

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月14日(金) 13:30～14:15 ■ ポスター5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-1]

子宮癌術後の放射線治療の晩期障害によって、食餌性イレウスとなり、その後小腸膀胱瘻、結腸膀胱瘻を来した一例

安藤 有里恵, 松本 貴恵, 藪田 佳帆, 三瓶 康喜, 山本 森太郎, 黒木 直美, 上原 拓明, 菅瀬 隆信, 田中 智章, 後藤 崇, 指宿 一彦, 谷口 正次, 古賀 倫太郎 (古賀総合病院外科)

[P9-2]

S状結腸癌肝転移切除術後、術後補助化学療法の前療法にて重症肝障害を発症した一例

富井 知春, 石原 加葉, 藤田 孝尚, 伊藤 その, 大島 令子 (東京都立大塚病院消化器外科)

[P9-3]

ストマ造設術後に劇症型のクロストリジウム・ディフィシル腸炎で死亡した1例

池田 純, 川島 市郎, 北角 泰人, 谷岡 ヤスヒコ (京都民医連中央病院)

[P9-4]

ストマ造設後に発症した劇症型偽膜性腸炎の1例

川島 市郎, 池田 純 (京都民医連中央病院外科)

[P9-5]

高齢UCで術後カンジダ敗血症の合併のため診断に苦慮した重症ニューモシスチス肺炎の一例

鳥谷 建一郎¹, 木村 英明¹, 今西 康太¹, 本間 実¹, 前橋 学¹, 栗村 一輝¹, 春山 芹奈¹, 中森 義典¹, 国崎 玲子¹, 諏訪 雄亮², 小澤 真由美², 遠藤 格³ (1.横浜市立大学附属市民総合医療センターIBDセンター, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター, 3.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

[P9-6]

アメーバ性大腸炎を合併した直腸S状部癌の1例

沖村 駿平, 光藤 傑, 三上 城太, 梶原 淳, 木村 聡宏, 谷川 隆彦 (川崎病院)

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:15 poster5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-1] 子宮癌術後の放射線治療の晩期障害によって、食餌性イレウスとなり、その後小腸膀胱瘻、結腸膀胱瘻を来した一例

安藤 有里恵, 松本 貴恵, 藪田 佳帆, 三瓶 康喜, 山本 森太郎, 黒木 直美, 上原 拓明, 菅瀬 隆信, 田中 智章, 後藤 崇, 指宿 一彦, 谷口 正次, 古賀 倫太郎 (古賀総合病院外科)

【はじめに】放射線治療によって、局所再発率や根治率が上がり悪性腫瘍の生存率に貢献している重要な治療法の一つであるが、放射線照射によって引き起こされる有害事象には、治療困難な場合が多い。放射線による障害には、照射後半年以内に起こる早期障害と、数年かけてもたらされる晩期障害に分けられ、晩期障害では、特に消化管壁内に微小な循環障害を起こし、不可逆性に狭窄や穿孔、瘻孔を形成する重要な有害事象であり、患者のQOLやperformance statesに大きく関わるため慎重に治療法を計画する必要がある。これらは進行性の病態であるため外科的切除が行われるが、Frozen Pelvisとなり癒着剥離に難渋したり、腸管大量切除による吸収障害をきたす可能性や、縫合不全のリスクも高い。今回我々は、子宮癌術後の放射線治療の晩期障害によって、複雑な経過をたどった症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

【症例】79歳女性。子宮癌術後、放射線照射の既往あり。食餌性イレウスに対して他院で経鼻イレウス管で治療され寛解と増悪を繰り返していた。初回治療から3ヶ月後に手術目的に紹介となり、小腸部分切除の方針としたが、イレウスを引き起こした小腸は骨盤に硬く癒着し、かつ放射線治療の影響で粘膜は白色に退化していたため小腸横行結腸バイパス術を施行した。術後13病日でリハビリ転院するも、術後1ヶ月で糞尿を認め、精査で小腸膀胱瘻、直腸膀胱瘻と2箇所膀胱瘻を認めた。小開腹にて肛門側の小腸離断と、双口式横行結腸人工肛門を造設した。術後合併症なく退院した。

