

第170回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2016 年 3 月 12 日（土）

会場： パシフィコ横浜

〒220-0012 横浜市西区みなとみらい 1-1-1

（みなとみらい線 みなとみらい駅より徒歩 3 分、
JR線・市営地下鉄 桜木町駅より徒歩 12 分）

総合受付 5 階

PC受付 5 階

第Ⅰ会場 501（5 階）

第Ⅱ会場 502（5 階）

第Ⅲ会場 503（5 階）

幹事会 315（3 階）

会長： 益田 宗孝

横浜市立大学大学院医学研究科外科治療学

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦 3-9

TEL：045-787-2644 FAX：045-786-0226

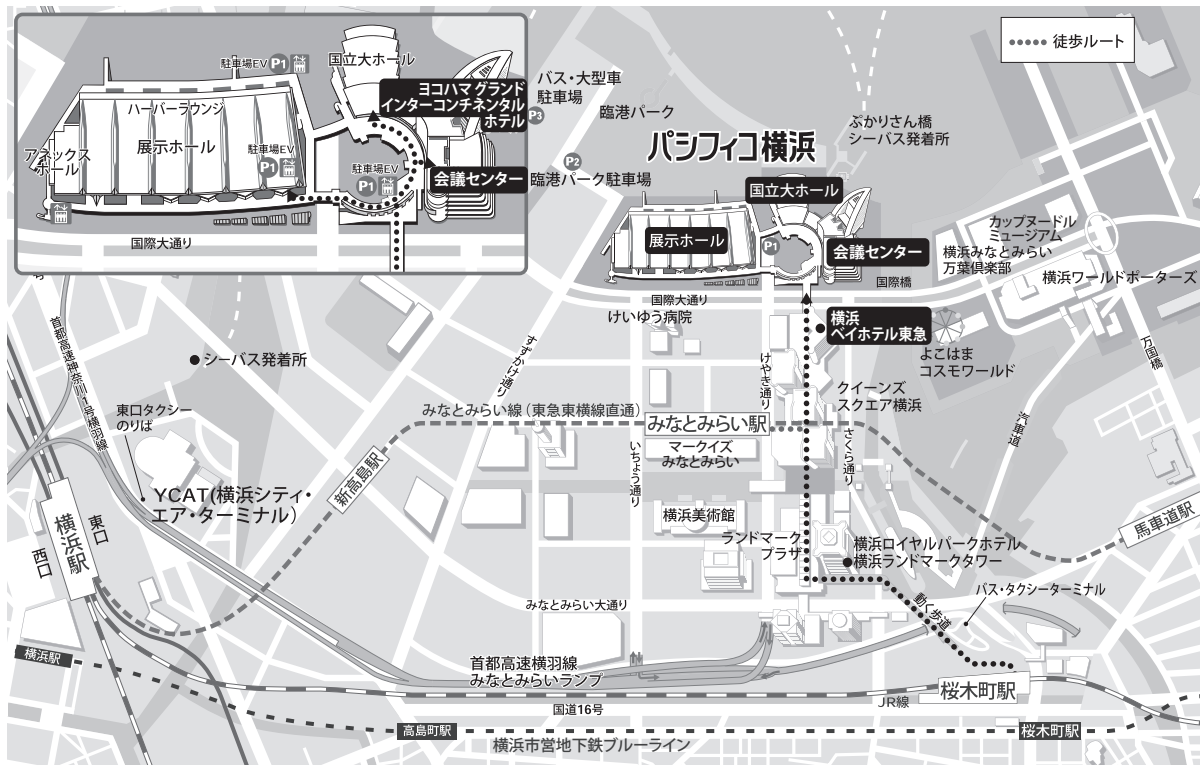
参加費： 1,000 円

（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（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】

パシフィコ横浜 会議センター
〒220-0012 横浜市内西区みなとみらい 1-1-1
TEL 045-221-2166（交通案内） 045-221-2155（総合案内）



● 交通のご案内

パシフィコ横浜直通リムジンバス 35分						
飛行機で	羽田空港	リムジンバス 30分 京浜急行 24分	横浜駅 YCAT (横浜シティ・エア・ターミナル) (横浜駅東口)	タクシー 7分 (東口 ボルタ地下2Fより)		
	成田空港	リムジンバス 90分 (パシフィコ横浜行きは120分) JR成田エクスプレス 90分		みなとみらい線 3分 計30分	みなとみらい駅 「クイーンズスクエア横浜連絡口」よりエスカレーターを乗継ぎ「2F」へ	徒歩 3分
電車・新幹線で	渋谷駅	東急東横線：特急→みなとみらい線 (東急東横線・みなとみらい線 直通運転)				
	東京駅	JR東海道線 25分				
	新横浜駅	JR横浜線 3分 菊名駅	東急東横線 6分 (みなとみらい線直通 みなとみらい駅まで10分)	JR京浜東北線 3分		徒歩 12分
		JR横浜線 15分 (京浜東北線經由東神奈川駅乗り換え)			桜木町駅	バス 7分
横浜市営地下鉄 15分				タクシー 5分		
パシフィコ横浜						

※無料駐車場はございません。

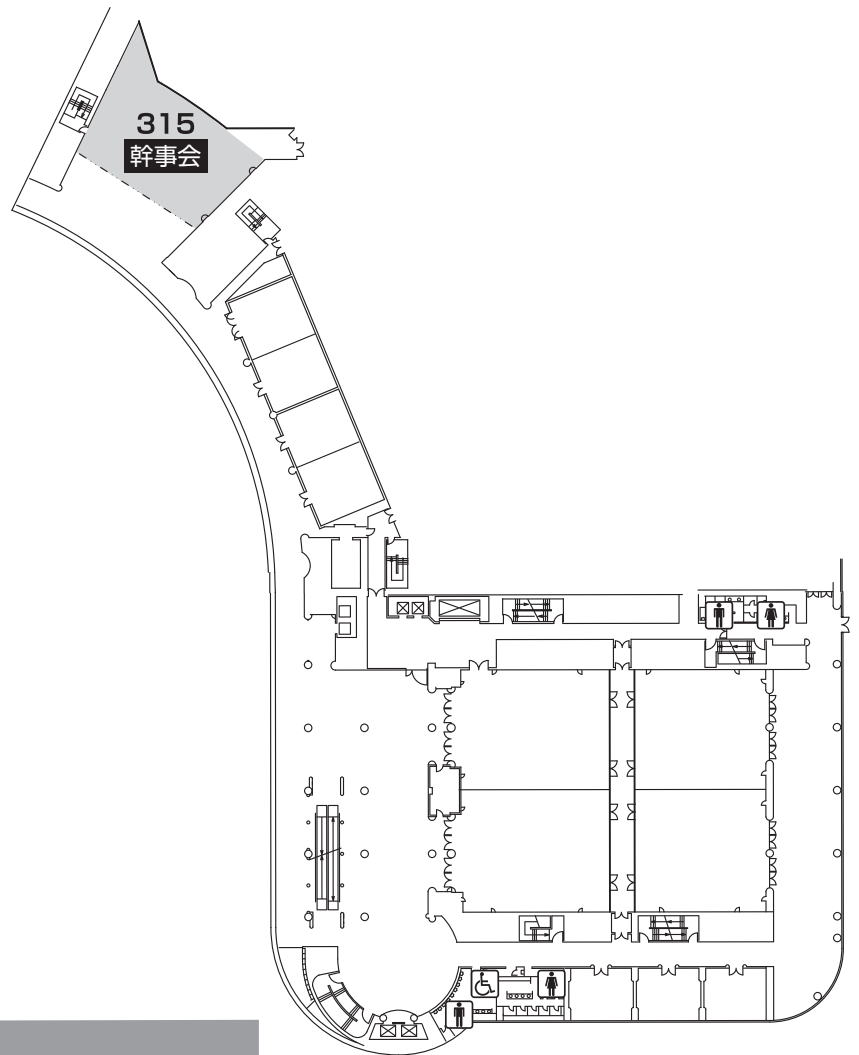
□ お車ご利用の場合

【東京方面より】 首都高速	横羽線 横浜公園方面	横羽線 みなとみらいランプ	パシフィコ横浜
	湾岸線 (鶴見つばさ橋、ベイブリッジ経由) 横浜方面	横羽線 みなとみらいランプ	
【関西・中部方面より】 東名高速 横浜町田IC	保土ヶ谷バイパス 狩場方面 ▶ 狩場IC ▶ 高速神奈川3号 狩場線 横浜方面 ▶ 横羽線 みなとみらいランプ	約3分	パシフィコ横浜
	約20分	約10分	

【場内案内図】

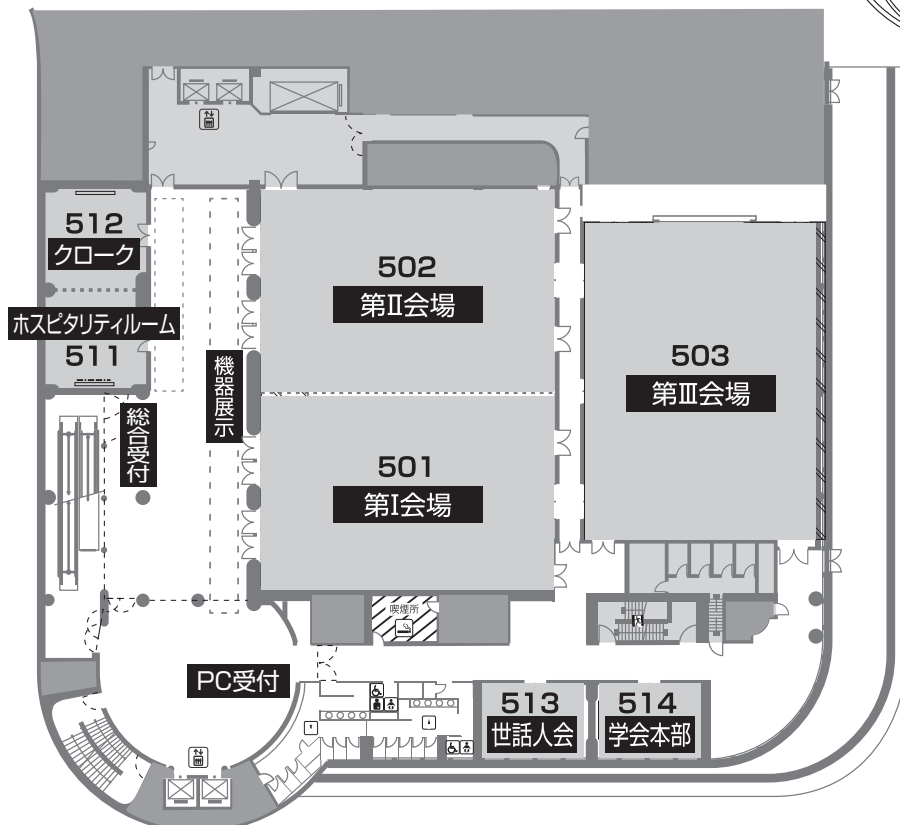
パシフィコ横浜

3F



パシフィコ横浜

5F



第Ⅰ会場
(501)

8:25~8:30 開会式

8:30~9:18

大血管 1

1~6 國原 孝

心臓血管研究所付属病院
心臓血管外科

9:18~10:06

心臓：先天性 1

7~12 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

10:06~10:54

心臓：先天性 2

13~18 川崎志保理

順天堂大学医学部附属順天堂医院
心臓血管外科

10:54~11:42

心臓：先天性 3

19~24 平田 康隆

東京大学医学部附属病院
心臓血管外科

11:50~12:00

GTCS報告

『みんなでとろうインパクト
ファクター』

演者 新田 隆
(日本医科大学付属病院
心臓血管外科 教授)

12:00~12:50

ランチョンセミナー：
大血管

『Aortic teamで挑む胸部大動脈
治療』

座長 井元 清隆
(横浜市立大学附属市民総合医療センター
心臓血管センター 教授)

演者 宮本 伸二
(大分大学医学部
心臓血管外科学講座 教授)
協賛：日本ゴア株式会社

第Ⅱ会場
(502)

8:30~9:18

心臓：弁膜症 1

1~6 伊藤 努

済生会横浜市東部病院
心臓血管外科

9:18~10:06

心臓：弁膜症 2

7~12 輕部 義久

横浜市立大学附属市民総合医療
センター 心臓血管センター

10:06~10:54

心臓：弁膜症 3

13~18 津久井宏行

東京女子医科大学
心臓血管外科

10:54~11:42

心臓：弁膜症 4

19~24 岡本 祐樹

立川メディカルセンター
立川総合病院循環器・脳血管
センター心臓血管外科

12:00~12:50

ランチョンセミナー：
心臓

『若手外科医が勝ち抜くための
心エコー』

座長 益田 宗孝
(横浜市立大学 外科治療学 教授)
演者 渡辺 弘之
(東京ベイ・浦安市川医療センター
ハートセンター長)
協賛：エドワーズライフ
サイエンス株式会社

第Ⅲ会場
(503)

8:30~9:18

肺：悪性 1

1~6 伊藤 宏之

神奈川県立がんセンター
呼吸器外科

9:18~9:58

肺：悪性 2

7~11 青景 圭樹

国立がん研究センター東病院
呼吸器外科

9:58~10:46

肺：悪性 3

12~17 渡部 克也

関東労災病院
呼吸器外科

10:46~11:26

学生発表

18~22 長 泰則

東海大学医学部
外科学系心臓血管外科 教授

山下 裕正
東邦大学医療センター大橋病院
心臓血管外科

12:00~12:50

ランチョンセミナー：
肺

『安全な胸腔鏡手術を
実践するために』

座長 池田 徳彦
(東京医科大学
呼吸器外科・甲状腺外科 教授)
演者 岩崎 正之
(東海大学医学部
外科学系呼吸器外科学 教授)
協賛：帝人ファーマ株式会社

10:00~10:50

世話人会 (513)

11:00~11:50

幹事会 (315)

第Ⅰ会場
(501)

12：55～13：40

コーヒーブレイク
セミナー：大血管

『急性大動脈解離に対する
治療戦略』

座長 志水 秀行

(慶應義塾大学
外科学(心臓血管) 教授)

演者 山本 浩史

(秋田大学 心臓血管外科 教授)

協賛：日本ライフライン株式会社

第Ⅱ会場
(502)

12：55～13：40

コーヒーブレイク
セミナー：心臓

『小児弁膜症の外科治療』

座長 磯村 正

(大崎病院 東京ハートセンター
副院長兼特任部長)

演者 角 秀秋

(福岡市立こども病院・感染症センター
副院長)

協賛：泉工医科工業株式会社

第Ⅲ会場
(503)

12：55～13：40

コーヒーブレイク
セミナー：肺・食道

『胸部腫瘍に対する最新の治療戦略』

『呼吸器外科とSSI』

座長兼演者 中山 治彦

(神奈川県立がんセンター 副院長)

『胸部腫瘍に対する重粒子線治療』

中山 優子

(神奈川県立がんセンター
放射線治療部長)

