

## 0465 演題取り消し

0466 早期虫垂癌による完全型虫垂重積症の1例  
大上 英夫<sup>1)</sup>, 横山 義信<sup>1)</sup>, 中西ゆう子<sup>2)</sup>, 塚田 一博<sup>2)</sup>  
(富山通信病院外科<sup>1)</sup>, 富山医科薬科大学第2外科<sup>2)</sup>)

症例は96歳女性。施設入所中、平成17年8月より下血が出現したため9月当院へ紹介入院となった。腹部CT、大腸カメラ、注腸造影にて盲腸腫瘍による腸重積症が疑われた。棍棒状腫瘍からの生検ではTubulovillous adenomaであった。10月、腰椎麻酔下で回盲部切除術を施行した。切除標本では虫垂が根部より完全に翻転していた。病理組織学的所見では虫垂粘膜はSevere atypiaのTubulovillous adenoma像が主体となり、一部に深達度mの高分化型腺癌を認めた。リンパ節転移は認めなかった。術後経過は良好で23日目に退院した。虫垂癌を要因として発生した虫垂重積症はきわめて少なく、自験例を含めて13例のみであった。早期癌や腺腫内癌が大部分を占めており、早い時期の方が翻転しやすいと考えられた。本症例の形態はAtkinsonらの分類によると、盲腸内に翻転する型に分類される。内視鏡検査にて盲腸に粘膜下腫瘍やポリープを認める場合には、虫垂重積症も鑑別として考え、CTや注腸造影所見等とあわせて判断すれば、鑑別は可能であると思われた。

## 0467 術前に診断し得たnon rotation型の腸回転異常を合併し膀胱浸潤をきたした虫垂癌の稀な1例

馬場 將至, 塩崎 憲, 伊澤 光, 金井 俊雄  
(市立柏原病院外科)

【症例】40歳男性。主訴は下腹部痛、便秘異常。下腹部正中に小児拳大の腫瘍を触知し圧痛を認めた。血液検査でWBC12,200/mm<sup>3</sup>, CRP13.3ng/dlと炎症所見を認め、CEA35.9ng/ml, CA19-93U/mlが高値であった。腹部エコーにて膀胱の頭側に5×3cm大の内部不均一な低エコー腫瘍像を認め、CTでも同部にlow density massを認めた。MRIでは同部にT1でlow, T2でhigh intensity massを認めた。注腸造影で全結腸は左腹腔内に存在し、盲腸は下腹部正中に位置し、虫垂は造影されなかった。腸回転異常を伴う虫垂癌の診断で開腹手術を施行。手術所見：小腸は腹腔内右側に偏在し、回盲部は下腹部正中に位置し、上行結腸は後腹膜に固定されていなかった。虫垂に鶏卵大の腫瘍を認め、膀胱壁に浸潤していた。リンパ節郭清を伴う回盲部切除術および膀胱部分切除術を施行した。摘出標本は9.5×3.5cm大の内部に粘液物質を含む腫瘍で、病理検査にてmucinous adenocarcinoma, ss, INFB, ly0, v0と診断した。【考察】自験例はnon rotation型の腸回転異常があり、術前に腸回転異常と虫垂癌の診断を得たまれな症例である。腸回転異常症に伴う虫垂癌の報告は極めて少なく、2例の報告を認めるだけである。

## 0468 局所再発巣の切除により良好な経過が得られた虫垂原発低分化腺癌の1例

本田 晴康, 津澤 豊一, 川田 崇雄, 熊谷 嘉隆  
(健和会病院外科)

