

第156回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2011年6月4日（土）

会場： 都市センターホテル

〒102-0093 千代田区平河町 2-4-1

（東京メトロ 有楽町線「麴町駅」徒歩約4分、

東京メトロ 有楽町線・半蔵門線・南北線「永田町駅」徒歩約3分）

総合受付 6階

PC受付 602（6階）

第I会場 601（6階）

第II会場 706（7階）

第III会場 606（6階）

幹事会 701（7階）

会長： 大貫 恭正

東京女子医科大学呼吸器センター外科

〒162-8666 新宿区河田町 8-1

TEL：03-3353-8111/FAX：03-5269-7331

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、ご注意ください。
 - (2) PC受付は60分前（ただし、受付開始は8:30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。

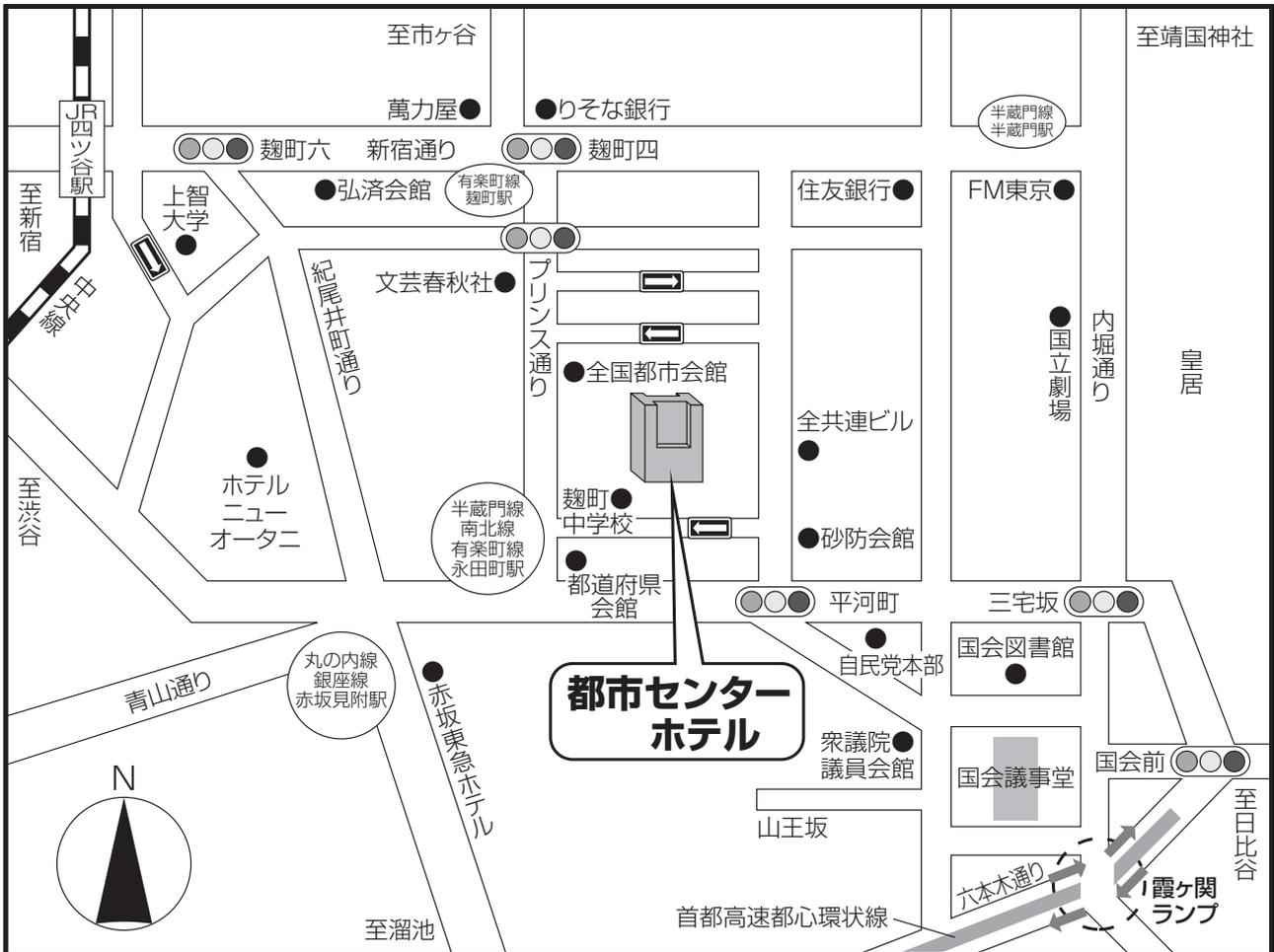
【会場案内図】

都市センターホテル

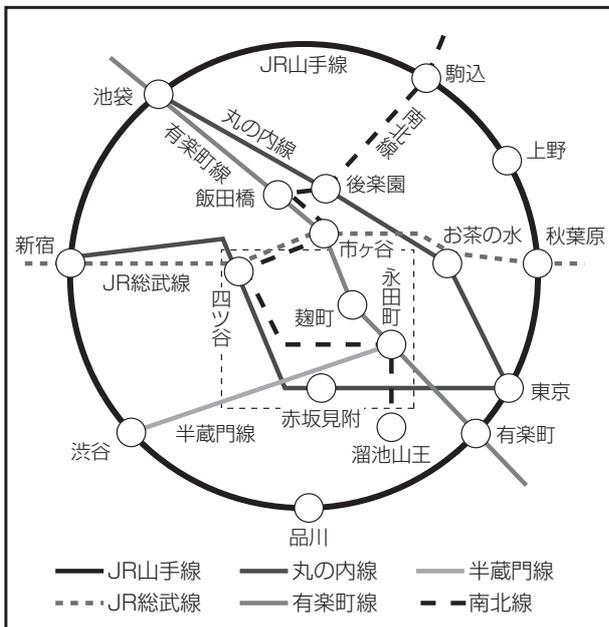
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1

TEL 03-3265-8211

会場周辺図



路線図



交通機関と所要時間

◆地下鉄

- 麹町駅(有楽町線)半蔵門方面1番出口より徒歩約4分
- 永田町駅(有楽町線・半蔵門線)9b番出口より徒歩約3分
- 永田町駅(南北線)9b番出口より徒歩約3分
- 赤坂見附駅(丸の内線・銀座線)D出口より徒歩約8分

◆JR

- 四ツ谷駅麹町口より徒歩約14分

◆都バス

- 平河町二丁目「都市センター前」
(新橋駅⇄市ヶ谷駅⇄小滝橋車庫前)下車

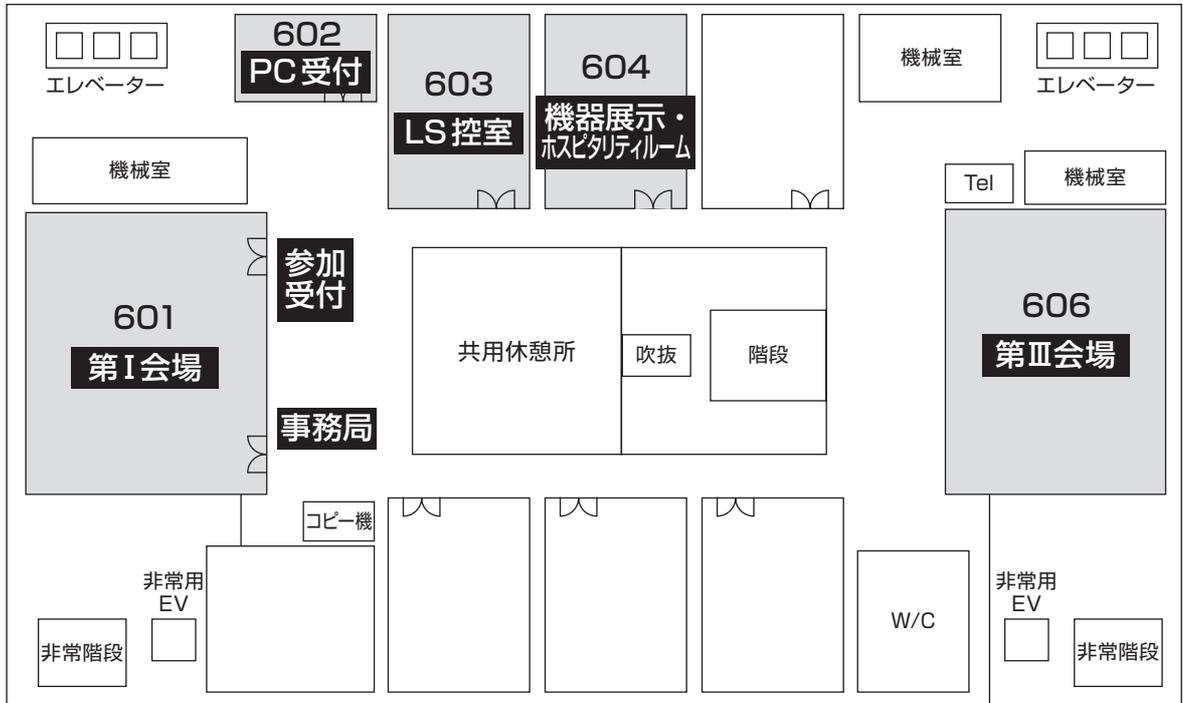
◆首都高速

- 霞ヶ関出口より5分

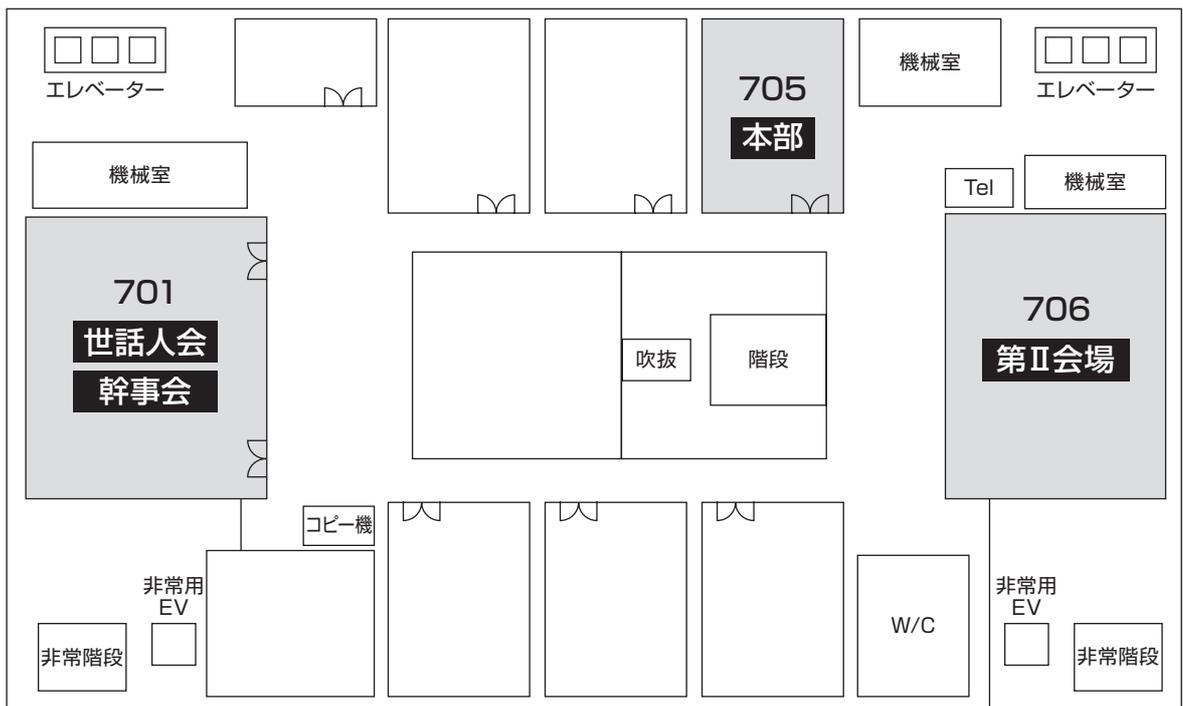
【場内案内図】

都市センターホテル

■6F



■7F



第Ⅰ会場：601（6階）

9:25 開会式

9:30~10:18

弁膜症Ⅰ

1~6 **齋藤 博之**

東京女子医科大学
心臓血管外科

10:18~11:06

弁膜症Ⅱ

7~12 **宮城 直人**

東京医科歯科大学
心臓血管外科

11:06~11:48

弁膜症Ⅲ

13~18 **小寺孝治郎**

東京女子医科大学東医療センター
心臓血管外科

11:50~12:50

ランチョンセミナー 1
『冠動脈バイパス術とPCIの適応について』

座長 **高本 眞一**
(三井記念病院)

