

第153回神奈川県臨床外科医学会集談会 プログラム

日時：平成30年12月22日（土）午後2時00分～

場所：神奈川県総合医療会館7階講堂

（横浜市中区富士見町3-1 TEL045-241-7000）

開会の辞 当番世話人 北里大学病院 外科 海津 貴史・隈元 雄介

レジデントプレゼンテーション

セッション1（14：05～14：35）

座長：北里大学病院 下部消化管外科 中村 隆俊

1. 腸閉塞で発症した嚢胞変性を伴う小腸GISTの1例

東海大学 消化器外科

○中島 理絵(なかしま りえ)、斉藤 剛太

2. Yグラフト置換後に2度グラフト-腸瘻、下腿膿瘍を発症した1例

川崎市立川崎病院 外科

○杉 真恵(すぎ まなえ)、和多田 晋、前田 智早、金本 徳之、塩味 慶子、郡司 崇裕、菊池 勇次、近藤 崇之、三原 規奨、萬谷 京子、夏錦 言、相浦 浩一、市東 昌也

3. 経肛門的切除後7年目に右側方リンパ節再発した直腸NETG1の1例

大船中央病院 消化器外科

○松浦 飛夢磨(まつうら ひゅうま)、長田 俊一、枝川 広志、藤本 剛士、安部 仁、浅井 聖子、真船 健一

4. 結石分析を行った虫垂結石嵌頓の1例

横浜栄共済病院外科

○石原 由基(いしはら ゆうき)、加藤 秀明、古山 和憲、木村 花梨、岩城 吉孝、鈴木 勇人、俵矢 香苗、川口 雅彦、渡邊 透

5. 腸閉塞で発症したLaugier's herniaの1例

聖マリアンナ医科大学 臨床研修センター¹⁾

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器一般外科²⁾

聖マリアンナ医科大学 消化器一般外科³⁾

○佐藤 健太郎(さとう けんたろう)¹⁾、真船 太一²⁾、菊地 悠輔²⁾、久恒 靖人²⁾、伊藤 弘昭²⁾、大島 隆一²⁾、小林 博通²⁾、佐治 攻²⁾、田中 圭一²⁾、國場 幸均²⁾、大坪 毅人³⁾

レジデントプレゼンテーション

セッション2（14：35～15：05）

座長：北里大学病院 上消化管外科 細田 桂

6. 胃癌術後の縫合不全に対してOTSCが奏功した一例

国立病院機構横浜医療センター外科¹⁾

国立病院機構横浜医療センター消化器内科²⁾

○加藤 真(かとうしん)¹⁾、森 康一¹⁾、関戸 仁¹⁾、松田 悟郎¹⁾、清水 哲也¹⁾、中川 和也¹⁾、小暮 悠¹⁾、荒木 謙太郎¹⁾、山本 悠史¹⁾、大石 裕佳¹⁾、鶴丸 裕司¹⁾、山田 英司²⁾

7. 術中ICG蛍光法で胃全摘を回避し得た幽門前庭部胃癌の1例

1)横浜市立みなと赤十字病院 外科

○長沢 晋也(ながさわ しんや)¹⁾、小野 秀高¹⁾、清水 亜希子¹⁾、川口 祐香理¹⁾、大矢 浩貴¹⁾、

8. 外傷性膵損傷に対して膵頭十二指腸切除術を施行した症例の長期経過に関する検討

聖マリアンナ医科大学 臨床研修センター¹⁾

同 消化器・一般外科²⁾

○梅澤 早織(うめざわ さおり)¹⁾、小林 慎二郎²⁾、井田 圭亮²⁾、加藤 宗次郎²⁾、土橋 篤仁²⁾、岸龍一²⁾、片山 真史²⁾、瀬上 航平²⁾、小泉 哲²⁾、大坪 毅人²⁾

9. ロボット支援手術の適応外と判断され、腹腔鏡下低位前方切除術を施行したハイリスク直腸癌の1例

平塚市民病院外科

○室井 貴子(むろい たかこ)、本郷 久美子、山本 聖一郎、金井 歳雄、米山 公康、赤津 知孝、葉季 久雄、高野 公德、佐藤 幸男、筒井 麻衣、吉川 祐輔、林 啓太、金子 靖、原 明日香、山本 堯佳、迫田 直樹、加藤 悠人、足立 基代彦、中川 基人

10. 陰茎尿道、尿道狭窄、H型膀胱隆癭を伴った泌尿生殖洞奇形の女兒の2例

北里大学病院初期研修医¹⁾、北里大学病院小児外科²⁾

○上松 由昌(うえまつ よしまさ)¹⁾、田中 潔²⁾、山本 裕輝²⁾、迫木 宏宣²⁾

一般演題 (15:05-15:47)

座長：日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科 千原 直人

1. 膵併存腫瘍 (mixed acinar-duct carcinoma) と胃癌の重複癌に対する1切除例

済生会横浜市東部病院 外科

○古田土 高志(こたと たかし)、中野 容、坊岡 英祐、三原 康紀、西谷 慎、西山 亮、渋谷 慎太郎、江川 智久

2. 回腸平滑筋腫による腸重積症の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科¹⁾

聖マリアンナ医科大学 病理診断科²⁾

○高城 伸平¹⁾ (たかぎ しんぺい)、小林 慎二郎¹⁾、土橋 篤仁¹⁾、岸 龍一¹⁾、片山 真史¹⁾、小泉 哲¹⁾、野口 映²⁾、高木 正之²⁾、大坪 毅人¹⁾

