

第162回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2013年6月1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： 上田 敏彦

東海大学医学部 外科学系心臓血管外科学

〒259-1193 神奈川県伊勢原市下糟屋 143

TEL: 0463-93-1121（代表）

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】

都市センターホテル

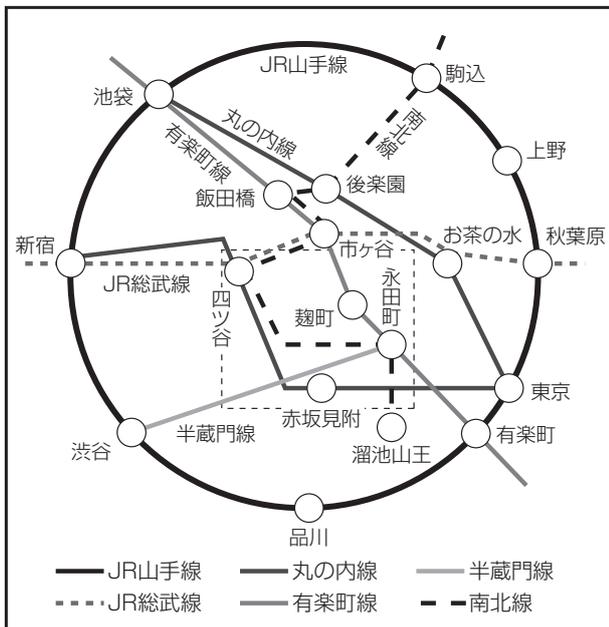
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1

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

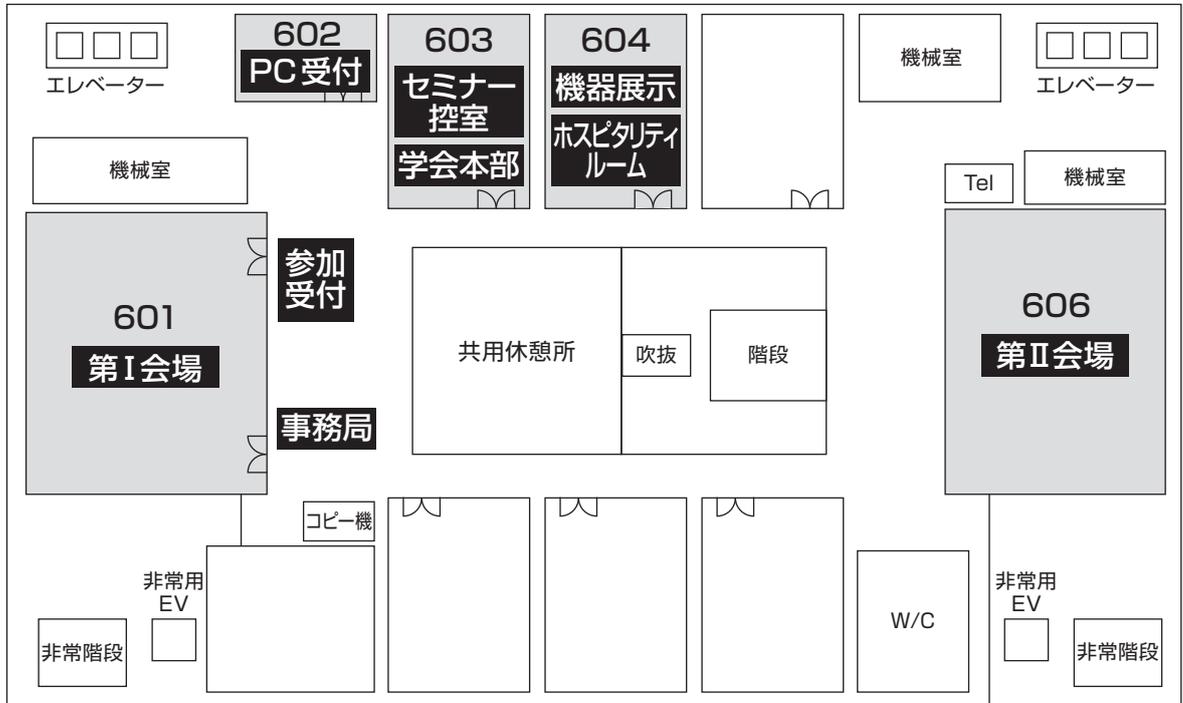
◆首都高速

- 霞ヶ関出口より5分

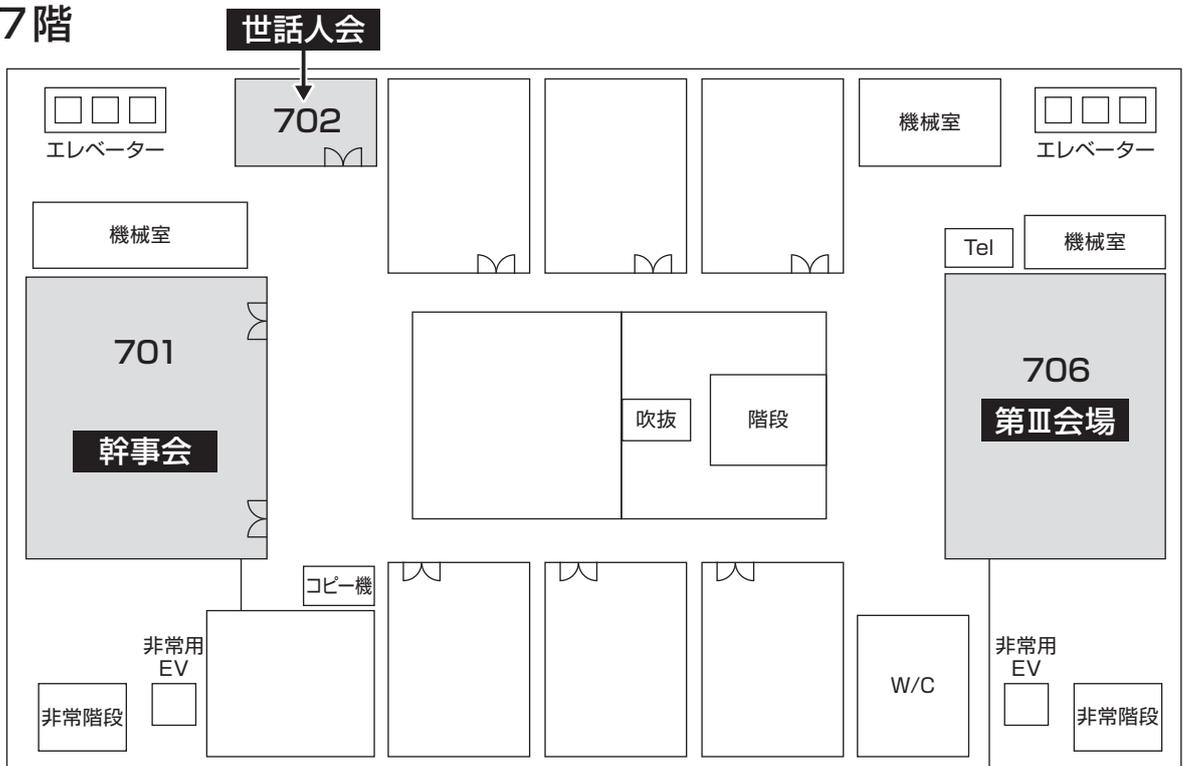
【場内案内図】

都市センターホテル

■6階



■7階



第Ⅰ会場
601 (6階)

8:55~9:00 開会式

9:00~9:48

大血管1

1~6 志水 秀行

慶應義塾大学病院
心臓血管外科

9:50~10:38

成人先天性

7~12 鈴木 伸一

横浜市立大学
外科治療学・心臓血管外科

10:40~11:28

大動脈基部

13~18 伊藤 努

済生会横浜市東部病院
心臓血管外科

11:40~11:50

GTCSからの報告

『GTCS impact factor獲得のために』

座長 井元 清隆
(横浜市立大学医学部附属
市民総合医療センター)

演者 大北 裕
(神戸大学 心臓血管外科)

12:00~12:50

ランチオンセミナー1

『大動脈基部病変と大動脈弁手術』

座長 井元 清隆
(横浜市立大学医学部附属
市民総合医療センター)

演者 大北 裕
(神戸大学 心臓血管外科)

共催：エドワーズ ライフサイエンス株式会社

第Ⅱ会場
606 (6階)

9:00~9:40

弁膜症1

1~5 瀬在 明

日本大学医学部
外科学系心臓血管呼吸器総合外科分野

9:40~10:20

冠動脈1

6~10 齋藤 綾

東京大学医学部附属病院
心臓外科

10:20~10:52

冠動脈2

11~14 田中 正史

医療法人沖繩徳洲会湘南鎌倉総合病院
心臓血管外科

10:52~11:24

冠動脈3

15~18 福井 寿啓

榊原記念病院
心臓血管外科

12:00~12:50

ランチオンセミナー2

『肺移植の現状』

座長 岩崎 正之
(東海大学医学部
外科学系呼吸器外科学)

演者 伊達 洋至
(京都大学 呼吸器外科)

共催：センチュリーメディカル株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

第Ⅲ会場
706 (7階)

9:00~9:24

食道1

1~3 小柳 和夫

川崎市立川崎病院
外科

9:24~9:56

食道2

4~7 宮崎 達也

群馬大学
病態総合外科

10:00~10:40

胸壁・その他

8~12 新明 卓夫

聖マリアンナ医科大学医学部
外科学呼吸器外科

10:40~11:28

肺良性・その他

13~18 武井 秀史

杏林大学医学部
外科学呼吸器・甲状腺外科

9:40~10:30

世話人会 (702:7階)

10:40~11:30

幹事会 (701:7階)

第Ⅰ会場
601 (6階)

13:00~13:40

学生発表 大血管・心臓

19~21 北村 律

北里大学
心臓血管外科

22~23 志村信一郎

東海大学医学部
外科学系心臓血管外科学

13:40~14:12

心筋症

24~27 星野 丈二

医療法人沖繩徳洲会
葉山ハートセンター 心臓血管外科

14:15~14:47

大血管 2

28~31 北中 陽介

聖マリアンナ医科大学病院
心臓血管外科

15:00~15:40

弁膜症 2

32~36 田口 真一

慶應義塾大学病院
心臓血管外科

15:40~16:20

弁膜症 3

37~41 倉田 篤

大和成和病院
心臓血管外科

16:20~16:52

心臓腫瘍・その他

42~45 安達 晃一

自治医科大学病院附属
さいたま医療センター 心臓血管外科

16:55 閉会式

第Ⅱ会場
606 (6階)

13:00~13:40

学生発表 呼吸・先天性

19~20 白田 実男

日本医科大学
呼吸器外科

21~23 尾本 正

昭和大学医学部
第1外科学教室

13:40~14:12

先天性 1

24~27 武田 裕子

神奈川県立こども医療センター
心臓血管外科

14:12~14:52

先天性 2

28~32 太田 教隆

静岡県立こども病院
心臓血管外科

15:00~15:32

先天性 3

33~36 宮原 義典

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

15:32~16:12

先天性 4

37~41 宇野 吉雅

埼玉医科大学国際医療センター
小児心臓外科

16:12~16:52

心臓 その他

42~46 井上 仁人

平塚市民病院
心臓血管外科

第Ⅲ会場
706 (7階)

13:30~14:10

縦隔 1

19~23 伊藤 宏之

神奈川県立がんセンター
呼吸器外科

14:10~14:50

縦隔 2

24~28 関根 康雄

東京女子医科大学八千代医療センター
呼吸器外科

15:00~15:40

肺悪性腫瘍 1

29~33 坪地 宏嘉

自治医科大学さいたま医療センター
呼吸器外科

15:40~16:20

肺悪性腫瘍 2

34~38 河野 光智

慶應義塾大学病院
呼吸器外科

16:20~16:52

感染

39~42 中川 知己

東海大学医学部
外科学系呼吸器外科学

第 I 会場：601（6 階）

9:00~9:48 大血管 1

座長 志水 秀行（慶應義塾大学病院 心臓血管外科）

I-1 二尖弁に対する大動脈弁術後遠隔期に発症した無症候性 A 型解離の 2 例

北里大学 心臓血管外科

波里陽介、北村 律、鳥井晋造、岡 徳彦、中島光貴、板谷慶一、小山紗千、荒記春奈、宮地 鑑

35 歳男性、二尖弁の AS に対し 11 歳時に大動脈弁切開術を受けた。消化器疾患で内科に入院した際、CT で 8cm に拡大した上行大動脈を指摘され、手術所見では慢性限局解離であった。53 歳男性、二尖弁に対する AVR 6 年後に心エコー、CT で基部径 76mm の慢性 A 型解離と診断。後視法的に見ると手術 2 年後から 3 年後にかけて胸部単純写真で上行大動脈陰影は拡大。いずれも中等度低体温循環停止、選択的脳灌流下に上行基部置換を行った。

I-3 血栓閉塞型急性大動脈解離に対する MICS による上行大動脈人工血管置換術の 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、鈴木耕太郎、倉田 篤、小坂真一

患者は 81 歳男性。早期血栓閉塞型 A 型急性大動脈解離の診断にて当院搬送となる。高齢であり降圧療法にて経過観察を行ったが上行大動脈の拡大を認めたため手術を行った。手術は胸骨部分正中切開による MICS にて上行大動脈人工血管置換術を施行した。術後の経過は良好で疼痛も少なく術後第 11 病日独歩退院となった。大動脈解離に対する MICS による人工血管置換術の報告は少ないため文献的考察を含めて報告する。

I-5 超高齢者の急性大動脈解離に対する周術期管理の経験

医療法人社団公仁会大和成和病院 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 94 歳女性、Stanford A 型急性大動脈解離、心タンポナーデによるショック状態で緊急手術を施行した。手術は超低体温循環停止、順行性脳灌流を併用し、上行 hemiarch 置換術を行った。術後循環動態は安定化していたが、呼吸筋の疲労や精神的要因などが重なり、人工呼吸器管理が長期化した。栄養管理による全身状態改善と、呼吸トレーニングにより呼吸状態は安定し、抜管に至りリハビリ中である。超高齢者の術後管理について、考察した。

I-2 多発外傷を伴う外傷性 Stanford A 型大動脈解離の 1 治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

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

症例は 61 歳女性、歩行中に乗用車と衝突、高エネルギー外傷で当院に救急搬送された。CT で骨盤骨折・四肢骨折・脳出血を認め、外傷性 Stanford A 型大動脈解離を伴っていた。骨盤骨折・出血性ショックに対し TAE を施行、出血の鎮静化を待ち、可及的早期に手術を施行する方針とした。第 7 病日に弓部置換術施行。術後経過良好で術後 12 日目で ICU 退室、救命し得た。