演者 **大野 貴之**
(三井記念病院 心臓血管外科)

第Ⅱ会場：706（7階）

9:30~10:02

先天性Ⅰ

1~4 **松村 剛毅**

東京女子医科大学
心臓血管外科

10:02~10:42

先天性Ⅱ

5~9 **萩野 生男**

千葉こども病院
心臓血管外科

10:42~11:14

先天性Ⅲ

10~13 **岡 徳彦**

北里大学
心臓血管外科

10:00~10:50

世話人会
(701:7階)

第Ⅲ会場：606（6階）

9:40~10:20

肺癌Ⅰ

1~5 **前 昌宏**

東京女子医科大学東医療センター
心臓血管外科・呼吸器外科

10:20~11:00

肺癌Ⅱ・転移性肺腫瘍

6~10 **原口 秀司**

日本医科大学
呼吸器外科

11:00~11:40

診断・その他

11~15 **河野 光智**

慶應義塾大学医学部
呼吸器外科

11:50~12:50

ランチョンセミナー 2
『新しい区域間同定法を用いた肺区域切除』

座長 **村杉 雅秀**
(東京女子医科大学 呼吸器センター外科)

演者 **王 志明**
(順天堂大学医学部 呼吸器外科)
協賛：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
エチコンエンドサージェリージャパン

11:00~11:50

幹事会
(701:7階)

第Ⅰ会場：601（6階）

第Ⅱ会場：706（7階）

第Ⅲ会場：606（6階）

12:55~13:55

教育講演

『日本におけるロボット手術の現況』

座長 **大貫 恭正**

(東京女子医科大学 呼吸器センター外科)

演者 **伊関 洋**

(東京女子医科大学 先端生命科学研究所
先端工学外科学分野)

13:55~14:51

大血管Ⅰ

19~25 **竹村 隆広**

佐久総合病院
心臓血管外科

13:55~14:35

冠動脈Ⅰ

14~18 **福井 寿啓**

榊原記念病院
心臓血管外科

14:00~14:40

縦隔腫瘍Ⅰ

16~20 **小原 徹也**

東京都立多摩総合医療センター
呼吸器外科

14:51~15:55

大血管Ⅱ

26~33 **富岡 秀行**

東京女子医科大学
心臓血管外科

14:35~15:15

冠動脈Ⅱ

19~23 **井村 肇**

日本医科大学武蔵小杉病院
心臓血管外科

14:40~15:20

縦隔腫瘍Ⅱ

21~25 **山本 真一**

自治医科大学
呼吸器外科

15:55~16:43

大血管Ⅲ

34~39 **志水 秀行**

慶應義塾大学医学部
心臓血管外科

15:15~16:03

心臓 その他Ⅰ

24~29 **中嶋 博之**

埼玉医科大学国際医療センター
心臓血管外科

15:20~16:00

胸腔鏡手術

26~30 **神崎 正人**

東京女子医科大学
呼吸器センター外科

16:45 閉会式

第 I 会場：601（6 階）

9:30~10:18 弁膜症 I

座長 齋藤博之(東京女子医科大学 心臓血管外科)

I-1 腰椎椎間板炎を合併した感染性心内膜炎および三尖弁閉鎖不全に対する弁形成術の一例

東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科

増田憲保、齋藤博之、小林 豊、石井 光、齋藤 聡、山崎健二
71 歳男性。既往に腎細胞癌あり。2010 年 11 月より発熱、右仙腸関節の疼痛を認めた。Enterococcus faecalis による腎盂腎炎、腰椎椎間板炎、感染性心内膜炎の診断。心エコー上三尖弁に付着する疣贅、逆流を認めた。徐々に疣贅の拡大、逆流の進行を認めたため、2011 年 3 月 7 日手術施行。術中、三尖弁後尖に疣贅による穿孔を認めた。後尖組織の一部を切除し TAP 施行。術後経過は良好。若干の考察を加え報告する。

I-3 再胸骨正中切開が困難な大動脈弁狭窄症兼僧帽弁狭窄症に対し右開胸による 2 弁置換を施行した 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、高井秀明、須磨久善

症例は 69 歳女性。27 年前に左乳癌で乳房切除+放射線照射、14 年前に冠動脈バイパス術 (RITA-LAD、SVG-RCA) の既往あり。その際縦隔炎となり大網充填を行っていた。以降、AS、MS が出現し前医に通院中であったが、労作時の息切れが出現。AS 増悪を認め、手術目的当院受診。CAG で RITA は開存、縦隔炎術後、放射線照射後であったため、右開胸による 2 弁置換を施行し術後経過に問題なし。右開胸による 2 弁置換により良好な結果を得たため報告する。

I-5 維持透析中に急速に AS の進行を認めた大動脈四尖弁の 1 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

佐藤朝日、成瀬好洋、田中慶太、田端あや

症例は 70 歳男性。糖尿病性腎症により 10 年間維持透析を行っていた。以前より AR を指摘されていたが、最近 2 年間に AS の著明な進行を認めた。ASR の診断で大動脈弁置換術を施行。術中所見では石灰化著明な大動脈四尖弁を認めた。大動脈四尖弁は頻度の少ない奇形のひとつで、弁逆流により手術適応となることが多い。弁狭窄により手術適応となることはまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

I-2 肺動脈弁位感染性心内膜炎の 1 手術例
伊勢崎市市民病院 心臓血管外科

安原清光、大林民幸、小谷野哲也、大木 聡、平井英子

56 歳男性。先天性心疾患は指摘されておらず、また薬物投与既往もない。微熱・呼吸困難・体重増加を主訴に近医受診。UCG にて肺動脈弁尖に疣贅が付着していた。血液培養からは連鎖球菌を検出。抗生剤治療の後に、手術を行った。肺動脈弁位活動期感染性心内膜炎に対し、肺動脈弁尖を切除し離断した主肺動脈を FreeStyle 弁で置換した。主肺動脈には、冠動脈-肺動脈瘻が見られた。術前から認められていた腎機能障害が一時的に増悪し CHDF 施行したが、軽快・離脱。術後 3 ヶ月再燃兆候なし。

I-4 Porcelain aorta を伴う AS に対する AVR、上行大動脈人工血管置換術の一治験例

日本大学医学部附属板橋病院

高橋佳奈、畑 博明、秦 光賢、瀬在 明、吉武 勇、宇野沢聡、和久井真司、小林宏彰、木村 玄、塩野元美

79 歳女性。高血圧にて加療中。TTE にて Severe AS (AVA 0.43 cm²) を認め当科紹介。CT で上行基部から胸部大動脈にかけて、特に左右冠動脈入口部に著しい石灰化を示し基部置換術は不相当と判断。弓部の帯状の柔らかい部分に送血し、弓部近位部をかるうじて遮断。上行大動脈を縦切開し、AVR、上行置換術施行。置換部大動脈石灰化は外膜を残し切除、無冠尖は弁輪まで石灰化切除を要した。経過は良好。

I-6 左乳癌・食道癌術後放射線照射後に発症した大動脈閉鎖不全症・冠動脈狭窄に大動脈弁置換・冠動脈バイパス術を施行した一例

総合病院国保旭中央病院 心臓外科

小前兵衛、井戸田佳史、山本哲史、竹田 誠

乳癌 (35 歳)、食道癌 (48 歳) 術後で計 90Gy の放射線照射の既往のある 62 歳女性。60 歳時に AR3 度を指摘され保存的に経過観察されていた。2011 年 3 月、動悸・胸部圧迫感出現。カテーテル上、LMT+3 枝病変、AR2 度を指摘。(両側冠動脈ともに入口部で狭窄) 胸壁に強く癒着した LITA は血流が悪く、高位側壁枝に吻合した(その他グラフトは大伏在静脈を使用)。心表面は白色調で線維化が疑われた。大動脈弁にも変性が認められた。

10:18~11:06 弁膜症Ⅱ

座長 宮 城 直 人(東京医科歯科大学 心臓血管外科)

I-7 極めて稀な大動脈5尖弁の1治験例

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、広岡一信、大貫雅裕

症例は46歳、男性。人間ドックで心室性期外収縮を指摘され当院紹介受診。心臓超音波検査で大動脈5尖弁によるsevere ARと診断され、NYHAI度で著明な心拡大(LVDd75mm LVDs55mm)を来たしていたため手術適応と判断した。手術所見では無冠尖が3尖に分かれているタイプの大動脈5尖弁であり、機械弁置換術を行った。また、右側心膜が右房のレベルで翻転する先天的な心膜付着異常を伴っていた。大動脈5尖弁は極めて稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

I-9 好酸球増多症に合併した大動脈弁血栓症の一例

医療法人社団愛心会葉山ハートセンター 心臓血管外科

片平晋太郎、星野丈二、深田靖久、廣田真規、村松賢一、磯村 正

症例は65歳男性。2000年に感染性心内膜炎で大動脈弁置換術を施行。血液内科にて好酸球増多症の診断で経過観察されていた。経過中に生体弁不全を認め、2010年3月に機械弁で再弁置換術を行い合併症なく退院した。6月に前胸部絞扼感を主訴に緊急入院。心エコーでstuck valveを認めた。検査中に心停止となり、PCPSを装着。生体弁で大動脈弁置換術を行った。機械弁は血栓でstuckし閉鎖状態であった。

I-11 大動脈高度石灰化症例に対する開心術の1例

武蔵野赤十字病院

田崎 大、吉崎智也

症例は80歳男性。大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症+狭心症の診断で当科紹介され、術前胸部CTで上行~弓部大動脈は約2/3周性の高度石灰化を呈していた。2010年10月、大動脈弁置換術+冠動脈バイパス術2枝を行った。右腋窩動脈+左大腿動脈送血、上下大静脈脱血により人工心肺を確立し、膀胱温21℃で循環停止とした。上行大動脈を横切開し内腔を観察すると、幅5mmの最も石灰化が軽微な部分で水平方向に遮断可能であり、その部分で大動脈遮断手術を続行した。術後第3病日に抜管、第8病日に一般病棟へ転棟、第54病日に自宅退院した。若干の文献的考察を加えて報告する。

