

# 第158回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2012年3月3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 606（6階）

第Ⅲ会場 706（7階）

幹事会 701（7階）

会長： 森川 利昭

東京慈恵会医科大学外科学講座 呼吸器、乳腺・内分泌分野

〒105-8461 港区西新橋 3-25-8

TEL：03-3433-1111/FAX：03-3432-0861

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。

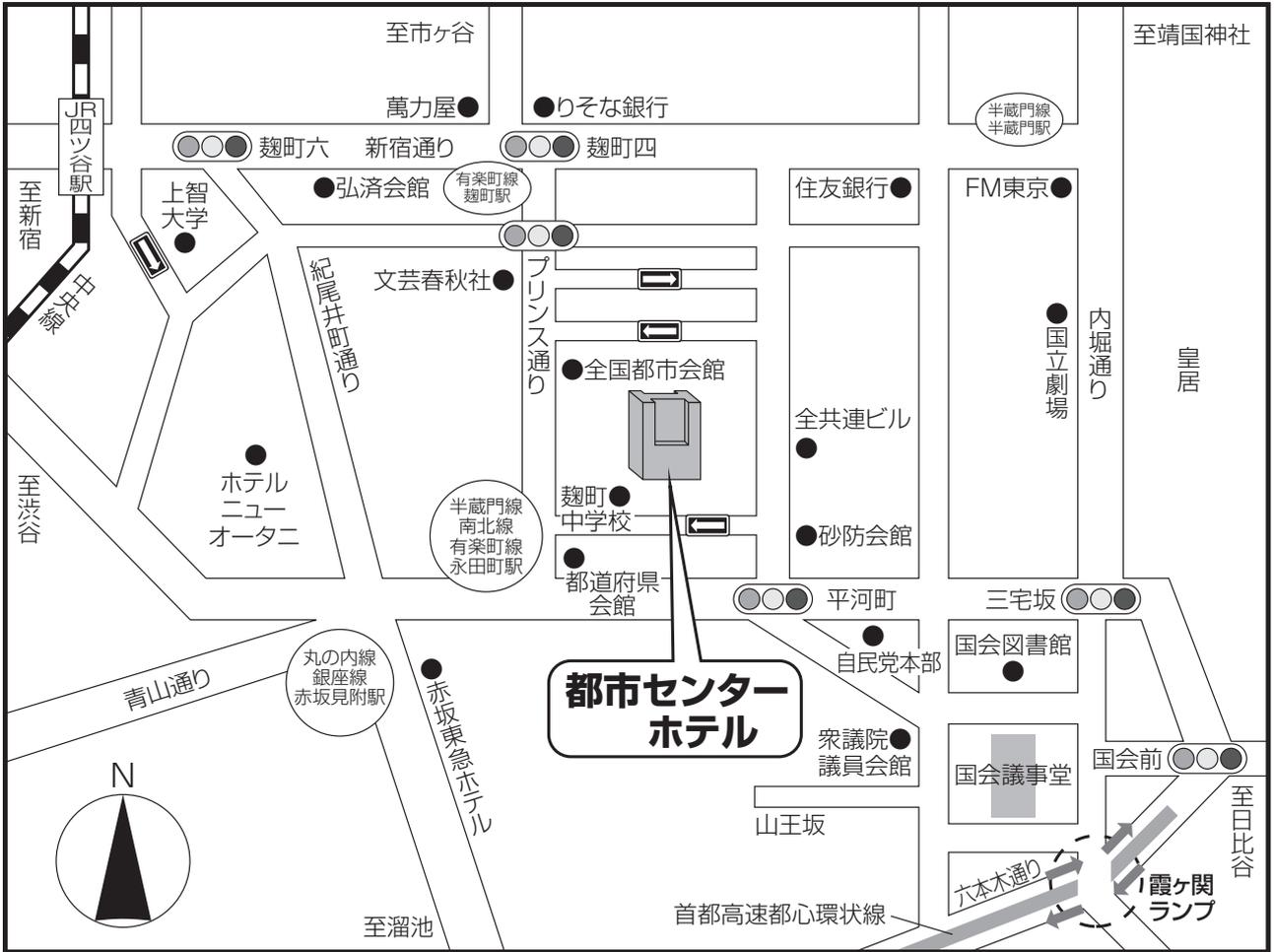
# 【会場案内図】

都市センターホテル

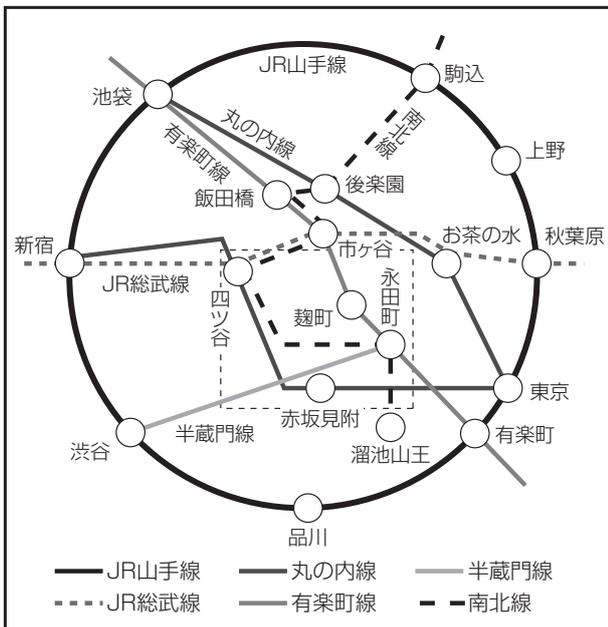
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1

TEL 03-3265-8211

## 会場周辺図



## 路線図



## 交通機関と所要時間

### ◆地下鉄

- 魏町駅(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

- 四ツ谷駅魏町口より徒歩約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

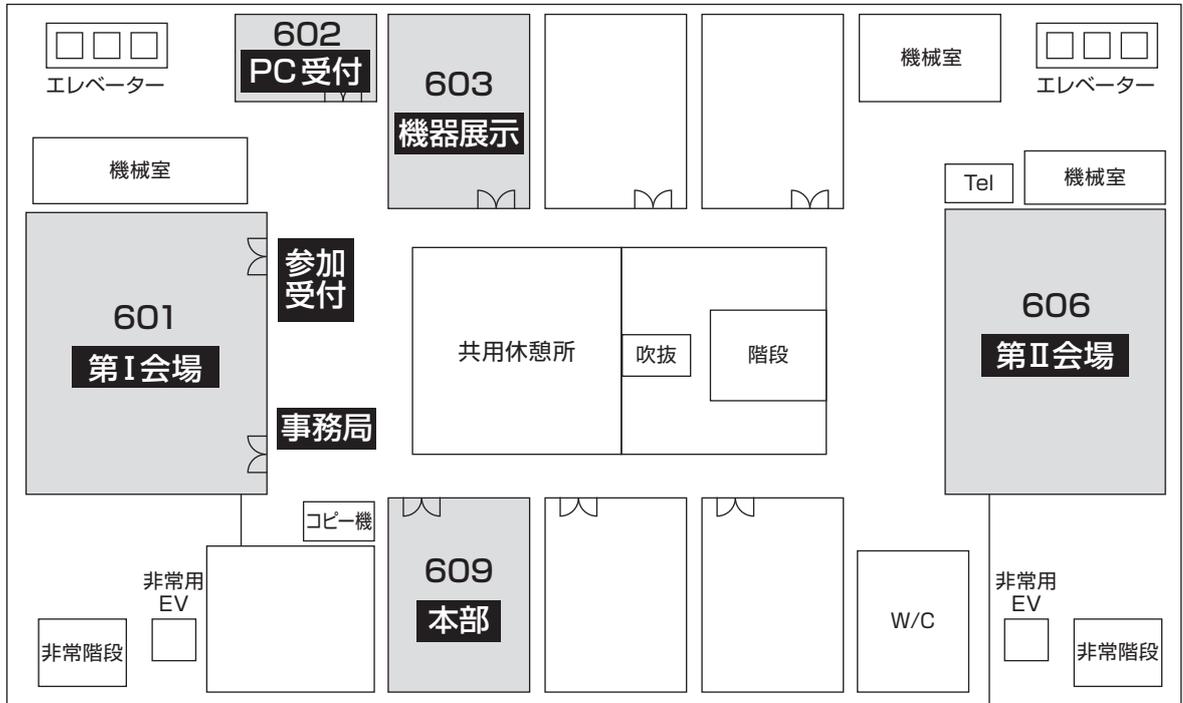
### ◆首都高速

- 霞ヶ関出口より5分

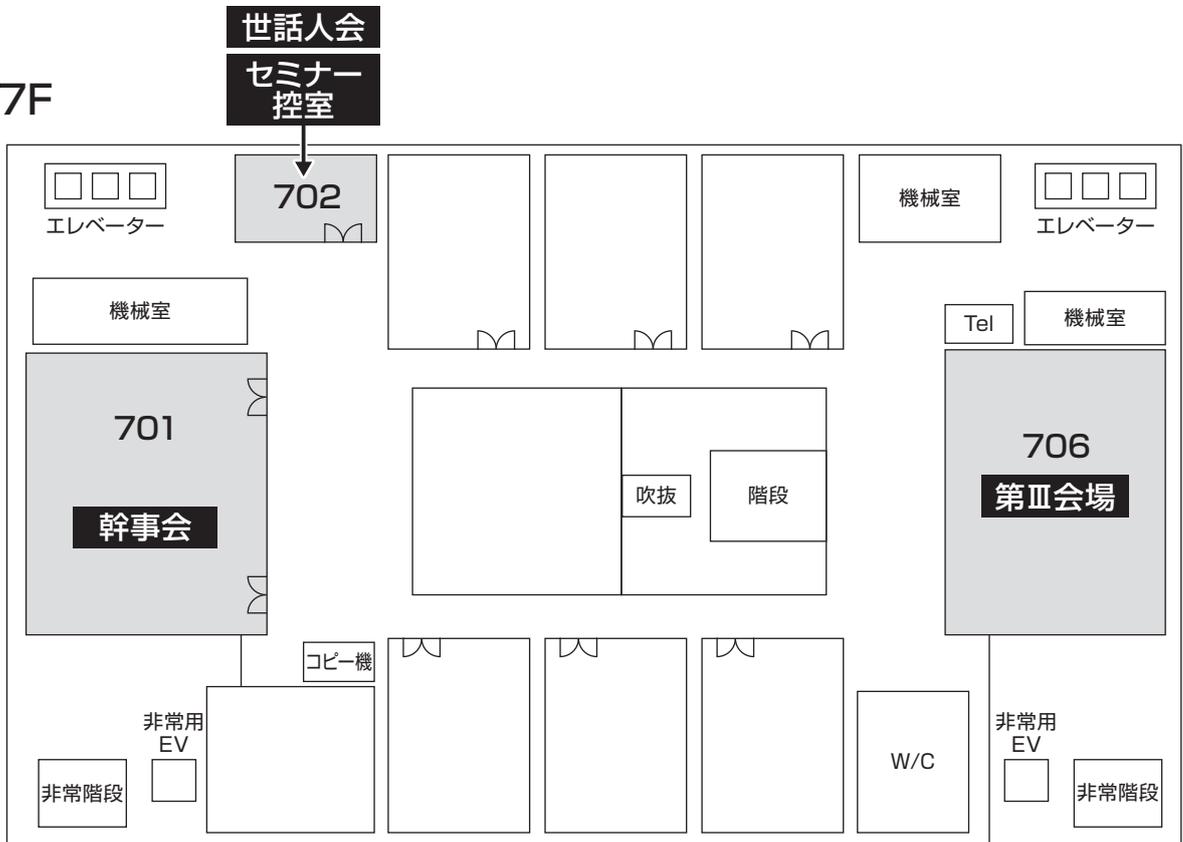
# 【場内案内図】

## 都市センターホテル

### ■6F



### ■7F



**第Ⅰ会場：601（6階）**

**8:55 開会式**

9:00~9:40

**心臓 大血管 1**

1~5 **富岡 秀行**

東京女子医科大学  
心臓血管外科

9:40~10:20

**心臓 大血管 2**

6~10 **中谷 充**

千葉市立海浜病院  
心臓血管外科

10:20~11:00

**心臓 大血管 3**

11~15 **川人 宏次**

自治医科大学  
心臓血管外科

11:00~11:40

**心臓 冠状動脈**

16~20 **秋田 雅史**

春日部中央総合病院  
心臓血管外科

12:00~12:50

**ランチオンセミナー 1**

『心拍動下冠動脈バイパス術のリスク  
マネジメント:「想定外」への対処』

座長 **橋本 和弘**

(東京慈恵会医科大学心臓外科)

演者 **横山 斉**

(福島県立医科大学心臓血管外科)

協賛: 日本メドトロニック株式会社

日本ライフライン株式会社

株式会社メディカルバイン

12:55~13:05

**名誉会員記授与式**  
(601:6階)

**第Ⅱ会場：606（6階）**

9:00~9:40

**心臓 弁膜症 1**

1~5 **田邊 大明**

心臓血管研究所附属病院  
心臓血管外科

9:40~10:12

**心臓 弁膜症 2**

6~9 **田口 真吾**

埼玉循環器呼吸器病センター  
心臓血管外科

10:12~10:52

**心臓 弁膜症 3**

10~14 **徳永 滋彦**

神奈川県立循環器呼吸器病セン  
ター心臓血管外科

10:52~11:40

**心臓 周術期管理・合併症**

15~20 **大野 貴之**

三井記念病院  
心臓血管外科

9:40~10:30

**世話人会**  
(702:7階)

**第Ⅲ会場：706（7階）**

9:00~9:48

**呼吸器 悪性**

1~6 **坂尾 幸則**

癌研究会有明病院  
呼吸器外科

9:48~10:28

**呼吸器 合併症**

7~11 **伊豫田 明**

北里大学医学部  
呼吸器外科学

10:28~11:00

**呼吸器 診断その他**

12~15 **神崎 正人**

東京女子医科大学  
呼吸器センター外科

11:00~11:40

**呼吸器 良性その他**

16~20 **原田 匡彦**

都立駒込病院  
呼吸器外科

12:00~12:50

**ランチオンセミナー 2**

『胸腔鏡下肺葉切除術のテクニック  
—手術を安全に完遂するために—』

座長 **岩崎 正之**

(東海大学呼吸器外科)

