

# 令和元年度 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：令和2年2月21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 宮崎大学医学部外科学講座 河野 文彰 先生

- ① 「甲状腺全摘術における反回神経健全性の確認による術式選択」  
古賀総合病院外科 田中 智章 先生
- ② 「心停止を呈した高Ca血症で、心肺蘇生後に副甲状腺摘出術を行った原発性副甲状腺機能亢進症の一例」  
古賀総合病院外科 押川 隆 先生
- ③ 「腹痛を契機に発見された小腸神経内分泌腫瘍の1例」  
JCHO宮崎江南病院 山崎 洋一 先生

座長 宮崎市郡医師会病院外科 甲斐 眞弘 先生

- ④ 「急性無石胆嚢炎に菌血症を合併した *Aeromonas hydrophilia* 感染症の1例」  
宮崎市郡医師会病院外科 千代反田 顕 先生
- ⑤ 「高度進行肝がんに対する治療法選択の考察」  
メディカルシティ東部病院外科 東 秀史 先生
- ⑥ 「宮崎大学肝胆膵分野における鏡視下手術の現況」  
宮崎大学医学部外科学講座肝胆膵外科 濱田 剛臣 先生

## ① 甲状腺全摘術における反回神経健全性の確認による術式選択

古賀総合病院外科 ○田中智章

甲状腺手術を行う者にとって反回神経を温存することは患者の QOL を維持する上で最も重要な課題の一つである。しかし反回神経は肉眼的に温存していても早期の声帯麻痺の頻度は 1~8%と報告される。反回神経麻痺は片側であれば嗄声・誤嚥の症状であるが、両側麻痺をきたした場合は声帯が固定され窒息し気管切開が必要となる可能性がある。現在、術中神経モニタリング IONM(Intra Operative Nerve Monitoring)の登場により、術中に反回神経の健全性を確認することができるようになった。術中に両側反回神経麻痺が確認されれば抜管前に気管切開をおくことで、抜管後の窒息などの緊急性を事前に回避できるようになった。IONM には 3 つの方法 (①簡易型神経刺激装置②Intermittent IONM③Continuous IONM) がよく使用されており、当院でも簡易型神経刺激装置を導入したためその実際について解説する。

## ② 心停止を呈した高 Ca 血症で、心肺蘇生後に副甲状腺摘出術を行った原発性副甲状腺機能亢進症の一例

古賀総合病院外科 ○押川 隆

症例は 85 歳男性。認知症の診断で 2018 年 5 月から当院精神科に定期通院していた。2019 年 12 月に他院で誤嚥性肺炎が疑われ、精査加療目的で当院内科に紹介、入院となった。

入院時検査で、炎症反応高値を認め、XP、CT では明らかな肺炎像はみられなかったが、CTR<sub>X</sub> で治療を開始した。入院時の補正 Ca は 13.7mg/dl と高値であった。入院後の US で甲状腺左葉背側に結節を認め、I-PTH も高値で、原発性副甲状腺機能亢進症が疑われた。高 Ca 血症に対して保存的治療を行うも難治性であった。

入院 29 日目に意識レベル低下し、心停止となり、心肺蘇生後に心拍再開した。心停止時に V<sub>f</sub> 波形であり、Ca:13.2mg/dl、K:7.5mEq/L、脱水を認め、高 Ca 血症による脱水に伴う腎前性腎障害に起因した血中 K 上昇が原因と思われた。

人工呼吸下で ICU 管理となり、心停止後 2 日目に自発呼吸認め、バイタルも安定して抜管可能な状態となったため、抜管前に副甲状腺摘出を行った。術後は Hungry bone syndrome に伴う低 Ca 血症となり、カルチコール投与でコントロールを行った。手術後に意識レベルの改善みられ、術後 4 日目に抜管した。

重度の高 Ca 血症は意識障害、致死的不整脈を起こすことがある。保存的治療で軽快しない原発性副甲状腺機能亢進症に対しては早期の外科的切除の介入が必要と思われた。

### ③ 腹痛を契機に発見された小腸神経内分泌腫瘍の1例

JCHO 宮崎江南病院

○山崎洋一、大井秀之、秦洋一、白尾一定

症例は77歳男性。腹痛を主訴に行ったCT検査で腹腔内に約3cm大の腫瘍を指摘され当科へ紹介となった。腹部CTでは臍下に位置する小腸腸間膜内に造影効果に富む単発の腫瘍として描出され、その他遠隔病変は指摘されなかった。ガリウムシンチグラフィでは腫瘍部に淡い集積を認めた。画像検査より腸間膜原発の腫瘍としてGISTが疑われ切除を行う方針となった。腹腔鏡下に観察したところ、回盲弁より約30cmの回腸腸間膜が短縮し、腸間膜内に3cmほどの白色結節を認めた。結節部には近傍の腸管や腸間膜が癒着し一塊となっており、体外への拳上が困難であったため開腹下に小腸切除術を行った。病理組織検査では、小腸リンパ節転移を伴うNET(G1)と診断された。

