Title	第27回慶應外科フォーラム総会
Sub Title	
Author	
Publisher	慶應医学会
Publication year	2004
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.81, No.2 (2004. 6) ,p.149- 160
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	学会展望
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20040600-0149

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

学会展望

第27回慶應外科フォーラム総会

日時：2004年1月24日（土）13：40～18：30

場所：東京コンファレンスセンター

主催：慶應外科フォーラム

事務局：〒160-8582 東京都新宿区信濃町35番地

慶應義塾大学医学部一般消化器外科内

13：00	開会の辞	会長 北島 政樹
13：05～13：40	学術講演（I） 1～5	座長 大森 泰
13：40～14：22	学術講演（II） 6～11	座長 森 光生
14：22～15：04	学術講演（III） 12～17	座長 井上 聡
15：04～15：25	－休憩－	
15：25～16：14	学術講演（IV） 18～24	座長 平畑 忍
16：14～16：56	学術講演（V） 25～30	座長 高林 司
16：56～17：00	－休憩－	
17：00～18：00	特別講演 『臍の IPMT と MCT について』	司会 北島 政樹
		杏林大学医学部第一外科 教授 跡見 裕
18：15～18：25	前田賞授与式	
18：25	閉会の辞	会長 北島 政樹

1. 食道類基底細胞癌の一例

足利赤十字病院外科

高橋辰郎, 藤崎真人, 高橋孝行
平畑忍, 前田大, 亀井秀策
戸倉英之, 犬塚和徳, 鈴木実
樋野忠司, 川嶋八也, 保坂靖子
野呂智仁

同病理

清水和彦

目的：食道類基底細胞癌の一例を経験したので報告する。

症例：74歳，女性。既往歴および家族歴に，特記すべきことなし。平成14年末より食欲低下，食事摂取に伴う胸部違和感，吃逆，背部痛を認めていた。また，10kgの体重減少を認めていた。近医にて上部消化管内視鏡を施行し，食道癌と診断され，当院転院となる。上部消化管内視鏡にて，上切歯列より35cmの胸部下部食道に亜全周性の易出血性の腫瘍を認めた。内視鏡は通過せず，腫瘍より肛門側の検索は，不可能であった。検査の結果，食道癌（類基底細胞癌）（Lt-Ae, type5, T3 (Ad), N2, M0, Stage III）と診断した。腫瘍マーカーは，SCC, CEA, CA19-9すべて陰性。血色素の低下を認める他，臨床化学検査結果に異常を認めなかった。平成15年4月8日，全身麻酔下にて，左開胸開腹胸部下部食道切除，胸腔内胃管再建施行した。病理学的検査の結果，Lt-Ae, type5u, INF α , T3 (Ad), ie (-), ly1, v1, n2 (#1, #2, #7, #11p), ow(-), aw(-), ew(-)であった。角化のない扁平上皮の基底細胞類似癌細胞が浸潤性癌胞巣をなして増殖し，一部，扁平上皮癌の成分組織増を認めた。8病日目に，術後透視を施行し，吻合不全，吻合部狭窄等認めず，経口摂取を開始した。術後に問題を認めず，29病日目に軽快退院となった。追加治療は行っていない。

術後5か月後のcomputed tomographyにて，心嚢液貯留，肝転移および肺転移を指摘されているが，外来にて経過観察中である。

考察および結語：食道類基底細胞癌は，全食道癌の約2%に認められる稀な組織型である。化学療法および放射線治療に抵抗性であり，今後有効な補助療法の開発が期待される。

2. 胃食道逆流症に対する新しい経内視鏡的噴門部縫縮術

慶應義塾大学医学部外科

小澤壯治, 吉田 昌, 北川雄光
才川義朗, 北島政樹

同大学病院内視鏡センター

熊井浩一郎

目的：最近，胃食道逆流症に対する新しい低侵襲治療として内視鏡下食道噴門部縫合結紮による敏襲形成術が注目されている。本邦ではEndo Cinch (BARD社)を用いた経内視鏡的噴門部縫縮術 (Endoluminal Gastroplication, 以下ELGP法)の治療成績と手技の評価を行うことを目的として「ESS研究会」が設立された。教室ではその研究に参加してこれまでに10症例に対してELGP法を施行したので，

その手技上の問題点と治療成績を検討した。

対象と方法：QUEST SCORE 4点以上，内視鏡所見でLA分類GradeA, B, C, 食道裂孔ヘルニア2cm以下などの選択基準を満たす10例を対象とした。年齢は24歳～71歳，男性6例，女性4例。術前の酸分泌抑制剤使用は，H2RAが3例，PPIが7例。臨床例にELGP法を行う前に，ブタモデルを用いて術者，助手，介助看護師は十分に手技を習得した。手技の実際は，まず意識下鎮静法で内視鏡を胃内まで挿入し，胃内貯留液を十分に吸引除去し，オーバーチューブを挿入した。Endo Cinch装着用内視鏡を食道内へ挿入し，扁平円柱上皮接合部 (Zライン)の1cm肛門側の右前壁，右後壁，場合により左前壁にそれぞれZ型縫合術を行いplicationを形成した。結紮はハーフノット固定用内視鏡を用いて行った。治療前後に，アンケート形式の自覚症状評価，内視鏡検査，24時間食道pHモニタリングを行い評価した。最長観察期間は13か月である。

結果：平均plication数は2, 1, 平均所要時間94.5分，Plication当たりの平均所要時間37.9分，12か月累積無症状率78%，内視鏡所見のLA・分類改善率78%，Plication完全残存率52%であった。PH4以下の逆流パーセントは術前平均27.1%から9.6%に低下した。合併症は粘膜損傷による出血2例，オーバーチューブ挿入による咽頭痛1例であったが，いずれも保存的に治療可能であった。

結論：ELGP法は症例選択を慎重に行えば胃食道逆流症に対する効果的な低侵襲内視鏡治療であると考えられた。また，合併症発生を防止するためにはトラブルシューティングを含めた手技の習熟が必要である。

3. 術前放射線化学療法後に顕在化した食道結核を合併した食道癌の一例

けいゆう病院外科

山田洋平, 石川廣記, 片野智之
山本健太郎, 関 博章, 亀谷武彦
松本秀年, 森 光生, 嶋田昌彦

患者は57歳男性。嚥下痛を訴え上部内視鏡施行したところ，門歯列より20cmから40cmにいたる全周性の糜爛，易出血性を認め生検より扁平上皮癌と診断された。放射線50Gy+化学療法 (CDDP 200mg+5FU7500mg)を術前に施行したところ，門歯列より37cmに全周性の狭窄を認め，また頸部CTにて右鎖骨上窩に内部が壊死状のリンパ節腫大を認め転移が疑われた。手術は開胸開腹胸部食道全摘胃管吻合術(胸骨後)を施行。病理組織学的診断にて食道の扁平上皮はほとんどの領域において欠損しており，粘膜下層に一箇所の癌の胞巣を認めるのみで，組織型はmucoepidermoid carcinomaの診断であった。また食道壁の糜爛面と提出したリンパ節 (#106, 右104)には乾酪壊死を伴った肉芽腫が認められ食道結核と診断された。臨牀所見上肺結核の合併は見られなかった。食道結核は比較的稀とされているが，今症例に於ては術前放射線化学療法施行後にリンパ節腫大を契

