

**PP889** 肝線維化を伴った特発性後腹膜線維症:

井上茂章<sup>1)</sup>, 木村 寛<sup>1)</sup>, 宮沢秀彰<sup>1)</sup>, 瀬上秀雄<sup>1)</sup>, 後藤慎二<sup>1)</sup>, 中館敏博<sup>1)</sup>, 神 雅彦<sup>1)</sup>, 北島修哉<sup>1)</sup>, 菊池彬夫<sup>1)</sup>, 福嶋 貴<sup>2)</sup>  
(青森県立中央病院外科<sup>1)</sup>, 国立療養所青森病院 外科<sup>2)</sup>)

肝線維化を伴った特発性後腹膜線維症々例を経験したので報告する。(症例)41歳男性。既往歴:ぶどう膜炎, 白内障, 緑内障, 脳梗塞。現病歴:平成10年7月中旬腹部不快感で発症し, 右後腹膜腫瘍及び水腎症を認め, 当院泌尿器科で精査。腸間膜腫瘍の診断で11月10日当科へ紹介入院となった。経過:11月19日, 悪性リンパ腫及び肝転移疑いの術中診断のもとに右半結腸切除, 右腎摘も含む腫瘍摘出術, 肝外側区域切除を行なったが組織学的に肝病変を伴う特発性後腹膜線維症との確定診断を得た。(考察)本症は原因不明の慢性炎症組織を主とする病変で下部腰椎付近の尿管に狭窄をおこす。本報告例では本症の可能性ならびに肝線維化合併を想定し得ず肝切除を併施するに至った。本症への後腹膜外病変の合併について検討する。

**PP890** ダブルルーメンカテーテルを用いたフィブリン糊充填による難治性瘻孔の治療例:

谷 信行, 白数積雄, 山岸久一  
(京都府立医科大学消化器外科)

フィブリン糊を用いた腸管皮膚瘻を充填治療は従来より行なわれているが, 充填中に注入チューブの内部でフィブリン糊が反応し, 注入が不十分となることもある。我々はPTGBD用カテーテルのバルーンを破り, ドレナージルート及びバルーンルートより, フィブリンノーゲン加第13因子及びアプロチニン(以下A液)とトロンビン(以下B液)を別々に注入することで良好な治療結果を得たので報告する。【症例】74歳, 女性。横行結腸皮膚瘻に対しフィブリン糊をベリプラスト附属キットを用いて注入した。瘻孔が深いため, キット内でフィブリン塊を形成し充填が不十分となり再び瘻孔の開通を見た。そこで前述のバルーンを破ったPTGBD用カテーテルを用いた方法で充填を試みたところ, 注入後, 腸液の排出は全く見られず瘻孔の閉鎖を得た。【考察】瘻孔が深い場合, 十分な充填を期するには, 注入に時間がかかり注入中にキットカテーテル内でフィブリン塊が形成され充填が不十分となる。今回利用したPTCD用カテーテルは内腔も十分あり, A液とB液の反応も完全に管腔外のため, 良好な治療成績が得られたものと考えられる。

**PP891** Mesh 補填法後に再発した腹壁癒痕ヘルニアに対して大腿筋膜張筋有茎筋皮弁を用いて腹壁再建を行った1例:

小野 拓, 入山拓平, 久保宏幸, 登内 仁, 三木智雄  
(三重大学第2外科)

Mesh 補填法後に再発した腹壁癒痕ヘルニアに対して大腿筋膜張筋有茎筋皮弁を用いて腹壁再建を行った1例三重大学第2外科小野 拓, 入山拓平, 久保宏幸, 登内 仁, 三木智雄患者:67歳女性。主訴:腹痛。既往歴:55歳;子宮頸癌(子宮全摘, 両側付属器切除, 術後放射線療法施行)。64歳;急性腹症(開腹術施行)。現病歴:65歳頃より腹部の膨隆を自覚。平成11年1月下旬より腹痛が出現し入院, 腹壁癒痕ヘルニアと診断された。腹部臍上部に成人手拳大の膨隆を認めた。画像診断上イレウスの所見なく, 2月16日にMesh 補填術を行った。術後3ヶ月頃から, 腹壁癒痕ヘルニアの再発を認めるようになり, 11月2日再手術施行。腹壁欠損部は10cm×10cm大の水溜状の形態をとり, Meshはヘルニア門の尾側1/4が完全に離開し腸管が脱出していた。筋皮弁は右の大腿筋膜張筋を用い, 縦25cm 横8cmの有茎筋皮弁を作成した。鼠径部の皮膚を皮下トンネルとし筋皮弁をヘルニア部に移行させ, 腹壁の筋膜と大腿筋膜張筋の筋膜を3-0吸収糸で縫合, 皮膚をナイロン糸で縫合した。術後経過良好にて術後24病日に退院となった。

**PP892** 回腸潰瘍を侵入門戸として腸間膜に発生した巨大な Actinomycosis の一切除例:

得能和久, 山本光太郎, 飯田通久, 矢原 昇, 森田克彦, 丹黒 章, 岡正朗  
(山口大学第2外科)

