慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	第30回慶應外科フォーラム総会
Sub Title	
Author	
Publisher	慶應医学会
Publication year	2007
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.84, No.3 (2007. 9) ,p.184- 194
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=AN00069296-20070900-0184

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30回慶應外科フォーラム総会

日　時　　平成19年1月27日（土）13時～18時00分
場　所　　東京商工会議所　7F　国際会議場
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
13：15～14：11	学術講演（Ⅰ）1～8	座長　河地　茂行
14：11～14：39	学術講演（Ⅱ）9～12	座長　坂田　道生
14：39～14：50	－休　憩－	
14：50～15：32	学術講演（Ⅲ）13～18	座長　中川　基人
15：32～16：14	学術講演（Ⅳ）19～24	座長　栗原　直人
16：14～16：30	－休　憩－	
16：30～17：30	特別講演 『肝臓：臓器から細胞の移植へ』 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 病態解析・制御学講座　移植・消化器外科　教授　兼松隆之	司会　北島　政樹
17：35～17：45	前田賞授与式	
17：45～	閉会の辞	会長　北島　政樹

1．切除不能進行膵・胆道癌に対するGemcitabine・S-1併用療法

日野市立病院外科
八木　洋，森　克昭，藤田晃司，
森末　淳，菊永裕行

【目的】

切除不能進行膵・胆道癌に対するGemcitabine・S-1併用療法の治療効果を検討する．

【対象および方法】

2003年4月から2005年12月までに当院で切除不能進行膵・胆道癌と診断された9例を対象とし，観察期間は3～35ヶ月（中央値8か月）であった．うち分けは膵癌7例・肝内胆管癌1例・胆嚢癌1例で，男性5例・女性4例，年齢は52～76歳（平均64.3歳）であった．診断は局所進行癌が5例，肝転移が4例であった．Gemcitabine投与量は1000 mg/bodyまたは1000 mg/m^{2}で，投与方法は3投1休または隔週で行い，S-1投与量は50 mg/body～100 mg/bodyで，投与方法は2週投与2週休薬～4週投与2週休薬で行った．また肝内胆管癌の1例は治療開始後38 GyのRadiationを併用した．治療中に副作用にて投与量を変更した症例は4例でGrade 3の血小板減少を1例に，Grade 3の白血球減少を1例に，Grade 2の食欲低下を2例にそれぞれ認めた．

【結果】

7例で腫瘍マーカーの改善を認め，うち2例で画像上明らかな腫瘍縮小効果を認めたため，膵癌1例に対しては治療開始14ヶ月後に切除可能となった．生存期間は最短3ヶ月～最長35ヶ月，生存期間中央値は8ヶ月であった．4例が現在も治療継続中である．

【考察および結論】

Gemcitabin・S-1併用療法は切除不能進行膵・胆道癌に対して腫瘍縮小効果及び腫瘍マーカーの改善効果を認め，重大な副作用を認めなかった．今後切除不能進行膵・胆道癌に対する治療選択肢の一つとして有用である可能性が示唆された．

2．腹腔鏡併用肝右葉切除を施行した大腸癌多発肝転移の一例

永寿総合病院外科
板野　理，千葉斉一，大島　剛，
石川秀樹，小山恭正，宮北　誠
東海大学東京病院外科
松井英男

当院では肝授動を鏡視下で行うことで大きな開腹創が不要になるとの考えより，1．腫瘍径10 cm以下，2．胆管切除やリンパ節郭清を伴わない，3．多臓器浸潤がない症例に対して腹腔鏡補助下の肝切除を標準としている．今回，腹腔鏡併用肝右葉切除を施行した大腸癌多発肝転移の一例を報告する．症例は63歳男性．平成17年11月にS状結腸癌穿孔に対しハルトマン手術が行われ，本年2月より肝転移が指摘された．半年の経過観察にて肝右葉に計3個の転移が認められ，8月18日，手術が施行された．右季肋下に約10 cmの小切開を置き，まず肝門部処理と肝頭側の剥離を行った．腹腔鏡下に右葉を後腹膜より脱転，短肝静脈の処理を行った．下大静脈前面にセーラムサンプチューブを通し，hanging maneuverを用いた前方アプローチにて小切開創より肝離断を行い，右肝管及び肝静脈を自動縫合器にて処理した．手術時間541分，出血量700 gであった．

3．進行・再発肝癌に対するcombined chemotherapy and surgery

共済立川病院外科
加藤悠太郎，平田　玲，松原健太郎，
服部裕昭，秋山芳伸，山本達也，
鈴木文雄，大高　均
東京電力病院外科
露木　晃

［背景］ 進行・再発肝癌に対する治療戦略は多様化している．同肝癌症例に対する，肝動注療法（HAIC）を中心とした化学療法と外科的切除・ablationを組み合わせた治療の経験を報告する．

［対象］ 全体でHAIC（5FU＋CDDP）を10例，全身化学療法を2例に施行．症例の内訳は以下．(1)初回切除不能肝癌に対するNeoadjuvant chemotherapy．全例同時性多発肝転移（H 3）で原発は大腸癌4例（HAIC 2例，FOLFOX施行後HAIC 1例，TS-1内服1例），乳頭部癌1例（HAIC）．(2)Adjuvant chemotherapy．Vp4HCC切除後にHAIC．(3)原発巣根治切除後多発肝内再発例に対するSalvage chemotherapy（胆管癌1例，乳頭部癌1例，HCC 3例；全例HAIC）．

［結果］ (1)大腸癌肝転移4例中HAICのみの2例でPR．うち1例は切除可能となった（切除後7ヶ月無再発生存中）．1例では肝転移巣は切除可能となったが腹膜播種合併のため，非切除とした（担癌2ヶ月生存中）．FOLFOX後HAICの1例はPDにて切除不能（1年癌死）．TS-1投与の1例はPRで切除可能となった（術後3ヶ月無再発生存中）．乳頭部癌症例では肝転移巣はPRで，局所再発も認め，膵頭十二指腸切除＋肝切除施行したが，術後6ヶ月癌死．(2)術後2年無再発生存中．(3)胆管癌肝転移症例はHAICにてCRとなったが，HAIC開始より15ヶ月で肺・腹膜再発死亡．乳頭部癌症例は術後1年目の多発肝転移に対してHAIC，RFA，肝切除により8年無再発生存中．HCCの1例は2回切除後の多発肝内再発に対してRFA＋HAIC施行し，肝転移はCRとなったが，初回術後6年で癌死．他のHCC症例では切除後2ヶ月で肝再発し，TAEにて制御不良のためHAIC施行．PRを得て残存肝再発巣を切除し，6ヶ月無再発生存中．HCCのもう1例は巨大sarcomatoid HCC切除後1ヶ月で

残肝再発し，HAIC 施行中．

［考察］ 進行・再発肝癌でも HAIC を中心とした補助化学療法が原発臓器を問わず有効な症例が存在し，外科的治療の補助手段となり得る．しかしその適応，プロトコール，タイミング，治療期間，肝外再発の制御など解決すべき問題は多い．

