

# 第41回

## 日本小児外科学会 関東甲信越地方会

プログラム・演題抄録集

会期 2006年**10月28日**⊕

会場 **国立成育医療センター 1F講堂**  
東京都世田谷区大蔵2-10-1 TEL 03-3416-0181

会長 **本名 敏郎**(国立成育医療センター外科)

## 参加者の皆さまへ

**参加受付**：午前8時30分より受付を開始いたします。参加費1,000円をお支払いの上、参加証兼領収証をお受け取り下さい。

**口演時間**：1題5分、討論時間は2分です。時間を厳守して下さい。次の演者および次のセッションの座長は、指定の席でお待ち下さい。

**発表形式**：口演はPowerPointによるPC発表のみとします。35mmスライドによる発表はできませんのでご注意ください。データの作成は次頁の**発表データ作成要項**に従ってください。

**2次抄録**：日本小児外科学会雑誌掲載のための2次抄録（表題・所属・氏名を含めて400字以内）をMicrosoft Word形式（ファイル名は「演題番号（半角）」+「演者氏名（漢字）」）で作成し、PC発表受付時に提出いただくUSBフラッシュメモリの同じフォルダ内にコピーして下さい。A4版用紙へのプリントアウトも合わせて提出してください。

**幹事会**：10月28日(土) 12：10～13：00

国立成育医療センター研究所2F セミナールーム21で開催いたします。  
幹事会費10,000円および昼食代2,000円を申し受けます。

**お問い合わせ先**：〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

国立成育医療センター 外科

事務局担当 寺脇 幹

TEL：03-3416-0181（代表）

FAX：03-5494-7136

E-mail：jspskd41-office@umin.ac.jp

URL：http://square.umin.ac.jp/jspskd41/

http://www.ncchd.go.jp/

## 発表データ作成要項

- 1) 学会側で準備する PC の形式は、Windows 版 PowerPoint 2000/2003 のみです。Office 98 より前のバージョン (Office 95 等) で作成されたものは、文字化けや表示がずれる等のトラブルが発生する可能性があります。Macintosh PowerPoint で作成したファイルには拡張子 (.ppt) を付け、必ず Windows で動作の確認をして下さい。
- 2) データは USB フラッシュメモリ に保存してご持参ください。(MO、フロッピーディスク、PC 本体は受け付けません。CD-ROM は、学会開催約 1 週間前にあたる 10月21日(金) 必着の郵送の場合にのみ受け付けます)
- 3) ファイル名は「演題番号(半角)」+「演者氏名(漢字)」としてください。
- 4) フォントは OS に標準装備されたもののみ (MS ゴシック、Arial、Century、Times、Times New Roman、Helvetica など) をご使用ください。
- 5) 画面の解像度は XGA (1024 × 768) です。このサイズより大きい場合、スライドの周囲が切れてしまいます。
- 6) 動画は WMV 形式 (Windows Media Player) のみとします。RealTimePlayer、QuickTime Player などは使用できません。必ず PowerPoint と同じフォルダ内に動画ファイルを保存して下さい。また発表データを作成した PC 以外の PC で動画が動作することを事前に確認して下さい。

## 発表メディアの受付方法

- 1) セッションの開始30分前まで (演者の発表の30分前までではありません) に会場前受付場所にお越しください。
- 2) 持参された USB フラッシュメモリの発表データを学会側で用意する PC にコピーして、動作確認と試写を行ってください。

※ご持参いただく USB フラッシュメモリに保存されている貴重なデータの損失を避けるため、必ず事前にデータのバックアップをして下さい。

※コピーされたデータは、学会終了後に主催者側で責任を持って消去します。

## 発表方法

演題の発表の順番が来た時には最初の画面を用意しております。演者ご自身がスライド操作をして下さい。また演台にレーザーポインターを用意しておりますのでご使用下さい。

# 第41回 日本小児外科学会関東甲信越地方会

## 市民公開講座

テーマ ▶ 子どもの身近な外科疾患 ～そこが知りたい、お話しします～

日時 ▶ 2006年10月29日(日) 14:00～16:00

会場 ▶ 国立成育医療センター 1F 講堂

主催 ▶ 国立成育医療センター 外科

後援 ▶ 世田谷区、世田谷区医師会、日本小児外科学会

## プログラム

開会挨拶 ▶ 国立成育医療センター外科医長 本名 敏郎

講演 ▶ 司会：国立成育医療センター外科医長 黒田 達夫

1 脱腸(そけいヘルニア) 埼玉県立小児医療センター外科科長 北野 良博

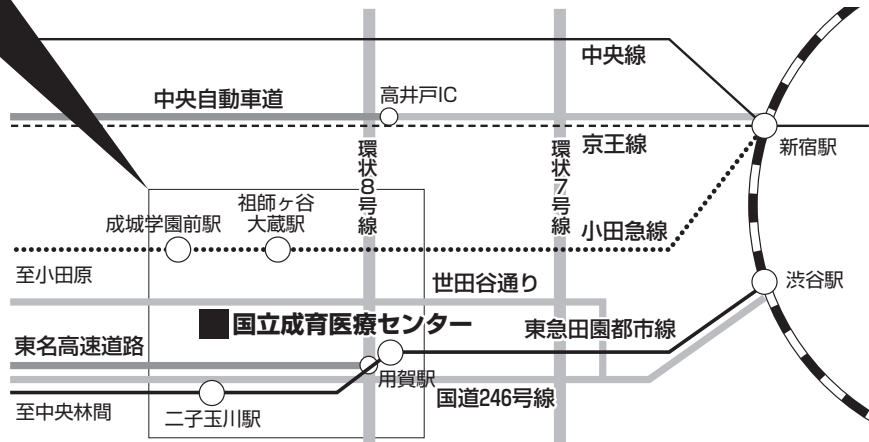
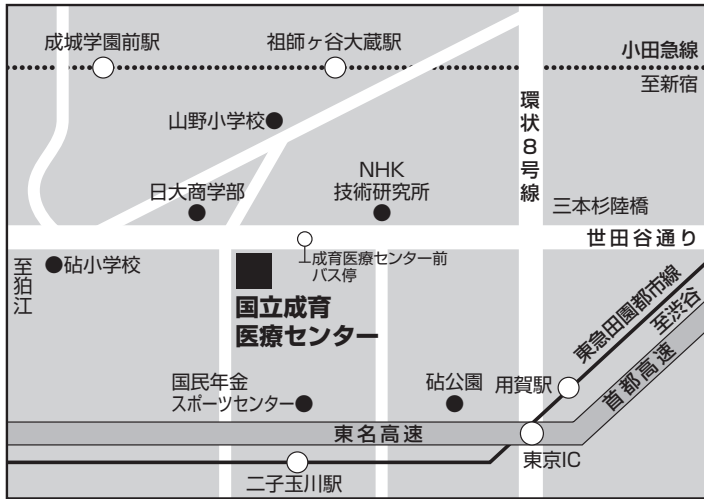
2 虫垂炎(もうちょう) 国立成育医療センター外科 寺脇 幹

3 腸重積症 国立成育医療センター外科 森川 信行

4 停留睪丸 国立成育医療センター泌尿器科医長 上岡 克彦

5 痔瘻、肛門周囲膿瘍 国立成育医療センター外科 渡辺 宏治

# 会場のご案内



## バス 成育医療センター前バス停下車

- 小田急線成城学園前駅  
(急行停車駅ですが、快速急行は停車しませんのでご注意下さい)  
 南口 1 番乗り場より渋谷駅行 (所要時間) 約 10 分
- 東急田園都市線用賀駅より  
 6 番乗り場より成城学園前駅行  
(所要時間) 約 15 分。(本数は少ない)
- 東急田園都市線二子玉川駅より  
 東口 4 番乗り場より成育医療センター・美術館行  
(所要時間) 約 25 分。(本数は少ない)

## 車

- 首都高速 3 号線用賀出口から環状 8 号線荻窪方面へ。  
 三本杉陸橋で左折して世田谷通りを狛江方面へ。約 1 km 左側。
- 院内の駐車場には限りがあります。駐車料金は無料ですが、窓口での手続を要します。

## タクシー

- 成城学園前駅 南口より  
5~8 分
- 用賀駅 南口より  
10~15 分
- 二子玉川駅 西口より  
10~15 分

※土曜日の世田谷通りは終日渋滞します。バス、タクシーとも表記の 2 倍程度の時間がかかる場合がございますので、余裕を持ってお越し下さい。

# 演 題 目 次

8 : 55~9 : 00

## 開会の挨拶

会長：本名敏郎（国立成育医療センター外科医長）

---

9 : 00~9 : 35

## 頭頸部

座長：北川博昭（聖マリアンナ医科大学小児外科）

---

- 1 口腔底部に発生した類表皮嚢胞の1例  
慶應義塾大学小児外科 小森広嗣、他
- 2 Congenital Midline Cervical Cleft の2例  
都立清瀬小児病院外科 岡部圭介、他
- 3 顎下腺に生じた sialolipoma の1例  
埼玉県立小児医療センター外科 五藤 周、他
- 4 特異な走行を示した頸部瘻の1例  
昭和大学小児外科 堀田紗代、他
- 5 診断治療に難渋した小児咽後膿瘍の1例  
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院小児外科 川瀬弘一、他

9 : 35~10 : 10

## 呼吸器

座長：広部誠一（都立清瀬小児病院外科）

---

- 6 突然の呼吸不全を契機に発見された胸腺嚢胞の1幼児例  
東京大学小児外科 杉山正彦、他
- 7 繰返す肺炎および胸部腫瘤影で発見された右上葉気管支閉鎖症の1女児例  
群馬大学外科 太田池恵、他
- 8 気管無形成の1例  
慶應義塾大学小児外科 山田洋平、他
- 9 先天性嚢胞状腺腫様奇形（CCAM）及び両大血管右室起始症（DORV）に  
同側肺葉外肺分画症を合併した1例  
昭和大学横浜市北部病院小児外科 大橋祐介、他



**10** 複雑心奇形術後の難治性左横隔膜挙上症に対し経腹的横隔膜縫縮術が有効であった一例

山梨大学第二外科

荒井洋志、他

10:10~10:45

**食道胃十二指腸**

座長：菱木知郎(千葉大学小児外科)

**11** 無症状の縦隔腫瘍として発見された食道重複症の1例

聖マリアンナ医科大学小児外科

浜野志穂、他

**12** 生後6ヶ月経過後診断された肥厚性幽門狭窄症の1例

国立成育医療センター外科

柴田祐充子、他

**13** 肥厚性幽門狭窄症を契機に発見された副脾管開口を伴う幽門重複症の1例

千葉大学小児外科

武之内史子、他

**14** 腸回転異常・輪状臍を伴った十二指腸前門脈症の1例

君津中央病院小児外科

照井エレナ、他

**15** 先天性食道閉鎖症治療中に十二指腸狭窄症合併が判明した1例

自治医科大学小児外科

久田正昭、他

10:45~11:13

**小腸 1**

座長：石丸由紀(獨協医科大学越谷病院小児外科)

**16** 先天性食道閉鎖症に臍帯ヘルニア、小腸憩室捻転、幽門閉鎖症、髄膜瘤を合併した多発奇形症例の治療経験

新潟大学小児外科

佐藤佳奈子、他

**17** 小腸穿孔から癒着性イレウスを来したアレルギー性紫斑病の1例

都立清瀬小児病院外科

武藤 充、他

**18** 噴門形成術後に壊死性腸炎を発症した一例

獨協医科大学越谷病院小児外科

畑中政博、他

**19** 後天性サイトメガロウイルス(CMV)感染による超低出生体重児の壊死性腸炎の1例

日本赤十字社医療センター小児外科

尾花和子、他

11:13~11:41

## 小腸2

座長：百瀬芳隆（長野県立こども病院小児外科）

---

### 20 典型的な症状に乏しく慢性的な経過をとった腸重積症の1例

日本大学外科

星野真由美、他

### 21 小腸腫瘍が原因となった小腸 -小腸型腸重積症の3例

昭和大学藤が丘病院小児外科

岡田一郎、他

### 22 症状発現が緩徐であった腸回転異常症の2例

東京医科大学小児外科

湊 進太郎、他

### 23 下部空腸に胎便が充満した meconium disease の1例

埼玉県立小児医療センター外科

川嶋 寛、他

11:41~12:09

## 小腸3

座長：田中 潔（北里大学外科）

---

### 24 腸管重複症とメッケル憩室を合併した一例

都立八王子小児病院外科

後藤幸子、他

### 25 腸重積症にて発症した回盲部腸管重複症の1例

北里大学外科

武田憲子、他

### 26 腹腔鏡補助下手術が有用であった新生児重複腸管嚢腫の一例

東京女子医科大学小児外科

木村朱里、他

### 27 小腸腸間膜裂孔ヘルニアの一例

長野赤十字病院小児外科

北原修一郎、他

12:10~13:00 昼休み・幹事会

---

13:10~13:38

## その他

座長：渡辺宏治（国立成育医療センター外科）

---

### 28 BCG 接種の10ヶ月後に腋窩リンパ節の腫脹を認めた1例

長岡赤十字病院小児外科

金田 聡、他



- 29** BCG 接種後の副反応4例：手術の適応を考える  
聖路加国際病院小児外科 荒木夕字子、他
- 30** 異所性腭組織を伴った臍ポリープの1例  
東邦大学医療センター大森病院小児外科 中村博志、他
- 31** 鉛中毒が懸念された異物誤飲の1乳児例  
日本赤十字社医療センター小児外科 大澤一記、他

13：38～14：06

## 泌尿器1

座長：岡崎任晴（順天堂大学小児外科）

- 32** 下部尿路奇形に合併した急性陰嚢症の2例  
埼玉医科大学小児外科 村岡いづみ、他
- 33** 尿道脱の2例  
杏林大学小児外科 渡辺佳子、他
- 34** 高度腎機能低下を呈した間欠的水腎症の2例  
東京医科歯科大学小児外科 岡本健太郎、他
- 35** vanishing testis の健側精巣容積に関する検討  
杏林大学小児外科 種村比呂子、他

14：06～14：27

## 泌尿器2

座長：北野良博（埼玉県立小児医療センター外科）

- 36** 外反のない膀胱腸裂：外科治療を中心に  
順天堂大学小児外科 濟陽寛子、他
- 37** 髄膜瘤を合併した特殊病型の総排泄腔外反症  
（Omphalocele-exstrohy-imperforate anus-spinal defects complex：OEIS）の3例  
東京大学小児外科 中原さおり、他
- 38** 腰椎奇形合併の鎖肛術後に膀胱腫瘤を発症した1例  
茨城県立こども病院小児外科 川上 肇、他

14 : 27~15 : 02

## 結腸直腸肛門1

座長：村越孝次(都立八王子小児病院外科)

### 39 S状結腸捻転症の一例

都立八王子小児病院外科

石田文孝、他

### 40 長期洗腸により軽快した慢性便秘の1例

帝京大学小児外科

小川富雄、他

### 41 腸回転異常症・中腸軸捻転の術後に Hirschsprung 病を診断した1例

獨協医科大学越谷病院小児外科

田原和典、他

### 42 直腸閉鎖症の1例

松戸市立病院小児外科

中田光政、他

### 43 著明な門脈ガスを伴う結腸穿孔をきたした神経性食思不振症の1例

昭和大学小児外科

鈴木孝明、他

15 : 02~15 : 30

## 結腸直腸肛門2

座長：奥山直樹(新潟大学小児外科)

### 44 仙骨前脂肪腫及び仙骨椎弓癒合不全を合併した鎖肛の1例。

本症例は Currarino 3徴なのか？

東邦大学医療センター大森病院小児外科

岩崎維和夫、他

### 45 生後半年過ぎに尿道瘻に気づかれた肛門陰嚢瘻の一例

群馬県立小児医療センター外科

西 明、他

### 46 肛門欠如を伴わない膣前庭瘻の2例

国立成育医療センター外科

森岡 徹、他

### 47 肛門重複症の一例

長野県立こども病院小児外科

町田水穂、他

15 : 30~15 : 58

## 肝胆膵1

座長：新開真人(神奈川県立こども医療センター外科)