腹痛を契機に発見された小腸神経内分泌腫瘍の1例を経験したので報告する。

座長 宮崎市郡医師会病院外科 甲斐 真弘 先生

### ④ 急性無石胆嚢炎に菌血症を合併した *Aeromonas hydrophilia* 感染症の1例

宮崎市郡医師会病院外科

○千代反田 顕<sup>1</sup>、甲斐 真弘<sup>1</sup>、田中 俊一<sup>1</sup>、金丸 幹郎<sup>1</sup>、麻田 貴志<sup>1</sup>

*Aeromonas* 属菌は食中毒・下痢症の原因菌としては広く認識されているが、感染抵抗力の落ちたヒトでは、敗血症や軟部組織感染症などにより死亡に至る症例も散見される。適切な抗菌薬の選択が重要であることから抗菌薬の耐性動向に関しても報告されている。一方、急性無石性胆嚢炎は急性胆嚢炎全体の約5%と割合は少ない。今回我々は、*Aeromonas* 属菌により無石性胆嚢炎と菌血症を発症したが、抗生剤による保存的加療後に手術を行い、重症化することなく治癒に至った症例を経験した。症例は72歳、男性で発熱と下痢、右季肋部痛が出現したため近医受診した。急性胆嚢炎が疑われて当科に紹介された。当院受診時、体温は40°C、右季肋部に軽度の圧痛が認められた。腹部CTとUSでは胆嚢は軽度腫大し、内腔には胆泥が認められた。急性胆嚢炎(Grade I, mild)と診断した。受診時血液培養検査で *Aeromonas hydrophilia* を認め、菌血症を併発していた。抗生剤(TAZ/PIPC)使用し、炎症が沈静化した後 Lap-C を行った。術後胆汁培養検査ではやはり *Aeromonas hydrophilia* を認め、同菌が起因菌と判断した。*Aeromonas* 属菌は胆道炎の起因菌となり得り、同菌による胆道炎は重症化症例の報告が少なくない。抗生剤の選択は治療を行う上で重要である。急性胆嚢炎で重症化が予想された際には、早期のドレナージや手術摘出の時期も適切に判断する必要があると考えた。

## ⑤ 高度進行肝がんに対する治療法選択の考察

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

IVR 部門 生嶋一朗

われわれは1998年2月の本会で、直径6cm以下の単発肝細胞癌に対するTACEの効果は、外科的切除術と同等であることを報告した。今回は、高度進行肝がん治療に関する（1）～（4）の考え方を、最近経験した症例をもとに提示する。

- （1） 巨大肝細胞癌：最大径8cm以上のHCCに対する最も有効な治療法は外科的切除である（術後の多発再発に対してはTACEが必要になる場合が多い）。巨大HCCに対するカテーテル治療の有効性は報告されていないが、限局型で門脈腫瘍塞栓を形成していない症例であればTACEでCRが得られる場合がある。
- （2） 門脈腫瘍塞栓症例：TACEの効果は極めて低く、限定的な応用にとどめるべきである。外科的切除が可能であれば実施すべきであるが、術後の肝肺再発は必至であり、その場合のTACEは有用である。
- （3） 肺転移：経口分子標的薬の登場により、半数近くの症例で腫瘍の持続的縮小効果が得られている。
- （4） 脳、骨転移：放射線治療に100%委ねるべきである。副腎、皮膚、歯肉転移：迷うことなく切除すべきである。リンパ節転移：放置せざるを得ないが、陽子線治療の適応はある。

## ⑥ 宮崎大学肝胆膵分野における鏡視下手術の現況

宮崎大学医学部外科学講座 肝胆膵外科分野

○濱田剛臣、和田 敬、矢野公一、今村直哉、旭吉雅秀、七島篤志

腹腔鏡下胆嚢摘出術に始まった腹腔鏡手術も導入から30年近くが経ち、瞬く間に消化管、肝臓、胆道、膵臓領域にも導入され、特に消化管領域においては、すでに標準術式として位置づけられている。近年、腹腔鏡下胆道外科領域では先天性胆道拡張症、膵頭十二指腸切除術が保険収載された。

当教室においても、積極的に腹腔鏡下手術を導入しており、徐々に症例数を蓄積している。

現在、肝切除においては約70%が腹腔鏡下手術で行われており、今後も適応拡大が期待される。また昨年度には、先天性胆道拡張症手術も腹腔鏡下手術を導入した。

当科で経験した先天性胆道拡張手術のビデオを供覧する。

症例は65歳、女性。腹痛を主訴に前医を受診し、胆管拡張と遷延する肝機能障害の精査目的に当院消化器内科を紹介受診した。精査で先天性胆道拡張症、膵胆管合流異常を認め、腹腔鏡下先天性胆道拡張症手術を施行した。手術時間8時間、出血量少量であった。術後は胆汁漏なく経過し、POD10に退院した。