

第 55 回 日本小児外科学会東海北陸地方会 プログラム・抄録集 — WEB 開催 —

日 時 2022 年 12 月 4 日 (日)
午前 9:30 ~ 午後 4:10

当番施設 愛知県医療療育総合センター中央病院 小児外科
☎ 480-0392
愛知県春日井市神屋町 713-8
☎ 0568-88-0811 (代)

会 長 新美 教弘

◆ 参加者のみなさまへ

- 本学会はZoom によるオンライン開催です。
- Zoom へのアクセスに必要なURL は別途参加者のみなさんにメールでお知らせします。
- アクセスURL は時間帯によって複数に分かれていますのでご注意願います。
 - 当日午前用（12 月4 日9:30 ～12:20）
 - 当日午後用（12 月4 日13:20 ～16:30）
 - 評議委員会用
- Zoom の名前欄に「氏名（所属）」を登録して下さい。
- 質疑がある場合は『手を挙げる』を使って意思表示をお願いします。座長よりお声がけがあれば、マイクのミュートを解除し、お名前・所属からご発言をお願いします。
- 写真・ビデオ撮影、録音はお断りいたします。

◆ 前日のテストについて

- 前日の 12 月 3 日に発表のテストを行います。メールでお伝えしたテスト用の URL より Zoom にアクセスして下さい。
- 12 月 3 日 12:00 ～ 20:00 のご都合のいい時間にご参加下さい。
- 事前にご提出いただいた発表データは不具合時のバックアップに使用します。テスト・本番ではご自身でファイルを共有してご発表下さい。
- 演者のテストは、音声・カメラのチェック、ファイル共有手順と発表データの確認です。
- 座長・討論者のテストは音声・カメラのチェックとなります（ファイル共有のある方は共有手順・データ確認も行います）。
- 入室順にテストを行いますので、他の方と重なった場合はお待ちいただくこともございます。ご了承下さい。

◆ 当日の発表について

- セッションの開始 10 分前までにご入室をお願いいたします。
- ご入室されましたらセッション開始までマイクおよびカメラは OFF にしておいてください。
- Zoom の名前欄は次のようにご設定下さい。
 - 演 者 【演題番号 - 演者】氏名
 - 座 長 【セッション番号 - 座長】氏名
 - 討論者 【セッション番号 - 討論者】氏名

◆ 開催にあたり

全世界がコロナ禍に振り回され続けて早3年の月日が流れようとしています。昨年の54回の次期会長挨拶の際に「来年は多分コロナも治まっているので対面で可能と思っています」と大見栄を切った私の予測は敢えなく崩れ去りました。

ハイブリッド開催は予算の都合上とても無理でしたので、昨年に前会長の金子先生がレールを引いたオンライン開催の踏襲を決めて、7月から業者選定を開始しました。対面開催のためにせっかく予約していただいた会場をキャンセルしてしまい、ご迷惑をおかけした名大小児外科教室の方々にはこの場でお詫び申し上げます。

出だしが遅かったものの、最初の交渉業者が快く引き受けてくれたので楽観していたところ、1週間後にその業者に他の学会が予約されていた事が判明し、にべもなくキャンセルされてしまいました。焦りを感じながら数社と交渉し業者と折り合いがついたのは7月下旬でした。事務局の近藤先生からは地方会開催の安否確認として、会員向けに開催のお知らせを載せる時期がきましたからときっちり尻を叩かれ、冷や汗をかきながらおおよそのスケジュールを立てました。

何とか9月に開催の通知メールを出せたのもつかの間、再び近藤先生から登録フォームに本来ない会員番号を求められる項目があるという失態を指摘され、一旦登録中止を余儀なくされました。この一件で業者との関係性がこじれそうになり、こんなドタバタの状態でも演題登録と参加が集まるのかと不安だらけでしたが、既定路線の締め切り延長と評議員への鼓舞（迷惑）メールによって何とか例年ぐらいの演題数と参加者には達しました。この場を借りて地方会会員の方々のご協力に感謝する次第です。

コロナに関する恨み辛みが含まれた小児外科演題が集まるかなと演題募集として思いつきでつぶやいてみましたが、蓋を開けてみれば皆無であり、今回もいつも通り多彩かつシンプルな小児外科演題が集まっていると思います。オンライン開催という制約の中ですが、業者と交渉して時間はたっぷりありますので活発な御討議をお願い申し上げます。また昨年同様、予算集めのために企業のCMと新たにバナー広告を入れさせていただきました。快く協賛を申し出ていただいた企業の方にはこの場を借りて御礼申し上げます。

最後にこの文章に二度登場させていただいた東海北陸地方会の事務局である名市大の近藤知史先生が、残念ながら事務局を降りられる事になりました。新しい事務局は藤田大学小児外科教室に引き継がれます。よろしく申し上げます。近藤先生には長きにわたり、なかなか支払われない年会費の取りたて、会長要請のプログラムの集積、地方会ホームページの立ち上げとメンテナンス等々、縁の下の力持ち業務を遂行していただき大変お世話になりました。シニカルなショートメールも効果抜群で冷や汗とともに感謝の念に絶えません。ありがとうございました。

会長 新美 教弘
(愛知県医療療育総合センター中央病院 小児外科)

