

4 α -グルコシダーゼ阻害薬が後期ダンピング症候群の低血糖発作改善に有効だった一例

平山 裕・草間 昭夫
渡辺 純蔵・田沢 賢一
島影 尚弘・内田 克之
岡村 直孝・若桑 隆二 (長岡赤十字病院)
田島 健三 (外科)

低血糖による意識消失発作を繰り返す後期ダンピング症例に対して、 α -グルコシダーゼ阻害薬の投与が食後の血糖コントロールに有効であった症例を経験したので報告する。

症例は69歳男性。'98. 12月, 胃全摘術を施行し, 以後外来にて経過観察。'00. 3月, 意識消失を伴う食後の低血糖発作を認め, 食事療法を試みるも血糖コントロール不良。その後も同様のエピソードを繰り返した。'01. 7月, 胆嚢摘出術施行した際, 術後1日6回食, 及びその1, 3, 6回目の食前 α -グルコシダーゼ阻害薬を内服したところ, 良好な血糖コントロールが得られた。

後期ダンピング症候群に対し, 食事療法(頻回食+低炭水化物・高蛋白・高脂肪食)に加え, 薬物療法(α -グルコシダーゼ阻害薬)が有効であった。

5 十二指腸腫瘍と鑑別を要した十二指腸脱出胃癌の1例

富田 広・遠藤 和彦
木村 愛彦・蛭川 浩史 (秋田組合総合病院)
畠山 悟・後藤 伸之 (外科)

症例は89歳, 男性。嘔気, 嘔吐にて近医受診。上部消化管内視鏡にて胃癌, 幽門狭窄と診断され当科に紹介となった。上部消化管造影, 上腹部CTにて十二指腸球部, 下行部に $3 \times 3 \times 5$ cmの腫瘍を認め, 十二指腸腫瘍の合併とも考えられた。腹部血管造影にて十二指腸内の腫瘍は右胃大網動脈からの栄養血管を認め, 胃癌が十二指腸へ脱出したものと考えられた。手術を施行したところ十二指腸内の腫瘍は手動的に胃内に還納され, 幽門側胃切除術にて切除可能であった。腫瘍は胃角部から前庭部, 11×7 cm, 広基性I型であり, 病理組織診では高分化腺癌, 深達度はsmであった。本症例では十二指腸腫瘍と鑑別する上で腹部血管

造影は有用な検査であった。

6 浸潤性胸腺腫の多発性小腸転移の一例

高野 可赴・宮原 和弘
清水 孝王・諸田 哲也 (長岡中央総合病院)
河内 保之・清水 武昭 (外科)
山本 智・岩谷 昭 (新潟大学 第一外科)

症例は51歳, 女性。2000年6月28日に浸潤性胸腺腫に対し, 腫瘍摘出術, 右中下肺葉部分切除術, 肝・心膜・肋骨部分切除術施行。2001年1月4日, 左大腿骨頸部骨転移に対し人工骨頭置換術施行。2001年6月12日, 左下腹部に5 cm大の腫瘍を認め, 精査にて小腸腫瘍と診断された。2001年6月27日, 浸潤性胸腺腫の小腸転移を疑って手術施行。開腹すると, 十二指腸下端から空腸上端に10 cm大の腫瘍を認め, 結腸間膜に浸潤していた。また, Treiz 靱帯から80 cm 肛門側の腸管, 200 cm 肛門側の腸管にも2 cm大の腫瘍を認めた。腹膜播種や肝転移は認めず, 小腸部分切除術を行った。術後病理組織学的に浸潤性胸腺腫の転移性腫瘍と診断された。術後経過は順調で第14病日に退院した。

7 標準術式としての腹腔鏡下虫垂切除術を考える

石川 裕之・村上 博史 (総合西荻中央病院 外科)

【対象】腹腔鏡(S) 28例, 開腹移行(C) 8例, 開腹(L) 35例。

【検討】

(1) S, L 群①年, 性, 病理。②手術時間③ドレーン挿入率④入院日数⑤食事開始日⑥合併症。

(2) C 群①開腹移行理由②13年3月以前と後(C1, 2期)開腹移行率。

【結果】

(1) ① 33.8 ± 15.8 , 27.9 ± 11.7 歳。男女各 60.7%, 48.5%。壊疽性, 蜂窩織性, カタル性各14.3, 53.6, 32.1%。22.9, 42.9, 34.2%。② 72.4 ± 31.1 , 62.6 ± 46.4 分。③ドレーン有53.6, 20.0%。④ 10.4 ± 5.7 , 9.1 ± 3.3 日。⑤ 3.1 ± 1.3 , 2.7 ± 1.6 日。⑥S 群で麻痺性イレウス1例, L 群で創感染1例, C 群で創感染, 腸閉塞各1例。

(2) ①虫垂根部漿膜壊死, 腫瘤形成各2例, 卵巣囊腫合併, 器械不備, ツッパル紛失各1例. ②35.0, 6.3%.

