

# 第171回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2016年6月11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	605（6階）
第I会場	601（6階）
第II会場	606（6階）
第III会場	706（7階）
幹事会	701（7階）
世話人会	702（7階）

会長： 荒井 裕国

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 心臓血管外科学

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45

TEL：03-5803-5270 FAX：03-5803-0141

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（時間厳守をお願いいたします）。
  - (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) 演者は当会会員に限られております。発表前に当会への入会手続きをお願いいたします。

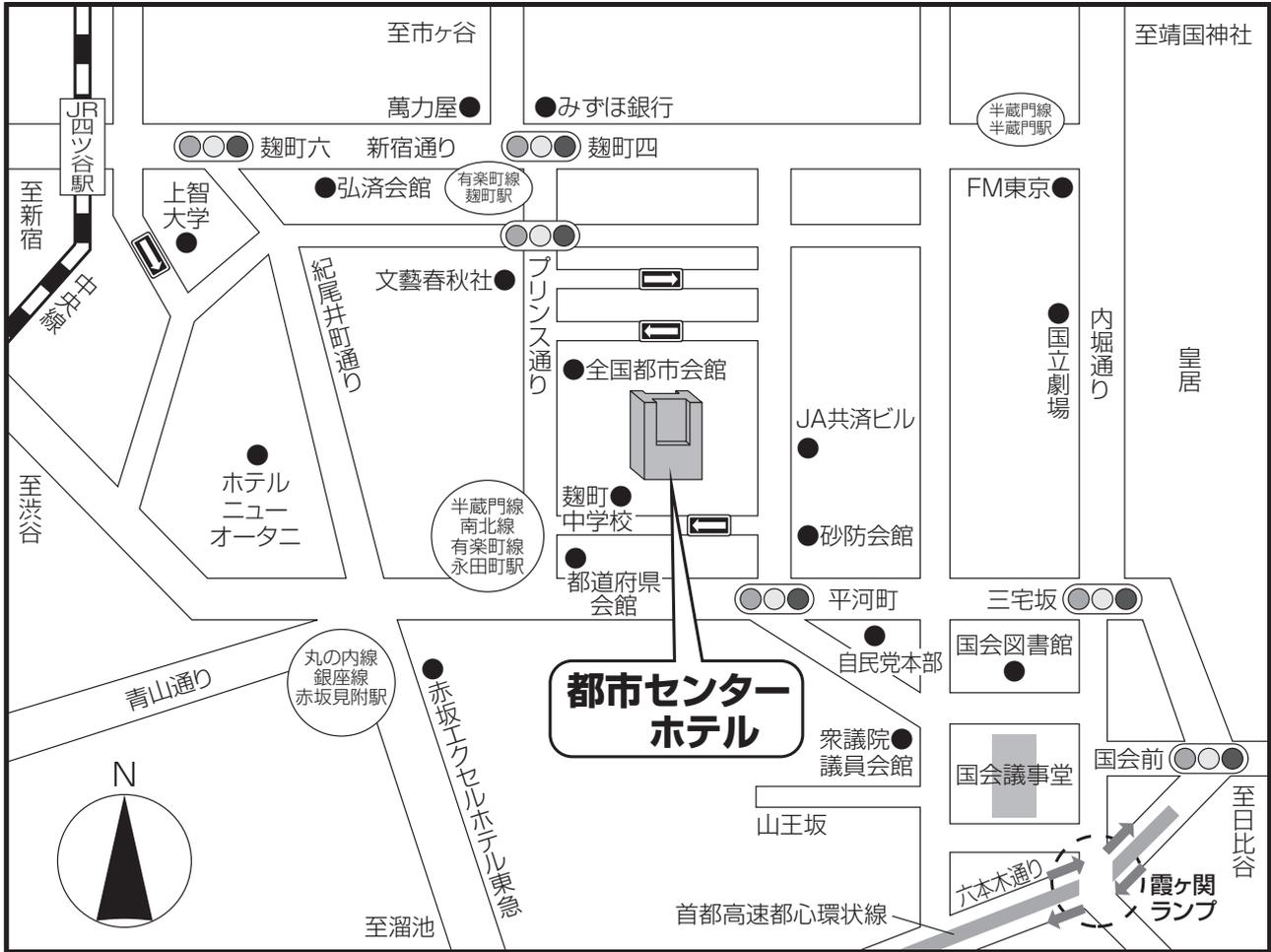
# 【会場案内図】

都市センターホテル

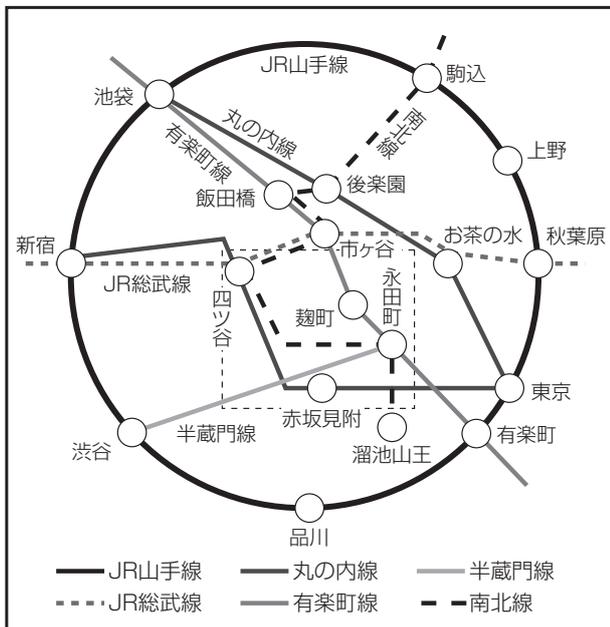
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1

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

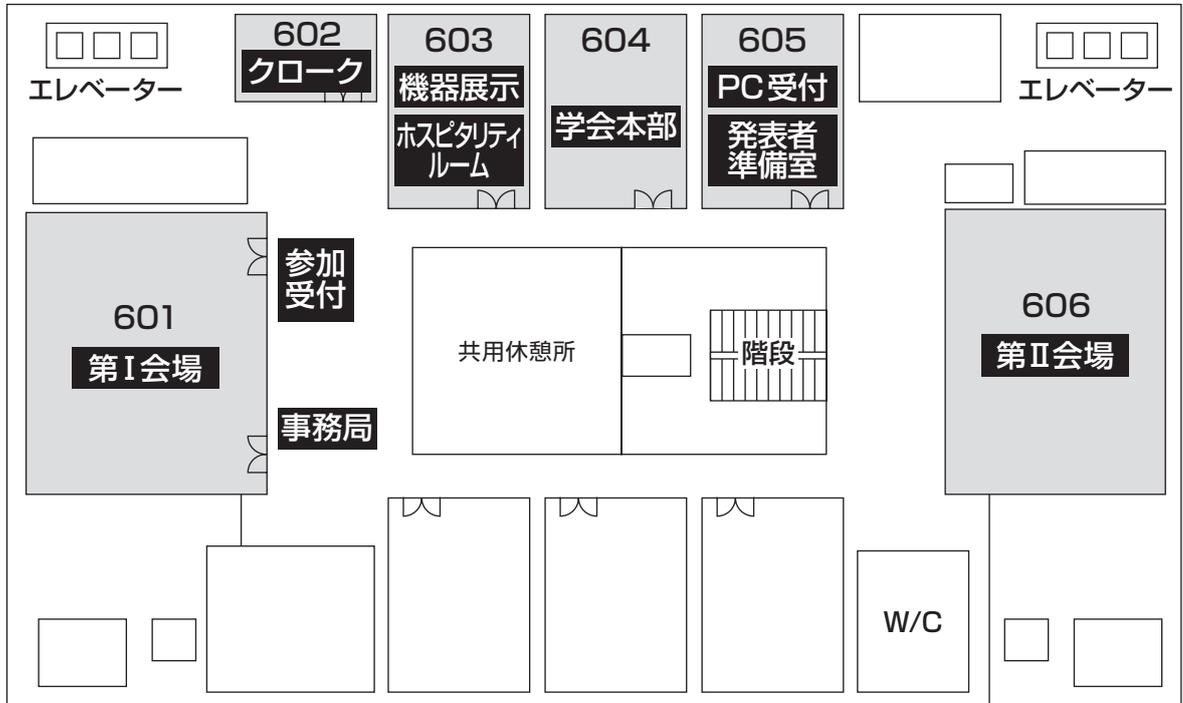
### ◆首都高速

- 霞ヶ関出口より5分

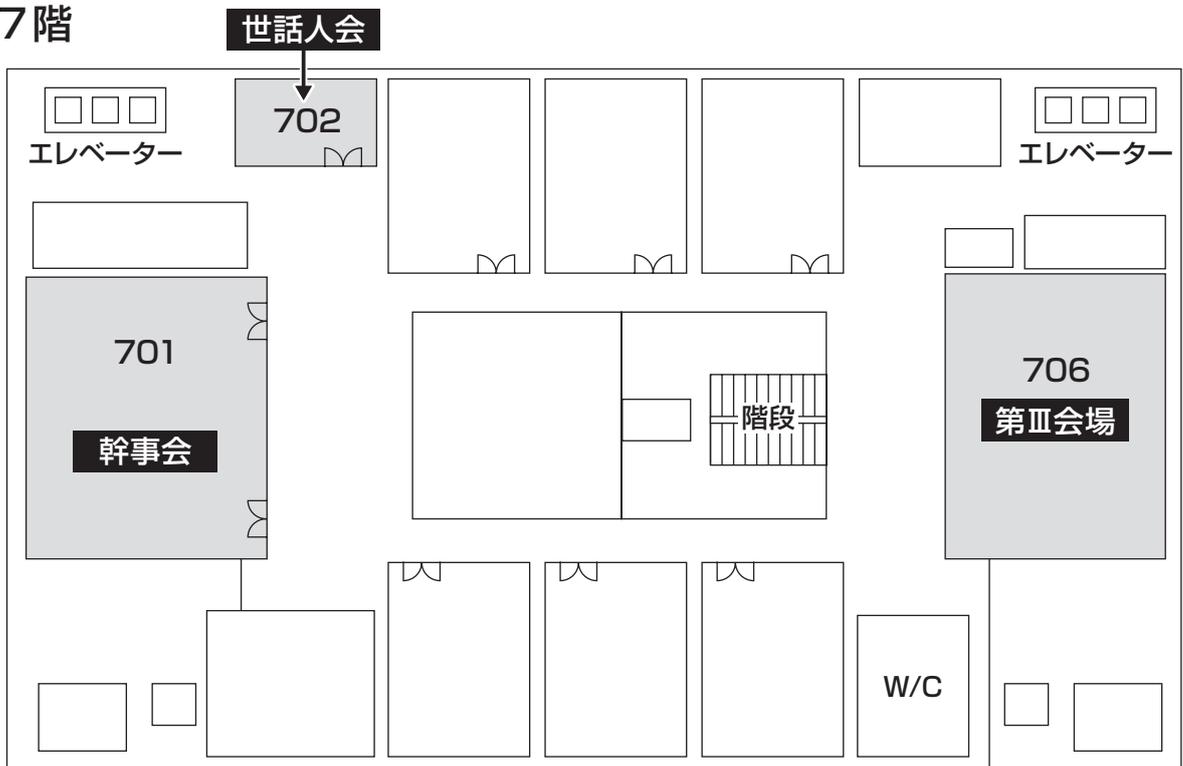
# 【場内案内図】

## 都市センターホテル

### ■6階



### ■7階



**第Ⅰ会場 (601)**

8:25~8:30 開会式

8:30~9:18

**心臓：大動脈弁**

1~6 丸山 雄二

日本医科大学 武蔵小杉病院  
心臓血管外科

田中 千陽\*

東海大学 心臓血管外科

9:18~10:06

**心臓：僧帽弁**

7~12 坂本 吉正

東京慈恵会医科大学 心臓血管外科

伊藤 丈二\*

東京ベイ・浦安市川医療センター  
心臓血管外科

10:06~11:02

**心臓：感染性心内膜炎**

13~19 北中 陽介

聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科

岡村 賢一\*

東京大学 心臓外科

11:02~11:42

**心臓：補助人工心臓**

20~24 縄田 寛

東京大学医学部附属病院 心臓外科

藤原 立樹\*

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

**ランチオンセミナー (心臓)**

11:45~12:00

①GTCSからの報告

『みんなでとろうインパクトファクター!』

演者 小澤 壮治

(東海大学医学部付属病院 消化器外科)