I-4 急性大動脈解離に伴う上腸間膜動脈（SMA）閉塞に対し大伏在静脈（GSV）によるバイパス術を施行した一例

医療法人財団石心会狭山病院 心臓血管外科

清水将継、木山 宏、高橋垂弥、塩見大輔

症例は 70 歳女性。腹痛、背部痛のため施行した CT で、SMA 閉塞を伴う Stanford B 型急性大動脈解離と診断した。緊急血行再建の適応と判断し、左総腸骨動脈から SMA に大伏在静脈を用い、バイパスを行なった。バイパス後に辺縁動脈の拍動が出現し、第 20 病日に軽快退院した。急性動脈解離による臓器虚血は早期診断、早期血行再建術が救命に重要であると考えられた。

I-6 2 期的手術待機中に腎梗塞を生じた胸腹部大動脈瘤の 1 例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院

堀川通弘、成瀬好洋、田中慶太、田端あや

症例は生来健康な 65 歳女性。検診の胸部レントゲン写真にて大動脈弓部より下行大動脈にかけて拡張が認められた。胸部 CT で上行大動脈から腎動脈下腹部大動脈までの大動脈瘤を認め、最大径は下行大動脈で 66mm であった。病変部が長いこと 2 期的手術の方針とし、2012 年 11 月に全弓部大動脈人工血管置換術施行した。術後エレファントトランク周囲に血栓形成を認め、腎梗塞を発症したため抗凝固療法を行った。2013 年 2 月胸腹部大動脈人工血管置換術実施し良好な経過を得ている。

9:50~10:38 成人先天性

座長 鈴木伸一 (横浜市立大学 外科治療学・心臓血管外科)

I-7 Björk 型 Fontan 手術後の TCPC conversion の 1 例
千葉県循環器病センター 心臓血管外科
椛沢政司、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
33 歳男性。II、D、D) ccTGA、DORV、hypo LV、MA、PS、ASD、
並列心耳の診断で、2 歳時に左 mBT シャント、14 歳時に Björk
型の modified Fontan 手術 (ASD 閉鎖、VSD 閉鎖、P 弁交連切開、
PA-LV 切開部に RA 直接吻合) を施行されている。32 歳時より
動悸自覚し、Holter 心電図で症状に一致した上室性不整脈を認
め、CT で右心耳の著明な拡張を認めたため、TCPC conversion、
右心耳切除、ASD 作成、MAZE、PM (DDD) 植込術を施行した。

I-9 TOF 術後 38 年に BTS コイル塞栓、PVR+TAP を施
行した 1 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
渡邊マヤ、白石修一、高橋 昌、土田正則
62 歳男性。幼少期に TOF と診断され、It.original BTS を経て、24
歳時に TOF 手術 (trans annular patch) を施行。PR、MR による
両心不全症状を認めるようになり 57 歳時に MVR+TAP+
Maze 手術、PMI (VVI) を施行。その後も右心不全を認め、PR
に対し手術介入を要すると判断。BTS 開存を認めたため、BTS コ
イル塞栓術の後、PVR+TAP を施行した。術後心不全は軽快し、
EPS で VF、失神が誘発されたため ICD 植え込み術を施行後、独
歩退院した。TOF 術後遠隔期手術症例を考察を加え報告する。

I-11 Rubinstein-Taybe 症候群に上行大動脈瘤および大動
脈二尖弁を合併した 1 手術例
獨協医科大学病院 心臓血管外科
桐谷ゆり子、桑田俊之、山田靖之、松下 恭、柴崎郁子、
井上有方、権 重好、土屋 豪、関 雅浩、福田宏嗣
25 歳女性。Rubinstein-Taybe 症候群。健診にて心拡大を指摘。CT
にて最大短径 88mm の上行大動脈瘤、同時に大動脈弁狭窄症を合
併。(大動脈二尖弁) hemiarach replacement および Bentall 術施行。
術後経過良好。術後 21 日目に退院となった。Rubinstein-Taybe
症候群に動脈管開存、中核欠損が合併する例はみられるが、上行
大動脈瘤、二尖弁を合併する症例は稀であり、文献的考察も含め
報告する。

I-8 高齢 Ebstein 奇形に対する 1 手術経験
医療法人沖繩徳洲会葉山ハートセンター 心臓血管外科
高橋 雄、星野丈二、深田靖久、廣田真親、近藤太一、磯村 正
81 歳、女性。27 歳時、Ebstein 奇形を指摘され、在宅酸素療法を
含めた保存的加療を継続。2012 年 8 月、起座呼吸にて当院初診。
精査より Ebstein 奇形、ASD、Severe TR、IHD (LAD#7) と診
断。TAP (Rotationvalvuloplasty/Commissuloplasty)、ASD Clo
sure、CABG (SVG-LAD) 施行。58POD、独歩退院。高齢 Ebstein
奇形に対する手術報告は非常に稀であり文献的考察を踏まえ報告
する。

I-10 Kommerell 憩室に対する人工血管置換術の一例
千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科
焼田康紀、石坂 透、黄野皓木、石田敬一、田村友作、
渡邊倫子、阿部真一郎、若林 豊、松宮護郎
69 歳、男性。昭和 45 年に右側大動脈弓を指摘。平成 25 年に CT
で、左鎖骨下動脈起始異常、Kommerell 憩室 (最大短径 52mm)
を指摘された。アプローチは右第 3 肋間前側方開胸、術中に胸骨
部分切開を加え良好な視野を得た。右大腿動脈送血、右房脱血の
部分対外循環下に遠位弓部大動脈置換、左鎖骨下動脈再建を施行。
周術期合併症なし。術後 CT で異常所見を認めず、独歩退院。

I-12 成人動脈管動脈瘤に対する 1 手術例
総合病院国保旭中央病院 心臓外科
星野康弘、近藤良一、山本哲史、竹田 誠
62 歳男性。肺腫瘍精査で施行された CT で弓部大動脈囊状瘤指摘
されていた。経過観察中に僧帽弁閉鎖不全症と診断され、増悪傾
向認め手術の方針となり、大動脈瘤の治療も同時に行う方針とし
た。胸骨正中切開、体外循環下に、動脈管動脈瘤閉鎖術及び僧帽
弁形成術を施行した。術後嗝声認めたが、経過良好で術後 18 日目
に退院となった。動脈管動脈瘤は比較的稀な疾患であり、文献的
考察を加えて報告する。

10:40~11:28 大動脈基部

座長 伊藤 努 (済生会横浜市東部病院 心臓血管外科)

I-13 比較的早期にSVDをきたしたステントレス弁の2例
自衛隊中央病院 胸部外科
中野渡仁、田中良昭、三丸敦洋、伊藤 直、潟手祐子、
瓜生田曜造、小原聖勇、中岸義典
症例1は61歳男性。平成17年3月AAE、ARに対して27mm
Prima Plus 弁でFull root 施行し、平成25年1月SVDに対して
Redo Bentall術(23mm Carboseal) 施行。症例2は57歳男性。
平成16年11月IEに対してAVR(25mm Freestyle 弁) 施行し、
平成19年8月SVDに対してRedo AVR(23mm ATS) 施行。い
ずれも組織学的に感染を契機としてSVD発症し、比較的早期に
再手術となったステントレス弁の2例を経験したので、文献的考
察を加え報告する。

I-15 A型急性大動脈解離に対する基部置換術後、グラフト
感染による基部仮性瘤を認め再基部置換術を施行した1例
社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院
武部元次郎、伊藤 努、飯田泰功、根本 淳、北原大翔、
三角隆彦
61歳男性。A型急性大動脈解離に対して基部+全弓部置換術を施
行後に退院、術後39日目に発熱と高度徐脈のため再入院。血液培
養よりS.epidermidisを検出。CTで基部中枢側に感染による吻合
部仮性瘤の形成と右冠動脈再建に使用した静脈グラフトの圧排所
見を認めたため、術後44日目に再手術を施行した。大動脈弁輪破
壊が高度であり左室流出路と僧帽弁輪を利用して再基部置換術を
行った。

I-17 Healed IEによる三尖弁閉鎖不全症に併発した大動脈
基部仮性瘤の一例
医療法人財団石心会狭山病院 心臓血管外科
高橋亜弥、木山 宏、塩見大輔、清水将継
症例は56歳男性、維持透析中。既往にCABG3枝と2回の左下肢
bypass、左第2-3足趾切断術あり。2012年11月、突然呼吸困難
出現。TTEにて大動脈基部仮性瘤と右房との連続性血流を認めた
ため、瘤切除+シャント閉鎖の方針とした。導入後TEEで術前
には無かったsevere TRも認めたため、三尖弁も治療対象とし
た。術後病理ではhealed IEの診断であり、発症原因不明の基部
仮性瘤に加えhealed IEによる三尖弁閉鎖不全症を併発したとい
う例は極めて稀であるため報告とする。

I-14 Rifampicin 浸漬法を工夫し、A型解離術後グラフト感
染に対し再手術を施行した1例
社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院 心臓血管外科
飯田泰功、伊藤 努、北原大翔、武部元次郎、根本 淳、
三角隆彦
73歳女性。A型解離に対し上行置換術を施行。術後10日目に創
部離解し、血培よりMSSAを検出したため、VAC開始。15病日
に再開胸、洗浄ドレナージ術施行。CTで吻合部中枢側に仮性瘤
を認め増大傾向があったため、術後90日目にRifampicin 浸漬グ
ラフトを用いてBentall手術および部分弓部置換術を施行。術後
抗生剤を8週間継続し、合併症を認めず、退院。Rifampicin 溶解
液の作成法に工夫を要したので、報告する。

I-16 IEもしくは自己免疫性疾患の診断・治療に難渋した重
症ARの1例
筑波大学附属病院 心臓血管外科
逆井佳永、榎本佳治、川又 健、中嶋智美、三富樹郷、
坂本裕昭、相川志都、佐藤藤夫、金本真也、平松祐司、榊原 謙
症例は43歳男性。起因菌不明のA弁位IEの診断でAVRを施行
したが、発熱、炎症反応が遷延。2ヶ月後人工弁動揺に伴うAR
が再燃しre-do Bentall 施行。やはり起因菌同定に至らず、心臓
Bechet病や血管炎などの自己免疫性疾患の可能性も視野に入れ診
断・治療を施行。免疫抑制療法開始後より解熱、炎症反応の改善
を認め退院に至った。IEと自己免疫性疾患では治療方針が大きく
異なるため注意を要する。

I-18 AVR術後のPVEでLV-RA communicationを認めた
1例
千葉県循環器病センター 心臓血管外科
栢沢政司、鬼頭浩之、松尾浩三、林田直樹、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
75歳女性。心不全を呈した重症ASにてAVR(CEP Magna#21)
を施行した。術後2ヶ月で39℃超の熱発を認め受診。血液培養に
てMRCNSが検出され、TEEにて大動脈弁輪部膿瘍およびRCC
に疣贅付着を認めたため、PVEの診断にて再手術となった。LV-
RA間の交通を認め、ウシ心膜にて交通を閉鎖し弁輪部を形成し
たのち再AVRを施行した。刺激伝導系損傷を危惧されたが、術
後は洞調律であった。文献的考察を加え報告する。

13:00~13:40 学生発表 大血管・心臓

座長 北村 律 (北里大学 心臓血管外科)
志村 信一郎 (東海大学医学部 外科学系心臓血管外科学)

学生発表

I-19 急性 A 型解離術後対麻痺に対し脳脊髄液ドレナージを施行し自立歩行可能となった 1 例

東海大学 心臓血管外科

阪中俊博、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、永瀬晴啓、上田敏彦

症例は 49 歳男性。Stanford A 型急性大動脈解離に対する上行置換術後麻酔覚醒時に対麻痺を確認。虚血性脊髄障害と診断し脳脊髄液ドレナージカテを留置したところ、対麻痺は徐々に回復。術後 MRI では胸髄の広範な虚血性変化を認めた。術後 34 日目に補助歩行が、術後 4 カ月で独立歩行が可能となった。急性 A 型解離術後の新たな脊髄障害は 1.9% と報告されているが、対麻痺回復例の報告は稀である。

学生発表

I-21 慢性大動脈解離に対する全弓部大動脈置換後、未治療の末梢大動脈径が著明に縮小した 1 例

1 慶應義塾大学医学部

2 慶應義塾大学医学部 外科 (心臓血管)

中山梨絵¹、志水秀行²、吉武明弘²、平野暁教²、四津良平²

62 歳男性。3 年前、A 型急性大動脈解離に対し上行・部分弓部置換を施行。今回、AR の増悪と弓部以下の大動脈径拡大を認め当院に紹介された。第一期手術として AVR+全弓部置換 (Elephant trunk)、第二期手術として下行置換を行う段階的手術を計画したが、第一期 6 ヶ月後の CT で末梢瘤径が著明に縮小したため、少なくとも現時点においては第二期手術が不要となった。文献的考察を含め報告する。

学生発表

I-23 急性心筋梗塞、虚血性僧帽弁閉鎖不全症にて肺水腫を来しドクターヘリで搬送された 1 例

1 筑波大学 医学群 医学類

2 医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科

青木 光¹、河田光弘²、水谷理紗²、森住 誠²、末松義弘²

69 才男性。他院でトロポニン陽性、急性心筋梗塞と診断されるも、腹部大動脈解離合併も疑われたため、保存的経過観察。翌日 MR severe 出現し呼吸状態悪化。ドクターヘリで当院へ搬送された。腹部大動脈は解離ではなく壁に血栓であったため IABP 挿入、虚血性 MR、肺水腫には呼吸器で状態改善させ CABG 施行。術後経過良好にて 19POD 独歩退院。

学生発表

I-20 術前に DeBakeyII 型大動脈解離を診断出来なかった心不全、severe AR の 1 例

1 筑波大学 医学群 医学類

2 医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科

荒木健太郎¹、河田光弘²、水谷理紗²、森住 誠²、末松義弘²

81 才女性。呼吸困難、胸背部痛を主訴に受診。心エコーで severe AR を認め、造影 CT では上行大動脈 48mm と拡大を認めたが解離の所見は認めず、入院心不全治療の後、AVR を予定。術中上行大動脈切開時に初めて血栓で満たされた偽腔を認め DeBakeyII 型解離と診断、entry は RCC-NCC 間交連部直上であり、Bentall 手術施行。術後経過良好にて 15POD 軽快退院。

