

第157回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2011年11月12日（土）
会場： 東京ステーションコンファレンス
〒100-0005 千代田区丸の内1-7-12
（JR東京駅 徒歩2分、
東京メトロ東西線「大手町駅」徒歩1分）

総合受付 ホワイエ（5階）
PC受付 ホワイエ（5階）
第I会場 501AB（5階）
第II会場 503AB（5階）
第III会場 503CD（5階）
幹事会 602AB（6階）

会長： 三澤 吉雄
自治医科大学外科学講座心臓血管外科学部門
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1
TEL：0285-58-7368/FAX：0285-44-6271

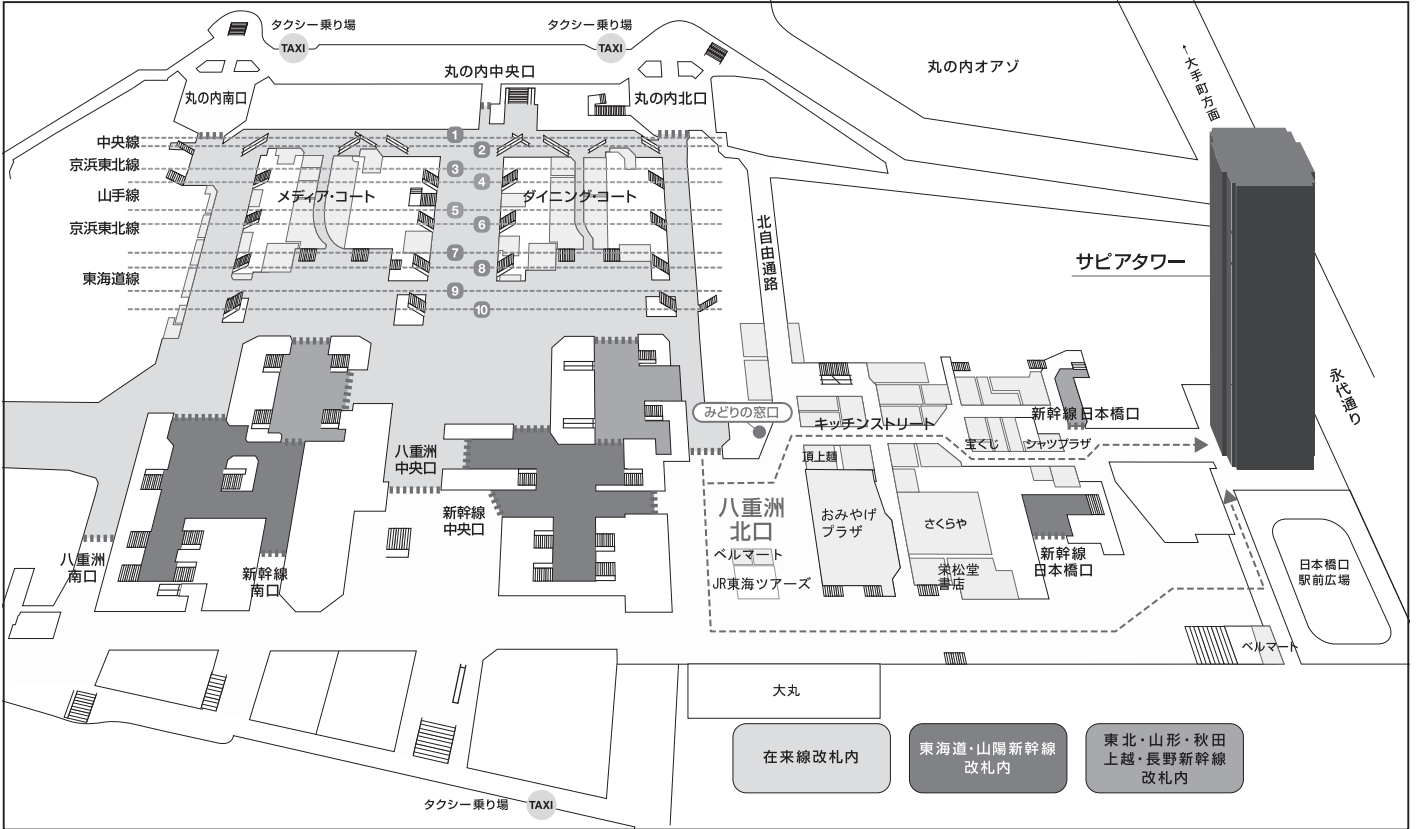
参加費： 1,000円
（当日受付でお支払い下さい。医学生は無料です。）

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。

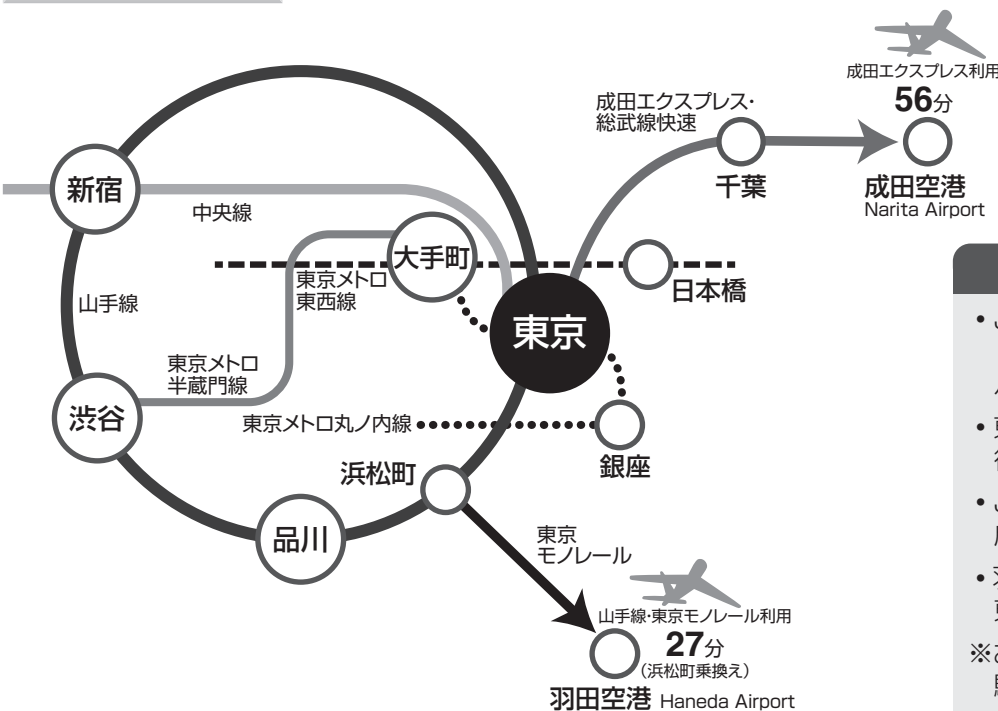
【会場案内図】

東京ステーションコンファレンス
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内一丁目7番12号
 サピアタワー 4階～6階
 TEL：03-6888-8080

会場周辺図



路線図



交通機関と所要時間

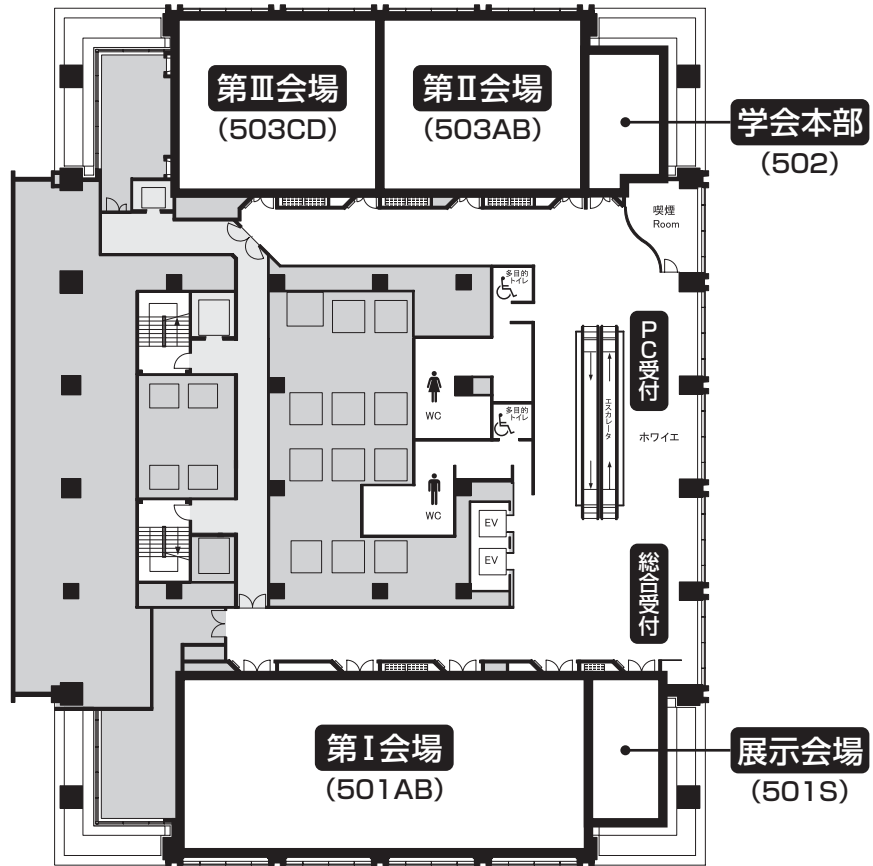
- JR東京駅新幹線専用改札口 (日本橋) より徒歩1分、八重洲北口改札口より徒歩2分
- 東京メトロ東西線大手町駅より徒歩1分
- JR成田空港駅より成田エクスプレスで約60分
- 羽田空港第2ビル駅より東京モノレールで30分

※お車でお越しのお客様はビル内の駐車場をご利用ください。

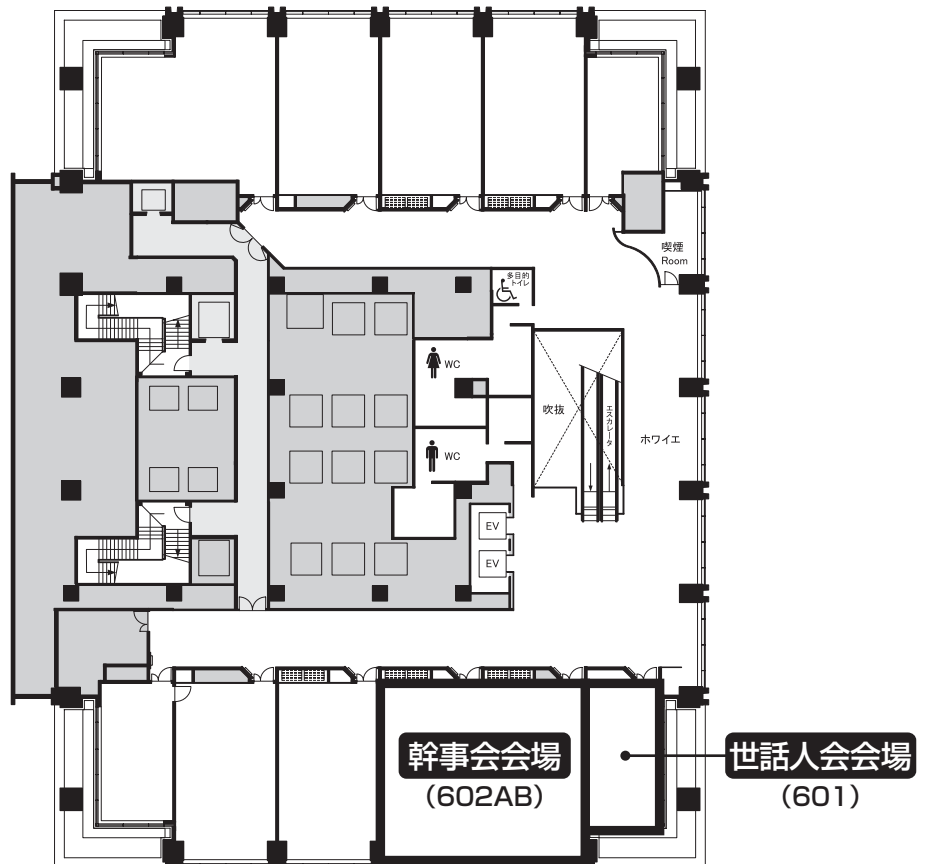
【場内案内図】

東京ステーションコンファレンス

■5F



■6F



第Ⅰ会場：501AB (5階)

8:55 開会式

9:00~9:56

虚血性

1~7 **儀武 路雄**

東京慈恵会医科大学
心臓血管外科学

9:56~10:44

弁膜症 1

8~13 **上西祐一朗**

自治医科大学
心臓血管外科学

10:44~11:32

弁膜症 2

14~19 **福井 寿啓**

榊原記念病院
心臓血管外科

11:32~12:04

食道

20~23 **宮崎 達也**

群馬大学大学院
病態総合外科

12:20~13:20

ランチョンセミナー 1

『サーカディアンリズムと循環器疾患』

座長 **高澤 賢次**

(社会保険中央総合病院心臓血管外科)

演者 **荀尾 七臣**

(自治医科大学内科学講座循環器内科部門)

協賛：セント・ジュード・メディカル株式会社

第Ⅱ会場：503AB (5階)

9:00~9:48

先天性 1

1~6 **川崎志保理**

順天堂大学
心臓血管外科

9:48~10:36

先天性 2

7~12 **野村 耕司**

埼玉県立小児医療センター
心臓血管外科

10:36~11:32

先天性 3

13~19 **小出 昌秋**

聖隷浜松病院
心臓血管外科

11:32~12:12

管理

20~24 **森田 英幹**

自治医科大学附属さいたま医療センター
心臓血管外科

10:00~10:50

世話人会
(601:6階)

第Ⅲ会場：503CD (5階)

9:15~9:55

胸壁・縦隔 1

1~5 **手塚 憲志**

自治医科大学附属さいたま医療センター
呼吸器外科

9:55~10:38

肺その他

6~10 **望月 篤**

聖マリアンナ医科大学
呼吸器外科

10:38~11:26

肺癌 1

11~16 **文 敏景**

がん研究会有明病院
呼吸器外科

11:26~12:06

肺癌 2

17~21 **王 志明**

順天堂大学
呼吸器外科

12:20~13:20

ランチョンセミナー 2

『術前化学放射線療法によるT4肺癌への挑戦一決してあきらめない』

座長 **金子 公一**

(埼玉医科大学国際医療センター呼吸器外科)

演者 **丹羽 宏**

(聖隷三方原病院 呼吸器外科)

協賛：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

11:00~11:50

幹事会
(602AB:6階)

第Ⅰ会場：501AB (5階)

13:30~14:10

腫瘍・MICS

24~28 藤井 毅郎

東邦大学
外科学講座心臓血管外科学

14:10~15:01

弁膜症 3

30~35 竹谷 剛

東京大学
心臓外科学

15:01~15:49

弁膜症 4

36~41 大迫茂登彦

防衛医科大学校
外科学講座心臓血管外科学

15:49~16:37

弁膜症 5

42~47 坂本 裕昭

筑波大学
心臓血管外科学

第Ⅱ会場：503AB (5階)

