

第161回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2013 年 3 月 9 日（土）
会場： ホテルメトロポリタン高崎
〒370-0849 群馬県高崎市八島町 222
TEL：027-325-3311 FAX：027-325-4409

総合受付 6 階
PC 受付 うぐいす（6 階）
第Ⅰ会場 丹頂Ⅰ（6 階）
第Ⅱ会場 丹頂Ⅲ（6 階）
第Ⅲ会場 丹頂Ⅱ（6 階）
幹事会 白鷺（6 階）

会長： 金子 達夫
群馬県立心臓血管センター心臓血管外科
〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町甲 3-12

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 8:00 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】

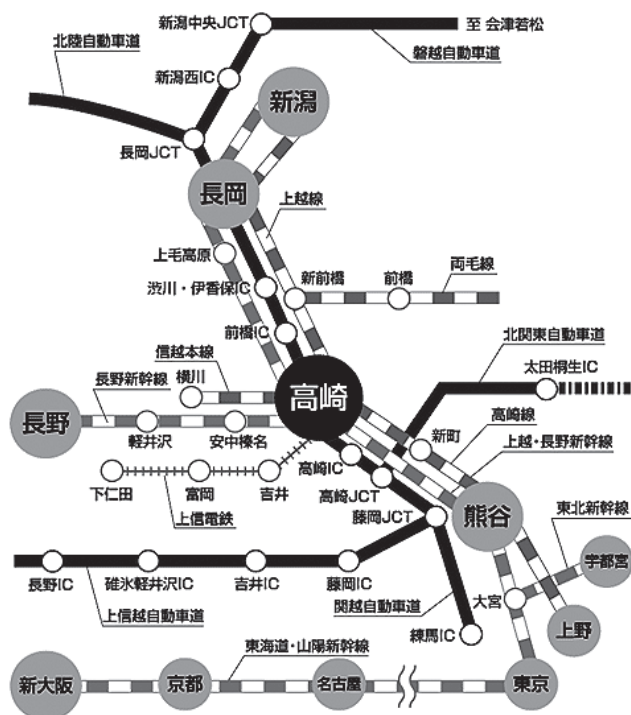
〒370-0849 群馬県高崎市八島町 222

TEL : 027-325-3311 FAX : 027-325-4409

会場周辺図



路線図



東京方面から

お車で…関越自動車道練馬 IC
～高崎 IC・藤岡 IC (約 60 分)

電車で…上越・長野新幹線
東京駅～高崎駅 (約 50 分)

新潟方面から

お車で…関越自動車道新潟西 IC
～前橋 IC・高崎 IC (約 150 分)

電車で…上越新幹線
新潟駅～高崎駅 (約 80 分)

長野方面から

お車で…上信越自動車道長野 IC
～吉井 IC (約 120 分)

電車で…長野新幹線
長野駅～高崎駅 (約 50 分)

【場内案内図】

■ホテルメトロポリタン高崎

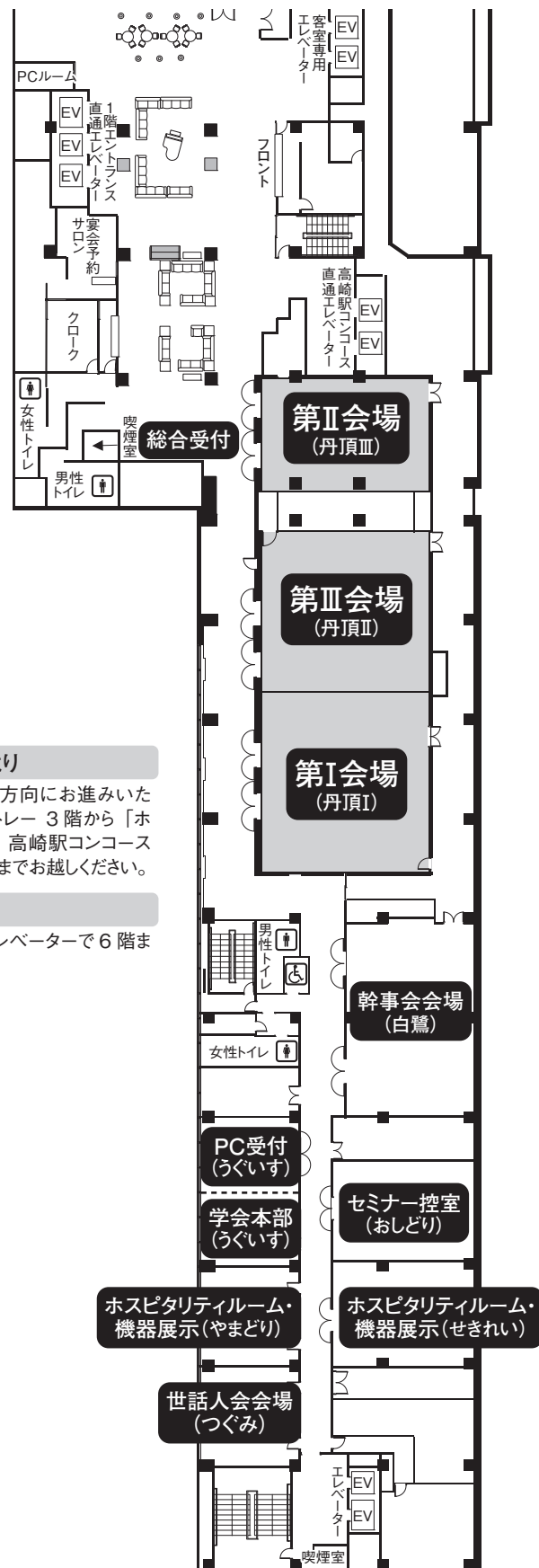
6階

JR 高崎駅改札口より

改札を出て右方向、西方向にお進みいただき、駅ビル 高崎モントレー 3階から「ホテルメトロポリタン高崎」高崎駅コンコース直通エレベーターで6階までお越しください。

1階正面玄関より

1階エントランス直通エレベーターで6階までお越しください。



第Ⅰ会場：
丹頂Ⅰ（6階）

8:25～8:30 開会式

8:30～9:18

低侵襲・血管内治療

1～6 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

9:18～9:58

大血管 1

7～11 山口 敦司

自治医科大学附属
さいたま医療センター 心臓血管外科

9:58～10:30

大血管 2

12～15 入江 嘉仁

獨協医科大学越谷病院
心臓血管外科・呼吸器外科

10:30～11:02

大血管 3

16～19 山本 和男

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

11:02～11:34

大血管 4

20～23 上西祐一郎

自治医科大学附属病院
心臓血管外科

11:39～11:49

GTCSからの報告

『GTCS impact factor獲得のために』

演者 小野 稔

（東京大学医学部附属病院 心臓外科）

11:54～12:44

ランチョンセミナー 1

『虚血性僧帽弁逆流の治療戦略』

座長 山崎 健二

（東京女子医科大学病院
心臓血管外科）

演者 小野 稔

（東京大学医学部附属病院
心臓外科）

共催：エドワーズ ライフサイエンス株式会社

12:44～12:54

名誉会員記授与式

第Ⅱ会場：
丹頂Ⅲ（6階）

8:30～9:02

冠動脈 1

1～4 稲葉 博隆

順天堂大学医学部
心臓血管外科

9:02～9:34

冠動脈 2

5～8 山田 靖之

獨協医科大学病院
ハートセンター心臓・血管外科

9:34～10:14

冠動脈 3

9～13 大林 民幸

伊勢崎市民病院
心臓血管外科

10:14～10:54

弁膜症 1

14～18 松浦 馨

船橋市立医療センター
心臓血管外科

10:54～11:34

弁膜症 2

19～23 田中 慶太

虎の門病院
循環器センター外科

10:00～10:50

世話人会（つぐみ：6階）

第Ⅲ会場：
丹頂Ⅱ（6階）

8:30～9:18

肺良性疾患

1～6 有村 隆明

長野市民病院
呼吸器外科

9:18～9:58

縦隔腫瘍（胸腺腫）

7～11 青景 圭樹

国立がん研究センター東病院
呼吸器外科

9:58～10:46

縦隔・胸壁

12～17 石橋 洋則

東京医科歯科大学大学院
呼吸器外科学

10:46～11:34

胸部外傷・合併症

18～23 上吉原光宏

前橋赤十字病院
呼吸器外科

11:54～12:44

ランチョンセミナー 2

『肺癌手術における血管処理の
基本的考え方とテクニック』

座長 清水 公裕

（群馬大学附属病院 呼吸器外科）

コメンテーター 吉田 和夫

（信州大学附属病院 呼吸器外科）

演者 渡辺 俊一

（独立行政法人国立がん研究センター
中央病院 呼吸器外科）

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

11:00～11:50

幹事会（白鷺：6階）

第Ⅰ会場：
丹頂Ⅰ(6階)

12:54~13:34

特別講演

『valve-sparing operation (仮題)』

座長 金子 達夫

(群馬県立心臓血管センター
心臓血管外科)

演者 小宮 達彦

(倉敷中央病院 心臓病センター
心臓血管外科)

共催：セント・ジュード・メディカル株式会社

13:34~14:22

学生発表

24~29 高持 一矢

順天堂大学医学部附属
順天堂医院 呼吸器外科

佐藤 泰史

群馬県立心臓血管センター
心臓血管外科

14:22~14:46

大血管 5

30~32 津田 泰利

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院 心臓血管外科

14:46~15:26

大血管 6

33~37 安藤 敬

聖マリアンナ医科大学病院
心臓血管外科

15:26~15:58

心臓 その他 1

38~41 石川 進

東京都立墨東病院
胸部心臓血管外科

15:58~16:30

心臓 その他 2

42~45 木下 修

東京大学医学部附属病院
心臓外科

16:30 閉会式

第Ⅱ会場：
丹頂Ⅲ(6階)

12:54~13:34

先天性 1

24~28 村上 新

東京大学医学部附属病院
心臓外科

13:34~14:14

先天性 2

29~33 宮本 隆司

群馬県立小児医療センター
心臓血管外科

14:14~14:54

先天性 3

34~38 岡 徳彦

北里大学
心臓血管外科

14:54~15:26

先天性 4

39~42 金子 幸裕

国立成育医療研究センター
心臓血管外科

15:26~15:58

弁膜症 3

43~46 垣 伸明

湘南東部総合病院
心臓血管外科

15:58~16:30

弁膜症 4

47~50 窪田 博

杏林大学医学部附属病院
心臓血管外科

第Ⅲ会場：
丹頂Ⅱ(6階)

12:54~13:26

食道

24~27 宮崎 達也

群馬大学大学院
病態総合外科学

13:26~14:06

周術期・合併症

28~32 江連 雅彦

群馬県立心臓血管センター
心臓血管外科

14:06~14:38

心臓腫瘍 1

33~36 今中 和人

埼玉医科大学
総合医療センター 心臓血管外科

14:38~15:10

心臓腫瘍 2・その他

37~40 高橋 徹

群馬大学
臓器病態外科学

15:10~15:50

肺悪性腫瘍 1

41~45 坪地 宏嘉

自治医科大学附属
さいたま医療センター 呼吸器外科

15:50~16:30

肺悪性腫瘍 2

46~50 増田 良太

東海大学医学部附属病院
外科学系呼吸器外科学

第Ⅰ会場（丹頂Ⅰ）

8:30~9:18 低侵襲・血管内治療

座長 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）

Ⅰ-1 Amplatzer Septal Occluder 手技中に左心房穿孔をきたし緊急手術を要した1例

1 東京大学医学部附属病院 心臓外科

2 同循環器内科

吉竹修一¹、山内治雄¹、師田哲郎¹、安藤政彦¹、八尾厚史²、

小野 稔¹

症例は42歳女性。17.7×19.3mmの二次孔欠損型心房中隔欠損（大動脈縁と上方縁欠損型）と診断。右心系の拡大あり、Qp/Qs 2.6で閉鎖適応と判断。経カテーテル閉鎖中に心タンポナーデを発症。Amplatzer septal occluder (ASO) による心穿孔の疑いで緊急手術を施行。シースまたはASO先端による左房上壁の穿孔が疑われ、心房中隔欠損パッチ閉鎖と穿孔部閉鎖を行った。ASO操作中の心穿孔合併の割合は0.1%~4%と報告されている。

Ⅰ-2 Zenith TX2にて閉鎖し得た高齢者動脈管開存症の1例

東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科

立石 渉、浅野竜太、片岡 豪、佐藤敦彦、小寺孝治郎、中野清治

81歳女性。労作時呼吸困難を主訴に受診。両側胸水貯留・下腿浮腫を伴う心不全の診断で心臓超音波検査、心臓カテーテル検査施行したところL→Rシャント率60%（Qp/Qs:2.74）の動脈管開存症を認めた。動脈管の径はCTで約9mmと閉鎖デバイス使用は困難であると考えステントグラフトによる閉鎖を施行。術後、CTと心臓超音波検査にてシャント血流の消失を確認した。Zenith TX2を使用した動脈管開存症閉鎖は本邦初であり文献的考察を加え報告する。

Ⅰ-3 感染性胸部大動脈瘤に対するTEVAR後の再発に腕頭動脈chimneyグラフト+2debranching TEVARを施行した1例

1 済生会横浜市東部病院 心臓血管外科

2 慶應義塾大学病院 心臓血管外科

飯田泰功¹、伊藤 努¹、北原大翔¹、武部元次郎¹、根本 淳¹、三角隆彦¹、志水秀行²、四津良平²

80歳男性。感染性遠位弓部大動脈瘤に対するTEVAR治療歴あり。血痰が出現したため入院。ステント中枢側に新たに瘤を認め、末梢側に大動脈の変形を認めたため、右腋窩-左総頸-左腋窩動脈バイパス+上行-腕頭動脈にchimneyグラフト（GORE EXCLUDER脚）、上行、下行大動脈にそれぞれGORE TAG、Zenith TX2を展開し、TEVARを施行。脳合併症を認めず術後12日目に退院。

Ⅰ-4 繰り返す誤嚥性肺炎、食道通過障害の精査にて発見された巨大下行大動脈瘤切迫破裂に対して準緊急TEVARが有効であった高齢者の1例

1 医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科

2 社会福祉法人三井記念病院 心臓血管外科

河田光弘¹、竹谷 剛²、森住 誠¹、末松義弘¹

87才、男性。20年前にTAAを指摘されていたが放置。最近、誤嚥性肺炎を繰り返し、GFにて食道通過障害、巨大Rokitansky憩室を認めた。CTにて下行大動脈瘤90mm切迫破裂の診断で、当院転院、準緊急TEVAR施行。endoleakなし。食道通過障害は、まだ残存しているため在宅経管栄養にて36POD独歩退院。経口摂取を目指して、食道の治療を予定している。

Ⅰ-5 完全内臓逆位に対しDebranched TEVARを施行した1例

北里大学病院 胸部外科

井上崇道、北村 律、林 秀憲、榊健司朗、柴田深雪、入澤友輔、板谷慶一、友保貴博、岡 徳彦、華山直二、鳥井晋三、宮地 鑑

症例は75歳の完全内臓逆位の女性。慢性腎不全にて60歳より透析を導入されていた。胸部レントゲンにて縦隔の拡大を認め、CT検査を施行したところ遠位弓部に48mm大の嚢状瘤を認めた。高齢の透析患者であり、ハイリスク症例と考えDebranched TEVARを施行した。近年、TEVARの使用が増えつつあるが、完全内臓逆位に対するDebranched TEVARは非常に稀と考える。文献的考察を加えるとともに症例報告とする。

