

平成 27 年度 宮崎県外科医会冬期講演会 (日本臨床外科学会地方会)

日時：平成 28 年 2 月 12 日 (金)

会場：宮崎県医師会館 2 階研修室

■ プ ロ グ ラ ム ■

テーマ：「この疾患に対するわたしの工夫」

座長 南部病院 山成 英夫 先生

① 「当科における腹腔鏡下胃切除術の手術成績」

宮崎大学医学部附属病院 消化管・内分泌・小児外科

西 田 卓 弘 先生

② 「術前化学療法を行った同時性下部食道・胃重複癌の一手術例」

宮崎江南病院

秦 洋 一 先生

③ 「食道がん再建の際の後縦隔ドレナージなどの私の工夫」

国立病院機構都城医療センター外科

後 藤 又 朗 先生

座長 潤和会記念病院 黒木 直哉 先生

④ 「Endoluminal surgery について」

潤和会記念病院外科

新 名 一 郎 先生

⑤ 「消化管緊急手術時に卵巣嚢胞性腫瘍を合併切除した 2 症例」

南部病院外科

川 口 貴 士 先生

⑥ 「大腸悪性狭窄に対する大腸ステント留置術の工夫」

県立宮崎病院外科

中 村 豪 先生

座長 メディカルシティ東部病院 瀬口 浩司 先生

⑦ 「Oddi 括約筋廃絶による機能的乳頭狭窄の診断と根治術式」

メディカルシティ東部病院外科

東 秀 史 先生

⑧ 「門脈ガス血症の手術適応についての検討」

宮崎市郡医師会病院外科

甲 斐 健 吾 先生

①「当科における腹腔鏡下胃切除術の手術成績」

宮崎大学医学部附属病院 消化管・内分泌・小児外科

西田 卓弘

落合 昂一郎、濱田 朗子、中尾 大伸、松久保 眞、田代 耕盛、土屋 和代
河野 文彰、池田 拓人、七島 篤志

当院での胃癌に対する腹腔鏡下手術は 2002 年より導入され、少しずつその適応を拡大させてきた。最近では体腔内縫合を駆使した完全鏡視下手術も行っている。2002 年 1 月から 2015 年 12 月に当科で施行した胃癌に対する腹腔鏡下手術症例 237 例（幽門側胃切除術/胃全摘術/噴門側胃切除術，D1+/D2，進行胃癌 55 例を含む）の手術成績について、手術ビデオを供覧しながら報告する。

②「術前化学療法を行った同時性下部食道・胃重複癌の一手術例」

独立行政法人地域医療機能推進機構宮崎江南病院外科

秦 洋一

鶴田 祐介、出先 亮介、白尾 一定

同時性下部食道・胃重複癌の症例を経験したので報告する。【症例】70 代男性。近医での定期血液検査で貧血を指摘され、上部消化管内視鏡にて胃癌を認めた。2015 年 8 月に当院紹介となる。上部消化管内視鏡にて、門歯より 35-38cm の下部食道右壁中心の 1 型腫瘍を、胃前庭部に 3 型腫瘍、体中部大彎側に 2 型腫瘍、穹窿部に 2 型腫瘍を認めた。腹部 CT 検査において多数のリンパ節転移を認めたため、術前化学療法として SP 療法を行った。1 クール終了後に発熱性好中球減少症、DIC、薬剤性腎障害を発症した。1 クール後の CT 検査における効果判定では、腫瘍、リンパ節転移の縮小傾向を認めたが、化学療法の継続困難なために 10 月に手術を施行した。開腹操作にて手術を開始し、リンパ節を含め肉眼的には癌遺残なく摘出可能であったが、術中病理診断にて大動脈周囲リンパ節 (No. 16a2inter) に転移を指摘された。再建臓器は空腸として慎重に血管処理を行い、十分な長さを確保した。右開胸操作に移行して、気管分岐部直下にて食道を離断して胸腔内吻合を行った。術後経過に大きな問題はなく、術後 36 日目に自宅退院となった。最終病理診断は食道癌 pT3N1 (No. 3) M0、fStage III、胃癌は前庭部病変のみが癌であり、pT3 (SS) N3bM1 (LYM)、fStage IV であった。今後、術後補助化学療法を検討している。

