

第65回 愛知臨床外科学会

日本臨床外科学会愛知県支部

日 時 2026年2月11日(水・祝) [建国記念の日]
会 場 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
A会場 バースセンター 4F 演習室1
B会場 バースセンター 4F 研修室3

〒453-8511 名古屋市中村区道下町3-35

TEL <052>481-5111

当 番 豊橋市民病院 一般外科

会 長 平松 和洋 (豊橋市民病院 院長)

〒441-8570 愛知県豊橋市青竹町字八間西50番地

TEL 0532-33-6111

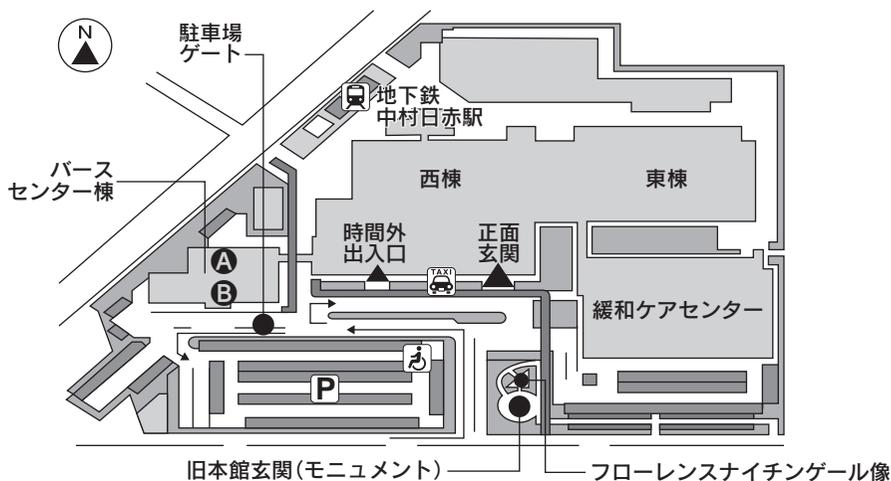
〈会場案内図〉



【アクセス】 地下鉄 東山線「中村日赤」駅下車 徒歩5分
 詳しくはこちらをご覧ください。
<https://www.nagoya-1st.jrc.or.jp/access/index.html>

■ 病院敷地内MAP

A会場：バースセンター棟 4F 演習室1
 B会場：バースセンター棟 4F 研修室3



地下鉄でお越しの場合は、病院連絡通路を通り1階へお上がりください。
 お車でお越しの場合は病院正面の駐車場にとめていただき駐車券は受付にて承認してください。
 バースセンター棟は、「職員専用」の記載がある入口からお入りいただき、エレベーター(または階段)で4階までお上がりください。
 バースセンター棟2階は西棟と繋がっていますが、入口は職員証が無いと入れないため、1階からお入りいただくようご注意ください。

1. 入会および年会費受付について

当学会に参加する場合(演者、座長、参加のみ含む)は、加入手続きと年会費の支払いが必須となります。学術集会当日の参加費はございません。

《年会費》 2,000円 期間：4月～翌年3月分

《納入方法》 ①郵便局払込用紙(毎年4月に会員へ送付)

②ゆうちょ銀行以外の払込方法

他銀行(ネットバンキング)やコンビニATMから支払いが可能です。
別途、利用手数料・振込手数料等が必要となります。

【振込口座名】

ゆうちょ銀行 店名：^{ゼロ はち きゅう}〇八九店 当座：0024500

受取人名：アイチリンショウゲカガクカイ

※振込の際は、振込人が判別できるように必ず所属先、氏名を入力ください。通帳名義(カタカナ)だけでは会員の特定ができません。

(例)ゲカ タロウ → アイチリンショウビョウイン ゲカ タロウ

※所属先の変更等は必ず事務局(日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)までご連絡をお願いいたします。当日は年会費の支払受付を設けますが、密集を防ぐため、事前に手続きを行っていただくようご協力願います。

【連絡先】

愛知臨床外科学会事務局 (052)481-5111 r-geka@nagoya-1st.jrc.or.jp

2. 学会形式

《開催方法》

- 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院での開催のみとなります。Webでの配信は行いませんので、演者・座長は必ず会場へお越し下さい。
- 発表スライドは事前に学会事務局へメールで提出されたものを使用します。事前提出について演者の先生には個別でご案内します。
- 1演題につき、発表5分、質疑応答3分です。時間厳守で学会運営にご協力をお願いします。
- 当日会場ではプログラムを配布しませんので、必ず郵送された学会抄録集をご持参下さい。

【座長の先生方へ】

- 担当セッション開始予定の20分前にA会場 パースセンター4F演習室1前の受付にお越し下さい。

- 受付後担当セッションの座長席に臨まれて下さい。セッションのインターバルは5分間です。
- 発表5分、質疑応答3分の配分で、時間厳守の学会運営にご協力下さい。
- 座長として若手外科医の教育的指導にご配慮下さい。セッション終了後に優秀演題推薦書を受付にご提出下さい。該当演題がなければ提出は不要です。

【演者の先生方へ】

《発表スライドの作成方法》

- 発表スライドは事前に学会事務局へメールで提出していただきます。
- 発表時間5分以内のスライド枚数で作成して下さい。
- 発表時に用意しているパソコンはWindows 11であり、Powerpoint 2021がインストールされています。フォントは標準装備されているものを使用して下さい。
- パソコン本体は学会で準備いたします。原則個人のパソコンの持ち込みはできません。
- 動画も可能ですが、動作確認は当日できかねますので、念のため事務局への提出とは別に各自USBメモリーを当日ご持参下さい。

《発表スライドの提出方法》

- ファイル名「演題番号(A-〇〇、B-〇〇) 氏名」
- 提出先メールアドレス 豊橋市民病院 一般外科
第65回愛知臨床外科学会事務局
airin65@toyohashi-mh.jp
- 動画を含むスライド等により大容量データとなる場合には学会事務局へメールで連絡を下さい。転送ファイルサービスの利用により対応いたします。
- 発表スライド受領後に返信メールをお送りします。返信がない場合には学会事務局へメール連絡下さい。
※事前の提出がない場合には発表ができませんのでご注意下さい。

《発表当日のお願い》

- 発表開始予定20分前にA会場 バースセンター4F演習室1前の受付にお越し下さい。
- 動画の組み込み等により事前のスライド提出ができなかった場合には、早めに受付を済ませるとともに発表スライドのUSBメモリーを念のためご持参下さい。
- 発表時間5分、質疑応答3分とかなりタイトですが、時間厳守でお願いします。
- 発表データは一時的に学会のパソコンに保存しますが、学会終了後すみやかに廃棄いたします。

- 発研修医セッションでご発表いただいた方には、奨励賞をご用意しております。会務総会終了後には、優秀演題賞の発表および表彰式を予定しておりますので、ぜひご参加ください。

3. 次回・第66回愛知臨床外科学会開催のご案内

《日 時》2027年2月11日(木・祝) [建国記念日]

《場 所》日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

《会 長》日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
副院長兼第一一般消化器外科部長 坂本 英至

《連絡先》日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 一般消化器外科

〒466-8650 愛知県名古屋市妙見町2-9

担当：尾辻 英彦

TEL：052-821-1121 FAX：052-821-1130

《演題申込方法》

提出先：sakaieji@nagoya2.jrc.or.jp 第66回愛知臨床外科学会事務局 宛

演題申込期間：2026年11月1日(日)～12月13日(日)

※演題申込はE-mailでの受付とします。採否は会長にご一任ください。期限厳守の上、たくさんの演題の登録をお願いいたします。

※演題受領時、返信メールをお送りします。返信メールが一両日中に届かない場合はご連絡ください。

《抄録メール送付書式》

演題名(改行)

所属(改行)

発表者、共同演者氏名(演者間には句読点(、)を入れてください。)(改行)

抄録：(段落の切れ目以外は改行しないでください。)

飾り文字や下線・図表は使わないでください。

抄録の文字数は**400**文字以内を目安に作成してください。

(抄録より二行あける)

申込者：

所 属：

所属先住所：

TEL：

E-mail：

A会場 (バースセンター4F 演習室1)	B会場 (バースセンター4F 研修室3)
9:30～ 9:35 開会の辞 9:40～10:12 上部消化管1 A1-A4 10:17～10:49 上部消化管2 A5-A8 10:54～11:42 研修医セッション1 A9-A14 一般・乳腺	9:40～10:20 小腸・ヘルニア1 B1-B5 10:25～11:13 小腸・ヘルニア2 B5-B11 11:18～11:42 乳腺 B12-B14
12:00～13:00 ランチョンセミナー A会場	
13:05～13:45 研修医セッション2 A15-A19 上部消化管・肝胆膵 13:50～14:38 大腸・肛門 A20-A25 14:38～14:43 表彰式 A会場 14:43～14:48 閉会の辞 A会場	13:05～13:53 肝胆膵・その他 B15-B20

INTUITIVE



Da Vinci 5 Surgery, transformed.

Da Vinci 5は、先進的な統合型サージカルプラットフォームです。
より高い効率性を実現するとともに、
より良い治療につながる実用的なインサイトを提供できるよう設計されています。

販売名: Da Vinci 5 サージカルシステム (承認番号: 30600BZX00019000)

詳細に関しては取扱説明書または添付文書等をご確認いただくか、以下のお問い合わせ先、または弊社営業担当へご確認ください。

お問い合わせ先: インテュイティブサージカル合同会社

東京都港区赤坂一丁目12番32号アーク森ビル

Tel. (03) 5575 - 1419 (営業部) Tel. (03) 5575 - 1326 (マーケティング部)

Tel. (03) 5575 - 1362 (音声案内で3を選択) (0120) 56 - 5635 (音声案内で3を選択) (カスタマーサービス)

©2025 インテュイティブサージカル合同会社

無断複写・複製・転載を禁じます。製品名は各社の商標または登録商標です。

MAT08501 V1.0 JP 2025/07

ランチョンセミナー

時間 12:00～13:00

会場 A会場（バースセンター4F 演習室1）

座長 平松 和洋
（豊橋市民病院 院長）

「最新テクノロジーを用いたダビンチ手術 ～今とこれから～」

講師 宇山 一郎
（藤田医科大学医学部
先端ロボット・内視鏡手術学講座 主任教授）

共催セミナー
インテュイティブサージカル合同会社

第65回 愛知臨床外科学会演題

A会場 (バースセンター4F 演習室1)

開会の辞 9:30～9:35

上部消化管1 9:40～10:12

座長 蟹江 恭和 (日本赤十字社愛知医療センター
名古屋第一病院 一般消化器外科)

- A-1 食道切除術において術式が術中の循環動態に与える影響：胸腔鏡と
ロボット支援手術の比較
愛知県がんセンター 消化器外科部 稲田 亘佑
- A-2 術中所見から術式変更を要した巨大食道平滑筋腫の1例
名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科 山口 真和
- A-3 集学的治療で切除し得た縦隔内進展巨大胃GISTに対する治療戦略
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科 林 祥平
- A-4 門脈圧亢進を伴うアルコール性肝硬変患者に発生した巨大胃GISTに
対し外科的切除を行った一例
豊田厚生病院 外科 奥田 健斗

上部消化管2 10:17～10:49

座長 鳥居 直矢 (名古屋掖済会病院 外科)

- A-5 Upside-down stomachを伴う巨大食道裂孔ヘルニアに対し
腹腔鏡下修復術を施行した1例
名古屋掖済会病院 外科 水谷 真也
- A-6 爪楊枝による胃穿通に対し腹腔鏡下手術を行った一例
名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科 山本 泰康
- A-7 十二指腸憩室穿通に対して保存的治療で軽快した1例
岐阜県立多治見病院 外科 牧野谷晃司

A-8 巨大嚢胞の感染による急性腹症の一例
豊田厚生病院 外科 藤澤 建太

研修医セッション1 一般・乳腺 10:54～11:42

座長 中橋 剛一 (知多半島総合医療センター 外科)

A-9 当院における乳癌自壊創介入方法の工夫
豊川市民病院 乳腺外科 浅海 望見

A-10 Loop type の盲腸捻転に対して腹腔鏡下に整復、固定術を行った1症例
藤田医科大学ばんだね病院 外科 尾崎 弘幸

A-11 上腸間膜静脈腫瘍栓を合併した上行結腸癌の1切除例
大垣市民病院 外科 柴田まど佳

A-12 妊娠中に再発した腸回転異常症に伴う中腸軸捻転の1例
安城更生病院 外科 坂本 達哉

A-13 Meckel憩室と大網がバンドを形成し、絞扼性腸閉塞を来した1例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
一般消化器外科 貝谷 駿介

A-14 小腸穿孔を契機に診断されたびまん性大細胞性B細胞リンパ腫の1例
八千代病院 外科 穴山 薫

ランチオンセミナー 12:00～13:00

座長 平松 和洋 (豊橋市民病院 院長)

講師 宇山 一郎 (藤田医科大学医学部
先端ロボット・内視鏡手術学講座 主任教授)

「最新テクノロジーを用いたダビンチ手術 ～今とこれから～」

研修医セッション2 上部消化管・肝胆膵 13:05～13:45

座長 藤枝 裕倫 (豊田厚生病院 外科)

