

が、効果不十分であり IPM/CS0.5g×2 へ変更した。熱源検索にて胸部 CT 検査施行したが、創感染や腹腔内膿瘍などの熱源となりえる所見は認めなかった。敗血症による重症感染症と判断し、グロブリン製剤 5g を 3 日間投与を開始した。術後 4 日目頃より腰痛が出現した。術後 7 日目にかけて解熱傾向認め、CRP7.9 まで軽快認めた。術後 8 日目になり腰痛の悪化と他の臨床症状伴わない 39°C 台の発熱を認め血液、尿、便、喀痰培養検査を提出し、採血検査結果では WBC11400、CRP9.45 と炎症の遷延を認めた。後日、尿培養検査結果から MRCNS3×10⁴ 検出し、薬剤感受性結果を基に VCM0.75g 投与を開始した。血液培養検査結果からは菌を検出しなかった。その後も 38°C 台の発熱は続き、採血検査結果上、炎症所見の改善も悪化も認めなかった。腰痛の改善認めず、腰椎 MRI 施行したところ L3/4 レベルの化膿性脊椎炎・椎間板炎を認め、L4/5 には陈旧性の圧迫骨折を認めた。術後 21 日目、急性虫垂炎術後の敗血症に伴う化膿性脊椎炎と診断され、当院整形外科へ転科となった。床上安静、IPM/CS、CAZ、CLDM、LVFX などを投与し、術後 30 日目以降は 37°C を越える発熱なく、CRP の完全な陰性化、MRI 上の膿瘍の消失を確認し術後 100 日目に退院となった。【まとめ】 化膿性脊椎炎は整形外科領域の疾患ではあるが、先行感染としては尿路感染症、胆嚢炎、虫垂炎などの腹腔内・骨盤腔内の化膿性炎症後の血行感染が多く、基礎疾患としては糖尿病、肝硬変、悪性腫瘍などの易感染宿主が多いとされ、消化器病と必ずしも関係のない疾患とは言いがたい。本症例の様に長期間の抗生剤投与によって保存的に軽快する例も認めるが、脊髄・馬尾の神経圧迫による麻痺が出現した場合には可及的速やかな手術的対応が必要となることもある。腰痛の訴えを認め敗血症を伴う疾患で不明熱とされている場合、特に易感染宿主の場合は化膿性脊椎炎を鑑別疾患に挙げることも考慮に入れなければならないと思われる。

〈B〉

5. 進行胃癌術後 6 年目に直腸血行性転移が疑われた 1 例

木暮 憲道, 内田 信之, 中里 健二
 笹本 肇 (原町赤十字病院 外科)
 横尾 英明 (群馬大院・医・病態病理学)

【緒言】 胃癌根治手術後に限局した大腸転移をきたすことはまれである。今回われわれは、進行胃癌術後 6 年目に直腸への血行性転移が疑われた 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。【症例】 症例は初回手術時年齢 66 歳、女性。平成 16 年 8 月、体中部大弯の進行胃癌の診断に、胃全摘、胆嚢摘出術、リンパ節郭

