

第166回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2014年11月8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Ⅱ（6階）
第III会場 丹頂Ⅲ（6階）
幹事会 白鷺（6階）

会長： 桑野 博行
群馬大学大学院 病態総合外科学
〒371-8511 群馬県前橋市昭和町 3-39-22
TEL：027-220-8224 FAX：027-220-8230

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。

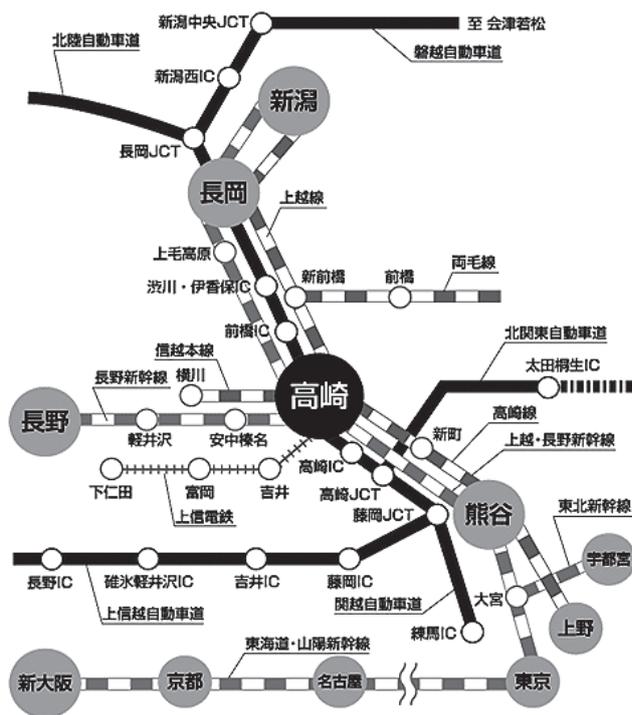
【会場案内図】

〒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)

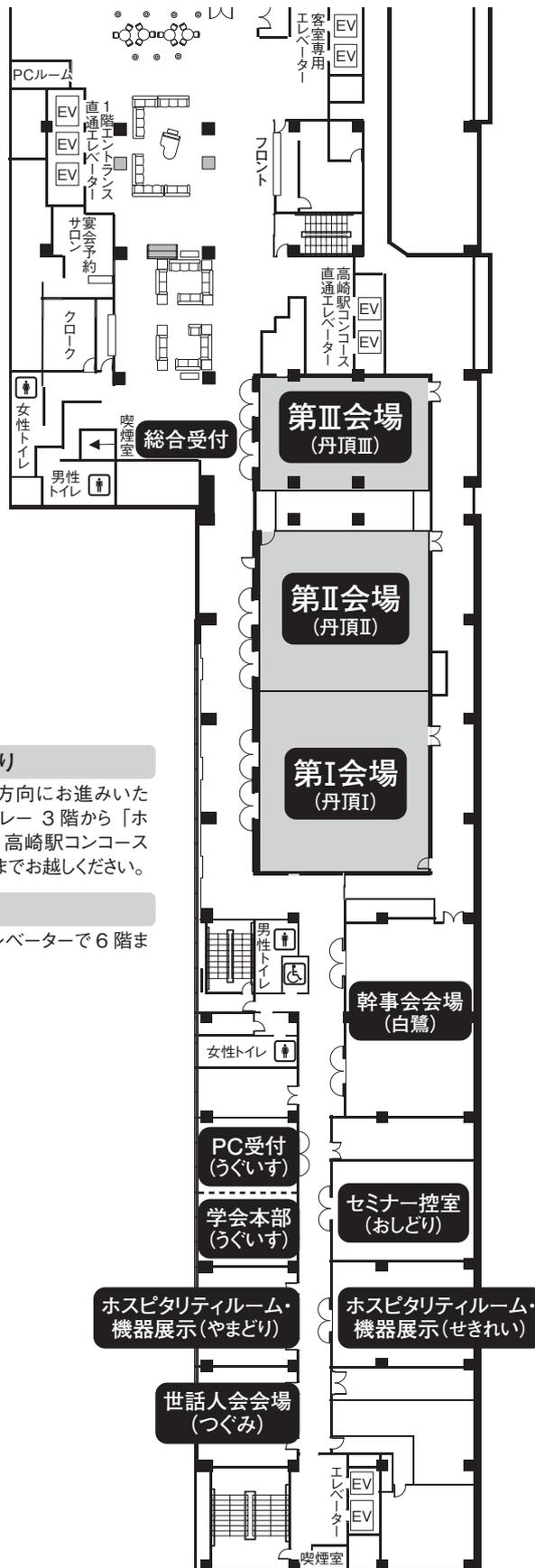
長野方面から

- 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

8:30~9:02
大血管1 急性大動脈解離
1~4 高橋 徹
群馬大学大学院
臓器病態外科学

9:02~9:34
大血管2 スtentその他
5~8 江連 雅彦
群馬県立心臓血管センター
心臓血管外科

9:34~10:14
大血管3 外傷その他
9~13 長 泰則
東海大学医学部附属病院
心臓血管外科

10:14~10:54
大動脈基部
14~18 大木 伸一
自治医科大学附属病院
心臓血管外科

10:54~11:42
冠動脈
19~24 畑 博明
日本大学
心臓血管外科

11:45~11:55
GTCSからの報告
『GTCS impact factor獲得のために』
演者 荒井 裕国
(東京医科歯科大学医学部附属病院
心臓血管外科)

12:00~12:50
ランチオンセミナー1
(心臓)
『弁膜症治療の展開:一地方大学の
取組み』
座長 新浪 博士
(埼玉医科大学国際医療センター
心臓血管外科)
演者 森田 茂樹
(佐賀大学 胸部・心臓血管外科)
共催:セントジュードメディカル株式会社

第Ⅱ会場
丹頂Ⅱ (6階)

8:30~9:02
肺 良性1
1~4 二反田博之
埼玉医科大学国際医療センター
呼吸器外科

9:02~9:42
肺 良性2
5~9 橘 啓盛
杏林大学
呼吸器・乳腺外科

9:42~10:14
縦隔腫瘍
10~13 吉田 成利
千葉大学大学院医学研究院
呼吸器病態外科学

10:14~10:46
MG・胸腺腫瘍
14~17 萩原 優
東京医科大学
呼吸器・甲状腺外科

10:46~11:10
気管
18~20 菊池 慎二
筑波大学医学医療系
呼吸器外科

11:10~11:42
心臓腫瘍
21~24 上部 一彦
埼玉医科大学国際医療センター
心臓血管センター 心臓血管外科

12:00~12:50
ランチオンセミナー2
(呼吸器)
『肺癌の集学的治療における外科
の役割』
座長 茂木 晃
(群馬大学 病態総合外科学)
演者 杉尾 賢二
(大分大学 医学部 呼吸器・乳腺外科学)
共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

第Ⅲ会場
丹頂Ⅲ (6階)

8:30~9:10
食道 良性
1~5 中島 政信
獨協医科大学
第一外科

9:10~9:50
食道 悪性1
6~10 川久保博文
慶應義塾大学医学部
消化器外科

9:50~10:30
食道 悪性2
11~15 島田 英昭
東邦大学一般・消化器外科

10:30~11:10
心臓 その他1
16~20 縄田 寛
東京大学医学部
心臓外科

11:10~11:42
心臓 その他2
21~24 坂本 吉正
東京慈恵会医科大学
心臓血管外科

10:00~10:50
世話人会 (つぐみ:6階)

11:00~11:50
幹事会 (白鷺:6階)

第Ⅰ会場
丹頂Ⅰ (6階)

12:50~13:40

学生発表

25~29 金子 公一

埼玉医科大学国際医療センター
呼吸器外科

金子 達夫

群馬県立心臓血管センター
心臓血管外科

13:40~14:04

弁膜症1 大動脈弁

30~32 片岡 豪

東京女子医科大学東医療センター
心臓血管外科

14:04~14:36

弁膜症2 僧帽弁

33~36 内田 敬二

横浜市立大学医学部附属
市民総合医療センター
心臓血管外科

14:36~15:08

弁膜症3 僧帽弁・三尖弁

37~40 桑木 賢次

順天堂大学医学部附属順天堂医院
心臓血管外科

15:12~15:52

アフタヌーンティー
セミナー

『NCDを活用した臨床研究～肥満
と手術～』

座長 桑野 博行

(群馬大学大学院 病態総合外科)

演者 瀬戸 泰之

(東京大学 胃食道・乳腺内分泌外科)

共催:コヴィディエン ジャパン株式会社

15:54~16:26

弁膜症4 感染1

41~44 大井 啓司

東京医科歯科大学大学院
心臓血管外科

16:26~16:58

弁膜症5 感染2

45~48 茂原 淳

群馬大学大学院
臓器病態外科学

17:00 閉会式

第Ⅱ会場
丹頂Ⅱ (6階)

13:00~13:40

肺 悪性1

25~29 椎名 隆之

信州大学医学部
呼吸器外科

13:40~14:20

肺 悪性2

30~34 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

14:20~15:08

肺 合併症・その他

35~40 佐渡 哲

獨協医科大学
呼吸器外科

15:54~16:26

弁膜症6

41~44 軽部 義久

横浜市立大学医学部附属
市民総合医療センター
心臓血管外科

16:26~16:58

心臓 周術期

45~48 田中 慶太

虎の門病院循環器センター
外科

第Ⅲ会場
丹頂Ⅲ (6階)

12:50~13:30

心臓 先天性1

25~30 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

13:30~14:10

心臓 先天性2

31~35 枅岡 歩

埼玉医科大学国際医療センター
心臓血管外科

14:10~14:34

心臓 先天性3 成人

36~38 木村 直行

自治医科大学
さいたま医療センター
心臓血管外科

14:34~15:06

心臓 先天性4

39~41 内藤 祐次

群馬県立小児医療センター
心臓血管外科

15:54~16:26

食道 悪性3

42~45 小熊 潤也

東海大学医学部
消化器外科

16:26~16:58

食道 鏡視下

46~49 宮崎 達也

群馬大学大学院
病態総合外科

第 I 会場：丹頂 I (6 階)

8:30~9:02 大血管 1 急性大動脈解離

座長 高橋 徹 (群馬大学大学院 臓器病態外科学)

I-1 腸管虚血を伴う急性 B 型大動脈解離に対する TEVAR の治験例

1 聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

2 聖マリアンナ医科大学病院 放射線医学

千葉 清¹、西巻 博¹、桜井祐加¹、鈴木寛俊¹、嵯峨根正展¹、
盧 大潤¹、小川普久²、小野裕國¹、大野 真¹、北中陽介¹、
近田正英¹、宮入 剛¹

症例は 69 歳男性。急性大動脈解離 DeBakey3B にて保存的加療を開始。厳密な降圧管理を行うも上腸間膜動脈に解離の進展を認めた。徐々に腹部膨満と腹痛が出現し、造影 CT 含む理学所見から緊急 TEVAR の方針とした。Zone2 から Comfortable TAG を挿入。上腸間膜動脈に SMART stent を留置。術後イレウス管と膀胱内圧を指標に管理を行い、軽快退院。

I-3 腕頭動脈-左総頸動脈共通幹に解離が及んだ A 型急性大動脈解離に対して IPA-RCP 法を使用した 1 例

医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科

河田光弘、岡村賢一、沼田るり子、森住 誠、末松義弘

74 才女性。先天性左腎欠損。突然の胸痛にて近医受診。造影 CT で Stanford A 急性大動脈解離と診断。Bovine arch で腕頭動脈-左総頸動脈共通幹に解離が及んでいた。当院へ緊急搬送され、DHCA、間欠的静脈圧増強逆行性脳灌流法 (IPA-RCP) で脳保護し、上行大動脈置換術施行。IPA-RCP は 42 分要したが、術後 2 時間で覚醒、経過良好にて 13POD 独歩退院。

I-2 A 型大動脈解離に両下肢虚血を合併し、上行大動脈グラフト側枝-両側総大腿動脈バイパスを施行した一例

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、
田中千陽、尾澤慶輔、上田俊彦

69 歳女性。2014/5 月 夜間に突然の背部痛・両下肢痛を主訴に救急要請。当院搬送後、CT で急性大動脈解離 (Stanford A) と診断。解離は基部から両側総腸骨動脈分岐部まで及んでおり、腹部分枝の真腔狭窄、両側大腿動脈以下の狭窄・閉塞所見を認めた。上行置換終了後も両下肢虚血改善ないため、上行大動脈グラフト側枝-両側大腿動脈 Bypass 術を併施した。現在リハビリ中である。

I-4 血栓化した偽腔により真腔高度狭窄をきたした急性大動脈解離の 1 例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

末田智紀、鬼頭浩之、大場正直、西野貴子、椛沢政司、
弘瀬伸行、浅野宗一、林田直樹、松尾浩三、村山博和

59 歳女性。正午発症の胸背部痛。Stanford A 急性大動脈解離の診断にて当院紹介。CT 上上行大動脈から腹部大動脈分岐部まで解離腔を認め、上行大動脈は径 45mm で血栓化した偽腔 22mm を認めた。翌朝より緊急手術の予定としたが、その後泡沫状痰みられるようになり、レントゲン上肺水腫出現。CT 再検すると上行大動脈の偽腔が真腔を圧迫し、真腔が著明に狭窄していたため即時緊急手術となった。

9:02~9:34 大血管2 ステントその他

座長 江 連 雅 彦 (群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科)

I-5 解離性下行大動脈瘤(慢性)に対し、真腔および偽腔にステントグラフト内挿術を施行した一例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

林可奈子、吉武明弘、蜂谷 貴、川口新治、北原大翔、

稲葉 佑、山川輝記、志水秀行

67歳男性。2002年11月発症のStanfordB型大動脈解離。下行大動脈人工血管置換術、腹部大動脈人工血管置換術、全弓部大動脈人工血管置換術の手術歴あり。下部下行大動脈瘤の拡大を認めた。腹部分枝は真腔および偽腔から分枝しており、中樞を人工血管に、末梢は真腔偽腔ともにランディングするようにステントグラフトを並列に2本内挿し加療した。

I-7 部分弓部置換術後の遠位弓部残存解離腔拡大に対してTEVARを施行した1例

医療法人沖繩徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

山部剛史、田中正史、片山郁雄、野口権一郎、池谷佑樹、

湯地大輔、大城規和、白水御代

56歳女性、既往に多発肝腎嚢胞、CKD、家族歴に大動脈瘤のある症例。急性A型大動脈解離に対して部分弓部置換術(腕頭動脈再建)を施行した。術後CTで鎖骨下動脈分岐直下にエントリーを認める残存解離を認めた。経過中に拡大傾向を認めたため、初回手術から1ヶ月後にTEVAR+鎖骨下動脈コイル塞栓術を施行しエントリーを閉鎖することができた。初回手術時の反省点など含め考察し報告する。

I-6 術後4年目にopen stent migrationのため再手術を必要とした1例

伊勢崎市民病院 心臓血管外科

安原清光、大林民幸、大木 聡、平井英子、羽鳥恭平

81歳女性。胸部大動脈瘤に対してopen stentを用いた上行・弓部置換術を施行。退院後は外来通院していた。術後4年目に大動脈瘤径が増大。CTでendoleakが認められたため、再手術を行った。左第4肋間開胸、腋窩・大腿動脈送血、右房脱血で体外循環開始。循環停止下にステントグラフト摘出および下行大動脈人工血管置換術を施行した。ステントグラフトのmigrationによるtype1エンドリークであった。open stentに起因する問題について考察する。

I-8 胸部、腹部重複大動脈瘤に対してTAR、Y-grafting、TEVERの段階的手術を施行したSLE症例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院 循環器センター外科

