

第201回 近畿外科学会 プログラム・抄録

日 時：平成 30 年 5 月 19 日（土）

会 場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6

TEL 06-6772-5931

評議員会会場：大阪国際交流センター 1 階大ホール

会 長 掛 地 吉 弘

神戸大学大学院医学研究科外科学講座 食道胃腸外科学分野

第202回 近畿外科学会ご案内

第202回近畿外科学会を下記の通り開催しますので、多数ご参加下さいますようご案内申し上げます。

記

1. 開催日：平成31年9月28日（土）
2. 会場：大阪国際交流センター
〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6
TEL. 06-6772-5931
3. 演題登録開始予定日：平成31年3月6日（水）より
演題登録締切予定日：平成31年5月15日（水）まで
4. 演題登録：
近畿外科学会のホームページ（<http://plaza.umin.ac.jp/kinkigek/>）
から「演題募集」をクリックして頂き、登録画面の案内に従って登録して下さい。
5. お問い合わせ・その他：
※オンライン登録に関するお問い合わせは、近畿外科学会事務局
（TEL. 06-6941-5622 FAX. 06-6941-5625 E-mail kinkigeka@adfukuda.jp）へお願い
致します。

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2
大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学
第202回 近畿外科学会

会長 森 正 樹

TEL. 06-6879-3251

FAX. 06-6879-3259

第201回 近畿外科学会
プログラム

会長

神戸大学大学院医学研究科外科学講座 食道胃腸外科学分野

掛地吉弘

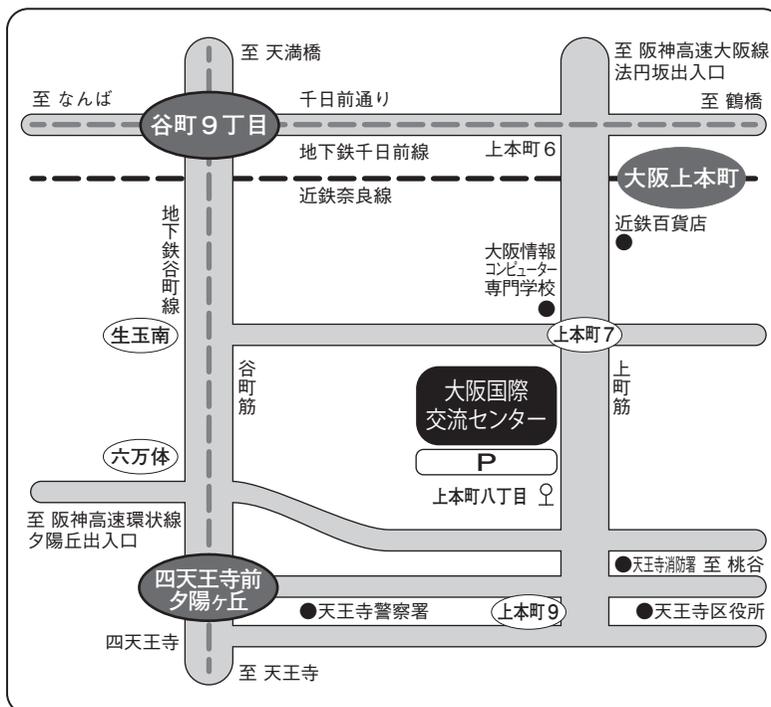
会場案内図

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

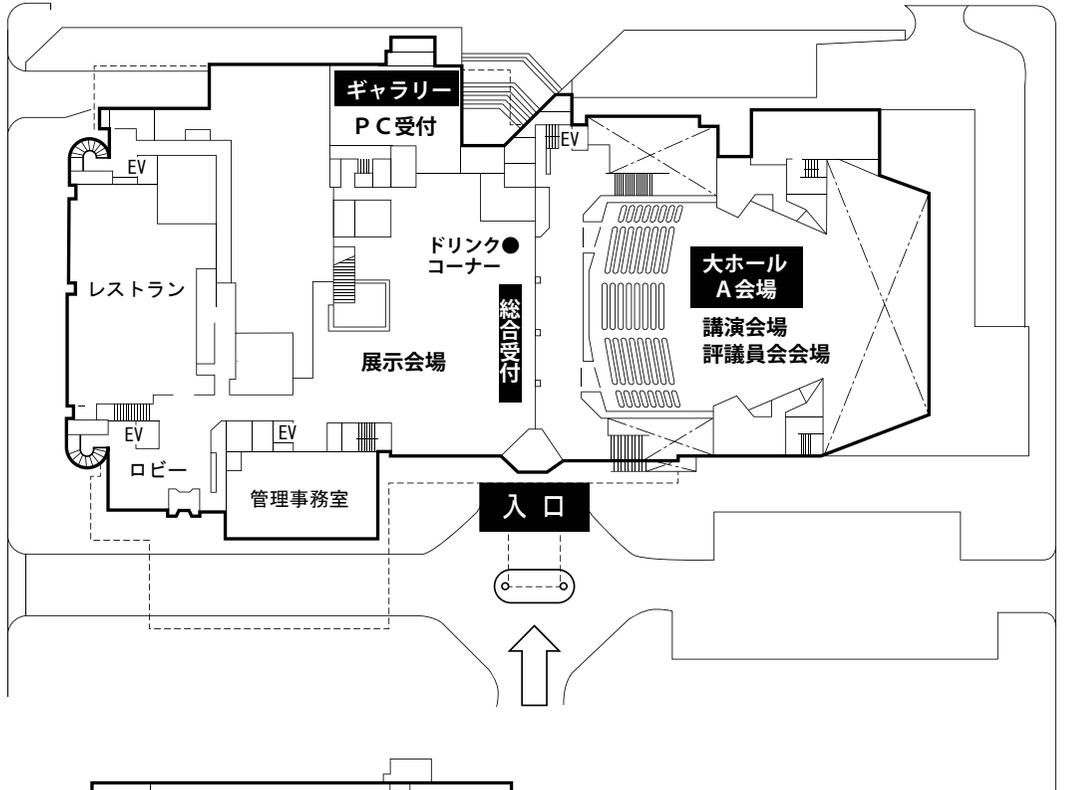
- JR環状線（鶴橋乗りかえ）近鉄「上本町」下車、徒歩5分
- 地下鉄谷町線「東梅田」乗車「谷町九丁目」下車、徒歩10分

関西国際空港から約60分

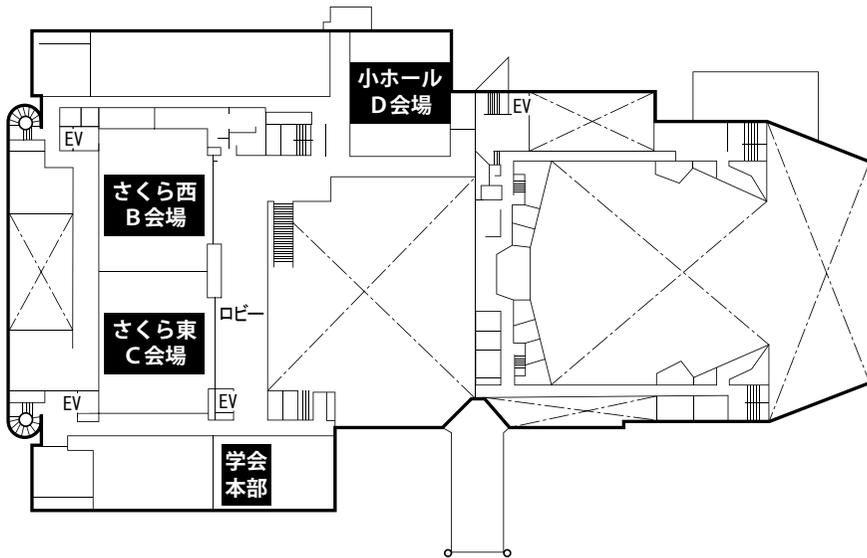
- リムジンバス（上本町線）で「近鉄上本町」へ
- 南海本線（難波乗りかえ）近鉄「上本町」へ

会場配置図

1F



2F

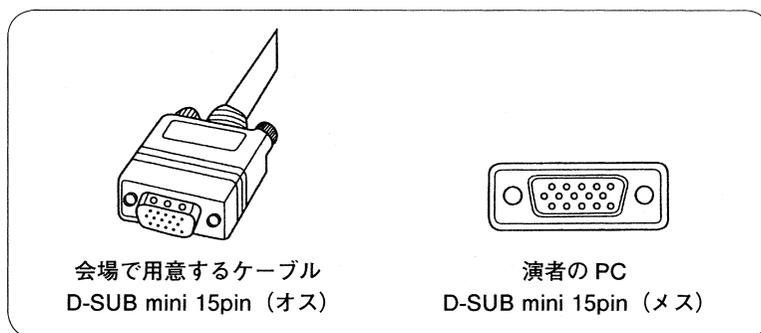


演者、参加者へのお願い

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45分よりB会場・C会場にて行います。一般参加の先生方、評議員の先生方ともご参加下さい。**お弁当の数に限りがございますので、先着順とさせていただきます。ご了承のほど、何卒よろしくお願ひ申し上げます。**
7. **評議員会**：11時20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：06-6941-5622, E-mail：kinkigeika@adfukuda.jp）迄、事前にお問い合わせ下さい。

A 会場 (1F 大ホール)		B 会場 (2F さくら西)	
8:55	開会の辞		
9:00	小腸① A01～05 座長：久下 博之	9:00	肝① B01～04 座長：田中 基文
9:40	小腸② A06～10 座長：窪田 健	9:32	肝② B05～09 座長：武部 敦志
10:20		10:12	胸部・縦隔・肺 B10～13 座長：田中 雄悟
10:25	モーニングセミナー 「Tips for IBD surgery」 司会：森 正樹 演者 1：渡谷 祐介、演者 2：水島 恒和 共催：ミヤリサン製薬株式会社	10:44	
11:15		11:45	ランチョンセミナー 1 「結腸癌における腹腔鏡下手術」 司会：田中慶太郎 演者 1：上田 和毅、演者 2：松田 武 共催：コヴィディエンジャパン株式会社
11:20	評議員会	12:45	
11:35		12:50	特別講演 「消化器癌治療の最前線 ～ロボット手術から化学療法まで～」 司会：坂井 義治 演者 1：佐藤 武郎、演者 2：寺島 雅典 共催：中外製薬株式会社
13:50		13:55	アフタヌーンセミナー 「胃癌治療における免疫チェックポイント阻害剤」 司会：大辻 英吾 演者：今村 博司 共催：小野薬品工業株式会社/ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
13:55	第26回日本外科学会 生涯教育セミナー 「最新の診断技術」 司会：山上 裕機 開会の挨拶 (13:55～14:00) 山上 裕機 1. 肺癌・消化器癌における遺伝子パネル検査を用いた precision medicine (14:00～14:45) 講師：西尾 和人 2. 胆膵腫瘍の分子病理診断 (14:45～15:30) 講師：全 陽 3. Radiomics 時代を迎える上腹部最新画像診断 (15:30～16:15) 講師：五島 聡 4. 最新の消化器内視鏡診断技術 (16:15～17:00) 講師：北野 雅之 閉会の挨拶 (17:00～17:05) 山上 裕機 担当：一般社団法人日本外科学会事務局 事業部 第一事業課 倉持 卓	14:45	ヘルニア① B14～17 座長：清水 智治
		15:17	ヘルニア② B18～20 座長：吉岡 慎一
		15:41	乳腺 B21～24 座長：河野 誠之
17:05	閉会の辞	16:13	

C 会場 (2F さくら東)		D 会場 (2F 小ホール)	
9:00	胃① C01～05 座長：六車 一哉	9:00	膵臓、脾・門脈① D01～06 座長：外山 博近
9:40	胃② C06～11 座長：李 相雄	9:48	膵臓、脾・門脈② D07～11 座長：増井 俊彦
10:28	胃③ C12～17 座長：角田 茂	10:28	胆道 D12～16 座長：川井 学
11:16		11:08	
11:45	ランチオンセミナー 2 「Harmonic [®] HDとEchelon Flex [®] GST [®] による 上部消化管内視鏡下手術～郭清と再建～」 司会：大平 雅一 演者 1：押切 太郎、演者 2：倉橋 康典 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社		
12:45			
13:55	食道 C18～21 座長：新海 政幸	13:55	大腸① D17～21 座長：肥田 侯矢
14:27	十二指腸 C22～26 座長：安田 貴志	14:35	大腸② D22～26 座長：原口 直紹
15:07	心・血管 C27～30 座長：沼田 智	15:15	大腸③ D27～31 座長：中西 正芳
15:39	腹膜・腸間膜 C31～35 座長：金光 聖哲	15:55	
16:19			

A 会場 (1F 大ホール)

午 前 の 部 (9:00~11:35)

小腸① (9:00~9:40)

座長 久下 博之

(奈良県立医科大学 消化器・総合外科)

- A01 ビニール製手袋の摂取により腸閉塞・消化管穿孔をきたした1例
野崎徳洲会病院 外科 杉原 康介
- A02 小腸穿孔をきたした腸管アミロイドーシスの1例
大阪市立総合医療センター 消化器外科・肝胆膵外科 澄川 美奈子
- A03 クロウン病に対して単孔式腹腔鏡補助下回盲部切除術、狭窄形成術を施行した1例
兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科 桑原 隆一
- A04 単孔式腹腔鏡手術にて治療したメッケル憩室症の2例
神戸労災病院 外科 中山 俊二
- A05 腸閉塞をきたした腸回転異常症の1例
加古川中央市民病院 外科 久野 晃路

小腸② (9:40~10:20)

座長 窪田 健

(京都府立医科大学 消化器外科)

- A06 腸重積を来した小腸血管腫の一例
国立病院機構 神戸医療センター 外科 秋山 真吾
- A07 小腸炎症性ポリープによる腸重積の一例
府中病院 医師研修センター 初期臨床研修室 砂田 大賀
- A08 術前に診断しえた肺癌小腸転移によるイレウスの一例
淀川キリスト教病院 外科 安積 佑樹
- A09 上腸間膜動脈血栓症手術の際に、ICG 蛍光法による腸管血流評価が有用であった一例
奈良県総合医療センター 外科 宮尾 晋太郎
- A10 ICG 蛍光法により術中腸管血流評価を行った3例
ツカザキ病院 外科 土井 正太郎

モーニングセミナー（10：25～11：15） A会場（1F 大ホール）

「Tips for IBD surgery」

司会：大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学 教授 森 正 樹

演者 1：広島大学大学院医歯薬保健学研究科 外科学 講師 渡 谷 祐 介
「クローン病消化管吻合法の変遷と課題」

演者 2：大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学/炎症性腸疾患学 寄付講座教授 水 島 恒 和
「腹腔鏡下大腸全摘と J - pouch による再建」

共催：ミヤリサン製薬株式会社

評議員会（11：20～11：35） A会場（1F 大ホール）

午 後 の 部 (12:50~17:05)

特別講演 (12:50~13:50) A会場 (1F 大ホール)

「消化器癌治療の最前線～ロボット手術から化学療法まで～」

司会：京都大学大学院医学研究科 消化管外科学 教授 坂 井 義 治

演者 1：北里大学医学部 下部消化管外科学 講師 佐 藤 武 郎

「大腸癌の治療計略～切って治す、切らずに延ばす～」

演者 2：静岡県立静岡がんセンター 胃外科 科部長 寺 島 雅 典

「胃癌に対するロボット手術の現況と展望」

共催：中外製薬株式会社

第26回日本外科学会 生涯教育セミナー

(13:55~17:05) A会場 (1F 大ホール)

「最新の診断技術」

司会：和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

開会の挨拶 (13:55~14:00) 和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

1. 肺癌・消化器癌における遺伝子パネル検査を用いた precision medicine (14:00~14:45)
近畿大学 ゲノム生物学教室 西 尾 和 人
 2. 胆膵腫瘍の分子病理診断 (14:45~15:30)
神戸大学病理学講座 病理診断学分野 病理ネットワーク学部門 全 陽
 3. Radiomics 時代を迎える上腹部最新画像診断 (15:30~16:15)
岐阜大学 放射線科 五 島 聡
 4. 最新の消化器内視鏡診断技術 (16:15~17:00)
和歌山県立医科大学 内科学第2講座 北 野 雅 之
- 閉会の挨拶 (17:00~17:05) 和歌山県立医科大学 第2外科 山 上 裕 機

B 会 場 (2F さくら西)

午 前 の 部 (9 : 00~12 : 45)

肝① (9 : 00~9 : 32)

座長 **田中 基文**
(神戸大学 肝胆膵外科)

B01 術後に肝嚢胞感染をきたした2例

兵庫県立加古川医療センター 外科 堀 川 学

B02 肝嚢胞長期経過観察中に出現した肝粘液嚢胞腺癌の1切除例

大阪市立大学大学院 腫瘍外科 高 橋 諒

B03 肝硬化性血管腫の1切除例

和歌山県立医科大学 第二外科 佐 藤 公 俊

B04 腹腔鏡下肝切除で診断的治療を行った肝結節性病変の1例

神戸大学 肝胆膵外科学 保 原 祐 樹

肝② (9 : 32~10 : 12)

座長 **武部 敦志**
(近畿大学 肝胆膵外科)

B05 自然壊死を伴う淡明細胞型肝細胞癌の1例

兵庫県立がんセンター 消化器外科 吉 田 俊 彦

B06 肝細胞癌の骨盤内播種の一例

神戸大学 肝胆膵外科 西 沢 祐 輔

B07 肝細胞癌 RFA 施行後、胆管内腫瘍栓再発、副腎転移に外科的切除を施行した一例

関西労災病院 消化器外科 野 瀬 陽 平

B08 肝細胞癌腹膜播種再発に対し分子標的薬による治療後に切除しえた1例

大阪国際がんセンター 消化器外科 藤 井 涉

B09 生体肝移植術後の多量腹水症例の検討

京都大学 肝胆膵移植外科 岩 城 謙太郎

胸部・縦隔・肺 (10:12~10:44)

座長 田中 雄悟
(神戸大学 呼吸器外科)

B10 外傷7日後に、大量出血を発症した外傷性血胸の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

B11 胸壁血管腫の2例

東近江総合医療センター 呼吸器外科 苗村 佑樹

B12 Transmanubrial アプローチにより右鎖骨下リンパ節転移の切除を行った一例

神戸大学 呼吸器外科 光井 卓

B13 腎癌術後14年目に切除された孤立性肺転移の1例

市立豊中病院 外科 安藤 紘史郎

ランチオンセミナー1 (11:45~12:45) B会場 (2F さくら西)

「結腸癌における腹腔鏡下手術」

司会: 大阪医科大学 一般・消化器外科

田中 慶太郎

演者1: 近畿大学医学部附属病院 内視鏡外科

上田 和毅

演者2: 神戸大学大学院 低侵襲外科学

松田 武

共催: コヴィディエンジャパン株式会社

午 後 の 部 (13:55~16:13)

アフタヌーンセミナー (13:55~14:45) B会場 (2F さくら西)

「胃癌治療における免疫チェックポイント阻害剤」

司会：京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器外科学 教授 大 辻 英 吾

演者：市立豊中病院 消化器外科部長 今 村 博 司

「患者ファーストの胃がん治療を目指して ~免疫療法による新しい風~」

共催：小野薬品工業株式会社/ブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社

ヘルニア① (14:45~15:17)

座長 清水 智治

(滋賀医科大学 消化器外科)

B14 腹腔鏡下に修復した特発性上腰ヘルニアの1例

大阪府済生会中津病院 外科 井 上 和 樹

B15 閉鎖孔ヘルニアに対し腹腔鏡・前方アプローチ併用手術を施行した一例

公立宍粟総合病院 外科 藤 澤 亮 裕

B16 肛門癌 Miles 術後2年9か月で Posterior Vaginal Hernia をきたした1例

和歌山県立医科大学 第2外科 兵 貴 彦

B17 経会陰的にメッシュで修復した直腸癌術后会陰ヘルニアの一例

京都大学医学部附属病院 消化管外科 田 村 直 紀

ヘルニア② (15:17~15:41)

座長 吉岡 慎一

(西宮市立中央病院 外科)

B18 メッシュプラグ法術後 右大腿ヘルニア嵌頓に対して単孔式 TEP を施行した1例

近畿中央病院 外科 若 杉 正 樹

B19 右鼠径ヘルニア陥頓を伴った腹腔内絞扼性イレウスの一例

公立八鹿病院 松 田 佑 輔

B20 鼠径ヘルニアに対する TAPP 法の検討

大阪府済生会中津病院 外科・消化器外科 裏 川 直 樹

乳腺 (15 : 41~16 : 13)

座長 河野 誠之

(製鉄記念広畑病院 乳腺外科)

B21 多臓器転移をきたした乳腺悪性葉状腫瘍の1例

神戸大学 乳腺外科 杉谷 諭 奈

B22 孤立性末梢性乳管内乳頭腫に非浸潤性乳管癌が併発した一例

大阪市立総合医療センター 乳腺外科 瀬戸 郁 美

B23 血管新生阻害作用薬を先行投与し完全寛解が得られた、急速増大した転移性 basal subtype 乳癌の一例

明和病院 外科 北村 優

B24 薬物療法により subtype が変わり再燃した HER2 陽性 STAGE IV 乳癌の1例

兵庫県立がんセンター 乳腺外科 金子 友 紀

C 会 場 (2F さくら東)

午 前 の 部 (9:00~12:45)

胃① (9:00~9:40)

座長 六車 一哉
(大阪市立大学 腫瘍外科)

