第49回
日本小児外科学会東海地方会

第45回
日本小児外科学会北陸地方会

プログラム・抄録集

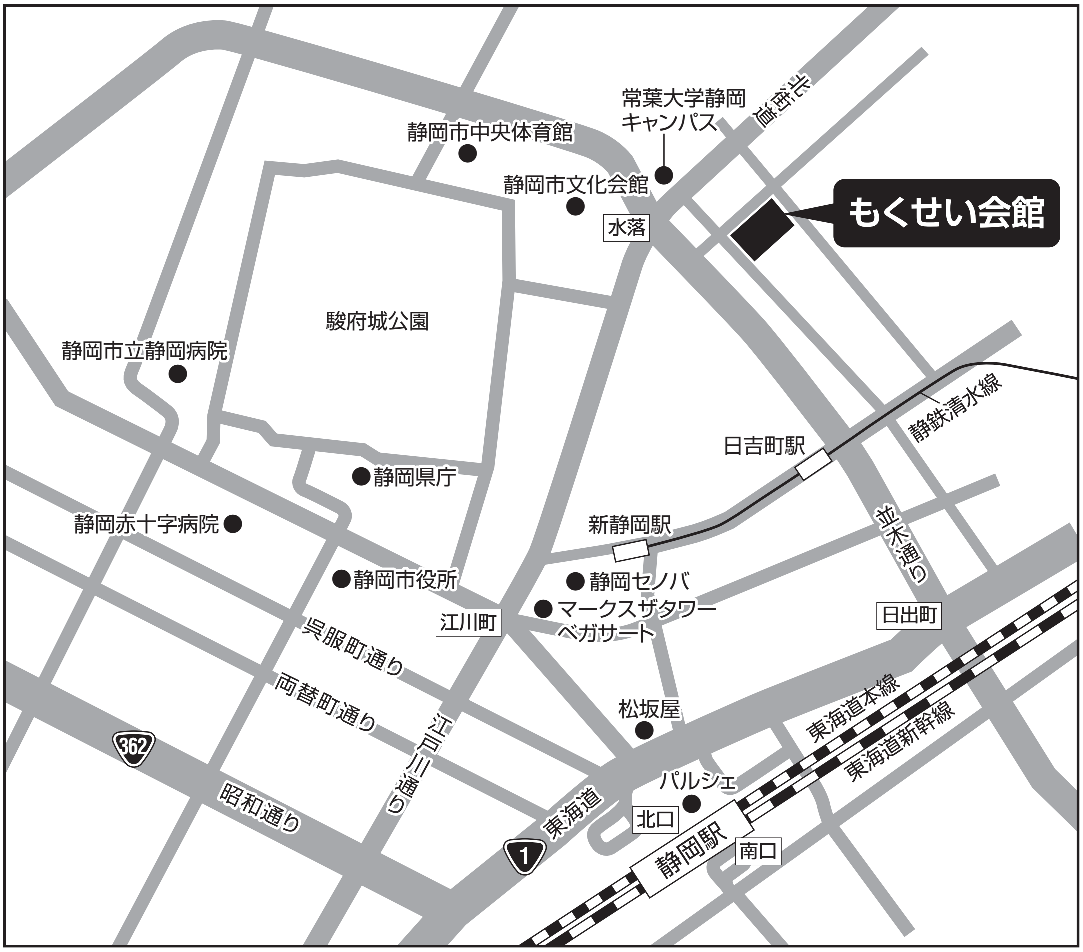
日 時　平成27年 12月6日（日）
午前9時30分～午後5時30分

会 場　もくせい会館　第一会議室
静岡市葵区鷹匠3-6-1　TEL:054-245-1595

会 長
第49回日本小児外科学会東海地方会
漆原 直人 静岡県立こども病院　小児外科
第45回日本小児外科学会北陸地方会
河野 美幸 金沢医科大学　小児外科

事務局
静岡県立こども病院　小児外科
〒420-8660 静岡市葵区漆山860
TEL:054-247-6251　FAX:054-247-6259
E-mail：ch-surgery@i.shizuoka-pho.jp

