院 消化器外科 大 関 舞 子

大腸③ (10:33~11:05)

座長 西口 完二

(北摂総合病院 一般・消化器外科)

栗生 宜明

(京都府立医科大学 消化器外科)

A12 大腸癌イレウスに対する術前治療—大腸ステント留置症例の検討—

鳳胃腸病院 上 田 博 文

A13 敗血症を来した S 状結腸癌イレウスに対しステント挿入による根治的腹腔鏡下手術を行った 1 症例

多根総合病院 清 水 将 来

A14 イレウスに対して一時的人工肛門造設、化学療法後、原発巣を切除し得た小腸浸潤、仙骨前浸潤及び肺転移を伴った進行直腸癌の 1 例

奈良県総合医療センター 外科 岩 佐 陽 介

A15 肝転移を伴う同時性多発大腸癌の 1 切除例

大阪医療センター 外科 朴 正 勝

午 後 の 部 (11:30~16:30)

ランチオンセミナー (11:30~12:30) A会場 (1F テルサホール)

「胃癌に対する腹腔鏡下胃切除：最新のトピックスとテクニック」

司会：滋賀医科大学 消化器・乳腺一般外科 教授 谷 眞 至

講師：国立がん研究センター東病院 胃外科 科長 木 下 敬 弘

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

評議員会 (12:40~13:00) A会場 (1F テルサホール)

特別講演 (13:00~14:00) A会場 (1F テルサホール)

「外科専門医に必要な栄養学の知識」

司会：滋賀医科大学 心臓血管・呼吸器 教授 浅 井 徹

講師：上尾中央総合病院 外科／栄養サポートセンター長 大 村 健 二

第23回日本外科学会生涯教育セミナー (14:30~16:30) A会場 (1F テルサホール)

「甲状腺，上皮小体，副腎」

司会：和歌山県立医科大学 外科学第2講座 教授 山 上 裕 機

1 演題…発表30分、質疑応答10分

1. 甲状腺・副甲状腺の病態生理

和歌山県立医科大学 内科学第1講座 教授 赤 水 尚 史

2. 甲状腺・副甲状腺の手術

神甲会 隈病院 副院長 宮 章 博

3. 副腎の手術、とくに腹腔鏡下手術について

滋賀医科大学 泌尿器科学 教授 河 内 明 宏

閉会の辞 (16:55~)

会 長 浅 井 徹

B 会 場 (2F 視聴覚研究室)

午 前 の 部 (9 : 05 ~ 11 : 05)

小腸① (9 : 05 ~ 9 : 45)

座長 西村 彰一

(野洲病院 外科)

村山 康利

(京都府立医科大学 消化器外科)

B01 メンマによる食餌性腸閉塞の一例

京都第二赤十字病院 外科 山 条 純 基

B02 胆石イレウスの1例

兵庫県立姫路循環器病センター 外科 小 野 真 義

B03 絞扼性イレウスをきたした小腸間膜裂孔ヘルニアの一例

西神戸医療センター 外科・消化器外科 平 中 孝 明

B04 腸管子宮内膜症による腸閉塞の1例

大阪市立十三市民病院 梅 野 真 吾

B05 異食症による腸閉塞の1例

明和病院 外科 一 瀬 規 子

小腸② (9 : 45 ~ 10 : 25)

座長 中川 正

(星ヶ丘医療センター 外科)

龍田 健

(暁生会脳神経外科病院 外科)

B06 臍腸管遺残を術前診断し腹腔鏡下手術を施行した1例

市立堺病院 外科 山 口 勇 太

B07 診断に苦慮し腹腔鏡下回盲部切除となったクローン病の一例

神鋼病院 外科 高 田 尚 哉

B08 クローン病に対する術前経腸栄養療法と術後合併症および在院日数の検討

和歌山県立医科大学 第二外科 中 村 有 貴

B09 腹部皮下膿瘍を契機に診断された異物誤飲の治療経験
大津市民病院 外科・消化器外科・乳腺外科 青山 紘 希

B10 腸重積を伴う回腸粘膜下脂肪腫に対し Reduced port surgery を施行した1例
京都市立病院 外科 吉村 直 生

小腸③ (10:25~11:05)

座長 谷口 正展
(長浜赤十字病院 外科)

山口 剛
(滋賀医科大学 消化器外科)

B11 子宮広間膜裂孔ヘルニア修復後に発症した遅発性小腸狭窄の1例
市立ひらかた病院 消化器外科 亥野 春 香

B12 局所陰圧閉鎖療法が奏功した術後小腸瘻の一例
りんくう総合医療センター 高山 和 之

B13 関節リウマチに対するトシリズマブ (アクテムラ®) の使用中に生じた回腸潰瘍穿孔の
一手術例
地域医療機構大阪病院 外科 西山 一 聖

B14 化膿性尿管管嚢胞を原因として汎発性腹膜炎に至った1例
大阪府立急性期・総合医療センター 外科 西村 正 成

B15 急性腹症を呈し腹腔鏡補助下に切除した小腸間膜リンパ管腫の1例
済生会中和病院 外科 辻 泰 子

午 後 の 部 (14 : 10~16 : 50)

胃① (14 : 10~14 : 50)

座長 中村 公紀

(和歌山県立医科大学 第2外科)

出村 公一

(大阪府立成人病センター 消化器外科)

- B16 大動脈周囲リンパ節転移を伴う進行胃癌に対する治療成績の検討
和歌山県立医科大学 第2外科 竹内 昭博
- B17 腹腔動脈浸潤胃癌に対し、Appleby 手術で術後4年3カ月無再発生存の1例
神戸中央病院 外科 中川 登
- B18 胃癌術後孤立性臍転移切除に対して Component separations 法による腹壁再建を行った1例
長浜赤十字病院 外科 中村 一郎
- B19 食道胃接合部に発生した胃内内分泌癌の1例
日野記念病院 外科 東田 宏明
- B20 診断に難渋した胃びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の1例
宇治徳洲会病院 外科 仲原 英人

胃② (14 : 50~15 : 22)

座長 岡部 寛

(大津市民病院 外科)

小松 周平

(京都府立医科大学 消化器外科)

- B21 術前診断に苦慮した類上皮細胞型 GIST の一例
兵庫県立西宮病院 消化器外科 加藤 晃士
- B22 壁外発育型巨大胃 GIST の1例
京都第二赤十字病院 外科 矢野 肇子
- B23 腹腔内出血を来した10cm の胃 GIST
三菱京都病院 消化器外科 中村 清邦
- B24 当科における胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡手術の検討
和歌山県立医科大学 第2外科 田端 宏堯

胃③ (15:22~16:02)

座長 山本 篤

(住友病院 外科)

塩崎 敦

(京都府立医科大学 消化器外科)

B25 胃全摘後p部分胃食物貯留を来し、切除を要した一例

淀川キリスト教病院 外科 田井 謙太郎

B26 腹腔鏡下胃全摘術の再建に機能的端々吻合を行ったことにより遅発性通過障害をきたした一例

滋賀県立成人病センター 外科 青山 龍平

B27 腹腔鏡下胃袖状切除術中に自動縫合器による胃管嘔み込みが起きた1例

滋賀医科大学 消化器外科 大竹 玲子

B28 術前に Petersen's hernia と診断した胃全摘後の腸閉塞の一例

宇治徳洲会病院 外科 影井 祐介

B29 重症心身障害児で噴門形成術後に吞気による再発をきたした1例

滋賀医科大学 消化器・乳腺一般外科 久保田 良浩

胃・食道 (16:02~16:50)

座長 竹村 雅至

(兵庫医科大学 上部消化管外科)

窪田 健

(京都第一赤十字病院 消化器外科)

B30 当院における腹腔鏡下袖状胃切除術の治療成績と今後の展望

滋賀医科大学 消化器・乳腺一般外科 山口 剛

B31 腹腔鏡下胃袖状切除術における減量効果良好群と不良群の検討

滋賀医科大学 外科 貝田 佐知子

B32 魚骨が胃壁に穿通し手術を施行した1例

神戸労災病院 外科 劉 正夫

B33 腹腔鏡補助下経皮内視鏡的胃瘻造設術を施行した1例

市立芦屋病院 外科 佐々木 亨

B34 特殊組織型食道癌27手術症例の検討

大阪市立大学 第2外科 橋場 亮 弥

B35 Transmanubrial approach による Salvage surgery を食道癌における頸胸境界部の血管浸潤リンパ節転移に対して行った2症例

大阪市立大学 消化器外科 形 部 憲

C 会 場 (2F 中会議室)

午 前 の 部 (9:05~11:21)

心臓① (9:05~9:53)

座長 松林 景二

(近江八幡市立総合医療センター 心臓血管外科)

西 宏之

(大阪警察病院 心臓血管外科)

- C01 急性心筋梗塞後左室自由壁破裂 (blow out 型) の一例
奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科 山下 慶 悟
- C02 経皮的血管形成術に合併した冠動脈内異物に対して施行した冠動脈バイパス術の2症例
近畿大学 心臓血管外科 宮下 直 也
- C03 VT/VF storm と LV dysfunction を来した Large sinusoidal communication を伴う PA/IVS の1例
大阪医科大学 小児心臓血管外科 本 橋 宜 和
- C04 狭心痛を契機に発見された右室源性血管腫の1例
岸和田徳洲会病院 心臓血管外科 小 島 三 郎
- C05 血管内急速進展を認めた肺動脈内膜肉腫の1手術例
大阪医科大学 心臓血管外科 福 原 慎 二
- C06 結腸癌手術に先行して冠動脈バイパス術を行った1例
京都府立医科大学 心臓血管外科 山下 英次郎

心臓② (9:53~10:41)

座長 細野 光治

(大阪市立大学 心臓血管外科)

畔柳 智司

(岸和田徳洲会病院 心臓血管外科)

- C07 生体腎移植後に抗リン脂質抗体症候群を合併した大動脈弁置換術の1例
滋賀医科大学 心臓血管外科 坂 倉 玲 欧

C08 重症肺高血圧を伴った僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁置換術を施行し、肺動脈圧の著明な改善を認めた1例

滋賀県立成人病センター 藤原靖恵

C09 好酸球性心筋炎による右房拡大に伴う三尖弁閉鎖不全に対する手術の一例

滋賀医科大学 心臓血管外科 宮下史寛

C10 先天性パラシュート型僧帽弁に対して僧帽弁形成術を行った1例

神戸大学 心臓血管外科 池野友基

C11 AVR術後に右不全麻痺で発症した遅延発症型ヘパリン起因性血小板減少症の1例

湖東記念病院 心臓血管外科 近藤康生

C12 心臓弁に付着する腫瘍性病変の4切除例

大阪市立大学 心臓血管外科 末廣泰男

血管① (10:41~11:21)

座長 島村 和男

(大阪大学 心臓血管外科)

生田 剛士

(石切生喜病院 心臓血管外科)

C13 AAA、CAD合併進行大腸癌に対する一期的OPCAB+EVARの経験

大阪大学 心臓血管外科 政田健太

C14 Short neck症例に対するsnorkeling techniqueを用いたEVAR

滋賀医科大学 心臓血管外科 乃田浩光

C15 Stanford B型急性大動脈解離破裂に対しTEVARにより救命しえた2例

岸和田徳洲会病院 心臓血管外科 降矢温一

C16 巨大上行大動脈仮性瘤により肺動脈穿破と肺動脈高度狭窄を呈した1例

滋賀医科大学 心臓血管外科 榎本匡秀

C17 2期的胸部大動脈ステントグラフト内挿術 (TEVAR) 術後に遅発性不全対麻痺を発症した多発動脈瘤の1例

近江八幡市立総合医療センター 平松範彦

午 後 の 部 (14:10~16:50)

血管② (14:10~14:58)

座長 乃田 浩光

(滋賀医科大学 心臓血管外科)

尾藤 康行

(大阪市立総合医療センター 心臓血管外科)

C18 超高齢者の弓部大動脈瘤に対して弓部大動脈瘤置換術を行い fast-track recovery を成し得た一症例

近江草津徳洲会病院 心臓血管外科 小池 雅人

C19 急性 B 型大動脈解離 Complicated type に対し血管内治療後に偽腔拡大を来たし、胸腹部大動脈置換術を施行した Marfan 症候群の 1 例

神戸大学 心臓血管外科 河野 敦則

C20 腹部大動脈瘤 IVC 穿破に対する EVAR の一例

滋賀医科大学 心臓血管外科 森本 政憲

C21 分枝温存 Y 型静脈グラフトが高流量なバイパス血流を確保するのに有用であった皮膚感染合併重症下肢虚血の 1 例

和歌山県立医科大学 第一外科 金子 政弘

C22 第 4 病期の下大静脈内腫瘍塞栓を伴う腎細胞癌の 1 手術例

近江八幡市立総合医療センター 心臓血管外科 早川 真人

C23 右房内腫瘍塞栓を伴う右腎癌に対して体外循環を用いて右腎摘出、腫瘍塞栓除去術を施行した 1 例

大阪大学 心臓血管外科 中村 優貴

大腸④ (14:58~15:38)

座長 西躰 隆太

(京都桂病院 外科)

横山 省三

(和歌山県立医科大学 第 2 外科)

C24 切除不能再発大腸癌に対する全身化学療法中に高アンモニア血症による意識障害を呈した 1 例

関西医科大学 外科 中谷 和義

- C25 S 状結腸癌術後肝転移に対して XELOX 療法を行い CR を得た一例
 大阪市立大学 腫瘍外科 菅野 兼史
- C26 進行直腸癌に対する術前化学療法併用 ISR の試み
 滋賀医科大学 消化器・乳腺一般外科 園田 寛道
- C27 吻合部口側腸管に血行性転移を疑う局所再発をきたした S 状結腸癌の一例
 兵庫医科大学 下部消化管外科 嶋田 泰尚
- C28 同時に遠隔リンパ節転移のみを認めた上行腸結腸 SM 癌の 1 例
 大阪医療センター 外科 小泉 信太郎

大腸⑤ (15 : 38~16 : 18)

座長 園田 寛道

(滋賀医科大学 消化器外科)

松田 宙

(大阪府立急性期総合医療センター)

- C29 micropapillary carcinoma (MPC) 成分を伴った S 状結腸癌の 1 例
 明和病院 外科 竹中 雄也
- C30 妊娠中に発見された直腸神経内分泌細胞癌の一例
 京都大学 消化管外科 合田 直樹
- C31 腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した直腸肛門部悪性黒色腫の 2 例
 近畿大学奈良病院 外科 金泉 博文
- C32 全結腸型壊死型虚血性大腸炎の一例
 丸太町病院 外科 岡田 宜孝
- C33 急性虫垂炎に起因した上腸間膜静脈血栓症の 1 例
 奈良県総合医療センター 外科 田中 航

骨盤・後腹膜 (16:18~16:50)

座長 長谷川 傑

(京都大学 消化管外科)

中島 晋

(済生会滋賀県病院 外科)

C34 膀胱圧迫症状を伴った骨盤内嚢胞性リンパ管腫の1例

NTT 西日本大阪病院 外科 藤江 裕二郎

C35 腹腔鏡補助下経仙骨アプローチで摘出しえた傍直腸 Dermoid cyst の1例

和歌山県立医科大学 第2外科 竹井 陽

C36 術前腸間膜腫瘍と診断し術後子宮筋腫と判明した1例

北播磨総合医療センター 外科 阿部 哲之

C37 鏡視下に切除し得た後腹膜原発脂肪肉腫の1例

兵庫県立西宮病院 消化器外科 本田 晶子

D 会 場 (2F 第3セミナー室)

午 前 の 部 (9:05~10:57)

横隔・ヘルニア・乳腺① (9:05~9:37)

座長 一瀬 真澄

(草津総合病院 一般・消化器外科)

道浦 拓

(関西医科大学 外科)

D01 再発鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡補助下前方到達法での修復

兵庫県立尼崎病院 外科・消化器外科 太 治 智 愛

D02 閉鎖孔ヘルニアに対して術中腹腔鏡で対側を確認し、片側の前方アプローチで同時修復を行った一例

守口敬任会病院 外科 石 川 慧

D03 TEP と TAPP の垣根を超えた eTAPP で難症例に臨む

第一東和会病院 内視鏡外科センター 田 畑 智 丈

D04 Spigel ヘルニアに対して腹腔鏡下修復術を施行した1例

草津総合病院 一般・消化器外科 高 尾 信 行

横隔・ヘルニア・乳腺② (9:37~10:17)

座長 千野 佳秀

(第一東和会病院 内視鏡外科センター)

角田 茂

(京都大学 消化管外科)

D05 CT にて術前診断し腹腔鏡下手術を行った子宮広間膜ヘルニアの1例

済生会中和病院 外科 中 尾 武

D06 肝細胞癌に対するラジオ波凝固療法後の横隔膜ヘルニアに対して経胸的修復を行った1例

市立豊中病院 外科 臨床研修部 朴 聖 愛

D07 胃癌と男子乳癌の異時性重複癌の1例

植木病院 外科 清 原 忠 彦

D08 乳癌骨転移症例に対する新治療戦略

明和病院 乳腺・内分泌外科 友松 宗史

D09 腹部冠状断CTが有用であったDe Garengeotヘルニアの1手術例

和歌山県立医科大学 第2外科 重河 嘉靖

十二指腸・その他 (10:17~10:57)

座長 内藤 弘之

(日野記念病院 外科)

田中 浩明

(大阪市立大学 腫瘍外科)

D10 術中内視鏡併用で十二指腸腺腫内癌に対して部分切除し得た1例

奈良県立医科大学 消化器・総合外科 高木 忠隆

D11 十二指腸癌術後のドレーン留置部に沿って肝門部局所再発をきたした一例

守口敬任会病院 外科 檀 信浩

D12 十二指腸神経鞘腫の1切除例

和歌山県立医科大学 第二外科 村上 大輔

D13 滋賀県のがん地域医療連携システム

東近江総合医療センター 瀬戸山 博

D14 滋賀県がん緩和医療地域連携クリニカルパス

東近江総合医療センター 瀬戸山 博

午 後 の 部 (14 : 10~16 : 42)

肺① (14 : 10~14 : 50)

座長 一瀬 増太郎

(音羽病院 呼吸器外科)

水口 真二郎

(大阪市立大学 呼吸器外科)

D15 検診で発見された若年者巨大気腫性肺嚢胞の1例

東大阪市立総合病院 呼吸器外科 山本 理 莉

D16 気胸で発見された肺アスペルギローマの一手術例

東近江総合医療センター 上田 桂 子

D17 感染性肺嚢胞に合併した粘液性腺癌の1例

京都医療センター 呼吸器外科 岡本 圭 伍

D18 複数回の手術により長期生存が得られている子宮頸癌肺転移の1例

武田総合病院 呼吸器外科 石田 恵 子

D19 肺癌が疑われた気管内異物に対して胸腔鏡下肺葉切除を施行した1例

奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科 河合 紀 和

肺② (14 : 50~15 : 30)

座長 藤田 琢也

(公立甲賀病院 呼吸器外科)

桧垣 直純

(西宮市立中央病院 外科)

D20 気管支鏡検査後に腫瘍が縮小し薄壁空洞化した肺多形癌の一切除例

音羽病院 呼吸器外科 森川 彰 貴

D21 肺動脈性肺高血圧症に合併した原発性肺癌に対する1切除例

大阪医科大学 胸部外科 文元 聰 志

D22 左内胸動脈を用いたCABG後、二期的に左上葉切除術を施行した肺腺癌の一例

滋賀医科大学 呼吸器外科 赤澤 彰

D23 同時発生の右上葉肺癌、胸腺癌に対し一期的に手術を施行した一症例

大阪府立成人病センター 呼吸器外科 久能 英 法

D24 肺癌術直後に心停止となった1例

大阪市立大学 呼吸器外科 堀田 怜

胸部・縦隔① (15:30~16:10)

座長 西田 達
(石切生喜病院 呼吸器外科)

尾崎 良智
(東近江総合医療センター 呼吸器外科)

- D25 画像にて膿胸の超急性期の経過を追えた一例
和歌山県立医科大学 第一外科 中村 匡 視
- D26 急性膿胸に対して早期胸腔鏡下膿胸搔爬術が有用であった一例
京都ルネス病院 外科 清川 厚 子
- D27 有癭性部分膿胸の一例
公立甲賀病院 呼吸器外科 藤田 琢 也
- D28 有癭性膿胸開窓部に対し VAC 療法を行った一例
草津総合病院 呼吸器外科 川口 庸
- D29 深頸部膿瘍から進展した粘膜下剥離を伴った急性食道蜂窩織炎の1例
滋賀医科大学 呼吸器外科 堀本 かな

胸部・縦隔② (16:10~16:42)

座長 金田浩由紀
(関西医科大学附属枚方病院 呼吸器外科)

中桐 伴行
(大阪府立成人病センター 呼吸器外科)

- D30 診断に難渋した縦隔造血器腫瘍の1例
刀根山病院 呼吸器外科 谷口 聖 治
- D31 腹部術後乳び胸に対する胸腔鏡手術時に小孔を同定した横隔膜交通症の1例
滋賀医科大学 呼吸器外科 林 一 喜
- D32 当科で経験した術後乳び胸とその治療方法についての考察
滋賀医科大学 呼吸器外科 白鳥 琢 也
- D33 特発性血気胸及び遅発性外傷性血胸8手術例の検討
宇治徳洲会病院 呼吸器外科 藤田 朋 宏

E 会 場 (2F 第2セミナー室)

午 前 の 部 (9:05~11:05)

肝臓① (9:05~9:45)

座長 久保 尚士

(大阪市立大学 腫瘍外科)

田浦 康二郎

(京都大学 肝胆膵・移植外科)

E01 高位背側肝の切除を要した肝細胞癌の2例

奈良県総合医療センター 外科 福岡 晃平

E02 C型慢性肝炎長期SVR後に発症した肝細胞癌の1切除症例

大和高田市立病院 外科 廣畑 吉昭

E03 Peliotic changeを伴った肝細胞癌の1切除例

明和病院 外科 小倉 佑太

E04 診断に難渋した肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の1切除例

大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科 出口 惣大

E05 肝細胞癌術後フォロー中発症した膵臓癌の1例

明和病院 外科 田代 真優

肝臓② (9:45~10:25)

座長 上野 昌樹

(和歌山県立医科大学 第2外科)

飯田 洋也

(関西医科大学附属枚方病院 肝胆膵外科)

E06 当科における腹腔鏡下肝切除術の短期成績と肝門部血流遮断の意義

大阪府立成人病センター 外科 原 豪男

E07 胆嚢癌に対する胆嚢静脈還流域の肝切除：胆嚢動脈 ICG 注入蛍光法による術中 Navigation を用いた1切除例

京都大学 肝胆膵・移植外科 船本 知里

- E08 腹腔鏡下開窓術を施行した巨大肝嚢胞の2例
和歌山県立医科大学 第二外科 小林 良平
- E09 経過観察中に破裂を来した限局性結節性過形成の1例
大阪市立大学 肝胆膵外科 青田 尚哲
- E10 進行肝細胞癌化学放射線療法後の肝不全に対し生体肝移植を施行した一例
京都大学 肝胆膵・移植外科 北嶋 俊寛

胆道① (10:25~11:05)

座長 生駒 久視

(京都府立医科大学 消化器外科)

小林 省吾

(大阪府立成人病センター 外科)

- E11 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に腹膜播種を伴う胆嚢癌と診断された一例
多根総合病院 外科 金森 浩平
- E12 黒色便を契機に発見された乳頭部原発の Peutz-Jeghaers 症候群の一切除例
市立池田病院 外科 野井 拓
- E13 胆道気腫とフリーエアーを同時に認めた原因疾患の異なる2症例の経験
守口敬任会病院 外科 市川 善章
- E14 術前診断困難だった胆管原発リンパ上皮腫様癌の2例
滋賀医科大学 消化器外科 赤堀 浩也
- E15 胆管周囲嚢胞との鑑別が困難であった胆管内乳頭状腫瘍の1例
関西医科大学 外科 橋本 祐希

午 後 の 部 (14 : 10~16 : 02)

胆道② (14 : 10~14 : 50)

座長 松井 康輔

(関西医科大学 外科)

野見 武男

(奈良県立医科大学 消化器・総合外科)

E16 自然閉鎖した胆嚢結腸瘻の1切除例

星ヶ丘医療センター 外科 中村 保 幸

E17 腹腔鏡下に切除し得た胆嚢結腸瘻の1例

市立堺病院 外科 市 場 雄 大

E18 当科における胆嚢捻転症の2例

西神戸医療センター 外科・消化器外科 山 西 俊 介

E19 転移性眼内炎を繰り返し併発した総胆管結石性胆管炎再発の1例

大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科 渡 部 智 加

E20 IVRで治癒した、胆管炎・肝膿瘍による難治性胆管気管支瘻の一例

守口敬任会病院 外科 金 沢 景 文

膵臓 (14 : 50~15 : 22)

座長 増井 俊彦

(京都大学 肝胆膵・移植外科)

川井 学

(和歌山県立医科大学 第2外科)

E21 膵管癒合不全に伴う同時性多発浸潤性膵管癌の一例

北野病院 消化器センター外科 網 本 久 敬

E22 胆嚢・胆管・乳頭部の同時性3重複癌の術後約3年目に残存膵癌を発症した一例

守口敬任会病院 外科 萩 隆 臣

E23 膵頭部癌術後に再発し剖検時に多発消化管転移が判明した1例

大阪市立大学 腫瘍外科 櫛 山 周 平

E24 膵リンパ上皮嚢胞に神経内分泌腫瘍が合併した一切除

滋賀医科大学 外科学講座 村 上 耕一郎

膵臓・脾・門脈 (15:22~16:02)

座長 鈴木 和大

(兵庫医科大学 外科)

木村健二郎

(大阪市立大学 腫瘍外科)

- E25 腎摘出後24年経過し膵転移を来たした腎細胞癌の1例
京都第一赤十字病院 肝臓・膵臓外科 古家 裕貴
- E26 肺癌術後膵転移再発の1切除例
和歌山県立医科大学 第2外科 丸岡 慎平
- E27 門脈合併切除再建を要した膵頭十二指腸切除術後の門脈狭窄症に対しハイブリッド手術室を用い門脈ステント留置術を行った1例
京都大学 肝胆膵・移植外科 小紫 彩奈
- E28 脾臓 sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT) の1例
赤穂市民病院 外科 上田 康雅
- E29 腹腔鏡にて切除し得た巨大脾嚢胞の1例
大阪労災病院 外科 吉川 幸宏

一 般 演 題
抄 錄

A01

腸重積を契機に発見された盲腸癌の1例

¹野洲病院 外科

西村彰一¹、生田大二¹、若林正人¹、渡邊信介¹

症例は87歳女性。腹痛を主訴に他院より紹介、CTにて上行結腸レベルでの腸重積と診断した。内視鏡補助下に整復を行い、盲腸腫瘍を先進部とした腸重積と診断した。後日、回盲部切除を施行、病理結果は adenocarcinoma in tubulo-villous adenoma との診断であった。今回、我々は腸重積を契機に発見された盲腸癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

A03

臨床初期研修医2年目で連続して経験した腹腔鏡下虫垂切除術4症例

¹京都大学 消化管外科

杉本奈緒子¹、平井健次郎¹、角田 茂¹、

久森重夫¹、水本素子¹、篠原 尚¹、坂井義治¹

【背景】当施設では急性虫垂炎に対して積極的に腹腔鏡下虫垂切除術(LA)を導入しており、上級医による指導の下経験の浅い医師が執刀する機会も多い。【目的】卒後2年目でLA4例を連続して経験し、安全に施行可能であったので報告する。【手技】術者は患者の左側に立ち、臍/正中恥骨上/左側腹部にトロッカーを挿入。術者左手で虫垂間膜を把持し腹側へ牽引、右手で鈍的に虫垂周囲の癒着を剥離。虫垂を左右へ振り操作部位にトラクションをかけ、左手は順次根部付近の間膜へ持ち替える。次に虫垂を腹側やや右尾側へ牽引する事で右手が虫垂長軸に直行でき、間膜切除が容易となる。左手で虫垂と右手の軸を直行させる事を意識し虫垂根部を切断。【結果】いずれも大きな合併症を認めず術後数日で軽快退院となった。【まとめ】左手のトラクションを適切な方向角度に行い切離デバイスの軸に合わせる事は他の腹腔鏡手術に通じる重要な点と思われ、引き続き修練を続けたい。

