

し、大腸の絨毛腺腫より癌化率は高いといわれている。今回我々は、出血を伴った巨大平滑筋腫を合併し、胃穹窿部に発生した絨毛腺腫の1例を経験したので報告した。

多発性胃カルチノイドの1例

(社会保険山梨病院 外科, *病理)

内田数海・草野 佐・小沢俊総・
矢川彰治・植竹正紀・野方 尚・
苺込和裕・小俣好作*

今回我々は、種々の発育段階を示す多発性胃内分泌細胞腫瘍を経験したので、胃カルチノイドの発育様式について若干の考察を加えて報告する。症例は76歳女性で、全身倦怠感を主訴に近医受診し、貧血および便潜血陽性を指摘され当科に紹介された。入院精査後、胃癌の壁内転移と診断され、胃全摘術を施行した。術中所見は、T3, N0, H0, P0, M0であった。切除標本の病理学的検査より多発性胃内分泌細胞腫瘍と診断された。病理標本上、腫瘍は種々の発育段階を示していた。なお、胃切除後の各種ホルモン検査にてガストリンが高値を示した。

MALT リンパ腫と早期胃癌が併存した1例

(浦和市立病院 内科, 外科*)

飯村光年・佐々木宏晃・辻 忠男・
田宮 誠・竹島 薫・山藤和夫*

症例は54歳男性で近医で施行された上部消化管内視鏡で陥凹性病変を指摘され当科に入院となった。当科で施行した内視鏡では、胃角部前壁にIIC型の早期胃癌を認め、さらに体中部大彎にもうひとつ陥凹性病変を認めた。その病変は境界不鮮明で、陥凹面は凹凸顆粒状で発赤し、陥凹面およびその周囲粘膜に多発びらんを認めた。数回の生検の結果MALT型リンパ腫と診断された。胃角部の病変は印環細胞癌であった。胃全摘術を施行した。リンパ節転移は認められなかった。

MALT リンパ腫と胃癌の併存の報告は少なく、両者の関連については不明であった。

進行胃癌術前動注化学療法の経験

(都立荏原病院)

遠藤昭彦・済陽高穂・山本雅一

今回我々は、進行胃癌に術前動注化学療法を施行し有効と考えられた1症例を経験した。症例は82歳女性で、1996年5月より食思不振出現、7月に当科を受診した。上部消化管造影では胃全体の壁伸展不良、空腸起始部の拡張を認めた。腹部CTで胃壁の著明な肥厚および隣直接浸潤を認め、ダグラス窩に腹水を認めた。

以上の所見から化学療法を第一選択とした。8月11日から経静脈的に5FU 500mgを24時間持続開始し、5FU投与6日目に動注療法を施行した。動注療法後も5FUを続行し総量5,500mgを投与した。動注療法は、超選択的に左右胃動脈と右胃大網動脈よりCDDP 100mgとMMC 20mgを1/3ずつ注入した。化学療法後の効果判定はNCであった。1996年9月25日手術を施行し、手術所見はSE, N0, stage IIで、組織学的には胃全体に癌が散在し、粘膜面は脱落、粘膜下層と筋層に、癌が所々に散在していた。漿膜下や漿膜面に癌は認められなかった。

同胞発生をみた炎症性腸疾患の2家系

(谷津保健病院 消化器内科)

成富琢磨・藤野信之・鳥居信之

炎症性腸疾患は環境要因と複数の遺伝要因が関与する多要因疾患と考えられつつある。遺伝要因の一つとしてHLA抗原の検討による報告例が多数あり、特に同胞内発生例の検討は遺伝要因を知る上で重要と思われる。八木田らによればクローン病ではB61, DR4, DR53, DQ3と潰瘍性大腸炎ではA24, B52, DR2, DQ1と有意な相関を示すとされている。今回我々は同胞発生をみたクローン病と潰瘍性大腸炎の2家系を経験しHLA抗原との関連について検討した。クローン病例においてDR4, DQ7が認められ発症に遺伝要因の関与が示唆されたが、潰瘍性大腸炎例では兄にA24を認めるのみで多要因疾患の特徴と考えられた。このような症例の検討が本疾患の病因解明に結びつくものと思われ文献的考察を加え報告する。

当院における大腸ポリープポリペクトミーの検討

(八王子消化器病院)

篠崎幸子・武雄康悦・加藤 明・
四條禎子・田中精一・今里雅之・
田中元文・鈴木修司・古賀友之・
寺本穂波・林 恒男・羽生富士夫

1990年から96年における大腸ポリペクトミー総数1,934例中56例に早期癌を認め、うち12例がsm癌であった。このsm癌症例について検討した。

部位別にみると左側結腸に多く、大きさは8~22mmで、10mm未満は5例であり、肉眼型はすべて隆起型であった。組織学的診断では6症例にsm massiveを認め、そのうち3例に脈管浸潤を認めた。sm massiveの症例はすべて追加切除を行ったが、うち2例にリンパ節転移を認めた。追加切除1例に腹腔鏡下大腸切除術を施行したが、身体的負担が軽く、D₂郭清まで可能

