

第154回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2010年11月13日（土）

会場： きゅりあん（品川区立総合区民会館）

〒140-0011 東京都品川区東大井5-18-1

（JR京浜東北線・東急大井町線・りんかい線 大井町駅徒歩約1分）

総合受付 1階

PC受付 1階、7階廊下

第I会場 小ホール（1階）

第II会場 イベントホールAB（7階）

第III会場 イベントホールDE（7階）

幹事会 大会議室（6階）

会長： 高木 啓吾

東邦大学医療センター大森病院 呼吸器外科

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1

TEL:03-3762-4151（内線6550）/FAX:03-3766-3551（医局直通）

参加費： 1,000円

（当日受付でお支払い下さい）

- ご注意：
- (1) PC発表のみになりますので、ご注意下さい。
 - (2) PC受付は60分前（ただし、受付開始は9時00分です）。
 - (3) 一般演題は口演5分、討論3分です。
 - (4) 追加発言、質疑応答は地方会記事には掲載いたしません。

【会場案内図】

きゅりあん（品川区立総合区民会館）
〒140-0011 東京都品川区東大井 5-18-1
TEL 03-5479-4100

会場周辺図



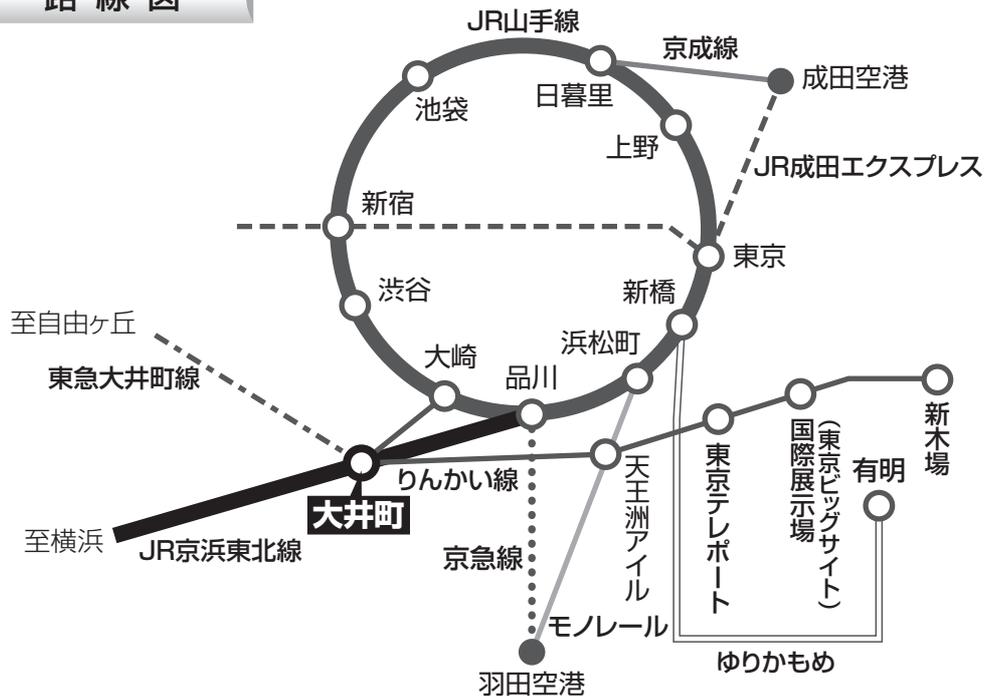
●交通のご案内

JR 京浜東北線・東急大井町線・りんかい線……大井町駅 徒歩約1分

※駐車場は商業施設との共用のため、土・日・祝日は特に混雑します。なるべく電車・バスをご利用ください。

※会館周辺道路は狭いため、近隣にご迷惑となりますので駐停車ができません。ご注意ください。

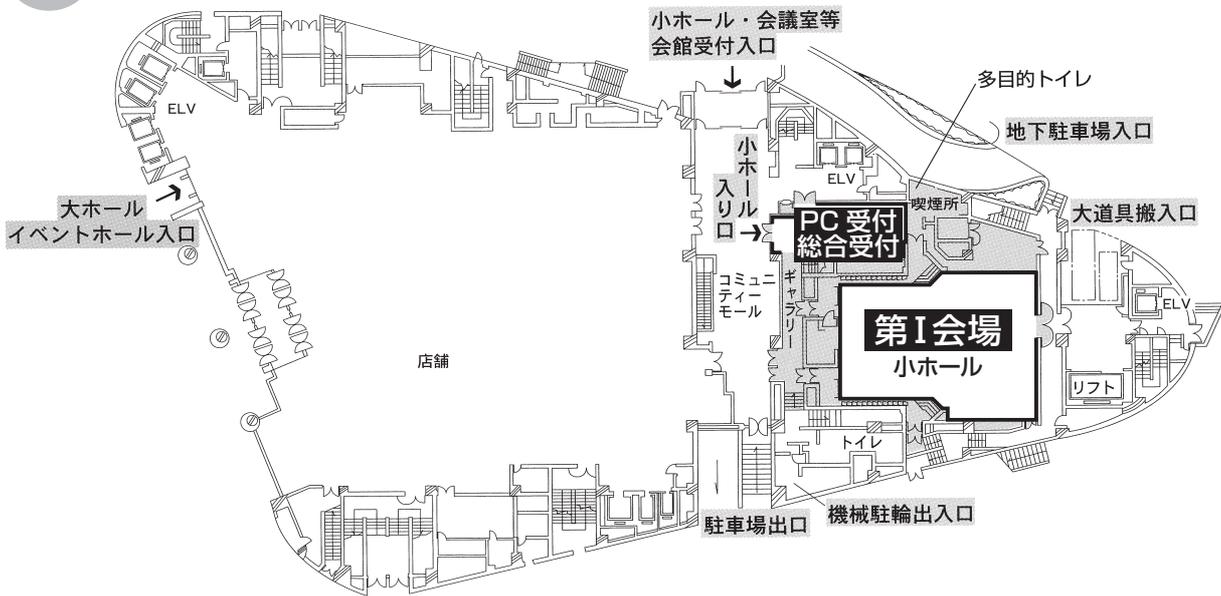
路線図



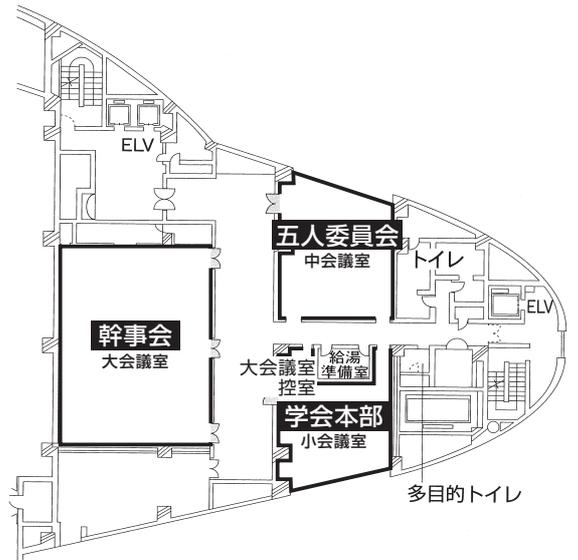
【場内案内図】

きゅりあん (品川区立総合区民会館)

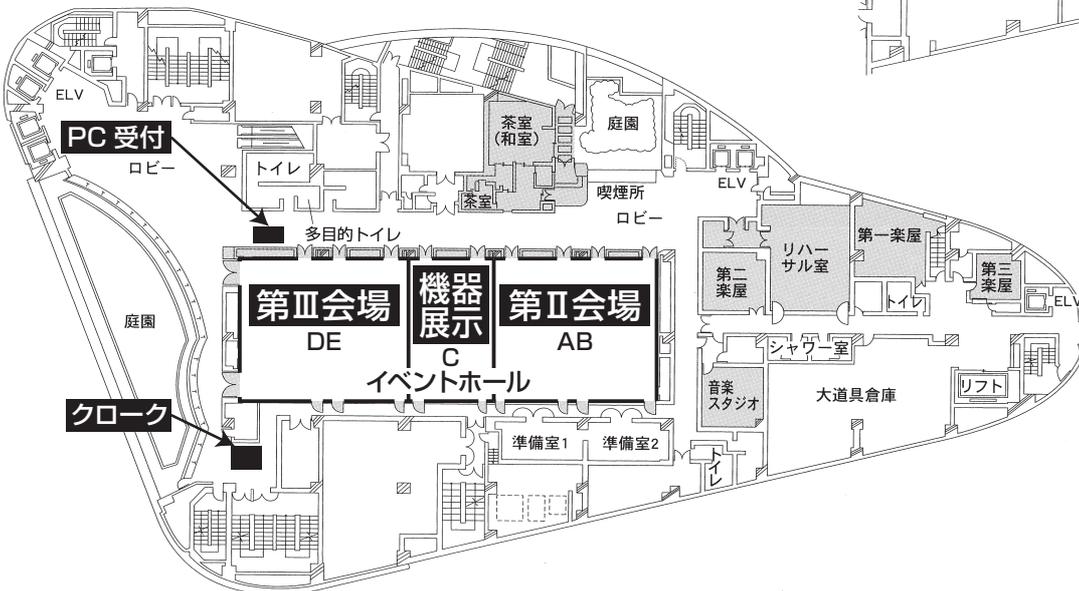
1F



6F



7F



第Ⅰ会場
小ホール (1階)

9:40 開会式

9:45~10:25

虚血性合併症

1~5 田中 啓之

諏訪赤十字病院
心臓血管外科

10:25~11:05

冠動脈

6~10 坂本 吉正

東京慈恵会医科大学
心臓外科

11:05~11:45

弁膜症 1

11~15 鬼頭 浩之

千葉県循環器病センター
心臓血管外科

12:00~13:00

ランチョンセミナー 1

胸腹部大動脈手術における脊髄合併症への挑戦

座長 高梨 秀一郎

榊原記念病院 心臓血管外科

演者 志水 秀行

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

協賛：日本ライフライン株式会社

10:20~11:10

五人委員会

中会議室 (6階)

第Ⅱ会場
イベントホール AB(7階)

10:30~11:10

先天性心疾患 1

1~5 枅岡 歩

埼玉医科大学国際医療センター
小児心臓外科

11:10~11:58

先天性心疾患 2

6~11 武田 裕子

神奈川県立こども医療センター
心臓血管外科

11:10~12:00

幹事会

大会議室 (6階)

第Ⅲ会場
イベントホール DE(7階)

10:30~11:10

縦隔腫瘍

1~5 遠藤 俊輔

自治医科大学附属病院
呼吸器外科

11:15~12:03

胸腺腫

6~11 片岡 大輔

昭和大学病院
第一外科

12:10~13:20

ランチョンセミナー 2
Robotics Surgery

座長 池田 徳彦

東京医科大学 呼吸器甲状腺外科

演者 宇山 一郎

藤田保健衛生大学 消化器外科

演者 須田 隆

藤田保健衛生大学 呼吸器外科

協賛：株式会社アダチ

10:00~16:00

機器展示

イベントホール C (7階)

第Ⅰ会場
小ホール (1階)

13:05~13:45

弁膜症 2

16~20 小林 俊也

聖マリアンナ医科大学
心臓血管外科

13:45~14:25

大動脈解離

21~25 小泉 信達

東京医科大学
血管外科

14:25~14:57

大動脈 1

26~29 内田 敬二

横浜国立大学付属市民総合医療センター
心臓血管センター

14:57~15:37

大動脈 2

30~34 福井 大祐

信州大学医学部附属病院
心臓血管外科

15:37~16:17

大動脈 3

35~39 井村 肇

日本医科大学付属病院
心臓血管外科

16:17~16:49

ステントグラフト

40~43 藤井 毅郎

東邦大学外科学講座
心臓血管外科

16:50~ 閉会式

第Ⅱ会場
イベントホール AB(7階)

13:05~13:45

先天性心疾患 3

12~16 坂本 貴彦

長野県立こども病院
心臓血管外科

13:45~14:25

先天性心疾患 4

17~21 川崎志保理

順天堂大学医学部
心臓血管外科

14:25~15:05

成人先天性心疾患

22~26 平松 健司

東京女子医科大学
心臓血管外科

15:05~15:37

心臓腫瘍

27~30 宮入 剛

社会福祉法人三井記念病院
心臓血管外科

15:37~16:09

心臓その他 1

31~34 白井 俊純

青梅市立総合病院
胸部外科

16:09~16:49

心臓その他 2

35~39 磯田 晋

防衛医科大学校
第2外科

第Ⅲ会場
イベントホール DE(7階)

13:30~14:10

SFT・胸壁疾患

12~16 鈴木 健司

順天堂大学附属順天堂医院
呼吸器外科

14:15~15:03

肺癌 1

17~22 菱田 智之

国立がん研究センター東病院
呼吸器外科

15:08~15:56

肺癌 2・転移性肺腫瘍 1

23~28 櫻井 裕幸

国立がん研究センター中央病院
呼吸器外科

16:01~16:41

転移性肺腫瘍 2・その他

29~33 村川 知弘

東京大学医学部
呼吸器外科

第Ⅰ会場：小ホール(1階)

