

# 平成 25 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 25 年 8 月 2 日 (金)

場所：宮崎県医師会館 2 階研修室

## ■ 会 員 発 表 ■

座長 潤和会記念病院 佛坂正幸先生

### ① 「結腸間膜に発生した平滑筋腫の 1 例」

県立宮崎病院外科

○田中 宏明 (たなか ひろあき)

55 歳の女性。検診にて腹腔内腫瘍を指摘され当院へ紹介された。触診で左上腹部に手拳大で可動性不良の硬い腫瘍を触れた。腹部超音波では境界明瞭、内部エコー不均一な充実性腫瘍として認め、CT 所見では 80×70×45mm 大の境界明瞭、造影効果の乏しい腫瘍であった。原発不明の腹腔内腫瘍との術前診断のもとに、腹腔鏡下に切除術を施行した。腫瘍は横行結腸間膜と茎状に連なる形で存在し、周囲組織への浸潤は認めなかった。摘出標本では断面が白色調の充実性腫瘍であった。病理所見では免疫染色にて c-kit, CD34 が陰性、抗平滑筋アクチン染色が陽性であり腸間膜原発の平滑筋腫と診断された。腸間膜平滑筋腫は極めて稀な疾患であり、良悪性の鑑別が難しく、組織学的所見が生物学的悪性度とは必ずしも一致しない。術後 2 年以上経過するが再発兆候は認めていない。今回横行結腸間膜原発の平滑筋腫の 1 切除例を経験したので文献的考察を含め報告する。

## ②「鼠径部痛と跛行を主訴とした Crohn 病の 1 手術例」

県立日南病院外科

○宮原 悠三 (みやはら ゆうぞう)

市成秀樹、田代耕盛、松田俊太郎、森 浩貴、山下 駿、児玉成邦、峯 一彦、  
鬼塚敏男

症例は 53 歳男性、2012 年 5 月頃から右鼠径部の痛みと腫脹、跛行が出現し、6 月下旬に当院に救急搬送された。腹部 CT にて右鼠径部から後腹膜まで膿瘍像を認め、右鼠径部の切開を行うと多量の排膿を認めた。腸管穿孔による膿瘍形成が疑い同日当科入院とし、保存的加療を行ったが軽快と増悪を繰り返した。入院 21 日目に試験開腹術を施行し、回盲部周囲に高度の炎症性癒着と、回腸末端から口側約 1m に渡り分節状に拡張と狭窄を繰り返す変性した回腸を認めた。回盲部については癒着が著しく切除は断念し、正常回腸と横行結腸のバイパス術を行い、回盲部に存在する穿孔・穿通部位の自然閉鎖を期待した。しかしその後も右鼠径部の切開孔から便中混じりの排膿が持続し、入院後 98 日目に再手術を施行。変性した回腸から横行結腸までの切除と吻合を行った。切除標本の病理診断から Crohn 病が疑われ、入院 142 日目に精査・加療目的で宮崎大学医学部付属病院第 1 内科に転院となった。転院後、精査の結果 Crohn 病と確定診断された。跛行を主訴とした Crohn 病の手術例は報告が少なく、今回若干の文献的考察を加え報告する。

## ③「腸管切離先行の腹腔鏡補助下結腸右半切除術

-implantation による再発予防のために-

古賀総合病院外科・内視鏡外科手術センター

○谷口 正次 (たにぐち しょうじ)

菅瀬隆信、野村美緒子、高橋 徹、黒木直美、田中智章、加茂仁美、古賀倫太郎、  
中島 健、後藤 崇、山本 淳、指宿一彦、古賀和美

【はじめに】結腸癌切除術後の implantation による吻合部再発は、比較的稀な再発形式である。当科で 2000 年に S 状結腸 sm 癌に対する腹腔鏡下結腸切除術後の implantation による再発を経験し、以来予防策を検討してきたが、対策の一つとして腸管切離先行の腹腔鏡補助下結腸右半切除術を考案して実施したので、その手技を報告する。

【手術手技】ポートは臍上部と下腹部正中（腹腔鏡用）に 12mm、左右に 5mm 各 2 本の計 6 ポート。手順は（1）自動縫合器で口側、肛門側の腸管切離を先行、（2）内側アプローチで SMA 前面からの D3 廓清、（3）内側から外側への後腹膜剥離である。小開腹は臍上部創を頭側に延長し、標本を摘出後に手縫い端々吻合で再建。開腹創から腸間膜孔を連続縫合・閉鎖している。手術時間は約 5 時間、出血量は数十 ml 程度。