協賛：ジョンソン・エンド・
ジョンソン株式会社

13：45～14：25

大血管 2

25～29 岡田 健次

信州大学医学部附属病院
心臓血管外科 教授

13：45～14：25

心臓：冠動脈 1

25～29 千葉 清*

聖マリアンナ医科大学病院
心臓血管外科

北中 陽介

聖マリアンナ医科大学病院
心臓血管外科

13：45～14：17

食道

23～26 利野 靖

横浜市立大学附属病院
外科治療学 一般外科

14：25～15：05

大血管 3

30～34 吉武 明弘

慶應義塾大学病院
心臓血管外科

14：25～15：05

心臓：冠動脈 2

30～34 村岡 新*

自治医科大学 心臓血管外科

川人 宏次

自治医科大学 心臓血管外科 教授

14：17～14：49

肺：良性

27～30 荒井 宏雅

神奈川県立循環器
呼吸器病センター 呼吸器外科

15：05～15：45

大血管 4

35～39 高野 弘志

獨協医科大学越谷病院
心臓血管外科・呼吸器外科 教授

15：05～15：53

心臓：弁膜症 5

35～40 郷田 素彦

横浜市立大学附属病院
外科治療学 心臓血管外科

14：49～15：29

縦隔胸壁 1

31～35 高持 一矢

順天堂大学医学部附属順天堂医院
呼吸器外科

15：45～16：25

大血管 5

40～44 田中 千陽*

東海大学医学部付属病院
心臓血管外科

志村信一郎

東海大学医学部付属病院
心臓血管外科

15：53～16：49

心臓：その他

41～47 北村 律

北里大学病院
心臓血管外科

15：29～16：17

縦隔胸壁 2

36～41 山本 健嗣

横浜労災病院
呼吸器外科

16：25～17：05

大血管 6

45～49 田中 慶太

虎の門病院
循環器センター外科

16：17～16：57

肺：その他

42～46 佐治 久

聖マリアンナ医科大学病院
呼吸器外科

17：05～17：10 閉会式

*：U-40（関東甲信越地区幹事）

第 I 会場：501

8：30～9：18 大血管 1

座長 國 原 孝（心臓血管研究所附属病院 心臓血管外科）

I-1 ダイビングキャッチにより発症した外傷性 Valsalva 洞瘤破裂の 1 例

国保直営総合病院君津中央病院 心臓血管外科

池内博紀、榎本吉倫、須藤義夫

症例は 38 歳男性。野球でダイビングキャッチを試みた際に前胸部を強打、その後咳嗽、起座呼吸が出現し当院紹介となった。心エコーで右冠動脈洞から右室流出路に向かう血流を認め、1 型 Valsalva 洞瘤破裂の診断で手術を施行した。VSD を併存しており、Valsalva 洞瘤を直接閉鎖した後、両者を覆うようにパッチ閉鎖を行った。経過良好で術後 11 日で自宅退院となった。外傷性 Valsalva 洞瘤の破裂例は非常に稀であり、文献的考察を含めて報告する。

I-3 大動脈中膜石灰化を伴った解離性大動脈瘤に対し基部置換術を施行した 1 例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

糊澤壮樹、大木伸一、菅谷 彰、三澤吉雄

【はじめに】中・小筋型動脈にみられる石灰化病変はメンケベルグ型硬化症として知られているが、大動脈に中膜石灰化を認めることはまれである。解離性大動脈瘤に中膜石灰化が認められた症例を経験したので報告する。【症例】症例は 67 歳女性。大動脈基部解離性動脈瘤に対して基部置換術を施行した。術前の CT で大動脈中膜に石灰化が認められ、術後病理検査でも中膜石灰化が確認された。解離性動脈瘤の一因となっている可能性も考えられ文献学的考察を加え報告する。

I-5 大動脈弁位 PVE・弁輪部膿瘍に対する Bentall 手術の 1 例

国立国際医療研究センター戸山病院 心臓血管外科

戸口幸治、森村隼人、池田 司、王 志超、橋本昌典、

村上友梨、福田尚司、保坂 茂

69 歳女性。活動期 IE（Streptococcus pyogenes）に対し、大動脈弁置換術・僧帽弁形成術後。昨年 7 月、水様性下痢が出現。血液培養で Streptococcus Agalactiae が検出され、抗生剤投与施行。経過中、左前胸部痛が出現。ACS の診断。精査にて LAD99% 狭窄と弁輪部膿瘍を認め、緊急手術となる。大動脈弁位 PVE と弁輪部膿瘍を認め、膿瘍を伴う仮性瘤の LAD への圧排所見を認めた。Bentall 手術を施行。術後経過は順調であった。

I-2 Bentall 術後に発症した冠動脈瘤及び吻合部瘤の 1 例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

浦下周一、小松正樹、市村 創、五味潤俊仁、中原 孝、大橋伸朗、大津義徳、和田有子、瀬戸達一郎、福井大祐、岡田健次

症例は 62 歳男性。47 歳時に大動脈弁輪拡張症、大動脈弁閉鎖不全症、胸部大動脈瘤にて Bentall 手術、上行弓部大動脈全置換術を受けていた。経過観察中に両側の冠動脈瘤及び吻合部瘤を認め、拡大傾向であることから手術目的に当科紹介となった。手術は冠動脈瘤を切除し、弁輪下に吻合部瘤との交通孔を認めたため、再 Bentall 手術を行った。文献的考察を加え報告する。

I-4 急性 A 型大動脈解離術後遠隔期に大動脈基部が破裂し救命し得た一例

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、櫻井 学、野村亜南、若林 豊、高原善治

症例は 78 歳男性。13 年前に Stanford A 型急性大動脈解離で上行置換術を施行。その後吻合部末梢側の弓部解離性大動脈瘤の拡大、AR を認めたため 3 年前に AVR+弓部置換術を施行した。この時には大動脈基部の拡大は認めていなかった。その後外来で経過観察を行っていたが、突然の前胸部痛で救急搬送され、CT で大動脈基部破裂の診断となり、緊急で Bentall 手術を施行、術後 49 日で自宅退院となった。若干の文献考察を含め報告する。

I-6 Bentall 術後 AR の両下肢動脈完全閉塞合併症例に対して上腕動脈からの IABP 挿入が有効であった 1 例

足利赤十字病院 心臓血管外科

伊藤隆仁、岡本雅彦、古泉 潔

63 歳男性。10 年前に Freestyle 弁を使用した Bentall 術を施行。今回、直腸癌の術前検査で大動脈弁位感染性心内膜炎を認めた。抗生剤加療を行うも弁尖破壊による逆流のため心不全を来とし紹介。EF20% と低左心機能で、左外腸骨動脈と右総腸骨動脈閉塞を合併していたため左上腕動脈より予防的に IABP を挿入し、生体弁で AVR を施行した。人工心肺離脱は問題なく術後経過も良好であった。下肢からの IABP 挿入困難例に対し左上腕動脈からの挿入が良好であったため報告する。

9:18~10:06 心臓：先天性1

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）

I-7 ファロー四徴症、肺動脈閉鎖、主要体肺側副血行、中心肺動脈低形成に対して集合化を行わずに根治手術を施行しえた1例

北里大学医学部 心臓血管外科

近藤 真、杉本晃一、吉井 剛、鳥井晋造、北村 律、宝来哲也、友保貴博、松代卓也、宮地 鑑

生後1ヶ月時に低形成の中心肺動脈(2mm)に対しcentral shunt(3.5mm)を施行。5か月時に主要体肺側副血行2本はdual supplyのためコイル塞栓術で閉鎖。肺動脈は成長していたが、未だ不十分で(PAI=83)、RV-PA conduit(8mm)を施行。1歳3か月時にePTFE14mm3弁心外導管による根治術を施行した。

I-9 Ebstein病、VSDに対するStarnes型手術の1例

東京慈恵会医科大学 心臓外科

高木智充、森田紀代造、黄 義浩、篠原 玄、橋本和弘

症例：1ヶ月男児。出生後チアノーゼを認めEbstein病、VSD、PFOと診断。Day1にBASを施行。その後Tr mildで経過観察していたが多呼吸、頻脈が出現しカテーテル検査を施行。高肺血流による肺高血圧を認めLV 263%RV 35%N。術中所見はCarpentier C/D。癒合した三尖弁を切開してVSDに到達。下縁はpalsterng中隔尖を利用しperimembranous VSDに対して0.4mmPTFEのpatchで閉鎖、T弁semiclosure、ASD creation、BT shunt(4mm)を施行。術後2ヶ月となる現在BDG待機中である。

I-11 Accessory hepatic veinを伴うApicocaval juxtaposition症例に対するTCPCの1経験

山梨大学医学部附属病院 第2外科

本田義博、鈴木章司、加賀重亜喜、佐藤大樹、白岩 聡、榊原賢士、葛 仁猛、中島博之

症例は2歳、体重11kg女児。無脾症、左室型単心室、左側IVCの診断。両側SVCに対しBDG術後。術前検査で右側心房へ灌流するaccessory hepatic veinが指摘されていた。手術は人工心肺補助・心拍動下、心外導管は左側IVCから右肺動脈へ椎体を横断して留置し、accessory hepatic veinは導管へ端側吻合しextracardiac TCPCとした。内臓錯位では複雑な心形態を呈し、入念な術前評価が必要である。

I-8 TGA(III)に対するRastelli術後のLVOTS、PRに対しreRastelli術を施行した1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

栢沢政司、松尾浩三、林田直樹、鬼頭浩之、浅野宗一、大場正直、弘瀬伸行、丸山拓人、長谷川秀臣、村山博和

27歳女性。TGA(III)にて6歳時他院でRastelli(1弁付導管)手術施行。術後LVOTS進行と高度PR認めたが、LVOT patch石灰化高度かつ既に漏斗部中隔は除去されており、外科的なLVOTS解除は困難と判断され当院紹介。体外循環確立後に旧心外導管を外しRV側から石灰化LVOT patchをCUSAで脱灰し除去、ePTFEパッチにてLVOT再建、3弁付導管でRVOT再建。術後LVOTSは改善(4→2m/s)した。

I-10 三尖弁閉鎖不全のため二心室修復を断念し、RV exclusion+TCPCを行ったPA IVSの2例

千葉県こども病院 心臓血管外科

寶亀亮悟、青木 満、萩野行男、齋藤友宏、鈴木憲治、高澤晃利
右室容積・機能上は二心室修復可能と判断されたPA IVSに対して、三尖弁異形成による逆流のコントロールがつかずRV exclusionを行い単心室手術に変更した2例を経験した。1例はGlenn手術時(2歳時)にRV exclusionを行い、TCPCに到達した。もう1例は二心室修復後、三尖弁置換術後(13歳時)にRV exclusion+TCPC conversionを行った。2例とも三尖弁を穴空きパッチで閉鎖したのみで右室内腔の消失が得られ、術後経過良好であった。

I-12 成人Criss-cross心に対する一次的TCPC手術の1例
自治医科大学附属病院とちぎ子ども医療センター

小児・先天性心臓血管外科

吉積 功、前川慶之、河田政明

近年単心室症に対する治療は段階的アプローチが原則とされる。Criss-cross心の32歳女性例に対し、成人と小児の上半身・下半身の血流バランスを考慮し、段階的修復術経過中の低酸素血症を回避する目的で一次的TCPC手術を行った。術中BDG吻合作成後、体外循環を一時停止し、循環動態、血液ガス所見など評価の上、心外導管型TCPC手術を完成した。術後経過は良好で、今後妊娠・出産の希望について検討を行う方針となった。

I-13 非定型的左冠状動脈肺動脈異常起始症の1例：大動脈壁内走行の合併

自治医科大学附属病院とちぎ子ども医療センター

小児・先天性心臓血管外科

河田政明、前川慶之、吉積 功

4p-症候群、VSD、ASDと診断された低出生体重児（1506g）に対する肺動脈絞扼術後、心内修復前の検査で非定型的左冠状動脈肺動脈異常起始症（ALCAPA）が診断された。LCAは右肺動脈起始部から起始し、大動脈左側壁内を縦走後、主肺動脈後方に出現した。心内修復時、壁内走行部分に対しUnroofing（長径6mm）を行い順調な経過を得た。後方視的検討では、より早期の診断の可能性が示唆された。

I-15 BWG症候群に対してTakeuchi法を施行した2症例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

中尾充貴、阿部貴行、野村耕司

症例1 2ヶ月時にBWG症候群を指摘され、Takeuchi法による冠動脈再建術を施行した。術後に心収縮能の改善を認め、3年後のカテーテル検査では冠動脈の瘤化や短絡を認めず、冠動脈血流も良好であった。症例2 5ヶ月時にBWG症候群、僧房弁逆流を指摘され、Takeuchi法による冠動脈再建術及びMVPを施行した。心収縮能は改善したが、tunnel leak、MR増悪を認め再手術となった。7年後のカテーテル検査では、冠動脈血流は良好であるものの少量のleakと軽度の肺動脈弁上狭窄を認めた。

I-17 虚血性僧帽弁閉鎖不全症に三心房心を合併した1例

東京女子医科大学 心臓血管外科

吉田尚司、津久井宏行、岩朝静子、勝部 健、早川美奈子、
相山 恒、山崎健二

AMIに対しPCI施行された62歳男性。虚血性MR、心不全の治療に難渋している際、TTEにて三心房心Lucas-Schmidt 1Aの診断となった。右側左房アプローチ。4×4cmの副室を認め、開口部は3cmで左心耳を含む固有左房を確認した。隔壁を切除後、同時に切除した左房後壁を縫着した後、MVR、TAP、左心耳閉鎖を施行した。術後TTEで隔壁は完全に消失し、術後16日で退院となった。虚血性MRに三心房心を合併した稀な症例を経験したので報告する。

I-14 先天性冠動脈狭窄に対して自己肺動脈パッチによる冠動脈形成術を行った一例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

有馬大輔、笹原聡豊、本川真美加、内藤祐次、宮本隆司

虚血性心疾患の術式として冠動脈パッチ形成術は少数ながら良好な長期成績が報告されている。先天性冠動脈狭窄に対して冠動脈パッチ形成術を行い、中期的フォロー中の症例を経験した。症例は12歳、男児。失神で救急病院に搬送後、左冠動脈入口部狭窄、僧帽弁逆流の診断となった。手術は人工心肺下に、自己肺動脈パッチによる冠動脈形成術、僧帽弁形成術を施行した。術後3年経過するが、冠動脈の開存は良好に得られている。

I-16 IAA（A）、VSD、SASに対するDKS+EAAA+BTS後にDKS Takedown+ICRを行った1例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

高柳佑士、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、古田晃久、岡本卓也
症例は2歳男児。新生児期に両側PAB、2ヶ月時にDKS+EAAA+BTSを行った。当初Rastelli手術の方針としていたが、VSDがRemoteで心内Reroutingは困難であると判断した。SASは計測上許容範囲と判断され、DKS Takedown+ICRの方針とした。手術は体外循環心停止下に、主肺動脈を大動脈からはずして上行～弓部大動脈をパッチ形成した。VSDをパッチ閉鎖後、主肺動脈を左右肺動脈分岐部に吻合した。術後の経過は良好であった。

I-18 Yasui術後にneo A弁に人工弁置換術を施行した1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
症例は5歳9か月男児。日齢9にDORV、CoA、SAS、Hypoplastic aortic arch、inlet VSDの診断にてYasui手術を施行した。5歳5か月頃よりneo ARの急速な進行をみとめ、4か月後にneo A弁位に機械弁による人工弁置換術（SJM 17mm）施行、native aortic valveは閉鎖した。術後経過は良好で人工弁のトラブル無く経過している。Yasui術後の機械弁によるAVRの報告は稀であり、その特殊性に関する考察を加え報告する。

10:54~11:42 心臓：先天性3

座長 平 田 康 隆（東京大学医学部附属病院 心臓血管外科）

I-19 異なる経過を辿った第5大動脈弓遺残を合併した大動脈離断症の2手術例

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
岡田公章、保土田健太郎、宇野吉雅、栢岡 歩、鈴木孝明
症例1は男児。生後15日で哺乳不良となり、エコーで大動脈縮窄、ductal shockの診断で紹介。A型大動脈離断症、第5弓縮窄症の診断で同日、緊急手術を行った。症例2はDD twin第2子男児。生後7日に心雑音を指摘され紹介。エコーでB型大動脈離断症、第5弓縮窄症の診断。下半身の血流は左鎖骨下動脈からの盗血で保たれていたため、生後11日に待機的に手術を行った。病理所見を加えて報告する。

I-21 成人期に発症した不完全型房室中隔欠損症の2治療例 水戸済生会総合病院 心臓血管外科呼吸器外科

三村慎也、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫

【1】49歳、女性。動悸、浮腫を契機に診断された。MR 2度、収縮期PA圧32mmHg、 $Qp/Qs=1.74$ 。【2】60歳、男性。健診での心電図異常を契機に診断された。mild~moderate MR、PA圧29/12/(19) mmHg、 $Qp/Qs=2.3$ 。2例とも手術は完全体外循環、心停止下に僧帽弁前尖クレフトを縫合閉鎖、冠静脈洞を左房側へ落とし込む形で一次中隔欠損をゴアテックスパッチで閉鎖した。ともに術後遺残シャントと房室ブロックなく独歩退院した。