3. Noonan症候群に関連した遺伝子変異の関与が疑われた多発性固形腫瘍の1例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科

○酒井 淳(さかい じゅん)、小澤 真由美、神田 智希、南澤 恵佑、鈴木 紳祐、石部 敦士、小坂 隆司、菅江 貞亨、浜之上 はるか、秋山 浩利、遠藤 格

4. FOLFOXIRI + BV療法を用いた集学的治療により治癒的切除を得た十二指腸浸潤上行結腸癌の1例.

大和市立病院 消化器外科¹⁾、大和市立病院 乳腺外科²⁾、北里大学医学部 外科³⁾

○大泉 陽介(おおいずみ ようすけ)¹⁾、藤野 史織^{1), 2)}、細田 篤志¹⁾、中宮 紀子²⁾、和田 治¹⁾、根本 昌之¹⁾、小倉 直人¹⁾、藏並 勝²⁾、渡邊 昌彦³⁾.

5. 腹腔鏡下高位前方切除術後にwell leg compartment syndrome様の筋挫傷を認めた1例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 相模野病院 外科¹⁾、

北里大学病院 外科²⁾、

○小嶋 慶太(こじま けいた)¹⁾、羽廣 健仁¹⁾、山本 公一¹⁾、藁谷 美奈¹⁾、三浦 啓壽^{1), 2)}、海津 貴史^{1), 2)}、林 京子¹⁾

6. 胆嚢癌肉腫の1例

東海大学医学部附属病院 消化器外科

○小笠原 利仁(おがさわら としひと)、益子 太郎、矢澤 直樹、増岡 義人、貞廣 荘太郎、小澤 壯治、中郡 聡夫

7. 胃癌を合併した抗TIF1- γ 抗体陽性皮膚筋炎の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科

○大坪 莞爾（おおつぼ かんじ）、民上 真也、塚本 芳嗣、榎本 武治、佐治 攻、加藤 宗次郎、佐々木 奈津子、嶋田 仁、大坪 毅人

— 休 憩 —

特別企画 『不合格ビデオから学ぼう！-内視鏡技術認定医所得にむけて』

(16:00-17:05)

座長：北里大学病院 外科 海津 貴史

コメンテーター：日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科 千原 直人（ヘルニア）

北里大学病院 上部消化管外科 細田 桂（胃・食道）

北里大学病院 下部消化管外科 中村 隆俊（大腸）

1. ヘルニア技術認定医試験の不合格の経験

独立行政法人国立病院機構相模原病院外科

○坂本 友見子（さかもと ゆみこ）、石井 健一郎、玉川 達、桑野 紘治、大越 悠史、横井 圭悟、櫻谷 美貴子、旗手 和彦、金沢 秀紀、金田 悟郎

2. 内視鏡外科技術認定医不合格ビデオから学ぶ ～胃～

北里大学病院 上部消化管外科学

○牛久 秀樹（うしく ひでき）、三重野 浩朗、細田 桂、鷲尾 真理愛、江間 玲、山下 継史、渡邊昌彦

3. 内視鏡技術認定医不合格ビデオから学ぶ 大腸領域

北里大学下部消化管外科

○三浦 啓寿（みうら ひろひさ）

4. 内視鏡外科技術認定医不合格ビデオから学ぶ～肝臓

北里大学病院外科

○隈元 雄介（くまもと ゆうすけ）

5. 内視鏡外科技術認定医不合格ビデオから学ぶ～食道

平塚市民病院 外科

○筒井 麻衣（つつい まい）

特別講演 (17:05-17:55)

座長：北里大学病院 外科 隈元 雄介

『PD(膵頭十二指腸切除術)を安全に成功させるための10のこと』

講師 聖マリアンナ医科大学病院 消化器・一般外科

講師 小林 慎二郎 先生

レジデントプレゼンテーション 表彰 (17:55-18:05)

閉会の辞 北里大学病院 外科 隈元 雄介

抄録

レジデントプレゼンテーション

1. 腸閉塞で発症した嚢胞変性を伴う小腸GISTの1例

東海大学 消化器外科

○中島 理絵(なかしま りえ), 齊藤 剛太

小腸GISTは全GISTの20~30%とされる。GISTの大半は充実性粘膜下腫瘍の形態をとり、嚢胞を形成することは稀である。今回、腸閉塞で発症した嚢胞性病変を伴った小腸GISTの1例を経験したので報告する。

症例は55歳男性。右上腹部痛と嘔吐にて当院救急搬送となった。腹部CTで骨盤内に90mm大の嚢胞性腫瘍を認め、これと連続する小腸の腸間膜にwhirl signを認めたため、小腸嚢胞性腫瘍による腸閉塞の診断で同日緊急手術を施行した。下腹部正中切開で開腹し、回腸末端から約100cm口側の回腸を壁外性の嚢胞性腫瘍とともに切除した。嚢胞性腫瘍の一部には充実性成分を認め、免疫染色でc-kit(+), CD34(+), DOG-1(+), S-100(-)であり、病理組織学的に小腸GISTの診断であった。術後、imatinibによる補助化学療法を行い、切除後1年5ヶ月間再発を認めていない。

