

学 生 講 義

学年	科目名	年月日	講義内容 (テーマ)	講 師
3	外科学	2013.9.4	消化器の形態と機能	遠藤 格
3	外科学	2013.9.4	イレウス	市川 靖史
3	外科学	2013.9.11	胃癌の疫学、病理	國崎 主税
3	外科学	2013.9.11	胃癌の治療	國崎 主税
3	外科学	2013.9.18	肛門疾患	木村 英明
3	外科学	2013.9.18	炎症性腸疾患	木村 英明
3	外科学	2013.9.25	消化器癌の集学的治療	市川 靖史
3	外科学	2013.9.25	胆石症の外科治療	遠藤 格
3	外科学	2013.10.2	胆嚢・胆道癌の病理	遠藤 格
3	外科学	2013.10.2	大腸癌の病理と分類	大田 貢由
3	外科学	2013.10.9	Vater乳頭部癌と胆道癌の治療	遠藤 格
3	外科学	2013.10.9	大腸癌の治療 1	大田 貢由
3	外科学	2013.10.16	膵癌の病理と治療	遠藤 格
3	外科学	2013.10.16	大腸癌の治療 2	大田 貢由
3	外科学	2013.10.23	膵のう胞性疾患	遠藤 格
3	外科学	2013.10.23	肝臓の画像診断、肝良性腫瘍	田中 邦哉
3	外科学	2013.10.30	輸血と移植	遠藤 格
3	外科学	2013.10.30	原発性肝癌の治療	田中 邦哉
3	外科学	2013.11.6	転移性肝癌	田中 邦哉
3	外科学	2013.11.6	創傷治癒	遠藤 格
3	外科学	2013.11.13	乳腺の良性疾患	石川 孝
3	外科学	2013.11.13	肝移植	田中 邦哉
3	外科学	2013.11.20	乳がん	石川 孝
3	外科学	2013.11.20	臓器不全	田中 邦哉
3	外科学	2013.11.27	消毒法	秋山 浩利
3	外科学	2013.11.27	外科感染症	秋山 浩利
3	外科学	2014.2.6	腹痛 1	秋山 浩利
3	外科学	2014.2.6	腹痛 2	秋山 浩利

学年	科目名	年月日	講義内容(テーマ)	講師
3	外科学	2014.2.7	吐血・下血 1	秋山 浩利
3	外科学	2014.2.7	吐血・下血 2	秋山 浩利
3	臨床腫瘍科学	2014.1.8	臨床腫瘍学概論 I	市川 靖史
3	臨床腫瘍科学	2014.1.8	臨床腫瘍学概論 II	市川 靖史
3	臨床腫瘍科学	2014.1.15	膵癌の治療	遠藤 格
3	臨床腫瘍科学	2013.1.15	乳ガン	石川 孝
3	臨床腫瘍科学	2014.2.21	食道癌の治療	國崎 主税
3	臨床腫瘍科学	2014.1.29	がんに対するチーム医療	千島 隆司
3	臨床腫瘍科学	2014.2.5	AD1 がんのBAD NEWSを伝える	千島 隆司
3	臨床腫瘍科学	2014.2.19	AD3 分子標的治療	市川 靖史
3	臨床腫瘍科学	2014.2.21	AD4 癌の外科的切除と補助療法	遠藤 格
3	臨床腫瘍科学	2014.2.21	国試から見た腫瘍学	市川 靖史
4	臨床薬理学	2013.6.7	抗腫瘍薬	市川 靖史
4	基本的診療技能	2014.1.15	腹部診察(1)	秋山 浩利
4	基本的診療技能	2014.1.29	腹部診察(2)	秋山 浩利
4	基本的診療技能	2014.2.5	腹部診察(3)	秋山 浩利
4	基本的診療技能	2014.2.13	腹部診察(補)	秋山 浩利
5	クルズス	2013.4~2014.3	肛門直腸疾患	松島 誠
5	クルズス	2013.4~2014.3	乳腺疾患	土井 卓子
5	クルズス	2013.4~2014.3	呼吸器外科疾患	城戸 泰洋
5	クルズス	2013.4~2014.3	消化器病疾患のX線内視鏡診断	青木 誠孝
5	クルズス	2013.4~2014.3	小児外科疾患	新開 真人
5	クルズス	2013.4~2014.3	内視鏡外科シミュレーター体験	秋山 浩利
5	クルズス	2013.4~2014.3	膵臓疾患	阿部 哲夫
5	クルズス	2013.4~2014.3	救急処置、外科医師としての心得	塩谷 陽介

主催学会・研究会・セミナー

臨床研究を考える会

日 時：平成 25 年 1 月 11 日（金） 場 所：武田薬品工業(株)横浜支店会議室
特別講演：「大腸癌治療の新展開 -Cureを目指したフロントライン治療戦略-」
神戸大学大学院医学研究科 外科学講座 食道胃腸外科学
教授 掛地 吉弘 先生

第33回神奈川術後代謝栄養研究会

日 時：平成 25 年 1 月 14 日（祝日） 場 所：ホテルキャメロットジャパン
テ ー マ：「胆道癌」

第10回神奈川痔疾患研究会

日 時：平成 25 年 1 月 24 日（木） 場 所：ホテルキャメロットジャパン
テ ー マ：「興味ある・示唆に富む痔疾患症例」

Yokohama Conference of Clinical Oncology

日 時：平成 25 年 2 月 18 日（月） 場 所：横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ
特別講演：「直腸癌に対する新しい治療戦略」
北里大学医学部 外科
教授 渡邊 昌彦 先生

横浜消化器・腫瘍外科フォーラム 2013

日 時：平成 25 年 3 月 1 日（金） 場 所：ホテルニューグランド本館2F レインボーボールルーム
特別講演：「創始と継志」
九州大学大学院 消化器・総合外科（第二外科）
教授 前原 喜彦 先生

第 1 回神奈川敗血症セミナー

日 時：平成 25 年 3 月 6 日（水） 場 所：横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ 4F 浜風
テ ー マ：「高サイトカイン血症」

第 1 回神奈川周術期管理研究会

日 時：平成 25 年 3 月 8 日（金） 場 所： 崎陽軒本店 4F ダイナスティ
特別講演：「失敗に学ぶ“高度侵襲下における栄養療法の新基軸”
～旬な題材はEPaNIC Study とEarly PN Trial～」
筑波大学大学院 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻 外科学
筑波大学付属病院 消化器外科 ひたちなか社会連携教育研究センター長
教授 寺島 秀夫 先生

