



にしじ

第23回 外科グループ 手術症例検討会 P2~7

症例①: FP療法によりpCRとなった食道神経内分泌細胞癌の1例 P2
 症例②: 臍頭十二指腸切除術を施行した慢性透析患者の1例 P3
 症例③: BRCA2変異陽性両側異時性乳癌の症例 P4
 症例④: 直腸癌術後局所再発に対して仙尾骨合併切除を伴う後方骨盤内臓全摘で
 R0切除を得た1例 P4~5
 症例⑤: 高エネルギー外傷に対し複数科で協力し救命しえた1例 P6
 症例⑥: 横行結腸癌原発腹膜偽粘液腫の1例 P7
 高知医療センター イベント情報 P8

5

MAY 2018 Vol.151



4月初旬、満開の桜とともにたくさんの新規採用職員を迎えた高知医療センター

高知医療センターの理念 — 医療の主人公は患者さん —

高知医療センター 第23回 外科グループ手術症例検討会

開催にあたって 移植外科 澁谷 祐一

いつも高知医療センターにご紹介いただきありがとうございます。われわれ外科グループ(消化器外科・一般外科、移植外科、乳腺・甲状腺外科)は年に数回、当院へご紹介いただき手術を行った患者さんの報告会を行っております。

平成30年1月24日に開催しました第23回外科グループ手術症例検討会には、院外の先生方11名、院内からは30名の方々にご参加いただきました。

6例の症例を発表しましたのでご報告いたします。消化器外科の症例から遺伝性乳がんの症例、救急症例と多彩な症例報告でした。

なお、この報告会では検討症例のご希望がありましたら、できるだけ取り上げるようにいたしますのでお知らせください。

今後とも、先生方の多数のご参加をよろしくお願い申し上げますとともに、高知医療センターをよろしくお願いいたします。

症例①: FP療法によりpCRとなった食道神経内分泌細胞癌の1例 消化器外科・一般外科 山川 純一

【はじめに】食道神経内分泌細胞癌は食道原発悪性腫瘍として比較的稀な腫瘍である。今回、術前FP療法によりpCRとなった食道神経内分泌細胞癌の1切除例を経験したので報告する。

症例: 67歳 女性

【主訴】数か月前から続く嚥下困難。検診の胃透視で下部食道腫瘍、腹部超音波検査で腹部リンパ節腫大を指摘、当科紹介となった。

【初診時採血】NSE23.7ng/mlと上昇、CEA, CA19-9, SCC, CYFRA, ProGRPは正常範囲内であった。

【内視鏡検査】門歯より31cmに検診で指摘された12mm大、中心陥凹を伴うSMT様腫瘍を認め、生検で小細胞型神経内分泌細胞癌と診断された。



- 他、門歯より20cmにLPM程度、26cmの位置にSM深部浸潤が疑われる陥凹性病変を認め、いずれも生検で扁平上皮癌と診断された。
- 【CT】食道壁肥厚なく縦郭リンパ節腫大はみられないが、胃小弯側No1,3,7リンパ節が腫大、転移が疑われたが他臓器への転移はなかった。

【臨床経過】

食道多発癌(Lt, NEC, cT2N1(No1,3,7)M0, Stage II, Ut/Mt, SCC, cT1bN0M0, Stage I)と診断、術前治療としてFP療法(5-Fluorouracil 5000mg, Cisplatin 110mg)を行った。FP療法1コース施行後、NSEは正常範囲内に低下、CTでは胃小弯リンパ節の縮小を認めた。

【手術所見】

- 人工気胸併用胸腔鏡下側臥位食道全摘、3領域郭清、開腹亜全胃管作成、胸骨後経路再建、頸部機械吻合、腸瘻造設、胆嚢摘出術を施行。手術時間6時間32分、出血量120ml。
- 摘出標本では、下部食道の陥凹を伴う腫瘍性病変は肉眼的に消失していた。



Department of Gastroenterological Surgery, Kochi Health Sciences Center



Department of Gastroenterological Surgery, Kochi Health Sciences Center



Ltの神経内分泌細胞癌とUtの扁平上皮癌については病理組織学的に消失が確認された。

最終診断は

食道癌(Mt, m/d SCC, Type0-IIc, 50x35mm, CT-pT1b(SM2) N0(0/29)M0, pStage I, ly0, v0, PM0, DM0, RM0, CurA, Grade2.)、食道平滑筋腫、胆嚢筋腫様過形成であった。

【術後経過】

術後第7病日食事再開、第13病日退院。FP療法による術後補助化学療法を1コース行い外来経過観察中である。

【考察】

神経内分泌細胞癌は神経内分泌細胞由来、内分泌細胞への分化を示す神経内分泌腫瘍のうち、核分裂像>20/HPF且つ又はKi-67 index>20%と定義される。確定診断にGrimelius染色による好銀性顆粒の証明、chromogranin A, synaptophysin, CD56, NSEなど内分泌マーカー陽性が必要である。