I-23 先天性右房憩室に対する外科治療経験

東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科

前田拓也、坂本貴彦、長嶋光樹、平松健司、松村剛毅、上松耕太、大倉正寛、秋山 章、瀧口洋司、山崎健二

先天性右房憩室は極めて稀な疾患であり、その長期的予後は不明であるが、拡大した憩室による圧排や破裂、不整脈の危険性が危惧される。今回、我々は3症例（22歳女性、31歳男性、35歳女性）を経験し体外循環併用心停止下に外科的切除をおこなった。文献的考察を加えて報告する。

I-20 片側肺動脈欠損症の2例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

笹原聡豊、有馬大輔、本川真美加、内藤祐次、宮本隆司

症例1:1か月、女児。右肺動脈欠損、肺高血圧、心房中隔欠損症に対して心房中隔欠損孔閉鎖と5mm人工血管で上行大動脈前面の位置に右肺動脈再建を行った。症例2:5か月、男児。右肺動脈欠損、肺高血圧に対して5mmリング付き人工血管で解剖学的位置に右肺動脈再建を施行した。6歳時の肺血流シンチで右肺の血流低下を認めたが、心カテでは人工血管に狭窄はなく、末梢肺動脈は発達良好であった。成長に伴う右肺動脈の相対的な血流の低下が考えられ、12mm人工血管へサイズ交換した。

I-22 繰り返す右房内血栓に胸郭変形の関与が疑われた一例 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

ASD、PDA、PH、21trisomy、漏斗胸の女児。1y1m、胸骨正中切開でASD閉鎖。4y1m、RA内腫瘍を指摘。再胸骨正中切開で腫瘍摘除。病理組織結果は血栓。抗凝固療法を導入し術後3月中止。術後6月RA内腫瘍再発し、術後9月再胸骨正中切開で腫瘍摘除。漏斗胸によるRA圧排が腫瘍形成に関与した可能性を考慮しCPB離脱後Ravitch変法にて漏斗胸手術を併施。病理組織結果は血栓。抗凝固療法を導入し半年後に中止。1年7月経過後RA腫瘍再発なし。繰り返すRA血栓に胸郭変形の関与が疑われた。

I-24 学童期に皮下コイルリードを用いて植込み型除細動器を植込んだ1手術例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

石井知子、西津 錬、松原宗明、米山文弥、工藤洋平、三富樹郷、徳永千穂、相川志都、坂本裕昭、榎本佳治、佐藤藤夫、平松祐司

症例は体育の授業中に卒倒し心停止から蘇生された心外導管型フォンタン手術後の7歳女児。経過中に心室頻拍の出現を認め植込み型除細動器の適応と判断するも、経静脈心内膜リードが使用困難な症例であり皮下コイルリードを用いて手術を行った。国内での使用経験が少ない皮下コイルリードを用いた本手術法の功罪を中心に報告する。

13:45~14:25 大血管2

座長 岡田健次（信州大学医学部附属病院 心臓血管外科）

I-25 特発性大動脈破裂の TEVAR による救命例
医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科
藤崎正之、井上堯文、吉本明浩、森住 誠、末松義弘
79 歳男性 外出から帰宅後強い胸背部痛が出現し、医療センターへ搬送。造影 CT 検査にて胸部大動脈破裂と診断後、当院へ搬送。CT 画像にて胸部大動脈瘤はなく、大動脈壁の著明な内膜肥厚・遠位弓部付近の壁内血腫 (IMH) を確認。緊急 TEVAR 施行した。AOG にて造影剤の漏出認めるも、破裂部位を認めないことから術前 CT 所見をもとに遠位弓部に SG をデリバリー。施行後造影にて造影剤の漏出は消失した。全身状態は安定するも IPOD より不全対麻痺を生じた。考察を加え報告する。

I-27 Total debranch TEVAR 後、type Ia endleak による弓部瘤拡大に対して open stent grafting を施行した症例
1 東邦大学佐倉病院 心臓血管外科
2 三井記念病院 心臓血管外科
藺藤佑哉¹、齋藤 綾¹、竹谷 剛²、本村 昇¹
症例は 76 歳女性。2 年前に弓部大動脈瘤・右冠動脈瘤に対し total debranch TEVAR (TAG)+CABG (SVG-RCA) を施行。Type Ia endleak による弓部瘤拡大・嚥下障害が出現し手術となった。ステント中枢端と debranch 血管吻合部・SVG 中枢側が近接し、循環停止下に旧中枢側ステントを中途切断。Open stent graft を挿入し旧ステントと共に断端形成。debranch 血管、SVG を再建し終了。POD7 に ICU 退室。POD51 にリハビリ転院した。

I-29 慢性解離性胸部下行大動脈瘤に対して二期的に TEVAR を施行した一例
成田赤十字病院 心臓血管外科
伊東千尋、渡邊裕之、焼田康紀、諫田朋佳
症例は 65 歳男性。8 年前に B 型解離を発症し保存加療となっていたが、胸部下行瘤が瘤径 55mm と拡大傾向を認め手術の方針となった。真腔は胸部下行より狭小化を認め腎動脈分岐後に閉塞していた。Access の確保目的に腎動脈下で Y-grafting を施行し 2 ヶ月後に胸部下行瘤に対して二期的に TEVAR を施行した。術後合併症の出現なく独歩退院となり造影 CT でも偽腔径の拡大なく経過している。慢性瘤に対して二期的に TEVAR を施行し良好な経過をたどったので若干の文献的考察を加えて報告する。

I-26 胸椎椎体炎を併発した感染性胸部下行大動脈瘤に対し TEVAR 及び椎体掻破骨形成を施行した 1 例
筑波メディカルセンター病院 心臓血管外科
小西泰介、工藤洋平、池田晃彦、松崎寛二、軸屋智昭
77 歳男性。胸部下行大動脈の感染性仮性大動脈瘤切迫破裂に対し緊急で TEVAR を施行。血液培養で MSSA を検出。抗生剤投与を 3 週間継続し炎症所見は陰性化。大動脈瘤も縮小傾向であったが、Th10-11 の椎体破壊像が認められた。手術適応なく一旦退院したが、2 週間後に椎体炎の増悪が認められ再入院。椎体膿瘍ドレナージ、骨掻破、抗生剤封入人工骨カプセルによる骨形成を施行した。術後 1 年を経過して感染再燃はなく経過良好である。

I-28 TEVAR による down staging を行い 2 期的に手術を行った B 型解離性胸腹部大動脈瘤の 1 例
信州大学医学部附属病院 心臓血管外科
市村 創、岡田健次、浦下周一、小松正樹、五味潤俊仁、中原 孝、大橋伸朗、大津義徳、和田有子、瀬戸達一郎、福井大祐
44 歳男性、2007 年に B 型解離を発症。この際に AAE、AR、TAA を認め、m-Bentall 手術+TAR 施行。B 型解離は保存的に加療された。2014 年、加工大動脈の再解離、急速な瘤径拡大を認め、再解離後 1 ヶ月で TEVAR による entry 閉鎖を施行。その後胸腹部大動脈瘤の拡大を認め 2015 年 5 月、胸腹部大動脈人工血管置換術施行、Crawford type II→III に down staging 可能であった。

14：25～15：05 大血管3

座長 吉 武 明 弘（慶應義塾大学病院 心臓血管外科）

I-30 短期間に大動脈イベントを繰り返した1手術例
医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科
大城規和、野口権一郎、片山郁雄、山部剛史、湯地大輔、
白水御代、田中正史
77歳男性、severe AR、基部～弓部大動脈瘤に対して基部置換及び全弓部置換術（Epic23mm、Jgraft26mm4分枝）施行。術後縦隔炎発症し心嚢ドレナージ及び大網充填施行し自宅退院。退院3日後背部痛を主訴にスタンフォードB型大動脈解離発症し再入院TEVAR施行。短期間に大動脈イベントを繰り返し、大動脈の脆弱性が示唆される症例を経験したので報告する。

I-32 EVAR後の腎動脈閉塞を腎動脈stent留置でrecoverした一例
東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科
瀬戸悠太郎、東 隆、原田崇史、松崎雄一、笹生正樹、
富岡秀行、青見茂之、山崎健二
80代男性の増大するpara-renal AAAに開窓型ステントグラフトを留置した。留置直後は両側腎動脈は開存していたが、その後腎機能低下を認めた。腎血流シンチで右腎動脈の血流の低下と無機能腎を認めた。経皮的腎動脈拡張術を施行し、腎血流シンチで血流と腎機能の改善を認めた。長期開存目的に腎動脈stentを留置し退院時の腎血流シンチで更なる腎機能の改善を得た。EVARによる腎動脈閉塞をrecoverした一例を報告する。

I-34 弓部大動脈瘤腕頭動脈鎖骨下動脈瘤に対してハイブリッド治療後遠隔期の人工血管感染に対する1治療例
1 慶應義塾大学病院 心臓血管外科
2 大分大学医学部 心臓血管外科
河島毅之¹、吉武明弘¹、岡本一真¹、河西未央¹、平野堯教¹、
川口新治¹、北原大翔¹、岡 秀俊¹、赤松雄太¹、宮本伸二²、
志水秀行¹
症例は54歳男性 Marfan 症候群。開心術の既往あり。弓部大動脈瘤腕頭動脈鎖骨下動脈瘤にてハイブリッド治療後2年6ヶ月目に人工血管感染に対し、人工血管抜去術、全弓部置換術、右総頸—左総頸動脈バイパス術（食道後経路）施行。右腋窩動脈へは胸腔内経路で吻合。術後経過は良好で抗生剤加療後自宅退院となった。

I-31 Shaggy aorta 広範囲胸部大動脈瘤に対する staged hybrid 手術
獨協医科大学病院 ハートセンター 心臓・血管外科
武井祐介、堀 貴行、菅野靖幸、金澤祐太、福田宏嗣
72歳男性、広範囲胸部大動脈瘤最大短径72mmの症例。CT atheroma grade4のshaggy aortaであったが、open surgeryのみでは耐術不可でありステントグラフト内挿術を併用したstaged hybrid手術を計画した。まず腹腔動脈塞栓術を施行、次にGel-weave Lupiaeを用いた上行置換total debranching bypassを行いlandingを確保、最後にSMAをfilter deviceでprotectionした後TEVARを施行した。術後塞栓症を起こすことなく周術期を経過した。

I-33 腎動脈にtearを持つ慢性解離性胸腹部大動脈瘤に対する治療例
千葉県救急医療センター
末田智紀、山口聖一、藤田久徳、武内重康
症例は68歳男性。14年前に慢性解離性胸腹部大動脈瘤破裂に対して下行大動脈置換術施行。今回CTにて腹腔動脈分岐部から腎臓脈下にかけての残存解離腔が最大63mmまで拡大し手術適となった。tearは左腎動脈に認められた。右総腸骨動脈から左腎動脈へbypassを作成し、左腎動脈開口部をカバーするようにステントグラフトを留置したのちに左腎動脈内のtearをコイル塞栓した。術後CTでは偽腔血流はなくなり、endoleakも認めなかった。

I-35 左冠動脈主幹部解離を伴う急性大動脈解離の1救命例
横浜総合病院 心臓血管外科
兼村禎大、大井正也、東田隆治、石川 昇
58歳男性、主訴は胸痛。救急来院直後より急激に心不全が増悪し人工呼吸器管理を要した。CTで急性大動脈解離 Stanford A型の診断も、心機能低下が著明であり、PCPS装着後の冠動脈造影で左冠動脈主幹部に解離を伴う高度狭窄を認め、ステント留置を行い血行動態の改善を得た。PCPSを離脱後、第19病日にDAPT投与下でBentall+CABGを施行し術後第32日に独歩退院した。左冠動脈主幹部解離を伴う急性大動脈解離に対し、虚血改善と集中治療後の外科的治療で救命し得た。

I-37 2臓器の malperfusion を呈した急性 A 型大動脈解離に対し partial root remodeling を施行した1例
財団法人心臓血管研究所
有村聡士、関 雅浩、佐々木健一、高井秀明、國原 孝
症例は29歳男性、幼少期に肺動脈狭窄症の手術歴あり。主訴は胸痛と左下肢痛。A型急性大動脈解離と診断。下肢 malperfusion あり、Ax-bi femoral bypass を施行。entry は上行、tear を弓部に認めたため部分弓部置換を施行した。解離が右 valsalva sinus まで及び、右冠動脈が punched out していたため基部置換を要した。年齢・手術全体の侵襲を考慮し partial root remodeling+CABG (Ao-SVG-#2) を施行した。本症例に文献的考察を加え報告する。

I-39 右総頸動脈解離真腔狭窄を伴う急性 A 型解離に対し右総頸動脈置換術を追加した一例
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、櫻井 学、野村亜南、藤井政彦、高原善治
症例は47歳男性。1週間前に胸背部痛を認め、他院にて経過観察となったが心不全症状出現し当院受診。急性 A 型大動脈解離、AR と診断した。大動脈は基部から弓部にかけて解離し、右総頸動脈は偽腔閉塞し真腔は狭窄していた。基部は癒着が強く変形し、弁温存は困難と判断し m-Bentall+上行部分弓部置換+右総頸動脈置換術を施行した。頸動脈病変を伴う大動脈解離の治療方針について文献的考察を加え報告する。

I-36 急性大動脈解離術後に発症した左冠動脈主幹部狭窄の一例
医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科
山部剛史、田中正史、野口権一郎、湯地大輔、大城規和、片山郁雄、白水御代
71歳男性。急性大動脈解離に対し上行置換を施行。心収縮良好で不整脈なく CPB 離脱は容易であった。ICU 帰室後、突然除脈から心停止となり CPR 開始。ICU で開胸したがタンボナーデは認めず、PCPS 挿入。冠動脈トラブルが考えられたため、診断治療目的に Hybrid OR へ搬送し CAG 施行したところ LMT99% 狭窄を認めた。PCI 施行し狭窄解除されると自己心拍再開した。LMT 狭窄の原因として新たな偽腔または血腫による圧迫が考えられた。

I-38 左総頸動脈完全閉塞を伴った急性大動脈解離の1治療例
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 外科治療学
出淵 亮¹、井元清隆¹、内田敬二¹、磯田 晋¹、輕部義久¹、笠間啓一郎¹、伏見謙一¹、根本寛子¹、松本 淳¹、森田順也¹、益田宗孝²
症例は78歳、女性。右麻痺、意識障害を発症し前医へ救急搬送。MRA で左総頸動脈完全閉塞を認め、t-PA 投与後も改善なく、発症3時間後に経カテーテル治療を試みたところ、初回造影で再疎通を確認。その後の精査で A 型急性大動脈解離と診断され当センターで緊急手術を施行。脳神経学的後遺症なく、第25病日に独歩で自宅退院となった。

15:45~16:25 大血管5

座長 田 中 千 陽（東海大学医学部附属病院 心臓血管外科）
志 村 信一郎（東海大学医学部附属病院 心臓血管外科）

I-40 4ヶ月後に破裂した深さ10mmのPAUの1例
平塚市民病院 心臓血管外科
小谷聡秀、井上仁人、鈴木 亮、鈴木 暁
81歳男性。2014年9月、体重減少・浮腫の精査目的にCTを施行した際、左腎細胞癌と共に遠位弓部大動脈瘤のPAUを指摘された。無症状で当初深さ8.4mmと小さかったため半年毎にCTフォローし慎重な経過観察を行っていた。2015年7月、PAUは深さ10.1mmとやや増大傾向であったが無症状で経過していた。その4ヶ月後の2015年11月、突然の胸背部痛を訴え、CTにてPAU破裂と診断された。緊急TEVAR（VARIANT）を施行し、術後経過は良好である。本症例のような径の小さいPAUの治療方針につき、若干の文献的考察を加え報告する。

I-42 冠静脈が右房自由壁に開口していたStanford A型急性大動脈解離の1手術例
社会福祉法人三井記念病院 心臓血管外科
長内 享、竹谷 剛、楠原隆義、三浦純男、福田幸人、大野貴之、高本真一
症例は71歳女性、胸痛を主訴としたULP型Stanford A急性大動脈解離に対し、上行大動脈径58mmと拡大を認め、緊急上行大動脈置換術を施行。逆行性冠灌流のため右房切開行ったが冠静脈洞を確認できず、選択的冠灌流を行うと右房自由壁への冠静脈開口を確認できた。選択的冠灌流の間欠投与で心筋保護は問題無く施行でき、術後心機能も良好であった。冠静脈開口部異常を伴う急性大動脈解離の1例を経験したので報告する。