症例は73歳男性。不安定狭心症、高血圧症で治療中。虫垂炎として抗生剤治療あり。感冒罹患時に右下腹部痛出現。感冒症状消失後も腹痛続いたため受診。右下腹部に圧痛を認めるが、腹膜炎徴候なく、腫瘍触知せず。白血球数15500/mm<sup>3</sup>, CRP24.4mg/dl。腹部CT検査で充実性部分を有する嚢胞様腫瘍が認められ、虫垂腫瘍の診断で手術を施行した。病変は虫垂原発の嚢状腫瘍で3カ所の回腸、後腹膜、膀胱と強固に癒着しており、腫瘍の浸潤によるものと判断した。虫垂根部は正常。虫垂切除、回腸部分切除施行、膀胱とは鋭的に剥離した。病理診断は低分化腺癌で深達度はss、回腸、膀胱との癒着は炎症性であった。追加切除を薦めたが、患者様が希望されなかった。14ヵ月後のCT検査で右下腹部に腫瘍が2個認められ、局所再発と診断し再手術を施行した。上行結腸外側と回盲部腸間膜内に5cm大の腫瘍あり。右半結腸切除を施行し、病理診断は初回同様低分化腺癌であった。再手術後4年8ヵ月現在、無再発生存中である。虫垂原発の低分化腺癌は比較的稀で予後も不良であるが、再発巣を含む右半結腸切除を施行し、良好に経過した症例を経験したので、診断治療上の反省点をふまえて報告する。

## 0469 虫垂炎、虫垂粘液嚢腫の経過を経て診断された乳癌虫垂転移の1例

橋本 瑞生, 太田 俊介, 田中顕一郎, 渡辺 芳雄, 秋田 幸彦  
(岐阜社会保険病院外科)

症例は48歳女性。44歳時に右乳癌で胸筋温存乳房切断術施行した。腫瘍は2x1cm。腋窩リンパ節に転移の一つ認めた。術後化学療法施行し、46歳時胸壁局所再発を認め切除施行、以後内分泌療法で経過を見ていた。今回右側腹部痛生じ、上行結腸背側を走行する虫垂の炎症と診断し保存的に軽快した。9ヶ月後再度右側腹部痛出現、CTで虫垂は嚢腫状に腫大し虫垂粘液嚢腫と診断した。さらに2ヶ月後右側腹部痛激しくなり同部位に圧痛を伴う拳大の腫瘍触知した。CTで嚢腫状虫垂内に乳頭状隆起を認め周囲に小結節、回盲部リンパ節腫脹を認めた。肝外側区に多発結節を認めた。虫垂癌、肝転移の診断で右半結腸切除術、肝外側区域切除術を施行した。H1, P0, 虫垂は7x4cmで上行結腸と一塊になっていた。病理結果はsolid-tubular carcinomaで乳癌の虫垂転移、肝転移であった。n2+, ly2, v0, ER(-), PgR(-), HER20であった。

## 0470 尿管癌虫垂転移により急性虫垂炎を来した1例

片岡 佳樹, 板倉 正幸, 板垣 友子, 西 健, 小池 誠, 橋本 幸直, 矢野 誠司  
(島根大学第1外科)

＜緒言＞転移性虫垂癌は極めて稀な疾患で、検索した限りでは本邦で今までに38例の報告を見るのみで、胃癌29例、胆嚢癌4例、肺癌3例、乳癌2例が報告されている。今回、尿管癌術後5年目に虫垂転移による穿孔性虫垂炎を発生した症例を経験したので報告する。＜症例＞67歳、男性。平成12年9月当院泌尿器科で尿管癌にて右腎尿管全摘除術を施行。2年5ヵ月後、前立腺癌で放射線治療を受け、さらに9ヵ月後に左鎖骨上リンパ節腫大を認め生検で尿管癌再発と診断されたため全身化学療法を受けていた。平成17年9月右下腹部痛と発熱が出現し当科紹介、急性虫垂炎の診断で虫垂切除術を施行、虫垂は先端が腫大し、穿孔と周囲の膿汁を認めた。術後の病理組織所見では、虫垂根部付近の上皮下と先端部の虫垂間膜内に充実性の胞葉形成をきたした癌細胞を認め、尿管癌は高度で、尿管癌の血行性転移と診断された。＜結語＞尿管癌の虫垂転移による急性虫垂炎の1例を経験した。本症例を含め本邦報告例のうち18例(47.4%)で穿孔が認められた。転移患者の急性虫垂炎に対しては転移の可能性もあり、穿孔する可能性が高いため迅速な診断と治療が必要であると考えられた。