9:45~10:25 虚血性合併症

座長 田中啓之(諏訪赤十字病院 心臓血管外科)

I-1 PCIで冠動脈仮性瘤発症し、緊急でCABG、冠動脈仮性瘤切除術を施行した一例

東京女子医科大学 心臓血管外科

腰山 宏、津久井宏行、斉藤博之、富岡秀行、斉藤 聡、青見茂之、山崎健二

75歳男性。#2100%に伴う急性心筋梗塞に対するPCI施行中に、ガイドワイヤーによる冠動脈穿孔を発症した。翌日の心エコーにて冠動脈仮性瘤を認めたが、心嚢液貯留(-)のため経過観察とした。術8日後、冠動脈仮性瘤破裂により心タンポナーデを発症し、ショック状態となった。心肺蘇生と心嚢ドレナージ後、手術室に搬送した。冠動脈仮性瘤は3cm大で、緊急CABG(SVG-4PD)+冠動脈仮性瘤切除術を施行した。術後経過は良好であった。

I-2 血管内超音波(IVUS)カテーテルが冠動脈に嵌頓・断裂し急性冠動脈閉塞を併発した症例に対する緊急手術の経験

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

高橋 研、井口篤志、小池裕之、池田昌弘、岡田至弘、森田耕三、田畑美弥子、上部一彦、朝倉利久、新浪 博

症例は73歳男性、他院にて冠動脈狭窄病変に対するPCIを施行された際、IVUSカテーテルが左前下行枝に嵌頓し断裂した。回収不能で急性冠動脈閉塞を併発し、緊急手術のため当センターへ搬送された。手術は人工心肺下にIVUSカテーテルの摘除と冠動脈バイパス術5枝を施行した。術後71病日に軽快転院した。若干の文献的考察を加え報告する。

I-3 前壁中隔梗塞後VSPの1治験例

自衛隊中央病院 胸部外科

伊藤 直、田中良昭、三丸敦洋、渦手裕子、中岸義典、小原聖勇、熊木史幸、大鹿芳郎

症例は75歳男性。糖尿病、慢性腎不全で通院中の患者。陳旧性心筋梗塞(RCA:低形成、#6100%、#1290% #14PL90%)後に、急激な心不全の悪化があり、心エコーにて心尖部寄りの心室中隔にVSPを認め、LV→RVのshuntを認めたため、CABG(LITA-LAD、SVG-OM-PL)、馬心膜を用いて心室中隔穿孔閉鎖術、Hemashield patchを用いて心室形成術を行った。術後経過は良好で合併症なく経過しており現在外来通院中である。

I-4 高齢者の心室中隔穿孔に対し外科的修復術を施行した一例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

市原有起、加久雄史、雨森俊介、中島雅人、土屋幸治

89歳女性。呼吸苦を認め当院搬送。前壁中隔のakinesisを認めnon-STEMIの診断で加療されるも、入院3日目に突然の胸痛を認めショック状態へ。収縮期雑音を聴取、心エコーにて心室中隔から右室心尖部にかけての心筋断裂が認められVSPと診断。IABPを挿入、カテでは#7-99%狭窄が認められた。同日緊急でVSP closure+CABGを施行。POD28に軽快退院。高齢者VSPに対し早期に外科的治療を選択し良好な結果を得たため報告する。

I-5 前壁梗塞後の心室中隔穿孔に対しGRF glueを用いた中隔形成術が奏効した一例

筑波記念病院 心臓血管外科

岡村賢一、末松義弘、森住 誠、権 重好、清水 剛

症例は73歳男性。胸痛出現し近医受診、UCGにて心室中隔穿孔を認め当院救急搬送。CAGにてSeg.6に99%delay、右心系の血液サンプリングでO2satがRA51.8%、PA75.5%であった。術中広範な心室中隔梗塞を認め、穿孔部は直径3cm大の中隔瘤を伴っていた。穿孔部をフェルト糸にて直接閉鎖した後、中隔瘤を覆うように3×4cm大のウマ心膜を用いて縫合閉鎖し、ウマ心膜と心室中隔間の瘤化部位にはGRF glueを注入した。術後residual shuntを認めず軽快退院となった。

10:25~11:05 冠動脈

座長 坂本吉正(東京慈恵会医科大学 心臓外科)

I-6 頭頸部への同時血行再建を要したOPCABの1例 青梅市立総合病院 胸部外科

渡辺大樹、大島永久、白井俊純、染谷 毅

65歳、男性。呼吸困難で救急搬送され、うっ血性心不全にて緊急入院。心不全治療後にCAG施行、3枝病変と左鎖骨下動脈の閉塞が疑われた。CT・MRAで左鎖骨下動脈閉塞、左総頸動脈・腕頭動脈高度狭窄、右内頸動脈閉塞、右椎骨動脈狭窄を認め、脳血流シンチで右側の血流低下を認めた。手術は脳血流維持のためIABP補助下にY型人工血管で上行大動脈から左腋窩動脈・左総頸動脈へバイパスを施行、その後にOPCABx4 (RITA-LAD、Ao-SVG-OM、PL (Y composite)、Ao-RA-#4PD)を施行した。術後経過は良好、脳合併症なく15PODに軽快退院。

I-7 左開胸CABGを施行した収縮性心膜炎の1例 医療法人立川メディカルセンター立川総合病院 心臓血管外科

滝澤恒基、杉本 努、高橋 聡、佐藤裕喜、若林貴志、山本和男、吉井新平

症例は62歳、透析歴22年の女性。安静時胸痛を主訴に他院で冠動脈造影を行い不安定狭心症(LMT+2VD)と診断、IABP導入後当院に搬送された。心カテ時の透視および胸部CTで右前側壁、後下壁を中心とする心膜の高度石灰化を認め、収縮性心膜炎の合併が疑われた。同日緊急で左開胸によるoff-pump CABG (2) (LITA-LAD、Lt.AxA-SVG-14PL)を施行した。術後経過は順調で、翌日抜管、IABP離脱でき、21病日に軽快退院した。

I-8 肺高血圧、三尖弁閉鎖不全を伴った右冠動静脈瘻の1例 東京慈恵会医科大学 心臓外科

成瀬 瞳、坂本吉正、儀武路雄、長沼宏邦、川田典靖、甲斐正嗣、村松宏一、長堀隆一、橋本和弘

症例は64歳、女性。右冠動脈の拡大とシャントの存在下に40年前に手術が試みられたが中断された。2年前よりPafの出現と心不全症状が著明となった。心カテではQp/Qs=1.43、肺高血圧症とともに三尖弁閉鎖不全症を認めた。手術は右冠動脈切開、瘻孔閉鎖、右冠動脈起始部パッチ閉鎖後、大伏在静脈による2本の右室枝、4PDへのsequential bypass術、三尖弁形成術を行った。術後経過は良好であった。

I-9 再開心術後に発症したARDSの一例 富永病院 心臓血管外科

千野慎一郎、葛 仁猛、岡本祐樹、南方謙二

症例は57歳男性。6年前にCABGの既往あり。心不全にて当院入院となり、精査にて重症MR及びバイパスグラフト閉塞と診断された。手術適応と判断し、MAP及び2CABGを施行した。術後第1病日に人工呼吸器より離脱したが、術後第2病日に高度の呼吸困難を来たしたため、再挿管し人工呼吸器管理を開始。胸部X線所見や検査所見がARDSの診断基準を満たすことからARDSと診断した。ステロイドを含む加療を開始。良好に反応し、呼吸状態は改善。術後11病日に抜管した。経過良好で術後21病日に退院となった。

I-10 IgG4関連自己免疫性下垂体炎を合併した重症三枝病変 に対する冠動脈バイパス手術症例

1防衛医科大学校 第2外科

2防衛医科大学校

塩野晋之介¹、大迫茂登彦¹、磯田 晋¹、木村民蔵¹、増子雄二¹、佐藤 翔¹、前原正明¹

症例は42歳時に急性心筋梗塞の既往を有する63歳男性。平成22年2月他疾患術後より労作時の息切れと動悸を認めるようになり、左主幹部を含む三枝病変のため手術適応と判断された。術前精査にてIgG4関連自己免疫性下垂体炎と診断、補充療法のうえ7月28日4ヶ所の血行再建術を施行、術後経過は順調である。IgG4関連自己免疫性下垂体炎に対する心臓手術の周術期管理について、文献的考察も含め報告する。

11:05~11:45 弁膜症 1

座長 鬼頭 浩之(千葉県循環器病センター 心臓血管外科)

I-11 大動脈弁二尖弁に対し大動脈弁形成術を施行した一症例

榊原記念病院 心臓血管外科

在國寺健太、高梨秀一郎、福井寿啓、田端 実、松山重文、片山雄三

患者は24歳男性、2007年より二尖弁による中等度ARを指摘され、左室拡大傾向とEFの低下を認め手術目的に当科紹介となった。Leaflet plication及びsubcommissural annuloplastyによる弁形成を施行し、ARはtrivialに制御され術後9日で軽快退院となった。大動脈弁形成術は、術前の詳細な評価と適切な手技の組み合わせが重要である。大動脈弁形成術の中長期成は不明であり今後の症例の蓄積が待たれるが、若年者に対する大動脈弁形成術は有効な治療法と思われた。

I-13 家族性高コレステロール血症により急速に進行したsevere AS、狭心症の1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 心臓血管外科

三原 茜、宮城直人、田村 清、牧田 哲、長岡英気、竹下斉史、荒井裕国

45歳男性。3歳時家族性高コレステロール血症と診断され15歳時よりLDL吸着療法開始。2年前よりmildASを指摘されていた。LDL吸着療法中に呼吸困難出現し急性心不全の診断にて入院。severeAS、moderateMR、冠動脈2枝病変を認め、準緊急的にAVR(ATS360 22mm)+MAP(コスグローブ 28mm)+CABG(LITA-LAD、SVG-4PD)施行。大動脈弁は三尖でValsalva洞、弁輪・弁尖の石灰化が著明であり、AVRに難渋した。術後経過は良好であった。

I-15 高安病による大動脈閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全に対して二弁置換術を施行した一例

山梨大学医学部 第2外科

榊原賢士、松本雅彦、白岩 聡、加藤 香、木村光裕、加賀重重喜、鈴木章司

症例は、47歳女性。高安病にて前医で内服治療をされていた。心不全のため前医入院、心臓エコーにてsevere AR、MRを認め、CTでは上行胸部大動脈の石灰化、上行大動脈40mm、左総頸動脈、両側鎖骨下動脈は閉塞していた。今回、手術目的で当院へ紹介となった。手術は、AVR(SJM-21)MVR(CM-29)、上行大動脈のラッピングを行った。病理所見では、両弁とも活動性の炎症は認めず、粘液腫様変性による弁尖の肥厚と退縮を認めた。

I-12 一尖弁性大動脈弁狭窄症に伴う上行弓部大動脈瘤に対して大動脈基部置換術、全弓部置換術を同時施行し、良好な結果を得た一例

獨協医科大学 心臓・血管外科

堀 貴行、山田靖之、吉龍正雄、柴崎郁子、井上有方、桑田俊之、小川博永、清水理葉、永瀬秋彦、福田宏嗣

67歳、女性。重症大動脈弁狭窄症、上行弓部大動脈瘤の診断で手術に臨んだ。術中所見で大動脈弁は一尖弁であり、また大動脈基部から弓部にかけての大動脈壁の菲薄化を認めたため大動脈基部置換術、全弓部置換術を同時施行した。術後経過は良好で、第25日に自宅退院となった。若干の文献的考察を加え報告する。

I-14 CABG術後12年目の高度大動脈石灰化を伴ったAS症例に対する1手術例

諏訪赤十字病院 心臓血管外科

高橋耕平、河野哲也、田中啓之

【症例】1999年CABG(LITA toLAD、SVG to D1、OM、RCA)、2010年、高度ASによる心不全発症、手術適応とされた。SVG to D1以外のバイパスは開存、大動脈に高度石灰化を認めた。【手術】右腋窩動脈吻合グラフト送血、開存グラフトは全て剥離し確保、初回順行性投与以降心筋保護は逆行性投与、大動脈遮断下に、開存グラフト中樞吻合のSVC側大動脈に縦切開を置き、Mosaic 23mmでAVR、D1にSVGでバイパスを行った。【経過】かかる症例における腋窩動脈送血は有用で、術後経過は順調であった。

13:05~13:45 弁膜症 2

座長 小林 俊 也(聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科)

I-16 大動脈弁位生体弁植え込み術後16年目の急性大動脈弁閉鎖不全症の一例

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院

新垣正美、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、津田和政

症例は39歳女性。23歳時に大動脈弁置換術(Carpentier Edwards ウシ心膜弁)を施行。呼吸困難にて近医受診、人工弁機能不全による急性ARとそれに伴うMR、心原性ショックの診断で当院に搬送された。緊急的にPCPSを装着した後に手術を行った。弁尖が数ミリにわたって裂け弁尖が完全に落ち込んでおり、機械弁による再弁置換術および僧帽弁輪縫縮術を行った。数時間の補助循環を要したが術後経過は良好であった。

