09-14

感染性膵壊死から後腹膜膿瘍、膿胸を呈した 1 症例

横浜市立みなと赤十字病院　救命救急センター
○畠山（はたけやま）　淳司（じゅんじ）、武居　哲洋、奈良　岳志、長島　道生、
藤澤　美智子、山田　広之、和智　万由子、福島　紘子、
平田　晶子、伊藤　敏孝

【患者】38 歳女性
【現病歴】入院 1 週間前より心窩部痛を認めたが、症状が改善したため経過をみていた。前日より心窩部痛が再出現し、増悪傾向のため救急要請となった。精査にて特発性急性膵炎と診断し一般病棟に入院したが、第 2 病日に尿量低下と呼吸不全のため ICU 入室となった。人工呼吸管理、CRRT を開始し第 13 病日に抜管し、第 15 病日に一般病棟に転棟した。第 16 病日に腹部 CT で後腹膜膿瘍の出現を認め、第 19 病日に呼吸不全となり、胸部CTを施行したところ右膿胸を認め、ICU 入室後、人工呼吸管理を開始した。後腹膜膿瘍と膿胸に対して、CT ガイド下ドレナージと抗菌薬治療を開始したが、膿胸腔の改善を認めなかったため、第 36 病日に呼吸器外科にて左膿胸掻爬術を施行した。後腹膜膿瘍に対しては、左右のドレナージチューブを適宜太くし、持続灌流を行っていたが画像上膿瘍腔の縮小を認めなかった。第 97 病日に突然の右季肋部痛と肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部造影 CT にて胆道感染を疑った。感染源として後腹膜膿瘍のコントロールが不十分と考え、第 105 病日と第 110 病日に泌尿器科にて経後腹膜的 necrosectomy を施行した。第 112 病日に開腹 necrosectomy、胆嚢部分切除術、回腸人工肛門造設術を施行した。経過中に重症 ARDS から VV-ECMO を導入し呼吸管理を行っていたが、カテーテル関連血流感染症から多臓器不全となり第 145 病日に死亡退院となった。
【考察】感染性膵壊死に対する早期手術療法は推奨されていないが、IVR 治療に難渋した場合は、necrosectomy の適応である。しかし、侵襲度の高い necrosectomy をいつ行うかは一定の見解が得られていない。今回、感染性膵壊死の治療に難渋した症例を経験したため、過去の文献的考察を加えて報告する。

09-15

当院における大腸癌術後補助化学療法の現状

武蔵野赤十字病院　外科
○加藤（かとう）　俊介（しゅんすけ）、石川　喜也、佐藤　公太、天野　邦彦、
星野　明弘、長野　裕人、大司　俊郎、高松　督、
嘉和知　靖之、丸山　洋

背景：大腸癌術後補助化学療法は、大腸癌治癒切除後に再発を抑制する目的で行われる全身化学療法であるが、適応症例、レジメンなど施設間（あるいは医師間）でばらつきがあるのが現状である。当院では 2014 年 4 月より、術後症例・再発症例に関する腫瘍内科との合同カンファンスを立ち上げた。目的：当院における大腸癌術後補助化学療法の現状を供覧する。方法；2013 年度に治癒切除された Stage II / III 原発性大腸癌症例 135 例について、行われた補助化学療法を検討した。結果：Stage II での施行率は 29%、StageIIIa で 62%、IIIb で 71%であった。StageIII でのオキザリプラチン併用率は 57%であり、前年度の 26%から大きく増加した。内服薬ではゼローダ投与が 7 割、オキザリプラチン併用では XELOX がほぼ全例投与されていた。ゼローダの完遂率は 73%、XELOX は 74%であり、当院でのレジメン選択は完遂率の観点からは容認可能であると考えた。

