

P9-25

急性虫垂炎様症状で発症した虫垂子宮内膜症の一例

富山赤十字病院 外科¹⁾、富山赤十字病院 病理科²⁾

○佐藤 梨紗¹⁾、羽田 匡宏¹⁾、竹原 朗¹⁾、島田 雅也¹⁾、
北村 祥貴¹⁾、芝原 一繁¹⁾、佐々木 正寿¹⁾、
小西 孝司¹⁾、前田 宜延²⁾

今回われわれは、急性虫垂炎様所見を呈した虫垂子宮内膜症の1症例を経験した。症例は45歳女性。子宮内膜症による不妊のため、左右卵巣腫切除術の既往があり、術後妊娠可能となるなど子宮内膜症は寛解状態であった。今回、微熱と右下腹部痛にて前医を受診し、急性虫垂炎を疑われ当科紹介となった。右下腹部に圧痛を認め、Brumberg徴候陽性、Heel Drop Sign陽性であった。血液検査では白血球数の増加とCRPの軽度上昇を認めた。腹部超音波検査および腹部CT検査では虫垂の軽度腫大を認め、臨床症状と併せて急性虫垂炎と診断し、同日緊急手術を施行した。開腹時、虫垂周囲には少量の混濁した腹水の貯留が見られた。虫垂先端に約1cmの硬結を認めたため、虫垂痛を否定できず、周囲脂肪組織をやや多めに切除した。虫垂根部には異常を認めなかったが、断端距離の確保を目的として盲腸端を合併手術した。病理組織学的には、虫垂の固有筋層内において子宮内膜組織様の組織が島状となって存在しており、免疫組織学的にもER (+)、PgR (+)などを認めたため、虫垂子宮内膜症と診断した。本症は急性虫垂炎との鑑別が非常に困難な疾患であり、病理組織学的検索で発見されることが多い。虫垂などの腸管子宮内膜症は全子宮内膜症の10%程度、そのうち虫垂に発症するものは3%程度とされており、非常にまれな疾患であり、興味深い症例として若干の文献学的考察を加えて報告する。

P9-27

メッケル憩室穿孔の2例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科

○植木 美穂、宮田 完志、湯浅 典博、竹内 英司、
後藤 康友、三宅 秀夫、永井 英雅、川合 亮佑、
小山 明男、田畑 光紀、村田 嘉彦、林 友樹、
横井 剛、青山 広希

症例1は16歳男性。平成18年11月、下腹部痛を主訴に当院を受診した。発熱と下腹部痛を認め、腹部CTで、下腹部に拡張した腸と思われる構造物の中に、ニポーと、外殻に石灰化を伴う物質を認めた。また直腸膀胱窩に腹水を認めたため手術を施行した。大きさ4.5cmのメッケル憩室を認め、基部は狭窄し、この近傍に穿孔を認めたため憩室切除術を施行した。憩室内に胆汁酸腸石を2個認め、病理組織学的に憩室内に異所性胃粘膜を認めた。胃酸による化学的刺激、腸石による機械的刺激が穿孔の原因と考えた。症例2は56歳男性。平成21年2月、右下腹部痛を主訴に当院を受診した。他院にて平成16年大腸憩室炎の診断で開腹・虫垂切除、平成19年大腸憩室の出血で大腸内視鏡下止血術の既往があった。発熱と下腹部痛があり、腹部CTでは回盲部周囲の脂肪織濃度の軽度上昇を認めた。大腸憩室炎と診断し保存的治療を行ったが、翌日炎症反応が上昇し、腹部CTの再検で腹腔内遊離ガスを認めたため手術を施行した。回腸末端より約20cm口側に大きさ約3.0cmのメッケル憩室を認め、穿孔を認めたため憩室切除術を施行した。病理組織学的には憩室に異所性組織・異型細胞は認めなかった。穿孔の原因は憩室炎であると考えられた。

