

1. 緊急胸腔鏡手術を要した自然血気胸の1例

茨城県立こども病院 小児外科

後藤悠大, 矢内俊裕, 加藤愛香里, 産本陽平, 吉田志帆, 益子貴行, 東間未来

症例は19歳の男性 (BMI20)。スポーツ後より左胸痛を自覚し, 翌日, 症状が増悪したため当院を受診した。左呼吸音の低下がみられ, 胸部X線で左肺野に気胸を伴う大量の胸水貯留と軽度の縦郭偏位が認められた。胸腔ドレナージを施行し, 3時間で1000mlの血性排液を認めた。造影CTおよび血管造影検査では出血源を同定できず, 緊急胸腔鏡手術を施行した。血餅を除去し胸腔内を洗浄して検索したが出血源は不明であり, 肺尖部の bulla が破裂した際に胸壁との交通枝が破綻したと考えられ, bulla を縫縮し手術を終了した。術後経過は良好であり, 術後4日目に退院となった。術後4年経過した現在, 再発を認めていない。

自然血気胸は自然気胸の2.3～7.3%に発生し, 1/3の症例で出血性ショックをきたすことや保存的治療では合併症が多いことから早期の外科的治療が望まれる。

2. 胎便吸引症候群治療後の巨大肺嚢胞, 反復性気胸に対する嚢胞切除術を施行した1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 小児外科¹, 順天堂大学医学部附属浦安病院 小児科²

三上敬文¹, 小笠原有紀¹, 細野 優², 渡邊晶子², 西崎直人², 大日方薫², 岡崎任晴¹

症例は分娩遷延, 羊水混濁を伴う破水を認めたため, 在胎41週0日に緊急帝王切開で出生した男児。出生時体重4230g, Apgar score 1点 (1分), 3点 (5分)。胎便吸引症候群, 重症肺高血圧症及び呼吸急迫症候群を認めたため, サーフアクタント投与, 一酸化窒素吸入, 及び高い設定での高頻度人工換気法の管理を行っていた。日齢10に右緊張性気胸, 日齢12には左気胸を発症。胸腔内自己血注入やミノマイシンによる左胸膜癒着を計5回施行し, 日齢62に胸腔ドレナージから離脱した。しかし日齢88に左肺全体に多発巨大嚢胞を伴う気胸が再発し, ドレナージが奏功せず日齢116に左嚢胞切除術を施行するに至った。左開胸, 左肺は分葉不全が著明で嚢胞は左上葉から下葉にかけて存在していた。分離肺換気にて inflate, deflate を繰り返し嚢胞と正常肺との境界を判別, LigaSure を用いて嚢胞を切離した。術後経過は良好である。

3. 術前に広範な左無気肺をきたした縦隔気管支原性嚢胞の1例

東京大学医学部附属病院 小児外科

高本尚弘, 藤代 準, 林健太郎, 星野論子, 渡邊美穂, 鈴木 完

症例は1歳の女児。在胎31週に胎児エコーで気管支原性嚢胞と診断された。出生後無症状であったため待期的手術の方針となり、外来定期フォローを行っていた。1歳3ヵ月時に肺炎のため他院へ入院し、抗生剤治療で一度軽快したが1ヵ月後に肺炎のため再入院となった。抗生剤治療で肺炎の改善を認めたが、胸部CT検査で嚢胞による左主気管支の狭窄と左肺全体の閉塞性無気肺を認めたため治療目的で当科紹介となった。嚢胞ドレナージ術を計画していたが、その後無気肺の改善を認めたため経過観察となり、待機的に1歳6ヵ月時に右胸腔アプローチによる胸腔鏡下気管支原性嚢胞摘出術を行った（手術時間2時間18分・出血少量）。3POD退院となり、術後経過は良好である。

今回術前に完全無気肺となり治療方針の決定に難渋した縦隔気管支原性嚢胞の症例を経験したので報告する。

4. 頸部食道重複症の一例

国立成育医療研究センター 外科¹, 国立成育医療研究センター 耳鼻科²,

国立成育医療研究センター 病理診断科³

大野通暢¹, 金森 豊¹, 田原和典¹, 渡邊稔彦¹, 朝長高太郎¹, 小川雄大¹, 菱木知郎¹,
藤野明浩¹, 小森 学², 守本倫子², 義岡孝子³

消化管重複症は舌根から肛門まで全消化管にみられる稀な疾患である。今回頸部食道に生じた食道重複症の一例を経験したので報告する。8ヵ月男児。生下時から喘鳴が認められていたが悪化したため当院耳鼻科受診。喉頭ファイバーで喉頭嚢胞が疑われた。しかし超音波、CTでは腫瘍と気管との境界が明瞭であったため食道重複症、甲状腺腫瘍、胸腺嚢胞等を疑い当科紹介となった。造影検査では腫瘍による頸部食道の圧迫が顕著であった。手術は頸部切開で行い、腫瘍は気管、食道を右側から圧迫していた。腫瘍と食道の境界は不明瞭であり、内部に白色の液体を含んでいた。食道重複症嚢胞型の診断で粘膜剥去術を施行、一部食道と粘膜を共有しており合併切除となった。病理組織診断では嚢胞内は重層扁平上皮で被覆されており、食道筋層を共有している食道重複症壁内型と考えられた。術後経過は良好であったが一過性の反回神経麻痺をきたし、外来経過観察をしている。

5. 新生児病棟入院中の患児に施行した 24 時間食道内 pH モニタリング結果の検討

長野県立こども病院 外科

三宅優一郎, 高見澤滋, 好沢 克, 服部健吾

過去 6 年間に当院新生児病棟入院中で胃食道逆流 (GER) が疑われた 41 名 (生後 12 日から 8 カ月) に行った 24 時間食道内 pH モニタリング結果を後方視的に検討した。

【結果】 胃内 pH \leq 4.0 の時間率は平均 52.3%であった。pH index 4.0%以上は嘔吐あり群で 10/15 例 (66.7%), なし群で 20/26 例 (76.9%) で有意差は認めなかった。外科的治療介入を要した (S) 群および介入不要であった (NS) 群における pH index 4.0%以上の症例数は 8/11 例 (72.7%), 22/30 例 (73.3%) で有意差は認めなかったが, S 群, NS 群で嘔吐を認めた症例はそれぞれ 9/11 例 (81.8%), 6/30 例 (20%) と S 群で有意に高かった ($p=0.0003$)。

【結論】 生後早期の患児における pH モニタリングは, GER の手術適応を判定するための検査として有用ではなかった。

6. 超低出生体重児に発症した Morgagni 孔ヘルニアの 1 例

東京都立小児総合医療センター 外科

下高原昭廣, 富田紘史, 加藤源俊, 石岡茂樹, 内田豪気, 春松敏夫, 下島直樹, 廣部誠一

稀な超低出生体重児に発症した Morgagni 孔ヘルニアの 1 例を報告する。症例は 24 週 2 日, 602g で出生した女児。呼吸窮迫症候群・気管支肺異形成で人工呼吸管理中, 生後 41 日目の定期レントゲン検査で異常陰影を指摘された。胸腹正面像で心陰影に重なる腸管ガス像を認め, 側面像では同ガス像は前胸腹壁直下に位置していた。Morgagni 孔ヘルニアと診断し, 著しい呼吸循環障害や腸管虚血・腸閉塞所見を認めなかったため, 生後 42 日目に準緊急手術を行った。手術時体重は 893g であった。心窩部弧状切開で開腹すると, 創直下に横隔膜の裂孔を認め, 腹部臓器は既に還納されていた。裂孔は腹側正中で肋骨弓に沿って左右約 3cm に渡っていた。胸壁と皮下との間を若干アンダーマインした後, 横隔膜と肋骨弓をプレジェット付きの 2-0 エチボンドで水平マットレス縫合し, 裂孔を閉鎖した。術後 6 日目に抜管し, その後の経過は良好である。

7. 胸腔鏡下手術で修復した遅発性左横隔膜ヘルニアの一例

亀田総合病院 小児外科¹, 亀田総合病院 消化器外科²
高田瞬也^{1, 2}, 八木勇磨^{1, 2}, 松田 諭^{1, 2}

症例は12歳女児。来院前日の富士登山中にトイレの悪臭のため嘔吐し、その直後から左側胸部痛を自覚した。左側胸部痛と嘔気が持続していたため当院救急外来を受診し、胸部X線・胸腹部CTで横隔膜左背外側に横隔膜ヘルニアを認め、横行結腸の一部が胸腔に脱出していた。これまでに胸部X線で異常を指摘された事はなく、特記すべき外傷歴がなかった。以上より遅発性左横隔膜ヘルニアと診断し同日緊急入院とし、準緊急手術で胸腔鏡下左横隔膜修復術を施行した。ヘルニア門は約4×3cm、辺縁は平滑であり急性外傷の所見は認めなかった。修復はパッチを使用せず直接縫合した。本症例は以前より横隔膜の部分欠損があったが無症状に経過していたと考えられる。術後経過は良好で術後3日目に退院した。

