

1041 臍断端空腸漿膜密着縫合法(柿田法)と臍管空腸粘膜炎による臍切除後再建

太田 徹哉, 須田 学, 上野 剛, 万代 康弘, 木林 透, 吉川 武志, 石堂 展宏, 臼井 由行, 田中信一郎, 野村 修一
(国病機構岡山医療センター外科)

当院では2年前よりChild変法による臍管空腸吻合法に術式を変更した。それに伴い臍断端空腸漿膜密着縫合法(柿田法)と臍管空腸粘膜炎法を採用し、術後成績の向上が見られたので術式の詳細とともに報告する。1997年1月より2006年1月までに当院で施行した臍頭十二指腸切除術は49例であり、2004年5月より術式を変更して15例施行した。術後はクリティカルパスに沿って管理し、臍管チューブは術後3週間経過して抜去して術後4週間に退院としている。術後3日目のドレーン中アミラーゼが5000IU/l以上となるような縫合不全症例を経験しない。経口摂取開始日は、術後5.7±1.5日。術後3日目のCRPは13.1±5.5であり、術後7日目のCRPは3.7±2.9まで減少している。ドレーン中アミラーゼが500から5000までの比較的高値群は26%あり、術後CRPの上昇程度との相関がみられ、いずれも正常臍切除症例であった。【結論】(1)臍断端空腸漿膜密着縫合法(柿田法)と臍管空腸粘膜炎法の併用により、正常臍であっても安全に切除再建できるものと思われた。(2)臍管ステント挿入が術後入院日数を規定しているため、今後内ステントの導入など手技的検討が必要と思われた。

1042 臍組織に対する愛護的操作を迫及した臍管空腸吻合法

信岡 隆幸¹²⁾, 木村 康利¹⁾, 西館 敏彦¹⁾, 秋月 恵美¹⁾, 水口 徹¹⁾, 桂巻 正¹⁾, 向谷 充宏¹⁾, 平田 公一¹⁾
(札幌医科大学第1外科¹⁾, 函館協会病院外科²⁾)

【背景】臍管縫合不全予防には運針による臍実質・臍管の挫滅軽減、縫合糸の結紮強度などが重要とされる。当科ではベンホールドタイプの持針器を用いて臍管-空腸粘膜炎を施行し、残臍組織に対しての愛護的な運針操作を心掛けている。【対象】過去3年間に経験したPPP21症例、SSPP22症例。【方法】臍漿膜実質・空腸漿膜筋層縫合の後列を通常のヘガールを用いて4-0モノフィラメント非吸収糸にて単結節縫合する。次いで臍管-空腸粘膜炎(後列)ではベンホールドタイプの持針器を用いて頭側、尾側に5-0モノフィラメント吸収糸にてstay sutureを置き、両端合せて5針単結紮縫合する。臍管ドレーナジは正常臍、臍管非拡張症例においてロストステントとして留置する。前列を同様に縫合し吻合部の近傍にドレーンを留置する。【結果】対象43症例中縫合不全を2例(4.65%)に認めた。ドレーン留置期間の平均は12.8PODであった。【考察】ベンホールドタイプの持針器は運針において軸がずれず、指先のローテーションで運針可能で、非拡張臍管や正常臍実質などの狭くて脆弱な組織に対しての的確かつ愛護的に運針可能である。

1043 臍脾合併切除を必要とした後腹膜リンパ管腫の1例

林 真路, 越川 克己, 末永 裕之, 桐山 幸三, 和田 応樹, 谷口 健次
(小牧市民病院外科)

臍脾合併切除を必要とした後腹膜リンパ管腫の1例を経験したので報告する。症例は32歳女性。平成17年8月、健診にて臍嚢胞を疑われ、左腰部痛も自覚していたため、当院内科を受診した。腹部超音波にて、臍体尾部に接する多房性の嚢胞性病変を認めた。主臍管、胆道系、両側腎に異常は認めなかった。腹部造影CTにてこの嚢胞性病変は、臍体尾部の腹側及び背側に広汎に接し、脾門部にまで広がっていた。MRIで嚢胞内はT1強調で低信号、T2強調で高信号の水成分を示していた。ERCP、上部消化管内視鏡、注腸造影では特に所見を認めなかった。以上より、リンパ管腫を念頭におき、11月、開腹手術を施行した。腫瘍尾側の最大径7cmを含む嚢胞状成分は、結腸間膜から容易に剥離可能であったが、臍体尾部周囲の海綿状成分は、"霜降り"状に脾の前後面及び脾門の脂肪織内に広がっていた。腫瘍遺残を避けるため、臍体尾部脾臓摘出術を施行した。嚢胞内液は黄色漿液性であった。病理組織診断は、後腹膜リンパ管腫で、臍内にも拡張したリンパ管を認めた。臍組織内にまで浸漫性に広がるリンパ管腫は非常に稀であり、文献的考察を加え、報告する。