【考案】開腹術に劣らぬ安全性と根治性を確保することで、大腸癌に対する腹腔鏡下手術を実施する外科医のストレスも軽減されると考えている。

#### ④ 「ESMO ガイドライン Group 1, 2 症例の当院における治療経験」

メディカルシティ東部病院がん化学療法センター

海老原総合病院

○太田 嘉一 (おおた よしかず)

メディカルシティ東部病院

瀬口浩司、黒木 純、上野晃寛、東 秀史

海老原総合病院

宮崎哲真、内野謙次郎、種子田優司、米澤 勤

切除不能進行・再発大腸癌に対して、本邦の大腸癌治療ガイドライン、NCCN ガイドラインなどが用いられてきた。当院では実臨床上有用な ESMO ガイドラインに基づき、Group 別治療を行っている。

当院の該当 46 症例は、K-ras 野生型が 35 例、変異型が 11 例であった。Group 1 が 2 例 (野生型のみ)、Group 2 が 5 例 (野生型 3 例、変異型 2 例) であり、残り 39 例が Group 3 であった。Group 1 の野生型に mFOLFOX6→FOLFIRI+C-mab, mFOLFOX6 + BV を実施し、ともに著明な腫瘍縮小を認めた。その後、1 例に根治術を行い、現在まで無再発生存中である。もう 1 例は切除予定である。Group 2 の野生型に mFOLFOX6 + P-mab, mFOLFOX6 ± BV, XELOX + BV などを行なった。1 例に腫瘍縮小を認め、近日中に原発巣切除予定である。一方 2 例は治療効果に乏しく早期に死亡した。また変異型に対しては主に mFOLFOX6+BV を実施した。1 例は著明な腫瘍縮小を認め、原発巣、転移巣を段階的に切除した。もう 1 例に対しては集学的治療を行い、2 年経った現在も生存中である。

今回 Group1, 2 のうち、切除可能となった症例中心に紹介する。

P-mab : パニツツマブ (ベクティビックス)    C-mab : セツキシマブ (アービタックス)

BV : ベバシツマブ (アバスチン)

座長 県立宮崎病院 日高秀樹 先生

#### ⑤ 「胸部食道癌における腹臥位胸腔鏡下食道亜全摘術の定型化と現況」

宮崎大学医学部腫瘍機能制御外科学

○中島 真也 (なかしま しんや)

西田卓弘、濱田剛臣、石崎秀信、前原直樹、池田拓人、日高秀樹、千々岩一男

2006 年 6 月より胸腔鏡下に食道亜全摘術をおこなった 64 例を対象とした。初期の側臥位群 18 例、腹臥位で手術手技を定型化し行った腹臥位定型化群 11 例、定型化以前の腹臥位定型化前群 35 例の 3 群に分け検討した。

定型化の主要ポイントは、食道は離断することなく気管とともに腹側に圧排し視野を確保して 106recL と 106tbL の郭清を行うことである。

出血量は、側臥位群と比較して腹臥位 2 群が有意に少なかった。手術時間は、側臥位より腹臥位定型化前になって手術時間が有意に延びたが定型化により手術時間の短縮を認めた。左反回神経周囲のリンパ節郭清個数は側臥位群より腹臥位定型化前群が有意に多く、さらに腹臥位定型化前群より定型化群で有意に多かった。

側臥位から腹臥位になったことで、出血量を減らすことができ、さらに定型化することで、定型前と比べて郭清精度を向上させながら手術時間を短縮することができた。

## ⑥ 「噴門側胃切除・空腸間置術後残胃癌の3例」

古賀総合病院外科

○野村 美緒子 (のむら みおこ)

