

の止め具の一部を誤飲した。同日近医を受診し、腹部X線写真を撮影したところ消化管内に異物がみられ、自然排泄を期待して経過観察となった。しかし1週間経っても自然排泄が無く他院に紹介となり経過観察が続けられたが、14病日の腹部X線写真において異物の移動が見られず当科紹介受診となった。当院初診時の腹部X線写真において、右下腹部にφ5mm程度のU字型のX線不透過な異物を認め、注腸透視で虫垂内異物が強く疑われた。このため、28病日に待機手術として開腹手術を行った。異物の存在場所の確認に術中イメージを使用した。異物は虫垂に入り込んでおり、虫垂切除術を施行した。得られた標本を切開してみると、異物は便に混じって虫垂内に存在し、虫垂壁の一部に異物によると思われる粘膜の発赤が見られた。

8 切除胆嚢に悪性組織様所見が認められた先天性胆道拡張症の1例

平山 裕・窪田 正幸・奥山 直樹
小林久美子・佐藤佳奈子・長谷川 剛*
内藤 眞*・西倉 健**
味岡 洋一**

新潟大学大学院小児外科学分野
同 分子細胞病理学分野*
同 分子・診断病理学分野**

4才女児の先天性胆道拡張症症例(紡錘型/胆管合流型/戸谷Ⅳ-A)において、切除標本の病理診断において、悪性度の判定に苦慮した1例を経験した。胆嚢・胆嚢管上皮において全体的な過形成性変化があり、表層粘膜に乳頭状から鋸歯状を呈する再生変化も認めた。粘膜底部には篩状の増生パターンも認め、更に複数箇所粘膜周囲リンパ管に浸潤を疑わせる所見が散見された。免疫染色、及び他施設の複数の病理医と詳細な検討を行った結果、最終的に反応性過形成の範囲内(非腫瘍性)であると診断し、リンパ管内の所見も非常に増殖能の強い過形成上皮の迷入であると結論した。現在術後1年が経過したが、画像上転移性病変を認めず、また腫瘍マーカーも正常範囲内で推

移している。膵・胆管合流異常症に伴う過形成上皮が、時に侵襲性組織像を有する症例が存在し、前癌病変か否かは今後の検討課題である。

9 胎児診断で疑われ帝王切開による出生後、診断に迷う所見を示した十二指腸閉鎖症の手術治療例

村田 大樹・内山 昌則・長谷川正樹*
武藤 一朗*・青野 高志*・岡田 貴幸*
須田 昌司**・丸山 茂**
添野 愛基**

県立中央病院小児外科
同 外科*
同 小児科**

患児は胎生37週で出生の男児。胎生33週の胎児エコーにて2泡性像が認められ、十二指腸閉鎖が疑われていた。しかし36週には消失しており、一過性の腸通過障害と考えられた。出生時の全身状態は良好で腹満はなかった。しかし出生7時間後腹満を認めるようになり、Xpで2泡性像及び小腸ガス像を認め、上部消化管造影では十二指腸下行部より下部消化管への造影剤の流出を認めなかった。十二指腸閉鎖症と診断し緊急手術にて十二指腸ダイヤモンド吻合を行った。胆汁は肛門側より流出を認めた。術後経過は良好であった。文献では十二指腸閉鎖症において副膵管から主膵管を通過して下部消化管に空気が通過し腸管ガスが存在する症例は散見され、本症例も同様かと思われた。

10 広汎小腸壊死を続発した結腸閉鎖症の1例

近藤 公男・大澤 義弘

太田西ノ内病院小児外科

症例は日齢1の女児。39週3日、3405g、自然分娩で出生。胆汁性嘔吐、腹満あり、当院入院。回腸閉鎖を疑い同日開腹した。上行結腸に膜様閉鎖を認め、カテーテル盲腸瘻を造設した。術中小腸に軽度の血行障害を認めたが、腸回転異常や軸捻転の所見はなく、腸管の脱転や低体温などによる