4．Docetaxel が奏功した中下部胆管癌（早期胃癌合併）肺転移・リンパ節転移の1例

伊勢原協同病院　外科
篠田政幸，西岡道人，横山剛義，
柏木浩暢，飯尾　宏，中安邦夫，
別所　隆

中下部胆管癌（早期胃癌合併）術後の肺・リンパ節転移に対し，docetaxel（以下 TXT）が有効であった1例を経験したので報告する．

【症例】 67歳，女性．

【現病歴】 黄疸で発症し，中下部胆管癌の診断で平成13年9月膵頭十二指腸切除を受けた．胃幽門部大弯に早期胃癌（IIc）を併発していた．組織型および深達度は，胆管癌が中分化型腺癌（ss），胃癌が印環細胞癌＋低分化型腺癌（sm1）であった．リンパ節転移は，12，13，14，16a2，17 に中分化型腺癌の転移を認めた．病期はそれぞれ stage IVa と Ia であった．術後化学療法として TS-1（80 mg）を投与したが食欲低下の副作用のため中止し，経過観察のみを行っていた．術後2年11ヶ月目の腹部 CT スキャンにて傍大動脈リンパ節の腫脹と CA19-9 値の上昇が認められ，再発を疑い TS-1 内服を再開した．3年3ヶ月目に両肺転移が出現し，TS-1 を継続し病勢の進行は緩徐であった．4年目に急激な左鎖骨上リンパ節の腫脹と両肺転移の増大をみた．そこで，胃癌に適用されている TS-1 を2週1休とし TXT 60 mg を3週毎に投与する方法に変更したところ，左鎖骨上リンパ節は TXT 投与後数日で著明に縮小した．肺転移も縮小し，CA19-9 値も減少した．倦怠感，食欲低下が強かったため，3回目より TS-1 投与を中止しつつ TXT のみの投与を継続し，6回投与した時点で，患者からの希望で治療を中止した．2ヵ月後再び肺転移の増悪と CA19-9 値の上昇がみられたため TXT を再開．再度，腫瘍の縮小と CA19-9 値の低下を認めた．術後5年1ヶ月目の現在，両側胸水貯留があり，傍大動脈リンパ節転移が増大しているが外来通院中である．

【考察】 本例は早期胃癌を併発していたが，臨床的には胆管癌再発症例と考える．TS-1 での治療中に出現した新病変の増悪に対し TXT が有効であった．TXT は保険診療上胃癌には適応があるものの胆管癌には適応はない．しかし本例のような有効例もあることから，今後の胆管癌再発例の治療選択上留意する意義があると考え報告する．

5．急性胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術の工夫
―術前 PTGBD，ENBD（double drainage tube）の有用性の検討

荻窪病院外科
新原正大，小島健司，赤津知孝，
村井信二

【目的】

急性胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術は，手術時期の選定や安全性の確保，腹腔鏡下手術完遂率の向上などまだまだ問題が多い．これまで我々は急性胆嚢炎に対し全例 PTGBD を挿入してきたが，最近では安全性を更に向上する目的で炎症が高度と判断された症例では術前に PTGBD，ENBD の両方（double drainage tube）を挿入するケースもある．今回この double drainage tube の有用性について検討した．

【対象および方法】

当院にて 2005 年5月から 2006 年9月の 17ヶ月に慢性胆嚢炎の急性増悪を含め急性胆嚢炎の診断にて腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した 23 例を対象とした．当院では急性胆嚢炎には必ず PTGBD を術前挿入し待機的に手術を施行しているため，術前 PTGBD のみ挿入した症例（A 群；n＝17）と PTGBD と ENBD にて double drainage した症例（B 群；n＝6）の2群について手術時間，出血量，胆道造影の有無，合併症の有無，病理診断の各項目に付き比較検討した．

【結果】

手術時間は A 群平均 145 分（50-282 分），B 群平均 161 分（119-222 分）であった．出血量は A 群 B 群とも中央値約 0 ml であった．術中胆道造影施行例は A 群で2例（11.8%），B 群で3例（50.0%）であった．合併症は A 群1例（5.9%）で胆道損傷し開腹へ移行したが，B 群で0例（0%）であった．病理学的に壊疽性胆嚢炎と診断した症例は A 群で 10 例（58.8%），B 群で6例（100%）であった．

【考察】

腹腔鏡下胆嚢摘出術を難しくする理由に(1)Calot 三角が固く剥離が困難であること，(2)剥離できた索状物が切離可能であるかどうかの判断に迷うことなどが挙げられる．(1)に対しては発症なるべく早期に PTGBD を挿入することが，(2)に対しては術中 ENBD 造影による解剖把握が重要であると考えている．

今回の検討において double drainage されていない症例（＝A 群）は，その理由として術前に炎症が比較的軽度，浮腫性胆嚢炎と診断された，あるいは挿入を試みたが ENBD が上手く留置できなかった等が挙げられる．当然 B 群は A 群よりも炎症高度であると考えられるが，これは病理結果からも裏付けられた．検討結果からは，炎症の強い B 群であるにもかかわらず術中 ENBD 造影することで精確な判断が迅速につくため，無駄な剥離を避け，安全性を担保しながら A 群に比し約1割増しの手術時間で手術が可能であったと考えられる．実際，合併症を認めたのは A 群の1例のみで，この症例は術前 ENBD 挿入を試みるも挿入できなかった症

例であった．

今回の検討から急性胆嚢炎に対しての double drainage の有用性が示唆され，かつ症例毎の double drainage tube の必要性の判断も妥当であったと考えられる．今後症例を重ね，double drainage tube 挿入の criteria を明らかにしていきたいと思っている．

6．高度進行肝細胞癌に対して IFN 併用肝動注化学療法が奏功した2例

公立福生病院外科
高原武志，五月女恵一，山内良兼，
平野敦史，長谷川小百合，仲丸　誠，
古川秋生，宮崎洋史，諸角強英

（目的）肝細胞化学療法における研究は，他の固形癌例えば大腸癌のような大規模なランダム化研究はなく，ほとんどが50例未満でランダム化されていないパイロット的研究が多いのが現状である．当院で施行した高度進行肝細胞癌に対して IFN 併用肝動注化学療法が奏功した2例を報告する．

（対象）症例1　55歳　男性　HCC（Vp3, HBV）
症例2　77歳　男性　HCC（H3, non-B non-C）

（結果）症例1は門脈腫瘍栓が縮小したため，CT 上門脈の patency の明らかな上昇がみられ，また肝門部の collateral vein もはっきりしなくなった．症例2は3ヵ月後の CT にて main tumor の size の縮小と tumor の個数の減少がみられ（画像上 PR），PIVKAII も正常化した．

（考察）肝予備能から外科的切除の適応がなく，門脈腫瘍栓があり TACE の適応からも外れる症例に対して IFN 併用肝動注化学療法が奏功した症例を経験した．また，肝細胞癌が肝両葉に多発している症例に対しても，血流改変を施行し IFN 併用肝動注化学療法が奏功した症例を経験し，こういった症例の場合にも TACE 以外の治療の選択肢になりうると考えた．

