

# 第199回近畿外科学会 プログラム・抄録

日 時：平成28年5月14日（土）

会 場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6

TEL 06-6772-5931(代)

評議員会会場：大阪国際交流センター1階 大ホール

会 長 富 田 尚 裕

兵庫医科大学 外科学講座 下部消化管外科

# 第200回 近畿外科学会ご案内

第200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29年9月2日（土）
2. 会場：京都テルサ  
〒601-8047 京都府京都市南区東九条下殿田町70  
TEL. 075-692-3400
3. 演題登録開始予定日：平成29年3月1日（水）より  
演題登録締切予定日：平成29年5月10日（水）まで
4. 演題登録：  
近畿外科学会のホームページ（<http://plaza.umin.ac.jp/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 [kinkigeka@adfukuda.jp](mailto:kinkigeka@adfukuda.jp)）へお願い致します。

〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路 上る 梶井町465  
京都府立医科大学 消化器外科  
第200回 近畿外科学会

会長 大 辻 英 吾

TEL. 075-251-5527

FAX. 075-251-5522



第199回 近畿外科学会  
プログラム

会 長

兵庫医科大学 外科学講座 下部消化管外科

富田尚裕

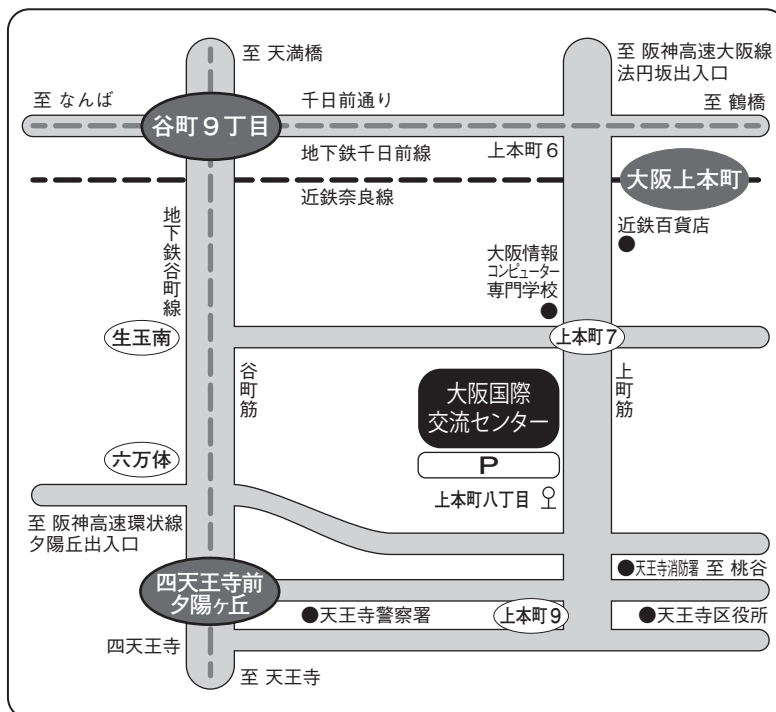
# 会場案内図

大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931(代)

## 大阪国際交流センター交通のご案内



★駐車場が充分ではありません。  
ご来館には公共交通機関をご利用ください。

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

JR新大阪駅から約50分

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

JR大阪駅から約40分

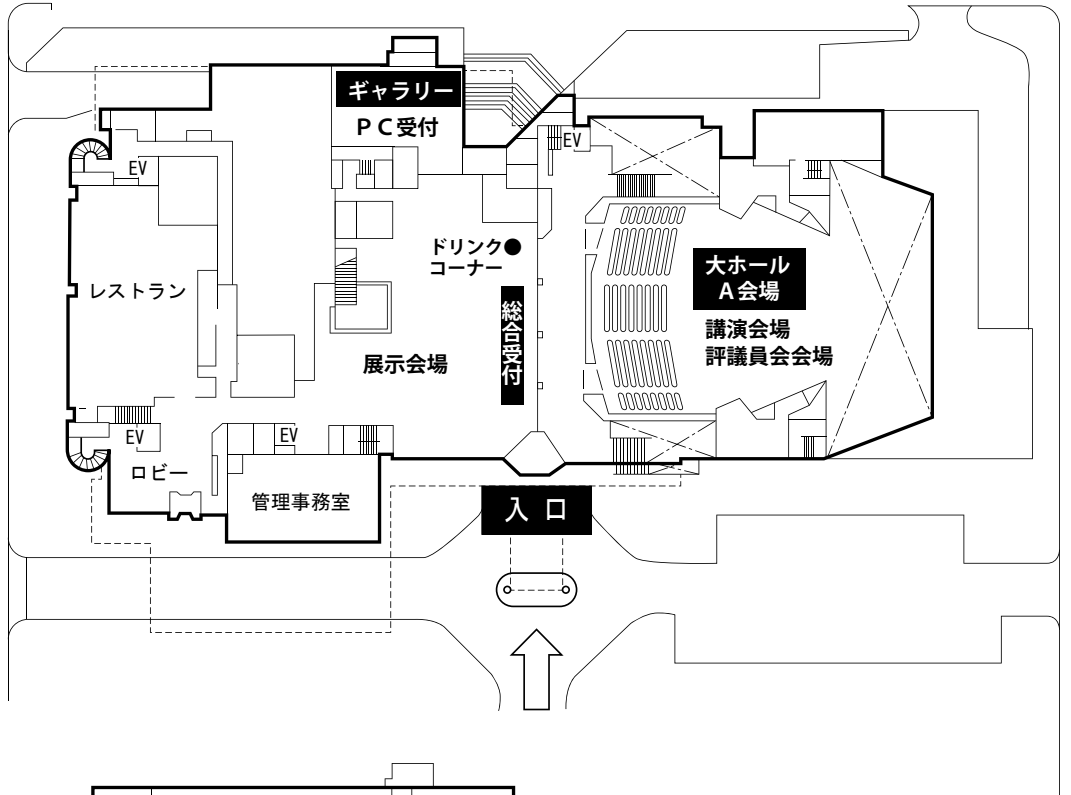
- JR環状線（鶴橋乗りかえ）近鉄「上本町」下車、徒歩5分
- 地下鉄谷町線「東梅田」乗車「谷町九丁目」下車、徒歩10分

関西国際空港から約60分

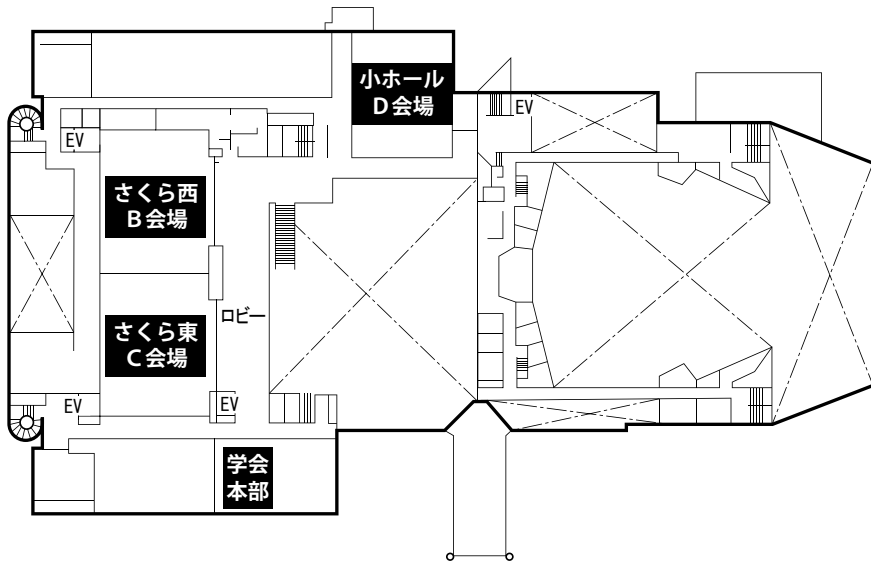
- リムジンバス（上本町線）で「近鉄上本町」へ
- 南海本線（難波乗りかえ）近鉄「上本町」へ

# 会場配置図

1F



2F

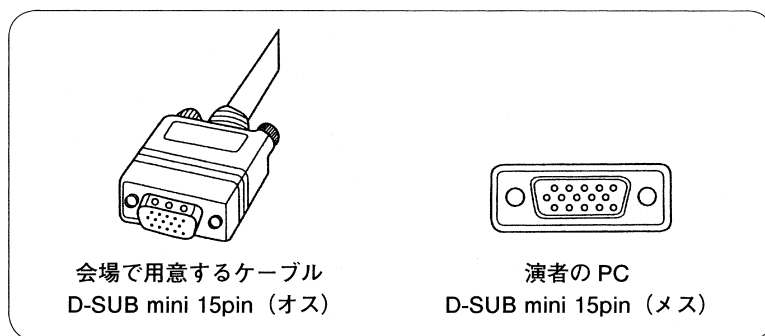


## 演者、参加者へのお願い

1. **参加受付開始**：受付開始時間は8時30分から行います。  
会場入口は8時00分からご入館して頂けます。
2. **口演時間**：ご発表時間は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時30分よりA・B会場（大ホール・さくら西）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時30分より大阪国際交流センター1階大ホール（A会場）にて行います。  
**なお、評議員会では昼食をご用意しませんのでランチョンセミナーをご利用下さい。**

## 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 大ホール)		B 会 場 (2F さくら西)	
8:55	開会の辞	8:55	
9:00	食道 A01-05 座長：宮田 博志 大嶋 勉	9:00	小腸① B01-05 座長：内野 基 太田 博文
9:40	乳腺・内分泌 A06-10 座長：柄川千代美 石飛 真人	9:40	大腸① B06-11 座長：小山 文一 田中慶太郎
10:20		10:28	
10:30	教育講演 「外科医に必要な感染対策の知識とそのプラクティス」 司会：森 正樹 演者：竹末 芳生 共催：ミヤリサン製薬株式会社		
11:20		11:30	ランチョンセミナー 2 「外科医の外科医による外科医のための 学会発表12カ条 ～仕事や人生が楽しくなる“深い話”」 司会：山上 裕機 演者：海道 利実 共催：株式会社大塚製薬工場
11:30	ランチョンセミナー 1 「進行胃がんに対する腹腔鏡手術 適応拡大に向けて」 司会：大辻 英吾 演者：瀧口 修司 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	12:20	
12:20		12:30	
12:30	評議員会		
12:50			
12:55	特別講演 「心筋再生医療の現状と展望」 司会：富田 尚裕 演者：澤 芳樹		
13:45		13:50	
14:15	第24回日本外科学会生涯教育セミナー 「胃 癌」 司会：山上 裕機 開会の挨拶—胃癌の概要—(14:15～14:25) 山上 裕機 1. 病因論(14:25～15:00) 講師：掛地 吉弘 2. 疫 学(15:00～15:35) 講師：中森 幹人 3. 高齢者治療(15:35～16:10) 講師：大平 雅一 4. ガイドライン(16:10～16:45) 講師：黒川 幸典 閉会の挨拶(16:45～16:50) 山上 裕機	14:46	大腸② B12-18 座長：角 泰雄 木村 文彦
		15:34	大腸③ B19-24 座長：中西 正芳 岡村 修
		16:22	大腸④ B25-30 座長：肥田 侯矢 三宅 正和
16:50			
16:55	閉会の辞		

	C 会 場 (2F さくら東)		D 会 場 (2F 小ホール)
8:55		8:55	
9:00	虫垂 C01-05 座長：三木 宏文 松田 宙	9:00	腹壁、他 D01-05 座長：中田 健 川崎健太郎
9:40	肝 C06-10 座長 海道 利実 後藤 邦仁	9:40	ヘルニア D06-10 座長：渡瀬 誠 吉岡 慎一
10:20		10:20	
13:50	小腸② C11-16 座長：横山 省三 井上 透	13:50	胸部 D11-15 座長：岡見 次郎 小延 俊文
14:38	胆・膵 C17-23 座長：川井 学 村上 昌裕	14:30	肺 D16-20 座長：多久和輝尚 岩澤 卓
15:34	胃・十二指腸 C24-30 座長：木村 豊 松山 仁	15:10	心・血管 D21-24 座長：佐々木康之 渋谷 卓
16:30		15:42	小腸③ D25-30 座長：岩谷 慶照 木谷光太郎
		16:30	

## A 会 場 (1F 大ホール)

### 午 前 の 部 (9:00~11:20)

開会の辞 (8:55~9:00)

会 長 富 田 尚 裕

食道 (9:00~9:40)

座長 宮田 博志

(大阪府立成人病センター 外科)

大嶋 勉

(兵庫医科大学 上部消化管外科)

- A01 食道癌結腸再建術後挙上結腸穿孔に対して二期的に有茎空腸再建術を施行した1例  
和歌山県立医科大学 第二外科 福 田 直 城
- A02 右鎖骨下動脈起始異常を伴った食道癌に対して胸腔鏡補助下食道亜全摘、3領域郭清、  
胸骨後経路胃管再建を施行した一例  
国立病院機構大阪医療センター 外科 北 風 雅 敏
- A03 集学的治療により5年生存が得られたStagIVa食道癌の1例  
滋賀県立成人病センター 外科 住 田 公 亮
- A04 食道巨大ポリープ状脂肪肉腫の1切除例  
和歌山県立医科大学 第2外科 竹 本 典 生
- A05 食道癌肉腫と早期胃癌の合併例に対し根治切除を行った1症例  
兵庫医科大学 上部消化管外科 守 津 汀

乳腺・内分泌（9：40～10：20）

座長 柄川千代美

（関西労災病院 乳腺外科）

石飛 真人

（大阪府立成人病センター 乳腺・内分泌外科）

- A06 TS-1 内服にて急激に血小板減少症を来たした右乳癌術後多発骨転移の1症例  
明和病院 乳腺内分泌外科 北村 優
- A07 化学療法中に原発巣のERが陽転化した乳癌の一例  
兵庫医科大学 乳腺・内分泌外科 今村 美智子
- A08 原発性副甲状腺機能亢進症15例の検討  
兵庫県立加古川医療センター 外科 園田 祐介
- A09 腹腔鏡下に摘出しえた無症候性後腹膜傍神経鞘腫の1例  
京都民医連中央病院 外科 村澤 哲也
- A10 腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行したカテコラミン産生性傍神経節腫の1症例  
堺市立総合医療センター 外科 風間 亮

教育講演（10：30～11：20） A会場（1F 大ホール）

「外科医に必要な感染対策の知識とそのプラクティス」

司会：大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学 森 正樹

演者：兵庫医科大学 感染制御部 竹末 芳生

共催：ミヤリサン製薬株式会社

## 午 後 の 部 (11:30~16:50)

ランチオンセミナー 1 (11:30~12:20) A会場 (1F 大ホール)

### 「進行胃がんに対する腹腔鏡手術 適応拡大に向けて」

司会：京都府立医科大学 外科学教室消化器外科学 大 辻 英 吾

演者：大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学 瀧 口 修 司

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

評議員会 (12:30~12:50) A会場 (1F 大ホール)

特別講演 (12:55~13:45) A会場 (1F 大ホール)

### 「心筋再生医療の現状と展望」

司会：兵庫医科大学 外科学講座 下部消化管外科 富 田 尚 裕

演者：大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 心臓血管外科学 澤 芳 樹

第24回日本外科学会生涯教育セミナー (14:15~16:50) A会場 (1F 大ホール)

「胃 癌」

司会：和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

1 演題…発表25分、質疑応答10分

開会の挨拶—胃癌の概要— (14:15~14:25)

和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

1. 病因論 (14:25~15:00)

神戸大学 食道胃腸外科 掛 地 吉 弘

2. 疫学 (15:00~15:35)

和歌山県立医科大学 第2外科 中 森 幹 人

3. 高齢者治療 (15:35~16:10)

大阪市立大学 腫瘍外科 大 平 雅 一

4. ガイドライン (16:10~16:45)

大阪大学 消化器外科 黒 川 幸 典

閉会の挨拶 (16:45~16:50)

和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

閉会の辞 (16:55~)

会 長 富 田 尚 裕

## B 会 場 (2F さくら西)

### 午 前 の 部 (9:00~10:28)

#### 小腸① (9:00~9:40)

座長 内野 基

(兵庫医科大学 炎症性腸疾患学)

太田 博文

(市立池田病院 消化器外科)

- B01 回腸に全周性狭窄を来した腸管子宮内膜症の一例  
兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科 坂本 享 史
- B02 イレウス管を契機に発症した腸重積の一例  
NTT 西日本大阪病院 消化器外科 安達 慧
- B03 Free air を認めた腸管気腫症の2例  
西神戸医療センター 外科・消化器外科 長田 駿 一
- B04 子宮全摘後の膈断端より小腸が脱出し絞扼性イレウスをきたした一例  
西神戸医療センター 外科・消化器外科 三村 裕 美
- B05 保存的治療が可能であったと考えられた腸管気腫症の一例  
赤穂市民病院 初期研修医 田中 真

#### 大腸① (9:40~10:28)

座長 小山 文一

(奈良県立医科大学 消化器外科・総合外科)

田中慶太郎

(大阪医科大学 一般・消化器外科)

- B06 後腹膜腔に広範囲に波及した内攻型フルニエ症候群の一例  
公立宍粟総合病院 木村 敬 一
- B07 当院における大腸穿孔例に対する治療成績  
愛仁会高槻病院 消化器外科 大川 太 資
- B08 Soave 伝田法施行後、28年で中毒性巨大結腸症を発症した Hirschsprung 病の一例  
兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科 堀尾 勇 規

- B09 腸重積を来し緊急手術となった潰瘍性大腸炎の1例  
兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科 平 田 晃 弘
- B10 異所性発癌を認めた colitic cancer 合併潰瘍性大腸炎の1例  
兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科 蝶 野 晃 弘
- B11 悪性所見を伴った Tail gut cyst の1例  
明和病院 竹 中 雄 也



## 午 後 の 部 (11:30~16:22)

ランチオンセミナー 2 (11:30~12:20) B会場 (2F さくら西)

### 「外科医の外科医による外科医のための学会発表12カ条 ～仕事や人生が楽しくなる“深い話”」

司会：和歌山県立医科大学 外科学第2講座 山 上 裕 機

演者：京都大学大学院医学研究科 肝胆膵・移植外科学 海 道 利 実

共催：株式会社大塚製薬工場

大腸② (13:50~14:46)

座長 角 泰雄

(神戸大学大学院医学研究科 低侵襲外科学分野)

木村 文彦

(明和病院 外科)

B12 S状結腸癌による結腸子宮瘻の1例

京都第一赤十字病院 外科 岸 本 拓 磨

B13 上行結腸癌術後に横隔膜転移をきたした1例

和歌山県立医科大学 第2外科 富 永 信 太

B14 精巣腫瘍治療後に発症した放射線誘発大腸癌と考えられた1例

府中病院 外科 王 恩

B15 S状結腸癌を伴う再発直腸脱に対して腹腔鏡下手術を施行した1例

星ヶ丘医療センター 外科 秦 龍 彦

B16 閉塞性大腸癌 Hartmann 術後症例に対する intestinal continuity を目指した second-look operation の検討

明和病院 外科 赤 塚 昌 子

B17 StageIV 大腸癌肉眼的治癒切除後に発生した孤立性膵転移に対して外科的切除が奏功した1例

兵庫県立西宮病院 消化器外科 徳 山 信 嗣

B18 高度癒着の予想される杭創による外傷手術後の患者に腹腔鏡下胆嚢摘出術・高位前方切除術を施行した1例

済生会滋賀県病院 外科 高 嶋 祐 助

**大腸③** (14 : 46~15 : 34)

**座長 中西 正芳**

(京都府立医科大学 消化器外科)

**岡村 修**

(市立吹田市民病院 外科)

B19 所属外リンパ節転移による StageIV 肛門管扁平上皮癌に対する化学放射線治療で標的病変完全奏効が得られた 1 例

洛和会音羽病院 肛門科 荒木 吉朗

B20 術前化学療法及び短期化学放射線療法により病理学的完全寛解が得られた進行下部直腸癌の 1 例

明和病院 外科 志村 雄飛

B21 側方リンパ節転移を伴った腫瘍径 7mm の下部直腸原発神経内分泌腫瘍の 1 例

明和病院 外科 別府 直仁

B22 側方進展型進行直腸癌に対する手術経験

奈良県総合医療センター 外科 切畑屋 友希

B23 リンパ節転移の過程で神経内分泌分化を示した直腸癌の 1 例

神戸大学 食道胃腸外科 東野 展英

B24 大腸原発神経内分泌癌の 1 例

西宮市立中央病院 外科 永田 秀樹

**大腸④** (15 : 34~16 : 22)

**座長 肥田 侯矢**

(京都大学大学院医学研究科 消化管外科学)

**三宅 正和**

(国立病院機構 大阪医療センター 下部消化器外科)

B25 直腸 S 状結腸部神経鞘腫の 1 例

和歌山県立医科大学 第 2 外科 中村 匡視

B26 下血を契機に診断された上行結腸重複腸管の 1 切除例

済生会中和病院 外科 岩佐 陽介

B27 下腸間膜動脈領域の動静脈奇形に対し腹腔鏡 S 状結腸切除術を施行した 1 例

大阪医科大学 一般・消化器外科 本田 浩太郎

B28 腹腔鏡補助下に切除できた横行結腸脂肪腫による腸重積の 1 例

地域医療機能推進機構 (JCHO) 大阪病院 外科 寺西 立牙

B29 術前診断に難渋した肺癌大腸転移の1症例

近畿大学奈良病院 外科 井上啓介

B30 虫垂からの減圧により単孔式右半結腸切除術を施行した盲腸捻転症の1例

関西労災病院 外科 桑原隆一

## C 会 場 (2F さくら東)

### 午 前 の 部 (9:00~10:20)

#### 虫垂 (9:00~9:40)

**座長 三木 宏文**  
(兵庫県立西宮病院 外科)

**松田 宙**  
(大阪大学 消化器外科)

C01 腹壁膿瘍を形成した穿孔性虫垂仮性憩室炎に対して腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した1例

関西医科大学 外科 中 谷 和 義

C02 虫垂による絞扼を来した絞扼性イレウスの1例

京都大学 消化管外科 中 山 洋 一

C03 術前に診断しえた虫垂憩室炎の一例

日生病院 消化器・一般外科 藤 本 雷

C04 虫垂粘液性腫瘍との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性炎の1例

奈良県立医科大学 消化器・総合外科 富 田 理 子

C05 虫垂原発悪性リンパ腫により虫垂穿孔を来した1例

国立大阪医療センター 外科 小 林 雄 太

#### 肝 (9:40~10:20)

**座長 海道 利実**  
(京都大学大学院医学研究科 肝胆膵・移植外科学)

**後藤 邦仁**  
(大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科)

C06 右側肝円索合併肝細胞癌に対し、術前・術中画像支援が有用であった一例

和歌山県立医科大学 第二外科 本 林 秀 規

C07 S状結腸癌多発肝転移に対して、近赤外蛍光による画像支援を利用し22カ所の肝部分切除を施行した1例

京都大学 肝胆膵移植外科 大 倉 啓 輔

- C08 肝細胞癌との鑑別が困難であった肝血管筋脂肪腫の1例  
八尾徳洲会総合病院 外科 服部 彬
- C09 両側多発嚢胞肝（PCLD）に対して肝作用切除+開窓術を行った2例  
京都大学附属病院 肝胆膵・移植外科 田代 結
- C10 結腸粘液腺癌術後10年目、21年目に肝転移をきたし外科的切除を行った一例  
神戸大学大学院 肝胆膵外科学 大宮 悟志

## 午 後 の 部 (13:50~16:30)

### 小腸② (13:50~14:38)

座長 横山 省三

(和歌山県立医科大学 第2外科)