交 通 案 内



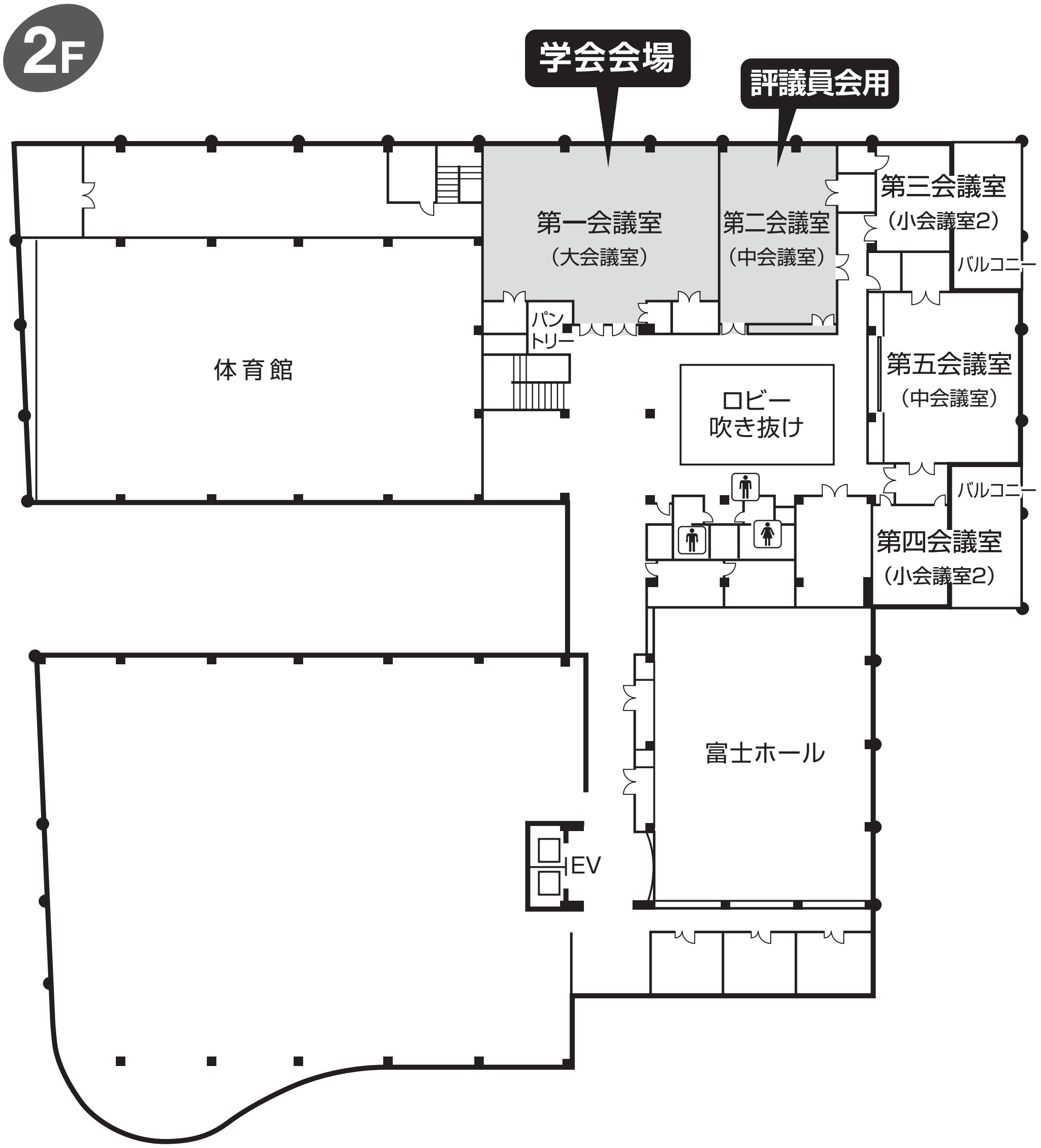
JR静岡駅より

■ 徒　　歩：JR静岡駅北口から徒歩約15分

■ バ　　ス：静鉄バス／JR静岡駅北口5番･6番のりばから乗車
「水落町もくせい会館入口常葉大学水落校舎前」下車
徒歩約10分

■ タクシー：約10分

会 場 案 内


2F
学会会場
評議員会用
第一会議室
（大会議室）
第二会議室
（中会議室）
第三会議室
（小会議室2）
バルコニー
パントリー
体育館
ロビー
吹き抜け
第五会議室
（中会議室）
バルコニー
第四会議室
（小会議室2）
富士ホール
EV

タイムテーブル

平成27年12月6日（日）もくせい会館 2階

第一会議室	
9：30～ 9：35	開会の辞
9：35～10：15	消化管Ⅰ
10：15～10：45	口唇裂・リハビリ
10：45～11：35	小児外科医療・腹壁
11：35～12：05	喉頭、気管