A-15 食道胃接合部術後の大動脈周囲リンパ節転移再発に対して集学的治療にてcCRを得た一例
公立西知多総合病院 外科 佐藤 祐紀

- A-16 EBウイルス陰性リンパ球浸潤胃癌2例の臨床病理学的考察
名城病院 外科 伊藤和花奈
- A-17 極めて稀な肝原発濾胞性リンパ腫の腹腔鏡下肝部分切除による診断経験
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター
消化器外科 勝間田奈於
- A-18 自然退縮が考えられた肝細胞癌の1例
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター
消化器外科 藤本 風花
- A-19 膵頭十二指腸切除術後もロストステントを核として形成された
stemt-stone complexによる急性胆管炎の1例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
一般消化器外科 稲熊 愛

大腸

13:50～14:38

座長 原田幸志朗（豊川市民病院 外科）

- A-20 原発巣の10cm肛門側に壁内転移した上行結腸癌の一例
名古屋徳洲会総合病院 外科 稲垣 有起
- A-21 腸重積をきたし緊急手術を施行した盲腸髄様癌の1例
津島市民病院 外科 宍戸 大斗
- A-22 経肛門的に局所切除した直腸Rbの神経内分泌腫瘍の2例
地域医療機能推進機構 中京病院 外科 古山 剛広
- A-23 前立腺癌放射線治療後に内痔核硬化療法を施行し難治性直腸潰瘍を呈した1例
知多半島総合医療センター 外科 酒徳 弥生
- A-24 当院における直腸脱に対するデロルメ手術の手技とその成績
市立四日市病院 外科 中村 雄悟
- A-25 診断に苦慮したリンパ管造影後両側鼠径リンパ節腫大の1例
愛知県がんセンター 消化器外科部 安岡 宏展

表彰式

14:38～14:43

閉会の辞

14:48～14:53

B会場（バースセンター4F 研修室3）

小腸・ヘルニア1 9:40～10:20

座長 伊藤 喜介（大垣市民病院 外科）

- B-1 小腸-小腸間結節形成症による絞扼性イレウスの一例
公立西知多総合病院 外科 荒川 拓也
- B-2 Benson分類Type 2（間膜貫通型）のS状結腸間膜ヘルニアに対し
緊急手術を施行した1例
藤田医科大学病院 総合消化器外科 鶴町 綾子
- B-3 肝鎌状間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞に対して
腹腔鏡下腸閉塞症手術を施行した1例
トヨタ記念病院 外科 張 亦佳
- B-4 直腸癌に対して腹会陰式直腸切断術施行後に会陰ヘルニアとなった1例
豊橋市民病院 一般外科 古澤 燎
- B-5 腹会陰式直腸切断術後の続発性会陰ヘルニアに対して修復術を
施行した1例
小牧市民病院 外科 安井 知樹

小腸・ヘルニア2 10:25～11:13

座長 荒川 拓也（公立西知多総合病院 外科）

- B-6 空腸憩室の穿孔による腹膜炎に対して腹腔鏡補助下小腸部分切除術を
施行した1例
国立病院機構名古屋医療センター 外科 松本 格
- B-7 小腸間膜原発Desmoid fibromatosisの一例
安城更生病院 外科 木舩 光葉
- B-8 S状結腸間膜窩ヘルニアによる絞扼性腸閉塞の一例
豊川市民病院 外科 籠橋 宣彰
- B-9 ヘルニア囊内で小腸穿孔した鼠経ヘルニア嵌頓の一例
名古屋掖済会病院 外科 伊藤謙太郎

B-10 移動盲腸が嵌頓した子宮広間膜ヘルニアの一例
豊橋市民病院 一般外科 石川凜太郎

B-11 肋骨骨折による遅発性外傷性横隔膜ヘルニア
知多半島総合医療センター 外科 平出 康介

乳腺 11:18～11:42

座長 下山 咲 (名古屋大学医学部附属病院
乳腺・内分泌外科)

B-12 乳房インプラント関連未分化大細胞型リンパ腫 (BIA-ALCL) と
鑑別を要した豊胸術後慢性拡張性血腫の1例
藤田医科大学病院 乳腺外科 喜島龍之介

B-13 診断に苦慮した乳腺結核の一例
藤田医科大学病院 乳腺外科 中澤優望佳

B-14 ドキソルビシンの血管外漏出へ局所・全身療法を要した1例
豊橋市民病院 一般外科・乳腺外科 畑佐 実咲

肝胆膵・その他 13:05～13:53

座長 南 貴之 (中部労災病院 外科)

B-15 肝左葉切除を施行したFibrolamellar hepatocellular carcinomaの1例
豊橋市民病院 一般外科 小野島 功

B-16 原発性胆汁性胆管炎に合併した肝原発悪性リンパ腫の1例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
一般消化器外科 山川ありさ

B-17 腹腔鏡下胆嚢摘出術時の遺残結石により腹腔内膿瘍を形成した2例
大垣市民病院 外科 上村 綾菜

B-18 下大静脈浸潤・閉塞を伴う後腹膜脱分化型脂肪肉腫の1切除例
愛知県がんセンター 消化器外科部 成田 潔

- B-19 皮下埋め込み型CVポート抜去時にカテーテル断裂をきたしたが
Catheter Interventionにより回収し得た1例
公立陶生病院 外科 田中 秀明
- B-20 腸間膜静脈硬化症の一例
春日井市民病院 外科 田中 智裕

<p>A 1</p> <p>食道切除術において術式が術中の循環動態に与える影響：胸腔鏡とロボット支援手術の比較</p> <p>愛知県がんセンター 消化器外科 稲田亘佑、安部哲也、檜垣栄治、細井敬泰、尾崎航太郎、伊藤誠二、小森康司、三澤一成、伊藤友一、木下敬史、夏目誠治、浅野智成、奥野正隆、大内 晶、岸田貴喜</p> <p>【背景】近年ロボット支援手術の優位性が様々報告されているが、食道切除術における術中循環動態に与える影響の検討は少ない。本研究では胸腔鏡下手術(VATS)とロボット支援手術(RAMIE)における循環動態の安定性を頻脈性不整脈治療薬の使用状況を用いて検討した。【方法】2020～2024年に当院で食道癌に対しVATSまたはRAMIEを施行した444例を対象とし、頻脈性不整脈治療薬使用のリスク因子を統計学的に検討した。【結果】頻脈性不整脈治療薬(ランジオロール、エスモロール、ベラパミル)は30例(6.8%)で使用され、VATS群はRAMIE群より使用頻度が有意に高かった(9.6% vs. 1.9%, $p<0.01$)。多変量解析ではVATS(OR 6.91, $p<0.01$)、術前頻脈(OR 9.20, $p<0.01$)が頻脈性不整脈治療薬使用の独立したリスク因子であった。【考察】RAMIEは術中循環動態への影響が少ない可能性が示唆された。</p>	<p>A 2</p> <p>術中所見から術式変更を要した巨大食道平滑筋腫の1例</p> <p>名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科 山口真和、宮田一志、杉田静紀、清水 大、中西香企、飯塚彬光、小倉淳司、村田悠記、服部憲史、佐藤雄介、梅田晋一、田中千恵、江畑智希、神田光郎</p> <p>症例は19歳男性、検診の胸部Xpで腫瘍性病変を疑われ紹介となった。上部消化管内視鏡にてUtとLtにそれぞれ5cm大と8cm大の粘膜下腫瘍を認め、通過障害を伴っていた。超音波内視鏡下針生検を施行し、平滑筋腫と病理診断した。腫瘍径と有症状の点から手術適応と判断、肉腫を疑う所見が乏しく若年であることから食道温存術式として胸腔鏡下腫瘍核出術を予定した。Utの腫瘍は奇静脈弓と接しており、奇静脈弓を処理して核出を行った。Ltの腫瘍は食道を全周性に取り囲んで存在しており、想定より腫瘍の容積が大きく核出術は不可能と判断した。また、Ut核出部の筋層欠損は最大2/3周におよんでおり、縫合補強は困難だった。これらの所見から、最終的に食道亜全摘を選択した。術後14日目に自宅退院し、現在まで無再発で経過、食事摂取も十分量可能でありQOLを損なうことなく生活されている。術中所見から術式選択に難渋した症例であり、文献考察を加えて報告する。</p>
<p>A 3</p> <p>集学的治療で切除し得た縦隔内進展巨大胃GISTに対する治療戦略</p> <p>名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科 林 祥平、佐川弘之、山本真太郎、辻 恵理、藤田康平、伊藤 直、早川俊輔、佐藤怜央、小川 了、佐川弘之、瀧口修司</p> <p>症例は75歳、女性。黒色便を主訴に前医を受診した。胃噴門部から縦隔内に進展する、99×69mm大の腫瘍性病変を認め、上部消化管内視鏡検査の生検でGIST(Gastrointestinal Stromal Tumors)と診断され、当科紹介となった。術前化学療法としてimatinib療法(400 mg/day)を6か月施行後、手術の方針とした。軽度浮腫以外に有害事象は認めず、腫瘍は79×54mm大まで縮小した。ロボット支援下部食道噴門側胃切除術を施行し、腹腔内からの経裂孔アプローチのみで切除吻合を行った。合併症なく、術後14日で退院とした。術後補助化学療法としてimatinib内服を再開したが、顔面浮腫のため中止とした。現在、術後11ヶ月無再発経過観察中である。不完全切除の可能性が高い巨大GISTに対しては、ガイドラインに基づく周術期化学療法の併用が推奨されている。本症例では、術前化学療法とロボット支援手術を組み合わせることで、縦隔内の狭空間においても安全に切除断端を確保しつつ、機能温存を達成した。</p>	<p>A 4</p> <p>門脈圧亢進を伴うアルコール性肝硬変患者に発生した巨大胃GISTに対し外科的切除を行った一例</p> <p>豊田厚生病院 外科 奥田健斗、世古口英、菅原 元、井原 努、藤枝裕倫、牛田雄太、神野孝徳、田中雅人、藤澤建太、望月建瑠、中川峻介、古井 香、酒井颯大、井上昌也</p> <p>症例はアルコール性肝硬変(Child-Pugh A)および門脈圧亢進を有する69歳、男性。腹部膨満を主訴に受診し、腹部CTで最大径23cmの巨大腹腔内腫瘍を認めた。発生臓器の特定は困難であったが、疾患頻度や画像所見からは第一に胃GISTが疑われた。診断・治療目的に開腹手術を施行した。術中所見では腫瘍は胃体上部大彎由来と考えられ、横隔膜への直接浸潤を認めたため、噴門側胃切除および横隔膜合併切除を行った。手術時間は6時間31分、出血1731cc、腫瘍重量は4180gであり、腫瘍を損傷することなく切除可能であった。術後病理組織学的に胃GISTと診断された。巨大GISTに対する外科切除の報告は散見されるが、肝硬変・門脈圧亢進を合併し、術前診断が困難であった症例は比較的稀である。術中所見に基づく柔軟な術式選択により安全にR0切除を達成しえた一例を報告する。</p>

<p>A 5</p> <p>Upside-down stomachを伴う巨大食道裂孔ヘルニアに対し腹腔鏡下修復術を施行した1例</p> <p>名古屋掖済会病院 外科 水谷真也、川上次郎、加藤祐一郎、山口直哉、水谷文俊、杉田洋之、川合 毅、村上倫彦、清水遼一、伊藤博崇、櫻木 佑、伊藤謙太郎、上田里菜、森 大介、河野 弘</p> <p>症例は70歳女性。精神科病院に長期入院中で、5年前より食道裂孔ヘルニアを指摘されていたが経口摂取可能であり経過観察されていた。1か月前より嘔吐とSpO₂低下を認め誤嚥性肺炎と診断された。CTで胃の大部分が縦隔内へ脱出するUpside-down stomachを認めた。胃管から持続ドレナージし、経口摂取困難と判断され外科的治療目的に当院へ転院となった。腹腔鏡下に手術を施行した。胃、横行結腸を還納後にヘルニア嚢を全周性に剥離後、腹側・背側ともに縫合閉鎖を行った。噴門形成はToupet法で施行し、術中内視鏡で狭窄のないことを確認した。さらに胃体部前壁を腹膜に固定した。術後経過は良好で、術後2日目より経口摂取を再開し、術後8日目に転院となった。Upside-down stomachを伴う巨大食道裂孔ヘルニアに対する腹腔鏡下手術は、誤嚥や経口摂取障害を呈する高齢者においても、QOL改善を目的に検討すべき治療選択肢と考えられた。</p>	<p>A 6</p> <p>爪楊枝による胃穿通に対し腹腔鏡下手術を行った一例</p> <p>名古屋大学医学部付属病院 消化器・腫瘍外科(消化管) 山本泰康、飯塚彬光、高見秀樹</p> <p>症例は50代男性。記憶力障害のため当院通院中であった。突然の腹痛を主訴に近医を受診し、上部消化管内視鏡で幽門後壁に爪楊枝様の異物を認めたため、当院を紹介受診した。腹部CTで胃壁を貫通する高吸収物質、周囲脂肪織濃度上昇、限局したガス像を認め、異物による胃穿通と診断した。限局性腹膜炎と判断し、腹腔鏡下手術を施行した。網嚢を開放し、胃壁を穿通する異物を確認および除去し、穿通部を縫合した。大網で縫合部を被覆した後、生理食塩水で洗浄した。術後経過は良好で第13病日に退院した。異物誤飲による消化管穿孔は発症契機が不明瞭なことが多く、様々な病態を呈しうる。そのため個々の症例に応じた治療選択が求められるが、今回我々は腹腔鏡下手術が有用であった一例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。</p>
<p>A 7</p> <p>十二指腸憩室穿通に対して保存的治療で軽快した1例</p> <p>岐阜県立多治見病院 外科 牧野谷晃司、猪川祥邦、野本峻二郎、高木敦仁、新井博人、岩田尚樹、高見一徳、奥村徳夫、浅田崇洋、渡邊卓哉、梶川真樹</p> <p>症例は58歳、男性。3日前から空腹時の心窩部違和感あり当院ERを受診した。右側腹部から右季肋部に圧痛あり、反跳痛なし、筋性防御を認めなかった。CTで十二指腸下行脚に憩室を認め、憩室内に高吸収域あり、憩室周囲にairとわずかな液貯留を認めた。血液検査はCRP 0.03、WBC 14200であった。十二指腸憩室穿通の診断で当科入院とし、まずは保存的治療を行い悪化時は手術の方針とした。絶飲食で抗生剤治療を開始した。その後CTでフォローし明らかな増悪を認めず経過した。入院15日目の上部消化管造影では瘦孔および造影剤の流出は認めなかった。その翌日のCTで憩室周囲の液貯留・airは縮小し、腸管外に造影剤遺残の所見は認めなかった。23日目に経口摂取を再開、29日目に退院とした。十二指腸憩室穿通は比較的稀な疾患であり、手術が選択される場合が多い。今回保存的治療で軽快した症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。</p>	<p>A 8</p> <p>巨大嚢胞の感染による急性腹症の一例</p> <p>豊田厚生病院 外科 藤澤建太、藤枝裕倫、菅原 元、久留宮康浩、世古口英、井原 努、神野孝徳、牛田雄太、田中雅人、奥田健斗、古井 香、中川竣介、酒井颯大、望月建瑠、井上昌也</p> <p>症例は13歳女性。腹痛を主訴に受診。腹部CTにて網嚢腔内に167mm×110mmの巨大嚢胞性病変が見られ、血液検査にてCRPの上昇を認めた。大網リンパ管腫の診断で手術を施行した。嚢胞が巨大であり上腹部から臍下まで正中切開での開腹手術を選択した。嚢胞壁は網嚢腔内から肝十二指腸間膜の前面まで広範囲に存在し、完全切除には臍頭十二指腸切除となる可能性があった。嚢胞内容物を吸引し、一部嚢胞壁を残した嚢胞の部分切除を施行した。術後経過は良好で術後7日で退院した。大網リンパ管腫は小児の腹腔内に発生する稀な良性嚢胞性病変である。多くは無症状で偶然発見されるが、嚢胞の捻転、出血、感染により急性腹症として発症することもある。治療は再発のリスクの観点から外科的な完全切除が望ましいとされている。本症例では学童期発症例であり、完全切除と臓器温存のバランスなど治療方針の決定に苦慮したため、文献的考察を加えて報告する。</p>

