

O-7-32

腹膜播種性平滑筋腫症に対して腹腔鏡下子宮筋腫核出術を施行した一例

熊本赤十字病院 診療部

○田中みずほ、村上 望美、荒金 太、宮崎 聖子、堀 新平、井手上隆史、三好 潤也、福松 之教

腹膜播種性平滑筋腫症(Disseminated Peritoneal Leiomyomatosis以下DPL)は子宮外に発生する子宮筋腫の一つである。腹腔内および後腹膜腔に多数の平滑筋腫が存在する稀な疾患で、Pub medの報告では世界で約150例である。今回我々はDPLに対し腹腔鏡下手術を施行した一例を経験したので報告する。症例は43歳、0妊0産婦人。および他医にて腹腔鏡下子宮筋腫核出術施行歴がある。下腹部痛を主訴に前医を受診し、骨盤MRI検査で骨盤内に多発する子宮筋腫を認め、手術目的に当院を紹介受診となり、腹腔鏡下子宮筋腫核出術を施行した。手術時、腸間膜、骨盤腹膜に生着する乳白色の充実性腫瘍を多数認めた。腫瘍は肉眼的には筋腫様で、子宮との連続性は見られないものが多かった。腹腔鏡下に腫瘍を66個を回収した。手術時間は5時間57分、出血量は850mlであった。術後経過は良好であった。病理組織診断はLeiomyomaで、手術時腹腔内に多数の播種性筋腫を認めたことより、DPLと診断した。DPLは、良性疾患で予後は良好であるが、発育態度が悪性腫瘍の腹膜播種に類似するため、診断には病理学的診断を要する。発生は、Muller管と共通の起源をもつ原発性とLM後に二次性発生するものがある。DPLは多発腫瘍のため術式の検討も必要であるが、腹腔鏡下手術は、開腹手術に比べ、手術後の回復が早く、低侵襲と考えられ、本症例でも手術時間は長かったものの、術後経過は良好であった。DPLは極めて稀な疾患ではあるが、多発する筋腫を疑う際には本疾患の考慮も必要であると考えられた。

O-7-34

ぎふ清流ハーフマラソンに初期研修医が医療救護班として参加した経験

岐阜赤十字病院 研修医¹⁾、岐阜赤十字病院 麻酔科²⁾、岐阜赤十字病院 医療社会事業部³⁾

○鷺崎 知美¹⁾、山田 忠則²⁾、高橋 敬明³⁾

【はじめに】初期研修医として、ぎふ清流ハーフマラソン大会に医療救護班の救護要員として参加したので、その経験を報告する。【概要】第9回ぎふ清流ハーフマラソンには約12000人が参加した。大会の医療救護体制は、スタートからゴールのあるスタジアムまで計8か所の救護所と自転車AED隊20隊、ハートサポートランナー276名で行われ、ゴールのある陸上競技場内に設置された救護本部で統括された。我々はゴール脇の救護所でレース終了まで医療救護活動を行い、その後ランナーの控室となる、愛ドーム内の救護所に移動し、活動を継続した。ゴール脇に救護所では運動関連性虚脱、熱中症等の傷病者15名に、ドーム内救護所では四肢の痛み、腹痛等を訴えた傷病者6名に対応した。いずれも軽症~中等症で帰宅可能となり、救急搬送はなかった。また、完走後に競技場内で休息しているランナーの巡回も行った。【考察】マラソン大会はマニギャザリング時の医療対応が必要とされ、当院では災害医療の考え方を導入し対応してきた。事前にこの考え方の大枠を学び、併せてマラソン大会で発生することが多いとされる熱中症と低Na血症について事前に勉強した。また今回の大会では発生しなかったが、心肺停止時の対応も再確認した。実際の活動では、病院での救急対応とは異なり、施行する処置等に制限があるため、傷病者対応の難しさを感じたが、バイタルサイン、身体所見のみから重症度を判定し、必要な処置を施行しランナーの安全に対応できた。【まとめ】今回の経験で災害医療の考え方や院外での急病人対応の一端に触れることができた。初期研修中にこうした通常の病院内での診療とは違う経験を得られたことは有意義であった。