I-17 食道癌術後(胸骨後胃管再建)に施行した大動脈弁置換術の1例

株式会社日立製作所日立総合病院 心臓血管外科

佐藤真剛、坂本裕昭、渡辺泰徳

65歳男性。9年前に食道癌に対する胸骨後胃管再建術の既往あり。意識消失発作を契機に二尖弁によるASと診断。手術は胸骨正中切開アプローチを選択。胸骨上端付近の食道-胃管吻合部や胃管を通した横隔膜付近は癒着が強かったが、胸骨裏面を走行する胃管の大部分は鈍的剥離が可能であり、損傷なく通常の良い視野で機械弁によるAVRを行うことが可能だった。胸骨後胃管再建による食道癌術後に対しても胸骨正中切開アプローチは比較的安全に行える手技と思われる。

I-18 左上大静脈遺残および半奇静脈結合を合併した僧帽弁閉鎖不全症および三尖弁閉鎖不全症の一例

榊原記念病院 心臓血管外科

渡邊慶太郎、田端 実、平岩伸彦、福井寿啓、高梨秀一郎

症例は67歳女性。20代より心拡大および不整脈を指摘されていた。平成11年心臓カテーテル検査施行され、左上大静脈遺残および半奇静脈結合を認め、多脾症候群の診断に至った。心内シャントは認めなかった。冠静脈洞の著明な拡大により僧帽弁後尖が圧排され僧帽弁狭窄症兼閉鎖不全症を、右心系の拡大により三尖弁閉鎖不全症を呈していた。右心不全症状の増悪を認め僧帽弁置換術および三尖弁置換術を施行した。文献的考察を加え報告する。

I-19 上大静脈欠損を伴う閉塞性肥大型心筋症、洞不全症候群の手術治療の一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

川村知紀、茂木健司、櫻井 学、松浦 馨、高原善治

症例は79歳女性。閉塞性肥大型心筋症で通院中。呼吸困難を主訴に受診し、洞不全症候群に加えて、僧帽弁閉鎖不全、左室流出路圧較差がみられた。先天性の上大静脈欠損があり通常の経静脈的ペーシングは困難と判断、手術治療の方針とした。上行大動脈送血、右房脱血で人工心肺を確立し、僧帽弁置換術、心筋電極+ペースメーカー植え込み術を施行した。術後、左室流出路圧較差もほぼ消失していた。閉塞性肥大型心筋症の手術治療の一例として報告する。

I-20 ハンドル外傷を契機とした下壁梗塞・三尖弁断裂に対する一救命例

新潟市民病院 心臓血管外科

菊地千鶴男、本橋慎也、羽賀 学、高橋善樹、中澤 聡、金沢 宏

症例は63歳女性。自動車運転中に電柱に激突し胸部を強く打つたと見られた。ショック状態で搬送され心エコーで心嚢液の貯留と三尖弁の逸脱を認めた。心電図でST変化を認めたためCAGを行い、右冠動脈#1に閉塞を認めた。すぐに緊急手術を行った。手術は人工心肺下に三尖弁形成と1枝CABGとした。術後の経過は順調で救命に成功した。

13:45~14:25 大動脈解離

座長 小 泉 信 達(東京医科大学 血管外科)

I-21 AAE、ARを伴った急性大動脈解離 (Stanford A) に対するDavid手術の2例

諏訪赤十字病院 心臓血管外科

河野哲也、高橋耕平、田中啓之

【症例1】24才女性。運動中に胸背部痛を自覚し、近医にてAAE、ARを伴った急性大動脈解離 (Stanford A) と診断され、当院に転院。David手術と上行弓部全置換術の同時手術を行った。【症例2】50才男性。右下肢不全麻痺を伴う胸背部痛にて発症、AAE、ARを伴った急性大動脈解離 (Stanford A) と診断、右下肢の血流障害を認め、緊急的にDavid手術と上行置換術を行った。2例ともentryはValsalvaから上行大動脈に存在、大動脈壁病理は中膜囊状壊死、術後ARは消失、術後経過は良好であった。

I-22 Stanford A型解離性大動脈瘤に対し自己弁温存基部置換術および上行弓部置換術を行い術後発熱が持続した1例

財団法人心臓血管研究所

門磨義隆、田邊大明、依田真隆、原澤慶太郎、須磨久善

31歳男性。意識障害を主訴に救急搬送され、A型解離性大動脈瘤の診断で同日緊急手術を施行。術後発熱認め、縦隔炎、感染性心内膜炎は否定的で治療に難渋した。44PODに小脳出血を発症も、mycotic aneurysmは認められず、focusは不明であるも、その後自然発熱し51PODに退院。発熱の原因は不明であったが、先天性動脈壁異常を有する症例に良好な治療経過を得ることができたため報告する。

I-23 術前CPAをきたしたが、社会復帰できた急性大動脈解離 (stanford A型) の一手術例

日本大学 外科学系心臓血管・呼吸器・総合外科学分野

木村 玄、畑 博明、秦 光賢、瀬在 明、飯田 充、吉武 勇、宇野澤聡、和久井真司、猪野 崇、塩野元美

症例は84歳女性。意識消失にて前医へ救急搬送。急性大動脈解離、右冠動脈解離による心筋梗塞、完全房室ブロックにて当院へ紹介。搬送後、VFとなり、心臓マッサージ、除細動施行。LIQRにて緊急上行置換術+CABG(1) Ao-#2施行。術中より瞳孔散大みられたが、POD2より意識レベル改善、気切を要したが、人工呼吸器離脱、経口摂取・歩行可能となり、POD44退院した。

I-24 送血部位に苦慮した急性大動脈解離術中破裂の1例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

岡田修一、金子達夫、江連雅彦、佐藤泰史、長谷川豊、

小此木修一

症例は82歳女性。意識消失発作を認めて前医受診し、CTで心タンポナーデを伴った急性大動脈解離 (Stanford A) の診断で当院に緊急搬送となり緊急手術となった。心尖部送血を開始して数分後に上行大動脈が破裂、左右の大腿動脈から送血を試みたが、遺残坐骨動脈を合併していることから送血圧が高値で送血できなかった。このため近位弓部からseldinger法による送血を行い、上行弓部置換を施行した。術後32日目に前医に転院した。文献的考察を含めて報告する。

I-25 腕頭動脈破裂をきたしたStanford A型急性大動脈解離の1例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

中島雅人、土屋幸治、市原有紀、加久雄史

症例は57歳男性。2010年1月突然の背部痛を自覚し前医受診。CTで偽腔開存型ADA(A)の診断で救急搬送され、同日緊急手術を行った。上行弓部にentryを認めず、低体温循環停止下に上行置換術を行った。人工心肺離脱後に遠位側から著明な出血を認め、用手圧迫下に再度循環停止とした。遠位側吻合部には問題なく出血源を検索すると、解離の及んだ腕頭動脈の破裂を認め縫合修復した。瘤化のない腕頭動脈の破裂は非常に稀と思われたので報告した。

14:25~14:57 大動脈1

座長 内田 敬 二(横浜市立大学付属市民総合医療センター 心臓血管センター)

I-26 10年前のElephant trunkを利用して施行した解離性胸部下行大動脈瘤の一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

桜井 学、茂木健司、松浦 馨、川村知紀、高原善治

症例は41歳男性。10年前にAAE+急性DeBakey-IIIb型解離で入院中、Stanford A型解離(D-II型)を発症。若年であり今後の再手術リスクを考慮し拡大手術Mod-Bentall+弓部置換術(Elephant trunk)を施行した。今回、解離性下行大動脈瘤が径拡大し人工血管置換術を施行した。中枢側は前回作成したElephant trunkに吻合した。前回の手術戦略が10年後に奏功した一例を経験したので報告する。

I-28 胸部人工血管感染に対し人工血管再置換と大網充填により救命した一例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

五味潤俊仁、大津義徳、福家 愛、駒津和宜、寺崎貴光、和田有子、高野 環、福井大祐、天野 純

【症例】46歳男。2008年11月大動脈解離(Stanford A、DeBakey IIIb)にて弓部置換術、左下腿コンパートメント症候群合併し長期臥床となり褥瘡形成するも自宅退院。2010年3月23日38℃の熱発及び下痢にて近医受診、血液培養よりStaphyrococcus aureus(+), CT上グラフト周囲感染・多発脳梗塞認め25日当院転院。待機的に再手術予定であったが4月19日末梢側吻合部破綻し弓部再置換+大網充填術施行し救命した。

I-27 破裂性腹部大動脈瘤術後に急性大動脈解離を発症した一例

東京医科大学血管外科

佐藤正宏、小櫃由樹生、小泉信達、佐藤和弘、佐伯直純、駒井宏好、重松 宏

症例、63歳男性。主訴は腰背部痛。既往に腹部大動脈瘤破裂に対し分岐型人工血管置換術を施行している。CTにて急性大動脈解離(Stanford B)と診断。真腔は偽腔で高度に圧迫され、両大腿動脈の拍動なく、不全麻痺を呈した。緊急で両側鎖骨窩-両大腿動脈バイパス(Impra 8mm)を行い術後症状は軽快し、26病日に独歩退院した。腹部大動脈瘤術後の大動脈解離でリエントリーができずに狭小真腔をきたした症例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

I-29 Homograftの瘤化に対し再手術を施行した1例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

池田昌弘、井口篤志、朝倉利久、上部一彦、小池裕之、田畑美弥子、森田耕三、高橋 研、岡田至弘、新浪 博

症例は63歳女性。2000年急性大動脈解離に対する上行大動脈人工血管置換術施行後、縦隔炎、人工血管感染を発症し、上行大動脈homograft置換術、縦隔大網充填術施行。2010年胸骨の離開部よりhomograft動脈瘤の著明な突出を認め、2月部分大動脈弓部人工血管置換術及びBentall術施行。瘤は当初感染による仮性瘤を疑っていたが、真性嚢状瘤であった。術後感染等のトラブルなく退院、現在外来通院中である。

14:57~15:37 大動脈2

座長 福井大祐(信州大学医学部附属病院 心臓血管外科)

I-30 重症大動脈弁狭窄症を合併した弓部分岐異常を伴う大動脈縮窄症、下行大動脈拡大に対する1手術例

医療法人社団愛心会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

佐藤健一郎、田中正史、小日向聡行、野村陽平

症例は74歳女性。2010年5月労作時呼吸困難を主訴に当院受診。重症大動脈弁狭窄症と診断した。術前検査で管後型の単純型大動脈縮窄症を合併しており、左鎖骨下動脈起始部にKommerell憩室を認め、右鎖骨下動脈が縮窄部後から分岐、血管輪を形成し、さらに下行大動脈が拡大していた。この症例に対して大動脈弁置換術、上行弓部下行大動脈人工血管置換術を行った。術後経過良好である。

I-32 両側腎動脈狭窄を併存する胸腹部大動脈瘤に腎動脈再建を先行し二期的手術を行った一例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院 循環器センター外科

鈴木聡一郎、成瀬好洋、田中慶太、佐々木章史、弘瀬伸行、田端あや

症例は62歳男性。8年前両側腎動脈狭窄に対しPTRAを実施。腎動脈入口部にステント留置されたがその後左腎は廃絶状態となった。7年前腹部大動脈瘤にYグラフト置換術実施。今回横隔膜以下腎動脈まで最大径64mmの胸腹部大動脈瘤にて手術適応となった。まず右腎動脈-右外腸骨動脈バイパス術を行い2ヶ月後に下行大動脈-腎動脈下腹部大動脈に人工血管置換術を実施。術後残腎機能は保たれ独歩にて退院。

I-34 一時バイパスを用いて解剖学的血行再建を行った感染性胸腹部大動脈瘤の一例

新潟県立新発田病院

島田晃治、三村慎也、本野 望、斎藤正幸、名村 理、大関 一

84歳女性。腰痛を訴え他院入院し精査で腹腔動脈分岐部付近の仮性胸腹部大動脈瘤を指摘され当科紹介搬送入院した。発熱、炎症反応高値を認め感染性動脈瘤と診断。翌日緊急手術を施行。下行大動脈から腹部大動脈末梢への一時バイパスを使用して動脈瘤切除、感染組織デブリードマン、腹部内臓動脈再建を伴う解剖学的血行再建を施行した。感染対策としてリファンピシン浸漬人工血管を使用し大網充填術を行った。術後経過良好で独歩退院した。

I-31 多発性大動脈瘤に対し三期的に手術を施行した一例
東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

田中千陽、岡田公章、中村智一、志村信一郎、山口雅臣、

長 泰則、上田敏彦

61歳男性。Healed IEによる僧帽弁閉鎖不全症を伴う弓部、下行及び胸腹部に多発するpunched out型の大動脈瘤を経験した。まず、弓部全置換術及び僧帽弁形成術施行、一ヶ月後に下行大動脈瘤に対しTEVARを施行した。さらに5ヶ月後に遠位弓部人工血管をocclusion balloonで遮断し、部分体外循環下に胸腹部大動脈人工血管置換術を施行。術後遅発性対麻痺出現も、脊髄ドレナージで改善し独歩退院された。なお動脈瘤の病理所見は動脈硬化性であった。