A02

盲腸癌の精査中に発見された腸管囊腫様気腫症の1例

¹京都第二赤十字病院 外科

小川聡一郎¹、松村博臣¹、武内瑛子¹、松本順久¹、
田中善啓¹、坂本桃子¹、藤堂桃子¹、中村吉隆¹、
阿辻清人¹、山口明浩¹、柿原直樹¹、藤井宏二¹、
井川 理¹、谷口弘毅¹

【はじめに】腸管囊腫様気腫症(PCI)は、腸管壁の漿膜下や粘膜下に多房性の含気性囊胞を生じる比較的稀な疾患である。盲腸癌の精査中に発見されたPCIの1例を報告する。【症例】40代女性。便潜血陽性で下部内視鏡検査を受けたところ、盲腸癌とS状結腸に多数の囊胞様隆起が認められた。隆起部の生検では非特異的炎症像のみで、PCIと診断した。以前からの頑固な便秘の一因で、腸管内圧の上昇がPCIを増悪させたとも考えられたため、盲腸癌と同時切除となった。腹腔鏡補助下回盲部切除、S状結腸切除術を施行した。病理所見は、粘膜下層に多数の液体成分の貯留のない囊胞状変化で、PCIの組織像と一致していた。術後、便秘症状は改善した。【考察】PCIの治療は高圧酸素療法などの保存的加療が第1選択とされている。捻転や穿孔を起こすと緊急手術となる。本症例では、若年であること、頑固な便秘症状の一因であること、盲腸癌が合併していることから切除を選択した。

A04

急性虫垂炎にて発症した虫垂杯細胞カルチノイドの1例

¹赤穂市民病院 外科、

²赤穂市民病院 消化器内科、

³神戸大学 病理診断科

廣瀬正和¹、安 炳九¹、松川浩之¹、田淵幹康¹、
松本卓也¹、高原秀典¹、菅原安章²、三井康裕²、
勝谷 誠²、高尾雄二郎²、原 重雄³、小野成樹²、
横山 正¹

症例は64歳、男性。発熱ならびに右下腹部痛を主訴に当院救急搬送された。血液生化学所見、ならびにCT検査所見にて急性虫垂炎と診断、同日緊急手術を施行した。手術所見は、蜂窩織炎性虫垂炎で、型通り虫垂切除術を施行、病理組織学的診断にて、虫垂杯細胞カルチノイドと診断された。初回手術後30日目に回盲部切除+D3郭清を施行した。術後の病理組織では回盲部切除の虫垂断端に腫瘍の遺残を認めしたが、リンパ節転移は認めなかった。今回、われわれは急性虫垂炎にて発症した虫垂杯細胞カルチノイドの1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

A05

虫垂切除後の病理検査で発見された Burkitt リンパ腫の一例

¹国立病院機構 大阪医療センター 外科
村上弘大¹、三宅正和¹、原口直紹¹、池田正孝¹、
前田 栄¹、山本和義¹、濱 直樹¹、西川和宏¹、
宮本敦史¹、大宮英泰¹、宮崎道彦¹、平尾素宏¹、
高見康二¹、中森正二¹、関本貢嗣¹

症例は16歳男性。10日ほど持続する腹痛、嘔気と39℃台の発熱を認めたため当院救急外来を受診された。右下腹部に圧痛著明で、CTにて虫垂の腫大および虫垂背側に低吸収な腫瘤を認めたため、膿瘍形成性虫垂炎による汎発性腹膜炎の診断にて虫垂切除術、腹腔内ドレナージ術を施行した。術後炎症の遷延を認めたため、1週間の抗生剤加療を行い退院とした。摘出標本の病理組織検査にて、虫垂先端にリンパ球様細胞のびまん性増生を認め、免疫染色にて Burkitt リンパ腫の診断に至った。急性虫垂炎後の虫垂の病理組織学的検査で悪性腫瘍を認めることは稀である。若干の文献的考察を加え報告する。

A07

ベーチェット病に伴発した直腸腔瘻に対する Hybrid NOTES の1経験

¹関西医科大学 外科、
²関西医科大学付属枚方病院 消化管外科
角南智彦¹、稲田 涼¹、大石賢玄¹、岩本慈能¹、
中村文子¹、尾崎 岳¹、向出裕美¹、福井淳一¹、
道浦 拓¹、井上健太郎¹、権 雅憲¹、濱田 円²

【緒言】ベーチェット病 (BD) に併発した直腸腔瘻に対して Hybrid NOTES で治療した一症例を報告する。【症例】症例は30代女性。1994年に BD と診断。2014年3月、陰部潰瘍増悪と直腸腔瘻を認めた。S 状結腸人工肛門を造設後、アダリマブを導入したが、改善を得ず、2015年2月、根治術を施行。鏡視下 (4ポート) に腹腔側より直腸腔間を剥離し、瘻孔部分を同定し腔側で切離。直腸側は肛門管内で瘻孔尾側を自動縫合器 (45mmx2) で縫合切離後、腔の瘻孔開放部より腹腔外に摘出。瘻孔部直腸を切除し anvil head (28mm) を装着し還納。経腔的に腔壁を縫合閉鎖後、鏡視下に DST 吻合。腔直腸間に大網を充填し手術を終えた。術後大きな合併症無く、第14病日に退院した。【考察】縫合部の緊張の解除と十分な血流供給をおこない、外科的侵襲による局所反応を最小化する本術式は、炎症性腸疾患に伴う難治性直腸腔瘻に対して考慮に値する。

A06

盲腸癌腹膜播種に腹膜切除を施行し2度の再発手術を行った1例

¹草津総合病院 一般・消化器外科、
²草津総合病院 腹膜播種センター、
³NPO 腹膜播種治療支援機構
一瀬真澄¹、米村 豊³、野口耕右¹、奥村憲二¹、
高尾信行¹、森河内豊²、水本明良²、平野正満¹

症例は40歳代男性。2009年に盲腸癌で腸閉塞を来し、回盲部切除、人工肛門造設術施行。この時 P1 だった。術後 FOLFOX + Bmab などを行った。2012年当院に紹介となり、2012年4月に腹腔鏡下温熱化学療法 (MMC20mg60分) を行い、腹腔内に明らかな腹膜播種がないことを確認した。2012年8月腹膜切除、直腸切除、人工肛門 (S 状結腸) 造設術など施行。病理で直腸本体と S 状結腸間膜に播種病変を確認した。その後術後 Capecitabine 内服。2013年12月左水腎症の悪化がみられ、左腎が巨大になり痛みも出現し切除術を施行。病理で盲腸癌再発と診断。2015年3月左腸腰筋内、大動脈周囲リンパ節に再発みられ、切除術を施行した。腹腔内やその他の部位に転移巣はほかに見られていない。大腸癌の腹膜播種症例は、化学療法の著効例で長期生存が期待できる症例が存在する。腹膜切除後に腹膜切除での再発なしに遠隔転移が切除され、初発から6年経過した症例を経験したので、報告する。

A08

Z 形成術を用いた肛門狭窄をともなった裂肛に対する手術

¹はえうち診療所
生内一夫¹

肛門狭窄をともなった裂孔に対して皮膚弁移動術が広く行われている。この際、皮膚弁を肛門に対して円周状に切開した場合、横の瘢痕が生じ拡張不全、疼痛、不快感などの愁訴の原因となっている。また V-Y 形成術も行われているが、手技が煩雑となる。そこで Z 形成術を用いた手術を行ったので報告する。対象は肛門狭窄をともなった慢性裂孔の患者さんで、保存的治療に抵抗した5例に対して以下の手術を行った。麻酔はサドルブロック、ジャックナイフ体位で手術を行った。裂肛、肥大乳頭、見張り疣を切除し、肛門径が2横指となるまで内肛門括約筋を切開。この創を肛門に対して横方向に縫合し、その外側で Z 形成術を用いて皮膚を延長した。術後、2例に Z 形成部の離開を生じたが、保存的に軽快した。いずれの症例も瘢痕形成は軽度で、良好な経過であった。

A09

人工肛門閉鎖術における環状皮膚縫合法に関する検討

¹大阪府立成人病センター 消化器外科
和田佑馬¹、三吉範克¹、大植雅之¹、能浦真吾¹、
藤野志季¹、杉村啓二郎¹、秋田裕史¹、本告正明¹、
後藤邦仁¹、小林省吾¹、高橋秀典¹、大森 健¹、
宮田博志¹、藤原義之¹、矢野雅彦¹、左近賢人¹

【目的】今回、人工肛門閉鎖術における環状皮膚縫合法の有用性について、従来の単純皮膚縫合法に皮下ドレーンを追加した群と retrospective に比較検討したので報告する。【方法】当院で2011年10月から2014年9月までの3年間に人工肛門閉鎖術を施行した55例のうち、単純皮膚縫合法に皮下ドレーンを追加した Conventional-suture with Drainage (CD) 群29例、環状皮膚縫合法を行った Purse-string Suture (PS) 群26例を対象とした。術後合併症の SSI (創部、浅層) の発生頻度を主要評価項目として、患者背景および周術期因子について比較検討した。【結果】両群間で、患者背景と周術期因子に関して有意差は認めなかった。SSI の発生頻度に関しては、CD 群で4例 (14%)、PS 群では認めず、PS 群で有意に低かった ($p=0.049$)。【まとめ】人工肛門閉鎖術における環状皮膚縫合法は、創部感染の発生率を低下させ、優れた方法であることが示唆された。

A11

低位前方切除術後に経肛門ドレーンによる結腸穿孔を来した1例

¹市立ひらかた病院 消化器外科、
²市立ひらかた病院 乳腺・内分泌外科
大関舞子¹、木下 隆¹、井上 仁¹、高橋優子²、
鱒淵真介¹、齋藤明菜¹、亥野春香¹、北田和也¹、
森田眞照^{1,2}

【はじめに】直腸癌術後の縫合不全対策は各施設で様々な工夫がされており、中でも経肛門ドレーンの有用性が散見される。我々の施設でも、吻合部の状況に応じて経肛門ドレーンの留置を行ってきた。今回、経肛門ドレーンによる結腸穿孔を来した症例を経験したので報告する。【症例】71歳、男性。進行直腸癌に対し、開腹低位前方切除術を施行した。吻合は DST 法にて行い、20Fr の三孔式ファイコンチューブカテーテルを用いた経肛門ドレーンの留置を行った。【経過】術後2日目、排便時に突然の腹痛および炎症所見高値を認め、縫合不全が疑われ、腹腔鏡による緊急手術を施行した。吻合部口側の結腸より経肛門ドレーンが腹腔内に露出し、腸管穿孔を来していた。穿孔部を腸管軸方向に自動縫合器を使用して縫合閉鎖した。【結語】経肛門ドレーンが縫合不全の予防に有用であるという報告もあるが、腸管穿孔を来すことがあり、注意を要する合併症の一つと考えられた。

A10

当院における腹腔鏡下低位前方切除術後の縫合不全発生に関するリスク因子の検討

¹滋賀医科大学 消化器外科、
²滋賀医科大学 腫瘍センター、
³滋賀医科大学 臨床看護学
太田裕之¹、園田寛道¹、清水智治¹、生田大二¹、
北村直美¹、植木智之¹、山本 寛¹、村田 聡¹、
山口 剛¹、貝田佐知子¹、仲 成幸¹、塩見尚礼¹、
赤堀浩也¹、日片英治²、遠藤善裕³、谷 眞至¹

【目的】当院における腹腔鏡下低位前方切除術後の縫合不全発生に関するリスク因子を明らかにする。【対象】2011年1月から2014年12月まで直腸癌に対して待機的に施行した腹腔鏡下低位前方切除術59例。【方法】リスク因子として以下の項目につき検討。患者因子として年齢、性別、BMI、アルブミン値、ヘモグロビン値、ASA、糖尿病合併。腫瘍因子では占拠部位、進行度、深達度、リンパ節転移、遠隔転移、腫瘍径、CEA 値、術前化学療法の有無。手術因子では手術時間、出血量、左結腸動脈温存の有無、側方郭清、同時切除、直腸切離に要した縫合器の個数、吻合部位置、一時的人工肛門造設、経肛門ドレーン。【結果】縫合不全は5例 (8.5%) に認め、うち3例は緊急ドレナージ術を要した。リスク因子の単変量解析では腫瘍径 (50mm 以上) が唯一有意差を認めた ($p=0.02$)。リンパ節転移陽性と一時的人工肛門非造設 ($p=0.06$) はリスク因子となる可能性がある。

A12

大腸癌イレウスに対する術前治療—大腸ステント留置症例の検討—

¹鳳胃腸病院
上田博文¹、井上啓介¹、徳原孝哉¹、河合 功¹、
天上俊之¹、中田英二¹

【目的】ステントは大腸癌イレウスに対して姑息的治療または術前の待機的治療 (bridge to surgery: BTS) として広く普及している。当院では BTS 目的にて7例のステント治療を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【成績】男性5例、女性2例に BTS を施行。病変部位は上行結腸1例、横行結腸3例、下行結腸3例。経口摂取開始までに期間は4から10日、手術までの期間は12から28日であった。大腸ステント留置後全例に合併症なく、手術を施行し全例一期的腸管吻合を行った。【考察】挿入後速やかに腹部症状が改善し、術前に経口摂取可能となり、QOL は向上した。術前全大腸内視鏡検査が可能であり、ステント留置部より口側の癌病巣も発見できた。全例病変切除及び一期的腸管吻合が施行出来たことより、有用な手技であると思われた。今後、大腸ステントの適正使用のために腫瘍に対する影響、長期予後について国内を含めた症例蓄積と安全性の確立が期待される。

A13

敗血症を来したS状結腸癌イレウスに対しステント挿入による根治的腹腔鏡下手術を行った1症例

¹社会医療法人きつこう会 多根総合病院
清水将来¹、小川淳宏¹、金森浩平¹、奥野 潤¹、
廣岡紀文¹、林原紀明¹、山口拓也¹、城田哲哉¹、
森 琢兎¹、小川 稔¹、門脇隆敏¹、渡瀬 誠¹、
刀山五郎¹、丹羽英記¹

今回敗血症を来した大腸癌イレウスに対し、保存的加療後、精査を行った上で根治的腹腔鏡下手術が可能であった症例を経験したので報告する。症例は61歳女性。某日、腹痛認め前医受診。受診時ショックバイタルであったが、輸液負荷にて改善。血液ガス分析では著明な代謝性アシドーシスを認め、腹部CT検査所見とあわせ、S状結腸癌イレウスによる敗血症と診断。緊急手術が必要と当院紹介となった。手術のリスクは高く、より低侵襲な減圧が可能な大腸ステント挿入を行った。挿入後、多量の排便を認めたが、腸管蠕動麻痺が継続。徐々に改善し、入院10日目に食事開始。その後、細径スコープによる口側腸管の確認、造影CTによる精査を行い、入院24日目に根治的腹腔鏡下S状結腸切除術を施行。術後経過は良好で9日目に退院となった。今回のような症例では早急な減圧が必要であるが、大腸ステントによる減圧はより利点の多い方法であり選択肢となり得ると考えられた。

A15

肝転移を伴う同時性多発大腸癌の1切除例

¹大阪医療センター 外科
朴 正勝¹、三宅正和¹、原口直紹¹、池田正孝¹、
前田 栄¹、山本和義¹、濱 直樹¹、西川和宏¹、
大宮英泰¹、宮本敦史¹、宮崎道彦¹、平尾素宏¹、
高見康二¹、中森正二¹、関本貢嗣¹

症例は61歳、男性。便秘及び血便を主訴に近医を受診し、下部消化管内視鏡検査で横行結腸に全周性の2型進行癌を認め、同部位より口側は観察出来ず、肛門側に3個の進行癌と1個の早期癌を認めた。また、腹部CTにてリンパ節転移及び肝S3/4、S5転移を認めた。二次的手術を行う方針とし、先ず腹腔鏡下大腸亜全摘術+D3郭清+一時的人工肛門造設術を施行した。切除標本より閉塞部の口側に更に1個の進行癌が存在し、合計6ヶ所に同時性大腸癌を認めた。また、リンパ節転移は97個中11個の転移を認めた。術後約2ヶ月目に肝S3/4、S5部分切除、胆嚢摘出術及び人工肛門閉鎖術を施行し、術後排便コントロール及び感染コントロール(肝膿瘍)に難渋したが、術後64日目に退院となった。6カ所以上の同時性多発大腸癌は非常に稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

A14

イレウスに対して一時的人工肛門造設、化学療法後、原発巣を切除し得た小腸浸潤、仙骨前浸潤及び肺転移を伴った進行直腸癌の1例

¹奈良県総合医療センター 外科、
²奈良県総合医療センター 救命救急センター
岩佐陽介¹、石川博文¹、福岡晃平¹、紙谷直毅¹、
向川智英¹、高 濟峯¹、松阪正訓²、渡辺明彦¹

近年、切除不能や他臓器浸潤を認める大腸癌に対して術前化学療法を施行し、腫瘍の縮小を得て根治術を行った報告を散見するようになった。今回、イレウスを伴った進行直腸癌に対して人工肛門造設術後に化学療法を行い、原発巣を切除しえた一例を経験したので報告する。[症例] 70歳代、男性。食思不振を主訴に近医受診した。CTで直腸癌の小腸及び仙骨前浸潤、大腸、小腸の閉塞、多発肺転移と診断された。当科に入院し減圧チューブを留置後、一時的回腸人工肛門、横行結腸人工肛門造設術を施行した。FOLFOX+Panitumumabを計6コース施行したところ、CTで原発巣、転移巣共に縮小傾向を認めたため、最終の化学療法から1ヶ月後に超低位前方切除術、小腸合併切除、回腸人工肛門閉鎖術、肝部分切除術を施行した。術後骨盤内膿瘍以外に合併症なく、術後22日目に退院した。現在は化学療法を行いながら、肺転移巣の切除時期を検討している。

B01

メンマによる食餌性腸閉塞の一例

¹京都第二赤十字病院 外科
山条純基¹、松村博臣¹、田中善啓¹、松本順久¹、
武内瑛子¹、坂本桃子¹、藤堂桃子¹、中村吉隆¹、
阿辻清人¹、山口明浩¹、柿原直樹¹、井川 理¹、
藤井宏二¹、谷口弘毅¹

症例は手術歴のない71歳の男性で、腹部膨満と食思不振を訴え、近医から腸閉塞の疑いで当院消化器内科に紹介された。イレウス管による保存的治療を行ったが改善に乏しく、外科的治療目的に当科に紹介された。精査したが腸閉塞の原因は判明しなかった。腹腔鏡で全小腸を観察したところ、回腸末端にMeckel憩室があり、その周囲の小腸が強固に癒着し一塊となっていた。Meckel憩室を切除し、臍下に小切開を加えて小腸を体外に出した。小腸内には直方体の異物を触れ、癒着も強固であったため小腸を切除した。切除した標本を開開すると内部にメンマを認めた。本症例は義菌の装着がなかったため、咀嚼不良なメンマが食餌性腸閉塞を来したと考えられた。術後に癒着性腸閉塞を発症し再手術を行い、術後35日で退院した。今回、メンマによる食餌性腸閉塞の一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

B02

胆石イレウスの1例

¹兵庫県立姫路循環器病センター 外科
小野真義¹、竹長真紀¹、前原律子¹、大澤正人¹、
中本光春¹

【はじめに】比較的稀な胆石イレウスの症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】患者は60歳代女性、既往にWPW症候群があり、動悸、嘔吐を主訴に救急搬送された。CTで回腸に5cm大の石灰化を伴う病変とその口側腸管の拡張を認めた。腸管虚血の所見はなく、閉塞性イレウスに対してイレウスチューブにより減圧を行った後、手術を施行した。手術は上腹部で小開腹とし病変を確認、異物の嵌頓による閉塞と判断し小腸切開により異物の除去を行った。異物は5cm大で胆石であると推測された。術後、上部消化管内視鏡検査、ERCPで胆嚢十二指腸瘻を認めた。【考察】胆石イレウスは比較的稀な疾患で、一般的には術前診断が困難とされる。治療はイレウスに対しては8割に外科的治療を要し、内胆汁瘻は6割以上で自然閉鎖すると報告されている。本疾患を念頭におくことで診断、治療に寄与すると考えられた。

B04

腸管子宮内膜症による腸閉塞の1例

¹大阪市立十三市民病院
梅野真吾¹、貝崎亮二¹、枝川永二郎¹、堀 高明¹、
高塚 聡¹

症例は開腹既往のない42歳女性。3ヶ月前から生理周期に合わせて腹痛、嘔気を自覚するようになり当院消化器内科を受診した。腹部単純CT検査にて小腸の拡張を認め、腸閉塞と診断され入院した。入院後、腹部造影CT検査を施行したところ回盲部に腫瘍性病変を認めたため当科紹介された。病歴より腸管子宮内膜症による小腸イレウスを疑ったが、悪性腫瘍の可能性を否定出来ないため、手術を施行した。開腹したところ回腸末端に腫瘍性病変を認め、同部位より口側の腸管は拡張していた。また腫瘍性病変の口側腸管にブルーベリースポットを認めた。腸管子宮内膜症に伴う腸閉塞と診断し、回盲部切除術を施行した。病理組織学的検査の結果は腸管子宮内膜症に矛盾しないものであった。

今回、腸管子宮内膜症に伴う腸閉塞を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

B03

絞扼性イレウスをきたした小腸間膜裂孔ヘルニアの1例

¹西神戸医療センター 外科・消化器外科
平中孝明¹、吉田真也¹、小寺澤康文¹、安川大貴¹、
住井敦彦¹、松浦正徒¹、長井和之¹、石井隆道¹、
姜 貴嗣¹、伊丹 淳¹、京極高久¹

【はじめに】腸間膜裂孔ヘルニアは内ヘルニアに属する比較的稀な疾患であり、その多くは小腸間膜裂孔ヘルニアである。絞扼性イレウスとして発症し、進行が早く、また術前診断が困難なため、ほとんどは腸切除が必要になる。【症例】14歳男性。突然の上腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。来院時、腹部全体に圧痛を認め、苦悶表情を呈していた。腹部CTでは回腸が広範囲にわたって拡張し、壁の造影効果の不良と腹水を認めた。以上より回腸の絞扼性イレウスと診断し、緊急手術を施行した。開腹すると回腸末端部の小腸間膜に異常裂孔が存在し、そこへ小腸が陥頓し、回腸末端の口側15cmから約100cmの小腸が壊死していた。壊死小腸を切除し、機能的端々吻合した。術後経過は良好で第6病日に退院となった。【結語】小腸間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスを経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

B05

異食症による腸閉塞の1例

¹明和病院 外科
一瀬規子¹、木村文彦¹、後野 礼¹、竹中雄也¹、
小野朋二郎¹、友松宗文¹、中島隆善¹、吉江秀範¹、
生田真一¹、張 宇浩¹、岸本昌浩¹、相原 司¹、
柳 秀憲¹、山中若樹¹

【症例】30歳、男性。脳性麻痺による精神、運動発達障害あり。異食の習性があり、食餌性腸閉塞にて2度の手術、イレウスチューブ挿入による治療歴あり。紙を異食後5日目に腹痛を主訴に受診。CTで小腸の拡張と高吸収を伴う固形便貯留を認め食餌性イレウスの診断で入院、保存的加療を開始した。6日目、8日目のCTで小腸の拡張は徐々に増悪、異物は移動していなかった。発熱、腹痛増悪あり保存的治療では改善は困難と判断、開腹手術の方針となった。開腹時、小腸は著明に拡張、腹水少量あり。手動的に異物の局在を確認、同部位で小腸を切開し内腔にティッシュ塊、その肛門側に厚紙塊を認め除去した。異物周囲の小腸は高度に癒着していた。さらに口側の小腸に固く鋭利な異物を触知し、同部位で小腸を切開、クリップを摘出した。小腸粘膜に異常所見なく、切開部を縫合閉鎖し手術を終了した。術後経過は問題なく、術後11日目に退院となった。文献的考察を加え報告する。

B06

臍腸管遺残を術前診断し腹腔鏡下手術を施行した1例

¹市立堺病院 外科、
²市立堺病院 救急外科
山口勇太¹、蛭原 健²、中田 健¹、市場雄大¹、
笹松信吾¹、西 秀美²、平木洋子¹、清水克修¹、
天野浩司²、加藤文崇²、浜川卓也¹、星野宏光¹、
富田栄美子¹、山村 順¹、森田正則²、臼井章浩²、
池田直樹¹、山本為義¹、神垣俊二¹、川瀬朋乃¹、
辻江正樹¹、木村 豊¹、中田康城²、大里浩樹¹

臍腸管遺残は、胎生期の卵黄嚢と胎児腸管を連絡する臍腸管が遺残したものである。症例は開腹歴のない22歳、男性。心窩部痛と嘔吐を主訴に受診し、腹部CTでイレウスと診断。絞扼を疑う所見を認めなかったため緊急手術は行わず、イレウス管での減圧を行った。CTで臍の腹膜面から腸管へ連続する構造物を認め、臍腸管遺残に伴うイレウスと診断し、待機的に手術を行う方針とした。入院5日目に腹腔鏡下試験開腹術を施行。腹腔内の観察でイレウスは改善していたが、臍腸管遺残を認めた。臍部のポート創を小開腹し、臍腸管を含め小腸部分切除術を施行した。臍腸管遺残は開腹歴のないイレウス症例において鑑別すべき疾患である。しかし、画像診断は困難で、絞扼性イレウスを否定できず、緊急開腹となるケースが多い。今回、術前に臍腸管遺残と診断でき、腸管内を減圧したのちに腹腔鏡で手術を行った臍腸管遺残の1症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

B08

クローン病に対する術前経腸栄養療法と術後合併症および在院日数の検討

¹和歌山県立医科大学 第二外科
中村有貴¹、瀧藤克也¹、堀田 司¹、横山省三¹、
松田健司¹、渡邊高士¹、三谷泰之¹、家田淳司¹、
山上裕機¹

術前栄養状態不良のクローン病症例に創感染や腹腔内感染、縫合不全などの術後合併症が起りやすいことが報告されており、術前完全静脈栄養の術後合併症減少効果を示唆する報告も散見される。しかし、これまでに術前栄養評価および術前経腸栄養の術後合併症減少効果を検討した報告は少ない。今回われわれは2006年6月から2014年10月までに当科で腹腔鏡下腸切除術を施行した23症例の CONUT score を用いた術前栄養評価および術前経腸栄養と術後合併症、在院日数の関係につき検討したので報告する。結果：23例中5例に術後合併症を認めた。また、栄養投与量および術前栄養状態と術後合併症に有意な相関関係は認めなかったが、術後在院日数が10日未満であった症例で有意に術前栄養状態が良好であった。結語：クローン病術前の栄養状態の改善が術後在院日数の短縮につながるということが示唆された。

B07

診断に苦慮し腹腔鏡下回盲部切除となったクローン病の一例

¹神鋼病院 外科
高田尚哉¹、浅利建吾¹、石井正之¹、長谷川寛¹、
秋山泰樹¹、小松原隆司¹、錦織英知¹、
古角祐司郎¹、小泉直樹¹、上原徹也¹、藤本康二²、
東山 洋¹、山本正之¹

【はじめに】今回、70代女性において確定診断に手術を要したクローン病の一例を経験したため報告する。【症例】70代、女性。【現病歴】二年前より断続的に下痢、発熱、嘔吐をくり返し、約半年前から腸閉塞を呈するようになった。小腸内視鏡では終末回腸に多発びらんや小潰瘍を認め、狭窄を呈していた。同部位の生検でも診断がつかなかった。保存的治療では改善せず腸閉塞に対して腹腔鏡下回盲部切除を行った。【肉眼所見】回腸末端には非連続性の縦走潰瘍がみられ、敷石状変化および全周性狭窄がみられる。【病理所見】組織学的には粘膜から漿膜までのリンパ球集簇が全層性にみられ、潰瘍内部には裂溝形成を認め、類上皮細胞性肉芽腫を一部に認めた。【結語】診断に苦慮し、腹腔鏡下回盲部切除となったクローン病の一例を経験した。

B09

腹部皮下膿瘍を契機に診断された異物誤飲の治療経験

¹大津市民病院外科・消化器外科・乳腺外科
青山紘希¹、井ノ口健太¹、近藤祐平¹、横山大受¹、
橘 強¹、中右雅之¹、洲崎 聡¹、岡部 寛¹、
光吉 明¹、柳橋 健¹