### 48 保存的に治癒し得た外傷性総胆管狭窄の一例

新潟市民病院小児外科

小森登志江、他

**49** 小児劇症肝不全4例に対する生体肝移植  
国立成育医療センター移植外科 横山智至、他

**50** 胆嚢管の走行異常を伴った小児の総胆管結石、胆石症の一例  
自治医科大学小児外科 柳澤智彦、他

**51** 出生前に肝門部嚢腫状病変を指摘され、特異な経過を辿った  
I-cyst 型胆道閉鎖症の1例  
山梨県立中央病院小児外科 岩下公江、他

15:58~16:19

**肝胆膵2** 座長：小室広昭(筑波大学小児外科)

---

**52** solid and cystic tumor of pancreas の1例～術前膵管ステント挿入の有用性～  
さいたま市立病院小児外科 渡辺稔彦、他

**53** 膵管狭窄の内視鏡的治療後、仮性動脈瘤より大出血を来した一例  
国立成育医療センター外科 川野孝文、他

**54** バルプロ酸ナトリウムによる重症膵炎の小児例  
東海大学小児外科 平川 均、他

16:19~16:47

**腫瘍1** 座長：吉澤穰治(東京慈恵会医科大学外科)

---

**55** 新生児頸部神経芽腫の1例  
順天堂大学小児外科 藤原なほ、他

**56** 新生児神経芽腫術後に原因不明の皮膚腫瘍を認めた一例  
東京慈恵会医科大学外科 山岡正慶、他

**57** transclavicular アプローチにて摘出した上縦隔神経芽腫の1症例  
筑波大学小児外科 渡邊美穂、他

**58** 完全切除が可能であった肝門部原発 rhabdoid 腫瘍の1例  
慶應義塾大学小児外科 大野通暢、他

16:47~17:15

## 腫瘍2

座長：越永従道（日本大学小児外科）

---

### 59 術後に PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) を発症した Wilms 腫瘍の 1 例

都立清瀬小児病院外科

奥村健児、他

### 60 腹腔鏡補助下小切開創にて摘出した巨大卵巣嚢腫の 1 例

埼玉医科大学小児外科

小野真衣子、他

### 61 右腹腔内精巣から発生した成熟奇形腫の一例

順天堂大学小児外科

四柳聡子、他

### 62 両側性卵巣腫瘍 11 例の検討

神奈川県立こども医療センター外科

望月響子、他

17:15~17:50

## 腫瘍3

座長：平川 均（東海大学小児外科）

---

### 63 インターフェロン療法が奏功した難治性リンパ管腫症の一例

昭和大学藤が丘病院小児外科

川野晋也、他

### 64 組織型の異なる年長児腸間膜リンパ管腫の 2 例

山梨県立中央病院小児外科

大矢知 昇、他

### 65 肺内に発生した炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の 2 例

神奈川県立こども医療センター外科

畑田智子、他

### 66 ランゲルハンス細胞組織球症の 1 例 - Neglect か? -

獨協医科大学第一外科

岩谷さおり、他

### 67 腸重積で発症した大腸線維肉腫の乳児例

東海大学小児外科

檜 友也、他

17:50

## 閉会の辞

会長：本名敏郎（国立成育医療センター外科医長）

---

# 演題抄録

## 1 口腔底部に発生した類表皮嚢胞の1例

慶應義塾大学 小児外科

○小森広嗣、星野 健、岡村 淳、堀田 亮、  
山田洋平、中尾志生子、大野通暢、渕本康史、  
森川康英

2歳の男児。生直後より哺乳困難を認めたことを契機に、口腔内腫瘍を発見された。近医にてガマ腫と診断され、経過観察をするも改善せず、当院紹介受診となった。口腔内所見では、舌根部に3cm×3cm大の半球形の腫瘍を認め、舌は後上方に圧排・固定され、持続的な流涎を認めた。MRI所見では、舌筋層内、正中に長径4cm大の輪郭明瞭な多房性嚢胞性腫瘍を認めた。術前診断は、ガマ腫の他に、鑑別診断として血管腫、リンパ管腫、類(表)皮嚢胞が考えられた。2歳8ヶ月時に手術を施行した。口腔内アプローチにより病巣へ到達した。嚢胞は内部に粘土状の角化物を有しており、多房性の類表皮嚢腫と考え、嚢胞摘出術を施行した。病理学的所見では、類表皮嚢腫の診断であった。今回我々は幼児期の口腔底部に発生した類表皮嚢胞の一例を経験したが、顎口腔領域への発生は比較的少なく、文献的考察を加え、報告する。

## 2 Congenital Midline Cervical Cleftの2例

東京都立清瀬小児病院 外科

○岡部圭介、鎌形正一郎、広部誠一、東間未来、  
吉田史子、奥村健児、武藤 充、林 隼

新生児期に Congenital Midline Cervical Cleft と診断した2例を経験したので報告する。症例1は日令0の男児。生下時に頸部の瘻孔を認め当科へ紹介された。局所病変以外の合併奇形を認めず、瘻孔は約0.5cmの長さで盲端となっていた。1歳1ヶ月時に頭側の skin tag と尾側の sinus を一塊に切除しZ形成を行った。組織学的には重層扁平上皮および多列円柱上皮に覆われた瘻孔とその周囲に粘液腺の構造を認め、本症に一致する所見であった。症例2は日令0の男児。新生児一過性多呼吸で入院したが、生下時より頸部正中の瘻孔を認めていた。他の合併奇形を認めず日令8に退院した。今後切除術を行う予定である。本症は鰓弓形成過程の異常と考えられており、頸部正中頭側に skin tag、尾側に sinus が存在するという特徴的な形態を有する。その頻度は稀であるが、病変は自然消退せず瘢痕拘縮をきたす可能性があるため早期の手術が望まれる。

## 3 顎下腺に生じた sialolipoma の1例

埼玉県立小児医療センター 外科<sup>1)</sup>、  
同 病理科<sup>2)</sup>

○五藤 周<sup>1)</sup>、岩中 督<sup>1)</sup>、内田広夫<sup>1)</sup>、  
四本克己<sup>1)</sup>、川嶋 寛<sup>1)</sup>、石丸哲也<sup>1)</sup>、  
岸本宏志<sup>2)</sup>

【はじめに】特異な組織学的特徴をもち従来の脂肪腫と区別される、顎下腺由来の sialolipoma の1例を報告する。【症例】3歳5ヶ月の男児。3歳3ヶ月時に左顎下部腫瘍に気づき、近医で経過観察されたが、腫瘍の縮小なし。3歳5ヶ月時に当科外来に紹介。左顎下部に4cm×3cm大で卵円形、弾性軟、境界明瞭な無痛性腫瘍を認めた。【画像所見】超音波検査で高輝度な腫瘍を左顎下部に認めた。CTでは腫瘍は脂肪成分を主体とし、腫瘍辺縁部に顎下腺を認めた。【手術】3歳7ヶ月時に腫瘍摘出術を施行。腫瘍は顎下腺と一体を成しており、腫瘍を含む顎下腺を摘出した。【病理所見】腫瘍の中心部は成熟脂肪細胞からなるが、辺縁部では脂肪組織の中に唾液腺腺房組織及び導管組織が混在する像を認め、sialolipoma と診断した。【結語】小児の顎下腺由来の sialolipoma は今までに報告例がなく、きわめて稀な症例であると思われる。

## 4 特異な走行を示した頸部瘻の1例

昭和大学 医学部 小児外科

○堀田紗代、鈴木淳一、土岐 彰、八塚正四、  
鈴木孝明、菅沼理江、内藤美智子

症例は11カ月男児で、哺乳時の頸部からのミルク様分泌物排出を主訴に来院した。この排出は出生時より認められ、9カ月検診時に近医で正中頸瘻が疑われた。頸部正中よりやや左側に外瘻孔があり、発赤腫脹は認められなかった。頸部超音波検査で口腔内への交通を疑わせる瘻孔を認めたが、明らかな舌骨との関係は認められなかった。瘻孔造影で口腔内への交通を認めたため、正中頸瘻の診断で Sistrunk 手術を予定した。瘻孔は、舌骨の後面を走行し、口腔底に達していた。瘻管の走行は舌骨と無関係で、舌骨切除は行わなかった。病理所見は、顆粒層を有する重層扁平上皮からなる瘻孔で、周囲に脂腺や毛胞を認め、間質に炎症細胞浸潤を伴っており、正中頸瘻として矛盾しない所見であった。本症は舌骨とは無関係な走行を示した正中頸瘻類似の頸部瘻であり、診断に苦慮している。発生学的考察を加え、報告する。



## 5 診断治療に難渋した小児咽後膿瘍の1例

聖マリアナ医科大学 横浜市西部病院 小児外科<sup>1)</sup>、  
聖マリアナ医科大学 小児外科<sup>2)</sup>

○川瀬弘一<sup>1)</sup>、北川博昭<sup>2)</sup>、脇坂宗親<sup>2)</sup>、  
佐藤百合子<sup>1)</sup>、古田繁行<sup>2)</sup>、佐藤英章<sup>2)</sup>、  
長江秀樹<sup>2)</sup>

診断治療に難渋した年長児咽後膿瘍を経験したので報告する。症例は7歳男児。当科入院25日前より発熱、頸部腫脹を認め、当科入院18日前に、頸部リンパ節炎にて近医入院。抗生剤治療で炎症反応やや改善するも、再燃。CTにて咽頭～上部食道後方に膿瘍と思われる腫瘤像を認め、当科転院となった。食道内視鏡検査で咽頭、食道に異物はなく、咽頭穿刺を行うも内容は吸引できなかつた。その後腫瘤像は残存するも炎症反応は改善するため、入院後16日目に退院となった。退院後11日目に症状再燃し再入院。食道造影で上部食道後方に造影剤の漏れを認めた。再入院22日目に咽頭切開施行、切開部より内腔にカテーテルを挿入すると胸部食道から出てくることを確認。咽頭切開部の病理組織検査は肉芽組織で、咽後膿瘍と診断した。膿瘍内腔に留置したカテーテルから洗浄を行い、再入院57日目のCT検査で膿瘍が消失した。2年経過した現在、再発の徴候はない。

## 7 繰返す肺炎および胸部腫瘤影で発見された右上葉気管支閉鎖症の1女児例

群馬大学 大学院 病態総合外科学<sup>1)</sup>、  
同 小児生体防御学<sup>2)</sup>

○太田池恵<sup>1)</sup>、鈴木 信<sup>1)</sup>、田中司玄文<sup>1)</sup>、  
高橋 篤<sup>1)</sup>、望月博之<sup>2)</sup>、森川昭廣<sup>2)</sup>、  
桑野博行<sup>2)</sup>

気管支閉鎖症は比較的稀ではあるが、感染症状や過膨張による悪影響が出る場合は外科的治療を考慮すべきで疾患である。今回われわれは繰返す肺炎および胸部陰影で発見され、外来経過観察中に呼吸苦が出現し手術に至った1女児例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。症例は15歳女児。5歳時より繰返し肺炎に罹患、12歳時に肺腫瘤陰影にて当院小児科紹介、外来経過観察していた。外来経過観察中肺炎の再燃は認めなかったが、高校入学後より労作時の呼吸苦を訴えるようになり再診、外科紹介となった。胸部単純レントゲンおよびCTにて気腫性変化部の過膨張による健常肺の著明な圧迫を認めたため手術適応と考えた。術直前の気管支鏡検査にて右B2の気管支欠損を認めた。手術は胸腔鏡補助下に右上葉切除を施行し、術翌日胸腔ドレーン抜去、術後4日目に退院となった。摘出標本にても気腫性変化部と気管支との連続性を認めず、気管支閉鎖症の診断に至った。

## 6 突然の呼吸不全を契機に発見された胸腺嚢胞の1幼児例

東京大学 医学部 附属病院 小児外科<sup>1)</sup>、  
同 小児科<sup>2)</sup>

○杉山正彦<sup>1)</sup>、金森 豊<sup>1)</sup>、古村 真<sup>1)</sup>、  
中原さおり<sup>1)</sup>、佐藤かおり<sup>1)</sup>、渋谷和彦<sup>2)</sup>、  
岩中 督<sup>1)</sup>

症例は1歳6ヶ月の女児。数日前から感冒様症状を認めていた。母が嫌がる患児に歯磨きをしていたところ、突然ぐったりとし顔色不良となり某院に緊急入院し人工呼吸器管理となった。胸部単純レントゲンにて右上肺野に異常陰影を認めたため、精査加療目的に右院 PICU に搬送された。CTでは右頸部から中縦隔に広がる嚢胞性病変で、嚢胞壁は薄く内容は water density でリンパ管腫を第一に疑い、頸部切開と開胸操作とによる摘出手術を施行した。開胸時嚢胞は灰白色で柔らかく内容液は漿液性であった。食道との癒着はやや強固であったが、それ以外の癒着剥離は比較的容易で頸部創から嚢胞を全摘した。術後嘔声、右横隔膜挙上を認めたが、全身状態は良好で術後14日に退院した。摘出標本の嚢胞壁はサイトケラチン染色陽性、周囲組織に胸腺細胞が確認され胸腺嚢胞と診断された。乳幼児の胸腺嚢胞は稀であるが、頸部や縦隔に発生する嚢胞性病変の鑑別診断の1つにあげられる。

## 8 気管無形成の1例

慶應義塾大学 小児外科

○山田洋平、淵本康史、岡村 淳、中尾志生子、  
堀田 亮、大野通暢、小森広嗣、星野 健、  
森川康英

在胎37週4日、出生体重2,550gの男児。出生時、第一啼泣を認めず、チアノーゼが持続したため挿管、蘇生術を施行した。この際、鎖肛を認め横行結腸瘻が造設された。その後、呼吸状態は安定したが、日齢5に施行した上部消化管造影では食道に連なり気管が造影され、更に日齢9に施行した挿管チューブからの内視鏡にて食道から分岐する気管入口部が確認でき、Floyd I型気管無形成と診断された。日齢13に腹部食道を banding、胃瘻造設を施行。その後唾液の垂れ込みから無気肺肺炎を繰り返し、心肺蘇生も頻回に施行されたため、唾液の垂れ込みを防止するための唾液瘻造設および代用気管食道瘻造設を生後2ヶ月の時点で施行し、気管カニューレを挿入して人工呼吸管理を行っている。現在8ヶ月の時点で体重7.5kg、66.5センチとなり、呼吸状態も安定している。文献的考察を含めて気管無形成の管理及び今後の方針につき報告する。



## 9 先天性嚢胞状腺腫様奇形 (CCAM) 及び両大血管右室起始症 (DORV) に同側肺葉外肺分画症を合併した1例

昭和大学横浜市北部病院小児外科  
(昭和大学小児外科診療グループ)

○大橋祐介、五味 明、杉山彰英、真田 裕、土岐 彰

**【症例】** 日齢0の女児。在胎21週に左側 CCAM type3、在胎28週に DORV 合併を指摘。在胎25週よりステロイド療法を施行し腫瘍の縮小を認めた。在胎35週より再び腫瘍増大による縦隔偏移が進行し、在胎38週0日に体重2492g、帝王切開で出生。生直後より著しい呼吸障害を認め、強度のアシドーシス、高CO<sub>2</sub>血症が持続したため、同日、体外膜酸素療法 (ECMO) 下に手術を施行した。術中、腫瘍は上葉に限局と診断し、左肺上葉切除術を施行した。術後病理診断では CCAM Type2であった。日齢36に施行した心臓カテテル検査にて左肺下葉と体循環の間に流入・流出血管を認め、正常と思われた左肺下葉は肺葉外分画肺であったと診断した。日齢84には分画肺の感染を認め治療が必要であったこと、術中には切除区域の決定に肺分画症を考慮できなかったことから、術前に CCAM が明らかに認められる症例では肺分画症の合併についても念頭に置いた評価も必要と考える。

