

意に良好であり、0 + I期とIII b期では差はなかった。curAの再発率は14%で、ほとんどは3年以内であるが、5年目にも数例再発した。II期で再発に影響を与える因子は術後CEA値、lyまたはvの有無、ssに対しseであった。

当科の結腸癌の手術成績は、概ね他施設と同等であると思われた。郭清の基本は従来通りD2以上である。

29 腹腔鏡下虫垂切除術の有用性の検討

一術中他疾患診断4例の経験一

村上 博史・石川 裕之
総合西荻中央病院外科

当院では急性虫垂炎に対して腹腔鏡下手術を第一選択として施行している。腹腔鏡下手術は開腹手術と比べ、手技の簡便性、被検者のQOLに有意差はないが、合併症はむしろ少ないことを既に報告している。また、腹腔鏡下手術のメリットの一つとして、腹腔内の広範囲な検索や、必要に応じた洗浄が可能ながあげられる。術前診断は急性虫垂炎であったが、術中の腹腔鏡による検索で他疾患と診断された4例を経験したので報告する。

症例1：19歳女性の右卵巣囊腫軸捻転。

症例2：44歳女性の盲腸憩室炎。

症例3：29歳女性の絞扼性腸閉塞。

症例4：14歳女性の骨盤内出血。

30 当院における腹腔鏡補助下大腸切除術の現況

太田 一寿
太田総合病院附属太田西ノ内病院外科

平成10年より現在まで、腹腔鏡補助下大腸切除術を59症例(61病変, 60切除部位)に行った。男性36例, 女性23例, 平均年齢61.6(18~84)歳であった。悪性46(癌45, 悪性リンパ腫1)病変, 良性15(腺腫4, クロウン病4, 憩室炎3, 他3)病変であった。癌45病変はm13例, sm22例, mp8例, ss2例であり, n(-)40例, n1(+)4例, n2(+)1例であった。術式は回盲部

切除18例, 右結腸切除5例, 部分切除33例, 直腸切除4例であった。平均手術時間179.7(95~420)分, 出血量99.3(少量~660)ml, 排ガス2.5(1~5)病日, 食事6.8(4~14)病日, 退院20.9(8~73)病日であった。合併症は24例(40.7%)にあった。創感染17例(28.8%), 腸閉塞4例(6.8%)であった。再手術は4例に5回行われた。

当院の現況について発表する。

31 IPMT (Intraductal Papillary-Mucinous Tumor) の一例

嶋村 和彦・河内 保之・清水 大喜
西村 淳・新国 恵也・清水 武昭
長岡中央総合病院外科

IPMTは高年男性の膵頭部に好発する比較的稀な粘液産生膵腫瘍である。今回我々は慢性膵炎の既往歴のある患者にIPMT由来の浸潤癌を認めたと一例を経験した。症例は61才男性。15年前から慢性膵炎の診断を得ており、度々急性増悪により入院加療を受けていた。上腹部痛で当院受診。CTにて膵頭部に主膵管の拡張、厚い隔壁を持った多房性嚢胞を認め、さらにMRCPにて総胆管結石も認めた。ERCPは施行不可能であったがVater乳頭陥凹、粘液貯留を認め膵頭部IPMT由来の浸潤癌と診断。膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的に膵管内乳頭腺癌由来の浸潤癌と診断された。若干の文献的考察を加えてこれを報告する。

32 消化管出血を契機に発見された異所性膵癌の1例

金子 和弘・小山俊太郎・下田 聡
武田 信夫・田中 典生・野村 達也*
県立新発田病院外科
新潟大学大学院消化器・一般外科*

症例は75歳, 男性。下血を主訴に来院。十二指腸粘膜下腫瘍様病変からの大量消化管出血の診断で緊急入院し、内視鏡的止血術、血管造影下塞栓止血術を試みたが止血できず緊急手術を行った。