井上 透

(大阪市立総合医療センター 消化器外科)

- C11 食道癌小腸転移により穿孔性腹膜炎をきたした1例  
長浜赤十字病院 外科 中村 一郎
- C12 悪性黒色腫小腸転移により腸重積を発症した1例  
京都府立医科大学 消化器外科 鎌田 陽介
- C13 小腸悪性リンパ腫による小腸捻転に対し大量小腸切除を施行した一例  
北播磨総合医療センター 外科 福岡 英志
- C14 腹腔内出血をきたした神経線維腫症1型に合併したGISTの1切除症例  
八尾市立病院 外科 長岡 達朗
- C15 子宮平滑筋肉腫小腸転移を原因とした腸重積の1例  
兵庫県立西宮病院 外科 雪本 龍平
- C16 絞扼性イレウスにて緊急手術を行った腸間膜線維腫症の1例  
健生会奈良大腸肛門病センター 久下 博之

### 胆・膵 (14:38~15:34)

座長 川井 学

(和歌山県立医科大学 第2外科)

村上 昌裕

(大阪労災病院 外科)

- C17 壁外性に巨大発育した胆嚢癌肉腫の1例  
和歌山県立医科大学 第2外科 加藤 紘隆
- C18 70代で肝膵頭十二指腸切除術を施行し生存した2例  
京都大学 肝胆膵移植外科 吉村 弥緒
- C19 先天性胆道拡張症に対する胆道再建術後に胆管癌が判明し、二期的手術を施行した一例  
池田病院 消化器外科 和田 遼平

C20 膵癌に対する門脈合併切除を伴う膵頭十二指腸切除術後、門脈完全閉塞を来したが長期経過で保存的に軽快し無再発5年生存を得た1例

JCHO 神戸中央病院 外科 高 利 守

C21 腎癌術後3年目の多発膵転移に対して膵全摘術を施行した1例

多根総合病院 外科 庄 司 太 一

C22 Microcystic type の膵 Solid-pseudopapillary neoplasm と診断し、膵体尾部切除術を施行した IPMC の一例

和歌山県立医科大学 第2外科 阪 中 俊 博

C23 切除不能局所進行膵癌に対して化学放射線療法施行後に膵切除を施行した1例

大阪府立成人病センター 木 村 隆一郎

## 胃・十二指腸 (15:34~16:30)

座長 木村 豊

(近畿大学 外科)

松山 仁

(八尾市立病院 外科)

C24 7個のリンパ節転移を認め、腹腔鏡補助下幽門保存胃切除術後に追加切除を施行した T1a 胃癌の1例

奈良県立医科大学 消化器・総合外科 定 光 ともみ

C25 上腸間膜動脈症候群から胃壊死を来した1例

大和高田市立病院 外科 廣 畑 吉 昭

C26 減量手術後のイマチニブ投与で病勢制御を得た広範な腹膜播種を伴う胃原発巨大 GIST の1例

近畿大学奈良病院 消化器外科 福 田 周 一

C27 CapeOX + HER 療法による術前化学療法が奏功した高齢者胃癌の一例

大阪労災病院 外科 大 里 祐 樹

C28 超高齢者に対し膵頭十二指腸切除術を行った一例

京都大学 肝胆膵移植外科 岡 佑 和

C29 腸重積様形態を呈した大型十二指腸癌と多発早期胃癌の同時性重複癌の1切除例

奈良県総合医療センター 外科 高 木 忠 隆

C30 十二指腸腫瘍に対する ESD における腹腔鏡下アシストの有用性

大阪府立成人病センター 消化器外科 文 正 浩

## D 会 場 (2F 小ホール)

### 午 前 の 部 (9:00~10:20)

#### 腹壁、他 (9:00~9:40)

座長 中田 健

(堺市立総合医療センター 大腸肛門外科)

川崎健太郎

(愛仁会 高槻病院 外科)

- D01 腹腔鏡下手術で切除した後腹膜硬化型 (sclerosing variant) 高分化型脂肪肉腫の1例  
大津赤十字病院 外科 余 語 覚 匡
- D02 特発性腹壁血腫の2例  
大阪市立十三市民病院 外科 梅 野 真 吾
- D03 異所性子宮内膜を原因とした Nuck 管水腫を契機に発症した鼠径部巨大嚢胞性腫瘍の一例  
兵庫県立西宮病院 消化器外科 斎 藤 明 菜
- D04 腹腔鏡下に手術施行した特発性大網捻転の1例  
北播磨総合医療センター 阿 部 智 喜
- D05 成人発症の骨盤内横紋筋肉腫の一例  
市立池田病院 消化器外科 児 玉 紘 幸

#### ヘルニア (9:40~10:20)

座長 渡瀬 誠

(多根総合病院 外科)

吉岡 慎一

(西宮市立中央病院 外科)

- D06 腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復同時に小腸部分切除を施行した、嵌頓ヘルニア整復後の遅発性小腸狭窄の1例  
明和病院 外科 光 藤 傑
- D07 腹直筋断裂を伴う外傷性腹壁ヘルニアの1例  
育和会記念病院 外科 濱 澤 夏 樹



- D08 陥頓解除後に腹腔鏡下に修復し得た腹壁癒痕ヘルニアの1例  
大阪労災病院 外科 安山陽信
- D09 ヘルニア門の縫合閉鎖を加えた腹腔鏡下腹壁ヘルニア修復術（IPOM-plus）の経験  
堺市立総合医療センター 外科 西原悠
- D10 非観血的に用手整復した後に待機的に腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した閉鎖孔ヘルニアの1例  
兵庫医科大学 ささやま医療センター 外科 木村慶

## 午 後 の 部 (13:50~16:30)

### 胸部 (13:50~14:30)

座長 岡見 次郎

(大阪府立成人病センター 呼吸器外科)

小延 俊文

(関西医科大学附属枚方病院 呼吸器外科)

D11 肺全摘除術術後の膿胸に対して VAC システムによる局所陰圧閉鎖療法が有効であった一例

近畿大学 呼吸器外科 瀬 角 裕 一

D12 巨大胸腺嚢胞の 1 切除例

東近江総合医療センター 呼吸器外科 上 田 桂 子

D13 部分肺静脈還流異常症を合併した肺癌の 1 切除例

近畿大学医学部 外科学教室 呼吸器外科部門 波江野 高 大

D14 化学療法後、長期にわたり腫瘍増大を認めない中皮腫の 1 例

兵庫医科大学 呼吸器外科 多久和 輝 尚

D15 外傷後遅発性血気胸に対して遊離骨片除去を行った 1 例

音羽病院 呼吸器外科 岡 本 圭 伍

### 肺 (14:30~15:10)

座長 多久和輝尚

(兵庫医科大学 呼吸器外科)

岩澤 卓

(市立豊中病院 外科)

D16 右肺中下葉切除術後気管支断端ろう・膿胸に対して局所陰圧閉鎖療法を併用し治癒せしめた一例

大阪府立成人病センター 呼吸器外科 石 田 裕 人

D17 多発する気漏部を認めた乳癌癌性胸膜炎による気胸の 1 例

市立豊中病院 外科 藤 本 侑 士

D18 右 V7+8 が中葉肺静脈に合流し、中葉肺静脈が上葉肺静脈と独立して左房に灌流する破格を伴った右下葉肺癌の 1 例

大阪府立成人病センター 呼吸器外科 楠 貴 志

D19 非小細胞肺癌に対する術前化学療法後肺全摘の短期および長期成績  
関西医科大学 呼吸器外科 齊藤 朋人

D20 咯血を伴う空洞性病変を呈した限局性嚢胞状気管支拡張症の1手術例  
京都桂病院 呼吸器センター呼吸器外科 五明田 匡

**心・血管** (15:10~15:42)

**座長 佐々木康之**  
(大阪市立総合医療センター 心臓血管外科)

**渋谷 卓**  
(大阪大学 心臓血管外科)

D21 多発性脳梗塞を契機として発見された活動期僧帽弁位感染性心内膜炎の1例  
滋賀医科大学 心臓血管外科 南 館 直 志

D22 Leriche 症候群及び弓部大動脈全置換術後に胸腹部大動脈瘤人工血管置換術を行った1例  
北播磨総合医療センター 心臓血管外科 辻 本 貴 紀

D23 ハイブリッド手術が有用であった正中弓状靭帯圧迫症候群の一例  
京都大学 消化管外科 姜 ひょんぎょん

D24 総腸骨動脈ステント感染に起因する感染性腹部大動脈瘤破裂の一例  
大阪市立総合医療センター 心臓血管外科 因 野 剛 紀

**小腸③** (15:42~16:30)

**座長 岩谷 慶照**  
(北播磨総合医療センター 外科)

**木谷光太郎**  
(近畿大学医学部奈良病院 外科)

D25 胃石による小腸イレウスに対して単孔式腹腔鏡手術にて治療した1例  
くしもと町立病院 外科 前 川 昌 平

D26 シートベルト損傷後にイレウスを来たした遅発性小腸狭窄の1例  
京都大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科 堀 田 健 太

D27 小腸憩室に魚骨が穿通し、腹膜炎を呈した1例  
京都府立医科大学 消化器外科 田 中 善 啓

D28 イレウスを繰り返したNSAIDs 起因性多発小腸潰瘍の1例  
神戸大学 食道胃腸外科 渡 部 晃 大

- D29 単孔式腹腔鏡下手術を施行した、魚骨の小腸貫通により腹膜炎をきたした1例  
関西労災病院 初期研修医 高瀬 洪 生
- D30 空腸憩室穿孔に対して単孔式空腸部分切除術を施行した1例  
関西労災病院 外科 山岡 祥

一 般 演 題  
抄 錄



## A01

食道癌結腸再建術後挙上結腸穿孔に対して二期的に有茎空腸再建術を施行した1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第二外科

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

食道癌結腸再建の挙上結腸が穿孔し肺に穿通したため、挙上結腸抜去と右上葉合併切除を施行し、二期的に有茎空腸再建を施行した症例を報告する。[症例] 69歳男性、2003年早期胃癌に対して開腹胃全摘施行。検診で門歯より25cmに食道癌を認め当科紹介となった。T2、N1、M0術前 stageII の診断で術前化学療法施行後、2014年1月胸腔鏡下食道亜全摘、2領域リンパ節郭清、右半結腸再建（胸骨後経路）施行した。2015年1月突然の呼吸困難出現し、救急受診。CTで胸腔内に多量の食物残渣を認め緊急手術施行した。手術所見では挙上結腸盲腸の穿孔が肺に穿通し、右上葉内に食物残渣を認めた。胸腔洗浄ドレナージ、右上葉切除、挙上結腸抜去、頸部食道瘻造設、腸瘻造設術施行。術後に気管支瘻を認め3月に開窓術と上葉気管支瘻閉鎖術を施行した。術後半年経過し二期的に有茎空腸再建（胸骨前経路）を施行、その後大きな合併症なく経過している。

## A03

集学的治療により5年生存が得られた StagIVa 食道癌の1例

<sup>1</sup>滋賀県立成人病センター 外科

住田光亮<sup>1</sup>、山本秀和<sup>1</sup>、青山龍平<sup>1</sup>、谷 昌樹<sup>1</sup>、川添准矢<sup>1</sup>、矢澤武史<sup>1</sup>、山田理大<sup>1</sup>、山本道宏<sup>1</sup>、原田英樹<sup>1</sup>、財間正純<sup>1</sup>

症例は65歳男性。胸部つかえ感を契機に胸部下部食道癌と診断され当科受診された。造影CTでは胸部下部食道から胃接合部にかけ長径約40mmの原発巣を認めた。さらに縦隔、腹腔に多数のリンパ節腫大と、腹部傍大動脈リンパ節腫大を認め、それぞれ転移が疑われた。また、同時に約55mmの腹部大動脈瘤を認めた。胸部下部食道癌 T3、N4、M0、StageIVaと診断し、化学療法3コース及び、放射線治療を施行した。治療効果判定では照射野外であった単発の傍大動脈リンパ節を除く病変はCRと判断した。初診時より5ヶ月目に腹部大動脈瘤の手術の際に傍大動脈リンパ節を同時切除した。初診より28ヶ月目にフォローの造影CTにて傍大動脈リンパ節の局所再発を認めたが、画像上、左腎動脈浸潤が疑われたため、化学療法2コース及び放射線治療を施行してCRを得た。初診より5年経過の現在、無再発生存中である。

## A02

右鎖骨下動脈起始異常を伴った食道癌に対して胸腔鏡補助下食道亜全摘、3領域郭清、胸骨後経路胃管再建を施行した一例

<sup>1</sup>国立病院機構大阪医療センター 外科

北風雅敏<sup>1</sup>、平尾素宏<sup>1</sup>、山本和義<sup>1</sup>、西川和宏<sup>1</sup>、前田 栄<sup>1</sup>、植村 守<sup>1</sup>、三宅正和<sup>1</sup>、濱 直樹<sup>1</sup>、宮本敦史<sup>1</sup>、宮崎道彦<sup>1</sup>、池田正孝<sup>1</sup>、中森正二<sup>1</sup>、関本貢嗣<sup>1</sup>

症例は55歳、女性。ESD後の追加外科的切除目的に当科紹介受診となった。術前のCT検査で右鎖骨下動脈起始異常を認めていた。胸部食道癌に対して胸腔鏡補助下食道亜全摘、3領域郭清、胸骨後経路胃管再建術を施行した。術中、頸部操作で左反回神経が正常走行であることを確認した。右胸腔内で食道後面を走行する右鎖骨下動脈を確認し、右鎖骨下動脈の腹側を走行する胸管も確認された。右反回神経は胸腔内での走行を認めなかった。再建方法も右鎖骨下動脈による胃管圧排や胃小弯切除ラインとの右鎖骨下動脈との接触を避け、胸骨後再建で行った。術後は嘔声や嚥下障害、乳び胸を認めず経過している。右鎖骨下動脈起始異常は0.5-1.6%の比較的可成りな先天奇形で、右反回神経や胸管の走行異常を伴う。術前にこれらの走行をシュミレーションしたり再建方法を工夫したりすることによって、安全に手術を施行できると考えられた。

## A04

食道巨大ポリープ状脂肪肉腫の1切除例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第二外科

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

71歳男性。嚥下困難を主訴に上部消化管内視鏡で巨大食道腫瘍を指摘される。内視鏡所見は頸部食道から発生する有茎性の巨大ポリープであり、腹部食道に達していた。生検病理では炎症性肉芽組織の診断であった。CT、MRIでは長径20cmの巨大有茎性ポリープであり、脂肪成分、微小石灰化、血管構造が認められた。PET検査では辺縁部にSUVmax5.34の集積を認めた。いずれの検査でも悪性を強く示唆する所見は認められず、ポリープ切除の方針とした。手術は左頸部からアプローチし、食道左壁に5cm長の縦切開した。直下に視認できたポリープ茎部を結紮切離し、同創から愛護的に摘出した。病理検査では紡錘形細胞、脂肪細胞、軟骨組織で構成されており、核分裂像は明らかでなかった。免疫染色ではCKD4陽性、MDM2陽性、CD34陽性、S-100陽性、desmin陰性、 $\alpha$ -SMA陰性であり脂肪肉腫の診断となった。非常にまれな食道巨大ポリープ状脂肪肉腫を経験したので報告する。

## A05

食道癌肉腫と早期胃癌の合併例に対し根治切除を行った1症例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 上部消化管外科  
守津 汀<sup>1</sup>、竹村雅至<sup>1</sup>、中尾英一郎<sup>1</sup>、  
瀧井麻美子<sup>1</sup>、海辺展明<sup>1</sup>、仁浩貴<sup>1</sup>、大嶋 勉<sup>1</sup>、  
菊池正二郎<sup>1</sup>、笹子三津留<sup>1</sup>

食道癌肉腫に早期胃癌を合併した1切除例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。症例は72歳女性、前胸部痛を主訴に来院され、内視鏡検査で門歯列から27cmより長径約60mmの頂部が平滑な亜有茎性の腫瘍を認めた。生検では腫瘍頂部より紡錘形異型細胞、腫瘍の肛門側不染帯より扁平上皮癌を認めた。また、胃体中部前壁に0-2c型の早期胃癌を認めた。CT検査では他臓器転移なく食道癌肉腫、cT2、N1、M0、Stage2、早期胃癌、cT1a、N0、M0、Stage1Aと診断し、胸腔鏡下食道亜全摘・腹腔鏡下胃管作製術を行った。病理組織学的には隆起部で肉腫様の像を認め、周辺部に高から中分化な扁平上皮癌の増殖像を認め食道癌肉腫の診断であった。胃癌は高から中分化の腺癌であった。摘出リンパ節のうち9個に扁平上皮癌の転移を認めた。術後は合併症無く経過し、術23日後に退院となった。

## A07

化学療法中に原発巣のERが陽転化した乳癌の一例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 乳腺・内分泌外科  
<sup>2</sup>兵庫医科大学 病院病理部  
今村美智子<sup>1</sup>、宮川義仁<sup>1</sup>、柳井亜矢子<sup>1</sup>、  
樋口智子<sup>1</sup>、尾澤宏美<sup>1</sup>、西向有沙<sup>1</sup>、村瀬慶子<sup>1</sup>、  
高塚雄一<sup>1</sup>、渡邊隆弘<sup>2</sup>、廣田誠一<sup>2</sup>、三好康雄<sup>2</sup>

乳癌サブタイプが原発巣と転移巣で異なる不一致が存在し、腫瘍内のheterogeneityが原因と考えられている。今回HER2陽性のstag4乳癌に対し、薬物療法により転移巣は完全奏効(CR)が維持されたものの、原発巣は増悪したため切除を行った症例を経験した。79歳女性、左乳房腫瘍を自覚し来院。浸潤性乳管癌、ER:0%、PgR:0%、HER2:3+、cT2N3M1(肝転移)、stage4と診断。カペシタビン、パクリタキセル、トラスツズマブの投与で転移巣はCRとなったが3年後、原発巣は増悪となり、組織診にてER:0%、PgR:0%、HER2:3+の病巣とER:80%、PgR:20%、HER2:3+の病巣が混在した。カペシタビン+トラスツズマブ(H)+ペルツズマブ(P)を1年のちアロマターゼ阻害薬+H+Pを8ヶ月間行うも、原発巣は増悪、転移巣はCRのため原発巣の摘出術を行った。本症例では、原発巣にERが陽性と陰性の乳癌が存在し、heterogeneityが原発巣と転移巣での治療効果の差につながった可能性が考えられた。

## A06

TS-1内服にて急激に血小板減少症を来した右乳癌術後多発骨転移の1症例

<sup>1</sup>明和病院 乳腺内分泌外科  
<sup>2</sup>明和病院 外科  
北村 優<sup>1,2</sup>、岸本昌浩<sup>1</sup>、友松宗史<sup>1,2</sup>、  
赤塚昌子<sup>1,2</sup>、一瀬規子<sup>1,2</sup>、光藤 傑<sup>2</sup>、  
竹中雄也<sup>2</sup>、小野朋二郎<sup>2</sup>、中島隆善<sup>2</sup>、別府直仁<sup>2</sup>、  
吉江秀範<sup>2</sup>、生田真一<sup>2</sup>、張 宇浩<sup>2</sup>、木村文彦<sup>2</sup>、  
古川一隆<sup>2</sup>、相原 司<sup>2</sup>、柳 秀憲<sup>2</sup>、山中若樹<sup>2</sup>

はじめに：経口5Fu系抗癌剤は比較的安全であるが、今回我々はTS-1内服にて急激に血小板減少症を生じた右乳癌術後多発骨転移の1症例を経験したので報告する。症例：60歳代、女性。2007年5月に右乳癌の診断でFEC療法、weeklyPTXを施行し右乳房部分切除術および腋窩リンパ節郭清術を行った。組織型は浸潤性乳管癌でER+(70%)、PgR-(0%)、HER2-(0)であった。2013年8月骨転移が出現、5-DFUR+CPA+zoledronateを開始しlong NCが得られていたが、増悪を認め5-DFURをTS-1に変更した。変更後より軽度下痢症状あり、3週間後に当院を受診した。受診時に血小板数0.9万/ $\mu$ lと高度に低下しており、TS-1内服による血小板減少症と判断した。入院後好中球減少症および貧血も発症し、回復までに約1か月間の入院期間を要した。結語：今回我々はTS-1内服にて高度の血小板減少症およびその後汎血球減少症まで進行した症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

## A08

原発性副甲状腺機能亢進症15例の検討

<sup>1</sup>兵庫県立加古川医療センター 外科  
園田祐介<sup>1</sup>、衣笠章一<sup>1</sup>、加藤祥穂<sup>1</sup>、門馬浩行<sup>1</sup>、  
掘 宏成<sup>1</sup>、岸 真示<sup>1</sup>、常見幸三<sup>1</sup>、中村 毅<sup>1</sup>

当院で2010年から2015年までの6年間に経験した原発性副甲状腺機能亢進症に対する副甲状腺腺腫摘出術の15例を検討した。年齢は平均64.5歳(49~77歳)、男性3例、女性12例であった。甲状腺外の右上に2例、右下に6例、左上に1例、左下に5例を認め、1例は甲状腺内の異所性副甲状腺腺腫であった。術前診断では基本的に頸部超音波検査、CT、99mTc MIBIシンチグラフィーを組み合わせて局在診断を行っている。術中診断は、PTHの院内測定ができないため摘出した標本を迅速病理診断に提出し他の臓器との鑑別を行うようにしている。術中に腺腫の可能性が高いと診断された14例の甲状腺外の副甲状腺腺腫は確定診断でも良性の腺腫であった。甲状腺内の異所性副甲状腺腺腫は術前に甲状腺外のリンパ節を副甲状腺と誤認しており術前確定診断できていなかった。炎症性癒着の強い1例に術後の反回神経麻痺を認めた。全例で術後PTH、カルシウムの前値からの低下を確認した。



## A09

腹腔鏡下に摘出しえた無症候性後腹膜傍神経鞘腫の1例

<sup>1</sup>京都民医連中央病院 外科

村澤哲也<sup>1</sup>、岡本 亮<sup>1</sup>、岡田春太郎<sup>1</sup>、本田正典<sup>1</sup>、鳥取洋昭<sup>1</sup>、名嘉山一郎<sup>1</sup>、野口正仁<sup>1</sup>、川島市郎<sup>1</sup>、藤田琢史<sup>1</sup>、鈴木 卓<sup>1</sup>

症例は高血圧や糖尿病のない60歳男性。他疾患精査での腹部造影CTにて、十二指腸水平脚尾側・大動脈左側に36×31×44mmの造影不良で境界明瞭な腫瘤を認めた。同腫瘤は単純MRIではT2強調で中心部不均一な高信号を示し、PETではSUVmax3.5の淡い集積が確認され、後腹膜神経鞘腫疑いにて鏡視下摘出術を行った。腫瘍は腹膜越しにやや軟な腫瘤として確認され、周囲との癒着は少なく腹部大動脈からの細い枝が認められる程度で、出血なく摘出可能であり、手術操作によるバイタルの乱れはなかった。組織診断では汎ケラチン陰性かつクロモグラニンA陽性であり、傍神経節腫と診断された。傍神経節腫は副腎髄質以外の自律神経系神経節由来腫瘍であり、後腹膜腫瘍のうち約2%を占め、そのうち無症候性は非常に稀とされている。今回、カテコラミン産生腫瘍の5H症状を認めず、腹腔鏡下に摘出しえた後腹膜傍神経節腫を経験したので報告する。

