

07-26

胆嚢未分化癌の1例

函館赤十字病院 外科

○杉浦 博、鈴置 真人、枝沢 寛

今回、我々は胆嚢未分化癌の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は78歳男性。上腹部痛を訴え来院。血液検査で、白血球が10,190 μ l、CRPが4.8mg/dlと炎症反応を認め、肝機能異常、胆道系酵素の上昇を認めた。腫瘍マーカーはCEAが正常で、CA19-9が95 U/mlと上昇していた。腹部超音波、CT検査で、胆嚢が著明に腫大し、約10個の小結石を認めた。胆嚢壁は造影され一部不整であったが腫瘍性病変はなく、肝臓との境界も一部不明瞭であったが浸潤像はなかった。MRCPで腫大した胆嚢により胆管が圧排されていた。FDG-PETでは胆嚢壁に全周性にほぼ均一な集積を認め、mean SUV値は2.82で、集積の形態から胆嚢癌よりは胆嚢炎が示唆された。以上から、胆嚢炎を第一に考えたが、胆嚢癌も否定できず手術を施行。開腹すると、腹膜播種はなく、胆嚢の周辺臓器への浸潤を認めず、リンパ節腫大や肝転移もなかった。肝床部を含めた胆嚢摘出、1群リンパ節郭清を行った。切除した胆嚢は12×9cm大で、胆嚢壁は最大3cm厚に肥厚し弾性軟で、剖面は黄白色、不整であった。病理組織学的には、N/C比の高い紡錘型の腫瘍細胞がびまん性に増殖し、免疫染色で上皮性マーカーのケラチンが陽性で、胆嚢未分化癌と診断された。深達度se、hinf2であったが、胆嚢管断端と肝床断端には癌浸潤を認めず、リンパ節転移はなかった。19病日に退院したが、術後1か月半のCT検査で肝に広範な再発を認め、その後、腫瘍は急速に増大し、2か月半後に永眠した。医学中央雑誌による検索で、1985年から2011年までの胆嚢未分化癌の論文報告は42例で、それらによると、平均年齢は68歳、女性に多く、腫瘍は膨張性に増大し、発見時には進行癌症例が多く、手術を受けても半数以上が6か月以内に死亡し、極めて予後不良な疾患であった。

07-28

脾リンパ管腫の一例

京都第二赤十字病院 外科

○坂木 桃子、水谷 融、小林 利行、西村 真澄、石井 亘、山田 圭吾、森村 玲、中村 吉隆、柿原 直樹、松村 博臣、藤 信明、飯塚 亮二、井川 理、藤井 宏二、泉 浩、谷口 弘毅、竹中 温

症例は72才女性。1年3か月前に胃角小弯の早期胃癌に対し、腹腔鏡下幽門側胃切除術 (LADG) D1+ β 郭清を施行されており、病理組織検査の結果、moderately diff. adenocarcinoma, tub2>tub1, sm2, int, INF β , ly1, v0, pm-, dm-, N0 stageIAと診断されていた。LADG術前精査の際、CTにて脾上極に30mm大の多房性嚢胞性腫瘍を認め、リンパ管腫を疑ったが、積極的に悪性を示唆する所見がなく経過観察することとした。術後1年でCT上45mm大と増大傾向を認め、精査を行った。造影MRIでは、T2強調画像で高信号を示す多房性嚢胞を認め、隔壁部分には造影効果を有した。PET-CTでは、腫瘍部分にFDG集積亢進は見られなかった (SUV=1.5)。以上より、積極的に悪性を疑う所見は乏しいものの、増大傾向にあるため出血や圧迫症状のリスクを考え、外科的切除を行うこととした。左肋弓下切開にて脾臓摘出を施行、脾門部は自動吻合器にて一括に処理した。手術時間は40分、出血量は37gであった。摘出標本の病理組織学的検査では、黄色透明液を含む多房性嚢胞性腫瘍を認め、内面は扁平化した細胞に覆われていた。悪性所見はなく、リンパ管腫と診断された。術後経過は良好で、術後5病日に退院となった。術後10カ月の現在、問題なく外来通院中である。