- C01 炭酸ランタン内服中に生じた特発性胃穿孔の1例
兵庫県立西宮病院 外科 河 井 邦 彦
- C02 急性胃拡張による胃穿孔術後の再発に対して胃全摘術を施行した1例
製鉄記念広畑病院 外科 船 本 英
- C03 食道裂孔ヘルニアに十二指腸癒痕狭窄を合併し胃穹窿部壊死をきたした1例
大阪市立総合医療センター 消化器外科 白 井 大 介
- C04 腹腔鏡下胃固定術を施行した胃軸捻転症の1例
春秋会城山病院 消化器・乳腺センター外科 片 岡 淳
- C05 待機的に腹腔鏡下手術を施行した左胃大網静脈瘤の1例
大阪医科大学 一般・消化器外科 田 中 亮

胃② (9:40~10:28)

座長 李 相雄
(大阪医科大学 一般・消化器外科)

- C06 胃局所切除を施行した胃神経鞘腫の1例
神戸労災病院 外科 阿 河 杏 介
- C07 不完全型 Carney's triad が疑われた類上皮型胃 GIST の1例
守口敬仁会病院 外科 吉 村 大 士
- C08 当院における胃粘膜下腫瘍に対する NEWS の手技と工夫
淀川キリスト教病院 外科 山 内 沙 耶
- C09 15 cm 長の barbed suture を併用した modified delta-shaped gastroduodenostomy
鳳胃腸病院 外科 徳 原 孝 哉

C10 腹腔鏡下胃全摘術後の Roux-en-Y 吻合部に発生した逆行性腸重積の1例
北播磨総合医療センター 外科・消化器外科 藤 中 亮 輔

C11 胃全摘術後空腸囊拡張に対する腹腔鏡下切除術の一例
和歌山県立医科大学 第2外科 中 井 智 暉

胃③ (10:28~11:16)

座長 角田 茂
(京都大学 消化管外科)

C12 肥満症例に対する腹腔鏡下胃切除術の対策とその有効性
兵庫県立がんセンター 消化器外科 後 藤 裕 信

C13 内科的治療抵抗性を示す若年発症病的肥満・2型糖尿病患者に対し腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を行った1例
武田総合病院 外科 岩 田 辰 吾

C14 術前診断し得なかった進行胃癌の3例
京都市立病院 総合外科 増 尾 彰 彦

C15 胃癌を合併したメネトリエ病に対して幽門側胃切除術を行い栄養状態の改善を認めた1例
大阪府済生会茨木病院 外科 石 原 伸 朗

C16 内科的コントロール不良の Cronkhite-Canada 症候群に対して免疫療法+手術療法が有効であった一例
京都大学医学部附属病院 総合臨床教育・研修センター 山 下 徳 之

C17 化学療法でCRとなるも原発巣再発を認めた胃癌、同時性肝転移の一例
兵庫県立がんセンター 消化器外科 吉 田 佐 智 子

ランチオンセミナー2 (11:45~12:45) C会場 (2F さくら東)

「Harmonic® HD と Echelon Flex® GST®による
上部消化管内視鏡下手術～郭清と再建～」

司会：大阪市立大学大学院 腫瘍外科学 大 平 雅 一

演者1：神戸大学大学院 食道胃腸外科学 押 切 太 郎

演者2：兵庫医科大学 上部消化管外科 倉 橋 康 典

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

午 後 の 部 (13:55~16:19)

食道 (13:55~14:27)

座長 新海 政幸
(近畿大学 外科)

- C18 FDG の高度集積を認めた食道偽憩室に起因する食道腫瘍の一例
神戸大学 食道胃腸外科 澤 田 隆一郎
- C19 胸腔鏡下胸管結紮術が奏功した食道癌術後乳び胸の1例
大阪国際がんセンター 消化器外科 阿 部 智 喜
- C20 胸部食道扁平上皮癌に対する粒子線治療後の再発の診断で胸腔鏡下 Salvage 手術を施行した1例
大阪市立大学 消化器外科 中 亮 子
- C21 酸性洗剤飲用により完全閉塞をきたした腐食性食道炎の一例
神戸大学 食道胃腸外科 石 田 苑 子

十二指腸 (14:27~15:07)

座長 安田 貴志
(甲南病院 外科)

- C22 CT で診断し得た鈍的外傷による十二指腸穿孔の1例
済生会京都府病院 外科 宮 川 公 治
- C23 長期生存が得られた十二指腸原発癌肉腫の1切除例
市立豊中病院 外科 大 嶋 恭 輔
- C24 術前化学療法により治癒切除が可能となった肝転移を伴う原発性十二指腸癌の一例
大阪医科大学 一般・消化器外科 萩 原 精 太
- C25 十二指腸乳頭部癌の肝転移に対して局所治療を繰り返すことにより長期生存が得られている1例
JCHO 大阪病院 外科 大 橋 朋 史
- C26 当院における十二指腸 LECS の検討
神戸大学 食道胃腸外科 渡 部 晃 大

心・血管 (15:07~15:39)

座長 沼田 智

(京都府立医科大学 心臓血管外科)

- C27 両側同時に橈骨動脈解離を発症した血管型 Ehlers-Danlos 症候群の 1 例
大阪医科大学 胸部外科 神 吉 佐智子
- C28 腎摘後に、傍腎動脈腹部大動脈瘤手術を施行し、腎保護に上腕動脈-腎動脈灌流を使用した 1 例
北播磨総合医療センター 心臓血管外科 小 濱 拓 也
- C29 腹部大動脈拡大を伴った総腸骨動脈瘤に対し、Iliac Branch Endoprosthesis を用いて治療した 1 例
兵庫県立淡路医療センター 心臓血管外科 高 野 友 花
- C30 重症一次性単独三尖弁閉鎖不全症に対し三尖弁形成術を施行した一例
大阪医科大学 外科学講座 胸部外科学教室 鈴 木 達 也

腹膜・腸間膜 (15:39~16:19)

座長 金光 聖哲

(淀川キリスト教病院 外科)

- C31 再発性特発性気腹症の 1 例
製鉄記念広畑病院 外科 中 村 勝 也
- C32 術前診断がつかず術後も治療方針に苦慮した原発性腹膜癌の一例
西神戸医療センター 外科・消化器外科 原 田 崇 史
- C33 腸間膜腫瘍と鑑別困難であった小腸間膜の非腫瘍性リンパ節症の一例
京都府立医科大学 消化器外科 玉 井 瑞 希
- C34 診断に CT が有用であった冠動脈バイパス術後の腸間膜脂肪織炎の一例
関西医科大学総合医療センター 心臓外科 谷 口 直 樹
- C35 腹腔鏡下摘出術によって診断が得られた腸間膜原発リンパ管腫の一例
兵庫県立がんセンター 西 将 康

D 会 場 (2F 小ホール)

午 前 の 部 (9:00~11:08)

膵臓、脾・門脈① (9:00~9:48)

座長 外山 博近
(神戸大学 肝胆膵外科)

- D01 十二指腸癌の診断で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した結果、リンパ節転移を伴う非機能性十二指腸 NET と診断された1例
在日本南プレスビテリアンミッション淀川キリスト教病院 外科 大川 太資
- D02 膵、十二指腸神経内分泌腫瘍に空腸 gastrointestinal stromal tumor を合併した von Recklinghausen 病の一例
大阪市立総合医療センター 消化器外科 菊地 拓也
- D03 小腸 GIST の術前診断で切除した膵神経内分泌腫瘍 (pNET) の1例
大阪府済生会中津病院 向山 知佑
- D04 集学的治療により conversion 手術可能となり、長期生存を得られている多発肝転移を伴うグルカゴノーマの1例
京都大学 肝胆膵移植外科 宗景 史晃
- D05 多発膵神経内分泌腫瘍 (panNEN) を有する MEN1 症例において、術中 SACI test をもとにインスリノーマ核出術を施行した一例
神戸大学 肝胆膵外科 朝倉 悠
- D06 当院における膵神経内分泌腫瘍6例の検討
加古川中央市民病院 消化器外科 山崎 伸明

膵臓、脾・門脈② (9:48~10:28)

座長 増井 俊彦
(京都大学 肝胆膵・移植外科)

- D07 治療方針に苦慮した胃十二指腸動脈仮性動脈瘤の一例
田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター外科 伊藤 聖顕
- D08 膵癌に対する GEM + nab-PTX 併用療法の使用経験
滋賀県立総合病院 外科 鎌田 泰之

- D09 膵転移をきたした Merckel cell carcinoma の 1 切除例
和歌山県立医科大学 第二外科 吉 村 知 絃
- D10 腹腔鏡下尾側膵切除術を施行した感染性膵粘液性嚢胞腫瘍の 1 例
神戸大学 肝胆膵外科 清 水 貴
- D11 悪性疾患が否定できず腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した脾過誤腫の 1 例
関西電力病院 消化器外科 杉 本 堯

胆道 (10 : 28~11 : 08)

座長 川井 学

(和歌山県立医科大学 第 2 外科)

- D12 腹腔鏡下胆嚢摘出術後の副肝管損傷による遅発性胆汁漏の 1 例
神戸医療センター 消化器外科 石 田 潤
- D13 胆嚢管から右肝管が分岐する胆道破格を有する急性胆嚢炎の 1 例
兵庫県立淡路医療センター 外科 小 泉 宣
- D14 胆道感染症に続発した肝鎌状間膜炎、門脈血栓症の 1 例
中和病院 外科 松 本 弥 生
- D15 胆嚢癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性胆嚢炎の 1 例
神戸大学 肝胆膵外科 橋 本 悠
- D16 肉腫様変化を伴った巨大肝内胆管癌の 1 例
明和病院 外科 赤 塚 昌 子

午 後 の 部 (13:55~15:55)

大腸① (13:55~14:35)

座長 肥田 侯矢
(京都大学 消化管外科)

- D17 下行結腸癌術後に偽膜性腸炎を発症し治療に難渋した1例
甲南病院 外科 清水 昭一朗
- D18 S状結腸間膜の高度浮腫を伴う腸炎に対し緊急手術を施行した一例
兵庫県立西宮病院 瀧口 暢生
- D19 消化管穿孔を来した collagenous colitis の1例
南奈良総合医療センター 外科 定光 ともみ
- D20 潰瘍性大腸炎術後32年で apical bridge による腸閉塞をきたした1例
兵庫医科大学病院 炎症性腸疾患外科 佐々木 寛文
- D21 大腸イレウスをきたした糞石イレウスの1例
多根総合病院 外科 庄司 太一

大腸② (14:35~15:15)

座長 原口 直紹
(大阪大学 消化器外科)

- D22 S状結腸癌術後9年目に噴門部リンパ節に再発をきたした一例
京都大学 消化管外科 大森 敦仁
- D23 急性虫垂炎術後に原発性虫垂癌と診断され、二期的に回盲部切除、子宮全摘術、右附属器摘出および低位前方切除術を施行した1症例
八尾総合病院 消化器センター外科 革島 悟史
- D24 精巣腫大を契機に指摘された進行虫垂癌の一例
奈良県総合医療センター 外科 西岡 歩美
- D25 巨大卵巣腫瘍を契機に発見された直腸S状部癌の1例
大阪市立大学 腫瘍外科 崎村 千恵
- D26 早期診断により根治切除しえた直腸悪性黒色腫の1例
北播磨総合医療センター 外科 佐伯 崇史

大腸③ (15:15~15:55)

座長 中西 正芳

(京都府立医科大学 消化器外科)

- D27 左結腸動脈温存 D3 郭清の定形化：当院での試み
神戸大学 食道胃腸外科 前 原 律 子
- D28 腎血管変異を認めた直腸癌に腹腔鏡下低位前方切除を行った1例
高槻病院 消化器外科 山 田 康 太
- D29 Hirschsprung 病術後に発症した下行結腸癌の1切除例
奈良県立医科大学 消化器・総合外科 土 井 駿 介
- D30 直腸癌に対し臓器温存治療後2年で局所再発した1例
大阪国際がんセンター 外科 市 原 もも子
- D31 扁桃転移をきたした直腸癌の一例
守口敬仁会病院 外科 横 内 隆

一 般 演 題
抄 錄

A01

ビニール製手袋の摂取により腸閉塞・消化管穿孔をきたした 1 例

¹野崎徳洲会病院 外科

²野崎徳洲会病院 内科

³野崎徳洲会病院 総合診療科

杉原康介¹、片山勇人²、糸原孟則³、大橋康広²、

北澤孝三²、井戸垣融²、車 清悟³、坂井昇道¹、

小野山裕彦³

精神発達遅滞がある16歳男性。3日前からの嘔吐で当院救急外来を受診した。腹部所見は軽微で、腹部レントゲン検査にて拡張した小腸ガス像と Niveau 像、腹部 CT では回腸に Bubbly mass and impaction sign 及びその口側に液体貯留認めた。小腸閉塞と診断、保存的治療を試みたが改善せず手術を実施した。開腹所見では混濁した腹水を認め、Traiz 靱帯より2.8mの回腸に穿孔を認めた。穿孔より肛門側の腸管に異物塊を触れ小腸部分切除を実施した。異物塊はビニール製の手袋であった。知的障害を持つ患者の腸閉塞では臨床症状乏しく診断が遅れることもあるため早急な外科的治療を考慮する必要があると考えられた。

A03

クローン病に対して単孔式腹腔鏡補助下回盲部切除術、狭窄形成術を施行した 1 例

¹兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科

桑原隆一¹、池内浩基¹、皆川知洋¹、堀尾勇規¹、

佐々木寛文¹、蝶野晃弘¹、坂東俊宏¹、内野 基¹

クローン病（以下 CD）の患者数は増加傾向である。今回 CD に対して単孔式腹腔鏡下手術を施行した1例を経験したので報告する。症例は28歳女性（身長147cm、体重31kg、BMI14.6）。25歳時に発症の小腸型クローン病で5-ASA、栄養療法、生物学的製剤投与にて経過観察されていたが、回腸末端に狭窄を疑う病変を認め手術目的で当科紹介となった。手術は臍部に cm の皮膚切開を置いてラッププロテクターミニと EZ アクセス（八光、東京）を装着し、同部位より5mm ポートを3本挿入して単孔式腹腔鏡手術を行った。腹腔鏡操作で回盲部を授動し腸管切離は体外で腸管切除+狭窄形成を行った。手術時間は1時間58分、出血量は25mlである。術後明らかな合併症なく順調に経過し、術後14日目に退院となった。今回の症例は腹腔内の癒着もなく、瘻孔形成なども認めなかったため安全に手術が遂行できた。クローン病に対する単孔式腹腔鏡下手術は選択肢の一つになると考えられた。

A02

小腸穿孔をきたした腸管アミロイドーシスの1例

¹大阪市立総合医療センター 消化器外科・肝胆膵外科

澄川美奈子¹、玉森 豊¹、白井大介¹、西尾康平¹、

浦田順久¹、三浦光太郎¹、木下正彦¹、濱野玄弥¹、

田嶋哲三¹、出口惣大¹、櫛山周平¹、飯田優理香¹、

菊地拓也¹、米光 健¹、村田哲洋¹、高台真太郎¹、

西居孝文¹、櫻井克宣¹、日月亜紀子¹、清水貞利¹、

井上 透¹、金沢景繁¹、西口幸雄¹

症例は69歳、女性。201X年に心窩部痛にて上部消化管内視鏡検査を施行し、生検で十二指腸アミロイドーシスと診断された。その後、骨髄・下部消化管・心筋の生検ではアミロイド沈着は認めず、原因不明のアミロイドーシスとして経過観察されていた。201X+2年に全身倦怠感を主訴に救急受診し、脱水症・腎前性腎不全の診断にて入院した。入院加療中に激しい腹痛を訴え、CTにて腹腔内遊離ガス像を認めたため穿孔性腹膜炎の診断で緊急開腹術を施行した。回腸に2か所の穿孔を認め、穿孔部以外の腸管にも壁が脆弱な部分が多発していたため、約200cmの広範囲小腸切除術を施行した。病理組織診では摘出小腸の全域にアミロイド沈着を認めた。術後、敗血症によるDIC・多臓器不全をきたし、術後19日目に死亡した。透析に関連しないアミロイドーシスによる小腸穿孔は稀であり、今回急激な経過をたどった1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

A04

単孔式腹腔鏡手術にて治療したメッケル憩室症の2例

¹神戸労災病院 外科

中山俊二¹、阿河杏介¹、大村典子¹、岸 真示¹、

前田裕巳¹

症例1は40歳代、男性。BMI37の肥満症例で、右下腹部痛にて救急外来受診。CTにて回腸末端から40cmの回腸近傍に炎症性腫瘍を認め、Meckel憩室炎と診断し、単孔式腹腔鏡手術を行った。結果、Meckel憩室炎であり、憩室と共に回腸楔状切除を行った。症例2は30歳代、女性。下血を主訴に紹介受診。カプセル内視鏡にて回腸出血を疑い経肛門の小腸バルーン内視鏡検査を行ったところ、バウヒン弁より50cm程度の回腸に憩室出血を認め同日緊急手術となった。単孔式腹腔鏡手術にてメッケル憩室を同定し、回腸部分切除を行った。2症例共にメッケル憩室が周囲腸間膜と強固に癒着していたため、開腹手術を行った場合、憩室を同定して剥離をするためにある程度の大きさの手術創が必要と思われた。単孔式腹腔鏡は小さい術創で広範囲の観察と治療を行うことができ、整容性、低侵襲性において有用であると考えられたため、文献的考察を加え報告する。

A05

腸閉塞をきたした腸回転異常症の 1 例

¹加古川中央市民病院 外科久野晃路¹、三宅泰一郎¹、前田詠理¹、福井慶介¹、高瀬信尚¹、西村 透¹、阿部紘一郎¹、上月章史¹、田中智浩¹、高松 学¹、金田邦彦¹

患者は54歳、女性。来院前日から続く腹部膨満感の為近医受診し、腹部 Xp にて二ボー認め当科を紹介受診した。精査にて腸閉塞と診断、絞扼所見を認めなかった為、当科入院の上イレウス管留置による保存的加療開始した。入院翌日症状改善なく、画像上改善認めなかったことから同日緊急手術施行した。術中所見として、左上腹部で盲腸・上行結腸が著明に拡張しており液貯留を認め、腸回転異常に伴うイレウスと診断した。盲腸・上行結腸の内容物を虫垂内腔よりドレナージし、腸間膜に捻ねがないように腸管を正常位置に並べ手術終了とした。術後経過良好で第12病日に退院し、術後2ヵ月現在再発はない。腸回転異常症は稀な疾患であるが、特徴的な CT 所見から術前診断は可能である。腸回転異常症に関し若干の考察を加えて報告する。

A07

小腸炎症性ポリープによる腸重積の一例

¹府中病院 医師研修センター 初期臨床研修室砂田大賀¹、青松直撥¹、岡田拓真¹、宮本裕成¹、登千穂子¹、栗原重明¹、王 恩¹、平川俊基¹、森本純也¹、岩内武彦¹、山片重人¹、中澤一憲¹、内間恭武¹、竹内一浩¹

症例は41歳男性。血便を主訴に近医受診し精査加療目的に当院紹介となった。受診時バイタルサインは安定しており、腹部所見に特記すべき異常なく、血液検査で軽度の炎症反応の上昇を認めるのみであった。腹部 CT 検査では回腸が上行結腸に陥入し腸重積像を呈していたが、腸閉塞や腸管壊死を疑う所見を認めなかった。後日下部消化管内視鏡検査を行ったところ、腸重積先進部に1型腫瘍を認め、生検結果は炎症性ポリープであった。上行結腸腸重積に対して待機的に腹腔鏡手術を行った。腸重積の原因は回腸末端のポリープの陥入であり、小腸部分切除術を施行した。術後経過は良好で術後8日目に退院となった。病理組織は炎症性ポリープであり、直径は約25mm×20mm程度であった。成人の腸重積は比較的まれな疾患である。今回我々は小腸炎症性ポリープによる腸重積の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

A06

腸重積を来した小腸血管腫の一例

¹国立病院機構 神戸医療センター 外科秋山真吾¹、小倉佑太¹、石田 潤¹、田上修司¹、平田建郎¹、辻村敏明¹、岩崎 武¹

小腸血管腫は消化管出血や貧血により発見されることが多く、腸重積を来すことは稀である。今回、腸重積を来した小腸血管腫の1例を経験したので報告する。症例は96歳、女性。腹痛を主訴に前医を受診し、鎮痛剤を処方されるも改善せず、翌日に当院へ紹介となった。CTにて小腸重積が疑われ、緊急手術を施行した。術中所見では重積は既に解除されていたが、腫瘍性病変を疑う小腸腫瘍と周囲小腸漿膜の発赤を認め、重積部位と判断し、小腸部分切除を施行した。摘出標本では粘膜面に有茎性隆起性病変を認め、病理組織検査では腫瘍内に高度の出血を伴った毛細血管の増生を認め、血管腫の診断となった。血管腫は小腸良性腫瘍の7~10%を占める稀な疾患である。本例のように腸重積を呈し発見されることは稀であり、治療原則は外科的切除である。成人腸重積の80%以上に器質的疾患を伴うとされており、その原因として血管腫も念頭に置く必要があると考えられた。

A08

術前に診断しえた肺癌小腸転移によるイレウスの一例

¹淀川キリスト教病院 外科安積佑樹¹、金光聖哲¹、山内沙耶¹、大川太資¹、松永隆志¹、田村太一¹、宗 慎一¹、前田哲生¹、若原智之¹、吉川卓郎¹、土田 忍¹、植野 望¹、豊川晃弘¹

