

第 191 回兵庫県外科医会学術集会

日時 令和 4 年 5 月 28 日 (土) 午後 2 時 30 分
場所 三宮研修センター
神戸市中央区八幡通 4 丁目 2-12 カサベラ FRⅡビル
TEL : 078-232-0081

I (司会) 開会の辞 副会長 黒田 大介

II 会長挨拶 会長 福本 巧

III 一般演題 (14 : 35~15 : 45)

※各演題とも発表 5 分, 質疑 3 分といたします。

座長 甲南医療センター 消化器外科 部長 千堂 宏義
北播磨総合医療センター 外科、消化器外科、乳腺外科
部長 柿木 啓太郎

1 「保存的治療が可能であった門脈ガス血症の検討」

北播磨総合医療センター 外科, 消化器外科, 乳腺外科

○清水貴, 柿木啓太郎, 西山航平, 中村浩之, 横尾拓樹, 佐伯崇史, 王子健太郎,
山崎悠太, 荒井啓輔, 御井保彦, 中村哲, 岡成光, 黒田大介

2 「子宮脱術後の直腸癌 ESD 後局所再発に対し, ロボット支援下低位前方切除術を
施行した 1 例」

兵庫医科大学 外科学講座 下部消化管外科

○伊藤一真, 別府直仁, 大谷雅樹, 松原孝明, 宋智了, 竹中雄也, 木村慶,
馬場谷彰仁, 片岡幸三, 池田正孝

3 「当院で経験した成人腸重積症の 4 例」

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科

○中村浩之, 西山航平, 王子健太郎, 佐伯崇史, 横尾拓樹, 山崎悠太, 清水貴,
荒井啓輔, 御井保彦, 柿木啓太郎, 中村哲, 岡成光, 黒田大介

4 「内視鏡検査後に穿孔をきたし単孔式腹腔鏡手術を施行した小腸大腸型クローン病の 1 例」

兵庫医科大学医療人育成研修センター卒後研修室¹⁾,

兵庫医科大学消化器外科学炎症性腸疾患外科²⁾, 下部消化管外科³⁾

○北風匠一¹⁾, 楠蔵人²⁾, 皆川知洋²⁾, 桑原隆一²⁾, 堀尾勇規²⁾, 片岡幸三³⁾,
別府直仁³⁾, 池田正孝³⁾, 内野基²⁾, 池内浩基²⁾

5 「MIPS (Medical Imaging Projection System) を用いて残胃血流を確認できた、
胃切除術後に膵体尾部切除術を施行した症例」

兵庫医科大学 肝胆膵外科

○藤本康弘, 岩間英明, 河端悠介, 清水敦史, 岡本共弘, 末岡英明, 飯田健二郎,
多田正晴, 中村育夫, 廣野誠子

6 「横隔膜腹腔側に発生した solitary fibrous tumor の 1 例」

神戸大学肝胆膵外科¹⁾, 神戸大学医学部附属病院国際がん医療研究センター²⁾

○上田泰弘¹⁾, 味木徹夫²⁾, 浅利貞毅²⁾, 柳本泰明¹⁾, 津川大介¹⁾, 朝倉力¹⁾,
三宅泰一郎¹⁾, 南野佳英¹⁾, 浦出剛史¹⁾, 福島健司¹⁾, 権英寿¹⁾, 小松昇平¹⁾,
蔵満薫¹⁾, 後藤直大¹⁾, 外山博近¹⁾, 木戸正浩¹⁾, 福本巧¹⁾

7 「治療方針に難渋した大動脈食道瘻の 1 例」

神戸大学医学部附属病院 心臓血管外科

○長命俊也, 岡田翼, 阪口和憲, 白木宏長, 岩橋大輔, 井上大志, 長谷川翔大,
濱口真里, 河野敦則, 辻本貴紀, 幸田陽次郎, 村上優, 中井秀和, 山中勝弘,
井上武, 岡田健次

IV 特別講演 (15:45~16:45)