I-8 I型VSDを背景に発症した3弁に及ぶ感染性心内膜炎に対して弁温存手術を施行し得た1例

北里大学病院 心臓血管外科

柴田 講、鳥井晋三、井上信幸、笹原聡豊、吉井 剛、田村智紀、宮地 鑑

症例は28歳男性。う歯治療後の発熱・腹痛にて受診した近医での腹部CTにて腎梗塞指摘。UCGにてIE疑われ当院転院。血液培養から溶連菌検出。I型VSD・僧帽弁後交連尖の疣贅と逸脱によるMR・大動脈弁と肺動脈弁に疣贅付着の所見あり準緊急手術施行。VSDは自己心膜で閉鎖。肺動脈弁・大動脈弁は疣贅を搔爬し弁を温存。僧帽弁は疣贅の搔爬後、後交連を縫合し弁輪形成も施行。術後感染再発無く経過良好であった。

I-10 右室ペーシングリードが三尖弁閉鎖不全症の主因と考えられた1例

千葉大学大学院医学研究院 心臓血管外科学

梶沢政司、石坂 透、黄野皓木、石田敬一、田村友作、植西倫子、明石英之、乾 友彦、松宮護郎

症例は72歳男性。60歳時PTMC後のMRに対してMVR、69歳時SSSに対しPM植込術施行。その後両下肢浮腫や労作時息切れが出現。重度のTRを認め手術を施行した。右室ペーシングリードが中隔尖と癒着し巻き込んでおり、右室内では乳頭筋と一塊となっていた。リードを抜去し、小さかった前尖にePTFEパッチをあて、拡大した三尖弁輪にMC₃リングをつけ、逆流を制御した。ビデオを供覧し文献的考察を加えて報告する。

I-12 変性MRとの鑑別が困難であった虚血性MRの1治験例

東京医科歯科大学大学院 心肺機能外科

大石清寿、田村 清、牧田 哲、宮城直人、長岡英気、藤原立樹、荒井裕国

症例は78歳男性。主訴は労作時胸痛。MR III度及び3枝病変(#2 100、#7 75%、#13 99%、#14 99%)に対してMVP(弁輪縫縮: Physio II 28mm+人工腱索再建: A2-3に4対、P2に2対+後交連のedge to edge縫合)及びCABG×4枝(LITA-LAD、SVG-OM-PL、SVG-RCA #3)を施行。MRの原因は後乳頭筋の心筋梗塞に伴った乳頭筋の伸展による前尖(A2-3)と後尖(P2-3)の逸脱であり、変性やtetheringを伴わない虚血性MRであった。術後MRは消失し、経過良好にて18POD独歩退院。

I-13 ウシ心膜パッチを用い右冠尖形成を行った自己弁温存大動脈基部再建術の1例

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

患者は59歳、男性。バルサルバ洞拡大を伴う重症大動脈弁閉鎖不全症に対し手術の方針となった。手術で右冠尖弁縁の部分欠損による逆流と思われたためウシ心膜パッチを用い右冠尖を延長し自己弁温存大動脈基部再建術を行った。術後経過は順調で術後17日目軽快退院した。

I-14 右胸心、内臓逆位に僧帽弁人工弁置換術を行った一例
財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 心臓血管外科

内室智也、福井寿啓、松下明仁、田端 実、高梨秀一郎
症例は74歳男性、生後すぐに右胸心、内臓逆位を指摘され、49歳時に心房中隔欠損症に対してパッチ閉鎖術を施行した。70歳時より心不全を繰り返し、僧帽弁閉鎖不全症の増強を認め、手術方針となった。上行大動脈から送血、上大静脈、右大腿静脈、右房に直接還流する肝静脈から脱血し、人工心肺を確立した。経中隔アプローチにて僧帽弁置換、三尖弁弁輪縫縮術を行った。術後経過は順調であった。

I-15 大動脈弁下狭窄の1治療例

東邦大学医学部附属大森病院 心臓血管外科

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

67歳、女性。59歳時、僧帽弁狭窄/閉鎖不全症に対しMVRを施行している。外来フォロー中に労作時の息切れが出現、エコーでLVOTの流速亢進を認め、心臓カテーテル検査で圧較差が76mmHgあり今回手術を施行した。大動脈弁は正常で弁の開放制限は認めず、弁下は左室流出路が漏斗状に狭窄し全周性に線維性組織を認め10mm Hegar Dilatorの通過が限度であった。この線維性組織を可及的に切除し18mmの通過を確認し終了した。術後の圧較差は20mmHgに改善した。

I-16 感染性脳動脈瘤を合併した感染性心内膜炎の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44歳男性。発熱と心雑音を主訴に前医を受診、心エコーで僧帽弁前尖にvegetationを伴う瘻孔とsevere MRを認め、感染性心内膜炎の診断で当院に入院となった。抗生剤治療で感染兆候は安定したが、感染性脳動脈瘤を合併し、瘤径は急速に増大のため、脳動脈瘤に対する手術を先行した。脳動脈瘤術後30日目に感染性心内膜炎に対する手術(僧帽弁形成術:A3 resection suture)を施行した。術後心エコーで残存MRを認めず、炎症の再燃もなく経過良好である。

I-17 肺癌と僧帽弁閉鎖不全症に対する同時手術の一例

新潟県立新発田病院

三島健人、斉藤正幸、三村慎也、島田晃治、大関 一

症例は67歳女性。検診で心雑音を指摘され、肺高血圧を伴う僧帽弁閉鎖不全症と診断され手術となった。術前大動脈評価のため行ったCT検査で右肺下葉に肺癌を疑われたため右前側方開胸下に同時手術の方針とした。術中迅速診断でclassIVであり右下葉切除を施行した後、僧帽弁形成術を施行した。術後経過は良好で、病理診断は腺癌、pT1aN0M0であった。肺癌と僧帽弁の同時手術は稀と考えられ文献的考察を加え報告する。

I-18 後壁梗塞に伴う左室破裂後に乳頭筋断裂による僧帽弁逆流をきたした1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

荒川 衛、山口敦司、岡村 誉、武部 学、安達秀雄

症例は76才男性。平成23年3月11日に急性心筋梗塞(後壁梗塞#11;100%)発症し、同13日左室破裂・心タンポナーデのため緊急止血術および冠動脈バイパス術(SVG-4AV)を施行した。第6病日に呼吸困難が生じ、その後乳頭筋断裂に伴う僧帽弁逆流を指摘された。診断後直ちに緊急手術を行った際の術中所見では、後壁梗塞に伴う前乳頭筋の部分断裂による後尖(P2)逸脱と考えられ、僧帽弁形成術(後尖部分切除および縫縮)を行い良好な結果を得た。

13:55~14:51 大血管 I

座長 竹村隆広(佐久総合病院 心臓血管外科)

I-19 左腎癌の下大静脈-右房内腫瘍血栓に対し、循環停止下に腫瘍摘出術を行った1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科

配島功成、中村 賢、松村洋高、川人宏次

症例は60歳女性。両側下腿浮腫を主訴に近医受診。精査の結果、左腎癌、および下大静脈-右房に進展した腫瘍血栓を認めた。これに対し、左腎摘術と同時に、下大静脈、および右房内腫瘍血栓を循環停止下に摘出した。腫瘍血栓は腹部からのアプローチとともに、右房切開を加えて摘出した。術後経過は良好で術後15日目に軽快退院した。

I-21 A型解離術後、Teflon Feltによる溶血性貧血

1 日本大学医学部練馬光が丘病院心臓血管外科

2 日本大学医学部心臓血管・呼吸器・総合外科

和久井真司¹、秦 光賢¹、高坂彩子¹、瀬在 明²、吉武 勇²、

木村 玄²、畑 博明²、秋山謙次¹、塩野元美²

39歳男性。対麻痺で発症したA型解離。LIQR施行後対麻痺は完全に改善したが、中枢側吻合部の高度狭窄による溶血性貧血のため再手術施行。内側Feltが反転し、高度狭窄をきたしていた極めて稀な一例。

I-23 高安動脈炎に起因する肺動脈狭窄の1手術例

1 北関東循環器病院 心臓血管外科

2 北関東循環器病院 循環器内科

藤田きしゅう¹、中島邦喜¹、金井宏義²、岩崎俊弥²、熊倉久夫²、南 和友¹

48才男性、既往歴なし。心電図異常を契機に当院受診。心エコー上右室の著明な肥大及び壁運動低下を、また心臓カテーテル検査上両側主肺動脈に高度狭窄病変(圧較差80mmHg)を指摘された。術中所見では、右肺動脈は上行大動脈と強固に癒着していたため、右肺動脈及び上行大動脈を各々人工血管に置換した。術後経過は良好で、術後13日目独歩退院した。病理組織学的には、肺動脈及び上行大動脈ともに高安動脈炎と診断された。

I-25 下行大動脈瘤ステントグラフト術後、残存弓部大動脈瘤が急速に拡大した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター心臓血管外科

竹内紘子、由利康一、山口敦司、安達秀雄

症例は67歳男性。45ミリ大の弓部大動脈瘤と50ミリ大の下行囊状瘤の治療目的に当科紹介となった。まずはステントグラフトを下行大動脈の囊状瘤に対し留置し、弓部大動脈瘤は将来拡大してきた段階でOpen Surgeryを行う方針として手術を施行した。

ステントグラフト術後のフォローCTで、残存の弓部大動脈瘤が急速に拡大していたため、破裂の危険性が高いと判断し、開胸による弓部大動脈人工血管置換術を施行した。術後経過は良好であった。

I-20 AVR術後6年で急性大動脈解離 大動脈-右房交通をきたした一例

佐久総合病院 心臓血管外科

村松宏一、白鳥一明、濱 元拓、志村紀彰、竹村隆広

75歳男性。67歳時に他院にてAVR(Magna25mm)CABG(LITA-LAD)を施行。その際、Valsalva52mm 上行大動脈45mmと拡大していたが、放置となっていた。今回は労作時呼吸苦、胸部圧迫感を主訴に受診、CT上上行大動脈110mmと著明に拡大、急性A型大動脈解離の診断で緊急手術となった。Total arch replacement Bentall (Triplex26mm Magna23mm)施行。基部については癒着により離断困難なためinclusionにてcomposite graftを縫着、冠動脈についてはPiehler法にて再建した。

I-22 右鎖骨下動脈分枝異常を伴った超高齢者の胸部大動脈瘤破裂に対し緊急にステントグラフト治療を施行し救命した一例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

藤井大志、福井大祐、大橋伸朗、中原 孝、駒津和宜、大津義徳、寺崎貴光、和田有子、高野 環、天野 純

症例は86歳女性、胸背部痛で発症し近医救急搬送され単純CTにて大動脈解離を疑われ当院救急搬送。造影CTにて右鎖骨下動脈の分枝異常(左鎖骨下動脈分岐部遠位より分岐)を伴った遠位弓部大動脈瘤の破裂と診断、緊急にTEVAR (TAG 35×150mm、40×200mm) + 右鎖骨下動脈塞栓術施行。POD1に抜管、その後の経過良好でPOD21にリハビリ転院した。

I-24 下肢虚血を併発したStanford A型急性大動脈解離の一例

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61歳の男性。胸背部痛を主訴に救急外来を受診。急性大動脈解離A型の診断で緊急で上行弓部大動脈置換術を施行。人工心肺離脱後から、下肢血圧消失、無尿、アシドーシスの進行を認め、下半身のmalperfusionが疑われた。4分枝付き人工血管の送血用分枝をinflowとして、両側大腿動脈バイパスを追加し、手術終了とした。一時的に透析を必要としたが、離脱可能であった。術後CTでは下行大動脈に真腔狭小化が認められた。全身状態は徐々に改善し軽快退院となる。

14:51~15:55 大血管Ⅱ

座長 富岡秀行(東京女子医科大学 心臓血管外科)

