

腫 Stage IVs と診断した。乳児神経芽腫プロトコール RegimenD2 (×1/3) に準じ、第1病日に VCR, CPM を投与し、第2病日に 3Gy の肝照射を行った。第4病日には肝腫大の軽減を認め、第5病日に THP-ADR と 1.5 Gy の照射を追加した。その結果 Tumor lysis syndrome を併発し、さらにアシドシスの進行から肺高血圧・肺内右左シャントを合併し、最終的に敗血症により第7病日に死亡した。剖検所見では、副腎及び肝に浸潤性に花冠細繊維型の神経芽腫と多量のグラム陰性桿菌を認めた。本症は Overtreatment で結果的に死亡した症例であるが、新生児期発症の Stage IVs 症例は必ずしも予後良好とは言えず、治療に難渋することも多い。本症例の反省点を含め文献的考察を加えて報告する。

9) 他の消化管閉鎖を合併した食道閉鎖症の2例

奥山 直樹・山際 岩雄  
大内 孝幸・杉本 努  
高橋 令子・加藤 博久 (山形大学)  
島崎 靖久 (第二外科)

他消化管閉鎖症合併の食道閉鎖症 (EA) 2 例を経験した。症例1は EA に十二指腸閉鎖症 (DA) を合併、出生当日まず胃瘻作成、DA 根治手術を施行、翌日 EA 一次的根治手術施行した。症例2は EA, 十二指腸狭窄症 (DS), 鎖肛, 多指症, 脊椎奇形を認め、VATER 症候群と診断した。出生当日胃瘻作成せず、EA 一次的根治手術、生後1日に DS 根治手術、及び人工肛門を作成した。

当科は EA に対し胃瘻作成なしの一次的根治手術を基本術式とするが、症例1は胃液、胆汁の逆流を認め、胃の減圧を第一に考え胃瘻作成した。症例2の鎖肛は病型診断不可能であった。他消化管奇形合併鎖肛の大半が高位型との報告があり、病型不明のまま人工肛門を作成した。2例とも術後経過良好である。

10) 発作性上室性頻拍で発症し、多発性心臓内腫瘍を合併した結節性硬化症の一例

沼野 藤人・小田切徹州  
山崎 肇・吉田 宏 (鶴岡市立荘内病院)  
伊藤 末志 (小児科)

発作性上室性頻拍を契機に結節性硬化症と診断した新生児例を経験した。頻拍発作を繰り返し、心エコーで多発性心臓内腫瘍を認めた。その存在から頭部 CT を施

行したところ、多発性脳室上衣下結節を認め、結節性硬化症と確定診断し得た。現在、患児の全身状態は安定しているが、心臓腫瘍の一つが右室流出路にあるため、肺動脈狭窄をきたしており、その嵌頓が懸念される。さらに、本症は各臓器での腫瘍性病変の出現年齢が異なっており、今後の症状の出現、進展に十分注意する必要がある。

11) 大動脈縮窄症の手術における誘発電位モニタリング—脊髄障害による対麻痺予防のための試み—

高橋 昌・渡辺 弘  
羽賀 学・篠原 博彦 (新潟大学)  
林 純一 (第二外科)  
佐藤 誠一・矢崎 諭  
桑原 厚 (同 小児科)  
飛田 俊幸 (同 麻酔科)

大動脈縮窄症手術後の虚血性脊髄障害は、重大な術後合併症である。しかし、新生児、乳幼児に対する術中脊髄障害のモニタリングは未だ確立されていない。そこで術後対麻痺の危険が高い側副血行路の乏しい症例に対して、我々の施設では術中に体性感覚誘発電位 (SEP), 運動誘発電位 (MEP) のモニタリングを試みている。今回、誘発電位モニタリングが有効であったと思われる興味深い症例を経験したので報告する。症例は4カ月男児。出生直後から多呼吸認め、大動脈縮窄症、心室中隔欠損症の診断で当科紹介入院した。大動脈の単純遮断による縮窄解除術中に SEP, MEP とも完全に消失したため、急ぎ遮断解除、再還流を行い SEP, MEP の回復が確認され、術後対麻痺の発症を認めなかった。大動脈縮窄症手術時の虚血性脊髄障害の指標として、誘発電位モニタリングの有用性が示唆された。

12) 胎児母体間輸血症候群に ABO 血液型不適合を合併した1例

白田 東平・鳥越 克己  
沼田 修・佐藤 尚  
鈴木 博・樋浦 誠 (長岡赤十字病院)  
井埜 晴義・金子 詩子 (小児科)  
須藤 寛人・児玉 省二  
安達 茂實・安田 雅子  
網倉 貴之・萬歳 淳一 (同 産婦人科)

症例は第2子男児。在胎38週3日、2,570g, Apgar 5分7点、誘発分娩にて出生した。全身蒼白、Hb 5.7g/dl と高度の貧血を認め NICU 入院した。母体血中のへ