第二会議室	
12：10～13：00	評議員会

第一会議室	
13：05～13：15	会員へのアナウンス　次期会長など
13：20～13：50	肺・胸腔
13：50～14：30	食道
14：30～15：00	消化管Ⅱ
15：00～15：30	消化管Ⅲ
15：30～16：00	腫瘍Ⅰ
16：00～16：30	腫瘍Ⅱ
16：30～17：00	直腸肛門奇形
17：00～17：30	泌尿器
17：30～	閉会の辞

第49回日本小児外科学会東海地方会
第45回日本小児外科学会北陸地方会
プログラム

日　時：2015年12月6日（日）9時00分～
会　場：もくせい会館 2階 第一会議室

開　　場　9：00～
開会の辞　9：30～9：35

［ 消化管I ］　9：35～10：15

座長：宮﨑 栄治（聖隷浜松病院 小児外科）

01　腸管不全合併肝障害に対する経口 EPA 製剤投与の試み
あいち小児保健医療総合センター 小児外科
住田 亙、小野 靖之、高須 英見

02　毛髪胃石の1例
愛知県コロニー中央病院 小児外科
新美 教弘、飯尾 賢治、加藤 純爾、田中 修一、毛利 純子

03　ボタン型リチウム電池誤嚥の一例
藤田保健衛生大学 小児外科
宇賀 菜緒子、直江 篤樹、渡邉 俊介、安井 稔博、原 普二夫、鈴木 達也

04　ミルクカード症候群の1例
1）名古屋市立西部医療センター 小児外科、2）同 外科
佐藤 陽子[1)2)]、榊原 堅式[1)2)]、寺田 満雄[2)]、西川 さや香[2)]、上田 悟郎[2)]、鈴木 卓弥[2)]、高嶋 伸宏[2)]、杉浦 弘典[2)]、幸 大輔[2)]、杉浦 博士[2)]、三井 章[2)]、中前 勝視[2)]、桑原 義之[2)]

[口唇裂・リハビリ]　10：15～10：45

座長：矢本 真也（静岡県立こども病院 小児外科）

05　私の片側性口唇裂治療

1）愛知学院大学歯学部附属病院 口唇口蓋裂センター、2）愛知学院大学 口腔先天異常学研究室
夏目 長門[1)2)]、井村 英人[1)2)]、新美 照幸[1)2)]、古川 博雄[1)2)]、早川 統子[1)2)]、
鈴木 聡[1)2)]、大野 磨弥[1)2)]

06　口腔先天異常疾患に起因する言語障害に対する遠隔言語訓練の効果

1）愛知学院大学心身科学部 健康科学科、2）愛知学院大学附属病院 口唇口蓋裂センター、
3）愛知学院大学歯学部 口腔先天異常学研究室
早川 統子[1)2)]、井上 知佐子[2)3)]、相原 喜子[2)3)]、山内 楓子[2)3)]、井村 英人[2)3)]、
新美 照幸[2)3)]、古川 博雄[1)2)]、山本 正彦[1)2)]、夏目 長門[2)3)]

07　小児口腔疾患患者の新たな言語訓練方法
―母親の満足・期待に関する調査結果―

1）愛知学院大学心身科学部 健康科学科、2）愛知学院大学附属病院 口唇口蓋裂センター、
3）愛知学院大学歯学部 口腔先天異常学研究室
早川 統子[1)2)]、井上 知佐子[2)3)]、森 智子[2)]、相原 喜子[2)3)]、坂野 恭子[2)3)]、
井村 英人[2)3)]、新美 照幸[2)3)]、古川 博雄[1)2)]、夏目 長門[2)3)]

[小児外科医療・腹壁]　10：45～11：35

座長：原 普二夫（藤田保健衛生大学）
小野 靖之（あいち小児保健医療センター 小児外科）

08　小児外科開業医１年生からの報告

オーシャンキッズクリニック
日比 将人

09　小児外科分野の医療協力　―ミャンマー連邦共和国―

1）特定非営利活動法人 日本口唇口蓋裂協会、
2）愛知学院大学歯学部付属病院 口唇口蓋裂センター
夏目 長門[1)2)]

10　West 症候群に対する ACTH 療法中にフルニエ壊疽を発症した１乳児例

名古屋大学大学院医学系研究科 小児外科学
白月 遼、内田 広夫、棚野 晃秀、田井中 貴久、城田 千代栄、檜 顕成、
横田 一樹、大島 一夫、村瀬 成彦、千馬 耕亮

