

1、PICC 挿入デバイスを使用した上腕 CV ポート挿入症例の検討

神戸海星病院 外科 1、乳腺外科 2

○木許健生 1、2、澤田隆一郎 1、小林 巖 1、安積靖友 1、河野範男 2、川口勝徳 1

上腕 CV ポートは、1：ポート作成の際の患者の恐怖心を軽減できる。2：穿刺の際、袖をめくるだけで済むため患者の羞恥心を軽減できる。3：皮下脂肪が豊富な女性であれば、ポート隆起が目立たない。など他の留置部位に比べ有用と考えられるが、ポート作成に不慣れな為か、なかなか普及出来ていないのが現状である。Cut-down 法では、カテーテル挿入静脈確認に難渋する症例もあり、特に尺側皮静脈の確認困難症例は多い。上腕神経に併走する上腕静脈にカテーテルを挿入することはストレスであるとの考えもあろう。

当科では PICC カテーテル挿入用デバイスを使用し、ほとんどの症例で尺側皮静脈穿刺にて上腕 CV ポートを、安全にストレスなく留置している。本法の Cut down 法及び、前胸部ポート留置 (Cut down 法) との比較検討を行ったので報告する。また、本法手技のビデオ供覧も行いたい。

2、直腸がん術後便失禁に対する仙骨神経刺激療法施行の一例

神鋼記念病院 外科

○江原豊、錦織英知、古角祐司郎、桂彦太郎、光岡英世、小松原隆司、小泉直樹、上原徹也、石井正之、藤康二、東山 洋

【背景】

本邦では 2014 年 4 月に便失禁に対して仙骨神経刺激療法 (以下、SNM) が保険収載されているが、まだ施行症例が少なく特に直腸がん術後排便障害に対する治療効果についての報告は少ない。今回直腸がん術後便失禁・頻回便で悩んでいた患者に対し、薬物療法、バイオフィードバック療法 (BF) などの保存的治療介入を行うも奏効なく SNM を施行した一例を報告する。

【症例】

55 歳男性。2015/9 他院にて下部直腸がんに対し、腹腔鏡下低位前方切除術+一時的回腸人工肛門造設術施行 (Stage1)。2015/11 に人工肛門閉鎖術施行後排便回数 10 回/日以上、便失禁 3 回/週と排便障害を認め、2016/1 当院排便機能外来受診。薬物療法、BF 介入治療を半年間行い、排便回数 4 回/日と減少認めるも便失禁の程度は不変であったため SNM を施行した。SNM 施行 2 週間後で、便失禁 1 回/2 週間と症状改善を認めた。

【結語】

直腸がん術後排便機能障害に対し、保存的治療介入でも症状改善を得られず SNM が著効した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

3、腹腔鏡下胆嚢摘出術の重篤合併症：肝被膜下血腫を生じた1例

○猿渡 和也¹，渡邊 彩子¹，服部 賢司¹，林 和宏²，大森 美佳²，久保田 暢人¹，奥本 龍夫¹，岡本 貴大¹，黒田 浩平³，森 岳樹²，石堂 展宏¹，門脇 嘉彦¹
1 神戸赤十字病院 外科 2 神戸赤十字病院 放射線科 3 神戸赤十字病院 消化器内科

【症例】3度の腹部手術歴がある，50歳女性。発熱，右季肋部痛，嘔吐を主訴に来院。血液検査にて肝胆道系酵素の上昇および汎血球減少を認めた。腹部US・CTにて，明らかな総胆管結石は認めず，胆嚢結石，胆嚢壁の浮腫性肥厚，周囲脂肪織濃度上昇，胆嚢周囲動脈の血流途絶を認め，総胆管結石陥頓解除後，壊死性胆嚢炎と診断された。また肝，胆嚢周囲，骨盤に腹水を認めた。ERBD tube留置後，同日腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後3時間で上腹部痛とAMY上昇を認め，ERCP後膵炎が疑われ，保存的加療を行った。翌日Hb 6.5 g/dLと低下，造影CTにて肝胆嚢床部に10cmの肝被膜下血腫および血腫内へのextravasationを認め，輸血およびTAEを施行した。血管造影では明らかなextravasationは認めず，術前に責任血管として疑われたA5分枝を塞栓した。TAEに伴う一過性の肝胆道系酵素の上昇を認めたが，画像上の血腫増大および貧血の進行はなく，術後32日目に退院した。現在術後7ヵ月経過しているが，血腫は5.5cmに縮小し，症状なく経過している。

【考察】腹腔鏡下胆嚢摘出術は広く行われている術式であり，術後肝被膜下血腫は極めて稀であるが，生じると致命的となり得る合併症である。臨床経過とともに若干の文献的考察を加え報告する。