## B01

回腸に全周性狭窄を来した腸管子宮内膜症の一例

<sup>1</sup>兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科

坂本享史<sup>1</sup>、岩間英明<sup>1</sup>、鹿子木悠<sup>1</sup>、平田真章<sup>1</sup>、杉本敦史<sup>1</sup>、藤田悠介<sup>1</sup>、池田太郎<sup>1</sup>、石田あい<sup>1</sup>、太治智愛<sup>1</sup>、吉川潤一<sup>1</sup>、中村達郎<sup>1</sup>、倉橋康典<sup>1</sup>、多田正晴<sup>1</sup>、田村 淳<sup>1</sup>、白濁義晴<sup>1</sup>、牧 彦淳<sup>1</sup>

症例は37歳女性。子宮筋腫に対し5年前に他院で子宮筋腫核出術の既往がある。1年前より月経周期と一致してサブイレウスを反復し、近医より精査加療目的に当院紹介となった。CTで回腸末端付近まで小腸の拡張を認め、多発子宮筋腫あり。イレウスチューブ造影では右下腹部小腸での狭窄あり。MRIでは内膜症組織は指摘されなかった。狭窄解除目的に手術施行の方針とした。術中所見では回腸末端に不規則な癒着拘縮による全周性狭窄を認めた。直近の腸間膜には白色点状結節を散見した。両側卵巣腫大なし。回盲部切除を施行した。術後経過は概ね良好で第12病日に退院となった。病理結果では、漿膜側や腸間膜の表面から固有筋層内に大小の腺管を散在性に認め、その周囲にCD10陽性の紡錘形間質細胞を伴い子宮内膜症と診断された。本疾患の病変は粘膜下以深に多く生検などでの術前診断は困難とされる。鑑別に本疾患を挙げ過大侵襲を避けることが肝要である。

## A10

腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行したカテコラミン産生性傍神経節腫の1症例

<sup>1</sup>堺市立総合医療センター 外科

<sup>2</sup>堺市立総合医療センター 病理診断科

<sup>3</sup>堺市立総合医療センター 循環器内科

風間 亮<sup>1</sup>、笹松信吾<sup>1</sup>、中平 伸<sup>1</sup>、棟方 哲<sup>2</sup>、安田慎吾<sup>3</sup>、山本為義<sup>1</sup>、吉村旬平<sup>1</sup>、平木洋子<sup>1</sup>、井上稔也<sup>1</sup>、西 秀美<sup>1</sup>、辻江正樹<sup>1</sup>、木村 豊<sup>1</sup>、大里浩樹<sup>1</sup>

症例は66歳女性。28年前に高血圧症を指摘され、15年前から動悸や顔の火照りを自覚。胆石症に対する手術目的で受診され、腹部造影CTで右副腎のやや尾側に3.6×2.3cmの多血性後腹膜腫瘍を認めた。血中および尿中カテコラミン高値、MIBGシンチグラフィ陽性でカテコラミン産生性傍神経節腫と診断。術前に血圧をコントロールし、腹腔鏡下腫瘍摘出および胆嚢摘出を行った。右半側臥位、5ポート。腫瘍は下大静脈・右腎動脈を広く圧排・伸展しており、肝・十二指腸・結腸肝彎曲を剥離し脈管を同定しテーピング。腫瘍の周囲組織への浸潤は認めず、鏡視下に切除可能であった。腫瘍周囲の剥離操作による血圧変動には $\alpha$ -blocker静注とCa-blocker持続静注にて対応した。投薬調整し術後9日目に退院。病理診断はカテコラミン産生性傍神経節腫であった。鏡視下に切除したカテコラミン産生性傍神経節腫の1症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## B02

イレウス管を契機に発症した腸重積の一例

<sup>1</sup>NTT西日本大阪病院 消化器外科

安達 慧<sup>1</sup>、藤田正一郎<sup>1</sup>、西田謙太郎<sup>1</sup>、塚部昌美<sup>1</sup>、野中亮児<sup>1</sup>、藤江裕二郎<sup>1</sup>、橋本和彦<sup>1</sup>、藤田淳也<sup>1</sup>、吉田哲也<sup>1</sup>、大西 直<sup>1</sup>、門田卓士<sup>1</sup>、今岡真義<sup>1</sup>

【はじめに】成人の腸重積の多くは腫瘍や器質的疾患によるものが多数である。イレウス管・腸重積をキーワードに医学中央雑誌で検索すると、本邦では約60例の報告があった。今回、イレウス管が誘因となった腸重積の症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。【症例】87歳、女性【既往歴】子宮・卵巣摘出(33歳)、胃癌術後(42歳時)、大動脈弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全、高血圧【現病歴】2日前より腹部膨満感出現し、近医受診。イレウス疑いにて当科紹介受診となった。【入院時現症】腹部所見：左下腹部に圧痛あるのみ。血液検査：低Na血症のみ。【経過】入院後イレウス管を挿入し、保存的に軽快していたが、挿入後3日目に、腹部CTにてtarget signを認め、腸重積と診断した。挿入後5日目に小腸部分切除、小腸バイパス術施行し、術後25日目に退院となった。【結語】イレウス管を契機に発症した腸重積の一例を経験した。

## B03

Free air を認めた腸管気腫症の2例

<sup>1</sup>西神戸医療センター 外科・消化器外科

長田駿一<sup>1</sup>、伊丹 淳<sup>1</sup>、小寺澤康文<sup>1</sup>、堀江和正<sup>1</sup>、  
牧野健太<sup>1</sup>、吉田真也<sup>1</sup>、松浦正徒<sup>1</sup>、長井和之<sup>1</sup>、  
石井隆道<sup>1</sup>、姜 貴嗣<sup>1</sup>、京極高久<sup>1</sup>

【諸言】 free air を伴う腸管気腫症は消化管穿孔との鑑別が困難なことがあり時に手術適応の判断に難渋する。今回 free air を認めた腸管気腫症の2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】症例1は80歳代女性。腹痛と下血を主訴に他院を受診しCTで free air を認め当院に転送。高度認知症により所見が取りづらく消化管穿孔も否定できないため開腹手術施行。明らかな穿孔部位はなく小腸壁と腸間膜に気腫性変化を認め腸管気腫症と診断し腹腔ドレナージ術施行。症例2は50歳代女性。かかりつけ医で偶然撮った胸部X線で free air を認め当院紹介受診。CTでも著明な free air を認め上腹部に圧痛もあり消化管穿孔も否定できず腹腔鏡下試験開腹術施行。穿孔部位は特定できず腸管壁に泡状病変を認め腸管気腫症と診断。2例とも術後経過は良好であった。【結語】 free air は消化管穿孔を疑う所見だが腹膜刺激症状が乏しい場合は腸管気腫症も念頭に入れるべきである。

## B05

保存的治療が可能であったと考えられた腸管気腫症の一例

<sup>1</sup>赤穂市民病院 初期研修医

田中 真<sup>1</sup>

症例は94歳、男性。左腎臓摘出、開腹胆嚢摘出の既往があった。10日前からの食欲不振で救急外来を受診。腹部は膨満しており、全体に圧痛を認めた。腹部単純CTで広範囲の腸管に壁内ガス、下腹部に皮下気腫を認めた。血液検査所見では炎症反応は軽度であったが、腸管穿孔、非閉塞性腸間膜虚血を否定できず、緊急試験開腹術を施行した。腸管と腹壁の癒着が強固であったが、確認できた腸管壁や腸間膜は気腫状となっていた。腸管壁の色調は良好で、明らかな虚血や腹水を認めなかった。これ以上の原因検索を行うにはより広範囲な剥離操作を行う必要があり、年齢も考慮し行わない方針とし、ドレーンを1本留置し終了とした。術後経過は良好で、第9病日に施行した腹部単純CTでは腸管壁内ガスの減少を認め、第17病日に退院した。今回、保存的治療が可能であったと考えられた腸管気腫症の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## B04

子宮全摘後の膣断端より小腸が脱出し絞扼性イレウスをきたした一例

<sup>1</sup>西神戸医療センター 外科・消化器外科

三村裕美<sup>1</sup>、伊丹 淳<sup>1</sup>、堀江和正<sup>1</sup>、牧野健太<sup>1</sup>、  
小寺澤康文<sup>1</sup>、吉田真也<sup>1</sup>、松浦正徒<sup>1</sup>、長井和之<sup>1</sup>、  
石井隆道<sup>1</sup>、京極高久<sup>1</sup>

【諸言】子宮全摘術は幅広く施行される手技であるが、膀胱癌手術に際し子宮全摘術を行った後に膣断端から小腸が脱出し絞扼性イレウスとなった一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80歳代女性。膀胱癌に対して腹腔鏡下膀胱全摘術（両側尿管皮膚瘻）、子宮・両側付属器・膣前壁の合併切除施行。術後経過は良好であった。その半年後、排便時に会陰部より脱腸があり当院に救急搬送。膣から小腸が脱出し絞扼性イレウスとなっており緊急手術となった。【手術所見】小腸が脱出している孔は膣壁であり膣断端は黒色に変色していた。閉鎖された膣の壊死により穿孔をきたし小腸が脱出したものと考えた。腹腔内への還納は困難であり、腹腔内で小腸を切離し絞扼小腸は会陰より引き出し腹腔内で切離小腸どうしを吻合した。経過は良好で第18病日に退院となった。【結語】特に高齢者において子宮全摘後の膣断端の離開について留意する必要がある。

## B06

後腹膜腔に広範囲に波及した内攻型フルニエ症候群の一例

<sup>1</sup>公立六栗総合病院

木村敬一<sup>1</sup>、大坪 大<sup>1</sup>、有本 聡<sup>1</sup>、井淵誠吾<sup>1</sup>、  
中島幸一<sup>1</sup>、佐竹信祐<sup>1</sup>、山崎良定<sup>1</sup>

症例は72歳男性。頸髄損傷のためほぼ寝たきりであった。1週間前から近医で肛門周囲膿瘍を指摘され保存的治療が行われていたが、悪寒を伴う発熱をきたし当院に紹介された。来院時、肛門周囲に発赤腫脹を認め、腹部CTで直腸肛門周囲から後腹膜腔に広がる膿瘍像を認めた。即日全麻下に後腹膜側および会陰側から切開、洗浄、ドレナージを行った。これにて一旦症状は軽快したが、第60病日に再度発熱、ショック症状あり、敗血症、DICをきたした。CTにて再度直腸周囲膿瘍の増悪を認めたため再度局麻下に肛門周囲切開ドレナージを行い、敗血症の治療と創部の洗浄を継続した。症状の改善を待って、第113病日に、S状結腸人工肛門造設術（単口式）を行った。これにより肛門周囲膿瘍は治癒した。術後リハビリを開始、第208病日に軽快退院した。本症例は、肛門周囲膿瘍が体腔内に進展する、いわゆる内攻型フルニエ症候群といわれ、これについて文献的考察を加えて報告する。

## B07

当院における大腸穿孔例に対する治療成績

<sup>1</sup>愛仁会高槻病院 消化器外科

大川太資<sup>1</sup>、吉川卓郎<sup>1</sup>、朝倉 悠<sup>1</sup>、家永徹也<sup>1</sup>

【緒言】大腸穿孔は敗血症性ショックへと移行しやすく、予後不良とされる。【方法】2006年5月から2015年12月の間に手術を行った大腸穿孔49例につき、救命例（A群、46例）と死亡例（B群、3例）に分け検討した。【結果】年齢、性別では両群間に差はなかった。重要臓器の既往症はB群で多かった。穿孔原因は共に憩室が多く、部位に差はなかった。Scoring systemによる重症度評価ではいずれもB群で高かった。腸管切除にかかわらず人工肛門造設を行ったのはA群に43例、B群に3例で、手術時間、出血量についても差はなかった。術後、人工呼吸器管理を必要としたのはA群に25例、B群に2例で、PMX-DHPは循環動態が不安定な症例に対しA群で17例、B群で2例に行った。【結語】大腸穿孔に対しては、重症度判定により速やかに全身状態を把握することが重要で、その結果から適切な手術およびPMX-DHP等を含めた集中治療を行うことで、治療成績の向上に繋がる可能性が示唆された。

## B09

腸重積を来し緊急手術となった潰瘍性大腸炎の1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科

平田晃弘<sup>1</sup>、内野 基<sup>1</sup>、坂東俊宏<sup>1</sup>、広瀬 慧<sup>1</sup>、  
蝶野晃弘<sup>1</sup>、佐々木寛文<sup>1</sup>、堀尾勇規<sup>1</sup>、池内浩基<sup>1</sup>

症例は45歳男性。30歳時発症の潰瘍性大腸炎、全大腸炎型、再燃緩解型。内科治療にて緩解を維持されていたが、突如出現した心窩部痛及び間欠的な腹痛のため、前医を受診した。精査にて盲腸の腸重積を疑われ、当科紹介となった。初診時、右下腹部の圧痛と軽度の硬結を認めたが、腹膜刺激症状は認めなかった。腹部CT検査では盲腸から上行結腸に腸重積を認めたが、腫瘍性病変は描出されなかった。下部消化管内視鏡検査を行ったところ、同部位の強いうっ血を認め、血流障害が疑われたため、緊急手術を行った。手術は大腸全摘+J型回腸囊肛門吻合+回腸人工肛門造設術を施行した。術後は合併症なく軽快退院となり、切除標本の病理検査でも、腫瘍性病変は認めなかった。成人の特発性腸重積は比較的まれであり、悪性腫瘍などの器質的原因を伴うことが多い。今回われわれは、成人特発性腸重積を合併した潰瘍性大腸炎の症例を経験したので報告する。

## B08

Soave 伝田法施行後、28年で中毒性巨大結腸症を発症した Hirschsprung 病の一例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科

堀尾勇規<sup>1</sup>、内野 基<sup>1</sup>、佐々木寛文<sup>1</sup>、蝶野晃弘<sup>1</sup>、  
平田晃弘<sup>1</sup>、広瀬 慧<sup>1</sup>、坂東俊宏<sup>1</sup>、池内浩基<sup>1</sup>

症例は28歳の男性。生後7ヶ月時に Hirschsprung 病に対し、Soave 伝田法施行された。平成27年12月下旬より下痢、腹痛、嘔気、食事摂取困難認め、前医に救急搬送された。盲腸からS状結腸に著名な拡張認めたが、腸管壊死、穿孔所見は認められなかったため、経肛門イレウスチューブを挿入し保存的加療施行されるも、敗血症の状態となり、H28年1月に当科紹介、緊急試験開腹術施行した。右側結腸では短軸8cm、左側においては20cm程度の高度拡張、著明な腸管浮腫、肥厚、線維化を認めた。脾弯からS状結腸までの地図上潰瘍指摘されており、術中内視鏡施行し、S状結腸から直腸まで潰瘍性病変ないこと確認。切離ラインを決定し、直腸S状部で回腸と側端吻合を行い、回腸人工肛門造設した。術後は順調に経過し、第22病日で退院となった。今回、Soave 伝田法施行後、28年で中毒性巨大結腸症を発症した Hirschsprung 病の一例を経験したため報告する。

## B10

異所性発癌を認めた colitic cancer 合併潰瘍性大腸炎の1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科

蝶野晃弘<sup>1</sup>、内野 基<sup>1</sup>、堀尾勇規<sup>1</sup>、佐々木寛文<sup>1</sup>、  
平田晃弘<sup>1</sup>、広瀬 慧<sup>1</sup>、坂東俊宏<sup>1</sup>、池内浩基<sup>1</sup>

【症例】53歳、女性【現病歴】41歳時発症の潰瘍性大腸炎（以下 UC）。前医で保存的加療されていた。50歳時の下部消化管内視鏡検査にて下行結腸から腺癌が検出、ESDを施行したが、施行中に穿孔をきたし、穿孔部の結腸部分切除術が施行された。開腹手術摘出標本には癌を認めず、以後外来にて経過観察されていた。53歳時に下行結腸の隆起性病変及び直腸の炎症部から腺癌を検出。手術目的で当科紹介となる。手術は大腸全摘・J型回腸囊肛門吻合術を行った。手術摘出標本にて#231に2個のリンパ節転移を認め、下行結腸の colitic cancer の進行度は stage IIIa であった。現在、術後補助化学療法施行中である。【結語】本症例のように罹病期間の長い、癌合併潰瘍性大腸炎症例は炎症を母体とした発癌形式をとるため、同時性・異時性に多発する可能性が高い。そのため、内視鏡切除や部分切除ではなく大腸全摘を基本術式とすべきである。

## B11

悪性所見を伴った Tail gut cyst の 1 例

<sup>1</sup>明和病院

竹中雄也<sup>1</sup>、木村文彦<sup>1</sup>、赤塚昌子<sup>1</sup>、北村 優<sup>1</sup>、  
光藤 傑<sup>1</sup>、一瀬規子<sup>1</sup>、小野朋二郎<sup>1</sup>、友松宗史<sup>1</sup>、  
中島隆善<sup>1</sup>、別府直仁<sup>1</sup>、吉江秀範<sup>1</sup>、生田真一<sup>1</sup>、  
張 宇浩<sup>1</sup>、相原 司<sup>1</sup>、古川一隆<sup>1</sup>、柳 秀憲<sup>1</sup>、  
山中若樹<sup>1</sup>

Tail gut cyst は仙骨前面に発生する比較的稀な嚢胞性腫瘍とされるが、悪性所見を伴うことはさらに稀である。今回、悪性所見を伴った Tail gut cyst の 1 例を経験したので報告する。症例は 56 歳、女性。50 歳時に仙骨前面の嚢胞性病変を指摘。56 歳時に肛門部痛が出現。骨盤嚢胞からの浸潤を伴う直腸腫瘍を指摘され手術となる。手術は開腹直腸切断術・嚢胞摘出術を施行。大殿筋まで嚢胞が進展しており合併切除を行った。術後補助化学放射線療法 (FOLFOX 療法 + 50.4Gy) を施行、局所再発に対して 2 度の追加切除を行った。術後 4 年目に仙骨浸潤を伴う局所再発を認めた。切除不能であり化学療法を行ったが術後 5 年目に永眠となる。悪性所見を伴う Tail gut cyst の報告は本邦では自験例を含む 10 例のみであった。完全切除が可能であれば予後は比較的良好とする一方で早期再発例が散見される。術後補助療法についての検討はなく今後症例を蓄積する必要があると考えられた。

## B13

上行結腸癌術後に横隔膜転移をきたした 1 例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第 2 外科

富永信太<sup>1</sup>、岩本博光<sup>1</sup>、速水晋也<sup>1</sup>、瀧藤克也<sup>1</sup>、  
松田健司<sup>1</sup>、堀田 司<sup>1</sup>、横山省三<sup>1</sup>、山上裕機<sup>1</sup>

【緒言】大腸癌の横隔膜転移は稀な疾患である。我々は上行結腸癌術後 2 年目の横隔膜転移を切除しえた 1 例を経験したため、文献的考察を加え報告する。【症例】66 歳、男性。前医にて上行結腸癌に対し結腸右半切除を施行され、最終病期は SS N0 M0 Stage II であったが、術後半年間補助化学療法 (Cape) を施行された。術後 2 年目に CEA が漸増し、CT にて右横隔膜に石灰化を伴う低吸収域を認めたため精査加療目的で当科に紹介となった。横隔膜転移の診断で術前化学療法 (CapeOX + Bmab) 4 コースを施行後、横隔膜腫瘍切除術・肝 S8 部分切除術を施行した。術後病理診断は metastatic adenocarcinoma であった。術後経過良好で POD8 に退院となった。再手術後 2 年目に傍大動脈リンパ節転移を認め、放射線化学療法 (54Gy、Cape) を行い、現在外来経過観察中である。【結語】大腸癌では肝、肺転移同様に横隔膜転移も切除により良好な経過が得られるので積極的に検討すべきである。

## B12

S 状結腸癌による結腸子宮瘻の 1 例

<sup>1</sup>京都第一赤十字病院 外科

岸本拓磨<sup>1</sup>、池田 純<sup>1</sup>、加藤千翔<sup>1</sup>、高島和也<sup>1</sup>、  
亀井武志<sup>1</sup>、福永健治<sup>1</sup>、箕輪啓太<sup>1</sup>、名西健二<sup>1</sup>、  
熊野達也<sup>1</sup>、井村健一郎<sup>1</sup>、下村克己<sup>1</sup>、窪田 健<sup>1</sup>、  
谷口史洋<sup>1</sup>、高階謙一郎<sup>1</sup>、塩飽保博<sup>1</sup>、池田栄人<sup>1</sup>

症例は 80 歳、女性。便性帯下を主訴に近医より当院紹介となった。当院受診時、下腹部に軽度の圧痛を認め、婦人科診察では子宮内に便秘を認めた。腸管子宮瘻が疑われ精査目的に入院となった。腹部造影 CT で S 状結腸に腫瘤影を認め、そこから子宮底部・内腔への結腸子宮瘻が疑われた。腹水は認めなかった。下部内視鏡検査では S 状結腸に腫瘤性病変を認めた (生検で adenocarcinoma の検出あり) が、瘻孔は確認できなかった。S 状結腸癌、結腸子宮瘻と診断し、後日、S 状結腸切除術、両側付属器子宮摘出術を行った。術中所見では S 状結腸と子宮底部の瘻孔による癒着を認めた。切除標本の肉眼的評価で瘻孔を認め、病理組織学的評価では、S 状結腸癌は漿膜下までの進展に留まっており、結腸子宮瘻孔には異型細胞を認めなかった。腫瘍によって炎症が惹起されたために瘻孔形成されたと考えられた。文献的考察を踏まえて報告する。

## B14

精巣腫瘍治療後に発症した放射線誘発大腸癌と考えられた 1 例

<sup>1</sup>府中病院 外科

王 恩<sup>1</sup>、内間恭武<sup>1</sup>、青松直撥<sup>1</sup>、西居孝文<sup>1</sup>、  
平川俊基<sup>1</sup>、山越義仁<sup>1</sup>、長嶋大輔<sup>1</sup>、岩内武彦<sup>1</sup>、  
森本純也<sup>1</sup>、鄭 聖華<sup>1</sup>、中澤一憲<sup>1</sup>、竹内一浩<sup>1</sup>

58 歳の男性、平成 7 年精巣腫瘍に対し右精巣高位除根術及び術後放射線療法を施行された。平成 25 年便秘、便潜血陽性のため、下部消化管内視鏡にて横行結腸に放射線性腸炎による狭窄、潰瘍病変を認め、生検結果は腺癌と診断された。平成 26 年 4 月腹腔鏡下横行結腸切除術 + D3 郭清を施行し、病理結果は高分化腺癌と診断された。放射線誘発大腸癌は一次癌に対する放射線治療が誘因と推測される二次癌である。明確な診断基準はないが、本邦では酒井の確信度分類が広く用いられている。本症例では確診度は A-1 に一致する。発生機序はまだ不明な点が多いが、放射線腸炎を背景とする長期間の慢性炎症から発生すると推測される。放射線誘発大腸癌の発生頻度は通常の 2~3 倍になる。手術治療が原則である。5 年全生存率は散発性大腸癌よりやや不良である。放射線治療後長期間経過した後、二次癌の発生するリスクがあるので、頻回のサーベイランスが必要と考えられる。

## B15

S状結腸癌を伴う再発直腸脱に対して腹腔鏡下手術を施行した1例

<sup>1</sup>星ヶ丘医療センター 外科

秦 龍彦<sup>1</sup>、辻 泰子<sup>1</sup>、中川 正<sup>1</sup>、小川護仁<sup>1</sup>、福岡晃平<sup>1</sup>、辰巳満俊<sup>1</sup>

