

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 〇〇 ポスター9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-1]

上行結腸癌術後早期に生じた腸間膜脂肪織炎による腸閉塞の1例

黒田 昂宏, 岡本 和哉, 姜 建宇, 中村 利夫 (藤枝市立総合病院外科)

[P38-2]

治療に難渋した、Segmental Hypogonhlionosisの一例

井上 弘章, 八木 朝彦, 吉岡 貴裕, 稲田 涼 (高知医療センター消化器外科)

[P38-3]

ロボット支援大腸癌手術後に右下腹部の8mmロボットポートにて発症したポートサイトヘルニアの2例

福田 真里, 山川 雄士, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 牛込 創, 高橋 広城, 瀧口 修司 (名古屋市立大学消化器外科)

[P38-4]

鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する治療により排便コントロールし得た1例

仕垣 幸太郎¹, 平良 さやか² (1.大浜第一病院大腸肛門外科, 2.大浜第一病院看護部)

[P38-5]

審査腹腔鏡とコーラ溶解療法を併用してS状結腸の腸結石を摘出し得た1例

高柳 雅, 井原 啓佑, 泉 陽光, 上野 綸, 河野 貴博, 根本 鉄太郎, 蜂谷 裕之, 石塚 満, 中村 隆俊, 水島 恒和 (獨協医科大学下部消化管外科)

[P38-6]

開腹操作を要した経肛門直腸異物の1例

長谷川 琢哉, 渡邊 真哉, 古田 美保, 會津 恵司, 小林 真一郎, 佐藤 文哉, 林 友樹, 清水 大輔, 川島 賢人, 伊藤 博崇, 川島 綾菜, 近松 雅文, 田中 智裕, 石田 直哉, 永田 萌々 (春日井市民病院)

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 Poster 9

[P38] 一般演題 (ポスター) 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-1] 上行結腸癌術後早期に生じた腸間膜脂肪織炎による腸閉塞の1例

黒田 昂宏, 岡本 和哉, 姜 建宇, 中村 利夫 (藤枝市立総合病院外科)

<症例>

70歳代男性。40年ほど前に十二指腸潰瘍の手術歴があり、術後腹腔内の脂肪塊が原因で腸閉塞となり脂肪塊を切除する再手術を受けていた。今回便潜血陽性を契機に発見された上行結腸癌に対して回盲部切除術D3郭清を施行した。腹腔内は高度に癒着を認めたため開腹手術で行った。吻合は機能的端々吻合とした。最終病理はT1N0M0 Stage Iであった。術後経口摂取を再開。当初は摂取良好であったが、1週間ほどで腹部膨満と吐き気を訴えた。触診上、右上腹部に弾性硬な腫瘤を触れた。採血上炎症反応の上昇は認めなかった。CTでは吻合部周囲の脂肪織濃度の上昇、軟部組織による腫瘤の形成、正常脂肪組織との間に線状の軟部陰影(pseudocapsule)を認めた。また腸間膜の炎症により小腸は圧排され通過障害を来していた。これらは腸間膜脂肪織炎の所見に一致した。確定診断のためCTガイド下に腫瘤部をcore needle biopsyしたところ、病理学的に脂肪細胞の変性とマクロファージによる貪食、反応性の線維化が認められ腸間膜脂肪織炎と確定診断した。イレウス管による減圧と絶食による保存加療を開始したところ、次第に通過障害の改善を認め腹部に触れた腫瘤も縮小していった。術後27日に経口摂取を再開し術後48日に自宅退院となった。退院後フォローアップで撮影したCTでは腸間膜の炎症所見は改善傾向を示した。

