

【研究会抄録】

第120回山陰外科集談会

日 時：平成19年11月17日 (土) 13:00～

会 場：島根大学医学部
出雲市塩冶町89-1

当 番 世話人：田中 恒夫 (島根大学消化器・総合外科)

1. 胃潰瘍穿孔による汎発性腹膜炎術後に発症した化膿性脊椎炎の1例

松江生協病院外科

山口 恵実, 小野田敏尚, 中島 裕一
橋 球, 榎野 好成, 内田 正昭

症例は27歳男性。胃潰瘍穿孔による汎発性腹膜炎に対し開腹手術を施行。術後10日目に40度台の発熱を有する中心静脈カテーテル感染を合併し、MRSAが検出された。その後、38度台の発熱が持続、腰痛も出現した。当初は椎間板ヘルニアと診断し治療したが、腰痛が持続し、再度のMRIで化膿性脊椎炎と診断した。臥床安静及びリファンピシンを投与し、術後4ヶ月目に退院となった。近年、感染性疾患術後の中心静脈カテーテル感染を契機とした化膿性脊椎炎が散見される。重症化例では外科的治療を要することもあり、術後の発熱を伴う腰痛患者では本疾患を念頭に検査をすすめ、早期診断による速やかな治療が必要である。

2. 残胃に発生した胃小細胞癌の1例

松江赤十字病院外科

向井 俊貴, 田窪 健二, 田井 道夫
北角 泰人, 曳野 肇, 韓 秀炫
大森 浩志, 佐藤 仁俊

患者は75歳男性。1997年8月、胃癌に対して幽門側胃切除術施行。病理所見は高分化腺癌で深達度m, Stage I aであった。その後外来で経過観察をしていたが、2006年7月の上部消化管内視鏡検査で残胃の噴門部後壁に易出血性病変を確認。生検ではGroup IIIであったため経過観察となった。2007年7月の再検査では同部位に隆起性病変を認めた。生検ではGroup V, 染色でCD56, クロモグラニン陽性で、Small cell carcinomaと診断され、手術目的で入院となった。2007年9月、残胃全摘術を施行。現在術後化学療法を行っている。胃原発の小細胞癌は全胃癌の0.1%と稀であり、残胃発生の胃癌はこれまでに6例の報告のみであり、若干の文献的考

察を加えて報告する。

3. 穿孔性腹膜炎を来たし腸瘻を用いたTS1/CDDP術前化学療法により切除可能となった高度進行胃癌の1例

島根県立中央病院外科

田邊 和孝, 徳家 敦夫, 橋本 幸直
青木 恵子, 影山 詔一, 中村公治郎
杉本 真一, 高村 通生, 武田 啓志
尾崎 信弘

62歳・男性、心窩部痛と悪寒にて受診、腹部CTにてfree airと腹水、胃上部の壁肥厚を認めた。進行胃癌穿孔を疑い緊急手術施行。EGJと横隔膜が一塊となる腫瘍を認め、穿孔部は胃体上部前壁であった。一期的切除は困難と判断し、腸瘻造設を併施。精査にてEGJに狭窄を伴う低分化型腺癌を認めた。T4 (横隔膜) N2 H0 P0 CY0 M0 Stage IV胃癌と診断、TS1/CDDPによる化学療法を先行。TS1は腸瘻より経腸栄養と同時に与。2クール投与で腫瘍縮小効果を認め、根治目的に手術施行、胃全摘 (D2) が可能であった。化学療法効果判定Grade 2。上部消化管狭窄による内服不能例でも、経腸栄養チューブからのTS1投与は検討に値する。

4. 発症7日後に手術施行し救命しえた特発性食道破裂の1例

鳥取大学医学部病態制御外科

尾崎 知博, 黒田 博彦, 福本 陽二
山田 敬教, 福田 健治, 斎藤 博昭
建部 茂, 辻谷 俊一, 池口 正英

特発性食道破裂は比較のまれな疾患であること、初期診断率が低いこと、手術手技が容易ではないこと、重症化しやすいことから現在でも致命率の高い疾患である。症例は54歳・男性。他院にて初期診断がつかなかったこともあり発症後7日目に洗淨ドレナージ・破裂部縫合閉鎖・胃瘻腸瘻造設術を行った。術後膿胸に対し持続・間

