

28) 18年にわたり消化管出血をくり返した、
IMA 領域を主とする海綿状血管腫の一切
除例

富樫 忠之・富所 隆
松永 卓二・佐藤 知巳
稲田 勢介・波多野 徹 (厚生連長岡中央
杉山 一教 (総合病院内科)
吉川 時弘 (同 外科)

今回、我々は直腸・S 状結腸及び小腸に広範に広がる海綿状血管腫という稀な症例を経験したため、報告する。症例は43歳、女性で主訴は下血。家族歴、既往歴には特記すべきことなし。26歳頃から下血による入退院を繰り返しており、過去に手術についても検討されたが、病変が SMA・IMA 領域に広範に広がるため、手術困難と判断され、以後は保存的に経過観察していた。1998年11月、頻回・多量の下血が出現し、当科入院となった。身体所見では眼瞼結膜に貧血、左下腹部に圧痛を認め、血液検査では貧血、DIC を認めた。腹部単純 X 線、CT で腹腔内に多発性の石灰化像を認め、大腸内視鏡検査では直腸～S 状結腸～回盲部に至る多発性の hemangioma を認めた。下腸間膜造影では直腸～S 状結腸部の巨大な hemangioma に一致した pooling を認めた。保存的療法のみでは出血の control 困難と考えられたため、直腸前方切除術及び回盲部切除術を施行し、貧血及び DIC は著明に改善した。消化管海綿状血管腫に対する外科的切除術は有効な治療法と考えられた。

29) 巨大な下腹部腫瘍の1例

黒田 兼・田代 成元
松井 茂・見田 有作 (田代消化器科病院)
松澤 純・石川 達 (内科)
松木 久 (同 外科)
渡辺 英伸 (新潟大学
第一病理)

症例は51歳男性。1998年11月頃から下肢の浮腫が出現し12月2日当院受診。入院時腹部は膨隆し巨大な腫瘍を触知した。腫瘍マーカーは CEA, AFP, CA19-9 とも正常。画像診断により腸間膜由来の巨大腫瘍と考え手術を行った。腫瘍は前腹壁腹膜・回盲部・大腸・小腸・膀胱と癒着していた。回盲部切除となったがほぼ全体を摘出でき、腫瘍径19×18.5 cm、重量 2.4 kg であった。腫瘍は成熟した線維芽細胞の増生からなり、一部で大腸固有筋層への浸潤性発育を示していた。細胞密度は高くなく、核異型も弱く、核分裂像もほとんど見られず、腸間膜デスモイドと診断された。デスモイド腫瘍は人口

100万人あたり年間2.4～4.3人の頻度と報告されており侵襲性で摘除後しばしば局所再発をくり返すが、転移をきたすことはないのが特徴とされている。本症例は Gardner 症候群との合併を認めず、発症誘因とされる開腹術の既往もないことから比較的良好な症例と考えられた。

30) 後腹膜アプローチによる腹腔鏡補助下大腸
切除術の有用性

飯野善一郎・河野 圭一 (中条中央病院外科)
堀川 誠也・柴 康彦 (同 内科)

腹腔鏡補助下大腸切除術は手技の困難性、手術時間の延長などから広く普及されているとはいえない。今回我々は手術の安全性、手術時間の短縮のため、後腹膜アプローチ併用腹腔鏡補助下大腸切除術を3例施行したので報告する。まず臍部にトラカールを挿入し腹腔内を気腹する。次に上前腸骨棘2-3横指上方にて皮切を加え用手的に後腹膜腔を剥離した後、PDB (preperitoneal distention balloon) にて後腹膜腔を剥離する。これにより尿管、精巣血管が安全に剥離可能となる。最後に腹腔内から腸間膜の処理を行い、体外にて切除、吻合を行う。後腹膜アプローチは尿管、精巣血管の安全な剥離、腹腔内アプローチにおける頻回かつ長時間の腸管把持の回避、剥離の際の小腸による視野の妨げの予防などの点において有用な手技と考えられた。今後、処置用スコープ、後腹膜トラカールの追加などにより更なる有用性が期待される。