

第39回 埼玉県外科集談会

プログラム・抄録集

日時：令和4年11月19日(土)午後1時30分

会場：埼玉県県民健康センター 2階大ホール+WEB
(ハイブリット開催)
さいたま市浦和区仲町3-5-1

TEL 048-824-4801

共 催
埼 玉 県 外 科 医 会
(日本臨床外科学会埼玉県支部)
第一三共株式会社

プロ グ ラ ム

13:30	学術講演	「ナルサス錠・ナルラピド錠・ナルバイン注の概要」 第一三共株式会社
13:50	開会の辞 会長挨拶	埼玉県外科医会学術委員会委員長 伊藤 博 埼玉県外科医会会长 土屋 長二
14:00	一般演題	セッション 1~2 (10演題)
15:10	一般演題	セッション 3~4 (8演題)
16:10	特別講演	「リキッドバイオプシーによるがん診療のパラダイムシフト」

自治医科大学附属さいたま医療センター

一般・消化器外科 教授 鈴木 浩一 先生

17:10	閉会の辞	埼玉県外科医会副会長 小山 勇
-------	------	-----------------

※講演時間 1題 発表 4分以内 討論 2分以内

No.	演題名	所属	氏名
	セッション1 演題 1~5 テーマ「心血管・肺・呼吸」0.5単位 取得CC:50 (吐血・下血) 14:00~14:30 座長 座長 埼玉県外科医会常任理事 中山 光男		
1	胸部ステントグラフト内挿術後遠隔期に食道破裂を認めた症例に関する検討	自治医科大学附属さいたま医療センター	長谷部龍士
2	高度屈曲肢に対してバイパス手術を行なった症例について	埼玉医科大学病院	野中崇央
3	巨大な胸部孤発性線維性腫瘍に対する外科治療	埼玉医科大学総合医療センター	大場暖子
4	前胸部創感染を契機に生じた降下性縦隔炎の1例	埼玉医科大学国際医療センター	宮崎茉莉
5	completion lobectomy を要した肺分画症切除後の肺梗塞	防衛医科大学校病院	古木凌真

<p>セッション2 演題 6~10 テーマ「上部消化管・肝」0.5単位 取得CC:31(めまい) 14:30~15:00 座長 埼玉県外科医会副会長 窪地 淳</p>			
6	肺合併切除が必要な食道癌症例に対する縦隔鏡下食道亜全摘術の経験	獨協医科大学埼玉医療センター	内藤夏海
7	複数の特殊型胃癌と一般型胃癌が混在した胃切除例の検討	川口市立医療センター	鳴澤 優
8	肝十二指腸間膜内に発症した成人成熟奇形腫症例について	獨協医科大学埼玉医療センター	岸保広高
9	巨大肝嚢胞に対して、腹腔鏡下天蓋切除術に有茎大網弁充填を併用した症例について	JCHO 埼玉メディカルセンター	中井猛斗
10	Segmental arterial mediolysis(SAM)による左胃大網動脈から腹腔内出血に至った症例について	深谷赤十字病院	薄ヶ谷将功
15:00~15:10 休憩			
<p>セッション3 演題 11~14 15:10~15:34 座長 埼玉県外科医会副会長 長谷 和生</p>			
11	分節性動脈中膜融解症(SAM) 3例の検討	さいたま市民医療センター	大野航平
12	小腸GISTにより腸重積を来たし小腸部分切除した症例について	所沢明生病院	品田花絵
13	小腸憩室穿孔を3回繰り返した症例の検討	上尾中央総合病院	伊藤 望
14	後腹膜原発巨大 pigmented paraganglioma の検討	埼玉医科大学総合医療センター	石井舉大

