

平成 24 年度 宮崎県外科医会夏期講演会 (日本臨床外科学会地方会)

日時：平成 24 年 8 月 3 日 (金)

場所：宮崎県医師会館 2 階研修室

■会 員 発 表■

座長 宮崎大学第二外科 富 田 雅 樹 先生

①「気管気管支異物に対する治療の検討」

県立宮崎病院外科

○大山 真有美 (おおやま まゆみ)

別府樹一郎、錦 建宏、小倉康裕、池田拓人、中村 豪、大友直樹、下菌孝司、
上田祐滋、豊田清一

同内科 姫路大輔

同耳鼻咽喉科 植木義裕

同小児科 西口俊裕

気管気管支異物除去において、食物性である場合は壊れやすいため、金属性である場合は肉芽形成のため、除去が困難となる。当院にて異物除去を行った症例は成人 3 例、小児 7 例であった。成人は全例男性、小児は男児 5 例、女児 2 例、年齢中央値は成人 78 歳、小児 1 歳 9 ヶ月であった。異物は義歯 2 例、魚骨 1 例、小児は全例豆類であった。異物除去のため、軟性気管支鏡と硬性鏡併用 8 例、軟性気管支鏡 1 例、手術 1 例を行った。占拠部位は右気管支 6 例、左気管支 4 例であった。誤飲エピソードが不明な症例の診断は困難であり、繰り返す無気肺、肺炎例などでは、診断と治療を兼ねた気管支鏡検査を躊躇すべきではないと考えた。小児や食物性異物例では除去に工夫が必要であり、新たなデバイスの開発が望まれる。誤飲した異物、誤飲後の経過などから、内視鏡と手術の適応を慎重に検討し、複数科の協力体制を如いた上で、安全を最優先に異物除去を行う必要がある。

②「当科における両手掌多汗症に対する胸腔鏡下両側交感神経遮断術」

県立宮崎病院外科

○小倉 康裕 (おぐら やすひろ)

大山真有美、田中宏明、尾野芙美子、酒井朗子、錦建宏、別府樹一郎、下藪孝司、上田祐滋、豊田清一

手掌多汗症は10～30歳代の女性に多く、精神的興奮や感情的刺激によって両側手掌部の過剰発汗を来す疾患である。本術式である胸腔鏡下両側交感神経遮断術は、外科医にとっては稀であり特殊手技の印象があり実施施設が限られているのが現状である。当院では2010年度より積極的に導入し現在までに9例施行したので報告する。

まず患者は未成年女子が圧倒的に多く、親を交えた十分な Informed consent が重要である。術前日入院とし手術は全身麻酔・分離肺換気下で、仰臥位にて両上肢頭側挙上位とする。3mmのトロッカーを2本使用(美容を配慮)し、3mm胸腔鏡下で、第3交感神経幹外側1/3～1/2と第4神経幹をフック型鉗子での電気凝固にて遮断(代償性発汗を考慮)する。肺の再膨張を確認後にトロッカーを抜去、創閉鎖はテープ固定し終了する。体位変換せず右、左側と順に両側施行し、翌日退院となる。特に合併症なく術後の満足度も高かった。本県の患者が他県の実施施設へ流れていかないようにしていきたい。

③「胸骨L字切開を用いて切除した頸胸部発生神経原性腫瘍の一例」

宮崎大学医学部循環呼吸・総合外科学

○綾部 貴典 (あやべ たかのり)

清水哲哉、富田雅樹、米井彰洋、池ノ上実、中村都英

【はじめに】頸胸部境界領域に発生した腫瘍は非常にまれであり、その切除経験の報告も少ない。われわれは、頸部から上縦隔にかけて存在する頸胸部境界に発生する腫瘍(神経原性腫瘍)を、鎖骨上窩+胸骨L字切開アプローチで切除し得た症例を経験したので、ビデオで報告する。

