鏡で全例破裂の恐れある静脈瘤は消失した．

【考察】門脈圧亢進症患者は，易出血性であるが，食道胃静脈瘤に対する用手補助下腹腔鏡手術は開腹手術と同等に出血リスクを回避でき，同等な治療効果が期待できる有効な手術手技と考えられる．また用手補助下腹腔鏡手術は開腹手術に比し，peritoneal damage を減じる効果があり，術後周術期の経過を改善するものと期待できる．

6　臍帯内にメッケル憩室が脱出・穿孔していた臍帯ヘルニアの1例

奥山　直樹・窪田　正幸・平山　　裕
新潟大学大学院小児外科分野

今回，メッケル憩室が脱出した臍帯ヘルニアであり，臍帯内にて憩室が穿孔していた希な症例を経験した．尖頭，脳室拡大を認め出生前に当院へ紹介となった．在胎35週6日に緊急帝王切開となった．尖頭と合指症を認めApert症候群と診断され，更に臍帯ヘルニアを認めた．臍帯の中に腸管と血管，一部胎便の漏出が認められた．臍帯ヘルニア壁を根部で切開し内部を観察すると，先端が盲端となっている消化管と，一部穿孔を認めた．この消化管を根部へ剥離すると，これはメッケル憩室であり，根部で楔状に切除し，断端は直接縫合閉鎖した．術後経過は良好である．腹部はscar less woundを得られた．メッケル憩室合併の再ヘルニアは極めてまれな症例であり，Apert症候群との合併は過去に報告がない．

7　腸間膜捻転をきたした腸間膜原発リンパ管筋腫症の1例

金田　　聡・広田　雅行
長岡赤十字病院小児外科

症例は13歳，男性．2週間前，腹痛にて近医入院し保存療法を行うも改善せず．CTで腹腔内嚢腫を指摘され当科に紹介された．当科入院時，腹痛は下腹部が中心で圧痛を認めるが腹膜刺激症状はない．（WBC 3900，CRP 0.05以下）CTにて骨盤腔内に腸間膜由来と考えられる径13cmの多房性嚢胞を認めるとともに，腸間膜捻転に伴うSMVの閉塞と末梢静脈のうっ滞を認めたため，緊急手術を施行した．嚢腫は骨盤腔に落ち込み，小腸はSMA根部から時計方向にほぼ360度捻転していたが，血行障害はごく軽度であった．捻転を解除した後に，嚢腫が空腸に接しているため小腸合併嚢腫切除・小腸吻合を行った（Treitz靱帯から20cm）．病理診断はリンパ管筋腫症であった．術後経過は良好である．

8　鎖肛を伴わない直腸前庭瘻の1例

近藤　公男・大澤　義弘
太田西ノ内病院小児外科

症例は5歳，女児．生後1ヶ月時に会陰部からの排便を指摘され当科受診した．肛門は正常部位に認めたが前庭部に瘻孔あり，同部より排便を認めた．鎖肛を伴わない直腸前庭瘻と診断し，自然閉鎖を期待し外来フォローアップの方針とした．瘻孔からの排便は間もなく消失し排ガスのみとなったが，瘻孔は閉鎖せず，手術適応と判断した．瘻孔から直腸までゾンデを通した後ゾンデにそって瘻孔前壁を切開した．瘻孔後壁の粘膜を肛門まで剥離し肛門に縫合した．術後経過は良好で，術後3ヶ月の現在，再発は認めない．比較的稀な症例とおもわれ報告する．

9　ロキタンスキー症候群（12歳）に発症した卵巣茎捻転の1手術例

内山　昌則・村田　大樹・大野　正文*
県立中央病院小児外科
同　産婦人科*

症例は12歳女児で，主訴は腹痛，排尿痛，発熱．数日前より腹痛あり近開業医を受診し抗生剤の投与を受けたが腹痛が増強し発熱もみられ，炎症所見あるため夕刻過ぎに紹介受診．腹部所見で下腹部全体の圧痛があり硬く筋性防衛あり腹膜刺激所見がみられた．腹部エコーで骨盤腔に腫瘍像がみられ子宮水瘤，卵巣腫瘍も考慮され緊急MRIを施行．腫瘍は卵巣で径8 cmに腫大し茎捻転で出