演者 **尾高 真**

(東京慈恵会医科大学呼吸器外科)

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

10:40~11:30

**幹事会**  
(701:7階)

第Ⅰ会場：601（6階）

13:10~14:06

心臓 先天性心疾患 1

21~27 黄 義浩

埼玉県立小児医療センター  
心臓血管外科

14:06~14:30

心臓 その他 2

28~30 沖本 光典

千葉県救急医療センター  
胸腹部治療科（心臓血管外科）

15:30~16:10

心臓 先天性心疾患 2

31~35 坂本 貴彦

長野県立こども病院  
心臓血管外科

16:10~16:50

心臓 先天性心疾患 3

36~40 宇野 吉雅

東京慈恵会医科大学  
心臓外科

第Ⅱ会場：606（6階）

13:10~13:58

心臓 その他 1

21~26 石坂 透

千葉大学  
心臓血管外科

13:58~14:30

食道

27~30 片田 夏也

北里大学  
消化器外科

14:40~15:20

コーヒブレイクセミナー

『胸腔鏡から見た縦隔の  
微細解剖と手術のコツ』

座長 小澤 壯治  
(東海大学消化器外科)

演者 大杉 治司  
(大阪市立大学大学院消化器外科)

協賛：コヴィディエンジャパン株式会社

15:30~16:02

心臓 その他 3

31~34 鬼頭 浩之

千葉県循環器病センター  
心臓血管外科

16:02~16:34

心臓 その他 4

35~38 磯田 晋

防衛医科大学校  
心臓血管外科

第Ⅲ会場：706（7階）

13:10~13:34

呼吸器 学生

21~23 秋葉 直志

東京慈恵会医科大学附属柏病院  
外科

13:34~14:30

呼吸器 良性

24~30 大平 達夫

東京医科大学  
外科一講座

15:30~16:02

呼吸器 縦隔・胸壁 1

31~34 増田 良太

東海大学  
呼吸器外科学

16:02~16:34

呼吸器 縦隔・胸壁 2

35~38 秦 美暢

東邦大学医療センター  
大森病院呼吸器外科

16:55 閉会式

## 第Ⅰ会場：601（6階）

9:00~9:40 心臓 大血管1

座長 富岡 秀行（東京女子医科大学心臓血管外科）

### I-1 大動脈解離Stanford B型後に胸部下行大動脈狭窄をきたした1例

春日部中央総合病院 心臓血管外科  
稲村順二、秋田雅史、百川文隼、浦島恭子

症例は49歳男性。急性大動脈解離Stanford B型で遠位弓部にエントリーがあり腎動脈直下まで解離を認めた。保存的治療で経過を見ていたが、入院6日目に背部痛が出現し、左下肢の血圧が測定できなくなった。造影CTを施行したところ、胸部下行大動脈で偽腔の血栓により真腔が高度に圧迫されていた。急性胸部下行大動脈狭窄を疑い緊急で腋窩-両大腿動脈バイパス術を施行し、後日下行大動脈人工血管置換術を施行した。術後18日で独歩退院となった。

### I-2 緊張性血胸を伴う下行大動脈瘤破裂に対して、胸腔ドレナージ後にTEVARを施行し、救命し得た一例

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

稲福賢司、長 知樹、内田敬二、神尾一樹、梅田悦嗣、南 智行、安恒 亨、井元清隆

症例は88歳、男性。2011年10月突然胸背部痛を自覚し、他院に救急搬送された。下行大動脈瘤破裂の診断で当院に転院搬送となった。左血胸、縦隔変位、出血性ショックを伴っていた。輸血、輸液を施行しつつ、緊張性血胸に対して胸腔ドレナージを先行した。循環動態改善後にTEVARを施行した。術後経過は良好であり、術後22日目に転院となった。

### I-3 幼少期から大動脈再建を繰り返し開胸困難となった大動脈縮窄症遠位側吻合部仮性瘤に対する一手術例

1 伊勢崎市民病院 心臓血管外科  
2 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓血管外科

羽鳥恭平<sup>1</sup>、大林民幸<sup>1</sup>、小谷野哲也<sup>1</sup>、大木 聡<sup>1</sup>、安原清光<sup>1</sup>、平井英子<sup>1</sup>、蜂谷 貴<sup>2</sup>

25歳の男性。幼少期に大動脈縮窄症に対して2度のバイパス術を施行されている。18歳時に人工血管吻合部が破綻したため、当院にて遠位弓部大動脈置換術および左肺全摘出術を施行した。術後6年間イベントなかったが、胸痛があり来院、CTにて人工血管遠位側吻合部に仮性動脈瘤を認めた。開胸困難と考えられたため、TEVARを施行し良好な結果を得た。

### I-4 上行置換術後慢性遺残解離に対しModified Reversed Elephant Trunkを使用し二期的手術を施行した症例

杏林大学医学部心臓血管外科

遠藤英仁、土屋博司、吉本明浩、松倉 満、高橋 雄、窪田 博  
43歳 女性。A型急性大動脈解離に対し上行置換術を施行。術後6か月で、胸部遺残解離拡大/AR増悪を認めた。これに対し1期；胸部正中よりAVR/全弓部置換術を施行。末梢側は人工血管を約3cm内翻固定、牽引糸を縫着しdouble barrel吻合。2期；左開胸にて下行置換術を施行。迷走神経より遠位で大動脈離断。内翻人工血管を引出し中極側吻合に使用。大動脈瘤に対する2期的手術において本法は簡便かつ、安全に行える方法である。

### I-5 胸部ステントグラフト内挿後にエンドテンションが疑われた1例

新潟大学医学部 第2外科

岡本竹司、堀 祐郎、榛沢和彦、竹久保賢、名村 理、土田正則  
症例は72歳の男性。約3年半前に遠位弓部大動脈瘤に対して開窓付き自作ステントグラフトを用いて加療。術後に明らかなエンドリーク認めず、外来経過の造影CTでも明らかなエンドリーク認めなかったが、瘤径の拡大を認めた。術中の血管撮影で下腹壁動脈などの腹部の動脈から左内胸動脈を介し、分枝から大動脈瘤壁vasa vasorumへ伸びて、最終的に瘤内への血流を認めた。左内胸動脈を主としてコイル塞栓術施行。その後瘤の拡大は認めていない。

## 9:40~10:20 心臓 大血管2

座長 中谷 充 (千葉市立海浜病院心臓血管外科)

### I-6 巨大解離性大動脈瘤に対して基部+部分弓部置換術を施行した一例

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78歳女性。特記すべき既往なし。

数日前からの呼吸苦を主訴に近医を受診。胸部CTでValsalva洞から弓部大動脈にかけて最大径89mmの解離性大動脈瘤を認め当院へ紹介された。重度の大動脈弁閉鎖不全を合併しており心不全管理の後に基部+部分弓部置換術を行った。開胸時の上行大動脈瘤の損傷や、大動脈遮断ができないことなどが危惧されたが予定通りの術式を終了、合併症なく経過し良好な経過をたどった。若干の考察とともに報告する。

### I-8 大動脈炎症候群による下行大動脈狭窄に対し上行大動脈-腹部大動脈バイパス術を施行した一例

湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

橋本和憲、田中正史、片山郁雄、伊藤 智、嶋田直洋、板垣 翔

症例63才女性。大動脈炎症候群にて近医でフォロー中、上肢高血圧を認めたためCTを施行したところ胸部下行大動脈に石灰化を伴う広範囲の狭窄病変を認めた。血圧が上肢で180台と内科的にコントロール困難で、左鎖骨下動脈狭窄、右鎖骨下動脈閉塞を認めたため、J-graft14mmを使用し上行大動脈-腹部大動脈バイパス術を施行した。術後経過は良好でABIが術前0.74/0.77から術後1.22/1.21と改善し、上肢高血圧も消失し13PODに独歩退院した。

### I-10 炎症性弓部大動脈瘤の一手術例

町田市民病院 心臓血管外科

三原 茜、水野友裕

症例は71歳、男性。主訴は腹痛、発熱。炎症反応上昇とともにCTで腎動脈下腹部大動脈拡大、周囲炎症性肥厚像を認め、感染性大動脈瘤と診断し抗生剤治療を開始し、一時軽快。その後炎症再燃を認め、CTで新たに遠位弓部、胸部下行、胸腹部大動脈に嚢状瘤、大動脈周囲炎症肥厚像を認め、炎症性大動脈瘤を疑いステロイドを投与し著効した。遠位弓部嚢状瘤の急速な拡大(7mm/週)があり手術を考慮したが、全身状態不良のため延期。拡大傾向は治まり、全身状態改善、ステロイド減量を待ち上行弓部大動脈置換を施行した。

### I-7 バルサルバ洞-右房穿通を伴う急性大動脈解離

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

牛木真理子、安達晃一、小日向聡行、山口秀雄、安達秀雄

63歳男性。背部痛と両下肢脱力で発症したStanfordA型解離。大腿動脈送血で人工心肺開始後、血圧が低下し、偽腔送血と判断された。上行大動脈からの真腔送血に変更後も血行動態は改善せず、経食道エコーでバルサルバ洞から右房に抜けるシャント血流を認めた。右房内を観察すると無冠洞に相当する偽腔から右房へ穿通する10mmの孔を認め、左右シャントの原因となっていた。上行置換と穿通孔の自己心膜パッチ閉鎖を行い救命し得た。

### I-9 下行大動脈瘤破裂術後にdebranch EVAR、TEVARにて完治し得た胸腹部大動脈瘤の一例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

佐藤弘隆、高澤一平、村岡 新、相澤 啓、坂野康人、上西祐一郎、

大木伸一、齊藤 力、小西宏明、川人宏次、三澤吉雄

2011年5月に70mm大の下行大動脈瘤破裂に対して緊急に左開胸下に下行置換術を施行。術後、呼吸不全が遷延し、16日間挿管管理となった。40PODに独歩退院。9月に吻合部遠位側に残存する胸腹部大動脈瘤45mm~60mmに対して、腹部正中切開にて腹部分枝再建後、EVAR、TEVARを施行した。1PODに抜管し、14POD独歩退院となった。実際の手術手技の工夫も含め報告する。

## 10:20~11:00 心臓 大血管3

座長 川 人 宏 次 (自治医科大学心臓血管外科)

I-11 近位下行大動脈置換術後の解離性胸腹部大動脈瘤に対し、二期的ハイブリッド手術を行った1例

千葉市立海浜病院 心臓血管外科

勝股正義、中谷 充、堀 隆樹

47歳男性。B型慢性解離性大動脈瘤に対して44歳時に近位下行大動脈置換術および左鎖骨下動脈再建を施行された。その後、解離の残存する胸腹部大動脈の拡大(下行68mm、横隔膜レベル44mm)を認め手術の方針となった。前回手術による胸腔内の高度癒着を考慮し、まず下行大動脈へTEVARを行った。その後3カ月後に部分体外循環下に胸腹部置換術を施行し中枢側はステントグラフトへ吻合した。術後対麻痺を認めず経過は良好である。

I-13 Open stent法を併用した全弓部置換術後12年目のstent遠位端のendoleakに対し、ステントグラフト内挿術を施行した1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

2 東京大学医学部附属病院 心臓外科

田端あや<sup>1</sup>、成瀬好洋<sup>1</sup>、田中慶太<sup>1</sup>、竹谷 剛<sup>2</sup>

症例は、78歳男性。遠位弓部大動脈瘤に対し、Open stent法(COOK-Z STENT)併用の全弓部置換術施行。術後2年目までのCTで瘤径は変化せず。以後はCT撮影なし。術後12年目に左反回神経麻痺による嘔声出現。Stent遠位端のendoleakと瘤径の拡大を認めた。大腿動脈アプローチにて、GORE TAGを用いステントグラフト内挿術を施行。Endoleakは消失、合併症なく退院した。

I-15 ハイブリッドTEVARを施行した高齢かつ胸膜炎既往のある胸腹部大動脈瘤の1例

国立国際医療研究センター 心臓血管外科

藤岡俊一郎、保坂 茂、福田尚司、秋田作夢、寺川勝也

症例は82歳男性。消化器系精査から胸腹部動脈瘤(65mm)の診断。結核性胸膜炎既往、軽度拘束性障害を有し、腹腔動脈は起始部で閉塞、下腸間膜動脈は発達していた。開腹下に右外腸骨動脈より4分枝人工血管クワトロ(14×7×7)で左右腎動脈、下腸間膜動脈、脾動脈、上腸間膜動脈の順に血行再建、左外腸骨動脈よりTAGとEPLを内挿、一過性の麻痺性イレウスを認めたが、分枝再建グラフトは開存、エンドリークなく退院した。

I-12 左鎖骨下動脈起始部の弓部大動脈瘤に対してTotal debranching後に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、小此木修一、

立石 渉、伊達数馬

症例は79歳・女性。2011年7月に胸部異常影を指摘され、精査で弓部大動脈瘤と診断され当院紹介。瘤は左鎖骨下動脈分岐部が拡大した最大径57mmの嚢状瘤と診断、高齢でありTotal debranching TEVARを選択した。9月に全弓部分枝へのTotal debranchingを施行後、10月にZone0をLanding zoneとしたTEVARを施行した。それぞれ術後15日・13日で独歩退院し現在経過は良好である。