学生発表

I-22 動静脈瘻を伴う巨大右冠動脈瘤に対する手術

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

佐藤哲彰、青木賢治、名村 理、長澤綾子、岡本竹司、

榛沢和彦、土田正則

症例は 70 歳、女性。心雑音を契機に心精査を受け、動静脈瘻を伴う巨大右冠動脈瘤と診断された。右冠動脈本幹は全体に拡張し CT 上最大径は 24mm に達していた。瘤末梢は冠静脈洞と直接交通していた。肺体血流比 1.8。手術では冠静脈洞の瘻孔を閉鎖し、SVG で分枝 3 本にバイパスした。瘤化した本幹は切除した。術後経過良好。瘤の病理診断で嚢胞状中膜壊死を認めた。巨大冠動脈瘤は稀であり、文献的考察および手術時の工夫も含めて報告する。

13:40~14:12 心筋症

座長 星野文二（医療法人沖繩徳洲会葉山ハートセンター 心臓血管外科）

I-24 INTERMACS Profile 1の拡張型心筋症に体外式左室補助人工心臓（LVAD）装着し離脱が可能であった1例

東京大学医学部 心臓外科

島村淳一、木下 修、近藤弘史、内藤敬嗣、小野 稔

生来健康な43歳男性。転院約1ヶ月前より労作時呼吸困難が出現し、前医で拡張型心筋症が疑われた。強心薬導入後も心不全増悪し、転院2日前にIABPが導入され当院転院となった。転院後も肝腎機能の増悪を認め、翌日PCPS装着、2日後に体外式LVAD装着された。術後にβ遮断薬、ACE阻害剤を十分量導入し、有酸素運動等のリハビリを行うことで心機能改善し、初回手術後116日目にLVAD離脱、137日目に独歩退院となった。

I-26 拡張型心筋症、左室瘤を起源とする難治性心室頻拍に対して瘤切除を施行した1手術治験例

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

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、高橋 研、岡田至弘、林祐次郎、新浪博士
57歳、女性。2003年VT、心不全で当院内科入院。左室後壁に心室瘤を合併したDCMと診断されICD移植。2007年CRTDにupgradeもVT頻回、薬物・心内膜アブレーションでは根治出来ず2012年にVTの起原である心室瘤切除術施行、その後VTは認めていない。拡張型心筋症に左室瘤を合併することは稀であり報告する。

I-25 機械弁による僧帽弁置換術後2年8か月で血栓弁を来した拡張型心筋症の1例

新潟市民病院 心臓血管外科

三島健人、中澤 聡、加藤 香、菊地千鶴男、高橋善樹、金沢 宏

症例は57歳男性。平成22年3月拡張型心筋症による僧帽弁閉鎖不全症に対し機械弁による僧帽弁置換術施行。平成24年11月息切れを認め、心エコー上機械弁の1葉のスタックを認め再手術を施行。僧帽弁は後交連側の弁葉から左心房壁に血栓が付着し、同弁葉が動かない状態。弁切除の後、生体弁による再弁置換術を施行。拡張型心筋症に伴う僧帽弁閉鎖不全症に対する弁置換に用いた機械弁の早期スタック症例であり、若干の考察を加え報告する。

I-27 心サルコイドーシスに合併したMRに対してMVRを施行した1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

高澤一平、相澤 啓、榎澤壮樹、佐藤弘隆、村岡 新、上西祐一郎、大木伸一、齋藤 力、小西宏明、川人宏次、三澤吉雄

症例は心サルコイドーシスに伴う心不全で入退院を繰り返している60歳女性。2010年にCAVBの診断でPM植え込みを施行。2012年心臓カテで重症MRを認め手術目的に紹介。MVRを行った。術前EF30%で体外循環離脱に時間を要したが問題なく手術終了。術後経過も良好でPOD17に退院。心サルコイドーシスMR症例の手術は術前長期経過観察した症例は予後不良との報告があり文献的考察も交え報告する。

14:15~14:47 大血管2

座長 北 中 陽 介 (聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科)

I-28 瘤内へのコイル塞栓を併用することで、短い landing の嚢状瘤に対する TEVAR が可能となった2例

1 日立製作所日立総合病院 心臓血管外科

2 日立製作所日立総合病院 放射線科

3 いわき市立総合磐城共立病院

工藤洋平¹、佐藤真剛¹、渡辺泰徳¹、入江敏之²、近藤俊一³

瘤と分枝の位置関係により良好な landing zone を確保できない胸部大動脈嚢状瘤の2症例 (症例1、75歳男性、鎖骨下動脈分岐レベルの嚢状瘤、左総頸動脈から10mm。症例2、74歳男性、多発大動脈瘤、腹腔動脈分岐部近傍の嚢状瘤、上腸間膜動脈から15mm) に対して、瘤内へのコイル塞栓を併用した TEVAR を施行。2例とも明らかな endoleak を来すことなく、良好な結果を得た。

I-30 ショートネック遠位弓部大動脈瘤に対しコイル縫着開窓型ステントグラフトを使用し治療した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

野中崇央、由利康一、長野博司、安達晃一、松本春信、

山口敦司、安達秀雄

症例は77歳男性。COPDの定期通院中に遠位弓部瘤の急速な拡大を指摘された。併存疾患のため開胸手術困難であり TEVAR を予定した。中枢ランディングが10mmと短かく、従来のデバイスでは対応困難と考え、中枢ランディングに一致した位置にコイルを縫着した開窓型ステントグラフト(SG)を使用することとした。術後フォローCTでエンドリークは認めなかった。文献的考察を加え報告する。

I-29 ハイブリッド TEVAR を施行した胸腹部大動脈瘤の2例

国立国際医療研究センター戸山病院 心臓血管外科

陳 軒、藤岡俊一郎、戸口幸治、泉ニ佑輔、森村隼人、

王 志超、福田尚司、保坂 茂

症例1:82歳男性。肺結核胸膜炎既往あり。開腹下に右外腸骨動脈より4分枝人工血管クワトロで左右腎動脈、下腸間膜動脈、脾動脈、上腸間膜動脈を再建、TAGとEPLでTEVAR施行。症例2:71歳男性。左肺癌術後、右総腸骨動脈瘤、左腎動脈狭窄あり。開腹下に右外腸骨動脈再建後、同様に左腎動脈、脾動脈、上腸間膜動脈を再建、TX2でTEVAR施行後に右内腸骨動脈再建。症例2で不全対麻痺を認めたが、2例ともエンドリークなし。

I-31 胸腹部大動脈人工血管置換術後グラフト破綻に対し緊急 Debranched TEVAR を施行した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

小林祐介、由利康一、吉崎隆道、西 智史、田島 泰、

長野博司、木村知恵里、山口敦司、安達秀雄

症例73歳男性。2001年上行大動脈置換術施行。2007年に胸腹部大動脈置換術、肋間動脈島状再建術を施行した。2013年1月、胸背部痛を主訴に近医を受診しCTで肋間動脈島状再建部破綻を認めた。緊急開胸手術を行うも肺の癒着が高度で病変へのアプローチが不可能であったため debranched TEVAR を施行し、救命し得た。

15:00~15:40 弁膜症 2

座長 田口真一 (慶應義塾大学病院 心臓血管外科)

I-32 術前に低酸素血症を呈した肺動脈弁狭窄症、狭心症の1例

医療法人立川メディカルセンター立川総合病院 心臓血管外科

長澤綾子、杉本 努、若林貴志、幸田陽次郎、山本和男、浅見冬樹、岡本祐樹、三村慎也、吉井新平

77歳男性。脳膿瘍の既往あり。2ヶ月前から心不全症状と高度の低酸素血症が遷延。狭心症 (LMT+3VD) および肺動脈弁狭窄症 (圧較差 74mmHg) と診断、CABG、PVR (SJM Epic 21mm)、TAP、PV isolation 施行。肺動脈弁は石灰化と癒合が高度であった。術中所見で上大静脈と左房とをつなぐ異常血管が認められ、低酸素血症には左右短絡の関与が考えられた。術後、低酸素血症は改善。

I-34 狭窄症をきたした大動脈四尖弁の1治験例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

盧 大潤、北中陽介、桜井祐加、千葉 清、小野裕國、安藤 敬、近田正英、阿部裕之、西巻 博、宮入 剛、幕内晴朗
症例は81歳男性、失神発作の精査で発見された重症大動脈弁狭窄症。術前の経胸壁エコーでは指摘されなかったが、術中経食道エコーで四尖弁が疑われた。術中所見では Hurwitz 等の分類で type A の大動脈四尖弁であった。生体弁による大動脈弁置換術を施行、術後経過は良好であった。大動脈四尖弁は稀な疾患であり、閉鎖不全症を発症することが多いが、狭窄症をきたした稀な症例であり、文献的考察を含め報告する。

I-36 僧帽弁位機械弁の Pannus 形成により人工弁機能不全なく頻回の脳梗塞を起こした一例

平塚市民病院 心臓血管外科

田村智紀、井上仁人、灰田周史、福西琢真、鈴木 暁

症例は58歳、女性。2008年3月にDVR(大動脈弁位 SJM19mm、僧帽弁位 Carbomedics27mm) 施行された。その後、ワーファリンコントロールは良好にもかかわらず2008年10月から4回の脳梗塞を発症した。エコーでは人工弁機能不全は認めず、僧帽弁輪にドーム状の pannus を認めた。2012年8月、手術施行、僧帽弁位機械弁弁座にドーム状の pannus を認めたが、人工弁の機能は良好であった。Pannus 切除術のみ施行した。術後脳梗塞の発症は認めていない。

I-33 三尖弁閉鎖不全症に対し、三尖弁置換術および両心室ペーシングを施行した1例

山梨大学医学部附属病院 第2外科

木村光裕、松本雅彦、武居祐紀、本田義博、神谷健太郎、榊原賢士、加賀重亜喜、鈴木章司

71歳女。主訴は労作時の息切れおよび体重増加にて当院内科へ受診した。著明な心拡大と高度の三尖弁閉鎖不全を認めた。精査の結果、徐脈性心房細動、三尖弁輪拡大以外に明らかな異常を認めず三尖弁閉鎖不全症による右心不全と診断した。入院にて内科的治療を3か月行ったが、改善は得られず当科へ手術依頼となった。三尖弁置換術および両心室ペーシング植え込みを施行し、心不全を改善した1例を報告する。

I-35 大動脈弁置換術後の弁機能不全に対して、apicoaortic conduit 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82歳女性。78歳時にAVR (SJM-Regent 17mm) 及び1枝CABG (SVG to RCA) を施行。82歳になり貧血が進行、頻回の輸血が必要であった。ワーファリン自己休薬による弁機能不全で溶血性貧血を来したと診断した。前回手術の影響を考慮し、apicoaortic conduit を施行した。術後、貧血は改善、TTEでは心尖部導管血流/人工弁流出血流=4.8であった。経過良好で術後51日に退院となった。

15:40~16:20 弁膜症3

座長 倉田 篤 (大和成和病院 心臓血管外科)

I-37 急性期脳障害を併発した感染性心内膜炎治療中に腱索断裂を発症し緊急手術を要した一例

富士重工工業健康保険組合太田記念病院 心臓血管外科

杉村幸春、加藤全功、外山雅章

急性期脳障害を併発した活動期感染性心内膜炎の手術については議論される場所である。症例は48歳男性。2013年2月末に意識障害を主訴に当院受診。来院後にも膜下出血、多発脳梗塞、敗血症を認め僧帽弁に疣贅を伴う感染性心内膜炎の診断となった。出血性病変を認めたことから抗生剤加療を開始したが、第10病日に急激な呼吸不全を認め、精査にて腱索断裂による急性僧帽弁逸脱症と判明し心原性ショックを呈したため緊急手術を施行した。

I-39 上腸管動脈塞栓症発症後の大動脈弁位人工弁感染性心内膜炎の一手術例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

池内博紀、茂木健司、松浦 馨、桜井 学、小笠原尚志、

焼田康紀、高原善治

75歳男性。3年前 AVR (CEP23) + 上行置換。下肢蜂窩織炎が原因で人工弁感染を発症し入院。直後に疣贅遊離による SMA 塞栓症発症。腸管壊死には至らず保存的加療。疣贅消失したので、抗生物質投与し再弁置換の時期を考慮していた。10日後に人工弁弁尖に疣贅が再出現、腹部症状安定していたため、緊急手術 (Re-AVR) を行った。しかし、7POD 腸管壊死し小腸広範囲切除 + 右半結腸切除術を要した。SMA 塞栓症後の IE の手術時期について考察する。

I-41 重症下肢虚血、AR を合併した CABG 後 IE-MR に対する手術の経験

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

青木賢治、名村 理、岡本竹司、大久保由華、榛沢和彦、

土田正則

症例は65歳、男性。CABG2枝+MAP+TAP後。MRSE+真菌混合感染によるIE-MR。両側腸骨動脈狭窄を伴う重症下肢虚血、AR2度を合併していた。開存グラフトを有するAoを一切剥離しない方針で右開胸アプローチのMVRを行った。そのさい体外循環の送血方法、心筋保護法、心停止中のAR制御法に工夫を要した。術後感染の再燃なし。下肢虚血も後日行われた血管内治療で軽快した。特異な混合感染IEの治療例であり、手術工夫も含めて報告する。

I-38 外傷性乳頭筋断裂にて急性心不全を呈した多発交通外傷の1救命例

千葉西総合病院 心臓血管外科

樋口義郎、金森太郎、井上武彦、坂口秀仁、市原哲也

症例は52歳男性。飲酒運転中にトラックと正面衝突し受傷、上行弓部大動脈損傷、肝損傷(出血)他と診断された。受傷約6時間後より肺水腫に陥り心エコー再検、前乳頭筋断裂による重症急性MRを認め緊急手術を施行した。前乳頭筋断裂、大動脈弁損傷、心房及び左室心筋損傷を認め、僧帽弁および大動脈弁置換、心内損傷部修復を施行、さらに上行弓部大動脈置換を施行した。手術時間は9時間13分、PCPS装着してのICU帰室となったが翌日離脱、術後16日目に前医転院。

I-40 SLE に対してステロイド治療中に発症した僧帽弁輪膿瘍を伴う感染性心内膜炎の一例

総合病院土浦協同病院 心臓血管外科

横山賢司、広岡一信、大貫雅裕

56歳、女性。2012年8月、SLE悪化によるループス腎炎合併に対しステロイド増量と免疫抑制剤追加されたが、尿路感染を契機に菌血症となり僧帽弁閉鎖不全から心不全に陥った。脳梗塞を合併し抗生剤投与継続としたが、弁輪膿瘍の左室下壁へ瘤状進展を認めたため準緊急手術とした。僧帽弁後尖の疣贅付着と穿孔、後交連側弁輪に約1.5cmの膿瘍腔の開口を認めたため弁切除後に牛心膜にて縫合閉鎖し弁置換術を行った。膿瘍腔の血栓閉鎖を確認しリハビリ転科した。