がん化学療法セミナー in YOKOHAMA

日 時：平成 25 年 3 月 18 日（月） 場 所：横浜ロイヤルパークホテル

特別講演：「膵癌化学療法の現状と展望」

聖マリアンナ医科大学 臨床腫瘍学

教授 朴 成和 先生

特別講演：「大腸癌術後補助化学療法の治療選択」

国立がん研究センター中央病院 消化管内科

科長 島田 安博 先生

第 2 回消化器癌臨床研究カンファレンス

日 時：平成 25 年 4 月 17 日（水） 場 所：崎陽軒本店 4F ダイナスティ

特別講演：「直腸癌肛門温存手術に伴う排便障害の発症機序とその対応」

帝京大学ちば総合医療センター 外科学

教授 幸田 圭史 先生

Kanagawa Colorectal Cancer Symposium 2013

日 時：平成 25 年 4 月 26 日（月） 場 所：ホテルニューグランド「ペリー来航の間」

テ ー マ：「大腸癌術後補助化学療法」「進行再発大腸癌の治療戦略」

第 4 回横浜腹腔鏡手術手技研究会（ラパロ予備校）

日 時：平成 25 年 5 月 1 日（水） 場 所：横浜市立大学シミュレーションセンター

特別講演：「腹腔鏡下ヘルニア修復術について」

独立行政法人国立病院機構相模原病院 外科

副院長 金田 悟郎 先生

第 2 回神奈川外科栄養懇談会

日 時：平成 25 年 5 月 8 日（水） 場 所：崎陽軒本店 4F ダイナスティ

特別講演：「膵切除と周術期栄養管理」

富山大学大学院 消化器・腫瘍・総合外科（第二外科）

教授 塚田 一博 先生

がん薬物療法マネジメント研究会 ークリティカルポイントの傾向と対策ー

日 時：平成 25 年 5 月 21 日（火） 場 所：横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ 4F 浜風

Yokohama Surgical Oncology Forum

日 時：平成 25 年 5 月 23 日（木） 場 所：横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ 5F日輪Ⅲ・Ⅳ

特別講演：公益財団法人がん研究会有明病院

消化器外科部長 佐野 武 先生

第 2 回研修医のための輸液セミナー

日 時：平成 25 年 6 月 8 日（土） 場 所：ガーデンシティ横浜

第2回周術期合併研究会

日 時：平成25年6月21日（金） 場 所：HOTEL PLUMM 3F Georgev EAST

特別講演：「腹部外科手術における静脈血栓症予防」
北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野 I
教授 武富 紹信 先生

第34回神奈川術後代謝栄養研究会

日 時：平成25年7月6日（土） 場 所：ホテルキャメロットジャパン 5F ジュビリー I

特別講演：「術後病態と個別化治療」
山口大学大学院医学系研究科 消化器・腫瘍外科学
教授 岡 正朗 先生

臨床研究を考える会

日 時：平成25年7月26日（金） 場 所：武田薬品工業(株)横浜支店会議室

特別講演：「上部消化器癌の診断と治療 ～ミクロとマクロの視点から～」
鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 消化器・乳腺甲状腺外科学
教授 夏越 祥次 先生

ブラックジャックセミナー

日 時：平成25年7月27日（土） 場 所：横浜市立大学シミュレーションセンター

第15回横浜サージカルビデオフォーラム (LOOK & LEARN)

日 時：平成25年9月9日（月） 場 所：横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ 5F 日輪の間
テ ー マ：「幽門側胃切除」

Yokohama Surgical Oncology Forum

日 時：平成25年10月7日（月） 場 所：ホテルキャメロットジャパン 4F フェアウインド I

特別講演：「消化器癌に対する外科治療」
東京医科大学病院 消化器外科・小児外科
主任教授 土田 明彦 先生

第5回ラパロ予備校 横浜腹腔鏡手術手技研究会

日 時：平成25年11月18日 場 所：横浜市立大学シミュレーションセンター

臨床検討会

NO	月/日	主 題	発表者
1008	H25.1/11 (金)	病理CC	菅江 貞亨
1009	1/18 (金)	食道癌化学療法	徳久 元彦
1010	1/21 (月)	膵病理	谷口 浩一
1011	1/24 (木)	SSI	三宅 益代/野尻 和典
1012	1/25 (金)	胃病理	小坂 隆司
1013	1/28 (月)	大腸ステント	渡辺 一輝
1014	2/1 (金)	SSA/Pについて	渡辺 一輝
1015	2/4 (月)	門脈塞栓後の門脈血栓	森 康一/松山 隆生
1016	2/21 (木)	胆嚢穿孔病理	中山 岳龍
1017	3/7 (木)	大腸多発がん	鈴木 紳祐/渡辺 一輝
1018	3/15 (金)	集計：食道癌	小坂 隆司/秋山 浩利
1019	4/15 (月)	集計：転移性肝癌	野尻 和典/田中 邦哉
1020	4/19 (金)	集計：胆道良性疾患	松山 隆生
1021	4/22 (月)	集計：肝移植	武田 和永
1022	5/2 (木)	アルブミンと肝性脳症	熊本 宜文
1023	5/10 (金)	集計：胃癌	小坂 隆司/秋山 浩利
1024	5/20 (月)	集計：胆道悪性疾患	松山 隆生
1025	5/24 (金)	集計：大腸癌	渡辺 一輝
1026	5/31 (金)	集計：臨床腫瘍	市川 靖史
1027	6/3 (月)	集計：原発性肝癌	熊本 宜文/田中 邦哉
1028	6/7 (金)	集計：乳癌	菅江 貞亨/成井 一隆
1029	6/10 (月)	集計：膵癌	谷口 浩一
1030	6/21 (金)	病理CC (胃)	小坂 隆司
1031	6/21 (金)	病理CC (大腸)	渡辺 一輝
1032	7/29 (月)	臨床統計総論	渡部 顕
1033	8/5 (月)	胆嚢検体の扱い方	関澤健太郎
1034	9/27 (金)	病理CC (胃)	小坂 隆司
1035	10/17 (木)	膵切後の胆石	川口 大輔/谷口 浩一
1036	11/28 (木)	EAA関連	門倉 俊明
1037	12/12 (木)	NCD	菅江 貞亨
1038	12/19 (木)	大腸癌術後フォローアップ体制	渡部 顕
1039	12/26 (木)	胃がん病理	小坂 隆司

No.1008 腎細胞癌乳腺転移の一例

(菅江 貞亨)

