

第128回山陰外科集談会

日時：平成23年12月3日(土)

会場：島根大学医学部臨床講義棟・本部棟

会長：島根大学消化器・総合外科学 田島 義証

1. 鏡視下手術にて低侵襲に治癒切除し得た高齢者食道類基底細胞癌の1例

島根大学医学部消化器・総合外科

藤井 雄介, 松原 毅, 百留 亮治
平原 典幸, 和氣 仁美, 矢野 誠司
田島 義証

症例は82歳男性・PS2。特発性血小板減少症にて近医通院中。食思不振を自覚し、当院紹介。精査にて前庭部大彎・体下部大彎に多発早期胃癌、胸部下部食道に進行食道癌を認めた。多発胃癌に対しEMRを行った。根治度A、食道手術再建胃管として利用可能であった。胸腔鏡下腹臥位胸部食道亜全摘術+3領域リンパ節郭清、腹腔鏡補助下後縦隔胃管再建を施行。術後病理診断にてBasaloid carcinoma, pT1bN3M0, fStageであった。食道類基底細胞癌は、本邦では食道癌全体の0.1%程度で、予後は扁平上皮癌に比し不良とされる。今回、EMR・鏡視下手術にて低侵襲に治癒切除し得た多発早期胃癌合併高齢者食道類基底細胞癌の1例を経験したので報告する。

2. 体外式超音波検査による胃癌の壁深達度診断

鳥取大学医学部保健学科病態検査学¹

同 附属病院病理部²

同 附属病院検査部³

同 附属病院消化器外科⁴

勝中 信行¹, 服部 博明¹, 平井 英誉¹
小谷 由香¹, 遠藤由香利², 石杉 卓也³
佐藤 研吾¹, 福田千佐子¹, 斉藤 博昭¹
池口 正英⁴, 広岡 保明^{1,4}

【目的】体外式超音波検査(以下、TUS)による胃癌の壁深達度診断(特にSM(2)とMPの鑑別)について検討した。【方法】TUS像にて第3層の断裂様式と組織学的壁深達度を比較検討した。【結果】mp癌では、癌細胞の増殖により第3層が漿膜側より押し上げられた為、第3層が粘膜側に向けて断裂しているように観察された。また、sm(2)癌では癌細胞の圧排の為、第3層が

粘膜側に向くようには観察されなかった。【まとめ】TUSにて断裂様式を観察することは壁深達度診断に有用であると思われた。

3. 若手外科医によるLADGでのpitfall

島根大学医学部消化器・総合外科

和氣 仁美, 松原 毅, 百留 亮治
平原 典幸, 藤井 雄介, 矢野 誠司
田島 義証

当科では技術認定医が指導的助手の立場で手術に入り、10年目前後の若手外科医が執刀し、後期研修医がスコピストや助手を務めている。若手が執刀することで、予期せぬ出血をしたり、それにより廓清が不十分になるなどのpitfallに陥ることがよく経験される。Pitfallに陥らないために、1:廓清に必要な手術のTouch, 2:内視鏡手術に適したアプローチ, 3:D2廓清へのステップアップのためのランドマークの3点に注意を払い手術を施行している。

ハイビジョンシステムにより腹腔鏡で新たに認識される解剖と膜構造や層構造をしっかりと意識することで、無用な出血をさせず、膜の適切な牽引を行い、廓清の精度を上げることが重要であると考えます。

こういったポイントを意識しながら若手外科医が施行したD1+廓清症例、その中で、6番のリンパ節廓清と、UVカットを供覧する。

4. 体外式造影超音波検査による消化器癌に対する抗癌化学療法効果判定の有用性

鳥取大学医学部保健学科病態検査学¹

同 附属病院病理部²

同 附属病院消化器外科³

平井 英誉¹, 服部 博明¹, 小谷 由香¹
勝中 信行¹, 遠藤由香利², 佐藤 研吾¹
福田千佐子¹, 斉藤 博昭³, 遠藤 財範³
池口 正英³, 広岡 保明^{1,3}

【目的】抗癌化学療法前後に体外式造影超音波検査(以

下造影 TUS) を行い, Time intensity curve (以下, TIC) にて腫瘍内血流変化の評価が可能であるかを検討した。

【結果と考察】CT 上腫瘍が縮小した例ではケモ後の TIC が減弱し, 腫瘍が増悪した例ではケモ後の TIC は増強していた。以上より, 造影 TUS による TIC の測定は, 抗癌化学療法効果判定において有用な方法となり得るのではないかと思われた。

5. メッケル憩室による絞扼性イレウスの1例

島根県立中央病院

福垣 篤, 久保田豊成, 戸矢崎利也
森野甲子郎, 長田 絢子, 宮本 匠
中西 保貴, 青木 恵子, 増井 俊彦
杉本 真一, 高村 通生, 武田 啓志
橋本 幸直, 徳家 敦夫

