

第8回 東京ヘルニアアカデミー

プログラム・抄録集



2021年11月27日(土)

国家公務員共済組合連合会 九段坂病院 13階 講堂

<塾長>

三澤 健之

帝京大学医学部外科学講座 教授

<副塾長>

長浜 雄志

九段坂病院 外科部長

和田 則仁

湘南慶育病院 外科・消化器外科部長

プログラム・抄録集

開会挨拶

15:00~15:05

東京ヘルニアアカデミー 塾長

三澤 健之 帝京大学医学部外科学講座 教授

一般演題 ①

15:05~15:45

座長：和田 則仁 湘南慶育病院 外科・消化器外科部長

- | | |
|-----|--|
| 1-1 | 前立腺全摘術後の外鼠径ヘルニア症例（JHS分類 L-2）に対しmesh plug法で修復した一例
千葉 蒔七 四谷メディカルキューブ 外科・内視鏡外科 |
| 1-2 | 両側腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術後の腹膜縫合離開による腸閉塞の1例
岩永 直紀 順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 |
| 1-3 | 鼠径ヘルニア手術後に小脳梗塞を発症した1例
重盛 治彦 日本医科大学付属病院 消化器外科 |
| 1-4 | 巨大腹壁瘻痕ヘルニア修復術において腹腔内圧をモニタリングした一例
小山 照央 九段坂病院 外科 |

15:45~16:00 コーヒーブレイク

企業展示 株式会社 メディコン
株式会社 メディカルリーダーズ

一般演題 ②

16:00~16:50

座長：長浜 雄志 九段坂病院 外科部長

- | | |
|-----|--|
| 2-1 | 左巨大鼠径ヘルニア術直後に右鼠径ヘルニア嵌頓を来した両側鼠径ヘルニアの1例
本田 善子 東邦大学医療センター大森病院 総合診療外科 |
| 2-2 | 鼠径ヘルニア術後難治性漿液腫に対しエタノール硬化療法が有効であった1例
岡崎 直人 東京医科大学 消化器・小児外科学分野 |
| 2-3 | ICG蛍光法による腸管viability評価を行った嵌頓ヘルニアの3例
三本松 穂子 聖路加国際病院 消化器・一般外科 |
| 2-4 | 臍ヘルニア嵌頓を契機に発見された希少部位子宮内膜症の1例
小林 恭子 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器外科） |
| 2-5 | 当科におけるロボット支援下鼠径部ヘルニア修復術の導入経験
高橋 秀樹 帝京大学医学部外科学講座 |

16:50~17:00 コーヒーブレイク

企業展示 株式会社 メディコン
株式会社 メディカルリーダーズ

特別講演

17:00～17:40

『ロボット支援下ヘルニア修復術の現状』

嶋田 元 先生 聖路加国際病院 消化器・一般外科 ヘルニアセンター長

司会：三澤 健之 帝京大学医学部外科学講座 教授

表彰式

17:40～17:55

東京ヘルニアアカデミー支部 最優秀演題賞 1名 (第20回日本ヘルニア学会学術集会 支部推薦演題)