11 全肝脱出臍帯ヘルニアに対する
ウントリトラクター装着（Allen-Wrenn 法）での工夫

長良医療センター 小児外科
鴻村 寿、安田 邦彦、水津 博

12 胎内の腹壁自然閉鎖により腸管壊死をきたした腹壁破裂の一例

藤田保健衛生大学病院 小児外科
直江 篤樹、宇賀 菜緒子、渡邉 俊介、安井 稔博、原 普二夫、鈴木 達也

［ 喉頭、気管 ］ 11：35～12：05

座長：福本 弘二（静岡県立こども病院 小児外科）

13 先天性声門下狭窄症に対して PCTR と声門開大術を同時に施行し、
気管切開から離脱できた1例

静岡県立こども病院 小児外科
関岡 明憲、福本 弘二、矢本 真也、三宅 啓、中島 秀明、野村 明芳、山田 豊、
漆原 直人

14 当院で経験した気管無形性の1例

藤田保健衛生大学病院 小児外科
渡邉 俊介、宇賀 菜緒子、直江 篤樹、安井 稔博、原 普二夫、鈴木 達也

15 気管気管支を合併した先天性気管狭窄症に対するスライド気管形成

静岡県立こども病院 小児外科
矢本 真也、福本 弘二、三宅 啓、中島 秀明、関岡 明憲、野村 明芳、山田 豊、
漆原 直人

評議員会 12：10～13：00 （第二会議室）

会員へのアナウンス（次期会長など） 13：05～13：15 （第一会議室）

39 胎児超音波検査にて陰嚢内の嚢胞性病変を指摘された尿道憩室の一例

富山県立中央病院 小児外科
岡田 安弘、山崎 徹

40 胎児腹腔内巨大腫瘤を呈した水尿管症の２例

長良医療センター 小児外科
鴻村 寿、安田 邦彦、水津 博

閉会の辞 17：30～

抄　　録

01 腸管不全合併肝障害に対する経口 EPA 製剤投与の試み

あいち小児保健医療総合センター 小児外科
住田 亙、小野 靖之、高須 英見

腸管不全の合併症として肝障害（IFALD）が知られている。近年、ω3系脂肪酸の経静脈投与が治療として注目されているが、わが国では保険未収載で、製剤も個人輸入が必要である。IFALD を伴う短腸症候群の症例に、ω3系脂肪酸である EPA の経口投与を試みたので報告する。

症例は、2生日に中腸軸捻転でトライツ靭帯から10㎝の空腸から横行結腸までを切除された女児。経過中に IFALD を発症し、9か月時に当院に転院した。当院で治療開始し、脂肪の吸収がある程度可能になったため、11ヶ月時から EPA 製剤を1日900㎎経口投与した。便中脂肪球は観察されていたが、血中脂肪酸分画で EPA が0.12% から0.61%（正常値0.5-3.9%）に上昇しており、一部は吸収されていると思われた。肝機能が改善し、黄疸も軽減した。

吸収がある程度見込まれる症例では、ω3系脂肪酸の経口投与は IFALD に対して有効である。

02 毛髪胃石の1例

愛知県コロニー中央病院 小児外科
新美 教弘、飯尾 賢治、加藤 純爾、田中 修一、毛利 純子

【症例】 6歳 女性。

【主訴】 腹痛。

【現病歴】 妹が生まれてから自傷行為を認め爪を噛んだり、毛髪を抜いたりしていた。反復する腹痛のため近医を受診した。腹痛 CT を施行され毛髪胃石が疑われ当院に紹介された。左上腹部に固い腫瘤を触知した。CT では胃内に8㎝大の細かい含気を有した腫瘤が描出され毛髪胃石が疑われた。胃ファイバーを施行、毛髪胃石を認め経臍的に開腹し、腹壁と胃壁を楕円型ラッププロテクターで固定して、毛髪胃石を細かく刻んで摘出した。術後経過は良好であった。児童精神科にメンタルケアを依頼し、1年弱を経過するが再発を認めていない。

