Niigata University

症例は73歳男性．便秘と下血を主訴に当院受診し，直腸下部の粘膜下腫瘍のため入院．注腸検査でRb前壁左側寄りに径6cm大のSMT様の隆起性病変を認めた．大腸内視鏡検査で同部位にSMTを認め，生検にてGISTの診断となった．CT検査では直腸2時方向を中心に充実性の腫瘤を認めるほか，転移は認めなかった．以上より直腸原発GISTの診断で，手術を施行した．腹部よりの操作では精嚢よりの剥離ができず，腹会陰式直腸切断術を施行した．病理学的検索では紡錘形細胞の腫瘍性増殖が認められ，免疫組織化学検査ではc-kit, CD34, vimentin陽性，desmin, SMA陰性，S-100部分陽性のGIST，Cajal cell typeの診断であった．

2 Pallitave therapyとしての大腸癌に対する内視鏡的ステント留置の経験

上原 一浩・鈴木 裕・霜島 孝
小林 孝*・松尾 仁之*
新潟臨港総合病院内科
同 外科*

根治術適応外の大腸癌によるイレウスに対し，従来では人工肛門造設やイレウス管長期留置などが行われてきた．近年金属ステントの開発により低侵襲でイレウス解除が可能となり，その有用性が報告されている．今回我々はイレウスで発症した直腸S状結腸癌に対し内視鏡的にステントを留置し，QOL改善に有効であった症例を経験した．症例は85歳男性．ネフローゼ症候群による腎機能低下，脳出血後遺症を認め当院療養病棟入院中に直腸S状結腸癌によるイレウスを発症．経肛門的イレウス管を挿入し減圧をした後，内視鏡的ステント留置を行った．ステントは食道用のUltraflex, non-covered type，ステント長7cm，口径18mmを使用．術後経過良好で経口摂取，排便状態とも問題なく約140日後に死亡するまで，普通に生活できた．内視鏡的ステント留置は低侵襲で施行でき患者QOL向上にも有用で，palliative therapyとして選択すべき手技の1つと考えられた．

3 術前診断に苦慮した直腸低分化腺癌の1例

小林 正明・保谷野 真・上村 顕也
横山 純二・本間 照・青柳 豊
飯合 恒夫*・岡本 春彦*・畠山 勝義*
塩路 和彦**・味岡 洋一**
新潟大学大学院消化器内科学分野
同 消化器一般外科学分野*
同 分子病態病理学分野**

症例は35歳女性．主訴は下痢，腹痛．前医で上部直腸に高度の狭窄性病変を認め，クローン病を疑われた．禁食と5-ASA内服で症状の改善がなく，当科転院．大腸内視鏡検査を施行し，狭窄の肛門側で粘膜の発赤浮腫を認めたが，狭窄が高度のためスコープは通過しなかった．CTでは，上部直腸に限局した壁肥厚がみられた．低位前方切除術が行われ，切除標本では辺縁が鋭利な，幅の狭い周堤を伴う不整形潰瘍性病変が認められ，組織診断は低分化充実型腺癌であった．術後早期に肝転移と傍大動脈周囲リンパ節転移が出現し，化学療法を施行中である．本症例では，腫瘍が全周に拡がり，壁外浸潤した腫瘍塊により圧排され，内腔が狭小化し，内視鏡的観察が困難であった．

4 右側結腸癌に対する腹腔鏡下手術 — 内側アプローチによる剥離・授動 —

小林 孝・小林 隆・松尾 仁之
新潟臨港総合病院外科

右側結腸癌に対する腹腔鏡下手術において，安全で確実な剥離・授動・郭清操作をするためのアプローチ法として，1）腸管の外側から剥離を始め，腸管授動を先行する外側アプローチ，2）腸間膜内側から剥離を始め，血管処理を先行する内側アプローチ，3）後腹膜からアプローチした後，腹腔内操作を行う後腹膜アプローチがある．これまで，当科では外側アプローチ法を選択してきたが，最近内側アプローチ法を試みたところ優れた方法と考えたのでその手技をビデオで報告する．

【まとめ】内側アプローチ法は，良好な視野で，病変に触れず，早い時期に主要血管の処置，リンパ節郭清が可能なことから，D2以上のリンパ節

NII-Electronic Library Service

Niigata University

郭清を伴う右側結腸癌の腹腔鏡下手術に適した方法と考えられた.