<p>A 9</p> <p>当院における乳癌自壊創介入方法の工夫</p> <p>豊川市民病院 乳腺外科 浅海望見、西川さや香、片桐悠介、柄松章司</p> <p>乳癌の中には皮膚潰瘍を経て自壊創に至る症例も存在するが、家族や周囲に相談できず、医療機関を受診しないまま自己処置が困難となった段階で来院する例が少なくない。</p> <p>乳癌自壊創は、悪臭、出血、浸出液、疼痛、精神的ストレスなど、患者のQOLに大きく影響する多様な問題を引き起こす。これらの背景から、孤立しがちな患者に対しては多職種による多面的な医療介入が不可欠である。</p> <p>当院では全身薬物療法に加え、患者個々の状態に応じた自壊創への局所介入を工夫して行っており、必要に応じて訪問看護などの地域資源とも連携し日常生活支援を行っている。自壊創の局所コントロールが得られることで、前向きに生活を送れるようになる患者も少なくない。今回、乳癌自壊創を有する患者に対し、身体的・心理的・社会的問題に対して介入した症例を通じて得られた経験について、研修医の視点から報告する。</p>	<p>A 10</p> <p>Loop typeの盲腸捻転に対して腹腔鏡下に整復、固定術を行った1症例</p> <p>藤田医科大学ばんたね病院 外科 尾崎弘幸、多代尚広、小池大助、荒川 敏、安岡宏展、国村祥樹、谷 大輝、堀口和真、佐藤美信、加藤宏之、伊東昌広、加藤悠太郎、花井恒一、堀口明彦</p> <p>症例は50歳代女性、CTで盲腸捻転が疑われ当科紹介となった。患者は統合失調症の既往があり、通常食は摂取せず経口栄養補助食品のみを摂取していた。CTでは結腸の著明な拡張と小腸間膜のwhirl signを認めたが、腸管の造影効果は保たれていた。緊急手術を施行、腹腔鏡下に観察すると盲腸が著名に拡張、腸間膜の捻転があり盲腸捻転と判断した。結腸拡張が高度であり観察は困難であったが、右側結腸の固定不良を認め盲腸は背側に向かって長軸方向に180度回転、短軸方向にも折れ曲がることで回腸末端を巻き込んで捻転するloop typeであった。整復後、腸管の壊死はなく固定術を行った。Loop typeの盲腸捻転に対する固定術は再発の可能性があるとする意見もあるが、合併症率などを考慮し固定術で良いとする意見もある。近年は腹腔鏡下に治療された報告も多い。文献的考察を含め報告する。</p>
<p>A 11</p> <p>上腸間膜静脈腫瘍栓を合併した上行結腸癌の1切除例</p> <p>大垣市民病院 外科 柴田まど佳、前田敦行、高山祐一、高橋崇真、青山広希、高橋大五郎、伊藤喜介、水野宏論、山本 亮、下山貴之、島田卓人、加藤曉俊、前畑昂洋、上村綾菜、東島弘樹、佐藤玄理、白戸 学</p> <p>症例は73歳男性。主訴は息切れ。血液検査で貧血と腫瘍マーカー高値を認め、当院紹介受診となった。下部消化管内視鏡検査では上行結腸に3/4周性のI型腫瘍を認めた。腹部造影CT検査では、上行結腸に全周性の造影効果を伴う壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇、腸管傍リンパ節腫大を認め、リンパ節転移が考えられた。加えて、回結腸静脈～上腸間膜静脈内に腫瘍から続くような造影不良域が進展し、上腸間膜静脈内に腫瘍栓を伴う上行結腸癌と診断した。手術は、結腸右半切除を行うとともに、J1Vのみを温存した上腸間膜静脈合併切除を施行した。術後はイレウスを認めたものの、第20病日に退院となった。術後補助化学療法を施行し、術後1年経過した現在まで再発を認めていない。門脈・SMV系腫瘍栓を伴う大腸癌は非常に稀であるため、文献的な検討を含めて報告する。</p>	<p>A 12</p> <p>妊娠中に再発した腸回転異常症に伴う中腸軸捻転の1例</p> <p>安城更生病院 外科 坂本達哉、下村佳寛、林 大介、新井利幸、佐伯悟三、雨宮 剛、伊藤貴明、塚原哲夫、田畑光紀、長野菜月、前田拓也、太田尚正、大西紘平、松岡城司、石川紘史、福岡遼也、木舩光葉、植村則久</p> <p>症例は妊娠20週の25歳女性。腹痛を主訴に前医を受診し、CTで腸回転異常症に伴う中腸軸捻転と診断され腹腔鏡下捻転解除術を施行された。術後8日目に退院したが、症状再燃しCTで捻転が再発していたため当院へ転院搬送された。当院産婦人科とも協議の結果、妊娠週数が浅いため母体の安全を優先し初回手術後11日目に緊急開腹手術を施行した。Treitz靭帯は形成されておらず、子宮に圧排された小腸と右側結腸が右上腹部に偏在し、180度回転していた。捻転解除により血流は改善し腸管切除は不要であった。Ladd靭帯切離、癒着剥離、十二指腸と小腸を右側に結腸を左側に配置して予防的虫垂切除を行なった。術後経過は母児ともに良好で術後12日目に退院した。中腸軸捻転は小児期に多く、妊娠中の発症は稀であるが、診断遅延は致命的となり得る。今回、妊娠中に再発したが良好な経過をたどった腸回転異常症に伴う中腸軸捻転の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。</p>

<p>A 13</p> <p>Meckel憩室と大網がバンドを形成し、絞扼性腸閉塞を来した1例</p> <p>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 一般消化器外科 貝谷駿介、後藤亮太郎、永井英雅、吉岡裕一郎、柴田耕治、蟹江恭和、小林龍太郎、浅井周平、若尾 聖、山川ありさ、小倉 楓、三宅秀夫</p> <p>症例は84歳男性。数日前から排便を認めないことと前日からの腹痛を主訴に前医を受診し、当院紹介受診となった。既往に高血圧症、心房細動がある。腹部手術歴はない。腹部は膨満、軟で腸蠕動音は消失していた。全体に圧痛を認めたが、反跳痛はなかった。血液検査では軽度の炎症反応を認めた。腹部造影CT検査にて腹水貯留と小腸にclosed loopを認めた。絞扼性腸閉塞と診断し、同日に緊急手術を行った。術中所見では混濁腹水とうっ血した拡張小腸を認めた。Meckel憩室と大網が癒着しバンドを形成しており、それによる絞扼性腸閉塞と診断した。嵌頓小腸を引き出し絞扼を解除し、Meckel憩室は正常腸管ごと切除し機能的端々吻合を行った。Meckel憩室が原因となり絞扼性腸閉塞を引き起こしたと考えられ、若干の文献的考察を加えて本症例を報告する。</p>	<p>A 14</p> <p>小腸穿孔を契機に診断されたびまん性大細胞性B細胞リンパ腫の1例</p> <p>八千代病院 外科 穴山 薫、青木優大、杵野泰司、宇治誠人、三浦泰智、鳥居 剛、石田航太、松岡和政</p> <p>症例は85歳男性、左下腹部痛と嘔吐を主訴に救急受診した。初診時の単純CTでは、腸管拡張を認め腸閉塞が疑われたが、造影CTを施行したところfree airを認め、小腸穿孔と判断し緊急手術を行った。腹腔鏡で下腹部を観察すると、小腸に腫瘍性病変を疑う狭窄と周囲の腸間膜肥厚を認め、その近傍に数ミリ大の穿孔を確認したため、穿孔部を含む小腸切除を行った。また、間膜リンパ節の複数の腫大を認め、可能な限り切除した。病理組織学的検査にてびまん性大細胞性B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断された。術後経過は良好で、化学療法目的に他院に紹介となった。悪性リンパ腫が消化管に病変を形成し穿孔に至ることは知られているが、術前診断に至ることはしばしば困難である。本症例でも術中所見と病理診断により確定され、穿孔を契機に診断に至った。今回、急性腹症として発症したDLBCLの1例を経験したため報告する。</p>
<p>A 15</p> <p>食道胃接合部術後の大動脈周囲リンパ節転移再発に対して集学的治療にてcCRを得た一例</p> <p>公立西知多総合病院 外科¹⁾、同 放射線治療科²⁾ 佐藤祐紀¹⁾、平田明裕¹⁾、橋爪知紗²⁾、渡邊哲也¹⁾、服部正興¹⁾、伊東悠子¹⁾、山口美奈¹⁾、富田明宏¹⁾、荒川拓也¹⁾、柴田淳平¹⁾、今瀧裕允¹⁾、鈴木真理香¹⁾、吉原 基¹⁾</p> <p>症例は67歳男性。食道胃接合部癌に対し胸腔鏡下食道亜全摘術、2領域郭清を施行した。病理学的診断はtub2, GE, SS, Ly0, V1a, pPM0, pDM0, pT3, pN3a, pStage IIIであった。術後補助化学療法としてS-1+ドセタキセル療法を1コース施行したが、食思不振で終了した。術後1年4ヶ月後のCTで大動脈周囲リンパ節転移再発(16a2int, 16a2lat)が発覚した。遺伝子検査でHER2(-), pMMR, CLDN(-), CPS5以上であり、SOX+ニボルマブ療法を開始した。10コース後のCTで16a2latは消失したが16a2intが増大したため大動脈周囲リンパ節転移に対して放射線照射を実施し、CT上16a2intも消失した。免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬等により腫瘍全体の制御は維持されつつも、特定部位のみで薬剤に対する耐性が生じ、限局的な進行(オリゴ増悪)の頻度が高くなっている。オリゴ増悪に局所治療を追加することで生存期間の延長が期待されている。今回我々は免疫チェックポイント阻害薬を含む化学療法後のオリゴ増悪に対し、放射線照射による局所治療を追加しcCRを得た。文献的考察を加えて発表する。</p>	<p>A 16</p> <p>EBウイルス陰性リンパ球浸潤胃癌2例の臨床病理学的考察</p> <p>名鉄病院 外科 研修医¹⁾、同 病理診断科²⁾ 伊藤和花奈¹⁾、中山裕史¹⁾、初川嘉経¹⁾、中村俊介¹⁾、鳥居康二¹⁾、加藤公一¹⁾、小林裕幸¹⁾、原田智子²⁾</p> <p>リンパ球浸潤胃癌(GCLS)の90%はEBウイルス(EBV)関連胃癌であるが、一部にCIMP胃癌、MSI胃癌がある。EBウイルス陰性リンパ球浸潤胃癌2例を病理学的考察を加え報告する。症例1)56歳男性、残胃癌の診断で残胃全摘術を施行(M-16-0占拠部位 残胃非断端部)。病理検査で、EBER-ISH陰性のリンパ球浸潤癌と診断、ベセダガイドラインを満たしMSI-high、遺伝学的検査でMLH2(エクソン15/16)欠失を認めLynch症候群関連胃癌と診断。症例2)76歳女性、低分化型腺癌の診断で胃切除術を施行。病理結果で多発癌(GCLS, 低分化型腺癌)と診断。EBV陰性、MSI陰性のCIMP胃癌と推測された。リンパ球浸潤胃癌には、EBV関連胃癌の他にMSI胃癌、CIMP胃癌がある。EBV関連胃癌はCIMP胃癌に含まれるが、EBウイルス陰性CIMP胃癌も存在し、鑑別として考慮すべきである。</p>