<p>セッション4 演題 15~18 15:34~15:58 座長 埼玉県外科医会常任理事 石田 秀行</p>			
15	腸重積を伴う右側結腸癌に対して単孔式腹腔鏡下大腸癌手術を施行した3症例の検討	埼玉医科大学国際医療センター	大嶋侑平
16	憩室炎との鑑別が困難であった5型大腸癌の症例について	独立行政法人国立病院機構埼玉病院	佐々木彩
17	前立腺浸潤を伴う直腸癌に対して術前化学療法を行い、膀胱温存し根治が得られた症例について	さいたま市立病院	平野琢土
18	バリウムを用いた上部消化管造影後の直腸穿孔の症例について	丸山記念総合病院	熊谷 悠
<p>15:58~16:10 休憩</p>			
<p><特別講演> 16:10~17:10 1単位 取得CC:3 (医療倫理・研究倫理と生命倫理)</p>			
<p>座長 埼玉県外科医会 会長 土屋 長二</p>			
<p>「リキッドバイオプシーによるがん診療のパラダイムシフト」</p>			
<p>自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科 教授 鈴木 浩一 先生</p>			

※日本医師会生涯教育講座認定 2単位 (CC=50,31,3)

【演者の方へ】

1. 講演時間は、1題につき4分以内、討論2分以内です。

2. 発表方法はパソコン(Windows PowerPoint)のみとさせていただきます。

ファイルを入れた媒体(USBメモリー)を、外科集談会当日ご持参くださいようお願いいたします。

当日の発表スライド(PowerPoint)に関しては、会の運営上、10月31日(月)までに、下記まで事前ご提出頂きます様、よろしくお願い申し上げます。

また、スライドの作成及びご講演にあたり、COI(利益相反)の開示を頂くとともに、医薬品名に関しては一般名にてご紹介頂きますようよろしくお願い申し上げます。

e-mail : shiotha.hiroki.g3@daiichisankyo.co.jp

(スライド事前ご提出に関する問い合わせ先)

第一三共株式会社 川越営業所 汐田(しおた)様 Tel:080-3007-9006 E-mail: 同上

3. 埼玉県医学会雑誌に研究発表論文の掲載を希望される方は、令和5年8月末日までに埼玉県外科医会事務局あて、原稿(図・表・写真なども)をご提出ください。

なお、抄録のみのものは、医学会雑誌に掲載できませんので、必ず論文形式の原稿をご提出ください。

＊＊事務局＊＊

〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1

埼玉県医師会 業務I課(埼玉県外科医会)

TEL: 048-824-2611 FAX: 048-822-8515

E-mail: ishikawa@office.saitama.med.or.jp

※ご参加頂いた確認のため、ご施設・ご芳名のご記帳をお願い申し上げます。尚、ご記帳頂いた、
ご施設・ご芳名は、医薬品及び医学・薬学に関する情報提供のために利用させて頂くことがございます。何卒ご理解とご協力ををお願い申し上げます。

胸部ステントグラフト内挿術後遠隔期に食道破裂を認めた症例に関する検討

長谷部龍士，玉井宏一，中野光規，野村陽平，堀大治郎，白石学，木村直行，山口敦司

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

症例は70歳男性。急性B型大動脈解離に伴う下行大動脈瘤破裂に対して4年前に緊急胸部ステントグラフト内挿術（TEVAR）を施行。外来フォローとなっていたが、今回発熱を主訴に受診。造影CTで胸部ステントグラフト周囲膿瘍、下部食道壁破綻と膿瘍腔への穿通、左膿胸の所見を認め、二次性大動脈食道瘻の診断で緊急入院。抗菌薬治療を開始し、胸腔鏡下左胸腔洗浄ドレナージ術を施行。ドレナージ後3日目に吐血があり、造影CTで大動脈壁破綻を疑う所見を認めbridging TEVARを実施した。根治的治療として、消化器外科による食道抜去術施行後、二期的に大動脈切除、感染ステントグラフト抜去、および大動脈人工血管置換術、大網充填術を施行、待機的に食道再建を目指す方針となった。二次性大動脈食道瘻に対する最適な治療法について統一された見解はないため、本症例の経験を踏まえ、文献的考察を加えて報告する。

