

た。直接胆道造影で胆管壁に“毛羽立ち状”あるいは“鋸歯状”の壁不整像を認めた場合には、表層拡大進展の存在を疑う必要がある。表層拡大進展の存在診断には経口胆道鏡検査は有用であり、適切な術式を決定する上で考慮すべき術前検査法の1つである。

23 どうすれば外科研修が魅力的なものになるか

蛭川 浩史・多田 哲也

立川総合病院外科

当院は2005年度より定員8名の臨床研修医を受け入れ2007年度までの3年間で22名が研修した。1名が途中退職、21名が研修を終了した。進路は整形外科、小児科、産婦人科、内科などで消化器外科を選択したものは皆無だった。多忙な日常の中で臨床研修医の教育をどのように行うかは各病院における重要課題である。そこで21名の臨床研修医にアンケート調査を行い消化器・一般外科の研修を魅力的なものにするにはどうすればよいかを検討した。回収は20名分(95%)。その結果、画像診断、手術のポイント、外科疾患に関する知識、術後管理などのレクチャー・カンファレンスを希望する声が多く、また消化器外科の魅力を知りたいというよりスキルとしての一般外科の知識を求める声が多かった。研修医の教育は個別のカリキュラムや指導も考慮すべきではないかと思われた。

II. 特別講演

国際賞2賞同時受賞の報告

元新潟青陵大学教授

曾 我 淳

第61回新潟大腸肛門病研究会

日時 平成20年6月14日(土)

午後3時～

場所 朱鷺メッセ 中会議室201

I. 一般演題

1 pseudomyxoma peritoni に対して、mFOLFOX6療法を用いCRが得られた1例

大谷 泰介・瀧井 康公・島田 能史

県立がんセンター新潟病院外科

症例は75歳、男性。他院で前立腺癌に対しホルモン療法施行中に腹部・骨盤CTで異常を指摘され、精査加療目的に2006年10月6日当科受診した。初診時の血液データに異常なく、腫瘍マーカー(CEA, CA19-9, p53, CA72-4)はいずれも正常値であった。大腸内視鏡検査では異常を認めなかったが、注腸検査で虫垂の途絶を認めた。前医で施行されたCTでは回盲部近傍に70mm大の嚢胞状腫瘍と腹水を認めたが、明らかにリンパ節転移および遠隔転移は認めなかった。以上より、虫垂腫瘍の診断で2006年11月2日手術を施行した。術中所見では右横隔膜下～Daglou窩を中心に淡黄色ゼリー状の腹水を認め、術中迅速細胞診ではClass V, adenocarcinomaと診断された。腹腔内は虫垂先端に、穿孔部からの粘液の流出を伴う60mm大の白色腫瘍を認めた。粘液はムチン物質様で粘性は強く、腹腔内の広範囲にわたり散在した状態にありpseudomyxoma peritoni (P3)と診断した。当初D3郭清を伴う腸管切除術を予定していたが、術中所見より虫垂切除術に変更した。術後経過は良好で第8病日に軽快退院となった。

病理組織学的検査では粘液嚢胞腺癌と診断され、11月30日よりmFOLFOX6による化学療法を開始した。以後、画像上腹膜播種は認めず、腹水は徐々に減少したが、10クール施行後より末梢神経障害がGrade 3と増悪し、本人の希望もあ