12:00~12:50

②ランチオンセミナー：心臓

『Complex mitral valve repair』

座長 荒井 裕国

(東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科)

演者 江石 清行

(長崎大学大学院 心臓血管外科)

協賛：エドワーズ ライフサイエンス  
株式会社**第Ⅱ会場 (606)**

8:30~9:18

**肺：肺悪性腫瘍 1**

1~6 山本 滋

昭和大学医学部  
外科学講座呼吸器外科学部門

安樂 真樹

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

9:18~9:58

**肺：肺悪性腫瘍 2**

7~11 原田 匡彦

がん・感染症センター都立駒込病院  
呼吸器外科

石橋 洋則

東京医科歯科大学大学院 呼吸器外科

9:58~10:54

**学生発表**

12~18 益田 宗孝

横浜市立大学大学院医学研究科  
外科治療学

金子 公一

埼玉医科大学国際医療センター  
呼吸器外科

10:54~11:42

**肺：肺良性腫瘍**

19~24 茂木 晃

群馬大学医学部 病態総合外科学

後藤 行延

筑波大学大学院人間総合科学研究科  
呼吸器外科**ランチオンセミナー (肺)**

11:45~12:00

①GTCSからの報告 (中継)

『みんなでとろうインパクトファクター!』

演者 小澤 壮治

(東海大学医学部付属病院 消化器外科)

12:00~12:50

②ランチオンセミナー：肺

『En blocリンパ節郭清を目指して  
—コロンブスの卵は全肺葉にあった—』

座長 大久保憲一

(東京医科歯科大学大学院 呼吸器外科)

演者 佐藤 雅美

(鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科  
呼吸器外科学分野)協賛：ジョンソン・エンド・ジョンソン  
株式会社**第Ⅲ会場 (706)**

8:30~9:10

**心臓：先天性 1**

1~5 岡村 達

長野県立こども病院 心臓血管外科

山本 裕介\*

東京都立小児総合医療センター  
心臓血管外科

9:10~9:58

**心臓：先天性 2**

6~11 杉本 晃一

北里大学医学部 心臓血管外科

梶沢 政司\*

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

9:58~10:46

**心臓：先天性 3**

12~17 白石 修一

新潟大学医学部 第2外科

竹下 斉史\*

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

10:46~11:34

**心臓：周術期管理**

18~23 富岡 秀行

東京女子医科大学心臓病センター  
心臓血管外科

吉野 邦彦\*

聖路加国際病院 心臓血管外科

9:00~9:50

世話人会 (702)

11:10~12:00

幹事会 (701)

**第Ⅰ会場 (601)**

12:50~13:05 学生表彰式

13:10~13:58

**大血管：大動脈解離**25~29 山田 靖之  
群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

日尾野 誠\*

東京ベイ・浦安市川医療センター  
心臓血管外科

13:58~14:38

**大血管：大動脈瘤破裂、  
その他**30~34 小泉 信達  
東京医科大学病院 心臓血管外科

飯田 泰功\*

慶應義塾大学医学部 外科 (心臓血管)

14:40~15:30

**アフタヌーンティー  
セミナー：心臓**

『内視鏡を活用する心臓外科手術』

座長 岡本 一真

(慶應義塾大学医学部 外科学)

演者 伊藤 敏明

(名古屋第一赤十字病院 第一心臓血管外科)

協賛：セント・ジュード・メディカル  
株式会社

15:30~16:18

**ステント治療(大動脈解離)**

35~40 上部 一彦

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

千葉 清\*

聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科

16:18~17:06

**ステント治療(大動脈瘤)**

41~46 遠藤 英仁

杏林大学医学部附属病院 心臓血管外科

杉山 佳代\*

東京医科大学 心臓血管外科

17:10 閉会式

**第Ⅱ会場 (606)**

13:10~13:40

**肺：縦隔・胸壁1**25~29 手塚 憲志  
自治医科大学 呼吸器外科

上原 浩文

帝京大学医学部附属病院 呼吸器外科

13:40~14:20

**肺：縦隔・胸壁2**30~34 河野 光智  
東海大学医学部外科学系 呼吸器外科学

小林 正嗣

東京医科歯科大学大学院 呼吸器外科

14:40~15:30

**アフタヌーンティー  
セミナー：呼吸器**

『姫路式VATS Lobectomyの変遷』

座長 板東 徹

(聖路加国際病院 呼吸器外科)

演者 長井信二郎

(独立行政法人国立病院機構  
姫路医療センター 呼吸器外科)協賛：コヴィディエンジャパン  
株式会社

15:30~16:10

**食道**

35~39 宮崎 達也

群馬大学大学院 病態総合外科

東海林 裕

東京医科歯科大学 食道外科

16:10~16:50

**肺：周術期・その他**

40~44 二反田博之

埼玉医科大学国際医療センター  
呼吸器外科

井上 達哉

日本医科大学付属病院 呼吸器外科

**第Ⅲ会場 (706)**

13:10~13:50

**心臓：外傷・その他**24~28 大木 伸一  
自治医科大学附属病院 心臓血管外科

藤吉 俊毅\*

東京医科大学 心臓血管外科

13:50~14:30

**心臓：冠動脈**

29~33 藤井 毅郎

東邦大学医療センター大森病院  
心臓血管外科

渡邊 隼\*

東京大学 心臓外科

15:30~16:02

**心臓：冠動脈瘤**

34~37 齋藤 綾

東邦大学医療センター佐倉病院  
心臓血管外科

橋 一俊\*

榊原記念病院 心臓血管外科

16:02~16:34

**心臓：腫瘍**

38~41 坂本 裕昭

筑波大学 心臓血管外科

大石 清寿\*

武蔵野赤十字病院 心臓血管外科

16:34~17:06

**心臓：合併症**

42~45 瀬戸達一郎

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

渡邊 大樹\*

JA長野厚生連 北信総合病院  
心臓血管外科

\*：日本心臓血管外科学会U-40 推薦

## 第 I 会場：601

8：30～9：18 心臓：大動脈弁

座長 丸山雄二（日本医科大学 武蔵小杉病院 心臓血管外科）  
田中千陽（東海大学 心臓血管外科）

### I-1 大動脈四尖弁による大動脈弁閉鎖不全症の一例

青梅市立総合病院

櫻井翔吾、染谷 毅、白井俊純

症例は75歳、男性。主訴は労作時呼吸苦。2年前よりAR・MR・Afを指摘されたが症状は乏しく、外来で経過観察されていた。徐々に労作時呼吸苦が出現。ARはsevereに進行しており、またmoderateMR、moderateTRを認め、手術適応と判断した。大動脈弁は四尖で、左冠尖に相当する部分がほぼ均等に二つに分かれている形で余剰な交連が存在した。AVR、MAP、TAP、Mazeを施行した。術後経過は良好で14PODに退院となった。大動脈四尖弁は比較的稀な疾患であるため、文献的考察を加えて報告する。

### I-2 二尖弁ARに対しRemodeling法による自己弁温存基部置換術を施行した1例

1 日本医科大学付属病院 心臓血管外科

2 公益財団法人心臓血管研究所付属病院

村田智洋<sup>1</sup>、川瀬康裕<sup>1</sup>、國原 孝<sup>2</sup>、新田 隆<sup>1</sup>

症例は39歳の男性。4年前から心雑音を指摘。労作時息切れのため精査を施行。Sievers分類でtype 1の二尖大動脈弁で、基部拡張と癒合弁尖逸脱により高度ARを呈していた。LADの完全閉塞も指摘され、Remodeling法による自己弁温存基部置換術と冠動脈バイパス術を施行した。術後ARはtrivialでありLVDDは83mmから58mmに縮小した。二尖大動脈弁に対する弁形成術はまだまだ標準化されておらず、若干の文献的考察を加えて報告する。

### I-3 演題取り下げ

### I-4 術前PCPS導入となった大動脈基部石灰化を伴う重症大動脈弁狭窄症の一救命例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

藤井政彦、茂木健司、櫻井 学、野村亜南、坂田朋基、高原善治  
症例は69歳女性。院外心肺停止で当院へ救急搬送され、蘇生後に低体温療法を行い後遺症なく回復した。心肺停止の原因は重症ASと診断され、臨時手術の方針となっていたが、術前心臓カテーテル検査直後にVfとなり、PCPS導入し緊急手術を施行した。大動脈基部の著明な石灰化のため縦切開でAVR+CABG+大動脈基部パッチ形成術を施行し、術後後遺症なく自宅退院した。若干の文献的考察を加え報告する。

### I-5 嚥下障害を主訴に大動脈基部拡張症と診断され術後に大動脈炎症候群の再燃を認めた1例

東京医科大学病院 心臓血管外科

斉藤祐樹、小泉信達、高橋 聡、藤吉俊毅、杉山佳代、  
神谷健太郎、岩橋 徹、岩崎倫明、西部俊哉、荻野 均

59歳男性。主訴は嚥下障害。CTにてAAE、ARを認め、David手術を行った。大動脈基部は周囲との高度癒着を認め、Aortitisを疑った。術後、意識レベル遷延、炎症反応異常高値、赤沈時間亢進がみられ、Aortitisの再燃を疑い、ステロイド投与を行い、意識レベルの改善、炎症反応の改善が得られ、病理所見もAortitisとして矛盾しなかった。本症例について文献的考察を加えて報告する。

### I-6 基部置換術後の吻合部仮性動脈瘤に対して、経皮的左室ベントを留置し循環停止下に安全に再開胸し得た1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

遠藤大介、桑木賢次、山本 平、土肥静之、梶本 完、  
嶋田晶江、中西啓介、松下 訓、天野 篤

54歳女性、IEに対してAVRおよび基部置換術の2度の手術既往があり、その後基部中枢吻合部の仮性動脈瘤のため当院を紹介された。仮性瘤は胸骨に広く接し、一部胸骨浸潤していた。右腋窩動脈送血、大腿静脈脱血で体外循環を開始し、エコー下で経皮的に心尖部から左室ベントを留置し、中等度低体温で循環停止とし安全に再開胸し手術を施行できた。

## 9:18~10:06 心臓：僧帽弁

座長 坂本吉正（東京慈恵会医科大学 心臓血管外科）  
伊藤丈二（東京ベイ・浦安市川医療センター 心臓血管外科）

I-7 Parachute like mitral valve による僧帽弁狭窄症に対し弁置換術を施行した1治験例  
東京慈恵会医科大学 心臓外科  
雨谷 優、坂本吉正、儀武路雄、松村洋高、木ノ内勝士、成瀬 瞳、坂東 興、橋本和弘  
症例は49歳男性。腎硬化症のため血液透析を導入後、心不全を発症し精査したところ severeMS、moderateTR、severePH を認め手術を施行した。僧帽弁は両交連部分の癒合が著しくパラシュート様で弁輪は22mmと狭小であった。弁尖を可能な限り切除しATS M360の22mmをsupra-annular positionに縫着、三尖弁は26mmMC<sup>3</sup>リングを用い形成術を施行。成人の狭小僧帽弁輪症例は稀で、文献的考察を加えて報告する。

I-9 閉塞性肥大型心筋症による異常乳頭筋に起因する僧帽弁閉鎖不全症の報告  
山梨県立中央病院 心臓血管外科  
山田有希子、土屋幸治、中島雅人、磯村彰吾、横山裕次郎  
72歳女性、診断は閉塞性肥大型心筋症、僧帽弁閉鎖不全症。術前超音波検査にて心尖部心肥大、左室流出路圧較差28mmHg、高度MRがあり、心臓MRIで前尖へ付着する異常乳頭筋を認めた。術中所見では前尖に直接付着する異常乳頭筋が左室流出路に張り出しており、僧帽弁置換術を行った。HOCMの特徴として心室中隔の肥厚、僧帽弁の拡大と伸長があるが、本症例のような僧帽弁前尖に連なる乳頭筋付着部の異常に起因するMRに対する外科的治療について考察する。