症例は80歳女性。既往にパーキンソン病、子宮癌による開腹手術歴あり。ADLは自立しており異物誤飲のエピソードはかつてなかった。腹部腫瘍を主訴に救急外来受診されCTにて爪楊枝と思われる異物が小腸から腹壁へ穿通し先端に皮下膿瘍を形成していると所見を認めた。切開排膿術施行し、2日後にCT撮影したところ異物は小腸内へ移動していた。その後2週間の間、保存的加療にて経肛門的に排泄されることを期待したがCTにて異物の位置変化認められず開腹異物除去、瘻孔部小腸切除縫合術施行した。異物は爪楊枝であった。術後1週間に縫合不全にて小腸切除術施行したが、その後は問題なく経過し現在退院調整中である。爪楊枝誤飲による消化管穿孔は本邦では20例余り報告されているが、小腸穿孔後腹膜炎を起こさず腹壁へ穿通したことで皮下膿瘍を形成した症例はかつてないため若干の文献的考察を加えてここに報告する。

B10

腸重積を伴う回腸粘膜下脂肪腫に対し Reduced port surgery を施行した1例

¹京都市立病院 外科

吉村直生¹、井上英信¹、上本裕介¹、花本浩一¹、
玉木一路¹、久保田恵子¹、玉置信行¹、伊藤鉄夫¹、
小濱和貴¹、上 和広¹、里 輝幸¹、松尾宏一¹、
山本 栄司¹、森本 泰介¹

症例は51歳の女性。健診で便潜血陽性を主訴に前医受診。大腸内視鏡検査にて回腸末端からバウヒン弁をこえ上行結腸に陥入する腫瘍性病変を指摘された。出血や通過障害の原因となる可能性が高く、手術加療目的に当科紹介受診となった。当院にて腹部造影 CT 施行し、回腸から上行結腸内に陥入する約3cmの有茎性腫瘍が指摘され、脂肪腫が疑われた。また腫瘍の陥入に伴い小腸結腸重積を認めた。良性疾患に対し、低侵襲性や審美性を考慮し、本例に対して Reduced port surgery として腹腔鏡補助下回盲部切除術（再建は体腔外にて機能的端端吻合）を施行した。手術時間166分、出血量86gであった。術後経過は順調であり、POD2に飲水開始、ドレン抜去。POD4に経口摂取開始し、POD7退院となった。病理組織診では脂肪腫の診断であった。今回、腸重積をともなう回腸脂肪腫に対し、Reduced port surgery として腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した1例を経験したので報告する。

B12

局所陰圧閉鎖療法が奏功した術後小腸瘻の一例

¹地方独立行政法人りんくう総合医療センター
大阪府泉州救命救急センター Acute Care
Surgery センター

高山和之¹、水島靖明¹、中田孝明¹、渡部広明¹、
松岡哲也¹

【症例】60歳女性。S状結腸がんの穿孔による汎発性腹膜炎に対して、ハルトマン手術を施行した。術後26日目、挙上結腸と皮下に瘻孔を形成し、便の漏出を認めた。術後32日目、周囲の皮膚びらんが強いため、結腸を挙上して人工肛門の再造設を行ったが、腹腔内の癒着が強く、剥離に難渋した。小腸の漿膜を一部損傷したため、単純閉鎖を施行した。再手術より1週間後、人工肛門の12時方向の皮膚が離開し、皮下に胆汁様の腸液を1日約300ml認め、小腸瘻と診断した。腸液と便の漏出で創の汚染が高度であったために、10Frの吸引チューブを瘻孔の周囲に挿入し、パウチを通して-50cmH2Oで持続吸引をかけ、汚染を避けるようにした。連日皮下を洗浄したところ、瘻孔は縮小し、創閉鎖が得られた。【結語】腹膜炎術後の小腸瘻に対して、独自の陰圧閉鎖療法を用いて、良好な経過を得ることができた一例について報告する。

B11

子宮広間膜裂孔ヘルニア修復後に発症した遅発性小腸狭窄の1例

¹市立ひらかた病院 消化器外科

亥野春香¹、木下 隆¹、井上 仁¹、鱒淵真介¹、
大関舞子¹、斎藤明菜¹、北田和也¹、森田真照¹

症例は46才女性。腹痛を主訴に受診し、腹部CT検査にてイレウスと診断された。経鼻イレウス管挿入による保存加療で軽快せず、手術を施行した。鏡視下観察にて左子宮広間膜に裂孔を認めたが、小腸は嵌入していなかった。小腸を検索すると、嵌入していたことを示唆する発赤した腸管を認めたが、解除されており、腸管切除は施行しなかった。その他明らかな異常を認めず、子宮広間膜裂孔ヘルニアによるイレウスと判断し、裂孔部を縫合閉鎖した。術後7病日退院となったが、14病日に再度イレウスにて入院となった。保存加療にて改善せず、鏡視下に手術を施行した。前回手術時に嵌頓していたと考えられる小腸が肥厚・狭窄しており、小腸部分切除術を施行した。摘出標本は粘膜面に広範な潰瘍を認め、狭窄していた。今回、我々は稀な遅発性小腸狭窄の1例を経験した。ヘルニア嵌頓時には虚血性小腸狭窄が発症する可能性があることを念頭におく必要があると考えた。

B13

関節リウマチに対するトシリズマブ（アクテムラ®）の使用中に生じた回腸潰瘍穿孔の一手術例

¹地域医療機構大阪病院 外科

西山一聖¹、安政啓吾¹、水野 均¹、森本芳和¹、
岩崎輝夫¹、赤丸祐介¹、野呂浩史¹、河野恵美子¹、
岩本和哉¹、宋 智亨¹、高市翔平¹、山崎芳郎¹

70歳台の女性。関節リウマチ（RA）にて、プレドニゾロンとメトトレキサートを内服、3年前からトシリズマブ（アクテムラ®）（TCZ）の静脈投与を受けていた。8ヵ月前に下行結腸穿孔にて双孔式横行結腸人工肛門を造設していた。経過中に貧血にて下部消化管内視鏡を施行、回腸末端に潰瘍を認めたが出血はなかった。以後2ヵ月間は症状安定していたが、高度腹痛にて搬送受診した。腹部CTにて腹腔内遊離ガスおよび腹水を認め、穿孔性腹膜炎として緊急開腹した。回腸末端に穿孔を認め、回盲部切除、二連銃式人工肛門を造設した。切除回腸に多発潰瘍を認めた。術後に回腸潰瘍からの下血を認めたが保存的に改善し、術後47日目に退院した。TCZは中止した。TCZはIL-6を阻害する分子標的治療薬であるが、消化管穿孔の頻度は0.1%とされる。本症例の多発潰瘍の原因を特定することは困難だが、RAの診療にあたってはTCZの消化管に与える影響を念頭におく必要性が感じられた。

B14

化膿性尿膜管嚢胞を原因として汎発性腹膜炎に至った1例

¹大阪府立急性期・総合医療センター 外科
西村正成¹、團野克樹¹、松田 宙¹、宮崎 進¹、
久保田勝¹、本告正明¹、川田純司¹、奥村雄一郎¹、
野村雅俊¹、北川彰洋¹、松浦記大¹、藤谷和正¹、
岩瀬和裕¹、田中康博¹

症例は75歳男性。嘔気、嘔吐、腹部膨満が出現し近医受診した。イレウスを認め精査目的に当院紹介となった。CTにて尿膜管嚢胞感染があり、イレウス像を認めた。尿膜管嚢胞部への腸管癒着による癒着性イレウスと診断しイレウス管を挿入し保存的加療開始したが、腹部症状および炎症所見の改善なく翌日に緊急手術を行った。開腹すると白濁した膿性腹水と臍部から膀胱頂部にかけて化膿性尿膜管嚢胞を認めた。尿膜管嚢胞に小腸が癒着し閉塞起点となっていた。化膿性尿膜管嚢胞は穿破し汎発性腹膜炎を呈していた。尿膜管を全て含め、尿膜管嚢胞合併膀胱部分切除術を施行した。術後経過は良好で、術後15日で退院となった。病理学的診断は化膿性尿膜管嚢胞の診断であった。尿膜管嚢胞は胎生期の遺残構造物であり、しばしば感染を合併する。化膿性尿膜管嚢胞は、臍または膀胱に穿破することがあるが腹腔内に穿孔する症例は稀であり、若干の文献的考察を添えて報告する。

B16

大動脈周囲リンパ節転移を伴う進行胃癌に対する治療成績の検討

¹和歌山県立医科大学 外科学第2講座
竹内昭博¹、中村公紀¹、中森幹人¹、尾島敏康¹、
勝田将裕¹、早田啓治¹、松村修一¹、加藤智也¹、
北谷純也¹、田端宏亮¹、山上裕機¹

現在、当科では大動脈周囲リンパ節転移 (PAN) を伴う進行胃癌に対し、術前化学療法 (NAC) を行い、PAN 転移の縮小を認めた場合は大動脈周囲リンパ節郭清 (PAND) を行っている。我々が経験した組織学的 PAN 転移症例における治療成績をまとめ、PAND の有用性について検討した。対象は1999年1月から2014年3月までに当科にて手術治療を行った症例のうち、組織学的リンパ節転移陽性であった40例。全40症例のMSTは 13 ± 1.7 ヶ月、R0症例が26例でMST： 19 ± 1.7 ヶ月であった。R0症例においてPAN 転移個数が2個以下の症例 ($n=20$) のMSTが 39 ± 20.9 ヶ月、3個以上の症例のMSTが 14 ± 2.9 ヶ月であった ($p=0.027$)。またNAC 症例 ($n=19$) では、原発巣の組織学的効果がGrade1b以上の症例 ($n=8$) のMSTは 16 ± 2.3 ヶ月で、Grade1a以下症例 ($n=11$) の 9 ± 2.6 ヶ月と比較して有意に長かった ($p=0.004$)。今後、PAN 郭清の有用な症例を選出し、さらなる効果的な集学的治療の開発と選択が必要である。

B15

急性腹症を呈し腹腔鏡補助下に切除した小腸間膜リンパ管腫の1例

¹済生会中和病院 外科
辻 泰子¹、青松幸雄¹、中尾 武¹、福本晃久¹、
三宅佳乃子¹、杉原誠一¹、細井孝純¹、今川敦史¹

症例は27歳、男性。右下腹部痛を主訴に前医受診し、急性虫垂炎の疑いにて手術加療目的に当院に紹介された。当院で施行した腹部造影CTにて、腸間膜内に存在する11cm大の多房性嚢胞性腫瘍を認めた。腹部MRIではT1、T2ともに高信号を呈し、脂肪抑制では抑制されず、出血を伴う嚢胞内容液が疑われた。以上より、出血や感染を伴い急性腹症を呈した腸間膜リンパ管腫と診断し、待機的に腹腔鏡補助下に手術を施行した。腫瘍はトライツ靭帯より70cm 肛門側の空腸間膜内に多房性嚢胞性腫瘍として存在し、小腸部分切除術を施行した。術後病理検査にて腸間膜リンパ管腫と診断した。腸間膜リンパ管腫は良性疾患であるが、出血や感染、腸捻転により急性腹症を来し手術が施行されることがある。腸間膜リンパ管腫を腹腔鏡下に切除した報告例は少なく、今回、術前診断し待機的に腹腔鏡補助下に手術を施行した症例を経験したので報告する。

B17

腹腔動脈浸潤胃癌に対し、Appleby 手術で術後4年3カ月無再発生存の1例

¹JCHO 神戸中央病院 外科、
²松下記念病院 外科
中川 登¹、近藤 裕¹、西村幸寿¹、曾我耕次¹、
西尾 実¹、高 利守¹、小黒 厚¹、岡野晋治²、
山根哲郎²、安川林良²

症例：50歳男性。嚥下障害を主訴に受診し、胃癌、3型、UME、Less-Post-Ant、SI (臍、腹腔動脈) の診断で化学療法 (FP、S-1+CDDP) 施行するもSD。引き続きS-1+CDDPを6カ月施行するもPD。S-1+DTXに変更し、8カ月施行し、腹腔動脈周囲リンパ節縮小し、CA19-9は1141から80と著減。遠隔転移無く、R0手術可能と判断し、Appleby 手術 (胃全摘、臍体尾部・脾切除) 施行。切除標本組織診では tub1、SI (後腹膜腔)、ly2、v1、N2 (No1-3)、stage3c、PM0、DM0、RM0、R0、末梢神経浸潤あり。術後3カ月でCT、PETにて腹腔動脈周囲の後腹膜腔局所再発。放射線照射治療 (54Gy) 施行。以後、再発所見なし。[まとめ] Bulky LNのSI 症例に対しては、拡大手術を含めた放射線化学療法により、治癒が望める可能性がある。

B18

胃癌術後孤立性臍転移切除に対して Component separations 法による腹壁再建を行った1例

¹長浜赤十字病院 外科

中村一郎¹、下松谷匠¹、東口貴之¹、谷口正展¹、丹後泰久¹、中村誠昌¹、川口 晃¹

40代女性。X-2年12月胃角部前壁0-IIc 型胃癌に腹腔鏡下幽門側胃切除術 D1+郭清を施行。病理分類は T2N0M0 Stage IB であった。X 年6月臍部に小さな腫瘍を認め、X 年9月には臍部腫瘍は増大していた。針生検を行い腺癌の診断を得た。PET-CT 検査では臍部と残胃周囲に FDG の取り込みがあったが、上部消化管内視鏡検査では残胃に腫瘍はなかった。X 年11月審査腹腔鏡検査を施行し、横行結腸の一部に臍部腫瘍が浸潤していたが、腹膜播種はなく腹水洗浄細胞診陰性であった。胃癌の孤立性臍転移と判断し、X 年12月、臍転移切除+横行結腸部分切除術、腹壁再建に Component separations 法を行った。消化管切除合併腹壁欠損再建に人工物は使えない。Component separations 法は自己組織を用いる簡便な腹壁修復法である。胃癌孤立性臍転移とあわせ、文献的考察を交え報告する。

B20

診断に難渋した胃びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の1例

¹宇治徳洲会病院 外科

仲原英人¹、高岸智子¹、日並淳介¹、板野秀樹¹、梶原正章¹、金児 潔¹、仲井 理¹

症例は80歳、女性。空腹時上腹部痛、違和感を自覚し近医受診したところ潰瘍病変疑われ紹介受診となった。初回上部内視鏡検査結果は胃体下部大弯前壁に不整潰瘍認めたが生検結果は Negative であった。後日上部内視鏡検査再検したところ病理検査にて diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) を疑う所見であり、他臓器に異常所見認められなかったことから胃原発性悪性リンパ腫と診断した。尚、血中 Helicobacter pylori (以下、HP) 抗体の陽性も確認されたため除菌療法を行った後、全身麻酔下にて幽門側胃切除術 (D1郭清+Billroth II 法再建) 施行した。切除検体の病理検査では DLBCL の診断であった。また No3、No4d リンパ節にそれぞれ1つずつ DLBCL の浸潤を認め、術後補助化学療法として抗 CD20モノクローナル抗体 (リツキシマブ) を計8クール施行。術後4ヶ月経過時点で再発所見は認めていない。本症例に対し文献的考察を加え報告する。

B19

食道胃接合部に発生した胃内分泌癌の1例

¹昂会 日野記念病院 外科、

²昂会 日野記念病院 乳腺外科

東田宏明¹、徳田 彩¹、糸井尚子²、内藤弘之¹、花澤一芳^{1,2}

症例は68歳男性。吐血のため救急搬送された。内視鏡検査で食道胃接合部から穹隆部にかけての長径26mm の SMT 様腫瘍が発見され、病理検査の結果、内分泌細胞癌と診断された。精査にて多発肝転移も見つかり、当院へ紹介となった。下部食道、噴門側胃切除を行った。組織学的には chromogranin A、synaptophysin 陰性、NSE 陽性であり、深達度 SS の内分泌細胞癌であった。抗癌剤感受性検査の結果、5FU、TXT、CCDP に感受性が見られた。HER2は陰性であった。術後、化学療法を行い、一時 CR となったが、再発し、1年6ヶ月後、永眠された。胃接合部に発生した内分泌細胞癌は報告例が少なく、文献的考察を加え報告する。

B21

術前診断に苦慮した類上皮細胞型 GIST の一例

¹兵庫県立西宮病院 消化器外科

加藤晃士¹、濱野梨絵¹、三木宏文¹、徳山信嗣¹、久保維彦¹、柳澤公紀¹、吉岡慎一¹、太田英夫¹、柏崎正樹¹、福永 睦¹、小林研二¹

(はじめに) GIST の組織学的所見は、多くが紡錘形細胞型で、類上皮細胞型は20%と報告されている。今回我々は比較的稀な類上皮細胞型の GIST を経験したので報告する。(症例) 48歳男性、下血・腹痛を主訴に近医を受診し、肝癌の切迫破裂疑いで当院に救急搬送となった。造影 CT にて、肝左葉に接する腫瘍と肝下方および胃の前面に血腫を認めた。腹部血管造影で同部位に濃染像を認め、塞栓し止血した。術前診断は大網か胃原発の腫瘍で、GIST の他、炎症性筋繊維芽細胞腫も疑われた。止血と確定診断目的の手術にて、胃原発と判断し、腫瘍とともに胃を部分切除した。病理検査にて、胃固有筋層より派生する類上皮細胞を認めた。免疫学的検査では c-kit (+)、CD34 (+) で、胃 GIST (類上皮細胞型) と診断した。核分裂像は <5個/50視野であった。術前に破裂をきたした臨床的に高悪性度の GIST であり、術後にイマチニブ投与を開始した。(考察) 若干の文献的考察を加えて報告する。

B22

壁外発育型巨大胃 GIST の 1 例

¹京都第二赤十字病院 外科

矢野肇子¹、山口明浩¹、松本順久¹、藤堂桃子¹、
中村吉隆¹、阿辻清人¹、柿原直樹¹、井川 理¹、
藤井宏二¹、武内瑛子¹、田中善啓¹、坂木桃子¹、
松村博臣¹、谷口弘毅¹

【症例】66歳男性。著明な腹部膨満を主訴に救急外来を受診された。腹部 CT 検査で左横隔膜下から胃噴門部を取り囲み、胃体部と肝外側区域を著明に圧排した境界不明瞭な直径20cm 大の巨大腫瘍を認めた。上部消化管内視鏡検査により、胃体部大彎前壁を原発とする巨大な胃粘膜下腫瘍と診断した。初診から手術までの20日間で、腫瘍の増大とともに発熱を認めるようになった。術中所見では腫瘍は左横隔膜に浸潤し、肝、脾臓など周囲臓器から栄養血管が増生した壁外発育型胃腫瘍を認めた。左横隔膜の一部と脾臓を合併切除し胃部分切除にて3.8Kg の腫瘍を摘出した。病理学的診断としては、免疫染色の結果、びまん性に CD34 (+)、KIT (+) を認め、約30%に MIB-1が陽性で高リスク群の GIST と診断した。術後発熱は認めなくなり、一過性に左胸水を認めたが、術後12日目に軽快退院した。今回、急速に増大する巨大な壁外発育型胃 GIST の1切除例を経験したので報告する。

B24

当科における胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡手術の検討

¹和歌山県立医科大学 第2外科

田端宏亮¹、中森幹人¹、中村公紀¹、尾島敏康¹、
勝田将裕¹、早田啓治¹、松村修一¹、加藤智也¹、
北谷純也¹、竹内昭博¹、山上裕機¹

【背景】近年、粘膜下腫瘍に対する診断技術の向上により、胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡手術が増加している。今回、当科において2010年度から2013年度までの4年間で、胃粘膜下腫瘍に対して腹腔鏡手術を施行した31例について検討を行い、考察を踏まえて報告する。【結果】31例中、術後診断が消化管間質腫瘍であった症例は29例、残りの2例は神経鞘腫であった。平均年齢は68.5歳(41-85)であった。腹腔鏡下胃部分切除術を施行した症例は20例、胃内手術を施行した症例は10例、腹腔鏡下噴門側胃切除術を施行した症例は1例であった。【考察】当科では胃内に突出した胃粘膜下腫瘍には、積極的に胃内手術を施行しているが、胃壁の損傷部位の問題や創部汚染の問題などの問題点が挙げられる。今後は胃内突出型の粘膜下腫瘍に対して、腹腔鏡内視鏡合同手術(LECS)を積極的にを行い、胃内手術と比較検討する必要があると考えられた。

B23

腹腔内出血を来した10cmの胃 GIST

¹三菱京都病院 消化器外科

中村清邦¹、田中崇洋¹、内藤雅人¹、尾池文隆¹、
岡田憲幸¹

症例は64歳女性。冷汗を伴う強い上腹部痛にて近医受診。精査するも異常なく一旦経過観察されていた。2ヶ月後再び強い腹痛あり、胃カメラでは異常はなかったがHb 9.4と貧血を認め、CT 施行。腹腔内出血と壁外性に突出した約10cmの胃 GIST を疑われ、当院紹介受診。手術適応と診断した。手術時、血性腹水1.9Lを認め、胃体上部に壁外性に突出した弾性軟な被膜を持つ腫瘍を認め、一部左横隔膜に浸潤していた。腫瘍を含めた胃局所切除、左横隔膜合併切除を施行した。病理にて播種を伴う胃 GIST と診断された。核分裂像は2/50HPF であり、Fletcher 分類では高リスク、UICC 第7版では組織学的 StageIV であった。術後はグリベックを内服し、現在再発はない。今回腹腔内出血を来した10cmの胃 GIST を経験したため、GIST の治療方針について報告する。

B25

胃全摘後 ρ 部分院食物貯留を来し、切除を要した一例

¹淀川キリスト教病院 外科、

²淀川キリスト教病院 消化器内科

田井謙太郎¹、若原智之¹、李 東河¹、宮本 光¹、
白川幸代¹、粟津正英¹、前田哲夫¹、花田庄司¹、
田上修司¹、芦谷博史¹、土田 忍¹、植野 望¹、
豊川晃弘¹、山岡優子²、菅原 淳²

症例は64歳男性。約30年前に胃癌で胃全摘術 ρ 型 Roux-en Y 再建を受けた。10年来繰り返していた嘔吐が増悪する為、受診。イレウスの診断で保存的に加療を行うも改善せず、手術適応と判断した。開腹所見では ρ 型 Roux-en Y 再建の Y 脚より肛門側40cmの部位に狭窄を認め、その部位より口側の小腸が拡張していた為、癒着剥離を行い手術を終了した。術後一旦症状は改善したが、術後14日目にイレウス症状を再発し、再度、手術加療を行った。 ρ 部分が限局的に著明に拡張していたが、明らかな閉塞機転を認めず、骨盤内に至る長い ρ 部分に食物が貯留することが、繰り返す嘔吐の原因と判断した。 ρ 部分の切除を行い、食物が流れる経路を通常の Roux-en Y と同様にした。術後、経口摂取状況は改善し、嘔吐も認めず経過している。胃全摘後の再建において ρ 部分を長くすることで鬱滞を生じる危険性があることを示唆する症例であり、文献的考察を加え報告する。

B26

腹腔鏡下胃全摘術の再建に機能的端々吻合を行ったことにより遅発性通過障害をきたした一例

¹滋賀県立成人病センター 外科

青山龍平¹、財間正純¹、四元文明¹、山本秀和¹、
原田英樹¹、辻和香子¹、山本道宏¹、山田理大¹、
矢澤武史¹、川添准矢¹、谷 昌樹¹、尾川諒太郎¹、
木田裕也¹、住田公亮¹

症例は75歳、男性。胃体上部胃癌に対して腹腔鏡下胃全摘、機能的端々吻合による Roux-Y 再建術を施行した。術後6か月目より軽い通過障害を自覚するも、嘔吐もなく経口摂取可能であったため経過観察としていたが、術後14か月目に突然経口摂取不可能となった。食道造影検査を行ったところ吻合部は縦隔内に位置して拡張しており、吻合部より肛門側の挙上空腸は造影されるまで時間を要し、ようやく造影された形態も横隔膜の部分でくぼし状の狭窄所見を呈していた。横隔膜脚による挙上空腸狭窄と診断し手術を行った。前回手術で切除された左横隔膜脚周囲の癒着は軽度であり、同部位をヘルニア門として吻合部より肛門側の挙上空腸が縦隔内に入り込んでいた。吻合部を切除し、自動吻合器で端々吻合を行ったところ、経口摂取可能となった。食道空腸吻合に機能的端々吻合を行ったことにより特異的な遅発性通過障害が発生したと考えられたので報告する。

B28

術前に Petersen's hernia と診断した胃全摘後の腸閉塞の一例

¹宇治徳洲会病院 外科

影井祐介¹、増田道彦¹、仲井 理¹、金児 潔¹、
板野秀樹¹、梶原正章¹、富山英紀¹、日並淳介¹、
高岸智子¹、菱川恭子¹、小林壽範¹、仲原英人¹

Petersen's hernia (以下 PH) は Roux-Y (R-Y) 再建後、挙上空腸と横行結腸間膜の間隙に嵌り込むヘルニアである。胃癌や肥満患者に対して腹腔鏡下 R-Y 再建が施行されるにつれ報告例が増えているが、開腹では比較的可れとされている。今回、開腹胃全摘後に生じた同ヘルニアを経験したので報告する。症例：72歳男性、残胃癌に対して全摘及び前結腸経路による R-Y 再建を施行した。病理診断は pT2N1M0、HER-2 (+)、Stage IIA であり補助化学療法として cape+CDDP+Her2療法を施行していた。術後92日目に急な腹痛のため来院、腹部 CT 検査で上腸間膜動脈の Whirl sign 認めた事から胃全摘後の絞扼性イレウスとして PH を疑い緊急手術となった。Petersen's defect の左側から吻合部を含めた小腸の大半が陥入していた。血流障害は軽度で腸切除は行わず同部位を閉鎖し手術終了した。

B27

腹腔鏡下胃袖状切除術中に自動吻合器による胃管嘔み込みが起きた1例

¹滋賀医科大学 消化器外科

大竹玲子¹、山口 剛¹、貝田佐知子¹、村田 聡¹、
山本 寛¹、赤堀浩也¹、太田裕之¹、園田寛道¹、
清水智治¹、塩見尚礼¹、仲 成幸¹、谷 眞至¹

高度肥満症に対する腹腔鏡下減量手術は本邦でも増加傾向にある。当院は2008年より現在までに腹腔鏡下胃袖状切除術を32例施行し安全に治療が行えている。LSG において自動吻合器を多用するが、胃管の嘔み込みという稀なトラブルを経験したので手術画像を供覧して報告する。症例は34歳、男性。病的肥満 (BMI 36) に対し LSG を施行した。幽門側より自動吻合器を用いて胃の切離を開始、合計5本の吻合器を使用した。4本目の切離の時抵抗を感じたがそのまま続行、5本終了後に断端を埋没するため縫合を開始した時点で麻酔科医が胃管を引き抜こうとしたところ、胃管が固定され抜去困難であることに気づいた。胃管を嘔み込んだ部分の胃断端を切離し手縫いにて修復した。術後合併症なく経過良好にて術後9日目に内科へ転科となった。内視鏡外科手術の基本ではあるが、LSG では、自動吻合器の使用に伴うトラブルも稀ではなく、これらに対応できるような技術が必要である。

B29

重症心身障害児で噴門形成術後に吞気による再発をきたした1例

¹滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺一般外科

久保田良浩¹、坂井幸子¹、河合由紀¹、森 毅¹、
梅田朋子¹、大竹玲子¹、生田大二¹、前平博充¹、
貝田佐知子¹、村上耕一郎¹、北村直美¹、
赤堀浩也¹、太田裕之¹、山口 剛¹、園田寛道¹、
清水智治¹、塩見尚礼¹、村田 聡¹、山本 寛¹、
目片英治¹、仲 成幸¹、谷 眞至¹

症例は14才男児で、脳性麻痺のため胃瘻および腸瘻による管理が行われていた。唾液の誤嚥による肺炎を繰り返すため12才時に喉頭気管分離を施行された。その頃より吞気を認めるようになった。その後、胃食道逆流が増悪し嘔吐が頻回となり体重減少を認めるようになったため、13才時に噴門形成術を施行した。術後吞気がさらに頻回となり、術後3か月で胃食道逆流の再発をきたした。経胃瘻空腸チューブを留置し胃瘻から脱気を行っていたが、症状の改善は得られなかった。14才時に再手術を施行した。手術は食道と胃を離断し、食道-空腸吻合を施行しその空腸をストーマとした。術後も吞気は続き、食道と吻合した空腸の拡張を認め胃瘻からの注入が困難であったが、ストーマのパウチの持続吸引により現在は胃瘻からの経腸栄養が可能となっている。本症例のように吞気の強い症例では、噴門形成術よりもこのような術式の方が有用と思われる。

