

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月15日(土) 14:30～15:15 ■ ポスター8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-1]

術前診断が困難であった狭窄症状を呈した回腸憩室炎の1例

山下 晋也, 中村 賢, 江口 聡, 星野 宏光, 川田 純司, 水野 均 (日本生命病院消化器外科)

[P37-2]

閉塞性腸閉塞を伴うメッケル憩室茎捻転に対する単孔式腹腔鏡手術の1例

倉岡 憲正, 矢野 雷太, 小林 弘典, 石田 裕 (広島記念病院)

[P37-3]

CTにて術前診断しえた盲腸軸捻転症の2例

佐々木 崇夫, 竹原 裕子, 工藤 泰崇, 大谷 剛, 赤在 義浩 (岡山済生会総合病院外科)

[P37-4]

術前に診断し得た腸回転異常症による結腸軸捻転症の一例

松尾 夏来¹, 松下 典正¹, 日比 康太¹, 窪田 猛¹, 須藤 泰裕¹, 井上 達夫¹, 山口 茂樹² (1.上福岡総合病院外科, 2.東京女子医科大学消化管外科)

[P37-5]

宿便による大腸イレウスを経肛門イレウス管にて軽快できた2症例

宮永 克也, 古元 克好 (林病院外科)

[P37-6]

慢性裂肛による肛門狭窄で腸閉塞を来した1例

定光 ともみ¹, 植田 剛^{1,2}, 竹井 健¹, 切畑屋 友希¹, 西和田 敏¹, 田仲 徹行¹, 吉村 淳¹ (1.南奈良総合医療センター外科, 2.佐井胃腸科肛門科)

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月15日(土) 14:30～15:15 ■ ポスター8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-1] 術前診断が困難であった狭窄症状を呈した回腸憩室炎の1例

山下 晋也, 中村 賢, 江口 聡, 星野 宏光, 川田 純司, 水野 均 (日本生命病院消化器外科)

症例は手術歴の認めない79歳男性。四肢末端浮腫を主訴に受診し精査。腹部CT検査で回腸壁肥厚と浮腫を認め腸閉塞の診断であった。絶食のうえTPN管理、経鼻イレウス管を挿入し減圧を消化器内科で施行。炎症性腸疾患の可能性や3連痰検査陰性で結核排菌はないもののT-spot陽性であったこともあり腸結核の可能性も考えられた。狭窄部位評価のため経肛門的にダブルバルン小腸内視鏡検査を行い、狭窄部はびらん変化を伴う輪状狭窄を認め内視鏡通過は困難であった。同部で生検・点墨・クリップを施行し狭窄部生検結果は炎症のみであった。その際に施行したステップバイオブシー検査では炎症性腸疾患は否定的であった。腫瘍マーカーCEA、CA19-9は正常であったもののCA125が300.2U/mlと上昇しており、通過障害解除と狭窄原因精査目的に手術の方針となった。臍部に切開を加えて単孔式腹腔鏡下回腸部分切除術を施行。腹腔外で狭窄部回腸（バウヒン弁から口側約60cm）を切除し機能的端々吻合を施行。吻合口側の小腸に狭窄がないことを確認し手術を終了した。術後経過は良好で第10日目に退院。病理組織結果では腹水検査のアデノシンデアミナーゼ正常、結核菌PCR陰性。切除標本で肉芽腫形成は認めず、周囲に仮性憩室が散見されること、漿膜下脂肪組織を中心にリンパ球の線維性結合組織の増生を認めることから回腸憩室炎が原因となった狭窄による腸閉塞であったと考えられた。回腸憩室炎による腸閉塞は比較的まれであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 ポスター8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-2] 閉塞性腸閉塞を伴うメッケル憩室茎捻転に対する単孔式腹腔鏡手術の1例

倉岡 憲正, 矢野 雷太, 小林 弘典, 石田 裕 (広島記念病院)

【諸言】

メッケル憩室は卵黄臍管の遺残により形成される憩室で、有病率は1～2%である。メッケル憩室茎捻転による腸閉塞は非常にまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】

24歳、男性。腹痛を主訴に近医を受診し、保存的加療で経過観察されていたが、翌日も腹痛が続くため当院を紹介された。臍周囲に圧痛あるも、腹膜刺激兆候なし。血液検査では炎症反応上昇を認め、CT検査で閉塞性腸閉塞を認めた。緊急で単孔式腹腔鏡手術を施行、腹腔鏡で観察すると、回盲部から約40cm口側にメッケル憩室を認め、憩室が茎捻転を起こしていた。腹腔鏡下に癒着を剥離した後小開腹創からメッケル憩室の楔状切除術を行った。術後経過良好で術後11日目に退院した。

【結語】

閉塞性腸閉塞を伴うメッケル憩室茎捻転に対する単孔式腹腔鏡手術を施行した1例を経験した。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 血 ポスター8