<考察>

腸間膜脂肪織炎は腸間膜脂肪織の非特異的炎症疾患である。外傷や手術後、自己免疫疾患との関連、腫瘍随伴症候群として生じることが知られている。症状は腹痛、発熱、排便習慣の変化が多く、所見として腹部腫瘤や腹部圧痛がある。腸閉塞、尿管閉塞やときに血管虚血も合併するとされる。確定診断には組織診が必要である。治療は基本的に多くが保存加療で軽快するとされ、手術による効果は限定的である。ステロイド投与を推奨する文献も見られるが投与量など確立したガイドラインはない。本例は40年前の手術後にも同様のイベントを起こしていたと考えられ、腹部再手術による再燃例として比較的稀な1例と思われた。本疾患について文献的考察を加え報告する。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 〇〇 ポスター9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-2] 治療に難渋した、Segmental Hypoganglionosisの一例

井上 弘章, 八木 朝彦, 吉岡 貴裕, 稲田 涼 (高知医療センター消化器外科)

治療に難渋した、Segmental Hypoganglionosisの1例を経験したため、報告する。

症例は78歳女性、外来受診3週間前より便秘、腹部膨満感の症状を認めた。

CT上短径7cm大と拡張した盲腸を認め、大腸全域に大量の宿便を認めた。大腸内視鏡検査で便塊の除去を試みたが、難しく、閉塞性腸炎、ショック状態となり、開腹腸管減圧手術を施行した。酸化マグネシウム、ポリエチレングリコール、ルビプロストンなどの内服加療をするも排便困難を認め、その後も2回糞便性イレウスを繰り返し、大腸内視鏡にて便塊摘出、経肛門イレウス管を挿入し、入院加療を行った。大腸内視鏡検査では明らかな腫瘍などの閉塞起点となる器質的病変を認めなかった。内科的治療は困難と判断し、初回外来受診から3ヶ月後に大腸亜全摘を施行した。第9病日に退院したが、第22病日に腹膜炎のため、救急搬送となった。CT上残存結腸、直腸、小腸に多量の便塊を認め、free airを認めた。術中所見では腹腔内に多量の便塊を認め、便秘により前回吻合部の破綻を認めた。明らかな吻合部の狭窄は認めなかった。残存結腸切除、回腸単孔式人工肛門造設、洗浄ドレナージを施行した。その後の経過は良好である。

組織学的所見ではS状結腸から直腸の一部にAuerbach神経叢の神経節細胞の減少を認めた。直腸断端には神経節細胞の減少は認めず、Segmental Hypoganglionosisと診断した。慢性特発性大腸偽性腸閉塞症では内科的治療が奏効しない場合、大腸亜全摘を施行し、改善した報告例を認めるが、本症例は大腸亜全摘施行後にも便秘となり、回腸人工肛門造設を必要とした。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-3] ロボット支援大腸癌手術後に右下腹部の8mmロボットポートにて発症したポートサイトヘルニアの2例

福田 真里, 山川 雄士, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 牛込 創, 高橋 広城, 瀧口 修司 (名古屋市立大学消化器外科)

ポートサイトヘルニア（PSH）は鏡視下手術後に特有な合併症であるが、ロボット支援手術における8mmポート部位の報告は少ない。今回、当院で経験したロボット支援大腸癌手術後の8mmポートのPSH2例を報告する。

