

なった。我々は、1992年4月以来、進行胃癌に対し、積極的なリンパ節郭清と化学療法を施行しており、今回 Stage IVb において長期生存した症例を経験したので報告する。症例は64歳男性、C領域の1型乳頭腺癌で、術前 CT にて大動脈周囲リンパ節転移を認めた。術中所見では P0, H0で、Stage IV規定因子は N4のみであったため、胃全摘脾切除および左腎、副腎切除術を施行し、根治度 B 手術が可能であった。病理所見では、ss, ly3, v2, n4 (+) で、n4は3個であった。術後リンパ節再発を来したが、low dose FP 療法が著効し、4年5ヶ月経過した現在も生存中である。

4) 早期胃癌に対する計画的多分割切除例の検討 —残存例から見た多分割切除法の問題点—

何 汝朝・渡辺 孝治
五十嵐健太郎・畑 耕治郎 (新潟市民病院)
塚田 芳久・月岡 恵 (消化器科)
渋谷 宏行 (同 病理)

目的：計画的な多分割 EMR における組織回収、癌残存及び残存を減らす切除法を検討した。

対象及び方法：早期胃癌20例21病変、全例 Over tube 使用、ポリペクトミーと Strip biopsy の併用が3病変、EMR-L法21病変。結果：隆起型16病変、IIc 2病変、混合型3病変であった。深達度では m が19病変、sm 2病変。組織型では Pap1病変分化型20病変であった。分割切除数は5から11、平均7分割であった。癌残存6例中、2例は再 EMR 後癌陰性となったが4例は開腹手術を行った。残存例の検討では切除面の残存粘膜による再発は2例、口側の浸潤範囲の誤認は4例であった。組織の回収は144切片中143個が可能、回収率99.3%であった。結語：早期胃癌20例21病変に対し計画的な多分割切除を行った。癌残存は4例、口側の浸潤範囲の誤認が主因であった。組織の回収は Over tube の使用により容易であった。残存を減らす方法は切除法の工夫と浸潤範囲の把握が大切と思われた。

5) 当院における上部消化管出血に対する止血法 —HSE 局注およびヒートプローブ併用法と 透明フードの活用—

柴 康彦・堀川 誠也 (中条中央病院)
内科
河野 圭一・飯野善一郎 (同 外科)

当院では、食道静脈瘤を除く上部消化管出血に対して①手技が容易である、②穿孔等の重篤な合併症が非常に少ない、③再出血の場合何度でも施行できる、④送水装置により潰瘍底の洗浄が可能、⑤5~25Jまで5段階の熱量設定が可能等の理由により、主に HSE (Hyper-tonic Saline Epinephrine) 局注にヒートプローブを併用している。また、十二指腸球部・胃体部後壁・吻合部潰瘍等の正面視の困難な部位においては、止血用透明フード (塩化ビニール管を切断し自作した物) を内視鏡先端に装着し使用している。これにより止血操作が容易となる。

6) 上部空腸に発生した腺癌の一例

野上 仁・篠川 主
三間智恵子・鰐淵 勉 (南部郷総合病院)
佐藤 巖 (外科)
石塚 基成・内田 守昭 (同 内科)
吉田 英毅 (吉田病院 内科)

症例は64歳女性。平成9年5月7日心窩部痛、嘔気、下痢が出現。感染性腸炎の診断にて保存的療法うけるも症状の増悪と緩解を繰り返した。1月9日小腸造影にて小腸閉塞と診断。平成10年1月27日空腸部分切除術施行。閉塞部位は Treiz 靱帯より80cmの空腸で、全周性の硬結を認め、病理学的診断は高分化型腺癌であった。小腸悪性腫瘍の頻度はきわめて低く全消化管悪性腫瘍の2%以下にすぎないといわれる。当院においても1980年から1997年までの18年間に消化管悪性腫瘍1233例中6例(0.5%)で、十二指腸では腺癌2例、平滑筋肉腫1例であった。空腸では腺癌1例、平滑筋肉腫2例でありいずれも Treiz 靱帯より1m以内であった。十二指腸の3例は術前に内視鏡的診断が得られたが空腸の3例は得られなかった。小腸腫瘍は特異的な症状を認めず早期発見、治療は非常に困難といえる。小腸内視鏡は空腸悪性腫瘍では有効な検査の一つといえる。