食道神経内分泌細胞癌は食道原発腫瘍の0.4-2%を占める比較的稀な組織型であり、早期にリンパ節転移、遠隔転移をきたすことで1年生存率57%、生存期間中央値13.4か月と予後不良である。手術単独群と比較し、集学的治療群の予後が有意に良好とする報告され、用いられる化学療法としては肺小細胞癌に準じ、irinotecan(CPT-11)+CDDP療法(IP療法)やetoposide(VP-16)+CDDP療法(EP療法)、食道扁平上皮癌に準じたFP療法の報告がある。開院以来当科で手術を行った食道神経内分泌細胞癌の症例は本症例を含め4例。3例で扁平上皮癌の成分が混在していた。FP療法を行った2例は無再発生存中である。

当院での食道神経内分泌細胞癌手術症例

性別	年齢	組織型	cStage	術前治療	術後治療	pStage	再発までの期間	再発形式	転移
男	58	NEC/SCC	T2N2M0 Stage III	無	IP	T3N3M0 Stage III	9ヶ月	リンパ節	死亡
女	62	NEC/SCC	T2N1M0 Stage II	無	FP+RT	T1bN3M0 Stage III	14ヶ月	骨	死亡
男	59	NEC	T3N0M0 Stage II	FP+LV	無	T3N0M0 Stage II	無	無	生存
女	67	NEC/SCC	T2N1M0 Stage II	FP	FP	T1bN0M0 Stage I	無	無	生存

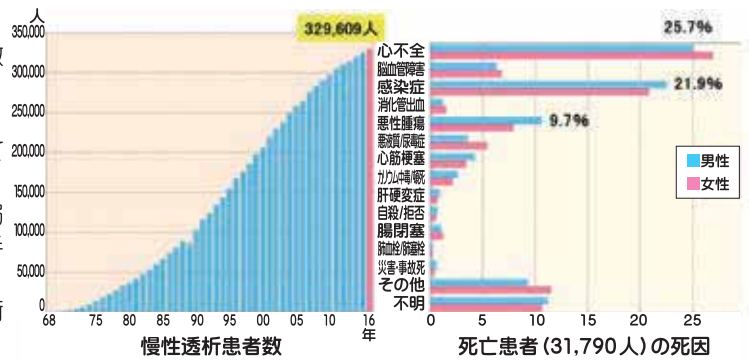
Department of Gastroenterological Surgery, Kochi Health Sciences Center

結語

FP療法によりpCRとなった食道神経内分泌細胞癌の1切除例を経験した。化学療法に対する神経内分泌細胞癌と扁平上皮癌の感受性の違いが示唆される興味深い症例であった。

【はじめに】

- 慢性透析患者は年々増加しており約33万人に達している。死亡数はその約1割の3万2000人/年で、悪性腫瘍は死因の第3位を占める。
- 慢性腎不全患者では、免疫能低下から悪性腫瘍発生率が高いが、根治切除が施行されれば同等の予後が得られることが報告されている。
- 慢性透析患者のもつ凝固異常や出血傾向、易感染性、組織脆弱性、創傷治癒遅延などは、外科治療に直接影響する要因であり、手術、周術期管理においては細心の注意を要する。
- 今回、慢性透析患者の臍頭部腫瘍に対して臍頭十二指腸切除術を施行した1例を経験したので報告する。



慢性透析患者数 死亡患者(31,790人)の死因 わが国の慢性透析療法の現況(2016); 日本透析学会

症例: 70歳 男性

【主訴】なし

【現病歴】IgA腎症による慢性腎不全に対して2002年より維持透析導入となっていた。

2017年10月、血尿精査目的のCTにて臍頭部腫瘍を認め、当院へご紹介いただいた。

【既往歴】IgA腎症、慢性腎不全、胃癌術後(2016年、幽門側胃切除)、脳梗塞

【内服】プラビックス、プレタル、カルデナリン、アーチスト、アムロジピン、ワソラン

【嗜好歴】喫煙: 2009年以降禁煙 飲酒なし

【呼吸機能】

%VC 84.3%、FEV1.0 2.44L、FEV1.0% 78.98%

【心電図】HR67 左軸変異、左脚前枝ブロック

【心エコー】

moderate AS, PV 3.7m/s, mPG 31mmHg,

AVA/AVAI 1.3/0.8 cm², EF66%

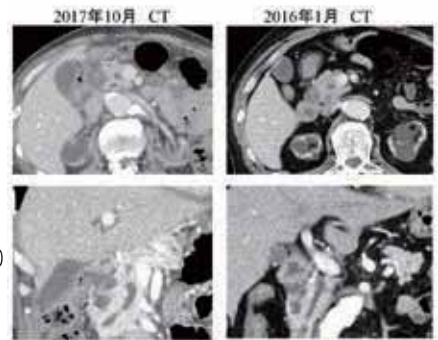
【ASA-PS】3

【血液生化学的検査】

WBC	2570 /μL	T-Bil	0.4 mg/dl
Neutrophil	54.5 %	CRE	4.81 mg/dL
Lymphocyte	22.6 %	BUN	18.6 mg/dL
RBC	403 10 ¹² /L	eGFR	10.3 ml/min
Hb	12.8 g/dl	Na	138 mEq/L
Hct	37.4 %	K	3.6 mEq/L
PLT	22.3 10 ⁴ /μL	Cl	96 mEq/L
TP	7.6 g/dl	Ca	9.8 mEq/L
Alb	4.1 g/dl	CRP	1.27 mg/dL
AST/GOT	13 IU/L	PT	92.5 %
ALT/GPT	10 IU/L	CEA	4.9 ng/ml
LDH	217 IU/L	CA19-9	43.7 U/ml
ALP	239 IU/L		

