

第 195 回兵庫県外科医会学術集会 抄録集

日時 令和 6 年 5 月 25 日 (土) 午後 2 時 30 分

場所 スペースアルファ三宮

兵庫県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, 直腸癌術後補助療法中に全身性アミロイドーシスが顕在化した 1 例

甲南医療センター 消化器外科¹, 病理診断科²

北村優¹, 黒田大介¹, 川島龍樹¹, 小倉佑太¹, 音羽泰則¹, 瀧口豪介¹, 後藤直大¹, 藤田敏忠¹, 具英成¹, 高橋卓也²

【抄録本文】

【症例】50 歳代, 男性. 来院 2 カ月前より排便困難がみられ, 当院にて下部消化管内視鏡検査を施行し, 直腸 Rb (肛門縁より 2 cm) に全周性の腫瘤を認め生検で腺癌の診断を得た. 胸腹部造影 CT 検査で遠隔臓器転移は認めず, 2023 年 6 月に腹会陰式直腸切断術(D3)を施行, 術中に尾骨骨膜への浸潤を認め合併切除も施行した. 最終病理結果は pT4bN0M0 で術後補助療法を施行する方針となり 2023 年 8 月より化学放射線療法 (カペシタビン 1500mg/ m²+RT 59.4Gy/33fr) を開始した. 治療が終了し 11 月に施行した胸腹部造影 CT において肝腫大および心電図にて新規の不整脈を認め, さらに肝腫瘍は指摘できないものの肝障害と PIVKII および AFP の上昇が見られた. 心臓 MRI も施行したところ, 心アミロイドーシスが疑われ非腫瘍部直腸切除組織にて追加染色を行い, アミロイド沈着に矛盾しない所見が得られた. 最終的に多発性骨髄腫および全身性 AL アミロイドーシスの診断で当院腫瘍内科にて化学療法を施行するも病状はコントロールが難しく, 徐々に全身状態は悪化傾向にあり 2024 年 3 月に原病死した.

【結語】直腸癌術後補助療法中に全身性アミロイドーシスが顕在化した非常に稀有な 1 例を経験した.

2, 盲腸後窩ヘルニア嵌頓の一例

神戸赤十字病院 外科¹, 兵庫県災害医療センター 救急部²

福本茉央¹, 服部賢司², 大久保悠祐¹, 河本慧¹, 久保田哲史¹, 石堂展宏¹, 門脇嘉彦¹

【抄録本文】

症例は 72 歳女性. 10 日間続く便秘で救急外来を受診し, S 状結腸癌およびそれによる結腸閉塞と診断された. 結腸ステント留置を行い待機的な原発巣切除を予定していたところ, 結腸ステント留置後 9 日目に突然の嘔吐を来した. 造影 CT で小腸が closed loop を形成しており, 嵌頓腸管により上行結腸が腹側に圧排されている所見を認め, 絞扼性腸閉塞の診断で緊急手術の方針となった. 開腹時には小腸が約 20cm に渡り盲腸後窩へ嵌頓しており, 盲腸後窩ヘルニアと診断とした. 嵌頓腸管は軽度のうっ血を認めたものの, 壊死を示唆する所見はなかったため腸切除は行わず, ヘルニア門を縫合閉鎖し手術を終了した. 術後は良好に経過し, 術後 8 日目で原発巣の切除を行った. 内ヘルニア嵌頓のうち, 盲腸後窩ヘルニア嵌頓は比較のまれとされている. 若干の文献的考察を加えて報告する.