メッケル憩室に起因した絞扼性イレウスを発症した1例を経験したので報告する。

症例は80歳代女性。主訴は嘔気, 腹痛で, 各種画像検査にて絞扼性イレウスを疑われたため緊急開腹術となった。回腸末端より約 90 cm の部位にメッケル憩室を認め, 臍と憩室間に Band 形成しこの Band を軸として腸管が時計回りに360度回転していた。メッケル憩室は卵黄腸管の遺残で, 回盲弁の口側, 平均約 60 cm 程度の部位に位置し, 腸間膜対側に存在する。大部分は他の手術中に偶発的に発見されるか, あるいは合併症を発症して初めて診断がつく場合が多い。メッケル憩室に起因する高齢発症の絞扼性イレウスは報告例が少なく非常に稀と考える。若年発症で手術既往のないイレウスに遭遇した場合は, 本症を念頭に置く必要がある。

6. 術前診断困難であった Meckel 憩室による腸閉塞の1例

益田地域医療センター医師会病院外科

服部 晋司, 林 彦多, 水本 一生
楨野 好成, 五十嵐雅彦

症例は30歳男性。間欠的な下腹部痛を主訴に当院救急外来受診し, 腸閉塞の診断で入院となった。既往歴では3年前に腸閉塞があった (Meckel 憩室が原因かは不明)。入院時の造影腹部 CT では, 右下腹部の限局した小腸拡張像と臍部近傍に caliber change と思われる部位を認めたが, 腸管壊死像などは認めず。手術所見は, 回盲弁から約 60 cm 口側腸管に Meckel 憩室を認め (病理では異所性胃粘膜・臍組織は認めず), 憩室付着部を中心に回腸が軸捻転をきたし腸閉塞となっていた。術式は, 憩

室楔状切除術とした。後ろ向きに術前 CT を再読影すると, Meckel 憩室と思われる嚢状拡張部位を確認できた。開腹歴のない若年者の腸閉塞の鑑別診断として, 稀ではあるが Meckel 憩室も考慮することが重要である。

7. カプセル内視鏡と小腸内視鏡が切除部位決定に有用であった小腸カルチノイドの1例

鳥取県立厚生病院消化器外科

下田 竜吾, 岩本 明美, 西江 浩
岸 清志, 前田 迪郎

症例は70歳代の男性。前医にて便潜血陽性を指摘され, 下部消化管内視鏡検査前に下血を来し当院紹介入院。上・下部消化管内視鏡検査では, 胃, 十二指腸, 大腸には明らかな出血源を認めず, 他の画像検査でも明らかな病変部を捉えられなかった。カプセル内視鏡検査およびシングルバルーン小腸内視鏡検査にて空腸に隆起病変を認め, 病理組織検査でカルチノイドと診断された。小腸内視鏡検査時に行った点墨を手掛かりに腹腔鏡下小腸切除術を施行した。カプセル内視鏡検査および小腸内視鏡検査は, 小腸病変を精査し治療方針を決定する上で有用であることを示す症例と考えられた。

8. 小腸軸捻転をきたした小腸悪性リンパ腫/GIST 混在腫瘍の1例

山陰労災病院外科

高木 雄三, 高屋 誠吾, 福田 健治
山根 祥晃, 豊田 暢彦, 野坂 仁愛

【症例】86歳女性。突然腹痛が出現し近医で施行された腹部 CT にて小腸軸捻転症が疑われ, 当院に搬送され緊急手術を施行した。腹腔内には乳糜様腹水を中等量認め, Treitz 靱帯から約 50 cm 肛門側の空腸に成人手拳大の腫瘍を認めた。腸間膜には最大 5 cm 大のリンパ節が累々と腫大していた。また腸間膜は SMA を軸に反時計回りに540°捻転していた。以上より小腸腫瘍による小腸軸捻転症と診断し, 捻転を解除したのち腫瘍を含む小腸切除を施行した。腫瘍部は巨大な憩室様構造を形成し, 腫瘍本体はその底部に位置していた。病理検査の結果, B 細胞性濾胞性悪性リンパ腫と GIST が混在した粘膜下腫瘍であると診断された。今後は化学療法を検討中である。

10. 腸閉塞を発症した回腸子宮内膜症の1例

国立病院機構浜田医療センター外科

網崎 正孝, 山本 学, 永井 聡
渡部 裕志, 高橋 節, 栗栖 泰郎

腸閉塞を発症した回腸子宮内膜症を経験したので報告

する。【患者】41歳女性【主訴】嘔気、下痢、腹痛【現症】1年前から月経周期に一致して腹痛を繰り返し認めていた。症状が増悪するため来院。【検査所見】腹部単純 Xp で二ボア像、腹部造影 CT で回腸末端に壁肥厚と小腸の拡張像を認めた。【腫瘍マーカー】CA19-9 を含む腫瘍マーカー陰性。【経過】腸閉塞の診断で入院。腹腔鏡検査では癒着により一塊となった回腸を認め、子宮内膜症による腸閉塞と診断し、腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行。術後経過は良好で術後9日目に退院となった。切除標本の病理標本で悪性所見なく、子宮内膜症による腸閉塞と診断した。