I-26 基部置換術後吻合部狭窄による溶血性貧血を発症し再基部置換を施行した1例

1 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

2 横浜市立大学 外科治療学

南 智行¹、井元清隆¹、内田敬二¹、安田章沢¹、杉浦唯久¹、

白井順也¹、風間慶祐²、益田宗孝²

63歳男性。他院で6年前に大動脈基部拡張症に対してステントレス生体弁と人工血管による基部置換を施行。術後3ヶ月で溶血性貧血出現し自己免疫性溶血性貧血と診断されていた。その後心臓カテーテル検査で圧較差70mmHgの吻合部狭窄を認め、これによる溶血性貧血と診断。再基部置換を施行した。溶血性貧血は改善し術後19日目に退院した。

I-28 胸腹部大動脈瘤破裂に対し腹腔動脈、肋間動脈再建を行い人工血管置換術を施行した1例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

加久雄史、土屋幸治、中島雅人、市原有起

症例は61歳男性。呼吸苦を主訴に近医受診し単純CTで胸腹部大動脈瘤を認め当科紹介。造影CTで胸部下行大動脈から腹腔動脈分岐部まで最大径80×65mmの嚢状の胸腹部大動脈瘤と周囲浸出液を認め、胸腹部大動脈瘤破裂の診断で緊急手術を施行。肋間動脈と腹腔動脈を再建し人工血管置換術を行った。末梢神経障害による神経因性膀胱を合併したが術後第21病日に独歩退院。当院での過去の症例を振り返り、若干の考察を加え報告する。

I-30 胸背部痛認め救急搬送された気管支動脈瘤破裂の一例
千葉県救急医療センター

阿部真一郎、武内重康、渡邊裕之、藤田久徳、沖本光典

症例は64歳女性、主訴は就眠中の胸背部痛。狭心症の既往あり経過観察中。ニトロ三回舌下投与するも症状改善なく救急搬送。経胸壁心臓超音波で心嚢液貯留あり大動脈解離疑われ造影CT施行。気管支動脈の瘤状変化と後縦隔の出血を認めたため、気管支動脈瘤破裂の疑いで緊急手術。左後側方開胸、部分体外循環確立し、瘤からの出血あり同診断として、結紮瘤切除し手術を終了。胸背部痛で発見された気管支動脈瘤破裂は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

I-32 急性大動脈解離に対する上行置換術後1年経過後に吻合部仮性瘤を認めた一例

獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科・呼吸器外科

龍 興一、大喜多陽平、入江嘉仁、齊藤政仁、六角 丘、
深井隆太、今関隆雄

症例は68才、女性。2009年11月に急性大動脈解離を発症、上行置換術を施行した。以後問題なくフォローされていたが2011年1月のCTにて人工血管の近位部・遠位部各々の吻合部に仮性動脈瘤を認め上行再置換術を施行した。吻合近位部は内膜断裂し大動脈解離の様相を呈していたため温存せずBentall手術施行した。術後経過に問題なく、術後14日目に独歩退院した。

I-27 CoA修復術12年後に、AAE、急性大動脈解離(De-BakeyII)を来した大動脈2尖弁の1手術例

新潟市民病院 心臓血管外科

木村光裕、菊池千鶴男、羽賀 学、高橋善樹、中澤 聡、

金沢 宏

症例は26歳男性。14歳時にCoAに対し、端々吻合による修復術を施行された。その際、大動脈弁が2尖弁であることを指摘されていた。意識消失、ショックにて当院緊急搬送された。造影CTにて、AAEおよびDeBakeyII型解離と診断した。緊急にてBentall手術を施行した。術後経過は良好で第11病日退院した。病理組織所見にて、大動脈壁の中膜に弾性線維が疎な部分があることが確認された。

I-29 高度粥状硬化病変を伴う遠位弓部解離性大動脈瘤に対し二期的に上行弓部置換とTEVARを施行した一例

東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科

久保田沙弥香、浅野竜太、小寺孝治郎、片岡 豪、立石 渉、

中野清治

74歳男性。急速に拡大する遠位弓部解離性大動脈瘤を認めた。弓部から近位下行大動脈まで広範囲にわたり高度の粥状硬化病変を伴っていた。大動脈に触れずに順行性脳灌流を確立し、上行弓部置換を行い、ロングエレファントトランクを置いた。術後16日後に二期的にステントグラフト内挿術を行い、合併症なく退院した。

I-31 腸管虚血を合併した急性A型大動脈解離に対する二期的手術の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

高橋 聡、山本和男、佐藤裕喜、加藤 香、若林貴志、滝澤恒基、

杉本 努、吉井新平

71歳男性。除雪作業中の胸背部痛と腹痛にて当院救急外来受診。CTにて上行から腹部大動脈までの偽腔開存型の解離を認めた。腹部分枝の解離はSMAに及んでおり、分岐途中で血栓閉塞していた。末梢側は造影されていたが腹痛と血便があり、SVGにてRt EIA-SMA bypassを施行。7PODに上行弓部置換+elephant trunk吻合+Lt VA再建を施行した。術後腸管虚血の症状なく、56PODに独歩退院となった。

I-33 AMI、両腎・両下肢虚血、腸壊死を合併した急性A型大動脈解離の1救命例

新潟県立中央病院 心臓血管外科

青木賢治、浅見冬樹

症例は65歳、男性。胸痛、両下肢痛を訴え緊急搬送された。CT等でAMI、両腎・両下肢虚血を合併した急性A型大動脈解離と診断した。両総大動脈は解離していた。右腋窩+右浅大腿動脈送血CPB下、上行大動脈置換術を行った。CPB離脱後腸壊死を発見し腸切除術を追加した。下肢コンパートメント症候群に対し筋膜切開を行った。腎不全に陥り一時HDを要した。リハビリ後歩行可能となり78病日退院した。CPB送血路確保や臓器虚血への対応に苦慮した大動脈解離手術例を経験したので考察を加えて報告する。

I-34 TEVAR術後のEndoleak (EL) に対してコイル塞栓とステントグラフト (SG) を追加した一例

1 新潟大学医歯学総合病院 第2外科

2 東京医科大学 外科学第2講座

岡本竹司¹、榛沢和彦¹、堀 祐郎¹、名村 理¹、竹久保賢¹、
長澤綾子¹、後藤達哉¹、林 純一¹、横井良彦²、川口 聡²、
重松 宏²

82歳の男性、大動脈 (Ao) 解離 (Stanford B型) 後に遠位弓部Aoと下行Aoに瘤化を認め、まず下行AoにTAGを留置し半年後に遠位弓部Aoに自作開窓付きSGを留置した。外来観察中に遠位弓部Ao瘤内のELと瘤拡大を認めSG開窓部から大動脈瘤にかけてコイル塞栓と末梢側に自作SGを追加しEndoleakは消失した。TEVAR後のELにコイル塞栓が有効な場合がある。

I-36 GRF glueを用いた急性大動脈解離手術11年後に生じた大動脈基部解離性大動脈瘤の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

村岡 新、上西祐一郎、榎澤壮樹、相澤 啓、坂野康人、
大木伸一、齊藤 力、小西宏明、三澤吉雄

中枢側断端形成にGRF glueを用いた急性大動脈解離手術施行11年後に生じた、大動脈弁閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全症、虚血性心疾患と大動脈基部の解離性大動脈瘤に対し、大動脈基部置換術、冠状動脈バイパス術、僧帽弁置換術を施行した。術中所見では、上行大動脈基部の吻合部内膜が全周性に解離して逸脱しており、GRF glueによる再解離が原因と考えられた。

I-38 腹部大動脈人工血管置換術後、胸部下行大動脈瘤破裂に対して大動脈ステントグラフト内挿術を施行した1例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

永田徳一郎、幕内晴朗、小林俊也、近田正英、北中陽介、
村上 浩、鈴木敬磨、大野 真、小野裕國、向後美沙、遠藤 仁
80歳男性。腹部大動脈人工血管置換術後17年、脳梗塞発症36日後、心窩部から左季肋部痛を認め、CT上、胸部下行大動脈瘤破裂と診断。開胸術は脳に対する侵襲が過大であり、ステントグラフト内挿術を選択し腸骨動脈性状が悪いため人工血管右脚からアプローチした。術後問題なく経過。退院可能なまで回復し術後42日目転院した。

I-35 広範囲な偽腔感染を伴った感染性胸腹部大動脈瘤の一例

伊勢崎市民病院 心臓血管外科

平井英子、安原清光、大木 聡、小谷野哲也、大林民幸

症例は69歳男性。胸腹部痛と発熱を主訴に近医受診し、血液培養より肺炎球菌が検出された。CT検査では胸腹部大動脈周囲の炎症所見を認め、抗生剤投与を開始した。大動脈径の増大、疼痛の増強があるため、感染性大動脈瘤を疑い、炎症の鎮静化を待ち、転院後23日目に胸腹部大動脈置換術を施行した。下行大動脈は解離しており偽腔内には膿が充満していた。下行大動脈から腹部大動脈まで大動脈摘出し、人工血管置換、大網充填を行った。術後、リハビリ目的に転院となった。

I-37 多発性骨髄腫に併発した感染性胸部大動脈瘤の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

77歳、男性。多発性骨髄腫で当院血液内科へ通院中。倦怠感、左前胸部痛、体重減少が出現し、CTで下行大動脈に92×65mmの仮性動脈瘤を認め、同日に緊急手術施行。胸腔内には多量の膿汁が存在し、肺に穿通する感染性大動脈瘤で部分体外循環による遮断下に、リファンピシン浸漬人工血管にて下行置換を施行。術中検体からはグラム陰性桿菌が検出。術後は4週間の抗生剤投与を行い、順調にCRPは低下して軽快退院。術後8カ月の経過だが再燃なく経過良好。

I-39 多発大動脈瘤に対しハイブリッド治療を行った1例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

小谷聡秀、志水秀行、根本 淳、河尻拓之、四津良平

76歳、男性。腎細胞癌の精査中、多発性大動脈瘤(遠位弓部48mm、下行57mm、腹部47mm)が診断された。PCI、開腹手術の既往あり、腎機能低下(GFR 29)を認めた。広範囲な胸腹部大動脈病変を2期的に治療した。第1期手術は胸骨正中切開により全弓部置換+Elephant trunk。第2期手術は腹部正中切開で傍腎AAAをY型グラフトで置換し、アクセス用の側枝グラフトから胸部ステントグラフトを内挿(中枢ランディングはElephant trunk)した。術後エンドリークなし。

第II会場：706（7階）

9:30~10:02 先天性I

座長 松村剛毅(東京女子医科大学 心臓血管外科)

II-1 Down syndrome、重症肺高血圧症、気管軟化症を伴う体重2.5kgのmuscular VSDsに対して段階的治療を施行した1例

長野県立こども病院 心臓血管外科

測上 泰、坂本貴彦、小坂由道、大橋伸朗、原田順和

10か月、女児。Down syndrome、muscular VSDs、ASD(II)、severe PH。在胎30週4日、体重997gにて出生。生後4ヶ月時に当院紹介。Oversystemic PHに対して強力な内科的治療を開始した。6か月時に気管軟化症に対して気管外ステント、7か月時に肺動脈絞扼術を施行。その後10か月時にサンドイッチ法による心内修復術を行い良好な経過を得た。

II-3 肺動脈に穿破したValsalva洞動脈瘤破裂の1治験例

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院

津田和政、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、宮入聡嗣

症例は51歳女性。25歳時に心室中隔欠損症、大動脈弁閉鎖不全症に対し心室中隔欠損パッチ閉鎖、大動脈弁置換術を受けた既往がある。数年前より慢性的な経過で心不全症状を呈し、精査の結果Valsalva洞の著明な拡大を伴うValsalva洞動脈瘤破裂と診断。術中所見からRCC Valsalva洞から肺動脈（肺動脈弁輪直上）への穿破が明らかとなった。手術は機械弁によるベントール手術と肺動脈側瘻孔閉鎖術を行った。Valsalva洞動脈瘤の肺動脈への破裂は非常に稀であるため報告する。

