

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月14日(金) 13:30～14:05 ■ ポスター4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲溪仁会病院)

[P7-1]

診断に難渋した穿孔性虫垂炎を契機とした鼠径部膿瘍の1例

岡本 暢之, 古川 高意, 平野 利典, 長嶺 一郎, 大田垣 純 (広島共立病院外科)

[P7-2]

急性虫垂炎を契機に判明した虫垂起始異常の1例

藤田 敏忠, 太田 里菜, 折田 沙穂, 寺井 祥雄, 岸 淳彦, 藤田 恒憲 (兵庫県立丹波医療センター外科)

[P7-3]

S状結腸憩室炎に起因する結腸膣断端瘻の1例

穂坂 美樹 (相模原協同病院消化器外科)

[P7-4]

腹腔鏡下手術で治療した結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻子宮穿破の1例

鈴木 克徳, 深澤 貴子, 宇野 彰晋 (磐田市立総合病院)

[P7-5]

保存的治療が奏効した腸管気腫症の臨床的特徴

大崎 真央, 植村 守, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 荻野 崇之, 三吉 範克, 土岐 祐一郎, 江口 英利 (大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:05 ④ ポスター4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲溪仁会病院)

[P7-1] 診断に難渋した穿孔性虫垂炎を契機とした鼠径部膿瘍の1例

岡本 暢之, 古川 高意, 平野 利典, 長嶺 一郎, 大田垣 純 (広島共立病院外科)

【はじめに】診断に難渋した穿孔性虫垂炎を契機に鼠径部膿瘍を形成した症例を経験したため報告する。【症例】84歳女性。認知症，脳梗塞，多発腰椎圧迫骨折，大腿骨頸部骨折，未治療の右鼠径ヘルニアが既往症にあり，ADLが高度に低下した高齢患者。進行乳癌に対して，センチネルリンパ節生検を伴う乳房切除術を施行した。術後4日目より右鼠径部に増大する腫瘤を認めた。CT検査で右鼠径ヘルニアのヘルニア嚢内に低吸収域を認め，穿刺すると膿性排液を認めた。CT画像や造影検査では，膿瘍と腸管の明らかな交通は認めず，ドレーンを留置し，抗菌薬投与による保存的治療を開始した。以降軽快し，CT画像上での膿瘍の消失を確認し，膿瘍治療19日目に退院となった。膿瘍治療50日目，食事摂取量低下などから精査目的で撮影されたCT検査で盲腸背側を中心とした後腹膜腔内の低吸収域を認めた。穿刺し膿性排液を認めたため，再び同様の保存的治療を開始した。入院時の造影検査では腸管への造影剤流入像は認めなかったものの，膿瘍治療52日目より腸液様のドレーン排液を認めた。引き続き保存的治療を継続したが，改善せず手術を施行した。手術では虫垂に穿孔部を認め，穿孔部からヘルニア嚢内膿瘍・後腹膜膿瘍を形成したと思われた。虫垂を切除し，後腹膜腔にドレーンを留置した。以降，保存的治療を継続し，膿瘍治療81日目（術後17日目）に退院となった。虫垂術後約3ヶ月の経過で膿瘍の再発や鼠径ヘルニアによる症状は認めていない。【結語】臨床所見が非典型的であったことに加え，患者は高齢かつADLが低下しており，症状認知の鈍化や自己報告能力の低下が診断の遅れの一因となったと思われた。

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:05 Ⅱ ポスター4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲溪仁会病院)

[P7-2] 急性虫垂炎を契機に判明した虫垂起始異常の1例

藤田 敏忠, 太田 里菜, 折田 沙穂, 寺井 祥雄, 岸 淳彦, 藤田 恒憲 (兵庫県立丹波医療センター外科)