11. 腸管切除を繰り返している子宮平滑筋肉腫再発の1例

博愛病院外科

星野 和義, 山田, 敬教 安宅, 正幸
角 賢一

同 産婦人科

石原 幸一

同 薬剤部

加藤 淳一

福山市医師会診断病理学センター

元井 信

【内容】症例は、50才、女性で、平成21年11月、子宮平滑筋肉腫の診断で、腫瘍および単純子宮全摘、両側付属器摘出術が施行された。平成23年4月、再発による腸閉塞に対して、腫瘍摘出術、広範小腸切除術を施行した。その後再発を繰り返し、計5回(腸管切除4回)の手術を行い、日常生活を普通に送っている。子宮平滑筋肉腫は、子宮の悪性疾患の中でも最も予後が悪いとされる。一旦治療法がないと判断された患者が手術により普通の生活に戻ることができ、手術は有用な治療法と思われる。今後再発の可能性は高く、切除を続けることになるが、短腸症候群、右尿管浸潤による腎不全等、さまざまな問題が出現するものと思われる。

12. 当科における高齢者大腸癌手術症例の検討

松江赤十字病院外科

松田 紘治, 田窪 健二, 北角 泰人
大森 浩志, 佐藤 仁俊, 小池 誠
大江 崇史, 高橋 佳史, 波里 瑤子
小山あゆみ

【目的】大腸癌症例の増加と少子高齢化に伴い高齢者大腸癌手術症例は増えている。周術期管理にあたっては各施設で様々な工夫がされているのが現状であるが、今回

当科における高齢者大腸癌手術症例について臨床的な検討を行った。【方法】対象：2005年1月から2011年6月の期間に施行された大腸癌手術症例のうち80歳以上の164例(高齢群), 80歳未満の519例(対照群)を対象とした。【結論】高齢者大腸癌手術症例は増加傾向にあった。高齢群は右側結腸に、対照群では左側結腸、直腸に多かった。高齢者の多くは何らかの合併症を有し、PS不良例が多かったが、術前リスク評価に応じた手術侵襲の適切化や、リハビリによる早期離床等の介入により、在院日数や術後合併症の発生率、在院死例に差はなかった。

13. 当科で経験した後腹膜リンパ管腫の2例

鳥取市立病院外科

山村 方夫, 戸嶋 俊明, 水野 憲治
池田 秀明, 加藤 大, 瀬下 賢
小寺 正人, 大石 正博, 山下 裕
田中 紀章

【症例1】50歳台、男性。右下腹痛を主訴に救急外来を受診。腹部CT検査で盲腸から上行結腸背側に10cm超の多房性嚢胞状腫瘍を認めた。即日、経腹壁的に結腸および腸間膜を含めて腫瘍を en bloc に摘出した。腫瘍は薄い一層の上皮と血球およびリンパ球を混じた漿液性の内容から成り、上皮は免疫染色で D2-40 陽性であり、後腹膜原発のリンパ管腫と診断した。

【症例2】40歳台、女性。他科で腹部CTを撮影したところ下腹部の嚢胞性病変を指摘され当科紹介となる。自覚症状は認めず、待機的に開腹手術を行った。S状結腸間膜に嚢胞状の腫瘍を認め、腫瘍のみを核出できた。嚢胞上皮は D2-40 陽性であり S 状結腸間膜原発のリンパ管腫と診断した。

15. 異所性 ACTH 症候群をきたした CRH 産生膵尾部神経内分泌腫瘍の1例

鳥取大学医学部病態制御外科

漆原 正一, 谷口健次郎, 畑田 智子
奈賀 卓司, 池口 正英

膵 CRH 産生内分泌腫瘍による Cushing 症候群は非常に頻度の低い疾患である。症例は80代女性。2010年7月、近医入院した際、高血糖と低カリウム血症、膵尾部腫瘍を指摘された。同年9月、浮腫、高血糖、ACTH 上昇を認め、当院内分泌内科に入院した。精査の結果、異所性 ACTH 症候群が疑われた。CT 上、膵尾部に 41 × 23 mm の腫瘍を認め、生検で悪性膵内分泌腫瘍を疑う組織を認めた。免疫染色で ACTH 陰性、CRH 陽性

であり、異所性 CRH 症候群の可能性も示唆された。当科紹介となり、腭体尾部切除術を施行した。病理組織検査では、腫瘍細胞は浸潤性に増生し、血管侵襲像を伴っていた。免疫染色は、Synaptophysin, chromograninA, cytokeratinAE1/3, CRF に陽性であった。以上から、腭原発の異所性 CRH 産生腫瘍による Cushing 症候群と診断された。