◆ 事務局交代のご挨拶

思えば、2011 年からの事務局担当でした。鈴木達也先生が藤田医科大小児外科を、橋本 俊先生のあとに引き継いで教授になられる際に、東海小児外科の事務局を引き継ぎ、以来 11 年間事務局をさせていただきました。

第 46 回の内田恵一先生、第 47 回に加藤純爾先生、第 48 回の神谷保廣先生と続き、第 49 回の漆原直人先生が静岡で開催されたときには、日本小児外科学会北陸地方会との合併を見据えた合同開催となり、盛会裏に終わりました。その年の評議員会にて、東海小児外科と北陸小児外科が対等の立場で合併することが決定され、第 50 回の榊原堅式先生のときには、名古屋市の西部医療センターにて記念すべき合併後初の総会となりました。第 1 回から第 50 回までのプログラムをできる限り集めて、皆様に御覧いただいたことを思い出します。今思えば、北陸地区のプログラムも供覧できるとよかったなと思いますが、なぜか当時にその頭はありませんでした。東海のプログラムだけでも集めるのには苦労したためだったかもしれません。翌年の第 51 回総会は、金沢において河野美幸先生による総会が開催され、大勢が参集した記憶があります。第 52 回は川原央好先生により、はじめて事務局からの援助金なしの総会が開かれました。第 53 回は、富山の地において廣川慎一郎先生により総会が開催されました。しかし翌年初め頃からコロナ感染が増加し、2020 年 4 月には緊急事態宣言が発出され、日本列島は静けさに包まれることとなりました。当然、本会開催も影響を受けました。評議員にアンケートを行い、2022 年の金子健一朗会長の総会は 1 年延期となりました。翌年の 2021 年に、金子会長のご努力によって初の on line 開催が執り行われ、初にも関わらずトラブルなく開催できたことは、大きな成果となりました。2022 年もコロナは収まらず、第 55 回総会々長の新美教弘先生は、かなりお悩みになったように拝察いたしますが、on line 開催にて行うことと相成りました。事務局としては、初の HP での協賛企業による広告掲示（バナー）をなんとか作成して、事務局最後の仕事として会長をお助けできたことは、望外の喜びです。

事務局の常任幹事をしております私も、今年で 64 歳、来年で 65 歳となり再来年の 3 月末にて退職となります。2022 年に病気に罹患しましたことを受け、また当施設で今後事務局を運営管理できていくかを検討した際に、事務局移転が望ましいと考えました。評議員各位にお話を持っていった際、幸にも藤田医科大小児外科の鈴木達也先生から、これまでの経緯もあり引き継いでもよいとのお話をいただきましたので、事務局移転を決意しました。幹事会にて会則の事務局移転の手続きについて審議を行い、評議員会にてお認めいただこうと考えています。

新事務局への移転は、2022 年総会后となります。資料や情報の伝達、お金の移動、HP の処遇など、新事務局にはいろいろとご迷惑をおかけいたしますが、どうかこの日本小児外科学会東海北陸地方会が末永く続いていきますように、ご指導いただけましたら幸いです。

平成 4 年 11 月 8 日

名古屋市立大学病院小児外科 近藤 知史

	タイムテーブル	
9:30 ~ 9:35	午前の部 開会の挨拶 演題番号	
9:35 ~ 10:25	セッション1 呼吸器・食道 座長 酒井清洋 討論者 小池勇樹・桑原 強	1 ~ 4
10:25 ~ 11:15	セッション2 腹壁・食道・上部消化管 座長 鴻村 寿 討論者 毛利純子・矢本真也	5 ~ 8
11:15 ~ 11:20	C M	
11:20 ~ 12:20	セッション3 消化管・腹壁 座長 松下航平 討論者 住田 互・田村 亮	9 ~ 13
12:20 ~ 12:30	休 憩	
12:30 ~ 13:10	評 議 委 員 会	
13:10 ~ 13:20	休 憩	
13:20 ~ 13:30	午後の部 総 会	
13:30 ~ 13:55	会長講演 『障がい者外科あらかると』 司会 金子健一朗	
13:55 ~ 14:00	C M	
14:00 ~ 14:50	セッション4 肝・胆・膵 座長 三宅 啓 討論者 金子健一朗・鈴木達也・稲葉美枝	14 ~ 17
14:50 ~ 14:55	C M	
14:55 ~ 15:55	セッション5 泌尿生殖器・先端手術 座長 田中修一 討論者 久松英治・井上幹大・稲葉美枝	18 ~ 22
15:55 ~ 16:05	次期会長挨拶	
16:05 ~ 16:10	閉会の挨拶	

◆ プログラム

午前部

● 開会のご挨拶 9:30 ~ 9:35

第 55 回 東海北陸地方会会長 新美教弘 (愛知県医療療育総合センター 小児外科)

● セッション 1 呼吸器・食道 9:35 ~ 10:25

座長 酒井清洋 (金沢大学附属病院 小児外科)

討論者 小池勇樹 (三重大学病院 小児外科)
桑原 強 (金沢医科大学 小児外科)

