

を重ね、内視鏡的治療困難例、手術不能な超高齢者等のいわゆる胆道アプローチ困難症例に対する胆管結石治療の一選択肢になると思われるので報告する。

【方法】PTCD・PTGBD ルートは内瘻後に10Frまで拡張し細経胆道鏡で胆管内を観察。十二指腸への排石を容易にするため経皮的に十二指腸乳頭をバルーン・ダイレーターにて拡張。結石が大きい場合はEHLによる碎石を胆道鏡下に施行。結石は広径バルーン・カテーテルにて十二指腸へ押し出す。この際、細い径のバルーン・カテーテルの腰を補強する目的で金属製のコイル・ワイヤー・シースを挿入しておく。最近5年間の症例に関しては最短4日、平均10.6日でtube抜去が可能である。

23 摘脾後に脾動静脈瘻を形成した1例

角南 栄二・黒崎 功*・畠山 勝義*
白根健生病院外科
新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器・一般外科分野*

症例は78才、女性

【既往歴】1996年より統合失調症のため他院入所中。2002年9月特発性脾臓破裂による腹腔内出血のため当院にて脾臓摘出術施行。

【主訴および現病歴】2006年6月腹部USにて脾静脈拡張を指摘され同7月当科紹介。腹部CT/MRIにて左上腹部に、脾静脈と連続する ϕ 7cm大の腫瘤を認め脾静脈瘤と考えられた。同8月手術施行。前回処理した脾動静脈断端に ϕ 7cm大のスリルを伴う血流豊富な腫瘤を認めた。術中エコーで動脈性の血流を確認、脾動脈を遮断したところ血流も遮断されたことから脾動静脈瘻と診断した。脾動静脈をそれぞれ血紮切離し瘻孔を摘出した。

【まとめ】摘脾後の血管処理部位断端に動静脈瘻を形成した稀な1例を報告する。

24 後腹膜原発の巨大血管腫破裂例に対する緊急肝右葉切除

黒崎 功・皆川 昌広・北見 智恵
飯合 恒夫・岡村 拓磨・高野 可赴
畠山 勝義・富田 広*
近 幸吉**

新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器・一般外科分野
県立坂町病院外科*
同 内科**

各種病態下における肝破裂に対しては昨今経動脈的塞栓術が適応される場合が多い。しかし、塞栓術が無効な場合や時間的余裕がない場合、緊急肝切除は唯一の治療手段となる。緊急肝切除では出血性ショックなどのために迅速な出血コントロールと肝切除の履行が重要である。本報告では巨大血管腫破裂例に対する、自動縫合器・Hanging maneuverを用いた緊急肝右葉切除の1例についてその手技をビデオにて報告した。

症例は65歳男性で、急速に増大する巨大肝血管腫として当科紹介。直ちに入院したが同日に外傷性刺激にて破裂、失血性のショック状態となった。直ちに手術室に搬送、手術を開始した。皮切後約20分でTotal vascular exclusionを施行し、Hanging maneuverのための肝テーピングおよび肝門処理から肝切離終了まで計40分であった。しかし、血管腫は後腹膜原発（右副腎）であり、さらに右・右下肝静脈を処理、怒張した副腎動脈を下大静脈背側で切離。皮切から90分で病変を摘出した。

II. 特別講演

最新の胆道3Dイメージと肝門部胆管癌手術

千葉県がんセンター センター長
竜 崇 正

MDCTによりボクセルレベルでのボリュームデータが得られるようになったことと画像解析ソ