「膵臓外科の Up to Date」

座 長 神戸大学大学院医学研究科 外科学講座 肝胆膵外科学分野
教授 福 本 巧

講 師 神戸大学大学院医学研究科 外科学講座 肝胆膵外科学分野
准教授 外 山 博 近

V 閉会の辞 副会長

黒 田 大 介

兵庫県外科医会
協賛 コヴィディエンジャパン株式会社

第 191 回兵庫県外科医会学術集会 抄録集

日時 令和 4 年 5 月 28 日 (土) 午後 2 時 30 分

場所 三宮研修センター

神戸市中央区八幡通 4 丁目 2-12 カサベラ FRⅡ ビル

1, 保存的治療が可能であった門脈ガス血症の検討

北播磨総合医療センター 外科, 消化器外科, 乳腺外科

清水貴, 柿木啓太郎, 西山航平, 中村浩之, 横尾拓樹, 佐伯崇史, 王子健太郎, 山崎悠太, 荒井啓輔, 御井保彦, 中村哲, 岡成光, 黒田大介

【抄録本文】

目的: 門脈ガス血症は腸管虚血や炎症, 拡張など種々の原因によって生じる比較的稀な画像所見で, 予後不良の兆候とされてきた。しかし, 近年では保存的加療で軽快する症例の報告も散見され, 手術の決断に悩む場合も多い。今回我々は, 保存的加療により軽快した門脈ガス血症の臨床的特徴を検討した。

対象: 2014 年 1 月~2021 年 12 月に保存的加療により軽快した門脈ガス血症 8 例の臨床的事項を後方視的に検討した。

結果: 症状は腹痛 (5 例), 嘔吐 (4 例) などで, 腹膜刺激兆候を 1 例に認めた。全例でショック, SIRS は認めなかった。CT で腸管虚血を示唆する所見は全例で認めず, 胃気腫を 2 例, 腸管気腫を 2 例で認めた。24 時間以内に CT で再評価された 6 例では, 門脈ガスが消失もしくは軽快しており, 72 時間以内に全例で消失が確認され, 軽快退院が可能であった。

結語: 全身状態が良好, 腹部所見が軽微, そして CT 上腸管虚血を示唆する所見に乏しいなどの門脈ガス血症は, 保存的加療で改善する可能性がある。

2, 子宮脱術後の直腸癌 ESD 後局所再発に対し, ロボット支援下低位前方切除術を施行した 1 例

兵庫医科大学 外科学講座 下部消化管外科

伊藤一真, 別府直仁, 大谷雅樹, 松原孝明, 宋智了, 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】近年, 子宮脱に対して腹腔鏡下仙骨膕固定術 (以下, LSC と略) が再発率や術後 QOL の観点から行われている。本症例では膕後壁にメッシュが固定されており, 直腸との強固な癒着が予想される症例であったが, ロボット支援下低位前方切除術で根治切除できた症例を経験したので報告する。

【症例】患者は 66 歳, 女性。現病歴: 2019 年に他院で子宮脱に対して LSC を施行された。子宮脱手術の術前検査として受けられた大腸内視鏡検査で直腸に早期直腸癌を認め, 2020 年に他院にて ESD を施行された。病理診断の結果, SM 浸潤 (1000 μ m), リンパ管浸潤と診断された。術後半年後の下部消化管内視鏡にて局所再発を認め, 手術目的に当院紹介となった。LSC 術後であったが, 膕後壁のメッシュを一部切除する形でロボット支援下低位前方切除術を施行した。術後経過は良好であり, 現在子宮脱も認めていない。

【結語】LSC 術後にロボット支援下低位前方切除術を施行した 1 例を経験した。

3, 当院で経験した成人腸重積症の4例

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科
中村浩之, 西山航平, 王子健太郎, 佐伯崇史, 横尾拓樹, 山崎悠太, 清水貴, 荒井啓輔,
御井保彦, 柿木啓太郎, 中村哲, 岡成光, 黒田大介

【抄録本文】

われわれが経験した成人腸重積4症例について報告する。

症例1 (72歳女性) 嘔気を主訴に受診し, 腹部CT検査にて上部空腸に小腸腫瘍による腸重積症を指摘され, 開腹で手術を施行した。手術所見では上部空腸の腫瘍を先進部に重積しており, 重積解除を行った後に小腸切除を行った。病理組織所見では小腸癌と診断された。