【症例】25歳・男性。

【病歴】6ヶ月前に職場で左頸部腫瘍を指摘された。2011年5月近医でのCT検査で頸部腫瘍を指摘され、同年9月当科に入院した。頸胸部CT検査では、左側頸部から左鎖骨上窩、上縦隔にかけて5cm大の腫瘍を認め、腫瘍下端は大動脈弓の高さまで連続していた。当院皮膚科で von Recklinghausen 氏病(NF-1)と診断された。左頸部腫瘍は急速に増大し、悪性の可能性も疑われ、腫瘍摘出術を行った。

【手術】左頸部皮膚を斜切開し胸骨柄頸切痕で正中切開に移行し、第2肋間の高さまで行った。皮下剥離、大胸筋附着部を左右に剥離し、左胸鎖乳突筋の胸骨・鎖骨附着部を鎖骨より剥離し、骨性胸郭を露出させた。腫瘍を周囲組織から剥離した。腫瘍頭側部は細小化し、迷走神経に移行し、この部位で結紮切離した。腫瘍尾側部は上縦隔側へ移行し、視野の確保が困難となり、胸骨L字切開は、胸骨正中切開、左第1肋間で、内胸動静脈は温存した。胸腺、左腕頭静脈、左総頸動脈外側、大動脈弓部レベルで腫瘍尾側部を結紮切離した。術中病理検査では、神経鞘腫と診断された。ドレーンを留置し、胸骨切開部を固定し、大胸筋筋弁と左胸鎖乳突筋断端を被覆縫合し、皮膚を閉鎖した。

【術後経過】腫瘍の最終病理診断は、迷走神経由来の神経鞘腫で、悪性所見はなく、術後に嗄声(左反回神経麻痺)を認めた。

【まとめ】鎖骨上窩と胸骨L字切開アプローチは、頸胸部境界領域に発生した腫瘍の摘出に、十分な視野の確保ができ、安全かつ低侵襲に施行することができ、有用と思われた。

④「腹腔鏡下に修復しえた S 状結腸間膜窩ヘルニアの 1 例」

潤和会記念病院外科

宮崎大学医学部卒後臨床研修センター

○串間 美幸 (くしま みゆき)

潤和会記念病院外科

黒木直哉、根本 学、樋口茂輝、佛坂正幸、岩村威志

症例は 49 歳の男性、突然の下腹部痛と嘔吐を主訴に紹介元を受診し、イレウスの診断にて紹介入院となった。腹部手術歴なく、理学所見では下腹部全体の自発痛・圧痛を認めたが筋性防御は認めなかった。腹部 X-P で拡張した腸管、腹部 CT で拡張した腸管と左下腹部にループ状を呈した腸管を認めた。S 状結腸間膜関連ヘルニアの可能性が示唆され、絞扼を疑い緊急手術を行った。腹腔鏡下に観察すると、S 状結腸間膜付着部と間膜の間隙に小腸が陥入し S 状結腸間膜窩ヘルニアであった。そのまま腹腔鏡下に小腸の陥入を解除した。腸管の血行障害はなかったため、ヘルニア門の縫合閉鎖のみで手術を終了した。イレウスの原因として内ヘルニアの頻度は約 1~2%と稀である。S 状結腸間膜窩の存在頻度は剖検例で 50~75%とされているが、ヘルニアが発生することは少ない。本症例は S 状結腸間膜窩に小腸が入り込みイレウス症状を呈した稀な例であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

⑤「腹壁癒痕ヘルニアに対するラパヘルクロージャーを用いた腹腔鏡下修復術の検討」

藤元早鈴病院外科

○北村 英嗣 (きたむら えいじ)