13:30~14:21

大血管 1

25~30 田村 清

東京医科歯科大学大学院
心臓血管外科

14:21~15:09

大血管 2

31~36 志水 秀行

慶應義塾大学
医学部外科学 (心臓血管外科)

15:09~15:49

大血管 3

37~41 山田 靖之

獨協医科大学
心臓・血管外科学

15:49~16:37

大血管 4

42~47 大木 伸一

自治医科大学
心臓血管外科学

第Ⅲ会場：503CD (5階)

13:30~14:10

気管支・肺手術

22~26 酒井 光昭

筑波大学
呼吸器外科

14:10~14:50

術後合併症

27~31 白田 実男

東京医科大学
外科1講座

14:50~15:38

胸壁・縦隔 2

32~37 茂木 晃

群馬大学大学院
病態総合外科学

15:38~16:26

胸壁・縦隔 3

38~43 橋本 毅久

新潟大学医歯学総合病院
第二外科

16:40 閉会式

第Ⅰ会場：501AB(5階)

9:00~9:56 虚血性

座長 儀 武 路 雄(東京慈恵会医科大学心臓血管外科学)

I-1 左側開胸アプローチにて旧大伏在静脈バイパスグラフトに中枢側吻合をおいた再OPCABGの一例

大崎病院東京ハートセンター 心臓血管外科

平沼 進、南淵明宏、奥山 浩、武藤康司、中川博文、遠藤真弘
65歳男性。半年前に前医でOPCABG (SVG-#14-#3) 施行。今回LMTを合併したとして当科紹介。再OPCABGにあたり、正中切開によるアプローチや内胸動脈を使用する方法、また、中枢側吻合として左鎖骨下動脈や下行大動脈を用いる方法などが検討された。患者背景・リスクを熟慮した結果、左側開胸アプローチにて旧大伏在静脈バイパスグラフトに中枢側吻合をおく方法を選択し、良好な結果を得たので報告する。

I-3 全弓部置換術後遠隔期に生じた左室仮性瘤

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、松山重文、田端 実、高梨秀一郎
症例は67歳男性、4年前に他院で解離性大動脈瘤に対して全弓部置換術を施行された。本年6月動悸、四肢冷感自覚、症状増悪し、当院へ救急搬送された。CTで左室側壁に10mm大の瘻孔と左室外への造影剤漏出、8cm大の仮性瘤を認め、手術となった。正中開胸、癒着剥離後、膀胱温25℃循環停止下に瘤を切開し、瘻孔の内外にパッチをあて閉鎖した。術後経過は良好だった。術前の冠動脈造影で鈍縁枝に99%狭窄を認めており、心筋梗塞後の左室仮性瘤と考えられた。

I-5 巨大冠動脈瘤を伴う冠動静脈瘻に対する一手術例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

神戸 将、井口篤志、朝倉利久、上部一彦、中嶋博之、小池裕之、森田耕三、高橋 研、池田昌弘、岡田至弘、高澤晃利、新浪 博(症例) 症例は60歳、男性。心房細動、うっ血性心不全に対する精査にて左回旋枝領域に最大径70mmの巨大冠動脈瘤および冠動静脈瘻を認め、手術目的に当科に紹介された。手術は人工心肺使用、心停止下に冠動脈瘤切除および左回旋枝へのバイパスを行った。術中所見のビデオを供覧し、若干の文献的報告を加え報告する。

I-7 AMI後の乳頭筋断裂にMVPを施行した1例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

櫻井翔吾、川口 悟、田村 清、牧田 哲、宮城直人、渡邊大樹、藤原立樹、横山賢司、藤田修平、荒井裕国
症例80歳女性。主訴は呼吸困難。ショック状態で緊急搬送されAMIと診断、IABP補助下にCAG施行(#775%、#875%、#1399%)、#13にPCI施行。PCI後もショック状態が遷延し乳頭筋断裂に伴うsevere MRと診断し緊急手術となった。前乳頭筋後尖頭の断裂に伴うP1-P2の逸脱がMRの原因となっており、MVP(乳頭筋断裂頭を正常な前乳頭筋前尖頭に縫合、人工腱索1対、弁輪形成Physio-ring)及びCABG2枝(SVG-D1-LAD)を施行。術後MRは消失している。

I-2 大伏在静脈による冠動脈バイパス術を施行した川崎病患者における、術後34年に発症したグラフト閉塞に対して再冠動脈バイパス術を施行した1例

東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科

道本 智、小寺孝治郎、浅野竜太、佐藤敦彦、久保田沙弥香、中野清治

43歳男性。1977年に川崎病、冠動脈瘤に対してCABG(SVG-LAD)施行した。1984、1997年にCAG施行もSVGは開存していた。2011年4月に労作時胸痛出現しCT施行、SVGは開存していたがその末梢のLADの描出を認めなかった。5月にCAG施行、SVGは閉塞していたためredo OPCAB(LITA-LAD、RA-RCA)施行した。川崎病術後のSVG閉塞、再手術としては最長のため報告する。

I-4 冠動脈バイパス術後静脈graft瘤に対し、手術を施行した一例

日本大学医学部附属板橋病院

石井雄介、畑 博明、中田金一、瀬在 明、吉武 勇、木村 玄、高森達也、高橋佳奈、八百板寛子、駿河 誠、塩野元美

20年前にCABG(3)施行した患者。術後15年目のCTにてAo-RCAのSVGgraftに23×24mmの瘤を認め、CAGでgraftのocclusionを確認。瘤は拡大傾向で、52mm×63mmまで拡大、手術施行。中枢側吻合部の2センチ抹消に母指頭大の瘤を認め、その抹消で2番目の鶏卵大の瘤を形成し、さらに末梢で雀卵大の瘤を形成していた。瘤の流入部、流出部を閉鎖し、瘤を切除した。術後経過は良好。

I-6 DES留置部位に冠動脈瘤を形成し、冠動脈形成術を施行した一治験例

大和成和病院 心臓血管外科

川堀真志、榊健司朗、遠藤由樹、菊地慶太、倉田 篤

症例は66歳男性。3年前、心筋梗塞を発症し鬱血性心不全の診断にて当院循環器内科入院。冠動脈造影検査でLAD#699%を含む3枝病変と診断され#6にDESが留置された。本年、冠動脈造影検査を施行し留置部位に仮性動脈瘤が形成され他の狭窄病変の進行も認めた為手術となった。手術は人工心肺下に冠動脈瘤切除、ステント抜去後に大伏在静脈を用いたonlay patch angioplasty及びCABGを施行。ステント留置後の合併症に対し良好な結果を得た為、文献的考察を含めて報告する。

9:56~10:44 弁膜症 1

座長 上 西 祐一郎(自治医科大学心臓血管外科学)

I-8 単冠動脈症を伴う大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症の手術経験

新潟県立中央病院 胸部外科

佐藤裕喜、青木賢治

症例は74歳女性。心不全の既往のある大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症。術前CTで単冠動脈症(Lipton分類2-B)と診断した。機械弁AVRを行ったが、その際カニューラの先端形状を工夫し右冠動脈に相当する異常冠動脈にも確実に心筋保護液を注入できた。単冠動脈症合併AVRにおける留意点、工夫について心筋保護手技を中心に考察し報告する。

I-10 僧帽弁逸脱に対する形成術後の逆流再発の原因が再手術時まで不明であった感染性心内膜炎の一例

1 東京慈恵会医科大学 心臓外科

2 東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科

成瀬 瞳¹、坂本吉正¹、儀武路雄¹、川田靖典²、松村洋高¹、

山城理仁¹、山本祐介¹、橋本和弘¹

症例は60才、白人男性。forme fruste typeの僧帽弁後尖を中心とした逸脱病変に対して弁形成術を施行した。術後、弁接合面全体から逆流量増加を認め、3週後再手術となった。処置部・リングには問題なかったが、前尖を支える腱索が融解・消失しており、IEが考えられた。起炎菌は不明で、術後経過からIEの診断は極めて難しい症例であった。

I-12 ASD device closure後に進行したMR、TRに対してMVR+TAPを施行した一例

東京女子医科大学心臓病センター

市原有起、斎藤博之、石井 光、杉浦唯久、齋藤 聡、山崎健二
66歳女性。2005年にASDを指摘されるも放置。Afを合併し心不全兆候が出現したため2010年8月にASD device closureを施行した。本年6月心不全の増悪を認めショック状態、IABP挿入下で当院搬送。心エコーでMR severe、TR severe、EF25%と心機能低下を認め手術となった。右房切開でAmplatzerを摘出し経中隔アプローチ、前尖腱索を温存したMVR+TAPおよびCRTD植込み術を施行。若干の考察を加え報告する。

I-9 DVR後23年目の上行大動脈瘤、高度TRの再手術例

板橋中央総合病院

佐藤博重、村田聖一郎、浦田雅弘、東原宣之、鈴木義隆

症例は70歳女性。23年前リウマチ性連合弁膜症に対し、大動脈弁位にMedtronic Hall弁21mm、僧帽弁位にSJM弁27mmを用いたDVRを受けている。今回、上行大動脈瘤(58mm)、鬱血性肝硬変を伴った高度TRのため上行近位弓部置換術、re AVR (SJM Regent弁19mm)、TAP (MC3 34mm)を施行した。上行大動脈瘤の原因として傾斜一葉弁によるpoststenotic dilatationが関与したと思われるため若干の文献的考察を加えて報告する。

I-11 上行大動脈人工血管置換術後、AS進行により機械的溶血を認めた1例

獨協医科大学病院 心臓・血管外科

土屋 豪、福田宏嗣、吉龍正雄、山田靖之、柴崎郁子、井上有方、桑田俊之、小川博永

【症例】67歳、女性。A型解離で緊急上行大動脈人工血管置換術施行。その後ASを認め外来フォローを受けていた。術後10年目に溶血性貧血を認め精査するが原因不明であり、ASのjetが人工血管に当たることによる溶血の可能性が示唆された。【手術】生体弁による大動脈弁置換術を施行。術後機械的溶血は改善した。ASに対する大動脈弁置換術により溶血性貧血が消失した症例を経験したため若干の文献的考察を含め報告する。

I-13 IE、MR、ASDに対して僧帽弁弁輪形成、生体弁置換、ASD閉鎖術後、生体弁機能不全に対し再弁置換を行った一例

山梨大学第2外科

榊原賢士、松本雅彦、吉田幸代、神谷健太郎、本橋慎也、加賀重亜喜、鈴木章司

症例は27歳女性。17歳時IE、MR、ASDに対して、膿瘍郭清・膿瘍入口部パッチ閉鎖(馬心膜)、生体弁による僧帽弁置換、ASDに対しパッチ閉鎖を施行した。平成23年1月生体弁弁尖破壊による急性MRのため緊急入院となった。手術：右側左房切開でアプローチした。馬心膜と生体弁の弁輪部の石灰化が強く一体化しており剥離に難渋した。馬心膜の一部を残し弁輪とし生体弁で再弁置換を施行した。

10:44~11:32 弁膜症2

座長 福井 寿 啓(榊原記念病院心臓血管外科)

I-14 Bentall術後、心室頻拍を伴う大動脈弁輪部膿瘍に対して再Bentall術を施行した1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

弘瀬伸行、鬼頭浩之、大場正直、平野雅生、浅野宗一、林田直樹、松尾浩三、村山博和

34歳男性。3年前AAE、AR(2尖弁)にてBentall術施行。動悸、意識消失発作にて入院後、VT頻発。TEEにて大動脈弁輪部膿瘍、吻合部破綻による血腫形成が疑われ緊急手術となる。術中3/4周におよぶ弁輪部膿瘍と心室中隔にも膿瘍腔を認め、デブリドマンと中隔膿瘍腔パッチ閉鎖、中隔側左脚の冷凍凝固、再Bentall術を実施。感染コントロールされ、術後53日目に独歩退院。

I-16 SSSSに続発したIEに対し、clam-shell incisionで手術を施行した一例

1 千葉大学大学院医学研究院 心臓血管外科学

2 千葉大学医学部附属病院 救急部

明石英之¹、石坂 透¹、瀬戸口大典²、黄野皓木¹、石田敬一¹、

柁沢政司¹、田村友作¹、渡邊倫子¹、乾 友彦¹、松宮護郎¹

症例は71才女性。5月21日頃より発熱及び右会陰部に皮疹出現。その後皮疹は全身に拡大しSSSSの診断。28日にcAVB、29日に脳梗塞発症。TEEにて疣贅を認め、IEの診断で当科紹介。6月17日ARによる急性肺水腫を認め緊急手術となった。前胸部皮膚びらんの為、clam-shell incisionで心筋内の膿瘍廓清を施行した。経過良好でリハビリ目的に転院。

I-18 Osler-Weber-Rendu病に合併したMRSA人工弁感染に対してBentall手術を行った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

松永理絵、森田英幹、由利康一、安達晃一、山口敦司、安達秀雄

61歳女性。以前より肺、肝動静脈シャントを有し、Osler-Weber-Rendu病と診断されていた。2010年4月MRSAのIEによるAR、急性心不全に対して、AVRを施行。その後、経過は良好であったが、2011年3月39℃台の発熱が出現し、MRSA敗血症と診断された。抗生剤投与を行ったが、人工弁周囲逆流が出現し、PVEと診断。6月にBentall手術を施行し、経過良好で21POD抗生剤投与目的で転院した。

I-15 大動脈弁置換術後の人工弁感染、弁輪部膿瘍に対して同種組織を用いた大動脈基部置換術の1例

東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科

大森一史、富岡秀行、東 隆、遊佐裕明、新垣正美、東 理人、青見茂之、山崎健二

症例は62歳の男性。1991年に二尖弁の大動脈弁閉鎖不全に対し機械弁(SJM:25mm)による大動脈弁置換術を施行。2011年、呼吸困難を主訴に他院で精査を受けたところ、大動脈弁位人工弁弁輪部からの高度の逆流及び、大動脈弁輪部膿瘍と診断。抗生剤加療にて、炎症所見の鎮静化後に同種組織による大動脈基部置換術施行し良好な経過が得られたので報告する。

I-17 DVR後のMRSA人工弁感染性心内膜炎の一手術例

自治医科大学 心臓血管外科学

高澤一平、上西祐一郎、下平健太郎、村岡 新、大木伸一、

佐藤弘隆、相澤 啓、坂野康人、齋藤 力、小西宏明、川人宏次、三澤吉雄

57歳男性。CABG、DVR施行後、血培でMRSAが検出。エコーで大動脈弁に疣贅を認め、MRSA・PVEと診断し再二弁置換施行。術後、ASO下肢壊疽によるseptic shockで両下肢切断術、AV-blockに対しペースメーカー移植術施行。経過良好で転院。

I-19 大動脈基部置換術後MRSA感染性心内膜炎の一治験例

心臓血管研究所付属病院心臓血管外科

高井秀明、田邊大明、依田真隆、門磨義隆、須磨久善

66歳男性。2004年にAR、MSに対して機械弁を用いた大動脈基部置換術を施行。今回は、活動期感染性心内膜炎、大動脈基部置換術後の診断にて当院へ転院。術前の血液培養からMRSAを検出、術前検査で疣贅の拡大傾向を認めたため準緊急にて再大動脈基部置換術と冠動脈バイパス術を施行した。術後呼吸不全でV-V ECMOを要したが、術後6日目に離脱、大網充填術を施行した。良好な経過である。