[P37] 一般演題 (ポスター) 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-3] CTにて術前診断しえた盲腸軸捻転症の2例

佐々木 崇夫, 竹原 裕子, 工藤 泰崇, 大谷 剛, 赤在 義浩 (岡山済生会総合病院外科)

【はじめに】

盲腸軸捻転症は、盲腸・上行結腸の後腹膜への固定不全を主因とする比較的稀な疾患であり、本邦での頻度は腸閉塞全体の0.4%、結腸軸捻転症の5.9%と報告されている。今回、我々は盲腸軸捻転症の2例を経験したため、報告する。

【症例1】

80歳代、女性。うつ病にて薬剤服用中。2日前からの腹痛、腹部膨満感を主訴に前医を受診し、腹部単純CTで絞扼性イレウスが疑われ当院紹介となった。腹部造影CTで盲腸の著明な拡張とwhirl sign（渦巻き徴候）を認め、盲腸捻転と診断し緊急手術を施行した。術中所見では盲腸に捻転を認め、盲腸捻転Type Iと診断した。盲腸の漿膜および筋層に損傷を認めたため、回盲部切除を施行した。

【症例2】

60歳代、男性。生来健康。食後の腹痛を主訴に当院救急外来を受診。腹部単純CTで上行結腸の弯曲、拡張およびwhirl signを認め、盲腸捻転と診断し緊急手術を施行した。術中所見では腸間膜固定不全を伴う移動盲腸を認め、盲腸は上転し時計回りに360度回転しており、盲腸捻転Type IIと診断した。捻転解除後、インドシアニングリーン蛍光法にて腸管血流が良好であることを確認したため腸管切除は不要と判断し、虫垂切除後に盲腸固定術を施行した。

【考察】

盲腸軸捻転症は、捻転形態によりType I（水平型）、Type II（回転型）、Type III（跳橋型）の3型に分類される。診断にはCTが有用であり、特徴的なwhirl signや盲腸の偏移・拡張所見が認められる。治療は腸管壊死の有無を鑑みた上で手術が基本となる。腸管虚血や高齢者、基礎疾患を有する症例では再手術リスク回避のため回盲部切除が選択されることがあり、腸管虚血がなく術後QOL維持が優先される若年者などでは盲腸固定術が選択されるが、術者により術式選択が分かれるのが現状である。

【結語】

盲腸軸捻転症は稀な疾患であるが、CTによる早期診断と適切な術式選択が予後改善に重要である。今後も症例の集積と術式選択に関する検討が求められる。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 poster 8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-4] 術前に診断し得た腸回転異常症による結腸軸捻転症の一例

松尾 夏来¹, 松下 典正¹, 日比 康太¹, 窪田 猛¹, 須藤 泰裕¹, 井上 達夫¹, 山口 茂樹² (1.上福岡総合病院外科, 2.東京女子医科大学消化管外科)

症例は50歳女性。下腹部痛、排便・排ガスの停止を主訴に当院受診となった。身体所見では腹部膨満、鼓音、腹部全体に圧痛を認めた。腹部レントゲン検査ではcoffee bean sign様に観察される異常ガス像を認め、結腸軸捻転症による腸閉塞を疑った。腹部造影CT検査では右側結腸の軸捻転症が疑われたため、病変の確認、脱気および捻転解除目的に透視下で下部消化管内視鏡検査を施行した。右側結腸まで内視鏡を挿入したところ、上行結腸の軸捻転が確認された。腹部造影CTを再確認したところ、小腸は右側に偏位しており、whirl sign, SMAとSMVの位置関係の異常を認めた。腸回転異常症による結腸軸捻転症と術前診断し、保存的治療で改善が見込めないため手術の方針とした。手術所見では右側結腸の固定不全が認められ、上行結腸が捻転している状態であった。術前より腸回転異常症が疑われていたため、Ladd手術を施行し経過良好にて第12病日に退院となった。腸回転異常症は胎生期の腸管配置異常による先天性疾患で、多くは新生児期、乳児期に発症し治療される。一方、無症状のまま成人まで経過した症例では他の消化器疾患の精査時や手術時に偶然発見されることがある。今回我々は、術前に腸回転異常症による軸捻転症と診断し術式選択をし得た一例を経験したので、文献学的考察とともに報告する。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 血 ポスター8

[P37] 一般演題 (ポスター) 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-5] 宿便による大腸イレウスを経肛門イレウス管にて軽快できた2症例

宮永 克也, 古元 克好 (林病院外科)

宿便による大腸イレウスは稀な疾患で、時期を逃すと穿孔、潰瘍、虚血、出血、敗血症、敗血症性ショックを併発し、死に至りかねない病態である。浣腸、下剤で保存的に改善しなければ、早急に内視鏡、イレウス管等で減圧処置、さらには全麻下の手術で腸管切除、人工肛門造設等を考慮しなければならない。今回、宿便による大腸イレウスにて、イレウス管挿入し、軽快に至った2症例を経験したので報告する。