16:20~16:52 心臓腫瘍・その他

座長 安達晃一（自治医科大学病院附属さいたま医療センター 心臓血管外科）

I-42 子宮平滑筋腫の下大静脈から右室進展を認めた1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

曾我部将哉、川人宏次、相澤 啓、佐藤弘隆、三澤吉雄

症例は45歳女性。繰り返す失神を主訴に近医受診し、心エコー、CTで子宮から右卵巣静脈、下大静脈を経て右房、右室に達する腫瘍を認めた。子宮卵巣を摘出後、循環停止下に下大静脈から右室に達する腫瘍を摘出した。腫瘍は組織学的に静脈内平滑筋腫症と診断された。静脈内平滑筋腫症の1切除例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

I-43 心原性ショックを来した嵌頓性左房粘液腫の一例

昭和大学医学部 第1外科学教室

飯塚弘文、尾本 正、川浦洋征、丸田一人、青木 淳

41歳、女性。突然呼吸困難出現し、救急センターに搬送された直後にショック状態に陥り、UCGにて7cmの左房内をほぼ占拠する可動性腫瘍を認めたため、直ちに気管内挿管とPCPSによる補助循環を行い、緊急手術施行し心房中隔に茎を有する粘液性腫瘍を摘出した。僧帽弁逆流テストにてMRを認め、腱索断裂を伴うP2の逸脱性病変を認めたため、三角切除と人工弁輪による弁輪形成を行い、MRは消失した。巨大左房腫瘍では術前UCGによる僧帽弁評価が困難で、術中評価が重要であると思われた。

I-44 上行大動脈内浮遊血栓に対して血栓除去術を施行した1例

平塚市民病院 心臓血管外科

灰田周史、井上仁人、河尻拓之、波里陽介、鈴木 暁

患者は66歳女性。突然の左第1足指の黒色化を主訴に当院皮膚科を受診。塞栓症の疑いで全身CT検査を施行したところ、上行大動脈から腕頭動脈内に向けて長さ10cm、直径1cmの円筒状浮遊血栓を認め、緊急手術となった。術中epi aortic echoを行い、大動脈切開部位を決定。循環停止下に上行大動脈を縦切開、腕頭動脈に向けて伸展する白色血栓を認め、これを除去した。術後塞栓症の再発なく、術後33日目に独歩退院した。稀な上行大動脈浮遊血栓症の1例を経験したので報告する。

I-45 循環虚脱に陥った急性肺血栓塞栓症に対してPCPS導入度、緊急血栓摘除術を施行した1例

国家公務員共済組合連合会総合病院横浜栄共済病院 胸部心臓血管外科

上野洋資、杉田浩章、宮崎真奈美、永峯 洋、原 祐郁、川瀬裕志

症例は66歳男性。突然の嘔吐と腰痛にて救急搬送。造影CTにて肺梗塞と診断。救急外来にて急速に循環動態が悪化、PCPS導入後に緊急血栓摘除術を施行した。心停止下、左右肺動脈を切開して可及的に血栓を摘出。右房切開を追加、右房・右室内に残存血栓がないことを確認した。術後下大静脈フィルターを留置、低心機能状態に対して4日間PCPSによる循環補助を要したが、その後は順調に回復した。

第 II 会場：606（6 階）

9:00~9:40 弁膜症 1

座長 瀬 在 明（日本大学医学部 外科学系心臓血管呼吸器総合外科分野）

II-1 僧帽弁輪石灰化を認める透析患者への僧帽弁形成術を含む三弁手術

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

透析歴 2 年の 66 歳女性。大動脈弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症の手術目的に紹介された。僧帽弁輪の石灰化あり、弁置換やリングの使用は困難が予想された。胸骨正中切開、右側左房切開。僧帽弁は後尖の弁輪石灰化著明で、後尖が退縮し、前尖との間隙拡大を認めた。0.6%-glutaraldehyde 処理した自己心膜で前尖を延長し、両交連部を Kay 法で縫縮した。大動脈弁は SJM 17A で弁置換。三尖弁は De-Vega 法で弁輪形成した。僧帽弁輪石灰化に対する形成法について考察する。

II-3 僧帽弁前尖石灰化の為に生じた MS に対し、脱灰と人工腱索再建で弁形成を施行した一例

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 外科治療学 心臓血管外科

菊池章友¹、徳永滋彦¹、安田章沢¹、出淵 亮¹、益田宗孝²

73 歳女性。労作時呼吸苦を伴う Severe AS と Moderate MS を認め二弁置換を施行予定であった。術中所見で大動脈弁輪から AM-continuity、僧帽弁前尖まで続く一塊の calcium bar を認め、前尖可動域の低下を来し MS になっていることが判明。大動脈弁は生体弁 AVR を施行。僧帽弁は CUSA で前尖の脱灰を行った。脱灰後 prolapse が判明、人工腱索で再建し形成術を完遂。術後経過は良好。

II-5 大動脈弁閉鎖不全に合併した diastolic MR の一例

日本大学医学部外科学系心臓血管呼吸器総合外科分野

八百板寛子、畑 博明、瀬在 明、飯田 充、吉武 勇、

大幸俊司、有本宗仁、塩野元美

64 歳男性、AR、MR、Af の診断下入院。諸検査で重度 AR と拡張期に逆流する MR を認めた。手術は大動脈弁置換術と PV isolation を行い、diastolic MR は消失した。diastolic MR は重症 AR、房室ブロック、心筋症などに起こるといわれているが、本症例は大動脈弁逆流が僧帽弁前尖側に認め、僧帽弁前尖を押し上げたことにより発生したものと考えられ、文献的考察を加え報告する。

II-2 神経性食思不振症に合併した感染性心内膜炎による急性僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁置換術が著効した一例

防衛医科大学校病院 心臓血管外科

夏山貴博、磯田 晋、木村民蔵、西村健二、山中 望、

中村伸吾、前原正明

神経性食思不振症の 27 歳女性、急激な呼吸困難出現し意識朦朧状態で救急搬送される。院着時ショック状態。急性心不全、肺水腫を呈し、感染性心内膜炎による急性僧帽弁逸脱および閉鎖不全症と診断され当科に治療依頼あり手術治療施行。僧帽弁前尖腱索の断裂と vegetation 付着を認めたので切除し僧帽弁置換術施行。術後経過良好で独歩退院。文献的考察を加え報告する。

II-4 単乳頭筋に対する僧帽弁形成術の一治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

三原 茜、水野友裕、八島正文、川口 悟、真鍋 晋、

八丸 剛、黒木秀仁、渡邊大樹、藤原立樹、櫻井翔吾、

澁谷千英子、酒井健司、荒井裕国

症例は 58 歳男性。心雑音精査で僧帽弁逸脱症による僧帽弁閉鎖不全症 (MR) と診断された。労作時息切れが出現するようになり、心エコー上 MR の増悪を認め、手術施行。単乳頭筋症 (パラシュート僧帽弁) であった。弁尖の肥厚・硬化を認めたが、弁形成 (PhysioII28mm + 人工腱索) で修復可能であった。術後は若干の僧帽弁狭窄傾向を認めるが trivial MR であり、顕著な症状の改善を認めている。

9:40~10:20 冠動脈1

座長 齋藤 綾 (東京大学医学部附属病院 心臓外科)

II-6 冠動脈瘤を伴う冠動脈肺動脈瘻の一手術例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

若林 豊、石坂 透、黄野皓木、石田敬一、田村友作、
渡邊倫子、阿部真一郎、焼田康紀、松宮護郎

患者は73歳女性。2012年6月より軽度胸部圧迫感を認め、前医にて検診の際に胸部異常陰影を指摘。縦隔腫瘍を疑われ造影CT施行し冠動脈瘤を伴う冠動脈肺動脈瘻を認めた。手術目的に当科紹介となり、体外循環確立・心停止下に冠動脈瘤切除・冠動脈肺動脈瘻閉鎖術施行。術後、合併症なく退院。冠動脈瘤を伴う冠動脈肺動脈瘻の症例は稀であり、今回、同症例を経験したため報告する。

II-8 多発瘤及びMAPCA合併冠動脈肺動脈瘻の1例

東海大学医学部 外科学系 心臓血管外科

小田桐重人、長 泰則、志村信一郎、秋 颯、古屋秀和、
岡田公章、上田敏彦

59歳男性。20年程前より間欠的に胸痛を認め、当院循環器内科にて冠動脈肺動脈瘻を指摘。経過観察するも症状頻回となり精査。冠動脈CT上、LMT近傍から主肺動脈前面にかけ最大約30mmの多発瘤及びMAPCAを認めた。さらに、心エコー検査で主肺動脈内に流入する冠動脈肺動脈瘻も確認。CAGにてLAD#6の2カ所から主肺動脈への流入血管を認めた。Qp/Qsは1.3。カテーテル治療は根治困難と判断し、開胸手術施行。術後12日目に独歩退院。

II-10 重度閉塞性肺障害、低左心機能を伴う症例に対する一期的off-pump CABGと小腸部分切除を施行した1例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

福島 剛、齋藤 綾、吉竹修一、木村光利、梅木昭秀、
本村 昇、小野 稔

症例は69歳男性。LMTを含む重症3枝病変に対しPCIの予定であったが、虚血性高度小腸狭窄を発症し小腸切除の方針となった。腹部手術に先行し外科的冠血行再建が推奨されたが閉塞性肺障害(FEV1.0% 38%)およびEF40%を認め、複数回の全身麻酔下手術は周術期合併症のリスクを高めると判断。一期的にoff-pump CABGと小腸部分切除術を施行し、術後の経過は順調であった。

II-7 巨大冠動脈瘤に対して手術を行った一例

1 横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター

2 横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

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

69歳女性。2006年に冠動脈瘤を指摘されたが、手術を拒否。その後外来経過観察するも、瘤径拡大したため手術となる。右冠動脈は起始部から#3まで全長に渡って最大短径60mmの巨大な瘤を形成していた。左回旋枝にも最大短径24mmの冠動脈瘤を認めたため、心停止下に瘤切除、冠動脈バイパス術を行った。両側の冠動脈ともに瘤の切開、入口部結紮、末梢への伏在静脈によるACバイパスを行った。

II-9 r-GEAを用いCABG術後に臍頭部十二指腸切除術を行った一例

1 杏林大学 心臓血管外科

2 杏林大学 外科

土屋博司¹、窪田 博¹、野間美緒¹、遠藤英仁¹、稲葉雄亮¹、
池添 亨¹、西野純史¹、坪井文香¹、杉山政則²

症例は61歳の男性。労作性狭心症の診断にてoff-pump CABG×2(LITA LAD、r-GEA 4PD)を施行。その後臍頭部癌の診断で臍頭十二指腸切除術の予定となる。胃十二指腸動脈の切離に伴いr-GEA 4PDがsacrificeされるため、大伏在静脈を用い腹腔動脈からr-GEAにバイパスを施行。TEEで心筋虚血なく、臍頭十二指腸切除術を完遂。r-GEAを用いてバイパス手術後に消化器疾患の手術は希ではなく、文献的考察を加え報告する。

10:20~10:52 冠動脈2

座長 田中正史 (医療法人沖繩徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科)

Ⅱ-11 全身の高度動脈硬化のため CABG 時のグラフト選択とバイパスデザインに工夫を用いた一例

順天堂大学医学部 心臓血管外科

黒田揮志夫、桑木賢次、松村武史、横山泰孝、天野 篤

73歳男性。糖尿病性腎症で7年前に維持透析導入。症状は特になし、心電図異常でCAGを施行。#2 75%、#5 75%、#7 90%、#11 75%を認めた。グラフトは、造影CTでLITAは左大腿動脈閉塞に伴う側副路となり、使用回避。上行大動脈は陶器様変化でありSVGによる中枢側吻合は使用困難。そこで、RITA-LAD、GEAのfree graftとし、RITA-GEAの端側吻合でy graftを作成し、D1、OM、PL2の4枝バイパスとした。超音波血流装置での血流量は良好であった。

Ⅱ-13 正中切開を行わずに再CABGを施行した一治験例

昭和大学藤が丘病院 胸部心臓血管外科

竹内 晋、田中弘之

症例は62歳女性透析患者。H18年U-AP、ASに対しAVR+CABG(LITA-LAD、AO-SVG-PL-4AV)施行。H24年4月前壁虚血によるAPに対し左鎖骨下動脈狭窄によるLITAの流量改善目的でAx-Axバイパス施行。H25年1月よりAP再発を認めCAG施行。LITA-LADは開存、SVG中枢側は閉塞、PL-4AVのC-Cバイパスのみ開存していた。そこで今回我々は再手術をより安全に低侵襲に行う為開腹のみによるGEA-4AVバイパスを施行し良好な結果を得たので報告する。

Ⅱ-12 冠動脈バイパス術後遠隔期に大動脈弁置換術を施行した一例 心筋保護、大動脈弁へのアプローチの考察

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

13年前にCABG(LITA-LAD、SVG-PL、RA-RCA)の既往のある81歳男性。大動脈弁狭窄症(AS)の進行あり、手術目的に当科紹介された。13年前のCABGは全てpatentだった。手術は再胸骨正中切開。送血温を23℃まで冷やし、LITA-LADの血流を保持したまま手技を行った。RA-RCA graftを一度離断し、大動脈横切開した。Magna EASE21Aを用いて、大動脈弁置換した。離断したgraftは再度端々吻合した。CABG後再手術時の心筋保護、大動脈切開について考察する。

Ⅱ-14 PADを合併したACS症例に対するIABP補助下のOPCAB

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

岡田修一、金子達夫、江連雅彦、佐藤泰史、長谷川豊、

木村智恵里、小此木修一、滝原 瞳、内藤敬嗣、伊達数馬

症例は75歳男性。2012年8月に呼吸苦が出現し前医受診、心エコーでEF30%)、ECGで虚血性変化を認めてACS疑いで当院に搬送された。CAGでLAD#7:total、LCX#12:90%、#13:90%、RCA#1:99%のTVDであった。腹部大動脈閉塞で大腿動脈から挿入できず、左上腕動脈からIABPを挿入した。OPCAB3枝と上行大動脈一両側大腿動脈バイパス術を施行した。経過良好にて術後43日目に前医へ転院した。

10:52~11:24 冠動脈3

座長 福井 寿 啓 (榊原記念病院 心臓血管外科)

Ⅱ-15 AMIによる心停止、心肺蘇生後にCABG施行した1例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