7．完全腹腔鏡下に肝後区域切除を施行した一例

多摩丘陵病院外科
白部多可史，尾曲健司，鶴田雅士，
清水芳政，今井達郎

腹腔鏡下胆嚢摘出術に端を発した消化器外科領域における腹腔鏡下手術は急速に適応が拡大されてきており，一部の施設では肝切除に対しても積極的に行われるようになってきている．しかし，完全腹腔鏡下に行われる肝切除の多くは部分切除でおり，区域切除や葉切除では開腹創を小さくするための補助下手術としての位置付けに留まっているのが現状である．われわれの施設では腹腔鏡下の肝外側区域切除 2001 年 11 月以来6例に施行し，最初の1例では小開腹を置いて肝切離を行ったが，2例目以降の5例は手術操作の全てを腹腔鏡下に行ない，恥骨直上の小開腹創より切除肝を摘出した．この経験を活かし，大腸癌の肝転移症例に対して，完全腹腔鏡下に後区域切除を施行したのでその実際の手技をビデオで供覧する．後区域切除の手技は3つのプロセスから成り立っている．1は肝門部において肝動脈および門脈の後区域枝を同定し結紮切離する操作，2は肝右葉を十分に授動するための膜の剥離操作，3は肝実質の切離操作である．2を行うために体位は左半側臥位として手術を開始したが，先に肝右葉を脱転してしまうと肝門部の操作が困難になるので，手順として1の操作から行った．総肝管の右側で肝動脈と門脈の後区域枝を同定し結紮切離する訳であるが，ポイントは胆嚢を胆嚢床より外すのではなく胆嚢管を切離して胆嚢の引き上げ操作でこの部位の視野を展開することである．2の操作では，われわれは剥離に超音波凝固切開装置を用いたが，道具の選択よりその道具を如何に使いこなす事が出来るかがポイントである．3に関してはわれわれも未だ安全で確実な手技を確立しているとは言い難く，新しい器具の開発を含め検討すべき問題が多く残されている．恐らく，完全腹腔鏡下に肝後区域切除を施行した報告はないと思われ，まだ問題点の多い手記であると考えるが，御意見・御批判を賜れれば幸いです．

8．当院で経験した膵 Solid-pseudopapillary tumor の2例

市川総合病院外科
代永和秀，宮田晁平，戸張正一，
青木成史，原田裕久，小川信二，
佐藤道夫，安藤暢敏

Solid-pseudopapillary tumor は若い女性に好発する稀な腫瘍である．以前は嚢胞性膵腫瘍（Solid and cystic tumor；SCT）として分類されていたが，異型の乏しい未熟細胞が偽乳頭状に増殖する特徴から，Solid-pseudopapillary tumor；SPT という病理学的診断名でよばれる．今回われわれは2例の経験をしたので，文献的考察とともに報告する．症例1は57歳女性．右上腹部腫瘤を自覚，ほか臨床症状なし．膵頭部腫瘍疑いにて外科受診し，膵内分泌腫瘍または SCT が疑われた．幽門側温存膵頭十二指腸切除術（今永再建）施行した．術中迅速診断にて肝臓に転移あり．術後多発肝転移に対し TAI・TAE 施行したが，効果を認めず S-1 内服を開始した．現在術後5年が経過しており，引き続き経過観察予定である．

症例2は23歳女性．上腹部痛・背部痛あり．US・CT・MRI から Solid-pseudopapillary tumor を疑われた．膵体尾部脾合併切除施行した．

SPT は比較的良好な経過をたどる腫瘍であるが，10～20%に悪性例を認める．治療は外科切除が原則であり，化学療法はあまり有効でないと考えられた．

座長のまとめ―学術講演（I）（演題1～8）

慶應義塾大学外科　河地茂行

本セッションでは肝胆膵領域の演題8題の発表があった．

日野市立病院外科八木らから，切除不能進行膵，胆道癌に

対するGemcitabine，S-1併用療法の有用性が報告され，治療に難渋していた進行膵，胆道癌に対する新たな治療選択肢として今後の展開が期待された．

永寿総合病院外科板野らから大腸癌多発肝転移症例に対する腹腔鏡併用肝右葉切除の報告があった．腹腔鏡下で右葉の脱転を施行し，hanging maneuverを施しつつ，右季肋下の約10 cmの切開創から直視下に肝切離するもので，腹腔鏡による肝切除の一つの方向性を示す貴重な報告であった．

共済立川病院外科加藤らから進行・再発肝癌に対するcombined chemotherapy and surgeryと題する報告があり，術前術後の化学療法と積極的な手術を組み合わせる事により，従来予後が見込めなかった高度進行肝癌に長期生存する症例を認めており，決してあきらめずに治療の可能性を模索していく事の重要性が示された．

伊勢原協同病院外科篠田らから早期胃癌を合併した中下部胆管癌術後の肺転移，リンパ節転移に対し，Docetaxelが有用であった一例が報告された．保険適応の問題でDoxetaxelを胆管癌に使用する機会は少ないが，有効な抗癌剤に乏しい胆管癌領域の一つの治療選択肢として重要な知見と思われた．

荻窪病院外科新原らから術前PTGBD，ENBDのdouble drainage tubeをおく事が，高度の急性胆嚢炎症例に対する腹腔鏡下胆摘を完遂する上で有用であるとの報告がなされた．腹腔鏡下胆摘が一般化した今もなお，高度炎症例の手術は誰もが遭遇する悩みの種であり，活発な議論が展開された．本会の会長である北島教授からもこのような工夫の重要性が指摘された．

公立福生病院外科高原らから高度進行肝細胞癌に対するインターフェロン併用動注化学療法の有用性が報告された．局所治療やTAEも不能な門脈腫瘍栓症例や，両葉に多発する肝細胞癌に対してインターフェロンと，5-FUを主剤とした動注治療は大いなる福音になる可能性が示唆された．

多摩丘陵病院外科鶴田らから，完全腹腔鏡下に肝後区域切除を施行した一例が報告された．完全腹腔鏡下の肝切除は，消化器外科領域の腹腔鏡手術の残された目標の一つであり，その困難な手術に果敢に取り組む姿勢に心が打たれるとともに，肝実質切離を腹腔鏡下に進める難しさを再認識した．

最後に東京歯科大学市川総合病院外科代永らから，膵solid-pseudopapillary tumorの一例報告がなされた．若い女性に好発する本腫瘍は，比較的稀ではあるが，膵腫瘍の重要な鑑別診断の一つで，その特徴を理解する事の重要性が示された．

9．当院における非浸潤性乳管癌（DCIS）の検討

水戸赤十字病院外科
佐藤知美，佐藤宏喜，佐久間正祥，
竹中能文，古内孝幸，内田智夫，
捨田利外茂夫，諏訪達志，岡田健一，
玉田智之
同　病理
堀眞佐男

MMG検診の普及に伴い，非浸潤癌の頻度が高まっている．非浸潤癌は適切に行えば局所治療のみでほぼ100%の治癒が期待できる乳癌であり，最近は非浸潤癌が疑われる微細石灰化病変や小腫瘤に対して積極的にprobe lumpectomyを行っている．今回，当院における非浸潤性乳管癌（DCIS）について検討したので報告する．