16. 術前に診断しえた胆嚢捻転症の1例

松江生協病院外科

横山 靖彦, 橋 球, 山本 佳生
佐藤 崇, 楨野 好成, 内田 正昭

症例は85歳女性。腹痛、嘔吐、軟便を主訴に来院。整腸剤処方でも一旦帰宅となるも、症状増悪傾向により再受診。急性胆嚢炎の診断で入院、保存的加療の方針となった。翌日になり腹部症状増悪、画像検査で胆嚢捻転を認めため、緊急開腹手術の方針となった。胆嚢頸部から胆嚢管で時計回り、240度の捻転を認め、解除ののち胆嚢摘出術を施行した。術後の経過は特に問題なかった。胆嚢捻転症は、肝床部との固定が不十分な遊走胆嚢が、頸部、胆嚢管で捻転し血行障害を来すため、急激な壊死性変化を来す稀な疾患である。特異的な症状はなく、CT や腹部超音波検査、MRCP などの画像検査が診断には有用である。今回我々は、術前に診断しえた胆嚢捻転症の1例を経験したため、報告する。

17. 隠岐の島における外科手術状況

隠岐病院外科 澤 敏治
同 総合診療科 坂野 勉
同 産婦人科 加藤 一郎

過去4年8ヶ月における、隠岐の島という島の環境において施行した外科手術状況を報告する。目的は、麻酔医不在の中で1人の外科医が多くの医師の協力を得て実施した内容の検討である。

全手術症例は456例、うち全麻251例、腰麻150例、局麻64例(全麻不能10例を含む)であった。悪性疾患105例、良性疾患353例であり、耳下腺腫瘍から下肢静脈瘤までほぼ全身が対象となっていた。全麻平均年齢は70.6才、とくに悪性疾患では74.2才と高齢となり、かつ進行症例が多くみられた。

手術は全例に手縫い手術を行い、グラフトなど異物を使用せず、又自動縫合器も使用しなかった。特に困難な症例において手術適応の範囲が広がった。今後更なる手術要望に対応する準備が必要と思われる。

18. BOR 症候群が疑われる両側側頸瘻の1例

鳥取大学医学部附属病院卒後臨床研修センター

奈良井 哲

同 病態制御外科学講座

畑田 智子, 高野 周一, 清水 法男
池口 正英

症例は1歳3ヶ月の男児。左頸部の瘻孔および粘液排出を主訴に生後6日で当科紹介となった。生後1ヶ月で右側にも瘻孔が判明。待機的に両側瘻孔摘除術を施行した。病理所見では線毛円柱上皮が内腔を裏打ちしていた。術後3ヶ月現在で経過良好である。本症例では両側水腎症、右感音性難聴、両側耳前瘻も指摘されており、BOR (Branchio-oto-renal) 症候群の可能性を考えている。本症候群は遺伝性疾患で、重症度の幅は広いが、症状が進行する例もあるため慎重な経過観察を要する。側頸瘻の治療は外科的摘除が第一選択であるが、何らかの合併奇形を認める場合にはBOR 症候群も念頭に置いた全身検索や家族歴聴取の上でのフォローも必要である。

19. 当院における甲状腺手術—ラリンジアルマスクによる気道管理と反回神経同定法について

米子医療センター胸部・血管外科

万木 洋平, 鈴木 喜雅

【緒言】甲状腺手術において術中の確実な反回神経の同定は極めて重要である。当院での甲状腺手術における反回神経同定法について報告する。【手技】術中の気道管理はラリンジアルマスク(LMA)で行う。露出した反回神経に神経刺激装置(VARI-STIM III, Medtronic社)で電気刺激を加え、麻酔科医が喉頭ファイバースコープで声門の動きを視認し、反回神経であることを確認する。【結果】2005年1月から2011年8月までの甲状腺手術105例のうち103例に対しこの手技を行った。反回神経麻痺は、腫瘍浸潤のため神経剥皮術を行った2例で認められた。術後出血による再手術が3例で行われ、うち2例は再度LMAで気道管理できた。重大な気道トラブルは1例も認めなかった。【考察】本手技は簡便かつ反回神経同定率が高く、反回神経麻痺を回避できる可能性がある。一方で喉頭痙攣などの気道トラブルの報告も散見される。【結語】当院の手技は有用で、かつ安全に施行可能であると思われた。