市村 創、高野 環、田中晴城、小野真由、大上康広、
山本高照、五味洩俊仁、駒津和宜、大津義徳、寺崎貴光、
和田有子、瀬戸達一郎、福井大祐、天野 純

【症例】61歳男性、維持透析中。明け方倒れているのを家人に発見され、4分後隣人によるCPR開始、7分後救急隊到着、11分後自己心拍再開し当院に救急搬送された。CAGにて3枝病変認め同日CABG施行。術後明らかな合併症なく経過し、第19病日独歩退院となった。【結語】BLSにて蘇生後、CABG施行し術後合併症なく救命し得た1例を報告する。

Ⅱ-17 Vegetationを伴う感染性心内膜炎と間違われた急性心筋梗塞後乳頭筋断裂による僧帽弁閉鎖不全症の一例

東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科

佐藤敦彦、浅野竜太、片岡 豪、立石 渉、小寺孝治郎、
中野清治

症例は62歳、女性。突然の胸痛により救急要請。心電図にて急性下壁心筋梗塞を疑いCAG実施。左回旋枝(#13)の完全閉塞に対しPCI実施。その後、39℃台の発熱、血培からMRSE陽性、心エコーで僧帽弁前尖にvegetationを認めたことから感染性心内膜炎と診断。抗生剤治療により感染兆候が改善した後に僧帽弁形成術を実施。術中所見によりvegetationではなく断裂した後乳頭筋組織であると判明した。

Ⅱ-16 大動脈弁遮断解除後の左冠動脈重度spasmにより人工心肺離脱に難渋した一例

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 外科治療学 心臓血管外科

出淵 亮¹、徳永滋彦¹、安田章沢¹、菊池章友¹、益田宗孝²

症例は69歳男性。二尖弁によるASr、MR、afに対し生体弁AVR、MAP、MAZE手術を施行。術前の左室収縮機能は保持されていたが、大動脈遮断解除後にLV akinesisを認めた。経食道エコーで左冠動脈の血流がdetect出来ず。当初入口部閉塞も危惧したが、血流は各種血管拡張剤の投与により徐々に改善が認められspasmと判明、壁運動も正常化。その後の経過は良好であった。

Ⅱ-18 冠動脈解離によると思われる若年ACS症例に対してOPCABを施行した一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

焼田康紀、松浦 馨、桜井 学、小笠原尚志、茂木健司、
高原善治

症例は生来健康な37歳女性。立ち話をしているときに突然の胸痛で発症。救急車で心室細動となりCardioversion施行。来院後すぐに施行したCAGでLAD及びDiagonalの限局解離(完全閉塞)による急性心筋梗塞と診断し、PCIは危険とのことで緊急OPCAB×1 LITA-LADを施行した。術後造影ではバイパスは良好に開存している一方で、LAD、Dの狭窄は50%へregressionしていた。冠動脈解離によるACSは比較的稀であり、文献的考察を加えて発表する。

13:00~13:40 学生発表 呼吸・先天性

座長 白田実男 (日本医科大学 呼吸器外科)
尾本正 (昭和大学医学部 第1外科学教室)

学生発表

II-19 気管原発粘表皮癌の1例

1 東海大学医学部

2 東海大学医学部附属病院 外科学系 呼吸器外科

3 東海大学医学部附属病院 基盤診療学系 病理診断学

山口純輝¹、松崎智彦²、濱中瑠利香²、生駒陽一郎²、古泉貴久³、
吉野和穂²、中川知己²、小倉 豪³、増田良太²、中村直哉³、
岩崎正之²

2009年1月より感冒を契機とした喘息の診断で長期に治療行っても改善乏しかった。2012年4月皮下気腫出現。CTで胸骨切痕レベルに気管内に90%以上を占める17mmの腫瘍を認めた。襟状切開気管腫瘍切除+形成術(PCPS補助下)に施行した。病理診断は粘表皮癌の診断であった。

学生発表

II-21 右肺動脈上行大動脈起始症の低体重児に対する二期的手術の経験

筑波大学 心臓血管外科

濱口祐人、平松祐司、金本真也、川又 健、逆井佳永、榊原 謙
体重1560gの新生児。右肺動脈上行大動脈起始と心室中隔欠損と診断。心不全悪化に対し生後15日目に手術介入した。低体重のため体外循環下の根治術を回避し、右肺動脈絞扼術によって右肺の保護と左室容量負荷軽減を図った。生後5か月、3900gで根治術に到達したが、肺高血圧が残存した。治療方針と経過について考察を加える。

学生発表

II-23 CTにて新生児期に偶然診断された肺動脈スリングの一例

北里大学 心臓血管外科

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

症例は2ヶ月、女児。動脈管開存症、卵円孔開存、21トリソミーの診断にて新生児期に動脈管クリッピング術行う方針であった。術前に大動脈縮窄の有無を確認する目的で施行した3DCTにて肺動脈スリングが偶然指摘されたため、術式を左肺動脈移植術、動脈管離断術、PFO閉鎖術に変更し2ヶ月時に手術施行した。新生児期に肺動脈スリングが指摘される事は稀であり文献的考察を加え報告する。

学生発表

II-20 喉頭癌治療中に偶然に発見された小型 Superior sulcus tumor に対する1切除例—胸骨正中切開と transmanubrial approach を併用して—

自治医科大学 呼吸器外科

藤田和樹、山本真一、柴野智毅、峯岸健太郎、金井義彦、
手塚憲志、長谷川剛、遠藤俊輔

症例は50歳代男性。喉頭癌に対して放射線治療を施行後経過観察中。胸部CT検査で左鎖骨下動脈に接する径2cmの腫瘍を左肺尖縦隔側に認め、手術目的に当科紹介。胸腔鏡で肺からの腫瘍が縦隔胸膜に浸潤している所見を確認し、胸骨正中切開と transmanubrial approach を使用して鎖骨下動脈周囲の良好な視野を確保しつつ左上葉切除、頸部縦隔リンパ節郭清を施行した。

学生発表

II-22 閉塞性肥大型心筋症に対してMorrow手術を施行した6歳女児の一例

1 横浜市立大学 医学部医学科

2 横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

黒岩牙己¹、益田宗孝²、磯松幸尚²、鈴木伸一²、郷田素彦²、
片山雄三²

6歳女児。1ヶ月検診後の精査で肥大型心筋症と診断された。46XXであり翼状頸を認めたことから Noonan 症候群疑いとなった。6歳時心臓カテーテル検査で圧較差100mmHgの左室流出路狭窄を認めたため、中隔心筋切除術(Morrow手術)の適応と判断。経大動脈弁的に心室中隔の心筋切除を両乳頭筋の中間部位まで施行した。術後TEEにて圧較差は58mmHgまで軽減し一定の効果が認められた。

13:40~14:12 先天性1

座長 武田裕子 (神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科)

Ⅱ-24 Norwood 後 neo AR に対し fenestrated TCPC に aAo 外側からの交連縫縮を併施した一例

静岡県立こども病院

杉本 愛、太田教隆、小川博永、坂本喜三郎

症例は 2y7m、9kg、女児。HLHS (MS AA)、restrictive PFO、LV-CA fistula。今回 fenestrated TCPC を計画。Norwood 後より neo AR1° (弁中央) が出現、徐々に 2° まで進行し、同時手術介入の方針。NeoA 弁 $\phi=15.7\text{mm}$ (157% of N)。fTCPC 術中 on-pump beating 下、心表面エコーで neoA 弁交連を同定、TEE で neoAR を評価しつつ aAo 外側から交連縫縮した。CPB 時間 163 分、Vf10 分。術後エコーで neoAR 微量。心停止を避け、手術侵襲を抑えた Norwood 術後 neoA 弁への介入方法として有用であった。

Ⅱ-26 左心低形成症候群、総肺静脈還流異常症、Scimitar 症候群の 1 例

東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科

小谷聡秀、松原宗明、厚美直孝、寺田正次

出生後 HLHS variant、TAPVC (III+Ia) と診断された女児。日齢 2 に心房-共通肺静脈腔間の異常隔壁切除術および両側肺動脈絞扼術を施行。術後心臓カテーテル検査で肺分画症を伴う Scimitar 症候群と診断され、栄養血管コイル塞栓術を施行。月齢 6 に両方向性グレン手術、大動脈弓再建術を施行。術後肺高血圧の管理および VV シャントの治療に難渋し、2 歳までに 7 回のカテーテル治療を施行。現在フォンタン手術に到達し、外来経過観察中。本症例の治療戦略につき報告する。

Ⅱ-25 左室流出路狭窄を伴う横紋筋種に対し腫瘍部分切除を施行した一例

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ヶ月 男児 5.3kg 検診で心雑音指摘、超音波で左室内腫瘍診断となり紹介。超音波：収縮期 LVOT 右側閉塞。2m:Vf 発症し ECMO 導入。ECMO 離脱に際し、LVOTO での心筋虚血による Vf の可能性考慮し腫瘍切除へ。【手術】Ross 手術での腫瘍切除を想定したが、単一冠動脈が肺動脈基部前面を横切る形態にて断念。術中組織診で横紋筋種診断にて大動脈弁越しの可及的腫瘍切除で手術終了。術後 LVOTO (-)。

Ⅱ-27 肺動脈内隔壁作成術 (IPAS) により TCPC に到達した左心低形成症候群の一例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

田中佑貴、吉井 剛、乾 明敏、村上 新、宮本隆司

症例は 4 歳女児。HLHS (MS、AA) の診断で、生後 9 日で両側 PA banding、3 ヶ月で Norwood 手術、11 ヶ月で BDG 施行。2 歳 10 カ月で TCPC 術前の評価カテを行ったところ、左肺動脈低形成を認め TCPC 困難と判断。肺動脈発育を促すため 3 歳で肺動脈内隔壁作成術 (IPAS) を施行した。その後、左肺動脈発育を認め 4 歳 2 カ月時に TCPC 施行。IPAS を施行することで、TCPC が可能となった症例を経験したので報告する。

14:12~14:52 先天性2

座長 太田教隆 (静岡県立こども病院 心臓血管外科)

II-28 ファロー四徴症、肺動脈弁欠損に対する新生児期姑息術の工夫

東京慈恵会医科大学 心臓外科

阿部貴行、森田紀代造、黄 義浩、橋本和弘

症例はファロー四徴症、肺動脈弁欠損の男児。生直後から主肺動脈の拡大傾向を認めため、日齢21で肺動脈縫縮、体肺動脈短絡術 central SP shunt と併せて0.6mm厚のPTFE patchを用いた主肺動脈内パッチ閉鎖術を施行した。その後左BTシャント術の追加を経たのち、心内修復前のカテーテル検査ではmainPAP 20/18 (20) mmHg、Qp/Qs1.49、Rp 2.36wood・unitとなった。1歳時にmPA内septationパッチを切除後monocusped TAPによるTOF心内修復手術を施行し良好な経過を得た。

II-30 Rastelli術後遠隔期の活動期IEに対して広範囲デブリードメントと肺動脈弁の単純切除をおこなった一例

神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

吉原尚子、麻生俊英、武田裕子、富永崇司、佐々木孝、

大中臣康子、山本裕介

PTFE sheetで作成されたmonocusp patchを用いたRastelli術後16年目の症例。右室流出路に感染性心内膜炎を生じ、抗生剤に反応せず多発性肺塞栓のため外科治療をおこなった。右肺動脈と右室流出路から疣贅を可及的に除去しmonocuspを単純切除した。広範囲に及んだ感染巣のため再燃を危惧し弁は挿入しなかったが循環は良好に維持された。感染の完全寛解ののち弁を挿入する予定である。

II-32 APCフォンタン後にPLEを呈し、TCPCconversionにて改善が認められた一例

東京女子医科大学 心臓血管外科

谷島義章、宮入聡嗣、平松健司、長嶋光樹、松村剛毅、立石 実、中山祐樹、山田有希子、鈴木憲治、測上 泰、宝亀亮悟、山崎健二

症例は15歳、男性。単心室、両大血管右室起始症、肺動脈狭窄等の診断がされ、4歳時にAPCフォンタン施行。その後PLEと診断され、内科治療で寛解、再燃していた。右房、下大静脈間に狭窄が認められた。14歳時TCPCconversionに。手術は18mm心外導管で施行。術後は、内服調整等のみでPLEは改善し退院した。APCフォンタン後PLE症例に対してTCPCconversionを施行し、その改善を得たので報告する。

II-29 純型肺動脈閉鎖症に対してringed ePTFE graftを用いたHemi-Fontan型グレン手術を施行した一例

自治医科大学附属病院 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

純型肺動脈閉鎖症にてグレン手術適応の2歳男児。初回右BTシャント(2.2kg)術後の右肺動脈狭窄のために、central及び肺動脈末梢への追加シャントを要した。右肺動脈は形成困難であったため、ringed-ePTFEグラフトで置換した。上大静脈は離断せず、右房開口部をパッチ閉鎖、背側に右末梢肺動脈、左側面にグラフトを吻合、右末梢のBTシャントは温存した。術後経過は極めて良好であった。

II-31 SVAS、bilateral peripheral PS (PPS)を合併したWilliams症候群に対するMyers法+bilateral PA angioplastyの1例

長野県立こども病院 心臓血管外科

早川美奈子、坂本貴彦、小坂由道、島田勝利、原田順和

症例は1歳1ヶ月の女児。診断はWilliams症候群、SVAS、bilateral PPS。生後2ヶ月時に当院紹介受診。徐々にPPSが進行し、9ヶ月時の心臓カテーテル検査にて、RVp=80% of Aop、PA index 87 mm²/m² (RPA 5.5mm、LPA2.3mm)、SVAS圧較差26mmHg、上行大動脈最狭窄部4.8mm。Myers法によるAortoplasty+グルタルアルデヒド処理自己心膜によるbilateral PA angioplastyを施行した。

15:00~15:32 先天性3

座長 宮原義典 (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)

Ⅱ-33 孤立性右肺動脈を伴う総動脈幹症に対して二期的修復を施行した1治験例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

古田晃久、瀧上 泰、長嶋光樹、平松健司、松村剛毅、立石 実、中山祐樹、寶亀亮悟、宮入聡嗣、山崎健二

症例は10カ月、男児。総動脈幹症、孤立性右肺動脈、右側動脈管の診断。動脈管-肺動脈移行部狭窄あり、バルーン拡張を3度行ったが狭窄進行。5カ月時に動脈管断端を心嚢内の大動脈後方・左肺動脈付近に translocation しての BT シャントを置いた。10カ月時に Rastelli 型手術を施行。この際、近接した左右肺動脈断端後壁を直接吻合し、左右肺動脈の連続性を作成しての肺動脈形成にて良好な結果を得たので報告する。

Ⅱ-35 部分肺静脈還流異常症を伴った総動脈幹症に対する根治手術の1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

