
 学 会 記 事

第3回新潟胆膵研究会

日 時 平成14年9月21日(土)
午後2時～
場 所 新潟グランドホテル 5F
常磐の間

一 般 演 題

1 肝膿瘍を合併したS状結腸憩室穿孔による汎発性腹膜炎の1例

藤田 亘浩・井上雄一郎・本間 憲治
厚生連上越総合病院外科

【はじめに】临床上、肝膿瘍に遭遇する機会は比較的稀であるが、時に重症化してコントロール不良となり不幸な転帰を取る症例も散見される。肝膿瘍の原因としては大腸憩室症に伴うものが最も多いが、悪性腫瘍に伴うものもあり、消化管の検索は不可欠である。

今回我々は、腹腔内遊離ガスを伴う、急性腹症で来院し、術前CTで肝膿瘍が疑われた症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例と経過】症例は、50才男性で生来健康であるが、やや難聴を認める。

本年7月10日、発熱を認め、近医にて抗生物質等の内服処方を受けたが軽快せず、腹痛も出現したため7月13日、当院内科紹介入院。

7月15日、CT施行し肝腫瘍指摘され、S状結腸憩室穿孔および、肝膿瘍を疑われ、同日開腹術施行した。手術はS状結腸切除術と、腹腔内洗浄とドレナージ。肝に関しては術中エコーを行い、消化管検索の後、肝膿瘍と診断した。

術後経過は良好で、目立った発熱もなく、白血球も正常化したため、7病日で抗生物質も中止した。その後も発熱は見られなかったが、8月6日経過観察のCTで肝膿瘍がやや大きくなってきたた

め、8月8日、経皮経肝ドレナージ術を施行。軽快し36病日退院した。

【考察】肝膿瘍は高齢者などでは特に、重症化し死亡率も決して低いものではなく、その治療は責任病巣の切除と、ドレナージが基本である。大腸憩室に合併するものでは、経門脈的に感染が起るとされており、不顕在性に膿瘍が形成されるとされており、不顕在性に膿瘍が形成されるとされており、発熱などにより、憩室より先に、肝膿瘍を指摘されることも多い。保存的治療によって、消腿する例もあり、まずは抗生剤の投与が推奨されるが、消腿しない場合はやはりドレナージが必要となる。悪性腫瘍に合併する症例もあり、消化管悪性腫瘍の切除の際、肝切除されてしまう例も報告されているので、術前、術中の十分な検討、注意を要すると思われる。

【結語】比較的若年でのS状結腸憩室穿孔に伴い、肝膿瘍を形成した一例を経験し、S状結腸切除と腹膜炎のドレナージの後、経皮的に肝膿瘍のドレナージを行い、軽快せしめた症例を経験したので報告した。

2 Budd-Chiari 症候群に合併した脾動脈瘤の1例

大橋 優智・黒崎 功・畠山 勝義
小杉 伸一・小林 康雄

新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器・一般外科学分野

〔症例〕67歳女性。1985年(51歳時)上部消化管内視鏡で食道静脈瘤を指摘、精査にてBudd-Chiari 症候群と診断され、その際脾動脈瘤も指摘された。同年 Budd-Chiari 症候群に対し当院第二外科でBrockenbrough 法によるIVC 隔膜切開施行。以後当科にて経過観察。経過中に動脈瘤は徐々に増大していた。2001年5月22日のMRIにてS8-7にHCC 指摘、7月10日TAE 施行した。脾動脈瘤の治療目的に2002年6月11日当科入院、6月21日の経動脈的脾動脈塞栓術を試みたが脾梗塞の危険が高く中止、7月26日開腹の上脾摘、肝生検施行した。動脈瘤は径3cm 大で石灰化を伴っていた。その際肝は全体に白色調で褐色調