09-16

大腸穿孔を契機に発見された上行結腸 mixed adenoendocrine carcinoma(MANEC) の 1 例

名古屋第一赤十字病院　一般消化器外科
○山下（やました）　浩正（ひろまさ）、湯浅　典博、竹内　英司、後藤　康友、
三宅　秀夫、永井　英雅、吉岡　裕一郎、河合　奈津子、
小林　智輝、細井　敬泰、張　丹、岩瀬　まどか、
浅井　悠一、加藤　哲朗、清水　大輔、宮田　完志

症例は 76 歳女性で、意識消失を主訴に当院救急外来を受診した。頸部リンパ節結核のため、イソニアジド、リファンピシンを 2 か月前より投与されていた。来院時、血圧：196/125mmHg、脈拍：118 回 / 分、体温 38.5 度で、血液生化学検査では、CRP 34.0 mg/dl、白血球数 10500 /mm^3 と高度の炎症反応を認めた。腹部造影 CT で腹腔内に free air と上行結腸・肝臓に腫瘤を認め、上行結腸腫瘤による下部消化管穿孔の診断で緊急手術を施行した。腹腔内に膿性腹水を、上行結腸間膜に巨大な腫瘤を、盲腸に穿孔を認めた。腫瘍は可動性に乏しく後腹膜と強固に癒着していたが、右結腸切除を施行した。摘出標本肉眼所見では、上行結腸に全周性の径 4cm の潰瘍浸潤型腫瘍を認め、潰瘍の下には結節状の病変を認めた。腫瘤の口側である盲腸に穿孔部位を認め、腸管内圧の上昇に伴う穿孔と診断した。病理組織学的所見に粘膜病変は腺癌成分が、浸潤部は内分泌細胞癌の成分が主体で 2 種類の成分が混在していた。以上より、Mixed adenoendcrine cell carcinoma(MANEC), pSS, ly2, v2, N0, H1, pStage4 と診断した。MANEC は 2011 年 WHO 分類で提唱された新たな概念で、全大腸癌の 1% 以下と稀な腫瘍である。

09-17

S 状結腸癌膀胱浸潤に対する前方骨盤内臓全摘術の一例

名古屋第一赤十字病院　一般消化器外科
○吉岡（よしおか）　裕一郎（ゆういちろう）、湯浅　典博、竹内　英司、後藤　康友、
三宅　秀夫、永井　英雅、河合　奈津子、張　丹、
小林　智輝、岩瀬　まどか、細井　敬泰、山下　浩正、
浅井　悠一、加藤　哲郎、清水　大輔、宮田　完治

症例は 60 歳男性．腹部膨満および便潜血陽性で精査目的に当院紹介となったが，大腸内視鏡検査の前処置でイレウス症状をきたし，緊急入院となった．入院時 CT で S 状結腸の全周性壁肥厚を認め，また膀胱への浸潤を疑った．口側腸管は著明に拡張しており，S 状結腸癌膀胱浸潤および腸閉塞と診断し，緊急で盲腸瘻を造設した．その後に精査を行い，膀胱鏡で膀胱頂部への浸潤を認めた．遠隔転移は認めず，cT4b（膀胱）N1M0 の術前診断で前方骨盤内臓全摘術（前方 TPE）を施行した．開腹所見で骨盤内臓器は腫瘍を介して一塊となっていた．膀胱を剥離し尿道を離断した後，直腸は尿道離断部と同じ高さで切除し吻合した．尿路は回腸導管で再建した．手術時間 514 分，出血量 2230ml であった．術後経過は良好で 25 日目に退院した．病理検査では中分化型腺癌，T4b（膀胱）N0 で stage2B であった．当院では 1996 年から現在まで 10 例の TPE を施行している．年齢の中央値は 65 歳，男性 9 例女性 1 例で，原発直腸癌が 7 例と多く，以下再発癌 2 例と膀胱癌 1 例であった．手術時間は中央値 539 分および出血量は中央値 2218ml で，術後合併症を 7 例に認めた．また，骨盤死腔炎から会陰小腸瘻をきたした 1 例と術後出血の 1 例の計 2 例で在院死を経験し，在院死を除く術後在院期間は中央値 39 日であった．