

第46回 専門医を目指す消化器外科セミナー

消化器外科医を目指す専攻医、初期研修医の先生方を対象として消化器外科の基本を学んで頂くことを目的としたセミナーを行います。異なる施設で研修する同世代の外科医との交流や情報交換の場として活用して下さい。

日時 2020年8月21日（金） 19:20～21:30

会場 ブリーゼプラザ 7階 小ホール
〒530-0001 大阪市北区梅田2丁目4-9
06-6344-4888

会費 ￥500-

事務局： 大阪府吹田市山田丘2-2
大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科
06-6879-3251

共催： 専門医を目指す消化器外科セミナー
テルモ株式会社

プログラム

製品紹介「アドスプレーのご紹介」(19:20~19:30) テルモ株式会社

◎開会の挨拶 大阪大学 消化器外科 教授 江口 英利先生

1.講義(総論)(19:30~20:00)

司会:大阪大学 消化器外科 富丸 慶人先生

『急性呼吸不全患者の人工呼吸』

大阪大学大学院医学系研究科 麻酔・集中治療医学教室 准教授

大阪大学医学部附属病院 病院教授

集中治療部 副部長 内山 昭則先生

人工呼吸を要する急性呼吸不全患者では人工呼吸の目的は動脈血ガスデータの正常化であった。ARDS netの研究以来、人工呼吸の目的は動脈血ガスを改善させるだけではなく、人工呼吸による肺傷害を軽減が重要となっている。一回換気量を制限して高二酸化炭素血症による呼吸性アシドーシスを容認するPermissive hypercapnia方針が普及している。一方、ICU患者の過鎮静による予後悪化が判明し、鎮静薬を減らし自発呼吸努力を温存した人工呼吸法が主流である。人工呼吸中の自発呼吸温存には換気血流比の不均衡分布の改善、胸腔内圧低下による呼吸循環改善、気道清浄化の維持、呼吸筋傷害や筋萎縮の減少、鎮静薬の減量、および早期離床などが期待できる。これに対し自発呼吸温存には経肺圧が高くなり、肺傷害を悪化させ、筋弛緩をした方が肺傷害を軽減できる可能性もある。自発呼吸努力を残存させた人工呼吸では気道内圧の調整のみで一回換気量や自発呼吸努力の強さを制限することが難しいことも多い。また、不同調やベンデルフト現象への対策も難しく、特に重症症例では筋弛緩薬の使用が有効である可能性がある。このような急性呼吸不全の人工呼吸管理の課題について解説する。

2.講義(各論)(20:00~20:30)

司会:大阪国際がんセンター 消化器外科 新野 直樹先生

『腹腔鏡下胃切除術の合併症回避のコツとポイント』

市立豊中病院 外科 柳本 喜智先生

胃癌に対する腹腔鏡下胃切除術は、開腹手術と比較して、整容性や侵襲面、拡大視効果による緻密な操作が可能などのメリットがあります。ガイドラインにも一部条件のもと推奨されるようになり、手術手技も定型化されたことから胃癌に対する治療選択肢として広く普及しました。過去の臨床試験では、開腹手術と比較して手術成績に遜色ないことが示されましたが、実臨床では手術合併症が多いとの報告もあり、まだまだ安全性において課題が残っています。また、開腹手術が少なくなってきた昨今の状況から、腹腔鏡手術からトレーニングを開始する専攻医の先生方も少なくありません。本セミナーを通じて、手術合併症回避のポイントについてお伝えし、安全な腹腔鏡下胃切除術の足掛かりとなれば幸いです。

3. 症例検討会（20:40～21:30）

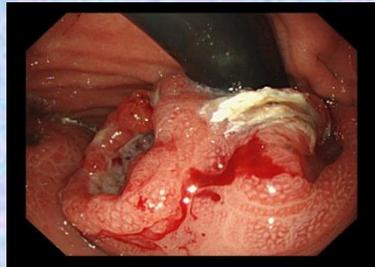
司会：八尾市立病院 外科 岸本 朋也先生

症例1コメンテーター：大阪大学 消化器外科 西塔 拓郎先生

症例2コメンテーター：りんくう総合医療センター 消化器外科 松浦 雄祐先生

症例1：『緊急手術に至った巨大胃GISTの1例』

堺市立総合医療センター 消化器外科 佐藤 豪先生



症例は64歳、男性。十二指腸潰瘍に対して幽門側胃切除術の既往あり。左上腹部腫瘍を自覚し、当院を受診した。腹部CTで胃由来と思われる最大径19cmの腫瘍を認め、肝外側区域への浸潤が疑われた。上部消化管内視鏡検査で胃穹窿部に多発潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認め、生検を行い、GISTと診断した。拡大手術が必要と判断し、術前化学療法の方針とした。イマチニブ400mg内服開始2週間後から発熱を認めた。腹部CTで腫瘍内部のガス像を認め、壊死、膿瘍合併が疑われた。穿孔のリスクが高いと判断し、緊急手術を施行した。残胃全摘、肝部分切除、脾体尾部切除、脾切除、R-Y再建を施行し、術後は合併症なく退院した。現在、術後補助化学療法中であり、2年間無再発で経過している。イマチニブ投与中の穿孔、出血による緊急手術は複数例報告されており、嚴重な経過観察が必要である。

症例2：『鑑別に苦慮した脾嚢胞性疾患の2症例』

市立東大阪医療センター 消化器外科 關口 奈緒子先生



症例1は80歳男性。急性虫垂炎による腹痛で当科を受診し、CTで脾尾部嚢胞性病変を指摘された。33mm大の嚢胞の内部に造影効果を有する14mm大の乳頭状に増殖する結節を含んでおり、主脾管の拡張はなく正常脾との境界は明瞭であった。術前診断としてSPNや嚢胞変性をきたしたNETなどを考え、腹腔鏡下脾体尾部切除術を施行した。

症例2は50歳女性。繰り返す腹痛で来院し、採血ではAmyの上昇を認め、CTで脾尾部に20mm大の嚢胞性病変と周囲にダグラス窩に腹水の貯留を認めた。嚢胞の破裂と急性脾炎の併発と診断された。EUSで脾動脈からの栄養血管が嚢胞内の一部腫瘤様に増殖した部位に流入していた。年齢や脾尾部発生であることからSPNを疑い、開腹脾体尾部切除術を施行した。

脾嚢胞性疾患には嚢胞を形成する種々の脾疾患が含まれる。今回脾嚢胞性疾患の2症例を経験したので、画像による鑑別や治療方針の選択について検討する。

【交通アクセス】

～ブリーゼプラザ～

〒530-0001

大阪市北区梅田2-4-9ブリーゼタワー7F

TEL:06-6344-4888

- ・JR大阪駅下車 徒歩5分
- ・地下鉄四ツ橋線 西梅田駅 徒歩3分



* お車で越しの先生はブリーゼ プラザ地下駐車場をご利用下さい。