高度屈曲肢に対してバイパス手術を施行した症例について

野中崇央、松本春信

埼玉医科大学病院 血管外科

【症例】51歳男性、慢性腎不全で35年来の血液透析患者。右足趾壊死と左足趾潰瘍が出現し、血行再建目的で当院を受診したが、その後右下肢壊死が進行し大腿切断となった。その後左足趾潰瘍も増悪し壊死となっており血行再建が必要であったが、左下肢は股関節および膝関節が屈曲拘縮おり血管内治療は困難であった。下肢の屈曲拘縮はあるが股関節の外旋は可能であったため手術の実施は可能と判断し、バイパス手術を行う方針とした。血管造影では左浅大腿動脈までは開存しているが、左膝窩動脈狭窄と下腿三分枝の閉塞を認め、左足関節部後脛骨動脈が開存していた。左浅大腿-後脛骨動脈バイパス術および左第4・5趾切断術を施行し、足趾切断端は一期的に閉鎖した。術後に足趾切断端創が離開したが、閉鎖陰圧療法を実施し創傷は治癒した。若干の考察を加えて報告する。

巨大な胸部孤発性線維性腫瘍に対する外科治療

大場暖子，鹿島田寛明，山口雅利，杉山亜斗，井上慶明，青木耕平，羽藤 泰，福田祐樹，儀賀理暁，河野光智，中山光男

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

胸部孤発性線維性腫瘍はしばしば巨大腫瘍として発見される肉腫で、外科的切除が治療の主軸である。大きさゆえに視野確保などに工夫が求められる。当施設で経験した胸部巨大孤発性線維性腫瘍の2例を報告する。【症例1】60歳代、男性。検診異常の精査で左胸腔に最大径20cmの巨大腫瘍を認めた。胸膜腫瘍切除+左肺下葉・横隔膜合併切除を施行した。病理所見で孤発性線維性腫瘍の診断をえた。術後2年で胸膜播種再発したので播種病巣切除術を施行。さらに2年後に肺転移が出現した。ドキソルビシンやパゾパニブで治療を試みたが効果なく、術後5年半で死亡した。【症例2】80歳代、女性。たまたま撮られた胸部X線写真で左胸腔の約2/3を占拠する巨大腫瘍を認めた。経皮的針生検で孤発性線維性腫瘍の診断をえた。第VI肋骨床開胸で腫瘍摘出+播種病巣切除を実施した。現在、術後6ヶ月無再発で経過中である。

前胸部創感染を契機に生じた降下性縦隔炎の1例

宮崎 茉莉¹⁾、田口 亮¹⁾、梅咲 徹也¹⁾、市来 嘉伸、二反田 博之¹⁾、坂口 浩三¹⁾、
石田 博徳¹⁾、金本 開²⁾、蝦原 康宏²⁾

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科¹⁾、頭頸部腫瘍科²⁾

症例は49歳男性。草むしりをした翌日から前頸部、左前胸部痛が出現し、増悪したため近医を受診した。診察上、左胸鎖関節から左前胸部にかけて主に発赤・腫脹しており、皮膚擦過創も散見された。CTでは左胸鎖関節周囲膿瘍を認め、縦隔伸展も呈していたため、当科へ紹介となった。緊急でドレナージ術の方針とした。まず右側臥位とし、左胸腔鏡下縦隔ドレナージ術を行った。前縦隔周囲の炎症性胸膜癒着を鈍的剥離し、膨隆・発赤した部位で縦隔胸膜とその深部の釀膿膜を切開・開放、排膿した。膿瘍腔内を洗浄し、ドレーンを留置した。続いて仰臥位とし、頭頸部腫瘍科で頸部ドレナージ術を行った。胸鎖乳突筋付着部付近から排膿があり、膿瘍の首座と考えられた。膿瘍培養からはS. Aureus(MSSA)が検出された。降下性縦隔炎の多くは口腔内、頸部の感染から生じるが、原因として稀な、前胸部創感染を契機に生じた降下性縦隔炎を経験したので報告する。