- 1) 気管切開チューブの迷入により気胸, 縦隔気腫, 腹腔内気腫を認めた 1 例
金沢大学附属病院 小児外科 安部孝俊
- 2) 左肺穿通を起こした縦隔成熟嚢胞性奇形腫の一小児例
静岡県立こども病院 小児外科 大林樹真
- 3) 漏斗胸と上気道閉塞との関係
公立松任石川中央病院 小児外科 大浜和憲
- 4) 気管食道吻合術後の recirculation
愛知県医療療育総合センター中央病院 小児外科 毛利純子

● セッション 2 胸壁・食道・上部消化管 10:25 ~ 11:15

座長 鴻村 寿 (岐阜県総合医療センター 小児外科)

討論者 毛利純子 (愛知県医療療育総合センター 小児外科)
矢本真也 (静岡県立こども病院 小児外科)

- 5) 外傷後乳腺血腫から乳腺膿瘍を生じた一例
あいち小児保健医療総合センター 小児外科 狩野陽子
- 6) 食道閉鎖症術後吻合部狭窄に対して治療に難渋した 1 例
名古屋大学医学部附属病院 小児外科 滝本愛太郎
- 7) ED チューブによる栄養管理中に発症した肥厚性幽門狭窄症の 2 例
三重大学病院 小児外科 佐藤友紀
- 8) 胃瘻漏れに対して外科的治療を要した症例の検討
愛知県医療療育総合センター中央病院 小児外科 里見美和

● セッション 3 消化管・腹壁 11:20 ~ 12:20

座長 松下航平 (三重大学病院小児外科)

討論者 住田 互 (名古屋大学医学部附属病院小児外科)
田村 亮 (金沢医科大学小児外科)

- 9) 複数の磁石誤飲により横行結腸穿通を来した 4 歳男児例
あいち小児保健医療総合センター 小児外科 加藤大幾
- 10) ミトコンドリア病に合併した偽性腸閉塞症の 1 例
福井県立病院 外科 野村皓三
- 11) 漢方内服にて完全消失した巨大腸間膜嚢胞の 1 例
岐阜県総合医療センター 小児外科 鴻村 寿
- 12) 出生前に診断された臍帯嚢胞の 1 例
石川県立中央病院 小児外科 西田翔一
- 13) 痔瘻に対して seton 法を施行したクローン病の 4 例
藤田医科大学 小児外科 直江篤樹

● 評議委員会

12:30 ~ 13:10

午後の部

● 総会

13:20 ~ 13:30

● 会長講演 『障がい者外科あらかると』

13:30 ~ 13:55

第 55 回 東海北陸地方会会長 新美教弘 (愛知県医療療育総合センター小児外科)

司会 金子健一朗 (愛知医科大学小児外科)

● セッション 4 肝・胆・膵

14:00 ~ 14:50

座長 三宅 啓 (静岡子ども病院小児外科)
討論者 稲葉美枝 (愛知県医療療育総合センター 遺伝診療科)
金子健一朗 (愛知医科大学小児外科)
鈴木達也 (藤田医科大学小児外科)

14) 肝芽腫を発症し外科的切除を施行した 18 トリソミーの 1 例

名古屋市立大学病院 小児外科 高木大輔

15) 腹腔鏡下根治術を行った十二指腸閉鎖症術後先天性胆道拡張症の 1 例

名古屋大学医学部附属病院 小児外科 高田瞬也

16) ENBD チューブ挿入で治療し得た外傷性膵損傷 grade IIIb の 1 例

藤田医科大学 小児外科 土屋智寛

17) インドシアニングリーンが転移巣同定に有効であった肝芽腫肺転移の一例

金沢医科大学 小児外科 田村 亮

● セッション 5 泌尿生殖器・先端手術

14:55 ~ 15:55

座長 田中修一 (愛知県医療療育総合センター 小児外科)
討論者 久松英治 (あいち小児保健医療総合センター泌尿器科)
稲葉美枝 (愛知県医療療育総合センター 遺伝診療科)
井上幹大 (藤田医科大学小児外科)

18) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術の際に発見された Turner 症候群の 1 例

愛知医科大学 消化器外科 (小児外科) 近藤玲美

19) 乳児巨大後腹膜奇形腫の一例 —臓器損傷を回避する手術手技の工夫—

静岡県立こども病院 小児外科 根本悠里

20) 腎盂尿管移行部狭窄症に対するロボット支援下手術

金沢医科大学 小児外科 中村清邦

21) 小児膀胱尿管逆流症に対する気膀胱下逆流防止術の検討

金沢医科大学 小児外科 廣谷太一

22) 判別不明性器を有したプルンベリー症候群の一例

あいち小児保健医療総合センター 泌尿器科 村木厚紀

● 次期会長あいさつ

15:55 ~ 16:05

次期会長 岡島英明 (金沢医科大学 小児外科)

● 閉会の辞

16:05 ~ 16:10

第 55 回 東海北陸地方会会長 新美教弘 (愛知県医療療育総合センター 小児外科)

