

# 第168回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2015年6月27日（土）

会場： 都市センターホテル

〒102-0093 東京都千代田区平河町 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・南北線「永田町駅」徒歩約3分）

参加受付	6階
PC受付	602（6階）
第I会場	601（6階）
第II会場	706（7階）
第III会場	606（6階）
幹事会	701（7階）
世話人会	702（7階）

会長： 天野 篤

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

〒113-8421 東京都文京区本郷 2-1-1

TEL：03-3813-3111（代表） FAX：03-3818-9756

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7:30です）。
  - (3) 一般演題は口演5分、討論3分です（時間厳守でお願いいたします）。
  - (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。
  - (5) 演者は本会会員に限られております。発表前に本会への入会手続きをお願いいたします。

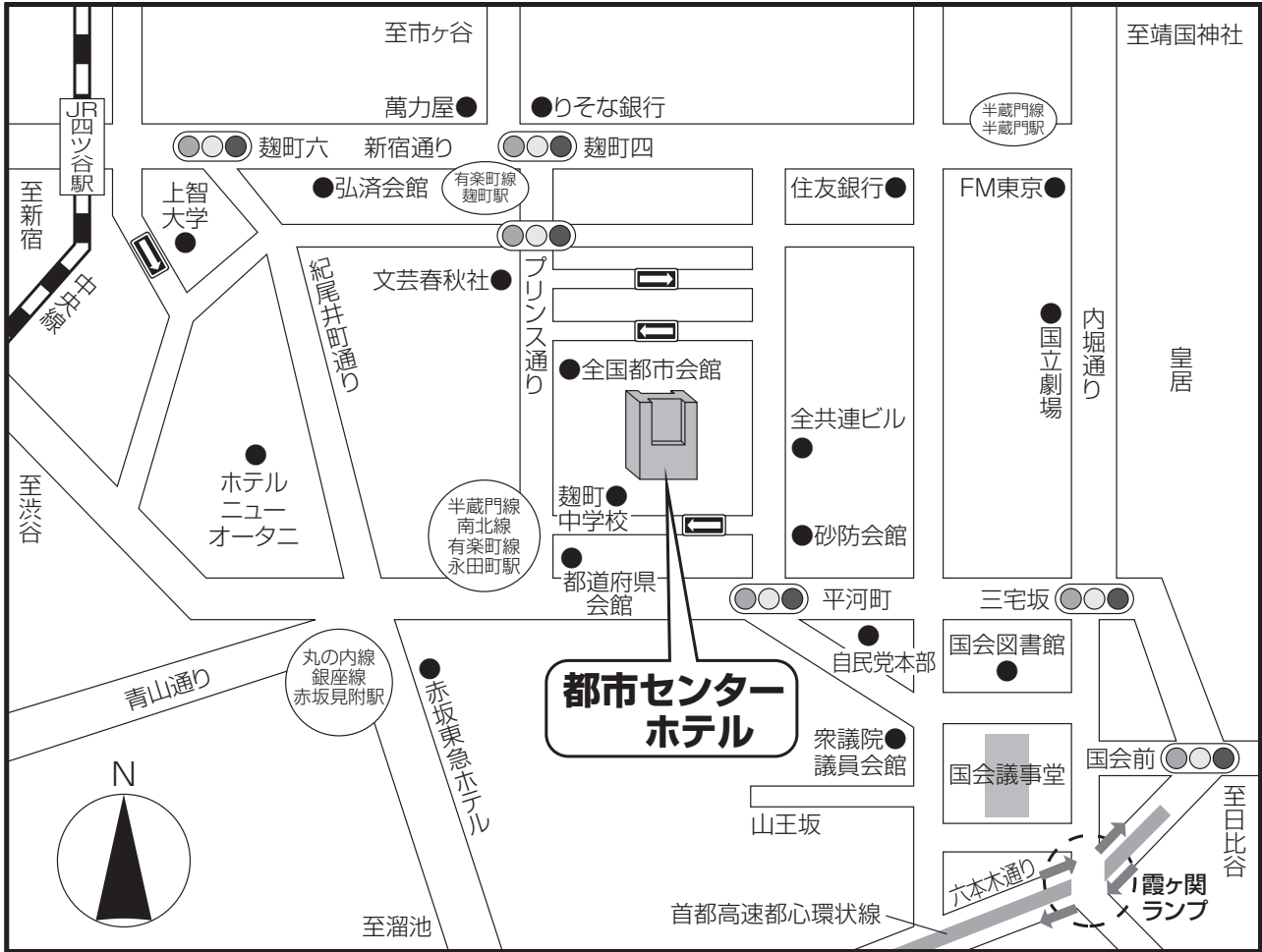
# 【会場案内図】

都市センターホテル

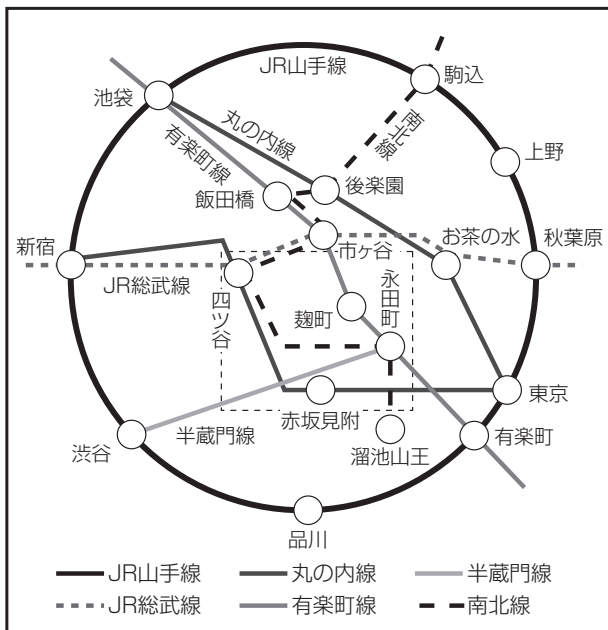
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1

TEL 03-3265-8211

## 会場周辺図



## 路線図



## 交通機関と所要時間

### ◆地下鉄

- 麹町駅(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

- 四ツ谷駅麹町口より徒歩約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

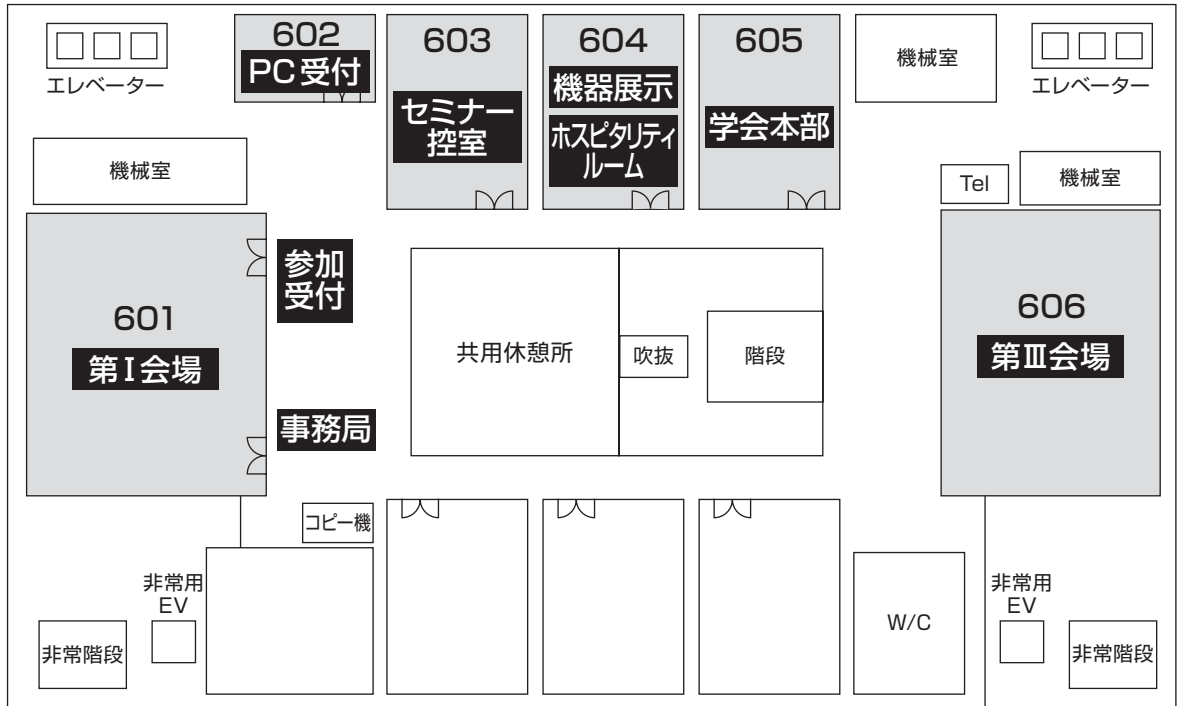
### ◆首都高速

- 霞ヶ関出口より5分

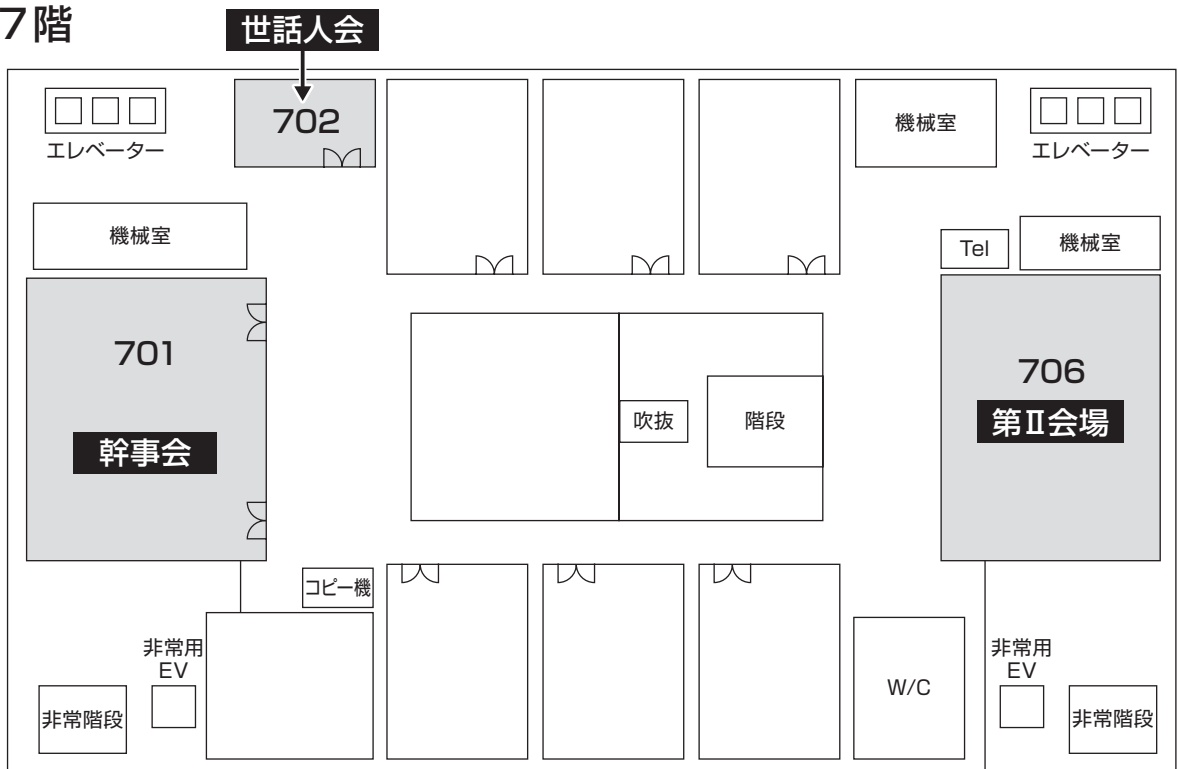
# 【場内案内図】

## 都市センターホテル

### ■6階



### ■7階



I 会場  
6階 601

8:25~8:30 開会式

8:30~9:34

心臓その他

1~8 伊藤 智

横浜市立みなと赤十字病院  
心臓血管外科

池田 晃彦

筑波メディカルセンター病院  
心臓血管外科

稲葉 博隆

順天堂大学浦安病院心臓血管外科

II 会場  
7階 706

8:30~9:18

食道

1~6 峯 真司

がん研有明病院食道外科

大塚 耕司

昭和大学消化器・一般外科

橋本 貴史

順天堂大学食道・胃外科

III 会場  
6階 606

8:30~9:42

縦隔・胸壁・呼吸器

1~9 青景 圭樹

国立がん研究センター東病院  
呼吸器外科

加藤 靖文

東京医科大学  
呼吸器外科・甲状腺外科

王 志明

順天堂大学呼吸器外科

9:34~10:46

冠動脈

9~17 徳永 滋彦

神奈川県立循環器呼吸器病センター  
心臓血管外科

阿部 恒平

聖路加国際病院心臓血管外科

梶本 完

順天堂大学心臓血管外科

9:18~10:54

僧帽弁・IE・再手術

7~18 中尾 達也

新東京病院心臓血管外科

岡本 一真

慶應義塾大学心臓血管外科

丹原 圭一

順天堂大学静岡病院心臓血管外科

9:42~10:54

悪性呼吸器

10~18 櫻井 裕幸

国立がん研究センター中央病院  
呼吸器外科

大塚 崇

慶應義塾大学呼吸器外科

高持 一矢

順天堂大学呼吸器外科

11:00~11:50

教育講演 1

『大動脈弁狭窄症に対する  
外科治療』

演者 岡林 均

(岩手医科大学 心臓血管外科)

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)

協賛:センチュリーメディカル株式会社

11:00~11:50

教育講演 2

『肺癌に対する外科治療』

演者 岡田 守人

(広島大学 腫瘍外科 (呼吸器外科))

座長 鈴木 健司

(順天堂大学 呼吸器外科)

協賛:ジョンソン・エンド・ジョンソン  
株式会社

11:50~12:05

GTCSからの報告

「GTCS impact factor獲得のため  
に」

演者 新田 隆

(日本医科大学付属病院 心臓血管外科)

9:30~10:15

世話人会 702 (7階)

10:15~11:00

幹事会 701 (7階)

I 会場  
6階 601

12:05~12:55  
ランチオンセミナー 1

『胸部大動脈疾患に対する外科・  
血管内治療』

演者 志水 秀行  
(慶應義塾大学 外科学  
(心臓血管外科))

座長 土肥 静之  
(順天堂大学 心臓血管外科)

協賛：日本ライフライン株式会社

II 会場  
7階 706

12:05~12:55  
ランチオンセミナー 2

『僧帽弁疾患に対する画像診断・  
治療』

演者 柴山謙太郎  
(東京ベイ・浦安・市川医療センター)

座長 加藤 倫子  
(順天堂大学 心臓血管外科)

協賛：セント・ジュード・メディカル  
株式会社

III 会場  
6階 606

13:00~14:28  
大動脈弁・大動脈基部  
18~28 國原 孝

心臓血管研究所付属病院  
心臓血管外科

津久井宏行  
東京女子医科大学心臓血管外科

桑木 賢次  
順天堂大学心臓血管外科

13:00~14:12  
大動脈 1  
19~27 荻野 秀光

湘南鎌倉総合病院大動脈センター

八丸 剛  
東京医科歯科大学心臓血管外科

石川 昇  
横浜総合病院心臓血管外科

13:00~14:04  
学生発表  
19~26 榊原 直樹

江戸川病院心臓血管外科

鈴木 健司  
順天堂大学医学部呼吸器外科

富田 夏実  
順天堂大学食道・胃外科

14:28~15:40  
小児 1  
29~37 八島 正文

東京医科歯科大学心臓血管外科

佐々木 孝  
日本医科大学心臓血管外科

安藤 誠  
榊原記念病院心臓血管外科

14:12~15:24  
大動脈 2  
28~36 橋詰 賢一

栃木県済生会宇都宮病院  
心臓血管外科

花井 信  
埼玉県立循環器呼吸器病センター  
心臓血管外科

古谷 光久  
亀田総合病院心臓血管外科

14:04~15:16  
周術期呼吸器  
27~35 嶋田 善久

東京医科大学  
呼吸器外科・甲状腺外科

原田 匡彦  
がん・感染症センター  
都立駒込病院呼吸器外科

松永 健志  
順天堂大学呼吸器外科

15:40~16:52  
小児 2  
38~46 小澤 司

東邦大学医療センター大森病院  
小児心臓血管外科

鈴木 章司  
山梨大学第2外科(心臓血管外科)

