

07-02

腸管穿孔と鑑別が困難であった腸管囊腫状気腫症の一例

熊本赤十字病院 外科

平島 美幸、永末 裕友、横溝 博、平田 稔彦

腸管囊腫状気腫症は、確定診断が出来れば重篤な合併症がない限り、保存的治療が可能な疾患である。今回われわれは、消化管穿孔として開腹術を行った腸管囊腫状気腫症の1例を経験したので報告する。

【症例】81歳、女性

【主訴】腹痛、嘔吐

【既往歴】虫垂炎、腸捻転、慢性肺疾患なし

【現病歴】これまでに何度か癒着性イレウスの既往歴あり、いずれも保存的加療にて軽快。2010年7月、腹部全体の腹痛、嘔吐認めようになり当院救急外来を受診。腹部X線にて小腸の拡張を認め、癒着性イレウスの診断にて同日入院。保存的加療開始となり臨床所見の改善を認めるも、経過中に施行した腹部CTにて腸管周囲の限局性の小さなfree airを認め、腸管穿孔疑いにて翌日緊急開腹手術施行。

【手術所見】腹腔内の便汚染は認めず。全腸管を検索するも明らかな穿孔部は認めず、一部小腸の漿膜下に径3-5mm大のmicro bubbleが散在する囊腫状気腫症の所見を認め、これがCT上のfree airの像を呈していたものと判断した。

【術後経過】経過良好にて術後11日目に自宅退院となった。

【考察】腸管囊腫状気腫症は稀な疾患ではあるが、腹腔内遊離ガス様の所見を呈し、しばしば腸管穿孔との鑑別が困難で緊急手術を施行されることが多い。文献的考察を加え報告する。

07-03

十二指腸後腹膜穿通による巨大後腹膜血腫の1例

唐津赤十字病院 外科

江川 紀幸、酒井 正、伊藤孝太郎、中山 宏道、神谷 尚彦、井久保 丹、鮫島隆一郎、田淵 正延、湯ノ谷誠二

【症例】45才女性。

【現病歴】数日前よりの、腹痛、ふらつきのため、当院受診。

【既往歴】約1年半前に慢性膵炎に対しFrey手術施行。

【現症】受診時意識清明。右季肋部を中心に、疼痛を認めた。

【検査所見】血液検査上、WBC14590/ μ l、CRP13.1mg/dl、HB4.8g/dl、PLT6.8万/ μ lと炎症所見の上昇と血小板の減少、著明な貧血を認めた。

【画像検査】腹部CT；十二指腸外側右腎前面にガスを混じた巨大な腫瘍様病変を認めた。上部消化管内視鏡；十二指腸下部外背側に潰瘍性病変を認めた。潰瘍は深く、底部に血腫を認め、十二指腸潰瘍出血、穿孔による後腹膜血腫と判断した。

【経過】若年であり、炎症所見は上昇していたが、腸管内への活動性の出血はなく、またバイタルサインも安定していたため、まず保存的療法で経過観察とした。しかし、入院3日目、一旦低下した炎症所見が再上昇した。血腫の感染により膿瘍を形成したと考え、右側腹部アプローチによる後腹膜ドレーン手術を行った。術後ドレーン排液中のアミラーゼが1936IU/lと上昇していたため、サンドスタチン投与し、中心静脈栄養管理を行った。第19日目上部消化管内視鏡、第20日目上部消化管造影行い、穿孔部の閉鎖を確認し、経口摂取開始した。以後経過は順調で、27日目退院となった。

【考察】十二指腸穿孔による後腹膜血腫の報告は1983年以降、医学中央雑誌での渉猟では会議録も含め13例と比較的少ない。その原因としては、外傷性が7例と最も多く、以下動脈瘤2例、憩室穿孔2例と続き、潰瘍は1例のみであった。本症例は、内視鏡所見では十二指腸潰瘍穿孔と考えられたが、他の原因としては慢性膵炎に合併した仮性動脈瘤穿破も考えられた。以上のことを、文献的考察も含め報告する。