2. Yグラフト置換後に2度グラフト-腸瘻、下腿膿瘍を発症した1例

川崎市立川崎病院 外科

○杉 真恵(すぎ まなえ), 和多田晋, 前田 智早, 金本 徳之, 塩味 慶子, 郡司 崇裕, 菊池 勇次, 近藤 崇之, 三原 規奨, 萬谷 京子, 夏錦 言, 相浦 浩一, 市東 昌也

【症例】50代男性。【現病歴】主訴は右ふくらはぎ痛。9年前腹部大動脈瘤破裂に対し、Yグラフト置換術を施行。7年前グラフト空腸瘻と右下腿膿瘍を発症し、感染人工血管切除吻合、空腸部分切除を施行した。その後有害事象なく経過していたが、右下腿膿瘍が再発した。腹部造影CT検査ではYグラフトと十二指腸が接しており大動脈周囲の毛羽立ちが目立ったが、6年前のCT所見から大きな変化はなかった。しかし、上部消化管内視鏡検査にて十二指腸水平脚に人工血管が露出している所見を認め、手術を施行した。十二指腸水平脚の一部が変異シグラフトと高度に癒着していた。グラフト付着部分は腸液で黒色変化しており、同部を切除再吻合した。【結語】今回、われわれはグラフトの屈曲を契機とし、7年の経過で2度、type 2 SAEFを起こした極めてまれな症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

3. 経肛門的切除後7年目に右側方リンパ節再発した直腸NETG1の1例

大船中央病院 消化器外科

○松浦 飛夢磨(まつうら ひゅうま), 長田 俊一, 枝川 広志, 藤本 剛士, 安部 仁, 浅井 聖子, 真船 健一

症例は、69歳男性。主訴は、背部痛、悪寒。前日より主訴を認め、前医受診。腹部レントゲンでniveauを認め、当科紹介。既往に脳梗塞。7年前に当院で上行結腸癌を腹腔鏡補助下に切除(StageII)、同年、直腸カルチノイドを経肛門的に切除(NETG1)。腹部CTで、右水腎症、右骨盤内リンパ節腫大(腸骨動脈リンパ節、閉鎖リンパ節)。大腸内視鏡で異状所見なし。PET/CT検査では、軽度のFDG集積を認め、SUVmax=2.8でリンパ節再発が疑われた。傍直腸リンパ節及び、右骨盤側方リンパ節再発の診断で、開腹傍直腸リンパ節切除、側方リンパ節郭清(右尿管、内腸骨動静脈、精索、右閉鎖神経、右骨盤内蔵神経合併切除)を行った。病理組織学的検査で、NETG2の診断であった。現在もリハビリ目的で入院加療継続中である。直腸NETで5年以上経過して異時性に再発した症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

4. 結石分析を行った虫垂結石嵌頓の1例

横浜栄共済病院外科

○石原 由基(いしはら ゆうき), 加藤 秀明, 古山 和憲, 木村 花梨, 岩城 吉孝, 鈴木 勇人, 俵矢 香苗, 川口 雅彦, 渡邊 透

症例は70代、男性。主訴は腹痛、発熱。2018年10月23日に愁訴を認めて近医を受診し、虫垂炎の診断で10月24日に当科に加療依頼となった。CT検査では糞石と膿瘍形成を伴う虫垂腫大を認め、同日緊急手術目的に入院となった。手術は傍腹直筋切開で行った。虫垂根部周囲の膿瘍と結石による虫垂穿孔を認め、虫垂切除とドレナージを施行した。病理検査で、壊疽性虫垂炎と診断した。虫垂結石は20mm大の黄茶色調で、指圧で砕けるものでない硬さがあった。虫垂炎手術で認めることが多い糞塊（糞石）は指圧で潰れるほどの硬度であるが、本症例は胆石のような高度の虫垂結石を認めたため、その成分分析を行った。その内容はリン酸カルシウムで98%の含有率であった。虫垂結石の結石形成要因については不明な点もあるが、若干の文献的考察を加えて発表する。

5. 腸閉塞で発症したLaugier' s herniaの1例

聖マリアンナ医科大学 臨床研修センター¹⁾

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器一般外科²⁾

聖マリアンナ医科大学 消化器一般外科³⁾

○佐藤 健太郎¹⁾、真船 太一²⁾、菊地 悠輔²⁾、久恒 靖人²⁾、伊藤 弘昭²⁾、大島 隆一²⁾、小林 博通²⁾、佐治 攻²⁾、田中 圭一²⁾、國場 幸均²⁾、大坪 毅人³⁾

Laugier' s herniaは裂孔靱帯を貫いて脱出するヘルニアであり、鼠径部ヘルニア全体の0.02-0.13%と非常にまれである。今回我々はLaugier' s herniaにより腸閉塞をきたした症例を経験した。患者は90歳、女性。左鼠径部の膨隆と嘔吐を主訴に来院した。診察所見では腹部膨満と左鼠径部に3cm程度の膨隆を認めた。CTでは左鼠径靱帯下からのヘルニアの脱出を認め、小腸が嵌頓し、これを起点にして腸閉塞となっていた。当初大腿ヘルニア嵌頓による腸閉塞と診断し、緊急手術とした。術中所見は鼠径靱帯とCooper靱帯との間に脱出するヘルニアを認めたが、門は大腿輪の内側ではなく、繊維性組織を隔てた、さらに内側に位置し、Laugier' s herniaと診断し、Direct kugel法で修復した。鼠径部の閉創後、下腹部正中切開で開腹し、嵌頓腸管を確認したが、壊死はなく、そのまま閉創した。術後は経過良好で術後15日目に退院した。Laugier' s herniaは稀であり成因や画像所見などの特徴は知られていないため文献的考察を加えて報告する。