機に顕在化しており、興味深い症例と思われた。

4. EMR を施行した食道類基底細胞癌の一例

平塚市民病院外科

中村 威, 金井歳雄, 高林 司
中川基人, 坂田道生, 松本圭五
関みな子, 今井 俊, 澤柳智樹
宮沢直人

症例は65歳、男性。平成14年11月の健康診断で下部食道に異常を指摘され当科紹介となった。当院での上部消化管造影検査では下部食道から腹部食道に移動する腫瘍像を示し、上部消化管内視鏡検査で門歯列より40cmに約2cm大の有茎性病変を認めた。生検で扁平上皮癌と診断され、Lt領域0-Ip型食道癌と診断し、平成14年11月26日EMR施行した。病理組織診断はbasaloid-squamous carcinoma, inf β, pT1a, ly1, v0, 断端陰性であった。患者の希望で経過観察中であるが、1年を経過した現在、再発所見は認めない。食道類基底細胞癌は食道悪性腫瘍の中でも比較的良好な疾患であり、報告例もまだ少ない。扁平上皮癌に比べて一般に予後不良とされていたが、近年は表在型の報告も増え、表在型では比較的予後が良いとの報告もある。今回、われわれは胸部下部食道に発生した表在型食道類基底細胞癌の一例を経験したので報告する。

5. 当院におけるステレオガイド下針生検（マンモトーム®）36例の検討

慶應義塾大学医学部外科学教室一般・消化器外科乳腺班
和田真弘, 池田 正, 神野浩光
麻賀創太, 武藤 剛, 嶋田俊之
高橋麻衣子, 北島政樹

背景：近年検診によるマンモグラフィーが導入されることにより、微小石灰化病変が検出される機会が増加してきた。また、1990年代よりステレオガイド下針生検が臨床に導入されるようになり、それ以前と比較して微小石灰化病変の生検が容易になってきた。

目的：微細石灰化の性状のカテゴリー分類の有用性、およびステレオガイド下針生検（マンモトーム®）における採取本数の診断率に与える影響について検討する。

対象：2002年5月から2003年9月までに、マンモグラフィーにてカテゴリー3～5の微小石灰化病変を認めるものの、触診、超音波検査で明らかな異常を指摘できず、マンモトームを施行した36症例を対象とした。

方法：ステレオ撮影が可能なマンモグラフィーにより、石灰化の位置を三次元的に決定し、これに組織の吸引・切除を自動で行うマンモトームRを組み合わせて針生検を施行した。結果：平均年齢は46.8歳（26～68歳）であった。平均採取本数は7.9本（2～32本）で、5本以下が6例、6本以上が30例であった。マンモトーム施行前のマンモグラフィーの

カテゴリー（以下Cと省略）分類内訳は、C3が15例（41.6%）、C4が16例（44.4%）、C5が5例（14.0%）であった。病理組織検査結果で、乳癌症例は36例中8例（22.2%）であった。C分類別では、C4が3例、C5が2例と全てC4以上であった。採取本数別でみると、4本以下の場合（6例/36例、16.6%）3例がこのテレオガイド下針生検のみでは診断がつかず、切除生検を施行した。

考察：非触知微細石灰化病変の診断ではカテゴリー分類は有用であると考えられた。またマンモトームでは採取本数は少なくとも6本以上採取する方が適当と考えられた。

6. 肝細胞癌に対して腹腔鏡下切除、ラジオ波熱焼灼術を施行し得た1経験例

静岡市立清水病院外科

黒田浩章, 川口正春, 福本和彦
山崎将典, 谷口正美, 松田 巖

はじめに：今回我々は、肝細胞癌に対して腹腔鏡下に腫瘍切除とラジオ波熱焼灼術を施行し得た症例を経験したので報告する。

症例：75歳、男性、主訴：肝腫瘍精査、既往歴：慢性C型肝炎、肺結核後遺症にて近医通院中。昭和32年に肺結核に対して右肺上葉切除術施行（この時輸血あり）。

現病歴：近医通院中にAFPの上昇、エコー上肝右葉に約1cm大の腫瘤を認め2003年10月に当院内科を受診し、精査加療目的にて入院となった。

入院後経過：身長152cm、体重43kg、貧血、黄疸、腹水なし。血液生化学的所見では、GOT/GPT=72/73、AFP=11、PIVKAL=362と軽度の肝機能障害、腫瘍マーカーの上昇を認めた。腹部CT、超音波検査、血管造影検査施行し、肝S4に突出した2cm大の腫瘤を認め、肝細胞癌と診断した。その他に腫瘍性病変がなく単発病変であること、今後のTAE治療の可能性を考え、腫瘍切除+胆嚢摘出術目的にて外科に依頼となった。

手術手技：全身麻酔下にLap-C同様に開腹法にてトロッカー（12mmを2本、5mmを2本）を留置した。術前認めた腫瘍は肝S4の辺縁に突出するように存在した。腹腔鏡下に腫瘍切除可能と判断し、まず胆嚢摘出術を施行した。肉眼的にsafety marginをとりLCSにて腫瘍を切除した。切除標本上一部腫瘍の露出を疑わせる所見を認めたため、露出が疑われた切離面に対してラジオ波熱焼灼術を追加した。手術時間は2時間13分であった。術後呼吸機能の悪化を認めしたが、大きな合併症なく術後第12病日に軽快退院した。

結語：肝細胞癌に対して、腹腔鏡下に腫瘍切除、ラジオ波熱焼灼術を施行した1例を経験したので報告した。

7. 静注メトロニダゾールが肝機能改善に有効であったアメーバ性肝膿瘍の一例

東京歯科大学市川総合病院外科,
半田 寛, 正村 滋, 佐藤道夫
小川信二, 原田裕久, 田中豊治
浅原史卓, 安藤暢敏

同放射線科

豊田圭子, 清水 桜

症例は34歳, 男性. 5年前に1年半タイに在住しており, 男性同性愛歴がある. 平成14年12月30日, 39度の発熱, 右背部痛のため当院泌尿器科紹介受診となった. WBC 19000, CRP 32.8で右腎盂腎炎を疑い同日入院となった. 抗菌薬使用しても解熱傾向を認めなかったため, 平成15年1月6日腹部CT検査施行したところ, 肝膿瘍, 肝腫大を認め, 外科転科となった. 同日, 経皮経肝膿瘍ドレナージ術を施行し旧血様粘調な液体が吸引できた. ドレナージ後もチューブからの流出悪く, 黄疸も増強し肝不全への移行も危惧された. 膿汁からの一般細菌培養は陰性で, アメーバ性肝膿瘍を疑うも, 膿瘍, 糞便の鏡検では虫体虫卵は確認できなかった. 血清赤痢アメーバ抗体が高値であったことから赤痢アメーバによる肝膿瘍と診断した. メトロニダゾールの内服を試みるも併存する麻痺性イレウスのためには内服は不可能であったため, 「熱帯病オーファンドラッグ研究班」から供与された静注用メトロニダゾールを投与し, 膿瘍の縮小, 炎症所見の消退と共に肝機能全身状態も改善した. 文献的考察も加えて報告する.

8. 総胆管に穿破した膵管内乳頭粘液性腫瘍の1例

伊勢原協同病院外科

篠田政幸, 中安邦夫, 飯尾 宏
西岡道人, 横山剛義, 熊谷厚志
別所 隆

はじめに: 膵管内乳頭粘液性腫瘍 (intraductal papillary-mucinous tumor, IPMT) は, ときに十二指腸, 総胆管などの他臓器に穿破することが知られている. われわれは, 総胆管に穿破した IPMT 由来の浸潤性膵管癌の1例を経験した.

症例: 67歳, 男性. 主訴: 黄疸.

経過: 糖尿病の治療中に主訴出現. PTCO 造影で, 総胆管と膵管との瘻孔が疑われた. また, PTCO から1日3000 ml にもおよぶ大量の粘液の排出が見られた. CT, MRI, ERCP より膵鉤部の分枝型 IPMT が総胆管に穿破したものと診断した. PTCS では, いわゆるイクラ状の乳頭状腫瘍が観察された. 膵頭十二指腸切除 (PD-IIA-1) を施行した. なお検査入院中, 十二指腸潰瘍穿孔を併発し保存的に治療したため, 全胃幽門輪温存術は行わなかった. TS2, 局所進展度因子は CH (+) 以外すべて (-) で, T3N0, s Stage III であった. 術後経過は良好で, 術後18日目に退院した.