今回、嘔吐を契機に発症した遅発性左横隔膜ヘルニアに対し胸腔鏡下で良好な視野のもとヘルニア門の閉鎖が可能であったことから報告する。

8. 異なる経過を示した左横隔膜挙上の2新生児症例

埼玉医大総合医療センター 小児外科¹,
埼玉医大総合医療センター 総合周産期母子医療センター新生児科²,
埼玉医大総合医療センター PICU³,
埼玉医大総合医療センター 病理部⁴,
井上成一郎¹, 小高明雄¹, 牟田裕紀¹, 別宮好文¹, 加部一彦², 側島久典², 田村正徳²,
櫻井淑男³, 山下高久⁴, 堀江 弘⁴, 田丸淳一⁴

症例1は日齢3の男児。生後3日目の超音波でCDHを疑われ当院に搬送。胸部レントゲンで左横隔膜挙上を認めた。呼吸状態は安定しており先天性横隔膜弛緩症を疑った。生後8か月まで改善なく根治手術を施行。左横隔膜は全体に挙上し辺縁は筋組織がみられたが中央部は嚢状に膨隆していた。嚢状部分の病理検査では引き伸ばされた筋線維と膠原繊維束を認めた。

症例2は出生前診断でCDHが疑われた男児。生直後経口挿管された。胸部レントゲンで左横隔膜の挙上を認めた。人工呼吸からの離脱を図り日齢10に抜管したが、徐々に奇異性呼吸が増強し日齢21に手術を施行。左横隔膜は全体に挙上し中央は菲薄だった。菲薄部の病理診断では筋線維を認めず膠原繊維束を認めた。一般にCDHと先天性横隔膜弛緩症の鑑別は困難なことが多く、また先天性横隔膜弛緩症の臨床経過も生下時の予測は難しい。CDHとの鑑別および臨床経過の違いに注目し2症例を比較検討する。

9. 出生前に診断され早期に手術を行った巨大左梨状窩嚢胞の1例

東邦大学医療センター大森病院 小児外科¹, 東邦大学医療センター大森病院 新生児科²,
東邦大学医療センター大森病院 耳鼻咽喉科³

小柳地洋¹, 山崎信人¹, 島田脩平¹, 梶原庸司¹, 酒井正人¹, 森谷菜央², 植田有紀子²,
日根幸太郎², 松島康二³, 与田仁志², 黒岩 実¹

【背景】梨状窩嚢胞は第3, 4 鰓溝由来と言われている。近年の胎児超音波検査の進歩により出生前に発見される症例が報告されるようになってきている。一方, 嚢胞は感染を合併すると周囲と癒着を来し摘出に難渋することがあるが, 今回我々は感染合併前に早期摘出術を行い経過良好であった1例を経験したので報告する。

【症例】在胎33週1日に当院胎児超音波外来で左胸腔内に嚢胞性病変を認め梨状窩嚢胞が疑われ, 右変形性股関節症も合併していたので在胎39週4日に帝王切開で出生した。画像検査で左頸部から前縦隔にかけて28×30×50mmの腫瘤を認め, また上部消化管造影で梨状窩から嚢胞内への造影剤流入を認め左梨状窩嚢胞と診断, 生後36日に梨状窩嚢胞摘出術を行った。術後嘔声が出現したが, 経口摂取は良好で誤嚥を認めず生後55日目に退院, その後嘔声も消失した。

【まとめ】本症例のような巨大梨状窩嚢胞には感染合併前の早期の手術が有効であった。

10. KluthII2型先天性食道閉鎖症の1例

北里大学 一般外科学¹, 北里大学病院 小児外科²

後藤卓也¹, 田中 潔², 尾崎 温², 追木宏宣², 武田憲子², 山本裕輝², 渡邊昌彦²

非常に稀な, KluthII2型先天性食道閉鎖症の1例を経験したので報告する。症例は出生前から食道閉鎖症と先天性心疾患が疑われていた男児。出生後XPでcoil up像があり, 腹部消化管ガスが見られなかった。日齢1, 胃瘻造設の際に施行した気管支鏡検査で気管分岐部より1.5cm口側の左背側に瘻孔が見られたが, 造影にて約15mmで盲端に終わることから気管憩室と診断した。分泌液による感染や窒息の可能性があるため, 日齢21の先天性三尖弁閉鎖症, VSDに対する胸骨正中切開肺動脈絞扼術施行の際に気管憩室切除術を施行した。気管憩室の先端より尾側に向かって索状物を認めた。索状物, 気管憩室の根部を結紮切離し, 気管憩室を摘出した。憩室の病理組織学的所見は重層扁平上皮であり, 食道由来と考えられた。遠位食道は造影にて横隔膜上で盲端となっていることから, KluthII2型食道閉鎖症と診断した。現在食道閉鎖症根治術待機中である。

11. 自然退縮しなかった卵巣嚢腫の出生前診断症例に対し臍アプローチにて核出術を行った1例

長岡赤十字病院 小児外科
小松崎尚子, 金田 聡

【はじめに】出生前診断のついた新生児卵巣嚢腫は出生後に自然消退することが多いとされるが、2度の穿刺後も退縮しなかった一例を経験した。

【症例】在胎39週6日、2900gで経膈分娩で出生。腹部超音波検査で約9cmの単純性卵巣嚢腫を認めたが、出生後も嘔吐、排便困難など認めず自然消退を期待し経過観察の方針とした。その後、嚢胞による圧排が原因と考えられる嘔吐を認め穿刺排液を2回行った。穿刺後も縮小傾向がみられず、5ヶ月時に手術を施行した。手術は臍下縁半周切開による臍アプローチとし、穿刺後創外へ出し処置を行った。その際、卵巣機能温存のため嚢胞壁は切開して内面からの核出のみ行い、切除は一切行わず、また縫合もしないで全体をインターシードで包んで腹腔内に戻した。第8病日に退院した。病理所見で悪性所見は認めなかった。

【まとめ】臍アプローチは創も目立たず安全に手術を行えるので早い時期の手術も選択肢となる。

12. 新生児期に発症した筋層欠損による Meckel 憩室穿孔の1例

長野県立こども病院 外科¹, 相澤病院 外科², 長野県立こども病院 臨床検査科³
村山大輔^{1,2}, 高見澤滋¹, 好沢 克¹, 服部健吾¹, 三宅優一朗¹, 小木曾嘉文³

【はじめに】Meckel 憩室穿孔は異所性胃粘膜による小腸粘膜の潰瘍や憩室炎によることが多い。今回、我々は筋層欠損による Meckel 憩室穿孔をきたした新生児症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

【症例】日齢2, 多発外表奇形を有する男児。在胎33週に羊水過多を指摘され、在胎39週1日、2514g, 経膈分娩で出生した。胎児仮死は無かったが、出生後に酸素化不良, 哺乳緩慢, 白血球上昇を認めた。日齢2に腹満が増強し、腹部レントゲン写真で大量のフリーエアーを認めたため緊急手術を施行したところ、Meckel 憩室の頂部に穿孔を認めたため楔状切除した。病理組織診では異所性胃粘膜, 潰瘍, 憩室炎は認められなかったが、憩室先端に筋層欠損と同部の穿孔が認められた。術後2日目より経口哺乳を開始し術後12日目に輸液中止となった。術後1カ月経過した現在、消化管の通過障害を認めていない。

13. 胎児 MRI にて小腸捻転を指摘された新生児腸閉塞の 1 例

新潟県立中央病院 小児外科
奥山直樹, 村田大樹, 合田陽祐

近医にて定期的に妊婦健診を受けていた。1 週間前の母体のエコーでは認めなかった腹水と羊水過多が出現し, 在胎 35 週 6 日に当院産婦人科に母体搬送となった。胎児 MRI にて小腸捻転を疑われ, 翌在胎 36 週 0 日に緊急帝王切開にて出生, 出生体重は 3698g であった。腹部エコーにて腸管拡張と腹水貯留をみとめ, 新生児腸閉塞として 0 生日に緊急開腹手術を施行した。腹腔内に胆汁性腹水が多量に貯留し, 高度に癒着が形成され, 腸回転異常はないが回盲部の局所的な腸捻転を確認した。盲腸が壊死・穿孔しており, 終末回腸から 4 cm 口側にて高度の狭窄を来していた。術式は手術時間を短縮し, 早期に経腸栄養を開始する目的で回盲部切除とし, 回腸断端と上行結腸断端を創外に出しストマを造設とした。今回の回盲部捻転は帝王切開前の 1 週間の間に発生し, 穿孔していたものと思われる。