血性梗塞．また子宮および膣の欠損が指摘され会陰所見と合せロキタンスキー症候群と考えられた．

緊急手術を施行．左下腹部横切開，左卵巣が捻転し腫大し黒色に変色，すでに出血・壊死に陥っており切除．右卵巣はやや大きめで存在．病理で卵管組織は残存し卵巣組織はみいだされず壊死・凝血塊そのものであった．

術後経過は良好で3日目に水分開始し7日目に退院した．染色体検査では46XXの女性型であった．

ロキタンスキー症候群は原発性無月経が主症状で，会陰部外観はほぼ通常の女性形態（膣口はあっても盲端あるいは小陥凹）で，卵管・卵巣は正常だが子宮，膣を欠損する症候群である．本症候群で小児期に卵巣腫瘍や卵巣茎捻転で発症する例はまれであり報告した．

10 第5大動脈弓遺残に合併した大動脈弓離断症の1手術例

渡邉 マヤ・若林 貴志・白石 修一
高橋 昌・渡辺 弘・林 純一
渡辺 健一*・沼野 藤人*
長谷川 聡*・鈴木 博*
新潟大学大学院呼吸循環外科学分野（第二外科）
同 小児科*

症例は5歳，女児．尿潜血，高血圧を指摘され当院小児科受診．両側足背動脈触知困難であり大動脈縮窄症を疑われた．精査の結果，左第5大動脈弓遺残，大動脈弓離断症（type A）と診断された．第5大動脈弓と下行大動脈合流部に高度の狭窄を認めた．狭窄部の圧較差は36mmHg，術前のABIは0.60であった．手術は左側開胸で施行し，第4大動脈弓部-下行大動脈間に14mmの人工血管をinterposeした．術後のABIは1.06であった．第5大動脈弓遺残に合併した大動脈弓離断症の1手術例を，文献的考察を加えて報告する．

11 イレウス症状を呈した両側腸骨動脈瘤の1例

杉本 愛・中澤 聡・大久保健志
前田 知世・本橋 慎也・羽賀 学
高橋 善樹・金沢 宏
新潟市民病院心臓血管外科

症例は76歳，男性．数か月前から便秘，1日前から食欲不振が出現．近医のCTで両側腸骨動脈瘤を指摘され当科紹介．

来院時切迫破裂徴候なし．腹部は膨隆，腸蠕動微弱で経過中排便なし．造影CTで4 cm大の両側総腸骨動脈瘤，7 cm大の両側内腸骨動脈瘤と，それに挟まれた腸管を認めた．注腸造影で上部直腸が両側性に狭窄，大腸内視鏡で腸管が壁外性に圧排されており両側内腸骨動脈瘤による上部直腸閉塞と診断，開腹手術の方針とした．

腹部正中切開で開腹．S状結腸終末部から上部直腸が癒着し，同部位が両側内腸骨動脈瘤の隙間に圧排されていた．癒着剥離して腸閉塞を解除し，Y型人工血管置換，両側内腸骨動脈瘤は縫縮した．両側内腸骨動脈瘤によるイレウス症状を呈した一例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．

12 腹部コンパートメント症候群（ACS）と腹腔内感染の回避目的のvacuum assisted closure（VAC）療法の有用性 — 感染性腹部大動脈瘤手術の経験から重症腹部外傷手術からの応用 —

上原 彰史・佐藤 正宏・佐藤 裕喜
滝澤 恒基・杉本 努・山本 和男
吉井 新平・春谷 重孝
立川メディカルセンター立川綜合病院心臓血管外科

【はじめに】近年，腹部大動脈瘤破裂術後のACS回避のためVAC療法の有用性が報告されている．また大量出血を伴う重症腹部外傷手術や重症汎発性腹膜炎等の腹部外科疾患術後のACS治療でのVAC療法も報告されている．今回我々は，ACS及び腹腔内感染回避にVAC療法が著効した，腸腰筋膿瘍を契機とする感染性腹部大動脈瘤＋左総腸骨動脈瘤の症例を経験したので，報告する．