## 11 無症状の縦隔腫瘍として発見された食道重複症の1例

聖マリアンナ医科大学 小児科<sup>1)</sup>、  
同 呼吸器外科<sup>2)</sup>、同 病理学教室<sup>3)</sup>

○浜野志穂<sup>1)</sup>、脇坂宗親<sup>1)</sup>、北川博昭<sup>1)</sup>、  
島 秀樹<sup>1)</sup>、安藤幸二<sup>2)</sup>、望月 篤<sup>2)</sup>、  
有泉 泰<sup>3)</sup>、小池淳樹<sup>3)</sup>

今回我々は耳鼻科手術の術前検査時、偶然発見された食道重複症の1例を経験したので報告する。症例は6才、男児。5才時、口蓋扁桃肥大でアデノイド切除術を施行された。その際胸部単純 X線写真で左縦隔の異常陰影を指摘された。胸部 CT では下行大動脈、左下肺静脈に接し造影効果を伴わない1.5×2×5cmの円形で境界明瞭な嚢胞を認めた。無症状の良性縦隔腫瘍と判断し外来経過観察とした。嚢胞の大きさに変化はなかったが、今後嚢胞の増大や穿孔により症状を呈する可能性を考え、予定手術の方針とした。手術は胸腔鏡補助下に第6肋間開胸で施行した。腫瘍は正常食道と外膜を共有する食道腔との交通のない嚢胞であり、嚢胞摘除を施行した。病理組織学的には扁平上皮・粘膜筋板・粘膜下層・固有筋層を認め食道重複症と診断した。術後経過は良好で8日目に退院した。比較的稀な縦隔腫瘍である本疾患について、文献的考察を加えて報告する。

## 10 複雑心奇形術後の難治性左横隔膜挙上症に対し経腹的横隔膜縫縮術が有効であった一例

山梨大学 医学部 第二外科

○荒井洋志、高野邦夫、蓮田憲夫、大矢知昇、  
腰塚浩三、宮内善広、松原寛知、奥脇英人、  
加賀重重喜、鈴木章司、松本雅彦

症例は、1歳1ヶ月の女児。在胎39週、3080gで出生。生直後よりチアノーゼを認め当院に搬送された。左心低形成症候群と診断され、生後7日にノーウッド型手術、生後6ヶ月で両方向性グレン手術を施行された。初回手術後に左横隔神経麻痺となり、左横隔膜挙上による左肺の換気・血流障害を認めたため、生後2ヶ月時、11ヶ月時に経胸的に左横隔膜縫縮術を施行したが、十分な効果は得られなかった。1歳1ヶ月時に経腹的に3度目の横隔膜縫縮術を施行したところ、横隔膜は平坦となり、呼吸状態は著明に改善した。複雑心奇形術後の横隔神経麻痺は、フォンタン手術を行う際に障害となるため、横隔膜縫縮術を必要とする。今回我々は経腹的に再々縫縮術を施行し良好な結果を得た。横隔膜縫縮術の適応・時期・アプローチに関して文献的考察を加え報告する。

## 12 生後6ヶ月経過後診断された肥厚性幽門狭窄症の1例

国立成育医療センター 外科

○柴田祐充子、本名敏郎、黒田達夫、森川信行、  
北野良博、渡辺宏治、寺脇 幹、横山智至、  
川野孝文、森岡 徹

肥厚性幽門狭窄症は、生後3週間から2ヶ月頃にかけて、無胆汁性の噴水様嘔吐で発症する疾患である。今回我々は、生後6ヶ月時に診断された肥厚性幽門狭窄症の1例を経験したため、報告する。症例は6ヶ月、男児。出生時より吐き癖があり、体重増加も不良であった。6ヶ月健診時、他院にて胃食道逆流を疑われ、内服薬処方されるも嘔吐は継続、血性吐物も認めるようになったため、当院受診。初診時、電解質失調を伴っていた。超音波検査にて、幽門筋層厚が4.4mm、幽門管長が22mmであったため、肥厚性幽門狭窄症と診断した。また、造影検査では、高度の胃食道逆流を認めた。硫酸アトロピン療法を開始したが、嘔吐は継続し、吐血も頻回となったため、内科的治療の継続は困難と判断、7ヶ月時に幽門筋切開術、噴門形成術、胃瘻造設術を施行した。術後、胃の蠕動不良による幽門の通過障害を来したが、漢方の併用により徐々に改善、体重増加を認めるようになった。

## 13 肥厚性幽門狭窄症を契機に発見された副臍管開口を伴う幽門重複症の1例

千葉大学 大学院 医学研究院 小児外科

○武之内史子、吉田英生、幸地克憲、菱木知郎、齋藤 武、照井慶太、大沼直躬

日齢24、男児。生後2週より嘔吐あり、徐々に増悪し、肥厚性幽門狭窄症疑いにて当科紹介となった。触診にて上腹部にオリブ様の腫瘤を触知、腹部超音波検査にて幽門筋の肥厚を認め、肥厚性幽門狭窄症の診断で入院、手術施行した。手術所見では幽門部より突出する長径20mmの憩室様構造あり、幽門筋と同様に同部の筋層も肥厚していた。肥厚性幽門狭窄症と消化管重複症の合併と診断、重複腸管の生検を行い、幽門筋に対して粘膜外幽門筋切開術を施行した。経過良好で第7病日に退院した。1歳1ヵ月時、重複腸管切除術を施行した。手術所見では重複腸管に臍前面が強固に癒着しており、これを切離すると管腔構造があり、造影にて副臍管の重複腸管開口と判明した。重複腸管と胃・十二指腸との交通は認めなかった。粘膜剥去の形で重複腸管を全切除した。術後経過良好で第7病日に退院した。副臍管開口を伴う消化管重複症は稀であり、報告する。

## 15 先天性食道閉鎖症治療中に十二指腸狭窄症合併が判明した1例

自治医科大学 小児外科

○久田正昭、小田島貴之、柳澤智彦、大植孝治、横森欣司

C型先天性食道閉鎖症治療中に十二指腸狭窄症の合併が判明した症例を経験したので文献的考察を含め報告する。症例は生後7ヶ月の男児。胎児超音波にて食道閉鎖とFallot四徴症を診断され、在胎36週1日で体重2,070g、自然分娩にて出生した。生後1日目に胃瘻造設術、腹部食道バンディング術を施行した。心疾患の為、その後しばらくは食道閉鎖症の治療は施行できなかった。日齢120日に右BTシャント術、日齢128日に動脈管離断、左肺動脈パッチ形成術がそれぞれ施行された。日齢138日に経腸栄養目的にEDチューブの挿入を試みたが、挿入困難にて断念した。その後上部消化管造影にて十二指腸狭窄症が示唆された。口側食道の延長処置を開始したが、胃瘻からの栄養注入困難を認め、延長処置の中断が続いた。日齢188日、十二指腸狭窄症膜様部切開閉鎖術施行。術後は経管栄養も順調となり、食道延長処置も順調に再開した。

## 14 腸回転異常・輪状臍を伴った十二指腸前門脈症の1例

君津中央病院 小児外科<sup>1)</sup>、同 新生児科<sup>2)</sup>

○照井エレナ<sup>1)</sup>、山田慎一<sup>1)</sup>、大曾根義輝<sup>2)</sup>

症例は日齢4の女児。主訴は非胆汁性嘔吐。37週、2345gにて出生。日齢1より1日4～5回の嘔吐を認め、頻回になったため、日齢4に当院NICUに入院した。日齢9の腹部X線単純写真で胃拡張を認め、当科に精査依頼。上部消化管造影で十二指腸球部の拡張・流出不良を認め、水平脚は欠如していた。腸回転異常及び十二指腸狭窄の合併を疑い、日齢11に手術を施行した。軸捻転のないnon-rotation typeの腸回転異常を認め、癒着を剥離すると、胆嚢下部から十二指腸球部前面を圧迫走行する静脈を認め、十二指腸前門脈と診断した。下行脚外側に不完全な輪状臍を認めた。十二指腸前門脈が通過障害の原因であると判断し、胃十二指腸吻合を行った。術後哺乳良好にて日齢28に退院した。現在、生後8ヵ月で成長・発達ともに順調である。

## 16 先天性食道閉鎖症に臍帯ヘルニア、小腸憩室捻転、幽門閉鎖症、髄膜瘤を合併した多発奇形症例の治療経験

新潟大学 医歯学総合研究科 小児外科

○佐藤佳奈子、窪田正幸、奥山直樹、大滝雅博、平山 裕

症例は0生日の男児。IVFにて妊娠成立。妊娠25週に臍帯ヘルニア、28週に脳室拡大が認められ胎児MRで臍帯ヘルニア、髄膜瘤、Chiari2型と出生前診断されていた。羊水染色体は46XYであった。在胎36週3日、帝王切開にて2400gで出生。臍帯ヘルニアは小さく脱出臓器は肝臓の一部のみであった。coil up signとsingle bubble signから、食道閉鎖と幽門閉鎖の合併も判明した。0生日に全ての一次的根治術を施行。手順はまず仰臥位で胃ろう造設を行い、脳外科医により髄膜瘤修復術とリザーバー留置術を行った。次に左側臥位にてTEF切離、食道端々吻合を行い、仰臥位にて臍帯ヘルニア根治術を行った。この時の腸管の検索で小腸憩室捻転が認められ小腸部分切除、端々吻合を行った。幽門閉鎖は十二指腸との側々吻合とし腹壁は臍が残るようにタバコ縫合閉鎖した。術後経過は順調である。多発奇形合併例では手術の順と他の合併症への留意が必要と考えられた。

## 17 小腸穿孔から癒着性イレウスを 来したアレルギー性紫斑病の1例

都立清瀬小児病院 外科

○武藤 充、鎌形正一郎、広部誠一、東間未来、  
吉田史子、奥村健児、岡部圭介、林 隼

症例は7歳男児。嘔吐と腹痛、両下腿の小紫疹が出現し、アレルギー性紫斑病と診断された。来院時、機械的閉塞を疑わせる所見はなく、高度の腸管浮腫と腹水をみとめ麻痺性イレウスをきたしていた。絶食と補液、ステロイド投与により腹部症状の改善がみられたが、1ヵ月後、39度の発熱と腹部膨満が出現した。画像検査上 free air をみとめ小腸穿孔を疑ったが、腹膜刺激症状がなく全身状態が良好であったため保存的治療を行った。経口再開後、嘔吐と腹部膨満が出現した。回腸末端の高度狭窄による通過障害が原因であったため、手術を施行した。穿孔部を中心に回腸-回腸瘻の形成がみられ、その周囲は強固な癒着をきたしており、約90cmの回腸部分切除術を要した。経過は良好で術後2週間で退院となった。アレルギー性紫斑病に対する外科的治療症例は稀であり、手術のタイミングなどを含めて考察を加え報告する。

## 19 後天性サイトメガロウイルス(CMV) 感染による超低出生体重児の 壊死性腸炎の1例

日本赤十字社医療センター 小児外科<sup>1)</sup>、  
同 新生児未熟児科<sup>2)</sup>

○尾花和子<sup>1)</sup>、石田和夫<sup>1)</sup>、大澤一記<sup>1)</sup>、  
山本和歌子<sup>2)</sup>、川上 義<sup>2)</sup>

症例は在胎25週3日、838gで出生した男児。日齢25より嘔吐みられていた。日齢68、腹部膨満、血便、炎症反応陽性となり、X-P 腸管壁内ガス像みられ壊死性腸炎と診断。日齢74に消化管穿孔を来し開腹術を行った。回腸末端より5cmより口側55cmにわたり広範な腸管壊死を来しており、壊死腸管切除、腸瘻造設、ドレナージを施行。切除標本にCMV封入体を認め、血漿、尿、気管内分泌物のCMV-PCRはいずれも陽性であった。臍帯および日齢7のガスリー検体ではCMV-PCRはいずれも陰性であり、後天性CMV感染による壊死性腸炎と診断した。術後は短腸症候群による体重増加不良やその後発症した水頭症の管理に難渋したが、中心静脈栄養から離脱し、経過観察中である。CMVの感染経路としては、経母乳によると考えられた。後天性CMV感染症は一般的に軽症であることが多いとされるが、近年低出生体重児において重篤化した報告もあり、注意が必要である。

## 18 噴門形成術後に壊死性腸炎を 発症した一例

獨協医科大学 越谷病院 小児外科

○畑中政博、大谷祐之、田原和典、石丸由紀、  
池田 均

症例は3歳1ヶ月、男児。乳児てんかん性脳症による痙性四肢麻痺があり、嘔吐、吐血、誤嚥性肺炎を繰り返すため胃食道逆流症の診断で腹腔鏡下噴門形成術・胃瘻造設術を施行した。術後8日目から胃瘻注入による経腸栄養を開始。術後15日目から発熱、頻呼吸みられ、敗血症、DICを発症。血液培養でKlebsiella pneumoniaeが検出された。右下腹部に圧痛を認めたが外科的疾患は否定され、腸炎の診断にて保存的に治療した。しかし、4日後、右下腹部の圧痛と膨満が増強し、CT上、腸管の拡張像と腹水の増加が認められたため急性腹症の診断で開腹した。開腹所見は回盲末端75cmの範囲に局限した壊死性腸炎であった。回腸部分切除により両端を腸瘻とし、さらに33日後に回腸回腸吻合術を施行し救命した。

【考察】本症の発症には術後の腸管蠕動不全、抗菌剤投与、腸内細菌の菌交代および異常増殖などが関与しているものと考えられた。

## 20 典型的な症状に乏しく慢性的な 経過をとった腸重積症の1例

日本大学 医学部 外科学講座 小児外科部門

○星野真由美、浅井 陽、井上幹也、杉藤公信、  
池田太郎、萩原紀嗣、越永従道、草深竹志

症例は1歳11ヶ月男児。非胆汁性嘔吐と食欲不振を認め、近医にて急性胃腸炎の診断にて保存的治療を行った。症状改善なく発症後19日目に軽度の反復性腹痛を呈し、体重減少も来したため紹介医を受診した。触診にて腹部腫瘤を指摘され、腹部CTでも右上腹部に腫瘤を認め、腫瘍性病変も疑われるため発症後23日で精査目的にて当科入院となった。経過中肉眼的血便はなかったが便潜血反応が陽性であり、注腸検査にて横行結腸にカニ爪様陰影を認めた。腸重積症あるいは腫瘍性病変の疑いにて入院5日目に開腹術を施行。回腸結腸型腸重積症で器質的疾患はなく用手的に整備し得た。術後経過良好で現在に至るまで再発はない。自験例の如く、腸重積症において急激な間欠的腹痛、嘔吐、粘血便といった典型的な症状を呈さず、慢性的に経過する症例が稀に存在し、診療上留意すべきことと思われた。若干の文献的考察を加えて報告する。



## 21 小腸腫瘍が原因となった 小腸—小腸型腸重積症の3例

昭和大学 藤が丘病院 小児外科<sup>1)</sup>、  
昭和大学 小児外科<sup>2)</sup>、  
昭和大学 北部病院 小児外科<sup>3)</sup>

○岡田一郎<sup>1)</sup>、千葉正博<sup>1)</sup>、川野晋也<sup>1)</sup>、  
五味 明<sup>3)</sup>、八塚正四<sup>2)</sup>、土岐 彰<sup>2)</sup>、  
吉澤康男<sup>1)</sup>、真田 裕<sup>1)</sup>、平井慶徳<sup>1)</sup>