I-11 3回目の僧帽弁置換術後に認めた paravalvular leakage に対し2重閉鎖術を施行した1例  
東京歯科大学市川総合病院 心臓血管外科  
森 光晴、申 範圭、高木秀暢、岡 英俊  
症例は70歳女性。27歳時リウマチ性MSに対しMVR（生体弁）、41歳時生体弁機能不全に対しredo-MVR、63歳時溶血性貧血を伴う僧帽弁前尖側の paravalvular leakage (PVL) とAR及びTRに対し3回目のMVRとAVR+TAPを施行。7年後に労作時呼吸苦と進行性溶血性貧血を認め僧帽弁後尖側のPVLと診断された。PVLに対し直接閉鎖+Gore-Tex patchによる二重閉鎖術を施行した。術後PVLは消失し溶血性貧血は改善した。

I-8 前乳頭筋断裂による急性僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁置換術を施行した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、前田拓也、岡本卓也、古田晃久  
症例は61歳男性。胸痛を主訴に来院、肺水腫を認め、心臓超音波検査にて後側壁の壁運動低下、重度の僧帽弁閉鎖不全症を指摘された。冠動脈造影で、#13に血栓を認めた。そのままIABPを挿入して緊急手術を行った。僧帽弁を観察すると、前乳頭筋が基部から完全に断裂していた。後尖は温存し、27mm Carbomedicsを用いて僧帽弁置換術を行った。術後経過は良好で軽快退院した。前乳頭筋断裂は稀であるため、文献的考察を加えて報告する。

I-10 3度目の心臓手術で弁輪石灰化を伴うMSに対しMVRを施行した1治験例  
埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科  
山形顕子、田畑美弥子、小池裕之、遠藤祐輝、井口篤志、新浪博士  
症例は49歳、男性。糖尿病性腎症で維持透析中。2回的心臓手術（CABG、およびAVR）を受けており、今回、弁輪石灰化を伴う高度MSに対する手術目的で紹介された。手術はXenomedicaをリング状に切り抜いて石灰化している弁輪部から1~1.5cm手前の左房健常部に縫合し、このリングに24mm ATS 360 AP弁を縫着した。三尖弁輪形成術を追加した。手術方法の工夫に関する考察を加えて報告する。

I-12 中隔心筋凍結焼灼術を併用したSAMを伴った閉塞性肥大型心筋症の1例  
東京慈恵会医科大学心臓血管外科  
川村 廉、井上天宏、成瀬 瞳、木ノ内勝士、松村洋高、儀武路雄、坂本吉正、坂東 興、橋本和弘  
60歳女性。HOCMで内科的治療を受けていたが、SAMによるMRの増悪とBNP値の上昇、症状の悪化を認め手術となった。経大動脈弁に左室流出路の肥大心筋を切除し凍結焼灼術を追加、SAMに対しては後尖のHeight reductionを施した。MRは消失し、LVOTの圧較差は術前の140から7mmHgに、またBNP値も術前623から術後3か月後には167pg/mlに改善した。

## 10:06~11:02 心臓：感染性心内膜炎

座長 北 中 陽 介（聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科）  
岡 村 賢 一（東京大学 心臓外科）

### I-13 大腿部広範囲膿瘍、脳膿瘍を合併したMRSA 僧帽弁位活動期IEの一例

1 東邦大学医療センター佐倉病院 心臓血管外科

2 東邦大学医療センター佐倉病院 消化器外科

藺藤佑哉<sup>1</sup>、吉田 豊<sup>2</sup>、齋藤 綾<sup>1</sup>、本村 昇<sup>1</sup>

58歳男性。主訴は3週間前からの右大腿部痛、視力低下。大腿部膿瘍、多発脳梗塞、DIC、未治療DMの診断で緊急入院した。大腿部膿瘍をドレナージし、創部からMRSAが検出されVCM投与。入院6日目に僧帽弁位IEと診断され緊急MVR施行。僧帽弁輪から心外膜への貫壁性膿瘍穿破を認め搔爬した。術後は繰り返す大腿部膿瘍ドレナージに加え、心臓、脳、大腿部への組織移行性を考慮した抗生剤戦略を駆使し、退院となった。

### I-15 頭蓋内病変を合併した感染性心内膜炎に対する2手術症例

聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科

北 翔太、嵯峨根正展、桜井祐加、遠藤 仁、蘆 大潤、

永田徳一郎、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1は41歳男性。経胸壁心エコーで僧帽弁前尖に疣贅を指摘。頭部MRIにて出血性脳梗塞あり当院紹介。保存的加療後の手術を計画していたが、弁穿孔による高度MRを来し準緊急手術となった。症例2は48歳女性。手術待機中に脳膿瘍を合併。抗生剤加療を先行させ脳膿瘍が縮小した時点で手術となった。頭蓋内病変を合併した感染性心内膜炎に対する2手術症例を報告する。

### I-17 心室中隔欠損症に起因する感染性心内膜炎に感染性上腸間膜動脈瘤を合併した1例

筑波メディカルセンター病院 心臓血管外科

中嶋智美、松崎寛二、今村優紀、池田晃彦、小西泰介、軸屋智昭

43歳女性。心室中隔欠損症に起因する感染性心内膜炎（IE）を生じ入院となった。入院時、敗血症性脳塞栓・肺塞栓、感染性肺動脈瘤も合併していた。抗生剤ではコントロールがつかず、心内修復術を行った。術後経過は良好であったが、急激に増大する感染性上腸間膜動脈瘤を認め、瘤切除・バイパス術を行った。退院後も抗生剤投与を継続している。IEに合併した感染性動脈瘤について文献学的考察を含め報告する。

### I-14 IEを契機にAAE、AR、VSDを指摘されBentall+TVP+VSD closure行った1例

佐久医療センター 心臓血管外科

木南寛造、川合雄二郎、新津宏和、豊田泰幸、津田泰利、

白鳥一明、竹村隆広

57歳男性。3か月ほど前から間欠的発熱を認めていたが放置、IEを疑われ精査の結果A弁および三尖弁腱索の疣贅付着、A弁破壊によるAR、VSD、AAEを指摘されBentall+TVP+VSD closureを施行。大動脈弁輪は高度に拡大しており元の弁輪部を縫合線としてBentallすることは困難であったため、心尖部側（下縁）を縫合線としてComposite Graftを縫着した。手術後6週間の抗菌薬治療を行い感染再燃なく外来にて経過観察中である。

### I-16 Active IE、MRに対して自己心膜による腱索および弁尖の再建を施行した一例

社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院 心臓血管外科

岡本卓也、小出昌秋、國井佳文、前田拓也、古田晃久、高柳佑士  
症例は45歳女性。IE、MRにて当院紹介。炎症反応の消退を待って手術を行ったが、弁尖には感染組織が残存しておりActive IEであった。破壊された弁組織を可及的に除去、自己心膜にて腱索および弁尖を一体として再建した。術後心エコーではMr trivialまで消失。今回の術式は欠損部位に対する自己組織による僧帽弁形成の手法として有効であると思われるため報告する。

### I-18 演題取り下げ

I-19 Bentall+MVP 後両心系に疣贅を認めた感染性心内膜炎の一例

東京女子医科大学八千代医療センター 心臓血管外科

瀧口洋司、梅田悦嗣、齋藤博之

51歳男性。2009年AAE/AR、MRに対してBentall+MVP手術施行。2016年1月発熱あり血培よりC群連鎖球菌検出、TEEにて大動脈人工弁直下と右房内に疣贅指摘、CTにて脾腎梗塞認め準緊急で手術施行。手術は胸骨再正中切開心停止下に右房切開し疣贅摘出後Coronary button上より大動脈基部グラフトを斜切開しsewing cuffのみを残し人工弁を摘出した。残存グラフトを可及的に切除し新たなグラフトで中継し再Bentall術を終了した。

## 11:02~11:42 心臓：補助人工心臓

座長 縄田 寛 (東京大学医学部附属病院 心臓外科)  
藤原 立樹 (東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科)

I-20 ショック・MOF に対し左室ベント併用 PCPS を装着し、後日補助人工心臓を装着した DCM の一例  
東京大学医学部附属病院 心臓外科  
濱島ゆり、木下 修、吉竹修一、星野康弘、岩瀬友幸、  
山内治雄、縄田 寛、小野 稔  
37歳男性。2004年(26歳時)に DCM と診断。2015年10月に心不全で入院したが、LOSにより腎障害が急激に進行し IABP 挿入。その後、Af を契機に AST・ALT が著増。高度の肝腎機能障害を考慮し、左小開胸による LV ベント併用で PCPS 装着。その後、AST・ALT は改善したため、5日後にニプロ LVAD 装着・MAP・TAP・PFO 閉鎖施行。1か月半で透析を離脱し、心臓移植適応と判定され、術後3か月で HeartMate II へ植替えた。

I-22 ポンプ交換によってデバイス感染をコントロールし得た植込型補助人工心臓の一例  
東京大学医学部附属病院 心臓外科  
田中 駿、縄田 寛、井戸田佳史、吉竹修一、北原大翔、  
木下 修、木村光利、山内治雄、小野 稔  
症例は55歳男性。虚血性心筋症に対して植込型補助人工心臓 DuraHeart を装着され、植込後2年でポンプポケット感染が顕在化し、それに伴う菌血症で入院した。菌塊塞栓によると思われる多発脳出血を発症し、胸部 CT で送血管内腔壁に疣贅の付着が疑われた。Jarvik 2000 へのポンプ交換と大網充填を行い、感染をコントロールし得た。植込型補助人工心臓のデバイス感染は適切な介入時期と手技で対処しうる。

I-24 Bridge to recovery 目的の LVAD 補助が耐術を可能とした重症 MR、アドリアマイシン心筋症の一例  
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
伊藤卓也、川田光弘、西村 隆、許 俊鋭  
症例は66歳男性。2年前に悪性リンパ腫罹患し R-CHOP 療法施行。8ヶ月後アドリアマイシン心筋症の診断。その後心不全増悪による入退院を繰り返し、2015.11より low EF、重症 MR にてカテコラミン依存となり IABP 挿入後当院転院し、LVAD 装着の上 MVR 施行。術後3週間で LVAD 離脱可。離脱後、肺炎合併し一時 LOS となるも徐々に全身状態改善、MVR 術後約2ヶ月で軽快転院。LVAD による bridge to recovery が有効であった一例を経験したため報告する。

I-21 長期 PCPS 補助を経て、体外型 BiVAD、植込型 LVAD へと移行し得た高度右心不全を伴う劇症型心筋炎の1例  
東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科  
藤原立樹、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、竹下齊史、木下亮二、荒井裕国  
劇症型心筋炎の32歳男性。近医で IABP・PCPS が導入され、14日目で離脱を図ったが心不全が再燃し VAD 治療目的に当院へ搬送。脳出血があり PCPS を再導入して6日間経過を観察後、体外型 BiVAD 装着と三尖弁輪縫縮を施行。移植適応判定後に、左心を植込型 VAD (DuraHeart) へ植え替え RVAD を抜去。現在移植待機中。

I-23 9か月間の体外式補助循環から離脱し得た拡張型心筋症の一例  
東京女子医科大学病院 心臓病センター 心臓血管外科  
小坂真司、梅原伸大、立石 実、宮本卓馬、二宮義郎、  
津久井宏行、岩朝静子、勝部 健、服部将士、西中知博、  
斎藤 聡、山崎健二  
30歳男性。29歳時に定期健診にて Af 指摘、その後心不全症状あり拡張型心筋症の診断。症状増悪シカテコラミン依存状態となり PCPS 導入となる。PCPS からも離脱困難なため体外式 LVAD <ニプロ> 導入となり、心臓移植登録を行い移植待機中であつたが、LVAD 導入後9か月の経過で心機能の回復を認め、今回体外式 LVAD 離脱術を施行した。文献的考察を加えて報告する。

## 13:10~13:58 大血管：大動脈解離

座長 山田 靖之 (群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科)  
日尾野 誠 (東京ベイ・浦安市川医療センター 心臓血管外科)

### I-25 右頸動脈閉塞を伴った急性大動脈解離に対する手術経験

獨協医科大学越谷病院心臓血管外科・呼吸器外科

太田和文、齊藤政仁、朝野直城、新美一帆、田中恒有、  
権 重好、高野弘志

76才女性。意識消失と左不全片麻痺で発症しCTでA型急性大動脈解離を認め右総頸動脈から内頸動脈近位は血栓化偽腔により閉塞。緊急手術を施行。腕頭動脈末梢で離断したが総頸動脈は偽腔の器質化血栓で真腔が圧排されback flowを認めなかった。真腔には血栓がないことを確認し上行弓部全置換術を施行。術後神経症状の悪化無くCTで右総頸動脈は開存していた。頸動脈閉塞を合併した急性大動脈解離の手術戦略について考察する。