I-33 浸潤胸腺腫の術後に大動脈仮性瘤を発症しPatch閉鎖および大網充填を行った1例

1国保旭中央病院 心臓外科

2国保旭中央病院 呼吸器外科

井戸田佳史¹、山本哲史¹、竹田 誠¹、吉田幸弘²、松本 順²

67歳女性。2009年11月浸潤性胸腺腫に対して拡大胸腺全摘術+無名静脈腕頭静脈合併切除人工血管置換+右肺上葉部分切除を施行。その後縦隔炎を発症し術後25日目に正中創開放しVAC療法を開始。その後肉芽形成は良好であったが術後約4ヶ月後に正中創よりoozingあり、CT上大動脈仮性瘤を認め緊急手術となった。術中所見では静脈再建した人工血管の感染に起因する大動脈仮性瘤でありPatchによる瘤閉鎖、大網充填を施行した。

15:37~16:17 大動脈3

座長 井村 肇(日本医科大学付属病院 心臓血管外科)

I-35 巨大嚢状型胸部下行大動脈瘤食道穿破の1救命例
茨城県厚生農業協同組合連合会土浦協同病院 心臓血管外科

黒木秀仁、大貫雅裕、広岡一信

症例は78歳、女性。意識消失発作、ショック状態にて当院救急搬送され、径80mmの巨大嚢状型胸部下行大動脈瘤食道穿破の診断で緊急手術を施行。人工血管置換後に瘤内の血栓を除去すると、瘤の内腔が径2cmの瘻孔部を介して食道と交通していた。イソジン消毒と大量生食洗浄を行った後、食道瘻孔部を閉鎖し、大動脈切開部も閉鎖した。肋間筋で作成した有茎筋弁を瘤壁と人工血管の間に配置し感染予防とした。術後2日目に食道切除術を施行し、術後は幸い感染を起さず経過良好である。

I-37 今野手術後の胸部大動脈仮性瘤に対し緊急手術し、救命しえた1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

寶亀亮悟、青見茂之、富岡秀行、東 隆、米沢数馬、遊佐裕明、宮入聡嗣、山崎健二

症例は26歳男性。11歳時に大動脈弁狭窄症に対し今野手術を施行。2010年2月9日胸痛、動悸、呼吸苦を主訴に当院救急外来を受診。胸部CTで上行大動脈仮性瘤の破裂を認め緊急入院。翌2月10日Bentall手術、右室流出路形成術を施行。術直後より右下腿腫脹が出現し、コンパートメント症候群の診断で減張切開術を施行。以後改善した。今回今野手術後の胸部大動脈仮性瘤に対し緊急手術し、救命しえた1例を経験したので報告する。

I-39 意識障害のある弓部大動脈瘤破裂に対し保存的治療を先行し、準緊急手術を行った1例

聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科

遠藤 仁、村上 浩、永田徳一郎、千葉 清、大野 真、鈴木敬磨、北中陽介、小林俊也、近田正英、幕内晴朗

76歳、男性。大量咯血にて発症。来院時JCS300、瞳孔散大、対光反射なし。血圧測定不能。CTでは遠位弓部大動脈瘤破裂、肺内穿破を認めた。緊急手術では脳障害悪化の可能性が高く、救命できる可能性は極めて低いと判断し、保存的治療を行った。第3病日に意識レベルが改善したため、弓部大動脈人工血管置換術+大網充填術施行。その後順調に回復し、術後38日目に独歩退院となった。

I-36 弓部大動脈瘤が左肺動脈に穿破した一例

1横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター

2横浜市立大学附属病院 外科治療学

白井順也¹、内田敬二¹、南 智行¹、安田章沢¹、杉浦唯久¹、風間慶祐¹、井元清隆¹、益田宗孝²

弓部大動脈瘤の手術予定であった81歳男性が心不全で入院となった。連続性雑音を聴取し、CTより弓部大動脈瘤の左肺動脈穿破と診断した。弓部置換および左肺動脈ろう孔閉鎖術、CABG(Ao-SVG-#4PD)を施行したが、人工心肺開始時、動静脈シャントにより循環の維持が困難であった。術後PCPSを要したが2日目に離脱し49日目に退院となった。

I-38 長時間の人工心肺、術後PCPSを乗り切り独歩退院した上行大動脈瘤の1手術例

1東邦大学医療センター佐倉病院 心臓血管外科

2東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科

益原大志¹、藤井毅郎²、徳弘圭一¹、小山信彌²

症例は62歳 女性。51歳時動脈管憩室動脈瘤にて、下行大動脈人工血管置換術を施行。moderate ARおよび、上行大動脈径最大径54mm認め、Bentall変法手術施行。癒着が強く、上行大動脈から主肺動脈部にも非常に強い癒着を認めた。術中肺動脈を損傷し心肺装着し肺動脈パッチ形成およびBentall型手術施行。基部からの出血のためsecond runにて再置換。人工心肺離脱困難となりPCPS装着。開胸のままICU入室。第4病日PCPS離脱、第8病日二期的胸骨閉鎖。第158病日独歩退院。

16:17~16:49 ステントグラフト

座長 藤井毅郎(東邦大学外科学講座 心臓血管外科)

I-40 Kommerell憩室、右側大動脈弓、左鎖骨下動脈起始異常を合併した大動脈解離に対しステントグラフト内挿術を施行した1例

東邦大学医学部外科学講座心臓血管外科

原 真範、藤井毅郎、渡邊善則、塩野則次、片柳智之、佐々木雄毅、小澤 司、小山信彌

症例は76歳、女性。右総腸骨動脈瘤に対する手術目的に入院、Kommerell憩室、右側大動脈弓、左鎖骨下動脈起始異常を合併していた。手術前日に急性B型大動脈解離を発症しKommerell憩室にEntryを認めた。左上肢虚血に対してAx-Ax bypass施行後、ステントグラフト内挿術と左鎖骨下動脈のコイル塞栓術を施行した。

I-41 左鎖骨下動脈瘤破裂、肺内穿破に対してステントグラフト内挿術を行った1例

国立国際医療研究センター 心臓血管外科

高澤晃利、保坂 茂、尾澤直美、秋田作夢、福田尚司、木村壮介
3週間前より血痰が出現し、徐々に頻回となった80歳男性。CTで左鎖骨下動脈起始部より嚢状に突出する9.7cm大の動脈瘤を認め、周囲の肺には出血による浸潤影あり。緊急的に右腋窩動脈-左総頸動脈バイパス、右腋窩動脈-左腋窩動脈バイパス、左総頸動脈閉鎖(ともに7mmPTFEグラフト)、左鎖骨下動脈コイル塞栓、経腹的ステントグラフト内挿術(TG4010とTG3110使用)にて救命した。

I-42 腹部大動脈瘤を伴った胸部大動脈瘤破裂に対する緊急ステントグラフト内挿術

横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 心臓血管センター 外科

杉浦唯久、井元清隆、内田敬二、南 智行、安田章沢、白井順也、風間慶祐

症例は80歳男性。背部痛を主訴に近医受診しCT上胸部大動脈瘤破裂の診断で当院へ転院となった。両側総腸骨動脈の狭窄と最大径45mmの腹部大動脈瘤を認めたため緊急で腹部大動脈人工血管置換術を行い人工血管の側枝をアクセスルートとし胸部ステントグラフト内挿術を行った。術後経過は順調で術後20日目に軽快退院となった。

I-43 食道癌の大動脈浸潤による大動脈食道瘻に対して大動脈ステントグラフト内挿術が有効であった1例

1昭和大学医学部 第1外科

2東京医科大学 外科学第2講座

飯塚弘文¹、石川 昇¹、丸田一人¹、近藤泰之¹、大井正也¹、宮内忠雅¹、永野直子¹、尾本 正¹、手取屋岳夫¹、川口 聡²

食道癌浸潤に起因する大動脈食道瘻に対し大動脈ステントグラフト内挿術(EVAR)を施行し救命しえた1例を経験した。症例は72歳、女性。胸部下部食道癌で化学放射線療法中であった。吐血にて救急搬送され、大動脈食道瘻と診断し局所麻酔下に緊急EVARを施行した。大動脈食道瘻に対し、緊急止血処置としてEVARは有用であると考えられる。

10:30~11:10 先天性心疾患 1

座長 栞 岡 歩(埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科)

II-1 段階的MAPCA血流制御の後palliative Rastelliに到達したmuscular VSDs、PAの1例

筑波大学病院 心臓血管外科

今井章人、平松祐司、塚田 亨、三富樹郷、加藤秀之、徳永千穂、金本真也、榊原 謙

現在2歳の女兒。出生後muscular VSDs、PA、MAPCAと診断。生後2ヶ月時に右開胸で最も優勢なMAPCAをbandingし肺門部背側のMAPCA2本を結紮。4ヶ月時に左下葉MAPCAをcoil塞栓した後、5ヶ月時に左開胸でMAPCA結紮と4mm BTS施行。10ヶ月時にUFと同時に5mmに成長したcentral PAに1弁付自己心膜conduitを吻合してpalliative Rastelliとした。術後1年を経過しmuscular VSDsへの対処を検討中である。本症例の経過を報告する。

II-3 6か月男児の急性重症僧帽弁閉鎖不全症に対して緊急弁置換術を施行した1例

自治医科大学 とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科

宮原義典、河田政明

症例はVSDにて通院中の6ヶ月男児。上気道炎にて近医で入院抗生剤治療後、自宅で熱発、嘔吐後にショック状態で搬送された。来院時高度のアシドーシスと重症の僧帽弁逆流を認め、直ちに人工呼吸管理の上心不全治療を開始したが、循環動態改善しない為緊急手術を行った。僧帽弁は高度に浮腫状、広範囲に前後尖の腱索断裂を認め、VSD閉鎖後に17mm機械弁を弁輪上に縫着した。術後不整脈の治療に難渋したが、全身状態は著明に改善、良好な結果を得た。

II-5 総動脈幹遺残症 (Van Praagh type A1)、総動脈幹弁閉鎖不全に対し、心内修復術、右室流出路形成術、総動脈幹弁形成術を施行した1例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

木ノ内勝士、野村耕司、阿部貴行

症例は1歳5か月、体重8.4kg、女兒。生後2か月時、肺動脈狭窄に対して左BTシャント術施行、今回、総動脈幹弁閉鎖不全に伴う心不全増悪にて準緊急的手術施行となった。総動脈幹弁は5尖、閉鎖不全の主病変は肺動脈弁成分の2尖、これを切除し新大動脈弁3尖化形成術、心室中隔欠損孔閉鎖術、16mm PTFE 3弁付conduitによる右室流出路再建術、三尖弁形成術 (De Vega法) を施行した。術後経過は良好であった。

II-2 PA・VSD、MAPCAsにPAPVRを合併した症例に対し一期的uniforcalization施行後、根治手術を施行し得た一例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科

内村紀子、鈴木孝明、木村成卓、栞 岡 歩、加藤木利行

症例は1歳4ヶ月男児、PA・VSD、MAPCAs、両側PAPVRと診断。低形成central PAの発達を促すために1ヶ月時にPalliative RVOTR (自己心膜パッチ) 施行。その後central PAの発達を待ち8ヶ月時に一期的uniforcalization+RV-PA導管およびlt.UPV-LA吻合術施行。1歳4ヶ月時にASD作成、右房壁フラップ及びSVC-RA直接吻合による右側PAPVR根治術とRastelli術を施行し根治にいたった症例を経験したので報告する。

II-4 単一乳頭筋およびCleftによる先天性MRに対しMVPを施行した一例

横浜市立大学医学部附属病院 外科治療学 心臓血管外科

富永訓央、江村佳子、笠間啓一郎、鈴木伸一、磯松幸尚、益田宗孝

症例は1歳8カ月の男児。先天性MRの診断にて当院紹介受診しフォローされていたがMRの増悪を認め手術適応となる。心エコー上MR Severe、前尖にCleft及びA3の逸脱を認め、心カテ上LVEDVは179%ofNと拡大。手術所見はA3にCleftを認め、乳頭筋は前乳頭筋のみでA3には乳頭筋からの腱索は見られず。CV5にて人工腱索再建術、Cleft閉鎖及び後交連部のedge-to-edge repair、Kay法による弁輪形成を実施。TEEにてMRはtrivial。

11:10~11:58 先天性心疾患 2

座長 武田裕子(神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科)

Ⅱ-6 高度肺動脈弁逆流を伴った新生児Ebstein奇形に対するmodified Starnes手術を施行した1例

東京女子医科大学 心臓血管外科

瀬田博允、平松健司、岩田祐輔、松村剛毅、小沼武司、外川正海、小嶋愛、測上泰、寶亀亮悟、山崎健二

症例は高度三尖弁及び肺動脈弁逆流、動脈管開存、心房中隔二次孔欠損を伴うEbstein奇形。出生後急速に右心不全が進行したため、日齢6で4mmの交通孔を作成した15×20mmのePTFEパッチによる緊急modified Starnes手術を施行した。術後PGE1にて管理し、2ヶ月時に3.5mmのePTFEグラフトで右側mBTシャントを施行した。術後体重増加良好で順調に経過し、Glenn手術待機中である。