【考察】 毛髪胃石の摘出には他の報告同様に小開腹と胃壁を含めたリトラクターが有用と思われた。

03 ボタン型リチウム電池誤嚥の一例

藤田保健衛生大学 小児外科
宇賀 菜緒子、直江 篤樹、渡邉 俊介、
安井 稔博、原 普二夫、鈴木 達也

症例は1歳2か月女児。ボタン型リチウム電池を誤嚥し、1時間後に近医を受診。内視鏡施行するも摘出できず、潰瘍形成も認められたために当院へ搬送となった。胸部レントゲンで頚部にボタン電池の陰影を認め、透視下にバルーンで抜去を試みたが摘出できず、全身麻酔下に内視鏡での摘出を試みた。誤嚥後6時間で挿管全身麻酔施行。喉頭展開時に電池が視認できたためマギール鉗子で摘出した。引き続き施行した内視鏡検査で頚部食道から胸部食道にかけて全周性の粘膜変化を認め、3～10時方向にかけて黒色変化も認めた。翌日の内視鏡検査では、損傷した粘膜は白色に変化しており、剥脱した損傷粘膜の下に正常粘膜も認められた。摘出後48時間は挿管管理とし、3日より飲水開始、5日後に食事開始、7日後に退院とした。誤嚥後約1ヶ月で内視鏡再検したが食道炎は改善していた。リチウム電池誤嚥による食道炎の一例を内視鏡所見の継時的変化とともに報告する。

04 ミルクカード症候群の1例

1）名古屋市立西部医療センター 小児外科
2）同 外科
佐藤 陽子[1)2)]、榊原 堅式[1)2)]、寺田 満雄[2)]、
西川 さや香[2)]、上田 悟郎[2)]、鈴木 卓弥[2)]、
高嶋 伸宏[2)]、杉浦 弘典[2)]、幸 大輔[2)]、
杉浦 博士[2)]、三井 章[2)]、中前 勝視[2)]、
桑原 義之[2)]

ミルクカード症候群（以下MCS）とは腸管内で凝固したミルク塊を主成分とした便が原因で通過障害を来たす疾患である。今回、低出生体重児用ミルク（以下LBW）で栄養を行っていた超低出生体重児に発症したMCSイレウスに対して手術を施行した1例を経験した。症例は在胎22週3日、470gで出生した女児。母がALTA陽性であり、経腸栄養開始後よりLBWを使用していた。日齢21より排便がなく、日齢22に腹部右下腹部に便塊を触知した。その後徐々に腹部膨満が増悪、日齢24当科紹介となった。MCSと考え、ガストロやオリーブオイルによる注腸・胃管注入などで、便塊排泄も見られたが、イレウス所見が悪化したため、日齢34便塊除去および回腸瘻造設術を施行した。術後経過は良好で、術後5カ月時、腸瘻閉鎖術を施行した。超低出生体重児では消化管蠕動が未熟であるため、生後早期からのLBWの使用には注意が必要であると考えられた。

17 乳児期早期に呼吸障害で発症した稀な脊髄筋萎縮症の1例

金沢医科大学 小児外科
安井 良僚、河野 美幸、西田 翔一、
城之前 翼、里見 美和、桑原 強、高橋 貞佳

症例は生後3ヵ月、男児。在胎38週、出生体重2,060g。生後1ヵ月までは異常なかったが、1ヵ月半過ぎより体重増加不良、努力様呼吸が出現、さらに呼吸障害が強くなり生後3ヵ月で前医に入院。気管内挿管の上、補助換気を開始された。両側横隔膜挙上がみられ、横隔膜弛緩症による呼吸障害と診断され、手術目的に当科紹介となった。同診断のもと胸腔鏡下右側横隔膜縫縮術を施行したが、術後も呼吸障害は全く改善せず、人工呼吸器からの離脱は不可能であった。さらに上下肢の遠位筋優位の運動麻痺が出現し進行した。小児神経科医により、遠位筋優位の神経原性運動麻痺と診断され、経過から spinal muscular atrophy with respiratory distress type 1（SMARD）を疑い、遺伝子検査で確定診断に至った。本症例の経過やSMARDについて文献的考察を加え報告する。

18 逸脱した胸腔－羊水腔シャントチューブに対する胸腔鏡下抜去術：4例の経験

名古屋大学大学院 小児外科学
棚野 晃秀、田井中 貴久、檜 顕成、
城田 千代栄、横田 一樹、村瀬 成彦、
大島 一夫、白月 遼、千馬 耕亮、内田 広夫

胎児重症胸水に対して胸腔－羊水腔シャント造設術（TAS）施行後、胸腔内に逸脱したチューブを胸腔鏡下に抜去した4症例を報告する。

4症例は胎児胸水に対して在胎22週から31週にTAS施行後、胸腔内にシャントチューブが脱落していた。3例は生後呼吸器症状を呈せず、日齢14、78、102で摘出した。1例は生後胸水が増加し胸腔ドレーンを挿入後、日齢15で摘出した。術前CTにて異物の位置を確認後、3㎜ポート3本を用いて、人工気胸下に手術を行った。胸腔鏡で観察すると壁側胸膜と肺が広範に強固に癒着していた。癒着剥離後、チューブの摘出を試みたが、肺実質とも癒着していた。手術時間は中央値98分（72-241min）、出血量は中央値5㎖（1-26㎖）術中、術後に重大な合併症はみられなかった。