3, 魚骨直腸穿通によるフルニエ壊疽の1例

甲南医療センター 消化器外科

石橋侑樹, 瀧口豪介, 黒田大介, 川島龍樹, 北村優, 小倉佑太, 音羽泰則, 後藤直大, 藤田敏忠, 具英成¹

【抄録本文】

症例は69歳男性。1週間ほど前より右臀部痛を自覚、2日前より同部の腫れと左臀部への痛みの広がりがあり、当院救急外来を受診。両臀部は肛門周囲から発赤腫脹があり、圧痛を認めた、WBC : 12920, CRP : 33.61 と炎症は高値であり、CTで肛門周囲から直腸周囲に air を伴う fluid の広がりを認めた。また直腸部に high density の線状陰影を認めた。フルニエ壊死と判断し、緊急手術の方針とした。

全身麻酔下に肛門周囲を円形に切開すると、多量の排膿を認めた。直腸周囲の脂肪織を全周性に口側へ剥離し、膿瘍腔を洗浄ドレナージした。膿瘍腔内に魚骨を認めた。肛門の左右の膿瘍腔にペンローズを2本留置し、横行結腸で双孔式 stoma を造設した。

日本では異物による消化管穿通の約半数の原因は魚骨であり、魚骨による消化管穿孔のうち22%は肛門であったとの報告されている。魚骨による肛門穿通の症例の多くは、肛門周囲膿瘍を形成し、切開排膿、魚骨の除去が行われおり、フルニエ壊疽に至った症例は稀であった。魚骨による直腸穿孔に伴うフルニエ壊疽の症例を経験したため、文献的考察を加え、報告する。

4, 巨大大腸動静脈奇形の1切除例

明和病院 外科

古出隆大, 生田理沙, 野村和徳, 松木豪志, 長野心太, 一瀬規子, 藤川正隆, 笠井明大, 中島善隆, 岡本亮, 仲本嘉彦, 生田真一, 相原司, 柳秀則, 山中芳樹

【抄録本文】

【はじめに】今回、画像検査で偶然発見され切除しえた巨大な横行結腸動静脈奇形の1例を経験したため報告する。

【症例】60歳台の男性、慢性腎不全のためシャント造設の方針となりスクリーニング目的で撮像した腹部CTで横行結腸に腫瘍性病変を指摘された。下部消化管内視鏡検査で同部位に10cmにわたる半周性の隆起病変を認め血管腫が疑われた。巨大であることと、出血のリスクがあるため外科的切除の方針となり腹腔鏡下横行結腸切除を施行した。病理結果で粘膜下層から漿膜下層にかけて動静脈の吻合像を認め結腸動静脈奇形と診断された。

【考察】腸管動静脈奇形 (Arteriovenous malformation, AVM) は消化管出血や貧血を来す疾患で、肥厚した血管壁からなる動脈と静脈の特徴を有する血管が相互連絡をしている病態である。部位別には小腸および大腸が消化管 AVM の大部分を占める。確定診断には腹部血管造影または切除標本での異常動静脈吻合の証明が必要である。治療法は原則、外科的切除であり、再出血や再発率が低く、根治性が高いため、大きな病変や反復する出血例で選択されることが多い。しかし重篤な合併疾患などにより手術困難な場合は内視鏡的治療や TAE などの IVR も適応になる。今回、スクリーニングで施行した CT 検査で発見された巨大な横行結腸動静脈奇形に対し外科的切除を行った。腸管の腫瘍性病変を認めた場合 AVM の可能性も念頭におきその治療適応や術式に関して検討していく必要がある。

【結語】CT 検査で偶然発見された巨大横行結腸動静脈奇形の1切除例を経験した。

5, クロウン病術後短腸症候群に対して GLP-2 アナログ製剤を使用し, 在宅中心静脈栄養療法を離脱できた一例

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²
高田侑弥¹, 長野健太郎¹, 内野基¹, 楠蔵人¹, 桑原隆一¹, 堀尾勇規¹, 木村慶², 片岡幸三²,
別府直仁², 池田正孝², 池内浩基¹

【抄録本文】

(緒言) クロウン病(以下 CD)手術症例において, 複数回の手術により短腸症候群 (以下 SBS) をきたし, 在宅中心静脈栄養療法(以下 HPN)が必要となる症例が存在する. GLP-2 アナログ製剤 (以下 TED) 導入により HPN を離脱できた症例を経験したので報告する.