新名一郎、中島真也、櫻井俊孝

近年、腹壁癒痕ヘルニアに対し、ヘルニア門の位置や範囲が正確に把握できる鏡視下でのメッシュを使用した修復術が行われている。しかし、メッシュ固定で用いるタッカーの脱落によるイレウス発生等の術後合併症がしばしば問題となっている。当院では 2011 年 4 月から鏡視下でのヘルニア修復術を 7 例 (年齢 68-86 歳 : 平均 75 歳、BMI 20.3-29.6 : 平均 25.7) 経験しているが、メッシュの固定にラパヘルクロージャーを用いた縫合を行っている。まず、体外でメッシュの上下左右 4 箇所を 3-0 プロリンを固定し、これを腹腔内に挿入する。プロリン糸をラパヘルクロージャーを用いて体外に誘導し腹壁に固定する。その後、全周性に同じくラパヘルクロージャーを用いて縫合糸を誘導し連続縫合のかたちで腹壁に固定する。ラパヘルクロージャーを用いることにより、メッシュの腹壁への確実な固定がより容易になると考えられる。また、タッカーを使用しないため脱落によるイレウス等の合併症の危険性も少ないと考えられる。創痛に関しては、7 例中 2 例に術後 5 日間以上の創痛を認め、鎮痛剤処方を要した。当院で経験した全 7 例は現在無再発で経過しており、今回手術手技も含めて報告する。

⑥「大腸癌術後に下腹壁筋内転移を疑われた1例」

国立病院機構都城病院外科

○甲斐田 剛圭 (かいだ たかよし)

後藤又朗、阿部真也、長井洋平

大腸癌の遠隔転移先として、肝、肺、腹膜、卵巣などが知られている。また鼠径部に悪性腫瘍が存在する頻度は少なく、大腸癌による転移性病変は更に稀である。今回我々は、大腸癌術後にヘルニア嚢内に発生した大腸癌転移症例を経験したので報告する。症例は75歳、男性。胃癌術後、外来フォロー中であつた。2010年10月下血にて精査を行ったところ、盲腸癌(cSE N0 H0 M0 cStage II)であり、同年11月に腹腔鏡下回盲部切除術(D3)を施行した。cy1のため腹腔内を10Lにて十分洗浄した。病理結果では、adenocarcinoma (tub2>tub1, por2) se, int, INFb, N0, H0, M0, ly1, v0, cy1, p0 pStage IVで、同年12月よりmFOLFOX6を6コースした。その後2011年3月に腫瘍マーカーの上昇があり、PET-CTにて右下腹部腹壁にuptakeを認めた。エコーガイド下生検ではGroup5(adenocarcinoma)であり、大腸癌の遠隔転移と考え、2012年5月に腹壁腫瘍切除術、腹壁形成術、右睾丸・付属器切除術を施行した。術中ヘルニア嚢内に結節を認めヘルニア門を閉塞していた。術後腫瘍マーカーは正常化し、3ヶ月が経過したが再発なく外来通院中である。

座長 県外科医会理事 日高秀樹

⑦「直腸癌術後に孤立性脾転移をきたした1例」

宮崎市郡医師会病院外科

○増田 好成 (ますだ よしなり)

塩月裕範、土持有貴、石黒成治、田中俊一、島山俊夫

鶴外科胃腸科

鶴 敬雄

消化器癌の孤立性脾転移はまれである。今回、直腸癌の手術後、2年8ヶ月で脾転移をきたした症例を経験した。

【症例】 82歳男性。2008年8月に直腸癌(RS)に対して、高位前方切除術を施行した。

血清CEA値は術前45.2 ng/mLから術後2.2 ng/mLまで低下した。その後、近医で1年間UFT/LV療法が行われた。2011年4月にCEA(372.2 ng/mL)の上昇を認め、CT検査で脾上極内側に18mm大の低吸収域の出現を認めた。またPET-CT検査でも脾臓に異常集積を認めた。

その他の遠隔転移はみられず、孤立性の脾転移と診断し、手術を施行した。術中所見では腹膜播種等の転移は認めず、脾臓表面には黄白色の径20mm大の腫瘤を認め、脾臓摘出術を施行した。術後化学療法をBevacizumab+mFOLFOX6療法に変更した。CEAは術後3ヶ月で4.2ng/mLとなり、他臓器への転移は認めず、現在に至っている。