転移性乳癌は極めて稀で、その中でも腎細胞癌の乳腺転移はわずかの報告例のみである。

症例は64歳の女性。57歳時に左腎細胞癌に対して左腎全摘術を施行、62歳時に右副腎転移に対し、右副腎摘出術を施行された。フォローアップの造影CTで左乳房に径7mmの造影効果のある腫瘤陰影を指摘された。腋窩リンパ節の腫大は認めなかった。また、PETでは明らかな集積部位はなかった。超音波ガイド下針生検で腎淡明細胞癌と類似した所見であった。免疫染色の結果、腎細胞癌の乳腺への単独転移と診断し、泌尿器科と相談の上、左乳房部分切除を施行した。摘出標本では褐色調の境界明瞭な結節を認めた。病理所見はHE染色で、腎細胞癌と類似する淡明で大きな胞体を有する腫瘍細胞が胞巣状構造を呈して増殖していた。乳管上皮や乳管内への進展は見られなかった。免疫染色では、原発性乳癌で陽性を示すEGR・GCDPF-15は共に陰性で、腎細胞癌で陽性を示すCD10、Vimentinが共に陽性となり腎細胞癌の乳腺転移と診断した。

術後無治療だが、術後1年3か月新たな再発は来していない。

腎細胞癌の乳腺転移について過去の文献を検索したところ、自験例も含めて17例の報告があった。組織型は17例中16例がClear Cell carcinomaであった。乳腺への転移部位に左右差はなかったが、外側領域に多い傾向を示した。再発までの期間は、最短で同時性、最長で12年だった。17例中9例に他部位にも再発が見られ、腎細胞癌の乳腺転移は全身転移の1重系として考えられる。他部位の再発は肺が最多で5例だった。17例中11例(64%)に手術が施行され、8例が部分切除だった。

2012年NCCNガイドラインおよび2011年版腎癌診療ガイドラインによると、転移巣を有する腎癌患者のうち、全身状態が良好で転移巣が切除可能な場合は、転移巣に対する外科的治療が推奨されている。乳腺転移に限らず、腎癌の単独遠隔転移に対しては切除術が適応となる。

No.1009 食道癌化学療法

(徳久 元彦)

附属病院臨床腫瘍科では進行再発食道がんに対する化学療法として一次治療FP(5FU+Cisplatin)に続いて、二次治療としてFN(5FU+ Nedaplatin)の投与を行っている。しかし、NedaplatinはCisplatinと交叉耐性が指摘されており、治療への貢献度は不明である。そこで今回、FP不応・不耐となった患者に対する二次治療FN療法の効果をretrospectiveに確認した。

方法：当科において2008年1月から2011年12月の間に進行・再発食道癌に対して一次治療としてFPおよび二次治療としてFN療法を施行した33例(FP不耐12例、不応21例)を対象とした。全生存期間(OS)と無増悪生存期間(PFS)を評価項目として、不応・不耐に分けた比較評価を行った。

結果：33症例のOSは13.5ヶ月、二次治療後の生存期間は7.3ヶ月で二次治療としてのFNのPFSは2.6ヶ月

であった。33例中、FP不耐(おもに繰り返すシスプラチン投与による腎機能障害)となりFNに移行した12例のOSは19.2ヶ月であり、腫瘍の進行によるFP不応の21例では12.9ヶ月と有意差が認められた($p=0.027$)。一方、FP不耐例のPFS中央値は2.6ヶ月であり、FP不応例では2.5ヶ月と有意差が見られなかった($p=0.143$)。

結語：一次治療にFP、二次治療でFNを使用した進行再発食道癌のOSは13.5ヶ月と良好であった。FP不耐症例のOSはFP不応症例に比較して有意に良好であり、不耐例に対するFN使用の有効性が期待されるが、二次治療のFNはFP不応、不耐でPFSに差はなく、その効果においては不明であった。食道癌の化学療法の二次治療の是非に関してはさらに検討が必要であると思われる。

No.1010 病理カンファレンス 膵頭部癌 NAC-RT症例

(谷口 浩一)

症例は79歳の女性、PL (+), PV (+) でNACRT施行後、PD,門脈合併切除,Plasma全周郭清を施行した。問題点として、病理で原発巣とは全く別個に術前に指摘されていなかった胃前庭部の早期癌があり、胃切除断端 (+) の疑いがあったため、カンファレンス呈示となった。

胃早期癌の病理結果はTubular adenocarci-noma, very well diff (tub1), pT1a (M), 0-II b, ly0, v0, pPM1 (0mm), pDM0 (ただし、ペッツ部は検体整理時に除去のため真の断端は不明) であった。0-II bであり、

顕微鏡的にもflatな病変のため術前に発見するのが難しかったと思われた。また、消化器内科に施行していただいた術前GFも改めて見直したが、やはり病変の指摘は難しかった。断端に関しては病変もわずかであり、ペッツ部分が除去されているため、真の断端は陰性の可能性もあった。

PD時の胃切 離線は比較的自由に設定可能であり、術前GFは偶発的なII b病変の存在も念頭におき注意深く見る必要があると考えられた。

No.1011 SSIサーベイランス

(三宅益代、野尻和典)

【目的】 消化器・肝移植外科手術症例におけるSSI発生率を明らかにし、今後の展開を考える。

【対象】 2010年7月～2012年7月の間に消化器 肝移植外科で全身麻酔手術を施行した917例。年度別部位別にSSI発生率を比較した。

【予防対策】 術前管理として、術前日シャワー浴を行い、剃毛は必要があれば手術室で施行し前日には行わないこととした。術中管理として、予防的抗菌薬投与、手袋の交換、閉創時に生食で皮下洗浄した。術後管理は臓器により異なる。上部消化管手術では、予防的抗菌薬投与は1PODまで、吻合部造影後の4PODまたは5PODにドレーン抜去した。下部消化管手術では、術当日のみ予防的抗菌薬を使用し、原則ドレーンは留置しないが、直腸手術のみドレーンを使用し4PODに抜去した。胆道再建のない肝切除では、予防抗菌薬投与は4PODまでとし、培養を2PODまで提出した。ドレーンは2POD以降に基準(排液量×排液bil濃度/血清bil濃度 \leq 200)を満たせば抜去した。満たさない場合も、明らかな胆汁瘻所見を認めなければ4POD抜去した。膵切除では、予防抗菌薬投与期間は4PODとし、培養を4PODまで提出した。ドレーンは、4PODに二つの基準(①1PODドレーン排液塗抹検査陽性、②4PODのCRP値が13以上)の両方を満たすとき以外は抜去

とした。

ただし、PDの場合のみでDPの場合は明確な基準はなく主治医判断とした。胆道再建のある肝切除では、予防的抗菌薬は4PODまでとし、培養を4PODまで提出。4POD以降に肝切除(胆道再建なし)と膵切除の抜去基準両方を満たせば抜去した。

