

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:30 第5会場

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-1]

膿瘍形成性虫垂炎の膿瘍腔と上行結腸とに交通を生じた症例に対して、回腸人工肛門造設後に腹腔鏡下でinterval appendectomyを施行し得た1例

森本 雄貴, 尾嶋 英紀, 高木 里英子, 山本 真優, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

[O22-2]

膿瘍形成性虫垂炎として保存加療後に待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例

鍵渡 宝, 高橋 慶太, 森島 眞子, 古謝 学, 川村 雅彦, 堤 謙二 (川村病院外科)

[O22-3]

上行結腸癌による腸重積の1例

多木 雅貴, 豊田 昌夫, 濱口 拓哉 (社会医療法人仙養会北摂総合病院一般消化器外科)

[O22-4]

成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の症例

中島 隆善, 松木 豪志, 藤川 正隆, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 岩崎 寿光, 岡本 亮, 生田 真一, 仲本 嘉彦, 相原 司, 柳 秀憲, 山中 若樹 (医療法人信和会明和病院外科)

[O22-5]

S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔を形成した1例

延廣 征典, 亀山 仁史, 窪田 晃, 岩谷 昭, 山崎 俊幸 (新潟市民病院消化器外科)

[O22-6]

S状結腸機能的端々吻合部に生じたblind loop syndromeの1例

上野 啓輔, 高島 順平, 大野 裕文, 三井 愛, 浅見 桃子, 小泉 彩香, 南角 哲俊, 峯崎 俊亮, 山崎 健司, 杉本 斉, 藤本 大裕, 黒田 浩章, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[O22-7]

大腸癌術後膀胱損傷の1例

中山 洋, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 指山 浩志, 赤木 一成, 安田 卓, 川村 敦子, 赤井 崇, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 城後 友望子, 黒崎 剛史, 堤 修 (辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

[O22-8]

治療に難渋した大腸癌術後の虚血性腸炎の1例

真智 涼介^{1,2}, 山本 大輔¹, 久保 陽香¹, 竹中 俊介¹, 田中 宏幸¹, 三田 和芳¹, 齊藤 浩志¹, 道傳 研太¹, 崎村 祐介¹, 林 憲吾¹, 林 沙貴¹, 松井 亮太¹, 齋藤 裕人¹, 辻 敏克¹, 森山 秀樹¹, 木下 淳¹, 稲木 紀幸¹ (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.医療法人社団浅ノ川浅ノ川総合病院)

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 14:30～15:30 第5会場

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-1] 膿瘍形成性虫垂炎の膿瘍腔と上行結腸とに交通を生じた症例に対して、回腸人工肛門造設後に腹腔鏡下でinterval appendectomyを施行し得た1例

森本 雄貴, 尾嶋 英紀, 高木 里英子, 山本 真優, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

【はじめに】

膿瘍形成性虫垂炎のために、膿瘍腔と消化管に交通を生じることが比較的稀な病態である。今回、膿瘍形成性虫垂炎による膿瘍腔と上行結腸とに交通を生じた症例に対して、経皮的膿瘍ドレナージ術と腹腔鏡下回腸人工肛門造設術を施行して炎症反応を低下させた後、腹腔鏡下虫垂切除術と回腸人工肛門造設術を施行し得た1例を経験したため報告する。

【症例】

20歳男性。来院の7日前より腹痛と発熱を来し、市販の胃腸薬内服で改善しないため、近医を受診し急性腹症と診断され、当院へ紹介された。
来院時体温は39度。白血球 $112 \times 10^2/\mu\text{L}$ 、CRP14.8mg/dl。CTでは上行結腸の著明な壁肥厚と結腸周囲の膿瘍形成を認めたが、明らかな虫垂の腫大を認めなかった。
入院治療開始後、超音波ガイド下に経皮的膿瘍穿刺を行い、ドレーンを留置した。ドレーン造影では膿瘍腔から盲腸は造影されず、上行結腸から造影されたため、膿瘍腔と上行結腸が交通していると診断した。入院後14日目、感染制御目的に腹腔鏡下に回腸末端から30cm口側に双口式の人工肛門を造設した。腹腔鏡下の所見では、上行結腸周囲に強固な癒着を認めた。
人工肛門造設後3か月後のCT検査では、膿瘍は消失し、注腸検査では上行結腸に憩室や腹腔内との交通はなく、上行結腸背側に虫垂を描出した。下部消化管検査では上行結腸、虫垂孔に特異な所見がないことを確認し、膿瘍形成性虫垂炎による膿瘍と上行結腸の交通後と診断した。審査腹腔鏡を施行し、上行結腸背側の虫垂の癒着は上行結腸から剥離可能であることを確認して、腹腔鏡下虫垂切除術を施行し、回腸人工肛門閉鎖術も併施した。術後経過は順調で術後8日目に軽快退院した。