病理所見: 高円柱上皮からなる腫瘍が分枝膵管および主膵管内に乳頭状に増殖し, 一部浸潤像も認められ"膵管内腫瘍由来の浸潤癌"と診断された. リンパ節転移は認めず f Stage III と判定した.

考察: IPMT は腺腫 (IPMA) と腺癌 (IPMC) とに分けられる. 予後の良い膵癌と考えられていた IPMC も, 本例のように他臓器へ穿破する例は非浸潤例に比べれば必ずしも良いとはいえず注意を要する. 本腫瘍の穿破機序, 予後についての文献的考察とともに報告する.

9. 腹腔鏡下胆嚢摘出術のクリニカルパスを使用した収益面からの検討

済生会宇都宮病院外科

玉川英史, 篠崎浩治, 加瀬建一
植松繁人, 小林英之, 小林健二
大塚秋二郎

同経営支援課

菅田典孝

目的: 近年日本の医療は包括医療にむけての準備がなされつつある. そこで当院で古くから使用されている腹腔鏡下胆嚢摘出術 (以下 LC) のパスを用いて期待される収益, 収益に影響する因子を検討した.

対象: 2002年9月1日から2003年2月28日までに予定入院で LC を行った18症例を対象とした.

結果: 使用したパスは当院での第2世代の腹腔鏡下胆嚢摘出術用パスで, 手術前日入院, 術後2日目から4日目に退院の設定となっている. 入院収益を直接人件費, 直接材料費, 間接材料費, 間接人件費, 共通間接費に分けて日毎に算出した. バリエーション発生で退院が延びた症例は3例 (18%) であった. 執刀医ごとの使用する機材による差は余り認められなかった. 手術前日入院日から退院日までの収益は入院日-6000, 手術当日+13万, 1POD+11000, 2POD+600, 3POD+600, 4POD 退院日+3300 (単位: 円) であった. 手術時間における人件費が最も大きく影響した. 手術時間は 64.3 ± 20.5 分であったが, 手術時間が30分の症例は75分の症例に比し+35000であった. 手術時間が4時間半で入院の収益が0になると予想された. 当院で腹腔鏡下胆嚢摘出術のパスを用いて治療すると+138000の収益が得られる計算となった. 当院における腹腔鏡下胆嚢摘出術のパスの変遷と, 今後の展望, 共同研究病院として済生会福井病院, 済生会熊本病院の数値も参考として発表する. (済生会医学・福祉共同研究).

10. 切除可能であった非機能性膵島細胞腫瘍の一例

国立埼玉病院外科

小島正之, 牛島康榮, 原 彰男
石塚裕人, 早津成夫, 牛田知宏
福光 寛

同病理 島田哲也

膵内分泌腫瘍の比較まれな一例を経験しこれを報告する。症例は63歳, 女性。自覚症状はなし。2002年3月子宮体癌(Stage I)にて準広汎子宮全摘, 両側付属器切除, 骨盤リンパ節郭清施行し, 術後化学療法にて外来経過観察中であった。同年8月婦人科のフォローアップCTにて, 膵尾部に3cm大の腫瘤を認め, 外科紹介・入院となる。術前腹部画像診断で, 膵尾部に3cmのsolid tumorを認め, CTで比較的辺縁平滑で, 境界明瞭, MRIにてT2で膵実質よりややhigh intensityをしめし, 早期より濃染される点から, 孤立性のislet cell tumorと診断。同年11月13日膵尾部切除, 脾臓摘出術施行した。腫瘤剖面では比較的境界の明瞭な色調の異なる2種類の組織像を呈していた。また, ミクロ像にて組織学的にはislet cell tumorと呼べるものであるが, 一つはgyriformが, もう一つにはglandularな構造を主構造にもっていた。またglandularな構造をもつ方のみ周囲膵組織・脂肪組織・副脾に対して浸潤性の増殖を認め一部表面への露出, リンパ節転移を疑わせる所見を呈していた。同一膵内に2種類の異なった構造をもつ内分泌腫瘍を経験した。また, 1種類に関しては, 周囲への浸潤像を呈し, リンパ節転移も疑われた。文献的考察を加え報告する。

11. 慶應義塾大学病院における成人肝移植適応候補者の検討

慶應義塾大学病院移植コーディネーター 添田英津子
同大学医学部外科

島津元秀, 若林 剛, 星野 健
田辺 稔, 河地茂行, 吉田 昌
北島政樹

目的: わが国における肝移植は1997年に臓器移植法が施行されたが脳死ドナーからの臓器提供者は少なく, 肝移植は生体ドナーによる生体肝移植に頼らざるを得ない状況である。一方, 最近の移植手術や術後管理の進歩により, 急性肝不全, 肝細胞性疾患(B型・C型肝炎硬変など), 腫瘍性疾患(肝細胞癌など)の末期肝不全状態にある患者に対しても肝移植手術適応が拡大し肝移植候補者数は増加してきている。この研究の目的は, これまでの当院における肝移植候補者の転帰を分析することにより, 本邦の肝移植の現況とその問題点を考察することである。

対象および方法: 2003年1月から12月までの期間, 慶應義塾大学外科に登録中の成人肝移植候補者39名の肝移植登録用紙(エントリーシート)を用い, 原疾患, 平均年齢, 転帰を分析する。

結果: 移植登録患者の原疾患はC型肝炎ウイルス(20名, 51%)とB型肝炎ウイルス(6名, 17%), アルコール性肝硬変(4名, 10%), PBC・PSC(4名, 10%)とその他(5名, 12%)であり, 登録者の平均年齢は51.0歳であった。登録者のうち4名(6%)が生体ドナーがいないため脳死肝移植を希望していた。生体肝移植希望者のうち4名(10%)が生体肝移植手術に至り, 12名(31%)が移植待機中, 13名(33%)が移植手術に至らずうち8名(21%)が死亡していた。その他, 3名が消息不明, 3名が他施設で移植手術を受けていた。移植手術に至らない理由としては, 移植登録の時点ですでに原疾患が移植適応外や禁忌項目の存在(6名), 生体ドナーがいない(5名), 高齢(2名)などがあつた。

考察および結論: 肝移植候補者が増加する一方で, 生体肝移植で対応できない症例が多数存在していることがわかつた。今後, 国内の極端な脳死ドナー不足, 医療費の問題, 生体ドナーの術後の精神的・身体的健康状態の長期観察など多くの問題を解決することが大切である。

12. 腫瘍性病変様の形態を呈したGastritis Cystica Profundaの一例

水戸赤十字病院外科

川久保雅祥, 諏訪達志, 内田智夫
佐々木貴浩, 星川竜彦, 佐藤宏喜
古内孝幸, 竹中能文, 佐久間正祥

同病理 堀真佐男

はじめに: Gastritis Cystica Profunda(GCP)は胃切除後の吻合部に発生する慢性嚢胞性胃炎として報告されてきたが, 手術既往のない胃の原発性隆起性病変としてのGCPは極めて稀である。最近35歳の悪性腫瘍様の形態を呈したGCPの一例を経験したので報告する。

症例: 35歳 男

現病歴: 胃集団検診で異常を指摘され, 平成15年3月当院を受診。自覚症状なし。

経過: 内視鏡検査では, 胃体下部大弯に最大径約4cmの扁平隆起性病変を認めた。境界は比較的明瞭だが, 腫瘍表面は凹凸不整で白苔の付着を伴っていた。同部の生検を2回施行したが, regenerative mucosaであった。しかし, 肉眼的には腫瘍性病変様であり, わずかの悪性の可能性を否定しきれず, 3月末, 幽門側胃切除術(D2, B-I再建)を施行した。術後経過は問題なく, 術後17日目に退院した。

