

Title	第29回慶應外科フォーラム総会
Sub Title	
Author	
Publisher	慶應医学会
Publication year	2006
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.83, No.2 (2006. 6) ,p.103- 114
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=AN00069296-20060600-0103

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 29 回慶應外科フォーラム総会

日 時 平成 18 年 1 月 28 日 (土) 13 時～18 時 30 分
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総会
事務局 慶應義塾大学医学部一般消化器外科内
〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35 番地

13:00	開会の辞	会長 北島 政樹
13:05～13:54	学術講演 (I) 1～5	座長 島田 敦
13:45～14:25	学術講演 (II) 6～10	座長 諏訪 達志
14:25～14:40	－休 憩－	
14:40～15:28	学術講演 (III) 11～16	座長 山高 浩一
15:28～15:40	－休 憩－	
15:40～16:44	学術講演 (IV) 17～24	座長 安井 信隆
16:44～17:00	－休 憩－	
17:00～18:00	特別講演 『食道癌治療の現況と将来展望』 東海大学医学部 外科 教授 幕内 博康	司会 北島 政樹
18:05～18:15	前田賞授与式	
18:15～	閉会の辞	会長 北島 政樹

1. 幽門側胃切除後 Roux-en-Y 法再建の手技と成績

栃木県立がんセンター外科

高橋常浩, 稲田高男, 飯田修史,
麻賀創太, 富川盛啓, 松井孝至,
安藤二郎, 尾澤 巖, 菱沼正一,
固武 健二郎

本邦においては、幽門側胃切除術後の再建方法として Billroth-I 法 (B-I) が広く普及している。しかしながら近年、十二指腸液の残胃への逆流が少ない、縫合不全がおこりにくいなどの利点から Roux-en-Y 法 (R-Y) 再建を行う施設が増えつつある。今回、当センターで行っている器械吻合による R-Y 再建の要点と B-I との周術期成績の相違について報告する。

[再建手技] 吻合予定部とする胃大弯側は、断端鉗子を用いて切離し、更に小弯側は linear stapler を用いて切断する。次いで残胃大弯側の吻合予定部に circular stapler (29mm) の anvil head を挿入・固定を行う。Treitz 靱帯より約 20cm の空腸を切離し、肛門側空腸を結腸前に挙上する。挙上空腸断端より circular stapler の本体を挿入し、端側にて残胃と空腸を吻合し、空腸断端は linear stapler で閉鎖する。R-Y の脚部は、残胃空腸吻合部より約 30 cm 肛門側にて、吸収糸を用いて通常の Albert-Lembert 2 層吻合を行う。

[周術期成績] 2004 年 1 月から 2005 年 9 月の間に根治度 A, B の幽門側胃切除が施行された B-I: 75 例, R-Y: 51 例を対象とし、入院期間、手術時間、出血量、術後経過などを比較検討した。R-Y では、B-I と比較し、平均手術時間 (R-Y: 201.3, B-I: 170.7 min) は長い、出血量 (R-Y: 287.9, B-I: 245.8 ml) には差が認められなかった。経鼻胃管 IPOD 排液量 (R-Y: 76.7, B-I: 149.8 ml) は R-Y 法で少なく、抜去日 (R-Y: 1.7, B-I: 3.6 日) も早かったが、排ガス・排便日 (R-Y: 4.0, 5.5, B-I: 4.3, 6.1 日) は両群間で差はなく、飲水、食事開始日 (R-Y: 5.3, 6.4, B-I: 6.2, 7.9 日) にも有意差はなかった。術後合併症の発症率は差を認めなかったが、吻合部トラブルに関しては、吻合部狭窄が B-I: 7 例 (9%), R-Y: 3 例 (6%), 縫合不全が B-I: 3 例 (4%), R-Y は 0 例と、有意性は無いものの R-Y において少ない傾向であった。術後在院日数は R-Y: 19.9, B-I: 25.5 日と有意差を認めた。

[結語] R-Y では、術後在院期間の延長を招く吻合部トラブルが少ない傾向にあり、また、経鼻胃管を早期抜去可能することで、飲水・開食を早め、さらに入院期間短縮を導き得ると考えられた。

2. 上部消化管内視鏡検査から見た早期噴門部腺癌の特徴

慶應義塾大学外科

金 龍学, 吉田 昌, 才川義朗,
北川雄光, 中村哲也, 中村理恵子,
北島政樹,

同内視鏡センター

熊井浩一郎

同包括先進医療センター

久保田哲朗

同救急医学

石川秀樹

背景: 噴門部癌の発症機序は、その環境の特殊性から他の胃癌、食道癌と異なることが想定されている。早期噴門部癌を食道-胃接合部 (Esophago-gastric Junction) で食道側 (above EGJ 腺癌)、胃側 (below EGJ 腺癌) に分けて、逆流性食道炎、食道裂孔ヘルニア、噴門形態、胃粘膜萎縮の内視鏡分類で比較し、検討した。

対象および方法: 慶應義塾大学病院内視鏡センターにおける上部消化管内視鏡検査を受けた早期噴門部癌症例と早期胃癌症例を検討した。内視鏡的な逆流性食道炎は Los Angeles 分類で、食道裂孔ヘルニアは幕内らの K-form にて、噴門形態は Ismail らの V-grades 分類にて評価した。V-grades: V0; 正常, V1; 下部食道の締めりは良好で、小さな食道裂孔ヘルニアを認める, V2; 噴門は開大しているが、食道裂孔ヘルニアは認めない, V3; 噴門から下部食道まで開大し、嚢状の食道裂孔ヘルニアを認める。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。胃粘膜の萎縮範囲は木村-竹本分類で評価した。above EGJ 腺癌と below EGJ 腺癌は食道-胃接合部の上下 2 cm に存在する腺癌とし、食道-胃接合部は食道柵状血管の下端で判断した。

結果: above EGJ 腺癌と below EGJ 腺癌とその他の胃癌に分けて行った検討では、below EGJ 腺癌が噴門まで萎縮が達した木村-竹本分類 open type の胃粘膜に発生していた。それに対し、above EGJ 腺癌には、多くの場合、食道裂孔ヘルニアを伴い、噴門形態が悪く、胃粘膜の萎縮範囲が比較的狭い、closed type であった。

考察および結論: below EGJ 腺癌は胃粘膜の萎縮と関連を持ち、above EGJ 腺癌は、胃液の逆流との関連が推察された。

3. 全身麻酔下 ESD 症例の検討

国立病院機構東京医療センター 外科

島田 敦, 磯部 陽, 川口義樹,
大住幸司, 岸 真也, 徳山 丞,
北條 隆, 金 史英, 竹内裕也,
大石 崇, 池内駿之, 窪地 淳,
松本純夫

同麻酔科

青山康彦, 小林佳郎

同病理

前島新史, 廣瀬茂道, 倉持 茂

当院では2003年より早期胃癌に対し内視鏡的粘膜下層切開剥離法(以下ESD)を導入した。現在、ESDの適応を胃癌治療ガイドラインのEMR適応基準の病変径を越えるいわゆる拡大適応を採用している。このため、治療時間が長時間に及ぶ症例もあり、事前に治療が2時間以上見込まれる症例に対しては全身麻酔下でESDを行っている。