O-7-36

肝後面下大静脈損傷に対しダメージコントロール戦略にて良好な転機を得た一例

熊本赤十字病院 診療部

○松森 千里、堀 耕太、市川 亮、濱 義明、岡野 雄一、林田 和之、奥本 克己

【はじめに】肝後面下大静脈損傷はまれではあるが、腹部外傷疾患の中で最も治療困難なものの一つである。今回、肝後面下大静脈損傷に対し、ダメージコントロール戦略により良好な転機を得た一例を経験したので報告する。【症例】69歳男性。3m転落による背部痛を主訴に近医を受診中、ショック状態となり当院へ搬送された。当院到着時はショック状態でFAST陽性であり、damage control surgeryとしてのDCIとして初療室にて緊急開腹止血術を施行し、同時にdamage control resuscitationとしてのRBCとクリオプレシビートの異型輸血を開始した。開腹所見にて肝後面下大静脈損傷の可能性が高いと判断し、ガーゼパッキングにて止血を図り仮閉腹を行った。その後肝損傷の出血に対し血管塞栓術を施行後、DC2としてICUに入室した。早期の生理的安定化を図り、血液ガスとフィブリノゲン値を頻回に確認しながら、凝固能改善目的にFFP追加投与を行い、第2病日にDC3としての根治的閉腹術を施行した。その後再出血や貧血進行なく、追加輸血も要しなかった。第4病日に抜管、第14病日に独歩で近医に転院となった。【考察】今回の症例では、肝後面下大静脈損傷に対し、ダメージコントロール戦略の下、damage control surgeryのDC1での緊急開腹による迅速な止血とdamage control resuscitationでの早期輸血による止血機能の早期改善、およびDC2での全身状態改善と凝固能改善による輸血量の減量がDC3での根治的手術へとつながり、集学的治療により良好な転機を得ることが可能になったと考える。【結語】重症腹部臓器損傷である肝後面下大静脈損傷の患者に対し、ダメージコントロール戦略に基づいた集学的治療を行うことで良好な転機を得ることができた。

O-7-33

持続する腹痛で発症した巨大有茎性漿膜下子宮筋腫の茎捻転の一例

熊本赤十字病院 診療部

○松原 光希、村上 望美、宮崎 聖子、堀 新平、井手上隆史、三好 潤也、荒金 太、福松 之教

子宮筋腫は30歳以上の女性の20~30%に認められる疾患である。子宮筋腫は茎捻転を生じ急性腹痛の原因となることがあり、その頻度は0.1~0.3%といわれている。変性が加わるとしばしば卵巣腫瘍や子宮肉腫との鑑別は画像診断上困難となる。今回、我々は持続する腹痛で発症し手術を行い、巨大有茎性漿膜下子宮筋腫の茎捻転の診断に至った症例を経験したので報告する。症例は28歳未妊婦人。婦人科疾患の既往歴はない。下腹部痛と嘔気を主訴に近医婦人科を受診し、CT、MRIの結果、変性筋腫と診断された。保存的加療を行われるも症状の改善なく、当院での加療を希望し、発症22日目に当院紹介受診となった。腹部に弾性硬の腫瘍を触知し、同部位に圧痛を認めた。当院で施行した腹部超音波検査で、子宮頸部に径110×94 mm大の充実性腫瘍を認めた。骨盤MRI検査では、下腹部右側に長径140 mmのT2強調像で低信号を示す腫瘍を認め、子宮筋腫に矛盾しない所見であった。腹痛が改善しないため手術を行う方針とし、翌日に腹腔鏡下筋腫核出術を施行した。手術時、子宮底部に小児頭大の腫瘍を認め、腫瘍は周囲の大網と腸管と強固に癒着していた。腫瘍は有茎性で、反時計回りに360度捻転していた。基部で腫瘍を切断した。摘出した腫瘍は鬱血し、内部は赤色に変色していた。術後病理診断はLeiomyomaであった。有茎性筋腫の茎捻転と診断した。術後経過は良好で術後4日目に退院した。巨大有茎性漿膜下子宮筋腫の茎捻転に関し、自験例も踏まえ、文献的考察を加え報告する。