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:15 Ⅲ ポスター5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-2] S状結腸癌肝転移切除術後、術後補助化学療法のUFT+LV療法にて重症肝障害を発症した一例

富井 知春, 石原 加葉, 藤田 孝尚, 伊藤 その, 大島 令子 (東京都立大塚病院消化器外科)

【はじめに】

大腸癌肝転移治療切除後の術後補助化学療法については、手術単独と比較し術後補助化学療法としてUFT+LV療法を行うことで3年RFSが有意に良好であったという報告がある。大腸癌治療ガイドラインにおいても術後補助化学療法を行うことが強く推奨されている。S状結腸癌肝転移切除術後、術後補助化学療法のUFT+LV療法にて重症肝障害を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】

64歳、女性。主訴は体動困難、発熱、上腹部痛。S状結腸癌pT4a, pN1b, cM0, pStage IIIb に対して根治切除術、術後補助化学療法CAPOXを3コース施行、術後補助化学療法終了3ヶ月後に肝臓S4とS7の2箇所15mm大の転移が出現した。2箇所の肝部分切除術を施行し、経過良好で術後8日目に退院した。術後18日目より補助療法として UFT+LV療法を開始した。1コース目のday14に外来受診した際はお元気であったが、day15より体調不良を自覚、day18に体動困難となり、day20に救急外来を受診した。採血でAST452U/L, ALT818U/Lと上昇、CTでは腹水、肝内門脈周囲の浮腫を認め、急性肝炎の診断で緊急入院となった。各種血液検査ではウイルスの関与も否定的であり、UFT+LVによる薬剤性肝障害が疑われ内服を中止した。入院1週間後に解熱し、全身状態や肝機能の改善がみられ、入院21日目に退院となった。術後補助化学療法は再開せず、半年経過するが再発は認めていない。

【考察】

UFT+LV療法による肝障害は、その6割が投与後2ヶ月以内に発症し、特に劇症例はほとんどがこの時期に発症したと報告されている。UFT+LV療法は以前より広く行われているレジメンであるが、稀に重症肝障害を発症することがある。特に開始後2ヶ月以内は自覚症状の出現の有無や血液検査の確認が必要である。

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月14日(金) 13:30～14:15 ■ ポスター5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-3] ストマ造設術後に劇症型のクロストリジウム・ディフィシル腸炎で死亡した1例

池田 純, 川島 市郎, 北角 泰人, 谷岡 ヤスヒコ (京都民医連中央病院)

症例は58歳男性。思春期より精神科通院歴があり、統合失調感情障害と、約11年前の右被殻出血のため左上下肢麻痺を有し、10年前より精神科病院入院中であった。約7ヶ月前に高度便秘症と急性腎盂腎炎で当院内科入院し各種便秘薬と抗生剤加療で退院されたが、4ヶ月前にも再び高度便秘症で当院で入院加療され、ほぼ毎日の浣腸と摘便が必要な状態であった。ストマ造設によりQOL改善が見込めると判断し、シツマークテストでS状結腸での滞留を確認後、腹腔鏡下横行結腸ストマ造設術を施行した。術後やや疼痛の訴えが強かったが食事摂取は良好であった。6日目に急な食欲低下、7日目より高熱・血圧低下があり、炎症反応高値を認めた。8日目のCT検査にて肺炎による敗血症性ショックを疑った。抗生剤投与と輸液で安定化したが、11日目よりストマ肛門側の腸管脱出がみられるようになり適宜用手還納を要した。炎症反応高値は持続し14日目に呼吸苦が出現し胸水貯留によるものが疑われた。尿量低下、浮腫もみられるようになり、環器内科対診するも心不全は否定的であった。15日目にCDトキシンを検査したところ陽性であった。劇症型のクロストリジウム・ディフィシル（CD）腸炎と診断しバンコマイシン・アネメトロ投与を行ったが奏功せず、多臓器不全が進行し術後18日目に死亡した。後方視的にみると、8日目のCTではストマ口側の右側結腸の拡張と壁肥厚があり、この時点でCD腸炎を発症していた可能性があるが、担当医は疑うことができなかった。またCD腸炎の診断後も、ストマ肛門側の腸管に内服バンコマイシンが届かず治療が奏効しなかった可能性もある。文献的検索を加え報告する。