症例1は70歳代女性。虫垂癌（cT4b（S状結腸）N2M0）に対し、ロボット支援下回盲部切除術+S状結腸切除術を施行。ポートは直腸癌手術に準じた右下から左上の斜め45度の8mmポート4本と左腹部に助手用12mmポートを留置した。吻合は体腔外で行った。右下腹部8mmポートから19Frドレーンを仙骨前面に留置した。12mmポート部は腹膜・筋膜を閉鎖、8mmポート部は4-0PDSで皮下埋没縫合のみを行い閉鎖した。手術時間は8時間43分（コンソール時間：6時間34分）。術後9日目に腹部膨満と胃管排液の増加を認め、腹部単純CTにて、右下腹部8mmポート部のPSHと診断し、同日緊急手術を施行。腹腔鏡下に右下腹部8mmポート部への小腸の嵌入を確認。腹腔内からは還納困難であり、ポート創を40mmに拡大し直視下に陥頓を解除、炎症による小腸壁の肥厚にて狭窄する可能性を考慮し4cmほど小腸を切除し吻合を行った。術後経過は良好で術後15日目に退院した。症例2は60歳代女性。上行結腸癌（cT2N0M0）に対し、ロボット支援下結腸右半切除術を施行。ポートは逆L字型で、下腹部に8mmポートを3本配置し、左上腹部に8mmポートを留置、左腹部に助手用12mmポートを留置した。吻合は体腔内で行った。腹膜・筋膜の閉鎖は各ポート、症例1と同様の方法で行った。手術時間は3時間23分（コンソール時間：2時間44分）。術後2日目から流動食を開始したが、術後3日目に嘔吐を認め、経鼻胃管を留置した。術後4日目に腹部単純CTにて右下腹部8mmポート部のPSHと診断し、同日緊急手術の方針とした。腹腔鏡下に右下腹部8mmポート部に小腸の嵌入を認めた。腹腔内からの陥頓小腸の牽引にて陥頓を解除し、0PDSにてエンドクローズを使用し同8mmポート部の腹膜・筋膜を縫合閉鎖した。術後経過は良好で術後11日目に退院した。両症例とも筋膜閉鎖を行っていなかったことがPSH発症に関与した可能性があり、術後PSH予防のため、8mmポートでも筋膜閉鎖の必要性が示唆された。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 Ⅲ ポスター9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-4] 鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する治療により排便コントロールし得た1例

仕垣 幸太郎¹, 平良 さやか² (1.大浜第一病院大腸肛門外科, 2.大浜第一病院看護部)

（はじめに）鎖肛術後の排便機能異常については、便失禁や便秘（排便障害）が2大症状として挙げられ、排便に係る筋群の形成不良や神経学的異常などの先天的要因と、手術操作や術後管理などによる後天的要因に起因する場合がある。今回我々は鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する緊急的対処をし得た1例を経験したので報告する。

（症例）20歳代女性。生後6ヶ月目に鎖肛の診断で手術を施行された。以降便秘を認め、小児病院や総合病院の内科で便秘の治療を行っていた。当科来院前にもクリニックにて下剤の調整を行うも自己中断された。来院1ヶ月前に同クリニックを受診した。重症便秘症の診断で加療目的に当科へ紹介となった。来院時、著明な腹部膨満と触診にて便塊を触知し得た。腹部レントゲン検査や上下腹部単純CT検査にて直腸からS状結腸に便塊が貯留し最大径は17cmにまで拡張していた。これに伴い横隔膜、膀胱、子宮、胃は圧排され、腰椎は側弯をきたしていた。入院の上、酸化マグネシウム製剤とラクツロースを処方した。また週1-2回のペースで全身麻酔下に摘便を行った。また摘便の開始に併せてコーン型経肛門的逆行性洗腸法も導入した。自己管理可能な状態となり退院となった。退院後も定期的に全身麻酔下に摘便を行い、最終的にポリエチレングリコール製剤の内服のみで排便でコントロールし得た。

（考察）鎖肛術後の排便機能異常は種々の要因が存在するが、経年的にこれらが絡み合い複雑化する特徴がある。麻酔下に摘便を行いこれにあわせて洗腸を中心とした保存的治療は改善し得る手段と考えられた。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-5] 審査腹腔鏡とコーラ溶解療法を併用してS状結腸の腸結石を摘出し得た1例

高柳 雅, 井原 啓佑, 泉 陽光, 上野 綸, 河野 貴博, 根本 鉄太郎, 蜂谷 裕之, 石塚 満, 中村 隆俊, 水島 恒和 (獨協医科大学下部消化管外科)

【症例】

73歳，女性．胆嚢結石症の精査目的にCT検査を施行したところ，S状結腸に直径5cm大の腸結石を偶発的に認めた．腸閉塞症状は来していなかった．まず，消化器内科にて内視鏡的破碎が試みられたが，破碎することができなかったため，外科的摘出目的に当科に紹介となった．