中山祐樹、長嶋光樹、平松健司、松村剛毅、立石 実、瀧上 泰、宮入聡嗣、寶亀亮悟、山崎健二

症例は4歳2ヶ月の男児。右肺動脈狭窄症、両上葉枝の部分肺静脈還流異常症、右鎖骨下動脈起始異常と総動脈幹症I型と診断された。既往歴として生後10日目に肺動脈絞扼術を施行された。手術は18mmの導管を用いた Rastelli 手術、部分肺静脈還流異常修復手術(右上葉枝は William 法、左上葉枝は左心耳に端々吻合)と肺動脈形成術を施行した。術後10ヶ月である現在も軽快外来通院中である。

Ⅱ-34 Valsalva 洞動脈瘤を合併した総動脈幹症の1例

千葉県こども病院 心臓血管外科

中村祐希、青木 満、萩野生男、腰山 宏、藤原 直

我々は、大動脈弓離断症を伴う総動脈幹症に Valsalva 動脈瘤を合併した1例を経験し、乳児期早期に一次的根治術を施行した。発生的見地から非常に興味深い1例と思われるので、文献考察を加え、発表する。

Ⅱ-36 小児対応改良型左心バイパスを用いた大動脈再建術の1例

順天堂大学医学部 心臓血管外科

中西啓介、川崎志保理、天野 篤

症例は、10歳男児、体重20kg。単純大動脈縮窄の診断で、縮窄部切除端々吻合を施行した。手術は、左開胸で胸腔内へ到達。同一視野より補助循環として、下行大動脈送血、左上肺静脈脱血による左心バイパスを確立した。左心バイパスは、充填液が少なくてもすむ反面、特に小児では少ない循環血液量のため閉鎖回路での循環動態維持が困難である。今回循環閉鎖回路に吸引力ザーバー回路を並列することで、術中の出血と血圧コントロールに対応した。本症例に文献的考察を加えて報告する。

15:32~16:12 先天性4

座長 宇野吉雅 (埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科)

Ⅱ-37 Spiral cuff technique による左冠動脈再建と僧帽弁置換術後6年後に再僧帽弁置換術を施行した BWG 症候群の1例

1 横浜市立大学 外科治療学・心臓血管外科

2 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

藤川善子¹、嘉数彩乃¹、片山雄三¹、郷田素彦¹、鈴木伸一¹、磯松幸尚¹、軽部義久²、内田敬二²、井元清隆²、益田宗孝¹

症例は6才女児。生後2ヶ月時に急性心不全出現。高度僧帽弁逆流を伴う BWG 症候群の診断で Spiral cuff technique による左冠動脈再建と僧帽弁置換術 (ATS-AP #16) を施行されていた。Prosthetic-patient mismatch 出現したため、僧帽弁再弁置換 (SJM Regent #21) を施行した。

Ⅱ-39 大動脈弁僧帽弁に対して同時手術を行った3手術治験例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科

山岸俊介、宇野吉雅、栢岡 歩、加藤木利行、鈴木孝明

大動脈弁と僧帽弁に対する同時手術を要した3例を経験した。【症例1】5ヶ月男児。突然の呼吸苦で発症した severe AS/MR に対して大動脈弁は交連切開を施行。ハンモック弁様の僧帽弁に対しては MVR を施行した。【症例2】5ヶ月女児。心雑音から severe AR/MR と診断され、大動脈弁形成と MVP を施行したが再発。Ross-Konno 手術+MVR をおこなった。弁尖の断裂が見られたが原因は不詳であった。【症例3】3歳男児。出生7日目に IAA repair/VSD closure を施行した IAA (type B) /VSD の術後遠隔期に AS/MR が進行し、Ross-Konno 手術+MVP を施行した。【結語】いずれの症例も良好な経過で退院した。

Ⅱ-41 LSVC を伴う PAPVC (Rt PVs-SVC) に対する double decker 法による一治験例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

篠原 玄、山本裕介、保科俊之、野村耕司

症例は8才女児。Sinus venosus ASD、LSVC の診断で手術目的に入院。

術中右肺静脈2本が SVC に還流する PAPVC を認めた。心停止とし右房切開すると 8×10mm の ASD を認め下縁は SVC-RA junction の前方に偏位していた。心内 rerouting は SVC 狭小のため困難と考えられ double decker 法にて修復した。

術後1年6カ月経過し、体静脈、肺静脈狭窄、不整脈を認めず経過良好である。

Ⅱ-38 先天性僧帽弁閉鎖不全症に対するグルタルアルデヒド処理自己心膜を用いた弁尖延長術の2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、早川美奈子、原田順和

症例1:4ヶ月、男児。出生時に指摘された MR の増悪認め、3ヶ月時にオルプリノン投与開始となった。症例2:17歳、女性。13歳時に MR 指摘、内科的治療下で MR の進行、著しい左房拡大を認めた。手術はグルタルアルデヒド処理自己心膜で前尖を拡大し、人工腱索再建。症例2ではフィジオリング II (30mm) を追加した。2例とも MR は severe から trivial に改善した。外来フォローアップ UCG で MR は症例1:trivial、症例2:none と経過良好である。

Ⅱ-40 多発性筋性部心室中隔欠損に対し apical infundibular approach により閉鎖した2例

千葉県こども病院 心臓血管外科

秋山 章、青木 満、腰山 宏、中村祐希、萩野生男、藤原 直
multiple apical muscular VSDs に対して、apical infundibular approach にてパッチ閉鎖した2例を経験したので報告する。症例1は4歳女児。診断は Swiss cheese VSDs、PDA、ASD。生後2ヶ月に PA banding、4歳で根治術施行。症例2は11ヶ月女児。診断は multiple muscular VSDs で一期的根治術施行。2例とも術後経過は良好だった。apical infundibular approach によるパッチ閉鎖は、視野が良好で遺残短絡が少なく、有用な方法であると考えられる。

16:12~16:52 心臓 その他

座長 井上 仁 人 (平塚市民病院 心臓血管外科)

Ⅱ-42 僧房弁前尖逸脱症に合併した心室頻拍の一例

1 横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 心臓血管センター

2 横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

内山 護¹、井元清隆¹、内田敬二¹、軽部義久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64歳、男性。主訴は労作時呼吸困難。僧房弁逸脱症による心不全と非持続性心室頻拍を認めた。内科的に心不全治療を行った後、心室頻拍に対してカテーテルアブレーションを施行したが不成功であった。3Dマッピングシステムを用いて心室頻拍の発生源を同定しアブレーションを施行。同時に僧房弁形成術を行った。術後3ヶ月経過し、心室頻拍は認めていない。

Ⅱ-44 釘打ち機器による外傷性右室損傷の一例

医療法人沖繩徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

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

症例は脳梗塞の既往ある43歳男性。自動釘打ち機器の整備をしていた所、誤発射し前胸部に釘が刺さり救急要請。刺さった釘の胸部分は完全に埋没し拍動性に動いていた。CT上第3肋間傍胸骨より刺入し右室に到達し全周性に心嚢液貯留認められた為人工心肺待機下に緊急手術施行。人工心肺を使用せず釘を除去し穿孔部を縫合止血した。合併症なく第7病日独歩退院。人工心肺を使用せず外傷性右室損傷を修復した一例を報告する。

Ⅱ-46 開心術待機中に心肺停止に陥り、緊急手術が必要となった2症例

東京医科大学病院 外科第2講座

松山克彦、杭ノ瀬昌彦、西部俊哉、佐藤雅人、小泉信達、岩崎倫明、山本希誉仁、岩橋 徹、戸口佳代、高橋 聡、丸野恵大、萩野 均

症例1:60歳男性。拡大傾向のあるAAA、low EF、3枝病変に対し、AAA手術を先行させた。術後10日目に心肺停止に陥り開心術を行った。症例2:75歳男性。高度頸部動脈病変を合併した重症AS、3枝病変に対し、脳血管バイパス術を先行させた。術翌日心肺停止に陥り、緊急手術を行った。2症例とも救命に成功したが、重症心疾患を合併した場合の術後管理について考察する。

Ⅱ-43 術中左室心外内膜マッピングを併用した心室頻拍手術の一例

日本医科大学附属病院 第2外科

網谷亮輔、栗田二郎、渡邊嘉之、坂本俊一郎、藤井正大、新田 隆、落 雅美

症例は65歳、男性。27年前に他院で2弁置換術を施行、3年前から心室頻拍(VT)が出現し、除細動器移植、さらにカテーテルアブレーションを繰り返すも効果なく当院にて手術を施行した。術中に3Dマッピングシステムを用いてVT中の心表面マッピングおよび経左室心内膜マッピングを施行し、左室側壁に異常電位を伴う頻拍起源を同定した。心停止下に同部位を切開、心外内膜面を凍結凝固した。術後VT再発なく、術後17日目に軽快退院した。

Ⅱ-45 側開胸によるASD閉鎖術50年後に顕著となった収縮性心膜炎の1例

東京慈恵会医科大学 心臓外科

木南寛造、儀武路雄、松村洋高、井上天宏、木ノ内勝士、中尾充貴、橋本和弘

症例は58歳男性、8歳時に右側開胸にてASD閉鎖術を受けている。以前よりAfの指摘を受けていたが、4年程前から徐々に心不全が進行。CT上心嚢(特にIVC近傍)に強い石灰化を認め、収縮性心膜炎、憎悪したMR、TR、Afが原因の心不全と判断した。MVR(ASD特有の弁形態にてMVPは最初から断念)、TAP、心外膜切除、PV isolationを施行した。全ての問題が解消され術後経過は良好であった。

第 III 会場：706 (7 階)

9:00~9:24 食道 1

座長 小柳和夫 (川崎市立川崎病院 外科)

Ⅲ-1 腐食性食道炎に対するステント挿入による食道気管支瘻の 1 例

1 東海大学消化器外科

2 同呼吸器外科

野口 航¹、小澤壯治¹、増田良太²、岩崎正之²、蒲池健一¹、
林 勉¹、数野暁人¹、伊東英輔¹

症例は 42 歳男性。うつ病で通院加療中、4 年前に自殺企図にてトイレ用洗剤と農薬を服用し救急搬送。入院加療し改善。その後腐食性食道狭窄と胃前庭部狭窄が出現しブジーで対応するも改善せず。胃前庭部狭窄に対し 3 年前バイパス術を施行。食道狭窄に対し 2 年前にステント挿入。今年肺炎で入院し精査、食道左気管支瘻の診断となり当院へ転院。早期手術の方針で転院 3 日後に胸部食道切除 (ステント摘出)、頸部食道瘻造設、右気管支穿孔部閉鎖、肋間筋皮弁被覆術を行った。術後経過は良好で、2 期的再建の方針として、術後第 33 病日に軽快転院となった。本邦での報告例も少なく文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-2 嚥下熱傷による良性食道狭窄に対し食道切除を施行した一例

1 虎の門病院消化器外科

2 同病理部

北嶋俊寛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、藤井丈士²

29 歳男性。既往歴なし。熱いコーヒーを嚥下し食道熱傷となり、その後狭窄進行を認めた。内視鏡・透視にて切歯 19cm より全長にわたり pinhole 様の全周性狭窄を認め、CT にて胸部食道は広範囲に壁肥厚あり、外科的治療の方針となった。受傷 9 か月後に食道切除・胸骨後経路回結腸再建を施行。病理所見では粘膜下に広範な線維化と巣状のリンパ球細胞浸潤がみられ、線維化は外膜へ及んでいた。その後 4 ヶ月再狭窄認めず経過良好。

Ⅲ-3 降下性縦隔炎に対し頸部アプローチによる縦隔ドレナージ手術にて軽快した 1 例

群馬大学大学院病態総合外科学、群馬大学大学院聴平衡学外科学

内田康幸、酒井 真、鈴木茂正、田中成岳、宗田 真、

宮崎達也、高橋克昌、近松一朗、桑野博行

症例は 78 歳男性。左顎下部の腫脹を主訴に前医受診、CT にて頸部に膿瘍腔を認め、咽後膿瘍の診断にて局所麻酔下に緊急ドレナージ術施行。十分なドレナージ得られず降下性縦隔炎を発症し、当科転院となった。全身麻酔下に頸部アプローチで縦隔洗浄ドレナージ術を施行し改善した。積極的な洗浄ドレナージ術を施行し治癒せしめた降下性縦隔炎の 1 例を経験したので報告する。

Ⅲ-4 心臓転移を認めた進行食道癌の1例

1 東海大学消化器外科

2 同心臓血管外科

3 同大磯病院外科

數野暁人¹、小澤壯治¹、蒲池健一¹、林 勉¹、伊東英輔¹、
新田美穂³、西 隆之³、島田英雄³、上田敏彦²

症例は71歳、男性。腹痛を主訴に近医を受診し、上部消化管内視鏡検査で食道癌と診断され、紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査で門歯列より28-32cmの胸部食道に、全周性の0-IIc病変があり、生検で扁平上皮癌であった。またCT検査で、両側鎖骨上・縦隔・腹部に多発リンパ節転移、右心室内に腫瘍を認め、血小板減少症を併存した。心臓血管外科で右室腫瘍摘出術を施行し、病理検査で扁平上皮癌を認め、食道癌Mt、T1N4M1、stageIVbと診断された。心臓転移を認めた稀な食道癌の1例を経験したので報告する。

Ⅲ-6 LSBEを背景としたBarrett食道癌の一切除例

獨協医科大学第一外科

菊池真維子、中島政信、室井大人、高橋雅一、里村仁志、
加藤広行

症例は63歳男性。以前より胸やけを自覚。前医で中部食道に潰瘍性病変を指摘され、当科紹介となった。EGDで切歯より24cmから始まるLSBEを認め、29cmの部位に3型病変を認めた。生検の結果では腺癌(tub2)であり、Barrett食道癌と判断した。CT、PETでは転移を認めなかった。平成25年1月、右開胸胸部食道全摘・胃管再建術を施行。病理では長径18cmにおよぶLESBとそのほぼ全域に渡る粘膜内癌を認め、3型部分はpT2と診断された。本邦ではLSBEから発生したBarrett食道癌の報告は稀である。18cmのLSBEを背景に発生したBarrett食道癌の切除例を報告する。

Ⅲ-5 胃管分節切除術を施行した胃管癌の1例

千葉大学大学院医学研究院・医学部 先端応用外科

横山将也、河野世章、阿久津泰典、上里昌也、星野 敢、
村上健太郎、白鳥 享、宮澤幸正、高橋理彦、小倉由起子、
渡辺裕樹、武藤靖英、松原久裕

今回われわれは食道癌根治切除後16年目に発生した胃管癌に対して、根治切除を行った1例を経験したので報告する。症例は64歳男性。1997年食道癌に対し当科で右開胸開腹胸部食道重全摘術、胸骨後経路胃管再建術を施行した(pT2N3M0 StageIII)。2013年1月に上部消化管内視鏡で胃管癌を指摘され、当科紹介となった。精査の結果、胃管癌cT1bN0M0 StageIと診断し手術の方針となった。同年4月手術施行。腫瘍は3/4周性以上に拡がっており、右胃大網動脈を温存した上で胃管分節切除術、リンパ節郭清を行った。若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-7 食道癌根治的放射線治療後のサルベージESDの有用性