これまでに13症例16病変に対し麻酔科管理の下、内視鏡室にてESDを施行した。患者の平均年齢は71.7歳で、全身麻酔下でESDを行った理由の内訳は、病変が3cmを越えるものが5例、病変が治療困難な位置にあるもの(残胃後壁、胃管内、食道胃接合部)が3例、胃内多発病変が2例、その他3例であった。病変が3cmを越える5例では、平均切除径は44.4mm(36~57mm)で平均所要時間は170分であったが、全例深達度mの高分化型管状腺癌でLM(-)、VM(-)、ly0、v0であった。また全16病変中13病変で一括切除が行えた。ESDに伴う穿孔や輸血を必要とする出血も認めず、また全身麻酔に伴う合併症も1例もなく、全例8日目に退院した。

ESDでは、その手技の困難さや術中の出血に対する止血操作などから、長時間を要する症例もあり、conscious sedationも長時間となるとそのコントロールに難渋することも多い。2時間以上を要すると予想されるESDの場合、全身麻酔下にての治療は非常に有用であると考えられた。

4. Stage IV 胃癌に対し術前化学放射線療法により根治術が可能であった一例

済生会中央病院外科

大島 剛, 島海史樹, 今津嘉宏,
村山剛也, 越田佳朋, 米山公康,
戸枝弘之, 赤松秀敏, 茂木克彦,
大山康平

慶應義塾大学医学部外科

才川義朗, 北島政樹

慶應義塾大学病院包括先進医療センター

久保田 哲朗

はじめに：当科にて化学放射線療法を施行後、根治術が可能であったStage IV胃癌の1症例を経験したので報告する。

症例：前庭部の全周性3型胃癌を認めた62歳男性で、腹部CTにて肝転移と傍大動脈リンパ節転移を指摘された。これに対しTS-1 120 mgを3週間投与、CDDP 10 mgを5投2休で3週間投与、放射線照射は2 Gy/日で合計40 Gyを照射した。1クール終了後の評価で肝転移の縮小率は90%であった。2クール目以降はTS-1、CDDPによる化学療法を継続した。4クール終了後、画像上遠隔転移は完全に消失したため手術を施行した。術式は幽門側胃切除術(D2)、16a2リンパ節生検で、術中迅速病理にて転移陰性であった。病理診断ではtub2 > por2, 5×4 cm, SS, ly1, v1, n0, pathological grade1であった。初回治療より18ヶ月経過した現在、再発の兆候なく外来でTS-1の内服にて経過観察となっている。

考察：本症例は高度進行胃癌に対して集学的治療により治療し得た貴重な症例であると考え文献的考察を踏まえて報告する。

5. 2nd-line chemotherapyとしてのdocetaxel単剤投与により多発肝転移、Virchow、腋窩リンパ節転移が消失し、根治手術を施行しえた進行胃癌の一例

国立病院機構神奈川病院外科

安藤祐一郎, 徳原秀典, 増田大介,
櫻井嘉彦, 柿崎 徹, 加勢出 静

症例は62歳、男性。前医での上部内視鏡検査にて、胃体上部前壁に桑実様腫瘤あり、平成16年6月2日当院を紹介受診した。触診上、Virchowリンパ節転移が疑われた。その後のCTにて多発肝転移、1、2群リンパ節ならびに16番リンパ節転移を疑わせる所見を認めた。原発巣の生検の病理診断は、高分化型腺癌であった。根治手術の適応はなく、TS-1+CDDP+レンチナンを1クール施行するも肝転移果は増大、さらに4cm大の左腋窩リンパ節転移が出現した。このため、2nd-line chemotherapyとしてdocetaxel単剤投与を開始(60mg/m²/3week)した。4クール施行後、1群リンパ節転移は縮小、Virchow、左腋窩リンパ節転移は消失した。6クール後には、原発巣、肝転移巣、16番リンパ節転移に関してもCRを得た。その後9クールまで原発巣、遠隔転移巣のCRの維持を確認。1群リンパ節はPRであったが、FDG-PETにて集積を認めなかった。十分なICのもと、平成17年3月24日、胃全摘術(D2)を施行した。病理学的には、胃に腫瘍細胞の残存はなく、1群リンパ節に2個の転移を認めるのみで根治手術を施行しえた。術後、追加で7クールを施行後一時休業中であるが、現在再発を認めていない。2nd-line chemotherapyとしてのdocetaxel単剤投与により多発肝転移、Virchow、左腋窩リンパ節転移が消失し根治手術を試行しえた進行胃癌の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

座長のまとめ—学術講演 (I) (演題1~5)

国立病院機構東京医療センター外科

島田 敦

本セッションは、胃に関する演題5題であった。栃木県立がんセンターの高橋は、幽門側胃切除後の再建で同時期に施行されたB-I法とRoux Y法との周術期成績を比較検討し、Roux Y法では縫合不全を認めずまた吻合部トラブルが少ないなど、この再建の有用性を示した。慶應義塾大学の金は、早期噴門部腺癌をEG junctionの口側、肛側とで分類し内視鏡所見から比較検討し、口側では胃液の逆流、肛側では胃粘膜の萎縮との関連性を指摘した。GERD研究会からも近年多施設共同研究で萎縮性胃炎、食道裂孔ヘルニアとBarrett食道の相関性に関する報告がなされており、その結果を反映するものであった。島田は、ここ数年の内視鏡治療の話題であるESDに関し、長時間を見込まれる症例を全身麻酔下で行いその成績と有用性を報告した。北島教授より、sm2や脈管侵襲症例での追加治療として胃切除の際のsentinel node navigation surgeryの応用へのコメントをいただいた。済生会中央病院の大島と国立病院機構神奈川病院の安藤からは、遠隔転移を有するStageIV胃癌にそれぞれ化学放射線療法、化学療法を行いその後の根治切除を施行した一例が報告された。大島はS-1/low dose CDDP+放射線照射により遠隔転移が消失し根治切除をえているが、前々回の当フォーラムでも慶大外科よりこの方法での8割近い奏効率とCR症例の報告もあり、その有効性が示されている。また、安藤は2nd lineとしてDocetaxelを使用しての報告であったが、近年S-1(+CDDP)無効例に対して2nd lineとしてTaxan系を用いる施設も増えている。今回の両者のように集学的治療により根治術が可能となった症例の今後の経過や例数を重ねての更なる検討が期待される。

6. 傍食道型食道裂孔ヘルニアに対し腹腔鏡下にメッシュを用い根治した一例

公立福生病院 外科

根本 淳, 五月女恵一, 宮崎洋史,
古川秋生, 仲丸 誠, 三好 玲,
平野敦史, 諸角強英

症例は63歳女性、1ヶ月前より嚥下困難を自覚していた。近医受診し、胸部レントゲン施行したところ胃泡が胸部に認められ、当院紹介受診となった。MDLでは胃前庭部が胸部に突出していた。GIFでは胃体部~前庭部が挙上している印象であった。また逆流性食道炎はみられなかった。以上より食道裂孔ヘルニアの診断にて入院。腹腔鏡下ヘルニア根治術を施行した。手術所見としては径3cm程の食道裂孔より胃前庭部、胃結腸間膜と思われる部位が縦隔内に突出していた。それらを腹腔内に戻し、ヘルニア嚢を切除し、ヘルニア門をメッシュにて閉じた。術後6日目に退院。症状は消失した。術後1ヶ月に施行したMDLでは、胃、十二指腸は生理