completion lobectomy を要した肺分画症切除後の肺梗塞

古木凌真、橋本博史、亀田光二、吉川滉太郎、豊泉大地、田口眞一

防衛医科大学校病院呼吸器外科

症例は 23 歳男性。喀血・血痰を主訴に受診、CT で左肺底区に下行大動脈から異常血管が分布する hyperlucent な領域を認め、肺葉内肺分画症が疑われた。造影 CT では下行大動脈から分画肺への2本の異常血管の分岐および下肺静脈への還流を認めた。手術適応と診断し、胸腔鏡補助下に異常血管の切離及び分画肺の切除を行った。正常肺と分画肺の境界ははつきりせず、異常血管処置部位を中心に S10 領域相当の肺部分切除とした。術後2日目より血痰が出現し次第に增量、炎症反応上昇や発熱を認め、術後5日目に CT を撮影、残存分画肺の出血壊死および周囲への炎症波及を認めたため、術後6日目に再手術、残存左肺下葉切除術を施行した。再手術後の経過は順調であり、再手術後 11 日目に退院となった。切除検体の病理所見では、残存分画肺領域の出血性壊死を認めた。肺葉内肺分画症に対する手術は一般的に肺葉切除術が行われることが多いが、肺機能温存の観点からは分画肺切除が理想的である。しかし、本症例のように分画肺と正常肺の境界が不明瞭な場合、分画肺が残存し、重篤な合併症を生じる可能性があり、安易に分画肺切除を計画すべきではないと考えられた。文献的考察を加えて報告する。

肺合併切除が必要な食道癌症例に対する縦隔鏡下食道亜全摘術の経験

内藤夏海，齋藤一幸，腰塚慎一郎，周東宏晃，箱崎悠平，三ツ井崇司，奥山隆，吉富秀幸

獨協医科大学埼玉医療センター 外科

症例は78歳男性。食道癌，Mt，Type3，SCC，cT3，N0，M0，cStageⅢの診断で、術前化学療法後に縦隔鏡下食道亜全摘を施行した。リンパ節No.109Rの肺浸潤が疑われ肺合併切除を追加した。手術時間は622分、術中出血量は115ml、気胸や術後肺炎を認めず、第14病日に退院となった。

我々は、食道癌全例を縦隔鏡下食道亜全摘の適応とし、現在までに113例を施行してきた。これまでに胸膜・胸管・反回神経の合併切除を経験した。縦隔鏡手術の利点は片肺換気や胸壁破壊の必要がなく、術後肺合併症の減少である。しかし、肺合併切除が必要な症例において開胸や胸腔鏡への移行することは縦隔鏡手術の利点が損なわれることになる。縦隔鏡下に肺合併切除が可能か不明であったが、縦隔内では肺と自動縫合器が接線方向となり鉗子の操作が困難な縦隔という狭い空間でも安全に実行可能であった。縦隔鏡下食道亜全摘術中の肺合併切除は自動縫合機で安全に実現可能であり、有用なオプションの一つとなり得る。

複数の特殊型胃癌と一般型胃癌が混在した胃切除例の検討

鳴澤優, 小林毅大, 永嶽惇, 後藤圭佑, 北川隆洋, 柳舜仁, 島田淳一, 伊藤隆介,
中林幸夫

川口市立医療センター

<症例>60歳台、男性。<現病歴>健診の上部内視鏡で胃体部から前庭部にかけて複数の腫瘍を認め、生検した腫瘍はすべて一般型腺癌であり、多発胃癌の診断となった。術前病期は cT2N0M0 cStage I で根治手術を施行した。<治療経過>術式は腹腔鏡下幽門側胃切除術、D2郭清を施行。術後経過は良好で退院となった。<術後病理>計 7 病変あり、胎児消化管類似癌(ACED)、肝様腺癌(HAC)、一般型腺癌が混在していた。リンパ節転移は認めず、術後病期は pT1bN0M0 pStage IA であった。<考察>ACED は第 15 版の取り扱い規約で特殊型の主組織系に新たに加えられており、HACと共に AFP 産生胃癌の代表的な組織系の一つとして認識されており、リンパ節転移、肝転移率が高度で、予後は不良と考えられている。ACED は胃癌全体の 3.4%、HAC は 0.39–2.1% と稀な組織型であり、今回我々は ACED、HAC、通常型腺癌が混在した非常に稀な胃癌の切除症例を経験したので報告する。