歇的洗浄を行い軽快し、第43病日に退院となった。手術の要点は①洗浄・ドレナージ②破裂創の縫合閉鎖③適宜被覆補強である。本症例のように7日間経過していても一期的縫合にて良好な経過を得ることができたことから手術所見によって適切な対応を行うことが重要であると考えられた。

6. 下腸間膜静脈に血栓を形成しその後膿瘍化したS状結腸憩室炎の1例

島根県済生会江津総合病院外科

小西伊智郎, 安宅 正幸, 山本 修
梶谷 真司

48歳, 男性。腹膜炎疑いにて近医より紹介となった。CT等にてS状結腸憩室炎, 下腸間膜静脈血栓症と診断し, 抗生剤, ヘパリン投与による保存的治療を開始した。一時改善傾向にあったが再燃傾向となり, 再検したCTにて後腹膜腔に巨大な膿瘍形成を認めたため手術を施行した。開腹すると, 後腹膜腔に巨大な膿瘍形成を認め, 解放にて多量の膿の排出をみた。またIMVのあった部位に一致して頭側に連続する膿瘍形成を認めたが, 血管の構造は消失しており, 搔爬, 洗浄を行っても出血は見られなかった。S状結腸切除, 人工肛門造設を行い, 持続吸引チューブを留置し手術を終了した。以上, 希有な経過をたどったS状結腸憩室炎症例を経験したので, 文献的考察を交え報告する。

7. 直腸・虫垂に発症したMALTリンパ腫の1手術例

鳥取県立厚生病院外科

玉井 伸幸, 吹野 俊介, 児玉 渉
内田 尚孝, 浜崎 尚文, 林 英一
深田 民人

症例は78歳男性, 主訴は下血。平成18年10月ごろより下血が出現したため平成19年2月近医受診。大腸内視鏡検査で異常所見をみとめ, 3月13日当科紹介受診となった。既往歴に広島原爆後の作業に従事し, 被爆者手帳を所持, 生活歴, 家族歴に特記事項なし。大腸内視鏡検査で, 虫垂の開口部に径10mmほどの, 表面に発赤を伴った立ち上がりは比較的なだらかで壁外性圧排様の隆起性病変を認めた。また直腸には粘膜下腫瘍を認めた。生検にて悪性リンパ腫と診断された。十分な説明と同意を得て, 手術を施行した。手術は腹会陰式直腸切斷術および回盲部切除を行った。免疫組織染色にてLCA(+), L26(+), UCHL-1(-), CD10(-) Bcl-2(-)でMALTリンパ腫と診断された。直腸, 虫垂に合併したMALTリンパ腫はまれな疾患と考えられ若干の文献を含め報告する。

8. 結腸癌と小腸悪性リンパ腫を合併した1例

益田地域医療センター医師会病院外科

藤井 敏之, 林 彦多, 小藤 宰
五十嵐雅彦

金島胃腸科外科

金島 新一

結腸癌と小腸悪性リンパ腫を合併した興味深い1例を経験した。症例は83歳男性で, かかりつけ医より顔色不良と便潜血陽性を指摘され, 精査加療目的で紹介。精査の結果結腸癌と小腸腫瘍が見つかり手術となる。両腫瘍とも手術可能であった。最終診断は, 結腸癌がstage II (SS, N0) で, 小腸腫瘍がびまん性大細胞型悪性リンパ腫 Ann-Arbor 臨床病期 I E 期であり, 手術切除により根治・寛解され有効な治療であった。年齢・全身状態から, 現在無治療嚴重観察中であるが, 再発・再燃が疑われる場合は, 両腫瘍に対して効果のある化学療法を選択する必要があると思われた。