Actinomycosisは口腔内, 消化管の常在菌である Actinomyces israelii が膿瘍や穿孔を形成する稀な肉芽腫性疾患である。腹部 Actinomycosis は回盲部に発生しやすく, 悪性腫瘍との鑑別が難しく切除により確定診断に至ることが多い。今回, 我々は非常に稀な腸間膜原発の巨大 Actinomycosis を切除し得たので文献的考察を加え報告する。症例は64歳, 男性で腹部膨満を主訴に入院し, 精査後に悪性リンパ腫疑いにて手術を施行した。まず開腹下に生検を行った。術中迅速病理の結果, 悪性リンパ腫は否定的であったため腫瘍摘出術を施行することとした。また十二指腸, 下部回腸, 盲腸, 上行結腸, S状結腸を巻き込んで存在していたため, 十二指腸部分切除, 下部回腸・盲腸・上行結腸合併切除, S状結腸部分切除し腫瘍を摘出した。摘出腫瘍の大きさは14×10×6cmで, 断面では膿瘍が散在していた。回腸末端部に腸間膜側に線状潰瘍を認めた。病理組織診断にて脂肪織部に癒痕様の結合織の増生が目立ち, 膿瘍形成と菌塊が認められたため, Actinomycosis と診断された。術後経過は良好で, 術後21日目に軽快退院となり, 術後9ヶ月現在再発の兆候なく, 社会復帰を果たしている。

**PP893** 腸間膜移植癌腫に対する血行遮断後再灌流の抗腫瘍効果の実験的検討:

澤田 傑, 林 勝知, 岩田 尚, 阪本研一, 安村幹史, 水谷憲成, 安水寛, 広瀬 一  
(岐阜大学第1外科)

【目的】癌性腹膜炎による腸閉塞の治療の基礎研究として血行遮断後再灌流の抗腫瘍効果を検討した。【方法】ラットの腸間膜に癌細胞を移植した。10日後に開腹し腫瘍径を測定し腫瘍と周囲の腸管を含め血行遮断した。血行遮断時間を15分群, 30分群, 60分群とし, 開腹のみの群をC群とした。血行遮断後再灌流し閉腹した。5日後に再開腹し腫瘍容積増加率(TVR)を求め再び開腹し生存日数を検討した。また各血行遮断群ともに5日後に粘膜炎の障害程度を判定した。60分群では14日後, 21日後にも同様に判定した。【結果】TVRはC群と比し15分群では有意に増加率が大きく60分群では小さかった。30分群では有意差を認めなかった。生存率では60分群はC群に比し有意に生存日数が延長した。5日目の正常組織の障害は他の2群と比し60分群で有意に高度であった。60分群では5日目より14日目, 14日目より21日目の障害が軽度であった。【結論】腸間膜移植癌腫に対する60分間の血行遮断後再灌流は腫瘍容積を縮小, 生存日数を延長させ抗腫瘍効果を認めた。正常組織の障害は日数が経過するごとに軽減した。

**PP894** 脾摘出術後に発生した空腸腸間膜線維腫症の1例:

野本一博<sup>1)</sup>, 田近貞克<sup>1)</sup>, 鳥多勝夫<sup>1)</sup>, 増山喜一<sup>1)</sup>, 舟木 淳<sup>2)</sup>, 西森弘<sup>2)</sup>, 二谷立介<sup>3)</sup>, 松能久雄<sup>4)</sup>, 塚田一博<sup>5)</sup>  
(済生会富山病院外科<sup>1)</sup>, 済生会富山病院 内科<sup>2)</sup>, 済生会富山病院 放射線科<sup>3)</sup>, 済生会富山病院 病理検査科<sup>4)</sup>, 富山医科薬科大学 第2外科<sup>5)</sup>)

【症例】29歳, 男性。脾摘出術の既往あり。1999年9月17日に腹部腫瘍を主訴に当院を受診。臍左側に約8cmの比較的可動性のある腫瘍を触知し, USで腹壁直下にやや高エコーの充実性腫瘍を認め, CTで左腸腰筋の腹側に7.2×5.2×6.5cmの軟部腫瘍影を認め, 内側部が造影された。MRIではT1で肝より低信号, T2で内側に不整形の低信号域を伴う高信号の腫瘍で, 上腸間膜動脈造影の静脈相で内側の一部が濃染するものの基本的にはhypovascularであった。以上より, 腸間膜腫瘍と診断し, 10月25日に手術を施行した。トライツ靱帯より約70cmの空腸の腸間膜に, 長径約8cmの白色の表面平滑な腫瘍を認め, 小腸, 腸間膜を腫瘍とともに切除した。腫瘍は病理組織学的に腸間膜線維腫症と診断された。術後経過は順調で, 11月11日に軽快退院となった。【結語】腹部手術の既往があり, 表面が平滑で内部構造が均一な充実性の, 大きさの割には壊死, 囊胞などを含まない, hypovascularな腸間膜腫瘍を認めたときは, 腸間膜線維腫症を考慮して治療する必要がある。