I-44 低体温循環停止を要した外傷性大動脈損傷の一例
1 横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 心臓血管センター
2 横浜市立大学 外科治療学
松本 淳¹、井元清隆¹、内田敬二¹、磯田 晋¹、輕部義久¹、笠間啓一郎¹、出淵 亮¹、根本寛子¹、伏見謙一¹、森田順也¹、益田宗孝²

16歳男性、交通外傷で前胸部を打撲。前医CTで遠位弓部から近位下行の大動脈損傷と診断され当科搬送。病変近位部は左総頸動脈起始部にまで及び、TEVARのlanding zone確保困難かつ、左総頸-左鎖骨下動脈間での遮断も困難。胸骨正中切開でも遠位部へ到達困難で、左側方開胸で低体温循環停止法を用いて人工血管置換術を行った。

I-41 心タンポナーデを合併した上行大動脈限局性解離の一例
東海大学医学部附属病院 心臓血管外科
内記卓斗、志村信一郎、秋 顕、古屋秀和、田中千陽、永瀬晴啓、山本亮佳、岸波吾郎、長 泰則、上田敏彦
77歳女性。突然の意識消失で前医へ搬送。到着時はショックバイタル、造影CTで心タンポナーデを認め当院搬送となった。心嚢ドレナージを行った後、緊急手術を施行。上行大動脈に限局性の解離を認め、エントリーと後壁の破裂孔が一致していた。上行大動脈人工血管置換術を施行しリハビリ目的に転院された。上行大動脈限局性解離に心タンポナーデを合併した一例であり、考察も含めて報告する。

I-43 両側気胸術後、B型解離切迫破裂を発症、保存的加療後、前方から上行弓部全置換術施行した1治験例
日本大学医学部 心臓血管外科
鈴木沙季、河野通成、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
55歳男性。B型解離切迫破裂の疑いで当院搬送。腹腔動脈直上までの血栓閉塞型のB型解離、遠位弓部大動脈から造影剤の漏出を認め、縦隔から左胸腔肺尖部に限局する血腫を認めた。緊急手術の適応だが、両側気胸に対する肺癒着術の術後であり、左側方開胸による剥離は困難なため、血行動態を安定させ、気管切開、血液透析を要したがこれから離脱、4ヵ月後前方より上行弓部全置換術を施行し独歩退院した。

16：25～17：05 大血管 6

座長 田 中 慶 太（虎の門病院 循環器センター外科）

I-45 重度頸動脈狭窄病変を合併した胸部大動脈瘤に対し、全弓部大動脈人工血管置換術を施行した一例
社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院
林 祥子、伊藤 努、稲葉 佑、飯田泰功、三角隆彦
73歳女性。脳梗塞、右内頸動脈閉塞、左内頸動脈狭窄・CEA 後、EVAR 術後で近医 follow されていた。徐々に TAA の拡大傾向を認め、手術目的に当院紹介受診となった。脳 spect では予備能の低下はあるものの手術は可能と判断し、全弓部大動脈人工血管置換術を施行し、脳合併症を起こすことなく、独歩退院となった。頸動脈病変を合併した大血管手術について文献的考察を添えて報告する。

I-47 狭窄した左鎖骨下動脈再建を先行し、二期的に治療した Kommerell 憩室の一例
土浦協同病院 心臓血管外科
平岡大輔、真鍋 晋、内山英俊、大貫雅裕、広岡一信
54歳、女性。めまいと嚔下時の違和感が主訴。造影 CT で右側大動脈弓、Kommerell 憩室、左鎖骨下動脈起始異常兼狭窄を認めた。二期的な外科治療を計画し、まず腋窩-腋窩バイパス術を施行し、2日後に右後側方アプローチで、部分体外循環補助下（FF バイパス）に、憩室切除、下行大動脈置換術を施行した。術後の経過は良好だった。若干の文献考察を踏まえて報告する。

I-49 右鎖骨下動脈狭窄を伴う、左鎖骨下動脈盗血症候群に対する総頸動脈-鎖骨下動脈バイパス術の 1 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
村井 伸、成瀬好洋、李 洋伸、田中慶太
症例は 71 歳男性。一過性呂律障害を主訴に近医受診。精査の結果、CT で左鎖骨下動脈起始部完全閉塞及び右鎖骨下動脈狭窄を認め、治療目的に当科紹介受診した。頸動脈超音波で左椎骨動脈の逆行性血流認め左鎖骨下動脈盗血症候群と診断、左総頸動脈-左鎖骨下動脈バイパス術施行した。術中左総頸動脈遮断時に INVOS モニター使用し、脳血流モニタリングを施行した。術後経過は良好で、左椎骨動脈の逆行性血流は消失した。

I-46 右鎖骨下動脈起始異常を伴った弓部大動脈瘤の 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
水本雅弘、山本和男、岡本祐樹、浅見冬樹、木村光裕、大久保由華、武居祐紀、榎本貴士、吉井新平
65歳男性。食道背側を走行する右鎖骨下動脈（SCA）起始異常を伴った遠位弓部大動脈瘤 53mm。軽度の胸やけ、おくび症状あり。手術は弓部大動脈置換+右 SCA 再建術を施行。縦隔内での右 SCA 再建困難と判断し右 SCA 中枢を結紮、右腋窩動脈へ端側吻合し再建した。術後経過は良好、合併症なく自覚症状も改善した。手術において右 SCA 再建に工夫が必要と考えられ文献的考察を踏まえ報告する。

I-48 右側大動脈弓に伴う Kommerell 憩室の 1 例
防衛医科大学校病院 第2外科
西田浩介、堤 浩二、田中克典、山中 望、田口眞一
症例は 56 歳女性。検診にて胸部異常影を指摘され、近医で CT 検査施行された。CT で右側大動脈弓に伴う Kommerell 憩室と診断され、当科紹介。手術は右第 4 肋間開胸にてアプローチし、右大腿動脈送血、右大腿静脈脱血による部分体外循環下に大動脈憩室部を人工血管（J-graft 24mm）にて置換した。術後経過良好で術後 12 日目に自宅退院。比較的稀な左鎖骨下動脈起始異常を伴わない右側大動脈弓、Kommerell 憩室に対する手術を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

第Ⅱ会場：502

8：30～9：18 心臓：弁膜症 1

座長 伊 藤 努（済生会横浜市東部病院 心臓血管外科）

Ⅱ-1 バルサルバの石灰化を伴う大動脈弁狭窄症に対する 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

富永訓央¹、徳永滋彦¹、李 相憲¹、益田宗孝²

症例は 73 歳女性。Severe AS に対して AVR 施行した。大動脈弁は 3 尖で弁尖・弁輪とともに RCC Valsalva の高度石灰化を伴っていた。これにより人工弁の挿入が困難であったため、CUSA を用いて石灰化除去を行った。大動脈壁は非常に薄く、一部穿孔したため、ウシ心膜を用いてパッチ形成した後に CEP TFX 21mm で弁置換を行った。術後経過は良好で、術後 18 日自宅退院した。文献的考察を踏まえて報告する。

Ⅱ-3 MPO-ANCA 陽性の Goodpasture 症候群を伴う大動脈弁狭窄の 1 治療例

東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科

片岡 豪、浅野竜太、佐藤敦彦、立石 渉、中野清治

症例は 74 歳女性。他院で、急性進行性糸球体腎炎から透析導入となり、顕微鏡的多発性血管炎、Goodpasture 症候群の診断を受けた。Goodpasture 症候群は治療により、寛解したが、その際に、重度大動脈弁狭窄症：AS、間質性肺炎も指摘された。AS に対して、大動脈弁置換術：AVR(MAGNA ESAE 21)施行し、Goodpasture 症候群の再燃や間質性肺炎増悪など認めず経過し、良好な結果を得たため、報告する。

Ⅱ-5 右傍胸骨小切開による大動脈弁置換術

NTT東日本関東病院 心臓血管外科

大友勇樹、田村智紀、柴田 講

当院は 2015 年 8 月より右傍胸骨小切開大動脈弁置換術を導入した。対象は単独大動脈弁置換の 4 例(AS3 例、AR1 例)で年齢 73.8 ± 6.2 歳であった。6～10cm の横切開で第 3・4 肋軟骨を切離して開胸、大腿動静脈を用いて人工心肺を確立した。手術時間は 361 ± 66 分、大動脈遮断時間は 122 ± 38 分であった。術後 1 例に胸腔内出血でドレーン管理を要したが、術後 17.3 ± 3.4 日で全例軽快退院した。本邦における Sutureless valve の導入も踏まえて文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-2 大動脈基部の高度石灰化を伴った透析患者の大動脈弁置換術時の工夫

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

佐藤友一郎、桑木賢次、李 智榮、宮崎 豪、篠原大祐、

嶋田晶江、梶本 完、松下 訓、土肥静之、山本 平、天野 篤

症例：74 歳女性、透析歴 1 年半、自己免疫性肝炎。透析時の血圧低下、心臓超音波検査で重度 AS を認めた。術前の CAG で RCA と LAD に有意狭窄を認め、大動脈弁置換術＋冠動脈バイパス術 2 枝を施行した。大動脈弁は弁輪を中心に高度の石灰化を来した三尖弁であった。大動脈基部の石灰化を除去し、さらに末梢側の石灰化も切除した。生体弁 Trifecta 21mm で置換することが可能になった。

Ⅱ-4 重度頸動脈病変を合併した大動脈弁狭窄症の 1 例—TAVI 時代における治療戦略の検討—

社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院

稲葉 佑、伊藤 努、林 祥子、飯田泰功、三角隆彦

68 歳男性。失神前駆症状契機に severe AS を指摘。精査にて右内頸動脈完全閉塞、左内頸動脈高度狭窄を認めた。頸動脈病変と AS の治療順序および AVR と TAVI の治療法選択に苦慮した。ハートチームで協議し、AVR を施行後に CAS 施行の方針とした。術中モニタリング、循環補助を工夫し安全に手術を施行し得た。術後脳神経障害なく独歩退院し、経過良好である。頸動脈病変を伴う AS 治療戦略について文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-6 肺癌手術に先行して TAVI を施行した 1 例

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、長内 享、竹谷 剛、福田幸人、

大野貴之、高本真一

75 歳女性。肺癌の術前精査にて severe AS を認め、呼吸器外科より AS を先行して治療する依頼を受けた。ハートチームで相談し、担瘤患者への人工心肺使用を避けることなど考慮し TAVI を選択した。経大腿アプローチ TAVI を施行し、術後経過良好で 4 週後に右下葉区域切除を問題なく施行することが出来た。非心臓手術術前の TAVI について考察を加え報告する。

9:18~10:06 心臓：弁膜症2

座長 軽部 義久（横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター）

Ⅱ-7 乳癌術後放射線治療が原因と考えられた大動脈弁閉鎖不全症の1手術例

株式会社日立製作所日立総合病院 心臓血管外科

塚田 亨、佐藤真剛、渡辺泰徳

症例は71歳女性。39歳時に左乳癌に対して胸筋合併乳房切除術（Halsted手術）+放射線治療を行った既往があった。2004年から大動脈弁閉鎖不全症を指摘され、経過観察されていた。大動脈弁閉鎖不全症の進行と心不全症状の出現を認めたため、手術適応と判断され当科紹介。手術は人工心肺使用下に生体弁による大動脈弁置換術を行った。術中所見では弁尖の逸脱はなく、3尖いずれにも穿孔を認めた。感染性心内膜炎の既往もなく、穿孔の原因は放射線治療と考えられた。

Ⅱ-9 診断に苦慮した左室流出路狭窄の1例

国立国際医療研究センター戸山病院 心臓血管外科

並川晴佳、戸口幸治、池田 司、森村隼人、王 志超、

橋本昌典、村上友梨、福田尚司、保坂 茂

症例は20歳男性、カメルーン人。労作時呼吸困難を主訴に当院を受診。心エコー検査にて平均圧較差119mmHgの大動脈弁狭窄症（二尖弁疑い）と診断し、手術となる。術中所見にて、大動脈弁は三尖で正常であった。大動脈弁直下に左室流出路狭窄を認めた。狭窄病変を切除し、手術を終了した。術中経食道心エコーでは、大動脈弁狭窄症や大動脈弁閉鎖不全症は認めなかった。術後は良好に経過した。

Ⅱ-11 弁輪拡大によるAVRと左室形成でワーファリンを回避できたAS、左室憩室合併例

1 恩賜財団済生会横浜市南部病院 心臓血管呼吸器外科

2 港南台在宅クリニック

3 横浜市立大学 外科治療学

長 知樹¹、岩城秀行¹、禹 哲漢¹、古波蔵かおり¹、坂本 哲²、益田宗孝³

75歳女性。ASに伴う心不全で入院。左室造影で心尖部に奇異性運動を呈する突出を認めた。冠動脈病変が無いことから左室瘤を否定し、左室憩室の診断となった。狭小弁輪のため弁輪拡大による生体弁AVRに左室形成術を追加することでワーファリンを回避する方法を選択した。

Ⅱ-8 上行大動脈拡大を伴った大動脈四尖弁による大動脈弁閉鎖不全症に対する1手術例

1 藤沢市民病院 心臓血管外科

2 横浜市立大学 外科治療学

柳 浩正¹、山崎一也¹、松木佑介¹、鈴木伸一²、益田宗孝²

症例は48歳、男性。健康診断で心雑音を指摘、大動脈四尖弁、大動脈弁閉鎖不全症（AR）と診断され、労作時息切れが出現し当科へ紹介。上行大動脈拡張（45mm）を伴った大動脈四尖弁によるmoderate～severe ARと診断し、上行大動脈置換術及びAVRを行った。上行大動脈拡張を伴った大動脈四尖弁によるARは比較的稀な疾患であり、文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-10 高度弁輪石灰化を伴うMS、AS、HOCM、pAfに対してDVR、LVOT Resection、Maze手術を行った透析症例

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院

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57歳女性。SLEに伴うLupus腎炎のため52歳時に透析導入となった。プレドニン10mg内服。pAfに伴い自覚症状悪化、心エコー上MVA1.28cm²、AVA0.79cm²、LVOTmaxVelocity4.2m/secであり手術適応と判断した。CT上僧帽弁後尖弁輪に左室心筋内に連続する高度石灰化を認めた。手術は僧帽弁輪石灰化を破碎し左房後壁と残存する後尖組織を利用して人工弁縫着を行った。術後経過は良好で術後1ヶ月で独歩退院した。

Ⅱ-12 術後SAMおよびMRへの対処

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¹、徳永滋彦¹、富永訓央¹、益田宗孝²

症例は77歳女性。AS、MS、LVOTOに対し、AVR、MVP（後尖石灰化切除、自己心膜パッチ形成）、左室流出路心筋切除を施行。術中、大動脈遮断解除後の経食道心エコーにおいてSAMおよびMRを認めたために再度大動脈を遮断。僧帽弁にAlfieri stitchを追加し改善を確認して手術を終了した。

術後11日目に経胸壁心エコーを行うと、SAMおよびLVOTOを認めβ blockerの増量および補液を行った。術後18日目に再検し改善を確認、自宅退院となった。

Ⅱ-13 Hancock 弁の交連部裂開により高度 MR を発症した 1 例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓病センター 心臓血管外科
入江翔一、上部一彦、道本 智、井口篤志、新浪博士
症例は 71 歳の男性。1998 年に僧帽弁の IE に対して他院で緊急 MVR (Hancock 弁) を施行した。1-2 年前から MR が増加し、2015 年 4 月にうっ血性心不全で入院した。AR も進行しており、AVR (CEP MAGNA EASE 21)、re-MVR (Epic 29M) を施行した。摘出した人工弁は交連部が stent post から裂開して 2 枚の弁尖が prolapse していた。生体弁の交連部裂開は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-15 DVR 術後 27 年目に生じた溶血性貧血の一例