患者は86歳、女性。2006年に直腸脱に対して三輪-Gant法およびThiersh術を施行されている。2015年8月に直腸脱再発・嵌頓認め救急受診した。用手還納試みたが困難であり、腰椎麻酔下にThiersh法の固定糸を切断して還納した。直腸脱に対する再手術の術前検査で肛門縁から30cmにS状結腸癌を認めため、2016年11月にS状結腸癌と直腸脱に対して同時に腹腔鏡下手術を施行した。S状結腸癌に対してS状結腸切除術、D2郭清を行い、直腸脱に対しては、術後の感染を考慮してメッシュは用いず、直腸壁を仙骨前面に縫合固定した。一時的に吻合部の重積による通過障害を認めしたが、保存的に軽快した。また術後、便意が消失したが排尿と同時に排便することでコントロールされている。直腸脱の再発は認めていない。S状結腸癌を伴う直腸脱に対する腹腔鏡下手術の報告は少なく、術後の排便機能を考慮した術式を検討するにあたり貴重な知見を得たので報告する。

## B17

StageIV 大腸癌肉眼的治癒切除後に発生した孤立性脾転移に対して外科的切除が奏功した1例

<sup>1</sup>兵庫県立西宮病院 消化器外科

<sup>2</sup>西宮市立中央病院 外科

徳山信嗣<sup>1</sup>、吉岡慎一<sup>2</sup>、福永 睦<sup>1</sup>、本田晶子<sup>1</sup>、雪本龍平<sup>1</sup>、岡本 葵<sup>1</sup>、斎藤明菜<sup>1</sup>、岡田一幸<sup>1</sup>、小西 健<sup>1</sup>、太田英夫<sup>1</sup>、横山茂和<sup>1</sup>、三木宏文<sup>1</sup>、小林研二<sup>1</sup>

【緒言】大腸癌脾転移は診断の時点で大腸癌の終末像である場合が多く、切除が可能であることは稀である。今回我々はS状結腸癌術後の孤立性脾転移に対して外科的切除を施行し、術後3年間生存中である症例を経験したので報告する。

【症例】症例は50歳代女性。S状結腸癌、卵巣転移に対してS状結腸切除術、子宮両側付属器摘出術を施行した。肺転移再発に対して2回切除を行った。初回手術より4年11ヶ月後に脾体部に腫瘤を指摘され、遠隔転移やリンパ節転移を認めず、脾体尾部脾切除術、左副腎合併切除、D2郭清を行った。免疫染色検査にて大腸癌脾転移と診断され、術後18日目に軽快退院となった。術後1年9ヶ月後に右肺転移を認め部分切除を行い、その後は再発を認めず術後3年2ヶ月の現在生存中である。

【結語】大腸癌における脾転移は、全身状態が良好であり根治切除可能であれば、外科的切除が予後の延長に寄与する可能性が示唆された。

## B16

閉塞性大腸癌 Hartmann 術後症例に対する intestinal continuity を目指した second-look operation の検討

<sup>1</sup>明和病院 外科

赤塚昌子<sup>1</sup>、別府直仁<sup>1</sup>、北村 優<sup>1</sup>、光藤 傑<sup>1</sup>、一瀬規子<sup>1</sup>、小野朋二郎<sup>1</sup>、中島隆善<sup>1</sup>、吉江秀範<sup>1</sup>、木村文彦<sup>1</sup>、柳 秀憲<sup>1</sup>、山中若樹<sup>1</sup>

【目的】閉塞性大腸癌のHartmann手術後intestinal continuity を目指したsecond-look operation (SL) の成績を検討。【対象・方法】当院でHartmann手術後SLを施行した閉塞性大腸癌症例10例を対象。術後補助化学療法はS-1、Capecitabine、XELOXを施行後SL施行。【結果】術式は残存左側結腸直腸吻合8例、回腸直腸吻合1例、残存左側結腸肛門吻合1例、空置の人工肛門を併施は3例。腹膜播種を3例に認め合併切除。術後合併症は腹腔内感染を1例。中央観察期間17ヶ月で全例生存中。局所再発は認めず、遠隔転移再発は1例。【考察】吻合予定結腸が直腸断端に届かない場合回腸を使用、残存直腸との器械吻合が行えない場合結腸肛門吻合施行でintestinal continuity に成功。化学療法の中央TTPは約6ヶ月で、その間無再発で本術式の適応となると考えられた。【結語】閉塞性大腸癌Hartmann手術症例に対する術後化学療法と肛門温存手術の手法によりintestinal continuity を確保しえた。

## B18

高度癒着の予想される杭創による外傷手術後の患者に腹腔鏡下胆嚢摘出術・高位前方切除術を施行した1例

<sup>1</sup>済生会滋賀県病院 外科

高嶋祐助<sup>1</sup>、芝本 純<sup>1</sup>、倉島研人<sup>1</sup>、櫻町綾奈<sup>1</sup>、松本辰也<sup>1</sup>、越智史明<sup>1</sup>、飯高大介<sup>1</sup>、中島 晋<sup>1</sup>、藤山准真<sup>1</sup>、増山 守<sup>1</sup>

【はじめに】一般的に開腹歴があり高度癒着の予想される患者には積極的に腹腔鏡下手術を施行せず開腹術を施行する事が多い。今回、われわれは腹部杭創に対する開腹手術歴があり、高度癒着が術前に予想された患者に腹腔鏡下手術を施行した1例を経験した。【症例】71歳、男性。56歳時、腹部杭創による外傷性肝損傷、鈍的胃破裂に対し手術歴あり。また、術後、広範な腹壁癒着ヘルニアを認めた。今回、胆石性胆嚢炎の入院経過中、CTで直腸癌を指摘され、腹腔鏡下胆嚢摘出術および腹腔鏡補助下高位前方切除術を施行した。手術時間7時間24分、出血量100g。経過良好で術後9日目に退院となった。【まとめ】今回、杭創による開腹歴があり高度癒着が予想されたが、広範な腹壁癒着ヘルニアによる開腹創の癒合遅延をさけるべく腹腔鏡下手術を選択し、早期退院が可能となった症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

## B19

所属外リンパ節転移による StageIV 肛門管扁平上皮癌に対する化学放射線治療で標的病変完全奏効が得られた1例

- <sup>1</sup>洛和会音羽病院 肛門科
- <sup>2</sup>洛和会音羽病院 外科
- <sup>3</sup>洛和会音羽病院 病理診断科
- <sup>4</sup>洛和会音羽病院 PET-CT 画像診断センター  
荒木吉朗<sup>1</sup>、加川隆三郎<sup>1</sup>、武田亮二<sup>2</sup>、粟根雅章<sup>2</sup>、  
豊田昌夫<sup>2</sup>、水野克彦<sup>2</sup>、松村泰光<sup>2</sup>、安井 寛<sup>3</sup>、  
友井正弘<sup>4</sup>

症例は70歳の男性。右鼠径部のリンパ節腫脹と脱肛を主訴に当院を受診した。肛門部の生検にて肛門管扁平上皮癌と診断された。肛門左半分を占める直径53×23mmの1型の腫瘍であった。PET-CTにて肛門部と両側内外腸骨動脈域のリンパ節に集積を認め、転移と診断された。外腸骨リンパ節は所属外リンパ節となるので、T3N3M1で StageIV と診断した。SCC52.3ng/ml。化学放射線治療 5FU (700mg/m<sup>2</sup>day1-4)、CDDP (70mg/m<sup>2</sup>day1) を計4コース施行した。放射線治療は転移リンパ節を含む骨盤多門照射1.8Gy ×30fr 計54Gy を同時照射した。Grade3以上の有害事象は認めなかった。肛門の原発巣は肉眼的に完全消失し、組織学的にも完全消失 (Grade3) であった。PET-CT では原発巣、リンパ節ともに FDG の集積は認めず、標的病変は完全奏効であったが、非標的病変は腫瘍マーカー SCC5.3ng/ml と正常化しておらず、不完全奏効と判定した。患者はこれ以上の点滴の化学療法を拒否したため、S-1の内服で経過をみている。

## B21

側方リンパ節転移を伴った腫瘍径7mmの下部直腸原発神経内分泌腫瘍の1例

- <sup>1</sup>明和病院 外科  
別府直仁<sup>1</sup>、北村 優<sup>1</sup>、光藤 傑<sup>1</sup>、赤塚昌子<sup>1</sup>、  
竹中雄也<sup>1</sup>、一瀬規子<sup>1</sup>、友松宗史<sup>1</sup>、中島隆善<sup>1</sup>、  
小野朋二郎<sup>1</sup>、吉江秀範<sup>1</sup>、生田真一<sup>1</sup>、張 宇浩<sup>1</sup>、  
木村文彦<sup>1</sup>、岸本昌浩<sup>1</sup>、相原 司<sup>1</sup>、柳 秀憲<sup>1</sup>、  
山中若樹<sup>1</sup>

下部直腸原発神経内分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor : NET) の治療方針を決定するうえでリンパ節転移の有無が最も大切な因子の1つである。原則的に腫瘍径が10mm 以下で腫瘍の表面性状で陥凹や潰瘍形成を認めず、壁深達度が粘膜下層までの症例は、内視鏡による一括切除、または外科的局所切除術の適応とされている。今回、われわれは側方リンパ節転移を伴った腫瘍径7mmの下部直腸原発 NET (G2) に対して、左側方リンパ節廓清を伴った腹腔鏡下内肛門括約筋切除術、左側方リンパ節廓清術を施行、J-pouch 造設を伴う結腸肛門吻合術にて一次的に再建し術後3年6ヶ月、無再発で経過しており、本症例について報告する。

## B20

術前化学療法及び短期化学放射線療法により病理学的完全寛解が得られた進行下部直腸癌の1例

- <sup>1</sup>明和病院 外科  
志村雄飛<sup>1</sup>、北村 優<sup>1</sup>、赤塚昌子<sup>1</sup>、光藤 傑<sup>1</sup>、  
竹中雄也<sup>1</sup>、一瀬規子<sup>1</sup>、小野朋二郎<sup>1</sup>、友松宗史<sup>1</sup>、  
中島隆善<sup>1</sup>、別府直仁<sup>1</sup>、生田真一<sup>1</sup>、吉江秀範<sup>1</sup>、  
木村文彦<sup>1</sup>、岸本昌浩<sup>1</sup>、張 宇浩<sup>1</sup>、相原 司<sup>1</sup>、  
古川一隆<sup>1</sup>、柳 秀憲<sup>1</sup>、山中若樹<sup>1</sup>、覚野綾子<sup>1</sup>

当科では進行下部直腸癌のうち bulky T3又は T4症例、もしくは N2以上又は側方転移陽性症例に対して全身化学療法を施行後に原発局所に対して術前短期化学放射線療法 (chemoradiation therapy 以下 CRT) を施行後に根治術を行っている。今回上記の術前治療が完全奏功したと考えられた下部直腸癌の1例を経験したので報告する。症例は50歳代、男性。肛門縁から4cm、3cmの腫瘍を指摘、術前画像診断で左側方リンパ節腫大を認め、Rb、tub2、T3、N2、M0、cStage3a と診断した。全身化学療法として mFOLFOX6 を4コース施行後に短期 CRT として RT (25Gy/10fr/5days) に S-1内服 (40mg/m2 bid ×10days) を併用して施行した。手術は腹腔鏡下 ISR、結腸囊肛門吻合、回腸人工肛門造設術を施行した。病理組織検査にて組織学的効果は Grade3 (完全寛解、以下 CR) と診断した。結語：術前化学療法と放射線療法を組み合わせることで pCR が得られた1例を経験したので報告する。

## B22

側方進展型進行直腸癌に対する手術経験

- <sup>1</sup>奈良県総合医療センター 外科  
切畑屋友希<sup>1</sup>、石川博文<sup>1</sup>、松本弥生<sup>1</sup>、高木忠隆<sup>1</sup>、  
松阪正訓<sup>1</sup>、向川智英<sup>1</sup>、高 濟峯<sup>1</sup>、渡辺明彦<sup>1</sup>

下部進行直腸癌の側方進展例での手術経験を報告する。症例は50歳台男性。RaRs の腫瘍を認め当科紹介となった。画像検査で左精嚢腺と膀胱頸部の一部、左骨盤側壁の閉鎖筋と梨状筋への浸潤を認めた。放射線化学療法 (FOLFOX、60Gy) を行い腫瘍の縮小を認め遠隔転移がないため、神経障害の了解得て骨盤内臓全摘、仙骨合併切除術を施行した。手術では左尿管、前立腺、膀胱を切除し、内腸骨動脈静脈を切離した。背臥位で仙骨を S2レベルで切離し、再び載石位となり直腸は肛門を温存し切離した。側方の視野は悪く、摘出後仙骨前面から大量出血が続いたため、一旦ガーゼパッキングを行い後日パッキングを除去し、左腎瘻と尿路変更を行った。現在術後1年経過しているが無再発生存中である。側方進展型においては通常の仙骨合併切除以上に術前から各科と十分に連携をとることが必要であると考えられた。

## B23

リンパ節転移の過程で神経内分泌分化を示した直腸癌の1例

<sup>1</sup>神戸大学 食道胃腸外科  
東野展英<sup>1</sup>、角 泰雄<sup>1</sup>、金光聖哲<sup>1</sup>、山下公大<sup>1</sup>、  
山本将士<sup>1</sup>、金治新悟<sup>1</sup>、押切太郎<sup>1</sup>、中村 哲<sup>1</sup>、  
鈴木知志<sup>1</sup>、掛地吉弘<sup>1</sup>

【はじめに】直腸に原発し、リンパ節転移の過程で神経内分泌分化を認めた1例を経験した。【症例】50歳男性。健診にて便潜血陽性であったため施行した下部消化管内視鏡検査で直腸Rsに2型進行大腸癌を認めため、腹腔鏡下高位前方切除術、D3リンパ節郭清を行った。【病理結果】原発巣は粘液湖内に浮遊する印鑑細胞を認め、粘液癌と診断した。CK20、CDX-2、CEAは陽性であった。一方、リンパ節は14/16で転移陽性であり、細胞外粘液を伴った印鑑細胞成分が主体であったが、一部では細胞質内に好酸性顆粒を有し、CK20、CDX-2、CEAは陽性でCD56、chromogranin A一部陽性、synaptophysin陽性であった。転移巣での染色性は原発巣と合致しており、リンパ節転移の過程で神経内分泌分化を獲得したものと判断した。【まとめ】リンパ節転移の過程で神経内分泌分化を伴うことは比較的稀と考えられ、若干の文献的考察を交えて報告する。

## B25

直腸S状結腸部神経鞘腫の1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第2外科  
中村匡視<sup>1</sup>、三谷泰之<sup>1</sup>、松田健司<sup>1</sup>、瀧藤克也<sup>1</sup>、  
堀田 司<sup>1</sup>、横山省三<sup>1</sup>、渡邊高士<sup>1</sup>、家田淳司<sup>1</sup>、  
岩本博光<sup>1</sup>、出口真彰<sup>1</sup>、山上裕機<sup>1</sup>

神経鞘腫はSchwann細胞由来の腫瘍で、消化管での発生は少なく大腸原発は非常に稀である。症例は71歳の女性。前医の大腸内視鏡検査で直腸S状結腸部に粘膜下腫瘍を認め、精査・加療目的で当院へ紹介された。超音波内視鏡検査では23mm径で壁肥厚を伴い内部に隔壁を有する境界明瞭な嚢胞性腫瘍として描出され、FDG-PET検査では腫瘍内部にSUV-Max 5.25の異常集積を認めた。壁肥厚が著明であったため重複腸管を第1に考えたが、悪性疾患も否定できないため、腹腔鏡下で切除する方針となった。手術所見では、腫瘍は直腸S状結腸部の腸間膜側に存在し、漿膜面への明らかな露出は認めなかった。摘出標本では、20mm大、表面平滑で、漿液性内容液を含む嚢胞成分と黄白色の充実性成分が混在する腫瘍であった。病理所見では、HE染色で紡錘形細胞の束状の増生を認め、免疫組織染色でS-100蛋白陽性、C-kit、CD34、Desminは陰性で、神経鞘腫と診断した。文献的考察を行い報告する。

## B24

大腸原発神経内分泌癌の1例

<sup>1</sup>西宮市立中央病院 外科  
永田秀樹<sup>1</sup>、吉岡慎一<sup>1</sup>、岡田かおる<sup>1</sup>、上島成幸<sup>1</sup>、  
桧垣直純<sup>1</sup>、林田博人<sup>1</sup>、岡 義雄<sup>1</sup>、根津理一郎<sup>1</sup>

症例は70歳代女性。便鮮血陽性および下痢・胸焼けを主訴に来院、精査にてBauhin弁を巻き込むような2型腫瘍を指摘された。術前CTでは肝内に多発転移を伴っている状態であり、StageIVの大腸癌と診断された。しかしながら亜イレウスの状態であり、症状緩和が必要な状態と判断し、右半結腸切除術を施行した。術後病理検査の結果、大腸原発神経内分泌癌(NEC)と診断された。術後は目立った合併症は見られなかったものの、肝転移巣が急速に悪化し、術後30日目に永眠された。

大腸原発の神経内分泌癌は、全大腸癌の0.027～0.2%と稀であり、悪性度が高く遠隔転移を有することが多く、予後不良であるとされている。今回我々は多発肝転移を伴った大腸原発神経内分泌癌の1例を経験したので、文献的考察を踏まえて報告する。

## B26

下血を契機に診断された上行結腸重複腸管の1切除例

<sup>1</sup>済生会中和病院 外科  
岩佐陽介<sup>1</sup>、西沼 亮<sup>1</sup>、青松幸雄<sup>1</sup>、中尾 武<sup>1</sup>、  
福本晃久<sup>1</sup>、杉原誠一<sup>1</sup>、細井孝純<sup>1</sup>、今川敦史<sup>1</sup>

〔症例〕70代、女性。1ヶ月前から右側腹部に腫瘍を触知していた。前日から続く下血を主訴に近医を受診し、血液検査で貧血の進行を認め当科に搬送された。腹部造影CTで上行結腸腸間膜側に77mmの嚢胞性病変あり。内部に血液と便の貯留を認め、重複腸管からの出血を疑い、入院の上輸血を含む保存的加療を行った後、注腸検査で上行結腸の交通性重複腸管と診断し、開腹手術を施行した。術中所見では上行結腸腸間膜結腸と連続する約60mmの嚢状腫瘍認め、上行結腸部分切除を施行した。病理組織では腫瘍の部分は不完全な粘膜と腸管から連続する筋層を認め、重複腸管に矛盾しない像であった。〔考察〕消化管重複症は全消化管に発生するまれな先天性消化管奇形で、多くは小児期に発症し、成人での発症例は少ない。また、術前に画像診断は困難なことが多い。今回、下血で発症し、上行結腸重複症と診断し切除を行った症例を経験したので報告する。

## B27

下腸間膜動脈領域の動静脈奇形に対し腹腔鏡 S 状結腸切除術を施行した 1 例

<sup>1</sup>大阪医科大学 一般・消化器外科

<sup>2</sup>大阪医科大学附属病院 がんセンター

本田浩太郎<sup>1</sup>、田中慶太郎<sup>1</sup>、鱈淵真介<sup>1</sup>、

山本誠士<sup>1</sup>、奥田準二<sup>2</sup>、内山和久<sup>1</sup>

【緒言】消化管の動静脈奇形（以下、AVM）に関する報告は数多く存在するが、下腸間膜動脈（以下、IMA）領域に発生する AVM は比較的稀である。【症例】71歳、男性。5年前より検診で IMA 領域の無症候性 AVM を指摘され経過観察となっていたが、増大傾向により治療を行う方針となった。精査で上直腸動脈に約3cm 大の AVM を認めた。3D-CT を用いて血管構築を行い、術前 simulation を十分に行った上で、腹腔鏡下 S 状結腸切除を行い、術後合併症なく経過し、AVM を根治的に切除し得た。【考察】AVM の治療法は外科的切除、IVR 治療などがあるが、本症例は病変が大きく塞栓術では腸管壊死や再発の可能性も考慮して腹腔鏡下手術の方針とした。【結語】IMA 領域に認めた AVM に対して腹腔鏡下 S 状結腸部分切除術を施行した一例を経験した。文献的考察を交えて、その治療選択について検討する。

## B29

術前診断に難渋した肺癌大腸転移の 1 症例

<sup>1</sup>近畿大学奈良病院 外科

<sup>2</sup>近畿大学奈良病院 病理診断科

井上啓介<sup>1</sup>、木谷光太郎<sup>1</sup>、古形修平<sup>1</sup>、金泉博文<sup>1</sup>、

福田周一<sup>1</sup>、竹山廣志<sup>1</sup>、辻江正徳<sup>1</sup>、藤原由規<sup>1</sup>、

湯川真生<sup>1</sup>、綿谷正弘<sup>1</sup>、若狭朋子<sup>2</sup>、太田善夫<sup>2</sup>、

井上雅智<sup>1</sup>

症例は69歳男性。2013年11月右上葉肺癌に対して右上葉切除術を施行した。外来で経過観察中に胸部 CT にて、左肺門リンパ節腫大を指摘された。PET 検査にて同部位と回盲部への FDG 集積が認められた。2015年12月縦隔リンパ節生検術を施行した。原発巣の確定診断がつかず、大腸癌縦隔リンパ節転移を疑い当科紹介となった。下部消化管内視鏡検査にて盲腸に 1 型腫瘍を認め、CT 上腸管傍リンパ節腫大も認めため、2016年1月腹腔鏡下回盲部切除術 (D3) を施行した。術後病理結果は、por1、pT3、pN1 (2/16)、免疫染色で CK7 (+)、CK20 (-)、TTF-1 (+) であった。肺癌大腸転移、縦隔リンパ節転移と診断し、現在肺癌に対する化学療法中である。転移性大腸癌は大腸腫瘍の 0.1~1% の頻度で見られる稀な疾患である。予後が悪く、多くの症例が 1 年以内に死亡するとされ、迅速な診断、治療が求められる。今回稀な疾患である肺癌大腸転移の一例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

## B28

腹腔鏡補助下に切除できた横行結腸脂肪腫による腸重積の 1 例

<sup>1</sup>地域医療機能推進機構 (JCHO) 大阪病院 外科

寺西立冨<sup>1</sup>、畑中信良<sup>1</sup>、水野 均<sup>1</sup>、森本芳和<sup>1</sup>、

岩崎輝夫<sup>1</sup>、平尾隆文<sup>1</sup>、野呂浩史<sup>1</sup>、安政啓吾<sup>1</sup>、

河野恵美子<sup>1</sup>、岩本和哉<sup>1</sup>、宋 智亨<sup>1</sup>、高市翔平<sup>1</sup>、

山崎芳郎<sup>1</sup>

症例は47歳男性。便秘精査を目的とした下部消化管内視鏡で横行結腸に約50mm 大の粘膜下腫瘍を認め、切除目的に当科入院となった。腹部単純 CT では低吸収性の領域、MRI では T1 強調で高信号、脂肪抑制法で低信号の領域として描出された。脂肪腫と診断し、腹腔鏡補助下横行結腸部分切除術を施行した。手術時は腫瘍を先進部とした腸重積、腸間膜の肥厚と癒着を認めた。腸管周囲組織の剥離により腸重積は自然整復された。腫瘍は有茎性、35×60mm、病理診断は脂肪腫であった。術後経過は良好で9日目に退院した。成人の腸重積の原因として脂肪腫は比較的多い。手術所見からは腸重積が反復し組織障害・腸管癒着を起こしたことが予想され結腸授動が困難であったが腹腔鏡補助下に切除し、腹腔鏡手術を完遂しえた。本症例について若干の文献的考察を加えて報告する。