Ⅰ-6 TEVARでULPを閉鎖し抗凝固治療を導入した心房細動左房内血栓合併Stanford B型急性大動脈解離の一例

東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

永瀬晴啓、志村信一郎、長 泰則、秋 顕、古屋秀和、小田桐重人、岡田公章、田中千陽、尾澤慶輔、上田敏彦

症例は62歳男性。Stanford B型急性大動脈解離に対して降圧治療を開始。未治療の慢性心房細動を合併しており、入院時CTで左房内血栓を認めた。偽腔閉塞型も下部下行大動脈にULPを認めたため、発症20病日にTEVARを施行し抗凝固治療を導入した。偽腔閉塞型のまま術後14日目に退院された。

9:18~9:58 大血管1

座長 山口 敦 司（自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科）

I-7 演題取り下げ

I-8 TEVAR 術後に腹部大動脈瘤破裂を来した重複大動脈瘤の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

西 智史、木村知恵里、由利康一、安達晃一、松本春信、山口敦司、安達秀雄

症例は80歳男性、造影CTにて62mmの弓部大動脈瘤および50mm大の腹部大動脈瘤（AAA）を認め手術目的に当科紹介となった。治療はTEVARを先行し2期的にAAAの治療を行う方針とした。TEVAR術後2週間で退院となったがその翌週に腹部大動脈瘤破裂を来し緊急手術を施行した。術後69日目リハビリテーション目的に転院となった。重複大動脈瘤の治療は常に遺残動脈瘤の破裂を念頭において注意深いフォローアップが必要である。

I-9 AAA、腸骨動脈狭小化を合併した胸部下行嚢状瘤に対し、腹部人工血管置換術と側枝アプローチでTEVARを併施した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター

長 知樹、井元清隆、内田敬二、軽部義久

症例は77歳女性。拡大傾向のある胸部下行嚢状瘤に対してTEVARの方針とした。腎動脈下AAAを合併し、両側外腸骨動脈は5mmと狭小化を認めたため、AAAをあらかじめ側枝を吻合しておいた人工血管で置換し、側枝からのアプローチでTEVARを施行した。合併症は認めず軽快した。AAAを合併し、かつアクセス困難例に対し、開腹人工血管置換術の侵襲はあるものの、TEVARを施行し得た症例を経験したので報告する。

I-10 多発外傷を伴う外傷性大動脈損傷に対して上行大動脈にアクセスルートを確保しTEVARを施行した1例

1 日本医科大学附属病院 心臓血管外科

2 日本医科大学附属病院 放射線科

鈴木大悟¹、上田仁美¹、芝田匡史¹、栗田二郎¹、渡邊嘉之¹、坂本俊一郎¹、大森裕也¹、藤井正大¹、新田 隆¹、落 雅美¹、村田 智²、田島廣之²

60歳女性。4階から転落し救急搬送。CTにて骨盤、胸椎骨折、肝脾及び右副腎損傷を合併した弓部下行大動脈損傷と診断。腹腔内多発外傷の為、開腹のリスクが高いと判断し、胸骨正中切開にて上行大動脈に11mm人工血管を吻合しアクセスルートを確保した後、ステントグラフトを順行性に留置し、救命し得た。

I-11 下肢Malperfusionを伴うA型急性大動脈解離に対し上行大動脈置換術及びTEVARにて救肢、救命し得た1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

弘瀬伸行、平野雅生、浅野宗一、林田直樹、長谷川秀臣、

梶沢政司、大場正直、鬼頭浩之、松尾浩三、村山博和

33歳男性。A型急性大動脈解離でCT上両側腸骨動脈に解離が及び閉塞していた。右鎖骨下、左腋窩動脈送血にて上行大動脈置換術を施行し、IIIb逆行であった。CPB離脱後、両側大腿動脈は虚脱し脈拍触知不良。TEEでentry付近以下下行大動脈の真腔拡張不良にて同部位にTEVAR施行。真腔拡張が得られ大腿動脈拍動良好となる。術後臓器虚血なく良好に経過中。

9:58~10:30 大血管 2

座長 入江嘉仁（獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科・呼吸器外科）

I-12 A型急性大動脈解離の術後にCompartment症候群を 発症した1例

栃木県済生会宇都宮病院

安藤知史、橋詰賢一、古泉 潔、井上慎也

症例は36歳男性。高血圧・糖尿病を指摘されていたが放置していた。A型急性大動脈解離に対して上行大動脈および左大腿動脈送血、循環停止併用にて上行大動脈人工血管置換術を施行。術翌日に左下腿の腫脹とCK60000と著明な上昇を認めCompartment症候群と診断し、緊急減張切開術を行った。急性腎不全を合併し、ただちに持続的血液濾過透析を開始した。以後術後は良好に経過し、左下腿は切断を免れ、透析も離脱し、第41病日にリハビリ目的に転院となった。

I-14 左冠動脈解離を伴った急性大動脈解離（スタンフォードA型）に対し、PCI、人工血管置換術、冠動脈バイパス術（2枝）施行した1症例

1 独立行政法人国立病院機構災害医療センター 心臓血管外科

2 同循環器内科

木村 玄¹、新野哲也¹、宇野澤聡¹、佐藤康弘²

67歳女性。意識障害にて当院救命科へ搬送。途中CPAとなったが蘇生し心電図で、左冠動脈領域のST上昇認め、IABP挿入、緊急CAGにてLMTからLAD末梢にかけて解離、真腔圧排を認め、aortographyにてAADの疑いであった。LMTからLADにステント留置後、CTにてDeBakeyI解離を認め、上行置換術とCABG（Ao-LAD（SVG）、Ao-#15（SVG））を施行した。術後第一病日、IABP抜去し、その後経過良好で退院した。

I-13 妊娠30週目に発症した急性A型大動脈解離の1例

千葉西総合病院 心臓血管外科

金森太郎、井上武彦、坂口秀仁、市原哲也

症例は42歳女性、初産婦。妊娠30週目に突然の胸痛にて発症、大動脈弁輪拡張症（基部60mm、AR3°）に伴う急性A型大動脈解離（開存型）と診断された。人工心肺使用の際のヘパリン使用に伴う子宮胎盤剥離面からの大量出血の危険性を考慮し、まず緊急帝王切開および子宮腔上部切断術を先行させ、翌日2期的に基部～上行大動脈置換術を施行した。母子ともに経過良好、患者は術後11日目に独歩退院した。

I-15 大動脈弁置換術後に発症した急性大動脈解離破裂の1症例

帝京大学医学部附属病院 心臓血管外科

池田 司、今水流智浩、原田忠宜、太田浩雄、尾澤直美、

原 真範、藤崎正之、松山重文、下川智樹

症例は65歳、女性。2011年1月、低心機能の大動脈弁閉鎖不全症に対し大動脈弁置換術を施行。2011年4月、CRT-D挿入。2012年10月、呼吸苦を主訴に循環器内科緊急入院となった。心エコー検査で左房背面に巨大腫瘍陰影を認め、造影CT検査でstanford A型急性大動脈解離破裂を認めた。緊急上行大動脈人工血管置換術と血腫除去施行した。開心術術後の急性大動脈解離発症に関し、文献的考察を含めて報告する。

10:30~11:02 大血管3

座長 山本和男（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）

I-16 縦隔腫瘍との鑑別を要した弓部大動脈感染性仮性瘤の一例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓血管外科

山城理仁、小野口勝久、田口真吾、花井 信、山崎真敬、
蜂谷 貴

74歳男性。左前胸部痛と発熱、咳嗽、喀痰を主訴に近医受診。両側胸水と心拡大を認めた為、精査施行。CT上、前縦隔腫瘍が疑われ、当院呼吸器内科紹介受診。入院時、造影CTの再検にて腕頭動脈起始部より腫瘍内に造影剤の漏出が指摘され、当科紹介、感染性仮性瘤の診断で手術を行った。手術は、軽度低体温による循環停止下に、感染瘤を切除し、自己心膜にてパッチ閉鎖を行い、大網充填し救命しえた。比較的希な症例と考え報告する。

I-18 慢性B型大動脈解離術後の感染性胸腹部大動脈瘤に対する1治験例

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、浅見冬樹、
三村慎也、吉井新平

78歳男性。1年前に慢性B型大動脈解離+遠位弓部大動脈瘤に対して上行弓部置換術を施行。1ヶ月半前より腰痛と発熱が持続し、CTで横隔膜レベルの大動脈径の急激な増大（10mm/1ヶ月）を認め、感染性胸腹部瘤が疑われた。解離腔に膿汁貯留を認め、リファンピシン浸漬人工血管を用いて大動脈および腹部分枝のin situ 再建を行い、人工血管周囲には大網を充填した。膿培養は陰性であった。術後68病日に軽快退院。

I-17 感染性弓部大動脈瘤に対し馬心膜ロールグラフトを用いて弓部置換術を施行した一例

杏林大学 心臓血管外科

稲葉雄亮、遠藤英仁、野間美緒、土屋博司、吉本明浩、
坪井文香、窪田 博

症例は79歳男性。不明熱で入院。抗生剤投与で炎症所見は改善傾向を認めた。CT上、弓部嚢状瘤および腹部紡錘状瘤を認めた。腹部紡錘状瘤は69mmより人工血管置換術を施行。感染所見は認めなかった。術後、弓部嚢状瘤の拡大、炎症所見の遷延より弓部感染瘤と診断。開腹直後で大網の使用は困難なため、3分枝付き馬心膜ロールグラフトを作成し、弓部置換術を施行。炎症所見の陰転化後、第45病日に退院。現在も感染の再燃を認めない。

I-19 上行大動脈置換術後、両側巨大大腿動脈瘤を合併した遠位弓部解離性大動脈瘤に対し手術治療を行った1例

青梅市立総合病院 胸部外科

大石清寿、染谷 毅、白井俊純、大島永久

両側大腿動脈瘤のある70歳男性。2011年6月A型大動脈解離に対し上行置換術施行。2012年5月に前胸部絞扼感を自覚。同時期より発熱と左鼠径部の腫脹、疼痛が出現し左大腿動脈瘤の感染が疑われた。CTでは上行大動脈遠位側吻合部末梢に新たな解離性大動脈瘤を認め、RFP浸漬人工血管を使用し弓部置換術および左大腿動脈瘤切除術を行った。大腿ではY型人工血管を使用し一方の側枝を送血路として利用した。術後経過は良好で感染の再燃は認めていない。

11:02~11:34 大血管 4

座長 上 西 祐一朗（自治医科大学附属病院 心臓血管外科）

I-20 上行大動脈内浮遊血栓の1例

医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

大城規和、田中正史、片山郁雄、伊藤 智、嶋田直洋、橋本和憲
84歳男性。腹膜透析導入目的で入院。入院時の心エコーにて上行大動脈内に有意で33mm大の可動性良好の紐状構造物を認めた。塞栓源となる危険性が高く緊急手術を行った。上行大動脈内を観察すると肺動脈レベルの石灰化を伴う上行大動脈後壁に付着した白色のやや硬い辺縁不整の細長い構造物を認め、茎から除去した。病理所見では、器質化した血栓に石灰沈着したものであった。術後経過良好であり上行大動脈内に異物を認めず腹膜透析を導入し自宅退院となった。

I-21 未破裂心外型 Valsalva 洞動脈瘤の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

佐藤弘隆、川人宏次、村岡 新、三澤吉雄

75歳、女性。PCIの既往があり背部痛を自覚し当院受診。心臓カテーテル検査で30mm大Valsalva洞動脈瘤を指摘。手術所見は右冠状動脈洞に20mm大の瘤口を認めた。瘤口部辺縁に3-0 Ticron糸を結節縫合で計10針かけ、径3cm大の自己心膜で裏打ちしたPTFEフェルトを用いた円形パッチで瘤入口部を閉鎖した。術後経過は順調で、術後24病日に軽快退院。Valsalva洞動脈瘤の多くは心腔内破裂症例で心腔外へ突出した未破裂例の報告は少ない。未破裂の心外型 Valsalva 洞動脈瘤を経験したので報告する。

I-22 Bentall 原法後の大動脈基部仮性瘤に re-Bentall 法を施行した1例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

山本高照、五味淵俊仁、市村 創、田中晴城、駒津和宜、
大津義徳、和田有子、寺崎貴光、瀬戸達一郎、福井大祐、
高野 環、天野 純

症例は64歳女性。AEE、ARに対しBentall原法施行29年後に大動脈基部に47mm中枢性仮性瘤を認めた。5年後57mm大に拡大したため手術施行。手術所見上仮性瘤を切開するとRCA、LCAとも人工血管からはずれていた。B-S弁は温存し1分枝人工血管にて吻合し冠動脈はPiehler法にて再建した。術後経過は良好であり、退院後仮性瘤は認めていない。

I-23 上行大動脈置換術後に生じた巨大吻合部仮性瘤の1手術治療例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓病センター 心臓血管外科

道本 智、井口篤志、朝倉利久、中嶋博之、上部一彦、
小池裕之、森田耕三、神戸 将、高橋 研、池田昌弘、
岡田至弘、高澤晃利、林祐次郎、新浪 博

70歳、女性。1999年、急性A型大動脈解離に対して他院で上行大動脈置換術施行。2012年、人工血管の近位端及び遠位端に巨大吻合部仮性瘤と大動脈弁閉鎖不全症・心不全を認めた。瘤は菲薄化し胸骨に侵食していたため循環停止下に胸骨正中切開し基部置換術、上行全弓部置換術施行した。

13:34~14:22 学生発表

座長 高 持 一 矢 (順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科)
佐 藤 泰 史 (群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科)

学生発表

I-24 急性虫垂炎から波及した感染性胸腹部大動脈瘤の1手術例

1 慶應義塾大学医学部

2 慶應義塾大学病院 心臓外科

佐々木翔一¹、志水秀行²、吉武明弘²、平野暁教²、四津良平²

67歳男性。急性虫垂炎に対する入院加療中、CTにて胸腹部大動脈瘤の急速な拡大(50mm→60mm)と瘤周囲脂肪組織濃度の上昇を認め、感染性大動脈瘤切迫破裂の診断で当院転院となった。リファンピシン浸漬グラフトを用いた準緊急胸腹部大動脈置換術、5日後に虫垂切除術を実施した。術後抗生剤加療を継続し、大動脈手術36日後に軽快退院した。虫垂および大動脈瘤の組織培養から *Bacteroides* がともに検出され、両病変の関連性が示された。

学生発表

I-26 Atypical adenomatous hyperplasia (AAH) を合併した多発肺癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

三上敬文、鈴木健司、福井麻里子、宮坂善和、北村嘉隆、

松永健志、高持一矢、王 志明

72歳男性。肺気腫経過観察のCTで全肺野にわたり多発するGGNを認めた。肺癌を疑い、手術の方針。右上葉切除及び右中葉と下葉の部分切除を行った。病理所見ではadenocarcinomaとAAHが合計38箇所検出された。内訳は置換性増殖のみからなるadenocarcinoma in situが9箇所、これよりもやや異型が弱いAAHが24箇所であった。病理学的に多発腺癌と多発AAHが認められた貴重な1例を文献的考察を加え報告する。

学生発表

I-28 超低肺機能肺癌患者に対する肺葉切除の1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

大内健弘、鈴木健司、福井麻里子、宮坂善和、北村嘉隆、

松永健志、高持一矢、王 志明

症例は72歳女性。喫煙歴は20本×35年、肺気腫経過観察中に異常影指摘された。CTで左S3に5cm大の腫瘍と肺気腫を認めた。肺癌疑いcT2bN0M0、stageIIAの診断。一秒量590mlと超低肺機能であったが、肺血流シンチで左上肺野の血流低下(4.6%)を認め、PS良好であったため、左上葉切除を施行した。完全切除。術後経過は順調で第9病日に在宅酸素療法の導入なく独歩退院となった。現在も無再発PS良好である。