14. 経腸栄養開始後に発症した壊死性腸炎の 1 例

埼玉県立小児医療センター 小児外科
青山統寛, 川嶋 寛, 石丸哲也, 鈴木啓介, 柿原 知, 加藤怜子, 高見尚平

症例は 37 週 1 日, 2748g で出生した女兒。前医で日齢 1 に中腸軸捻転のない腸回転異常症と診断され日齢 4 に腸回転異常症手術を施行された。日齢 7 より経腸栄養を開始し日齢 10 に人工乳とラコールが開始された。日齢 11 に嘔吐, 腹部膨満, 血便が出現し腸管壁在気腫と門脈気腫を認め壊死性腸炎と診断された。保存加療開始後 DIC の進行が認められ日齢 13 に当院搬送となった。腸管穿孔の所見は認めず, 保存的に治療を行いイレウス症状が改善した為日齢 55 に腸管癒着剥離, 腸管部分切除, 吻合術を施行した。腸管全体に壊死と癒着を認め癒着と癒着により腸閉鎖となっていた。手術では壊死腸管を切除し吻合を行い, 残存小腸は 25cm, バウヒン弁は残存し得た。日齢 82 より経腸栄養を開始し現在治療継続中である。壊死性腸炎の危険因子にはいくつか報告があり人工乳や経腸栄養剤による腸管負荷もそれらの一つである。本症例の壊死性腸炎の病因につき文献的考察を加え報告する。

15. 鼠径ヘルニア嚢内の嚢腫の一例

埼玉医科大学国際医療センター 臨床研修センター¹, 埼玉医科大学 小児外科²

青山 美奈^{1, 2}, 古村 眞², 合原 巧², 小高哲郎², 寺脇 幹², 米川浩伸², 畑中 玲²

我々は、鼠径ヘルニア嚢内から発生したと思われる嚢腫症例を経験したので、組織学的所見とともに若干の文献的考察を加えて報告する。症例は、4歳4か月の男児、右鼠径ヘルニアの診断のもとに腹腔鏡下ヘルニア根治術を施行した。術中、ヘルニア門近傍に痰黄色の嚢腫を認めたので、ヘルニア門レベルで索状物を結紮して嚢腫を切除した。術後、手術ビデオを確認すると、ヘルニア嚢内から線維性組織で連続して腹腔内に存在する嚢腫であった。病理組織学的検索では、嚢腫は単層扁平上皮で被われており、一部平滑筋と思われる組織像も認めた。また、免疫組織学的染色では、嚢腫壁はCAM5.2（上皮）、calretinin（中皮）、CD34（内皮）、D2-40（リンパ管）で陽性であった。術中、嚢腫に連続した線維性組織はヘルニア嚢内に残存しており、今後は局所所見を含めて経過観察する予定である。

16. 交叉性睾丸転位を腹腔鏡補助下に治療した1症例

さいたま市立病院 小児外科¹, 慶應義塾大学病院 小児外科²

石濱秀雄¹, 吉田史子¹, 森禎三郎², 中野美和子¹

患者は1歳男児。1か月検診で左鼠径部から陰嚢にかけて腫脹を認め、近医より紹介受診。鼠径ヘルニアの診断で整復も容易であったことから1歳での予定手術とした。右睾丸は外来診察では確認できなかった。超音波検査で、2つの睾丸が横に並んで陰嚢正中の撮影条件で確認された。嵌頓症状なく経過し、手術目的の入院時所見で、左鼠径ヘルニアを認め、整復は容易。触診で左睾丸は触れるが、右睾丸は触診上評価困難。

手術に際し、臍カメラポートからの観察で右PPVは閉鎖、左PPVは開放を認めた。左ヘルニアからは2つの睾丸を牽引。精管、血管の剥離処理を行い、右精巣を陰嚢内に誘導する目的に腹腔内から経路を作成の上、両側陰嚢内にそれぞれ睾丸を納めた。それぞれPPVを閉鎖し手術終了。術後は合併症なく、経過観察中である。

今回報告例の稀少な交叉性睾丸転位の1症例を腹腔鏡補助下に治療する経験をしたので文献的考察の上、報告する。

17. 鼠径ヘルニアを契機に診断された混合型性腺異形成の1例

千葉大学大学院医学研究院 小児外科学

西村雄宏, 西村雄宏, 齋藤 武, 照井慶太, 中田光政, 小松秀吾, 柴田涼平, 小林真史,
原田和明, 勝俣善夫, 勝海大輔, 吉田英生

13歳女児。左鼠径ヘルニアの手術目的で当科紹介となったが、診察時男性化徴候と二次性徴の遅れが認められたため、性分化異常症が疑われた。鼠径ヘルニア根治術に際し腹腔鏡下に内性器を観察したところ、左性腺と子宮は萎縮し右性腺は精巣様外観を呈していた。染色体検査では45Xと46XYのモザイクを示していた。混合型性腺異形成と診断し、後日腹腔鏡下両側性腺摘出術を施行した。病理所見は左性腺が索状卵巣、右性腺が精巣であり、悪性所見は認められなかった。混合型性腺異形成は一側性腺が精巣、反対側が索状性腺であり、内外性器の分化異常を示す疾患と定義される。診断の契機として、乳幼児期は外性器異常、学童期以降は低身長や無月経のことが多い。性腺腫瘍を高率に発生するため予防的性腺摘出が勧められるが、性別決定などの問題を有するため両親や多職種間で協議の上、治療方針を決定することが望ましい。

18. 鼠径ヘルニア手術を契機に診断された完全型アンドロゲン不応症(CAIS)の2例

日本赤十字社医療センター 小児外科

小林勇哉, 小西健一郎, 森田香織, 中原さおり

一般にCAISは乳児期と思春期に診断されることが多く、前者は鼠径ヘルニアの手術時に、後者では無月経を契機に診断されている。しかし、近年腹腔鏡下手術の増加に伴い、幼児・学童期に診断された症例の報告も散見される。今回、当院で鼠径ヘルニアの手術を機にCAISの診断となった症例を2例経験したため、文献的考察を加えて報告する。

症例1は日齢23の女児で右鼠径部の膨隆を主訴に外来受診。右卵巣滑脱ヘルニアの診断でPotts法による鼠径ヘルニア根治術を施行した。術中所見にて、卵巣と考えていた脱出臓器は精巣様の構造物であったため、生検施行。病理診断も精巣組織であった。

症例2は4歳9か月の女児。両側鼠径ヘルニアに対して腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術を施行。腹腔内観察にて内性器は精巣様であり、子宮は認められなかった。

いずれの症例も、術後小児内分泌科へ紹介後、CAISの診断に至った。

19. 幼児期に発症した特発性胃破裂の1例

杏林大学医学部 小児外科

宮 弘子, 浮山越史, 渡邊佳子

症例は3歳, 女児。嘔吐, 意識障害で当院へ救急搬送された。来院時, 腹部膨満を認め, ショック状態であった。腹部造影CT検査で大量の free air と腹水貯留を認め, 消化管穿孔と診断した。循環動態を安定させた上で緊急手術を施行した。手術所見では胃体上部小弯側後壁に3cm大の破裂部を認め, 胃破裂による汎発性腹膜炎と診断した。破裂部縫合閉鎖, ドレナージ術を施行した。機械的閉塞機転は認めず, 病理組織学的所見では破裂部に潰瘍は認めず, 特発性胃破裂と考えられた。術後はDICとなり集中治療を要したが, 徐々に回復し, 術後71日目に退院となった。特発性胃破裂は新生児症例が多く, 本症例のように幼児期以降に発症するものはまれである。若干の文献的考察を加え報告する。

20. 急性胃腸炎に続発した十二指腸潰瘍穿孔の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 小児外科¹,

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科²

田端克弘¹, 浦尾正彦¹, 田中奈々¹, 児島邦明², 宮野 武¹

【はじめに】今回我々は急性胃腸炎に続発した十二指腸潰瘍穿孔を経験したので報告する。

【症例】5歳女児。生来健康, 腹部外傷歴なし。来院4日前から下痢, 腹痛, 嘔吐が出現, 近医受診し胃腸炎の診断で対処療法となったが, 症状増悪し救急搬送された。意識レベル低下, 筋性防御を認め, 腹部X線で free air あり, CTで上部消化管穿孔の診断となった。緊急腹腔鏡下穿孔部単純閉鎖と大網被覆を行った。十二指腸球部前壁に15mm大の穿孔を認めた。便中ノロウイルス, ロタウイルスは陰性で H.pylori 抗体も陰性であった。