TAS施行後には胸腔内に広範な癒着が存在し、生後3ヶ月経っても癒着は改善していなかった。長時間の異物反応などを防ぐ意味も含めて、新生児期に胸腔鏡下に摘出する意義は十分にあると考えられた。

19 索状型の閉鎖を呈したA型食道閉鎖症

名古屋第一赤十字病院 小児外科
金子 健一朗、加藤 翔子、近藤 玲美

A型食道閉鎖症だが索状の閉鎖を呈し、新生児期に吻合が可能であった症例を経験したので報告する。患児は妊娠22週から食道閉鎖症が疑われた。40週5日に2,932gで出生し、多量の口腔分泌があり、胃管のcoil upで食道閉鎖症と診断された。単純写真で腹部ガス像がないため、A型として生後1日に胃瘻を造設した。胃は小さくA型として矛盾しなかった。生後12日に胃瘻造影をしたところ下部食道は長く、チューブで押した上部食道とoverlapした。生後15日に胸腔鏡手術を実施した。上部食道は奇静脈より尾側に到達し、下部食道とは索状物で繋がっていた。距離は問題なかったが、下部食道の粘膜の存在位置が予想より尾側で、かつ粘膜が脆弱だったため、吻合は難易度が高かった。術後6日目の造影で吻合は問題なく、経口哺乳は順調で、生後27日に胃瘻を閉鎖して退院した。

20 遺残した食道バンディングテープを経口食道内視鏡下に摘出したC型食道閉鎖症の一例

1）名古屋市立大学病院 小児・移植外科
2）名古屋市立大学大学院医学研究科 病態外科学講座 腫瘍・免疫外科学
高木 大輔[1)2)]、近藤 知史[1)2)]、中西 良一[2)]

症例は、在胎29週6日、1,150gで出生した女児。出生後まもなくC型食道閉鎖症と診断されたが、早産児・極低出生体重児であったため、食道バンディング術および胃瘻造設術を施行した。体重増加を待ち、日齢92に食道吻合術、日齢117にバンディング除去術を施行した。術後の上部消化管造影にて吻合部および腹部食道に狭窄を認め、単純CTにて紐の遺残を疑ったが、まずはバルーン拡張の方針とした。2回目のバルーン拡張時に食道狭窄部内腔にバンディングテープのわずかな露出がみられた。炎症所見がないため食道内からの摘出が可能と考え、バルーン拡張を繰り返した。食道内腔へのテープの露出は徐々に増強し、9回目の内視鏡にてテープを摘出することができた。摘出後にも炎症所見を認めず、通過障害は改善した。日齢356に退院となり外来通院中である。

21 食道閉鎖症根治術後乳び胸水の1例

1）浜松医科大学 小児外科
2）同 小児科
川原 央好[1]、松本 真理子[1]、小倉 薫[1]、
馬場 徹[2]、関井 克行[2]、大石 彰[2]、
飯島 重雄[2]

症例は35週6日に2,404 g で出生した男児。Gross C 型食道閉鎖症の出生後診断で、日齢1に根治術施行。術後に浮腫を呈し日齢13より胸水が100 mℓ近くまで増加した。日齢15の造影でリークはなく、母乳の胃瘻投与が開始された翌日に乳糜胸水と診断された。胸水が続くため日齢21にサンドスタチンを1 μg/kg/h で開始し、日齢30に10.9 μg/kg/h まで漸増した。日齢33日に胸水はほぼ消失し、日齢39日よりエレンタール PTM 投与を開始した。日齢28には正常であった肝機能検査値が日齢42に DB 2.3 mg/dℓ, GOT 129 IU/ℓ、GPT 57 IU/ℓと上昇した。日齢46に胸水の再貯留を認めたため経腸栄養を中止した。日齢50に MCT ミルク開始後は胸水の排出は認めず、日齢54に胸腔ドレーンを抜去した。日齢81頃から肝機能検査値は徐々に改善し、日齢92にサンドスタチンを中止し、母乳 / 粉ミルクの経口摂取を増量中である。