11:32~12:04 食道

座長 宮崎達也(群馬大学大学院病態総合外科)

I-20 発症24時間以上経過し手術にて救命し得た特発性食道破裂の一例

1 公立藤岡総合病院

2 群馬大学病態総合外科

萩原 慶¹、原 圭吾¹、安藤裕之¹、矢島俊樹¹、設楽芳範¹、石崎政利¹、桑野博行²

症例は42歳男性。嘔吐後、左背部痛で発症。当院内科受診し胸膜炎の診断で入院。第二病日に症状増悪し精査行い食道破裂の診断。発症31時間後に緊急手術施行。左開胸すると下部食道左壁に5cmの裂傷を認め、縫合閉鎖し大網被覆を行った。術後9日目に膿胸発症、胸腔鏡下ドレナージ施行。術後22日目に退院。特発性食道破裂は24時間以内に手術を行う事が重要だが、長時間要してから手術を行い良好な経過を経た症例を経験したため報告する。

I-22 頸部リンパ節転移診断に苦慮した食道癌サルベージ手術の一例

群馬大学大学院 病態総合外科学

吉田知典、猪瀬崇徳、小澤大悟、鈴木茂正、田中成岳、横堀武彦、宗田 真、宮崎達也、桑野博行

61歳男性。2010年8月に食道癌MtUt、type0-Is、cT4(101R-総頸動脈)N2(101R)M0、cStageIVa→根治的化学放射線療法施行。局所はCR、101RはSDであったが2011年4月に局所およびリンパ節104Rに再燃を認めた。5月に手術施行、頸部操作先行し101Rの術中迅速病理診断の結果でサルベージ手術施行。101Rと考えていた腫瘤はリンパ節構造を認めずinflammatory pseudotumorと診断。免疫染色の結果IgG4関連疾患の可能性が示唆された。

I-21 急性膵炎後の食道閉塞に対する食道バイパス術の経験

獨協医科大学 第一外科

福士剛蔵、中島政信、百目木泰、加藤広行

症例は62歳男性。平成22年12月急性膵炎の診断で当院消化器内科に入院。16日後に胸水貯留を認め、胸腔ドレーンを挿入すると膵液を混じた胸水であった。その後ERP目的の内視鏡で食道に炎症性狭窄を認め、更に食道造影で食道縦隔瘻と診断された。膵炎のコントロールのため、2月に当院第二外科で膵管胆管ドレナージ術を施行。その後食道が完全閉塞となったため6月に当科で結腸による胸壁前経路食道バイパス術を行った。膵炎後の食道閉塞は検索し得た限り報告がなく、極めて稀であるため報告する。

I-23 食道癌術後補助化学療法で低Na血症を来し治療に難渋した2例

埼玉医科大学総合医療センター 消化管・一般外科

平岡 優、芳賀紀裕、石畝 亨、本城裕章、天野邦彦、幡野 哲、大澤智徳、岡田典倫、隈元謙介、石橋敬一郎、辻 美隆、

石田秀行

化学療法の有害事象として、骨髄抑制、消化器症状、肝腎機能障害、神経症状などが代表的である。しかし、まれに抗悪性腫瘍薬による重篤な電解質異常が起こるとの報告もある。今回、進行食道癌に対し右開胸開腹食道亜全摘術施行後、補助化学療法(FP療法)で低Na血症を来し治療に難渋した2例を経験したので文献的考察を含め報告する。

13:30~14:10 腫瘍・MICS

座長 藤井毅郎(東邦大学外科学講座心臓血管外科学)

I-24 当院で経験した子宮頸癌の右室転移の一例 新潟県立中央病院 胸部外科

佐藤裕喜

症例は48歳女性。42歳時に子宮頸癌に対する手術及び放射線治療を受けている。術後6年目の定期CTで右心室内血栓と診断され抗凝固療法を受けた。しかし病変が縮小せず腫瘍の可能性があるため摘出術を行った。右室内面は三尖弁の裏面から流出路までびっしりと乳頭状の腫瘍で被覆されていた。病理で腫瘍は扁平上皮癌、子宮頸癌の転移と診断された。転移性心臓腫瘍は稀で手術報告はきわめて少ない。若干の考察を加え報告する。

I-26 術後洞調律に復帰した慢性心房細動合併の巨大左房粘液種 の一例

北里大学医学部心臓血管外科学

井上信幸、鳥井晋造、去川秀樹、北村 律、柴田 講、福西琢真、吉井 剛、岡 徳彦、宮地 鑑

47歳男性。10年前より心房細動を指摘されていた。2011年初旬より頻回な動悸および労作時呼吸困難を自覚し当院紹介となった。胸部X線中心胸比の拡大および胸水貯留を認め、心エコーにて拡張期に僧帽弁に陥入し弁逆流を生じさせている $\phi 85 \times 38$ mmの有茎性腫瘤を認めた。手術は左房後壁の一部ごと腫瘤を摘出し、大動脈遮断解除とともに自然に洞調律に復帰した。病理組織学的に粘液種であった。術後4か月洞調律を維持している。

I-28 気管切開口を有する僧帽弁閉鎖不全症に対してMICSによるアプローチが有用であった1例

自治医科大学 心臓血管外科学

阿久津博彦、上西祐一郎、高澤一平、佐藤弘隆、村岡 新、相澤 啓、坂野康人、大木伸一、齊藤 力、小西宏明、川人宏次、三澤吉雄

症例は73歳男性。2008年よりAf、MRの心不全の診断。喉頭癌術後照射による喉頭狭窄が出現し2011年4月に気管切開施行。その後、心不全症状が出現し2011年7月に当科紹介。気管切開口を避けるため、右小開胸によるMICSにてMVRを施行し、経過良好にて第10病日に退院となった。実際の手術における工夫について報告する。

I-25 下肢麻痺の出現により脊椎転移が判明した心臓腫瘍の1例

新潟市民病院 心臓血管外科

木村光裕、橋本由華、菊地千鶴男、高橋善樹、中澤 聡、金沢 宏

症例は59歳男性。背部痛を主訴に当院内科へ受診した。CTにて左房内に腫瘍を認めたため、当科紹介となった。手術目的に入院したが、入院時より右下肢の脱力あり。徐々に麻痺へと進行し、MRIにて脊椎腫瘍による脊髄の圧迫が判明した。整形外科により緊急にて脊髄の圧迫解除術を施行され、1か月後に左房内腫瘍の切除を行った。病理診断の結果、左房内腫瘍の脊椎転移であることが判明した。

I-27 進行大腸癌を合併した大動脈弁狭窄症に対する小切開大動脈弁置換術の1例

昭和大学病院 第1外科

川浦洋征、石川 昇、飯塚弘文、宮内忠雅、永野直子、尾本 正、手取屋岳夫

症例は79歳女性。下部消化管内視鏡検査でS状結腸に大腸癌を認め、手術適応となったが、術前の心エコー検査で重症大動脈狭窄症を認めた。大腸癌手術は困難との判断で心臓手術を先行することとしたが、全周性の大腸癌のため、イレウスの危険性が高く、大動脈弁置換術と人工肛門造設術の方針とした。小切開による胸骨上部部分切開法での弁置換を行うことにより同時手術としての横行結腸への人工肛門造設を行い、良好な結果を得た。

I-29 演題取り下げ

14:10~15:01 弁膜症3

座長 竹谷 剛(東京大学心臓外科学)

I-30 生体弁による僧帽弁置換術後の弁機能不全の2症例
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1】MSrに対してMVR (CEP25mm)を施行した、7年後に弁機能不全 (MS)となり、再手術の方針となる。【症例2】MRに対してMVR (CEP25mm)を施行した、2年後に弁機能不全 (MR)となり、再手術の方針となる。2症例とも前回生体弁の弁尖が宿主組織 (温存していた後尖)と癒合し、弁の可動性が著しく制限されていた。2例とも再弁置換術を行い良好な経過であった。弁機能不全の原因について検討した。若干の文献的考察も含めて報告する。

I-32 術後早期に特異な仮性内膜増殖を認めた僧帽弁閉鎖不全並びに三尖弁狭窄の一再手術例

順天堂大学 医学部 心臓血管外科

佐藤友一郎、桑木賢次、森田照正、天野 篤

症例は78歳女性、僧帽弁閉鎖不全 (MR)・三尖弁閉鎖不全・心房細動に対し僧帽弁形成・三尖弁形成・MAZEを2009年に施行した。術後半年目に心不全を呈し、心エコー上MR・三尖弁狭窄を認め保存的治療を行うも症状の増悪あり本年7月に再手術を施行した。中心性僧帽弁逆流に対し人工弁置換術を、弁口への仮性内膜異常増殖による三尖弁高度狭窄に対しては狭小弁輪の合併があるためsupra-annular implantation法にて弁置換術を施行し、症状は改善した。

学生発表

I-34 3種類の人工弁機能不全をきたした僧帽弁置換術
自治医科大学 心臓血管外科学

小島 望、伊藤 智、坂野康人、小西宏明、三澤吉雄

人工弁置換術には様々な術後合併症のリスクがあり、使用した弁の種類、手術後の経過年数、手術回数などによって合併症が変わる。人工弁置換術後合併症には、構造上の劣化による機能不全と非構造上の機能不全としての血栓弁、パンス形成、弁周囲逆流、人工弁感染、出血性合併症などがある。我々は、19年の経過中に3種類の人工弁機能不全をきたし、今回4回目の僧帽弁置換術を行い良好な結果を得たので、若干の文献的考察を加え報告する。

I-31 僧帽弁狭窄症状が急速に進行した僧帽弁位人工弁感染の1例

医療法人慈泉会相澤病院 心臓病センター

恒元秀夫、山浦一宏

症例：61歳、女性、平成17年8月1日、MR、心房細動に対して、機械弁によるMVR、Maze手術を施行後、通院加療を行っていた。平成23年4月28日、咽頭痛、発熱にて当院ER受診、感冒薬が処方された。5月1日、全身痛にて再受診。心エコーで僧帽弁位人工弁に疣贅の付着を認め、僧帽弁位人工弁感染と診断。抗生剤投与を開始したが、疣贅の急速な増大、僧帽弁狭窄様所見を心エコーで認め、心不全症状が急速に進行し、5月14日緊急手術を施行。術後感染は制御され救命可能であった。若干の考察を加え報告する。

I-33 僧帽弁再置換術においてウマ心膜による弁輪形成が有効であった2例

社会福祉法人三井記念病院 心臓血管外科

金光一瑛、宇内真也、三浦純男、大野貴之、福田幸人、宮入 剛、高本真一

症例1:73歳女性。43歳時MSに対しMVR(Hancock31)、生体弁破壊のため48歳・55歳時に2度MVRを施行し、今回心不全症状が出現し4thMVR(SJM29)を施行した。症例2:73歳女性。28歳時MSに対しCMC、51歳時にAR、MSに対しAVR(SJM21)MVR(CE27)TVSI(CE31)、57歳時に生体弁破壊のため2ndMVR(SJM27)を施行。今回は黄疸、貧血の進行のため3rdMVR(SJM25)2ndTVSI(Mosaic31)を施行した。ウマ心膜を用いた僧帽弁輪補強が有効であった2例を報告する。

I-35 重度漏斗胸を合併した僧帽弁閉鎖不全症、左房粘液腫、狭心症の一例

町田市民病院 心臓血管外科

三原 茜、水野友裕

症例は69歳男性。主訴は夜間起坐呼吸。重症僧帽弁閉鎖不全症による心不全と診断され、冠動脈造影で左前下行枝、対角枝、高位側壁枝に有意狭窄を認めた。重度の漏斗胸のため心臓は左下方に大きく偏位していた。第二肋間で胸骨を横切し、肋軟骨を変形部で切断し、陥凹部を腹部側に反転させ、縦隔に到達。左冠動脈は拍動下での露出は困難であり、心停止下に3枝冠動脈バイパス、左房内腫瘍摘出、僧帽弁置換術施行。その後、胸骨、肋軟骨を楔状に切り込み陥凹を矯正する胸郭形成を施行し、手術を終了した。

I-36 アルカプトン尿症に伴う大動脈弁狭窄症の一例

東京大学医学部 心臓外科

廣吉淳子、齋藤 綾、川島 大、パンティニルマル、乾 明俊、
本村 昇、小野 稔

10年前に右膝関節置換術時にアルカプトン尿症と診断。4年前より大動脈弁狭窄症(AS)を指摘され、ASの進行を認め手術適応となった。大動脈弁は三尖構造を呈し、全ての弁尖および弁輪部に高度な石灰化と黒色色素沈着を認めた。また、上行大動脈内膜にも同様の色素沈着を認めた。生体弁(CEMagna)による大動脈弁置換術を施行。術後経過は良好にて、第18病日に退院となった。アルカプトン尿症のオクロノーシスに伴うASを経験したので報告する。

I-37 胸骨下部部分切開で大動脈弁置換術を行なった在宅酸素療法中の1例

医療法人財団石心会狭山病院 心臓血管外科

高橋亜弥、木山 宏、塩見大輔、垣 伸明

症例は84歳女性。10年前にCOPDのためHOT導入。胸痛を有する圧較差90mmHgのASでTAVIの適応と考え他院紹介したが弁サイズを理由に治験適応外と判断された。重篤な換気障害のため術後気管切開の必要性が高く胸骨下部部分切開でAVR施行。帰室4時間で抜管したが術後5日でCO2ナルコーシスとなり気管切開術施行。その後呼吸状態改善し術後69日目に慢性期病院へ転院。術後気管切開を要する低肺機能患者への胸骨下部部分切開に関し文献的考察を加え報告する。

I-38 一尖弁大動脈弁狭窄症に対して外科的治療を行った一例

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

西本隆亨、福井寿啓、松山重文、田端 実、高梨秀一郎

症例は37歳男性、2011年1月胸痛を主訴に近医受診した。精査の結果、重症大動脈弁狭窄症(以下As)と診断された。精査加療目的のため当院紹介受診し、手術適応となり、7月入院となった。術前精査にて一尖弁によるAsが疑われ、生体弁による大動脈弁置換術を施行し、良好な結果を得た。一尖弁は発生頻度0.02%と稀な疾患であり、文献的考察を加え報告する。

I-39 pannus形成による大動脈弁位人工弁不全の1手術例

1さいたま赤十字病院 心臓血管外科

2自治医科大学付属さいたま医療センター

竹内太郎¹、木村知恵里¹、白石 学¹、山口敦司²

77歳、女性。2008年にAVR(SJM Regent 17mm)、MVR(SJM 25mm)を施行され、2011年に急性大動脈弁逆流、溶血性貧血にて緊急入院となった。入院後、心原性ショックに陥り緊急でre-AVR(SJM Regent 17mm)を施行した。人工弁不全の原因はpannus形成によるleafletの開放位固定であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

