

第 189 回兵庫県外科医会学術集会

日時 令和 3 年 5 月 22 日 (土) 午後 2 時 30 分

場所 スペースアルファ三宮

神戸市中央区三宮町 1-9-1 (三宮センタープラザ東館 6F)

TEL : 078-326-2540

I (司会) 開会の辞 副会長 黒 田 大 介

II 会長挨拶 会長 掛 地 吉 弘

III 一般演題 (14 : 35 ~ 15 : 50)

※各演題とも発表 5 分、質疑 3 分といたします。

座 長 神戸赤十字病院 外科部長 門 脇 嘉 彦
北播磨総合医療センター 先端医療センター長 中 村 哲

1 「胃、腹壁浸潤を伴った巨大結腸癌に対して胃、腹壁合併切除および筋皮弁移植による
再建を行った 1 例」

神戸赤十字病院 消化器外科

○工藤真人, 大久保悠祐, 河本 慧, 藤井悠花, 久保田暢人, 石堂展宏,
門脇嘉彦

2 「内科的治療が奏効せず緊急手術を行うも急速な致命的転帰を辿った糞便性腸閉塞の
1 例」

甲南医療センター 消化器外科¹, 乳腺外科²

○今井理揮¹, 藤田敏忠¹, 藤中亮輔¹, 川島龍樹¹, 西 将康¹, 安田貴志¹,
後藤直大¹, 千堂宏義¹, 宮下 勝², 具 英成¹

3 「超高齢者の局所進行性噴門部胃癌に対して外科的介入を行った 1 例」

神戸赤十字病院 外科

○広川岳彰、河本 慧、藤井悠花、大久保悠祐、久保田暢人、石堂展宏、
門脇嘉彦

4 「腹部大動脈ステントグラフト留置術後早期に腹部大動脈十二指腸瘻を来した一例」

神戸大学医学部附属病院 心臓血管外科¹、食道胃腸外科²

○井上大志¹, 大村篤史¹, 中井秀和¹, 長命俊也¹, 濱口真里¹, 河野敦則¹,
辻本貴紀¹, 村上 優¹, 幸田陽次郎¹, 山中勝弘¹, 井上 武¹, 岡田健次¹,
長谷川寛², 掛地吉弘²

5「肥厚性硬膜炎を呈した脾原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫（DLBCL）の 1 例」
神戸赤十字病院 外科

○藤井悠花、門脇嘉彦、久保田暢人、大久保悠祐、河本 慧、石堂展宏

6「肝細胞癌との鑑別が困難であった肝 Reactive Lymphoid Hyperplasia の 1 例」

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科

○西山航平，荒井啓輔，中村浩之，王子健太郎，佐伯崇史，横尾拓樹，村田晃一，
御井保彦，上田泰弘，柿木啓太郎，岡 成光，黒田大介

7「クローン病における術前 LCR(Lymphocyte-to-C-reactive protein ratio)の
臨床的意義」

兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科¹，下部消化管外科

○楠 蔵人¹，皆川知洋¹，桑原隆一¹，後藤佳子¹，堀尾勇規¹，坂東俊宏¹，
別府直仁²，内野 基¹，池田正孝²，池内浩基¹

8「術後神経障害性疼痛を来した骨盤内神経節細胞腫の 1 例」

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科

○荒井啓輔，中村浩之，王子健太郎，佐伯崇史，横尾拓樹，村田晃一，御井保彦，
上田泰弘，柿木啓太郎，岡 成光，黒田大介

9「当院における腹腔鏡補助下 S 状結腸切除の定型化と治療成績」

兵庫医科大学 下部消化管外科

○松原孝明，別府直仁，宋 智亨，竹中雄也，木村 慶，馬場谷彰仁，片岡幸三，
池田正孝

IV 特別講演 (16:00～17:00)

「食道癌手術の paradigm shift —MIE の進歩とこれから—」

座 長 北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科

統括部長 黒 田 大 介

講 師 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

准教授 押 切 太 郎

V 閉会の辞 副会長

黒 田 大 介

兵庫県外科医会

共催 ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

第 189 回兵庫県外科医会学術集会 抄録集

日時 令和 3 年 5 月 22 日 (土) 午後 2 時 30 分

場所 スペースアルファ三宮

神戸市中央区三宮町 1-9-1 (三宮センタープラザ東館 6F)