20. 乳輪部基底細胞癌の1例

米子医療センター胸部血管外科

鈴木 喜雅, 万木 洋平

基底細胞癌は日光・紫外線暴露部に好発する皮膚原発

悪性腫瘍である。非暴露部に発生するものは少なく、乳頭乳輪部発生は希である。今回我々は、右乳輪部原発の基底細胞癌を経験したので文献的考察を加えて発表する。症例は63歳女性。検診異常を主訴に来院した。右乳輪部に小潰瘍を伴う皮膚びらんを認めた。マンモグラフィーでは乳頭部に高濃度陰影、超音波検査では乳輪下に低エコー腫瘤として描出された。細胞診・針生検で確定診断に至らず、腫瘤摘出術を施行した。病理組織診断にて基底細胞癌と確定診断に至った。明らかな転移巣はなく、今後フォローを継続する方針である。

21. 当科における腹腔鏡下単径ヘルニア根治術 (TAPP法) の導入

山陰労災病院外科

福田 健治, 高屋 誠吾, 高木 雄三
山根 祥晃, 豊田 暢彦, 野坂 仁愛

内視鏡外科手術の進歩に伴い、腹腔鏡下ヘルニア修復術が見直されつつある。当科では2011年4月より経腹腔的アプローチ (TAPP) を導入した。適応は成人の初発単径ヘルニアとし、再発例、嵌頓例、下腹部手術既往のある症例は除外した。さらに前方アプローチとの比較を説明し、同意の得られた症例を対象とした。同年9月までに22例24病変を経験した。両側病変は2例で、うち1例は術中に判明した。手術時間は111±19分、入院日数は5.3日 (4-7日)、術後在院日数は3.1日 (2-4日)であった。現在のところ、重篤な合併症や再発は経験していない。今後は手術時間の短縮、標準術式としての確立、再発例などへの適応拡大を目指したい。

22. 十二指腸の通過障害を合併した炎症性腹部大動脈瘤切迫破裂の1例

島根県立中央病院心臓血管外科

宮本 匠, 北野 忠志, 上平 聡
山内 正信, 中山 健吾

長見クリニック

長見 晴彦

【患者】65歳 男性 【主訴】背部痛, 体重減少 【現病歴】2011年9月背部痛, 半年で8kgの体重減少のため、近医受診。超音波検査で4cmを超える腹部大動脈瘤を認め、2011年9月5日当院に紹介受診。【既往歴】高血圧, 高コレステロール血症 【生活歴】喫煙20本/日 【経過】初診時の血液検査は異常なし。CTでは腹部大動脈は腎動脈分岐後に最大径55mmの瘤を形成。待機的にステントグラフト内挿術を予定も、消化器症状強く、2日後再診。炎症反応の著明な上昇と、瘤の拡大を認め

た。切迫破裂の可能性、消化器症状は十二指腸の通過障害の可能性もあり、同日緊急で人工血管置換術施行。切除標本では炎症性腹部大動脈瘤であった。術後は炎症反応の改善と共に、通過障害も消失した。

24. 経過観察中に急速な拡大を認めた炎症性腹部大動脈瘤に対する EVAR の1例

島根大学医学部附属病院心臓血管外科

横山 真雄, 伊藤 恵, 金築 一摩
清水 弘治, 今井 健介, 末廣 章一
花田 智樹, 織田 禎二

症例は77歳の男性。腹痛, 全身倦怠感, 食欲不振, 1週間に3kgの体重減少にて当院を受診した。腹部造影CTにて腎動脈下の腹部大動脈に壁の不整や造影効果を伴う壁肥厚を認め感染性あるいは炎症性腹部大動脈瘤が疑われた。入院時の瘤径は23mm×25mmであり抗生剤, 降圧剤, 安静にて加療した。炎症反応は入院1週間でほぼ正常化した。血液培養は2回全て陰性で抗生剤を中止しても炎症反応の増悪がないため炎症性大動脈瘤と判断した。入院2週間後の造影CTにて瘤径34mm×31mmと瘤の急速な拡大を認めためステントグラフト内挿術を施行した。術後経過は順調で術後8日目に退院した。炎症の再燃はなく1ヶ月のCTでは動脈瘤の縮小を認めた。炎症性腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術は長期成績がまだ出ていないことから、その適応については慎重な判断が必要だが動脈周囲の癒着の剥離操作を必要としないなどの長所があり重要な治療選択枝の一つであると言える。

25. ベーカー嚢腫を合併した膝窩動脈外膜嚢腫の1例

浜田医療センター心臓血管外科

浦田 康久, 東條 将久, 石黒 真吾

症例は56歳, 男性。症状は400mの左下肢間欠性跛行。ABIは左0.73。造影CT・MRI・FAGから膝窩動脈外膜嚢腫とベーカー嚢腫の合併と診断。実際には、動脈外膜嚢腫とベーカー嚢腫は連続しており、外膜嚢腫部の動脈は切除、ベーカー嚢腫も可及的に切除した。動脈の切除部は大伏在静脈で再建した。膝窩動脈外膜嚢腫とベーカー嚢腫は共に膝窩の滑液胞由来の疾患であり、今回の症例は合併しており、類縁疾患と考える。