肝十二指腸間膜内に発症した成人成熟奇形腫症例について

岸保広高, 浦橋泰然, 野呂拓史, 清水祐介, 小林峻也, 高田武蔵, 川崎圭史, 立岡哲平,
三ツ井崇司, 竹下恵美子, 田島秀浩, 奥山隆, 吉富秀幸

獨協医科大学埼玉医療センター

症例は46歳女性。めまいを主訴に当院耳鼻咽喉科にて施行した単純CT検査で、肝門部領域に腫瘍を指摘され、当科紹介受診。造影CTおよびMRI検査にて肝十二指腸間膜内に69mm大の脂肪・石灰化成分などを含む囊胞性腫瘍を認めた。卵巣に病変はなく、肝十二指腸間膜内に発症した成熟奇形腫と診断し、外科的切除の方針とした。開腹すると、腫瘍は肝十二指腸間膜内に存在し、脾頭部・総肝および左右肝動脈・門脈・総胆管との剥離が可能であった。しかし胃十二指腸動脈との瘻着が強固であり、合併切除とした。病理組織学的検査にて多列線毛上皮、脂肪、軟骨、末梢神経組織、気管支腺、石灰化成分などを認め、悪性所見はなく、成熟奇形腫と診断された。術後経過は良好で、術後7日目に退院。肝十二指腸間膜に発生した成熟奇形腫は稀な疾患であるが、脾囊胞性疾患などの鑑別や悪性化・破裂の可能性を考慮し、原則外科的切除の適応と考えられた。

巨大肝囊胞に対して、腹腔鏡下天蓋切除術に有茎大網弁充填を併用した症例について

中井猛斗、冠城拓示、牧野暁嗣、門多由恵、関大仁、奥村武弘、唐橋強

JCHO 埼玉メディカルセンター外科

症例は60歳台女性。下半身浮腫を契機に診断された巨大肝囊胞の症例。囊胞は横隔膜ドーム直下S7/8主座に存在し、下大静脈を圧排していた。各種画像検査所見では、腫瘍性囊胞を疑う所見乏しく、単純性囊胞と診断された。下半身浮腫が顕著であり、根治術の方針とした。術中所見としては、横隔膜下主体に、巨大な肝囊胞を認めた。囊胞内容を可及的に吸引除去したのちに、天蓋切除を行った。一方で、囊胞開窓部は横隔膜直下に位置しており、術後の癒着による症状再燃が危惧された。このため、同部への大網弁充填を併用することとした。右胃大網動脈を栄養血管とした右側有茎大網弁を作成し、肝囊胞開窓部に充填し固定した。術後経過は良好であり、術後6か月時点でのCT検査では著明な囊胞再燃認めず、症状再発も認めていない。横隔膜直下など、術後癒着による再発が懸念される症例において、大網弁充填は比較的簡便な補完的手技となり得ると考えられた。

Segmental arterial mediolysis(SAM)による左胃大網動脈から腹腔内出血に至った症例について

薄ヶ谷将功¹、島崎玲理¹、石川文彦¹、新田 宙¹、藤田昌久¹、尾本秀之²、釜田茂幸¹、
島巻佳昂¹、金 晟徹¹、伊藤 博¹

深谷赤十字病院 外科¹、乳腺外科²

[抄録]

SAMは炎症性・動脈硬化性の血管異常を伴わない中高齢者が突然の出血で発見される疾患である。

症例は50代女性、前日からの腹痛で救急要請となった。来院時血圧142/85、心拍数100と頻脈を認めるのみであったが、腹部膨満と心窓部中心の圧痛、筋性防御、腹膜刺激症状を認めた。Hb8.7の貧血があり、CTでは多量の腹水と、extravasationは認めないものの左胃大網動脈に3cm長の口径不整を認めた。左胃大網動脈に起因する腹腔内出血の診断とし緊急開腹止血術を施行した。開腹所見では左胃大網動脈からの出血を認めたため、動脈根部を結紮切離した上で同領域の大網を切除することで止血を得た。肉眼的には、切離した左胃大網動脈の一部が紡錘状に腫大しており、その正中に裂創がみられたため出血源と判断した。病理検査結果では同部位の中膜の融解・断裂があり、SAMによる出血の診断であった。