B30

当院における腹腔鏡下袖状胃切除術の治療成績と今後の展望

¹滋賀医科大学 消化器・乳腺一般外科

山口 剛¹、山本 寛¹、大竹玲子¹、貝田佐知子¹、村田 聡¹、生田大二¹、前平博充¹、北村直美¹、赤堀浩也¹、太田裕之¹、園田寛道¹、森 毅¹、清水智治¹、塩見尚礼¹、久保田良浩¹、仲 成幸¹、谷 眞至¹

高度肥満症に対する腹腔鏡下減量手術は肥満関連合併症を改善する効果も有する。我が国では2014年4月に腹腔鏡下袖状胃切除術 (LSG) が保険適応となった。当院では2008年よりLSGを施行し、現在まで施行した30例の% Excess Weight Lossは術後1年で73% (n=25)、術後2年で77% (n=8)、術後3年で68% (n=7) であった。2型糖尿病を有し術後1年以上経過観察した9例中3例が Complete Remission、2例が Partial Remission であった。高血圧16例中改善15例 (93.8%) うち治癒11例 (68.8%)、脂質異常症は17例中改善10例 (58.8%) うち治癒6例 (35.3%) であった。減量外科治療は今後代謝疾患の改善・治癒を目的とするメタボリック・サージェリーに重点を移していくと思われる。

B32

魚骨が胃壁に穿通し手術を施行した1例

¹神戸労災病院 外科

劉 正夫¹、上野公彦¹、上月亮太郎¹、下山勇人¹、小南裕明¹、川崎健太郎¹、佐溝政広¹、前田裕巳¹

症例は71歳女性。2014年11月下旬より腹痛を自覚し近医受診。症状改善せず原因が特定出来ないため当科紹介となった。腹部CTを施行したところ約2cm大の魚骨の胃幽門壁への穿通と診断され、摘出目的で上部内視鏡検査施行。胃幽門部の粘膜に浮腫状の変化見られるも異物は確認されず。2015年1月に手術施行。臍部に約3cmの皮膚切開をおき開腹したところ直下に胃壁より突出した異物を確認したため、胃壁に約5mmの切開をおき異物を抜去。切開部を縫合閉鎖し手術を終了した。術後の経過は良好でSPODに退院となった。術後腹痛は消失した。術前の患者への問診で11月中旬に鯛を摂食していたことがわかり、原因は鯛の魚骨の誤飲と判断した。文献的にも誤飲する魚骨の種類は鯛が最も多い。また魚骨誤飲の診断にはCTが有用であり、原因不明の腹痛の鑑別診断の一つとして念頭に置くべき疾患と考えられた。

B31

腹腔鏡下胃袖状切除術における減量効果良好群と不良群の検討

¹滋賀医科大学 外科学講座

貝田佐知子¹、山口 剛¹、大竹玲子¹、村田 聡¹、山本 寛¹、生田大二¹、前平博充¹、北村直美¹、村上耕一郎¹、太田裕之¹、赤堀浩也¹、園田寛道¹、森 毅¹、清水智治¹、塩見尚礼¹、久保田良浩¹、仲 成幸¹、谷 眞至¹

当院は2008年より現在までに高度肥満症に対して腹腔鏡下胃袖状切除術 (LSG) を30例施行しており、チーム医療の下、安全に治療が行えている。LSGの減量効果に影響する因子について検討した。当院でLSGを施行し術後1年経過した症例25例中、術後1年のフォローアップができ、かつ栄養指導を行った20例を対象とし、術後1年の% EWL (Excess weight loss) が50%以上の効果良好群16例と50%未満の効果不良群4例に分類し、食事の摂り方や運動の有無等について検討を行った。2群間で性別、外科初診時BMI、生活習慣 (間食の有無、運動の有無) 等に差は認めなかった。術後3カ月の% EWL (良好群: $56.7 \pm 15.1\%$ / 不良群: $27.6 \pm 17.0\%$) と術後1年時の1日の摂取カロリー (良好群: $943 \pm 289\text{kcal}$ / 不良群: $1463 \pm 403\text{kcal}$) に有意差を認めた。今後さらに症例を集積し検討する。

B33

腹腔鏡補助下経皮内視鏡的胃瘻造設術を施行した1例

¹市立芦屋病院 外科

佐々木亨¹、田守登茂治¹、浦野尚美¹、三方彰喜¹、水谷 伸¹、小関萬里¹

症例は88歳女性。脳梗塞後遺症にて経口摂取困難となり半年前に他院でPEG造設され、PEG交換目的に来院。既に留置されているPEGを抜去し新しいPEGボタンを挿入し内視鏡で確認したが胃内にPEGボタンを認めず瘻孔を認めた。CT及び瘻孔造影にて皮膚からの瘻孔は横行結腸である事が確認され、初回PEG造設時に皮膚結腸胃瘻が作成されたと判明した。瘻孔自体は完成されておりPEG抜去後は腹膜炎の発症なく数日で自然閉鎖した。家人より再度胃瘻造設の希望があり、通常のPEG造設では横行結腸損傷の危険性が高いと判断しPEGボタン抜去後21日目に腹腔鏡補助下経皮内視鏡的胃瘻造設術を施行した。手術時間1時間35分、出血量5ml。腹腔鏡補助下経皮内視鏡的胃瘻造設術は胃の腹側に横行結腸など他臓器が存在し穿刺困難である場合に低侵襲かつ簡便に施行可能で、また肉眼的に確認しながら施行する事ができ有用な解決法であると考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

B34

特殊組織型食道癌27手術症例の検討

¹大阪市立大学 第2外科
橋場亮弥¹、岸田 哲¹、李 榮柱¹、藤原有史¹、
形部 憲¹、大杉治司¹

【はじめに】わが国の食道がんにおいて95%以上は扁平上皮癌と腺癌で、その他の食道上皮性悪性腫瘍は特殊組織型の食道癌といわれる。【目的】特殊組織型の食道癌手術症例の予後因子を明らかにする。【対象】当科において、1998年から2014年までの間に食道切除術が施行された食道癌872例中、病理学的に非扁平上皮癌かつ非腺癌と診断された27例。【方法】各組織型で臨床病理学的特長と術後生存率を検討した。【結果】男女比は22対5で平均年齢は60.4 (52-79) 歳。組織型は類基底細胞癌9例、癌肉腫7例、腺扁平上皮癌4例、小細胞癌 (内分泌細胞癌と未分化癌) 7例であった。全体の5年生存率は59.5%、再発のほとんどが2年以内であった。【考察】特殊組織型食道癌では2年以内の再発が多いが、長期生存も少なからず存在していた。類基底細胞癌と小細胞癌においてはly2以上の高度脈管浸潤が予後不良因子と推測された。

C01

急性心筋梗塞後左室自由壁破裂 (blow out 型) の一例

¹奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科
山下慶悟¹、阿部毅寿¹、多林伸起¹、早田義宏¹、
廣瀬友亮¹、丹羽恒介¹、武村潤一¹、谷口繁樹¹

【症 例】78歳、男性。平成26年2月意識消失し救急要請となった。当院救急科に搬送途中、心肺停止となった。救急科でアドレナリンが投与されるも心拍再開せず、PCPSが挿入された。胸部CT検査では上行大動脈に解離は認めず、心嚢液を認めた。当院循環器内科で経皮的心嚢ドレナージが施行され、血性心嚢液の排出を認めた。急性後壁梗塞に伴う心破裂と診断され、当科紹介、緊急手術とした。直ちに胸骨正中切開を施行し心タンポナーデを解除した。左室後壁に1ヵ所の破裂孔からの噴出性出血 (blow out 型左室自由壁破裂) を確認した。人工心肺下にフェルトストリップを用いた直接縫合閉鎖およびウシ心膜とGRF glueを用いた圧迫で止血を得た。術後、遷延性意識障害を認め、頭部CT検査で低酸素脳症と診断された。術後18日目に気管切開を行い、術後114日目転院となった。

B35

Transmanubrial approach による Salvage surgery を食道癌における頸胸境界部の血管浸潤リンパ節転移に対して行った2症例

¹大阪市立大学医学研究科 消化器外科学
形部 憲¹、李 榮柱¹、岸田 哲¹、藤原有史¹、
橋場亮弥¹、大杉治司¹

【はじめに】食道癌における頸胸境界部の血管浸潤を伴うリンパ節転移は日常診療にてしばしば遭遇する。今回我々は Transmanubrial approach により、Salvage surgery を行った2症例を報告する。【症例】1、70歳男性。食道癌根治術後に左頸部気管傍リンパ節再発を認めた。CRT を施行したがリンパ節の再増大を認めたため Transmanubrial approach によりリンパ節摘出術、無名静脈、左迷走神経、左半回神経合併切除術を行った。2、66歳男性。食道癌 cStage4a の診断の元 CRT を施行した。右鎖骨上リンパ節に残存病変を認めたため Transmanubrial approach によりリンパ節摘出術、内頸静脈合併切除、鎖骨下静脈部分切除術を施行した。【まとめ】我々は、Transmanubrial approach によるリンパ節摘出術2例を経験した。いずれの症例においても重要血管と、その合流部を明視下に手術を行うことができた。食道癌の血管浸潤を伴う頸胸境界部リンパ節転移に対する有用な術式である。

C02

経皮的血管形成術に合併した冠動脈内異物に対して施行した冠動脈バイパス術の2症例

¹近畿大学 心臓血管外科
宮下直也¹、金田敏夫¹、湯上晋太郎¹、西野貴子¹、
藤井公輔¹、札 琢磨¹、井村正人¹、中本 進¹、
北山仁士¹、佐賀俊彦¹

【はじめに】経皮的血管形成術 PCI 中に、回収困難となった PCI device による冠動脈閉塞を来し、緊急的に冠動脈バイパス術 CABG を施行した2例を経験した。【症例1】69歳男性。前下行枝に99%の狭窄があり、Rotablator を用いたところ狭窄部に stuck し、抜去を試みるが成功せず緊急 CABG を施行した。【症例2】76歳女性。右冠動脈閉塞に対し緊急 PCI を施行したが閉塞部の手前でステントが脱落し、回収困難となったため、緊急的に CABG を施行した。【考察】PCI に関連した冠動脈内異物の合併症は0.5%程度と言われている。そのほとんどは血管内 device により除去されているが、稀に外科的除去が必要となる。その場合 device は高度な石灰化病変での stuck が多く、閉塞のために術後の回復に影響を及ぼす。回収が困難であれば可及的速やかに外科的除去に conversion するべきと考える。

C03

VT/VF storm と LV dysfunction を来した Large sinusoidal communication を伴う PA/IVS の1例

¹大阪医科大学附属病院 小児心臓血管外科、
²大阪医科大学附属病院 心臓血管外科、
³大阪医科大学附属病院 小児科
本橋宜和¹、根本慎太郎¹、島田 亮¹、打田裕明¹、
小澤英樹¹、勝間田敬弘²、小田中豊³、尾崎智康³、
岸 勘太³、片山博視³

Large sinusoidal communication を伴う PA/IVS 女児。生後1か月時の Blalock-Taussig Shunt 術中に、VT/VF storm から PEA となり3日間の ECMO 補助を必要とした。術後薬剤抵抗性の LV dysfunction に至り、造影では LAD 全領域の順行性冠灌流を認めなかった。生後8か月で両方向性グレンおよび心房間交通拡大を施行し経過観察中である。

C05

血管内急速進展を認めた肺動脈内膜肉腫の一手術例

¹大阪医科大学 心臓血管外科、
²大阪医科大学 呼吸器外科
福原慎二¹、島田 亮¹、小西隼人¹、本橋宜和¹、
打田裕明¹、神吉佐智子¹、大門雅広¹、小澤英樹¹、
勝間田敬弘¹、文元聡志²、市橋良夫²、越智 薫²、
佐藤 澄²、森田琢也²、花岡伸治²

81歳男性。S状結腸癌術後フォロー目的の胸腹部造影CTで、肺動脈幹から左主肺動脈にかけて血管内腫瘍を認めた。FDG-PETで同部位への集積を認め肺動脈内悪性腫瘍が疑われた。明らかな転移巣や末梢塞栓も認めず根治的に手術に臨んだ。完全循環停止下に肺動脈を切開し腫瘍を確認したところ、腫瘍は肺動脈幹前壁から左主肺動脈にかけて付着し、一部血管壁に浸潤していた。強固に癒着した部分は肺動脈壁ごと摘出し、付着の程度が軽度の部分は正常壁成分を残すように内膜摘除して切除した。腫瘍は左肺下葉区域枝に進展しており完全切除できなかった。病理結果は動脈内膜肉腫であり、残存病変からの再発が危惧されたため1週間後に左肺下葉切除+舌区区域切除を施行した。しかし切除断端陽性であったため追加化学療法(anthracycline、pazopanib)を施行している。術後8ヶ月で生存しており外来経過観察中である。

C04

狭心痛を契機に発見された右室源性血管腫の1例

¹岸和田徳洲会病院 心臓血管外科
小島三郎¹、東上震一¹、畔柳智司¹、薦岡成年¹、
降矢温一¹

53歳男性 既往歴なし。入浴時の胸部不快感を主訴に健診を受診。心臓超音波検査にて右室流出路腫瘍を指摘され、当院へ紹介。右室流出路付近に19×31mmの可動性腫瘍を確認し、当科入院となった。術前に行った冠動脈CTにて右冠動脈に高度狭窄病変あり、同時手術の方針とした。上行大動脈送血、右房脱血により人工心肺確立、大動脈遮断、順行性心筋保護にて心停止を得て手術施行。右室流出路切開にて右心室の有茎性腫瘍を確認。一部正常心筋をそぐ形で腫瘍を一塊に切除した。右室はフェルト補強の上、単純閉鎖した。冠動脈バイパス術を併施した。術後経過は非常に良好で術後10日目に自宅退院した。摘出腫瘍は海綿状血管腫であった。心臓腫瘍はまれな疾患であるが、血管腫はその中でも極めてまれで3-5%とされている。今回我々は狭心痛を契機に発見された血管腫の手術機会を得て、良好な成績を得ることができたので文献的考察を加えて報告する。

C06

結腸癌手術に先行して冠動脈バイパス術を行った1例

¹京都府立医科大学 心臓血管外科
山下英次郎¹、土井 潔¹、沼田 智¹、山崎祥子¹、
小林卓馬¹、眞鍋嘉一郎¹、夜久 均¹

症例は80歳男性。軽度の労作時での胸痛を自覚。二年前に食道癌の診断、フォローアップ中に上行結腸癌を指摘された。冠動脈造影検査にて左主管部病変+重症三枝病変を認めた。心臓超音波検査では左室の壁運動異常は認めなかった。軽労作での胸痛の出現、左主幹部+三枝病変であることを考えると消化器手術時の周術期心筋梗塞のリスクが高いと考えられ、冠動脈バイパス術を先行して行う事とした。手術は人工心肺非使用冠動脈バイパス術三枝(RITA-LAD、LITA-OM、Ao-SVG-4PD)を施行。術後経過は順調であった。術後21日より抗血小板薬中止しヘパリン化行い、術後31日で腹腔鏡下結腸右半切除施行。術後経過順調にて術後15日で退院した。現在外来でフォロー中であるが特に問題を認めていない。今回、冠動脈疾患をともなった消化器癌患者の手術を段階的に行い良好な結果を得た。文献的考察を加えて報告する。

C07

生体腎移植後に抗リン脂質抗体症候群を合併した大動脈弁置換術の1例

¹滋賀医科大学 心臓血管外科

坂倉玲欧¹、宮下 史寛¹、森本政憲¹、榎本匡史¹、
藤野 晋¹、木下 武¹、乃田浩光¹、鈴木友彰¹、
浅井 徹¹

はじめに：抗リン脂質抗体症候群（APS）を合併した弁置換術の急性期合併症率、死亡率は非常に高い。症例：66歳、女性。42歳時にSLEを原疾患とするループス腎炎に対して生体腎移植を施行された。その後APSを合併し両下腿の血栓性静脈炎を反復していた。以上の経緯からプレドニゾロン7.5mg/日と免疫抑制剤2剤を内服していた。2014年11月に急性心不全で入院、心エコーで弁口面積0.63cm²の重度大動脈弁狭窄症を認め、手術適応とされた。eGFR24.3 (ml/分/1.73m²)と高度腎障害を認めるも非透析であった。胸骨正中切開で生体弁によるAVRを施行した。術日よりステロイドパルス療法を行い、術翌日にプレドニゾロン、免疫抑制剤の内服を再開した。術後8日目に心嚢液貯留し心嚢ドレナージを行ったが、ほか出血合併症、血栓塞栓症、透析導入、感染症なく術後24日目に軽快退院した。結語：腎移植後にAPSを合併した症例に対するAVRを経験したので文献的考察を加え報告する。

C09

好酸球性心筋炎による右房拡大に伴う三尖弁閉鎖不全に対する手術の一例

¹滋賀医科大学 心臓血管外科

宮下史寛¹、木下 武¹、森本政憲¹、榎本匡秀¹、
藤野 晋¹、坂倉玲欧¹、乃田浩光¹、鈴木知彰¹、
浅井 徹¹

症例は56歳女性。2010年5月より労作時易疲労性と全身倦怠感を自覚。血液検査にて好酸球増加、BNP上昇、心エコーにて著明な右房拡大、三尖弁閉鎖不全、心嚢液貯留を認めた。以上から好酸球性心筋炎を疑い、ステロイド内服にて治療を開始。しかし、症状、検査所見に変化なく、手術適応と判断。手術は胸部正中切開、上行大動脈送血、上下大静脈脱血にて体外循環を確立。右房を切開すると右房の著明な拡大を認めた。双電極では心房波形を認め、右房化右室は認めなかった。右房拡大に伴って三尖弁輪は著明に拡大していた。右室内には線維化、狭小化を認めた。可及的に右室内の線維化組織を摘除し、自己心膜パッチを用いて三尖弁を右房側にtranslocationすることで右室を拡大した。リングによる三尖弁輪縫縮を行った。術後経過は良好であり、術後14日目に自宅退院となった。術後3ヶ月の経胸壁心エコーにてTRはtrivial-mildであり、心窩部膨満感の軽快を認めた。

C08

重症肺高血圧を伴った僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁置換術を施行し、肺動脈圧の著明な改善を認めた1例

¹滋賀県立成人病センター

藤原靖恵¹、朴 昌禧¹、勝山和彦¹

症例は58歳男性、主訴は腹部膨満。数か月前より腹部膨満感を自覚し、症状増悪のため他院を受診。心拡大および大量腹水の貯留を認め、重症の右心不全に診断のもと当院へ治療目的のため入院。心エコー検査で4度の僧帽弁閉鎖不全症（MR）を認め、右心室の拡大および約110mmHgの肺高血圧を認めた。肺動脈CTおよび肺血流シンチでは肺動脈血栓塞栓症は認めなかった。右心不全症状が主体の重症肺動脈高血圧症で、症状の進行が早く、予後改善には、MRへの手術介入が第一選択と判断され、待機的に前後尖温存僧帽弁置換術を施行した（SJM弁29mm）。Pp/Psは麻酔導入時1.0であったが、人工心肺離脱時は0.6まで改善した。術翌日にはPp/PSは0.5まで改善し抜管できた。術後2日目にはPp/PSが0.3まで改善。その後は特に問題なく経過した。この症例の肺高血圧は、MRが原因と判断されたが、臨床症状は右心不全が中心で肺うっ血はなく、術前に診断することは困難であった。

C10

先天性パラシュート型僧帽弁に対して僧帽弁形成術を行った1例

¹神戸大学 心臓血管外科

池野友基¹、河野淳則¹、藤本将人¹、後竹康子¹、
阿部陸之¹、松枝 崇¹、井澤直人¹、山里隆浩¹、
宮原俊介¹、野村佳克¹、佐藤俊輔¹、北村アキ¹、
高橋宏明¹、井上 武¹、松森正術¹、大北 裕¹

症例は66歳男性。1年前に全身浮腫を主訴に前医を受診した。中等度の僧帽弁逆流を認め、外来経過観察が行われていたが、全身浮腫、労作時の呼吸苦を認め、手術目的に当科紹介となった。術前の経胸壁心エコー図検査で、後乳頭筋が痕跡程度であり、そこから起始する腱索を認めず、先天性パラシュート型僧帽弁の診断を得た。後交連は肥厚し、僧帽弁逆流は数条認め、重症相当であった。この症例に対して、胸骨正中切開、右側左房切開にてアプローチを行った。肥厚、硬化したP3がP2を変形させ逆流の原因となっていた。A3からP3を楔条切除し、柔軟な僧帽弁を形成することで人工腱索を用いずに逆流の制御が可能であった。良好な術後経過を経て、再発なく外来通院中である。パラシュート僧帽弁に起因する僧帽弁逆流症に対する外科的治療について若干の考察を踏まえて提示する。

C11

AVR 術後に右不全麻痺で発症した遅延発症型ヘパリン起因性血小板減少症の1例

¹湖東記念病院 心臓血管外科、
²滋賀医大 心臓血管外科
近藤康生¹、高島 範之¹、鈴木友彰²、浅井 徹²

症例：83歳、男性。AS、pAf に対し AVR（生体弁）+PVI 施行した。術後ヘパリン、ワーファリン投与を開始し、5日目にヘパリンを中止した。経過良好で15日目に退院した。（血小板10.6万）18日目に左総頸動脈の血栓閉塞と左大脳半球の多発梗塞による右半身不全麻痺を発症し入院となった。心原性脳梗塞を疑い、ヘパリン開始となった。24日目に血小板が2.7万と著減し HIT を疑いアルガトロバンを開始した。HIT 抗体が陽性であり、HIT と診断した。HIT 抗体の陰性化と病状の安定を認め56日目にアルガトロバンを終了した。軽度の失語を残し58日目に軽快退院した。考察：HIT は稀だが、診断の遅れは致命的となる。術後の血小板回復が不十分な際は、HIT を疑う必要があると考えられた。結論：遅延発症型 HIT に対しアルガトロバンを用い加療した。脳梗塞後出血など合併症を認めず、軽快退院が可能であった。

C13

AAA、CAD 合併進行大腸癌に対する一期的 OPCAB+EVAR の経験

¹大阪大学 心臓血管外科
政田健太¹、倉谷 徹¹、島村和男¹、渡辺芳樹¹、
阪本朋彦¹、四條崇之¹、鳥飼 慶¹、上野高義¹、
戸田宏一¹、澤 芳樹¹

担癌患者に腹部大動脈瘤（AAA）、冠動脈狭窄症（CAD）の合併はしばしば経験するが、治療方針に苦慮することも多い。今回、AAA・CAD に対して一期的に OPCAB+EVAR を施行し、速やかに大腸癌手術を行い、良好な経過を得た1例を経験したので報告する。症例は84歳、男性。進行 S 状結腸癌に加え 60mm 大の AAA、ASO、CKD、CAD（RCA CTO、#6 75%）を認めた。進行癌症例であり抗血小板薬投与のリスクを考慮し PCI を回避し、手術は OPCAB（LITA-LAD、Ao-SVG-4PD）施行後に、IVUS 併用下で EVAR（Aorto-Uni-Iliac）+F-F bypass を施行。術後は腎機能の悪化も認めず良好な経過で、術後14日目に大腸癌手術を施行した。AAA・CAD 合併担癌患者に対する低侵襲治療として一期的 OPCAB+EVAR は有用な選択肢であると考えられた。

C12

心臓弁に付着する腫瘍性病変の4切除例

¹大阪市立大学大学院医学研究科 心臓血管外科
末廣泰男¹、柴田利彦¹、細野光治¹、村上貴志¹、
阪口正則¹、藤田きしゅう¹、窪田優子¹、
賀来大輔¹、西村慎亮¹、末廣茂文¹

心臓弁に付着する腫瘍性病変に対して、4切除例を経験したので報告する。3例は大動脈弁、1例は僧帽弁腱索に付着する、いずれも約10mm 大の腫瘍であった。3例は他臓器疾患の精査中に偶発的に発見され、1例は虚血性心筋症の精査中に発見された。1例は CABG 併施、1例は CABG と僧帽弁形成術を併施し、2例は腫瘍切除のみの単独手術であった。1例は肋間からの小開胸手術で切除し得た。病理検査では、3例が乳頭状線維弾性腫との診断で、他の1例は線維成分のみの構造であった。1例において心房細動から術後脳合併症を発症したが、その他は特に問題なく、全例軽快退院した。心臓内の腫瘍性病変は塞栓症の危険性から、早期の腫瘍切除が推奨される。このため、他の心疾患を伴う場合での同時切除には異論がないと思われる。単独手術の際には低侵襲手術も有用であった。

C14

Short neck 症例に対する snorkeling technique を用いた EVAR

¹滋賀医科大学 心臓血管外科
乃田浩光¹、浅井 徹¹、鈴木友彰¹、木下 武¹、
坂倉玲欧¹、藤野 晋¹、榎本匡秀¹、森本政憲¹、
宮下史寛¹

【目的】EVAR における解剖学的適応（IFU）外で short neck（10mm 以下）は最大の課題である。腎動脈に stent 留置することで landing zone を延長できる snorkeling technique を用いた6例の治療方法を検討した。【結果】平均年齢81歳、全て男性。Excluder3 例、Powerlink+Excluder cuff1 例、Endurant+Excluder leg2例。全例左腎動脈へ bare stent を留置しながら、腎動脈にかぶせるように Excluder cuff または Endurant のメインポディーを留置し、kissing balloon procedure を用いる。平均手術時間277min。術後 CT 評価にて endoleak は Type1（-）。Type2 1例。腎動脈ステントは全て開存。mortality0%、術後腎障害 Cr1.5倍以上上昇は2例。透析導入（-）。【考察】Short neck に対して、腎動脈に stent 留置した snorkeling technique は中枢側の landing zone を延長させる有用な手段である。

C15

Stanford B 型急性大動脈解離破裂に対し TEVAR により救命しえた 2 例

¹岸和田徳洲会病院 心臓血管外科
降矢温¹、東上震¹、畔柳智司¹、薦岡成年¹、
小島三郎¹

症例1、79歳男性。脳梗塞後遺症でリハビリ病院入院中に突然胸部不快感と呼吸困難感が出現し、CTで診断され当院へ搬送された。解離は偽腔開存型で大動脈遠位弓部から胸部下行横隔膜まで及び、前縦隔に血腫と両側胸腔内に液体貯留像を認め、破裂と診断し緊急 TEVAR を施行した。Zone2留置が必要であり、vital は維持できていたため両腋窩動脈間バイパスを先行させ TEVAR を施行した。症例2、71歳男性。背部痛を主訴に近医受診し CT 撮影中にショックとなり、当院へ緊急搬送された。解離は偽腔閉塞型で遠位弓部から腹腔動脈付近まで及び、左胸腔内に多量の液体貯留を認めた。Zone2留置が必要であり、カテコラミン使用で vital は維持できていたため両腋窩動脈間バイパスを先行させ TEVAR を施行した。2例とも術中トラブルなく術後経過も良好であった。Stanford B 型大動脈解離破裂に対する TEVAR は、従来の開胸手術よりも低侵襲かつ迅速に手術が可能であり有効な手段と考える。

C17

2 期的胸部大動脈ステントグラフト内挿術 (TEVAR) 術後に遅発性不全対麻痺を発症した多発動脈瘤の 1 例

¹近江八幡市立総合医療センター
平松範彦¹、早川真人¹、松林景二¹

TEVAR 術後の重篤な合併症の一つに対麻痺があり、発症すると患者の ADL を著しく低下させる。また、術直後に麻痺が明らかでなくても、ある程度時間が経過した後に発症することがあり、遅発性対麻痺と呼ばれている。今回、開腹人工血管置換術後に TEVAR を行ったところ、遅発性不全対麻痺を発症した症例を経験したので、文献的考察を含め報告する。(症例) 55歳男性 胸部下行・腹部腎動脈下・右総腸骨・左内腸動脈に嚢状瘤を認めた。腹部腎動脈下・右総腸骨の瘤に対して Y-graft 人工血管置換術を行い、術後13日目に退院。再入院のうえ、前回手術後35日目に左内腸骨動脈のコイル塞栓術を行い、初回手術後50日目に加工大動脈瘤に対して TEVAR を行った。TEVAR 術後6日目までは問題なく経過していたが、術後7日目に突然不全対麻痺発症した。エダラボンの投与、リハビリで症状改善し、術後29日目に退院となった。