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月14日(金) 13:30～14:15 ■ ポスター5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-4] ストーマ造設後に発症した劇症型偽膜性腸炎の1例

川島 市郎, 池田 純 (京都民医連中央病院外科)

はじめに

難治性便秘の治療手段として外科的治療がある。当院では、高齢で要介護者の便秘は結腸通過遅延型便秘＋排出障害型の混合型の場合が多く、術式はストーマ造設になる。

ストーマ造設は、排泄に伴う苦痛や介護者の負担も軽減され、しかも安全な術式として選択してきた。今回、ストーマ造設後に劇症型偽膜性腸炎を発症し死亡した症例を経験したので報告する。

症例

50代男性、既往歴に脳出血左半身麻痺がある。統合失調症で長期間入院生活中。便秘に対して内服治療を試みるも効果が期待できず、毎日浣腸し、排泄ケアを要するも年に2～3回イレウス症状で入院となる。本人も介護者もストーマ造設を希望する。

術前検査（SITZ MARKs study）S状結腸まで通過良好であることを確認。

手術：腹腔鏡下横行結腸双孔式人工肛門造設術施行

術後経過：術後1週間でHOS（High Output Stoma）出現。輸液にて調整するも肺炎、腎不全を発症する。

術後10日目ストーマ脱出するも虚血性変化なし可及的還納の方針となる。下痢粘血便が続くため便培養施行。CD陽性で偽膜性腸炎と診断し、バンコマイシン内服治療を開始する。

徐々に意識レベル低下する。酸素飽和度は維持されるも呼吸数は減少する。CTにて胸水腹水が貯留。血液検査にて白血球140000と異常高値となり劇症型偽膜性腸炎と診断。メトロニダゾールの点滴治療が開始されるも術後18日目に死亡退院される。

考察

高齢者の難治性便秘はイレウス症状を来すこともあり相対的な手術適応があると考えている。術式は患者のQOL,介護者の負担を配慮し、周術期の安全性を考慮しストーマ造設を選択してきた。本症例では術後肺炎から抗生物質の長期使用を余儀なくされたこと、双孔式ストーマとしたためストーマ肛門側の腸炎に対し、治療が無効であったことが病状悪化に影響したと考える。

結語

難治性便秘の治療法として人工肛門造設がある。対象患者は高齢で脆弱な方が多く適応、術式、合併症対策には細心の注意を払う必要がある。

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:15 血 ポスター5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-5] 高齢UCで術後カンジダ敗血症の合併のため診断に苦慮した重症ニューモシスチス肺炎の一例

鳥谷 建一郎¹, 木村 英明¹, 今西 康太¹, 本間 実¹, 前橋 学¹, 栗村 一輝¹, 春山 芹奈¹, 中森 義典¹, 国崎 玲子¹, 諏訪 雄亮², 小澤 真由美², 遠藤 格³ (1.横浜市立大学附属市民総合医療センターIBDセンター, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター, 3.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

背景：高齢者の潰瘍性大腸炎（UC）で肺炎は主な術後死因であり、特に急性重症潰瘍性大腸炎（ASUC）で免疫抑制中はニューモシスチス肺炎（PJP）などの日和見感染に注意が必要である。ASUCを発症した高齢患者が術後にカンジダ敗血症を合併し、PJPの診断が困難となった症例を経験したため報告する。

