

平成 26 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 26 年 8 月 1 日 (金)

会場：宮崎県医師会館 2 階研修室

■会 員 発 表■

座長 宮崎大学医学部外科学講座循環呼吸・総合外科学 富田 雅樹 先生

① 「DCF 療法後に切除した cT4 食道癌の 1 例」

宮路医院

○中島 真也 (なかしま しんや)

中島 紫織

日南春光会病院

桐村 泰廣

高鍋春光会病院

谷口 智隆

東病院

宮路 重和

症例は 43 歳男性。2014 年 1 月より嚥下障害があり 2 月に当院を受診した。食道内視鏡検査で門歯より 25 cm から粘膜不整があり、30 cm 部が狭窄し鏡体が通過しなかった。腹部 CT で胃小弯のリンパ節が肝外側区に浸潤していた (cT4)。ドセタキセル+シスプラチン+5FU (以下、DCF 療法) で化学療法を開始した。Grade3 以上の副作用は好中球減少を認めたのみで、3クール施行した。CT 計測での胃小弯のリンパ節は 8.0×6.0cm から 2.8×2.5cm と著明に縮小し PR と評価した。内視鏡では下部食道に粘膜下腫瘍として病変を認め表面の生検では、悪性所見を認めなかった。術前診断 [EG, type1, cT4 (肝), N1 (No. 7), Stage IVa]。CT で肝臓の合併切除で切除可能と考えられた為、6 月腹臥位胸腔鏡下食道亜全摘術、開腹胃管再建、胸骨後経路、リンパ節郭清 (D2+No. 105, 106 t b L, 8a, 9, 11p,) を施行した。術後は、リンパ瘻を伴ったものの経過良好で 26 日目に退院した。最終病理診断は、[EG, Type1, 30×25mm, pT2 (MP), pN4 (No. 7, 106 t b L, 106recL), pPM0, pDM0, pRM0 Stage III] であった。

切除困難な食道癌症例に対し、術前 DCF 療法を行うことで切除し得た 1 例を経験した。奏功率が高い DCF 療法は、術前治療として効果的だと考えられた。

② 「稀な走行の非反回下喉頭神経を伴った食道癌の 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)

梅崎 直紀、藏元 一崇、後藤 又朗

【症例】69歳男性。門歯より23～35センチに表層拡大型の表在癌を認め生検にてSCCであった。24～26センチに背側から壁外性の圧排像を認めたが、CT、食道透視により食道後方右鎖骨下動脈によるものと診断した。初診時の診断はMtUtLt、cT1b(SM2)、N1(106recR)、M0、cStageIIで、術前化学療法後に右開胸食道亜全摘をおこなった。【手術】頸部操作を先行した。右の非反回下喉頭神経は鎖骨上のレベル(下甲状腺動脈より尾側)で迷走神経より分岐し総頸動脈の背側を一旦尾側に下降したのち傍気管を上行し甲状腺の右背側に入っていた。この神経を同定、温存しながらリンパ節郭清を進めた。次に胸部操作に移った。食道後方右鎖骨下動脈により上縦隔の視野がやや狭かったが、頸部から可能な限りの郭清を先行しておこなっていたため左反回神経の確認は容易で郭清も十分に可能であった。

③「膵炎を繰り返す Lemmel 症候群の膵管ステント留置中に発症した
十二指腸乳頭部癌の 1 例」

県立宮崎病院外科

○小倉 康裕 (おぐら やすひろ)

崎濱 久紀子、河田 純、甲斐 健吾、植田 雄一、森藤 良浩、土井 篤、
別府 樹一郎、中村 豪、大友 直樹、日高 秀樹、下菌 孝司、上田 祐滋

傍乳頭憩室に関連した胆道・膵疾患の総称は Lemmel 症候群とされ膵炎発症は比較的稀である。繰り返す膵炎に対し膵管ステント留置による経過観察中に十二指腸乳頭部癌を発症し手術を施行された症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。症例は 68 歳女性。2005 年に重症型急性膵炎を発症し以後 2012 年 2 月まで計 11 回の急性膵炎入院歴を認め初回入院時精査で Lemmel 症候群と診断されていた。2012 年 2 月に傍乳頭憩室による膵液排泄障害の改善目的で膵管ステント留置、5 ヶ月ごとの定期交換を施行された。膵炎発症は認めなかったが 2013 年 5 月に肝機能障害を契機に緊急 ERCP 施行され、その際初めて乳頭部癌を指摘、同年 6 月に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(SSPPD-IIA-1)を施行された。最終診断は Apc, 腫瘍露出型, 20x18mm, pap, pT3a, 1y1, v0, pN0, H0, P0, M0, StageIIA, R0 となり、現在経過観察中であるが再発転移を認めていない。

④「消化管出血を契機に発見された、十二指腸粘膜下腫瘍の 1 手術例」

宮崎江南病院外科

○秦 洋一 (はた よういち)

出先 亮介、川越 浩輔、白尾 一定

消化管出血を契機に出血性十二指腸粘膜下腫瘍を指摘された症例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。【症例】81 歳、男性。数日前からの食欲不振のため当院受診。血液検査にて高度の貧血 (Hb: 6.1) あり、腹部 CT 検査で十二指腸に CT 値の低い腫瘍性病変を認めた。数日前に黒色便を認めていたため、消化管出血による貧血を疑い上部消化管内視鏡を施行した。十二指腸下行脚の粘膜下腫瘍病変から出血を来しており、止血のために他院紹介し内視鏡下止血術の後に当院入院経過観察となった。腫瘍は十二指腸乳頭近傍のために内視鏡的摘出は危険と判断し、入院後 13 病日に手術施行した。開腹下に十二指腸切開、粘膜下腫瘍切除術を行った。術後経過は良好で自宅退院となった。摘出標本の病理結果は脂肪腫であった。

