

2 膵癌疼痛に対し胸腔鏡下大内臓神経切除術が有効であった一例

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

膵癌末期患者における強固な上腹部痛に対し、除痛目的に比較的侵襲度が低く有効とされる胸腔鏡下大内臓神経切除術を施行した。症例は、72才、女性。平成11年4月10日頃より上腹部痛を認めるようになった。近医受診し、CA19-9の上昇及び腹部超音波にて膵頭部の腫大を指摘された。膵頭部癌疑いにて当院紹介となり、精査加療目的に4月22日入院となった。入院後の腹部血管造影検査にて、SMVを広範囲に含みPVの狭窄を有するStage IVa以上で手術不能と考えた。6月21日、疼痛コントロール目的に再入院となる。麻薬系鎮痛剤にて激しい嘔吐を認め、薬物のみでの治療を断念し、7月5日、胸腔鏡下大内臓神経切除術を施行し、現在まで少量のNSAIDsのみで十分コントロールできている。

3 腹腔鏡下胆嚢摘除術後に発症した虚血性小腸狭窄の1例

齊藤 智裕・山田 明(新潟医療生活協同)
横山 義信・阿部 要一(組合木戸病院外科)
鈴木 康史・滝澤 英昭(同 内科)
岩淵 三哉(新潟大学)
保健学科技術科学

症例は77歳男性。70歳時より動脈硬化症、高血圧、高脂血症のため加療中であったが、胆嚢結石症にて、1999年4月6日、腹腔鏡下胆嚢摘除術を施行した。術後第6病日より嘔気、嘔吐、下腹部痛が出現。絶飲食にて軽快したが、術後第30病日より、再びイレウス症状をきたし、小腸造影にて、上部小腸に管状狭窄像を認めた。開腹所見では空腸に壁の線維性肥厚を伴った狭窄性病変が存在し、病理組織学的検査により虚血性小腸狭窄と診断された。本症の発生原因は腹腔鏡下手術に伴う腹腔内圧上昇と基礎疾患(動脈硬化症、高血圧症)に起因すると推察された。

4 腹腔鏡が診断に有用であった肝限局性結節性過形成(FNH)の1例

杉山 幹也・横山 恒(県立坂町病院)
内科
多々 孝・小野 一之(同 外科)

症例は24才の女性。家族歴、既往歴に異常なし。平成11年5月に急性胃腸炎で入院したがこの時初めてγ-GTPの上昇を指摘された。腹部超音波およびCTで肝内に多発(S3 40 mm, S4 35 mm, S5 25 mm)する腫瘤を認めた。超音波ではS3等エコー、S4高エコー、S5は血管腫様に辺縁高エコー帯を伴う等エコー腫瘤として描出され、CTではいずれの腫瘤も単純で低濃度、造影早期相で濃染、後期相で等～低濃度に変化した。HBs抗原陰性、抗HCV抗体陰性であったが肝細胞癌、肝膿瘍後の偽腫瘍、FNHの鑑別が必要なため精査した。腹部MRではT1低、T2高信号、Feridex静注後ではいずれも周囲肝に比して高信号腫瘤として描出され鑑別には役立たなかった。血管造影では動脈早期相で濃染し、腫瘤中心部から放射状にのびる車軸状血管を認めた。カラードプラーUSでもこの車軸様血管が描出されFNHを疑い確定のため腹腔鏡検査、肝生検を施行した。非腫瘤部は正常肝で、肝左葉外側に境界明瞭に突出する丈の低い結節を有する褐色調の腫瘤を認めた。表面には累々とした血管が多数存在しICG大量静注で濃染し悪性腫瘍は否定的であった。生検で幅広い瘢痕組織の存在、血管壁の肥厚、細胆管増生などみられFNHと診断した。腹腔鏡下のICG静注法は悪性腫瘍との鑑別に有用であった。

5 当院におけるEMR偶発症及び出血例の検討

何 汝朝・黒田 兼
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)

1988年1月より1999年12月まで当院で行ったEMR 325例中偶発症及び出血例の種類、原因、処置及び転帰を検討した。出血とはEMRに伴う噴出性又は拍動性出血で止血操作を要したものとした。