急性虫垂炎は日常診療でよく遭遇する疾患の1つである。腸回転異常などに起因する虫垂の位置異常に関する報告は多いが、今回我々は虫垂炎の手術時に判明した上行結腸から発生した虫垂起始異常の1例を経験した。同様の報告は、本邦では過去に1例しかなく非常に稀であり文献的考察を加え報告する。症例は6歳 男性。入院3日前より下腹部痛、発熱あり近医を受診。胃腸炎の診断で内服処方されるも症状持続し当院受診した。腹部CTを施行したところ、糞石を伴う虫垂の腫大あり、周囲に膿瘍の可能性を否定できない少量の液体貯留も認め急性虫垂炎、腹腔内膿瘍の診断で当院入院となった。腹部は平坦 軟で右下腹部に圧痛を認めた。採血ではWBC4920/ μ L、CRP16.85mg/dlと炎症反応を認めた。腹部症状は右下腹部に局限しており、抗生剤による点滴加療を開始した。腹痛が続き入院7日目の採血でWBC13690/ μ L、CRP11.58mg/dlと炎症反応上昇とCTで骨盤腔内に径7cm大の膿瘍を認めた。膿瘍の周囲は腸管に囲まれ穿刺ルートが確保できないため手術の方針となった。下腹部正中で開腹し、腸管の癒着を剥離し膿瘍のドレナージをおこなったのち盲腸を確認したが虫垂は認めず、回盲部の授動をおこなったところ回盲弁の肛門側縁近傍の上行結腸から起始する虫垂を認めた。虫垂の末梢側は炎症により融解壊死しており、残存虫垂を根部で結紮切離して切除した。術後経過は良好で8日目に退院となった。切除した虫垂の病理組織診断は急性壊疽性虫垂炎であった。虫垂炎の手術は時間外に経験の浅い医師が執刀することも多いと思われる。虫垂が通常の盲腸から起始しないことで手術時に混乱を招く可能性あり、術前画像の注意深い読影とともに今回のような虫垂起始部の異常も知識として持つ必要があると思われる。

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:05 ポスター4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲溪仁会病院)

[P7-3] S状結腸憩室炎に起因する結腸膣断端瘻の1例

穂坂 美樹 (相模原協同病院消化器外科)

16年前に子宮筋腫に対して開腹子宮全摘術の既往がある62歳, 女性. 腹痛を主訴として前医に救急搬送された. 血液検査ではWBC 16200/ μ l, CRP 16.33mg/dlと炎症の上昇を認め, 腹部造影CT検査でS状結腸の多発憩室および限局性骨盤内膿瘍を認めた. 憩室穿孔による限局性腹腔内膿瘍の診断で抗生剤の投与とCTガイド下穿刺ドレナージを行った. ドレナージの際, 膿瘍腔とS状結腸が造影された. 29日目にカテーテル造影を行ったところ, 膿瘍は縮小したが, 新たに膣との交通を認めた. 42日目に消化管との瘻孔は閉鎖し, 膣との瘻孔のみが残存した. 瘻孔が閉鎖しないため, 61日目にリピオドールによる塞栓術を行い, 66日目に退院となった. 退院後に再発のリスクもあるため, 手術目的で当院に紹介受診となった. 腹部CT検査では瘻孔とリピオドールの残存は認めしたが, 膿瘍はなく, 注腸造影で膣との交通は認めなかった.

膿瘍ドレナージから3カ月後に腹腔鏡下S状結腸切除術を行った. 手術時間は254分, 出血量は100mlであった. 術前に左尿管ステントを留置し, 膣との瘻孔部分は切除したが, 瘻孔部分の開存が不明瞭であったため, 同部位に大網パッチを行った. 経過は良好で, 術後6日目に退院となった. 結腸憩室炎の合併症として穿孔や瘻孔形成があるが, 瘻孔形成は1%程度と稀である. 大半は結腸膀胱瘻であり, 結腸膣瘻はその中の1.2%程度と報告されており, 極めてまれであった. 今回, 我々はS状結腸憩室炎に起因する結腸膣断端瘻を経験したので若干の考察を加えて報告する.