小腸腫瘍が原因となった小腸腸重積症の3例を経験したので報告する。【症例1】3ヶ月齢男児。嘔吐、粘血便で当院紹介。注腸造影で回腸腸重積症と診断。回盲部より口側約40cmの回腸に約5cmにわたる重積腸管を認めた。若年性ポリープが先進部であった。【症例2】11歳女児。持続する腹痛のため当院紹介。CTで小腸腸重積症と診断。トライツ靭帯より肛門側約20cmから回盲部の口側約90cmに及ぶ約4mの壊死した重積腸管を認めた。空腸原発若年性ポリープが先進部であった。【症例3】3日齢男児。満期正常産で出生。生後2日より血便・胆汁性嘔吐を認め来院。生後3日に腸閉塞の診断で手術施行。トライツ靭帯より肛門側約30cmの空腸に約7cmの重積腸管を認めた。異所性腺が先進部であった。【考察】小腸小腸型腸重積症は稀ではあるが、新生児期から幼児学童期の広い年齢層にみられ、小児腸閉塞の原因として考慮すべきである。

## 23 下部空腸に胎便が充満した meconium disease の1例

埼玉県立小児医療センター 外科<sup>1)</sup>、  
東京大学 小児外科<sup>2)</sup>、  
埼玉県立小児医療センター 未熟児新生児科<sup>3)</sup>

○川嶋 寛<sup>1)</sup>、岩中 督<sup>2)</sup>、内田広夫<sup>1)</sup>、  
四本克己<sup>1)</sup>、五藤 周<sup>1)</sup>、石丸哲也<sup>1)</sup>、  
藤澤ますみ<sup>3)</sup>、鬼本博文<sup>3)</sup>

今回我々は超低出生体重児に発症した meconium disease の1例を経験した。症例は胎盤機能不全のため在胎週数32週6日、体重820gで出生し当院に入院した。出生直後から腹部膨満が認められ、腹部単純レントゲンで腸管の拡張像を認めたため、腸閉鎖症の疑いで日齢0に手術を行った。手術所見では、腸閉鎖症の所見はなく、回盲部より42cm口側、トライツ靭帯より46cm肛門側と空・回腸のほぼ中間に caliber change を認めた。caliber change より約5cm口側の拡張腸管を切開したところ、caliber change より肛門側の腸管内には非常に粘稠な胎便が充満していた。同部位を回腸瘻とし、回腸と結腸の生検を施行した。病理検査にて Hirschsprung 病は否定され、他の臓器に異常を認められないため meconium disease と診断した。日齢31(体重913g)に回腸瘻を閉鎖し術後経過は良好である。

## 22 症状発現が緩徐であった 腸回転異常症の2例

東京医科大学 消化器外科・小児外科

○湊 進太郎、土田明彦、長江逸郎、田辺好英、  
高橋総司、青木達哉

今回、診断に躊躇した、類似形態を呈する2例の腸回転異常症を経験したので報告する。【症例1】生後2ヶ月時に噴水状嘔吐にて上部消化管造影をおこなったが、腸回転異常の診断にはいたらず、保存的治療にて軽快退院。4ヶ月時に再度、嘔吐にて上部消化管造影を行い、トライツの形成異常を疑い、注腸造影にて腸回転異常と診断した。手術所見では時計回りに180°の中腸軸捻転が認められた。【症例2】3歳時に腹痛、嘔吐出現。注腸造影、上部消化管造影にて症例1と同様の走行異常を認めた。手術所見では、中腸軸捻転は認められなかったが、トライツは形成されていなかった。腸回転異常症では、時に、無症状に経過し成人になってから症状が発現し、診断されるケースもしばしばみられる。現在我々が診ている成人例には、22才時に小腸大量切除が行われた症例もいる。緩徐ではあるが、繰り返す嘔吐、腹痛の症例では本症を念頭においた診断も重要であると思われた。

## 24 腸管重複症とメッケル憩室を 合併した一例

東京都立八王子小児病院 外科<sup>1)</sup>、  
帝京大学溝口病院 病理<sup>2)</sup>、  
東京都立清瀬小児病院 病理<sup>3)</sup>

○後藤幸子<sup>1)</sup>、石田文孝<sup>1)</sup>、新井真理<sup>1)</sup>、  
村越孝次<sup>1)</sup>、仁科孝子<sup>1)</sup>、水口國雄<sup>2)</sup>、  
森川征彦<sup>3)</sup>

症例は生後3ヶ月男児。胎生36週の胎児超音波検査にて腹部腫瘍を指摘されていた。在胎41週6日、3860g、経膈分娩にて出生し、日齢18に当科紹介受診。右下腹部に腫瘍を触知し、腹部超音波にて同部位に隔壁を有する嚢胞性病変を認めた。経口摂取・体重増加等問題なく経過観察としていた。生後3ヶ月時に、診断・治療的に開腹術施行。回腸に約8cmにわたって硬い腫瘤状の腸管重複を認め、さらにその口側にメッケル憩室を認めた。両病変を含めて切除し、回腸を端々吻合した。摘出標本で、重複腸管壁は一部筋層を正常腸管と共有していた。メッケル憩室に異所性組織は認めなかった。経過は順調で術後2日目より経口摂取開始し、術後11日目に退院となった。腸管重複症とメッケル憩室が合併することはまれで、現在のところ邦文報告例は認めておらず、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 25 腸重積症にて発症した 回盲部腸管重複症の1例

北里大学 医学部 外科<sup>1)</sup>、  
海老名総合病院 小児科<sup>2)</sup>

○武田憲子<sup>1)</sup>、田中 潔<sup>1)</sup>、佐藤信之<sup>1)</sup>、  
林 初香<sup>2)</sup>、渡邊昌彦<sup>1)</sup>

術前に腸管重複症の合併を疑った腸重積症を経験したので報告する。9ヶ月女児。前医にて腸重積症に対し高圧注腸施行されるも回盲部の重積は整復できなかった。注腸で盲腸に3cm大の丸い陰影欠損を認め、CTにて造影効果のある嚢胞様腫瘍性病変を認めた。当科での超音波で円型の嚢胞を伴う腸管壁の肥厚を認め、注腸で横行結腸より整復されるも回盲部で停止し円型の陰影欠損を認め腸管重複症の可能性を考えた。観血的整復術において、壁の厚い嚢胞様の回盲部腫瘍を認め重積の先進部と判断した。回盲部切除術施行し術後経過は良好である。病理では異所性胃粘膜を有し回腸と共通筋層を有する嚢胞性腫瘍で、腸管重複症と診断した。重複腸管が先進部となる腸重積症症例を経験した。腸重積症例にて画像上嚢胞性病変を認めた場合には腸管重複症を念頭に置き、外科的治療を考慮するタイミングが重要である。

## 27 小腸腸間膜裂孔ヘルニアの1例

長野赤十字病院小児外科<sup>1)</sup>、  
長野県立こども病院小児外科<sup>2)</sup>

○北原修一郎<sup>1)</sup>、町田水穂<sup>2)</sup>

腸間膜裂孔ヘルニアは、術前診断が困難とされている。発症後8時間で手術した症例を経験したので報告する。症例は6歳男児。主訴は腹痛。既往歴、2歳気管支喘息。家族歴は特記すべきものない。現病歴は、保育園の行事中の午前10時から腹痛があり、かかりつけ医受診、浣腸を受けたが腹痛は増悪したため、当院二次救急外来へ紹介された。午後1時半の来院時、全身所見は、発熱37.3℃。P100、BP69/38。顔面蒼白。局所所見は、腹部全体に膨満、疼痛あり。圧痛やデファンスはなかった。肘膝位で痛がっていた。血液検査、WBC39300/mm<sup>3</sup>、X線検査では多数のニボー像があり。経鼻胃管を挿入、CT検査施行。腹水貯留を認めたため、緊急手術した。開腹すると、腸間膜根部近くに小指頭大の裂孔があり、小腸が嵌入、捻転、小腸中央部130cmが壊死していたため、切除した。腸管切除時、血圧が下降したが10分程で回復した。術後経過は順調で、術後19日退院した。

## 26 腹腔鏡補助下手術が有用であった 新生児重複腸管嚢腫の1例

東京女子医科大学 小児外科・第二外科<sup>1)</sup>、  
母子総合医療センター新生児部門<sup>2)</sup>

○木村朱里<sup>1)</sup>、世川 修<sup>1)</sup>、吉田竜二<sup>1)</sup>、  
松尾真吾<sup>1)</sup>、春日満貴子<sup>1)</sup>、土屋晶義<sup>1)</sup>、  
亀岡信悟<sup>1)</sup>、柳 貴英<sup>2)</sup>、楠田 聡<sup>2)</sup>、  
仁志田博司<sup>2)</sup>

症例は40週6日、2856g、帝王切開にて出生した女児。胎児期には異常を指摘されていなかった。経口摂取開始後の胆汁性嘔吐で発症し、右下腹部に可動性を有する径約3cmの腫隆を触知した。超音波、CTでは単胞性嚢胞であり、術前診断として卵巣嚢腫、腸間膜嚢腫、重複腸管嚢腫などを疑った。上部消化管造影では明らかな通過障害は認めなかったが、腫瘍の大きさ、性状より腫瘍の腸管圧排による胆汁性嘔吐は考えにくく、何らかの通過障害が存在していると考え生後5日目に手術を施行した。まず右下腹部と左上腹部に5mmポート、左下腹部に3mmポートを挿入し腹腔内を観察。嚢腫が重複腸管嚢腫であることを確認し、腹腔鏡下で穿刺吸引後、右下腹部ポート創を15mmに延長。嚢腫を含めた腸管を創外に脱転し、腸管合併切除・端々吻合を施行した。嚢腫の口側と肛門側の腸管には口径差が認められた。病理学的には腸管重複嚢腫であり、正常腸管との交通は認められなかった。

## 28 BCG 接種の10ヶ月後に 腋窩リンパ節の腫脹を認めた1例

長岡赤十字病院 小児外科<sup>1)</sup>、同 内科<sup>2)</sup>

○金田 聡<sup>1)</sup>、広田雅行<sup>1)</sup>、内藤万砂文<sup>1)</sup>、  
西堀武明<sup>2)</sup>

BCG 接種後の副反応として所属リンパ節腫脹は有名だが、接種の4-6週間後に認めることが多い。しかし、時に接種後数ヶ月を経て、リンパ節腫脹を生じる症例が報告されている。今回、BCG 接種後10ヶ月に副反応として腋窩リンパ節腫脹、自潰排膿を認めた症例を経験したので報告する。**【症例】**1歳女児 **【既往歴・家族歴】**10ヶ月前にBCG 接種。他に特記すべきことなし。**【経過】**左腋窩リンパ節の腫脹を主訴に当科外来を受診。1ヶ月後の再診時、リンパ節は自潰排膿していたが、まだ発赤、腫脹が強く、摘出術を行った。病理所見にて、周囲にLanghans型巨細胞を伴う類上皮細胞を認める乾酪壊死で、結核が疑われた。膿の細菌培養は陰性、PCR検査は陽性であった。臨床症状がなく、クオンティフェロンTB-2Gが陰性であったため、BCG接種の副反応によるリンパ節腫脹であるとの結論となった。結核に対しては、無治療、経過観察とした。

## 29 BCG 接種後の副反応 4 例： 手術の適応を考える

聖路加国際病院 小児外科<sup>1)</sup>、同 小児科<sup>2)</sup>

○荒木夕宇子<sup>1)</sup>、松藤 凡<sup>1)</sup>、中村晃子<sup>1)</sup>、  
稲井郁子<sup>2)</sup>、細谷亮太<sup>2)</sup>

BCG 接種後の副反応 4 例を報告する。2 例 (1 歳 8 ヶ月女児および 10 ヶ月男児) は結核性胸骨髄炎で、抗結核剤の投与が奏功した。1 例 (6 ヶ月女児) は接種部近傍の皮下腫瘍で、切除後結核性リンパ節炎と診断された。1 例 (8 ヶ月男児) は、腋窩リンパ節が自壊・排膿し、抗結核剤投与のみでは治癒せず日常生活にも支障を来したため手術で切除した。経過は良好で、6 ヶ月の抗結核剤投与終了後も再発を認めていない。BCG 接種後の副反応は、極めて稀な播種性疾患を除けば重篤なものではなく、予後は良好である。骨炎 (骨膜炎、骨髄炎)、播種、皮膚結核様反応に対しては抗結核剤が奏功する。リンパ節炎の発生頻度は 0.7% 程度であり、多くは腫大後 3-6 ヶ月で自然治癒するため文献的には手術・化学療法は不要とされているが、今回の症例のように自壊・排膿し経過が遷延する場合は、病悩期間短縮の観点から手術も積極的に考慮すべきである。

## 31 鉛中毒が懸念された 異物誤飲の 1 乳児例

日本赤十字社医療センター 小児外科

○大澤一記、尾花和子、石田和夫

2004 年に米国で鉛含有アクセサリ誤飲による鉛中毒死亡例が報告されていて、異物誤飲による鉛への暴露が問題となっている。症例は 11 か月の女児。ヘアピンを誤飲したが胃内にあり経過観察となっていた。第 10 病日にも便中排出なく、第 13 病日にヘアピンが鉛含有であることが判明し鉛中毒が懸念され、血中鉛濃度を測定した。結果判明まで数日を要し、X 線上異物は胃内に停滞していると見られたため、第 14 病日に上部消化管内視鏡を施行した。検査時には胃内に異物はなく、浣腸を行い、同日夕には便中に排出された。血中鉛濃度は  $9 \mu\text{g}/\text{dl}$  (正常値  $20 \mu\text{g}/\text{dl}$  以下) であった。経過中貧血その他の症状はなかった。鉛含有の異物を誤飲した場合は、鉛含有量が微量であることが明確な場合以外は、胃内にとどまる場合にも内視鏡等による摘出を、小腸以下にある場合は積極的な下剤投与による排泄を試みるべきと考えられた。

## 30 異所性腭組織を伴った 臍ポリープの 1 例

東邦大学 医療センター 大森病院 小児外科<sup>1)</sup>、  
同 病理<sup>2)</sup>

○中村博志<sup>1)</sup>、岩崎維和夫<sup>1)</sup>、渡邊 聖<sup>1)</sup>、  
石川由起雄<sup>2)</sup>

症例は 2 歳 6 ヶ月の男児。主訴は臍腫瘍と臍湿潤。臍帯脱落后から湿潤が続き、臍に直径約 5mm 程度の腫瘍と皮膚びらんを認めていた。近医で外用療法や凍結療法を試みたが改善せず当科を受診した。臍には瘻孔を認めず、漿液性の湿潤は認めるものの尿や便の排出は認めなかった。画像診断では腹腔内に通じるものは認めなかった。手術は、臍の発赤部の外側 2mm の正常皮膚に円周状に切開を加え開腹、臍を腹腔面も含めて完全に摘出した。腹腔内には腸管や膀胱などとの交通の無いことを確認し閉腹、臍形成術を行った。組織検査では悪性病変の併存は認められず、真皮内に胃型腺管の集簇をみ、その深部には異所性腭組織を認めた。断端には膠原線維を主体とする結合組織成分の塊がみられ卵黄腸管遺残による臍ポリープと診断した。術後 6 カ月の現在再発の徴候はない。異所性腭組織をともなった本症は少ないと思われ文献的考察を加え報告する。

## 32 下部尿路奇形に合併した 急性陰囊症の 2 例

埼玉医科大学病院 小児外科<sup>1)</sup>、  
長崎大学 移植・消化器外科<sup>2)</sup>、  
埼玉県立小児医療センター 泌尿器科<sup>3)</sup>

○村岡いづみ<sup>1,2)</sup>、大野康治<sup>1,2)</sup>、檜 顕成<sup>1)</sup>、  
高橋浩司<sup>1)</sup>、米川浩伸<sup>1)</sup>、谷水長丸<sup>1)</sup>、  
里見 昭<sup>1)</sup>、廣瀬龍一郎<sup>2)</sup>、兼松隆之<sup>2)</sup>、  
小林堅一郎<sup>3)</sup>、多田 実<sup>3)</sup>