菊永晋一郎、成瀬好洋、田中慶太

64歳、女性。SLEの診断でステロイド内服中。狭心症に対してPCIの既往。5年前に腹部大動脈瘤を指摘されたが経過観察。1年前のCTにて遠位弓部大動脈瘤(37mm)、下行大動脈瘤(37mm)も新たに指摘。本年のCTでは弓部48mm、下行45mm、腹部46mmと著大な増大傾向を示しており、手術適応と判断した。まず、TAR+CABG(LITA-LAD)を施行。4か月後Y-grafting、さらに1か月後TEVER(GORE-TAG)と、段階的に手術を施行した。経過は順調で合併症なく退院した。

9:34~10:14 大血管3 外傷その他

座長 長 泰 則 (東海大学医学部附属病院 心臓血管外科)

I-9 鈍的上行大動脈損傷の一例

東海大学 心臓血管外科

尾澤慶輔、志村信一郎、長 泰則、秋 顕、古屋秀和、
田中千陽、永瀬晴啓、上田敏彦

鈍的上行大動脈損傷の手術を経験したので報告する。症例は57歳男性、バイク乗車中の交通事故で、左血胸、肺挫傷、多発肋骨骨折を受傷。CTで上行大動脈にtearを認めた。降圧治療を施行し呼吸状態の回復を待って第21病日に手術施行。大動脈基部の限局解離で、解離部分を切除し上行大動脈を直接吻合した。第61病日に独歩退院された。

I-10 多発外傷に伴った大動脈損傷に対して緊急TEVARを施行し救命し得た一例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

岡本卓也、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、神崎智仁、
前田拓也、古田晃久

外傷性大動脈損傷に対するTEVARの有用性が近年注目されている。症例は81歳女性。歩行中に軽トラックにはねられ受傷。来院時shock vitalであり、精査にて両側急性硬膜下血腫、遠位弓部から下行大動脈にかけての大動脈解離、両側気胸、脾損傷、骨盤骨折を含む多発骨折を認めた。大動脈破裂の予防目的に緊急TEVAR、循環動態安定目的に脾損傷・骨盤骨折に対するTAEの方針となった。その後他疾患の治療を施行し、現在リハビリ継続中。

I-11 腹部外科術後MRSA敗血症で生じた多発性感染性胸部大動脈瘤肺内穿破の一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

乾 友彦、茂木健司、櫻井 学、松浦 馨、小笠原尚志、
高原善治

68歳男性。平成25年6月、クローン病・総胆管結石に対し回盲部切除術・胆嚢摘出術等を受けたが、術後MRSA敗血症を合併し発熱が遷延。10月に咯血を契機に下行大動脈感染性肺内穿破と診断され当院へ転院。腕頭動脈起始部にも嚢状瘤を認めた。咯血の原因である下行大動脈に対し緊急下行大動脈置換・肺部分切除・左後背筋・前鋸筋充填術を行い、抗生剤で十分に加療後12月に弓部部分置換術を行った。若干の文献的考察を加え報告する。

I-12 特発性気管支動脈出血による縦隔血腫に対し血管内治療で救命した1例

医療法人沖繩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、野口権一郎、池谷佑樹、
山部剛史、湯地大輔、白水御代

87歳男性、突然の失神で救急搬送、CTで縦隔血腫を認め、下行大動脈及び気管支動脈からの出血を疑い手術室で血管造影施行。下行大動脈よりextravasationを認め、zone2から腹腔動脈直上までステントグラフト挿入、さらに鎖骨下動脈をコイル塞栓し出血は消失した。術前CTを3D構築すると気管支動脈からの出血を認め、縦隔血腫の原因と診断した。

I-13 胸部大動脈瘤手術数と死亡率の年次推移—日本胸部外科学会学術調査データを用いた学術研究—

東京都健康長寿医療センター リハビリテーション科

小山照幸

日本胸部外科学会学術委員会にて毎年集計報告されているannual reportを1998年から2011年まで参照し、胸部大動脈瘤手術の部位別手術数と30日死亡率、病院死亡率の変化を調べた。大動脈解離では、スタンフォードA型急性例が増加しており、非大動脈解離例では、待機的胸部大動脈瘤の手術件数が増加していた。特にステントグラフト内挿例が増加していた。そして30日死亡率、病院死亡率はどちらも減少傾向であった。

10:14~10:54 大動脈基部

座長 大木伸一 (自治医科大学附属病院 心臓血管外科)

I-14 巨大バルサルバ洞動脈瘤の1手術例

医療法人立川メディカルセンター立川総合病院 心臓血管外科

浅見冬樹、白岩 聡、長澤綾子、岡本祐樹、杉本 努、山本和男、吉井新平

症例は40歳男性。胸痛を主訴に前医受診。TnT (+)にて当院循環器内科紹介、CT、UCGにて左冠尖の巨大バルサルバ洞動脈瘤と診断され当科紹介入院。準緊急手術とした。手術はベントール型手術、RCAはボタン再建、LCAは小口径人工血管を用いて再建した。人工心肺からの離脱困難で、IABP挿入し、CABG×2 (LITAtoLAD、Ao-SVGtoRCA)を追加して改善、離脱可能であった。翌日IABP抜去、抜管。その後の経過は良好であった。

I-15 バルサルバ洞動脈瘤に対するDavid手術を施行した1例

新潟市民病院 心臓血管外科

加藤 香、菊地千鶴男、三島健人、登坂有子、高橋善樹、中澤 聡、金沢 宏

症例は41歳、男性。主訴は労作時胸痛。心エコーで左冠動脈洞の異常な拡大を認め、3DCTにて左冠動脈洞に限局した約5cmの心外型Valsalva洞動脈瘤が認められた。LADは拡大したValsalva洞瘤によって高度に圧迫されていた。ARはなく、自己弁温存が可能と判断しreimplantation法による自己弁温存大動脈基部再建術を行った。後天性のバルサルバ洞動脈瘤は比較的稀であり、文献学的考察を加えて報告する。

I-16 リモデリング法大動脈基部置換後、基部の破綻により大動脈弁逆流を来した1例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

岡田修一、金子達夫、江連雅彦、長谷川豊、木村知恵里、小此木修一、滝原 瞳、内藤敬嗣

症例は35歳男性。急性大動脈解離で近医入院。ARDS等合併。発症47日目リモデリング法による基部置換、SVG to RCAが施行された。5カ月後、心不全で近医入院。高度大動脈弁逆流が認められ、CPAでCPR施行後当院搬送、緊急手術となった。基部を内側から観察すると、人工血管バンド(弁輪固定に用いられたと思われる)と共にRCCが弁輪から外れた状態であった。AVRとCABGを施行され軽快退院となった。

I-17 ASD術中に判明した拡張バルサルバ洞による右房壁菲薄化に対する1手術例

1 江戸川病院心臓血管外科

2 順天堂大学心臓血管外科

明石浩和¹、山岡啓信¹、榊原直樹¹、天野 篤²

症例は69歳女性。ASDの精査にて当院受診。径15mm大の2次孔欠損型ASDあり、Qp/Qs=2.42、TRを認めたため当科紹介となった。術中、無冠尖より右房側に膨隆する非破裂4型Valsalva洞動脈瘤を認めた。遠隔期の右房穿破の予防のため自己心膜を用いて右房壁の補強を行った。4型はValsalva洞瘤の7%と極めてまれな疾患であり、右房に穿破した場合は早期に肺水腫や心不全に陥り救命しえない例も多い。文献的な考察をふまえて本術式の妥当性を見当する。

I-18 Valsalva洞の解離に伴う右冠動脈閉塞の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

今村有佑、伊藤 智、藤井温子、山本貴裕、中野光規、竹内太郎、板垣 翔、佐藤哲也、西 智史、岡村 誉、松本春信、由利康一、山口敦司、安達秀雄

50歳男性、2014年5月16日、突然の失神精査目的に前医受診、同日深夜に6秒の洞停止あり。エコー上右冠尖にFlapあり、大動脈解離を念頭に緊急CAG施行、#1に75%の狭窄あり。解離によるAMIと診断、手術目的に当院転院搬送。5月31日、右冠動脈灌流不全に対し、OPCAB施行。術後順調に改善、6月20日に退院。当症例について若干の文献的考察を加えて報告する。

10:54~11:42 冠動脈

座長 畑 博 明 (日本大学 心臓血管外科)

I-19 食道癌術後の不安定狭心症に対し左開胸冠動脈バイパス施行後、冠動脈攣縮を生じ重篤な急性心不全を来した1例

北里大学 心臓血管外科

荒記春奈、北村 律、松永慶廉、田村智紀、柴田深雪、吉井 剛、中村祐希、板谷慶一、宝来哲也、岡 徳彦、鳥井晋三、宮地 鑑

74歳男性。食道癌胸骨後再建術後。大腿骨骨折の周術期に不安定狭心症を発症。LMTを含む三枝病変と診断された。左冠動脈狭窄に対して左開胸 on-pump beating CABG (Lt. Axillary artery-SVG-LAD、-SVG-D1) を行った。術後1日目に冠動脈攣縮によるショックをきたしIABP、PCPSを要したが術後4日目にPCPSを離脱、3ヶ月後に自宅退院した。

I-21 AMI shock に対し、PCPS、遠心ポンプによる左心バイパス、体外型LVAD、植込型LVADへ段階的に移行し救命した1例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

奥村裕士、水野友裕、大井啓司、八島正文、八丸 剛、黒木秀仁、渡辺大樹、藤原立樹、櫻井翔吾、竹下斉史、木下亮二、倉信 大、荒井裕国

42歳男性。AMIにてIABP挿入後にCAG施行。LAD、LCXは慢性閉塞病変、RCAへのPCI施行後VfとなりPCPS導入。翌日CABG (SVG-LAD+4PD)、ニプロ体外型LVADの送脱血管を縫着し遠心ポンプによる左心バイパスを確立。術後12日目にニプロ体外型LVAD、術後33日目にDuraHeartへ移行(大網充填、TAP併施)。現在心臓移植待機中。

I-23 左冠動脈主幹部のY-ステント留置部位に急性ステント閉塞を生じ、緊急OPCABを施行して救命した1例

1 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院

2 北里大学医学部 心臓血管外科学

笹原聡豊¹、賛 正基¹、山本信行¹、小原邦義¹、宮地 鑑²

60歳、男性。LMT病変による不安定狭心症に対して近医でY-ステント挿入を行った。9日間後に突然の胸痛を自覚し、同院へ救急搬送された。心電図、心エコーの所見からステント閉塞による急性心筋梗塞が疑われ、当院への紹介となった。緊急CAGを行ったところ、ステント閉塞を認め、血栓吸引を行ったが、血栓は残存した。速やかに緊急OPCABを施行し救命した1例を報告する。

I-20 Oozing型心破裂止血術後乳頭筋断裂を来した急性心筋梗塞の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

棚澤壮樹、上西祐一郎、相澤 啓、三澤吉雄

症例は66歳男性。意識消失にて当院緊急搬送となった。当院搬送後の心電図で下壁領域の急性心筋梗塞が疑われ、CT検査の結果心破裂の診断で手術の方針となった。術中所見で下壁領域のOozing型心破裂と診断し、心タンポナーデ解除、圧迫による止血術を行った。術後5日目に急性心不全を発症し、心エコー検査の結果後乳頭筋断裂による僧帽弁閉鎖不全症の診断で、僧帽弁置換術を施行した。術後経過は良好で軽快退院となった。

I-22 左冠動脈主幹部慢性閉塞に対し、冠動脈バイパス術を施行した1症例

医療法人社団木下会千葉西総合病院

川谷洋平、林裕次郎、伊藤雄二郎、中村喜次、堀 隆樹

虚血性心疾患のうち、左冠動脈主幹部(LMT)の慢性閉塞(CTO)は稀である。LMTのCTOに対して冠動脈バイパス術(CABG)を施行した症例を経験した。62歳女性。数年前より運動時の前胸部痛を自覚していた。冠動脈造影にてLMTのCTOを認めたためoff pump CABGを施行した。左内胸動脈と前下行枝、右内胸動脈と鈍角枝を吻合した。術中、術後ともに問題なく経過し、術後8日目に退院となった。文献的考察を加えて報告する。

I-24 川崎病のCABG後再手術により致死的不整脈が改善した1治験例

日本大学医学部附属板橋病院 心臓血管・呼吸器・総合外科

石井雄介、畑 博明、中田金一、瀬在 明、大幸俊司、

八百板寛子、有本宗仁、塩野元美

川崎病冠動脈瘤に対し他院で冠動脈バイパス術(LITA-LAD#6、RITA-RCA#1)施行。経過観察中、両側ITA閉塞認めLAD#6にロタプレーター施行。2014年3月22日、ライブハウスで倒れ、AED施行。他院にて、脳低温療法施行。完全血行再建・ICD適応につき、当院転送。4月25日、on pump CABG2枝(Lt. radial A-LAD#8、GEA-RCA#4PD)施行。術後EPSにてVF誘発されず。血行再建による虚血改善によるものと判断され退院となる。

12:50~13:40 学生発表

座長 金子公一 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科)
金子達夫 (群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科)

学生発表

I-25 重症大動脈閉鎖不全・発作性心房細動に対して大動脈弁置換術及び肺静脈隔離術を施行した大動脈4尖弁の1例
日本医科大学 心臓血管外科
堀部達也、青山純也、廣本敦之、太田恵介、芝田匡史、高橋賢一朗、田上素子、白川 真、渡邊嘉之、坂本俊一郎、石井庸介、師田哲郎、新田 隆
66歳男性。急性心不全にて入院し、発作性心房細動及び重症大動脈閉鎖不全の診断となったが、経食道心エコーにて大動脈四尖弁を指摘された。手術は大動脈弁置換術及び肺静脈隔離術を施行した。術後経過は良好であり術後10日目に退院となった。先天性大動脈四尖弁の手術例の報告は少なく、文献的考察を加え報告する。

学生発表

I-27 若年型全身重症筋無力症に対し胸骨吊り上げ法を併用した胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した1例
群馬大学大学院病態総合外科学
松井優悟、茂木 晃、飯島 岬、東 陽子、小野里良一、矢島俊樹、桑野博行
症例は21歳男性。眼瞼下垂を主訴に前医を受診。眼筋型重症筋無力症(MG)と診断され薬物療法を受けるが全身型に移行。外科的治療を含めた加療目的に当院神経内科紹介。CTで胸腺腫は認めなかったが、全身型MGの手術適応について当科紹介。若年型全身MG(MGFAIIA)と診断し、胸骨吊り上げ法を併用した胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した。術後経過は良好で退院となった。胸骨吊り上げ法の併用について報告する。

学生発表

I-29 術中内視鏡が有効であったZenker憩室の1手術例
群馬大学医学部 第1外科
軽部隆介、宮崎達也、星野隼矢、酒井 真、宗田 真、桑野博行
77歳女性、30代より食道憩室を指摘されていたが経過観察していた。最近、食事時に咽頭痛の増悪があり近医を受診。Zenker憩室の診断にて当院を紹介された。精査の結果、Zenker憩室に対し食道憩室切除術を施行。甲状咽頭筋斜走部と輪状咽頭筋横走部に囲まれたKillian三角部より直径4cm大の憩室が認められた。輪状咽頭筋を切開し、術中内視鏡で食道内腔を観察し、狭窄が起こらないようリニアステイプラーで憩室を切除した。術後狭窄、再発なく経過良好で症状消失した。