9. 進行・再発大腸癌に対するアバスタチンの使用経験

米子医療センター外科

木村 修, 崎村 千香, 岩本 明美
山根 成之, 瀧副 隆一

アバスタチンは, 血管内皮細胞成長因子 (VEGF) を中和する抗 VEGF 抗体で, 腫瘍血管新生を阻害するとともに無秩序な腫瘍血管を正常に近い状態とし抗がん剤の局所へのデリバリーを改善, 体内を循環する内皮細胞や前駆細胞数を減少することが知られている。今回, 我々は進行・再発大腸癌14例にアバスタチンの使用を試みたので報告した。

2次, 3次の治療が大半を占めたが, 7例 (50%) に30%以上の腫瘍マーカー低下が, 1例にPRが認められ, アバスタチンの上乘せ効果が考えられた。副作用としては, 出血2例, 大腿部痛1例と軽微なものが多かった。

今後, アバスタチンは種々の化学療法との併用により抗腫瘍効果の改善に寄与する可能性が示唆された。

10. 当科における大腸外来・化学療法

鳥取大学医学部病態制御外科

堅野 国幸, 山本 学, 井上 雅史
岡 伸一, 久光 和則, 池口 正英

【目的】各種抗腫瘍薬の登場により, 大腸癌化学療法は様変わりしつつある。一般に消化器癌の大半がそうであるように, 大腸癌においても治療主体は外科医と推測される。当科における大腸癌化学療法の実際について検討を加える。

【対象】当科大腸外来に通院患者を対象。

【方法】計10回の当科大腸外来を受診した患者のべ241人について、治療内容、外来通院に要した時間等を検討した。また、アンケートを行い、患者意識等について検討した。

【結果】1回の外来あたりの患者数は24.1人。男：女＝130：111。年齢は、男：女＝68.3±10.7：68.2±14.5歳。一人あたりの平均診察時間は17分。外来に要した時間は、点滴による化学療法施行患者では、受付から点滴終了までに371.0±85.1分、それ以外の患者では受付から診察終了まで92.0±67.8分であった ($p<0.01$)。点滴化学療法施行例は、m-FOLFOX 6 施行例53例 (22.0%)、FOLFIRI 20例 (8.3%) で、経口抗癌剤内服例は34例 (14.1%) であった。アンケートで専門医制度について知っているか質問したところ、知っていると答えた方10人 (43%)、知らないと答えた方13人 (57%) であった。日本外科学会専門医・指導医、日本消化器外科学会専門医、日本臨床腫瘍学会暫定指導医を有している医師が化学療法を行っていることについてどのように感じるか質問したところ、(1)手術を行った医師であり、特に不満はない：9 (36%)、(2)手術を行った医師とは別の専門医に化学療法を行って欲しい：0 (0%)、(3)外科で化学療法を受けることに不満はないが、必要に応じて専門病院等への紹介をして欲しい：3 (12%)、(4)特に気にしていない：13 (52%) であった。

【考察】大腸癌化学療法は、大腸外来で大きな位置を占めており、外科医が化学療法を行うことについて概ね患者に受け入れられていると考えられた。

【結語】外科医は大腸癌化学療法において中心的役割を担っていることを充分自覚し、治療にあたる必要があると考えられた。

11. Hanging maneuver を用いた肝中央2区域切除の経験

鳥取市立病院外科

大石 正博, 山下 裕, 小寺 正人
瀬下 賢, 山村 方夫, 加藤 大
池田 秀明

56歳、男性。B型慢性肝炎に合併した2cm大の肝細胞癌で、S5の肝門近くで中肝静脈に接していた。切除マージンの確保のため、肝中央2区域切除の適応とした。Belghiti Hanging Maneuver に準じて、2本のtapeを下大静脈の前面(右肝静脈と中左肝静脈共通幹の間)に通した。Tapeの尾側は、1本は左グリソンの頭側に、もう一本は前区域グリソンと後区域グリソンの間に置い

た。これらのテープをガイドに、umbilical portionの右側、前区域と後区域の境界で、肝切離を行った。後者の肝切離の際には、右肝静脈を肝外でテーピングし、Selective Vascular Exclusionを併用した。手術時間は、4時間13分、出血量は380mlであった。

