

## 1、左肺下葉切除後の肝内胆管癌肺転移に対して、右上葉換気下に完全胸腔鏡下右 S6 区域切除を施行した 1 例

姫路赤十字病院 外科

○田尾裕之、水谷尚雄、野木祥平、福本侑麻、半澤俊哉、藤本卓也、大塚翔子、西江尚貴、畑七々子、坂田寛之、坂本修一、國府島健、森川達也、河合毅、湯淺壮司、遠藤芳克、信久徹治、渡邊貴紀、松本祐介、渡辺直樹、甲斐恭平、佐藤四三

近年、胆管癌は薬物療法によって予後改善傾向となり、転移巣を複数回にわたって切除する症例も経験するようになった。今回我々は左下葉切除後に右 S6 に出現した転移性肺癌に対し、左右上葉換気下に完全胸腔鏡下区域切除を施行した 1 例を経験したので報告する。症例は 68 歳、男性。7 年前に肝内胆管癌 T3N0M0 ステージ III に対して手術を行った。2 年前に左肺下葉に転移を認め肺部分切除を施行したが、翌年に左下葉病変が出現したため左下葉残肺切除を行っている。右肺 S6 に新たな肺転移を認め切除が検討された。呼吸機能は手術適応と考えられたが、対側肺のみの換気では術中の酸素化を維持できないため、同側上葉を換気しながら手術を行う方針となった。手術は第 7 肋間に 2 cm × 2、第 4 肋間に 3 cm の切開をおいて完全胸腔鏡下右 S6 区域切除を施行し得た。手術時間は 2 時間 15 分、出血は少量であった。術後は良好に経過して術後 6 日目に退院となった。現在 2 ヶ月間無増悪で経過している。

## 2、急性間欠性ポルフィリン症に合併した急性虫垂炎の一手術例

ツカザキ病院外科

○丹田秀樹、江田将樹、栄由香里、栄政之、濱田徹、安田武生、塚崎高志

【はじめに】ポルフィリン症はヘム代謝系の異常に起因する稀な遺伝性疾患であり、種々の薬剤や、飢餓状態などが発作の原因になるとされる。今回ポルフィリン症合併急性虫垂炎症例に対する緊急手術を経験したので報告する。

【症例】59 歳、女性。30 年前に大学病院で急性間欠性ポルフィリン症と診断されていた。発熱と右下腹部痛を主訴に前医を受診し当科へ紹介された。精査にて急性虫垂炎と診断し、緊急手術を行った。術中所見では汎発性腹膜炎を呈しており、虫垂の根部と先端に壊死・穿孔を認めた。開腹下に虫垂切除・腹腔ドレナージ術を施行した。術 1~3 日目に軽度の播種性血管内凝固症候群を、また術 7 日目から軽度の遺残膿瘍を認めたが保存的加療にて改善し、術 15 日目に退院となった。薬剤はポルフィリン症に対して安全とされるもののみを使用、周術期の経静脈栄養を通常より増やして管理し、急性発作はなかった。