出血源は十二指腸第二部、副乳頭対側に位置する2センチ大の粘膜下腫瘍であり局所切除を行い、術中病理検査を施行した。診断は壁内に迷入した組織から発生した高分化型腺癌であったため、膵頭十二指腸切除術を施行した。最終的な病理診断では十二指腸に発生した一部扁平上皮化生を伴う腺癌であり、周囲非癌部の腺管の状態から異所性膵から発生したものと考えられた。

異所性膵を原発とする膵癌の報告は稀であるため報告する。

33 肝炎症性偽腫瘍術後に膵頭部腫瘍による閉塞性黄疸をきたし、膵臓癌と鑑別を要した自己免疫性膵炎の1例

中島 真人・鈴木 聡・三科 武

角南 栄二・大滝 雅博・神林智寿子

坂本 薫・松原 要一

鶴岡市立荘内病院外科

症例は67歳、男性、平成11年12月、右肝管癌の診断で肝右葉切除術を施行したが、組織診で肝炎症性偽腫瘍の診断を得た。13年2月黄疸を自覚。高ビリルビン血症、肝胆道系・膵酵素の上昇を認め、腹部CTで膵頭部の腫大と総胆管の高度な拡張、上腸間膜静脈の狭小化、ERCPでは15mmにわたり下部胆管の狭窄像を認めたため、膵頭部癌を強く疑った。胆管の内瘻化による減黄後手術を予定したが、腹部血管造影、膵液細胞診では異常を認めず、黄疸発症2ヵ月目のCTでは、膵頭部の限局した腫瘍影はやや縮小し、腎下部の大動脈も炎症性動脈瘤様の像を呈した。高γグロブリン血症を呈したため、自己免疫性膵炎による膵頭部腫瘍を強く疑い、4月19日からプレドニン40mgの内服治療を開始した。1週間後のCTでは、膵頭部の腫大が軽減したため、自己免疫性膵炎による変化と診断した。膵腫瘍に対しては、本疾患に対する十分な認識が必要であると考えられた。

34 非拡張膵管に対する膵管空腸吻合の工夫：膵管縦切による吻合口径差の是正

黒崎 功・畠山 勝義

新潟大学大学院消化器・一般外科

【目的】膵腸吻合の新工夫についてビデオにて呈示する。

【症例】症例は過去1年間に本法が施行された9例で、内7例は径2-4mmの非拡張膵管であった。

【手術手技】主膵管を膵実質より5-7mm程度を残して膵切離。再建はルーペを用い、主膵管の吻合口が扇状の形状を示すように、その腹側を3-4mm長に渡って縦切開した。膵管断端と空腸は6-0PDSを用いて全周8-12針にて結節縫合された。本来の膵管断端は後壁吻合に、切開した部分は前壁の吻合に用い、後壁の1針で膵管チューブを固定した。膵実質前後壁と空腸漿膜は5-0PDSにて結節縫合された。

【結果】全例、膵液瘻や腹腔内出血は認めなかった。

【まとめ】本法は膵管の吻合径を広げ、運針を確実・容易にする安全な膵腸吻合法であると思われた。

35 IV型 Budd-Chiari 症候群の生体肝移植における肝静脈再建の工夫

小海 秀央・佐藤 好信・山本 智

竹石 利之・渡辺 隆興・畠山 勝義

新潟大学大学院消化器・一般外科

54歳女性。肝硬変(非B非C)、IV型Budd-Chiari症候群に対し2002年9月17日左葉グラフトを用いた生体部分肝移植術施行。グラフトの中肝静脈・左肝静脈の共通幹の口径は20mmであったが、中肝静脈及び左肝静脈壁を切り込むことにより吻合口の口径を40mmに拡大した。従来の肝静脈は癆痕化により使用できないため、体外循環下に下大静脈と端側吻合にて再建を行った。術後肝静脈のflowは良好である。

Budd-Chiari症候群に対する肝移植では術後高率に肝静脈血栓を再発することが知られている。今回我々の施行した肝静脈吻合口形成術は肝静脈