症例1。63歳男性。既往歴:57歳、大腸ポリープ切除術。飲酒：日本酒1合/日、喫煙：なし。現病歴：以前より便秘症とのこと。最終排便は、3日前。2025年4月下旬、近医で、大腸内視鏡検査を予定し、下剤2L内服後、排便、排ガス無く、腹部膨満にて当院に救急搬送。腹部所見は膨満、軟。浣腸施行するも排便なし。腹部CT検査施行すると、S状結腸に宿便による閉塞性機転を認め、大腸イレウス状態であった。S状結腸内視鏡検査を施行し、イレウス管を横行結腸にまで挿入した。以後、多量に排便あり。翌日イレウス管を抜去した。翌々日、S状結腸内視鏡検査を施行した結果、異常は無かった。無事退院に至った。

症例2。37歳男性。既往歴：高校2年時に肝腫瘍(良性)で、手術(肝左葉切除術・胆摘術)。飲酒：機会程度、喫煙：20本/日。現病歴：2024年4月上旬、下腹部痛が出現。排便なし。疼痛増悪し、当院受診。腹部CT検査では、S状結腸に宿便充満し、同部より口側の腸管の拡張、壁の肥厚を認め、大腸イレウス、閉塞性腸炎であった。腹部所見は、膨満、軟で、圧痛を認めた。大腸内視鏡は通過が困難で、ガイドワイヤーも挿入不可で断念した。翌日、注腸を施行し、経肛門イレウス管は挿入できず、全身麻酔下で緊急手術を施行した。S状結腸に便塊充満、下行～横行結腸は拡張していたが、腸管虚血、狭窄もなかったため、可及的に便塊を肛門側へ押し出して、経肛門イレウス管を肛門より用手的に下行結腸まで誘導し、手術を終了した。術後は日タイレウス管を洗浄し、排便を確認し、経肛門イレウス管を抜去し、無事退院に至った。退院後、大腸内視鏡検査を行うと、下行～S状結腸に虚血性腸炎の回復期を認めた。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 Poster 8

[P37] 一般演題 (ポスター) 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-6] 慢性裂肛による肛門狭窄で腸閉塞を来した1例

定光 ともみ¹, 植田 剛^{1,2}, 竹井 健¹, 切畑屋 友希¹, 西和田 敏¹, 田仲 徹行¹, 吉村 淳¹ (1.南奈良総合医療センター外科, 2.佐井胃腸科肛門科)

【背景】裂肛は肛門三大疾患の一つであり、痔核に次いで頻度の高い疾患である。慢性化により肛門狭窄を来し手術に至ることが多いが、腸閉塞を来すことはまれである。今回我々は、慢性裂肛による肛門狭窄を原因とした腸閉塞症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。脳梗塞後で当院脳神経外科通院中。杖歩行程度のADLであった。認知機能は問題なし。受診数日前から出現した腹痛の増悪と嘔気嘔吐を主訴に当院救急外来を受診。腹部CTで直腸に至るまでの全大腸の著明な拡張を認め、直腸狭窄による腸閉塞を疑われ、当科紹介受診となった。肛門診察で示指が抵抗を感じながら何とか挿入可能な程度の肛門狭窄を認めた。挿入による用手拡張で直ちに多量の排ガスと便汁が排泄され、症状も改善を認めた。ある程度減圧した後に多孔式チューブタイプドレーンを挿入し更なる減圧を図った。翌日、腸閉塞が改善されたことを確認した後、脊椎麻酔下にJack-Knife体位で肛門を観察し、慢性裂肛による肛門狭窄と判断、引き続いて皮膚弁移動術(SSG)を施行した。術後経過は良好であり、術後3日目に退院した。その後外来で半年間術後経過をフォローしたが、肛門狭窄の再燃なく、終診となった。

【考察】腸閉塞を来す直腸狭窄として頻度が高いのは腫瘍であり、自験例でもまずは直腸癌が疑われたが、救急外来での診察で狭窄は肛門に限局しており、また悪性を疑う肛門診察所見は認めなかったことから、良性の肛門狭窄が腸閉塞の原因であったと判断できた。CTでも典型的な直腸癌或いは肛門管癌の所見は認めなかった。裂肛による肛門狭窄が腸閉塞に至った症例の報告は少なく、人工肛門造設、或いは経肛門的手術(肛門形成術)が行われている。自験例は、来院時の用手拡張で著明に改善したため、経肛門的手術を選択できた。慢性裂肛に伴う肛門狭窄が腸閉塞の原因となり得ることに留意し、詳細な診察と必要に応じた減圧処置を行うことで、低侵襲治療につながると考えられた。