【造影CT】

- 臍頭部の分枝型IPMN
- 最大径: 22mm
- 主膵管径: 7mm
- 壁在結節なし
- (1年前のCTでは 最大径: 15mm 主膵管径: 5mm)
- 短期間で増大しておりIPMCの可能性あり



【術前管理】

2017/11/6 入院、透析施行

2017/11/7 手術施行

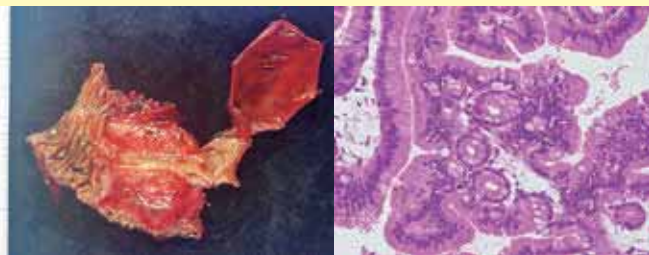
	透析前	透析後
体重(kg)	57.3	53.5
Cr (mg/dl)	7.53	3.88
BUN (mg/dl)	37.4	15.6
K (mEq/l)	4.5	3.8

術後のDWは50kgを想定

【術後経過】術後合併症として、臍液瘻(CD grade III a、ISGPF grade B)、胆汁漏(CD grade III a)を認めたが、保存的加療で軽快し、術後28日に転院となった。

【病理組織学的診断】

Intraductal papillary mucinous adenoma (IPMA)



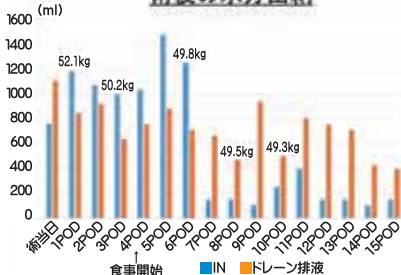
【手術】臍頭十二指腸切除 (PD-II-A-1,D2)

手術時間: 3時間58分

出血量: 885ml

術中輸液量: 1760ml + 濃厚赤血球製剤 280ml

術後の水分出納



当院での透析患者に対する肝胆膵外科手術

2012-2017年の期間に維持透析患者13例に対して予定手術を施行

術式	症例数	合併症 CD grade III	術後在院日数
肝切除	7	2(28.5%)	10日(6-99日)
臍頭十二指腸切除	3	4(80%)	30日(18-106日)
肝外胆管切除	1	なし	19日

周術期死亡例は認めなかった。

【考察】

ドレーン排水量などを考慮した輸液管理にて、大幅な体重の増減もなく、適切な体液管理が可能であった。

まとめ

慢性透析患者に対する肝胆膵外科手術は比較的 safely 施行できている。

今後も患者の全身状態やADLを考慮のうえで、手術適応症例に対しては積極的な外科治療を行っていく方針である。

【はじめに】遺伝性乳癌卵巣癌症候群は全乳癌の約5%を占めるとされ若年、多発性、異時性発症を特徴とする生殖細胞系列常染色体優性遺伝性疾患である。今回BRCA遺伝子検査が術式選択、術後サーベイランスの方針に大きく影響した症例を報告する。

症例：57歳 女性

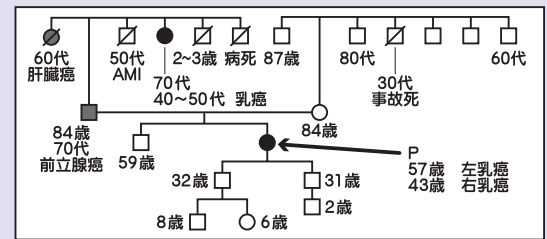
【現病歴】右乳癌術後経過観察中、CTで左乳房腫瘍を指摘され、精査目的に当科紹介。

【既往歴】2004年(44歳時)右乳癌の診断(高知大学放射線科)、術前化学療法CAF 4サイクル(TAI2サイクルを含む)施行。乳頭乳輪温存皮下乳腺全摘術+エキスパンダー再建。

病理:invasive micropapillary carcinoma, ER陽性, PgR陽性, HER2 0, Ki67 15%, ypT3N1aM0 stage IIIA。術後化学療法CAF 6サイクル, RT(44Gy), CDDP+DTX 3サイクル, 術後ホルモン療法タモキシフェン5年間内服終了。

【理学所見】腫瘍非触知、腋窩リンパ節腫大なし

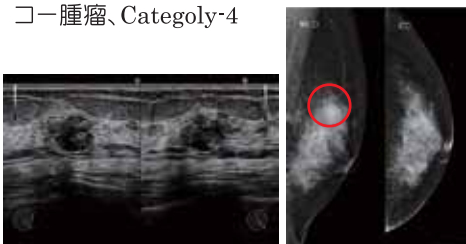
【家族歴】父70代で前立腺癌、父方叔母40代で乳癌



【画像所見】

MG: MLOでUM領域の濃度上昇を伴うFAD、Category-3。

US: 左AC領域1.5cm大、形状不整な低エコー腫瘍、Category-4



【針生検】

invasive ductal carcinoma, scirrhous carcinoma, ER 3b, PgR 2, HER2 2+, FISH-, Ki67 31.6%