【考察】急性胃腸炎に続発した十二指腸潰瘍穿孔は非常に稀で消化器症状出現から穿孔まで平均4日と急速で, 穿孔部のサイズは平均9mm, 明らかな消化管出血の所見が無いまま穿孔した症例が約4割あり, 意識レベル低下している症例が半数以上あった。急性胃腸炎で急激に全身状態の増悪を認めた場合に消化管穿孔も考慮しなければならない。

21. 特発性気腹症の1小児例

松戸市立病院 小児医療センター 小児外科
川口雄之亮, 三瀬直子, 松浦 玄

症例は11歳男児。上腹部痛と呼吸困難で発症し前医を受診, 腹部X線検査で free air を認めたため消化管穿孔の疑いで当院に搬送となった。造影CT検査で腹腔内に free air を認めたが, 穿孔部位は特定できなかった。身体所見では右下腹部に限局した軽い腹膜刺激症状のみであり, 炎症反応の上昇も軽度であるため保存加療の方針となった。上部消化管内視鏡検査, Meckel 憩室シンチグラフィを行うも明らかな所見はなかった。第8病日のCT検査で free air は消失したため食事を開始し, 第13病日に退院となった。明らかな気腹の原因は特定できず, 特発性気腹症の診断となった。

特発性気腹症とは腹腔内遊離ガスを認めるも, 腹膜刺激症状を欠くものや, 原因が特定できないものと定義される。新生児や成人での報告は散見されるが学童期での発症は稀である。症状や身体所見の乏しい腹腔内遊離ガスに対して, 保存加療を行うことは治療法のひとつとなる。

22. キノコ摂取を契機にイレウスを発症した小腸狭窄の1幼児例

聖路加国際病院 小児外科
三石淳之, 右田美里, 松藤 凡

症例は4歳男児。品胎の第二子, 806gで出生。新生児期にNEC等の既往は特になく, 問題なく経過していた。来院3日前より腹痛, 嘔吐があった。徐々に腹痛が増悪し, 当院小児科外来を受診した。腹部エコーにて腸管の拡張, 腹部レントゲンにて小腸に air fluid level を認め, イレウスが疑われ腹部CTが施行された。内ヘルニアによるイレウスが疑われ, 緊急開腹手術を行った。術中, 全小腸を検索してみたところ, 内ヘルニアは認めなかったが, 回腸末端より約50cmの箇所に狭窄, caliber change を認めた。狭窄部位を含めて20cm腸管を切除し, 端々吻合を行った。切除腸管を確認すると狭窄部近傍にポリープを認めた。また, 内容物からは長径7cm, 幅5mm程度のキノコの残渣を多数認めた。術後の経過は良好である。小腸狭窄の原因, 今回発症したメカニズムについて文献的考察を加え発表する。

23. 異物誤飲による小腸イレウスを小腸内視鏡で治療し得た 1 例

北里大学 小児外科

追木宏宣, 田中 潔, 武田憲子, 山本裕輝

症例は、脳性麻痺で内服加療中の 15 歳男児。発熱と嘔吐が出現して近医を受診し、胃腸炎と診断された。2 日経過しても症状は改善せず、レントゲン上、小腸拡張とニボー像を認めたため、小腸イレウスの診断で前医に入院となった。イレウス管による減圧を行うも状態は改善せず、CT 検査で腸管内腔に円筒状の高吸収域を認めたため、腸重積症の疑いで第 4 病日に当院に転院搬送となった。注腸検査上、明らかな腸重積の所見は認めず、再度施行した CT 検査で、小腸異物によるイレウスと診断した。第 7 病日に経肛門的に小腸内視鏡検査を施行し、中部回腸にゼリー状の繊維成分を伴う人工物を認めた。異物除去に難渋したが、スネア鉗子で異物を把持し体外に除去した。異物は冷えピタであった。その後、イレウスはすみやかに改善し、処置後 4 日で退院となった。

イレウスを伴う小腸異物に対する内視鏡下異物除去は、手術を回避し得る有用な方法であると考えられた。

24. 磁石誤飲による多発腸管穿孔の一例

神奈川県立こども医療センター 外科

田中邦英, 臼井秀仁, 近藤享史, 大澤絵都子, 浅野史雄, 望月響子, 北河徳彦, 新開真人

症例は 1 歳 4 ヶ月の男児。嘔吐を主訴に近医受診し、急性胃腸炎の診断で整腸剤、制吐薬を処方された。嘔吐は消失したが、発熱や活気低下を認めたため、4 日後に前医に受診した。炎症反応高値で、腹部 X 線検査と CT で金属性の異物と free air を認め、消化管穿孔の診断で当院に緊急入院となった。問診により異物は複数の磁石（ネオジウム）と診断し、緊急開腹手術を行った。胃内の 1 個の磁石と腹腔内の連結した 4 個の磁石が胃壁と横行結腸間膜を挟みながら密着しており、Treitz 靱帯より 150cm の空腸に 3 箇所、180cm に 2 箇所、盲腸に 1 箇所の穿孔を認めた。2 箇所の小腸部分切除、2 箇所の穿孔部縫合閉鎖を行い、術後 8 日に軽快退院した。

本症例は 4 個の磁石が腸管壁を挫滅穿孔させながら移動し、計 6 箇所の腸管穿孔を生じさせている。複数の磁石誤飲は危険であり、当院の経験例を加え報告する。

25. 腹部打撲による消化管穿孔の 2 例

土浦協同病院 小児外科¹, 土浦協同病院 小児科²
南 洋輔¹, 堀 哲夫¹, 神保教広¹, 友田昂宏², 池田 翔²

小児では腹部外傷で消化管穿孔に至ることは稀であり、症状に乏しく診断まで時間を要することがある。今回我々は本症の 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】6 歳女児。自宅のテーブルの角に腹部を強打して当院受診。体表の異常はないが下腹部圧痛と腹膜刺激徴候があり、CT で free air と腹水を認め緊急手術。Treitz 靱帯から 10cm の空腸前壁に 1cm の穿孔を認め、穿孔部縫合閉鎖、腹腔洗浄ドレナージを施行。術後 2 日で経口摂取を開始し、6 日目に退院。

【症例 2】1 歳女児。自宅のジャングルジムから転落して腹部を打撲し、腹痛と嘔吐が出現。2 日後の近医受診中に腹部膨満が急激に進行し、CT で free air と腹水を認め当科転院。緊急手術で胃体上部大弯側に 1.5cm の穿孔を認め、穿孔部縫合閉鎖、大網縫着、腹腔内洗浄とドレナージを施行。高カロリー輸液を行いながら術後 8 日で経口摂取を開始し、15 日目に退院。共に術後合併症なく経過している。

26. 下腿裂傷後に前脛骨仮性動脈瘤を発症した 1 例

茨城県立こども病院 小児外科¹, 水戸済生会総合病院 心臓血管外科²
加藤愛香里¹, 矢内俊裕¹, 産本陽平¹, 後藤悠大¹, 吉田志帆¹, 益子貴行¹, 東間未来¹,
倉岡節夫²

【緒言】鋭的・鈍的外傷後の四肢動脈瘤は極めて稀である。今回、軽微な外傷後に前脛骨動脈瘤を発症し、手術を要した 1 例を経験したので報告する。

【症例】8 歳、男児。ガラス戸を 2 度蹴って右下腿前面に 1.5cm の裂傷を生じた。筋膜へは達しておらず、洗浄後に縫合を行った。右下腿全体の疼痛のため歩行困難がみられ、翌日の US で皮下血腫が認められた。2 週後、創近傍に限局した疼痛が持続し、US・CT で前脛骨動脈に径 18mm 大の仮性動脈瘤が認められ、入院にて安静とした。心臓血管外科医と相談後、疼痛コントロールと破裂予防の目的で動脈瘤切除術を施行した。術後は疼痛が消失し、経過良好であった。

【結語】本症例では鋭的外傷に加え、鈍的外傷から血管内膜の損傷を来たし、仮性動脈瘤の形成に至ったと考えられた。軽微な外傷後でも疼痛が持続する場合には、仮性動脈瘤を鑑別診断に挙げるべきである。