## B30

虫垂からの減圧により単孔式右半結腸切除術を施行した盲腸捻転症の 1 例

<sup>1</sup>関西労災病院 外科

桑原隆一<sup>1</sup>、賀川義規<sup>1</sup>、大根田康雄<sup>1</sup>、石田 智<sup>1</sup>、

森本祥悠<sup>1</sup>、佐藤泰史<sup>1</sup>、内藤 敦<sup>1</sup>、村上剛平<sup>1</sup>、

桂 宜輝<sup>1</sup>、大村仁昭<sup>1</sup>、竹野 淳<sup>1</sup>、武田 裕<sup>1</sup>、

加藤健志<sup>1</sup>、田村茂行<sup>1</sup>

【はじめに】盲腸捻転症の治療は、開腹による結腸切除術が第一選択である。盲腸捻転症は拡張した腸管が腹腔内を占居するため腹腔鏡下手術は困難であり、単孔式右半結腸切除術を施行した報告は未だない。我々は、虫垂を利用し腸管減圧を先行させ、捻転解除後に単孔式右半結腸切除術を施行した1例を経験した。【症例】35才、男性。腹部膨満、嘔吐を主訴に当科を受診した。造影 CT にて拡張した盲腸が左上腹部に変位していたため盲腸捻転と診断し、手術による治療の方針となった。臍部に上下3cm の皮膚切開をおき EZ アクセス (ポートは5mm、5mm、12mm) 装着し鏡視下に腹腔内を観察した。限られたスペースである腹腔内で拡張し緊満した腸管の捻転解除をすることが難しく、まず虫垂からチューブを挿入し腸管の減圧を行い捻転解除した。その後、待機手術と同様に単孔式右半結腸切除術を施行した。術後合併症は認めず第7病日に退院となった。



## C01

腹壁膿瘍を形成した穿孔性虫垂仮性憩室炎に対して腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した1例

<sup>1</sup>関西医科大学 外科

中谷和義<sup>1</sup>、徳原克治<sup>1</sup>、上山庸佑<sup>1</sup>、吉岡和彦<sup>1</sup>、権 雅憲<sup>1</sup>

【はじめに】虫垂炎の腹壁穿破膿瘍形成は非常にまれである。今回我々は腹壁膿瘍を形成した穿孔性虫垂仮性憩室炎の1例を経験したので報告する。【現病歴】73歳女性。骨盤内腫瘍を指摘され当院婦人科受診、2週間後右下腹部より便臭伴う排液あり、腸管皮膚瘻疑いで当科紹介となった。右下腹部を中心に広範囲に腹壁の炎症認められたが腹膜炎症状は認めなかった。腹部造影CTで消化管穿通に伴う右腹壁膿瘍と診断しドレナージ目的で緊急入院となった。炎症消退後の第29病日に腹腔鏡補助下回盲部切除術施行、経過良好で術後9日目に退院となった。病理組織学的所見は低異型度鋸歯状腺腫と遠位端に穿孔した虫垂仮性憩室炎の所見であった。【考察】虫垂仮性憩室と虫垂膿瘍の合併は約48%と高率であり穿孔しやすいと報告されている。大腸憩室炎の腹壁穿破及び膿瘍形成の報告は散見されるが、虫垂が腹壁穿破した報告はなく、非常にまれな症例と考えられる。

## C03

術前に診断しえた虫垂憩室炎の一例

<sup>1</sup>日生病院 消化器・一般外科

藤本 雷<sup>1</sup>、山下晋也<sup>1</sup>、原 譲次<sup>1</sup>、道清 勉<sup>1</sup>

はじめに：虫垂憩室炎は術前診断が難しい穿孔しやすい疾患と報告されている。今回、我々は虫垂憩室炎の術前診断で腹腔鏡手術を実施した1例を経験したので報告する。症例：50歳女性。主訴：右下腹部痛。既往歴：急性虫垂炎（保存的加療後）、胆嚢ポリープ。現病歴：2日前からの心窩部痛、右下腹部痛を自覚し改善せず当院受診。37.1℃の発熱、McBurney 点に圧痛を認めた。血液検査上WBC17900/ $\mu$ l、CRP0.24mg/dl、腹部単純CT検査で虫垂先端の憩室様の突出像を認めた。以上より虫垂憩室炎の診断で腹腔鏡下虫垂切除術を施行（手術時間：1時間2分、術中出血量：少量）。術後経過良好で退院となった。最終病理結果は術前診断どおり虫垂憩室炎であった。考察：虫垂憩室炎の穿孔率は急性虫垂炎に比して高いとされている。術前診断ができた場合、穿孔を回避するためにも手術を検討すべきと考える。今回、虫垂憩室炎1切除例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## C02

虫垂による絞扼を来した絞扼性イレウスの1例

<sup>1</sup>京都大学 消化管外科

中山洋一<sup>1</sup>、肥田侯矢<sup>1</sup>、西崎大輔<sup>1</sup>、坂井義治<sup>1</sup>

症例は82歳女性。5日前より悪心・腹痛が徐々に増悪し、当院救急外来を受診した。2ヶ月前に子宮下垂・直腸脱に対して腹腔鏡下单純子宮全摘と両側付属器切除術を受けていた。身体所見上、腹部は平坦・軟、腸蠕動音は減弱、上腹部に限局した圧痛を認めた。腹膜刺激徴候は認められなかった。造影CT検査で、回腸に closed loop を認め、絞扼部小腸は造影効果が不良であったため、索状物による絞扼性イレウスとして緊急手術を行った。手術所見では、回腸末端から口側に35cm程度にわたって腸管が壊死していた。絞扼の原因となる索状物は虫垂であり、先端は骨盤底に癒着していた。回腸に残存が少なかったことから、回盲部切除を行い、機能的端々吻合で再建を行った。術後、創部感染を認めたものの、程なく軽快し退院となった。絞扼性イレウスの原因となる索状物として虫垂は稀であり、文献的考察を加え報告する。

## C04

虫垂粘液性腫瘍との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性炎の1例

<sup>1</sup>奈良県立医科大学 消化器・総合外科

<sup>2</sup>奈良県立医科大学 中央内視鏡・超音波部

富田理子<sup>1</sup>、植田 剛<sup>1</sup>、錦織直人<sup>1</sup>、井上 隆<sup>1</sup>、

川崎敬次郎<sup>1</sup>、尾原伸作<sup>1</sup>、中本貴透<sup>1</sup>、

佐々木義之<sup>1</sup>、中村保幸<sup>1</sup>、小山文一<sup>1,2</sup>、

藤井久男<sup>2</sup>、中島祥介<sup>1</sup>

症例は74歳女性。発熱と右下腹部痛を主訴に受診した。CT等の画像検査にて、虫垂根部から連続し子宮及び右付属器を巻き込むような多房性の嚢胞性病変を認めた。虫垂炎の膿瘍形成、または虫垂粘液性腫瘍破裂後の炎症を疑った。抗生剤加療にて炎症反応は改善したが、画像上、嚢胞腔と周囲の炎症性変化は残存していた。虫垂粘液性腫瘍を否定できず、手術にて一括切除を行う方針となった。回盲部切除・子宮全摘術・右付属器切除・膀胱腹膜切除術を行ったが、摘出標本の病理検査では黄色肉芽腫性炎の診断であった。

黄色肉芽腫は、泡沫細胞（脂肪顆粒を貪食した組織球）が主体となる肉芽腫である。種々の部位に発生した黄色肉芽腫性炎の報告がなされているが、主な好発部位は胆嚢や腎臓であり、虫垂や卵巣周囲の結合組織を主座とするものは稀である。今回我々は、虫垂粘液性腫瘍との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性炎の症例を経験したので報告する。

## C05

虫垂原発悪性リンパ腫により虫垂穿孔を来した1例  
<sup>1</sup>国立大阪医療センター 外科  
小林雄太<sup>1</sup>、植村 守<sup>1</sup>、三宅正和<sup>1</sup>、池田正孝<sup>1</sup>、  
前田 栄<sup>1</sup>、山本和義<sup>1</sup>、濱 直樹<sup>1</sup>、西川和宏<sup>1</sup>、  
宮本敦史<sup>1</sup>、宮崎道彦<sup>1</sup>、平尾素宏<sup>1</sup>、中森正二<sup>1</sup>、  
関本貢剛<sup>1</sup>

症例は30歳代、男性。下腹部痛と血便を主訴に当院紹介受診したところ、HIV感染に合併したアメーバ腸炎と診断された。内服加療後の精査で、腹部CTにて骨盤部に膿瘍形成を認めた。CTガイド下に膿瘍ドレナージを施行したが、徐々にドレナージ不良となったため10日後にチューブから造影したところ、盲腸内が造影され回盲部腸管穿孔が疑われた。全身状態は安定していたことから待機的に単孔式腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。術中所見では右下腹部に膿瘍形成を認め、膿瘍壁に高度に癒着し一部が自壊した虫垂を認めた。しかし、膿瘍腔内に明らかな膿汁を認めず、回盲部に他に穿孔部位を認めなかったため、虫垂穿孔による腹腔内膿瘍と診断し虫垂切除を施行した。病理検査結果はDiffuse large B-cell lymphomaの診断であった。虫垂原発悪性リンパ腫は全消化管悪性リンパ腫の2-3%との報告もあり極めて稀であるので、文献的考察を加えて報告する。

## C07

S状結腸癌多発肝転移に対して、近赤外蛍光による画像支援を利用し22カ所の肝部分切除を施行した1例

<sup>1</sup>京都大学 肝胆膵移植外科  
<sup>2</sup>京都府立医科大学 移植外科  
大倉啓輔<sup>1</sup>、瀬尾 智<sup>1</sup>、穴澤貴行<sup>1</sup>、飯田 拓<sup>2</sup>、  
増井俊彦<sup>1</sup>、波多野悦朗<sup>1</sup>、岡島英明<sup>1</sup>、海道利実<sup>1</sup>、  
上本伸二<sup>1</sup>

症例は80代男性。排便困難を主訴に近医受診した際、腹部超音波で多発肝腫瘍を指摘された。精査からS状結腸癌、同時多発肝転移(約81カ所)と診断し、当院消化管外科で腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。原発巣切除後の化学療法(FOLFOX + C-mab → FOLFIRI + BV)が著効し、EOB-MRIで転移巣は表層に位置する8カ所のみでシミュレーションから切除可能と判断されたため、開腹肝部分切除術を施行した。当科では術前の画像所見、術中造影超音波所見に追加して、近赤外蛍光による画像支援を施行することでより確実に腫瘍を同定する取り組みを行っている。本症例においても22カ所の肝部分切除を行い、11カ所から病理学的悪性所見を認めた。そのうち3カ所については、超音波では同定できず近赤外蛍光による画像支援のみで同定可能であった。今回当科での近赤外蛍光による画像支援を利用した肝切除手技を、文献的考察を加えて報告する。

## C06

右側肝門索合併肝細胞癌に対し、術前・術中画像支援が有用であった一例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第二外科  
本林秀規<sup>1</sup>、速水晋也<sup>1</sup>、上野昌樹<sup>1</sup>、重河嘉靖<sup>1</sup>、  
宮本 篤<sup>1</sup>、川井 学<sup>1</sup>、廣野誠子<sup>1</sup>、岡田健一<sup>1</sup>、  
宮澤基樹<sup>1</sup>、清水敦史<sup>1</sup>、北畑裕司<sup>1</sup>、山上裕機<sup>1</sup>

【はじめに】右側肝門索の肝切除に際しては、脈管分枝異常の把握が重要である。今回右側肝門索合併肝細胞癌に対し、術前シミュレーション・術中ナビゲーションが有用であった1例を報告する。【症例】84歳男性。C型肝炎加療中、S5-6に径35mm大の肝細胞癌を認め、右側肝門索を合併した。術前シミュレーションとして肝臓3D構築を行い、S5+6亜区域切除術・胆嚢摘出術を計画した。3D画像をiPadへ転送、術中ナビゲーションとして使用した。手術時間は271分、出血185ml、無輸血で終了し、大きな合併症なく術後8日目に退院した。【考察】当科では肝臓3D構築による術前シミュレーションを行い、術中もこれらの画像支援を応用しナビゲーションとし、解剖学的指標が通常と異なる右側肝門索の手術に際し、解剖的理解に有用であった。【結論】右側肝門索合併肝細胞癌に対し、詳細な術前シミュレーション・術中ナビゲーションを用いて安全に手術を施行することができた。

## C08

肝細胞癌との鑑別が困難であった肝血管筋脂肪腫の1例

<sup>1</sup>八尾徳洲会総合病院 外科  
<sup>2</sup>八尾徳洲会総合病院 肝臓センター  
服部 彬<sup>1</sup>、木村拓也<sup>2</sup>、井上雅文<sup>2</sup>、鯉田五月<sup>2</sup>、  
鈴木大聡<sup>2</sup>、松田康雄<sup>2</sup>

肝細胞癌との鑑別が困難であった肝血管筋脂肪腫(AML)の1例を経験したので報告をする。【症例】53歳女性。検診にて肝血管腫を疑われ近医を受診した。CT検査で肝細胞癌を疑い肝臓センター紹介となった。造影CTでは造影早期濃染、門脈相で濃染は持続、後期相にwash outを示し肝細胞癌が疑われたが、造影エコーではMarginal spotty signを認め血管腫が疑われた。確定診断が困難であり、腹腔鏡下肝S5部分切除術を施行した。手術は4ポートで行い術後経過は良好で第3病日退院となった。病理学的所見では9mm大の結節が存在し、血管成分と脂肪成分が混在し、免疫染色でHMB-45(+)、SMA(+))で肝血管筋脂肪腫と診断した。【結語】腹腔鏡による部分切除はexcisional biopsyとして低侵襲が可能で確定診断も得られるため有用と考えられた。

## C09

両側多発嚢胞肝 (PCLD) に対して肝作用切除 + 開窓術を行った2例

<sup>1</sup>京都大学附属病院 肝胆膵・移植外科

<sup>2</sup>京都府立医科大学 移植・一般外科

田代 結<sup>1</sup>、岡島英明<sup>1</sup>、中村緑佐<sup>2</sup>、大江秀典<sup>1</sup>、伊藤達雄<sup>1</sup>、秦浩一郎<sup>1</sup>、安近健太郎<sup>1</sup>、上本伸二<sup>1</sup>

【はじめに】常染色体優性多発嚢胞腎症 (ADPKD) による PCLD に対する外科的治療は肝移植が第一選択である。【症例 1】48歳女性、9年前より腹部膨満を自覚し、その後 QOL の低下を伴い当科紹介。CT で両葉 PCLD、術前検査 AST/ALT 21/13IU/L、T-Bil 0.9mg/dl、BUN/Crea16/0.9mg/dl。肝左葉切除術 + 開窓術を施行し、術後37日に軽快退院。腹部膨満は改善。【症例 2】47歳女性、9年前より腹部膨満を自覚し、嚢胞の下大静脈圧迫により、下肢の浮腫、著明な腹水、腹部膨満を認め、当科紹介。術前検査 AST/ALT13/4 IU/L、T-Bil 0.8mg/dl、BUN/Crea21/2.3mg/dl。肝左葉切除術 + 開窓術を施行、現在入院中だが、腹部膨満は著明に改善。【結語】ADPKD の PCLD に肝切除や開窓術が治療選択肢となる可能性がある。

## C11

食道癌小腸転移により穿孔性腹膜炎をきたした1例

<sup>1</sup>長浜赤十字病院 外科

中村一郎<sup>1</sup>、東口貴之<sup>1</sup>、谷口正展<sup>1</sup>、丹後泰久<sup>1</sup>、中村誠昌<sup>1</sup>、塩見尚礼<sup>1</sup>、下松谷匠<sup>1</sup>

70代男性。腹痛出現し、震えも収まらないために近医受診後、当院紹介受診。体温39度、血圧120/73mmHg、脈拍90/分、SpO2 99%。診察所見で腹部全体に筋緊張を認めた。腹部CT検査で、腹腔内遊離ガスと腹水、上部小腸の壁肥厚を認めた。汎発性腹膜炎の診断で緊急手術を行った。十二指腸空腸曲から約70cmの空腸が穿孔し、同部位に触診で堅い腫瘤を認めた。穿孔部位から20cm口側に小さな腫瘤を触知した。右下腹部腹壁とDouglas窩にも堅い腫瘤を認めた。小さな腫瘤と穿孔部位を含めて小腸部分切除術を行った。病理組織検査にて、穿孔部位の腫瘤は扁平上皮癌と診断された。原発巣検索すると、胸部中部から下部食道に1型食道癌を認め、縦隔リンパ節腫脹、腹部大動脈周囲リンパ節腫脹を認めた。本症例では、食道癌による転移性小腸腫瘍が穿孔したと判断した。食道癌小腸転移は希であり、文献的考察を交え、報告する。

## C10

結腸粘液腺癌術後10年目、21年目に肝転移をきたし外科的切除を行った1例

<sup>1</sup>神戸大学大学院 肝胆膵外科

大宮悟志<sup>1</sup>、田中基文<sup>1</sup>、木戸正浩<sup>1</sup>、木下秘我<sup>1</sup>、蔵満 薫<sup>1</sup>、寺井祥雄<sup>1</sup>、松本 拓<sup>1</sup>、後藤直大<sup>1</sup>、浅利貞毅<sup>1</sup>、外山博近<sup>1</sup>、楠 信也<sup>1</sup>、味木徹夫<sup>1</sup>、福本 巧<sup>1</sup>、具 英成<sup>1</sup>

症例は84歳、男性。1994年に下行結腸癌に対して左半結腸切除術施行され、病理診断は粘液腺癌 (pT4aN1M0、StageIIIB) だった。術後化学療法は施行されなかったが、明らかな再発所見なく経過観察されていた。2002年腹部CTにて肝S6に2cmの嚢胞性病変を指摘され、増大傾向とともにCEAの上昇を認めたため、2004年12月肝S5/6部分切除術が施行されたところ、病理診断は結腸粘液癌の肝転移だった。その後無再発で経過していたが、2014年から再度CEAの上昇を認め、腹部造影CTにて肝S8に低濃度腫瘤影を指摘され、増大傾向を示したため、2015年10月に肝S8部分切除術が施行された。病理診断は前回同様結腸粘液腺癌の肝転移だった。術後5ヶ月現在、再発を認めていない。本症例は、下行結腸粘液癌の根治手術から10年後、21年後に肝転移再発を認め、粘液癌の特徴を考慮してもこれほど長期間かけて再発を繰り返かえすことは極めてまれであると言え、文献的考察を加えて報告する。

## C12

悪性黒色腫小腸転移により腸重積を発症した1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

鎌田陽介<sup>1</sup>、中西正芳<sup>1</sup>、栗生宜明<sup>1</sup>、村山康利<sup>1</sup>、有田智洋<sup>1</sup>、小菅敏幸<sup>1</sup>、小西博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、小松周平<sup>1</sup>、塩崎 敦<sup>1</sup>、生駒久視<sup>1</sup>、市川大輔<sup>1</sup>、藤原斉<sup>1</sup>、岡本和真<sup>1</sup>、大辻英吾<sup>1</sup>

症例は54歳、女性。4年前に左第3指悪性黒色腫に対し、手指切断術を施行され、その後化学療法を施行されていた。その後肺転移に対し肺部分切除、胆嚢転移に対し胆摘術等を施行されている。フォローアップのPET検査で小腸にFDGの集積及び腸重積を疑われ、検査翌日より嘔吐を認めたため、当科に紹介となった。造影CTで空腸に造影効果を伴う腫瘤を先進部とする腸重積を認めた。悪性黒色腫小腸転移、腸重積の診断で、同日緊急手術を施行した。空腸に約45mm大の腫瘍を認め、それを先進部に小腸が三重に重積していた。重積を手動的に解除し、小腸部分切除術を施行した。術後経過は良好であり、術後9日目に軽快退院となった。病理結果は悪性黒色腫の小腸転移であった。今回われわれは、比較的まれな悪性黒色腫の小腸転移により腸重積を発症した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。

### C13

小腸悪性リンパ腫による小腸捻転に対し大量小腸切除を施行した一例

<sup>1</sup>北播磨総合医療センター 外科  
福岡英志<sup>1</sup>、沢 秀博<sup>1</sup>、浦出剛史<sup>1</sup>、村田晃一<sup>1</sup>、  
御井保彦<sup>1</sup>、万井真理子<sup>1</sup>、岩谷慶照<sup>1</sup>、黒田大介<sup>1</sup>

症例は78歳男性。腹痛を主訴に当院外来を受診した。CTにて腸管の拡張像、小腸壁の部分的な肥厚、小腸間膜の捻転を認め、イレウスの診断にてイレウスチューブ挿入した。翌日に急激な腹痛が出現し、イレウスチューブ排液が血性に変化したために、絞扼性イレウスと診断し、緊急手術を施行した。手術所見は小腸間膜の捻転を認めたので解除したが、広範囲の小腸に血流障害を認めた。Treitz 靱帯から30cm 肛門側の空腸にCTで指摘されていた壁肥厚部位を認め、これが捻転の原因と考えられた。虚血部位、壁肥厚部位を含めて190cmの小腸を切除し、空腸と回腸末端を機械吻合した。残存小腸は30cmであった。術後組織診断はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であった。今回リンパ腫により小腸捻転をきたし大量小腸切除を施行した比較的珍しい一例を経験したので報告する。

### C15

子宮平滑筋肉腫小腸転移を原因とした腸重積の1例

<sup>1</sup>兵庫県立西宮病院 外科  
<sup>2</sup>兵庫県立西宮病院 内科  
雪本龍平<sup>1</sup>、吉岡慎一<sup>1</sup>、福永 睦<sup>1</sup>、橋原啓之<sup>2</sup>、  
徳山信嗣<sup>1</sup>、斉藤明菜<sup>1</sup>、久保維彦<sup>1</sup>、柳澤公紀<sup>1</sup>、  
岡田一幸<sup>1</sup>、太田英夫<sup>1</sup>、柏崎正樹<sup>1</sup>、三木宏文<sup>1</sup>、  
小林研二<sup>1</sup>

【はじめに】成人腸重積症は極めて稀な症例であり、中でも小腸重積症は小腸閉塞をきたす原因疾患の1~4%とされている。成人小腸重積症の原因は小児と異なり器質的疾患が原因となることが多いが、小腸に生じる悪性腫瘍は全消化管悪性腫瘍の1~3%と稀である。今回、子宮平滑筋肉腫小腸転移を原因とした腸重積の1例を経験したため報告する。【症例】40歳代女性。2年前に子宮原発腫平滑筋肉腫に対して子宮両側付属器摘出術を施行された。1ヶ月前より認めていた腹痛の増悪を認め、腹部CTにて小腸腫瘍による腸重積症と診断、保存的には解除不能と判断したため、腹腔鏡補助下小腸切除術を施行した。病理検査では重積の先進部に平滑筋肉腫を認め、子宮平滑筋肉腫の小腸転移と診断した。術後2日目より食事を開始し術後7日目経過良好にて退院可となった。【まとめ】稀な病態である子宮平滑筋肉腫小腸転移を原因とした腸重積の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

### C14

腹腔内出血をきたした神経線維腫症1型に合併したGISTの1切除症例

<sup>1</sup>八尾市立病院 外科  
長岡達朗<sup>1</sup>、井出義人<sup>1</sup>、廣瀬 創<sup>1</sup>、竹田雅司<sup>1</sup>、  
山本陽子<sup>1</sup>、道下新太郎<sup>1</sup>、橋本安司<sup>1</sup>、永井健一<sup>1</sup>、  
馬庭知弘<sup>1</sup>、松山 仁<sup>1</sup>、横山茂和<sup>1</sup>、森本 卓<sup>1</sup>、  
福島幸男<sup>1</sup>、児玉 憲<sup>1</sup>、佐々木洋<sup>1</sup>