術後経過中に腫瘍マーカーの上昇を認めた場合は、肝・肺・リンパ節のみならず、脾臓にも注意が必要と考えられた。

⑧「直腸カルチノイドに対する Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM) 症例の検討」

古賀総合病院外科

○田中 智章 (たなか ともあき)

谷口正次、黒木直美、野村美緒子、馬場活嘉、高橋 徹、菅瀬隆信、田中亮介、
中島 健、後藤 崇、山本 淳、指宿一彦、古賀和美

直腸カルチノイドは比較的稀な疾患で小病変の治療方針については確立されていないのが現状である。1999年9月より2011年2月までに直腸カルチノイドに対してTEMを施行した13症例について検討した。年齢は平均57.3歳、男性7例、女性6例であった。腫瘍の局在部位はRb 12例、Ra 1例で、壁在部位は後壁1例、前壁3例、左壁4例、右壁4例であった。腫瘍最大径は平均6.5mm。術前に内視鏡的治療が行われた追加手術の症例が3例であった。切除の深さは全例筋層以深で行われた。摘出標本の病理組織の深達度はいずれもSMであり、切除断端に腫瘍を認めなかったが、脈管侵襲を認めた症例が3例(v+2例、ly+1例)であった。全例追加切除なしで経過観察し現在まで再発を認めていない。直腸カルチノイドは小病変については局所切除で根治可能で内視鏡的切除も可能であるが、粘膜深層より発生するカルチノイドは小さくてもほとんどの症例で深達度がSM以深であり筋層以深での切除が望ましいと考える。その目的でTEMは低侵襲であり根治性を確保した縮小治療として有用である。

⑨「食道癌における salvage ESD」

国立病院機構都城病院外科

○長井 洋平 (ながい ようへい)

後藤又朗

熊本大学大学院 消化器外科学

渡邊雅之、馬場祥史、吉田直矢、馬場秀夫

【はじめに】根治的化学放射線療法 (dCRT) 後に遺残・再燃した表在型食道癌に対して従来から salvage 手術が主におこなわれてきたが、合併症や術後 QOL が問題である。一方、このような症例に対する診断的治療として salvage ESD がおこなわれつつある。【目的】dCRT 後に遺残・再燃した表在型食道癌に対する salvage 治療の臨床経過と、salvage ESD の意義を明らかにする。【対象】2005年4月から2011年9月までに dCRT 後 (50Gy 以上の照射) に遺残・再燃した食道癌で dCRT 後の深達度診断が表在型の症例に対する salvage 治療 (salvage 手術 15 例、salvage ESD 6 例) は 21 例。うち、異所性再発や高度炎症や狭窄のあった 4 例は除外。【結果】17 例の dCRT 前は、cT1a:T1b:T2:T3:T4=1:10:2:2:1、cN0:1:2=13:2:1、cM0:1=15:1 で cStage0:I:II:IVa:IVb=1:8:5:1:1。dCRT の治療効果は PR:CR=6:11 で Salvage 治療直前は、cT1a:T1b=4:12、cN0:2=15:1、全例 cM0 で cStage0:I:II=3:12:1、最終的な病理診断は、pT0:is:1a:1b=3:3:5:5、pN0:2=15:1。Salvage 手術は縫合不全 3 例、肺合併症 1 例、その他の合併症 5 例を認め術後平均在院期間は 36 日 (14-77) で、Salvage ESD は全例 R0 切除で合併症無く、術後平均在院日数 5.8 日 (3-7)。【まとめ】Salvage ESD は安全に施行できた。また dCRT 後に cT1b と診断した 13 例のうち 7 例が最終的な病理診断で粘膜癌であり、dCRT 後の表在型食道癌で cN0 であれば、低侵襲治療である salvage ESD が診断的治療として大きな意義を持つと考えられる。

