



岐阜大学機関リポジトリ

Gifu University Institutional Repository

4.

化学療法により小腸穿孔をきたした副腎原発悪性リンパ腫の1例(第200回岐阜外科集談会)

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2008-07-16 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 八幡, 和憲, 棚橋, 利行, 田村, 大宗, 森, 龍太郎, 太和田, 昌宏, 松橋, 延壽, 田中, 千弘, 長尾, 成敏, 川口, 頌敬, 鷹尾, 博司, 杉山, 保幸 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12099/12541

第200回 岐阜外科集談会

日 時：平成15年 5 月24日(土)午後 1 時30分より

場 所：岐阜大学医学部 外来棟 4 階講堂

1. 胃軸捻転症を伴い全胃と横行結腸が脱出した傍食道型裂孔ヘルニアの1例

岐阜中央病院 外科

若原正幸, 森川あけみ, 西村幸祐, 佐藤元一,
上西 宏, 梶間敏彦, 田中千凱

76歳, 女性。平成14年12月中頃胸焼けをきたし, 胃内視鏡検査にて逆流性食道炎を指摘された。平成15年 1 月21日胸苦と嘔気, 呼吸困難にて入院となった。身長149 cm, 体重45kg 高度な亀背と鳩胸を認めた。肺機能検査にて拘束性障害を認めた。胸部単純 X 線検査にて心陰影よりはるかに大きな縦隔陰影を認め内部に胃泡を確認できた。胸部 CT 検査にて後縦隔心臓背側に巨大なヘルニア嚢を認め, 全胃と横行結腸の脱出を認めた。上部消化管造影検査にて胃は傍食道型の脱出を示し全胃が胸腔内に存在しており, 軸捻転を伴っていた。以上より, 胃軸捻転症と全胃, 横行結腸脱出を伴った食道裂孔ヘルニアと診断し, 1月29日手術を施行した。開腹すると全胃と横行結腸中央部が胸腔内に脱出していたが脱出臓器は容易に腹腔内に還納できた。Toupet 噴門形成術を施行し, 食道裂孔を縫縮し胃底部を横隔膜に数針固定した。術後経過は良好で現在のところ再発は認めていない。

2. 胃癌術後3週目に発症した脾摘後重症感染症 (OPSI: overwhelming postsplenectomy infection) 症候群の1例

岐阜市民病院 外科

菅野昭宏, 種村廣巳, 大下裕夫, 日下部光彦,
波頭経明, 西科琢雄, 西尾公利, 斎藤史朗,
小森充嗣

症例: 42歳, 男性。主訴: 発熱。現病歴: 平成15年 3 月24日, 胃体上部の胃癌に対し胃全摘, 脾動脈幹切除, D 2 リンパ節郭清を施行。4 月16日 (術後23日目) 退院。発熱のため 4 月17日当科外来受診。体温39.0℃。腹部症状なし。頭痛, 上気道炎症状なし。血液検査で CRP3.3, WBC9,700と軽度上昇あり。抗生剤の点滴静注を行い, 解熱剤を処方し帰宅させた。4 月18日, 40℃の発熱, 嘔吐で再診。WBC16,500, CRP16.6と著明に上昇。入院, 輸液, 抗生剤投与を行った。しかし, 39℃以上の発熱は続き, CRP も改善しないため, γ グロブリン投与し解熱した。その後発熱なく, WBC, CRP も改善した。経過から脾摘後重症感染症 (OPSI) を疑った。脾臓摘出後に敗血症や髄膜炎など重篤な感染症をきたす病態は, Overwhelming postsplenectomy infection (OPSI) 症候群と

呼ばれている。胃癌手術後23日目に発症した OPSI 症候群と思われる 1 例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