【結論】

膿瘍形成性虫垂炎の膿瘍腔と上行結腸が交通する症例に対して、回腸人工肛門造設後に、一次的に腹腔鏡下虫垂切除術と回腸人工肛門閉鎖術を施行し得た症例を経験した。
膿瘍と大腸が交通しても、回腸人工肛門造設術を施行し、感染制御することで、大腸や回腸末端を温存して虫垂を切除し得た。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 14:30～15:30 第5会場

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-2] 膿瘍形成性虫垂炎として保存加療後に待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例

鍵渡 宝, 高橋 慶太, 森島 眞子, 古謝 学, 川村 雅彦, 堤 謙二 (川村病院外科)

原発性虫垂癌の発生頻度は、虫垂切除例の0.03%～0.19%と比較的稀ではあるが、悪性度の高いものも含まれており、画像診断上、膿瘍形成性虫垂炎との鑑別が重要である。今回我々は初診時膿瘍形成性虫垂炎として加療し、待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例を経験したため報告する。

症例は78歳女性。1週間続く右下腹部痛を主訴に受診。血液検査にて炎症高値、造影CTにて膿瘍形成性虫垂炎と診断し、抗菌薬加療にて炎症は軽快した。しかしながら、血液検査にてCEA 7.5ng/ml、CA19-9 38.7U/mlと上昇、また経過中の造影CTでは膿瘍内にLow density areaを認め、また膿瘍所見と炎症値に乖離が見られた。下部消化管内視鏡検査では虫垂開口部に異常を認めず、同部生検を施行もGroup1であった。虫垂粘液産生腫瘍を念頭に置きを行う待機的虫垂切除の方針とした。腹腔鏡下にて虫垂を観察するも腹壁に強く癒着し回盲部が一塊になっていたため、開腹移行し回盲部切除を施行した。術後3日目で食事開始し、9日目で軽快退院。切除後、腫瘍マーカーは速やかに陰転化した。術後病理組織検査にて虫垂粘液癌、pT4bN0M0であった。虫垂腫瘍は粘液産生を伴い、漿膜面に露出し回腸粘膜に直接浸潤していた。術後補助化学療法は大腸癌治療に準じてCAPOX療法を8コース行う方針とした。

虫垂粘液腫瘍の診断において、初診時では膿瘍形成性虫垂炎との鑑別が難しい例が認められる。医中誌における本邦132例の報告によると虫垂粘液腫瘍症例は平均年齢64.9歳で、年齢範囲は48歳から85歳であったことを考慮すると、40歳以上で虫垂周囲膿瘍が画像上疑われた場合、虫垂粘液腫瘍を鑑別におき、経時的に複数の画像診断モダリティにて経過フォローを行うことが望ましいと考えられる。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 14:30～15:30 第5会場

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-3] 上行結腸癌による腸重積の1例

多木 雅貴, 豊田 昌夫, 濱口 拓哉 (社会医療法人仙養会北摂総合病院一般消化器外科)

成人腸重積症は比較的珍しく、その内大腸の腸重積は悪性腫瘍に起因することが多いと報告されている。今回、我々は上行結腸癌に起因した腸重積症の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。症例は61歳男性で、基礎疾患に亜急性連合性脊髄変性症および加齢黄斑変性症がある。1年前からのふらつきを主訴に2024年10月に前医を受診された。その際にHb 5.0 g/dLと高度の貧血を認めたため鉄欠乏性貧血の診断で内服加療行われ、Hb 11.2 g/dLまで改善したため経過観察されていた。2025年5月の定期受診の際にHb 8.4 g/dLと貧血の増悪と経口摂取不良を認めたため全身CT検査を施行したところ、上行結腸の壁肥厚や周囲脂肪組織濃度上昇および微小遊離ガスを認めたため憩室穿孔の疑いで当科を紹介受診された。受診時、高炎症反応を認めるものの腹膜刺激症状は認めず、入院日より貧血補正をした上で、翌日に精査を行う方針とした。まずガストロ注腸検査を施行したところ腸重積の所見を認め、続いて大腸内視鏡検査を施行したところ、上行結腸の内腔を満たす1型腫瘍を先進部とした腸重積症と診断した。閉塞性大腸炎には至っておらず、微小穿孔の疑いもあったため整復はせず早期手術の方針とし、入院6日目に腹腔鏡下右半結腸切除術+D3郭清を施行した。術後経過は概ね良好であった。医学中央雑誌で「上行結腸腫瘍」「腸重積症」をキーワードに全期間で検索したところ、上行結腸の悪性腫瘍を先進部とした腸重積症は自験例を含め22症例(会議録は除く)を認めた。男性8例(36%)、女性14例(64%)と女性に多く、平均年齢は76.9歳(80.5 ± 11.4)であった。腫瘍の内訳は、結腸癌が20例(91%)、転移性腫瘍が1例(4.5%)、結腸GISTが1例(4.5%)であった。多くの症例で術前もしくは術中に整復を試みている事が多いが、本症例では閉塞に至っておらず整復は施行しなかった。現時点で、悪性腫瘍による腸重積症に対して術前もしくは術中に整復することによる術後の再発や予後との関係については明確な方針は定まっておらず、文献的報告を含めて考察する。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 14:30～15:30 第5会場