### I-27 全周性に離断した内膜flapによりARを伴ったA型急性大動脈解離の一治験例

獨協医科大学病院 心臓・血管外科

金澤祐太、山田靖之、柴崎郁子、緒方孝治、桑田俊之、  
堀 貴行、小川博永、武井祐介、福田宏嗣

症例、38歳男性。主訴、意識消失。CT、TEEにてA型急性大動脈解離、ARの診断。緊急手術施行。上行大動脈に螺旋状のtearを認め、STJレベルで内膜が完全離断しflapとなっていた。大動脈弁尖、Valsalva洞に異常は認めず、内膜flapが拡張期中枢側に翻転し左室内へ陥入しARを来したと考えられた。稀なintimo-intimal intussusceptionを伴ったA型急性大動脈解離を経験したため文献的考察を含め報告する。

### I-29 A型解離術後2週間で遠位弓部下行大動脈瘤の急速拡大を認めた1例

公益財団法人心臓血管研究所付属病院

関 雅浩、有村聡士、佐々木健一、高井秀明、國原 孝

66歳女性、胸背部痛を主訴に近医受診。1型大動脈解離の診断にて当院転院搬送。Valsalva洞拡大(50mm)を認めたことから、年齢を考慮し自己弁温存基部置換術を施行。術後約2週間で造影CTをフォローしたところ、遠位弓部、下行大動脈に15mmの拡大を認めた。根治性を考慮し左側開胸、central cannulationにて全弓部置換術+下行置換術施行。術後経過は良好。病理から特発性嚢胞状中膜壊死の所見を認め、マルファン症候群が疑われたが臨床診断基準は満たさなかった。

### I-26 冠動脈起始異常により緊急バイパス手術を要したものの限局性大動脈解離であった1例

1 海老名総合病院 心臓血管外科

2 北里大学病院 心臓血管外科

榊健司朗<sup>1</sup>、中島光貴<sup>1</sup>、贅 正基<sup>1</sup>、小原邦義<sup>1</sup>、宮地 鑑<sup>2</sup>

58歳男性、突然の胸部違和感が出現。トロポニン上昇とST低下を認め緊急カテーテル施行。大動脈弁逆流と、大動脈と肺動脈の間で背側からの右冠動脈の狭窄を認めた。PCI不可能であり緊急バイパス手術及び大動脈弁置換の方針。造影CTで大動脈四尖弁が疑われた。手術所見は冠動脈起始部から大動脈弁尖付近までの限局性の大動脈解離を認めた。術式を基部置換及びバイパス手術に変更。術後経過良好で術後23日目に自宅退院。

### I-28 異所性右鎖骨下動脈再建を併施した慢性解離性大動脈瘤下行置換術の一例

東海大学医学部心臓血管外科

尾澤慶輔、志村信一郎、秋 颯、小田桐重人、山本亮佳、  
岸波吾郎、内記卓斗、長 泰則、上田敏彦

症例は30歳代男性、非マルファン症候群の左大動脈弓および異所性右鎖骨下動脈。急性A型解離に対する上行大動脈置換術1年後、解離性大動脈瘤に対し左開胸循環停止下行置換術を施行。1分枝管側枝を利用して異所性右鎖骨下動脈を端端吻合で再建した。術後、左鎖骨部創感染を合併したが軽快退院された。異所性鎖骨下動脈の再建法には諸家の報告があるが、直達手術で解剖学的再建を施行し得たので報告する。

## 13:58~14:38 大血管：大動脈瘤破裂、その他

座長 小 泉 信 達（東京医科大学病院 心臓血管外科）  
飯 田 泰 功（慶應義塾大学医学部 外科（心臓血管））

I-30 胸腹部感染瘤に対し Refampicin 浸漬グラフトによる胸腹部人工血管置換術を施行した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、古谷光久、田邊大明、外山雅章  
生来健康な62歳男性。突然の下腹部痛が出現し、近医を受診。CTで横隔膜下に辺縁不整な大動脈瘤を認め、精査加療目的に当科を紹介受診。血液培養で Streptococcus sanguinis を認め、口腔内に多数の齲歯もあり、口腔内感染に伴う感染瘤が疑われ、手術の方針となった。Refampicin 浸漬グラフトによる人工血管置換術、腹部分枝再建術を施行。感染瘤の治療方針に関してはいまだ議論のあるところではあるが、文献的考察を含め報告する。

I-32 心嚢内に穿破し心タンポナーデを来した弓部大動脈瘤の1例  
新潟市民病院 心臓血管外科  
若林貴志、中澤 聡、河合幸史、登坂有子、菊地千鶴男、高橋善樹、金沢 宏  
66歳男性。突然の呼吸苦で前医へ救急搬送。血圧60mmHg台のショック状態であったが輸液で改善。CTで胸部大動脈瘤破裂による心タンポナーデが疑われ当院へ搬送。前医CTでは遠位弓部小弯側の嚢状瘤および血性心嚢水の貯留が認められ、瘤の心嚢内穿破による心タンポナーデと判断し緊急手術を行った。心嚢内の血腫を除去すると、肺動脈幹頭側で嚢状瘤が直接心嚢内に露出していた。弓部置換+オープンステントグラフト内挿術を施行し合併症なく退院。

I-34 大動脈弁置換術後17か月で発見されたA型大動脈解離にたいして大動脈基部置換+弓部大動脈全置換術を施行した1例  
東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科  
浅野竜太、佐藤敦彦、片岡 豪、立石 渉、中野清治  
62歳男性。15年前にIIIb型大動脈解離にたいして下行大動脈置換術、17か月前に大動脈弁閉鎖不全症に対して大動脈弁置換術を施行している。定期フォローのCT検査でA型大動脈解離を指摘され、瘤径が70mmと拡大していたため大動脈基部置換+弓部大動脈全置換術を施行した。前回手術の際の上行大動脈径は45mmで大動脈は3尖であった。エントリーはST接合部から無冠動脈洞にかけて認めた。

I-31 動脈管索大動脈瘤心嚢内破裂の1例  
社会福祉法人恩賜財団済生会水戸済生会総合病院  
大西 遼、中嶋智美、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫  
動脈管索が弓部大動脈瘤となり心嚢内破裂をきたし心タンポナーデを発症した81歳男性に対して、腕頭動脈 Chimney stent+2 Debranching TEVAR を施行して救命した。心嚢内破裂の機序に考察を加えて報告する。

I-33 弁置換術後の外来経過中に破裂した慢性解離性胸部大動脈瘤の一例  
自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科  
橋本和憲、安達晃一、進士弥央、山本貴裕、白杉岳洋、西 智史、野中崇央、堀大治郎、白石 学、岡村 誉、木村直行、由利康一、松本春信、山口敦司、安達秀雄  
65歳男性。72mmの慢性解離性胸部大動脈瘤で他院より紹介。Severe ARとMRによる心不全症状が強く、AVR+MAP+上行大動脈人工血管置換術を先行し、退院後、二期的に下行大動脈人工血管置換術を行う方針としていた。術後3ヶ月後に再解離に伴う下行大動脈瘤の破裂のため心肺停止となったが、緊急手術を行い救命した。

## 15:30~16:18 ステント治療（大動脈解離）

座長 上部 彦（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）

千葉 清（聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科）

I-35 胸部下行にエントリーを有する逆行性A型大動脈解離に対しTEVARを行い奏功した一例

佐久医療センター 心臓血管外科

木南寛造、川合雄二郎、新津宏和、豊田泰幸、津田泰利、

白鳥一明、竹村隆広

54歳女性。2年前にも同様の症状あり軽労作中に突然の胸背部痛で発症し救急搬送。造影CTにて胸部下行大動脈のentryから上行大動脈への早期血栓閉塞型逆行性解離を認め、entry閉鎖目的に緊急でTEVAR施行し術後経過は特に問題なく退院となった。術後造影CTでは腹部臓器のmalperfusion認めず上行大動脈にかけての偽腔径縮小傾向であった。術後3か月で再発の所見なく外来で経過観察中である。

I-37 A型急性大動脈解離に対する大動脈基部置換術後、弓部の遺残解離が拡張しfrozen elephant trunkにて全弓部置換術を施行した一例

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

平岡大輔、真鍋 晋、大貫雅裕、広岡一信

71歳男性。A型急性大動脈解離、上行大動脈破裂、ショック状態に対して、緊急手術（大動脈基部置換術）を施行した。初回手術から1年で弓部の遺残解離が拡張し（最大径58mm）、再手術を行った。手術は、遠位弓部より末梢も解離腔が拡張していたため、下行大動脈の真腔内にfrozen elephantを挿入した全弓部置換術を施行した。術後は順調に経過し、下行大動脈の偽腔も血栓閉塞した。

I-39 Candy-plug techniqueを併用した胸部解離性大動脈瘤に対するTEVAR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

59歳男性。約4年前に急性大動脈解離A型を発症し上行大動脈置換術施行。外来で経過観察中、遠位弓部大動脈の拡大を認め、約8か月前に遠位弓部～下行大動脈置換術を施行。その後も下行大動脈の吻合部から胸腹部の解離腔の血流は残存し、約6か月で最大短径47mmから61mmまで拡大したため、Candy-plug techniqueを併用したTEVARを施行。術後CTで解離腔の血栓化を認め、特記すべき合併症なく退院。当院でのCandy-plug techniqueの1成功例を報告する。

I-36 脳梗塞を合併したStanford A型急性大動脈解離に対し、TEVARで加療し得た一例

1 医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科

2 市立函館病院 心臓血管外科

井上堯文<sup>1</sup>、吉本明浩<sup>1</sup>、藤崎正之<sup>1</sup>、森住 誠<sup>1</sup>、末松義弘<sup>1</sup>、

森下清文<sup>2</sup>

87歳女性。元来ADL自立していたが、自宅で倒れているところを発見、救急搬送され、CTで急性大動脈解離、脳梗塞の診断。エントリーは下行大動脈にあったが逆行性に上行大動脈まで解離が及び、Stanford A型、DeBakey IIIb型であった。高齢、脳梗塞合併例であり、まず降圧加療の後に、準緊急的にTEVARを行い、エントリー閉鎖。術後CTで真腔の拡大、偽腔の血流低減を認め、良好な転帰を得た。

I-38 三腔解離化した胸腹部大動脈瘤に対するLupiae techniqueを用いたhybrid repairの一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

佐藤哲彰、青木賢治、岡本竹司、長澤綾子、榛沢和彦、

名村 理、土田正則

症例は41歳、女性。マルファン症候群、大動脈基部置換術後。三腔解離化したCrawford2型TAAAに対して3分割hybrid repair（第1期：Gelweave Lupiaeグラフト（LG）を用いた上行弓部置換術、第2期：LGを用いた腎動脈下腹部大動脈置換+腹部内臓動脈バイパス術、第3期：中枢、末梢のLGをランディングゾーンとしたTEVAR）を実施した。SGは狭細なTLでなくFLへ留置した。手技上の工夫を含めて報告する。

I-40 腹部大動脈瘤を合併し左外腸骨動脈にリエントリーを有するIII B型解離性動脈瘤の1例

国立国際医療研究センター 心臓血管外科

王 志超、池田 司、森村隼人、戸口幸治、福田尚司、

保坂 茂、加藤大貴、百瀬直也

70歳男性。2013年に対麻痺を初発症状とした急性大動脈解離（DeBakey III B型）を発症、同時に30mm大のAAAも併存。降圧療法とリハビリにて外来フォローするも2年後に胸部下行57mm、AAA40mmに拡大。TAGとEPLをSMA、両側RAを温存するように留置、5mmと狭小化した外腸骨動脈をリエントリーを超えるようにLUMINEXXで偽腔圧排閉鎖を施行、対麻痺悪化なく退院。

