

1. 小児外科領域における鏡視下手術

姫路赤十字病院 小児外科

○畠山 理、宮内玄徳

近年小児外科領域においても鏡視下手術の適応疾患が拡大しつつあり、主要疾患の大部分において鏡視下手術が可能であるといっても過言ではない。

症例数としては日常疾患である鼠径ヘルニアや急性虫垂炎が鏡視下手術の大多数を占める。

胸部領域では漏斗胸に対する胸腔鏡下胸骨挙上術が多いが、近年肺切除も鏡視下に行われるようになってきている。また高難度の技術を必要とするが、新生児の食道閉鎖症や横隔膜ヘルニアも胸腔鏡下に施行する施設がみられるようになった。

腹部領域では胃食道逆流症に対する腹腔鏡下逆流防止手術が主要疾患であり、この手術は小児外科領域の日本内視鏡外科学会技術認定医を取得するうえで必須の手術となっている。それ以外には脾臓摘出術、ヒルシュスプルング病根治手術、鎖肛根治手術が鏡視下手術の対象疾患としてあげられる。

小児外科領域における鏡視下手術の現状と課題について報告する。

2. 胆嚢に再発を来した悪性リンパ腫の 1 例

独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 外科

○尾地 伸悟、岡田 和幸、福垣 篤、小原 和弘、岩本 哲好、金城 洋介、

小河 靖昌、松下 貴和、佐藤 誠二、和田 康雄

症例は 60 歳代男性。StageIV (Ann Arbor 分類) のびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (Diffuse large B-cell lymphoma : DLBCL) に対して、R-CHOP 療法を 6 コース施行され、寛解状態であった。寛解して半年後の PET-CT 検査で胆嚢遊離面の広基性壁肥厚と FDG 集積を認めた。胆嚢癌の疑いで、手術目的に外科紹介となった。審査腹腔鏡で明らかな肝転移や腹膜播種を認めず、胆嚢病変も漿膜面からは確認できなかった。開腹下に全層胆嚢摘出術＋リンパ節郭清を施行した。病理組織診断は DLBCL であった。今後血液内科で治療予定である。

胆嚢癌との鑑別に苦慮した胆嚢再発を来した DLBCL の 1 例を経験したので報告する。

3. 盲腸原発扁平上皮癌の 1 切除例

ツカザキ病院外科¹

姫路循環器病センター 病理診断科²

○石原 敦¹、安田武生¹、栄 由香里¹、栄 政之¹、濱田 徹¹、塚崎高志¹、古本勝

症例は 74 歳、女性。倦怠感を主訴に近医受診し腹部 CT 検査で回盲部腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院へ紹介された。初診時現症で右下腹部に手拳大の弾性硬な腫瘍を触知し、血液検査では貧血と炎症所見は認められたが腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。下部消化管内視鏡検査で、回盲部から上行結腸にかけて半周性の 2 型腫瘍が認められ、生検で低分化型扁平上皮癌と診断した。造影 CT 検査で明らかな遠隔転移は認めないものの右水腎症を認め尿管浸潤が疑われた。右尿管ステント留置の上、右半結腸切除術および D3 郭清を施行した。切除標本の病理組織学的所見は ss、ly1、v1、n0、Stage II であり、腫瘍には PAS 陽性粘液成分が認められず低分化型扁平上皮癌と最終診断した。術後は順調に経過し現在補助化学療法施行中である。大腸原発の扁平上皮癌は極めて稀であり、腺癌に比べて予後は不良とされている。今回我々は、盲腸原発扁平上皮癌の 1 切除例を経験したので報告する。