【術前診断】

左乳癌、T1cN0M0 stage I、乳房温存術は可能と考えられたが両側異時性乳癌で初発は43歳とやや若く、第2度近親者に乳癌の既往、父が前立腺癌の既往があり遺伝性乳癌卵巣癌症候群(HBOC)の可能性を考慮し遺伝カウンセリングの後、BRCA遺伝子検査を施行

【BRCA1/2スクリーニング】

BRCA1: 病的変異なし、BRCA2: 病的変異あり、c.1278del(p.Asp427Thrfs*3)/1506delA



【手術】

BRCA2病的変異によるHBOCと診断し、乳房温存は避けて乳頭乳輪温存皮下乳腺全摘術+センチネルリンパ節生検+広背筋皮弁による乳房再建術を施行。

【病理学的所見】

invasive ductal carcinoma, scirrhous carcinoma, pT1cN1aM0 stage II A, pN 1/25, NG2, Ki67 44.4%, ER 3b, PgR 3b, HER2 2+, FISH-



【考察】HBOCはDNA損傷修復遺伝子であるBRCA1/2の生殖細胞系列変異による常染色体優性遺伝性疾患である。乳癌患者全体の約5%を占めるとされ乳癌卵巣癌の若年発症、多発性、異時性発症を特徴とする。不完全浸透であるが生涯乳癌発症率は約80%、卵巣癌発症リスクは約30%、膀胱癌発症リスクは約7%とされる。男性においても男性乳癌、前立腺癌の発症リスクが上昇する。予後は散発性乳癌と同等とされているが乳房温存術は相対的禁忌である。本症例は家族歴はそれほど濃厚ではなかったが、患者は両側異時発症、父、叔母にHBOC関連癌の既往をみとめ、NCCNガイドラインにおけるBRCA1/2 testing criteriaに合致する。患者本人は今後は卵巣癌に対するスクリーニングが必須であり、年齢的にも可及的早急な予防的卵巣卵管切除術(RRSO)を考慮すべきと考え。家系内に女性は少ないが、30台前半の息子が2人おり、50%の確率で遺伝子変異を受け継いでいる。可能であれば遺伝子検査を行い、BRCA2変異をみとめれば40歳以降に前立腺癌のスクリーニングを開始すべきと思われる。

結語

HBOCの潜在的患者数は本邦でも相当数存在するとされる。詳細な家族歴の聴取を基本とした拾い上げが極めて重要で個々のリスクに応じた緻密な対応、医学的管理が要求される。ゲノム医療推進の動きが急加速する中、HBOCのみならず遺伝性腫瘍全般に対する診療体制の構築が喫緊の課題である。

症例④:直腸癌術後局所再発に対して仙尾骨合併切除を伴う後方骨盤内臓全摘でR0切除を得た1例
消化器外科・一般外科 稲田 涼

【諸言】大腸癌の局所再発は、結腸癌の1.8%、直腸癌の8.8%にみられ、閉塞や下血、血尿、会陰痛といった症状を有し、再発早期より著しいQOLの低下をもたらす再発形式である。大腸癌治療ガイドライン(2016年版)において、「外科治療に相応する他治療の報告はなく、R0(病理学的断端陰性)切除が可能と判断した場合は、切除を考慮する」とされているが、腫瘍の境界が不明瞭な点、術後の癒着を伴う点、骨盤内の視野確保が困難な点、周辺臓器への浸潤を伴う点などから、R0切除が困難となることが多い。今回、直腸癌術後局所再発に対して仙尾骨合併切除を伴う後方骨盤内臓全摘でR0切除を得た1例を経験したので報告する。

症例：70歳 女性

【主訴】会陰痛

【現病歴】2016年6月、当院にて直腸癌に対して腹会陰式直腸切断術(D2)を施行した。病理学的病期診断は、直腸癌(RbP, tub2, pT3N1M0, pStage IIIa, Cur A)と診断され、以後、カカ

りつけ医でサーベイランスを行っていた。2017年10月、会陰痛が出現し、腫瘍マーカーの上昇を認めため、再発精査目的で紹介となった。

【既往歴】なし(ASA・PS 2)

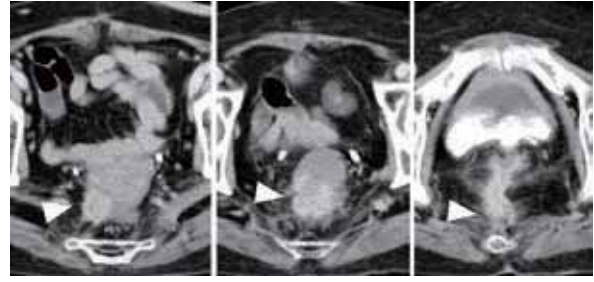
【血液検査】CEA 11.4 ng/mL, Ca19-9 35.2 U/mLとCEAの上昇を認めた。それ以外の血液検査所見に異常を認めなかった。

