

PC-1-237 peritoneo-venous shunt 挿入が原因と考えられた被嚢性硬化性腹膜炎の一例

多田正晴, 中山 昇, 坂田晋吾, 山口哲哉

(洛和会音羽病院外科)

【症例】59歳男性。平成8年頃に慢性B型肝炎、肝硬変の診断。腹水コントロール目的で平成12年2月にPeritoneo-venous shunt挿入。平成13年11月、急性腹痛訴え入院。理学所見、血液検査上絞扼性イレウスと考え緊急手術施行。開腹時小腸全体、大腸もほぼ全体が白濁した硬い被膜に覆われていた。小腸の中央付近で被膜が破れ小腸露出、硬い膜の裂創に絞扼されて露出小腸は壊死していた。これらの所見から被嚢性硬化性腹膜炎と診断した。術後経口摂取可能となり、消化器症状は改善したが、肝不全進行のため術後60日目死亡。【考察】被嚢性硬化性腹膜炎は、臨床的には腸閉塞症状をきたし、肉眼所見では腸管などの腹腔内臓器が白濁肥厚した膜に覆われ、菌で包まれたように塊状になるとされる。外科的治療は慎重な術前検討が必要とされるが、自験例は術前の検査から腸壊死が疑われ、小腸壊死が認められたことから開腹手術はやむを得なかったと考えられる。【結語】peritoneo-venous shunt tube挿入後に見られた被嚢性硬化性腹膜炎の一例を経験した。Shunt挿入は肝硬変例に用いられることが多く、被嚢性硬化性腹膜炎を発症した場合手術療法は慎重に検討されるべきと考えられた。

PC-1-238 Chronic expanding hematoma と考えられた巨大腹部腫瘍の1例

渡辺 透, 川口雅彦, 宮永太門, 山脇 優, 神林清作, 佐藤博文

(横浜栄共済病院外科)

極めて稀なChronic expanding hematomaと考えられた巨大腹部腫瘍の1例を経験したので報告する。症例は62歳女性、40歳時に子宮筋腫で手術。左乳房の腫瘍を認め来院。諸検査で乳癌と診断された。乳癌術前精査目的の腹部CT検査で、内部が不均一で大きなlow densityな腫瘍がみられ、一部に石灰化も認めた。MRIでは、腫瘍は径16cmで、壁の一部は造影され、T1T2強調ともに内部は高信号で蛋白質成分に富んだムチン様の液体と考えられ、一部不均一で悪性腫瘍が疑われた。腹部腫瘍は悪性腫瘍などを否定できず、乳癌手術と一期的手術施行した。左乳癌に対して、胸筋温存乳房切除術(Bt+Ax)を施行、T2N0M0 stageIIであった。開腹所見では腫瘍はS状結腸を下方へ、小腸を右上方へ押しやる状態で存在し、表面は平滑白色であった。約3000mlのやや混濁した漿液性の液体を吸引し、腫瘍は一部に小腸間膜と癒着していたため小腸の一部とともに腫瘍切除を施行した。切除標本、病理組織所見では、腫瘍はほとんどが線維性の厚い壁で、組織学的には石灰化を伴うfibrosisで、内容物は血腫で肥大化した卵巣静脈が流入していた。腫瘍成分はなかった。以上より腫瘍は巨大な血腫と診断した。

PC-1-239 左側胆嚢、十二指腸前門脈、臍尾部欠損症、腸回転異常症を伴った総胆管結石症の一例火爪健一¹⁾, 本吉 愛²⁾, 古野利夫¹⁾, 伊藤雅之²⁾, 石井陽子³⁾, 若木邦彦³⁾, 田中 裕³⁾, 岩城光造¹⁾, 堀 隆³⁾
(富山協立病院外科¹⁾, 新湊市民病院外科²⁾, 富山医科大学第2病理³⁾, 富山協立病院内科⁴⁾, 富山協立病院検査科⁵⁾)

【症例】40歳、女性 [主訴] 黄疸 [経過] 2001年3月黄疸出現し4月5日入院。検査成績では黄疸と肝胆系酵素の上昇を認めた。腹部超音波検査では肝内胆管と総胆管の拡張を認めた。腹部造影CTでは臍頭部は分葉したように見え、臍尾部は認められなかった。門脈は臍および十二指腸の前面を走行していた。上部消化管連続撮影では胃および十二指腸球部が左方に偏位し、空腸および回腸は正中より右側に存在していた。PTCD造影では、総胆管が逆L字型の走行を示し、下部に結石の嵌頓とみられる陰影欠損を認めた。5月7日開腹術施行。胆嚢は肝門索の左側で肝左葉下面に付着し、胆嚢管は総胆管左側に合流していた。門脈は臍の前面を走行し、臍頭部は十二指腸を背側から挟みこむように存在し、分葉をともっていた。小腸はTreitz靭帯の形成がなく腹腔の右側に存在していた。胆嚢摘出術、総胆管切石術、乳頭形成術を施行した。術後経過良好で6月14日軽快退院した。[まとめ] 胎生期の発生異常が原因と考えられる稀な一例を経験した。

PC-1-240 CDDPによる治療中にSIADHを発症した2症例内田洋一朗, 田中具治, 石崎守彦, 小濱和貴, 笹田哲朗, 木下浩一, 金井陸行, 田野龍介, 滝 吉郎, 高林有道
(田附興風会北野病院外科)

【症例1】68歳女性、食道癌。StageIVaに対しhigh dose FP (5-FU750mg/dayX5days, CDDP80mg/dayX1day)療法を施行した。投与5日目より、意識障害、低Na血症(Na107mEq/L)を認め、体液喪失・脱水など認めず、SIADHと診断した。【症例2】60歳女性、臍頭部癌。StageIVaに対し、5-FU250mg/day持続動注・CDDP10mg動注週2回投与を4クール施行した。その後、Grade4骨髄抑制・低Na血症(123mEq/L)を認め、尿中Na125mEq/L, 1日尿Na525mEq/day, 血中ADH7.9pg/mLでありSIADHと診断した。両症例とも、投与薬剤の中止・水分制限及び高張食塩水点滴により著明に改善した。【考察】抗悪性腫瘍剤投与時に低Na血症・低浸透圧血症をみた場合、SIADHも念頭に置き、循環血漿量(脱水・浮腫の有無)・尿中Na排泄及び腎機能の確認が必要であると思われた。【結語】CDDP投与中にSIADHが発症した報告はまれであり、CDDPによる治療中にSIADHを発症した2症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。