6. 胃癌術後の縫合不全に対してOTSCが奏功した一例

国立病院機構横浜医療センター外科¹⁾

国立病院機構横浜医療センター消化器内科²⁾

○加藤 真（かとうしん）¹⁾、森 康一¹⁾、関戸 仁¹⁾、松田 悟郎¹⁾、清水 哲也¹⁾、中川 和也¹⁾、小暮 悠¹⁾、荒木 謙太郎¹⁾、山本 悠史¹⁾、大石 裕佳¹⁾、鶴丸 裕司¹⁾、山田 英司²⁾

【背景】

胃全摘術後の縫合不全に対しOTSC(Over-The-Scope-Clip)を施行した一例を経験した。

【症例】

73歳男性。X年より貧血の進行がみられ、上部消化管内視鏡検査にて食道浸潤を伴う胃体上部癌が認められた。造影CTでは肝両葉、左肺上葉に転移を認めたが貧血の進行があったため胃全摘術、R-Y再建を先行して施行した。病理検査結果ではpT3N1M1 HEP. StageIVの診断であった。術後2日目に発熱と炎症反応が上昇していたため造影CT施行すると食道空腸吻合部周囲に液体貯留があり、吻合部造影を施行したところ吻合部より造影剤の漏出がみられ、縫合不全と診断した。術後9日目に穿孔部に対してOTSCを施行、4週間抗菌薬継続の方針とした。OTSC後9日目より飲水、11日目より流動食から食事開始し、22日目に退院とした。術後48日目から化学療法を開始している。

【結語】胃全摘術後に縫合不全をきたし、OTSCが奏功した一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

7. 術中ICG蛍光法で胃全摘を回避し得た幽門前庭部胃癌の1例

横浜市立みなと赤十字病院 外科¹⁾

○長沢 晋也（ながさわ しんや）¹⁾、小野 秀高¹⁾、清水 亜希子¹⁾、川口 祐香理¹⁾、大矢 浩貴¹⁾、鳥谷 建一郎¹⁾、中尾 詠一¹⁾、有坂 早香¹⁾、渡部 顕¹⁾、馬場 裕之¹⁾、阿部 哲夫¹⁾、杉田 光隆¹⁾

症例は78歳男性。2018年7月肺炎で前医入院中、心窩部違和感を認め、上部消化管内視鏡検査施行。胃前庭部に陥凹性病変を認め、生検でtub2の診断。手術目的に当院紹介受診。精査の結果、胃癌 L, PostLessGre, Type3, T4a(SE), N1, H0, P0, M0, cStageIIIの診断となった。

2010年4月に下行結腸癌による穿孔性腹膜炎に対して、左結腸切除+臍体尾部切除+脾摘術が施行されており、脾動脈が切離されていた為、術中ICG蛍光法で残胃の血流を評価して切離範囲を決定する方針とした。

全ての血管を処理し、十二指腸を切離した後のICG蛍光パターンは血管処理前と変わらなかった為、幽門側胃切除術を施行。術後経過は順調で、術後11日目に軽快退院となった。

今回残胃の血流評価にICG蛍光法を用いることで、胃全摘を回避できた稀な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。

8. 外傷性臍損傷に対して臍頭十二指腸切除術を施行した症例の長期経過に関する検討

聖マリアンナ医科大学 臨床研修センター¹⁾

同 消化器・一般外科²⁾

○梅澤 早織(うめざわ さおり)¹⁾、小林 慎二郎²⁾、井田 圭亮²⁾、加藤 宗次郎²⁾、土橋 篤仁²⁾、岸 龍一²⁾、片山 真史²⁾、瀬上 航平²⁾、小泉 哲²⁾、大坪 毅人²⁾

外傷性臍損傷に対する治療方針は議論が分かれるところである。一治療法として、臍切除が挙げられるが、臍切除の長期経過後には臍内外分泌機能低下が問題となることがある。演者は医学部5年生の臨床実習中に、腹部打撲による臍頭部Ⅲb損傷に対して臍頭十二指腸切除術を行った40歳代男性の症例を経験した。術後3年目現在の血液検査は血清総蛋白;6.9g/dl, アルブミン;4.2g/dl, Cペプチド;1.0ng/ml, HbA1c;5.5%と正常範囲内。重篤な下痢や脂肪肝および胆管炎も発生していない。外傷性臍損傷に対して臍切除を施行した症例の長期経過についてはまとまった報告が少ないが、臍外傷での臍切除後に内分泌障害は35.7%, 外分泌障害は33.3%発生したとの報告もある。そこで、今回当院で外傷性臍損傷に対して臍頭十二指腸切除術を施行された2症例の長期経過について、若干の文献的考察を加え報告する。