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-4] 成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の症例

中島 隆善, 松木 豪志, 藤川 正隆, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 岩崎 寿光, 岡本 亮, 生田 真一, 仲本 嘉彦, 相原 司, 柳 秀憲, 山中 若樹 (医療法人信和会明和病院外科)

【はじめに】腸回転異常症は胎生期腸管の発生異常で、腸管が正常な回転を成さずに異常停止したものと定義されているが成人例はまれであり、他の手術の際に偶然に発見される場合が多い。一方、結腸間膜内の憩室形成は大腸憩室の全体の数%で発生するが、間膜内へ穿通をきたす場合は少ない。保存的治療が奏功する場合もあるが腹膜炎所見を有する症例の多くは手術が要求される。成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の1例を経験したので報告する。

【症例】症例は40歳代、男性。腹痛および発熱を主訴に当院を紹介受診した。血液検査で炎症反応の上昇を認め、CTでは小腸が右腹腔内に、結腸が左腹腔内に存在し、腸回転異常が疑われた。上行結腸と思しき結腸に壁肥厚および周囲脂肪組織濃度の上昇を認め、憩室炎の診断で保存的治療を行うも所見の改善が乏しく、CTで憩室炎の部位で膿瘍形成が疑われたため、外科転科のうえ緊急手術を施行した。腹腔鏡下結腸右半切除術を施行、術中所見でTreitz靱帯の形成は認められず、盲腸から上行結腸は腹壁に固定されていなかった。上行結腸とその間膜に強い炎症性変化を認め、同部位を含めて切除した。摘出標本にて上行結腸に憩室炎および結腸間膜内に連続する膿瘍形成を認め、結腸憩室間膜内穿通と診断した。

【結語】腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通は極めてまれな病態であり、臨床解剖学的に示唆に富む症例と考えられたため文献的考察を加えて報告する。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 14:30～15:30 第5会場

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-5] S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔を形成した1例

延廣 征典, 亀山 仁史, 窪田 晃, 岩谷 昭, 山崎 俊幸 (新潟市民病院消化器外科)

【症例】61歳、男性。以前よりS状結腸憩室炎を繰り返しており、保存加療が行われていた。腹痛で前医を受診、CTでS状結腸憩室炎とfree airを認め、当院紹介受診した。来院時はvital signs安定しており、全身状態は保たれていたが、腹膜刺激徴候と炎症反応高値を認めたため、S状結腸憩室穿孔に対して緊急手術を施行した。[初回手術]S状結腸憩室を無数に認め、一部は膀胱壁や小腸と強固に癒着していた。S状結腸部分切除術と、癒着していた膀胱壁は一部筋層レベルまで切除、修復した。[経過]術後9日目に退院した。約1か月後に発熱あり、CTで骨盤底に膿瘍と、吻合部近傍より頭側の左尿管拡張および左水腎症を認めた。炎症反応の上昇あり、minor leakageと判断した。入院加療の上で禁食、抗菌薬投与を行い症状の改善が得られたが、退院後もしばしば微熱を認めており抗菌薬を処方していた。初回手術から約3か月後に高熱と全身倦怠感あり、CTで骨盤底膿瘍は縮小していたが、左水腎症と左腎周囲の脂肪織濃度上昇あり、左腎盂と尿管内にairを認めた。S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔が形成され、複雑性尿路感染症に至っていると判断した。経尿道的尿管ステント留置を試みたが、中部尿管より狭窄が著明であり不能であった。今後も尿路感染症を繰り返すことが予想されたため、手術を施行した。[2回目手術]S状結腸中間位のレベルで左尿管をテーピング、膀胱側に向けて露出していった。骨盤底でS状結腸吻合部と小腸の癒着を剥離して吻合部と左尿管の瘻孔部を同定した。瘻孔部を含む腸管切除および左尿管切除を試みたが、尿管吻合は困難と判断した。瘻孔部より膀胱側の左尿管を結紮処理して切離、左腎摘除を行い、腹膜反転部レベルから横行結腸中間位程度までの結腸切除、吻合を行った。[術後経過]良好であり、9日目に退院した。以降は尿路感染症の再燃なく経過している。