I-40 AVR後の大動脈炎症候群患者に生じた弁周囲逆流の一治験例

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、伏見謙一

症例は65歳、男性。大動脈炎症候群の診断。2008年にARでAVR施行。経過観察中にperivalvular leakageを指摘。弁座の動揺とMRを認め再手術の方針。バルサルバ洞、上行大動脈の拡大あり基部置換及び部分弓部置換の方針とした。術中所見では大動脈壁の著明な肥厚を認め、バルサルバ洞内に仮性瘤を形成していた。機械弁を除去すると弁輪は非常に脆弱であった。自己心膜及び人工血管で大動脈弁輪を補強し基部置換及び僧房弁輪形成術を施行した。術後経過は良好であった。

I-41 左室流出路心筋中隔の肥厚を合併した高齢者大動脈弁狭窄症に対し、心筋切除を併施した一例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

飯塚 慶、土屋幸治、中島雅人、市原有起、加来雄史

87歳女性。85歳時に近医で大動脈弁狭窄症と診断された。87歳時に労作時息切れ増悪し、手術目的に当科紹介となった。術中の経食道超音波検査で左室流出路の心筋中隔の肥厚と僧帽弁前尖の収縮期前方運動を認め、大動脈弁置換術に併せて心筋切除を施行した。術後の心臓超音波検査では左室流出路狭窄の改善を認めた。また切除心筋の病理組織診では、錯綜配列を示す肥大心筋と心筋組織の線維化を認め、肥大型心筋症と矛盾しない所見であった。

15:49~16:37 弁膜症5

座長 坂本裕昭(筑波大学心臓血管外科学)

I-42 三弁置換を要した肝硬変を伴う重症右心不全の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、山本和男、三村慎也、高橋 聡、加藤 香、若林貴志、杉本 努、吉井新平
症例は16歳時にPS解除手術歴がある53歳女性。43歳より鬱血性肝硬変による下肢浮腫と腹水が徐々に増悪。severe PR+severe TR+moderate MRが原因と診断。PHは中等度、肝硬変はChild-Pugh分類 grade Bであった。手術はMVR (SJM 25mm)+PVR (CEP 25mm)+TVR (CEP 27mm)を施行。肺動脈弁輪は狭小で馬心膜でパッチ拡大した。術後、難治性右胸水と完全房室ブロックを合併したが、永久ペースメーカーを植込み64病日に軽快退院した。

I-44 Freestyle弁によるAVR術後10年で、弁尖の穿孔を来たしre-AVRを要した1症例

1 富永病院

2 山梨大学第2外科

志村紀彰¹、葛 仁猛¹、滝澤恒基¹、松本雅彦²

症例は77歳男性。10年前に他院でsevereARに対してFreestyle弁(27mm)によるAVRを施行された。呼吸困難で当院へ搬送、急性心不全の診断で入院となった。心エコー上severeARを認め弁尖の穿孔が疑われた。経過中発熱とCRPの上昇を認めIEも疑われた。心不全のコントロールが困難となり早期に手術を施行する方針とした。手術所見では右冠尖弁輪付着部に穿孔を認めたが感染徴候は認めなかった。CEPMagna(19mm)によるre-AVRを施行した。術後経過に問題なく術後26日目に退院した。

I-46 超低心機能の大動脈弁閉鎖不全症に対して大動脈弁置換術後に心室再同期療法を行った1例

東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科

磯村彰吾、津久井宏行、笹生正樹、岩朝静子、梅原伸大

29歳男性。超低心機能を伴う大動脈弁閉鎖不全症、二尖大動脈弁の診断で当科に紹介された。将来の補助人工心臓の植込みの可能性を考慮し、生体弁で大動脈弁置換術を施行した。術中にIABPを挿入し、人工心肺離脱は可能であったが、術後IABP離脱困難となった。術前認められなかったdyssynchronyが出現していたため心室再同期療法を行いIABPから離脱することが出来た。超低心機能症例に対する治療戦略の1例として報告する。

I-43 先天性肺動脈弁狭窄症による肺動脈拡大に対して肺動脈弁形成を施行した1例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

立石 渉、金子達夫、江連雅彦、佐藤泰史、長谷川豊、岡田修一、小此木修一、田村智紀

先天性PSの67歳男性。心窩部痛精査で肺動脈最大短径55mmを指摘。肺動脈弁圧較差59mmHgに伴う右心負荷所見(PA39/15mmHg、RV90/4mmHg)を認めた。手術は主肺動脈を縦切開、肺動脈弁全体の肥厚と全交連部癒合による狭小化を認めたため、交連を各々切開し狭窄を解除し、肺動脈を縫縮した。肺動脈壁の病理で中膜壊死等の所見はなかった。術後肺動脈弁圧較差9mmHgと著明に改善、経過良好で外来通院中である。

I-45 慢性腎不全の1例に合併した、心室中隔瘤を伴う大動脈弁輪拡張症による大動脈弁閉鎖不全症

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、古屋秀和、志村信一郎、秋 顕、長 泰則、上田敏彦

維持透析中の60歳男性、ARの手術目的で紹介された。Valsalva洞径46mmであり、大動脈基部は弁輪拡張症の形態に加え、弁輪直下膜様部心室中隔瘤の合併が中等度ARの原因と考えられた。パッチによる中隔瘤閉鎖と、パッチを土台としたDavid手術による基部置換を行った稀な症例を経験したので報告する。

I-47 高度Porcelain Aortaを有する大動脈弁狭窄症に対し上行大動脈置換術および大動脈弁置換術、冠動脈バイパス術を行った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

田島 泰、安達秀雄、山口敦司、安達晃一、由利康一、森田英幹、長野博司、小日向聡行、高橋雅弥

75歳男性。糖尿病性腎症にて2009年より透析導入。最近、胸部絞扼感自覚し、心エコーにてmax PG62.7mmHgの大動脈弁狭窄症の進行と、CAGで右冠動脈狭窄を認めた。胸腹部CT上、上行大動脈から両側総大腿動脈までほぼ全周性に石灰化を認めた。上行大動脈置換術、大動脈弁置換術、冠動脈バイパス術施行した。術後経過良好であった。

第II会場：503AB (5階)

9:00~9:48 先天性1

座長 川崎 志保理(順天堂大学心臓血管外科)

II-1 成人不完全型心内膜床欠損症の1手術例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院 心臓血管外科

杉村幸春、外山雅章、加藤全功、村上貴志、加藤雄治、久本和弘
症例は50歳男性。元来異常を指摘されたことはなかったが、2011年4月中旬より労作時呼吸困難を自覚。心エコーにて約40mm径の心房中隔一次孔欠損および僧帽弁閉鎖不全症が疑われ不完全型心内膜床欠損症と診断され、心房中隔一次孔欠損パッチ閉鎖術、僧帽弁形成術、三尖弁輪縮術を施行した。術後経過良好であり、術後13日目に軽快退院された。成人の心内膜床欠損に対する手術例は稀少であり文献的考察を加え報告する。

II-2 肺病理組織所見をもとに姑息的内心修復に踏み切った高度肺高血圧を合併した成人ASD症例

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

肺動脈圧 110/39、Qp/Qs 1.49、肺血管抵抗 $18.2 \text{ U} \cdot \text{m}^2$ の高度肺高血圧を示した41歳女性例に対し、肺血管病理学的検索結果をもとに、1ヶ月間肺血管拡張薬のcombination therapyにてRp $6 \cdot \text{U} \cdot \text{m}^2$ への低下を確認後、径10mmの小孔付き心膜パッチによる姑息的内心修復を行った。術後急性期肺動脈圧は体血圧の60-70%で推移し、術後も同様の3剤併用下に経過観察中である。

II-3 Norwood術後の急性心筋虚血に対してLITA-上行大動脈Bypass術を施行した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

在胎週数38週6日、出生時体重3302gで日齢4日両肺動脈絞扼術、日齢38日Norwood p+ BT shunt術を施行したHLHSの症例。日齢88日に徐脈・低血圧・心電図上の虚血を呈し、緊急蘇生後On-pump下にLITA-上行大動脈Bypass術を施行した。生後6カ月目に心拍動下にBDG+三尖弁形成を施行したが、上行大動脈の成長を認めた。拡張期にBTシャントを通り肺動脈にsteelされる血流は狭窄部のパッチ形成では改善しない可能性があり本術式を行ったが有用であった。

II-4 主要体肺動脈側副血行を合併した無脾症、右室性単心室症例に対しFontan手術を施行した一例

北里大学病院 胸部外科

福西琢真、岡 徳彦、吉井 剛、鳥井晋造、柴田 講、北村 律、井上信幸、去川秀樹、宮地 鑑

症例は3歳4ヶ月の男児。診断はAsplenia、SRV、MAPCAs、PA、TAPVR。6ヶ月時にunifocalization、Lt-BT shunt、TAPVR repair施行。9ヶ月時に共通房室弁逆流による心不全を呈したため房室弁形成及び両方向性グレン手術施行。2歳1ヶ月時にfenestrated TCPCを施行した。現在、外来経過観察中である。Fontan手術到達困難な症例であり報告する。

II-5 部分脳分離体外循環下に手術を行った成人大動脈縮窄症の一例

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院

原田崇史、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、津田和政、宮入聡嗣
症例は46歳女性。高血圧にて近医でフォローされていたが、精査の結果大動脈縮窄症と診断された。心カテによる縮窄部圧較差は60mmHgで手術の方針とした。左後側方開胸、大腿動静脈からの部分体外循環に加え、左総頸動脈にも送血管を挿入し部分脳分離体外循環下に行った。左総頸動脈の近位で大動脈弓を遮断し大動脈弓を切断、下行大動脈との間を16mmの人工血管にて再建した。左鎖骨下動脈は人工血管分枝にて再建した。術後の経過は良好であった。

II-6 動脈スイッチ術後遠隔期にCleftによるMRが顕在化した2症例

横浜市立大学医学部附属病院 外科治療学 心臓血管外科

根本寛子、磯松幸尚、片山雄三、笠間啓一郎、鈴木伸一、益田宗孝

動脈スイッチ術(ASO)後にMRにて再手術となった2症例を提示する。(症例1)5歳女児。TGA(1)にて日齢18日にASO実施。術後心エコーにてMR2度。その後MR4度と増悪し手術適応となる。(症例2)10歳男児。DORV(Taussig-Bing)、CoAの診断にて日齢11日にSFA・PAB・PDA結紮術実施。3か月時にASO実施。術後MR2度。その後MR4度と増悪し手術適応となる。いずれもMRの原因はCleftによるものであった。Cleft閉鎖及びFull Ringにて弁形成実施した。

9:48~10:36 先天性2

座長 野村 耕 司(埼玉県立小児医療センター心臓血管外科)

Ⅱ-7 狭小大動脈弁輪/弁下狭窄を有するB型大動脈離断症の積極的二心室根治術

静岡県立こども病院

杉本 愛、藤本欣史、太田教隆、村田真哉、坂本喜三郎

IAA (B) VSD女児。入院時day25、エコーでAVD 3.7mm (51%) / subAS 3.1mm (43%)と一期的根治は困難と思われたが、A弁はバランスよい三尖で開放良好で、通過血流増加により単独で流出路として機能する可能性を考え、day27、bPAB施行して経過を見た。Day38、AVD4.8 (69%)、subAS3.6 (51%)でA弁が遠隔期に十分な通路になると判断し、day40、LVOT筋切除+根治術施行。軽快退院。術後3ヶ月のエコーでAVD=6.5(78%)、ASR-、LVOT=5.2 (63%、Vp=1.72m/s)、現在外来フォロー中である。

Ⅱ-9 単冠状動脈に対するAubert変法を用いたTGA (II)の一例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

阿部貴行、野村耕司、黄 義浩

症例は日齢28、男児。診断はTGA、VSD、ASD、PDA。心臓カテテル検査および心エコー検査において単冠状動脈の可能性が指摘された。術中所見で冠動脈はShaher 5A variant、sinus1: Non、sinus 2: LAD+Cx+RCAの単冠状動脈であった。Aubert変法を用いて冠動脈移植を行い、術後エコーにて右室流出路流速は3.3m/sであった。

Ⅱ-11 右側大動脈弓、左動脈管索に左鎖骨下動脈起始異常を合併した血管輪の症例

筑波大学附属病院

金本真也、平松祐司、野間美緒、伊藤俊一郎、逆井佳永、塚田 亨、工藤洋平、榊原 謙

症例は7か月男児。生下時より喘鳴を認め、上気道炎を契機に人工呼吸器管理となった。術前検査で左鎖骨下動脈が上行大動脈の第1分枝であることが判明、右側大動脈弓、左動脈管索、左鎖骨下動脈起始異常に伴う血管輪(Edwards分類: 3-B-1)と診断した。本症例に対して左開胸で左動脈管索切離およびKommerell憩室縫縮術を施行、術後経過は良好で呼吸器症状は消失した。左鎖骨下動脈起始異常に伴う本症例の成因を発生学的に考察する。

Ⅱ-8 Taussig-Bing奇形、SAS、Swiss cheese様VSD、IAA (type A) に対して、Palliative ASO、Arch repair施行4年後に、2心室修復に至った1例

千葉県こども病院 心臓血管外科

腰山 宏、青木 満、中村祐希、山本 昇、萩野生男、藤原 直
症例は4歳男児。診断はTaussig-Bing奇形、SAS、VSD(perimembranous+muscular)、IAA (type A)。日齢9日でSAS、Swiss cheese様muscular VSDのためone stage repairは困難と判断し、Palliative arterial switch operation + Arch repair + PA banding施行。その後、体重増加を待って4歳でIVR、VSD closure、PA plasty、subpulmonary resection施行し、2心室修復に至った症例を経験したため報告する。

Ⅱ-10 SASを伴うIAA、VSDに対し心内修復術を施行した1例

東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科

勝部 健、平松健司、松村剛毅、小沼武司、立石 実、杉本晃一、大倉正寛、豊田泰幸、久米悠太、山崎健二

3か月の女児。胎児エコーにてIAA、SAS、VSDの診断。出生時体重3.4kg、SAS3.5mmの為日齢13に両側PABを施行した。今回体重4.6kg、SAS4.6mmであり、大動脈弓再建、Luciani法に準じたVSDパッチ閉鎖、PA debandingを施行。安井法も考慮されたが、通常の両心室修復術を行ない、術後9か月時の心エコー上大動脈弁下部の有意な加速は認めておらず良好な結果をえた。

Ⅱ-12 早期産児(34w0d)のPA-IVSに対する二心室修復の経験

順天堂大学医学部 心臓血管外科

藤田智之、川崎志保理、天野 篤

手術時の修正在胎週数35w1dの女児(体重1823g)。診断はPA-IVS+severe TR。進行する呼吸不全により準緊急で二心室修復を施行した。早期産児の為、体外循環による肺の影響を考慮してASDは縫縮(径3mm)にとどめた。術後は高CO₂、低O₂血症の管理に難渋し、残存ASDも右左シャントが優位であった。在胎37週相当時より肺機能が急速に改善し14病日に抜管、その後の経過は良好であった。未熟肺に対する体外循環の影響について文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-13 乳児期に血管病変が顕在化したLoeys-Dietz症候群の一例