27. 胆泥を認めたミルクアレルギーの新生児例

東京医科歯科大学 小児外科
岡本健太郎

【症例】日齢9, 男児。

【現病歴】前医で出生後, 全身チアノーゼを認めた。心臓超音波検査にて, 動脈管開存, 心房中隔欠損, 心室中隔欠損を認めた。その後, 心不全が悪化し, 日齢9に治療目的に当院小児科に転院となった。当院転院後, 黄白色便を認めたため腹部超音波検査を施行した。胆嚢の著明な腫大と胆泥の充満を認めた。明らかな胆石は無く, 胆嚢壁の肥厚は認めなかった。肝内を含め胆管の拡張は認めなかった。他の症状として, 発疹, 体重増加不良, 腹部膨満, 軟便の持続があり, 血液検査でIgE 115IU/mLと高値を認め, 消化管アレルギーを疑った。入院1か月目のミルクIgE抗体価は, 2.26UA/mLとclass2であった。アレルギー用のMA-1ミルクへ変更したところ, その後は, 順調に体重増加を認めた。また, 腹部超音波検査上, 胆泥の消失を認めた。

【考察】ミルクアレルギーで胆泥を認めた症例は過去にも散見されるが稀である。

28. 閉塞性黄疸を呈し胆汁ドレナージを必要とした Bile plug 症候群の3例

東京大学医学部附属病院 小児外科
林 健太郎, 鈴木 完, 藤代 準, 高本尚弘, 竹添豊志子, 魚谷千都絵, 星野論子,
渡邊美穂

症例1は生後5か月で頻脈誘発性心筋症発症。ECMO, LVADが奏功し生後7か月に退院したが閉塞性黄疸発症。保存的治療で改善せず, 発症後13日で胆嚢外瘻造設し, 術中造影・洗浄で胆泥消失を確認。外来で胆嚢外瘻抜去。

症例2は左心低形成類縁疾患で生後7か月にGlenn手術施行。術後14日で閉塞性黄疸発症。発症後4日で開腹胆嚢外瘻造設したが改善せず, アセチルシステイン溶解療法施行したが胆管炎発症し中止。別に腸回転異常症が判明していたため, 発症後38日に開腹Ladd手術+胆嚢造影洗浄をし, 総胆管の用手圧迫で排石。術後6日に胆嚢外瘻抜去。症例3は肺動脈閉鎖+心室中隔欠損症に生後5か月で心内修復術施行し, 術後33日に閉塞性黄疸発症。発症後8日でERCP施行し, 総胆管結石碎石, ENBD留置。発症後31日で開腹胆嚢摘出術を施行。

心疾患合併のBile plug症候群の3例を経験した。治療方針につき文献的考察を交えて報告する。

29. 閉塞性黄疸を契機に発見された中部胆管狭窄を伴う膵・胆管合流異常症の一例

東京女子医科大学 八千代医療センター 小児外科

中田千香子, 幸地克憲, 武之内史子, 松岡亜記, 矢部清晃, 古来貴寛

【症例】10歳女児

【主訴】黄疸

【家族歴】母と母方祖母：von Hippel-Lindau 病

【既往歴】特記事項なし

【現病歴】10日前より眼球黄染を指摘され近医を受診し直接ビリルビン優位の上昇を認め、当院を紹介された。腹部超音波で肝内胆管から上部胆管までの拡張を認め、MRCPでも同様の所見であり中部胆管狭窄を疑った。ERCPで中部胆管は約12mmに渡り狭窄しており、内腔は5FrのENBDチューブが通る程度だった。共通管は約5mmだったが、ENBDチューブから採取した胆汁中の膵酵素は高値であり、中部胆管狭窄を伴う膵・胆管合流異常症と診断し肝管空腸吻合術を行った。摘出標本は、肉眼的には総胆管の壁肥厚を認めたが明らかな腫瘍性病変はなく、組織学的には胆嚢管内腔上皮の自己融解と総胆管の壁内線維増加を認めた。術後経過は良好だった。

【結語】膵・胆管合流異常症において中部胆管狭窄を伴う症例の報告はなく、文献的検討を加え報告する。

30. 総胆管拡張症術後の内瘻チューブを核として形成された結石による Roux-Y 脚の腸重積症例の一例

慶應義塾大学医学部 小児外科

阿部陽友, 山田洋平, 森禎三郎, 高橋信博, 藤村 匠, 星野 健, 黒田達夫

背景：総胆管拡張症に胆道結石が合併する頻度は18%であるが、胆管空腸吻合部狭窄に対して留置した内瘻化チューブ先端を核として結石が形成され、その結石を先進部とする腸管重積を認めた症例を経験したので報告する。

症例：総胆管拡張症に対して2歳時に嚢腫摘出および胆管空腸吻合術を施行された29歳女性。19歳時には肝内結石破石術、内外瘻胆管チューブ挿入術、チューブ埋め込み術が行われた。2-3年に一回のチューブ交換が行われていたが、今回腹痛・嘔吐を主訴に受診、CTにてY脚腸管における結石を先進部とする腸重積と診断した。超音波で確認したtarget sign直上で開腹し、重積腸管を還納し、結石及びチューブを抜去した。胆管チューブ先端に4cm大の結石があり腸重積の先進部と考えられた。

考察・結語：胆管チューブなどの人工物留置症例に対しては、結石形成が認められた際には頻回のチューブ交換・結石破碎を考慮するべきである。

31. 腹部外傷を契機に発見された solid pseudopapillary tumor に対し待機的腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した 1 例

自治医科大学 小児外科

堀内俊男, 小野 滋, 関根沙知, 若尾純子, 辻 由貴, 馬場勝尚, 薄井佳子

症例は 10 歳, 女児。ベッドから転落後に腹痛を認め, 前医での腹部造影 CT にて 58.8 × 47.2mm の膵尾部腫瘍を指摘された。同日精査加療目的に当院救急搬送となった。受診時の全身状態は良好であり, 血液検査で貧血の進行や膵酵素の上昇なく, 腫瘍マーカーは NSE 高値を認めた。造影 MRI にて solid pseudopapillary tumor と診断した。膵管の拡張や腫瘍周囲の液体貯留の増加を認めず, 保存加療後の待機的手術を選択した。一度退院後の受傷 40 日目に腹腔鏡下脾温存膵尾部腫瘍切除術を施行した。術中, 腫瘍内容液の漏出なく, 腫瘍は一部膵組織と共に完全切除し, 脾は温存した。術後経過良好にて術後 8 日目に退院となった。病理検査結果は solid pseudopapillary neoplasm であり, 腫瘍内容液は NSE 著明高値で class IV であった。現在外来経過観察中で, 術後仮性膵嚢胞や腫瘍再発なく経過している。

32. メトロニダゾール (MNZ) 点滴が有用であった膿瘍形成性虫垂炎の 2 例

昭和大学医学部外科学講座 小児外科学部門¹, 昭和大学江東豊洲病院 小児外科²
鈴木孝明^{1, 2}, 川野晋也^{1, 2}, 中神智和^{1, 2}, 渡井 有¹, 土岐 彰¹

【はじめに】膿瘍形成性虫垂炎に対して interval appendectomy が広く行われるようになり, その初回治療における抗菌薬はカルバペネム系とクリンダマイシン (CLDM) などが選択されることが多い。しかし, 近年 CLDM 耐性菌の増加が問題となってきた。今回われわれは, メロペネム (MEPM) と MNZ による 2 剤併用療法で速やかに感染コントロールができた 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】5 歳女児。膿瘍形成性虫垂炎に対し, MEPM, CLDM による治療を開始。一時症状は軽快したが 8 病日に再燃し, CLDM を MNZ に変更したところ 2 日後には改善。投与後 9 日で退院し, 2 か月後に腹腔鏡下虫垂切除を行った。

【症例 2】14 歳女児。同病態に対し, MEPM, MNZ による治療を開始。翌日には症状改善し 8 病日に退院。現在手術待機中である。

【まとめ】膿瘍形成性虫垂炎の 2 例に対して MNZ 投与は有効であった。

33. 確定診断に苦慮した腹腔内膿瘍の 1 例

君津中央病院 小児外科
四本克己, 照井エレナ

症例：12 歳男児 腹痛，下痢，嘔吐で発症し，4 病日当院小児救急受診し入院。臍下部腹部膨満悪化のため発症 5 日目に当科紹介受診した。CT で臍下部の腹腔内膿瘍と診断し抗菌薬加療を行ったが，放射線医読影にても虫垂炎も含め原因は特定できなかった。一旦退院し 3 ヶ月後にインフォームドコンセントの上，手術施行した。腹腔鏡下観察でメッケル憩室や腸間膜嚢胞などは認めず，癒着は臍下部に小腸の癒着が疑われたが気腹時点ですでに解除され漿膜の発赤と部分的拡張のみを認めた。虫垂には先端付近に癒着硬化所見を認め，最終的に虫垂切除のみ施行した。病理所見では先端粘膜変化あるも炎症所見なく確定診断に至らなかった。術後 10 ヶ月で症状再燃なく経過している。考察：初期治療で経口抗生剤投与され経過の修飾や菌交代が生じた可能性や穿刺排膿できず原因菌特定できなかったことなどが問題点であり，初発時診断不能の虫垂炎の可能性があることが教訓となった。