野村 耕司  
埼玉県立小児医療センター  
心臓血管外科

15:24~16:44  
大動脈 3  
37~45 金村 賦之

イムス葛飾ハートセンター  
心臓血管外科

吉武 明弘  
慶應義塾大学心臓血管外科

菊地 慶太  
大和成和病院心臓血管外科

15:16~16:36  
その他呼吸器  
36~45 佐治 久

聖マリアンナ医科大学呼吸器外科

長阪 智  
国立国際医療研究センター  
呼吸器外科

今清水恒太  
順天堂大学呼吸器外科

17:00~ 閉会式

## I 会場：601（6階）

8:30~9:34 心臓その他

座長 伊藤 智（横浜市立みなと赤十字病院心臓血管外科）  
池田 晃彦（筑波メディカルセンター病院心臓血管外科）  
稲葉 博隆（順天堂大学浦安病院心臓血管外科）

### I-1 心臓内に刺入された6本の裁縫針

1 筑波大学附属病院 心臓血管外科

2 筑波大学医学医療系 心臓血管外科

米山文弥<sup>1</sup>、坂本裕昭<sup>1</sup>、永井 竜<sup>1</sup>、中嶋智美<sup>1</sup>、三富樹郷<sup>1</sup>、  
松原宗明<sup>1</sup>、徳永千穂<sup>1</sup>、相川志都<sup>2</sup>、榎本佳治<sup>2</sup>、佐藤藤夫<sup>1</sup>、  
平松祐司<sup>1</sup>

14歳女性、結節性硬化症。3年前に心臓内に刺入された裁縫針の  
摘出術を施行。2日前より発熱あり、意識レベルが低下し救急搬  
送。胸部CT検査で心臓内に裁縫針を認めたため緊急手術、計6  
本の裁縫針（右室壁：1本、右室流出路：2本、僧帽弁後交連：1  
本、心室中隔内：2本）を全て摘出した。僧帽弁P1に疣贅・穿孔  
を認め感染は弁輪にも波及し、A2の腱索はほぼ全て断裂していた  
ためMVRも同時に施行した。

### I-3 子宮平滑筋肉腫の右房内転移から肺塞栓症を発症した 1例

横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科

藤森智成、野村陽平、伊藤 智、田淵典之

46歳女性。2014年3月に子宮平滑筋肉腫に対し単純子宮全摘術+  
両側付属器切除術を施行。術後に多発転移巣を指摘され補助化学  
療法を行っていた。2015年2月に意識消失と呼吸困難を主訴に救  
急搬送となり、造影CT検査、心エコー検査で右肺動脈主幹部の  
肺塞栓症と右房内に可動性を伴う巨大腫瘍性病変を指摘された。  
腸骨静脈内に腫瘍浸潤を認め、平滑筋肉腫の右房内転移による肺  
塞栓症の診断となった。右房腫瘍摘出術+肺動脈血栓除去術を施  
行し、経過良好で術後11日目に退院となった。

### I-5 肺動脈原発軟骨肉腫の一例

山梨大学 第2外科

榊原賢士、中島博之、白岩 聡、本田義博、葛 仁猛、

加賀重亜喜、鈴木章司

症例は、69歳女性。労作時の呼吸困難を自覚し近医を受診した。  
CTを撮影したところ肺動脈主幹部から右肺動脈をほぼ閉塞する  
病変を認め、肺動脈血栓症が疑われ当院へ緊急搬送となった。CT、  
MRIの所見より腫瘍性病変と判断し人工心肺下に肺動脈を切開し  
腫瘍切除を行った。病理検査では肺動脈原発軟骨肉腫と診断され  
た。手術後、症状は軽快したが、術後5ヶ月目に再発、肺転移を  
確認され、現在他院にて加療中である。肺動脈原発軟骨肉腫は非  
常に稀な疾患のため文献的考察を加え報告する。

### I-2 心臓褐色細胞腫切除術を施行した一例

1 東京女子医科大学病院 心臓血管外科

2 杏林大学医学部 心臓血管外科

早川美奈子<sup>1</sup>、青見茂之<sup>1</sup>、富岡秀行<sup>1</sup>、東 隆<sup>1</sup>、石井 光<sup>2</sup>、  
梅田悦嗣<sup>1</sup>、山崎健二<sup>1</sup>

症例は48歳男性。脳梗塞、高血糖にて前医に緊急入院。CTで両  
側副腎、心房背側に腫瘤を指摘。当院内分泌外科に紹介、褐色細  
胞腫と診断され、左副腎摘出術施行。2ヶ月後当科にて心臓褐色  
細胞腫切除術を施行。腫瘍は右房と左房の間に位置し、体外循環  
下、心停止下に腫瘍を切除した。術後画像診断にて心臓に残存腫  
瘍を認めず、術後23日目に退院となった。本症例は心臓褐色細胞  
腫の発生部位として稀であり、文献的考察を加えて報告する。

### I-4 経大動脈弁アプローチで内視鏡補助下に摘出した左室 腫瘍の1症例

平塚市民病院 心臓血管外科

岸上赳大、井上仁人、河西未央、鈴木 亮、鈴木 暁

【症例】73歳の女性。右上下肢の脱力で救急搬送され、頭部MRI  
で左放線冠の脳梗塞の診断で入院。心エコー検査で左室の心室中  
隔に茎を有する可動性の腫瘤を指摘された。経大動脈弁アプロ  
ーチで内視鏡補助下の良好な視野で、腫瘤を摘出した。病理組織学  
的検査は乳頭状線維性腫の診断であり、術後経過良好で、後遺  
障害なく独歩で退院となった。

### I-6 MICSで血栓摘出術を行ったステロイド大量投与中の 顕微鏡的多発血管炎の一例

長野赤十字病院 心臓血管外科

江原毅人、高野 環、毛原 啓、福家 愛、寺崎貴光、

坂口昌幸、西村和典

症例は66歳、男性。MPO-ANCA陽性、急速進行性糸球体腎炎  
のためPSL2mg内服していた。発熱の精査で胸部CTにて右房自  
由壁に3cm大の腫瘤を指摘。心臓超音波検査ではRA内に33mm  
の可動性腫瘤を認めた。ステロイド大量投与のため胸骨正中切開  
を避け、右第4肋間小開胸によるMICSで腫瘍摘出術を行い、術  
中迅速診断では血栓との診断であった。術後は感染所見を認めず  
経過した。縦隔炎の高リスク郡に対してMICSは有効な手段と思  
われた。

I-7 大動脈弁置換術後に発症したサルモネラ縦隔炎の一例  
日本医科大学付属千葉北総病院 心臓血管外科  
網谷亮輔、仁科 大、廣本敦之、藤井正大、別所竜蔵  
症例は80歳女性。大動脈弁閉鎖不全症の診断で大動脈弁置換術を  
施行した。術後第16病日39℃の発熱・白血球増多およびドレー  
ン抜去孔より排膿を認めた。再開胸し、Goretex心膜シートを除  
去・温生食洗浄を行い、持続洗浄併用局所陰圧療法を開始した。  
膿と術中検体培養からSalmonella spが同定された。感受性のある  
LVFX・CTRX投与を行い、創培養陰性化のち第28病日再  
閉胸が可能であった。Salmonellaによる縦隔炎は稀であり、若干  
の文献的考察を加え報告する。

I-8 開心術後に合併した乳糜瘻に対し胸腔鏡を用いて再開  
胸術を施行した一例  
東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科  
佐藤敦彦、浅野竜太、片岡 豪、立石 渉、小寺孝治郎、  
前 昌宏、中野清治  
症例は77歳男性。MR、TRに対して正中切開によるMVP、TAP  
を施行。術後経過は問題無く、翌朝より食事再開したが、食事摂  
取後より前縦隔ドレーンからの乳白色、粘調の排液が出現。乳糜  
瘻と考えられた。その後、徐々に排液量増加したため、同日、再  
開胸手術を施行。胸腔鏡を使用することで、胸腺断端の乳糜漏出  
部位を確実に同定することが可能であり、同部位を結紮した。再  
術後の経過は良好であった。



## 9:34~10:46 冠動脈

座長 徳永滋彦 (神奈川県立循環器呼吸器病センター心臓血管外科)  
阿部恒平 (聖路加国際病院心臓血管外科)  
梶本完 (順天堂大学心臓血管外科)

### I-9 左冠動脈入口部閉鎖に対する一治験例

新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科

杉本 愛、白石修一、文 智勇、高橋 昌、土田正則

13歳男児。生来健康。運動中に激しい胸痛と動悸を自覚し緊急搬送された。特に異常を指摘されず帰宅し、2週間後に同様の経過で再入院した。エコーおよび造影CTにて左冠動脈入口部閉鎖と診断し、薬剤負荷心筋シンチにて虚血所見を認め、待機的に手術を施行した。左冠動脈は入口部で閉鎖していた。開放した左冠動脈主幹部とカッタックした大動脈壁で後壁形成し、上壁をグルタルアルデヒド処理自己心膜でパッチ形成した。術後4ヶ月経過後、胸部症状なく経過観察中である。

### I-10 冠動脈肺動脈瘻の一例

東京医科大学病院 心臓血管外科

戸口佳代、松山克彦、藤吉俊毅、小泉信達、西部俊哉、荻野 均  
冠動脈肺動脈瘻の一部が嚢状に瘤化した稀な症例を経験した。79歳、女性。心電図異常のため施行されたCT-CAGにて冠動脈瘻(嚢状、径3cm)を認めた。また大動脈弁狭窄、三尖弁逆流、発作性心房細動を伴っていた。胸骨正中切開、人工心肺・心停止下に嚢状瘤を切開、瘻孔を閉鎖し、瘤自体も縫縮。大動脈弁置換、三尖弁形成、メイズ手術を施行。術前検査で前壁中隔の虚血性変化を認めたため、左前下行枝へ冠動脈バイパスを追加。術前にみられた冠動脈瘻の血流消失を確認し、経過良好で退院した。

### I-11 MICS CABGとTEVER+Y graft置換を二期的に行った狭心症・胸部及び腹部大動脈瘤の一例

町田市民病院 心臓血管外科

酒井健司、宮城直人

64歳男性。遠位弓部・腸骨動脈瘤・ASOにて当科紹介。術前CAGで2枝病変を指摘された。CABGを先行して行うこととしたが、TEVAR時の腋窩動脈バイパスの可能性を考慮し、MICS CABG(OPCAB:RITA-LAD、LITA-PL)を行った。二期目の手術ではASOがありアクセスルート確保が難しいため、Y graft置換(末梢側吻合は両大腿動脈)を行い、術中人工血管側枝よりTEVAR(Gore Tag)を行った。合併症なく軽快。

### I-12 左室後壁に生じた偽性仮性左室瘤の一手術例

新潟市民病院 心臓血管外科

加藤 香、三島健人、菊地千鶴男、高橋芳樹、中澤 聡、金沢 宏

71歳女性、2年前無症候性心筋虚血による心不全で入院。三枝病変の診断で#1、#6、#11に順次PCIを行った。1年後の心カテ検査でLADの再狭窄と後壁の僧帽弁直下に左室瘤を認めた。これに対しExclusion法による瘤切除とCABGを施行した。偽性仮性左室瘤につき文献的考察を交えて報告する。

### I-13 心室中隔穿孔および左室自由壁破裂に対する1手術例

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

富永訓央<sup>1</sup>、徳永滋彦<sup>1</sup>、長 知樹<sup>1</sup>、出淵 亮<sup>1</sup>、長澤伸介<sup>1</sup>、  
李 相憲<sup>1</sup>、磯松幸尚<sup>2</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

症例は73歳女性。急性広範前壁中隔梗塞を発症し緊急PCIを施行。直後の心エコーでVSPと心嚢水貯留を認め、緊急手術を施行。前壁中隔に広範な全層性の心筋壊死を認め、VSPと左室自由壁破裂(oozing型)を合併していた。VSPは経右室サンドイッチ法で修復し、左室自由壁はフェルト補強で修復した。術後経過良好であった。

### I-14 下壁梗塞に伴った心室中隔穿孔に対してdouble patch法により救命した1例

国立国際医療研究センター病院 心臓血管外科

陳 軒、戸口幸治、村上友梨、森村隼人、王 志超、  
橋本昌典、藤岡俊一郎、福田尚司、保坂 茂

68歳男性。CPAにて蘇生後に当院へ救急搬送。後下壁急性心筋梗塞、心室中隔穿孔(後壁型、Qp/Qs=3.0)、#1:100%、#7:75%、#13:75%と診断。IABP管理下もCHFが進行し、第3病日にウシ心膜パッチで心室中隔穿孔閉鎖術(double patch法)および2枝CABG(LITA-#8、SVG-#14)施行。術後経過良好で第33病日に独歩退院となった。



I-15 下壁梗塞に伴う心室中隔穿孔術後4か月で再短絡を来し再手術を行った1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

菅谷 彰、棚澤壮樹、相澤 啓、川人宏次、三澤吉雄

症例は64歳男性。下壁急性梗塞後心室中隔穿孔にて右室切開、ダブルパッチ法による心室中隔穿孔閉鎖を行った。術後経過は良好で20病日で独歩退院となった。4か月後に呼吸困難感を主訴に当院受診、精査の結果再短絡が確認され再手術となった。心室中隔前壁側に再短絡が確認され直接閉鎖を行った。術後経過は良好で、15病日で独歩退院となった。

I-16 PSL、MTX 加療中の慢性関節リウマチ症例のAMI・VSPに対する手術経験

東邦大学佐倉病院 心臓血管外科

齋藤 綾、本村 昇

症例は71歳女性。PSL、MTX 長期投与中の慢性関節リウマチにて整形外科通院中。持続する背部痛・呼吸苦を主訴に当院へ救急搬送。AMIが疑われIABPを挿入の上LAD完全閉塞に対しstent留置が行われた。ICU入室後の心エコーにてVSPと診断され同日緊急手術を施行。Infarct exclusion法にVSPへの右室側からのパッチ補強を加えた。人工心肺からの離脱が困難でcentral ECMOを装着し翌日ECMOから離脱。POD7に二次的胸骨閉鎖術施行しPOD14に人工呼吸器離脱。リハビリテーションを重ねPOD59に転院となった。

I-17 経大動脈弁的に乳頭筋吊上げ術を施行した虚血心筋症の1例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院 心臓血管外科

町田洋一郎、田邊大明、古谷光久、安 健太、外山雅章

67歳、男性。10年来の人工透析歴およびAMIにてPCIの既往(2年前)あり。主訴は呼吸困難感。精査にて高度心拡大・後側壁運動高度低下(LVEF25%)・高度僧帽弁閉鎖不全症を認め、虚血性心筋症と診断。虚血性MRはtenting height 11mmであり弁輪形成のみでは制御不可能と判断。CABG+弁輪形成に続き、経大動脈弁的に両側乳頭筋吊り上げを行い、大動脈遮断解除後心拍動再開後にTEE画像を参考に吊り上げ糸の長さを調整、良好な結果を得た。文献的考察を加え報告する。

## 13:00~14:28 大動脈弁・大動脈基部

座長 國原 孝 (心臓血管研究所附属病院心臓血管外科)  
津久井 宏行 (東京女子医科大学心臓血管外科)  
桑木 賢次 (順天堂大学心臓血管外科)

### I-18 多発性骨髄腫に心アミロイドーシスを合併した大動脈弁狭窄症の1例

1 三郷中央総合病院

2 東邦大学医学部附属大森病院 心臓血管外科

原 真範<sup>1</sup>、川崎宗泰<sup>1</sup>、徳弘圭一<sup>1</sup>、新津勝士<sup>1</sup>、渡邊善則<sup>2</sup>

67歳男性。腎不全精査で多発性骨髄腫、腎アミロイドーシスと診断。化学療法後6か月で多発性骨髄腫は完全寛解に至った。心エコーでASの進行と左室筋層内の高輝度点状エコーを認め心アミロイドーシスの合併が疑われた。透析時に血圧低下を認めるため心臓カテーテル検査を施行したところ、大動脈弁収縮期平均圧較差が60.4mmHgありAVR (ATS 22mm)を施行。術中採取した病理検体にアミロイド沈着を認めたが、術後1年の経過は良好である。