的位置に存在していた。

食道裂孔ヘルニアは高齢化に伴い増加傾向であり日常診療においてよく遭遇する疾患となっている。自験例は分類上傍食道型でありその頻度は5~10%とされている。傍食道型では急性嵌頓の危険性も報告されている。今回我々は腹腔鏡下に根治術を施行したので報告する。

7. 混合型食道裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下根治術を施行した一例

多摩丘陵病院外科

岡村 誉, 白部多可史, 清水芳政,
今井達郎

滑脱型食道裂孔ヘルニアに伴う胃食道逆流症に対する噴門形成術は腹腔鏡下に行われることが標準術式となりつつあるが、巨大な食道裂孔に伴う傍食道型や混合型食道裂孔ヘルニアに対する腹腔鏡下根治術の報告は少ない。今回、われわれは巨大な混合型食道裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下に根治術を施行した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は84歳の女性で近医にて10年前より食道裂孔ヘルニアを指摘され投薬を受けていた。2005年9月12日心窩部痛で当院初診した。胃の2/3が縦隔内に入り込んだ巨大な混合型の食道裂孔ヘルニアを認めたため、同年10月11日入院とし10月14日手術を施行した。手術は5本のトロッカーを挿入し縦隔内に入り込んだ胃を腹腔内に引き出した後、胃穹隆部を授動してNissen法に準じた噴門形成術を施行した。さらに食道裂孔が巨大なため単純な縫縮は困難と判断しcomposix meshを用いて食道裂孔を補強した。手術時間は2時間11分で出血もほとんどなく終了した。術後経過は良好で3PODより食事を開始し11PODの10月25日に軽快退院した。術後1ヶ月しか経過していないが、長く悩まされていた心窩部不快感が消失し元気に社会復帰している。腹腔鏡下Nissen手術に関しては既に手技が完成された感があるが、傍食道型や混合型ヘルニアでは大きなヘルニア門の修復がポイントとなる。大きな食道裂孔はヘルニア嚢を剥離・反転しなければ確実に縫縮することは不可能であり、その手技を腹腔鏡下に行うことは困難である。今回、われわれはcomposix meshを用いた簡便なヘルニア門修復手技を工夫したのでビデオで供覧する。

8. 食道未分化癌4例の治療経験

一本疾患の特徴と治療方針についての検討—

水戸赤十字病院外科

山本立真, 諏訪達志, 岡田健一,
佐々木貴浩, 捨田利外茂夫, 内田智夫,
佐藤宏喜, 古内孝幸, 竹中能文,
佐久間正祥

食道未分化癌(UEC)は、急速に発育して早期に遠隔転

移を来すことから予後不良であり、未だに標準的な治療方法が確立していない。過去に4例のUECの治療経験があるが、化学放射線療法（CRT）を施行して現在までCRが約10ヶ月間持続しているT2N1の1例を最近経験した。4例のUECの治療経験を報告する。また、本疾患の一般的な特徴や治療法などについて報告例を集計して検討する。

【当院CR症例】67歳男性。Mt右壁中心1/2周の4cmの2型の病変。生検で食道未分化癌と診断。CTで106rRに転移を認めた。手術によるUECのコントロールは困難と判断。CDDP30mg×5days, 5FU1000mg×5daysとlong Tでの放射線照射30Gyを1コースとして、2コースのCRTを施行（2コース目の照射は20Gy）。その後CRが得られ、現在まで10ヶ月間再発していない。

【方法】Pubmedと医学中央雑誌の検索によりUECの報告例を全て集計し、それに自験例4例を加えて、本疾患の特徴や治療について検討した。

【結果と考察】性差においては、女性患者の比率がUECでは23.2%であり、食道癌全体における女性患者の比率12.4%の2倍近くの頻度を示した。予後については、診断から平均9.3ヶ月であり、1991年の集計での平均5.3ヶ月からの延長が認められた。UECの多くは小細胞型だが、非小細胞型も11.3%において認められた。UECの占拠部位は、Ce:2.2%、Ut:9.6%、Mt:48.5%、Lt:37.5%、Ae:2.2%であり、食道癌全体と比べるとやや上部に少ない傾向を示した。UECの肉眼型は0型表在癌17.9%、1型35.7%、2型35.7%、3型10.7%であり、4型は報告がなかった。食道癌全体と比較して、1型が多く、隆起を主体とした病変を示すことに特徴があった。悪性度が高くsystemic diseaseとしての取り扱いが推奨される本疾患の治療においては、化学療法が重要であるとされている。今回、CRTによりCRを得られたUECの貴重な1症例を経験した。

9. 当院における食道癌に対する化学放射線療法の現状

大田原赤十字病院外科

小熊潤也, 松井淳一, 河又 寛,
森 和亮, 本多克行, 白土裕之,
青木真彦, 細田 桂, 城戸 啓,
雨宮 哲, 納賀克彦

国立病院機構栃木病院

田村明彦

川崎市立川崎病院

川久保博文

浜松北病院

松田純一

【目的】食道癌に対する化学放射線療法（CRT）は、従来より高度進行例を中心に行われてきたが、手術適応とされていた症例に対する有用性も報告されるようになった。一方高齢者やhigh risk症例に対しては放射線療法（RT）を行う場合もある。われわれは、当院における食道癌に対する

CRTおよびRTの現状を検討した。

【対象および方法】2000年1月から2005年11月までに、当院でCRTを施行した食道癌16症例およびRTを施行した13症例を対象に、その臨床背景および治療成績を検討した。なお当院では、化学療法 regimen はCDDP 5 mg/body, 5-FU 250 mg/bodyのLow-dose FPで、放射線療法はCo照射で行っている。

【結果】表在癌は4例で、CRTとRTが各2例ずつであったが、全例CRかつ無再発生存中である（観察期間の中央値35ヶ月）。進行癌のうちCRTは14例、平均照射量は56.6Gyで、効果はCR1例、PR6例（奏効率50%）であった。毒性は3例（21.4%）のみに認めた。RTは11例、平均照射量は52.0Gyで、効果はCR2例、PR5例（奏効率63.6%）であった。特記すべき毒性の出現はなかった。StageII/III (nonT4)は10例でCRT6例、RT4例であった。奏効率は80%でCRは3例あったが、うち2例は再発している。MSTは14ヶ月であった。

【考察および結論】EMR不能なT1N0の食道表在癌に対しては、十分なICのもとで、積極的にCRTまたはRTを行うべきである。進行食道癌に対するCRTおよびRTは、T4症例や手術困難例に対して施行する機会が多いが、毒性の出現頻度は少なく、適応症例を慎重に選択することで積極的に施行すべきと考える。StageII/III (nonT4)食道癌については、CR症例でも再発しうることを念頭に入れた治療戦略が必要と考える。

10. 外科侵襲・炎症におけるHMGB-1の意義

慶應義塾大学外科

須田康一, 北川雄光, 小澤壯治,

才川義明, 上田政和, 北島政樹

同呼吸器内科

石坂彰敏

【目的】High-mobility group box chromosomal protein 1 (HMGB-1)は、エンドトキシンショックや出血性ショックなどによる臓器不全の発症における後期メディエーターとして重要な役割を果たしていることが判明してきた。今回我々は、手術侵襲下におけるHMGB-1の臨床的意義、治療標的としての抗HMGB-1療法の有用性に関して検討した。

【対象および方法】(1)臨床的検討：右開胸開腹胸部食道全摘術症例24例を対象に血清HMGB-1値の経時的変化と術後臨床経過との関連を検討した。(2)SDラット（8週齢、雄、250~300g）盲腸結紮切断モデルを用いて、閉腹直後に抗HMGB-1抗体3mgを皮下投与した中和抗体投与群（n=11）の生存率をコントロール抗体投与群（n=11）と比較した。