東京ヘルニアアカデミー支部 優秀演題賞 1名

閉会挨拶

17:55～18:00

東京ヘルニアアカデミー 副塾長

和田 則仁 湘南慶育病院 外科・消化器外科部長

一般演題 ① 1-1

前立腺全摘術後の外鼠径ヘルニア症例(JHS分類 L-2)に対しmesh plug法で修復した一例

千葉蒔七、山本海介

四谷メディカルキューブ 外科・内視鏡外科

前立腺全摘術後の外鼠径ヘルニア症例は腹膜前腔の剥離がすでに行われているため、同部位の剥離操作は術後癒着の影響から極めて困難である。今回、前立腺全摘術後の外鼠径ヘルニア症例に対し、mesh plug法で修復した症例を提示する。【症例】66歳男性【現病歴】以前から左鼠径部膨隆を自覚していたがロボット支援下前立腺全摘手術後膨隆が増悪し、手術目的に当科受診した。【身体所見】身長175.9cm、体重77.4kg、BMI 25.02 kg/m²、立位で左鼠径部に鶏卵大膨隆あり。【CT】左外鼠径ヘルニア(S状結腸滑脱型)。【手術所見】全身麻酔＋筋膜ブロック、膨潤麻酔併用。前立腺手術後の影響で精管と腹膜および内鼠径輪内側の癒着は高度であった。内鼠径輪頭側、外側、外背側の腹膜前腔は3cm以上の剥離を行い、内側は可及的に5mm程度の剥離を行った。剥離後診断はJHS分類L-2 φ20mm。修復はmesh plug法で行った。Perfix Plug(M)を使用。Plugを内鼠径輪から挿入し反転するように展開した。オンレイパッチ外側を腹横筋下、内側を後壁上に展開。内鼠径輪の部分は上下にスリットを入れた。恥骨結節近傍に1針、後壁に1針オンレイパッチを縫合固定し、Plugとオンレイパッチ同士も1針縫合固定した。前立腺全摘術後の外鼠径ヘルニア症例ではMesh plug法が用いられることが多いが、修復後の再発は癒着の強い内鼠径輪内側からのplugの脱出に起因することが多く、オンレイパッチ内側を後壁上に展開することで、meshの脱出をより防ぐことが期待できる。

一般演題 ① 1-2

両側腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術後の腹膜縫合離開による腸閉塞の1例

岩永直紀、川崎一生、田中 遥、藤澤将大、伊藤 謙、関根悠貴、雨宮浩太、宮野省三、渡野邊郁雄、町田理夫、須郷広之

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科

【抄録】症例72歳、男性。両側鼠径ヘルニア(右:L-1+M-2、左:M-2)に対して腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術施行した。術後翌日に退院したが、術後第2日目から右鼠径部の膨隆を認め、術後第4日目に咳込みを契機に右鼠径部膨隆、右鼠径部痛を自覚し、同日救急外来を受診した。腹部診察所見では右下腹部に反跳痛を認め、腹部造影CT検査では右腹膜縫合部付近にcaliberchangeを2か所認め、腹膜縫合部離開による腸閉塞を疑い、同日緊急手術の方針とした。腹腔鏡を用いて腹腔内を観察したところ、右腹膜縫合部内側に離開部を認め、小腸が陥頓していた。腹膜縫合離開部に小腸が70cm程度陥頓しており、愛護的に腹腔内に還納した。陥頓していた小腸は壊死していたため、腸管切除、吻合した。背側のメッシュが捲り上がっていたため、メッシュを再留置し手術終了した。術後第4病日に経口摂取開始し、第9病日に退院となった。その後、再発なく経過している。内視鏡外科手術に関するアンケート調査-15回集計結果報告-によると、腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術の術後イレウスの発症率は0.1%(114/96436例)であった。今回、動画を提示し文献的考察を含めて発表する。

一般演題 ① 1-3

鼠径ヘルニア手術後に小脳梗塞を発症した1例

重盛治彦¹⁾、上田康二¹⁾、野村 務¹⁾、萩原信敏¹⁾、松田明久¹⁾、安藤文彦¹⁾、柳 健²⁾、吉田 寛¹⁾

日本医科大学付属病院 消化器外科¹⁾ 東京デイサージェリークリニック²⁾

【緒言】鼠径ヘルニアは高齢者に多く、併存疾患を有する頻度が高い。そのため、基礎疾患が元となる術後合併症を認めることもあり、注意深い診察が必要である。今回我々は鼠径ヘルニア手術後に脳梗塞を発症した1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

【症例】65歳男性、他院で右外鼠径ヘルニアに対してヘルニア修復術(ONSTEP法)を施行。術後10日目に眩暈・嘔吐を主訴に近医受診。腹部エコーで右下腹部腫瘤を認めたため精査加療目的に当科紹介。腹部CT上右下腹部に腫瘤様病変を認め、ヘルニア術後血腫と考えられた。一方で貧血や腸閉塞所見は認めず、主訴の原因が血腫とは考えづらく、さらなる精査目的で頭部CTを施行。その結果左小脳梗塞を認めたため、同診断により神経内科で加療となった。