 会長講演

障がい児者（障がい者）外科あらかると

愛知県医療療育総合センター中央病院 小児外科
新美教弘、田中修一、毛利純子、里見美和

愛知県医療療育総合センターの前身は愛知県心身障害者コロニーであり、単に愛知県コロニーと言うと「あーあそこね」と頷く人が多かった。その中核の中央病院は新生児搬送を中心に NICU が運用されていた。当時の小児外科は急性期の新生児外科を中核に置いていたが愛知県の周産期医療の体制が様変わりして、中央病院の NICU が閉鎖され診療の中心は脳性麻痺などの重症児者に移行した。小児外科もその方針変更から障害児者外科が主たる外科になっている。

障がい児者に対する中央病院での外科治療を振り返り、気管に対する外科処置や胃ろう、噴門形成などを取り上げて、会員の方に当院の治療方針や成績などをお話したい。

抄録集

1

気管切開チューブの迷入により気胸，縦隔気腫，腹腔内気腫を認めた 1 例

金沢大学附属病院 小児外科

安部孝俊、富田瑞歩、水島穂波、酒井清祥

【背景】腹腔内気腫の原因は多くが消化管穿孔であり緊急手術を考慮する所見であるが、まれに気胸や縦隔気腫に続発することが報告されている。

【症例】症例は 25 歳女性。生後 7 か月時に脊髄性筋萎縮症 I 型と診断され、気管切開の上で人工呼吸器管理となっていた。気管切開部のガーゼ交換後に換気不全となり気管切開チューブを再挿入することで呼吸状態は安定したが、胸腹部 CT 検査にて皮下気腫、左気胸、縦隔気腫、腹腔内気腫を認めた。気管支鏡検査にて気管右壁に血餅の付着を認めたため気管切開チューブの迷入が気腫の原因と考えられた。腹腔ドレーンを留置したが空気、腹水いずれも吸引されなかったため 2 日後に抜去した。

【結語】腹腔内気腫を認めた場合でも病態を正確に把握することで緊急手術を回避できる可能性がある。

2

左肺穿通を起こした縦隔成熟嚢胞性奇形腫の小児例

静岡県立こども病院 小児外科

大林樹真、矢本真也、三宅 啓、野村明芳、金井理沙、根本悠里、津久井崇文、福本弘二

症例は 5 歳女児。発熱を主訴に前医受診し、第 10 病日に当院へ転院した。胸部造影 CT 検査では左前胸部に被膜で囲まれた石灰化を伴う約 7cm の多房性嚢胞性腫瘤を認め、嚢胞内に空気や液体を含んでいた。縦隔奇形腫肺穿通を疑って第 12 病日に手術を施行した。腫瘍と左肺穿通を認めたが、腫瘍周囲は強固に癒着しており解剖学的構造の把握が困難だった。穿通部を含めた肺部分切除は断念し、可及的な腫瘍摘出を行った。術中に採取した腫瘍内容液はリパーゼ 3341U/L と高値を示していた。術後 18 日に胸腔ドレーンを抜去し、術後 23 日に退院した。縦隔成熟嚢胞性奇形腫の重篤な合併症のひとつに肺穿通が挙げられるが、小児における肺穿通例の報告は稀である。本症例では腺外分泌液が穿通の原因と推察された。

3

漏斗胸と上気道閉塞との関係

公立松任石川中央病院 小児外科¹⁾、同耳鼻咽喉科²⁾
大浜和憲¹⁾、林健太郎¹⁾、塚谷才助²⁾、兼田美紗子²⁾

漏斗胸の成因として、肋骨・肋軟骨の過成長説や胸郭の強度不足説などがあるが、上気道閉塞によってもたらされるという説もある。今回私たちは上気道閉塞を合併した漏斗胸 9 例を経験したので、報告する。

症例：男児 5 例、女児 4 例で、年齢は 3 ヶ月から 5 歳である。胸骨陥凹は 2.0cm から 0.7cm であった。上気道閉塞症状として、8 例でいびき、5 例で口呼吸、2 例で喘鳴、1 例で摂食障害が認められた。上気道閉塞に対する治療は扁桃摘出術・アデノトミーが 5 例、保存的治療で治癒したもの 2 例、治療中 2 例である。漏斗胸に対しては 3 例でバキュームベル療法を行っており、残る 6 例は経過観察中である。

まとめ：上気道閉塞を合併した漏斗胸 9 例を経験した。上気道閉塞の除去により、漏斗胸は改善した。

4

気管食道吻合術後の recirculation

愛知県医療療育総合センター中央病院 小児外科
毛利純子、新美教弘、田中修一、里見美和

【はじめに】1975 年に Lindeman が発表した分離術（気管食道吻合術）、所謂 Lindeman 原法（以下、原法）は離断された上部気管を食道と端側吻合する術式である。高位気管切開例に対してはこれが困難とされ、翌年上部気管を縫合閉鎖した Lindeman 変法（以下、変法）が発表された。当院では初期は原法、2014 年以降変法を基本術式としている。一方で、原法術後の嚥下運動の際に食物や唾液が口鼻腔に上がってくるという症例を経験した。

【症例】14 歳男児、脳形成異常、難治性てんかん。1 歳時に原法を施行されている。今回、嘔吐及び口腔内の吐物、分泌物がクリアランスされず悪心が続き上部消化管造影を行ったところ胃食道逆流及び逆流物と口腔内容物の気管食道吻合を介した recirculation を認めた。一部臨床診断にはなるものの原法術後同様の症状が他に 3 例認められたため、recirculation に関連する要因と現在の当科での喉頭気管分離術の留意点につき考察する。