【結果】(1)24例中2例は敗血症性ショックを、1例は急性肺損傷を合併し、この3例を合併症群とした。血清HMGB-1値は、2POD以外の全時点において合併症群が非合併症群よりも有意に高値であった（p<0.05）。また、HMGB-1の

術前値とICU収容期間、人工呼吸管理期間、SIRS期間が関連した($p < 0.05$)。②中和抗体投与群においてはコントロール抗体投与群に比して最終時点での血清HMGB-1値が有意に抑制され($p < 0.05$)、10日生存率は有意に改善した(中和抗体投与群:55%, 6/11, コントロール抗体投与群:9.1%, 1/11; $p < 0.01$)。

【考察および結論】高度の手術侵襲によりHMGB-1が一過性に血清中に出現することが明らかとなった。また、HMGB-1が手術侵襲に伴う臓器障害の進展に関与している可能性が示唆された。ラットにおいて重症病態発症後における抗HMGB-1療法の有用性が明らかとなった。HMGB-1を指標・標的として、侵襲に対する生体反応の個別化した評価・制御を行える可能性が示唆された。今後、HMGB-1の簡易・迅速診断系の開発、および、ヒトに応用可能な抗HMGB-1療法の開発が期待される。

座長のまとめ 学術講演(II)(演題6~10)

水戸赤十字病院外科

諏訪達志

食道領域からの5演題を担当させていただきました。食道裂孔ヘルニアに対する腹腔鏡下手術についての報告が2題あり、演題6は傍食道型、演題7は混合型の巨大な食道裂孔ヘルニアに対して、メッシュを用いて修復したという内容の報告であった。傍食道型や混合型で胃が脱出している場合にはupside-down stomachの状態になり、摂食不良の原因となったり、嵌頓の危険が生じたりするため、手術適応となる。最近では食道裂孔ヘルニアの腹腔鏡下手術が一般化してきて、その手技も標準化してきている。演題6の症例は63歳であり、内視鏡陰性の潜在的逆流性食道炎の可能性も考慮してfundoplicationを追加することが望ましいと指摘された。巨大なヘルニアで経過が長い場合にはヘルニア嚢が縦隔に強固に癒着していて腹腔鏡下に剥離が困難なこともあり、演題7のようにヘルニア嚢を残して出血を避けることも必要であろう。演題8は食道未分化癌の治療経験4例についての報告であった。食道未分化癌は極めて悪性度が高く、診断から平均9ヶ月の予後しか得られていない。T1bの2例には手術が行われたが全身転移で1年以内に亡くなったことと、化学放射線療法でCRの得られたT2N1の1例についての報告があった。食道未分化癌については、今のところ効果を期待できる化学療法のregimenも存在しないため、全身転移した場合の治療が困難である。演題9は関連病院における食道癌に対する化学放射線療法についての報告であり、食道表在癌にも適応を拡大して良好な治療成績が得られているとのことであった。演題10ではHigh-mobility group box chromosomal protein 1(HMGB-1)についての研究成果が報告された。HMGB-1の血清値が臓器障害と関連していることが示され、抗HMGB-1療法開発の可能性も期待されている。

11. 膵・胆管合流異常に中腸回転異常と輪状膵を合併した一例

川崎市立井田病院外科

山邊健太郎, 鹿子生 祥子,
立松秀樹, 石川修人, 山高浩一,
櫻井孝志, 有澤淑人, 山本貴章,
川原英之

【目的】膵・胆管合流異常に中腸回転異常と輪状膵を合併した一例を経験したので報告する。

【対象】24歳, 女性, 生来健康, 2005年9月上旬に食後の腹痛を主訴に近医受診し, 血清AMYが3031と高値だったため, 急性膵炎を疑い精査, 加療を進めた。上部消化管造影では十二指腸の水平脚が見られず, 小腸は身体の右側にあった。MRCPでは肝門部肝管, 総胆管のそれぞれが嚢腫状に拡張しており, 主膵管も拡張していた。以上より, 膵・胆管合流異常による膵炎に中腸回転異常が合併したものと判断し, 胆道膵管分離のために開腹手術を行なった。

【結果】術前の画像所見に加えて, 輪状膵およびLadd靱帯の近位における十二指腸の拡張がみられ, 上行結腸は壁側腹膜に固定されていなかった。嚢腫の末梢側の胆管を膵管との合流部まで露出し, 胆道と膵管を分離した。肝門部肝管嚢腫は可及的に切離し, 嚢腫断端を空腸と端吻吻合し, Roux-Y空腸吻合を行なった。輪状膵の口側と肛側の十二指腸とを側々吻合した。術後胆道造影にて嚢腫空腸吻合部に狭窄は見られなかった。

【考察および結論】膵・胆管合流異常に中腸回転異常および輪状膵を合併した比較的まれな症例を経験した。本症例は今回の発症まで無症状であったが拡張胆管と周囲との癒着が軽度で, 胆石がなかったことから, 先天性胆道拡張症のI型(嚢腫状拡張)と考えられる。中腸の無回転は軸捻転を起こすことがあり, 先天性胆道拡張症には術後胆管癌の発生も報告されているため今後の定期的なフォローアップが必要と思われる。

12. 膵・胆管合流異常4例の経験

伊勢原協同病院外科

中安邦夫, 篠田政幸, 飯尾 宏,
横山剛義, 西岡道人, 別所 隆

膵・胆管合流異常は「膵管と胆管が十二指腸壁外で合流する先天奇形であり, 機能的に十二指腸乳頭部括約筋の作用が合流部に及ばないため, 膵液と胆汁の相互混入(逆流)が起こり, 胆道ないし膵にさまざまな病態を引き起こしうるもの」と定義されている。胆道粘膜が障害され, 過形成, 化生, 異形成などの上皮変化をもたらす。最終的に発癌するといわれている。膵・胆管合流異常は胆道癌のハイリスク因子のひとつである。2002年からこれまで4例の膵・胆管合流異常を経験したので報告する。

症例1:72歳, 女性。閉塞性黄疸で内科入院精査。胆嚢

腫瘍を認め、2002年5月15日手術。胆嚢癌。拡大胆摘・リンパ節郭清・肝管空腸吻合施行。Stage IVa。根治度C。退院後大腿骨頸部骨折。在宅療養。術後4ヶ月にて死亡。

症例2：54歳。女性。症状なし。CTで総胆管拡張をみとめ内科入院精査。合流異常を認めた。2002年10月16日分流手術施行。病理検査で悪性所見なし。経過良好。

症例3：74歳。女性。健診の腹部エコーで胆管拡張をみとめた。内科入院精査し合流異常と診断された。2003年11月26日分流手術施行。病理検査で総胆管嚢腫。悪性所見なし。転院。

症例4：49歳。男性。大腸憩室出血で内科入院。CTで総胆管拡張を認めた。胆道系症状なし。胆嚢腫瘍あり。2005年9月22日手術。胆嚢癌。胆摘・リンパ節郭清・肝管空腸吻合施行。Stage III。根治度C (pHM₂)。経過観察中。