学生発表

I-25 心臓神経鞘腫の1切除例

群馬大学医学部 第2外科

金子裕生、清水公裕、中野哲宏、高橋 徹、茂原 淳、

小池則匡、永島宗晃、大滝容一、竹吉 泉

症例は80歳、女性。近医の胸部X線で心陰影の拡大を指摘され当科紹介。CTで心嚢内腫瘍を疑われ、CTガイド下生検を行ったが、診断がつかずに本人の希望により外来で経過観察となった。その約3ヶ月後に心タンポナーデになり緊急入院し、心嚢ドレナージ後に手術を施行した。腫瘍は約15cm大で右冠動脈の起始部近傍から発生しており、病理診断は嚢胞変性を伴った神経鞘腫であった。心臓原発の神経鞘腫は極めてまれであり、心タンポナーデの原因を含めて考察する。

学生発表

I-27 開心術後高度心拡大、HIT合併、輸血拒否症例に対する胸腔鏡下右中葉切除術

筑波大学 呼吸器外科

笹原有紀子、酒井光昭、北沢伸祐、小林敬祐、井口けさ人、

菊池慎二、鈴木久史、後藤行延、鬼塚正孝、佐藤幸夫

65歳女性。2回の弁置換術歴があり胸部X線で心胸郭比80%。抗血栓療法中だがヘパリン起因性血小板減少症(HIT)があり宗教的に輸血拒否。定期通院時に発見された右中葉肺癌に対し胸腔鏡下右中葉切除術を施行した。心嚢と中葉縦隔側の間に強固な癒着があり、剥離面の心嚢側にプレジェット付連続縫合部を認めた。右心壁閉鎖部と判断し慎重に剥離した。出血量30gで無輸血。術後25日目に軽快退院。

学生発表

I-29 3D-CT angiography and bronchographyを用いた右上葉肺動静脈変異パターンの解析

群馬大学医学部 第2外科

荒木 健、清水公裕、永島宗晃、金岡宏美、西木瑛理子、

大滝容一、竹吉 泉

胸腔鏡手術や区域切除術の普及に伴い、肺動静脈の変異パターンの理解はより重要となってきた。近年3DCTの画像解析技術が発展し、肺動静脈・気管支分岐の高精度な画像が得られるようになってきた。今回、我々は、論文チュートリアル実習の一環として、右肺上葉の肺動静脈の変異パターンとその割合について3DCT angiography and bronchographyを用いて解析したので、これまでに報告されている山下・荒井らの結果と比較検討し報告する。

14:22～14:46 大血管 5

座長 津 田 泰 利（長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院 心臓血管外科）

I-30 炎症性胸部大動脈瘤の一例

水戸済生会総合病院

中村制士、篠永真弓、倉岡節夫

寒冷時胸部圧迫感を主訴に来院した61歳男性。CTでDAA（II）が疑われ、ECG上広範囲にST低下を認め、冠動脈起始部への解離を疑い緊急手術施行。術中所見では上行大動脈壁は白色板状硬化しており、炎症性大動脈瘤を疑った。冠動脈は#1 完全閉塞、#5 99%狭窄を認め、虚血症状改善目的にLITA-LAD、RITA-RCAの2枝バイパスを施行。術後CAGでグラフトは良好に開存し20病日退院した。9ヶ月後の検査では炎症反応陰性、IgG4分画は正常値を示し、CTで若干の瘤径縮小を認めた。

I-31 気道閉塞で発症した遠位弓部大動脈瘤破裂の1症例

杏林大学病院 心臓血管外科

栃木秀一、坪井文香、野間美緒、遠藤英仁、土屋博司、

吉本明浩、池添 亨、稲葉雄亮、窪田 博

78歳女性。突然の呼吸困難、チアノーゼを呈し意識消失。緊急搬送中に意識回復。喉頭鏡で後喉咽頭巨大血管腫が疑われた。CTにて遠位弓部大動脈瘤、縦隔血腫、喉頭部腫瘍を認めた。持続する背部痛とCT所見より胸部大動脈瘤破裂と診断。同日open-stentを併用した全弓部大動脈置換術を施行。術後CTで後喉頭血腫は消失した。胸部大動脈瘤破裂による縦隔血腫の後喉頭進展による気道閉塞は極めて稀であり、文献的考察を含め報告する。

I-32 臓器虚血を伴うB型急性大動脈解離後、弓部置換術追加を要した1例

長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院 心臓血管外科

新津宏和、竹村隆広、白鳥一明、津田泰利、濱 元拓

54歳男性。臓器虚血を伴うB型急性大動脈解離に対しentry閉鎖目的の緊急TEVAR施行。臓器虚血は改善したが、エンドリーク残存し胸部下行大動脈の瘤径拡大を認めた。発症53日目に左鎖骨下動脈コイル塞栓および中枢側タッチアップを追加したが、さらに瘤径は拡大し唖声も出現したため発症84日目に弓部置換術を追加し、人工血管とステントグラフト中枢側を吻合した。術後偽腔は血栓化し瘤径の縮小傾向を認めた。

14:46~15:26 大血管6

座長 安 藤 敬（聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科）

I-33 胸部下行大動脈人工血管置換術後に胸腹部大動脈瘤破裂に対して緊急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

宮本真嘉、大貫雄一郎、飯塚 慶、中島雅人、土屋幸治

60歳男性。大動脈解離（DeBakey 3b型）発症後、胸部下行大動脈人工血管置換術施行。瘤は拡大傾向で待機手術予定。突然の左胸痛にて当院救急搬送。胸腹部大動脈瘤破裂と診断。手術は部分体外循環下に中枢側は4分枝付き人工血管と吻合。肋間動脈の再建は壁の性状悪く断念。各分枝を再建。右総腸骨動脈閉鎖しY字型人工血管左脚を左総腸骨動脈に吻合しF-Fバイパス施行し手術終了。POD26退院。重篤な合併症を認めず良好な結果を得た。

I-34 Crawford I型胸腹部大動脈瘤術中破裂に対し二期的手術を施行した一例

東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

尾澤慶輔、志村信一郎、長 泰則、秋 顕、古屋秀和、

小田桐重人、岡田公章、田中千陽、永瀬晴啓、上田敏彦

症例は73歳女性。Crawford I型胸腹部大動脈瘤に対し、一期的に人工血管置換術を行う予定で手術開始したところ、左開胸直後に上部下行大動脈瘤が破裂し下行置換術のみ施行して終了。1週間後に残存胸腹部置換分枝再建術を施行し、術後15日目に合併症なく退院された。結果として短期間の間に二期的に治療し得て良好な結果を得た。

I-35 異型大動脈縮窄症の一例

新潟県立中央病院 胸部外科

佐藤裕喜、曾川正和

症例は67歳女性。難治性高血圧にて前医で精査を受けた。複数の降圧剤内服にも関わらず上肢血圧は170/90mmHgであった。ABPIは右0.65、左0.67であり、CTで胸部下行大動脈の高度屈曲と狭窄を認めた。異型大動脈縮窄症による上肢高血圧の診断で部分体外循環下に病変部を切除して直管型人工血管で置換した。術後上肢血圧は120/71mmHg、ABPIは右0.93、左1.02と改善し対麻痺なく独歩退院した。病変部大動脈壁の病理組織学的検査では内膜肥厚は軽度であったが外膜の線維化と中膜の平滑筋細胞の減少と断裂、線維化を認めた。文献的考察を加え報告する。

I-36 第4大動脈弓離断、遺残第5大動脈弓を伴った遠位大動脈瘤の1例

東京慈恵会医科大学 心臓外科

中尾充貴、橋本和弘、坂本吉正、儀武路雄、松村洋高、

井上天宏、木ノ内勝士、成瀬 瞳

症例は51歳女性、18歳時に大動脈縮窄症の診断で大動脈パッチ形成術が施行されていた。この度胸部X線にて異常陰影を指摘され当院受診、精査にて第4大動脈弓離断、遺残第5大動脈弓を伴った遠位弓部大動脈瘤と診断し、手術を施行した。遺残第5大動脈弓は非常に稀な先天性弓部形態異常であるが、本疾患に対する精通的確な早期診断が、小児期における適切な手術方法と遠隔期合併症の回避につながると考えられた。

I-37 大動脈弓離断症に胸腹部多発性動脈瘤を合併した1例

1 東邦大学医学部外科学講座心臓血管外科学分野（大森）

2 東邦大学医療センター大森病院病理

佐々木雄毅¹、藤井毅郎¹、塩野則次¹、片柳智之¹、大熊新之介¹、

小澤 司¹、若山 恵²、渋谷和俊²、小山信彌¹、渡邊善則¹

49歳男性、脳出血で入院中、上下肢の圧格差を認めCT施行。大動脈弓離断症、胸腹部多発性動脈瘤、高度腎機能障害と診断され当院紹介受診。胸部動脈瘤は側副血行路である肩甲上動脈の分枝が瘤化し最大径50mmであった。手術は左鎖骨下動脈一下行大動脈人工血管バイパス術と胸部動脈瘤切除術を施行、圧格差は消失し腎機能は正常化した。

15:26～15:58 心臓 その他 1

座長 石川 進（東京都立墨東病院 胸部心臓血管外科）

I-38 巨大甲状腺腫瘍摘出と僧帽弁置換術を一期的に施行した一例

医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

橋本和憲、田中正史、片山郁雄、野口権一郎、伊藤 智、
嶋田直洋、湯地大輔、大城規和、白水御代

症例は甲状腺垂全摘術の既往がある76歳女性。呼吸困難を主訴に救急搬送され心エコーでSevere MRを認めた。急性左心不全により人工呼吸器管理となった。前縦隔に進展した巨大甲状腺腫瘍病変により抜管困難となったため気管切開を行った。心不全治療後に甲状腺腫瘍摘出および僧帽弁置換術を同時に行った。同時手術の報告は少なくアプローチ方法の選択に苦慮した症例を経験したので報告する。

I-40 急性肺動脈血栓症に対し、迅速な外科治療にて救命し得た一例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

飯塚 慶、宮本真嘉、中島雅人、土屋幸治

72歳女性。心窩部の不快感を主訴に倒れ、救急要請。救急隊到着時は血圧80台であったが、病着時はショック状態であった。CTにて右優位に両側肺動脈血栓を認め、肺動脈血栓症と診断した。血栓溶解療法を検討していたところ、意識レベル低下、心肺停止に。直ちに挿管、PCPS導入された。その後自己心拍再開したため、緊急で肺動脈血栓除去術施行した。直視下に肺動脈より血栓を除去し、心肺離脱後の酸素化良好であったため、PCPSもその場で抜去した。術後経過は良好であった。

I-39 漏斗胸を合併した先天性僧帽弁逸脱症に対し僧帽弁置換術とNuss法を同時に施行した一例

国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院 胸部心臓血管外科

横井育宝、上田秀保、宮崎真奈美、永峯 洋、原 祐郁、
川瀬裕志

症例は21歳女性。母にSLEの既往あり。出生時より僧帽弁逸脱を指摘されていた。今回、心エコーにて左室径の拡大を認め手術適応と判断、また幼少時より漏斗胸を認めており、同時にNuss法を施行した。まず胸骨正中切開下、僧帽弁形成術を試みるも逆流が残存、生体弁による僧帽弁置換術を施行した。続いて閉胸の前にプレートで第4肋間から胸骨後に通し、胸骨ワイヤーにて胸骨閉鎖後に胸骨を挙上した。

I-41 減量後に手術を行った高度肥満の2症例

東京都立墨東病院 胸部心臓血管外科

三島秀樹、松永裕樹、片山 康、江花弘基、伊藤 淳、
福島 愛、下園麻衣、田村温美、石川 進

症例1は32歳、男。冠動脈左前下行枝の完全閉塞症例。初診時は身長180cm、体重133kg（BMI 41）。目標体重120kg（BMI 37）に4ヶ月半で到達し、左内胸動脈—左前下行枝バイパス術を施行。症例2は75歳、女。大動脈弁狭窄症例。初診時は身長147cm、体重88.5kg（BMI 41）。目標体重80kg（BMI 37）に6ヶ月後で到達し弁置換術を施行。術後は2症例ともに抜管直後よりBI-PAPマスクを装着し良好な結果を得た。

15:58~16:30 心臓 その他 2

座長 木 下 修（東京大学医学部附属病院 心臓外科）

I-42 両心補助人工心臓装着にて救命に成功した劇症型心筋炎の一例

1 東京大学医学部附属病院 心臓外科

2 東京大学大学院 重症心不全治療開発講座

内藤敬嗣¹、木下 修¹、西村 隆²、木村光利²、近藤弘史¹、
梅木昭秀¹、許 俊鋭²、小野 稔¹

27歳女性。胸部不快感と嘔吐あり前医受診。劇症型心筋炎と診断されPCPS装着。2病日にEF 20%、3病日にEF 10%まで低下し当院へ搬送。4病日にはEF 5%以下で大動脈弁は全く開かず、同日VAD装着術施行。LVAD装着して人工心肺離脱を図ったが右心不全が顕在化したためRVADも追加。6病日より自己心機能の回復が見られ14病日にBiVAD離脱。32病日に独歩退院。

I-44 ICD植込み術後にリード感染をきたした陳旧性心筋梗塞の一例

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

三村慎也、若林貴志、岡本祐樹、杉本 努、山本和男、
吉井新平、春谷重孝

症例は52歳、男性。AMIを発症し保存的に加療、退院前にVTを認め、ICDを植込み、PCIを施行後退院するも創部に発赤、びらんを認めた。ICD本体及び心房リードを抜去したが心室リードは抜去できず、炎症反応は陰性化せず心室リードが感染源と判断、また、左心室機能不全及び左室内血栓を認めたため、ICDリード抜去、左室形成術、左室凍結アブレーション、冠動脈バイパス術を施行した。

I-43 当院で植込型補助人工心臓EVAHEARTを装着した1例

佐久総合病院 心臓血管外科

秋山 惟、濱 元拓、新津宏和、津田泰利、白鳥一明、竹村隆広
症例は40歳、男性。2001年に心不全を発症し拡張型心筋症と診断。以後入退院を繰り返し2012年3月に当院に紹介入院。INTERMACS profile3であったが移植適応と考え移植登録の手続きを進めた。その後profile2となったが、5月に東京大学の心臓移植適応検討委員会を通過。6月9日にEVAHEARTの装着を行った。術後経過は良好で、在宅療養に向けたプログラムを修了し160日目に退院。外来管理にて社会復帰を果たした。

I-45 たこつぼ型心筋症による心室中隔穿孔に対する一手術例

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 外科治療学

内山 護¹、井元清隆¹、内田敬二¹、輕部義久¹、安恒 亨¹、
長 知樹¹、梅田悦嗣¹、合田真海¹、益田宗孝²

症例は79歳、女性。呼吸困難、動悸を主訴に来院。心臓超音波検査で心尖部の壁収縮低下と左室→右室shunt flowを認めた。冠動脈造影で有意狭窄がなく、たこつぼ型心筋症に心室中隔穿孔を合併したと診断。当初Qp/Qs=1.4であったが、その後尿量減少、Qp/Qs=1.7と悪化し、第9病日に経右室的二重パッチ閉鎖法にて穿孔部を閉鎖した。