I-14 弓部大動脈置換術後の溶血に対し人工血管再置換術を施行した1例

慶應義塾大学病院 心臓外科

北原大翔、志水秀行、吉武明弘、川口 聡、山辺健太郎、小谷聡秀、

川尻拓之、伊藤隆仁、高木秀暢、灰田周史、四津良平

55才男性。急性A型大動脈解離に対する緊急手術(弓部大動脈人工血管置換術)の術後より溶血性貧血と腎不全を認めた。中枢吻合(断端形成)部の狭窄解除によって一時的な症状の改善が得られたが、貧血が増悪したために再入院となった。貧血の原因として人工血管の屈曲・狭窄に伴う機械的溶血が強く疑われたため、準緊急的に全弓部再置換術を行った。貧血、腎機能の著明な改善が得られた。

## 11:00~11:40 心臓 冠状動脈

座長 秋田 雅史 (春日部中央総合病院心臓血管外科)

I-16 厚い心臓周囲脂肪はconventional CABGを念頭に置くべきである

聖路加国際病院 心臓血管外科

伊藤丈二、川副浩平、渡邊 直、阿部恒平、山崎 学、桑内慎太郎

厚い心臓周囲脂肪はCABGの難易度を上げる。要因として、冠動脈が同定困難な点、剥離すると出血する点、スタビライザーを使用しても動揺する点などが挙げられる。厚すぎる心臓周囲脂肪はそれだけでconventional CABGの適応と考えてよいかもしれない。冠動脈はどこかで心表面に接することが通常であり、脂肪に埋没した場合でも数mm程度である。今回、冠動静脈が全長にわたり10mmの厚い心臓周囲脂肪で覆われ、難渋したoff-pump CABGの1例を経験したので報告する。

I-17 特異な臨床像を示した心筋梗塞後左室破裂の1例  
新潟県立中央病院 心臓血管外科

佐藤裕喜、青木賢治

症例は76歳男性。意識消失し救急搬送された。エコーで右房周囲に限局した心嚢液貯留を認め、右房は貯留した心嚢液で圧排されていた。冠動脈造影で右後下行枝閉塞を認めた。左室造影で下壁破裂と診断した。診断後直ちに救命手術を行った。右房周囲と横隔膜面を除き心膜は広範に癒着していた。破裂部位周囲の心筋は梗塞後急性期のような脆弱性はなく、むしろ線維化していた。Dor手術に準じて破裂部位を縫縮閉鎖した。Blow-out型左室破裂として極めて特異な臨床像を示した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

I-18 単冠動脈症の1手術例

1 恩賜財団済生会横浜市南部病院 心臓血管外科

2 横浜市立大学 外科治療学 心臓血管外科

松木佑介<sup>1</sup>、軽部義久<sup>1</sup>、沖山 信<sup>1</sup>、坂本 哲<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

症例は61歳、男性。労作時息切れと心電図異常で当院受診。冠動脈造影で、右冠動脈のみ大動脈より起始し、左冠動脈は右冠動脈より分枝するLipton R2型単冠動脈と診断、さらに#1 75%、#2 90%、#4 AV 100%、#7 90%の狭窄、閉塞病変を認めた。手術適応とし、冠動脈バイパス術3枝 (LITA-LAD、Ao-SVG-#3-#4 AV)を施行した。術後経過良好、術後14日目に軽快退院した。文献的考察を含めて報告する。

I-19 右冠動脈左室瘻、右冠動脈瘤、僧帽弁閉鎖不全症に対して右冠動脈結紮及び瘤切除術、僧帽弁形成術を施行した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、磯田 晋、木村民藏、中村伸吾、山中 望、

前原正明

76歳女性、内科外来で軽度僧帽弁閉鎖不全症の診断でフォローされていた。経過中に心不全症状で入院。CAGで右冠動脈瘤と右冠動脈左室瘻を指摘され、僧帽弁閉鎖不全症に加え右冠動脈左室瘻による心不全増悪と考え上記手術施行した。術後経過良好。若干の考察を加え報告する。

I-20 ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) とコレステロール塞栓症を合併した心拍動下冠動脈バイパス術の1例

1 東京都立墨東病院 胸部心臓血管外科

2 東京都立墨東病院 麻酔科

3 東京都立墨東病院 循環器科

米永晃子<sup>1</sup>、三島秀樹<sup>1</sup>、片山 康<sup>1</sup>、石川 進<sup>1</sup>、江花弘基<sup>1</sup>、

伊藤 淳<sup>1</sup>、後藤尚也<sup>2</sup>、鈴木健雄<sup>3</sup>、弓場隆夫<sup>3</sup>、岩間 徹<sup>3</sup>

69歳、男性。前回のPCI治療(回旋枝)の際に、HITとコレステロール塞栓症を発症。残存病変(前下行枝)の進行に対してOPCAB(1枝)を施行した。既往症として、糖尿病、慢性腎不全(透析)、脳梗塞、左胸水貯留あり。吻合中の抗凝固薬はアルガトロパンを使用し、ACTを250秒前後に維持。術後経過良好。

## 13:10~14:06 心臓 先天性心疾患 1

座長 黄 義 浩 (埼玉県立小児医療センター心臓血管外科)

### I-21 左冠動脈起始異常に対する手術経験

1 群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

2 北関東循環器病院 心臓血管外科

乾 明敏<sup>1</sup>、尾崎晋一<sup>1</sup>、宮本隆司<sup>1</sup>、南 和友<sup>2</sup>

症例は11歳女児。左冠動脈右バルサルバ洞起始によるLMT狭窄が原因で急性心筋梗塞を発症。3ヶ月の保存的治療の後に冠動脈移植術を施行。左冠動脈は右バルサルバ洞より左バルサルバ洞へ壁内走行していた。壁内走行部を切開拡張するunroofing procedureで冠動脈移植を実施。術後経過は良好であった。本疾患は極めて稀な先天性心疾患であり、若干の考察を踏まえて報告する。

### I-23 左冠動脈口閉塞を伴った先天性僧帽弁閉鎖不全症に対してCABGと僧帽弁形成術を行った1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26歳男性。小児期より僧帽弁閉鎖不全症を指摘されていたが無症状であった。26歳時にIEを発症し内科的治療にて治癒後に手術を行った。術前の心カテにて左冠動脈口の閉塞を認めた。体外循環下に肺動脈を切断し左前下行枝近位部にRITAを吻合した。僧帽弁は前尖の逸脱病変で人工腱索にて形成した。術後経過は良好であった。左冠動脈口閉塞は稀な病態であり文献的考察をあわせて報告する。

### I-25 Unifocalization後遠隔期に心不全をきたしたTOF/PA/MAPCAの1例

1 日本赤十字社医療センター

2 岩手医科大学

高橋昂大<sup>1</sup>、小林城太郎<sup>1</sup>、峯岸祥人<sup>1</sup>、猪飼秋夫<sup>2</sup>、竹内 功<sup>1</sup>

TOF/PA/MAPCAはunifocalizationを経て根治術を施行する。今回unifocalization後の遠隔期にBTSを介し肺動脈へ血流がstealされ、冠血流低下を招き高度心不全をきたした症例を経験した。症例は在胎37週、2090gで出生。生後4ヶ月unifocalization+RMBTS(4.0mm)を施行。術後5ヶ月で心不全が悪化し、肺血流制限のためBTS部分クリッピングを行い現在心機能改善傾向にある。心機能改善を待ち根治術予定であるが、これまでの経過を報告し術後合併症を検討した。

### I-27 Polysplenia, DORV(TGA type)、straddling MV、mild PSR、PHに対してtruncal switch operationを施行した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9ヶ月男児。診断はPolysplenia、DORV(TGA type)、straddling MV、mild PSR、PH。PSのため、動脈スイッチ手術は困難と判断し、2ヶ月時にチアノーゼ増強、SSSに対してASD拡大、ペースメーカー植え込み術を施行。術後のカテーテル検査上、平均肺動脈圧30mmHg、 $\Delta PG(RV-mPA) = 22mmHg$ であった。僧帽弁前乳頭筋は大きなVSDの前縁右室側に挿入していた。9ヶ月時にtruncal switch operation、IVR施行した。

### I-22 成人TOF症例に対して延命的Blalock-Taussig短絡術を施行した1例

自治医科大学 とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓外科

宮原義典、河田政明

11歳時にTOFと診断され、40歳時に左BTSを施行された56歳男性。全身倦怠、発熱を契機に診断された敗血症の内科的治療後、低酸素血症(SpO<sub>2</sub>69%)の加療にて当科紹介。脳梗塞による左片麻痺、低形成右肺動脈、著明な側副動脈の増生、更に左肺動脈中枢部とBTSの閉塞を認めた。胸骨正中切開にて人工心肺非使用下に径6mmのcentral shuntを施行した。術後肺血流増加による一過性右胸水貯留が見られたが、SpO<sub>2</sub>は86%まで上昇、自覚症状・QOLは著明に改善した。

### I-24 CoA complex、VSD、SASに対してYasui手術を施行した1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

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

2か月男児。生後1か月時CoA complex、ductal shockにて人工呼吸管理、PGE1で急性期を脱し手術となる。術中所見でCoA complex、Hypoplastic arch、VSD(II)、SAS、PDA、PFO、aberrant rt SCA。大動脈弓部は2mm程度で右総頸動脈近傍まで形成を要し、循環停止下にePTFEパッチにて大動脈を再建。VSDを介しLV-PA rerouting、Damas-Kaye-Stansel吻合、handmade2弁付き心外導管による右室流出路再建を施行。術後経過は良好であった。

### I-26 CoA、Distal arch hypoplasiaを伴ったfalse Taussig-Bing anomalyに対するSwing-back法による大動脈弓再建と動脈スイッチによる一期的根治術の1例

長野県立こども病院 心臓血管外科

瀧上 泰、坂本貴彦、小坂由道、田畑雄一、原田順和

胎児診断例。[S、D、D] DORV、subpulmonary VSD、CoA、hypoplasia of distal arch、PDA、Shaher IIb coronary。AAo径6mm、mPA径13mm。日齢12、体重3100gでSwing-back法による大動脈弓再建と動脈スイッチによる一期的根治術を施行した。術後経過良好でPOD18に退院。8カ月後に施行したCT、心臓カテーテル検査でも大血管、気管支ともに狭窄なく良好な結果を得た。

学生発表

I-28 左室流出路に発生したpapillary fibroelastoma (PFE)、僧帽弁狭窄症の1例

杏林大学医学部附属病院 心臓血管外科

幾瀬 樹、遠藤英仁、土屋博司、吉本明浩、松倉 満、高橋 雄、窪田 博

症例は71歳、女性。右脳梗塞の既往あり。5年前に左室流出路の可動性腫瘍を指摘されたが経過観察。2011年4月、労作時呼吸困難出現しMSと診断。腫瘍切除術及び僧帽弁置換術を施行。腫瘍は広基性で繊維状構造を有していた。左室流出路中隔側に存在した為、上行大動脈切開、大動脈弁開放器を併用し胸腔鏡補助下に切除。病理診断はPFE。僧帽弁はリウマチ性狭窄であった。左室流出路に発生するPFEは稀であり文献的考察を加え報告する。

I-30 拡張型心筋症患者に対してNipro LVASからDuraHeartへのconversionを施行した一治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

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

拡張型心筋症の53才男性。他院通院中に心不全の急性増悪を来たし、IABP・PCPS下に当院へ転院、2009年4月3日緊急でNipro LVAS装着術を施行。経過中離脱を試みるも不可。Nipro LVAS刺入部からMRSAが検出されていたが、本人の強い希望により2011年11月28日DuraHeartへのconversionを施行。感染予防のため送脱血管刺入部皮膚を含めexclusion。人工心肺を確立した上で心尖部カフをそのまま使用し脱血管を装着。送血路は人工血管同士を吻合。その後大網にてDuraHeartを被覆した。経過良好。

I-29 乳腺悪性葉状腫瘍の心転移の一例

聖路加国際病院 心臓血管外科

桑内慎太郎、渡邊 直、伊藤丈二、山崎 学、阿部恒平、川副浩平

症例は39歳女性。

乳腺悪性葉状腫瘍にて左乳腺切除術を施行された約2ヶ月後より心不全症状が出現。

精査にて右室のほぼ全てを占拠し、一部が右心房および肺動脈に突出する腫瘍と転移性肺腫瘍が見られた。

葉状腫瘍の心転移と考え、腫瘍による右室流出路閉塞からの突然死予防目的に、腫瘍除去術を施行した。

合併症無く12PODに退院したが、64PODに腫瘍の心臓再発にて死亡した。

乳腺悪性葉状腫瘍の心転移は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## 15:30~16:10 心臓 先天性心疾患 2

座長 坂本貴彦 (長野県立こども病院心臓血管外科)

### I-31 肺動脈弁欠損を伴う三尖弁閉鎖の1例

茨城県立こども病院 心臓血管外科

坂有希子、阿部正一、五味聖吾

三尖弁閉鎖、肺動脈弁欠損、右室異形成の男児。新生児期、乳児期にBTシャント手術を経て、肺高血圧症に対する治療として在宅酸素療法とボセンタン内服を導入後に段階的にフォンタン手術まで到達した。主肺動脈の閉鎖を試みたものの右室へ流入する血流のため右室減圧とならず主肺動脈は開放のままとしている。主肺動脈以外の右室への血流路は同定されず、肺動脈から右室への逆行性血流は現在も残存している。本疾患は稀少であり、文献学的考察を加えて報告する。