- 1, 胃, 腹壁浸潤を伴った巨大結腸癌に対して胃, 腹壁合併切除および筋皮弁移植による再建を行った 1 例

神戸赤十字病院 消化器外科

工藤真人, 大久保悠祐, 河本 慧, 藤井悠花, 久保田暢人, 石堂展宏, 門脇嘉彦

【抄録本文】

症例は 72 歳, 女性. 2 ヶ月前から左下腹部の膨隆を自覚し, 自壊排膿をきっかけに 20XX 年 6 月に当院を受診した. CT で左側結腸, 胃大弯, 左下腹壁が一塊となった巨大腫瘍や腹壁浸潤部の皮下に膿瘍形成を認め, 巨大結腸癌の胃, 腹壁への浸潤, 腹壁膿瘍と考えられた. 術前化学療法として FOLFOX 療法を計 9 コース試行した後, 20XX+1 年 1 月に結腸左半切除術, D3 郭清, 胃部分切除, 腹壁合併切除を行った. また, 当院形成外科にて腫瘍切除と同時に遊離広背筋皮弁による腹壁再建を一期的に施行した. 病理診断は中分化型管状腺癌で組織学的にも癌の遺残はなく, 最終診断は pT4bN1M0 StageIIIc, pR0 であった. 術後補助化学療法としてカペシタビン内服を 6 ヶ月間施行し, 術後 1 年以上再発なく経過している. 今回, 胃, 腹壁浸潤を伴った結腸癌に対し, 合併切除を行い良好な経過を得た症例を経験したため, 文献的考察を加え報告する.

- 2, 内科的治療が奏効せず緊急手術を行うも急速な致死の転帰を辿った糞便性腸閉塞の 1 例

甲南医療センター 消化器外科¹, 乳腺外科²

今井理揮¹, 藤田敏忠¹, 藤中亮輔¹, 川島龍樹¹, 西 将康¹, 安田貴志¹, 後藤直大¹, 千堂宏義¹, 宮下 勝², 具 英成¹

【抄録本文】

症例は 70 歳代女性. 既往歴に特記事項なく, 下剤内服後の腹痛を主訴に当院受診となった. 来院時, 血圧 142/82mmHg, 脈拍 71 回/分, 体温 36.1 度, 腹部は膨満自然体に刑土圧痛を認めた. 直腸診で腫瘍や便を触知しなかった. 腹部 CT では S 状結腸に便塊貯留を認め, これより口側腸管は拡張し盲腸は最大径 88mm となっていた. 大腸内視鏡や経鼻イレウス管による減圧を図るも効果なく, 全身状態の悪化を認めたため緊急手術を施行した. 術中腸管壊死や穿孔の所見は認めず, S 状結腸で双孔式ストマ造設を行った. 術後ストマからの排便は少量のみで口側腸管の減圧が得られず, 血圧 79/55mmHg と敗血症性ショックとなった. ICU での集中治療行うも, 術後 2 日目に永眠された. 糞便性腸閉塞は透析患者や糖尿病を有する患者に発症しやすいとされ, 保存的治療で軽快することが多い. 今回我々は, 内科的治療が奏効せず緊急手術を行うも改善を認めず急激な転帰を辿った一例を経験したので, 文献的考察を加え報告する.

3, 超高齢者の局所進行性噴門部胃癌に対して外科的介入を行った 1 例

神戸赤十字病院 外科

広川岳彰, 河本 慧, 藤井悠花, 大久保悠祐, 久保田暢人, 石堂展宏, 門脇嘉彦

【抄録本文】

現在, 高齢者に対する手術適応は論点の 1 つとなっている. 今回, 超高齢の局所進行胃癌症例に対して根治的手術を行った 1 例を報告する.

症例は特記すべき既往歴のない 94 歳女性. 独居で ADL は自立していた. 20XX 年 8 月頃から心窩部不快感を自覚し, その後徐々に食思不振と体重減少が出現した. 同年 12 月に近医で胃噴門部癌と診断され, 当院紹介となった. CEA:9.3, CA19-9:1926.3 と高値であったが, 明らかな遠隔転移を認めず, U, Post, Type1, 50mm, tub1, cT4b(SI;横隔膜), cN1(No.10), cM0, cStageIIIB と判断し, 胃全摘術と横隔膜・脾臓合切術を施行した. 術後は特記すべき合併症なく経過した. 術後 1 年以上無再発で経過している. 今回のように高齢者でも全身状態が良ければ進行癌でも手術によって QOL の維持が期待できる.