第 II 会場（丹頂 III）

8:30~9:02 冠動脈 1

座長 稲葉博隆（順天堂大学医学部 心臓血管外科）

II-1 冠動脈肺動脈瘻結紮術直後に冠攣縮性狭心症で心停止に陥った 1 例

平塚市民病院 心臓血管外科

田村智紀、井上仁人、河尻拓之、波里陽介、鈴木 暁

症例は 77 歳、女性。以前より冠動脈肺動脈瘻と診断されていた。2012 年 8 月になり胸痛が頻回となり精査で盗血現象による狭心症発作と診断した。9 月に冠動脈肺動脈瘻結紮術施行した。術後血行動態は安定していたが術後 3 時間で突然心停止に陥った。蘇生後 CAG 施行したところ 3 枝全てに著明な spasm を認めた。また POD8 には気管出血を認め、血管造影施行したところ気管支動脈への無数のシャントを認め塞栓術を施行した。その後は徐々に回復し POD31 に独歩退院した。

II-2 巨大冠動脈瘤と冠動脈肺動脈瘻に対し外科治療を行った一治験例

大和成和病院 心臓血管外科

鈴木耕太郎、菊地慶太、遠藤由樹、倉田 篤、小坂真一

症例は 77 歳、女性。以前より左前下行枝から発生する巨大冠動脈瘤と右冠動脈起始部から発生する冠動脈肺動脈瘻にて手術を勧められていたが、今回症状が増強したため手術となった。手術は人工心肺下に冠動脈瘤切除と冠動脈形成術、および異常冠動脈の結紮切離と短絡の縫合閉鎖を行った。短絡部位の同定には超音波血流計が有用であった。

II-3 左開胸再 OPCAB3 枝の 1 例

横浜市立大学 心臓血管外科

郷田素彦、嘉数彩乃、藤川善子、片山雄三、磯松幸尚、

鈴木伸一、益田宗孝

70 歳男性。動脈グラフトでの OPCAB3 枝後 8 年目に狭心症で入院。冠動脈造影 #6 100%、#11 100%、#1 100%、RITA-LAD 吻合部 90%、GEA-4PD 吻合部 90%、RCA からの側副路より #14 PL。開存している RITA を考慮し、左開胸での OPCAB を選択。第 6 肋間開胸、EncloseII を用いて SVG の Y composite graft を下行大動脈に吻合し SVG-PL-LAD と SVG-4PD の 3 枝バイパスを施行。本術式は既存グラフトを損傷せずに 3 枝バイパスを可能にする一方、on-pump へのコンバートや IABP の使用が不可能なことが課題である。

II-4 胸骨に強度癒着し剥離不能であった右内胸動脈の使用法

順天堂大学医学部 心臓血管外科

嶋田晶江、山本 平、森田照正、桑木賢次、稲葉博隆、

松下 訓、土肥静之、松村武史、大石淳実、黒田揮志夫、

天野 篤

症例 1: 64 歳男性。OPCAB2 枝。RITA は胸骨に強度癒着し一部血腫を認めた。血腫部位を切除し、RITA→free LITA→RITA にて ccomposite graft を作成し、in-situ とし PL へ吻合。症例 2: 56 歳女性。OPCAB2 枝。同様に癒着が高度で RITA に一部解離を認めた。同様に ccomposite graft を作成し PL へ吻合。術後造影にて良好な開存が確認できた。LITA 余剰部分を用い、RITA を再建し in-situ graft として使用可能であった。

9:02~9:34 冠動脈 2

座長 山 田 靖 之（獨協医科大学病院 ハートセンター心臓・血管外科）

Ⅱ-5 右冠動脈-左房瘻と僧帽弁閉鎖不全症を合併した1例
東海大学医学部附属病院 心臓血管外科
古屋秀和、長 泰則、志村信一郎、秋 顕、小田桐重人、
岡田公章、上田敏彦
42歳、男性。2012年健診で心雑音と不整脈を指摘。severe MR・左室拡大を認め紹介。TTEで左房内に流入する異常血流あり。右冠動脈起始部より著明に拡張した異常血管を認め、瘤化し隔壁を通り左房内に流入する右冠動脈-左房瘻と診断。同血管より右冠動脈本幹は分枝あり。左心系の負荷を認めたため、僧帽弁形成術および右冠動脈瘤切開閉鎖および冠動脈バイパス術（右内胸動脈-右冠動脈）を施行。術後経過は良好。先天性冠動脈瘻の稀な1例を報告する。

Ⅱ-7 完全内臓逆位、右胸心の冠動脈バイパス術を施行した一例
日本大学医学部附属板橋病院 心臓血管・呼吸器・総合外科学分野 心臓外科
八百板寛子、畑 博明、中田金一、瀬在 明、飯田 充、
吉武 勇、和久井真司、塩野元美
75歳男性。出生時より完全内臓逆位、右胸心を指摘。鏡像的解剖であること以外障害はなかった。労作時胸痛を自覚し、CAGにて3枝病変を認めた。術者は患者左側に立ち、体外循環下に右内胸動脈および大伏在静脈による冠動脈バイパス術を施行し、合併症なく術後13日目に転院。完全内臓逆位は1/5000~10000人の割合で発生し、冠動脈バイパス術施行例は稀であり、文献的考察を加えて検討する。

Ⅱ-6 完全内臓逆位、右胸心に対し冠動脈バイパス術を施行した1例
獨協医科大学病院 ハートセンター心臓・血管外科
土屋 豪、山田靖之、松下 恭、井上有方、権 重好、
桑田俊之、関 雅浩、桐谷ゆり子、福田宏嗣
77歳男性。労作時背部痛を認め受診。精査にて完全内臓逆位、LMT+3VDの診断。術前精査にて頸動脈狭窄を認め、CASを先行したが、ACSとなり準緊急CABG(LRA-#7、RRA-#12-#14、SVG-#4PD)施行。術後経過良好で軽快退院した。完全内臓逆位、右胸心に対するCABGは稀であるが、術中に術者、助手の立ち位置を変更する等の工夫をし、問題なく行う事が出来た。今回、若干の文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-8 内臓逆位を伴った、石灰化び慢性冠動脈狭窄に対し、Endarterectomyを施行した1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
林 祥子、福井寿啓、内室智也、田端 実、高梨秀一郎
症例は、内臓逆位、糖尿病の既往がある80歳女性。60歳時、前下行枝にPCIを施行した。胸部不快感を認め精査施行。LMT病変を伴う冠動脈2枝病変を認め、CABGを施行した。前下行枝はび慢性病変であり Endarterectomy と右内胸動脈による再建を行い、左内胸動脈を用いて回旋枝の血行再建を施行した。内臓逆位にCABGを施行した稀な症例であり、文献的考察を加え報告する。

9:34~10:14 冠動脈3

座長 大林民幸（伊勢崎市民病院 心臓血管外科）

Ⅱ-9 経右房アプローチで修復した心室中隔穿孔の1手術例 群馬大学 臓器病態外科学

高橋 徹、茂原 淳、小池則匡、竹吉 泉

症例は80歳、男性。1か月前から胸痛があり、10kgの体重増加があった。食欲不振が続いたため近医で消化管を精査し、盲腸癌と診断された。術前診察で心雑音を指摘されたため、当院を紹介された。陳旧性心筋梗塞（下壁）、心室中隔穿孔、三尖弁閉鎖不全症、心不全と診断され、手術となった。手術では心停止下に右房を切開し、三尖弁を通して心室中隔穿孔部を露出した。穿孔部をパッチ閉鎖し、併せて冠動脈バイパス術、三尖弁形成術を施行した。術後経過は良好で、癌手術目的で消化器外科に転科した。

Ⅱ-10 後壁梗塞に伴う心室中隔穿孔に対して右房アプローチが有用であった1例

昭和大学病院 心臓血管外科

川浦洋征、青木 淳、尾本 正、丸田一人、飯塚弘文、近藤泰之
症例は69歳男性。胸痛を主訴に前医受診し、カテーテル検査にて、右冠動脈近位部の完全閉塞、高位後壁中隔の心室中隔穿孔と診断された。呼吸状態は安定しており、循環動態を監視しながら保存的に加療し、転院23日目右房アプローチにてテフロンフェルトとウシ心膜で作成したパッチを用い、穿孔部をサンドウィッチ状に閉鎖し、術後経過は良好であった。3週間程度の保存的加療が可能な症例に対する右房アプローチによる穿孔部閉鎖は有効であった。

Ⅱ-11 二重パッチ閉鎖法による心室中隔穿孔の治験例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓病センター 心臓血管外科
林祐次郎、井口篤志、朝倉利久、中嶋博之、上部一彦、
小池裕之、森田耕三、神戸 将、高橋 研、池田昌弘、
道本 智、岡田至弘、高澤晃利、新浪 博

症例は88歳女性。急性心筋梗塞後の心室中隔穿孔の診断で緊急入院、二重パッチ閉鎖法による心室中隔穿孔閉鎖術、冠動脈バイパス術を施行した。術後、PCPS、IABPによる循環補助が必要であったが、血行動態は改善し、補助循環から離脱、歩行可能となった。心室中隔穿孔に対する手術法、二重パッチ閉鎖法による穿孔閉鎖術の考察を中心に発表する。

Ⅱ-12 VSP遺残短絡に対して術後12年で経右室パッチ閉鎖及び三尖弁置換術を施行した一例

伊勢崎市民病院 心臓血管外科

羽鳥恭平、平井英子、安原清光、大木 聡、小谷野哲也、
大林民幸

症例は64歳、男性。12年前に右冠動脈#2の急性心筋梗塞・心室中隔穿孔を伴う2枝病変に対して、1枝CABG及びInfarct exclusion法によるVSP閉鎖術を施行。術後、遺残短絡を認めたが、心不全症状なく、本人の再手術の拒否もあり経過観察となっていた。術後12年で心不全を来し、経右室パッチ閉鎖及び三尖弁置換術を施行した。術後、ペースメーカー植え込みとなったが、経過良好で第22日目に独歩退院となった。

Ⅱ-13 IE+MRとの鑑別が困難であったAMI後の重複合併症の1例

社会福祉法人恩賜財団済生会新潟第二病院 心臓血管外科

上原彰史、福田卓也、田山政雄、諸 久永

83歳男性。11月6日呼吸困難出現。心エコーで高度MR、疣贅を疑う所見を認め、急性MRによる肺うっ血と診断。CPK-MBは正常範囲内。腎不全のため冠動脈造影施行出来ず。急性左心不全、重症呼吸不全は内科的治療で改善せず、11月14日手術。僧帽弁乳頭筋は断裂し弁置換術とした。疣贅を疑う所見は虚血で断裂した乳頭筋であり培養陰性。術後心不全出現。心エコー、CTで左室後壁破裂が疑い14PL、4AVは高度狭窄。11月28日再手術。同部は左室瘤を形成し左室形成術を行った。

10:14~10:54 弁膜症 1

座長 松 浦 馨（船橋市立医療センター 心臓血管外科）

Ⅱ-14 弁輪の高度石灰化を伴う僧帽弁閉鎖不全症の症例に対しスカート付人工弁による僧帽弁置換術を施行した1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

棚澤壮樹、相澤 啓、川人宏次

症例は68歳男性。慢性腎不全のため維持透析を行っている。大動脈弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症による心不全のため手術となった。僧帽弁は、弁尖、弁輪の高度石灰化を認め通常の僧帽弁置換術は困難と判断し、テフロンシートでスカートを作成した人工弁（SJM#23）を縫着した。同時に大動脈弁置換術、三尖弁輪形成術を施行した。術後経過は良好であった。文献的考察も加え報告する。

Ⅱ-16 僧帽弁置換術22年後に発症した高度溶血を呈する人工弁周囲逆流の一手術例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

坂田朋基、茂木健司、松浦 馨、桜井 学、川村知紀、高原善治
症例は、68歳男性。平成2年、前医にてMVR(SJM29mm)+CABG(LITA-LAD)受け、定期的に外来通院していた。平成24年9月、息切れ・易疲労感生じるようになり、10月UCGで弁周囲逆流(moderate MR)と血液検査異常(Hb6.0g/dl、LDH6390IU/l、T-Bil6.3mg/dl、血清Cre2.70mg/dl)を認めたため、当院へ紹介。手術では人工弁感染(治癒期)と人工弁周囲組織の一部に欠損を認めた。再MVR(SJM27mm)施行した。文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-18 心筋梗塞後乳頭筋断裂による急性左心不全に対して緊急僧帽弁置換・冠動脈バイパス術を施行した一例

国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院 胸部心臓血管外科

上野洋資、上田秀保、宮崎真奈美、永峯 洋、原 祐郁、川瀬裕志

症例は86歳・女性。主訴は背部痛・呼吸苦。入院後心不全症状が増悪、気管内挿管となった。冠動脈造影でLCX#12:99%狭窄、左室造影でsevere MRを認め、心エコーで僧帽弁前尖の広範囲逸脱と弁下に断裂した乳頭筋と思われる可動性のmassを認めた。心筋梗塞に合併した乳頭筋断裂による急性MRと診断、同日、僧帽弁置換術(CEP25mm)並びに冠動脈バイパス術(SVG-LCX)を施行した。

Ⅱ-15 高度の弁輪石灰化を伴うMSrに対しtranslocated MVR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

片岡 豪、中野清治、小寺孝治郎、浅野竜太、佐藤敦彦、立石 渉

55歳女性、透析17年のMSr症例。PM植え込みの既往有り。全周性に強いMACを認め、後尖弁輪から左室心筋に及ぶ高度石灰化を認めた。前尖切除後、前尖弁輪部はsupraannularに、それ以外には、左房壁にstichを置いて、MVR(SJM29)を行った。人工弁は先にウマ心膜パッチとcuffを縫合したものを使用し、弁輪縫着後、ウマ心膜パッチを左房壁と縫合することにより補強した。経過は良好であった。

Ⅱ-17 MVP施行後SAMを呈したHCM症例の一例

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

菅野健児¹、徳永滋彦¹、安田章沢¹、松本祐介¹、益田宗孝²

48歳女性。術前よりHCMの疑いあり。労作時呼吸困難を自覚しUCGで両尖逸脱による重症MRと心室中隔の形態的肥厚を認めた。A2-A3、P3を4ループの人工腱索で再建、MAPを施行した。人工心肺離脱後TEEにてSAMとmild MRの出現あり。再度心停止とし肥厚した心室中隔を切除した。Decomp後はSAMは消失しMRもtrivialとなった。切除標本よりHCMの診断を得た。MVP施行後のSAMに対し心室中隔の部分切除を必要とした一例を経験したため報告する。

10:54~11:34 弁膜症 2

座長 田 中 慶 太（虎の門病院 循環器センター外科）

Ⅱ-19 活動期感染性心内膜炎の保存治療奏功中にも関わらず、ショックとなった高齢者の救命手術例
聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科
桜井祐加、安藤 敬、丹波和也、盧 大潤、千葉 清、小野裕國、北中陽介、近田正英、阿部裕之、西巻 博、幕内晴朗
81歳女性。39度の発熱で、転倒。腰椎圧迫骨折と不明熱精査で緊急入院。菌血症、心機能良好な感染性心内膜炎（大動脈弁）で、保存治療。抗菌薬投与20日目、WBC5200、CRP1.6にまで改善したが、ショック（AMI´ AR）、CAG（三枝病変）、緊急手術（AVR&CABGX3）施行。軽快退院。活動期感染性心内膜炎の保存治療奏功中、ショックとなった救命手術例を経験した。

Ⅱ-21 内シャント人工血管感染により感染性心内膜炎を発症し、大動脈弁輪部膿瘍・左室右房瘻を来した1例
虎の門病院 循環器センター
菅原俊喬、成瀬好洋、田中慶太、田端あや
78歳男性、慢性維持透析患者。本年7月に左前腕内シャントの人工血管感染症（血液培養よりStaphylococcus species）を発症。人工血管拔去、VCM投与により培養は陰性化。2ヶ月後にsevere ARと右房内左右短絡が出現。炎症反応高値を認め感染性心内膜炎と診断。大動脈弁破壊は著明で、無冠尖左室側に弁輪部膿瘍と左室右房瘻を認めた。弁輪形成を伴う大動脈弁置換術、左室右房瘻縫合閉鎖を施行。長期間抗菌薬継続投与にて良好な経過を得た。

