

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、腹壁瘻痕ヘルニアで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、緩解を繰り返し、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。