### I-20 Healed IEに伴うARに対して、自己心膜パッチを用いて大動脈弁形成術を施行した1例

財団法人心臓血管研究所 心臓血管外科

佐々木健一、高井秀明、関 雅浩、有村聡士、國原 孝

59歳男性。56歳時に感染性心内膜炎加療後に大動脈弁閉鎖不全症 (AR) が出現。左右冠尖間から重度ARと右冠尖の逸脱を認め、胸骨正中切開下に大動脈弁形成術を施行。術所見は、左冠尖の穿孔と、右冠尖の左右冠尖交連側に大きなfenestrationを認め、グルタルアルデヒド処理済自己心膜にてパッチ修復。Suture annuloplastyとcentral cusp plicationも追加しARは消失。自己心膜パッチによる大動脈弁形成が有用であったので報告する。

### I-22 rudimentary aortic cuspによりARを呈した1例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

田中晴城、駒津和宜、大津義徳、和田有子、瀬戸達一郎、

福井大祐、岡田健次

症例は45歳男性。幼少期から心雑音を指摘されていた。起坐呼吸を契機に近医を受診した。精査したところAR、MRと診断され当科紹介となった。大動脈弁は三尖で、左冠尖が大動脈壁に癒着し小孔を認めた。同部を切開すると左冠動脈入口部を確認できた。弁尖を切除しAVRとMAPを施行した。術後経過良好であった。同様の報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

### I-19 当院で経験したTAVI合併症について

社会福祉法人三井記念病院 心臓血管外科

楠原隆義、三浦純男、竹谷 剛、福田幸人、大野貴之、高本真一

当院では2013年12月からTAVIを導入し2015年3月までに32例を経験した。内訳は経大腿アプローチ28例、経心尖アプローチ4例である。30日死亡は0%で経過しているが、これまでに大きな合併症として左室心尖部穿孔1例、右室穿孔1例、低位留置に対するbailoutとしてのvalve in valve 1例、valveの左室内への脱落に対するbailoutとしての外科的大動脈弁置換術へのconvert 1例を経験した。当院での成績を提示するとともにこれらの合併症例について検討を加え報告する。

### I-21 右腎低形成、大動脈四尖弁の大動脈弁閉鎖不全症に対して大動脈弁置換術を施行した一例

1 順天堂大学医学部附属浦安病院 心臓血管外科

2 順天堂大学附属順天堂医院

横山泰孝<sup>1</sup>、中村 博<sup>1</sup>、岩村 泰<sup>1</sup>、梶本 完<sup>2</sup>、山本 平<sup>2</sup>、  
稲葉博隆<sup>1</sup>、天野 篤<sup>2</sup>

健康診断にて腎機能障害を指摘され、右腎低形成、先天性大動脈四尖弁と診断された53歳男性。重症大動脈弁閉鎖不全症を認め1年で活動性の低下、左室駆出率の低下を認めたため手術となった。弁形態はHurwitz分類Type a、Nakamura分類type IIIで、左冠動脈開口部が左冠尖と過剰弁尖の接合部に近く弁輪の糸かけに注意を要した。先天性大動脈四尖弁は0.008%と稀な疾患であるので報告する。

### I-23 バルサルバ洞の全周性限局性大動脈解離により重度大動脈弁閉鎖不全症 (AR) を来した1症例

医療法人社団木下会千葉西総合病院

伊藤雄二郎、中村喜次、川谷洋平、林祐次郎、須田優司、

掘 隆樹

症例は43歳男性、突然の呼吸苦を自覚し他院受診。精査にて重度AR、急性左心不全を認めた。エコー上、LVDd/Dsが65/36mmと拡大を認めたが、EFは75%で心機能は保たれていた。CT上、バルサルバ洞は50mmに拡大していた。経食道心エコーでは、全周性に解離したバルサルバ洞の内膜が左室内に落ち込み、それが原因でARを来している所見であった。自己弁温存大動脈基部置換術を施行、術後経過は良好で第10病日に自宅退院となった。

### I-24 大動脈弁狭窄兼閉鎖不全および上行大動脈瘤を合併した偽性大動脈縮窄症の一例

船橋市立医療センター 心臓血管センター 心臓血管外科  
藤井政彦、茂木健司、桜井 学、野村亜南、若林 豊、高原善治  
32歳男性。VSD閉鎖・PDA結紮術（1歳時）、ASに対して大動脈弁交連切開術（17歳時）の既往あり。大動脈弁は二尖弁であり、上行大動脈瘤径67mmと拡大し、偽性大動脈縮窄症を呈していた。胸骨正中切開で到達し、m-Bentall手術+上行弓部置換術+Elephant trunk法を施行した。若干の文献的考察を加えて報告する。

### I-26 大動脈解離内膜亀裂の交連横断に起因する慢性大動脈弁閉鎖不全症の1例

北里大学 心臓血管外科  
近藤 真、北村 律、鳥井晋造、平田光博、宝来哲也、板谷慶一、中村祐希、吉井 剛、田中佑貴、大友勇樹、宮地 鑑  
67歳男性。以前より大動脈弁閉鎖不全を指摘されており、今回NYHA IV度となり近医救急入院し挿管され当院に搬送、循環器内科入院となった。一旦抜管したものの呼吸状態悪化し、2日後に緊急手術を依頼された。大動脈基部の左腹側壁は肥厚しており、大動脈弁の左右冠尖交連を横断する大動脈壁の内膜亀裂を認め、左右冠尖が左室側に逸脱していた。内膜亀裂部を修復し生体弁を用いて弁置換した。

### I-28 食道癌放射線治療後、胃瘻を有する大動脈弁閉鎖不全症患者に対し傍胸骨切開による大動脈弁置換術を施行した1治験例

大和成和病院 心臓血管外科  
遠藤由樹、菊地慶太、松山孝義、畝 大、深田靖久、倉田 篤  
患者は72歳男性。2002年咽頭癌、食道癌に対し放射線療法施行。3年後肺転移にて右上葉切除、翌年左上葉切除施行。経過観察中に大動脈弁閉鎖不全症をみとめ症状が増強したため近医より紹介され手術となった。心窩部に胃瘻が造設されていたため傍胸骨切開にて縦隔へアプローチし大動脈弁置換術を施行した。術後第18病日に軽快退院となった。文献的考察を含めて報告する。

### I-25 緊急 Bentall 手術に対する Mitroflow Valsalva conduit の使用経験

獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科  
新美一帆、齊藤政仁、朝野直城、太田和文、田中恒有、権 重好、井上有方、高野弘志  
75歳、女性。胸背部痛と呼吸苦を主訴に近医受診。重度ARを伴う急性大動脈解離と診断され、当院搬送され緊急手術を行った。entryは大動脈基部から右冠動脈口に存在した。Mitroflow Valsalva conduitにて、簡便にcを作成し、Bentall手術+CABGを行なった。若干の文献的考察を踏まえ報告する。

### I-27 AVR後遠隔期の左室流出路仮性瘤に対しdouble patch repairにて加療した1例

慶應義塾大学医学部 外科（心臓血管）  
岡 英俊、吉武明弘、平野暁教、林可奈子、岡本一真、工藤樹彦、志水秀行  
症例は61歳女性。2008年severe ASに対してAVR施行。2009年に不明熱を契機に入院、自己免疫関連性溶血性貧血とループス腎炎の発症があり、エンドキサン導入をされた。2014年巨大な左室流出路仮性瘤および上行大動脈拡張を認めたため手術施行。瘤切開しePTFEパッチ2重にて仮性瘤を閉鎖、上行大動脈は人工血管にて置換した。術後経過は良好で12PODに独歩で自宅退院。

座長 八島正文 (東京医科歯科大学心臓血管外科)  
佐々木孝 (日本医科大学心臓血管外科)  
安藤誠 (榊原記念病院心臓血管外科)

I-29 壁内走行冠動脈による心筋虚血、高度MRを合併した小児例に対するunroofing techniqueによる1手術例

1 横浜市立大学医学部附属病院 外科治療学教室 心臓血管外科

2 神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

合田真海<sup>1</sup>、麻生俊英<sup>2</sup>、武田裕子<sup>2</sup>、大中臣康子<sup>2</sup>、町田大輔<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>1</sup>

壁内走行冠動脈は若年者の突然死の原因として注目されている。左冠動脈主幹部(LMT)の高度狭窄と心筋虚血による高度MRにより急性心不全となり緊急手術を要した月齢4の男児例を報告する。LMTの入口部は無冠動脈洞内で約50%の狭窄があり、壁内走行し左冠動脈洞部より出ている。LMTのUnroofingにより入口部狭窄と壁内走行を解除した。

I-31 Diminutive PAを伴ったTOF、PA、MAPCAに対するBTSと肺血管拡張剤によるPA rehabilitation

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院

古田晃久、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、岡本卓也、高柳佑士  
症例は2歳女児、診断はTOF、PA、MAPCA。新生児期のCTにて左右肺動脈径がそれぞれ1.3mm、1.4mmと非常に細かった。乳児期よりHOTおよびシルデナフィル内服を導入、7ヶ月時にLMBTS、1歳時にRMBTSを施行した。今回左右肺動脈径がそれぞれ3.9mm、7.0mmと良好な発育を認めUnifocalization、Palliative RVOTRを施行し得た。Diminutive PAに対するこの治療戦略が有効であったので報告する。

I-33 肺静脈閉鎖、肺静脈低形成の一例

北里大学病院 心臓血管外科

宮田有理恵、中村祐希、近藤 真、大友勇樹、田中祐貴、吉井 剛、宝来哲也、北村 律、鳥井晋三、宮地 鑑

在胎38週3090gで出生。出生直後より著明なチアノーゼを認め当院に緊急搬送となった。来院時経皮的酸素飽和度は60%、心エコーで心臓型総肺静脈還流異常症と診断され、PVOの疑いにて生後16時間で緊急手術を施行。術中所見は肺静脈閉鎖、肺静脈低形成であった。術前状態は非常に不良で心肺蘇生をしながら手術開始したため術後補助循環管理とした。手術翌日に離脱出来たが広範囲の脳障害、肺静脈狭窄により失った。

I-30 新生児期に肺高血圧・心不全から瘻孔閉鎖・冠動脈形成を行った右環状動脈-右室瘻の1例

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科

前川慶之、宮原義典、河田政明

新生児期に治療介入を要する冠動脈瘻は少ない。過大な左右短絡(Qp/Qs 3.3)と拡張期run-offから新生児期に肺高血圧・心不全の進行を認めた生後14日の右環状動脈-右室瘻の1男児例に対し右環状動脈鋭角枝分岐部での環状動脈内瘻孔閉鎖および近位部冠動脈形成を行った。術後1年の評価では右環状動脈の順調なreverse remodelingと末梢枝の開存が確認された。

I-32 両側肺動脈ステント留置後のOversystemic RVpに対してステント切開、Extensive PA patch angioplastyを施行したd-TGA (I)、p-Jateneの1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

飯島正樹、長島光樹、平松健司、上松耕太、大倉正寛、島田勝利、山崎健二

症例は6歳女児。d-TGA (I)、p-Jatene、bilateral PSに対して2歳、3歳時にそれぞれ両側肺動脈に3mmステントが2個ずつ留後。RVp/AoP=1.2のOversystemic RVpに対して、ステント切開、自己心膜を用いて右上葉枝を含めたExtensive PA patch angioplastyを施行。4ヶ月後にLPAにPTAを再度追加してRVp/LVp=0.52、肺血流シンチにてR:L=56:44と良好な結果を得た。

I-34 高位上大静脈に開口する部分肺静脈還流異常症に対する修復術

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

内藤祐次、田中佑貴、吉竹修一、宮本隆司

高位SVCに開口するPAPVCの修復は、PVおよびSVCのスムーズな還流、および洞結節機能温存を考えた再建法が必要である。当院で経験された2例を提示する。【症例1】8歳、男児。28.2kg。Inn.V to RA:50mm、RUPV to RA:22mm。【症例2】6歳、男児。14.5kg。Inn.V to RA:41mm、RUPV to RA:20mm。手術はSVC前壁flapおよび自己心膜baffleにてRUPVを左房に、SVCを右房へ導くルートを作成した。経過良好で両症例とも術後3ヶ月にて洞調律を維持している。

### I-35 解剖学的修復に至った非定型的房室錯位症の2例

千葉県こども病院 心臓血管外科

高澤晃利、青木 満、萩野生男、齋藤友宏、鈴木憲治、寶亀亮悟  
修正大血管転位症とは異なる大血管関係を呈した房室錯位症で解剖学的修復に至った2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。1例は {S、L、DN} Isolated ventricular inversion PDAで生後1ヵ月時にSenning手術を、もう1例は {I、D、DS} AV discordance DORV PSで生後8ヵ月時にSenning+心内血流転換+右室流出路 Transannular patch 拡大を行った。

### I-36 AP window、IAA に対する新生児一次的修復の1例

東邦大学医学部附属大森病院 胸部心臓血管外科

布井啓雄、小澤 司、片山雄三、塩野則次、亀田 徹、大熊新之介、片柳智之、益原大志、藤井毅郎、渡邊善則  
日齢5より多呼吸が出現し、精査にてAP window、IAA (type A) の合併例と診断。日齢12に緊急手術施行。右腕頭動脈および横隔膜直上の下行大動脈送血、上・下大静脈脱血で人工心肺を確立。AP window を切断し大動脈側を直接縫合閉鎖。肺動脈側を自己心膜パッチにより修復後、大動脈弓を再建。AP window とIAAの合併例に対し、新生児一次的修復を行い良好な結果を得たので報告する。

### I-37 虚血性大腸炎による心内 bubble により開心術の延期を余儀なくされた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  
栢岡 歩、細田隆介、保土田健太郎、宇野吉雅、加藤木利行、鈴木孝明

IAA (B)、valvular AS、VSD に対し日齢12にbil. PAB+PDA stent 留置術を施行、月齢3ヶ月に根治術を予定。全麻後経食道心エコーにて心腔内に多数の bubble 有り。塞栓を考慮し手術を延期。精査にて門脈ガス血症に左胃静脈-左腎静脈間のシャント合併により心腔内へ bubble が混入したと診断。1ヶ月後に無事に根治術を施行。このチアノーゼ性心疾患に門脈ガス血症・異常静脈を合併した症例を経験したので報告する。



15:40~16:52 小児2

座長 小澤 司 (東邦大学医療センター大森病院小児心臓血管外科)  
鈴木 章 司 (山梨大学第2外科 (心臓血管外科))  
野村 耕 司 (埼玉県立小児医療センター心臓血管外科)

I-38 fenestrated TCPC 術後10年目に、導管内血栓のため再TCPCを要した1例

山梨大学 第二外科

加賀重重喜、鈴木章司、本田義博、葛 仁猛、榊原賢士、中島博之

患者は11歳、男児。LVOTOを伴うCoA complexに対し、DKS+RV-PA、BDGを経て1歳5ヶ月時にfenestrated TCPCを施行。11歳時、軽労作でSpO<sub>2</sub>が低下するようになり、精査にて導管内の血栓形成を認めた。fenestration閉鎖試験を施行後、再TCPC (fenestrationなし)を施行した。TCPC後の抗凝固療法及びfenestrationの功罪について考察し報告する。

I-40 Fontan take down後に再度Fontan手術を行った1例  
1長野県立こども病院 心臓血管外科

2岐阜県総合医療センター 心臓血管外科

梅津健太郎<sup>1</sup>、原田順和<sup>1</sup>、新富静矢<sup>1</sup>、竹内敬昌<sup>2</sup>

症例は3歳女児。Asplenia、Dextrocardia、{A(S)、D、L}、SRV、DORV、PS、CAVV、Common atrium、bilateral SVCs、RAA、PAPVCで段階的Fontanをおこなったが、術後血行動態が破綻し、fenestrationを追加するも改善せず、Glennにtake downした。その後、側副血行路を可及的に閉塞してから再度fenestrated Fontanを施行した。血行動態は問題なく成立した。横隔神経麻痺のため、経過観察を要したが、退院した。

I-42 冠静脈洞型心房中隔欠損症の1手術症例

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

李 洋伸、田中慶太、成瀬好洋

50歳男性。検診で胸骨左縁第2肋間に最強点ある収縮期雑音を指摘、心電図で不完全右脚ブロックを認め当院紹介受診。心エコーで心房中隔欠損症疑い、心臓カテーテル施行。右房でO<sub>2</sub> step upを認めQp/Qs=2.8の心房中隔欠損症と診断、手術適応と判断した。右房切開すると卵円窩に欠損孔なく、冠静脈洞の頭側に20×30mm大の欠損孔を認め冠静脈洞型心房中隔欠損症と診断した。左上大静脈遺残は併存しなかった。冠静脈洞を左房側へ落とすようにGore-Texパッチで閉鎖した。術後の経過は順調である。