4、局所進行膵体部癌に対する腹腔動脈合併尾側膵切除術（DP-CAR）の1例

兵庫県立がんセンター 消化器外科

○山岸 農 大山正人 杉山宏和 大坪 大 柿木啓太郎 今西達也 藤野泰宏 富永正寛

膵癌に対するR0手術は唯一根治を目指せる治療であるが，膵癌は診断時には進行し，動脈浸潤を伴うことも少なくない。腹腔動脈合併尾側膵切除（distal pancreatectomy with en bloc celiac axis resection; DP-CAR）は脾動脈根部や総肝動脈、腹腔動脈および周囲神経叢への浸潤を伴う局所進行膵癌に対して，腹腔動脈を切離し，周囲神経叢およびリンパ節を尾側膵とともにen blocに切除することでR0を可能とする手術である。R0による予後改善の有効性も報告されるが，一方で術後の虚血による胃粘膜障害，肝膿瘍など特有の合併症も認められる。今回当科でもDP-CARによりR0切除を達成できた症例を経験したので報告する。【症例】40代女性。卵巣癌術後で他院にてフォロー中、

CA19-9 の上昇を認め、精査にて膵体部癌と診断され、当科紹介。dynamic CT では膵体部に 36mm の動脈相で周囲膵実質より造影効果の乏しい腫瘍を認め、脾動脈浸潤あり、腹腔動脈および左胃動脈に近接し、腹腔動脈周囲神経叢への浸潤が疑われた。明らかなリンパ節転移、遠隔転移はなし。EUS でも膵体部に腫瘍を認め、FNA にて adenocarcinoma と診断された。術前診断：膵体部癌 (invasive ductal carcinoma, 膵癌取り扱い規約第 7 版 cT4N0M0, stage III)、予定術式：DP-CAR。手術 1 週間前に総肝動脈、左胃動脈に対してコイル塞栓術施行。術中所見で非治癒因子なく、DP-CAR 施行、手術時間 4 時間 27 分、出血量 550ml。術後 GradeA の膵液漏は認めたものの、POD24 に退院。術後病理診断では p1(+) は認めたが、剥離断端陰性、#8a にリンパ節転移あり (pT3N1aM0, stage II B)。術後 S-1 内服による補助化学療法を施行、術後 7 か月無再発生存中である。

5、緊急結腸重全摘術で救命し得た中毒性巨大結腸症を併発した劇症型偽膜性腸炎の 1 例

神戸市立医療センター 西市民病院 外科

○堀田健太 松井優悟 山田真規 三上隆一 村上哲平 田中英治 新田隆士 原田武尚

症例は 60 代男性。白内障術後にジスロマック 3 日間内服、内服終了後 2 日目より下痢と腹痛出現、徐々に増悪し近医受診。原因検索のため、内服終了後 5 日目に当院消化器内科紹介となった。CT で下行結腸に高度浮腫性壁肥厚認め、緊急大腸内視鏡施行したところ偽膜形成を認めたため偽膜性腸炎と診断し抗生剤加療開始となった。入院後保存的加療にて反応乏しく septic shock となり、CT では結腸の著明な拡張を認めたため中毒性巨大結腸症併発と診断、緊急開腹結腸重全摘、回腸人工肛門造設術を施行した。術後 5 日目に抜管、以降経過に大きな問題なく術後 36 日目人工肛門閉鎖術施行、術後 48 日目退院となった。

septic shock や感染腸管切除を要する、もしくは死に至る劇症型は偽膜性腸炎の 3~5% とされ、その死亡率は 34.7~57% と高い。今回我々は、緊急結腸重全摘術によって救命し得た中毒性巨大結腸症を併発した劇症型偽膜性腸炎を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

6、小腸憩室穿孔の 1 例

甲南病院・外科 1)、六甲アイランド甲南病院・外科 2)

○山田康太 1)、塚本好彦 1)、後藤直大 1)、千堂宏義 1) 村松三四郎 1)、宮下 勝 1)、具 英成 1)、濱辺 豊 2)

症例は 99 歳の女性で、大腿骨転子部骨折にて当院入院、大腿骨人工関節置換術施行され、リハビリ中であった。手術 1 週間後に喘鳴、腹痛出現し、腹部 CT で free air を認めた。

身体所見は左腹部に圧痛、反跳痛を認めた。血液検査所見は白血球 $14.750/\mu\text{l}$ 、CRP 26.54mg/dl と高度の炎症反応上昇を認めた。消化管穿孔による汎発性腹膜炎の診断で同日開腹手術を施行した。

腹腔内の消化管を検索すると胃・十二指腸・結腸には穿孔部位を認めず、空腸を中心に憩室が多発していた。Treitz 靱帯から約 40cm の空腸間膜付着部近傍の憩室に穿孔を認めた。穿孔部を含めた空腸部分切除術と洗浄ドレナージ術を施行した。

小腸憩室穿孔はまれな疾患であるが発症した場合は汎発性腹膜炎を発症しやすく、緊急手術の絶対適応ある。今回我々は小腸憩室の穿孔により汎発性腹膜炎を発症した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。