【考察】前方アプローチ法による鼠径ヘルニア手術の合併症には、出血・感染・漿液腫・疼痛・再発・腸閉塞などが挙げられる。本症例は鼠径ヘルニア術後であることから、初めは眩暈・嘔吐は術後血腫による貧血や腸閉塞が原因と考えられた。しかし、明らかな原因を指摘できず、精査を続けた結果小脳梗塞を認めた。一般外科手術後の周術期脳卒中は0.08-0.7%と稀であるが、発症によりmortality:26%、diability:5%とされ、早期診断・治療が重要である。そのためには、一般的な合併症に固執することなく、症状に沿った精査が重要となる。

一般演題 ① 1-4

巨大腹壁癒痕ヘルニア修復術において腹腔内圧をモニタリングした一例

小山照央、長濱雄志、岡島千怜、岡田洋次郎、西蔭徹郎

九段坂病院 外科

[はじめに]腹壁癒痕ヘルニア修復術の合併症に、腹部コンパートメント症候群(Abdominal Compartment Syndrome、以下ACS)が知られている。ACSの予防・早期発見のため、巨大腹壁癒痕ヘルニア修復術において腹腔内圧をモニタリングしたので報告する。

[症例]66歳女性。2013年、子宮体癌に対して根治術を施行された。同入院中に筋膜離開による腹壁癒痕ヘルニアを認め、減張切開+再縫合術により修復された。その後再発し、2021年5月、当院にて再修復術を行った。術前CTにてヘルニア門は15cm×12cm、Tanaka Indexは0.26、Loss of Domainを伴う巨大ヘルニアであり、開腹手術および周術期の腹腔内圧モニタリングの方針とした。尿道カテーテルに動脈圧ラインを接続して膀胱内圧を計測し、腹腔内圧の代用とした。両側の腹横筋リリースののち、後鞘を縫合閉鎖したところ、膀胱内圧は4mmHgと安全域だった。後鞘前にメッシュを展開後、前鞘の縫合閉鎖に移った。前鞘は既往手術のため大半が欠損していたが、可能な範囲で縫合閉鎖を試みたところ、膀胱内圧が徐々に7mmHgまで上昇傾向を認めたためbridging repairとした。手術終了時膀胱内圧は7mmHgだった。7PODまで膀胱内圧の測定を続けたところ5~11mmHgで推移し術後ACSの発症を認めなかった。

[考察]腹腔内圧は12mmHg未満が正常値とされている。術中に上昇を認めた場合には、ACS予防のために腹横筋リリースやbridging repairなど術式選択の一助となりうる。また、術後も一定期間、膀胱内圧測定を行うことで、ACSの早期発見に寄与しうる。

