

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

渡邊 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、女兒。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4cm大の両側総腸骨動脈瘤、7cm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総合病院  
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。

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,  $\beta$ 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年後に左乳房の腫瘤が出現。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大の腫瘤を認め、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瘤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瘤を認め、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。