【はじめに】肺癌の小腸転移は比較的稀であり、術前に診断されることは少ない。今回我々は、術前に診断しえた肺癌の小腸転移によるイレウスの一例を経験したので報告する【症例】71歳男性。肺癌にて当院外来通院中であった。嘔吐を主訴に救急外来を受診、単純 CT で小腸腫瘍によるイレウスと診断された。ダブルバルーン内視鏡にて空腸に2型病変を認めた。下部消化管内視鏡検査で上行結腸に、上部消化管内視鏡検査で胃にそれぞれ粘膜下腫瘍様病変を認め、いずれの生検結果も扁平上皮癌であった。肺癌の多臓器転移の診断で腹腔鏡下小腸部分切除術が施行された。術中所見では Treitz 靱帯から約30cmの空腸に腫瘍を認め、イレウスの原因となっている小腸転移と考えられた。また上行結腸の漿膜にも白色硬化部を認め、術前指摘の転移と考えられた。播種病変は認めなかった。術後経過は良好で、術後9日目に退院となった。以上の症例につき文献的考察を加えて報告する。

A09

上腸間膜動脈血栓症手術の際に、ICG 蛍光法による腸管血流評価が有用であった一例

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
 宮尾晋太郎¹、向川英智¹、高 濟峯¹、石川博文¹、
 松阪正訓²、中谷充宏¹、西岡歩美¹、田中幸美¹、
 渡辺明彦¹

症例は80歳代の女性で、くも膜下出血、心房細動、認知症の既往があった。腹痛と冷汗を主訴に当院救命センターを受診した。CT 検査で上腸間膜動脈の第4空腸枝の末梢側に血栓を認め、広範な腸管虚血および壊死が疑われた。当科へ紹介となり緊急手術を施行した。術中肉眼所見では Treitz 靱帯から60cm から横行結腸中央まで色調不良を認めた。ICG 蛍光法を用いて確認したところ Treitz 靱帯から120cm までの空腸の血流は保たれていた。血流の保たれた腸管は温存して腸切除、横行結腸は中央で切離し機能的端々吻合を行った。術後は食事再開直後に一時的に頻回な下痢を認めたが、すみやかに改善した。その後も経過良好であり、短腸症候群をきたすことなく退院となった。近年 ICG を用いた吻合部血流評価の報告を散見する。今回我々は腸管虚血の手術において ICG による血流評価が有用であった一例を経験したため、報告する。

B01

術後に肝嚢胞感染をきたした2例

¹兵庫県立加古川医療センター 外科
 堀川 学¹、衣笠章¹、川嶋太郎¹、門馬浩行¹、
 小林 巖¹、堀 宏成¹、高瀬 至郎¹

症例1. 83歳女性。CT で胆嚢炎、総胆管結石、肝嚢胞を指摘された。ERCP、EST 施行され ENBD 留置。胆嚢・肝嚢胞穿刺では胆汁から E.faecium が検出されたが嚢胞からは細菌検出されず。保存的加療で軽快し、当科で待機的に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行。術前 DIC-CT では肝嚢胞と胆道系の交通は認めなかった。術後2日目に右季肋部痛と発熱、炎症反応の上昇を認め CT、US で感染性肝嚢胞と診断。試験穿刺で E.coli を検出。ドレナージ施行しミノサイクリン注入。軽快退院となった。

症例2. 69歳男性。十二指腸癌に対して十二指腸部分切除術を施行、経過問題なく術後6日目に退院。その後摂食不良と発熱が出現し、術後20日目に来院。CT で感染性肝嚢胞と診断し、ドレナージ及び抗菌薬投与で軽快。培養では E.aerogenes を認めた。

肝嚢胞は比較的多く認められ、周術期に問題となることは少ない。術後早期に発症した感染性肝嚢胞2例を経験したため、多少の文献的考察を加えて報告する。

A10

ICG 蛍光法により術中腸管血流評価を行った3例

¹ツカザキ病院 外科
 土井正太郎¹、安田武生¹、石原 敦¹、栄由香里¹、
 栄 政之¹、濱田 徹¹、塚崎高志¹

腸管虚血の術中評価は外科医による肉眼的判断によってなされることが多く客観性に乏しい。SPY 蛍光イメージングシステムは、Indocyanine green (以下 ICG) を用いて術中リアルタイムに血流評価が可能な血管造影装置である。腸管虚血を疑い術中 ICG 蛍光法を行いその有用性を確認した3例を若干の文献的考察を加えて報告する。【症例1】88歳、男性。絞扼性イレウスで緊急手術となった。絞扼腸管を ICG 蛍光法にて評価し、良好な血流を確認した。【症例2】56歳、女性。CT 検査にて門脈ガス所見を認め、腸管壊死疑いにて緊急手術となった。回腸に気腫性変化を認めたが、ICG 蛍光法では良好な血流を認め腸管切除は行わなかった。【症例3】79歳、男性。絞扼性イレウスで緊急手術となった。絞扼小腸の色調不良と蠕動の低下を認めたが、ICG 蛍光法では遅延を認めるも造影効果を認め腸管切除は行わなかった。いずれの症例においても、術後経過で腸管壊死の合併は認めなかった。

B02

肝嚢胞長期経過観察中に出現した肝粘液嚢胞腺癌の1切除例

¹大阪市立大学大学院 腫瘍外科
 高橋 諒¹、大平 豪¹、山添定明¹、木村健二郎¹、
 天野良亮¹、田中涼太¹、田内 潤¹、福岡達成¹、
 田村達郎¹、渋谷雅常¹、永原 央¹、豊川貴弘¹、
 田中浩明¹、六車一哉¹、前田 清¹、平川弘聖¹、
 大平雅一¹

症例は56歳の女性。44歳時に肝嚢胞と診断され、近医にてドレナージ治療を繰り返し、5年間経過観察されていた。その後3年間受診されず、上腹部痛の出現をきっかけに初診から8年後の52歳時に他院を受診した。肝嚢胞による症状と診断され、肝嚢胞ドレナージを施行された。その後再び経過観察となった。初診から約12年経過した56歳時、腫瘍マーカーの上昇を認めたため、腹部造影 CT 検査を施行した。多房性の肝嚢胞内に造影効果を受ける隆起性病変の出現を認め、悪性が疑われたため精査加療目的に当院紹介となった。肝粘液嚢胞腺癌の診断のもと拡大肝左葉切除術を施行した。病理組織学的所見は粘液嚢胞腺癌であった。肝粘液嚢胞腺癌は比較的稀な疾患で、原発性肝癌全体の0.1%と報告されている。今回我々は長期間の肝嚢胞経過観察中に粘液嚢胞腺癌の出現を認め、外科的切除を行った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。

B03

肝硬化性血管腫の 1 切除例

¹和歌山県立医科大学 第二外科佐藤公俊¹、速水晋也¹、上野昌樹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、
須崎紀彦¹、小林良平¹、山上裕機¹

【背景】肝硬化性血管腫は非常に稀な肝良性腫瘍であり、画像所見は様々で術前診断が非常に困難である。今回、肝硬化性血管腫の1切除例を経験したので報告する。【症例】84歳男性。胃癌術前検査の造影CTでリング状に造影される2.5cm大の結節を肝S5領域に認めた。PET/CTではFDG集積を認めず、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。悪性の可能性を否定できず、腹腔鏡下幽門側胃切除（B-I再建）・腹腔鏡下肝S5部分切除術を施行した。肉眼的には周囲の肝組織の萎縮を伴う白色の軟らかい腫瘍像であった。最終病理は肝硬化性血管腫の診断であった。【考察・結論】肝硬化性血管腫の術前診断にPET/CTでFDG集積を認めないという陰性所見が有用との報告もあるが、高分化型肝細胞癌のようにFDG集積を認めない悪性腫瘍もあり、鑑別はやはり困難である。肝硬化性血管腫の可能性も念頭に置いた術前画像診断が必要であると考えられ、画像・病理診断を中心とした文献的考察を行う。

B05

自然壊死を伴う淡明細胞型肝細胞癌の 1 例

¹兵庫県立がんセンター 消化器外科吉田俊彦¹、松本 拓¹、吉田佐智子¹、山岸 農¹、
柿木啓太郎¹、藤野泰宏¹、西 将康¹、池田公治¹、
後藤裕信¹、大山正人¹、大坪 大¹、今西達也¹、
富永正寛¹

【はじめに】肝細胞癌の中には淡明な細胞質を有する淡明細胞型が存在するが、本邦では比較的にまれとされている。今回われわれは自然壊死を伴う大型の淡明細胞型肝細胞癌を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】71歳女性。3年前より肝右葉に巨大な嚢胞性腫瘍を認めたが、生検で悪性所見を認めなかったため経過観察となっていた。今回フォロー中に腫瘍の増大及び周囲に複数の結節影の出現を認めたため精査目的に紹介となり、腫瘍生検で悪性所見を認めたため肝右葉切除術を行った。腫瘍径は10cm、肉眼的には単純結節周囲増殖型であり、中心部の嚢胞性腫瘍は凝固壊死に陥っていた。また、周囲の複数の結節は肝細胞由来の淡明細胞癌であり、凝固壊死を伴っていた。背景肝に線維化は認めなかった。【結語】大型の淡明細胞型肝細胞癌はまれであり、かつ自然経過での凝固壊死を伴っていることも含め重要な症例と考えられた。

B04

腹腔鏡下肝切除で診断的治療を行った肝結節性病変の 1 例

¹神戸大学 肝胆膵外科学²神戸大学 病理部保原祐樹¹、小松昇平¹、木戸正浩¹、田中基文¹、
木下秘我¹、栗津正英¹、権 英寿¹、荒井啓輔¹、
田井謙太郎¹、津川大介¹、棕棒英世¹、寺井祥雄¹、
外山博近¹、上野公彦¹、味木徹夫¹、伊藤智雄²、
福本 巧¹

腹腔鏡下肝切除は低侵襲でなおかつ播種のリスクを回避できる可能性が高いため、良悪性の鑑別困難症例における診断的治療として有用な手段となりうる。症例は58歳男性。近医でのフォロー中に腹部超音波検査で肝腫瘍を指摘され当科へ紹介となった。ワーファリン内服中であり、腫瘍マーカーはPIVKA-IIのみ高値であった。造影CTでは、肝S5に8mmの低吸収性腫瘍を認めたが、濃染像は認めなかった。EOB-MRIでは、T1強調画像低信号、T2強調画像高信号であり、淡い拡散制限を伴っていた。肝硬化性血管腫や炎症性偽腫瘍を疑ったが、悪性腫瘍の可能性が否定できなかったため、診断的治療目的に腹腔鏡下肝S5部分切除を施行した。術後経過は問題なく、術後11日目に退院となった。病理組織診断は壊死性肉芽腫性結節であり、悪性所見は認めなかった。腹腔鏡下肝切除は低侵襲であり、本症例のように診断的治療に有用であると考えられた。文献的考察を加えて報告する。

B06

肝細胞癌の骨盤内播種の一例

¹神戸大学 肝胆膵外科西沢祐輔¹、権 英寿¹、田井謙太郎¹、保原祐樹¹、
栗津正英¹、小松昇平¹、田中基文¹、木戸正浩¹、
津川大介¹、棕棒英世¹、寺井祥雄¹、外山博近¹、
上野公彦¹、味木徹夫¹、福本 巧¹

【症例】67歳、女性【既往歴】子宮筋腫で子宮全摘【現病歴】2014年2月、肝細胞癌に対して腹腔鏡下肝部分切除術を施行。以後、外来にて経過観察となっていた。画像上、明らかな再発は認めなかったが、AFP高値が持続していた。2017年12月のPET-MRIにて骨盤内に子宮膣断端に接する形で80mm大の腫瘍を認めたため、婦人科にて経膣的に生検したところ、肝細胞癌の播種病変であることが判明した。2018年1月、骨盤内腫瘍切除術を施行した。経過良好につき、術後15日目に退院となった。【考察】肝細胞癌の播種性転移は比較的にまれである。肝切除後には、残肝や肺の精査だけではなく、播種性転移に関しても十分な精査を行う必要があると考えられる。【結語】今回、われわれは、肝細胞癌切除後4年で判明した骨盤内の単発播種症例の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

B07

肝細胞癌 RFA 施行後、胆管内腫瘍栓再発、副腎転移に外科的切除を施行した一例

¹関西労災病院 消化器外科

野瀬陽平¹、桂 宜輝¹、武田 裕¹、高瀬洪生¹、
遠矢圭介¹、湯川芳郎¹、森 良太¹、河合賢二¹、
阪本卓也¹、内藤 敦¹、村上剛平¹、大村仁昭¹、
賀川義規¹、益澤 徹¹、竹野 淳¹、村田幸平¹

肝細胞癌の胆管内進展は、原発性肝癌の3.4%と稀である。症例は71歳男性。慢性C型肝炎に対しインターフェロン治療後。肝S8,S6のHCCに対しRFA施行し、その3ヶ月後に肝S7のHCCに対しRFA施行。更に22ヶ月後のEOB-MRIでHCC再発を疑い、CTで後区域胆管内腫瘍栓と左副腎転移を疑い、外科手術の方針となった。肝右葉切除、胆嚢摘出、左副腎摘出を施行。後区域胆管断端からの腫瘍栓の摘出は容易であった。術後経過良好で術後9日目に退院された。病理結果は2.5cm×2cmの線維化・壊死巣と2cm大の胆管内腫瘍栓を認め、前者は標本中に viable な腫瘍成分の残存は認めず、後者は中分化な肝細胞癌から成り、約60%は壊死に陥っていた。左副腎は肝細胞癌の転移であった。肝実質内に主腫瘍は認めず、RFA後の壊死巣のみであった。胆管内腫瘍栓は、胆管上皮への浸潤は少ないとされ、病変の完全切除で長期生存を期待できると報告があるため、外科的切除を第一に考慮するべきである。

B09

生体肝移植術後の多量腹水症例の検討

¹京都大学 肝胆膵移植外科

岩城謙太郎¹、八木真太郎¹、山本 玄¹、
長井和之¹、加茂直子¹、田浦康二郎¹、海道利実¹、
上本伸二¹

【背景】成人生体肝移植の術後は多量腹水のため、管理に難渋する症例が多い。今回、われわれは、術後多量腹水の危険因子を検討することを目的とした。【方法】2013年7月から2017年12月に当院で成人間生体肝移植を施行された100例を対象とした。術後2週間の平均腹水量が2,500ml以上の群を多量腹水群(L群:47例)、未満の群を少量腹水群(M群:53例)とし、レシピエント、グラフト、手術因子と%Fluid overload (%FO) = (体重 - 術前体重) / 術前体重を用いて、術後大量腹水の危険因子を解析した。【結果】L群では術後3日目に急激な腹水増加を認め9日目にピークに達した。2群間で予後に差はなかった。多変量解析で術前腹水、2週間の平均%FO \geq 14.5、グラフト体重比 $<$ 0.86%、ドナー年齢 \geq 47歳が独立危険因子であった。【結語】比較的小さい、あるいは高齢ドナーからの肝グラフト、術前腹水の存在、術後の輸液過剰は、生体肝移植術後の多量腹水に関連していた。

B08

肝細胞癌腹膜播種再発に対し分子標的薬による治療後に切除しえた1例

¹大阪国際がんセンター 消化器外科

藤井 渉¹、和田浩志¹、友國 晃¹、飛鳥井慶¹、
秋田裕史¹、高橋秀典¹、柳本喜智¹、高橋佑典¹、
松永知之¹、杉村啓二郎¹、山本和義¹、西村潤一¹、
安井昌義¹、大森 健¹、宮田博志¹、大植雅之¹、
矢野雅彦¹、左近賢人¹

症例は67歳、女性。腹痛を主訴に近医を受診し、肝細胞癌(HCC)破裂の診断にて肝動脈塞栓術(TAE)を施行された。その後、当院へ紹介となり、肝S5の5cm大の単発HCCに対し、腹腔鏡下肝切除術を施行。2年5か月後に多発腹膜播種再発をきたしたため、腹膜播種摘除術・回腸部分切除術を施行した。しかし、その5か月後のCTで右横隔膜を中心に腹膜播種再発を認めたため、ソラフェニブを開始した。その後、再発巣の増大と新規病変が出現したため、レゴラフェニブに変更したが、血小板減少と腫瘍増大・壊死による発熱、腹痛を認めたため中止した。新規病変の出現がなく、肝内再発も認めないため、初回手術より4年6か月後に腹膜播種摘除術・横隔膜合併切除・右半結腸切除術を施行した。術後病理診断は、中分化から低分化型HCCの像で約50%の壊死を伴っていた。HCC腹膜播種再発に対し分子標的薬による治療後に切除しえた症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

B10

外傷7日後に、大量出血を発症した外傷性血胸の1手術例

¹京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器外科

五明田匡¹、太田紗千子¹、玉里滋幸¹、吉村誉史¹、
寺田泰二¹

【はじめに】今回我々は、受傷後7日後に大量出血を発症した外傷性血胸の1手術例経験したので報告する。【症例】症例は、57歳男性。自宅で転倒して左胸部を打撲し、翌日近医を受診。左第9-11肋骨骨折と軽度の左血胸を指摘された。受傷後6日まで胸部X線写真に大きな変化は無かったが、受傷後7日に胸痛と息切れが強くなり当科を紹介された。初診時の胸部X線写真で左肺野の約半分を占める血液貯留が認められた。同日胸腔鏡手術を施行し、胸腔内に突出した第10肋骨により損傷した約3cmの横隔膜裂傷を認めた。横隔膜を鏡視下に縫合し、突出した骨片を切除して手術を終了。出血量はドレナージを含め1590gであった。術後経過は良好で、術後3日にドレーンを抜去し、術後6日に軽快退院した。【考案・結語】肋骨骨折による外傷性血胸では、可動性のある肋骨片が下部胸郭にある場合、呼吸性動揺で横隔膜を損傷し、遅発性に大量出血を発症する可能性がある。

B11

胸壁血管腫の2例

¹東近江総合医療センター 呼吸器外科
苗村佑樹¹、井上修平¹、尾崎良智¹、大内政嗣¹

胸壁原発の血管腫の頻度は0.01%と極めて稀であり、CTやMRIなどの画像検査では特異的な所見を呈することが少なく、術前診断が困難な場合が多いとされている。今回、切除により胸壁血管腫の診断が得られた2例について報告する。症例1：85歳、女性。他疾患経過観察中の胸部造影CTで、右胸壁に3.5cm径の造影効果を呈する不整形腫瘤影を指摘され、CTガイド下生検を施行されたが診断に至らず、診断を含めた加療目的に、胸腔鏡補助下右胸壁腫瘍摘出術を施行した。免疫染色を含めた病理診断により、胸壁血管腫の診断が得られた。症例2：33歳、男性。右側胸部に弾性軟の皮下腫瘤を認め、胸部造影CTで右胸壁に4cm径の造影効果に乏しい腫瘤影を指摘され、診断を含めた加療目的に胸壁腫瘍摘出術を施行した。病理所見では、肋間筋束内に大小の血管が認められ、筋肉内血管腫と診断された。

B13

腎癌術後14年目に切除された孤立性肺転移の1例

¹市立豊中病院 外科
²市立豊中病院 病理診断科
³公立学校共済組合近畿中央病院 呼吸器外科
安藤紘史¹、岩澤 卓¹、江崎さゆり¹、
張野誉史¹、竹田 佑¹、朴 聖愛¹、吉原輝一¹、
長瀬博次¹、野口幸蔵¹、浜部敦史¹、広田将司¹、
大島一輝¹、谷田 司¹、富丸慶人¹、川瀬朋乃¹、
今村博司¹、赤木謙三²、足立史朗²、楠 貴志³、
堂野恵三¹

【症例】60歳代男性【主訴】なし（胸部異常陰影）
【現病歴】2003年に他院で腎癌に対し腎摘除術を受け再発なく経過していたが、2017年に検診の胸部X線で左下肺野に異常陰影を認めたため精査目的で当院に紹介となった【既往歴】狭心症【喫煙歴】2年前まで40本45年【血液検査所見】原発性肺癌の腫瘍マーカーを含め特に異常は認めず【胸部CT】左S8胸膜直下に長径26mmの比較的境界明瞭な類円形の結節影を認めた【FDG-PET】結節にはSUVmax 8.2の強いFDG集積を認めたがその他異常集積を認めなかった【経気管支鏡肺生検】ごくわずかな異型細胞を認めたが確定診断には至らなかった【術前診断】原発性肺癌疑い【手術】胸腔鏡下に肺部分切除を行い迅速病理検査で腎癌と診断されたため肺葉切除は行わず手術を終えた【考察】腎癌術後10年以上経過した症例の10%に新たな転移巣が出現すると報告があり、手術の際は既往に留意する必要がある。

B12

Transmanubrialアプローチにより右鎖骨下リンパ節転移の切除を行った一例

¹神戸大学 呼吸器外科
光井 卓¹、田中雄悟¹、松本 学¹、松本高典¹、
西岡祐希¹、金 奏雄¹、南 和宏¹、木村賢司¹、
清水奈保子¹、土井健史¹、小川裕行¹、法華大助¹、
真庭謙昌¹

症例は32歳の男性。5年前に後腹膜の胚細胞腫に対して腫瘍摘除術後にBEP療法を施行された。経過中にAFPが上昇したため画像検査を行ったところ、右鎖骨下リンパ節再発が疑われた。鎖骨上からのアプローチにより腫瘍摘出を試みたが腫瘍確認できなかったためTIP療法を施行された。しかし、治療後も結節は残存し単発病変であったため、当科紹介となり右鎖骨下リンパ節摘除術を行うこととした。右鎖骨下に7cmの切開をおき鎖骨下動脈を確認した。病変は右内胸動脈が右鎖骨下動脈から分枝する位置に認めたため鎖骨下動脈の中核側に剥離を進めた。しかし、化学療法後であり周囲組織の癒着が強く病変の確認が困難であったため創部を延長しtransmanubrialアプローチに変更、良好な視野のもと腫瘍を確認し摘出した。【結語】術中transmanubrialアプローチに変更を要した右鎖骨下リンパ節摘除術を経験した。