一般演題 ② 2-1

左巨大鼠径ヘルニア術直後に右鼠径ヘルニア嵌頓を来した両側鼠径ヘルニアの1例

本田善子、島田長人、皆川輝彦、高地良介

東邦大学医療センター大森病院 総合診療外科

症例:70歳代、男性。主訴:両側鼠径部腫脹。現病歴:10年前から両側鼠径部腫脹を自覚し当科に紹介された。左は大腿内側中点より下方まで腫脹し巨大鼠径ヘルニアと診断した。同時期に肺癌と診断され、肺癌手術の半年後に左巨大鼠径ヘルニア手術目的で入院した。既往歴:肺癌・狭心症・高血圧・2型糖尿病。両側同時修復は、ACS (Abdominal Component Syndrome) を惹起する危険があり、巨大ヘルニアの左側のみを修復し、二期的に右側を修復する計画を立てた。経過:術中診断はJHS分類L3で、術式は、アンダーレイ・メッシュ法 (Modified OnFlex™ Mesh) とした。術後から対側の右鼠径部の腫脹が増大し腹満も出現した。CTでは、回腸の拡張と右鼠径ヘルニア内に腸管を認めた。用手還納を試みたが還納できず嵌頓を疑ったが、自発痛は軽度で絞扼性ヘルニアではないと判断した。2POD右鼠径部軟化し、3POD水様便あり完全に用手還納が可能となった。4PODのCTで回腸壁肥厚を認め、術後回腸が右鼠径部に嵌頓して肥厚し一時的な通過障害が生じたと考えた。術後の膀胱内圧はOPOD: 14.7mmHg・1POD:12.5mmHg・2POD:9.70mmHg・3POD:7.35mmHgだった。再嵌頓を回避するために、7PODに右鼠径ヘルニア手術を施行し、JHS分類L3で左側と同法で修復し経過良好で12PODで退院した。

一般演題 ② 2-2

鼠径ヘルニア術後難治性漿液腫に対しエタノール硬化療法が有効であった1例

岡崎直人、長江逸郎、林 豊、勝又健次、土田明彦

東京医科大学 消化器・小児外科学分野

【はじめに】鼠径ヘルニア術後合併症として漿液腫があるがほとんどの症例で無治療経過観察もしくは単回穿刺吸引で改善することが多い。今回、難治性漿液腫に対してエタノール硬化療法が有効であった1例を経験した症例を経験したので報告する。

【症例】

73歳、男性。両側鼠径部膨隆を主訴に当科受診。両側鼠径ヘルニアの診断で両側前方アプローチにてDirect Kugel法による修復術施行した。右側Ⅰ-3、左側Ⅱ-1であった。術後経過問題なく退院したが、術後4か月左鼠径部の膨隆および左下肢腫脹で受診。CTにて左鼠径ヘルニアで剥離した領域に左外腸骨静脈を圧排するように液体貯留を認め、左骨盤側方領域まで広がり有し漿液腫と診断した。穿刺を複数回行ったが液体貯留の改善を認めず、ドレーンを留置し持続的ドレナージを施行した。排液量の減少を確認しドレーンクランプしたが再度液体貯留を認めた。リンパ管造影を行ったが明らかな漏出部位を認めなかったため、エタノール硬化療法を施行した。3回行ったところで液体貯留は改善し、下肢浮腫もなく軽快した。その後12か月再増悪なく経過している。

【考察】鼠径ヘルニア術後の漿液腫は無症候性のことが多く、自然軽快することが多い。本症例では重症筋無力症に対し長期ステロイド内服していた。その影響かメッシュやその周囲の癒着が不十分であり難治性漿液腫が生じた可能性がある。難治症例ではエタノール硬化療法は有効な治療の選択肢となりうる。

一般演題 ② 2-3

ICG蛍光法による腸管viability評価を行った嵌頓ヘルニアの3例

三本松穂子、嶋田 元、松原猛人

聖路加国際病院 消化器・一般外科

はじめに：嵌頓ヘルニアで徒手整復できない場合や、整復後も偽還納や腸管壊死が強く疑われる場合には緊急手術が必要となる。嵌頓ヘルニアのうち8～20%では腸管切除を要するとされるが、その判断は経験則によることが多い。当施設ではより客観的な判断基準としてIndocyanine green(ICG)蛍光法による腸管血流評価を行っている。

対象：2021年4月から10月までの間に、当施設においてヘルニア嵌頓の3症例を経験した。症例はいずれも嘔吐を主訴に来院した高齢女性で、徒手整復困難であり手術の方針となった。ヘルニア部位は大腸ヘルニア1例、閉鎖孔ヘルニア2例であり、いずれもRicher型ヘルニアであった。

方法：腹腔鏡下での嵌頓解除後に、ICG0.25mg/kgを経静脈投与し近赤外線光によるICG蛍光法を用いて腸管viabilityの評価を行った。

結果：1例では腸管壁の蛍光発色は良好で、腸管切除は行わずに一次的なヘルニア修復術を施行した。2例は蛍光発色の低下を認め小腸部分切除を施行し、メッシュを用いたヘルニア修復術は行わなかった。