審査腹腔鏡を行い、鉗子で肛門側に結石を誘導しようと試みたが困難であった。そこで複数の文献を参考にコーラ溶解療法を試みた。術中内視鏡で結石周囲をコーラで充填し，20分後に内視鏡で確認すると下部直腸まで結石の移動を認めた．リトラクターで肛門の視野を確保し直視下に結石を破碎し，肛門より結石を摘出した．術後経過は良好で術後7日目に退院となった．摘出した結石の成分分析を行うと，脂肪酸カルシウムとリン酸マグネシウムが主成分として検出された．

【考察】

腸結石は，その構成成分により真性結石と仮性結石に分類される．医学中央雑誌にて「腸結石」「腸石」をキーワードに検索を行うと，コーラ溶解療法により結石を破碎、摘出できたとする報告が散見された．これは，腸結石内でのカルシウム量の低下や炭酸ガスの機能による溶解作用の増強などの機序によると考えられる．本症例のように腹腔鏡を併用した報告は確認できなかった．本症例では腸管切除を念頭に腹腔鏡手術を選択したが、コーラ溶解療法により，結果として腸管切除をせずに腸結石を摘出することができた．腹腔鏡手術と術中内視鏡検査を併用することで，腹腔内から鉗子で腸管を把持することで効率的にコーラを結石に浸すことができることや腸管損傷などがあった際に早期に発見をし得ることは利点と考えられた．

【結語】

今回、我々は腸結石に対して腹腔鏡手術と術中内視鏡によるコーラ溶解療法を併用して治療し得た1例を経験したので報告する。

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月15日(土) 13:40～14:25 ■ ポスター9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-6] 開腹操作を要した経肛門直腸異物の1例

長谷川 琢哉, 渡邊 真哉, 古田 美保, 會津 恵司, 小林 真一郎, 佐藤 文哉, 林 友樹, 清水 大輔, 川島 賢人, 伊藤 博崇, 川島 綾菜, 近松 雅文, 田中 智裕, 石田 直哉, 永田 萌々 (春日井市民病院)

経肛門的直腸異物は性的嗜好などが原因で、肛門より異物を挿入し、抜去不可能となったものである。治療は一般的に内視鏡や経肛門摘出が第一であり、困難な症例でも、鎮静下に経肛門操作に加え、腹壁への愛護的圧迫にて抜去可能な場合もある。

しかしながら、無理な操作により、かえって異物による腸管損傷を引き起こしてしまう可能性もあるため、その場合には開腹手術を要する事がある。

今回我々は、経肛門的アプローチでの抜去困難により、開腹操作を要した1例を経験した。

症例は47歳の男性、既往歴は特になし。受診前日にシリコン製の玩具を挿入したが排出困難となった。1日様子を見ていたが排泄されず、近医を受診し、処置困難のため当院紹介受診となった。血液検査では炎症反応の軽度の上昇を認め、腹部CTでは直腸からS状結腸に及ぶ高吸収体を認めた。玩具はシリコン製であり鉗子で把持可能であったが崩れてしまうため、内視鏡下、非鎮静下での抜去は困難と判断し、全身麻酔下に抜去を試みた。用手的に下部を把持しつつ、潤滑剤を注入し、腹壁越し玩具の上部を圧迫したが抜去には至らず、開腹の上、用手的牽引に加え、結腸壁を直接圧迫することで抜去が可能であった。

開腹所見では腸管壁の損傷はなく、玩具は砲弾型をしており、結腸ひだと一体となることで牽引の際に結腸と一体に稼動してしまうため、抜去が困難な状態になっていた。

経肛門的に20×7.5×7.5cmの玩具が摘出された。直腸壁の損傷は認めず、術後経過は良好で第6日目に退院した。本症例を元に、経肛門異物に対する治療について若干の文献的考察を加えて報告する。