4, 腹部大動脈ステントグラフト留置術後早期に腹部大動脈十二指腸瘻を来した一例

神戸大学医学部附属病院 心臓血管外科¹, 神戸大学医学部附属病院 食道胃腸外科²

井上大志¹, 大村篤史¹, 中井秀和¹, 長命俊也¹, 濱口真里¹, 河野敦則¹, 辻本貴紀¹, 村上 優¹, 幸田陽次郎¹, 山中勝弘¹, 井上 武¹, 岡田健次¹, 長谷川寛², 掛地吉弘²

【抄録本文】

症例は 79 歳の男性. 3 か月前に腹部大動脈瘤に対して腹部ステントグラフト留置術 (EVAR) を施行された. 下血と持続性の発熱を主訴に当院救急外来を受診した. 高度貧血と CT での腹部大動脈周囲の air 像を認めたことから大動脈十二指腸瘻と診断し緊急手術を行った. 十二指腸と腹部大動脈瘤は高度に癒着していた. 大動脈遮断後に, 十二指腸水平脚を大動脈瘤壁ごと一塊として摘除した. その後, 大動脈遮断を腎動脈上に移し, ステントグラフトを proximal bare stent の一部を除きすべて抜去した. リファンピシン浸漬ダクロングラフトを使用し両側内腸骨動脈再建を伴う人工血管置換術を施行した. 血行再建後, 十二指腸下行脚と Treitz 靱帯より 5cm 末梢の空腸を横行結腸間膜の尾側で吻合し, 人工血管周囲に大網組織を充填した. 術後経過は大きな問題を認めなかった. 瘻孔形成に際し, 中枢側 landing 部の大動脈の石灰化がステントグラフトの留置により十二指腸壁側に突出し, 十二指腸壁に対する持続的な物理刺激により瘻孔が形成されたという報告としても非常に稀な発生機序が考えられた.

5, 肥厚性硬膜炎を呈した脾原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) の 1 例

神戸赤十字病院 外科

藤井悠花, 門脇嘉彦, 久保田暢人, 大久保悠祐, 河本 慧, 石堂展宏

【抄録本文】

患者は 70 歳代の女性. 手術 3 か月前よりふらつきを認め, 右外転神経麻痺を指摘された. その後, 肥厚性硬膜炎と診断され, 全身検索目的に腹部超音波検査と腹部 CT を施行した所, 多発脾腫瘍が指摘された. 悪性リンパ腫や転移性腫瘍等が疑われ, 当科紹介となった. 診断的治療のため用手補助腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した所, 悪性 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) と診断された. 直ちに血液内科に紹介し化学療法が開始された. 現在術後 14 か月経過したが, 脳神経麻痺の症状は改善を認め, また再発も認めていない.

自験例の肥厚性硬膜炎は DLBCL の中枢神経浸潤と推測されるが, 二次中枢神経浸潤を来す症例は悪性リンパ腫の 5-10% と稀で, 予後も非常に悪いとされている. 今回, 用手補助腹腔鏡下脾臓摘出術を施行し質的診断に至り, 速やかに治療介入出来たことで緩解を得られた多発脾腫瘍の 1 例を経験したので, 若干の文献的考察を踏まえて報告する.

6, 肝細胞癌との鑑別が困難であった肝 Reactive Lymphoid Hyperplasia の 1 例

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科

西山航平, 荒井啓輔, 中村浩之, 王子健太郎, 佐伯崇史, 横尾拓樹, 村田晃一, 御井保彦, 上田泰弘, 柿木啓太郎, 岡 成光, 黒田大介

【抄録本文】

症例は 72 歳女性. IPMN で外来経過観察中であった. MRCP にて偶発的に肝 S7 に 20mm 大単発の腫瘍を認めた. 腹部造影 CT 検査, 腹部 EOB-MRI 検査にて早期濃染, wash out の造影パターンを示し, 肝細胞癌と診断した. 腹腔鏡下肝 S7 部分切除を施行した. 病理組織診断では肝 Reactive Lymphoid Hyperplasia (RLH) であった. 術後 1 ヶ月現在, 無再発生存中である. 肝細胞癌との鑑別が困難であった肝 RLH の 1 例を経験した. 文献的考察を加えて報告する.