II-2 TGA(III)、REV術後のRVOT切迫破裂に対して救命し得た1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

植田ちひろ、平松健司、松村剛毅、小沼武司、立石 実、

大倉正寛、小嶋 愛、腰山 宏、久米悠太、山崎健二

症例は30歳女性、d-TGA(III)に対して6歳時に馬心膜パッチを用いたREV手術を受けている。2005年に交通外傷にて前胸部打撲後浸出液あり。2010年11月のCTで右室流出路切迫破裂にて準緊急手術施行。手術は大腿動静脈送脱血により体外循環を確立、超低体温循環停止下に再胸骨正中切開にて施行。主肺動脈と右室流出路の破裂を認め、1弁付きパッチにて再右室流出路再建を施行し術後経過は良好であった。

II-4 房室中隔欠損症術後の左側房室弁狭窄に対して弁葉拡大による形成術を施行した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

生後7ヶ月時に心内修復術を施行した4歳女児。左側房室弁逆流制御の為にTwo-Patch RepairにAlfieri法を追加した。経過観察中に狭窄所見が進行し、心カテーテル検査時のドブタミン負荷にて狭窄の増強、肺高血圧を認め、再手術となった。Alfieri結合周辺組織の変性・硬化は著明で、機能的単一乳頭筋が見られた。Alfieri結合の解除、共通前後尖の心膜パッチ拡大および交連形成術により、房室弁圧較差は改善し、弁置換術を回避することができた。

10:02~10:42 先天性Ⅱ

座長 萩野生男(千葉こども病院 心臓血管外科)

Ⅱ-5 心房中隔欠損症によるPlatypnea-orthodeoxia syndromeに対する1手術治療例

防衛医科大学校病院 第2外科

中野渡仁、磯田 晋、木村民藏、大迫茂登彦、増子雄二、
山中 望、中村伸吾、前原正明

78才男性、心房細動治療の際に心房中隔欠損症(ASD)を指摘。臥位から座位への体位変換時に呼吸困難を訴えるようになり精査。QpQsは1.2であったが、シャントフローが体位変換時に左→右から右→左へ変化するという所見を認め、Platypnea-orthodeoxia syndromeと診断され、手術治療依頼された。欠損孔閉鎖術施行し症状軽快した。まれなPlatypnea-orthodeoxia syndromeの手術例について文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-7 高度共通房室弁逆流と心室同期不全を伴う心不全を呈する無脾症候群に対して、両心室ペースングと両方向性グレン手術を施行した1例

長野県立こども病院 心臓血管外科

測上 泰、坂本貴彦、小坂由道、大橋伸郎、原田順和

5か月、女児。診断はAsplenia、[A (i)、D、X] DORV、CAVV、PA、bilateral SVC、PAPVC、PDA。1か月時にLMBT+PDA ligation、その後のCAVVR悪化にて、2か月時にCAVV plasty (Circular annuloplasty+edge to edge法)と一時ペースングリード植え込み施行。一時ペースングリードによる両心室ペースングにて3か月管理し、BDGに到達。この際、永久的両心室ペースメーカー植え込みを施行し良好な結果を得た。

Ⅱ-9 Parachute mitral valve形態を呈した完全型房室中隔欠損症の1例

東京慈恵会医科大学 心臓外科

宇野吉雅、森田紀代造、黄 義浩、保科俊之、成瀬 瞳、
橋本和弘

症例はDown症の3ヶ月、男児。胎児エコー検査にてAVSD(Rastelli A)と診断されていた。術前画像検査ではsingle papillary muscleを伴うparachute MVが疑われたが、狭窄所見はなく逆流も軽微であった。手術はtwo-patch methodにて欠損孔閉鎖のうえ、弁口径を確認しながらcleft基部の形成を行った。術後は胸水貯留を認めたが、房室弁機能は良好。本症例ではbridging leafletsの分割とcleftの閉鎖がポイントと思われたが、文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-6 心房間交通の閉鎖したHLHS類似疾患に対するHybrid approachの経験

神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

滝原 瞳、麻生俊英、武田裕子、岡 徳彦

心房間交通のないHLHS類似疾患をもつ患児では生直後より重篤な症状を呈し、救命のための緊急の治療が必要となる。我々は胎児診断された本病態をもつ患児に対し、生後2時間でHybrid治療をおこない救命した。心カテ室にて、胸骨正中切開下に心エコー、透視ガイド下に右心房経由でASD stentを挿入したのち、両側肺動脈絞扼術をおこなった。その後、生後3か月で両方向性グレン手術に到達しHybrid approachは有効であった。

Ⅱ-8 特異な左冠動脈走行を呈したBland-White-Garland (BWG) syndromeの一治験例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

木ノ内勝士、阿部貴行、野村耕司

症例は1歳5か月、男児。1歳4か月時、精査にてBWG syndromeの診断(LVEF 30%、LVDd 42mm)。左冠動脈は右肺動脈分岐部後方より起始、上行大動脈左側面後方から後面にかけて動脈壁に接し、コノ字に旋回し走行していた。この接面を剥離し、冠動脈を大動脈右後側面に吻合、肺動脈は自己心膜にて補填した。術後経過は良好、術後4か月の心機能はLVEF 31% (術直後16%)、LVDd 35.8mmに回復、MDCTにて良好な左冠動脈血流が演出された。

10:42~11:14 先天性Ⅲ

座長 岡 徳彦(北里大学 心臓血管外科)

Ⅱ-10 homograftを使用したファロー四徴症・肺動脈弁欠損症の1例

日本赤十字社医療センター 心臓血管外科

高橋昂大、小林城太郎、峯岸祥人、竹内 功

ファロー四徴症・肺動脈弁欠損 (TOF/APV) は比較的稀な疾患であるが、右心不全と気管狭窄遺残が術後経過を左右する。今回TOF/APVに対しhomograftを使用した症例を報告する。在胎38週、3200gで出生。出生直後より拡張した肺動脈により気管支が圧排され呼吸障害を呈し人工呼吸器管理となった。生後28日に手術を行い、術後1年目の経過は良好である。Homograftは術後の右心不全を軽減でき、本症例には有効なconduitである。

Ⅱ-12 感染性心内膜炎により導管・左肺動脈血栓閉塞をきたしたFontan術後の一例

北里大学病院 心臓血管外科

吉井 剛、田村智紀、笹原聡豊、井上信幸、柴田 講、鳥居晋造、宮地 鑑

診断は無脾症候群、右室型単心室、右側大動脈弓、大動脈縮窄、大動脈弁下狭窄。日齢6に大動脈再建、肺動脈絞扼、4カ月でDKS吻合、両方向性グレン。1歳2カ月で心房内・心外導管Fontan施行。1歳8カ月時、感染性心内膜炎、MRSA敗血症になるも保存的治療にて軽快。3歳9カ月時に発熱、SpO₂低下。CTおよび血管造影にてIVC、導管、左PAが完全閉塞しており、導管交換、IVC・左PA血栓摘除術を施行。術後経過良好で、現在感染兆候も認めない。

Ⅱ-11 三心房心に合併した肺静脈狭窄に対するsutureless procedureの1手術例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

青木丈幸、尾崎晋一、宮本隆司

症例は1歳6ヶ月女児。出生後、不完全型房室中隔欠損症、high flow PHとして内科的治療を施行していたが、心不全徴候出現にて4ヶ月時に心カテを施行した結果、左部分肺静脈還流異常、右肺静脈狭窄(PVO)、VSD、ASD、PHと診断。5ヶ月に肺動脈絞扼術施行。PH改善後、1歳6ヶ月時にPVOに対しsutureless procedureで狭窄解除を施行。術中所見で三心房心が明らかとなり、併せて異常隔壁切除及び修復術を行った。現在外来経過観察中。術前診断が困難であった1例として報告する。

Ⅱ-13 先天性僧帽弁閉鎖不全症に対する僧帽弁置換術後の人工弁機能不全、巨大右房、巨大左房に対して再手術を行った一治験例

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院

宮入聡嗣、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、津田和政

症例は1歳11ヶ月女児。生後5ヶ月で高度僧帽弁閉鎖不全に対して人工弁置換術を行った。術後両心房の進行性の拡大を認めた。体重増加不良あり、9ヶ月時に行った心カテにて人工弁機能不全を指摘され再手術を行った。高度に拡大した両心房の縫縮とパンヌス形成により機能不全をきたした人工弁の再弁置換術(2サイズアップ)を行った。心房心筋症が疑われた。稀な病態であり報告する。

13:55~14:35 冠動脈 I

座長 福井 寿 啓(榊原記念病院 心臓血管外科)

Ⅱ-14 術前ショック状態を伴う急性心筋梗塞後心室中隔穿孔の一手術例

亀田総合病院 心臓血管外科

久本和弘、外山雅章、加藤全功、加藤雄治、杉村幸春

79歳女性。急性心筋梗塞の診断で近医よりヘリ搬送となった。ショック状態のためIABP挿入し、冠動脈造影施行、LAD#7で完全閉塞を認めPCIを行った。CCU入室後、心エコーにて心室中隔穿孔を認めた。入院5日目にExclusion法を用いた穿孔部閉鎖術を行った。梗塞部は広範囲出血性梗塞を呈し、組織は脆弱であった。術後遺残短絡を認めず、55PODに独歩退院となった。ショック状態を呈したVSP症例の手術ストラテジーについて文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-16 上行大動脈の拡大を伴う虚血性MRおよび左室瘤に対する外科手術の一例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

市原有起、土屋幸治、中島雅人、加久雄史

74歳男性。2009年10月にAMI(anterior)発症しPCI施行。退院後VTを認めICD植え込みが施行された。その後も心不全を繰り返し精査入院。心エコー上EF36%、moderate MR、TRおよび左室瘤を認め、CTでは上行大動脈の拡大もあり外科的治療の方針となった。手術は上行～右腕頭動脈人工血管置換+左室瘤切除+乳頭筋接合術を含む僧帽弁形成+三尖弁輪縮術を施行。経過は良好で術後2ヶ月時の心エコーでも心機能の改善が認められた。

Ⅱ-18 下壁梗塞に合併した心室中隔穿孔の手術の工夫

1 戸田中央総合病院 心臓血管外科

2 順天堂大学 心臓血管外科

山岡啓信¹、露木義章¹、天野 篤²

症例は73歳、男性。2010年2月下壁心筋梗塞の疑いにて当院救急搬送となった。来院後心エコーで心室中隔穿孔が疑われ、心臓カテーテル検査施行。#3 99% delay、右室O2 step upを認めた。IABP挿入後準緊急手術となった。手術は梗塞範囲が広くmodified infarct exclusion法にて行った。下壁梗塞による心室中隔穿孔は稀で、前壁中隔梗塞によるものと比較し、心内構造物の存在から外科的修復において配慮が必要である。またinfarct exclusion法では心室中隔側でexclusionする範囲が広く、左室容積の減少が危惧される。今回我々は手術の工夫を中心に報告する。

