

O-4-41

腹腔鏡下手術を行った大腸ポリポーシスの1例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科

○吉岡 裕一郎、竹内 英司、湯浅 典博、後藤 康友、三宅 秀夫、永井 英雅、細井 敬泰、浅井 悠一、南 貴之、加藤 哲明、清水 大輔、加藤 翔子、前田 真吾、毛利 康一、浅井 真理子、深田 浩志、宮田 完治

症例は62歳女性。家族歴の明らかでない大腸ポリポーシスでフォローされていた。内視鏡所見では上行結腸から下行結腸まで腺腫性ポリリーブを散在性に認めていた。しかし定期的内視鏡検査でRbに早期癌を認めた。大腸全摘も考慮されたが、内視鏡ではS状結腸(AV40cm)から直腸には他にポリリーブを認めなかったため、まずESDを施行した。ESD標本の病理所見ではsm700 μ mであったので完全切除と判断し、腹腔鏡補助下結腸全摘術を施行した。回腸末端でパウチを形成し、直腸とDSTで吻合した。手術時間6時間59分、出血量50mlで、術後経過良好に16日目退院した。切除標本では上行結腸から横行結腸にポリリーブとLSTが多発し、病理学的にはtubular adenoma with villous patternの所見であった。今後は残存した直腸のフォローを入念に行っていく。本症例では遺伝子検査は希望されず、確定診断には至っていないが、Attenuated(軽症型)FAPの可能性が高いと考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

O-4-43

大腸憩室症手術症例の検討

京都第一赤十字病院 消化器外科

○池田 純、名西 健二、熊野 達也、井村 健一郎、下村 克己、窪田 健、谷口 史洋、高階 謙一郎、塩飽 保博、池田 栄人

【目的】大腸憩室症手術症例を検討する。
【対象】2010年1月から2014年12月までに大腸憩室関連疾患と診断された手術症例31例。

【方法】以下の各項目について検討した：1. 年齢・男女比2. 手術適応となった憩室の病態3. 憩室の部位4. 術式5. 術後入院期間6. 術後合併症・予後。
【結果】1. 平均年齢67.68歳、男18女13例(1:0.72) 2. 穿孔性腹膜炎(HincheyG3/4)18例(58.1%)、膿瘍形成(HincheyG1/2)4例(12.9%)、狭窄2例(6.5%)、出血2例(6.5%)、瘻孔4例(膀胱3例・膈1例)(12.9%)、慢性痛1例(3.2%) 3. 盲腸2例(6.5%)・上行結腸5例(16.1%)・横行結腸1例(3.2%)・下行結腸1例(3.2%)・S状結腸21例(67.7%)・直腸1例(3.2%) 4. 穿孔性腹膜炎18例に対し、穿孔部腸管切除・ストマ造設11例(61.1%)、腸管切除・吻合2例(11.1%)、ストマ造設のみ4例(22.2%)、ドレナージのみ1例(5.6%)で、全て臨時手術であった。膿瘍形成4例に対しては腸管切除・吻合3例、ドレナージのみ1例であった。狭窄2例・出血2例・瘻孔4例・慢性痛1例に対しては全て切除吻合が行われていた。腹腔鏡手術は狭窄2例と慢性痛1例のみに行われ(9.7%)、他は全て開腹手術(90.3%)であった。5. 穿孔性腹膜炎症例18例は平均術後入院期間28.9日(8-112日)、膿瘍形成4例は10.0日(7-13日)、瘻孔症例4例は18.3日(11-38日)であった。6. 穿孔性腹膜炎症例18例のうち周術期死亡例が2例(11.1%)、SSI(創感染・腹腔内感染)は7例(38.9%)でその他も合わせた感染症は10例(55.6%)、腎機能低下1例(5.6%)、せん妄1例(5.6%)であった。穿孔性腹膜炎以外の症例13例では創感染1例(7.7%)、尿閉1例(7.7%)、DIC1例(7.7%)であった。
【考察・結語】S状結腸穿孔性腹膜炎による臨時手術が最も多く、その多くで開腹による腸管切除・ストマ造設術が行われていた。術後合併症も比較的高率で入院期間も長い傾向であった。