【対象と方法】 平成元年5月から平成18年9月までの乳癌手術1038例中Paget病を除く非浸潤性乳管癌は38例(3.7%)であった．それらの発見動機，画像診断，細胞診，治療について検討した．

【結果】 有症状11例（腫瘤自覚9例，乳頭異常分泌2例）無症状・検診発見27例．MMG有所見例（カテゴリー分類3以上）29例（微細石灰化15例，腫瘤10例，その他4例）．超音波有所見例26例（腫瘤像形成17例，腫瘤像非形成9例）．細胞診クラスⅢ以上26例（内クラスⅤ11例）．術式：乳房切除14例，部分切除24例（局麻下手術のみ18例：probe lumpectomyの断端陰性13例，断端陽性で局麻下追加部分切除5例）．腋窩郭清・サンプリング併施10例にリンパ節転移認めず．現在まで全例遠隔，局所領域再発なし．

【考察】 DCIS症例は増加傾向にあり，特にMMGでの微細石灰化が発見契機となった症例が増加している．細胞診での悪性診断も難しく，乳癌診断確定のための組織診が必要となる症例が多い．試験切除に際しては根治性を考慮したprobe lumpectomy（wide excision）が有用であるが，追加切除を要する症例もあり進展範囲の把握が重要であると思われる．

10．当院における炎症性乳癌の検討

慶應義塾大学外科
大西達也，神野浩光，坂田道生，
高橋洋子，菅家大介，麻賀創太
（以上一般・消化器外科），
向井萬起男（病理学教室），
北島政樹（一般・消化器外科学）

2000年から2006年まで当院で経験した炎症性乳癌7例について検討する．全例がStageⅢbであり，患者が希望しなかった1例と高齢症例1例を除いた5例でneo-adjuvant therapy（NAT）を施行した．NATはアンスラサイクリン系を中心とし，それにタキサン系を組み合わせたものが多かった．術前治療の効果はCR 1例，PR 1例，NC 1例，PD 2例であった．CRの一例はcCRが得られたが，pCRは得られなかった．手術は全例が胸筋温存乳房切除術を施行し，胸筋浸潤のあった2例では大胸筋の一部を合併切除した．病理組織学的検査では，術前にcCRの得られた症例を除くと硬癌が3例，充実腺管癌が2例，浸潤性小葉癌が1例であった．7例全例でリンパ節転移陽性であった．ホルモンレセプターは1例を除き陰性であった．術後補助療法または再発例への治療は，アンスラサイクリン系やタキサン系を中心とした化学療法を主として，放射線治療や内分泌療法を組み合わせて

行った．NAT施行5例を検討すると奏功した2例およびPDのうちの1例で3年近くの生存が確認され，全ての症例でv0であった．それに対し，他の2例は1年前後で死亡または緩和ケアとなり，v1以上であった．

11．TAEにより止血後，十二指腸通過障害をきたし誤嚥性性肺炎を生じた下膵十二指腸動脈瘤破裂の一例

富士重工業健康保険組合　総合太田病院外科
林　浩二，神徳純一，柴多三省，
田中　彰，浅原史卓，小林陽一，
皆川智海

下膵十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の約2％を占めるにすぎない稀な疾患である．下膵十二指腸動脈瘤の破裂に対しコイルによる塞栓術を施行後，血腫による通過障害をきたし嘔吐，誤嚥性肺炎を発症したが，救命しえた一例を経験した．

症例は71歳の女性．腹痛，意識消失のため，救急外来受診．来院時ショック状態であった．精査のCTで膵鉤部下縁よりSMA右側の後腹膜腔に多量の血腫が存在し，SMA分枝よりの出血が疑われた．補液により，循環動態が改善した第2病日に緊急血管造影施行．下膵十二指腸動脈に径6mmの動脈瘤をみとめ，瘤の中枢，末梢にコイルによる塞栓術を施行し，止血した．急性膵炎，外傷の既往はみとめなかった．その後経過良好にて経口摂取開始，第10病日に退院したが，退院後2日目（第12病日）に嘔吐，呼吸困難にて来院した．胸部単純X線上，右肺全体の浸潤影をみとめ，腹部CT上は胃，十二指腸下降脚の著明な拡張をみとめた．血腫による十二指腸第3部の圧排のための通過障害，嘔吐，誤嚥が原因として考えられた．患者は呼吸不全の状況であり，同日，経鼻胃管挿入，挿管，レスピレーター管理とした．その後肺炎は改善し，第16病日に抜管した．経時的に血腫も縮小し，経鼻胃管よりの流出も減少した．第34病日に上部消化管造影施行し，胃管を抜去した．経口摂取を開始し，第50病日に退院した．

12．腹腔動脈・上腸間膜動脈共通幹に生じた腹部内臓動脈瘤の1例

慶應義塾大学外科
藤村直樹，松本賢治，小野滋司，
服部俊昭，尾原秀明，北島政樹

目的：腹腔動脈・上腸間膜動脈には複数の分枝変異が知られているが，中でも腹腔動脈・上腸間膜動脈共通幹（celiacomesenteric trunk）を形成するものは極めてまれとされている．今回われわれは，腹腔動脈・上腸間膜動脈共通幹に生じた腹部内臓動脈瘤の1例を経験したので報告する．

症例：73歳，男性．2006年6月近医にて前立腺癌を指摘され，全身精査のため施行したCT検査にて腹腔動脈・上腸間膜動脈共通幹に径2.0cm大の嚢状動脈瘤を認めた．腎動脈下の腹部大動脈にも径3cm大の嚢状動脈瘤を伴っており，8月28日手術目的にて入院となった．

入院後経過：2006年9月6日手術を施行した．まずY型人工血管（18×9mm ePTFE）右脚に径8mmのePTFE人工血管を吻合した後に，Y型人工血管置換術を施行した．その後，吻合した径8mmのePTFE人工血管を逆行性に挙上し，上腸間膜動脈と端々で，腹腔動脈と側端で吻合し再建を終了した．術後，誤嚥性肺炎を併発したが，保存的に改善した．第21病日に施行したCT検査にて，グラフトの開存は良好で，軽快退院となった．

考察：腹部内臓動脈瘤は比較的まれな疾患で，全人口の約0.2％に発生し，その多くは脾動脈と肝動脈に生じるとされている．腹腔動脈と上腸間膜動脈に生じる動脈瘤の頻度は，二つ合わせても腹部内臓動脈瘤の10％以下であるが，腹腔動脈・上腸間膜動脈共通幹に生じた動脈瘤となると，報告例は過去に7例のみである．今回われわれは手術手技と発生様式などにつき，若干の文献的考察を加え報告する．

