

PC-260

保存的治療で改善を認めた下部消化管穿孔の1例

横浜市立みなと赤十字病院 外科

○中^{なか} 雅^{みや}之^の、前^{まへ} 橋^{はし} 学^{まなぶ}、藤^{ふじ} 原^{はら} 大^{だい} 樹^{じゅ}、清^{しみず} 水^{みづ} 康^{やす} 博^{ひろ}、笠^{かさ} 原^{はら} 康^{やす} 平^{へい}、田^{いで} 鐘^{かね} 寛^{かん}、佐^さ 藤^{ふじ} 圭^{けい}、小^こ 野^の 秀^{ひで} 高^{たか}、馬^ま 場^ば 裕^{ゆう} 之^の、杉^{すぎ} 田^た 光^{みつ} 隆^{たか}

症例は92歳女性。平成26年3月中旬より下血を自覚し、近医を受診後、精査目的で当院紹介受診した。腹部造影CT検査を行い、S状結腸で、便塊の腸管外への脱出と周囲のfree airを認め、S状結腸穿孔と診断した。高齢であり、全身状態が悪く、家族の希望もあったため、保存的に治療を行う方針とした。抗菌薬投与で炎症反応の改善を認め、中心静脈からの栄養投与を開始した。その後、状態は安定し転院可能な状態となった。内視鏡治療後などの結腸穿孔に対して保存的治療で改善する例は散見されるが、便が腸管外へ脱出するような結腸穿孔に対して保存的治療で改善した症例についての報告は稀であり、文献的考察も含めて報告する。

PC-261

早期手術により救命し得た壊死型虚血性腸炎の1例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科

○清^{しみず} 水^{みづ} 大^{だい} 輔^{すけ}、湯^{たけ} 浅^{あさ} 典^{のり} 博^{ひろ}、竹^{たけ} 内^{うち} 英^{ひで} 司^し、後^ご 藤^{ふじ} 康^{やす} 友^{とも}、三^{みや} 宅^{たく} 秀^{ひで} 夫^ふ、永^{なが} 井^い 英^{ひで} 雅^{みや}、吉^{きち} 岡^{おか} 裕^{ゆう} 一^{いち}郎^{らう}、河^か 合^あ 奈^な 津^つ 子^こ、小^こ 林^{りん} 智^ち 輝^輝、張^{ちやう} 丹^{たん} 細^{さい} 井^い 敬^{けい} 泰^{たい}、岩^{いわ} 瀬^せ ま^ま ど^どか^か、山^{やま} 下^{した} 浩^{こう} 正^{せい}、浅^{あさ} 井^い 悠^{ゆう} 一^{いち}、加^か 藤^{ふじ} 哲^{てつ} 朗^{らう}、宮^{みや} 田^た 完^{かん} 志^し

症例は73歳女性。8年前にS状結腸憩室穿孔に対しHartmann術を施行され下行結腸で単孔式人工肛門が造設されている。この他に既往として慢性心不全・糖尿病がある。下腹部痛・血便にて当院救急外来を受診。身体所見では左側腹部に圧痛を認め、血液学的検査では、WBC 22000/ μ l、CRP 6.8mg/dl、PCT 4.62ng/mlと炎症所見を認めた。造影CTでは横行結腸から下行結腸広範な腸管の壁肥厚と造影不良を認め、下部消化管内視鏡検査では同部位に斑状に粘膜の壊死を認めた。壊死型虚血性腸炎と診断し緊急手術を行った。開腹すると、肝彎曲から人工肛門近傍の下行結腸まで色調不良を認めたため、横行結腸・下行結腸を切除し、上行結腸にて単孔式人工肛門を造設した。摘出標本では、腸管壁肥厚と粘膜面を中心に非連続性的色調変化を認めた。病理組織学的に、粘膜から粘膜下層を中心に虚血性変化が認められ、主要血管の閉塞は無いため壊死型虚血性腸炎と診断した。術後55日目に退院した。壊死型虚血性腸炎の死亡率は30-60%と高率であり、発症後早期の手術が必須である。しかし実際には本疾患は高齢者に多く典型的な腹膜刺激症状を呈さない場合も少なくないことから、診断に難渋し手術が遅れることも多い。