4例のうち2例で進行胆嚢癌 (stage III) を発症していた。2例では総胆管嚢腫をみとめ、分流手術 (胆嚢摘出・肝外胆管切除・再建) を行った。膵・胆管合流異常はとくに症状なく、他の病変の精査で偶然発見されることが多い。合流異常の胆道癌発生率は一般の胆道癌に比べて5～35倍高い。なかでも胆嚢癌の発生が高い。合流異常に対しては手術をふくめた治療をすすめている。

13. CA19-9が高値を示した胆嚢腺筋症の1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

慶應義塾大学医学部外科

田辺 稔、北島政樹

慶應義塾大学医学部病理

池田栄二

[はじめに] CA19-9は肝胆膵悪性疾患に上昇が認められる腫瘍マーカーの一つである。今回、胆嚢良性疾患である胆嚢腺筋症においてCA19-9高値が認められたので報告する。

[症例] 43歳。女性。婦人科にて右卵巣腫瘍でフォローアップ中、CA19-9が155 (平成17年5月6日) (正常値37未満) と高値を示し、精査目的にて外科受診した。上腹部超音波検査では胆嚢底部に壁の肥厚が認められ腫瘤性病変が疑われた。CA19-9は183 (6月27日) と増加傾向が見られた。腹部CT検査では胆嚢底部に壁肥厚が認められ、また、頸部には壁に結石と思われる小粒状石灰化が認められ、胆嚢腺筋症が疑われた。ダイナミックCTにおいては明らかな悪性所見は認められなかった。MRI (MRCP) 検査では胆嚢底部型腺筋症が疑われた。肝内胆管を含めた胆道系、膵管には異常な所見は認められなかった。造影MRIでは胆嚢底部のRASの拡張と壁肥厚が認められ、胆嚢の長軸断で底部に線上の内腔がT2Wで高信号として同定されることから胆嚢腺筋症が強く示唆された。腹部超音波再検査では胆嚢頸部に限局する壁肥厚とコメットサインが見られたが悪性を示唆する

所見は認められず胆嚢腺筋症の診断であった。以上からCA19-9高値の増加傾向が認められるが (CA19-9は265.9 (8月8日)) 画像診断から悪性を示唆する所見が乏しく、胆嚢腺筋症が疑われることから、8月30日腹腔鏡下胆嚢摘出術施行した。術中迅速病理診断にて悪性所見は認められず、胆嚢腺筋症と診断された。CA19-9は第6病日に135と減少していた。術後経過は良好で第7病日退院した。永久標本による病理診断では主として胆嚢底部に肥厚した壁内、特に漿膜下層に内腔の拡張した腺管が認められたが、腺管上皮には異型は認められず胆嚢腺筋症の所見であった。CA19-9に対する免疫組織検査では陽性であった。

[考察] CA19-9と良性胆道疾患についてはCA19-9の上昇と急性胆嚢炎との関連性、胆嚢癌における背景胆嚢粘膜にCA19-9が強陽性であったとの報告が認められる。一方、本症例のような胆嚢腺筋症とCA19-9の関連性については報告がない。今後、これらの関連性について臨床病理学的検討が必要であると思われる。

14. 肝部分切除マウスモデルにおける血中アンモニア濃度上昇のメカニズム -TJ-48投与による抑制効果-

東京電力病院外科

栗原直人

慶應義塾大学医学部漢方医学講座

戸田雄大、築地謙治、渡辺陽子、

石毛 敦、渡辺賢治

星薬科大学薬学部

杉山 清

株式会社ツムラ 中央研究所

三浦尚子、山本雅浩

済生会中央病院外科

今津嘉宏

[目的] 高アンモニア血症は肝機能障害を有する患者の肝におけるアンモニア代謝の機能低下が主な原因であると考えられている。血中アンモニア (NH₃) 濃度はアミノ酸代謝、腸内のアンモニア産生菌の活動、肝におけるNH₃代謝のバランスにより成り立つ。今回、肝部分切除マウスモデルにおける血中NH₃値の変化および腸内細菌の変動、更にTJ-48投与による血中NH₃上昇抑制効果について検討した。

[方法] 7週齢、雄のBALB/cマウスを用いて、肝部分切除 (以下、肝切) (約25-30%) を施行した。Sham群 (n=6)、肝切群 (n=6)、肝切+TJ-48投与群 (n=6) に分け、術前、術後の血中NH₃濃度を経時的に測定した。肝機能評価はGOT、GPT、TBにより比較した。各群間の腸内細菌の変動をT-RFLP (Terminal Restriction Fragment Length Polymorphism) 法を用いて比較した。

[結果] 血中NH₃値はSham群と比較して肝切群において術後3日目をピークとする有意な上昇が認められた。肝切+TJ-48投与群では肝切群と比較して血中NH₃値の上昇を抑制した (171.5±7.9vs101.5±5.6, p<0.01)。肝切による

肝機能障害については、肝切群、肝切+TJ-48投与群間で差は認められなかった。T-RFLP法を用いた検討では、肝切群ではSham群と比較して腸内細菌の変動が認められたが、肝切+TJ-48投与群ではこれらの変動が抑制された。

【考察】①肝切後の血中NH₃値の上昇がTJ-48投与により抑制されたこと、②肝切後の腸内細菌の変化はTJ-48投与により抑制されたこと、③肝切後の肝機能障害にはTJ-48投与の影響が少ないことから、肝切が腸内細菌に影響を及ぼすことで血中NH₃濃度の上昇を惹起し、この変化をTJ-48投与が抑制する可能性が示唆された。今後、変化が認められた腸内細菌の同定、ウレアーゼ活性の有無、TJ-48の腸内細菌に与える機序について更なる検討が必要であると思われる。

15. 特異な形態を呈した脾動脈瘤の1例

慶應義塾大学外科

和多田 晋, 松本賢治, 小野滋司,
服部俊昭, 松原健太郎, 尾原秀明,
北島政樹

【目的】脾動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の中では、最も頻度の高い疾患であるが、今回われわれは、特異的な形態を呈した脾動脈瘤の1例を経験したので報告する。

【症例】64歳、男性。2005年7月頃より右下腹部痛を認め、近医で施行したCT検査にて脾動脈瘤を指摘され、治療目的に当院紹介となった。右下腹部痛はその後自然軽快した。瘤は脾動脈中樞から末梢へとそれぞれ径10mm、40mm、20mmと3個認め、最大径40mmの瘤は八つ頭状の形態を示した。今後、破裂の危険性が高いと判断し、手術目的で2005年9月20日に入院となった。

【入院後経過】2005年9月28日、開腹手術を施行した。瘤周囲は炎症性癒着が著しく、脾動脈は蛇行し石灰化した瘤を認めた。手術は、脾臓摘出術、脾動脈瘤空置術を施行した。脾動脈よりの分枝は、瘤を開窓して処理した。

【考察】脾動脈瘤の原因としては、動脈硬化性や脾炎に伴うもの、妊娠中に発生するものなどが知られている。本症例では、飲酒歴とアルコール性肝炎の既往があったが、術中所見および臨床検査上脾炎の所見は認められず、動脈硬化性の瘤が疑われた。本症例のように、特異な形態を呈した脾動脈瘤の報告は稀であり、若干の文献的考察を加え報告した。