<p>A 17</p> <p>極めて稀な肝原発濾胞性リンパ腫の腹腔鏡下肝部分切除による診断経験</p> <p>名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器外科¹⁾、同 血液・腫瘍内科²⁾、 名古屋市立大学大学院医学研究科 臨床病態病理学³⁾ 勝間田奈於¹⁾、齋藤正樹¹⁾、山本誠也¹⁾、山本真也¹⁾、 植松 宏¹⁾、安藤菜奈子¹⁾、前田祐三¹⁾、大久保友貴¹⁾、 高橋広城¹⁾、金森貴之²⁾、正木彩子³⁾、三井 章¹⁾</p> <p>腹腔鏡下肝部分切除術を実施し、極めて稀な肝原発濾胞性リンパ腫と術後診断された症例を経験したので報告する。症例は78歳男性。免疫性血小板減少性紫斑病、骨髓異形成症候群、B型肝炎既感染で血液内科に通院中、単純CT検査で肝S8に単発腫瘍を指摘され、内科的精査を経て当科紹介となった。造影CT検査と造影MRI検査ではともに緩徐に造影される低吸収な14mm大の腫瘍で、肝内胆管癌が最も疑われた。緩徐増大傾向を認め、肝表に近く生検は忌避されたことから、診断的治療目的で腹腔鏡下肝部分切除を実施した。病理組織学的検査では異型リンパ球の濾胞状増殖を認め、免疫染色の結果と併せて肝原発濾胞性リンパ腫と診断された。血液内科的精査では残存病変はなく、経過観察方針となり術後4ヶ月無再発経過中である。診断目的の肝部分切除では濾胞性リンパ腫などの稀な疾患も鑑別する必要がある。肝原発濾胞性リンパ腫の報告は数例であり今後の症例の蓄積が期待される。</p>	<p>A 18</p> <p>自然退縮が考えられた肝細胞癌の1例</p> <p>名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器外科 藤本風花、高阪重行、佐藤菜生、重森春花、桐原遥河、 中島 亮、原田真之資、渡部かをり、社本智也、 志賀一慶、田中達也、松尾洋一、瀧口修司</p> <p>症例は80歳、男性。既往歴および背景肝として、原発性胆汁性胆管炎と脂肪肝を認めた。近医で施行された腹部エコーで肝腫瘍が疑われて当院へ紹介となった。肝臓ダイナミックCTでは、S4辺縁に15mm大の、washoutの造影パターンを有する腫瘍を認めた。EOB-MRIでも門脈相で増強され肝細胞相でwashoutされており、典型的な肝細胞癌と診断した。肝予備能の評価後、根治切除を目的に腹腔鏡下肝S4部分切除を行い、経過良好で術後7日目に退院した。病理組織学的検討では、病変は炎症細胞浸潤を伴う線維性肉芽組織が中心となり、異型細胞は確認できず、肝細胞癌の自然壊死・自然退縮が強く示唆される所見であった。自然退縮を比較的しじやすい腫瘍として神経芽腫や悪性黒色腫などが報告されているが、肝細胞癌はまれである。本症例の経過に検討を加え報告する。</p>
<p>A 19</p> <p>臍頭十二指腸切除術後もロストステントを核として形成されたstent-stone complexによる急性胆管炎の1例</p> <p>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 一般消化器外科 稲熊 愛、甲斐巧也、坂本英至、法水信治、尾辻英彦、 三竹泰弘、長尾拓哉、木下千尋、篠原 涼、山川良介、 吉川瑛美</p> <p>症例は77歳男性で、約5年前にIPMCに対し臍頭十二指腸切除術(Child変法再建)を施行され、胆管空腸吻合部にロストステントが留置されていた。発熱・悪寒戦慄を主訴に救急搬送され、血液検査で肝胆系酵素上昇を認めた。CT検査で胆管空腸吻合部肛門側の拳上空腸内にlost stentを核とする高吸収域と胆管拡張を認めた。Stent-stone complexによる急性胆管炎の診断で、同日入院となった。翌日の内視鏡検査では、硬い結石を認め、除去は困難であり、5Fr ENBDチューブを留置した。入院3日目に開腹小腸切開術と結石除去術を施行した。3回の開腹歴あり、癒着が想定されたため右傍腹直筋切開で開腹し、拳上空腸内に結石が触知できたため小腸を切開し結石を除去した。結石は短軸3cm、長軸10cm大で、手術時間は60分、出血量は10gであった。術後経過良好で術後17日目に自宅退院となった。臍頭十二指腸切除後のlost stentを核としたstent-stone complexは極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。</p>	<p>A 20</p> <p>原発巣の10cm肛門側に壁内転移した上行結腸癌の一例</p> <p>名古屋徳洲会総合病院 外科 稲垣有起、石川 健、荘司静香、福田真里、鈴木大翔、 加藤 匠、吉本信保、友田佳介、高山 悟、可見久典</p> <p>【緒言】壁内転移は食道癌で重要な臨床的意義を持つとされるが、結腸癌での報告は稀である。【症例】75歳女性。微熱を主訴に当院を受診。Hb:5.3g/dlと貧血を認め、CTでは上行結腸と横行結腸に腫瘍性病変と傍大動脈リンパ節を認めた。下部消化管内視鏡を施行し、上行結腸病変の生検からは低分化腺癌が検出された。横行結腸病変はSMT様であり、生検からは悪性所見は認めなかった。上行結腸病変が貧血の原因と考え、切除方針とした。【手術所見と経過】腹腔鏡下半結腸切除術を施行した。術後8日目で自宅退院した。【病理所見】上行結腸病変は、poorly differ. adeno carcinoma (por1) pT3N3, INfB, Lyl1a, V1a。横行結腸病変は、上行結腸病変との組織学的連続性はないが、肉眼的、組織学的特異性の類似性があり、壁内転移の可能性が強く示唆された。MSI-Hであり、術後2カ月現在、外来でPembrolizumab投与中である。【結語】結腸癌の壁内転移の文献的検索を行い、本症例との相違を考察する。</p>

<p>A 21</p> <p>腸重積をきたし緊急手術を施行した盲腸髄様癌の1例</p> <p>津島市民病院 外科 宍戸大斗、新宮優二、清板和昭、大原規彰、緒方諒仁、中根有登、川井 覚、神谷里明</p> <p>症例は94歳女性。腹痛を主訴に当院を受診した。腹部CT検査で右下腹部にtarget signを認め、腸重積の診断で緊急手術を施行した。開腹すると盲腸が上行結腸に入り込み、腸重積をきたしていた。Hutchinson手技で重積を整復すると、盲腸に腫瘍性病変を触知した。病変および重積した腸管を切除する方針とし、結腸右半切除を施行した。術後経過は良好で、術後9日目に退院した。腫瘍は90mm×40mm大のI型病変を呈し、病理検査で盲腸髄様癌pT3N0M0, pStage II a(大腸癌取扱い規約第9版)の診断となった。大腸髄様癌はかつて低分化腺癌に含まれており、日本では2013年8月に改訂された大腸癌取扱い規約第8版で初めて記載された新しい概念の組織型である。今回われわれは腸重積をきたし緊急手術を施行した盲腸髄様癌の1例を経験したため報告する。</p>	<p>A 22</p> <p>経肛門的に局所切除した直腸Rbの神経内分泌腫瘍の2例</p> <p>地域医療機能推進機構 中京病院 外科 古山剛広、林 英司、河原健夫、桐山宗泰、陸 大輔、渡邊将広、齋木貴博、山川良介、河合諄也</p> <p>症例1は63歳男性。健診で便潜血陽性を指摘され、下部消化管内視鏡検査で直腸Rbに7mm大のポリープを認め、内視鏡的切除を施行した。病理診断はNET Grade 1で、垂直断端陽性であったため、追加切除目的に当科紹介となった。経肛門的に全層局所切除術を施行し、術後病理検査では腫瘍遺残を認めなかった。術後1年現在、再発なく経過している。症例2は59歳男性。健診で便潜血陽性を指摘され、下部消化管内視鏡検査で直腸Rbに8mm大のポリープを認め、内視鏡的切除を施行した。病理診断はNET Grade 1で、水平・垂直断端陽性であったため、追加切除目的に当科紹介となった。経肛門的に全層局所切除術を施行し、術後病理検査では腫瘍遺残を認めなかった。術後3年現在、再発なく経過している。直腸Rbにおける腫瘍遺残に対する根治手術は人工肛門造設を要する可能性があり、侵襲が大きい。神経内分泌腫瘍診療ガイドラインでは、10mm以下の直腸NETはリンパ節転移の頻度が低く、局所切除が許容される。文献的考察を踏まえ報告する。</p>
<p>A 23</p> <p>前立腺癌放射線治療後に内痔核硬化療法を施行し難治性直腸潰瘍を呈した1例</p> <p>知多半島総合医療センター 外科¹⁾、同 救急科²⁾ 酒徳弥生¹⁾、岡田禎人¹⁾、太平周作²⁾、田口泰郎¹⁾、中橋剛一¹⁾、石田陽祐²⁾、秋山荘二郎²⁾、浅井雄介²⁾、川田和哉¹⁾、平出康介¹⁾、周 択蒼¹⁾</p> <p>内痔核に対する硬化療法(ALTA)は近年急速に普及している術式である。治療を行う際は、禁忌事項に加え注意を要する項目として前立腺癌放射線治療後が挙げられている。今回、他院で前立腺癌放射線治療後にALTAを行い、難治性直腸潰瘍を呈した1例について報告する。症例は80歳、男性。1年前に前立腺癌に対して放射線治療を受けた。排便時出血を主訴に当院を受診。11時～1時に内痔核とoozingを認め、ALTAを施行した。2週間後に直腸潰瘍を形成し少量出血を認めた。術後2か月頃より肛門痛が悪化し、肛門鏡で直腸に全周性の深い潰瘍を認めた。生検はGroup1で、ALTA後の直腸潰瘍と診断した。鎮痛薬、軟膏、緩下剤に加え、潰瘍性大腸炎に準じて5-ASA坐剤を投与した。約1か月半後に肛門鏡で直腸潰瘍の改善を確認し5-ASA製剤を中止した。治療開始薬5か月後に直腸潰瘍の治癒を確認し終診とした。</p>	<p>A 24</p> <p>当院における直腸脱に対するデロルメ手術の手技とその成績</p> <p>市立四日市病院 外科 中村雄悟、寺本 仁、平野哲多、岡本健太、河野 慎、五島礼博、福持皓介、田中伸孟、江坂和大、服部圭佑、水野 豊、丸山浩高、蜂須賀文博</p> <p>直腸脱は腹腔鏡手術の報告が多くみられるようになった一方、全身麻酔が行いにくい患者も多く腰麻麻酔で行える古典的な手技もいまだ必要と考えられる。2013年1月から2025年12月までの期間に当院で施行した直腸脱手術は22例である。そのうちデロルメ法を行ったのは5例であった。デロルメ法の原法は脱出した直腸の粘膜を環状に剥離し切除、露出した筋層をアコーディオンのように波縫いで縫縮する手技である。当院では環状に粘膜切除はせず直腸の0時方向と6時方向に縦の粘膜切開をいれ右半分、左半分とわけて粘膜切除を行っている。それ以降は原法同様に筋層の縫縮をおこない、原則Thiersh法を追加することとしている。本方法では排便時にわずかに脱出する再発を1例きたしたが比較的良好な成績を収め患者満足度のたかい手術となっている。当院のデロルメ法の手術手技を供覧しその成績と問題点を文献的考察を加え報告する。</p>

A 25

診断に苦慮したリンパ管造影後両側鼠径リンパ節腫大の1例

愛知県がんセンター 消化器外科部

安岡宏展、大内 晶、小森康司、木下敬史、岸田貴喜、伊藤誠二、三澤一成、伊藤友一、夏目誠治、檜垣栄治、浅野智成、奥野正隆、細井敬泰、稲田亘佑、安部哲也

症例は72歳、女性。直腸癌(ycT4bN3M0→ypT3N0M0)に対してAPR+子宮+両付属器+尾骨合併切除、両側側方郭清LD3を施行。術後リンパ瘻を認め、術後22日目に両側鼠径リンパ節穿刺によるリンパ管造影および塞栓術(Lipiodol+N-butyl-2-cyanoacrylate (NBCA))を施行し軽快した。術後9か月目に下腿蜂窩織炎および浮腫の増悪を認め入院。両側鼠径部に多発するリンパ節腫大を認め、直腸癌再発を疑い針生検および外科的生検を施行したが、異型細胞は見られず、好中球浸潤や肉芽組織のみであり、炎症性肉芽腫と診断された。無治療経過観察としたところ、1か月後にリンパ節は自然消退を認め、最終的にLipiodol+NBCAによる遅発性異物肉芽腫と診断した。リンパ管塞栓術後に異物肉芽腫を生じた報告はこれまで認めないが、血管内にNBCAを使用して発生した症例の報告はあり、まれであるものの鑑別診断として念頭に置く必要がある。若干の文献的考察を加えて報告する。

