

【対象】1993～1997年に当院にて施行された根治度Aの深達度SM以深の直腸癌切除症例70例。【方法】局在別のリンパ節転移部位・局在別の再発部位を検索した。

【結果】Rs直腸癌における再発例はすべて血行転移によるものであり、側方リンパ節転移は認められなかった。Raより下部直腸癌に側方リンパ節転移、局所再発が認められた。Rb直腸癌における、術式による局所再発率の差は認められなかった。局所再発率の面からは自然肛門温存術式の適応は決められなかった。

3) 当科における直腸癌に対する肛門機能温存及び自律神経温存手術とその適応について

瀧井 康公・島村 公年	(新潟大学 第一外科)
谷 達夫・寺島 哲郎	
宮澤 智徳・高久 秀哉	
坂内 誠・早見 守仁	
下山 雅朗・山本 智	
長谷川 潤・岡本 春彦	
須田 武保・酒井 靖夫	
畠山 勝義	

我々の施設における自律神経温存手術と肛門機能温存手術の成績について、過去17年間のRa、Rbの根治手術183例を対象とし、検討した。肛門機能温存手術はMiles手術に比し根治性に差は認められず、再建術式においては、Straight型よりJ型の方が術後排便回数において優れており、J型は満足のいく排便機能が得られた。自律神経温存手術においては、排尿機能の観点からは満足される結果が得られ、根治性に関しては、mp癌までに関しては問題はなかったが、al以深癌、リンパ節転移のある症例に関しては今後の検討が必要と考えられた。

4) 直腸癌に対する神経温存、肛門機能温存手術の治療成績

筒井 光広・佐々木寿英	(県立がんセンター) 外科
田中 乙雄・梨本 篤	
土屋 嘉昭・藪崎 裕	
佐野 宗明・牧野 春彦	

1987年から10年間200例の中下部直腸癌に対する神経温存手術の評価を根治性と機能温存の両面から行うとともに、下部直腸癌に対する低位前方切除術(LAR)の排便機能の臨床的評価を行った。神経温存の有無により5年生存率と再発率に差はなかった。尿管侵襲陽性例(n=126)や側方リンパ節転移例(n=17)に限定しても神経温存の有無で根治性に差はなかった。排尿障害の

程度は神経温存群で優位に良好であり、神経全温存側方郭清の24例(38～68歳)では67%で勃起と射精の両方の男性機能が保たれていた。肛門縁から吻合部までが5cm以内のLAR例(65例)ではJ pouch群(n=23)が端々吻合群(n=42)に比して排便回数は有意に少なく、縫合不全の発生率も少なかった。

III. 特別講演

「Pouch operation」の現況

兵庫医科大学第二外科教授

山村武平先生

第42回新潟大腸肛門病研究会

日時 平成10年12月12日(土)

15:00～17:00

会場 新潟グランドホテル

I. 一般演題

1) 成人腸重積の一例

角田元(国立高田病院外科)

症例は35歳男性。既往歴に特記事項はなく手術既往もない。平成10年9月7日左右側腹部痛と便秘が出現し9月8日近医を受診。体温は37.0℃。炎症所見と貧血とタール便を認め9月10日当科紹介受診。経過中嘔気・嘔吐なく右側腹部痛が持続。体温は37.3℃。腹部に強い圧痛は無く、腫瘤は触知しない。検査所見では白血球は正常だがCRP高値と貧血増悪と便潜血陽性。腹単では異常無く、CTで腸重積と診断。Echoでは腸重積の長径は8cm。発症から3日目で穿孔の危険性ある為緊急手術を施行。盲腸・虫垂・回腸が上行結腸に陥入していた。先進部は盲腸側壁でφ5cm大の硬い腫瘤。盲腸原発の悪性腫瘍の疑いで右半結腸切除+所属リンパ節郭清を施行。病理組織所見では粘膜～粘膜下層の凝固壊死で腫瘍は否定的。術中所見でfusion fasciaの形成が無く、上行結腸・下行結腸の固定性は不良。盲腸側壁を先進部とする盲腸-盲腸型の小児の腸重積と同じ機序

で発症したのではないかと推察された。

II. 主 題

2) 潰瘍性大腸炎術後の晩期合併症の検討

島村 公年・須田 和敬
 桑原 明史・島山 悟
 多々 孝・山本 智
 谷 達夫・石川 裕之
 岡本 春彦・須田 武保 (新潟大学)
 酒井 靖夫・島山 勝義 (第1外科)