12. 気腫性胆嚢炎の1例

国立病院機構浜田医療センター外科

松永 知之, 坂本 照尚, 高橋 節
栗栖 泰郎, 岩永 幸夫

症例83歳 男性、主訴は右季肋部痛。現病歴：2007年7月2日午前より右季肋部痛あり、一旦症状軽快するも午後より再び痛み増悪し近医受診。精査加療目的に同日当院紹介受診となった。

CT等により消化管穿孔または気腫性胆嚢炎が疑われ、緊急手術を行った。術後診断としては気腫性胆嚢炎による限局性腹膜炎であった。気腫性胆嚢炎は通常の胆嚢炎と比べると予後が悪く、早期診断早期治療が望ましい。また、画像上 free air と鑑別困難なこともあり、注意が必要である。

14. 急激に著明な血小板減少を来したマムシ咬症の1例

日野病院外科

山根 祥晃, 大谷 眞二

症例は62歳男性。マムシ捕獲中に左第3指尖を咬まれ直ちに前腕を軀血し毒を吸い出したが、口腔内しびれ感に続き気分不良、酒に悪酔いした感じ、めまい、発汗、嘔気出現し、当院救急外来受診。現症；意識清明、血圧163/107 mmHg、体温36.5℃。局所は牙痕及び手背半ば迄軽度腫脹あり。血小板は1.1万/ μ l (再検で血小板1.6万/ μ l) と著減す。牙痕部を切開洗浄後セファランチン静注、破傷風トキソイド皮下注、まむしウマ抗毒素6,000単位静注を施行し、複視・皮下出血斑は遷延したが血小板値は短時間で改善した。局所の腫脹が顕著でなく血小板減少を呈する症例は、血管内に毒素が急速に入り毒の血小板凝集活性が急激に作用することにより生じると考えられ、「血小板減少型」マムシ咬症と提唱されている。抗毒素早期使用、経時的な血液検査による迅速な重症化診断が肝要と思われた。

15. エイ刺傷の1例

安来市立病院外科

小川 東明, 谷口健次郎, 菅村 健二
水澤 清昭

【症例】30歳代、男性。

【現病歴】平成19年10月に伯太川河口にて釣りをしていた。エイにゴム長靴を貫通して右足を刺された。数分後、痺れが出現し、次第に疼痛もきたしたため当院を受診となった。

【現症】右足内側に5mmの刺創を認め、発赤と腫脹がみられた。

【臨床経過】軟線撮影にて右足皮下に線状陰影を認め、局所麻酔下に摘出した。エイの棘の一部(7mm)と判明した。術後経過は良好だった。なお、経口抗生剤を4日間投与した。

【まとめ】エイ刺傷の臨床像として①外傷②毒素③Vibrio vulnificus感染があげられる。エイ刺傷の際はこれらを念頭に置き、X線撮影にて棘の遺残を確認することが必要と思われた。

16. 後腹膜腫瘍の鑑別に苦慮した卵巣癌術後12年目に発症した転移性リンパ節の1例

松江市立病院消化器外科

清水 幸恵, 金治 新悟, 倉吉 和夫
河野 菊弘, 吉岡 宏, 金山 博友
井上 淳

患者は75歳、女性、排便時下血を主訴に当院消化器内科を受診し、大腸憩室炎の診断にて入院となった。12年前に卵巣癌手術を受け、その後化学療法を施行されている。腹部CTにて後腹膜腫瘍を指摘され、PETにて悪性所見が得られたため、手術目的にて外科転科となった。腫瘍は腹部大動脈と下大静脈に接していたが、周囲への浸潤はなかった。完全摘出を行い、病理診断により卵巣癌の傍大動脈リンパ節リンパ節再発と診断した。現在、化学療法中であり、経過は良好である。

後腹膜腫瘍の鑑別として、悪性腫瘍の既往がある場合、晩期再発も考慮する必要性があると考えられた。

18. 当科小児外科領域における術創管理の工夫

島根大学医学部消化器・総合外科

高橋 雄介, 久守 孝司, 矢野 誠司
田中 恒夫

我々は2006年秋を境に手術創の管理方法として、ステリトリップ™+テガダーム™によるドレッシングから合成皮膚表面接着剤であるダーマボンド™による創保護に変更した。従来は長い創に対しては、連続皮内埋没縫合の後フィルムドレッシングを行っていたが、術後外来で抜糸となるまでの間にシャワー浴や発汗などによりフィルムがはがれるリスクがあった。ダーマボンドに変更後は、全術創に対し結節皮内埋没縫合を行い、その上にダー

