

O-8-12

外鼻と口唇を同時に修正した両側唇顎口蓋裂の2例

徳島赤十字病院 形成外科¹⁾、高知赤十字病院 形成外科²⁾

○清家 卓也¹⁾、山中 健生¹⁾、佐々木健介¹⁾、柏木 圭介²⁾

はじめに：現在、唇顎口蓋裂は手術手技の改善・進歩だけでなく術前後の歯科矯正、早期からの構音・発語評価及び訓練により機能的にも整容的にもよい結果を得ることが出来る。しかし、両側唇顎口蓋裂では初回手術後も外鼻においては短い鼻柱、鼻尖部の扁平化と拡大、両側の鼻翼の外側偏位による広い鼻幅、短い鼻梁等の問題点が残存あるいは成長に伴い顕著となることが多い。また、口唇でも人中中部の組織欠損によるwhistle deformityが思春期になって目立つことが多い。今回、われわれは2例の両側唇顎裂、唇顎口蓋裂患者の外鼻と口唇変形を鼻中隔延長術と下口唇反転皮弁を同時に施行することにより治療し、比較的良好な結果を得たので報告する。患者：症例1は、18歳男性、両側唇顎裂患者である。鼻中隔軟骨移植による鼻中隔延長および下口唇反転皮弁による修正を行った。術後4年で赤唇縁の微修正をおこなった。症例2は、17歳女性、両側唇顎口蓋裂の外鼻、口唇変形に対して肋軟骨による鼻中隔延長と下口唇反転皮弁による修正術を行った。4ヵ月後の術後の鼻孔狭窄に対して粘膜移植による鼻孔拡大を行った。2例ともに比較的良好な結果を得た。考察：唇顎口蓋裂では成長に伴い、外鼻変形が高度、著明になることが多い。また、初回手術や二次修正手術による複数の瘢痕により、さらに複雑な変形を来す場合もある。両側唇顎口蓋裂では、さらに上口唇正中の變形も高度である。今回、われわれが行った方法は自家軟骨を用いる鼻中隔延長と下口唇反転皮弁を同時に行うことで、外鼻、口唇変形を効率よく修正することができたため有用であると考えられる。

O-8-14

外科的切除を施行した胃原発mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasmaの1例

伊勢赤十字病院 外科

○説田 守仁、田村 佳久、藤井 幸治、渋谷 紘隆、山内 洋介、佐藤 啓太、松井 俊樹、熊本 幸司、松本 英一、高橋 幸二、楠田 司

症例は72歳男性。検診の上部消化管内視鏡検査で異常を指摘され精査目的で当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査で胃体下部後壁に2mm、0-IIc、深達度SM2深浸潤病変、及び胃角部大彎前壁に25mm、0-IIc、深達度M病変を認め、生検とともに高分化管状腺癌と診断された。CTで明らかかなリンパ節腫大や遠隔転移を認めず、早期胃癌と診断し腹腔鏡下幽門胃切除術を施行した。病理検査のHE染色では胃角部腫瘍は高分化管状腺癌 (pT1bN0M0, StageIA)、胃体下部腫瘍は神経内分沁細胞癌を伴った高分化管状腺癌 (pT1bN0M0, StageIA) が考えられた。免疫染色ではシナプトフィン、クロモグラニンAとも陰性で、神経内分沁癌と腺癌がそれぞれ30%以上混在することからmixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) と診断した。患者は術後1年5ヵ月現在無再発生存中である。MiNENは術前診断が難しく、腺癌と比較し予後が不良であるとされている。今回我々は非常に稀な胃原発MiNENの1切除術を経験したので文献的考察を加えて報告する。