【内診】膈後壁に圧痛を伴う腫瘍を触知した。

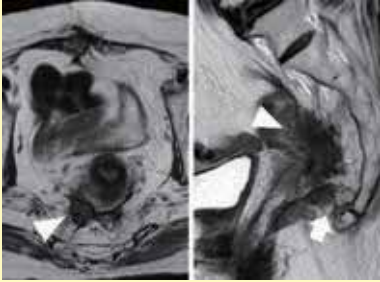
【腔鏡】膈後壁側から腹腔への腫瘍の露出(矢頭)を認めた。



【CT検査】骨盤内に造影効果を伴う腫瘍性病変(矢頭)を認めた。子宮・膈への浸潤が示唆され、回腸および仙尾骨にも近接していた。



【MRI検査】骨盤内にT2強調画像で低信号を示す腫瘍を認めた。子宮・膈(矢頭)および、仙骨(S5)、尾骨(矢印)への浸潤も認めた。またS2に近接していた。

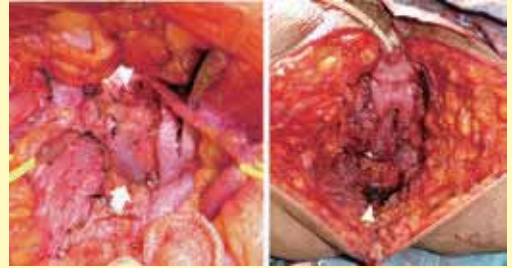


【術前診断】直腸癌術後局所再発

【術式】後方骨盤内臓全摘、仙尾骨(S4以遠)・回腸・右内腸骨血管・右骨盤神経叢合併切除、両側側方リンパ節郭清。

【手術内容】確実なR0切除を達成するために、術前MRI検査で切離ラインを決定し、上記臓器の合併切除を行った。また仙骨に関しては岬角レベルより骨膜を切除する層で剥離し(矢印)、会陰より仙骨背面を剥離した後、腹腔側からS4で仙骨を切離し(矢頭)、検体をen blocに摘出した。

【手術時間】481分 【出血量】2090mL



【病理学的所見】中分化腺癌の増殖を伴う35×30×70mmの再発腫瘍を認めた。子宮及び膈への浸潤を認めるものの、剥離断端は陰性であった(R0)。

【術後経過】第19病日に骨盤死腔炎を合併したが、会陰創を開放、ドレナージし改善した。第31病日に近医に転院となった。術後4か月経過するも、腫瘍マーカーの再上昇はなく(CEA 2.2ng/mL)、会陰痛および歩行・排尿障害を認めず、生存している。

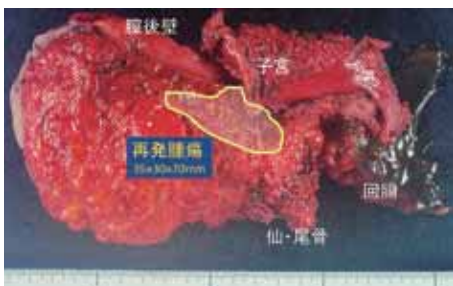
【考察】直腸癌術後局所再発に対する仙尾骨合併切除を伴う拡大手術は、非常に侵襲の大きな手術であり、Retrospective study 7編220例のSystematic reviewでは、手術時間中央値717分、出血量中央値3700mL、術後合併症率52%とされている。またR0(病理学的断端陰性)達成率は78%であり、中央値33か月の観察において、R0症例の無再発生存率は55%、全生存率は72%であるのに対して、R1(病理学的断端陽性)、R2(肉眼的断端陽性)症例においては、無再発生存率、全生存率ともに0%と報告され、R0切除を達成することが非常に重要である(Sasikumar A. Dis Colon Rectum 2017)。

本症例では、R0切除を達成できたが、術前の手術計画が非常に重要となる。確実なR0切除、機能温存、初回手術の癒着などを、総合的に判断し、術前に剥離、切離ラインを決定する必要がある。

2017年8月より高知医療センターで、大腸癌局所再発に対して外科的切除を行った症例は、本症例を含め8例であり、このうち仙尾骨合併切除を行った症例は2例であった。術前の手術計画に基づき、剥離・切離を行い、全例R0切除となっている。

大腸癌局所再発切除症例(高知医療センター, 2017/8~)

症例	年齢	性別	術式	腫瘍部位	TNM	Stage	再発までの期間		術式	合併切除	病理学的断端状態
							再発まで	手術日			
1	73	女	HAR	RS	T2N0 MO	I	22か月	2017/8	吻合部切除(Hartmann)	なし	R0
2	67	男	Sig	S	T3N0 MO	II	11か月	2017/9	吻合部切除(再吻合)	なし	R0
3	70	女	APR	Rb	T3N1 MO	IIIa	15か月	2017/10	posterior TPES	仙尾骨 子宮形成神経 内腸骨血管	R0
4	56	男	Sig	S	T4aN3 M1a (H2)	IV	27か月	2017/12	Stoma切除(再吻合)	骨盤内結節 膿瘍	R0
5	77	男	Hartmann	Rb	T3N1 MO	IIIa	40か月	2017/12	Stoma切除(再吻合)	膿瘍	R0
6	65	男	LAR	Ra/Rb	T3N0 MO	II	25か月	2017/12	APRS	仙尾骨 内腸骨血管	R0