清 D2、空腸間置再建術施行。病理診断は低分化腺癌、M-Gre, type 4, 6.5×5.5cm, pT4a (SE), INFγ, ly2, v1, PM (-), DM (-), VM (-), N2 (4/31), H0, P0, CY0, M0, Stage IIIB (胃癌取り扱い規約第 14 版による) であった。術後補助化学療法として TS-1 開始するが、Grade 2 の倦怠感出現し約 3ヶ月で中止。以後外来フォローアップされていた。術後 5 年目である平成 21 年 8 月に、胸腹骨盤 CT および上部消化管内視鏡施行し、胃癌の再発所見なし。平成 22 年 6 月より食欲不振、7 月より下腹部痛出現。直腸診にて全周性の壁肥厚による狭窄を認め、胃癌のダグラス窩転移が疑われた。胸腹骨盤 CT および骨盤 MRI 上、直腸 Ra に造影効果を伴う全周性の壁肥厚を認め、直腸癌が強く疑われた。他臓器転移、周囲リンパ節腫大、胸水、腹水は認めなかった。大腸内視鏡では、肛門縁より 2~12cm にかけて高度の狭窄を認めたが、粘膜は発赤と浮腫性変化のみであり、明らかな腫瘤形成は認めなかった。生検病理診断も明らかな悪性所見を認めなかった。なお、口側結腸には明らかな異常所見を認めなかった。以上より、粘膜下を中心としたびまん浸潤型直腸癌、もしくは胃癌のダグラス窩転移を疑い、平成 22 年 7 月全身麻酔下開腹。開腹所見では、明らかな腹膜播種なし、腹水なし、肝転移なし、リンパ節腫大なしであったが、腹腔内洗浄細胞診では腺癌の診断であった。直腸は Ra より肛門側は非常に硬く棍棒状になっており、腹会陰式直腸切断術を施行した。切除病理診断では、粘膜のほとんどが保たれている低分化腺癌で、既往の胃癌の組織像と類似しており、胃癌の血行性直腸転移を強く疑わせる所見であった。なお、2 個のリンパ節転移を認めた (2/10)。術後治療に関しては、本人の希望もあり現在行っていない。【考察】 今回、胃癌術後血行性転移を疑わせる 1 例を経験した。原発性直腸癌の可能性も完全には否定出来ず、外来で注意深くフォローアップ中である。今後の治療方針については、本人、家族ともよく相談を行いながら検討していく予定である。

6. 膀胱内に稀な形式の再発をきたした直腸癌の一例

濱野 郁美, 富澤 直樹, 小川 哲史
 荻野 美里, 清水 尚, 五十嵐隆通
 榎田 泰明, 荒川 和久, 田中 俊行
 安東 立正, 池谷 俊郎
 (前橋赤十字病院 消化器病センター)
 伊藤 秀明, 坂元 一葉 (同 病理部)
 竹吉 泉
 (群馬大院・医・臓器病態外科学)

【症例】 49 歳、男性。2008 年 2 月血尿、頻尿を主訴に泌尿器科を受診。膀胱頂部後壁に腫瘍を指摘された。TUR-Bt での生検結果は高分化腺癌であり、原発巣を精

査したところ直腸 Rs 癌を認めた。直腸癌膀胱浸潤と診断し直腸前方切除術、膀胱部分切除術、D3 郭清を行った。病理結果は高分化型腺癌 (tub1) SI (膀胱), int, INFb, ly1, v0, N1, H0, M0, P0 stage IIIa で、膀胱切除断端は陰性であった。術後補助化学療法としてカペシタビンの内服を開始したが、4 クール内服後有害事象が出現したため UFT/LV に変更し、術後 1 年経過した時点で再発なく化学療法を中止した。術後 1 年 9 ヶ月が経過した 2009 年 12 月肉眼的血尿が出現し、CT で膀胱底部から前立腺に連続する腫瘍を認めた。腫瘍は前回手術で部分切除した膀胱の反対側の膀胱三角部中心に存在したため、前立腺癌や膀胱癌が疑った。しかし生検結果は高分化腺癌であり直腸癌の再発と診断した。左閉鎖リンパ節にも腫大を認め、2010 年 2 月膀胱前立腺全摘術、回腸導管造設術、両側方リンパ節郭清 (左閉鎖神経合併切除) を施行した。摘出標本では前回の膀胱合併切除部は瘢痕部のみで、それとは離れた反対側の膀胱底部を中心に腫瘍を認めた。腫瘍は膀胱の筋層を貫き周囲脂肪組織や前立腺へも一部浸潤し、組織学的には直腸癌の再発と考えられた。また側方リンパ節にも転移を認めた。膀胱周囲浸潤やリンパ節転移が著しかったため左閉鎖腔、尿道断端付近への照射 60Gy とオキサリプラチン+TS-1 (SOX) による化学放射線療法を施行した。現在 SOX を 7 コース終了しているが、明らかな再発転移は認めていない。【まとめ】直腸癌膀胱浸潤例における術式として、骨盤内臓全摘術を含めた膀胱全摘術と膀胱温存術に大きく分けられるが、切除断端の癌陰性が得られるならば膀胱温存術式が選択される。膀胱温存術式を選択した際の術後膀胱内再発の報告は比較的少ない。また、そのほとんどは膀胱切離断端や膀胱尿管吻合部からの再発形式をとっており、初回手術時の膀胱切除範囲が不十分であることや縫合時の implantation が原因として考えられる。本症例は膀胱切離断端と反対側の膀胱内に再発を認めており、再発形式としてはリンパ行性再発というよりは膀胱内播種が強く示唆される珍しい一例であると思われ報告した。