症例2 (52歳女性) 右下腹部痛を主訴に近医受診した。腹部CT検査で回腸の腸重積症を指摘され, 当院での内視鏡検査の結果, 小腸粘膜下腫瘍による腸重積症を疑い手術の方針とした。鏡視下で重積腸管を同定し体外に誘導した。重積解除を行なったところ, 肉眼的性状および病変部位から内翻 Meckel 憩室を先進部とする腸重積症と診断した。

症例3 (59歳男性) 上行結腸癌に対して腹腔鏡下右半結腸切除術後, 第9病日に施行した腹部CT検査で腸重積症を指摘され手術を施行した。手術所見ではイレウス管留置に伴う腸管癒着による腸重積症と診断した。

症例4 (62歳男性) 横行結腸癌, 閉塞性イレウスに対して開腹回腸人工肛門造設術, イレウス管留置を行った。退院後の腹部CT検査にて小腸の腸重積症を指摘され, 手術を施行した。手術所見では腸管癒着による腸重積症と診断した。

以上成人腸重積4症例について文献的考察を加え報告する。

4, 内視鏡検査後に穿孔をきたし単孔式腹腔鏡手術を施行した小腸大腸型クローン病の1例

兵庫医科大学医療人育成研修センター卒後研修室¹⁾,
兵庫医科大学消化器外科学炎症性腸疾患外科²⁾, 下部消化管外科³⁾
北風匠一¹⁾, 楠蔵人²⁾, 皆川知洋²⁾, 桑原隆一²⁾, 堀尾勇規²⁾, 片岡幸三³⁾, 別府直仁³⁾,
池田正孝³⁾, 内野基²⁾, 池内浩基²⁾

【抄録本文】

【背景】クローン病(以下CD)に対するダブルバルーン内視鏡検査による合併症のうち, 消化管穿孔は緊急手術が必要となる可能性もあり最も注意すべき偶発症である。当科ではこのような症例に対して積極的に単孔式腹腔鏡手術を施行している。今回, 内視鏡検査後に穿孔をきたしたCD症例ので単孔式腹腔鏡手術を行った症例を経験したので報告する。

【症例】症例: 46歳女性, 34歳時に発症の小腸大腸型CD。小腸の狭窄病変に対するダブルバルーン内視鏡検査後の穿孔で検査中に粘膜の裂傷があり, 腹部CTでfree airと造影剤の流出を小腸穿孔と診断された。当日に腹腔鏡補助下回腸部分切除術を施行した。

検査当日の緊急手術症例で腹腔内汚染の程度は軽度であり, 初回手術症例であったため病変部(穿孔部)の切除, 吻合を行い回腸人工肛門の造設は行わなかった。術後合併症(Clavien-Dindo Grade2以上)は認めず, 2週間以内に退院可能であった。

【結語】クローン病のダブルバルーン内視鏡検査(拡張術含む)後の穿孔症例は腹腔内汚染も軽度であり, 単孔式腹腔鏡手術は有用である。

5, MIPS (Medical Imaging Projection System) を用いて残胃血流を確認できた, 胃切除術後に 膵体尾部切除術を施行した症例

兵庫医科大学 肝胆膵外科

藤本康弘, 岩間英明, 河端悠介, 清水敦史, 岡本共弘, 末岡英明, 飯田健二郎, 多田正晴,
中村育夫, 廣野誠子

【抄録本文】

背景: 胃癌に対する幽門側胃切除術では, 左・右胃動脈および左・右胃大網動脈を切離するため, 残胃の血流は主として短胃動脈からのみ供給される. 胃切後に, 膵体尾部癌に対して膵体尾部および脾切除を行う際には, 短胃動脈からの供血は途絶えることとなり, 胃への血流が問題となる. 胃切除から時間が経過している場合には, 側副血行路の発達が期待されるが, 血流評価法は確立していない.