UC80例 (IAA78例, IRA2例) の術後晩期合併症を検討した。回腸囊炎は10%に認められ、殆どがメトロニダゾールの投与で軽快した。腸閉塞は8.8%にみられ、3.8%に手術が施行された。late abscess は2.5%に認め、いずれも治療に難渋した。また、肛門瘻瘻、腹壁癒痕ヘルニアで1.3%が手術を受けていた。胆石は17.5%に認められ、6.3%に胆嚢摘出術が施行された。尿路結石も10%に認められたが、3.8%は術後再発例であり、1.3%にESWLが施行された。婦人科的には骨盤内嚢胞が6.3%に認められた。また、挙児希望例の20%に不妊を認めたが、手術後出産した7例では経過中に大きな合併症は認められなかった。

3) 大腸内視鏡的粘膜切除術の手技について

岡本 春彦・須田 和敬
 桑原 明史・島山 悟
 多々 孝・山本 智
 谷 達夫・石川 裕之
 島村 公年・須田 武保 (新潟大学)
 酒井 靖夫・島山 勝義 (第一外科)

内視鏡的粘膜切除術は広く普及し、陥凹型を含めた小さい病変に対する切除での新しい手技はないが、2cm以上の大きい病変に対する切除に関しては、手技の工夫が必要である。コツは以下の通りで、ビデオで示した。
 1 病変中央部に生食水を穿孔・注入する。
 2 約50%が分割切除となる事を意識し、意図的な分割切除を行う。
 3 分割切除は病変手前側から開始し、切除断端にスネアをもぐりこませながら順次切除する。
 4 可能な限りクリップで粘膜欠損部を縫合閉鎖する。
 5 m癌までの遺残であれば異時性の分割切除で根治可能であることを考慮し、切除計画を立てる。
 6 隆起型病変の分割切除では、太い栄養血管から出血するが、中途半端に病変を残さない。

「非定型的所見を示した潰瘍性大腸炎 (分類不能型大腸炎 (unclassified colitis) およびスキップ様の病変を含む)」

1) 盲腸に局限した区域性潰瘍性大腸炎の一例

牧野 成人・斎藤 義之
 藤田みちよ・大川 彰 (秋田組合総合病院)
 遠藤 和彦 (外科)
 鹿嶋 雄治 (鹿嶋医院)

[症例] 21才男性。平成7年5月、血便を主訴に当科受診、盲腸に局限する区域性潰瘍性大腸炎と診断。サラゾピリンによる保存的治療を開始し、5か月後緩解を認め内服を中止するも、中止から1年後の平成8年10月、再び血便、腹痛等を認め、区域性潰瘍性大腸炎の再燃と診断。保存的治療を再開し、約1年2ヶ月後に再び緩解を認めた。その後も、年1、2回程度、再燃、緩解を繰り返す。患者自身が仕事上の理由から手術を強く希望したため、手術の方針となった。発症から手術までの約3年5ヶ月間の全経過において、病変部は盲腸又は虫垂開口部周囲に局限しており、大腸の他の部位に異常は認められなかったため、回盲部切除術を施行した。

2) 広範な潰瘍性病変を回腸に認めた潰瘍性大腸炎の一例

武井 伸一・杉村 一仁
 本間 照・小林 正明
 望月 剛・成澤林太郎 (新潟大学)
 朝倉 均 (第三内科)
 酒井 靖夫 (同 第一外科)

症例は43歳、女性。水様性下痢、下血で発症し、近医で潰瘍性大腸炎 (UC) と診断された。IVH 管理下にステロイド投与されたが、低蛋白血症が進行 (総蛋白3.8g/dl) し、当科紹介された。UC は全大腸炎型で回盲弁は破壊され、その約5cm 口側～70cm 迄の回腸に広範な不整地図状潰瘍が多発していた。生検組織では特異的所見をみとめなかった。14ヶ月後、大腸は緩解期だが回腸病変は僅かな改善傾向をみとめるのみで、大腸全摘+上行結腸人工肛門造設術を施行した。術後1ヶ月後、回腸病変に改善傾向はみられないが、低蛋白血症は改善傾向にある。