一時的な変化と判断しそのまま閉腹した。術後5時間頃よりショック状態となり、腸瘻カテーテルより出血を認め、緊急再開腹を施行。空腸から結腸閉鎖部まで広汎な壊死を認め、空腸10cmを残し切除した。術後高カロリー輸液管理中7ヶ月時に肝不全で失った。初回開腹直後は腸管の血行障害は認めなかったことより、腸管脱転などの操作中に上腸間膜動脈もしくは静脈の根部付近で血行障害をきたし、広汎小腸壊死に至ったものと推測した。その原因としては上腸間膜動静脈の血栓症、低形成等が考えられた。

11 特発性縦隔気腫の2例

渡邊 マヤ・大関 一・青木 賢治
 県立新発田病院心臓血管外科・
 呼吸器外科

〔症例1〕14歳、女性。2006年4月に左自然気胸に対して胸腔鏡下肺切除術を施行している。同年9月体育祭中に呼吸苦が出現し受診。特発性縦隔気腫の診断で入院した。安静にて症状は軽快し退院した。

〔症例2〕21歳、女性。2004年妊娠7週時に特発性縦隔気腫を発症している。2005年6月妊娠10週、妊娠悪阻に伴う頻回の嘔吐後に胸痛、呼吸苦が出現し受診。特発性縦隔気腫の診断で入院した。安静にて症状は軽快し退院した。妊娠初期に特発性縦隔気腫を繰り返し発症した極めて稀な症例である。

若年者の突然の胸痛、呼吸苦の鑑別として特発性縦隔気腫は留意すべき疾患の一つである。

12 CABG術後の弓部大動脈瘤切迫破裂に対し左開胸で手術した1例

榊原 賢士・山本 和男・杉本 努
 上原 彰史・三島 健人・飯田 泰功
 吉井 新平・春谷 重孝
 立川総合病院心臓血管外科

症例は75才、女性。平成15年不安定狭心症に対し、CABG(LITA-Dx RITA-LAD SVG-

RCA-PL)を施行された。平成18年8月ころから胸痛が出現、9月胸部Xpで左第1弓の拡大をみとめた。2週後のXpで陰影がさらに拡大したため、CTを撮影したところ、弓部大動脈瘤切迫破裂の所見であった。上行大動脈、瘤前面に2本のグラフトが走行しており、正中切開では、グラフト損傷のおそれが高いため、左開胸でアプローチ、大腿動静脈送脱血、PA、LAベントで体外循環を確立、直腸温20度で循環停止下に瘤を切除、大動脈内腔よりプレジエット付きnon-everting mattress sutureをかけ、人工血管を使用したパッチ形成術を行い、術後経過良好であった。

13 感染性心内膜炎で左室-大動脈間に仮性瘤を形成した1例

浅見 冬樹・曾川 正和・竹久保 賢
 名村 理・林 純一・木村 新平*
 小玉 誠*・相澤 義房*
 新潟大学大学院呼吸循環外科学分野
 同 循環器内科*

症例は37歳、女性。29歳時に大動脈弁置換術(生体弁)既往。2006年9月第3子妊娠。この時の心エコー上圧格差100mmHgであったが放置されていた。9月26日頃より発熱、9月30日前医入院。腎不全、DICであり、経食道心エコーで明らかな疣贅を認めた。腎不全、DICは改善するも感染のコントロールつかず、10月3日右不全片麻痺出現、脳出血発症。10月6日には房室ブロックとなり、一時ペーシング開始。当院紹介転院。血液培養で黄色ブドウ球菌。10月10日手術施行。生体弁は疣贅が著しく付着。左室流出路は断裂し仮性瘤となっていた。生体弁、流出路を切除、郭清し、ウマ心膜で流出路再建、機械弁で人工弁置換した。1病日呼吸器離脱。順調に経過していたが、術後CTでは再び左室流出路仮性瘤となっており、今後の治療を検討中である。