⑩「食道癌に対する集学的治療の進歩」

国立病院機構都城病院外科

○後藤 又朗（ごとう またろう）

進行食道癌治療に対して JCOG9907 にて stageII, stageIII に対する術前化学療法が予後の延長に有効だという結果に基づいて当院では術前進行食道癌に対してはルーチンで術前化学療法を施行している。

化学療法の効果が芳しくないものに対しては、1クール後もしくは2クール後に評価し、効果の低いものには放射線治療を追加して効果改善を認めている。

この3~4年間に当院では約22名のstageIVを含む進行食道癌に対して集学的治療を施行し、根治術施行可能となり、その1名は再発によって死亡したが、残りの21名は現時点では最長4年に渡って再発を認めず著名な再発抑制を得ることができた。

高度進行食道癌に対しての集学的治療をして、DCFの登場と共に飛躍的に進化を遂げたと思われ、当院でDCFの採用に伴い著名な改善を認めて根治術への移行が可能となってきている。

当院でもサルベージ手術2例を含む、22例の集学的治療の症例に対して術前化学療法stageIVから根治術可能となった症例を含め、さらにCRを得られた3例を含む、術前化学療法の効果を示し、予後延長に対するこれからの高度進行食道癌に対する治療戦略を検討する。

⑪「腹腔鏡補助下直腸内括約筋切除術（Lap-ISR）を施行し得た直腸癌の1例」

宮崎市郡医師会病院外科

○石黒 成治（いしぐろ せいじ）

田中俊一、塩月裕範、増田好成、土持有貴、島山俊夫

【緒言】究極の直腸癌術式といわれる直腸内括約筋切除術（ISR）は、自然排便機能を維持するのに最小限の筋肉を温存し、肛門機能の温存と根治性の両方を目指す術式である。近年手技が安定し機能的にも腫瘍学的にも満足いく成績が報告されており、大腸がん専門施設では標準的な術式となっている。今回我々は腹腔鏡補助下にISRを施行した直腸癌症例を経験した。手術手技を供覧し報告する。

【症例】患者は52歳女性。排便時に出血したため近医受診。大腸内視鏡検査を施行し直腸癌と診断され当院紹介された。直腸診ではAVから3cm右側後壁に可動性良好ではあるが中心に陥凹を伴う隆起性病変を触知した。注腸では直腸後壁に壁の変形を認めMP浸潤が疑われた。主病変から連続して肛門側に歯状線直上まで腺腫の進展を認めた。明らかなリンパ節転移、遠隔転移は認めなかった。

【術式】臍よりオープン法にて気腹を行い4点操作ポートを挿入。内側アプローチにて展開し、IMAは根部で処理し同部でLCA, IMVも切離。骨盤操作に移り自律神経を全温存して直腸を授動。左右の骨盤神経神経叢から剥離が終了すると後側方が十分に展開され、内外括約筋間を剥離。尾骨直腸靭帯をLCSにて切離するとさらに直腸が挙上され、さらに括約筋間を剥離。膣との間の前壁側は可及的に剥離するようにし肛門操作に移る。歯状線のラインで腫瘍から距離を取り粘膜を全周性に切開し閉鎖。イソジン洗浄の後、内括約筋を同部で切離し内外括約筋間に入る。側方から腹腔と連続させ、最後に膣との剥離を行い肛門側の切離を終了。人工肛門造設予定部から腸管を体外に誘導して標本を切除。吻合腸管を肛門側に誘導し32針経肛門吻合。回腸末端に予防的人工肛門を造設して手術終了。手術時間は5時間41分、出血は70mlであった。

⑫「腸重積を契機に発見された小腸平滑筋腫の一切除例」

県立日南病院外科

○宮原 悠三 (みやはら ゆうぞう)