近年、腹腔内出血の原因としてSAMの報告が増えており、若干の文献的考察を交えて報告する。

分節性動脈中膜融解症(SAM) 3 例の検討

大野航平¹、小峯修¹、塩谷猛¹、久保田友紀¹、渋谷肇¹、渡邊善正¹、南部弘太郎¹

山田太郎¹、内間久隆²

さいたま市民医療センター外科¹、病理診断科²

1 例目は 50 代、男性。既往に十二指腸潰瘍あり。腹痛で当院受診。造影 CT 検査で腹腔内に density の高い液体貯留、胃大網動脈の数珠状の口径不同的の拡張を認めた。胃大網動脈からの出血を疑い緊急手術を行った。腹腔内には血性腹水を認め、大網背側の胃付着部に血腫があり、大網切除術を行った。病理組織検査にて中膜の部分的な断裂、壊死を認め SAM の診断となった。

2 例目は 60 代、男性。腹痛、虫垂炎疑いで紹介。CT 検査では虫垂炎の所見は認めず、腹腔内に density の高い液体貯留があった。上腸間膜動脈の枝が数珠状に拡張していた。上腸間膜動脈造影で中結腸動脈の右枝と下臍十二指腸の枝に動脈瘤があり、コイル塞栓術を行った。臨床的に SAM と診断した。

3 例目は 60 代、男性。既往に脳梗塞、高血圧症あり。右上腹部痛、貧血で当院に紹介。造影 CT で density の高い液体貯留があり、1,2 例目の症例の経験から SAM を疑い同日に緊急手術を行った。腹腔内には大量の血性腹水があり、大網に血腫形成を認め、大網切除術を行った。病理にて大網の小動脈の中膜の部分的な消失があり SAM の診断となった。

突然発症の腹痛の原因疾患として、SAM を鑑別にあげることが必要であると考え、若干の文献的考察を加え報告する。

小腸 GIST により腸重積を来たし小腸部分切除した症例について

品田花絵, 森崎善久, 鈴木昭一郎, 長谷和生

所沢明生病院外科

【諸言】小児の腸重積に比べて成人の腸重積は稀な疾患である。今回、小腸 GIST により腸重積を来たし小腸部分切除術を施行した一例を経験したので報告する。【症例】90 歳男性。2 ヶ月前の施設の検診で貧血を指摘されていた。入院前日から微熱と嘔吐を認め、CT 検査よりイレウスの診断で入院した。翌日には嘔気は改善していたが、CT 検査で腸重積を認め、緊急手術を施行した。術中所見では、回腸末端から約 150cm に、約 3cm の腫瘍を先進部とした腸重積を認めた。腫瘍対側の回腸壁を切開し観察したところ、腫瘍は平滑であり漿膜と腸間膜に明らかな浸潤は認めず、腸管内腔より自動縫合器で全層切除し、対側の切開創を縫合閉鎖した。病理結果は GIST (c-kit+, CD34+) pT2 であった。経過良好で術後 11 日目に退院した。【結語】GIST による成人小腸腸重積は稀な疾患であると考えられ、文献的考察を加えて報告する。