16. 小腸穿孔をきたした壊死性血管炎の2例

北里研究所病院外科

加藤雄治, 金田宗久, 首村智久,
大作昌義, 浅沼史樹, 上里一雄,
山田好則, 宮川 健

北里研究所病院病理

森永正二郎

小腸穿孔による腹膜炎をきたし、小腸切除を施行した壊死性血管炎の2例を報告する。

【症例1】26歳男性、3歳時川崎病既往あり、2005年3月頃より下腹部痛を認めたが、腹部エコー、CT、注腸等異常所見なく原因不明であった。8月5日強度の下腹部痛、腹膜刺激症状にて入院し、虫垂炎の診断で開腹術施行した。腹腔内に黄色混濁した浸出液あり、虫垂切除後、腹腔内精査し、回腸末端より60cm口側に小腸の全周性の狭窄、さらに60cm口側に小穿孔を認め、2ヶ所の小腸切除を行った。病理にて小腸内腔にみられた潰瘍周辺の漿膜下や粘膜下の筋性動脈に好中球やリンパ球の浸潤とフィブリノイド壊死を認め、壊死性血管炎と診断した。血清学的にはANCA陰性で、ANA80倍陽性以外に特記すべき所見は認めなかった。術後経過は良好で一旦退院したが、1ヶ月後に軽い腹痛で入院した際の腹部血管造影にて、小腸から大腸にかけて広範な末梢動脈の瘤形成と狭窄を認めた。

【症例2】39歳男性、36歳時に大腸穿孔にて右半結腸切除の既往あり、1998年6月より便秘傾向を認め、6月12日腹痛が出現し次第に増強したため入院した。レントゲン上 free air を認め消化管穿孔による腹膜炎の診断にて開腹術施行した。トライツから約30cmの小腸に穿孔を認め、近傍の小腸は循環不全を伴い、一部は壊死しており、病変部位を含め小腸を約1.5m切除した。病理は、腸間膜や粘膜下層の主として動脈に器質性血栓および新鮮血栓を認め、一部に壊死性血管炎の像を認めた。血清学的にはANCA陰性で凝固系異常も認めなかった。術後経過は良好であったが、四肢末端の壊死、冠動脈造影にて左前下行枝の狭窄と鈍縁枝の完全閉塞、肺血流シンチにて肺血栓塞栓症の所見等が認められた。内科にて多発性血管炎重複症候群として、ステロイド、免疫抑制剤等の治療を行い外来通院していたが、2005年3月気管内血性痰貯留による窒息のため死亡した。

【考察】壊死性血管炎に伴う消化器症状は中小動脈の血管炎による虚血が原因といわれ、外科的治療の後は原疾患の診断と病状に応じた治療が必要と考えられた。

座長のまとめ—学術講演(III)(11~16)

川崎市立井田病院外科
山高浩一

本セッションでは、肝・胆・膵関連4題と、血管2題の発表がありました。

「11：膵・胆管合流異常に中腸回転異常と輪状膵を合併した1例」では、まれな3つの先天異常を合併した、本邦初の症例を報告されました。「12：膵・胆管合流異常の4例の経験」では、4例とも総胆管拡張例で、膵・胆管合流異常は胆道癌のリスクが高く、無症状でも胆摘と分流手術が必要であると報告されました。総胆管非拡張例においては、胆管癌の頻度が少なく、胆摘術だけでよいとする意見もありますが、非拡張型合流異常の術式については、未だ議論の残るところであります。

「13：CA19-9が高値を示した胆嚢腺筋症の1症例」では、画像上、胆嚢腺筋症の診断であったが、CA19-9

が 265 まで増加したため腹腔鏡下手術を施行した症例を報告されました。術後の CA 19-9 は、術前の約半分まで減少したものの、正常値までは減少せず、これには卵巣腫瘍の存在が関与しているものと思われました。「14: 肝部分切除マウスモデルにおける血中アンモニア濃度上昇のメカニズム-TJ-48 投与による抑制効果一」では、肝切除が腸内細菌に影響を及ぼすことにより高アンモニア血症がおり、TJ-48 は、その腸内細菌の変動を抑制することにより血中アンモニア濃度を下げると報告されました。TJ-48 の新たな効果を含め、今後の研究成果が期待されます。「15: 特異な形態を呈した脾動脈瘤の 1 例」では、八つ頭状の形態を示した脾動脈瘤に対する手術症例を報告されました。この症例では、脾門部の動脈瘤が脾に接していたため脾摘を余儀なくされましたが、脾臓との距離が十分あれば、脾動脈を切除しても短胃動脈からの血流により脾臓を温存できると述べられました。「16: 小腸穿孔をきたした壊死性血管炎の 2 例」では、小腸切除術後の経過は良好でしたが、原疾患に予後不良な全身性の血管炎が存在するため、ステロイドや免疫抑制剤の継続治療が必要であると報告されました。以上の興味深い演題に対し、フロアから多数のご質問、ご意見をいただき、有意義なセッションとなりました。

17. 外科的治療が奏効した Cronkhite-Canada 症候群の 1 例

国立病院機構霞ヶ浦医療センター外科

井澤菜緒子, 矢野和仁, 壁島康郎,
戸泉 篤, 田村洋一郎, 影山隆久

今回我々は外科的治療が奏効した Cronkhite-Canada 症候群の一例を経験したので報告する。

症例は 50 歳、女性、家族歴、既往歴に特記事項なし。2002 年 12 月中旬より腹痛、食欲低下、味覚異常が出現し、当院内科を受診。以後通院となった。翌年 1 月より両手指の皮膚色素沈着、爪甲萎縮、舌炎を自覚。また同時期より下痢、倦怠感および 2 ヶ月間で約 10 kg の体重減少を認め、3 月に入院となった。下部消化管内視鏡検査で大腸にびまん性ポリポーシスを認め、Cronkhite-Canada 症候群と診断した。高カロリー輸液により症状は改善し、同年 4 月退院となった。

以後外来で経過観察していたが、2003 年 5 月頃より徐々に血清アルブミン値が低下、2.3 g/dl となり、下痢と浮腫も出現したため 2004 年 2 月から 7 月まで高カロリー輸液、副腎皮質ホルモンによる入院治療を行った。同年 11 月に再び低アルブミン血症 (2.1 g/dl) と下痢の増悪を認めたため入院となった。保存的治療を施行するも改善を認めず、次第にイレウス症状を呈し始めた。下部消化管検査を施行し、回腸から上行結腸にかけて広範な多発性顆粒状隆起と回腸末端部の閉塞を認めた。同部の生検では Hyperplastic glands with edematous inflammatory stroma の診断であった。イレウス症状改善を目的とし、2005 年 2 月、腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した。切除標本では回腸に約 25 cm に

及ぶ炎症性ポリープと高度な浮腫を認めた。病理組織検査では Inflammatory polyps の診断であった。また、盲腸には早期癌の合併が認められた。

術後の経口摂取は良好で、7POD の血清アルブミン値は 3.3 g/dl に改善し、2POM には 4.4 g/dl と著明に改善した。また、体重は増加し、下痢、色素沈着、脱毛、爪甲萎縮はいずれも治癒した。