群馬大学大学院病態総合外科学

栗山健吾、宗田 真、鈴木茂正、田中成岳、酒井 真、
宮崎達也、桑野博行

症例は67歳男性。頸部食道癌(Ce type0-Is cT2N1 (101R) M0 cStageII)の診断にて当院紹介受診。喉頭摘出を回避する目的もあり根治的放射線治療を施行した。効果判定にてCRと診断、追加でFPによる化学療法を2コース追加した。治療後7ヶ月目のfollow内視鏡にて同部位に0-IIa病変を認め生検にてSCC、EUSではLPMの診断であったことからESDを施行した。今回我々は頸部食道癌に対するCRT後にサルベージESDを施行し良好な結果を得た症例を経験したので報告する。

10:00~10:40 胸壁・その他

座長 新明卓夫（聖マリアンナ医科大学医学部 外科学呼吸器外科）

Ⅲ-8 小児胸壁腫瘍（spindle cell tumor、unclassified）の一例

1 東海大学医学部 外科学系呼吸器外科学

2 東海大学医学部 基盤診療学系病理診断学

中川知己¹、松崎智彦¹、濱中瑠利香¹、生駒陽一郎¹、古泉貴久¹、吉野和穂¹、小倉 豪²、増田良太¹、中村直哉²、岩崎正之¹
元来健康な女兒。2歳3カ月時に左胸腔内巨大胸壁腫瘍を認め左胸壁腫瘍切除及び上葉部分切除術施行。病理診断は、spindle cell tumor、unclassifiedであった。術後22ヶ月後に第1~3肋骨背側に局所再発を指摘され、その後増大傾向及び一部肋骨への浸潤も認めため、5歳7か月時に左胸壁腫瘍切除+胸壁合併切除術を施行した。

Ⅲ-10 横隔膜欠損孔からの突出により肺腫瘍が疑われた、いわゆる肝ヘルニアの1例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器外科

2 横浜市立大学外科治療学

三ツ堀隼弘¹、田尻道彦¹、井上広英¹、熊頭勇太¹、石川善啓¹、大森隆広¹、益田宗孝²

症例は72歳、女性。間質性肺炎の加療目的に当センターへ紹介となった。胸部CTで間質性肺炎の他に右肺下葉横隔膜上の肺腫瘍が疑われた。間質性肺炎及び肺腫瘍の生検目的に手術を施行した。胸腔鏡下に観察すると、横隔膜腱中心が菲薄化し、また欠損孔を認め肝が一部突出していた。肺腫瘍が疑われた腫瘍は突出した肝臓であった。文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-12 針による胸部刺創の1例

東海大学医学部外科学系 呼吸器外科

松崎智彦、濱中瑠利香、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

50歳、男性。胸痛で近医受診。胸部X線で約3cmの針が4本指摘された。自傷行為否定できず当院精神科通院歴があるため当院搬送。CT検査で針は3本が皮下組織内とどまっておき、1本が胸腔内に達していたが血気胸は認めなかった。胸腔鏡下異物除去術を行い、針は舌区に刺さっており部分切除をおこなった。術後4日で軽快退院した。

Ⅲ-9 肋骨原発孤立性形質細胞腫の1切除例

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、吉田朗彦²、
葛 幸治²、浅村尚生¹

45歳、女性。健診にて胸部異常陰影を指摘され、前医CTで右第5肋骨から胸腔内へ突出する33mm大の胸壁腫瘍が認められたため当院を紹介受診した。第5肋骨を含む胸壁切除術を施行し、組織学的に形質細胞腫と診断された。精査で他の骨病変や骨髄浸潤を認めず、肋骨原発孤立性形質細胞腫と診断され術後放射線療法を追加した。肋骨原発孤立性形質細胞腫は稀な疾患であり報告する。

Ⅲ-11 外傷性頸部気道狭窄に対して気管環状切除術を施行した1例

聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

井田圭亮、佐治 久、安藤幸二、新明卓夫、中村治彦

症例は17歳、男性。バイク事故による脳挫傷、肝損傷を認め約2週間の人工呼吸器管理後に抜管。軽快退院後3週目から呼吸苦が出現。CT検査で頸部気管の高度狭窄を認め紹介となる。ピンホール狭窄にて来院当日に気管切開を施行。3D-CTを含む精査にて気管軟骨3リングの破壊と輪状軟骨直下の頸部気管に4.5cmの狭窄を認めた。根治手術として頸部気管環状切除(第1-4リング)・端々吻合術を施行した1例を経験したので報告する。

10:40~11:28 肺良性・その他

座長 武井秀史 (杏林大学医学部 外科学呼吸器・甲状腺外科)

Ⅲ-13 胸腔鏡手術を施行した左肺底区動脈大動脈起始症の1例

国家公務員共済組合虎の門病院 呼吸器センター外科

岡崎直人、河野 匡、藤森 賢、酒瀬川浩一、鈴木聡一郎、大倉 遊、建 智博

症例は40歳、女性。胸部X線写真で左下肺野異常陰影を指摘。CTで下行大動脈より分岐した左底区肺動脈を認め、左肺底区動脈大動脈起始症の診断となった。B6、A6、V6の正常構造を確認し、3ポートによる胸腔鏡下肺底区区域切除術を施行した。手術時間は98分、出血量は少量。下行大動脈から直接分岐した異常血管は、1-0絹糸で結紮した後自動縫合器で処理した。術後3日目に退院となった。術中ビデオおよび文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-15 外科的切除を施行した末梢性肺動脈瘤の2例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

青木耕平、杉山亜斗、井上慶明、福田祐樹、儀賀理暁、泉陽太郎、中山光男

【症例1】47歳女性、健診で胸部異常陰影を指摘された。胸部CTで、右肺動脈A9-10が18mm大に拡張しており、肺動脈瘤と診断した。右S9+S10区域切除を施行した。【症例2】67歳男性、脳出血後のリハビリテーションのため前医に入院した際の胸部CTで、異常を指摘された。右肺動脈下葉枝が45×30mm大に拡張しており、右肺動脈瘤と診断した。右下葉切除を施行した。末梢性肺動脈瘤はまれな疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-17 呼吸困難をきたした巨大な孤立性線維性腫瘍の1例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院 呼吸器外科

阿部 大、杉村祐志、野守裕明、武士昭彦

65歳の男性。2012年10月に呼吸苦が出現、11月に症状が増悪。胸部CT検査で左胸腔内に巨大な腫瘍を認め、左肺が虚脱していた。超音波ガイド下生検で孤立性線維性腫瘍と診断され、11月27日に手術を施行。腫瘍は左下葉、縦隔胸膜、横隔膜への浸潤が疑われ、横隔膜に多数の小結節を認めた。胸膜腫瘍摘出術、左下葉、縦隔胸膜、横隔膜の部分切除術、小結節摘出術を施行。病理で孤立性線維性腫瘍(核異型・核分裂像なし、一部に出血・壊死、Mib-1 index 1.9%)、小結節は反応性変化の診断。

Ⅲ-14 緊急手術を施行した特発性自然血気胸の1例

前橋赤十字病院 呼吸器外科

河谷菜津子、伊部崇史、井貝 仁、上吉原光宏

23歳、男性。胸痛・呼吸苦で前医搬送され右自然気胸と診断された。胸腔ドレナージを開始したが、第4病日血性排液が出現した(計1060 ml)。ドクターヘリにより同日当院搬送となり緊急手術を施行した。胸腔鏡による術中所見では多量の血腫貯留を認めた。胸膜頂および肺尖部ブラ上に破綻した異常血管の断端を認め、これが出血源と考えられた。胸腔鏡下に血腫除去後、血管断端を焼灼止血し肺部分切除を行った。特発性自然血気胸は比較的稀であるため手術動画供覧の上、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-16 肺毛細血管腫の2切除例

1 杏林大学医学部附属病院 外科(呼吸器・甲状腺)

2 杏林大学医学部附属病院 病院病理部

清水麗子¹、武井秀史¹、橘 啓盛¹、河内利賢¹、荻田 真¹、中里陽子¹、長島 鎮¹、近藤晴彦¹、呉屋朝幸¹、藤原正親²、矢澤卓也²、菅間 博²

【症例1】54歳女性。CTで左肺S9に1.6cm大の充実性結節を認めた。PET-CTで集積は認められなかったが、肺癌を疑い左肺下葉部分切除術を施行した。迅速組織診断では病変を特定できず、下葉切除を追加した。【症例2】46歳女性。CTで右肺S9に1.2cm大の充実性結節を認めた。右肺下葉部分切除術を施行した。画像上充実性陰影を示す肺毛細血管腫は稀である。

Ⅲ-18 多発性軟骨性肺過誤腫の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

症例は53歳男性。2009年健診で肺腫瘍を指摘、PET-CTで3cmの腫瘍を認めたがFDG集積を伴わず経過観察されていた。2012年4月CTにて腫瘍増大を認め、当院紹介受診された。胸部CTで左S8中枢に35mmの腫瘍、S10に38mmの連なる石灰化を伴った2つの境界明瞭な腫瘍を認めた。診断確定と治療のため手術を施行し、術後病理診断で多発性軟骨性肺過誤腫の診断となった。文献的考察を加えて報告する。

13:30~14:10 縦隔1

座長 伊藤宏之(神奈川県立がんセンター 呼吸器外科)

Ⅲ-19 発熱、胸痛で発症した胸腺腫 typeB1 の1切除例

1 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

2 埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科

印藤佳織¹、山崎庸弘¹、坂口浩三¹、二反田博之¹、石田博徳¹、市村隆也²、清水禎彦²、金子公一¹

35歳男性。突然の発熱と胸痛を認め近医受診、炎症反応高値。CTで前縦隔に左胸膜、心膜と接する径6cmの腫瘍と少量の左胸水貯留を認め当院紹介となる。FDG-PET、MRIなどで胸腺腫疑われたため拡大胸腺摘出、腫瘍切除術を施行。病理で胸腺腫 TypeB1、正岡Ⅱ期との診断を得た。

本症例は炎症反応高値と、抗生剤・消炎鎮痛剤のみで自然縮小を来しており過去の考察も含め報告する。

Ⅲ-20 多中心性発生と考えられた同時多発胸腺腫の1切除例

1 神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

2 横浜市立大学 医学部 外科治療学

西井鉄平¹、中山治彦¹、今村奈緒子¹、渡部真人¹、有賀直広¹、今井健太郎¹、禹 哲漢¹、伊藤宏之¹、益田宗孝²

69歳女性。緩徐に増大する2個の前縦隔腫瘍で当科紹介。CTでは前縦隔に5cmと2cm大の腫瘍陰影を認めた。筋無力症状は認めず、抗Ach-R抗体は陰性。同時多発胸腺腫を疑ったが、左乳房切除後で前胸壁の菲薄化が著しかったため、右側より胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。術後病理診断はそれぞれType B1、Type A胸腺腫であった。同時多発胸腺腫は稀であるため文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-21 胸腔内穿破をきたした胸腺腫の1例

1 千葉県がんセンター 呼吸器外科

2 千葉県がんセンター 臨床病理部

守屋康充¹、田村 創¹、松井由紀子¹、石橋史博¹、池部 大²、伊丹真紀子²、飯笹俊彦¹

症例は72歳男性。前医で大腸癌の手術を受けた際に胸部異常陰影を指摘され、精査加療目的に当科へ紹介された。前縦隔に10cm大の腫瘍影を認め、前縦隔腫瘍と診断、手術目的に入院となった。入院当日に前胸部痛出現、胸部レントゲン、CTで右胸水貯留を認め、縦隔腫瘍の胸腔内穿破と考え、手術を施行した。病理検査では、胸腺腫、type A、腫瘍の被膜は一部破綻しており同部位からの胸腔内への穿破と考えられた。

Ⅲ-22 皮膚筋炎に合併した胸腺癌の1例

東京大学医学部付属病院 呼吸器外科

小川有以、安樂真樹、北野健太郎、長山和弘、村川知弘、中島 淳

症例は65歳女性。約1年前より手背に皮疹が出現し、さらに2か月前より皮疹増悪と筋力低下を認めたため当院皮膚科を受診した。精査の結果、前縦隔腫瘍合併皮膚筋炎と診断され、腫瘍に対して手術(前縦隔腫瘍及び拡大胸腺全摘術、心膜、左腕頭静脈、縦隔胸膜合併切除)が行われた。病理の結果胸腺癌(扁平上皮癌)であった。術後皮疹及び筋痛の著明な改善を認め、リハビリによる筋力回復も順調である。皮膚筋炎に合併する胸腺癌はまれであり、文献的考察を含めて報告する。

Ⅲ-23 Type B3 thymoma with anaplasia の1例

1 国保直営総合病院君津中央病院 呼吸器外科

2 東京女子医科大学八千代医療センター 病理診断科

豊田行英¹、石橋史博¹、藤原大樹¹、飯田智彦¹、廣島健三²、柴 光年¹

68歳男性。眼瞼下垂、複視、嚥下困難を主訴に神経内科受診。抗AchR抗体高値であり、重症筋無力症と診断された。また胸部CTで前縦隔に2cmの結節を認めた。抗コリン薬・ステロイド導入後に当科紹介となり、胸骨縦切開拡大胸腺摘除術を施行した。経過良好でPOD11に退院した。病理診断はType B3 thymoma with anaplasia だった。

Ⅲ-24 前縦隔に発生した紡錘形細胞肉腫の1切除例

1 東邦大学医学部附属大森病院 呼吸器外科

2 東邦大学医学部附属大森病院 病院病理部

肥塚 智¹、佐藤史朋¹、秦 美暢¹、笹本修一¹、大塚 創¹、
後藤英典¹、田巻一義¹、笹井大督²、密田亜季²、渋谷和俊²、
高木啓吾¹

28歳男性、健診で右前縦隔に10cm大の腫瘤を指摘され、当科紹介。既往歴に右気胸術後再発に対する癒着療法あり。1年前の健診では異常なく、急速に増大する悪性腫瘍を疑い、右肺中下葉・心膜・横隔神経・横隔膜合併切除を行った。病理診断は、紡錘形細胞肉腫で悪性末梢神経鞘腫が最も考えられた。術後4か月経過、無再発生存中である。