C16

巨大上行大動脈仮性瘤により肺動脈穿破と肺動脈高度狭窄を呈した 1 例

¹滋賀医科大学 心臓血管外科
榎本匡秀¹、宮下史寛¹、森本政憲¹、藤野 晋¹、
坂倉玲欧¹、木下 武¹、乃田浩光¹、鈴木友彰¹、
浅井 徹¹

【症例】78歳、男性。1週間前から続く動悸・呼吸苦を主訴に前医を受診。心エコーで著明な右心負荷と TR を認め、造影 CT で最大短径100mm の上行大動脈瘤の圧排による肺動脈の高度狭窄を認めた。即日当科に転院し、緊急手術の方針となった。【手術】上行大動脈は拡大し、肺動脈はそれに圧排されていた。人工血管と末梢側を吻合した後、大動脈左側から肺動脈方向に認める血腫を除去すると、明らかな大動脈壁は無く、総～右肺動脈に2x4cm の欠損を認め肺動脈内腔に血腫が一部突出していた。肺動脈内の血栓を除去し、自己心膜にて肺動脈壁を形成した後、人工血管と中枢側を吻合した。術後経過は良好で、術後11日目に独歩で自宅退院となった。【まとめ】今回の症例は、大動脈と肺動脈に交通はあったがシャント血流は無く、仮性瘤拡大による肺動脈圧排で急性右心不全を呈したと考えられる。早期の外科的治療介入により良好な経過を得た一例を経験したのでここに報告する。

C18

超高齢者の弓部大動脈瘤に対して弓部大動脈瘤置換術を行い fast-track recovery を成し得た一症例

¹近江草津徳洲会病院 心臓血管外科、
²滋賀医科大学 心臓血管外科
小池雅人¹、白石昭一郎¹、青嶋 實¹、浅井 徹²

心臓外科手術後の過剰な安静臥床は身体デコンディショニングを生じる。当院では待機的開心術を行った患者の約90%が術後24時間以内に離床、歩行を行っている。今回超高齢者の弓部大動脈瘤 (TAA) に対して弓部大動脈瘤置換術 (TAR) を行い、早期回復管理 (fast-track recovery) を成し得たので報告する。症例は85歳女性、経過観察中の TAA が最大径56mm に増大し手術適応と診断され入院。手術は人工血管インターガード四分枝管クワトログラフトを用いて TAR を行った。手術時間は3時間20分、総体外循環時間は116分、大動脈遮断時間61分、循環停止40分、選択的脳灌流73分であった。術後14時間で人工呼吸器離脱、術後16時間で飲水開始、術後18時間で食事、離床、歩行を開始した。術後5日目にシャワー浴開始、術後16日目には独歩で自宅退院となった。超高齢者に対する TAR でも、確実な手術治療とチーム医療で fast-track recovery は可能であった。

C19

急性 B 型大動脈解離 Complicated type に対し血管内治療後に偽腔拡大を来とし、胸腹部大動脈置換術を施行した Marfan 症候群の 1 例

¹神戸大学 心臓血管外科

河野敦則¹、池野友基¹、藤本将人¹、後竹康子¹、阿部隆之¹、松枝 崇¹、井澤直人¹、山里隆浩¹、宮原俊介¹、野村佳克¹、佐藤俊輔¹、北村アキ¹、高橋宏明¹、井上 武¹、松森正術¹、大北 裕¹

46歳 Marfan 症候群の女性。15年前に腹部大動脈瘤に対し人工血管置換術、5年前に大動脈弁輪拡張に対し自己弁温存基部置換術を施行した。突然の背部痛、下肢の痺れを認め当院へ救急搬送された。CTにて急性 B 型大動脈解離、両下肢、右腎動脈の malperfusion と診断し緊急 TEVAR、真腔ステント留置を施行した。翌日再度下肢動脈の拍動が消失、嘔吐を認めた。造影 CT を施行したところ真腔ステントの migration、偽腔拡大による真腔狭小化を認めた。再度真腔ステントを追加し症状は軽減したが、翌日の CT で瘤径の拡大を認め発症4日目、胸腹部大動脈置換術を施行した。術後経過は良好である。急性 B 型大動脈解離、Complicated type に対し血管内治療を先行したが偽腔の急速拡大により胸腹部大動脈置換術を施行した Marfan 症候群の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

C21

分枝温存 Y 型静脈グラフトが高流量なバイパス血流を確保するのに有用であった皮膚感染合併重症下肢虚血の 1 例

¹和歌山県立医科大学 第一外科

金子政弘¹、本田賢太郎¹、西村好晴¹、打田俊司¹、岡 徳彦¹、湯崎 充¹、柴田深雪¹、山本暢子¹、國本秀樹¹、岡村吉隆¹

症例は59歳、男性。HT、HL、喫煙、DM (insulin +)、透析患者。2年前に、陳旧性心筋梗塞に対して冠動脈バイパス術を施行。外来経過中に左下腿の虚血症状が出現したため、下肢動脈造影 CT を施行したところ左膝上膝窩動脈 (AKP) の閉塞を認めた。左下腿の虚血症状が急速に進行し、足趾が壊死状態となり感染兆候も認めたため、自家静脈グラフトを用いた SFA - AKP bypass を施行した。左大腿部から採取した大伏在静脈 (GSV) は、末梢側が同程度の径の静脈2本に分岐していた。どちらの分枝も中枢側に比べて細く、バイパスに必要な流量が確保できない可能性を考慮し、Y 型グラフトとして GSV を採取し、SFA に Y 脚を2か所吻合した。transit time flowmeter では、脚1本ずつの流量はそれぞれ39、38ml/min であったが、2本とも同時に流すと48ml/min と良好な血流を得た。本症例のように分枝温存 Y 型静脈グラフトは良好なバイパス流量を確保するのに有用であると考えられた。

C20

腹部大動脈瘤 IVC 穿破に対する EVAR の一例

¹滋賀医科大学 心臓血管外科

森本政憲¹、乃田浩光¹、宮下史寛¹、榎本匡秀¹、藤野 晋¹、坂倉玲欧¹、木下 武¹、鈴木友彰¹、浅井 徹¹

(症例) 59歳男性。4日前より下肢の違和感、増悪する腫脹、倦怠感を自覚し、前医救急外来を受診。精査の CT で腹部大動脈瘤切迫破裂が疑われ当院へ緊急搬送となった。当院での造影 CT で腹部大動脈瘤 IVC 穿破と診断。重度の肺鬱血、下肢虚血・腫脹および腎機能障害を認め、術後の再還流障害も予想されたため、術中 CHDF 併用下緊急 EVAR 施行となった。(手術) Excluder にて腎動脈下から両側総腸骨動脈にかけてステント留置した。腹部大動脈-IVC シャントは良好に閉鎖できた。これにて術中に CVP は著明に低下した。術後はすみやかに下肢の浮腫は改善し、腎機能も改善した。術後造影 CT にて手術部位に問題がないことを確認し、退院となった。

C22

第 4 病期の下大静脈内腫瘍塞栓を伴う腎細胞癌の 1 手術例

¹近江八幡市立総合医療センター 心臓血管外科
早川真人¹、松林景二¹、平松範彦¹

腎細胞癌の3~10%の症例で下大静脈 (IVC) 内に腫瘍栓子を合併するが、今回われわれは右腎細胞癌の腫瘍塞栓が IVC に進展した症例に対して右腎癌摘除および腫瘍塞栓摘出術を施行した 1 例を経験したので報告する。症例は63歳男性。発熱を主訴に前医を受診。当院へ紹介後に施行した造影 CT で IVC 内への浸潤を伴う右腎腫瘍を認めた。右肺への転移も認め、第4病期と考えられたが、本人の希望で腫瘍摘出術施行となった。手術は全身麻酔にて行い、腹部正中切開に横切開を加えて開腹。右腎腫瘍と肝臓の剥離を進め、右腎静脈のみが下大静脈とつながっている状態まで周囲の剥離を進めた。その後 IVC の末梢側、中枢側及び左腎静脈を遮断。IVC に切開を加え腎腫瘍とともに腫瘍塞栓を一塊として摘出した。明らかな残存腫瘍はなく、IVC は直接縫合にて修復した。その後止血を確認して手術終了となった。術後特に大きな合併症はなく、術後9日目に経過良好にて独歩退院となった。

C23

右房内腫瘍塞栓を伴う右腎癌に対して体外循環を用いて右腎摘出、腫瘍塞栓除去術を施行した1例

¹大阪大学 心臓血管外科
中村優貴¹、戸田宏一¹、仲村輝也¹、宮川 繁¹、
吉川泰司¹、福嶋五月¹、齋藤俊輔¹、吉岡大輔¹、
齋藤哲也¹、倉谷 徹¹、上野高義¹、澤 芳樹¹

腎癌は静脈内に進展する特徴を有し、しばしば下大静脈（IVC）や右房まで腫瘍塞栓を形成する。これらに対して低体温循環停止下に腫瘍摘出された報告もあるが体外循環の長時間化や出血量の増加が問題となる。今回我々は右房内腫瘍塞栓を伴う右腎癌に対し体外循環、心拍動下に腫瘍摘出を施行し良好な経過を得たため報告する。73歳男性。腰痛にて施行したMRIで右腎腫瘍を指摘された。造影CTで右房内まで腫瘍塞栓を認めた。手術は胸骨正中切開、腹部正中切開でアプローチ。上行大動脈送血、上大静脈、右総腸骨静脈脱血とし体外循環を確立。右腎静脈直下IVC、左腎静脈及び全肝を遮断した。IVCを切開し腫瘍塞栓を摘出、牛心膜にて切開部をパッチ形成した。全肝遮断23分。体外循環時間79分。術後肝酵素の上昇もなく術後22日目に退院。右腎癌に体外循環を用いて右腎摘出、腫瘍塞栓除去術施行し良好な結果を得たため文献的考察を加え報告する。

C25

S状結腸癌術後肝転移に対してXELOX療法を行いCRを得た一例

¹大阪市立大学 腫瘍外科
菅野兼史¹、大谷 博¹、前田 清¹、永原 央¹、
渋谷雅常¹、池谷哲郎¹、井関康仁¹、柏木伸一郎¹、
山添定明¹、野田 論¹、櫻井克宣¹、木村健二郎¹、
豊川貴弘¹、天野良亮¹、田中浩明¹、六車一哉¹、
高島 勉¹、小野田尚佳¹、大平雅一¹、平川弘聖¹

症例は66歳男性。便の狭小化のために近医受診し、精査の結果S状結腸癌を指摘され当科紹介となった。術前検査のCT検査にて肝尾状葉に単発の肝転移を認め、2010年6月に高位前方切除術施行した。最終診断はpSS、INFb、ly2、v0、pN1、H1、stageIVであった。Kras遺伝子はcodon12に変異を認めた。術後残存肝転移に対してXELOX療法を6コース施行し、切除の予定であったがCT、MRI検査にて肝転移が縮小により病巣が不明瞭であったため、さらに3コース継続したところ画像上肝転移巣の消失を認めた。その後有害事象のためXelodaのみの内服を1年間継続し終了したが再発は認めず。術後4年8か月の現在無再発生存中である。近年大腸癌の治療成績は大きく向上したものの、多くは手術へのconversionが必要であり化学療法のみで消失することは比較的稀である。今回大腸癌術後肝転移に対して化学療法によりCRを得られた一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

C24

切除不能再発大腸癌に対する全身化学療法中に高アンモニア血症による意識障害を呈した1例

¹関西医科大学外科
中谷和義¹、徳原克治¹、松浦 節¹、吉岡和彦¹、
権 雅憲¹

FOLFOX療法は切除不能大腸癌に対する標準治療のひとつである。化学療法の副作用の中で高アンモニア（NH₃）血症の報告はまれである。今回、切除不能大腸癌に対する化学療法中に高NH₃血症を呈した1例を経験したので報告する。70歳の男性。S状結腸癌に対し開腹ハルトマン手術を施行。pStageはpT3N0M0;StageIIであった。術後6か月検診時の腹部造影CT、MRIで肝臓に多発転移再発を確認、根治切除不可能と判断し、全身化学療法（Cetuximab+mFOLFOX6）を開始。治療開始2日目に意識障害を認め救急搬送された。来院時意識レベルJCS300、血中NH₃値が427μg/mlと高値を呈したため、高NH₃血症と診断、分岐鎖アミノ酸製剤を投与した。翌日NH₃値は47μg/mlと著明に改善し、意識障害も改善した。その後誤嚥性肺炎を併発するも抗生剤治療にて軽快、第48病日に退院となった。全身化学療法中、意識障害を呈した場合は本疾患を念頭に置き治療を進める必要があると考えられた。

C26

進行直腸癌に対する術前化学療法併用ISRの試み

¹滋賀医科大学 消化器・乳腺一般外科
園田寛道¹、清水智治¹、太田裕之¹、植木智之¹、
坂井幸子¹、貝田佐知子¹、村上耕一郎¹、
北村直美¹、赤堀浩也¹、山口 剛¹、森 毅¹、
塩見尚礼¹、村田 聡¹、山本 寛¹、仲 成幸¹、
谷 眞至¹

【目的】当科では進行直腸癌の治療成績向上と機能温存の両立を目指し、進行直腸癌に対して術前化学療法（NAC）+括約筋間直腸切除（ISR）を導入し、これまで3例経験したので、その治療成績を供覧する。【結果】患者は全例男性で平均年齢は52.3歳であった。全例腫瘍下端が歯状線にかかる病変であった。NACのレジメンはmFOLFOX6+パニツムマブが1例、mFOLFOX6+セツキシマブが2例で、全例4コース施行した。術式は開腹ISRが1例、腹腔鏡下ISRが2例で、全例両側側方郭清を施行した。NACに起因したと思われる術後合併症はみられなかった。NACの効果はGrade3:1例、Grade2:1例、Grade1b:1例であり、全例切除断端陰性を確保できた。観察期間平均値は641日と短い。全例無再発生存中である。【まとめ】NACの併用により、進行直腸癌に対しより安全に肛門温存が可能となる可能性があると考えられた。

C27

吻合部口側腸管に血行性転移を疑う局所再発をきたしたS状結腸癌の一例

¹兵庫医科大学 下部消化管外科

嶋田泰尚¹、塚本 潔¹、濱中美千子¹、小林政義¹、吉村美衣¹、別府直仁¹、山野智基¹、野田雅史¹、松原長秀¹、富田尚裕¹

症例は77歳男性、皮膚筋炎フォロー中にS状結腸癌を指摘。2011年8月腹腔鏡下S状結腸切除術(D3郭清)を施行(S Ant 1/4周 2型 pT2 pN0 cM0 pStageI) (tub2 int INFb ly0 v2 痰出 grade3 PM0 DM0 RM0)。術後補助化学療法は施行せず。2014年5月腫瘍マーカー上昇、7月CTにて左水腎症、左骨盤内局所再発と診断。8月より化学療法施行、局所再発巣の縮小効果を認め2015年2月局所再発巣切除術施行(前回吻合部を含む前方切除、左尿管部分切除、左尿管膀胱新吻合、回腸人工肛門造設)。再発巣は前回吻合部から5cm口側に存在し尿管に浸潤、切除標本の病理では粘膜面に腫瘍の露出は無く粘膜下層以下を主座とする腺癌で、高度静脈侵襲像を呈しており血行性転移の可能性が示唆される所見であった。考察：非常に稀な転移経路にて吻合部口側腸管に局所再発をきたしたと考えられるS状結腸癌を経験した。

C29

micropapillary carcinoma (MPC) 成分を伴ったS状結腸癌の1例

¹明和病院 外科

竹中雄也¹、木村文彦¹、後野 礼¹、一瀬規子¹、中島隆善¹、小野朋二郎¹、友松宗史¹、吉江秀範¹、生田真一¹、張 宇浩¹、岸本昌浩¹、相原 司¹、柳 秀憲¹、山中若樹¹

MPCは1993年に乳癌で初めて報告され、リンパ節転移をきたしやすく悪性度が高いとされる。大腸MPCは近年報告が散見されるが、大腸癌取扱い規約ではその定義は定まっていない。症例は60歳代男性。便潜血検査陽性のため、下部内視鏡検査を施行し、S状結腸癌と診断され紹介となった。腫瘍マーカーは基準値内で、腹水、肝肺転移は認めなかったが、大動脈周囲のリンパ節は著明に腫大し、左鎖骨上窩リンパ節腫大も認めた。根治術は不能と判断し、化学療法を先行した。FOLFOX療法+P-mabを4クール施行後に、出血、イレウス予防に原発巣の切除術(D1郭清)を行った。腫瘍は5×5cmの1型病変であった。病理学的所見では、約80%のMPC成分と少量の中分化腺癌を認め、深達度はssであった。切除リンパ節は凝固壊死となった腺癌由来の転移と凝固壊死を伴わないMPC由来の転移を認めた。我々はMPC成分を伴うS状結腸癌を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

C28

同時性に遠隔リンパ節転移のみを認めた上行腸結腸SM癌の1例

¹大阪医療センター 外科

小泉信太郎¹、福田泰也¹、三宅正和¹、原口直紹¹、池田正孝¹、前田 栄¹、山本和義¹、濱 直樹¹、西川和宏¹、大宮英泰¹、宮本敦史¹、平尾素宏¹、高見康二¹、中森正二¹、関本貢嗣¹

69歳男性。2014年5月、便潜血陽性にて下部消化管内視鏡を施行したところ、上行結腸にIs病変を認めた。生検ではadenocarcinomaの可能性を否定できず、SM浸潤が疑われ、手術の方針とした。術前より肝門部に腫大リンパ節を認めていたが、PET-CTにてFDG集積は軽度であり大腸癌の転移ではないと判断した。手術は、腹腔鏡下結腸右半切除、D3郭清を施行し、病理結果は、tub1、pT1b (SM) N0M0、ly0、v1、pStageIであった。しかし術後CEAは30g/mLまで上昇し、リンパ節も増大傾向であった。再度PET-CTを施行したが、リンパ節のFDG集積に著変なく、その他原発巣は指摘できず。診断目的に肝門部リンパ節に対しEUS-FNAを施行したところ、大腸癌のリンパ節転移として矛盾しない所見であった。現在化学療法中である。大腸SM癌の遠隔リンパ節のみへの跳躍転移症例は非常に稀であり、報告する。

C30

妊娠中に発見された直腸神経内分泌細胞癌の一例

¹京都大学 消化管外科

合田直樹¹、久森重夫¹、高橋 亮¹、肥田侯矢¹、河田健二¹、長谷川傑¹、坂井義治¹

妊娠合併直腸神経内分泌細胞癌(NEC)に対し、帝王切開と同時に低位前方切除術を施行した。症例は29歳女性。3経妊2経産。妊娠20週ごろより下血を自覚。Rbに1型腫瘍を指摘され、生検で、Endocrine Cell Carcinoma、MIB-1>50%で直腸NECと診断された。妊娠25週に当院を紹介受診。CTでは直腸間膜内リンパ節腫大を認めたが遠隔転移は認めなかった。児がおよそ1000gとなる27週に帝王切開と直腸の手術を予定した。児娩出後、子宮を尾側に牽引して視野展開を図り、自律神経温存の直腸低位前方切除を施行した。手術時間は3時間51分、出血量は740gであり、仙骨前の剥離面の迅速検査では悪性所見を認めず。回腸人工肛門造設術を付加した。妊娠とNECの合併について胃NECの報告はあるが、本邦で直腸NECの報告はない。直腸NECは予後不良であり集学的治療を要することも多く、妊娠合併悪性腫瘍では妊娠週数による新生児予後を考慮する必要がある。文献的考察を加えて報告する。

C31

腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した直腸肛門部悪性黒色腫の2例

¹近畿大学奈良病院 外科、
²近畿大学奈良病院 病理診断科
金泉博文¹、木谷光太郎¹、古形修平¹、
磯野小百合¹、加藤寛章¹、竹山廣志¹、原 譲次¹、
辻江正徳¹、藤原由規¹、湯川真生¹、綿谷正弘¹、
若狭朋子²、太田善夫²、井上雅智¹

今回我々は比較的稀な疾患である直腸肛門部悪性黒色腫に対し腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した2例を経験したため文献の考察を加えて報告する。症例1は58歳女性。肛門管の黒褐色を呈する有茎ポリープに対し近医で局所切除を施行された。悪性黒色腫の診断を受け、当院紹介となった。腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行し、pT4b、pN0、pM0、fStageIIC と診断した。術後化学療法としてDAVferon療法を開始したが、術後65日目に鼠径リンパ節再発を認めた。ニボルムブを開始し、増悪なく経過中である。症例2は70歳男性。歯状線上に褐色状の扁平な隆起性病変を認め、当科にて生検を施行し、悪性黒色腫と診断した。腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行し、pTis、pN0、pM0、fStage0 と診断した。術後化学療法は施行せず、術後11ヶ月無再発生存中である。肛門ポリープの所見を呈する悪性黒色腫が存在するため、安易な局所切除には注意が必要である。

C33

急性虫垂炎に起因した上腸間膜静脈血栓症の1例

¹奈良県総合医療センター 外科
田中 航¹、向川智英¹、岩佐陽介¹、福岡晃平¹、
紙谷直毅¹、松阪正訓¹、高 濟峯¹、石川博文¹、
渡辺明彦¹

症例は67歳、男性。心筋梗塞と2度の脳梗塞の既往あり。1月初旬から発熱、倦怠感、食思不振を自覚し、1月末に高熱、悪寒、呼吸苦を訴え救急搬送。下腹部全体に軽度の圧痛を認めるが、腹膜刺激症状なし。腹部CT検査で粗大な回盲部腫瘍を認め回結腸動脈に沿った数珠状のリンパ節腫大と上腸間膜静脈(SMV)内に5cm長の血栓を認め、SMV血栓症を伴った回盲部腫瘍と診断。手術所見では回盲部に著明な炎症性腫瘍を認め、腸間膜に回結腸動脈に沿った硬い索状物を形成しSMV血栓に連続。血栓は線維性に基質化し血管内腔と強固に接着していたため完全摘除できず。術中には癌を否定し得ず3群リンパ節郭清を伴う右半結腸切除術を行ったが、切除標本の検索により壊疽性虫垂炎に伴うSMV血栓症と診断。また血栓症の素因を検索した結果、プロテインCとアンチトロンビン欠乏症と判明。今回急性虫垂炎に起因したSMV血栓症のまれな1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

C32

全結腸型壊死型虚血性大腸炎の一例

¹丸太町病院 外科、
²京都府立医科大学 消化器外科
岡田宜孝¹、吉井一博¹、伊藤雄雄¹、中島慎吾²

症例は92歳女性。下腹部痛と嘔吐を主訴に来院した。来院時より腹膜刺激徴候を認めていたが画像的に明らかな壊死や穿孔を認めない為、入院の上経過観察を行っていた。入院翌日代謝性アシドーシスの進行を認め、画像上下行結腸脾彎曲部周囲の造影効果不良を認めた為、緊急手術を施行した。上行結腸からS状結腸まで壊死を認め、壊死型虚血性腸炎と診断し、結腸全摘術及び回腸ストマ造設術を施行し、救命し得た。高齢者の突然発症の腹痛の原因に本疾患があるものの症状としては非特異的なものが多い。致死的疾患であるため臨床経過に注意する必要がある。また診断には造影CT検査による画像評価が、他の急性腹症との鑑別も含め重要である。上行結腸からS状結腸にまで及ぶ壊死型虚血性腸炎を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

C34

膀胱圧迫症状を伴った骨盤内嚢胞性リンパ管腫の1例

¹NTT西日本大阪病院外科
藤江裕二郎¹、大西 直¹、西田謙太郎¹、
野中亮児¹、綱島 亮¹、橋本和彦¹、藤田正一郎¹、
藤田淳也¹、吉田哲也¹、門田卓士¹

症例は56歳男性。20歳頃より頻尿を認め徐々に増悪するようになった。今回他疾患精査のため前医を受診し画像検査にて骨盤内嚢胞性腫瘍を認めたため当科紹介となった。CT、MRIでは骨盤腔左側に膀胱を圧排する径10cmの嚢胞性腫瘍を認めた。術中所見では腫瘍は膀胱、左腸骨血管に接し後腹膜に存在したが周囲臓器との交通は認めなかった。嚢胞壁は非常に薄く内容は黄色透明な漿液であった。周囲との剥離は左精巣静脈近傍を除き容易であり、遺残なく摘出した。病理検査では嚢胞壁はを被覆する内皮様構造を認めD2-40染色陽性であり、リンパ管腫と診断された。後腹膜発生のリンパ管腫は比較的まれであり、緩徐に発育するため明瞭な症状を呈さないことも多い。本症例のように膀胱圧迫症状を呈した症例は検索範囲内では非常にまれであり、文献的考察を含め報告する。

C35

腹腔鏡補助下経仙骨アプローチで摘出しえた傍直腸 Dermoid cyst の1例

¹和歌山県立医科大学第2外科

竹井 陽¹、瀧藤克也¹、堀田 司¹、横山省三¹、
松田健司¹、渡邊高士¹、三谷泰之¹、家田淳司¹、
岩本博光¹、水本有紀¹、津村亜矢子¹、山上裕機¹

症例は43歳男性、便秘と残便感を主訴に近医を受診し、CT、MRI で骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介となった。直腸診にて直腸左後壁に弾性軟の腫瘍を触知した。下部消化管内視鏡検査では肛門縁より5cm に壁外性の圧排を認めるが、粘膜面に不整は認めず、下部超音波内視鏡検査では腫瘍は腸管壁と明瞭に隔たり、内部不均一な直腸壁外腫瘍による消化管の圧排と考えられた。CT 所見では直腸を右側に圧排する直径71mm の被膜を有する内部ほぼ均一な腫瘍を認めた。MRI 所見では T1強調画像にてやや low intensity、T2強調画像にて部分的に信号の高い成分の混在するほぼ均一で high intensity な腫瘍を認め、直腸とは明確に隔壁を有していた。Dermoid cyst を疑い、腹腔鏡下に腫瘍頭側を剥離して、経仙骨的腫瘍摘出術を行った。手術時間5時間48分、出血量 30ml であった。術後経過は良好で術後7日目に退院した。術後、病理学的検索で Dermoid cyst と確定診断された。

C37

鏡視下に切除し得た後腹膜原発脂肪肉腫の1例

¹兵庫県立西宮病院 消化器外科

本田晶子¹、吉岡慎一¹、福永 睦¹、徳山信嗣¹、
久保維彦¹、柳澤公紀¹、濱野梨絵¹、太田英夫¹、
柏崎正樹¹、三木宏文¹、小林研二¹

【はじめに】脂肪肉腫は軟部組織を発生起源とする非上皮性悪性腫瘍の一つであり、治療については手術を第一選択とすべきであるが、周囲臓器への浸潤などの影響により、切除範囲の決定には苦慮するケースもある。今回我々は後腹膜原発脂肪肉腫に対し、鏡視下に切除し得た症例を経験したので報告する。【症例】60歳代女性。全身精査の腹部CTにて骨盤内腫瘍を指摘された。長径15cmの腫瘍であり、骨盤MRIでは後腹膜を発生母地とする腫瘍で、周囲臓器への浸潤の可能性は低そうであったため、まず腹腔鏡下に腫瘍を確認することとした。腫瘍は後腹膜より発生しており、画像診断と同様、婦人科臓器や膀胱への浸潤の可能性は否定的であったため、鏡視下切除(SILS+2Puncture)を行った。術後病理診断の結果、Well Differentiated Liposarcoma と診断された。【まとめ】稀な脂肪肉腫に対して、術前診断をもとに鏡視下に切除し得た1例を経験した。

C36

術前腸間膜腫瘍と診断し術後子宮筋腫と判明した1例

¹北播磨総合医療センター 外科、

²北播磨総合医療センター 病理診断科

阿部哲之¹、村田晃一¹、福岡英志¹、御井保彦¹、
大坪 大¹、沢 秀博¹、岡 成光¹、岩谷慶照¹、
神澤真紀²、黒田大介¹

症例は40代女性。夕食後に心窩部痛が出現し、その後も持続するため、近医受診。精査目的に当院紹介受診となった。下腹部に手拳大の硬結を触知し、腹部造影CTで右下腹部に腸間膜と連続する13×7cm大の内部不均一な腫瘍を認めたことから、腸間膜腫瘍を疑った。透視上、腸管の閉塞は認めず、圧排所見のみであった。その後、嘔吐を伴い、食事摂取不良なため、早期に手術の方針となった。腫瘍は、回腸および横行結腸に強く癒着し、浸潤と考えられた。また、子宮との間に1cmの索状物を認め、子宮側で切離した。腫瘍は回腸、右側結腸と一塊にして切除した。病理組織学的に平滑筋腫と診断された。腫瘍は、腸管および腸間膜とは癒着のみであった。子宮との間の索状物内に筋層を認め、腫瘍との連続性を認めた。以上より、子宮筋腫(漿膜下筋腫)と診断した。今回、術前に腸間膜腫瘍と診断し、術後に子宮筋腫と判明した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