【結語】ポルフィリン症合併の緊急手術症例に対しても、使用薬剤の制限や周術期絶食中の静脈栄養などに配慮することで安全に手術を行うことができた。

## 3、急性虫垂炎に対する腹腔鏡下盲腸部分切除術施行後に診断された虫垂杯細胞カルチノイドの 1 例

製鉄記念広畑病院外科、病理診断科\*

○船本 英 森本大樹 中村勝也 田中正樹 田淵智美 河野誠之 辰巳嘉章  
竹長真紀 岩谷慶照 福岡正人 酒井哲也 橋 史朗 伊藤 敬\* 西上隆之\*

症例は76歳、女性。2017年10月下旬に右下腹部痛が出現し、精査にて急性虫垂炎が疑われ当科紹介となった。白血球 $8200/\text{mm}^3$ 、CRP $2.58\text{mg/dl}$ と軽度炎症反応の上昇を認め、CEAは $2.6\text{ng/ml}$ と正常範囲内であった。CTで虫垂の腫大と虫垂先端部に造影効果を伴う低吸収域を認め、虫垂周囲膿瘍を伴う急性虫垂炎と診断した。保存的治療を希望され入院にて抗生剤治療を開始し、自覚症状、血液検査とも改善し退院となった。腫瘍性病変の可能性も考慮し、2018年2月に腹部エコーとCTを予定したが、1月下旬に再度右下腹部痛を認めた。精査にて虫垂周囲膿瘍を伴う急性虫垂炎の再燃と診断し、腫瘍性病変の可能性も考慮していたため、診断治療目的に待機的に腹腔鏡下盲腸部分切除術を施行した。病理組織学的検査で虫垂杯細胞カルチノイドと診断し、あらためて開腹でリンパ節郭清を伴う回盲部切除術を施行した。最終診断は、T3, 1y1, v1, N0, M0, StageII, D3, R0, CurAであった。術後補助化学療法は希望されず、現在外来で定期経過観察中である。

#### 4、当院における低異型度虫垂粘液性腫瘍の治療経験と予後

姫路聖マリア病院 外科

○清水 大、坂田 龍平、氏家 裕征、三上 剛司、治田 賢、金谷 欣明、丸山 修一郎、平井 隆二

低異型度虫垂粘液性腫瘍 (low-grade appendiceal mucinous neoplasm: 以下LAMN) は破裂や粘液の漏出により腹膜偽粘液腫を来し得る。術前の診断が困難であり、術式やフォローアップの方法についても議論が分かれる。今回、最近10年間に当院でLAMN (またはそれに相当する) と診断された12例を検討した。有症状で発見された7例中、4例が術前に虫垂炎と診断されており、うち3例が穿孔による膿瘍形成と診断されていた。腹膜偽粘液腫合併の2例を除き、D1郭清までの回盲部切除が4例、盲腸部分切除が2例、虫垂切除が4例であった。経過観察中、明らかな再発や腹膜偽粘液腫を認めた症例はない。現在、予後調査を実施中である。膿瘍形成を伴う虫垂炎を疑った時は、LAMNも鑑別に挙げる必要がある。また、腫瘍が完全切除されていれば追加切除は必要ないが、十分な経過観察は必要と考える。

#### 5、腹腔鏡下鼠経ヘルニア修復術 (TAPP) に対する私の工夫

-左右対称化による手技の定型化-

姫路中央病院 外科

○豊田暢彦、北田和也、三村大亮、山野武寿、山田隆年、大山直雄、宗友良憲

【はじめに】今回、私が行っている右側、左側に関係ない左右対称の TAPP の手技・鉗子操作を紹介し、TAPP のさらなる普及に努めたい。

【手術手技】1. 左右に関係なくヘルニア門外側からの腹膜切開とヘルニア sac の可及的末梢側への切離 2. 腹膜前筋膜深葉・浅葉を意識した腹膜の環状切開 3. MPO を意識した腹膜前腔の確保 4. メッシュの挿入およびタッキング 5. 内側から外側への腹膜閉鎖

【治療成績】上記手技で 215 例を経験した。手術時間は  $72 \pm 16$  分、術後経口摂取開始  $1.1 \pm 0.6$  日、術後歩行開始  $1.3 \pm 0.6$  日、術後在院日数  $2.1 \pm 1.4$  日であった。合併症として水腫を 5 例に認めたがいずれも自然軽快し、現時点において再発は認めていない。

【考察および結語】手術において、操作軸に沿った鉗子操作は安全性を担保するうえで重要なポイントである。TAPP においても同様であり、左右対称な鉗子操作による手技の定型化により、安全で質の高い TAPP が確立され、鏡視下 advanced surgery のステップとなると考える。

## 6、食道癌集学的治療：右胃大網動脈に連続する腫瘤性病変に苦慮している 1 例

姫路赤十字病院 外科

○藤本卓也 信久徹治、半澤俊哉、福本侑麻、西江尚貴、畑七々子、大塚翔子、坂田寛之、坂本修一、國府島健、森川達也、河合毅、湯淺壮司、遠藤芳克、田尾裕之、渡邊貴紀、松本祐介、水谷尚雄、渡辺直樹、甲斐恭平、佐藤四三

切除不能進行食道癌に対して近年、積極的な集学的治療が行われており、奏功例は根治切除により予後改善が期待される。今回、進行食道癌に対し集学的治療後に寛解を得た症例を経験した。