B14

腹腔鏡下に修復した特発性上腰ヘルニアの1例

¹大阪府済生会中津病院 外科
井上和樹¹、福島健司¹、向山知佑¹、野木雄也¹、
岡本大輝¹、裏川直樹¹、武部敦志¹、芦谷博史¹、
新関 亮¹、田中賢一¹

【はじめに】上腰ヘルニアは腰部の解剖学的脆弱部位である上腰三角から発生する稀なヘルニアである。今回我々は腹腔鏡下に修復し得た特発性上腰ヘルニアの1例を経験したので報告する。

【症例】85歳女性。以前から右腰部の膨隆を自覚していたが、排便時に同部の疼痛が出現し近医を受診した。CT検査で右腰部に腎外側より脱出する上行結腸と腎周囲の後腹膜脂肪織を認め、用手的還納後に当院紹介となった。右上腰ヘルニアの診断で腹腔鏡下に修復術を行った。術中所見では、右腎外側の腹壁に約3cm径のヘルニア門を認めた。ヘルニア門背側縁に沿って腹膜を切開し右腎と上行結腸を授動した後、ヘルニア門から脱出する後腹膜脂肪織を切除した。ヘルニア門周囲を十分に露出し、SymbotexTM、Composite Meshを腹壁に固定して修復した。

【結語】上腰ヘルニアに対する腹腔鏡下手術の報告は少ないが、同術式はヘルニア門を確実に同定して修復できる点で有用と考えられた。

B15

閉鎖孔ヘルニアに対し腹腔鏡・前方アプローチ併用手術を施行した一例

¹公立宍粟総合病院 外科

藤澤亮裕¹、音羽泰則¹、朝倉 悠¹、中島幸一¹、佐竹信祐¹、山崎良定¹

【はじめに】近年では閉鎖孔ヘルニアに対し腹腔鏡を用いて手術が行われており、当院では腹腔鏡と前方アプローチを併用したハイブリッド手術を導入している。【症例】患者は96歳女性、身長136cm、体重28kg。嘔吐にて近医より紹介受診となった。2度の開腹歴がある。腹部CTで左閉鎖孔ヘルニアの嵌頓を認め、同日緊急手術となりハイブリッド手術を施行した。手術時間は60分、気腹時間は9分12秒であった。術後もイレウス状態が続くため、POD3にイレウスチューブを挿入し、改善後のPOD8より食事再開し、POD11に地域包括ケア病棟へ転棟となった。【考察】これまでに3例のハイブリッド手術を施行しており、手術時間と出血量の中央値はそれぞれ137分と20mlであった。腸管切除は3例とも実施せず、術後合併症はイレウスを1件、肺炎を1件認めた。【まとめ】ハイブリッド手術は高齢者においても安全に施行でき、従来の腹腔鏡手術に比べ手術時間の短縮に繋がる可能性がある。

B17

経会陰的にメッシュで修復した直腸癌術後会陰ヘルニアの一例

¹京都大学医学部附属病院 消化管外科

田村直紀¹、肥田侯矢¹、吉富摩美¹、多代尚広¹、稲本 将¹、渡邊武志¹、角田 茂¹、河田健二¹、橋本恭一¹、小濱和貴¹、坂井義治¹

症例は61歳、女性。Rb直腸癌に対し術前放射線化学療法を施行したのち、TpTME-APRを施行した。術後明らかな合併症を認めず、20日目に退院。術後3か月目より、会陰部の膨隆、疼痛を訴え、続発性会陰ヘルニアが疑われた。症状が増悪傾向にあったため、ジャックナイフ位で経会陰アプローチによるベントラライトSTを用いたヘルニア修復術を行った。ヘルニア嚢内に小腸の癒着があり、これを鋭的に剥離した後、膈壁左右を走行する血管神経束(NVB)を同定し、トリミングしたメッシュを膈後壁、肛門挙筋筋膜、尾骨周囲に固定。NVBを確認することで、メッシュを安全で確実に固定できると考えられた。術後翌日から歩行開始とし、大きな合併症無く10日目に退院した。ヘルニア門閉鎖に過不足のないメッシュのサイズを術前予測することは難しく、術中所見を参考にしながらトリミングすることが容易なベントラライトSTを用いることは有用であると思われた。

B16

肛門癌 Miles 術後2年9か月で Posterior Vaginal Hernia をきたした1例

¹和歌山県立医科大学 第2外科

兵 貴彦¹、横山省三¹、松田健司¹、渡邊高士¹、田村耕一¹、岩本博光¹、水本有紀¹、村上大輔¹、中村有貴¹、川井 学¹、上野昌樹¹、廣野誠子¹、岡田健一¹、山上裕機¹

症例は87歳女性。Stage2の肛門癌に対し、平成26年11月腹腔鏡下腹会陰式直腸切除術(Miles手術)を施行した患者で、腹痛、嘔吐を主訴に当科を受診。会陰創より小腸脱出を認め、脱出小腸は暗赤色、浮腫状で壊死しており、緊急手術となった。手術は全身麻酔、碎石位で開始し、会陰部を観察すると、手術創部にヘルニアを認めたが、腸管は膈後壁から脱出していた。次に開腹操作にて観察を行うと、回腸末端から40cmの部位から口側に70cmの小腸が壊死していたために、切除、機械吻合を行った。吻合後に膈後壁のヘルニア門に別の小腸も嵌頓し、その部位小腸も10cm切除し、吻合を行った。膈後壁のヘルニア門に再度腸管が嵌頓する可能性があったために、大網を充填し膈後壁と固定した後、膈後壁を連続縫合で閉鎖し、手術終了とした。今回我々は、腹腔鏡下 Miles 術後2年9か月で膈後壁から小腸脱出をきたした1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

B18

メッシュプラグ法術後 右大腿ヘルニア嵌頓に対して単孔式TEPを施行した1例

¹近畿中央病院 外科

若杉正樹¹、中原裕次郎¹、廣田昌紀¹、松本 崇¹、武元浩新¹、高地 耕¹、西岡清訓¹、大島 聡¹

【症例】73歳、男性。【主訴】右鼠径部膨隆・疼痛
【現病歴】2005年11月に右大腿ヘルニアに対してモスコビッツ法・メッシュプラグ法による修復術を施行された。2011年ごろより右鼠径部再膨隆を自覚した。2017年7月に右鼠径部膨隆・疼痛を自覚したため、当院を受診した。【現症】右鼠径部に還納不可能な鶏卵大の膨隆を認めた。【検査所見】血液検査で軽度の炎症所見上昇を認めた。CT検査で大腿ヘルニア型の再発を認めた。ヘルニア内容は回腸、大網であった。【術前診断】右大腿ヘルニア再発、嵌頓【手術】臍輪内に皮切を置いて開腹し、プラグ周囲の癒着を剥離し、大腿ヘルニア還納を行なった。腸管切除は不要であった。再度、腹膜外腔にアプローチし、単孔式TEPを行なった。【経過】良好に経過し、術翌日に退院した。術後6ヶ月でヘルニア再発なし。【結語】整容性に優れた単孔式TEPをメッシュプラグ法術後 右大腿ヘルニア嵌頓に対して安全に施行しえた。

B19

右鼠径ヘルニア陥頓を伴った腹腔内絞扼性イレウスの一例

¹公立八鹿病院

松田佑輔¹、大原忠敬¹、西田勝浩¹

腹腔内発症の絞扼性イレウスによる拡張腸管が鼠径部に陥頓した症例を経験したので報告する。症例は71歳男性。元来右鼠径ヘルニアを認めていたが、手術を拒否していた。右鼠径部の膨隆と下腹部痛を認め、当院救急外来を受診した。CTにてヘルニア嚢内への小腸の脱出と腹腔内の腸管の拡張を認め、右鼠径ヘルニア陥頓の診断で外科に紹介となり、手動的に還納を試みたが整復できず同日緊急手術となった。前方アプローチでヘルニア嚢を開放すると、血性腹水と暗赤色の小腸を認めた。下腹部正中切開を追加し腹腔内を観察したところ虫垂炎術後の癒着による絞扼性イレウスを呈しており、腹腔内絞扼性イレウスから副次的に右鼠径ヘルニア陥頓を認めていた。小腸部分切除を行い、鼠径ヘルニアはMcVay法で修復した。術後は血糖コントロール不良などによる麻痺性イレウスを認めたが、保存的加療にて改善し、第26病日に自宅退院となった。

B21

多臓器転移をきたした乳腺悪性葉状腫瘍の1例

¹神戸大学 乳腺外科

杉谷諭奈¹、谷野裕一¹、斎藤明菜¹、河野誠之¹、高尾信太郎¹

症例は、61歳女性。2007年11月右乳腺悪性葉状腫瘍に対して腫瘍摘出術を施行、2012年12月まで再発所見なく経過、以後外来受診を自己中断されていた。2017年12月腹痛を主訴に当院救急外来を受診、結腸腫瘍による腸管膜内穿破との診断で右半結腸切除術を施行した。術後病理結果は葉状腫瘍の転移であり、その後の画像検査で脳、肺、肝臓への転移が判明した。2018年2月貧血を認め、精査目的に施行した内視鏡検査にて十二指腸腫瘍と同部位からの出血を指摘された。生検の結果、葉状腫瘍の転移であった。悪性葉状腫瘍の転移部位として肺、骨、脳、肝、腸管の報告があり、とくに腸管への転移は非常に稀である。今回、結腸および十二指腸を含む多発転移を来した1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

B20

鼠径ヘルニアに対する TAPP 法の検討

¹大阪府済生会中津病院 外科・消化器外科

裏川直樹¹、向山知佑¹、井上和樹¹、福島健司¹、芦谷博史¹、新関 亮¹、田中賢一¹

TAPP 導入施設が増えているが、従来法に比べ手術時間を要する。治療成績を振り返り、現時点での課題を検討した。【対象】2015年4月から2017年12月までの再発症例を除く93例(115病変)【結果】男：女82：11、平均年齢64歳(17-89)、病変部位 右側39例、左側22例、両側22例、ヘルニア分類 I 型69病変、II 型39病変、III 1病変、IV 6病変。手術時間は片側128分、両側188分。術後合併症は漿液腫2例、血腫やイレウス、再発は各々1例。片側68例を対象に、120分以上を要した長時間群(38例)と短時間群(30例)に分けて各因子との相関性を検討し、執刀医7年目未満群(46例)と長時間群で有意な相関性を示した(P<0.01)。執刀医7年目未満の症例に限り同様の検討を行ったが、手術時間は右側150分、左側126分で、右側が有意に時間を延長した(P<0.05)。【まとめ】手術時間は長く、若い執刀医、右側での延長を認めた。定型化や、症例に応じた指導が必要と考えられた。

B22

孤立性末梢性乳管内乳頭腫に非浸潤性乳管癌が併発した一例

¹大阪市立総合医療センター 乳腺外科

²大阪市立総合医療センター 病理診断科

瀬戸郁美¹、渡部智加¹、亀井佑梨¹、池田克実¹、石井真美^{1,2}、福島裕子²、井上 健²、小川佳成¹

【症例】69歳。女性。右乳房C領域に4cm大の腫瘍を触知したため受診。乳頭分泌はなし。MMGは右U-Oに境界一部不明瞭な高濃度腫瘍(C-4)であり、USにて右C領域に内部充実部を含む嚢胞性腫瘍が見られた。CNB(core needle biopsy)を施行し、intraductal papilloma(IDP)であった。造影CTでは充実部に造影効果を伴う辺縁一部不明瞭な多房性腫瘍であった。画像上悪性が否定できず、右乳腺部分切除術を施行。術後病理結果で、IDP内にDuctal carcinoma in situ(DCIS)が併存していた。【考察】IDPは、乳輪下の乳管から発生する中心性乳頭腫と、末梢乳管から発生する末梢性乳頭腫に分類される。一般的に中心性乳頭腫は孤立性で乳癌合併riskは低く、末梢性乳頭腫は多発性で乳癌合併riskが高いとされているが、今回、末梢乳管から発生した孤立性のIDPにDCISが併存する興味深い症例を経験したため文献的考察を踏まえて報告する。

B23

血管新生阻害作用薬を先行投与し完全寛解が得られた、急速増大した転移性 basal subtype 乳癌の一例

¹明和病院 外科

北村 優¹、岸本昌浩¹、赤塚昌子¹、松之木愛子¹、柳 秀憲¹、山中若樹¹

【症例】40代女性で既往なし。2017年1月に左腋窩のしこりを自覚し受診、1cm 大のリンパ節を認めた。それ以外特に異常所見を認めず。次第に硬結を伴い増大したため5月に再診した。【現症】左乳腺 C 領域に低エコー像を認めた。針生検にて髓様癌、ER- (0%)、PgR- (0%)、HER2- (0)、Ki67 90%であった。PET-CT では左腋窩から鎖骨上下にと大動脈周囲リンパ節にも高度集積を認めていた。【経過】術前化学療法として bevacizumab (隔週投与) + paclitaxel (3週投与1週休薬) を7cycle 施行後 eribulin (2週投与1週休薬) を1cycle 施行し、原発巣及びリンパ節転移は著明に縮小したが原発巣の癌遺残が疑われたため、切除術を行い pCR (Grade 3) の結果であった。【結語】今回 Ki67 90%の高悪性度で、遠隔リンパ節転移を伴う basal subtype 乳癌に血管新生阻害薬を先行投与し pCR が得られた一例を経験した。今後さらに症例を蓄積しどの様な例で pCR が得られるのか検討する必要がある。

C01

炭酸ランタン内服中に生じた特発性胃穿孔の1例

¹兵庫県立西宮病院 外科

河井邦彦¹、太田英夫¹、雪本龍平¹、松野裕旨¹、武岡奉均¹、小西 健¹、岡田一幸¹、横山茂和¹、福永 睦¹、小林研二¹

<症例>84歳女性。慢性腎不全に対して透析加療中。排便時に突然腹痛が生じたため救急要請された。来院時腹部全体に圧痛を認めた。腹部 CT にて肝表面と胃前壁を中心に free air を認めたが fluid collection を認めないため保存的治療を行ったが、翌日施行した腹部 CT にて free air の増加と Douglas 窩への腹水貯留を認めたため緊急手術を施行した。左横隔膜下を中心に腹腔内に混濁した腹水を認めた。胃中部前壁側に3cm 大の穿孔部位を認め、穿孔部付近の胃粘膜に胃後壁から大弯前壁にかけて広範なびらん性病変を認めた。同部位より生検し大網充填術を行った。生検標本の病理学的所見では炭酸ランタンによる変化を伴う組織球の集簇からなる小肉芽腫の形成を認めた。術後第5病日に急変し死亡したため病理解剖を行うも穿孔部位に明らかな潰瘍性病変なく胃穿孔の原因特定は困難であった。<まとめ>今回我々は炭酸ランタン内服による胃潰瘍により胃穿孔に至った1例を経験した。

B24

薬物療法により subtype が変わり再燃した HER2 陽性 STAGE IV 乳癌の1例

¹兵庫県立がんセンター 乳腺外科

²兵庫県立がんセンター 病理診断科

金子友紀¹、高尾信太郎¹、曾山みさを¹、橋本一樹¹、田根香織¹、広利浩一¹、佐久間淑子²

(症例)63歳女性。右乳房腫瘍を自覚。精査にて進行乳癌 T3N2M1 (骨) STAGEIV、針生検にて、浸潤性乳管癌、ER(-)、PgR(-)、f(3+)、乳管内成分は ER(+), PgR(+), HER2(0-1+)。Trastuzumab + Perstuzumab + Docetaxel 投与開始。3クール終了後、原発巣は縮小も対側腋窩リンパ節腫大認め TDM-1に変更。PET/CT にて原発巣、両側腋窩リンパ節の縮小、骨転移を含めた集積低下を認め、16クール投与。その後 PET/CT にて右乳房原発のみ再増大を認め同部 CNB 再検、ER(+), PgR(+), HER2(2+) (FISH-)。Fulvestrant に変更後原発巣縮小を認めたが、1年9ヶ月後に再増大。原発巣 CNB 再再検では、浸潤性乳管癌、ER(+), PgR(-)、HER2(2+)で右乳房切除術+右腋窩リンパ節郭清術を施行。(考察)抗 HER2療法と化学療法で転移巣を含め完全寛解を示したが、残存した乳管内成分が浸潤癌となり再燃を認め局所手術をおこなった。STAGEIV 乳癌の原発巣手術適応について、文献的考察を加え報告する。

C02

急性胃拡張による胃穿孔術後の再発に対して胃全摘術を施行した1例

¹製鉄記念広畑病院 外科

船本 英¹、森本大樹¹、中村勝也¹、井上達也¹、田中正樹¹、田淵智美¹、箕畑順也¹、辰巳嘉章¹、小南裕明¹、竹長真紀¹、福岡正人¹、酒井哲也¹、橘 史朗¹

症例は38歳女性。腹痛、嘔吐、下痢を主訴に2017年3月救急搬送。CT にて著明な胃拡張、上腹部の腹腔内遊離ガス、腹水を認め、上部消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎と診断し緊急手術となった。胃体上部小弯側に約2cmの穿孔部位を認めたが、胃潰瘍、胃痛は否定的であり穿孔部胃壁を縫合閉鎖した。術後問題なく経過し退院。同年8月左下腹部痛を主訴に外来受診。CT にて胃拡張著明であったが穿孔はなく、保存的に加療し軽快退院となった。同年12月腹痛で救急搬送され、精査にて上部消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎と診断し緊急手術となった。穿孔部位は E-G Junction 近傍であり縫合閉鎖によって食道狭窄をきたすおそれがあること、同様のエピソードを繰り返していることを考慮し、胃全摘術を施行した。繰り返す急性胃拡張による穿孔性腹膜炎に対して胃全摘術を施行した1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

C03

食道裂孔ヘルニアに十二指腸癒着狭窄を合併し胃穹窿部壊死をきたした1例

¹大阪市立総合医療センター 消化器外科

白井大介¹、玉森 豊¹、西尾康平¹、浦田順久¹、三浦光太郎¹、木下正彦¹、濱野玄弥¹、田嶋哲三¹、出口惣大¹、櫛山周平¹、飯田優理香¹、菊池拓也¹、米光 健¹、村田哲洋¹、高台真太郎¹、西居孝文¹、櫻井克宣¹、日月亜紀子¹、久保尚士¹、清水貞利¹、井上 透¹、金沢景繁¹、西口幸雄¹

症例は80歳、女性。X年11月、胃十二指腸潰瘍にて前医で保存的加療されていた。12月4日に出血性ショックで当院転院搬送となった。緊急上部消化管内視鏡にて、高度食道裂孔ヘルニアとその脱出部の胃粘膜壊死の所見があり、また十二指腸は潰瘍癒着による高度の狭窄を認めていた。造影CTでは脱出した穹窿部の一部が筋層断裂し周囲に腹水貯留を認めた。腹腔内遊離ガスは認めず、保存的に経過観察とした。1週間後に再度内視鏡を施行するも、胃粘膜壊死は残存しており、穿孔のリスクがあること、経口摂取不能であることより手術の方針とした。脱出部の高度癒着のため開腹し胃を還納すると、穹窿部の胃壁の一部は白色に全層壊死していた。噴門を含む範囲で肥厚していた為、縫合の安全性を考慮し、噴門側胃切除、ダブルトラクト再建とした。今回の病態は十二指腸狭窄により、脱出した穹窿部の内圧が上昇し壊死に至ったと思われる。

C05

待機的に腹腔鏡下手術を施行した左胃大網静脈瘤の1例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科

田中 亮¹、李 相雄¹、田代圭太郎¹、今井義朗¹、河合 英¹、内山和久¹

【はじめに】胃孤立性静脈瘤は、胃腎短絡路を形成していることが多く肝疾患に続発することが多い。頻度こそ食道静脈瘤より少ないものの、ひとたび破裂すると致死的となる。今回、左胃大網静脈瘤に対して待機的な手術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】74歳女性。潰瘍性大腸炎に対して当院消化器内科にてフォローアップ中であった。肝疾患や上腹部手術既往は認めなかった。スクリーニング目的で施行した腹部CTで胃大弯側に20mm大の腫瘤を認めた。造影CTでは動脈相で低濃度、平衡相で高濃度に描出され、左胃大網静脈に連続していた。孤立性左胃大網静脈瘤と診断し、腹腔鏡下静脈瘤切除術を施行した。術後経過は良好で術後4日目に退院となった。病理結果は静脈瘤に矛盾しないものであった。【考察】腹部造影CTにより的確に術前診断を行い、待機的な手術を施行し得た。胃大網静脈に発生した静脈瘤の報告はほとんどなく、文献的考察を加えて報告する。