9. ロボット支援手術の適応外と判断され、腹腔鏡下低位前方切除術を施行したハイリスク直腸癌の1例

平塚市民病院外科

○室井 貴子(むろい たかこ)、本郷 久美子、山本 聖一郎、金井 歳雄、米山 公康、赤津 知孝、葉季 久雄、高野 公德、佐藤 幸男、筒井 麻衣、吉川 祐輔、林 啓太、金子 靖、原 明日香、山本 堯佳、迫田 直樹、加藤 悠人、足立 基代彦、中川 基人

74歳女性。PS0だが併存疾患に高血圧、糖尿病、糖尿病性腎症、脂質代謝異常、橋梗塞、脳動脈瘤、腹部大動脈瘤(35mm)、肺気腫があり、禁煙できていないハイリスク症例。Rbの直腸癌手術目的に当科受診となった。cT3N0M0の診断で、腹腔鏡下低位前方切除術+一時的人工肛門造設術を提示したが、ロボット支援手術を希望し他院受診、腹部大動脈瘤はロボット支援手術適応外と判断され、当院で上記手術(手術時間218分、出血量少量)を施行し、特記すべき有害事象なく退院した。pT3N0M0で補助療法なく経過観察中である。ロボット支援手術の治療報告はハイリスク症例を除外したbiasを有す症例集積に過ぎず、ハイリスク症例は腹腔鏡手術や開腹手術で対応するため、術式間のハイリスク症例のmigration(bias)が存在する。このことを理解した上での治療方針の決定、患者さんへの情報提示が必要であると考えられた。

10. 陰茎尿道、尿道狭窄、H型膀胱陰瘻を伴った泌尿生殖洞奇形の女児の2例

北里大学病院初期研修医¹⁾、北里大学病院小児外科²⁾

○上松 由昌¹⁾、田中 潔²⁾、山本 裕輝²⁾、追木 宏宣²⁾

泌尿生殖洞奇形に対する根治術は、時に治療戦略の選定に苦慮する。今回、陰茎尿道、前部尿道狭窄、H型膀胱陰瘻を伴った泌尿生殖洞奇形の2例を報告する。

【症例1：現在14歳】鎖肛を合併。排尿はH型膀胱陰瘻、膣、直腸が尿道とは別に会陰に開口し、同部から得られていた。後部尿道を会陰に開口する尿道形成術の後、造肛造膣術を施行した。最近尿禁制が得られ、月経も順調だが、膣口狭窄を認め、また尿道口、膣口、肛門が近接しているため、今後の膣口拡張に難渋することが予想される。

【症例2：現在11歳】正常肛門の直前にposterior cloacaが開口し、排尿はH型膀胱陰瘻を介して得られていた。チューブ陰瘻、膀胱皮膚瘻造設後、Progressive augmentation by dilating the urethra anteriorを施行したものの、現在尿道はほぼ閉鎖状態である。尿流入によるうっ滞性膣炎

回避のため、後矢状切開経直腸肛門経路によるH型瘻孔閉鎖、膺引き降ろし術を施行した。今後、禁制を有する尿路変更術を検討中である。

一般演題

1. 膵併存腫瘍 (mixed acinar-duct carcinoma) と胃癌の重複癌に対する1切除例

済生会横浜市東部病院 外科

○古田 土 高志 (こだと たかし)、中野 容、坊岡 英祐、三原 康紀、西谷 慎、西山 亮、渋谷 慎太郎、江川 智久

【症例】80歳代男性。半年前からの右上腹部のしこりを主訴に外来受診した。造影CT検査にて、膵頭部に約9cm大の膨隆性発育を伴う腫瘤影が認められ膵癌が疑われた。術前に実施した上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部小彎側に胃癌も指摘された。膵癌疑い及び胃癌の診断に対して、膵頭十二指腸切除術、門脈合併切除術を実施した。リンパ節廓清はPDのD2郭清、及び幽門側胃切除術のD2郭清に準じた。膵臓の病理組織診断は膵併存腫瘍 (mixed acinar-duct carcinoma) (Ph TS4(100mm)、pT2、pCH0、sDU1、pS0、pRP0、pPV0、sA0、sPL0、sO00、pN0、sM0 (P0、H0)、CY0、pStageIB、(JPS 7th/UICC 7th)、であった。術後経過良好で、15PODに自宅退院となった。【考察】膵併存腫瘍は膵癌の中でも比較的稀とされており、duct + acinar型はさらに少ないとされる。本症例は、duct + acinar型膵併存腫瘍と胃癌の重複癌を根治切除が実施できた貴重な症例と考えられるため、若干の文献的考察を含めて報告する。

2. 回腸平滑筋腫による腸重積症の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科¹⁾

聖マリアンナ医科大学 病理診断科²⁾

○高城 伸平¹⁾ (たかぎ しんぺい)、小林 慎二郎¹⁾、土橋 篤仁¹⁾、岸 龍一¹⁾、片山 真史¹⁾、小泉 哲¹⁾、野口 映²⁾、高木 正之²⁾、大坪 毅人¹⁾