Ⅱ-8 総肺静脈還流異常症(TAPVC)と食道閉鎖症を合併した超低出生体重児の一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

竹添豊志子、井上堯文、梅木昭秀、板谷慶一、北堀和男、高岡哲弘、村上新、小野稔

患児は1.7kgで出生し下心臓型TAPVCと先天性食道閉鎖症(Gross C)と診断され、重度の肺静脈狭窄症(PVO)を呈したため、生後18時間で気管食道瘻バンディング術と胃瘻造設術、TAPVC修復術を同日に行った。頻脈発作のため第14病日に閉胸した。さらに、胸水貯留が遷延したものの、PVOは認めず心機能は良好である。非常に稀なTAPVCと先天性食道閉鎖症の合併例を経験したので報告する。

Ⅱ-10 共通肺静脈閉鎖の救命例

茨城県立こども病院 心臓血管外科

五味聖吾、阿部正一、坂有希子

症例は0日、男児。高度な低酸素血症、アシドーシス、ショックの状態本院搬送された。内科的蘇生に反応せず、TAPVC、PV atresiaの疑いで生後9時間で緊急手術を行った。術後乳び胸、横隔神経麻痺を生じたが、術後3ヶ月でHOT導入後退院した。本疾患の認識と早期の外科治療が救命には不可欠である。

Ⅱ-7 TAPVC(Ib+Iib)に対して右房壁フラップによるSVC再建を行った1例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

津田和政、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、新垣正美

【症例】4ヶ月女児。RUPVはSVC(SVC-RA junctionより頭側10mm)に還流、他のPVはRA高位後壁に還流。心房間交通は卵円孔のみ。【手術】RUPV流入部直上でSVCを切断し近位側を閉鎖、右房への肺静脈還流を馬心膜パッチの心内導管にて拡大した心房間交通孔に導き、右心耳の稜線を変曲点とするコの字型の右房壁フラップによりSVC還流路の後壁を形成し、自己心膜パッチにて前壁を再建した。術後経過は良好であった。

Ⅱ-9 日齢32で両方向性グレン手術を行った1例

神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

小野裕國、麻生俊英、武田裕子、小坂由道、岡徳彦

両方向性グレン手術(BCPS)の最低年齢については意見の一致をみていない。日齢32の無脾症、単心室、肺動脈弁下狭窄、総肺静脈還流異常症(TAPVD)、両側上大静脈に対し、内科的治療に抵抗する無酸素発作のため外科治療が必要となった。BT shuntとBCPSとではBT shuntの方がリスクが高いと判断しBCPS+TAPVD修復をおこなった。術後の肺動脈圧12mmHg、酸素飽和度80%と良好な循環であった。

Ⅱ-11 自己心膜パッチ拡大術を用いた肺静脈狭窄の1例

北里大学病院 心臓血管外科

笹原聡豊、宮地鑑、吉井剛、友保貴博、鳥井晋三、須藤恭一、柴田講、井上信幸、田村智紀

原発性肺静脈狭窄症は小児先天性心疾患において稀な疾患であり、死亡率は高い。我々は肺静脈狭窄症に対して自己心膜パッチ拡大術を行い、良好な結果を得た。症例は3ヶ月、男児。心エコー、3DCT、心臓カテーテル検査にて右肺静脈狭窄、心房中隔欠損、肺高血圧症と診断した。右房切開、心房中隔欠損を介して肺静脈狭窄部を切開、自己心膜を用いてパッチ拡大を行った。術後8ヶ月の心臓カテーテル検査では再狭窄は認められなかった。

13:05~13:45 先天性心疾患 3

座長 坂本貴彦(長野県立こども病院 心臓血管外科)

Ⅱ-12 左側冠動脈高位起始を伴う完全大血管転位症(2型)の一治験例

東京慈恵会医科大学 心臓外科

黄 義浩、森田紀代造、宇野吉雅、山城理仁、保科俊之、橋本和弘

症例は生後21日の女児。在胎39週、2794gで出生。他院にてTGA 2型と診断後、high flowによる心不全兆候を認め、手術目的で当院搬送。冠動脈形態はLCAの蛇行を伴うShaher2aとされたが、術中所見では左冠動脈がsinus 1-2交連部からかなり上方で起始し、大動脈壁に沿って下降する異常走行パターンであった。確実な冠動脈ボタン採取のため右室上17mmで大動脈切断とし、動脈スイッチ(Le Compte)を施行。術後は順調に経過した。

Ⅱ-14 小児の冠動脈左主幹部狭窄に対してパッチ拡大術が有効であった2症例

神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

岡 徳彦、麻生俊英、武田裕子、小坂由道、小野裕國

小児の左冠動脈主幹部狭窄は、診断、治療が遅れば救命困難となる重篤な疾患である。高度の左冠動脈狭窄による心筋虚血により重度の心不全を合併した2小児例に対し奇静脈パッチを用いた左冠動脈主幹部形成術を行ない良好な結果を得たので報告する。僧帽弁閉鎖不全を合併した1才児には僧帽弁形成術を同時施行した。来院時ショックから心室細動に陥った4ヶ月児には補助循環を装着し、診断を確定したのち冠動脈形成術を行った。

Ⅱ-16 *Cardiobacterium hominis*によるePTFE2弁付き導管感染の1例

長野県立こども病院 心臓血管外科

前川慶之、坂本貴彦、梅津健太郎、大橋伸朗、原田順和

症例は5歳男児。2歳時ファロー四徴症根治術を施行、以後外来経過観察。2か月前より心エコーで右室流出路狭窄を疑われ、CTでePTFEパッチに巨大な血栓を認めた。肺塞栓を危惧し準緊急的に再手術を施行した。血液及び血栓の培養より*Cardiobacterium hominis*を検出、導管の心内膜炎と診断した。ceftriaxoneを6週間投与し再燃なく退院した。*C. hominis*は心内膜炎を引き起こすグラム陰性桿菌であるHACEK群に属し、本邦での報告は2例のみと極めて稀であるので報告する。

Ⅱ-13 重症心不全で来院後、左冠動脈肺動脈起始症(BWG症候群)と診断されspiral-cuff techniqueが有効であった一例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

尾崎晋一、宮本隆司、青木丈幸、吉本明浩

症例は8ヶ月男児で、6ヶ月時より咳嗽・発熱・嘔吐が出現。心エコー上左室拡大と壁運動低下を認め拡張型心筋症疑われたが心臓カテーテル検査でBWG症候群と診断。肺動脈への盗血予防に左冠動脈をクリッピングしたが、心不全が進行したため左冠動脈移植術施行。左冠動脈は肺動脈弁前尖側から起始し大動脈への直接吻合は困難と考えられたためspiral-cuff techniqueを用いたところ有効に吻合し得た。

Ⅱ-15 心室再同期治療により心機能の改善を得、TCPCを施行しえた左心低形成症候群の1例

千葉県こども病院 心臓血管外科

榎本吉倫、青木 満、中村祐希、山本 昇、萩野生男、藤原 直
症例は1歳11ヶ月の女児。左心低形成症候群(MA、AA)に対し、日齢7でNorwood手術(RV-PA shunt)、5ヶ月時にHemi-TCPCを施行した。術後、三尖弁閉鎖不全と心室同期不全を伴う心不全(EF:36.2%、BNP:935)を認めたためTCPCはhigh riskと判断し、三尖弁形成術および心臓再同期治療(CRT)を施行。心機能の改善(EF:43.9%、BNP:443)が得られ、CRT後4ヶ月にTCPCを施行し良好な結果を得た。

13:45~14:25 先天性心疾患 4

座長 川崎 志保理(順天堂大学医学部 心臓血管外科)

Ⅱ-17 EPTFEシートをバンドに用いた両側PABが有効であった1例

山梨大学第二外科

加賀重亜喜、鈴木章司、白岩 聡、木村光裕、加藤 香、
榊原賢士、松本雅彦

在胎40週、2,364gで出生した大動脈縮窄複合(完全型房室中隔欠損)、21-trisomyの女児。心室中隔が形成不良な機能的単心室で、isthmusも長く、早期の治療方針決定が困難であった。バルーン拡張が容易な0.1mm EPTFEシートを用いた両側PABで成長を待つこととし、日齢10に施行。2回のバルーン拡張を経て、5ヶ月時にCoA repairに到達した。(その間に心室のbalanceが改善したため両心室修復を目指す方針である)

Ⅱ-19 大動脈縮窄症を合併した第5大動脈弓遺残症の1例
長野県立こども病院 心臓血管外科

大橋伸朗、原田順和、坂本貴彦、梅津健太郎、前川慶之

9ヶ月男児。3ヶ月健診で心雑音を指摘され前医でCoAを疑われ当院紹介された。UCG、3D-CTで確定診断しCoarctectomy and End-to-end anastomosisを施行した。術前に認めた60mmHgの上下肢圧較差は術後消失しPOD5に退院となった。第5大動脈弓遺残症は極めてまれな疾患で文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-21 重症肺高血圧症を伴う心房中隔欠損症に対する乳児期手術の一例

東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科

松原宗明、保土田健太郎、厚美直孝、寺田正次

症例は7ヶ月、バングラディッシュ人、女児。生後6ヶ月時重症肺高血圧症(Qp/Qs=1.3、Pp/Ps=1.0、Rp=6.1)を伴うASD、21-trisomyと診断され、約1ヶ月間PDE5阻害薬やエンドセリン受容体拮抗薬などの薬物学的治療を行った後、4mmの開窓を伴った心房中隔欠損孔パッチ閉鎖術を行った。術後15日目に抜管し経過は良好であった。本症例につき若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-18 超低出生体重児に対する両側PABの1例
順天堂大学医学部 心臓血管外科

中西啓介、川崎志保理、嶋田晶江、山岡啓信、松村武史、
土肥静之、桑木賢次、稲葉博隆、山本 平、天野 篤

症例は6ヶ月男児。診断は、vascular ring(Stewart分類3A型)、VSD。生後7日893gでPDAの診断のもと手術施行。術中所見にて、大動脈弓に異常を認め大動脈弓離断の診断のもと、両側PABに変更した。その後精査により上記診断。生後6ヶ月時に根治手術を施行。術後重度の低酸素血症を生じ、肺血管床の未発育が疑われた。超低出生体重児PDAのエコー診断によるpitfallと両側PAB~根治術後の経過につき文献的に考察を加えて報告する。

Ⅱ-20 先天性大動脈弁狭窄兼閉鎖不全に対してYamaguchi法による弁輪拡大術で大動脈弁置換術を施行した一例

横浜市立大学医学部附属病院 外科治療学教室

江村佳子、笠間啓一郎、鈴木伸一、磯松幸尚、益田宗孝

症例は9歳男児、大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症の診断。エコーで最大圧較差PG75mmHg、逆流は中等度。体表面積2.0mm²までPPMを生じないSJM-regent19mmを用いた大動脈弁置換術を行う方針。術中所見では大動脈弁は二尖弁であり弁輪径17mmであった。Yamaguchi法を用いて弁輪拡大し予定通り大動脈弁置換術を施行。術後経過は良好。小児における成長を考慮した弁輪拡大を伴う大動脈弁置換術について考察する。

14:25~15:05 成人先天性心疾患

座長 平松健司(東京女子医科大学 心臓血管外科)

Ⅱ-22 ASDに合併した右室二腔症の一症例

獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科

大喜多陽平、龍興一、齊藤政仁、六角丘、深井隆太、入江嘉仁、今関隆雄

症例は42歳女性。ASD (type2)で当院循環器内科受診中。平成22年1月、心エコーでQp/Qs5.81と増悪、右室二腔症の合併を認めた。右室二腔症は狭窄部で圧較差100mmHg程度であり手術となった。右室内に筋束の発達を認め、異常筋束の切除と欠損口のパッチ閉鎖を施行した。17POD軽快退院となった。

Ⅱ-23 僧帽弁形成術20年後に、残存PAPVRによりTRが増悪し右心不全を来した再手術例

板橋中央総合病院

佐藤博重、村田聖一郎、東原宣之、浦田雅弘、鈴木義隆

74歳男性。91年6月僧帽弁形成術、メイズ手術施行。その際、PAPVR、PLSVCを指摘されていたが、放置。その後20年の経過で労作時息切れ、肝うっ血出現。血小板減少も進行し当科紹介、再手術の方針となった。手術はASDを作成、次いでウマ心膜パッチを用いた導管を作成しPAPVRの根治を行った。高度TRに対してMC3 rigid ringによるTAPを施行した。術後右心不全が改善し血小板値も正常化した。若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-24 心房中隔欠損兼心房細動に対して心内修復兼メイズ手術を施行した右胸心の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

村岡新、坂野康人、宮原義典、相澤啓、上西祐一郎、大木伸一、齊藤力、小西宏明、河田政明、三澤吉雄

症例は52歳男性。1歳8ヶ月時より右胸心を指摘され通院していたが5歳時より通院中断となっていた。2009年に検診で心房細動を指摘され、当院紹介された。精査の結果、2次孔型の心房中隔欠損と中等度の三尖弁閉鎖不全、左上大静脈遺残、心房細動を認め、Qp/Qsは3.6で肺静脈還流異常や冠動脈狭窄は認められなかった。以上より、心内修復術、三尖弁形成術及びメイズ手術を施行した。