【緒言】我々は下部尿路奇形に合併した急性陰囊症の 2 例を経験したので報告する。【症例 1】2 歳男児。右陰囊腫大にて来院。二分・前置陰囊を伴う会陰型尿道下裂を認めた。精巣捻転疑いにて緊急手術を施行した。陰囊内に小母指頭大の硬い腫瘍を認め、腫瘍性病変が否定できないため除睾術を施行した。術後の病理組織診断にて精管周囲膿瘍の診断を得た。【症例 2】4 歳男児。右陰囊腫大にて来院。精巣捻転疑いにて緊急手術を施行した。陰囊内には精巣及び精巣上体とは別に 2cm 大の腫瘍を認めた。症例 1 と同様の病態であると判断し、観察のみで手術を終了した。術後抗生剤投与にて症状は改善した。術後の尿路精査にて後部尿道弁とミューラー管嚢胞を認めた。【考察】小児急性陰囊症の原因としては精巣捻転や精巣上体炎が多くを占める。しかし、今回の経験より精管炎や精管周囲膿瘍によるものも考慮すべきであり、これらの基礎疾患として下部尿路奇形の存在が示唆された。



## 33 尿道脱の2例

杏林大学 医学部 小児外科

○渡辺佳子、伊藤泰雄、葦澤融司、浮山越史、種村比呂子

症例1は1歳、女児。会陰部出血を認め陰腫瘍が疑われ当科へ紹介となった。陰前庭部に暗赤色で易出血性の隆起を認め陰横紋筋肉腫が疑われた。悪性腫瘍が完全に否定できないため生検を行い尿道脱と診断された。保存的に経過観察し自然消失した。症例2は5歳、女児。会陰部出血で当科受診。肉眼所見にて尿道脱と診断し切除術を行った。尿道脱は小児においては比較的稀な疾患であり小児外科医の目に触れる機会が少ないため症例1のように他疾患との鑑別が必要になることもあるが肉眼的所見での診断が可能と思われる。

## 35 vanishing testis の健側精巣容積に関する検討

杏林大学 小児外科

○種村比呂子、伊藤泰雄、葦澤融司、浮山越史、渡辺佳子

**【目的】** vanishing testis (腹腔内精巣を除く non-palpable testis) の健側精巣は、代償性肥大により大きくなっている印象がある。そこで vanishing testis の健側精巣を超音波により測定し、容積を検討した。

**【対象】** 過去5年間に当科で術前に超音波検査を行った vanishing testis 8例を対象とした。精巣容積は超音波断層法による精巣容積計算式(縦径×横径×前後径×0.71)を用いて検討した。検査時は全例2歳未満(2ヶ月～1歳11ヶ月)、8例中6例が左側の vanishing testis であった。

**【結果】** 精巣容積は  $1.36 \pm 0.40\text{ml}$  ( $0.93\text{ml} \sim 2.01\text{ml}$ ) であった。

**【結論】** 神沢らの報告による停留精巣における健側精巣容積  $1.37 \pm 0.53\text{ml}$  (2歳未満) に比較し、差を認めなかった。

## 34 高度腎機能低下を呈した間欠的水腎症の2例

東京医科歯科大学 医学部 外科・小児外科

○岡本健太郎、大谷俊樹、薄井佳子、有井滋樹、岩井武尚

**【症例】** 症例1は、9歳男児。6歳時、視神経炎に対しステロイドパルス施行。8歳頃より、左側腹部痛が出現。精査にて左腎盂尿管移行部狭窄症と診断。水腎症は grade2～4まで変化を認めたが、増悪時にも背部痛等の症状は軽度であった。レノグラムで左腎は無機能型を呈し、DMSA シンチで腎摂取率は左8.9%、右36.3%であり、左腎盂形成術を施行した。

症例2は、4歳女児。3歳時、腎盂腎炎を発症し、両側膀胱尿管逆流症と左水腎症と診断された。左水腎症は grade1～4まで変化を認め、増悪時には30分程度の強い腹部痛を訴えていた。レノグラムは寛解時に行われており、閉塞パターンを認めなかった。DMSA シンチで腎摂取率は左12.7%、右30.4%であり、左腎盂形成術を施行した。

**【結語】** 間欠的水腎症では高度の腎機能低下を呈すことがある。

## 36 外反のない膀胱腸裂：外科治療を中心に

順天堂大学 小児外科 小児泌尿生殖器外科

○濟陽寛子、大下正晃、土井 崇、岡崎任晴、小林弘幸、山高篤行

症例は、総排泄腔の診断で日齢7に他院にて回腸瘻造設術をうけ、精査加療目的で5歳時に当科へ紹介された女児。患児は完全尿失禁であった。解剖学的には、膀胱に重複虫垂を伴う回盲部/結腸、重複子宮、左右尿管が開口していた。結腸は約15cmで盲端となっていた。両側腎、卵巣は正常であった。膀胱頸部に括約筋は認めなかった。「外反のない膀胱腸裂」の診断のもと、尿禁制を維持する目的の手術を行った。盲腸/結腸を膀胱より切離、代用膀胱とし、虫垂瘻を造設した。総排泄腔と膀胱は膈とした。左尿管は代用膀胱に移植し、右尿管は尿管皮膚瘻とした。盲腸に開口する回腸末端を Georgeson 法にてプルスルーし、新肛門とした。術後12ヶ月で、虫垂瘻からの導尿で尿禁制は保たれており、右尿管も代用膀胱に移植予定である。本術式を供覧する。



### 37 髄膜瘤を合併した特殊病型の総排泄腔外反症 (Omphalocele-exstrohy-imperforate anusspinal defects complex: OEIS) の3例

東京大学 医学部 小児外科<sup>1)</sup>、同 小児科<sup>2)</sup>、  
埼玉県立小児医療センター 外科<sup>3)</sup>、  
北里大学 外科<sup>4)</sup>

○中原さおり<sup>1)</sup>、金森 豊<sup>1)</sup>、杉山正彦<sup>1)</sup>、  
古村 真<sup>1)</sup>、佐藤おかり<sup>1)</sup>、岩中 督<sup>1)</sup>、  
五石圭司<sup>2)</sup>、松木猛浩<sup>2)</sup>、五十嵐 隆<sup>2)</sup>、  
四本克巳<sup>3)</sup>、内田広夫<sup>3)</sup>、田中 潔<sup>4)</sup>

髄膜瘤を合併した特殊病型の総排泄腔外反症 (OEIS) に分類されると考えられる3症例を報告する。症例1は現在生後4ヶ月の女児で、臍帯ヘルニア、皮膚に覆われた髄膜瘤、水腎症、恥骨離開、内反足を合併していた。症例2は現在1才8ヶ月の女児で、症例1と異なり臍帯ヘルニアは合併していなかった。症例3は現在生後2ヶ月の男児で病型は症例2と同様であった。いずれも体重が2500g以下の低出生体重児であった。症例1は新生児期に回腸瘻造設、臍帯ヘルニア閉鎖を、症例2は新生児期に膀胱腸裂部の腸管膀胱分離を行い、結腸瘻を造設、症例3は乳児期の手術を予定して待機中である。髄膜瘤に対しては症例2では生後3ヶ月時に切除術を施行したが、症例1、3は現在のところ未治療である。膀胱直腸障害が必発と考えられる本症例では長期的な治療方針をどのように立てていくかが問題となるので、症例を呈示して治療方針について考察する。

### 39 S状結腸捻転症の一例

東京都立八王子小児病院 外科

○石田文孝、仁科孝子、村越孝次、新井真理、  
後藤幸子

S状結腸捻転は成人、特に腹部手術の既往・便秘・痴呆・長期臥床状態などの疾患を背景に持つ老人では比較的多い疾患であるが、小児期に発症し、手術治療を要した症例の報告は少ない。今回我々は急性腹痛として発症し、最終的に手術を施行した例を経験したので報告する。症例は12歳男児。旅行先で上腹部痛・嘔吐にて発症、腹部単純X線撮影とCTにてS状結腸捻転が疑われた。内視鏡的整復にて症状は軽快したが、整復後の注腸造影にてS状結腸狭窄が認められたため、精査目的にて当院に転送された。来院時、上腹部の腹部膨満以外、特に症状は認めなかったが、翌日までに腹部膨満が増悪したため、注腸造影を施行し、S状結腸捻転再燃と診断した。直腸粘膜生検にてヒルシュスプルング病の併存を否定した後、S状結腸切除術を施行。術後経過は順調で、術後5か月の現在、同様の症状の再燃は認められていない。

### 38 腰椎奇形合併の鎖肛術後に膀胱腫瘤を発症した1例

茨城県立こども病院 小児外科

○川上 肇、矢内俊裕、毛利 健、雨海照祥

症例は7歳男児。生直後に鎖肛(直腸膀胱瘻)を指摘され人工肛門造設術を施行した。その際のレントゲン写真で腰椎奇形を認めた。1歳時に腹仙骨陰式肛門形成術施行。5歳時より臀部痛(肛門周囲膿瘍)および尿路感染症を発症。エコーおよびCTにて膀胱後面に接する腫瘤を認めた。6歳時に肛門周囲膿瘍に対し瘻孔切除を行い、同時に膀胱鏡を施行したところ、同腫瘤による膀胱頸部の圧排像と粘膜に付着する綿状の組織を認めた。病理組織は角化し核の消失した重層扁平上皮であった。その後も尿路真菌感染を繰り返し、7歳時に膀胱腫瘤切除を行った。性状は前回と変化しておりアテローム様のはっきりとした腫瘍となっていた。膀胱内外に突出するダンベル状であったが、直腸との交通はなかった。病理はEpidermoid cystであった。本症例は直腸肛門奇形、腰椎奇形、膀胱後壁腫瘤を有シクラリーノ症候群の鑑別などを含め、検討報告する。

### 40 長期洗腸により軽快した慢性便秘の1例

帝京大学 医学部 小児外科<sup>1)</sup>、同 小児科<sup>2)</sup>、  
森医院こどもクリニック<sup>3)</sup>

○小川富雄<sup>1)</sup>、大岩 博<sup>1)</sup>、矢後尋志<sup>1)</sup>、  
仲本なつ恵<sup>2)</sup>、森 庸祐<sup>2,3)</sup>

【症例】10歳3か月の男児。7歳から自閉症のため向精神薬を投与されている。最近便秘傾向が強くなったため、当科に紹介された。腹部は膨満し多量の便塊を触れる。直腸指診にて硬便を触知する。排便は肛門付近の便が少量ずつ押し出されていた。【方法】入院により洗腸治療を開始した。洗腸の生食水を多くすると腹痛を訴えるため、1回に2リットルに留まり、これを毎日繰り返すことにより宿便を除去することとした。【経過】結腸内の便を完全に排出するのに約1か月間を要した。全麻下結腸内視鏡により、結腸に便貯留の無いことを確認した。4か月後に再入院し3日間の洗腸治療を行った。排便状態は改善し、soilingは少なくなり、トイレで自力排便できるようになった。【結論】慢性便秘症の畜便の除去に1か月間の長期を要したが、排便状態は改善し、soilingの状態から自排便を行える状態となった症例を報告する。

## 41 腸回転異常症・中腸軸捻転の術後に Hirschsprung 病を診断した 1 例

獨協医科大学越谷病院 小児外科

○田原和典、畑中政博、大谷祐之、石丸由紀、池田 均

我々は腸回転異常症・中腸軸捻転の術後に Hirschsprung 病 (以下、H 病) を診断した症例を経験した。症例は生後 6 日、男児。在胎 38 週、2806g にて出生。胆汁性嘔吐を主訴に腸回転異常症・中腸軸捻転と診断し捻転解除、Ladd 手術、虫垂切除術を施行した。術後、軽度の腹満と便秘傾向を認めたが哺乳は良好で日齢 23 日に退院。以後外来で経過観察したが、退院後 10 日目頃より腹満の増強と嘔吐がみられるようになり再入院。入院後の注腸造影、肛門内圧検査、直腸粘膜生検で短域無神経節症と診断し、生後 2 ヶ月、体重 5.5kg で腹腔鏡補助下 H 病根治術 (Soave) を施行した。現在、術後 6 ヶ月で経過良好である。

**【考察】**H 病における合併奇形の頻度は 11.1-21.2% で、腸回転異常症を合併する頻度は 0.6-1.7% である (Suita, 2005)。初回術後の注意深い観察により、より早期に診断し得た症例と考えている。

## 43 著明な門脈ガスを伴う結腸穿孔をきたした神経性食思不振症の 1 例

昭和大学病院 小児外科<sup>1)</sup>、  
昭和大学藤が丘病院 外科<sup>2)</sup>、  
昭和大学横浜市北部病院 小児外科<sup>3)</sup>

○鈴木孝明<sup>1)</sup>、土岐 彰<sup>1)</sup>、八塚正四<sup>1)</sup>、  
鈴木淳一<sup>1)</sup>、菅沼理江<sup>1)</sup>、内藤美智子<sup>1)</sup>、  
堀田紗代<sup>1)</sup>、真田 裕<sup>2)</sup>、五味 明<sup>3)</sup>

神経性食思不振症における外科的合併症は稀ではあるが、発症すれば致命的になることが多い。今回、結腸穿孔をきたした神経性食思不振症の 1 例を経験したので報告する。症例は 15 歳女児で、半年前より食思不振を認め、著明な体重減少をきたした。1 ヶ月前より浮腫、腹水貯留が出現し、某病院精神科へ入院した。経過中突然の腹痛、発熱を認め、CT 上門脈ガスと著明な腹水貯留がみられた。消化管穿孔を疑い、当院救命救急センターに転院となった。来院時、身長 158cm、体重 23kg と著明な痩を認めた。全身状態不良で開腹術は不可能と判断し、局所麻酔下にダグラス窩ドレーンを挿入した。後日注腸造影で右結腸の壁不整と盲腸穿孔を認め、非閉塞性腸管虚血症 (NOMI) によるものと考えられた。集中治療で、一時状態は安定したが、入院 2 ヶ月後、精神的要因から CO<sub>2</sub> ナルコーシスをきたし、呼吸器感染から敗血症となり、入院 73 日目に永眠した。

## 42 直腸閉鎖症の 1 例

松戸市立病院小児外科

○中田光政、栗山 裕

今回我々は直腸閉鎖症の 1 例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は女児で、38 週 2 日、2670g、正常経産分娩にて出生した。出生後、体温計が肛門から 1cm しか挿入できないことを主訴に鎖肛を疑われて当院新生児科に搬送入院となった。肛門は正常外観であったが、肛門管から直腸は造影されず、倒立位撮影にて直腸に閉鎖を認めた。肛門側から距離があったため直腸閉鎖症の離断型と診断し、入院同日、人工肛門造設術を施行した。根治術は生後 8 ヶ月で施行した。手術は Upadhyaya の報告に習い人工肛門からヘガールブジーで直腸盲端部を肛門側へ押し出し経肛門的に直腸直腸吻合を施行した。術後、吻合部狭窄を認めたため、ヘガールブジーによる拡張術を施行したが奏効せず、狭窄に対して狭窄部を縦切開し横縫合する修復術を施行し、同時に人工肛門閉鎖術を施行した。再手術後、排便は良好で現在再狭窄は生じていない。