DO1

再発鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡補助下前方到達法での修復

¹兵庫県立尼崎病院 外科・消化器外科

太治智愛¹、多田正晴¹、杉本敦史¹、藤田悠介¹、
石田あい¹、坂本享史¹、吉川潤一¹、中村達郎¹、
倉橋康典¹、白濁義晴¹、澤田 尚¹、牧 淳彦¹、
水野恵文¹

【背景】再発鼠径ヘルニアでは、門の同定が困難なことがあり、鼠径管内や腹膜前腔の癒着剥離に伴う精管や精巣動静脈の損傷が懸念される。【症例】2012年1月から2014年12月に当院で手術を施行した再発鼠径ヘルニア7例。【結果】年齢は69歳、すべて男性、ピンポン玉大5例、鶏卵大1例、手拳大1例。初回手術から再発手術までの期間は1180日、初回術式はテンションフリー法6例、不明1例。再発時診断は間接4例、直接3例。手術時間は109分、出血量は5ml、術後合併症は慢性疼痛の1例。肝硬変合併例を除く6例に腹腔鏡補助下前方到達法を施行。全例で腹腔鏡下にヘルニア門を視認でき、前方到達法でヘルニア嚢を同定してプラグを挿入した。腹腔鏡に伴う合併症はなく、再発は認めていない。【まとめ】再発鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡補助下前方到達法により、ヘルニア嚢を容易に確実に同定でき、鼠径管内に不要な剥離を行わずに、ヘルニア修復術を施行できた。

D02

閉鎖孔ヘルニアに対して術中腹腔鏡で対側を確認し、片側の前方アプローチで同時修復を行った一例

¹守口敬任会病院 外科

石川 慧¹、萩 隆臣¹、市川善章¹、鄭 賢樹¹、
谷浦允厚¹、植野吾郎¹、檀 信浩¹、金沢景文¹、
高山昇一¹、西原政好¹、丸山憲太郎¹、島田 守¹、
李 喬遠¹、岡 博史¹

閉鎖孔ヘルニアは腹部救急でしばしば経験されCTの普及から術前診断率も向上している。我々はそれに対する腹腔鏡下手術も報告した(手術:2002年)。現在は低侵襲と根治性から前方アプローチを基本としている。今回61歳女性(神経性食思不振症)の左側閉鎖孔ヘルニアに対して鼠径法の前方アプローチでヘルニア修復(UHS)を行った。既往に右下腹部痛もみられたことから反対側の確認のためにヘルニア囊の腹膜切開創から腹腔鏡を挿入し右側の観察を行った。術前CTでは診断困難であったが右側にも閉鎖孔ヘルニアを認めた。患者は臍部の創や腹腔内操作を伴わない方法を希望され、左側の創から腹膜前腔を剥離しinlay meshを用いて右側の修復も行った。【結語】前方アプローチの欠点として反対側のヘルニアの確認が困難であるが、このような内視鏡を用いた工夫で対側の確認ができ片側の創部だけで両側の同時修復も可能であったので文献的考察を加えて報告する。

D04

Spigel ヘルニアに対して腹腔鏡下修復術を施行した1例

¹草津総合病院 一般・消化器外科

高尾信行¹、平野正満¹、野口耕右¹、一瀬真澄¹、
水本明良¹

患者は57歳女性、左下腹部痛と腹部腫瘤を自覚し受診。腹部所見と腹部CTでSpigel ヘルニアと診断し腹腔鏡下修復術を施行した。ヘルニア門に癒着していたS状結腸を剥離すると腹直筋の外側に裂孔が明らかとなり、Spigel ヘルニアの確診を得た。ヘルニア門の大きさは3cmでヘルニア囊は外腹斜筋腱膜下に拮がっていた。腹腔鏡下にヘルニア門を3針の結節縫合で閉鎖した。その腹腔側にコンポジットメッシュ(Composite Mesh)をあて、メッシュを20本の吸収性タックで固定した。術後4日目に退院した。本邦においてSpigel ヘルニアに対する腹腔鏡下修復術の報告例は稀である。コンポジットメッシュ(Composite Mesh)を用いることで腹腔鏡下手術も簡便となり、また根治性の高い手術が期待できる。

D03

TEPとTAPPの垣根を超えたeTAPPで難症例に臨む

¹第一東和会病院 内視鏡外科センター

田畑智丈¹、佐藤 功¹、山崎 元¹、千野佳秀¹、
水谷 真¹、田儀知之¹、鳥岡成佳¹、藤村昌樹¹

当院は主にTEP(749病変)を施行し、TEPでは難渋することが予想される症例や再発症例にはTAPPを施行してきた。各術式を検討するとTAPPの優位性は下腹壁動静脈の外側で認められ、逆にTEPは下腹壁動静脈の内側で認められた。これはヘルニアの種類により両術式には得手・不得手の症例が存在することを示唆する。すなわち術式の選択を誤ると、不十分な剥離や膜の誤認による合併症や再発が危惧される。そこで両術式の優位性を兼備しつつ欠点を補完した、腹膜外腔操作を先行したTAPP:extraperitoneal pretreated Trans-abdominal preperitoneal repair (eTAPP)を考案した。eTAPPは下腹壁動静脈内側をTEPに準じて先行して剥離した後に、下腹壁動静脈外側はTAPPに準じておこなう術式である。eTAPPを28病変(I-3:15例、再発:3例を含む)に施行したが、すべて合併症なく施行できた。TEPとTAPPの垣根を超えたeTAPPはLHにおける第3の術式になりえると考えられるので報告する。

D05

CTにて術前診断し腹腔鏡下手術を行った子宮広間膜ヘルニアの1例

¹済生会中和病院 外科

中尾 武¹、細井孝純¹、杉原誠一¹、青松幸雄¹、
福本晃久¹、辻 泰子¹、三宅佳乃子¹、今川敦史¹

(はじめに)イレウスの原因として腹腔内の異常裂孔に起因する内ヘルニアがあり、しばしば診断に苦慮する。今回術前MDCT検査で診断し腹腔鏡にて修復した子宮広間膜ヘルニアの1例を経験した。(症例)40歳代、女性。既往歴、手術歴はなし。腹痛のため前医にイレウスの診断で入院した。発症2日目の腹部CT検査でイレウスの増悪を認め当院に紹介となった。発症から57時間が経過し腸管壊死の可能性が危惧されたが緊急腹腔鏡下手術を行うこととした。左子宮広間膜の裂孔に腸管が入り込んでいたが腸管壊死を認めなかった。1.5cm大の欠損部分を縫縮し手術を終了した。術後経過は良好で術後7日目に軽快退院となった。(考察)子宮広間膜ヘルニアは内ヘルニアの1.6~5%であるとされ非常に稀と考えられる。開腹歴のないイレウスの場合は本疾患も念頭におき、CT検査で早期に診断し緊急腹腔鏡手術を行うべきである。

D06

肝細胞癌に対するラジオ波凝固療法後の横隔膜ヘルニアに対して経胸的修復を行った1例

¹市立豊中病院外科 臨床研修部、

²市立豊中病院外科、

³市立豊中病院外科放射線科、

⁴市立豊中病院消化器内科

朴 聖愛¹、岩澤 卓²、広田将司²、新毛 豪²、池田敦世²、銚之原健太郎²、米山知寿²、亀山 亨²、高田晃宏²、大島一輝²、谷田 司²、畠野尚典²、野田 剛広²、小森孝通²、森田俊治²、今村博司²、赤木謙三²、保本 卓³、福井浩司⁴、堂野恵三²

70歳代女性。主訴：呼吸困難。現病歴：慢性C型肝炎、肝硬変にて、2009～2010年に脾腎シャントや食道胃静脈瘤に対してPSE、BRTOおよび数回のEVLの既往があり、2012年6月から胸腹水のため入院を繰り返していた。2013年1月にはHCCに対して、TAEとRFAが施行された。2014年11月に胸腹水のため入院、保存的治療中に右側胸部痛と呼吸困難を訴え、CTにて肝右葉の著明な萎縮とChilaiditi症候群、横隔膜欠損部を通しての右胸腔内への腸管や胆嚢の脱出を認めた。RFA後の遅発性横隔膜ヘルニアを疑い、視野の良さと腹部静脈瘤によるリスクを考慮し、経胸的に手術を行うこととした。胸腔鏡で約5cm大の横隔膜欠損部を確認し、直上の小開胸創から直接縫合後ネオパールとフィブリン糊で補強した。術後は胸水の流出が続き、感染も併発し肝不全にて術後19日目に死亡された。経胸アプローチは本手術に有用と考えられたが、横隔膜の修復法については再検討する必要がある。

D08

乳癌骨転移症例に対する新治療戦略

¹明和病院 乳腺・内分泌外科、

²明和病院 外科

友松宗史¹、岸本昌浩¹、後野 礼¹、竹中雄也²、一瀬規子²、小野朋二郎²、中島隆善²、吉江秀範²、張 宇浩²、木村文彦²、相原 司²、柳 秀憲²、山中若樹²

現在、転移性乳癌は基本的に治らないという前提でHortobagyiのアルゴリズムに則り治療が進められている。しかし、多部位にわたる病変を有する場合、必ずしも治療に対する反応性は一律ではない。最近われわれは反応性に合った治療をそれぞれの部位に行うべきと考えている。今回1次内分泌療法に早期より低反応性を示したが、集学的治療後に内分泌療法を中心に長期コントロール良好な骨転移例を経験したので報告する。症例は50歳女性。rt. T1N3aM1 (bone)、ER+、PR+、HER2-、Ki67 22.2%、lt. T1N1M1 (bone)、ER+、PR+、HER2-、Ki67 21.2%の両側乳癌でANA+zoledronate行い、3か月経過したところで、画像上NCも、腫瘍マーカー上昇しPDとなる。FEC→w-PTXを先行施行し、腫瘍縮小の後、両側乳房全切除術および腋窩リンパ節郭清を行った。現在fulvestrant+5-DFUR+CPAにて2年5ヶ月cPR継続中である。

D07

胃癌と男子乳癌の異時性重複癌の1例

¹植木病院 外科

清原忠彦¹、文野峯健¹、吉川 澄¹、植木孝浩¹

患者は78歳の男性で、2007年、胃癌の診断で幽門側胃切除術を施行された。組織型はtub2~por1でBorrmann3型、T2、N0、H0、P0、CY0のStageIB(胃癌取扱い規約13版)であった。2014年11月、右乳房の腫瘍を自覚するようになり主治医に相談、超音波検査にてE領域に径19.5×28.4mmの不整形で内部不均一な腫瘍病変を認めた。マンモグラフィでは微細分葉状、境界不明瞭の腫瘍を示した。core needle biopsyの結果、浸潤性乳管癌と診断し、胸筋温存乳房切除術とレベル2(一部3を追加)までの腋窩リンパ節郭清を施行した。組織型は浸潤性乳管癌(硬癌)でありT2、N3a、M0、stageIIICであった。術後術創部の皮膚は生着が不良な部分が見られるが、それ以外には特に問題なく経過観察中である。男子乳癌と胃癌の重複癌の報告例は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

D09

腹部冠状断CTが有用であったDeGarengeotヘルニアの1手術例

¹和歌山県立医科大学 第2外科

重河嘉靖¹、尾島敏康¹、渡邊高士¹、瀧藤克也¹、堀田 司¹、横山省三¹、松田健司¹、三谷泰之¹、家田淳司¹、岩本博光¹、山上裕機¹

【緒言】DeGarengeotヘルニアは大腸ヘルニア内で急性虫垂炎を認め、非常に稀な疾患である。今回、腹部冠状断CTが有用であったDeGarengeotヘルニアの1例を経験し報告する。【症例】60歳、女性。1日前より右臍径部の腫脹と疼痛を認め改善せず、当院救急受診。右臍径部の腫脹の原因検索として腹部冠状断CTにて、右大腿動静脈より腹側に腫瘍を認め回盲部との交通を認めた。大腸ヘルニアに虫垂が混入し、DeGarengeotヘルニアと診断し、緊急手術を施行した。大腸ヘルニアを確認し、ヘルニア嚢を開放すると、内部に軽度の炎症を伴う虫垂を確認した。虫垂切除術を行いmeshで補強を行い手術終了した。術後合併症は認めず、術後3日後に退院した。【結語】冠状断CTも併用することで、DeGarengeotヘルニアを術前診断し、安全に手術を施行できた貴重な1例を経験し、文献的考察も追加し発表する。

D10

術中内視鏡併用で十二指腸腺腫内癌に対して部分切除し得た1例

- ¹奈良県立医科大学 消化器・総合外科、
²奈良県立医科大学 消化器・内分泌代謝内科、
³奈良県立医科大学 病理診断学講座
高木忠隆¹、若月幸平¹、松本壮平¹、田仲徹行¹、
右田和寛¹、伊藤眞廣¹、國重智裕¹、中出裕士¹、
吉田太之²、武山真也²、内山智子³、中島祥介¹

症例は60歳、女性。検診の上部消化管内視鏡検査にて十二指腸球部上壁に35mm大腺腫を認めた。半年毎に内視鏡フォローされたが、形態、大きさに変化なかった。10年後生検でGroup5検出され、外科的切除の方針となった。M癌だったため、膵頭十二指腸切除術を回避し根治性を保持した十二指腸部分切除術を施行した。手術では、病変位置を正確に把握し過剰切除を防ぐため、術中内視鏡を用いた。膵を十二指腸から剥離授動し、過不足なく病変を切除できた。術後狭窄予防目的に、腸管欠損部を短軸方向にGambee法縫合閉鎖した。再度術中内視鏡で吻合部を観察し、出血や狭窄、腫瘍の遺残がないことを確認した。病理組織所見では60×50mmの十二指腸壁が切除され、腺腫内に上皮内癌を認めた。術後膵液漏や縫合不全、通過障害を認めなかった。十二指腸部分切除術にて術中内視鏡を併用することで、根治性と安全性、低侵襲性を確保することができた。

D12

十二指腸神経鞘腫の1切除例

- ¹和歌山県立医科大学 第二外科
村上大輔¹、清水敦史¹、川井 学¹、廣野誠子¹、
岡田健一¹、宮澤基樹¹、北畑裕司¹、上野昌樹¹、
速水晋也¹、山口俊介¹、山上裕機¹

67歳女性。嘔吐、腹痛を主訴に近医を受診、腹部CTで膵頭部に30mm大の腫瘤を認め、当科紹介受診MD-CTで、膵頭部から十二指腸下行脚に37mm大の結節分葉状で周囲組織と境界明瞭な腫瘤を認めた。EUS-FNAでは内部にのう胞性変化を伴う境界明瞭な腫瘍として描出され、組織診で紡錘形細胞が錯綜傾向を伴い増生する像が見られ、膵あるいは、十二指腸原発の神経鞘腫と診断し、幽門輪切除膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的検査は、十二指腸固有筋層から発生する被膜を有さない結節状腫瘍で、紡錘形細胞の束状増生よりなり、柵状配列や変性、硝子化もみられた。膵浸潤やリンパ節転移はなく、免疫染色の結果も併せ、十二指腸原発神経鞘腫と診断した。術後1年9ヶ月、無再発である。本疾患は画像診断で確定することが困難であり、悪性例も少数ながら報告されている。今回、稀な十二指腸原発神経鞘腫の1切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

D11

十二指腸癌術後のドレーン留置部に沿って肝門部局所再発をきたした1例

- ¹守口敬任会病院 外科
檀 信浩¹、石川 慧¹、萩 隆臣¹、市川善章¹、
鄭 賢樹¹、谷浦允厚¹、植野吾郎¹、金沢景文¹、
高山昇一¹、西原政好¹、丸山憲太郎¹、島田 守¹、
李 喬遠¹、岡 博史¹

69歳男性。2011年9月十二指腸癌に対して膵頭十二指腸切除を行う。胃癌・胆道癌取扱い規約ではT4a(SE)NOM0 StageIb・T4(Panc3) StageIVa。術後1年半の経過でCEA上昇と胆管拡張を伴い肝門部再発転移を認めた。化学療法を変更したが増悪し閉塞性黄疸をきたしたため再切除を行う。胆管空腸吻合部の腫瘍は横行結腸にも浸潤し肝門部吻合部と横行結腸、下大静脈や門脈の一部を合併切除した。再建は挙上空腸を用いて新たに胆管空腸吻合した。再発形式は前回手術時のWinslow drainの留置部に一致して病巣を認めた。さらに胆管空腸吻合の粘膜面は異常なくその他の腹膜播種や腫瘍は認めなかった。術後化学療法を行ったが再手術後約1年目に肺転移や腹膜播種をきたし初回手術の3年4ヶ月に肝門部再々発による肝不全で永眠された。【考察】十二指腸癌術後のドレーン留置部のimplantationのために局所再発をきたした可能性が示唆されたので文献的考察を加えて報告する。

D13

滋賀県のがん地域医療連携システム

- ¹独立行政法人 国立病院機構 東近江総合医療センター、
²滋賀県がん診療連携協議会 地域連携部会、
³滋賀医科大学 総合外科学講座、
⁴滋賀医科大学 腫瘍センター
瀬戸山博^{1,2,3}、神田 雅史²、東出 俊一²、林 栄一²、目片 英治^{2,4}、山本 秀和²、矢澤 武史²、加納 正人²、水本 明良²、土屋 邦之²、
下松谷 匠²

滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会は、平成21年より「5大がん地域連携クリニカルパス」による地域医療連携推進と連携ネットワーク創造に取り組んでいる。(1)パス登録患者数：903症例が登録。年度別では5⇒62⇒137⇒246例/年、臓器別では大腸が4⇒30⇒64⇒125例/年、胃が4⇒27⇒66⇒103例/年、26年度以降plateauに。(2)適応拡大：早期がん限定で開始したが、平成23年より大腸・胃で進行病期対応パスを開始し、術後補助化学療法を包括した地域医療連携へ。(3)地域連携パス施設基準届出方法：事務局が県内全域の診療所とがん診療連携拠点・支援病院の連携を一括して近畿厚生局へ届出し、事務作業の簡素化を図った。(4)地域連携パスの啓発活動と運用状況の検証を定期的に行った。(5)がん地域医療連携の進展：平成25年に前立腺、26年にがん緩和医療に関するパスの運用を開始した。

D14

滋賀県がん緩和医療地域連携クリニカルパス

¹独立行政法人 国立病院機構 東近江総合医療センター、

²滋賀県がん診療連携協議会 地域連携部会、

³滋賀県がん診療連携協議会 緩和ケア推進部会、

⁴滋賀医科大学、

⁵市立長浜病院

瀬戸山博^{1,2,3,4}、目片英治^{2,4}、花木宏治^{3,5}

滋賀県は2014年、5大がんで構築した地域がん診療連携ネットワークにおいて、新たにがん緩和医療地域連携クリニカルパスの運用を開始した。パスの構成・特徴は(1)病診連携ではなく、多職種連携の緩和医療(2)身体症状や思いの共有、薬剤・材料管理ツールとしての患者用「私のカルテ」(3)多職種協働体制を実現する医療者間情報連絡ツール(4)在宅・入院で共用可能運用に関して(1)がん診療・看護・ケアを提供する全ての施設が参加するオープンシステム(2)パス適用開始を、患者自身がエンド・オブ・ライフを意識し始めたときと定めた(3)協働チームリーダーは在宅医・かかりつけ医とし、外科医はバックベッド確約、病状急変に対応(4)緩和医療地域連携啓発のため、定期的に「がんパス研修会」を開催治療初期から外科医が地域医療関係者と協働し、積極的緩和医療を提供することを期した県事業の内容を報告する。

D16

気胸で発見された肺アスペルギローマの一手術例

¹東近江総合医療センター

上田桂子¹、尾崎良智¹、北村将司¹、井上修平¹

【はじめに】肺アスペルギローマは発熱、咯血などで発症が判明することが多い。今回気胸で発見された症例を経験した。【症例】86歳、男性。既往歴は糖尿病、高血圧、狭心症、間質性肺炎。咳嗽と呼吸苦を主訴に近医で右気胸と診断され当科へ紹介。2度肺虚脱、右肺上葉にブラの多発を認め、胸腔ドレナージを施行。肺痿遷延のため胸膜癒着療法、自己血注入を施行したが、肺痿が停止せず29病日に手術を施行。肥厚した胸膜直下のブラより気漏を確認した。ブラ壁を開くと膿性内容物を認め、迅速病理検査でアスペルギルス菌糸を確認し、肺アスペルギローマと診断した。ブラを縫縮し、有茎肋間筋弁を縫着した。VRCZを開始し、術後19日に退院。術後1年半現在アスペルギルス症、気胸の再発なく経過。【まとめ】通常、肺アスペルギローマは結核遺残空洞などに発生することが多いが、本症例はブラ内に感染を起し穿孔して気胸を発症したものと考えられた。

D15

検診で発見された若年者巨大気腫性肺嚢胞の1例

¹東大阪市立総合病院 呼吸器外科

山本理莉¹、尾田一之¹、早川正宣¹

症例は32才男性。自覚症状なし。職域検診の胸部レントゲンで左気胸疑いと診断され、当院を紹介受診となった。胸部レントゲンでは左肺野全体の透過性亢進と縦隔の右方偏位及び横隔膜の平底化を認めた。胸部CTでは左胸腔は隔壁を伴う巨大な嚢胞で占拠されており、残存肺は縦隔側に圧排され完全に無気肺となっていた。以上より左巨大気腫性肺嚢胞と診断した。発症時期は不明であるが、長期間にわたって残存肺は無気肺となっているものと推測された。嚢胞の減圧により残存肺が膨らむかどうかを確認するため、まず嚢胞内吸引療法を実施した。嚢胞内に7Fr胆道バルーンチューブ(クリエイトメディク)を留置し、再膨張性肺水腫の発生に注意しつつゆっくりと脱気減圧を行った。ドレナージ後12日目に残存肺の再膨張を確認し、24日目に胸腔鏡補助下嚢胞切除術を実施した。術後経過は順調で術後5日目退院となった。以上の症例について若干の文献的考察を加え報告する。

D17

感染性肺嚢胞に合併した粘液性腺癌の1例

¹NHO 京都医療センター 呼吸器外科

岡本圭伍¹、賀来良輔¹、元石 充¹、澤井 聡¹

【諸言】肺感染症先行例では、術前に画像的評価を十分に行えないことがある。感染性嚢胞近傍に肺腺癌を認め、二期的に根治術を施行した症例を報告する。【症例】65歳男性。胸痛を主訴に近医を受診し、CTで左舌区に液貯留を伴う肺嚢胞と胸水を認め、感染性肺嚢胞症と診断された。長期抗生剤加療で一旦軽快したが、その後再度嚢胞内に鏡面像が出現した。切除目的に当院紹介となり、胸腔鏡補助下左舌区切除を施行した。嚢胞壁の明らかな肥厚はなかったが、炎症の波及と思われた周囲肺からmucinous adenocarcinomaと診断され、後日左肺残存上葉切除術+ND2a-1を施行した。pT1bN0M0 stageIAと診断し、現在UFTの内服を行っている。【考察】嚢胞性疾患には肺癌の合併が高く、その可能性を常に考慮しなければならない。自験例では嚢胞が気道との交通を有し、結節陰影と感染後変化との判別が困難であった。腫瘍病変が粘液性腺癌であった点も要因の一つと考えられた。

D18

複数回の手術により長期生存が得られている子宮頸癌肺転移の1例

¹医仁会武田総合病院 呼吸器外科
石田恵子¹、鈴木雄治¹

【症例】40代女性。2010年5月に子宮頸癌に対して当院産婦人科で手術を施行し、術後放射線治療を施行後経過観察となった。2012年1月の胸部 Xp で左肺野に異常陰影を指摘され、2月に胸腔鏡下左肺下葉部分切除術を施行し子宮頸癌肺転移と診断した。術後化学療法 (CDGP+DOC) を施行するも DOC によるアナフィラキシーを認めたため中止し、レジメンを CDGP+CPT-11 に変更し計3kr 施行した。その後外来で経過観察されていたが、11月の胸部 CT で右肺上葉腫瘍を認め、増大したため2013年1月に右肺上葉切除術を施行し子宮頸癌肺転移と診断された。同様に2013年8月と10月に胸腔鏡下肺部分切除術を施行しそれぞれ子宮頸癌肺転移と診断された。肺転移に対して1年8ヶ月の間に計4回の手術を施行したが、最終手術より1年5ヶ月経過した現在も再発なく外来経過観察中である。【まとめ】短期間に再発を繰り返す症例であっても、手術により良好な病勢コントロールを得られる可能性がある。

D20

気管支鏡検査後に腫瘍が縮小し薄壁空洞化した肺多形癌の一切除例

¹洛和会音羽病院 呼吸器外科、
²洛和会音羽病院 呼吸器内科、
³洛和会音羽病院 京都呼吸器センター
森川彰貴¹、一瀬増太郎¹、堀 哲雄¹、小南亮太²、
西山聖也²、中西陽祐²、坂口 才²、土谷美知子²、
長坂行雄³

症例は76歳男性。胸部大動脈瘤の経過観察中、胸部レントゲン写真で右肺野に腫瘍影を指摘。精査加療目的で当院紹介受診。胸部 CT にて右肺下葉 S⁶ に 6.0×4.8cm の腫瘍影を指摘。気管支鏡検査の後、発熱や多量の喀痰排出などの症状と炎症反応の亢進が出現。抗生剤治療で軽快したが、腫瘍影は著明に縮小し3.6×2.4cm の薄壁空洞病変に変化した。気管支鏡検査にて悪性腫瘍が疑われたが、経過から炎症性疾患である可能性が否定できず、確定診断目的で病変の外科的切除を行った。迅速病理診断で肺癌の診断を得た後、胸腔鏡下右肺下葉切除を施行した。永久病理診断の結果は縦隔リンパ節転移を伴う多形癌。切除標本に残存する癌組織は5~15mm 程度であった。気管支鏡検査後に腫瘍の縮小と薄壁空洞化を来した肺多形癌の一切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

D19

肺癌が疑われた気管内異物に対して胸腔鏡下肺葉切除を施行した1例

¹奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科
河合紀和¹、東条 尚¹、川口剛史¹、安川元章¹、
谷口繁樹¹

症例は70代男性。持続する咳嗽を主訴に前医を受診。胸部 CT で、右上葉支の狭窄を認め、精査目的に当院を紹介受診した。喀痰細胞診で疑陽性 (suspicious)、腺癌を疑うと診断された。気管支鏡検査では、右 B3 入口部に一部壊死を伴う隆起病変を認めた。FDG-PET では同部位及び右肺門部に FDG 集積を認めた。以上から右上葉中枢型肺癌 (cT1aN1M0) の疑いと診断し、上葉気管支入口部の病変であったので、右肺楔状スリーブ上葉切除を施行した。術後経過は良好で、術後第9病日に退院。術後病理組織診では、B3 入口部の隆起病変は異物 (食物残渣) であり、周囲上皮には再生性異型や扁平上皮化生を認めたが、悪性所見は認めなかった。本症例を文献的考察を加えて報告する。

D21

肺動脈性肺高血圧症に合併した原発性肺癌に対する1切除例

¹大阪医科大学 胸部外科
文元聰志¹、越智 薫¹、市橋良夫¹、佐藤 澄¹、
森田琢也¹、花岡伸治¹、勝間田敬弘¹

術中の体位や片肺換気、術後の肺血管床の減少などが要因となって肺動脈圧が上昇し循環動態の破綻を来しうることから肺高血圧症を有する患者に肺葉切除術を施行する場合には周術期に様々な工夫を要する。今回、肺動脈性肺高血圧症患者の原発性肺癌に対し肺葉切除術を行った症例を経験したので文献的考察を加え発表する。症例は73歳女性。既往歴に Sjögren 症候群と強皮症があり肺高血圧症を合併していた。胸部 CT で右下葉の結節影が増大傾向を示し精査の結果、腺癌であったことから手術的に当科紹介となった。術当日まで PDE5 阻害剤の内服は続行し鏡視下ではなく開胸での術式を選択した。全身麻酔導入後に Swan-Ganz カテーテルを挿入し肺動脈圧をモニターしながら手術を行った。手術時間は184分、出血は30mL であった。術後、肺動脈圧の異常はなく術翌日から PDE5 阻害剤の内服を再開し術後2日目にはカテーテルを抜去した。術後経過は良好で術後21日目に退院となった。