22 High flow nasal therapy により食道閉鎖術後縦隔気腫を発症したと考えられた1例

藤田保健衛生大学 小児外科
安井 稔博、宇賀 菜緒子、直江 篤樹、
渡邉 俊介、原 普二夫、鈴木 達也

【症例】 36週3日、出生時体重2,302 g、男児。胎児診断で食道閉鎖の可能性を指摘されていた。出生後、単純レントゲンで胃泡は認めたが、経鼻胃管チューブが気管分岐部レベルから進められず食道閉鎖症と診断し、同日緊急手術を行った。Bianchi の腋窩皺切開、胸膜外致達法にて上部食道盲端及び気管食道瘻（以下、TEF）を確認し、C 型食道閉鎖と診断し、一期的吻合を行った。術後48時間は鎮静下に人工呼吸管理とし、術後4日目に抜管。無気肺を認めたため、nasal high flow を装着し、呼吸管理を行った。その2日後、呼吸状態の悪化と右気胸を認めたため、再挿管し呼吸状態は安定したため、TEF の再開通は否定的であり、食道吻合部からの縦隔気腫と診断した。ドレナージを数回行い改善した。その後に何度か食道造影を行ったがリークは確認できなかった。文献的考察を加えて報告する。

23 保存的治療が無効であった、無脾症と腹部内臓逆位を伴う胃軸捻転の一例

あいち小児保健医療総合センター 小児外科
高須 英見、小野 靖之、住田 亙

2歳4ヶ月女児。無脾症、腹部内臓逆位、単心室症、総肺静脈還流異常で Glenn 術後。突然発症した腹痛・嘔吐にて前医を受診。胃軸捻転と診断され NG チューブによる胃の減圧を開始。第3病日に当院へ転院して保存的治療を継続したが捻転解除に至らず、第6病日、腹腔鏡下胃前方固定術を4ポートで施行した。胃は腸間膜軸性捻転を呈し、前庭部が胃体部の右側にはまり込んでいた。捻転を解除後、3-0非吸収糸にて胃前壁と腹壁を3針縫合固定した。十二指腸前門脈は放置。術後2ヶ月間、再発はない。

錯位（無脾もしくは多脾症候群）では、腸回転異常、十二指腸前門脈、胃軸捻転、食道裂孔ヘルニア等の消化管関連の異常を40% に合併するとの報告がある。重症心奇形の合併も多いため、錯位の患者には速やかに消化管の精査を行い、症例によっては循環動態の安定した時期に予防的手術の検討が必要となる。

24 胃軸捻転、腸回転異常術後に、腸重積を発症した1例

三重大学 消化管・小児外科
松下 航平、井上 幹大、志村 匡信、
大竹 耕平、内田 恵一、楠 正人

症例は、3歳男児。心疾患、内臓逆位、無脾症の診断で、当院小児科で follow されていた（抗凝固剤内服中）。腹部不快感、嘔吐を認め、前医を受診した。浣腸、制吐剤などを投与され、点滴加療を受けたが、症状改善なく、数日後、当院救急搬送となった。CT で急性胃軸捻転にともなう胃拡張を認め、当科紹介となり、NG tube にて減圧を行った。抗凝固剤内服を休薬し、数日後に手術を施行した。腹腔鏡下に手術を行い、腸回転異常がみられたため、胃固定術、腸間膜癒着剥離、虫垂切除術などを施行した。術後2日目より経口摂取を再開したが、麻痺性腸閉塞と思われる症状が継続し、経口摂取が進まなかった。腹部症状が遷延するため、術後8日目に注腸造影を施行すると、小腸－結腸型の腸重積を認めた。非観血的整復術にて整復可能で、浮腫状の回盲部を認め、先進部と考えられた。徐々に経口摂取を開始したが、腸重積の再発なく、経過良好で退院となった。

37 腹腔鏡補助下鎖肛根治術を施行した男児高位鎖肛の２例

1）福井県立病院 外科・小児外科
2）和歌山県立医科大学 小児外科
3）公立松任石川中央病院 小児外科
石川 暢己[1)]、加藤 嘉一郎[1)]、服部 昌和[1)]、
窪田 昭男[2)]、大浜 和憲[3)]

【はじめに】高位鎖肛に対しては近年腹腔鏡補助下鎖肛根治術が多くの施設で行われている。Pull through 経路は挙肛筋群を明らかにし筋刺激による収縮中心を同定することにより適切となると考えられるが、一方で直腸尿道瘻の処理に工夫が必要とも報告されている。

最近１年間に２例の高位鎖肛症例を経験したので術中画像を中心に提示する。

【症例提示】症例は男児２例でいずれも出生翌日に横行結腸に人工肛門を造設し、生後４か月目に根治術を施行した。直腸尿道瘻の処理の位置は、１例は腹腔鏡で瘻孔内腔を観察しつつ尿道カテーテルを動かすことにより推定、１例は腹腔内より細径のカテーテルを瘻孔に挿入し且つ尿道鏡観察を併用して確定した。挙肛筋群辺縁や収縮中心は、１例は肛門側からの筋刺激により、１例は腹腔鏡用の筋刺激装置を用いて明瞭となり pull through 経路の入口側が正確に把握できたと考えられた。

