

P-125

当院における大腸悪性狭窄に対する大腸ステント留置12例の検討

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科

○野口 未央¹⁾、三長 孝輔¹⁾、東 俊二郎¹⁾、藪内 洋平¹⁾、松本 久和¹⁾、信岡 未由¹⁾、太田彩貴子¹⁾、岩上 裕吉¹⁾、谷口 洋平¹⁾、幡丸 景一¹⁾、中谷 泰樹¹⁾、赤松 拓司¹⁾、瀬田 剛史¹⁾、浦井 俊二¹⁾、上野山義人¹⁾、山下 幸孝¹⁾

【目的】大腸ステントが保険収載されて以降、当院でもステント留置を積極的に行っており、留置成績につき検討する。

【方法】大腸ステント留置例12例を対象に、患者背景、留置部位、処置時間、ステントの種類と選択、留置後の転帰等につき検討した。

【結果】症例の背景は、平均年齢70.8歳(53-91歳)、男性9例、女性3例であった。留置目的はBridge to Surgery8例、Palliative therapy5例であった。閉塞原因としては大腸癌留置11例で、他部位の浸潤2例であった。留置部位は、S状結腸6例、横行結腸2例、下行結腸3例、直腸2例で、処置時間は平均39分であった。ステントの種類はWallflex colonic stent 22mm径を11例で留置し、Niti-S Uncovered stent 22mm径を1例で留置した。ステント長は12cm(狭窄長4cm)1例、9cm(平均狭窄長4.6cm)7例、6cm(平均狭窄長2.8cm)5例であった。留置期間はBridge to Surgeryで平均12.5日、Palliative therapyでは化学療法奏功し、手術となったのが1例、ステントトラブルによる死亡が疑われたのが2例、その他の原因で死亡したのが1例、経過観察中が1例である。

【考察】これまで当院では閉塞性大腸悪性狭窄に対して、可能であれば経肛門のイレウス管を挿入し、挿入困難な近位結腸癌に対しては経鼻のイレウス管を挿入し減圧を図っていた。保険収載以降、大腸ステント留置を行うようになったが大腸ステント留置は留置手技が比較的容易で、処置時間も短く、人員の少ない夜間緊急の状況等でも比較的簡単に留置可能であった。術前の腸管減圧、緩和治療目的ともに有効な治療法と言える一方で、穿孔等の重篤な合併症も経験しており、留置適応、ステントの選択には注意が必要である。

P-126

分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍の経過観察中に発見されたpT1膵癌の1例

伊達赤十字病院 消化器科¹⁾、伊達赤十字病院内科²⁾、伊達赤十字病院外科³⁾

○在原 洋平¹⁾、久居 弘幸¹⁾、平子 匡¹⁾、池田 裕貴¹⁾、小柴 裕¹⁾、宮崎 悦²⁾、前田 善晴³⁾、佐藤 正文³⁾、川崎 亮輔³⁾、行部 洋³⁾、上野 峰³⁾

近年、分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍(BD-IPMN)と通常型膵管癌(膵癌)が高率に合併することや、BD-IPMNの経過観察中に膵癌が比較的高率に発生することが報告されているが、pT1膵癌の発生の報告は散見されるのみである。今回我々は、BD-IPMNの経過観察中に発見されたpT1膵癌の1切除例を経験したので貴重な症例と考え報告する。

症例は84歳、男性。平成14年11月の検診のUSで主膵管拡張を指摘され、同年12月当科受診。家族歴や既往歴では特記すべきことなく、血液検査でも腫瘍マーカーを含め異常は認めなかった。MRCP/EUSでは、膵頭部に10mmの嚢胞性病変を2個認め、主膵管は5mmであったが、明らかな壁結節は指摘できなかった。十二指腸内視鏡では主乳頭はやや開大し、ERCPでは主膵管との交通と粘液と認められる主膵管内の透亮像を認め、BD-IPMNと診断した。膵液細胞診では、class Iであった。その後、1年に1回の定期検査を施行していたが(平成17年、20年、24年は本人の都合により受診できず)、平成25年2月のMRCPでBD-IPMNに著変はないものの、体部主膵管の狭窄所見あり、EUSでは、1.1x0.8cmの不整形低エコー腫瘍を認めた。経胃的にEUS-FNAを施行し、細胞診でclass V(腺癌)、組織診でも腺癌疑いと診断された。

同年3月に当院外科で膵体尾部切除を施行。病理では、Pb、pT1(1.0x0.9cm)、結節型、tub1、intermediate type、INFβ、ly1、v0、ne0、mpd(+)、pS(-)、pRP(-)、pPV(-)、pA(-)、pPL(-)、pOO(-)、pT1N0M0、pPCM(-)、pDPM(-)、Stage Iであり、PanIN1-2相当の異型上皮が主膵管および分枝膵管内に広範囲に認められた。術後経過は良好で、4月に退院し、現在外来にてgemcitabineによる術後補助化学療法を施行中である。