	Kholet. Spine, 2014 ¹	Melton. Dis Colon Rectum, 2006 ²	Moryst. Dis Colon Rectum, 2004 ³	Milne. Ann Surg, 2013 ⁴	Bhangu. Br J Surg, 2012 ¹⁷	Dozois. J Surg Oncol, 2011 ²⁴	Urthans. Eur J Surg Oncol, 2015 ²⁵	Summary ⁸
Total n	19	29	57	49	22	9	35	220 ⁸
Median age, y	62	60	55	59	61.3	63	66	60 (55-66)
High sacrectomy	13	0	9	20	5	9	6	62 (28)
Low sacrectomy	6	29	48	29	17	0	26	155 (70)
Operation time, min	624		709	725	570	822	992	717 (570-992)
Blood loss, ml	5000	5000	3046	4200	1725	1700	2653	3700 (1725-6200)
R0	19	18	48	36	15	9	27	172 (78)
R1	0	10	9	11	7	0	8	45 (20)
R2	0	1	0	2	0	0	0	3 (1)
Mortality	1	1	2	0	0	0	0	4 (2)
Morbidity	15	13	31	19	15	3	18	114 (52)
LOS median	20	18	35.1	37	15	22	46	22 (15-46)
DFS R0	13	9	26	25	9	3	20	95 (55)
DFS R1	0	0	0	0	0	0	0	0
OS R0	14	14	27	34	11	3	20	123 (72)
OS R1	0	0	0	0	1	0	7	8 (18)
F.U. mo	38	23	42	17	26	60	33	33 (17-60)

DFS = disease-free survival; F.U. = follow-up; LOS = length of stay; OS = overall survival.

結語

直腸癌術後局所再発に対して、仙尾骨合併切除を伴う後方骨盤内臓全摘でR0切除を得た1例を報告した。直腸癌局所再発は高頻度で、QOL低下を伴い、手術が困難な症例が多いが、R0切除を達成すると長期予後が十分期待できる再発形式であり、当院では積極的に外科治療を行っている。このような症例があれば、ご紹介いただきますようお願いさせていただく次第である。

症例: 30歳 男性

【主訴】墜落

【現病歴】橋の工事作業中に足を滑らし22.5mの高さから墜落(図1)し、当院に救急搬送された。

【搬送経過】GCS: 12(E3V4M5)、JCS II -20、脈拍数134回/分、血圧132/71mmHg、呼吸回数26回/分、SpO₂: 97%(酸素12L/分)、両側フレイルルチェストあり、出血性ショックあり。酸素化は保たれており、気管挿管・胸腔ドレーンを挿入せず搬送を優先した。搬送時間は救急隊接触より40分後であった。



(図1)

【Primary Survey】

- A: 気道開放
- B: フレイルルチェスト+
SpO₂:100%(酸素10L/分)
呼吸回数:35/分
- C: 血圧: 70 ~ 90mmHg
脈拍数: 135回/分
FAST: positive (左胸腔)
- D: GCS: 11(E3V3M5)

【経過①(搬送時~検査)】

左胸腔ドレーン挿入し、緊張性気胸を改善し、その後、気管挿管し呼吸管理を行った後に、CT撮影をした。

【造影CT検査】

- 頭部: 脳挫傷、外傷性くも膜下出血
- 脊椎: 胸腰椎破裂骨折(Th6-8、Th11-L3)
- 胸部: 両側血気胸、両側肋骨骨折、胸骨骨折
- 腹部: 後腹膜出血
- 骨盤: 骨盤輪(仙骨・左恥骨)不安定骨折
- 四肢: 両側脛骨遠位端骨折

【治療方針】

- 出血性ショック→大量輸血
- 骨盤底不安定骨折→骨盤外固定
- 後腹膜出血→動脈塞栓術

【経過②(治療開始~ICU入室)】

ハイブリット手術室で骨盤外固定を行い、その後、後腹膜出血に対し、動脈塞栓術を施行し、両側内腸骨動脈からの出血は改善を認めた。しかし、徐々に腹部が緊満し、板状硬となり、再度ショックバイタルになった。その際に、腹部エコーで腹水を大量に認め、腹腔内出血が疑われた(図2:来院時CT)。開腹時に血性腹水が噴出し、原因部位は外傷性S状結腸動静脈損傷であった。後腹膜血腫も著明であり、閉創すると腹部コンパートメントが生じるため、血腫吸収されるまで腹部は開放した。



(図2)

【経過③(ICU入室後)】

腹部の止血は得られ、バイタル安定していたが、再度ショックバイタルとなり、動脈造影を行った。右内胸動脈から出血をしていたため、動脈塞栓を行いバイタルは安定した。

【止血を得られるまでの輸血量(24時間以内)】

赤血球製剤: 58単位、血漿製剤: 96単位、血小板製剤: 30単位

【経過④(ICU入室後~閉腹まで)】

術後1日目にセカンドルックを行い、後腹膜血腫による腹圧が高く閉腹困難(図3)と判断し、人工肛門造設した(図4)。また、両下肢の外固定を行った。術後6日目に血腫が吸収され閉腹可能と判断し、Components separation法を行い閉腹した(図5)。また、脊椎の後方固定を行った。



(図3)



(図4)



(図5)

【経過⑤(閉腹~現在)】

術後8日目に呼吸器離脱し、術後12日目に骨盤輪の内固定、術後19日目に両下肢の内固定しリハビリ加療を行った。創部感染・トラブルなく術後29日目にリハビリ目的に転院となった。現在、6カ月経過しているが、左L5領域以遠の不全麻痺はあるが、1本杖での歩行可能になっている。

