

第190回岐阜外科集談会

日 時：平成12年10月7日（土）午後1時30分より

場 所：岐阜大学医学部 講堂（外来棟4階）

1. Induction Therapy 後に気管分岐部切除再建を行った肺癌手術の1例

国立療養所岐阜病院

倉橋康典, 大久保憲一, 岡本俊宏, 宮本信宏,
五十部潤, 上野陽一郎, 伊東政敏

症例は70歳男性。咳を主訴に近医受診したところ、胸部X線・CTで右肺門の腫瘤影と閉塞性肺炎を指摘された。気管支鏡検査で気管分岐部に浸潤する右上葉支口原発の腫瘍を認め、生検の結果、扁平上皮癌の診断を得た。呼吸機能低下を認めたため、呼吸リハビリと局所進行肺癌に対する Induction therapy（化療：CBDCA（ACU=6）+TAXOL（177.5mg/m²）×2クール、放治：原発縦隔に1.5Gy×2/day、計42Gy）を行った後に、開胸術を施行した。手術では右肺上葉及び気管分岐部を切除した後、気管と左主気管支を端々吻合、右中下葉と気管右壁を端側吻合する Montage 法にて気道再建を行った。吻合部の被覆には大網を用いた。腫瘍径は3.5×3.0×2.5cm、病理病期 T4 N0 M0 Stage IIIB であった。術後、吻合部感染症を起こしたが、感染を制御することができ、第74病日に退院した。現在術後7ヶ月で、再発なく外来通院中である。

2. 中部胆管癌の異時性肝転移（術後4年目）との鑑別が画像上困難であった肝膿瘍の1例

岐阜大・医・第2外科

安藤公隆, 松井康司, 本多俊太郎, 杉山保幸,
国枝克行, 宮 喜一, 深田代造, 佐治重豊

同・放射線科

近藤浩史, 兼松雅之, 星 博昭,

同・臨床検査医学

下川邦泰

症例は70歳の男性で、中部胆管癌（病期Ⅱ）に対して幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を実施後4年目の腹部CTで肝内側区域に約2.5cm大の腫瘤陰影を認め、CT, MRI, フェリデックスMRI, 血管造影などの画像所見より転移性肝膿瘍の術前診断にて開腹術を施行した。

摘出標本の病理組織学的所見では、リンパ球・形質細胞・好中球を主体とした炎症性細胞の浸潤と、それを取り巻く様に線維性結合織の増生が認められ、陳旧性の膿瘍と診断された。また、胆管に沿って同様の炎症細胞浸潤が認められ、経胆道的な感染経路によるものと推察された。

胆管細胞癌術後の経過観察に際して、特に肝結節性病

変の出現を認めた場合には、画像診断において先入観を持たない読影が必要であり、臨床経過も十分に考慮することが重要であると考えられた。

3. 肝硬変合併肝癌に右葉切除を施行した一例

岐阜赤十字病院・外科

安永 寛, 鬼東惇義, 片桐義文, 味元宏道

症例：82歳、男性。腹部CT検査にて肝右葉に8cmの肝硬変合併肝癌（child分類B、臨床病期Ⅱ）を指摘された。2回施行したICGR15はいずれも21%であった。MRIにより肝および腫瘍容積を測定した結果、肝切除率は22.3%であった。Tc-GSAシンチでは右葉の一部に腫瘍による欠損像をみとめた（LHL15：0.98）。幕内基準では、腹水（-）、T. Bil：0.5mg/dl、ICGR15：21%により亜区域切除の適応となる。切除率の因子を含む予後得点方式（兵庫医科大学）では41点（切除率22.3%、ICGR15 21%）でPTPEの適応になるが、Tc-GSAシンチが左側で0.98と高値を示した。残存肝容積が約80%であることから右葉切除は可能と判断した。切除標本で門脈右枝は腫瘍塞栓はみとめないが腫瘍により圧排されており左葉の代償性肥大の原因と考えられた。術後の経過は良好で術後23日目に退院した。本症例は幕内基準では肝右葉切除術の適応ではないが、幕内基準は切除量の因子が設定されていないため代償性肥大をとまなう肝硬変例にあてはまらなると考えられた。