5

外傷後乳腺血腫から乳腺膿瘍を生じた一例

あいち小児保健医療総合センター 小児外科

狩野陽子、高須英見、加藤大幾、小野靖之

症例は 9 歳女児。左乳房にバスケットボールが当たり受傷し、左乳房の腫大と自発痛のため、受傷 10 日後に来院した。左乳房は腫大し、軽度圧痛あるも発赤はなく、超音波検査では左乳房の乳腺内に血腫と思われる淡い low echo 域を認めた。外傷後の左乳腺血腫と診断し、外来で経過観察の方針とした。1 週間後診察すると左乳房に発赤あり。超音波検査では乳腺内に液体貯留を認めた。造影 CT で ring enhancement を伴う低吸収域を認め、乳腺膿瘍と診断した。全麻下で切開排膿し、ドレーンを留置した。術後経過は良好で、術後 3 日でドレーン抜去、術後 4 日で退院、術後 7 日で抗菌薬を終了し、その後膿瘍の再燃を認めていない。乳腺血腫の感染に伴う乳腺膿瘍では、乳腺炎に伴う乳腺膿瘍と違い、疼痛が目立たないことがあるので注意が必要である。

6

食道閉鎖症術後吻合部狭窄に対して治療に難渋した 1 例

名古屋大学医学部附属病院 小児外科

滝本愛太郎、城田千代栄、田井中貴久、住田 互、牧田 智、尾形誠弥、高田瞬也、
中川洋一、前田拓也、合田陽祐、檜 顕成、内田広夫

症例は 6 歳女児。在胎 37 週 4 日、2225g で出生し、C 型食道閉鎖症に対して生直後に開胸根治術を行われた。以後、食道吻合部狭窄に対して 1 ~ 2 週に 1 度のバルン拡張を行われていた。磁石圧迫療法を 2 度行うも改善しなかった。胃瘻から栄養を投与した。セカンドオピニオンの結果当院にて治療を希望された。3 歳時に当院で胸腔鏡下食道狭窄部切除（食道食道吻合、Collis-Nissen 法）を行なった。術後新たに吻合部狭窄を来し、定期的なバルン拡張を要した。生体分解性ステントも試みたが、肉芽による狭窄を誘発した。6 歳時に胸腔鏡下食道亜全摘・開腹胃全摘・回結腸再建（胸骨後継路・右頸部吻合）を行なった。食道回腸縫合不全を認めたが、保存的に改善した。その後同部の狭窄を来したが、バルン拡張にて改善した。現在 6 ヶ月間外来経過観察中である。

7

ED チューブによる栄養管理中に発症した肥厚性幽門狭窄症の 2 例

三重大学病院 小児外科

佐藤友紀、松下航平、東 浩輝、横田一樹、小池勇樹、間山裕二

新生児期に長期の ED チューブによる経管栄養（EDN）を開始した児に発症した肥厚性幽門狭窄症を 2 例経験したので報告する。

症例 1 は食道閉鎖症、鎖肛の症例で、日齢 0 に食道食道吻合術・横行結腸人工肛門造設術を施行後、GER に対し EDN を開始した。日齢 131 に噴門形成術・胃瘻造設術を施行した。術中所見で幽門筋の肥厚を認め、肥厚性幽門狭窄症の診断で Ramstedt 手術を施行した。術後経過良好で胃瘻栄養を行っている。

症例 2 は食道裂孔ヘルニアの症例で、GER を認め、EDN を開始した。体重増加が得られたため、日齢 100 に根治術を施行した。術中所見で幽門筋肥厚を認め、肥厚性幽門狭窄症の診断で Ramstedt 手術を施行した。術後経過良好で経口摂取可能となり退院した。

8

胃瘻漏れに対して外科的治療を要した症例の検討

愛知県医療療育総合センター中央病院 小児外科

里見美和、新美教弘、田中修一、毛利純子

【はじめに】胃瘻漏れが原因で手術が必要な症例を後方視的に検討した。

【対象】当院で胃瘻造設後に手術が必要となった症例は 8 例であった。初回術式は 4 例が開腹 Stamm + Boerema-Filler 法、3 例が開腹 Stamm 法、残り 1 例が腹腔鏡下胃噴門形成術+胃瘻造設術であった。

【結果】初回胃瘻造設から平均 5.23 年（3 年 2 カ月～11 年 5 カ月）後で再造設を必要とした。再建の理由は皮膚切開創で作成したのが 7 例、唇状瘻は 5 例に認めた。Witzel 法で再建したのが 6 例、再度 Stamm 法で再造設したのが 1 例、LAPEG が 1 例であった。その後再々造設したのが 2 例であり、1 例は閉鎖、もう 1 例は Witzel 法で再建した。