### I-32 段階的修復術を行った総動脈管症の1例

北里大学病院 心臓血管外科

榊健司朗、吉井剛、岡徳彦、鳥井晋造、柴田講、北村律、井上信幸、福西琢磨、宮地鑑

妊娠39週4日、体重2345gで出生。日齢4に心雑音聴取されたが、1か月時に当院受診、総動脈管症と診断。先天性頭部表皮欠損に基づく感染治療後、2ヶ月時に手術施行。PHとMSを認め、一期的修復術は困難と判断。姑息術として左右肺動脈の大動脈からの切離、右室-肺動脈導管を作製。9ヶ月時にePTFE3弁付き心外導管を用いたRastelli型手術を施行。術後PHが残存、NOや肺血管拡張薬を要したが、軽快退院。術後1年3か月現在、PHは軽度で外来経過観察中である。

### I-33 多脾症、DORVに対するFontan型手術後の共通房室弁逆流に対し弁置換術を施行した成人1治験例

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、東理人、磯村彰吾、山崎健二

症例は22歳男性。多脾症、DORV、半奇静脈接続に対し、4歳時BDG手術、共通房室弁弁輪縫縮、肺動脈形成術施行。15歳時Fontan型手術(心房内導管20mm)施行した。今回共通房室弁逆流が進行し手術適応となった。前回の心房内導管、心室中隔の存在が弁置換術に対する懸念事項であった。弁形成を試みたが十分な接合が得られず、SJM31Mにて弁置換を行い良好な結果をえた。

### I-34 先天性心疾患を合併した新生児消化器外科疾患の治療

1 神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

2 神奈川県立こども医療センター 外科

大澤絵都子<sup>1</sup>、麻生俊英<sup>1</sup>、武田裕子<sup>1</sup>、帯刀英樹<sup>1</sup>、大濱用克<sup>2</sup>

心疾患においても、また消化器疾患においても胎児診断率が向上してきており、胎児診断率の向上にともなう治療の変化、特に手術のタイミングについて変化の可能性がある。先天性心疾患を合併した新生児消化器疾患の治療の現状を報告し、今後起こりうる変化について言及する。

### I-35 両側SVCとapico-caval juxtapositionを有するフォンタン手術の1症例

順天堂大学医学部 心臓血管外科

中西啓介、川崎志保理、森田照正、稲葉博隆、桑木賢次、山本平、松下訓、藤田智之、天野篤

症例は、機能的単心室、肺動脈閉鎖、両側SVC、右側IVCの診断にて生後1カ月にBTS術施行。段階的右心バイパスのGlenn手術時に両側SVCは通常と逆の左側に一本化した。その際、肺動脈の解剖学的形状が左右逆であり、かつIVCがapico-caval juxtapositionより、IVCは心外導管を用いて左側肺動脈に吻合する事を考慮した。SVCとIVC及び肺動脈の形態によるcavo-pulmonary吻合の戦略につき考察を加えて報告する。

## 16:10~16:50 心臓 先天性心疾患 3

座長 宇野吉雅 (東京慈恵会医科大学心臓外科)

### I-36 初回姑息術後36年目に根治術を施行した成人両大血管右室起始症の1例

筑波大学病院 心臓血管外科

塚田 亨、野間美緒、工藤洋平、逆井佳永、伊藤俊一郎、相川志都、坂本裕昭、金本真也、松下昌之助、佐藤藤夫、榎本佳治、平松祐司、榎原 謙

症例は、両大血管右室起始症と診断された37歳女性。1歳9ヶ月時に他院で肺動脈絞扼術を施行されたが、19歳時に根治不能とされ自己判断で通院を中止していた。当院にて37歳時に行った心臓カテーテル検査で根治可能とされ、心内修復術を行った。パッチを用いた心室内reroutingと弁付き導管を用いた右室流出路形成を行った。経過は良好で、現在外来通院中である。

### I-38 菲薄左室壁を伴う完全大血管転位症の1例 治験例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

保科俊之、阿部貴行、黄 義浩、野村耕司

症例は日齢27の女児で、在胎週数38週4日、体重2716g。心エコーにて、完全大血管転位症(I型 Shaher 4)と診断され左室駆出率82%、左室拡張末期径18mm、心室中隔壁厚2.5mm、左室後壁厚2.0mmと左室壁が薄く心筋病変の合併を疑いPGE1投与下に経過観察とした。左室後壁厚は日齢10で2.1mm、日齢18、日齢25でそれぞれ2.4mm、3.2mmと増加傾向がみられ、ASOを行うこととした。術中所見では心筋病変および冠動脈低形成は認めず、術後37日目に軽快退院された。文献学的考察を含め報告する。

### I-40 右肺静脈右房吻合+心房内血流転換を行ったScimiter症候群の1例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科

山岸俊介、栢岡 歩、中村智一、岩崎美佳、加藤木利行、鈴木孝明

症例は4歳、女児。1歳1ヶ月時に、呼吸器感染を契機に胸部単純写真で右肺野の異常陰影を指摘され、Scimiter症候群と診断。心臓カテーテル検査にて肺体血流比の上昇を認め、手術適応となった。手術は、Scimiter静脈を下大静脈から切離し、右房壁に吻合。フラップ状に切開した右房壁を用いて心房内隔欠損口への右房内トンネルを作成し、肺静脈血が左房に還流するよう心房内血流転換を行った。術後経過は良好であった。

### I-37 術後遠隔期に三心房心様の形態が進行し再手術を行った多脾症、房室中隔欠損症、総肺静脈還流異常症(IIb)の1例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

渡邊一正、小出昌秋、國井佳文、津田和政、宮入聡嗣

症例は11歳女児。Polysplenia、p-AVSD、Severe MR、TAPVC(IIb)にて新生児期にICRを行った。その時点では共通肺静脈腔とLAの交通は充分広く修復の必要はなかった。外来にて心エコー上共通肺静脈腔とLA間の狭小化を指摘。経時的に進行を認めたため再手術を行った。経心房中隔的に肺静脈腔に到達、隔壁切除を行った。心房外に到達することなく隔壁切除を行い、三心房心と診断した。稀な経過をたどった症例であり報告する。

### I-39 痙攣・心肺停止を契機に発見された心室中隔内巨大心臓腫瘍の一手術例

東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科

木村成卓、松原宗明、厚美直孝、寺田正次

症例は1歳5ヵ月男児。自宅で痙攣が出現、心肺停止となり蘇生施行、当院搬送となった。心エコー検査にて心室中隔内に巨大腫瘍を認め、心室頻拍が入院後時折見られ、致死性心室性不整脈による病態と考えられた。再発予防のために腫瘍摘出が必須であると考え、心臓前面から心室中隔内へアプローチし腫瘍を摘出した。腫瘍は径60×35×18mm、組織学的にfibromaの診断であり術後経過は良好であった。非常に稀な心室中隔内巨大心臓腫瘍の一手術例を報告する。

## 第 II 会場：606 (6 階)

9:00~9:40 心臓 弁膜症 1

座長 田 邊 大 明 (心臓血管研究所附属病院心臓血管外科)

### II-1 porceline Aortaを有するsevere ASに対してApico-Aortic Bypassを施行した一例

自治医科大学

阿久津博彦、佐藤弘隆、高澤一平、村岡 新、相澤 啓、坂野康人、  
上西祐一朗、大木伸一、齊藤 力、小西宏明、川人宏次、三澤吉雄

症例は78歳、男性。慢性腎不全にて77歳より人工透析導入。2011年6月より入院中より失神発作を認め、心エコーにてsevere ASの診断となった。CTにて基部から上行大動脈にかけて全周性の石灰化を認めた。(porceline Aorta)。同年8月に左側開胸によるApico-Aortic Bypassを施行した。当院における体外循環、吻合の工夫も含め、動画にて提示する。

### II-3 僧帽弁輪石灰化に対し、左房壁に人工弁を縫着し弁置換術を完遂した一例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

2 横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

安田章沢<sup>1</sup>、徳永滋彦<sup>1</sup>、渥美陽介<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

症例は79歳女性。ASD、MRの為ASDパッチ閉鎖、MVPの既往あり。MR、TRの進行を認め再手術の方針となった。術前エコーで後尖の一部に左室心筋まで続く石灰化を認め通常の弁置換は困難と判断。後尖側は弁輪部石灰化を避け左房側に弁置換スティッチを置き、高圧系となる左室化左房壁を自己心膜パッチで補強した上で機械弁による僧帽弁置換を完遂した。術後エコーでは弁周囲逆流なく経過良好。

### II-5 準緊急DVRを要したStreptococcus bovis感染性心内膜炎、S状結腸癌合併を認め根治的切除し得た1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65才、男性。一ヶ月前より呼吸苦、発熱あり、保存的治療を行っていた。血培でGPC。心雑音出現、両側胸水多量。IEの診断で緊急入院。A弁、M弁ともvegetation付着、逆流著明。翌日準緊急DVR施行。経過良好。起因菌はS.bovisで、大腸癌の合併を懸念し定期的消化管検索施行。S状結腸癌を認め、IEに対する標準抗生剤治療の後polypectomyで根治的切除し得た。本邦報告例は依然稀であるため文献的考察を加えて報告する。

### II-2 右胸心、先天性右肺欠損severe MR症例に対するattempted MVP：その特殊性と問題点

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

2 横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

渥美陽介<sup>1</sup>、徳永滋彦<sup>1</sup>、安田章沢<sup>1</sup>、伏見謙一<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

27歳男性。先天性右肺欠損を指摘されていた。息切れ出現し心エコーでsevere MRを指摘された。CTで心臓は右胸腔奥に大きく偏位し、発達した左肺が胸腔を占めていた。左側左房切開で僧帽弁にアプローチし人工腱索再建を行った。水試験で逆流ない事を確認したが術中TEEで逆流残存を認めた。本患者では逆流試験の信頼性が低いこと、再手術が困難であることから機械弁によるMVRを施行した。

### II-4 臍頭十二指腸切除後に合併した感染性心内膜炎に対して、右側開胸にて僧房弁置換術を施行した1治験例

医療法人社団公仁会大和成和病院 心臓血管外科

遠藤由樹、菊地慶太、川堀真志、倉田 篤

症例は84歳、男性。臍頭十二指腸切除後に汎発性腹膜炎を合併。血液培養からMRSAが検出され、感染性心内膜炎を発症し近医より紹介され準緊急手術を行った。気管切開と心窩部にドレーンが留置されていたため右側開胸にてMVRとTAPを行った。術後の経過は良好であり第15病日に前医へ転院となった。術中のvegetationからは溶連菌が検出され、術前培養検査と検出菌が一致しない症例であったため文献的考察を含め報告する。

## 9:40~10:12 心臓 弁膜症 2

座長 田口真吾 (埼玉循環器呼吸器病センター心臓血管外科)

### Ⅱ-6 縦隔腫瘍摘出術、術後放射線治療後に発症したAR、MR、ICMの一手術例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

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

症例は39歳男性。24歳時に縦隔原発杯細胞腫瘍に対し、正中切開腫瘍摘出術、術後放射線療法50Gy施行。2010年10月ごろより慢性咳嗽・胸水貯留を認め、精査にて左室機能低下、LMT total occlusion、moderate AR/MRを認め当科紹介。2011年7月にAVR、MAP、CABG×1(RA-LAD)を施行。縦隔内は癒着高度で、A弁、M弁は弁尖が短縮しており放射線療法の影響が考えられた。

### Ⅱ-8 三尖弁置換術を行った全内臓逆位、修正大血管転位の1成人例

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

若林貴志、山本和男、杉本 努、岡本祐樹、加藤 香、高橋 聡、三村慎也、吉井新平

62才女性。幼少期より胸部X線異常影を指摘されるも精査歴はなし。健診を契機に当院循環器内科を受診、心エコー、MRI等で全内臓逆位、修正大血管転位、高度三尖弁(体循環房室弁)閉鎖不全症、心機能低下(EF 40-50%)と診断された。手術は、大動脈の右方偏位が高度であったため大腿動脈送血とし、上下大静脈脱血で体外循環を確立。心停止後、上方中隔切開で三尖弁置換術(SJM 27M)を施行した。

### Ⅱ-7 高安病による高度Porcelain Aortaを有する大動脈弁狭窄症に対し大動脈弁形成術を施行した一例

東京大学医学部 心臓外科

玉井宏一、齋藤 綾、井戸田佳史、川島 大、本村 昇、小野 稔  
症例は76歳女性、33年前より高安病と診断され5年前に労作性狭心症に対しCABG施行された。1年前より認めていた大動脈弁狭窄症(AS)が心エコー上max PG 90mmHgと進行を認め手術適応と判断された。大動脈弁置換術(AVR)を予定していたが、手術所見で高度の石灰化を認め大動脈弁形成術(AVP)施行された。高安病による高度石灰化を伴うASに対するAVPを経験したので報告する。

### Ⅱ-9 自己心膜パッチによる後尖拡大を行った僧帽弁形成術の1例

1 横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター外科

2 聖路加国際病院 心臓血管外科

神尾一樹<sup>1</sup>、内田敬二<sup>1</sup>、安恒 亨<sup>1</sup>、稲福賢司<sup>1</sup>、梅田悦嗣<sup>1</sup>、

長 知樹<sup>1</sup>、南 智行<sup>1</sup>、井元清隆<sup>1</sup>、川副浩平<sup>2</sup>

58歳女性。severe MR、TR、心房細動に対して、僧帽弁形成術、三尖弁輪縫縮術、MAZE手術を施行。術中所見では僧帽弁の逸脱はなく、後尖が退縮し左室側に落ち込んでおり、水試験でP2-C2に高度の逆流を認めた。自己心膜パッチを用いて後尖を拡大し、coaptation lineを再構築したところ逆流は消失した。