7, クロウン病における術前 LCR(Lymphocyte-to-C-reactive protein ratio)の臨床的意義

兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科¹, 兵庫医科大学 下部消化管外科

楠 蔵人¹, 皆川知洋¹, 桑原隆一¹, 後藤佳子¹, 堀尾勇規¹, 坂東俊宏¹, 別府直仁²,
内野 基¹, 池田正孝², 池内浩基¹

【抄録本文】

【目的】近年の報告でクローン病 (CD) 寛解維持における栄養療法の有用性は示唆されているが栄養マーカー, 炎症マーカーの CD 術後再発予測能は不明である. LCR(Lymphocyte-to-C-reactive protein ratio)は悪性腫瘍領域で全生存率や無再発生存率等を予測する予後予測マーカーとしての有用性が報告されているが炎症性腸疾患領域での報告はない. 今回, CD 患者における LCR の CD 再燃再手術予測能を検討したので報告する.

【方法】2011 年 1 月から 2013 年 12 月までに当院で CD に対し腸管切除手術を施行しその後 5 年以上フォローアップしている 207 例を対象に, 術前 LCR と臨床因子ならびに CD 再燃再手術率との関連を検証した.

【結果】患者は平均年齢 34.04 歳で, 男性 143 人, 女性 64 人であった. 5 年以上の追跡期間で CD 再燃再手術となった症例は 207 例のうち 27 例 (13%) であった. CD 再燃再手術を対象とした至適 Cut-off 値を用いた臨床因子との検討において LCR 低値群は病期期間長期群 ($p=0.006$)と有意に相関し, 生存曲線解析において LCR 低値群は CD 再燃再手術率に関して有意に予後不良であった ($p=0.006$). 多変量解析においても LCR 低値群は CD 再燃再手術率に関して独立した予後不良因子であった(HR:2.83, 95%CI:1.32-6.42, $p=0.008$).

【結語】炎症, 栄養指標の一つである LCR は CD の再燃再手術予測能に関して有用な予後指標であった.

8, 術後神経障害性疼痛を来した骨盤内神経節細胞腫の 1 例

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科

荒井啓輔, 中村浩之, 王子健太郎, 佐伯崇史, 横尾拓樹, 村田晃一, 御井保彦, 上田泰弘,
柿木啓太郎, 岡 成光, 黒田大介

【抄録本文】

症例は 17 歳女性. 左会陰部痛が出現し, 当科を紹介受診した. MRI で仙骨前面に 62mm 大の境界明瞭な腫瘍を認め, T2 強調画像で不均一な高信号を示し, 脂肪成分の含有がなく, 一部が左 S2 神経根と近接していた. 診断的治療として腹腔鏡下骨盤内腫瘍切除術を施行した. 腫瘍は後腹膜下に存在し仙骨からの剥離は可能であったが, 背側から腫瘍に続く神経束を認めた. 神経原性腫瘍であると考え, 神経束を切離し可及的に腫瘍を切除した. 病理組織診断では神経節細胞腫であった. 術後, S1~4 領域の知覚低下, Allodynia を認め, 神経障害性疼痛と考えられた. 内服加療およびリハビリテーションを行い, 症状は改善傾向である. 術後 3 ヶ月現在までに腫瘍の再発はみとめない. 骨盤内に発生した神経節細胞腫に対する手術を行い神経障害性疼痛を来した稀な 1 例を経験したので報告する.

9, 当院における腹腔鏡補助下 S 状結腸切除の定型化と治療成績

兵庫医科大学 下部消化管外科

松原孝明, 別府直仁, 宋 智亨, 竹中雄也, 木村 慶, 馬場谷彰仁, 片岡幸三, 池田正孝

【抄録本文】

【はじめに】日本内視鏡外科学会技術認定制度では腹腔鏡下 S 状結腸切除手術が課題であり, 当院では 2020 年に 4 人合格者を輩出した. 当院における腹腔鏡補助下 S 状結腸切除の定型化と治療成績について提示する.

【手技】直腸間膜と尿管下腹神経前筋膜の層を剥離するため, 適切な展開ができるように助手との協調作業の定形化を図っている. また, 下腸間膜動脈根部処理後に, 結腸間膜を授動する際には, 下腸間膜静脈をメルクマールとして, Gerota 筋膜の間で剥離層を同定している. 直腸間膜切離に関しても, 特に助手との協調を大切に, 直腸を頭側へ牽引し, 直腸固有筋膜の剥離層に十分な緊張がかかるような展開に注意を払っている.

【結語】当院における腹腔鏡補助下 S 状結腸切除の定型化と治療成績について検討した.