【結論】胃瘻漏れに対して手術による再建が必要な原因は 1. 唇状瘻、2. 手術時切開創が多かった。

9

複数の磁石誤飲により横行結腸穿通を来した 4 歳男児例

あいち小児保健医療総合センター 小児外科

加藤大幾、高須英見、狩野陽子、小野靖之

症例は 4 歳男児。2 日前に 3mm 大の円形磁石を 8 個誤飲。1 日前に嘔吐し前医受診。腹部 X 線画像で結腸肝彎曲部に一塊の磁石を認めた。翌日の X 線画像で異物位置に著変なく、小腸拡張、二ボーを認めた。腸閉塞が疑われ当院へ搬送、緊急手術の方針となった。腹腔鏡下で観察すると、ひきつれを認めた横行結腸に小腸が癒着し、その間隙に他の小腸が入り込みループを形成していた。腸閉塞を解除し、横行結腸を切開し内腔を確認すると、磁石に挟まれた結腸壁が穿通していた。穿通した結腸を部分切除、吻合した。術後経過は良好で、術後 7 日目に退院。複数の磁石が消化管内に存在すると、一塊となっても消化管を挟み込み短時間で瘻孔を形成することがあるため、消化管穿孔・穿通を念頭に置いた外科的治療が重要である。

10

ミトコンドリア病に合併した偽性腸閉塞症の 1 例

福井県立病院 外科

野村皓三、石川暢己

症例は 3 歳女児。既往にミトコンドリア病があり、小児科通院中であった。受診朝から頻脈、38℃台の発熱を認め、血液検査で炎症所見上昇を認めた。黄色胃液の頻回嘔吐、腹部膨満があり、CT 検査上、胃から十二指腸、小腸の拡張に加え、腸間膜・結腸に気腫を認めた。胆汁性嘔吐、開腹歴のない腸閉塞、腸管気腫を認め、試験開腹術の方針とした。開腹すると、明らかな閉塞起点は認めなかったが、横行結腸を中心にリンパ節様の腸管気腫が見られた。気腫部分の生検を行い、虫垂切除を行い手術終了とした。術後は蠕動不良が遷延したが、経管栄養管理を行い、術後 46 日目に退院となった。病理結果は腸管嚢胞状気腫症であった。本疾患では、偽性腸閉塞症を合併することがあるが、治療方針は定まっておらず、時に難渋することがある。今回、貴重な症例を経験したので報告する。

11

漢方内服にて完全消失した巨大腸間膜嚢胞の 1 例

岐阜県総合医療センター 小児外科
 鴻村 寿、島田脩平

症例は 13 歳男児。特記すべき既往歴や家族歴はない。

X 年 Y 月に心窩部痛が出現。3 日後には腹痛も出現して当院救急外来を受診し、腹部全体に膨満感と圧痛、反跳痛を認めた。CRP 2.1 であり CT にて腹腔内に SMA・SMV が貫通する長径 15cm の巨大な多房性嚢胞を認め、感染性腸間膜嚢胞の診断にて入院として、抗生剤 CMZ を開始した。入院後に 39.8 度の発熱、腹痛増強と CRP 7.9 と炎症の増悪を認め、TAZ/PIPC へ抗生剤を変更して症状や炎症反応は徐々に改善した。入院 9 日目に越婢加朮湯を 1 日 9g で開始して腹痛は消失し、入院 18 日目に炎症反応の陰性化を確認して退院となった。

腸間膜嚢胞は 3 ヶ月後の US にて 5cm の小腫瘍へ縮小しており越婢加朮湯を中止した。その後も縮小して現在では MRI や US で検索しても確認できなくなった。

12

出生前に診断された臍帯嚢胞の 1 例

石川県立中央病院 小児外科
 西田翔一、安井良僚、下竹孝志

今回、私たちは出生前に診断された臍帯嚢胞の一例を経験したので報告する。患児は、在胎 14 週目に施行された超音波検査で臍帯周囲に膨隆が描出されたため当院に紹介となり、母胎 MRI 検査で膀胱から連続する嚢胞性病変を指摘された。在胎 36 週目に帝王切開にて出生した。臍帯の基部から 3cm 末梢部に 10cm 大の単胞性嚢胞を認めたため、臍帯基部でクリッピングし臍帯を切除した。生後 2 日目に施行した膀胱造影では、膀胱内腔から臍部のクリッピング部位に至る造影剤の連続性が確認された。生後 6 日目に全身麻酔下に尿膜管切除術を施行した。POD 1 からミルクを再開、翌日から自律哺乳に移行し、POD 8 で退院した。切除標本の臨床病理所見では臍帯偽嚢胞と診断された。

13

痔瘻に対して seton 法を施行したクローン病の 4 例

藤田医科大学 小児外科

直江篤樹、井上幹大、土屋智寛、村山未佳、近藤靖浩、渡邊俊介、安井稔博、鈴木達也

クローン病において痔瘻の合併頻度が高いことは良く知られており、痔瘻を契機に本症と診断されることも多い。また、肛門病変の合併は小児クローン病の予後不良因子の 1 つであり、将来的な肛門機能温存のために適切な治療戦略が求められる。今回、痔瘻に対して seton 法を施行した 4 例を経験した。年齢は 12—15 歳で、全例肛門病変をきっかけにクローン病と診断された。4 例中 2 例は直腸の潰瘍性病変に伴う複雑痔瘻で、残りの 2 例は直腸病変を伴わない単純な痔瘻であった。4 例中 3 例は生物学的製剤導入前の感染コントロール目的を含めて seton 法を施行した。複雑痔瘻と単純痔瘻の各 1 例は、その後の内科治療と根治術で痔瘻は治癒した。残りの 2 例は現在も seton 留置中である。