4. 小腸腸間膜裂孔ヘルニアの1例

笠松病院・外科

田中善宏, 大西明生, 山本真史

20歳、女。4月27日より嘔気、下腹部痛出現、28日当院受診入院。腹部は膨満し、下腹部に圧痛を認めた。Blumberg sign 陽性、筋性防御は認めず。軽度白血球の上昇あり。腹部Xpでは左上腹部に拡張した小腸を認め、下腹部の小腸ガスに鏡面像を認めた。USにては腹水の貯留と、小腸腸管壁の肥厚を認め、小腸の一部のループに内容物の貯留・停滞、内容物の腸管内での沈殿を認めた。CTでは骨盤腔内の小腸の拡張を認めた。絞扼性イレウスを疑い緊急開腹術を行う。Ilem end から80cm口側の回腸腸間膜に径1.5cmの裂孔があり、これより35cm口側から20cm口側までの回腸が嵌頓、これより口側の小腸の拡張を認めた。嵌入了る回腸は壊死に陥ってはいなかったが、腸管壁に浮腫と鬱血を認め、同部の腸蠕動は欠如。嵌入了る腸管を引き出したところ、嵌頓腸管の色調は回復し腸切除は施行せず、裂孔を閉鎖。術後経過は

良好。

5. 小腸間膜裂孔ヘルニアの1例

岐阜総合病院・外科

野中健一, 太田博彰, 長尾育子, 竹内 賢,
北村文近, 山本 悟, 渋谷智顕, 榎木良友

症例は16歳の男性で主訴は腹痛と嘔吐。家族歴, 既往歴に特記すべきことなし。平成12年6月8日に腹痛, 嘔吐を認め, 近医を受診した。腹部単純撮影にて鏡面像を認め, 腸閉塞の診断にて同日, 当院内科に紹介入院となった。

保存的加療を行うも, 症状は次第に増悪し, 反跳痛, 筋性防御等の腹膜刺激症状が出現した。このため, 絞扼性イレウスの診断にて6月11日当科に転科し, 緊急開腹術を施行した。

Treitz 靭帯より150cmの回腸間膜に径3cmの裂孔が存在し, ここにTreitz 靭帯より100cmから180cmの回腸が嵌頓, 壊死していた。裂孔部間膜を含め, 壊死腸管を切除して端々吻合を行い手術を終了した。

本症例では絞扼性イレウスの形をとることが多いため, 諸検査における特異的な所見が認められない場合も, 臨床所見などを総合的に判断して手術の時期を逸しないことが重要と考えられた。

6. 穿孔を起こした閉鎖孔ヘルニアの1例

県立岐阜病院・外科

高橋禎雅, 丹羽隆善, 安田邦彦, 河合雅彦,
山森積雄, 古市信明, 三沢恵一, 大橋広文

症例: 87歳, 女性。主訴: 腹痛, 嘔吐, 右大腿内側部痛。現病歴: 腹痛, 嘔吐あり, 食事摂取不能となり当院受診。入院時現症: 身長150cm, 体重34Kg, 腹部全体の膨満と圧痛, 右大腿内側部痛を認め歩行不能であった。

X線検査: 腹部単純X線検査にて小腸内に多量のガス像を認め, イレウスチューブ造影において鼻より約150cmの部位に閉塞を認めた。回盲部または上行結腸癌疑いにて内科入院中であったが, 突然腹部激痛発作あり, ショック状態となったため, 緊急開腹手術施行した。術直前に施行した緊急腹部CT検査において, 右下腹部骨盤部の恥骨筋と外閉鎖筋の間に嵌頓した腸管像が確認され, 右閉鎖孔ヘルニア嵌頓穿孔を疑い手術を施行した。回腸末端より50cmの空腸が右閉鎖孔に嵌頓し, その口側にて穿孔していた。嵌頓腸管の形態は腸壁ヘルニア(Richter型)であった。回腸を20cmほど切断し, 端々吻合を施行した。ヘルニア門は腹膜を寄せて縫合閉鎖した。

7. 病院を受診後, 家で死亡した交通事故死例について

岐阜大学法医学教室

武内康雄, 大谷 勲

症例1: 69歳男性。朝, 軽四を運転し, 右折しようとして

前方から来た車に衝突したところを, 大型貨物自動車に追突された。事故後の診察では異常は発見されなかった。同日午後, 体が痛い, 吐き気を訴え再度来院したが, 医師は投薬, 点滴したのみで帰宅させた。翌朝死亡しているのを発見された。剖検診断はシートベルトによると推定される十二指腸破裂に基づく急性腹膜炎。

症例2: 59歳男性。夜, 乗用車を運転中カーブを曲がりきれず, 橋の欄干に車の右前部が衝突した。事故後受診したが, 打撲程度の怪我で入院の必要はなしとの診断。翌朝, 腹痛を訴え急死した。剖検診断はシートベルトによる左横隔膜ヘルニア及び回腸破裂。

交通事故の患者では, シートベルトを装着していた事例でも, 事故の態様を踏まえ, 十分な検査をする必要があり, また, 多少なりとも自覚症状が出現すれば, 早期に来院するように指導する必要があると考えられる。