横浜市立大学医学部附属病院 外科治療学 心臓血管外科
鈴木彩代、磯松幸尚、片山雄三、笠間啓一郎、鈴木伸一、
益田宗孝

症例は3カ月女児。並存症として口蓋裂、両側膝関節脱臼あり。DORV (Subaortic)の診断にて日齢11日に肺動脈絞扼術施行。経過フォローしていたが、心不全兆候増悪。内科的治療にて状態改善せず、3か月時に心内修復術実施。術前CTにて大動脈及び肺動脈拡張を認めており、肺動脈拡張による気管圧迫を生じていたため同時に両側肺動脈縫縮術も実施した。術後遺伝子検査実施し、TGFB2 遺伝子変異を認めLoeys-Dietz症候群と診断された。

Ⅱ-15 Primary sutureless法を施行したsimple TAPVCの2例 長野県立こども病院 心臓血管外科

湖上 泰、坂本貴彦、小坂由道、田畑雄一、原田順和

sutureless法は(1) simple TAPVC術後のPVOに対する再手術法、(2) Heterotaxiaに合併するTAPVCに対する手術、として用いられる。最近、われわれはsimple TAPVCの2例に対するprimary repairとしてsutureless法を用いたので報告する。<症例1>日齢15、女児、BW 2454g。TAPVC(3型)、ASD、PDA、PH、PVO、<症例2>日齢1、男児、BW 2930g。TAPVC(1a型)、ASD、PDA、PH、PVO。ともに術後経過良好で、術後3ヶ月で施行した造影CTで良好な吻合口が確認できた。

Ⅱ-17 術前出血性脳梗塞を合併したd-TGA (I) の1例 長野県立こども病院 心臓血管外科

田畑雄一、坂本貴彦、小坂由道、湖上 泰、原田順和

在胎38週5日、3270gにて出生。生直後よりチアノーゼを認め、心エコーにてd-TGA (I) と診断。日齢1にBAS施行。日齢2にスクリーニングMRIで多発性出血性脳梗塞を認め、日齢9のMRIで新たな病変を認めたため、一期的根治術を断念。左室圧低下に対して動脈管を開存させたまま、日齢31に肺動脈絞扼術を施行。その後のMRIで病変の悪化を認めず日齢42にJatene手術を施行した。術後MRIで異常所見なし。術前MRI検査は治療戦略決定に有用であった。

Ⅱ-19 右室二腔症を伴う三尖弁閉鎖不全症 (TR) に対する一手術治療例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

横山賢司、宮城直人、田村 清、川口 悟、牧田 哲、渡辺大樹、
藤原立樹、櫻井翔吾、藤田修平、荒井裕国

症例は62歳女性。34歳時に感染性心内膜炎にて入院した際、右室二腔症及びTRと診断され右室異常心筋束切除及び三尖弁輪縫縮術施行。術後約20年で右心不全が出現し軽快・増悪を繰り返した。2010年10月右室流出路異常構造物による流出路狭窄とsevere TR及びmoderate MRを指摘されたため、2011年4月当科にてTVP (MC3:28) + MAP (Physio II 26mm) + Maze手術施行。流出路狭窄の原因であった右室中隔~自由壁へ達するmoderator bandを切除、三尖弁は肥厚・短縮した前・中隔尖の腱索を切離し、交連を縫合閉鎖した。術後経過良好にて軽快退院。

Ⅱ-14 心原性ショックから救命し得たBWG症候群の1手術例 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科

渡邊マヤ、白石修一、高橋 昌

生後3か月の女児。ショック状態で救急搬送され直ちに人工呼吸器管理となった。著明なアシドーシス、EF低下、severe MRを認めた。肺動脈内に左冠動脈と考えられる逆行性血流を認め、BWG症候群を疑われて当院に転院。CTで確定診断し左冠動脈一大動脈直接吻合術を施行。MRに対しては手術介入しなかった。術後経過は良好で、ACE阻害薬、β阻害薬を導入し術後95日目に退院。術後1年を経過し、MRは残存しているがEFは改善しており、CAGで左冠動脈の良好な血流を確認した。

Ⅱ-16 総肺静脈還流異常症に合併した先天性肺リンパ管拡張症の新生児一例

東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科

松原宗明、木村成卓、厚美直孝、寺田正次

症例は出生直後から左気胸を随伴したTAPVC (Ib)。日齢0にTAPVC修復術を行い日齢7に二期的胸骨閉鎖。しかし術直後から換気不全遷延しHFO及びNO吸入療法行うも呼吸状態増悪したため日齢9からECMO補助管理開始。日齢12にCT検査結果からガス交換増悪の主因と判断した気腫性変化の強い左肺上葉を切除。その後呼吸状態改善し日齢20にECMO離脱。しかし再度呼吸状態増悪し日齢25永眠。剖検所見は肺リンパ管拡張症であった。本症例の経過及び病態を中心に報告する。

Ⅱ-18 家族性のあるHOCM、LVOTO、RVOTO、MRの乳児例 山梨大学第二外科

加賀重亜喜、鈴木章司、吉田幸代、本橋慎也、榊原賢士、
松本雅彦

8ヶ月の女児。診断は家族性のあるHOCM (心室中部閉塞型)、LVOTO、RVOTO、MR。生後1ヶ月、PSに対してBVとβ遮断薬を導入。LVOTOの出現、PSの進行、MRが増悪し、著明な肺うっ血、ショックとなったため、緊急に右側左房アプローチで、僧帽弁置換術と僧帽弁前尖と左室流出路の線維組織を切除した。

Ⅱ-20 感染性心内膜炎による二弁置換術後に発症した非閉塞性腸管虚血症の1救命例

平塚市民病院 心臓血管外科

齋藤慶幸、井上仁人、鈴木 暁、小田桐重人

症例は77歳女性。敗血症を伴う活動性感染性心内膜炎に対し、二弁置換・左室流出路心筋切除術施行。術後進行性に増悪する腸閉塞から多臓器不全に陥り、術後7日目に壊死性腸炎と診断し、緊急で小腸・大腸全摘術施行。術中所見にてトライツ靱帯10cm肛門側から直腸S状部までの腸管壊死を認めた。術後経過良好で療養転院。本邦での感染性心内膜炎術後の非閉塞性腸管虚血症の報告はなく、広範囲の非閉塞性腸管虚血症における救命例に関しても極めて稀である為、報告する。

Ⅱ-22 開心術後早期に発症した収縮性心膜炎の1例

武蔵野赤十字病院

田崎 大、吉崎智也

73歳男性。2011年6月、severeMR、TR、pafの診断で僧帽弁形成術+三尖弁輪縮術+肺静脈隔離術を施行。術後食思不振、体重増加、心不全症状が出現し、徐脈頻脈症候群に対してペースメーカー植込術を施行するも改善されなかった。心臓超音波は問題なく(trivialMR、EF:61%)、カテーテルでdip and plateauを認め、収縮性心膜炎の診断で術後第30病日に心膜剥皮術(人工心肺不使用)を施行した。心嚢内は全面癒着し、左室前面~側面を中心に心嚢膜の肥厚(最大約7mm)を認めた。術後全身状態は改善し、8月現在退院に向けリハビリ中である。

Ⅱ-24 A型急性大動脈解離手術中、右腋窩動脈送血の追加のみでbrain malperfusionが解消しなかった一例

埼玉医科大学総合医療センター

松岡貴裕、河田光弘、山火秀明、今中和人

72歳女性。急性大動脈解離Stanford Aで腕頭動脈まで解離が及んでいた。右大腿動脈送血で体外循環を開始したが右頭部rSO₂値が低下。右腋窩動脈送血を追加したが改善せず、腕頭動脈snare後しばらくしてrSO₂値が改善し、無事上行大動脈置換術を終了した。我々は頸動脈に解離が及んでいる症例では頸動脈からの直接送血を推奨してきたが、本症例はすでに右内頸静脈にCVカテーテルが挿入されていて右頸動脈直接送血を選択できず、術中に難渋した。

Ⅱ-21 腕頭動脈血流障害により脳合併症を来した急性A型大動脈解離の3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 横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

合田真海¹、井本清隆¹、内田敬二¹、安恒 亨¹、南 智行¹、長 知樹¹、梅田悦嗣¹、筋師 健¹、橋本一輝¹、益田宗孝²

腕頭動脈血流障害による意識障害、左片麻痺で発症した急性A型大動脈解離3手術例を経験した。症例1、71歳男性。基部置換術後、座位保持可能にまで回復。症例2、78歳男性。上行置換術後、歩行するまでに回復。症例3、69歳女性。来院時頭部CTでearly CT sign認め、心嚢ドレナージのみを行い、意識状態は回復するも左片麻痺改善せず。

Ⅱ-23 僧帽弁置換術中の左室破裂に対しGRF glueを用い修復術を行った一症例

日本大学医学部附属板橋病院

高橋佳奈、畑 博明、中田金一、瀬在 明、吉武 勇、木村 玄、高森達也、駿河 誠、塩野元美

症例は72歳女性。僧帽弁狭窄症にて僧帽弁置換術(CEP27mm)施行。人工心肺離脱後、Miller 1 typeの左室破裂を発症。再度人工心肺に接続。人工弁を除去。心筋断裂は弁輪部の5時から8時に冠状方向にとstrutによる損傷を心尖部方向に認めた。心筋断裂部にGRF glueを注入した後、tefron felt stripを用いて修復術を施行、再度弁置換を行った。IABPを併用しICUへ帰室。術後経過は問題なく、術後32日目退院。

13:30~14:21 大血管1

座長 田村 清(東京医科歯科大学大学院心臓血管外科)

Ⅱ-25 ベーチェット病に合併したAR、Valsalva洞動脈瘤に対する一手術例

千葉大学医学部附属病院

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

症例は60歳女性。18歳時にベーチェット病と診断され、以降ステロイド加療されていた。2009年より労作持息切れと動悸を認め、循環器内科で経過観察されていたが、ARの増悪、Valsalva洞動脈瘤の増大傾向を認めたため手術目的に当科紹介となった。2011年4月にAVR+Valsalva洞動脈瘤パッチ閉鎖を施行した。術式選択などにつき、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-27 骨髄異形成症候群を合併した急性大動脈解離の一例 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、飯塚 慶

症例は64歳男性。既往として慢性腎不全で維持透析中、また平成13年に骨髄異形成症候群の診断となりプリモボラン内服中であった。

4月中旬、自宅で卒倒し近医に救急搬送された。心エコーで心嚢液の貯留を認めCTを行ったところ急性大動脈解離DeBakey2型の診断となり当科紹介、部分弓部行置換術を行った。術後急性期は問題なく経過したが、慢性期に骨髄異形成症候群の影響と思われる貧血の進行など、通常とは異なる臨床経過をたどったので報告する。

Ⅱ-29 急性A型大動脈解離上行置換術後遠隔期に遠位弓部拡大に対し弓部下大動脈置換+下行下部具空縫縮術を施行した1例

労働福祉事業団横浜労災病院 心臓血管外科

坂上直子、小西敏雄、深田 陸、古川 浩

65歳女性、急性A型大動脈解離で上行置換及び腹部大動脈瘤置換術後遠隔期に血栓閉塞していた

遠位弓部大動脈から腹腔動脈まで偽腔再開存し拡大の為、弓部下大動脈置換(7肋間まで)、下行下部偽腔縫縮術(10肋間で開窓)を施行した。

術後合併症なく退院した。

術後CTにて縫縮した偽腔の血栓化と腹腔動脈開存を認めた。

今後胸腹部大動脈拡大の場合、腹腔動脈バイパス後ステントグラフト内挿で対処予定である。

Ⅱ-26 TOF術後のAAE、RVOTSに対してBentall、RVOTRを同時施行した1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

東 理人、青見茂之、山崎健二

42歳男性、出生後TOFと診断され14歳時にHancock conduitを用いたRastelli手術を施行された。最近になりAAE、RVOTSを認めたため手術方針となった。手術は大動脈静脈送脱血にて人工心肺を確立後、胸骨正中切開、25mm機械弁、28mm人工血管composite graftを縫着、冠動脈再建は8mm人工血管をinterposeしpiehler法で吻合した。右室流出路再建はhancock弁を取り外し、1弁付きパッチを用いて再建した。人工心肺からの離脱は問題なく術式を終了した。術後経過は順調であり30病日で退院した。

学生発表

Ⅱ-28 上行および弓部大動脈の拡大を認めた大動脈二尖弁の一症例

東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科

田所直樹、成瀬 瞳、山本裕介、山城理仁、松村洋高、川田典靖、儀武路雄、坂本吉正、橋本和弘

症例は52歳男性。大動脈二尖弁に随伴する大動脈弁閉鎖不全症および狭窄症に対する通院加療中の2008年、胸部CTにて上行弓部大動脈に紡錘状の大動脈瘤を指摘された。経過観察中に瘤径の拡大を認め、2011年5月 大動脈弁置換術ならびに上行弓部人工血管置換術を施行した。術後にB型大動脈解離を認めたが、保存的治療にて安定化し、現在外来にて経過観察中である。当症例につき、若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-30 Cabrol手術後21年を経過して仮性上行大動脈瘤、右冠動脈入口部動脈瘤を発症したMarfan症候群の一例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

佐藤弘隆、大木伸一、高澤一平、村岡 新、相澤 啓、坂野康人、上西祐一郎、斉藤 力、小西宏明、川人宏次、三澤吉雄

59歳女性。1990年に大動脈弁輪拡張症にcabrol手術を施す。2010年のCTにて上行大動脈に径45mmの解離性大動脈瘤を認め、半年後のCTにて60mmと拡大。術前の冠動脈CTにて、右冠動脈入口部の瘤化、左前下行枝の50%の狭窄を認めた。残存人工血管を利用し、上行弓部置換、右冠動脈入口部形成術、左冠動脈バイパス術を施行し第20病日に独歩退院となった。

14:21~15:09 大血管2

座長 志水秀行(慶應義塾大学医学部外科学(心臓血管外科))

Ⅱ-31 腹部大動脈人工血管置換術と胸部下行大動脈ステントグラフト内挿術を一次的に施行した一例

1 医療法人社団松和会池上総合病院 心臓血管外科

2 東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

東山文彦¹、須藤幸雄¹、明石興彦¹、小林健介¹、志村信一郎²

症例は74歳男性。56mmの下行大動脈瘤(嚢状瘤)、42mmの腹部大動脈瘤を認め、Yグラフト置換術とTEVARを一次的に施行。まずステントグラフトデリバリー用にゼルスソフト10mmを胴体部に吻合した16mm×8mmのJGraftでYグラフト置換術を施行した。ステントグラフトはGore TAG2個を使用し左鎖骨下動脈起始部近傍よりTh12までをカバー。術後対麻痺は見られず、経過良好で退院。

Ⅱ-33 冠動脈三枝病変を合併した弓部大動脈瘤に対し、二期的ハイブリッド治療を行った二症例

1 平塚市民病院 心臓血管外科

2 平塚市民病院 外科

小田桐重人¹、井上仁人¹、鈴木 暁¹、藤村直樹²

冠動脈三枝病変を合併した弓部大動脈瘤の治療戦略を考える上で、一般的には、冠動脈バイパス手術+全弓部人工血管置換術の一次的手術が選択される。しかし、低左心機能、高齢などのhigh risk症例については、上記術式を選択した場合耐術困難が懸念される。今回我々は、このようなhigh riskな二症例に対し、二期的にon pump beating CABG + arch partial debranching、及びZone 0へのTEVARを行った。若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-35 肝硬変症を合併した多発性胸部大動脈瘤に対して、二期的にステントグラフト内挿術を施行した一例