(症例) 50 歳代, 女性. 18 歳時に CD を発症し, モントリオール分類では A2, L3, B2, p であった. 計 3 度の腸管切除術を受け回腸人工肛門造設状態で残存小腸は 120cm であった. 術後食事摂取再開後に, 止痢剤使用しても脱水遷延し, HPN 導入となった. 導入後は高カロリー輸液 1000ml+細胞外液 1000ml/日で脱水改善し経過観察となっていた. 47 歳時に TED 導入となり導入後は明らかな合併症なく経過し, 約 5 か月後には輸液量を 75%減量し, 約 10 か月後に HPN を離脱することができた.

(結語) CD に合併する SBS に対して TED は有用な選択肢の一つである.

6, 腹腔鏡下に修復した食道破裂の一例

北播磨総合医療センター 外科・消化器外科・乳腺外科
横田雅治, 森晴香, 吉田星也, 永澤園子, 緒明碩, 小林良彰, 山崎悠太, 石田苑子, 清水貴,
御井保彦, 松本拓, 柿木啓太郎, 岡成光, 中村哲

【抄録本文】

【はじめに】食道破裂は緊急手術などの介入を必要とする重篤な疾患で早期の診断と治療が重要である. 今回, 嘔吐を契機として発症した症例を経験したので報告する.

【症例】76 歳, 男性. 飲酒後, 吐血し近医を受診. CT で縦隔気腫を認め, 発症から 4 時間後に当院へ救急搬送となった. 縦隔限局型の食道破裂と診断, 同日に腹腔鏡下食道穿孔部縫合閉鎖術を施行. 腹部食道を全周性に剥離, テーピングし縦隔側に剥離を進めると, 食道の右側に大きな空隙があり infracardiac bursa に入った. 食道腹側外膜に破綻を認め, 併施した上部消化管内視鏡で粘膜破綻部から筋層内に偽腔様の腔を形成し, 外膜の破綻部つながっていた. 汚染は軽微であった. 同部位を縫合閉鎖し手術を終了した. 8POD に経口摂取再開し経過良好.

【考察】CT で食道右側に大きな気腫をみとめたがこれは穿孔により infracardiac bursa が描出されたと考えられる. 食道破裂の診断, 治療において infracardiac bursa, 食道周囲解剖を念頭におくことは重要と考えられる.

【結後】食道破裂の一例を経験したので報告した.

7, Pfannenstiel 切開にて摘出した後腹膜成熟嚢胞性奇形腫の一例

甲南医療センター 消化器外科

崔修永, 音羽泰則, 黒田大介, 川島龍樹, 北村優, 小倉佑太, 瀧口豪介, 後藤直大, 藤田敏忠, 具英成

【抄録本文】

Pfannenstiel 切開法は, 下腹部の様々な術式に対応でき整容性に優れ, 術後腹壁癒痕ヘルニアの発生率が低いことが知られている. 婦人科領域で多用されているが, 近年では消化器領域でも広がっている. 今回, 若年女性に発症した巨大な後腹膜成熟嚢胞性奇形腫の摘出に Pfannenstiel 切開法を用いた症例を経験した.

症例は 33 歳女性. 健診の腹部エコーにて左上腹部に 10 cm 大の腫瘤を指摘され精査加療目的で当院に紹介された. CT にて左前腎傍腔に 14 cm 大で一部に石灰化を伴った多房性嚢胞性病変が指摘され, MRI で嚢胞内部に脂肪の混在が疑われ, 画像所見からは成熟嚢胞性奇形腫が考えられた.

手術は腹腔鏡で行い, 腫瘤の辺縁に沿って腸間膜を切開・剥離し, 腫瘤を完全に後腹膜から遊離した. 拳児希望があるため腹壁癒痕ヘルニアのリスクや整容性を考慮して Pfannenstiel 切開法 (皮膚切開は約 10 cm) にて開腹し腫瘍を摘出した. 腫瘍は最大径 15 cm, 重さ 775g であった. 術後経過は良好であり第 5 病日に退院した.