## 16:18~17:06 ステント治療（大動脈瘤）

座長 遠藤英仁（杏林大学医学部附属病院 心臓血管外科）  
杉山佳代（東京医科大学 心臓血管外科）

### I-41 高齢者 PDA に対して TEVAR を施行した 1 例

1 埼玉東部循環器病院

2 横浜総合病院

湯手裕子<sup>1</sup>、田中良昭<sup>1</sup>、北川彰信<sup>1</sup>、李 武志<sup>1</sup>、川口 聡<sup>2</sup>

【症例】80 歳女性【主訴】労作時息切れ【現病歴】HT、HL で他院通院中、PDA と診断され PDA 閉鎖目的で当院を紹介された。心エコーで severe MR、TR も認めており、PDA による心負荷のためと考えられ手術適応と判断した。高齢かつ PDA が鎖骨下動脈より離れていたことから術式として TEVAR を選択。術後は MR、TR ともに改善した。高齢者や解剖学的問題がない症例に対して PDA 閉鎖に TEVAR を行うことは低侵襲かつ有用であると考え。若干の文献的考察を加えて報告する。

### I-42 弓部置換遠位側吻合部仮性瘤破裂に TEVAR が奏効した 1 例

1 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

2 横浜市立大学附属市民総合医療センター 呼吸器病センター

出淵 亮<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>、笠間啓一郎<sup>1</sup>、根本寛子<sup>1</sup>、伏見謙一<sup>1</sup>、松本 淳<sup>1</sup>、森田順也<sup>1</sup>、永島琢也<sup>2</sup>、乾 健二<sup>2</sup>、益田宗孝<sup>1</sup>

症例は 77 歳女性。8 年前に他院で右側大動脈弓合併あり 4 分枝再建での弓部置換を施行。6 か月前より反復性の咯血あり、気管支鏡で左肺舌区の非定型抗酸菌感染による肺泡出血と診断し舌区切除を施行。しかし大量咯血を再発し、吻合部仮性瘤破裂と判断し緊急 TEVAR を施行。咯血は消失した。

### I-43 弓部置換後すべての部位の吻合部が仮性瘤となった一例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

長谷川秀臣、浅野宗一、松尾浩三、林田直樹、鬼頭浩之、

大場正直、丸山拓人、栢沢政司、村山博和

症例は 83 歳男性。2002 年、弓部大動脈瘤に対し弓部大動脈人工血管（UBE）置換術を施行。2012 年、腕頭動脈吻合部と上行大動脈吻合部に仮性瘤を認め、腕頭動脈に covered stent を挿入後上行大動脈人工血管置換術施行。2016 年 2 月遠位弓部吻合部仮性瘤を認め胸痛・嘔声出現し緊急で TEVAR 施行。術後造影 CT で左総頸動脈と左鎖骨下動脈吻合部にも仮性瘤を認め経過観察中である

### I-44 遠位弓部大動脈瘤による大動脈気管支瘻に対し緊急でステントグラフト内挿手術を行い救命できた 1 例

国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院 心臓血管外科

近藤太一、星野丈二、牧田 哲

症例：83 歳男性。既往に閉塞性肺疾患あり。2 カ月前から血痰を自覚し、近医で経過観察されていた。今回咯血、呼吸苦増悪のため、当院救急搬送となり、CT 造影検査で Distal arch に嚢状瘤及び瘤壁にエアを認め、遠位弓部大動脈瘤による大動脈気管支瘻と診断した。緊急で胸部ステントグラフト手術を行い、血痰は消失し良好な経過を得た。大動脈気管支瘻に対するステントグラフト手術の有効性は散見され、文献的考察も含め報告する。

### I-45 Bentall 術後 DAA に対する TEVAR、EVAR 施行 10 年後の残存瘤拡大に対して Debranching TEVAR、Debranching EVAR を追加した Marfan 症例

水戸済生会総合病院 心臓血管呼吸器外科

三村慎也、篠永真弓、倉岡節夫

Marfan 症候群で Bentall 手術+MAP の既往がある 71 歳、女性。10 年前に胸腹部解離性大動脈瘤に対して、西巻ステントを用いて TEVAR と EVAR を施行したが、その後も拡大傾向を認め、1 年前に 2 debranching TEVAR を施行、さらに拡大傾向を示したため、debranching EVAR を施行した。

### I-46 超高齢者の TAAA に対して腹腔動脈入口部を閉鎖し TEVAR を施行した 1 例

杏林大学医学部附属病院 心臓血管外科

高橋 雄、遠藤英仁、土屋博司、石井 光、窪田 博

ADL 自立した 93 歳、女性。TAAA 63mm に対し TEVAR の方針。解剖学的問題点として 1、不十分な distal landing zone（瘤から CA 分岐、瘤下縁～SMA；8mm）、2、両側 CIA 狭窄を認めた。3DCT で CA 分岐部の狭窄後拡張、SMA からの側副血行路を確認。全身麻酔、下腹部小開腹で Lt.CIA 人工血管置換しアクセス確保、CA 塞栓術を行い、TEVAR を施行。Endoleak 認めず、15 POD に独歩退院。CA への側副血行路を有する症例では、CA 閉鎖による LZ 確保は簡便かつ安全な方法であると考えられた。

## 第Ⅱ会場：606

8：30～9：18 肺：肺悪性腫瘍1

座長 山本 滋 (昭和大学医学部 外科学講座呼吸器外科学部門)  
安楽 真樹 (東京大学医学部附属病院 呼吸器外科)

### Ⅱ-1 左肺上葉切除を施行した若年発症の肺粘上皮癌の1例

1 聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科

2 同病理診断科

酒井寛貴<sup>1</sup>、佐治 久<sup>1</sup>、栗本典昭<sup>1</sup>、丸島秀樹<sup>1</sup>、宮澤知行<sup>1</sup>、  
高木正之<sup>2</sup>、千川昌弘<sup>2</sup>、遠藤 陽<sup>2</sup>、中村治彦<sup>1</sup>

症例は22歳男性。健診にて胸部異常陰影を指摘され精査加療目的で当科紹介となる。胸部CT検査では左上葉に径2.5cm大の境界明瞭な類円形の腫瘤影を認めた。診断的治療目的で左肺上葉切除術および縦隔リンパ節郭清を施行。病理所見は、左上葉原発性低悪性度肺粘上皮癌 pT1bN0M0 StageIAであった。今回、我々は比較的稀な若年発生の低悪性度肺粘上皮癌の1切除例を経験したので若干の文献的考察を添えて報告する。

### Ⅱ-3 気管支内腔に進展した子宮平滑筋肉腫・孤立性肺転移の1手術例

前橋赤十字病院 呼吸器外科

吉川良平、伊部崇史、大澤 郁、河谷菜津子、井貝 仁、  
上吉原光宏

症例は82歳女性。前医で子宮筋腫手術を行い、病理組織学的に平滑筋肉腫と診断された。1年後CTで右肺S2中枢側に結節性病変を認め、気管支鏡下生検で子宮平滑筋肉腫の孤立性肺転移と診断された。その後、病変が進展して右主気管支が閉塞し右肺完全虚脱・呼吸不全となったため緊急右肺上葉スリーブ (deep wedge) 切除術を施行した。切除標本では子宮平滑筋肉腫の肺転移と最終的に診断した。同疾患では稀な進展形式のため文献的考察を加え報告する。

### Ⅱ-5 左上葉への広範な浸潤を認めた浸潤性胸腺腫と左下葉肺癌を同時切除した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

肥塚 智<sup>1</sup>、牧野 崇<sup>1</sup>、大塚 創<sup>1</sup>、秦 美暢<sup>1</sup>、栃木直文<sup>2</sup>、  
渋谷和俊<sup>2</sup>、伊豫田明<sup>1</sup>

48歳男性、抗AChR抗体の上昇とCTで前縦隔に左上葉への浸潤が疑われる腫瘤影、左S6にすりガラス陰影を認め、浸潤性胸腺腫と左下葉肺癌を疑い手術を施行した。腫瘍は心膜と左上葉に広範に浸潤しており、拡大胸腺胸腺腫摘出術、左上葉切除、心膜合併切除再建と左下葉S6区域切除術を施行した。病理診断は、胸腺腫 (WHO分類 Type AB、正岡Ⅲ期)、肺腺癌 (pT1bN0M0-StageIA) であった。

### Ⅱ-2 非定型二区域切除を施行した間質性肺炎合併肺癌の1例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

椎名裕樹、鈴木秀海、海竇大輔、佐田諭己、畑 敦、  
豊田行英、稲毛輝長、田中教久、藤原大樹、和田啓伸、  
中島崇裕、岩田剛和、吉田成利、吉野一郎

72歳男性。主訴は血痰。CTにて左S1+2からS6にまたがる40mmの腫瘍を認めた。腫瘍の中心が葉間にあったことと間質性肺炎および心不全の合併症を有していたため、根治及び機能温存を目的としたS1+2+S6二区域切除術を施行した。合併症なく術後13日目に退院となった。術後病理は腺癌 pT2aN0M0 StageIBで3年無再発生存中である。

### Ⅱ-4 左肺尖部肺癌に対する胸鎖関節授動術の1年後に発生した急性大動脈解離の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター

大野慧介、坪地宏嘉、滝 雄史、峯岸健太郎、大谷真一、  
遠藤俊輔、安達晃一、安達秀雄

症例は54歳男性。左肺尖部胸壁浸潤肺癌 (pT4N0M0、StageIIIA) に対し胸骨部分切開と左胸鎖関節授動術による左肺上葉部分切除及び胸壁合併切除、鎖骨下動脈合併切除再建を施行した。術後1年で左胸鎖関節亜脱臼をきたし、左鎖骨頭の圧迫による急性大動脈解離に対し上行弓部大動脈置換術を施行した。過去に胸鎖関節授動術を組み合わせた手術を20例施行し、3例に遅発性の合併症が発生しており併せて報告する。

### Ⅱ-6 胸壁浸潤を伴う肺癌と乳癌に対し胸骨柄L字切開 (TMA) + 前方腋窩開胸にて切除した1例

杏林大学 呼吸器甲状腺外科

三ツ間智也、橘 啓盛、渋谷幸見、新井信晃、河内利賢、  
荻田 真、中里陽子、田中良太、長島 鎮、武井秀史、  
平野浩一、近藤晴彦

症例は60代女性。

左肺S1+2に5.6cmの第1~3肋骨に胸壁浸潤を伴う腫瘤、左乳腺に2.3cmの腫瘤を認め、乳癌+肺癌疑い (cT3N0M0 stageIIB) と診断した。手術は胸骨上から乳房下縁経由で腋窩までのU字に皮切をおき、左乳房全摘出後にTMA+前方腋窩開胸にて胸壁 (第1~3肋骨) 合併切除を伴う左上葉切除を施行した。胸壁はゴアテックシート+大胸筋弁にて再建した。

## 9:18~9:58 肺：肺悪性腫瘍2

座長 原田 匡彦 (がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科)  
石橋 洋 則 (東京医科歯科大学大学院 呼吸器外科)

### Ⅱ-7 定型カルチノイドに対し左舌区切除及び舌区支楔状切除・気管支形成術を施行した1例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

佐田諭己、鈴木秀海、海寶大輔、畑 敦、豊田行英、  
稲毛輝長、田中教久、藤原大樹、和田啓伸、中島崇裕、  
岩田剛和、吉田成利、吉野一郎

70歳男性。胸部CTで左上葉支を閉塞する腫瘍を認めた。気管支鏡インターベンションによる腫瘍切除を行い、舌区支入口部より発生した定型カルチノイドと診断。気管支鏡インターベンションにより大半を切除し得たが、根治目的にて楔状気管支形成を伴う左舌区切除を施行。切除検体の病理所見の詳述および文献的考察を加えて発表する。

### Ⅱ-9 自己心膜パッチによる肺動脈形成を行い完全切除し得た肺門部扁平上皮癌の1例

山梨県立中央病院 呼吸器外科

中込貴博、後藤太郎

症例は82歳男性。COPDによる左続発性気胸の診断で当科に緊急入院。CTで左肺門部腫瘍を認め、気管支鏡検査で扁平上皮癌と診断した。腫瘍は左肺動脈本幹に直接浸潤しており、自己心膜パッチを用いた肺動脈形成を行い、左上葉切除術ND2a-iiを完遂した。病理組織診の結果は、扁平上皮癌pT2aN1M0、stageIIAであった。なお、気胸の原因は肺癌とは異なる部位のブラ破裂であったため、同部の縫縮術を追加している。自己心膜パッチによる肺動脈形成の手技を中心に、手術ビデオを供覧する。