症例は63歳女性。腹部腫瘤を主訴に当院紹介受診。既往歴：神経線維腫症1型(NF1)。現症と検査所見：NF1に伴う多発結節を認め、腹部腫瘤を触知。CT・MRIにてφ17cm大の小腸と接する巨大腫瘤と、φ3cm大の小腸内腫瘤を認めた。以上よりNF1に合併した多発小腸GISTと診断し、腫瘍摘出術予定となった。手術予定日の前日、急激な左上腹部痛と嘔気が出現し、Hb5.8と著明な貧血の進行と、CTにて高輝度の腹水の出現と腫瘍の増大を認めたため、腫瘍破裂による腹腔内出血を疑い同日緊急開腹術を施行。開腹所見：4000mlの血性腹水を認め、巨大腫瘍の被膜の一部に亀裂があり、持続的な出血を認めた。腫瘍を小腸とともに合併切除し、また小腸に多発する小病変8か所も切除した。術後病理診断は多発小腸GISTであった。今回腹腔内出血をきたしたNF1合併多発小腸GISTの1例を経験したので、多少の文献的考察を加えて報告する。

### C16

絞扼性イレウスにて緊急手術を行った腸間膜線維腫症の1例

<sup>1</sup>健生会奈良大腸肛門病センター  
<sup>2</sup>健生会土庫病院 病理診断科  
久下博之<sup>1</sup>、吉川周作<sup>1</sup>、増田 勉<sup>1</sup>、内田秀樹<sup>1</sup>、  
横谷倫世<sup>1</sup>、山岡健太郎<sup>1</sup>、稲垣水美<sup>1</sup>、横尾貴史<sup>1</sup>、  
栗崎 基<sup>1</sup>、稻次直樹<sup>1</sup>、宮沢善夫<sup>2</sup>

【症例】52歳、女性 開腹手術歴なし。【臨床経過】12月下旬間欠的腹痛を主訴に複数の医療機関を受診、腸閉塞疑いで投薬が行われた。2週間後当院受診時は腹部全体が膨隆し、腸管蠕動音は亢進していたが軽度圧痛認めるのみでsoftだった。腹部CT検査で少量の腹水と右下腹部に小腸拡張部と非拡張部境界を認めた。絞扼性イレウスの診断で緊急手術を行った。【手術所見】小腸壊死所見は認めず腹水も血性ではなかった。回腸末端から40cmの小腸間膜に2cm白色結節を認め、小腸漿膜を巻き込み絞扼が生じ閉塞起点となっていた。15cm口側にMeckel憩室を認めたが炎症所見なし。小腸切除を行った。悪性疾患播種性病変の可能性があると考え腹腔内全体を視診触診行っても異常所見なし。術中腹水細胞診陰性。術後10日で軽快退院した。【病理組織検査】mesenteric fibrosis (no malignancy) 【まとめ】家族性大腸腺腫症や開腹手術の既往なく発生する腸間膜線維腫症は稀とされる。

## C17

壁外性に巨大発育した胆嚢癌肉腫の1例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第2外科

加藤紘隆<sup>1</sup>、清水敦史<sup>1</sup>、川井 学<sup>1</sup>、廣野誠子<sup>1</sup>、  
岡田健一<sup>1</sup>、宮澤基樹<sup>1</sup>、北畑裕司<sup>1</sup>、上野昌樹<sup>1</sup>、  
速水晋也<sup>1</sup>、重河嘉靖<sup>1</sup>、宮本 篤<sup>1</sup>、山上裕機<sup>1</sup>

症例は60歳、男性。主訴：腹痛。腹部CTにて右上腹部に16cm大の腫瘍が胆嚢を取り囲むように膨張性発育を認めた。しかし、肝、十二指腸や横行結腸と境界不明瞭であり原発巣の同定が困難であった。CEA、CA19-9は正常であった。胆嚢腫瘍、腹膜悪性中皮腫の腫瘍形成型などを鑑別に挙げ、手術を施行した。術中所見として腫瘍は十二指腸および胆嚢と一塊になっていたが、肝浸潤、結腸浸潤を認めず、膵頭十二指腸切除術を施行した。標本では胆嚢底部の20mm大の桑実状の腫瘍が胆嚢壁外の巨大腫瘍と連続し、病理組織学的に、紡錘形および多角形の肉腫成分と腺癌が混在し、免疫組織染色にて腺癌部分ではAE1/AE3、CAM5.2陽性、vimentin陰性、肉腫部分ではAE1/AE3、CAM5.2陰性、vimentin陽性であり、胆嚢壁外性に巨大発育した胆嚢原発癌肉腫と診断した。胆嚢癌肉腫は報告が少なく、文献的考察を含めて報告する。

## C19

先天性胆道拡張症に対する胆道再建術後に胆管癌が判明し、二期的手術を施行した一例

<sup>1</sup>池田病院 消化器外科

<sup>2</sup>池田病院 外科

和田遼平<sup>1</sup>、瀧内大輔<sup>1</sup>、森本修邦<sup>1</sup>、酒田和也<sup>1</sup>、  
安座間隆<sup>2</sup>、赤丸祐介<sup>1</sup>、太田博文<sup>1</sup>、北田昌之<sup>2</sup>、  
柴田邦隆<sup>1</sup>

症例は45歳男性。前医で2009年から先天性胆道拡張症のフォローをされていた。食後に右季肋部痛が出現、画像検査にて総胆管径の増大および膵・胆管合流異常が指摘され、黄疸や胆管炎も併発していたため手術目的にて当科紹介となった。画像上、明らかな悪性所見は認めなかったため、胆嚢摘出術、肝外胆管切除および胆道再建を施行した。切除標本では胆管壁に明らかな病変は指摘されなかったが、病理診断で胆管癌と診断され、断端も陽性であったため術後14日目に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。最終診断は平坦浸潤型の遠位胆管癌(pT2N1M0/pStageIIB)であった。術後は経過良好にて術後38日目に退院された。成人先天性胆道拡張症の21.6%は胆道癌を合併するとされており、本症例では悪性の可能性も考えていたが、術前に胆管癌と診断しえずに結果的に二期的手術を施行した。

## C18

70代で肝膵頭十二指腸切除術を施行し生存した2例

<sup>1</sup>京都大学 肝胆膵移植外科

吉村弥緒<sup>1</sup>、海道利実<sup>1</sup>、田浦康二郎<sup>1</sup>、  
八木真太郎<sup>1</sup>、加茂直子<sup>1</sup>、川口道也<sup>1</sup>、堀田健太<sup>1</sup>、  
岡 佑和<sup>1</sup>、辻本吉孝<sup>1</sup>、上本伸二<sup>1</sup>

【はじめに】肝膵頭十二指腸切除術は手術侵襲が大きく mortality も高いため慎重に適応を検討する必要がある。今回当科で中部胆管癌に対し肝膵頭十二指腸切除術を施行し、生存退院した70代の2症例を経験したので報告する。【症例】共に70代前半、男性。両症例とも閉塞性黄疸で発症し、術前精査にて広範囲胆管癌浸潤と診断され肝膵頭十二指腸切除術が必要と判断した。術前評価にて栄養状態を含め全身状態良好のためPTPEを施行した後に肝膵頭十二指腸切除術を施行した。術後経過は、一例は胃排出遅延にて食事摂取がなかなか進まなかったものの徐々に回復して退院、もう一例は術後肝機能障害が遷延し、肝機能障害が改善後も腹水コントロールに難渋したが、術後約5ヶ月後には退院となった。【結語】高齢者の肝膵頭十二指腸切除術の適応は controversial であるが、サルコペニアを認めないなど全身状態が良好であれば、周到的術前準備の上適応としても良いと考える。

## C20

膵癌に対する門脈合併切除を伴う膵頭十二指腸切除術後、門脈完全閉塞を来したが長期経過で保存的に軽快し無再発5年生存を得た1例

<sup>1</sup>JCHO 神戸中央病院 外科

高 利守<sup>1</sup>、加藤俊治<sup>1</sup>、平島相治<sup>1</sup>、西尾 実<sup>1</sup>、  
曾我耕次<sup>1</sup>、小黒 厚<sup>1</sup>、中川 登<sup>1</sup>

53歳男性。膵頭部癌に対し膵頭十二指腸切除術(PD) D2施行。門脈浸潤所見を認め門脈合併切除、端端吻合再建。T4(PV) N1 M0 stageIVa。術後5か月経過し画像診断で肝外門脈の閉塞、腸管の浮腫、脂肪肝、胸腹水貯留の所見。経皮経肝門脈ステント留置および開腹下に回結腸静脈末梢にシースを挿入して門脈ステント留置を試みたがいずれも門脈本幹が完全に途絶しており断念。しかしその後徐々に諸症状は軽減し1年以上の長期経過を経て軽快し無再発5年生存を得た。肝外門脈の狭窄により門脈圧は亢進し、遠肝性および求肝性側副血行路が発達する。求肝性側副血行路の多くは肝十二指腸間膜内に形成されるが、PD後はこれらが郭清されるため求肝性側副血行路が形成されず腸管からの還流が障害され、腸管の浮腫や腹水貯留、脂肪肝の原因となる。本症例では側副血行路が長期間で徐々に発達したものと考えた。本症例のように自然軽快する報告は少なく文献的考察を加え報告する。

## C21

腎摘術後3年目の多発睪転移に対して睪全摘術を施行した1例

<sup>1</sup>多根総合病院 外科

庄司太一<sup>1</sup>、山口拓也<sup>1</sup>、金森浩平<sup>1</sup>、清水将来<sup>1</sup>、  
廣岡紀文<sup>1</sup>、城田哲哉<sup>1</sup>、森 琢児<sup>1</sup>、小川 稔<sup>1</sup>、  
小川淳宏<sup>1</sup>、門脇隆敏<sup>1</sup>、渡瀬 誠<sup>1</sup>、刀山五郎<sup>1</sup>、  
丹羽英記<sup>1</sup>

症例は68歳、女性。2012年10月某日、左腎癌に対し腎摘出術を施行 (pT3aN0M0、Stage3、clear cell renal cell carcinoma、INFA、v1、grade2)。2015年10月に腹部USにて睪体尾部に腫瘤が認められ、MRIで睪体尾部にDWIで高信号、T2WIで淡い高信号を示す腫瘤構造が複数認められた。造影CTでは腫瘤は多血性で造影パターンは以前の左腎癌と酷似しており、腎癌の睪転移と診断された。他臓器への転移は認められなかったため、2015年12月某日、睪全摘術を施行、リンパ節の郭清は1群までにとどめた。病理組織学的検査結果は3年前の腎細胞癌のclear cell carcinomaに類似しており、腎細胞癌睪転移の診断で相違はなかった。術後合併症はなく、術後24日目に退院され、3か月経過し無再発生存中である。腎癌は肺、骨、肝などへ血行性転移を来しやすいが、睪転移の頻度は2.8%と稀であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## C23

切除不能局所進行睪癌に対して化学放射線療法施行後に睪切除を施行した1例

<sup>1</sup>大阪府立成人病センター 外科 肝胆睪内科  
病理細胞診断科 放射線治療科

木村隆一郎<sup>1</sup>、秋田裕史<sup>1</sup>、高橋秀典<sup>1</sup>、友國 晃<sup>1</sup>、  
小林省吾<sup>1</sup>、高田良司<sup>1</sup>、井岡達也<sup>1</sup>、長田盛典<sup>1</sup>、  
富田裕彦<sup>1</sup>、手島昭樹<sup>1</sup>、藤原義之<sup>1</sup>、矢野雅彦<sup>1</sup>、  
左近賢人<sup>1</sup>、石川 治<sup>1</sup>

70代女性。SMA全周に浸潤を伴う35mm大の睪頭部腫瘍を認め、EUS-FNAにて睪頭部癌と診断された。局所進行切除不能睪癌 (LAPC) として化学放射線療法 (CRT) を施行した。その後、腫瘍による消化管閉塞にて消化管バイパス術を行い、化学療法 (GEM) を約1年半継続した。画像上、腫瘍は著明に縮小し、CA19-9も陰性化した。SMA周囲を中心に腫瘍遺残が疑われた。明らかな遠隔転移を認めなかったため治療開始後24か月目に睪頭十二指腸切除術を施行した。病理所見では viable な腫瘍細胞は認めず pCR であった。術後経過は良好で、無再発生存中である。CRT 施行後は、画像所見と viable な腫瘍遺残には乖離があると考えられるため、LAPC であっても長期間良好な治療効果が得られている症例に対しては睪切除を検討する意義があると考えられた。今後、症例を蓄積し長期成績について検証することが重要である。

## C22

Microcystic type の睪 Solid-pseudopapillary neoplasm と診断し、睪体尾部切除術を施行した IPMC の一例

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 第2外科

<sup>2</sup>和歌山県立医科大学 人体病理学

阪中俊博<sup>1</sup>、川井 学<sup>1</sup>、廣野誠子<sup>1</sup>、岡田健一<sup>1</sup>、  
宮澤基樹<sup>1</sup>、清水敦史<sup>1</sup>、北畑裕司<sup>1</sup>、上野昌樹<sup>1</sup>、  
速水晋也<sup>1</sup>、村田晋一<sup>2</sup>、山上裕機<sup>1</sup>

63歳女性。睪尾部に37mm大の嚢胞性病変を指摘され、2年後に、同病変が57mm大に増大、さらに糖尿病の悪化があり、当科紹介。造影CTにて、睪尾部に58×50mm大の内部均一な単房性嚢胞性病変を認めた。その隣接する頭側に34mm大の石灰化を伴う多房性嚢胞性病変を認めた。超音波内視鏡検査で、多房性嚢胞性病変内に造影効果をうける16×8mm大の壁在結節を認めた。単房性嚢胞性病変は、壁在結節を認めず、cyst in cyst等の所見も認めなかった。以上より、術前診断は、尾側に仮性嚢胞を伴う睪体部のSPNを第一に考えた。睪体尾部切除術を施行。病理組織学診断は、睪体部の多房性嚢胞性病変とその尾側の単房性嚢胞性病変は連続性病変であり、分枝型IPMN with high grade dysplasiaであった。術前に睪体尾部に発症した粗大石灰化を伴う多房性嚢胞性病変をSPNと診断し、術後病理検査で分枝型IPMCと診断された症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## C24

7個のリンパ節転移を認め、腹腔鏡補助下幽門保存胃切除術後に追加切除を施行したT1a胃癌の1例

<sup>1</sup>奈良県立医科大学 消化器・総合外科

定光ともみ<sup>1</sup>、松本壮平<sup>1</sup>、若月幸平<sup>1</sup>、右田和寛<sup>1</sup>、  
伊藤眞廣<sup>1</sup>、中出裕士<sup>1</sup>、國重智裕<sup>1</sup>、北野睦子<sup>1</sup>、  
中谷充宏<sup>1</sup>、中島祥介<sup>1</sup>

症例は53歳女性。健診の胃透視で異常を指摘され近医を受診し、上部消化管内視鏡検査で胃癌を疑われ、加療目的に当科に紹介された。M、Gre、type 0-IIc、20mm、T1bN0M0、cStageIAの胃癌と診断し、腹腔鏡補助下幽門保存胃切除術、D1+郭清を施行した。病理診断はL、Gre、type 0-IIc、43x30mm、tub2>por、pT1a、ly0、v0、pN3a (7/35)、pStageIIBで、No.4d、6、8aに7個のリンパ節転移を認めた。手術時に幽門下動脈を温存した為、追加治療につき相談し、術後56日目に幽門側胃切除術、追加リンパ節郭清、R-Y再建を施行した。追加郭清したNo.5、6、8、12aには転移を認めなかった。患者の希望によりTS-1による術後補助化学療法を1年間行い、半年毎にCT等でフォローを行い、約2年間無再発で経過している。M癌はリンパ節転移の可能性が低く、M領域ではPPGの適応も考慮されるが、術前のリンパ節転移の診断は困難なことも多い。PPG術後に追加切除を施行した症例は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

## C25

上腸間膜動脈症候群から胃壊死を来した1例

<sup>1</sup>大和高田市立病院 外科  
廣畑吉昭<sup>1</sup>、岡村隆仁<sup>1</sup>、中山裕行<sup>1</sup>、加藤達史<sup>1</sup>、  
塩田哲也<sup>1</sup>、中村友哉<sup>1</sup>、若間聡史<sup>1</sup>、佐多律子<sup>1</sup>

症例は15歳男性。幼少期に自閉症と診断されていた。1日前からの嘔気・嘔吐を主訴に前医受診した。前医にてレントゲンを施行されたところ、腸閉塞が疑われたため当院紹介となった。身体所見では腹部膨満しており、腹部全体に圧痛を認めた。腹部CT検査施行したところ上腸間膜動脈症候群と診断した。胃管留置による減圧を試みたが患者本人による協力が得られなかったため、保存的治療を行った。しかしながら症状の改善が乏しかったため胃管挿入による減圧処置を数回行ったもののやはり協力が得られなかったために胃管の留置は行わなかった。しかし入院3日目に突然心肺停止状態となり、腹部CT検査では胃破裂が疑われたが、蘇生処置の甲斐なく永眠された。上腸間膜動脈症候群は治療は保存的治療が原則であるが、上腸間膜動脈症候群に基づく胃壊死・胃破裂の報告はごくわずかであり、分権的考察を踏まえ、本症例を報告する。

## C27

CapeOX + HER 療法による術前化学療法が奏功した高齢者胃癌の一例

<sup>1</sup>大阪労災病院 外科  
<sup>2</sup>大阪労災病院 病理診断科  
大里祐樹<sup>1</sup>、川端良平<sup>1</sup>、吉川正人<sup>1</sup>、亀田千津<sup>1</sup>、  
三輪秀明<sup>2</sup>、安山陽信<sup>1</sup>、松村多恵<sup>1</sup>、古賀陸人<sup>1</sup>、  
村上昌裕<sup>1</sup>、廣田昌紀<sup>1</sup>、能浦真吾<sup>1</sup>、清水潤三<sup>1</sup>、  
長谷川順一<sup>1</sup>

症例は78歳、男性。主訴は心窩部痛。既往歴は20年前に胆石症、高血圧。上記を主訴に近医受診。内服加療にて症状軽快しないため、精査加療目的にて当院を受診。精査の結果、胃角部に3型腫瘍を認め、腫瘍生検の結果は tub1-2、HER2陽性であり、造影CT検査では傍大動脈リンパ節腫脹を認め、T4aN2M1 (lym) H0P0M1cStage4であった。CapeOx + HER による全身化学療法を開始した。4コース施行後、傍大動脈リンパ節は縮小し、Down stage が得られた。幽門側胃切除術を施行した。病理診断としては、ypT1aN0M0ypstagela で、組織学的効果判定はGrade2であった。術後3ヶ月現在、無再発生存中である。高齢者胃癌に対する CapeOx + HER 療法の報告は少ない。今回、CapeOX + HER 療法による術前化学療法が奏功した高齢者胃癌の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## C26

減量手術後のイマチニブ投与で病勢制御を得た広範な腹膜播種を伴う胃原発巨大 GIST の1例

<sup>1</sup>近畿大学奈良病院 消化器外科  
<sup>2</sup>近畿大学奈良病院 病理診断科  
福田周一<sup>1</sup>、藤原由規<sup>1</sup>、若狭朋子<sup>2</sup>、古形修平<sup>1</sup>、  
金泉博文<sup>1</sup>、井上啓介<sup>1</sup>、竹山廣志<sup>1</sup>、木谷光太郎<sup>1</sup>、  
辻江正徳<sup>1</sup>、湯川真生<sup>1</sup>、太田善夫<sup>2</sup>、井上雅智<sup>1</sup>

症例は40歳代、女性。主訴は食欲不振、腹部不快感および腹部腫瘍の自覚。腹部造影CT検査で不均一に増強され内部に低吸収域を伴う22cm大の巨大腫瘍を胃背側に認めた。腹腔内には多数の小結節を認めた。腫瘍が急速に増大することから、術前確定診断を得ずに準緊急的に手術を施行した。腫瘍は胃体上部小弯後壁から発生しており、胃を局所切除して摘出した。小網、大網、横行結腸間膜、後腹膜には多数の白色結節が散在しており、可能な範囲で摘出した。摘出標本の組織像は、クロマチンに富み腫大した核を有する紡錘形細胞が束状配列を形成していた。核分裂像数は150/50HPFであった。免疫染色は KIT：陽性、CD34：陽性、Ki-67陽性率：40-50%であった。摘出した白色結節はすべて播種病変であった。以上より、腹膜播種を伴う胃原発 GIST と診断した。術後1ヶ月からイマチニブ400mg/日を投与し、術後9ヶ月現在、遺残した腹膜播種巣は病勢制御が得られており生存中である。

## C28

超高齢者に対し臍頭十二指腸切除術を行った一例

<sup>1</sup>京都大学 肝胆脾移植外科  
岡 佑和<sup>1</sup>、田浦康二郎<sup>1</sup>、堀田健太<sup>1</sup>、吉村弥緒<sup>1</sup>、  
八木真太郎<sup>1</sup>、加茂直子<sup>1</sup>、川口道也<sup>1</sup>、海道利実<sup>1</sup>、  
上本伸二<sup>1</sup>

【緒言】臍頭十二指腸切除術 (PD) は侵襲の高い手術の一つであり、高齢者に対する適応には慎重を要する。今回89歳の超高齢者に対してPDを施行した症例を経験したので報告する。【症例】89歳女性。発熱あり、血液検査で肝胆道系酵素上昇を認め、精査にて非露出型十二指腸乳頭部癌 (pT2pN0) と診断。PS (ECOG):1、食事摂取良好、認知機能問題なし。TP7.6g/dL、Alb3.9g/dL、BMI29.9と栄養状態良好であった。【手術】幽門輪温存PD施行 (手術時間8時間45分、出血量610g、輸血なし)。【術後経過】POD1:経腸栄養開始 POD2:離床、POD5:ドレーン抜去、食事開始。術後合併症無く経過。【結語】高齢者に対するPDの適応に関して明確な基準はないが、高齢であっても術前の栄養状態やPS等を考慮した上で慎重に行えば安全に施行しうることが示唆された。

## C29

腸重積様形態を呈した大型十二指腸癌と多発早期胃癌の同時性重複癌の1切除例

<sup>1</sup>奈良県総合医療センター 外科

<sup>2</sup>奈良県総合医療センター 救命救急センター  
高木忠隆<sup>1</sup>、高 濟峯<sup>1</sup>、石川博文<sup>1</sup>、向川智英<sup>1</sup>、  
切畑屋友希<sup>1</sup>、松本弥生<sup>1</sup>、松阪正訓<sup>2</sup>、渡辺明彦<sup>1</sup>

症例は85歳、男性。貧血精査のため上部消化管内視鏡施行した。球部から一部水平脚にまで及ぶ8cm大1型十二指腸癌を認める他に、胃U領域、L領域に1ヶ所ずつ、M領域2ヶ所、計4ヶ所の早期胃癌を認めた。根治のため瘻頭十二指腸切除 (PD)、胃全摘術が必要と考えられたが、手術侵襲とADLを考慮して、大型十二指腸癌に対するPDのみ行う方針で手術に臨んだ。上腹部正中切開にて開腹。十二指腸球部から下行脚に8cm大内腔に発育する腫瘍を認めた。漿膜が引きつれられ、腫瘍が腸重積様に下行脚内にはまり込んでいた。Hutchinson 手技で重積解除すると腫瘍は球部まで押し戻され、Vater 乳頭部へ浸潤ないことが確認された。瘻温存できると考え、瘻温存十二指腸切除と胃全摘術を行った。手術時間：320分、出血量：300ml。術中判断で術式を変更し良好な結果を得た症例であった。術後経過良好で23日目に退院した。