1 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

2 東京大学医学部附属病院 心臓外科

田端あや¹、田中慶太¹、成瀬好洋¹、竹谷 剛²

58歳男性、突然の心窩部痛で救急搬送。大動脈弓部瘤切迫破裂(saccular 63mm)と下行大動脈瘤2箇所(saccular 52mmと37mm)の多発性動脈瘤と診断。ChildBのアルコール性肝硬変のため、体外循環を用いた手術は回避する方針とした。まず大動脈弓部瘤に対して3 debranching TEVARを、4週間後に下行大動脈瘤に対してTEVARを施行。肝機能障害の進行や、神経学的脱落所見はなく退院。

Ⅱ-32 冠動脈3枝病変を合併した遠位弓部瘤に対して2期的にCABGとTEVARを施行した1例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

田村智紀、金子達夫、江連雅彦、佐藤泰史、長谷川豊、岡田修一、小此木修一、立石 渉

症例は80歳・女性。2007年に遠位弓部瘤を指摘され、2010年3月に瘤径62mmと拡大傾向を認めたため当院紹介。術前CAGで3枝病変指摘された。高齢であり侵襲を考慮し2期の根治術を選択。2010年6月にCABG(LITA-LAD、-free GEA-OM、SVG-4PD)+Ao-LSA bypass術を施行。11月にZONE2をlanding zoneとしたTEVARを施行した。それぞれ術後24日、15日で独歩退院し経過は良好である。

Ⅱ-34 ステントグラフト内挿術後に大動脈置換術を要した急性大動脈解離の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 横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

筋師 健¹、内田敬二¹、安恒 亨¹、南 智行¹、長 知樹¹、梅田悦嗣¹、合田真海¹、橋本一輝¹、井元清隆¹、益田宗孝²

51歳男性。CTでA型急性大動脈解離、上行血栓閉塞、下行偽腔開存、近位下行entry、下行大動脈破裂と診断。ステントグラフトでentry閉鎖を行い、TEE・CTで解離腔の血流消失を確認した。解離腔血栓化、縦隔血腫縮小は認められたが、ステントグラフト中極端よりULP出現、上行解離腔拡大を認めた。初回手術31日後上行弓部置換術施行。

Ⅱ-36 急性B型大動脈解離切迫破裂に対し下行大動脈内人工血管内挿術を施行した1例

労働福祉事業団横浜労災病院 心臓血管外科

坂上直子、小西敏雄、深田 睦、古川 浩

41歳男性、突然の背部痛と両下肢不全麻痺で発症、CTで急性B型大動脈解離、脊髄梗塞と診断。

遠位弓部ULP認めるも下行大動脈は血栓閉塞していた。経過中ULP拡大の為破裂の危険性高いと判断し手術とした。

L字開胸、低体温循環停止下に左総頸-鎖骨下動脈間弓部大動脈から、下行大動脈第8肋間まで人工血管を内挿した。

術翌日に抜管し、対麻痺悪化などの合併症無く経過した。術後CT上縫合部問題なく、内挿部偽腔の血栓化及び径退縮が認められた。

Ⅱ-37 心タンポナーデで発症した胸部大動脈瘤破裂の2症例
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1】64歳男性、意識消失にて救急搬送され弓部大動脈瘤破裂に伴う心タンポナーデと診断、緊急的に弓部大動脈置換術を行った。術後リハビリに時間を要したが独歩退院。【症例2】77歳男性、7年前にDA(ⅡB)の診断にて内科的治療を受けた。意識消失にて救急搬送され弓部解離性大動脈瘤破裂に伴う心タンポナーデと診断、緊急手術を行った。術後経過は良好で独歩退院。心タンポナーデで発症する胸部大動脈瘤の救命例は稀であり、文献的考察も併せて報告する。

Ⅱ-39 大動脈弁置換術後遠隔期に発症した上行弓部大動脈瘤
に対し冠動脈バイパス術、人工弁温存基部置換術及び弓部大動脈全
置換術を施行した1例

防衛医科大学校病院 外科 心臓血管外科

西田浩介、大迫茂登彦、木村民蔵、磯田 晋、増子雄二、
中村伸吾、山中 望、前原正明

78歳男性、大動脈弁閉鎖不全症に対する人工弁置換術後17年で施行されたCTで、大動脈基部から弓部に至る大動脈瘤(最大径:基部68mm、上行92mm、弓部72mm)を指摘された。術前精査中に冠動脈狭窄も指摘されたので、上記演題に示したとおりの術式で手術施行した。術後経過良好。人工弁温存基部置換術についての考察を加え報告する。

Ⅱ-41 保存的に加療した偽腔閉塞型急性大動脈解離に再解離
を認めた一例

獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科

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57才、男性。2011年2月急性大動脈解離発症当日に搬送されたが上行大動脈から腎動脈分岐下までの偽腔が血栓閉塞しており、大動脈径49mmであったため保存的に加療されていた。19日目のCTにて偽腔消退を認めたため退院となった。しかし67日目の外来でのCTにて再解離を認め緊急入院、準緊急に低体温下上行大動脈置換術を施行した。偽腔閉塞型急性大動脈解離の治療方針について論文的考察を交えて報告する。

Ⅱ-38 著明な気管圧迫により呼吸困難を呈した弓部大動脈瘤
の1治験例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

小野裕國、阿部裕之、北中陽介、遠藤 仁、向後美沙、
永田徳一郎、大野 真、鈴木敬麿、村上 浩、近田正英、
西巻 博、幕内晴朗

症例は81歳、女性。窒息による呼吸困難。CT検査で最大短径56mmの弓部大動脈瘤の圧迫で高度気管狭窄を認めた。気管内ステント留置は危険と判断、手術の方針とした。麻酔導入時のリスク回避のため体外循環補助下に挿管した。全弓部置換後、術中気管支鏡で気管狭窄の解除が確認された。術後2日目に抜管し、術後経過は良好であった。若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-40 AVR後発症の大動脈解離(Stanford A)に対して大動脈
基部置換術および全弓部大動脈置換術を行った1例

諏訪赤十字病院 心臓血管外科

五味潤俊仁、河野哲也、高橋耕平、田中啓之

症例は82才の女性。12年前にARに対しAVRの既往。術後定期経過観察中に上行大動脈の解離と大動脈基部・上行弓部大動脈の著しい拡大を認めたため手術適応とした。人工弁を温存し、大動脈基部置換術および全弓部大動脈置換術を同時施行した。冠動脈再建に際しては、十分な剥離・受動により左右冠動脈とも人工血管への直接吻合が可能であった。術後8病日ICU退室し、術後合併症は認めず、術後第25病日退院となった。

Ⅱ-42 左鎖骨下感染性仮性動脈瘤の一例

東京都立多摩総合医療センター 心臓血管外科

久木基至、二宮幹雄、野中隆広、大塚俊哉

症例は66歳男性。肺癌による右下葉切除後のフォローCTにて、左鎖骨下動脈起始部に径26mmの嚢状瘤を指摘。感染性動脈瘤を疑い、循環停止、逆行性および順行性脳還流併用下に、瘤切除、全弓部人工血管置換術を施行した。術後は両側声帯麻痺を生じ、治療に難渋したが、術後70日目に気切孔を開けたまま退院となった。病理検査では感染性仮性動脈瘤の診断であった。鎖骨下動脈における感染性仮性動脈瘤は非常にまれな疾患であり、若干の文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-43 大動脈解離術後、右valsalva洞解離をきたした1例
自衛隊中央病院 胸部心臓血管外科

潟手裕子、田中良昭、瓜生田曜造、大鹿芳郎、小原聖勇、中岸義典、伊藤直、三丸敦洋

【症例】74歳女性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】2010年6月に急性大動脈解離に対し上行置換術を施行した。外来経過観察中に労作時呼吸困難を自覚し始めたため精査した結果、右valsalva洞の右冠動脈入口部に及ぶ解離を認め、呼吸困難の原因と考えられた。2011年5月にvalsalva洞切除パッチ形成術および右冠動脈再建術を施行し、症状は改善した。大動脈解離術後、右valsalva洞が解離した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-44 急性大動脈解離に対するステントレス弁による基部置換術後仮性瘤の一手術例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

森田耕三、井口篤志、朝倉利久、上部一彦、中嶋博之、小池裕之、神戸将、高橋研、池田昌弘、岡田至弘、高澤晃利、新浪博(症例) 症例は70歳、男性。平成22年10月急性大動脈解離に対しステントレス弁を用いた基部置換術を施行した。平成23年1月、CT上大動脈基部の仮性瘤を認め手術を行った。手術はステントレス弁による大動脈基部再置換術を施行した。術中所見は、吻合部仮性瘤でなくステントレス弁自体の損傷による仮性瘤であった。若干の文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-45 Aneurysm of aberrant Rt SCAの2手術例

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、杉本努、三村慎也、加藤香、若林貴志、岡本祐樹、山本和男、吉井新平

症例1:65歳男性。健診の胸部Xpで縦隔腫瘍を疑われ、CTで38mmのAneurysm of aberrant Rt SCAを指摘。瘤内は血栓化し閉塞。手術は8mmのgraftでRt SCAを再建した後、SCP下に22mm4分枝のgraftで全弓部置換。送血用側枝をRt SCAと吻合。症例2:61歳男性。人間ドックで大動脈の蛇行を指摘。CTで45mmのAneurysm of aberrant Rt SCAを認めた。瘤内は一部血栓化も血流あり。症例1と同様の手術を行い、弓部は26mmのgraftを使用。

Ⅱ-46 解離性腕頭動脈瘤に対する軽度低体温Y-グラフト置換術

日本大学医学部練馬光が丘病院心臓血管外科

和久井真司、秦光賢、高坂彩子、秋山謙次、塩野元美

52歳の男性。脳出血で搬送されたが、CT上右腕頭動脈に最大径4cmの限局解離性動脈瘤を認めた。胸骨正中切開、体外循環・心拍動下に30度まで冷却し、腕頭動脈単純遮断により瘤を切除し、Y型人工血管を用いて上行大動脈-右腋窩動脈・総頸動脈再建術を施行した。脳出血後早期の手術であり、低体温循環停止・脳送血による手術はハイリスクと考えられ、心拍動下の単純遮断による血行再建を選択した。胸骨正中切開のみで視野の展開は十分可能であった。

Ⅱ-47 感染性腕頭動脈瘤に対して頸動脈バイパス術、瘤切除および大網充填を行い救命しえた1例

自治医科大学 心臓血管外科学

芝聡美、相澤啓、村岡新、齊藤力、三澤吉雄

症例は基礎疾患に20年来の糖尿病罹患歴を持つ59歳の男性。感染性腕頭動脈瘤の診断にて緊急入院した。待機的な治療を行う方針としたが、腕頭動脈瘤の拡大による気管圧排、それに伴う呼吸困難を認めたため、緊急で左-右総頸動脈バイパス(右総頸動脈末梢結紮)、感染瘤切除、大網充填を施行した。若干の文献を含めて報告する。

第III会場：503CD (5階)

9:15~9:55 胸壁・縦隔1

座長 手塚 憲 志(自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科)

Ⅲ-1 上中縦隔に発生した巨大胸腺嚢胞の1例

1 東京通信病院 第2外科

2 東京通信病院 病理科

水谷栄基¹、中原和樹¹、宮永茂樹¹、吉屋智晴¹、岸田由起子²、田村浩一²

41歳女性。検診にて胸部異常陰影を指摘され、CTで縦隔嚢胞性腫瘍を認めた。1年間で腫瘍の増大傾向を認め当院に紹介された。自覚症状なし。CTで上中縦隔に最大径7cmの嚢胞性腫瘍を認め、上大静脈を背側から圧排していた。胸腔鏡では薄い被膜に覆われた漿液性内容物を含む単房性嚢胞性腫瘍であり、周囲組織への浸潤や明らかな連続性は認めなかった。胸腔鏡下に腫瘍を切除し、パウチ内で内容物を吸引して体外へ摘出した。組織学的に胸腺嚢胞と診断した。

Ⅲ-2 胸腺嚢胞壁より発生したと考えられた胸腺腫の1切除例 がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科

後藤理沙、堀尾裕俊、羽藤 泰、原田匡彦

症例は80歳、男性。他疾患精査目的の胸部CTにて5×3cm大の前縦隔腫瘍を指摘された。MRIにて嚢胞性病変と診断されたが、内部に1cm大の充実性部分を認め、腫瘍性病変の併存が疑われた。このため、胸骨正中切開による嚢胞部分を含めた胸腺全摘術を施行した。摘出標本は単房性の嚢胞で内腔は平滑、一部に1cm大の有茎性ポリープを認めた。組織学的には嚢胞は胸腺嚢胞で、有茎性ポリープはWHO分類type A胸腺腫であり、嚢胞壁からの発生が考えられた。

Ⅲ-3 縦隔再発巣が上大静脈内腔に進展した浸潤性胸腺腫の1切除例

1 防衛医科大学校病院 呼吸器外科

2 自衛隊中央病院 胸部外科

小森和幸¹、尾関雄一¹、橋本博史¹、前原正明¹、田中良昭²、小原聖勇²

症例は45歳、男性。2006年2月、胸腺腫(B3)の診断で術前化学療法、胸腺・胸腺腫摘出術、術後放射線治療を施行。2007年12月、右胸膜播種が出現し可及的播種巣切除+胸腔内CDDP注入。2009年7月左肺転移に定位的放射線治療。2010年10月、縦隔再発と腫瘍のSVC内進展を認め、化学療法を施行したが、腫瘍の増大を認めたため、2011年6月体外循環を用いてSVC(約半周)と共に腫瘍を切除し、SVCはPTFE(Y-graft)を用いて再建した。

Ⅲ-4 術後5ヶ月後に多発肝転移を呈した胸腺腫の1例 自治医科大学 呼吸器外科

光田清佳、皆方大佑、遠藤哲哉、金井義彦、山本真一、長谷川剛、遠藤俊輔

58歳男性。前縦隔からAPwindowに及ぶ10cm大のB2胸腺腫に対し拡大胸腺摘出術+左肺上葉切除術、放射線療法を施行。術後5ヶ月後に胸腺腫肝転移が破裂しTAEにて治療。ADOC療法1コース施行後に転移巣切除術を施行。その後2コースの追加し初回術後11ヶ月現在新規病変なく経過中。

Ⅲ-5 肺腫瘍が疑われ経過観察された胸腺癌の1切除例

新潟県立中央病院 呼吸器外科

北原哲彦、青木 正、矢澤正知

67歳男性。検診異常の精査により大腸癌と右肺S³に肺腫瘍を認めた。大腸癌術後UFT内服中に肺腫瘍の増大はなかったが、終了後は縦隔方向への増大傾向を示した。気管支鏡を行ったが確定診断は得られなかった。経過から肺悪性腫瘍、縦隔腫瘍を考慮し手術を計画した。まず胸腔鏡で右胸腔内を観察し、腫瘍が縦隔から発生していることを確認した。引き続き胸骨正中切開で胸腺腫瘍摘出、心膜および右肺部分合併切除を施行した。病理では胸腺原発の扁平上皮癌T3N0M0 stageIIIであった。