8. 左側腹壁の腹膜に原発した Solitary fibrous tumor の1例

安江病院・外科

安江紀裕, 安江幸洋, 若原正幸, 安江充里,
久野壽也

岐阜大・医・臨床検査医学

下川邦泰

症例は32歳, 女性。下痢のため当院受診。左下腹部に可動性のある hard な腫瘤を触知した。注腸にて, 下行結腸に壁外性の体位で異なる圧排像を認めた。超音波検査で, 左下腹部に約6.0cm大の充実性腫瘤を認め, CT上, 腹壁と疎に繋がっていた。MRIでは, T1強調画像で高信号, T2強調画像で低信号であった。以上より, 可動性のある腹壁由来の腹腔内腫瘍の診断にて開腹した。左側腹壁の腹膜より垂れ下がった結節型腫瘍で, 表面は血管に富み, 周囲の腹膜にも増生血管を認めた。60×55×40mm大で, 断面は灰白色の充実性腫瘍であった。病理組織学的に, 紡錘形, 楕円形, 棍棒状の核を有し膠原線維形成を示す腫瘍の増殖があり, 核の配列は花むしろ状で, 所々で棚状配列を示していた。免疫染色では, CD34, vimentin に陽性で, cytokeratin は陰性であった。組織学的に, solitary fibrous tumor of the peritoneum と診断された。

9. 帝王切開の創に発生した子宮内膜症の一例

松波総合病院・外科

栗本昌明, 宮本康二, 鈴木浩司, 清水 明,
堀田幸次郎, 清水保延, 清水幸雄, 松波英寿,
由良二郎, 松波英一

同・産婦人科

高木 博, 松波和寿

同・病理診断部

池田庸子

症例は, 24歳女性。主訴は下腹部腫瘍。平成9年3月, 妊娠24週で帝王切開術施行。平成11年6月頃より, 創瘻

痕部に腫瘤を触知し、次第に疼痛、増大傾向認め、平成12年6月21日、当科受診。下腹部正中の手術創直下に腫瘤を認めた。腫瘤は直径約5cm、弾性・硬。境界は比較的明瞭で、圧痛を伴い、腹直筋と固定されていた。検査所見として、腫瘍マーカーCA125は軽度高値を示し、造影CTでは、腫瘍は均一に造影され、腹直筋と連続性を有していた。平成12年6月30日、手術施行。腫瘤は腹直筋と強固に癒着しており、腹直筋を一部合併切除し、欠損部にはメッシュを留置した。病理学的には、子宮内膜様の腺組織を認め、特殊染色でホルモンレセプターを認めた。

手術創癒痕部に子宮内膜症が発生することがあり、その原因は子宮内膜の implantation と言われている。今回我々も、手術創癒痕部に発生した子宮内膜症を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する。

10. 脊椎炎を併発した MRSA 腸腰筋膿瘍の1例

岐阜大学・医・第一外科

杉本琢哉, 山田卓也, 阪本研一, 安村幹央,
森 美樹, 仁田豊生, 松友将純, 辻本浩人,
広瀬 一

今回我々は臍頭十二指腸切除兼低位前方切除術後6ヶ月目に脊椎炎と腸腰筋膿瘍を併発した1例を経験したので報告する。

症例は悪心・嘔吐を主訴とする79歳の男性。入院時の画像所見より癒着性イレウスと診断し保存的治療を行ったところ症状は軽快した。しかし、入院後26日目に40℃の発熱と白血球数の上昇を認め、中心静脈カテーテル先端の培養検査でMRSAが検出されたためVCMの投与を開始したが発熱は持続した。腹部CTで両側腸腰筋膿瘍と診断し両側膿瘍腔に超音波ガイド下にドレナージチューブを留置し、間欠的洗浄と抗生剤による治療を開始した。

しかし、発熱、炎症所見は改善せず、腰痛を訴えることが多くなった。そのためドレナージチューブをトロッカーカテーテルに入換え24時間持続洗浄を開始したところ体温、白血球数、CRP値が正常化し、膿瘍培養も陰性化した。しかし、治療経過中に認められた腰痛は改善せずCT上で著明な脊椎破壊像を認めた。化膿性脊椎炎と判断し、高齢者で基礎疾患を有する症例のため非手術的治療を行い良好な結果を得た。

11. 特発性 S 状結腸穿孔の2例

金山町国民健康保険病院・外科

坂下文夫, 古田智彦, 林 幸貴, 平岡敬正,
徳山泰治

症例1は67歳女性。左下腹部痛を主訴に当院受診した。身体所見では、左下腹部に圧痛を認めたが、腹膜刺激症状は認めなかった。入院時血液検査、腹部単純X線検査で異常所見を認めず、経過観察とした。翌日、腹痛が増強し、腹膜刺激症状もみられるようになったため、緊