座長のまとめ―学術講演（Ⅱ）（演題9～12）

慶應義塾大学外科　坂田道生

学術講演（Ⅱ）では乳腺2題，血管2題の4演題の講演と討論が行われました．

第9席　水戸赤十字病院　佐藤先生「当院における非浸潤性乳管癌（DCIS）の検討」：近年マンモグラフィ検診の拡大により増加しているDCISに関して，10年以上にわたって蓄積された多数の症例を緻密に検討分析されていました．非触知病変も多く，また細胞診や針生検などの確定診断が難しい場合が多いことから，各施設でも苦労されているようで，質疑応答でも活発な討論がなされました．

第10席　慶應義塾大学　大西先生「当院における炎症性乳癌の検討」：手術可能な炎症性乳癌に関しての検討を発表されていました．乳癌の化学療法は日進月歩であり，炎症性乳癌に関しては，手術の適応や治療の評価もいまだcontroversialな部分も多くみられます．

乳腺関連の2題に関しては，榎本耕治先生，福富隆志先生をはじめとした諸先輩方よりご質問・ご指導をいただきました．

第11席　総合太田病院　林先生「TAEにより止血後，十二指腸通過障害をきたし誤嚥性肺炎を生じた下膵十二指腸動脈瘤破裂の一例」：内蔵動脈瘤の中でも稀な疾患に遭遇され苦労された貴重な症例について，詳細な報告をいただきました．腹部救急疾患を扱う際に念頭におかなければいけない疾患の一つと思われ，たいへん示唆に富む報告でした．

第12席　慶應義塾大学　小野先生「腹腔動脈・上腸間膜動脈共通幹に生じた腹部内蔵動脈瘤の1例」：過去の報告例が7例という貴重な疾患についての症例報告・文献的考察を講演いただきました．一般外科の日常臨床ではなかなか学ぶことのできない，貴重な講演でした．血管関連の演題に対しては松井淳一先生をはじめとした先生方よりご質問・ご指導をいただきました．

限られた時間の中での講演・討論でしたが，演者の先生方，会場の先生方には多大なご協力をいただき，誠にありがとうございました．

13．当院における特発性食道破裂の治療経験

さいたま市立病院外科
岡本信彦，山藤和夫，松井淳一，
朝見淳規，竹島　薫，林　憲孝，
馬場秀雄，堀口速史，秋好沢林，
及川　太

＜目的＞当院で経験した特発性食道破裂の治療成績につき検討する．

＜方法＞1992年1月から2006年9月までに当院外科で経験した特発性食道破裂4例につき，診断，治療法，合併症につき検討した．

＜結果＞患者はすべて男性で，年齢は50～77歳（平均60歳）であった．発症機序はいずれも飲酒後の嘔吐で，穿孔部位は胸部下部食道左壁であった．4例とも手術が行われ，左開胸穿孔部閉鎖ドレナージが2例（症例1，2）に，左開胸穿孔部閉鎖ドレナージおよび開腹大網被覆，胃瘻，空腸瘻造設が1例（症例3）に行われ，症例4では左開胸穿孔部閉鎖ドレナージ，胃底部パッチおよび開腹胃瘻，空腸瘻造設を行った．症例1および3で縫合不全を合併し，症例1では難治性膿胸となり保存的治療にて改善を認めず，のちに食道抜去を要した．症例3では膿胸を来たしたが保存的に改善した．症例3および4で早期経腸栄養を併用し有用であった．入院期間は29～380日で，全員軽快退院した．

＜考察＞特発性食道破裂では，軽微なものでは保存的治療の報告例も散見されるが，縦隔内高度汚染，胸腔内穿破例では基本的に手術適応と考えられる．手術に際しては，適切なアプローチからの十分なドレナージが重要である．当院では，全例で診断時に食道造影を行うことにより下部食道左壁の穿孔部を確認したのち左開胸アプローチが選択された．また，左開胸からの胃底部パッチは視野も良好で，穿孔部の減圧の効果も高いと考えられた．一方，経裂孔的な大網充填（被覆）は食道側壁へ縫合する視野となり困難な場合があると思われた．また，術後管理に際しては空腸瘻からの早期経腸栄養による栄養状態改善が，合併症の重症化を予防した可能性があると考えられた．

＜結論＞特発性食道破裂4例を経験した．食道造影による正確な穿孔部の診断，適切なアプローチによる穿孔部処置，胃底部パッチによる縫合部の補強，減圧，早期経腸栄養による栄養状態改善により良好な結果が得られた．

14．右側大動脈弓を伴った下部食道腺癌の1手術例

平塚市民病院外科
藤崎洋人，小柳和夫，金井歳雄，
高林　司，中川基人，松本圭五，
関みなこ，岡林剛史，筒井敦子，
武田　真
同　心臓外科
三角隆彦

右側大動脈弓，右下行大動脈を伴った下部食道腺癌を経験したので報告する．患者は67歳男性．嚥下障害を主訴に他院受診し，上部消化管内視鏡で下部食道に全周性の腫瘍を認められたため当科を紹介受診した．術前検査により下部食道腺癌（Lt, Type3, T3, N0, M0）と診断されたが，同時に右側大動脈弓，右下行大動脈を併存していることが判明し，3D-CT検査で左鎖骨下動脈は大動脈弓から直接分岐しておりStewart分類Ⅱ型と考えられた．手術は左開胸開腹食道亜全摘，胸腔内食道胃管吻合を行った．ボタロー管を切離する事により視野展開が容易となり，高位で食道を切除できた．また両側反回神経は同定できなかったが，術後に嗄声や嚥下障害は認められなかった．術前はBarrett腺癌を疑っていたが，病理検査で食道固有腺由来の腺癌が考えられた．術後経過は良好で術後10日目に飲水を開始し，食事摂取良好で術後24日目に退院となった．右側大動脈弓に伴った食道癌の報告は少ない．右側大動脈弓合併食道癌の手術に際しては左開胸が妥当であり，術前の大血管の解剖学的検索が重要であると考えられた．

15．進行消化器癌における末梢血中癌細胞の検出と臨床的意義

慶應義塾大学外科
平岩訓彦，北川雄光，長谷川博俊，
才川義朗，竹内裕也，安藤崇史，
入野誠之，吉川貴久，北島政樹

【目的】 これまでわれわれは遠隔臓器転移を有する消化器癌患者においての末梢血癌細胞（Circulating Tumor Cell, CTC）を検出しうることを報告してきた．近年，乳癌におけるCTC数が予後・治療効果判定に有用であることが報告されている．われわれはさらに症例を重ね，今回CTCの臨床的意義について検討した．

【対象】 転移病巣（遠隔臓器および遠隔リンパ節）を有するStageⅣ消化器癌患者73例を対象とした．（食道癌：23例，胃癌：24例，大腸癌：26例）

【方法】 末梢血7.5 ml中CTCを，CellSearch Epithelial Cellキット（Veridex社）を用いて微細鉄ビーズ標識EpCAM抗体で磁気的に分離・選択し，検出した．

【結果】 2個以上のCTCが認められたものは，食道癌では5例（21.7%），胃癌では15例（62.5%），大腸癌では11例（42.3%）であった．転移形式とCTC数の関連を調べた