<p>B 1</p> <p>小腸-小腸間結節形成症による絞扼性イレウスの一例</p> <p>公立西知多総合病院 外科 荒川拓也、服部正興、平田明裕、富田明宏、柴田淳平、今瀧裕充、鈴木真理香、吉原 基</p> <p>抄症例は20歳男性。特記すべき既往歴なし。腸炎の疑いで入院中に腹部膨満、腹部全体の強い圧痛を認め、造影CTにて造影不良を伴う小腸のclosed loopとwhirl signを認めた。絞扼性イレウスと診断し緊急手術を施行した。術中所見ではバンドなどの癒着は認めず、回腸末端の腸管同士が絡みあい壊死していた。絞扼の解除は困難であり、腸間膜処理を先行し回盲部切除にて絞扼腸管を一塊に切除した。切除腸管を観察すると腸管ループ同士が紐結びとなり結節を形成しており、小腸-小腸間結節形成症による絞扼性イレウスと診断した。切除腸管は約80cmであった。術後は遺残膿瘍を認めたが軽快し、POD22に退院となった。小腸-小腸間結節形成症による絞扼性イレウスは極めてまれな疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。</p>	<p>B 2</p> <p>Benson分類Type 2(間膜貫通型)のS状結腸間膜ヘルニアに対し緊急手術を施行した1例</p> <p>藤田医科大学病院 総合消化器外科 鶴町綾子、稲熊 岳、大塚幸喜、隈本 力、大村悠介、小林陽介、山岸杏彌、上嶋 恵、近石裕子、谷口寛子、松本航一、松岡 宏、升森宏次、宇山一朗、須田康一</p> <p>【緒言】S状結腸間膜ヘルニアは全内ヘルニアの約5%を占める稀な疾患である。今回、術前CT所見から本症を疑い、緊急手術にて救命し得た超高齢者の1例を経験した。【症例】90歳代、女性。心窩部痛を主訴に受診。腹部CTにて、S状結腸間膜左側から小腸間膜血管が背側へ入り込み、骨盤内右側にclosed loopを形成する拡張小腸を認めた。絞扼性腸閉塞の診断で緊急手術を施行した。【手術・経過】腹腔鏡下に手術を開始したが、高度な腸管拡張のため開腹手術へ移行した。S状結腸間膜に直径約3cmの外側腹膜まで連続する先天的欠損孔(Benson分類Type 2)を認め、小腸が約60cmにわたり嵌入・壊死していたため、小腸切除術を施行。術後は循環動態不安定および創部SSIのため集中治療管理とVAC療法を要し、術後37日目に転院となった。【結語】S状結腸間膜ヘルニアは術前診断が困難であるが、CTによる閉塞機転の把握が早期手術につながり救命に寄与した。</p>
<p>B 3</p> <p>肝鎌状間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞に対して腹腔鏡下腸閉塞症手術を施行した1例</p> <p>トヨタ記念病院 外科 張 亦佳、横井佑梨、村田宏輝、井上右喬、近藤 響、二俣元紀、加古智弘、藤幡士郎、仲井 希、越智靖夫、春木伸裕</p> <p>肝鎌状間膜裂孔ヘルニアは内ヘルニア報告例のうちの数%未満と推測される非常に稀な疾患である。症例は38歳男性。心窩部痛と嘔吐を主訴に受診。初診時の腹部CTでは明らかな閉塞機転は指摘できず、麻痺性イレウスの診断で入院加療開始した。腹部手術歴は認めなかった。入院後胃管とイレウス管を順に留置するも症状改善乏しかった。入院第3病日に再検した造影CTでは、肝臓前面に内ヘルニアを疑う所見を認めたため、絞扼性腸閉塞と診断し、緊急手術を施行した。腹腔鏡で肝鎌状間膜に裂孔を認め、小腸が嵌頓していることを確認した。肝鎌状間膜の右側から左側に脱出している小腸を牽引して嵌頓を解除した。裂孔部は非吸収性の縫合糸で閉鎖した。術後7日目に経過良好で退院した。術前診断が困難な肝鎌状間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞の1例を経験した。早期診断と適切な外科的介入が重要と考えられ、若干の文献的考察を含めて報告する。</p>	<p>B 4</p> <p>直腸癌に対して腹会陰式直腸切断術施行後に会陰ヘルニアとなった1例</p> <p>豊橋市民病院 一般外科 古澤 燎、有元淳記、深谷昌秀、藤井正宏、青葉太郎、山下浩正、中島 悠、村松秀樹、矢野彦太、百田浩太郎、石川凜太郎、畑佐実咲、小野島功、角田達彦、久留宮康暉、平松和洋</p> <p>症例は大動脈弁閉鎖不全による大動脈弁置換術、洞不全症候群によるペースメーカー留置などの既往がある74歳女性。肛門縁より2cmの下部直腸癌に対しロボット支援下直腸切断術を施行した。会陰創は肛門挙筋を縫合して再建した。術後補助化学療法としてCAPOX 4コースを施行。その後会陰の膨隆を訴えるようになった。会陰ヘルニアを生じており、CTで小腸の脱出を認めた。疼痛はなく、不整脈に対するアブレーション治療をおこなっていたこともあり経過をみていたが、増大傾向を認めた。直腸癌術後1年で腹腔鏡下会陰ヘルニア手術を施行した。腹腔内を観察すると、初回手術時に骨盤底には癒着防止剤を貼布していたものの、小腸が癒着しており、鋭的に剥離を施行。腸管の全層での損傷はなく剥離することができた。ヘルニア門は4cm×6cmほどであり、BirdペントライトSTを挿入し、背側・左右両側のタッカーと腹側は膈後壁に縫合を行い固定した。術後3か月経過し、直腸癌および会陰ヘルニアの再発なく経過している。近年直腸切断術後の会陰ヘルニア発症の報告が増加しており、若干の文献的考察を加えて報告する。</p>

<p>B 5</p> <p>腹会陰式直腸切断術後の続発性会陰ヘルニア に対して修復術を施行した1例</p> <p>小牧市民病院 外科 安井知樹、間下直樹、木村優梨香、大重英昭、南野祥子、 桑野誠也、平野 豪、北條由実子、筒山将之、間下直樹、 小林大介、杉本博行、望月能成</p> <p>症例は70歳女性、12年前に直腸癌に対して開腹での腹会陰式直腸切断術が施行され、病期はT2N0M0 Stage Iであった。臀部の膨隆を主訴に受診し、CTで骨盤底に落ち込む小腸を認め続発性会陰ヘルニアと診断した。会陰からの触診ではヘルニア門は3横指程度、BMIは28.6であった。前回手術が開腹で腹腔内の広範な癒着が予想されたため、開腹での修復術を選択した。前回手術創での下腹部正中切開で開腹した。骨盤底のヘルニア門は直径3cmで、ヘルニア囊の奥行は8cmであった。骨盤内の癒着は軽度で脱出した小腸は全てヘルニア囊から引き出すことができた。ヘルニア門を吸収糸で縫縮した後、BARD VENTRALIGHT STをヘルニア門より約3cmオーバーラップするよう13cm×10cmにトリミングし、腹側は子宮後壁、尾側は後仙腸靭帯およびその辺縁、側方は腸骨動脈に注意しつつ骨盤壁に全周性に非吸収糸で縫合固定した。術後経過良好で6ヶ月経過したが再発所見はない。続発性会陰ヘルニアの合併症率は1%未満でまれである。アプローチとして経腹、経会陰があり、術式も開腹、腹腔鏡下と様々な報告がみられる。またメッシュを用いた修復となるため感染にも留意が必要である。文献的考察を加え報告する。</p>	<p>B 6</p> <p>空腸憩室の穿孔による腹膜炎に対して腹腔鏡 補助下小腸部分切除術を施行した1例</p> <p>国立病院機構名古屋医療センター 外科 松本 格、末永雅也、田中健太、羽田拓史、梅村卓磨、 袴田紘史、富永奈沙、田嶋久子、宇野泰朗、多代 充、 服部正嗣、小寺泰弘</p> <p>症例は67歳男性で、腎不全に対して血液透析中であった。腹痛を主訴に当院へ救急搬送された。腹部は膨満し、腹膜炎刺激症状を認めた。腹部CTで腹腔内遊離ガスと上部空腸に多発する管腔様構造を認め、1か所の穿孔が疑われた。小腸穿孔による急性汎発性腹膜炎と診断し、緊急手術を施行した。鏡視下に膿性腹水、空腸の腸間膜附着側の多発空腸憩室、及びTreitz靭帯から90 cmの憩室穿孔を確認した。小開腹下に穿孔部及び多発憩室を含む約100 cmの空腸を切除、吻合し、洗浄ドレナージ術を施行した。病理組織学的に空腸仮性憩室の穿孔と診断された。小腸憩室は消化管憩室の中で比較的稀な疾患であり、小腸多発憩室患者の穿孔は極めて稀であることから報告する。</p>
<p>B 7</p> <p>小腸間膜原発Desmoid fibromatosisの一例</p> <p>安城更生病院 外科 木松光葉、新井利幸、佐伯悟三、雨宮 剛、伊藤貴明、 塚原哲夫、田畑光紀、林 大介、長野菜月、前田拓也、 太田尚正、下村佳寛、大西紘平、松岡城司、石川紘史、 福岡遼也、植村則久</p> <p>【症例】50歳代男性、増悪傾向のある腹痛を主訴に受診。受診時CTで小腸に近接する4cm大の腫瘤性病変及び、口側腸管の軽度拡張を認めた。入院後、小腸内視鏡では病変を確認できず、造影では中部空腸に狭窄を認めた。壁外発育型の小腸GISTなどを疑い、切除の方針となった。まず腹腔鏡で観察したが腫瘍は周囲への浸潤傾向が強く、可動性に乏しかったため開腹移行とした。Treitz靭帯より約110 cmの小腸間膜に弾性硬の腫瘍を認め、空腸および十二指腸へ浸潤していた。空腸、十二指腸部分切除を実施した。病理検査で紡錘形細胞の増殖を伴う線維性腫瘍で、β-catenin核内陽性、CD117、DOG-1陰性であり、Desmoid fibromatosisと診断された。術後経過良好で第9病日に退院。【考察】Desmoid fibromatosisは局所浸潤性が強いものの遠隔転移しない、良性和悪性の中間的な性質を持つ希少な軟部腫瘍である。治療方針として経過観察も選択肢となるが、有症状の場合、外科的切除が推奨される。腹痛契機で発見された一例を報告する。</p>	<p>B 8</p> <p>S状結腸間膜窩ヘルニアによる絞扼性腸閉塞 の一例</p> <p>豊川市民病院 外科¹⁾、同 消化器外科²⁾ 籠橋宣彰¹⁾、堅田武保²⁾、鈴木海太¹⁾、庭本涼介¹⁾、 齊藤健志²⁾、小出修司²⁾、原田幸志朗²⁾、寺西 太²⁾</p> <p>症例は53歳男性。既往歴に高血圧症、腰部脊柱管狭窄症、定期内服に高圧薬があり、腹部手術歴は認めなかった。3日前発症の腹痛を主訴に救急外来を受診した。腹部造影CT検査で多量の腹水と小腸の拡張、下腹部にClosed loopを認めたことから、絞扼性腸閉塞の診断で緊急手術を実施した。</p> <p>正中切開で開腹し腸管を確認、確認中に絞扼は自然解除、壊死は認めなかった。S状結腸の腸間膜に径2cmの欠損による小孔を認めた。他絞扼の原因となる索状物認めなかったことと術前のCT検査からその小孔を起点とした絞扼性腸閉塞と診断した。小孔を閉鎖し手術終了とした。術後麻痺性イレウスを認めたが、POD10に自宅退院とした。</p> <p>今回、S状結腸間膜窩による腸閉塞を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。</p>