9:55~10:38 肺その他

座長 望 月 篤(聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科)

Ⅲ-6 エクリン汗腺癌肺転移の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
橋本一輝、西井鉄平、神尾一樹、荒井宏雅、乾 健二
症例は75歳、男性。2002年秋より左中指先端の腫瘍を自覚し、翌年春に近医形成外科を受診。エクリン汗腺癌と診断され、左中指切断及び左腋窩リンパ節郭清術を施行された。経過観察中の2004年に左肺尖の結節影を指摘され、同年秋に胸腔鏡下左肺部分切除術が施行された。その結果、エクリン汗腺癌の肺転移と診断された。さらに2010年秋に同じく転移の診断で右肺下葉切除が行われた。稀な症例であるため、若干の文献的考察を交えて報告する。

Ⅲ-7 腭癌に合併した多発肺過誤腫の一例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科
佐野 厚、此枝千尋、北野健太郎、井上雄太、村川知弘、中島 淳
72歳女性。黄疸を主訴に病院を受診し、腭頭部癌と診断された。精査中に左肺下葉に径6mmと4mmの結節が発見された。腭癌の局所は門脈合併切除を伴う腭頭十二指腸切除で根治切除可能であった。肺結節は境界は明瞭で、石灰化は伴わなかった。肺結節について転移かどうかを診断する目的で胸腔鏡下左肺部分切除術を行った。病理診断では2病変とも肺過誤腫であった。多発肺過誤腫は稀ではあるが、担癌患者の多発肺結節の鑑別にあげる必要があると考えられた。

Ⅲ-8 良性腫瘍と鑑別が困難であった肺内血腫の一例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科
井上慶明、青木耕平、福田祐樹、竹内 健、儀賀理暁、江口圭介、中山光男
症例は22歳男性。入職時健診の胸部レントゲンでの異常陰影を指摘され当院受診。胸部CTで左下葉の胸膜直下に16mmの境界明瞭な結節影を認めた。良性腫瘍と診断し、胸腔鏡下左肺部分切除術施行。病理所見では被包化された血腫を認めた。血腫の原因としては手術4ヶ月前にスノーボード中に背中を強打したことが考えられた。

Ⅲ-9 急速に増大した胸膜孤立性線維性腫瘍の1切除例

1 公立昭和病院 呼吸器外科
2 順天堂大学医学部呼吸器外科
前屋舗龍男¹、照屋正則¹、上西紀夫¹、高持一矢²、王 志明²、鈴木健司²
75歳女性。乳癌術前精査で胸部異常陰影を指摘。胸部CTで左舌区と左室に沿うような辺縁整、内部比較的均一、境界明瞭な6cm大の腫瘤を認めた。術前精査中、およそ2ヶ月間で腫瘤は約13cm大にまで急速に増大。胸腔鏡所見は臓側胸膜由来の有茎性胸膜腫瘍であり、術中迅速病理で孤立性線維性腫瘍と診断された。切除断端を十二分にとるために区域切除をもって完全切除とした。

学生発表

Ⅲ-10 成人発症CCAM (congenital cystic adenomatoid malformation) の1切除例

聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科
高岡 賢、永澤 慧、新明卓夫、安藤幸二、望月 篤、栗本典昭、中村治彦
症例は32歳の女性。発熱を伴う感冒様症状が持続し、改善しないため来院した。胸部CTで左下葉に、末梢肺の過膨張を伴う多発小嚢胞とその周囲の浸潤影を認め、CCAMが疑われた。本疾患では局所感染の反復や、悪性病変の合併が知られているため、左下葉切除を行った。病理診断はCCAM (Stocker, type II) であり、悪性病変の併存はなかった。成人発症例は稀とされるが、肺嚢胞性疾患のひとつとして念頭に置く必要がある。

Ⅲ-11 OPCABと左下葉切除術を同時施行した1例

1 筑波記念病院 呼吸器外科

2 筑波記念病院 心臓血管外科

岡村賢一¹、神山幸一¹、木村正樹¹、森住 誠²、権 重好²、末松義弘²、清水 剛²

症例は58歳男性。検診でAAAを指摘されCT施行。43mm大のAAAと冠動脈石灰化および左肺S6の腫瘤を認めた。精査にて冠動脈は3枝病変、左S6腫瘍は扁平上皮癌、T2N1M0と診断。CABGを先行させた後に左下葉切除術を予定していたが、CABG術前に発熱とCRP上昇がみられ、CTにて腫瘍増大と閉塞性肺炎を認めたため、急遽同時手術の方針となる。冠動脈疾患合併の肺癌の治療に関して文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-13 脳梗塞、両側頸動脈狭窄症を合併した右原発性肺癌の1切除例

順天堂大学 呼吸器外科

尾泉広明、松永健志、宮坂善和、高持一矢、王 志明、鈴木健司
症例は70歳男性。2006年脳梗塞、両側内頸動脈狭窄症に対し両側頸動脈ステントを留置されている。今回、2011年3月、右肺上葉肺癌に対し右肺S1区域切除施行。手術1週間前よりバイアスピリン、プラビックス、エパデールの3剤を休薬し、ヘパリン点滴に切り替え手術施行。術後よりヘパリン再開、第1病日から内服薬3剤を再開した。第4病日に退院。脳梗塞、両側内頸動脈狭窄症の既往のある患者の肺癌切除における周術期管理に関して、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-15 右大動脈弓を合併した左上葉癌の1切除例

がん研究会有明病院 呼吸器外科

仲田健男、五来厚生、上原浩文、文 敏景、坂尾幸則、奥村 栄、中川 健

右側大動脈弓は、約0.1%と比較的稀である。今回、右大動脈弓を伴った左上葉癌に対し、左上葉切除+ND2aを施行した。肺動静脈と気管支に異常はなく、上縦隔は通常のように横隔神経と迷走神経の間を廓清し、分岐部は気管支前方から廓清した。動脈管索は、左肺動脈と左鎖骨下動脈の間に存在し、左反回神経は同部位の背側を反回していた。3D-CTにより血管の走行と、発生機序から反回神経の分岐を術前に予想し、安全に手術が可能であった。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-12 重症冠動脈病変合併肺癌に対し心肺同時手術を施行した1例

1 東京医科歯科大学医学部附属病院 呼吸器外科

2 東京医科歯科大学医学部附属病院 心臓血管外科

高崎千尋¹、藤原直之¹、石橋洋則¹、牧田 哲²、荒井裕国²、大久保憲一¹

75歳男性。56歳時にMIの既往あり。2011年4月にAMI再発し、CAGで3枝病変を認めた。EF61%。またCTで右肺S1に5cm大の腫瘤を指摘され、PET/CTでSUVmax 21の集積もあり原発性肺癌が疑われた。PCIよりも心肺同時手術を選択し5月にOPCAB5枝+右上葉切除+リンパ節郭清施行。20PODに軽快退院した。重症冠動脈病変と肺癌を合併した症例では治療法の選択に苦慮することが多く、文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-14 右肺癌、食道癌の重複癌に対して胸腔鏡下に同時手術を施行した1例

1 虎の門病院 呼吸器センター外科

2 虎の門病院 消化器外科

小林 直¹、河野 匡¹、藤森 賢¹、一瀬淳二¹、宇田川晴司²、上野正紀²

69歳男性、表在型胸部食道癌(Lt/Mt cT1bN0M0)の術前精査で右上葉肺癌(cT2aN0M0)の重複癌を認め一期的に手術を施行した。共通ポート孔で胸腔鏡下食道胃上部切除+2領域郭清+右肺上葉切除+胸腺気管支断端被覆+後縦隔経路残胃挙上再建術を行った(手術時間545分、出血量845ml)。食道癌と肺癌の重複癌に対する一期的外科切除は本邦で過去13例報告されているが、胸腔鏡下による同時切除は稀であり術中ビデオを供覧し報告する。

Ⅲ-16 左下縦隔の静脈瘤を伴った肝硬変合併肺癌の一手術例

自治医科大学 呼吸器外科

皆方大佑、光田清佳、遠藤哲哉、金井義彦、山本真一、長谷川剛、遠藤俊輔

63歳の男性。食道静脈瘤破裂と血性胸膜炎にて入院。食道内視鏡下静脈瘤結紮術と胸腔ドレナージにて軽快。治療中左下葉のI期肺扁平上皮癌と診断し、静脈瘤破裂後3か月後に開胸左下葉切除術を施行した。手術時食道・大動脈裂孔部近傍から上行する静脈瘤を認め、血性胸膜炎の原因と考えられた。肝硬変合併肺癌手術時には注意を要する所見と考え報告する。

Ⅲ-17 両側同時性多発肺癌を含む重複癌の1切除例

1 国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

2 国立がん研究センター東病院 臨床腫瘍病理部

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

症例は71歳、男性。検診で胸部異常陰影を指摘。胸部CTで両肺に多発結節影を認めPETで進行胃癌も認めた。胃癌手術後に再検し、右肺に3個、左肺に2個結節を認め、同時多発肺癌と考え2期的手術を行った。右はS6区切、S3、S9部切、左は上大区切、S6部切を施行した。5病変はいずれも分化型腺癌であり腫瘍径は1.0~2.5cmですべてpIA期であった。

Ⅲ-18 小細胞肺癌治療後に出現した肺腺癌の1例

1 昭和大学病院 呼吸器外科

2 昭和大学病院 呼吸器内科

富田由里¹、氷室直哉¹、廣野素子¹、片岡大輔¹、野中 誠¹、門倉光隆¹、廣瀬 敬²

小細胞肺癌の長期生存例は増加しており、その結果二次癌の報告が認められるようになった。今回、小細胞肺癌治療後に腺癌を発症した一例を経験したので報告する。症例は70歳代の男性で、小細胞肺癌に対してPE療法を施行した。その後、外来にて経過観察していたが、その3年後より結節影が出現し、徐々に増大傾向を示した。気管支鏡検査で肺腺癌と診断され、PS等を考慮し、胸腔鏡下右部分切除術を施行した。現在無再発経過観察中である。

Ⅲ-19 断端再発を疑い再切除を施行するも良性病変であった根治的縮小手術2症例

新潟県立がんセンター新潟病院 呼吸器外科

小池輝元、吉谷克雄、大和 靖、小池輝明

症例1:77歳、男性。cT1aN0M0腺癌に対し右S1区域切除施行しpT1aN0M0。術1年後のCTで切除断端に陰影指摘され、徐々に増大。術約1年10ヵ月後に残存右上葉切除施行。永久病理結果は炎症性腫瘍であった。症例2:61歳、女性。cT1aN0M0腺癌に対し左S6区域切除施行しpT1aN0M0。術5年後のCTで切除断端に腫瘤影指摘され、軽度増大。術約5年2ヵ月後に残存左下葉切除施行。永久病理結果は炎症性瘢痕で、一部に抗酸菌感染症を認めた。

Ⅲ-20 超高齢者の低肺機能症例に対して両側原発性多発肺癌切除を施行した1例

1 順天堂大学 呼吸器外科 練馬病院

2 順天堂大学 呼吸器外科

鈴木未希子¹、松永健志²、恩田貴人¹、松澤宏典¹、王 志明²、鈴木健司²

84歳女性。2010年3月、両側肺腫瘍を指摘。PS良好も、FEV1.0:720cc、FEV1.0%:44.4%と低肺機能。胸部CT上、右肺S2にGGOを主体とした16mmの結節を認め、まず右肺部分切除施行(腺癌、p-T1aN0M0 stage IA)。その後左肺S6の腫瘍は増大傾向(18mm)。FEV1.0:640ccであったがPS良好、S6区域切除施行(腺癌、p-T1aN0Mo stage IA)。術後経過は良好。現在無再発。超高齢者の多発肺癌に対するmanagementに関して考察する。

Ⅲ-21 非典型的な画像所見を有し肺癌手術時に病理診断された誤嚥性肺炎の一例

1 財団法人結核予防会複十字病院 呼吸器外科

2 財団法人結核予防会複十字病院 病理検査科

下田清美¹、白石祐治¹、平松美也子¹、兵庫谷章¹、喜多秀文¹、葛城直哉¹、田中さゆり²

68歳男性。胃癌術後に右肺野結節影と両肺の小粒状影を指摘された。結節はTBLBにて腺癌と診断された。背景肺はPET-CTでびまん性の集積増加を認め、転移性肺癌、NTMなどの鑑別のため気管支鏡検査を行ったが、悪性所見・肉芽腫・抗酸菌は検出されなかった。肺癌に対し右上葉切除が行われ、背景肺には異物巨細胞を伴う肉芽腫、胆汁色素、小膿瘍を認め、誤嚥と診断された。

13:30~14:10 気管支・肺手術

座長 酒井光昭(筑波大学 呼吸器外科)

Ⅲ-22 肺動脈形成にて左全摘を回避できた腎癌肺門リンパ節転移の1例

神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

名和公敏、中山治彦、濱中瑠利香、禹 哲漢、伊藤宏之、坪井正博

66歳男性。腎癌術後12年で左#12uに30mmのLN腫大を認め、前医で切除を試み肺門剥離するも切除不可能と判断、針生検で大動脈を損傷、Biopsyのみ施行、腎癌転移と診断。切除希望で紹介受診、肺全摘も視野に入れ手術に臨んだ。肺門と大動脈周囲に強い癒着を認めたが、肺動脈形成で全摘回避できた。手術ビデオを供覧し報告する。

Ⅲ-24 縦隔照射70Gyの既往をもつ気管癌患者に対して気管管状切除は可能か？(症例報告)

順天堂大学 呼吸器外科

上野泰康、松永健志、宮坂善和、高持一矢、王 志明、鈴木健司
症例は58歳男性。1986年(25年前)にseminomaに対して、外科的切除と頸胸腹部へ70Gyの放射線治療を施行。2009年に左肺癌に対して、左肺上葉切除施行(扁平上皮癌、p-T1N0M0 stageIA)。今回2011年4月、気管癌または再発肺癌に対して気管管状切除を施行。放射線治療の影響か気管は脆く、cuttingを起こし易く吻合に難渋。一方術後経過良好で、第12病日退院。High doseのradiation後の気管管状切除の1例を経験したので、文献的報告を加え報告する。

Ⅲ-26 中間気管支幹背側を走行するV2a+V6共通幹を有した胸腔鏡下右下葉切除術の1例

筑波大学呼吸器外科

小林敬祐、酒井光昭、山岡賢俊、井口けさ人、倉持雅己、菊池慎二、後藤行延、鬼塚正孝、佐藤幸夫

症例は63歳女性。人間ドックのCTで胸部異常陰影を指摘された。右肺S6bを主体とし不全分葉を介してS2aに及ぶ37×27mmのGGAを認めた。肺静脈の走行が特異で、V2aとV6が共通幹を成し、独立した静脈として中間気管支幹背側を走行し、左房に直接流入していた。胸腔鏡下右下葉切除術を施行。共通幹のうちV6のみを切離しV2a(いわゆるUVPBI)を温存した。