D22

左内胸動脈を用いた CABG 後、二期的に左上葉切除術を施行した肺腺癌の一例

¹滋賀医科大学 呼吸器外科

赤澤 彰¹、橋本雅之¹、堀本かんな¹、白鳥琢也¹、林 一喜¹、片岡瑛子¹、五十嵐知之¹、大塩恭彦¹、寺本晃治¹、手塚則明¹、花岡 淳¹

【症例】69歳、男性。2013年11月右冠動脈、左前下行枝狭窄病変に対する治療目的に当院心臓血管外科紹介となった。この時の術前 CT 検査で左上葉陰影を認め肺癌が疑われたが、不安定狭心症かつ腎不全による維持透析中であること、肺癌の全身検索が終了していないことから二期的手術が望ましいと判断し、CABG のみを先行させた。後日、肺腺癌 stage1A の診断が得られ、CABG2か月後に左上葉切除術を施行した。CABG 時に左内胸動脈 (ITA) グraftを用いていたが、左開胸せず採取していたため、肺癌手術時には特に問題とならなかった。

【まとめ】肺癌と虚血性心疾患 (IHD) には共通の好発年齢と危険因子があり、IHD 合併肺癌症例に出会うことも少なくない。ともに手術適応である場合、一次的・二期的手術が考慮される。二期的手術の内、特に ITA を使用した場合は肺癌手術時に graft 損傷の懸念があるが、心臓血管外科と事前協議をしておくことで対応可能であると考えられた。

D24

肺癌術直後に心停止となった1例

¹大阪市立大学 呼吸器外科

堀田 怜¹、西山典利¹、泉 信博¹、水口真二郎¹、山本寛子¹、岡田諭志¹、戸田道仁¹、原幹太郎¹

症例は64歳、男性。左上葉肺癌・食道癌の治療目的に当院受診。肺癌は切除、食道癌は放射線・化学療法の方針で、肺癌切除を先行した。術前 CT にて冠動脈の石灰化が著明であったため冠動脈 CT を施行し、有意狭窄なしとの診断であった。全身麻酔下に左肺上区域切除を施行し抜管直後に心停止となった。緊急心臓カテーテル検査を施行し、左冠動脈主幹部の狭窄に対しステント留置を行った。食道狭窄のため抗血小板薬は投与不可でありヘパリンを開始し、人工呼吸、IABP および PCPS にて全身管理を行った。術翌日出血による再開胸止血術を行った。その後も血性排液が続いたため、IAPB 下に48時間ヘパリンを中止し、止血を得た。この48時間で PCPS を離脱し、また硬膜外チューブもこの期間に抜去した。術後3日目に IABP を抜去し、ヘパリンを再開した。術後6日目に抜管、10日目に胸腔ドレーンを抜去した。心停止による合併症は認めず、術後24日目に食道癌治療のため転科となった。

D23

同時発生の右上葉肺癌、胸腺癌に対し一次的に手術を施行した一症例

¹大阪府立成人病センター 呼吸器外科

久能英法¹、徳永俊照¹、石田大輔¹、中桐伴行¹、岡見次郎¹、東山聖彦¹

66歳男性、重喫煙者。検診 CT で右主気管枝内結節を指摘され精査加療目的に当院紹介受診。気管支鏡にて右上葉入口部から中幹管へかけて内腔突出する腫瘍を認め原発性肺扁平上皮癌の診断であった。さらに B6 入口部にも隆起性病変を認め、こちらも肺扁平上皮癌の診断であった。胸部 CT 上では前縦隔にも 1.8cm の造影効果を伴う辺縁平滑な腫瘍影を認めた。他に遠隔転移を認めないことから右上葉入口部腫瘍と胸腺腫瘍に対して外科切除を行ない、術後に B6 入口部腫瘍に対して放射線治療を行なう方針とした。2014年 X 月右上葉管状スリーブ切除 + 胸腺部分切除術 + 縦隔リンパ節郭清施行。2014年 X + 2月に右 B6 入口部腫瘍に対し RT (60Gy/20Fr) 施行。最終病理結果は肺扁平上皮癌 pT1aN0M0、胸腺扁平上皮癌正岡 II 期の診断であった。現在外来で無再発生存中である。原発性肺癌と胸腺癌の同時発生及び同時切除例の報告は非常に稀であるためここに報告する。

D25

画像にて膿胸の超急性期の経過を追えた一例

¹和歌山県立医科大学 第一外科

中村匡視¹、吉増達也¹、尾浦正二¹、粉川庸三¹、川後光正¹、清井めぐみ¹、宮坂美和子¹、大橋拓矢¹、西口春香¹、本田麻里子¹、青石裕香¹、岡村吉隆¹

症例は63歳男性。持続する左側胸部痛を主訴に近医を受診し、胸部 CT で左下葉 S10 に 30mm 大の腫瘍性病変を指摘され当院紹介となった。精査中に疼痛の増強と胸水の出現を認め抗生剤で加療を行ったが、急激に炎症反応の増悪とエコーにて多房性に胸水の増大を認め、急性膿胸の診断で来院後7日目に胸腔鏡下膿胸腔搔爬術を施行した。後方視的にみると、初期の腫瘍性病変は円形無気肺であったと考えられる。急性膿胸は、多量の胸水貯留と呼吸器症状を契機に発見されることが多いが、本症例は円形無気肺に次いで胸水が出現し、増大していく過程を継続的に追うことができた。画像にて膿胸の超急性期の経過を追えた一例を経験したので報告する。

D26

急性膿胸に対して早期胸腔鏡下膿胸搔爬術が有用であった一例

¹京都ルネス病院 外科

清川厚子¹、瓦家伸晃¹、弓場孝郁¹、山本育男¹、富士原正人¹

【はじめに】急性膿胸は抗生剤投与やドレナージにて加療するが、治療に難渋するケースもある。急性膿胸に対し早期に胸腔鏡手術を行い良好な結果を得たので報告する。【症例】55歳男性。熱発・呼吸苦を主訴に当院内科受診。胸部CTにて左胸水貯留を認め急性胸膜炎の診断で入院。抗生剤投与を行うも翌々日に胸水増加を認め外科対診となる。トロッカー留置するも流出不良であり、翌日のCTにて胸水が大量に貯留した多房化胸膜腔を認め急性膿胸と診断、同日胸腔鏡下膿胸搔爬術を施行した。胸腔内は白色の隔壁を多数認め、吸引鉗子等にて隔壁除去・単房化し、生食5Lで洗浄後胸腔ドレーンを1本留置し手術終了した。手術時間1時間17分、出血量10ccであった。術後2日目より解熱、術後7日目にドレーン抜去・抗生剤終了、術後15日目に軽快退院となった。【まとめ】フィブリン析出により隔壁形成を伴った急性膿胸は早期に胸腔鏡手術に踏み切る方が治療効果が高いと考えられた。

D28

有癭性膿胸開窓部に対しVAC療法を行った一例

¹草津総合病院 呼吸器外科

川口 庸¹

【症例】68歳、女性。4週間前より咳、痰が出現。CT左上胸腔内にair-fluid levelを伴うスペースがあり、ドレナージを行ったところ、膿性排液および気癭を認めた。有癭性膿胸と判断し、抗生剤投与を開始し、ドレナージを継続したが、気癭および膿性排液の停止が得られなかったため開窓術を行った。開窓術後、徐々に膿胸腔の縮小および創底の上皮化が得られた。開窓6か月後に肋間筋、前鋸筋充填による閉創を試みるも、一部小さな肺癭を伴う膿胸腔が残存した。残存膿胸腔閉鎖のためVAC療法を開始したところ、4週間で創が閉鎖した。【考察】有癭性膿胸開窓術後、VAC療法により創閉鎖を得た症例はこれまでに11例報告されている。癭孔が小さく、膿胸腔の陰圧を維持できる症例ではVAC療法が膿胸腔閉鎖のための一つの治療選択肢になり得ると考えられた。

D27

有癭性部分膿胸の一例

¹甲賀病院 呼吸器外科

藤田琢也¹、川口 庸¹

【はじめに】膿胸は、その範囲、症状、癭の有無によってさまざまな分類があり、症例によって適切な手術法を選択しなければならない。【症例】症例は73歳、男性。幼少期に胸膜炎の既往があり、右下肺野に石灰化した陳旧性の膿胸腔を健診で常に指摘されていた。2014/7月より血痰が出現し9月に入り発熱。画像上、右肺炎と、膿胸腔の増大と膿胸腔内の鏡面形成認め、膿胸腔への感染と有癭化による吸引性肺炎と診断した。抗生剤投与では改善せず、胸腔ドレナージと連日の胸腔内洗浄を行い感染が改善したのちに膿胸嚢切除術を行った。術後22日目に軽快退院となった。【考察】本症例では、膿胸嚢切除術、肺剥皮術+肺葉切除術、開窓術後の充填術等が考えられたが、限局された部分膿胸であり、一次的に膿胸嚢切除術が可能であった。終局的には出血性膿胸への移行や悪性疾患の合併も危惧され早期手術が重要と考えられた。

D29

深頸部膿瘍から進展した粘膜下剥離を伴った急性食道蜂窩織炎の1例

¹滋賀医科大学 呼吸器外科

堀本かな¹、林 一喜¹、白鳥琢也¹、片岡瑛子¹、五十嵐知之¹、橋本雅之¹、大塩恭彦¹、花岡 淳¹

【はじめに】深頸部膿瘍から進展した粘膜下剥離を伴った急性食道蜂窩織炎の画像所見は降下性壊死性縦隔炎と類似している。今回、緊急手術により確定診断した症例を経験したので報告する。【症例】71歳、女性。増悪する頸部腫脹、咽頭痛のため撮影された胸部CTで、深頸部膿瘍と下縦隔に及ぶ食道周囲の低吸収域を指摘、降下性壊死性縦隔炎疑いで緊急手術を施行した。気管切開と頸部ドレナージ後、右胸腔鏡下縦隔ドレナージを施行、縦隔に膿性液の貯留は認めなかったが、著明に腫大した食道壁の穿刺で膿の流出が見られた。食道内視鏡では正常な粘膜に覆われた隆起病変が見られた。起病菌は同定されなかったが、抗生物質投与で徐々に食道の腫脹は縮小、胸腔ドレーン抜去後の術後67日目に退院可能となった。【考察・まとめ】手術時所見で、深頸部膿瘍より食道壁を介して感染が波及した急性食道蜂窩織炎の診断が得られ、抗菌薬投与により軽快が得られた。

D30

診断に難渋した縦隔造血管腫瘍の1例

¹刀根山病院 呼吸器外科、
²刀根山病院 臨床検査科
谷口聖治¹、竹内幸康¹、須崎剛行¹、大瀬尚子¹、
前田 元¹、平野博嗣²

【症例】50歳男性。2014年9月に息切れを自覚し、近医を受診。胸部Xpで多量の左胸水貯留を認め、胸部CT上、前縦隔に10×8cm大の腫瘍を認めたため、当科転院となった。10月14日に胸腔鏡下腫瘍生検術を施行、術後病理検査では、控減が強く個々の細胞の形態は不明であり、悪性リンパ腫か胸腺腫かの鑑別は困難であったが、最終的に胸腺腫と診断。2015年1月に治療目的に当科再入院。胸部CTを再検すると、左腋窩、縦隔、肺門など多部位に新たなリンパ節の腫大を認め、悪性リンパ腫の可能性を再考し、左腋窩リンパ節生検術を施行、リンパ芽球性リンパ腫との診断に至った。【考察】縦隔造血管腫瘍特に悪性リンパ腫が縦隔に発生する割合は比較的多く、縦隔腫瘍の18%~20%を占め、経皮針生検や胸腔鏡下生検で診断が困難な症例が存在する。今回我々は、診断に難渋した縦隔造血管腫瘍の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

D32

当科で経験した術後乳び胸とその治療方法についての考察

¹滋賀医科大学 呼吸器外科
白鳥琢也¹、堀本かんな¹、林 一喜¹、片岡瑛子¹、
五十嵐知之¹、橋本雅之¹、大塩恭彦¹、花岡 淳¹

<はじめに>乳び胸の原因は胸部外科手術に関連した外傷性が最も多い。今回、胸部外科手術後に発症した乳び胸に対する治療について検討を行った。<対象>2010年から2015年に治療を行った術後乳び胸11例。<方針>乳び胸診断後 1. 絶食あるいは低脂肪食に変更 2. サンドスタチン投与 3. 1、2週間後の胸水量で外科的治療の必要性を評価（保存的治療では癒着術を追加）<結果>乳び胸症例11例のうち、保存的治療軽快例8例であった。絶食中に胸水量の減少を認めない症例、食事を再開した際200ml/day以上の胸水量の増加を認めた症例及びトリグリセリド高値の症例では外科的治療が必要となった。<考察>呼吸器外科領域では、術後乳び胸は保存的治療で軽快することが多い。他領域では胸水量に差がみられ、早期の手術適応の判断が必要と考えられた。

D31

腹部術後乳び胸に対する胸腔鏡手術時に小孔を同定した横隔膜交通症の1例

¹滋賀医科大学 呼吸器外科
林 一喜¹、堀本かんな¹、白鳥琢也¹、片岡瑛子¹、
五十嵐知之¹、大塩恭彦¹、橋本雅之¹、花岡 淳¹

【はじめに】横隔膜交通症は貯留した透析液や腹水が横隔膜の小孔を通じて胸腔内に移行し、症状を呈する疾患である。今回我々は、膣全摘術後に生じた乳び漏れにより、乳び胸を合併したと考えられた横隔膜交通症の1例を経験したので報告する。【症例】70歳、女性。膣管内乳頭粘液性腫瘍に対して脾温存膣全摘術を施行された。術後12日目の胸部X線写真で右胸水の著増を認め、胸腔穿刺により乳び胸と診断された。保存的治療が奏功しないため、胸腔鏡下胸管結紮術を施行した。手術時、横隔膜の小孔より乳びの流入が認められたため、自動縫合器で一括に切除した。術後に胸水は消失したが、乳び腹水の貯留を認めるようになり、保存的治療で徐々に軽快してきている。【結語】腹部術後に生じた乳び胸では、横隔膜交通症の可能性も考慮し、胸腔内のみならず十分な横隔膜の観察も必要であると考えられた。

D33

特発性血気胸及び遅発性外傷性血胸8手術例の検討

¹宇治徳洲会病院 呼吸器外科、
²宇治徳洲会病院 外科
藤田朋宏¹、板野秀樹¹、青木崇倫¹、仲原英人²、
小林壽範²、菱川恭子²、高岸智子²、日並淳介²、
富山英紀²、梶原正章²、金児 潔²、仲井 理²、
増田道彦²

2009年以降の特発性血気胸及び遅発性外傷性血胸8手術例について検討。平均35±14歳（16-61歳）。男女比7:1。発症から平均25.2±16時間（9-60時間）で全例緊急VATS施行。6例で来院時頻脈または低血圧あり。平均総出血量2490±1312cc（840-4170cc）。6例で破綻動脈をclippingにて止血。cell saver不使用の初期2例で大量輸血（10U、14U）を要したが、後期6例ではcell saverによる返血を行い同種輸血を可及的に回避（3例：4U、3例：無輸血）。術前ドレナージ施行4例。無施行4例（うち2例で輸血回避）。発症2.5日で手術施行した右肺完全虚脱の1例で重症肺水腫を合併したが回復。術前ドレナージによりcell saver返血が不可能な出血量（最終的失血）が増すため、発症から可及的早期のドレナージなしでの手術が出血量・輸血量軽減の観点から望ましい。

E01

高位背側肝の切除を要した肝細胞癌の2例

¹奈良県総合医療センター 外科、
²奈良県総合医療センター 救急科
福岡晃平¹、高 濟峯¹、岩佐陽介¹、紙谷直毅¹、
松阪正訓²、向川智英¹、石川博文¹、渡辺明彦¹

症例1: 62歳男性、B型慢性肝炎。IVCに接し尾状葉下大静脈部に約3cm大の肝細胞癌を認めた。肝右葉を完全授動、右下肝静脈、中右肝静脈含め短肝静脈を全て処理した。背側肝をIVC前面から剥離し、右肝静脈をテーピングしたのち後区域肝実質から切除を始め中肝静脈の背側面を露出し高位背側肝切除した。症例2: 71歳男性、C型慢性肝炎。右中肝静脈の間、肝門グリソンの左右分岐部頭側縁に近接し、4cm大の肝細胞癌を認めた。肝右葉を完全授動し、肝S8ドーム側から肝切除を開始、右と中肝静脈を露しつつIVC前面まで肝実質切除を陥通させた。肝前面からIVCと右肝静脈肝門グリソンで囲まれる部分が肝背側まで空洞となった。結語: 2症例とも明らかな再発なく外来フォロー中である。高位背側肝の肝細胞癌はRFA、選択的TACE共に困難であり、肝切除も容易でない。異なる2つのアプローチでの手術を経験したので手技を中心に供覧する。

E03

Peliotic changeを伴った肝細胞癌の1切除例

¹明和病院 外科、
²明和病院 病理診断科
小倉佑太¹、相原 司¹、生田真一¹、竹中雄也¹、
後野 礼¹、一瀬規子¹、中島隆善¹、小野朋二郎¹、
友松宗史¹、吉江秀範¹、張 宇浩¹、木村文彦¹、
岸本昌浩¹、柳 秀憲¹、山中若樹¹、覚野綾子²

【はじめに】診断に難渋し、類洞様構造 (peliotic change) を伴った肝細胞癌の1切除例を経験したので報告する。【症例】は50歳代女性。検診で肝機能異常を指摘され精査目的の当院受診。腹部超音波検査で肝S8にモザイクパターンを伴う径30mmの腫瘤を認めた。Dynamic CTでは動脈相から平衡相にかけて辺縁に造影効果を認め、転移性肝腫瘍が疑われ、全身検索を行ったが他に腫瘍性病変を認めなかった。EOB-MRIではT1強調像で不均一に低信号、T2強調像で不均一に高信号を示し、造影効果は乏しく肝細胞相では低信号となった。肝内胆管癌もしくは混合型肝癌を疑い腫瘍生検を行ったが、アルコール性肝硬変の像のみで悪性所見を認めず経過観察となった。4か月後CEAの上昇及びCTで腫瘤の増大認め、腹腔鏡下S8部分切除術を施行した。病理組織学的には類洞の拡張が目立ち、周囲に領域性に異型を伴う肝細胞の増殖を認め、peliotic changeを伴った高分化型肝細胞癌と診断された。

E02

C型慢性肝炎長期SVR後に発症した肝細胞癌の1切除症例

¹大和高田市立病院 外科、
²京都大学 肝胆膵移植外科
廣畑吉昭¹、楊 知明²、岡村隆仁¹、中村友哉¹、
加藤達史¹、中山裕行¹

症例は60歳代男性。C型慢性肝炎に対し、20年前インターフェロン治療を施行され、ウイルス学的著効 (sustained virological response, SVR) が得られ、近医でフォローされていた。平成25年、PIVKA-II: 1690mAU/ml、AFP: 459.8ng/mlと上昇を認めたため、腹部超音波検査を施行されたところ肝S8に直径6.5cm大の腫瘤性病変を認め当院へ紹介された。精査により、肝細胞癌の診断を得た。肝機能はChild A、Liver Damage A、ICGは6%であり、肝右葉切除術を施行した。病理学検査で、背景肝は脂肪肝であるものの新犬山分類ではF0A0であった。C型肝炎SVR後に発症した肝細胞癌の多くは5年以内であり、肝機能も不良である。一方、Satoら (Intern Med 2013) によると、C型慢性肝炎長期SVR後の肝細胞癌発症例は決してまれではないものの、その臨床病理学的特徴は依然として不明である。文献的考察を踏まえ、本症例を報告する。

E04

診断に難渋した肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の1切除例

¹大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科、
²大阪市立総合医療センター 消化器外科
出口惣大¹、塚本忠司¹、金沢景繁¹、清水貞利¹、
村田哲洋¹、栄 政之¹、山根 心¹、栗原重明¹、
田嶋哲三¹、後藤 航¹、田内 潤¹、小塚雅也¹、
吉井真美²、李 友浩²、日月亜紀子²、玉森 豊²、
山本 篤²、井上 透²、山下好人²、西口幸雄²

症例は67歳、女性。腎結石のフォロー目的のCTにて肝腫瘍を指摘され当科紹介受診した。HBsAg (-)、HCV (-) であり、アルコール多飲歴があった。腹部エコーでは脂肪肝の所見であり、肝S4の肝表面に7mmの内部不均一な低エコー腫瘤を認め、肝S6にも17mm大の境界明瞭な低エコー腫瘤を認めた。造影CTでS4の腫瘍は動脈相でring enhanceされ、平衡相でもややring様濃染が持続する腫瘍として認め、S6の腫瘍も動脈相で濃染され、平衡相でも濃染が残存した。MRI検査では、DWIでも共にring状高信号を呈し、EOB-MRIでは共に動脈相でring状に濃染し、肝細胞相でdefect像を呈した。多発肝細胞癌 cT2N0M0 StageIIと診断し、腹腔鏡下肝部分切除術を施行した。術後は経過良好で術後7日目に軽快退院した。病理組織検査で、S4は肝細胞癌、S6は肝内胆管癌と組織診断された。術前の画像検査では診断し得なかった肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌を経験したため、考察を加えて報告する。

E05

肝細胞癌術後フォロー中発症した膵臓癌の1例

¹明和病院 外科、

²明和病院 病理

田代真優¹、中島隆善¹、生田真一¹、田代恵太¹、
後野 礼¹、竹中雄也¹、一瀬規子¹、友松宗史¹、
小野朋二郎¹、吉江秀範¹、張 宇浩¹、木村文彦¹、
岸本昌浩¹、古川一隆¹、相原 司¹、柳 秀憲¹、
山中若樹¹、覚野綾子²

症例は、70歳代男性。C型肝炎の診断で平成16年IFN+Ribavirin療法施行。平成19年肝S3の肝細胞癌と血小板減少を伴う脾腫に対し肝S3部分切除+脾摘を行い、かかりつけ医で外来フォローされていた。平成26年7月頃より体重減少、間欠的心窩部痛を自覚、前医の血液検査でPIVKA-II、AFPの上昇なく、腹部超音波検査でも肝に明らかな異常はなかった。症状持続のため精査目的で当院紹介受診。腹部造影CT検査にて肝は肝硬変を呈していたが再発は明らかでなく、一方膵体部に20mm大の乏血性腫瘤を認め、同部位より尾側の主膵管拡張を認めた。CA19-9は81U/mlと上昇を認めた。以上より膵体部癌の診断で膵体尾部切除術施行、病理組織学検査は中分化型管状腺癌の所見であった。本症例は肝細胞癌術後7年目、C型肝炎フォロー中に発症した膵体部癌であった。ウイルス性肝炎や肝癌治療後に対する定期検査によるフォローは重要だが、他臓器悪性疾患合併の可能性も常に念頭におく必要があると考えられた。

E07

胆嚢癌に対する胆嚢静脈還流域の肝切除：胆嚢動脈 ICG 注入蛍光法による術中 Navigation を用いた 1 切除例

¹京都大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科
船本知里¹、秦浩一郎¹、瀬尾 智¹、川口道也¹、
新田隆士¹、森 章¹、波多野悦朗¹、岡島英明¹、
上本伸二¹

【背景】胆嚢癌の肝直接浸潤と微小肝転移を制御するために、胆嚢静脈の肝還流域を過不足なく切除することが重要である。今回、胆嚢動脈 ICG 注入法による術中蛍光 Navigation により、胆嚢静脈還流域を同定、切除した症例を報告する。

【症例】60歳代男性。胆嚢内を占拠する5cm大の造影効果を有する不整形腫瘍にて胆嚢癌を疑われ当科紹介となった。癌は遊離腹腔側を基部とし、術前の Dynamic CT にて胆嚢動脈浅枝が main feeder であると思われた。術中に胆嚢動脈から100倍希釈 ICG を注入し、発光した肝の胆嚢静脈還流域を PDE カメラを用いて同定、マーキング、この領域を全切除した。

【結語】胆嚢癌に対する肝切除として、拡大胆摘術、肝床切除や S4a+S5切除などが行われているが標準化には至っていない。また、胆嚢静脈還流域は個体差が大きく、術前・術中に正確に同定することは困難であった。本法は過不足のない肝切除のための術中 Navigation として有用と考えられた。

E06

当科における腹腔鏡下肝切除術の短期成績と肝門部血流遮断の意義

¹大阪府立成人病センター 外科

原 豪男¹、小林省吾¹、後藤邦仁¹、秋田裕史¹、
高橋秀典¹、杉村啓二郎¹、三吉範克¹、本告正明¹、
大森 健¹、能浦真吾¹、宮田博志¹、大植雅之¹、
藤原義之¹、矢野雅彦¹、左近賢人¹

【はじめに】当施設における腹腔鏡下肝部分切除の短期成績および肝門部血流遮断の意義について検討した。【方法】2012年5月から2014年8月までに当施設において完全腹腔鏡下肝切除術を施行した33例を対象とした。肝離断前に肝門部血流遮断に備えて肝十二指腸間膜のテーピングとテストクランプを行い、実際の血流遮断は肝離断面からの出血の程度で判断した。【結果】25例において肝門部血流遮断の非施行下に肝離断が可能であった (NPr 群)。肝門部血流遮断の施行下で肝切除を施行した9例 (Pr 群) との比較検討では、手術時間 (Pr 群302、NPr 群 222分)、術後残院期間 (Pr 群13、NPr 群10日) が有意に NPr 群で短かった。出血量は両群間に差を認めなかった。両群ともに CD 分類 I I I a 以上の合併症はなかった。【結語】症例を慎重に選ぶことで、肝血流遮断を行うことなく安全に腹腔鏡下肝部分切除が施行できる可能性があることが示唆された。

E08

腹腔鏡下開窓術を施行した巨大肝嚢胞の2例

¹和歌山県立医科大学 第二外科

小林良平¹、速水晋也¹、瀧藤克也¹、上野昌樹¹、
山口俊介¹、川井 学¹、廣野誠子¹、岡田健一¹、
村上大輔¹、山上裕機¹

【はじめに】巨大肝嚢胞は周囲臓器を圧迫し、有症状化したものは治療が必要である。今回我々は巨大肝嚢胞の2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例1】68歳女性、後区域を主座とする20×20×25cmの肝嚢胞。【症例2】78歳女性、外側区域を主座とする18×24×29cmの肝嚢胞。両者に腹腔鏡下肝嚢胞開窓術を施行した。まず内容液を穿刺吸引し、細胞診に提出、悪性所見がないことを確認した。嚢胞壁は LCS を用いて切離し開窓、残存側の嚢胞壁をソフト凝固にて焼灼し手術を終了した。いずれも合併症なく退院し、臨床症状の改善を得、無再発で経過中である。【考察】肝嚢胞に対しては内科的治療も施行されるが再発率も高く、腹腔鏡下開窓術のよい適応である。今回より治療効果を上げるため嚢胞壁をソフト凝固にて焼灼した。【結論】巨大肝嚢胞に対する腹腔鏡下開窓術は安全かつ有効な術式である。

E09

経過観察中に破裂を来した限局性結節性過形成の1例

¹大阪市立大学大学院 肝胆膵外科学、
²大阪市立大学大学院 診断病理学
青田尚哲¹、木下正彦¹、竹村茂一¹、田中肖吾¹、
新川寛二¹、西岡孝芳¹、濱野玄弥¹、伊藤得路¹、
江田将樹¹、大澤政彦²、久保正二¹

【緒言】限局性結節性過形成（以下、FNH）は診断がつけば治療の必要はないとされている。今回我々は、経過観察中に破裂を来したFNHの1例を経験したので報告する。【症例】30歳代、男性。約3年前に肝S4a/S5に径約8cmの肝腫瘍を指摘され、経皮的肝生検でFNHと診断された。無症状で経過観察していたが、経過中に突然の腹痛を自覚し、造影CT像上、FNHの破裂が疑われた。肝動脈塞栓術を施行し、全身状態が安定した段階で待機的手術を行った。開腹すると、破裂した腫瘍に大網が強固に癒着し、高度な炎症を伴っていた。肝S4a/S5部分切除を施行した。病理組織像上、腫瘍内は血性成分及び壊死成分が充満し、質的診断が困難であった。術後は合併症なく経過し、術9日後に退院した。【結語】FNH破裂の報告は極めて少ないが、本例のように肝外へ突出する大型FNHであれば偶発的に破裂を来す可能性があり、嚴重な経過観察を要する。