## 0471 初回手術後13年目に発症した乳癌虫垂・肝転移の1例

渋谷 寛<sup>1)</sup>, 濱田 信男<sup>1)</sup>, 福枝 幹雄<sup>1)</sup>, 中嶋 俊博<sup>1)</sup>, 牧尾 善幸<sup>1)</sup>, 末吉 和宣<sup>2)</sup>, 松木田純香<sup>2)</sup>, 豊平 修<sup>2)</sup>  
(鹿児島市立病院外科<sup>1)</sup>, 鹿児島市立病院病理研究検査室<sup>2)</sup>)

悪性腫瘍の虫垂転移は非常にまれである。今回、我々は乳癌手術後13年を経て虫垂転移、肝転移を発生した症例を経験したので報告する。症例は56歳の女性。1993年9月、当院にて左非定型的乳房切断術(Bt+Ax, Auchincloss, T1, N0, M0, StageI)が施行された。2001年に胸骨転移を発生したが放射線療法によりCRが得られた。2005年9月、急性虫垂炎のため近区にて緊急虫垂切除術が施行された。切除標本の粘膜直下から固有筋層にかけて異型細胞の浸潤性増殖を認め組織学的に転移性虫垂癌と診断された。切除断端に癌遺残を認め、PET-FDG検査で肝S6に集積を認め当院紹介入院となった。大腸内視鏡検査では回盲部粘膜に異常を認めず他部位に遠隔転移も指摘されなかった。同年10月、肝S6部分切除術、回盲部切除術を行った。組織学的には盲腸、肝臓とも小型の胞葉を形成し、腺管構造が認められる異型細胞が存在し乳癌からの転移に矛盾しない所見であった。また盲腸近傍のリンパ節に転移を認めた。転移性虫垂癌の頻度は非常に少なくその多くは盲腸もしくは肺からの転移であり、検索した範囲内では乳癌虫垂転移の本邦報告例は3例のみであった。

## 0472 初回手術後4年を経過して腹膜翻転部下部に再発したS状結腸癌の1例

伊藤 勲子<sup>1)</sup>, 藤森 芳郎<sup>1)</sup>, 黒木 秀仁<sup>1)</sup>, 芳澤 淳一<sup>1)</sup>, 五十嵐 淳<sup>1)</sup>, 草間 律<sup>1)</sup>, 山岸喜代文<sup>1)</sup>, 西村 博行<sup>1)</sup>, 篠原 直宏<sup>2)</sup>  
(厚生連北信総合病院外科<sup>1)</sup>, 同病理<sup>2)</sup>)

【緒言】初回手術より4年を経過して腹膜翻転部下部に再発した稀なS状結腸癌の一例を経験した。【症例】患者は70歳、男性。2001年4月、S状結腸癌にてS状結腸切除術を施行した。病理組織検査では中分化型腺癌、漿膜浸潤でリンパ節転移は認めないStage2であった。経口の補助化学療法を施行していたが、腫瘍マーカーおよび画像検査所見に変化は認めなかった。2005年4月の腹部CT検査所見にて直腸左側に不整形の腫瘍像を認め、FDG-PET検査でもCTと一致した部位に集積を認めた。腫瘍マーカーはいずれも正常であった。以上より大腸癌術後局所再発と診断し、7月15日に手術を施行した。術中所見では腫瘍は腹膜翻転部より下部の直腸左側に存在しており周囲リンパ節転移を疑わせる所見は認めず、低位前方切除術を施行した。病理組織検査では直腸の固有筋層外側のリンパ組織であり初回病理組織に類似した中分化型腺癌と診断された。一般的に結腸癌手術では切離線は腫瘍より10cm、リンパ節転移の有無によりD2あるいはD3郭清で十分とされているが、初回手術時にリンパ節転移を認めなくても肛門側4群リンパ節に再発した稀な症例であった。