小腸憩室穿孔を 3 回繰り返した症例の検討

伊藤望、筒井敦子、勅使河原優、海瀬理可、若林大雅、坂本純一、藤田翔平、萩原千恵、
藤山芳樹、岡本信彦、大村健二、若林剛

上尾中央総合病院外科

症例は 73 歳男性。心窓部痛を主訴に救急外来を独歩で受診した。多発血管炎性肉芽腫症に
対して免疫抑制剤を内服中で、2 回の小腸憩室穿孔に対する手術歴がある。来院時発熱と腹
膜刺激症状を認めた。造影 CT では遊離ガスを認め、複数箇所の小腸穿孔による急性汎発性
腹膜炎が疑われ、同日緊急手術を施行した。上下腹部正中切開で開腹し、以前の手術の癒着
剥離を行った後、腸間膜の膿瘍形成と 3 か所の穿孔部を同定した。約 50cm の小腸を切除
し、機能的端々吻合で再建した。術後 4 日目より食事を開始し、経過良好にて 15 日目に退
院となった。病理結果は前回と同様憩室穿孔であった。今回小腸憩室穿孔を 3 回繰り返し
緊急手術を要した一例を経験したため若干の文献学的考察を加えて報告する。

後腹膜原発巨大 pigmented paraganglioma の検討

石井拳大, 石畠亨, 石川博康, 千代延記道, 牟田優, 伊藤徹哉, 山本梓, 近 範泰, 幡野哲,
豊増嘉高, 母里淑子, 鈴木興秀, 松山貴俊, 熊谷洋一, 持木彥人, 石田秀行

埼玉医科大学総合医療センター 消化管・一般外科

症例 33 歳、男性。腰痛を主訴に近医を受診。腹部 CT で後腹膜腔に腫瘍を認め、精査加療目的に当科紹介。再検索の CT では十二指腸水平脚と IVC の間に多胞性で一部の囊胞壁は石灰化を伴う約 15cm の腫瘍は十二指腸、膵頭部を腹側に圧排していたが、周囲臓器との境界は明瞭であった。腫瘍は十二指腸、膵頭部に浸潤はなく、容易に剥離でき腫瘍を完全切除した。病理組織学的検査において腫瘍の剖面は黒褐色調、神経内分泌マーカー陽性、S100 陽性、cytokeratin 陰性、メラニン沈着を伴い pigmented paraganglioma と診断。後腹膜腫瘍の中で paraganglioma は約 2% と稀な疾患であり、中でも後腹膜原発 pigmented paraganglioma は Pubmed および医学中央雑誌において 4 例と極めて稀であった。後腹膜に発生した pigmented paraganglioma を経験したので報告する。

腸重積を伴う右側結腸癌に対して単孔式腹腔鏡下大腸癌手術を施行した3症例の検討

大嶋侑平、佐々木恵、米澤博貴、田中裕人、藤井能嗣、岡崎直人、石川慎太郎、
石山泰寛、石井利昌、出口勝也、平能康充

埼玉医科大学国際医療センター消化器外科

【はじめに】

腸重積症の多くは大腸癌に起因し、緊急手術の適応となるため手術時間短縮が重要であるが、大腸癌手術としての根治性が重要である。当施設では右側結腸癌に対する手術手技は確立している。今回我々は、大腸癌による腸重積症の3例に対して臍部の小切開創を活用した単孔式腹腔鏡下大腸癌手術を施行し良好な結果を得たので報告する。

【手術手技】

臍部に3cmの縦切開をおき、Alexis® を装着する。カメラポートと2本の5mmポートを挿入したfree access® を装着し、腹腔内を観察する。病変部分を確認後、直視下で用手的に重積を解除した。腹腔鏡操作を再開し単孔式腹腔鏡下手術にて型通りにD3郭清を伴う大腸癌根治術を行った。

【結果】

2022年5月から7月までに大腸癌による腸重積を3症例経験した。占拠部位は盲腸、上行、横行結腸が1例ずつであった。術式は腸重積解除術を伴う単孔式腹腔鏡下回盲部切除術、腹腔鏡下横行結腸切除術が2例と1例であった。現在再発なく経過観察中である。

【結語】

腸重積症を伴う大腸癌3例に対して、臍部創より腸重積を用手的に解除後に、同切開創を使用した単孔式腹腔鏡下手術を施行し良好な結果を得た。腸重積症にて発症した大腸癌に対する緊急手術であっても小切開層のみで根治手術が可能で、有用な術式であると考える。