であり、sm 癌でリンパ管侵襲のある例には良い適応と考えられた。

イレウス管による腸重積症の1例

(植竹病院)

本橋洋一・渡辺和義・植竹光一

我々は術後の癒着性イレウスに対して、イレウス管挿入下にイレウス解除術後、イレウス管が誘因と考えられた小腸重積症を経験したので報告する。症例は61歳男性で既往歴に18年前に早期胃癌、胆石症で胃全摘出、胆嚢摘出術を施行されていた。1996年5月30日心窩部痛、嘔吐を主訴に来院し、腸閉塞の診断で空腸癒着剝離によるイレウス解除術を施行した。術後も消化管減圧目的にイレウス管を留置して管理していたが、排液量が多く長期間の留置となった。第23病日、排液量が減量しイレウス管を抜去した。翌日に腹部膨満と嘔吐が出現し腸閉塞の診断で再手術を施行した。手術所見では、回盲弁より70cm 口側に回腸腸重積を認めた。重積部は高度に癒着しており、用手的整復は不能と判断し腸切除を行った。イレウス管による消化管の減圧を行う場合には、本症の発生も考慮して使用することが必要と思われた。

横行結腸癌を併存した回腸壊死による門脈ガス血症の1例

(板橋中央総合病院 外科)

吉田基巳・松山秀樹・杉山勇治・手塚秀夫・丸山千文・増田 浩

症例：67歳，男性。主訴：臍周囲痛。既往歴：4年前冠動脈バイパス。現病歴：昼食後に上記主訴が出現し来院した。臍周囲部に圧痛を認めたが、筋性防御は認めなかった。白血球は12,000/ μ l、腹部単純XPで拡張した小腸と小腸内異常ガス像を認めた。腹部USで肝臓全体に高輝度エコースポットを認め、腹部CT検査では門脈本幹から肝内に至る門脈内ガス像と回腸から横行結腸に至る腸管拡張を認めた。腸管壊死を疑い、緊急手術を施行した。開腹所見では、腹腔内に少量の混濁した腹水を認め、回盲部より20cm から80cm まで発赤、浮腫、拡張を認め、散在性に膿苔の付着を認めた。視触診により、横行結腸ほぼ中央に、約5cm の腫瘤を認め、横行結腸癌と診断し、拡大右半結腸切除と病巣部の回腸を切除した。病理組織所見は、回腸に全層性に出血と壊死を認め、癌は、moderately differentiated adenocarcinoma, ss, INF (β), ly1, v1, aw(-), ow(-), n0であった。術後経過は良好であった。本邦では、門脈ガス血症の報告は散見され

るが、癌を合併したものは本症例を含めて3例であり、極めて稀な症例と思われるため報告する。

腸閉塞で発症した坐骨ヘルニアの1例

(浩生会スズキ病院 外科, *東京女子医大 消化器外科) 松尾亮太・堀江 徹・

平野 宏・鈴木浩之・新井田達雄*

症例は46歳女性(経産婦)で、主訴は腹痛、腹部膨満、悪心、嘔吐で、1996年9月1日外来を受診した。手術歴はない。腹部単純X線写真にて腸閉塞と診断した。イレウス管を挿入し、造影すると、小腸の拡張、造影剤の停滞が認められた。注腸造影では回腸末端より約50cm 口側に閉塞機転が疑われた。保存的治療は奏功せず、13日に開腹したところ、仙骨前面、直腸右側の裂隙に回腸末端より約50cm 口側の回腸が約10cm にわたり嵌頓していた。嵌頓した回腸を還納し、ヘルニア門を縫合閉鎖した。現在、術後経過は良好である。本例は術後、坐骨ヘルニアと診断されたが、術前の骨盤MRIにて診断できた症例であった。今回、われわれは非常に稀な疾患である坐骨ヘルニアの1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

2cm 以下進行大腸癌の臨床病理学的検討

(都立駒込病院 外科)

竹並和之・森 武生・

高橋慶一・安野正道

[目的]腫瘍径が小さい割に深部浸潤の著しい大腸癌の臨床像は興味深い。そこで腫瘍径2cm 以下の進行大腸癌(小型進行大腸癌)を検討した。

[対象と方法]1975~1995年に外科的切除された最大径2cm 以下で深達度mp以深の大腸癌30例、対照は2cm より大きい進行大腸癌1,687例、小型進行大腸癌を隆起型(PR)、平坦隆起陥凹型(IIa+IIc)、潰瘍型(UI)に分類し検討した。

[結果]性別、年齢、部位に差はなく対照群に比べ多発癌が多かった。組織は高分化56.7%、中分化43.3%で対照群より中分化が有意に多かった。PR 7例、IIa+IIc 10例、UI 13例、PRは中分化型が5例と多く、リンパ管浸潤、静脈浸潤を全例に認め、リンパ節転移4例、転移再発も2例みられた。

[まとめ]小型進行大腸癌の隆起型はリンパ節転移や遠隔転移再発をおこすことがあり、臨床に留意すべき形態と思われた。

胆道迷入回虫症の1例

(内田病院 外科)

伊藤裕之・菊池哲也・内田泰彦