### Ⅱ-11 反復する気管支粘表皮癌再発に対する4回目の開胸切除例

新潟大学歯学総合病院 呼吸器外科

北原哲彦、佐藤征二郎、小池輝元、土田正則

23歳女性。8歳時に左肺上葉原発の粘表皮癌に対し上葉切除を施行された。10歳時に左肺下葉に再発し下葉切除が行われた。16歳時に縦隔胸膜に播種を認め切除された。2年後胸部CTで肺動脈と大動脈に接する2.7cmの結節影を認めた。経過観察されていたが、23歳時に増大を認め当科紹介となった。腫瘍は左肺動脈断端、左心耳、左肺静脈に囲まれており心嚢内で切除した。病理では粘表皮癌胸膜播種の診断であった。再発を繰り返す比較的稀な症例であり報告する。

### Ⅱ-8 cT4肺癌に対しCRT後にsalvage surgeryを施行した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

小森和幸、鈴木健司、松永健志、高持一矢、王 志明

64歳男性。他疾患精査中に発見された右肺腫瘍に対し気管支鏡検査を施行。上葉支内腔を圧排する腫瘍を認め、生検の結果squamous cell carcinoma (c-T4 (気管/椎体/食道浸潤) N0M0、stageIIIA)の診断。前医でCRTを施行。PRの効果判定でsalvage surgery目的で当院へ紹介。術中所見で椎体との強固な癒着を認めたが剥離可能と判断し、右肺上葉切除+迷走神経合併切除+ND2a-2を施行。完全切除。第2病日に胸腔ドレーンを抜去、第6病日に退院。現在外来で経過観察中。

### Ⅱ-10 肺化膿症と鑑別を要した空洞形成性肺癌の1例

昭和大学病院 呼吸器外科

大島 稔、新谷由美子、南方孝夫、氷室直哉、片岡大輔、  
山本 滋、鈴木 隆、門倉光隆

76歳男性。発熱と血痰を主訴に近医を受診し、胸部CTで右上葉に空洞を伴う径7cmの腫瘤を認めた。肺化膿症を疑い抗菌薬治療を行ったが軽快せず、起因菌同定の為ドレナージが施行された。優位な細菌は検出されなかったが細胞診陽性(扁平上皮癌)と判定され、治療方針決定の為当院紹介となった。cT3N2M0、stageIIIAと診断し、右上葉切除+ND2a-1を施行した。糖尿病があり、術前は化膿性炎症で血糖高値が続いたが、術後は炎症と共に血糖値は有意に改善した。

9:58~10:54 学生発表

座長 益田 宗孝 (横浜市立大学大学院医学研究科 外科治療学)  
金子 公一 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科)

学生発表

II-12 術後の循環動態維持に Vasopressin が奏功した成人 TOF の 1 例

1 筑波大学 医学群医学類

2 筑波大学医学医療系 心臓血管外科

林 知洸<sup>1</sup>、松原宗明<sup>2</sup>、三富樹郷<sup>2</sup>、相川志都<sup>2</sup>、徳永千穂<sup>2</sup>、  
榎本佳治<sup>2</sup>、佐藤藤夫<sup>2</sup>、坂本裕昭<sup>2</sup>、平松祐司<sup>2</sup>

症例は幼少期に TOF と診断されるも放置されていた 58 歳女性。NYHA class III にて本院紹介され経右房-肺動脈アプローチで心内修復術を行った。術後、肥大した右室心筋により容易に動的右室流出路狭窄が生じるなど循環動態維持に難渋したが Vasopressin の持続静注を開始し血行動態は著明に改善した。本症例をふり振り返り開心術後循環不全時の Vasopressin の有効性及び適切な使用法について考察する。

学生発表

II-14 デゴス病に合併した収縮性心膜炎の手術例

北里大学病院 心臓血管外科

田所祐紀、宝来哲也、鳥井晋三、北村 律、平田光博、  
美島利昭、大久保博世、松代卓也、杉本晃一、宮地 鑑

デゴス病は(悪性萎縮性丘疹症)は皮膚、消化管、中枢神経に閉塞性血管炎をきたす稀な疾患で、稀に心膜炎や胸膜炎を合併するとされている。症例は 67 歳女性、デゴス病にて皮膚科通院中。浮腫と息切れを自覚、心膜、心外膜の石灰化と心嚢液、胸水の貯留を認め、収縮性心膜炎の診断となった。右心カテでは dip and plateau を認めた。心膜隔離術を施行、CVP は低下。NYHA3 度から 2 度に改善、術後 1 ヶ月で独歩退院した。

学生発表

II-16 原発性肺癌における PD-L1 発現と癌関連線維芽細胞(CAFs)の関連

東京医科歯科大学呼吸器外科

水嶋 慎、高崎千尋、小林正嗣、熊沢紗智子、石橋洋則、  
大久保憲一

背景: 原発性肺癌における、Programmed death-1 ligand (PD-L1) 発現が注目されている。今回われわれは、PD-L1 と癌関連線維芽細胞(CAFs)の関連を検討した。方法: 肺癌臨床検体を用いて、PD-L1 と、CAF s マーカーである  $\alpha$ -SMA の免疫染色を行い、染色率の関連を評価した。結果: PD-L1 の発現と  $\alpha$  SMA 発現は有意に相関した。結語: PD-L1 発現は、CAF s 発現に影響を受ける。

学生発表

II-13 下行大動脈瘤破裂 TEVAR 術後対麻痺に脳脊髄液ドレナージが著効した一例

東海大学医学部心臓血管外科

廣川 佑、志村信一郎、秋 顕、小田桐重人、尾澤慶輔、  
山本堯佳、岸波吾郎、内記卓斗、長 泰則、上田敏彦

74 歳男性。ショックを伴う下行大動脈瘤破裂に緊急 TEVAR を施行。手術室で全覚醒も完全対麻痺を認めた。直ちに手術台上で脳脊髄液ドレナージを行ったところ、髄圧は 19mmH<sub>2</sub>O と上昇していた。ドレナージに伴い両下肢 MMT は 3 に、3 時間後に同 5、術後 5 日目に歩行可能となった。これまで我々が経験した大動脈緊急症治療に合併した対麻痺に対する早期脳脊髄液ドレナージの有効性について合わせて報告する。

学生発表

II-15 開存グラフトを有する透析患者の大動脈弁置換術

1 群馬大学医学部医学科

2 群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

山口 亮<sup>1</sup>、金子達夫<sup>2</sup>、江連雅彦<sup>2</sup>、長谷川豊<sup>2</sup>、岡田修一<sup>2</sup>、  
小此木修一<sup>2</sup>、小前兵衛<sup>2</sup>、桐谷ゆり子<sup>2</sup>、有馬大輔<sup>2</sup>

67 歳女性。8 年前に CABG (LITA to LAD、SVG to OM) を施行され、糖尿病の既往があり 2 年前から慢性腎不全で維持透析導入されていた。本年 3 月頃から血圧低下による透析困難を認められ、精査にて重度 AS の診断、LITA、SVG は開存していた。大腿動脈静脈送脱血で人工心肺を確立し再開胸、LITA の癒着を剥離し遮断、AVR (生体弁) が施行された。POD 1 より CHDF、POD 3 より HD に移行され経過は良好である。

学生発表

II-17 脊髄小脳変性症に合併した胸腺腫に対し手術を施行した一例

1 東邦大学医学部医学科

2 同 外科学講座呼吸器外科学分野

3 同 病院病理学講座

伊藤 駿<sup>1</sup>、牧野 崇<sup>2</sup>、肥塚 智<sup>2</sup>、安積 隆<sup>2</sup>、大塚 創<sup>2</sup>、  
秦 美暢<sup>2</sup>、栃木直文<sup>3</sup>、渋谷和俊<sup>3</sup>、伊豫田明<sup>2</sup>

47 歳女性。6 歳時に脊髄小脳変性症と診断され、現在高度の下肢筋力低下、構音障害のため全介助が必要であった。施設での健診で胸部異常影を指摘され、当科へ紹介された。胸部 CT で前縦隔に 5cm 大の腫瘤影を認め、抗 AchR 抗体は陰性であった。強い手術希望があったため、胸腺腫を疑い胸腺腫摘出術を施行した。術後経過は良好で術後 9 日目に退院した。病理診断は胸腺腫 (Type B1、正岡 I 期) であった。

## 学生発表

### Ⅱ-18 術前化学放射線療法により完全切除をし得た肺尖部浸潤癌の一切除例

日本医科大学付属病院呼吸器外科

大沢一太、井上達哉、蓮実健太、揖斐孝之、佐藤 明、白田実男  
術前化学放射線治療後、胸壁合併切除を伴う右上葉切除術を施行した肺尖部浸潤癌を経験したので報告する。65歳男性。主訴は右肩背部痛。肺腺癌 cT3N0M0 の診断で化学放射線療法を施行し、PR が得られたため、後方アプローチにより右上葉切除+胸壁（第I~III肋骨）合併切除術を施行した。術後合併症なく、第6病日に退院した。術後病理診断では腫瘍は線維化しており癌細胞を認めず Ef3であった。術後補助療法は実施せず、術後1年無再発で経過中である。

## 10:54~11:42 肺：肺良性腫瘍

座長 茂木 晃 (群馬大学医学部 病態総合外科学)  
後藤 行 延 (筑波大学大学院人間総合科学研究科 呼吸器外科)

### Ⅱ-19 肺底区動脈大動脈起始症+部分肺静脈還流異常症の1切除例

東京医科大学病院 呼吸器・甲状腺外科学分野

重福俊佑、前原幸夫、前田純一、吉田浩一、萩原 優、岡野哲也、梶原直央、大平達夫、池田徳彦

【症例】40歳代、女性。【現病歴】血痰を主訴に近医を受診し、肺分画症が疑われ当院に紹介された。【経過】当院で右下葉の肺底区動脈大動脈起始症+部分肺静脈還流異常症と診断された。肺底区動脈は腹部大動脈から分枝し、また還流静脈は下大静脈に流入していた。腹腔内にて肺底区動脈に流入する血管を処理したのち、右下葉切除を行った。【結語】文献的考察を加え報告する。

### Ⅱ-21 右肺S6区域切除術を施行した肺動静脈奇形の一例

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター

中澤世識、清水公裕、永島宗晃、大瀧容一、尾林 海、飯島 岬、東 陽子、矢島俊樹、茂木 晃、桑野博行

症例は56歳女性、人間ドックで胸部異常影を指摘され、当科を紹介受診。胸部CTで右肺S6にA6から右下肺静脈へ還流する瘤状に拡大した異常血管を認め、肺動静脈奇形(AVM)と診断した。肺門に近く、流入血管が太く短い点を考慮して外科的切除を選択、胸腔鏡下右肺S6区域切除術を施行した。AVMに対する胸腔鏡下区域切除術は比較的侵襲で肺機能の温存が可能であり、有用な治療法と考えられた。

### Ⅱ-23 閉塞性肺炎で指摘された気管支菌冠異物の症例

東海大学医学部 外科学系 呼吸器外科学

河野光智、壺井貴朗、矢ヶ崎秀彦、仁藤まどか、有賀直広、大岩加奈、中川知己、増田良太、岩崎正之

症例は69歳男性。既往に脳出血による左片麻痺を認めた。歯科治療中に菌冠の誤嚥を疑われるも経過観察されていた。約1ヶ月後に発熱を認め前医受診。精査で気管支異物による閉塞性肺炎と診断された。気管支鏡下に摘出を試みたが困難であった。当院でも気管支鏡検査を施行したが異物周囲に粘膜の肥厚認め摘出困難であり、右中葉切除を施行した。菌冠異物に伴う閉塞性肺炎に対して治療行った症例を経験したため報告する。