結語：ICG蛍光法は、嵌頓ヘルニアに対する手術症例において腸管viabilityを評価する安全かつ簡便で低侵襲な手法で、手術の早い段階で行うことにより早期の治療方針決定に有益だった。

一般演題 ② 2-4

臍ヘルニア嵌頓を契機に発見された希少部位子宮内膜症の1例

小林恭子¹⁾、堀周太郎¹⁾、和田則仁¹⁾²⁾、北川雄光¹⁾

慶應義塾大学医学部外科学(一般・消化器外科)¹⁾ 湘南慶育病院外科・消化器外科²⁾

子宮内膜症は子宮内膜ないし子宮筋層以外の部位に子宮内膜組織が存在する状態である。好発部位は、骨盤臓器の漿膜だが、全身に発症しうる。発生部位と頻度によりcommon site、less common site/rare siteに分類される。今回、希少部位(less common/rare site)である部のヘルニアに一致して内膜症を発症し、臍ヘルニア陥頓様の症状で発見された1例を経験したので報告する。症例は45歳女性、3か月前から生理前に臍の痛みを自覚していた。1週間前から月経あり、臍の痛みがいつもより強く、当院受診した。臍は変色し、疼痛伴っていたため、CT施行したところ、臍に18mm大の軟部陰影を認めた。内容物は術前検査で不明であったが、臍ヘルニア嵌頓の診断でヘルニア根治術の方針となった。臍に3cm程度の皮切を置き、内容物を損傷しないよう注意してヘルニア門まで到達した。ヘルニア門は0.5cmと小さかった。嵌頓物の根部を結紮切離し、一部を迅速病理に提出したところ、内膜症の診断となった。永久病理では腺管構造、内膜間質様像および炎症細胞浸潤、出血を伴っていた。特殊染色では腺腔構造周囲間質にCD10陽性、Ki67陽性細胞が目立ち、p53の異常発現ないことから内膜症の診断を得た。術後経過は概ね良好であり、2PODで退院となった。

当科におけるロボット支援下鼠径部ヘルニア修復術の導入経験

高橋秀樹、三澤健之、肥沼隆司、渡辺 理、近藤里江、豊田啓恵、津嘉山博行、澁谷 誠、堀川昌宏、端山 軍、和田慶太、佐野圭二

帝京大学医学部外科学講座

【はじめに】ロボット支援下鼠径部ヘルニア修復術 (robot-assisted inguinal hernia repair: RIHR) は保険未収載であるが、米国では全鼠径部ヘルニア修復術の20%以上を占め、ロボット手術の中で最多である。当科では2020年9月からロボット支援下臍切除術を導入し、本年5月に同術式のプロクター(三澤)を輩出したことを受け、8月からRIHRを開始した。

【目的】当科におけるRIHRの導入経験と手術成績、今後の展望について報告する。

【方法】愛知医大(齊藤卓也医師)における手術見学の後、プロクターとして松原猛人医師(聖路加国際病院)を招聘して第1例目を、以降は独立して計3例に施行。ポートは臍の頭側にカメラ用、両側腹部の臍高に操作用2本、計3本を使用。術者右手でバイポーラシザーズまたはバイポーラメーランド、左手でバイポーラ有窓把持鉗子を操作。TAPPに準じて腹膜前腔を剝離。ヘルニア嚢を処理後、メッシュ(プログリップ、Mサイズ)を展開、最後に腹膜を連続縫合閉鎖。

【結果】3例とも男性で、年齢の中央値は71(60-73)歳。病型はそれぞれ、初発の左L3M0F0、右L2M1F0、右L3M0F0であった。手術時間、出血量、術後在院日数の中央値は、それぞれ252(182-257)分、0(0-19)ml、3(2-4)日で、術中・術後の合併症なく、観察期間37(9-75)日で慢性疼痛、再発なし。