14

肝芽腫を発症し外科的切除を施行した 18 トリソミーの 1 例

名古屋市立大学病院 小児外科

高木大輔、近藤知史

症例は 6 か月の女児。18 トリソミーと診断され、当院外来 follow 中であった。頻回の嘔吐、発熱、機嫌不良が出現し、CT、MRI にて肝左葉を主座とした巨大な腫瘍性病変を認めた。血清 α -fetoprotein 値が異常高値であったことから肝芽腫と診断し、生検は施行しなかった。18 トリソミーであったものの全身状態は安定しており、ご両親は積極的な治療を希望された。PRETEXT III と考えられたが、術前化学療法にて腫瘍の縮小を認めた。第 5 コース終了までに PRETEXT II へ縮小し、完全切除が可能と判断され肝左葉切除術を施行した。術後経過は良好であり、術後化学療法を 2 コース追加して治療を終了した。18 トリソミー児における肝芽腫治療について文献的考察を加えて報告する。

15

腹腔鏡下根治術を行った十二指腸閉鎖症術後 先天性胆道拡張症の 1 例

名古屋大学医学部附属病院 小児外科

高田瞬也、内田広夫、城田千代栄、田井中貴久、住田 互、牧田 智、尾形誠弥、
滝本愛太朗、中川洋一、前田拓也、合田陽祐、檜 顕成

十二指腸閉鎖症に対して月齢 2 に腹腔鏡下根治術を施行された 5 歳男性。胆管炎を発症し、MRCP で胆管拡張、膵・胆管合流異常が疑われ ERCP を施行されたがカニューレシオン不能だった。胆管炎を繰り返したため準緊急手術を行った。胆汁 AMY 84769 U/L と高値で、膵・胆管合流異常を認め腹腔鏡下根治術を施行した。胆道周囲の癒着は軽度であった。後区域枝胆管が総胆管から早期分岐し、右肝動脈が総肝管の腹側を走行していたため、肝管を右肝動脈腹側に移行し一穴化後に肝管空腸吻合を行った。術後 8 日目に元気に退院した。十二指腸閉鎖症術後患者には膵管、胆管の発生異常が多く起きうるが正確な診断は難しい。術前に十分な準備を行うことで、安全に腹腔鏡手術が可能だった。

16

ENBD チューブ挿入で治療し得た外傷性膵損傷 grade III b の 1 例

藤田医科大学 小児外科

土屋智寛、村山未佳、近藤靖浩、直江篤樹、渡邊俊介、安井稔博、井上幹大、鈴木達也

9 歳女児。転倒時に滑り台の手すりでも腹部を打撲した。その後心窩部痛、嘔吐が続き前医受診。腹部 CT 検査で膵損傷疑われ当院転院搬送となった。入院時 CT では膵頭部前面に腹水少量、腹腔内遊離ガス象は認めず、採血上アミラーゼ上昇あり。入院 6 時間後に腹部 CT 再検し腹水の増量を認めたため同日緊急で内視鏡的逆行性膵管造影を施行した。膵管造影行くと膵管から腹腔内への造影剤の漏出像を認めた。損傷部を超えて ENPD チューブ留置を行った。POD2 から飲水再開し POD4 より腹部症状は消失した。POD24 に再度 ERCP 施行し膵管損傷部は軽度狭窄を認めたため狭窄予防を目的に膵管ステントを留置し POD28 に退院とした。

今回受傷早期の ENPD チューブ挿入が奏功した外傷性膵損傷の 1 例を経験したため報告する。

17

インドシアニングリーンが転移巣同定に有効であった
肝芽腫肺転移の一例

金沢医科大学 小児外科

田村 亮、水島穂波、中村清邦、桑原 強、廣谷太一、岡島英明

肝芽腫の肺転移を切除する際にインドシアニンググリーン（ICG）を事前に投与して病変部の同定を容易にする試みが報告されている。当科での経験を、動画を含めて報告する。患児は腫瘍破裂を伴う肝芽腫（Pretext III）および多発肺転移を指摘され、抗がん剤治療の後に肝中 2 区域切除術を受けた。根治術時点では肺転移巣は消失していたが、術後 3 ヶ月より AFP 値の漸増を認め、画像検査にて左肺転移巣の疑いを指摘された。転移巣切除術前日に 0.5mg/kg の ICG を静注したところ、開胸時には転移巣は蛍光撮影用カメラで容易に同定が可能であった。肉眼的に類似した所見を示した肺癒痕部には集積を認めなかった。ICG ナビゲーション手術は、肝芽腫肺転移切除術において見逃しの可能性を減らし、術者のストレス低減に有用であると考えられる。

18

腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術の際に発見された Turner 症候群の 1 例

愛知医科大学 消化器外科（小児外科）

近藤玲美、金子健一朗、加藤翔子、松下希美、福山貴大、佐野 力

症例は 6 歳女児。超音波検査で左卵巢滑脱ヘルニアと診断して腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術を実施した。滑脱した左卵巢は索状で、卵管采・卵管・子宮へのつながりを認めなかった。円索、子宮および右卵巢は痕跡的であった。外見的に Turner 症候群の特徴はなかったが、染色体検査では異常なかったが、頬粘膜 FISH でモザイク型 Turner 症候群と診断された。女児の腹腔鏡手術で時に内性器異常が発見されるが、Turner 症候群はまれである。