病理所見: 炎症性細胞浸潤を伴う病変は主に粘膜下層内に存在し, 粘膜下層の肥厚を伴っていた。粘膜固有層から粘膜下層にかけては, 多数の大小不同, 様々な形をとる嚢胞化した腺成分と平滑筋成分を含んでいた。腺は一部破裂して粘液が間質に及んでいるが悪性像はなく, gastritis cystica profundaと診断された。

考察: 本疾患はまれな疾患であり, かつては胃切除後の吻合部に発生する前癌病変と考えられていて, GCPを発生母地とした癌の発生例の報告もある。現在では一般的に萎縮性

過形成性胃炎の一群として認識されてきているが、その病態発生機序はほとんど不明である。基本的には非腫瘍性の良性病変であるが、腺成分のみならず平滑筋成分の増生をも含むことから、全体として悪性腫瘍様の形態を呈することもある。良性であることの確定診断が困難なため、臨床的取り扱いにおいて十分配慮を要すると考えられた。

13. 上部胃癌に対する完全腹腔鏡下噴門側胃切除

働ライフ・エクステンション研究所附属永寿総合病院外科
松井英男, 五十嵐直喜, 萩生田純
星本相淳, 小山恭正, 宮北 誠

腹腔鏡下手術の普及により、主として縮小手術の可能な中下部胃癌に対し、腹腔鏡下幽門側胃切除が行なわれるようになったが、上部胃癌に対する腹腔鏡下手術は、とくに再建手技が確立されていないこともあり、報告が少ない。胃上部領域では、腹腔鏡による視野の方が開腹時よりも格段に優れており、腹腔鏡下手術の良い適応と考えられる。また、噴門側胃切除術は、脂肪の消化吸収やガストリンなどの消化管ホルモンの分泌が温存されるなどの理由から胃全摘術に比較して利点も多い。われわれは、自動縫合器 (linear stapler) を用いた食道・消化管吻合法の導入により、胃上部胃癌に対し完全腹腔鏡下噴門側胃切除を施行したので報告する。症例は、81歳女性。貧血を主訴に来院し、上部内視鏡検査にて胃噴門部に約4cm大の0-I+IIa型の易出血性病変を認め、生検で胃癌と診断された。術前診断では、cT1 (SM) N1 (No 2) H0P0であり、臨床研究的治療であるという十分な説明の後、腹腔鏡下手術が選択された。手術は、開脚頭高位5portで開始した。胃結腸間膜を左1/3の部位より脾門部にかけて切離し、左胃大網動静脈、短胃動静脈を処理し、脾上極を残して小彎に移り、右胃動脈の第2枝以降を切離しNo3を郭清した。小網を切開し、迷走神経肝枝は温存した。胃の切離は術中内視鏡で腫瘍より3cm離して自動縫合器で施行した。次に右横隔膜脚が露出するよう横膈食道靭帯を切離し、尾側で脾上縁を剥離し、左胃動静脈を処理することでNo9, 7, 11pをen-blockに郭清した。さらに左側の横膈食道靭帯を切離し、左下横膈動脈の食道噴門枝を根部で処理し、No2を郭清した。食道周囲は約5cm長にわたり十分に剥離した。剣状突起下に1port追加し、再建は切除胃をつけたまま食道残胃側側吻合を鏡視下に行った。共通孔は自動縫合器で閉鎖し、その操作に連続して食道の切離を終了した。左下のportを3.5cmに開大し、切除胃を摘出した。手術時間は7時間14分、出血量は150mlであった。患者は第1病日より歩行可能で、第7病日よりsoft dietを開始し、術後経過は良好であった。

14. 腹腔鏡下胃部分切除3年後に腹腔内再発を来した早期胃癌の1例

多摩丘陵病院外科

清水芳政, 白部多可史, 川上真未
今井 達郎

腹腔鏡下手術は低侵襲性が評価され悪性疾患に対しても急速に普及・発展してきている。胃癌に対しては本学の故大上医師によりEMR対象外の深達度Mの早期胃癌に対して行なわれた腹腔鏡下胃部分切除術(以下、大上式)が最初である。この手術は数箇所の孔だけで胃の部分切除が行なえる画期的な術式であり、多くの患者さんがその恩恵を蒙ったものと思われる。しかし、リンパ節郭清を行なわない本術式はいたずらに適応を拡大しないこととリンパ節再発も念頭に置いた術後の経過観察が重要と思われる。今回われわれは早期胃癌に対する大上式手術後、3年2ヶ月で、広範な腹腔内リンパ節再発が認められた症例を経験したので報告する。症例は74歳の男性で1998年4月に早期胃癌で他施設において大上式手術を受けた。術後定期的に内視鏡検査を受け、再発はないと言われていたが、2001年1月に脳出血で倒れリハビリ目的で当院に入院した。入院後食思不振・体重減少があり精査したところ胃壁・肝外側区域・脾体尾部を巻き込んだ巨大な腹腔内再発が認められた。脳出血後でリスクは非常に高かったが、本人の希望もあり左上腹部内臓全摘術を施行した。術後呼吸・循環器動態が安定せず集中治療を続けていたが、12PODに突然の予期せぬ腹腔内大量出血で死亡した。病理学的診断でも胃癌の再発であることが確認され、腹腔内のリンパ節転移であると推定された。初回手術時の病理診断でsm1, ly0, v0と診断されたが、sm1の範囲がわずかであることから再手術は行なわれなかったようである。また術後の再発チェックも内視鏡検査だけであったため高度に進行した再発が見逃されていたものと思われ、腹腔鏡下手術に携わる一員として示唆に富む症例と考えられたので報告した。

15. 進行・再発胃癌に対するSecond line chemotherapyとしてのWeekly Paclitaxel療法

済生会神奈川県病院外科

江川智久, 長島 敦, 北野光秀
土居正和, 林 忍, 吉井 宏

目的: 進行・再発胃癌における化学療法の有効性は、生存においてbest supportive careに比して良好というエビデンスはあるものの、いまだ標準的治療は存在しない。Second line chemotherapyでは、腫瘍量が多く、患者の全身状態の悪い症例もあり、効果もされことながらfeasibleなレジメンが求められる。今回、われわれはTS-1を中心としたfirst line chemotherapyの後のsecond line chemotherapyにおけるweekly Paclitaxelの有効性につき検討した。

対象および方法: 前治療歴を有する進行・再発胃癌11例を対象とし、retrospectiveに、奏効率・副作用・生存期間

を検討した。実際の投与法は short premedication 後に Paclitaxel 70 mg/m² を 5% グルコース 250 ml に溶解して 1 時間かけて静脈内に投与した。Paclitaxel は週に 1 回、3 週投与し 1 週休薬を 1 クールとした。

結果：1~23 クール (平均 5.4 クール) の投与が施行され、奏効率は 33% であった。副作用としては grade 3 以上の好中球減少が 27.2% に認められた。全生存期間の中央値は 160 日、無増悪生存期間の中央値は 104 日であった。

考察および結論：Weekly Paclitaxel 療法は second line chemotherapy 以降の胃癌化学療法として有用であることが示唆された。ただし、performance status 2 以上の症例では grade 3 以上の好中球減少が生じやすく注意が必要である。

16. 術前化学放射線療法にて病理組織学的 CR を得た局所進行胃癌の 2 例

慶應義塾大学医学部外科

中村理恵子, 才川義朗, 久保田哲朗
吉田 昌, 古川俊治, 大谷吉秀
熊井浩一郎, 北島政樹

目的：われわれは 2001 年 5 月より S-1/low dose CDDP を局所進行胃癌に導入し良好な結果を報告してきた。今回 S-1/low dose CDDP に放射線療法を追加し、原発、リンパ節ともに complete response (CR) を得た症例を 2 例経験したので報告する。