Ⅱ-15 コイル塞栓術後の再発性冠動脈肺動脈瘻の1手術症例

財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 心臓血管外科

山田宗明、福井寿啓、松下明仁、田端 実、高梨秀一郎

症例は41歳男性。労作時胸痛を契機に冠動脈造影検査にて発見された5箇所冠動脈肺動脈瘻に対し、4度の経皮的コイル塞栓術施行が施行された。冠動脈肺動脈瘻の再発を3か所に認め、手術的に当院紹介された。人工心肺使用下に冠動脈肺動脈瘻の閉鎖、流入血管の結紮を施行し、術後CTで冠動脈瘻の閉鎖を確認した。術後経過は良好であった。コイル塞栓術後の再発性冠動脈肺動脈瘻の手術症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-17 20歳の左主幹部冠動脈瘤閉塞に対してバイパス術を行った一例

前橋赤十字病院

林 弘樹、森 秀暁

症例は20歳女性。胸痛・呼吸困難自覚後に意識消失し当院救急搬送された。来院時、意識は回復し神経学的所見はなし。緊急CAGにて左冠動脈主幹部の瘤化とその閉塞を認めた。運動負荷にて虚血所見もあったため、手術にいたり、off pumpにて2枝バイパスを行った。経過は良好で術後9日で軽快退院した。

14:35~15:15 冠動脈Ⅱ

座長 井村 肇(日本医科大学武蔵小杉病院 心臓血管外科)

Ⅱ-19 冠動脈バイパス術後における回収式自己血輸血の安全性の検討

順天堂大学医学部 心臓血管外科

藤田智之、松村武史、桑木賢次、天野 篤

開心術において周術期の輸血を減らすために術中に回収式自己血輸血が行なわれている。今回我々は術後ドレーン排液の回収式自己血輸血を行いその安全性を検討した。心拍動下バイパス術後患者10例にICUで術後約6時間までに出血したドレーン排液を回収、処理し返血した。回収された血液は平均138.0mlであり、処理後平均27.0mlを返血した。発熱、炎症反応が遷延する患者はなく、返血の細菌培養は全例陰性であった。術後の回収式自己血輸血を施行したが、臨床経過には問題がなかった。

Ⅱ-21 冠動脈2枝病変を伴った腎動脈下腹部大動脈瘤にステントグラフト内挿術とOPCABを同時施行した1症例

埼玉医科大学国際医療センター

岡田至弘、井口篤志、池田昌弘、高橋 研、森田耕三、小池裕之、上部一彦、中嶋博之、朝倉利久、新浪 博

症例は72歳男性。腎動脈下腹部大動脈瘤(最大径88mm)のCAGで2枝病変(LAD#6100%、LCx#1275%、#1390%)を指摘された。腹部大動脈瘤は大きく、重篤な冠動脈病変であるため、腹部ステントグラフト内挿術(Excluder 26-12-12mm)とOPCAB(LITA-LAD、SVG: Ao-OM-PL)を同時進行で施行した。術後経過は良好で術後14日で退院した。現在外来通院し経過観察中である。

Ⅱ-23 巨大AAAを有する重症3枝病変に対して緊急グラフト置換を先行させたCABG例

日本医科大学付属病院 心臓血管外科

高橋賢一郎、落 雅美、田上素子、栗田二郎、坂本俊一郎、大森裕也、藤井正大、織井恒安、井村 肇、新田 隆、清水一雄
74歳男性。ACSに伴う急性心不全にて入院。低左心機能(EF28%)の重症3枝病変例。9cm大のAAAを認めため、緊急人工血管置換術を施行し同時にIABP挿入。2日間の心不全管理の後、6枝on pump beating CABGを施行し良好な経過を得た。低左心機能症例にIABP補助は必須であり、人工血管置換を先行させたことで安全な血行再建が可能であった。

Ⅱ-20 出血性脳梗塞を合併した左房内巨大ball thrombusの一手術例

神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

安田章沢、徳永滋彦、町田大輔、野間大督、沼田幸司

症例は70歳男性。多発脳梗塞で入院し精査で左房内後壁に付着した5cm大の腫瘤を認め転院。来院時腫瘤が左房壁から離れており僧帽弁陥頓が危惧されたため出血性脳梗塞急性期だったが緊急手術を施行。抗凝固は低用量ヘパリンとナファモスタッドで行い術後脳病変の増悪は認めなかった。術前・術中所見で粘液腫を疑ったが病理でball thrombusの診断。慢性心房細動の症例だが左心耳に血栓はなく僧帽弁疾患も合併しない稀な一例を経験した。

Ⅱ-22 高位後壁中隔穿孔に対し、Dor変法(aneurysm exclusion)により閉鎖術を行った一例

日本大学医学部附属板橋病院

木村 玄、畑 博明、秦 光賢、瀬在 明、吉武 勇、宇野沢聡、和久井真司、小林宏彰、高橋佳奈、塩野元美

56歳、男性。AMI発症(責任病変: RCA #4AV)2週間後にUCG上にて僧帽弁後尖直下に左室瘤、近傍の高位後壁中隔に穿孔によるshunt flowを認め、左室瘤、VSP(下壁心基部)と診断され緊急手術施行。心基部大心静脈の左側の左室瘤を縦切開し、PTFEパッチ、Teflon felt stripを用いDor変法(aneurysm exclusion)によりVSP閉鎖行なった。Shuntは消失、経過良好。

15:15~16:03 心臓 その他 I

座長 中嶋博之(埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科)

Ⅱ-24 術後発症した乳び胸に対してオクトレオチド投与が著効した一例

医療法人社団愛友会上尾中央総合病院

田上大祐、華山直二、山崎琢磨、松下 弘、井上 新、高沢有史
症例は33歳男性。先天性大動脈縮窄症に対し左鎖骨下動脈-大動脈バイパス術を行った。術後、胸腔内に留置したドレーンチューブから500~900mL/日の乳白色の排液を継続的に認め、乳び胸と診断した。術後11日目よりソマトスタチンのアナログ製剤であるオクトレオチドの筋注を開始し、その後、乳び胸は速やかに改善した。今回我々は術後発症した乳び胸に対してオクトレオチド投与が著効した一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-26 術前悪性腫瘍と鑑別困難であった心臓血管腫の一例 獨協医科大学病院

清水理葉、山田靖之、吉龍正雄、柴崎郁子、井上有方、桑田俊之、堀 貴行、小川博永、土屋 豪、武井祐介、福田宏嗣

症例は66歳男性。健康診断で心電図異常を指摘され精査目的に来院。心臓超音波検査にて右室内腫瘍を認めた。造影CT、MRIで造影効果を認め心筋との辺縁不明であった。CAGでは右冠動脈から栄養血管を認めた。血管肉腫、横紋筋肉腫、転移性腫瘍の疑いで腫瘍摘出術を施行。右室に表面平滑で辺縁不明瞭な腫瘍を認めた。術中迅速では粘液腫であり、腫瘍を全摘した。病理診断では血管腫であった。経過良好にて術後13日目に軽快退院となった。

Ⅱ-28 臓器障害を伴った重症両心不全に対し、一時的RVADを用いたBiVADが有用であった一例

1 東京大学医学部 心臓外科

2 東京大学 重症心不全治療開発講座

辛川 領¹、西村 隆²、木下 修¹、久木基至²、許 俊鋭²、小野 稔¹

DCMの11歳男子。2010年11月心不全が増悪。12月循環虚脱となり蘇生しPCPSを装着。翌年1月当院へ転院。多臓器不全を伴う重症心不全症例に対しLVAD装着術施行。術中、十分な酸素化とLVADのflowが得られず、Rotafloを用いたRVAD+ECMOも装着した。BiVADとすることで、臓器障害の改善とともに、早期の抜管・リハビリが可能となり全身状態が改善された一例を経験した。

Ⅱ-25 巨大左心耳瘤により僧帽弁閉鎖不全症、心房細動を来した1手術例

埼玉医科大学総合医療センター 心臓血管外科

河田光弘、松岡貴裕、山火秀明、今中和人

患者は28才、女性。幼少時より心拡大あり。23才で心雑音を指摘され、巨大左心耳瘤、僧帽弁閉鎖不全症と診断され経過観察。1年前より呼吸苦、動悸出現。心エコーで左心耳径92×52mm、左心耳の開口部の拡大により僧帽弁輪後方が偏位し拡大。弁尖の接合が悪くなり逆流を来していた。心房細動も出現。BNP567。拳児希望あり。術式はMAP、左心耳瘤切除、MAZE手術、PFO閉鎖。術後経過良好、洞調律。非常に稀な疾患で文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-27 心房細動に対するカテーテルアブレーション後に生じた肺静脈狭窄に対する肺静脈形成術

葉山ハートセンター 心臓血管外科

村松賢一、深田靖久、星野丈二、片平晋太郎、廣田真規、磯村 正

症例は41歳男性。アブレーションにより右上、左上下肺静脈狭窄。左上肺静脈はステント内狭窄、左下肺静脈は完全閉塞。人工心肺開始、肺動脈ペント使用、28度に冷却。循環停止、選択的脳還流に備え、遠位弓部を剥離。遮断後、右側左房で内部を確認しつつ、心外より左上下肺静脈を切開。ステント除去後、グルタールアルデヒド固定した自己心膜で形成。右上肺静脈も同様に形成。良好な術野のため、循環停止は不要であった。

Ⅱ-29 ペースメーカーリード感染の一例

自衛隊中央病院 胸部心臓血管外科

潟手裕子、田中良昭、小原聖勇、中岸義典、三丸敦洋

【症例】76歳女性【主訴】発熱【現病歴】3年前に2度AVブロックで他院でペースメーカー植え込み術施行。発熱で近医受診、抗生剤内服でも解熱せずIE疑いで入院。血培でS. aureus検出、心エコーで右房内リード周囲にvegetationの付着、moderateMRを認め、ペースメーカーリード感染によるIEと診断、1月18日ペースメーカー抜去及びMVP施行。術後自脈なく体外式ペースメーカー留置したが、2週間後ペースメーカー植え込み術施行、軽快退院した。ペースメーカーリード感染によるIEの一例を報告する。

第III会場：606 (6階)

9:40~10:20 肺癌1

座長 前 昌 宏(東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科・呼吸器外科)

Ⅲ-1 多形腺腫と肺腺癌を合併した1例

東京医科大学病院 外科学第1講座

平良真博、吉田浩一、垣花昌俊、本多英俊、長瀬清亮、佐治 久、白田実男、野村将春、梶原直央、大平達夫、池田徳彦

症例は64歳、女性。主訴は呼吸苦。胸部レントゲン上、左上肺野に異常指摘され前医受診。胸部CT施行した所、左主気管支入口部に2.5cm大の腫瘍、左S1+2に4.2cm大の腫瘍あり。まず硬性鏡下に気管支腫瘍摘出した所、多形腺腫の診断。左上葉の腫瘍はTBLBにて肺腺癌の診断を得、左上葉切除術を施行した。今回我々は、多形腺腫と肺腺癌を合併した症例を経験をしたので、多少の文献的考察を踏まえ報告する。

Ⅲ-2 Leser-Trelat徴候で発見された早期肺癌の1例

1 東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科・呼吸器外科

2 東京女子医科大学東医療センター 皮膚科

青島宏枝¹、前 昌宏¹、池田豊秀¹、田中 勝²、中野清治¹

72歳、男性。頭部、顔面の脂漏性角化症が2か月程前より増悪したため皮膚科を受診した。Leser-Trelat徴候が疑われ全身検索をした結果、胸部CTで左肺下葉S9に小結節を認めた。胸腔鏡下左肺下葉部分切除術を施行し、病理所見は扁平上皮癌(stage IA)であった。Leser-Trelat徴候は悪性腫瘍に合併する脂漏性角化症であるがLeser-Trelat徴候で早期に肺癌が発見されたので報告する。

