

16) 大量の腹水により臍ヘルニア嵌頓をきたした肝硬変の1症例

横山 直行・篠川 主 (南部郷総合病院)
 鰐淵 勉・佐藤 巖 (外科)
 松沢 純・新沢 秀範
 前田 裕伸 (同 内科)

症例は62才の男性、輸血歴はない。19年前より肝硬変(HCV+)と難治性腹水加療の為、入退院を繰り返していた。1993年3月より臍ヘルニアを認めていたが放置していた。94年3月31日起床後臍周囲の腫脹、疼痛を自覚し当科外来受診。入院時腹部は腹水貯留により膨隆し、さらに臍周囲より突出する直径9cm大の表面平滑、弾性軟の腫瘤を認めた。腹部CT、超音波断層検査にて臍部より体表に突出するヘルニア嚢と内部に脱出嵌頓した腸管像が認められた。臍ヘルニア嵌頓と診断し緊急手術を施行した。上腹部正中切開にて開腹、開腹前後に計7,400mlの腹水を穿刺した。臍直下の示指がようやくはいる程度の大きさのヘルニア門より約20cmの回腸が脱出嵌頓し、虚血のため壊死状態に陥っていた為、回腸部分切除を行った。術中術後重篤な合併症は認められなかった。大量の腹水を伴う肝硬変に合併した臍ヘルニアの治療と合併症に関し、若干の文献的考察を加えて報告した。

17) Budd-Chiari 症候群を合併した肝細胞癌の1切除例

松井 茂・中川 巖
 市田 隆文・上村 朝輝 (新潟大学第三内科)
 朝倉 均
 武藤 一朗・内田 克之
 塚田 一博・畠山 勝義 (同 第一外科)
 斉藤 憲・岡崎 裕史 (同 第二外科)
 関 裕史・加村 毅
 木村 元政 (同 放射線科)

Budd-Chiari 症候群は多彩な臨床症状を呈し、肝細胞癌(HCC)を高率に合併する疾患である。今回我々は、HCCを合併した Budd-Chiari 症候群の1切除例を経験したので報告する。

症例は45才女性、1992年より肝硬変(非B非C型)として経過観察されていた。1993年1月よりAFPの

上昇を認め、同年12月に腹部USで、肝S₈にφ2cmの肝腫瘤を認めたため当科入院。US、CT、MRI、上下大静脈造影により、HCCを合併した Budd-Chiari 症候群(Ia型)と診断された。肝部下大静脈膜様閉塞に対して Percutaneous transluminal angioplasty (PTA) を施行後、HCCに対して肝部分切除を施行した。

本例はHBV、HCVのウイルスマーカーはいずれも陰性であり、うっ血性肝線維症を母地とした発癌と考えた。また、下大静脈閉塞症状を認めなかったのは側副血行路の著明な発達のためと考えた。合わせて当科で経験した Budd-Chiari 症候群6例についても検討した。

18) 肝内胆管癌の1切除例

佐藤 攻・清水 武昭
 谷 達夫 (信楽園病院外科)
 柳沢 善計・村山 久夫 (同 内科)

症例は56歳、男性で黄疸を主訴として初診。画像診断では肝後区域に主座を有する10cm大の塊状腫瘍であり右葉に多発性肝内転移を伴っていた。癌腫は肝門部に浸潤し右肝管および門脈を閉塞していた。PTCDによる減黄後、拡大肝右葉切除、門脈合併切除再建術を施行した。この症例を含めて当科の肝内胆管癌切除例の予後についても検討したが、当科の症例はほとんどが進行癌であり30%の症例は術後2年で再発死亡していた。肝内胆管癌は無症状のうちに進行する症例が多い。肝内胆管癌の治療成績の向上には、軽度の肝機能異常を有する症例に対し、画像診断法を用いた拾い上げ診断を行う以外に方法は無い。

II. 特別講演

「生体肝移植の経験」

信州大学医学部第一外科教授

幕内雅敏先生