谷口正次、菅瀬隆信、田中智章、黒木直美、高橋 徹、加茂仁美、古賀倫太郎、  
中島 健、後藤 崇、山本 淳、指宿一彦、北條 浩、古賀和美

【症例】全例男性で、初回手術時年齢は、各 48, 60, 64 歳。2 例は sm,n(-)、1 例は mp,n(-) であった。噴切から残胃癌手術までの期間は、各 34, 121, 186 ヶ月で、残胃癌は 3 例とも早期癌であった。初回手術時の clip のため ESD が困難であった小さな IIa の症例では、胃局所切除術で術中病理にて m 癌を確認。生検結果が未分化癌で mm 浸潤疑いの 1 例では、sentinel node navigation を利用した胃局所切除術を実施した。初回手術後に残胃癌の早期癌に対し 2 回 ESD 後に、3 回目の新病変が出現した症例に対しては、残胃全摘術が行われて、病理結果は sm,n(-) であった。残胃全摘術に際しては、挙上空腸が拡張していたが再建に利用可能で、Roux-Y にて再建した。再手術から各 5 年 8 ヶ月、4 年 9 ヶ月、7 ヶ月の現在、再発なく健在である。

【考案】噴切後の残胃癌に関しても早期発見が重要であり、また介在期間の長い症例もあることから、内視鏡での長期経過観察が重要と考えられた。

## ⑦ 「Stage IVa 高度進行食道がんの当院での治療」

国立病院機構都城病院外科

○松浦 光貢 (まつうら こうき)

後藤又朗、藏元一崇、長井洋平

食道癌は症状が発現した時にはすでに高度進行しており、根治手術も不可能なものが多い。たとえ手術可能であっても、集学的治療前には Stage II で約 50%、Stage III は約 35% ほどで、Stage IVa となれば 5 年生存率も 20% 以下で予後もきわめて不良である。さらに、もし手術したとしても R0 手術にならない限り予後不良である。

近年の抗がん剤や放射線照射などの集学的治療の恩恵にて原発巣の改善のため根治術が可能となり、たとえサルベージ手術であっても結果的に R0 の手術となった症例が徐々に増えてきた。当院では、それら症例の中に再発せずに、良好な術後経過をとっているものが多く認められるようになってきた。この 6 年近くのうち、根治が望めないような clinical-Stage IVa 症例の中で、集学的治療で根治術となった 8 例を経験し、それらの多くが予後良好で経過している。

当院での集学的治療の取り組みを提示し、根治治療が可能となった因子の検討と、これからのさらなる予後改善への戦略を検討する。

## ⑧「特発性食道破裂の1例」

国立病院機構都城病院外科

○長井 洋平 (ながい ようへい)

松浦光貢、藏元一崇、後藤又朗

【はじめに】特発性食道破裂に対する術式は単純縫合閉鎖のみ、fundic patch 追加、大網や肋間筋弁被覆を追加、T-tube ドレナージ、食道切除、などがあり症例により適切な術式を選択する必要がある。

【症例】83歳女性。胸部痛で発症し食道穿孔・縦隔炎を診断され当院紹介。緊急手術：右第7肋間後側方開胸。下縦隔を開放し膿瘍を吸引。食道中下部が縦5センチ裂けて周囲組織は脆弱。高齢で2次的トラブルが起きた場合にリスクが高いと判断し、食道抜去施行。頸部食道瘻、腸瘻造設。手術時間3時間12分。術後経過良好で後日胸壁前胃管再建施行。

【まとめ】縫合閉鎖に比し食道抜去は侵襲が大きいが、病変を除去できることで処置としては確実である。開胸での食道抜去は比較的容易で短時間で可能であり、年齢や食道の条件などのリスクが高い場合は、確実な救命を目指すという考えのもと食道抜去を第一選択としても良いのではないかと考える。

⑨「胃 GIST の肝転移再発より化学療法にて 4 年以上生存を得られている 1 症例」

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、桑畑太作

胃 GIST 術後再発より 4 年以上生存を得られている症例を経験しているので報告する。  
【症例】2006 年 5 月に胃 GIST に対して噴門側胃切除を施行。術後 3 年の腹部 CT にて多発肝転移を指摘され、2009 年 6 月よりイマチニブメシル (400mg/日) を投与開始した。しばらくは転移巣の増大なく経過したが、2 年 4 ヶ月経過後に一部の肝転移巣が増大傾向となる。2012 年 3 月よりスニチニブを開始した。25mg/日にて開始し、37.5mg/日に増量を図るも血小板減少症 (Grade 3) を認めたため休薬し、25mg/日にて再開とする。その後も骨髄抑制のため休薬を挟みながら現在も継続投与している。肝腫瘍はわずかに増大傾向ではあるものの、QOL は保たれ、外来通院中である。