C04

腹腔鏡下胃固定術を施行した胃軸捻転症の1例

¹春秋会城山病院 消化器・乳腺センター外科

片岡 淳¹、新田敏勝¹、太田将仁¹、富永 智¹、藤井研介¹、上田博文¹、石橋孝嗣¹

【はじめに】胃軸捻転症の治療として胃管挿入や内視鏡的整復が選択されるが、それらのみでの整復は困難である事も多い。今回我々は捻転の解除後に胃固定術を腹腔鏡下に施行した1例を経験したので報告する。【症例】55歳女性【現病歴】数日前より認める心窩部痛にて救急搬送となった。【身体所見】心窩部に強い自発痛と圧痛を認めた。【腹部単純CT検査】胃内に多量の液体貯留を認め、胃前庭部が頭側に挙上し、胃底部が尾側に偏位していた。【経過】胃管を挿入し、胃透視検査を施行したところ、体位変換にて捻転を解除した。再発も考慮し、整復後第15病日に胃固定術を腹腔鏡下に施行した。術後第3病日に退院し、以後再発を認めない。【考察】胃軸捻転症は胃管挿入や内視鏡的整復のみでは再発の可能性が高く、捻転予防のために手術も選択される。固定方法については面を意識した固定が有効であると考えられる。【結語】胃固定術を腹腔鏡下に施行した1例を経験したので報告した。

C06

胃局所切除を施行した胃神経鞘腫の1例

¹神戸労災病院 外科

阿河杏介¹、大村典子¹、中山俊二¹、岸 真示¹、前田裕巳¹

【背景】胃神経鞘腫は胃粘膜腫瘍の中でもGISTを除けば、比較的稀とされている。今回我々は胃局所切除を施行した胃神経鞘腫の1例を経験したため報告する。【症例】81歳、女性。【現病歴】気管支喘息で近医通院中、血液検査にてCEA:8.9と高値、腹部エコーにて肝左葉に接する約5cm大の腫瘤を指摘され、精査必要として当院消化器内科を紹介受診した。CT、上部消化管内視鏡にて管外発育型のGISTを疑い手術の方針となった。【手術所見】腫瘍は胃体中部小弯から発生し、肝外側区域と脾体尾部とに接触していたが、他臓器への浸潤は認めなかった。術式は腫瘍を含めた胃局所切除を行った。【病理所見】大きさは65mm×55mm×50mm、固有筋層を主体として紡錘形細胞が束状に配列して密に増生していた。S-100(++)、KIT(-)、CD34(-)、desmin(-)、Ki-67 index(5%未満)から胃神経鞘腫の診断であった。【結語】胃粘膜下腫瘍の中でも比較的稀な胃神経鞘腫の1例を経験した。

C07

不完全型 Carney's triad が疑われた類上皮型胃 GIST の 1 例

¹守口敬仁会病院 外科

吉村大士¹、横内 隆¹、渡辺創太¹、三宅祐一朗¹、
山下公太郎¹、溝尻 岳¹、松本真由美¹、
檀 信浩¹、丸山憲太郎¹、李 喬遠¹、岡 博史¹

胃平滑筋肉腫や GIST、肺軟骨腫、副腎外傍神経筋腫の3つの稀な軟部腫瘍を合併する症例を Carney's triad として提唱されている。今回我々は胃類上皮型 GIST に肺軟骨腫や過誤腫の合併が疑われた症例を経験した。【症例】69歳女性。食欲不振で近医の腹部エコーで胃角部に約3cm 大の腫瘤を指摘され当院に紹介となる。内視鏡では胃前庭部前壁に中心に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認め、CT では造影効果を受ける35×20mm の腫瘤が描出された。同時に右下葉 S6 に石灰化を伴う11mm 径の腫瘤も認めた。EUS-FNA を施行し、紡錘形細胞の増殖を認め類上皮型の GIST が疑われた。免疫染色では KIT と CD34 は共に陽性で α SMA 及び S-100 は陰性であった。Ki-67 陽性率は10%未満で分裂像は目立たず類上皮型 GIST の低リスク群と診断し、腹腔鏡補助下の胃部分切除を施行した。副腎外傍神経筋腫は認められず不完全型 Carney's triad が疑われたので遺伝子検索を含め文献的考察を加えて報告する。

C09

15 cm 長の barbed suture を併用した modified delta-shaped gastroduodenostomy

¹鳳胃腸病院 外科

徳原孝哉¹、中田英二¹、天上俊之¹、河合 功¹、
近藤圭策¹

[はじめに] 完全腹腔鏡下幽門側胃切除術 (TLDG) における、15 cm 長の barbed suture を併用した modified delta-shaped gastroduodenostomy の詳細を供覧する。[手術手技] 1. 胃、十二指腸の後壁を stapler にて接合。2. 共通孔小弯側端の支持糸を腹側へ牽引し、大弯側端から小弯側端に向かい barbed suture による全層一層縫合を施行。3. 第2、3縫合は、胃側は漿膜筋層縫合、十二指腸側は粘膜縫合を最小限にした全層縫合を施行。4. 大弯側端近傍部位に全層結節縫合を付加。[結果] 30例に施行。縫合不全0例、腹腔内膿瘍 0例、狭窄 0例。[考察] 以下の利点が挙げられる。1. 死角となりうる共通孔大弯側端の、確実な閉鎖が可能となる。2. 幽門下リンパ節郭清後の臍頭部に接触しうる大弯側端の、粘膜の外翻を防止できる。3. stapler の使用 cartridge 数が少なくなる。[結語] 本法は、手技の忍容性およびコスト面の有利性から、TLDG 後 B-1再建の1つの option になり得ることが示唆される。

C08

当院における胃粘膜下腫瘍に対する NEWS の手技と工夫

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

山内沙耶¹、若原智之¹、阿南隆洋²、安積佑樹¹、
松永隆志¹、大川太資¹、田村太一¹、印藤直彦¹、
宗 慎一¹、北村泰明²、前田哲生¹、金光聖哲¹、
吉川卓郎¹、土田 忍¹、渡辺明彦²、菅原 淳²、
植野 望¹、豊川晃弘¹

【背景】NEWS は LECS 関連手技の一つで胃内腔を開放させることなく胃の全層切除を行う方法であり、通常短径3cm 以下の腔内、壁内発育型の粘膜下腫瘍が適応となる。当院における NEWS の手技と工夫について報告する。【手技】内視鏡下に病変を確認し胃粘膜及び漿膜に電気メスで marking を行う。ヒアルロン酸を局注し、marking に沿って漿膜筋層を、粘膜下層の血管も含め全周性に十分に切開する。粘膜切開時に層の認識を容易にするため spacer を留置した上で漿膜筋層縫合を行う。この際、誤って spacer に縫合糸がかかることも想定し spacer としてネオベールを用い、また半閉鎖を先行することで留置を容易にしている。次いで ESD の要領で spacer を目安に粘膜切開を行い病変を回収後、粘膜をクリッピングして閉鎖する。漿膜筋層縫合も粘膜閉鎖も後の狭窄予防のため短軸方向に閉鎖する。【結語】これまで3例に対し上記手技で NEWS を施行し術中術後合併症を認めず経過良好であった。

C10

腹腔鏡下胃全摘術後の Roux-en-Y 吻合部に発生した逆行性腸重積の 1 例

¹北播磨総合医療センター 外科・消化器外科

藤中亮輔¹、阿部智喜¹、浦出剛史¹、村田晃一¹、
御井保彦¹、沢 秀博¹、万井真理子¹、岡 成光¹、
岩谷慶照¹、黒田大介¹

症例は48歳、男性。胃癌に対して腹腔鏡下胃全摘術 Roux-en-Y 再建術（前結腸経路）を施行後、経過観察中に腹痛を主訴に救急外来を受診した。腹部造影 CT で Y 脚吻合部より口側の挙上空腸と十二指腸に著明な拡張を認め、腸重積を疑う所見を認めため、同日に緊急手術を施行した。腹腔鏡下に開始したが、Y 脚肛門側腸管が輸入脚に逆行性に重積していた。腹腔鏡下では整復困難と判断し、開腹下に Hutchinson 手技で整復を行った。Y 脚吻合部より肛門側の空腸が約40cm にわたり重積しており、重積していた腸管の色調は不良であったが、壊死所見は認めず、小腸切除は行わなかった。術後経過は良好であり、9日目に軽快退院した。胃全摘術後 Roux-en-Y 吻合部における逆行性腸重積症は本邦において比較的稀である。今回、腹腔鏡下胃全摘術後逆行性に空腸が Y 脚吻合部に重積をきたした1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

C11

胃全摘術後空腸囊拡張に対する腹腔鏡下切除術の一例

¹和歌山県立医科大学 第2外科

中井智暉¹、早田啓治¹、中森幹人¹、中村公紀¹、尾島敏康¹、勝田将裕¹、辻 俊明¹、合田太郎¹、北谷純也¹、丸岡慎平¹、福田直城¹、山上裕機¹

【はじめに】胃全摘術に伴う空腸囊作成は術後の食欲低下やダンピング症状の予防のために行われるが、空腸囊の異常拡張の報告が散見される。今回は腹腔鏡下での空腸囊切除、R-Y再建を施行した一例を経験したので報告する。【症例】60歳代男性。20年前に早期胃癌に対して胃全摘術・空腸囊・ダブルトラクト再建術を施行し、5年前から、嘔吐・下痢・全身倦怠感・体重減少、低栄養に伴う全身浮腫を認めた。初診時の体重は37kg、Alb2.1g/dLであった。CT所見では著明な空腸囊の拡張を認め、上部消化管内視鏡検査では空腸囊の異常拡張と著明な食物残渣を認めた。そのため空腸囊拡張に対し腹腔鏡下空腸囊切除術・R-Y再建を施行した。術後経過は良好で、術後14日目に退院し、術後1年目の体重は50kg、Alb4.8g/dLと栄養状態の著明な改善を認めた。【結語】胃全摘術後の空腸囊拡張に対し、腹腔鏡下切除し、低侵襲で治療することができた。文献的考察を加えて報告する。

C13

内科的治療抵抗性を示す若年発症型の肥満・2型糖尿病患者に対し腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を行った1例

¹武田総合病院 外科

²同志社大学 生命医科学部

³武田総合病院 糖尿病・内分泌内科

⁴京都大学 糖尿病・内分泌・栄養内科

岩田辰吾^{1,2}、萩原明於²、倉橋光輝¹、大塚一雄¹、北岡昭宏¹、石上俊一¹、榊本博文¹、加藤仁司¹、中前恵一郎¹、藤倉純二⁴、稲垣暢也⁴

症例は28歳女性。体格指数 (BMI) が46.7kg/m²、HbA1c が9.8%の若年発症型の2型糖尿病を合併した病的肥満症患者を経験した。10年以上に渡り内科的治療が行われたが、非常に抵抗性で改善せず、外科治療の適応を考慮した。精神的・心理学的・社会的問題を抱えていたため、心理検査を行い、介入のタイミングを見計らって、教育入院、術前減量を160日かけて行った。BMIは39.0kg/m²、HbA1cは6.8%となったため、腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を行った。術後経過は順調で術後80日でBMIは31.7kg/m²、HbA1cは6.0%に改善した。難治性若年発症型病的肥満・2型糖尿病に対し肥満手術を含むチーム医療で対応し減量、糖尿病改善に成功した一例を報告する。

C12

肥満症例に対する腹腔鏡下胃切除術の対策とその有効性

¹兵庫県立がんセンター 消化器外科

後藤裕信¹、大坪 大¹、今西達也¹、吉田佐智子¹、吉田俊彦¹、西 将康¹、山岸 農¹、大山正人¹、松本 拓¹、柿木啓太郎¹、藤野泰宏¹、富永正寛¹

【はじめに】肥満症例に対する腹腔鏡下胃切除術は、視野不良や微小出血により難易度が上がり、こまめな術野展開と止血を丁寧にすることが必要になる。当院での試みを検証する目的で以下の検討を行った。【対象と方法】2010年1月から2017年3月に、腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した416例を対象とした。非肥満群 (BMI < 25, 322例) と肥満群 (BMI ≥ 25, 94例) に分類し、臨床病理学的因子、術後合併症発生率を比較した。BMI ≥ 25の症例ではvessel sealing deviceを併用した。【結果】年齢・郭清範囲・pStageに差は認めなかった。肥満群で、男性の割合が高く、Roux-en-Y再建の割合が高く、手術時間が長く、出血量が多かった。術後合併症発生率・術後在院日数に差は認めなかった。【結語】基本に忠実な定型化された手技を確実に行うことで、肥満症例であっても手術時間が長くなり出血量は増加するが、安全な手術を行うことが可能であると思われる。

C14

術前診断し得なかった進行胃癌の3例

¹京都市立病院 総合外科

増尾彰彦¹、山本栄司¹、松尾宏一¹、里 輝幸¹、上 和広¹、森 友彦¹、玉置信行¹、細木久裕¹、久保田恵子¹、井上英信¹、久保田豊成¹、吉村直生¹、庄野孝仁¹、森本泰介¹

術前診断し得なかった進行胃癌3症例を経験したため報告する。症例1: 76歳女性。内視鏡で4型胃癌が疑われたが3回の生検で悪性所見を認めず。診査腹腔鏡施行し胃体部漿膜の生検で腺癌 (por2) を認めた。開腹手術施行したが切除不能にて閉腹。症例2: 68歳男性。胃体中下部の4型病変に対し2回の生検で悪性所見を認めず。臨床所見より胃癌と判断し腹腔鏡下胃全摘術施行。pT4a (por2) N1のStageIIIAの診断。症例3: 78歳男性。難治性胃潰瘍で紹介。幽門部に3cm大の潰瘍性病変を認めたが2回の生検で悪性所見を認めず。良性疾患として腹腔鏡下幽門側胃切除施行。pT4a (por2) N3bのStageIIICの診断。切除2症例で粘膜組織はほぼ intactであった。胃癌の診断確定のために内視鏡下生検を複数回行っても診断確定に至らないことがある。未分化型胃癌の中には粘膜下に浸潤するため内視鏡的診断が困難な場合があり、その場合には胃癌を念頭に治療計画を考えることが肝要と考えられた。

C15

胃癌を合併したメネトリエ病に対して幽門側胃切除術を行い栄養状態の改善を認めた 1 例

¹大阪府済生会茨木病院 外科
石原伸朗¹、河村史朗¹、山内菜津子¹、清水将来¹、西村公志¹

【症例】47歳女性。労作時息切れと全身浮腫を主訴に受診、高度貧血 (Hb2.2g/dl) と低 Alb 血症 (Alb1.7g/dl) を認め入院となる。上部消化管内視鏡にて胃底線領域に顆粒状に肥厚した巨大雛襲と胃体下部大彎側に腫瘍性病変を認め、組織学的に胃癌を合併したメネトリエ病と診断した。全身管理を行い、貧血と浮腫の改善を認め当科紹介となる。胃癌に対し幽門側胃切除術 (D2郭清) を施行、病理学的診断は pT3、pN3a、M0、fStageIIIB で rR0 を得た。術後体重は術前と比較し 5.2kg 減少したが、術後3ヶ月で術前より 4.2kg 増加した。同時期に Alb 値は 3.3 g/dl まで改善した。【考察】メネトリエ病は蛋白漏出による低 Alb 血症をきたし得る巨大雛襲を特徴とした疾患である。胃癌を合併したメネトリエ病の報告は少なく、術式に関して一定した見解は存在しない。症候性の低 Alb 血症を伴う症例に対しても、胃全摘術を施行することなく全身状態の改善を得た一例を経験したので報告する。

C17

化学療法で CR となるも原発巣再発を認めた胃癌、同時性肝転移の一例

¹兵庫県立がんセンター 消化器外科
吉田佐智子¹、後藤裕信¹、大坪 大¹、今西達也¹、吉田俊彦¹、西 将康¹、山岸 農¹、池田公治¹、大山正人¹、松本 拓¹、柿木啓太郎¹、藤野泰宏¹、富永正寛¹

【はじめに】StageIV の進行胃癌では化学療法を主体とした治療が推奨されている。化学療法で完全奏功 (complete response:CR) 後、原発巣再発を認め外科的切除を行った一例を経験したので報告する。【症例】72歳男性、胃癌 cT4aN2M1 (HEP) cStage IV、HER:3+ に対し化学療法 (Capecitabine + Cisplatin + Trastuzumab) を開始した。2コース終了後、原発巣、肝転移巣ともに CR となり、以後、化学療法を継続し CR を維持していたが、15ヶ月後に原発巣の再発を認めた。画像所見上、遠隔転移を疑う所見なく開腹胃全摘術、脾臓摘出術、Roux-en-Y 再建を施行した。病理組織診断は ypT4aN0M0 ypStageIIB であった。追加治療は行わず、術後9ヶ月間、無再発生存中である。【考察】近年、根治切除不能進行胃癌に対する化学療法後の conversion surgery の報告が散見される。今後、手術の適応、時期を含め、詳細な検討をしていく必要があると考える。

C16

内科的コントロール不良の Cronkhite-Canada 症候群に対して免疫療法+手術療法が有効であった一例

¹京都大学医学部附属病院 総合臨床教育・研修センター
²京都大学 消化管外科
山下徳之¹、久森重夫²、板谷喜朗²、多代尚広²、戸田孝祐²、橋本恭一²、角田 茂²、小濱和貴²、坂井義治²

30歳女性。主訴は爪萎縮、心窩部痛、嘔気。上下部消化管内視鏡検査で胃、大腸に多発性非腫瘍性ポリープを認めた。慢性下痢、低アルブミン血症を呈しており、Cronkhite-Canada 症候群 (CCS) と診断された。前医でプレドニゾロン、シクロスポリン導入後も臨床所見の改善に乏しく、当院消化器内科へ紹介となった。来院後、胃前庭部の巨大ポリープにより幽門閉塞をきたし、胃管から1日2,000ml の排液を認めた。インフリキシマブ投与後も幽門通過障害は改善せず、大量の胃液喪失による全身状態の悪化も認められたため、腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した。病理所見は CCS と矛盾しなかった。術後15日目に経腸栄養を開始し、28日目に経口摂取を開始した。大量のステロイド投与中 (手術時点で PSL 換算60mg) ではあったが、時期を逸することなく安全性に十分注意しながら手術加療を行うことで、臨床症状の著明な改善が得られた。CCS について文献的考察を踏まえ報告する。

C18

FDG の高度集積を認めた食道偽憩室に起因する食道腫瘍の一例

¹神戸大学 食道胃腸外科
澤田隆一郎¹、押切太郎¹、三浦由紀子¹、長谷川寛¹、山本将士¹、金治新悟¹、松田佳子¹、山下公大¹、松田 武¹、中村 哲¹、角 泰雄¹、鈴木知志¹、掛地吉弘¹

今回我々は FDG の高度集積を認める腫瘍像を呈した食道偽憩室の一例を経験したので報告する。症例は48歳男性。主訴は食道狭窄による嚥下困難であった。PET-CT では下部食道に FDG 集積を来たす病変を認めた。悪性の可能性が否定できなかったため、食道亜全摘術を行い、病理所見から食道偽憩室と診断した。粘膜下層の内腔は一部筋層にまで及んでいた。術後経過は良好で合併症なく術後18日目に退院した。食道偽憩室は FDG 集積を伴う腫瘍像を呈する可能性がある。本症例は鑑別の困難の食道腫瘍の評価に有用であると考えられる。

C19

胸腔鏡下胸管結紮術が奏功した食道癌術後乳び胸の 1 例

¹大阪国際がんセンター 消化器外科

²北播磨総合医療センター 外科

阿部智喜^{1,2}、黒田大介²、藤中亮輔²、浦出剛史²、
村田晃一²、御井保彦²、沢 秀博²、万井真理子²、
岡 成光²、岩谷慶照²

症例は63歳男性。胸部中部食道癌 T3N1M0 Stage III に対し術前補助化学療法後に、胸腔鏡下食道切除術を施行した。胸管への浸潤は認めず温存した。第1病日より経腸栄養を開始した。第2病日以降胸腔ドレーンから1~2L/日の排泄を認め乳び胸と診断し、第6病日より中心静脈栄養への切り替え、オクトレオチドを開始し、第7病日よりエチレフリンを併用した。しかし第14病日には5L/日まで増加し、それに伴い循環動態・栄養状態の増悪を認めた。第15病日にリピオドールによるリンパ管造影検査を施行したが減少せず、第18病日に胸腔鏡下胸管結紮術を施行した。胸管を同定し3重結紮し、リンパ液の流出が消失することを確認した。その後排泄は減少し、第28病日にドレーンを抜去した。食道癌術後の乳び胸の発生頻度は比較的低い、治療に難渋する症例もあり、致命的な合併症となることもある。患者の病態や全身状態を考慮し、適切な治療を適切な順序で行う必要があると考える。

C21

酸性洗剤飲用により完全閉塞をきたした腐食性食道炎の1例

¹神戸大学 食道胃腸外科

石田苑子¹、中村 哲¹、押切太郎¹、長谷川寛¹、
山本将士¹、金治新悟¹、松田佳子¹、山下公大¹、
松田 武¹、角 泰雄¹、鈴木知志¹、掛地吉弘¹

62歳、女性。自殺企図で酸性洗剤を約200ml 飲用し、前医に救急搬送された。上部消化管内視鏡検査にて食道、胃、十二指腸に化学熱傷を認めたが、穿孔や全身合併症を認めず保存的治療となった。第22病日の上部消化管内視鏡検査にて食道狭窄を認め、加療目的に当院当科へ転院した。第34病日の上部消化管内視鏡検査では造影剤の停滞を認め、完全閉塞と判断した。唾液逆流著明であり、CT 検査では幽門狭窄が疑われ、第48病日に胸腔鏡下食道亜全摘、食道瘻・胃瘻・腸瘻造設を行った。術後に胃瘻より造影を行ったところ、造影剤は幽門狭窄を通過し、十二指腸蠕動が確認できた。術後経過良好であり、栄養管理、精神的ケアを継続し、二期再建術を予定している。強酸による癒痕狭窄に対する手術は6ヶ月後以降が推奨されるが、本症例のように完全閉塞に至ってしまった場合は早期手術を行い、誤嚥リスクを軽減して全身管理を行うことが有用である。