Ⅱ-23 多発脳梗塞を合併した活動期感染性心内膜炎の1手術例
国立国際医療研究センター戸山病院
寺川勝也、藤岡俊一郎、戸口幸治、秋田作夢、福田尚司、保坂 茂
【背景】感染性心内膜炎の外科治療の至適時期については様々な報告がある。脳梗塞を含む全身の塞栓症状を呈し急性期の外科治療で良好な結果を得た1症例を報告する。
【症例】63歳男性。意識障害で救急搬送。感染性心内膜炎が原因と考えられた。巨大疣贅、全身性の塞栓症状を認め翌日僧帽弁置換術を施行。術後経過は順調で、術後一ヶ月で自宅退院した。
【結語】全身の塞栓症状を呈する感染性心内膜炎に対しては、急性期の外科治療も考慮されるべきと考える。

Ⅱ-20 特異な経過をたどった三尖弁、僧帽弁位感染性心内膜炎の一例
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42歳の女性。初発症状は両下肢発赤。数日の経過で歩行困難、呼吸困難が出現。意識障害も出現したため当院救急搬送。肺膿瘍、SAH、DICも併発しており、重症感染症としてICU入室。入院後の精査で、三尖弁、僧帽弁にvegetationを認めた。抗生剤治療が奏功し、2週間後に人工呼吸器離脱。4週間後に手術治療（TVR、MVR）を行った。合併症もなく軽快退院となる。下腿蜂窩織炎→三尖弁→肺膿瘍→僧帽弁→脳動脈瘤という経過で全身の症状が出現したものと考えられた。

Ⅱ-22 脾膿瘍、化膿性脊椎炎を合併した感染性心内膜炎の1例
武蔵野赤十字病院
田崎 大、吉崎智也
71歳男性。うっ血性心不全を契機に重症ARと診断され、待機的手術に向け全身評価中であった。発熱や腰痛出現と心不全悪化を来し、脾膿瘍や化膿性脊椎炎の合併も認め、IE活動期の診断で入院加療を開始した。炎症反応は改善し、心不全コントロールも良好となったため、入院後11日目に脾摘術を施行し、入院後45日目に大動脈弁置換術を施行した。術後脳出血を認めたが後遺症なく経過し、術後21病日に独歩で退院した。脾膿瘍や化膿性脊椎炎を合併したIEは稀であるが致死率の高い疾患であり、若干の文献的考察を含め報告する。

12:54~13:34 先天性1

座長 村上 新（東京大学医学部附属病院 心臓外科）

Ⅱ-24 左冠動脈右肺動脈起始症の1例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

乾 明敏、吉井 剛、宮本隆司

症例は4歳女児。PDA術後にCoA、PH出現したため当院でフォローされていた。術前心カテにて、左冠動脈が右肺動脈より起始しているのが判明し、PHの原因と考えられた。冠動脈移植術とCoA修復術を同時に施行したが、術後経過は良好であった。左冠動脈肺動脈起始症の中でも、右肺動脈から起始しているものは極めて稀であり、文献的考察を踏まえて報告する。

Ⅱ-25 右冠動脈肺動脈起始症成人例に対して冠動脈移植術を行った1例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

原田崇史、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、津田和政、宮入聡嗣、大箸祐子

症例は44歳男性。心室細動に伴う意識消失で救急搬送され蘇生され、入院後のCT検査にて右冠動脈肺動脈起始症と診断された。左冠動脈造影にて左冠動脈から複数の側副血行路を介して右冠動脈が描出され肺動脈に流入する血流が確認された。手術は心停止下に右冠動脈を肺動脈からくりぬき、相対する大動脈壁に移植した。術後の経過は良好であった。稀な病態に対する手術を経験したので文献的考察も含めて報告する。

Ⅱ-26 TCRV、VSDに合併したpapillary fibroelastomaの2例

国立成育医療研究センター 心臓血管外科

森下寛之、阿知和郁也、平田康隆、金子幸裕

TCRV、VSDの手術によりpapillary fibroelastoma (PF) が偶然見つかった。【症例1】39歳女性の心内修復術中に肺動脈弁下の心内膜に複数の小さなイソギンチャク様突起を認めPFと診断した。【症例2】15歳男性の心内修復術中は異常所見を認めなかったが、切除組織の病理検査でPFが見つかった。

PFは先天性心疾患との合併の報告は稀だが、心内膜への刺激や炎症に関連して発生するとされており、過少診断の可能性がある。

Ⅱ-27 新生児術後心室瘤に対する治療経験

千葉県こども病院 心臓血管外科

末田智紀、青木 満、腰山 宏、中村祐希、萩野生男、藤原 直
新生児期の心臓手術後急性期に心室瘤を呈した症例を2例経験したので報告する。症例1は日齢38の女児でPA/IVSに対して日齢16でBrock手術を行い、術後右室流出路に瘤形成を認めた。症例2は日齢35の男児でTGAに対して日齢16でJatene手術を行い、術後左室後壁に瘤形成を認めた。両症例とも経時的に拡大傾向を認めたことから緊急手術を施行。体外循環下に心停止下に瘤を切開。交通孔を閉鎖し、瘤を縫縮・閉鎖した。退院前のCTで瘤は消失。TGA症例では術後左室機能は正常に保たれていた。

Ⅱ-28 Norwood術後にRV-PA conduit吻合部に右室仮性瘤を生じた1例

長野県立こども病院 心臓血管外科

島田勝利、坂本貴彦、小坂由道、瀧上 泰、原田順和

症例は2ヵ月の女児。診断は[SDD] DORV(subaortic VSD)、IAA(B)、valvular AS、22q11.2欠失症候群。日齢4に両側肺動脈絞扼術、1ヵ月にSwing-back法を用いたNorwood手術 RV-PA conduit (ePTFE 5mm)を施行した。術後緑膿菌による縦隔炎を発症し、洗浄ドレナージ、抗生剤治療により軽快。術後7日目に閉胸。術後14日目に心エコー検査で右室仮性瘤を認め、瘤の拡大傾向を認めたため緊急手術となった。文献的考察を加え報告する。

13:34~14:14 先天性2

座長 宮 本 隆 司（群馬県立小児医療センター 心臓血管外科）

Ⅱ-29 両側肺動脈絞扼術後に根治手術（大動脈弓再建・Rastelli手術）を施行した総動脈幹・大動脈弓離断症の一例
新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野
白石修一、高橋 昌、渡邊マヤ、大久保由華、土田正則
症例は女児。生直後よりチアノーゼ認め総動脈幹症・大動脈弓離断症と診断、PGE1投与開始され当院搬送された。11生日に両側肺動脈絞扼術を施行し、2か月時に根治手術（大動脈弓再建＋Rastelli手術）を施行した。大動脈は直接吻合を行い、右室流出路再建には二弁付ePTFE conduitを用いた。4病日に人工呼吸器を離脱。術後に哺乳不良が見られたが徐々に改善し、69病日に退院した。

Ⅱ-31 Ebstein's anomaly に対する新生児期 Starnes 手術変法の術後管理に工夫を要した1例
順天堂大学医学部 心臓血管外科
中西啓介、川崎志保理、天野 篤
生後10日の男児。Ebstein's anomalyの診断の下、Starnes手術変法（三尖弁閉鎖、心房中隔欠損拡大、体肺動脈短絡術、肺動脈絞扼）を施行した。三尖弁のplastering強く右室容積は小さかった。4mmのfenestrationをおいたパッチを用いて三尖弁付着部位で閉鎖した。体外循環から離脱は容易であったが、離脱後の術中出血に対するvolume負荷により心停止を繰り返し、狭小右室の緊満によると考えられた。その後の経過は良好であった。本症例に文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-33 修正大血管転位、解剖学的三尖弁閉鎖不全症に対して弁置換術を行った1例
東京女子医科大学病院 心臓血管外科
早川美奈子、齋藤 聡、津久井宏行、梅原伸大、岩朝静子、杉浦唯久、前田拓也、平松健司、山崎健二
症例は68歳男性。36歳時に修正大血管転位と診断され、近医通院中であった。67歳時心不全のため入院。心エコーで低心機能と解剖学的三尖弁閉鎖不全症を認めたため、当科を紹介受診し弁置換術の方針となった。手術は三尖弁を温存した機械弁による置換術および僧帽弁輪形成術が行われた。本疾患において無症状で高年期まで経過し、弁置換が行われることはまれのため、文献的考察を交え報告する。

Ⅱ-30 高度sub/vASを伴うCoA VSDに対するPulmonary translocationを用いた二心室根治術
静岡県立こども病院 心臓血管外科
杉本 愛、太田教隆、村田真哉、登坂有子、井出雄二郎、城麻衣子、伊藤弘毅、小川博永、坂本喜三郎
生後1M、2.5kg時に心雑音に気付かれ紹介。CoA HAA mVSD2+4 AORSCA vAS BAV sub AS PH mesocardiaと気管軟化を認め、bilPAB先行。徐々にdeSAT進行し、生後4M、4kg、気道病変を考慮し二心室根治術を計画。Pulmonary translocation+arch graft interpose (12mm)+VSD閉鎖+RVOTR (14mm 3弁付導管)を施行。心停止188分。4POD DSC。現在Neo ARI[®]で外来経過観察中。術式選択への考察を加え報告する。

Ⅱ-32 肺血流調節型両側肺動脈絞扼術後にArch repair/Glennを同時施行、TCPCに到達したHLHS類縁疾患の一例
群馬県立小児医療センター 心臓外科
吉井 剛、乾 明敏、宮本隆司
HLHSおよびvariantに対し、両側PAB術後に計画的PAバルーン拡張を行い、Arch repair/Glennを同時施行する当院のstrategyによるTCPC到達例を報告する。37週4日、2944gで出生。I-TGA、hypo RV、restrictive VSD、hypo arch、CoAの診断。日齢9で両側PAB、2ヶ月半でPAB部にバルーン拡張。5ヶ月半でDKS、Arch repair、BDG施行。その後経過良好。1歳半時に、術前心カテでのPAP 10、Rp 2.2にて、TCPC施行。術直後のCVP 10-15であり、経過良好で退院となった。

14:14~14:54 先天性3

座長 岡 徳彦（北里大学 心臓血管外科）

Ⅱ-34 ASD・VSD 術後の人工呼吸器離脱困難を契機に重複大動脈弓・血管輪の診断を得た1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

桃沢政司、松尾浩三、林田直樹、鬼頭浩之、浅野宗一、平野雅生、大場正直、弘瀬伸行、長谷川秀臣、村山博和
RAA、aberrant lt.SCA、ASD、VSD、TR、PH の診断にて日齢22で心内修復術を施行。しかし、術後人工呼吸器離脱困難となり、造影CTを施行したところ、左総頸動脈とaberrant lt.SCAの間に交通があり、血管輪を形成し気管を圧迫していたことが判明、この交通血管を離断したところ呼吸器の離脱が可能となった。乳児期に呼吸症状を呈する血管輪は珍しく、文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-36 重度左心機能不全を呈した左第5弓遺残の一例

北里大学 心臓血管外科

林 秀憲、井上崇道、柴田深雪、榊健司朗、入澤友輔、友保貴博、板谷慶一、岡 徳彦、北村 律、華山直二、鳥井晋造、宮地 鑑

症例は2ヶ月女児。外来にてX-p上心拡大認め入院。心エコー上、左第5弓遺残、大動脈弓離断と診断。EF10%と重度の左心機能不全を認めた為、内科的治療後に手術施行。左第4肋間アプローチにて、第4大動脈弓と下行大動脈とのExtended end to end anastomosis施行。術後、著明な左心機能の改善を認めた。左心機能不全を呈する第5大動脈弓遺残の報告は稀であり、文献学的考察を加え報告する。

Ⅱ-38 左肺無形成を合併した総肺静脈還流異常の一例

東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科

加久雄史、長嶋光樹、松村剛毅、小沼武司、立石 実、豊田泰幸、中山祐樹、山田有希子、早川美奈子、平松健司、山崎健二

TAPVCに左肺無形成を合併した症例を経験し、若干の文献考察を加え報告する。症例は胎児エコーでTAPVCと左肺低形成の疑いのため当院へ紹介され、38週1日 2437gで出生。診断はTAPVC (1b)、VSD、PDAで左肺は無形成であった。PVOを認め日齢18にVSD patch closure、TAPVC repairを行い、在宅酸素療法を導入した後に退院した。

Ⅱ-35 Left aortic arch、right descending aorta を有する CoA with ARSCA の一治験例

東京慈恵会医科大学 心臓外科

黄 義浩、森田紀代造、阿部貴行、橋本和弘

症例は日齢20、体重2.8kgの男児で、mild AS、aberrant rt.subclavian arteryを伴うjuxta-ductal CoAと診断された。上下肢圧差 (lt.arm-leg) は50mmHgであったが、下肢血流はARSCAの逆行灌流で維持され、下行大動脈は退縮した左側動脈管合流部から急峻に右胸腔側へ屈曲旋回していた。手術は左側開胸下に下行大動脈を十分に剥離展開、RSCA離断の上、EAAAを施行した。術後経過は良好で上下肢圧差は無く、術後20日のCTで下行大動脈は脊椎左側への移動を認めた。

Ⅱ-37 左肺底部偽性肺分画症に対して Anatomical repair を施行した一手術例

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

乳児検診時より心雑音および心拡大を認めていた1歳男児。心エコーで心内シャントや動脈管開存を認めず、著明な左室拡大(155% of normal)にて当院紹介となった。3D-CTにて、S6を除く左肺下葉の肺動脈は下行大動脈より起始し、気道系は正常であるため肺底部偽性肺分画症と診断した。心肺機能を最大限に温存するために左開胸にて肺動脈の解剖学的再建を施行し、良好な結果を得た。稀な疾患であり、肺病理所見および術前後のシンチグラム結果を含め報告する。

14:54~15:26 先天性4

座長 金子 幸 裕 (国立成育医療研究センター 心臓血管外科)

Ⅱ-39 大動脈弓離断術後の左室流出路再狭窄、大動脈弁狭窄兼閉鎖不全に対し、Konno 法にて大動脈弁置換、左室流出路狭窄解除を施行した一例

横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

天野新也、山内美帆子、片山雄三、笠間啓一郎、郷田素彦、鈴木伸一、磯松幸尚、益田宗孝

24 歳。男性。生後 2 ヶ月時に大動脈弓離断、心室中隔欠損と診断され、3 ヶ月時に Blalock-Park 手術、4 ヶ月時に心室中隔欠損パッチ閉鎖術、4 歳で大動脈弁下部狭窄解除術を施行。22 歳頃より労作時呼吸困難が出現。左室流出路狭窄、大動脈弁狭窄兼閉鎖不全の診断となり、Konno 法にて大動脈弁置換、左室流出路狭窄解除を施行。動画で症例を供覧する。

Ⅱ-41 Absent aortic valve、post BDG、PSR、CHF に対する PVR の 1 例

1 長野県立こども病院心臓血管外科

2 長野県立こども病院循環器小児科

島田勝利¹、坂本貴彦¹、小坂由道¹、瀧上 泰¹、安河内聡²、瀧間浄宏²、田澤星一²、原田順和¹

症例は 3 歳 5 ヶ月男児。胎児診断症例 (Absent aortic valve) で生後 21 分で開心術を施行し (第 46 回日本小児循環器学会総会にて報告)、その後両側肺動脈絞扼術、Norwood 型手術を経て BDG まで到達していた。今回、進行する PSR、CHF に対して超低温循環停止を用いて PVR (SJM 17A Regent) を施行し、良好な結果を得たので報告する。

