

臨床検討会

NO	月/日	主 題	発表者
1163	2023/5/8	治療成績報告<膵癌>	本間 祐樹
1164	2023/5/8	治療成績報告<肝細胞癌>	熊本 宜文
1165	2023/5/8	治療成績報告<良性胆道疾患>	菊地祐太郎
1166	2023/5/15	治療成績報告<肝移植>	澤田 雄
1167	2023/5/15	治療成績報告<大腸癌>	石部 敦士
1168	2023/5/15	治療成績報告<転移性肝癌>	武田 一永
1169	2023/5/15	治療成績報告<胆道癌>	藪下 泰宏
1170	2023/5/24	治療成績報告<乳癌>	山田 顕光
1171	2023/5/24	治療成績報告<食道癌>	小坂 隆司
1172	2023/5/24	治療成績報告<炎症性腸疾患>	木村 英明
1173	2023/5/24	治療成績報告<胃癌>	佐藤 渉

Morbidity and Mortality

No.1032 イレウス管誤縫合の1例 (2023/1/26)

中川 和也

症例は43歳女性。子宮頸癌術後で、放射線化学療法の既往があった。繰り返す癒着性イレウスのため、小腸小腸バイパス術と小腸横行結腸バイパス術を施行した。自動縫合器を用いて、側々吻合で吻合口を作成した。術後4日目に腹部X線でイレウス管が小腸横行結腸バイパス部で断裂しており、イレウス管を巻き込んで縫合した誤縫合と診断した。CT検査では鼻側のイレウス管は誤縫合部から脱落しており、術後11日目に透視下に抜去した。中心静脈栄養によ

る栄養療法後、術後26日目に再手術を施行した。術中大腸内視鏡では残存イレウス管も誤縫合部からほぼ脱落しており、鉗子で回収した。その後、直視下にバイパス部を確認し、誤縫合部を数針補強した。再手術後17日目に軽快退院された。

イレウス管誤縫合は自然経過で脱落することが文献的にも報告されている。再発の予防には本症例のような合併症があることを認識し、確認を怠らないことが肝要であると反省した1例であった。

No.1033 肝細胞癌術後早期に、播種再発による消化管穿孔をきたし死亡した一例

(2023/5/8) 澤田 雄

症例は80歳代男性。既往にC型肝炎と、覚せい剤使用歴あり。XX-9年に、他院で肝細胞癌破裂に対しTAEおよび肝後区域切除、横隔膜播種切除を施行。XX-1年に、当院で、肝細胞癌残肝再発に対し、肝S8部分切除施行。XX年、残肝再々発に対し、肝S3S8部分切除施行し、術後2週間で自宅退院した。しかし、腹水コントロールが悪化したため、退院後3週間で再入院となった。再入院時のCTで、腹水貯留、術前に認めなかった左副腎腫瘍と回盲部近傍に腫瘍を認めた。再入院後、腹腔ドレナージで感染および腹水コントロール可能となったが、再入院後45日目に、意識障害、ショック状態となり、敗血症性ショックが疑われた。Vital sign不安定のため、急変翌日にCTを施行し、Free airを認め消化管穿孔が疑われた。手術によるドレナージは全身状態不良のため施行できなかった。経皮ドレナージを施行し、腸液まじりの膿瘍を認めた。全身状態の改善なく、同日（再々肝切除後85日目）に死亡転帰となった。病理解剖を

施行し、回盲部から75cm口側の回腸に肝細胞癌転移巣を認めた。回腸内腔、腫瘍内部、漿膜側（腹腔内）へ穿破する瘻孔を認めたことから、腹腔内へ消化液が漏出し、腹膜炎・敗血症性ショックを引き起こしたと考えられた。また左副腎転移と両肺に最大0.5mmの微小転移巣の多発所見を認めた。術後早期に腹膜播種、多発肺転移、副腎転移をきたし、再肝切除の慎重な適応について再認識する症例であった。現在当科では、無再発期間1年以下かつ初回肝切除時のvp陽性は、予後不良であり、再肝切除を施行しない方針としている。本症例は、無再発期間は7か月であったが、前回肝切除時にvpを認めなかったため、肝切除治療としていた。再肝切除の予後因子の文献報告として、1年以内再発、年齢、脈管侵襲、残肝機能、腫瘍数、腫瘍サイズなども挙げられており、これらを含めて総合的に手術適応を判断する必要があると考えられた。

No.1034 周術期患者対応について反省を要する1例 (2023/8/28)