症例は24歳の女性で1週間前からの腹痛があり、増強を認めたため来院。腹部は平坦、軟で右下腹部に自発痛・圧痛を認め、明らかな腹膜刺激症状は認めなかった。造影CT検査で回盲部付近に造影効果を伴う腫瘤と、それより口側の腸管に二重の壁構造を認めた。腫瘤を先進部とした腸重積の診断で緊急手術の方針となった。まず鏡視下で腹腔内観察すると術前画像と同様に回盲部より約15cm口側の小腸に重積腸管を認めた。下腹部正中に小開腹をおき体外で重積解除した。重積腸管の先進部には可動性不良な腫瘤を認めておりこれを切除し手術を終了した。病理組織診断の結果、Leiomyomaの診断であった。小腸に発生する平滑筋腫は比較的稀で、腸重積をきたした症例は少ない。今回若干の文献的考察を含めて回腸平滑筋腫による腸重積症の1例を報告する。

3. Noonan症候群に関連した遺伝子変異の関与が疑われた多発性固形腫瘍の1例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科

○酒井 淳 (さかい じゅん)、小澤 真由美、神田 智希、南澤 恵佑、鈴木 紳祐、石部 敦士、小坂 隆司、菅江 貞亨、浜之上 はるか、秋山 浩利、遠藤 格

Noonan症候群は特徴的外表奇形や心疾患を主症状とする遺伝性疾患であり、60%にRAS/MAPK経路の変異を認めるとされている。今回我々は、Noonan症候群関連遺伝子変異の関与が疑われた、骨盤内Schwannomaと乳房腫瘍を発症した1例を経験したため報告する。症例は39歳、女性。子2人がNoonan症候群の遺伝子診断を受けている。下腹部痛を主訴に近医を受診し、MRIで骨盤内後腹膜にT2強調像で7cm大のモザイク状腫瘤を認め、手術目的に当科紹介となった。PET-CTで左乳房に異常集積を認め、診断目的に同時切除の方針となり、後腹膜腫瘍摘出術、左乳房腫瘍摘出術を施行した。病理所見では紡錘形細胞の錯綜構造を認め、S-100陽性、c-kit、SMA陰性でありSchwannomaの診断となった。左乳房腫瘍はLobular carcinoma in situであった。

本症例は非典型的な表現型だが、家族歴よりNoonan症候群に関連する遺伝子変異を持つ可能性が高く、固形腫瘍発症に対する関連性が疑われる。

4. FOLFOXIRI + BV療法を用いた集学的治療により治癒的切除を得た十二指腸浸潤上行結腸癌の1例.

大和市立病院 消化器外科¹⁾, 大和市立病院 乳腺外科²⁾, 北里大学医学部 外科³⁾

○大泉陽介 (おおいずみようすけ)¹⁾, 藤野 史織^{1), 2)}, 細田 篤志¹⁾, 中宮 紀子²⁾, 和田 治¹⁾, 根本 昌之¹⁾, 小倉 直人¹⁾, 藏並 勝²⁾, 渡邊 昌彦³⁾.

症例は44歳男性. 貧血精査により上行結腸癌, 十二指腸・腹壁浸潤と診断された. 治癒切除困難と判断され, 人工肛門造設術施行後にFOLFOXILI + BV療法が開始された. 8サイクル終了後に腫瘍の縮小が認められ, 拡大結腸右半切除術, D3郭清, 人工肛門閉鎖術が施行された. 術後病理組織学的検査では外科的剥離面に腫瘍の露出はなく, 治療効果判定はGrade1bであった. 術後4か月が経過した現在, 無再発生存中である. 他臓器浸潤を伴う結腸癌の治療方針は定まったものはないが, R0切除が可能な場合は合併切除が行われることも多い. 一方, 切除困難症例の中には化学療法により治癒的切除が可能となる, いわゆるConversion surgery症例が存在し, 浸潤部位や転移, 耐術能などの因子を考慮した治療選択が必要である. 他臓器浸潤を伴う上行結腸癌に対し, 集学的治療により根治切除を得た症例を経験したため, 報告する.

5. 腹腔鏡下高位前方切除術後にwell leg compartment syndrome様の筋挫傷を認めた1例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 相模野病院 外科¹⁾,

北里大学病院 外科²⁾,

○小嶋 慶太 (こじま けいた)¹⁾, 羽廣 健仁¹⁾, 山本 公一¹⁾, 藁谷 美奈¹⁾, 三浦 啓壽^{1), 2)}, 海津 貴史^{1), 2)}, 林 京子¹⁾

60歳, 男性. 直腸癌の診断で腹腔鏡下高位前方切除術, リンパ節D3郭清を施行した. 術後より下腿の疼痛を認めたが, 明らかな血栓症は認めなかった. 術後4日目に下腿に浮腫を認めたため造影CT施行すると両側下腿筋挫傷を認めた. 術中の下肢の不適切な体位に起因するwell leg compartment syndrome (WLCS) と機序を同じにする筋挫傷と診断した.

術後下腿痛や浮腫は血栓をまず疑うが, WLCSも念頭に診療を行う必要があり, 文献的考察を含め報告する.