<p>B 9</p> <p>ヘルニア囊内で小腸穿孔した鼠経ヘルニア嵌頓の一例</p> <p>名古屋掖済会病院 外科 伊藤謙太郎、河野 弘、加藤祐一郎、山口直哉、水谷文俊、川上次郎、鳥居直矢</p> <p>症例は82歳男性。陰嚢部の腫脹で救急外来を受診した。来院時のCTで、陰嚢内に到達する小腸を内容物とする右単径ヘルニアと、ヘルニア囊内に free air と液体貯留も認めた。右鼠経ヘルニア嵌頓後の小腸穿孔、膿瘍形成と診断し緊急手術を行った。鼠径部切開で開始した。穿孔部を被覆するように隔壁を伴う緊満した膿瘍腔を認め、その一塊がヘルニア囊内に強固に癒着しており引き抜くことができなかつたため、陰嚢方向にT字に皮膚切開を拡張させ剥離を行い、膿瘍腔と穿孔部小腸を一塊にヘルニア囊外に摘出した。膿瘍腔を含めた小腸を切除吻合し還納した。鼠径部はMcVay法で修復し手術終了とした。皮膚切開こそ大きくなったものの膿瘍腔を損傷することなく摘出できたため、術後の感染性合併症の低減に寄ると考えた。</p>	<p>B 10</p> <p>移動盲腸が嵌頓した子宮広間膜ヘルニアの一例</p> <p>豊橋市民病院 一般外科 石川凜太郎、深谷昌秀、平松和洋、藤井正宏、青葉太郎、有元淳記、山下浩正、中島 悠、村松秀樹、矢野彦太、百田浩太郎、畑佐実咲、小野島功、角田達彦、久留宮康暉、末永真也、古澤燎、加藤岳人</p> <p>症例は腹部手術歴のない59歳女性。腹痛と嘔気を訴え、救急外来を受診した。身体所見では腹部膨満、下腹部全体で強い圧痛を認めた。腹部造影CTにて子宮から延びる索状物を起点とする closed loop を認めたが、腸管壁の造影不良は認めなかつた。血液検査でも逸脱酵素上昇無く、明らかな腸管壊死所見は認めなかつたが、強い腹痛を呈しており、緊急手術の方針となった。全身麻酔下で下腹部正中切開で腹腔内を観察すると、右子宮広間膜欠損部に回腸末端から後腹膜に固定されていない上行結腸までがはまりこんでいた。ヘルニア門を開大させ、腸管を整復、腸管血流障害は認めなかつた。子宮広間膜欠損部は3-0proleneを用いた連続縫合で閉鎖した。術後経過良好でIPODから飲水、2PODから食事再開し、6PODに自宅退院となった。子宮広間膜欠損部に小腸がはまり込む、いわゆる子宮広間膜ヘルニアは今までも複数例報告されており、CTでの術前診断、また近年では腹腔鏡下での整復も選択されている。本症例では小腸のみでなく、移動盲腸を含む上行結腸がはまり込んでおり、術前診断に難渋、また術中も徒手整復に難渋した。子宮広間膜ヘルニアの術前診断、また治療について文献を踏まえて考察する。</p>
<p>B 11</p> <p>肋骨骨折による遅発性外傷性横隔膜ヘルニア</p> <p>知多半島総合医療センター 外科 平出康介、酒徳弥生、太平周作、田口泰郎、中橋剛一、石田陽祐、秋山荘二郎、浅井雄介、川田和哉、周 拓蒼、岡田禎人</p> <p>外傷性横隔膜ヘルニアは比較的稀な疾患である。今回、肋骨骨折端により遅発性に横隔膜ヘルニア陥頓を来した1例を経験したため報告する。症例は65歳男性。受診前日に転倒し、左胸部を打撲。翌日呼吸苦と疼痛で当院搬送となった。CTで気胸と左多発肋骨骨折を認め、胸腔ドレナージを施行し、4日後に退院した。退院4日後、呼吸苦と腹痛、腹部膨満で受診。CTで左横隔膜ヘルニアを認め、胃と左側結腸が胸腔内に脱出し、縦隔の著明な右方偏位を認めた。外傷性横隔膜ヘルニアと診断し緊急手術を施行した。手術所見では左胸腔に胃と結腸が陥頓しており、用手還納困難であったため、自動縫合気で横隔膜を切離し、腹腔内に還納した。胸腔内を観察すると、横隔膜損傷部の近傍に鋭利な肋骨骨折端を触知した。骨折端を整復し横隔膜を縫合閉鎖した。術後13日目に経過良好で他院へ転院した。</p>	<p>B 12</p> <p>乳房インプラント関連未分化大細胞型リンパ腫(BIA-ALCL)と鑑別を要した豊胸術後慢性拡張性血腫の1例</p> <p>藤田医科大学病院 乳腺外科 喜島龍之介、平田宗嗣、中澤優望佳、新村和也、林 直樹、喜島祐子</p> <p>【はじめに】インプラント関連未分化大細胞型リンパ腫(BIA-ALCL)は稀な疾患で、画像所見に乏しく診断に苦慮する。今回、豊胸術後インプラント周囲血腫を認め、BIA-ALCLとの鑑別が困難であった1例を報告する。【症例】64歳女性。乳癌・卵巣癌の家族歴なし。【主訴】右乳房の腫脹。【現病歴】20年前に美容目的で両側乳房インプラント挿入術を施行。X年6月より右乳房腫脹を自覚し、X年8月当科紹介受診。【現症・検査】右乳房は著明に腫大。USでインプラント周囲に低エコー域を認め、PET-CTで淡い集積を認めた。細胞診・針生検はいずれも陰性であった。【診断・治療】慢性拡張性血腫を疑ったがBIA-ALCLを否定できず、患者希望によりインプラント抜去および乳房切除を施行。病理学的に悪性所見はなく慢性拡張性血腫と診断された。【結語】豊胸術後長期経過例では、術前検査陰性でもBIA-ALCLとの鑑別が重要である。</p>

<p>B 13</p> <p>診断に苦慮した乳腺結核の一例</p> <p>藤田医科大学病院 乳腺外科 中澤優望佳、平田宗嗣、林 直樹、喜島龍之介、喜島祐子</p> <p>乳腺結核は本邦では0.06%と極めて稀な疾患であり、特異的な所見がないため診断に難渋する。今回診断に苦慮した乳腺結核の1例を経験したので報告する。</p> <p>症例は41歳女性、フィリピン人、3妊3産、授乳歴あり。第3子授乳中に右化膿性乳腺炎を発症し、断乳後も切開排膿を要する炎症再燃を繰り返したため紹介となった。右乳房下溝線に20mm大の皮膚瘻孔と持続性滲出液を認めたが、培養は陰性でマンモグラフィ、乳腺超音波でも異常所見はなかった。難治性瘻孔として瘻孔切除術を施行したが、術後2カ月に創離開と滲出液の再発を認めた。MRIで瘻孔と連続する前胸部胸壁内膿瘍を指摘され、滲出液の抗酸菌検査から乳腺結核と診断した。抗結核薬内服により治療開始3カ月で滲出液は消失した。</p> <p>乳腺結核は発展途上国出身者では鑑別すべき疾患であり、グローバル化が進む社会背景を加味すると、難治性乳腺の原因の1つとして、結核感染を鑑別していく外来診療が重要である。</p>	<p>B 14</p> <p>ドキシソルピシンの血管外漏出へ局所・全身療法を要した1例</p> <p>豊橋市民病院 乳腺外科¹⁾、同 一般外科²⁾ 畑佐実咲¹⁾、藤井正宏¹⁾、深谷昌秀²⁾、青葉太郎²⁾、有元淳記²⁾、山下浩正²⁾、中島 悠²⁾、村松秀樹²⁾、矢野彦太²⁾、百田浩太郎²⁾、石川凜太郎²⁾、小野島 功²⁾、角田達彦²⁾、久留宮康暉²⁾、末永真也²⁾、古澤 燎²⁾、平松和洋²⁾</p> <p>アントラサイクリン系抗癌剤を含むAC療法は、血管外漏出時に重篤な局所障害を来す。AC療法の血管外漏出に対しデクスラゾキサンを使用した1例を経験したので報告する。</p> <p>症例は65歳女性。右乳癌に対する術後補助療法としてAC療法を施行中、第4コース目にドキシソルピシンの血管外漏出を認めたため投与を中止し、キシロカインおよびデキササートの局所注射、局所冷却を行い、デクスラゾキサンを3日間投与した。漏出部は軽度発赤するも、皮膚壊死や潰瘍形成は認めなかった。デクスラゾキサン投与後約2週間で発熱性好中球減少症(FN)が出現し、広域抗菌薬とG-CSFの投与により発熱と好中球数は改善した。漏出部位の皮膚発赤は遷延した。</p> <p>デクスラゾキサンはアントラサイクリン血管外漏出による局所障害軽減に有効とされる一方、骨髄抑制の増強が報告されている。本症例では重篤な局所障害を回避し得たが、FNを発症して、全身的有害事象への十分な注意が必要と考えられた。</p>
<p>B 15</p> <p>肝左葉切除を施行したFibrolamellar hepatocellular carcinomaの1例</p> <p>豊橋市民病院 一般外科 小野島功、青葉太郎、深谷昌秀、藤井正宏、有元淳記、山下浩正、中島 悠、村松秀樹、矢野彦太、百田浩太郎、石川凜太郎、畑佐実咲、角田達彦、久留宮康暉、末永真也、古澤 燎、加藤岳人、平松和洋</p> <p>症例は43歳女性、健診で胆道系酵素上昇と貧血を認め近医受診。腹部エコーにて肝腫瘤を認め、当院紹介となった。CTにて肝左葉内側区を中心とした長径15cmほどの腫瘤を認め、リンパ節や多臓器への転移は認めなかった。術前診断はcT2N0M0 cStage II BCLC-Aとなり、肝左葉切除を施行した。病理結果はFibrolamellar hepatocellular carcinoma 17×16.5×10.5cm 脈管浸潤なし pT2N0M0 pStage IIであった。その後、大きな合併症なく8PODに退院となった。術後1ヶ月となる現在まで再発は認めない。</p> <p>Fibrolamellar hepatocellular carcinoma(以下、FLC)は肝細胞癌の特殊型で、本邦では稀な疾患である。若年成人に好発し、背景肝にはウイルス性慢性肝炎および肝硬変を認めないことが多い。また、肝細胞癌とは異なり、リンパ節転移が多いことが知られている。今回、FLCの1切除例を経験したので文献的考察を加えて報告する。</p>	<p>B 16</p> <p>原発性胆汁性胆管炎に合併した肝原発悪性リンパ腫の1例</p> <p>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 一般消化器外科 山川ありさ、柴田耕治、永井英雅、吉岡裕一郎、蟹江恭和、小林龍太郎、浅井周平、若尾 聖、後藤亮太郎、小倉 楓、三宅秀夫</p> <p>症例は75歳男性。他院で原発性胆汁性胆管炎(primary biliary cholangitis ; PBC) フォロー中の定期CT検査で肝S7に10mm大の腫瘤を認めた。約1年で径14mmに増大したため当院へ紹介となった。肝S7の腫瘤は、腹部超音波検査で低エコー、造影CTでは早期相で辺縁が淡く造影され、後期相で低吸収であった。EOB-MRIではT1低信号、T2高信号、DWI高信号、肝細胞相で低信号であった。腫瘍マーカーはいずれも陰性であり、診断・治療的にロボット支援下肝部分切除術を施行した。術後経過は良好で術後7日目に自宅退院となった。病理診断は、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(Diffuse B-cell lymphoma ; DLBCL)であった。術後のPET-CTではFDG高集積域は肝臓に小結節状に散在するほか、中部食道傍リンパ節のみであり、肝原発悪性リンパ腫(primary hepatic lymphoma ; PHL)と診断した。術後R-CHOPを6コース施行し、術後1年7か月CRを維持している。PHLは稀な疾患だが、PBCに合併した報告例を認め、PBC既往のある患者の肝腫瘤の鑑別疾患として挙げる必要がある。</p>

<p>B 17</p> <p>腹腔鏡下胆嚢摘出術時の遺残結石により腹腔内膿瘍を形成した2例</p> <p>大垣市民病院 外科 上村綾菜、伊藤喜介、前田敦行、高山祐一、高橋崇真、青山広希、高橋大五郎、水野宏論、山本 亮、下山貴之、島田卓人、加藤暁俊、前畑昂洋、東島弘樹、佐藤玄理、白戸 学</p> <p>症例1は73歳男性。急性胆嚢炎に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術(LC)を施行した。術中に胆石が腹腔内に落下したため可及的に回収した。経過良好で退院したが、術後2か月で右腰背部痛と炎症反応上昇を認め受診。CTで腹腔内の遺残結石を原因とする右横隔膜下膿瘍と診断し、開腹膿瘍ドレナージおよび結石除去術を施行した。症例2は81歳女性。急性胆嚢炎に対しLC施行後、術後1年で腹痛と炎症反応上昇を認め受診。CTで肝S6から後腹膜に進展する75mm大の腫瘤を認め、腹部超音波検査で内部不均一、点状高エコー像を遺残結石による腹腔内膿瘍と診断した。開腹ドレナージおよび結石除去術を施行した。両症例とも現在まで再燃なく経過している。腹腔鏡下胆嚢摘出術時の遺残結石により腹腔内膿瘍を形成した2例を経験した。胆嚢炎手術時に落下した結石は膿瘍形成のリスクとなるため、可能な限りの回収が好まれる。</p>	<p>B 18</p> <p>下大静脈浸潤・閉塞を伴う後腹膜脱分化型脂肪肉腫の1切除例</p> <p>愛知県がんセンター 消化器外科部 成田 潔、奥野正隆、夏目誠治、浅野智成、小塩英典、伊藤誠二、小森康司、三澤一成、伊藤友一、木下敬史、檜垣栄治、大内 晶、細井敬泰、岸田貴喜、稲田亘佑、北原拓哉、禰宜田真史、安岡宏展、安藤秀一郎、尾崎航太郎、安部哲也</p> <p>症例は56歳男性。前医にて高血圧、蛋白尿の精査で後腹膜腫瘍を指摘され、開腹生検で脱分化型脂肪肉腫と診断。治療目的に当院へ紹介となった。CTで右腹部に長径13cm大の腫瘍を認め、下大静脈は肝下下大静脈より末梢で閉塞し、左右内外腸骨静脈は完全に血栓化、左右腎静脈も閉塞していた。左精巣静脈など周囲に側副血行路が発達していた。また、臍頭部、十二指腸、右腎、肝、右大腰筋に接していた。下大静脈を含む多臓器合併切除で切除は可能と判断して手術を施行した。臍頭十二指腸、右半結腸、右腎臓、右副腎、肝、下大静脈合併切除を伴う後腹膜腫瘍切除術により肉眼的完全切除を得た。下大静脈はすでに閉塞しており、側副血行路が発達していたため再建しなかった。術後全身状態改善に時間を要したが大きな合併症なく経過し57日目に退院、術後9ヶ月経過し無再発生存中である。</p>
<p>B 19</p> <p>皮下埋め込み型CVポート抜去時にカテーテル断裂をきたしたがCatheter Interventionにより回収し得た1例</p> <p>公立陶生病院 外科 田中秀明、江本宇基、長嶋真央、村田仁美、野地雄太、田中 卓、尾崎浩太郎、栗原佳奈、吉田光一、宮嶋則行、武田重臣、松下英信、大河内治、川瀬義久</p> <p>症例は57歳の女性。直腸癌、右卵巣転移、多発肝転移を認め、化学療法目的でCVポート造設方針となった。CVポートはエコーガイド下に右内頸静脈より穿刺し留置した。CVポート造設3日後から抗癌剤(mFOLFOX6+ベクティビックス療法)を投与開始したが、1ヶ月後に体位によるCVポートの滴下不良および疼痛が発生し抜去方針となった。胸部のポート埋没部を切開し、ポートを摘出しカテーテルを牽引して抜去を試みたがカテーテルが途中で断裂。CT検査にて遠位のカテーテルは上大静脈から右心房内に遺残していることが確認された。循環器内科にて右大腿静脈アプローチによるCatheter Interventionで血管内異物除去術を施行して、断裂したカテーテル断端を回収した。本症例を含め当院でのCVポート関連の血管内異物遺残の症例を供覧し、若干の文献的考察を交えて報告する。</p>	<p>B 20</p> <p>腸間膜静脈硬化症の一例</p> <p>春日井市民病院 外科 田中智裕、渡邊真哉、古田美保、會津恵司、鈴木和志、小林真一郎、佐藤文哉、林 友樹、清水大輔、岩田尚宏、川島賢人、川村一生、石田直哉、永田萌々</p> <p>症例は64歳女性。腹痛を主訴に前医受診し、原因不明として当院紹介となった。血液検査で炎症所見高値を認め、CTで上行結腸優位の浮腫状壁肥厚と腸管壁やその周囲の腸間膜静脈に広範な石灰化、口側小腸の拡張を認めたため精査加療目的で入院となった。大腸内視鏡検査では、粘膜の青銅色の変化を認めた。副鼻腔炎に対して辛夷清肺湯を毎日5年にわたり内服していた。以上から腸間膜静脈硬化症と診断。腸閉塞を併発しており、腸管壁の菲薄化も著名であったため外科的治療方針とした。術後経過良好で術後15日目に退院となった。腸間膜静脈硬化症は、漢方薬の長期内服との因果関係が多数報告されている。本症例でもサンシンを含む辛夷清肺湯を内服しており、本剤が原因薬剤であった可能性が考えられた。今回我々は比較的稀な腸間膜静脈硬化症を経験したので、文献的考察を加えて報告する。</p>