高橋 智昭

症例は54歳女性。心窩部不快感を主訴に近医を受診した際に施行した腹部エコー、MRI検査で胆嚢底部の壁肥厚を指摘され、精査加療目的に当院消化器内科を紹介受診した。EUS検査でも胆嚢底部の壁肥厚を認め、胆嚢癌疑いで手術目的に当科紹介となった。術前説明では胆嚢床切除術+リンパ節郭清を施行する予定で説明していたが、術中所見で胆嚢壁肥厚部が遊離腹腔側であったため、肝床切除は施行せず全層胆摘+リンパ節郭清に術式を変更して施行した。また、術前EUS検査で膵・胆管合流異常はないと診断されていたが、術中胆道造影で合流異常と診

断した。術後病理検査結果はpT2N0M0 pStage II Aであった。術後に術式変更や合流異常の診断などについて、入院中、退院後外来で説明をさせていただいたが、患者様には非常に不信感を抱かせてしまい、周術期の説明や患者対応について反省を要する1例であった。また、入院中の説明に際し、一部説明文書や記録を残していなかったことなど、反省すべき点があった。本症例の反省を踏まえ、周術期に限らず、全ての診療において、患者さんご本人やご家族にインフォームドコンセントを行い、信頼関係を築いた上で診療を進めていくことを徹底している。

No.1035 膵頭十二指腸切除後に、肺動脈塞栓症をきたし、対応に反省すべき点のある1例

(2023/9/25) 澤田 雄

症例は、60歳代男性の膵癌。併存症としてACO（喘息・COPDオーバーラップ）を認め、術前に吸入薬を導入していた。Resectable膵癌の診断で、術前にGS療法2コース施行後、膵頭十二指腸切除術、門脈合併切除を施行した。POD1に病棟退室し、POD3以降、Room airでSpO₂ 91-95%で経過していた。POD4、朝検査部よりFDP 22.1 μg/mlのパニック値報告があったが、全身状態も著変なく経過観察の判断とした。夜間に酸素化障害あり、酸素3L投与でSpO₂ 91-95%であったが、経過観察としていた。POD5、FDP 41.7 μg/mlの上昇を認めたため、肺動脈造影CTを施行した。両肺動脈に血栓を疑うfilling defectを認め、non massive PEの診断で、抗凝固療法を開始した。POD11に酸素需要は無くなり、POD19に自宅退院した。

POD4の時点で、FDPパニック値報告と酸素化障害があったにも関わらず、PEの診断に至らなかった。ACOの併存があるものの、反省すべきと考えられた。

2022年1月～2023年8月の膵頭十二指腸切除術67例（内5例にPE発症）の術後FDP値とPE発症の関連を検討した。術後10日までに当院設定のFDP>10 μg/mlのパニック値をきたすのは、67例中63例（94%）と術後大半の患者でパニック値報告の対象となっていた。またFDP最大値のカットオフを20 μg/mlに設定しても、PE診断におけるFDPは、感度60%、特異度63%、陽性的中率11.5%であった。そこで術後4日以内にFDP上昇をきたす症例は比較的限定していたので、術後4日以内のFDP最大値のカットオフを20 μg/mlに設定すると、感度60%、特異度91.9%、陽性的中率37.5%と参考になりうると考えられた。

当院の膵頭十二指腸切除術例では、術後にFDPのパニック値対応を要する症例が9割以上となるが、術後4日以内にFDP>20 μg/mlの場合となった場合は、PEの鑑別を積極的に行う必要があると考えられた。

No.1036 胃全摘術前にMalnutritionにより手術が延期となった1例 (2023/12/28)

小坂 隆司

症例は68歳女性。既往なし。胃前庭部から幽門にかけての全周性Type4胃癌により2023/10月中旬に当科初診。当院で精査の結果、指摘されていた4型腫瘍の他にM領域の0-IIc adv, UE領域の0-IIa病変があり、いずれも低分化型腺癌であった。3病変の胃癌であり胃全摘の方針として2023/11月中旬に手術予定とした。初診時のレントゲンでは胃の拡張があるもののPreAlb=29.7であり、本人からも食事摂取は可能と聴取していたために特に特別な栄養の介入は行わなかった。その後の術前検査でも胃の拡張は持続していたが食事摂取は可能とのことであった。手術前に胃の減圧を行うため、2023/11月初旬の入院。この際PreAlb=11.0と栄養状態は急激に低下していたため、手術は延期としPICCを挿入して頸静脈的に