O-7-35

非典型的な経過を辿った複数磁石誤飲の1例

熊本赤十字病院 小児外科

○白石 貴大、吉元 和彦、比企さおり

【病歴】特に既往のない1歳10か月男児。嘔吐と不機嫌のため急患センターを受診したが腸炎と診断。翌日、自宅にあった磁石が3個なくなっていることに気付く。磁石誤飲について心配になりさらに2日後に前医を受診した。腹部単純X線写真で腹部に異物陰影を認め複数の磁石誤飲と診断した。2日後のレントゲンでも異物の移動はなく、摘出の適応と診断し緊急手術を行った。【手術所見】腹腔鏡での観察で胃前庭部後壁と横行結腸が癒着し、癒着部には磁石が穿出していたため胃と横行結腸が穿通していたと考えた。磁石を摘出し、胃と横行結腸の計2か所の穿通部位を縫合閉鎖した。【術後経過】経口摂取再開後に急性胃拡張を発症。上部消化管造影検査を行い術後一過性の幽門の狭窄を疑った。その後も経口摂取量を増やすと胃拡張を繰り返したため、再度上部消化管造影検査と腹部エコーを行った。検査では網膜内に小腸が進入していることが疑われ、臨床経過と合わせて内ヘルニアを疑った。【再手術所見】腹腔鏡での観察により、横行結腸間膜の異常裂孔に陥入した小腸が胃と癒着し、さらに捻転していることと診断した。癒着剥離、腸管を通常位置に修復後、結腸間膜の裂孔を縫合閉鎖し手術を終了した。横行結腸間膜の裂孔は磁石による胃と横行結腸の穿通時に起こっていたものと考えられるが、初回手術時には確認できていなかった。【考察】複数磁石の誤飲は腸管の穿通・穿孔や腸閉塞を起こすことが報告されており、早急な外科的介入が求められる。その際腹膜などの周辺組織の損傷についても入念に検索すべきである。

O-7-37

感染性上腸間膜動脈瘤に合併した感染性脳動脈瘤破裂による脳出血の1例

熊本赤十字病院 脳神経外科

○斎藤 大嗣、長谷川 秀、佐々木謙輔、坪木 辰平、工藤真励奈、戸高 健臣

【症例】61歳、女性。ADLは全介助で施設入所中であった。1年前に急性大動脈解離に対し、大動脈置換術、ステントグラフト内挿術を施行されている。発熱、嘔気を主訴に近医を受診し、腹部CTで上腸間膜動脈瘤を認め、当院へ搬送された。同日、開腹動脈瘤切除術を施行され、病理検査にて感染性動脈瘤と診断された。また血液培養にてカンジダおよび緑膿菌が検出され抗真菌薬、抗細菌薬による治療がなされた。第10病日に左頭頂葉皮質下出血を発症し当科へコンサルトとなった。3D-CTAで大脳半球間裂に囊状動脈瘤を認め、病歴から感染性脳動脈瘤破裂による出血と診断し、開頭血腫除去術、脳動脈瘤摘出術を施行した。術後、意識障害は改善傾向であり、リハビリテーションおよび内科的加療を継続中である。【考察】感染性脳動脈瘤の起炎菌は連鎖球菌、ブドウ球菌が多いことが知られているがこれは、感染性動脈瘤が感染性心内膜炎に合併することが多いことに関連している。また、病理学的には動脈壁への炎症細胞浸潤と膿瘍、菌塊形成が典型的である。本症例の脳動脈瘤の病理検査では膿瘍や菌塊は認めず、感染性心内膜炎の既往もなかったが、感染性上腸間膜動脈瘤と菌血症の存在から感染性脳動脈瘤と考えた。起炎菌として考え得る緑膿菌やカンジダはいずれも免疫不全者に特徴的な感染症であり、本症例のADLや開胸術後であることと考えると矛盾しない。これまでに本症例のように脳動脈と腹部動脈に感染性動脈瘤が合併する症例の報告が散見される。感染性動脈瘤の診断が得られた際には脳血管や腹部血管の評価も有用である可能性が示唆される。【結語】感染性上腸間膜動脈瘤に合併した感染性脳動脈瘤破裂による脳出血の1例を経験した。