P9-26

FOLFIRIが奏功した切除不能大腸癌の1例と、大腸癌に対する化学療法の現状

大田原赤十字病院 外科¹⁾、獨協医科大学 病理²⁾

○細田 桂¹⁾、香月 優亮¹⁾、平野 大輔¹⁾、古城 憲¹⁾、
青木 真彦¹⁾、城戸 啓¹⁾、夏 錦言¹⁾、田村 光¹⁾、
小島 正夫¹⁾、雨宮 哲¹⁾、本間 浩一²⁾

症例は51歳男性。平成20年5月より腹満、下痢があり、検診にて胸部異常陰影と、便潜血反応陽性を指摘されたため、6月某日当院を受診した。胸腹部CT検査にて、上行結腸癌、多発肺転移、縦隔リンパ節転移、肝転移が疑われたため、下部内視鏡検査を施行したところ、上行結腸癌の診断となり入院した。腸閉塞症状を認めたため、7/2結腸右半切除術を施行した。病理結果はpoorly differentiated adenocarcinoma, si, n+ (4/8), ly2, v2,であった。術後はFOLFIRI+bevacizumab療法を施行した。7コース終了時点のCT検査では肺転移、肝転移は消失し、縦隔リンパ節転移も著明に縮小した。14コース終了時点で縦隔リンパ節も消失しCRに近いPRと判定した。17コース施行しPR持続中である。本症例をあわせて、当院での切除不能進行再発大腸癌の化学療法の現状について検討した。症例数は34例、男女比は24:10、平均年齢67.4歳、結腸癌が20例、直腸癌が14例であった。術後補助化学療法は4例に施行されていた。first lineでFOLFIRI (+bevacizumab)を使用したのは15例、mFOLFOX6 (+bevacizumab)を使用したのは12例であった。奏功率は、FOLFIRI (+bevacizumab)で46.7%、mFOLFOX6 (+bevacizumab)で33.3%であった。全生存期間は、FOLFIRI (+bevacizumab)で20.9ヶ月、mFOLFOX6 (+bevacizumab)で17.5ヶ月であり有意差は認められなかった。

P9-28

多発性潰瘍病変をともない穿孔をきたした腸結核の一例

日本赤十字社和歌山医療センター 外科

○多代 尚広、西澤 文男、加藤 博明、笠井 洋祐、
山田 晴美、和田 聡郎、南村 真紀、山本 玄、
桑原 道郎、岡本 大輔、一宮 正人、宇山 志朗、
宇都宮 裕文

症例は66歳、男性。原発性マクログロブリン血症、Lymphoplasmacytic lymphomaに対して外来化学療法をうけており、菌科にて壊死性歯肉炎の加療中であった。臍下の腹痛あり当院救急受診、38度台発熱あり、右季肋部から臍部にかけて圧痛あり、腹膜刺激徴候を認めなかった。白血球 2100/ μ l、CRP 14.49mg/dlであり、CTでは多発性のLDA、両側胸水をみとめ多発性肝膿瘍、敗血症の診断にて当院血液内科入院となった。入院後腹痛の増悪認め、CT施行したところfree airをみとめ当科紹介、消化管穿孔の診断にて緊急手術となった。開腹すると腹腔内に多量の胆汁性腹水を認め、回盲部より30cmに穿孔部を認めた。その他回盲部と穿孔部より15cm口側の部位にも硬結を認めた。この部位を含め回盲部切除術を行った。摘出標本は多発性の潰瘍病変をみとめ、病理検査にて多核巨細胞を伴う肉芽腫を認め腸結核と診断された。術後はカルバペネム系抗生剤、抗真菌薬を投与し軽快傾向であった。術後4日目に病理検査の結果の報告を受け抗結核薬を開始した。排菌があることが確認され、転院となった。腸結核は回盲部、右側結腸に好発し、内視鏡、X線検査にて輪状潰瘍、帯状潰瘍など特徴的な所見を呈する。診断は生検により培養あるいは肉芽腫などの組織検査により行われる。腸結核により穿孔をきたすことは比較的まれであり、術前に診断を行うことは難しい。若干の文献的考察を含めて報告する。