1044 同時性膀胱癌を伴った後腹膜 paraganglioma

大谷 眞二¹⁾, 岡野 一廣¹⁾, 浜副 隆一¹⁾, 徳安 成郎²⁾
(日野病院組合日野病院外科¹⁾, 鳥取大学第1外科²⁾)

【はじめに】Paragangliomaは副腎髓質以外の自律神経系神経節より発生するまれな腫瘍で、発生部位は後腹膜、膀胱の順に多い。今回、膀胱癌を伴った後腹膜 paraganglioma 症例を経験した。【症例】80歳代、女性。既往歴：高血圧、高脂血症、糖尿で当院受診、膀胱鏡検査、生検で尿路上皮癌(上皮内癌)と診断、また腹部CTで、後腹膜腫瘍を指摘された。血液検査所見に異常はなかった。画像検査で左腎の内前方に長径5cmの長円型の腫瘍が認められた。造影CTで内部は不均一に濃染、MRIではT1, T2強調像でそれぞれ低、高信号域を呈した。悪性が否定できず手術が行われた。腫瘍は臍、大動脈、左腎に囲まれるように位置し、浸潤なく腫瘍摘出を行った。血圧が摘出操作時に著明に変動したが、摘出直後より安定した。病理組織所見で腫瘍細胞は包膜状に配列し、クロモグラニン染色、S100染色陽性で、paragangliomaと診断された。膀胱癌に対してはBCG膀胱が行われた。経過良好で血圧は投薬なしで正常化した。【考察】高齢かつ高脂血症を伴っていたため二次性高血圧の可能性を術前に考慮しなかったことが反省点であった。本症は再発例も多く今後も経過観察を要する。

1045 診断に苦慮した後腹膜原発巨大気管支粘膜嚢胞の一例

関根 秀樹, 白川 一男, 橋本 大定

(埼玉医科大学総合医療センター外科)

【概論】後腹膜原発気管支粘膜嚢胞は非常に稀な先天異常であり、悪性化も報告されている。通常、無症状であるが、巨大嚢胞では褐色細胞腫様症状を呈する。検索内報告例では、長径10cmが最大であった。今回、長径13cmにおよぶ巨大後腹膜原発巨大気管支粘膜嚢胞の1手術症例を経験したので報告する。【症例】57歳女性。体重減少、左腹部腫瘍を主訴に紹介受診。腫瘍は弾性、硬、可動性なし。血液・生化学検査は異常を認めず。CT、血管造影検査所見上、腹部大動脈を右方に圧排し、左腎静脈を下方に圧排浸潤する、13cm大の後腹膜腫瘍と診断。腫瘍性病変：リンパ管腫、嚢胞腺腫、中皮腫、非腫瘍性病変：気管支粘膜嚢胞、臍仮性嚢胞との鑑別に苦慮した。腫瘍摘出術、左副腎、左腎静脈合併切除、胃、小腸部分切除術を施行。病理組織学検査にて、腫瘍内容は出血を伴う壊死組織であり、腫瘍壁は円柱上皮と漿液線維組織を認め、鞭毛は認めないながらも、気管支粘膜嚢胞と診断。現在、術後2年10ヶ月経過し、再発を認めない。【結論】診断に苦慮した、巨大後腹膜原発巨大気管支粘膜嚢胞の1手術症例を経験したので文献的考察を加え、報告する。

1046 後腹膜原発粘液性嚢胞腺腫の1例

藤井 洋輔, 山下 裕, 大石 正博, 小寺 正人, 瀬下 賢, 池田 秀明, 檜垣 文代
(鳥取市立病院外科)