V2aを牽引することにより分岐下郭清も容易であった。病理診断は腺癌、Noguchi Cであった。

Ⅲ-23 縦隔型葉間部肺動脈の血管分岐異常を伴った原発性肺癌の一手術例

1 国際医療福祉大学病院 呼吸器外科

2 自治医科大学 呼吸器外科

中野智之¹、石川成美¹、齊藤紀子¹、蘇原泰則¹、遠藤俊輔²

66歳女性。子宮頸癌術後経過中の胸部CTを契機に診断されたcT2aN1M0、cStageIIAの左上葉の原発性肺扁平上皮癌。造影CTでA6以外の葉間部肺動脈が左気管支の腹側を下行する縦隔型葉間部肺動脈の走行異常あり。腫瘍はS1+2で、上葉内を走行するA6を囲んでおり、開胸手術。腫瘍はA6に浸潤、剥離不可能で、左上葉+S6区域切除を施行。本症例は稀有と考えられる肺動脈走行異常の部位に肺癌を認めており、若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-25 気道狭窄を呈した気管平滑筋腫の一例

1 慶應義塾大学病院 呼吸器外科

2 慶應義塾大学病院 病理診断部

加勢田馨¹、後藤太一郎¹、大塚 崇¹、安樂真樹¹、河野光智¹、泉陽太郎¹、林雄一郎²、堀之内宏久¹、野守裕明¹

症例は51歳女性。呼吸苦を契機に気管腫瘍を指摘された。頸部CTでは、第6~8軟骨輪の位置に2cm大の腫瘍を認め、気管支鏡所見では、気管内腔は腫瘍により約90%狭窄していた。胸骨上部に限局した正中切開にて5軟骨輪の気管管状切除を施行した。病理組織学的にSMA・desmin陽性であり気管平滑筋腫と診断した。術後経過は良好であり、現在外来通院にて経過観察中である。

14:10~14:50 術後合併症

座長 白田実男(東京医科大学 外科1講座)

Ⅲ-27 術後IP急性増悪をきたし治療に難渋した高齢者肺癌の1例

1 日本医科大学 第2外科

2 日本医科大学附属病院 病理部

飯島慶仁¹、岡本淳一¹、三上 巖¹、原口秀司¹、川本雅司²、小泉 潔¹、清水一雄¹

症例は82歳、男性。検診で胸部異常陰影を指摘。cT1aN0M0非定型カルチノイドの診断で手術となった。IPを認めたため、術中よりステロイドとエラスボール投与しVATS下葉切除術を行った。POD3にIP急性増悪を来し、ステロイドパルス療法を行ったが、POD9に再増悪。2回目のステロイドパルス療法とエンドキサンを投与。呼吸状態は安定した。術後急性増悪から救命し得た超高齢者肺癌の1例を経験したため文献的考察と共に報告する。

Ⅲ-29 肺癌治療後の非結核性抗酸菌症に対して肺全摘術を施行した1例

国立国際医療研究センター 呼吸器外科

北沢伸祐、長阪 智、清家彩子、喜納五月、桑田裕美、伊藤秀幸
71歳女性。18年前右上葉の小細胞肺癌に対して放射線化学療法を施行されCR。2年前咯血にて当院受診しBAE施行。右上葉の非結核性抗酸菌症と診断された。化学療法導入されるも病変は比較的急速に増大傾向を示した。肺門縦隔を含む放射線照射後、低肺機能であり術式が問題になったが右肺全摘術を施行した。臨床経過の特殊性と治療法につき、文献的考察を含めて報告する。

Ⅲ-31 肺切除後に発症した横隔膜ヘルニアの1例

国立がんセンター中央病院 呼吸器外科

牧野 崇、櫻井裕幸、渡辺俊一、浅村尚生

症例は69歳、男性。2000年左肺癌に対して左舌区切除を施行した。手術所見では肺はほぼ全面にわたり癒着していた。病理診断は肺腺癌(pStageIA)であった。2004年胸部CTにて横隔膜上から胸腔内に突出する約1cmの結節性病変が出現し、経時的に増大傾向を認めた。同病変はCT・MRI所見上、脂肪成分からなる腫瘍が疑われた。2011年診断治療目的に手術を施行した。手術所見では横隔膜に径1cm程のヘルニア門を認め、同部より腹腔内脂肪が脱出しており、横隔膜ヘルニアと診断した。

Ⅲ-28 2回の右肺切除(上葉と下葉)術後に残存中葉が屈曲した精巣腫瘍肺転移の1例

自治医科大学附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、福井太郎、中野智之、金井義彦、遠藤俊輔

症例は45歳男性。1993年精巣腫瘍に対し精巣摘除術施行。肺転移出現し2007年右上葉+S6区域切除施行。その後化学療法施行していたが再度肺転移出現、2010年中葉を温存した右底区域切除施行した。術後経過良好で11POD退院したが、26PODより咳、痰出現し来院。CT・気管支鏡にて中葉気管支の屈曲による無気肺を認めた。NPPVにて改善をみた。中葉を温存する術式はまれであり報告する。

Ⅲ-30 術後中葉捻転の1例

昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター

北見明彦、林 祥子、玄 良三、鈴木浩介、植松秀護、鈴木 隆
症例は67歳女性。腺癌にて右肺上葉切除施行。術後は軽度の血痰と中葉の軽度含気不良を認めたが、第7病日退院となった。11病日に中葉含気低下の進行とCRPの上昇を認め再入院。気管支鏡で中葉区域支の閉塞を認め、中葉捻転と診断した。14病日に再手術施行。中葉は暗赤色に硬く虚脱し、肺門部と強固に癒着していた。心嚢を切開し中葉静脈の同定、切離は可能となったが、上葉静脈断端との剥離は困難であり、末梢肺に切り込む形で切離し、中葉を摘出した。再手術後の経過は良好で、現在外来通院中である。

Ⅲ-32 孤立性肋骨腫瘍の手術により発見された多発性骨髄腫の1例

長野市民病院 呼吸器外科

境澤隆夫、有村隆明、小沢恵介、西村秀紀

症例は70歳代、男性。人間ドックを機に胸腹部CTを施行したところ、左第5肋骨に腫瘤性病変を認めた。前立腺癌の既往あり、骨シントチを施行したが、同病変以外に異常所見なく組織学的診断目的に当科紹介、手術を行った。病理組織診断で形質細胞腫と診断、内科で骨生検を行い多発性骨髄腫と診断された。多発性骨髄腫は肋骨に好発するものの、孤立性の腫瘍を呈することはまれである。今回われわれは、孤立性肋骨腫瘍の手術を機に発見に至った多発性骨髄腫の1例を経験したので報告する。

Ⅲ-34 大量胸水を伴った神経鞘腫の1例

神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器外科

渥美陽介、大森隆広、小島陽子、鮫島譲司、永島琢也、田尻道彦
症例は43歳女性。労作時呼吸苦を主訴に前医を受診。左大量胸水と左後縦隔の径7.5cmの腫瘤を指摘され当センターへ紹介となった。胸腔ドレナージ施行したところ淡血性の胸水を約1500ml認め、胸水細胞診はclass IIであった。経皮生検で神経鞘腫が疑われ、胸水貯留傾向も続いたため胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。摘出標本の病理診断も神経鞘腫であった。術後、胸水の再貯留は認めていない。大量胸水を伴った神経鞘腫の報告例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-36 術前診断に苦慮した脂肪成分を含む後縦隔原発神経節細胞腫の1例

群馬大学大学院 病態総合外科学

八巻 英、高坂貴行、茂木 晃、桑野博行

49歳女性、検診で胸部写真異常を指摘されCTでTh1-3の右傍椎体部に43mm大の後縦隔腫瘍を認めた。MRIでは内部に脂肪成分を含有し、椎間孔への進展は認めなかった。画像所見からは神経原性腫瘍の可能性は低く、血管筋脂肪腫や、退縮、脂肪置換の生じた海綿状血管腫などが鑑別に挙げられた。胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行。病理所見は成熟した脂肪組織が広範に認められ、シュワン細胞性の線維性間質内に神経節細胞を認めた。悪性所見は認めず脂肪成分を含む神経節細胞腫と診断された。

Ⅲ-33 横隔膜下に進展した肋骨原発軟骨肉腫の1例

長岡赤十字病院 呼吸器外科

本野 望、保坂靖子、富樫賢一

症例は54歳、女性。検診発見の右肺病変の精査中に、左第9肋骨に最大径25mmの腫瘤を認めた。CT検査では境界明瞭な溶骨性変化を伴う腫瘤像を呈し、MRI検査ではT1協調像で低信号、T2協調像で高信号を呈し、軟骨肉腫を疑い手術を施行した。腫瘍は左第9肋骨肋軟骨接合部から発生し、横隔膜下の腹膜前脂肪織内に存在した。左第8・9肋骨および横隔膜合併切除と胸壁再建術を施行した。肋骨原発軟骨肉腫が横隔膜下に存在した例は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

Ⅲ-35 悪性腫瘍との鑑別が問題となった右肩甲下部弾性線維腫の1切除例

前橋赤十字病院 呼吸器外科

永島宗晃、井貝 仁、大滝容一、上吉原光宏

症例は70代、男性。胸部異常影で当院紹介。自覚症状は特になし。CT上右肩甲下部に12cm大の腫瘤を認めた。腫瘤が接する右第6肋骨に骨折を伴っていたが、外傷歴はなく病的骨折等が疑われ、悪性腫瘍も否定できないため、手術の方針とした。手術は腫瘍切除及び第6肋骨部分合併切除、胸壁再建術を施行。術後は順調に回復し、術後第5病日目に軽快退院。最終病理診断は弾性線維腫であった。骨折を伴う弾性線維腫症例は比較的稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-37 椎弓切除とVATSを併用したダンベル型神経鞘腫の1切除例

東京医科大学 外科1講座

工藤勇人、萩原 優、前田純一、佐治 久、垣花昌俊、長瀬清亮、白田実男、梶原直央、野村将春、大平達夫、池田徳彦

73歳女性。健診で胸部異常陰影を認め当院受診となる。MRIでTh1の髓腔から胸腔内へ発生する5cm大のダンベル型後縦隔腫瘍を認め外科的切除を行った。手術は腹臥位で椎弓切除を行い、硬膜外に存在する腫瘍を切離した後、左側臥位で胸腔鏡下腫瘍摘出術を行った。病理診断は神経鞘腫であった。ダンベル型神経鞘腫に対し椎弓切除とVATS併用により低侵襲かつ根治的な切除を施行しえた一例を文献的考察を含めて報告する。

15:38~16:26 胸壁・縦隔3

座長 橋本毅久(新潟大学医歯学総合病院 第二外科)

Ⅲ-38 乳糜胸腹水を伴った多発リンパ管嚢胞の1手術例

1 社会保険中央総合病院 呼吸器外科

2 社会保険中央総合病院 呼吸器内科

3 社会保険中央総合病院 病理科

国光多望¹、森田理一郎¹、水谷栄基¹、徳田均²、矢澤卓也³、飯原久仁子³

患者は45歳女性。2010年、他疾患経過観察のCTで右横隔膜上に多発する最大37mmの腫瘤を指摘された。2011年5月、腫瘤の増大を認め当科紹介となった。胸膜又は横隔膜発生の脂肪腫等が疑われ、胸腔鏡下切除術を施行した。腫瘤は被膜を有し、乳赤色の液体を貯留した嚢胞で、内壁は扁平な細胞に覆われていた。免疫染色ではD2-40陽性であり、多発リンパ管嚢胞と診断した。

Ⅲ-40 胸壁腫瘤にて発症したchronic expanding hematomaの一例

国保直営総合病院君津中央病院 呼吸器外科

鎌田稔子、飯田智彦、藤原大樹、高橋好行、柴光年

胸壁腫瘤に対し生検を行い、大量出血をきたしたchronic expanding hematomaの一例を経験したので報告する。74歳男性。2年前より右前胸部腫瘤を自覚し増大を認めたため、当科紹介。悪性リンパ腫を疑い生検を試みたところ、大量出血をきたした。全身麻酔下に開胸し胸腔内の血腫を除去。expanding hematomaを疑ったが、可及的に止血し、胸郭形成及び広背筋充填を施行。現在術後4年、再発なく外来通院中である。

Ⅲ-42 気胸治療中に感染性肺嚢胞が胸腔内に穿破し膿胸を発症した1例

1 独立行政法人国立病院機構高崎病院 呼吸器外科

2 群馬大学医学部 第2外科

渥実潤¹、菅野雅之¹、清水公裕²、竹吉泉²

症例は82歳男性。2011年6月に呼吸苦を主訴に近医を受診し、胸部X線で右気胸とニボーを伴う肺嚢胞を認め当科紹介受診となった。胸腔ドレーンを挿入し気胸は改善したが第7病日に発熱と炎症反応の上昇、胸水貯留を認めた。胸腔内洗浄を開始したが、膿性胸水は改善せず第21病日に胸腔内搔把術を施行した。その後一旦は改善したが再び膿性胸水が出現し第42日に開窓術を施行、第52病日に退院した。治療方針について文献的考察を含め検討する。

Ⅲ-39 壊死性降下性縦隔炎の1例

獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科・呼吸器外科

深井隆太、龍興一、大喜多陽平、斎藤政仁、六角丘、入江嘉仁、今関隆雄

症例は68歳、男性。2011年1月発熱・咽頭痛出現、近医受診し感冒・抗炎症薬処方されたが3日後に39℃の発熱・右下顎部腫脹から飲食不能となり、当院耳鼻科受診した。頸部膿瘍・喉頭浮腫に対し、緊急に気管切開、頸部切開排膿施行され、抗生剤投与された。10日後のCTで縦隔に膿瘍を認め、当科受診し壊死性降下性縦隔炎と診断、両側縦隔及び頸部の切開ドレナージを施行した。術後炎症所見は徐々に改善し、第15病日から食事再開、第31病日に軽快退院した。

Ⅲ-41 胸腔鏡下に切除した特発性奇静脈瘤の一例

新潟大学医歯学総合病院 第二外科

白戸亨、土田正則、篠原博彦、橋本毅久

症例は62歳女性。肝硬変や外傷の既往なし。2010年咳嗽が出現し、6月に撮影したCTで31mmの奇静脈瘤を指摘された。2011年4月に再検したCTで36mmに増大したため、6月当科で完全鏡視下に手術を施行した。術中に測定した静脈瘤内の圧は10~12mmHgであったことから、本症例は特発性奇静脈瘤と判断し、瘤の中核・末梢を結紮し、瘤を切除した。また瘤内部には血栓は認めなかった。比較的稀とされている奇静脈瘤の一切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-43 肋骨骨折端による横隔膜損傷により遅発性血胸をきたした一例

横浜市立市民病院

神谷一徳、吉津晃

56歳男性・転倒し他院で多発肋骨骨折と診断され受傷28日後まで外来経過観察。32日後に仕事を再開し気分不快となり当院へ搬送され胸腔ドレーンより1300mlの血性排液を認め血胸と診断。貧血が進行し手術を施行。血腫を除去したが明らかな出血点は確認できず。その後問題なく8日目に退院したが11日目(受傷43日後)に胸痛を自覚し血胸と診断され緊急手術を施行。胸腔内に突出した第7肋骨骨折端の対側の横隔膜が硬く肥厚し同部の血管より動脈性出血を認めこれを縫合止血し第7肋骨を矯正。以後の経過は順調である。