Ⅱ-40 先天性大動脈弁閉鎖不全症に対する Leaflet extension 後 8 年で弁置換を要した 1 例

1 筑波大学附属病院

2 茨城県立こども病院 心臓血管外科

川又 健¹、金本真也¹、阿部正一²、平松祐司¹、中嶋智美¹、三富樹郷¹、逆井佳永¹、相川志都¹、坂本裕昭¹、榎本佳治¹、佐藤藤夫¹、榊原 謙¹

症例は 23 歳男性。先天性大動脈弁閉鎖不全症に対して 15 歳時に leaflet extension による大動脈弁形成術を施行した。術後 6 年目より急速に大動脈弁閉鎖不全の増悪を認め、術後 8 年目に機械弁による弁置換を行った。本症例の病理組織所見を提示し、再弁置換に至った原因を当院での経験をふまえ報告する。

Ⅱ-42 新生児期 truncul valve Repair を必要とした重症総動脈管症に対し re-truncul valve repair を施行した 1 例

静岡県立こども病院 心臓血管外科

小川博永、太田教隆、村田真哉、登坂有子、井出雄二郎、城麻衣子、伊藤弘毅、杉本 愛、坂本喜三郎

【症例】3 歳女児 11kg 診断 TAC1 severe TrR VSD2 day6: TrV repair + VSD closure + AAo plication + RVOTR 施行。A 弁はゼラチン様の 4 弁であったが coapt 良好にて 3 弁に形成。AR1° 強で退院。1 歳時に AR3°、severe conduit stenosis 指摘されるも、その後 AR の増悪なく CTR50-55% で経過。体重 10kg 時に再手術計画し、3 歳時に re-truncul valve repair + RVOTR 施行した。

15:26~15:58 弁膜症 3

座長 垣 伸 明（湘南東部総合病院 心臓血管外科）

Ⅱ-43 金属アレルギー患者に生体弁を用いた大動脈弁置換術と冠動脈バイパス術を施行した1例

済生会横浜市東部病院 心臓血管外科

北原大翔、伊藤 努、飯田泰功、根本 淳、武部元次郎、三角隆彦

71歳女性。冠動脈3枝病変、大動脈弁狭窄症で当院に紹介。17年前に歯科金属により掌蹠膿疱症を発症し、金属アレルギーと診断されていた。アレルギーはニッケルとパラジウムに陽性であり、それらを含まない生体弁のTRIFECTAを使用する方針とした。生体弁を使用しパッチテストの陰性を確認した後、大動脈弁置換術を施行した。術後経過は良好で、現在外来通院中であるがアレルギー反応を認めていない。

Ⅱ-45 MAGNAによるAVR17ヶ月後にSVDを来し、再手術を要した1症例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

小此木修一、金子達夫、江連雅彦、佐藤泰史、長谷川豊、岡田修一、滝原 瞳、伊達数馬

MAGNAによるAVR17ヶ月後にSVDを来し、再手術を要した1症例を経験した。62歳男性。2009年12月に胸部圧迫感あり。TTEでMaxPG=100mmHg、AVA 0.43cm²とsevere ASを認めた。2010年1月に19mmMAGNAを用いてAVR施行。術後17ヶ月目に労作時呼吸苦出現。TTEでMaxPG=83mmHgとSVDを疑う所見あり。徐々に病状悪化し心不全で入院加療を要した。SVDと診断、術後23ヶ月目に機械弁を用いて再AVRを施行。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-44 二尖弁に伴うAR、上行大動脈瘤に対し大動脈弁形成、上行大動脈置換術を施行した1例

北信総合病院 心臓血管外科

大井啓司、吉田哲矢

62歳男性。主訴は労作時息切れ。大動脈二尖弁、severe AR、上行大動脈最大径49mmを認めたため手術施行。大動脈弁は右冠尖/左冠尖がconjoint cuspであり、弁尖の肥厚はあるが石灰化は認めず。右冠尖-無冠尖接合部に相当する交連のsplayingとmalalignmentに対し縫合にてrealignmentを行い、余剰なconjoint cuspの切除縫合にて弁形成を施行、上行大動脈を26mm J graftで置換した。術後経過良好で退院。術後9ヶ月の心エコーではI度AR、LVDd (75mm→60mm)、EF (55%→60%)の改善を認めた。

Ⅱ-46 Konno手術17年後、ワーファリン自己中断による血栓弁に対し再Konno手術を施行した1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、大箸祐子、原田崇史
【症例】29歳男性。先天性ASに対し12歳時にKonno手術（SJM 19mm）を施行、25歳時の転居を機にワーファリン自己中断した。動悸・息切れを主訴に受診、血栓による弁葉開放制限と診断し再Konno手術を行った。心室中隔切開を追加し、人工弁は23mmON-Xにサイズアップ、人工弁の約半周を自己弁輪に縫着した。中隔はダクロンパッチ、右室流出路はウシ心膜パッチで修復した。術後経過は良好である。稀な経験であると考え報告する。

15:58~16:30 弁膜症 4

座長 窪 田 博（杏林大学医学部附属病院 心臓血管外科）

Ⅱ-47 AVR+上行置換術後の MRSA 縦隔炎に対してホモグラフト基部・上行置換で治癒し得た 1 例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

木村光利、齋藤 綾、梅木昭秀、青木丈幸、本村 昇、小野 稔
69 歳男性。AS、上行大動脈瘤に対する AVR+上行置換術後にバンコマイシン中等度耐性黄色ブドウ球菌（VISA）による縦隔炎、人工弁・人工血管感染を合併した。NPWT 及び抗生剤治療（LZT、TEIC、DAP）でも感染制御できず、血培も陰転化しなかった。初回手術 3 ヶ月後にホモグラフトを用いた大動脈基部および上行大動脈置換術を行った。術後 8 病日に大網充填・二期的胸骨閉鎖を行い、治癒することができた。

Ⅱ-48 演題取り下げ

Ⅱ-49 僧帽弁置換術後左室破裂の一救命例

伊勢崎市民病院 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、羽鳥恭平

74 歳男性。僧帽弁閉鎖不全症に対して、生体弁を用い僧帽弁置換術施行。術後血行動態は安定しており、ICU 退室。術後 5 日目に病棟にて突然ドレーンからの出血あり、ショックとなる。しかし出血は自然と減少し、血行動態は落ち着いた。ドレナージ継続のまま経過観察を行った。後日経胸壁心エコー検査で左室後壁に血腫を認め、その中への血流が確認された。僧帽弁置換術後左室破裂と診断し、待機的に破裂部修復術を行った。術後再破裂を来すことなく、退院となった。

Ⅱ-50 うっ血性肝障害を伴う孤立性三尖弁閉鎖不全症の 1 例 自衛隊中央病院 心臓血管外科

中野渡仁、田中良昭、三丸敦洋、瓜生田曜造、伊藤 直、小原聖勇、中岸義典、潟手裕子

症例は 84 歳女性。平成 18 年 SSS に対してペースメーカー留置の患者で、平成 23 年より右心不全による入退院を繰り返していた。severe TR による右心不全および右心不全に伴ううっ血性肝障害（ICG-R43.4%）と診断し、平成 24 年手術施行。当初 TAP(28mmMC 3ring)を行ったが、TEE にて TR の再発認め TVR (25mmMagnease mitral) を施行。術後は創部感染を合併したが、術後 67 日目に退院となった。稀な孤立性 TR を経験したので文献的考察を加え報告する。

第 III 会場（丹頂 II）

8:30~9:18 肺良性疾患

座長 有 村 隆 明（長野市民病院 呼吸器外科）

Ⅲ-1 肺類上皮血管内皮腫の2例

長野市民病院 呼吸器外科

境澤隆夫、有村隆明、小林宣隆、小沢恵介、西村秀紀

【症例1】40歳代、男性。ドックで指摘、CTで左S6に35×27mm大の孤立性腫瘤影を認め、術前は腺癌の疑いで左下葉切除を施行した。【症例2】60歳代、女性。ドックで指摘、CTで両肺に多発する2~10mm大の円形結節を認め、診断目的にVATS肺生検を施行した。病理検査では2例とも類上皮血管内皮腫と診断された。肺類上皮血管内皮腫は稀な肺腫瘍の1つであり術前診断が困難であることが多い。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-2 末梢性肺動脈瘤の一手術例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器外科

2 横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

岡本浩直¹、田尻道彦¹、小島陽子¹、石川善啓¹、永島琢也¹、大森隆広¹、益田宗孝²

症例は44歳女性。職場健診にて左胸部異常影を指摘され、他院にて精査したところ造影CTにて末梢性肺動脈瘤と診断され、当科紹介受診となった。手術目的にて入院し、胸腔鏡下左S8区域切除術施行した。術後経過は良好で術後7日目に自宅退院した。末梢性肺動脈瘤の発生頻度は低く、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-3 肺実質切除断端再発との鑑別を要した肺肉芽腫の2例

1 国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

2 国立がん研究センター中央病院 病理科

鎌田嗣正¹、渡辺俊一¹、櫻井裕幸¹、中川加寿夫¹、牧野 崇¹、吉田朗彦²、蔦 幸治²、浅村尚生¹

症例1は68歳、女性。子宮頸癌の肺転移に対して左肺部分切除施行後、ステイブル周囲に腫瘤が出現。経過で縮小し肉芽腫と考えられた。症例2は42歳、女性。原発性肺癌に対し右S6区域切除後に肺実質断端ステイブル周囲に腫瘤が出現。針生検を施行し肉芽腫と診断され、その後縮小がみられた。肺実質切除断端再発と肉芽腫との鑑別点を考察する。

Ⅲ-4 アスペルギローマを合併したLymphangioleiomyomatosis (LAM)に肺葉切除を施行した一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

内田真介、鈴木健司、松永健志、福井麻里子、北村嘉隆、宮坂善和、高持一矢、王 志明

LAMに対する肺切除は通常楔状切除による生検レベルにとどまるが、それでも術後に肺水腫などの合併症を併発することで知られる。この度肺葉切除を要し、術後順調に経過した症例を経験したので報告する。症例は36歳女性。肺リンパ脈管筋腫症に対して内服加療中、右肺上葉にアスペルギローマを合併した。内科的治療では改善が得られず、外科治療の方針。周術期管理を中心に報告する。

Ⅲ-5 治療に難渋した非結核性抗酸菌症合併気胸の1例

獨協医科大学 呼吸器外科

小林 哲、荒木 修、荻部陽子、関 哲男、葉山牧夫、小柳津毅、千田雅之

70歳女性。慢性関節リウマチ対しPSL治療中に背部痛が出現。左気胸と診断された。胸CTで左下葉の肺炎像と胸膜と接する空洞病変を認めた。喀痰、胸水からはM.intracellularが検出された。非結核性抗酸菌症空洞に合併した有癭性膿胸と診断した。空洞病変部の肺癭に対し肋間筋弁を被覆し、肺癭は一時消失したが第9病日再出現。EWSでは肺癭は減少したが消失せず、開窓術を施行後、胸郭部分成形術+広背筋弁被覆術にて根治した。

Ⅲ-6 咯血をきたした肺アスペルギルス症に対して菌塊除去術と閉鎖式ドレーンにて軽快した一例

長岡赤十字病院 呼吸器外科

北原哲彦、大和 靖、保坂靖子、富樫賢一

症例は75歳女性。気管支拡張症、非結核性抗酸菌症で通院中に血痰を認め気管支動脈塞栓術を施行された。一旦軽快したが増悪し咯血を認めた。CTでは空洞形成とfungus ballが認められた。左第2肋骨床開胸を行い、菌球を除去し洗浄した。術後は胸腔ドレーンを用いた閉鎖式ドレーンを継続した。一時的に皮下気腫を認めたが症状は軽快し術後35病日にドレーンを抜去した。当科で経験した他の肺アスペルギルス症症例との比較検討を行い報告する。

9:18~9:58 縦隔腫瘍（胸腺腫）

座長 青 景 圭 樹（国立がん研究センター東病院 呼吸器外科）

Ⅲ-7 重症筋無力症合併異所性胸腺腫に対して頸部胸腺腫摘出、胸腔鏡下拡大胸腺摘除を施行した1例

東京医科歯科大学大学院 呼吸器外科

熊澤紗智子、石橋洋則、高橋 健、前田 亮、大久保憲一

症例 47 歳女性、眼瞼下垂を主訴に受診し、精査の結果軽症全身型重症筋無力症の診断とされた。胸部 CT で甲状腺右葉背側に充実性腫瘍を認め、前縦隔には胸腺腫は認めなかった。穿刺吸引細胞診により異所性胸腺腫と診断した。頸部襟状切開にて腫瘍を摘出し、胸腔鏡下拡大胸腺摘除を施行した。術後臨床症状の軽快をみとめた。重症筋無力症合併異所性胸腺腫はきわめて稀であり、これを報告する。

Ⅲ-9 胸腺腫（Type B2）に対し術前ステロイドパルス療法施行し腫瘍縮小を認めた一例

1 順天堂大学練馬病院呼吸器外科

2 順天堂大学呼吸器外科

市川智博¹、鈴木健司²、恩田貴人¹、松澤宏典¹、高持一矢²、王 志明²

症例は 40 歳女性。検診で胸部異常影を指摘された。CT で 90mm 大の上縦隔腫瘍を認め、大動脈弓、鎖骨下動脈、無名静脈、上肺動脈と広く接していた。外科的生検施行し胸腺腫（Type B2）の診断を得た。ステロイドパルス療法を 2 コース施行し 70mm に縮小を得た。腫瘍切除、左肺上葉合併切除、心膜・横隔神経合併切除施行し、完全切除。胸腺腫（type B2）に対し術前ステロイドパルス療法が有用であった一例として報告する。

Ⅲ-11 中縦隔に発生した異所性胸腺腫の1例

1 東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

2 NTT東日本関東病院 呼吸器科・肺外科

齋藤義弘¹、村川知弘¹、北野健太郎¹、長山和弘¹、安樂真樹¹、松本 順²、中島 淳¹

症例は 71 歳男性。2011 年 9 月 CT で縦隔腫瘍陰影を指摘。CT 上、気管右側に接して中縦隔に位置する 5cm 大の腫瘍陰影を認めた。CT ガイド下生検で胸腺腫が疑われた。胸骨正中切開＋頸部楔状切開下に縦隔腫瘍切除、拡大胸腺全摘を施行。病理診断は正岡Ⅱ期、WHO 分類 Type A 胸腺腫であった。中縦隔の異所性胸腺腫は稀と思われる報告する。

Ⅲ-8 B3 型胸腺腫術後に重症筋無力症増悪を認めた一例

1 順天堂大学医学部 呼吸器外科

2 同 病理部

福井麻里子¹、高持一矢¹、北村嘉隆¹、松永健志¹、王 志明¹、林大久生²、鈴木健司¹

70 歳男性。上大静脈浸潤を伴う前縦隔腫瘍に対し、腫瘍切除、上大静脈・両側腕頭静脈切除＋血行再建を行い、完全切除を得た。術中迅速組織診断は扁平上皮癌。経過良好で退院したが、20 病日に全身倦怠感と呼吸苦で再入院した。22 病日人工呼吸管理開始。抗 ACh レセプター抗体が陽性で、重症筋無力症のクリーゼによる呼吸不全と診断した。永久標本の最終病理診断は胸腺腫 Type B3 であった。