⑤「当院における大腸癌肝転移に対する手術成績」

潤和会記念病院外科

○根本 学 (ねもと まなぶ)

佛坂 正幸、長友 俊郎、樋口 茂輝、黒木 直哉、岩村 威志

【はじめに】当院において手術を施行した肝転移症例について検討した。【対象】症例は35例（年齢：64.5±12.0歳（平均±標準偏差））であり、50回の肝切除を行った。原発癌との同時切除は2例、異時切除は33例で、3.3±4.1個の転移巣に対して、2.3±2.8カ所の切除を行った。生存率の計算はKaplan-Meier法で行い、群間の比較はLog-rank検定を用いて、 $p < 0.05$ の場合に有意とした。【結果】術後の無再発生存率は5年：34.2%、全生存率は5年：39.5%であった。原発巣がN0例（ $n=8$ ，5生率：100%）では、N陽性例（ $n=26$ ，5生率：20.8%）に比べ、有意（ $p < 0.05$ ）に予後が良好であった。その他の原発巣因子、肝転移因子、手術因子では有意差はなかった。肺転移に対する切除は6例（同時切除3例、異時切除3例）に対して行い、5生率は40.0%であった。【結語】大腸癌肝転移に対する手術後の予後因子として原発巣のリンパ節転移の有無が重要であった。肺転移があっても切除可能であれば、切除が望ましいと思われた。

⑥「直腸癌術後分子標的薬投与中に大腸穿孔を発症した1例」

三州病院外科

○林 知実 (はやし ともみ)

横山 憲三

症例は61歳男性、平成25年9月肛門痛、下血あり当院受診。CSにて上記診断。多発肺・肝転移あり。肛門の症状が強く、手術先行で術後化学療法の方針。腹会陰式直腸切断術施行しFOLFIRI+セツキシマブ療法開始。6コース目施行し1週間後にストーマ周囲に腹痛ありCTにて大腸穿孔の診断、保存的治療にて軽快。分子標的薬による大腸穿孔の可能性も考え、mFOLFOXに変更した。分子標的薬による消化管穿孔の原因として、腫瘍の縮小・崩壊、腫瘍の増大、薬剤そのものによる有害事象が報告されている。危険因子として、腫瘍のタイプ、投与量のほか、誘因として手術、放射線照射、内視鏡などの履歴、NSAIDsなどの併用薬、消化性潰瘍、憩室症、癌性腹膜炎、腸閉塞の合併の有無などが挙げられている。自験例においても分子標的薬が何らかの影響を及ぼした可能性があり、穿孔部位付近に大腸憩室が多発しており原因の1つに挙げられた。

⑦「術前診断が困難であった胆嚢癌肝転移の1症例」

国立病院機構都城病院外科

○藏元 一崇（くらもと くにたか）

梅崎 直紀、長井 洋平、後藤 又朗

症例は71歳女性、C型慢性肝炎に対して当院内科で経過観察していた。腹部造影CTで胆石と胆嚢底部に造影効果を伴う13mm大のポリープを認めた。患者の希望で経過観察したところ、約7か月後の腹部造影CTでポリープは縮小していたが肝S5胆嚢床に造影効果の乏しい径35mm大の結節集簇腫瘤像として描出された。EOB-MRIでも同様な腫瘤として描出された。血液検査で腫瘍マーカーはAFP 17.4, PIVKA-II 536と経過中に著高した。総合して肝細胞癌、肝内胆管癌、混合型肝癌、胆嚢癌肝浸潤等を考慮して肝S5部分切除、胆嚢摘出術を施行した。摘出した胆嚢を切開すると肉眼的には粘膜面に明らかな腫瘍性病変は認めなかった。最終病理組織結果は胆嚢癌(低分化型腺癌)で肝S5病変は転移巣であった。術前診断が困難であった胆嚢癌肝転移の1症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

⑧「慢性胆嚢炎、十二指腸穿破にて十二指腸-空腸吻合を行った1例」

国立病院機構都城病院外科

○梅崎 直紀（うめざき なおき）

後藤 又朗、藏元 一崇、長井 洋平

症例は80歳男性。主訴は嘔気・嘔吐。2014年6月より嘔気・嘔吐あり。症状持続するため前医受診し、精査加療目的で当院紹介となる。CT上、胆道気腫を認めたが腹部所見がなく感染徴候が軽度であること、脳梗塞既往でプラビックス内服中であったため抗生剤治療を先行し、待機手術とした。入院後5日目に十二指腸透視を行ったが、明らかな通過障害なく胆嚢も描出なし。食事摂取開始したところ、翌朝より嘔吐出現。感染も再燃し、入院後8日目に腹部症状も出現したため、同日緊急手術の方針とした。開腹すると著明に委縮した胆嚢を認め、十二指腸に穿破していた。十二指腸穿破部位は脆弱性であり単閉鎖は困難と判断し、十二指腸-空腸吻合を行った。術後経過は良好で術後17日目に退院とした。慢性胆嚢炎による十二指腸穿破の報告例は非常に少ない。今回十二指腸穿破を伴い、十二指腸-空腸吻合を施行した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。