学生発表

I-26 フェンタニルアレルギーを合併したTOFに対し段階的手術から一期的根治術に変更した1例
1 群馬大学医学部
2 群馬県立小児医療センター 心臓血管外科
3 北里大学病院 心臓血管外科
岩佐 俊¹、吉竹修一²、田中佑貴²、吉井 剛³、内藤祐次²、宮本隆司²
9ヶ月男児。在胎37週6日2730gで出生。日齢1で心雑音を指摘。エコーでTOFの診断。CT評価でPA index 126であり、mBTSの方針だったが、麻酔導入後にアナフィラキシー症状が出現。原因検索で、皮内テストでフェンタニル負荷陽性であった。体重増加は良好で8kg台となり、フェンタニル不使用の一期根治に変更した。フェンタニルアレルギーは稀であり文献とともに報告する。

学生発表

I-28 術前に3D画像構築して行った左上大区切除術の経験
日本医科大学附属病院 呼吸器外科
鈴木幹人、井上達哉、揖斐孝之、佐藤 明、堀内 翔、蓮実健太、石角太一郎、白田実男
最近、3D画像構築による術前のシミュレーションは、容易になり、研修医への教育にも大変有用である。症例は48歳男性。右肺癌術後、4年経過観察中に左S1+2に徐々に増大する結節影を指摘され、第2癌が疑われた。肺機能温存のため、3D画像を構築し術前シミュレーションを行い、左上大区切除術を施行した。また、術中にナビゲーションとして活用することで安全、円滑な手術が可能になった。

13:40~14:04 弁膜症 1 大動脈弁

座長 片岡 豪 (東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科)

I-30 大動脈一尖弁に対して大動脈置換術を行った成人例
山梨県立中央病院 心臓血管外科
原田崇史、横山裕次郎、山田有希子、中島雅人、土屋幸治
症例は44歳女性。健診で心雑音を指摘され、労作時圧迫感、失神
歴あり当院紹介。心臓超音波検査で大動脈弁狭窄症 (PG 90
mmHg)、二尖弁の診断。手術は胸骨正中切開でアプローチ、大動
脈弁を観察すると一尖弁が認められ大動脈弁置換術 (Regent19
mm) を施行した。成人での大動脈一尖弁は非常に稀である、文
献的考察を加えて報告する。

I-31 先天性二尖弁に伴う大動脈弁狭窄症に対して経カテー
テル大動脈弁形成術13年後に大動脈弁置換術を行った1例
自治医科大学附属病院 心臓血管外科
阿久津博彦、糊澤壮樹、上西祐一朗、三澤吉雄
症例は26歳女性。先天性二尖弁に伴う大動脈弁狭窄症に対して13
年前に経カテーテル大動脈弁形成術 (PTAV) を施行された。8
年前に妊娠し帝王切開で第一子を出産した。今回、呼吸困難感が
出現し、大動脈-左室の最大圧較差は152mmHgであり、手術適
応と考えられ、大動脈弁置換術を施行した。術後経過は良好で軽
快退院となった。PTAV後の圧較差の変化を中心に、文献的考察
を加え報告する。

I-32 高度大動脈弁狭窄症に伴う重症心不全に対しPCPS補
助下でBAVを施行した一例
聖路加国際病院 心臓血管外科
吉野邦彦、阿部恒平、中西祐介、伊藤丈二、三隅寛恭
91歳女性。冠動脈バイパス術・僧帽弁形成術術後。続発した大動
脈弁狭窄症で外来加療を行っていた。心不全で入退院を繰り返
しており、経カテーテル的大動脈弁留置術 (TAVI) が企画。術前
スクリーニングを予定していたが、感冒を契機とした心不全増悪
で緊急入院。心不全コントロールに難渋、救命目的でバルーン大
動脈形成術 (BAV) を企画。術中循環不全のリスクが高く、経皮
的心肺補助 (PCPS) 下でBAVを施行。術後速やかにPCPS離脱
し、安全に処置を施行し得た。

14:04~14:36 弁膜症 2 僧帽弁

座長 内田 敬二 (横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 心臓血管外科)

I-33 僧帽弁形成術後17年で僧帽弁狭窄症が進行し再手術となった1例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓血管外科

田口真吾、小野口勝久、花井 信、墨 誠、山城理仁

症例は46才、男性。29才時に他院でMRに対しMVPを施行。5年前より当センター循環器内科に通院。経過中に僧帽弁狭窄症が徐々に進行、発作性心房細動も出現、労作時の動悸等を自覚する様になり手術依頼となった。術中所見では、前回使用のBiflex-ringを覆う様に僧帽弁輪全周にパルナス形成を認めた。手術はMVR+TAP+Maze手術を行ったが、ringを摘出しパルナスを除去しても僧帽弁口の狭小化が十分に解除できなかったため、trans-locationにてMVRを行った。

I-35 僧帽弁前尖Cleftによる僧帽弁閉鎖不全症に対しポートアクセス法で弁形成術を施行した1例

信州大学医学部付属病院 心臓血管外科

田中晴城、高野 環、五味潤俊仁、中原 考、大橋伸朗、

駒津和宜、大津義徳、寺崎貴光、瀬戸達一郎、福井大祐

18歳女性。1歳6ヶ月健診で心雑音を指摘され11歳時に僧帽弁前尖cleftによる僧房弁閉鎖不全症と診断された。弁膜症の増悪と左房径拡大を認め手術適応とした。右第4肋間小開胸で手術を施行。合併心奇形は認めず、前尖のcleft縫合と弁輪縫縮で弁形成を行った。ポートアクセス法は回復が早く美容的にも優れており、若年女性に対して有用な術式であった。

I-34 肺血管抵抗上昇と右心機能低下を伴った僧帽弁閉鎖不全症の1例

1 横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 心臓血管センター

2 横浜市立大学医学部附属病院 外科治療学

根本寛子¹、井元清隆¹、内田敬二¹、磯田 晋¹、軽部義久¹、安田章沢¹、宮本卓馬¹、松木佑介¹、富永訓央¹、増田晴彦¹、益田宗孝²

以前より僧帽弁閉鎖不全を指摘されていた65歳男性。労作時呼吸困難と腹部膨満感、下腿浮腫増悪のため入院。P3+C2逸脱、体血圧89/53(62)mmHg、肺動脈圧58/22(34)mmHg、PVRI7.8単位m²と上昇し右室収縮率はMRIによる計測で16%と低下。機械弁MVRとTAPを施行し、術後右心機能の改善と肺血管抵抗の低下を認めた。

I-36 乳頭筋つり上げを施行し僧房弁形成術を施行した一例
財団法人心臓血管研究所

関 雅浩、有村聡士、佐々木健一、高井秀明、國原 孝

症例は特に既往のない45歳男性。半年前から労作時の胸痛自覚。精査にてLMT+3VD病変、moderate MR(腱索断裂)、左室内血栓指摘。手術はCABG、左室内血栓除去術および僧房弁形成術を施行。僧房弁形成は乳頭筋に固定したCV-3にて乳頭筋をつり上げ、術前よりCTにて評価したanterior trigone-乳頭筋間距離を元にリングに固定し形成した。術後経過は良好であり有用な方法と思われるため報告する。

14:36~15:08 弁膜症3 僧帽弁・三尖弁

座長 桑木賢次（順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科）

I-37 重症僧房弁閉鎖不全症を伴った閉塞性肥大型心筋症患者に左室流出路心筋切除術を施行した1例
横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 心臓血管センター
富永訓央、井元清隆、内田敬二、磯田 晋、軽部義久、安田章沢、宮本卓馬、松木佑介、根本寛子、増田晴彦
80歳女性のHOCM患者。左室流出路狭窄とMRの増悪のため当科紹介受診。心エコー上、僧帽弁輪の石灰化（MAC）と左室流出路狭窄に伴ったSAMを認めた。高齢患者で僧帽弁置換術は左室破裂のリスクもあるため、SAMの解除を目的に左室流出路心筋切除術のみを施行した。術後MR mild-moderateと改善し、経過良好で術後17日目に退院した。

I-39 弁劣化がないStarr-Edwardsボール弁をSJM弁に置換し繰り返す心不全が改善した1例
東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科
立石 渉、片岡 豪、佐藤敦彦、浅野竜太、小寺孝治郎、中野清治
77歳女性。31年前DVR（A弁：SJM23A、M弁：S-E3M）を施行。心不全繰り返すが僧帽弁圧較差はpeak/mean14/7mmHgと軽度。左房拡大、PCWP42/36（33）mmHg、PA66/29（43）mmHgとPHあり手術（re-MVR+TAP+左房縫縮）施行。弁劣化やパンス形成なし。25mmのsizerが通過せず、より弁口面積を確保するためsupraannular位にSJM31mmを縫着した。術後症状は著明に改善したため、心不全の原因はボール弁の構造的問題と考えられた。

I-38 AVR術後、SAM・MRが出現しMVRを要した一例
公益財団法人 心臓血管研究所 心臓血管外科
有村聡士、関 雅浩、佐々木健一、高井秀明、國原 孝
63歳女性。ASHを伴うsevere ASに対しAVR（Trifecta 19mm）、Morrow手術を施行した。CPB離脱中にSAMによるMRの出現を認めたが、輸液負荷、NAD投与で一時改善したため手術終了した。ICU帰室後SAM・severe MRが再発しプロプラノロール、ランジオール投与を行ったが改善認められなかった。内科的コントロール困難なSAM・MRに対し同日MVRを施行した。本症例の検討及び、AVR術後SAM・MRのリスク因子について文献的考察を含め報告する。

I-40 三尖弁再手術においてaugmentation法を用いて三尖弁形成術を施行した一例
順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科
遠藤大介、桑木賢次、稲葉博隆、森田照正、加藤倫子、土肥静之、松下 訓、嶋田晶江、大石淳実、天野 篤
79歳女性。63歳で僧帽弁置換術・三尖弁輪形成術、78歳で大動脈弁置換術を施行。大動脈弁位の弁周囲逆流・三尖弁逆流による心不全のため大動脈弁再置換術・三尖弁再形成術を施行。三尖弁は中隔尖の短縮をきたし高度逆流を生じていたため自己心膜による中隔尖から後尖側と前尖側にaugmentation法を施し逆流を制御。経過良好にて術後45日に自宅退院。文献的考察を加えて報告する。

15:54~16:26 弁膜症4 感染1

座長 大井啓司(東京医科歯科大学大学院 心肺機能外科)

I-41 僧帽弁における乳頭状弾性線維腫に感染性心内膜炎を生じた一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

小笠原尚志、松浦 馨、茂木健司、櫻井 学、乾 友彦、高原善治

症例は65才女性。不明熱の精査で行った心エコーで僧帽弁に可動性の高い疣贅を認めた。塞栓症の危険性が高く緊急手術を行った。左室から僧帽弁にかけて認められる可動性に富む腫瘤に脆弱な疣贅が付着していたため可能な限り切除し弁形成術を施行した(slid-ing plasty)。血培ではStreptococcus oralisが検出され、病理では乳頭状弾性線維腫が感染し疣贅を形成した稀な所見であった。若干の文献的考察を加え報告する。

I-43 三尖弁位感染性心内膜炎に対し、急性期に弁形成術を施行した1例

日本医科大学付属千葉北総病院

上田仁美、藤井正大、川瀬康裕、仁科 大、別所竜蔵

46歳男性。既往：アルコール依存症、糖尿病。2か月続く不明熱のため前医入院。精査にて三尖弁位感染性心内膜炎と診断され(血培 s.bovis)、抗生剤治療を行うも疣贅の増大と肺梗塞の出現、三尖弁逆流(TR)の増悪を認め手術目的に当科へ搬送。前尖は腱索断裂し疣贅と一塊であった。前尖・後尖を切除、Kay法で2尖化をはかり前尖は牛心膜と人工腱索で再建した。4週間の抗生剤治療後、独歩退院。心エコー上軽度TRで、感染・心不全の再燃は認めていない。

I-42 IEによるAML広範囲穿孔に対し自己心膜パッチによるMVPを施行した1治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

木下亮二、水野友裕、大井啓司、八島正文、八丸 剛、黒木秀仁、渡辺大樹、藤原立樹、櫻井翔吾、竹下斉史、倉信 大、荒井裕国

57歳、男性。主訴は発熱、呼吸困難。血培で肺炎球菌が検出され、心エコーでA2に疣贅の付着及びsevere MRを認め、僧帽弁位のIEと診断。脳出血のため抗生剤を6週間使用し、炎症反応の陰性化の後に手術施行。A2に広範囲穿孔を認め、自己心膜による穿孔部パッチ閉鎖、人工腱索再建(2対)、MAP(Physio2 28mm)を施行。術後、心エコーではtrivial MRのみで、軽快退院。

I-44 単独三尖弁位感染性心内膜炎に対し右小開胸下三尖弁置換術を施行した一治験例

医療法人社団木下会千葉西総合病院

林祐次郎、中村喜次、堀 隆樹、伊藤雄二郎、川谷洋平、宮本憲一、石川成人

患者は38歳男性、1ヶ月以上続く発熱にて当院受診。薬剤中毒の既往なし。精査の結果β-Streptococcusによる単独三尖弁位感染性心内膜炎の診断となり、右小開胸三尖弁置換術施行した。術前より繰り返す肺膿瘍みとめていたが抗生剤にて炎症反応改善、経過は良好で術後55病日に退院となった。薬剤中毒の既往のない単独三尖弁位感染性心内膜炎は稀であるため文献的考察を加えて報告する。

16:26~16:58 弁膜症 5 感染 2

座長 茂原 淳 (群馬大学大学院 臓器病態外科学)

I-45 IE に対する AVR 後 6 年目に発症した *Micrococcus roseus* による PVE の 1 手術例

新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科

大西 遼、名村 理、佐藤哲彰、佐藤裕喜、岡本竹司、
青木賢治、榛澤和彦、土田正則

53 歳男性。47 歳時肺炎球菌による IE で AVR 施行。今回 PVE を発症し、前医から当院に転院。人工弁除去、弁輪部廓清後、ウシ心膜で弁輪部を補強形成し、再 AVR 施行。前医の血液培養で、*Micrococcus roseus* が検出された。第 11 病日大動脈基部右房瘻が出現し、翌日瘻孔閉鎖術を施行。術後感染制御は良好で、長期抗生剤投与後、第 67 病日独歩退院。*Micrococcus* 属による IE は極めて稀であり、文献的考察を加え報告する。

I-47 IE に対する DVR 後の左室瘤に対してパッチ閉鎖術を行った 1 手術例

群馬大学医学部 第 2 外科

三木隆生、高橋 徹、茂原 淳、小池則匡、竹吉 泉

症例は 66 歳男性。5 年前に AS と診断されていた。2 年前に発熱と呼吸困難を主訴に救急搬送され、IE に伴う MR、及び完全房室ブロックと診断され、DVR とペースメーカー移植術を準緊急で施行した。術後 3 ヶ月の心エコーで左室から右房へ突出する径 3cm 大の左室瘤が発見された。左室瘤径が 4cm 大に拡大したため、術後 1 年 11 ヶ月目に今回の手術となった。手術は瘤開口部を径 3.5 cm のポリエステルパッチで閉鎖した。瘤壁の病理所見では心筋細胞は認めず、線維化した組織があった。

I-46 感染性心内膜炎術後に起きた左室左房瘻に対する 1 手術例

順天堂大学医学部附属静岡病院

中西啓介、丹原圭一、齊藤洋輔、佐川直彦、篠原大祐

患者は、感染性心内膜炎による僧帽弁閉鎖不全に対し、僧帽弁置換、僧房弁輪自己心膜パッチ形成を行った 46 歳男性。術後約 3 カ月後の外来受診時に初めて心雑音を聴取。心臓超音波検査で左室左房瘻の診断がつき、再手術の方針となった。手術は経中隔アプローチで瘻口を牛心膜パッチで閉鎖、再僧帽弁置換術を施行して終了した。術後経過は良好で第 16 病日に退院となった。僧帽弁置換術後の左室左房瘻の治療経験の報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