【結語】

(1) 手術時間, 入院日数, 食事開始日 S, L 群に有意差なし.

(2) S 群はドレーン挿入率が高く, 合併症は低い.

8 特発性成人腸重積症の一例

池田 義之・富山 武美 (厚生連豊栄病院 外科)

症例は86歳, 女性. 平成13年7月3日, 突然に腹痛・血便・嘔気が出現し, 外科受診した. 右上腹部に圧痛を伴う手拳大の腫瘤を触知した. 白血球の軽度増加と CRP の上昇を認めた. 腹部 CT で回盲部に辺縁が造影される腫瘤状陰影があり, 注腸造影で回盲弁に一致して内腔に突出する腫瘤状陰影を認め, 大腸内視鏡で回盲弁から上行結腸上部にわたり壊死した回腸粘膜の突出を認めた. 回盲部腸重積症の診断にて7月6日手術を施行した. 回腸末端が盲腸及び上行結腸に嵌頓していた. 壊死部位を含め回盲部切除術を施行した. 先進部に病変は認められず, 正常な回腸全層が腸間膜とともに結腸へ嵌頓したものであり, 病理組織上も特異所見はなく, 特発性腸重積症と診断された. 術後経過は良好で, 第25病日退院した.

9 腫瘍径5mmのⅡc型m癌の一例

佐藤 嘉高・工藤 進英
為我井芳郎・田中 淳一 (昭和大学横浜市
榎田 博史・井上 晴洋 (北部病院消化器
遠藤 俊吾 (センター)

症例は64才, 男性. 2年前から食欲不振, 心窩部痛を認め, 近医にて胃潰瘍の診断で加療を受けていた. 平成13年4月, 同医院にて大腸内視鏡検査を行ったところ, ポリープを指摘され, 内視鏡治療目的に当院紹介受診となった. 平成13年5月15日大腸内視鏡検査を行ったところ, 盲腸に径5mmの淡い発赤を認めた. 色素散布にて星芒状様の境界明瞭な段差をもった陥凹局面を認めⅡc型病変と診断. 拡大内視

鏡観察では, 大小不同, 不整なⅢs pit の密な配列を認め, m癌を疑いEMRを行った. 病理診断は深達度mの高分化腺癌で, 一部に低分化傾向を示す癌腺管の間質浸潤を認めた.

10 膀胱合併切除を行った大腸癌8例の検討

榎本 剛彦・石塚 大
矢島 和人・植木 匡 (刈羽郡総合病院)
齋藤 六温 (外科)

【対象】1991年から2001年3月までに, 膀胱合併切除を行った大腸癌8例 (男性7例, 女性1例, 平均年齢65.8歳) について検討した.

【結果】局在はS状結腸4例, 直腸4例. 組織型は高分化型腺癌5例 (2例は粘液癌が共存), 中分化型腺癌3例. 膀胱は部分切除6例, 全摘2例であった. 4例 (50%) には組織学的に膀胱浸潤が認められた. 局所再発は2例でそれぞれ14ヶ月, 10ヶ月で死亡したがいずれも膀胱浸潤陰性例だった. その他, 肝再発1例以外に再発の徴候は認められなかった.

【まとめ】肉眼的に膀胱浸潤が疑われる局所高度進行大腸癌では, その50%が組織学的にも浸潤陽性であった. 組織学的膀胱浸潤陽性例に局所再発は認めておらず, 肉眼的に膀胱浸潤のある症例では積極的な膀胱合併切除を考慮すべきである.

11 5Fu/1-LV療法が効を奏した大腸癌術後再発の2症例

湯口 卓・阿部 要一 (木戸病院)
斉藤 文良・山田 明 (外科)

〔症例1〕68歳女性. 64歳時に上行結腸癌 (mod, se, ly0, v0, n1 (+), stage IIIa) にて結腸右半切除術を施行された. 術後2年6カ月, 右側腹部痛と左下腹部腫瘤にて再診. 腹腔内再発と診断し入院, 5Fu/1-LV療法を施行しPRを得た. 腫瘤増大や症状の悪化は無く外来通院中である.

〔症例2〕61歳女性. 58歳時に, 盲腸癌 (mod, por2, ss, ly0, v1, n (-), stage II) にて結腸右半切除術を施行, 術後1年, 腹腔内リンパ節転移にて転移巣切除を施行された. 更に1年1カ月後, 頸部リ