34. 審査腹腔鏡にて早期診断のついた盲腸捻転の 1 例

東京都立小児総合医療センター 外科
春松敏夫, 下島直樹, 内田豪気, 加藤源俊, 富田紘史, 石岡茂樹, 下高原昭廣, 広部誠一

生来健康な女児に発症した盲腸捻転に対し，審査腹腔鏡にて診断し盲腸固定術を施行した症例を経験した。症例は 13 歳，女児。主訴は急激な腹痛。特記すべき既往歴はなし。腹部 X 線写真では腸閉塞像はなく，腹部 CT 検査では腸間膜動脈での whirl sign を認め腸管捻転が示唆された。発症から 12 時間後に審査腹腔鏡を施行した。盲腸が 270 度捻転する所見を認め，捻転解除および盲腸の腹膜への固定を行った。術後経過は良好で術後 7 日目に退院となった。盲腸捻転の術前診断は，X 線写真や CT 検査では難しいとされる。特に発症早期では，腸閉塞像も不明瞭である。注腸造影検査での 'beak sign' が特徴的であり診断に有用であるが検査による腸管穿孔のリスクもある。今回，腹部症状と造影 CT での whirl sign にて腸管捻転を疑うことができ，審査腹腔鏡が早期診断に有用であった。回盲部温存のためにも早期診断，早期手術が重要であると考えられた。

35. 腹痛を契機に発見された小児副脾捻転の 1 例

日本大学医学部 小児外科

山岡 敏, 後藤俊平, 菅原大樹, 石塚悦昭, 星 玲奈, 吉澤信輔, 川島弘之, 金田英秀, 古屋武史, 大橋研介, 上原秀一郎, 越永従道

副脾捻転は非常に稀である。腫瘍性病変を否定出来なかったため開腹術を施行した副脾捻転の 1 例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症例は 7 歳の男児。左側腹部痛を主訴に来院した。左上腹部に圧痛を伴う弾性硬な腫瘤を触知した。腹部画像検査にて左上腹部に直径 6cm の腫瘤を認め、腫瘍性病変が疑われたため開腹術を施行した。腹腔内には、6×7cm で黒褐色、弾性硬な腫瘤を認め、一部に大網と小腸が癒着していた。腫瘤の栄養血管を切離し、腫瘤を摘出した。病理組織所見では高度に鬱血した脾組織で、副脾捻転による副脾梗塞と診断された。術後経過は良好で術後 10 日に退院した。急性腹症として発症した腹部腫瘤には副脾捻転も念頭に入れるべきと考えられた。

36. 潰瘍性大腸炎術後回腸囊捻転の 1 例

群馬大学大学院 総合外科学講座 小児外科¹, 群馬大学大学院 総合外科学講座²
小山亮太¹, 内田康幸¹, 大串健二郎¹, 大竹紗弥香¹, 鈴木 信¹, 桑野博行²

【はじめに】潰瘍性大腸炎（UC）術後の晩期合併症の多くは回腸囊より口側小腸における腸閉塞で、回腸囊における閉塞の報告は極めて稀である。今回、UC 術後の回腸囊捻転症例を経験したため報告する。

【症例】16 歳時に当科で治療抵抗性 UC に対する腹腔鏡下大腸全摘、回腸囊肛門吻合を施行した 18 歳女性。急な左下腹部痛を訴え救外受診、当直医が診察し投薬のみで帰宅。その後も腹痛持続し同日朝に当科再診。直腸診にて回腸囊内容なく、救外でのレントゲンで回腸囊の Staple Line 走行異常から腸閉塞を疑い腹部 CT 施行。回腸囊捻転を認め、緊急大腸内視鏡検査で回腸囊の捻転所見を認めた。口側腸管への内視鏡の通過が得られたため可及的に口側回腸囊内容物を吸引し捻転解除を施行、回腸囊の直線化を確認した。捻転解除後は速やかに症状回復し、同日帰宅となった。

【結語】UC 術後の回腸囊捻転は稀な病態だが、回腸囊壊死を防ぐためにも、早期診断・治療が必要である。

37. 小児生体肝移植術後に癒着性腸閉塞を発症し、肝切離面での癒着が首座となっていた一例

筑波大学附属病院 小児外科

根本悠里, 増本幸二, 新開統子, 田中 尚, 相吉 翼, 石川未来, 佐々木理人, 千葉史子, 小野健太郎, 川上 肇, 五藤 周, 瓜田泰久, 高安 肇

症例は8歳女児。6歳時にシトルリン血症に対して肝左葉外側区域グラフトを用いた生体肝移植を施行。主訴は腹痛と嘔吐。腹部Xpで右横隔膜下に拡張した腸管ガス像を認め、術後癒着性腸閉塞と診断。イレウス管による保存的治療を行ったが、症状が再燃したため手術適応となった。手術は前回創の一部を用いて右上腹部で開腹。創直下に肝臓・結腸と腹壁の強固な癒着を認めた。癒着剥離し、右上腹部を観察。拡張した小腸を確認した。小腸はグラフト肝切離面と線維性索状物で癒着していた。また、小腸同士が線維性索状物による癒着で屈曲し狭窄を来していた。漿膜損傷のある小腸を20cm切除し吻合した。術中にグラフト肝の血流に異常はなかった。術後経過は順調で、術後14日目に退院。小児の生体肝移植後の合併症として、術後癒着性腸閉塞の報告は少ない。肝左葉外側区域グラフトでは、右横隔膜下に小腸が入り込み、グラフト肝切離面と癒着する可能性が高く注意を要する。

38. 腫大した卵巣嚢胞と違って手術した思春期女児の1症例

JA 長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 小児外科

楯川幸弘

【症例】15歳、女児。

【現病歴】右下腹部痛にて近医受診。腹部造影CTにて虫垂炎が疑われ当科紹介。

【当科受診時】右下腹部に圧痛、腹膜刺激症状を認めたが、血液検査では炎症所見は乏しかった。他院造影CTでは、虫垂の腫大はなく骨盤内に嚢胞を認めた。

【当院MRI】骨盤内右側に6cm大の嚢胞を認め、腫大した右卵巣嚢胞、捻転が考えられた。

【手術所見】腹腔鏡下手術を行った。右卵巣は腫大し、一部で暗赤色調にみられた。腹腔内で卵巣嚢胞壁を部分的に切除し、断端を連続縫合閉鎖した。

【術後経過】術後2日目に生理を認め、4日目に退院となった。

【病理所見】嚢胞壁の所見は、黄体嚢胞。

【考察】黄体嚢胞は、卵巣嚢胞と間違われることがある。外傷や運動によって嚢胞が破裂し、腹腔内出血や茎捻転を起こすことがある。

【結語】思春期の女児の場合、卵巣嚢胞を疑った場合には、婦人科医と相談の上、診断および治療にたずさわるのが重要である。

39. 右卵巢腫瘍捻転にて発症した顆粒膜細胞腫の1 幼児例

東京女子医科大学 小児外科

横川英之, 世川 修, 濟陽寛子, 山口隆介, 関千寿花, 牧ゆかり

【症例】2 歳女児, 発熱精査目的に当院入院。CT および MRI にて腹腔内に長径 11cm の腫瘍を認めた。境界明瞭であるが, 内部は不均一で悪性の可能性を否定できなかった。診断および治療を目的に入院 8 日目に手術を施行した。まず腹腔鏡で観察し, 捻転を伴っている右巨大卵巢腫瘍が確認された。開腹移行し 720° 回転していた捻転を解除したあと, 腫瘍組織の一部を迅速病理に提出した。病理では顆粒膜細胞腫の所見を認めたが腫瘍壊死の状態であった。術式は右付属器切除術も検討されたが, 捻転解除後に卵巢の血流が回復したこと, また腫瘍壊死の状態であったことより, 卵巢は温存する方針とし腫瘍核出術を施行した。永久標本にて顆粒膜細胞腫と確定診断した。追加切除は行わず, 現在経過観察中にある。

【考察】顆粒膜細胞腫は境界悪性腫瘍に分類され, 若年者ほど予後は良好であるが, 晩期再発の報告もある。本症例の治療法の妥当性を含めて文献的考察と共に検討する。

40. 卵巢未熟奇形腫術後に肝被膜の腫瘍増大をきたし, growing teratoma syndrome との鑑別を要した 2 例

千葉県こども病院 小児外科¹, 千葉県こども病院 血液・腫瘍科²,

千葉県こども病院 病理診断科³

吉澤比呂子¹, 光永哲也¹, 大野幸恵¹, 安藤久美子², 角田治美², 成毛有紀³, 堀江 弘³, 岩井 潤¹

【症例 1】11 歳女児。右卵巢腫瘍 (径 15cm) に対し右付属器および播種病変切除施行。未熟奇形腫 (G2) の診断で BEP 療法施行。AFP は陰性化した。横隔膜下に新規病変が出現。Gliomatosis peritonei (GP) を疑ったが肝被膜腫瘍で, 腹腔鏡下に全摘。病理は成熟奇形腫だった。