I-48 大動脈弁位感染性心内膜炎、弁輪部膿瘍、右房穿破に対する 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、田畑美弥子、森田耕三、高橋 研、岡田至弘、
高澤晃利、新浪博士

74 歳、女性。化膿性脊椎炎を契機に大動脈弁位感染性心内膜炎を発症。 α -streptococcus 陽性、抗生剤治療施行も弁輪部膿瘍を形成し右房にも疣贅を認めた。術中所見では右冠尖の弁破壊著明で弁輪部直下の左室壁に膿瘍腔を形成、右房にも疣贅ありその茎部は膿瘍腔と交通していた。パッチ閉鎖 + AVR 施行し経過良好である。

第Ⅱ会場：丹頂Ⅱ（6階）

8:30~9:02 肺 良性1

座長 二反田 博 之（埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科）

Ⅱ-1 術前肺癌が疑われた肺限局性アミロイドーシスの1例 前橋赤十字病院

込山和毅、伊部崇史、河谷菜津子、井貝 仁、上吉原光宏
77才男性。他疾患精査中にCTで孤立性肺結節を指摘された。CT上、右肺上葉に径17mm大の結節影あり、FDG-PETで同部に軽度集積（max SUV 1.2）を認めた。肺癌が否定できず、胸腔鏡下肺切除生検を施行。術中迅速診は良性、永久標本で結節にアミロイド沈着を認めた。術後検索の結果、膠原病や骨髄腫を示唆する所見なく、肺限局性アミロイドーシスと考えられた。同疾患は比較のまれであるため、文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-3 年少児に対する完全胸腔鏡下肺葉切除術の1例

1 群馬大学医学部附属病院 小児外科

2 群馬大学大学院 病態総合外科（第一外科）

内田康幸¹、鈴木 信¹、大竹紗弥香¹、茂木 晃²、桑野博行²
症例は3歳女児。MRI検査にて腹腔動脈から分岐する異常血管を認めため、左肺葉内肺分画症の診断となった。手術は分離肺換気下に完全胸腔鏡下に左肺下葉切除を施行。異常血管は1本で腹部動脈より起始し、S10より左下葉に流入、左下肺静脈へと還流していた。腹腔動脈よりの異常血管を認めた肺葉内肺分画症は、胸部または腹部大動脈からの異常血管を認めた症例と比べ稀であるため、文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-2 VATSによりクローン病関連肺病変と診断された1例 群馬大学大学院 病態総合外科

柴崎雄太、飯島 岬、東 陽子、小野里良一、矢島俊樹、茂木 晃、桑野博行

症例は22歳男性。10歳時よりクローン病に対して小児科通院中。経過中に2回のアスペルギルス肺炎治療歴がある。2013年多発肺浸潤影に対し呼吸器内科で加療するも改善乏しく、当科にVATS依頼となったが、直前で陰影が自然退縮したため中止となった。本年、再度肺病変の増悪を認めため、VATSを施行。病理診断は、肉芽腫性気管支炎、器質化肺炎、NSIPパターン間質性肺炎、等が混在した病変で、炎症性腸疾患関連肺病変と診断された。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-4 肺分画症に対してAmpletzer vascular plugを用いた

異常動脈塞栓術後に、胸腔鏡下分画肺切除術を行った1例

自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

吉住直子、柴野智毅、岡健太郎、中野智之、山本真一、

手塚憲志、長谷川剛、遠藤俊輔

症例は64歳男性。検診で胸部異常影を指摘され当院を紹介受診。右下葉に約40mm大の浸潤影と、肺病編に向かって腹腔動脈から分岐する異常動脈瘤を認め、肺分画症と診断した。手術は全身麻酔下にAmpletzer vascular plugを用いた異常動脈塞栓術を行った後に、一期的に胸腔鏡下に分画肺切除術を行った。術後経過は良好であり、術後8日に退院とした。

9:02~9:42 肺 良性2

座長 橘 啓 盛 (杏林大学 呼吸器・乳腺外科)

II-5 気管支結石咯出の一例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

中尾啓太、村川知弘、四元拓真、福元健人、此枝千尋、
長山和弘、似鳥純一、安樂真樹、中島 淳

56歳男性。陳旧性気管支結核後遺症と考えられる石灰化リンパ節による右肺中葉気管支閉塞とそれに伴う咳・痰・発熱症状あり。外科的加療での症状改善を期待し、開胸右肺中葉切除術施行。中葉気管支は石灰化リンパ節と一括して自動縫合器で切離した。術前の症状は消失した。術後2か月目より中葉気管支断端内腔への石灰化リンパ節突出によると考えられる喘鳴があったが、術後4か月目に結石を咯出し、以降喘鳴は消失した。

II-7 感染性肺嚢胞に対し肺葉切除を施行した2例

さいたま赤十字病院 呼吸器外科

石川亜紀、門山周文、星野英久

【症例1】39歳、女性。12歳時に他院で右肺嚢胞切除術を施行された(詳細不明)。血痰が出現し、胸部CTで右下葉内に液面形成を伴う多房性嚢胞を認めた。感染性肺嚢胞の診断で右下葉切除術を施行した。【症例2】43歳、女性。胸部異常影、気管支喘息を指摘されていた。血痰が出現し、胸部CTで左下葉に液面形成を伴う多房性嚢胞を認め、精査でアスペルギルスによる感染性肺嚢胞の診断となった。左下葉切除術を施行した。両症例とも気管支性嚢胞あるいは肺分画症が疑われる。

II-9 肺MAC症を疑い左下葉切除を施行した放線菌感染症の1例

1 君津中央病院 呼吸器外科

2 君津中央病院 病理診断科

伊藤祐輝¹、豊田行英¹、藤原大樹¹、飯田智彦¹、矢澤卓也²、
井上 泰²、柴 光年¹

64歳、男性。主訴は咳嗽、喀痰。7年前から肺MAC症で経過観察されていたが、胸部CTで左下葉無気肺を認めた。気管支鏡検査で診断つかず、肺MAC症による無気肺を疑った。喀痰が増加し、同部位が感染源と疑い、左下葉切除術を施行した。病理組織検査で抗酸菌は同定出来ず、気管支内に放線菌塊様の構造物や好中球浸潤を認め、PAS染色・Gram結果、放線菌感染症と診断した。文献的考察を加え報告する。

II-6 奇静脈葉に嚢胞を認めた気胸の1手術例

昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター

佐野文俊、北見明彦、林 祥子、鈴木浩介、植松秀護、
神尾義人、黒田佑介、小玉晴菜、堀内一哉、青木明子、
石井 源、鹿間祐介、笠原慶太、鈴木 隆

症例は18歳男性。右胸痛を自覚し受診した。胸部X線で右気胸と診断し、手術目的で入院となった。また胸部CT検査で奇静脈葉が指摘された。再発気胸であり気胸腔の改善がないため手術を施行した。鏡視下に鏡腔内を観察すると、奇静脈葉の先端および肺尖部にブラを認め、同部の部分切除を行った。奇静脈葉と気胸の合併例の報告は少ないため文献的考察を加え報告する。

II-8 肺気腫に充実性結節状陰影を呈した肺アスペルギルス症の1切除例

自衛隊中央病院 胸部外科

小原聖勇、中岸義典、中山健史、湯手裕子、三丸敦洋、田中良昭
症例は63歳男性。職場の健康診断で胸部異常陰影を指摘された。胸部CTで背景に両側上葉優位に気腫性変化を呈し、右肺S1b、S3a境界領域末梢にspiculaを有する結節状陰影が認められた。同陰影はPET/CTでSUVmax1.89(後期相2.34)であった。肺癌の可能性が否定できず診断、治療の目的で胸腔鏡下右肺部分切除術を実施した。迅速診断では悪性所見を認めず、永久標本でアスペルギルスによる壊死性肉芽腫性炎症の診断であった。

9:42~10:14 縦隔腫瘍

座長 吉田成利（千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学）

Ⅱ-10 症状緩和目的に第1肋骨を切除した腕神経叢由来神経原生腫瘍の一例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

尹 貴正、岩田剛和、稲毛輝長、山本高義、田中教久、鎌田稔子、森本淳一、長門 芳、中島崇弘、鈴木秀海、吉田成利、吉野一郎

45歳男性。左上肢痛を伴う5cm径の左腕神経叢由来神経原性腫瘍にて複数の医療機関を受診するも、完全切除には腕神経叢損傷が必発と判断されて治療が回避されていた。当科では第1肋骨と腫瘍による神経圧迫が症状の原因と考えら、除圧と診断目的に第1肋骨部分切除と腫瘍部分切除を行った。病理診断は神経鞘腫で術後、神経症状は改善した。

Ⅱ-12 頸部切開と胸腔鏡下手術を併用した甲状腺癌合併縦隔神経鞘腫の1切除例

東京医科大学 外科学第1講座

牧野洋二郎、雨宮亮介、大谷圭志、吉田浩一、山口 学、鈴木明彦、萩原 優、加藤靖文、垣花昌俊、梶原直央、大平達夫、筒井英光、池田徳彦

症例は57歳女性。甲状腺癌の術前精査中、右肺尖部に胸壁より胸腔内に突出する径50mmの腫瘍を認めた。腫瘍に対して右頸部より穿刺吸引細胞診を施行、神経鞘腫と診断した。まず甲状腺全摘術を施行し、引き続き頸部での腫瘍剥離後に胸腔鏡下腫瘍切除を行った。頸部切開と胸腔鏡下手術を併用することで安全かつ低侵襲な完全切除を遂行することが可能であった。

Ⅱ-11 胸骨L字切開でアプローチした縦隔脂肪腫の1切除例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科

矢部三男、仲田健男、秋葉直志

我々が経験した縦隔脂肪腫の1切除例を報告する。患者は76歳女性。主訴は咳嗽と喀痰。胸部レントゲン写真で右上肺野縦隔側に異常陰影があり、胸部CTでは径90mm大で内部が脂肪濃度の縦隔腫瘍を認めた。MRIでも内部は脂肪信号を呈し、脂肪腫が疑われたが、高分化脂肪肉腫も否定できなかった。胸骨L字切開で縦隔腫瘍切除を行った。手術時間460分、出血量430ml。術後合併症を認めなかった。病理検査結果は脂肪腫であった。縦隔脂肪腫は縦隔腫瘍の1.6~2.3%と比較的稀である。

Ⅱ-13 頸部から縦隔に連続する巨大な粘液肉腫の1切除例

日本医科大学付属病院

蓮実健太、佐藤 明、堀内 翔、揖斐孝之、井上達哉、石角太郎、臼田実男

45歳女性。頸部腫脹と右眼瞼下垂を主訴に前医を受診した。CTで舌骨から気管分岐部レベルまで連続する、195×120×100mmの腫瘍を認めた。生検では悪性神経鞘腫と診断された。手術は頸部襟上切開に胸骨正中切開を加えアプローチした。腫瘍を周囲組織より剥離し右総頸動脈の内側より腫瘍を摘出した。病理検査で低悪性線維粘液肉腫と診断した。文献的考察を含めて報告する。

Ⅱ-14 術前、縮小を認めた胸腺嚢胞合併胸腺腫の1例

昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター

鈴木浩介、北見明彦、佐野文俊、林 祥子、植松秀護、
神尾義人、鈴木 隆

胸腺嚢胞を合併し、術前、胸腺腫の退縮を認めた1例を経験したので報告する。

症例：45歳男性。胸膜炎治療中のCTで前縦隔腫瘍を指摘され、胸腺腫を疑い手術の方針となった。術前施行したCTにて腫瘍の縮小を認めた。手術は胸腺摘除術を施行した。胸腺周囲は癒着しており、リンパ節の炎症性腫大も認めた。病理診断は胸腺腫 TypeB 1であり、胸腺嚢胞を合併していた。術後、乳び胸の併発を認めしたが、脂肪制限により改善し、術後第11病日に退院となった。

Ⅱ-16 MG未発症の胸腺腫摘出術後にMGを発症した1例

1 昭和大学病院 第1外科

2 昭和大学病院 神経内科

3 昭和大学病院 病理診断科

片岡大輔¹、南方孝夫¹、大島 穰¹、氷室直哉¹、富田由里¹、
門倉光隆¹、村上秀友²、田澤咲子³、瀧本雅文³

症例は32歳の男性。咽頭痛を主訴に来院した。胸部CTで前縦隔腫瘍と左胸水を認めた。CT下生検では確定診断が得られなかったが、SCC高値を示しPETで異常集積を認め、胸腺癌も疑い切除術を施行し、胸腺左葉の直径3CMの被膜に覆われた腫瘍を摘出した。病理診断は胸腺腫B3型であった。術後2か月で左眼瞼下垂が出現し重症筋無力症と診断された。胸腺摘出術後のMG発症例について報告する。

Ⅱ-15 胸腺に発生したMALTリンパ腫の1切除例

1 公立藤岡総合病院

2 群馬大学医学部付属病院 病態総合外科

村主 遼¹、萩原 慶¹、塚越律子¹、松本明香¹、田中成岳¹、
安藤裕之¹、田嶋公平¹、森永暢浩¹、設楽芳範¹、石崎政利¹、
桑野博行²

症例は63歳女性。骨盤骨折にて入院中の胸部X線にて異常陰影を指摘されCTにて前縦隔に35mm大の腫瘍を認めた。胸骨縦切開にてアプローチ。左肺浸潤を認めたため胸腺全摘術、左肺部分切除術を施行した。病理にて胸腺原発MALTリンパ腫の診断、内科転科し経過観察中である。縦隔発生悪性リンパ腫は縦隔腫瘍全体の約5%を占めるが、MALTリンパ腫は稀な疾患であり文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-17 バセドウ病および重症筋無力症に対して一期的手術を施行した1例

1 伊勢崎市民病院 外科

2 群馬大学大学院 病態総合外科

吉田武史¹、田中司玄文¹、茂木 晃²、桑野博行²

症例は27歳、女性。約7年前よりバセドウ病にて加療中。複視および眼瞼下垂が出現し、精査にて重症筋無力症と診断。ステロイドおよび免疫抑制剤にて治療を受けていたが、妊娠・出産を希望され手術の方針。手術は前頸部襟状切開による甲状腺亜全摘術と胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を一期的に施行した。術後に甲状腺機能低下がみられたが、約1ヶ月で改善。重症筋無力症については免疫抑制剤を中止でき、ステロイドも減量可能となった。

10:46~11:10 気管

座長 菊池慎二（筑波大学医学医療系 呼吸器外科）

Ⅱ-18 声門下気管狭窄に対し気管管状切除輪状軟骨部分合併切除を施行した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、大瀧容一、尾林 海、

大沢 郁、竹吉 泉

45歳、女性。3年前より喘息と診断され加療を受けていたが呼吸苦が改善せず、当院紹介受診。精査で声門下に高度狭窄を認め、手術の方針となった。手術は第1~2気管軟骨輪と共に輪状軟骨を部分切除し、喉頭気管吻合術を行った。術後反回神経麻痺は認めず、第4病日で抜管、第8病日に軽快退院した。病理診断ではIgG4関連疾患が疑われたが、術後の血清IgGやIgG4値に異常はなかった。比較的稀な本手技に関して若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-19 肺癌術後2年で発症した気管癌の1手術例