リンパ管腫の発生部位は頸部・腋窩が多く、腹腔内の発生は比較的稀であるが、脾嚢胞性疾患としては最も頻度が高い (17%) との報告がある。

脾リンパ管腫の一切除例を、文献的考察を加えて報告する。

07-27

胆道ジスキネジアに対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を要し効果を認めた1例

唐津赤十字病院 外科

○山田 浩平、神谷 尚彦、肥川 和寛、馬場 耕一、鮫島隆一郎、酒井 正、井久保 丹、田淵 正延、湯ノ谷誠二

症例は37歳女性。10年前から時折上腹部、右季肋部痛の出現があり、前医でのエコー、CT検査では胆嚢、胆管結石は認められていなかった。胆道ジスキネジアの疑いで、その都度鎮痙薬、制酸薬などの内服治療を行われていたが改善しなかった。また内視鏡的乳頭筋切開術を勧められていたが躊躇していた。症状の頻度が増加傾向にあり、精査加療目的に当院紹介となった。当科受診時は右季肋部に軽度の圧痛を認め、腹部エコー、CT、MRCP上、胆嚢壁の肥厚を認めるも、胆嚢内、胆管内に明らかな結石の存在は認めなかった。また、採血上WBC 5,980/ μ l、CRP 0.1mg/dl、AST 13IU/l、ALT 10IU/l、ALP 180IU/l、T-Bil. 0.47mg/dlと炎症所見、肝胆道系酵素の上昇はなかった。腹部症状は強くなる一方で、胆嚢壁の肥厚以外は有意所見に乏しいことから胆道ジスキネジアの可能性を考慮した。機能診断のため胆道シンチグラフィーを行ったところ、放射線核種の胆嚢内での60分を超える貯留および腸管内への排泄遅延を認めたため、胆嚢型の胆道ジスキネジアとの診断に至った。症状の改善を目指し、十分なインフォームドコンセントを得た上で、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。標本上は慢性胆嚢炎の所見であり、結石、胆泥を認めなかった。術後、症状は消失し、その後も同様の症状の出現はなく、手術の効果と考えられた。胆道ジスキネジアに対する治療は内科的治療から外科的治療まで様々であるが、その選択には苦慮する機会が多い。今回、内科的治療で効果がなく、胆嚢摘出術が有効であった一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

010-01

夜間超帝王切開術の入室時間短縮への取り組み

福井赤十字病院 看護科

○西向 秀代、内田 一美、島田 逸人

【はじめに】厚生労働省の周産期医療体制整備指針改定案では、超緊急帝王切開に関して「決定から児娩出までの時間は30分以内が目標」と提言されている。しかし夜間は、宅直制・待機制・当直制をとっており産科・小児科医、病棟助産師、手術室などマンパワーの面で対応困難な状況があった。そこで、児娩出までの時間を左右すると考える手術決定から手術室入室までの行程に焦点を当て、改善を試みたところ入室時間15分以内の対応が可能になったため報告する。

【方法】30分以上時間を要した症例の時系列事象関連図を作成し時間延長を引き起こしている問題点を抽出した。医療安全委員会の症例検討会で対策を立案。超緊急帝王切開のマニュアルと各職種のフローチャートを作成し、シミュレーションを実施し修正した。

【結果】対策実施後、2症例において、決定から15分以内手術室入室でき、30分以内に児娩出できた。

【結論】夜間における超緊急帝王切開術の決定から児娩出までの時間を30分以内にするためには、1.病院全体での15分入室への意志統一 2.担当助産師の超緊急適用への判断と報告 3.関連部署への連絡体制と役割分担の明確化 4.手続きと手術室入室方法の簡略化 5.連携部署の応援体制の確立、の5点が有効であった。夜間の超緊急事例における児娩出までの時間を左右するのは、助産師の判断力と第一通報後目標に向かって関連部署が一斉に決められた役割を遂行することである。