症例と結果：(症例 1) 76 歳, 男性。術前検査にて cStage IV (cT4, cN2, cP0, cH0, cM0) を診断され、全身化学療法 (S-1 100 mg/m² + CDDP 20 mg/m² 5 投 2 休を 1 クールとして 3 クールを 1 コース) 施行した。画像上、著変を認めず NC と診断した。全身化学療法に放射線療法 (2Gy/Fr, 計 28 Gy) を加えた併用療法を追加し、1 コース施行した。化学放射線療法後、原発巣とリンパ節転移巣の著明な縮小を認め、partial response (PR) と診断した。加療後の診断は cT4, cN 1, cP0, cH0, cM0, cStage II であった。毒性は grade 3 血小板減少と grade 2 白血球減少を認めた。その後胃全摘術 (D1) を施行した。病理組織学的に原発、リンパ節ともに腫瘍細胞を認めなかった。(症例 2) 37 歳, 男性。術前検査にて cStage IV (cT4, cN2, cP0, cH0, cM0) を診断された。全身化学療法 (S-1 60 mg/m² + CDDP 20 mg/m² 5 投 2 休を 1 クールとして 3 クールを 1 コース) 後、画像上、NC と診断した。全身化学療法 (CDDP 6 mg/m² に変更) 1 コースに放射線療法 (2Gy/Fr, 計 30 Gy) を追加し、原発巣とリンパ節転移巣の著明な縮小を認め、PR と診断した。加療後の診断は cT4, cN 1, cP0, cH0, cM0, cStage II であった。その後胃全摘術 (D2)、脾摘を施行した。切除標本に腫瘍細胞を病理組織学的に認めなかった。

結論：近年、新規抗癌剤の開発により進行胃癌に対して奏効率が上昇している。中でも TS-1・CDDP 併用化学療法は高い奏効率を有し、化学療法単独で奏効率 75% を示す

が、放射線療法を追加することにより病理組織学的に grade 3 を得ることができた。本療法は高度局所進行胃癌に対する新しい治療戦略の一つになり得ると考えられる。

17. 早期胃癌症例で Mucosal break を伴う逆流性食道炎を認めた場合、未分化型胃癌である理由

慶應義塾大学医学部外科

細田シロシ, 吉田 昌, 久保田哲朗
大谷吉秀, 古川俊治, 才川義朗
中村哲也, 北島政樹

同病院内視鏡センター

熊井浩一郎

同大学医学部救急医学

石川秀樹

目的：食物に含まれる亜硝酸塩が唾液中に分泌され、噴門部で胃酸と出会うと nitric oxide となり、発癌に関与している可能性が報告されている。そこで、噴門の形態や萎縮の程度が、胃酸の食道逆流などを介し、癌の発生部位に影響をおよぼす可能性を検討した。

方法：2001 年 4 月 10 日 2003 年 2 月 26 日にかけて当院で施行された 257 例の早期胃癌症例の上部消化管内視鏡検査を検討した。逆流性食道炎は Losangeles 分類で、色調変化型も加えて評価し、食道裂孔ヘルニアは Keio Cancer Detection Center form (K-form) にて、噴門形態は、Isail らの V-grades にて評価した。萎縮は A 型萎縮に加え、B 型を木村、竹本分類で評価した。K-form：Grade 0；正常，Grade C；胃粘膜が非全周性に挙上，Grade B；3 cm 未満の全周性挙上，Grade A；3 cm 以上の全周性挙上。V-grades：V0；正常，V1；small hernia 下部食道のしまり良好，V2；hernia を認めない open cardia，V3；大きなヘルニアを伴う open cardia。

結果：内視鏡的逆流性食道炎と組織型 ((分化型/未分化型) に統計学的に関連を認め、分化型癌では mucosal break を認めることは無く、Mucosal break を認めた症例は、全て未分化型癌であった。しかし、V-grades も、K-form も組織型との間に関連を認めなかった。噴門部癌と V-grades, K-form との関連も認めなかった。萎縮の範囲と組織型について検討すると、早期胃癌のほとんどが、Open Type に存在した。未分化型胃癌については、Closed Type にも存在することがあり、有意差を認めた。すなわち、Closed Type では殆どが未分化型癌であった。萎縮の範囲と噴門部癌 (食道-胃接合部から 2 cm) について検討すると、噴門部癌も他の部位の癌とほぼ同じで、全ての症例が open type の胃に存在していた。

結論：mucosal break を伴う逆流性食道炎は、萎縮の少ない Closed Type の症例に起こり、Closed Type の胃にできる癌の殆どが未分化癌であった。したがって、癌の発生に対する噴門形態の関与は否定的であり、噴門部癌は他の部位の癌と同様に、胃粘膜の萎縮に伴って発生することが示唆された。

18. Hemosuccus pancreaticus を呈した膵仮性胞に巨大総腸骨動脈瘤をともなった1例

慶應義塾大学医学部外科

和多田晋, 松本賢治, 松原健太郎
秋好沢林, 井上史彦, 新谷恒弘
金田宗久, 北島政樹

症例は69歳, 男性. 2003年6月20日, 背部痛を主訴に近医受診し, 急性膵炎を疑われ同日入院. 精査にて径6cmの左総腸骨動脈瘤を認めたため, 7月1日当院転院となった. 腹部CT, MRI検査にて左総腸骨動脈瘤および膵体部に膵仮性?胞を認め, 胞内出血が疑われた. 緊急血管造影検査にて, 脾動脈根部, 背側膵動脈に仮性瘤を認め, 胞内へ造影剤が流出していた. 仮性瘤に対し塞栓術を施行し, 胞はcoilingした. また, 造影剤の主膵管への流出を認め, hemosuccus pancreaticus を呈していた. その後, 徐々に全身状態は改善し, 左総腸骨動脈の巨大瘤に対して, まず7月17日にF-Fバイパス術施行. 22日に左総腸骨動脈瘤に対し, 中枢および末梢側よりコイル塞栓術を施行した. 術後の造影で膵仮性胞ならびに左総腸骨動脈への血流は認めず, 8月12日退院となった. 本症例は, 比較的まれな hemosuccus pancreaticus をきたした病態に巨大総腸骨動脈瘤をともっており, 様々な治療法の選択により良好な結果が得られた.

19. 感染性腹部大動脈瘤に対し人工血管置換術を施行した1例

川崎市立川崎病院外科

狩野忠滋, 掛札敏裕, 石井誠一郎
納賀克彦

目的: 今回我々は感染性腹部大動脈瘤に対し人工血管置換術を施行した1例を経験したので報告する.

対象・結果: 症例: 62歳男性 主訴: 下腹痛 現病歴: 2003年10月中旬に下腹痛を訴え近医を受診し, CTにて腹部大動脈瘤を指摘され当院紹介受診となった. 経過: CTにて腎動脈以下に径5.5cmの嚢状動脈瘤を認めた. 術前の血液培養では陰性であったが, WBC10040, CRP9.7と炎症所見を認めた. 感染性瘤が疑われたため, 術前に抗生剤を投与した. 手術ではリファンピシン浸漬グラフトをもちいて直型人工血管置換術を施行し, 大網充填も施行した. 瘤壁は可及的に切除した. 瘤壁の病理組織所見では肥厚した壁内に炎症細胞浸潤がみられ感染性動脈瘤の所見と一致していた. また, 明らかな細菌コロニーは認められなかった. 瘤壁の細菌培養は陰性であった. 術後は炎症反応も陰性化し経過良好にて退院となった.

考察: 感染性腹部大動脈瘤は比較的稀な疾患であるが, 急速に増大し破裂に至るため可及的すみやかな外科的治療が必要とされる. 自検例に若干の文献的考察を加えて報告する.

20. 癌細胞に対し増殖抑制および形態変化を及ぼした, 癌浸潤リンパ球由来ヒトモノクローナル抗体に関する分析

慶應義塾大学医学部外科

青木真彦, 熊井浩一郎, 才川義朗
吉田 昌, 古川俊治, 大谷元秀
久保田哲朗, 北島政樹

目的: ヒト癌細胞に対して生物学的反応性を示すヒトモノクローナル抗体を取得し, *in vitro*における特性評価を行った.