新潟県立がんセンター新潟病院 呼吸器外科

岡田 英、後藤達哉、青木 正、吉谷克雄

65歳男性。2年前に右肺扁平上皮癌に対し右中下葉切除と縦隔リンパ節郭清を受けた（pT2aN0M0 stage IB）。経過観察CTで胸郭入口部の気管に隆起性病変を認め、気管支鏡検査で気管癌と診断され手術の方針となった。先端を切ったスパイラルチューブを浅めに挿管した。頸部襟状切開で気管周囲を剥離受動した後、腫瘍の末梢で気管を切断し、術野挿管で換気しながら気管を管状切除して端端吻合した。吻合部からエアリークなく6病日退院した。前回よりも低分化な扁平上皮癌で、多発癌が疑われた。

Ⅱ-20 気管腺様嚢胞癌切除後に放射線照射し5年10か月無再発生存中の1例

聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

中村治彦、葛西 享、多賀谷理恵、新明卓夫、望月 篤、

佐治 久、栗本典昭

68歳の女性。血痰を主訴とし、気管腫瘍・腺様嚢胞癌の診断で紹介入院。病巣は気管膜様部から広基性に隆起した結節で、易出血性、内腔の75%が狭窄し、労作時呼吸困難あり。術前に腫瘍の一部を内視鏡的にAPCで焼灼して挿管を可能にした。頸部襟状切開、胸骨正中切開で気管前面に至り、気管管状切除施行。端々吻合部は胸腺脂肪組織で被覆。断端陽性で術後照射し、5年10か月無再発生存中である。

11:10~11:42 心臓腫瘍

座長 上 部 一 彦 (埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管センター 心臓血管外科)

Ⅱ-21 心タンポナーデを呈した右房原発血管肉腫の一例

順天堂大学医学部 心臓血管外科

町田洋一郎、嶋田晶江、桑木賢次、稲葉博隆、山本 平、森田照正、加藤倫子、土肥静之、松下 訓、大石淳実、遠藤大介、大野峻哉、天野 篤

23歳女性。労作時呼吸困難を主訴に近医受診。心タンポナーデを認め当院へ紹介。心嚢液は血性であり、CTにて右房外に達する腫瘍を認めた。上大静脈から心房中隔を含む右房壁を切除しウシ心膜にて右房壁、上大静脈再建術を施行した。術後経過良好にて独歩退院。病理検査にて血管肉腫の診断に至った。遠隔転移を認めないことから現在外来にて放射線治療を行っている。

Ⅱ-22 右房内に発育し三尖弁狭窄を呈した腫瘍に対し、CUSAで可及的切除した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、白岩 聡、木村光裕、浅見冬樹、岡本祐樹、杉本 努、山本和男、吉井新平

68歳、男性。2か月前より労作時息切れ出現し食欲が低下したため、心エコー施行したところ、右房内に5cmの充実性腫瘍病変と右室内への落ち込みによる流入路狭窄所見を認めた。MRIでは右室心筋の一部が腫瘍に置換されていた。人工心肺下で右房内の腫瘍生検を行い、CUSAを用いて可及的に腫瘍切除を行った。術後、症状は軽快し、腫瘍は病理で悪性リンパ腫と診断された。

Ⅱ-23 下大静脈を完全閉塞した右房内腫瘍の一例

東京都立多摩総合医療センター 心臓血管外科

久木基至、二宮幹雄、野中隆広、大塚俊哉

43歳女性。他院にて巨大子宮筋腫の手術予定で入院中。下肢の浮腫増悪、呼吸苦から、肺塞栓疑い造影CT施行したところIVCから右室につながる血栓の診断で当院へ緊急搬送。エコー上右房内に充満する腫瘍性病変でIVCを完全閉塞しており、データ上肝不全徴候もあったため、救命のために緊急手術。術中所見は血栓ではなく右房原発の腫瘍。可能な範囲で腫瘍切除およびIVC内の血栓と腫瘍を摘出。病理ではsarcomaの診断。術後早期に再発したため加療目的に他院へ転院となった。

Ⅱ-24 右房内 angiosarcoma に対する一治験例

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
武裕士郎、森田耕三、上部一彦、小池裕之、高橋 研、井口篤志
今回我々は右房内 angiosarcoma の一治験例を経験したので報告する。症例は24歳女性。心のう液貯留に対する精査にて右房内腫瘍を認め、画像、経過より悪性腫瘍がつよくうたがわれ切除手術を施行した。病理組織は angiosarcoma であった。術後4ヶ月目椎骨への多発骨転移を認め放射線療法を施行。現在、多発骨転移、肝転移を認めるものの、術後20ヶ月経過しており、放射線療法などの加療を続けている。

13:00~13:40 肺 悪性1

座長 椎名隆之(信州大学医学部 呼吸器外科)

II-25 気胸をきたした小児骨肉腫肺転移の一例

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、仁藤まどか¹、和田篤史¹、有賀直広¹、大岩加奈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

症例は14歳男児。右脛骨近位骨肉腫の診断のもと右下肢切断術を施行している。術後化学療法が終了して15ヶ月後、友人に背中を殴られたのを契機に気胸を発症。胸腔ドレーンのみで改善し退院したが、2ヶ月後再発を認め手術の運びとなった。右上葉胸膜下に石灰化病変を認め肺部分切除術を施行した。病理診断は骨肉腫の転移病巣であった。

II-27 気管支鏡下肺生検後にMRSA肺化膿症を合併した肺カルチノイドの1切除例

1 東邦大学医学部附属大森病院 呼吸器外科

2 東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野

3 東邦大学医学部病院病理学講座

牧野 崇¹、秦 美暢¹、肥塚 智¹、大塚 創¹、後町杏子²、
佐野 剛²、磯部和順²、栃木直文³、渋谷和俊³、本間 栄²、
伊豫田明¹

46歳、男性。SLEのためステロイドと免疫抑制薬を内服中、右S2に小結節影を指摘され、気管支鏡下肺生検でカルチノイドの診断を得た。生検後3日目にMRSA肺化膿症を合併し、治療に反応せず進行するため、12日目に右上葉切除術を施行した。特異な経過を示したため文献的考察を加えて報告する。

II-29 両側肺門部リンパ節腫脹からサルコイドーシス合併が疑われた肺腺癌の1例

国立国際医療研究センター戸山病院 呼吸器外科

山道 堯、横手美美、内田 巖、長阪 智、喜納五月

症例は60歳代男性。胸部異常影を指摘され、CTで両側肺門部リンパ節腫脹、右上葉の結節影を認めた。ACE上昇からサルコイドーシス合併肺癌を疑い、cT2aN0M0 stageIBの診断で胸腔鏡補助下右上葉切除術+ND2a-2施行。術後診断はpT2aN2M0 staIIIAであった。術後CBDCA+PEM4コース施行し、縦隔リンパ節は残存するも術後3年無再発経過している。サルコイドーシス合併を疑う肺癌で術前stagingに苦慮したが、手術にて良好な経過を得られている1例である。

II-26 緩徐な発育が確認できた巨大な末梢型定形カルチノイドの1例

長野市民病院 呼吸器外科

小林宣隆、有村隆明、小沢恵介、西村秀紀

気管支肺カルチノイドは進行が遅い低悪性度の肺腫瘍であり、腫瘍径が10cmを超える症例は稀である。46才女性。自覚症状なし。健診の胸部単純写真で左下肺野に11cmの腫瘍を認めた。41才時にも10cmの腫瘍を指摘されたが放置していた。CTで左下葉に11cm大、境界明瞭、内部に拡張した血管を伴う腫瘍を認めた。臨床経過と画像所見から硬化性血管腫等の肺良性腫瘍を疑い、左下葉切除術+ND2a-1を施行した。病理診断はtypical carcinoid (pT3N0M0、stageIIB)であった。

II-28 術前PET-CTにて同側腋窩リンパ節転移が疑われた原発性肺癌の2切除例

千葉県がんセンター 呼吸器科

石橋史博、田村 創、松井由紀子、守屋康充、飯笹俊彦

症例1は70歳女性。右上葉原発肺腺癌に対し右上葉切除+ND2aに加え同側腋窩リンパ節を摘出。転移が疑われた腋窩リンパ節は慢性関節リウマチに随伴する過形成であった。症例2は46歳女性。胸壁浸潤を伴う右上葉原発肺腺癌に対し右上葉切除+胸壁合併切除+ND2aに加え同側腋窩リンパ節を摘出。病理にて腋窩リンパ節転移の診断であった。肺癌の腋窩リンパ節転移は規約上遠隔転移であるが、局所リンパ行性の転移である可能性があり、手術の妥当性について考察する。

13:40~14:20 肺 悪性2

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)

Ⅱ-30 触知困難な微小肺病変に術前 VAL-MAP (Virtual Assisted Lung Mapping) を行い、完全鏡視下肺部分切除術を施行した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

上田琢也、今清水恒太、阪野孝充、高持一矢、王 志明、鈴木健司

症例は47歳女性。他疾患フォロー中に施行した胸部CTで右肺炎に5mm大のGGOを認めた。6か月の経過観察で縮小傾向を認めず肺癌が疑われた。病変は用手的に触知困難と予想され、術前日に気管支鏡下マーキング (VAL-MAP) を施行。術中所見で肺表面にマーキングが鮮明に描出され、完全鏡視下部分切除を施行。病理は腺癌、切除断端は陰性。当科で施行した VAL-MAP の経験をふまえて報告する。

Ⅱ-32 肺全摘と左房合併切除を施行した左肺癌の1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 自治医科大学附属病院 呼吸器外科

3 自治医科大学付属さいたま医療センター 心臓血管外科

曾我部将哉¹、遠藤俊輔²、坪地宏嘉¹、遠藤哲哉¹、真木 充¹、山口敦司³

症例は71歳の男性。胸部異常陰影を指摘され紹介された。CTで左舌区に7cmの腫瘤を認め、左房浸潤が疑われた。気管支鏡下生検にて扁平上皮癌と診断された。手術は後側方開胸にて、左肺全摘と左房合併切除を行った。気管分岐下リンパ節に転移を認め、pT4N2M0 stageIIIBであった。手術時間307分、出血量1600ml。術後経過は良好であり、22日目に退院した。

Ⅱ-34 咯血のコントロール目的に腫瘍核出術を施行した左上葉肺癌の1手術例

1 利根中央病院

2 群馬大学医学部 病態総合外科学

郡 隆之¹、茂木 晃²、桑野博行²

症例は85歳男性。近医より咯血を伴う左肺扁平上皮癌の診断で当院紹介となった。冠動脈に薬物溶解ステント留置中のため抗凝固療法を行っており、止血が困難で1日に10回以上の咯血を認めた。CT検査では左Sに5.5cmの腫瘍を認め区域気管支中樞まで腫瘍浸潤していた。塵肺による低肺機能のため根治療法である葉切除術は不能であった。咯血のコントロールがつかないため、姑息療法として腫瘍核出術を施行し退院後残存する腫瘍に対して放射線治療を行った。

Ⅱ-31 肝移植後に発生した原発性肺癌に対して根治切除を施行した1例

1 慶應義塾大学医学部 呼吸器外科

2 慶應義塾大学医学部 病理科

志満敏行¹、神山育男¹、坂巻寛之¹、四倉正也¹、松田信作¹、重信敬夫¹、鈴木繁紀¹、江本 桂²、奥井将之¹、朝倉啓介¹、大塚 崇¹、林雄一郎²、河野光智¹

症例は65歳女性。2001年にアルコール性肝硬変に対して生体肝移植を施行。経過観察中に診断された原発性肺癌に対して右下葉切除術を施行。免疫抑制剤は手術当日のみ中止し、以後1週間は血中濃度を測定しつつ術前の半量を投与。術後経過は良好であった。肝移植後の肺癌に対する診断および治療につき文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-33 膿瘍を伴った左肺扁平上皮癌に対して肺全摘を施行した1例

1 館林厚生病院 呼吸器外科

2 群馬大学大学院 病態総合外科

野内達人¹、八巻 英¹、茂木 晃²、桑野博行²

症例は66歳、男性。発熱を主訴に当院救急外来を受診し、CTにて左肺下葉をほぼ占拠する大きい腫瘍影を指摘。当科紹介となった。吸引痰細胞診にて扁平上皮癌の診断であった。胸壁に接する10cm大の腫瘍で内部は膿瘍化していると思われた。外科的切除以外に治療は困難と判断し、手術を施行した。肺門リンパ節が左主肺動脈に浸潤していたため、左肺全摘を行った。pT3N1M0であった。術後は炎症所見は改善し、軽快退院した。

14:20~15:08 肺 合併症・その他

座長 佐 渡 哲 (獨協医科大学 呼吸器外科)

Ⅱ-35 右上葉切除後の中葉捻転の1例

1 国立病院機構宇都宮病院 外科

2 群馬大学大学院病態総合外科

伊藤知和¹、茂木 晃²、滝田純子¹、増田典弘¹、芳賀紀裕¹、
桑野博行²

肺切除後のまれな合併症として残存肺の捻転症がある。症例は原発性肺腺癌の65歳男性。右上葉切除術後3日目のXpで右中肺野の透過性低下あり。抗菌薬投与と理学療法継続も軽快せず。造影CTで中葉への肺動静脈の途絶あり。BFで右中葉枝の閉塞あり、中葉捻転と診断。中葉の肺化膿症を来し、28日目に再手術。中葉はうっ血壊死に陥っており、中葉切除術を施行。残存肺捻転は早期診断が難しく、臨床症状やCT、BFの所見を総合判断し早急な対応が重要である。

Ⅱ-37 膜型人工肺 (ECMO) 下に気管支形成術を施行した外傷性右主気管支損傷の1例

1 埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

2 埼玉医科大学総合医療センター 高度救命救急センター

井上慶明¹、青木耕平¹、福田祐樹¹、儀賀理暁¹、泉陽太郎¹、
福田雄三²、佐川幸司²、澤野 誠²、中山光男¹

40歳男性。交通外傷のため前医に搬送された。右主気管支損傷や頭蓋内出血を含めた多発外傷を認め、当院に搬送された。気管支鏡にて右主気管支から上葉支入口部にかけての気管支断裂を認めた。手術の方針としたが、両側の肺挫傷、血気胸を合併しており分離肺換気が困難であったためECMO下に右主気管支形成術を施行した。

Ⅱ-39 化学放射線療法後の二次性腫瘍と考えられた肋骨原発骨肉腫の1切除例

群馬大学大学院 病態総合外科

江原 玄、飯島 岬、東 陽子、小野里良一、矢島俊樹、
茂木 晃、桑野博行

症例は17歳女性。1歳時に腹部神経芽腫に対し化学療法後に切除術施行。5歳時に肺、骨転移を認め、化学放射線療法施行、再発なく経過。経過観察の画像で左第7肋骨腫瘍を指摘され、当院整形外科紹介。生検で骨肉腫の診断であった。化学療法後に胸壁合併腫瘍切除術を施行した。病理診断は、postradiation osteosarcomaの治療後の状態として矛盾しない結果であった。小児癌治療後の二次性発生悪性腫瘍と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-36 悪性胸膜中皮腫に対して根治的胸膜摘除術2年後に発症した心タンポナーデの1例

東京医科歯科大学 呼吸器外科

馬場峻一、石橋洋則、中島康裕、高崎千尋、小林正嗣、
大久保憲一

症例は73歳男性。62歳、冠動脈ステント留置術 (バイアスピリン内服)。2年前、左悪性胸膜中皮腫に対し左根治的胸膜摘除、心膜・横隔膜再建、術中CDDP温熱灌流療法を施行。術後経過観察中、CTで心嚢内腫瘍による心タンポナーデを指摘され、心膜再発などを疑い、胸腔鏡下心膜開窓術を施行。心膜肥厚と心嚢血腫を認めたが、心嚢水・心膜には悪性所見を認めなかった。特発性心嚢内血腫の報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-38 Flail Chest に対しチタン合金性バーを用いた胸壁固定術を施行した1例