③「食道がん再建の際の後縦隔ドレナージなどの私の工夫」

国立病院機構都城医療センター外科 後藤 又朗

食道がん手術では操作する部が、頸部・胸部・腹部の3か所であり、他の疾患と大きく異なっているため、種々の工夫が必要となってきます。全国共通の定型的なものから、各大学や各施設独特の手技や伝統があることと思われま

す。私は現在の施設に来て新しく工夫したことがいろいろあり、いままでこの宮崎県外科医会でいくつか呈示してきていますが、今回はそれをまとめてお見せすることと致しました。私独自のものもあれば、他の Dr や施設の工夫のアレンジもあるかと考え

1. 後縦隔経路を使用することに対する工夫：
2. リンパ節廓清に対する工夫
3. 吻合に関する工夫

このように分けて、それぞれについて図示し、解説致します。

座長 潤和会記念病院 黒木 直哉 先生

④「Endoluminal surgery について」

潤和会記念病院外科 新名 一郎 先生

新名一郎、岩村威志、黒木直哉、佛坂正幸、樋口茂輝、長友俊郎、根本 学
吉山一浩、宮崎貴浩
なかしま外科・内科 中島真也
串間市民病院外科 北村英嗣
宮崎医師会病院外科 甲斐健吾
南部病院外科 木梨孝則、八尋陽平
都農町国民健康保険病院外科 櫻井俊孝

経皮的内視鏡下胃内手術（以下、胃内手術）や経肛門的内視鏡下マイクロサージャリー（Transanal endoscopic microsurgery：以下 TEM）は、endoluminal surgery（管腔内手術）と称される。胃内手術は粘膜下腫瘍に対する低侵襲治療法に位置づけられ、特に食道胃接合部付近の病変に対する有用性の報告は多い。EMR や ESD が困難で胃切除術が不要な症例において根治性と機能温存性を両立できる有用な手術と考えらる。TEM は ESD 困難な早期癌に対する低侵襲治療法に位置づけられユニークな発展を遂げ保険収載されたが広く浸透するに至っていない。直腸 ESD の device と技術の進歩の成果もあり直腸 ESD は広範囲の癌の切除も安全に行われており TEM の症例は今後限定されると考えられる。経験した endoluminal surgery の経験を報告するとともに当院での ESD 症例を供覧する。

⑤「消化管緊急手術時に卵巣嚢胞性腫瘍を合併切除した2症例」

南部病院外科 川口 貴士
木梨 孝則 八尋 陽平、安作 康嗣、山成 英夫、八尋 克三

消化管緊急手術時に卵巣嚢胞性腫瘍を合併切除した2症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例1は89歳女性、腹部膨満感と腹痛のため紹介となった。7×7×6cmの左卵巣奇形腫により直腸S状結腸部が高度圧排され糞便性イレウスを生じていた。保存的治療中に圧排部位で腸穿孔を生じ、緊急手術を施行した。手術所見では腸管内の硬便と卵巣奇形腫の石灰化成分とで腸管が圧挫穿孔・卵巣穿通を生じていた。ハルトマン手術と左卵巣摘出術を施行した。病理診断で卵巣は成熟奇形腫であった。症例2は76歳女性、1週間前より便秘、その後右下腹部痛が出現し受診された。虫垂根部での穿通・腸間膜内膿瘍形成を認め、また、13×12×10cmの右卵巣類皮嚢腫により直腸S状結腸部、膀胱が高度に圧排されていた。盲腸部位の炎症が強いことや虫垂癌が否定できないことから回盲部切除術と右卵巣摘出術を施行した。病理診断で虫垂に悪性所見はなく、卵巣は類皮嚢腫で一部に扁平上皮癌成分を認めた。