【考察・まとめ】イマチニブ耐性後にスニチニブを投与しているものの結果的に間歇投与となっているにも関わらず腫瘍抑制効果がみられている。若干の文献的考察を加えて報告する。

⑩「肝切除後の多臓器転移に対し集学的治療を行った肝細胞癌の 1 例」

メディカルシティ東部病院外科

○上野 晃寛 (うえの あきひろ)

太田嘉一、瀬口浩司、東 秀史

国立病院機構宮崎東病院呼吸器外科

枝川正雄

都城市郡医師会病院脳外科

大田 元

藤元総合病院放射線治療部

荻田幹夫

同歯科口腔外科

田中純一郎

症例は 59 歳男性。平成 22 年 2 月、肝左葉の直径 10 cm の HCC (胆管内腫瘍栓 + ) に対して拡大肝左葉切除術を行った。病理診断は moderately differentiated HCC ( fc-inf + , vp 2 , vv 1 , b1 ) であった。経過良好であったが、2 年後、血痰を契機に肺転移を指摘され、右肺 S 1 切除術が施行された。その半年後には、頭痛と視野の異常が出現したため精査。右後頭葉と左小脳扁桃に腫瘍を認め、一期的に切除 (転移性脳腫瘍と診断)、その後 30 Gy の放射線治療 (リニアック、サイバーナイフ) を行った。その 6 ヶ月後、左口腔底に転移性腫瘍を認め、切除したのち放射線治療。その 3 ヶ月後、左橈骨に転移巣を認め、放射線治療を行っている。発表では、この症例の経過をたどるとともに、HCC の転移形式や部位ごとに対する治療に関して、文献的考察を加えて報告する。

## ⑪「転移性膵腫瘍 7 例の検討」

国立病院機構都城病院外科

○藏元 一崇 (くらもと くにたか)

松浦光貢、長井洋平、後藤又朗

【背景と目的】転移性膵腫瘍は稀であり、膵悪性腫瘍の 2~5% である。画像診断技術や膵切除術の安全性が向上したことから、転移性膵腫瘍の切除例が報告されつつある。

【症例】68 歳女性。右腎癌に対して右腎摘出術をうけた。術後 14 年目の定期観察中に CT にて膵体部に 25mm 大の腹部造影 CT で hypervascular tumor を指摘された。MRI でも CT で指摘された同意部位に造影早期で強い造影効果を呈しており、膵尾部の主膵管拡張を認めた。総合的に腎癌膵転移と診断し、膵体尾部切除術を行った。術後病理検査は腎細胞癌 (clear cell carcinoma) であった。術後 20 か月無再発生存中である。

【まとめ】転移性膵腫瘍は全身転移の一部として見られることもあるが、限局性の転移であれば切除により生命予後の改善が期待できる。自験例、他院例の転移性膵腫瘍切除 7 症例に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

## ⑫「胸腔内 Chronic expanding hematoma の一例」

県立宮崎病院外科

○森 将鷹 (もり まさたか)

別府樹一郎、田中宏明、和田敬、河田純、植田雄一、牧野裕子、大山真有美、松浦俊治、土井篤、小倉康裕、日高秀樹、中村豪、大友直樹、下菌孝司、上田祐滋、豊田清一

今回、右心不全症状を呈する chronic expanding hematoma の一例を経験した。症例は 85 歳女性、24 歳時に肺結核の既往があった。2009 年より血痰があり右肺腫瘍を指摘されフォローされていた。2011 年に腫瘍の増大傾向を認めるも悪性所見はなく経過観察していた。翌年、血痰の増悪と呼吸困難感、下腿・胸腹部浮腫、食欲不振が出現し精査の結果、胸腔内 chronic expanding hematoma と診断した。2012 年 8 月に膿胸腔搔爬術を施行した。腫瘍内には粘土状の内容物と血腫が充満しており、これをすべて搔爬した。手術時間は 323 分、出血は 1966ml であった。術後特に合併症なく経過し、術後 21 日目にリハビリ目的に独歩にて転院した。手術半年後も再発なく経過し、症状は改善し日常生活に復帰されている。術式としては被膜を含めた完全切除が望ましいとされているが、年齢・全身状態を考慮して低侵襲な膿胸腔搔爬術も選択肢の一つになり得ると考えられた。