東海大学医学部 外科学系 呼吸器外科学

亀井佑太郎、和田篤史、仁藤まどか、有賀直広、大岩加奈、
中川知己、吉野和穂、増田良太、岩崎正之

症例は45歳男性。トラック運転中に交通事故にて受傷、当院緊急搬送となった。来院時 vital は保たれていたが、胸部CTにて両側多発肋骨骨折・胸骨骨折によるFlail Chestと限局性挫傷、左外傷性気胸を認めた。奇異性呼吸を伴った呼吸不全となり、同日チタン合金製バーを用いた胸壁固定術を施行した。結果、術後2病日に人工呼吸器からの離脱が可能であった一例を経験したので報告する。

Ⅱ-40 非特異的間質性肺炎に対する脳死片肺移植術の1例

獨協医科大学病院 呼吸器外科

西平守道、若松郁磨、荒木 修、荻部陽子、小林 哲、
佐渡 哲、千田雅之

レシピエントは60歳、女性。間質性肺炎のため、59歳時に臓器移植ネットワーク登録した。今回、茨城県で発生した60代女性の脳死ドナーから右片肺を摘出し、当院にて右片肺移植術を施行した。手術時間は6時間4分。総虚血時間4時間50分。体外循環不要で術後経過は良好である。これまで当院では5例の肺移植手術を施行し、抄録登録時の5年生存率は75%。

座長 軽部 義久 (横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 心臓血管外科)

Ⅱ-41 上行置換を余儀なくされた、MCTD 合併連合弁膜症症例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科

村松宏一、川田典靖、保科俊之、長沼宏邦

症例は65歳女性。MCTDの診断でステロイドを19年内服している。Severe MS (0.65cm³)を指摘されて当科紹介となった。CTで上行大動脈の拡大があり、SLE患者の大動脈脆弱性の報告も散見される。本症例では大腿動脈送血を選択し、MVR (SJM29mm) TAP (MC³ 26mm)を施行。人工心肺離脱時、Plegia針穿刺部から出血。解離の所見はなかったが、補強を数針かけても修復できず上行置換となった。術後経過は問題なく、POD19独歩退院した。

Ⅱ-43 連合弁膜症に対し胸骨部分切開にてMICSを行った1治験例

医療法人社団公仁会大和成和病院 心臓血管外科

松山孝義、菊地慶太、遠藤由樹、畝大、深田靖久、倉田篤
症例は69歳女性、僧房弁閉鎖不全症、大動脈弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症に対して、逆L字の胸骨部分切開にて僧房弁形成術、大動脈弁置換術、三尖弁形成術を施行した。術後経過は良好で、術後13病日に軽快退院となった。胸骨部分切開によるMICSは痛みも少なく術野も良好である。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-42 2回の大動脈切開により著明な上行大動脈石灰化を認めた再々大動脈弁置換術の1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

長 知樹¹、徳永滋彦¹、出淵 亮¹、井口健太¹、磯松幸尚²、益田宗孝²

過去2回のAVR既往のある70歳男性症例。2007年から弁周囲逆流と左室流出路仮性瘤を認め手術の方針となった。上行大動脈は2回の大動脈切開により切開線の著明な石灰化を認め大動脈弁展開が不可能であった。石灰化した2本の切開線を含めた上行大動脈前壁を広範に切除し、左室流出路仮性瘤パッチ閉鎖術、再々AVRを行なった後、人工血管パッチにて上行大動脈を形成した。

Ⅱ-44 生体弁置換術後8か月でSVDをきたし、再弁置換術となった1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、大林民幸

症例は73歳女性。ASに対し、AVR (SJM Epic 19mm)を施行。植え込み時の弁に異常なく、術後UCGでも問題なく退院となった。術後6か月に心不全のため入院。moderate ARが指摘された。内科的コントロール困難で、術後8か月で再弁置換術(CEP Magna Ease 19mm)を施行した。摘出した弁はLCCに相当する弁尖に裂傷を認めた。石灰化は無かった。病理学的精査では、急性炎症や感染はなかったが、組織球を含むフィブリン沈着を認めた。術後8ヶ月でのSVDは稀であるため報告する。

Ⅱ-45 先天性アンチトロンビン欠乏症を合併した右心房腫瘍
に対する1手術例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

市原元気、工藤樹彦、北原大翔、稲葉 佑、岡本一真、清水秀行
先天性アンチトロンビン(AT)欠乏症に対する人工心肺下手術
は高率に発症する血栓症の対策が重要である。今回我々はAT欠
乏を伴った右心房内腫瘍に対し安全に手術を施行し得たので報告
する。38歳男性。2014年に右心房腫瘍を指摘され手術目的で入院。
腫瘍は右心房壁内にあり切除後欠損部を自己心膜パッチにて修復
した。周術期のワーファリン中止期間はAT活性を80%以上に維
持するためのAT製剤の補充とヘパリンの投与で対応し血栓症の
発症なく退院した。

Ⅱ-47 ナファモスタット使用人工心肺のピットフォール

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、長 知樹¹、井口健太¹、益田宗孝²

症例は76歳男性。18年前、2尖弁によるsevere ARに対しAVR
(OMNICARBON 25mm)施行。その後上行大動脈拡大をきたし
上行大動脈置換術を予定。術前、ワーファリンを中止しヘパリン
持続投与中に脳梗塞を発症。体外循環時はヘパリン200単位/kg
に加えナファモスタット1mg/kg/hを併用。血栓弁を確認し除去
したが、大動脈断解除後にTEEで再度血栓形成を認め、除去を
要した。周術期抗凝固療法に伴う血栓弁の経験を報告する。

Ⅱ-46 若年男性転落外傷に伴う下行大動脈損傷術後にARDS
急性増悪にて失った1例

医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科

岡村賢一、森住 誠、河田光弘、末松義弘

25歳、男性。高さ12mの屋根から転落し全身強打にて近医搬送。
造影CTで下行大動脈損傷・左血気胸・縦隔気腫と診断され加療
目的に当院ドクターヘリ搬送された。当院搬送時、頰脈だが意識
清明でvital signsは安定。翌日、下行大動脈置換術を施行、術当
日に抜管、1PODより経口摂取を再開したが、2PODに呼吸状態
増悪し再挿管となる。ARDS急性増悪にて薬物治療及びPCPS/
VV-ECMOによる補助循環を行うも改善なく6PODに永眠。補助
循環の有用性とその限界について報告する。

Ⅱ-48 常染色体優性多発性嚢胞腎(ADPKD)症例に対する
開心術の問題点

1 恩賜財団済生会横浜市南部病院

2 横浜市立大学医学部附属病院 第1外科

澁谷泰介¹、岩城秀行¹、沖山 信¹、禹 哲漢¹、前澤幸男¹、
坂本 哲¹、益田宗孝²

73歳男性。大動脈弁狭窄症に対して大動脈弁置換術、追加でCABG
1枝を行う方針となった。術前CTで多発性腎嚢胞を認め、多発
する多臓器に及ぶ合併症と併せて常染色体優性多発性嚢胞腎
(autosomal dominant polycystic kidney disease; ADPKD)と診
断した。人工心肺を用いた開心術を行った際に、ADPKDに伴う
合併症により、術中・術後管理に難渋した症例を経験したため、
文献的考察を含めて報告する。

第Ⅲ会場：丹頂Ⅲ（6階）

8:30~9:10 食道 良性

座長 中島政信（獨協医科大学 第一外科）

Ⅲ-1 食道筋層を合併切除した縦隔脂肪肉腫の一例

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 自治医科大学附属病院 呼吸器外科

3 自治医科大学付属さいたま医療センター 外科

曾我部将哉¹、遠藤俊輔²、坪地宏嘉¹、遠藤哲哉¹、真木 充¹、清崎浩一³、谷山裕亮³

症例は72歳の女性。胸痛で近医を受診し、胸部異常陰影を指摘され紹介。CTで左横隔膜上に25cm大の腫瘤を認め、心臓を後方から圧排し食道を全周性に取り囲んでいた。左後側方切開で手術を施行。食道筋層を一部合併切除し、切除部位は心膜周囲脂肪織で被覆した。病理は脂肪肉腫であった。術後経過は良好で食道造影で通過障害のないことを確認した。

Ⅲ-2 特発性食道破裂の2例

東京女子医科大学消化器外科

中山阿貴、成宮孝祐、工藤健司、太田正穂、山本雅一

食道破裂の2例を経験したので報告する。症例1 76歳男性 既往はDM性腎症。突然の胸痛と呼吸苦のため近医受診。上部消化管造影検査にて下部食道左壁の穿孔を確認。2012/09/04 左開胸食道穿孔修復術+食道周囲膿瘍ドレナージ術施行。術後、縫合不全あり約90日間栄養療法をおこない軽快し退院となる。症例2 91歳女性 近医の胸部レントゲン検査にて縦隔気腫が指摘され当院転送。全身状態悪化しており手術不能と判断し、食道の穿孔部より経口的に縦隔内へドレナージを留置し45日後に治癒退院となる。

Ⅲ-3 義歯による食道損傷に対し内視鏡下クリッピング術が奏功した一例

獨協医科大学 第一外科

大友 悠、百目木泰、中島政信、高橋雅一、加藤広行

【背景】食道異物は穿孔をきたすと縦隔炎等重篤な病態を引き起こす可能性がある。義歯による食道穿孔に対し内視鏡的クリッピング術が奏功し、手術を回避し得た一例を経験したので報告する。【症例】78歳男性。義歯誤飲で前医より紹介となった。内視鏡下に義歯を鰐口鉗子にて体外へ摘出した。その際、全層に渡る裂創を認め、13発のクリップで縫縮した。合併症なく19病日に退院した。【まとめ】クリップによる縫縮は食道異物による穿孔に対して有効な治療法となり得る。

Ⅲ-4 下降性縦隔炎の1治療例

埼玉医科大学総合医療センター

福地 稔、柴田和恵、牟田 優、今泉英子、鈴木興秀、熊谷洋一、石橋敬一郎、持木彫人、石田秀行

症例は43歳、男性で胸痛を主訴に近医受診。特発性食道破裂疑いで当科に救急搬送となった。CT検査で両側の膿性胸水を認めた。右開胸後、下降性縦隔炎の術中診断にて両側胸腔と縦隔ドレナージを施行した。待機的に頸部ドレナージと気管切開および抜歯、口腔ケアを施行した。下降性縦隔炎は頭頸部領域の化膿性炎症が縦隔へ波及する病態である。抗菌薬が発達した現在でも致命率が高い疾患であり、適切なドレナージと全身管理が重要とされている。

Ⅲ-5 食道胃接合部に発生した気管支原性嚢胞の2例

1 慶應義塾大学医学部 外科

2 同病理診断部

気賀澤悠¹、竹内裕也¹、川久保博文¹、神谷 諭¹、福田和正¹、中村理恵子¹、高橋常浩¹、和田則仁¹、才川義朗¹、大森 泰¹、北川雄光¹、杜 雯林²、辻川華子²、亀山香織²

【症例】症例はいずれも食道胃接合部に発生した約3cmの粘膜下腫瘍であり、腹腔鏡下手術が施行された。病理組織学的に気管支原性嚢胞と考えられ、1例は嚢胞粘膜内に扁平上皮癌を認めたが無再発生存中である。

【考察】気管支原性嚢胞は胸腔や縦隔内に発生することが多く食道胃接合部に発生し悪性腫瘍を合併することは稀であり、文献的考察を含め報告する。

9:10~9:50 食道 悪性1

座長 川久保 博文 (慶應義塾大学医学部 消化器外科)

Ⅲ-6 表層拡大型表在癌類似の形態を呈した進行食道癌の一例

群馬大学医学部附属病院 第1外科

加藤直菜美、宗田 真、酒井 真、宮崎達也、桑野博行

【症例】79歳男性。嚥下時のしみる感じを主訴に前医でGIF施行し中分化SCCと診断され、精査加療目的に当科受診。切歯より29cmからECJまで全周性0-IIc+“0-IIa”病変を認め、食道癌cT1bN2(#1、7)M0、cStageIIと診断し、右開胸胸部食道亜全摘・2領域リンパ節郭清施行。病理診断はpT3N4M0、pStageIVaであった。表層拡大型食道表在癌類似の形態を呈するも病理診断で脈管侵襲を伴う進行癌であり、深達度診断において示唆に富む症例と考えられたため報告する。

Ⅲ-8 食道扁平上皮癌術後大腿部筋内転移の1例

慶應義塾大学医学部 外科学教室 (一般・消化器)

井上正純、竹内裕也、福田和正、中村理恵子、高橋常浩、和田則仁、川久保博文、才川義朗、大森 泰、北川雄光

【症例】50代男性

【主訴】左大腿部腫脹

【現病歴】食道扁平上皮癌MtLt cType2 T3N2M0 cStageIIIに対し、術前FP2コース施行の後、胸腔鏡腹腔鏡併用胸部食道全摘術を施行した。術後3ヶ月で左大腿遠位外側に腫瘤が出現し、精査の方針とした。

【経過】画像上転移を疑い生検実施し、食道扁平上皮癌の転移と診断した。DCF1コース施行後に腫瘍は著明に縮小した。

【考察】食道癌骨格筋転移は稀であり、進行食道癌症例では様々な転移部位を念頭に置いたフォローの必要性が示唆された。

Ⅲ-10 食道類基底細胞癌の2切除例

東京慈恵会医科大学

江藤誠一郎、西川勝則、田中雄二郎、矢野文章、山本世怜、小村伸朗、三森教雄、矢永勝彦

【症例1】58歳男性。Mtに0-I型腫瘍を認め、SCCと診断し食道切除再建術を施行。【症例2】73歳女性。Mtに1型腫瘍を認め、SCCと診断。NAC施行後にVATS食道切除再建術を施行。症例1、2とも病理結果はBasaloid carcinoma、pT1bN0 stage Iであり、症例1は術後4年半、症例2は術後半年経過し、いずれも無再発生存中である。【結語】食道類基底細胞癌は稀であり文献的考察を加えて発表する。

Ⅲ-7 化学療法が奏功した食道神経内分泌癌の1切除例

1 JCHO群馬中央病院 外科

2 埼玉医科大学総合医療センター 外科

3 群馬大学大学院 病態総合外科

斎藤加奈¹、福地 稔²、内藤 浩¹、桑野博行³

症例は42歳男性。つかえ感を主訴に近医を受診、内視鏡検査で下部食道に3型腫瘍を指摘された。生検組織検査では神経内分泌癌の診断で、CTでは高度なリンパ節腫大を認めた。T4(No.112ao-大動脈)N2、stageIVaと診断し、シスプラチン+イリノテカンによる化学療法を施行した。効果判定CTで原発巣、転移巣ともに縮小したため、手術を施行した。切除標本には腫瘍細胞の遺残は認めず、リンパ節に残存を認めるのみであった。

Ⅲ-9 食道類基底細胞癌の臨床病理学的検討

北里大学病院

森谷宏光、片田夏也、三重野寛朗、細田 桂、山下継史、菊池史郎、渡邊昌彦

【目的】食道類基底細胞癌(BSC)の臨床病理学的特徴を検討し予後因子を明らかにする。【方法】BSC切除11例を対象とし、切除標本の静脈腫瘍塞栓数(V)をカウントし、臨床病理学的項目を比較し、治療後の予後予測因子の検討を行った。【結果】再発は5例の遠隔臓器再発のみで、Vは非再発例に比べて有意に多く、Vが4個以上では高率に術後遠隔臓器再発をきたし、全例が原病死していた。【結論】BSCの予後は遠隔臓器再発と関連があり、Vが4個以上では予後不良であった。