ところ，胃癌・大腸癌の腹膜播種および食道癌の胸膜播種を有する症例でCTC数が陽性となる傾向を認めた．CTC陽性例で治療前後の2ポイントの採血が可能であったものでは，SD例ではCTCの増加を認めなかった一方で，PD例では全例でCTCの増加を認め，治療効果の判定にCTCが有効となる可能性が考えられた．

【結論】 進行消化器癌患者においてもCTC検出が可能であり，今後進行消化器癌における診断や，治療効果の早期判定に臨床応用できる可能性が示唆された．特に腹膜播種を有する症例での有用性が期待された．

16．痔瘻癌の一例

浜松赤十字病院外科
西　知彦，西脇　眞，長崎和仁，
清野徳彦，奥田康一，安藤幸史

痔瘻癌の1例を経験したので文献的考察を加え報告する．症例は47歳男性．高血圧および不整脈で当院内科に通院中であった．10年前より痔瘻を認めていた．3か月前より肛門の違和感と大豆大の腫瘤を自覚していたが放置していた．次第に腫瘤が大きくなり，痛みも強くなったため，平成17年10月当院外科を受診．直腸指診にて，肛門の5時方向に自壊した腫瘍を認め，口側の7時方向にも腫瘤を認めた．下部消化管内視鏡検査の生検にて，粘液癌と診断され，手術目的で入院となった．骨盤部MRIでは，造影T1強調画像にて，enhanceされる部分とされない部分が認められ，造影T2強調画像にて，顆粒状のhigh intensityを示す腫瘤を認めた．粘液産生性の腫瘍と粘液の貯留像と考えられた．周囲との境界は保たれていた．

腹部CTでは，明らかな転移やリンパ節腫大は認められなかった．以上より，痔瘻癌の診断で腹会陰式直腸切断術を施行した．切除標本では，瘻管開口部を肛門管に認め，痔瘻に連なる腫瘍内部にはコロイドが認められた．HE染色では，mucinous lakeの中に浮かぶ高度異型を示す腺管上皮細胞を認め，粘液癌と診断した．

考察；痔瘻癌は肛門管領域に発生する悪性腫瘍で，長期の経過を経た痔瘻に合併したものと定義されており，全大腸癌の0.2%～0.3%，全痔瘻の0.1%と比較的まれな疾患である．痔瘻癌発症時の症状として痛みを伴う硬結や疼痛の増強，コロイド分泌，狭窄症状などが知られており，約80%の症例において，痔瘻の長期経過中に症状の変化が見られている．痔瘻癌の診断には，MRIが有用であり，腫瘤形成，コロイド貯留による高信号域の存在，瘻管の不整や多房性などの所見が認められる．長期の経過を経た痔瘻患者が症状の変化を訴えた場合は，痔瘻癌を考慮しMRIなどの画像検査や生検を行うことが必要と考えられた．

17．マルチスライスCTによるMPRが瘻孔病変の評価に有用であったクローン病の一例

永寿総合病院外科
大島　剛，板野　理，千葉斉一，
石川秀樹，小山恭正，宮北　誠
同　放射線科
湯浅祐二
東海大学東京病院外科
松井英男

マルチスライスCT（MSCT）の多列化により，腹部全体の等方向性ボクセルデータを得ることが可能となり，このデータから得られる多断面再構成像（MPR：multi planar reconstruction）は従来困難であったCTによる消化管病変の詳細な評価を可能にした．今回，Crohn病における内瘻病変に対してMSCTによる画像評価が有用であった一例を経験したので報告する．症例は41歳，男性，排尿時痛を主訴として来院．当初，膀胱腫瘍が疑われたがCTによるMPRにより回腸回腸瘻，回腸膀胱瘻，回腸狭窄が指摘された．Crohn病の既往歴があり，同疾患による病変と診断された．イレウス症状も認めたため平成18年4月28日腹腔鏡下回腸部分切除，および狭窄形成術を施行した．小腸造影，および手術所見はMSCTによる合成像とまったく一致していた．Crohn病の内瘻病変に対してMSCTによる画像評価は有用であり，同病変に対して今後も積極的に施行すべきである．

18．切除不能・再発大腸癌に対するUFT/LV+CPT-11の併用第I/II相試験（KODK7）

慶應義塾大学外科
林　竜平，長谷川博俊，西堀英樹，
石井良幸，遠藤高志，今井　俊，
落合大樹，迫田哲平，尾之内誠基，
内田　寛，北島政樹
慶應義塾大学包括先進医療センター
久保田哲朗

われわれは切除不能・再発大腸癌にたいするUFT/LV+CPT-11併用療法の最大耐量（MTD），推奨容量（RD）の推定と有効性・安全性を検討する目的で，併用第I/II相試験（KODK7）を行っている．対象は，PS0-1，75歳以下の切除不能・再発大腸癌症例とした．各薬剤の投与量はUFT 300 mg/m^2，LV 75 mg/body/day（分3）を3週投与1週休薬固定用量とし，CPT-11は第1，15日目に静注，60 mg/m^{2}から20 mg/m^{2}ずつ増量する計画とした．現在までに計23例を登録し，CPT-11 140 mg/m^{2}まで増量しているがMTDに達していない．CPT-11 120 mg/m^{2}のレベルまでの有効性評価では5PRs/10SD/2PD/1NEの結果が得られ，4例において腫瘍縮小によりsalvageとして腫瘍切除を施行し得た．投与コース数は，中央値3コース（1-12コース）で，無増悪生存期間の中央値は8ヶ月，主な毒性

は消化器毒性であったが管理可能であった．本療法は切除不能・再発大腸癌に対する有望な化学療法になりうると考えられた．

座長のまとめ一学術講演（Ⅲ）（演題13～18）

平塚市民病院　外科　中川基人

演題13では特発性食道破裂4例を治療した経験が報告された．岡本は左開胸による破裂部へのアプローチの適切性と術後早期からの経腸栄養の重要性を強調し，破裂部の閉鎖には確実な2層縫合が肝要との追加発言があった．演題14では右側大動脈弓，右下行大動脈を伴う食道癌に対する手術経験が報告された．藤崎は血管異常に伴う血管輪という概念を熟知した上で手術戦略を立てることの重要性を述べた．下部食道でしかも腺癌という組織型は本症例の稀少性を示すものと考えられる．演題15では進行消化器癌患者の末梢血中で検出される癌細胞の意義に関する検討がなされた．竹内は診断や治療効果判定の助けになる可能性への期待を報告した．癌細胞は播種性転移例で高率に検出される傾向があり，末血中への癌細胞の出現と癌転移のメカニズムとの関連に興味がもたれた．演題16では痔ろう癌の診断治療における経験が報告された．西は肛門管という解剖学的特性と粘液産生という生理学的特性の両面から，本症例におけるMRIの有用性を強調した．罹病期間の長い痔ろう患者においては，医師，患者両方で症状の変化に注意をはらうことが痔ろう癌診断に重要と考えられた．演題17では大島がマルチスライスCTのデータからクローン病術前患者のろう孔病変を描出するのに有用な多断面再構成画像を作成しえたと報告した．CT，小腸造影，開腹所見が高い精度で一致しており，再構成技術の水準が高いと評価された反面，外科医が本技術を活用するために放射線科医との連携が重要になることが指摘された．演題18では切除不能，再発大腸癌に対するUFT/LV＋CPT-11の併用第I/II相試験（KODK7）の中間結果が報告された．林は利便性に優れた本治療が安全に遂行可能であることを示した．本研究での奏功率は40%であるが，腫瘍が縮小してsalvage手術が可能となった症例もあり，今後は症例を重ねての効果の評価が待たれる．