Ⅱ-25 房室中隔欠損症術後31年後にKonno手術を施行した狭小大動脈弁輪・左室流出路狭窄の一例

1東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科

2長野県立こども病院 心臓血管外科

浅野竜太¹、中野清治¹、原田順和²、小寺孝治郎¹、片岡豪¹、立石渉¹、久保田沙弥香¹

35歳女性。4歳で房室中隔欠損パッチ閉鎖術を行った。大動脈弁および左室流出路狭窄が徐々に進行(平均圧較差60mmHg、AVA1.08cm²および左室流出路最大圧較差59mmHg)しKonno手術を施行した。ATS21mmでAVR、弁下組織の切除、ウマ心膜と人工血管を重ねたパッチで左室流出路と右室流出路を再建した。術後経過は問題なく退院した。

Ⅱ-26 Konno incisionからアプローチした僧帽弁前尖形成術+Konno手術の1治験例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

杉本晃一、松尾浩三、大場正直、村山博和、林田直樹、鬼頭浩之、浅野宗一、平野雅生

患者は27歳男性。6ヶ月時subpulmonary VSDの診断。11歳時ARの診断。13歳時IEによるARが増悪したため、AVR(CarboMedicus 16mm)+VSD閉鎖を施行。M弁前尖のperforationによるmoderate MRは残存していた。今回PG:105mmHgとASの進行、moderate MRに対し、Konno (ON-X 23mm)手術を施行。同一視野から僧帽弁前尖のperforationを修復した。経過良好にて現在外来フォロー中である。

15:05~15:37 心臓腫瘍

座長 宮 入 剛(社会福祉法人三井記念病院 心臓血管外科)

Ⅱ-27 左上大静脈遺残(右上大静脈欠損)を伴う左房粘液腫の1手術例

1荻窪病院 心臓血管外科

2慶應義塾大学病院 心臓血管外科

相馬裕介¹、藤井 奨¹、澤 重治¹、河尻拓之²、四津良平²

症例は77歳女性。完全房室ブロックに対しPLSVC経由でDDDペースメーカー植え込みを受けている。この際、心エコー検査で心房中隔から左房に伸びる4cm大の有茎性腫瘍を認め粘液腫と診断された。また、上大静脈造影ではSVC欠損が確認された。手術では上行大動脈に送血管を、大腿静脈経由IVCとPLSVCに直接脱血管を挿入して完全体外循環を確立し心停止下に腫瘍摘出、心房中隔パッチ閉鎖を行った。

Ⅱ-29 発作性の頭痛を契機に診断された傍心房型褐色細胞腫の一例

1東京女子医科大学病院 心臓血管外科

2東京女子医科大学病院内分泌外科

3山梨県立中央病院 心臓血管外科

加久雄史¹、齋藤博之¹、小林 豊¹、小嶋 愛¹、池田ちひろ¹、齋藤 聡¹、山崎健二¹、飯原雅季²、中島雅人³

既往のない34歳女性。2009年2月より発作性の頭痛あり。翌年6月動悸と強い頭痛に見舞われ山梨県立中央病院を受診。精査の結果尿中カテコラミン高値とMIBGシンチで左肺門部への集積、さらにCTでは左心耳および主肺動脈直上、左前下行枝に接する部位に造影効果のある腫瘤を認めた。傍心房型褐色細胞腫の疑いで当科紹介、人工心肺下に腫瘍を切除した。

Ⅱ-28 心臓脂肪腫に伴う難治性心室頻拍に対する外科治療の1例

日本医科大学付属病院 心臓血管外科

吉尾敬秀、坂本俊一郎、大森裕也、白川 真、廣本敦之、新田 隆、落 雅美

患者は34歳、男性。心臓脂肪腫に伴う心室頻拍(VT)に対して学童期より他院でカテーテル治療、又は腫瘍切除術が行われてきたが、残存腫瘍によるVTの再発に対して今回、腫瘍全摘出術および凍結凝固を施行した。術後は経過良好でVTは消失し、軽快退院している。本症例は術中にCARTO mappingを併用し、VTと脂肪腫の関係について電気生理学的検証を行った点、又、腫瘍摘出の際、心室筋と冠動脈を可及的に温存しえた点で貴重な経験をしたため報告する。

Ⅱ-30 術中内視鏡が有用であった左室腫瘍の一例

社会福祉法人三井記念病院 心臓血管外科

竹ノ谷隆、宮入 剛、福田幸人、木川幾太郎、大野貴之、三浦純男、宇内真也、高本眞一

症例は76歳女性。経胸壁心エコーで左室前壁乳頭筋レベル、心尖部より径13mm大の平滑、球状で可動性良好なisoechoic massを認め、塞栓症の危険性が高いと判断し準緊急的に手術を施行した。心肺停止下に右房、心房中隔を切開し僧帽弁越しに胸腔鏡を挿入し腫瘍を同定し、腫瘍を遺残なく摘出した。組織学的にはpapillary fibroelastomaの診断であった。術中内視鏡は心臓腫瘍の観察および切除に有用である。

Ⅱ-31 感染性心内膜炎後の左室流出路心室瘤

東海大学医学部 外科学教室 心臓血管外科

岡田公章、田中千陽、中村智一、志村信一郎、山口雅臣、
長 泰則、上田敏彦

症例は41歳男性。先天性弁膜症と言われており14歳の時に敗血症感染性心内膜炎で治療歴があった。会社の健診で心拡大と左室肥大を指摘され受診。上行大動脈拡大、大動脈弁狭窄症、左室流出路仮性瘤の右房交通を認め上行大動脈置換、大動脈弁置換、心室瘤パッチ閉鎖を行った。大動脈弁は不完全な三尖弁であり感染性心内膜炎により仮性心室瘤を来し、二次的に右房へ穿破した非常に稀な症例を経験したので報告する。

Ⅱ-32 右尺骨動脈破裂で発症した感染性心内膜炎の1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

大場正直、鬼頭浩之、林田直樹、平野雅生、浅野宗一、杉本晃一、
松尾浩三、村山博和

症例は22歳男性。微熱と全身倦怠感が続いていたが、突然右前腕の腫脹と不全麻痺が出現した。右尺骨動脈破裂と判明しカテーテル塞栓術を他院にて受けた。動脈破裂の原因検索で心エコーを行ったところ感染性心内膜炎と判明し当院へ紹介となった。心エコーで僧帽弁前尖にvegetationの付着と高度MRがあり、脳MRIでは多発性脳梗塞を認めたが脳動脈瘤は認めなかった。手術は僧帽弁置換術を行い、合併症なく退院となった。

Ⅱ-33 感染性心内膜炎手術直後に感染性脳動脈瘤破裂を来した1例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

竹下斉史、宮城直人、田村 清、牧田 哲、長岡英気、三原 茜、
荒井裕国

48歳女性。2010年5月8日食思不振あり近医受診。可動性のある疣贅を伴うsevere MRを認め、小脳・腎梗塞、Osler結節も認められた。心不全強く進行性の塞栓症状あるため5月15日当院にて緊急僧帽弁形成術を施行。疣贅が付着したA3~P3を切除し、欠損部に自己心膜パッチを縫着。術当日左片麻痺出現し、感染性脳動脈瘤の破裂の診断。抗生剤治療により瘤の縮小認め、リハビリにて麻痺はわずかに残るのみとなり62POD転院となった。

Ⅱ-34 大動脈二尖弁にIEと新型インフルエンザ心筋炎を合併した症例

北里大学病院 心臓血管外科

田村智紀、鳥井晋三、笹原聡豊、友保貴博、吉井 剛、井上信幸、
須藤恭一、柴田 講、宮地 鑑

35歳女性。2010年2月下旬より感冒様症状を自覚。3月3日、ショック状態となり当院搬送。挿管、カテコールアミン投与下に精査。大動脈二尖弁のIEと新型インフルエンザ感染による急性心筋炎と診断。抗生剤と抗ウイルス薬による治療を行い準緊急でAVRを行ったが体外循環より離脱困難であり術後心筋炎の回復を待ってPCPSより離脱、術後経過は順調であった。大動脈二尖弁のIE、ウイルス性心筋炎同時合併例は稀であるので報告する。

Ⅱ-35 下大静脈内Intravenous leiomyomatosis (IVL) の1例
1医療法人積仁会島田総合病院 心臓血管外科

2国立国際医療センター病院 心臓血管外科

3医療法人社団松和会池上総合病院 心臓血管外科

大澤 宏¹、保坂 茂²、明石興彦³

症例は67歳女性。症状なし。健康診断で下大静脈内に浮遊する索状物を指摘。CTでは子宮筋腫と連続する右卵巣静脈から下大静脈に流入するヒモ状の腫瘍性病変を認めた。6ヶ月間ワーファリン投与を行ったが腫瘍の伸展を認めたため、下大静脈内IVLを疑い手術を施行した。手術は胸腹部正中切開、F-F部分体外循環下で下大静脈腫瘍摘出を行った。病理診断はIVLであった。

Ⅱ-36 肺動脈血管内膜肉腫に対して、肺動脈再建・左肺全摘術を施行した一例

筑波大学病院 心臓血管外科

塚田 亨、徳永千穂、相川志都、榎本佳治、金本真也、佐藤藤夫、松下昌之助、平松祐司、榊原 謙

62歳女性。血痰を主訴に受診。CTで左肺動脈内を占拠する腫瘍性病変を指摘された。右肺動脈への血管内進展も認め、両側肺血流の突発性の途絶の危険が高いと判断し、左肺全摘、腫瘍摘出および肺動脈再建を行った。病理組織は肺動脈血管内膜肉腫の診断であった。術後5ヶ月の評価では再発はなく、補助療法を行わずに現在外来経過観察中である。稀な症例であり考察をふまえて報告する。

Ⅱ-37 左房瘤の1治験例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

竹久保賢、名村 理、榛沢和彦、岡本竹司、溝内直子、三村慎也、林 純一

症例は47歳男性。小学生の頃より心拡大を指摘。1985年、腹部手術の際に左房瘤を疑われたがその後受診歴なく経過。2006年に心房細動で通院中の近医で心陰影の拡大を指摘され当科紹介。心エコー、MRIで左房瘤の診断となり手術適応と判断されたが経過観察を希望。2010年に手術希望され再受診し、左房瘤切除、メイズ手術、三尖弁輪縫縮術を施行した。左房瘤の報告は稀であり、貴重な症例と考え報告する。

Ⅱ-38 石灰化を伴った右房内血液嚢腫の一例

医療法人財団明理会春日部中央総合病院 心臓病センター 心臓血管外科

萩原 慎、浦島恭子、秋田雅史

症例は70歳、女性。スクリーニングの心エコーにて右房内に可動性を有する10mm大の石灰化病変を認め、3ヵ月後の心エコーにて増大傾向を認めた。造影CTでは腫瘍による下大静脈圧迫像を認め腫瘍塞栓の恐れが高いため、同日緊急手術を行った。手術所見は卵円窩下端に付着した30mm大の中心部に石灰化を伴った嚢状の腫瘍を認めた。病理では中心部に石灰化を伴った血液嚢腫であった。術後2年経過したが、再発なく外来通院中である。

Ⅱ-39 広範囲心膜欠損を合併した冠動脈疾患と右室流出路狭窄に対する外科治療経験

順天堂大学医学部 心臓血管外科

大石淳実、天野 篤、桑木賢次、松村武史

症例は74歳、男性。心電図異常から心臓精査施行した。心臓超音波検査および心臓カテーテル検査で右室拡大と右室流出路狭窄、左室の偏位を認めた。また冠動脈瘤を伴う病変を認めた。手術所見では左側心膜が主肺動脈レベルから横隔膜面、背側は肺門部から左横隔神経の走行レベルまで大きく欠損して心臓全体が左胸腔に滑脱していた。左側心膜欠損をGore Tex sheetを用いて再建後、冠動脈バイパス術3枝、右室流出路心筋切除、cryoablationを施行した。

10:30~11:10 縦隔腫瘍

座長 遠藤 俊輔(自治医科大学附属病院 呼吸器外科)

Ⅲ-1 縦隔腫瘍との鑑別が困難であった肝臓孤立性縦隔リンパ節転移の1切除例

自衛隊中央病院 胸部外科

湯手裕子、大鹿芳郎、熊木史幸、小原聖勇、中岸義典、三丸敦洋、伊藤 直、田中良昭

症例は78歳男性。会社健診を契機にC型肝炎の診断。68歳時に肝細胞癌のため肝右葉切除術、その後肝臓再発に対しラジオ波凝固療法、肝動脈化学塞栓療法を受けた。経過観察のCTで気管分岐部に4cm大の縦隔腫瘍を指摘された。PET/CTで悪性腫瘍が疑われ、胸腔鏡補助下縦隔腫瘍摘出術を実施。病理診断は肝細胞癌縦隔リンパ節転移の診断であった。肝細胞癌の孤立性縦隔リンパ節転移は比較的特であるため文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-3 胸水貯留で発見された縦隔発生毛細血管腫の1症例