## 10:12~10:52 心臓 弁膜症 3

座長 徳永 滋彦 (神奈川県立循環器呼吸器病センター心臓血管外科)

### Ⅱ-10 僧帽弁形成術、三尖弁輪形成術、CABG術後急性期に両心房内血栓を形成した慢性心房細動の一例

東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科  
浅野竜太、中野清治、小寺孝治郎、佐藤敦彦、道本 智、久保田沙弥香  
症例は70歳女性。僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症、狭心症に対して僧帽弁形成術、三尖弁輪形成術、冠動脈バイパス術(1枝)を施行した。術後徐脈に対し一時ペーシングを行った。第1病日よりワーファリン内服開始したがINRコントロール不良のため第5病日よりヘパリン持続投与を開始した。第8病日に脳塞栓による一過性の意識障害と痙攣発作を起こした。造影CTでは左房および右房内に血栓を認めた。

### Ⅱ-12 僧房弁置換術後の弁輪部膿瘍に対し牛心膜を用いた弁輪再建と再弁置換を施行した1例

北里大学病院 心臓血管外科  
福西琢真、井上信幸、北村 律、柴田 講、鳥井晋造、榊健司朗、吉井 剛、岡 徳彦、宮地 鑑  
72歳男性。49歳時にMSに対してMVRを施行された。2011年6月より発熱を認め、心エコー上弁輪部膿瘍を伴う僧房弁位PVEおよびPVLと診断された。抗生剤にて炎症反応は陰転化したがPVLの進行と膿瘍腔の拡大を認めた。手術は牛心膜を用いた僧房弁輪再建を伴うre-MVR(CEP25mm)+TVPを施行した。経過良好にて21病日に退院となった。牛心膜を用いた弁輪再建が有効であった症例を経験した。

### Ⅱ-14 Fallot四徴症根治術後、肺動脈弁機能不全から両心不全をきたし、肺動脈弁置換術、三尖弁輪形成術、心房中隔欠損および心室中隔欠損閉鎖術、右室形成術を施行した一例

東京大学医学部附属病院心臓外科  
八鍬一貴、村上 新、安藤政彦、高岡哲弘、小野 稔  
症例は38歳女性。6歳時にFallot四徴症心内修復術施行し経過観察していた。32年後に両心不全症状およびチアノーゼを発症し、肺動脈弁機能不全および両方向性シャントを伴う心房中隔欠損を精査にて認めた。治療方針選択に苦慮したが肺動脈弁置換術、三尖弁輪形成術、心房中隔欠損および心室中隔欠損閉鎖術、右室形成術を施行した。手術三ヶ月後、症状軽快を認めている。

### Ⅱ-11 高度石灰化を伴うsevere MSに対し心膜パッチ縫着人工弁を用いてMVRを行った1例

青梅市立総合病院 胸部外科  
大石清寿、大島永久、白井俊純、染谷 毅  
69歳女性。透析歴20年。労作時息切れと胸水貯留を認め当院紹介受診。心エコーでsevere MS(MVA0.91)を認め手術施行。僧帽弁は全体に肥厚、石灰化が高度で、特に後尖では弁尖、弁輪、左室後壁の石灰化は一塊となっていた。21mm SJM弁が挿入可能となるまで弁尖と石灰化を切除。前もって人工弁cuffに1.5cm幅のドーナツ状牛心膜パッチを縫着したSJM弁(大動脈弁用)でMVR+パッチ左房壁縫合を施行。術後経過は良好で心エコーでも人工弁の動揺や弁周囲逆流は認めていない。

### Ⅱ-13 敗血症性塞栓症による精巣炎を伴った感染性心内膜炎の1例

東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科  
片柳智之、藤井毅郎、原 真範、佐々木雄毅、大熊新之介、塩野則次、小澤 司、小山信彌、渡邊善則  
症例は24歳、男性。主訴は発熱、陰嚢腫大。Severe AR、大動脈弁に疣贅を認める感染性心内膜炎と診断され、血液培養からMSSAが検出された。左精巣摘出後、循環動態不安定となったため緊急手術を施行した。大動脈弁の破壊は強く、また、僧帽弁前尖左室側に潰瘍形成を認めた。大動脈弁置換術および経大動脈的に牛心膜を用いた僧帽弁前尖パッチ形成術を施行し、術後補助循環を要したが第69病日に軽快退院した。

## 10:52~11:40 心臓 周術期管理・合併症

座長 大野 貴之 (三井記念病院心臓血管外科)

Ⅱ-15 HITを呈するMR+AP患者に対しアルガトロバン使用下でMVP+CABGを施行した一例

1 医療法人財団石心会狭山病院 心臓血管外科

2 医療法人財団石心会狭山病院 循環器内科

高橋亜弥<sup>1</sup>、垣 伸明<sup>1</sup>、塩見大輔<sup>1</sup>、木山 宏<sup>1</sup>、飯田隆史<sup>2</sup>

症例は59歳女性、3枝病変に対しDES留置後、severeMRによる急性心不全で入院中、ヘパリン使用によりPlt減少を認めHIT抗体陽性が判明。抗血小板薬中止しアルガトロバン持続投与で待機的にMVP+CABG施行。血液凝固のため回路交換を1回要したが術後止血を得られ、経過良好で術後23日目に退院した。アルガトロバンを使用した開心術の報告件数は少なく、術中管理には未だ議論の余地があるため報告とする。

Ⅱ-17 開心後硬膜下血腫を発症した1例

医療法人五会会菊名記念病院

谷島義章、尾頭 厚、奈良原裕、村田 升

74歳、女性、僧帽弁逆流症により僧帽弁置換術を施行。術翌日に抜管し問題なく経過したが、術後3日目に嘔気出現、術後4日目の朝に頭部CT施行し後頭蓋窩への出血および水頭症を認めた。同日、開頭水腫除去術を施行し、術後は水頭症も改善し脳神経学的異常所見なく経過した。開心術後急性硬膜下血腫を発症した1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-19 僧帽弁形成術直後に発症した急性肺水腫に対しV-V ECMOが奏効した一治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

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

症例は55歳男性。透析患者であり、昨年12月より心不全症状が出現、精査にてsevere MR、2枝冠動脈病変を認めた。MVP+TAP+CABGx3を施行。人工心肺離脱直後より重度の肺水腫が発症、循環動態の維持も困難となり、V-V ECMO開始。CHDFによる除水を併施し肺水腫の治療を行ったところ循環動態も安定化し、良好な術後経過を得ることができた。

Ⅱ-16 開心術後早期に発症したMRSA縦隔炎に対しVAC療法後の大網充填術が奏功した一例

東京歯科大学市川総合病院 心臓血管外科

川口新治、申 範圭、森 光晴、高橋辰郎

78歳男性。3VD+虚血性MRに対しCABG (LITA-LAD、RA-D1-#12、SV-4PD)+MVRを施行。術後血行動態は安定していたが3PODに敗血症性ショック、MOFとなりCHDFを開始。胸骨下ドレーン排液よりMRSAを検出。縦隔炎に対しdebridementと開放ドレナージを施行。抗生剤投与下に連日の洗浄、VAC、胸骨腐骨除去を行うもMRSAが消失せず26PODに大網充填術を施行。全身状態は徐々に改善し53PODにHDを離脱。感染の再燃なく69PODに軽快退院。術後6カ月で感染兆候を認めていない。

Ⅱ-18 急性大動脈解離術後、吻合部内フェルトにより生じた溶血合併例に対して、修復術を行った一例

千葉県救急医療センター 心臓血管外科

藤田久徳、武内重康、山口聖一、沖本光典

62歳男性。急性大動脈解離Stanford A型に対して上行大動脈置換術を行った。大動脈断端は内外フェルトで補強した。術後徐々にヘモグロビン尿が著明となり、LDH上昇を認めた。CT検査で中枢吻合部内フェルトの反転が判明し、流出路狭窄、赤血球破碎を起こしていると診断、中枢吻合部修復術を行った。反転した内フェルトを切除し、牛心膜で全周性にフェルトを覆った。術後ヘモグロビン尿は消失、LDHも低下した。診断にはCT検査が有用であった。

Ⅱ-20 術前1週間の抗血小板薬中断で血栓弁を呈した大動脈弁位生体弁の1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75歳女性。70歳時に大動脈弁閉鎖不全に対し、生体弁による大動脈弁置換術施行した。経過観察中に大動脈弁基部瘤が7cmに拡大したため、2010年にベントール手術施行した。術前1週間、抗血小板薬を中断した所、術中所見で生体弁の血栓弁を認め、温存予定の大動脈弁も置換した。病理にて急性期のフィブリン血栓を認めた。抗血小板薬の短期中断に起因する大動脈弁位生体弁の血栓形成の報告は稀であるため、報告する。

II-21 原発性肺動脈肉腫の一例

自衛隊中央病院 胸部外科

伊藤 直、田中良昭、三丸敦洋、瓜生田曜造、湯手裕子、小原聖勇、中岸義典、熊木史幸

77歳女性。主訴は増悪する労作時呼吸困難。心エコーで肺動脈内に浮遊する巨大な血栓を疑う像を認め緊急入院。CTにて両側肺動脈の血栓塞栓像と肺動脈弁近傍に肺動脈幹を閉塞しそうな巨大な血栓あるいは腫瘍を疑う像を認めた。肺血流シンチで両肺に多発欠損像、心エコーでPA圧100mmHg以上の著明な肺高血圧と症状の増悪を認めた為、肺動脈血栓内膜摘除術、肺動脈弁置換術を施行した。病理所見は肺動脈原発の肺動脈肉腫であった。

II-22 Budd-Chiari症候群を呈したペースメーカー感染の一例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

浦下周一、高野 環、藤井大志、大橋伸朗、駒津和宜、寺崎貴光、和田有子、瀬戸達一郎、福井大祐、天野 純

症例：53歳男性。毛嚢炎を契機としたペースメーカー感染のため入院。IVC造影にてIVCはCS合流直上で閉塞し、Budd-Chiari症候群を呈していた。Child Bの肝硬変も合併しており、エキシマレーザーでA lead抜去。V leadは強固な癒着を認め抜去不可能であったため手術を施行した。隔壁は炎症を契機に引き込まれた右心房壁で、隔壁をIVC方向に切開し自己心膜を用いて閉鎖した。

II-23 上大静脈症候群の一症例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

岡田至弘、井口 篤、上部一彦、朝倉利久、中嶋博之、小池裕之、森田耕三、神戸 将、高橋 研、池田昌弘、高澤晃利

患者は35歳女性。2010年7月、顔面浮腫、呼吸困難を発症。翌年3月、上大静脈症候群の疑いで当院紹介受診。CTで上大静脈狭窄を認めたが、症状は安定していた。精査で結核や腫瘍の可能性も示唆されたが、確定診断はつかなかった。9月、呼吸困難増悪し、CTで上大静脈から両側腕頭静脈の完全閉塞認め、緊急入院した。同月、上大静脈人工血管置換術を施行。上大静脈は血管壁が肥厚し閉塞していた。術後に症状は改善した。

II-24 AR+MR+TRを伴った左室瘤症例に対する1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

加藤 香、山本和男、三村慎也、高橋 聡、若林貴志、杉本 努、吉井新平

73歳女性。20年前より左室瘤にて内科的治療を継続。2008年VT出現にてICD植込み施行。2011年5月より胸痛及びVT発作が頻回となりNYHA III<sup>o</sup>となった。UCGにてLVDd/Ds 70/56mm、AR(mod)、MR(mod)、TR(mod)、EF 20-30%、LVGにてLVEDVI 173.0、ESVI 111.6ml/m<sup>2</sup>。LV拡大と心不全の増悪が認められ、2011年8月左室形成術+乳頭筋近接+AVR+MAP+TAPを施行。術後はEF約30%、LVDd/Ds 57/51mmで、自覚症状は改善し、軽快退院となった。

II-25 脳梗塞で発症した乳頭状線維弾性腫の一例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

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

症例は66歳女性。3年前に左上肢脱力の既往あり。今回は一過性の左上肢まひと呂律障害で入院となる。脳MRIで右前頭葉皮質下と右被殻に新鮮梗塞像を、塞栓源検索で行った経食道エコーで左房内腫瘍を認めた。手術で左心耳入口部に付着する1.5cm大の無色透明で綿帽子状の腫瘍を切除し、病理検査で乳頭状線維弾性腫と診断された。左房壁に生ずる乳頭状線維弾性腫は少なく、診断に経食道エコーが有用であった。

II-26 CABG術後のchronic expanding hematomaにより心不全をきたした一例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

桜井祐加、北中陽介、小野裕國、遠藤 仁、永田徳一郎、千葉 清、大野 真、村上 浩、近田正英、阿部裕之、西巻 博、幕内晴朗  
症例は64歳男性。18年前に他院で冠動脈バイパス術の既往あり。2011年3月、左上肢皮下腫瘍切除目的にて当院整形外科に紹介となった。術前検査にて左室に接し圧排する腫瘍を認めた。NYHA 2度の心不全症状を認めたため、当科紹介となりchronic expanding hematomaと診断した。左開胸下に心嚢内血腫除去および心外膜部分切除を施行した。術後心機能は改善した。