6. 胆嚢癌肉腫の1例

東海大学医学部附属病院 消化器外科

○小笠原 利仁 (おがさわら としひと), 益子 太郎, 矢澤 直樹, 増岡 義人, 貞廣 莊太郎, 小澤 壯治, 中郡 聡夫

症例は79歳男性. 肺癌の術前精査で施行したPET-CT検査で胆嚢に集積を認め, 当科紹介となる. 血液生化学検査では炎症反応の軽度上昇を認めるのみで腫瘍マーカーの上昇もなかった. 腹部超音波検査では, 胆嚢底部に30mm大の内部不均一な充実性エコーを認めた. 腹部造影CT検査では胆嚢底部に内腔に隆起する遷延性造影増強効果のある25mm大の腫瘍を認め, 漿膜面の引き連れがあった. リンパ節転移や遠隔転移はなかった. 精査の結果, 胆嚢癌T2N0M0cStage II の診断で胆嚢摘出術+リンパ節郭清を施行した. 病理組織所見は胆嚢癌肉腫でT2N0M0pStage IIであった. 術後3カ月現在, S-1による補助化学療法を継続中である. 今回我々は胆嚢腫瘍では稀な胆嚢癌肉腫の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する.

7. 胃癌を合併した抗TIF1- γ 抗体陽性皮膚筋炎の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科

○大坪 莞爾 (おおつぼ かんじ), 民上 真也, 塚本 芳嗣, 榎本 武治, 佐治 攻, 加藤 宗次郎, 佐々木 奈津子, 嶋田 仁, 大坪 毅人

77歳男性, 抗TIF1- γ 抗体陽性および近位優位の筋力低下と嚥下障害を認め, 皮膚筋炎の診断で, ステロイド療法を行ったが症状が進行し, 免疫グロブリン大量静注療法 (IVIG) を併用した. 精査にて5cmの3型胃癌を認め, 腫瘍随伴症候群が疑われたため手術の方針とし, 胃全摘, D2郭清, R-Y再建, 腸瘻造設術, 気管切開術を施行した. 術後は重篤な合併症は認めず, 術後31日目に内科に転科した. T4aN3M0 Stage III Bであった. 術後も症状の改善は乏しく, IVIG・ステロイド療法・免疫抑

制剤を再開した。術後6ヶ月目より経口摂取開始、自力歩行も可能となり、ステロイドも漸減可能となった。その後再発徴候もなく外来にて経過観察中である。

特別企画

1. ヘルニア技術認定医試験の不合格の経験

独立行政法人国立病院機構相模原病院外科

○坂本 友見子（さかもと ゆみこ）、石井 健一郎、玉川 達、桑野 紘治、大越 悠史、横井 圭悟、櫻谷 美貴子、旗手 和彦、金沢 秀紀、金田 悟郎

日本内視鏡外科学会の技術認定制度は2004年に発足し、腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術(TAPP、TEP)は20~25%前後の合格率で推移している。

私は現在までに505例で受験した計645例のTAPPと約100例の単径法の術者を経験している。またTAPPでは2例の再発も経験しており4例の合併症を認めた。学会ホームページの採点基準は10項目で審査コメントを見ると私は8項目に不備があったと思われた。

コメント欄で特に指摘されていたものを抜粋すると①ヘルニア囊の引き抜きが不要である点②剥離範囲の狭さや背側のメッシュの不安定さの2点であった。①に関しては術後出血を経験したことがあり、それ以降は小さく短いヘルニア囊以外は離断するように心がけている。また剥離範囲は普段から十分に広く剥離し11~14cm×9~12cm程度のメッシュの挿入をしていたものの提出症例ビデオではメッシュ挿入後にやや剥離範囲が狭く、追加の剥離をしたこともあり適した提出ビデオの選択を十分にすることが必要であったと考えている。

今後はいただいたコメントを参考に合併症・再発を起こさずに、よりスムーズで適切なTAPPを行っていき、内視鏡外科学会の技術認定医を目指したいと考えている。

2. 内視鏡外科技術認定医不合格ビデオから学ぶ ~胃~

北里大学病院 上部消化管外科学

○牛久 秀樹（うしく ひでき）、三重野 浩朗、細田 桂、鷲尾 真理愛、江間 玲、山下 継史、渡邊昌彦

【術者・症例紹介】ビデオ提出当時、術者は医師12年目、腹腔鏡下胃切除術(LAG)術者31例の経験を有し、29例目の症例を提出した。78歳女性で、亀背のあるBMI17.7kg/m²の痩せた症例であった。

【術式】腹腔鏡下幽門側胃切除術、D1+リンパ節郭清、Billroth I 法再建

【内視鏡外科技術認定医審査委員の指摘ポイント】①術野展開の不足、②慎重すぎる操作、③郭清範囲の評価困難、④リンパ節把持の際の組織挫滅、⑤患者因子(痩せ)を指摘された。

【原因】臍から剣状突起までの距離が短く、ポート全体を尾側へ下げる工夫をし施行した。以上のポイントを踏まえ、ビデオを見直してみると、手術全体の進行のスムーズさが感じられなく、どのセッションにおいても同じスピードでの手技が多かった。また、審査ビデオということで小出血を恐れ、カウンターアクションの不足、手技の慎重すぎさが現れていた。#4b郭清では術野展開が不良のため郭清不足となり、#6郭清では結腸腸間膜テイクダウンの不足による解剖の誤認、#8a郭清では左手把持鉗子の高頻度な持ち替えによる組織挫滅、神経叢外層トレースの不足を感じた。

【対策】脂肪の少ない症例を選んだが、「層」の認識が難しく、郭清範囲判定が難しかった。手術全体における緩急をつけ、術者・助手の把持部位をさらに定型化し、ランドマークある構造物をしっかり視認・確認することが重要であると考えられた。