内科的治療抵抗性 Cronkhite-Canada 症候群に対し、外科的切除が有力な治療法である可能性が示唆された。

18. 外傷性腸間膜損傷により小腸壊死をきたした 1 例 平塚市民病院外科

西 知彦, 金井歳雄, 坂田道生,
高林 司, 中川基人

症例: 42 歳男。飲酒後にバイクを運転中、停車しているトラックに衝突し当院救急外来搬送された。来院時、vital は安定、意識レベルは GCS12 点 (E3V3M6) であり、左側頭部痛、左胸部痛、左肩関節痛を訴えるも腹部は平坦かつ軟、自発痛、圧痛は意識障害があるため明らかではなかった。頭部 X 線写真で頭蓋骨骨折、頭部 CT で急性硬膜外血腫および外傷性くも膜下出血を認めたため脳外科に入院した。受傷後 12 時間後に 38 度の発熱を認め、受傷後 36 時間後より腹痛を訴え始めた。受傷 60 時間後筋性防御および反跳痛認め、腹部 X 線写真で niveau、腹部 CT 上腹水の所見を認めたため、腹膜炎の疑いで外科転科し開腹手術を行った。開腹所見では腹腔内出血約 100 ml を認め、回腸間膜の一部が断裂していた。その支配域である回盲部より口側約 110 cm の部位に約 40 cm にわたる回腸壊死が認められた。穿孔は認められなかった。壊死部回腸切除術および洗浄ドレナージ術を施行した。切除標本の病理組織学的所見では、回腸の全周性の壊死が認められ、日本外傷学会消化管損傷分類Ⅲa (A,VI) と診断した。術後経過は良好で、頭部外傷も保存的に軽快し、術後第 18 日に退院した。本症例では、アルコール飲酒、頭部外傷、他の部位の疼痛により来院時腹痛を訴えず、また、腸管の穿孔がなく、栄養動脈の末梢分枝の損傷であり出血量が多量ではないために急性期に症状がなかったが、外傷性腸間膜損傷によって小腸血流障害が生じたために遅発性に小腸壊死が引き起こされたと考えられた。腸間膜損傷後に開腹手術が必要となる病態として、急性期の出血、亜急性期の腸管壊死、遅発性の腸管狭窄の 3 つがあるが、腸間膜損傷による亜急性期の腸管壊死は稀であり、検索しえた限りでは自験例を含めて 6 例の本邦論文報告例があった。多発外傷例では、亜急性期に発症する本症例も念頭に置いて診療することが重要と考えられた。

19. Von Recklinghausen 病に合併した gastrointestinal stromal tumor の1例

独立行政法人国立病院機構栃木病院外科

五十嵐高広, 赤津友佳子, 橋本健夫,
田村明彦, 森 光生, 勝又貴夫,
山崎 晋

同内科

上原慶太

今回われわれは腹腔内腫瘍, 敗血症の診断にて開腹手術施行し, 病理組織学的検査により GIST と診断した von Recklinghausen 病患者の1例を経験したので報告する。

【症例】65歳男性, 全身倦怠感を主訴に来院し, 血液検査にて白血球 29,000, Hb7.0, CRP9.57 と著明な炎症と貧血を認め緊急入院した。既往歴, 家族歴に von Recklinghausen 病を指摘されていた。入院後の腹部 CT 検査にて臍前面に不均一に造影される最大径 9 cm の腫瘍性病変を認め, その内部は気泡を含む low density area であったことより腹腔内腫瘍と診断した。上部, 下部消化管内視鏡では腫瘍性病変, 壁外性圧迫像を認めなかった。腹腔内腫瘍, 敗血症の診断で緊急開腹手術施行し, 術中所見により Treitz 靱帯近傍の空腸由来の腫瘍と診断した。肛門側の空腸にも小結節を数個認め, 腫瘍切除, 小腸部分切除施行した。他の腹腔内臓器には腫瘍を認めなかった。腫瘍は肉眼的に充実性病変であり, 内部は壊死して腫瘍を形成し, 小腸と交通していた。病理標本では, 腫瘍は筋層に連続して増殖しており, 紡錘形の腫瘍細胞が種々の方向に交錯していた。免疫染色にて c-kit, CD34 とともに陽性であり, GIST と診断した。核分裂像を 10 視野に 2 個認め, 大きさ, 壊死空洞の存在からも悪性と判断した。現在術後 8 ヶ月経過し, 遠隔転移を認めていない。

【考察】Von Recklinghausen 病に合併した GIST の報告例は自験例を含め 20 例であり, 多発例, 悪性例, 小腸発生例が多く見られた。その病態については不明な点が多く, 更なる症例の集積が望まれる。

20. 腸閉塞を来した虫垂原発内分泌細胞癌の1例

東京歯科大学市川総合病院外科

戸張正一, 青木成史, 正村 滋,
佐藤道夫, 小川信二, 原田裕久,
宮田量平, 安藤暢敏

同臨床検査科

宮内 潤

腸閉塞を契機に発見した, 虫垂原発内分泌細胞癌の1例を経験したので報告する。症例は62歳の女性, 主訴は腹痛・嘔吐。画像診断にて, 上行結腸まで進展する盲腸癌に起因する腸閉塞, 上腸間膜リンパ節および大動脈周囲リンパ節転移陽性と診断し, イレウスチューブ留置による腸閉塞症状の改善後, 右結腸切除術を施行した。病理組織学的検査では, 腫

瘍は虫垂を主座とし, 盲腸から回盲弁部にかけて粘膜下を浸潤していた。このため腸閉塞を来したと考えられた。深達度 ss, n (+), stage IV。腫瘍は一部に腺腔形成や粘液癌の像も認められたが, 全体的には分化傾向の極めて乏しい, シート状増殖を示し, 特殊染色の結果も併せて内分泌細胞癌と診断した。術後8か月に多発肝転移, 腹膜播種により死亡した。虫垂原発内分泌細胞癌はこれまでに本邦では1例の報告をみるのみであり, また腸閉塞症状を来す虫垂癌もまれである。

21. 9回手術施行した後腹膜脂肪肉腫の一例

けいゆう病院外科

藤村直樹, 嶋田昌彦, 森岡 徹,
松山正浩, 関 博章, 吉津 晃,
安井信隆, 松本秀年, 石川廣記

同病理

里 梯子

目的:後腹膜脂肪肉腫は比較的稀な疾患だが, 悪性後腹膜腫瘍の中で最も多く, 10~20%を占める。治療には外科的切除しかないが, 後腹膜は surgical margin がとりにくく, 局所再発のコントロールが困難となることが多い。また予後は組織型により, 大きく異なる。今回我々は長期経過をたどり, 16年間に9回手術施行することとなった後腹膜脂肪肉腫の一例を経験したので, その病理組織学的特徴をふまえて報告する。

対象及び方法:症例は51歳, 女性。1989年1月13日卵巣癌の診断にて産婦人科にて手術中, 後腹膜腫瘍と判明し, 外科依頼となった。外科にてそのまま腫瘍摘出術を行い, 病理にて liposarcoma と診断された。その後, 局所再発を繰り返し, 1989年1月13日から2005年4月28日までに計8回の手術を行った。しかし2005年9月のCTにて臍頭部背側を中心に再び再発を認め, 10月頃より急激に腹満が強くなったため, 10月27日に9回目の手術を施行した。

結果:術式は腫瘍摘出術+空腸合併切除で, 切除腫瘍総重量は930gであった。術後一時的に麻痺性イレウスと創感染を認めたが, 保存的に改善し, 11月24日軽快退院となった。

考察及び結論:本症例は16年間で9回の手術を行ったが, 経過とともに粘液型が主体で, 高分化型が混在している組織像から徐々に悪性度が増し, 2005年4月には脱分化型が出現した。脱分化型の5年生存率は28%と報告されており, 今回の手術でも, より脱分化型の組織が占める割合が増加しており, 今後予後が厳しいことが予想され, 長期経過をたどる脂肪肉腫の症例では, その組織型の変化に十分な注意が必要と思われる。