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
症例は 73 歳男性。1988 年に AR、MSR に対し機械弁 (A: Bjork Shiley 23、M: SJM27) での DVR 施行。2015 年 4 月から労作時息切れを生じ、外来にて溶血性貧血の診断。血液疾患は否定。精査にて僧帽弁の para leak および大動脈弁の開放制限が原因と診断、手術となった。僧帽弁は生体弁 (Epic 27) での reMVR とし、大動脈弁はパンス切除のみで良好に開閉するようになった。若干の文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-17 僧帽弁置換術より 2 年後に発症したパンスによる生体弁機能不全に対して再僧帽弁置換術を施行した一例

栃木県済生会宇都宮病院 心臓血管外科
金山拓亮、橋詰賢一、細田隆介、林可奈子、根本 淳、中神理恵子、井上慎也
症例は 72 歳女性。2013 年 4 月に MVR+TAP (CEP MAGNA Mitral23mm、MC CUBE 32mm) の既往がある。術後 2 年後の 2015 年 8 月に呼吸苦にて紹介。心エコーにて severe transvalvular regurgitation を認めたため、Re MVR 施行 (Carbomedics 25mm)。生体弁は温存した自己後尖と、後尖側の leaflet が癒着し硬化変性しており、margin は短縮、commissure は癒合していた。若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-14 生体弁の弁尖穿孔により AR を発症した 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
卯田昌代、池田昌弘、小池裕之、田畑美弥子、中嶋博之、朝倉利久、井口篤志、新浪博士
症例は 73 歳、男性。1998 年に他院で AVR (CEP 23)、MVP、TAP (DeVega) および Maze 手術を施行した。2009 年から心不全により入退院を繰り返すようになり、2013 年 2 月には起座呼吸が出現し AS、AR が進行していると診断された。4 月に re-AVR (Magna 23) を施行した。摘出した人工弁には 2 尖に 2-4 mm の穿孔がみられ、AR の原因と考えられた。弁尖穿孔に関する文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-16 僧帽弁位人工弁機能不全の 1 例

1 医療法人積仁会 島田総合病院 心臓血管外科
2 国立国際医療研究センター 心臓血管外科
滝澤恒基¹、大澤 宏¹、保坂 茂²
症例は 83 歳の女性。2011 年に MR、TR、af に対し MVR (Epic27) +TAP (Tailor band 29)+PVI (Cobra) を施行。2013 年 7 月に肝膿瘍に罹患し入院治療。2015 年 5 月より収縮期雑音を聴取し、その後心不全徴候が出現。心エコーで severe MR を認め、僧帽弁位人工弁機能不全の診断で re-MVR (Carbomedics Optiform 27mm) を施行。人工弁前尖側の弁尖に perforation とその周囲のフィブリン様組織沈着を認め、感染が疑われた。病理組織診断では感染による弁破壊と診断された。

Ⅱ-18 好酸球増多症を伴う血栓弁による人工弁機能不全を繰り返した 1 例

日本医科大学武蔵小杉病院
上田仁美、丸山雄二、高橋賢一朗、井村 肇
70 歳男性。重症 MR に対し 2000 年 MVR (機械弁) 施行。2014 年 1 月悪性リンパ腫疑いに対するリンパ節生検の為ワーファリンを中止した際、血栓弁による人工弁機能不全を来した。抗血栓溶解療法により弁の可動性は改善し手術を回避。以後外来通院中、好酸球増多症を認めていた。2015 年 9 月心不全で緊急入院。弁透視で著明な可動性の低下あり、肺水腫の進行も認めたため緊急手術 MVR (生体弁) 施行。病理ではフィブリン血栓と内皮の被覆を認めた。繰り返す血栓弁は好酸球増多症の関与が疑われた。

10:54~11:42 心臓：弁膜症 4

座長 岡本祐樹 (立川メディカルセンター立川総合病院循環器・
脳血管センター心臓血管外科)

Ⅱ-19 僧帽弁置換術後、弁輪直下に左室仮性瘤を認めた1例

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¹、榎本佳治²、石井知子¹、工藤洋平¹、三富樹郷¹、
松原宗明¹、徳永千穂²、相川志都¹、坂本裕昭²、佐藤藤夫²、
平松祐司²

64歳女性。17歳時にOMCが行われていた。AVR、MVR (SJM 27mm)、TAP、Radial procedureの1年後に心エコーで左室後下壁から左房側へ伸展する仮性瘤を指摘された。術中、僧帽弁P2-3弁輪直下に約1.5cmの入口部を有する左室瘤を確認。血栓や感染の所見は無く内膜化されていた。弁輪部から伸展したものの後壁の癒着のため穿破しなかった可能性が考えられた。

Ⅱ-20 MACを合併した僧房弁狭窄症のMVR後左室破裂の1例

茨城西南医療センター病院 心臓血管外科

永井 竜、大阪基男、小石沢正

74歳男性AVR後でMSの進行によりMVRを施行した。後尖弁輪全体にMACを合併しており、慎重に除去してMVR (SJM27)を施行した。術後CTで心臓後面に僧房弁輪に接して左室と交通のある仮性瘤を生じていた。Treasure I型左室破裂と診断して、ウシ心膜パッチによる後尖弁輪形成及び僧房弁再置換術を施行した。術後急性腎不全から透析導入になったが独歩退院した。

Ⅱ-21 術後急性期に脳梗塞を発症した僧帽弁閉鎖不全症の1例

医療法人立川メディカルセンター立川総合病院 心臓血管外科

大久保由華、浅見冬樹、榎本貴士、武居祐紀、水本雅弘、

木村光裕、岡本祐樹、山本和男、吉井新平

症例は51歳女性。7年前よりMRと診断され、徐々に悪化を認めたため手術の方針で機械弁によるMVRを行った。術後洞調律を維持し、1病日からヘパリン持続静注を開始した。4病日の朝突然の右麻痺あり、頭部CTで左MCA閉塞を疑い、脳外科より緊急で血栓除去術を施行した。発症より2時間で血栓回収に至った。術後急性期に脳梗塞を合併した原因は不明だが、迅速な対応により後遺症なく軽快退院した。

Ⅱ-22 孤立性三尖弁閉鎖不全症に対し前尖のaugmentationを行った三尖弁形成術の2例

横須賀共済病院 心臓血管外科

吉田 稔、牧田 哲、星野丈二、近藤太一、丸山俊之

有症状の重症孤立性TR2例。症例1は敗血症既往のある65歳女性。前尖後尖間の弁輪が大きく離解。症例2は68歳男性。幼少期よりTRを指摘されていた。著明な弁輪拡大、中隔尖の右室側への偏移、後尖の腱索が延長を認めた。両症例とも前尖サイズが十分でなく、自己心膜による前尖のaugmentationを行ってから人工弁輪を縫着した。逆流はmild以下となり、術後右室の著明な縮小、自覚症状の改善がみられた。

Ⅱ-23 心原性脳梗塞に対する一次予防としての完全胸腔鏡下左心耳切除術の報告

医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科

井上堯文、吉本明浩、藤崎正之、森住 誠、末松義弘

【背景】胸腔鏡下左心耳切除術は心原性脳梗塞に対する二次予防治療として行われている。今回、抗凝固療法不適となった症例に対して一次予防として施行した経験を報告する。【症例】70歳男性。従来より慢性心房細動に対してワルファリン内服中であったが、大腿部打撲後にコンパートメント症候群を生じ、TAEによる止血施行。胸腔鏡下左心耳切除術を施行し、抗凝固療法は終了。血栓塞栓症無く経過している。

Ⅱ-24 肝硬変症例のAVR術後胸水・腹水にトルバプタンが有効であった1例

東邦大学医学部付属大森病院 心臓血管外科

川田幸太、藤井毅郎、亀田 徹、布井啓雄、大熊新之介、片柳智之、片山雄三、益原大志、小澤 司、塩野則次、渡邊善則
68歳、男性、Child-Pugh分類Bのアルコール性肝硬変を併存したAS (二尖弁) に対しAVR (Mosaic 21mm) 施行。術後胸水、腹水の貯留に対し、トルバプタンの内服により著明な改善を認め、術後26日目に退院となった。肝硬変患者に対する人工心肺下手術の体液管理に、トルバプタンの早期導入が有効であった1例を経験したので報告する。

13：45～14：25 心臓：冠動脈 1

座長 千葉 清（聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科）
北 中 陽 介（聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科）

Ⅱ-25 巨大冠動脈瘤-肺動脈瘤の1手術例

伊勢崎市民病院 心臓血管外科

三木隆生、羽鳥恭平、平井英子、安原清光、大木 聡、大林民幸
症例は77歳、女性。検診で胸部異常影を指摘され、当院呼吸器外科に紹介となった。冠動脈CTでLADから分岐する約50mmの巨大冠動脈瘤を認めた。瘤は肺動脈と交通しており、肺動脈瘤を合併していた。当科紹介となり、瘤径を考慮して手術方針とした。瘤内流入・流出血管閉鎖縫縮術、予防的冠動脈バイパス術（SVG to LAD）、肺動脈瘤孔部切除、パッチ形成術を施行した。術後経過は良好で、第14病日に退院した。比較的稀な冠動脈瘤-肺動脈瘤の1手術例を経験したので文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-26 左主幹部冠動脈瘤を合併した無症候性心筋虚血の手術例

東京女子医科大学八千代医療センター 心臓血管外科

奥木聡志、齋藤博之、梅田悦嗣

症例は76歳男性。腰部脊柱管狭窄症の術前精査中に冠動脈CTおよび心臓カテーテル検査で3枝病変と左主幹部冠動脈瘤を指摘され、当科紹介となった。

手術は人工心肺心拍動下に5枝の冠動脈バイパス術と冠動脈瘤縫縮術を施行した。冠動脈瘤は左主幹部から高位側壁枝起始部にかけて存在し、左室心筋内に埋没していた。

周囲を剥離したのちに冠動脈瘤頸部をMattless Sutureで閉鎖し、瘤壁を連続縫合で縫縮した。若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-27 先天性左冠動脈口閉鎖症に対する1手術例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

杵渕聡志、嵯峨根正展、桜井祐加、遠藤 仁、永田徳一郎、

盧 大潤、千葉 清、小野裕國、大野 真、北中陽介、

近田正英、西巻 博、宮入 剛

症例は小児期に先天性僧帽弁閉鎖不全症と診断され無症状で経過していた44歳男性。心臓超音波検査で手術適応と判断された。術前冠動脈CT検査でLMT入口部閉塞と右冠動脈からの側副血行路を確認した。冠動脈造影検査ではRCAからLADへ逆行性血流を認めた。負荷心筋シンチ検査にてLAD領域の虚血所見を得たため僧房弁形成術に加えCABG1枝（LITA-LAD）を施行した。術後順調に経過した。

Ⅱ-28 冠疾患による心肺蘇生後患者の血行再建は経皮的冠動脈形成術（PCI）が妥当か？

聖路加国際病院 心臓血管外科

中西祐介、阿部恒平、吉野邦彦、平岩伸彦、三隅寛恭

冠疾患によって発症した院外心肺停止患者に対する蘇生が成功した場合、その脳機能予後が不明なことが多く、また早期に脳低温療法を行う際に冠血行再建が行われていた方が安全であるとの考えから、PCIが選択される傾向がある。当院では症例ごとに冠動脈造影が行われた時点でハートチームによる検討を行い、血行再建方法を決定している。今回過去5年間に当院へCPAで搬送され、冠血行再建が行われた30例の検証を行ったので、報告する。

Ⅱ-29 左上葉切除・胸郭形成術後の3枝病変に対する胸骨正中アプローチおよび動脈グラフトによる完全血行再建の1治療例

1医療法人社団日高会 日高病院

2埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

矢野 隆¹、大野英昭¹、新浪博士²

78歳男性、急性冠症候群で入院。50年前肺結核に対し左上葉切除と胸郭形成術を受けた低肺機能の3枝病変患者。CT上縦隔の左側偏位を呈した。LIMA stitchで心脱転し、LITAとGEAによる全動脈グラフトでOPCABを施行し得た。抜管直後にASVを要したが、術後経過は概ね良好であった。肺切除後のOPCABについて文献的考察を加え報告する。

14：25～15：05 心臓：冠動脈 2

座長 村岡 新（自治医科大学 心臓血管外科）
川人 宏次（自治医科大学 心臓血管外科）

Ⅱ-30 術前にヘパリン起因性血小板減少症（HIT）が疑われた心拍動下冠動脈バイパス術（OPCAB）の1例

1 総合病院国保旭中央病院 外科

2 総合病院国保旭中央病院 心臓外科

山本真梨子¹、伊達数馬²、梅木昭秀²、山本哲史²

症例は24歳男性。前胸部痛、嘔気、冷汗を主訴に当院救急搬送。CAGでRCA完全閉塞、LADとD1に90%狭窄を指摘。IABPを留置してヘパリン持続静注を開始したが、血小板減少を認めHITが疑われたためアルガトロバンへ変更。術中の抗凝固にもアルガトロバンを使用し、BITAとGEAを用いてOPCAB3枝を施行。術後経過は良好で11病日に退院。アルガトロバンを使用したCABGの報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-32 左室自由壁破裂にSutureless法を用いた症例の術後仮性瘤

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

菅谷 彰、川人宏次、村岡 新、三澤吉雄

Oozing type 左室自由壁破裂FWRに対してSutureless法を用いた症例で術後仮性瘤を経験した。Sutureless法はFWRに有効であるが、仮性瘤は重大な合併症であり報告する。症例は75歳男性。胸部不快感で前医受診しOozing type FWRの診断で当院搬送された。心タンポナーデ解除術・穿孔部修復を行い、術後IABPとCAGを施行した。術後9日目にIABP抜去しリハビリ後、術後6週間で退院した。術後60日目の心エコーで左室瘤を認め再入院した。手術は左室形成術（Dor手術）施行し術後6週間で退院した。

Ⅱ-34 冠動脈3枝病変・腹部大動脈瘤・進行性肺癌を併発し、治療方針に苦慮した一例

1 日本医科大学武蔵小杉病院 心臓血管外科

2 日本医科大学武蔵小杉病院 呼吸器外科

高橋賢一朗¹、上田仁美¹、丸山雄二¹、岡本淳一²、窪倉浩俊²、

井村 肇¹

71歳男性。

偶発的に肺腫瘍を指摘され、組織生検にて悪性との診断は得たが、組織型確定には至らなかった。その後の全身検索にて、冠動脈3枝病変・腹部大動脈瘤を認めた。

虚血性心疾患・腹部大動脈瘤併発例の治療戦略については既存の報告が散見されるが、本症はこれに加え予後不明の肺悪性腫瘍を併発したことで治療方針に苦慮した。本症の治療経過につき、文献的考察を交えて報告する。

Ⅱ-31 特発性血小板減少性紫斑病を有する狭心症に対し低侵襲冠動脈バイパス術を施行した一例

武蔵野赤十字病院心臓血管外科

横山賢司、吉崎智也、大石清寿

症例は80歳、男性。71歳時より特発性血小板減少性紫斑病（ITP）に対して当院血液内科かかりつけであった。2015年6月、呼吸困難の精査で狭心症1枝病変（#6 just proximal：90%）を指摘された。PCI後の抗血小板剤投与は禁忌であったため、術前免疫グロブリン大量静注療法と血小板輸血を行い手術を施行した。左第4肋間小開胸でLITA-LAD吻合を行った。術後経過は良好であり17PODに独歩退院した。若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-33 後壁梗塞に伴う心室中隔穿孔に対して右心室切開による二重パッチ閉鎖法が有用であった1例

財団法人心臓血管研究所

佐々木健一、有村聡士、関 雅浩、高井秀明、國原 孝

66歳男性。主訴は呼吸困難。急性心筋梗塞（#3 100%（MAX CK 2924））に対してPCI施行後、9日目に退院。16日目に息切れを自覚し、翌々日に心不全加療で再入院。入院翌日、経胸壁心エコーで後壁側の心室中隔穿孔と診断。同日IABP挿入し、AMI後20日目で準緊急手術を施行。右心室後壁側を切開し、穿孔部に対して左心室側と右心室側に牛心膜パッチによる二重パッチ閉鎖法にて穿孔部閉鎖。残存シャントなく術後経過良好で術24日目に独歩退院となった。