1日本医科大学 外科学呼吸器外科部門

2日本医科大学付属病院病理部

岡本淳一¹、竹内千枝¹、中島由貴¹、三上 巖¹、原口秀司¹、川本雅司²、小泉 潔¹、清水一雄¹

毛細血管腫は毛細血管の単純な増殖を特徴とする血管腫の一つであり、皮膚、粘膜、肝臓などに発生する頻度の高い疾患である。胸部では肺の毛細血管腫の報告は散見されるが、縦隔発生の報告は見られない。今回、胸水貯留で発見され術前の診断が困難であった中部縦隔発生毛細血管腫を経験したため、文献的考察とともに報告する。

Ⅲ-5 導入化学療法を行い切除し得た胸腺原発大細胞神経内分泌癌の1例

1坂戸中央病院

2防衛医科大学校 第2外科

3防衛医科大学校 臨床検査医学

田中良弘¹、尾形利郎¹、尾関雄一²、中西邦昭³、河合俊明³

65歳女性。主訴は背部痛。前縦隔に6×5.5×5cm大の腫瘍を認め、縦隔臓器浸潤を疑い、直視下生検を施行。胸腺上皮性腫瘍(正岡III期)の診断で、術前化療(CDDP 112mg + ADM 50mg + MP5L 3500mg)3クール後に、拡大胸腺・胸腺腫全摘術+左腕頭静脈合併切除術を施行。病理は大細胞神経内分泌癌(LCNEC、IVb期)で、術後照射(50Gy)を追加し、2年10ヶ月後の現在、再発を認めない。胸腺原発LCNECは極めて稀で、文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-2 心嚢内前腸嚢胞の一切除例

東京医科大学 外科1講座

工藤勇人、一ノ瀬修二、片場寛明、佐治 久、垣花昌俊、白田実男、梶原直央、内田 修、大平達夫、池田徳彦
48歳女性。

胸部単純写真で異常を指摘、CTで心膜嚢腫が疑われ紹介受診となった。腫瘍は心膜と接して左胸腔内に存在、腫瘍径は70×46mmであった。

2010年3月26日、胸腔鏡下腫瘍切除術を施行。腫瘍は嚢胞性で左心耳近傍の心外膜より発生し、白濁した漿液性の液体が150ml貯留していた。内容を吸引した後、可能な限り嚢胞壁を切除し手術終了した。病理診断は前腸嚢胞であった。

本疾患の心嚢内発生は比較的まれであり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-4 Transmanubrial approach (TMA)にて切除した上縦隔神経鞘腫の1例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

石橋史博、守屋康充、坂入祐一、田村 創、和田啓伸、岩田剛和、星野英久、溝渕輝明、岡本龍郎、本橋新一郎、吉田成利、吉野一郎

35歳女性、健康診断にて胸部異常影を指摘され当科紹介受診。胸部CTにて上縦隔右側に気管と接して径6cm大の腫瘍を認め、超音波気管支鏡(EBUS)にて神経原性腫瘍が疑われた。TMAにて腫瘍摘出術を施行、病理診断は高位胸部交感神経由来と考えられる神経鞘腫であった。TMAを選択することで手術の際良好な視野が得られ本法は有用であったと考えられる。

11:15~12:03 胸腺腫

座長 片岡大輔(昭和大学病院 第一外科)

Ⅲ-6 頸部腫瘍で発見された異所性胸腺腫の1例

川崎市立川崎病院 呼吸器外科

塚田紀理、神山育男、澤藤 誠

症例は40歳代女性、1年前より頸部圧迫感と頸部腫瘍を自覚し4月に他院受診。甲状腺腫瘍疑いにて針生検を行い胸腺腫と診断され6月当院紹介受診となる。胸腺腫正岡1期と診断し頸部襟状切開に加え胸腔鏡下胸腺胸腺腫摘出術施行した。病理組織所見Type ABと診断。今回我々は頸部に発生した異所性胸腺腫に対し頸部襟状切開と胸腔鏡下手術にて胸腺胸腺腫摘出をした症例を若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-8 胸膜炎を契機に発見され、経過中に縮小した胸腺腫の1例

昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター

植松秀護、北見明彦、藤崎恭子、鈴木浩介、神尾義人

症例は41歳男性。左急性胸膜炎にて紹介受診。胸部CTで左胸水貯留と前縦隔に約6cmの充実性腫瘍を認め、境界不明瞭で高吸収域が存在していた。抗生剤治療で胸膜炎は改善した。1ヵ月後の胸部CTで前縦隔腫瘍は約4cmと縮小。境界が明瞭化し、内部の造影効果は乏しく、出血壊死を伴う胸腺腫を疑った。胸骨正中切開下胸腺摘出術を行った。臓器浸潤・播種は認めず、左胸腔の炎症所見は確認されなかった。病理所見は壊死を伴うTypeB1胸腺腫で正岡分類2期であった。

Ⅲ-10 大動脈肺動脈瘻を合併した胸腺腫の1例

新潟県立中央病院 呼吸器外科

白戸 亨、青木 正、青木賢治、矢澤正知

症例は60歳女性。近医のCTで前縦隔の異常陰影を指摘され、精査加療目的に当科を紹介受診した。造影CTで浸潤性胸腺腫と大動脈肺動脈瘻が疑われた。術前にカテーテル検査を施行し、胸骨正中切開で手術を行った。腫瘍は右肺と心膜への浸潤が疑われたため、それぞれ合併切除し、前縦隔の腫瘍を完全切除した。その後、大動脈肺動脈瘻を構成する異常血管を結紮・切除した。病理診断の結果、腫瘍は正岡II期のType B3胸腺腫であった。現在までに胸腺腫の再発や異常血管の瘤化なく経過している。

Ⅲ-7 血痰と胸痛を契機に発見された広範囲な壊死を伴うtypeAB型胸腺腫の1例

国立病院機構茨城東病院 呼吸器外科

服部有俊、山本 純、島内正起、橋詰寿律、水渡哲史、森下由紀雄

症例は44歳女性。平成22年6月、血痰及び左胸痛を主訴に近医を受診。胸部Xpで左肺門部腫瘤影を認め当院を紹介。胸部CTで左上葉にGGOを伴う径9cmの前縦隔腫瘍を認め、浸潤性胸腺腫又は奇形腫を疑い手術施行。腫瘍は左肺及び心膜と癒着し、左肺上葉部分切除及び心膜合併切除により完全切除し得た。病理学的には、肥厚した線維性隔壁と広範囲な壊死を伴うtypeAB型胸腺腫(正岡分類I期)で、非浸潤性胸腺腫としては稀な発病形式と考えられた。

Ⅲ-9 良性腫瘍と鑑別を要した胸腺腫の1切除例

聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

安藤幸二、新明卓夫、望月 篤、栗本典昭、中村治彦

症例は71歳の男性。他疾患の精査時に胸部CTで上行大動脈の右壁に接して存在する径約2cmの境界明瞭な腫瘤を指摘された。2年前のCTと比較すると、腫瘍径に著変はないが、局在部位がやや外側に移動していた。画像所見上、solitary fibrous tumorなど胸膜由来の良性腫瘍も疑われた。確定診断目的で胸腔鏡下に腫瘤を切除したところ、術中迅速診断は壁にリンパ球浸潤を伴う嚢胞性疾患とのことであったが、最終病理診断は胸腺腫(type B2)であった。

Ⅲ-11 SFTとの鑑別を要した巨大胸腺腫の1切除例

自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科

野中崇央、金井義彦、手塚憲志、遠藤俊輔

症例は45歳男性、改善しない感冒症状の精査のため近いでCTを施行。左胸腔内を占拠する最大径15cmの巨大な腫瘤影を認めた。SFTを疑い手術の方針となり、全身麻酔下・左側方開胸で摘出術を施行した。腫瘍は886gであった。病理診断は胸腺腫・WHO分類のtypeABで、正岡1期であった。術後経過良好で外来通院中である。巨大胸腺腫は症例報告が散見され手術術式や予後に関して多少の文献的考察を加えて報告する。

13:30~14:10 SFT・胸壁疾患

座長 鈴木健司(順天堂大学附属順天堂医院 呼吸器外科)

Ⅲ-12 横隔膜腫瘍と術前診断した肺発生SFT (solitary fibrous tumor) の1切除例

埼玉医科大学病院 呼吸器外科

山崎庸弘、坂口浩三、二反田博之、石田博徳、坪地宏嘉、金子公一

45歳男性。胸部XPで右横隔膜角に結節影を認め、当院紹介。胸部CTで横隔膜からなだらかに立ち上がり、IVCを囲むように存在する62×58×41mm大の境界明瞭な腫瘍を認めた。シネMRIではIVCとの間にスライディングがみられなかった。SUV maxは3.0。IVCに接した横隔膜腫瘍の診断で、人工心肺スタンバイ下に開胸。腫瘍は肺下葉縦隔よりから広基性に胸腔内に突出し、横隔膜やIVCへの浸潤はなかった。myxomatousな成分を含むSFTであった。

Ⅲ-14 胸腔内solitary fibrous tumorの一切除例

新潟県立がんセンター新潟病院 呼吸器外科

北原哲彦、大和 靖、吉谷克雄、小池輝明

症例は56歳女性。息切れ、咳嗽、右胸部痛を自覚し近医を受診したところ胸部X線、胸部CTで右胸腔内の巨大腫瘍を指摘された。当院にて針生検を行ったところsolitary fibrous tumorと診断された。腫瘍切除の方針となり、手術を行った。腫瘍は右肺下葉と横隔膜に癒着しており、これらの一部を含め切除した。術後症状および呼吸機能の改善を認めた。solitary fibrous tumorは比較的稀な腫瘍であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-16 巨大腫瘍を呈した壁側胸膜外血腫の一手術例

新潟大学医歯学総合病院 第2外科

篠原博彦、土田正則、橋本毅久、林 純一

症例は76歳男性。転倒の既往あり、数日後胸部痛と意識障害で近医へ救急搬送された。胸部CT上右胸腔に巨大腫瘍と胸水を認め胸腔ドレナージ施行、約3Lの血性胸水を排出したが排液の持続と急性腎不全を呈し、当院へ搬送された。貧血及び血小板増多症あり、CTでは右第2・3肋骨の骨折を認め、壁側胸膜外への出血と血腫形成が疑われた。手術所見で壁側胸膜が胸腔側へ剥離しており、約1800gの血腫を除去した。術後経過は順調、第11病日独歩退院した。胸膜外血腫と血性胸水を呈した稀な症例であった。

Ⅲ-13 後縦隔腫瘍との鑑別困難であった孤立性線維性腫瘍の一例

1昭和大学病院 第1外科

2昭和大学病院 病院病理科

3大倉山内科クリニック

深山素子¹、門倉光隆¹、富田由里¹、片岡大輔¹、斉藤光次²、九島巳樹³、北田 守³

症例は60歳の女性。検診の胸部X線写真で左下縦隔に異常陰影を指摘された。CT/MRIで、左後縦隔に最大径6cm大の腫瘍を認めたため当院紹介受診した。診断治療目的に手術の方針とした。術中所見では、左肺下葉の臓側胸膜に有茎性の腫瘍性病変を認め、胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。病理ならびに免疫組織学的にSFTと診断した。文献的考察を加え、報告する。

Ⅲ-15 胸壁由来の過誤腫の一例

自治医科大学附属病院 呼吸器外科

芝順太郎、遠藤哲哉、山本真一、遠藤俊輔

症例は51歳、女性。人間ドックの胸部レントゲンで左上肺野に異常陰影を指摘された。CTでは左S1+2の壁側胸膜下に45mmの境界明瞭、辺縁整な腫瘍を認め、肺外かつ胸腔内の腫瘍を考えた。PETで悪性を示唆する所見は得られず、以上の所見から孤立性線維性腫瘍を疑い手術施行。術所見は、有茎性、分葉状、白色弾性硬の腫瘍であった。手術は胸腔鏡下に茎部から2cm以上マージンをとり局所切除した。病理で過誤腫の診断だった。壁側胸膜由来の過誤腫を経験したので文献的考察を加えて報告する。

14:15~15:03 肺癌1

座長 菱田 智之(国立がん研究センター東病院 呼吸器外科)

Ⅲ-17 Transmanubrial osteomuscular sparing approach (TMA) による肺尖部胸壁浸潤肺癌の2切除例

国立がんセンター中央病院 呼吸器外科

中村彰太、河内利賢、櫻井裕幸、渡辺俊一、浅村尚生

最近経験した肺尖部胸壁浸潤肺癌に対し、集学的治療を行った2症例を報告する。症例1は、39歳の男性。右上葉原発で縦隔脂肪織浸潤を伴うcT4N0M0の腺癌を認めた。症例2は、38歳の男性。右上葉原発で第1肋骨浸潤を伴うcT3N0M0の腺癌を認めた。いずれも術前化学放射線療法が施行され、治療効果はPRだった。その後TMAによる右肺上葉と隣接臓器合併切除が行われ、完全切除された。症例1は7病日、症例2は4病日に退院し経過良好である。