【考察】S状結腸憩室が左尿管と瘻孔を形成し、尿路感染症を発症したとする報告は散見されるが、本例のように腸管吻合部と尿管で瘻孔を形成したとする報告は極めて少ない。minor leakageによる持続する炎症が原因となった可能性がある。文献的考察を加えて報告する。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 14:30～15:30 第5会場

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-6] S状結腸機能的端々吻合部に生じたblind loop syndromeの1例

上野 啓輔, 高島 順平, 大野 裕文, 三井 愛, 浅見 桃子, 小泉 彩香, 南角 哲俊, 峯崎 俊亮, 山崎 健司, 杉本 斉, 藤本 大裕, 黒田 浩章, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学医学部附属溝口病院外科)

Blind loop syndrome(BLS)は手術により生じた解剖学的blind loopに細菌の異常増殖をきたし、腹痛や便秘、消化吸収不良を呈する病態である。一般的には側々吻合や側端吻合を行った際の短絡部や盲端部に生じることがほとんどであり、機能的端々吻合部にBLSを発症することは稀である。今回われわれはS状結腸機能的端々吻合部に発症したBLSを経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は58歳、女性。前医でS状結腸過長症に対してS状結腸切除術を施行され、再建は機能的端々吻合が行われた。術後に腹痛、便秘症状を認め、術後3ヶ月に腹腔鏡補助下横行結腸双孔式人工肛門造設術を施行されたが、腹部症状の改善を得られず、当科紹介となった。腹部造影CTにて機能的端々吻合部の軽度拡張および便塊貯留を認め、BLSおよび腸管運動機能不全疑いと診断した。人工肛門肛門側腸管への便の流入を認めたが、排便困難であり排便が常に必要な状態が続いていた。患者の希望もあり、機能的端々吻合部を含めた人工肛門肛門側腸管の切除を腹腔鏡下に施行した。術後経過は良好で、合併症なく術後7日目に退院となった。その後2年間症状再燃なく経過している。機能的端々吻合部にBLSを発症した症例は少なく、「機能的端々吻合」「blind loop」のキーワードを用いた医学中央雑誌での検索では、これまでに3例のみ報告を認めた。本症例も含めた4例のうち、3例が左側結腸の手術で生じており、水分吸収により腸管内容物が固形となることによる吻合部への停滞がBLSの誘因となる可能性がある。機能的端々吻合部に生じたBLSに対する治療法は確立していないが、本症例も含めた全症例で吻合部の切除が施行され症状の改善を得られており、吻合部切除が有効な治療法と考えられる。機能的端々吻合法は消化管手術において広く行われている吻合法であり、今後は本症例に類似した合併症が増加する可能性がある。報告例が少なく、予防法や治療法も確立しておらず、今後症例の蓄積と更なる検討が必要である。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 14:30～15:30 第5会場

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-7] 大腸癌術後膀胱損傷の1例

中山 洋, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 指山 浩志, 赤木 一成, 安田 卓, 川村 敦子, 赤井 崇, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 城後 友望子, 黒崎 剛史, 堤 修 (辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