C20

胸部食道扁平上皮癌に対する粒子線治療後の再発の診断で胸腔鏡下 Salvage 手術を施行した 1 例

¹大阪市立大学 消化器外科

中 亮子¹、李 榮柱¹、西山方規¹、稲津大輝¹、
形部 憲¹、橋場亮弥¹、藤原有史¹

【はじめに】粒子線治療は消化管癌への適応は限定的であり、粒子線治療後の食道癌の Salvage 手術の経験はまだ希少である。【症例】年齢53歳、男性。胸部下部食道に隆起性病変を認め、病理診断は扁平上皮癌であった。cT2N2M0cStageIII と診断し、手術を勧めたところ粒子線治療を選択された。縦郭へのリニアック40Gy/20Fr+FP2コース、陽子線照射主病巣30GyE/15Fr リンパ節20GyE/10Fr を実施した。経過観察でCRと評価されたが、治療1年4ヶ月後に心窩部痛が出現し内視鏡で潰瘍性病変を認めた。潰瘍は進行性で、PET で集積があり食道癌再発 cT3N0M0cStageIII の診断で胸腔鏡下食道切除術を施行した。粒子線照射部位は解剖学的境界が不明瞭で硬く、出血が少ない印象であった。切除標本において悪性細胞は認めなかった。術後は目立った合併症なく自宅退院となった。【まとめ】食道癌粒子線治療後、再発を強く疑うもCRであった。進行性の潰瘍病変に対して食道切除再建術を施行したので報告する。

C22

CT で診断し得た鈍の外傷による十二指腸穿孔の 1 例

¹済生会京都府病院 外科

宮川公治¹、中林雄大¹、片岡智史¹、石原陽介¹、
藤堂桃子¹、内藤 慶¹、藤 信明¹

症例は64歳、女性。自動車を運転中、対向車と衝突し救急搬送される。右大腿骨脱臼骨折を認めたが、腹部症状は認めなかった。しかし腹部CTで右腎周囲に free air を認めたため、外傷性十二指腸穿孔と診断し緊急手術を行った。十二指腸下行脚近傍の後腹膜に血性腹水の貯留を認めた。Kocher の授動術を施行し改めて観察したところ、下行脚外側に2cmの穿孔を認め、食物残渣、胆汁消化液の漏出を認めた。穿孔部を Gambee 吻合で閉鎖した。さらに減圧目的でイレウス管を空腸まで誘導し留置した。術後経過良好で術後13日目に大腿骨骨折の加療のため整形外科に転科となった。後腹膜腔への外傷性十二指腸穿孔は特有の症状が出にくく、診断が遅れると重篤となる。腹部CT検査で早期診断、治療を行い良好な経過を得られた外傷性十二指腸穿孔の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

C23

長期生存が得られた十二指腸原発癌肉腫の 1 切除例

¹市立豊中病院 外科

²市立豊中病院 病理診断科

大嶋恭輔¹、富丸慶人¹、野口幸蔵¹、長瀬博次¹、
浜部敦史¹、広田将司¹、大島一輝¹、谷田 司¹、
森田俊治¹、今村博司¹、岩澤 卓¹、赤木謙三¹、
足立史朗²、堂野恵三¹

【症例】50歳代、女性。貧血の精査で施行された上部消化管内視鏡検査で、十二指腸球部から下行脚に至る3型病変を認め、生検にて腺癌と診断された。造影 CT 検査では十二指腸を中心に約10cm大の病変を認めた。FDG-PET/CT 検査では、同部位にFDGの異常集積を認め、明らかな遠隔転移を疑う所見は認めなかった。十二指腸癌の術前診断で、手術の方針となった。横行結腸への腫瘍浸潤を認めたため、右半結腸切除術を併施した膵頭十二指腸切除術を施行した。病理検査では、腫瘍は十二指腸原発の“いわゆる癌肉腫”と診断された。リンパ節転移は認めなかった。術後7年経過した現在、明らかな再発なく生存中である。【結語・考察】術後長期生存が得られた十二指腸原発癌肉腫の1切除例を経験した。十二指腸原発癌肉腫は真性癌肉腫と“いわゆる癌肉腫”に分類されるが、どちらも稀な疾患であり、切除後の予後は不良とされていることから、本症例は非常に稀な症例と考えられた。

C25

十二指腸乳頭部癌の肝転移に対して局所治療を繰り返すことにより長期生存が得られている 1 例

¹JCHO 大阪病院 外科

大橋朋史¹、酒井健司¹、志村雄飛¹、寺西立冴¹、
東堂まりえ¹、大澤日出樹¹、安政啓吾¹、
野呂浩史¹、平尾隆文¹、岩崎輝夫¹、畑中信良¹、
山崎芳郎¹

【はじめに】十二指腸乳頭部癌（以下、乳頭部癌）の予後は比較的良好であるが、再発例は予後不良である。乳頭部癌肝転移に対して局所治療を繰り返し、長期生存を得ている症例を経験したので報告する。【症例】79歳、男性。70歳時に乳頭部癌(T1aN0M0 StageIA)に対してEMRを施行した。病理結果は腺腫内癌であり粘膜筋板までの浸潤を認めた。以後、経過観察されていたが、71歳時に肝S6に単発・11mm大の転移巣を認め、RFAを施行した。全身化学療法としてGemcitabine単剤療法を約1年半行ったが、肝S6のRFA施行部周囲に再発病変を認め、73歳時に2回目のRFAを行った。その後、TS-1単剤療法を1年10ヵ月行った後に経過観察され約6年間無再発で経過したが、79歳時に肝S6のRFA施行部周囲に再々発病変を認めた。他部位には再発病変を認めなかったため、肝S6亜区域切除術を施行した。病理結果は乳頭部癌肝転移であった。現在、初発時から9年経過し長期生存中である。

C24

術前化学療法により治癒切除が可能となった肝転移を伴う原発性十二指腸癌の一例

¹大阪医科大学 一般・消化器外科

萩原精太¹、清水徹之助¹、朝隈光弘¹、井上善博¹、
廣川文鋭¹、林 道廣¹、内山和久¹

原発性十二指腸癌は全消化管癌の約0.3%と稀な癌である。十二指腸癌は周囲臓器へ直接浸潤しやすく比較的予後不良とされ、同時に本邦における規約、ガイドラインは制定されておらず治療方針の決定に難渋することが多い。今回我々は肝転移を有する十二指腸癌に対して術前化学療法を施行し、治癒切除を介した症例を経験したので報告する。

50代男性。黄疸、皮膚掻痒感を主訴に受診し、採血にて肝胆道系酵素を認めた。EGDにて十二指腸下行脚に2/3周性の3型病変を認め、CTにて傍大動脈リンパ節腫大、単発肝転移も認め、遠隔転移を有する十二指腸癌と診断した。XELOXによる術前化学療法を施行し、肝転移、リンパ節転移が画像上完全奏功と判断し手術を施行した。術後補助化学療法としてカペシタビンを6クール施行し、現在も再発なく経過している。

治癒切除不能十二指腸癌に対する術前化学療法の報告は少なく、治療法の一つの選択肢であると考えられた。

C26

当院における十二指腸 LECS の検討

¹神戸大学 食道胃腸外科

渡部晃大¹、山本将士¹、金治新悟¹、山下公大¹、
松田佳子¹、押切太郎¹、松田 武¹、中村 哲¹、
鈴木知志¹、掛地吉弘¹

【はじめに】十二指腸病変に対する内視鏡的粘膜下層切開剥離術(ESD)は遅発性穿孔を起こすことが問題となっており、腹腔鏡下に縫合補強することでこれを回避することが期待されている。【目的】D-LECSの安全性を明らかにする。【対象と方法】当院にて2016年2月から2017年12月にD-LECSを行った12例を対象とし、手術成績を前向きに検討した。【結果】男性が7人、女性が5人で平均年齢は63才であった。腫瘍径は24(8-52)mm、全例下行脚にあった。手術時間は215(134-361)分、ESD時間は96.5(22-163)分、腹腔鏡時間は130(99-248)分で、出血量は少量であった。また、術後合併症は穿孔や縫合不全は認めず、ESD部の出血を1例に認め内視鏡的止血術を行なった。【結語】本術式はESDで治癒可能な十二指腸病変に対する標準術式となりうると考え、手技と手術成績を報告する。

C27

両側同時に橈骨動脈解離を発症した血管型 Ehlers-Danlos 症候群の1例

¹大阪医科大学 胸部外科

神吉佐智子¹、鈴木達也¹、小西隼人¹、本橋宜和¹、
打田裕明¹、福原慎二¹、吉井康欣¹、大門雅広¹、
小澤英樹¹、勝間田敬弘¹

症例は33歳女性。主訴は両側前腕痛と運動麻痺。基礎疾患に血管型 Ehlers-Danlos 症候群 (EDS) があり、既往歴に自然気胸、小腸破裂、左総腸骨動脈解離、後腹膜血腫等がある。安静時に突然の両側前腕痛と運動麻痺を自覚し救急受診。上腕血圧 左右差なく132/94mmHg、心拍数 78回/分、整。左手指運動麻痺軽度。両側上腕動脈触知可能、左橈骨・尺骨動脈は触知不可。造影CT検査で左橈骨動脈の一部に造影欠損を認め、血管エコーで両側橈骨動脈解離による高度動脈狭窄と診断された。保存的加療で症状軽快し独歩退院となった。EDSは皮膚、関節の過伸展性、全身組織の脆弱性を特徴とする結合組織疾患で、その中でも血管型 EDS は、40歳代までに80%が大動脈を含めた全身の動脈破裂・解離、消化管破裂等重篤な疾患を発症する。観血的検査や手術は禁忌であるとされている。本症例は26歳時に遺伝子検査で確定診断を得ていたため、橈骨動脈解離の診断が容易であった。

C29

腹部大動脈拡大を伴った総腸骨動脈瘤に対し、Iliac Branch Endoprosthesis を用いて治療した1例

¹兵庫県立淡路医療センター 心臓血管外科

²同 放射線科

高野友花¹、浜口真里¹、深瀬圭吾¹、南 一司¹、
杉本貴樹¹、魚谷健祐²、濱中章洋²

症例は76歳男性、仙骨骨折の精査中、CTで腹部大動脈拡大(30mm)を伴った両側総腸骨動脈瘤(右:37mm、左40mm)+左内腸骨動脈瘤(27mm)を認めた。合併症としてCOPD、喘息を認めた。治療は腎動脈下腹部大動脈からのステントグラフト留置(Excluder 23-14.5mm)に加え、左内腸骨動脈のコイル塞栓、またグラフト右脚に連結させる形(Leg 16-27mm)で新しいIliac Branch Endoprosthesis (IBE、23-12mm+16-12mm Internal iliac component)を用い、右内腸骨動脈を温存した。術後経過は良好で、術後5日目に軽快退院した。現在、コイル塞栓を行った左側に殿筋跛行が出現しており、右側IBEの有用性が認められた。本症例につき考察を加え報告する。

C28

腎摘後に、傍腎動脈腹部大動脈瘤手術を施行し、腎保護に上腕動脈-腎動脈灌流を使用した1例

¹北播磨総合医療センター 心臓血管外科

小濱拓也¹、高橋宏明¹、長門俊也¹、小原大見¹、
山田章貴¹、麻田達郎¹、顔 邦男¹

【症例】71歳男性、3年前に右腎細胞癌に対して開腹右腎摘除術の既往あり。腹部大動脈瘤が50mmに拡大したため手術適応と判断した。術前CTで左腎動脈分岐部から腹部大動脈瘤が拡大しており、左腎動脈遮断、腎動脈上大動脈遮断が必要と考えた。【手術】左後腹膜経路で人工血管置換術を施行した。片腎であり、右上腕動脈から脱血し血液ポンプを使用して左腎動脈へ還流することで腎保護を行った。左腎動脈灌流時間は9分、灌流時間を除く左腎動脈遮断時間は17分であった。【術後経過】術後1日目に、乏尿となり14時間持続的血液濾過透析を要したが、利尿と共に腎機能は改善し術後13日目に軽快退院した。【結語】傍腎動脈腹部大動脈瘤手術において、腎保護に上腕動脈-腎動脈灌流を使用した1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

C30

重症一次性単独三尖弁閉鎖不全症に対し三尖弁形成術を施行した一例

¹大阪医科大学 外科学講座 胸部外科学教室

鈴木達也¹、大門雅広¹、本橋宜和¹、小西隼人¹、
打田裕明¹、福原慎二¹、神吉佐智子¹、小澤英樹¹、
勝間田敬弘¹

症例は75歳女性。50歳時に重症三尖弁閉鎖不全症を指摘されたが症状無く経過観察とされた。65歳時に洞不全症候群に対し恒久的ペースメーカーを留置。74歳時に労作時呼吸苦と下腿浮腫が出現。右心カテテル検査で右房圧の上昇を認めたが、肺高血圧は認めなかった。心臓超音波検査:RAD/RVD 75/34mm、LVDd/Ds 41/25、LVEF 70%の所見を認め、重症単独一次性三尖弁閉鎖不全症と診断された。利尿剤で症状消失せず、手術加療目的に紹介となった。また心室リードの閾値上昇とペースメーカー電池消耗を指摘されていた。術中所見は心嚢内に高度な炎症性癒着があり、右房の著明な拡大と右房壁の菲薄化を認めた。上行大動脈送血、上下大静脈脱血で体外循環を確立、心筋保護心停止下に三尖弁形成術を施行した。同時に右室心外膜リードの植込みと電池交換を行った。以前の心室リードは抜去できず、三尖弁輪に固定した。術後CVPの低下を認めた。術後44日目に独歩退院となった。

C31

再発性特発性気腹症の 1 例

¹製鉄記念広畑病院 外科中村勝也¹、田中正樹¹、井上達也¹、田淵智美¹、森本大樹¹、箕畑順也¹、辰巳嘉章¹、小南裕明¹、竹長真紀¹、福岡正人¹、酒井哲也¹

症例は83歳、女性。平成29年9月、自宅で転倒し近医整形外科に救急搬送され胸椎圧迫骨折と診断された。その際の CT で腹腔内遊離ガスを認めたため総合病院に転院し入院加療となった。しかし腹部理学所見の異常を認めず、絶食のみで遊離ガスは消失し原因不明のまま軽快退院となった。

平成29年12月、腹部膨満を主訴に近医受診し、CTにて腹腔内遊離ガスを認めたため当院へ紹介された。画像上、腸管気腫は認めなかった。腹膜刺激症状や炎症所見も認めず、紹介状に記載された前回のエピソードも考慮し特発性気腹症を疑い保存的加療を行った。除外診断として施行した上下部消化管内視鏡検査では穿孔や壊死を疑う所見は認めず、その後も腹部症状の増悪なく第16病日に軽快退院した。特発性気腹症の再発例の報告は医学中央雑誌で「特発性気腹症」、「再発」の key word で検索したところ自験例を含めて5例であった。比較的稀な症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

C33

腸間膜腫瘍と鑑別困難であった小腸間膜の非腫瘍性リンパ節症の一例

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

症例は73歳、女性。健診目的に施行された PET-CT で腹腔内に FDG の異常集積を伴う 28×28mm の類円形腫瘍を指摘された。造影 CT では腸間膜内に腫瘍は存在し、均一な造影効果を認めていた。以上より、腸間膜原発の GIST などを疑い、診断・治療目的に小腸部分切除を行った。手術時間は111分、出血は少量であった。術中所見では小腸間膜に30×30mm 大の腫瘍を認め、上腸間膜静脈に沿って多数のリンパ節が腫大していた。これらの一部を術中迅速診断に提出したが、癌のリンパ節転移や GIST 等の所見は認めず、腫瘍を中心に小腸を約40cm 切除した。病理所見では、小腸間膜に異型に乏しくリンパ球の集簇からなる多結節性の腫瘍性病変を認め、IgG4陽性細胞が比較的多く観察された。以上の所見より、非腫瘍性リンパ節症 (IgG4関連リンパ節症の疑い) と診断された。術前には腸間膜原発腫瘍との鑑別が困難であった非腫瘍性リンパ節症を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

C32

術前診断がつかず術後も治療方針に苦慮した原発性腹膜癌の一例

¹西神戸医療センター 外科・消化器外科原田崇史¹、高橋有和¹、伊丹 淳¹、長田圭司¹、牧野健太¹、堀江和正¹、吉村弥緒¹、松浦正徒¹、塩田哲也¹、岩崎純治¹、京極高久¹

症例は30歳女性。心窩部痛を自覚し徐々に右下腹部となり近医受診したところ腹膜炎が疑われ当科紹介受診となった。腹部超音波検査にて回盲部に高エコーと陰影欠損を認め膿瘍形成性の虫垂炎を疑った。腹部造影 CT では積極的に虫垂炎を疑う所見とは言い難く、婦人科診察でも積極的に婦人科疾患を疑う所見に乏しかった。腹部 MRI で精査したところ下腹部の直径3cm 大の腫瘍を認め腸管由来の腫瘍である可能性が高いと診断。小腸 GIST などの回腸原発腫瘍との診断で待機的手術となった。術中所見は下腹部の腫瘍は消化管との連続性には乏しかったが上行結腸、回腸、腹壁に強く癒着しており膀胱壁も一部切除した。子宮、右卵管とは鈍的に剥離可能であった。虫垂は正常。結果的に腹腔鏡下回盲部切除術となった。病理結果は高悪性度漿液性腺癌であり典型的ではないが原発性腹膜癌と考えざるを得なかった。今後の方針としては婦人科臓器全摘や化学療法を検討中である。

C34

診断に CT が有用であった冠動脈バイパス術後の腸間膜脂肪織炎の一例

¹関西医科大学総合医療センター 心臓外科谷口直樹¹、細野光治¹、桑内慎太郎¹、丸山高弘¹、川副浩平¹

非常に稀な冠動脈バイパス術後の腸間膜脂肪織炎を経験したので報告する。症例は48歳、男性。高血圧性腎不全で維持透析中であった。37歳時に狭心症に対して経皮的冠動脈形成術を受け、以後複数回の同治療歴があった。半年前より労作時胸部圧迫感を自覚し当院を受診。冠動脈造影検査で多枝病変を指摘され手術適応の診断となった。冠動脈バイパス術(7枝)を施行し経過は良好であったが、術後18日目に発熱と炎症反応の上昇を認めた。CT で胸骨背側面に液体貯留があり、縦隔炎を疑い抗菌薬治療を開始したが発熱は持続した。術後23日目に右下腹部痛が出現し、再度 CT 検査を行ったところ回盲部に腸間膜脂肪織炎の所見を認めた。腸間膜脂肪織炎の原因として大腸憩室炎の可能性を考慮し、絶食と抗菌薬の継続使用を行った。約2日で解熱し、症状の寛解と炎症反応の改善がみられ、術後30日目に独歩退院となった。腸間膜脂肪織炎の診断には CT が有用であった。

C35

腹腔鏡下摘出術によって診断が得られた腸間膜原発リンパ管腫の一例

¹兵庫県立がんセンター

西 将康¹、吉田佐智子¹、吉田俊彦¹、山岸 農¹、池田公治¹、後藤裕信¹、大山正人¹、大坪 大¹、松本 拓¹、柿木啓太郎¹、今西達也¹、藤野泰宏¹、富永正寛¹

【はじめに】リンパ管腫は小児に好発し、成人の腸間膜原発であることは比較的稀である。術前精査で診断が困難で、腹腔鏡下に摘出術を行い、診断が得られた腸間膜原発リンパ管腫の一例を経験したので報告する。【症例】症例は47歳男性。下腹部痛を主訴に精査施行された。腹部造影CTで横行結腸より尾側の小腸間膜に沿って約75*63mm大の造影効果を受けない内部不均一な腫瘤影を認め、腹腔鏡下に摘出術を行う方針となった。腫瘤は小腸間膜に存在しており、弾性軟で可動性は良好であった。小開腹創から腹壁外へ誘導し、遺残なく完全に腫瘤を摘出することができた。病理検査の結果、リンパ管腫の診断であった。【考察】成人腸間膜原発のリンパ管腫は比較的稀であるが、予後は良好であり、治療方針としては完全切除が推奨されている。腹腔内腫瘤の鑑別として考慮する余地がある。【結語】腹腔鏡下摘出術によって診断が得られた腸間膜原発リンパ管腫の一例を経験した。

D02

膵、十二指腸神経内分泌腫瘍に空腸 gastrointestinal stromal tumor を合併した von Recklinghausen 病の一例

¹大阪市立総合医療センター 消化器外科

²大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科

菊地拓也¹、西尾康平²、清水貞利²、高台真太郎²、村田哲洋²、楡山周平¹、田嶋哲三¹、木下正彦²、濱野玄弥²、三浦光太郎¹、西居孝文¹、櫻井克亘¹、日月亜紀子¹、玉森 豊¹、久保尚士¹、井上 透¹、西口幸雄¹、金沢景繁²