I-39 一側肺静脈閉塞を伴った右心系単心室に対して片肺開窓Fontan術を施行した1例

東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科

岩崎美佳、灰田周史、山本裕介、吉村幸浩、寺田正次

症例は3歳女児。1か月時LMBT、7か月時BDG施行。経過中に左肺静脈狭窄出現、2歳時にSutureless法によるPVO解除、2歳6か月時に左上・中肺静脈へステント留置したが完全閉塞となった。肺動脈圧17mmHg、左房圧8mmHg、Rp 2.7U・m<sup>2</sup>、健側PAindex 165mm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>であり、健側肺に問題がないと判断、3歳時に片肺開窓Fontan手術を施行し良好な結果を得た。

I-41 Fish-mouth様三尖弁口のためOne-and-a-half ventricle repairを選択したEbstein病の女児例

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科

河田政明、宮原義典、河田政明

Carpentier手術に加えてcone手術 (da Silba法)の普及により2心室型修復となるEbstein病症例が増加しているが、三尖弁口がfish-mouth様のためOne-and-a-half ventricle repairを選択した4歳女児例を経験した。術後1年半での心カテーテル検査ではDOB負荷にて心拍出係数3.5から5.4L/min/m<sup>2</sup>に増加時にも右房圧は(5)から(7)の上昇に留まり、良好な運動耐容能が示された。今後の弁開口部径の推移に注意する方針である。

I-43 大動脈一尖弁3例の手術経験

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓血管外科

山城理仁、田口真吾、花井 信、墨 誠、小野口勝久

大動脈一尖弁は大動脈弁機能不全の要因となる先天性大動脈弁奇形であり、発生率は0.02%と稀な大動脈弁形態である。様々な先天性心疾患との合併奇形である事も多く、成人期で発見される例は新生児期の心不全やそれに伴う哺乳力低下や発育不全により発見される例と比べても少ない。当施設では、昨年1年間に3例の孤発性大動脈一尖弁の手術を経験した。当疾患は遺伝的な素因は指摘されておらず、当院で経験した3例も血縁関係は無かった。稀な経験と考え文献的考察と共に報告する。



I-44 肺高血圧を伴う修正大血管転位・三尖弁閉鎖不全症の1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

長谷川秀臣、梶沢政司、村山博和、鬼頭浩之、林田直樹、

浅野宗一、大場正直、弘瀬伸行、丸山拓人、松尾浩三

ccTGAの60歳女性。前医受診時、高度PHと重度TRを認め、内科的治療の限界と診断され当院紹介。精査にて肺血栓塞栓症が判明しリオシグアトと抗凝固薬を追加、肺血流の改善を認めた。5ヶ月後の心カテーテルで小範囲の肺区域欠損と等圧PHを認めたがPAWP 35mmHgと高値であり、うっ血によるPHの要素が大きいと判断、三尖弁置換術を施行した。Pp/Ps=0.4未満に改善、術後14日で退院。

I-46 僧帽弁置換後の人工弁による左室流出路狭窄に対してmodified Konno手術を施行した房室中隔欠損根治後の1例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

笹原聡豊、吉竹修一、田中佑貴、内藤祐次、宮本隆司

15歳女児。7ヶ月時、房室中隔欠損症(AVSD)根治術施行。6歳時、AVSD術後僧帽弁狭窄に対して、僧帽弁置換術施行。徐々に左室流出路狭窄(LVOTS)が出現し、13歳時、LVOTS解除術を施行。しかし、術後のカテーテル検査で左室-大動脈圧較差が70mmHgと狭窄が進行。左室流出路狭窄は人工弁輪突出に起因するため、modified Konno法による流出路狭窄解除術を選択した。術後経過は良好で、術後18日目に退院となった。

I-45 成人期 Taussig-Bing 奇形に対して Yasui 型手術により心内修復術を施行した1例

財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 心臓血管外科

桑原優大、高橋幸宏、安藤 誠、和田直樹

症例は22歳男性。診断は両大血管右室起始症(DORV)、大動脈離断症(A)。新生児期にArch repair、肺動脈絞扼術を施行し、以後姑息手術で経過を見ていた。今回 Jatene 手術の予定であったが、大動脈周囲の癒着は非常に高度であり困難であった。そのため Yasui 型手術(DKS、心室内血流転換、右室-肺動脈導管、大動脈弁閉鎖、ASD閉鎖)で心内修復を施行した。術後 SpO<sub>2</sub>は100%となり、経過は良好であった。

## II 会場：706 (7階)

8:30~9:18 食道

座長 峯 真 司 (がん研有明病院食道外科)  
大塚 耕 司 (昭和大学消化器・一般外科)  
橋本 貴 史 (順天堂大学食道・胃外科)

### II-1 食道癌術後胸腔内吻合部縫合不全に対する HANAROSTENT を用いた治療

鎌ヶ谷総合病院 外科

山本 穰 司

症例 1 は 63 歳、女性。中部食道癌根治手術・胸腔内胃管吻合後、誤嚥性肺炎に罹患。その後、吻合部縫合不全出現。症例 2 は 68 歳、男性。中部食道癌根治術・胸腔内胃管吻合後、胸腔内出血出現し再手術。その後、縫合不全出現。2 例とも保存的治療に反応せず、HANAROSTENT を留置。吻合部食道癌胸腔内吻合の縫合不全は、一度発症すると全身状態は悪化し、再手術はリスクが高く、治療に難渋する。抜去可能な自己拡張性金属ステントである HANAROSTENT を用い、劇的な効果が得られた 2 症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

### II-3 食道癌術後乳糜胸に対するエチレフリン・オクトレオチド奏効例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院 消化器外科

大倉 遊、上野正紀、宇田川晴司

食道癌術後合併症の中で乳糜胸は約 2% 程度と比較的頻度の低い合併症であるが、治療に難渋し外科的治療が必要になる症例も少なくない。しかし再手術となると癒着リスクが高く患者の全身状態に及ぼすダメージも大きく内科的治療が望まれる。そこで今回、食道胃上部切除+胸管合併切除+胸骨後経路回結腸再建術後に生じた 2 例の乳糜胸に対し、内科的治療としてエチレフリン(120mg) 静注、オクトレオチド 300 $\mu$ g 持続皮下注、胸膜癒着(ピシバニール)にて治療した症例を経験した。

### II-5 大動脈食道瘻を合併した進行食道癌に対して TEVAR を施行した 2 例

順天堂大学 心臓血管外科

遠藤大介、土肥静之、山本 平、桑木賢次、加藤倫子、松下 訓、嶋田晶江、天野 篤

大動脈食道瘻を合併した進行食道癌は早急な治療を要するが、その全身状態より治療が困難である。今回、我々は、大動脈食道瘻に対して TEVAR を施行した 2 例を経験した。症例 1 は 61 歳女性、進行食道癌に対して術前 CRT 開始前に突然吐血した。症例 2 は 58 歳女性、進行食道癌に対する術前 CRT 開始後 1 ヶ月で突然吐血した。両症例とも TEVAR により止血を得られ救命し、その後経口摂取可能となった。対麻痺、グラフト感染の合併症もなく、治療が奏功した。

### II-2 腹膜播種を伴った食道多発表在癌の一例

1 順天堂大学 上部消化管外科学

2 順天堂大学 がん治療センター

菅原友樹<sup>1</sup>、藤原大介<sup>1</sup>、尾崎麻子<sup>1</sup>、齋田将之<sup>1</sup>、那須元美<sup>1</sup>、橋本貴史<sup>1</sup>、酒井康孝<sup>1</sup>、天野高行<sup>1</sup>、富田夏実<sup>1</sup>、岩沼佳見<sup>1</sup>、鶴丸昌彦<sup>2</sup>、梶山美明<sup>1</sup>

症例は 60 歳男性。食道多発表在癌と腹腔内腫瘍の診断で手術を施行した。術中所見で肝下面に 8cm 大の腫瘤を認め、リンパ節転移と診断。大網に小結節を複数認め迅速診断では扁平上皮癌の転移であり転移リンパ節からの播種と考えられた。主病変の深達度は MM と EP であったが、深達度 MM の食道癌からリンパ節転移、さらに腹膜播種をきたしたものと考えられた。

### II-4 食道癌が疑われるも確定診断が得られず診断に難渋している一例

公益財団法人がん研究会有明病院 消化器外科

黒河内喬範、峯 真司、渡邊雅之

つかえ感を主訴に食道癌が疑われ当院紹介となった。下部食道に全周性壁肥厚を伴う 3 型病変を認め、CT で下部食道壁肥厚、所属リンパ節腫大を認めた。SCC34.8ng/ml と高値であったが、二度生検行っても悪性所見は認めなかった。その後、LDH の漸増、貧血の進行を認め、悪性リンパ腫が疑われ、腹腔内リンパ節、縦隔リンパ節の生検を施行したがいずれも否定。貧血は自己免疫性溶血性貧血と診断され、PSL 治療を開始したところ、狭窄症状も改善した。炎症による良性狭窄を考えている。

### II-6 胸部中部食道癌大動脈浸潤に対してステントグラフト挿入後大動脈壁合併切除した 1 例

虎の門病院 消化器外科

菅原俊喬、上野正紀、宇田川晴司

64 歳男性。昨年 7 月に胸部中部食道癌 cT4 (大動脈) N3M0 に対し、DCF1 コース施行後、リンパ節転移が増大したため 9 月より CRT (60Gy+FP (800/80) ×2 コース) を施行した。PR であったが、大動脈浸潤が残存したのでサルベージ手術の方針となった。12 月に他院で胸部下行大動脈ステントグラフトを留置し、4 日後に右小開胸胸腹部食道胃上部切除、2 領域リンパ節郭清、右広背筋弁による大動脈壁合併切除部被覆、食道非再建・頸部食道瘻造設、残胃外瘻造設術を施行した。2 週後に胸骨後経路胃挙上再建を施行した。病理ではリンパ節転移はなかったが大動脈壁剥離面には少量の viable な癌細胞を認めた。無再発生中。

## 9:18~10:54 僧帽弁・IE・再手術

座長 中尾達也(新東京病院心臓血管外科)  
岡本一真(慶應義塾大学心臓血管外科)  
丹原圭一(順天堂大学静岡病院心臓血管外科)

### Ⅱ-7 心停止蘇生後に乳頭筋断裂による急性心不全を発症した一例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

坂田朋基、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、深澤万欽、稲毛雄一、池内博紀、諫田朋佳、藤井政彦、松宮護郎

21歳男性。VFで搬送されPCPS導入。その後心拍再開しPCPS離脱したが、6日後肺水腫となり、エコーで僧帽弁前尖の逸脱と紐状構造物、その先端に付着するmassを認めた。乳頭筋断裂を疑い緊急手術施行。前尖側腱索を出す後乳頭筋の断裂を認めた。乳頭筋断端を後尖側への乳頭筋に縫着する形で形成した。断裂の原因について病理学的、臨床的考察を加え報告する。

### Ⅱ-9 人工心肺にアルガトロバンを使用して僧帽弁形成術を施行した一例

順天堂大学医学部 心臓血管外科

宮崎 豪、梶本 完、山本 平、桑木賢次、加藤倫子、森田照正、土肥静之、松下 訓、嶋田晶江、佐藤友一郎、天野 篤

49歳男性。SLE、抗リン脂質抗体症候群の診断で内科治療されていた。重症僧帽弁閉鎖不全症に対して人工腱索を用いた形成術を施行。HIT抗体陽性であったため、人工心肺中はヘパリンを回避し、アルガトロバンを使用。抗リン脂質抗体症候群によるAPTT延長があり、抗凝固コントロールとしてACTのみを指標とした。術後経過良好、無輸血で退院。血小板数は1.9万まで低下したが、8.2万まで回復した。

### Ⅱ-11 AVR、MVP後のIEに対してManouguian法にてDVRを施行した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

藤井温子、安達晃一、佐藤哲也、西 智史、岡村 誉、木村直行、由利康一、松本春信、山口敦司、安達秀雄

症例73歳男性。50代より自己免疫性肝炎で免疫抑制剤内服中。高度AS、MRに対してAVR、MVP施行した。退院後、発熱を主訴に再診し、縦隔炎の診断にて緊急再入院。抗生剤投与、切開排膿など施行するも、敗血症改善せず。第7病日に経食道心エコーにて、僧帽弁疣贅、弁輪部膿瘍を認め、IEの診断でManouguian法にてDVRを施行。縦隔炎に対して大網充填術を追加し、第57病日に独歩退院となった。

### Ⅱ-8 左側房室弁再置換術後左房内血栓、Afを呈したプロテインS欠乏症の一治験例

東京慈恵会医科大学 心臓外科

篠原 玄、坂東 興、坂本吉正、儀武路雄、松村洋高、井上天宏、中村 賢、木南寛造、橋本和弘

症例32才男性、修正大血管転位症。20才時脳梗塞の際プロテインS欠乏を指摘、21才時左側三尖弁置換術(TVR)(CEP31)。今回生体弁機能不全に対しre TVR(CEP Magna mitral Ease)施行、退院後発熱と心房細動の精査にて左房内血栓を認めた。経中隔アプローチによる再手術にて前回右側左房切開線上の鶏卵大血栓除去し同部内膜欠損を閉鎖、両側cryo MAZEを施行した。プロテインS欠乏症に対する考察を示す。

### Ⅱ-10 左室乳頭筋周囲に血栓・疣贅を認めた感染性心内膜炎の1手術例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

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

43歳男性。不明熱にて当院受診。心エコーでSevere MRと弁下組織に可動性のあるmassを認め手術を施行。前乳頭筋～腱索周囲に脆弱な血栓、疣贅を認めた。乳頭筋、腱索を含めて疣贅を可能な限り切除し弁形成術を施行。培養は陰性であったが、病理でフィブリンと細菌塊の付着を認めた。弁下組織に血栓、疣贅を認める感染性心内膜炎は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

### Ⅱ-12 婦人科腫瘍に合併した非細菌性血栓性心内膜炎の一例

聖路加国際病院 心臓血管外科

吉野邦彦、中西祐介、伊藤丈二、阿部恒平、三隅寛恭

42歳女性。卵巣腫瘍に合併し深部静脈血栓症、多発肺梗塞、多発脳梗塞を発症。原因精査で行った心エコーで僧帽弁P2および三尖弁下腱索に付着する疣贅を認めた。新規の塞栓症を発症するリスクを考え、緊急で心内血栓除去術を施行。原因となった卵巣腫瘍の摘出も同時施行。術後はヘパリンによる抗凝固療法を継続し、再発なく経過。婦人科腫瘍に合併した非細菌性血栓性心内膜炎で僧帽弁・三尖弁に疣贅様血栓を認めた一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## Ⅱ-13 神経性食指不振症患者に発症した僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁形成術を施行した1例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

磯村彰吾、土屋幸治、中島雅人、山田有希子、横山裕次郎

症例は18歳の女性(身長153cm、体重24kg、BMI 10.3)。感染性心内膜炎治療後に心不全を発症し、腱索断裂に伴う僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症の診断となった。心不全の進行を認め手術適応と判断し僧帽弁形成術、三尖弁形成術を施行した。神経性食指不振症による低栄養状態であったが大きな合併症なく経過し術後15日に退院となった。神経性食指不振症患者における開心術の報告は少なく今回の経験を報告する。

## Ⅱ-15 高齢者の心房中隔欠損症に対する手術の検討

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

遠藤祐輝、高橋 研、岡田至弘、道本 智、神戸 将、

上部一彦、井口篤志、新浪博士

症例は84歳男性。以前より二次孔欠損型の心房中隔欠損症(ASD)を指摘され、経過観察されていたが、急性心不全を発症。ASDに加え僧帽弁及び三尖弁閉鎖不全も併発しており、手術目的で当院に紹介。心臓カテーテル検査で肺動脈圧:41/11(23)mmHg、Qp/Qs:1.6であった。ASDのパッチ閉鎖術に、僧帽弁および三尖弁形成術を施行後、経過良好で自宅退院となった。高齢者のASD手術について文献的考察を加え発表する。