3. 術中内視鏡により診断し得た小腸血管腫の1例

高山赤十字病院 救急部

白子隆志, 濱洲晋哉

同 外科

横尾直樹, 木元道雄, 足立尊仁, 吉田隆浩,
田中善宏, 長田博光, 北村好史, 塩田哲也

症例は56歳, 男性。ふらつき・動悸を主訴に当院紹介となった。腹部圧痛を認めず, 高度貧血を認めた。内視鏡検査で上部消化管出血を認めず, 下部では回腸末端部に血液貯留を確認し, 小腸出血を強く疑った。出血シンチ, 腹部血管造影にて腸管内出血, 動静脈奇形等の所見を認めなかった。病変の質的診断・部位の同定ができず, 全身麻酔下に開腹小腸内視鏡検査を施行した。トライツ靱帯から約80cmの空腸に赤褐色斑点を伴う血液の付着した小隆起性病変を認め, 小腸部分切除を施行した。組織学的に小腸血管腫 capillary type と診断された。小腸血管腫は比較的稀な疾患で, 頻度は小腸良性腫瘍の約10%と少なく capillary type は稀である。本疾患の術前診断は非常に困難であり, 出血シンチ, 血管造影・小腸透視検査等にて原因を同定できない場合には, 術中内視鏡検査を行い病変部位・病態を確実に診断する必要があると考えられる。

4. 化学療法により小腸穿孔をきたした副腎原発悪性リンパ腫の1例

岐阜大・医・第2外科

八幡和憲, 棚橋利行, 田村大宗, 森龍太郎,
太和田昌宏, 松橋延壽, 田中千弘, 長尾成敏,
川口順敬, 鷹尾博司, 杉山保幸, 安達洋祐

【緒言】T細胞型副腎原発悪性リンパ腫はまれである。今回われわれはT細胞型副腎・小腸悪性リンパ腫に対する化学療法施行中に小腸穿孔を来したが, 救命さらに完全寛解を得られた1例を経験した。【症例】60歳, 男性。肝機能異常に対し近医で腹部 CT 等施行されたところ, 両側副腎腫瘍を認め当院内科入院となった。精査にて両側副腎原発悪性リンパ腫と診断され CHOP 療法を開始したところ初日夜間より下腹部痛を認め, 翌朝さらに増強した。腹部 CT にて free air を認め, 消化管穿孔の診断で緊急開腹術を施行した。腹腔内に多量の消化管内

溶液を認め、空腸に中心部で穿孔した小腸腫瘍を2か所認め、これを所属リンパ節とともに切除した。術後、高度白血球数低下と創感染を認めたが、敗血症に陥ることなく経過した。術後30日目よりCHOP療法2クール、CHP療法5クール施行し完全寛解となった。術後1年7か月無再発経過観察中である。【結語】消化管悪性リンパ腫は穿孔によって発見されることが多く、穿孔例では宿主の免疫能低下にて敗血症から多臓器不全となることも多く、早期発見と十分な周術期管理が必要と考えられた。

5. 糞便性イレウスによる閉塞性大腸炎の1例

羽島市民病院 外科

松友将純，立山健一郎，安村幹央，丸井 努

糞便性イレウスによる閉塞性大腸炎の1例を経験したので報告する。

症例は65歳女性。腹痛・腹満を主訴に受診し、腸閉塞の診断にて入院となった。入院時、血液検査で強い炎症反応がみられた。減圧チューブの小腸留置、浣腸等保存的加療にて腹部症状は改善した。腸閉塞の原因検索も明らかな閉塞部位を認めず、脾彎曲部横行結腸に潰瘍を伴った狭窄部位を認め閉塞性大腸炎と診断した。

約4週間保存的に経過を観察するも粘膜再生、狭窄改善を認めず手術を施行した。手術は腹腔鏡下横行結腸切除術を施行した。腸間膜の短縮、腸管壁の硬化等より狭窄部位は明らかであった。口側、肛門側断端は正常粘膜であった。病理組織検査では粘膜の脱落、粘膜筋板の肥厚、粘膜下層の線維化を認めた。軽～中等度の慢性化炎症像を呈し、特異性炎症像を認めず閉塞性大腸炎の特徴に合致するものであった。