症例: 20 年前に胃癌に対して幽門側胃切除術, ビルロート I 法再建を受けた 74 歳男性. CA19-9 の上昇を契機に膵尾部の乏血性腫瘍を指摘され, EUS-FNA による生検にて adenocarcinoma と診断された. 切除可能膵癌の診断で Gemcitabine+TS-1 併用療法による術前補助療法を 2 コース施行し膵体尾部切除, D2 リンパ節郭清を施行した. 膵切除後に MIPS (Medical Imaging Projection System) を用いて胃の血流を確認すると, 血流良好であったので残胃を温存し, 手術を終了した. 術後 biochemical leak を認めるも, 胃内容排泄遅延は認めず, 術後 34 日目に退院となった. 病理診断(JPS 7th)は ypT3ypN1a(2/19)ysM0 fStage IIB, Evans 分類 IIa であった.

結語: 胃切除後の膵体尾部切除術において, ICG による MIPS での残胃血流評価は有効である.

6, 横隔膜腹腔側に発生した solitary fibrous tumor の 1 例

神戸大学肝胆膵外科¹⁾, 神戸大学医学部附属病院国際がん医療研究センター²⁾

上田泰弘¹⁾, 味木徹夫²⁾, 浅利貞毅²⁾, 柳本泰明¹⁾, 津川大介¹⁾, 朝倉力¹⁾, 三宅泰一郎¹⁾,
南野佳英¹⁾, 浦出剛史¹⁾, 福島健司¹⁾, 権英寿¹⁾, 小松昇平¹⁾, 蔵満薫¹⁾, 後藤直大¹⁾,
外山博近¹⁾, 木戸正浩¹⁾, 福本巧¹⁾

【抄録本文】

Solitary fibrous tumor (SFT)は胸腔内に多いとされるが, 横隔膜腹腔側に発生した 1 例を経験したので報告する. 症例は 70 歳台女性. 右季肋部痛を契機に受診し右横隔膜原発の腫瘍が疑われ, 当院に紹介となった. CT では 80mm 大, 境界明瞭で造影効果を伴い, MRI では T1 強調で低信号, T2 強調で高信号の腫瘍で, 横隔膜との境界が不明瞭で連続性が示唆された. 他臓器への浸潤や転移は認めなかった. 生検するも壊死組織のみで診断がつかず, 開腹術を施行した. 横隔膜から発生した手拳大の腫瘍を認め, 周囲組織への浸潤は認めなかった. 横隔膜を含めて腫瘍を摘出, 欠損部は縫合閉鎖し, 合併症なく術後 10 日目に退院した. 病理では紡錘形細胞が一定の配列を示さず増殖しており, 免疫染色では CD34 (+), desmin (-), S-100 (-)であった. 以上より SFT と診断された, 現在無再発で経過観察中である.

7, 治療方針に難渋した大動脈食道瘻の1例

神戸大学医学部附属病院 心臓血管外科

長命俊也, 岡田翼, 阪口和憲, 白木宏長, 岩橋大輔, 井上大志, 長谷川翔大, 濱口真里, 河野敦則, 辻本貴紀, 幸田陽次郎, 村上優, 中井秀和, 山中勝弘, 井上武, 岡田健次

【抄録本文】

【背景】治療方針に難渋した大動脈食道瘻の症例を経験したので報告する.

【症例】77歳女性.

【病歴】5年前に急性大動脈解離に対して上行置換術が行われた. 突然の吐血を認め, 前医造影CT検査で大動脈食道瘻が疑われ, 当院に搬送となった. 同日, 止血目的に穿孔が疑われる偽腔内に胸部ステントグラフト内挿術を行った後, 上部消化管内視鏡検査で大動脈食道瘻と確定診断した. 一期的に食道切除術・人工血管置換術・大網充填術を行う予定であったが, 気道の浮腫のため麻酔時の換気が不十分となり手術を中止した. 状態安定後胸腔下食道切除術を行い, 術後8日目に全弓部・下行大動脈人工血管置換術を行い, その術後3日目に大網充填術を行った. 現在瘻孔部の感染はコントロールできているが, 縦隔炎のため治療を継続している.

【結語】全身状態不良の大動脈食道瘻の症例に対して, 胸部ステントグラフト留置・食道切除術・人工血管置換術・大網充填術と段階的に手術可能であった. 縦隔炎の回復を待ち食道再建する予定である.