## Ⅱ-17 パンヌス形成により左室流出路狭窄を来した大動脈弁位生体弁置換後の一例

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、益原大志、片柳智之、大熊新之介、

布井啓雄、片山雄三、小澤 司、塩野則次、渡邊善則

82歳女性。1988年二尖弁によるASに対しウシ生体弁でAVR施行。2014年4月の心臓超音波検査で左室大動脈圧格差98mmHg、数ヵ月後に労作時胸痛が出現。経食道超音波でAVA0.8cm<sup>2</sup>、流出路径13.9mmでありSVDと診断、生体弁再置換施行。術中所見で生体弁構造の明らかな破壊、劣化はなく、弁下にパンヌスによる流出路狭窄を認めた。文献的考察を加え報告する。

## Ⅱ-14 成人パラシュート様僧帽弁に対して弁形成術を施行した1治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

竹下斉史、八島正文、水野友裕、大井啓司、八丸 剛、

渡辺大樹、黒木秀仁、藤原立樹、櫻井翔吾、木下亮二、荒井裕国  
症例は50歳男性。心不全精査にてsevere AR、moderate-severe MR、Afを認めた。MS傾向なし。僧帽弁はA1、P1が索状物を介して左室壁に固定され、A2、A3、P2、P3の腱索は後乳頭筋に付着したパラシュート様僧帽弁であった。前尖の腱索をすべて切除し、人工腱索を移植。弁輪縫縮を行い、弁逆流は消失した。AVR、Maze手術を併施し、術後SSSに対してPMI施行後退院。

## Ⅱ-16 Omnicarbon 弁僧帽弁置換術後22年後に弁機能不全を来し、再弁置換術を行った1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

棚澤壮樹、上西祐一朗、三澤吉雄

症例は61歳女性。31年前に僧帽弁逆流症にて僧帽弁置換術(Carpenter Edwards 29mm)施行後、9年後に人工弁機能不全を来し、再弁置換術(Omicarbon 27mm)を施行された。今回、呼吸困難が出現し、精査を行った結果、僧帽弁口の狭小化を疑う流速亢進と閉鎖不全を疑う中等度逆流症の所見があり、再々弁置換術(Bi-carbon 27mm)を施行した。術後、症状の改善を認め、17病日に独歩退院となった。機械弁置換術後遠隔期の弁機能不全について、文献学的考察を加えて報告する。

## Ⅱ-18 僧帽弁逆流を伴う慢性心房細動に対する内視鏡下アブレーションおよび左心耳切除の1例

都立多摩総合医療センター 心臓血管外科

大塚俊哉、野中隆広、久木基至、二宮幹雄

症例は82歳女性。2010年に心房細動が発症し慢性化した。中等度以上の僧帽弁逆流も認め、強い息切れ感を訴えていた。DCにて短期間ながら洞調律を得、症状軽快を認めたため、アンカロンにて維持したところ、僧帽弁逆流・心拡大の軽快所見も得られた。しかし同薬の副作用(呼吸器症状)が進行したため、内視鏡下アブレーションおよび左心耳切除を行った。術後6か月を経過した現在、抗不整脈薬なく洞調律を維持でき、ADLも飛躍的に改善した。



## 13:00~14:12 大動脈1

座長 荻野秀光 (湘南鎌倉総合病院大動脈センター)  
八丸剛 (東京医科歯科大学心臓血管外科)  
石川昇 (横浜総合病院心臓血管外科)

Ⅱ-19 A型解離術後、咳嗽を契機に発症したB型再解離に対し下行大動脈置換、左鎖骨下動脈バイパスをinflowとしたtotal debranch TEVAR

日本大学病院 循環器病センター 心臓血管外科  
日野浦礼、秋山謙次、折目由紀彦、秦光賢、和久井真司、中村哲哉、小笠原茉依子、塩野元美  
59歳男性。A型解離術後遠隔期に収縮性心膜炎で再手術施行。プレドニン内服1年後に激しい咳嗽を機にB型再解離を発症。下行大動脈と弓部に拡大したULPが存在し、まず左開胸下行大動脈置換術と左鎖骨下動脈バイパス術を行い、続いて鎖骨下動脈から左総頸動脈、右腋窩動脈バイパスを行いZone 0の人工血管までTEVARでカバーして救命した。

Ⅱ-21 2 debranch TEVAR後に嚥下障害を認めた1例

1 筑波大学病院 心臓血管外科  
2 筑波大学 医学医療系 心臓血管外科  
3 筑波大学 医学医療系 放射線科  
鈴木一史<sup>1</sup>、三富樹郷<sup>1</sup>、佐藤藤夫<sup>2</sup>、森健作<sup>3</sup>、米山文弥<sup>1</sup>、永井竜<sup>1</sup>、中嶋智美<sup>1</sup>、松原宗明<sup>1</sup>、相川志都<sup>1</sup>、徳永千穂<sup>2</sup>、坂本裕昭<sup>2</sup>、榎本佳治<sup>2</sup>、平松祐司<sup>2</sup>  
72歳男性。弓部大動脈瘤に対してTEVAR(C-TAG・Chimney)、右総頸動脈-左総頸動脈-左鎖骨下動脈バイパスを施行。術後人工血管が食道を圧排したことが原因と考えられた嚥下障害を来した1例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

Ⅱ-23 小脳腫瘍術前に発見された弓部下大動脈瘤にオープンステントグラフト法を施行した1例

横浜市立大学医学部附属病院 外科治療学教室 心臓血管外科  
合田真海、藪直人、伏見謙一、町田大輔、郷田素彦、磯松幸尚、鈴木伸一、益田宗孝  
62歳男性。小脳腫瘍(血管芽腫)に対する術前精査で、弓部下大動脈瘤(最大径80mm)を指摘された。上行弓部大動脈置換(頸部3分枝再建)+末梢オープンステントグラフト法(Th9レベル)を施行した。POD1に人工呼吸を離脱(術前%VC;60%)し、脳脊髄合併症なく早期に回復した。大動脈手術約1ヶ月後に脳神経外科で開頭腫瘍摘出術が施行可能となった。

Ⅱ-20 胸部慢性解離性大動脈瘤に対してTAR・TEVARを一次的に施行した1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、古田晃久、高柳佑士  
症例は72歳男性。急性B型大動脈解離に対してCTにてfollowされていた。4年の経過で胸部大動脈瘤径の増大を認め当院紹介。動脈瘤は遠位弓部から胸部下行大動脈の気管分岐部以遠におよび、ハイブリッド手術の方針とした。ARの合併も認めAVR・TARを行った直後にTEVARを施行した。広範囲の胸部大動脈瘤に有効な治療戦略であったので報告する。

Ⅱ-22 高安動脈炎を背景とした多発大動脈瘤に対しtotal debranching TEVAR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、長岡英気、黒木秀仁、田崎大、藤原立樹、竹下斉史、荒井裕国  
症例は大動脈炎と診断されている38歳女性。3ヶ月前に胸腹部瘤破裂に対し他院で人工血管置換術を受けている。遠位弓部下大動脈の拡大が見られ、プレドニゾロン12.5mg/day内服中であつたが手術を行った。上行大動脈はCTで拡大していなかったが、術後大動脈炎の合併症のリスクを考慮し上行置換+total debranching TEVARで胸部大動脈すべてを置換した。

Ⅱ-24 低心機能3枝病変に左鎖骨下動脈起始異常を伴ったKommerell憩室を合併した症例に対して、Staged operationを施行した1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科  
原田崇史、津久井宏行、宮本真嘉、岩朝静子、梅田悦嗣、東隆、山崎健二  
45歳男性。低心機能(EF 42%)、3枝病変の精査過程に右側大動脈弓、左鎖骨下動脈起始異常、Kommerell憩室と判明。低心機能症例に対して、一期的手術(CABG+TAR)はハイリスクと判断しStaged operationを計画。初回手術はLt SCA結紮後、Aorta-Lt SCAバイパス+CABG(LITA-LAD、SVG-HL-PL-4PD)を施行。術後10日目にKommerell憩室に対してTEVARを施行し良好な結果を得た。

## Ⅱ-25 胸部ステントグラフト感染に対する下行置換の一例

1 青梅市立総合病院 胸部外科

2 武蔵野赤十字病院

藤井学人<sup>1</sup>、染谷 毅<sup>1</sup>、櫻井翔吾<sup>1</sup>、大石清寿<sup>2</sup>、白井俊純<sup>1</sup>

81歳男性。2010年2月に上行弓部置換、7月に下行大動脈へTEVAR施行。2015年1月より発熱。2週間後に膿胸とステントグラフト周囲のair像が出現、ステントグラフト感染の診断で左開胸、FFバイパス下にステントグラフト抜去、リファンピシン浸漬人工血管による下行置換を施行した。中枢側の遮断に際し、下行大動脈よりステントグラフト越しにオクルージョンバルーンを弓部人工血管に留置して行った。6週間の抗生剤治療により感染の再燃なく、軽快退院した。

## Ⅱ-26 感染性胸部大動脈瘤破裂に対する遠位弓部大動脈ホモグラフト置換術後にNOMIを発症した一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

辻 重人、山内治雄、木下 修、塩屋雅人、Nirmal Panthee、小野 稔

70歳女性。左前胸部痛、発熱に対して近医受診。尿路感染からのクレブシエラ菌血症に対して抗生剤加療開始。CTにて遠位弓部仮性動脈瘤を指摘され、1週間で径10mmから30mmに急速拡大。当院転院の上、感染性胸部大動脈瘤破裂と診断し準緊急で左開胸、ホモグラフトを用いた遠位弓部近位下行大動脈置換術を施行。手術翌日に血中乳酸値の上昇を認め、血管造影にてNOMIと診断。SMAから血管拡張薬動注療法を行い、救命に至った。

## Ⅱ-27 多発性骨髄腫に併発した感染性胸部動脈瘤に対し人工血管置換術を施行した1例

日本大学医学部附属板橋病院 心臓外科

八百板寛子、瀬在 明、大幸俊司、有本宗仁、畑 博明、塩野元美

60歳女性。多発性骨髄腫 StageIIa と診断され精査加療中、遠位弓部に急速拡大する胸部大動脈瘤を認め当科紹介。血液培養から肺炎球菌が検出され、感染性動脈瘤が疑われた。リファンピシン溶解液に浸漬した4分枝付きHemaschild 24mmを用い、上行大動脈から弓部全置換術を施行した。術後経過は良好で16病日リハビリ転院した後に退院。その後感染兆候認めず、多発性骨髄腫の化学療法を行っている。文献的考察を含め報告する。



## 14:12~15:24 大動脈2

座長 橋 詰 賢 一 (栃木県済生会宇都宮病院心臓血管外科)  
花 井 信 (埼玉県立循環器呼吸器病センター心臓血管外科)  
古 谷 光 久 (亀田総合病院心臓血管外科)

Ⅱ-28 大動脈が高度に屈曲した症例に対し、Stiff wireを追加することでTEVARを施行した症例

医療法人社団木下会千葉西総合病院

川谷洋平、林祐次郎、伊藤雄二郎、黒部裕嗣、中村喜次、須田優司、堀 隆樹

血管内治療を行う場合、アクセスルートとなる動脈の屈曲は手術手技を困難にさせる。大動脈の屈曲(最大164度)のため胸部ステントグラフト内挿術の施行が困難と考えられた症例において、剛性の高いワイヤーとシースを追加することで屈曲を緩和させ、手術を完遂することができた。80歳女性。胸部下行大動脈に71mmの動脈瘤を認めた。上記の手技によりdevice(Relay、Bolton medical)の留置が可能となった。

Ⅱ-30 弓部置換術後の腕頭動脈吻合部仮性瘤に対してステントグラフト内挿術を行った1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

中野光規、由利康一、西 智史、岡村 誉、木村直行、安達晃一、松本春信、山口敦司、安達秀雄

症例は55歳男性。2014年4月急性大動脈解離(Stanford A)に対し上行弓部置換術を他院にて施行。フォロー中、遠位側吻合部末梢の残存動脈瘤拡大のため当院にて同年10月TEVAR施行。退院後、同年11月胸痛自覚し、CTを行うと腕頭動脈吻合部からの造影剤漏出を認めた。吻合部仮性瘤と診断し、右頸動脈よりステントグラフト内挿術を行った。

Ⅱ-32 Stanford A型急性大動脈解離に対しTEVARを施行した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

根本寛子<sup>1</sup>、井元清隆<sup>1</sup>、内田敬二<sup>1</sup>、磯田 晋<sup>1</sup>、軽部義久<sup>1</sup>、宮本卓馬<sup>1</sup>、松木佑介<sup>1</sup>、富永訓央<sup>1</sup>、山崎春彦<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

49歳男性。主訴は胸背部痛で、2ヶ月前にも胸痛の既往あり。CT所見では左鎖骨下動脈から5cm末梢の下行大動脈をentryとする逆行性Stanford A型急性大動脈解離(血栓閉塞型)であったが、左総頸動脈に偽腔開存解離あり、解離の再発が疑われた。左鎖骨下動脈分岐部直下を中枢端として、TEVAR(CTAG)によるentry閉鎖を施行した。

Ⅱ-29 TEVAR後2年後にendotensionによる瘤壁破裂にて血胸を発症した遠位弓部大動脈瘤の1例

国立国際医療研究センター病院 心臓血管外科

村上友梨、戸口幸治、藤岡俊一郎、陳 軒、森村隼人、王 志超、橋本昌典、福田尚司、保坂 茂

72歳女性。2012年に1デブランチTEVARを施行(Valiant使用)。術後CTでは、明らかなendoleakはないものの、瘤径が徐々に増大。2015年2月、瘤破裂にて救急搬送。左開胸、超低体温循環停止下に遠位弓部置換術を行い救命した。瘤には小指頭大の破裂孔とその瘤壁欠損部辺縁から出血を認め、瘤内は器質化血栓のみでendotensionによる瘤破裂であった。

Ⅱ-31 慢性B型解離性大動脈瘤に対するentry閉鎖の一例：経食道エコーの役割

栃木県済生会宇都宮病院 心臓血管外科 大動脈センター

古泉 潔、橋詰賢一、井上慎也、根本 淳

48歳男性。慢性B型解離(偽腔開存型)。CTにて遠位弓部にmajor entryがあり、瘤径拡大を認めたため、TEVARによるentry閉鎖を行った。鎖骨下動脈交差バイパスを先行させ、entry末梢にZenith TX2を、中枢側にRelay Plusを挿入した。Type Ia endoleakを認めたが、経食道エコーにて、偽腔内流入血流速度が40~50cm/s(留置前170cm/s)まで減少していたため、追加治療を行わずに手術終了した。退院前CTではendoleakは消失していた。

Ⅱ-33 Debranching TEVARに総腸骨動脈破裂、A型急性解離を合併した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

山崎春彦<sup>1</sup>、井元清隆<sup>1</sup>、内田敬二<sup>1</sup>、磯田 晋<sup>1</sup>、軽部義久<sup>1</sup>、宮本卓馬<sup>1</sup>、松木佑介<sup>1</sup>、富永訓央<sup>1</sup>、根本寛子<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

81歳、女性。胸部大動脈瘤に対し、Debranching TEVAR(Najuta)を施行。術中アクセスルートの右総腸骨動脈破裂を合併、Excluder legを留置したが術翌日CTで閉塞を確認、右腋窩-大腿動脈バイパス術施行。また同CTでA型急性解離を認めたが保存的に加療し、術後37日目に軽快退院。ステントグラフト手術に伴う合併症について考察する。

## Ⅱ-34 下行大動脈瘤、腹部大動脈瘤に対し一期的 TEVAR、EVAR 術後、急性 B 型大動脈解離を生じた一例

1 防衛医科大学校病院 心臓血管外科

2 自衛隊中央病院 胸部外科

西田浩介<sup>1</sup>、田中克典<sup>1</sup>、西村健二<sup>2</sup>、山中 望<sup>1</sup>、田口眞一<sup>1</sup>

69 歳女性。下行大動脈瘤、腹部大動脈瘤に対し一期的 TEVAR、EVAR 施行した。術中に右腎動脈閉塞を来したが右腎動脈ステント留置にて血流改善し手術終了した。術後、背部痛が持続する為 CT 検査を施行したところ、胸部ステントグラフト中極端付近から腎動脈分岐部に至る偽腔開存型解離を認めた。保存的加療で偽腔血栓閉塞し、遠隔期に解離腔縮小を認めた。当初血栓閉塞が原因と考えた右腎動脈閉塞は解離によるものと思われた。

## Ⅱ-36 AAA を伴った B 型解離に対して TEVAR、EVAR 施行後胸腹部置換術を施行した 1 例

1 埼玉東部循環器病院

2 いわき市立総合磐城共立病院

湯手裕子<sup>1</sup>、李 武志<sup>1</sup>、田中良昭<sup>1</sup>、北川彰信<sup>1</sup>、入江嘉仁<sup>2</sup>