07-04

大腸癌術後、PETにて指摘された腹膜再発の1例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科

竹内 英司、宮田 完志、湯浅 典博、後藤 康友、三宅 秀夫、永井 英雅、服部 正興、井村 仁郎、川上 次郎、青山 広希、植木 美穂、浅井宗一郎、工野 玲美、張 丹

症例は75歳、男性。既往歴：2002年当院にて前壁中隔心筋梗塞にて金属ステントによる冠動脈治療を施行。2009年6月当科にてS状結腸癌の診断でS状結腸切除術を施行。吻合は、機能的端々吻合術で行った。切除標本は2型、40 x 25mm, tub2, pSS, int, INFb, ly1, v0, pN1 (2/5) : #241 2/2, sH0, cM0, fStage 3aであった。術後は補助化学療法を施行しなかった。2009年9月 腹部造影CTにて吻合部近傍に数mmの結節を指摘されたが、大腸内視鏡検査では吻合部には異常を認めず、CEA :1.5, CA19-9: 15.6と正常範囲であったため術後の変化と考え経過観察となった。2010年2月のPET-CTにて同部位にSUV =2.7の結節を指摘され、2010年5月のPET-CTにて同結節のSUV max =3.7と上昇した。2010年10月には結節の径は増大したが、SUV=3.8であったが、CEAとCA19-9は正常範囲内であった。2011年1月CEA:6.6と上昇し、2011年2月 PET-CTでも同部位に集積を認めSUV2.7であったが、その他の遠隔転移は画像上指摘されず、大腸内視鏡検査にて吻合部に異常を認めなかった。以上よりリンパ節再発ならびに孤立性腹膜転移を疑い2011年3月開腹術を施行した。前回の吻合部近傍に直径6cmの白色腫瘍を認め、近傍の腹膜には播種を認めなかったため切除可能な腹膜転移と診断し、吻合部を含めて切除し、DSTにて再建した。吻合の際ダグラス窩に多数の腹膜播種を認め、術中迅速標本にて metastatic adenocarcinoma と診断されたため、R0手術は施行できなかった。切除標本は病理組織学的には、中分化腺癌からなる腫瘍結節であった。2011年4月からFOLFIRI療法を開始した。

07-05

当科で経験した穿孔性小腸GISTの一例

金沢赤十字病院 外科

尾島 英介、西村 元一、西島 弘二、二上 文夫、中村 隆

Gastrointestinal stromal tumor (以下GIST)は消化管の間葉系腫瘍の総称であり、近年報告例が増加している。その中で小腸GISTは一般的に悪性度が高いと言われ、特に穿孔例は予後不良の報告が多い。今回我々は穿孔性小腸GISTの一例を経験したので報告する。症例は60代男性。発熱と下腹部痛のため近医を受診し精査加療目的に当科へ紹介となった。腹部所見としては下腹部を中心に腹膜刺激症状が見られ、血液学的所見では高度の炎症反応が認められた。腹部CT検査では骨盤内に6cm大の腫瘍性病変が見られ、一部に小腸内腔との連続性が認められた。腫瘍の周囲には脂肪織濃度の上昇が見られ炎症の波及が示唆された。感染を伴う小腸GISTやリンパ腫等が疑われ緊急的に開腹手術が施行された。開腹所見としては骨盤内に腸管外へ突出する6~7cm大の腫瘍が認められ、腫瘍後面に穿孔所見があり、黒色異臭のある液体が漏出されていた。穿孔性小腸腫瘍による腹膜炎の診断にて小腸部分切除術と腹腔内洗浄ドレーン手術が施行された。病理組織学的検査にて spindle type の細胞増生が見られ、免疫染色の結果C-kit、CD34陽性で小腸GISTと診断された。術後の経過は良好であったが、術後6ヶ月後に腹腔内の腫瘍性病変として再発が認められ、その後の治療として化学療法が行われている。