19．粘膜内高分化腺癌でリンパ節転移を認めた早期胃癌の一例

国立病院機構霞ヶ浦医療センター外科
福富寿典，矢野和仁，松井芳夫，
田村洋一郎，影山隆久

症例は80才，男性．平成17年7月13日上腹部痛を主訴に救急外来を受診し，CT・超音波検査で総胆管結石，胆石，胆嚢炎と診断され，入院となった．保存的治療で症状軽快後，手術目的で外科転科となった．8月11日，術前のスクリーニング目的で行った上部消化管内視鏡検査で幽門前庭部小弯側にType 2病変を認めた．病変部の生検の結果はadenocarcinoma（por2＋muc＋sig）であった．Gastric cancer, L, Type 2, T2, N0, M0, Stage I Bと診断し，8月30日，幽門側胃切除術，D2郭清，胆嚢摘出術を施行した．術中胆道造影を行ったが，総胆管結石は認められなかった．術中所見ではGastric cancer, 18 mm×13 mm, L, 0-Ⅱc, T1 (SM), N0, M0, Stage I Aと診断した．術後の病理組織学的検査では，T1（M), N1, M0, Stage I B, ly0, v0, well differennciated adenocarsinomaであり，幽門上リンパ節に転移を認めた．術後経過は良好で第28病日に退院となった．粘膜内にとどまる高分化腺癌でありながら，リンパ節転移が認められた稀な症例であった．本症例では術前診断から開腹手術となったが，原発巣の病理診断からは，本来内視鏡治療の適応となる病変であった．最後に，当院のEMR・ESD症例の治療成績を報告する．

20．*Helicobacter pylori* 除菌治療に伴う腸内細菌の変化

練馬総合病院外科
栗原直人，松浦芳文，萬谷京子，
井上　聡，飯田修平
慶應義塾大学医学部漢方医学講座
築地謙治，石毛　敦，渡辺賢治
東京電力病院外科
隈元雄介，菊池　潔，露木　晃
慶應義塾大学医学部包括先進医療センター
久保田哲朗
慶應義塾大学医学部内視鏡センター
熊井浩一郎
慶應義塾大学医学部外科
北島政樹

【目的】 *H. pylori* 感染は胃・十二指腸潰瘍の発症，再発因子として関連性が認められ，除菌治療が行われている．クラリスロマイシン（CAM），アモキシシリン（AMPC），PPIによる1次除菌率は85%前後であり，近年CAM耐性菌の増加により除菌率の低下が認められている．一方，抗生剤の投与量から推察すると除菌治療は腸内細菌へ強く影響することが考えられる．今回，腸内細菌叢の網羅的解析により除菌治療前後の腸内細菌の変動を検討し，腸内細菌叢の回復過程から除菌不成功例の再除菌時期について考察した．

【方法】 2005年1月から12月までに東京電力病院にて3剤（CAM，AMPC，PPI）による除菌治療を行った患者9名を対象とした．治療前，終了直後，1ヵ月後，3ヵ月後の便を採取した．便検体からDNAを抽出後，Terminal-restriction fragment length polymorphism（T-RFLP）法により腸内細菌叢を網羅的に解析した．

【結果】 DNA抽出量は治療前と比較し，治療終了直後で減少傾向が認められた．T-RFLP法では，除菌治療前と比較して終了直後では多くのピークが有意に減少した（15.8 vs 6.8, $p < 0.01$）．また，除菌治療1ヵ月後では除菌治療前とほぼ同じピークが検出され（15.8 vs 15.1），3ヵ月後も

同様であった．症例1：DNA抽出量が97%減少し，T-RFLP法によるシグナルピークは治療前，終了直後において19→5に減少した．変化が認められたシグナルピークは200 baseおよび350 base前後のフラグメントに集中していた．

【考察】除菌治療の副作用として認められる下痢は，抗生剤の腸内細菌への影響であるが，腸内細菌種は非常に多岐にわたることから，十分な検討がなされていないのが現状である．T-RFLP法を用いた検討では除菌治療による腸内細菌叢の再構築は除菌1ヵ月後に完了している可能性が示唆された．以上から，除菌治療後1ヵ月経過すれば再除菌は可能であると考えられた．

21．胃粘膜下腫瘍が疑われた胃結核の一例

けいゆう病院外科
平野佑樹，松本秀年，新田美穂，
大日向玲紀，須田康一，松山正浩，
関　博章，吉津　晃，安井信隆，
嶋田昌彦，石川廣記
同　病理
里　悌子
渡辺クリニック
渡邊　衛

【要旨】

症例は54歳の男性で，主訴は特になく，平成18年4月の健康診断の上部消化管造影検査で胃粘膜下腫瘍を指摘され，精査目的にて5月23日当院紹介受診となった．既往歴は三年前から胸部レントゲンで右胸膜肥厚を指摘されていた．

6月2日の上部消化管内視鏡検査にて胃角部大弯から前壁にかけて3cm大の正常粘膜に覆われた粘膜下腫瘍を認めた．腹部CT検査では嚢胞性腫瘤として認め，神経原性腫瘍が疑われた．腫瘍の大きさから悪性を否定できず，8月10日手術を施行した．術式は胃局所切除術を予定していたが，術中所見で腫瘤が4.5cmと増大し，悪性病変の胃漿膜浸潤と判断したため，幽門側胃切除術を施行した．肉眼的には粘膜中央に潰瘍を形成しており，内部に黄色の膿汁を貯留した膿瘍形成を認めた．病理学的には壊死細胞および類上皮肉芽腫を認め，胃液培養にて結核菌を認めたため胃結核と診断した．術後のツ反は50 mm×40 mmと陽性を示した．現在，外来にて抗結核化学療法中である．

胃結核は消化管結核の中でもまれではあるが，わが国の結核罹患率は依然として高く，当疾患にも留意する必要があると考えられた．

22．検診にて発見された胃癌，腎癌，甲状腺癌の同時性三重複癌の1例

済生会中央病院外科
政井恭兵，鳥海史樹，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，
大山廉平

【症例】63歳男性．人間ドックにて胃，左腎，右肺上葉に異常陰影を指摘され当院を受診した．上部消化管造影検査，上部消化管内視鏡検査にて胃体中部大弯にType 2病変を認めた．腹部CTにて左腎に2cm大の腫瘤性病変を認め，胸部CT検査にて右肺上葉に1cm大の結節陰影を認めた．また頸部超音波検査にて左右甲状腺にhypoechoic massを認め，左甲状腺生検にてpapillary adenocarcinomaと診断した．右側は画像上甲状腺腫と診断された．まず肺の結節に対し，胸腔鏡下肺生検を施行し過誤腫と診断した．次に開腹手術を行い，胃癌（M Gre Type 2 T3(SE) N0 H0 P0 StageII）に対し噴門側胃切除術を，左腎癌に対し左腎部分切除術を施行した．病理はstomach resection；por 2 > tub 2, INFβ, ly 1, v 1, se, n0とleft kidney partial resection；renal cell carcinoma, papillary type, 2.5 cm×2.5 cm×2 cm, INFβ, v(-), pT1aという結果であった．左甲状腺癌，右甲状腺腫に対しては甲状腺亜全摘術を施行した．病理は左側はpapillary carcinoma, poorly differentiated, 2 cm×2 cm×1 cmであり，一群リンパ節転移を認めた．また右側にも0.6 cm大の高分化型乳頭癌を認めた．開腹手術より4ヶ月経過した現在，再発の兆候なく外来にて経過観察中である．