症例は 71 歳男性。約 5 か月前に背部痛を主訴に当院を受診し、偽腔開存型の B 型解離と約 65mm の AAA を認めた。B 型解離については保存的加療で経過を見ていたが、偽腔拡大と AAA 内の新たな解離を認めたため、エントリー閉鎖目的で下行大動脈に対して TEVAR を、AAA に対して EVAR を施行した。最近になって背部痛の訴えあり CT で AAA 内にエンドリークを認めたことから腹部 4 分枝再建を伴う胸腹部大動脈置換術を施行した。文献的考察を加えて報告する。

## Ⅱ-35 Chimney Stent を用いた Zone 0 からの 2 Debranching TEVAR 再手術の 2 例

水戸済生会総合病院 心臓血管外科

三村慎也、篠永真弓、倉岡節夫

【1】79 歳、男性。6 年前に胸部大動脈瘤に対して西巻ステントを用いて TEVAR 施行。その後、ステントの変形および瘤の拡大を認めたため、再手術施行。【2】マルファン症候群で Bentall 手術 + MAP の既往がある 70 歳、女性。10 年前に胸部大動脈瘤、腹部大動脈瘤に対して、西巻ステントを用いて TEVAR、EVAR 施行。その後、胸腹部大動脈瘤の拡大を認めたため、再手術施行。2 例とも術後経過良好で独歩退院。

## 15:24~16:44 大動脈3

座長 金村 賦之 (イムス葛飾ハートセンター心臓血管外科)  
吉武 明弘 (慶應義塾大学心臓血管外科)  
菊地 慶太 (大和成和病院心臓血管外科)

### Ⅱ-37 Valsalva 洞動脈瘤右房内破裂の1例

獨協医科大学病院 ハートセンター 心臓・血管外科  
金澤祐太、山田靖之、柴崎郁子、緒方孝治、井上有方、  
桑田俊之、堀 貴之、小川博永、武井祐介、福田宏嗣  
症例 72 歳男性。呼吸困難、胸部圧迫感を主訴に近医受診。心エコー  
上無冠尖から右房の短絡血流を認め Valsalva 洞動脈瘤破裂と診断  
され当院へ転院。心不全管理後、瘤切除・瘤底部パッチ閉鎖術  
施行。術後 13 日目に軽快退院。Valsalva 洞動脈瘤は稀な疾患で中  
でも無冠尖-右房短絡 (今野・榎原分類 4 型) は本邦では非常に稀  
であり、文献的考察を含めて報告する。

### Ⅱ-39 急性大動脈解離に対する external aortic ring による弁 輪外固定を併用した aortic root remodeling の 2 治験例

医療法人財団石心会狭山病院 心臓血管外科  
加藤泰之、清水将継、山田宗明、塩見大輔、木山 宏  
症例 1: 62 歳、女性。基部拡大および RCC-NCC 交連逸脱による  
moderate AR を認めた。Entry は弓部に存在し弓部置換および  
root remodeling を施行。症例 2: 40 歳、女性。Marfan 症候群、  
漏斗胸。基部拡大および RCA が punch out しており root remodel-  
ing および RCA への 1 枝 bypass を施行。2 例とも弁輪拡大予防  
のため人工血管 ring を用いた弁輪外固定を施行。術後 AR なく経  
過良好である。

### Ⅱ-41 妊娠 37 週に発症した急性 A 型大動脈解離の一例

船橋市立医療センター 心臓血管センター 心臓血管外科  
若林 豊、茂木健司、桜井 学、野村亜南、藤井政彦、高原善治  
29 歳女性 (初産)。突然の胸痛を主訴に救急搬送。単純 CT/UCG  
検査にて、急性 A 型大動脈解離・重症 AR と診断。帝王切開に引  
き続き、同時に急性解離手術を行なった。術中所見では、無冠洞  
および腕頭動脈基部に内膜亀裂を有する DeBakeyII 型の解離で  
あった。亀裂のある無冠洞を切除し、partial remodeling 法により  
大動脈基部を再建。腕頭動脈まで置換する上行部分弓部置換術に  
て、解離した大動脈をほぼ切除し得た。若干の文献的考察を加え  
て報告する。

### Ⅱ-38 急性 A 型大動脈解離にて全弓部置換術後、著明な炎症 反応の亢進とともに急速な下行大動脈の拡張を認めた一例

茨城県厚生農業協同組合連合会土浦協同病院 心臓血管外科  
真鍋 晋、平岡大輔、内山英俊、大貫雅裕、広岡一信  
56 歳、女性。急性 A 型解離、心タンポナーデによるショック状態  
で、心嚢ドレナージ後に当院へ搬送、同日緊急手術を施行。弓部  
にエントリーを認め、全弓部置換術を行った。術後、発熱と炎症  
亢進を認めたが、血液培養、カルシトニンは陰性であった。同時  
に下行大動脈の急速な拡張を認めたため、初回手術より 50 日目で  
下行大動脈置換術を行った。術後炎症所見は沈静化し、独歩退院  
した。

### Ⅱ-40 慢性 A 型解離を合併した severe MR、AR に対する術 中に上行再解離、弓部破裂、RCA 離断を来した 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  
李 相憲<sup>1</sup>、徳永滋彦<sup>1</sup>、長 知樹<sup>1</sup>、出淵 亮<sup>1</sup>、富永訓央<sup>1</sup>、  
長澤伸介<sup>1</sup>、磯松幸尚<sup>2</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>  
症例は 79 歳女性。心不全で入院し精査で severe MR、AR、慢性  
A 型解離の診断で手術の方針。右腋窩、左大腿送血で人工心肺を  
確立中、突如上行から弓部に再解離、弓部破裂を来とし、RCA 離  
断を認めた。速やかに SCP を確立し全弓部置換、Bentall、僧帽弁  
形成、CABG1 枝 (SVG-#2) を要した 1 例を経験したので報告  
する。

### Ⅱ-42 異所性右鎖骨下動脈瘤を合併した B 型大動脈解離にハ イブリッド治療を行った 1 症例

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  
入江翔一、道本 智、小池裕之、中嶋博之、朝倉利久、  
井口篤志、新浪博士  
症例は 57 歳男性。造影 CT で瘤化した異所性右鎖骨下動脈瘤  
(ARSA) を伴う慢性 B 型大動脈解離を指摘された。まず ARSA  
分岐動脈をコイルで塞栓し、2 期的に胸骨正中切開により弓部大  
動脈全置換術と ARSA の血行再建を施行し、ARSA の起始部は大  
動脈内腔より閉鎖した。術後の CT では ARSA の瘤は血栓化して  
いた。ARSA 合併症例の手術方法について考察を加えて報告す  
る。

## Ⅱ-43 待機的に上行置換術を施行した外傷性上行大動脈損傷の1例

佐久医療センター 心臓血管外科

河合俊輔、津田泰利、新津宏和、豊田泰明、白鳥一明、竹村隆広  
交通事故で搬送された57歳男性。CTでは上行大動脈左壁にULPを伴う解離、及び急性硬膜外血腫と左血気胸を認めた。合併損傷のため、受傷11日後に待機的に上行置換術を施行した。外傷性大動脈損傷は大動脈峡部に多く、上行大動脈損傷生存例は稀である。また出血性合併損傷の増悪を考慮すると緊急手術は危険が大きい。稀な外傷性上行大動脈損傷に対し、合併損傷の安定化後に待機的に上行置換術を施行、良好な経過をたどった1例を経験したので報告する。

## Ⅱ-45 上行大動脈可動性血栓に対し上行置換術を施行した1例

杏林大学医学部附属病院 心臓血管外科

遠藤英仁、土屋博司、高橋 雄、西野純史、窪田 博

症例は79歳男性。突然の右上肢脱力から多発脳梗塞と診断。CTにて、RCA入口部より約1.5cm末梢側に約11×18mmの血栓が存在した。血液凝固異常症なし。抗血小板および抗凝固療法施行も退縮傾向を認めなかった。TEEにて可動性血栓と診断され上行置換を行った。病理所見は内膜下に高度粥状硬化病変が存在し、一部に血栓を伴う潰瘍形成を認め、plaque ruptureであった。上行大動脈血栓症は稀な疾患であり、また病理組織所見の報告はなく文献的考察を含め提示する。

## Ⅱ-44 左開胸、上行大動脈送血にて下行大動脈手術を施行した3例

公益財団法人 心臓血管研究所付属病院 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

感染性大動脈瘤、高度粥腫病変などTEVARが不適な下行大動脈手術では左開胸アプローチが選択される。その中でも超低温循環停止を要する症例の手術は、送血路の選択が重要である。当施設では逆行性塞栓が危惧される症例では、上行大動脈からの順行性送血を選択している。今回、左開胸下上行大動脈送血による下行大動脈手術を3例に行い、脳合併症なく良好な結果を得た。本法に関して、当院での取り組みに文献的考察を加え報告する。



### III 会場：606（6階）

8:30~9:42 縦隔・胸壁・呼吸器

座長 青景圭樹（国立がん研究センター東病院呼吸器外科）  
加藤靖文（東京医科大学呼吸器外科・甲状腺外科）  
王志明（順天堂大学呼吸器外科）

#### III-1 Transmanubrial approach が有効であった左胸郭出口部神経鞘腫

1 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科  
2 聖マリアンナ医科大学病院 病院病理部  
塚本芳嗣<sup>1</sup>、佐治久<sup>1</sup>、多賀谷理恵<sup>1</sup>、新明卓夫<sup>1</sup>、丸島秀樹<sup>1</sup>、栗本典昭<sup>1</sup>、土居正知<sup>2</sup>、前田一郎<sup>2</sup>、中村治彦<sup>1</sup>  
症例は53歳、男性。胸部異常陰影にて紹介受診。胸部CT、MRIにて最大径40mm、左胸郭出口部に神経原性腫瘍を疑う。Grunevald transmanubrial osteomuscular sparing approachにて胸骨鎖骨下腔に到達し腫瘍を摘出。病理結果にて神経鞘腫と診断。胸郭出口部の血管や神経叢との剥離を要し前方アプローチにて安全に行う事が可能で、胸鎖関節の温存に有効であった。

#### III-3 術前胸腺腫と診断された胸腺原発ホジキンリンパ腫の1例

東京慈恵会医科大学附属病院  
柴崎正隆、森彰平、浅野久敏、山下誠、尾高真、森川利昭  
症例は胸部異常影を指摘され受診した24歳の女性。胸部CTで長径約9cmの左腕頭静脈に浸潤を伴う前縦隔腫瘍で、両側鎖骨上リンパ節腫大も認めた。CTガイド下生検でB型胸腺腫と診断された。ADOC療法を2コース施行し腫瘍の縮小後、胸骨正中切開で拡大胸腺全摘術、左腕頭静脈合併切除術を施行した。術後経過は良好で術後第7日に退院した。病理検査で胸腺原発結節硬化型ホジキンリンパ腫と診断され、ABVD療法を施行している。

#### III-5 長期間制御された肺癌胸壁転移巣に対し左季肋部切除および広背筋弁再建を施行した1例

君津中央病院 呼吸器外科  
小野里優希、飯田智彦、豊田行英、田村創、高橋好行、柴光年  
70歳男性。4年前に左下葉肺癌（Sq. p-T3N2M0、stageIIIA）で左肺全摘+左房合併切除を施行された。術後1年のPETで左季肋部に集積あり、化学放射線療法（CBDCA+PTX6コース、RT60Gy）を行った。3年間で新規病変は現れず、胸壁転移巣増大と腫瘍マーカー上昇を認めた。手術は横隔膜と胸壁（5-8肋骨）を合併切除し、胸膜や腹膜の損傷なく、横隔膜はGORETEXで、胸壁は広背筋弁で再建した。腹腔臓器脱出や奇異呼吸なく、整容上も忍容可能であった。

#### III-2 胸腔内に穿破した縦隔奇形腫の一例

1 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学  
2 千葉大学大学院医学研究院 診断病理学  
田中教久<sup>1</sup>、長門芳<sup>1</sup>、畑敦<sup>1</sup>、稲毛輝長<sup>1</sup>、尹貴正<sup>1</sup>、山本高義<sup>1</sup>、鎌田稔子<sup>1</sup>、森本淳一<sup>1</sup>、中島崇裕<sup>1</sup>、鈴木秀海<sup>1</sup>、岩田剛和<sup>1</sup>、吉田成利<sup>1</sup>、神戸美千代<sup>2</sup>、中谷行雄<sup>2</sup>、吉野一郎<sup>1</sup>  
54歳女性。7年前から縦隔奇形腫にて経過観察されていたが、腫瘍の増大を認めると共に、右胸腔内に穿破して被包化胸水の貯留を認めたため、腫瘍摘除術と肺剥皮術を施行した。術後病理では成熟奇形腫の診断であった。長期間の経過観察中に胸腔内に穿破した縦隔奇形腫の報告は稀であり、文献的考察を含めて発表する。

#### III-4 成熟奇形腫と鑑別を要した縦隔悪性リンパ腫の一例

1 東京女子医科大学 第1外科  
2 東京女子医科大学病院  
3 東京女子医科大学 病理診断科  
井坂珠子<sup>1</sup>、神崎正人<sup>1</sup>、光星翔太<sup>1</sup>、葭矢健仁<sup>1</sup>、坂本圭<sup>1</sup>、吉川拓磨<sup>1</sup>、小山邦広<sup>1</sup>、村杉雅秀<sup>1</sup>、田中淳司<sup>2</sup>、山本智子<sup>3</sup>、大貫恭正<sup>1</sup>  
症例は30歳女性。発熱、咳嗽持続にて当科紹介受診。胸部CTで前縦隔に9.6cmの嚢胞性腫瘍病変を認めた。PET検査にて嚢胞壁に、SUVmax 10.38の集積を認め、両側鎖骨上窩、右傍気管リンパ節への集積も認めた。悪性リンパ腫を疑い、胸腔鏡下に腫瘍生検を施行。病理にてHodgkin's lymphomaの診断を得た為、今後血液内科で加療予定である。

#### III-6 胸腺嚢胞経過観察中に胸腺腫が出現した1例

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 病理部  
乾雅人<sup>1</sup>、新谷裕加子<sup>2</sup>、吉岡孝房<sup>1</sup>、檜山紀子<sup>1</sup>、長山和弘<sup>1</sup>、似鳥純一<sup>1</sup>、安樂真樹<sup>1</sup>、村川知弘<sup>1</sup>、深山正久<sup>2</sup>、中島淳<sup>1</sup>  
67歳女性。2年前の健診Xpで前縦隔腫瘍を指摘。胸部CTで63mm大の胸腺嚢胞の診断。経過観察中、嚢胞は胸部CTで76mm大に増大、右下極辺縁に28mm×16mmの充実性成分が出現。同部位はPETでSUVmax2.8の高集積あり。Ach-R抗体は陰性であった。胸骨正中切開で拡大胸腺摘出術を施行し、病理検査で胸腺嚢胞に合併した胸腺腫（Type B2正岡I期）の診断を得た。嚢胞内に腫瘍細胞を認めなかった。

### Ⅲ-7 再発巣の切除により症状の改善をみた重症筋無力症合併胸腺腫の一例

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

根岸秀樹<sup>1</sup>、坪地宏嘉<sup>1</sup>、遠藤哲哉<sup>1</sup>、峯岸健太郎<sup>1</sup>、真木 充<sup>2</sup>、  
遠藤俊輔<sup>2</sup>

症例は61歳男性。58歳時に胸腺腫に対して胸腔鏡下腫瘍摘出術を受けた。WHO分類 typeB2、正岡III期。術後3ヵ月で重症筋無力症を発症。術後3年で心嚢内、左胸壁、左後腹膜に腫瘍を認め、当院に紹介。胸骨正中切開で拡大胸腺摘出術と心嚢及び左胸壁腫瘍摘出術を行い、胸腔鏡下に左後腹膜の腫瘍も摘出。術後重症筋無力症は改善。4ヵ月経過し、症状の悪化なく外来通院中。