マボンドを塗布するため、外来でも経過観察のみで良く、抜糸も不要となった。小児は創への配慮が乏しく、抜糸などの創処置でもストレスを感じることが多く、ダーマボンド™の使用によりこれらの問題が解決された。

19. 心臓カテーテル検査後に上腕動脈に発生した動静脈瘻の治療経験

出雲市立総合医療センター外科

杉山 章, 門馬 浩行, 浪花 宏幸

症例は81歳男性、主訴は右肘部のthrill。平成12年、他院で狭心症(3枝病変)の診断でCABGを施行され、その後は当院で糖尿病、慢性腎不全のコントロールを受けていた。平成19年9月20日、全身倦怠感のため当院内科に入院した際に右肘部にthrillを指摘され、エコー検査で動静脈瘻と診断された。手術は瘻孔を閉鎖し、動静脈ともに血行を温存した。病歴より、心臓カテーテル検査後に発生した動静脈瘻と考えられた。

心臓カテーテル検査後の穿刺部合併症の頻度は1~3%程度であり、頻度の多い順に、仮性動脈瘤、動静脈瘻、出血、血栓閉塞となっている。上腕動脈の動静脈瘻は比較的まれであり、穿刺後は定期的に触診や聴診を行って、合併症の早期発見に努めることが重要である。

20. 傍腎腹部大動脈瘤の1手術例

鳥取県立厚生病院外科

浜崎 尚文, 吹野 俊介, 児玉 渉
内田 尚孝, 玉井 伸幸, 林 英一
深田 民人

症例は78歳、男性。近医で施行された腹部超音波検査で腹部大動脈瘤を認め紹介された。CT検査で最大径55mmの腹部大動脈瘤を認めた。両腎動脈はほぼ同じ高さで起始していたが、起始部より約5mm末梢より瘤が存在した。血清Crは1.41mg/dl, CCR 58ml/分。手術は腹部正中切開を行い、左腎静脈を切断、腎動脈上で大動脈を遮断し、腎動脈下で人工血管と大動脈を吻合した。この際、瘤を遮断し、腰動脈の止血操作は中枢側吻合終了後に行った。末梢側吻合は両側総腸骨動脈端々吻合を行い、下腸間膜動脈を人工血管左脚に端側吻合した。腎虚血時間は48分であった。術中より、マニトール、PGE1を使用し、術後の腎機能障害を回避することができた。

21. 右腹膜外アプローチによる腹部大動脈瘤手術の経験

島根県立中央病院心臓血管外科

山内 正信, 南野 安正, 北野 忠志
中山 健吾

症例は73才男性。2003年胃癌に対し、胃全摘術を受けた。その際、CTで腹部大動脈瘤が見つかり、経過観察されていた。2007年腹部大動脈瘤が47 mmに拡大したため、10月25日手術を行った。開腹術の既往と大動脈瘤が右側に大きく偏位していたので、右傍腹直筋切開による腹膜外アプローチで腎動脈下腹部大動脈から両側総腸骨動脈を置換した。下大静脈、十二指腸、肝臓・胆嚢は全く手術操作の邪魔にならず、術後の経過も良好で第13病日に退院した。当科での開腹と腹膜外アプローチによる腹部大動脈瘤手術の比較では、皮切から大動脈遮断までの時間(31±7分, 61±20分)に有意差を認め、手術時間(209±46分, 239±58分)とMAP輸血量(2.5±4.6単位, 3.3±4.0単位)では差がなかった。