PC-262

早期に切除しえた虫垂粘液嚢腫の1例

静岡赤十字病院 外科

○早^{はや} 川^{かわ} 貴^{たか} 光^{みつ}、大^お 島^{しま} 令^{れい} 子^こ、高^{たか} 本^{もと} 尚^{なお} 弘^{ひろ}、大^お 橋^{はし} 慎^{しん} 一^{いち}、佐^さ 野^の 達^{たつ}、石^{いし} 井^い 賢^{けん} 二^に 郎^{らう}、熱^{ねつ} 田^た 幸^{こう} 司^し、宮^{みや} 部^ぶ 理^り 香^か、白^{しろ} 石^{いし} 好^{こう}、中^{なか} 山^{やま} 隆^{たか} 盛^{せい}、稲^{いな} 葉^は 浩^{こう} 久^{きゅう}、森^{もり} 俊^{しゅん} 治^ぢ、磯^{いそ} 部^ぶ 潔^{けつ}

早期に切除しえた虫垂粘液嚢腫の1例静岡赤十字病院外科 早川貴光 大島令子 高本尚弘 大橋慎一 佐野達 石井賢二郎 熱田幸司 宮部理香 白石好 中山隆盛 稲葉浩久 森俊治 磯部潔 症例は40代女性。既往歴は高血圧。子宮筋腫で当院婦人科にて経過観察中であった。右下腹部痛を主訴に近医を受診し、下部消化管内視鏡検査で虫垂開口部に腫瘍性病変を指摘され生検施行したが悪性所見は認めなかった。CTでは虫垂腫大を認め、精査加療目的に当科紹介。診断的治療目的に腹腔鏡下盲腸部分切除術を施行した。病理所見は虫垂内面の上皮がほぼ脱落しており壁内にわずかに粘液貯溜を認め、虫垂粘液嚢腫の所見であった。本疾患は稀な疾患であるが穿孔により腹膜偽粘液腫の原因となりうるため、適切な術式での切除が必要である。今回我々は早期発見し、切除しえた症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

PC-263

回盲部と回腸が陥頓した単径ヘルニアの一例

横浜市立みなと赤十字病院 外科¹⁾、救急外科²⁾

○藤^{ふじ} 原^{はら} 大^{だい} 樹^{じゅ}¹⁾、小^こ 野^の 秀^{ひで} 高^{たか}¹⁾、笠^{かさ} 原^{はら} 康^{やす} 平^{へい}¹⁾、佐^さ 藤^{ふじ} 圭^{けい}¹⁾、前^{まへ} 橋^{はし} 学^{まなぶ}¹⁾、清^{しみず} 水^{みづ} 康^{やす} 博^{ひろ}¹⁾、田^{いで} 鐘^{かね} 寛^{かん}¹⁾、中^{なか} 野^の 雅^{みや} 之^の¹⁾、馬^ま 場^ば 裕^{ゆう} 之^の²⁾、杉^{すぎ} 田^た 光^{みつ} 隆^{たか}¹⁾

症例は74歳、男性。腹痛、嘔吐を主訴に当院救急外来を受診した。陰嚢が小児頭大に腫大しており、単純CT検査で右鼠径ヘルニア陥頓と診断された。陰嚢内に拡張した腸管を認め、小腸の陥頓が疑われた。整復困難であり、また、採血検査でLactate、LDH、CKの上昇を認め腸管壊死が疑われた為、緊急手術を施行した。下腹部正中切開で開腹した。腸管が右内鼠径輪から単径管内に脱出していた。腹腔内より脱出した腸管を還納しようと試みたが回腸の一部は還納されたものの、還納困難な腸管が依然として存在した。前方アプローチで単径管を開放し、単径管内を観察すると脱出している腸管が回盲部であることが明らかとなった。腸管の色調は不良であり切除が必要と判断したが、腹腔内への還納は不可能であった為、単径部の創より体外へ導出し回盲部切除を施行した。単径ヘルニアはBassini法で修復した。医中誌を用いて「回盲部」、「ヘルニア」、「陥頓」で検索したところ、本邦報告例は自験例を含めわずか2例のみであった。回盲部を内容とする単径ヘルニア陥頓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。

一般演題
(ポスター)
10月16日(木)