【結語】導入当初の慎重な操作により手術時間は長いものの、出血量が少なく安全性の高い手術を行い得た。手技の習熟によって臨床成績の向上が期待される。

協賛企業一覧

第8回 東京ヘルニアアカデミーを開催・運営にあたりまして、多くのご協賛を賜りました。
ここに謹んで御礼申し上げます。

株式会社 メディコン

株式会社 メディカルリーダーズ

TILENE[®]

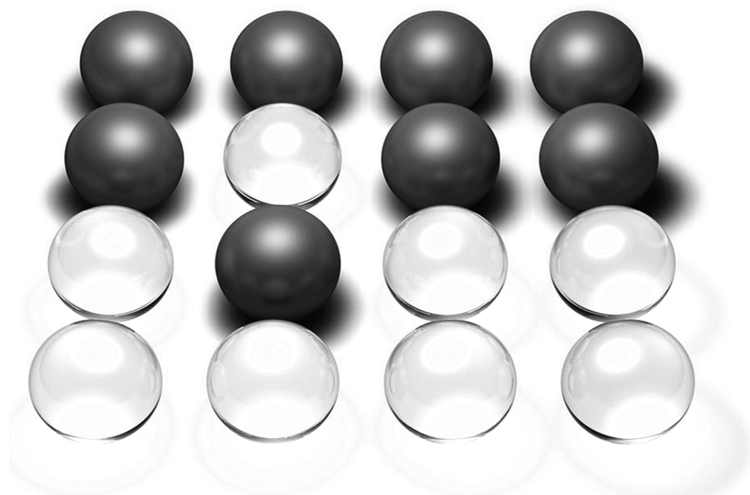
鼠径ヘルニア修復用メッシュ

新素材

チタンコーティングメッシュ

生体適合性: 患者様の術後QOL向上に貢献することを期待して、従来のポリプロピレンにチタンをコーティングしました。

更なる軽量化: ライトウェイト(35g/m²)に加え、エクストラライトウェイト(16g/m²)もご用意しました。



販売名: タイレーン メッシュ
承認番号: 22200BZX00830000

■ 製造販売元



株式会社メディカルリーダーズ

第一種医療機器製造販売業許可番号:13B1X00172

本社・東京営業所

〒113-0034 東京都文京区湯島4-2-1 杏林ビル

TEL: 03-5803-9271 FAX: 03-5803-9275

<http://www.leaders.co.jp>

■ 製造元

pfm medical titanium gmbh(ドイツ)

pfm medical

Quality and Experience

アビテン™に含まれる天然コラーゲンが血小板を
活性化させ、止血カスケードを促進させます。

コラーゲン使用吸収性局所止血材

BD AVITENE™

BD アビテン™

販売名：BD アビテン
承認番号：30300BZX00066000
クラス分類：高度管理医療機器(クラスⅣ)
一般的名称：コラーゲン使用吸収性局所止血材
償還区分：微繊維性コラーゲン



植物デンプン由来の吸収性局所止血材が外科手術を
サポートします。

デンプン由来吸収性局所止血材

ARISTA® AH

バード アリスタ® AH

販売名：バード アリスタAH
承認番号：22600BZX00455000
クラス分類：高度管理医療機器(クラスⅣ)
一般的名称：吸収性局所止血材
償還区分：デンプン由来吸収性局所止血材
(本体アプリーケータのみ)



- ・事前に必ず添付文書を読み、本製品の使用目的、禁忌・禁止、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。
- ・本製品の添付文書は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の医薬品医療機器情報提供ホームページでも閲覧できます。
- ・製品の仕様・形状等は、改良等の理由により予告なく変更する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

製造販売元

株式会社メディコン

本社 大阪市中央区平野町2丁目5-8 ☎0120-036-541又は、medicon-web@bd.com

BD, the BD Logo and all other trademarks are trademarks of Becton, Dickinson and company or its affiliates.
© 2021 BD. All rights reserved. 2021年11月作成