Ⅲ-10 再発浸潤型胸腺腫の一切除例

獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科・呼吸器外科

龍 興一、深井隆太、大喜多陽平、高橋英樹、齊藤政仁、六角 丘、入江嘉仁、今関隆雄

症例は 73 歳女性。2009 年前縦隔腫瘍に対し拡大胸腺摘出＋左肺・左腕頭静脈・左横隔神経・心膜合併切除施行。type B1 胸腺腫、正岡分類 3 期であった。術後縦隔へ放射線治療（50Gy）施行した。2012 年 CT で左前胸壁内側に軟部影の増大（最大径 55mm）認め、胸腔内再発と診断し切除方針とした。切開は病巣の位置から左前胸部のフラップドアとした。腫瘍は血管浸潤なく左肺上葉と一塊となっており、これを合併部分切除した。

9:58~10:46 縦隔・胸壁

座長 石橋洋則（東京医科歯科大学大学院 呼吸器外科学）

Ⅲ-12 術前化学療法にて viable な腫瘍細胞が消失した縦隔胚細胞腫瘍の1切除例

群馬大学大学院病態総合外科

吉田知典、八巻 英、高坂貴行、茂木 晃、桑野博行

症例は、20歳代男性。健診Xpにて縦隔異常影を指摘された。CTでは、前縦隔に13cm大の不整腫瘍影を認め、SVC、上行大動脈、右房と接しており浸潤が疑われた。針生検にてgerminomaの診断となり、泌尿器科で化学療法（PEB療法）が行われた。3コース後の評価で腫瘍は著明に縮小、切除可能と判断されたため、当科で胸骨正中アプローチ下に心膜及び右肺上葉合併胸腺腫胸腺全摘術を行った。病理結果では、6cm大の線維化病変を認めたものの、腫瘍の残存は認められなかった。

Ⅲ-13 後縦隔発生キャスルマン病の1例

武蔵野赤十字病院

高崎千尋、小島勝雄

キャスルマン病は、良性の非常に稀なリンパ増殖性疾患である。今回、後縦隔発生のキャスルマン病を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症例は20歳女性。検診レントゲンで異常あり、紹介された。CTで、右傍椎体領域に、境界明瞭な40mm大の腫瘍あり。MRIでは、T1、T2強調像とも脊髄と同程度の信号を示した。診断治療目的に、胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は弾性軟、表面平滑で暗赤色調であった。周囲組織との癒着はなく、周囲から剥離して腫瘍を摘出した。病理結果はキャスルマン病、HV型であった。

Ⅲ-14 高度気管狭窄をきたした後縦隔神経鞘腫の1例

東京医科歯科大学大学院 呼吸器外科学

高橋 健、石橋洋則、熊澤紗智子、前田 亮、大久保憲一

高度気管狭窄をきたした後縦隔神経鞘腫に対し胸骨正中切開症例を経験した。症例：70歳女性。40歳時より嗄声、左喉頭麻痺を指摘。2012年6月呼吸苦・咳出現、9月気管支鏡検査後、気管浮腫による急性呼吸不全が出現し当科紹介。胸部CTで気管～分岐部背面に83×71×49mmの腫瘍を認め、気管・両側主気管支近位・左肺動脈が圧排狭窄し、気管は3mmのスリットであった。胸骨正中切開、周囲大血管・気管をテーピングし腫瘍を摘出、気管狭窄は解除。術後5日目に退院した。

Ⅲ-15 Trap door incisionによる鎖骨発生骨軟骨腫の1切除例

がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科

鈴木邦仁、堀尾裕俊、高橋祐介、原田匡彦

症例は23歳男性。呼吸困難感を主訴に受診、精査を行ったところ、左鎖骨より発生し、気管・食道を右方に圧排する6cm大の腫瘤を認め、画像からは骨軟骨腫が疑われた。手術は左頸部襟状切開と胸骨正中切開、および第4肋間前方切開を組み合わせたtrap door incisionでアプローチした。腫瘍は鎖骨頭より発生しており、周囲への浸潤なし。腫瘍茎部を剥離してガーゼを巻き、上方へ牽引しつつノミで切除した。病理診断も骨軟骨腫で悪性所見はなかった。

Ⅲ-16 急速に増大した胸壁発生の脂肪肉腫の1切除例

東京医科大学 外科学第1講座

米山礼美、牧野洋二郎、加藤靖文、佐治 久、垣花昌俊、

大平達夫、梶原直央、池田徳彦

27歳男性。健診で右下肺野異常影を指摘され、紹介となった。身体所見上、右前胸部に3cmの腫瘤を触知し、皮膚変化はなく弾性軟・可動性良好であった。CT・MRIで胸壁の8.8cmの内部均一な嚢胞性腫瘤を認め、針細胞診で脂肪由来の検体が採取されたものの、確定診断は困難であった。1カ月間で腫瘍径は6.4cmから9.6cmへ増大した。術式は胸壁（第6-8肋骨）および胸骨部分切除＋胸壁再建を施行した。術後病理診断はmyxoid liposarcomaであった。

Ⅲ-17 演題取り下げ

10:46～11:34 胸部外傷・合併症

座長 上吉原 光 宏（前橋赤十字病院 呼吸器外科）

Ⅲ-18 自殺企図で受傷した胸部刺創に対し緊急手術を行い救命し得た1例

1 国立病院機構 高崎総合医療センター 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

42歳男性。自殺企図で包丁を胸部に刺したのを家族が発見し救急車で来院した。来院時意識やや混濁、努力性呼吸を認めたが循環状態は安定していた。包丁は左乳頭直下から背部へ貫通し、刺入部から大量の気腫を認めた。同日緊急手術を行った。右側臥位、左第5肋間で開胸し包丁を抜去、横隔膜損傷と肺損傷、心筋損傷を確認し、それぞれ縫合修復した。術後経過良好で17PODに退院した。文献的考察を踏まえて報告する。

Ⅲ-20 肋骨骨折による横隔膜損傷により血胸を来した1例

杏林大学医学部付属病院 呼吸器外科

清水麗子、武井秀史、橘 啓盛、河内利賢、荻田 真、中里陽子、田中良太、長島 鎮、近藤晴彦、呉屋朝幸

62歳女性。自転車に接触し受傷し、2日後血胸の診断で近医に入院し経過観察されていた。受傷後4日、ショック状態となり当院に転院搬送された。左11肋骨の骨折および左血胸を認めた。胸腔ドレナージを行い1200mlの血性胸水の排出を認め、同日緊急手術を施行した。胸腔内を観察すると第11肋骨の剥離骨折骨片が横隔膜を損傷していたため、横隔膜縫合及び骨片の除去を行った。術後経過良好で、術後6日で退院した。

Ⅲ-22 術後縦隔炎に両側大胸筋充填を行ったが再感染し広背筋充填を施行した1例

新潟県立中央病院 呼吸器外科

後藤達哉、青木 正、矢澤正知

症例は78歳女性。既往歴は胃切除後、慢性腎不全。縦隔腫瘍術後縦隔炎に対してVAC治療を行い術後21日目に胸骨除去+両側有茎大胸筋充填施行した。心窩部に再度感染し同部に対してもVAC治療を行うが、胸式呼吸のために十分なコントロールが得られなかった。初回術後49日目に右広背筋を利用した有茎筋弁充填術施行し、感染コントロールが得られ、初回術後99日目に退院となり現在再燃認めていない。若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-19 当院における胸部刺創手術症例の経験

前橋赤十字病院

河谷菜津子、井貝 仁、伊部崇史、上吉原光宏

当院は高度救急救命センターを併設し、多くの胸部外傷が搬送されてくる。その中には比較的まれな鋭的胸部外傷も散見される。とりわけ胸部刺創は重症度が幅広く、ドレナージで軽快する症例もあるが、外科的治療を必要とする症例も少なくない。我々は過去9年間に4例の胸部刺創手術症例を経験した。その内訳は年齢：42～90歳、男性/女性：3/1例、受傷機転：転倒/自殺/傷害1/1/2例、損傷臓器：肺/心膜/動脈/横隔膜4/1/2/1例（重複あり）であり、4例とも緊急手術で救命し得た。

Ⅲ-21 浸潤性胸腺腫術後に両側横隔神経麻痺による呼吸不全を来した1例

群馬大学医学部 第2外科

矢澤友弘、清水公裕、永島宗晃、大滝容一、竹吉 泉

症例は69歳、男性。他疾患観察中のPET/CTで前縦隔腫瘍と同部位へのFDG集積を指摘され、針生検で胸腺腫（typeB3、正岡3期）の診断となった。術前化学療法（CBDCA+PTX4コース）施行後に胸骨正中切開胸腺全摘術を施行。腫瘍浸潤のため左横隔神経を合併切除したことに加え、術前から特発性の右横隔膜挙上があり、両側横隔神経麻痺による呼吸不全を生じた。術後に人工呼吸管理を要したが、気管切開による呼吸管理と理学療法を行い呼吸不全とADLの改善を認めた。

Ⅲ-23 VATS マーカー留置により血管内空気混入をきたした1例

伊那中央病院 呼吸器外科

富永義明、高砂敬一郎

症例は65才男性、検診CTで発見された症例。手術当日VATSマーカー留置を行った。マーカー留置直後のCT撮影時に喀血をきたした。ただちに頭低位としてCT検査を行ったところ左房、左室、冠動脈に空気混入が認められたが、脳内空気塞栓には至らなかった。20分後のCT検査では血管内の空気は消失していた。3時間頭低位を保持し、再度CT検査を行って血管内および各臓器に空気遺残がないことを確認した。心機能も問題は認められず、4日後に手術を施行した。術後合併症なく経過し8病日退院となった。

Ⅲ-24 表在型食道癌が併存した粘膜下腫瘍形態をとった過誤腫の一例

1 群馬大学大学院病態総合外科学

2 群馬大学大学院病理診断学

甲賀達也¹、猪瀬崇徳¹、原 圭吾¹、小澤大悟¹、鈴木茂正¹、田中成岳¹、横堀武彦¹、宮崎達也¹、佐野孝昭²、桑野博行¹

【症例】67歳男性。食道粘膜下腫瘍に対し経過観察されていたが増大傾向で通過障害もあるため手術目的に紹介。精査の内視鏡にて粘膜下腫瘍表面に0-IIb型食道癌の診断。右開胸胸部食道全摘、後縦隔経路胃管再建術を施行。術後病理診断では表在型食道扁平上皮癌 pT1a-EPN0M0 および過誤腫であった。非常に珍しい食道過誤腫と扁平上皮癌の重複症例について報告する。

Ⅲ-26 食道胃接合部に発生した巨大 GIST の一例

1 前橋赤十字病院 外科

2 同 病理部

萩野美里¹、富澤直樹¹、安東立正¹、荒川和久¹、室谷 研¹、小林克巳¹、黒崎 亮¹、佐藤弘晃¹、須藤雄仁¹、加藤隆二¹、坂元一葉²、伊藤秀明²

症例は26歳女性。左上腹部腫瘍を指摘され当院紹介受診となった。CT、MRIで左胸腔内に内部壊死を伴う10cm大の腫瘍を認めた。GIFで胃食道接合部に潰瘍を伴う巨大な粘膜下腫瘍があり、生検でGISTの診断であった。手術は左開胸開腹による下部食道胃噴門部切除術を施行。腫瘍は径11cmの腫瘍で、高悪性度GISTであった。本腫瘍の主座は左胸腔内にあったが、発生母地は食道胃接合部であり稀と思われる報告する。

Ⅲ-25 異所性胃粘膜から発生した食道原発腺癌に神経内分泌腫瘍を合併した一例

1 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 消化器外科

2 同病理部

北嶋俊寛¹、貝田佐知子¹、李 正翼¹、春田周宇介¹、篠原 尚¹、上野正紀¹、宇田川晴司¹、大田泰徳²

症例は64歳男性。直腸癌・肝転移術後。上部消化管内視鏡にて切歯21cmの後壁に隆起性病変を認め当院紹介。同病変口側に異所性胃粘膜が広がり、その中央に10mm大、sm2の陥凹性病変を認めた。食道癌 T1bN0M0 に対して胸腹部食道胃上部切除、3領域リンパ節郭清術施行。病理組織学的検査にて、異所性胃粘膜由来の高分化管状腺癌に混在する神経内分泌腫瘍を認めた。

Ⅲ-27 StageⅣ 食道腺癌に対し FOLFOX 療法の後に食道切除を施行した一例

がん研有明病院消化器外科

大矢周一郎、原田和人、峯 真司、山田和彦

遠隔転移を伴う下部食道腺癌に対して化学療法後に原発巣切除を施行した1例を経験した。【症例】40歳代男性。インドネシア人。嚥下障害を契機に下部食道腺癌 cT4aN3M1（腹壁、リンパ節）-StageⅣの診断。2012年3月からFOLFOX4コース施行。狭窄増悪に対し食道ステントを挿入後、再度FOLFOX6コース施行したが、狭窄症状悪化し、当院受診。ステント口側は肉芽組織により狭窄し、また変位のためステント遠位側が胃壁にくい込む所見を認めた。PET-CTでも原発巣以外には集積なし。ステント抜去困難、切除可能と判断し、右開胸開腹食道切除、ステント抜去、胃管胸腔内吻合、腸瘻造設術を施行。術後第18病日に退院。今後は追加化学療法施行の方針である。

13:26～14:06 周術期・合併症

座長 江 連 雅 彦（群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科）

Ⅲ-28 開心術後たこつぼ型心筋症の一例

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 外科治療学 心臓血管外科

安田章沢¹、徳永滋彦¹、松木佑介¹、菅野健児¹、益田宗孝²

66歳女性。僧帽弁後尖P3の逸脱に伴うsevere MR及びTR、afによる心不全の為MVP（P3 butterfly resection、MAP）、TAP、MAZE施行。MRはtrivialとなり洞調律に復帰。術7日後に胸部不快感と心電図変化、トロポニン上昇を認め緊急カテーテル施行。CAG異常なく、LVGでたこつぼ型心筋症を認めた。保存治療により壁運動は改善。開心術後のたこつぼ型心筋症に対し文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-29 術後に発作性夜間ヘモグロビン尿症（PNH）をきたした活動期IE一例

新潟市民病院 心臓血管外科

菊地千鶴男、加藤 香、三島健人、高橋善樹、中澤 聡、金沢 宏

41歳男性。発熱を主訴に紹介。CRPが高値。血液培養よりαStreptococcusを認め心エコーで大動脈弁輪、弁下に膿瘍の形成を認めた。活動期IEと診断され内科で抗生剤による治療が行われたが、CRP陰性とならず心不全が進行した為、機械弁によるAVRを行った。術後炎症反応は消退したがLDH高値と軽度貧血が続き、人工弁関連の合併症による溶血を念頭に精査したが弁や弁輪に異常なし。PNHと診断された。文献的考察を合わせ報告する。

Ⅲ-30 左鎖骨下動脈閉塞に対しPTA施行中動脈損傷し、止血術後に発症したNOMIの一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

吉沢あゆは、安達晃一、田村 敦、田島 泰、木村知恵里、野中崇央、由利康一、松本春信、山口敦司、安達秀雄

72歳、男性。他院で左鎖骨下動脈閉塞に対しPTAを施行中に動脈損傷を来とし、血胸、出血性ショックの状態でご当院搬送。左開胸で止血術を施行した。術後1病日に腹痛、乳酸値の上昇、及び代謝性アシドーシスがみられ、血管造影でNOMIと診断した。パパペリン持続動注により改善を得、その後全身状態改善し術後13日目に転院した。

Ⅲ-31 心臓大血管術後に発症した肺水腫に対しVV ECMOが奏功した2治療例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

