

## VS-6

## 女性化外陰部形成術

名古屋市立大学大学院 医学研究科 腎・泌尿器科学分野  
林祐太郎

【目的】女性外陰部形成術が行われる疾患の中で最も頻度の多いものは、女性仮性半陰陽、特に先天性副腎過形成による副腎性器症候群であるが、混合型性腺形成不全症、真性半陰陽、XXmales、さらに精巢性女性化症を中心とする男性仮性半陰陽の中にも、女性外陰部形成術の適応となる疾患が含まれる。今回、女性外陰部形成術の手術過程を報告する。【方法】患児は1歳女児(真性半陰陽)。前回の手術で、腹腔内の性腺の生検が行われており、右は卵巣、左は卵精巣と組織学的に確定している。内視鏡的に泌尿生殖洞の開口部から合流部までは約2cmであることが確認されている。また陰核亀頭のサイズは12×12×10cm。全身麻酔下に、卵精巣を摘除した後、陰核形成術を施行した。陰茎背側の神経血管束を温存しながら陰核体部を切除した。陰核亀頭が大きめであったので、その両サイド(3時と9時の位置)を楔状にトリミングした。その後、亀頭部を外陰部の適切な位置に再吻合した。次に陰核包皮を用いた小陰唇形成術を施行した。背側の包皮を二分化して、大陰唇部と陰核亀頭との間に縫い付け、尖った感じの小陰唇を形成した。余剰と思われる大陰唇部の皮膚は切除した。最後に会陰部の皮膚弁を用いた陰嚢形成術を行った。泌尿生殖洞の開口部の下縁を頂点とする逆U字型の皮膚切開を行い、皮下を剥離して皮膚弁を作成した後に、泌尿生殖洞の開口部から縦切開し、尿道口と陰口を独立させた。皮膚弁の先端を陰口背側(後壁)に数針固定し、皮膚弁と開かれた泌尿生殖洞とを縫合して手術を終了した。【結果】術後経過は順調で、大陰唇は程よい膨らみをもち、小陰唇は少し尖った形状を呈する。陰核は一部が小陰唇のフード状の部分に被われている。陰口と尿道口は上下に並んで分かれている様子が確認でき、特に陰嚢プリーは行っていない。【結論】術中留意していることとして、(1)神経血管束と尿道板様粘膜を陰核海綿体から丁寧に遊離すること、(2)陰核体部を切除した後は、亀頭を恥骨骨膜付近にしっかり固定すること、(3)背側包皮を二分化し、小陰唇の尖った感じを出すように形成すること、(4)十分に開脚させ、泌尿生殖洞を陰口と尿道口の分岐部までしっかり切開した上で皮膚弁を倒し込むことの4ポイントをビデオで提示する。

## VS-7 追加発言

## A novel approach to the obstructed megaureter in neonates

Dept. of Urology, Pusan National University Hospital<sup>1)</sup>, Korea, Hacettepe University Hospital<sup>2)</sup>, Turkey, Reley Children's Hospital, U. S. A. <sup>3)</sup>

Sang Don Lee<sup>1)</sup>, Cem Akbal<sup>2)</sup>, Martin Kaefer<sup>3)</sup>

**INTRODUCTION AND OBJECTIVES:** An obstructed megaureter identified in the neonatal period can be managed using a number of techniques, with the primary goal being to minimize the potential for further injury to the affected kidney. However, the most commonly employed methods of providing drainage each have their limitations. Percutaneous drainage tubes are cumbersome and are a poor long-term solution. Cutaneous ureterostomies are prone to stenosis. Megaureter tapering and standard ureteral reimplantation has technical limitations in the first year of life. A method for internal drainage would provide a more acceptable means of relieving obstruction in these small infants until a time at which they can undergo definitive surgical repair. We describe our experience with refluxing reimplantation as a beneficial means of temporizing the obstructed megaureter.

**METHODS:** A male patient identified prenatally with severe hydronephrosis was found subsequent to delivery to have an obstructed ectopic ureter inserting distal to the bladder neck. Treatment consisted of two stage repair: primary stage (identifying the length of obstruction with retrograde pyelography, subsequently transecting the dilated ureter at the level of the bladder, anastomosing the proximal end to the dome of the bladder in a freely refluxing fashion); second stage (formal tapered ureteral reimplantation one year after primary stage repair).

**RESULTS:** The patient demonstrated improved drainage of the affected kidney following surgery. As expected, the affected moiety freely refluxed on postoperative VCUG. On the follow-up MAG-3 renal scan adequate function was present 1 year following internal urinary diversion and a formal tapered megaureter reimplantation was performed.

**CONCLUSIONS:** As with other methods of diversion a refluxing ureteral reimplantation relieves the obstruction while allowing the child to mature and the clinician to make a clearer assessment of renal function. Although very basic in concept, this method avoids the disadvantages of other techniques while trading obstruction for the more manageable problem of vesicoureteral reflux. Secondly internal drainage is more acceptable to the parent since there is no alteration of the external anatomy as in the form a stoma or nephrostomy tube. An additional advantage resides in the fact that by delaying the definitive surgical repair of the megaureter there is potential for the ureter to decrease in diameter rendering the subsequent megaureter repair more feasible.