27. 肺癌再発と鑑別を要した肺クリプトコッカス症の1例

松江医療センター外科

足立 洋心, 荒木 邦夫, 目次 裕之
徳島 武

症例は60歳の女性。2007年7月左肺腺癌にて左S6区域切除施行, フォロー中 (pT1aN0M0 stage A)。2011年7月CTにて左下葉S10に10mm大の結節陰影を認めた。悪性腫瘍を疑い10月胸腔鏡下にて部分切除を行った。術中迅速診断にて悪性所見はなかった。最終診断は肺クリプトコッカス症の診断であった。肺クリプトコッカス症は基礎疾患がなくても感染し, 術前診断は血清クリプトコッカス抗原も陰性を示すことが多く困難と言われる。また孤立性ではさらに陽性率は低下すると言われ, 今回の症例でも血清クリプトコッカス抗原は陰性であった。よって悪性を考慮した場合は今回のような診断的治療を兼ねた胸腔鏡手術は有用と考える。

28. 開胸にて気道内異物を摘出した1例

鳥取県立厚生病院外科

児玉 渉, 吹野 俊介, 大月 優貴
岸本 諭, 田中 裕子, 浜崎 尚文

症例は83歳女性。平成22年12月より咳と喘鳴が出現し, 平成23年3月に当院に紹介受診。気管支鏡検査で, 異物は気管分岐部から左主気管支に刺入しており, 周囲に肉芽を形成し気管支末梢側はわずかに開通していた。内視鏡的に摘出できなかった為, 手術を行った。

麻酔は, 長いスパイラルチューブを, 右主気管支に挿入し片肺換気とした。左第4肋間後側方切開にて開胸。左主気管支中央部で, 側面を中心に約半周切離した。異物を直下に認め, ゆっくりと異物を除去。異物は崩れながら除去できた。直視下だけでは, 異物遺残を確認できず, 気管支切開部から気管支鏡で内腔を観察して, 異物残留がないことを確認できた。気管支閉鎖は4-0 maxonで8針結節縫合した。術後3日間気管支鏡にて左主気管支をtoiletingした。術後経過良好であった。

29. 確定診断に苦慮した肺リンパ増殖疾患の2例

国立病院機構松江医療センター外科

荒木 邦夫, 足立 洋心, 目次 裕之
徳島 武

症例1は73歳男性。両肺に多発するスリガラス陰影に対し, 右下葉の病変を胸腔鏡下肺部分切除で摘出。胚中心を伴わない濾胞様結節が充実結節状ないし気管支血管周囲に沿って増生する病理像を示し, MALTリンパ腫

を推定した。症例2は59歳女性。右肺上葉の中心部濃度の上昇したスリガラス病変を胸腔鏡下肺部分切除で摘出。胚中心を伴う濾胞様結節が充実結節状ないし気管支血管周囲に沿って増生する病理像を示し, LEL: lymphoepithelial lesionも明らかであることより, MALTリンパ腫を推定した。症例1, 2いずれもMALTリンパ腫として矛盾のない病理組織形態を示すものの, 免疫遺伝子学的にはモノクローナリティーが証明されず, 確定診断とならなかった。実地臨床的にはこのような症例は稀ではないと考えられるため, 文献的考察を加え報告する。

30. 両側同時発症自然気胸手術の3例

国立病院機構浜田医療センター臨床研修医

天野 芳宏

同 呼吸器外科

小川 正男

同 心臓血管外科

東條 将久, 浦田 康久, 石黒 眞吾

同 呼吸器内科

前原 愛, 酒井 浩光, 柳川 崇

同 病理診断部

長崎 真琴

自然気胸の原因となる気腫性肺嚢胞は両側に存在することが多く, まれに両側自然気胸を呈する。今回われわれは両側同時発症自然気胸に対する手術を3例経験した。症例1は異時性両側手術を施行, 症例2は片側手術を施行し, 症例3は完全鏡視下両側同時手術を施行した。

両側同時気胸は自然気胸全体のうち1.1~2.7%と報告されており, 当院の手術症例中では187例中3例で1.6%であった。両側同時気胸は一期的両側手術を第一選択とすることが諸家の報告で一致した意見であるが, 全身状態や症状に即した対応が必要であり, 最低一側の外科的処置が必要であると考えられる。

31. 解剖学的に特異な肺動脈の走行を認めた左上葉肺癌の1例

島根大学医学部循環器・呼吸器外科

小柳 彰, 宮本 信宏, 溝口 高弘

織田 禎二, 岸本 晃司

今回我々は比較的稀な肺動脈の走行を認めた1例を経験したので報告する。

症例は84歳, 男性で左S1+2の肺癌疑いに対して胸腔鏡下左上葉切除を行ったものである。通常, 左肺動脈は上葉気管支を後ろに回り込みながら上葉・舌区への分枝

を出し、下葉気管支の上外側を走行する。しかし、本症例では肺動脈は上葉気管支の背側を回り込んだ後、ほぼ垂直に下降していた。このため、術中に葉間で肺動脈が確認できず、肺静脈・気管支・肺動脈の順で処理をする必要があった。