【緒言】von Recklinghausen 病 (VRD) は皮膚病変を発症する遺伝性疾患で、しばしば消化管腫瘍を合併する。今回、膵、十二指腸神経内分泌腫瘍 (NET) と空腸 gastrointestinal stromal tumor (GIST) を合併した VRD の1例を経験したので報告する。【症例】65歳、女性。50歳時に VRD と診断。肝内胆管の拡張を指摘され内視鏡検査を施行した所、十二指腸下行脚に25mm大の粘膜下腫瘍を認め、生検で NET G1 と診断された。CT では膵頭部周囲のリンパ節転移が疑われ、膵頭十二指腸切除術を施行した。術中所見で肝両葉に小結節を認め迅速病理診断で NET の肝転移と診断された。確認できた肝転移巣は可及的に切除した。また空腸に1cm弱の粘膜下腫瘍を認め、小腸部分切除を施行した。術後の病理検査で GIST と診断された。摘出標本内には膵頭部 NET も認められた。【考察】VRD では NET や GIST などの消化管腫瘍が併存している可能性に留意し、治療に当たらなければならないと考えられた。

D01

十二指腸癌の診断で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した結果、リンパ節転移を伴う非機能性十二指腸 NET と診断された1例

¹在日本南プレスピテリアンミッション淀川キリスト教病院 外科

大川太資¹、吉川卓郎¹、安積佑樹¹、山内沙耶¹、宗 慎一¹、前田哲生¹、若原智之¹、金光聖哲¹、土田 忍¹、植野 望¹、豊川晃弘¹

【はじめに】十二指腸 NET は非機能性、高分化型 (G1) が多く、機能性と異なりリンパ節転移が少ないとされる。膵消化管 NET 診療ガイドラインでは、G1、非機能性、1cm 以下の十二指腸 NET に対しては内視鏡的治療も適応となる。【症例】61歳男性。腹痛、黒色便を主訴に前医を受診。上部消化管内視鏡で十二指腸乳頭体側に周堤を伴う1cm大の潰瘍性病変を認め、生検にて低分化型腺癌と診断され当院紹介となった。CTにて十二指腸に造影効果を伴う壁肥厚を認め、明らかなリンパ節腫大や遠隔転移はなかった。十二指腸癌の診断で SSPPD を施行。病理組織検査では大小の充実性・リボン状胞巣を形成する異型細胞からなる10×7mm大の腫瘍で、クロモグラニン(+), シナプトフィジン(+), CD56(-), Ki67指数1%以下であったため NET G1 と診断した。#17b リンパ節に転移を認めた。【結語】リンパ節転移を有した1cm以下の非機能性十二指腸 NET 症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

D03

小腸 GIST の術前診断で切除した膵神経内分泌腫瘍 (pNET) の1例

¹大阪府済生会中津病院

向山知佑¹、井上和樹¹、野木雄也¹、岡本大輝¹、裏川直樹¹、福島健司¹、武部敦志¹、芦谷博史¹、新関 亮¹、田中賢一¹

症例は61歳男性。CTで小腸腫瘍を疑う9cm大の腫瘤を指摘、MRIにてT1低信号、T2高信号を呈し、PETで異常集積を認めた。腫瘤は膵体尾部と離れていた。小腸 GIST 疑いと診断し、腹腔鏡下小腸部分切除術の予定とした。術中所見で十二指腸上行部から空腸起始部および右側に膵鉤部実質が広く密着し剥離困難であったので膵鉤部の一部及び十二指腸～近位空腸と共に腫瘤を摘出した。病理組織学的検査では、線維性被膜に囲まれ、小腸とは漿膜面で接するのみであったが、腫瘍被膜が膵実質を取り込んでおり、膵由来の腫瘍と考えられた。腫瘍細胞の増生パターンおよび免疫組織学的検査所見より pNET と診断した。核分裂像数は0.2個/10HPF、Ki-67指数は3.5%であり、WHO分類2017の Pan NETG2に相当した。術前画像を見直したところ、膵鉤部に腫瘤との連続性を認めた。空腸起始部付近の小腸 GIST を疑う場合、鑑別診断として膵鉤部から発生する NET を含め鑑別診断を行うことが必要である。

D04

集学的治療により conversion 手術可能となり、長期生存を得られている多発肝転移を伴うグルカゴノーマの1例

¹京都大学 肝胆膵移植外科

宗景史晃¹、増井俊彦¹、佐藤朝日¹、穴澤貴行¹、長井和之¹、高折恭一¹、上本伸二¹

66歳女性、右季肋部痛を主訴とし前医受診。腹部CTで膵尾部腫瘍と多発肝腫瘍を認めた。血漿グルカゴン値の著明な上昇を認め、多発肝転移を伴う膵原発グルカゴノーマと診断。手術適応なく Everolimus の内服にて治療を行うも、口内炎のため継続できず、治療方針検討のため当院紹介受診。転移巣が左肝静脈を圧迫しており、耐術能が危ぶまれたため、Octreotide 投与、肝動脈塞栓療法により転移巣をコントロールしつつ、二期的に原発・肝転移巣切除の方針となった。腹腔鏡下膵体尾部切除+肝部分切除を施行したのち、門脈塞栓にて残肝量を確保した上で肝右葉切除+S1,S4部分切除を施行。病理学的に原発巣は Grade 2 の診断であった。術後13か月に S2,3,4 に再発を認め肝部分切除施行。いずれも術後経過良好、現在最終手術より1年無再発生存中である。集学的治療にてグルカゴノーマの多発肝転移を良好に制御できている1例であり文献的考察を交え報告する。

D06

当院における膵神経内分泌腫瘍6例の検討

¹加古川中央市民病院 消化器外科

山崎伸明¹、三宅泰一郎¹、久野晃路¹、前田詠理¹、福井慶介¹、高瀬信尚¹、西村 透¹、阿部紘一郎¹、上月章史¹、田中智浩¹、原田直樹¹、高松 学¹、金田邦彦¹

【背景】膵臓経内分泌腫瘍 (Pancreatic neuroendocrine tumor : 以下 P-NET) は比較的稀な腫瘍である。【対象】2014年1月から2017年7月の間に当科で経験した P-NET6例について、臨床病理学的、放射線画像的に検討を行った。【結果】6例の内訳は男性3例、女性3例、平均年齢56.7歳 (43-73歳) であった。病変の局在は膵頭部3例、膵体尾部3例であり、6例中5例で手術が施行された。術式は膵体尾部切除3例、中央区域切除2例であった。平均腫瘍径は7.8mm、病理組織学的検査では2010年 WHO 分類で NET G1が3例、G2が1例、β cell Hyperplasia が1例であった。胃癌の手術中に偶発的に見つかった1例を除き、5例は超音波内視鏡検査 (EUS) で指摘し得た。造影 CT 検査では6例中3例、MRI 検査では5例中1例、PET-CT 検査では6例中1例しか同定できなかった。【まとめ】P-NET の局在診断のためには EUS が有用であると考えられた。

D05

多発膵神経内分泌腫瘍 (panNEN) を有する MEN1 症例において、術中 SACI test をもとにインスリノーマ核出術を施行した一例

¹神戸大学 肝胆膵外科

朝倉 悠¹、山下博成¹、外山博近¹、寺井祥雄¹、椋棒英世¹、白川幸代¹、南野佳英¹、水本拓也¹、上田悠貴¹、清水 貴¹、李 東河¹、粟津正英¹、津川大介¹、小松昇平¹、木下秘我¹、田中基文¹、上野公彦¹、木戸正浩¹、味木徹夫¹、福本 巧¹

症例は46歳女性。乳汁漏出性無月経を契機に下垂体腫瘍が判明。腎結石の既往があり、術前精査で副甲状腺機能亢進症、多発膵腫瘍を認め MEN1 と診断された。膵腫瘍は panNEN と診断されたが、低血糖発作が散発しインスリノーマの存在が疑われた。頭部15mm、尾部12mm を中心に膵全域に多数腫瘍を認めたが、SACI test では膵動脈からの刺激時のみインスリン過剰分泌を認め、体尾部にインスリノーマがあると判断して手術を施行。体尾部2病変を摘出後も IRI 高値は持続しており、3病変追加で摘出した。摘出前後にそれぞれ術中 SACI test を行い、IRI 上昇は11倍 (前) → 5倍 (2病変摘出後) → 2.8倍 (追加摘出後) まで抑制された。インスリン過剰分泌は若干残るものの、低血糖は予防しようと判断され核出術で手術終了。以後、現在まで低血糖発作の再燃を認めていない。panNEN 多発例においては、術中 SACI test による内分泌能評価により、縮小手術が可能となる例が存在すると判明した。

D07

治療方針に苦慮した胃十二指腸動脈仮性動脈瘤の一例

¹田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター外科

伊藤聖頭¹、内田洋一郎¹、大野 龍¹、三木晶森¹、門野賢太郎¹、岡本共弘¹、上村 良¹、堀口雅史¹、福田明輝¹、上田修吾¹、寺嶋宏明¹

治療方針に苦慮した胃十二指腸動脈 (GDA) 仮性動脈瘤症例を報告する。患者は40歳台男性、主訴は心窩部痛。造影 CT で GDA 根部に30mm 長の紡錘状仮性動脈瘤と周囲に血腫を疑う低吸収域を認めた。嚴重な血圧コントロールによる保存的加療を選択したが、経時的な瘤の拡大から切迫破裂と診断した。瘤の大きさと肝動脈血流の観点から血管内治療は困難であり外科的治療を選択した。GDA 根部を tapping/ 切離し縫合閉鎖するも、膵側からの血流 (当初 IPDA 疑) は残存、膵頭十二指腸切除 (PD) の mesenteric approach で IPDA 同定を試みたが不可であった。Kocher 授動で膵頭部の把持を可能にした上で瘤壁を切開解放、内腔から拍動性出血 (PSPDA と判明) を縫合止血した。膵実質に強固に癒着した留壁は切除せず内腔に大網を充填し、PD は回避しえた。術後は一過性の乳糜腹水を認めたのみで、第14病日に軽快退院した。

D08

膀胱癌に対する GEM + nab-PTX 併用療法の使用経験

¹滋賀県立総合病院 外科

鎌田泰之¹、財間正純¹、山本秀和¹、原田英樹¹、
山本道宏¹、山田理大¹、矢澤武史¹、谷 昌樹¹、
谷亮太郎¹、青山龍平¹

【目的】転移再発膀胱癌に対する化学療法として GEM + nab-PTX 併用療法が適応となり、有効性が確認されている。当院における GEM + nab-PTX 併用療法の使用経験について検討した。【方法】2015年10月から2018年1月までに GEM + nab-PTX 併用療法を施行した患者35名を対象とし、治療継続期間、治療効果判定、有害事象について検討した。【結果】患者背景は年齢中央値68歳、男性28例：女性7例、切除不能24例：再発11例。治療継続期間中央値は109日であった。投与後2-6ヶ月で行われた初回効果判定の結果は PR5例、SD18例、PD10例、判定未または判定前に死亡した症例が2例で、奏効率15%、病勢コントロール率70%であった。Grade3以上の有害事象は好中球減少14例、貧血4例、血小板減少5例、発熱性好中球減少症4例、嘔吐2例、下痢2例であった。【考察】血液毒性は強いものの比較的高い忍容性が得られており、従来のレジメンと比べても同等以上の治療効果を期待できると考えられる。

D10

腹腔鏡下尾側膵切除術を施行した感染性膵粘液性嚢胞腫瘍の1例

¹神戸大学 肝胆膵外科

清水 貴¹、南野佳秀¹、外山博近¹、李 東河¹、
田井健太郎¹、秋田真之¹、荒井啓輔¹、上田悠貴¹、
水本拓也¹、中馬正志¹、山下博成¹、権 英寿¹、
白川幸代¹、粟津正英¹、津川大介¹、棕棒英世¹、
小松昇平¹、寺井祥雄¹、木下秘我¹、田中基文¹、
木戸正浩¹、上野公彦¹、楠 信也¹、味木徹夫¹、
福本 巧¹

症例は35歳女性。1週間続く高熱と腹痛を主訴に当院を受診した。上腹部に自発痛、圧痛があり、血液検査で炎症反応上昇を認めた。腹部造影 CT 検査では膵尾部に15cm 大の多房性嚢胞性病変を認め、粘液性嚢胞腫瘍 (MCN) と診断したが、嚢胞周囲に脂肪織濃度上昇を伴っており MCN の感染合併を疑った。入院後に抗生剤投与を行ったが改善に乏しく、治療開始7日目に腹腔鏡下尾側膵切除術を施行した。術中所見では周囲組織との間に炎症に伴う高度な線維性癒着を認めたが腹腔鏡下に手術を完遂した。患者は術後13日目に軽快退院した。病理検査では MCN with low-grade dysplasia との診断であった。詳細な病理標本の検討を行ったが嚢胞と膵管の交通は認めず、感染経路の特定には至らなかった。感染を合併した MCN に対する腹腔鏡下尾側膵切除を安全に施行した報告は非常に稀であり若干の文献的考察を含めて報告する。

D09

膵転移をきたした Merckel cell carcinoma の1切除例

¹和歌山県立医科大学 第二外科

吉村知紘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、小林良平¹、上野昌樹¹、
速水晋也¹、須崎紀彦¹、山上裕機¹

70代の男性。3年前に前額部に発生した Merckel cell carcinoma (MCC) に対して、耳鼻咽喉科で切除を行った。その後、頭頸部の周囲に局所再発を認め追加切除を行っていた。今回、PET-CT にて膵尾部に SUVmax = 3.91 の集積を認め、精査加療目的に当科紹介となった。腹部造影 CT 検査では膵尾部に24mm の膵実質よりやや造影効果の乏しい腫瘤、所属リンパ節の腫大を認めた。EUS では同部に21mm の腫瘤を認めた。ソナゾイド造影観察下では腫瘍は多血性腫瘍であり、リンパ節も同様の造影効果を呈した。EUS-FNA の結果 MCC の膵転移の診断となった。膵尾部とその所属リンパ節に局限した MCC 転移と診断し、膵体尾部切除術、D2リンパ節郭清を施行した。MCC は予後不良な皮膚悪性疾患であり、希少癌でもあるため有効な治療方法は確立していなかった。しかし、近年、抗 PD-L1 抗体薬が保険承認され、新たな治療法の選択肢が生まれた。今後、遠隔転移を伴う MCC の治療成績の向上が期待される。

D11

悪性疾患が否定できず腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した脾過誤腫の1例

¹関西電力病院 消化器外科

²関西電力病院 病理診断科

杉本 堯¹、細田洋平¹、佐々木優¹、西山和宏¹、
片山外大¹、小倉信子¹、河本 泉¹、清地秀典¹、
恒川昭二¹、滝 吉郎¹、今村正之¹、河合 潤²

(はじめに) 脾過誤腫は比較的特異的に画像検査では特異的所見に乏しく術前診断が困難なことがある。悪性疾患を否定できず、腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した脾過誤腫の1例を経験したので報告する。(症例) 36歳女性。約1カ月間持続する心窩部痛を主訴に受診。造影 CT で脾上極の脾臓内部に造影効果が乏しく境界不明瞭な40mm 大の類円形の腫瘤を指摘。造影 MRI で腫瘤辺縁は遷延する造影効果を認め、中心部は造影不良であった。EUS で腫瘤は辺縁明瞭で内部は乏血性で低エコー領域として描出された。PET/CT では脾腫瘤に集積 (SUV max = 2.5) を認めた。脾過誤腫や炎症性偽腫瘍を疑ったが、悪性疾患が否定できず手術の方針とした。摘出標本の病理組織検査から炎症細胞浸潤を伴う脾過誤腫と診断した。(考察) 炎症を伴う脾過誤腫の報告は珍しく、炎症により PET で集積を伴い鑑別が困難となったと思われる。(結語) 確定診断が困難で腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した脾過誤腫の1例を経験した。

D12

腹腔鏡下胆嚢摘出術後の副肝管損傷による遅発性胆汁漏の1例

¹神戸医療センター 消化器外科

石田 潤¹、小倉祐太¹、秋山真悟¹、田上修司¹、
平田建郎¹、辻村敏明¹、岩崎 武¹

【はじめに】副肝管損傷による腹腔鏡下胆嚢摘出術後の胆汁漏を経験したので報告する。【症例】40歳代男性。胆嚢ポリープに対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、術後5日目に退院した。術後8日目に上腹部痛を主訴に受診し、腹部CTで胆嚢床付近に液貯留を認めた。炎症反応の著明な上昇、腹部全体に圧痛を認めたことから胆汁漏による汎発性腹膜炎も否定できず、緊急で腹腔鏡下洗浄ドレナージ術を施行した。術中所見で胆嚢床からの胆汁漏出を認め、同部位に4Fr アトムチューブを挿入して胆管造影を行うと右肝管へと流入する副肝管が造影された。副肝管損傷による胆汁漏と判断し、腹腔鏡下に縫合修復を行った。再手術後12日目に退院となった。【考察】副肝管のうち胆嚢床表面を通るもの (subvesical duct) は術後胆汁漏の原因となり得る。術前診断や術中視認も困難な場合が多く、損傷を回避するためには胆嚢床剥離の際に胆嚢壁に沿った剥離を徹底する必要がある。

D14

胆道感染症に続発した肝鎌状間膜炎、門脈血栓症の1例

¹中和病院 外科

松本弥生¹、青松幸雄¹、三宅佳乃子¹、竹井 健¹、
中尾 武¹、福本晃久¹、細井孝純¹、杉原誠一¹、
中島祥介¹、今川敦史¹

症例は63歳男性。上腹部痛を主訴に受診し、腹部USで総胆管拡張、血液検査で肝機能の上昇・閉塞性黄疸を認め、緊急ERCP施行し、総胆管結石の診断でステント留置した。肝機能は改善し、減黄は良好であった。第3病日に高熱・炎症反応の上昇・心窩部痛を認め、造影CTで肝鎌状間膜の腫大と門脈左枝の血栓症、胆嚢炎を認めた。広域抗生剤に変更し、門脈血栓症に対し抗凝固薬を開始した。しかし、腹部症状改善せず炎症反応も遷延することから第5病日に当科紹介、緊急手術を施行した。肝鎌状間膜は径5cm大に腫大し肝臓部まで連続していた。肝流入部直前で肝鎌状間膜を切離し、胆嚢を摘出した。術後経過は良好で術後11日で退院。術後半年のCTで門脈血栓は消失、肝鎌状間膜は縮小傾向にあり、症状の再燃は認めていない。胆道感染症に続発する肝鎌状間膜炎や門脈血栓症は比較的稀であり、かつ同時に発症した症例は極めて少ないため、若干の文献的考察をふまえ報告する。

D13

胆嚢管から右肝管が分岐する胆道破格を有する急性胆嚢炎の1例

¹兵庫県立淡路医療センター 外科

小泉 宣¹、高野友花¹、曾山弘敏¹、渡部晃大¹、
濱口真理¹、宮永洋人¹、上村亮介¹、坂平英樹¹、
高橋応典¹、大石達郎¹、宮本勝文¹、小山隆司¹

症例は74歳の男性。心窩部痛を主訴に当院を受診した。急性胆嚢炎と診断したが造影CT検査で胆嚢管癌も疑われたため、待期手術の方針とした。入院後、経皮的な胆道ドレナージで炎症は改善し、退院を挟んで発症2か月目に手術を施行した。術前の胆道造影検査で胆嚢管から右肝管が分岐する破格を認めた。手術は開腹で胆嚢摘出と胆嚢管切除を行い、右肝管と空腸を吻合した。術後経過良好で入院10日目に退院した。胆管系は破格の多い臓器であり、胆嚢位置異常や胆管走行異常は腹腔鏡下胆嚢摘出術の合併症発生に関与するため、その破格を把握することは治療上重要である。しかし、急性胆嚢炎に対して緊急腹腔鏡手術が盛んにおこなわれるようになった昨今では術前にそのvariationを詳細に把握することは困難である。我々外科医はこれら破格に対して十分な知識と注意をもって手術に臨むことが重要であると考え本症例を詳細に報告する。

D15

胆嚢癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

¹神戸大学 肝胆脾外科

橋本 悠¹、上野公彦¹、津川大介¹、秋田真之¹、
栗津正英¹、棕棒英世¹、小松昇平¹、寺井祥雄¹、
木下秘我¹、田中基文¹、外山博近¹、木戸正浩¹、
味木徹夫¹、福本 巧¹

【症例】81歳、女性【既往】子宮筋腫【現病歴】2017年9月に右季肋部痛を主訴に前医を受診した。CTで胆嚢頸部に不整な壁厚・総胆管周囲リンパ節の腫大、PETで壁肥厚部に一致したFDGの集積を指摘され、胆嚢癌の疑いで当院紹介となった。血液検査では炎症反応の軽度上昇、CA19-9は高値であった。当院での術前精査の結果、黄色肉芽腫性胆嚢炎と考えられたが、胆嚢癌の可能性も除外できず、開腹胆嚢摘出術を施された。【経過】胆嚢壁の結腸への癒着が強く、横行結腸を一部合併切除した。胆嚢摘出術後、術中迅速病理診断に提出したところ胆嚢に悪性所見を認めなかったため、胆嚢摘出術で終了した。永久標本では炎症細胞や繊維芽細胞等の浸潤を認めたが、悪性の所見はなく黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断となった。【結語】黄色肉芽腫性胆嚢炎は術前検査にて胆嚢癌と鑑別困難であり、過大手術を避けるべく十分な評価が必要である。

D16

肉腫様変化を伴った巨大肝内胆管癌の1例

¹明和病院外科²明和病院病理部³福井県済生会病院 病理診断科

赤塚昌子¹、中島隆善¹、相原 司¹、生田真一¹、
北村 優¹、楠 蔵人¹、一瀬規子¹、浜野郁美¹、
岡本 亮¹、仲本嘉彦¹、木村文彦¹、柳 秀憲¹、
山中若樹¹、覚野綾子²、中沼安二³