Ⅱ-27 FDG-PETで偽陽性を呈した食道平滑筋腫の1例  
獨協医科大学病院 第一外科  
上野 望、中島政信、志田陽介、菅原 学、角田美也子、加藤広行  
症例は85歳男性。検診で胃体上部小彎に粘膜不整を指摘され当院消化器内科受診。上部消化管内視鏡検査で胸部中部食道に40mm大の粘膜下腫瘍を認め当科紹介となった。生検で平滑筋種の診断であったが、FDG-PETにて同部にSUV Max=7.99の集積を認めたため、悪性病変を疑い胸腔鏡補助下食道粘膜下腫瘍切除術を施行した。摘出標本の病理診断でも平滑筋種の診断で悪性所見は認められなかった。FDG-PETで偽陽性を示す食道平滑筋腫の報告は稀であるため、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-29 食道癌術中神経モニタリングにて術後反回神経麻痺を予測し得た一例  
東京慈恵会医科大学 消化器外科  
湯田匡美、西川勝則、松本 晶、谷島雄一郎、佐々木敏行、山本世怜、青木寛明、矢野文章、三森教雄、小村伸朗  
症例は胸部食道癌にて開胸食道切除再建した患者。術中に神経刺激装置を用いて両側反回神経の活動性を評価した。胸腔内の左反回神経周囲リンパ節郭清後に同神経刺激による反応の消失が認められた。術後、抜管直後の内視鏡観察にて左声帯不全麻痺が認められた。術中反回神経モニタリングによって声帯麻痺を予測し得た一例を報告する。

Ⅱ-28 短食道・食道狭窄をともなった逆流性食道炎術後Barrett食道癌に至った1例  
1 東京慈恵会医科大学 消化管外科  
2 同 外科学講座  
矢野文章<sup>1</sup>、小村伸朗<sup>1</sup>、坪井一人<sup>1</sup>、柏木秀幸<sup>1</sup>、矢永勝彦<sup>2</sup>  
症例は60歳代、男性。2006年8月より逆流性食道炎にて他院通院中であった。2010年1月頃よりつかえ感を自覚し改善しないため紹介となった。滑脱型食道裂孔ヘルニア、短食道、食道狭窄を伴ったLos Angeles分類Grade Dの食道炎を認めた。計7回の内視鏡的バルーン拡張術の後、腹腔鏡下Toupet噴門形成術を施行した。術後食道気管支瘻を認めたが、絶飲食ならびにPEGからの経腸栄養にて瘻孔は自然閉鎖した。外来経過観察中再度食道狭窄をきたし、体重が24kg減少したため初回手術から16ヶ月後に非開胸食道抜去術を施行した。病理組織検査でBarrett食道癌と診断された。

Ⅱ-30 食道癌リンパ節転移(N4)に対して化学療法を施行し根治手術可能となった一例  
群馬大学 大学院 病態総合外科学  
大曾根勝也、猪瀬崇徳、宮崎大悟、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  
【症例】71歳男性。食道癌UtMt、type3、cT3N4(No.104L、106tL、8a、11p)M0、cStageIVaに対し化学療法施行(ドセタキセル+ネダプラチン+5-FU)。2コース後の評価でリンパ節は著明に縮小、局所は残存。CT-cTON0M0の術前診断で根治手術を施行。術後病理診断ではpT1bN0M0-pStageIであった。化学療法が著効し根治手術可能となったN4食道癌の一例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。

## 15:30~16:02 心臓 その他 3

座長 鬼頭 浩之 (千葉県循環器病センター心臓血管外科)

### Ⅱ-31 感染巣同定にPETが有用だった慢性経過のペースメーカー感染の一例

国立国際医療研究センター 心臓血管外科

寺川勝也、保坂 茂、福田尚司、秋田作夢、藤岡俊一郎

症例は64歳男性。洞不全症候群で2005年に近医でペースメーカー植込み後、ジェネレーター部感染から2007年に大胸筋下ジェネレーター再植込み術を施行、その後もアモキシリン内服で消退する不明熱を繰り返した。CRP=0.14、血液培養陰性で、UCGでリード沿いの三尖弁付近に異常構造物を認め、PETでは同部位のみ陽性。ペースメーカー感染の診断で開心的に摘除、CNS陽性だった。診断および治療方針決定にPETは有用だった。

### Ⅱ-33 内視鏡ガイドにて左室心尖部腫瘍を切除した一例

平塚市民病院 心臓血管外科

小田桐重人、井上仁人、鈴木 暁

症例は79才女性。回転性めまい、狭心症発作などの出現あり精査。心臓超音波検査にて3×1cm大の有茎性の可動性腫瘍を指摘された。腫瘍は左室心尖部に存在し、直視下では視野展開が困難なため、経僧帽弁的に内視鏡ガイド下に内視鏡鉗子を用いて切除した。腫瘍は左室乳頭繊維腫であった。経過良好で13病日に退院。術後30ヶ月間再発を認めなかった。視野確保が困難な左室心尖部腫瘍に対し、内視鏡ガイド下腫瘍切除術は良好な視野が展開可能であり、かつ正確な腫瘍切除が可能と考えられた。

### Ⅱ-32 ペースメーカー留置後リードが遅発性に右室穿通した一例

1 東京都健康長寿医療センター 心臓外科

2 東京大学医学部 心臓外科

小山紗千<sup>1</sup>、板谷慶一<sup>1</sup>、許 俊鋭<sup>1</sup>、小野 稔<sup>2</sup>

症例は87歳女性。洞不全症候群の診断で左鎖骨下静脈より右室に恒久的ペースメーカー留置を行った。術後3日目に夜間せん妄となった。術後4日目に発熱しCTにてペーシングリードの右室穿通を認めた。同日外科的にリード抜去および右室修復術を施行した。全身状態は改善し術後一か月で右鎖骨下静脈より再度ペースメーカー留置を行った。術後24時間以降のリードの心室穿通は非常にまれであり、文献的考察を加え報告する。

### Ⅱ-34 右房原発血管肉腫の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

症例は25歳男性。2011年4月に労作時呼吸苦を認め他院受診。精査にて右房を占拠する腫瘤病変による心不全と多発転移を疑われ当院に紹介となった。生検結果より血管肉腫と判明し、化学療法を開始。その後心不全は改善したが、化学療法の効果が乏しく腫瘍が嵌頓し突然死の可能性があることから、2011年8月に腫瘍切除+三尖弁置換+右房・右室再建+冠動脈バイパス術を施行した。術後経過は問題なく、15PODに内科へ転科となり化学療法を再開した。現在まで腫瘍の再発なく生存中である。

Ⅱ-35 心房中隔欠損症手術後に収縮性心膜炎をきたした一例

1 海老名総合病院 心臓血管外科

2 北里大学病院 心臓血管外科

入澤友輔<sup>1</sup>、山本信行<sup>1</sup>、井上崇道<sup>1</sup>、贅 正基<sup>1</sup>、小原邦義<sup>1</sup>、  
宮地 鑑<sup>2</sup>

症例は38歳の男性。18歳時に心房中隔欠損症の診断にて根治手術を施行。退院後に心タンポナーデとなり緊急手術を施行。24歳時に心房細動にて心臓カテーテル治療を行い、その際に収縮性心膜炎と診断された。その後、短期間に心不全を繰り返すため当院にて心膜切開術を施行。手術後は心臓の拡張障害も解消され症状の改善を認めた。開心術後の収縮性心膜炎は比較的稀とされ、発生頻度は0.2~0.3%との報告もあり、貴重な症例と考え報告する。

Ⅱ-36 僧帽弁形成術に左室流出路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、加久雄史、宮本真嘉、中島雅人、土屋幸治

59歳男性。49歳時に肥大型心筋症と診断され、55歳時に心臓超音波検査で僧帽弁後尖の逸脱を指摘された。徐々に左房径拡大し、心臓カテーテル検査で4度の僧帽弁逆流認めため、手術的に当科紹介。術前の心臓超音波検査で左室流出路の中隔心筋肥厚と僧帽弁前尖の収縮期前方運動を認め、僧帽弁形成術に併せて心筋切除を施行した。術後の検査では、僧帽弁前線の収縮期前方運動は認めなかった。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た。

Ⅱ-37 感染性心内膜炎に合併した左室仮性瘤の1例

獨協医科大学病院 心臓・血管外科

武井祐介、柴崎郁子、土屋 豪、桑田俊之、井上有方、山田靖之、  
福田宏嗣

症例は78歳女性。CLIにて右AxA-biFA bypass術を施行。約1ヶ月後より発熱と創部発赤を認め、血培からMSSAが検出された。人工血管感染と診断し抗生剤加療を開始。また入院加療中に施行したCTにて左室仮性瘤を認めた。IEに合併した左室仮性瘤と診断し左室瘤口部閉鎖及び僧帽弁形成術を施行。合併症なく術後経過良好にて退院となった。今回我々はIEに稀に合併する左室仮性瘤を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-38 自己弁温存基部置換術後1年で遅発性心タンポナーデを発症した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46歳男性。AAEの診断で2010年7月に自己弁温存基部置換術を施行。約1年後の2011年7月になって労作時の呼吸困難が出現。心エコーで心タンポナーデの診断を得たため、2011年9月に心膜剥皮術を行った。術後経過に問題なく退院となった。遅発性心タンポナーデは、時として致命的となり注意を要する合併症の一つである。術後1年を経て発症するものは比較的稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## 第 III 会場：706 (7 階)

9:00~9:48 呼吸器 悪性

座長 坂尾 幸 則 (癌研究会有明病院 呼吸器外科)

### Ⅲ-1 小脳転移を契機に発見された大細胞癌の一例

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<sup>1</sup>、白石裕治<sup>1</sup>、平松美也子<sup>1</sup>、兵庫谷章<sup>1</sup>、喜多秀文<sup>1</sup>、葛城直哉<sup>1</sup>、田中さゆり<sup>2</sup>

症例は63歳男性。めまい・嘔気を主訴に救急搬送され、脳出血として治療されたが、臨床経過から腫瘍をうたがわれ、脳腫瘍摘出術を施行された。病理検査にて転移性脳腫瘍と診断され、原発を探索したところ、右肺に1cm大の結節が発見された。部分切除により肺大細胞癌と診断され、小脳腫瘍も肺原発と診断された。現在無再発で術後補助化学療法中である。

### Ⅲ-2 小細胞癌治療後多発非小細胞肺癌を切除した1例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

西木慎太郎、村川知弘、長山和弘、佐野 厚、パンティニルマル、北野健太郎、井上雄太、此枝千尋、川島光明、中島 淳

第2回手術時73歳男性。2009年6月VATS左肺上葉部分切除、小細胞肺癌(pT1aN0M0)の診断、術後化学療法(CBDCA+VP-16)4コース施行。以後再発なく経過。2011年10月、CTで前回手術時より存在した右肺上葉GGO2病変の緩徐な拡大傾向を認め、第2・3肺癌を疑いVATS右肺上葉切除・ND2a-1郭清施行。いずれも混合型腺癌、pT1aN0M0であった。

### Ⅲ-3 右肺扁平上皮癌術後15年で左肺に小細胞癌を発生し切除した1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 臨床開発センター臨床腫瘍病理部

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

症例は83歳男性。1996年8月に肺扁平上皮癌で右肺上葉切除+リンパ節郭清を施行された(p-stageIA)。2011年2月検診で左肺異常影を指摘され、CTで左肺下葉に26mmの結節を認めた。原発性肺癌疑い(cT1bN0M0)の診断で、左肺下葉切除+リンパ節郭清を施行。病理診断は混合型小細胞癌(pT2aN0M0)であった。術後化学療法後、現在無再発生存中である。

### Ⅲ-4 同時性肺・食道重複癌に対して一期的手術を施行した1例

1 北里大学 医学部 呼吸器外科学

2 北里大学 医学部 外科学

石井 大<sup>1</sup>、中島裕康<sup>1</sup>、山崎宏継<sup>1</sup>、小川史洋<sup>1</sup>、松井哲夫<sup>1</sup>、塩見 和<sup>1</sup>、久朗津尚美<sup>1</sup>、伊豫田明<sup>1</sup>、柴田智隆<sup>2</sup>、片田夏也<sup>2</sup>、渡邊昌彦<sup>2</sup>、佐藤之俊<sup>1</sup>

同時性肺・食道重複癌に対して一期的に手術を施行した。症例は60歳代、男性。体重減少と低栄養を主訴に受診、精査にてUt、type3食道癌と診断、この時CTにて右肺中葉原発性肺癌との同時性重複癌が疑われた。根治切除可能と判断し手術を施行した。まず右開胸にて食道垂全摘と右中葉切除およびリンパ節郭清術を施行し、その後胃管を用いた胸骨後再建術を施行した。

### Ⅲ-5 同一肺葉内で異なるFDG集積を認めた多発GGOの一例

1 東京女子医科大学 呼吸器外科

2 東京女子医科大学 呼吸器内科

葭矢健仁<sup>1</sup>、村杉雅秀<sup>1</sup>、神崎正人<sup>1</sup>、吉川拓磨<sup>1</sup>、坂本 圭<sup>1</sup>、前田英之<sup>1</sup>、和知尚子<sup>1</sup>、井坂珠子<sup>1</sup>、清水俊榮<sup>1</sup>、小山邦広<sup>1</sup>、永井厚志<sup>2</sup>、大貫恭正<sup>1</sup>

症例は74歳女性。健診で胸部異常影指摘。CTで左S1+2/S3に15/10mmのGGO。PETで左S1+2の腫瘍はSUV max 5.45の集積、S3の陰影に集積はなかった。BFSで診断が得られず。両結節とも高分化型腺癌を疑い、胸腔鏡下針生検を行い、迅速診で左S1+2の腫瘍は腺癌で、左上区切除施行。術後病理組織診断で、いずれもBACと診断された。

### Ⅲ-6 Pancoast型肺癌が疑われ集学的治療を行った扁平上皮癌の一切除例

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。背部痛を主訴に受診し、CTで右肺上葉から胸壁にかけて腫瘍影を認めた。第3肋骨の溶解像も伴っていた。気管支鏡検査を行い右B<sup>2</sup>aから腺癌が検出された。Pancoast型肺癌として術前化学放射線療法を行った。治療効果はPR。その後右肺上葉・胸壁合併切除術、縦隔リンパ節郭清(ND2a-2)を施行した。病理では腫瘍の主座が胸壁にある扁平上皮癌を認め、リンパ節転移を認めなかった。画像所見、病理所見を考察し報告する。