栄養療法を開始。その後栄養状態は改善したために2023/12月上旬に胃全摘を施行した。

2020/1月～2022/12月までに当院でT2以上の進行胃癌でNAC症例を除いた41例を調べたところ、初診から手術入院までの期間は30.2日、この期間中のPreAlbは23.08→22.56とほぼ横ばいであった。PreAlbが増加した症例21例と減少した症例20例を比較すると、減少例は男性、Type4症例が多く、特にType4胃癌4例は全てPreAlbが減少していた。進行胃癌症例の約半分は手術待機期間中にPreAlbが減少しており、特に男性・Type4症例は注意を要する。手術待機中にも適宜栄養状態の評価は不可欠であり、栄養状態が悪化する場合には早めに栄養介入を行うべきである。

第10回ヘルニア教育セミナー

日時：2023年2月3日（金） オンライン開催
講演：立川総合病院
副病院長 蛭川 浩史 先生
「腹壁ヘルニアに対する低侵襲手術 ～歴史とトレンド～」

biliary tract cancer in Kanagawa

日時：2023年3月1日（水） オンライン開催
講演：神奈川県立がんセンター 消化器内科
部長 上野 誠 先生
「切除不能胆道癌治療のパラダイムシフト」

短腸症候群 Webセミナー

日時：2023年3月27日（月） オンライン開催
講演1：川崎幸病院 外科
医長 伊藤 慎吾 先生
「急性期病院における短腸症候群の治療成績とレベスティブの使用経験」

講演2：富山県立中央病院 消化器内科
部長 松田耕一郎 先生
「IBD合併SBS症例に対するteduglutideのReal World Experience」

第5回横浜腸内フローラセミナー

日時：2023年5月19日（金） オンライン開催
講演1：京都府立医科大学 生体免疫栄養学講座
教授 内藤 裕二 先生
「すべての臨床医に知ってほしい酪酸菌研究の最前線」

講演2：神奈川県立がんセンター 消化器内科
部長 上野 誠 先生
「胆道癌化学療法の最前線」

第11回周術期合併症研究会

日時：2023年5月22日（月） オンライン開催
講演：近畿大学医学部 外科学教室 上部消化管部門
主任教授 安田 卓司 先生
「食道癌術後合併症ゼロを目指して」

周術期の栄養・便秘 WEBセミナー

日時：2023年6月15日（木） オンライン開催
講演：近畿大学奈良病院 消化器外科
教授 木村 豊 先生
「胃切除術後の栄養障害・便秘とその対策」

YCU Seminar 2023

日 時：2023年7月18日（火） ハイブリッド開催
講 演：横浜市立大学附属病院 集中治療部
准教授 中村 謙介 先生
「救急集中治療に貢献する急性血液浄化療法運営とは？」

第12回神奈川外科・救急合同セミナー

日 時：2023年9月8日（金） ハイブリッド開催
講 演：山梨大学医学部 救急集中治療医学講座
教授 森口 武史 先生
「感染で患者を失わないために 敗血症のエビデンスとエクスペリエンスと」

第25回 横浜サージカルビデオフォーラム (LOOK & LEARN)

日 時：2023年9月11日（月） ハイブリッド開催
テ ー マ：「鼠径ヘルニア」
座 長：横須賀共済病院 消化器外科
部長 野尻 和典 先生
コメンテーター：横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学
准教授 松山 隆生 先生
一般演題：横浜医療センター
川崎 千瑛 先生
済生会横浜市南部病院
木下 颯花 先生
横浜掖済会病院
清水亜希子 先生（最優秀賞）
横須賀共済病院
布施 雄馬 先生（特別賞）
長津田厚生総合病院
中寫 雅之 先生
レクチャー：南大和病院 副院長/消化器外科部長
部長 高川 亮 先生
「腹腔鏡下ヘルニア修復術に必要な解剖と手術手技」

胆道がんエキスパート webシンポジウム

日 時：2023年10月24日（火） オンライン開催
講 演：神奈川県立がんセンター 消化器内科
医長 小林 智 先生
「最新ガイドラインを踏まえた胆道がん薬物療法の展望」

Yokohama Surgical Oncology Forum

日 時：2023年10月25日（水） オンライン開催
講 演：京都大学腫瘍 薬物治療学
准教授 金井 雅史 先生
「胆道癌薬物療法の最近の話題」

CRC Expert Web Seminar 2023

日 時：2023年11月27日（月） ハイブリッド開催

講演1：名古屋市立大学 消化器外科学

准教授 高橋 広城 先生

「複数機種時代におけるロボット支援大腸切除術の現状と手術手技」

講演2：聖マリアンナ医科大学 臨床腫瘍学講座

主任教授 砂川 優 先生

「これで分かる大腸癌薬物療法のまとめ2023

～ゲノムと治療シーケンスの重要性～」