O-4-45

玉菫莖と炭酸水で直腸穿孔を来した一例

横浜市立みなと赤十字病院 外科

○藤原 大樹、中尾 詠一、平井 公也、前橋 学、中山 岳龍、大山 倫男、柿添 学、中馬 雅之、小野 秀高、馬場 裕之、阿部 哲夫、杉田 光隆

症例は63歳の男性。玉菫莖を経肛門的に直腸へ挿入したところ強出困難となり、自身で炭酸水(ビール)による直腸洗浄を行ったところ、強い腹痛を自覚したため、当院救急外来を受診した。来院時、苦悶様の表情を呈しており、腹部は膨満、板状硬で、全体に著明な圧痛を認めた。単純CTでは少量の腹水を認め、腹腔内全体に散在する遊離ガス像を認めた。直腸穿孔による急性汎発性腹膜炎が疑われたため、緊急手術を施行した。術中所見では、腹腔内全体に大量の汚染腹水を認め、骨盤底に直径約4cmの玉菫莖を計5個認めた。腹膜翻転部より5cm口側の直腸Ra前壁に、腸管軸方向に平行な約4cm長の穿孔部を認めた。Hartmann手術の方針とし、穿孔部を含んだ腸管を切除し、S状結腸単孔式人工肛門を造設した。手術創感染を合併したが、術後24日目に軽快退院となった。術出した標本は、肉眼的には潰瘍や憩室、腫瘍等の病変を認めず、病理学的所見でも炎症や潰瘍痕、憩室、虚血性変化等の壁の脆弱性を生じ得るような明らかな変化は認めなかった。経肛門的異物挿入による直腸および結腸穿孔の報告例は散見されるが、異物の種類としては青竹、電動歯ブラシ、哺乳瓶、浣腸器具、鉛筆、釣具の錘、釣竿、ゴムボール等であった。玉菫莖と炭酸水による直腸穿孔は非常に稀な症例であると考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

O-4-42

当科における大腸悪性狭窄に対する

NITI-S 18mm ステンツの成績

武蔵野赤十字病院 外科

○加藤 俊介、嘉和知 靖之、福与 涼介、川田 悠、古山 貴基、長野 裕人、大司 俊郎、高松 督、丸山 洋

【背景】大腸癌イレウスの頻度は全大腸癌の3~15.8%とされ、実臨床でもしばしば遭遇する病態である。当科では2014年2月まで、大腸癌イレウスに対しては緊急手術(右側は一期的吻合、左側はハルトマン手術)の方針とされていたが、2014年3月からは大腸ステント(NITI-S 18mm)を導入した。

【目的】大腸悪性狭窄に対して、減圧目的に使用したNiti-Sステント(18mm)の成績を供覧する。

【対象】2014年3月~2015年2月までに大腸癌イレウス(CROSS 0 or 1)でNiti-Sステントを留置された27例(上行2例、横行5例、下行2例、S状10例、直腸8例)

【結果】16例がBridge to surgery、9例が緩和治療、2例が早期化学療法導入目的であった。技術的成功率は100%、臨床的成功率(24時間以内の減圧成功)は96.2%であった。合併症率は穿孔0例、再閉塞2例(7.4%)、migration1例(3.7%)であり、22mmステントでの諸家の報告と遜色ない成績であった。

【結語】Niti-S 18mmステントは、通常の大腸内視鏡で留置可能であり、簡便である。細径ゆえに再閉塞やmigrationが危惧されたが、22mmステントと比較しても遜色ない成績であった。