【症例 2】10 歳女児。右卵巢腫瘍 (径 30cm) に対し腫瘍摘出術施行。未熟奇形腫 (G1) と診断。術後 AFP が上昇し, 横隔膜下に増大する腫瘍が出現。腹腔鏡下腫瘍生検施行。肝被膜腫瘍で, 病理は未熟奇形腫だった。BEP 療法施行中で AFP は低下傾向だが, 腫瘍は増大している。

【考察】Growing teratoma syndrome (GTS) は術後化学療法中または後に腫瘍マーカーは正常だが成熟奇形腫が増大するものである。症例 2 は診断基準を満たさないが, GTS に移行する可能性がある。横隔膜下腫瘍は GP と GTS の鑑別を要する。

41. 親子二世代で発症した WT1 変異を伴う腎芽腫の 1 例

獨協医科大学 第一外科

渡邊 峻, 荻野 恵, 松寺翔太郎, 谷有希子, 山口岳史, 中島政信, 山口 悟,
佐々木欣郎, 土岡 丘, 加藤広行

【はじめに】腎芽腫の家族内発症は約 2.5%に見られる。親子二世代とも当院で加療された腎芽腫の症例を報告する。

【症例】10 か月女児, 腹部腫瘍で当院紹介となった。父親が 6 か月時に当院で腎芽腫の加療をされていた。9cm 大の腫瘍を右腎下極に認め, 右腎摘出術を施行した。Stage I の混合型腎芽腫の診断で, 術後化学療法を完遂した。再発なく術後 8 ヶ月を経過している。

【考察】児と父親の末梢血の WT1 遺伝子 Exon 4 の片アレルに点突然変異を認めた。また, 両者の腎腫瘍検体では同部の正常アレルにも同様の点突然変異を認めた。父親から児に変異 WT1 遺伝子が遺伝し, 片腎内で正常アレルに second hit が起き腎芽腫を発症したと思われた。同様の発症機転は Denys-Drash 症候群で報告されるが, 児には腎機能障害や染色体異常はなかった。

【結語】父親から遺伝した変異 WT1 遺伝子に由来し発症した腎芽腫の一例を遺伝学的考察も含め報告する。

42. 背部軟部腫瘍が疑われた脊椎カリエスの 1 例

聖マリアンナ医科大学 小児外科¹, 聖マリアンナ医科大学 小児科²,

聖マリアンナ医科大学 診断病理科³

川口皓平^{1,3}, 眞鍋周太郎¹, 文元 礼², 新井奈津子², 慶野 大², 中村幸嗣², 水野将徳²,
長江秀樹¹, 古田繁行¹, 高木正之³, 北川博昭¹

症例：13 歳, 女児。

主訴：歩行困難, 両下肢麻痺, 微熱。

家族歴：父（日本人）, 母（フィリピン人）。

海外渡航歴：5 歳までフィリピン在住。

経過：3 ヶ月前から背部痛と歩行困難の進行と排尿困難あり。両下肢完全麻痺で当院に紹介された。胸腰椎 MRI で Th4 に腫瘍陰影を認めた。悪性軟部組織腫瘍が疑われ, 腫瘍摘出は困難なため生検を選択した。背部の腫瘍を切開すると壊死組織様のドロドロとした液体が流出した。鋭匙で組織を搔き出し, 迅速病理診断で腫瘍組織は確認できず, 類上皮肉芽腫を認めた。脊椎カリエスを強く疑い腫瘍内部の壊死組織を吸引・洗浄し手術終了とした。術後は抗結核療法に加え, 整形外科による病巣搔爬術, 後方固定術が行われた。現在, 治療開始後 83 日が経過し, 脊椎炎は軽快, リハビリ継続中である。

考察：近年, 結核罹患患者数は増加し, 社会の国際化も進んでいるため, 脊椎の破壊像は結核も鑑別に入れる必要があると思われた。

43. 肋骨の骨破壊を伴った小児胸壁神経鞘腫の1例

国立成育医療研究センター 小児外科¹, 国立成育医療研究センター 腫瘍外科²

後藤倫子¹, 渡邊稔彦¹, 沓掛真衣¹, 小川雄大¹, 朝長高太郎¹, 大野通暢¹, 田原和典¹,
菱木知郎², 藤野明浩¹, 金森 豊¹

胸壁に発生した肋骨の骨破壊を伴う神経鞘腫の1例を報告する。症例は5歳女児。胸痛を主訴に受診され、胸部X線にて右上中肺野の腫瘤影と右胸水を指摘された。CTにて右上部胸壁に7 cm大の石灰化を伴う腫瘤を認め、右第2肋骨の骨破壊像を伴っていた。右腋窩に3 cm大の腫瘤を認め、胸壁腫瘤の直接進展あるいは腋窩リンパ節転移が疑われたため右腋窩より生検を施行した。組織学的に神経鞘腫の診断で悪性所見は認めなかった。縦隔・気管の圧排を認めることから外科治療の方針となった。右腋窩皺切開を背側へ延長し僧帽筋を切開して肩甲骨を拳上することにより第2肋骨の背側の視野を確保して、腫瘍全摘および第2肋骨を合併切除した。病理診断は良性の神経鞘腫で、術後合併症なく第7病日に退院した。胸壁から発生する神経原性腫瘍は比較的稀である。腋窩皺切開から肩甲骨を拳上することで上位肋骨へのアプローチが可能で、整容性にも優れた術式と考えられた。

44. 外科的切除を施行した乳児片側性女性化乳房の一例

日本大学医学部付属板橋病院 小児外科

菅原大樹, 山岡 敏, 石塚悦昭, 星 玲奈, 後藤俊平, 吉澤信輔, 川島弘之, 金田英秀,
古屋武史, 大橋研介, 上原秀一郎, 越永従道

乳児の片側女性化乳房は稀である。血管腫瘍, 脂肪性腫瘍, 乳腺線維腫などの良悪性腫瘍との鑑別には病理組織診断が必要となることも多い。今回我々は、外科的切除を施行した乳児期男児の片側性女性化乳房を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は7ヵ月の男児。生後3ヵ月頃より左乳房の腫瘤を認め、増大傾向のため精査加療目的に紹介受診となった。内分泌学的検査所見は正常であった。体表超音波では3 cm大の低吸収域, MRIの脂肪抑制T2強調像では3 cm大で内部均一な高信号の腫瘤性病変を示した。左乳腺部の軟部腫瘍も否定出来ず、外科的治療を施行し、被膜を有する弾性軟の腫瘤を切除した。切除検体の肉眼的外観・断面などは乳腺様であった。病理組織診断ではgynecomastiaであった。女性化乳房との鑑別に苦慮する場合には外科的切除も考慮すべきと考えられた。

45. 肛門挙筋群レベルまで直腸縫合固定を行った直腸脱の1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 小児外科

山田舜介, 宮野 剛, 越智崇徳, 石井惇也, 岡和田学, 古賀寛之, 山高篤行

症例は既往歴のない16歳男児。当院受診時, 排便の度に直腸脱を認め, 脱出腸管は怒責時20cmまで達した。注腸造影検査では, 直腸が肛門縁近傍から翻転していることを確認。便性管理による保存的治療を6ヶ月間行うも改善なく, 手術適応と判断した。腹腔鏡下に腹腔内を観察すると, 小骨盤腔内は深く, 直腸の固定は不良であった。直腸の全周性剥離を腹膜翻転部を超えて行い, 直腸の翻転が肛門縁近傍から起こっているため, 特に直腸後壁は肛門挙筋群レベルまで剥離した。また若年者の初回手術であることを考慮してメッシュは使用せず, 直腸後壁と肛門挙筋群から前仙尾靭帯へ3針, 仙骨前筋膜から仙骨岬角へ計4針, 3-0 Proleneにて縫合固定した。術後2週間, 整腸剤/緩下剤/浣腸にて便性を管理し, 6ヶ月が経過した現在, 経過良好で再発は認めていない。