術後のCT 3D構築画像ではこの走行が容易に確認でき、術前の評価に有用であると考えられた。

32. 薄壁空洞を呈した直腸癌多発肺転移の1手術例

島根県立中央病院呼吸器外科

戸矢崎利也, 狩野 芙美, 山本 恭通
小阪 真二

今回我々は直腸癌術後に出現した、薄壁空洞を呈する多発肺転移に対する手術を施行した。直腸癌術後に右S4と左S1+2に増大傾向のある長径5~10mm程度の空洞性病変を認め、それぞれ部分切除、区域切除を施行した。病理診断はいずれも直腸癌肺転移であった。転移性肺癌において転移巣が薄壁空洞を呈することは稀であり、その中でも大腸癌のような腺癌が空洞形成する頻度は少ない。空洞形成の機序として乏血性壊死や腫瘍によるチェックバルブ機構などが考えられている。転移性肺腫瘍が空洞形成する例は稀であるが、空洞病変が増大傾向を示す場合、慎重な経過観察と診断・治療を兼ねた手術が検討されるべきである。

33. CABG (2枝バイパス) と右S2区域切除・右下葉切除を同時に施行した右下葉肺癌の1例

島根大学医学部循環器・呼吸器外科

溝口 高弘, 宮本 信宏, 末廣 章一
小柳 彰, 織田 禎二, 岸本 晃司

【背景】CABGでoff-pumpを用いることが主流となってきた現在、CABGと同時に肺葉切除を施行するという報告は増加しており、今回我々はCABG (2枝バイパス) と右S2区域切除・右下葉切除を同時に施行した右下葉肺癌の1例を経験し、良好な結果を得たので文献的考察を交え報告する。

【症例】81歳の男性 (PS1)。定期検診で撮影された胸部Xpにて右肺異常陰影を指摘され、精査の結果、cT4N1M0の右下葉原発の肺腺癌、stage A (BAC) と診断した。また当科初診時に、以前からの狭心症症状 (CCS 度) を自覚しており、妻のTGテープ使用で症状軽減することから左室下壁から中隔および心尖部にhypokinesisを認め、CAG (経皮的冠動脈造影) では3枝に有意狭窄を認め、LADからは側副血行が発達していた。

この症例に対し不安定狭心症のため肺手術の侵襲で心筋梗塞のリスクが高かったこと、5ヶ月以内で増大する肺癌で早期手術が必要であったこと、LADからRCAにcollateralが発達していたこと、全身状態が良好であったこと、AAA存在したこと、下葉の腫瘍が上葉にもややかかっていたことから今症例においては心肺同時手術でIABPを使用せずoff pumpでのCABG (LITA-#8-#9) 右S2区域切除・右下葉切除を施行した。

術後経過は、術後1日目で抜管し、同8日目にはグラフト開存を確認した。以後は経過良好でリハビリ後退院となった。

【結語】CABGと同時に手術を行ったstage Aの肺癌症例を経験した。

虚血性心疾患と肺癌の合併症例の治療方針の決定に際しては、手術適応となるか慎重な検討をし、適応となれば入念な術前の心機能・呼吸機能の評価を踏まえ、適切な術式の選択が必要である。

34. 肺小細胞癌手術の5例

国立病院機構浜田医療センター呼吸器外科

小川 正男

同 心臓血管外科

東條 将久, 浦田 康久, 石黒 眞吾

同 呼吸器内科

前原 愛, 酒井 浩光, 柳川 崇

同 病理診断部

長崎 真琴

1994年7月~2011年12月間に5例の肺小細胞癌切除例を経験した。同時期手術例の1.8% (5/278) に相当した。年齢は61~71歳、男性4例、女性1例。術前確定診断の得られたものは1例であった。病期stage B: 2例、stage A: 3例、予後・再発死亡1例 (1年1ヶ月)、担癌生存1例 (脳転移2年2ヶ月)、無再発生存3例 (17年5ヶ月, 17年3ヶ月, 5ヶ月生)。全例術後、化学療法を施行した。肺小細胞癌も症例を選択すれば、手術適応症例が認められる。文献的考察を加えて報告する。

36. CT透視ガイド下色素マーキングの検討

松江赤十字病院呼吸器外科

坂口 泰人, 磯和 理貴

同 呼吸器内科

福嶋 健人, 中崎 博文, 徳安 宏和

近年CT検査の増加に伴いGGOをはじめとする、術中に触診などで確認が困難な小型肺病変が多く見つかるようになってきている。当院では確認が困難な小型肺病

変に対して術前マーキング後に手術を行っている。従来のマーキング方法は病変周辺に金属針を留置するものであったが、空気塞栓などの重篤な合併症が散見されるため、より安全な方法として色素によるマーキングを導入した。今回、この両方法について2009年4月以降からのマーキング施行症例、金属針マーキング20例と色素マーキング18例をその安全性、視認制などについて比較検討をおこなった。