4. SMA 周囲へ浸潤するリンパ節転移陽性を伴う横行結腸癌に対して術前化学療法後に治癒切除を行えた 1 例

姫路中央病院 外科

○小林照貴 宗友良憲 三村太亮 西村東人 山野武寿 山田隆年 大山直雄 立花光夫 石田康彦

症例は 53 歳男性。腹痛、貧血のため近医より紹介受診となる。CT では横行結腸の約 15 cm に渡る壁肥厚、複数のリンパ節転移の腫大を認め、そのうち最大径 55mm のリンパ節は SMA 周囲への浸潤を伴っていた。SOX 療法を 3クール行った後の CT では上記のリンパ節は 22mm に縮小しており切除可能と判断し拡大右半結腸切除を行った。病理標本では提出したリンパ節内に癌細胞は認めず、また剥離面にも癌の露出は認めなかったため curA と判断した。

今回我々は横行結腸癌の巨大リンパ節転移病変が SMA 周囲へ浸潤が疑われる症例に対して SOX 療法を 3クール行い、病変の縮小を認めたため拡大右半結腸切除 D3 郭清を行い R0 切除が得られた症例を経験したために報告する。

5. 高齢者の肺門部肺癌による呼吸不全に対して術前に一側肺動脈閉塞試験を施行して安全に肺全摘術を施行した 1 例

姫路赤十字病院 呼吸器外科¹⁾、呼吸器内科²⁾、放射線科³⁾、循環器内科⁴⁾

○水谷尚雄¹⁾、澤田茂樹¹⁾、村上斗司²⁾、岸野大蔵²⁾、宇賀麻由³⁾、幡中邦彦⁴⁾

患者は 80 歳の男性。前医で呼吸不全と診断され当院へ救急搬送された。CT では左全無気肺と縦隔リンパ節腫大を伴う肺門部肺癌と診断し、呼吸器内科に入院した。気管支鏡で左主気管支を閉塞する腫瘍を認め生検で扁平上皮癌と診断したが、TBNA で気管分岐下リンパ節には転移を認めず、臨床病期 IIIA (T3N2M0) と診断した。呼吸不全は左主気管支の閉塞に対して肺動脈が開存する換気血流不均衡によるものと考え、一側肺動脈閉塞試験を実施した。経鼻カニューラ 3l/分での酸素吸入下で実施し、左主肺動脈をバルーンで閉塞すると PaO₂ (mmHg) は閉塞前の 68.0 から 10 分後には

120.3に上昇した。また30分間閉塞を続けても、心係数は3.19 (l/min/m²)と維持された。以上より肺全摘も可能で、また呼吸不全の改善も見込まれると判断し、手術療法を選択した。下葉の温存を検討するため、術中に下葉気管支の中枢側を切開して内腔を観察したが、下葉側へも腫瘍が進展していたため左肺全摘を行った。手術時間は2時間44分で、出血量は150mlであった。術後、呼吸不全は軽快し14日目に自力歩行で退院した。肺全摘術はその侵襲性から特に高齢者では極力回避すべき術式ではあるが、本例のように十分に安全性と適応を吟味すれば患者に有益となる症例もある。

6. 乳癌単発性肝転移に対して薬物療法施行の後に肝切除を施行した1例

社会医療法人製鉄記念広島病院¹⁾外科²⁾乳腺外科

○田中正樹¹⁾、箕畑順也¹⁾²⁾、田淵智美¹⁾、森本大樹¹⁾、辰巳嘉章¹⁾、竹長真紀¹⁾、福岡正人¹⁾、酒井哲也¹⁾、橘史朗¹⁾

【症例】66歳女性【経過】左乳房腫瘍自覚して受診。左乳癌と診断。単発性肝転移(S5 45mm)を認めた。局所制御のため左乳房切除術+腋窩リンパ節郭清を施行。Invasive ductal carcinoma, Papillotubular carcinoma, 浸潤径4.8cm, n(+):6/8, HER2:3+, ER:10%, PgR:0%, Ki67:55%, pT2pN2cM1(肝), fStageIVと診断。第2病月より薬物療法を開始。FEC、nab-Paclitaxel(以下nPTX)+Trastuzumab(以下T)、Capecitabine+T、nPTX+T+Pertuzumabを順次施行。第37病月肝転移巣が増大したためTrastuzumab emtansine(以下T-DM1)に変更。第48病月(14コース施行)の時点で著明な縮小を得られた。治療開始から4年間新病変を認めず倦怠感などの有害事象も強くなっていた為、十分なインフォームドコンセントの上外科的切除の方針とした。術前T-DM1によると思われる肝機能障害(GOT 97U/l, GPT 64U/l)を認めた。第50病月、肝S5亜区域切除術施行。術中新規肝転移、腹膜転移を認めず。術後経過問題なく退院。病理では転移巣は癒痕化しCRと判定された。