O-8-16

診断に難渋し回盲部IgG4 関連疾患が強く疑われる1例

秋田赤十字病院 病理診断科¹⁾、

秋田赤十字病院 臨床研修センター²⁾、秋田赤十字病院 血液内科³⁾、

秋田赤十字病院 消化器内科⁴⁾、秋田赤十字病院 消化器外科⁵⁾、

秋田赤十字病院 超音波センター⁶⁾

○榎本 克彦¹⁾、中川 渚²⁾、野口 晋佐³⁾、吉川健二郎⁴⁾、里吉 梨香⁵⁾、石田 秀明⁶⁾

IgG4関連疾患 (IgG4RD) はリンパ球や形質細胞の浸潤と線維化を特徴とする全身性の疾患で自己免疫性膵炎や閉塞性胆管炎などの病態が知られている。しかし消化管IgG4RDの報告は極めて少なくその病態は不明な点が多い。今回われわれは回盲部に潰瘍形成を示したIgG4RDが強く疑われる症例を経験したので報告する。症例は50歳代男性。既往歴や家族歴に特記すべき事項なし。約1ヵ月前から続く食思不振と嘔気があり近医を受診した。腹部超音波検査で腸管の一部に壁肥厚を指摘され、当院消化器内科を受診した。当院での超音波および画像診断では悪性リンパ腫が疑われた。生検ではリンパ腫は確定できず外科的切除となった。切除回腸および盲腸にはUL-IIIの潰瘍形成を認めた。組織学的に潰瘍底周囲および固有筋層にリンパ濾胞形成を伴う高度のリンパ球、形質細胞浸潤を認めリンパ腫との鑑別に難渋した。病理学的にIgG4/IgG陽性形質細胞比は40%、IgG4陽性細胞>10/HPF、および線維化や閉塞性膵炎の所見をみるなど、強くIgG4RDを示唆する所見が得られた。しかし術前には血清IgG4値の測定はされておらず、今後外来通院時に検討する予定である。患者には胸膜の肥厚性病変がみられ、本例は診断基準上正確診断に相当する症例と考えられる。IgG4RDの消化管病変は症例が少ないこともあり診断基準や病態は十分に確立しているとはいえない。回盲部IgG4RDの症例報告は調べた限り2報あり、これらとの比較や鑑別疾患について報告する。

O-8-13

食道・胃粘膜下血種の1例

旭川赤十字病院 消化器内科

○武田 悠、石川 千里、石黒 達也、齋藤 敦、岡田 哲弘、井尻 学見、長谷部拓夢、桃井 環、阿部 真美、藤井 常志

【症例】60歳代男性。発作性心室細動でリパロキサパン内服加療中。突然の胸痛をきたし、当院救急外来を受診した。バイタルは正常で、心音・呼吸音に異常認めず、心電図所見からも急性冠症候群などは積極的に疑われなかった。吐血を認めなかったが、CTで胃内に高吸収の結節様構造を認め、胃内出血が疑われた。第2病日に上部消化管内視鏡を施行した。門歯より25cmの胸部中部食道から重全周性に暗赤色の浮腫性隆起病変を認めた。病変は胃噴門部まで連続し、噴門部では粘膜が脱落し、凝血塊の露出を認めた。以上より食道・胃粘膜下血腫の診断となった。リパロキサパン休薬し保存的加療を行い、第5病日の上部消化管内視鏡では食道粘膜下血腫は吸収傾向にあり、胃病変は潰瘍形成が明らかとなった。第60病日の上部消化管内視鏡では潰瘍は癒着化し、食道粘膜下血腫も消失していた。悪性所見は認めなかった。【考察】食道粘膜下血腫は比較的稀な疾患であり、病変が胃まで及ぶことより稀とされている。医学中央雑誌で1994年から2022年6月までで「特発性食道粘膜下血腫」で検索したところ本邦では70例報告を認めており、うち33例は直近10年で報告されており、近年は報告数が増加傾向にある。【結語】食道・胃粘膜下血腫の1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

O-8-15

卵巣癌との鑑別に苦慮した巨大虫垂癌の一例

熊本赤十字病院 産婦人科¹⁾、熊本赤十字病院 血液腫瘍内科²⁾、

熊本赤十字病院 病理診断科³⁾

○橋島 芽弥¹⁾、村上 望美¹⁾、山元真由子¹⁾、中山 真恵¹⁾、吉松かなえ¹⁾、堀 新平¹⁾、山本 文子¹⁾、井手上隆史¹⁾、荒金 太¹⁾、上田裕二郎²⁾、安里 嗣晴³⁾