症例：症例は70歳の男性。血便、下痢、腹痛を主訴に近医入院し、感染性腸炎が疑われ抗菌薬治療を受けたが改善せず、第14病日に当院へ転院した。転院2日目にS状結腸内視鏡検査を施行しASUCと診断、ステロイド療法と顆粒球除去療法を施行した。転院22日目に内科治療抵抗性UCと判断し、腹腔鏡下結腸全摘術、回腸人工肛門造設術を施行した。術後9日目に発熱を認め、カテーテル関連血流感染（CRBSI）を疑い、カテーテルを抜去しCefazolinを開始。術後12日目、CRBSIによるCandida parapsilosis敗血症と診断しfluconazoleを投与した。CTで両肺の結節影を認め、敗血症性肺塞栓症を疑った。一時的に軽快したが、術後18日目に発熱と低酸素血症を認め、酸素療法を開始。血清B-D-glucan値の上昇がみられ、fluconazole耐性真菌を考慮し、amphotericin Bに変更した。術後19日目のCTで両肺に網状影とすりガラス状陰影を認め、敗血症性肺塞栓症ではなく、PJPを疑いtrimethoprim-sulfamethoxazoleを開始。気管支洗浄検査を施行した。術後21日目に低酸素血症が悪化し、人工呼吸器を開始。術後25日目に気管支肺泡洗浄の結果からPJPと確定診断し、大量プレドニゾロン療法を開始した。術後27日目に人工呼吸器から離脱し、術後54日目に自宅退院。術後10ヵ月で残存直腸切除術、回腸囊肛門吻合術を施行し、術後1年6ヵ月時点で生存中である。

結語：ASUCを発症した高齢者のB-D-glucan値の上昇を伴う呼吸器系の異常は、カンジダ敗血症の治療中であっても敗血症性肺塞栓症やカンジダ肺炎だけでなくPJPの合併を考慮する必要がある。

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:15 〇〇 ポスター5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-6] アメーバ性大腸炎を合併した直腸S状部癌の1例

沖村 駿平, 光藤 傑, 三上 城太, 梶原 淳, 木村 聡宏, 谷川 隆彦 (川崎病院)

【背景】アメーバ性大腸炎は比較的まれな疾患であるが、近年は性生活の多様化に伴い増加傾向にある。一方で、大腸癌にアメーバ性大腸炎を合併した症例の報告は少なく、診断や治療に難渋することが多い。本症例は、アメーバ性大腸炎を合併した進行直腸癌に対し腹腔鏡下前方切除術を施行した稀有な1例である。【症例】52歳、男性【主訴】便潜血陽性、腹痛【現症】男性との性交渉歴はないが性風俗店の利用歴があり、便潜血陽性及び腹痛を主訴に当院消化器内科を受診した。下部消化管内視鏡検査にて、直腸S状部に全周性狭窄を伴う2型病変を認め、生検により直腸癌と診断された。腫瘍の肛門側には浮腫状で白苔を伴うタコイボ様隆起と多発する糜爛を認め、内視鏡検体から細菌塗抹検査でアメーバが検出され、アメーバ性大腸炎の合併と診断された。【家族歴】特記すべきことなし【既往歴】うつ病、糖尿病、高脂血症【経過】腹部造影CTでは直腸壁の造影効果を伴う肥厚と腸間膜リンパ節の腫大を認めた。術前に10日間の抗菌薬治療後に点墨およびアメーバ腸炎の経過観察のため再度下部内視鏡検査施行した。腫瘍はさらに増大しスコープ通過が困難であった。腸炎に関しては前回認めていた肛門側の糜爛は消失していた。アメーバ性大腸炎の改善を確認し、腹腔鏡下前方切除術を施行した。病理診断はpT4bN0M0、Stage II cであった。術後経過は良好で、第8病日に退院した。【結語】アメーバ性大腸炎を合併する直腸癌を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。