急手術を施行した。開腹したところ、腹膜翻転部より20cm口側のS状結腸に穿孔を認めた。肉眼所見と病理所見より特発性S状結腸穿孔と診断した。術後創感染を併発したが、軽快退院した。症例2は81歳男性。下腹部痛を主訴に当院受診した。身体所見では、下腹部正中に圧痛を認めたが、腹膜刺激症状は認めなかった。入院時血液検査、腹部単純X線検査、腹部CT検査で異常所見を認めず、経過観察としたが、翌朝急激に血圧低下し、間もなく死亡した。剖検にて、腹膜翻転部より10cm口側のS状結腸に穿孔を認めた。肉眼所見と病理所見より特発性S状結腸穿孔と診断した。

12. S 状結腸癌 (SM) の術前検査期間中に発症した S 状結腸穿孔の1例

関ヶ原病院・外科

田中秀典, 津屋 洋, 波頭経明, 富田弘之
岐阜大・医・臨床検査医学

下川邦泰

今回我々は、早期S状結腸癌の術前検査期間中に発症したS状結腸穿孔の1例を経験した。症例は59歳男性。平成12年6月24日、血便を主訴に当院を受診。7月1日に施行された注腸検査にて直腸ポリープを指摘された。7月13日大腸内視鏡を施行し、直腸ポリープに対しポリペクトミーを行われたが、これとは別にS状結腸に隆起性腫瘍を認め、生検の結果Group5と診断され入院した。外泊中であった7月19日午前7時頃、排便後に突然激的な下腹部痛が出現し帰院。腹部所見から大腸穿孔を疑いCTにてfree airを認めたため、発症から約5時間後に緊急手術を施行した。穿孔部は腹膜翻転部より約10cmのS状結腸で腫瘍のすぐ肛門側にあったが、腫瘍と穿孔の関連性はないように思われた。S状結腸切除(D2郭清)および人工肛門造設を行った。腫瘍は、病理では高分化型腺癌、深達度sm3と診断された。穿孔の原因は特定できなかったが、医原性を否定できない症例であった。

13. 大動脈周囲リンパ節再発をきたした右側結腸癌の1例

町立木曾川病院・外科

立山健一郎 関野考史

症例は66歳の男性。1999年6月11日に右側横行結腸癌で結腸右半切除術を施行した。大腸癌取扱い規約に従うと、高分化腺癌、ss, n2 (+) 3/15, ly2, v0, stage III bであった。CEAは術前19.9ng/mlから術後1.0ng/mlと正常範囲まで低下し、その後の定期検査でも上昇はなく経過していた。2000年4月の腹部CTで左腎静脈レベルの大動脈周囲リンパ節転移を認めた。他に明らかな転移はなく限局した再発と判断し、同年5月22日に大動脈周囲リンパ節郭清術を施行した。術後14病日に退院し、現在再発は認めていない。大腸癌大動脈周囲リンパ節転移症例は同時に肝転移、腹膜播種を伴う事が多く、切除

の対象とはならず、予後不良である。自験例では限局した再発であり、他に有効な治療が期待出来ないと判断して手術を選択したが、今後の厳重な経過観察が重要である。大腸癌術後の経過観察における画像診断の重要性を再確認した貴重な症例として報告した。

14. 腹部腫瘍で発見されたリンパ節転移を伴う小腸カルチノイドの一例

岐阜市民病院 外科

細野芳樹, 伊藤隆夫, 種村廣巳, 大下裕夫,
檜塚登美男, 菅野昭宏, 日下部光彦, 石原和浩,
外村宗一, 佐々木義之

症例は61歳男性。腹痛, 下痢あり腫瘍を触知したため受診。腫瘍に圧痛, 可動性はなく, 尿中5-HIAAと可溶性IL-2レセプターが高値を示した。腹部CTは充実性の腫瘍を認め, 肝には異常はなかった。ガリウムシンチ検査, 注腸検査, 胃十二指腸内視鏡検査, 大腸内視鏡検査では異常無かった。胸部CTは多発する結節像を認めた。手術は右結腸切除術3群リンパ節郭清を行った。回腸末端に粘膜下腫瘍を認め, 病理にて回腸原発のカルチノイドと診断した。腫瘍はリンパ節転移と考えられた。消化管カルチノイドに対する治療は抗癌剤やソマトスタチン誘導体を使用されるが感受性が低く有効症例は少ない。回腸カルチノイドの治療は, 転移巣の可及的切除も含めた積極的な外科治療が必要とされる。術前診断率は低くカルチノイド症候群は全体の4%程度のみ見られる。発生頻度は本邦の全消化管カルチノイドの内, 空回腸に局在したものは約4%である。

特別講演

「一般外科医も知っておいてほしい 胸腺上皮性腫瘍の臨床」

徳島大学 第2外科
教授 門田 康正