【結果】 2012年1月～7月のSSI発生率は264例中30例(11.4%)であった。部位別内訳は、BILI:89例中12例(13.5%)、COLN:53例中7症例(13.2%)、REC:13例中1例(7.7%)、ESOP:5例中0例(0.0%)、GAST:23例中3例(13.0%)、その他:7例であった。年度別部位別SSI発生率を比較(2010年度:2011年度:2012年度)するとBILI(14.9%:17.5%:13.5%)、COLN(3.8%:4.4%:13.2%)、REC(37.5%:13.8%:7.7%)、ESOP(0.0%:0.0%:0.0%)、GAST(8.3%:12.2%:13.0%)であった。SSI発生率全国平均は、BILI:14.5%、COLN:14.9%、REC:16.9%、ESOP:20.2%、GAST:8.1%であった。

【結語】 当科におけるBILI症例、COLN症例におけるSSI発生率は全国集計と同程度であった。REC症例、ESOP症例においては全国集計よりも低率であった。GAST症例については、母数が少ないためと考える。BILI症例においては、今後、予防的抗菌薬投与期間のさらなる検討が必要と考える。

No.1012 胃病理

(小坂 隆司)

症例1：73歳男性。2012年12月20日にLADG,D2を施行。術前診断は0-IIc+IIa, 40mm, T2 (MP)であったが、病理診断では0-IIa+IIc, 80mm, T1b (SM)であった。術前は小彎から前壁にかけての病変と読んでいたが、病理所見では後壁にかけて広範な0-IIcが存在していた。

症例2：74歳男性。2012年2月16日にODG,D2

を施行。術前診断は0-III, 40mm, T2 (MP)であったが、病理診断では0-IIc+III, 100mm, T1b (SM)であった。胃角から前庭部の小彎から前壁にかけて0-IIcが拡がり、その範囲内に2か所の潰瘍面を認めていた。0-III病変の診断は容易であったが、0-IIcの範囲診断が困難であった。

No.1013 大腸ステント

(渡辺 一輝)

大腸ステントは2つの目的で施行される。1つはPalliative care目的である。人工肛門を伴う手術の代わりに狭窄を解除する緩和治療のためである。もうひとつはBridge to surgery、つまり、緊急手術を回避して待機的手術を行うための術前留置である。2012年に本邦でも保険収載され、全国的に使用可能となったことから、導入する施設が増えていくのが現状である。人工肛門造設を回避できるのは非常にメリットが高いが、重大な合併症とし

て穿孔があげられる。その頻度は2%とされるが、それは適切な留置方法を行った場合のデータであり、習熟した医師による挿入が重要と考えられる。また長期予後についての報告もあまりない。そのため現時点においては積極的な導入に踏み出すには時期尚早である可能性がある。適応を慎重に考慮して臨床試験としての導入にとどめるべきであろう。

No.1014 SSA/Pについて

(渡辺 一輝)

大腸癌の発癌経路には古くからadenoma-Carcinoma sequenceとde novo carcinomaの2経路が有名であるが、その後、Dysplasiaから発癌するdysplasia-carcinoma sequenceやgermline mutationについても研究が進んでいる。そして、最近注目されているのは大腸鋸歯状病変 (SSA/P) から発癌するserrated neoplasia pathwayである。SSA/Pは比較的新しいものであるが、大腸癌研究会の報告では272例の鋸歯状病変中9例 (3.3%) に癌の併存を認めており、今後の遺

伝子レベルでの発癌機構の解明が期待される。大腸癌研究会の「大腸鋸歯状病変の組織学的分類と癌化ポテンシャルに関する研究」ではSSA/Pの診断基準は明らかな腫瘍とは判定できない鋸歯状病変で、①陰窩の拡張、②陰窩の不規則分岐、③陰窩底部の水平方向への変形 (逆T字、L字型) のうち2因子以上を、病変の10%以上の領域に認めるものとしている。

No.1015 門脈塞栓術後の門脈血栓症例の検討

(森 康一、松山隆生)

【背景・目的】大量肝切除に対する門脈塞栓術 (PE) の有効性、安全性はほぼ確立している。しかし、PE施行の際の合併症についての報告はあまり無い。塞栓後の門脈・上腸間膜静脈血栓の合併も少ないながらも報告されているがその実態は明らかでない。今

回、教室で経験したPE症例を基に術後血栓症の発生について検討した。

【対象と方法】症例は2010年1月から2012年12月までの3年間にPEを施行した65例 (男性43例、女性22例、平均66.2歳)。PE術後に門脈・上腸間膜静

脈血栓症を合併した群と合併しなかった群とで性別、年齢、対象疾患、入院日数、手術時間、門脈圧、PT、APTT、Ddimer、予想肝切除率、ICGR15、ICGK、Remnant ICGKなどの項目について比較検討した。

【結果】年齢中央値：68歳（35－84歳）、男性43例：女性22例、原疾患は肝細胞癌7例、転移性肝癌24例、肝門部胆管癌22例、肝内胆管癌10例、良性疾患2例（黄色肉芽腫性胆嚢炎、良性胆道狭窄）。術後門脈・上腸間膜静脈血栓を合併した症例は12例（18.4%）で、このうち門脈内に血栓を合併した症例は2例（3.0%）であった。PEから血栓発生までの期間の中央値：4日（2－18日）治療方法は無治療3例、ヘパリンのみ2例、ヘパリン後ワーファリン内服6例、ヘパリン後バイアスピリン内服1例であった。また、血栓を発生した症例では入院期間が中央値：19日（11－40日）と延長していた（血栓非発生

例入院期間 中央値：11日（6－30日））。全例肝切除術施行前には血栓は消失していた。（血栓消失までの期間中央値：22.5日（8－70日））。血栓発生群（n=12）と非発生群（n=53）で比較すると血栓発生群では塞栓前PT値が低値（ 0.99 ± 0.07 vs 1.09 ± 0.13 , $P=0.03$ ）、予想肝切除率が高値（ 65.6 ± 8.6 vs 59.4 ± 8.8 , $P=0.039$ ）、塞栓後のDdimerが高値（ 22.6 ± 30.1 vs 11.5 ± 8.7 , $P=0.032$ ）残肝ICGK値が低値（ 0.057 ± 0.008 vs 0.071 ± 0.021 , $P=0.038$ ）であった。

【結論】門脈塞栓術後に門脈血栓・上腸間膜静脈血栓を合併した症例は治療切除のために予定している肝切除量が多く、塞栓後の肝増大が不十分で残肝ICGK値が低いと考えられた。このような症例で門脈塞栓術を行う際は、今後は門脈塞栓術後の門脈・上腸間膜静脈血栓症の合併に留意し、塞栓後に抗凝固療法を検討する必要があると考えられた。