22. ASD術後約40年を経過して偶然発見された心房間残存シャントの1例

鳥取大学器官再生外科

原田 真吾, 佐伯 宗弘, 丸本 明彬
西村 謙吾, 中村 嘉伸, 金岡 保
西村 元延

症例は40歳代女性。8歳時にASDの診断にて手術歴があるも詳細不明。動悸・息切れを主訴に近医受診し、AF・心不全の診断にて精査加療目的に当院循環器内科紹介となった。AFに対しカテーテルアブレーションを施行されたが心不全症状は残存し、サンプリングにて心房間の左-右シャントを認めた。Qp/Qsは2.03であった。CS造影では左心房との交通を認めず、心エコーでは1次孔の欠損が疑われた。ASD術後残存シャントの診断にて手術を施行した。手術所見では、1次孔欠損を認め、左右房室弁は同一平面上にあり、不完全型房室中隔欠損症と診断した。欠損部位をGore-Texパッチにて閉鎖した。術後経過は良好であった。不完全型房室中隔欠損症術後、心不全を契機に発見され、診断に難渋した残存シャントの1例を経験した。

23. 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) を合併した急性大動脈解離の1例

島根大学医学部附属病院卒後臨床研修センター

狩野 美美, 高原里永子
同 循環器・呼吸器外科
織田 禎二, 金築 一摩, 坪島 顕司今井 健介, 花田 智樹, 岸本 晃司
松江市立病院心臓外科
清水 弘治

【患者】64歳女性

【主訴】胸背部痛, 右下肢痛

【現病歴】2007年2月, 胸痛出現し近医受診。CTにて大動脈解離(Stanford A)の診断。手術目的で当科搬送。

【既往歴】ITP

【手術】Ascending Aorta replacement + FFbypass

【周術期管理】ステロイド療法, 血小板輸血(術中30単位, 術後20単位)

【結語】ITPを合併した急性大動脈解離の1例を経験し, 血小板輸血のみで良好な止血が得られた。

24. 乳腺癌肉腫の1例

鳥取県立中央病院呼吸器心臓血管外科

澤住 裕子, 春木 朋広, 宮坂 成人
前田 啓之, 森本 啓介, 谷口 巖

今回稀な乳腺癌肉腫の1例を経験した。なお本症例は組織型の定義が確立されていないという問題もありMetaplastic sarcomatoid carcinomaという診断名も併用する。症例は69歳女性。平成19年6月に右乳房腫瘍を自覚し近医受診後当院紹介。右乳房C領域に1 cm大, 球形, 表面平滑, 弾性軟の腫瘍を触知した。腋窩リンパ節腫大なし。MMGにてspiculaを伴う高濃度腫瘍, US検査では楕円形, 境界明瞭, 内部低エコー不均一な腫瘍であった。穿刺吸引細胞診の結果, 乳癌 T1N0M0 stage Iと診断した。同年7月に乳房温存術(Bq+Ax)を施行した。組織診は癌腫と肉腫が混在するMetaplastic sarcomatoid carcinomaであった。本症例に対する若干の文献的考察を加えて報告する。

25. 化膿性乳腺炎との鑑別に苦慮した肉芽腫性乳腺炎の1例

鳥取市立病院外科

小寺 正人, 池田 秀明, 山村 方夫
加藤 大, 瀬下 賢, 大石 正博
山下 裕

同 病理部

小林 計太

【患者】29才, 女性

【既往歴】1年前より統合失調症で内服治療中, 以後生理不順

【家族歴】特記事項なし

【主訴】右乳房腫瘍・発赤

【現病歴・経過】2005年3月、3週間前よりの右乳房部痛を主訴に当院初診。右CDE領域に硬結、軽度発赤あり。境界不明瞭。皮膚の浮腫なし、軽度乳頭牽引あり。腋窩リンパ節触知せず。エコーで10×7cm、不均一低エコー領域を認めた。穿刺吸引細胞診、細菌培養施行。1週間後、触診上硬結増強。細胞診：良性。培養：グラム陽性桿菌 (Corynebacterium sp.) : (1+)。乳腺炎の診断で、抗生物質内服治療開始するも、その2日後発熱、乳房部痛で再診。炎症増悪と判断し、入院の上抗生物質点滴開始した。入院7日目、発熱、炎症反応改善せず、エコーで乳輪を中心に膿瘍を認めたため、全身麻酔下に乳輪に沿って切開ドレナージを施行した。その後も乳房に新たな発赤が出現し、発熱、炎症反応継続。入院14日目、全身麻酔下に、乳腺全体に切開ドレナージを加え、創洗浄も開始した。また、両下腿に紅斑が出現、結節性紅斑と診断された。その後紅斑は消失するも、炎症反応継続、針生検の免疫組織染色結果より肉芽腫性乳腺炎と診断された。プレドニン30mg/dayより開始した。開始直後より解熱し、乳房圧痛も改善。7.5mg/dayとなったところで発熱再燃するも、増量にて改善、退院となった。

