

07-30

特発性小腸穿孔で手術に至った1例

静岡赤十字病院 外科¹⁾、静岡赤十字病院 消化器内科²⁾

○土井 愛美¹⁾、古田 晋平¹⁾、加藤 文彦¹⁾、
岸田 憲弘¹⁾、齋藤 賢将¹⁾、玄 良三¹⁾、
下島 礼子¹⁾、新谷 恒弘¹⁾、宮部 理香¹⁾、
小林 秀昭¹⁾、白石 好¹⁾、稲葉 浩久¹⁾、
中山 隆盛¹⁾、森 俊治¹⁾、磯部 潔¹⁾、北村 匡²⁾

症例は70歳代女性。腹痛と血便を主訴に紹介受診。緊急下部消化管内視鏡検査で、活動性出血は認めないが多発大腸憩室を認め、大腸憩室出血疑いで消化器内科に入院。その後再出血を認めず第2病日より経口摂取を開始した。第3病日より発熱・腹部膨満感が出現。採血上炎症反応の上昇を認め、炎症疾患の可能性があるため、禁食の上、抗菌薬投与を開始したところ発熱・腹部症状の速やかな消失を認めた。診断目的に施行した腹部造影CTで空腸に腸間膜側への穿孔を疑わせる所見を認めたが症状・炎症反応は改善傾向であり、保存的治療を継続した。その後施行した経管小腸造影ではTreitz靱帯から肛門側約140cmの空腸に穿孔を疑う所見と浮腫状隆起による狭窄・病変部位口側の拡張、造影剤の腸間膜内への漏出を認め当科依頼となった。腫瘍による小腸穿孔が否定できず、穿孔部の自然閉鎖が困難と考えられたため、手術施行。腹腔鏡下に腹腔内視鏡を施行し、腹部造影CTと一致する部位に小腸の癒着を認め、腹腔鏡下に癒着剥離を施行した。穿孔部の同定は困難であったが、原因と考えられる硬結を確認し、小腸部分切除術を施行した。摘出された病理検体は穿孔部から腸間膜内の炎症・壊死を認め、穿孔の原因となる腫瘍や異物などは指摘できず、特発性小腸穿孔と診断した。特発性小腸穿孔は比較的まれであり、診断に難渋したが外科的治療を選択し良好な経過を得た1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

07-31

小腸脂肪腫による成人腸重積症の1例

函館赤十字病院 外科

○杉浦 博、鈴置 真人、枝沢 寛

【症例】46歳女性。2年前から腹痛を繰り返し近医に通院していたが腹痛の原因ははっきりしなかった。2010年1月、就寝中に強い腹痛が出現し、救急車で当院に搬送された。来院時、体温36.7℃、血圧123/79mmHgで、腹部の痙攣を訴え、筋性防御反応はなかったが、腸詰り様の腫瘍を触知した。既往歴・家族歴に特記すべきことはなく、血液検査では白血球が11,020と軽度上昇した以外に異常はなかった。腹部CTで小腸が著明に拡張し、多層構造いわゆるcoil spring appearanceを認め、腸重積が示唆された。重積した腸管の先進部には3cm大の内部均一なfat densityの脂肪腫を疑う腫瘍を認め、緊急手術をおこなった。CT所見で小腸の拡張が著しく、重積腸管もかなり長いことから腹腔鏡下の整備は困難と考え、開腹手術を選択した。開腹すると、90cm長にわたる小腸が小腸に順行性に強固に陥入し、Hutchinson手技を約10分間おこなって腸重積を整復した。treiz靱帯から1mの小腸に黄色調の柔らかい3.5cm大の脂肪腫と思われる腫瘍を認め、これが先進部となって腸重積をおこしていた。整備後、腸管の色調が改善したため、腫瘍を含めた小範囲の小腸切除をおこない端々吻合で再建をおこなった。腫瘍は病理組織学的に成熟脂肪細胞からなる脂肪腫と診断された。術後経過は良好で術後13日目に退院した。若干の文献的考察を加え、報告する。

07-32

膵内分泌腫瘍と鑑別が困難であった十二指腸GISTの一例

京都第二赤十字病院 外科

○岡島 航、大垣 雅晴、泉 浩、谷口 弘毅、竹中 温

【はじめに】今回我々は、by chanceにCTで膵体部に腫瘍性病変を認め、精査にて膵内分泌腫瘍と診断し膵頭十二指腸切除術を予定したが、術中膵に病変を認めず、十二指腸に粘膜下腫瘍を認め、球部部分切除術に変更した症例を経験した。術後再検討でも、術前検査では膵内分泌腫瘍として矛盾なく、鑑別困難であった。

【症例】58歳女性、主訴：なし、手術歴：57歳大腸癌EMR、既往：胃MALTリンパ腫、現病歴：H21年11月、MALTリンパ腫経過観察目的にCT施行。膵体部腹側に突出する8.5mmの腫瘍を認め、膵癌も念頭に置き精査。既知腫瘍は造影CTで濃染、4ヶ月の経過でCTを再検しても、増大や周囲リンパ節、脈管の異常は認めず。体表エコーでは胃と膵頭部から体部の移行間に11mm×11.8mmのhypoechoic mass、EUSでも同様の所見、MRCPでは膵体部にT2 high T1 low、10mmの結節影、いずれの検査でも主膵管拡張や、腫瘍～主膵管間の交通なし。血液検査で有意な腫瘍マーカーの上昇なし。低血糖発作や難治性潰瘍などの機能性腫瘍を示唆する所見は認めず、非機能性膵内分泌腫瘍を第一に考え、根治目的に外科紹介となった。

膵頭十二指腸切除術を予定したが、術中エコーを用いても膵に腫瘍性病変は明らかでなく、十二指腸球部大弯側に小指頭大の粘膜下腫瘍を触知、これを既知腫瘍と考え球部部分切除術へ術式を変更。術後病理でGIST (gastrointestinal stromal tumor) と診断され、辺縁は陰性であった。

【まとめ】術前検査では膵内分泌腫瘍として矛盾のない所見であったが、結果として誤診であった。しかし、術後に再検討しても、術前に十二指腸GISTの診断は困難であった。また、MALTリンパ腫のフォローでGIFも施行されているが、GIFでも十二指腸粘膜下腫瘍は明らかではない。膵辺縁の病変については、質的のみならず局在性についても慎重な診断が求められる。

07-33

十二指腸腫瘍手術症例の検討

鳥取赤十字病院 外科

○石黒 稔、新井 貴之、山田 敬教、尾崎 佳三、
山代 豊、柴田 俊輔、山口 由美、西土井 英昭、
工藤 浩史

十二指腸は、胃と空腸の間に存在する管腔臓器である。十二指腸に発生する腫瘍病変はまれとされ、切除症例も少ない。今回鳥取赤十字病院外科にてこの10年間に7例の十二指腸腫瘍症例を経験したので報告する。

2001年より2009年8月までに7例の十二指腸腫瘍症例を経験した。男性5例、女性2例で、平均年齢は66.8歳であった。病理組織学的には原発性十二指腸癌6例、十二指腸GIST1例であった。7例中6例に切除術が施行された。切除例は幽門輪温存膵頭十二指腸切除が1例、幽門側胃切除に十二指腸球部部分切除が付加された症例が2例、3例に十二指腸部分切除が施行された。切除例では全例が根治切除となっている。

予後は現在まで良好であり、非切除例1例と転居により観察不能になった1例を除き全例生存中で、無症候な術後経過は平均20.4か月となる。切除例に今のところ再発徴候はみとめていない。非切除バイパス例は化学療法を行ったが奏効せず、2か月後に死亡した。