38 新生児期の Non-neurogenic neurogenic bladder の１例

あいち小児保健医療総合センター 泌尿器科
久松 英治、吉野 薫

Non-neurogenic neurogenic bladder（NNNB）とは、神経系・尿路系に解剖学的異常がないにも関わらず、重度の排尿障害を認める疾患である。典型的には学童期に認め、後天的な病態と考えられている。今回、新生児期の NNNB を経験したので、報告する。在胎25週に膀胱拡張を指摘された。羊水過少なし。出生後の超音波検査で心窩部まで達する膀胱拡張と両側水腎水尿管（SFU grade Ⅳ）を認めた。後部尿道弁を疑われて、尿道カテーテルを留置された。その後、精査加療目的に当院へ転院となった。排尿時膀胱尿道造影では下部尿路通過障害はなかった。カテーテル抜去後、自排尿はなく、間欠導尿が開始された。腰仙椎 MRI では異常所見を認めなかった。現在、間欠導尿（6回 / 日）と抗コリン薬による管理で、上部尿路の拡張の悪化はなく、腎機能も落ち着いている。

39 胎児超音波検査にて陰嚢内の嚢胞性病変を指摘された尿道憩室の一例

富山県立中央病院 小児外科
岡田 安弘、山崎 徹

【症例】在胎34週の妊婦検診時、胎児の陰嚢内に径2.4㎝の嚢胞性病変を指摘され当院産科へ紹介。その後の検診では嚢胞性病変の増大はなく、在胎39周2日に出生。生後5日目に施行した排尿時膀胱尿道造影にて尿道から線状にのびる瘻孔と球状の嚢胞が造影された。外来にて経過観察後、生後6か月時に手術を施行。尿道膀胱鏡下には尿道内の瘻孔開口部の同定は困難であった為、陰嚢縫線に沿って2㎝程度の縦切開を置き、嚢胞および瘻孔を同定。瘻孔よりガイドワイヤーを挿入し観察したところ、精丘左側に尿道壁を斜走して開口する瘻孔が同定可能であった。瘻孔を尿道内の開口部近傍まで可及的に剥離し、根部を2重結紮した上で嚢胞と一塊に摘出。病理検査では瘻孔の内腔に尿路上皮を認め、尿道に連続した上皮性嚢胞性腫瘤の組織像より尿道憩室と診断した。

40 胎児腹腔内巨大腫瘤を呈した水尿管症の2例

長良医療センター 小児外科
鴻村 寿、安田 邦彦、水津 博

症例1は在胎24週に胎児USにて右MCDKと腹腔内巨大腫瘤を指摘され、蛇行した拡張腸管様構造を伴ない小腸閉鎖が疑われた。在胎37週2日3,044gで出生したが著しい腹部膨満があり呼吸障害を認め酸素投与を要した。出生当日の腹部Xpにて腸管ガスは直腸まで通じて小腸閉鎖症が否定された一方で腹部大部分に無腸管ガス領域を認めた。US及びCTでは左腹部～下腹部を中心とした最大径11㎝の巨大嚢胞が確認された。生後7日目に開腹術とし右MCDKと水尿管を確認して摘出術施行した。

症例2は他院にて在胎20週に胎児USにて腹腔内巨大腫瘤を指摘され水尿管症が疑われた。在胎37週3日4,299gで出生。著しい腹部膨満があり呼吸障害を認め酸素投与を要した。US及びMRIにて腹腔内の大部分を占拠した巨大腫瘤（水尿管）と多嚢胞性の右腎が確認された。前回の経験を踏まえて生後1か月以降での腎RI検査を予定して現在待機中である。

第49回日本小児外科学会東海地方会
第45回日本小児外科学会北陸地方会
プログラム・抄録集

会　長：漆原　直人（第49回日本小児外科学会東海地方会）
　　　　河野　美幸（第45回日本小児外科学会北陸地方会）

事務局：静岡県立こども病院　小児外科
〒420-8660　静岡市葵区漆山860
TEL：054-247-6251　FAX：054-247-6259
E-mail：ch-surgery@i.shizuoka-pho.jp

出　版：株式会社セカンド
〒862-0950　熊本市中央区水前寺4-39-11　ヤマウチビル1F
TEL：096-382-7793　FAX：096-386-2025
http://www.secand.jp/