現在 letrozole 投薬にて外来経過観察中である。

【考察】乳癌の転移巣に対する外科的治療の意義は乏しいが単一臓器の単発性転移が長期間維持できた症例に対しては選択肢の一つとなり得る。

7. 検診で偶然発見された副腎外傍神経節腫の一例

姫路循環器病センター外科

○杉田 裕、大澤 正人、田中 智子、小野 真義、竹長 真紀、中本 光春

症例は76歳男性。検診のエコーで8cm大の腹部大動脈瘤が疑われ、精査加療目的に当院心臓血管外科を紹介受診した。CTにて腹部大動脈左側、腎腹側の結腸間膜内に8cm大の内部不均一な腫瘍を認め、後腹膜腫瘍疑いにて当科紹介となった。摘出術を施行したところ、腫瘍は下行結腸間膜基部に局在し、左結腸動脈から栄養を受けているようであった。術中操作で血圧変動がみられたため、カテコラミン産生腫瘍の可能性も疑われた。病理結果は傍神経節腫の診断であった。

傍神経節腫は交感神経系および副交感神経系の傍神経節に発生する腫瘍で、特に副腎

髄質に由来するものは褐色細胞腫として知られている。

今回、検診で偶然発見され、切除し得た副腎外傍神経節腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

8. 膀胱浸潤 S 状結腸癌に対し、回腸利用膀胱拡大術を施行した 1 例

姫路聖マリア病院 1) 外科 2) 泌尿器科

○氏家 裕征¹⁾、○治田 賢¹⁾、岩田 一馬¹⁾、吉岡 遼¹⁾、松田 直樹¹⁾、緒方 良平¹⁾、高尾 智也¹⁾、藤井 徹也¹⁾、金谷 欣明¹⁾、丸山 修一郎¹⁾、村上 貴典²⁾、平井 隆二¹⁾

膀胱浸潤を伴った大腸癌に対し、浸潤部の膀胱を合併切除することでより良好な予後が期待される。膀胱三角部および骨盤神経の少なくとも一側が温存可能であれば膀胱温存手術が可能とされるが、残存膀胱容量が少ないと蓄尿障害（真性尿失禁）を起こす可能性がある。今回我々は膀胱浸潤を伴う S 状結腸癌に対し、S 状結腸部分切除、浸潤部の膀胱部分切除後、回腸利用膀胱拡大術を施行した症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症例は 48 歳、男性。下血を主訴に近医受診し S 状結腸癌の診断にて当院消化器内科紹介となった。画像診断にて膀胱浸潤を伴う S 状結腸癌と多発転移性肝腫瘍を認めた。大腸イレウスを呈しており、第 4 病日に経肛門イレウスチューブ留置の上、腸内減圧を図った。転移性肝腫瘍は二期的切除の方針とし、まずは第 20 病日に S 状結腸切除、膀胱部分切除を施行した。膀胱三角への浸潤を認めず膀胱全摘は回避できたが、膀胱直接縫合では残存膀胱容量が少なくなり蓄尿障害が起こる可能性が危惧されたため、回腸利用膀胱拡大術を施行した。術後自力排尿可能であった。後日転移性肝腫瘍に対し肝部分切除術を予定していたが、経過中、造影 CT にて門脈血栓を認めたため、ワーファリン内服開始し抗癌剤治療を先行する方針となった。