## D01

腹腔鏡下手術で切除した後腹膜硬化型 (sclerosing variant) 高分化型脂肪肉腫の1例

<sup>1</sup>大津赤十字病院 外科

余語覚匡<sup>1</sup>、豊田英治<sup>1</sup>、廣瀬哲朗<sup>1</sup>、土井隆一郎<sup>1</sup>

脂肪肉腫を腹腔鏡下手術で切除したという症例報告は少なく、とりわけ硬化型 (sclerosing variant) 高分化型脂肪肉腫の腹腔鏡下手術での切除報告例はまだない。今回腹腔鏡下手術で切除しえた後腹膜硬化型高分化型脂肪肉腫の1例を経験したのでこれを報告する。症例は70歳代女性、腹痛を主訴に受診した。腹部造影CT検査で右腎上極、下大静脈に接して43mmx26mmのまだら状造影効果をもつダンベル状腫瘍を認めた。辺縁は比較的明瞭であったが、周囲腎前筋膜の一部に肥厚を認めた。造影MRI検査ではT2WIで高信号、T1WIで弱く高信号であり、緩徐な造影効果を認めた。後腹膜脂肪肉腫と術前診断し、腹腔鏡下に腫瘍切除術を行った。腫瘍を周囲腎前筋膜、腎被膜とともに切除し、術後10日目に合併症なく退院した。病理組織学的に腫瘍には、脂肪成分と繊維成分が混在し、その中に奇怪な不整核を有する間質細胞を認め、硬化型高分化型脂肪肉腫の診断を得た。

## C30

十二指腸腫瘍に対するESDにおける腹腔鏡下アシストの有用性

<sup>1</sup>大阪府立成人病センター 消化器外科

文 正浩<sup>1</sup>、大森 健<sup>1</sup>、藤原義之<sup>1</sup>、杉村啓二郎<sup>1</sup>、  
宮田博志<sup>1</sup>、矢野雅彦<sup>1</sup>

十二指腸腫瘍に対する根治手術は部位の特殊性から以前は瘻頭十二指腸切除術が選択されてきたが、内視鏡下粘膜下層剥離術 (ESD) などの治療法の開発により、低侵襲に治療することが可能となってきた。しかし、胃と比較すると壁が薄く、遅発性穿孔などの重篤な合併症を起こす頻度も高い。当院での十二指腸腫瘍ESD適応病変に対する治療は、腹腔鏡下に十二指腸を剥離後にESDを施行し、腹腔鏡下にESD部位を観察し、さらに腹腔鏡下体腔内縫合で漿膜筋層縫合を追加することで補強している。現在まで十二指腸腫瘍3例、十二指腸癌2例、カルチノイド1例の計6例に施行した。重篤な合併症はなく、遅発性穿孔による合併症も認めなかった。十二指腸ESDに対して腹腔鏡下縫合により同部位を補強することは、低侵襲で、合併症を軽減する可能性があり、有用な方法の一つであると考えられた。

## D02

特発性腹壁血腫の2例

<sup>1</sup>大阪市立十三市民病院 外科

梅野真吾<sup>1</sup>、高塚 聡<sup>1</sup>、枝川永二郎<sup>1</sup>、貝崎亮二<sup>1</sup>、  
堀 高明<sup>1</sup>、塚本忠司<sup>1</sup>

症例1は80歳代、男性。咳嗽をした際に突如、右背部痛を自覚したため、近医を受診した。腹部CT検査で腹壁膿瘍が疑われたため当院に紹介された。腹部CT検査では右下腹部の腹膜前腔に腫瘤の形成を認めた。白血球数10530/mm<sup>3</sup>、CRP0.32mg/dlと炎症反応の上昇を認めたため、腹壁膿瘍と判断した。超音波ガイド下に経皮的ドレナージを行ったが、血性排液を認めるのみであった。腹壁血腫と診断し、保存的加療にて軽快した。症例2は60歳代、男性。1週間前からの咳嗽と前胸部痛を主訴に近医を受診し、胸腹部CT検査で腹壁血腫が疑われたため、当院に紹介された。左前胸部は膨隆しており、胸腹部CT検査では筋層内に腫瘤の形成を認めた。臨床経過から腹壁血腫と診断し、止血薬の投薬のみで軽快した。

比較的稀な疾患である特発性腹壁血腫の2例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。



## D03

異所性子宮内膜を原因とした Nuck 管水腫を契機に発症した鼠径部巨大嚢胞性腫瘍の一例

<sup>1</sup>兵庫県立西宮病院 消化器外科  
斎藤明菜<sup>1</sup>、吉岡慎一<sup>1</sup>、福永 睦<sup>1</sup>、雪本龍平<sup>1</sup>、  
徳山信嗣<sup>1</sup>、久保維彦<sup>1</sup>、柳澤公紀<sup>1</sup>、岡田一幸<sup>1</sup>、  
太田英夫<sup>1</sup>、柏崎正樹<sup>1</sup>、三木宏文<sup>1</sup>、小林研二<sup>1</sup>

【はじめに】Nuck 管水腫は異所性子宮内膜の迷入が原因で発生することがある。今回我々は異所性子宮内膜が迷入した Nuck 管水腫が原因と考えられる鼠径部巨大嚢胞性腫瘍の一例を経験したので報告する。【症例】40歳代女性。9年前に他院で左鼠径ヘルニアの診断で手術を施行された。術後、同部位に増大傾向のある腫瘍を認め、月経周期に連動する疼痛を認めた。MRI 検査では反復する出血が原因となる多房性嚢胞性腫瘍を指摘、異所性子宮内膜症による腫瘍形成と診断され、腫瘍摘出術を施行した。術中の所見では、腫瘍は遺残した子宮円靭帯と連続していた。病理組織結果は子宮内膜症の診断であり、子宮内膜の迷入により発生した Nuck 管水腫が原因となる巨大腫瘍と考えられた。【考察】Nuck 管水腫の遺残は子宮内膜の迷入により発生することがあり、遺残による腫瘍形成が懸念されるため、手術では水腫を含めた子宮円靭帯の摘出を確実に行うことが大切であると考えられた。

## D05

成人発症の骨盤内横紋筋肉腫の一例

<sup>1</sup>市立池田病院 消化器外科  
<sup>2</sup>市立池田病院 外科  
<sup>3</sup>市立池田病院 病理診断科  
児玉絳幸<sup>1</sup>、瀧内大輔<sup>1</sup>、柴田邦隆<sup>1</sup>、齋藤稔史<sup>1</sup>、  
森総一郎<sup>1</sup>、足立真一<sup>1</sup>、酒田和也<sup>1</sup>、安座間隆<sup>2</sup>、  
赤丸祐介<sup>1</sup>、森本修邦<sup>1</sup>、太田博文<sup>1</sup>、北田昌之<sup>2</sup>、  
大橋寛嗣<sup>3</sup>

症例は20歳男性。間欠的な下腹部痛が1週間以上続き、当院を受診した。CT、MRI で骨盤内に長径12cm 大の内部不均一な腫瘍を認め、腫瘍破裂による腹腔内出血、腹膜播種および骨転移も指摘された。Hb 13.2g/dl と軽度貧血を認め、手術を施行した。術中所見では、腫瘍の自壊部位からの出血を認め、大網には播種転移と思われる比較的軟らかい大小不同の多発結節が散在していた。また腫瘍の膀胱浸潤も認めため、腫瘍を含めて、膀胱は一部合併切除、大網の多発結節も可及的に切除した。術後は癒着性イレウスを合併したが、保存的に改善を認め、術後23日目に退院された。病理診断の結果は胎児型横紋筋肉腫で、原発巣は同定できず。現在、大学病院で術後化学療法を施行中である。横紋筋肉腫は小児の悪性軟部肉腫の中で最も多い腫瘍であるが、成人に発症することはまれであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## D04

腹腔鏡下に手術施行した特発性大網捻転の1例

<sup>1</sup>北播磨総合医療センター  
阿部智喜<sup>1</sup>、村田晃一<sup>1</sup>、福岡英志<sup>1</sup>、浦出剛史<sup>1</sup>、  
御井保彦<sup>1</sup>、沢 秀博<sup>1</sup>、万井真理子<sup>1</sup>、岡 成光<sup>1</sup>、  
岩谷慶照<sup>1</sup>、黒田大介<sup>1</sup>

症例は21歳 男性。朝起床時に特に誘引なく右下腹部痛を自覚。同日近医受診し、右腹部に圧痛とRosenstein 兆候陽性、炎症反応の上昇を認めた。抗生剤内服にて経過みたが、翌日疼痛持続したため当院紹介となった。既往歴は特になし。来院時現症は右腹部に圧痛と反跳痛あり、血液検査ではCRP 5.87 WBC 8810 と軽度の炎症反応上昇を認めた。腹部単純CTにて大網の捻転所見を認め、造影CTにて捻転部右側の虚血が疑われた。大網捻転と梗塞、それに伴う腹膜炎と診断し腹腔鏡下にて緊急手術を行った。腹水は少量で、大網の右端一部分は赤褐色へと色調変化を認めた。周囲との癒着を剥離すると、大網の一部がらせん状に捻転している所見があり、同部を境に色調変化を呈していた。梗塞部を切除し、摘出した。術後経過は良好で、術後7日目に退院となった。(結語)腹腔鏡下に手術をしえた大網梗塞の1例を経験した。

## D06

腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復同時に小腸部分切除を施行した、嵌頓ヘルニア修復後の遅発性小腸狭窄の1例

<sup>1</sup>明和病院 外科  
光藤 傑<sup>1</sup>、赤塚昌子<sup>1</sup>、北村 優<sup>1</sup>、竹中雄也<sup>1</sup>、  
一瀬規子<sup>1</sup>、小野朋二郎<sup>1</sup>、友松宗史<sup>1</sup>、中島隆善<sup>1</sup>、  
別府直仁<sup>1</sup>、吉江秀範<sup>1</sup>、生田真一<sup>1</sup>、張 宇浩<sup>1</sup>、  
岸本昌浩<sup>1</sup>、木村文彦<sup>1</sup>、相原 司<sup>1</sup>、古川一隆<sup>1</sup>、  
柳 秀憲<sup>1</sup>、山中若樹<sup>1</sup>

症例は60代男性。平成27年6月に右鼠径ヘルニア嵌頓で当院 ER 受診。発症6時間後に用手的に還納でき、嵌頓後の経過観察目的で入院した。以前から右鼠径ヘルニアを自己にて還納していたことから、入院のままヘルニア根治術予定としていたが、第5病日に腹痛と嘔吐を認めた。イレウスの診断で手術を延期して絶食輸液で加療を行い、速やかに改善した。第11病日に再度腹痛、嘔吐を認めため、イレウス再燃の診断でイレウスチューブを挿入して絶食輸液で加療を行った。第13病日にイレウスチューブ造影を行ったところ、下部回腸に狭窄部位を認め、嵌頓修復後の部位が遅発性に狭窄をきたしたものと診断した。第17病日に腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復、小腸部分切除術を施行した。嵌頓鼠径ヘルニア修復後の遅発性小腸狭窄は検索し得た範囲で15例の報告があるが、腹腔鏡下に一次的に手術を施行し得た症例の報告はない。文献的検討と共にこれを報告する。

## D07

腹直筋断裂を伴う外傷性腹壁ヘルニアの1例

<sup>1</sup>育和会記念病院 外科

濱澤夏樹<sup>1</sup>、竹村 哲<sup>1</sup>、中本健太郎<sup>1</sup>、荻澤佳奈<sup>1</sup>、  
櫻井康弘<sup>1</sup>、西森武雄<sup>1</sup>

今回、非常にまれな腹直筋断裂を伴う外傷性腹壁ヘルニアに対してクーゲル法による手術を行った1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。症例は71歳男性。自転車にて走行中に自己転倒し、ハンドルで右下腹部を強打。激痛、下腹部膨隆および排尿困難を認めたため、当院を受診した。腹部CT検査では、下腹部右側で腹直筋の断裂および同部位から皮下への膀胱・回腸の脱出を認めた。受傷後6日目に根治術を行った。腹直筋前鞘からSpigelian 腱膜にかけて損傷を認め、この損傷部が体表よりヘルニア門として触知されていた。腹膜前腔にバードクーゲルパッチを挿入し、腹直筋前鞘からSpigelian 腱膜、外腹斜筋腱膜にかけて縫合閉鎖した。術後経過は良好であり、術後2週間で退院した。

## D09

ヘルニア門の縫合閉鎖を加えた腹腔鏡下腹壁ヘルニア修復術 (IPOM-plus) の経験

<sup>1</sup>堺市立総合医療センター 外科

西原 悠<sup>1</sup>、吉村句平<sup>1</sup>、中田 健<sup>1</sup>、西 秀美<sup>1</sup>、  
平木洋子<sup>1</sup>、笹松信吾<sup>1</sup>、清水克修<sup>1</sup>、井上稔也<sup>1</sup>、  
三上城太<sup>1</sup>、澤田元太<sup>1</sup>、北原陸識<sup>1</sup>、中平 伸<sup>1</sup>、  
間狩洋一<sup>1</sup>、山村 順<sup>1</sup>、神垣俊二<sup>1</sup>、山本為義<sup>1</sup>、  
澁川貴規<sup>1</sup>、池田直樹<sup>1</sup>、辻江正樹<sup>1</sup>、木村 豊<sup>1</sup>、  
大里浩樹<sup>1</sup>

【はじめに】今回、ヘルニア門の縫合閉鎖を加えた腹腔鏡下腹壁ヘルニア修復術 (IPOM-plus) を経験したので報告する。【症例】57歳、男性。1年前に開腹胆嚢摘出術を施行され、術後6カ月頃から正中創の腹壁癒着ヘルニアが出現した。ヘルニア門の大きさは縦15×横5cmであり、内容は小腸で臥位にて容易に還納できた。手術は、腹腔鏡下にヘルニア門周囲の癒着を剥離し、腹腔外より Endo Close TM を用いて非吸収性合成糸を約1.5cm 間隔で筋膜にかけ、ヘルニア門を縫合閉鎖した。続けて縦25×横15cm のメッシュを腹腔内に挿入して展開し、タッカーおよび糸にて腹壁に固定した。手術時間は185分、出血量は少量で、術後経過良好にて7日目に退院した。【考察】腹腔鏡下 IPOM は低侵襲で再発は少ないが、mesh bulge や seroma などが起こり得る。IPOM-plus は、ヘルニア門を閉鎖することで腹壁の整容性と腹腔内圧分布を改善させ、再発と合併症をさらに減らすことが期待される。

## D08

陥頓解除後に腹腔鏡下に修復し得た腹壁癒着ヘルニアの1例

<sup>1</sup>大阪労災病院 外科

安山陽信<sup>1</sup>、清水潤三<sup>1</sup>、松村多恵<sup>1</sup>、古賀陸人<sup>1</sup>、  
亀田千津<sup>1</sup>、村上昌裕<sup>1</sup>、川端良平<sup>1</sup>、廣田昌紀<sup>1</sup>、  
吉川正人<sup>1</sup>、能浦真吾<sup>1</sup>、長谷川順一<sup>1</sup>

今回、我々は陥頓解除後に腹腔鏡下に修復し得た腹壁癒着ヘルニアの1例を経験したので報告する。症例は43歳、男性。既往歴として、1995年に交通事故後の下大静脈閉塞症に対し、血管形成術を施行している。2016年1月1日の夕方から嘔吐、腹痛、腹壁腫瘤を自覚し翌2日に当院へ救急搬送された。来院時、理学的所見にて腹部正中切開痕があり、切開痕付近の左側腹部に5cm 大の膨隆を認め同部位に圧痛を認めた。腹部CT検査では、臍上部に小腸の脱出と小腸の拡張を認めた。腹壁癒着ヘルニアと診断し用手的に陥頓を解除した。陥頓解除後に入院し、1月4日に腹腔鏡下腹壁癒着ヘルニア修復術を行った。ヘルニア門を大きさは3×2cm で、バリテックスコンポジットメッシュ (直径15cm) を用い修復した。術後経過良好で、術後4日目に退院した。腹壁癒着ヘルニア陥頓解除後に腹腔鏡下に修復し得た報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## D10

非観血的に用手整復した後に待機的に腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した閉鎖孔ヘルニアの1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 ささやま医療センター 外科

木村 慶<sup>1</sup>、石川英昭<sup>1</sup>

症例は88歳の女性。右臀部痛、右大腿部痛を主訴に他院を受診した。閉鎖孔ヘルニアと考え用手整復を行った。その後腹部CT検査にて閉鎖孔ヘルニアを認めたが、腸管の脱出は認めずイレウスを疑う所見もなかった。右臀部痛、右大腿部痛の症状は閉鎖神経圧迫刺激症状に伴う Howship-Romberg 徴候と考えられた。症状を繰り返すため手術目的に当院紹介となり、右閉鎖孔ヘルニアに対して待機的に腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した。腹腔内を観察すると右閉鎖孔ヘルニアに加え、右内鼠径ヘルニア、右外鼠径ヘルニアを合併しておりヘルニア門は SurgemeshXD (ASPIDE MEDICAL 社) を用いて閉鎖した。術後経過良好にて術後5日目に退院となった。今回、閉鎖孔ヘルニアに対し非観血的な用手整復により緊急手術を回避し、待機的に腹腔鏡手術を施行した症例を経験したので報告する。

## D11

肺全摘除術後の膿胸に対して VAC システムによる局所陰圧閉鎖療法が有効であった一例

<sup>1</sup>近畿大学 呼吸器外科  
瀬角裕一<sup>1</sup>、富沢健二<sup>1</sup>、佐藤克明<sup>1</sup>、小林祥久<sup>1</sup>、  
千葉真人<sup>1</sup>、下治正樹<sup>1</sup>、武本智樹<sup>1</sup>、光富徹哉<sup>1</sup>

Vacuum Assisted Closure (VAC) システムによる局所陰圧閉鎖療法は、創傷治癒を促進する。近年、膿胸に対する開窓術後に局所陰圧閉鎖療法が有効であったと報告されている。肺全摘除術後の膿胸に対する局所陰圧閉鎖療法の一例を報告する。【症例】70歳男性。原発性肺癌に対する左上葉切除術後2年目の胸部 CT で左下葉に浸潤影を指摘された。異時性原発性肺癌を疑い、左残肺全摘除術を施行。術後21日目に無瘻性膿胸の診断で、胸腔鏡下ドレナージ術を施行。胸腔内洗浄で改善せず、術後58日目に開窓術を施行。膿胸腔内の胸膜肥厚を確認して、局所陰圧閉鎖療法を導入 (50cmHg) した。このときの膿胸腔の容積は450ml。導入7日後には150mlと著明な減少を認めた。導入後28日目の容積は100mlで局所陰圧閉鎖療法を終了した。導入後104日の現在、容積は45mlへ減少している。【結語】局所陰圧閉鎖療法は、膿胸に対する開窓術後の肉芽形成に非常に有用である。

## D13

部分肺静脈還流異常症を合併した肺癌の一切除例

<sup>1</sup>近畿大学医学部 外科学教室 呼吸器外科部門  
波江野高大<sup>1</sup>、武本智樹<sup>1</sup>、家根由典<sup>1</sup>、瀬角裕一<sup>1</sup>、  
小林祥久<sup>1</sup>、佐藤克明<sup>1</sup>、千葉真人<sup>1</sup>、下治正樹<sup>1</sup>、  
富沢健二<sup>1</sup>、光富徹哉<sup>1</sup>

【はじめに】部分肺静脈還流異常 (PAPVC) は肺静脈の一部が左心房でなく体静脈系に接続する先天奇形である。PAPVC に肺癌が合併することは稀であり、今回、その一切除を経験したので報告する。【症例】80歳男性、胸部 Xp で異常指摘、CT で2.8cmの充実性腫瘍を認めた。CT ガイド下生検で右下葉肺癌と診断され、右下葉切除を予定していたが、術前に右上肺静脈の上大静脈への還流異常に気づき、手術中止となった。右心カテーテルの結果、肺体血流比は1.46で、合併する心奇形や容量負荷・右心不全の所見は認めなかった。心臓血管外科と相談し、PAPVC の修復は行わず、肺癌の切除のみを行う方針とした。合併症を考慮し S9、10 の区域切除を施行した。術後、循環動態に変化なく退院した。【考察】PAPVC を合併した肺癌の報告は14例認め、5例が術前に診断されており、自験例は6例目であった。【結語】PAPVC を合併した肺癌の一切除例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## D12

巨大胸腺嚢胞の1切除例

<sup>1</sup>東近江総合医療センター 呼吸器外科  
上田桂子<sup>1</sup>、尾崎良智<sup>1</sup>、井上修平<sup>1</sup>、大内政嗣<sup>1</sup>

【はじめに】巨大縦隔腫瘍の手術ではその大きさが問題となる。今回、巨大胸腺嚢胞の1切除例を経験したので報告する。【症例】40歳代女性。主訴は息切れ、咳、易疲労感。8年ぶりに検診を受け胸部異常陰影を指摘され当科紹介受診。胸部 CT で上大静脈から右前縦隔へ連続する巨大腫瘍を認め、右心膜に広く接して右胸腔へ突出し、右肺下葉は圧排により無気肺であった。診断加療目的に手術を施行。胸骨正中切開で行い、薄壁で緊満した嚢胞性腫瘍を認めた。視野を確保するため嚢胞内容液を漸次穿刺吸引し容量を減じながら腫瘍を剥離。内容液をある程度残すことで近接組織との境界が明瞭となり、嚢胞壁を遺残することなく完全摘出できた。腫瘍は胸腺嚢胞と診断し、術中、術後の呼吸循環動態は問題なく経過。術後2ヶ月再発無く経過している。【まとめ】薄壁の巨大胸腺嚢胞に対して、内容液を漸次穿刺吸引しながら良好な視野展開を得て手術を施行することができた。

## D14

化学療法後、長期にわたり腫瘍増大を認めない中皮腫の1例

<sup>1</sup>兵庫医科大学 呼吸器外科  
<sup>2</sup>兵庫医科大学 呼吸器内科  
多久和輝尚<sup>1</sup>、中道 徹<sup>1</sup>、黒田鮎美<sup>1</sup>、橋本昌樹<sup>1</sup>、  
松本成司<sup>1</sup>、近藤展行<sup>1</sup>、栗林康造<sup>2</sup>、中野孝司<sup>2</sup>

【背景】悪性胸膜中皮腫 (MPM) の治療は、早期症例には切除を含む集学的治療が、進行例には化学療法が行われているが、予後は不良である。シスプラチン、アリムタ併用療法後、長期間腫瘍増大なく経過している中皮腫の症例を経験したので報告する。【症例】症例は70歳代、女性。2009年1月 胸腔鏡下胸膜生検にて右悪性胸膜中皮腫 (上皮型 cT1N0M0) と診断され、化学療法 (シスプラチン 75mg/m<sup>2</sup>、ペメトレキセド 500mg/m<sup>2</sup>) を3コース施行した。化学療法後は無治療で観察するも、2015年11月 CT で右胸水が再貯留する以外、観察経過に病変の増悪を認めなかった。2016年3月胸腔鏡下胸膜生検を実施すると、中皮腫を認めるものの、病変は壁側胸膜の一部に限局する数 mm までの白色小結節を認めるのみであった。【結論】悪性胸膜中皮腫の治療経過として非常にまれであり報告する。

## D15

外傷後遅発性血気胸に対して遊離骨片除去を行った1例

<sup>1</sup>音羽病院 呼吸器外科

<sup>2</sup>音羽病院 呼吸器内科

岡本圭伍<sup>1</sup>、一瀬増太郎<sup>1</sup>、西山聖也<sup>2</sup>

患者は50代女性、交通外傷により左側胸部を打撲し救急搬送された。胸部CTで広範囲の左多発肋骨骨折を認め、とりわけ第6、7肋骨で転位が著しく、骨片が剥離したような形で胸腔内へ陥入していた。胸郭動揺やドレナージを要する血気胸はなく外固定で保存的加療を行った。第8病日に労作時呼吸苦を認め、画像上、骨折肋骨の転位増強と血気胸の増悪を認め、骨片および血腫除去目的に手術を行う方針とした。胸腔内には中等量の血胸水を認め、胸壁との癒着剥離を行うと、骨折肋骨の断端が確認でき、第6肋骨の骨片を除去した。術後第4病日に胸腔ドレーンを抜去し、その後血気胸の再発なく軽快退院となった。外傷性肋骨骨折において、遅発期に外科治療を要することは少ないが、自験例のように稀な骨折後変化を来とし、二次的な肺損傷を生じた際には胸腔鏡下手術が有用であると考えられた。

