

11 術前経管栄養が可能であった十二指腸狭窄症の1例

近藤 公男・大澤 義弘・有賀 裕道*
生井 良幸*

太田西ノ内病院 小児外科
同 小児科*

症例は男児。妊娠30週4日に臍帯血流が途絶したため同日緊急帝王切開となり、1,237gで出生した。日齢0から胃管より母乳注入を開始したが胃残が多く、注入量を増やすことが困難であった。消化管通過障害を疑い、日齢5に消化管造影を施行し、十二指腸狭窄症が疑われた。日齢8に5FrのEDチューブを十二指腸球部に留置、造影で通過良好であったため、母乳注入を再開した。以後体重増加良好で、日齢54、体重2,185gで開腹術を施行した。十二指腸に2ヵ所の膜様狭窄を認め、それぞれに膜切除術を施行した。術後経過は良好であった。

【考察】十二指腸狭窄症の多くは十二指腸閉鎖症と同様の経過をとるとおもわれる。本症例は2ヵ所の膜様狭窄にも拘らず経管栄養が可能だった点が特異的であるとおもわれた。

12 新生児期（生後13日）に手術したIcyst型胆道閉鎖症の1例

内山 昌則・村田 大樹・斉藤 朋子*
篠原 健*・須田 昌司*

県立中央病院 小児外科
同 小児科*

出生前診断で33週より腹部嚢胞性病変を指摘されていた。開業医で出生し当院NICUに搬送された。36週4日・生下時体重2,150g・AP：9/10、TB 10.7・dB 1.7で、エコーで総胆管の拡張があったが胆嚢は小さく肝内胆管の拡張はなかった。生後0日で胎便の排出あったが、生後2日目より便がうす黄色～クリーム色となった。CTで総胆管の拡張あり、総胆管拡張症として胆嚢造設術を施行した。胆嚢は径5mmと小さく

胆汁の排泄はなかった。その後も胆嚢より胆汁排出はなく、造影所見で造影剤は拡張総胆管に流れた。便は薄黄色でTBは7.3となったがdBが3.0と上昇し、経過・画像所見を考慮し胆道閉鎖症を考え、生後13日目に手術した。胆嚢・総胆管造影では明らかな十二指腸への排出はなく、上部は肝管と左右主胆管が造影された。胆道閉鎖症と診断し、胆嚢・総胆管切除、肝管空腸吻合ルーY術を施行した。拡張総胆管内液のTB 1.5、dB 0.9、アミラーゼ0で胆汁とはいえず膵液の逆流もないと判断した。また肝臓は小葉間門脈域が線維性に拡大し偽胆管が増生し胆汁うっ滞がみられた。切除総胆管壁は線維結合織で、粘膜上皮はなかった。術後3日目緑色の便がみられ、その後も濃い緑便がみられ、術後5日目より母乳を開始した。術後1週間TB 2.7、dB 0.9と改善し、黄緑便が続き、術後4週間TB 1.1、dB 0.4と正常化した。以後経過良好である。

在胎後期に出来上がった胆道閉鎖症と考えられたが、本例の画像や所見より総胆管拡張症Ia型との相違を考察した。

13 結腸膀胱瘻を生じた5例

関 聡志・太田 一寿・光法 雄介
村上 房夫*

太田西ノ内病院 外科
同 泌尿器科*

結腸膀胱瘻の根治手術は、侵襲が大きく手術時間も長くなり患者に対する負担は大きい。さらに、膀胱部分切除後には膀胱容量減少のため尿道カテーテルの留置を要することが多い。しかし放置すると繰り返す尿路感染で腎機能障害や慢性炎症により、消耗性疲労を生じる。結腸膀胱瘻の原因が悪性腫瘍か憩室穿孔などによるものかを術前に診断することは難しく、術式の選択には術前のパフォーマンスステータス、吻合部の縫合不全のリスク、生活環境なども加味して選択しなければならない。

今回我々は、結腸膀胱瘻の尿路感染を契機に見