市成秀樹、山元綾子、野田智穂、田代耕盛、帖佐英一、峯 一彦、鬼塚敏男

同臨床検査科

木佐貫篤

症例は 76 歳男性、約 1 週間前より心窩部痛・食思不振出現、増悪するため前医受診となる。翌日の腹部 CT 検査で小腸腫瘍による腸重積症疑いの診断で当科紹介となった。同診断にて同日緊急手術施行。開腹するとトライツ靱帯より 30 cm 部で腸重積を認め、Hutchinson 手技にて容易に整復可能であった。整復すると約 3cm 大の可動性良好な隆起性腫瘍を小腸内に触知し、同部を含め腸管膜は扇状に切除し、小腸は腫瘍より口側・肛門側とも 10cm 切除を行い、再建した。術後経過は良好で 14POD に退院となった。病理結果は小腸平滑筋腫であった。小腸良性腫瘍は稀であり、今回当院経験例も含め文献的考察を加え、報告する。

⑬「診断・治療に苦慮した肝膿瘍の一例」

社会保険宮崎江南病院外科

○秦 洋一 (はた よういち)

白尾一定、立野太郎、大久保啓史、桑畑太作、林 直樹

抗生剤に反応の乏しい肝膿瘍を経験したので報告する。症例は 59 歳男性。既往歴特記なし。

20XX 年 4 月に一週間前より続く咳嗽、咽頭痛、嘔気、倦怠感を主訴に外来受診した。入院時血液検査所見で、白血球： $12140/\mu\text{L}$ 、CRP： 37.72mg/dL 、ビリルビン、アルカリフォスファターゼ、 γGTP の上昇を認めた。腹部 CT にて肝後区域に 7 cm 大の肝膿瘍を認め入院となる。抗生剤 (SBT/CPZ) に反応しないため、入院 5 病日に経皮経肝膿瘍ドレナージを行い、黄色で混濁した膿汁を観察した。翌日は血性膿汁となるも排液は少量でドレナージ不良であった。高熱、白血球高値が継続したため、入院 11 病日目に開腹手術を施行した。膿瘍の開窓とドレナージを行った。経過中の培養検査はいずれも陰性であった。また $\beta\text{-D}$ グルカンも陰性であった。術後に高熱は軽快傾向であったが、術後 5 日目に再び 38°C 台の高熱となった。血清膿汁を観察したことからアメーバ肝膿瘍を考慮し、メトロニダゾールを投与開始した。メトロニダゾール投与翌日より発熱は無くなり、ドレーンの性状も変化した。メトロニダゾール投与前に提出した赤痢アメーバ血清抗体は陽性であった。投与 2 日後には白血球数は正常となった。メトロニダゾール投与は 7 日間行った。術後 17 日目にドレーン抜去した。以後経過に問題なく、自宅退院となった。海外渡航歴、特異な性交渉歴もないアメーバ性肝膿瘍を経験したので若干の考察を加えて報告する。

⑭「超低位合流胆嚢管と傍乳頭憩室を背景に発症した胆石症の一例」

メディカルシティ東部病院外科

○桑原 知代 (くわばら ともよ)

荒田 緑、瀬口浩司、東 秀史

同救急部

松山順太郎

都城市郡医師会病院放射線科

生嶋一朗

海老原総合病院放射線科

長澤伸二

山下医院

山下兼一

症例は 87 歳、女性。心窩部～前胸部痛を主訴に当院受診。CT 及び MRI にて胆嚢管は膵内胆管で合流する超低位合流型であり、傍乳頭憩室も認めた。胆嚢、胆嚢管末端、総胆管に多数の結石を認め、嵌頓が疑われた。当院入院とし、PTGBD を行った後に分流手術を行った。

低位合流胆嚢管などの胆道奇形および傍乳頭憩室は、胆石生成に影響を及ぼすファクターであり、付加手術決定上重要である。若干の文献的考察を加えて報告する。