Ⅲ-19 原発性肺癌術後、肋間筋転移を呈した一例 前橋赤十字病院

井貝 仁、永島宗晃、上吉原光宏

今回我々は比較的稀と考えられる原発性肺癌術後、肋間筋転移を呈した一例を経験したので報告する。症例は75歳男性。2008年に原発性肺癌(腺扁平上皮癌、pT1bN0M0、StageIA)に対して根治手術を施行された。術後2年4ヶ月後のPET/CTで右第5肋間傍胸骨部にFDG異常集積(SUVmax:13.15)を伴った最大径40mm大の腫瘤影を認めた。肺癌の肋間筋転移もしくは肋間筋原発腫瘍を疑い局所麻酔下生検を施行し、腺扁平上皮癌の診断を得た。生検した腫瘍は前回の開胸創、ポート孔とは離れており、肺癌の肋間筋転移と診断した。

Ⅲ-21 舌区およびS8+9区域切除を施行した不全分葉肺に発生した腺癌の1例

茨城県立中央病院・地域がんセンター 呼吸器外科

森下寛之、清嶋護之、朝戸裕二、雨宮隆太

59歳、男性。咳嗽、喀痰があり、近医を受診。X線で左下肺野に腫瘤影を認め、当院へ紹介となった。CT上、病変は左肺S5、S8、S9に跨る充実性腫瘤で、上下葉間の分葉はほとんどなかった。肺癌(cT2aN0M0)疑いで手術の方針とし、術中に腺癌の診断を得た。切除術式として全摘、葉切除+部分切除なども考えられたが、残存肺機能、郭清を考え、舌区およびS8+9区域切除を選択。併せて露出範囲の1群および上下縦隔リンパ節郭清を行った。

Ⅲ-18 右肺上中葉+S⁶区域切除、気管支肺動脈形成術を施行した肺癌の1切除例

1国立がん研究センター東病院 呼吸器科

2国立がん研究センター東病院 臨床腫瘍病理部

大塚 創¹、菱田智之¹、葉 清隆¹、石井源一郎²、中尾将之¹、吉田純司¹、西村光世¹、永井完治¹

62歳男性。咳嗽、背部痛で近医を受診。胸部X線で右肺腫瘤を指摘され、喀痰細胞診で扁平上皮癌と診断され当院紹介。胸部CT上、腫瘍は右肺上葉からS⁶にかけて9.2cm大で存在し胸壁に浸潤。2nd carina、右主肺動脈への浸潤も疑われた。全摘回避のため、右肺上中葉+S⁶を胸壁とともに切除し、右主気管支と底区気管支、右主肺動脈と底区肺動脈を吻合して右底区を温存した。

Ⅲ-20 重複大動脈弓を伴う肺腺癌の1切除例 東海大学医学部付属病院呼吸器外科

今村奈緒子、有賀直広、渡辺 創、古泉貴久、吉野和穂、中川知己、増田良太、濱本 篤、岩崎正之

74歳、女性。60年前に右結核で治療歴あり。2010年3月糖尿病治療中の胸部X線写真で異常陰影を指摘された。胸部単純CT検査で重複大動脈弓と右S5に結節影を認めた。気管支鏡検査で異常分岐は認めなかった。臨床病期T1bN0M0の肺腺癌に対し、胸腔鏡下にアプローチしたが、癒着強固の為、後側方開胸に移行した。手術は結核後病巣を認め、右上中葉切除ならびにリンパ節郭清を施行した。病理組織学的検索では、混合型腺癌t1bn0m0の診断であった。

Ⅲ-22 Ensealを用いた胸腔鏡下左肺摘除術 筑波大学 呼吸器外科

酒井光昭、薄井真悟、小林尚寛、山岡賢俊、菊池慎二、後藤行延、鬼塚正孝、佐藤幸夫

56歳男性。発熱と咳嗽で受診し左主気管支を閉塞する扁平上皮癌と診断され左肺摘除術の方針とした。7cm×1と1.5cm×3のポートを置き胸腔鏡下に行った。エネルギーデバイスとしてEnsealを用いた。主に肺靱帯切離、縦隔胸膜切開、リンパ節郭清の場面において17mmのストロークを1アクションでシーリング・切離出来るため有用であった。しかし血管鞘や狭い箇所への剥離には形状の制限を受け、バイポーラメツェンを用いた。Ensealを用いた手術手技を供覧する。

15:08~15:56 肺癌2・転移性肺腫瘍1

座長 櫻井裕幸(国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科)

Ⅲ-23 完全内臓逆位に合併した原発性肺癌に対し区域切除を施行した1例

長野市民病院 呼吸器外科

有村隆明、西村秀紀、小沢恵介、境澤隆夫

【はじめに】完全内臓逆位に合併した肺癌に区域切除術を施行したので報告する。【症例】70才男性、人間ドックで完全内臓逆位に合併する右肺下葉に10mmのGGOを認めた。3ヵ月後も変化が無くpure-GGOであり右S6区域切除術を施行した。右肺は左肺の如く上中葉に分葉、肺動脈、気管支は左肺の完全鏡像であった。手術は左S6区域切除術の手順で行い得た。病理組織は10×9mmのBACでpT1aN0M0であった。【まとめ】完全内臓逆位合併肺癌の区域切除術の報告は無く文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-25 縦隔リンパ節転移が疑われたサルコイドーシス合併肺癌の1例

防衛医科大学校病院 呼吸器外科

橋本博史、尾関雄一、中山健史、亀田光二、門麿聖子、田中良弘、前原正明

症例は71歳男性、平成15年3月、左肺癌に対して左肺上葉切除+ND2a施行、腺癌stage Ibであった。術後7年目に右肺下葉の腫瘍影と縦隔リンパ節の腫大を認めた。PET-CTでリンパ節転移が疑われたが転移形式が非典型的であったため、EBUS-TBNAを施行、肉芽腫と診断されたため開胸術を施行した。術中迅速病理で右肺癌+サルコイドーシスの診断であった。術前N因子の評価は総合的に慎重に行うべきであると考えられた。

Ⅲ-27 複数回の胸膜肺転移巣切除後、7年間無再発生存してる頭蓋内髄膜腫の1例

がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科

中山祐次郎、堀尾裕俊、羽藤泰、原田匡彦

症例は初診時20歳代、女性。1988年10月右末確診多発肺結節を指摘、開胸生検にて転移性髄膜腫と診断された。全身検索にて頭蓋内に腫瘤を指摘、開頭腫瘍摘出を施行され、これが原発巣と判明した。その後1994年7月右胸膜転移切除(5ヶ所)、2003年12月右胸膜肺転移切除(13ヶ所)を行った。現在最終転移巣切除から約7年を経過したが、胸腔内再発を認めていない。

Ⅲ-24 完全内臓逆位に伴う右上葉肺癌に対し胸腔鏡下上大区域切除術を施行した1例

虎の門病院 呼吸器センター外科

北嶋俊寛、河野匡、藤森賢、一瀬淳二、佐藤朝日

38歳女性、検診のCTで異常陰影を認め近医受診。既往歴なし。内臓逆位及び右S1+2に10mm大のGGOを認めた。cT1aN0M0の肺癌疑いに対して3-portによる右胸腔鏡下上葉部分切除を施行、術中迅速診断でBAC(野口type B or C)の為上大区域切除+ND1+αを行った。手術時間160分、出血少量。完全内臓逆位に対するモニター視のみでの胸腔鏡下上大区域切除を施行した1例を経験したので、術中ビデオを供覧しながら報告する。

Ⅲ-26 気管支分岐部切除を伴う右肺全摘術により救命し得た右肺癌の一例

順天堂大学附属順天堂医院 呼吸器外科

高田慎太郎、宮坂善和、渡邊敬夫、平山俊希、福井麻里子、松永健志、松澤宏典、稲垣智也、高持一矢、王志明、鈴木健司
68歳、男性。主訴は呼吸困難。精査で右肺門部に肺癌を認めcT4N1M0stageIIIAの診断。術前気管支鏡では血餅が右主気管支をほぼ閉塞。手術目的に入院となる。手術は気管分岐部切除を伴う右肺全摘。心膜、奇静脈、左房、横隔・迷走神経へ浸潤を認め合併切除。術後経過良好で第9病日退院。

Ⅲ-28 腎癌転移に対し3度の手術を施行した一例

獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科・呼吸器外科

龍興一、深井隆太、大喜多陽平、齊藤政仁、六角丘、入江嘉仁、今関隆雄

症例は67歳男性。2001年に腎細胞癌に対し右腎摘施行した。2008年CT上右肋骨に異常影を認め生検で腎癌転移と診断、2009年8月に第5~7肋骨の右胸壁切除・胸壁再建術を施行した。同時期に発見されていた膵転移に対して2009年9月、膵体尾部切除術施行した。3ヶ月後、血痰を訴え当初アスペルギルス症と診断されるが、治療後の生検にてB3入口部の腎癌気管支転移と診断。2010年4月、右上葉切除・気管支形成術施行した。3度目の手術を中心に供覧する。

16:01~16:41 転移性肺腫瘍 2・その他

座長 村川 知 弘(東京大学医学部 呼吸器外科)

Ⅲ-29 右肺多発結節が開胸生検により肺癌および腺癌肺転移と診断された1例

1国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

2同臨床開発センター臨床腫瘍病理部

市之川英臣¹、吉田純司¹、石井源一郎²、菱田智之¹、西村光世¹、嶋田善久¹、中尾将之¹、永井完治¹

症例は73歳男性。塵肺で経過観察中、CTで右肺S10の結節影を指摘。結節は増大傾向であったがPETでは陰性であり、経過観察。結節はさらに増大し、周囲に多発結節も出現したため、開胸肺生検。S10腫瘍は扁平上皮癌。周囲の多発結節は肺胞上皮置換性増殖が主体の杯細胞性腺癌。PETの見直しで軽度集積、CTで小腫瘍を臍に認め、腺癌肺転移と診断した。

Ⅲ-31 MRSA膿胸・肺胞胸膜瘻に対し開窓術・大網充填で治癒した一例

東京医科歯科大学医学部附属病院呼吸器外科

高崎千尋、藤原直之、石橋洋則、大久保憲一

症例は56歳男性。関節リウマチでステロイド等を内服。重喫煙者。2007年8月左S1+2に結節を認め、2008年2月左S3にも結節が出現し、同年5月左肺部分切除を行った。病理診断はリウマトイド結節。創傷治癒不良から急性膿胸(胸水培養でMRSA)となり再入院。ドレーンから気漏を認め肺胞胸膜瘻となった。EWSによる気管支塞栓術などを行ったが治療に難渋し、25か月後に開窓術を施行。胸腔内は清浄化し、26か月後に大網充填を行って閉創した。術後再燃を認めていない。

Ⅲ-33 Thopazドレナージ装置を用いた胸腔ドレーン排気量の定量的管理について

東邦大学医学部附属大森病院 呼吸器外科

秦 美暢、高橋祥司、佐藤史朋、笹本修一、田巻一義、三浦康之、湯浅玲奈、高木啓吾

【目的】Thopazドレナージ装置(Medela社)による胸腔ドレーン排気量の定量的管理を行った。【対象】2010年1月~7月、気胸3例と肺癌術後7例。排気量20 mL/h未満で8時間以内にspikeを認めないことを抜去基準とした。【結果】気胸の1例で再発による再虚脱を認めたが、残る9例では抜去後の虚脱はなかった。【考察】定量的管理によりクランプテスト省略とドレナージ期間短縮の可能性が期待された。

Ⅲ-30 術前肺腺癌と診断され、急速増大、咯血を来し準緊急手術を施行した肺膿瘍の1例

総合病院長岡赤十字病院 呼吸器外科

保坂靖子、岡田 英、富樫賢一

症例は52歳男性。持続する咳その為近医受診。呼吸器感染症として抗生剤治療が行われた。その後、血痰、背部痛出現し他院受診。CTで右S10に5cmの腫瘍を認め気管支鏡下擦過細胞診ではclassV(腺癌疑い)だった。cT2aN0M0の原発性肺癌の診断にて、手術目的に当科紹介入院した。当院で施行したCTでは腫瘍は6.7cmと更に増大、肺門リンパ節も腫大していた。少量の咯血も見られ始め準緊急的に右下葉切除、ND2a-2を施行した。病理組織検査の結果は肺膿瘍だった。

Ⅲ-32 急性リンパ性白血病の加療中に肺動脈塞栓症、肺アスペルギローマを合併し1期的に切除した1例

1東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

2同院 小児科

3同院 無菌治療部

村山智紀¹、小林宏彰¹、土屋武弘¹、日野春秋¹、長山和弘¹、村川知弘¹、中島 淳¹、森岡まさき²、中釜 悠²、本村あい²、滝田順子³

15歳男児、感冒様症状を契機に当院小児科紹介。急性リンパ性白血病、DICの診断にて加療開始。寛解導入療法成功するも、右室内に4cm大の血栓、左肺上葉アスペルギローマを合併。当科紹介の上、左肺部分切除術、血栓除去術を1期的に施行した。今回、文献的考察を交えて報告する。