Ⅲ-3 左肺門部肺癌に対するtrimodality：血管・気道形成術による全摘回避症例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

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

54歳男。嗝声あり。左上葉原発の腺癌がリンパ節と一塊に左肺動脈主幹・大動脈弓外膜に浸潤していた(c-T4N2M0)。導入放射線化学療法(CDDP+S1+45Gy)後、SDであったが、左上葉管状切除+肺動脈管状形成にて完全切除し得た(R0、E12)。術後2カ月で社会復帰し、治療開始後11ヶ月現在、経過良好である。

Ⅲ-4 hook approachを用いて切除し得た肺尖部浸潤型悪性腫瘍の二例

前橋赤十字病院 呼吸器外科

井貝 仁、永島宗晃、上吉原光宏

症例1：右上葉肺癌、cT3N0M0、Stage2Bに対して放射線化学療法施行後に手術を施行。術式は右肺上葉切除(ND2a-1)、胸壁合併切除(第2、3肋骨)、胸壁再建術、手術時間：330分、出血量：400mlであった。症例2：原発不明癌胸壁転移に対して胸壁切除(第2、3、4肋骨、前鋸筋)、右肺上中葉部分切除、胸壁再建術を施行。手術時間：270分、出血量：856mlであった。肺尖部浸潤型悪性腫瘍に対するhook approachは良好な視野を確保することが可能であり、有用であると考えられた。

Ⅲ-5 両側同時多発肺癌に対して2期的に3ヶ所の区域切除術を施行した1例

新潟県立がんセンター新潟病院 呼吸器外科

北原哲彦、小池輝元、大和 靖、吉谷克雄、小池輝明

症例は74歳女性。2010年4月CTで左肺S⁶とS⁸、右肺S⁶の3ヶ所に結節影を認めた。左肺癌(cT1b(2)N0M0StageIA)を疑い10月に胸腔鏡下左肺S⁶、S⁸区域切除術を行った。病理では肺腺癌(pT1b(2)N0M0StageIA)であった。右肺の結節は増大傾向を認めなかったが肺癌を疑い2011年2月に胸腔鏡下右肺S⁶区域切除術を行った。病理では肺腺癌(pT1bN0M0StageIA)であった。3ヶ所の同時多発肺癌に対して2期的に完全切除を施行できた稀な症例であり文献的考察を加え報告する。

10:20~11:00 肺癌2・転移性肺腫瘍

座長 原口秀司(日本医科大学 呼吸器外科)

Ⅲ-6 右肺下葉切除10年後、中葉切除5年後に残肺全摘を行った1例

1 国立がん研究センター東病院 呼吸器腫瘍科

2 臨床腫瘍病理部

中尾将之¹、吉田純司¹、川瀬晃和¹、青景圭樹¹、菱田智之¹、西村光世¹、石井源一郎²、永井完治¹

症例は50歳、男性。2001年06月 右肺下葉切除、リンパ節郭清を施行(腺癌、pT1N0M0 stageIA)。2006年08月 肺内転移再発に対して右肺中葉切除を施行。2008年08月 右残肺に新たな3病変が出現。化学療法(~3rd line)を行うも病変の縮小得られず。2011年02月 残肺全摘を施行した。

Ⅲ-8 原発巣術後16年を経て発見、診断された腸間膜腫瘍肺転移の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 呼吸器病センター外科

神尾一樹、西井鉄平、荒井宏雅、乾 健二

84歳、男性。胃癌の術前検査として行われた胸部CTで、両肺の小結節影を指摘された。胃癌術後、経過観察されていたが増大傾向を認めたため、診断と治療を目的に胸腔鏡下左肺部分切除術を行った。病理組織学的には紡錘形細胞を主体とした腫瘍であり、16年前に切除された腸間膜腫瘍の肺転移と診断した。現在、特に臨床症状無く、外来で経過観察中である。長期間を経て顕在化した転移性肺腫瘍を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

Ⅲ-10 間葉系由来が疑われる肺腫瘍の1切除例

1 日本医科大学呼吸器外科部門

2 日本医科大学付属病院病理部

飯島慶仁¹、三上 巖¹、原口秀司¹、小泉 潔¹、清水一雄¹、川本雅司²

症例は65才の男性。心房細動の治療時に胸部異常陰影を指摘された。左肺S3に大きさ20mm、S5に大きさ10mmの境界明瞭な腫瘤を認め、非定型カルチノイドなどを疑い、VATS左上葉切除術+リンパ節郭清術を施行した。組織学的には、vimentin、bcl-2、CD34陽性の円形や紡錘形細胞がstriform patternなどを示し、稀な間葉型由来の腫瘍が疑われた。術後1年半無再発生存中である。

Ⅲ-7 肺転移を繰り返し切除し長期生存中の悪性神経鞘腫肺転移の一例

自衛隊中央病院 胸部外科

中岸義典、小原聖勇、熊木史幸、湯手裕子、三丸敦洋、田中良昭
58歳男性。平成11年8月に左大腿悪性神経鞘腫に対し広範囲腫瘍切除術施行。13年4月に胸部X線で両肺野に複数の結節影を認め、右中葉切除+上下葉部分切除術及び左S6区域切除+下葉部分切除術を施行した。病理診断は悪性神経鞘腫肺転移であった。以後肺転移を繰り返し、その後3回4カ所の部分切除術を施行した。現在明らかな再発を認めず外来経過観察中である。悪性神経鞘腫肺転移症例の予後は不良であるが、外科治療を繰り返すことで長期生存が得られている。

Ⅲ-9 気管支鏡下肺生検後に肺化膿症を併発し、右上中葉切除を余儀なくされた大腸癌肺転移の1切除例

国立がんセンター中央病院 呼吸器外科

前田将宏、渡辺俊一、河内利賢、櫻井裕幸、浅村尚生

55歳、女性。前医にて直腸癌術後経過観察中の5年目に、胸部X線異常を指摘された。病変は右S4末梢の径1.8cm大の孤立性結節で、透視下気管支鏡下肺生検にて直腸癌肺転移と診断された。生検後20日目の当院受診時、結節影は広範な浸潤影と空洞形成を伴い、分葉不全を越えて上葉まで広がっていたため、生検に伴う肺化膿症の増悪と考え右肺上中葉切除を施行した。病理では直腸癌肺転移と広範な膿瘍形成、器質化を認めた。

11:00~11:40 診断・その他

座長 河野光智(慶應義塾大学医学部 呼吸器外科)

Ⅲ-11 繰り返す気胸と多発肺嚢胞から診断に至ったBirt-Hogg-Dube症候群の1例

がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科

萩原千恵、堀尾裕俊、羽藤 泰、原田匡彦

症例は67歳女性。両側異時気胸の既往あり。特記する家族歴、喫煙歴なし。身体所見では顔面・頸部に皮疹あり。CTにて両肺下葉優位の多発肺嚢胞存在。2006年4月右気胸再発のため、胸腔鏡下嚢胞切除施行、組織所見では診断に繋がる有意所見なし。本人・家族の希望もあって、遺伝子解析のため他院を受診、FLCN遺伝子変異が指摘され、Birt-Hogg-Dube症候群と診断された。まれな常染色体優性遺伝性皮膚症候群であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-13 間質性肺炎・特発性血小板減少症に伴った続発性気胸に対して手術を行った一例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

平田悠悟、村山智紀、坂本未紀、佐野 厚、長山和弘、上野克仁、村川知弘、中島 淳

61歳男性。既喫煙者。アスベスト・粉塵曝露歴なし。2007年KL-6高値から間質性肺炎(IP)を指摘、徐々に増悪。2010年から特発性血小板減少症、プレドニソロン25mg/日服用。2010年9月右自然気胸発症、保存治療軽快。2011年1月左気胸発症、ドレナージしても気漏持続のため11日後に胸腔鏡下手術。左肺上葉S¹⁺²葉間面に小孔を伴うブラを切除、ネオパールシート貼布。術後第2病日胸腔ドレーン抜去。経過順調にて退院。

Ⅲ-15 洋弓銃(ボーガン)により穿通性肺横隔膜損傷を生じた1例

東海大学医学部附属病院 外科学系呼吸器外科学

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

67歳、男性。洋弓銃で企図自殺を試み、その翌日矢が右胸部に刺入した状態で搬入。来院時、意識清明、血圧140/80mmHg、脈拍102/min、SpO₂100%(O₂5L)。胸部X線及びCT検査で矢は第5肋骨間より右中葉と横隔膜を貫通し肝臓への損傷が疑われ同日緊急手術を施行。分離肺換気下に前側方開胸、右中葉貫通部を部分切除し矢を取り出した。横隔膜修復を行い、正中開腹下に肝損傷を確認し手術終了。第12病日に軽快退院した。

Ⅲ-12 悪性リンパ腫治療中に増大した肺結節影の1切除例 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

廣瀬雅宣、安藤幸二、新明卓夫、望月 篤、栗本典昭、中村治彦
症例は66歳の女性。diffuse large B-cell lymphomaに対する化学療法施行中、右下葉S8に増大傾向のある径約2cmの小結節影を認めた。内部に壊死組織を伴うと判断され、確定診断目的で胸腔鏡下に病巣部肺の楔状切除を行った。病理診断は類上皮肉芽腫で、PCR検査で非結核性抗酸菌(M. intracellulare)が検出された。悪性疾患に対する化学療法施行中に出現した胸部異常影の原因として、原発性肺癌や転移性肺腫瘍のほか日和見感染にも留意する必要がある。

Ⅲ-14 胸腔内上部気管癌に対して右後側方切開にて気管管状切除を行った一例

慶應義塾大学病院 呼吸器外科

橋本浩平、安樂真樹、大塚 崇、河野光智、泉陽太郎、堀之内宏久、野守裕明

症例は55歳女性。健診のCTで胸腔内上部気管腫瘍を指摘された。気管支鏡では、輪状軟骨から肺側8ringの位置に2cm大の腫瘍を認めた。生検で腺様嚢胞癌であった。前方からのアプローチでは、大動脈弓が視野の妨げになると判断し、右胸腔からのアプローチを選択した。右後側方切開第4肋間開胸での良好な視野のもと気管管状切除を施行した。気管癌切除のアプローチに関して考察を加えて報告する。

14:00~14:40 縦隔腫瘍 1

座長 小原 徹也(東京都立多摩総合医療センター 呼吸器外科)

Ⅲ-16 頸部襟状切開にて摘出した巨大縦隔内甲状腺腫の1例 昭和大学病院 呼吸器外科

片岡大輔、野中 誠、富田由里、深山素子、門倉光隆
症例は73歳の男性。他疾患精査中に前縦隔腫瘍を指摘された。腫瘍は、甲状腺下極から気管の右側を中心に右主気管支のレベルまで認められた。手術では頸部伸展位・襟状切開で気管周囲から縦隔内に剥離をすすめた。巨大な腫瘍のため、下端の剥離操作に際しては胸腔鏡で確認し、襟状切開部から腫瘍を摘出した。病理診断は甲状腺腫であった。縦隔内甲状腺腫の多くは襟状切開で摘出可能であるが下端の剥離操作は盲目的となるため、大きな腫瘍に対しては胸腔鏡の併用が望まれる。