## 44 仙骨前脂肪腫及び仙骨椎弓癒合不全を合併した鎖肛の 1 例。

本症例は Currarino 3 徴なのか？

東邦大学 医療センター 大森病院 小児外科  
○岩崎維和夫、中村博志、渡邊 聖

今回我々は鎖肛、仙骨前脂肪腫及び仙骨椎弓癒合不全を持った男児を経験したので、文献的考察を加え報告する。症例は在胎 38 週 3 日、3780g にて出生、鎖肛を認めたため当院転送された。会陰部所見は陰嚢に瘻孔を認めた。造影所見から中間位鎖肛と思われたが、直腸瘻管と仙骨の間が開大しているように見えた。CT、MRI 等で仙骨前面に脂肪腫と思われる腫瘍が認められたが、脊髄との関係は認めなかった。また、仙骨椎体には異常を認めなかったが椎弓癒合不全を認めた。病理所見は腫瘍は lipoma で、瘻管には筋層など消化管としての構造はみられなかった。Currarino らが "Triad of Anorectal, Sacral, and Presacral Anomalies" として 3 例の症例を報告して以降、近年では Currarino の原著を拡大解釈し、本症例と似た症例を Currarino 3 徴として報告している例も散見される。本症例は Currarino なのか、単に鎖肛に仙骨前腫瘍を合併したものなのか、判断に迷うところである。

## 45 生後半年過ぎに尿道瘻に気づかれた 肛門陰嚢瘻の一例

群馬県立小児医療センター 外科

○西 明、土岐文彰、黒岩 実、鈴木則夫

症例は0日男児。在胎41w1d 3982gにて出生。外陰部異常と鎖肛認め当科紹介。二分陰嚢であり、陰茎は低形成で左陰嚢と癒合して下方に向いて先端に外尿道口あり。肛門窩は前右方に変位し二つの肛門窩が横に並ぶ形態であった。右陰嚢に開口した瘻孔より胎便排泄あり。造影検査にて尿道直腸間に交通なし。低位鎖肛で瘻孔は尿道の近傍を走行。超音波検査にて陰嚢内に精巣様構造物あり。染色体検査では46XYであった。生後5日に手術施行。瘻孔は尿道と近いため今回は切除せず。肛門窩を切開して直腸壁を同定し、肛門皮膚と直腸後壁を縫合した。体重増加を待って瘻孔切除、陰嚢形成、陰茎形成の予定であった。6ヶ月時に尿道にカテーテルを挿入したところ瘻孔から出てくること、瘻孔からカテーテルを挿入すると膀胱に入ることが判明した。さらに精査施行し治療方針を決定する予定である。文献的考察を加え報告する。

## 47 肛門重複症の一例

長野県立こども病院 小児外科

○町田水穂、好沢 克、百瀬芳隆

症例は1才10ヶ月の女児、生後5ヶ月で肛門の異常を指摘され前医受診し、肛門重複症と診断されていた。特に症状がなく経過観察されていたが、転居に伴い当院紹介となった。肛門周囲を観察すると肛門の背側に粘膜に覆われた瘻孔を認めゾンデが約2cm挿入可能であった。造影検査では直腸との交通はなかった。そのため肛門重複症の診断で重複肛門の切除術を施行した。重複肛門は深さ2.5cmであり、歯状線の口側まで伸びていたが、直腸との交通はなく盲端となっていた。重複肛門は括約筋内にあり、括約筋の損傷をきたす危険があると判断し、全摘は行わず、粘膜切除のみ行った。病理検査所見では重層扁平上皮を認め、肛門重複症に矛盾しないと診断された。肛門重複症は比較的まれな疾患であり、本邦での報告例もまれである。今回われわれは肛門重複症の一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

## 46 肛門欠如を伴わない 膣前庭瘻の2例

国立成育医療センター 外科

○森岡 徹、本名敏郎、黒田達夫、北野良博、渡辺 宏治、森川信行、寺脇 幹、川野孝文、柴田祐充子、横山智至

鎖肛のない膣前庭瘻の2女児例を経験したので報告する。症例1は2ヶ月の女児。大陰唇の腫脹を主訴に当院外科外来を受診し、膣口周囲より便の排出を認めたため入院となった。注腸検査では直腸と膣前庭間の瘻孔を認め、直腸膣前庭瘻と診断した。保存的治療にて炎症反応の改善があり、6ヶ月の経過観察の後瘻孔は閉鎖し、自然治癒した。症例2は生後23日の女児。大陰唇の腫脹を主訴に近医を受診するも発熱と炎症反応の悪化を認め当院入院となった。来院時膣口周囲より排膿があり、抗生剤投与により局所の炎症は軽快したが、入院6日目に同部位より便の排出を認めた。注腸検査では肛門と膣前庭部に交通を認め肛門膣前庭瘻と診断した。現在4ヶ月で外来にて経過観察中である。

## 48 保存的に治癒し得た 外傷性総胆管狭窄の一例

新潟市民病院 小児外科<sup>1)</sup>、  
同 救急救命センター<sup>2)</sup>

○小森登志江<sup>1)</sup>、新田幸壽<sup>1)</sup>、内藤真一<sup>1)</sup>、  
飯沼泰史<sup>2)</sup>

症例は14才男児。乗用車の後部座席に乗車中の交通事故にて受傷。強い腹痛を認め、当院救命救急センターに搬送された。腹部全体が板状硬であり、シートベルト痕を認め同部に圧痛を認めた。CTで右腎破裂、脾外傷を認め、緊急開腹手術となった。手術にて脾断裂、右腎破裂、十二指腸穿孔を認め、Letton & Wilson 法、十二指腸修復術、胃瘻・胆嚢瘻造設、腹腔ドレナージ術を施行した。術後はほぼ良好に経過し、受傷11日目の胆嚢造影で胆汁鬱滞、胆管狭窄は認めなかった。胆嚢瘻をクランプし経過観察したが、腹痛を訴えるようになり、受傷25日目と32日目の胆嚢造影で下部胆管の狭窄と上部胆管の拡張を認めた。在宅で間歇的胆嚢瘻ドレナージを行うこととし、受傷後34日目に一旦退院した。以後、胆嚢瘻排液量が徐々に減少していき、受傷後85日目に胆道造影を行ったところ、以前の狭窄部が改善しており、胆嚢瘻チューブを抜去した。その後も経過良好である。



## 49 小児劇症肝不全4例に対する生体肝移植

国立成育医療センター 移植外科<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>、同 消化器科<sup>3)</sup>、同 手術集中治療部<sup>4)</sup>

○横山智至<sup>1)</sup>、本名敏郎<sup>2)</sup>、黒田達夫<sup>2)</sup>、森川信行<sup>2)</sup>、北野良博<sup>2)</sup>、渡辺宏治<sup>2)</sup>、寺脇 幹<sup>2)</sup>、柴田祐充子<sup>2)</sup>、川野孝文<sup>2)</sup>、森岡 徹<sup>2)</sup>、笠原群生<sup>1)</sup>、肥沼 幸<sup>3)</sup>、中川 聡<sup>4)</sup>

小児劇症肝不全は救命率が約30%であり、特に乳児(1歳未満)では予後不良の疾患である。内科的治療単独で劇症肝炎の治療を行うには限界があり、不応な症例に対しては緊急肝移植が唯一の救命手段である。しかし早急にドナーを必要とする点、再生不良性貧血の合併、難治性拒絶反応、移植後肝炎再発など特有の問題もある。小児劇症肝不全に対する明確な肝移植適応基準は確立されておらず、また小児、特に新生児期、乳幼児期発症の本症は経過が極めて早く、いかに迅速かつ的確に移植適例を選択し、タイミングを逃さずに肝移植に踏み切ることが成績向上に不可欠である。今回、我々は小児劇症肝不全4例に対して緊急生体肝移植を施行し良好な成績を得たので報告する。

## 50 胆嚢管の走行異常を伴った小児の総胆管結石、胆石症の一例

自治医科大学 小児外科

○柳澤智彦、小田島貴之、久田正昭、大植孝治、横森欣司

我々は、胆嚢管走行異常が原因と考えられる小児の胆石症、総胆管結石症の1例を経験したので文献的考察を含め報告する。症例は10歳、女児、腹痛を主訴に当院受診した。右季肋部に圧痛があり、血液検査では軽度ビリルビンの上昇と肝機能障害を認めた。腹部超音波検査で胆石、総胆管結石があり、総胆管から胆嚢、肝内胆管がびまん性に拡張していた。膵胆管合流異常症も疑われたため、全身麻酔下にERCPを施行した。膵胆管合流異常は認めないが胆嚢管が拡張しながら上行し右肝管に合流する走行異常があり。バスケットカテーテルにて5×3mm大の結石を排石した。結石分析の結果、ビリルビン結石であった。胆石症に対しては後日、腹腔鏡下に胆嚢摘出術を施行した。胆嚢管走行異常と小児の胆石症、総胆管結石症に関して文献的考察を含め報告した。

## 51 出生前に肝門部嚢腫状病変を指摘され、特異な経過を辿ったI-cyst型胆道閉鎖症の1例

山梨県立中央病院 小児外科

○岩下公江、久保雅子、大矢知昇

日令0、女児。在胎14週の超音波検査で肝門部に嚢腫様病変を指摘されCBDが疑われた。エコー及びCT検査で肝門部嚢腫は3×2cmで胆嚢描出不能。胎便は黄褐色で哺乳開始後も便の色が薄く黄疸が遷延した。日令29にBAの診断で手術施行。術中胆道造影で肝内胆管は雲状で数カ所に胆管拡張を認めた。総胆管の十二指腸側は閉塞していた。総肝管は線維化著明で微細な肝内胆管が開口していた。総肝管空腸吻合術を施行したが第23病日に便の色が薄くなり、高熱を認めた。超音波検査で肝内胆管に数カ所、最大径10mmの拡張を認め胆管炎と診断した。以後も胆管炎を繰り返したが第78病日に退院した。近年、BAも出生前診断が可能だが、大部分がI-cyst型でCBDとの鑑別に難渋する。また本症例の様に肝内胆管に嚢腫様拡張を認める例は稀である。自験例を含め胎児期発症のBAの臨床像および経過について、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 52 solid and cystic tumor of pancreas の1例

～術前膵管ステント挿入の有用性～

さいたま市立病院 小児外科<sup>1)</sup>、同 内科<sup>2)</sup>、同 外科<sup>3)</sup>

○渡辺稔彦<sup>1)</sup>、中野美和子<sup>1)</sup>、辻 忠男<sup>2)</sup>、竹島 薫<sup>3)</sup>、山藤和夫<sup>2)</sup>、松井純一<sup>3)</sup>、遠藤昌夫<sup>1)</sup>

症例は10才の女児で右上腹部腫瘍を主訴に来院した。超音波検査では、膵頭部にφ70mm大の腫瘍が認められsolid and cystic tumorが疑われた。ERCPを施行したが、胆管・膵管への浸潤像・圧排像は認められなかった。術中の膵管損傷と術後膵液瘻を予防する目的で膵管ステントを挿入した。開腹所見は膵頭部に十二指腸を強く圧排・伸展する腫瘍を認め、膵実質との剥離は挿入した膵管ステントをガイドにして膵管損傷を避けながら、安全な腫瘍核出が可能であった。術後経過は良好で第4病日より経口摂取開始、第9病日に上部消化管内視鏡にて膵管ステントを抜去、第13病日に退院した。本疾患はborderline malignancyの性格を持った腫瘍であるが、小児では臓器温存を念頭に置いた術式が選択されるべきであり、膵管ステントを挿入することにより安全に腫瘍核出が可能であった1例を経験したので報告する。

## 53 臍管狭窄の内視鏡的治療後、 仮性動脈瘤より大出血を来した一例

国立成育医療センター 外科

○川野孝文、本名敏郎、黒田達夫、森川信行、  
北野良博、渡辺宏治、寺脇 幹、森岡 徹、  
横山智至、柴田祐充子

症例は4歳女児。3歳時より、腹痛を繰り返し、前医受診。主臍管狭窄、臍炎の診断となった。保存的加療をおこない、経臍管ドレナージチューブ留置、主臍管バルーン拡張術を行ったが、その後、臍炎の増悪、寛解を繰り返しコントロール不良となったため、当院内科に転院となった。保存的加療を再開したが、転院して2日目に左胃仮性動脈瘤破裂と思われる大量消化管出血で心肺停止となり、蘇生、緊急開腹止血術を施行した。仮性動脈瘤は器質化し、その後、臍管空腸側側吻合術を施行した。臍炎の再燃なく経過している。成人における臍管狭窄に対する内視鏡的治療は確立されつつあるが、小児においては、報告例はほとんどなく、有効性も定かではない。文献的考察を加えて報告する。

## 54 バルプロ酸ナトリウムによる 重症臍炎の小児例

東海大学 外科学系 小児外科学

○平川 均、上野 滋、檜 友也

症例は7才男児。腹痛と下痢を訴え、点滴などの処置を受けたが改善しなかった。発症から5日目で、腹痛の増悪と38度台の発熱、嘔吐を伴い、高アミラーゼ血症を伴わなかったが、腹部CT検査で臍臓の著明な腫大を認め、急性臍炎と診断された。両側胸水貯留ならびにARDSを併発、呼吸器を含めた全身管理が必要となった。既往歴として、2歳時に欠神発作と診断され、4才から500mg/日でバルプロ酸ナトリウムの内服を開始していた。5才時600mg/日、7才時700mg/日と毎年増量されていたが、欠神発作のコントロールが不良ということで、3ヶ月の間に300mgの増量がなされた(1000mg/日)時期に一致した臍炎の発症であった。症例を供覧し、バルプロ酸ナトリウムによる臍炎について文献的考察を加え報告する。

## 55 新生児頸部神経芽腫の1例

順天堂大学 小児外科・小児泌尿生殖器外科<sup>1)</sup>、  
同 耳鼻咽喉・頭頸科<sup>2)</sup>、同 放射線科<sup>3)</sup>

○藤原なほ<sup>1)</sup>、岡崎任晴<sup>1)</sup>、大下正晃<sup>1)</sup>、  
古川正幸<sup>2)</sup>、池田勝久<sup>2)</sup>、尾崎 裕<sup>3)</sup>、  
山高篤行<sup>1)</sup>

症例は1ヶ月男児。他院にて日齢1より頸部喘鳴を認めたため、CTが行われ、頸部腫瘍の診断のもと、当院へ転送された。入院時の口腔内精査にて右咽頭後壁に正常粘膜に覆われた隆起性病変を認めた。頸部CTでは、後咽頭右側に径3cm孤立性腫瘍があり、腫瘍は筋肉と等吸収で石灰化と考えられる高吸収域を含んでいた。血清NSE値17.1ng/ml、尿中VMA値31.2μg/mg Crと軽度上昇し、神経芽腫の術前診断にて手術を施行した。気管切開を施行後、腫瘍は容易に全摘し得た。病理組織診断はpoorly differentiated神経芽腫で、N-myc増幅認めなかった。stage Iの診断で、術後化学療法は施行せず、経過良好である。新生時期発症頸部原発神経芽腫は極めて稀で、検索しうる限り、報告例は本症例も含めて15例のみであり、術前に神経芽腫の診断がなされたものは本症例を含め2例のみであった。

## 56 新生児神経芽腫術後に原因不明の 皮膚腫瘍を認めた一例

東京慈恵会医科大学 医学部 外科学講座

○山岡正慶、田中圭一郎、桑島成央、芦塚修一、  
吉澤穰治、大木隆生

日齢0の男児。出生後、左側腹部腫瘍を指摘され、精査加療目的にて当院に転送された。腫瘍マーカー・画像検査にて左副腎原発神経芽腫(stage I)と診断。日齢14日に左副腎腫瘍摘出術を施行した。術後3日目より白血球、CRP上昇。また、β-Dグルカン高値、アスペルギルス抗原陽性であったため抗真菌薬を開始した。各種検査を施行したが、原発巣は検出できなかった。術後6日目より、左手の背側に直径約2cm発赤を伴う腫瘍が出現した。単純X線上、石灰化を認めた。神経芽腫の皮膚転移もしくはアスペルギルスの皮膚感染を疑ったため、生検を施行。病理所見上、腫瘍細胞や真菌塊は認めず、単純な石灰化と炎症性変化であった。原因について再度経過を検索したところ、カルチコールが血管外へ漏出していた場所と一致した。その後、真菌感染は改善したが、原発巣は不明であった。腫瘍は時間ともに消退し、現在再発は認めていない。