5　大腸癌に対する腹腔鏡下大腸切除術自験例と当科の現況

酒井　靖夫・武者　信行・坪野　俊広
相場　哲朗・川口　正樹・小林　　孝*
村上　博史**・畠山　勝義***
済生会新潟第二病院
新潟臨港総合病院*
西荻中央病院**
新潟大学大学院消化器一般外科***

1995年8月から腹腔鏡補助下大腸切除術(LAC)を開始し，経験症例は40例（内訳：大腸癌35, 虫垂カルチノイド1，良性腫瘍1，大腸憩室炎1, イレウス2）である．大腸癌は35例あり，年齢は41～80歳（平均67歳)，男性20例，女性15例であった．腫瘍の局在はC：10，A：11, T：3, D：2, S：8, Rs：1で，郭清度はDl：6, D2：23, D3：6，深達度はm12，sm17，mp2, ss4，リンパ節転移はn_0 34，n_2 1で，Stage 0：12, Ⅰ：17, Ⅱ：5, Ⅲb：1であった．術中n2（十）およびseの2例が開腹D3にコンバートされた．観察期間159日～2243日（中央値1201日）で再発は0で，異時性肺癌の1例を除き，34例が生存している．適応は早期癌に限定していたが，2000年よりMP～SS癌に適応を拡大してきている．LACは入院期間も地較的短期間で済み，社会復帰も早いが，術後合併症を生じるとその利点が失われることに留意する必要がある．

6　当科の腹腔鏡補助下大腸手術（LAC）の現況

山崎　俊幸・山本　睦生・桑原　史郎
大谷　哲也・片柳　憲雄・斎藤　英樹
新潟市民病院外科

当科では2002年5月よりLACを導入し，現時点でちょうど1年が経過した．適応を，局在がRbを除きCからRaまで，深達度はSMまでとして開始し，1年間で17例に施行した．これは年間大腸癌手術症例（130例）の13％であった．局在・術式とも，低位前方切除術や結腸亜全摘術を含め一通り全局在で全術式を行い，郭清度もDl・D2が多いがD3も施行した．合併症は創感染4例と吻合部狭窄1例であった．平均手術時間は151分，術後平均在院日数は12.6日であった．まだ，1年目と経験が浅いため，大網切離時の出血・小腸間膜の穿孔・脾穿孔・結腸壁損傷という術中偶発症を経験したので，これらをビデオで供覧した．今後も全国的なLACの標準化に遅れぬよう，適応拡大を目指して施行していく方針である．

7　当院における腹腔鏡補助下大腸切除術

岡田　貴幸・青野　高志・武藤　一朗
長谷川正樹・小山　高宣
県立中央病院外科

【目的，方法】当院における腹腔鏡補助下大腸切除術施行症例を手術時間，術中出血量，鎮痛剤使用回数，離床開始時期，排ガス開始時期，術後在院日数，術後合併症につき開腹施行症例と比較し，その有用性を検討した．

【対象症例】1996年1月から2001年12月までに施行された腹腔鏡下手術16例と腹腔鏡手術適応と同じ条件を満たす開腹手術症例29例を対象とした．

【結果】腹腔鏡下S状結腸切除術では，開腹手術と比較し2倍の手術時間を要し，D2郭清において統計学的有意差を認めた．出血量・術後合併症・術後在院日数に明らかな差は認められなかった．腹腔鏡下手術症例では，術後鎮痛剤の使用回数が少なく，離床開始が早い傾向がみられた．腹腔鏡下S状結腸切除術では，排ガス開始時期が統計学的に有意に早かった．

【結語】腹腔鏡手術においては排ガス開始時期が早く，術後早期に腸管機能が回復するという点で有用である可能性が示唆された．

NII-Electronic Library Service