Ⅱ-35 若年者感染性心内膜炎に対して僧帽弁・腱索・乳頭筋を一枚の自己心膜で修復した一例

1 新百合ヶ丘総合病院 心臓血管外科

2 北里大学医学部 心臓血管外科学

林 秀憲¹、山本信行¹、北村 律²、宮地 鑑²

症例は28歳女性。アトピー性皮膚炎の増悪を契機に、黄色ブドウ球菌による僧帽弁感染性心内膜炎、急性期塞栓性脳梗塞を発症した。抗生剤使用しても感染コントロール不良で、また弁破壊による心不全の増悪を認め、脳梗塞発症7日目に緊急手術の方針となった。手術は僧帽弁・腱索・乳頭筋の一部を切除し、弁欠損部に自己心膜を当てその一端を乳頭筋に縫着し修復した。若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-37 弁機能不全を合併しない左室流出路から左房への短絡を呈した感染性心内膜炎の一例

医療法人社団木下会千葉西総合病院

黒田美穂、中村喜次、川谷洋平、種市哲吉、林裕次郎、

伊藤雄二郎、須田優司、堀 隆樹

20歳男性。1週間前からの発熱にて来院。心エコーにて左房前壁に巨大疣贅付着と左室流出路から左房への短絡を認め感染性心内膜炎とそれによる短絡と診断された。急性心不全のため緊急に感染部廓清と左室流出路パッチ形成を施行した。大動脈弁は二尖弁であったが機能不全と弁尖への疣贅付着は認めず、僧帽弁も異常を認めなかった。弁尖の感染を合併しない感染性心内膜炎は稀であるため報告する。

Ⅱ-39 金属アレルギーを伴った感染性心内膜炎に対する弁置換術の1例

山梨大学 第2外科

佐藤大樹、中島博之、白岩 聡、本田義博、榊原賢士、

葛 仁猛、加賀重亜喜、鈴木章司

症例は、42才女性。不明熱精査のため入院。血液培養で α -Streptococcusが検出され、心臓エコーで大動脈弁に疣贅を認めた。感染性心内膜炎と診断し、抗生剤投与を開始したが改善を認めず、手術の方針となった。歯科治療後、金属アレルギーのため金属補綴物を抜去した既往があり、術前に人工弁と胸骨ワイヤーのパッチテストを行い、問題がないことを確認して、機械弁で大動脈弁置換術を行った。術後アレルギー反応なく、2年が経過している。

Ⅱ-36 感染性心内膜炎に対し僧帽弁置換術施行後、外来フォロー中に左房内血栓により stuck valve となった症例

東京都健康長寿医療センター 心臓外科

伊藤卓也、川田光弘、西村 隆、許 俊鋭

慢性腎不全で透析中の65歳女性。発熱を主訴に入院、心エコーで感染性心内膜炎の診断、緊急で機械弁による僧帽弁置換術施行。術後は透析病院にて感染性心内膜炎治療としての抗生剤投与終了後退院。術後約3ヶ月での当科外来受診時、心エコーで左房内血栓、stuck valveを指摘。抗凝固療法により一側の弁葉の可動域改善、自覚症状も改善したが、動き出した弁葉が将来 stuck した場合に致命的となることから待機的に血栓除去術施行した。

Ⅱ-38 肺炎球菌による感染性心内膜炎、髄膜炎の一治験例

埼玉医科大学総合医療センター 心臓血管外科

松岡貴裕、山火秀明、今中和人

62歳女性。意識障害と呼吸困難、発熱で救急搬送され挿管。髄液検査で髄膜炎と診断されMEPM投与を開始したがその後ショックバイタルとなった。心エコーで僧帽弁尖に疣贅の付着、僧帽弁閉鎖不全症を認め感染性心内膜炎と診断された。血液、髄液培養から肺炎球菌が検出された。意識は多少改善したが、心不全と感染兆候の遷延、僧帽弁輪膿瘍の所見を認めたため10日後に僧帽弁置換術を施行し、良好な結果を得た。近年では肺炎球菌による感染性心内膜炎は稀であり症例報告する。

Ⅱ-40 TAR+AVR 術後遠隔期に真菌性PVEを発症した一例

横浜市立大学附属病院 外科治療学 心臓血管外科

合田真海、鈴木伸一、藪 直人、町田大輔、郷田素彦、

磯松幸尚、益田宗孝

真菌によるProsthetic Valve Endocarditis (PVE)は感染コントロールが困難であり治療に難渋することが多い。今回、長期生存例を経験したので報告する。63歳時にAS、弓部大動脈瘤に対してTAR+AVR施行された女性。PVEの診断で術後20ヶ月時に大動脈弁再置換、上行大動脈置換術を施行。抗真菌薬の投与を継続するも両下肢に多発する感染性動脈瘤を認めたが、抗真菌薬の投与継続のみで術後2年以上の現在も生存している。当院でのその他の真菌性感染性心内膜炎の症例を交えて報告する。

15:53~16:49 心臓：その他

座長 北 村 律（北里大学病院 心臓血管外科）

Ⅱ-41 抗リン脂質抗体症候群を合併した左房粘液腫摘出術の一例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

岡田修一、小前兵衛、金子達夫、江連雅彦、長谷川豊、小此木修一、桐谷ゆり子

73歳女性。前医で抗リン脂質抗体症候群（APS）と診断。経過中、左房内腫瘍を指摘され当科紹介、左房内腫瘍摘出術を施行。（組織学的検査の結果、腫瘍は粘液腫）APSの主要合併症である血栓症予防のため術前までヘパリンを持続投与、術中はフットポンプを着用、術後は早期離床を促し抗凝固療法を早めに再開した。結果、血栓症の発症なく21PODに独歩退院できた。APSを合併した心臓手術症例の文献的報告は少ないため周術期管理を報告する。

Ⅱ-43 VF発作精査中に発見された心房内隔嚢胞性腫瘍に対する手術例

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
77歳、女性。VFによる意識消失を発症し精査実施された。TEEで心房内隔に直径2cm大の低エコー陰影を認め、手術施行。右房・左房の内膜の一部及び左室膜様部とは境界不明瞭で一塊にして切除。左室右房瘻が出来たためゴアテックスパッチで閉鎖し、右房側の内膜欠損部を自己心膜パッチで被覆。中隔欠損部をウシ心膜パッチで閉鎖。術後、VF studyで誘発なし。ペースメーカー移植後に退院。

Ⅱ-45 体外循環管理下に経皮的血栓除去を施行した急性肺塞栓の小児例

昭和大学横浜市北部病院 循環器センター

宮原義典、樽井 俊、石野幸三、藤本一途、藤井隆成、富田 英
8歳男児、ネフローゼ症候群にて入院加療中に突然の心停止を来した。蘇生後より重度の酸素化不良と循環不全を認め、造影CTにて急性肺塞栓と診断。tPA投与で状態改善せず、大腿動静脈からECMOを導入、引き続き経皮的血栓破砕吸引術を施行した。直後の肺動脈造影では十分な血流回復を認めなかったが、翌日より血行動態著明に改善した。術2日目にECMO離脱、UCG所見も正常化し、以後の経過は極めて良好であった。文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-42 再々発を来した心臓粘液腫の一例

北里大学病院 心臓血管外科

松代卓也、宝来哲也、鳥井晋三、平田光博、北村 律、美島利昭、友保貴博、大久保博世、杉本晃一、吉井 剛、近藤 真、宮地 鑑

43歳女性。37歳時、40歳時に心臓粘液腫摘出術を施行されている。家族歴で母親に心臓粘液腫手術歴があった。心臓超音波検査にて4cm大の可動性のある左室内腫瘍を認め、紹介受診となった。胸骨再々切開にて手術施行。腫瘍は僧帽弁後尖弁輪を起始部とし僧帽弁および弁下組織への固着を認めた。腫瘍摘出、機械弁による弁置換術を施行、術後経過は良好であった。病理所見にて悪性所見はなく粘液腫再発と診断された。

Ⅱ-44 右房内浮遊血栓から急性循環虚脱に陥った急性肺動脈塞栓症の一救命例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

稲端翔太、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、木下亮二、荒井裕国

症例は48歳男性。呼吸困難のため近医入院中、造影CTで肺塞栓を認めプレシヨック状態で当院に緊急搬送された。来院時の心エコーで右房内の浮遊血栓を認め緊急手術が必要と判断した。麻酔導入直後にショックとなり心臓マッサージ施行。高度肥満のためPCPS挿入できず。即座に開胸し人工心肺確立。右房内の血栓はすでに消失しており肺動脈から多量の血栓が除去できた。

Ⅱ-46 心嚢液貯留で発見された限局性心膜中皮腫の1手術例

1 大森赤十字病院 心臓血管外科

2 大森赤十字病院 循環器内科

3 大森赤十字病院 検査部

進藤俊介¹、鈴木達也¹、渡邊嘉之¹、田鎖 治¹、辻川 雄²、持田泰行²、神原かおり²、坂本穆彦³

労作時呼吸苦を主訴とする69歳女性。CTで大量の心嚢液貯留を認め、経皮的心嚢ドレナージを施行。血液・心嚢液検査で結核、腫瘍マーカーは陰性。1カ月後のCT、UCGで心嚢液増加と心嚢内に心膜由来と考えられる腫瘍を認め、摘出術を施行。腫瘍は胸膜、横隔膜への浸潤を認め、大きさは5×6cm、硬性弾で病理組織診断は中皮腫であった。術後2ヶ月で再発の所見なく、外来で経過観察中である。

Ⅱ－47 手術適応の判断に苦慮した収縮性心膜炎の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68歳の男性。20年前に肥大型心筋症で中隔切除術の既往があり心不全で紹介となった。心膜の肥厚、石灰化の所見は乏しいが dip and plateau の所見を認め、心筋生検やエコー所見から除外的に収縮性心膜炎と診断した。手術は胸骨を再正中切開し心膜を剥離した。心膜剥離後に CVP は改善し退院時には NYHA はⅢからⅡへ改善した。手術リスクから積極的な手術適応としなかったが外科加療は唯一の治療法であり鑑別を十分に検討し手術適応を考慮する必要がある。

第Ⅲ会場：503

8：30～9：18 肺：悪性1

座長 伊藤 宏之（神奈川県立がんセンター 呼吸器外科）

Ⅲ-1 腫瘍随伴類天疱瘡を合併した左肺癌の1例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

豊田行英、鈴木秀海、和田啓伸、藤原大樹、中島崇弘、
岩田剛和、吉田成利、吉野一郎

77歳男性。主訴は全身皮疹、左背部痛。左肺上葉に第3肋骨浸潤を伴う60mmの腫瘍影を認めた。CTガイド下生検で肺癌（cT3N1M0、stageⅢA）と診断され外科切除が予定されたが、水疱性類天疱瘡のため皮切部の確保ができなかった。CBDCA+PTX+BEVによる導入化学療法にて腫瘍内部空洞化と共に皮膚病変は痂皮化した。後側方切開にて胸壁（第1肋間筋～第5肋骨）合併左上葉切除術を施行した。Dermadromeを伴った肺癌について文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-2 巨大な左下葉肺腫瘍に対し左舌区域+下葉切除を行った1例

1 神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

2 横浜市立大学 外科治療学

伊坂哲哉¹、伊藤宏之¹、松崎智彦¹、橋本昌憲¹、古本秀行¹、
西井鉄平¹、中山治彦¹、益田宗孝²

69歳女性。横隔膜上の左胸腔約1/2を占める巨大肺腫瘍を認め、生検で結腸癌肺転移と診断。肺化膿症を併発し炎症反応が稽留したため左肺全摘を計画されたが、手順を工夫することで回避できた。後側方切開でアプローチ、V4+5とA1+2a+b末梢肺動脈を切離後、上舌区域間、気管支、下肺静脈を切離し検体摘出した。手術時間250分、出血量380ml。7POD退院。手順の詳細と動画を報告する。

Ⅲ-3 Pulmonary hypoplasiaに合併した肺癌術後再発に対して残肺全摘を施行した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

柳谷昌弘¹、川島 峻¹、桑野秀規¹、長山和弘¹、似島純一¹、
安樂真樹¹、佐藤雅昭¹、牛久 綾²、中島 淳¹

69歳女性、右中下葉のhypoplasiaの右上葉に生じた肺腺癌 pT2aN0M0-Stage1Bに対して2010年8月に胸腔鏡下右肺上葉部分切除術を施行。術後2年間補助化学療法を施行。術後5年目の検査で肺癌断端再発と診断。2015年8月に開胸右残肺全摘施行。病理診断は混合型腺癌 rT3N0M0-Stage2Bで再発に矛盾しない。術後3か月再発なく経過している。

Ⅲ-4 すりガラス陰影を呈した肺原発 MALT リンパ腫の1例

1 東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野

2 同 病院病理学講座

3 新家クリニック

牧野 崇¹、肥塚 智¹、秦 美暢¹、栃木直文²、新家雄一³、
渋谷和俊²、伊豫田明¹

35歳女性。咳嗽精査のため2012年の胸部CTで多発するすりガラス陰影を指摘された。経過観察されていたが、すりガラス陰影は経時的に増大・縮小を繰り返していた。ただし右下葉S10の陰影のみ緩徐に増大を認めたため、肺腺癌を疑い右下葉部分切除術を施行された。病理診断はMALTリンパ腫であった。すりガラス陰影のみを呈する肺原発MALTリンパ腫は稀であり、画像経過を含め興味深い1例であったため報告する。

Ⅲ-5 切除後13年、19年後に肺転移を認めた耳下腺原発腺様嚢胞癌の一例

長野市民病院 呼吸器外科

藏井 誠、有村隆明、小沢恵介、西村秀紀

65歳女性。1996年に他院で左耳下腺摘出術が施行され、腺様嚢胞癌と診断された。2009年に他院で右肺転移に対して右上葉切除+下葉部分切除が施行された。以後、UFTを3年間服用した。2015年健診のCTにて左S3に1cm大の新規結節を認め、当院を紹介され、7月に胸腔鏡下左上葉部分切除を施行した。術中迅速診断および最終病理診断も耳下腺腫瘍の転移であった。長期経過で2度の肺転移を認めた耳下腺原発腺様嚢胞癌の一例を経験した。

Ⅲ-6 肺癌術後14年目に脳転移で発見された晩期再発の1例

日本医科大学付属病院

佐藤 明、石角太一郎、竹ヶ原京志郎、揖斐孝之、井上達哉、
白田実男

症例は82歳女性、14年前に左肺腺癌に対し左肺上葉切除、リンパ節郭清術後（pT2aN0M0 pStage IB）。術後12年目に終診となった。今回、水頭症の精査により脳腫瘍を指摘された。腫瘍摘出術施行され、病理検査で肺腺癌脳転移と診断された。肺癌術後の経過観察について科学的根拠に基づいた観察法は示されていない。観察期間に関して、5年以降に再発した報告は稀である。病理病期IB期肺癌の術後14年目に脳転移の診断となった症例を経験した。文献的考察を交えて報告する。

9：18～9：58 肺：悪性2

座長 青 景 圭 樹（国立がん研究センター東病院 呼吸器外科）

Ⅲ-7 縦隔型底区肺動脈（A9）および舌区肺動脈（A4+5）、肺静脈共通幹を伴った左舌区域切除の一例
国立がん研究センター東病院 呼吸器外科
秦 一倫、坪井正博、三好智裕、青景圭樹、菱田智之、吉田純司
59歳男性。直腸癌（pT3N0M0 StageIIA）術後1年8ヶ月。左舌区に20mm大の転移性肺腫瘍を疑う孤発性結節を認め舌区域切除を施行。術前CTで上肺静脈の背側を通り底区へ流入する縦隔型A9と縦隔型舌区肺動脈、共通幹肺静脈を認めた。予め血管走行異常を認識しており、安全に手術を遂行できた。肺動脈の走行には多くのvariationがあるが左縦隔型底区肺動脈は稀である。複数の血管走行異常を認めた一例を経験したので報告する。