P-127

アナフィラキシーの原因がアニサキスと推定された1例

日本赤十字社長崎原爆病院 皮膚科¹⁾、東京海洋大学食品生産科学科²⁾

○鳥山 史¹⁾、石丸志帆子¹⁾、嶋倉 邦壽²⁾

【症例】77歳、男性

【主訴】アレルギー検査希薄

【既往歴】サバ摂取で蕁麻疹、アジはよく摂取するがこれまで2回蕁麻疹

【現病歴】10月中旬17時半にアジの刺身など食べ2時間半後より顔面に痒みが出現、その後全身に広がり皮膚に発赤が生じ、嘔気、下痢、息苦しさが出現し救急病院に搬送された。血圧90台、SpO2低下、喘鳴あり、皮膚は全体的に紅潮し悪寒戦慄あり、意識朦朧となりアナフィラキシーショックの診断にて治療、症状改善し翌朝退院。4日後、精査希望にて当院を受診された。

【検査結果】非特異的IgE抗体255 IU/ml、サバ、アジ、イワシの特異的IgE抗体は陰性であったが、アニサキス特異的IgE抗体クラス4と陽性であった。ブリックテストではサバ、アジ、イカともに陰性、アニサキス抽出液(加熱・非加熱)を用いたスクラッチテストにて両方ともに陽性であった。以上より、アナフィラキシーの原因はアジではなく、アジに寄生したアニサキスによるものと推定した。

【考察】アニサキスは魚介類に寄生している寄生虫で、摂取後強烈な腹痛を呈する「消化管アニサキス症」を生じることがよく知られているが、魚介類摂取後生じる蕁麻疹も大部分はアニサキスアレルギーに起因する。アニサキスは熱処理(60℃、10分)や冷凍処理(-20℃、24時間)で死滅し消化管アニサキス症は抑制できるが、アニサキス抗原12種が同定されている中には耐熱性のものもあり、十分に調理しても蕁麻疹やアナフィラキシーは発症しうる。アナフィラキシーは10年間で10数例の報告があり、原因不明のショックの誘因の1つにアニサキスも念頭におきたい。

P-128

後腹膜平滑筋肉腫の1例

京都第二赤十字病院 泌尿器科

○横田 智弘¹⁾、高村 俊哉¹⁾、石田 博万¹⁾、松原 弘樹¹⁾、伊藤 吉三¹⁾

後腹膜平滑筋肉腫は非常に稀な疾患で、治療は外科的治療が第一選択となる。今回、われわれは腹腔鏡を用いて後腹膜平滑筋肉腫を摘出した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。

患者は69歳女性。既往歴は高血圧、脳梗塞、子宮脱。2011年7月、左頸部の腫瘍に対し耳鼻科受診。その際全身検索目的に行ったCTにて左腎門部に腫瘍性病変を認め当科紹介。

超音波検査では、低輝度の血流に乏しい腫瘍を認めた。造影CTでは、左腎門部に造影効果の乏しい腫瘍性病変を認めた。MRIでは、T1強調画像で低信号、T2強調画像で等信号を示す腫瘍性病変を左腎門部に認めた。来院時に行った血液検査では、異常所見を呈する項目はなく、さらに副腎腫瘍を疑いカテコラミン、コルチゾール、アルドステロンなどの項目を追加検査したが、異常を示す項目は認められなかった。以上の検査を行った結果、悪性線維性組織球腫(malignant fibrous histiocytoma, MFH)や神経原性腫瘍が疑われ、診断的意義も兼ね、左腎門部腫瘍を摘出する事となった。当科にて左腎門部腫瘍を摘出するまでの間に当院耳鼻科にて左頸部腫瘍を摘出する手術を施行。病理結果では神経鞘腫であった。腹腔鏡下、経腹的に後腹膜腫瘍切除術を施行。左腎門部に腫瘍を確認、腫瘍尾側にはdrainage veinを認め、クリップをかけ切断。腫瘍頭側は腎静脈と癒着しており剥離の際腎静脈が裂けたがガーゼ圧迫により止血。周囲を剥離、切断し腫瘍を摘出した。病理結果はlyomim sarcomaであり、組織像として、縦横に走行する紡錘型細胞を呈するのが特徴である。現在術後1年4か月が経過しているが再発を認めていない。腹腔鏡下に後腹膜平滑筋肉腫を摘出した報告は少なく本邦で本症例が4例目であった。