24　低分化早期大腸癌の1例

森岡　伸浩・宮下　　薫・藍澤喜久雄
佐野　　文・鳥越　貴行・遠藤　泰志*
燕労災病院外科
同　病理*

症例は47歳，女性．近医で大腸内視鏡を受け上行結腸に径1.5cm大のⅡa病変と盲腸に径2cm大のⅡa病変を認めた．上行結腸のⅡa病変はEMRされsm浸潤の診断であった．盲腸のⅡa病変は生検組織診断でadenocarcinoma（por with muc）with tubular adenomaの診断であった．手術目的に当科を受診し，手術を施行した．盲腸の病変は病理組織学的には進達度sml（500 μ m），lyl, v0, n0の低分化腺癌であった．

大腸癌の組織型は大部分が分化型であり低分化型は少ない．そして低分化型癌のほとんどが進行癌であり早期癌は極めて稀である．今回，われわれは低分化早期大腸癌の手術症例を経験したので，若干の文献的考察を加え報告する．

25　大腸縫合不全の原因と対策
― 特に動脈硬化と肥満度からの検討 ―

村上　博史
社会保険大宮総合病院外科

【目的】大腸縫合不全（AL）は，全身，局所，手技的要因によるが，術前，術中に種々の対策が採られている．しかし術中に吻合部の血流障害を見出すことは容易でない．これは，動脈硬化による内腔狭窄と，肥満者における視触診での血管走行の確認不良による．ALの一因解明に大腸切除例を肥満と動脈硬化より検討．

【方法】ALの有無を性，年齢，BMI別に検討．心筋，脳梗塞の既往（SH）有りを動脈硬化既往（SH群）他を動脈硬化非既往（NSH群）．標本上動脈硬化（SP）有りを病理動脈硬化（SP群）他を病理非動脈硬化（NSP群）．ALの有無をSH，SPの有無別に検討．

【結果】男性のALは女性の1.47倍．BMIはL群はNL群に比し有意（P＝0.018）に高値．ALはSP群はNSP群に比し高値の傾向（P＝0.055）．

【結語】BMI高値はALが多い．SPはALが多い傾向．

26　十二指腸海綿状血管腫の1例

谷口　優子・長倉　成憲・及川　明奈
渋谷　和人・斉藤　英俊・山洞　典正
水戸済生会総合病院外科

症例は53歳，女性．下血，貧血，血圧低下にて当院内科に紹介された．消化管出血によるショックと考えられ頻回に上下部消化管精査による出血源検索がなされた．入院後3度目の上部消化管内視鏡にて十二指腸水平脚に約3cm，陥凹を伴う黄白色顆粒状の軟な隆起性病変が確認された．加えてEUS，小腸造影，腹部CT，腹部血管造影等行ったが確診には至らず，易出血性の十二指腸粘膜下腫瘤の診断にて手術施行となった．十二指腸水平脚に軟な腫瘤を触知し，十二指腸部分切除術を施行した．病理組織学的検査では粘膜～粘膜下層に暗赤色スポンジ状の腫瘤を認め，十二指腸海綿状血管腫と診断された．十二指腸血管腫は極めて稀な疾患であり，その診断にも難渋すると思われる．本邦では9例（十二指腸海綿状血管腫は5例）報告があるのみであり，文献的考察を加えて報告する．

27　胃切除B－Ⅱ吻合後の通過障害に磁石圧迫消化管吻合術を施行した1例

小川　　洋・鈴木　　晋・武者　信行
坪野　俊広・酒井　靖夫
済生会新潟第二病院外科

症例は74歳男性．T3N2P1H0CY1に対して姑息的幽門側胃切除，B－Ⅱ再建術施行．術後4日目に吻合部出血に対して内視鏡的止血術を施行．その後残胃内容停滞を認めた．GTFおよび残胃透視にて輸出脚より約10cm肛門側にtorsionを認めた．禁食IVHにて経過観察したが，術後40日目にも以前通過障害あり，輸入脚症候群を併発したため，聖マリアンナ医科大学放射線科の山内先生