今回、我々は後腹膜原発の粘液性嚢胞腺腫(MCT)の症例を経験したので報告する。37歳女性、背部腫瘍のため受診。CT、超音波検査にて左後腹膜の腎臓・下行結腸に挟まれる位置に直径11cmの単房性、一部石灰化を有する嚢胞性腫瘍を認め、腎臓・脾臓・膵臓との連続性はなかった。血中腫瘍マーカーは、CEA・CA19-9とも正常範囲。後腹膜原発の嚢胞性腫瘍を疑い、開腹摘出術を施行した。腫瘍は表面平滑、白色調で透光性があり、前面は腹膜、後面はGerota筋膜に挟まれて、周囲との浸潤はなかった。内腔は大型の1つの嚢胞と小型の数個の嚢胞から構成された多房性で、漿液性淡黄色透明の液体で満たされ、嚢胞液中のCEA・CA19-9ともに異常高値であった。病理検査では、嚢胞壁は卵巣間質様のやや密な線維性組織より構成され、被覆上皮は1~数層の異型性の乏しい粘液産生性の立方上皮と菲薄化した単層立方上皮より構成され、後腹膜原発MCTと診断した。MCTは、臍・肝での報告が多い。MCTは胎生期に迷入した卵巣組織に由来すると言われており、まれに後腹膜に発生するものもあり、国内では30例程度の報告がある。

1047 傍上腸間膜動脈分岐部に発生したノルアドレナリン産生 Schwannoma の1切除例

堀 智英, 山際健太郎, 飯田 拓, 八木真太郎, 谷口健太郎, 伊佐地秀司, 上本 伸二
(三重大学第1外科)

症例：66歳、女性。単純CTで上腸間膜動脈分岐部左側に6×4cmの辺縁整、境界明瞭な単発の腫瘍を指摘され、当科紹介となった。造影CTの早期相で腫瘍中心に血管様の造影効果を認め、晚期相で実質が造影された。MRIのT1-WIで低信号、T2-WIで高信号を呈した。腫瘍マーカーは正常であった。Vital signに異常は認めなかったが、血中Catecholamineのうちnoradrenalin, vanillymandelic acidの上昇を認めた(dopamine, adrenalineは正常)。選択的血管造影、CTAでは左中副腎動脈が主要支配動脈で、一部は脾動脈、腎動脈分岐の支配も認めた。Catecholamine産生傍神経節腫瘍の診断で手術を施行した。腫瘍は上腸間膜動脈分岐部左側、臍体部後面に位置し左副腎に接したが、周囲への癒着・浸潤はなく、腹腔鏡補助下、用手補助的にCUSA、LCSを用いて腫瘍を摘出した。術中のvital signは安定していた。摘出腫瘍は60×45×35mmの充実性腫瘍で、病理学的にpalisadeを認め、嚢胞形成を伴う疎密構造が混在し(Antoni B型)、hemosiderin沈着、硝子化、陳旧性の血管形成も認め、degenerated schwannomaと診断した。免疫染色でS-100, NSEは陽性、CD34, c-kit, α-SMA, desminは陰性であった。術後経過は良好で、術後3年3ヵ月目の現在健在である。

1048 臍腫瘍との鑑別が困難であった後腹膜神経鞘腫の一例

倉吉 和夫, 金治 新悟, 河野 菊弘, 吉岡 宏, 金山 博友, 井上 淳
(松江市立病院第1外科)

症例は62歳男性。健診での腹部超音波検査にて臍腫瘍を疑われ当院紹介受診となった。腹部超音波検査で臍頭体移行部付近に径3.0×2.5cm大の低エコー腫瘍が認められ、腹部CT検査にて腫瘍は境界明瞭、造影にて内部が不均一な濃染を示した。MRCPでは明らかな臍管の異常所見を認めなかった。腹腔動脈造影検査では臍動脈からの栄養血管にて支配を受けると思われるhypovascularな腫瘍を認め総肝動脈圧排像が認められた。FDG-PET検査では腫瘍でのuptakeは認められず、良性病変の可能性が示唆された。以上よりSCTを含む臍原発腫瘍あるいは後腹膜由来の腫瘍を疑い開腹手術を施行した。術中所見で腫瘍は全面を薄い線維性被膜で覆われ脾、総肝動脈、門脈に接するも境界明瞭であった。腫瘍摘出術が可能であり術中迅速病理では悪性所見は乏しいものと判断された。組織検査にて単房性嚢胞性腫瘍の内部には血性物質を含有、中心部の充実性部位は紡錘形細胞が主に束状に増殖し、免疫染色にてS-100蛋白陽性であったことよりAntoni A型の配列を示す後腹膜神経鞘腫と診断された。臍腫瘍との鑑別が困難であった後腹膜神経鞘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。