No.1016 胆管非拡張型膵・胆管合流異常に合併した胆嚢穿孔の1例

（中山 岳龍）

膵・胆管合流異常の合併症には急性膵炎や肝機能障害、胆石症、胆道穿孔が知られているが、これらの合併症に出会う機会は少ない。今回我々は、膵・胆管合流異常に胆嚢穿孔を来した1例を経験した。症例は78歳の男性、主訴は右季肋部痛。併存疾患は高血圧と糖尿病であり、高血圧は内服治療中、糖尿病はHbA1c 7.2で、食事・運動療法を施行している。現病歴は、右季肋部痛を自覚し、当院の救急外来を受診し急性膵炎と診断された。来院時の身体所見は血圧152/62と高値、腹部は右季肋部を最強点として腹部全体に圧痛を認め、右季肋部の反跳痛、筋性防御を認めた。Murphy signは陽性であり、膵炎を示唆する背部痛等の症状は認められなかった。採血所見はWBC 16600と上昇し、アミラーゼ 1119、リパーゼ 3282と高値であった。肝・胆道系酵素は正常範囲内であった。腹部造影CTでは、膵頭部周囲に脂肪織濃度の上昇と前腎傍腔へ炎症の波及を認め、膵炎の重症度スコアはstage2、CTはgrade1の膵炎に相当した。また、胆嚢は虚脱し胆嚢周囲と肝表面に限局性の腹水の貯留を認め、急性胆嚢炎、胆嚢穿孔、急性汎発性腹膜炎の診断で緊急手術を施行した。：開腹すると黄色混濁した腹水を中等量認めた。胆嚢壁は非薄化し、胆嚢底部に3mm大の穿孔部

を認めた。胆嚢摘出を行い術中胆道造影を施行すると、膵管が描出され共通幹に蛋白栓を認め十二指腸に造影剤は流出しなかったためC-tubeを留置した。胆汁中のアミラーゼ6113 U/Lと高値であった。術中造影で膵・胆管合流異常を認め、新古味分類Ⅱb型、戸谷分類Ⅲ型、C-P typeであった。摘出検体は嚢底部に3mm大の穿孔部位を認められたが、胆嚢内に腫瘍や胆石、粘膜の壊死性変化は認めなかった。

組織所見で周囲には多数のRASが存在しており、胆嚢粘膜は過形成を認めていた。非穿孔部位では動脈硬化や炎症性変化は軽度に認めるのみであった。膵・胆管合流異常の合併症は小児において膵炎の頻度は胆管拡張型で28%、非拡張型で32%に対し成人は拡張型・非拡張型合わせて10%と成人に少ない傾向にあった。また、胆道穿孔の頻度は小児の胆道拡張型で16%、非拡張型で32%に対し成人では拡張型16%、非拡張型13%であった。胆嚢穿孔の原因は、外傷、胆嚢動脈の血栓や塞栓、細菌感染による胆嚢壁の炎症性変化、胆石症、腫瘍や寄生虫による胆汁うっ滞や膵液の逆流が挙げられる。本邦の報告では膵液の胆道内逆流の持続的な刺激によって胆嚢炎が発症すると報告されている。本症例の胆嚢穿孔の発症メカニズムは、共通管拡張型の合流異常を認め、

潜在的に膵液胆道逆流が起きていたと考えられた。共通管にprotein plugが嵌頓したのを契機に、膵管・胆道の相互内圧がさらに上昇し、急性膵炎を発症。膵管内圧の上昇でさらなる胆管内圧が上昇し、胆嚢内圧の上昇を起こした。胆嚢内圧の上昇で胆嚢内の

RASを経由し胆嚢穿孔が引き起こされたと考えられた。臨床で複雑な肝膵疾患を認めた際、例えば胆嚢炎や膵炎が同時に発症した症例は膵・胆管合流異常を念頭に治療をする配慮が必要と考えた。

No.1017 大腸多発がん

(鈴木紳祐、渡辺一輝)

【背景】大腸癌の治療患者に占める多重癌の頻度は高く、しかも、年々増加傾向にあり、多重癌の早期発見は重要な課題である。原因として、遺伝子異常が考えられており、「高齢者」や「癌の家族歴」を有する患者はそのハイリスク群である。今回、多重癌に関連する因子を検討することとした。また、大腸癌における遺伝子変異について検討した。

【対象】横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学教室で2008年1月～2012年12月までに手術を施行した、結腸・直腸癌患者(425例)。

【結果】同時性多発癌は38例(8.94%)、異時性多発は9例(2.12%)であった。多発癌は高齢者の男性に多く、左側結腸に多く局在していた。高血圧を合併している患者が多く、大腸癌の家族歴を有するものは14%であった。腫瘍マーカーはCEA,CA19-9が高値となるものが多かった。組織型では高分化、中分化で進行癌に多かった。同時性重複がんは47例(11.1%)、異時性重複がんは47例(11.1%)であった。重複がんも高齢者の男性、左側結腸、直腸癌に多かった。また、喫煙歴は38%と多く、腫瘍マーカーもCEA,CA19-9が高値であった。胃癌との重複が最も多く15例(3.5%)であった。多発癌とその他

の症例で解析すると、多発癌は男性、腹腔内脂肪面積が多い症例、胴回り計測長が長い症例で多いことがわかった。一方で重複がんでは高齢、糖尿病、高度の喫煙歴、組織の分化度がリスク因子として選択された。EGFRの発現を検索すると、全体のうち64.3%(45例/70例)、多発癌では62.5%(5例/8例)、重複がんでは57.1%(8例/14例)で変異が検出された。KRASは全体で29.7%(63例/212例)、多発癌で32%(8例/25例)、重複がんでは16.1%(14例/87例)で変異が検出された。BRAFは全体で2%(1例/50例)、多発癌で0%(0例/4例)、重複がんでは0%(0例/18例)で変異が検出された。PIK3CAは全体で10.2%(5例/49例)、多発癌で25%(1例/4例)、重複がんでは16.7%(2例/12例)で変異が検出された。

【考察】多発癌の発症リスク因子として、男性、肥満が挙げられた。一方、重複がんでは高齢が最もリスク因子として有用であると考えられた。今回の検討では、遺伝子変異と多発・重複癌との関連性は定かではなかった。現在、福浦・センター病院でKRAS遺伝子変異を全例で測定している。集積し、今後再検討が必要である。

No.1018 集計：食堂癌

(小坂隆司、秋山浩利)

No.1019 集計：転移性肝癌

(野尻和典、田中邦哉)

No.1020 集計：胆道良性疾患

(松山 隆生)

No.1021 集計：肝移植

(武田 和永)

No.1022 アンモニア代謝について

(熊本 宜文)

アンモニアは腸管、筋肉、脳、腎臓などの細胞で産生されるが、その高い膜透過性により細胞内のpHが上昇するとさまざまな酵素が機能しなくなるため、消化管以外ではすぐにグルタミンやアラニンといった安全な形に代謝される。通常状態でアンモニアを最も産生するのは腸管であり、腸管内では、食事由来のアミノ酸が粘膜のグルタミナーゼ、細菌デアミナーゼ、細菌ウレアーゼにより分解されアンモニアが産生される。腸管内で発生したアンモニアは血流に乗って肝臓へ行き尿素へ分解される。通常状態での血中アンモニアのほとんどは腸管由来