【結論】消化管を中心とした三重複癌は多くの報告があるが，消化管，泌尿器系，内分泌系の同時性三重複癌の報告は稀である．しかも本症例は自覚症状がない状態で検診を契機に発見され，それぞれ適切な治療を行うことが出来た貴重な症例と考え，文献的な考察を加え報告する．

23．胃巨大肉腫の一例

独立行政法人国立病院機構埼玉病院外科
谷　紀幸，石塚裕人，山崎正志，
福光　寛，柳　在勲，岡本公子，
早津成夫，原　彰男，牛島康榮

65歳男性．貧血の精査目的に行われた上部消化管内視鏡検査にて胃体部に食物残渣の付着する易出血性のやわらかい腫瘍を認めた．腫瘍生検の病理組織検査では胃粘膜を認めず，腫瘍細胞は強い変性を伴い，特定の配列は認められなかった．免疫染色上vimentin陽性，cytokeratin AE 1/3，muscle action HHF35，CD68陰性であり肉腫ではあるが，特異的診断は困難であった．CT，MRI上は前壁から有茎性に突出する6cm大の不整な腫瘤で，造影効果を認めた．未分化肉腫の診断にて手術を施行した．術後病理組織検査にて粘膜下

層まで浸潤する組織学的特長の乏しい肉腫様の腫瘍で，リンパ節転移を認めなかった．免疫染色では s100 protein, cytokeratin，EMA，desmin，CD117 陽性，CD34，melan-A，microphthalmia，calponin，smooth muscle actin，CD31 陰性であった．以上より未分化肉腫の診断を得た．免疫組織学的にも診断困難な胃肉腫の1例を経験したので，若干の文献的考察を含めて報告する．

24．早期胃癌に対するセンチネルリンパ節生検の有用性

慶應義塾大学病院外科
大橋真記，才川義朗，五十嵐高広，
伊藤　亮，熊谷厚志，清田　毅，
和田則仁，竹内裕也，吉田　昌，
北川雄光，北島政樹
同包括先進医療センター
久保田哲朗
同内視鏡センター
熊井浩一郎

【背景】 早期胃癌に対する手術の縮小化を安全に進めていくうえで，術中の正確なリンパ節転移診断が重要である．当院では，cT1，cNで術前腫瘍径4cm以下の早期胃癌に対して，RI法および色素法併用による術中センチネルリンパ節（SN）生検を行っている．

【目的】 早期胃癌に対する同SN生検の有用性および問題点を検討した．

【方法】 2005年2月から2006年9月までにSN生検を施行した早期胃癌患者55例（男性：38例，女性：17例，年齢中央値：62（38～86）歳）を対象に，病変の臨床病理学的特徴とSNの同定率，リンパ節転移予測正診率を検討した．

【結果】 6例では初回治療として内視鏡的切除術（EMR/ESD）が行われていた．病変の主座はU：11例，M：30例，L：14例で，肉眼型は0I：1例，0IIa：6例，0IIc：48例であった．開腹手術が32例（幽門側胃切除：12例，噴門側胃切除：10例，幽門保存胃切除：5例，胃局所切除：3例，胃全摘：2例），腹腔鏡（補助）下手術が23例（幽門側胃切除：17例，幽門保存胃切除：2例，胃局所切除：4例）に行われ，郭清度はD2：2例，D1＋β：11例，D1＋α：28例，D0：14例であった．組織学的深達度はM：37例，SM：15例，MP以深：3例，組織型は分化型（tub 1，tub 2）：35例，低分化型（sig，por）：20例，腫瘍径中央値は2.8（0.5～6.0）cm，リンパ節転移はN0：53例，N1：2例であった．SN同定率は95%（52/55），同定された52例でのリンパ節転移予測正診率は100%であり，SN個数中央値は3（1～9）であった．SNが同定されなかった3例のうち2例は内視鏡的切除後の症例であった．開腹および腹腔鏡（補助）下手術症例間で，SNの個数，同定率に有意差を認めなかった．

【結語】 早期胃癌に対するSN生検は，内視鏡的切除後の症例を除けば，開腹，腹腔鏡（補助）下手術を問わず高精度に施行可能であり，手術の安全な縮小化に有用と考えられる．

座長のまとめ―学術講演（Ⅳ）（演題19～24）

練馬総合病院外科　栗原直人

胃疾患に関する6演題に対して，活発な討論，また暖かいアドバイスをいただき，有意義なセッションとなりました．演題19は胃癌（幽門前庭部2型）の診断にて，幽門側胃切除術を施行した症例である．切除標本は大きさ2cm以下のIIc病変であり，病理診断はtub 1，t1(m)，n（+)(⑤+)，ly0，v0．粘膜内癌のリンパ節転移は稀な症例である．演題20は*H. pylori*に対する除菌治療に伴う腸内細菌の変化についてT-RFLP法を用いた網羅的解析を行った．ピーク値は治療前15.8から3剤療法終了直後6.8と有意に減少したが（$p<0.01$），1ヶ月後，3ヶ月後は15.1，15.8と改善した．高用量の抗生剤による腸内細菌のダメージは一ヶ月後には回復し，再除菌可能であることが示唆された．演題21は胃粘膜下腫瘍が疑われた胃結核の症例報告である．術中に悪性疾患が疑われ，幽門側胃切除術が行われた．腫瘤内部に黄色膿汁，病理診断にて類上皮肉芽腫が認められ，胃液培養にて結核菌が同定された．術前検査，術中迅速病理診断，術式選択について指摘があった．演題22は胃癌，腎癌，甲状腺癌の同時性三重複癌の稀な症例の報告であった．演題23は胃粘膜下腫瘍の診断にて幽門側胃切除施行された症例であり，s-100(+)，c-kit(+)，CD 34(−)，SMA(−)，desmin(+)でGISTが疑われたが典型例ではなかった．c-kit遺伝子の点変異解析など更なる検討が期待された．演題24は早期胃癌に対するセンチネルリンパ節（SN）生検の有用性の報告であり，SN正診率95%，リンパ節転移予測正診率100%であった．SN同定困難な3症例中2例はESD/EMR後であった．早期胃癌に対して安易な内視鏡治療には問題があり，SNを併用した縮小手術との治療法選択について十分な検討の必要性が論じられた．