⑥「大腸悪性狭窄に対する大腸ステント留置術の工夫」

県立宮崎病院外科 中村 豪
日高秀樹、崎浜久紀子、中村聡、森藤良浩、植田雄一、本山由利菜、小倉康裕、
土井篤、別府樹一郎、大友直樹、下菌孝司、上田祐滋

大腸ステント留置術は、留置後速やかに腸閉塞症状が軽減されるため狭窄症状を伴う切除不能大腸癌などの緩和治療として、またはイレウス症状を併発する大腸癌で人工肛門造設手術など緊急手術を回避するための術前一時的治療：Bridge to Surgery（以下 BTS）として普及しつつある。BTSとして大腸ステントを留置した場合、腸閉塞症状が改善されるだけでなく食事摂取が可能になるため、良好な全身状態で待機的に手術を行うことができる。また一旦退院して自宅で手術待機できるため患者自身のQOLは著しく高い。さらにステントを留置することで狭窄部位より口側を詳細に評価することが可能になるため、多発病変の評価や切除範囲決定に対しても有用であり、その臨床的有用性は極めて高い。一方で穿孔等の合併症を生じるとQOL低下だけでなく播種再発にもつながるため、ステントを留置する際には適応を慎重に検討し、ステント特性を考慮したステント選択を行い、ステントより口側大腸を評価する場合にはステント径や内視鏡外径にも留意して行う必要がある。我々はこれまでBTSとして18例に内視鏡的大腸ステント留置術を行い、いずれも合併症なく良好に経過し根治手術が可能であった。我々がステント留置に際して注意している点や留置後の管理などについて考察し報告する。

⑦「Oddi 括約筋廃絶による機能的乳頭狭窄の診断と根治術式」

メディカルシティ東部病院外科 東 秀史
瀬口 浩司、太田 嘉一、谷口 俊太郎、新屋 琴子
同病院消化器内科 翁長 正明
同病院麻酔科 小金丸 美桂子

胆道末端部における機能的乳頭狭窄という病態は、乳頭閉鎖不全とほぼ同義ではあるが、発症メカニズムを的確に表現している点で前者が一般化されるべきと考える。その病態の本質は Oddi 括約筋の機能廃絶であり、長期にわたる傍乳頭憩室炎や、EST による括約筋の機械的破壊により発現することが知られている。形態学的特徴は、乳頭部の胆管径が 7mm 以上と極端に開大しているにもかかわらず、十二指腸内の胆汁排出が遷延することであり、その結果総胆管径は通常の 7~8mm から 10mm 以上へと拡大する。多くの症例で原発性総胆管胆石を併発するため、治療に際しての術式選択には注意が必要である。今回はわれわれが経験した症例を呈示し、本病態に対する治療方針について考察する。

⑧「門脈ガス血症の手術適応についての検討」

宮崎市郡医師会病院外科 甲斐 健吾
甲斐 真弘 長友 謙三 和田 敬 田中 俊一

門脈ガス血症 (Hepatic portal venous gas : HPVG) は腸管壊死で認められる予後不良の徴候とされてきた。HPVG 症例に対する治療において、腸管壊死をいかに早期に発見するかが重要であり、逆に腸管壊死を否定できれば保存的加療が可能になる症例も少なくない。当院で 2008 年 10 月から 2015 年 6 月の間に経験した HPVG 22 例 (壊疽性胆嚢炎に伴う例を除く) において、初診時に緊急手術が必要と判断した 15 例中 2 例で結果的に保存的改善が得られ、また保存的治療が可能と判断した 7 例中 1 例で診断 2 日後に壊死腸管切除を要した症例を認めた。この結果から、手術必要群 14 例 (A 群) と保存的治療可能群 8 例 (B 群) に群別化し、両群間の臨床的、画像所見を比較検討し、HPVG の初期診療における腸管壊死の判断基準として有効となりうる因子を解析した。