7. 直腸癌術後の骨盤内リンパ節転移に対し腎筋群切離反転によるアプローチで切除した 1 例

清水 尚, 荻野 美里, 濱野 郁美
五十嵐隆通, 榎田 泰明, 富澤 直樹
荒川 和久, 田中 俊行, 安東 立正
小川 哲史, 池谷 俊郎

(前橋赤十字病院 消化器病センター)

伊藤 秀明, 坂元 一葉 (同 病理部)
竹吉 泉

(群馬大院・医・臓器病態外科学)

症例は 73 歳, 男性。2009 年 4 月, 直腸癌の診断で、腹会

陰式直腸切断術, D3 郭清, 人工肛門造設術を施行した。病理診断は tub1 > tub2, Rb, 2 型, 55×75mm, pA, ly2, v1, pN2 (251 21/28, 252 0/2, 253 0/4, 273R 0/3, 273L 0/3, 283R 0/10, 283L 0/10), H0, P0, M0, PM0, DM0, RM0, R0, pStage IIIb, Cur A であった。術後補助化学療法として UFT/UZEL を開始したが、6 コース施行中に内服を自己中断したため、その後は内服を再開せずに外来で経過観察していた。2010 年 6 月, CT で仙骨前左側に 15mm 大の結節を認めたため MRI を施行した。MRI で左内腸骨領域 (閉鎖筋下縁) に結節性病変を認め、FDG-PET でも同部位に集積を認めたため、骨盤内リンパ節転移を疑い、CT ガイド下針生検を施行した。生検結果は adenocarcinoma であった。7 月, 墨汁を用いて CT ガイド下に臀部よりマーキングを施行した後、大臀筋を含む臀筋群を仙骨付着部で切離し反転することによりリンパ節転移巣に到達するアプローチで手術を施行した。術後特に問題なく、7 病日に軽快退院された。病理結果は, moderately differentiated adenocarcinoma で直腸癌の転移に合致するものであった。術後補助化学療法として SOX 療法を開始し、術 3 カ月経過時の CT では再発は認めていない。

8. 腹部大動脈瘤により S 状結腸穿孔を来した一例

高橋 和宏, 関口 雅則, 中山 哲雄
佐藤 洋子, 鷹野 理保, 奈良 真美
鈴木 秀行, 竹澤 二郎, 山田 昇司

(原町赤十字病院 消化器内科)

森 秀暁, 林 弘樹

(前橋赤十字病院 心臓血管外科)

富澤 直樹, 浜野 郁美, 荻野 美里

(同 消化器外科)

【症例】81 歳男性 【主訴】下痢, 下血 【既往歴】2 年前に腹部大動脈瘤人工血管置換術 【現病歴】心房細動, 慢性腎臓病にて当院内科通院中, 2 ヶ月前より下痢が出現, 前日より鮮血便が認められるようになったため, 当院救急外来受診, 同日入院。【現症】意識清明, 体温 33.6 度, 血圧 87/55mmHg, 脈拍 119/min, 腹部は平坦・軟・圧痛なし, 正中に手術痕を認める, 直腸診では鮮血便あり。【検査所見】Hb 11.4g/dl, WBC 10460/ μ l, Plt 12.7 万/ μ l, T-Bil 1.9mg/dl, AST 19IU/l, ALT 7IU/l, LDH 526IU/l, ALP 339IU/l, γ -GTP 19IU/l, CK 39IU/l, BUN 23mg/dl, Cr 2.0mg/dl, CRP 7.1mg/dl, 緊急下部消化管内視鏡検査: S 状結腸にびらんを認めたが, 残便多く観察不良。腹部単純 CT: 腹部大動脈分岐部に径 10cm の腫瘤を認め, 新たな動脈瘤, 吻合部不全, 悪性腫瘍が疑われたが, CKD のため造影できず鑑別困難。【入院後経過 1】絶食, 輸液にてショック, 下血は軽快した。