その後外来でプレドニン漸減、治療開始1年後治癒となった。

27. FDG-PET 高集積で肺癌を疑った炎症性偽腫瘍の1例

鳥取大学卒後臨床研修センター

高木 雄三

同 胸部外科

三和 健, 藤岡 真治, 足立 洋心
谷口 雄司, 中村 廣繁

内容：70代男性。左中肺野の異常陰影を指摘され受診。喫煙歴あり。左上葉S³に径38mm大の腫瘤影を認めたが、血液検査にて異常を認めず、CTガイド下肺生検では悪性所見が得られなかった。FDG-PETで早期相7.3、後期相8.3と高集積を示し、肺癌を強く疑ったため左肺上葉切除を施行した。摘出標本の病理組織診断の結果は炎症性偽腫瘍であった。

28. 80歳以上の高齢者非小細胞肺癌に対する外科手術例の検討

国立病院機構松江病院外科

目次 裕之, 徳島 武, 荒木 邦夫
中井 薫

当院にて1983～2006に肺癌手術を行った症例1,167例について、80歳以上と80歳未満で比較検討した。80歳以上は95例で、最高齢は95歳であった。男女比、左右比、組織型などには差を認めなかった。術後病期はStage Iが80%以上を占めていた。Stage I Aでは縮小手術+R0が多かったが、80歳未満の葉切除+R2との生存率の差はなかった。Stage I Bでは縮小手術例は葉切除例よりも有意差を持って生存率が低かったが、リンパ節郭清の範囲による差はなかった。

29. 両側転移性肺腫瘍に対する胸腔鏡手術

～アプローチ法の検討～

鳥取大学医学部附属病院胸部外科

藤岡 真治, 谷口 雄司, 足立 洋心
三和 健, 中村 廣繁

転移性肺腫瘍は両側症例の場合、アプローチ法の選択は難しい。当科で経験した症例に関して、アプローチ法の検討をしたので報告する。2005年1月から2007年10月まで、転移性肺腫瘍の切除例は43症例50回手術で、そのうち両側性病変が9症例9回手術あった。それらに対して、HATS法、PORT法、左右VATS法の3つを用いて腫瘍切除を試行した。腫瘍の性状(大きさ、個数、位置)や患者のコンプライアンスを考慮して、3つのアプローチ法で腫瘍切除を施行した。3つのアプローチ法の利点と欠点をそれぞれ把握してアプローチ法を検討することが有用であると示唆された。

30. 肺 MALT リンパ腫の1手術例

鳥取県立厚生病院外科

内田 尚孝, 吹野 俊介, 児玉 渉
玉井 伸幸, 浜崎 尚文, 林 英一
深田 民人

症例は60歳男性。平成19年1月頃より湿性咳嗽が出現。4月の人間ドックで肺の異常陰影を指摘された。5月に前医で気管支鏡検査を実施した結果、右B6に狭窄を認めた。精査加療のため当院に紹介初診となった。胸部CTにて右S6にconsolidationを認めた。右肺癌の診断で胸腔鏡補助下前方腋下開胸にて右下葉切除術を行った。病理組織所見及び免疫組織化学的解析の結果、MALTリンパ腫の診断となった。術後3ヶ月目に放射線療法を実施、現在経過良好である。本症の術前診断は一般的に困難とされており、確定診断と治療を兼ね手術療法を第1選択とするのが妥当と思われた。