### Ⅲ-9 術後2年半で局所再発を来し切除術を施行した胸壁デスマイドの1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

鈴木未希子、高持一矢、前屋舗龍男、今清水恒太、王 志明、  
鈴木健司

35才男性。2年半前に胸壁腫瘍切除+第1・2肋骨合併切除(Grunenwald+正中半切+第3肋間開胸)を施行。診断はデスマイド、切除断端は陰性。術後2年半で無名静脈足側から右房前面にかけて6cm大、肋骨切除部の大胸筋と第3・4肋骨、右肺上葉に接する腫瘍が出現。局所再発の診断で再手術。第3・4肋骨・胸骨の約半分を含む胸壁を切除。心嚢・右肺上葉にも浸潤を認め合併切除した。胸壁欠損部は網状に縫合し大腿筋膜を固定した。軽快退院。

### Ⅲ-8 縦隔リンパ節転移を伴う甲状腺癌の1手術例

埼玉医科大学国際医療センター 包括的がんセンター 呼吸器病  
センター呼吸器外科

二反田博之、坂口浩三、鈴木聡一郎、柳原章寿、山崎庸弘、  
石田博徳、榊 美佳、安田政実、金子公一

69歳男性。1994年に甲状腺腫瘍を指摘。他院で良性と診断され以後受診せず。2013年に胸部異常陰影を指摘。気管を左側に圧排する甲状腺腫を認め縦隔リンパ節の腫大を伴っていた。当院頭頸部腫瘍科で手術の方針となり縦隔廓清を当科が担当した。頸部襟状切開による甲状腺全摘、右頸部リンパ節廓清の後、当科で胸骨正中切開下に縦隔操作を行った。腕頭静脈周囲のリンパ節が強固に癒着していたが剥離しえた。



## 9:42~10:54 悪性呼吸器

座長 櫻井裕幸 (国立がん研究センター中央病院呼吸器外科)  
大塚崇 (慶應義塾大学呼吸器外科)  
高持一矢 (順天堂大学呼吸器外科)

Ⅲ-10 胸椎浸潤左上葉 T4 肺癌に対し Th2~4 胸椎合併左上葉 S6 切除術を行った1例  
獨協医科大学 呼吸器外科  
井上 尚、若松育磨、荒木 修、苅部陽子、関 哲男、  
小林 哲、佐渡 哲、千田雅之  
51歳、男性。健診で胸部異常陰影指摘。第3~4胸椎への浸潤を伴う左上葉腫瘍認め気管支鏡で大細胞癌の診断。術前導入化学放射線療法 (CDDP+VNR+RT60Gy) 後 PR の判断で手術 (左上葉+S6 区域切除+Th2~4 椎体切除) 施行。術後神経障害なく退院。椎体合併切除について文献的考察を含めて発表する。

Ⅲ-12 KL-6 高値の間質性肺炎合併肺癌に対する凍結融解壊死療法を行った1例  
慶應義塾大学病院 呼吸器外科  
志満敏行、大塚 崇、坂巻寛之、四倉正也、木下智成、  
杉浦八十生、神山育男、浅村尚生  
74歳、男性。間質性肺炎の経過観察中に CT にて左肺 S3 に 17mm 大の結節性病変を指摘され、PET 陽性であったため間質性肺炎合併の左上葉肺癌疑い (cT1aN0M0 Stage IA) と診断された。KL-6 2000 以上、男性、区域切除以上、UIP パターン、VC<80% から外科的切除術を施行した場合、術後急性増悪の発症リスクが高く、凍結融解壊死療法を選択した。凍結融解壊死療法を施行した後、間質性肺炎の急性増悪なく、治療効果を得られた。

Ⅲ-14 筋転移を伴った肺癌の1切除例  
1 東邦大学医学部 外科学講座 呼吸器外科学分野 (大森)  
2 東邦大学医学部 内科学講座 呼吸器内科学分野 (大森)  
3 東邦大学医学部 病院病理学講座  
肥塚 智<sup>1</sup>、牧野 崇<sup>1</sup>、秦 美暢<sup>1</sup>、大塚 創<sup>1</sup>、磯部和順<sup>2</sup>、  
若山 恵<sup>3</sup>、栃木直文<sup>3</sup>、本間 栄<sup>2</sup>、渋谷和俊<sup>3</sup>、伊豫田明<sup>1</sup>  
66歳男性、健診で右上肺野に腫瘤影を指摘された。気管支鏡下生検では非小細胞肺癌の診断であった。脊柱起立筋内に FDG-PET で集積を認めたが無症状で触知不能であり、その他には遠隔転移を認めなかったため、手術を施行した。術後、左大臀筋内に結節が出現し脊柱起立筋内の病変と同時に切除したところ、肺癌の筋転移と診断された。

Ⅲ-11 内臓逆位を伴った転移性肺腫瘍に対し、右肺 S1+2 区域切除術を施行した1例  
千葉大学大学院医学研究院  
畑 敦、岩田剛和、稲毛輝長、尹 貴正、山本高義、  
田中教久、鎌田稔子、森本淳一、鈴木秀海、中島崇裕、  
長門 芳、吉田成利、吉野一郎  
症例は 57 歳女性。直腸癌術後、右肺に 2 カ所結節影が出現し、転移性肺腫瘍の診断で手術を施行した。不完全内臓逆位で、心臓、大動脈および左肺に逆位は認めなかったが、右肺は左肺型であった。右 S1+2 区域切除+S6 部分切除を施行した。内臓逆位の場合、術前の詳細な解剖把握と鏡面構造を踏まえた慎重な手術操作が重要であると考えられた。

Ⅲ-13 Transmanubrial osteomuscular sparing approach (TMA) による肺尖部胸壁浸潤肺癌の2切除例  
国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科  
政井恭兵、渡辺俊一、鈴木繁紀、朝倉啓介、櫻井裕幸、  
中川加寿夫  
肺尖部胸壁浸潤肺癌に対し、TMA を用いた2切除例を経験した。症例1は、39歳の男性。第1肋骨浸潤を伴う右上葉腺癌に対し、TMA+第3肋間開胸にて仰臥位のみで完全切除を行った。症例2は、49歳の男性。第1肋骨浸潤を伴う左上葉肺腺癌に対し、TMA で鎖骨下腔の切除を行い、体位変換後に左上葉切除を行った。鎖骨下腔の視野展開が必要な肺尖部胸壁浸潤肺癌に対する TMA は有効な前方アプローチである。

Ⅲ-15 内腸骨動脈瘤合併肺癌に対し肺切除・ステントグラフト内挿術を一期的に施行した1例  
新潟大学医歯学総合病院 第2外科  
梅澤麻以子、北原哲彦、佐藤征二郎、小池輝元、土田正則  
症例は 72 歳、男性。検診の胸部 CT で右肺 S3 に約 4.7cm 大の肺門リンパ節と一塊になった充実性腫瘤を指摘。右肺癌疑い、臨床病期 IIA 期の診断。術前精査で最大短径 5cm の左内腸骨動脈瘤、右腎癌、無症候性心筋虚血も指摘。動脈瘤は周術期に破裂リスクが高いと判断し、PCI 施行 21 日後、腎癌手術に先行して、左内腸骨動脈瘤に対するステントグラフト内挿術、右肺癌に対する右上葉切除+ND の一期的手術を行った。腎癌は二期的に切除した。

### Ⅲ-16 Transmanubrial osteomuscular sparing approach の変法を用いて切除した右鎖骨浸潤軟部肉腫症例

1 慶應義塾大学医学部 呼吸器外科

2 慶應義塾大学病院 病理診断部

重信敬夫<sup>1</sup>、神山育男<sup>1</sup>、大塚 崇<sup>1</sup>、江本 桂<sup>2</sup>、林雄一郎<sup>2</sup>、浅村尚生<sup>1</sup>

症例は70歳台女性。健診の胸部X線写真で胸部異常影を指摘。CTで右鎖骨頭背側に鎖骨破壊像を伴い、鎖骨下静脈を圧排する軟部腫瘍を認めた。Transmanubrial osteomuscular sparing approachに胸鎖乳突筋鎖骨付着部切離を加えた変法を用いて、腫瘍を胸骨-鎖骨-肋骨からなる複合体と一塊にして切除した。本法は鎖骨周囲の明瞭な視野が得られ、鎖骨浸潤腫瘍切除において有用であった。

### Ⅲ-18 奇静脈葉を伴う右上葉肺癌の1肺葉切除例

神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

松崎智彦、伊藤宏之、伊坂哲哉、古本秀行、永田 仁、

西井鉄平、中山治彦

50歳代男性。他癌術前精査で右上葉肺腺癌と右上葉を貫通する奇静脈の存在を指摘された。肺癌治療を優先し、cT2aN0M0 stageIBに対して右上葉切除+ND2a-1を行った。奇静脈は上大静脈と椎体肋間静脈間を側方に大きく迂回するように位置し頭側に向かって間膜を持っていたため、上葉の一部が縦隔と間膜とに挟まれる奇静脈葉が存在していた。リンパ節郭清の際、走行に注意しながら同静脈を温存した。手術時間3時間20分、出血量30g、7PODで退院。文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-17 ICG 気管支注入により右 S3b 亜区域切除ができた右下葉肺癌術後第2肺癌の一例

1 東京女子医科大学八千代医療センター 呼吸器外科

2 君津中央病院 呼吸器外科

鎌田稔子<sup>1</sup>、黄 英哲<sup>1</sup>、関根康雄<sup>1</sup>、海竇大輔<sup>2</sup>、大橋康太<sup>1</sup>、豊田行英<sup>2</sup>、飯田智彦<sup>2</sup>

症例は72歳男性。5年前に右下葉肺癌（SCC、p-t1an0m0）にて右下葉切除術施行。右S3bに24×22mm大の新たな結節影を認め、気管支鏡にてSCCの診断（c-T1aN0M0）。VINCENTによる区域切除のsimulationを行った。高度肺気腫、分葉不全、胸膜の肥厚癒着を認めたが、S3bへのICGの経気管支注入と術中蛍光内視鏡による蛍光範囲の同定により、解剖学的な右亜S3b区域切除を完遂した。

## 13:00~14:04 学生発表

座長 榊原直樹 (江戸川病院心臓血管外科)  
鈴木健司 (順天堂大学医学部呼吸器外科)  
富田夏実 (順天堂大学食道・胃外科)

### 学生発表

Ⅲ-19 AVR 術中に左冠動脈入口部閉塞を来した一例  
三井記念病院 心臓血管外科  
渡辺晃大、楠原隆義、三浦純男、竹谷 剛、福田幸人、大野貴之、高本眞一  
症例は 81 歳女性。大動脈弁狭窄症に対し、AVR 施行の方針となった。手術では MITROFLOW 19mm を supraannular position に縫着、特に問題なく弁置換を完了した。しかし体外循環離脱 30 分後から心電図変化と血圧低下を認め、体外循環を再開した。心電図・エコー所見から左冠動脈閉塞と判断し、LAD に CABG を追加した後改善し、体外循環離脱可能となった。術後は心不全管理に時間を要したが、45POD に独歩退院となった。この症例について文献的考察を加えて報告する。

### 学生発表

Ⅲ-21 健診にて発見された 70mm のヴァルサルバ洞動脈瘤に対して大動脈基部から全弓部置換術を行った 1 治験例  
1 順天堂大学医学部 5年  
2 順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科  
小林勇哉<sup>1</sup>、梶本 完<sup>2</sup>、山本 平<sup>2</sup>、大野峻哉<sup>2</sup>、町田洋一郎<sup>2</sup>、嶋田晶江<sup>2</sup>、土肥静之<sup>2</sup>、桑木賢司<sup>2</sup>、天野 篤<sup>2</sup>  
側弯症、気胸治療歴のある 29 歳男性。胸部レ線上、異常陰影指摘され受診。最大径 70mm のヴァルサルバ洞動脈瘤、弁輪拡大による重症大動脈弁閉鎖不全症を認めた。機械弁による基部置換術と全弓部置換術を準緊急で実施。マルファン症候群の診断基準を満たさないが病理学検査にて大動脈の嚢胞性中膜壊死を認めた。術後経過良好であり 15 病日で退院となった。

### 学生発表

Ⅲ-23 3D プリンターを用いた実体胸腔モデルによる胸腔鏡手術シミュレーションの経験  
東京慈恵会医科大学 外科学講座  
魚住尚宏、三森雅広、柴崎隆正、丸島秀樹、浅野久敏、山下 誠、尾高 真、森川利昭  
3D プリンターを用いた胸腔モデルによる実習を経験した。独自に開発され胸腔モデルは、実体サイズで質感を供え、肺はウェットで生体肺に近かった。手術室で本モデルを用いて、実際の胸腔鏡手術と同期させつつ手術シミュレーションを経験した。実際の手術と同様な手順を踏襲することで手術手技の目的や器具の操作などを理解すると共に、手術の緊張感を体感でき、呼吸器外科に対する関心が高まった。

### 学生発表

Ⅲ-20 *Brevibacterium luteolum* による弁輪部膿瘍を伴う大動脈弁位感染性心内膜炎の 1 例  
新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科  
志賀 優、名村 理、佐藤裕喜、岡本竹司、青木賢治、長澤綾子、榛澤和彦、土田正則  
71 歳男性。潰瘍性大腸炎術後でストーマを有する。腰痛、感冒様症状に心不全が続発し、緊急入院した。血液培養でグラム陽性桿菌 (GPR) を認め、心エコーで大動脈弁位 IE と診断された。術中所見で、右無冠尖の疣贅、同部位の弁輪部膿瘍を認め、膿瘍腔をウシ心膜パッチで閉鎖し、AVR を行った。術中採取した組織からも GPR が検出され、後に *Brevibacterium luteolum* が同定された。同菌による IE は極めて稀である。

### 学生発表

Ⅲ-22 繰り返す気胸に対し月経随伴性気胸が証明された 1 例  
日本医科大学付属病院 呼吸器外科  
門馬絵理、井上達哉、佐藤 明、揖斐孝之、石角太郎、白田実男  
45 歳女性。月経期に 2 回右気胸の既往がある。今回 3 度目の再発のため当科紹介、胸腔鏡下手術を施行した。術中、臓側胸膜には軽度癒着の他には変化を認めなかったが横隔膜に小孔と黒色斑を認め小孔を結紮、黒色斑を生検し肺癒着部位を部分切除した。横隔膜部に極軽度の細胞密度の増加がみられ、免疫染色で ER、PgR、CD10 陽性の子宮内膜間質細胞巣が認められたため月経随伴性気胸と診断した。女性に発症した繰り返す気胸は本症を念頭に置くことが必要である。

### 学生発表

Ⅲ-24 胸壁原発線維形成線維芽細胞腫の一切除例  
1 東海大学医学部  
2 東海大学医学部 外科学系 呼吸器外科学  
3 東海大学医学部 基盤診療学系 病理診断学  
小林 頂<sup>1</sup>、矢ヶ崎秀彦<sup>2</sup>、仁藤まどか<sup>2</sup>、有賀直広<sup>2</sup>、大岩加奈<sup>2</sup>、中川知己<sup>2</sup>、河野光智<sup>2</sup>、増田良太<sup>2</sup>、小倉 豪<sup>3</sup>、中村直哉<sup>3</sup>、岩崎正之<sup>2</sup>  
症例は 37 歳男性。右腋窩腫瘤を自覚し、前医受診。触診上可動性に乏しく、筋骨格系の腫瘍性病変も否定できない所見であった。診断的治療として右胸壁腫瘍切除術施行。病理組織学的診断にて線維形成線維芽細胞腫の診断であった。胸壁原発の線維形成線維芽細胞腫は非常に稀とされ、文献的考察を加え報告する。

## 学生発表

### Ⅲ-25 頸部操作を併用した両側胸腔鏡による拡大胸腺摘出術の一例

1 東京医科大学

2 東京医科大学病院 呼吸器外科

野牛聖那<sup>1</sup>、吉田浩一<sup>2</sup>、大谷圭志<sup>2</sup>、山口 学<sup>2</sup>、加藤靖文<sup>2</sup>、  
垣花昌俊<sup>2</sup>、梶原直央<sup>2</sup>、大平達夫<sup>2</sup>、池田徳彦<sup>2</sup>

症例は53歳男性。眼瞼下垂と複視を認め当院受診。精査の結果、眼筋型重症筋無力症の診断さらに胸腺腫の合併を認め当科紹介となった。

両側の胸腔鏡手術と同時に頸部操作も加え、拡大胸腺摘出術を施行した。頸部操作を同時に行う事で、左右の胸腔鏡アプローチのみでは確認困難な胸腺上極周囲を術中に視認しながら剥離可能で、安全確実に縦隔脂肪組織及び腫瘍を含めた胸腺組織を一塊に摘出することが出来た。

