

**P3-51.****当科にて経験した遅発性脾損傷の 1 例**

(外科学第四)

○長田 大志、生方 英幸、春日 信弘  
小西 栄、中地 健、田渕 崇伸  
竹村 晃、春日 照彦、佐谷 徹郎  
島崎 二郎、片野 素信、後藤 悦久  
渡辺 善徳、中田 一郎、田渕 崇文

脾臓は鈍的外力に弱く、損傷を受け易い腹腔内臓器の 1 つであり、外傷性脾損傷は救急の現場においてしばしば経験する疾患である。保存的加療にて軽快する症例も多いが、短時間で腹腔内出血を来たし緊急手術となる場合も少なくない。

今回我々は、遅発性脾損傷の 1 例を経験した。症例は 56 歳女性。交通外傷にて救急搬送された。右下肢の打撲、右胸部の打撲及び肋軟骨不全骨折、腹部打撲を認めた。その他、全身状態は良好であったため、整形外科外来にて通院加療中であった。受傷 7 日後に突然の胸痛を主訴に救急外来を受診された。血圧 60 台とショック状態であり、CT にて脾臓周囲を中心に腹腔内出血を認めたため、脾損傷による出血性ショックと診断、緊急手術を行った。術中所見では脾臓の後面に多量の凝血塊を認め、脾臓の被膜が裂けており、脾損傷分類 2008 (日本外傷学会) の II 型を呈していた。

本症例は受傷時の CT にて腹腔内に異常所見は認めていなかったもので、遅発性脾損傷による出血性ショックと診断された。若干の文献的考察を添えて報告したい。

**P3-52.****髄腔内に突出する後縦隔腫瘍に対し背部および胸腔内からアプローチし切除し得た一例**

(卒後臨床研修センター)

○古賀 幹教、石井 友理

(外科学第一)

萩原 優、大谷 圭志、佐治 久  
垣花 昌俊、臼田 実男、梶原 直央  
内田 修、大平 達夫、池田 徳彦

症例は 70 歳代女性。2009 年 6 月、高血圧治療中

の胸部レントゲンにて右肺尖部腫瘍状陰影を指摘され前医を受診した。胸部 CT、MRI 検査にて、一部髄腔内に突出する後縦隔腫瘍を認め、神経原性腫瘍が疑われた。経過観察中に徐々に増大傾向を認め、12 月に当院を紹介となった。胸部 CT にて、Th2 の髄腔内に 2.0 cm 程突出する 5.0×4.5 cm 大のダンベル型腫瘍を認めた。胸部 MRI でも同様の腫瘍を認め、これら画像診断では良性神経鞘腫が疑われ、椎体への浸潤は否定的であった。腫瘍は増大傾向を認めたため、手術にて摘出することとなった。しかし胸腔内からのみのアプローチでは摘出困難と考え、整形外科と共に背部および胸腔内からアプローチし、腫瘍を摘出することとなった。はじめに全身麻酔下に腹臥位にて背部よりアプローチし、Th1 下縁から Th3 上縁までの椎弓切除を行った。腫瘍は 3.0×1.5 cm 大で赤褐色調の被膜に覆われ、硬膜は左方へ圧排されていた。展開をさらに進めると腫瘍は硬膜外の Th2 神経根より発生していた。髄腔内の腫瘍を摘出し、術中迅速病理診断へ提出したところ、神経鞘腫の結果であった。次に左側臥位に体位変換し、胸腔内操作へ移行した。胸腔鏡にて胸腔内を観察したところ、腫瘍は後縦隔の第 2 肋間椎間孔を中心に肋間に埋まるように存在し、壁側胸膜に覆われ可動性は不良であった。壁側胸膜を切開し腫瘍被膜面を露出させ、肋間にはまり込んでいる腫瘍を全周性に剥離し摘出した。術後の病理組織学的診断は神経鞘腫であった。術後は合併症を来たことなく良好に経過した。今回我々は髄腔内に突出する神経鞘腫に対し、背部および胸腔内の 2 方向よりアプローチし安全に完全切除し得た症例を経験したため、報告する。