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:05 ④ ポスター4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲溪仁会病院)

[P7-4] 腹腔鏡下手術で治療した結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻子宮穿破の1例

鈴木 克徳, 深澤 貴子, 宇野 彰晋 (磐田市立総合病院)

症例は73歳、女性。肝細胞癌術後外来通院中。術後1年9ヶ月の画像評価でS状結腸膀胱穿通が疑われたが、症状なく経過観察されていた。術後2年7ヶ月の画像評価で穿通部位近傍の膿瘍および子宮穿破、気尿及び排尿時痛を認め手術を希望された。術後2年9ヶ月で腹腔鏡下S状結腸切除術、膿瘍ドレナージ術を施行した。術中膀胱洗浄で軽度漏出を認めたが、泌尿器科産婦人科コンサルトし閉鎖は困難と判断し、バルーン留置の上経過観察の方針とした。術後9日目に膀胱造影施行し、明らかな腹腔内の漏出ないことを確認し、術後10日目に退院となった。退院後の経過は良好であり現在外来通院中である。

結腸憩室症は出血、穿孔、狭窄、瘻孔形成など様々な病態を引き起こす疾患である。特に結腸膀胱瘻は気尿や排尿時痛といった症状を引き起こし患者の生活の質を低下させるだけではなく、時に複雑性尿路感染により敗血症を引き起こし生命を脅かす病態である。女性では結腸と膀胱の間に子宮が存在するため結腸膀胱瘻の頻度は低いとされている。保存的加療では改善に乏しく、手術が唯一の治療法であるが、炎症の影響で剥離などが困難である。今回我々はS状結腸憩室膀胱瘻子宮穿破に対して腹腔鏡下手術を施行し、良好な経過をたどった症例を経験したので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14日(金) 13:30～14:05 血 ポスター4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲溪仁会病院)

[P7-5] 保存的治療が奏効した腸管気腫症の臨床的特徴

大崎 真央, 植村 守, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 荻野 崇之, 三吉 範克, 土岐 祐一郎, 江口 英利
(大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

【はじめに】腸管気腫症は腸管壁の粘膜下層や漿膜下層に多房性あるいは直線状に気腫性嚢胞を形成する比較的稀な疾患であり、腸管壊死を含めた腸管損傷との関連が報告されている。さらに、門脈ガス血症を伴う場合は腸管壊死で認められる重篤かつ予後不良の徴候とされ、緊急手術適応の一つの指標とされてきた。しかし、画像所見に基づく診断概念であり、その原因となる病因本態には様々なものがあると考えられ、保存的治療が可能になる症例も多い。当院で経験した腸管気腫の臨床的特徴と治療成績に関して報告する。

【対象・方法】2020年1月から2023年4月までの間に当院で経験した腸管気腫症52例を対象とした。診断は腹部CT検査で腸管壁に沿って線状・嚢胞状の気腫像を認め腸管気腫症と診断された症例とし、症状、治療、患者背景などについて検討した。

【結果】年齢中央値は65歳（IQR 47.3-75）、男性50例（57.7%）であった。症状は発熱11例、腹痛9例、下痢3例、嘔吐3例、腹部膨満3例、その他3例で、無症状が20例あった。併存疾患として消化器疾患14例、糖尿病11例、呼吸器疾患7例、心血管疾患8例、血液疾患5例、自己免疫疾患2例（重複含む）を認めた。並存疾患管理のために18例でステロイドが投与され、10例で免疫抑制剤が使用されていた。CT検査では、腹腔内遊離ガスを13例に認め、門脈ガス血症を8例に認めたが、腸管内容の漏出を伴う腸管穿孔は認めなかった。手術を施行したのは1例で、初回CTで門脈ガスを認めたが腸管虚血はなく保存的治療を行ったものの、翌日に腹水の増加を認めたため試験開腹を行い、腸管虚血を認めたため小腸部分切除を行った。残る51例には保存的治療が選択され、そのうち49例は軽快を示した。死亡例は2例であり、いずれも並存疾患の増悪が原因であった。

【結語】腸管虚血を認めない腸管気腫症に対しては保存的治療で改善が見込める可能性があると考えられた。