6. 後腹膜腔穿孔をきたした下行結腸癌の1例

岐阜赤十字病院 外科

加藤喜彦，木山 茂，片桐義文，味元宏道，

鬼束惇義

島クリニック

島 寛人

症例は72歳女性。平成15年3月6日正午頃より突然下腹部痛が出現し、近医を受診した。腹部単純X-Pで左側腹部に線状ガスを、腹部CTで後腹膜腔ガスを認めた。下部消化管穿孔が疑われ、同日当科に紹介され緊急手術となった。下行結腸が腫脹しSD junctionに桜桃大の硬結を触知した。下行結腸は浮腫を来し、その中に細かな気泡を多数認め、腸管を把持すると握雪音を認めた。

横行結腸脾彎曲部から下行結腸まで後腹膜を切開すると後腹膜腔に多量の糞便を認めた。結腸癌の口側2.5cmより下行結腸が5cmに渡り長軸方向に裂けていた。腹腔内洗浄ドレナージを行い、下行結腸を切除し人工肛門を造設した。病理所見では腫瘍は中分化腺癌で、穿孔部には悪性所見は認めなかった。術後PMX開始時に不整脈を認めたが、投薬により軽快した。術後10病日より経口

摂取を開始したが、術前よりあった精神疾患が悪化し、37病日に突然心肺停止となり、39病日に死亡した。

7. 腹腔鏡が診断、治療に有用であったS状結腸膀胱瘻の1例

岐阜北厚生病院 外科

山本昌督，田中秀典，渡辺 敦，竹内 賢，

山本 悟，渋谷智顕

症例は74歳、女性。主訴は発熱、肉眼的血尿。現病歴：近医で膀胱炎にて抗生剤投与されたが軽快せず本院泌尿器科受診となる。膀胱内視鏡施行され膀胱三角部に浮腫状病変あり、慢性膀胱炎（尿細菌培養にてE.Coli陽性）による炎症性偽腫瘍を疑われた。難治性膀胱炎の治療目的で入院となった。しかし、点滴加療でも軽快せず、難治性膀胱炎の原因として腸・膀胱瘻を疑い外科紹介となった。

DIPでは両側腎臓、尿管には著明な異常所見は認めず、膀胱内に腫瘍像認めた。膀胱造影、膀胱鏡では膀胱内に腫瘍像認めた。CT、MRIでは、膀胱の周囲に境界不明瞭な所見を認め炎症の波及が示唆された。また、壁の肥厚した腸管を認めた。腫瘍像は確認できなかった。注腸検査にて下行結腸からS状結腸に多数の憩室を認めたが瘻孔や、腫瘍は確認出来なかった。以上の結果より、難治性膀胱炎の原因として膀胱と腸管との瘻孔形成を強く疑ったが画像検査等では明らかな所見は認めなかった。

そのため、診断を兼ねて腹腔鏡を用いたアプローチを試みた。S状結腸と膀胱との癒着が明らかとなり、迅速にS状結腸膀胱瘻との診断を得ることが出来た。そのため速やかに手術に移行した。S状結腸部分切除と膀胱部分合併切除術を腹腔鏡と小開腹にて施行した。尿管開口部は損傷してなく再建の必要はなかった。標本所見ではS状結腸に多発憩室を認めた。その一箇所が膀胱粘膜まで達していたため、S状結腸膀胱瘻であると診断した。腸管・膀胱瘻は本邦では比較的まれな疾患である。今回、難治性膀胱炎の原因としてS状結腸・膀胱瘻の症例を経験した。近年、E.Coliが検出される難治性膀胱炎に対して、腸管・膀胱瘻の確定診断目的にて腹腔鏡を使用した報告が増えており有用であったとの報告が多い。

8. 直腸癌術後に発症したMRSA化膿性脊椎炎の1例

県立岐阜病院 外科

青木幹根，松井 聡，太田博彰，福井貴巳，

河合雅彦，国枝克行，三沢恵一，大橋広文

同 救命救急センター

古市信明

症例は80歳、男性。主訴は腹痛。平成14年11月より腹痛があり、便潜血陽性を指摘された。消化管精査にて直腸RaにⅡ型の腫瘍を認め当科紹介。平成15年1月9日、