対象および方法: 手術切除検体の各種癌組織から癌浸潤リンパ球を遊離し, マウスミエローマ細胞株P3U1と融合し, ハイブリドーマを作製し抗体の産生を行った. ①cell ELISA法にて既存の癌細胞株との反応性を示すクローンを選択し, クローニング後, 産生抗体の精製を行った. ②精製抗体の単独での作用評価として, MTT assayなどを用いた増殖抑制効果や光学顕微鏡を用いた肉眼的に把握可能な変化について分析した. ③精製抗体の癌特異性の評価として, ホルマリン固定した正常組織切片と癌組織切片を用いて免疫組織化学染色にて反応性を比較した. ④精製抗体の認識する抗原の同定を試みた.

結果: ①肺癌組織浸潤リンパ球からヒトモノクローナル抗体HoAKs-1が取得された. ②HoAKs-1は肺・膵・胃癌細胞株に対して癌細胞に形態変化を及ぼし, 正常血管内皮細胞に対しては変化を及ぼさなかった. 肺・膵癌細胞株で約50%以上の増殖抑制効果を示した. ③HoAKs-1は免疫染色では, 肺・膵癌細胞株の大部分に反応性を示し, 肺正常組織に反応性を示さなかった. ④抗原は分子量約55kDaで, 解析にて中間径フィラメントのペプチド配列の一部と一致する部分を有した.

考察および結論: HoAKs-1はいくつかの癌細胞株に対して, ①癌細胞の形態変化, ②癌細胞増殖抑制効果, ③癌細胞との特異的反応性を示した. 現在, 本抗体の臨床応用への可能性について更なる検討を行っている.

21. 当院における胃内視鏡的粘膜切除の成績

川崎市立川崎病院外科

一色聡一郎, 清水宏之, 大森泰
石井誠一郎, 納賀克彦

当院では胃腫瘍性病変に対し, 主として可変針長の高周波ヘラ状メスを用いた切開剥離法により内視鏡的粘膜切除(EMR)を施行している. 潰瘍癍痕を伴わない分化型粘膜内癌のうち径1.5cm以下の陥凹型もしくは2cm以下の隆起型を適応としているが, 最近では小さな未分化型癌, 広範なIIa病変, 潰瘍癍痕を伴う病変に対しても充分なインフォームドコンセントをとった上で粘膜切除を施行している. 過去5年間の症例につき集計し報告する. 1999~2003年に当院において施行した胃EMRは154例で, うち胃癌症例は132例であった. 手技としては切開剥離法(56%)を中心

にEMR-C法、2チャンネル法などが用いられていた。合併症として4例の出血と、1例の穿孔を認めた。再発は4例で、断端不明もしくは陽性のまま経過観察されていた症例であった。いずれもEMR施行後1年以内に再発が確認されており、追加EMRおよびAPC焼灼によりコントロールされている。完全切除例では再発例はなかった。切開剥離法を用いて行った85例のうち、病理組織学的一括完全切除は75%、断片の再構成により完全切除と判定したものが5%であった。また、完全切除率は年々向上しており、2002年以降の完全切除率は90%以上であった。胃癌のEMRに際しては病理組織学的な根治性の検証のためには、できる限り一括切除することが望ましい。切開剥離法は確実に胃癌を一括切除する優れた手技であり、今後内視鏡的粘膜切除の主流になりうる手技と考えられる。一方合併症のリスクはまだ高く、今後手技の習熟、処置具の改善が必要であると考えられる。

22. 内視鏡下に切除し得た十二指腸 Brunner 腺腫の一例
東京電力病院外科

隈元雄介, 栗原直人, 菊池 潔
露木 晃, 藤城保男

Brunner 腺腫は以前は比較的稀な疾患と考えられていたが、内視鏡診断の進歩に伴い近年報告が増加している。しかし、術前診断が困難なことが多く、術式の選択に苦慮するケースが多い。今回、我々は、十二指腸球部に発生した径3.5センチ大の粘膜下腫瘍様の形態を示した腫瘤に対し、内視鏡下粘膜切除術を施行し Brunner 腺腫と診断した症例を経験したので報告する。

症例：37歳 男性。主訴、なし。

経過：平成15年4月、検診の上部消化管造影検査で十二指腸球部の異常を指摘され、精査加療目的に当院紹介となる。上部消化管内視鏡・造影検査にて十二指腸球部後壁より立ち上がりをもつ腫瘤を認めた。表面は正常粘膜に覆われており、潰瘍形成なし。超音波内視鏡では、腫瘤は全体的に等エコーを示したが、一部のう胞状変化を示唆する低エコー域を伴っていた。MRI検査では、Gd造影効果のある上皮性腫瘍が疑われた。術前画像検査からは確定診断がつかず、GIST、カルチノイドなどの悪性疾患との鑑別が必要と考え、内視鏡下粘膜切除術を試行した。病理組織検査にて Brunner 腺過形成と診断されたが、一部、Ki-67陽性で核腫大と組織構造の乱れを伴う領域があり、adenomaとしての性格が混在すると診断された。術後経過は順調で、第11病日に退院した。

考察：Brunner 腺腫は十二指腸球部に好発し、表面が正常粘膜に覆われるため粘膜下腫瘍の形態をとることが多い。組織学的には Brunner 腺腫と呼ばれているが、真の腫瘍ではなく、粘膜固有層の深層や粘膜下層に分布する異型性のない Brunner 腺の過形成により腫瘤を形成したものと考えられてきたが、少ない頻度であるが、真の腺腫と考えられる病変も存在することがわかってきた。今回のように術前診断が困難であり、内視鏡下粘膜切除、開腹局所切除により、診断

されることが多い。

結語：今回我々は内視鏡下に切除し得た十二指腸 Brunner 腺腫の一例を経験した。Brunner 腺腫の画像診断につき検討した報告は少なく、患者のQOLを考えた適切な術式を選択するためにも今後の症例の蓄積が必要と思われた。

23. 中心壊死による空洞形成を伴う胃 GIST の一例
荻窪病院外科

金子剛士, 村井信二, 半田真一
中村明彦, 山内秀夫

今回われわれは、難治性の胃潰瘍を伴う胃憩室と診断し、手術を施行し、術後の病理診断にて GIST と診断された一例を経験したので報告する。症例は85歳女性。特別養護老人ホームに入院中の平成15年7月より食欲不振を認め、近医でHb6.1と貧血を認めたため、精査目的に当院入院となった。上部消化管造影では、胃体上部前壁に径5.5cmの憩室と内部に潰瘍形成を認めた。上部消化管内視鏡検査では、胃体上部小弯側に憩室と思われる入口部と内部からの出血を認めた。腹部CTでは胃体上部に空洞を伴う径6.5cmの腫瘤形成を認めたため胃憩室と診断した。家族の希望により、保存的治療を試みたが、食事のたびに出血が見られるため当科依頼。9月22日に憩室切除術を施行した。術後の病理診断にて GIST と診断され、腫瘍の中心壊死による空洞形成によるものであることがわかった。中心壊死による空洞形成を伴う胃 GIST の一例を経験し、若干の文献的考察とともに報告する。