9:50~10:30 食道 悪性2

座長 島田英昭(東邦大学一般・消化器外科)

Ⅲ-11 早期食道癌に対しESD後、追加治療として食道亜全摘を行った5例

東邦大学医学部附属大森病院一般・消化器外科

島田英昭、谷島 聡、大嶋陽幸、名波竜規、鈴木 隆、金子弘真
2010年1月から2012年12月の3年間にESD後、追加治療として食道亜全摘を行った5例を経験したので報告する。【症例】男性4名女性1名。年齢39-67歳(平均58歳)。腫瘍の最大径は19-27mmで深達度はT1a(MM)が1例、T1b(SM)が4例であった。ESDから手術までの期間は41-83日(平均61日)、全例右開胸食道亜全摘を行った。1例にESDの影響と思われる炎症性変化を認めたが手術には支障を来さなかった。全例に癌の遺残はなくリンパ節転移を認めなかった。

Ⅲ-13 切除を行った膜性腎症合併食道癌の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化管一般外科

小野澤寿志、石畝 亨、傍島 潤、福地 稔、熊谷洋一、石橋敬一郎、持木彫人、石田秀行

膜性腎症に悪性疾患を合併することはよく知られているが、食道癌の切除報告は極めて少ない。今回膜性腎症に合併した食道癌(胃切除後)の1切除例を経験したので報告する。症例は69歳、男性。右下腿浮腫にて発症し、腎生検にて膜性腎症の診断となった。2次性膜性腎症のrule out目的に行った上部消化管内視鏡検査にて切歯33cmに1型腫瘍を認め、生検にて扁平上皮癌の診断となり、右開胸開腹食道亜全摘、胸壁前結腸再建術を施行した。

Ⅲ-15 陽子線治療後にSalvage手術を行った再発食道癌の1例

獨協医科大学病院

黒川耀貴、百目木泰、高橋雅一、中島政信、加藤広行

【背景】食道癌に対するsalvage手術はX線照射後のものがほとんどであり、陽子線治療(PBT)後の報告は非常に稀である。今回、PBT後の再発に対してsalvage手術を行った一例を経験したので報告する。【症例】77歳女性。1年前に前医にてPBTとFP療法を施行されが、局所再発のため手術目的に紹介された。非開胸経乳孔的食道切除術を施行。術中は局所の線維化を認めたが、問題なく手術終了。術後経過は良好で22病日に退院した。【まとめ】PBT後のsalvage手術に関し文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-12 悪性リンパ腫を併発した胸部食道癌に対しR-CHOP療法後に根治術を施行した1例

群馬大学医学部 病態総合外科学

斉藤秀幸、熊倉裕二、本城裕章、原 圭吾、横堀武彦、酒井 真、宗田 真、宮崎達也、桑野博行

症例は74歳女性。食事のつかえ感を主訴に上部消化管内視鏡施行し、胸部食道に2型腫瘍を認め、生検で中分化型扁平上皮癌の診断であった。画像検査で全身のリンパ節腫大を認め、鼠径リンパ節の生検でdiffuse large B cell lymphomaの診断となり、R-CHOP療法を計8コース行った。全身のリンパ節腫大は消失し、食道癌cT2N0M0の診断で胸部食道全摘、3領域リンパ節郭清術を施行した。術後経過は良好であった。

Ⅲ-14 食道アカラシア術後に発生した胃癌の1例

1 東京慈恵会医科大学 外科学講座消化管外科

2 東京慈恵会医科大学 外科学講座

山本世怜¹、秋元俊亮¹、星野真人¹、坪井一人¹、矢野文章¹、小村伸朗¹、柏木秀幸²、矢永勝彦²

症例は50歳代の男性。2007年1月に食道アカラシアの診断にて腹腔鏡下Heller-Dor手術を施行、術後フォロー中の2014年4月の上部消化管内視鏡にて胃前庭部大弯に退色域を認め、生検にて印環細胞癌と診断、6月に腹腔鏡下幽門側胃切除術を行った。病理組織学検査ではL、Gre、0-IIb、sig、pT1、ly0、v0、pN0、pPM0、pDM0、stage IAで根治手術であった。食道アカラシアと胃癌の合併は稀であり報告する。

10:30~11:10 心臓 その他 1

座長 縄 田 寛 (東京大学医学部 心臓外科)

Ⅲ-16 心膜切開術により右心不全が改善した IgG4 関連収縮性心膜炎の一例

千葉大学医学部附属病院

藤井政彦、上田秀樹、黄野皓木、石田敬一、田村友作、渡邊倫子、阿部真一郎、深澤万歆、稲毛雄一、池内博紀、諫田朋佳、坂田朋基、松宮護郎

79歳男性。近医で難治性胸水の原因精査目的に当院総合診療部を紹介受診。胸膜生検でIgG4関連胸膜炎と診断された。さらに右心不全を認めておりTTE・心カテにて収縮性心膜炎の診断となった。内服にて改善を認めず当科で心膜切開術を施行、生検でIgG4関連収縮性心膜炎の診断となった。術後早期からCVP低下を認め右心不全の改善を認めた。

Ⅲ-18 両心不全を呈した家族性DCMに対してLVAS装着とTAPを施行した一例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

諫田朋佳、上田秀樹、黄野皓木、石田敬一、田村友作、渡邊倫子、阿部真一郎、深澤万歆、稲毛雄一、池内博紀、坂田朋基、藤井政彦

19歳男性。2009年健診で心電図異常を認め受診した。DCMや突然死の家族歴が複数ある。家族性DCMと診断し、無症候のため内服加療中の2012年3月NSVT頻発しCRT-D植込。2013年7月右心不全症状出現し10月入院したが両心不全が悪化した。移植登録の上、2014年3月植込型LVAS装着+TAP施行。右心不全が特に強くBiVAD装着を考慮したが術後改善し、退院となった。

Ⅲ-20 Marfan症候群・大動脈弁輪拡張症を伴う漏斗胸に対する一期的手術

1 東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

2 東京大学医学部附属病院 心臓外科

四元拓真¹、中尾啓太¹、福元健人¹、此枝千尋¹、似鳥純一¹、長山和弘¹、安樂真樹¹、村川知弘¹、秋山大地²、木下 修²、山内治雄²、小野 稔²、中島 淳¹

29歳男性。Marfan症候群、大動脈弁輪拡張症と診断。漏斗胸のため心臓は左胸腔内に偏位。術中の良好な視野確保、術後心臓の胸骨圧迫を避けるため同時手術を選択した。David手術後にRavitch変法胸骨挙上を行い良好に矯正された。胸骨正中切開後の漏斗胸術式の工夫および文献的考察を報告する。

Ⅲ-17 卵巣癌・Trousseau症候群を合併した左室仮性瘤の1治験例

町田市民病院 心臓血管外科

酒井健司、宮城直人

72歳女性。急性期脳梗塞で当院入院、精査にて左室下壁の仮性瘤・卵巣癌・深部静脈血栓を認めた。CAGでは有意狭窄を認めなかった。卵巣癌に伴うTrousseau症候群の診断で、まず卵巣摘出術を先行、その後に左室形成術を行う方針とした。術中所見では左室下壁に局限した心筋梗塞後変化を認め、瘤内に赤色血栓を認めた。術後経過は良好で、17PODに化学療法目的に産婦人科転科となった。Trousseau症候群を合併した左室仮性瘤の報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-19 心房間溝の剥離により左房切離断端を確保し切除しえた原発性肺癌救済手術の1例

国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

内藤雅仁、青景圭樹、永井完治、菱田智之、吉田純司、坪井正博

71歳男性。前医で右下葉原発cT4N1M1a(肺内転移)肺腺癌の診断で化学療法後(CDDP+PEM4コース、PEM20コース、CBDCA+PEM6コース)当院紹介受診。右肺S6の原発巣は4.2cm大に再増大し、下肺静脈周囲への浸潤も疑われた。ycT2aN1M0の診断で右肺全摘術を施行。腫瘍は下肺静脈に沿って左房まで浸潤を認めたため、心房間溝を剥離し、マージンを確保し左房合併切除を施行。左房合併切除する際に心房間溝の剥離は時に有用である。

11:10~11:42 心臓 その他2

座長 坂本吉正 (東京慈恵会医科大学 心臓血管外科)

Ⅲ-21 左室内血栓に対し経左房内視鏡下血栓除去を施行した一例

東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科学分野

亀田 徹、藤井毅郎、片柳智之、佐々木雄毅、大熊新之介、布井啓雄、片山雄三、小澤 司、益原大志、塩野則次、渡邊善則
44歳男性。突然の胸痛を主訴に来院。CAGにて有意狭窄を認めず、心エコーとMRIにてEF16%の低左心機能、ESVI 116ml/m²のリモデリングと41×32mm大の左室内腫瘤を認めた。頭部MRIで亜急性期脳梗塞を認め、緊急手術を施行した。経左房内視鏡下で左室内を観察したところ、直視では全容の確認が困難であったため内視鏡下に血栓を除去した。文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-23 急性動脈閉塞を契機に入院し、TEVAR、左室内血栓除去・左室形成術を連続施行した一例

千葉市立海浜病院 心臓血管外科

若林 豊、大津正義、砂澤 徹、中谷 充

症例は51歳、男性。5年前にAMIに対してPCI施行し、他院通院中であった。両下肢急性動脈閉塞のため緊急入院し、右F-T bypass、右下腿減張切開、左下肢血栓除去術を施行した。術前造影CTにて遠位弓部に最大径55mmの嚢状瘤と可動性の左室内血栓を認めたため、第2病日にTEVAR、第7病日に左室内血栓除去と左室形成術を施行した。術後、大きな合併症なく経過した。

Ⅲ-22 左室内血栓に対し血栓除去術(僧帽弁、左室アプローチ)を必要とした2症例

東京慈恵会医科大学 心臓外科

高木智充、橋本和弘、坂本吉正、坂東 興、長堀隆一、儀武路雄、松村洋高、井上天宏、中村 賢

46歳 男性。心窩部痛、背部痛精査で受診。左室心尖部血栓、脳梗塞、脾梗塞、腎梗塞認め、CAGにて2VDを認めたためCABG及び硬性内視鏡下で経左房的に血栓除去術施行。59歳 男性。腹痛精査で受診。急性胆管炎の診断で緊急入院となる。ERCP術前検査で心室内血栓、CAGにて2VDを認めたため、CABG及び経左室直視下で血栓除去術施行。

Ⅲ-24 若年で血栓塞栓症を繰り返す心房中隔瘤に対し瘤切除+自己心膜パッチを施行した1例

獨協医科大学病院 心臓・血管外科

土屋 豪、山田靖之、柴崎郁子、桑田俊之、小川博永、武井祐介、加藤 昂

49歳女性。43歳時に脳梗塞、心筋梗塞の既往。47歳時に左下肢の急性動脈閉塞を発症し当科にて血栓除去術施行。若年で血栓塞栓症を繰り返しており原因精査のため心エコー施行し心房中隔瘤を認めた。血栓の原因と判断し手術予定となる。術中所見では卵円窩全体が瘤化しており一部欠損孔を認め左房との交通を認めた。手術は心房中隔瘤の切除と欠損部を自己心膜パッチで形成した。若干の文献的考察を含め報告する。

12:50~13:30 心臓 先天性 1

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)

Ⅲ-25 大動脈弁下狭窄および大動脈縮窄を合併した右側相同に対して段階的 Norwood 手術を行った一例

新潟大学医歯学総合病院 第2外科

杉本 愛、高橋 昌、白石修一、渡邊マヤ、文 智勇、大西 遼、土田正則

満期産、出生体重 3162g の女児。Day 2、right isomerism、SA、CAVC、SRV、DORV、RAA、subAS、CoA、PDA、bilSVC、dextrocardia と診断、LipoPGE1 製剤投与を開始。CAVVR を中等度認め、経時的に増強した。Day 6、bilPAB 先行、2M、Norwood (BTS) 手術を施行した。CAVVR 高度合併したハイリスク症例に対し、心停止時間短縮、心機能保持を念頭においた手順で Norwood 手術を行い、良好な術後経過を得られたので報告する。

Ⅲ-27 染色体異常 (46XY, add (15) (q26)) を合併した左心低形成症候群の 1 例

北里大学病院 心臓血管外科

松永慶廉、荒記春奈、田村智紀、柴田深雪、中村祐希、吉井 剛、板谷慶一、宝来哲也、岡 徳彦、北村 律、鳥井晋三、宮地 鑑

患者は在胎 35 週 1416g で出生。生後 1 か月時に両側肺動脈絞扼術を施行、生後 4 か月時に体重 2.7kg で Norwood 手術を施行。大動脈弓は直接再建し、6mm の右室肺動脈導管を再建した大動脈の右側に通した。術後補助循環を必要としたが離脱し、生後 9 か月時に Glenn 手術に到達した。染色体異常は依然として Norwood 手術後急性期死亡の危険因子とされており、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-29 {S、D、D}、DORV、IAA (A) に対して 2 度の姑息手術を経て Jatene 手術を行った一例

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院 心臓血管外科

前田拓也、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、神崎智仁、岡本卓也、古田晃久

在胎 39 週 1 日、2822g で出生。診断は {S、D、D}、DORV、IAA (A)。日齢 8 に両側肺動脈絞扼術施行。輸血アレルギーによるショック等に対し長期間の集中治療室加療を必要としたが、生後 1 ヶ月時に BAS、生後 4 ヶ月時に大動脈弓再建+主肺動脈絞扼術を経て、生後 5 ヶ月で Jatene 手術+心内修復術に至った。術後経過は良好である。

Ⅲ-26 大動脈縮窄を伴う TGA 型 DORV に対し Norwood 型手術を介し二心室修復をした一例

1 利根中央病院 小児科

2 群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

浅見雄司¹、内藤祐次²、吉竹修一²、田中佑貴²、宮本隆司²

症例は 2 歳の男児。在胎 38 週 3 日、2912g で出生後、Doubly committed VSD を伴う TGA 型 DORV、大動脈縮窄、大動脈弁下狭窄の診断に対し、日齢 9 に両側肺動脈絞扼術を施行した。二心室修復も視野に入れ 3 か月時に Norwood 型手術 (RV-PA 6mm ringed ePTFE) を選択した。肺血管の条件を改善する目的で 10 か月時に central shunt を造設し、PA index の改善を認め、また心室容量も十分であったため、2 歳、10kg にて Rastelli 手術 (16mm Yamagishi conduit) を施行した。術後経過良好であった。

Ⅲ-28 hypoplastic left heart syndrome with intact atrial septum に levoatrial cardinal vein を伴った 1 例

国立成育医療研究センター 心臓血管外科

森下寛之、八鍬一貴、阿知和郁也、金子幸裕

心臓超音波検査で HLHS (MA/AA) with intact atrial septum (IAS)、levoatrial cardinal vein と診断された新生児。右上肺静脈から右内頸静脈に流入する levoatrial cardinal vein に狭窄を認め、日齢 7 に両側肺動脈絞扼術、心房中隔欠損作成術を施行した。Norwood-Glenn 手術を目指して入院を継続し PGE1 の持続静注を行っている。当該児に対する早期 Glenn 手術の適否につき議論したい。

Ⅲ-30 両側肺動脈絞扼術後に左心低形成・大動脈弓低形成を来し、Debanding 後に根治に至った 1 例

千葉県こども病院 心臓血管外科

寶亀亮悟、青木 満、萩野生男、鈴木憲治、秋山 章

症例は両大血管右室起始症、三尖弁組織による VSD・大動脈弁下狭窄、右冠動脈肺動脈起始、大動脈縮窄の男児。生下時体重 1768g にて日齢 6 に両側肺動脈絞扼術を施行。その後大動脈弓低形成・左室低形成の進行を来し月齢 3 に右肺動脈絞扼解除施行。その後、左室の成長を確認し月齢 6 で心内修復術・大動脈弓再建術・右冠動脈移植術を施行した。