酒井健司、藤田修平、水野友裕、八島正文、川口 悟、真鍋 晋、八丸 剛、黒木秀仁、渡辺大樹、藤原立樹、三原 茜、櫻井翔吾、澁谷千英子、荒井裕国

心臓大血管術後に発生した肺水腫に対しVV ECMOが奏功した2症例について報告する。症例1は55歳男性。sever MR、TR、OMIに対しMVP、TAP、CABG施行。症例2は75歳女性。弓部大動脈瘤に対し上行弓部置換術を施行。2症例共に術後肺水腫を発症しVV ECMOを施行。離脱し得た。2例を比較しVV ECMOの管理について検討した。

Ⅲ-32 脳血管病変にて術中脳障害が危惧された大動脈弁狭窄症の1手術例

1 済生会横浜市南部病院 心臓血管外科

2 横浜市立大学医学部 外科治療学講座

三ツ堀隼弘¹、岩城秀行¹、沖山 信¹、坂本 哲¹、益田宗孝²

症例は73歳男性。大動脈弁狭窄による心不全で入退院を繰り返した。術前検査で脳血管病変が多発しており、術中の脳障害が危惧された。経カテーテル大動脈弁置換の適応と思われ、施行可能な病院に打診したが、治療段階であり腎障害により適応外とされた。その間にも心不全が悪化し再入院となり手術を施行した。手術に際し人工心肺中の脳血流圧を保つためIABPを使用した。IABPの脳血流への影響など考察を踏まえ報告する。

14:06～14:38 心臓腫瘍 1

座長 今 中 和 人（埼玉医科大学 総合医療センター 心臓血管外科）

Ⅲ-33 多発性心臓粘液腫再発を認めた Carney complex の 1 例

NTT東日本関東病院 心臓血管外科

井上信幸、福西琢真、柴田 講

30 歳女性。心臓粘液腫の家族歴あり。9 歳時に右開胸で左房粘液腫摘出術を施行された。26 歳時に副腎腺腫による Cushing 症候群を指摘され、Carney complex の診断にて両側副腎全摘術を施行された。経過中の心エコーにて右房および右室に多発性の腫瘤を指摘され、MRI で右房中隔、三尖弁近傍右室、右室心尖部前壁、右室流出路に計 5 個の腫瘤が確認された。経右房経肺動脈切開で腫瘍を摘出、右室心尖部前壁の大きな腫瘍は心筋内に埋没しており、右室縦切開で核出した。病理組織学的にすべて粘液腫であった。

Ⅲ-35 三尖弁乳頭筋に発生した乳頭状弾性線維腫に対してループテクニックを用いて乳頭筋再建を施行した 1 例

防衛医科大学校病院 第2外科

山崎真之、磯田 晋、大迫茂登彦、木村民蔵、山中 望、前原正明

41 歳男性、動悸と息切れを訴え、心電図で心室性期外収縮を認め、心エコーで右室腫瘤を指摘された。手術で三尖弁乳頭筋に茎をもつ綿帽子様の腫瘤を認めた。切除により乳頭筋の断面は 1/3 に減少し、三尖弁逆流をきたした。CV-4 を用いたループテクニックで三尖弁乳頭筋を再建、弁輪縫縮を追加した。病理は乳頭状弾性線維腫で断端は陰性であった。

Ⅲ-34 術前診断に苦慮した両心房粘液腫の 1 例

東海大学医学部 外科学系心臓血管外科

岡田公章、秋 顕、長 泰則、志村信一郎、古屋秀和、小田桐重人、上田俊彦

64 歳、女性。32 歳時に静脈洞型心房中隔欠損症でパッチ閉鎖施行。その後、心房細動に対しワーファリンコントロール。背部痛を認め、心エコー施行。左房内血栓を疑われ当院紹介。左房及び右房内に腫瘍を疑わせる所見を認めた。精査にて左房粘液腫、右房内栓を疑い手術施行。左房内と右房内の冠静脈洞近傍と右房壁に付着する腫瘍を認めた。病理検査で双方とも心臓粘液腫であった。両心房に多発性に発生し、術前診断に苦慮した 1 例を経験したので報告する。

Ⅲ-36 呼吸苦を主訴に来院し、急激な経過でショックとなった右房血管肉腫の 1 例

1 平塚市民病院 心臓血管外科

2 平塚市民病院 循環器内科

波里陽介¹、井上仁人¹、田村智紀¹、河尻拓之¹、松崎志穂里²、鈴木 暁¹

34 歳、女性。呼吸苦を主訴に他院を受診。胸部 XP で心拡大を指摘され、心不全疑いにて当院受診。心エコーを施行したところ、右房内に 6cm 大の巨大腫瘤・三尖弁嵌頓・心嚢液貯留を認めた。ショック状態に陥り、同日緊急手術で右房腫瘍摘出術・右房壁再建術を施行。術後経過問題なく、独歩にて退院した。病理検査の結果、右房血管肉腫と診断し、抗癌剤治療を開始。術後 6 ヶ月再発なく、外来にて経過観察中である。

14:38~15:10 心臓腫瘍 2・その他

座長 高 橋 徹（群馬大学 臓器病態外科学）

Ⅲ-37 右室流出路障害をきたした転移性胸腺カルチノイドの1治験例

東京医科歯科大学医学部附属病院 心臓血管外科

澁谷千英子、酒井健司、櫻井翔吾、藤田修平、三原 茜、
藤原立樹、渡辺大樹、黒木秀仁、八丸 剛、真鍋 晋、
川口 悟、八島正文、水野友裕、荒井裕国

症例：48歳男性。14年前に胸部異常陰影指摘、精査で胸腺カルチノイド認め胸腺全摘。その後多発転移に対し減量手術含め集学的治療されたが半年前より心不全症状出現、精査で右室内腫瘍認め右室腫瘍摘出術、右室前壁パッチ形成術施行。病理では転移性胸腺カルチノイドの所見。心不全は著明に改善し外来経過観察中である。

Ⅲ-39 右房内浮遊ボール状血栓の一例

千葉県救急医療センター

藤田久徳、武内重康、山口聖一、沖本光典

症例は37歳男性。易疲労感と呼吸苦を主訴に救急要請。心房粗動、右房内血栓の診断で当センター紹介となった。心臓超音波検査では右房内に複数のボール状血栓を認めた。最大の血栓は4.5cm×5.5cm、右房内を浮遊し心拍に合わせ三尖弁に陥入、脱出を繰り返していた。左心室内にも血栓を認め、造影CTで肺動脈塞栓症も認めた。低左心機能であったが、緊急手術（右房内血栓除去、左心室内血栓除去、三尖弁-下大静脈間峡部Ablation）を行った。術後は入院時からの肺炎や、心房粗動再発の治療を必要とした。

Ⅲ-38 Endocardial blood cyst の一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

大久保由華、青木賢治、岡本竹司、名村 理、榛沢和彦、
土田正則

症例は63歳女性。不整脈精査のための心エコーで偶然右房内に20×12mm大の腫瘍を発見した。腫瘍は心房中隔に付着する茎を有し壁の一部は石灰化していた。粘液腫を疑い摘出術を行った。摘出の際腫瘍を把持すると被膜が破れ暗赤色の液体が流出した。茎が付着する腫瘍を中隔ごと切除し壁欠損部を自己心膜patchで修復した。病理診では悪性所見を認めず線維性組織のみで構成される嚢胞であったことから内容物の所見と合わせendocardial blood cystと診断した。

Ⅲ-40 CABG、MVP、左心耳縫縮術後遠隔期左心耳仮性瘤の一例

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

桑原優大、福井寿啓、内室智也、加藤泰之、田端 実、
高梨秀一郎

症例は81歳男性。2008年にMVP、CABG、左心耳縫縮術を当院で施行した。2012年に咳嗽が出現したため精査施行。エコー、CTで左房周囲に5×8cmの腫瘍性病変を認めた。仮性瘤を疑い手術を施行した。左第5肋間側開胸、FFバイパスにて体外循環確立、低体温循環停止下に瘤を切開すると前回縫縮部より出血を認めたため、再閉鎖した。剥離中にLCX近位部に切開が及び、SVGでバイパスを併施した。術後経過は良好であった。

15:10～15:50 肺悪性腫瘍 1

座長 坪 地 宏 嘉（自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科）

Ⅲ-41 演題取り下げ

Ⅲ-42 Transmanubrial approach で切除した術前放射線化学療法後前方肺尖部肺癌の一例

国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

春木朋広、加勢田馨、青景圭樹、菱田智之、吉田純司、永井完治
症例は78歳女性。右上葉原発の肺扁平上皮癌、臨床病期 cT4N0M0（T4：右鎖骨下動脈浸潤疑い）、stageIIIA と診断され、放射線化学療法（CDDP+VNR 2 コース+concurrent RT 45Gy）後に手術の方針となった。手術は Transmanubrial approach で行った。第1肋骨・肋間筋は腫瘍の浸潤を認め、合併切除した。右鎖骨下動脈へは腫瘍の浸潤を認めず、剥離可能であった。手術時間は6時間、出血量は712ml で、肉眼的に完全切除できた。

Ⅲ-43 残存荒蕪肺切除となった induction 療法後 N2 肺癌の1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 心臓血管外科

秦 美暢¹、高木啓吾¹、笹本修一¹、佐藤史朋¹、後藤英典¹、大塚 創¹、田巻一義¹、塩野則次²

55歳男性、右下葉肺扁平上皮癌で2003年 Docetaxel+CBDCA および放射線治療40Gyによる induction 療法後、右中下葉肺切除施行（yp-T2N2M0、Ef2）。術後8年で右残存肺は荒蕪肺から肺化膿症となり2012年3月有癭性膿胸併発。開窓術後、同年4月胸骨正中切開および右前方開胸下に右残存肺切除施行。膿胸腔から緑膿菌、MRSA が検出され、術後胸骨正中創感染をおこしたが洗浄療法で軽快した。

Ⅲ-44 #11 リンパ節陽性の左上葉肺癌に対する肺動脈形成を伴う左上葉管状切除術での工夫

自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科

坪井基浩、峯岸健太郎、中野智之、坪地宏嘉、遠藤俊輔

症例は61歳男性。胸部異常影で紹介。CTで左肺S5に32mmの腫瘍を認め、気管支鏡下生検で扁平上皮癌と診断。#11リンパ節の腫大あり cT2aN1M0cStageIIA。#11リンパ節が葉間と上葉肺動脈と上葉気管支へ浸潤していたため肺動脈形成を伴う左上葉管状切除術を施行。肺動脈の半周を1.5cm長切除し、内腔を保存するように短軸方向に縫合し管状切除を行わずに肺動脈を形成。手術時間254分、出血量700ml。病理は pT2aN2M0pStageIIIA。

Ⅲ-45 Axillofemoral bypass 術後の右肺癌に対して開胸右肺中下葉切除術を施行した1例～graft 温存の工夫～

自治医科大学 外科学講座呼吸器外科学部門

小池輪太郎、山本真一、光田清佳、遠藤哲哉、金井義彦、手塚憲志、長谷川剛、遠藤俊輔

14年前に閉塞性動脈硬化症にて右側胸部を通した Axillofemoral bypass 術を施行されている70歳代男性。9cm大の右中下葉根部の扁平上皮癌にて、右肺中下葉切除術目的に当科入院。graft 露出の危険を考え、graft より背側で切開、肋間には graft 直下の肋間筋も含めて切開し、graft を露出することなく大きく開胸でき手術を施行しえた。graft 閉塞なく経過良好で術後10日目に退院。

15:50~16:30 肺悪性腫瘍 2

座長 増田良太（東海大学医学部附属病院 外科学系呼吸器外科学）

Ⅲ-46 同一肺葉内に原発性肺癌と膀胱癌肺転移を認めた1例

1 東海大学医学部附属八王子病院 呼吸器外科

2 東海大学医学部附属病院 外科学系呼吸器外科学

須賀 淳¹、中村雄介¹、山田俊介¹、中川知己²、増田良太²、
岩崎正之²

症例は80歳代男性。胸部異常陰影を指摘された。胸部CTでは右上葉に3.5cmの空洞を呈する病変と1.5cmの結節影を認めた。6年前膀胱癌の既往あり、経尿道的膀胱腫瘍切除術が施行され無再発経過観察中であった。気管支鏡検査では、空洞形成病変を標的にTBLBを施行し膀胱癌肺転移の診断を得た。上記2病変に対し右上葉切除を施行した。病理診断は、空洞形成病変は膀胱癌肺転移で結節病変は原発性肺腺癌であった。

Ⅲ-47 胸骨正中切開により両側肺癌を一期的に区域切除した1例

新潟県立がんセンター新潟病院 呼吸器外科

白戸 亨、篠原博彦、吉谷克雄、小池輝明

64歳男性。検診で異常影を指摘され、CTで両側肺癌が疑われたため当科に紹介された。画像所見から右肺S1および左肺S1+2の同時多発原発性肺癌と考えた。胸骨正中切開により、両側胸腔にそれぞれアプローチし、右肺S1区域切除術と左肺上区切除術およびリンパ節郭清術を一期的に施行した。術後の病理診断の結果はいずれの病変もpT1aN0M0高分化型腺癌であった。胸骨正中切開による両側同時手術は腫瘍の局在によっては有用な術式と考える。

Ⅲ-48 異時多発肺癌の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、佐治 久、
栗本典昭、中村治彦

症例は76歳の男性で重喫煙者。2年5か月前に扁平上皮癌で左上葉切除施行（病理病期IB）。外来で経過観察中、中葉に小結節影が出現した。対側肺転移と異時多発肺癌の両者の可能性があり、診断・治療を兼ねて中葉の楔状切除を施行したところ小細胞癌で、異時多発肺癌と判明した。術後化学療法を追加して経過観察中である。肺癌術後には二次癌、三次癌発生の可能性を念頭に置き、新規出現した陰影を総て肺転移と思いこんでならない。

Ⅲ-49 肺癌再発例に対し胸腔鏡下複数回手術を行った1例

東海大学医学部附属病院 外科学系呼吸器外科学

濱中瑠利香、松崎智彦、生駒陽一郎、古泉貴久、吉野和穂、
中川知己、増田良太、岩崎正之

66歳、男性。2004年11月右下葉肺癌で右下葉切除施行。pT4N0M0（胸水classV）。2007年2月左S6に18mmの結節を認め、他臓器に遠隔転移を認めず、胸腔鏡下に部分切除を行った。病理診断では転移の診断で切除断端は陰性であった。2011年8月左下葉に新たに結節を認め再度胸腔鏡下に部分切除を行った。2012年11月再度左肺に結節影を認め、3回目の胸腔鏡下部分切除術を行った。胸腔鏡下に同側3回の手術を行えた症例を経験したので報告する。

Ⅲ-50 リンパ節転移を伴う限局性悪性胸膜中皮腫の1例

1 獨協医科大学病院

2 獨協医科大学病院 病理

関 哲男¹、荒木 修¹、荻部陽子¹、葉山牧夫¹、小林 哲¹、
小柳津毅¹、千田雅之¹、本間浩一²

リンパ節転移を伴う限局性悪性中皮腫切除後、長期無再発の症例を経験したので報告する。72歳男性。左肺S4心膜側に結節を認め傍胸骨リンパ節の腫大を認めた。手術所見では腫瘍は心膜上にあり肺に浸潤し、迅速診では肺癌とのことで左肺上葉切除+心膜切除+縦隔・傍胸骨リンパ節郭清を施行した。最終病理診断は限局性悪性胸膜中皮腫（上皮型）+傍胸骨リンパ節転移であった。CDDP+PEMにて補助化学療法施行。4年経過し無再発生存中である。