## 9:48~10:28 呼吸器 合併症

座長 伊豫田 明 (北里大学医学部呼吸器外科学)

### Ⅲ-7 他院での胸腔鏡下肺生検で診断がつかず4か月後に根治手術を行った肺癌の1例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器腫瘍科 呼吸器外科  
牧野 崇、櫻井裕幸、渡辺俊一、浅村尚生

71歳男性。検診で右肺下葉に2cm大の充実性結節を指摘され2011年3月他院にて診断治療目的に胸腔鏡下右肺部分切除術が3か所行われた。しかし切除標本に病変が存在せず、術後胸部CTにて肺病変が残存していたため当院受診となった。小開胸下の手術では病変は容易に触知可能であった。肺癌の診断を得た後、右肺残下葉切除を施行した(pT1bN0M0)。前回手術のステープルラインは腫瘍直上にあり術中胸水細胞診はclass3であった。

### Ⅲ-9 気管支断端瘻併発の肺全摘後膿胸に対し抗生剤+胸腔内洗浄・搔把術にて治療しえた1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 呼吸器外科

分島 良、石橋洋則、高崎千尋、藤原直之、大久保憲一

69歳男性。左上葉扁平上皮癌cT3N1M0に対し左肺全摘+心膜合併切除施行。I5PODにniveau出現、ドレナージし術後膿胸(起炎菌は緑膿菌)と診断。MEPM2g/日継続し29PODに胸腔内洗浄・搔把術を施行。CEPM4g/日に変更し43PODドレーン抜去退院。気管支断端瘻併発の肺全摘後膿胸に対して抗生剤+胸腔内洗浄・搔把術にて治療しえた一例を経験したので文献的考察をくわえて報告する。

### Ⅲ-11 肺癌術後化学療法中に発見された左房内血栓の2例

1 昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター

2 昭和大学病院 呼吸器外科

鈴木浩介<sup>1</sup>、北見明彦<sup>1</sup>、林 祥子<sup>1</sup>、玄 良三<sup>1</sup>、植松秀護<sup>1</sup>、  
神尾義人<sup>1</sup>、鈴木 隆<sup>1</sup>、門倉光隆<sup>2</sup>

今回我々は、肺癌術後化学療法(CDDP+VNR)施行中に発見された肺静脈切断断端部左房内血栓の2例を経験をした。いずれの症例も肺静脈は自動縫合器にて処理を行った。2例ともに抗凝固療法を行い、血栓の縮小を認め、現在経過観察中である。若干の文献的考察を踏まえ報告する。

### Ⅲ-8 左肺上葉管状切除後に発症した乳糜胸・心タンポナーデの1例

自治医科大学附属病院 呼吸器外科

皆方大佑、遠藤哲哉、光田清佳、藤城泰磨、山本真一、長谷川剛、遠藤俊輔

症例は63歳男性。左上大区支入口部の扁平上皮癌にて左上葉管状切除、縦隔リンパ節郭清施行。術後5日目よりドレーン排液の白濁化を認め、絶食、癒着療法を施行。術後21日目にドレーンを抜去したが、術後27日目に心タンポナーデ発症。乳糜による心タンポナーデの診断で心嚢ドレナージ施行。その後も心嚢右側に乳糜貯留あり、心嚢を右胸腔に開放。ソマトスタチン投与などを施行し、初回手術より87日目にドレーンを抜去することができた。

### Ⅲ-10 Benign Emptying of the Postpneumonectomy Spaceを認めた1例

順天堂医院 呼吸器外科

渡邊敬夫、福井麻里子、北村嘉隆、松永健志、宮坂善和、高持一矢、  
王 志明、鈴木健司

68歳男性。胸部CTで右肺門から気管分岐部に及ぶ腫瘤を認め、肺癌が疑われた。気管分岐部切除及び分岐部形成を伴う右肺全摘術を施行。術後経過良好であったが第4病日突如液面の低下認めた。気管支断端瘻、対側肺炎の所見無く、保存的加療で液面の再上昇認め12病日に退院。本症例は最近報告されたBenign Emptying of the Postpneumonectomy Spaceの一例と考えられ、報告する。

## 10:28~11:00 呼吸器 診断その他

座長 神崎正人(東京女子医科大学呼吸器センター外科)

### Ⅲ-12 末梢小型病変に対する診断で、Virtual Bronchoscopic Navigation (VBN) が有用と考えられた一手術例

東京医科大学病院 外科学第一講座

大澤潤一郎、岩崎賢太郎、加藤靖文、佐治久、本多英俊、垣花昌俊、白田実男、梶原直央、大平達夫、池田徳彦

症例は36歳女性。人間ドックのCTで右肺尖部腫瘍を指摘され受診。CT上、右S1に径12×9mm大の腫瘍陰影を認め、これに対しVBNを作成しTBLBを行ったところ炎症性肺組織が採取され、悪性所見は認めなかった。しかし画像上、肺癌を否定できず右上葉切除術を施行したところ、術後病理は炎症性偽腫瘍であった。VBNは小型病変に対する診断に有用であると考えられた。

### Ⅲ-14 鈍的外傷による中葉気管支断裂の一手術例

慶應義塾大学病院 呼吸器外科

橋本浩平、大塚崇、後藤太一郎、安樂真樹、河野光智、泉陽太郎、堀之内宏久、野守裕明

症例は47歳男性。既往歴なし。工事現場で8mの高さから落下し救急搬送された。右緊張性気胸の診断で胸腔ドレーンを挿入し、呼吸不全に対し人工呼吸管理を開始した。他に、多発肋骨椎体骨折・右肩甲骨骨折・右第五指開放骨折を認めた。翌日、右肺の虚脱と著明なエアリークが続くため、気管支損傷を疑い緊急手術を行った。右中葉気管支が断裂しており、中葉切除を行った。術後は呼吸不全が遷延したが改善し、術後20日目にリハビリ病院に転院した。

### Ⅲ-13 フックワイヤーを用いたCTガイド下マーキングにて脳空気塞栓を認めた2例

財団法人癌研究会有明病院 呼吸器外科

仲田健男、文敏景、五米厚生、上原浩文、坂尾幸則、奥村栄、中川健

症例1:71歳、男性。右上葉の腎癌肺転移に対しCTガイド下マーキングを施行。直後に意識混濁、構語障害が出現。頭部MRIにて右小脳半球梗塞と診断した。症例2:63歳、男性。右上葉の直腸癌肺腫転移。同処置直後に意識低下、左上肢麻痺が出現。虚血後痙攣により呼吸停止となり緊急気管切開後に人工呼吸器管理とした。頭部CTにて右大脳半球にairを認めた。いずれも保存的治療にて症状消失し予定手術を実施できた。

### Ⅲ-15 著明な変位を伴った肋骨骨折に対して肋骨固定術を施行した一例

前橋赤十字病院

井貝仁、上吉原光宏、永島宗晃、大滝容一

当院では外傷に伴った多発肋骨骨折に対して積極的に肋骨固定術を施行している。症例は70歳、女性。自動車事故による右多発肋骨骨折で当院に搬送された。胸郭動揺は認めなかったが、胸壁の変形は著明であった。受傷11日後、全身麻酔下に肋骨固定術を施行した。骨折部位が前腋窩線近傍であったため、前方腋窩切開でアプローチした。CTで変位が著明であった第2-5肋骨の骨折部位を確認し、rib staplerを用いて固定した。手術時間は90分、出血量は20gであった。術後、胸郭の変形は改善された。

## 11:00~11:40 呼吸器 良性その他

座長 原田 匡彦 (都立駒込病院 呼吸器外科)

### Ⅲ-16 横隔膜腫瘍術後に発症した横隔膜ヘルニアの一例

東海大学医学部外科学系呼吸器外科学

生駒陽一郎、今村奈緒子、渡邊 創、古泉貴久、中川知己、増田良太、吉野和穂、濱本 篤、岩崎正之

症例は60歳女性、前医で左横隔膜腫瘍切除後徐々に左横隔膜が挙上、約4カ月後嘔吐のため入院となる。左横隔膜ヘルニアが疑われ当院転院となった。CTで左横隔膜から胃、脾臓、腹腔内脂肪組織の胸腔内への脱出を認めた。左横隔膜ヘルニアに対し左横隔膜修復術を施行した。横隔膜と周囲の癒着を剥離し脱出臓器を腹腔内に戻した後、横隔膜欠損部を合成非吸収糸で水平マットレス縫合し修復した。術後症状改善し退院となった。

### Ⅲ-17 診断に苦慮した横隔膜ヘルニアの一例

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】診断に苦慮した横隔膜ヘルニアの一例を経験したので報告する。【症例】68歳女性、レントゲン検診で異常を認めた。胸部CT、MRIで右横隔膜に接する22×25mmの境界明瞭で肺外発生と思われる肺腫瘍を認めた。右横隔膜腫瘍を疑い胸腔鏡下腫瘍切除術を行ったが、横隔膜ヘルニアであった。【まとめ】右側の横隔膜ヘルニアは比較的稀であり報告例も少ない。若干の文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-18 咯血を来した肺子宮内膜症の1切除例

1 東邦大学医療センター大森病院 呼吸器外科

2 東邦大学医療センター大森病院 病院病理

大塚 創<sup>1</sup>、秦 美暢<sup>1</sup>、佐藤史朋<sup>1</sup>、高橋祥司<sup>1</sup>、若山 恵<sup>2</sup>、  
渋谷和俊<sup>2</sup>、高木啓吾<sup>1</sup>

症例は21歳女性。流産・人工妊娠中絶の既往あり。2011年5月咯血を主訴に前医受診。胸部CTで右肺中葉に小結節と浸潤影を認めしたが、2ヶ月後の再検では嚢胞性病変を残し浸潤影は縮小した。その間も月経に伴って咯血・血痰を繰り返すため同年8月当院紹介受診した。肺子宮内膜症を疑い、9月CTガイドマーキング下に右肺中葉部分切除術を施行した。切除標本で子宮内膜組織を確認し、異所性子宮内膜症と診断した。

### Ⅲ-19 胸腔ドレーンの排液がなく出血量が推定困難であった自然血気胸の1例

東京通信病院 呼吸器外科

水谷栄基、中原和樹、宮永茂樹、吉屋智晴

症例は22歳男性。既往歴は小児喘息のみ。以前に胸痛なし。起床時に左胸痛を自覚し、翌日に受診。自然気胸と診断した。肺の虚脱が中等度であり、胸腔ドレーンを留置。翌朝に起立性低血圧様症状あり。ドレーン留置後から排液はなかったが、レントゲンで左胸腔内に多量の液体貯留を認め、緊急手術を施行した。胸腔鏡下に約2リットルの血腫を除去すると、胸壁部の新生血管から出血が持続していた。胸腔ドレーンからの排液が少ない場合でも、胸腔内出血は注意すべきと考えられた。

### Ⅲ-20 喘息発作を契機に急速増大した肺嚢胞の1切除例

1 公立昭和病院

2 順天堂大学医学部 呼吸器外科

前屋舗龍男<sup>1</sup>、山口浩和<sup>1</sup>、照屋正則<sup>1</sup>、上西紀夫<sup>1</sup>、高持一矢<sup>2</sup>、  
王 志明<sup>2</sup>、鈴木健司<sup>2</sup>

55歳女性。COPD、気管支喘息で経過観察中に右自然気胸を発症、胸腔ドレナージのみで軽快。数日後に感冒症状とともに気管支喘息発作を来し、CTで中葉肺嚢胞増大。日単位で嚢胞は巨大化し右中下葉を圧排、酸素化が保てず、緊急手術施行。中葉発生の広基性のブラが巨大化し、右中葉切除を施行。術後呼吸状態は著明に改善。気管支喘息発作によるチェックバルブによって既存の肺嚢胞が巨大化したものと考えられた。

学生発表

Ⅲ-21 Well Differentiated Fetal Adenocarcinoma (W DFA) の  
1 切除例

1 順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

2 順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科

中村 央<sup>1</sup>、北村嘉隆<sup>1</sup>、上野泰康<sup>1</sup>、尾泉広明<sup>1</sup>、鈴木未希子<sup>1</sup>、秦 一倫<sup>1</sup>、  
渡邊敬夫<sup>1</sup>、福井麻里子<sup>1</sup>、松永健志<sup>1</sup>、宮坂善和<sup>1</sup>、高持一矢<sup>1</sup>、王 志明<sup>1</sup>、  
林大久生<sup>2</sup>、鈴木健司<sup>1</sup>

63歳男性。検診を契機に、右肺上葉のすりガラス状陰影と右S9  
の結節を指摘、気管支鏡にて精査するも確定診断に至らなかった。  
経過観察中に右S9の結節の増大を認めため、診断かつ治療目的  
に右肺上葉部分切除術及び右肺下葉切除を施行し、術後第6病日に  
軽快退院した。病理診断の結果、右S9結節はW DFAと診断された。  
W DFAは稀な病理所見であり報告する。

学生発表

Ⅲ-23 胸腔鏡下ニ窓法手術で完全切除し得た後縦隔発生の  
Castleman病 (hyaline vascular type) の一例

1 東海大学 医学部 学生5年生

2 東海大学 医学部 外科学系 呼吸器外科学

3 東海大学 医学部 基盤診療学系 病理診断学

村田奈緒子<sup>1</sup>、今村奈緒子<sup>2</sup>、生駒陽一郎<sup>2</sup>、渡邊 創<sup>2</sup>、古泉貴久<sup>2</sup>、  
小倉 豪<sup>3</sup>、中川知己<sup>2</sup>、吉野和穂<sup>2</sup>、増田良太<sup>2</sup>、濱本 篤<sup>2</sup>、  
中村直哉<sup>3</sup>、岩崎正之<sup>2</sup>