協賛企業一覧

(敬称略・五十音順)

《広告掲載》

アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アボットジャパン合同会社
MSD 株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
科研製薬株式会社
株式会社メディコン
株式会社八神製作所
株式会社リブドゥコーポレーション
協和キリン株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社
塩野義製薬株式会社
シスメックス株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
大鵬薬品工業株式会社
第一三共株式会社
高田製薬株式会社
武田薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
日本イーライリリー株式会社
ネスレ日本株式会社
ノバルティスファーマ株式会社
ビーワン・メディシNZ合同会社
深谷昭秀税理士事務所
メルクバイオフーマ株式会社

《ランチョンセミナー協賛企業》

インテュイティブサージカル合同会社

愛知臨床外科学会会則

第1章 総 則

- 第1条(名称) 本会は、愛知臨床外科学会と称し、日本臨床外科学会の愛知県支部とする。
- 第2条(事務所) 本会の事務所は、原則として支部長の在勤する施設内におく。

第2章 目的および事業

- 第3条(目的) 本会は、臨床外科学会全般の進歩・普及に努め、社会福祉の向上に寄与し、会員に卒後・生涯研修の場を提供するとともに、会員相互の親睦をはかることを目的とする。
- 第4条(事業) 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。
(1) 会員の研究発表のための学術集会の開催。
(2) その他、必要な事業。

第3章 会 員

- 第5条(会員) 本会の会員は、愛知県に在住または勤務する医師、およびその他の地域の医師で、本会の目的に賛同し、入会した者とする。
2. 特別会員、名誉会員をおくことができる。
3. 賛助会員をおくことができる。
- 第6条(入会) 本会に入会しようとする者は、学会事務局に別に定める入会申込書を提出し、支部長の承認を受けなければならない。
- 第7条(会費) 会員は、定められた会費を当該会計年度の期間内に納入しなければならない。
- 第8条(退会) 会員は、(1) 本人の希望で退会したとき、(2) 死亡したとき、(3) 2年を超えて会費を納入しないとき、その資格を失う。

第4章 役 員

- 第9条(役員を選任と任期) 本会に次の役員をおく。
(1) 支部長：1名
(2) 会 長：1名
(3) 幹 事：若干名
(4) 監 事：2名
2. 任期は支部長・幹事・監事は2年とし、再任は妨げないが、通常3期、6年までとする。会長は、次期学術集会までとする。
3. 会長以外の役員は、評議員会において、評議員より選任し、総会に報告する。
4. 会長は、幹事会において、評議員より選任し、評議員会・総会に報告する。

第10条(役員の職務) 役員は以下の職務を司る。

- (1) 支部長は本会を代表し、その職務を統括する。
- (2) 会長は、学術集会を主催する。
- (3) 幹事は、幹事会を構成し、支部長の諮問により本会の企画、立案をする。
- (4) 監事は、本会運営に関する事項を監査する。

第5章 学術集会

第11条(学術集会) 学術集会は、年1回開催し、会員の臨床外科学的研究の発表を行う。

第6章 評議員、評議員会および総会

第12条(評議員) 本会に、若干名の評議員をおく。

2. 評議員は、評議員会において会員の中から選出し、総会の承認を受ける。
3. 任期は、2年とし、再任は妨げない。
4. 評議員は、本会の運営に関する事項を審議する。

第13条(評議員会および総会) 評議員会ならびに総会は、原則として年1回学術集会の会期中に会長が召集し、議長となる。

2. 評議員会は評議員をもって構成する。ただし、特別会員、名誉会員は評議員会に出席し、意見を述べることができる。
3. 総会は、会員をもって構成する。
4. 評議員会・総会の議決は、出席者の過半数をもって決するが、可否同数の時は議長の決する所による。

第7章 資産、経費、会計報告など

第14条(資産) 資産は、(1)会費、(2)資産から生ずる収入、(3)事業にともなう収入、(4)寄付金、(5)その他の収入による。

第15条(経費の支弁) 本会に事業に要する経費は、資産により支弁する。

第16条(収支報告) 学会事務にかかわる収支決算は、支部長が1年ごとに作成し、年1回の評議員会での承認を得て、総会に報告する。

2. 学術集会に関する収支決算は、会長がその担当期間について作成し、次回の評議員会の承認を得て、総会に報告する。

第17条(会計年度) 会計年度は、4月1日から翌年3月31日までとする。

第18条(会則の変更、解散) 評議員会および総会の議を経て、本会則の変更、本会の解散をすることができる。

付 則

1 本学会会則は1994年(平成6年)7月3日より施行する。

(改定)

- 2 2009年(平成21年)2月11日一部改定
- 3 2014年(平成26年)7月21日一部改定
- 4 2021年(令和3年)7月22日一部改定
- 5 2025年(令和7年)11月12日一部改定

愛知臨床外科学会細則

第1条 学術集会は原則として年1回開催するものとし、開催地、開催期日は、会長が定める。

第2条 学術集会の記録は日本臨床外科学会雑誌に掲載する。

第3条 本学術集会上に演題を発表しようとする者は、演者及び共同演者共に本会の会員であることを要し、日本臨床外科学会会員であることが望ましい。

第4条 特別会員は、本会に対し特別の功労があり、常勤職を退いた者、或いは愛知県外科医会役員の中から、支部長が幹事会において推薦し、評議員会で承認を受ける。

2. 名誉会員は、本会の支部長・会長を担当し常勤職を退いた者、或いは愛知県外科医会役員の中から、支部長が幹事会において推薦し、評議員会で承認を受ける。

3. 特別会員、名誉会員は会費の納入を要しない。

第5条 賛助会員は、医師以外で本会の趣旨に賛同し、評議員会で認められた者とし、総会に出席し意見を述べることができる。

第6条 会費は年額2,000円とし、既納の会費は返還しない。

第7条 幹事は、10名内外とする。

2. 支部長に事故ある時は、幹事の互選により職務代行者を選出する。
次回の評議員会で新支部長を選任し、総会に報告する。

第8条 監事は、評議員会・総会に出席し、監査結果を報告する。

第9条 評議員総数は、概ね会員数の10%とする。

第10条 支部長は事務員を雇用することができる。

第11条 細則の改定は評議員会の議を経て決定し、総会に報告する。

付 則

1 本学会の細則は1997年(平成9年)7月3日より施行する。

(改定)

2 2013年(平成25年)7月15日一部改定

3 2019年(令和元年)7月15日一部改訂

4 2021年(令和3年)7月22日一部改定

5 2025年(令和7年)11月12日一部改定

愛知臨床外科学会申し合わせ事項

- (1) 共同演者は、会則第5条、ならびに細則第3条の規定にかかわらず、医師以外の医学研究者、医療従事者も認めるが、本会へ入会することを要する。
- (2) 入会申込に際しては、氏名・生年月日・所属・現住所・連絡先住所を所定の用紙に記入し、学会事務所に提出する。
- (3) 会員は、特別会員、名誉会員を支部長に推薦できる。
推薦は、被推薦者の氏名と推薦者氏名、ならびに推薦理由を記載し、総会の1ヶ月前までに、文章で支部長まで提出する。
- (4) 会員は、評議員候補者を支部長に推薦できる。
推薦は、書面で行い、被推薦者の氏名・年齢・所属施設名・職名を、推薦者の氏名、ならびに推薦理由を記載して、総会の1ヶ月前までに支部長まで提出する。
- (5) 評議員の配置は、著しい偏りを避けるよう配慮する。
- (6) 学術集会に提出する演題は、臨床に基づく内容であることが望ましい。

1 2014年(平成26年)7月21日一部改定

2 2021年(令和3年)7月22日一部改定



NUTRITION

経腸栄養剤(経口・経管両用)

薬価基準収載

エンシュア®・H



バニラ味

コーヒー味

メロン味

黒糖味

バナナ味

ストロベリー味

抹茶味

※味の違いは香料によるもので、本剤にはバニラ、コーヒー、メロン、黒糖、バナナ、ストロベリー、抹茶などの成分は含まれておりません。

「効能・効果」、「用法・用量」、禁忌を含む「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元

アボットジャパン合同会社

東京都港区三田三丁目5番27号

【資料請求先】アボットジャパン合同会社 お客様相談室 フリーダイヤル **0120-964-930**

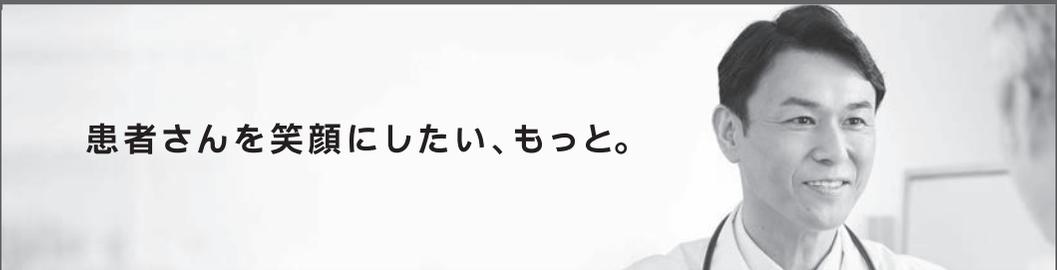
2022年1月作成



がんに勝ちたい、もっと。



家族と一緒にいたい、もっと。



患者さんを笑顔にしたい、もっと。



革新的な薬を届けたい、もっと。

がんと向き合う 一人ひとりの想いに応えたい。

私たちMSDは、革新的ながん治療薬を開発する情熱を抱き、
一人でも多くの患者さんに届けるという責任をもって
がん治療への挑戦を続けています。

WINNING

MORE

AGAINST

CANCER

MSD株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msd.co.jp/>

Seprafilm
ADHESION BARRIER



癒着防止吸収性バリア

セプラフィルム®

承認番号20900BZY00790000

高度管理医療機器 保険適用

ヒアルロン酸ナトリウム/カルボキシメチルセルロース癒着防止吸収性バリア

- 禁忌・禁止を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入) バクスター・ジャパン株式会社
東京都港区芝浦三丁目4番1号グランパークタワー30階

発売元
[文献請求先
及び問い合わせ先]



科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28番8号
医薬品情報サービス室

JP-AS30-220196 V2.0
SPF07AP (2024年1月作成)

お客様の視点で、
医療現場の改革を
サポートします。



SCK[®]

Standard Convenience Kit

Care(介護)とCure(治療)を通して、
「生きる力を応援する」Livedo Corporation。

日常の介護から先端医療の領域まで、確かな実績を積み重ねてまいりました。

手術準備用キットSCK[®]と、現場のニーズに即した的確なソリューション展開で、
医療の質を高め、業務の効率化と経営の革新を図る医療現場をサポートする、
新しい価値をお届けしてまいります。



 **Livedo Medical**

株式会社 **リブドゥコーポレーション**

<https://www.livedo.jp/> e-Mail askm@livedo.jp

メディカル営業本部 〒164-0011 東京都中野区中央1-38-1 住友中野坂上ビル16F TEL.03-5338-5155 FAX.03-5338-5159

Medtronic

LigaSure™ XP Maryland

Sonicision™ 7

“次のステージ”へ



コヴィディエンジャパン株式会社

Tel:0120-998-971

medtronic.co.jp

販売名:Valleylab FT10E®キープフラットフォーム 医療機器承認番号:22800BZX00157000
販売名:ForceTriad®キープフラットフォーム 医療機器承認番号:21900BZX00853000
販売名:Sonicision 7 コードレスシステム 医療機器承認番号:30500BZX00058000