24. 貧血によるめまい、下血を主訴として発症した小腸 Gastrointestinal stromal tumor (GIST) の2症例

東京電力病院外科

栗原直人, 隈元雄介, 菊池 潔
露木晃, 藤城保男

同内科

若林寛二, 小玉博明

はじめに：GISTは消化管原発の間葉系腫瘍の総称である。今回、十二指腸および回腸GISTを経験したので報告する。

症例1：64歳、男性。1998年7月29日下血、めまいを主訴に来院し、高度貧血にて緊急入院した。上部消化管内視鏡・造影検査にて十二指腸 Vater 乳頭やや肛門側に径3.5cm、中心に潰瘍を伴った粘膜下腫瘍が認められた。血管造影では降十二指腸動脈アーケードから栄養される十二指腸原発平滑筋肉腫が疑われた。ASPDA, PSPDA, IPDA からTAE施行、腫瘍濃染は消失した。TAE2週間後のCTでは腫瘍は約50%縮小したが、造影効果は陽性であった。9月14日手術施行し、十二指腸下行脚下部に径2.8×2.2cmの腫瘍が認められ、肝転移、腹膜転移は認められなかった。病変部を局所切除し、同部位を縫合閉鎖した。病理所見は境界明瞭な結節性病巣が認められ、充実性に紡錘型細胞が増殖し、

切除断端は陰性であった。免疫組織化学的検討ではS-100 (+), desmin (+) であり、神経と平滑筋の両者に分化傾向がある GIST と診断した。核分裂像は目立たず、低悪性度と判定した。

症例 2 : 56 歳, 女性。2003 年 7 月 17 日下血, めまいを主訴に来院し, 高度貧血にて緊急入院した。上部・下部消化管内視鏡検査は特記すべき異常は認められなかった。腹部 CT は, 径 5 cm 大の回盲部腫瘍が認められ, 造影剤服用後, 腫瘍内部に造影剤は認められず, 腫瘍により腸管が圧迫されていた。小腸透視では中央に深い潰瘍がある 4 cm 大の粘膜下腫瘍が回腸に認められた。小腸 GIST を疑い, 手術施行した。手術所見はトライツ靱帯から 210 cm の回腸に径 9 × 6 cm の壁外発育型粘膜下腫瘍が認められ, 肝転移, 腹膜転移は認められず, 腫瘍を中心に回腸部分切除施行した。病理組織所見は粘膜面に潰瘍を形成する腫瘍で, 紡錘型細胞が索状に配列, 細胞密度は高く, 免疫組織化学的検討では c-kit (+), CD34 (+), α -SMA (+), S100 (-), Desmin (-) であり GIST と診断した。

結語: GIST に対する治療の原則は外科的切除である。非切除症例あるいは再発症例に対してメシル酸イマチニブの有効性が報告されているが, 補助化学療法としての有効性についての報告はない。上記症例は現在まで再発は認められていないが, 今後も厳重経過観察が必要であると考えられた。

25. 診断が困難であった回盲部腫瘍の一例

国立霞ヶ浦病院外科

田野敦子, 壁島康郎, 亀山哲章
戸泉篤, 田村洋一郎, 影山隆久

今回我々は診断が困難であった回盲部腫瘍の一例を経験したので報告する。症例は 55 歳, 男性。平成 12 年 9 月胃癌に対し幽門側胃切除術を施行, 術後経過は順調であったが, 平成 15 年 4 月より右下腹部痛が出現した。注腸検査で回腸末端部に狭窄を認め, その原因として潰瘍または潰瘍瘢痕, クロウン病, 腫瘍性病変が考えられた。下部消化管内視鏡検査において回腸末端に Type2 様の病変を認めたが, 生検結果では悪性所見は認められなかった。CT 検査では回腸末端部から盲腸付近の著明な壁肥厚を認め腫瘍性病変が疑われたが, 炎症性疾患も否定できなかった。以上から, 回腸末端部の狭窄の原因として小腸癌または炎症性腸疾患が考えられ, 症状が持続していたことから, 7 月 3 日悪性腫瘍に準じて腹腔鏡併用回盲部切除術 (D2 郭清) を施行した。病理組織組検査の結果は U1-IV の潰瘍で回腸末端部に局限した単純性小腸潰瘍と診断され, 悪性所見は認められなかった。術後経過は順調で術後 15 日目に退院となった。単純性小腸潰瘍は確定診断が得られれば内科的治療が第一選択とされるが, 突然の大量下血や腸穿孔で発症した場合は手術適応となることが多い。しかし今回我々は診断が困難であった単純性小腸潰瘍に対して, 待機手術を行い順調な術後経過を示した症例を経験したため報告する。

26. ステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎 (UC) に対して顆粒球吸着療法 (GCAP) が奏効した 1 例

浜松赤十字病院外科

橋口尚子, 奥田康一, 安形俊久
小林尚史, 大住幸司, 清野徳彦
龍村俊樹, 西脇 眞, 安藤幸史

目的: 今回我々は, ステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎に対し顆粒球吸着療法 (GCAP) が奏効した 1 例を経験したのでその有効性について若干の文献的考察を加え報告する。

症例: 患者は 30 歳, 男性。主訴は腹痛, 粘血便。平成 15 年 8 月上旬より腹痛と 6~7 行の粘血便が出現し, 8 月 28 日当院外科紹介受診した。大腸内視鏡検査施行し S 状結腸までの挿入にて, S 状結腸から直腸にかけて連続的に発赤, 浮腫, びらん, 膿性粘液及び顆粒状変化を認めたため潰瘍性大腸炎と診断した。入院の上, 禁食, ペンタサ 9T 3×, ステロネマ注腸開始したが粘血便は 20 行以上となり, 腹痛も持続したため 9 月 10 日全大腸内視鏡検査施行した。内視鏡所見では盲腸から直腸にかけてびまん性に地図状の潰瘍形成, 管腔の狭小化, 発赤, 浮腫, びらん, 膿性粘液を認めたため全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断した。ステロネマ注腸を中止しプレドニゾン 40 mg/日より点滴静注を開始し, 80 mg/日まで増量したが効果認められず 10 月 24 日 GCAP 開始した。

結果: GCAP 施行 3 回目ごろより症状軽快しはじめ, 6 回目終了後には腹痛, 粘血便は消失した。プレドニゾンを静注より内服に変更し, 漸次減量を計り 20 mg/日で緩解を維持している。

考察および結論: 急性期の潰瘍性大腸炎でステロイド療法に抵抗性のある患者に対し GCAP は過剰な免疫反応を調節し炎症を沈静化させ, ステロイドの節減をもたらすと考えられた。

27. 下部直腸癌に対する内肛門括約筋部分切除術の長期予後と術後肛門機能

慶應義塾大学医学部外科

鶴田雅士, 長谷川博俊, 西堀英樹
石井良幸, 青木成史, 矢部信成
柳 在勲, 岡林剛史, 落合大樹
高野正太, 浅原史卓, 北島政樹

目的: 当科では通常の器械吻合 (DST) では肛門側切除断端 (AW) の確保が困難であり, 骨盤底筋群に癌の浸潤がないと考えられる下部直腸癌に対し, 内肛門括約筋部分切除による括約筋温存手術 (ISR) を施行してきた。今回, 本術式の長期予後と肛門機能について評価し適応と有用性について検討した。

方法: 1993 年から 2002 年までに ISR を施行した下部直腸癌は 31 例あり, これらの臨床病理学的因子と治療成績と

の関連について評価した。ISRの全例に一時的人工肛門を造設したが、そのうち人工肛門を閉鎖し自然肛門を使用している症例に対しアンケート調査を行い、肛門機能を評価した。また、同時期に下部直腸癌(Rb)に対しDSTを施行した症例に対してもアンケート調査を行い、両群の肛門機能について比較検討した。

結果：ISR 31例の内訳は男性：21例，女性：10例，平均年齢：57.3±9.3歳，観察期間中央値：57.1ヶ月（4-106ヶ月）であった。平均AWは1.3±0.6cm，pT stageは

