

用ZステントにUBEのThin Wallグラフトを逢着しこれを院内で消毒した。手術は全身麻酔下に大腿動脈を切開露出し、上腕の正中動脈からシース越しに挿入したガイドワイヤーを引き出しTag-of-Wireとした。20～22Fのロングシースにステントグラフトを入れ込み、目的部位でシースより大動脈内に留置した。

症例の内訳は緊急1例、待機例5例。施行部位は胸部下行大動脈に3例、腹部大動脈に2例、また1例で右内頸動脈に施行した。右内頸動脈に行った一例は感染性動脈瘤で気管穿孔しており、救命処置として行ったが破裂を免れずに在院死亡した。他はいずれも重症例であったが無事に退院した。

ステントグラフトは現在、高齢者や担癌患者といった重症者を主たる適応としているが、今後は外科手術に代わる低侵襲な方法として大動脈瘤治療の一躍を担う可能性がある。より安全に一般的な治療とするために現在の問題点を考察し今後の研究課題としたい。

## 第7回新潟食道・胃癌研究会

日時 平成17年11月5日(土)  
午後2時30分～  
会場 新潟ユニゾンプラザ 5F  
中研修室

### I. 一般演題

#### 1 食道浸潤を伴う噴門部癌術後の局所再発に対し化学療法により組織学的CRが得られた1切除例

牧野 成人・神田 達夫・大橋 学  
羽入 隆晃・番場 竹生・坂本 薫  
矢島 和人・田邊 匡・小杉 伸一  
畠山 勝義

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
消化器・一般外科分野

【はじめに】食道浸潤をきたす噴門部進行癌は下縦隔リンパ節への転移の可能性があることから、下部食道切除とともに下縦隔リンパ節郭清が必要となる。われわれの施設ではそのような症例に対し、経裂孔的アプローチでの下縦隔郭清を施行し良好な成績を得ている。今回、食道浸潤をきたした噴門部進行癌に対し、経裂孔的な下縦隔郭清を併用した根治術を施行するも縦隔内に局所再発をきたし、化学療法施行を選択したが奏効度PRであったために切除術を行い、組織的CRが確認された症例を報告する。

【症例】52歳、男性。2001年11月、食道浸潤を伴う噴門部癌に対し、胃全摘、脾摘および経裂孔的に下縦隔郭清を施行した。進行度はpT3 (SE) N0H0P0M0CY0 pStage II, 根治度Aの手術であった。3年5か月後、フォローアップCTで食道空腸吻合部の頭側、縦隔内に約3cmの腫瘤を指摘、PETでも同部位にFDGの集積を認めたため、縦隔内の局所再発と診断した。再手術は侵襲が高く化学療法の方針となりTS-1/CDDP併用療法を3コース施行したが、縮小率50%でPRであった。局所再発病変確認後、約4か月経過するも他の再発病変の出現がないことおよび本人が手術を

希望したため、2005年9月、右開胸開腹による中下縦隔郭清を伴う食道亜全摘および回結腸による再建を施行した。切除された腫瘤および他の部位にも組織学的に癌の遺残はなく、組織学的CRであった。術後の経過は良好であり術後補助療法としてTS-1単独療法を施行中である。

【結語】再発病変に対する画像診断でのCRの判定は難しい。本症例では各種画像診断から腫瘍遺残と診断し手術を選択した。切除標本で組織学的CRが確認された。

## 2 再建に苦慮した頸部食道癌の1例

桑原 史郎・松原 洋孝・山崎 俊幸  
大谷 哲也・片柳 憲雄・山本 睦生  
斎藤 英樹

新潟市民病院外科

症例は72歳女性。近医での上部消化管内視鏡検査にてショック状態となり、当院紹介された。画像所見にて頸部食道の穿孔と診断し、頸部、縦隔ドレナージを施行した。術後、頸部の穿孔部の閉鎖がなく、精査にて頸部食道癌の存在が判明した。このため、咽頭喉頭頸部食道切除・遊離空腸移植を施行したが、微小血管吻合が血栓のため遊離空腸移植が不可能であった。また、前回手術のため食道切除も困難と判断した。そこでY字胃管による再建を施行した。術後の経過は良好であった。Y字胃管による食道再建は簡便であり、遊離消化管移植が不可能な場合の逃げ道として有効と考えられた。

## 3 ESDにて治療した食道・胃SMTの2例

小林 正明・竹内 学・横山 純二  
佐々木俊哉・佐藤 祐一・杉村 一仁  
成澤林太郎\*・西倉 健\*\*・青柳 豊  
新潟大学医歯学総合病院第三内科  
同 光学医療診療部\*  
新潟大学大学院分子病態病理学\*\*

近年、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の進歩と普及により、早期胃癌や食道癌に対して、内視

鏡的切除が積極的に行われている。今回、この技術を応用し、食道および胃の粘膜下腫瘍(SMT)2例に対して内視鏡的切除を施行したので報告する。

【症例1】50歳代男性。主訴は胃SMTの精査(自覚症状なし)。現病歴は、1996年1月スクリーニング目的に上部消化管内視鏡検査を受けたが、胃SMTは認められなかった。2002年他院で胃SMTを指摘。2003年10月当科内視鏡検査では、前庭部後壁大弯に10mmの半球状SMTを認めた。2005年3月の検査では、SMTは16mmへ増大していたため、EUSを施行。内部エコーはモザイク状で、GISTと診断された。大きさは20.5mm、第3層を主座とし、筋層との境界が明瞭であったことより、内視鏡的切除の適応と考えられ、2005年7月治療目的に入院。造影CTで、腫瘍辺縁より造影効果が認められた。ESDの手技を用いて、腫瘍を切除。病理診断はGastrointestinal stromal tumor (GIST), VM(-), LM(-), 23×20×13mmで、免疫組織化学では、Kit(+), CD34(-), SMA(-), S-100(-)。Mitosis < 5/50HPF, Ki67 index 10%で、臨床的リスク分類は低リスクであった。

【症例2】50歳代男性。主訴は食道SMTの精査(自覚症状なし)。現病歴は、2003年4月他院ドックで、食道SMTを指摘され、当科紹介。同年5月上旬部消化管内視鏡検査にて、切歯列より23cm、1/4周性の2コブ状のSMTを認めた。EUSでは、第2層と連続する均一な低エコー性の腫瘤(19mm)であった。ボーリング生検にて、平滑筋腫と診断されたが、やや大きく、患者の希望もあり、内視鏡的切除の目的にて入院。内視鏡的に切除した。病理診断は粘膜筋板由来平滑筋腫, VM(-), LM(-), 25×18×6mm, Kit(-), CD34(-), デスミン(+), SMA(+), ビメンチン(-), S-100(-)であった。

内視鏡および画像診断にて、GISTが疑われる腫瘍の中で、大きさが20mm前後で、管内発育型を示し、EUSにて、粘膜筋板由来あるいは粘膜下層を主座に発育し、筋層との境界が比較的明瞭の場合には、組織学的評価を目的とした、内視鏡的切