Castleman病は比較的稀な疾患とされている。今回我々は、55歳女  
性で右胸痛と背部痛を主訴とした後縦隔発生のcastleman病hya-  
line vascular typeの一切除例を経験したので報告する。

学生発表

Ⅲ-22 右VATSアプローチによる左気管支支リンパ節 (#4  
L) 摘出術

筑波大学 呼吸器外科

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

67歳女性。既往歴に肺結核に対する標準開胸下左肺S3区域切除術。  
CTで#4Lリンパ節が孤立性に腫大し、EBUS-TBNAから小細胞癌  
と診断された。原発不明縦隔リンパ節癌の診断で摘出の方針となっ  
た。既往から左肺門部の癒着を推定し、右VATSアプローチを選択  
した。気管支支心嚢靱帯を切離し左右主肺動脈を尾側に見ながら  
気管前方から#4Lを2個摘出した。術後経過は良好で1つの#4L  
のみ小細胞癌と診断された。

## 13:34~14:30 呼吸器 良性

座長 大平達夫（東京医科大学外科一講座）

### Ⅲ-24 肺結節影で発見された肺アミロイドーシスの一例

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病理診断科

3 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科

鎌田稔子<sup>1</sup>、藤原大樹<sup>1</sup>、飯田智彦<sup>1</sup>、高橋好行<sup>1</sup>、石橋康則<sup>2</sup>、

西原弘治<sup>2</sup>、廣島健三<sup>3</sup>、柴 光年<sup>1</sup>

67歳女性。胸部異常影を指摘され、当科紹介。胸部CT検査で右中葉に結節影を認め、2年前と比較し増大傾向にあった。気管支鏡下に生検を施行するも確定診断得られず、手術施行。病理組織検査で肺アミロイドーシスの診断となった。結節型肺アミロイドーシスは日常臨床であまり遭遇しない、低頻度な疾患である。文献的考察を加え、報告する。

### Ⅲ-26 腹部大動脈より異常血管流入を認めた肺葉内肺分画症の1例

1 自衛隊中央病院 胸部外科

2 防衛医科大学校呼吸器外科

小原聖勇<sup>1</sup>、中岸義典<sup>1</sup>、田中良昭<sup>1</sup>、三丸敦洋<sup>1</sup>、伊藤 直<sup>1</sup>、瓜生田曜造<sup>1</sup>、尾関雄一<sup>2</sup>

症例は49歳男性。健康診断の胸部X線で鏡面形成を伴う嚢胞性病変を指摘された。CTで右肺S10に多房性嚢胞領域があり、同領域に流入する腹腔動脈起始部近傍から分岐した異常血管を認めた。気管支内腔に異常所見なし。肺葉内肺分画症の診断で手術適応とした。肺動脈内の異常血管を切断し右肺下葉切除術を実施した。病理所見で多房性嚢胞領域は線毛円柱上皮に覆われた拡張気管支様構造からなり異常血管は弾性動脈であった。

### Ⅲ-28 肺MALTリンパ腫との鑑別を要したnodular lymphoid hyperplasia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

西村みずき、堀尾裕俊、鈴木繁紀、羽藤 泰、原田匡彦

症例は50歳代男性。職場検診にて左胸部異常影を指摘され、当院紹介。CTにて左S8aに1.3cm大の結節性病変あり、経気管支生検では確定診断に至らず。PET/CTではSUVmax 1.7とわずかなFDG集積を認めた。肺癌が否定できないためVATS生検施行、術中迅速診断はリンパ増殖性疾患であり、部分切除で終了した。永久標本ではMALTリンパ腫との鑑別を要したが、遺伝子解析や免疫染色の結果からnodular lymphoid hyperplasiaと最終診断された。

### Ⅲ-30 血管炎、気管支結石を合併した気管支拡張症の1切除例

1 国立病院機構東京病院呼吸器疾患センター外科

2 臨床検査科病理

日野春秋<sup>1</sup>、竹内恵理保<sup>1</sup>、上野克仁<sup>1</sup>、蛇澤 晶<sup>2</sup>、中島由槻<sup>1</sup>

症例は66歳、女性。1か月続く発熱を主訴に当院紹介となった。胸部レントゲン写真、胸部CTから左肺下葉気管支拡張症と診断され、抗生剤を開始したが、感染コントロールがつかず、当科紹介となった。手術適応と判断し、左肺下葉切除+気管支断端助間筋弁被覆術を施行した。術後は肺炎を併発し、人工呼吸管理を要したが、63POD退院となった。病理組織学的には著明な気管支拡張像、膿の貯留に加え、気管支結石と血管炎を伴っていた。

### Ⅲ-25 左肺底動脈大動脈起始症の一切除例

JR東京総合病院 呼吸器外科

山名隼人、北野健太郎、田中真人

症例は無症状の60歳、男性。高血圧フォロー中の胸部CTで左肺下葉に腫瘍性病変を指摘された。大動脈造影で胸部下行大動脈から分岐し左肺底区に流入する異常動脈を認め、肺動脈造影では左肺底動脈は欠損していた。気管支鏡検査では気管支の分岐に異常を認めなかった。左肺底動脈大動脈起始症と診断し、左肺下葉切除術を施行した。異常動脈は直径10mmで下行大動脈から肺動脈内を蛇行し左肺底区に流入した。また左肺動脈より左肺底部に流入する細い枝を認めた。文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-27 部分肺静脈還流異常を合併した先天性気管支閉鎖症の成人の1手術例

国立療養所西新潟中央病院 呼吸器外科

岡田 英、渡辺健寛

35歳女性。咳と発熱で受診し胸部異常影を指摘され当院を紹介受診した。CT上右S1に5cm大の液体貯留のある嚢胞状病変を認め、肺膿瘍か感染性肺嚢胞が疑われ抗菌薬を開始したが液体は増加した。精査で部分肺静脈還流異常を伴った気管支閉鎖症と判明し、炎症改善後に手術を施行した。上大静脈に合流するV1を切除し、右上葉切除した。嚢胞は内腔が気管支上皮に覆われ、B1は存在せず嚢胞周囲のS1領域に境界明瞭な閉塞性肺炎を認めた。術後経過良好で第8病日退院し外来経過観察中である。

### Ⅲ-29 胸水として経過観察されたsolitary fibrous tumorの1切除例

1 東京慈恵会医科大学附属柏病院外科

2 東京慈恵会医科大学呼吸器外科

宇野耕平<sup>1</sup>、秋葉直志<sup>1</sup>、丸島秀樹<sup>1</sup>、森川利昭<sup>2</sup>

症例は72歳の女性。肝臓精査目的で紹介され、胸部異常陰影を指摘された。自覚症状はなく、以前の胸部レントゲンで右胸水と診断されていた。増大傾向あり、慢性膿胸、腫瘍が鑑別診断と挙げられ、精査目的で鏡視下手術を試行した。腫瘍は右下葉から懸垂しており、大きさは9×7cmで、鏡視下で切除した。切除標本の病理検査の結果、solitary fibrous tumorと診断した。術前診断に苦慮したsolitary fibrous tumorの1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## 15:30~16:02 呼吸器 縦隔・胸壁 1

座長 増田良太 (東海大学呼吸器外科学)

### Ⅲ-31 腫瘍部位診断に難渋した巨大神経鞘腫の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、石橋洋則、藤原直之、分島 良、大久保憲一  
35歳女性。検診の胃透視で胸部から腹部にかけての腫瘤を指摘された。CTで胸椎左側、横隔膜位に長径11cm腫瘍を認めた。横隔膜との位置関係は不明瞭、胸腔内・腹腔内どちらの可能性も考えられた。PETで、腫瘍辺縁にSUVmax1.4の淡い集積を認めた。血管造影で、腫瘍が肋間動脈支配であることを確認し、胸腔発生と考えると腫瘍摘出術を行った。腫瘍は後縦隔に位置し、横隔膜を強く圧排していた。癒着は軽度で、胸腔鏡下に摘出可能、病理診断は神経鞘腫であった。

### Ⅲ-33 左胸腔内に巨大腫瘤を形成したCellular Schwannomaの1切除例

聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科  
新明卓夫、多賀谷理恵、安藤幸二、望月 篤、栗本典昭、中村治彦  
症例は41歳の女性。労作時の呼吸困難を主訴として他院受診し、左肺の異常影を指摘された。当科初診時の胸部CTでは、左胸腔背側に大きさ14×10×10cmの雪だるま形の腫瘤を認めた。画像上は神経原性腫瘍や孤立性線維性腫瘍が疑われた。後側方切開で開胸、切除したところ、腫瘍断面は黄色充実性で、内部に血液貯留部分を認めた。組織像は、異型性の軽度な好酸性紡錘形細胞が一部storiform patternを形成し、病理診断はcellular schwannomaであった。

### Ⅲ-32 肺癌に対するVATS手術1年後にVATS創に発症した胸壁desmoidの1例

1 栃木県立がんセンター 呼吸器外科  
2 栃木県立がんセンター 病理  
松隈治久<sup>1</sup>、鈴木晴子<sup>1</sup>、中原理恵<sup>1</sup>、五十嵐誠治<sup>2</sup>  
76歳男性。左肺S1+2の増大する小結節に対し2005年にVATS左S1+2区域切除術施行。小結節は野口分類type Cの肺腺癌であった。術後1年目のCTにてVATSのアクセスポートにあたる第4肋間の胸腔側に凸レンズ状の37×17mm大の腫瘤が指摘された。3ヶ月後のCTにて52×20mmに増大が認められた。CTガイド下針生検にてデスマイド腫瘍と診断し、第4-6肋骨を含む胸壁切除を施行。胸壁切除後4年6ヶ月現在無再発生存中である。

### Ⅲ-34 巨大な縦隔内甲状腺腫の1例

1 獨協医科大学 呼吸器外科  
2 水戸中央病院  
荻部陽子<sup>1</sup>、西村嘉裕<sup>2</sup>  
全縦隔腫瘍および甲状腺腫手術例のなかでも稀な縦隔内甲状腺腫を経験した。症例は75歳、男性。検診で胸部異常陰影を指摘された。CTで甲状腺左葉下極から中縦隔に至る12cm超の巨大な腫瘤を認めた。周囲への浸潤傾向はなかったが、圧排により気管は右に偏位・狭窄し、体位変換による呼吸困難があった。胸骨正中切開に前方切開を加え、腫瘍摘出術を施行。診断は胸骨下甲状腺腫であった。文献的な考察も含め報告する。

Ⅲ-35 長期経過観察中に感染を合併した胸腺嚢胞の一手術例  
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、中野智之、柴野智毅、眞木 充、手塚憲志、遠藤俊輔  
63歳男性、2006年に7.8cm大の右前縦隔嚢胞を指摘、2008年に10cmと増大傾向を認め、経過観察希望。2011年9月に発熱、右胸水貯留を認め、感染性縦隔嚢胞に伴う胸膜炎と診断、緊急手術。側方開胸でアプローチ、前縦隔に壁肥厚を伴う感染性嚢胞を認め、右肺中葉を著明に圧排。右肺中葉とともに嚢胞を切除、術後経過良好。病理診断で嚢胞は胸腺由来と考えられた。感染を合併した胸腺嚢胞は稀と考え、報告する。

Ⅲ-37 上大静脈合併切除を施行した浸潤型胸腺腫の一例  
東京慈恵会医科大学呼吸器外科  
山下 誠、森 彰平、浅野久敏、平野 純、神谷紀輝、尾高 真、森川利昭  
症例は57歳男性、胸部造影CT上前縦隔右側に突出する軟部組織腫瘤を認め上大静脈から右房を圧排していた。手術はまず胸腔鏡下に迅速組織診断を行い切除可能と判断し、左側臥位のまま右側方切開で開胸。腫瘍は心膜と上大静脈、肺の一部に浸潤していた。縦隔腫瘍および胸腺脂肪嚢摘出、右肺合併部分切除、心膜および上大静脈合併切除、ゴアテックスパッチ再建を施行した。病理結果はThymoma TypeB3、pT3N0M0StageIIIであった。

Ⅲ-36 右開胸でアプローチし、上中葉+心膜合併切除で摘出し得た胸腺癌の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  
59歳男性。胸痛を主訴に近医受診。胸部CTで縦隔腫瘍を指摘され紹介。境界明瞭で90mm大の腫瘍。CYFRA4.2と上昇。右後側方切開第5肋間で開胸し、腫瘍とともに右上中葉+心膜横隔神経合併切除+リンパ節郭清術+心膜シート再建を施行した。肺・心膜への浸潤を認め、リンパ節転移なし。組織学的に胸腺癌(大細胞神経内分泌癌)と診断した。稀な腫瘍であるため手術ビデオを供覧し報告する。

Ⅲ-38 胸骨正中切開後に施行した胸腔鏡下胸腺全摘術の1例  
虎の門病院 呼吸器センター外科  
廣野素子、河野 匡、藤森 賢、一瀬淳二、原野隆之  
症例は63歳の女性。既往歴に胸骨正中切開アプローチでASDの手術歴(33歳時)あり。胸部CT上、右前縦隔に5×4.3cm大の境界明瞭な腫瘍を認め、術前診断は胸腺腫を疑った。手術は3ポート胸腔鏡下胸腺全摘術を施行した。縦隔側に軽度癒着を認めるのみであった。手術時間は82分。出血少量。病理診断は胸腺腫(WHO分類TypeB2)。  
術後はドレーンを留置せず、術後2病日に退院した。胸骨正中切開後であったが、胸腔鏡下に安全に手術を施行できた。