といわれている。しかし、異化亢進時、運動時などは、筋肉内でのアンモニア代謝が追い付かず、筋肉からのアンモニアが血中に排出され、肝臓で代謝される。

肝硬変などの肝機能低下時は、肝臓で十分にアンモニアが代謝できず、筋肉でもアンモニアを代謝する。しかし、非代償性肝硬変では異化亢進により筋肉量が低下しアンモニアを代謝できなくなり、筋肉の30%が失われるとnitrogen deathを起こすといわれている。

No.1023 集計：胃癌

(小坂隆司、秋山浩利)

No.1024 集計：胆道悪性疾患

(松山 隆生)

No.1025 集計：大腸癌

(渡辺 一輝)

No.1026 集計：臨床腫瘍

(市川 靖史)

No.1027 集計：原発性肝癌

(熊本宜文、田中邦哉)

No.1028 集計：乳癌

(菅江貞亨、成井一隆)

No.1029 集計：膵癌

(谷口 浩一)

No.1030 胃病理

(小坂 隆司)

症例3：73歳女性。2013年4月6日にLAPPG, D1+を施行。術前診断は0-IIc+III, 40mm, T1b (SM) であり、病理診断では0-IIc+III, 50mm, T1b(SM)であった。症例2と同様に広範0-IIcの中に0-IIIの潰瘍面

を2か所認める病変であった。範囲診断がカンファで議論となったが、術前診断とほぼ一致した範囲で癌の進展を認めた。

No.1031 病理CC (大腸)

(渡辺 一輝)

放射線照射後の晩期障害として大腸癌の発生率も2.0~3.6倍に上昇する。今回は放射線誘発大腸癌と考えられた直腸癌の1例を経験したので報告した。症例は66歳、女性。27年前の子宮体癌に対する放射線照射療法後に下部直腸癌のため直腸切断

術を行った。組織学的には放射線腸炎の晩期の組織像を認め、癌増殖部はその影響と思われる深い潰瘍を形成していた。放射線誘発大腸癌では穿孔や深い潰瘍形成のリスクが高い為、拡大手術を考慮した術式の選択が必要であると思われた。

No.1032 臨床統計総論

(渡部 顕)

臨床研究の種類(観察研究、介入研究)、研究デザイン分類(非比較研究、横断研究、ケースコントロール研究、コホート研究)についてを定義と具体例を示した。

また薬物と毒性に関する1例を提示して、症

例における仮説の立て方とそれに対して最適な統計学的手法の選択により、結果・解釈が異なることを示し、研究における仮説と必要な統計手法の選択の重要性を示した。

No.1033 胆嚢検体の扱い方

(関澤健太郎)

胆汁は強い組織傷害性を持ち、粘膜の自己融解や腐敗が起こします。胆嚢や胆管は摘出後ただちに切開し、胆汁を除去してから半固定を行った後に撮影をします。半固定を行うことで、検体に付いた粘液や付着物を融解・洗浄することができ、粘膜の性状を観察するのに最適な状態となります。

固定液量は組織の5~10倍の液量が必要とされ、実質臓器で検体が厚い場合は、あらかじめメスで割面を入れることがあります。

過度に乾燥した場合や、生理食塩水などに長時間漬けられ膨化した場合、検体が浮遊してしまった場合も固定液が十分浸透しないため形態学的観察に支障をきたします。

撮影時は、検体の向き、撮影角度や光の当て方で影を作らないように心がけます。有茎性の場合は濾紙を挟んだり、ピンで留めることによって特徴を示しやすくします。

No.1034 胃病理

(小坂 隆司)

症例4：31歳男性。2012年8月にLAPG+D1+を施行した。術前診断はUE, 0-IIa, T1b (SM) であり、病理診断は0-IIc+IIa, 24mm, T1b (SM) であった。術

中所見で食道を3cm追加切除している。腺癌病変が一部扁平上皮の深層を這うように進展しており口側病変の範囲診断に苦慮した。

No.1035 膵体尾部切除術後胆石症

(川口大輔、谷口浩一)

【目的】膵体尾部切除術後に発生した胆石症例を経験したので、その発症頻度についてまとめるとともに、胆石発生要因について考察する。

【背景】胆石の種類 cholesterol胆石 (pureChole、混合石、混成石) : cholesterol 70%以上含有 色素胆石 (BilCa石、黒色石) : Bilなどが主成分←細菌感染による不溶性BilCa析出

Cholesterol胆石の成因 1.胆汁コレステロール飽和度増加 ①肥満、脂肪の過食 ②脂肪摂取量の極端な低下 2.胆嚢収縮能低下 ①DM、IVH、長

期絶食 ②脂質異常症、ソマトスタチンアナログ 迷走神経切離 3.腸管機能低下 4.急激な体重減少が挙げられる。

【結果】当科で過去10年に施行したDP59例中、胆摘非施行例38例中2例のみに術後胆石を認めた。

【結語】本症例では、胆石が発生した原因として膵体尾部切除術との直接的な関連はなく、これまでに報告例はなかった。膵体尾部切除術後に胆石を発生した症例を検討した結果、術後食生活の変化が cholesterol石の発生に寄与する可能性が示唆された。

No.1036 EAA関連

(門倉 俊明)

教室では以前から急性胆管炎を含めた重症感染症に対する研究としてEndotoxin Activity Assay (EAA)を用いた検討を行っている。だが、人事異動に伴う病棟担当医師の交代がある毎に検体の採取漏れや測

定項目漏れが発生する現状にある。そこで、実際の測定漏れ件数を検討し、それらを効率的に予防する方法としてのマニュアルに関して具体的な案を提示し、チェックリストを運用することを周知した。

No.1037 NCD

(菅江 貞亨)

NCD (National Clinical Database) 初年度となる2011年1月から12月までのNCD登録において多量の登録修正要した。また胆管癌の症例を中心に未登録症例も多数発覚した。初年度の反省を踏まえ2012年1月から12月の登録はデータマネージャーの協力もあり比較的順調に進んだが、最終的には術式の確認作業などに多大な時間を要した。現在2013年1月から12月分を入力中であるが、データマネージャー退職に伴い昨年場の多大な作業時間を要すると思われる。現在病院としてデータマネージャー雇用を検討してはいるが、まだ検討段階であり2013年入力に寄与することは難しい状況である。