T0：1例，T1：8例，T2：11例，T3：9例，T4：1例，pTNM stageは0：1例，I：15例，II：5例，III：9例，IV：1例であった。全生存率は85.1%，無再発生存率は65.7%，遠隔再発率は10.3%，局所再発率は31.0%であった。局所再発率は，最大腫瘍径（<3cm：11.8%，≥3cm：58.3%；P=0.014）とpT stage（T1：0.0%，T2：45.5%，T3：40.0%；P=0.003）に有意な関連を認めた。肛門機能のアンケート有効回答例は，ISR群17例とDST群15例であった。肛門縁から腫瘍下縁までの距離（AV）（4.0（2.0-6.0）vs. 7.0（5.0-9.0）cm；P<0.001）とAW（1.3（0.5-2.1）vs. 2.0（1.0-3.0）cm；P<0.05）はISR群で有意に短かった。排便回数，urgency，day soiling，パッドの使用，残便感，Cleveland Clinic Incontinence Score（CCIS）に有意差は認めなかったが，night soiling（76.5 vs. 26.7%；P<0.005）はISR群で有意に高率であった。

考察：本術式の適応は，T1癌が妥当と考えられた。肛門機能はISR群ではDST群と比較し，night soilingが高率であったが，CCISに有意差は認めず，本術式は括約筋温存手術として有用と考えられた。

28. 塩酸モルヒネ 15,000 mg/日にて疼痛コントロールを行った痔瘻癌再発の一症例

大田原赤十字病院外科

安倍晋也，赤松秀敏，白土裕之
金井義彦，三井洋子，松田純一
松井淳一，雨宮 哲

症例は44歳，男性。胃癌・右腎癌・痔瘻癌の三重癌の診断で，二期的に平成11年12月27日幽門側胃切除術vD2＋右腎摘出術，平成12年1月31日骨盤内臓全摘術＋左大殿筋・薄筋による筋皮弁充填術を施行した。痔瘻癌の組織型はmucinous carcinoma，右梨状筋浸潤（＋）であったが，組織学的にはew（－）とされた。骨盤内臓全摘術2年5ヵ月後，画像上骨盤内局所再発が指摘された。平成14年7月24日から9月4日まで骨盤内照射（計50Gy）し，経口全身化学療法（UFT-E 400 mg/日）を併用，継続し，退院となった。以後徐々に会陰～殿部痛が増強し，硫酸モルヒネ（MSコンチン）20 mg/日内服を開始，漸次増量し，硫酸モルヒネ（カディアン）240 mg/日に移行するも疼痛コントロール不十分であり，平成15年6月24日入院となった。塩酸

モルヒネ持続点滴を100 mg/日から開始し，フェンタニル貼付剤（デュロテップパッチ）も併用したが投与量は漸増した。全身状態は良好であり在宅モルヒネ持続静注を考慮するため，7月2日より塩酸モルヒネ持続点滴単独に変更し，800 mg/日から開始，レスキューとして1日量の1/5～1/4を点滴静注投与した。モルヒネ投与量はWHOラダーに従い疼痛の訴えに応じて1.3～1.5倍に徐々に増量した。7月3日には1,600 mg/日，7月30日には6,000 mg/日にまで達したが，多少の眠気と便秘を認めるだけで，呼吸器・中枢神経等の副作用はなく，完全除痛状態が得られた。疼痛により著しく低下していたADLも改善し，上大静脈留置カテにインフューザーポンプ（バクスター製，容量275 ml，5.0 ml/時，塩酸モルヒネ 5,000 mg/日注入可能）を接続することで外出も可能となった。なお，外出時には塩酸モルヒネ末1,000 mg/包をレスキューとして内服した。その後も疼痛増強とともにモルヒネ投与量は漸増し，9月3日には10,000 mg/日，9月7日には15,000 mg/日に達した。最終的に9月9日失ったが，死亡直前まで疼痛やモルヒネの副作用に苦しむことなく，意識清明，呼吸状態良好で，経口摂取，会話も可能であった。塩酸モルヒネ 15,000 mg/日持続静注で十分な除痛が得られ，副作用もコントロールでき，非常に良好なQOLの得られた終末期癌患者の一症例を経験したので報告する。

29. S状結腸腹膜垂捻転症の1例

多摩丘陵病院外科

川上真未，白部多可史，
清水芳政，今井達郎

今回われわれは急性虫垂炎の診断で緊急手術を施行し，術中所見でS状結腸腹膜垂捻転症と判明した症例を経験したので報告する。

症例は45歳の男性で右下腹部痛を主訴に来院した。理学所見より急性虫垂炎を疑い同日緊急手術を施行した。腹腔鏡で腹腔内を観察すると虫垂は正常であったが，右下腹部腹壁に黒く変色壊死した脂肪織が癒着していた。周囲を剥離していくとS状結腸の腹膜垂の捻転・壊死であることが判明したためendo-GIAで切除し手術を終了した。切除した組織は病理組織学的には出血性梗塞壊死を起こした脂肪結合織で腹膜垂捻転症に合致した所見であった。術後経過は良好で5病日に退院した。

腹膜垂は大腸の自由結腸紐に沿って存在する漿膜下脂肪組織に連続した脂肪体でS状結腸や盲腸に多く見られる。腹膜垂捻転症は腹膜垂炎（epiploic appendagitis）の一型であり比較的稀な疾患である。腹膜垂炎は血行障害型と非血行障害型に大別され，本邦報告例の多くは血行障害型で，その原因は捻転による出血性梗塞がほとんどである。捻転の成因としては腹膜垂の基部が細く捻転しやすい先天的要因の存在や脂肪沈着が高度となり重くなった腹膜垂が捻転しやすいなどの後天的要因が挙げられているが詳細は不明である。非血

行障害型には憩室炎や回腸炎など周囲の炎症が波及したものが多く含まれていると考えられ、真の腹膜垂炎には含まれないケースも多い。

症状が重篤化することはほとんどないが急性腹症で発症し特徴的な臨床症状や検査所見がなく、急性虫垂炎や憩室炎・付属器炎などの疑いで開腹手術が行われ、術中にはじめて診断されることがほとんどである。治療は壊死した腹膜垂の切除だけで十分であり予後も良好である。

急性腹症の緊急手術ではこのような予期せぬ疾患に遭遇することもあり腹腔鏡下手術の有用性は非常に大きい。今回の手術でも不必要な虫垂切除や大開腹を行なうことなく必要最低限の侵襲で治療を終了することができた。

30. 脾転移および脾静脈血栓を伴った上行結腸癌の1例 公立福生病院外科

平岩訓彦, 古川秋生, 鎌野俊彰
河島俊文, 仲丸 誠, 五月女恵一
宮崎洋史, 諸角 強英

症例は49歳女性。2003年5月腹痛を主訴に当院内科を

受診した。X線にて小腸ガスを認めたため腸閉塞と診断し、入院となった。下部消化管内視鏡検査・注腸造影にて上行結腸癌を認め外科転科となった。CTにて脾臓に転移と考えられる低吸収領域を認めた。また、血管造影およびMR angiographyにて脾静脈は描出されず、脾静脈合流部において門脈に突出する造影欠損を認めたことから、腫瘍塞栓の合併が考えられた。6月18日上行結腸癌に対して結腸右半切除(D3郭清)、脾・膵体尾部・門脈合併切除施行。術中所見として脾静脈から門脈へ連続する塞栓を触知したため、門脈前面で脾を切離し、門脈を脾静脈合流部で部分切除、端端吻合した。また、脾転移の横隔膜浸潤を認めたため横隔膜合併切除を行った。病理組織診断はmoderately differentiated adenocarcinoma, aw(-), ow(-), INF γ , se, ly(2), v(1), 2群リンパ節転移陽性、結腸癌脾転移と診断された。脾静脈内には腫瘍細胞は存在せず、脾静脈血栓症と診断された。術後6ヶ月現在外来にて化学療法を行っている。大腸癌の脾転移に対する脾摘の意義に関しては、症例数も少なく一定の見解は得られていないが、長期生存例の報告もある。上行結腸癌に脾転移および脾静脈血栓を伴った例はこれまでに報告が無く、若干の文献的考察を加えて発表する。