E11

腹腔鏡下胆嚢摘出術後に腹膜播種を伴う胆嚢癌と診断された1例

¹多根総合病院 外科
金森浩平¹、小川淳宏¹、清水将来¹、山口拓也¹、
廣岡紀文¹、城田哲哉¹、森 琢児¹、小川 稔¹、
門脇隆敏¹、渡瀬 誠¹、刀山五郎¹、丹羽英記¹

症例は69歳男性。胆石性胆嚢炎の診断で腹腔鏡下胆嚢摘出術施行。術中胆汁漏出を認めた。術後病理検査でss胆嚢癌と診断されたため追加切除の方針となった。まず前回手術時のポート挿入部の腹壁を切除するように開腹し、腹腔内を観察すると腹膜播種を疑う結節を認め、術中迅速病理検査で腹膜播種と診断された。肉眼的に確認できる播種結節を全て切除したが、肝床部切除とリンパ節郭清は行わなかった。術後の病理検査で切除した腹壁の腹膜部分にも転移を認めた。化学療法としてGS療法を開始したが、汎血球減少と蕁麻疹の出現を認めたため1コースで中止。その後はUFT内服と患者希望で免疫療法を現在まで継続しているが、術後3年経過した現在、無再発生存中である。
一般的に、胆嚢癌のポート部再発、腹膜播種は予後不良である。今回病理学的に腹膜播種と診断された胆嚢癌の無再発生存例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

E10

進行肝細胞癌化学放射線療法後の肝不全に対し生体肝移植を施行した1例

¹京都大学 肝胆膵・移植外科
北嶋俊寛¹、藤本康弘¹、波多野悦朗¹、西田久史¹、
小川晃平¹、森 章¹、岡島英明¹、海道利実¹、
上本伸二¹

【症例】症例はB型肝炎の57歳男性。2007年8月胆管腫瘍栓を伴うS5/6のHCC（径20mm）に対して右葉切除施行。2009年に再発病変に対しTACE+RFA、2011年3月に門脈本幹に接したS4切除断端再発に対してTAI+根治的放射線治療（3Gy×20回）施行。集学的治療を経てHCCは消失したが、同年4月、多発肝腫瘍、肝内胆管拡張を呈し保存的治療をするもコントロール不良、非代償性肝硬変に伴う症状は改善せず、生体肝移植目的に当院紹介。2012年3月妻をドナーとした生体肝移植施行。肝門部を中心に癒着が強固で剥離操作に難渋した。肝細胞癌の遺残は認めず。術後経過は概ね良好であり59日目に退院。【結語】特に生体肝移植の場合は晩期合併症としての放射線血管障害に注意が必要であるが、サルベージ生体肝移植は肝細胞癌に対する放射線治療を含む集学的治療後の肝不全患者には有用な治療戦略になり得る。

E12

黒色便を契機に発見された乳頭部原発のPeutz-Jeghaers症候群の一切除例

¹市立池田病院 外科
野井 拓¹、瀧内大輔¹、森本修邦¹、今岡秀輔¹、
森総一郎¹、足立真一¹、酒田和也¹、安座間隆¹、
平尾隆文¹、太田博文¹、北田昌之¹、柴田邦隆¹

症例は57歳男性。アルコール性肝障害のフォロー中に黒色便及び排便時出血を認めた。上下部消化管内視鏡検査では内痔核と十二指腸乳頭部に15mm程度の隆起性病変を指摘された。正常粘膜に覆われていたが、開口部付近の粘膜は粗大顆粒状であった。生検したところ悪性所見は認めなかったが、造影CTやMRI検査では胆道の圧排所見を認め、悪性の可能性が否定できなかったため膵頭十二指腸切除術を施行した。病理診断はPeutz-Jeghers typeのhamartomatous polypであった。Peutz-Jeghers症候群は常染色体優性遺伝の皮膚粘膜の色素沈着と消化管ポリポシスの合併が特徴的な疾患であり、本症例のように単発のポリープで指摘されることは少ない。Peutz-Jeghers症候群のポリープは悪性成分が混在している場合もあり、術前の良悪性の診断確定は困難である。

E13

胆道気腫とフリーエアーを同時に認めた原因疾患の異なる2症例の経験

¹守口敬任会病院 外科

市川善章¹、石川 慧¹、萩 隆臣¹、鄭 賢樹¹、
谷浦允厚¹、植野吾郎¹、檀 信浩¹、金沢景文¹、
高山昇一¹、西原政好¹、丸山憲太郎¹、島田 守¹、
李 喬遠¹、岡 博史¹

フリーエアーと胆道気腫を同時に合併した症例は稀である。【症例-1】79歳男性：高血圧、心房細動で抗凝固剤などを内服。右季肋部痛を生じるも約一週間放置していた。CTで胆嚢内及び胆嚢周囲や後腹膜にガス像を認め、緊急手術となる。壊死性胆嚢炎で周囲に悪臭を伴ったガスと膿瘍形成を認めた。胆嚢摘出術の術後29日で退院となる。【症例-2】62歳男性：既往歴に胃潰瘍。突然に上腹部痛を生じ救急搬送される。CTでフリーエアーを認め、さらに胆嚢内や総胆管内にも気腫を伴っていた。緊急手術では十二指腸潰瘍穿孔を認め単純閉鎖+大網被覆、及び胆嚢摘出+Cチューブ留置を行った。胆道気腫を認めたが結石は認めず炎症も軽度であった。術後胆道系に異常がないことを確認しC-チューブ抜去後に退院。【結語】胆道気腫は消化管瘻やガス産生菌感染を疑うが、フリーエアーの両方が合併する場合には様々な病態を考慮して診断する必要があり文献的考察を加えて報告する。

E15

胆管周囲嚢胞との鑑別が困難であった胆管内乳頭状腫瘍の1例

¹関西医科大学 外科

橋本祐希¹、飯田洋也¹、石崎守彦¹、山本智久¹、
廣岡 智¹、山木 壮¹、良田大典¹、松井康輔¹、
柳本泰明¹、海堀昌樹¹、權 雅憲¹

はじめに：胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）は近年報告例が増加している。今回、胆管拡張を伴う多発胆管周囲嚢胞に対し肝切除を施行し嚢胞状IPNBであった症例を経験したため報告する。症例：75歳、男性。腹部超音波検査で左葉外側区に嚢胞性病変と胆管拡張あり当科紹介受診。ERCPでB2描出なくIDUSでB2・3分岐部に23mm大嚢胞と小嚢胞の集簇を認めた。PET-CTは異常集積なし。胆管周囲嚢胞と診断し肝左葉切除を施行した。病理結果では嚢胞壁は単層円柱上皮で覆われ内部に低い乳頭状隆起を認めた。胆管過誤腫の可能性、嚢胞状IPNBが疑われた。周囲の多発胆管周囲嚢胞は上皮は低円柱状で乳頭様突出は認めなかった。考察：IPNBは通常胆管内腔に乳頭状の発育を呈する 경우가多いが、近年胆管周囲付属腺が母地となって発生するIPNBが報告されている。本症例は多発する胆管周囲嚢胞の一部からIPNBが発生したと考えられ貴重な症例であるため若干の文献的考察を加えて報告する。

E14

術前診断困難だった胆管原発リンパ上皮腫様癌の2例

¹滋賀医科大学 消化器外科、

²滋賀医科大学 臨床検査医学

赤堀浩也¹、塩見尚礼¹、前平博充¹、村上耕一郎¹、
太田裕之¹、園田寛道¹、山口 剛¹、清水智治¹、
村田 聡¹、山本 寛¹、仲 成幸¹、石田光明²、
九嶋亮治²、谷 眞至¹

リンパ上皮腫様癌（lymphoepithelioma-like carcinoma; LELC）は、著明なリンパ球浸潤を伴う未分化癌であるリンパ上皮腫に類似した組織形態を示す。LELCの胆管原発は稀で、術後に胆管原発LELCの診断を得た2例を報告する。症例1：68歳男性。胃潰瘍、甲状腺癌とHCC（S8）に対し手術既往。臍頭部から下部胆管にかけて腫瘍を認め、下部胆管癌の術前診断でPpPDを施行。病理診断は総胆管原発LELC。術後HCC再発に対し、肝部分切除術とTACE施行、現在約5年生存中。症例2：79歳男性。DU、肝良性腫瘍および下行結腸癌に対し手術既往。肝腫瘍（S1/7）と肝門部・傍大動脈周囲リンパ節腫大を認め、転移性肝癌の術前診断で肝部分切除術と肝門部リンパ節郭清を施行。病理診断は肝内胆管原発LELC。傍大動脈リンパ節転移に対しCRT施行。現在約2年生存中。LELCの予後に関しては、組織学的には低分化や未分化の所見を呈するものの比較的良好とされている。文献的考察を加えて報告する。

E16

自然閉鎖した胆嚢結腸瘻の1切除例

¹星ヶ丘医療センター 外科

中村保幸¹、中川 正¹、高端恭輔¹、中村広太¹、
小川護仁¹、辰巳満俊¹

症例は70歳、男性。頸髄損傷の既往あり。2014年11月初旬に38度の発熱と上腹部痛が出現した。近医で急性胆嚢炎と診断され、当科を紹介受診した。腹部CT検査で胆嚢の壁肥厚と胆嚢内腔にガス像を認めた。横行結腸の癒着所見を伴い、胆嚢結腸瘻を疑った。ERCP画像で胆嚢から横行結腸への造影剤流出を認め、胆嚢結腸瘻と診断した。保存的加療にて腹部症状や炎症所見は消褪し、待期的に手術可能と判断し2015年2月中旬に腹腔鏡下に手術を施行した。胆嚢と横行結腸の癒着は著明であったが比較的疎な間隙で切離可能であった。腸管には瘻孔部は確認できず、胆嚢摘出術を施行した。切除標本では胆嚢底部の粘膜面に瘻孔部と考える癒着を確認した。自然閉鎖した胆嚢結腸瘻の1切除例を経験したので若干の考察を加え報告する。

E17

腹腔鏡下に切除し得た胆嚢結腸瘻の1例

¹市立堺病院 外科

市場雄大¹、中田 健¹、山口雄太¹、笹松信吾¹、
平木洋子¹、西 秀美¹、清水克修¹、加藤文崇¹、
蛭原 健¹、天野浩司¹、富田栄美子¹、浜川卓也¹、
星野宏光¹、山村 順¹、森田正則¹、白井章浩¹、
山本為義¹、神垣俊二¹、池田直樹¹、川瀬朋乃¹、
辻江正樹¹、木村 豊¹、中田康城¹、大里浩樹¹

【はじめに】胆嚢結腸瘻は主に胆石性胆嚢炎を原因とした比較的稀な疾患である。今回、術前に診断した胆嚢横行結腸瘻に対し、腹腔鏡下に手術を行い、良好な経過を得た症例を経験したので報告する。

【症例】67歳、女性。糖尿病増悪の原因精査のため撮像された腹部造影CTにおいて、胆嚢底部のガス像・体部壁の濃染および横行結腸との境界不明瞭を指摘され、瘻孔形成が疑われた。MRCPでも同様の所見で、下部消化管内視鏡検査にて横行結腸に瘻孔を疑う所見があり、胆嚢結腸瘻と診断された。同時に診断された卵巣奇形種と合わせ、腹腔鏡手術を選択した。胆嚢周囲の大網の広範な癒着を剥離したところ、横行結腸壁の一部が胆嚢に引き込まれるように固着していたため、瘻孔形成部と考へ、自動縫合器で切離した。その後、胆嚢を摘出した。術後経過は良好で、術後12日目に退院した。【結語】胆嚢結腸瘻に対する腹腔鏡下手術は、有用な治療選択肢の一つであると考えらる。

E19

転移性眼内炎を繰り返し併発した総胆管結石性胆管炎再発の1例

¹大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科、

²大阪市立総合医療センター 消化器外科

渡部智加¹、塚本忠司¹、栄 政之¹、村田哲洋¹、
清水貞利¹、金沢景繁¹、山根 心²、栗原重明²、
田嶋哲三²、出口惣大²、田内 潤²、後藤 航²、
小塚雅也²、吉井真美²、李 友浩²、日月亜紀子²、
玉森 豊²、山本 篤²、井上 透²、山下好人²、
西口幸雄²

【症例】74歳 男性【既往歴】2型糖尿病【現病歴】20年前に総胆管結石に対し総胆管結石除去術施行し、その2年後に腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。その後、総胆管結石性胆管炎を数回繰り返し、その都度内視鏡的採石術が施行された。2014年6月再度総胆管結石性胆管炎を生じた際に右眼内炎を併発。血液培養・胆汁培養からは *Klebsiella pneumoniae* が検出された。眼内炎に対し手術施行。同年10月再び胆管炎を再発し、さらに眼内炎再発に対し、3回の手術を要した。2015年2月に総胆管結石に対する根治目的で胆管空腸吻合術施行した。【考察】内因性細菌性眼内炎の原発巣として胆嚢炎や肝膿瘍・亜急性心内膜炎・腎盂腎炎・脳膿瘍・髄膜炎等が多く、基礎疾患としては糖尿病が多い。また、眼内炎は急速進行性の緊急疾患であるため、早期診断・治療が必要である。【結語】糖尿病を合併し、総胆管結石による胆管炎が内因性細菌性眼内炎を併発した症例を経験した。

E18

当科における胆嚢捻転症の2例

¹西神戸医療センター 外科・消化器外科、

²西神戸医療センター 病理科

山西俊介¹、吉田真也¹、小寺澤康文¹、安川大貴¹、
住井敦彦¹、松浦正徒¹、長井和之¹、石井隆道¹、
姜 貴嗣¹、伊丹 淳¹、京極高久¹、橋本公夫²、
石原美佐²

【はじめに】胆嚢捻転症は稀ではあるが、本邦での報告例も多く日常診療において遭遇しうる疾患である。当科でもこれまで6例の胆嚢捻転症例を経験しているが、直近の2例について文献的考察を加えて報告する。

【症例】症例1は78歳、女性。心窩部痛を主訴に前医を受診したところ、急性胆嚢炎と診断され当院へ紹介受診となった。CTにて、胆嚢の尾側方向への偏移と胆嚢管の渦巻き状の変化を認めた。胆嚢捻転を疑い開腹胆嚢摘出術を施行した。症例2は82歳、男性。上腹部痛を主訴に近医を受診し、急性胆嚢炎の診断のため当院へ紹介受診となった。CTにて症例1と同様な遊走胆嚢を認めため、胆嚢捻転と診断、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。

【結語】検査所見にて遊走胆嚢を認めれば胆嚢捻転を考慮する必要がある。また肝床からの剥離面積が少ないこと、頸部の炎症が軽度な症例もあることから腹腔鏡下手術を行える症例もある。

E20

IVRで治癒した、胆管炎・肝膿瘍による難治性胆管気管支瘻の一例

¹守口敬任会病院 外科

金沢景文¹、石川 慧¹、萩 隆臣¹、市川善章¹、
鄭 賢樹¹、谷浦 允厚¹、植野吾郎¹、檀 信浩¹、
高山昇一¹、西原政好¹、丸山憲太郎¹、島田 守¹、
李 喬遠¹、岡 博史¹

胆管気管支瘻は極めて稀でありその治療には難渋する。今回、我々は肝膿瘍や胆管炎から難治性の胆管-気管支瘻をきたした症例に対してPTABDとPTCDで瘻孔化を図りフィブリン糊の充填で治癒した症例を経験したので報告する。症例は56歳女性、胃癌術後の肝梗塞による広範囲胆管壊死に対して胆管ステントを留置し良好に経過していたが、大動脈周囲リンパ節転移再発に対して化学療法や分子標的治療を行っていた。術後2年8ヶ月目に突然に高度の咳嗽と肺炎を生じた。喀痰から頻回に胆汁が排泄され強い苦痛を伴うため、PTCDによる胆汁減圧と肝膿瘍ドレナージを行った。前区域胆管末梢から横隔膜を貫き右下葉気管支に瘻孔を形成していた。経皮的ドレナージで減圧と瘻孔化したが、自然閉鎖が困難な為に瘻孔部にフィブリン糊を充填して閉鎖し得た。【結語】胆管-気管支瘻は手術を要する症例も多いがIVRにより良好にコントロールし得たので文献的考察を加えて報告する。

E21

膵管癒合不全に伴う同時性多発浸潤性膵管癌の一例
¹田附興風会医学研究所北野病院 消化器センター外科

網本久敬¹、内田洋一朗¹、岩村宣亜¹、松原弘侑¹、
後藤 徹¹、井上善景¹、吉富摩美¹、飯田 拓¹、
上田修吾¹、金澤旭宣¹、寺嶋宏明¹

症例は70代男性。膵管癒合不全に伴う慢性膵炎のフォロー中に膵頭部・体部・尾部に腫瘤を認めた。EUS-FNA を行い膵体部および膵頭部病変より adenocarcinoma が検出され、同時性多発膵癌の診断で膵全摘術を施行した (pStageIII)。術後経過は良好で、術後14日目に血糖コントロール目的で糖尿病内科に転科し加療を行った。病理結果では、膵尾部病変からも膵癌が検出され、3箇所有病変を認める同時性多発浸潤性膵管癌であり、びまん性に pancreatic intraepithelial neoplasia (PanIN) の所見を認めた。現在、外来にて術後補助化学療法 (S-1) を施行中である。浸潤性膵管癌の同時性多発例は稀であり、また、多発浸潤性膵管癌の発生母地として背景膵における PanIN の存在が重要な意味を持つ可能性があり、文献的考察を含めて報告する。

E23

膵頭部癌術後に再発し剖検時に多発消化管転移が判明した1例

¹大阪市立大学腫瘍外科
櫛山周平¹、木村健二郎¹、三浦光太郎¹、
西尾康平¹、大平 豪¹、山添定明¹、天野良亮¹、
平川弘聖¹

症例は55歳女性。2011年10月頃より腹部不快感を自覚していた。近医受診し、造影CTにて膵頭部に遅延性に濃染する15mm大の腫瘍を認めた。膵癌疑いにて2012年3月9日亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理結果は tub2、TS1、ly2、v2、ne1、CH (-)、DU (-)、S (-)、RP (+)、pN1 pStageIII であり R0 切除であった。術後補助化学療法として Gemcitabin を13コース施行したが、2013年5月 CT で肺転移を指摘される。S-1療法開始となるが1年後には増大傾向であった。2014年7月 CT で局所再発、腹膜播種、肝転移、左水腎症を指摘された。その後、食欲不振で2014年9月1日に入院となり同年9月20日に原病死した。転移巣検索のため剖検を行い、消化管においては胃、十二指腸、結腸、直腸への転移を認めた。本症例では剖検時に消化管を含め多数の転移巣を認めたが生前の画像診断にて消化管転移を確認することはできなかった。膵癌の消化管転移は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

E22

胆嚢・胆管・乳頭部の同時性3重複癌の術後約3年目に残存膵癌を発症した一例

¹守口敬任会病院 外科、
²関西医科大学枚方病院 消化器外科
萩 隆臣¹、石川 慧¹、市川善章¹、鄭 賢樹¹、
谷浦允厚¹、植野吾郎¹、檀 信浩¹、金沢景文¹、
高山昇一¹、西原政好¹、丸山憲太郎¹、島田 守¹、
李 喬遠¹、岡 博史¹、山本智久²、里井壯平²

【症例】59歳男性。2011年9月に閉塞性黄疸で発症した胆道重複癌に対し膵頭十二指腸切除 (Child 変法再建) を施行した。胆嚢、中下部胆管および Vater 乳頭部に病変を認め、いずれも腺癌 (tub や pap) で Stage-I であった。膵胆管合流異常を認めており切除標本の非腫瘍部にも部分的に p53 の発現を認めた。胆道系は全て発癌のポテンシャルを有する症例であった。術後経過は良好で3~6ヵ月おきの CT など経過観察していたが2014年6月の CT で残存膵を占拠する病変を認め PET-CT で異常集積を認めた。その他遠隔転移は認めず、残存膵に発生した膵癌と診断し膵全摘の予定となる。しばらく手術を拒否されていたが、同年11月19日に関西医科大学枚方病院で残存膵全摘および胃壁浸潤を認めたため胃全摘を行った。同時性胆道重複癌は稀であるが、それに加えて残存膵に膵癌が発生することは極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

E24

膵リンパ上皮嚢胞に神経内分泌腫瘍が合併した一切除

¹滋賀医科大学 外科学講座、
²滋賀医科大学 病理診断科
村上耕一郎¹、赤堀浩也¹、前平博充¹、塩見尚礼¹、
生田大二¹、北村直美¹、太田裕之¹、園田寛道¹、
大竹玲子¹、貝田佐知子¹、山口 剛¹、清水智治¹、
村田 聡¹、山本 寛¹、仲 成幸¹、石田光明²、
九嶋亮治²、谷 眞至¹

患者は66歳男性、近医での糖尿病と C 型肝炎経過観察中に精査にて膵頭部に嚢胞性病変を認めた。ERCP 擦過細胞診で Class IV (sususpicious of adenocarcinoma) を示し、血中 CEA や DUPAN2 の上昇を認めたほか、CT や MRI で主膵管と連続しない20mm大で単房性の嚢胞を認め、分枝型の膵嚢胞性病変が疑われた。膵頭十二指腸切除を施行した結果、膵リンパ上皮嚢胞と診断された。嚢胞壁は重層扁平上皮で構成され、内部に皮脂腺を認めたほか、一部に神経内分泌腫瘍 (NET G1相当) が合併していた。膵リンパ上皮嚢胞は比較的稀な疾患であるためその報告は少ないが、皮脂腺や NET との合併例はさらに稀である。今回の病変の組織学的特徴から本疾患の成り立ちを含めて考察した。

E25

腎摘出後24年経過し膵転移を来たした腎細胞癌の1例

¹京都第一赤十字病院 肝臓・膵臓外科、

²京都第一赤十字病院 消化器外科

古家裕貴^{1,2}、下村克己¹、亀井武志²、松原大樹²、植木智之²、窪田 健²、池田 純²、谷口史洋¹、塩飽保博²

【症例】68歳、男性【既往歴】末期腎不全（血液透析中）、1991年腎細胞癌にて右腎摘術（T2N0M0）【現病歴】透析通院中に、腎細胞癌のフォローアップCTにて膵体部から腹側に突出する、32mmの早期濃染を伴う内部均一な多血性腫瘍を指摘された。膵管拡張は認めずMRIでも同様の所見であった。PETにて同部位に集積を認めた。原発性膵癌は否定的で神経内分泌腫瘍もしくは腎細胞癌膵転移と診断し膵体尾部脾摘術を施行した。術中所見で膵体部下縁から尾側に突出する多血性腫瘍を認めた。病理診断にて淡明な多稜形細胞が胞巣状に増生し、CD19陰性、CD10陽性から腎細胞癌膵転移と判明した。術後は膵液漏 gradeB を認めたが軽快退院となった。【考察】腎細胞癌は血行性に肺や肝、骨に転移をきたしやすいが膵転移は稀である。また血液透析患者における膵転移手術報告例は4例に過ぎない。腎細胞癌術後24年の膵転移再発の透析患者を経験したため若干の文献を踏まえて報告する。

E27

門脈合併切除再建を要した膵頭十二指腸切除術後の門脈狭窄症に対しハイブリッド手術室を用いた門脈ステント留置術を行った1例

¹京都大学 肝胆膵・移植外科

小紫彩奈¹、川口道也¹、瀬尾 智¹、秦浩一郎¹、

新田隆士¹、森 章¹、岡島英明¹、上本伸二¹

症例は62歳男性、上腹部を主訴に近医受診。画像で膵頭部に腫瘍性病変を認め、EUS-FNAにてadenocarcinomaの診断で化学療法、放射線療法を先行し膵頭十二指腸切除術を行い、門脈は腫瘍浸潤のため門脈合併切除した。術後遷延性腹水を認めCTにて門脈狭窄像を認め放射線療法の影響による瘢痕性の可能性も考え、ステント留置術を行うこととした。手術はハイブリッド手術室にて膵頭十二指腸切除術後48日に下腹部正中小切開にて腸間膜を創外に出し、上腸間膜静脈末梢枝よりシースを留置、門脈造影を行いながら狭窄範囲を同定、ステント留置を行った。ステント留置術後は腹水が速やかに消失し、術後15日目に軽快退院された。進行膵癌に対して化学療法、放射線療法を先行して門脈合併切除を要する膵頭十二指腸切除症例では放射線療法の影響による血管合併症（門脈狭窄症など）が危惧され、今回その治療にハイブリッド手術室を用いたステント留置術が有用であった。

E26

肺癌術後膵転移再発の1切除例

¹和歌山県立医大第2外科、

²和歌山県立医科大学 第2外科

丸岡慎平¹、川井 学¹、廣野誠子¹、岡田健一¹、宮澤基樹¹、清水敦史¹、北畑裕司¹、上野昌樹¹、重河嘉靖¹、山口俊介¹、山上裕機¹

症例は71歳男性。2011年に肺癌のため左上葉切除施行され、術後補助化学放射線治療終了し、経過観察されていた。組織型はadenocarcinoma、acinar type、pT3c、pI3、G2、Ly0、VX、R0、pm0、br-、pa-、pv-で所属リンパ節転移なく、pStageIIIAであった。術後の採血でCEA 13.9ng/mlと上昇を認め、CTで膵頭部腫瘍指摘され当科紹介となった。MD-CTでは膵頭部に26.5mmの腫瘍を認めた。EUS-FNAを行うと融合腺管状、乳頭腺管状増生を示すadenocarcinomaの像で肺癌切除標本と組織学的類似性がみられた。以上の術前検査より肺癌術後膵転移再発と診断し、幽門輪切除膵頭十二指腸切除術を行った。病理所見ではリンパ節領域を主座に粘液産生性の乳頭腺管状、索状増生を示すadenocarcinomaで免疫染色では先のFNAでの結果と同様で、また、肺癌切除標本の免疫染色でも同じ結果が得られ、肺癌膵転移と診断した。この度稀な症例を経験したので若干の文献考察を交え報告する。

E28

脾臓 sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT) の1例

¹赤穂市民病院 外科、

²赤穂市民病院 消化器内科、

³神戸大学 病理診断科

上田康雅¹、安 炳九¹、松川浩之¹、田淵幹廉¹、

松本卓也¹、高原秀典¹、菅原安章²、三井康裕²、

勝谷 誠²、高尾雄二郎²、原 重雄³、小野成樹²、

横山 正¹

症例は68歳、男性。体重減少を主訴に当院受診。腹部造影CT検査にて脾臓に径6cm大のsolid occupying lesion (SOL)を認めた。PET検査では、同SOL部にFDGの軽度集積を認め、悪性疾患を否定し得なかったため、開腹下に脾摘出術を施行した。病理組織学的に血管腫様の結節とその間を埋める比較的疎な紡錘状細胞成分からなり、血管内皮細胞の免疫組織学的マーカーであるCD34陽性であり、sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT)と診断した。SANTは近年新しく分類された稀な良性の脾腫瘍である。本邦報告例の検討とともに若干の文献的考察を加えて報告する。

E29

腹腔鏡にて切除し得た巨大脾嚢胞の1例

¹大阪労災病院 外科

吉川幸宏¹、古賀睦人¹、村上昌裕¹、清水潤三¹、
吉田雄太¹、川田真大¹、安山陽信¹、渡瀬智佳史¹、
人羅俊貴¹、川端良平¹、廣田昌紀¹、吉川正人¹、
池永雅一¹、長谷川順一¹

症例は27歳、女性。生来健康であったが、健診で施行した腹部レントゲンにて左上腹部に石灰化を伴う腫瘍を認め、当科を紹介受診した。血液生化学検査ではCA19-9の上昇を認めたが、その他異常所見を認めなかった。腹部造影CTでは、脾臓内に約10cmの辺縁に石灰化を伴い、内部は低濃度で造影効果を認めない腫瘍を認め、脾嚢胞と診断した。腫瘍マーカーが上昇しており、悪性の可能性を否定しえず、径が大きかったため、手術の方針とした。腹腔鏡下脾臓摘出術を施行し、術後経過は良好であった。内容液の細胞診では悪性所見を認めず、培養より *Enterococcus avium* が検出された。病理組織学的所見では悪性所見を認めなかった。脾嚢胞は比較的まれな疾患とされてきたが、近年の画像診断の進歩に伴い、報告例が増加している。今回著明な石灰化を伴っており、また径も大きかったが、腹腔鏡にて切除しえた感染性脾嚢胞を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。