## D17

多発する気漏部を認めた乳癌癌性胸膜炎による気胸の1例

<sup>1</sup>市立豊中病院 外科

藤本侑士<sup>1</sup>、岩澤 卓<sup>1</sup>、大島一輝<sup>1</sup>、赤木謙三<sup>1</sup>、堂野恵三<sup>1</sup>

症例：40才代女性。主訴：呼吸困難。現病歴：2006年左乳癌に対して乳房切除術を行った。2015年から癌性胸膜炎による左胸水貯留を認め、化学療法により消退、再燃を繰り返していた。2016年に呼吸苦で当院受診され左気胸と診断した。入院後気漏が持続し肺膨張も不良なため、11日目に手術を行った。入院時胸部X線：左に高度気胸と胸水あり。CT：肺にはブラや転移結節認めず。手術：胸腔内に播種病変は認めず、肺の一部は硬化していた。臓側胸膜には小嚢胞を1つ認める以外に明らかな変化はなかったが、加圧によって下葉中心に6~7カ所の小さな気漏を認めた。ソフト凝固でそれぞれ焼灼し、気漏が持続する部位を自動縫合器で切除し、ネオパールとフィブリン糊で被覆を行った。術後経過：胸部X線で肺膨張不全はやや改善され、明らかな気漏を認めないため術後4日目にドレーンを抜去した。考察：癌性の多発する気漏に対してソフト凝固とネオパール貼付は有用であった。

## D16

右肺中下葉切除術後気管支断端ろう・膿胸に対して局所陰圧閉鎖療法を併用し治癒せしめた一例

<sup>1</sup>大阪府立成人病センター 呼吸器外科

石田裕人<sup>1</sup>、徳永俊照<sup>1</sup>、岡見次郎<sup>1</sup>、楠 貴志<sup>1</sup>、久能英法<sup>1</sup>、東山聖彦<sup>1</sup>

症例は70歳、男性。右肺癌に対して右中下葉切除術・縦隔リンパ節郭清術を施行した。POD14頃より炎症反応上昇し、各種検査から気管支断端ろう・膿胸と診断、POD22に開窓術を施行した。術後気ろうは消失、膿胸腔内の浄化が得られ、POD39に大網・胸筋を充填、創閉鎖術を施行した。POD57に炎症反応再上昇し、CTから創部皮下膿瘍と診断、創開放・デブリードマンを施行し、ガーゼドレナージを開始した。50日間で腔縮小傾向乏しく、これ以上充填する組織もなく、肉芽形成を期待し局所陰圧閉鎖療法を開始した。開始後は速やかに縮小傾向を示し、浸出液も減少した。開始13日目に携帯式装置へと変更、21日目に装着のまま退院となった。外来で週1回装置交換を行い、創縮小得られ61日目に陰圧療法を終了した。局所陰圧閉鎖療法により肺切除後膿胸を治癒できた1例を経験した。この方法は、ガーゼドレナージ法より創傷治癒期間を短縮できる可能性のある方法として期待される。

## D18

右V7+8が中葉肺静脈に合流し、中葉肺静脈が上葉肺静脈と独立して左房に灌流する破格を伴った右下葉肺癌の1例

<sup>1</sup>大阪府立成人病センター 呼吸器外科

楠 貴志<sup>1</sup>、岡見次郎<sup>1</sup>、石田裕人<sup>1</sup>、久能英法<sup>1</sup>、徳永俊照<sup>1</sup>、東山聖彦<sup>1</sup>

【主訴】右胸部結節影【現病歴】検診発見。精査の結果、右肺S6の径22mmの腺癌 cT1bN0M0で手術予定となった。胸部造影CTにて肺血管を精査すると、右V7+8が中葉肺静脈に合流し、中葉肺静脈が上葉肺静脈と独立して左房に灌流する破格が認められた。【手術所見】背側および腹側の縦隔胸膜を切離し、葉間胸膜を切離しつつ下肺静脈および中葉肺静脈を剥離していくと、CT所見と同様に中葉肺静脈が上葉肺静脈と独立して左房に灌流し、この中葉肺静脈にV7+8が合流していた。中葉肺静脈を温存しつつV7+8を安全に切離。下葉への肺動脈・気管支、V6およびV9+10よりなる下肺静脈を順に剥離後切離し、右肺下葉切除を施行した。【まとめ】肺葉切除時に問題となるような肺静脈の破格は、肺動脈に比べて少なく、軽視されがちである。小開胸手術の場合は視野が限られ、解剖学的変異が発見しにくい。今回のような破格を念頭に置き術中肺血管の走行を十分確認することが必要である。

## D19

非小細胞肺癌に対する術前化学療法後肺全摘の短期および長期成績

<sup>1</sup>関西医科大学 呼吸器外科

<sup>2</sup>協仁会 小松病院

齊藤朋人<sup>1</sup>、松井浩史<sup>1</sup>、福元健人<sup>1</sup>、中野隆仁<sup>1</sup>、  
金田浩由紀<sup>1</sup>、小延俊文<sup>1</sup>、齊藤幸人<sup>2</sup>、村川知弘<sup>1</sup>

目的：非小細胞肺癌に対する術前化学療法後肺全摘術の早期合併症・死亡、長期成績を評価することを目的とした。

対象と方法：1990年1月～2012年12月に非小細胞肺癌に対し術前化学療法後に肺全摘を行った32例を後ろ向きに検討した。

結果：32例の内訳は男性28例、女性4例。術前治療は初期にはMVPが多く(28.1%)、近年ではCBDCA doubletが主に使用された(34.4%)。治療前臨床病期はIB期1例(3.1%)、IIB期2例(6.3%)、IIIA期17例(53.1%)、IIIB期11例(34.4%)、IV期1例(3.1%)。術後主要合併症発生率は28.2%(32例中9例)、気管支断端瘻は認めず。術後30日、90日死亡率は0%、9.4%で、5年生存率は62.0%。

結論：非小細胞肺癌に対する術前化学療法後肺全摘術の成績は近年の報告に遜色なかった。観察期間において気管支断端瘻を認めなかった事は、当院における気管支断端被覆法(pericardiacophrenic artery 温存有茎心膜パッチ、有茎肋間筋弁)の効果と推測された。

## D21

多発性脳梗塞を契機として発見された活動期僧帽弁位感染性心内膜炎の1例

<sup>1</sup>滋賀医科大学 心臓血管外科

南館直志<sup>1</sup>、坂倉玲欧<sup>1</sup>、宮下史寛<sup>1</sup>、森本政憲<sup>1</sup>、  
藤野 晋<sup>1</sup>、木下 武<sup>1</sup>、乃田浩光<sup>1</sup>、鈴木友彰<sup>1</sup>、  
浅井 徹<sup>1</sup>

症例は43歳男性。2年前より近医で後尖逸脱による僧帽弁閉鎖不全症(MR)を指摘されていた。10月初旬より発熱を認めたが無治療であった。11月下旬、左不全麻痺が出現し頭部MRIで多発性脳梗塞を認めた。翌日行った心エコーでは僧帽弁に疣腫を認め感染性心内膜炎(IE)と診断された。心原性ショック状態であり当院救急搬送後すぐに手術を行った。手術は前尖に付着した巨大疣贅の除去、前尖に認めた1cm大の穿孔部位の自己心膜パッチ閉鎖および後尖逸脱に対する形成術を行った。術後第1病日に人工呼吸器を離脱しその後も脳病変の増悪なく経過した。抗生剤加療の後、第15病日にリハビリ目的に転院となった。脳塞栓症を合併したIEに対する外科治療の至適時期については未だに議論の余地がある。今回我々は多発性脳梗塞、心原性ショックを合併した活動期僧帽弁位のIEに対し手術を施行し良好な結果を得たので報告する。

## D20

咯血を伴う空洞性病変を呈した限局性囊胞状気管支拡張症の1手術例

<sup>1</sup>京都桂病院 呼吸器センター呼吸器外科

<sup>2</sup>京都桂病院 病理診断科

五明田匡<sup>1</sup>、太田紗千子<sup>1</sup>、合地史明<sup>1</sup>、河野朋哉<sup>1</sup>、  
吉村誉史<sup>1</sup>、寺田泰二<sup>1</sup>、松原義人<sup>1</sup>、安原裕美子<sup>2</sup>

症例は、77歳女性。2013年に血痰を主訴として近医を受診時、右肺下葉に3cm大の空洞性病変を指摘された。2014年に大量咯血時を発症した時にBAEを受けたが、2015年に咯血が2回発症したため、外科治療目的で当科を紹介された。PET検査で空洞壁外側に淡い集積を認め、肺アスペルギルス症、肺結核症、肺癌などが疑われたが、喀痰検査と血液検査で陽性所見は認められなかった。出血のコントロール目的で手術を施行。術中所見は慢性炎症のため全面癒着であったが、4cmの皮膚切開による完全鏡視下で右肺下葉切除術を施行した。術後病理報告では、空洞はB9気管支と連続して囊胞状に拡張しており、囊胞内腔は平滑で限局性囊胞状気管支拡張症と診断された。拡張した気管支内には放線菌と考えられる細菌塊が認められたが、内容物の菌検査では培養は陰性であった。術後経過は良好で、術後7日にドレーンを抜去し、術後10日に退院となった。

## D22

Leriche症候群及び弓部大動脈全置換術後に胸腹部大動脈瘤人工血管置換術を行った1例

<sup>1</sup>北播磨総合医療センター 心臓血管外科

辻本貴紀<sup>1</sup>、藤末 淳<sup>1</sup>、小原大見<sup>1</sup>、山田章貴<sup>1</sup>、  
顔 邦男<sup>1</sup>、麻田達郎<sup>1</sup>

71才、男性。Leriche症候群及び弓部大動脈全置換術後に胸腹部大動脈瘤(64mm)を認めた為、胸腹部大動脈置換術(Crawford 2型)を行い良好な結果を得た。術前の造影CTでは、大動脈はshaggyであり、腹腔動脈は閉塞しており、Adamkiewicz動脈は左第11肋間動脈から分岐していた。術前日に脊髄ドレーナージチューブを挿入し、運動誘発電位モニタリング及び脊髄ドレーナージ下に手術を行った。大動脈は脊髄保護の為に末梢から分節遮断を行う方針とし、右腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパスグラフトを送血部位として補助体外循環を行った。選択的灌流用のカテーテルを併用して末梢から腹部分枝を順次再建し、盲端とした人工血管を人工心肺に接続し灌流を行った。肋間動脈は左第11肋間動脈に加えクランプテストでMEPの振幅が低下した左第10肋間動脈も再建を行った。中枢は前回手術時に挿入したElephant trunkと吻合した。術後は下肢麻痺なく退院し、現在外来通院中である。

## D23

ハイブリッド手術が有用であった正中弓状靭帯圧迫症候群の一例

<sup>1</sup>京都大学 消化管外科

姜ひよんぎょん<sup>1</sup>、山田晴美<sup>1</sup>、西崎大輔<sup>1</sup>、  
吉富摩美<sup>1</sup>、久森重夫<sup>1</sup>、細木久裕<sup>1</sup>、角田 茂<sup>1</sup>、  
篠原 尚<sup>1</sup>、坂井義治<sup>1</sup>

症例は56歳男性。突然の腹痛を主訴にショックバイタルで救急搬送された。造影CTにて臍周囲の出血を疑う低吸収域と腹腔動脈起始部の狭窄を認めた。腹部血管造影にて前上臍十二指腸動脈瘤を認め、正中弓状靭帯圧迫症候群による動脈瘤破裂と診断され、同日塞栓術にて止血した。動脈瘤再発予防目的に待機的に正中弓状靭帯切離を行う方針とし、血腫の吸収を待ってハイブリッド手術室にて正中弓状靭帯切離術を施行した。血管造影にて腹腔動脈起始部の狭窄を確認し、その後腹腔鏡下での手術を開始した。腹腔動脈起始部へのアプローチが腹腔鏡操作では困難であり、狭窄解除には至らず開腹手術に移行した。開腹下で腹腔動脈起始部前面に正中弓状靭帯を同定し、これを切離して再度血管造影を行い狭窄の解除を確認して手術を終了した。正中弓状靭帯切離術にハイブリッド手術が有用であった1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## D25

胃石による小腸イレウスに対して単孔式腹腔鏡手術にて治療した1例

<sup>1</sup>くしもと町立病院 外科

前川昌平<sup>1</sup>、白石 治<sup>1</sup>

症例は82歳女性、2日前に嘔吐を認め当院紹介となった。上腹部は膨満を認めるも触診上軟で腹膜刺激症状は認めなかった。血液検査では軽度炎症反応の上昇のみ、腹部Xpでは限局性二ボーを認め、腹部CTでは小腸内に石灰化を伴う4.0×3.5cm大の楕円形で辺縁整、内部不均一な腫瘤があり、口側腸管拡張を認めたため胃管による減圧を開始した。第2病日の腹部CTで腫瘤は明らかに肛門側に移動しており胃石による腸閉塞と診断し手術を施行した。手術は単孔式腹腔鏡手術にて施行、CTシミュレーション通り Treitz 靭帯から100cmの空腸内に異物を示唆する膨隆を認め、同部位を臍創から体外に導出し空腸壁を切開して異物を摘出した。術後経過良好で術後17日に元施設へ転院となった。胃石による腸閉塞に対する腹腔鏡手術にて治療した報告は検索しうる限り自験例を含め14例あり単孔式腹腔鏡下に治療しえた症例は自験例を含めて2例であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

## D24

総腸骨動脈ステント感染に起因する感染性腹部大動脈瘤破裂の一例

<sup>1</sup>大阪市立総合医療センター 心臓血管外科

因野剛紀<sup>1</sup>、尾藤康行<sup>1</sup>、新田目敦孝<sup>1</sup>、山根 心<sup>1</sup>、  
瀬尾浩之<sup>1</sup>、高橋洋介<sup>1</sup>、佐々木康之<sup>1</sup>

症例は65歳、男性。既往に小児麻痺、糖尿病性腎症、狭心症、心房粗動を認めた。閉塞性動脈硬化症に対して2015年4月にPTAを施行し、両側総腸骨動脈起始部からステント留置された。同年11月に腰痛が出現し、CTにてステント頭側端から左側へ突出する73mmの腹部大動脈瘤と、左側腸腰筋内に血腫と膿瘍を疑うLDAを認めた。白血球数とCRPの著明な上昇を認め、感染性大動脈瘤の破裂と診断し緊急手術となった。術中所見では両側総腸骨動脈のステントは閉塞し、同部位で大動脈の後壁が破綻し左腸腰筋方向に血腫と膿汁を認めた。感染巣を避けるため、腎動脈下大動脈に吻合したY型人工血管の右脚のみ右大腿動脈へ端側吻合し、左脚は起始部で閉鎖した上で右大腿-左大腿動脈バイパスを追加した。ステントは強固に血管壁に固定され抜去困難であった。各種培養からはB群溶血レンサ球菌が検出され、術後はABPC/SBTを4週間投与後に転院した。

## D26

シートベルト損傷後にイレウスを来した遅発性小腸狭窄の1例

<sup>1</sup>京都大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

堀田健太<sup>1</sup>、加茂直子<sup>1</sup>、吉村弥緒<sup>1</sup>、八木真太郎<sup>1</sup>、  
田浦康二郎<sup>1</sup>、川口道也<sup>1</sup>、海道利実<sup>1</sup>、上本伸二<sup>1</sup>

近年、シートベルト着用義務化に伴いシートベルトによる鈍的腹部外傷が問題となっている。今回、シートベルト損傷後にイレウスを来した遅発性小腸狭窄の1例を経験したので報告する。【症例】55歳男性。マレーシアでシートベルト損傷による十二指腸離断と外傷性大動脈解離を受傷し、臍頭十二指腸切除術施行後45日目に帰国し当院に入院した。イレウス症状を繰り返し経口摂取が進まなかったため、遅発性小腸狭窄を疑いガストログラフィンによる上部消化管造影後CTを施行したところ、回腸末端に高度狭窄を認め、イレウス造影にて確認後、手術施行した。回腸末端に肥厚した狭窄腸管とその口側に拡張腸管を認め、回盲部切除術を施行した。病理所見では、狭窄部位にほぼ全周性の潰瘍形成を認め、固有筋層の断裂と線維化を認めた。術後イレウス症状の再燃はみられず。【結語】シートベルト損傷後のイレウスには遅発性小腸狭窄も念頭におく必要がある。

## D27

小腸憩室に魚骨が穿通し、腹膜炎を呈した1例

<sup>1</sup>京都府立医科大学 消化器外科

田中善啓<sup>1</sup>、中西正芳<sup>1</sup>、有田智洋<sup>1</sup>、小菅敏幸<sup>1</sup>、  
小西博貴<sup>1</sup>、森村 玲<sup>1</sup>、村山康利<sup>1</sup>、小松周平<sup>1</sup>、  
塩崎 敦<sup>1</sup>、生駒久視<sup>1</sup>、栗生宜明<sup>1</sup>、市川大輔<sup>1</sup>、  
藤原 齊<sup>1</sup>、岡本和真<sup>1</sup>、大辻英吾<sup>1</sup>

症例は80歳、男性。来院前日からの腹痛・嘔気を主訴に当院救急外来を受診した。問診で数日前にアンコウの唐揚げを摂取していたことが判明した。下腹部に限局性の腹膜刺激徴候があり、腹部造影CTでは空腸に多数の憩室を認めた。憩室内部に魚骨を疑う線状の高吸収域があり、周囲の脂肪織濃度上昇と腹水を認めた。魚骨による空腸憩室穿通を疑い、緊急手術を行った。開腹所見では、近位空腸で間膜側に魚骨が穿通しており膿瘍形成していた。穿通部位周囲の小腸部分切除術を施行した。摘出病変では約3cmの魚骨が憩室に穿通していた。小腸憩室自体稀であるが、小腸憩室に魚骨が穿通し腹腔内膿瘍を来すことはさらに稀である。近年の画像診断の発達により魚骨穿孔・穿通は術前診断がなされる場合が多いが、本例でもCTにより術前診断が可能であった。今回我々は、魚骨が小腸憩室に穿通した非常に稀な一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## D29

単孔式腹腔鏡下手術を施行した、魚骨の小腸貫通により腹膜炎をきたした1例

<sup>1</sup>関西労災病院 初期研修医

<sup>2</sup>関西労災病院 外科

高瀬洪生<sup>1</sup>、村上剛平<sup>2</sup>、田村茂行<sup>2</sup>、竹野 淳<sup>2</sup>、  
大根田康雄<sup>2</sup>、石田 智<sup>2</sup>、森本祥悠<sup>2</sup>、佐藤泰史<sup>2</sup>、  
桑原隆一<sup>2</sup>、稲留遵一<sup>2</sup>、内藤 敦<sup>2</sup>、桂 宜輝<sup>2</sup>、  
大村仁昭<sup>2</sup>、賀川義規<sup>2</sup>、武田 裕<sup>2</sup>、加藤健志<sup>2</sup>

魚骨の小腸貫通による腹膜炎に対し、単孔式腹腔鏡下に小腸部分切除を施行した1例を経験したので報告する。症例は84歳男性。来院2日前から腹痛があり、症状増悪を認めたため当院救急搬送となった。発熱、炎症反応高値、右側腹部を中心とした腹膜刺激徴候を認めた。腹部CTにて同部小腸に高吸収域の線状陰影を認め、また腸間膜に free air を認めた。以上の所見から異物による小腸穿孔及び腹膜炎と診断し、緊急手術を施行した。単孔式腹腔鏡下に手術を施行した。右側腹部に虫垂炎術後の影響と思われる屈曲して癒着した小腸を認め、同小腸を貫通するように線状の異物を確認した。臍創部より小腸を体外に引き出し、穿孔部を含めた色調不良を呈する小腸を部分切除した。腹腔内を十分洗浄しドレーンを留置した。術後の問診で3日前に鯖を摂取したとのことで、魚骨による小腸貫通と診断した。術後は創部感染を認めたが概ね経過良好で軽快退院となった。

## D28

イレウスを繰り返した NSAIDs 起因性多発小腸潰瘍の1例

<sup>1</sup>神戸大学 食道胃腸外科

渡部晃大<sup>1</sup>、山下公大<sup>1</sup>、金光聖哲<sup>1</sup>、角 泰雄<sup>1</sup>、  
山本将士<sup>1</sup>、金治新悟<sup>1</sup>、押切太郎<sup>1</sup>、中村 哲<sup>1</sup>、  
鈴木知志<sup>1</sup>、掛地吉弘<sup>1</sup>

NSAIDs 内服は一般的に消化管潰瘍の原因となるが、狭窄を多発する例は稀である。患者は70歳代男性。変形性膝関節症の既往があり、ロキソプロフェンナトリウムを長期間内服していた。嘔吐を主訴に来院し、CTで小腸の拡張と虚脱を認めた。イレウスの診断でイレウス管を留置し、保存的加療の方針となった。症状は改善したが、その後、再燃と寛解を繰り返した。精査のために審査腹腔鏡を施行した。回盲弁から Treitz 靱帯に至る全小腸に明らかな器質的变化を認めなかった。次に上下部ダブルバルーン内視鏡検査を施行し、遠位小腸に多発する潰瘍と膜様狭窄を認めた。長期間の NSAIDs 内服が原因と考えられた。小腸部分切除術を施行し、術中内視鏡にて狭窄を同定し、切除範囲を決定した。病理検査で狭窄部に潰瘍瘢痕を疑う所見を認めた。NSAIDs 起因性多発小腸潰瘍で狭窄を多発しイレウスを来した1例を経験したので、これを報告する。

## D30

空腸憩室穿孔に対して単孔式空腸部分切除術を施行した1例

<sup>1</sup>関西労災病院 外科

山岡 祥<sup>1</sup>、桑原隆一<sup>1</sup>、賀川義規<sup>1</sup>、大根田康雄<sup>1</sup>、  
石田 智<sup>1</sup>、森本祥悠<sup>1</sup>、佐藤泰史<sup>1</sup>、内藤 敦<sup>1</sup>、  
村上剛平<sup>1</sup>、桂 宜輝<sup>1</sup>、大村仁昭<sup>1</sup>、竹野 淳<sup>1</sup>、  
武田 裕<sup>1</sup>、加藤健志<sup>1</sup>、田村茂行<sup>1</sup>

【はじめに】小腸憩室は消化管憩室症の0.07%–3%と報告されている。その穿孔症例に対しては外科的切除が原則とされている。多孔式腹腔鏡下手術の報告はあるが、単孔式で診断治療した報告はない。【症例】70代男性、発熱、左側腹部痛を主訴に受診した。血液検査で炎症反応の上昇あり、腹部CTにて左側腹部の小腸周囲にガスを伴った限局した液体貯留と周囲の脂肪織濃度上昇を認めた。小腸穿孔と診断し緊急手術となった。臍部に3cmの皮膚切開をおき開腹した。EZアクセス（トロッカーは5mmを3本使用）装着し単孔式で小腸間膜の炎症による癒着を剥離した。トライツ靱帯より20cmの空腸に憩室を多数みとめ、その一部が穿孔していた。穿孔部を腹腔外に導出しその他の小腸憩室を含め腸管の切離吻合した。術後合併症は認めず退院となった。【まとめ】空腸憩室穿孔に対して単孔式空腸部分切除術を施行した1例を経験した。