使用目的又は効果、警告・禁忌を含む使用上の注意等の情報につきましては製品の電子添文をご参照ください。
© 2024 Medtronic.
Medtronic、メドトロニック及びMedtronicロゴマークは、Medtronicの商標です。

SI-A1359

Johnson & Johnson MedTech

HARMONIC® 1100



ECHELON CIRCULAR®
Powered Stapler

STRATAFIX®
Spiral PDS Plus®



STRATAFIX®
Spiral PDS Plus®
Bi-directional

SURGICEL SNOW®
Absorbable Hemostat



SURGICEL®
ABSORBABLE HEMOSTAT

DERMABOND
PRINEO®



ENDOPATH®
XCEL Trocar series



SURGIFLO®



HARMONIC
FOCUS+®

SURGICEL® Powder
Absorbable Hemostat



PDS PLUS®



ENSEAL®
X1 Curved Jaw Tissue Sealer



Powered
ECHELON FLEX® 3000



製造販売元：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカルカンパニー
〒101-0065 東京都千代田区西神田 3-5-2 TEL.0120-160-834

JP_ETH_STAP_357792
©J&JMK 2024

販売名：エンドパス スタイプラー Powered ECHELON FLEX 3000
販売名：GSTカードリッジ
販売名：エシロン サーキュラー パワードスタイプラー
販売名：エンドパス トロッカーシステム
販売名：ハーモニック 1100 シアーズ
販売名：エンジェル X1 ティッシュシーラー
販売名：ハーモニック FOCUS プラス

認証番号：304AABZX00060000
承認番号：227008ZX00155000
承認番号：301008ZX00156000
認証番号：219008ZX00882000
承認番号：303008ZX00138000
承認番号：302008ZX00391000
承認番号：227008ZX00411000

販売名：STRATAFIX Spiral PDS プラス
販売名：STRATAFIX Spiral PDS プラス Bidirectional
販売名：PDS プラス
販売名：ダーマボンド プリネオ
販売名：サージフロー
販売名：サーゼセル・パウダー・アブソーパブル・ヘモスタット
販売名：サーゼセル スノー・アブソーパブル・ヘモスタット
販売名：サーゼセル・アブソーパブル・ヘモスタットMD

承認番号：229008ZX00123000
承認番号：304008ZX00016000
承認番号：223008ZX00333000
届出番号：1381X00204ME0010
承認番号：231008ZX00112000
承認番号：302008ZX00082000
承認番号：303008ZX00042000
医療機器承認番号：304008ZX00112000



病気になる。あるいは、健康への心配がある。
それだけで、人は日常から引き離されてしまう。
第一三共が掲げる「健康で豊かな生活」とはつまり、
すべての人が前向きに日々を生きられる、ということ。
わたしたちがサイエンス&テクノロジーで、
革新的モダリティ(治療手段)を追求するのも、そのためです。
健康につまずかない。そんなサステナブルな未来へ。
わたしたちは今日も、イノベーションの先にあるこたえをさがしています。

世界中の人々の健康で豊かな生活に貢献する

イノベーションに情熱を。
ひとに思いやりを。



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社

まだないくすりを 創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



www.astellas.com/jp/

アステラス製薬株式会社

AstraZeneca 



抗悪性腫瘍剤 (AKT阻害剤)

薬価基準収載

トルカプ®錠 160mg
200mg

Truqap® tablets 160mg・200mg (カビパセルチブ錠)

劇薬/処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、電子添文をご参照ください。

製造販売元 [文献請求先]

アストラゼネカ株式会社

大阪市北区大深町3番1号

TEL 0120-189-115

(問い合わせ先フリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター)

2025年3月作成

OLYMPUS

VISERA ELITE III



VISERA ELITE IIIは、従来のオリンパスの外科用内視鏡システムの利点を統合した内視鏡プラットフォームです。異なる診療科での機器共有を可能にするとともに、お客様のニーズに応じて機能をカスタマイズすることができます。またVISERA ELITE / VISERA ELITE IIシリーズのスコープとの高い互換性とソフトウェアアップグレードによる機能拡張により、効率的な機器投資に貢献します。

製造販売元 オリンパスメディカルシステムズ株式会社
販売名 VISERA ELITE III
製品番号 VISERA ELITE III
お問い合わせ先 株式会社オリンパス

4K/3D/IR 観察の機能を統合した オールインワンビデオプロセッサ



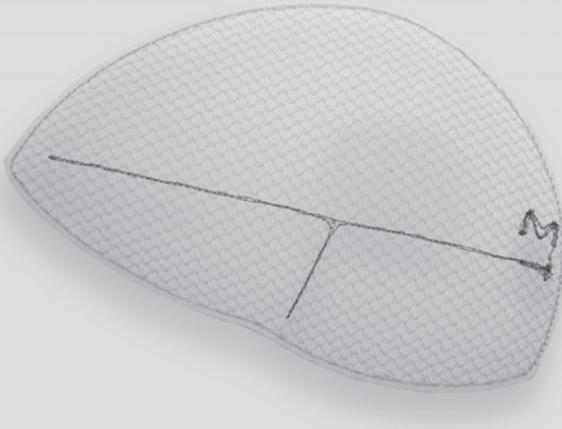
より精密な臨床画像を実現する True 4K 画質

4Kカメラヘッド CH-S700-XZ-EA



オリンパスマーケティング株式会社

www.olympus.co.jp



販売名: 3DMax MID アナトミカルメッシュ
承認番号: 30600BZ00092000
クラス分類: 高度管理医療機器(III)
一般的名称: 非吸収性ヘルニア・胸壁・腹壁用補綴材
償還区分: 繊維布・ヘルニア・形状付加

鼠径ヘルニア修復用メッシュ

3D Max[®] (ミディアムタイプ)

TAPP法、TEP法およびRobotic TAPP法のような鏡視下アプローチのための
立体型モノフィラメントポリプロピレンメッシュ

製造販売元

株式会社メディコン

カスタマーサービス www.bdj.co.jp/s/cs/

bd.com/jp/

・事前に必ず電子添文(注意事項等情報)を読み、本製品の使用目的、禁忌・禁止、警告、使用上の注意等を守り、使用方法に従って正しくご使用ください。
・本製品の電子添文は独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)のホームページで閲覧できます。

BD, the BD Logo, and all other trademarks are trademarks of Becton, Dickinson and Company or its affiliates. ©2024 BD. All rights reserved.





すべての人の健康のために
地域社会とつながり、**予防・医療・介護**のサービスを通じて「人」を支える

株式会社 八神製作所

-Human Care Company-

YAGAMI 〒460-8318 愛知県名古屋市中区千代田二丁目16番30号 TEL. 052-251-6671(代) www.yagami.co.jp



たった一度の
いのちと
歩く。



KYOWA KIRIN

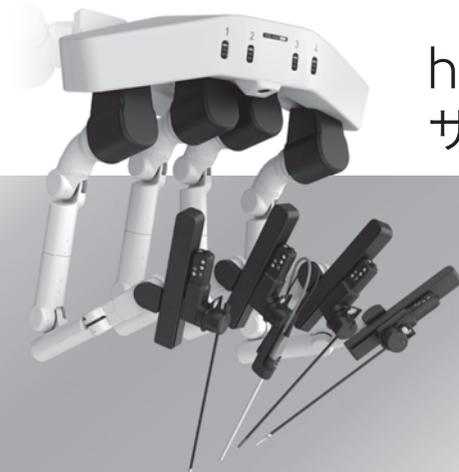
私たちの志 検索

SHIONOGIは いま、まさに 立ち向かっている。

半世紀以上、
感染症と向き合い続けてきた誇りを胸に。
ヘルスケアの未来を見据え、
健やかで豊かな人生に貢献するために。



2024.3.B52



hinotori™ サージカルロボットシステム

目指したのは
人に仕え、
人を支える存在



*外観、仕様等については改良のため予告なしに変更することがあります。販売名：hinotori™ サージカルロボットシステム 承認番号：30200BZX00256000

Copyright © Medicaroid Corporation All Rights Reserved. ©Tezuka Productions

総代理店
シスメックス株式会社

www.sysmex.co.jp



製品について
お問い合わせは
こちら



注：活動及びサイトの適用範囲は規格により異なります。
詳細は www.tuv.com の ID 0910589004 を参照。
Note: Scopes of sites and activities vary depending on the standard.
For details, refer to the ID 0910589004 at www.tuv.com

製造販売元
株式会社メディカロイド

〒650-0047
兵庫県神戸市中央区港島南町1丁目6-5
国際医療開発センター6F



抗悪性腫瘍剤

劇薬、処方箋医薬品(注意一医師等の処方箋により使用すること)

ロンサーフ® 配合錠 T15 Lonsurf® combination tablets

トリフルリジン・チピラシル塩酸塩配合錠

薬価基準収載

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報は電子添文をご確認ください。

製造販売元



文献請求先及び問い合わせ先

大鵬薬品工業株式会社

〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

2023年2月作成

エルプラット®は 2025年4月1日より ヤクルト本社から高田製薬へ 承継されました

抗悪性腫瘍剤

毒薬、処方箋医薬品^(注) 注) 注意一医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

エルプラット® 点滴静注液 50mg 100mg 200mg

日本薬局方 オキサリプラチン注射液
一般的名称: オキサリプラチン

製造販売元

高田製薬株式会社

さいたま市西区宮前町203番地1

〈文献請求先及び問い合わせ先〉
高田製薬株式会社 文献請求窓口
〒336-8666 さいたま市南区沼影1丁目11番1号
TEL: 0120-989-813 FAX: 048-838-2121

2025年10月作成

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については電子化された添付文書をご参照ください。





Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



 **中外製薬**

 ロシュグループ



 **AVASTIN[®]**
bevacizumab

日本標準商品分類番号 874291

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF^{注1)}ヒト化モノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注2)}

薬価基準収載

アバスタチン[®] 点滴静注用 **100mg/4mL**
400mg/16mL

 **AVASTIN[®]**
bevacizumab

ベパシズマブ(遺伝子組換え) 注

注1) VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor(血管内皮増殖因子)
注2) 注意—医師等の処方箋により使用すること

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

 ロシュグループ

文献請求先及び問い合わせ先) メディカルインフォメーション部
TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

(販売情報提供活動に関する問い合わせ先)
<https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/>

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報は電子化された添付文書をご参照ください。

2025年5月改訂

Lilly



抗悪性腫瘍剤 CDK^④4及び6阻害剤

薬価基準収載



ベージニオ錠 50mg
100mg
150mg

注) CDK: Cyclin-Dependent Kinase (サイクリン依存性キナーゼ)
アベマシクリブ錠 創薬 処方薬医薬品(注意—医師等の処方箋により使用する)

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む
注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

製造販売元<文献請求先及び問い合わせ先>
日本イーライリリー株式会社

Lilly Answers リリーアンサーズ
日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口
0120-360-605 (医療関係者向け)
受付時間: 8:45~17:30 (土・日・祝祭日及び当社休日を除く)

PP-AL-JP-2761
2022年7月作成

アイソカル®
クリア
Clear
アイス

エネルギー 50kcal
ホエイプロテイン 4.0g
脂肪 0
1カップ(50g)あたり

常温で届いて、冷凍でおいしい。

溶けて液体にならないから、
ゆっくり食べられる。

「アイソカルクリア」の
ブランドサイトを
チェック!



Nestlé
HealthScience®

ネスレ日本株式会社
ネスレヘルスサイエンスカンパニー
〒140-0002 東京都品川区東品川 2-2-20
<https://www.nestlehealthscience.jp/>



みかん味

アイスなら食べられる。
そのひとくちが、
栄養に



Reimagining medicine, together

ともに、医薬の未来を描く

 NOVARTIS



 BeOne

抗悪性腫瘍剤
ヒト化抗ヒトPD-1モノクローナル抗体

薬価基準収載

 **テビムブラ**® 点滴静注
100 mg

新発売

TEVIMBRA I.V. Infusion チスレリズマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品、新薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること
最速使用性ガイドライン対象製品

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む
注意事項等情報等については、
電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元

ビーワン・メディシNZ合同会社

〒105-7114 東京都港区東新橋1丁目5番2号
<https://beonemedicines.jp/>

文献請求先及び問い合わせ先

メディカルインフォメーションコンタクトセンター

メール: medinfojp@beonemed.com

電話: 0800-919-0351

受付時間: 9時~17時(土、日、祝日、弊社休業日を除く)

0625-TEV-PRC-134

2025年7月作成

深谷昭秀税理士事務所

開業支援

相続・事業継承相談

確定申告

資金繰り・融資サポート

節税対策

初回相談無料

お気軽にお電話ください

TEL. 0569-22-4774



愛知県半田市北二ツ坂町3丁目9番地の8

抗悪性腫瘍剤 抗ヒトEGFR^{※1} モノクローナル抗体

薬価補正収載

アービタックス® 注射液 100mg
注射液 500mg

セツキシマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品 | 劇薬 | 処方箋医薬品^{※2}

注1) EGFR: Epidermal Growth Factor Receptor (上皮細胞増殖因子受容体)

注2) 注意一頁併等の処方箋により使用すること

ERBITUX
CETUXIMAB



●効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については、電子添文をご参照ください。

製造販売元

メルクバイオフーマ株式会社

〒106-0041 東京都港区麻布台一丁目3番1号

【資料請求先】メディカル・インフォメーション
(TEL) 0120-870-088

アービタックスおよびERBITUXは
イムクロンエルエルシーの商標です。

2025年1月作成 JP-ERB-01572

ERBITUX
CETUXIMAB

MERCK