22. 切除不能・再発大腸癌に対する UFT/LV+CPT-11 の併用第 1 相試験 (KODK7 中間報告)

慶應義塾大学外科

石川真未, 長谷川博俊, 西堀英樹,
石井良幸, 遠藤高志, 岡林剛史,
鶴田雅士, 北島政樹

われわれは切除不能・再発大腸癌に対する UFT/LV+CPT-11 併用時の CPT-11 の最大耐量 (MTD), 推奨用量 (RD) の推定を行う目的で, 併用第 1 相試験 (KODK7) を行った。対象は PS0-1, 75 歳以下の切除不能・再発大腸癌症例とした。UFT/LV の投与量は本療法の推奨用量である UFT 300 mg/m², LV 75mg/body/day (分 3) を 3 週投与 1 週休薬とし, CPT-11 は第 1 日目および第 15 日目に 90 分で点滴投与した。CPT-11 の開始用量を 60 mg/m²として, 20 mg/m²ずつ増量する計画とした (Level 0,1,2,3,4 : 40, 60, 80, 100, 120 mg/m²)。第 1 コースにおける Grade 4 の血液学的毒性または Grade 3 以上の非血液毒性を DLT と規定し試験を行った。Level 1,2 に 6 例ずつ Level 3 に 3 例の登録を行った。Level 1 において 1 例の DLT (肺塞栓), Level 2 においても 1 例の DLT (下痢) を認めたがいずれも MTD に達しておらず現在 Level 4 に症例を追加している。Level 1 に 1 例の PR, Level 2 に 2 例の PR, Level 3 に 1 例の PR を認め, 本療法は切除不能・再発大腸癌に対する有望な化学療法となりうると考えられた。

23. SSI に対する創縁保護ドレープの有用性に関する検討
足利赤十字病院外科

入野誠之, 大山隆史, 藤崎真人,
高橋孝行, 平畑 忍, 前田 大,
戸倉英之, 花田英崇, 佐野真規

【目的】手術部位感染 (Surgical Site Infection : SSI) の発症には様々な危険因子が関与し, 一度発症すると 2.3 週間の入院期間の延長をもたらす患者の QOL は著しく損なわれる。今回, 我々は術中に創縁保護ドレープを使用し, SSI 発症に対する有用性を検討した。

【対象および方法】平成 15 年 6 月から平成 16 年 12 月までに当院で施行された開腹手術症例 342 例を対象として, 手術創汚染度により準清潔群, 汚染群及び不潔群の 3 群に分類した。準清潔群は予定手術症例で, 上部消化管手術 117 例, 下部消化管手術 144 例であった。汚染群, 不潔群はいずれも緊急手術症例で, 前者は穿孔を伴わない虫垂炎 63 例, 後者は消化管穿孔 10 例, 虫垂炎穿孔 8 例であった。SSI の診断は CDC ガイドラインに基づき行い, 各カテゴリーにおける創縁保護ドレープの使用の有無と SSI 発症の関係を統計学的に比較検討した。

【結果】手術創汚染群では創縁保護ドレープ使用により SSI 発症は有意に低かった ($p < 0.05$, χ^2 検定)。しかし準清潔群及び不潔群では統計学的有意差は認められず, 手術部位

別検討においても上部, 下部消化管ともに有意差は認められなかった。

【考察および結論】創縁保護ドレープを使用することにより, 穿孔に至っていない急性虫垂炎などの汚染手術症例においては, SSI 発症のリスクを軽減することができると考えられた。しかしながら, 予定の消化管手術や既に感染が成立している症例においては, 直接的な創汚染よりも, その他の因子が SSI 発症に関与していることが示唆された。

24. 術前化学療法後乳房温療法症例の検討

慶應義塾大学外科

高橋洋子, 神野浩光, 菅家大介,
嶋田俊之, 高橋麻衣子, 高山 伸,
池田 正, 北島政樹

同病理診断部

向井萬起男

(背景および目的) 術前化学療法の利点として, 乳房温存率の上昇が挙げられるが, 上昇率は数%である。そこで今回, 術前化学療法後に乳房温存術を施行した症例の特徴を乳房切除術例と比較検討した。

(対象と方法) 1998 年 6 月から 2005 年 10 月の間に当院において術前化学療法後に手術を施行した腫瘍径 3 cm 以上, N0-3 の原発性乳癌患者 128 例を

対象とした。用いたレジメンは weekly paclitaxel : paclitaxel 80 mg/m² を 12 サイクル, docetaxel/CA : docetaxel 60 mg/m² を day 1 に cyclophosphamide 500 mg/m² と doxorubicin 50 mg/m² を day 22 に投与し 6 週間毎 2 サイクル, docetaxel/5'-DFUR : docetaxel 60 mg/m² を day 1 に投与し 5'-DFUR 800 mg/m² を day 1 から 15 まで内服を 3 週間毎 4 サイクルの 3 レジメンであった。

(結果) 128 例全体における奏効率は 68.8% (88 例) であり, 48 例 (37.5%) に乳房温存術が施行可能であった。レジメン別に検討すると docetaxel/5'-DFUR 群において奏効率, 乳房温存率ともに高かった。乳房温存群と乳房切除群を比較したところ温存群では化学療法前後とも有意に腫瘍径が小さく, 奏効例が多かったが, 他の臨床病理学的因子には差を認めなかった。

(結語) 術前化学療法による乳房温存術施行可能性に関する予測因子は腫瘍径と奏効率のみであった。

座長のまとめ—学術講演 (IV) (17 ~ 24)

けいゆう病院外科

安井信隆

演題 17 病巣部の外科的切除により症状の改善した Cronkhite-Canada 症候群の 1 例が報告された。本疾患のほとんどは内科的治療により症状の改善が期待できるが, 外科的切除を選択する場合の適応基準が議論された。

演第 18 交通事故後に遅発性に小腸壊死をきたした外傷

性腸管膜損傷の1例が報告された。血行障害により小腸壊死きたす場合には受傷時に腹部症状の訴えが強くなく、診断の難しさが確認された。

演題 19 Von Recklinghausen 病に合併した GIST の1例が報告された。Von Recklinghausen 病に消化管の神経原性腫瘍が合併することはよく知られているが、近年 GIST の疾患概念が広まり、神経原性腫瘍とされていたものが GIST と診断され、同様の症例報告が最近になり増加している。

演題 20 非常に稀な虫垂原発内分泌細胞癌の1例が報告された。予後が非常に不良で、化学療法にも効果がほとんど認められないことから、治療の難しさが議論された。

演題 21 16年の間に9回手術を施行した後腹膜脂肪肉腫の症例が報告された。繰り返す再発巣の組織像が、次第に脱

分化していく過程が提示され、このような症例は予後が不良なことが報告された。

演題 22 慶應義塾大学外科学教室の腸癌により、切除不能・再発大腸癌に対する UFT/LV+CPT-11 療法の第 I 相試験の成績と今後の展望が報告された。

演題 23 術後の入院期間延長の原因として注目されている SSI に対する予防法は様々な報告がされているが、本演題では創縁保護シートの有用性が検討された。会場からは費用対効果などについての追加検討の要望もあった。

演題 24 慶應義塾大学外科学教室の乳腺癌により、術前化学療法後の乳房温存手術の施行率が報告された。術前化学療法の施行により乳房温存療法が可能となる予測因子が提示された。