

2 ESD後に切除組織の回収に難渋したI型胃癌の1例

河内 邦裕・山川 良一・島山 眞
渡辺 敏

下越病院内科

ESDの利点は病変の大きさに拘わらず一括切除可能で術後の組織学的検討が出来ることである。切除組織の回収は重要であるが一般的には回収に苦勞することは稀である。今回我々はESD後組織の回収に難渋した1例を経験した。症例は69歳、男性。主訴は腹部不快感。上部消化管内視鏡検査にて胃前庭部後壁に5センチの垂有茎性腫瘤を認め、ESDを施行し一括切除した。回収ネットを使用したけどネットに入りきらず組織の一部が切れてしまった。最終的にはプラスチック手袋をスコープに巻きつけて組織を保護しつつ胆石治療用碎石具のバスケットワイヤーで組織を回収した。病理組織学的検討は可能で、adenocarcinoma tub1一部 tub2 ly0 v0であった。

組織が大きい場合、事前に回収方法も検討しておく必要があると思われた。また病変の大きさや形態にとらわれずに切除組織を回収可能なデバイスの開発が望まれる。

3 TS-1が著効した高度進行胃癌の3例

滝沢 一休・池田 晴夫・岩本 靖彦
相場 恒男・米山 靖・和栗 暢生
古川 浩一・五十嵐健太郎・月岡 恵
桑原 史郎*・橋立 英樹**
渋谷 宏行**

新潟市民病院消化器科
同 外科*
同 病理科**

TS-1単独療法が著効した高度進行胃癌の3症例を経験した。TS-1を3コース内服した後根治手術を行った症例Iは標本上癌の遺残は皆無で、pathological CRであった。TS-1を2コース内服した後根治術を行った症例IIでは、小弯リンパ節にわずかに癌の残存を認めたが、原発巣は完全に消失していた。組織学的効果判定はいずれも

Grade 3であった。術後経過は症例I・IIとも順調である。TS-1を3コース内服した症例IIIでは、画像上はCRとなったが、食欲不振がGrade 4であり、腫瘍マーカーの上昇もあり、今後の方針を検討中である。

4 胃石により急性胃拡張所見を呈した1例

岩本 靖彦・滝沢 一休・池田 晴夫
相場 恒男・米山 靖・和栗 暢生
古川 浩一・五十嵐健太郎・月岡 恵
新潟市民病院消化器科

症例は76歳女性、主訴：嘔吐、現病歴：2002年12月よりパーキンソン病で当院神経内科通院中。心窩部不快感で2002年12月、2004年4月と2回の上部消化管内視鏡検査を施行したが特記すべき所見を認めなかった。2005年12月17日13：30ころより嘔吐があり当院救急外来を受診した。受診時腹部単純X線で腹腔全体にわたる胃の輪郭線と側臥位で横隔膜から骨盤腔に広がる胃泡を認めた。CT所見では胃前庭部に球形の異物と幽門輪に嵌頓する腫瘤を認めた。入院後上部消化管内視鏡検査にて直径5cmと3cmの胃石を確認し、バスケット鉗子で粉碎回収した。成分分析ではタンニンが98%であった。本邦における胃石は植物胃石が多く柿胃石がその大半を占める。本症例においては特に柿を多量に食する習慣はなく、パーキンソン病に伴う服用薬、胃運動の低下がその原因ではないかと推測された。

5 早期胃癌、早期大腸癌を合併した十二指腸下行脚カルチノイドの1例

岩崎 友洋・佐藤 明人・山田 聡志
坪井 康紀・三浦 努・柳 雅彦
高橋 達・皆川 昌広*・草間 昭夫*
田島 健三*

長岡赤十字病院 消化器科
同 外科*

早期胃癌・早期大腸癌を合併した十二指腸下行脚カルチノイドの1例を経験した。症例は70歳

男性. 近医で胃隆起性病変を指摘され精査目的に当科を紹介受診. GIFで十二指腸下行脚カルチノイドと0'-I型早期胃癌を指摘. 胃癌に対してESDを施行. 十二指腸カルチノイドは, EUSでMP浸潤は見られず, CT・MRI上転移・浸潤は認めなかった. 直径9mmであることから局所切除の方針となった. 術前検査のCFで直腸癌を指摘. EUSでSM浸潤が疑われ局注ではnon lifting sign陽性であったことからこちらも手術方針となった. 十二指腸局所切除+直腸低位前方切除術が施行された.

消化管カルチノイドの発生部位は, 直腸が最も多く, ついで胃・十二指腸の順となっている. 十二指腸カルチノイドでは球部に存在することが多く, 下行脚に存在することは比較的まれである. カルチノイドは他の悪性腫瘍を合併する頻度が高いといわれており, 十二指腸カルチノイドにおいては合併率16.1%であるとの報告もあり, 特に早期胃癌との合併が多く見られる. このようにカルチノイドは悪性腫瘍合併の可能性があるため全身検索が必要である.

6 腸石イレウスの1例

中村 陽二・滝沢 一休・池田 晴夫
岩本 靖彦・相場 恒男・米山 靖
和栗 暢生・古川 浩一・五十嵐健太郎
月岡 恵・片柳 憲雄*

新潟市民病院消化器科
同 外科*

症例は40歳女性. 幼少時より繰り返す腹痛を認めていた. 平成17年9月15日, 腹痛・嘔気・嘔吐を主訴に当院内科外来を受診した. 腹部膨隆あり, 打診にて鼓音. 腹部レントゲンにて鏡面像を認め, イレウスの診断にて当科入院となった. 腹部CTでは腸管内に石灰化像を数個認めた. またイレウス管造影を行うと, 腸管狭窄部位に嵌頓する陰影欠損像が認められたため腸石の嵌頓によるイレウスと判断, 緊急手術を行った. 計5個の腸石が腸管狭窄部の口側より摘出され, それらの成分にシュウ酸カルシウムが検出された. 第15

病日に退院. 腸石は真性腸石と仮性腸石に分類される. 真性腸石は腸液の貯留・沈殿の結果として形成され, 仮性腸石は胃石・胆石の落下, 糞石などが原因となる. 真性腸石では自然排石はほとんど見込めず, 外科手術を必要とすることが多い.

本例は小腸狭窄が原因となった, 真性腸石の1例と考えられた.

7 腸石を伴ったメッケル憩室出血穿孔の1例

中塚 英樹・河内 保之・江村 重仁
小野寺真一・須田 和敬・西村 淳
新国 恵也・清水 武昭

厚生連長岡中央総合病院消化器病
センター外科

症例は51歳男性. 主訴は腹痛. 家族歴に特記すべきことなし. 既往歴は高血圧と糖尿病. 2005年12月6日18時頃高速道路で自動車を運転中に突然の腹痛が出現した. 痛みは急速に増悪したため, 20時に救急車で当院救急外来に搬送された. 受診時所見では腹部は軽度膨満し全体に筋性防御を伴う強い痛みを訴えていた. 血液検査では炎症所見は認められなかったがCTで腹腔内遊離ガスと下腹部に径3cmの石灰化像が認められた. 腹水はみとめられなかった. 消化管穿孔による急性腹膜炎の診断で緊急開腹した. 回盲弁より40cm口側の回腸に小児手拳大のメッケル憩室を認め, 出血穿孔していた. 内部にはCTで認められた結石がはまり込んでいた. 腹腔内には中等量の血液が貯留していた. 回腸部分切除, 端端吻合した. メッケル憩室内に腸石を伴った症例は希であり, 本例のように憩室炎症状がなく突然の出血穿孔で発症した例は本邦では報告がない. 考察を加えて報告する.