【緒言】虫垂癌は結腸癌の約0.5%を占める稀な腫瘍で、大半は虫垂炎等の手術で偶発的に発見されるが、腫瘍が破裂し腹膜偽粘液腫を発生することもある。一方、画像診断の進歩により骨盤内腫瘍として発見される虫垂腫瘍も増えつつあり、女性では卵巣腫瘍との鑑別に困難とされている。今回我々は卵巣癌との鑑別に苦慮した巨大虫垂癌の症例を経験したため報告する。【症例】74歳女性。頻尿・腹部膨満を主訴に近医を受診した。腹部超音波検査で腹腔内の腫瘍性病変を認め、MRI検査で子宮を右側に圧排するT1WI低信号、T2WI高信号で一部にT2WI低信号の充実成分を有する径26.5×21.5cm大の境界明瞭な腫瘍性病変を認め、当院産婦人科を紹介受診した。受診時腹部膨満と下腹浮腫が著明で独歩は困難、食欲低下も認めた。全大腸内視鏡検査は腫瘍による圧排で観察不能であった。腹水穿刺で腹水は粘濁であった。細胞診はAdenocarcinomaで、セルブロックによる免疫染色で消化器系由来の腫瘍が疑われたが、巨大虫垂癌は稀であり臨床的に卵巣癌との鑑別に困難であった。この時点でPSと全身状態不良であり、本人・家族と相談し、緩和治療の方針となった。入院10日目に急激な腹部膨満感の増悪と呼吸状態が悪化し、入院11日目に永眠された。病理解剖を施行し、腹腔内には径43×32cm大の虫垂から発育する巨大な腫瘍を認めた。両側卵巣は小指頭大で異常所見は認めず、虫垂癌と診断した。剖検時腫瘍破裂をきたしており、死因と考えられた。【結語】今回我々が経験した虫垂癌は剖検時長径43cmあり、知りえた限りでは最大の虫垂癌であった。巨大虫垂癌は骨盤内腫瘍の鑑別診断として考慮すべきである。

O-8-17

IrAE陽炎による中毒性巨大結腸症に対し腹腔鏡下大腸全摘術を施行した1例

京都第一赤十字病院 外科

○池田 純、金澤 宏恕、魚住 祐介、濱田 哲司、西子 瑞規、小西 智規、曾我 耕次、小松 周平、下村 克己、谷口 史洋、塩飽 保博

症例は64歳男性。腎臓のため202×年1月に鏡視下右腎摘出術を受け、同年4月に肺転移を指摘され8月に鏡視下右肺上葉切除を施行、術後補助化学療法として9月よりニボルマブ・イリリウムマブ併用療法を施行されていた。2コース終了時点で眼瞼下垂が出現し免疫関連有害事象 (IrAE) として重症筋無力症の診断でステロイド内服を開始した。5コース目投与後に下痢が出現し、大腸内視鏡検査にてIrAE陽炎の診断となった。下痢症状の増悪と脱水・腎前性腎不全のため入院となった。ステロイド投与の増量に加えインフリキシマブ投与を行うも改善なく、入院22日目の腹部CT検査で腹腔内遊離ガス像と全大腸の拡張・ハウストラ消失を認めた。下部消化管穿孔・中毒性巨大結腸症の診断で緊急手術の適応と判断した。審査腹腔鏡と術中内視鏡、小腸ストマ造設術を予定した。しかし術中内視鏡で結腸全体に散在した潰瘍性病変を認め、不可逆性変化と判断し、腹腔鏡下結腸全摘術に術式を変更した。穿孔部は肝彎曲部背側の右腎摘出後の癒着部位に認めた。術中内視鏡で炎症所見が比較的軽度な小腸終末部と直腸S状部で切離することとし、断端を小腸ストマ・直腸粘液瘻とした。その後も慎重に経過をみながらステロイドを漸減しつつ経口投与をすすめていたが、小腸炎による微小穿孔や栄養吸収障害、創治癒遅延、ストマ周囲感染をきたし長期入院治療を余儀なくされている。IrAE陽炎による手術報告例はまれである。文献的考察を加えて報告する。