37. 食道癌術後胃管気管瘻に対する瘻孔切除+胸腺被覆術の1例

鳥取大学医学部附属病院胸部外科

松岡 佑樹, 窪内 康晃, 藤岡 真治
三和 健, 谷口 雄司, 中村 廣繁
同 消化器外科

建部 茂, 福本 陽二, 池口 正英

症例は70代, 男性。胸部下部食道癌の診断にて当院消化器外科で胸腔鏡下胸部食道全摘術を施行された。術後吻合部縫合不全に起因する胃管気管瘻が判明し、根治術目的に当科紹介となった。手術は胸骨正中切開にて行なった。胃管と気管の癒着を剥離していくと、気管第2軟骨レベルの膜様部に約5mm大の瘻孔を認め、全層にて縫合閉鎖した。胃管側の瘻孔には術野からゾンデを挿入し、食道内視鏡で瘻孔を確認した上で、2層に縫合閉鎖した。それぞれの瘻孔閉鎖部間に左胸腺を有茎弁として介在させた。術後9日目より経口摂取開始し、軽快退院となった。

38. 右肺上葉切除後に中葉うっ血を生じ右中葉切除を施行した1例

鳥取県立中央病院呼吸器心臓血管外科

前田 啓之, 大野 貴志, 松村 安曇
西村 謙吾, 宮坂 成人, 森本 啓介

【症例】66歳, 男性。【経過】右S2末梢の腺癌に対し右肺上葉切除術を施行した。第1病日中葉と思われる右上肺野に広範囲に異常陰影が出現した。含気は保たれており軽度の咳以外全身状態は良好であった。無気肺・出血・肺炎, 中葉軸捻転を疑った。第3病日にCTおよび気管支鏡検査を施行し中葉気管支の圧排狭窄を認めた。保存的に軽快することも期待したが、再手術可能な時期と画像所見から第6病日に再手術を施行した。中葉の著面なうっ血と肺内出血を認め捻転肺と考えられた。中葉切除により術後経過は良好であったが、手術はうっ血した膨張した肺と癒着でやや難渋した。軸捻転が疑われる場合には造影CT, MRアンギオ, 気管支鏡での早期発

見と早期再手術が重要と考えられた。

39. 右肺門部原発不明癌に対して右肺全摘+リンパ節郭清を施行した1例

鳥取大学医学部附属病院胸部外科

窪内 康晃, 三和 健, 松岡 佑樹
藤岡 真治, 谷口 雄司, 中村 廣繁

【症例】70歳代, 男性。肺炎で近医入院中に右肺門部腫瘍陰影を指摘され、増大傾向を認めるため当院を受診した。術前胸部X線で右肺門部に約5cm大の腫瘍陰影を認めた。胸部CTで右肺門部に50×35mm大の境界明瞭な腫瘍陰影を認め、上葉支, 中間幹, 下葉支に広く接していた。3D-CTでは右肺動脈の圧排性変化を認めた。PETにて同部位に異常集積を認めた。右肺門部肺癌を疑い手術を行った。腫瘍はtrifurcationに存在し、肺動脈への浸潤が疑われたため右肺全摘+リンパ節郭清を行った。病理組織検査は11sリンパ節のみに大細胞癌を認め、原発不明右肺リンパ節癌の最終診断に至った。【まとめ】原発不明肺門リンパ節癌に対して、完全切除例では予後が期待できるため積極的な外科的切除が望まれる。

40. 前縦隔巨大成熟型奇形腫に対する手術の工夫～胸腔鏡手術とロボット手術～

鳥取大学医学部附属病院胸部外科

藤岡 真治, 窪内 康晃, 松岡 佑樹
三和 健, 谷口 雄司, 中村 廣繁

前縦隔に対する胸腔鏡手術に関して、当科では術中に前胸壁皮下にキルシュナーワイヤーを通して吊り上げ挙上させ視野確保の工夫をしてきた。最近当科では、仰臥位で患側上肢を下方固定し、一側4ポータプローチ、吊り上げなしでCO₂送気(5-10mmHg)下の手術を行っている。今回、巨大成熟型奇形腫に対して視野展開として、症例1(27歳男性, 腫瘍径70mm)は胸腔鏡手術でMiniLAP(ストライカー社)による牽引(port reduced surgery)を、症例2(19歳女性, 腫瘍径86mm)はロボット手術で超音波併用下にバルーンカテーテルによる内容液吸引を行い非常に有用であったので報告する。