Ⅲ-9 胸骨正中切開と左第3肋間開胸で切除した縦隔浸潤肺腺癌の1例
1 筑波大学病院 呼吸器外科
2 筑波大学附属病院 診断病理
河村知幸¹、菊池慎二¹、中岡浩二郎¹、北沢伸祐¹、川端俊太郎¹、山岡賢俊¹、小林尚寛¹、後藤行延¹、鬼塚正孝¹、市村秀夫¹、佐藤幸夫¹、松岡亮太²、坂下信悟²、野口雅之²
患者は41歳男性。胸部CTで左S3bに75mm×45mm大の腫瘍を認め、胸腺脂肪組織及び心膜への浸潤を疑った。原発性肺腺癌cT4（縦隔浸潤）N0M0 stageIIIAの診断のもと、胸骨正中切開と左第3肋間開胸を併用したアプローチにより、左上葉切除（心膜合併切除）及び縦隔リンパ節郭清を施行、病理学的に完全切除を得た。

Ⅲ-11 大腸癌縦隔リンパ節転移のSalvage切除例
公益財団法人がん研究会有明病院 呼吸器外科
平田佳史、奥村 栄、中島拓也、野間大督、山崎宏継、平井慶充、松浦陽介、中尾将之、文 敏景、中川 健
化学療法の進歩に伴いconversion例での成績向上の報告が散見される。【症例】61歳女性。2010年、直腸癌（stageIIIB）に低位前方切除を施行された。2012年、左肺の単発転移に対して胸腔鏡下左肺部分切除術を施行された。2014年2月、縦隔リンパ節再発が出現、XELOX+bev6コース施行しPR、新出病変を認めず開胸右上縦隔郭清が施行された。病理診断でviable cellが確認された。手技、術中所見をビデオで供覧する。

Ⅲ-8 左肺下葉扁平上皮癌に対してTypeC extended Sleeve Lobectomyを施行した1例
1 聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科
2 聖マリアンナ医科大学 病院病理部
木村祐之¹、丸島秀樹¹、酒井寛貴¹、多賀谷理恵¹、佐治 久¹、栗本典昭¹、高木正之²、中村治彦¹
症例は71歳、男性。血痰を主訴に当院紹介受診。胸部CTにて左肺門部腫瘍、気管支鏡にて左下葉入口部を閉塞する腫瘍を認めた。腫瘍生検の結果は扁平上皮癌。2015年11月、左肺癌c-T2aN1M0 stageIIAの診断で手術施行。舌区は温存不可能と判断、左主気管支軟骨楔状切除にて口径差を調整した上でTypeC Extended Sleeve Lobectomyを施行した。術後経過は良好で第7病日に気管支鏡検査で吻合部に問題ないことを確認した。本術式等につき若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-10 術前診断で肺アスペルギローマとの鑑別が困難であった多形癌の1例
1 三井記念病院 呼吸器外科
2 三井記念病院 病理診断科
坂井貴志¹、横田俊也¹、勝又信哉¹、上田聡司¹、星野竜広¹、池田晋悟¹、森 正也²
症例は38歳男性。検診のレントゲンで異常影を認め前医受診。CTでbulla内腫瘍を認め、画像上肺アスペルギローマが疑われていた。経過観察中に血痰を生じCT再検、腫瘍の増大を認め当院紹介。右上葉切除+ND1aを施行したが、病理でbulla内から肺内にかけて腫瘍細胞を認め、多形癌と診断された。術後32ヶ月の無再発生存している。術前診断が困難であった症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

9：58～10：46 肺：悪性3

座長 渡部 克也（関東労災病院 呼吸器外科）

Ⅲ-12 低形成の右中葉に発生した肺カルチノイド腫瘍の1切除例

1 総合病院土浦協同病院 呼吸器外科

2 総合病院土浦協同病院 病理診断科

石川未来¹、稲垣雅春¹、上田 翔¹、小貫琢哉¹、鈴木恵子²

75歳女性、健診で胸部異常陰影を指摘。胸部CTで右中葉に結節性病変を認め当院呼吸器内科を受診した。気管支鏡下生検で小細胞癌 cT1aN0M0 Stage1A と診断され、放射線化学療法を施行されたが腫瘍の縮小は得られなかった。病理検査の再検にて肺カルチノイドと診断され、右中葉切除術を施行した。術中所見で中葉動脈は確認できず中葉低形成を認めた。肺葉低形成に肺癌が発生した症例の報告は少なく、若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-14 縦隔型 A4b+5 を有する完全不全分葉に対し S3+4+5 区域切除を行った1例

神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

橋本昌憲、伊藤宏之、松崎智彦、古本秀行、伊坂哲哉、西井鉄平、中山治彦

61歳女性、乳癌治療歴あり。左S3深部に9mm小結節を認め、転移性もしくは原発性肺癌疑いの診断で切除の方針。高度不全分葉、縦隔型 A4b+5 が判明しており、前側方開胸で背側より肺動脈沿いに剥離を進め、前方では#11LNと肺静脈を剥離し、葉間形成。続いて縦隔型 A4b+5 を含む舌区への分枝を切離、V3、A3、B3の順に処理した後、1cmのマージンを確保し stapler で区域間を切離。手術時間183分、出血量120g。動画を供覧し考察を加え報告する。

Ⅲ-16 胸腔鏡下右肺 S6 区域切除後に断端再発をきたした肺癌の一例

自治医科大学付属さいたま医療センター 呼吸器外科

滝 雄史、坪地宏嘉、大谷真一、峯岸健太郎、遠藤俊輔

症例は59歳女性。右S6腺癌に対して胸腔鏡下右S6区域切除を施行。pT1bN0M0、Stage IA。2年10か月後に残存下葉の切除断端近傍に結節影が出現。再発が疑われ胸腔鏡下右下葉切除を施行。肺動脈と気管支の間の癒着が強固であったが胸腔鏡下に剥離可能であった。手術時間1時間48分、出血量は少量。病理は前回の腫瘍に類似する所見で再発と診断した。区域切除は断端の確保が重要であり、胸腔鏡下に行う際には適応については特に慎重な対応が必要である。

Ⅲ-13 術前肺放線菌症の診断で手術を施行し、術中に原発性肺癌と診断された1例

1 国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院 呼吸器外科

2 横浜市立大学 外科治療学

公盛啓介¹、諸星隆夫¹、足立広幸¹、稲福賢司¹、益田宗孝²

症例は65歳男性。血痰、発熱を主訴に近医受診。CTで右上葉腫瘤を認め、原発性肺癌の疑いで当院受診された。経食道針生検で肺放線菌症と診断され、抗生剤で一旦縮小するも再度腫瘤の増大を認めたため、外科切除の方針となった。摘出検体の術中迅速病理検査で非小細胞肺癌と診断され、そのままリンパ節郭清を追加し終刀した。比較的良好な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-15 拡大管状左上葉+S6切除の1例

自治医科大学附属病院 呼吸器外科

根岸秀樹、真木 充、中野智之、山本真一、手塚憲志、遠藤俊輔
61歳男性、労作時呼吸困難のため近医受診。CTにて左上葉気管支に気道内進展腫瘤認めた。扁平上皮癌の診断で手術目的で当科紹介。気管支鏡では底区域気管支は腫瘍進展なく、拡大管状左上葉+S6切除の方針とした。手術所見、腫瘍はB6とのspurに及んでいたが、底区域気管支は浸潤なし、気管支断端、中枢、末梢とも迅速診断にて陰性を確認し、左主気管支と底区域気管支を4-0 PDS テレスコープ吻合とした。術後経過良好であった。

Ⅲ-17 液体貯留を伴う嚢胞内に発生した肺腺癌の1例

1 関東労災病院 呼吸器外科

2 横浜市立大学 外科治療学

矢吹里香子¹、椎野王久¹、渡部克也¹、益田宗孝²

65歳男性。左上肢の脱力を主訴に当院整形外科受診。頸椎症と診断。精査中の胸部CTで右肺S1に内部液体貯留を伴う嚢胞、および嚢胞内に6cm大の腫瘍を認め、肺悪性腫瘍疑いで当科受診。全身精査後手術の方針となった。術中迅速病理診断で扁平上皮癌と診断され、右肺上葉切除、奇静脈合併切除、ND2a-1施行。嚢胞内液体の細胞診はClassII、最終病理診断はadenocarcinoma、pT2bN0M0、stageIIAであった。

10:46~11:26 学生発表

座長 長 泰 則（東海大学医学部 外科学系心臓血管外科）
山下 裕 正（東邦大学医療センター大橋病院 心臓血管外科）

学生発表

Ⅲ-18 Ebstein 奇形術後 TR に対する術式決定に術中 ICG 蛍光造影が有効であった成人例
東邦大学医学部附属大森病院 心臓血管外科
小泉貴洋、片山雄三、小澤 司、塩野則次、川田幸太、
亀田 徹、布井啓雄、大熊新之介、片柳智之、益原大志、
藤井毅郎、渡邊善則
症例は 51 歳男性。Ebstein 奇形・WPW 症候群・上室性頻拍に対し、32 歳時 Carpentier 法・副伝導路隔離術施行。48 歳時から TR に伴う心房粗細動、右心不全の増悪を認めた。今回 one and one half repair も視野に入れ、TVR・右側 MAZE 施行。CPB 離脱直後の ICG 蛍光造影により、良好な RV-PAG 所見が得られたため、BDG 不要と判断し得た。文献的考察をふまえ報告する。

学生発表

Ⅲ-20 意識障害を伴う急性 A 型解離に対する上行大動脈中心送血の一例
東海大学医学部
廣川 佑、志村信一郎、秋 顕、古屋秀和、田中千陽、
永瀬晴啓、山本堯圭、内記卓斗、岸波吾郎、長 泰則、上田敏彦
症例は 60 歳代女性。腕頭動脈解離を伴う急性 A 型解離で、術前意識レベルは JCS100、左片麻痺を呈していた。緊急手術となり上行大動脈中心送血で体外循環を確立すると、右前額部混合血酸素飽和度および右上肢血圧が上昇した。上行弓部全置換術を施行。補助歩行可能となり術後 48 日目に回復期リハビリ病院へ転院後、社会復帰された。上行大動脈中心送血が脳血流の改善に寄与した可能性があり報告する。

学生発表

Ⅲ-22 上大静脈症候群、右房内伸展をきたした浸潤性胸腺腫の切除例
1 横浜市立大学医学部医学科
2 横浜市立大学 外科治療学
谷口勝城¹、石川善啓²、中山博貴²、郷田素彦²、藪 直人²、
町田大輔²、鮫島譲司²、益田宗孝²
72 歳女性。顔面浮腫、めまいで発症。CT で前縦隔から甲状腺右葉、上大静脈内を占拠し先端は右心房内にまで伸展する腫瘤を認め、精査で胸腺腫（Type B2）による上大静脈症候群と診断した。甲状腺右葉切除・胸腺全摘に加え、人工心肺下に上大静脈・右房内腫瘍塞栓摘除、上大静脈再建術を施行。術後経過良好であった。浸潤性胸腺腫が上大静脈症候群、右房内伸展を来すことは稀であり、文献的考察を加え報告する。

学生発表

Ⅲ-19 術前に苦慮した PVE の一例
信州大学医学部 心臓血管外科
千田航平、瀬戸達一郎、浦下周一、小松正樹、市村 創、
五味淵俊仁、中原 孝、大橋伸朗、大津義徳、和田有子、
福井大祐、岡田健次
症例は 85 歳、女性。僧帽弁閉鎖不全症、心房細動に対して生体弁による僧帽弁置換術、メイズ、三尖弁形成術を施行した。術後 2 ヶ月で心不全にて入院するも保存的治療にて軽快した。術後 5 ヶ月で再度心不全にて入院、心エコーにて人工弁の閉鎖不全を認め、術後 7 ヶ月で再手術を施行した。人工弁には vegetation が付着しており、弁尖の開放を制限していた。弁輪部を debridement し再弁置換術を施行した。

学生発表

Ⅲ-21 High risk 症例における胸部大動脈瘤破裂時の debranching TEVAR の工夫
聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科
鈴木 開、千葉 清、嵯峨根正展、桜井祐加、遠藤 仁、
盧 大潤、永田徳一郎、小野裕國、大野 真、北中陽介、
近田正英、西巻 博、宮入 剛
症例は 78 歳女性。既往歴に左乳癌術後、放射線治療歴 肺気腫による慢性呼吸不全、側頭動脈炎にて PSL7mg 内服、大動脈弁狭窄症にて大動脈弁置換術後及び、左肺癌にて左下葉切除術後。発熱にて当院外来受診され、胸部 CT にて弓部大動脈瘤切迫破裂と診断。拘束性換気障害もあり、再開胸手術は high risk と判断し、debranching TEVAR の方針。Zone 0 landing のため、in flow を右大腿動脈からの頸部分枝バイパスを併施し、TEVAR を施行。術後リハビリに時間を要したが独歩退院。文献的考察を踏まえて報告する。

Ⅲ-23 胸腔鏡食道癌手術における上縦隔郭清の手技

聖マリアンナ医科大学消化器一般外科

松下恒久、民上真也、真船太一、福岡麻子、佐治 攻、
榎本武治、大坪毅人

低侵襲性と拡大視効果の観点から胸部食道癌に鏡視下手術を行っている。当院での上縦隔郭清の手技を報告する。左側臥位で分離肺換気・気胸併用で手術を開始。奇静脈弓・右気管支動脈の切離、胸膜を切開し、右鎖骨下動脈の背側で右反回神経を同定し郭清。食道を吊り上げ気管左側に沿い剥離し腹側に圧排しながら気管左側軟骨部で左反回神経と交感神経心臓枝を同定。左主気管支の左側から大動脈弓を露出、左反回神経を確認し大動脈弓の反回部まで郭清する。

Ⅲ-25 経瘻孔縦隔膿瘍ドレナージにて保存的に治癒出来た食道癌術後縫合不全に伴う縦隔膿瘍の一例

神奈川県立がんセンター 消化器外科

中島哲史、尾形高士、里吉哲太、神尾一樹、前澤幸男、
瀬上顕貴、池田耕介、佐藤 勉、長 晴彦、吉川貴己

66歳男性 食道癌 T3N1M0 stage3 で術前化学放射線療法後に右開胸胸部食道切除、胸骨後経路胃管再建、頸部吻合術を施行。6病日に縫合不全に伴う縦隔膿瘍を認めた。経鼻内視鏡を用いて経瘻孔的にドレナージチューブを挿入して膿瘍ドレナージを行い膿瘍腔は徐々に縮小し69病日に軽快退院できた。上部消化管内視鏡を用いた経瘻孔ドレナージが有用であった症例を報告する。

Ⅲ-24 術前補助化学療法により pCR が得られた食道癌の検討

東海大学 消化器外科

二宮大和、小澤壯治、小熊潤也、数野暁人、山崎 康

【対象】2015年10月までに胸部食道扁平上皮癌に対しNAC後手術を行った109例（FP89例、DCF20例）を対象とした。【結果】pCRが得られた症例は4例（FP1例、DCF3例）であった。治療前の壁深達度はT2 2例、T3 2例で、肉眼型は2型3例、3型1例であった。上部消化管造影における腫瘍長径の平均値は38.3mmで、CTで腫瘍部の厚みを計測すると平均値は10.6mmであった。平均観察期間36か月において再発はない。

Ⅲ-26 食道癌術後 major leakage を Over-The-Scope-Clipping (OTSC) system により閉鎖し得た1例

横浜市立大学 外科治療学

橋本 至、長澤伸介、山田貴允、原田 浩、山本直人、
大島 貴、湯川寛夫、利野 靖、益田宗孝

症例は77歳男性。食道癌、Ae (EG)、scc、T1bN0M0 StageI に対し、腹腔鏡補助下食道切除、亜全細径胃管再建、後縦隔経路・胸腔内吻合術を施行。術後7日目に再建胃管縫合閉鎖部に径10mmの縫合不全を認めた。保存的加療にて改善せず、術後31日目にOTSC system を使用し縫合不全部を閉鎖。閉鎖後20日目には経口摂取を再開し、その後の経過は良好であった。OTSC system について文献的考察を加えて報告する。