## 57 transclavicular アプローチにて 摘出した上縦隔神経芽腫の一症例

筑波大学小児外科

○渡邊美穂、小室広昭、金子道夫、堀 哲夫、  
平井みさ子、瓜田泰久、井上成一郎

症例は頸部腫瘍を契機として発見された右交感神経原発神経芽腫の4歳11ヶ月男児。針生検で神経節腫であったが、多発骨転移、骨髄転移を認め神経節芽腫 nodular, stage4であった。原発腫瘍はC5-T4レベルの右上縦隔～頸部に位置し、椎間孔へも浸潤していた。他院で化学療法施行後、縮小効果認め、手術的に当院入院となった。手術は頸部からアプローチし、右鎖骨上1.5cmで皮膚を横切開、鎖骨を切断し、総頸動脈、横隔神経、鎖骨下動脈、腕神経叢を確認温存しつつ、傍頸椎に灰白色の弾性腫瘍を露出した。交感神経幹から伸びた腫瘍であることを確認し、腫瘍亜全摘した。術後、軽度の横隔神経麻痺を認めたが、順調に経過した。胸郭出口部腫瘍に対するtransclavicularアプローチは、文献上小児例の報告はないが、侵襲が少なく、視野確保に優れた方法と考えられた。

## 59 術後に PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) を 発症した Wilms 腫瘍の1例

東京都立清瀬小児病院 外科<sup>1)</sup>、同 神経内科<sup>2)</sup>

○奥村健児<sup>1)</sup>、鎌形正一郎<sup>1)</sup>、広部誠一<sup>1)</sup>、  
東間未来<sup>1)</sup>、吉田史子<sup>1)</sup>、武藤 充<sup>1)</sup>、  
岡部圭介<sup>1)</sup>、三山佐保子<sup>2)</sup>、後藤知英<sup>2)</sup>、  
林 隼<sup>2)</sup>

PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) は近年提唱されてきた概念で、小児では腫瘍に対する化学療法中あるいは臓器移植後に発生した報告が多くみられる。今回我々は、術後に PRES を発症した症例を経験したので報告する。症例は5才男児で Wilms 腫瘍の肝転移に対し肝右葉切除術を施行した。術後に血圧が140台を推移し3、4日目に連日痙攣が出現、この際撮影したCT、MRI で両側の後頭葉を中心に浮腫性の病変を認めた。挿管、鎮静のうえ脳浮腫に対して保存治療を行ったところ徐々に症状改善がみられ画像上も病変の縮小をみた。以上の経過より PRES と診断した。PRES の概念は主に免疫抑制状態を背景として高血圧等が契機となり、頭痛、嘔気、視覚異常、痙攣等の症状を発症し、画像所見で両側の後頭葉中心に浮腫性の病変を呈すが保存的治療によりほぼ軽快がみられるというものである。PRES について病態やリスクについて文献的考察を含め報告する。

## 58 完全切除が可能であった 肝門部原発 rhabdoid 腫瘍の一例

慶應義塾大学医学部 小児外科<sup>1)</sup>、同 小児科<sup>2)</sup>、  
群馬県立小児医療センター 血液腫瘍科<sup>3)</sup>

○大野通暢<sup>1)</sup>、星野 健<sup>1)</sup>、岡村 淳<sup>1)</sup>、  
山田洋平<sup>1)</sup>、堀田 亮<sup>1)</sup>、中尾志生子<sup>1)</sup>、  
小森広嗣<sup>1)</sup>、瀧本康史<sup>1)</sup>、森川康英<sup>1)</sup>、  
渡辺 真<sup>2)</sup>、島崎紀子<sup>2)</sup>、嶋田博之<sup>2)</sup>、  
嶋田 明<sup>3)</sup>

症例は7歳、男児。下腹部痛、腹部腫瘍を主訴に近医受診。MRI で肝原発と思われる巨大腹部腫瘍を認めた。開腹生検の結果、rhabdoid 腫瘍と診断され、腹膜播種を認めた。ICE を2クール、98A3 を2クールにて、腫瘍は10cm以下に縮小したが、これ以上の縮小効果が認められず、画像上、門脈本幹が広範囲に渡って腫瘍に接しており、切除不能例として肝移植又は ex situ-hepatectomy の可能性について当院紹介となった。初発時に腹膜播種を認めたため移植の適応はないと判断されたが、ex situ での切除も考慮に入れば原発巣切除は可能と考えられた。手術は定型的左葉切除術にて腫瘍は完全切除された。腹膜播種に対しては可及的に切除、焼灼術を施行した。現在、他院転院し化学療法中である。今回我々は原発巣の完全切除が可能であった肝原発の rhabdoid 腫瘍を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## 60 腹腔鏡補助下小切開創にて摘出した 巨大卵巣囊腫の1例

埼玉医科大学病院 小児外科<sup>1)</sup>、同 産婦人科<sup>2)</sup>

○小野真衣子<sup>1)</sup>、大野康治<sup>1)</sup>、村岡いづみ<sup>1)</sup>、  
檜 顕成<sup>1)</sup>、高橋浩司<sup>1)</sup>、米川浩伸<sup>1)</sup>、  
谷水長丸<sup>1)</sup>、里見 昭<sup>1)</sup>、岡垣竜吾<sup>2)</sup>

【緒言】腹腔鏡補助下腹部小切開にて摘出した巨大卵巣囊腫(重量10kg以上・体重比20%以上)の1例を経験したので報告する。【症例】15歳女児。1年前からの腹部膨満を主訴に来院。腹部は著明に膨隆し緊満していた。超音波・CT・MRI 検査にて画像上最大径44cmの粘性性嚢胞腺腫の診断を得た。腫瘍マーカー(CEA・CA19-9・CA125)は全て正常値であった。約2cmの下腹部横切開にて開腹し嚢腫内容を吸引した。その後腹腔鏡にて原発部位の同定を行い、迅速病理にて粘性性嚢胞腺腫の診断を得た。切開を5cmに広げ右付属器切除を行った。切除標本は重量15kg、病理診断は mucinous cystadenoma であった。

【考察】卵巣原発粘性性嚢胞腺腫の中で、巨大腫瘍例や組織壊死を伴っている例に対しては通常の開腹術で摘出することが多い。しかし、本例のように悪性腫瘍合併の可能性がほぼ否定できる場合には、巨大腫瘍であっても腹腔鏡補助下小切開創による摘出が有用である。



## 61 右腹腔内精巣から発生した成熟奇形腫の一例

順天堂大学 医学部 小児外科・小児泌尿生殖器外科

○四柳聡子、林 豊、岡崎任晴、小林弘幸、山高篤行

症例は7歳男児。3歳時、近医にて右停留精巣に対する手術を施行したが、右鼠径管内に精巣は認めず、右無精巣の診断を受けヘルニア囊のみ処理された(患児の左精巣は正常)。術後、右精巣の検索はされなかった。今回、発熱と下腹部痛を主訴に当科受診。来院時、下腹部正中に腹膜刺激症状を認め、弾性硬の腫瘤を触知した。血液生化学所見上、WBC 17300、CRP 5.5の炎症反応を認めたが、腫瘍マーカーの上昇はなかった。骨盤CTでは8cm大の石灰化を伴う腫瘤を認め、腹腔内腫瘍又は腫瘤形成性虫垂炎の疑いで手術を施行した。腫瘍は腫大した右精巣であり、反時計回りに360度捻転し小骨盤内に存在していた。腫瘍摘出術を施行、病理診断は成熟奇形腫であった。化学療法は行わず、術後経過は良好である。小児期の腹腔内精巣原発奇形腫は比較的稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## 63 インターフェロン療法が奏功した難治性リンパ管腫症の一例

昭和大学小児外科診療グループ 昭和大学藤が丘病院<sup>1)</sup>、  
昭和大学小児外科診療グループ 昭和大学横浜市北部病院<sup>2)</sup>、  
昭和大学小児外科診療グループ 昭和大学病院<sup>3)</sup>、  
昭和大学藤が丘病院小児科<sup>4)</sup>

○川野晋也<sup>1)</sup>、真田 裕<sup>1)</sup>、千葉正博<sup>1)</sup>、  
岡田一郎<sup>1)</sup>、五味 明<sup>2)</sup>、土岐 彰<sup>3)</sup>、  
廣田保蔵<sup>4)</sup>、磯山恵一<sup>4)</sup>、平井慶徳<sup>1)</sup>

**【症例】**5歳男児。外傷のため撮影したX線写真で、縦隔の拡大、全身骨の透瞭像を指摘され、頸部リンパ節生検でリンパ管腫症と診断された。縦隔リンパ管腫による心タンポナーデ、胸水貯留並びに気道閉塞による呼吸困難が顕著となり、心嚢ドレナージ(500ml/日)、人工呼吸管理、胸水ドレナージ(2500ml/日)を行った。排液量は徐々に減少したが、上気道炎等の感染を契機に再燃し、呼吸・循環状態が悪化するため、インターフェロン療法を目的に当院へ紹介された。イントロン10万単位/kg連日皮下注、二度のOK432の胸腔内注入を行った。5ヶ月後には心嚢液、胸水がコントロールされ、家族による皮下注維持療法を指導し、退院可能となった。退院後16ヶ月の現在、維持療法継続中で、画像所見上の増悪はない。

**【まとめ】**難治性のリンパ管腫症に対し、インターフェロンを用い、良好な結果を得た。同様の報告は散見されるが、レジメについては更なる検討が必要と思われる。

## 62 両側性卵巢腫瘍11例の検討

神奈川県立こども医療センター 外科

○望月響子、大浜用克、新開真人、武 浩志、  
北河徳彦、工藤博典、畑田智子

**【緒言】**小児両側性卵巢腫瘍では、妊孕性、長期予後に考慮した術式選択が重要である。今回我々は、36年間(1970～2005年)に経験した卵巢腫瘍90例のうち、両側性11例について検討した。

**【結果】**同時発症が9例、異時が2例であり、両側良性が6例、両側悪性が4例、片側悪性片側良性が1例であった。片側発症では悪性の割合が15/79(19%)であるのに対し、両側では5/11(45%)であった。術前に悪性の診断ができた例は2/5(40%)、両側の診断ができた例は3/9(33%)であった。両側悪性4例を除く6例で片側、1例で両側の卵巢を温存した。その中で月経を確認できた2例中1例は妊娠を経験したが、1例は無排卵性がほとんどであった。悪性腫瘍の再発はなかった。**【考察】**両側性卵巢腫瘍では悪性腫瘍の割合が高いことが考えられ、術前診断を慎重に行い、適切な術式を選択すべきである。また、卵巢を肉眼的に温存できた症例でも卵巢機能が温存できているとは限らないと思われる。

## 64 組織型の異なる年長児腸間膜リンパ管腫の2例

山梨県立中央病院 小児外科

○大矢知 昇、岩下公江、久保雅子

腸間膜リンパ管腫は、腹痛・嘔吐などの急性腹症を呈することが多く、腹部症状を訴える患児では、念頭において診断すべき疾患である。年長児に発症した腸間膜リンパ管腫2例を文献的考察も加えて報告する。症例1は9歳男児。1ヶ月前より疼痛部位が不定の腹痛を繰り返した。画像所見は10×7×5cm大の多房性囊胞性病変を骨盤腔から膀胱上部にかけて認めた。手術所見は空腸間膜腫瘤を認め、腫瘤および空腸(19cm)部分合併切除を行った。病理診断は乳糜内容液を含んだ多房性リンパ管腫であった。症例2は12歳男児。3日前の腹部打撲後より腹痛、頻尿を訴え来院。入院時検査では、炎症像および軽度のイレウス像を認めた。画像診断は16×10×6cm大の腹腔3分の1を占める左側腹部から下腹部正中にかけての海綿状リンパ管腫を疑った。炎症鎮静後、空腸間膜腫瘤および空腸(30cm)部分合併切除を行った。病理診断は海綿状リンパ管腫であった。



## 65 肺内に発生した 炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の2例

神奈川県立こども医療センター 外科<sup>1)</sup>、  
同 病理<sup>2)</sup>

○畑田智子<sup>1)</sup>、大浜用克<sup>1)</sup>、新開真人<sup>1)</sup>、  
武 浩志<sup>1)</sup>、北河徳彦<sup>1)</sup>、工藤博典<sup>1)</sup>、  
望月響子<sup>1)</sup>、田中祐吉<sup>2)</sup>、田中水緒<sup>2)</sup>

肺内に発生した炎症性筋線維芽細胞性腫瘍 (inflammatory myofibroblastic tumor: 以下 IMT) を2例経験したので報告する。(症例1)8才男児、半年前より血痰を認めるようになり、画像検査にて肺分画症、CCAMが疑われて当院受診した。左下葉切除を施行し、迅速病理では確定診断は難しく、永久標本でIMTと診断された。IMTにチロシンキナーゼ受容体蛋白のALKが異常発現するとの報告があるが、本症例のALK発現は陰性であった。(症例2)15才女児、喘息発作時に血痰がみられ、炎症反応の上昇と右上葉に異常陰影を認めた。画像診断にて右上葉の過誤腫、またはリンパ腫が疑われた。右上葉切除を施行し、迅速病理検査ではIMTが疑われ、永久標本でIMTと診断された。症例1同様ALK発現は見られなかった。IMTは比較的稀な疾患であるが、肺の腫瘍性病変の鑑別診断の1つとして考慮する必要があると考えられた。

## 67 腸重積で発症した 大腸線維肉腫の乳児例

東海大学 外科学系 小児外科学<sup>1)</sup>、  
同 基盤診療学系病理診断学<sup>2)</sup>

○檜 友也<sup>1)</sup>、平川 均<sup>1)</sup>、上野 滋<sup>1)</sup>、  
安田政実<sup>2)</sup>

症例は5ヶ月男児。嘔吐と血便が認められ近医を受診、便培養で病原性大腸菌が検出され、細菌性腸炎の診断で保存的に経過観察された。抗生剤内服により改善傾向にあったが、初発から8日目に再び嘔吐、血便と活気の低下を認め入院、入院翌日に腹部膨満、胆汁性嘔吐も出現し、注腸検査したところ腸重積が認められたが、整復不能ということで当院に紹介された。当院でも注腸整復を再度試みたが、整復できず手術となった。開腹所見で、結腸-結腸型の腸重積を上行結腸に認め、手動的な整復も困難で、重積部を含んだ上行結腸部分切除を行った。切除標本の剖面で、結腸内に先進部となった腫瘤を認め、病理診断は線維肉腫であった。若干の文献的考察を加え報告する。

## 66 ランゲルハンス細胞組織球症の1例 -Neglectか?-

獨協医科大学 医学部 第一外科

○岩谷さおり、藤原利男、土岡 丘、薄井佳子、  
砂川政勝

【はじめに】ランゲルハンス細胞組織球症(以下LCH)は多彩な病状を呈する非常に稀な疾患であり、しばしば重症化し発見される。今回我々はLCHを発症し、Neglectが疑われた1幼児例を経験したので報告する。

【症例】症例は2歳6ヶ月、男児。1歳8ヶ月時より左耳漏・多飲多尿・成長障害・頭蓋骨後部の軟化に母親は気づいていたが病院を受診していなかった。入院時、低身長・低栄養・予防接種の未接種などよりネグレクトと思われたが、後頸部に腫大したリンパ節が多発し、前胸部中心の褐色の発疹・尿崩症・骨融解像等よりLCHを疑い生検を施行した。確定診断後はピトレッシン療法にて尿量のコントロールが可能となり、現在はJLSGのプロトコールに沿い化学療法を施行中である。

