

P-097

小児腹腔鏡下単径ヘルニア根治術時の対側所見の評価について

京都第一赤十字病院 小児外科

樋口 恒司、出口 英一

【目的】小児単径ヘルニアの対側発症については1:2割の確率で発症すると言われているが、従来、予防手術は行わず症状が現れた時点で改めて手術を行ってきた。しかしLPEC法（laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure=腹腔鏡下経皮的腹膜外閉鎖法）が普及し多くの施設で腹腔鏡手術が施行されるようになった現在、対側の術中評価も重要な要素となってきている。当院で腹腔鏡下単径ヘルニア根治術を施行した症例において術前症状と手術所見について検討を行った。

【方法】平成22年9月から平成23年5月に当院で腹腔鏡下単径ヘルニア根治術（腹腔内単径輪縫合閉鎖法）を実施した小児単径ヘルニア24例を対象とし、術前の症状、手術所見について比較検討を行った。

【結果】小児単径ヘルニア24例中、男児17例、女児7例であった。平均年齢は3歳。術前、両側所見のあった例は24例中1例のみで他はすべて片側所見であった。術中、対側内単径輪開存が見られなかったのは23例中5例のみで、腹膜鞘状突起の小さな開存まで全て含めると18例（78%）に対側内単径輪開存が認められた。

【考察】腹膜鞘状突起の小さな開存も含めて78%に対側所見がみられた。こうした腹膜鞘状突起への手術適応について議論の余地はあるが、わずかな開存でも将来的に単径ヘルニアや陰嚢・精索水腫発症の可能性が考えられる。精索にダメージを与えず且つ発症が予防できるという点で腹腔鏡下単径ヘルニア手術は有用であるといえる。術中、一見、閉鎖しているようにみえても2本の鉗子で腹膜を牽引し内単径輪を展開すると大きく開存していることがあるため慎重かつ十分な観察が必要であると考えられる。

P-099

自宅で飼育している牛からの感染が疑われたケルスス禿瘡の一例

熊本赤十字病院 皮膚科

澤田 貴彰、永廣 利恵、工藤 英郎、吉野雄一郎

ケルスス禿瘡は白癬菌の頭部毛嚢内への感染により、強い炎症反応を起こし患部の疼痛、脱毛、腫脹を起こす疾患である。診断は毛髪の間接鏡検による白癬菌の確認で、治療は抗真菌薬の内服を行なう。当院でケルスス禿瘡の一例を経験したので報告する。

患者は3歳3ヶ月の男児。来院の数週間前から頭頂部の腫脹と疼痛を訴えていた。母親は受傷を目撃していないが、外傷による皮下出血と考え放置していた。患部からの排膿を認めたため、2011年5月に近医を受診し、頭部皮下膿瘍の疑いにて、同日当院救急外来紹介受診となった。翌日当科を紹介受診し、患部の易脱毛性毛髪の間接鏡検にて白癬菌を確認しケルスス禿瘡と診断した。itraconazole（3.125mg/kg/日）内服及び、抜毛を含めた外用処置で治療開始。臨床所見の改善と、内服5日目には鏡検上、真菌は陰性化が見られた。感染経路としては、自宅で牛を飼育しており、牛に脱毛斑などの皮疹を伴っていたことより、Trichophyton verrucosumによる人畜共通感染が疑われた。

治療経過とともに若干の文献的考察を含め報告する。

P-098

指間に生じた皮膚限局性結節性アミロイドーシスの1例

日本赤十字社長崎原爆病院 皮膚科¹⁾、日本赤十字社長崎原爆病院 病理²⁾、長崎市³⁾

鳥山 史¹⁾、岡崎志帆子¹⁾、重松 和人²⁾、中浦 優³⁾

60歳、女性、糖尿病治療中。初診の4ヶ月前より左第4指間に硬結が出現し、増大するため2011年1月当科紹介。母指頭大の固い皮下腫瘍で、皮表は軽度湿軟、自覚症状なし。皮膚生検では真皮上層から脂肪織上層にかけて淡好酸性均一無構造物質が小結節状または塊状に沈着し一部血管壁にも認められた。血管周囲にはリンパ球、形質細胞の浸潤もみられた。DFS染色にて陽性、免疫組織化学染色では2ミクログロブリン、サイトケラチン、アミロイドA、AL 鎖などは陰性、AL 鎖は弱陽性を呈した。以上より沈着物はamyloid light chain 蛋白 型由来と考えた。血清免疫グロブリン値正常、血中M蛋白陰性、心電図、腹部CTで異常なく、GISでの十二指腸生検にてアミロイドの沈着を認めないことより皮膚限局性結節性アミロイドーシスと診断し、外科的切除後全層植皮術を施行し経過観察中である。本症はまれな疾患であり指間発症例は少ないため報告する。

P-100

全経過を追うことができた壊疽性膿皮症の1例

名古屋第一赤十字病院 形成外科¹⁾、名古屋大学 形成外科²⁾

林 祐司¹⁾、森下 剛²⁾、河野 鮎子¹⁾、藤井 恭子¹⁾

【はじめに】壊疽性膿皮症は、1930年にBrunstingらによって記載された疾患である。有痛性の結節ないし膿疱が拡大破裂して急速に拡大する潰瘍となり、周辺部は堤防状に隆起した穿掘性皮膚潰瘍を呈す臨床像は特徴的であるが、検査所見、病理組織像は非特異的であり、壊死性筋膜炎などの鑑別が重要となる。

【症例】患者は54才男性で、当院受診10日程度前より誘因なく右足背に疼痛が出現し近医を受診した。感染症を疑われ抗生剤の内服をはじめると軽快せず、自壊して潰瘍形成し当院紹介受診となった。既往歴として19才頃より潰瘍性大腸炎との診断を受けそれ以来サラゾピリンを内服中である。家族歴は特記すべきことは無かった。初診時所見は右足背に潰瘍形成しており、多量の壊死組織の付着が認められた。排膿はなく、悪臭もなかった。臨床検査所見では末梢血WBC8100、Hb6.8、CRP12.6と高度貧血と炎症所見を認めた。潰瘍部の細菌検査は陰性であった。

【治療経過】入院治療にてデブリードマンを行ったが潰瘍部に感染徴候が乏しかったため壊疽性膿皮症の可能性を強く考え最小限にとどめた。この時に採取した組織からも細菌は検出されなかったため、病理組織像および検査所見より総合的に壊疽性膿皮症と診断し、術後11日目よりプレドニン20mg/日の内服を開始した。術後18日目より15mg、術後25日目より10mgと漸減した。潰瘍部はしばらく壊死部位が残存したが、洗浄、被覆材処置にて自己融解し、徐々に縮小して治療開始後5ヶ月で上皮化した。保存的に治療したため2~4趾の拘縮が残っている。病理組織学的所見では皮下脂肪および皮膚組織に出血や壊死、肉芽形成、好中球を含む炎症性細胞浸潤を認めた。

【まとめ】初発時から治療までを植皮術を行わずに経過を追い、保存的治療を得ることができた。