Ⅲ-26 急激な発症をした前縦隔リンパ管種の1切除例

土浦協同病院 呼吸器外科

倉持雅己、小貫琢哉、稲垣雅春

26歳女性。2012年4月に出産。5/20より夜間喘鳴、呼吸困難が出現。5/22呼吸困難のため睡眠できず5/23近医受診。胸部Xpで縦隔腫瘍を疑われ同日当院紹介。超音波、CTで気道を圧排する8cm大の前縦隔腫瘍を認めた。画像上は嚢胞性であり充実部分は認めず。5/24超音波ガイド下に穿刺。250mLの血性、低粘調の液体を吸引し腫瘍は縮小したが翌日の胸部Xpでは元のサイズに戻った。細胞診はClassIIで確定診断を得られず6/13胸腔鏡下縦隔腫瘍摘除術施行。病理診断はリンパ管腫であった。悪性所見は認められなかった。

Ⅲ-28 気管膜様部を損傷した上縦隔原発気管支原性嚢胞の1切除例

杏林大学医学部 呼吸器外科

橘 啓盛、清水麗子、河内利賢、荻田 真、中里陽子、

長島 鎮、武井秀史、近藤晴彦、呉屋朝幸

症例は15歳女性、検診で胸部異常影を指摘され受診した。上縦隔の気管右側に3.7cm大の嚢胞性腫瘍を認めた。気管支原性嚢胞と診断し、手術を施行した。胸腔鏡下に行ったが、嚢胞は気管壁と強く癒着しており、剥離の際に気管膜様部を損傷した。完全切除は困難であると判断し、小開胸下に嚢胞壁の一部を残して損傷部に被覆する形で修復した。気管支原性嚢胞は周囲組織に癒着や連続することがあり、剥離の際に注意を要する。

Ⅲ-25 胸腔鏡生検にて診断に至った縦隔線維症の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科

高橋一哉、堀尾裕俊、村上聡子、原田匡彦

症例は50歳代女性。胆石術前精査にて後縦隔腫瘍を指摘され紹介。血液検査ではCRP軽度高値、免疫グロブリンはIgA、IgEが高値を示したが、IgG4や腫瘍マーカーは正常範囲内。胸部CTではTh9-11にかけて椎体腹側を取り囲むように長径7cmの腫瘍あり。右胸腔アプローチでVATS施行すると後縦隔と下葉に癒着あり、これを剥離すると灰白色弾性硬の病変が確認され、部分切除。組織所見は軽度の炎症細胞浸潤を伴う線維化組織で腫瘍性病変はなく、縦隔線維症と最終診断された。

Ⅲ-27 心膜欠損を伴った巨大な気管支原性嚢胞の1切除例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

鎌田稔子、岩田剛和、吉田成利、鈴木秀海、田川哲三、

溝渕輝明、吉野一郎

症例は69歳女性。息切れにて前医受診、縦隔腫瘍が疑われ当科紹介となった。胸部CTでは、気管分岐下に左房及び肺動脈を圧排する60mm大の腫瘍影を認めた。手術を施行したところ、腫瘍は混濁した褐色の液体を含む嚢胞性病変であった。心臓裏面と嚢胞の接した部位で心膜欠損を認めた。先天性心膜欠損は胸膜心膜の癒合不全等が原因である。頻度は低い気管支原性嚢胞などの気管支肺前腸奇形の発生に関連するとされている。文献的考察を加え報告する。

15:00~15:40 肺悪性腫瘍 1

座長 坪地宏嘉 (自治医科大学さいたま医療センター 呼吸器外科)

Ⅲ-29 左主肺動脈、左房浸潤を認めた左肺門部肺癌の1切除例

国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

平山俊希、青景圭樹、松村勇輝、松脇りえ、菱田智之、吉田純司、永井完治

59歳男性。咳嗽・胸痛を主訴に近医受診し、左肺癌疑いで当院紹介受診となった。胸部CTで左肺門部に38×34mmの腫瘤を認め、左肺上葉完全無気肺と左主肺動脈、左上肺静脈への浸潤が疑われた。左肺扁平上皮癌(cT4N1M0:IIIA)の診断で手術を行った。第5肋間後側方開胸でアプローチした。左主肺動脈は左右分岐直後で確保でき、切離可能であった。左上肺静脈は心嚢内で切離し、完全切除し得た。術後化学療法を施行し、1年間無再発生存中である。

Ⅲ-31 上大静脈合併切除及び肺動脈形成を行った右上中葉切除術の1例

慶應義塾大学医学部呼吸器外科 心臓血管外科

木下智成、神山育男、大竹宗太郎、松田信作、四倉正也、重信敬夫、加勢田馨、奥井将之、羽藤泰、後藤太郎、大塚崇、吉武明弘、工藤樹彦、四津良平、河野光智

70歳代女性。右肺門部の15mm大の腫瘤。診断及び治療目的で右肺上中葉切除術を施行。腫瘍は上大静脈に浸潤。シャントチューブを用いて病変部の血流を遮断後切除、自己心膜パッチで再建。肺動脈は中枢・末梢をテーピング後、部分切除縫合閉鎖。手術所見を供覧し文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-33 両側4か所の病変を3回の手術で切除した異時性多発肺腺癌の1例

新潟県立がんセンター 新潟病院 呼吸器外科

古泉貴久、白戸亨、篠原博彦、青木正、吉谷克雄、小池輝明
64歳女性。初回手術は2008年10月に両側上葉病変に対して胸骨正中切開により右S3区域切除および左肺S3a+4+5区域切除で両側の病変を切除した。2011年3月に残存左上区域の肺癌に対し後側方開胸で残存左肺上葉切除を施行した。さらに2012年10月に右肺S6の拡大空洞性病変の壁肥厚により肺癌と考え後側方開胸でS6区域切除術を施行した。術後経過観察中に発見された第二、第三の異時性多発肺癌に対して積極的に切除を行った症例を経験したので報告する。

Ⅲ-30 大動脈弓部浸潤を伴った左肺門部肺癌の1切除例

獨協医科大学病院 胸部外科

荒木修、荻部陽子、関哲男、葉山牧夫、小林哲、小柳津毅、千田雅之

68歳、男性。2012年10月から嗄声、血痰が出現。気管支鏡検査にて左B1+2から腺癌を検出。cT4N2M0の診断で術前放射線化学療法CDDP+VNR 2コースと放射線療法40Gyを行なった。2コース終了後の効果判定はPR、ycT4N2M0。左上葉管状切除+肺動脈形成と大動脈弓部置換にて根治切除可能と判断し手術施行したが、高度の肺動脈浸潤のために左肺は全摘となった。大動脈弓部はパッチ再建した。術後20病日、独歩にて退院した。

Ⅲ-32 両側同時多発肺癌に対し手術療法と重粒子線治療の併用療法を施行した1例

群馬大学医学部附属病院 第2外科

尾林海、清水公裕、永島宗晃、大滝容一、竹吉泉

症例は69歳、男性。右上葉原発肺癌の診断で重粒子線治療を希望され当院紹介。気管支鏡検査で左下葉支入口部にポリープ状の病変認め、生検で扁平上皮癌の診断を得た。呼吸機能検査では1秒量1.27Lと閉塞性障害を認めた。両側同時多発肺癌の診断で、2012年9月左病変に対し左下葉切除郭清術施行、11月には右病変に対し重粒子線治療を行った。同時多発肺癌に対する手術療法と重粒子線治療の併用療法は現在までに報告例はないため、若干の文献的考察を加え報告する。

15:40~16:20 肺悪性腫瘍2

座長 河野光智 (慶應義塾大学病院 呼吸器外科)

Ⅲ-34 肺切除後の断端再発を疑った2切除例の検討

長野市民病院 呼吸器外科

有村隆明、小林宣隆、小沢恵介、西村秀紀

【症例1】70歳、男性。大腸癌の肺転移に対して左肺S1+2、左肺S10の肺部分切除術を施行している。CA19-9の上昇を認め、胸部CTで切除断端部に腫瘍を認めた。切除断端再発と診断し左上大区域切除術を行った。【症例2】65歳、女性。原発性肺癌に対して右肺S6の部分切除術を施行している。経過観察中の胸部CTで切除断端周囲に腫瘍が出現し、断端再発を疑い右S2+S6区域切除術を行った。肺切除断端周囲の腫瘍は、評価が非常に難しく診断に苦慮することが多い。若干の文献的考察を加え2切除例の報告を行う。

Ⅲ-36 左肺上葉切除後同側第2癌に対する左残肺全摘術の1例

筑波大学病院 呼吸器外科

田代祥博、佐伯祐典、北沢伸祐、小林敬祐、山本 純、井口けさ人、菊池慎二、鈴木久史、後藤行延、酒井光昭、鬼塚正孝、佐藤幸夫

69歳女性。6年前に他院で両側肺癌に対し胸腔鏡下左肺上葉切除術+縦隔リンパ節郭清、右上葉部分切除術を施行した。術後経過観察中に経時的に増大する左S9(直径25mm)と左S6(6mm)のスリガラス陰影を認め、S9から腺癌と診断された。肺機能は1秒量1.9L、1秒率70%、%Dlco92%と保たれており、比較的中枢発生の腫瘍のため左残肺全摘術を施行した。術後経過は良好で独歩退院した。

Ⅲ-38 Pryce1型肺分画症を合併した肺癌の1切除例

北里大学医学部 呼吸器外科

内藤雅仁、林 祥子、山崎宏継、三窪将史、中島裕康、小川史洋、松井啓夫、伊豫田明、佐藤之俊

症例は77歳男性。慢性咳嗽精査の胸部CTで左肺S10に35mmの腫瘍影を認めた。精査にて肺扁平上皮癌(cT2bN0M0-IIA)と診断され、左下葉切除術ND2aを施行した。手術時、下行大動脈より下葉へ流入する異常血管を認め肺分画症と診断した。異常血管は2重結紮処理し、さらに断端を4-0ポリプロピレン縫合糸で補強した。最終診断は肺分画症(Pryce 1型)合併の肺扁平上皮癌(pT2aN0M0-IB)だった。肺分画症合併肺癌は稀であり、文献的考察を含め報告する。

Ⅲ-35 残存肺全摘を行った左下葉肺癌術後左上葉再発の一例

1 自治医科大学付属さいたま医療センター 呼吸器外科

2 自治医科大学付属さいたま医療センター 心臓血管外科

坪地宏嘉¹、真木 充¹、中野智之¹、峯岸健太郎¹、堀大二郎²、山口敦司²、安達秀雄²、遠藤俊輔¹

症例は43歳女性。33歳時に左肺下葉腺癌に対し左肺下葉切除及び縦隔廓清(ND2a-2)を受けた。病期はpT3N0M0、Stage IIB。37歳時に左上葉に陰影が出現し徐々に増大。CTガイド下生検で腺癌と診断し、左残存肺全摘施行。右半側臥位で心窩部まで及ぶ前側方切開をおき第5肋骨床で開胸。さらに6-8肋骨前方の肋軟骨移行部を切断して広範な術野を得ることができた。

Ⅲ-37 肺底動脈大動脈起始症に合併した肺腺癌に1切除例

東京医科大学病院 外科第1講座

古本秀行、萩原 優、前原幸夫、垣花昌俊、梶原直央、大平達夫、池田徳彦

症例は62歳女性。2005年に肺分画症と診断されていた。2012年、間欠的な血痰を主訴に前医受診となり、当院紹介となった。精査の結果、肺底動脈大動脈起始症に合併した左下葉原発の肺腺癌と診断し、根治的切除として左肺下葉切除及びリンパ節郭清術を施行した。肺底動脈大動脈起始症に合併した肺癌症例の報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-39 右緊張性膿気胸の一例

JR東京総合病院

高橋剛史、田中 真

39歳男性。受診2か月前から呼吸苦、右胸痛が出現。症状が増悪するも放置。その後食欲低下、意識障害を認め近医を受診。精査加療目的に当院紹介受診。画像上、右肺完全虚脱と含気を伴う多量の胸水を認め、縦隔が左方へ圧排されていた。右胸腔ドレーンを挿入したところ排膿を認め、膿から *Fusobacterium* と *Pep-tostreptococcus* が検出された。右緊張性膿気胸に対し胸腔鏡下搔爬術を施行、術中所見では右肺胸膜が肥厚し拡張は得られなかった。現在も入院中であるが術後経過は良好で右肺の拡張も改善傾向を示している。稀な緊張性膿気胸の1例を経験したので報告する。

Ⅲ-41 右胸膜肺全摘術後に創離開から発生した右急性膿胸の治療経験

新潟県立中央病院 呼吸器外科

後藤達哉、青木 正、矢澤正知

52歳男性。悪性胸膜中皮腫に対して右胸膜肺全摘術を施行した。退院後に創離開による MSSA を起因とする急性膿胸を発症したため再入院となった。ただちに胸腔鏡下人工心膜・横隔膜除去、搔爬洗浄を施行し、創離開部は縫合閉鎖した。胸腔ドレナージ・洗浄を継続したが、胸水培養から *Corynebacterium* を検出するようになった。再手術後35日目に胸腔鏡下搔爬洗浄と抗生剤入り生食で閉胸術を施行し、感染コントロールが得られた。

Ⅲ-40 肋骨浸潤を伴う肺真菌症に対し右胸腔鏡下上葉切除及び第3肋骨部分合併切除を行った1例

虎の門病院呼吸器センター外科

菊永晋一郎、河野 匡、藤森 賢、酒瀬川浩一、原野隆之

症例は41歳女性。2012年4月AMLを発症。化学療法開始後肺真菌症が疑われ抗真菌薬開始。右上葉に限局する50×45mm大の第3肋骨を巻き込む腫瘤影が残存し切除目的に紹介。胸腔鏡下に肺動静脈処理後、腋窩に3cm大の切開を追加するのみで第3肋骨を部分合併切除し視野良好にして気管支を切断後、その創より摘出。病理は接合菌が疑われた。腋窩に小切開を加えることで3-portによる胸腔鏡下に肋骨合併切除を行った右上葉切除の1例を経験し報告する。

Ⅲ-42 複合型肺アスペルギローマに対し胸壁合併切除した右上中葉切除の一例

獨協医科大学病院 呼吸器外科

関 哲男、荒木 修、莉部陽子、葉山牧夫、小柳津毅、千田雅之

57歳男性、非結核性抗酸菌症にて内服加療中、右上葉の空洞内に菌球が出現しアスペルギローマと診断された。内服加療無効であり、血痰が出現するようになり手術適応となった。術中出血を抑えるために術前に胸壁からの流入血管を塞栓した。手術は後側方、傍胸骨切開にてアプローチし第1-4肋骨と共に右上中葉を切除した。術後胸壁動揺と肺炎を併発したため人工呼吸器管理を必要とした。