【考察】LCHは年間40例程度と報告例が少なく、70%が小児に発生する腫瘍性疾患である。JLSGの研究報告を中心に、文献的考察を踏まえ報告する。

# 日本小児外科学会関東甲信越地方会

## 歴代会長

第1回 (1966年10月1日)	日本大学第1外科	若林 修
第2回 (1967年9月30日)	順天堂大学小児外科	駿河敬次郎
第3回 (1968年10月5日)	東京医科歯科大学第2外科	浜口 栄祐
第4回 (1969年10月4日)	信州大学第1外科	林 四郎
第5回 (1970年9月12日)	新潟大学第2外科	浅野 猷一
第6回 (1971年11月6日)	慶應義塾大学外科	傳田 俊男
第7回 (1972年11月11日)	東京大学第2外科	石田 正統
第8回 (1973年10月20日)	千葉大学第2外科	佐藤 博
第9回 (1974年11月9日)	群馬大学第1外科	中村 卓次
第10回 (1975年11月22日)	神奈川県立こども医療センター外科	角田 昭夫
第11回 (1976年11月20日)	東京女子医科大学外科	織畑 秀夫
第12回 (1977年11月12日)	昭和大学外科	石井 淳一
第13回 (1978年10月28日)	獨協医科大学第1外科	長島 金二
第14回 (1979年10月27日)	埼玉医科大学第2外科	石田 清
第15回 (1980年11月8日)	慶應義塾大学外科	勝俣 慶三
第16回 (1981年11月21日)	東京大学小児外科	斉藤 純夫
第17回 (1982年11月6日)	筑波大学小児外科	澤口 重徳
第18回 (1983年11月26日)	東京医科大学外科	木村幸三郎
第19回 (1984年11月10日)	千葉大学小児外科	高橋 英世
第20回 (1985年11月30日)	東京大学小児外科	中條 俊夫
第21回 (1986年11月1日)	東京慈恵医科大学第1外科	桜井 健司
第22回 (1987年11月21日)	日本大学第1外科	岡部 郁夫
第23回 (1988年11月12日)	新潟大学小児外科	岩渕 眞
第24回 (1989年11月11日)	群馬県立小児医療センター外科	松山 四郎
第25回 (1990年11月10日)	昭和大学小児外科	岡松 孝男
第26回 (1991年11月9日)	千葉県こども病院外科	真家 雅彦
第27回 (1992年11月21日)	東京大学小児外科	土田 嘉昭
第28回 (1993年11月20日)	慶應義塾大学外科	横山穰太郎
第29回 (1994年11月19日)	東海大学小児外科	横山 清七
第30回 (1995年11月11日)	神奈川県立こども医療センター外科	西 寿治
第31回 (1996年11月9日)	都立清瀬小児病院外科	石田 治雄
第32回 (1997年11月1日)	埼玉県立小児医療センター外科	今泉 了彦
第33回 (1998年11月7日)	東京医科大学第3外科	小柳 泰久
第34回 (1999年11月6日)	東邦大学第1外科	平野敬八郎
第35回 (2000年11月4日)	自治医科大学小児外科	牧野 駿一
第36回 (2001年10月27日)	聖マリアンナ医科大学小児外科	中田幸之介
第37回 (2002年10月12日)	茨城県立こども病院外科	監物 久夫
第38回 (2003年10月25日)	千葉大学小児外科	大沼 直躬
第39回 (2004年10月30日)	都立大久保病院外科	石原 通臣
第40回 (2005年10月29日)	山梨県立中央病院小児外科	久保 雅子

## 名 誉 会 員

	秋山 洋	国立小児病院外科
	石井 勝巳	北里大学放射線科
(故)	石井 淳一	昭和大学外科
	石田 清	埼玉医科大学第2外科
(故)	石田 正統	東京大学第2外科
	石田 治雄	都立清瀬小児病院外科
	石原 道臣	都立大久保病院外科
	今泉 了彦	埼玉県立小児医療センター外科
	岩渕 真	新潟大学医学部小児外科
	大川 治夫	筑波大学小児外科
(故)	岡部 郁夫	日本大学第1外科
	岡松 孝男	昭和医科大学小児外科
(故)	織畑 秀夫	東京女子医科大学外科
	勝俣 慶三	慶応義塾大学外科
	北村 享俊	都立八王子小児病院外科
(故)	木村幸三郎	東京医科大学外科
	監物 久夫	茨城県立こども病院外科
	小柳 泰久	東京医科大学第3外科
	斉藤 純夫	東京大学小児外科
	櫻井 健司	東京慈恵会医科大学第1外科
(故)	里吉 光子	順天堂大学麻酔科
	澤口 重徳	筑波大学小児外科
(故)	島田 信勝	慶応義塾大学外科
	駿河敬次郎	順天堂大学小児外科
	高橋 英世	千葉大学小児外科
(故)	土田 嘉昭	群馬県立小児医療センター外科
	常本 實	埼玉医科大学外科
	角田 昭夫	神奈川県立こども医療センター外科
(故)	傳田 俊男	慶応義塾大学医学部外科
	長島 金二	獨協医科大学越谷病院小児外科
	中條 俊夫	東京大学小児外科
(故)	西 寿治	神奈川県立こども医療センター外科
	平井 慶徳	順天堂大学小児外科
	平野敬八郎	東邦大学第1外科
	古屋 清一	東京大学分院外科
	真家 雅彦	千葉県こども病院外科
	松山 四郎	群馬県立小児医療センター外科
(故)	森田 建	日本大学第1外科
	守屋 荒夫	都立清瀬小児病院外科
	横山 清七	東海大学小児外科
	横山穰太郎	慶応義塾大学外科
(故)	若林 修	日本大学第1外科

# 幹 事

青木 達也	東京医科大学	第3外科
雨海 照洋	茨城県立こども病院	外 科
池田 均	獨協医科大学越谷病院	小児外科
石田 和夫	日本赤十字社医療センター	小児外科
伊藤 泰雄	杏林大学	小児外科
岩井 潤	千葉こども病院	外 科
岩中 督 (北野 良博)	埼玉県立小児医療センター	外 科
上野 滋	東海大学	小児外科
内山 昌則	新潟県立中央病院	小児外科
江上 格	日本医科大学多摩永山病院	外 科
大谷 俊樹	東京医科歯科大学	小児外科
大浜 用克	神奈川県立こども医療センター	外 科
大沼 直躬 (吉田 英生)	千葉大学	小児外科
冲永 功太 (小川 富雄)	帝京大学	小児外科
金子 道夫	筑波大学	小児外科
金田 聡	長岡赤十字病院	小児外科
川村 健児 (栗山 裕)	国保松戸市立病院	小児外科
北原修一郎	長野赤十字病院	小児外科
久保 雅子	山梨県立中央病院	小児外科
窪田 正幸	新潟大学	小児外科
黒田 達夫	国立成育医療センター	外 科
越永 従道 (草深 竹志)	日本大学	小児外科
後藤 博志	都立大塚病院	小児外科
(五味 明	昭和大学横浜市北部病院	小児外科)
里見 昭	埼玉医科大学	小児外科
真田 裕	昭和大学藤が丘病院	外 科
鈴木 則夫	群馬県立小児医療センター	外 科
世川 修	東京女子医科大学	小児外科
高梨 吉則	横浜市立大学	第1外科
高野 邦夫	山梨大学	第2外科
高橋 正彦	茨城西南医療センター病院	小児外科
田中 潔	北里大学	外 科
土岐 彰	昭和大学	小児外科
長嶋起久雄	公立藤岡病院	外 科
中田幸之助 (北川 博昭)	聖マリアンナ医科大学	小児外科
中野美和子	さいたま市立病院	小児外科
中村 博志	東邦大学	小児外科
仁科 孝子	都立八王子小児病院	外 科
新田 幸寿	新潟市民病院	小児外科

羽金 和彦	国立栃木病院	小児外科
橋都 浩平 (岩中 督)	東京大学	小児外科
林 奂	都立清瀬小児病院	外 科
藤原 利男	獨協医科大学	第1外科
本名 敏郎	国立成育医療センター	外 科
松藤 凡	聖路加国際病院	小児外科
村松 俊範	君津中央病院	小児外科
百瀬 芳隆	長野県立こども病院	外 科
森川 康英	慶応大学	外 科
山口 宗之	東邦大学佐倉病院	外 科
山高 篤	順天堂大学	小児外科
横森 欣司	自治医科大学	小児外科
吉澤 穰治	東京慈恵会医科大学	外 科

## 歴 任 幹 事

石川 正美	石曾根新八	石田 治雄	石原 通臣
井出 研	井上 勉彦	今井 康晴	今泉 了彦
岩間 毅夫	江東 孝夫	遠藤 昌夫	岡松 孝夫
(故) 緒方 創	柿沢 至恕	(故) 川淵 純一	川村 猛
監物 久夫	小出来一博	河野 澄男	(故) 小林 滋
小柳 泰久	佐伯 守洋	坂上 正道	鈴木 玄一
(故) 立原 慶徳	(故) 土田 嘉昭	土屋 博之	寺島 和光
鳥山 卓宣	内藤万砂文	中井 秀郎	難波 貞夫
(故) 西 寿治	野中 倫明	馬場 一雄	平野敬八郎
福澤 正洋	福田 明	藤本 隆夫	牧野 駿一
馬淵 原吾	宮野 武	松川哲之助	松村 高典
山崎 洋次	(故) 山本 亨	横山 清七	渡辺 宏治

小児外科地方会：39回会計報告

第39回(平成16年)  
日本小児外科学会関東甲信越地方会  
会計報告  
(平成17年月日)

【収入】

前会長より引き継ぎ	525,282円
平成16年度幹事会費(39名)	390,000
前回未納幹事(8名)	100,000

---

計 1,015,282円

【支出】

会合印刷、配布費(300名)	15,000円
予報集、配布費(86名)	73,248
幹事会会場費	50,490
幹事会通信費	10,400
学術集会開催援助費	100,000

---

計 249,138円

【差額残高】

766,144円

差し引き残高は第39回石原通臣会長より第40回久保雅子会長に引き継ぐ

第39回日本小児外科学会関東甲信越地方会  
会長 石原 通臣



# 日本小児外科学会関東甲信越地方会会則

## 第1条（目的・事業）

本会は、関東甲信越地区における小児外科の進歩と普及を図ることを目的とし、下記の事業を行う。

1. 学術集会の開催
2. 学術集会の記録の刊行（日本小児外科学会雑誌）
3. その他本会の目的を達成するために必要な事業

## 第2条（学術集会）

学術集会は年1回以上会長がこれを主催する。学術集会への演題提出および参加は、医師および会長の許可したものに限り、演題の採否は会長がこれを決定する。

## 第3条（役員）

本会には次の役員をおく。

会 長 1名

幹 事 若干名

会長は、本会を統率し代表する。幹事は幹事会を組織し、会長を補佐し、本会の維持と発展に努める。

## 第4条（名誉会員など）

本会に多大の貢献があったものを、幹事会の議決を経て名誉会員または特別会員とすることができる。名誉会員は幹事経験者のうちから推薦する。

## 第5条（会長）

会長は幹事会において選任し、任期は定例幹事会の翌日より、次回定例幹事会の日までとする。ただし、業務に関しては、会計年度の終る日まで、あるいは引き継ぎの日まで執行しなければならない。

## 第6条（幹事）

1. 幹事は、自らその意志を会長に表明したのについて、幹事会で選任する。
2. 幹事の選任は2年毎に行う。再任を妨げない。
3. 幹事は関東甲信越地区の医療機関、教室またはこれに準ずるものとし、その数は原則として1施設について1名を越えないものとする。
4. 幹事は年額10,000円の幹事費を納入するものとする。
5. 連続して2回幹事会に欠席し、かつ2年間幹事費未納のものは幹事を辞退したものとみなす。
6. 会長は当番幹事を指名することができる。当番幹事は幹事費の納入を要さない。任期は会長に準ずる。

## 第7条（幹事会）

1. 定例幹事会は、学術集会の際に会長が召集し議長となる。



2. 幹事総会の5分の1以上の要求があった時は、会長または事務局は、すみやかに臨時幹事会を招集しなければならない。議長は互選によって定まる。
3. 幹事会は、幹事総数の3分の2以上の出席がなければ、選任および議決を行うことはできない。選任及び議決は、幹事総数の過半数をもって成立するものとする。  
委任状は、これを認めない。
4. 幹事会の記録は、会長が作成し保管する。
5. 当番幹事は、幹事総数に含めないものとする。
6. 名誉会員および特別会員は幹事会に出席して意見をのべることができる。

#### 第8条（経費・会計）

1. 本会の経費は、幹事費および寄付金などによって支弁する。
2. 本会の収支は、幹事会の承認を経たのち、公開するものとする。
3. 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり、3月31日に終る。

#### 第9条（事務局）

1. 本会の事務局は、会長の所属する施設内におく。
2. 会長の任期満了後も、事務局は会計年度の終る日までは業務を執行し、円滑な運営を図るものとする。ただし、業務に支障がない限り、会計年度の終る日以前に引き継ぐことを妨げない。

#### 第10条（会告）

学術集会の会告は、前年度参加費納入者および関東甲信越を中心とした施設に郵送するものとする。

#### 第11条（改正）

本規則の改正は、幹事会の議決を要する。

#### 付則

1. 本規則は昭和56年11月22日より施行する。
2. 前年度の繰り越し金は幹事費に入れて会計報告する。

# 会 則 付 属 書

## I 費用の分担

### A. 会長の分担するもの（幹事会への会計報告は不要）

1. 会場費、運営費など
2. 予報集印刷費
3. 予報集配布費：配布先は第IV項参照。  
ただし、名誉会員、特別会員、幹事、幹事歴任者に送付する費用は除く。
4. その他

### B. 地方会（会則第8条）の分担するもの（幹事会への会計報告を要す）

1. 会告印刷費
2. 会告配布費：配布先は第II項参照。
3. 予報集代：名誉会員、特別会員、幹事、幹事歴任者に配布する予報集の費用。  
予報集の単価（実費）に部数を乗じて求める。
4. 予報集配布費：上記に配布に要した費用。
5. 機関誌への掲載料
6. 幹事会費用：会場費、会合費、通信費など。
7. 事務費：1～6項を実行するための事務費
8. 学術集会開催援助費：10万円  
なお、機関誌への掲載料の一部を演者に負担してもらってもあり得るが、その時は、  
I B-5項の収入として計上することが妥当であろう。

## II 会告の発送先

1. 前年度参加者＝前々年度の参会者には送らない。
2. 主要施設＝施設名を事務局に登録してある施設。  
希望施設は登録してもらう（関東甲信越以外も可）。
3. 名誉会員、特別会員、幹事、幹事歴任者

## III 予報集への運営事項の掲載（これをもって公表とする）

会則、名誉会員名（退職時の施設を記載）、特別会員名、幹事名、幹事歴任者名、幹事会で承認された会計報告を掲載する。  
(会計報告などは2年遅れとなる)。

## IV 予報集の配布

1. 演者、座長、名誉会員、特別会員、幹事、幹事歴任者
2. 郵送を希望したもの：会告中に申込先・申込期限・金額などを示す。

## V 学術集会での名簿作り

1. 参加者名簿：次期会長に引き継ぐ（次年度会告送付先となる）。
2. 施設の新規登録：通信施設名簿に記入、次期会長に引き継ぐ。
3. 名誉会員の職名は退職時の職とする。

## VI 機関誌への掲載

会長が抄録を集め、機関誌に投稿する。

第41回 日本小児外科学会関東甲信越地方会  
プログラム・演題抄録集

---

会 期：平成18年10月3日(火)

会 場：国立成育医療センター

会 長：本名 敏郎

発行所：〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

国立成育医療センター外科

TEL：03-3416-0181(代) FAX：03-5494-7136

印 刷：Next COMPANY **Secand** 株式会社セカンド

〒862-0950 熊本市水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F

TEL096-382-7793 FAX096-386-2025