14：17～14：49 肺：良性

座長 荒井宏雅（神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器外科）

Ⅲ－27 肺内子宮内膜症の1切除例

北里大学医学部 呼吸器外科学

松島圭吾、小野元嗣、林 祥子、園田 大、中島裕康、
松井啓夫、塩見 和、佐藤之俊

症例は37歳女性。5年前から月経に一致した反復性の血痰を認め、臨床経過にて肺内子宮内膜症と診断された。CTで右肺上葉S3bに気腔の拡大を伴う限局性スリガラス陰影を認めた。ホルモン治療や気管支動脈塞栓術を施行するも症状軽快せず、VATS右上葉部分切除術を施行し、症状の軽快を認めた。組織では出血と線維化を伴う肺内子宮内膜症と診断された。本症は、子宮内膜が肺実質に異所性に増殖し、月経と一致して血痰を認める稀な疾患であり、文献的考察を加え報告する。

Ⅲ－28 肋間動脈肺動脈交通症の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 放射線診断科

3 慶應義塾大学医学部 病理診断部

濱田賢一¹、神山育男¹、栗山翔司¹、坂巻寛之¹、志満敏行¹、
大竹宗太郎¹、松田信作¹、加勢田馨¹、木下智成¹、大塚 崇¹、
中塚誠之²、林雄一郎³、浅村尚生¹

40歳、男性。検診のCTで肺動静脈瘻疑われ、当院へ紹介された。血管造影を施行し、第5-8肋間動脈から右肺動脈への短絡が確認され、肋間動脈肺動脈交通症と診断した。根治的塞栓術は困難であったため、右下葉部分切除、肋間動脈結紮術を施行した。肋間動脈肺動脈交通症は極めて稀であり、文献的な考察を加えて報告する。

Ⅲ－29 気管支発生神経鞘腫の1切除例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器外科

2 横浜市立大学 外科治療学

金子翔太郎¹、田尻道彦¹、荒井宏雅¹、安藤耕平¹、串田好宏¹、
益田宗孝²

症例は38歳男性。主訴は発熱、咳嗽。細菌性肺炎に対する抗菌薬加療後も胸部単純X線で無気肺が残存したため、胸部CTを撮影し右上葉気管支（B3）を塞ぐ結節影を認めた。気管支鏡検査で右B3起始部から突出する腫瘤を認め、生検の結果神経鞘腫が疑われた。胸腔鏡下右肺上葉切除+気管支楔状切除術を施行した。病理組織学的にSchwannomaと診断した。気管支原発の神経鞘腫は稀であり、文献的考察を加え報告する。

Ⅲ－30 成人発見の肺葉外肺分画症の1切除例

1 国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院 呼吸器外科

2 横浜市立大学 外科治療学

稲福賢司¹、諸星隆夫¹、足立広幸¹、公盛啓介¹、益田宗孝²

症例は50歳女性。32歳時に胸部単純写真で異常陰影を指摘されたが放置。今回持続する血痰を主訴に受診。胸部造影CTで左肺分画症の診断となり手術を施行。左肺底区域に正常肺と分離された分画肺を認めた。下行大動脈から流入する異常血管と、肋間静脈に還流する異常血管を処理して、左肺底区域切除を行った。摘出標本は正常肺との間に胸膜の介在を伴い、肺泡構造を認めず、肺葉外肺分画症と診断した。成人発見の肺葉外肺分画症は稀であるため報告する。

14：49～15：29 縦隔胸壁 1

座長 高 持 一 矢（順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科）

Ⅲ－31 右胸腔下部を占拠した嚢胞性縦隔奇形腫の一手術例

東京慈恵会医科大学 外科学講座

森 彰平、加藤大喜、柴崎隆正、浅野久敏、山下 誠、
尾高 真、森川利昭

症例は41歳女性、健診胸部異常陰影にて前医を受診した。CTで右胸腔下部を占拠する多房性嚢胞性病変（最大径165mm）を指摘され、精査加療目的にて当院に紹介となった。胸腺嚢胞、心膜嚢胞、リンパ管腫を鑑別に診断治療を兼ねて手術の方針とした。術中所見で、腫瘍は胸腺右下極に基部をもって胸腔内へ大きく突出する多房性嚢胞性病変として確認できた。胸腔鏡下に胸腺右下極を部分切除し腫瘍切除を行った。術後の病理診断にて成熟奇形腫の診断を得た。

Ⅲ－32 STAT6が診断に有用であった Malignant solitary fibrous tumor 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 呼吸器外科

2 横浜市立大学 外科治療学

3 横浜市立大学附属市民総合医療センター 病理部

4 聖マリアンナ医科大学 病理学教室

水野香世¹、菅野健児¹、齋藤志子¹、永島琢也¹、乾 健二¹、
益田宗孝²、岡田千尋³、稲山嘉明³、高木正之⁴

Solitary fibrous tumor (SFT) の診断には免疫染色において、CD34、CD99、bcl-2、vimentin、cytokeratin などを用いることが一般的である。本症例ではこれらに加え、STAT6による免疫染色を追加することが診断に有用であったのでこれを報告する。

Ⅲ－33 胸腺 MALT リンパ腫の1例

前橋赤十字病院 呼吸器外科

内山昌博、伊部崇史、河谷菜津子、井貝 仁、上吉原光宏

症例は66才女性。検診で胸部異常陰影を指摘された。CTで前縦隔に62×20mm大の分葉状扁平腫瘤を指摘された。FDG-PETでは同部へmax SUV 4.6の集積を認めた。悪性リンパ腫疑いの診断のもと胸腔鏡下前縦隔腫瘍切除生検を施行。組織学的にはCD20陽性の小型異形リンパ球浸潤を認めた。異形リンパ球の介在する胸腺組織を伴うため、胸腺 MALT リンパ腫と診断した。術後経過良好で、現在血液内科にて経過観察中である。同疾患は比較的まれであるため、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ－34 気管支内腔へ進展した胸腺腫の切除例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

中村晃史、渡辺俊一、鈴木繁紀、政井恭兵、朝倉啓介、

中川加寿夫、櫻井裕幸

79歳男性。咳嗽の精査中に前縦隔腫瘍を指摘され当院を紹介受診した。胸部CT上、前縦隔、右上葉気管支、上大静脈、両側腕頭静脈に浸潤する8cm大の腫瘍を認めた。気管支鏡検査で右上葉気管支内にポリープ状に突出する腫瘍を認め生検にて胸腺腫の診断を得て手術の方針となった。胸腺胸腺腫摘出、右上葉切除、上大静脈・両側腕頭静脈の合併切除・再建を施行した。病理で胸腺腫 Type AB と診断された。このような進展形式を呈する胸腺腫は稀であり報告する。

Ⅲ－35 右中縦隔に発生したリンパ管腫の1切除例

東京慈恵会医科大学附属柏病院

塚本 遥、仲田健男、矢部三男、秋葉直志

36歳、男性。既往歴は特になし。2015年の検診にて、胸部異常陰影を指摘されて当院を紹介受診。胸部造影CTでは右中縦隔に5.0×3.5×2.5cmの境界明瞭で内部均一な低濃度を示す腫瘤を認め、尾側に一部充実性成分を伴っていた。胸部MRI所見と併せ、単純嚢胞、心膜嚢胞、気管支原生嚢胞などを疑い、診断および治療目的にて手術の方針とした。4ポート右胸腔鏡下腫瘍切除を施行した。術後病理にて中縦隔リンパ管腫と診断した。中縦隔発生の中縦隔リンパ管腫は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

15 : 29~16 : 17 縦隔胸壁 2

座長 山 本 健 嗣 (横浜労災病院 呼吸器外科)

Ⅲ-36 胸腔鏡下に切除した gastrointestinal stromal tumor (GIST) 横隔膜転移の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科

山道 堯、堀尾裕俊、奥井将之、原田匡彦

症例は60歳代女性。腹腔内巨大GISTにてグリバック、スーテン
ト投与後に残存腫瘍切除の既往あり。術後3年目のCTにて右肺
下葉横隔膜直上に7mm大の結節を指摘、GIST肺転移の疑いで胸
腔鏡下切除の方針となった。胸腔内を観察すると病変は横隔膜に
存在、可動性良好であり、1cm程度の切除マージンを確保して横
隔膜部分切除施行。迅速病理診断でGIST横隔膜転移と判明した。
GIST横隔膜転移は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-37 胸膜播種を伴うMG合併胸腺腫に対し、拡大胸腺全摘 +播種結節切除術を行った一例

1 横浜労災病院 呼吸器外科

2 横浜市立大学 外科治療学

三ツ堀隼弘¹、前原孝光¹、山本健嗣¹、木越宏紀¹、益田宗孝²

症例は43歳男性。眼瞼下垂を主訴に近医受診し、MG疑いで前医
神経内科紹介。CTにて前縦隔に最大径31mm大の腫瘤と、右胸
腔内に多数の播種結節を認めた。球症状出現したため前医入院し
血漿交換およびIVIG施行後、手術的に当科転院となった。手
術は胸骨正中切開と右側胸部2か所のportで拡大胸腺全摘+播種
結節切除を行い、現在補助化学療法中である。病理診断はType
AB thymomaであった。文献的考察を加えて発表する。

Ⅲ-38 左胸壁 extraskeletal myxoid chondrosarcoma の1切 除例

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 呼吸器外科

東 陽子、茂木 晃、矢島俊樹、飯島 岬、中澤世識、

尾林 海、大瀧容一、永島宗晃、清水公裕、桑野博行

症例は50代女性。健診レントゲンで左肺尖部腫瘤影を指摘され、
精査にて左肋間神経原性腫瘍が疑われた。手術的に当科紹介と
なり、第2肋骨合併腫瘍切除術を施行した。病理組織学的所見か
ら、腫瘍はextraskeletal myxoid chondrosarcomaと診断され、術
後3か月間問題なく経過している。extraskeletal myxoid chondro-
sarcomaは稀な腫瘍であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-39 Lemierre 症候群を伴う壊死性降下性縦隔炎の一例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

海寶大輔、大島拓美、鈴木秀海、中島崇裕、和田啓伸、

藤原大樹、岩田剛和、吉田成利、吉野一郎

生来健康な50歳女性。発熱および頸部痛で発症し、次第に頸部腫
脹および呼吸困難をきたしたため当院に緊急搬送された。CTに
て左頸部および縦隔膿瘍と左椎骨静脈血栓および多発肺浸潤影を
認めた。Lemierre 症候群を伴う壊死性降下性縦隔炎と診断し、嫌
気性菌に有効な抗生剤投与、緊急頸部・縦隔ドレナージ術、抗凝
固療法にて治療し、第28病日に軽快退院となった。比較的稀な病
態であり、文献的考察を交えて報告する。

Ⅲ-40 背側横隔膜上および前縦隔の壁側胸膜に局限した上皮 型悪性胸膜中皮腫の1切除例

1 横浜市立大学 外科治療学

2 横須賀共済病院 呼吸器外科

石川善啓¹、諸星隆夫²、鮫島譲司¹、益田宗孝¹

68歳男性。前立腺癌治療後フォローCTで左背側横隔膜上を占め
る巨大結節(最大10.9cm)および前縦隔の胸膜結節(3.6cm)を
指摘された。胸腔鏡下生検により上皮型胸膜中皮腫cT1bN0M0と
診断。巨大病変のため化学療法CDDP+PEMを4コース施行後、
壁側胸膜切除、横隔膜・左肺上葉部分・底区域合併切除、横隔膜
再建術施行。術後経過良好でPOD12に退院。病理診断は限局型
悪性胸膜中皮腫、上皮型、pT2N0M0であった。文献的考察を加
えて報告する。

Ⅲ-41 重症筋無力症に合併した胸腺癌の1切除例

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

山崎庸弘、坂口浩三、石田博徳、二反田博之、柳原章寿、

金子公一

51歳女性。2014年10月右眼瞼下垂で発症。近医受診し抗アセチ
ルコリンレセプター抗体陽性、重症筋無力症と診断された際、胸
部CTで前縦隔腫瘍認め当科紹介となった。胸腺腫を疑い胸骨正
中切開拡大胸腺全摘術施行。永久標本でtypeB3thymomaの一部
にsquamous cell carcinomaを認め、Combined thymic carcinoma
と診断された。臨床病期は周囲脂肪組織への浸潤認め、正岡Ⅱ期の
診断を得た。胸腺癌と重症筋無力症の合併は極めて稀であり、文
献的考察を加えて報告する。

16：17～16：57 肺：その他

座長 佐 治 久（聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科）

Ⅲ－42 生体肝移植術中に右気胸と広範な胸膜剥離を発症し経横隔膜的に修復した1例

1 東京女子医科大学 第1外科

2 東京女子医科大学消化器病センター 外科

坂本 圭¹、神崎正人¹、村杉雅秀¹、小山邦広¹、井坂珠子¹、
宮野 裕¹、前田英之¹、光星翔太¹、萩原 哲¹、大森亜紀子²、
小寺由人²、江川裕人²、山本雅一²、大貫恭正¹

66歳男性。多発性嚢胞腎で透析中。肝嚢胞感染のため消化器外科で生体肝移植術施行。術中に右気胸発症。移植終了後に経横隔膜的に胸腔内を観察。下葉臓側胸膜が広範に剥離し気腫様となり多量の気漏あり。胸膜切開し肺実質にタコシール、PGA シート貼付、フィブリン糊散布し閉鎖。第27病日ドレーン抜去。

Ⅲ－44 大腸癌肺転移に対しVAL-MAP下に胸腔鏡下右肺S9+S10b区域切除、右肺S3、S6部分切除を施行した1例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

桑野秀規、佐藤雅昭、川島 峻、柳谷昌弘、長山和弘、
似鳥純一、安樂真樹、中島 淳

50歳代女性。診断は右肺S3、S6、S9の大腸癌肺転移。S6、S9結節に対し、手術前日にSynapse Vincent マッピングモードを用いVAL-MAPを施行。マッピングに従って区域切除の切離線上に計6か所に3-0PDSで目印をつけた。葉間からA9、A10b、B9、B10b、V9の順に処理をし、ステイプラーで区域間を切離した。また、S3、S6部分切除を施行した。経過良好で第8病日に退院した。

Ⅲ－46 内科的治療に抵抗し、手術を施行した気管支拡張症の1例

1 昭和大学病院 呼吸器外科

2 (財) 東京都保健医療公社荏原病院

大島 稔¹、南方孝夫²、氷室直哉¹、富田由里²、片岡大輔¹、
山本 滋¹、門倉光隆¹

症例は32歳女性。7年前にマイコプラズマ肺炎罹患後から、発熱、咳嗽、喀痰等が3ヶ月毎に出現し、3年前に気管支拡張症と診断された。胸部CTでは右下葉に気管支拡張を伴った炎症性硬化像を認め、感染コントロールと肺炎の再燃予防に右肺下葉切除を施行した。術後経過は良好で症状は有意に減少した。内科的治療抵抗性の気管支拡張症に対し、病巣の完全切除が可能な時期に外科的治療を行うことが重要であると考えられた。

Ⅲ－43 両側同時自然気胸で両側同時手術を行った1症例

1 日本医科大学武蔵小杉病院

2 日本医科大学 呼吸器外科

久能木俊之介¹、岡本淳一¹、窪倉浩俊¹、白田実男²

両側同時自然気胸は稀な疾患で、軽症であっても心肺停止に至るような重症例があるとされている。今回、帰宅時、突然の呼吸困難で倒れて当院救命救急センターに救急搬送され、両側同時自然気胸と診断された17歳、男性の症例を経験した。緊急胸腔ドレナージを行った後、両側同時手術に至っている。若干の文献的考察を含めて報告する。

Ⅲ－45 結核性脊椎炎に対し胸腔鏡下に椎体搔爬と前方固定術を施行した一例

1 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

2 東京医科大学 整形外科科学分野

田中健彦¹、吉田浩一¹、荒牧 直¹、大谷圭志¹、前田純一¹、
萩原 優¹、垣花昌俊¹、梶原直央¹、大平達夫¹、西村浩輔²、
遠藤健司²、山本謙吾²、池田徳彦¹

症例は40歳代男性。化膿性脊椎炎を疑われ当院整形外科を紹介された。結核性脊椎炎(Th7-8)の診断で抗結核薬を投与するも治療抵抗性であり、外科治療も必要と判断され当科紹介となった。整形外科と合同で完全胸腔鏡下での椎体搔爬と前方固定術を施行した。術後は良好に経過した。脊椎での胸腔鏡下手術は有効であった。