NCDは現在、外科専門医、消化器外科専門医、肝胆膵外科高度技能専門医、膵癌登録、乳癌登録などの各種データベースに利用されており、今後も各種

がん登録との連携や多施設共同臨床研究のデータベースへの応用などが考えられている。

また、今年はNCDデータベースからのアウトカムとして消化器外科学会において消化器外科医療水準評価対象術式の手術死亡率、そのリスク因子などが発表された。(詳細は第68回消化器外科学会総会、抄録よりご確認ください。)このような応用が始まっており、日本全体の医療レベルの推測と其中での各病院の立ち位置などがフィードバックされる予定となっている。

最後にNCD入力情報の検索は本人しかできません。検索システムを用いて今後の様々な申請事項に問題にならないよう、各自で管理をお願いします。

検索システムアドレス；

<https://user.ncd.or.jp/member/memberLogin.html>

No.1038 大腸癌術後フォローアップ体制

(渡部 顕)

大腸癌術後サーベイランスの目的としては、再発の早期発見と異時性多発癌の早期発見・治療である。異時性重複癌の早期発見・治療についてはその発生頻度が一般人口同等であることから、効果は不明である。本邦サーベイランスは1991-1996の術後フォローアップ研究会の後ろ向き研究から作成したものである。当院でも原則これに従いフォローを行っている。

サーベイランスとしてのCFは異時性多発癌の発見と吻合部再発の評価である。大腸癌罹患は大腸

癌発生リスク因子となっているが、その発生時期は不明であることから、術後5年までのサーベイランスとしては、後者が現在のサーベイランスの主目的になっていると考えられる。近年NPS studyによるclean colonへの積極的達成による大腸癌発生抑制が報告されており、clean colonを目指した積極的な内視鏡切除が良いと考えられる。当院異時性多発がんについて検討したが2009.1-2010.12の大腸癌切除127例のうち発生は4.7%であった。

No.1039 胃病理

(小坂 隆司)

症例5：36歳女性。2013年6月にLAPPG+D1+を施行した。術前診断はM, 0-IIc, 30mm, T1b (SM) であり、術後病理診断も同様の結果であった。典型的な0-IIc病変であり、ひだの集中・癒合・途絶も教科書的であったために提出した。

症例6：72歳女性。胃角小彎の潰瘍性病変であり

一見Type3のようにも見えるが、周堤があきらかでなく潰瘍辺縁が整っていたために0-IIIと術前診断しえた症例。術前診断はLM, 45mm, 0-IIc+III, T1a (M) であり、病理診断は50mm, 0-IIc, T1b (SM) であった。術前GFから手術までに潰瘍が治癒したものと考えられた。

Morbidity and Mortality

NO	月／日	主 題	発表者
983	H25. 4/19 (金)	直腸癌術後に3回のSIRSを経験した症例	渡辺 一輝
984	5/27 (月)	凝固異常を有する状態でLADGを施行した症例	小坂 隆司
985	8/12 (月)	転移性肝癌術後肝不全	武田 和永
986	10/28 (月)	肝硬変を合併した結腸癌症例	渡部 顕

No.983 直腸癌術後に3回のSIRSを経験した症例

(渡辺 一輝)

直腸癌術後に3回のSIRSを経験した。症例は60歳男性で、腹腔鏡下低位前方切除と回腸人工肛門造設を施行した。術後に7日目に縫合不全を発症して1回目のSIRSを生じた、つぎに、IVHカテーテルの動脈穿刺による血腫を認め、2回目のSIRSを生じた。その後に腹部の症状はなかったが、高熱を認めるようになり3回目のSIRSを発症した。好酸球の増多と皮疹もおくれてきてきたことからをみとめるように

なり、原因は抗菌薬によるアレルギーであった。ステロイドの投与でしだいに改善を認めた。SIRSは、各種の侵襲によって誘引された全身性の急性炎症反応による症候。致命的な多臓器不全状態の前段階として、非常に重要な概念であると定義されている。われわれの遭遇するのはほとんどが感染症であるが、その他の原因についても常に念頭に置く必要があることを痛感した症例であった。

No.984 凝固異常を有する状態でLADGを施行した症例

(小坂 隆司)

症例は71歳女性。既往はなし。cstageIBの胃癌に対しLADG施行予定であった。術前検査で施行した採血でPT-INRは正常であったものの、APTT 59.7secと延長を認めたために血液内科併診となった。血液所見では第VIII因子98.2%、第XI因子94.9%、VW因子活性197%、ループスアンチコアグラント1.12、抗カルジオリピン-β GPI複合体1.2以下、抗カルジオリピン抗体 8以下、出血時間2.5分と異常を認めなかった。抗核抗体・抗セントロメア抗体が高値(1280以上)であり、強皮症・CREST症候群の存在が疑われたが臨床症状がなかったため治療を不要と判断された。APTT延長の原因ははっきりしなかったが、FFP投与のもとで手術は可能とされ、手術2日前から術後2日目までの計4日間に渡りFFP4U/dayの投与を行いつつLADGを施行した。手術時間206分、出血量18mlであり、手術は問題な

く完遂しえた。周術期もAPTTは60-70secで推移したが出血傾向は認めなかった。術後8日目に軽快退院し、現在再発なく外来通院中である。

APTTは内因系および共通系の凝固異常を判定する検査である。今回の症例の様にPT-INRが正常でありAPTTのみ延長を来す疾患として、抗リン脂質抗体症候群・血友病・von Willebrand病・後天性血友病などが挙げられ、これらの疾患の鑑別が必要となる。抗リン脂質抗体症候群はループスアンチコアグラント・抗カルジオリピン抗体の測定により診断される。血栓傾向が問題となり、これに対するヘパリン・ワーファリンの投与が必要となる。これが否定された場合には一般的にCross mixing testが行われ、Inhibitor pattern/Deficiency patternの区別がされる。Deficiency patternは凝固因子の欠乏が原因であり、血友病・von Willebrand病がこれにあたる。

不足している凝固因子の補充や酢酸デスマプレシン投与による治療が一般的である。Inhibitor patternは凝固因子に対するinhibitorの存在により発症し、後天性血友病がこれにあたる。凝固因子・ γ グロブリン・APCC複合体製剤・免疫抑制剤の投与や血漿交換により治療される。後天性血友病で術後出血を来たした際にはコントロール困難となる場合もあるた

め、術前からの治療が必須となる。

今回の症例ではAPTT延長に対し血液学的精査を行った上で安全に手術を施行することができた。APTT延長を認める場合には、後天性血友病の術後出血など致命的な合併症を引き起こす疾患が存在する場合があります、術前からの対応が必要であると考えられた。

No.985 転移性肝癌術後肝不全

(武田 和永)

症例：65歳男性。

診断：転移性肝癌術後肝不全。

経過：S状結腸癌同時性肝転移に対し、S状結腸切除+D3郭清。その後、mFOLFOX6×3コース、mFOLFOX6+B mab×13コース、FOLFIRI+B-mab×4コース施行し、効果はPRであったため、肝臓手術の方針となった。