Ⅲ-18 心タンポナーデで発症した縦隔腫瘍の一例

1 国保直営総合病院 君津中央病院 呼吸器外科

2 国保直営総合病院 君津中央病院 臨床病理

鎌田稔子¹、飯田智彦¹、長門 芳¹、稲毛輝長¹、高橋好行¹、
石橋康則²、柴 光年¹

心タンポナーデで発症した縦隔腫瘍の一例を経験したので報告する。症例は68歳男性。胸部不快感、呼吸困難にて当院救急搬送。来院時心タンポナーデ認め、心嚢ドレナージ施行したところ、血性の排液を認めた。CT上前縦隔腫瘍認め、腫瘍出血が疑われ同日緊急手術施行。拡大胸腺摘除術及び心膜合併切除術を施行。腫瘍摘出にて止血は得られ、術後の病理組織検査にて胸腺癌と診断された。経過良好にて術後11日目退院となった。

Ⅲ-20 縦隔腫瘍として発症した全身性アミロイドーシスの1例

東京都立多摩総合医療センター 呼吸器外科

宮野 裕、小原徹也、和知尚子

75歳男性。CABG後経過観察中、前縦隔腫瘍を指摘され当科紹介。CT上、上行大動脈及び左肺動脈主幹に接し5cm大の石灰化を伴う腫瘤を認めPET上集積軽微であった。術中所見で上行大動脈に接し表面平滑な黄褐色腫瘍を認め胸腔鏡下に完全切除した。術中迅速診断は異所性甲状腺腫が疑われたが、免疫染色でAλアミロイドーシスと診断、骨髄及び十二指腸生検からアミロイド沈着を認め、全身性ALアミロイドーシスとして化学療法中である。縦隔腫瘍として発症した稀な経過のアミロイドーシスの1例を経験した。

Ⅲ-17 胸腺嚢胞を合併した胸腺腫の1切除例

国立国際医療センター病院 呼吸器外科

清家彩子、北沢伸祐、長阪 智、桑田裕美、伊藤秀幸

症例は71歳男性。呼吸困難を主訴に前医受診し左胸水貯留指摘された。結核性胸膜炎と診断され抗結核薬を半年間内服。その後も胸水貯留は改善せず当院紹介された。胸部CTでは、胸水ではなく内容液が充満した15cm大の嚢胞であり、嚢胞に接して充実性腫瘤が認められた。胸骨正中切開にて腫瘤、嚢胞、胸腺を一塊に摘出した。摘出標本病理では充実性部分がTypeAB胸腺腫、嚢胞は胸腺嚢胞と診断された。嚢胞変性した胸腺腫ではなく、合併あるいは嚢胞壁発生の胸腺腫が疑われた。

Ⅲ-19 縦隔血管から発生した血管内皮腫の1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、高橋 健、石橋洋則、大久保憲一

症例は79歳女性。2011年2月に胸部レントゲン異常を指摘され、胸部CTで中縦隔腫瘍と診断されて当科に紹介された。腫瘍は45mm大、境界明瞭で内部不均一、辺縁に石灰化を伴い、奇形腫が疑われた。3月に右開胸による腫瘍摘出術を施行。腫瘍は右腕頭静脈と強く癒着しており、剥離は困難であったため、これを合併切除して摘出した。迅速診断で低悪性度の血管由来の腫瘍とされた。免疫染色で血管内皮腫と診断された。本腫瘍の縦隔血管からの発生は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

14:40~15:20 縦隔腫瘍 2

座長 山本真一(自治医科大学 呼吸器外科)

Ⅲ-21 胸壁骨肉腫に対し、鎖骨下及び後側方からのアプローチで胸壁切除・再建を行った一例

新潟大学医歯学総合病院 第二外科

篠原博彦、橋本毅久、土田正則

症例は62歳男性。左肩関節腫脹、疼痛にて発症。胸部CT上第2肋骨を中心とする82mm大の腫瘤を認め、生検にて肉腫と診断、2011年2月手術施行。仰臥位で鎖骨下からのアプローチで鎖骨下動静脈をテーピングし第1・第2肋骨の前方を離断、その後右側臥位で背側へ延長した後側方切開アプローチで第1~3肋骨を切除し、摘出。第2肋骨横突起を合併切除、Th1を根部で切離、再建はマールックスメッシュを使用。病理診断はfibroblastic typeの骨肉腫で、術後化学療法を追加した。

Ⅲ-23 non-functional aortico-pulmonary paragangliomaの1手術例

1 総合病院 国保旭中央病院 外科

2 総合病院 国保旭中央病院 心臓外科

松本 順¹、吉田幸弘¹、田中信孝¹、古屋隆俊¹、野村幸博¹、永井元樹¹、望月康晃¹、山本哲史²、竹田 誠²

症例 48歳女性。検診胸部レントゲン発見。胸部CTにてAP window部に4cm大の扁平なhypervascular tumor。既往に高血圧なし。PET/CTではSUVmax 21.3で、¹²³I MIBGシンチは陰性だが、画像上はparaganglioma。術前日に塞栓術施行し、胸骨正中切開にてアプローチ。腫瘍はすべて心嚢内に存在してPAに癒着。完全体外循環下に腫瘍摘出、PA patch plasty。永久病理でparagangliomaの診断を得た。

Ⅲ-25 右下葉背側に膿胸癒痕のある右中葉肺癌+前縦隔腫瘍に対し一期的右胸腔鏡下中葉切除+縦隔腫瘍摘出術を行った1例

虎の門病院 呼吸器センター外科

川島 峻、河野 匡、藤森 賢、一瀬淳二、多賀谷理恵、百瀬洗太

症例は70代女性。Behçet病でPSL 15mg内服中。1985年右胸膜炎。2010年10月胸部CTで右中葉に25×19mmのすりガラス状陰影(cT1bN0M0)、12×7mmの前縦隔腫瘍、右下葉背側に100×50mmの膿胸癒痕を認めた。2011年2月全面癒着を認めたが3-port右胸腔鏡下縦隔腫瘍切除+中葉切除+ND2a-2を施行。手術時間204分、出血量225ml。病理結果は腺癌と胸腺嚢胞。癒着の強い膿胸癒痕は触らず全手術操作を行えた。ビデオを供覧し報告する。

Ⅲ-22 縦隔アスペルギローマに対する胸腔鏡補助下傍胸骨切開摘出術の1例

自治医科大学付属さいたま医療センター 呼吸器外科

峯岸健太郎、手塚憲志、柴野智毅、真木 充、中野智之、金井義彦、遠藤俊輔

54歳男性。AML再発に対し化学療法施行中前胸部痛出現。CTで右S1に1cm大の結節と胸腺右葉に長径3cm大で内部不均一な腫瘤を認めた。再骨髄移植に備え外科的切除術を行う方針とした。胸腔鏡下に腫瘍を観察しながら、第3/4肋軟骨を切除し傍胸骨下に右肺を一部合併切除して摘出した。右S1の結節も部分切除した。どちらもアスペルギルスの菌塊を認めた。術後経過良好で現在再骨髄移植待ちである。

Ⅲ-24 縦隔迷走神経鞘腫の2切除例

信州大学医学部附属病院 呼吸器外科

久米田浩孝、濱中一敏、吾妻寛之、齋藤 学、牛山俊樹、砥石政幸、椎名隆之、吉田和夫、天野 純

縦隔神経鞘腫の多くは交感神経や肋間神経由来で、迷走神経鞘腫は比較的まれである。症例1は31歳男性、傍大動脈弓に存在する腫瘍に対し胸腔鏡下核出術を施行した。術後反回神経麻痺を生じたが約1年後には概ね改善した。症例2は36歳女性、右上縦隔の腫瘍に対し胸腔鏡下に反回神経を温存し腫瘍切除した。術後に明らかな神経症状を認めなかった。縦隔迷走神経鞘腫では反回神経に操作が及ぶ場合、術式および術中操作に配慮が必要と考える。

15:20~16:00 胸腔鏡手術

座長 神崎正人(東京女子医科大学 呼吸器センター外科)

Ⅲ-26 悪性腫瘍の鑑別を要した肺放線菌症の1例

東京女子医科大学 第1外科

吉川拓磨、神崎正人、井坂珠子、前田英之、坂本圭、清水俊榮、小山邦広、村杉雅秀、大貫恭正

症例は61歳男性。肝細胞癌に対し肝動脈塞栓術後、経過観察中に胸部異常陰影指摘。胸部CTで左S9に1.4cm大の結節の他、炎症性変化を認めた。PETでは左S9の結節にSUVmax 2.66の軽度集積を認めた。悪性肺腫瘍を否定できず胸腔鏡下生検施行し、迅速診断で炎症性変化であった。追加で肺部分切除術施行したが結果は同様であった。悪性所見は認めなかった。術後病理学検索の結果、肺放線菌症と診断された。肺放線菌症は比較的稀なため報告する。

Ⅲ-27 同一肺葉内に発生した巨大な多発性硬化性血管腫の一例

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】同一肺内に発生した多発性硬化性血管腫を経験したので報告する。【症例】15歳女性、学校検診で左肺多発腫瘍を認めた。胸部CT、MRIで左上葉に66mmと37mmの境界明瞭な肺腫瘍を認め、肺過誤腫、硬化性血管腫を疑い左上葉切除を施行した。病理組織は65×55mm、36×32mmの巨大な硬化性血管腫であった。【まとめ】多発性硬化性血管腫は比較的稀であり、さらに同一肺内に限局する多発性硬化性血管腫は非常に稀である。報告も少なく若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-28 気管支原性囊腫に対して鏡視下腫瘍切除を施行した1例

東京慈恵会医科大学 外科学講座

柴崎隆正、秋葉直志、宮澤知行、丸島秀樹、柳澤暁、森川利昭
術前3D-MDCTにて画像評価を行い、鏡視下切除した気管支原性囊腫を経験した。症例は30歳代男性。胸部X線にて右肺門部異常陰影を指摘された。当院CTで、右肺門部に約3cm大の腫瘤を認め、手術を施行した。腫瘤は上・下肺静脈の間に存在し気管支と強固な癒着を認め、完全鏡視下に切除した。摘出検体は寒天様の内容物を伴う黄色調の腫瘤で、病理検査の結果、気管支原性囊腫と診断した。術後経過良好で軽快退院した。今回の経験を若干の文献的考察をあわせて報告する。

Ⅲ-29 胸腔鏡下に核出術を施行した肺過誤腫の一例

1 東邦大学医学部附属大森病院 呼吸器外科

2 東邦大学医学部附属大森病院 病理

佐藤史朋¹、秦美暢¹、高橋祥司¹、後藤英典¹、田卷一義¹、笹本修一¹、密田亜希²、高木啓吾¹

58歳男性。左肺異常影で当院紹介。胸部CTで左底区に2cm大の結節性病変を認めたが、TBLBで確診が得られず外来経過観察となった。初診から2年後、陰影の増大を認め手術適応とした。胸腔鏡下に針生検を行い迅速病理で過誤腫と診断、核出術を施行し第5病日に軽快退院した。腫瘍核出は胸膜切開部より鈍的剥離を行いながら、後方から腫瘍を押し出すことで容易であった。核出後の肺内死腔の拡大が懸念されたが縮小傾向にある。

Ⅲ-30 胸腔鏡下左上葉切除時に肺静脈共通幹を切除した肺癌の一例

自治医科大学附属病院 呼吸器外科

遠藤哲哉、遠藤俊輔、長谷川剛、山本真一、手塚康裕、光田清佳
62歳男性。IA期肺小細胞癌に対し鏡視下左上葉切除を施行。CTで共通肺静脈幹を気付かず、術中に肺静脈幹をtapingしたことで術中も気付かず共通肺静脈幹を切離した。切離直後に気づき開胸に移行。心嚢切開しLA遮断、左主肺動脈遮断、切断した肺静脈幹の上肺静脈側から切離断端にかけ斜切開し下肺静脈口を開大し、LAと4-0プロリンで端端吻合した。鏡視下手術のpitfall症例を経験し反省を含め報告する。