19

乳児巨大後腹膜奇形腫の一例 —臓器損傷を回避する手術手技の工夫—

静岡県立こども病院 小児外科

根本悠里、矢本真也、三宅 啓、野村明芳、大林樹真、金井理紗、津久井崇文、福本弘二

症例は、1 歳女児。腹部膨満を指摘され、当科紹介受診した。造影 CT および MRI 検査で石灰化、脂肪、腸管様構造物を含む 16cm 大の腫瘤を認め、後腹膜奇形腫と診断した。下大静脈が閉塞しており、左腎血管・尿管への巻き込みも疑われ、術前に経尿道的尿管ステントを留置する方針とした。術中腫瘍内腸管様構造物の内容液を穿刺吸引し、尿管ステントを触知しながら剝離操作を行い、他臓器損傷なく全摘出した。術後 11 日目に合併症なく退院した。

小児後腹膜奇形腫は完全切除が薦められるが、腫瘍が巨大である場合、大血管を含む周囲臓器の圧排や癒着のため臓器合併切除や再建を余儀なくされることもある。乳児巨大後腹膜奇形腫に対して手術手技を工夫し、他臓器損傷なく完全切除し得たので報告する。

20

腎盂尿管移行部狭窄症に対するロボット支援下手術

金沢医科大学 小児外科¹⁾、石川県立中央病院 小児外科²⁾

中村清邦¹⁾、安井良僚²⁾、桑原 強¹⁾、廣谷太一¹⁾、田村 亮¹⁾、岡島英明¹⁾

【はじめに】ロボット支援下手術は狭い術野で細かく複雑な操作が可能であるが、一方体格が小さくポート配置が難しいことがあげられる。今回当科で腎盂尿管移行部狭窄症の 4 例にロボット支援下手術を行った。

【症例】男児 4 例、平均年齢 9 歳 (2 - 15)。平均身長 130cm (86 - 170) 平均体重 31.7kg (12.7 - 59)。

【検討項目】平均手術時間、平均在院日数、平均コンソール時間、術後合併症

【結果】平均手術時間は 5.9 時間 (5.3 - 6.9)、平均在院日数 6.5 日 (6 - 7)、平均コンソール時間 3.9 時間 (3.4 - 4.9)、術後合併症では尿管ステント留置の位置異常による疼痛出現あり、全身麻酔下での再調整が必要な症例が 1 例認められた。

【考察】細かく複雑な操作が可能ではあるが、体格の小さい症例では工夫が必要であった。

【結語】小児外科領域にロボット手術のメリットは大きいですが、体格の小さい症例に対するさらなる改良が望まれる。

21

小児膀胱尿管逆流症に対する気膀胱下逆流防止術の検討

金沢医科大学 小児外科¹⁾、石川県立中央病院 小児外科²⁾廣谷太一¹⁾、水島穂波¹⁾、中村清邦¹⁾、桑原 強¹⁾、安井良僚²⁾、田村 亮¹⁾、岡島英明¹⁾

当科では 2019 年より小児膀胱尿管逆流症に対して気膀胱下逆流防止術（Cohen 法）を施行しており、今回検討を行ったため報告する。2019 年 9 月から 2022 年 10 月までの間に当科で手術を施行した 12 例、20 尿管を対象とした。手術時年齢の中央値は 7.5 歳（4 歳～14 歳）、男女比は男児 3 例、女児 9 例であった。患側は右 3 例、左 1 例、両側 8 例で、逆流は grade I が 3 尿管、grade II が 7 尿管、grade III が 8 尿管、grade IV が 2 尿管であった。手術時間中央値は片側 237 分、両側 476 分であった。全例術中出血は少量で、膀胱開放手術への移行症例はなかった。術後入院期間中央値は 4 日間で、周術期合併症は認めなかった。全例、尿路感染症の再発を認めることなく経過している。

22

判別不明性器を有したプルンベリー症候群の一例

あいち小児保健医療総合センター 泌尿器科

村木厚紀、久松英治、田島基史、吉野 薫

プルンベリー症候群（PBS）の 95%は男児である。判別不明性器を有した PBS 児の症例を報告する。

胎児期から巨大膀胱・羊水過少あり、在胎 18 週に膀胱羊水腔シャント造設。29 週に緊急帝王切開で出生（748g）。腹壁低形成・両側非触知性腺を認め、男児の PBS と診断。鎖肛のため人工肛門造設。生後 3 か月時に膀胱皮膚瘻造設のため当院へ転院。男児としては陰嚢低形成・小陰茎。外尿道口からは 24G 静脈留置針も挿入できず。膀胱造影で直腸膀胱瘻あり。精査で 46,XX、SRY 陰性。テストステロン・AMH は男児としては著明に低値。腹腔鏡検査で両側卵巢・重複子宮を認め、女児の PBS・総排泄腔遺残の診断となった。

超低出生体重を伴う PBS 児では外性器の評価が困難な場合があり、慎重に性決定を行う必要がある。