まとめ

腹部コンパートメント予防として、腹部状態改善までセカンドルックを行い、良好な治療効果が得られた。肛門機能などを考慮し、若年であるが、人工肛門造設し大きな合併症などを回避できた。他科と交流し、体位変換困難に対し、治療選択を必要とした。大量出血を伴う高エネルギー外傷に対し、各科と協力し救命をしえた。

【結論】高エネルギー外傷に対し複数科で協力して救命しえた1例を経験した。

【はじめに】腹膜偽粘液腫とは、良悪性に関わらず粘液産生腫瘍が腹膜へ播種を起し、ゼラチン様物質が腹腔内に大量に貯留・増殖する病態である。発生率は100万人に1人、そのほとんどが虫垂・卵巣原発(全体の94%)といわれている。

症例: 72歳 女性

【主訴】嘔気、食欲不振

【現病歴】上記を主訴に土佐市民病院を受診し入院。食事摂取は不能。精査にて腹膜偽粘液腫と診断。水腎症に対し尿管ステント留置後、当院紹介となる。

【既往歴】精神遅滞、糖尿病、高血圧、十二指腸潰瘍、尿路結石

【現症】腹部膨満を認める

【血液・生化学検査】

TP 6.3g/dL, Alb 2.8g/dL, PNI(pognostic nutrition index) 35.3と低栄養状態。Cre 1.18と軽度の腎機能障害を認めていた。腫瘍マーカーはCA19-9 582.0U/mL, CEA 32.0ng/dL, CA125 290.1U/mLと上昇していた。

【下部消化管内視鏡検査】

全周性の2型進行癌を認める。

【注腸造影】

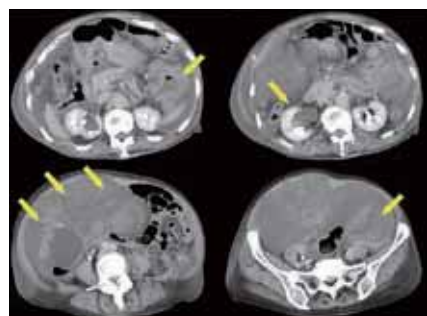
横行結腸脾湾曲部に apple core sign を認め、腫瘍の存在が確認された。



【腹部造影CT】

腹腔内には隔壁構造を伴う腹水を中等量認め、横行結腸脾湾曲部に腫瘤性病変を認めた。左腎は尿管ステントが留置済みで、右腎には水腎症がみられた。下腹部には多房性の腫瘤影を認めており、この時点で横行結腸癌の転移により腫大した卵巣ではないかと予想した。

以上より、術前診断は結腸癌, T, Circ, 2型, cT4a, N0, M1a(P3), cStage IV 腹膜偽粘液腫の診断で診断・緩和治療目的で開腹手術を行った。



【手術】結腸部分切除(D1)、両側卵巣・虫垂・大網切除、横行結腸双孔式人工肛門造設術



開腹すると腹腔内にはゼリー状の腹水貯留を認めた。多房性に腫大した右卵巣(最大径25cm)、単房性に腫大した左卵巣を確認。横行結腸を確認すると腫瘍が漿膜に露出しており、中央部付近に粘液の付着を認めたことから、粘液産生型の横行結腸癌が腹腔内に穿破したことにより腹膜偽粘液腫を来したと考えられた。虫垂は肉眼下正常であったが、腹膜偽粘液腫の原因臓器として最も多い部位であることを考慮し切除することとした。術式としては横行結腸部分切除(D1郭清)、両側卵巣・虫垂・大網切除術、横行結腸双孔式人工肛門造設を行った。

【摘出標本所見】

結腸癌, T, pType 2, 82×67mm muc>pap, tub2, pT4a(SE), int, INFb, ly0, v0, PN0, pN0, M1a(H0, PUL0, P3(両側卵巣, 腹膜)), pDM0(14mm), pRM0(7mm), pStage IV, Cur C, 腹膜偽粘液腫

【術後経過】

3PODに食事を開始。16PODには米飯食を全量摂取できるようになり土佐市民病院へ転院となった。有効な化学療法が確立されていないこと、精神遅滞があることを考慮し術後化学療法は施行しない方針とした。

【考察】

①結腸を原発とする腹膜偽粘液腫の報告は非常に少ない(医学中央雑誌で『腹膜偽粘液腫 結腸(癌)』検索したところ本邦における結腸原発の症例報告は12例のみ)。

②治療としては症状緩和のための減量手術が施行される。

③虫垂原発の場合予後は比較的良好(5年生存率70-75%)。

④結腸原発の場合一般的に予後不良(5年生存率約14%)。

平均年齢63歳(34 ~ 80)、男女比は5:8と女性に多い傾向があった。腫瘍の局在は盲腸・上行結腸が5例、横行結腸が3例、S状結腸が5例であった。全身化学療法は9例で施行されているがレジメンは様々である。また腹腔内化学療法を試みられた症例が3例存在し最大で36ヶ月生存中の患者もいるが、3ヶ月で死亡した患者もあり有効性は示されていない。本症例に関しては今後症状が出現した場合腹水穿刺、可能であれば再手術で症状緩和を図る方針である。