## 学生発表

### Ⅲ-26 演題取り下げ



## 14:04~15:16 周術期呼吸器

座長 嶋田善久 (東京医科大学呼吸器外科・甲状腺外科)  
原田匡彦 (がん・感染症センター都立駒込病院呼吸器外科)  
松永健志 (順天堂大学呼吸器外科)

Ⅲ-27 Endovascular device をスタンバイして胸腔鏡手術を施行した左肺底動脈大動脈起始症  
東京慈恵会医科大学 外科学講座  
森 彰平、柴崎隆正、浅野久敏、山下 誠、尾高 真、森川利昭  
症例は 25 歳女性、検診異常の精査で左肺底区動脈大動脈起始症と診断され胸腔鏡手術を施行した。異常動脈径が比較的太く分岐後に瘤状となっており、鏡視下での動脈切離に備えて endovascular device をスタンバイして手術を施行した。下行大動脈内にガイドワイヤーを留置し、occlusion balloon や endovascular stent-graft による血流遮断の準備をした。結果的に異常動脈は出血なく endo stapler で切離され、鏡視下に左下葉切除が施行できた。

Ⅲ-29 逆向き胸腔鏡補助下に切除術を施行した左横隔膜上 SFT の 1 例

1 東京女子医科大学 第1外科

2 東京女子医科大学病院 病理診断科

坂本 圭<sup>1</sup>、神崎正人<sup>1</sup>、光星翔太<sup>1</sup>、片桐さやか<sup>1</sup>、葭矢健仁<sup>1</sup>、  
吉川拓磨<sup>1</sup>、井坂珠子<sup>1</sup>、小山邦広<sup>1</sup>、村杉雅秀<sup>1</sup>、長嶋洋治<sup>2</sup>、  
大貫恭正<sup>1</sup>

45 歳女性。CT 上左横隔膜上に 10cm 大の腫瘤を認め手術の方針となった。腫瘍は左肺底部と横隔膜に広く接し、頭側向き胸腔鏡では観察困難と考えられたため、モニターを尾側に配置しカメラを尾側に向ける逆向き胸腔鏡補助下に摘出術を施行。病理結果は SFT であった。腫瘍の尾側側にスペースが無い場合、本術式は有効な選択肢である。

Ⅲ-31 術前に高精度 3D 画像ソフトを用いて胸腔鏡下左底区域切除術を施行した肺葉内肺分画症の 1 例

東京医科大学病院 呼吸器・甲状腺外科学分野

工藤勇人、吉田浩一、雨宮亮介、牧野洋二郎、大谷圭志、  
加藤靖文、垣花昌俊、梶原直央、大平達夫、池田徳彦

61 歳女性。咳嗽、発熱を認め、胸部 CT で左肺 S10 の浸潤影、胸部下行大動脈から流入する異常血管を認めた。肺葉内肺分画症と診断し、高精度 3D 画像ソフトを用い、術前シミュレーションにて切除範囲を決定した。術中ナビゲーションにより、異常血管を切離し、胸腔鏡下左底区域切除術を施行した。本ソフトを用いて、低侵襲かつ安全な手術が可能となった。

Ⅲ-28 気管支閉鎖症を伴った部分肺静脈還流異常症に対し胸腔鏡下手術を施行した 2 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、池田岳史、原野隆之、  
飯田崇博、酒井絵美

症例 1) 30 歳女性。全身倦怠感を主訴に胸部 CT 撮影。右上葉部分気管支閉鎖とその周囲の炎症所見、上肺静脈から上大静脈へ還流異常を認めた。症例 2) 44 歳女性。咳嗽を主訴に胸部 CT 撮影。左下葉部分気管支閉鎖と結節影、左下肺静脈から奇静脈へ還流異常を認めた。気管支閉鎖を伴う部分肺静脈還流異常症は非常に稀である。気管支閉鎖症を伴う部分肺静脈還流異常症は炎症を繰り返すことが多く胸腔鏡下に手術を施行した 2 例を報告する。

Ⅲ-30 携帯型気胸ドレナージキットを使用し待機的に胸腔鏡下手術を施行した妊娠合併気胸の 1 例

茅ヶ崎市立病院

四元拓真、佐野 厚、佐藤陽一

症例は 34 歳女性。自然軽快した左自然気胸歴あり。妊娠第 31 週、左自然気胸が再発。ソラシックベント (以下 TV) を挿入後軽快し抜去したが妊娠第 32 週、妊娠第 33 週と再発し、その度に TV を留置。可能な限り手術をしない方針とし外来にて経過観察したが、気漏が継続し、妊娠第 36 週に全身麻酔下に胸腔鏡下手術を施行。合併症なく退院し、女兒を出産した。手術導入まで外来で経過観察を可能とした携帯型ドレナージキットは妊娠合併気胸にも有用であると考えられた 1 例を経験したので報告する。

Ⅲ-32 収縮性心膜炎に対して胸腔鏡下心膜開窓術を施行した 1 例

国立国際医療研究センター病院 呼吸器外科

横手美美、長阪 智、有本斉仁、内田 巖、喜納五月

症例は 60 歳代男性。胸部中部食道癌 (cT3N0M1stageIV) に対し化学放射線療法 (60Gy) を施行。27 ヶ月後より、収縮性心膜炎のため心タンポナーデが出現。繰り返し経皮的心嚢穿刺・ドレナージを要したため、胸腔鏡下心膜開窓術施行。術後経過は良好で、術後 5 か月間心嚢液貯留なく経過している。心膜開窓術は全身麻酔を要するリスクはあるが経皮的心嚢穿刺よりも長期的な効果が期待できる。本症例は完全胸腔鏡下に低侵襲で行うことができた。文献的考察を加えて報告する。

### Ⅲ-33 特発性血小板減少性紫斑病（ITP）を合併した肺癌に対する1切除例

長岡赤十字病院 呼吸器外科  
篠原博彦、大和 靖、富樫賢一

64歳女性、ITPにて治療中、PSL5mg内服にて血小板1万台で推移していた。右S2に径1.2cm大の結節と#12uの腫大を指摘、肺癌疑いcT1aN1M0 stageIIAにて当科紹介された。2015年1月から週1回のロミプロスチム投与と、術前に大量免疫グロブリン療法を行い血小板27.7万まで上昇、2月に傍脊神経ブロックを併用して右上葉切除+ND2a-2施行。術後出血傾向なく血小板投与も行わず第9病日に退院。術後診断は腺扁平上皮癌でpT1aN1M0 stageIIAにて術後補助化学療法施行中である。文献的考察を加えて報告する。

### Ⅲ-35 巨大縦隔腫瘍術後一過性両側横隔神経麻痺の1例

自治医科大学附属病院 呼吸器外科

真木 充、中野智之、滝 雄史、曾我部将哉、柴野智毅、  
山本真一、手塚憲志、遠藤俊輔

71歳女性。巨大縦隔腫瘍、心タンポナーデの加療目的に当科紹介。心嚢ドレナージ施行後手術とした。手術は胸骨正中切開で行い腫瘍が左胸鎖関節に浸潤しており合併切除とした。左横隔神経合併切除右横隔神経は温存したが術後両側横隔神経麻痺となった。人工呼吸離脱後CO2貯留認め、NIPネーザルにて補助換気を行い改善を見た。両側横隔神経麻痺は呼吸管理に難渋することが多いが、補助換気は有用であると思われた。

### Ⅲ-34 肺癌術後に悪性症候群を来たし挿管管理、透析を必要とした1例

筑波大学 呼吸器外科

佐伯祐典、上田 翔、柳原隆宏、山岡賢俊、小林尚寛、  
菊池慎二、後藤行延、鬼塚正孝、佐藤幸夫

右下葉原発性肺癌の78歳男性。術前せん妄で抗精神病薬を使用。胸腔鏡下右下葉切除術施行。術後2日目に肺水腫で挿管管理。術後3日目から発熱と意識障害が出現。術後6日目にCK上昇認め、悪性症候群が疑われた。ダントロレンNa投与開始し術後8日目から透析開始。CKは術後8日目がピークで術後19日目に正常化、透析も終了。意識障害は徐々に改善し術後45日目にclearとなる。悪性症候群は死亡率も高く早期発見・治療が重要である。



## 15:16~16:36 その他呼吸器

座長 佐 治 久 (聖マリアンナ医科大学呼吸器外科)  
長 阪 智 (国立国際医療研究センター呼吸器外科)  
今清水 恒 太 (順天堂大学呼吸器外科)

### Ⅲ-36 肺扁平上皮癌の化学放射線療法中に発症した急性膿気胸に対する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

71歳男性。IIIB期の左肺扁平上皮癌に対し、化学放射線療法が行われた。day13に悪寒と発熱が出現しCTで左気胸と胸水を認め、腫瘍穿破による膿気胸を疑われ当科紹介された。ドレナージのみでは治療困難と判断し緊急手術施行。胸腔鏡で壊死した腫瘍の穿破とエアリークを認めたので、広背筋を温存して開胸移行し、腫瘍内を搔爬して広背筋弁を内部に充填して終了した。術後エアリークなく5病日にドレーン抜去できた。その後内科へ転科し肺癌治療継続可能となった。

### Ⅲ-38 悪性気管腫瘍が疑われた蔓状神経鞘腫の1手術例

1 神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

2 神奈川県立がんセンター 病理診断科

永田 仁<sup>1</sup>、伊藤宏之<sup>1</sup>、松崎智彦<sup>1</sup>、古本秀行<sup>1</sup>、伊坂哲哉<sup>1</sup>、  
西井鉄平<sup>1</sup>、横瀬智之<sup>2</sup>、中山治彦<sup>1</sup>

30歳代男性。嗄声にて左声帯麻痺と気管腫瘍を指摘された。左眼瞼神経鞘腫切除歴はあるが、既往歴、家族歴特記なし。気管左側壁4リングにわたる粘膜下腫瘍で確診は得られず、診断と治療目的に手術を施行。腫瘍は黄色調軟小結節が多数集簇して、気管・食道壁に進展、左反回神経も腫瘍化していた。神経鞘腫の病理報告で、気管は温存し腫瘍を可及的切除した。稀有な症例にて文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-40 気胸を契機に発見された右気管支閉鎖症の一例

長野市民病院 呼吸器外科

藏井 誠、西村秀紀、有村隆明、小沢恵介

23歳女性。右胸痛、呼吸困難で当院受診し、右気胸と診断、胸腔ドレナージを施行した。胸部CTでは右上葉S1の気腫化が著しく、その肺尖にブラを認めた。加えてB1気管支は嚢胞状に拡張しており、中枢気管支との交通が認められず、B1気管支閉鎖症と診断した。気漏が持続し、右肺も膨張不良のため準緊急的に胸腔鏡下右S1区域切除術を施行した。術後経過は良好にて第4病日退院となった。右気管支閉鎖症の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

### Ⅲ-37 肺癌との鑑別が困難であった肺扁平上皮乳頭腫の1例

昭和大学病院 呼吸器外科

氷室直哉、南方孝夫、大島 稜、富田由里、片岡大輔、  
山本 滋、門倉光隆

症例は54歳女性。2014年11月に血痰を自覚し、近医の胸部CTで右下葉に20mmの結節を認めた。腫瘍マーカーはSCCのみ上昇しており、気管支鏡下肺生検では異型扁平上皮の診断であった。FDG-PETでは結節にのみ集積を認め、外科的切除の方針となった。手術は針生検を行い、扁平上皮癌の疑いで右下葉切除術+ND2a-1を施行した。最終病理診断は肺扁平上皮乳頭腫であった。FDG-PETの集積とSCC上昇を伴う肺扁平上皮乳頭腫は稀であるため、文献的考察を含めて報告する。

### Ⅲ-39 脳死右肺移植後急性拒絶に対し抗ヒト胸腺細胞免疫グロブリン著効した1例

獨協医科大学 呼吸器外科

井上 尚、西平守通、若松育磨、荒木 修、菊部陽子、  
小林 哲、佐渡 哲、千田雅之

58歳、男性。特発性肺線維症の診断で臓器移植ネットワーク登録。201X年X月ドナー情報あり当院で脳死右肺移植術施行。POD9呼吸状態再悪化。CTで両側びまん性スリガラス陰影、軽度胸水貯留認め、気管支鏡で急性拒絶と診断。抗ヒト胸腺細胞免疫グロブリン開始。呼吸状態改善し人工呼吸器離脱。肺移植後急性拒絶に抗ヒト胸腺細胞免疫グロブリン使用した例は本邦で2例目であり、当科における肺移植の成績と併せて報告する。

### Ⅲ-41 心損傷と肺損傷を認めた胸部刺創の1例

1 土浦協同病院 呼吸器外科

2 土浦協同病院 心臓血管外科

中岡浩二郎<sup>1</sup>、小貫琢哉<sup>1</sup>、稲垣雅春<sup>1</sup>、大貫雅裕<sup>2</sup>

59歳男性、自殺を目的に包丁(刃渡り約12cm)を左前胸部に刺した。当院に救急搬送後、緊急手術。包丁の柄のみが体外に露出しており、包丁を留置したまま前側方切開第5肋間開胸。包丁は第4肋間の胸骨左側から下向きに刺入し心嚢を貫通。心嚢を開放し慎重に包丁を除去。左心室前面に3cmの心筋の断裂を確認し、縫合修復。心嚢を貫通した刃先は心拍に伴って動揺し、舌区や下葉の複数箇所を損傷。肺部分切除と縫合によって肺損傷を修復。術後11日に独歩退院。考察を加えて報告する。

### Ⅲ-42 転落外傷による小児外傷性肺嚢胞の1例

東海大学医学部附属病院 外科学系呼吸器外科学

中川知己、仁藤まどか、和田篤史、有賀直広、大岩加奈、河野光智、増田良太、岩崎正之

転落事故により胸郭の大きな損傷なく発生した外傷性肺嚢胞の1例を経験し、保存的治療で観察し得たので報告する。9歳男児。血まみれで歩いているところを、通行人が発見し救急車要請となった。その際本人が5階から落ちたと言っていたという。来院後の精査で、左下葉に外傷性肺嚢胞を認めたが、全身状態問題なく経過観察のみとした。受傷後6か月後の胸部単純レントゲンでは肺嚢胞はほぼ消失していた。

### Ⅲ-43 外傷性胸壁肺ヘルニアの1手術例

北里大学医学部 呼吸器外科

園田 大、塩見 和、三窪将史、小野元嗣、林 祥子、中島裕康、松井啓夫、佐藤之俊

症例は64歳男性。工事現場で転倒し、直径7cmの鉄筋柱で右前胸部を打撲。直後より胸痛と呼吸困難が出現し当科を緊急受診。胸部CT上、右第3~5肋軟骨と胸骨の骨折及び同部位の肋間筋、大胸筋の断裂が認められた。さらに、損傷部から皮下へ突出した中葉が離開した第4肋骨軟骨に挟まれていた。肺ヘルニアの嵌頓回避、及び根治的修復を目的に手術を施行した。外傷性胸壁ヘルニアは比較的まれであり、文献的考察を加えて報告する。

### Ⅲ-44 気道出血に対してEWSEが有用であった2例

前橋赤十字病院 呼吸器外科

工藤廣大、井貝 仁、河谷菜津子、伊部崇史、上吉原光宏

気管支鏡下Watanabe Spigot 充填術 (EWSE) は外科治療が困難な難治性気胸、有癭性膿胸などに適応があるが、気道出血に対して有効であったとの報告も散見される。我々も気道出血にEWSEが有効であった2例を経験したので報告する。2例ともに原疾患に対してECMO導入中。ヘパリン化中であり、複数の区域もしくは亜区域枝レベルからの出血を認めた。トロンビン散布するも出血コントロール困難であり、EWSEを施行し気道出血の減少を認めた。EWSEは気道出血に対する有効な治療法の一つになり得る。

### Ⅲ-45 胸部外傷術後左主気管支狭窄に対して左主気管支管状切除を施行し左肺を温存し得た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、松永健志、高持一矢、王 志明、鈴木健司

37歳男性。15年前に交通外傷で左主気管支損傷を認め、左主気管支吻合術及び広背筋皮弁による被覆術を施行。術後吻合部狭窄を認め、ステント留置や気管支拡張術を施行したが再狭窄をきたし、ステント抜去及び左主気管支管状切除術を施行した。左主気管支周囲は広背筋皮弁の影響で強固な癒着を認め剥離に難渋した。手術時間は274分、出血量は40ml。術後肺癆の遷延に伴う膿胸を発症し開窓術を要したが、第55病日に軽快退院となった。