【症例】70歳代女性。併存症として自己免疫性肝炎があり、帝王切開の手術歴があった。便潜血陽性にて施行した大腸内視鏡にて盲腸、S状結腸に大腸癌を認め、腹腔鏡下回盲部切除術、S状結腸切除術を施行した。術後8日目に腹部膨満、炎症所見の著明な上昇、腎機能低下を認め、CTにて腹水貯留を認めた。縫合不全の可能性を考え、抗生剤投与、絶飲食にて経過をみたが、術後14日目には腹水はさらに増加した。腹水試験穿刺し生化学と培養に提出したが、縫合不全は否定的であった。肝不全の可能性も考え、FFPと利尿剤を投与したが改善はなかった。原因不明の術後腹水貯留について文献検索したところ、膀胱損傷による腹水貯留と偽性腎不全の報告を認めた。再度腹水を採取し、腹水中クレアチンを測定し、膀胱損傷を強く疑った。同日泌尿器科にコンサルトし、膀胱鏡にて診断が確定した。尿道カテーテルを挿入したところ、腹水貯留、腎機能低下は著明に改善した。手術動画を確認したところ、下腹部に癒着があり、これを剥離しており、これが膀胱損傷の原因であった可能性が考えられた。術後27日目に開腹にて膀胱修復術を施行し、その後は経過良好にて退院となった。

【考察】医原性の膀胱損傷は泌尿器科領域や婦人科領域の手術で見られることがあるものの、一般的にその頻度は低い。251例の医原性膀胱損症例のうち、39%が泌尿器科の手術、52%が婦人科の手術、9%が一般外科の手術で認められたとされる文献がある。婦人科手術において、尿路損傷は最も注意すべき合併症の1つであると明記された報告もあるが、消化器外科領域では比較的稀な合併症と考えられる。それだけに今回の症例では腹水貯留の鑑別診断として上がりにくく、診断困難であった。逆に鑑別診断の一つとして挙げることができれば腹水の生化学検査にて容易に診断できるため、常に念頭に置いておくべき合併症と思われた。文献的考察を加え報告する。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 14:30～15:30 第5会場

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-8] 治療に難渋した大腸癌術後の虚血性腸炎の1例

真智 涼介^{1,2}, 山本 大輔¹, 久保 陽香¹, 竹中 俊介¹, 田中 宏幸¹, 三田 和芳¹, 齊藤 浩志¹, 道傳 研太¹, 崎村 祐介¹, 林 憲吾¹, 林 沙貴¹, 松井 亮太¹, 齋藤 裕人¹, 辻 敏克¹, 森山 秀樹¹, 木下 淳¹, 稲木 紀幸¹ (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.医療法人社団浅ノ川浅ノ川総合病院)

症例は60歳、男性。200X年6月に上腹部痛で紹介医を受診した。腹部緊満ありCTで脾弯部結腸に壁肥厚と狭窄を認め、閉塞性結腸癌が疑われた。緊急内視鏡で大腸ステントを留置し、生検で腺癌と診断された。拡張型心筋症による慢性心不全でEF 20%と著明な低心機能状態であり、周術期管理困難のため同年8月に当科紹介となった。精査で脾弯部横行結腸癌cT4aN1bM0 cStageIIIbと診断し、腹腔鏡下結腸部分切除術（D3郭清、FEEA）を行った。腫瘍の栄養血管は副中結腸動脈であり、伴走する静脈含め脾下縁で切離し、中結腸動脈左枝とIMVも切離した。病理学的にはpT4aN2a pStageIIICであった。経過は良好で術後8日目に退院し、同年10月からCAPOX療法8コースを行った。

翌年12月に下腹部痛と下血、発熱で受診した。CTで左側結腸に壁肥厚あり、内視鏡検査でS状結腸から下行結腸まで全周性の虚血所見を認め、虚血性腸炎と診断した。絶食、補液による入院加療を開始し、血便は入院10日で消失し、腹痛も軽減傾向であったが、発熱とCRP高値は持続し、CTや内視鏡検査でも明確な改善はなく、保存治療を継続した。25日目に脳梗塞、30日目に心不全増悪を発症し、治療を行った。40日目の内視鏡検査でも改善なく、42日目に腹膜刺激症状を伴う腹痛が出現した。CTで遊離ガスを認め、消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎と診断した。著しい低心機能のため手術リスクは非常に高かったが、緊急手術を行った。手術では、腹腔内に便汁の漏出あり、直腸から下行結腸脾弯部まで漿膜が紫～黒色に変化していた。S状結腸の炎症が最も強く、穿孔部も認めた。左側結腸から上部直腸まで切除し、横行結腸ストーマを造設した。病理では特異的变化や悪性像はなく、循環障害に関連した病態と考えられた。術後はICUを経て心不全治療のために循環器内科に転科し、術後44日目（入院86日目）に退院した。

虚血性腸炎は通常、保存的治療で軽快するが、手術を要する症例も存在する。今回、横行結腸癌術後1年3か月で虚血性腸炎を発症し、保存治療が奏功せず、入院後6週経過して穿孔に至った1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。