13:30~14:10 心臓 先天性2

座長 栢 岡 歩 (埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科)

Ⅲ-31 低形成中心肺動脈に対する姑息的右室流出路形成のち心内修復に到達した VSD、PA、MAPCA の1例

筑波大学医学医療系 心臓血管外科

松原宗明、米山文弥、川又 健、中嶋智美、三富樹郷、平松祐司
BTS も UF も困難と考えられた低形成中心肺動脈+MAPCA に対して、生後2カ月時に姑息的右室流出路形成術を行った。幸い肺動脈の発育が得られ、1歳1カ月時に MAPCA を coil 閉鎖し、1歳4カ月時に一方向弁付 VSD パッチと一弁付流出路パッチを用いた心内修復術を完了した。本症例に対する治療戦略を中心に報告する。

Ⅲ-33 特発性肺静脈狭窄症の4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、岩崎美佳、吉村幸浩、寺田正次

pulmonary vein stenosis with normal connection の4例を経験した。いずれも出生時は PVS 指摘されず、内訳は (1) RPVS のみ、(2) Down、VSD+RUPVS、(3) DORV+bil.PVS、(4) ccTGA、BDG 術後 LPVS。sutureless 法による PVS release を試みたがいずれも PVS 再発。(3) は術後1ヶ月で PVS 再発、ステント留置施行するも多臓器不全にて死亡。他3例は外来通院中で (2) は退院時 HOT 導入。(1) (2) とも現在は介入必要な PH なし。(4) は BDG 術後 LPA の逆行性血流と LPVS を認め、ステント留置するも改善せず。HOT 導入中。

Ⅲ-35 右室依存性冠循環を有する純型肺動脈閉鎖に対する V-V bypass を用いた両方向性グレン手術

自治医科大学附属病院 とちぎ子どもセンター 小児先天性心臓血管外科

宮原義典、前川慶之、河田政明

純型肺動脈閉鎖、低形成右室の男児。生後20日目の心カテで右室依存性冠循環を指摘、翌日の啼泣時に心筋虚血による循環破綻のため緊急 ECMO 導入。2週間後に離脱に成功後 PGE1 投与継続し、5ヶ月時に両方向性グレン手術を施行。右室内圧および酸素化を維持する為に上下大静脈脱血、右房送血、拍動下にグレン吻合・肺動脈形成を施行。虚血イベント無く手術を終え、術後経過良好。術中管理・心肺回路構成の工夫を中心に報告する。

Ⅲ-32 僧帽弁閉鎖不全、低左室機能を呈した左冠状動脈右肺動脈起始に対する心拍動下冠血行再建術

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

河田政明、前川慶之、宮原義典

症例は5ヶ月男児。嘔吐、機嫌不良を主訴に前医受診、急性心筋炎を疑われ当院搬送。心電図で ST 変化を認め CT で左冠状動脈右肺動脈起始と診断、緊急手術を施行した。僧帽弁閉鎖不全、低左室機能の悪化を危惧し、体外循環心拍動下に冠血行再建術(左冠状動脈管状パッチー左総頸動脈移植)を施行した。5病日二期的閉胸、抗心不全治療により心機能は徐々に改善、68病日自宅退院した。

Ⅲ-34 体外式 LVAD 補助による心機能回復後に左室心尖-腕頭動脈弁付導管間置を施行した先天性 AS の一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

星野康弘、縄田 寛、井戸田佳史、木下 修、山内治雄、秋山大地、中尾啓太、小野 稔

先天性 AS で3歳時に直視下交連切開施行歴のある12歳男児。圧較差進行と RCA 閉塞を認め、弁輪拡大を伴う AVR 及び CABG 施行。止血困難のため体外循環から離脱できず、Central ECMO 装着、その後体外式 LVAD に変更となった。8ヶ月の補助により心機能回復するも狭小上行大動脈による高度圧較差残存に対し、左室心尖-腕頭動脈間に弁付導管を吻合する流路変更を行い、体外式 LVAD を離脱し得た。

14:10~14:34 心臓 先天性3 成人

座長 木村直行（自治医科大学さいたま医療センター 心臓血管外科）

Ⅲ-36 成人期に診断された2型心室中隔欠損、右冠尖逸脱による大動脈閉鎖不全症の一症例

日本医科大学附属病院 第2外科

廣本敦之、太田恵介、青山純也、芝田匡史、高橋賢一朗、田上素子、白川 真、渡邊嘉之、大森裕也、坂本俊一郎、石井庸介、師田哲郎、新田 隆

症例は53歳男性、労作時呼吸困難を主訴に2型心室中隔欠損及び右冠尖逸脱による重症大動脈弁閉鎖不全の診断を得た。左室駆出率は26%と心機能低下を認めた。手術は三尖弁側から欠損孔をパッチ閉鎖し、大動脈弁右冠尖はfree marginが大きく形成は困難、弁置換とした。成人期に診断される病態としては稀であり、文献的考察を含め報告する。

Ⅲ-37 成人修正大血管転位症に対して三尖弁置換術を行った一例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

原田崇史、横山裕次郎、山田有希子、中島雅人、土屋幸治

症例は69歳男性。健康診断を契機に精査され修正大血管転位症【S.L.L】の診断。高度三尖弁逆流症、解剖学的右室駆出率低下からの心不全で入院。待機的に三尖弁に対して手術の方針となった。手術は術者が患者の左側に立ち胸骨正中切開でアプローチ。各弁尖は肥厚し三尖弁置換術（ATS25）を施行。成人修正大血管転位症では解剖学的右室機能低下や高度三尖弁逆流が問題となる。今回我々は成人修正大血管転位症に対して三尖弁置換術を行い良好な結果を得たので報告する。

Ⅲ-38 71歳修正大血管転位の心房中隔欠損症・三尖弁閉鎖不全症に対し、左側左房アプローチによる三尖弁置換および心房中隔欠損パッチ閉鎖術を施行した1例

1 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

2 自治医科大学附属病院 心臓血管外科

山本貴裕¹、板垣 翔¹、河田政明²、岡村 誉¹、木村直行¹、伊藤 智¹、由利康一¹、松本春信¹、山口敦司¹、安達秀雄¹

71歳女性。以前より修正大血管転位、心房中隔欠損症、三尖弁閉鎖不全症を指摘。3年前より心不全入院を繰り返し手術方針となった。左側左房アプローチにて三尖弁置換術、心房中隔欠損閉鎖術を施行。術後経過良好にて独歩退院。

14:34~15:06 心臓 先天性 4

座長 内藤 祐次 (群馬県立小児医療センター 心臓血管外科)

Ⅲ-39 下心臓型総肺静脈還流異常症を合併した無脾症、単心室、肺動脈閉鎖の症例に対し、静脈管ステントを留置した後、肺静脈還流異常修復術を施行した1例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓病センター 小児心臓外科
細田隆介、柘岡 歩、宇野吉雅、加藤木利行、鈴木孝明
在胎 40 週 1 日、2689 g で出生。出生後に無脾症、単心室、肺動脈閉鎖、下心臓型総肺静脈還流異常症の診断で当院に新生児搬送。出生後より PVO 所見を認め、日齢 1 に臍静脈より静脈管にステントを留置した。1 ヶ月時に肺静脈還流異常修復術と体肺動脈短絡手術を施行した。術後経過良好で現在グレン手術待期中である。

Ⅲ-41 2 ヶ月、4kg 児の胸部正中切開手術の創閉鎖に Zipline を使用した1例

順天堂大学医学部 心臓血管外科
藤田智之、川崎志保理、天野 篤

小児開心術における縦隔炎を含めた SSI は低年齢児に多く、重大な合併症である。特に新生児や早期乳児の創閉鎖に際しては皮下や皮膚閉鎖の縫合糸も SSI の原因として重要である。今回、VSD による心不全をきたした 2 ヶ月、4kg 女児に対して正中切開下に PAB を施行し、その創閉鎖に Zipline を使用して良好な創部治癒を得たので報告する。Zipline は縫合糸を使用せず皮下、皮膚を閉鎖するので、低年齢、低体重児の創閉鎖に有用である。

Ⅲ-40 胎児診断され、新生児期に摘出術を施行した心臓横紋筋種の一例

神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

大中臣康子、麻生俊英、武田裕子、富永崇司、佐多荘司郎
心臓横紋筋種はその多くが自然消退することが知られており、外科治療を行った報告は少ない。症例は、在胎 34 週胎児超音波検査にて心臓多発腫瘍と診断された女児。39 週 1 日 2584g で出生後、全身検索から結節性硬化症および随伴症状としての心臓横紋筋種と考えた。大動脈弁直下に存在する直径 7mm の有茎性の腫瘍で可動性があり、駆出時の大動脈弁損傷あるいは大動脈内への陥頓の可能性を考え、日齢 15 摘出術を施行した。文献的考察を加え報告する。

15:54~16:26 食道 悪性3

座長 小 熊 潤 也 (東海大学医学部 消化器外科)

Ⅲ-42 食道癌術前の気管支動脈の3D-CT Angiographyの有 用性

1 慶應義塾大学 外科

2 慶應義塾大学 放射線科学教室

島田理子¹、竹内裕也¹、松田 諭¹、中村理恵子¹、高橋常浩¹、
和田則仁¹、川久保博文¹、才川義朗¹、大森 泰¹、陣崎雅弘²、
北川雄光¹

当院では食道癌術前の患者に対して気管支動脈 (BA) の解剖学的
走行を把握するために、3D-CT Angiography (3D-CTA) を施行
している。2013年3月から2014年6月に当院において術前の3D-
CTA を施行後に食道切除術を施行した55例について左右のBA
の数やその走行を検討した。BAの同定率は右が100%、左が56%
であった。3D-CTAは術前にBAの走行を正しく把握することが
でき、有用と考える。

Ⅲ-44 脂肪面積解析を用いた肥満と食道癌周術期合併症の検 討

慶應義塾大学 外科

菊池勇次、竹内裕也、福田和正、中村理恵子、高橋常浩、
和田則仁、川久保博文、才川義朗、大森 泰、北川雄光

近年、食生活の欧米化や診断の進歩により肥満を伴う食道癌患者
は増加傾向にある。そこで、我々は肥満と食道癌周術期合併症の
関連に着目した。2010年~2013年に手術を行った151例を対象に
内臓脂肪面積 (VFA) と皮下脂肪面積 (SFA) を算出し検討した。
VFA高値群およびSFA高値群では、有意に手術時間、術後1日
目のP/F値、術後CRP最高値と相関し、さらにSFA高値群では
縫合不全とSSI発生率と相関していた。肥満患者は手術操作が困
難だけでなく術後も注意深い管理が必要である。

Ⅲ-43 食道癌化学放射線療法後の食道気管支瘻に対しバイパ ス手術を施行した1例

東海大学医学部付属病院

山崎 康、小澤壯治、数野暁人、小熊潤也

症例は66歳、男性。2013年8月に食道癌の精査加療目的で当院
を紹介受診となった。食道癌 (UtMt Type2 T4 (気管)、N4、M0、
Stage4a) の診断で、化学療法 (FP療法) を施行した。主病変の
増大を認めたため化学放射線療法を施行し、CRとなったが、食
道気管支瘻が認められた。2014年6月に胸壁前経路胃管によるバ
イパス術を施行した。術後経過は順調で、第7病日に経口摂取を
開始し、第15病日に退院となった。

Ⅲ-45 食道癌術後周術期管理における抑肝散の使用経験

東京女子医科大学消化器外科

大平 慧、成宮孝祐、工藤健司、太田正穂、山本雅一

胸部食道癌に対する根治的手術は消化器癌手術の中では最も侵襲
を伴う手術の一つであり、周術期における管理も非常に難渋する
ケースが多い。チーム医療の導入により、術後肺炎は7.9% から
4.9% へと減少傾向を認めたが、術後せん妄は高齢者の手術の増加
もあり、0.5% から7.5% へと上昇した。2013年1月より2014年
5月までに当院で施行された食道癌手術症例57例中、術翌日より
経腸チューブより抑肝散を7.5g 3xにて13例に投与し良好な経過
がえられているので報告する。

16:26~16:58 食道 鏡視下

座長 宮崎 達也 (群馬大学大学院 病態総合外科)

Ⅲ-46 胸腔鏡下食道癌手術：側臥位気胸+ワンポイント半腹臥位法の教育効果

北里大学病院 外科

片田夏也、森谷宏光、山下継史、三重野浩朗、細田 桂、菊池史郎、渡邊昌彦

胸腔鏡下食道癌手術を施行した118例のうち側臥位気胸+ワンポイント半腹臥位法を27例に導入。【手技】6ポートを挿入し8mmHgで気胸。下縦隔の郭清では助手の鉗子で下縦隔の視野を開大。#106 recLの郭清は食道にテーピングを行い背側に牽引し、リンパ節と左反回神経を一塊として気管より剥離。中縦隔ではまず#109Rを郭清。半腹臥位とした後#107、109Lの順に郭清。【結語】本法は#109Lを含む中下縦隔の郭清に有効で助手の教育効果も期待できる。

Ⅲ-48 胸腔鏡・腹腔鏡下に治療し得た食道胃接合部粘膜下腫瘍の一例

慶應義塾大学 外科

庄司佳晃、竹内裕也、川久保博文、高橋常浩、和田則仁、中村理恵子、才川義朗、大森 泰、北川雄光

症例は20代女性。嘔気を主訴に他院受診し、長径8cm大の食道胃接合部粘膜下腫瘍と診断され精査加療目的に当科紹介受診となった。平滑筋腫と診断された事、ご本人が若年の女性であった事から整容性も考慮し胸腔鏡腹腔鏡併用胸部食道全摘術、後縦隔経路胃管再建、胸腔内胸部食道胃管吻合施行された。術後酸素化不良を認めたがその他概ね経過良好にて退院となった。食道及び食道胃接合部粘膜下腫瘍はその腫瘍の特性や患者背景により慎重に治療方針を検討すべきである。胸腔鏡・腹腔鏡下に切除し得た症例を経験したためここに報告する。

Ⅲ-47 胸腔鏡下に根治手術を施行した完全内臓逆位症を伴う食道癌の1例

がん研究会有明病院 消化器外科

松永有紀、渡邊雅之、松本 晶、志垣博信、西田康二郎、峯 真司、佐野 武、山口俊晴

内臓逆位症は0.05~0.01%に認める稀な疾患である。完全内臓逆位症に伴う食道癌患者に対し左胸腔鏡、開腹下に食道切除術を経験したので報告する。患者は65歳の男性。つかえ感を主訴に内視鏡で食道癌と診断された。追加検査でcT3N1M0 Stage IIIAと診断し、術前補助化学療法の後、食道亜全摘術を施行した。患者の器官は正常の鏡像位だったが、反回神経、胸管、その他の脈管系にそれ以外の異常はなく、手術は安全に実施できた。

Ⅲ-49 食道粘膜下腫瘍に対し胸腔鏡下手術を行った2例の検討

群馬県立がんセンター 外科

小澤大悟、小川 敦、佐野彰彦、深井康幸、持田 泰、尾嶋 仁
食道粘膜下腫瘍は日常診療で時として遭遇することはあるが、食道癌と比較し非常に稀な疾患であり、治療対象となることは少ない。治療が必要な場合にはその第一選択は外科的切除であり、侵襲低減のために近年は胸腔鏡下手術が行われている。2009年以降に当科で食道粘膜下腫瘍に対し胸腔鏡下切除を行った2例を経験したため、若干の文献的考察をふまえて報告する。