### Ⅱ-20 両側多発肺動静脈瘻に対しコイル塞栓術及び肺切除を行った1例

東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科 呼吸器外科

高圓瑛博、前 昌宏、青島宏枝、清水俊榮、中野清治

60歳代女性。三叉神経痛の治療目的で脳神経外科へ入院。頭部MRIで多発陳旧性脳梗塞巣発見。精査のために胸部造影CT行い右9個、左6個の肺動静脈瘻を認めた。両側肺動静脈の3D-CTを作成後、右3病変及び左1病変に対しコイル塞栓術を施行。次に胸腔鏡下右肺部分切除術(5か所、6病変)、引き続き左肺部分切除(5病変)を行い全て摘出した。多発肺動静脈瘻に対し3D-CTを基にカテーテル治療と胸腔鏡下手術で良好な結果を得たので報告する。

### Ⅱ-22 肺炎を繰り返し発症した気管支閉鎖症の1手術例

群馬大学医学部附属病院 呼吸器外科

東 陽子、茂木 晃、矢島俊樹、中澤世識、尾林 海、大瀧容一、永島宗晃、清水公裕、桑野博行

症例は気胸手術既往がある20代女性。肺炎を繰り返し画像的に気管支閉鎖症と診断され、手術目的に当科紹介となった。CTにて左S3領域に内部液体貯留と周囲consolidationを伴う長径4.5cm大の空洞性病変を認めた。また、気管支構築CT画像および気管支鏡検査にて左B3分岐を認めず、気管支閉鎖症の診断で胸腔鏡下左上葉切除術を施行。術後7ヵ月間肺炎再燃なく経過している。気管支閉鎖症は比較的稀であり文献的考察を加えて報告する。

### Ⅱ-24 炎症性偽腫瘍切除後に発生した肺アスペルギルス症に対して右上葉切除を行った1例

国立病院機構西新潟中央病院 呼吸器センター外科

渡辺健寛、古泉貴久、広野達彦

症例は56歳、男性。1年前に他院で右肺癌疑いで手術を受けたが炎症性偽腫瘍の診断。右下葉S8区域切除で手術を終了。術後肺瘻でOK432で癒着された。術後9ヶ月目右上葉に陰影が出現。その後発熱が出現し持続。肺膿瘍の診断で抗生物質投与を受けたが増悪。消耗が激しく肺膿瘍の切除目的に当科紹介。右上葉切除+S6部分切除施行。切除検体からアスペルギルスが検出され、肺アスペルギルス症の診断となった。術後合併症なく退院。現在まで再燃を認めていない。

## 13:10~13:40 肺：縦隔・胸壁1

座長 手塚憲志（自治医科大学 呼吸器外科）  
上原浩文（帝京大学医学部附属病院 呼吸器外科）

### Ⅱ-25 出血性壊死によると考えられる胸痛と胸水を認めた胸腺腫の1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

52歳、女性。約1か月前からの胸痛で前医を受診し、胸部レントゲンで縦隔異常を指摘され当院を紹介受診した。胸部CTで右胸水貯留と6cmの前縦隔腫瘍を認め、MRIでは腫瘍内出血を疑った。胸腔ドレナージを施行し、右胸水は軽快した。胸水細胞診はclass2であり、腫瘍内出血を伴う胸腺腫を疑い手術適応とした。胸骨正中切開で拡大胸腺全摘術を施行した。術後病理にて出血壊死を伴うAB型胸腺腫と診断した。臨床経過、病理所見ともに胸腺腫ではまれであり、文献的考察を加えて報告する。

### Ⅱ-26 SVC再建を伴う胸腺癌の1切除例

1 北里大学医学部呼吸器外科学・病理学

2 北里大学医学部呼吸器外科学

3 北里大学医学部病理学

中島裕康<sup>1</sup>、小野元嗣<sup>2</sup>、林 祥子<sup>2</sup>、園田 大<sup>2</sup>、松井啓夫<sup>2</sup>、塩見 和<sup>2</sup>、仲田典弘<sup>3</sup>、蔣 世旭<sup>3</sup>、村雲芳樹<sup>3</sup>、佐藤之俊<sup>2</sup>

症例は37歳、女性。右胸部～右肩痛が出現し、精査のCTで前縦隔腫瘍を認めたため当科紹介。前縦隔腫瘍がSVCおよび右肺に浸潤を疑う所見を認め、生検したところtype B3胸腺腫または胸腺癌の診断となった。術前化学放射線療法施行後にSVC再建を伴う胸腺全摘、右上中葉切除、リンパ節郭清を施行した。術後病理は胸腺腺癌で比較的稀な腫瘍だった。文献的考察を含め報告する。

### Ⅱ-27 両側上大静脈を有し切除に際して左上大静脈形成を要した胸腺腫合併重症筋無力症の1例

順天堂医院 呼吸器外科

鈴木未希子、高持一矢、福井麻里子、今清水恒太、王 志明、鈴木健司

胸腺腫合併重症筋無力症の61才男性。術前CTで左腕頭静脈が右房に流入する両側上大静脈を認めた。拡大胸腺摘出術を施行。腫瘍は左上大静脈に浸潤しており、横隔神経を温存して左上大静脈の2/3周を合併切除、心膜パッチで再建した。術後左横隔神経麻痺を認めたが、重症筋無力症の増悪なく軽快退院した。両側上大静脈を有し切除に際して左上大静脈形成を要した胸腺腫合併重症筋無力症の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

### Ⅱ-28 縦隔に発生した濾胞樹状細胞肉腫の一例

1 慶應義塾大学病院 呼吸器外科

2 慶應義塾大学病院 病理診断部

栗山翔司<sup>1</sup>、神山育男<sup>1</sup>、濱田賢一<sup>1</sup>、坂巻寛之<sup>1</sup>、志満敏行<sup>1</sup>、大竹宗太郎<sup>1</sup>、加勢田馨<sup>1</sup>、木下智成<sup>1</sup>、大塚 崇<sup>1</sup>、林雄一郎<sup>2</sup>、浅村尚生<sup>1</sup>

65歳女性、検診で胸部異常陰影を指摘され、胸部CTで中縦隔上部から気管分岐部へかけて5.5cmの充実性腫瘤を認めた。診断及び治療の為、右後側方開胸で縦隔腫瘍を摘出した。術中迅速病理診断では神経鞘腫の診断だったが、術後病理組織診断は濾胞樹状細胞肉腫であった。縦隔発生の濾胞樹状細胞肉腫は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

### Ⅱ-29 頸部から縦隔にかけ発生した高分化型脂肪肉腫の1切除例

神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

和田篤史、伊藤宏之、松崎智彦、橋本昌憲、古本秀行、伊坂哲哉、西井鉄平、中山治彦

50代男性。右頸部を主座として縦隔にかけ140mm大の腫瘤を認め、生検で高分化型脂肪肉腫と診断した。手術は頸部操作を先行し、頸動静脈や迷走神経を同定したのち、胸骨正中切開を行い、広範に巻き込まれていた腕頭動脈や右総頸動脈、右鎖骨下動脈を剥離し、反回神経も温存できた。胸部操作時間は3時間（頸部10時間）、胸部操作出血量は50mlであった。術後1年半現在、無再発生存中である。

## 13:40~14:20 肺：縦隔・胸壁2

座長 河野光智（東海大学医学部外科学系 呼吸器外科学）  
小林正嗣（東京医科歯科大学大学院 呼吸器外科）

### Ⅱ-30 難治性気管支断端瘻に対して遊離広背筋皮弁充填術を施行した一手術例

東京医科歯科大学 呼吸器外科

石川祐也、小林正嗣、浅川文香、熊澤紗智子、石橋洋則、大久保憲一

食道癌に対して手術歴のある78歳男性。原発性肺癌に対して右上葉切除術を施行。術後3か月、感冒症状を契機に気管支断端瘻・膿胸の診断に至る。ドレナージ治療の後、開窓術施行し、気管支断端閉鎖・有茎広背筋皮弁充填術を二度にわたり施行するも断端瘻の再燃を来した。EWSによる気管支塞栓を行い、軽快退院となった。しかしながら退院後3か月でEWSの消失に伴う断端瘻膿胸及び吸引性肺炎の再燃を認め、再開窓術施行された。根治目的に形成外科と合同で断端瘻閉鎖及び遊離広背筋皮弁充填術を施行し根治を得た。難治性術後気管支断端瘻に対する遊離皮弁を使用した断端への縫着及び充填は有効と考えられた。

### Ⅱ-32 広範な胸壁切除を行った骨軟部腫瘍の8例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

三浦章博、朝倉啓介、渡辺敬夫、中川加寿夫、櫻井裕幸、渡辺俊一

胸壁を広範に切除した際には胸郭動揺を予防するために人工材料による再建が推奨されているが、人工材料には感染した際に除去が必要となるリスクがある。2013年以降、骨軟部腫瘍8例に広範な胸壁切除（4肋骨：1例、3肋骨+胸骨：2例、3肋骨：3例、2肋骨+胸骨：1例、2肋骨+鎖骨：1例）を行った。6例に皮弁を用いたが、再建に人工材料を用いた症例はなく、術後に胸郭動揺による呼吸障害を認めた症例はなかった。当院の経験に文献的報告を加え報告する。

### Ⅱ-34 胸腔鏡下に摘出した縦隔多発 foregut cyst の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 外科（呼吸器）

石橋直弥、堀尾裕俊、浅川文香、奥井将之、原田匡彦

症例は60歳代男性。既往歴は糖尿病、BI 440.3年前から続く咳嗽精査目的のCT・MRIにて6cm大の中縦隔嚢胞を指摘。気管支鏡検査では右中間幹膜様部の膨隆あり。良性嚢胞と考えられたが、本人の希望もあり胸腔鏡下摘出とした。左側臥位3 portでアプローチ、嚢胞は中間幹膜様部に強固に癒着していた。また、この横に食道筋層に癒着する2cm大の別の嚢胞が存在、両者を摘出した。術後病理診断は多発前腸嚢胞であった。縦隔嚢胞の多発は稀であり、文献的考察を加え報告する。

### Ⅱ-31 左肺全摘47年後の感染を伴った慢性出血性膿胸の1例

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

飯田崇博、二反田博之、坂口浩三、柳原章寿、山崎庸弘、石田博徳、金子公一

症例71歳男性。24歳時左肺全摘（第6肋骨床開胸）、59歳時左膿胸に対して胸腔内洗浄の既往。数年前より進行する呼吸苦を認め、縦隔偏位を伴う左慢性膿胸の診断で胸腔ドレナージ施行。各種培養、細胞診は陰性。ドレーン抜去するも炎症反応再燃し、培養よりMRCNS検出。繰り返す慢性膿胸に対して開窓術（第4-7肋骨切除）施行。腔内は易出血性の肉芽と器質化したフィブリン塊が占め、慢性出血性膿胸と診断した。治療選択に難渋した慢性膿胸の1例を報告する。

### Ⅱ-33 CT所見にて胸膜中皮腫との鑑別を要した悪性リンパ腫の胸腔鏡所見

1 東海大学医学部附属八王子病院

2 東海大学医学部附属病院 呼吸器外科

中村雄介<sup>1</sup>、増田大介<sup>1</sup>、山田俊介<sup>1</sup>、岩崎正之<sup>2</sup>

CTにて胸膜中皮腫との鑑別を要した悪性リンパ腫の症例を経験した。その胸腔鏡所見を呈示する。70歳、男性。左胸水貯留を指摘され当院受診。CTにて左内胸動脈周囲の胸壁と心室の心膜前面に軟部陰影を認め、PET/CTにてFDG集積あり。胸腔鏡下腫瘍生検術施行。心臓前面に薄い茶色を呈した軟部腫瘍を認め剥離鉗子にて容易に剥離可能。病理診断はlow grade B-cell lymphoma。本症例の胸腔鏡所見を胸膜中皮腫の胸腔鏡所見と対比して呈示する。

座長 宮崎達也 (群馬大学大学院 病態総合外科)  
東海林裕 (東京医科歯科大学 食道外科)

Ⅱ-35 ESDを施行した若年者食道扁平上皮癌の一例  
群馬大学大学院医学研究科・医学部 病態総合外科学  
斉藤秀幸、吉田知典、熊倉裕二、本城裕章、酒井 真、  
宗田 真、宮崎達也、桑野博行  
症例は29歳女性。特記すべき既往歴、家族歴なし。喫煙歴は毎日  
8本を5年間、飲酒歴は毎日ワイン350mlを8年間。上部消化管  
内視鏡を施行、下部食道に約3/4周性の表在型腫瘍を認めた。High  
grade intraepithelial neoplasiaの診断でESDを行い、治癒切除を  
得た。病理診断はSquamous cell carcinoma, pT1a-LPM, ly0, v  
0であった。50歳未満の食道癌は3.9%とされる。若年者の食道癌  
について考察する。