憩室炎との鑑別が困難であった 5型大腸癌の症例について

佐々木彩, 池端昭慶, 横山祐磨, 東尚伸, 江頭有美, 津和野 伸一, 柳在勲, 早津成夫,
石塚裕人, 原彰男

独立行政法人国立病院機構 埼玉病院 外科

症例は 85 歳男性。左下腹部痛を主訴に受診し、腹部 CT 検査にて膿瘍を伴う S 状結腸憩室炎と診断し緊急入院した。下部内視鏡検査では、S 状結腸に亜全周性の狭窄、粘膜面の浮腫状変化と発赤を認め、スコープ通過は不可能であった。生検では悪性所見は認めなかった。血液検査では腫瘍マーカーの上昇はなく、腹部超音波検査でも腸管の層構造は保たれていた。入院後も症状と炎症反応の再燃を繰り返しており、画像上も膿瘍の縮小が得られなかつたため、手術の方針とした。術中所見では、膿瘍に伴って S 状結腸と腹膜、小腸の一部が強固に癒着一塊となっていた。悪性の可能性も考慮し、S 状結腸切除 (D2)、腹膜合併切除、小腸部分切除、回腸人工肛門造設術を施行した。病理組織学的検査では、中分化腺癌、Type5, pT4b(腹膜)N0M0 pStageIIc であった。術後補助化学療法は行わず、6 か月無再発である。治療に難渋する憩室炎では、癌の併存を念頭に治療を行う必要があると考える。

前立腺浸潤を伴う直腸癌に対して術前化学療法を行い、膀胱温存し根治が得られた症例について

平野琢土，中太淳平，山藤和夫，朝見淳規，馬場秀雄，高橋剛志，藤井琢，藤田優裕，新井修，根本憲太郎，佐野淳一，八木萌香，上條健介，原田優香

さいたま市立病院

症例は 61 歳、男性。2019 年 7 月に排便障害、体重減少を主訴に当院受診された。精査で下部直腸に全周性の 2 型病変を認め、直腸癌と診断した。明らかな遠隔転移は指摘されなかつたが、前立腺浸潤が疑われた。局所制御のため、10 月より mFOLFOX6+Pmab を開始した。2020 年 1 月に 6 クール目が終了し、画像上、腫瘍は縮小傾向にあった。根治術として骨盤内臓全摘術が考えられたが、患者の膀胱温存に対する強い希望があり、2020 年 1 月 20 日に開腹直腸低位前方切除術、側方リンパ節郭清、前立腺合併切除術を施行、術後第 20 病日に軽快退院となった。術後 2 年 6 ヶ月の現在まで、再発・転移所見なく経過している。今回われわれは、前立腺浸潤を伴う直腸癌に対して、術前化学療法が奏功し、膀胱温存して長期生存が得られた症例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

バリウムを用いた上部消化管造影後の直腸穿孔の症例について

熊谷 悠、大畠昌彦、廣川詠子、丸山正太郎、大堀真毅、石井 博、大石 崇、丸山正董

丸山記念総合病院 外科

症例は 71 歳男性。手術 6 日前に前医にて、バリウムを用いた上部消化管造影を実施された。検査後から便秘があり、発熱、血便を主訴に、当院を受診した。来院時、腹痛はなく、腹部所見で腹膜刺激兆候はなかった。血液検査は白血球 $10200 / \mu\text{L}$ 、CRP 16.0 mg/dL だった。造影 CT で、大腸にバリウムが残存しており、直腸 Rs～Ra 領域で壁の全周性肥厚と内腔の狭小化があり、周囲の脂肪識濃度上昇と遊離ガスがあった。直腸穿孔もしくは S 状結腸穿孔の疑いとし、全身状態が落ち着いていたため、受診翌日に待機的手術を行った。手術は、開腹前方切除術とハルトマン式による人工肛門造設術を行った。術中所見は、腸間膜内穿破を伴う直腸穿孔であった。術後の病理検査では、腫瘍性病変は同定されなかった。術後 22 日目に退院となった。今後、再手術にてストマ閉鎖を検討している。バリウムを用いた上部消化管造影後に生じる下部消化管穿孔は稀であり、貴重な症例を経験したため報告する。