

症例は68歳、女性。主訴：腰部から左側腹部、左鼠径部にかけての激痛、高熱。既往歴：高血圧。27歳時尿管結石で開腹手術。33歳時帝王切開。糖尿病や外傷はなし。総義歯。現病歴：平成21年5月1日腰痛出現。近医で腰椎すべり症と診断され鎮痛剤処方も改善せず。5月9日腹痛が生じ、県立中央病院救急外来受診。CTで左腸腰筋膿瘍、腹部大動脈終末部周囲のLDAを認め、胸部外科入院。WBC 23200, CRP 26.8。IPM/CS開始。血液培養でグラム陽性球菌検出されVCMも開始。経過中、痛みは突発的であった。5月15日CT撮影し、腹部大動脈終末部に仮性瘤を認めたため、同日当院に搬送となる。来院時38.9度の発熱。CTで腎動脈下腹部大動脈右側前面より左内外腸骨動脈周囲にかけて左腸腰筋に隣接した巨大な膿瘍腔を認めた。径は9.3×5.0×16.7cm。多房性で壁は厚く内部にairを伴っていた。また腹部大動脈終末部より1.3cm頭側に8mm大、左総腸骨動脈起始部に3mm大の仮性瘤と考えられる突出を認めた。心エコーはARを中等度認めるが、vegetationは認めなかった。降圧加療及び抗生剤(IPM/CS, VCM)を継続し、WBC 9700, CRP 10.65に改善。5月22日手術施行した。麻酔導入後、ダブルJカテーテルを両側尿管に留置。8mm GORE-TEX ePTFE Graftで右腋窩—両側大腿動脈バイパス術試行後、開腹し腹部大動脈及び両側総腸骨動脈を離断・結紮。左腸腰筋膿瘍腔内に大網充填を行った。仮性瘤と考えられた突出は、血管が膿瘍で囲まれたために、血管壁性状が脆弱化して外側に突出して生じた感染性瘤と考えられた。腸管浮腫が著明であり閉腹不可能であり、VAC療法とした。この方法は、約2cm間隔に小孔を開けた塩化ビニールシートを腸管の上に敷き、ミクリツガーゼをのせ、24Frブレイクドレーンを置き、その上にイソジンドレープで両面を覆った(腸管側には小孔が2~3cm間隔である)パッチをあて皮膚に縫合、ドレーピングしてエアタイトの状態として、強陰圧で持続吸引した。腹腔内洗浄を5月26日、6月4日、6月15日(気管切開術も併施)、6月24日に行い、徐々にパッチ幅を小さくし、7月3日ゴアテックスシートを

用いて閉腹した。7月7日人工呼吸器より離脱。経過中、抗生物質(VCM, β ラクタム系)や造影剤アレルギーによる著明な全身発赤が生じたが改善。MRSA敗血症でLZD内服を要したが、現在は中止しMINO内服で発熱なく、炎症所見は認めていない。血液培養は5回陰性。腸腰筋膿瘍からの培養はMSSAであった。42日間開腹状態であったが、腹腔内感染は生じなかった。CTでグラフトは開存し、新たな膿瘍の出現は認めていない。10月16日退院となった。

【結語】VAC療法はACS回避だけでなく腹腔内感染回避にも有効であった。また腸腰筋膿瘍に伴う感染性動脈瘤は致死率の高い疾患であるが、生存退院可能であった。若干の文献的考察を含めて報告する。

13 コラーゲン注入法による豊胸術後に発生した乳癌の1例

小海 秀央・及川 明奈・高久 秀哉
長倉 成憲・鈴木 俊繁・斉藤 英俊

水戸済生会総合病院外科

43歳女性。コラーゲン注入法による豊胸術を施行し約2年後に左乳房の腫瘍が出現。急速増大、疼痛がみられ、他院にて乳腺膿瘍を疑われ穿刺や切開が行われたが排膿なく、当科受診した。左CA領域に5cm大の腫瘍を認め、超音波検査はアーチファクトが強く診断困難。CTで辺縁が高濃度で内部が低濃度の腫瘍として描出されたため、乳腺膿瘍の術前診断で核出術を行った。病理検査にて浸潤性乳管癌、充実性腺管癌と診断された。術後のMRIにて左残存乳房内に1.4cm大の早期に造影効果を伴う腫瘍を認め、初回手術の2ヵ月後に胸筋温存乳房切除術、腋窩リンパ節郭清を施行した。切除標本の病理検査にて組織型は初回と同様であった。豊胸術後乳癌の術前診断は容易でなく、進行例が多い。