31. 若年男性に発症した両側多発性肺硬化性血管腫の1例

鳥取大学卒後臨床研修センター

三好健一郎

同 胸部外科

三和 健, 藤岡 真治, 足立 洋心
谷口 雄司, 中村 廣繁

肺硬化性血管腫は、中年女性に好発するとされる。今回われわれは若年男性に発症した両側多発性肺硬化性血管腫の1例を経験したので報告する。

症例は20代、男性。近医で両肺に多発する小結節影を認め、フォローアップされていた。腫瘍径の増大は認めなかったが、悪性腫瘍や感染症も否定できなかつたため、診断目的に VATS 肺部分切除術を施行した。病理学的に類円形の腫瘍細胞が乳頭状に増生し、TTF-1、サーファクタント・アポロタンパク質A陽性で、肺硬化性血管腫と診断された。

男性の肺多発性硬化性血管腫は極めて稀で、20歳代の両側発生例は本邦初と思われる。また、小結節影に対する VATS は、その確定診断に極めて有効であった。

32. 肺癌術後膿胸の2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

浦田 康久, 石黒 眞吾

肺癌術後膿胸の2例について報告する。

症例1は71歳男性、右肺腺癌に対し右上葉切除後3ヵ月後、右膿胸発症、胸腔ドレナージ洗浄療法にて軽快した。

症例2は71歳男性、左肺腺癌に対し、左上葉切除施行、術後7日目に左膿胸発症、同様に胸腔ドレナージ洗浄療法にて軽快した。

膿胸発症は同時期手術症例の0.9%に相当した。2例とも全面癒着症例であり、上葉切除後、死腔を残さない術式が必要である。

33. 画像上肺癌との鑑別が困難であった肺アスペルギルス症の2例

独立行政法人国立病院機構松江病院外科

荒木 邦夫, 徳島 武, 目次 裕之
中井 勲

症例は63歳、74歳のいずれも男性。両症例とも右肺上

葉の孤立性不整結節影に対して肺癌を疑い、胸腔鏡下肺部分切除術を行った。病理では炎症細胞浸潤を伴う線維化組織が増生し、その内部の拡張した気管支内にアスペルギルス菌糸の集塊がみられ、肺アスペルギルス症と診断された。両者とも特記すべき基礎疾患を有さない、肺末梢孤立性陰影を呈する肺アスペルギルス症であり、比較的稀な発生形態と考えられた。画像上肺癌との鑑別が極めて困難であったことより、肺末梢孤立性陰影の鑑別疾患のひとつに肺アスペルギルス症を加える必要性が示唆される症例であった。

34. 外傷性肋間肺ヘルニアの1例

松江赤十字病院呼吸器外科

前田 亮, 磯和 理貴

症例は72歳の男性。2007年7月に転倒し、右側胸部を強打し、当院を受診した。胸部CT検査で、右第7肋間筋の欠損及び肺実質の一部が胸郭外に脱出しているのが確認された。また、右第7肋間中腋窩線上付近に約5cm×10cmの範囲で膨隆している部位が認められた。右肋間肺ヘルニアの診断で受傷後10日目に手術を施行した。約10cmにわたって前鋸筋が断裂しており、さらに第7肋間筋群及び壁側胸膜が全長15cmにわたって断裂しているのが認められた。第7肋間筋群及び前鋸筋の断裂部位を一塊にして吸収糸で縫合修復して手術を終了した。術直後より右側胸部の膨隆は認められなくなった。肋間肺ヘルニアは、肺実質の一部が胸腔内から胸壁に向かって脱出する希な疾患で、若干の文献的考察を加えて報告する。

35. 当科におけるナス手術の経験

島根大学医学部消化器・総合外科

久守 孝司, 高橋 雄介, 矢野 誠司
田中 恒夫

2002年10月に第一例を実施した。最年少5歳、最年長16歳であった。左横隔膜ヘルニア術後が1例、Marfan症候群の合併が2例あった。全例、家族だけでなく本人が手術を希望した。基本的手技として、左右の切開創の長さを15mmとし、胸腔鏡下に胸骨挙上器を使用して安全性を確保した。左右非対称の変形例ではプレートの形状を工夫した。術中合併症は、無気肺が2例、術後合併症は、プレート感染が1例であった。

当科においても、安全に、本人・家族が十分満足できる結果が得られた。