46. 内肛門括約筋切開術により便秘の改善を認めた前方肛門の一例

獨協医科大学越谷病院 小児外科

菊地健太, 長谷川真理子, 大串健二郎, 五十嵐昭宏, 畑中政博, 藤野順子, 岸 陽子,
池田 均

症例は5歳, 女児。生後8か月頃より, 緩下剤治療に抵抗性の便秘症と, これに伴う体重増加不良を認めていた。当科初診時, 外見上, 肛門は尾骨と外陰の中央より前方(外陰寄り)に存在し, anal position indexは0.33であった。加えて肛門狭窄と肛門管の後方への傾斜を認めた。下部消化管造影検査, 肛門括約筋刺激試験, 直腸肛門内圧検査等を施行し, 低位鎖肛(肛門皮膚瘻), ヒルシュスプルング病を否定して前方肛門と診断した。便秘症の改善効果を期待し手術の方針とし, 会陰形成+内肛門括約筋切開術を施行した。術後はブジーを施行し, 肛門狭窄は改善して自力排便が連日みられるようになり, 現在術後8か月が経過するが体重増加不良も改善傾向を認めている。

前方肛門についての手術適応, 手術法等につき若干の文献的考察を加え報告する。

47. 先天性肛門部瘻孔の 1 例

獨協医科大学越谷病院 小児外科

大串健二郎, 菊地健太, 長谷川真理子, 五十嵐昭宏, 畑中政博, 藤野順子, 岸 陽子,
池田 均

【症例】4ヶ月男児, 生後1週頃に肛門腹側に陥凹があることに母親が気づいた。発赤, 腫脹, 排膿等の感染徴候はなく経過していた。肛門周囲瘻孔の診断で精査加療目的に当科紹介受診した。肛門12時方向に24G血管留置針が挿入可能な瘻孔を認め造影検査にて直腸腹側に直腸内腔とは独立して走行し直腸前壁に開口する20mm程度の瘻管を認めた。腹部ECHOで腹腔内臓器や骨盤腔に異常所見を認めなかった。直腸皮膚瘻の診断で4カ月時に瘻管切開開放術を施行した。術後経過は良好で特に問題を認めていない。

【考察】本症例のように男児で生後間もない頃から肛門腹側に無症状で経過する瘻孔を認めた場合, 鑑別疾患としては肛門重複症や痔瘻などが考えられる。本症例の診断および治療に関して文献的考察を加えて報告する。

48. 分類不能型直腸肛門奇形の 2 例

昭和大学医学部 外科学講座小児外科学部門¹, 昭和大学横浜市北部病院 小児外科²,
昭和大学江東豊洲病院 小児外科³

入江理絵¹, 土岐 彰¹, 千葉正博¹, 杉山彰英¹, 中山智理¹, 大澤俊亮¹, 渡井 有²,
川野晋也³

症例1は在胎37.5週, 2,587gで出生した男児で, 外性器異常を出生前に指摘されていた。生後肛門および瘻孔を認めず, 日齢1の倒立位X線撮影により高位型と診断し, 人工肛門を造設した。術後, 人工肛門造影で陰茎左側に直腸に続く瘻管を認め, rectopenile cutaneous fistulaの診断で月齢6にPSARPを施行した。症例2は41.5週, 3,310gで出生の男児で, 肛門窩と思われる陥凹に瘻孔はなく, 少量の胎便の付着を認めた。日齢1と2の倒立位X線撮影では直腸盲端のガス像は高位のまま移動なく, 日齢3に肛門部を検索したが瘻孔を認めないため人工肛門を造設した。術後の人工肛門造影で高位盲端様部分から肛門窩に続く瘻管を認め, rectocutaneous fistulaと診断した。月齢5に腹式を加えたPSARPを施行した。2症例とも人工肛門閉鎖後, 現在も良好な経過である。分類不能型の治療方針について報告する。

49. 多発小腸閉鎖，結腸欠損を伴った鎖肛の1例

神奈川県立こども医療センター 外科

近藤享史，北河徳彦，田中邦英，大澤絵都子，浅野史雄，臼井秀仁，望月響子，新開真人

症例は1ヶ月の男児。在胎26週より小腸閉鎖症，脳室拡大，脳梁欠損，血管輪，水腎症を指摘され，在胎34週5日，1810gで出生。出生後鎖肛を認め，日齢1に手術施行。術中所見で，2箇所（幽門輪から9cmと，同部位より肛門側3.5cm）の離断型空腸閉鎖を認めた。また回盲弁より3.5cm肛門側で上行結腸閉鎖を認め，その肛門側結腸は欠損し，S状結腸の口側盲端を骨盤内に認めた。空腸を部分切除し，transanastomotic tubeを挿入した上で端々吻合した。回盲弁は狭窄しており，回盲部を切除し，回腸末端を単孔式ストマとした。またS状結腸盲端も単孔式ストマとした。残存小腸は50cm程度となった。現在チューブ瘻からの栄養で経過観察中である。今回稀な，多発小腸閉鎖，結腸閉鎖を伴った鎖肛を経験した。今後栄養面の問題や如何に根治術を行うかなど検討すべき点が多い。結腸欠損を伴う鎖肛の自験例を含めて報告する。

50. プロスタグランジンE1投与後にイレウスを呈した大動脈離断症合併の1例

新潟大学大学院 小児外科

斎藤浩一，窪田正幸，小林 隆，荒井勇樹，大山俊之，横田直樹

症例は現在生後6か月の女児。在胎39週3日，経膈分娩で出生。出生時体重3060g。生後大動脈弓離断症と診断され，プロスタグランジンE1（PGE1）の持続投与をうけた。日齢12頃からゼリー状粘液便となり腹部膨満が出現した。日齢29に動脈管ステント留置を施行したが，左腎動脈が損傷され後腹膜出血による腹部コンパートメント症候群となった。日齢30に腎周囲ガーゼパッキング，腹壁サイロ形成を行い，小腸穿孔に対して人工肛門を造設した。日齢36に腹壁閉鎖を行ったが，小腸に詰まっていた粘土状の便を摘出し人工肛門を再造設した。人工肛門から良好な排泄を認めたがIFALDとなり，オメガベンと経口摂取増量で改善した。直腸肛門内圧検査は反射陽性であった。今後，人工肛門閉鎖，大動脈弓離断症根治術を予定している。

今回，PGE1投与による便性の変化が原因と考えられる特殊な病態を呈したイレウスの症例を経験したため，文献的考察を加えて報告する。

51. 脳炎治療中に非閉塞性腸管虚血症（NOMI）および結腸狭窄を合併した男児例

山梨県立中央病院 小児外科¹, 山梨県立中央病院 小児科²

大矢知昇¹, 鈴木健之¹, 江村隆起¹, 反頭智子², 斎藤智洋², 後藤裕介², 駒井孝行²

NOMI は腸間膜血行不全症のなかでも重症疾患の治療中に発症することがある。脳炎治療中に本性を発症した男児例を報告する。

症例：12 歳男児。1 ヶ月前より辺縁系脳炎にて集中治療中であつたが、その病状は進行していた。急激なショック状態を呈し原因検索を行ったところ上行結腸および直腸壁内気腫と門脈血ガスを確認。腸管壊死および腸管穿孔を疑い緊急開腹術を行った。病変は結腸肝彎曲部および直腸に限局し漿膜面は高度に発赤していたが穿孔所見はなし。他部位の結腸壁は白色調であつた。高度病変周囲の腸間膜血流は保たれていた。回腸ストーマを造設し手術を終了した。術後はショック、敗血症、DIC に対する集中治療を継続した。脳炎による脳症は進行したが、消化管病変は以後安定した。結腸の 2 箇所有病変部で狭窄を合併した。腸管壁が脆弱なため、保存的に経過観察としたところ次第に改善し 1 年後に回腸ストーマを閉鎖した。

52. 重症心身障がい児者における停留精巣未手術の問題

茨城福祉医療センター 小児外科

平井みさ子

重症心身障がい児者において停留精巣（UDT）の未手術成人症例が少なからずみられる問題について考察する。当院開設後 2 年間に UDT 6 例を経験。3 例（10 歳, 20 歳, 24 歳）は入所者でいずれも両側性。3-4 歳, 9-11 歳, 15 歳時に喉頭気管分離術と噴門形成術を両方施行されている。10 歳例は 3 歳で後腹膜腫瘍摘除術も受けた際に小児外科医が診断したがその後話題に出ず、成人 2 例は乳幼児期に小児科医が診断し様子を見ると説明されたため、家族は問題がないと認識。残る 3 例（20 歳 2 例, 26 歳）は施設利用希望で当院初診時に診断（両側 1 例, 左側 2 例）、小児外科手術既往歴なし。両側例は小児科医が幼児期に指摘し様子を見ると説明していた。UDT は他に多くの問題を抱える重度障がい児では見過ごされがちと考えられるが、リスク説明なく捻転や発癌の問題を孕んだまま成人した場合、発症時の診断や治療をどこでどう受けるのか問題となる。啓蒙活動が重要と考える。