肉腫様変化を伴う肝内胆管癌 (intrahepatic cholangiocarcinoma; 以下、IHC) の頻度は IHC の 4.5% と稀である。今回、肉腫様変化を伴った巨大 IHC の 1 切除例を経験したので報告する。症例は 88 歳、女性。胸部痛を主訴に当院受診し、CT で肝 S3/4 に内部に嚢胞性の低吸収域を含む 11×10cm 大の単発腫瘍を認めた。明らかな肝外転移所見はなく、IHC の診断で腹腔鏡補助下左肝切除を施行した。腫瘍は肉眼的に嚢胞部位と充実部位から成り、病理組織学的に嚢胞部位には乳頭状の腺癌成分を認め、充実部位では巨核異型細胞を含む分化の乏しい肉腫様成分が腺癌成分に混在しており、肉腫様成分を含有した IHC と診断した。肉腫様変化を伴う IHC の予後は極めて不良であり、多くは早期に血行性、リンパ行性転移、腹膜播種をきたし急速な転帰を辿るとされる。しかし、通常の IHC と同じく補助化学療法の有効性を示すエビデンスは確立されていない。文献的考察を加え報告する。

D18

S 状結腸間膜の高度浮腫を伴う腸炎に対し緊急手術を施行した一例

¹兵庫県立西宮病院

瀧口暢生¹、松野裕旨¹、小西 健¹、福永 睦¹、
武岡奉均¹、岡田一幸¹、太田英夫¹、横山茂和¹

【はじめに】S 状結腸間膜の高度浮腫を伴う腸炎に対しハルトマン術を施行した。切除標本で腸管壊死像を認めた症例を経験したので報告する。【症例】60 歳台の女性。3 日前から腹痛を認め、意識障害を伴うようになったため、当院に救急搬送された。CT 検査でフリーエアは認めなかったが、肝周囲・骨盤腔に腹水を認め、S 状結腸の壁肥厚と高度の腸間膜浮腫を認めた。原因不明の腸管及び腸間膜の浮腫を認め、意識障害も認めため、試験開腹術を施行した。S 状結腸及び腸間膜に高度な浮腫、発赤を認めたため、浮腫、発赤が高度な部位を切除しハルトマン術を施行した。切除した腸管内腔の粘膜は黒色変化していた。病理組織結果では腸管に壊死を伴う虚血性変化を認めた。【結語】原因不明の腸管及び腸間膜の浮腫を認める症例に対し緊急手術を施行し、救命しえた一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

D17

下行結腸癌術後に偽膜性腸炎を発症し治療に難渋した 1 例

¹甲南病院 外科²六甲アイランド甲南病院 外科

清水昭一朗¹、後藤直大¹、石田 諒¹、安田貴志¹、
千堂宏義¹、村松三四郎¹、塚本好彦²、宮下 勝¹、
濱辺 豊²、具 英成¹

【症例】58 歳の男性。下行結腸癌に対して術前消化管ステント挿入の上で 2017 年 12 月に腹腔鏡下左結腸切除術を施行 (cT3N0M0)。予防的抗菌薬は術直前から術翌日まで CEZ を投与した。術後 5 日目より下痢が出現した。術後 6 日目の CT では腹腔内膿瘍や縫合不全の所見はなく、腸管の著明な浮腫を認めた。便中 CD トキシン陽性から偽膜性腸炎と診断し VCM 経口投与を開始した。術後 8 日目には SSI を認めドレナージ処置を施行、培養で ESBL 産生大腸菌が検出。水溶性下痢と発熱は持続した。術後 17 日目の CT でも腹腔内膿瘍や縫合不全は認めず、腸炎と診断。SSI に対する治療も念頭に置き FMOX の追加投与を開始。術後 23 日目から VCM 経静脈投与を追加とした。術後 25 日目から解熱し、術後 27 日目から下痢も改善。術後 42 日目に退院となった。【考察】偽膜性腸炎の発生率並びに重症例の頻度は増加していると報告されている。今回治療に難渋した症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

D19

消化管穿孔を来した collagenous colitis の 1 例

¹南奈良総合医療センター 外科

定光ともみ¹、植田 剛¹、田中徹行¹、横山貴司¹、
切畑屋友希¹、吉村 淳¹

症例は 90 歳女性。受診前日から下腹部痛があり、症状が改善しないため当院を受診した。症状出現以前に下痢等はなかった。常用内服にはランソプラゾールが含まれていた。腹部 CT で左側優位に free air を認め、下部消化管穿孔の診断で受診同日に緊急手術を施行した。開腹所見は下行結腸穿孔による汎発性腹膜炎であり、洗浄ドレナージ、結腸部分切除術を施行した。標本は肉眼的に境界明瞭で筋層の露出する縦走潰瘍を認め、周囲粘膜は正常であった。病理組織学的検査で上皮下の線維化と collagen band を認め、collagenous colitis による潰瘍の穿孔と診断した。collagenous colitis は近年報告例が増加しており、原因は遺伝的素因の他に、プロトンポンプ阻害薬、非ステロイド性抗炎症薬等の薬剤との関連が指摘されている。症状の多くは下痢であり、穿孔に至る例は多くない。今回、消化管穿孔に至った collagenous colitis の 1 例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

D20

潰瘍性大腸炎術後32年で apical bridge による腸閉塞をきたした1例

¹兵庫医科大学病院 炎症性腸疾患外科
佐々木寛文¹、池内浩基¹、皆川知洋¹、桑原隆一¹、
堀尾勇規¹、蝶野晃弘¹、坂東俊宏¹、内野 基¹

潰瘍性大腸炎術後32年で apical bridge による腸閉塞をきたした1例【症例】50歳男性。【現病歴】17歳時に全大腸炎型・再燃寛解型の潰瘍性大腸炎と診断され18歳時、難治のため2期的に大腸全摘術・回腸囊肛門吻合術を施行された。その後、定期的に内科受診され良好に経過していた。50歳時に腸閉塞を発症し、一旦は絶食・輸液による保存的加療で軽快したが腸閉塞を繰り返し、当科紹介となった。【入院後経過】下部消化管内視鏡検査で apical bridge が残存していることを確認し、それが原因で腸閉塞を繰り返している可能性が高いと判断した。手術による apical bridge 切除を試みたが、切除困難であったため回腸人工肛門造設術を施行した。【結語】潰瘍性大腸炎術後32年を経過し apical bridge の残存による腸閉塞をきたした1例を経験した。

D22

S 状結腸癌術後9年目に噴門部リンパ節に再発をきたした一例

¹京都大学 消化管外科
大森敦仁¹、肥田侯矢¹、稲本 将¹、吉富摩美¹、
多代尚広¹、渡邊武志¹、河田健二¹、角田 茂¹、
小濱和貴¹、坂井義治¹

【背景】大腸癌は、治癒切除後の再発として通常肝臓や肺、そして局所に多く所属外リンパ節への転移再発の報告は極めて少ない。今回 S 状結腸癌原発切除後9年目に噴門部リンパ節を来した症例を経験したので報告する。【症例】68歳男性。9年前に S 状結腸癌に対し腹腔鏡下 S 状結腸切除 (Stage IIIb)、術後補助療法として FOLFOX を6か月間施行。9か月後に肝転移を来したが化学療法で消失。1年5か月後、1年10か月後に再度肝転移を来し切除を行った。原発切除後8年で再度肝腫瘍を指摘され切除したが肝細胞癌の診断。その術後から CEA が再上昇し始め、PET-CT で噴門部近傍の集積が経時的に増強するため EUS-FNA 施行。大腸癌の転移が疑われた。開腹で噴門部の腫大リンパ節を4個摘出。うち3個に大腸癌の転移を認め、横隔膜への浸潤も認められた。【結語】大腸癌異時性所属外リンパ節転移の一例を経験した。

D21

大腸イレウスをきたした糞石イレウスの1例

¹多根総合病院 外科
庄司太一¹、小川淳宏¹、松井佑起¹、小池廣人¹、
久戸瀬洋三¹、山口拓也¹、廣岡紀文¹、城田哲哉¹、
森 琢児¹、小川 稔¹、高橋 弘¹、上村佳央¹、
刀山五郎¹、丹羽英記¹

症例は77歳、男性。既往歴として、痔瘻術後の肛門狭窄にて S 状結腸ストマ造設、その後に大腸穿孔にて緊急手術の既往のある症例。2011年より横行結腸吻合部狭窄を指摘されていた。2016年某月に排便困難にて当院に紹介となった。腹部 CT 検査にて左側横行結腸に46×43mm 大の高吸収な結石を認めた。大腸内視鏡にて吻合部狭窄の口側に結石を認め、スネアおよび YAG レーザーによる破碎を試みたが不成功であった。次に注腸にてコーラ溶解療法を開始したが、発熱、炎症反応上昇を認めたため中止とし、明らかな結石の縮小などは認められなかった。20日後、結石による大腸イレウスを発症し、開腹にて結腸結石除去術、人工肛門再造設術施行した。術後創部感染を合併したが、経過良好にて術後第21病日に退院となり、現在まで結石の再発は認めていない。大腸の糞石イレウスの報告は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

D23

急性虫垂炎術後に原発性虫垂癌と診断され、二期的に回盲部切除、子宮全摘術、右付属器摘出および低位前方切除術を施行した1症例

¹八尾総合病院 消化器センター外科
革島悟史¹、高野義章¹、前田浩昌¹、森啓太郎¹

背景：原発性虫垂癌は比較的稀な疾患で、術前診断が難しく虫垂炎切除後の病理所見で指摘されることもある。症例：61歳女性。右下腹部痛を主訴に受診、CT にて腹水を伴う急性虫垂炎と診断。緊急で腹腔鏡下虫垂切除術施行し、病理所見にて虫垂癌 (5、muc、pT4a (SE)、ly0、v0、pPM0、pRM1、R1) と診断。術後造影 CT にて子宮・右卵巢・直腸に及ぶ嚢胞性腫瘍を認めたため癌遺残と判断し再手術施行。腹腔鏡観察にて子宮・右卵巢・直腸前壁が癒合しており、開腹にて回盲部切除・子宮全摘・右付属器摘出・低位前方切除術施行した。病理所見では粘液遺残あり器質化起しているものの腫瘍細胞は認めなかった。術後9ヶ月経過しているが再発は認めていない。考察：術前での虫垂癌の診断は非常に困難であるが、腹水貯留を疑う所見があれば造影 CT 検査は施行しておくべきである。また最近では待機的に切除できる虫垂炎も多く、待機的一期的切除で手術範囲縮小できた可能性も示唆された。

D24

精巣腫大を契機に指摘された進行虫垂癌の一例

¹奈良県総合医療センター 外科

西岡歩美¹、石川博文¹、田中幸美¹、宮尾晋太郎¹、
中谷宏充¹、松阪正訓¹、向川智英¹、高 濟峯¹、
渡辺明彦¹

症例は40代、男性。2015年5月頃より頻尿及び排尿困難が出現し、2016年1月頃より精巣腫大も認めため CT で精査を行ったところ精巣腫瘍およびリンパ節転移が疑われ、2016年1月に高位精巣摘除術が施行された。摘出された精巣自体には悪性所見認められず、その後 CT にて盲腸壁肥厚及び周囲リンパ節・傍大動脈リンパ節腫大を指摘され下部消化管内視鏡検査を施行したところ盲腸の SMT 様腫瘍から生検で sig 癌を認めた。当院にて右水腎症に対して DJ カテーテル留置し、進行虫垂癌および周囲リンパ節転移、傍大動脈リンパ節転移に対して術前化学療法を行った後2016年6月に開腹右半結腸切除術、傍大動脈リンパ節郭清、右腎摘出術を施行した。虫垂癌は比較的稀な疾患であり、自覚症状に乏しく発見時には進行していることの多い予後不良な癌である。今回我々は精巣腫大を契機に発見された進行虫垂癌の一例を経験したので報告する。

D26

早期診断により根治切除しえた直腸悪性黒色腫の1例

¹北播磨総合医療センター 外科

佐伯崇史¹、御井保彦¹、藤中亮輔¹、阿部智喜¹、
浦出剛史¹、村田晃一¹、沢 秀博¹、万井真理子¹、
岡 成光¹、岩谷慶照¹、黒田大介¹

【はじめに】直腸悪性黒色腫は早期から高率に転移するため、悪性度が高く予後不良な疾患である。治療は外科的切除が基本となるが、根治性を得られるのは早期診断症例のみである。【症例】68歳女性。下血を主訴に近医を受診したところ直腸診で腫瘤を触知されたため、精査目的に当院消化器内科を受診された。下部消化管内視鏡検査で直腸 Rb に2型進行癌様病変を認め、生検の結果、S-100、HMB45陽性で malignant melanoma と診断された。画像検査では周囲リンパ節の腫大を認めたが遠隔転移は指摘されず、直腸悪性黒色腫 (cT3cN1cM0 cStage IIIA) と診断し、腹腔鏡下腹会陰直腸切断術を施行した。術後経過は良好で術後15日で退院された。病理診断では malignant melanoma (pT2pN0cM0 pStageI) であり、補助化学療法は行わず現在外来フォロー中である。【考察】早期診断によって根治切除をしえた直腸悪性黒色腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

D25

巨大卵巣腫瘍を契機に発見された直腸 S 状部癌の1例

¹大阪市立大学 腫瘍外科

崎村千恵¹、福岡達成¹、前田 清¹、永原 央¹、
澁谷雅常¹、松谷慎治¹、田村達郎¹、大平 豪¹、
山添定明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、八代正和¹、平川弘聖¹、
大平雅一¹

55歳女性。他院の CT にて左卵巣腫瘍を指摘され、当院婦人科受診。MRI にて22cm 大の左卵巣腫瘍、直腸の壁肥厚を認めたため、内視鏡検査を施行。直腸 S 状部に全周性の3型腫瘍を認め、直腸 S 状部癌と卵巣癌の重複癌もしくは転移性卵巣腫瘍と診断し、手術を施行。術中所見で腹膜播種や肝転移は認めず、直腸 S 状部癌に対して低位前方切除、D3LN 郭清、卵巣腫瘍に対して子宮両側付属器切除を行った。病理検査では卵巣腫瘍は直腸癌からの転移であり、最終診断は直腸癌 (tub2、SS、N1、M1、Stage IV) であった。現在、術後補助化学療法中である。消化器癌の卵巣転移は、発見時に腹膜播種、他臓器転移を伴うことが多く、予後不良である。しかし自験例のように進行大腸癌で卵巣転移のみの場合は、根治切除により長期生存を得られた例が報告されている。切除可能な症例では積極的な根治切除、抗癌剤治療を併用することで予後の改善が期待できると考えられた。

D27

左結腸動脈温存 D3 郭清の定形化：当院での試み

¹神戸大学 食道胃腸外科

²神戸大学医学部附属国際がん医療・研究センター 食道胃腸外科

³神戸大学 低侵襲外科学

前原律子¹、角 泰雄²、長谷川寛¹、山本将士¹、
金治新悟¹、松田佳子¹、山下公大¹、松田 武³、
押切太郎¹、中村 哲¹、鈴木知志¹、掛地吉弘¹

【背景】リンパ節郭清の原則は en block 切除である。大腸癌患者の高齢化に伴い心血管系の合併症を持つ患者が増えており、口側腸管の血流温存を考えると LCA 温存が望ましい。できるだけ en block に No.253 リンパ節を郭清するために、当院で行っている手技を供覧する。【手技の供覧】当院で行っている LCA 温存 D3 郭清の手順を示す。十分に内側アプローチを行った後、最初に郭清の中核ラインを決める。そこから末梢側に向かって IMA の右側面を出すように IMA 周囲の神経鞘を切開する。LCA 根部から LCA に沿って血管鞘を切開し末梢側へと進める。LCA 沿いに郭清を行い最後に IMA 根部で決めた郭清の頭側のラインと合わせ、LCA の下をくぐらせ抜きとる。【結語】en bloc な D3 郭清を行うためには郭清手順の定型化と血管に沿った無駄のない郭清が重要である。

D28

腎血管変異を認めた直腸癌に腹腔鏡下低位前方切除を行った 1 例

¹高槻病院 消化器外科

山田康太¹、川崎健太郎¹、朝倉 力¹、
大和田善之¹、土師誠二¹、家永徹也¹

症例は50歳代男性で検診で貧血を指摘され紹介となる。精査の結果肛門縁より10cmの直腸に2型進行癌、25cmのS状結腸に2型進行癌を認めた。CTでは明らかなリンパ節転移、遠隔転移なく、遊走腎にて左腎臓は左下腹部に認められた。左腎動脈はIMA分岐のすぐ尾側で分岐していた。直腸癌(Ra-Rb、lt、type2、sT3、N0、H0、PUL0、M0、Stage2)、S状結腸癌(S、type2、sT3、N0、H0、PUL0、M0、Stage2)の術前診断とした。全身麻酔下、碎石位で開始した。IMA尾側より腎動脈が2本分岐し、S状結腸間膜背側に左腎を認めた。尿管を同定し術前の血管走行をイメージしながらIMA根部を切離しD3郭清にて腹腔鏡下低位前方切除+左側方郭清を行った。手術時間は263分、出血量は40mlで術中トラブルはなかった。大腸癌手術において術前のCTで血管走行を理解し、行うことが重要である。今回我々は腎血管変異を認めた直腸癌の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。

D30

直腸癌に対し臓器温存治療後2年で局所再発した1例

¹大阪国際がんセンター 外科

市原もも子¹、西村潤一¹、高橋佑典¹、安井昌義¹、
飛鳥井慶¹、柳本喜智¹、松永知之¹、杉村啓二郎¹、
友國 晃¹、秋田裕史¹、山本和義¹、和田浩志¹、
高橋秀典¹、大森 健¹、宮田博志¹、大植雅之¹、
矢野雅彦¹、左近賢人¹

症例は75歳、男性。便潜血陽性のため行った大腸内視鏡検査でAV5cmの下部直腸に右壁を主座とした20mm大の0-IIc+IIa病変を認め、経肛門的鏡視下腫瘍切除術を施行。手術時間は1時間7分、出血量は0mlでありPOD6に退院。病理組織学的診断は(Rb、13×13mm、type2、tub1、pT2(MP)、ly0、v1、pPM0、pDM0、pRM0、cN0、cM0、StageI)。臨床試験に登録し術後CRTを行った。外来にて術後定期検査を行い、術後2年目にAV4cmの第1~2ヒューストン弁上に右壁を主座とした半周性のtype2病変を認め直腸癌切除後CRT後の局所再発と診断し、腹腔鏡下超低位前方切除術/D2(prxD3)郭清/回腸瘻造設を施行。病理組織学的診断は(Rba、37×33mm、type2、tub1>tub2、ypT4a(SE)、ly0、v2、ypN0、pPM0(190mm)、pDM0(10mm)、pRM0、ypStageII)。手術時間は5時間51分、出血量は0mlでありPOD10に退院。T1T2に対する集学的直腸癌治療について文献資料を加えつつ本症例について考察し報告する。

D29

Hirschsprung 病術後に発症した下行結腸癌の1切除例

¹奈良県立医科大学 消化器・総合外科

²奈良県立医科大学附属病院 中央内視鏡部

土井駿介¹、井上 隆^{1,2}、小山文一^{1,2}、
久下博之¹、中本貴透¹、佐々木義之¹、石岡興平¹、
福岡晃平¹、岩佐陽介¹、庄 雅之¹

症例は30歳代、女性。既往歴として、10歳代にHirschsprung病に対してDuhamel変法を施行された。術後イレウスで前医に入院したが、下部消化管内視鏡検査で下行結腸に0-IIa+IIC病変を指摘され、当科紹介となった。下行結腸癌cStageI(T1bN0M0)と診断し、開腹下行結腸部分切除術、D2郭清を施行した。大腸小腸ともやや拡張しており、前回手術時に上直腸動脈はS状結腸動脈より末梢側で切離されていた。口側の辺縁動脈を切離し、支配血管である左結腸動脈をクランプ後にICGを注入し、PDEで肛門側腸管の血流があることを確認してから、左結腸動脈と肛門側の辺縁動脈を切離した。術後経過は良好で、14日目に退院となった。病理組織学的所見は中~高分化型腺癌で、fStageI(T2N0M0)であった。Hirschsprung病術後に大腸癌を発症した症例は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

D31

扁桃転移をきたした直腸癌の一例

¹守口敬仁会病院 外科

²岡山赤十字病院 消化器外科

横内 隆¹、渡辺創太¹、吉村大士¹、三宅祐一郎¹、
山下公太郎¹、溝尻 岳¹、松本真由美¹、
檀 信浩¹、丸山憲太郎¹、李 喬遠¹、池田英二²、
岡 博史¹

口蓋扁桃の悪性腫瘍はほとんどが原発性で転移性は稀である。今回、我々はリンパ節転移再発と右扁桃に転移を来たした直腸腺癌を経験した。【症例】38才女性。2013年11月に前病院で直腸癌(pT4b、pN2、M0、Stage3b)に対して低位前方切除術を施行。約9ヶ月後に頸部のリンパ節腫大と右扁桃腫瘍を認め、組織診で直腸病変と同じく腺癌を認めた。手術切除や化学療法は拒否され、温熱療法のみで放置されていた。今回転居に伴い、腰痛や右大腿部痛の訴えで当院に受診。骨盤内(特に右傍鎖孔)や大動脈周囲リンパ節転移を認め、右水腎症に対しては尿管ステント留置を行った。左頸部リンパ節や腰椎にも転移を認めたが、明らかな肝や肺転移は認めなかった。右扁桃には不整な易出血性の腫瘍を認め腺癌であった。再度ICを行い、化学療法FOLFOX+Bmabを開始した。【結語】直腸癌の扁桃転移は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。