O-4-44

上部消化管内視鏡で治療した胃切除後輸入脚迷入魚骨による十二指腸穿孔の1例

伊勢赤十字病院 外科

○東 謙太郎、中川 勇希、増田 穂高、坂口 充弘、田村 佳久、山岸 農、熊本 幸司、藤井 幸治、松本 英一、高橋 幸二、宮原 成樹、楠田 司

症例は84歳女性。胃潰瘍に対して、胃切除の既往があった。昼頃から続く気分不良、腹痛を主訴に近医受診し、その後当院救急外来へ紹介となった。入院時現症では、脈拍83回/分、血圧123/55mmHg、体温39.1 $^{\circ}$ C、右側腹部を中心に、圧痛、反跳痛を認め、限局性腹膜炎の所見であった。腹部X線検査では明らかなfree airは認めなかったが、腹部CTで十二指腸下行脚から水平脚付近に浮腫を認め、約4cmの弓状の高吸収異物を認めた。同部位の周囲に少量の壁外airとダグラス窩に少量の腹水を認めた。問診から来院2日前にマグロのあら炊きを摂取したことが判明し、魚骨による十二指腸穿孔と診断した。全身状態は安定しており、穿孔部周囲のairや液体貯留は少量で、膿瘍形成はなく、炎症は後腹膜腔に局限していたことから、まず、緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。前回手術は広範囲胃切除 Billroth2法再建で、輸入脚の胃空腸吻合部より約20cmの部位に魚骨を認めた。内視鏡的に摘除し、保存的治療の方針とした。以後、症状は軽快し、絶飲食、抗生剤で加療した。第7病日より食事開始し、第15病日に退院となった。胃切除後 Billroth2法再建後輸入脚の魚骨穿孔をきたした症例は、医中誌で検索しえた限りでは、わが国では自験例を除き1例のみの報告であり、きわめて稀である。魚骨による消化管穿孔・穿通は術前診断が困難であり、腹膜炎と診断され、多くの症例で外科治療が行われている。今回我々はCTにて診断し、内視鏡的治療が可能であった胃切除後輸入脚に迷入した魚骨による十二指腸穿孔の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-4-46

当院の colitic cancer の診療の検討

一大腸癌を合併したクローン病の2例ー

さいたま赤十字病院 外科

○中村 純一、佐々木 滋、有路 登志紀、岡田 幸士、沖 彰、加藤 敬二、吉留 博之

【はじめに】現在急増している消化器疾患として、炎症性腸疾患があげられる。急性増悪により、救命救急センターに搬送される症例も多く、当院でも、しばしば緊急手術の対象となる。炎症性腸疾患には大腸癌の発生率の上昇も報告され、サーベイランスが重要とされている。当院でも2000年から2014年までに、潰瘍性大腸炎に癌・異型上皮を合併した症例を8例経験している。近年クローン病においても発がん症例の増加が報告されているが、当院では同期間中に2例経験した。これらの症例の経過を検討し、当院でのサーベイランスの検証を行った。

【症例1】33歳時に、回腸穿孔、腹膜炎に対して、回盲部切除を施行した。切除標本の病理結果でクローン病の診断。その半年後に下行結腸が狭窄し、Hartmann手術施行。術後内服加療で、経過観察をしていたが、初回手術より2年11か月後、残存直腸より出血し内視鏡検査をしたところ、直腸壁の硬化敷石状変化があり、生検で印環細胞癌の診断。CT検査では骨盤壁に浸潤しており、切除不能であった。FOLFOXを8コース施行、FOLFIRIへ移行し、6コース施行。サードラインとして、CPT-11+C-mab療法を導入し3コース施行したが、化学療法開始から1年9か月で永眠された。

【症例2】39歳時にイレウスの緊急手術で回腸部分切除を受け診断確定。以後、栄養療法、5ASAで加療を受けていたが、46歳時に病勢悪化し、PLD、C-cap療法、半年後に、再燃し、TPN、イムラン開始。49歳時に行ったサーベイランスの内視鏡で、上行結腸に14mm大のIs病変あり、EMR施行したところ、carcinoma in adenoma SM(147 μ m)であった。

【結論】クローン病では、複数回の手術が行われることもあり、術後の検査が難しい症例も多く、悪性疾患の合併も念頭に置き、注意深いサーベイランスが必要である。