症例は 63 歳男性。胸部閉塞感を契機に食道癌と診断された。腫瘍の気管・大動脈浸潤、傍大動脈リンパ節・膈転移を疑い、T4N4M1 Stage IVb と診断した。導入化学療法後に治療効果を認め、鏡視下食道切除を施行した。術中、腫瘍は左主気管支や大動脈と固着していた。病理診断は T2N0M0 Stage II、効果判定 Grade Ib であった。術後 TS-1 を開始したが 6 ヶ月後に再度膈転移が出現、膈体尾部・脾切除術を施行した。22 ヶ月後、傍大動脈リンパ節再発を認め、摘出した。現在、初回手術より 38 ヶ月経過するが局所再発なく、遠隔転移も認めていない。ただ、右胃大網動脈近傍に増大傾向にある腫瘤につき精査を進めている。

## 7、AFP 高値を示した肝偽腫瘍の 1 例

兵庫県立姫路循環器病センター 外科 大阪府済生会吹田病院 外科\*

○大澤正人、佐野梨沙、小野真義、中本光春、寒原芳浩\*

症例は 80 歳男性、既往歴、3 年前胃幽門、噴門多発早期癌にて腹腔鏡下胃全摘術、現病歴：フォローの年一回の単純 CT 検査で、肝臓後区域に約 8cm の腫瘤陰影を認めた。造影 CT では S7 を主座とする 8.5cm の辺縁不正な腫瘤で早期層で造影し、後期層で wash out し、

一部は造影不良域を伴っており、混合型肝癌や肉腫様変性を伴う肝癌が疑われた。P7 抹消の造影不良あり門脈浸潤が疑われた。これらの所見は、造影 MRI, 超音波検査でも同様であった。検体検査では、GEA 3.9 CA19-9 61.3 で AFP については、29052 と著名な上昇を認めた。以上から門脈から右肝静脈に腫瘍栓を伴った原発性肝癌がもっとも疑わしいと判断し肝後区域切除または右葉切除の予定で開腹術を行った。術中超音波検査では、前区域への浸潤も疑われ、右葉切除の方針で手術を進めた。右肝静脈の処理は最後に行ったが、周囲の腫瘍の存在が明らかでなかったが、右肝静脈根部を切除側につけるように下大静脈に切り込みながら縫合切離し右葉を摘出した。手術時間 5 時間 48 分、出血量 1250ml 術後経過は良好で術後 14 日に退院となった。退院後の AFP は順調に低下し、5 ヶ月で 3.5 と正常値まで低下した。摘出標本の検討では、切除肝の一部で繊維化と癍痕様の結節状病変を形成するが腫瘍病変は確認できず最終的に偽腫瘍と診断された。偽腫瘍は、未だその本質は明らかにはなっているとは言えない。今回の症例で検討し報告したい。

## 8、診断に難渋した肝転移・膵浸潤を伴う胃大細胞型神経内分泌癌の 1 例

姫路医療センター 外科

○谷川 優麻、金城 洋介、尾地 伸悟、北野 翔一、松原 弘侑、福垣 篤、岩本 哲好、小原 和弘、石野 義人、松本 卓也、松下 貴和、佐藤 誠二、和田 康雄

症例は 56 歳、女性。左上腹部腫瘍で近医より紹介。腹部造影 CT で左上腹部に長径 80mm の充実性不整形腫瘍を認め、複数の空腸動脈からの分枝が腫瘍内を走行した。FDG-PET にて辺縁有意の FDG 高集積を認め、腫瘍は右下腹部に大きく移動していた。また、両検査にて肝右葉 S7 に 10mm の SOL を認めた。胃内視鏡検査では胃角部小彎側に 25mm の IIc 病変 (tub2) を認めた。以上より巨大腫瘍は GIST 等、腸間膜腫瘍とその肝転移を鑑別の第一候補と考え、胃病変は同時切除する方針とし、診断・治療目的に手術を施行した。術中所見は腹水細胞診陰性、腸間膜には所見がなく、腫瘍は胃前庭部背側～頭側で膵体部にあり肉眼的に胃浸潤を伴う膵原発腫瘍と考え RO を目指し膵頭十二指腸切除および肝部分切除を施行した。病理は ChromograninA, Synaptophysin, CD56 陽性で胃原発大細胞型神経内分泌癌と診断され T4b (膵), N1 (2/97), M1 (肝) であった。今回われわれは診断が容易でなかった胃神経内分泌癌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。