3. 内視鏡技術認定医不合格ビデオから学ぶ 大腸領域

北里大学下部消化管外科

○三浦 啓寿（みうら ひろひさ）

2004年から技術認定制度が開始され、手術手技と指導医として手術が遂行できているかが評価の対象となる。大腸領域の対象症例はS状結腸癌あるいは直腸S状部癌で、D2以上のリンパ節郭清と、縫合器、吻合器を腹腔鏡下で使用することが義務づけられている。

採点方法は2016年に更新されているが、全部で4つのカテゴリーに分類され、各10点満点で小項目が5つあり、1項目0~2点で評価される。癌組織の損傷など癌の手術として明らかに不適当な手技、修復を要する他臓器損傷(腸管、尿管、自律神経など)は地雷となり、地雷に近い操作は-2までで

評価される。大腸領域の合格率は30%前後であり、狭き門となっている。

私は2011年、卒後10年目で大学病院に帰院し、同年に技術認定を申請したが不合格となった。その際の審査コメントで指摘された項目は、助手との協調作業不足や不適切な組織把持、剥離操作時の出血制御不足と、剥離層の誤認である。全体的に大きなマイナス要素はないが、減点法により、合格に至らなかったと指摘を受けた。

今回、編集動画ではあるが後輩の指導における一助として、不適切と思われた場面を供覧する。

4. 内視鏡外科技術認定医不合格ビデオから学ぶ～肝臓

北里大学病院外科

○隈元 雄介（くまもと ゆうすけ）

【症例】 進行直腸癌単発性同時性肝転移の患者で、術前化学治療を行った後に低位前方切除側方郭清と肝S8部分切除を行った症例を審査ビデオに提出した。

【内視鏡外科技術認定医審査委員の指摘ポイント】 ①助手との協調性の不足、②丁寧すぎる剥離、時間がかかり過ぎ、③肝臓の把持の際、組織挫滅がある。④ブラインド操作がみられる。以上4点を指摘された。

【原因】 以上の指摘ポイントに注目しビデオを見直すと、助手が吸引している場所と術者が剥離操作を行っている場所にズレがあり、十分に吸引されていない状況で剥離操作を行っているなど手術進行がスムーズに感じられない点があった。また、脈管を処理する操作を多めにしようとして、LCSでも行けそうな細い脈管にもクリップをかけていること。化学療法のため脂肪化が進んだ肝臓はもろく把持が難しかった点。直腸癌の長時間手術の間に輸液が入り、血や浸出液が出やすい状況であったこと。S8で心拍が影響し視野が取りづらい状況であったことなどに気づかされた。審査ビデオをとるために、久しぶりに術者をやったため、メンバー間の連携が十分でなかったこと、適切でない症例を選んだことが原因と推察した。

【対策】 少し条件は悪かったが、切除範囲が小さく、ミスが少ない症例を選んで出したつもりであったが、提出ビデオにしようとして最初から決めていたことで、平常心で施行していなかったことが反省点である。普段から、メンバーを固定し、手術手技の定型化を意識し、出血時の対応などをチーム内で共通認識にしておき、普段通りに行ったビデオを出すという基本的なことが重要と思われた。

5. 内視鏡外科技術認定医不合格ビデオから学ぶ～食道

平塚市民病院 外科

○筒井 麻衣（つつい まい）

【症例】 67歳女性。食道癌 SCC Ut Type 0-IIc T1bN0M0 Stage I。BMI 21.6。術式：胸腔鏡併用胸部食道全摘術、後縦隔経路胃管再建、頸部食道胃管吻合、3領域郭清、空腸瘻造設術。胸腔鏡手術時間：227分（3時間47分）。総出血量 140ml。

術者：演者（卒後11年目）、助手：JSES技術認定医（食道）・食道外科専門医（卒後24年目）、スコーパー：レジデント（卒後4年目）。

【審査委員コメント】 ①肺の圧排が不十分で、安定した術野が確保されていない ②術者左手で有効なトラクションが形成されていない ③最頭側のポートからのoozingが止血されていないことで、上縦隔の剥離層が潰れている ④LigaSureの鈍的剥離が多く、層が一定に保たれていない ⑤左反回神経周囲リンパ節の頭側の郭清が不十分である ⑥無理な牽引や不十分なカウンタートラクションが目立つ

【考察】 もともと胃での技術認定を目指していたが、合格レベルに達すると判断した症例がなく、大学スタッフを招聘しての食道癌症例で、比較的出血も少なく、綺麗に郭清できたと考えた症例を提出した。しかし実際には、審査の共通基準に含まれる1)手術の進行 2)術野の展開 3)手術手技についての指摘が中心であり、合格には遠いビデオであった。ビデオ提出時のLADG経験数も術者14例、第一助手47例、食道癌の胸腔鏡手術の術者経験は5例、第一助手の経験は0であり、絶対的な経験が不足していると考えられた。また、胸腔鏡下食道癌手術は手術体位をはじめ、施設毎の流儀が大きく異なり、JSESの合格ビデオや研究会での学習が難しい印象を受けた。食道で技術認定医を目指すのであれば、手術経験の蓄積と、自施設での徹底的な定型化を突き詰めることが大切であると痛感した。