本邦での結腸原発腹膜偽粘液腫 13 例

報告年	性別	年齢	原発	病理	化学療法	腹腔内	治療	生存	経過
1 宮野 1987	60 M	横行結腸	muc	+	NA	-	NA	NA	3ヶ月/死亡
2 西原 1995	71 M	上行結腸	muc	+	MMC	-	術後腫瘍	+	3ヶ月/死亡
3 丸岡 1995	51 M	S状結腸	muc	+	NA	+	NA	NA	NA
4 野田 1998	77 F	S状結腸	muc	-	-	-	-	-	30ヶ月/生存
5 竹村 1998	63 M	上行結腸	NA	+	NA	-	NA	NA	5ヶ月/死亡
6 寺邊 2002	55 F	S状結腸	muc	+	-	+	術後腫瘍	+	8ヶ月/死亡
7 藤川 2004	55 F	上行結腸	muc>sig	+	-	LVI/FT	-	-	5ヶ月/生存
8 森野 2004	44 F	盲腸	muc	+	NA	-	術後腫瘍	NA	24ヶ月/生存
9 関野 2006	68 F	右半結腸	muc	+	CPT-11, FU, I/IV	-	-	-	12ヶ月/生存
10 河野 2010	79 M	S状結腸	sub1	+	LVI/FT	-	-	-	2ヶ月/生存
11 山田 2011	34 F	横行結腸	muc	+	NA	-	術後腫瘍	NA	5ヶ月/生存
12 藤本 2014	62 F	S状結腸	muc>sub1	+	mFOLFIRI 6+Bevac	-	術後腫瘍	+	25ヶ月/生存
13 白藤 例	72 F	横行結腸	muc	-	-	-	-	-	1ヶ月/生存

結語

非常に希少な横行結腸癌原発の腹膜偽粘液腫の1例を経験した。

月	日	曜	高知医療センター イベント情報			
5月	9	水	高知医療センター看護局集合研修 他施設公開研修(参加費無料・申込要)			
			内容	心のケア1 患者の精神状態のアセスメント	場所	高知医療センター 1階 研修室1・2
			時間	17:30～19:00	対象	看護師(20名)
			講師	高知医療センター 精神科認定看護師		
	11	金	高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修(参加費無料・申込要)			
			内容	救急看護1 ※午前は定員に達しました	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3
			時間	8:30～12:30 13:30～17:30	対象	新人看護師(各4名)
			講師	高知医療センター インストラクター		
	16	水	高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修(参加費無料・申込要)			
			内容	ストレスマネジメント1	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3
			時間	9:00～12:00	対象	新人看護師(15名)
			講師	高知県立大学 教員		
26	土	2018年度 高知医療センター 院内コンサート(参加費無料・申込不要)				
		内容	読響ハートフルコンサート	場所	高知医療センター 1階 ふれあいロビー	
		時間	14:00～15:00	対象	一般	
		お問合せ: 高知医療センター 事務局 経営企画課 棚野 TEL:088(837)3000(代)				
6月	1	金	高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修(参加費無料・申込要)			
			内容	フィジカルアセスメント1	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3
			時間	8:30～16:30	対象	新人看護師(5名)
			講師	高知医療センター 急性・重症患者看護専門看護師		
	8	金	高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修(参加費無料・申込要)			
			内容	与薬技術3 ※定員に達しました	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3
			時間	14:30～17:00	対象	新人看護師(10名)
			講師	高知医療センター 認定輸血検査技師・教育担当者		
	29	金	高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修(参加費無料・申込要)			
内容			高齢者ケア1	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3	
時間			9:00～10:30	対象	新人看護師(15名)	
		講師	高知県立大学 教員			
			【高知医療センター 看護局集合研修・新人看護師研修 他施設公開研修お申込み】 申込み用紙は当院ホームページ 看護師他施設公開研修よりダウンロードできます。必要事項をご記入の上 FAXにてお申込みください。申込み代表者は看護部門の担当者様をお願いいたします FAX:088(837)6766 【お問合せ】 高知医療センター 看護局 教育担当(有澤・藤本・川田) TEL:088(837)3000(代)			

※時間等、変更になる場合もございますのでご了承ください。みなさまのご参加を心よりお待ちしております。

編集後記

今年の桜の時期は晴天に恵まれ、お花見もゆっくりできたのではないのでしょうか。当院駐車場から病院への歩道脇にも桜があり、行き帰り私たちの目を楽しませ心を癒やしてくれました。これからは新緑を楽しめる季節です。

年度が替わり、各職種の職員の異動や新採職員を迎え慌ただしい日々を過ごされていることと思います。新しい環境下で職員がストレスを抱え込みやすい時期です。ゴールデンウィーク(GW)明けは心身の不調を訴える人が増加するといわれています。

普段から体調をチェックして、ストレスをためないよう休日にはうまくリフレッシュし、仕事疲れが残らないようにしていきましょう。自分を癒やすことが人を癒やすことに繋がっていきます。

各職種の職員のみなさん、患者さんに安心して安全な医療・看護をご提供できるよう自己管理をしっかりしていきましょう。

(地域医療連携室 加納)



平成30年5月1日発行
にじ5月号(第151号)
毎月発行
編集者: 広報委員会
発行者: 島田 安博
印刷: 株式会社 高陽堂印刷

発行元:
高知県・高知市病院企業団立
高知医療センター

〒781-8555 高知県高知市池2125-1
TEL:088(837)3000(代)

広報誌「にじ」に関するご要望・ご意見をお寄せください。renkei@khsc.or.jp