外側区域部分切除+右門脈塞栓術施行後、拡大右葉切除 16a2 リンパ節摘出を施行した。

術後5日目から、ISGLS Liver failure の状態となった。リコモジュリン、ミラクリッド投与、経腸栄養施行、頻回の監視培養、高圧酸素療法6回、血漿交換12回施行するなどしたが、肝不全改善せず。さらに、術後42日目残肝再発を認めた。その後、肝不全状態は小康状態となったため、外出も可能となっ

たが、食道静脈瘤からの出血を契機に肝不全が再び増悪し、術後82日で死亡した。

この症例に対し、アジアロSPECT/MDCTを用いたfunctional prognostic scoreの導入により、肝不全予備群の拾い上げを行う。術後DIC診断時点で、感染がなくても、肝不全徴候あれば、早期にリコモジュリンを考慮する。また、食道静脈瘤の再出血の予防には、 β ブロッカーと一硝酸イソソルバイドの併用を考慮する。などが確認された。腹水に関しては、消失するまで腹水排液を行い、同時にアルブミンを静注投与する方針だが、予後の改善をもたらすものではないので、穿刺により、腹腔内圧を解除している間に、感染制御、循環障害の回避をしながら肝再生を待つのが肝要と思われた。

No.986 肝硬変を合併した結腸癌症例

(渡部 顕)

症例は83歳女性、S状結腸癌に対して腹腔鏡下S状結腸切除施行。IMA根部切離のprxD3郭清を施行し、EEA 28mmを用いたDST吻合で再建、吻合部は反転部より7cm口側で、ドレーン留置せず終了した。術後2日目より頻回の下痢便を認め、腸炎(CD毒素は陰性)と考え、VCM経口投与を開始した。術後4日目に腹部所見の増悪を認め、吻合部造影で縫合不全の診断、CTでは限局した膿瘍形成であり、PTADにて膿瘍ドレナージを施行した。その後、炎症反応の軽快を認め、経口エレンタールの投与を開始。術後27日目にはドレーンを抜去し、その後CD腸炎を認め再度絶食管理となったが、VCMの投与で軽快し、術後43日目に退院された。

本症例は既往歴として20年前からB型慢性肝炎、高血圧があった。術前肝機能評価としてはICG18.2%、ヒアルロン酸233、IV型コラーゲン140、Child-Pugh A、肝障害度Bであり、画像上も肝硬変ではなく慢性肝炎のしょけんであった。

肝疾患特に肝硬変は術後合併症のリスク因子と考えられるが、肝切除以外で十分な肝機能評価を行う症例は少なく、その報告は少ない。日本消化器病学会の肝硬変診療ガイドラインにエビデンスレベルIbでAST、PLT、PT-INRを組み合わせた(APRI, Islam score)肝硬変診断が記載されている。今回、本症例を経験して肝硬変が縫合不全のリスクと成り得るかどうかについて上記血液検査からの肝疾患評価を行

い、検討した。

2008.3-2012.9 大腸切除、吻合を施行しDSTで再建した704例について年齢、性別、BMI、PNI、手術方法（開腹or腹腔鏡）、ASA、腫瘍径、AST、ALT、PT-INR、APRI、Islam score、肝high risk（B・C型肝炎、肝硬変、APRI、Islam score陽性）について縫合不全をアウトカムとして単変量、多変量解析を行い、検討した。単変量解析では男性、PNI、腫瘍

径がリスク因子であり、多変量解析では男性が縫合不全のリスクであった。Coverling stomaの有無には肝high riskとそうでない症例で差を認めなかった。しかし肝high risk症例では術後合併症は有意に多い結果であった。今回の検討からは肝硬変は縫合不全のリスクとはならず、covering stomaの適応とは考えられないが、その術後合併症率は高いため適切な術後管理が必要と考えられた。

病理解剖示説

剖検番号	剖検日	年齢性	臨床診断	臓器示説	組織示説
①	2012.12/18	56才男	肝内胆管癌	2012.12/28	2013.7/5
②	2013.4/10	77才女	多発肝膿瘍 胆管炎 肝内胆管癌術後 多発脳梗塞	2013.4/26	2013.10/25
③	2013.12/16	86才男	直腸S状部癌術後縫合不全、腹膜炎 CPA蘇生後、非閉塞性腸管虚血症疑	2013.12/27	2013.3/14

剖検番号①

症例は56歳男性、肝内胆管癌に対して2012年4月に左3区域切除を施行した。その後も術後化学療法など積極的な治療が施行されたが、発症から約10か月と極めて早い経過で死亡された。

解剖時、横隔膜から癌が進展し高度な癌性胸膜炎をきたしていた。また、多発肝転移、心臓内への転移を併発しており、死因は癌性リンパ管症による呼吸不全、心転移による心機能障害と考えられた。

剖検番号②

症例は77歳女性、肝内胆管癌と上行結腸癌の異時性二重癌の症例。

胆管空腸吻合部は膿性の液体貯留を認め値以下障害があったと考えられる。その結果、胆汁鬱滞、肝膿瘍の形成にいたり、敗血症を引き起こしたと考えられた。血管の効果は経度で、頸動脈にも血栓、粥腫を認めない。脳梗塞の原因として、DICなどによ

る血液凝固能亢進に伴う微小血栓形成が疑われていたが、血栓形成が明らかではなく、頭頂葉を主体に帯状の梗塞が広がっていたことから、敗血症にともなう循環機能低下による梗塞を疑う。死因は吻合部再発に伴う肝膿瘍による敗血症、肝不全と考えられた。

剖検番号③

症例は86歳男性、RS直腸癌術後縫合不全、腹膜炎、NOMI疑いの症例。

解剖時、小腸は広範に壊死し、大量の腹水を伴っていた。組織学上は明らかな血管の閉塞や血栓は見られず、状腸間膜動脈、直腸動脈の内膜肥厚を認めた。除外診断的ではあるが、臨床経過と加味し、高血圧と粥状動脈硬化症をリスクファクターとして、NOMIが発症したとして矛盾しない。

下部消化管の毛細血管内皮細胞や腺上皮にCMV染色陽性の核封入体を伴う感染細胞、周囲には慢性炎

症を認め、サイトメガロウイルス腸炎の合併を考える。そのほか、肺、膵などの諸臓器にもCMV感染細胞を認めていたが、炎症反応は乏しく、心停止後ステロイド治療併用していた3週間の間にCMVが全身諸臓器で増殖したと思われた。

以上、小腸広範壊死による敗血症性ショックや、腹膜炎の遷延、心停止による循環障害が多臓器不全や低酸素脳症を引き起こし、死に至ったと考えられた。