Ⅱ-37 DCF化療後の上縦隔リンパ節再燃に対し縦隔鏡下リ  
ンパ節郭清を行い長期生存が得られている1例  
東京医科歯科大学医学部附属病院 食道外科  
山口和哉、東海林裕、中島康晃、川田研郎、星野明弘、  
岡田卓也、小郷泰一、奥田将史、中嶋雄高、川村雄大、河野辰幸  
70歳代男性。2013年3月から嚥下障害が生じ近医受診後紹介さ  
れ、食道癌(MtLt, 3型, cT3, cN4 (106pre, 101R, 106rR, 106  
rL, 108, 104L, 16a1), cM0, cIM1, cStageIVa)にてDCF化  
療4コース施行。2013/11の効果判定はCR、2014/6は106recR  
のみの再燃。2014/12に縦隔鏡下右頸部・上縦隔リンパ節郭清術  
を施行、DCF化療4コース施行し再発なく経過している。

Ⅱ-39 TEVAR後食道縦隔瘻をOver-the-scope clip (OTSC)  
により閉鎖した1例  
東京医科歯科大学医学部附属病院 食道外科  
小郷泰一、星野明弘、中島康晃、川田研郎、東海林裕、  
岡田卓也、河野辰幸  
70歳男性。胸部大動脈瘤に対し、上行部分弓部置換、Total de-  
branching TEVAR施行。術後3ヶ月頃より呼吸苦出現、胸部CT  
にてグラフト感染を疑い入院・抗生剤治療開始。自覚症状は改善  
するも、グラフト周囲縦隔気腫が出現し、精査にて食道縦隔瘻認  
めた。炎症反応改善後、OTSCによる瘻孔閉鎖を行い、その後瘻  
孔閉鎖状態を維持できている。瘻孔閉鎖におけるOTSCの有効性  
について文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-36 術前化学療法により完全奏効が得られた食道神経内分  
泌細胞癌の1切除例  
東海大学医学部 消化器外科  
新田美穂、小熊潤也、数野暁人、二宮大和、小澤壯治  
症例は69歳の男性で、内視鏡検査で切歯より30-35cmの食道後  
壁に2型腫瘍を認め、生検で神経内分泌細胞癌(NEC)と診断し  
た。臨床診断はT3, N0, M0, cStage IIで術前化学療法(CDDP  
+VP-16)を開始したが、1コース目でGrade4の発熱性好中球減  
少症を認め、効果判定では著明な縮小効果が得られたため、根治  
手術を施行した。組織学的治療効果はGrade3で、リンパ節転移  
もなかった。食道NECの術前化学療法の完全奏効例はまれであ  
り、文献的考察を含めて報告する。

Ⅱ-38 市中病院における鏡視下食道癌手術の検討  
町田市民病院  
田中雄二郎、羽生信義、篠原寿彦  
食道癌手術は高難度であり、一般市中病院での手術の現状を報告  
する。2013年から腹臥位での胸腔鏡・腹腔鏡下手術を導入した。  
2008年8月~2015年11月までに食道切除、胃管再建術を施行し  
た44例(Open群22例, VATS群22例)を対象に、手術成績お  
よび術後短期成績について比較した。VATS群で手術時間の延長  
を認めたが、出血量・呼吸器合併症や術後在院日数に関しては減  
少と短縮が認められた。今回、鏡視下手術の導入の安全性が示唆  
されたが、技術の習得とその後進への指導が重要である。

座長 二反田 博 之 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科)  
井 上 達 哉 (日本医科大学付属病院 呼吸器外科)

#### Ⅱ-40 診断に苦慮した IgG4 関連肺疾患の一例

長野市民病院

有村隆明、西村秀紀、小沢恵介、藏井 誠

症例は 65 歳男性。体重減少と労作時呼吸困難、背部痛を主訴に受診した。胸部 Xp で両側肺尖の胸膜肥厚を認め、胸部 CT で両側の胸膜肥厚と FDG-PET での集積を認めた。肺内病変は無かった。血液検査では IgG が高値で IgG4 関連肺疾患を疑い胸腔鏡下胸膜生検を行った。肥厚した胸膜は肺と一塊で高度な癒着も有り、生検組織の採取に難渋した。病理診断は胸膜・肺の線維性肥厚と多数の形質細胞浸潤を認め、免疫染色で IgG4 関連肺疾患と診断した。胸膜生検で診断を得た IgG4 関連肺疾患の一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

#### Ⅱ-41 胸腔鏡下手術中にフィブリン糊によるアナフィラキシーショックをきたした一例

自治医科大学付属病院

根岸秀樹、手塚憲志、山本真一、中野智之、眞木 充、遠藤俊輔  
症例は 73 歳女性。66 歳時、胸腔鏡下右下葉切除を施行。この際にフィブリン糊を使用していた。今回 CT で左上葉に GGO を指摘され、胸腔鏡下左 S1+2 区域切除を施行。手術は順調に進行し、肺切除後にフィブリン糊を噴霧したが、血圧が急激に低下しショック状態となった。昇圧剤、抗ヒスタミン薬、ステロイド投与で徐々に血圧は改善。フィブリン糊が 2 回目の使用で使用直後の発症であることから、フィブリン糊によるアナフィラキシーショックと考えられた。

#### Ⅱ-42 術後乳糜心膜症による心タンポナーデを発症した 1 例

筑波大学 呼吸器外科

北沢伸祐、中岡浩二郎、山岡賢俊、小林尚寛、菊池慎二、後藤行延、佐藤幸夫

症例は 67 歳男性。3 年前に左下葉肺癌に対して手術歴あり。右気管傍リンパ節単独再発に対して縦隔リンパ節郭清術を施行した。翌日より胸水が白色混濁し乳び胸と診断。絶食管理とし、胸膜癒着を行い混濁は改善した。ドレーン抜去 2 日後、急性にショックバイタルとなり心エコーで心タンポナーデと診断。直ちに心嚢ドレナージを施行、性状は乳びであった。以後、保存的に改善得られず胸管結紮と心膜開窓術を行い軽快した。術後乳糜心膜症は稀であり、文献的考察を交え報告する。

#### Ⅱ-43 大腸癌孤立性横隔膜転移の一例

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

寺田百合子<sup>1</sup>、似鳥純一<sup>1</sup>、柳谷和弘<sup>1</sup>、中尾啓太<sup>1</sup>、村山智紀<sup>1</sup>、一瀬淳二<sup>1</sup>、桑野秀規<sup>1</sup>、新谷裕加子<sup>2</sup>、長山和弘<sup>1</sup>、佐藤雅昭<sup>1</sup>、安樂真樹<sup>1</sup>、深山正久<sup>2</sup>、中島 淳<sup>1</sup>

79 歳男性。5 年前、横行結腸癌にて横行結腸切除術を施行。検診にて行った PET-CT にて、右横隔膜に異常集積を認め当院受診。VATS 生検にて大腸癌横隔膜転移と診断した。化学療法を施行したが腫瘍縮小を認めず、横隔膜部分切除による腫瘍全摘、直接縫合閉鎖を行った。大腸癌横隔膜転移は稀な転移形式であり、これまでに 10 例の報告しかない。

#### Ⅱ-44 低血糖発作を契機に発見された悪性 SFT の一手術例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

杉山亜斗、井上慶明、青木耕平、福田祐樹、儀賀理暁、泉陽太郎、中山光男

症例は 69 歳男性。ふらつきを主訴に受診した。血液検査では著明な低血糖およびインスリン低値を認め、胸部 CT では左胸腔内に約 20cm 大の腫瘤を認めた。CT ガイド下生検の結果、SFT の診断となり手術を施行した。腫瘍は左下葉、横隔膜に強固に癒着しており左下葉および横隔膜を合併切除した。胸壁には胸膜播種病巣を認めた。低血糖発作を引き起こす悪性 SFT の報告例は少なく、文献的報告を加えて報告する。

## 第Ⅲ会場：706

8：30～9：10 心臓：先天性1

座長 岡村 達（長野県立こども病院 心臓血管外科）  
山本 裕介（東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科）

Ⅲ-1 修正大血管転位症・心室中隔欠損症に対する conventional repair 後に進行した解剖学的右室不全に対し double switch 手術（hemi-Mustard）が有効であった一例  
東京大学医学部附属病院 心臓外科  
尾崎晋一、平田康隆、小野 稔  
1歳4カ月男児。月齢1にチアノーゼを契機に ccTGA・VSD、肺動脈拡大による気管支狭窄と診断。緊急に肺動脈吊上げ術、conventional repair 施行。吊上げの際、解剖学的左室（aLV）圧を保つため肺動脈狭窄が残るようにした。術後8カ月頃から解剖学的右室（aRV）不全が進行したが、aRV への容量負荷軽減から double switch（hemi-Mustard）手術を行った。術後一時的に乳糜胸を認めたが改善し経過良好である。

Ⅲ-3 A-P Window、左肺動脈欠損の1手術例  
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2か月女児。出生時からの心雑音認め、1ヶ月時に A-P Window の診断。精査にて左肺動脈欠損を合併していた。左肺内肺動脈は大動脈弓から還流されていた。A-P Window division と PA flap を用いた LPA reconstruction を施行し、術後経過は良好であった。片側肺動脈欠損の外科的問題点と肺動脈再建術に関する考察を加え報告する。

Ⅲ-5 下行大動脈が椎体の右側を走行する左大動脈弓、大動脈縮窄症の1例  
北里大学病院 心臓血管外科  
土田勇太、林 秀憲、鳥井晋三、北村 律、宝来哲也、入澤友輔、松代卓也、宮田有理恵、杉本晃一、宮地 鑑  
2.6kg、1ヶ月男児。出生時より大動脈縮窄症（最狭部2.0mm）の診断。術前 CT にて左大動脈弓であるものの、動脈管直後から下行大動脈が椎体の右側を走行していたため、胸骨正中切開でのアプローチとなった。脳分離灌流、上下大静脈脱血にて人工心肺を確立し 28℃ まで冷却。動脈管組織及び狭窄部を処理後、弓部内弯側と下行大動脈を端側吻合した。術後合併症・残存狭窄無く退院。現在外来で経過観察中である。

Ⅲ-2 TOF、APVS、single right coronary に対して乳児期早期に心内修復術を施行し救命し得た1例  
長野県立こども病院  
新富静矢、岡村 達、梅津健太郎、原田順和  
出生前診断にて TOF、APVS を指摘。在胎 35 週 2626g で出生。心エコーにて TOF、APVS、single right coronary と診断。生直後から著名なチアノーゼ及び呼吸不全を認めた。完全鎮静、NO 投与下、人工呼吸管理を行い全身状態は改善したものの肺動脈拡大による気管軟化症のため人工呼吸から離脱不能であった。1ヶ月時、2弁付き人工血管を用いた心内修復術及び肺動脈縫縮術を行った。呼吸管理に難渋したが経過良好。現在気管軟化症に対する呼吸管理のため入院加療中。

Ⅲ-4 Large muscular VSD に対し、sandwich method により治療した一症例  
群馬県立小児医療センター  
本川真美加、笹原聡豊、宮本隆司、寺川勝也  
症例は1歳女児、在胎 39W6d、2860g で出生。1ヶ月健診にて心雑音を指摘され日齢 50 に近医受診、精査にて muscular VSD の診断となり、日齢 56 当院初診、日齢 59 肺動脈絞扼術施行、以後外来にて経過観察を行い、術後半年で心カテ施行、Qp/Qs=1.26、Rp 1.95 であった。1歳、69.2cm、7.2kg で Sandwich method を用いて VSD 閉鎖術を施行した。現在術後1年を経過し、外来にて経過観察中である。

## 9:10~9:58 心臓：先天性2

座長 杉本晃一（北里大学医学部 心臓血管外科）  
椛沢政司（千葉県循環器病センター 心臓血管外科）

### Ⅲ-6 Rastelli 術後に上行大動脈仮性瘤と導管狭窄をきたした1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

若林 豊、椛沢政司、松尾浩三、林田直樹、浅野宗一、大場正直、丸山拓人、長谷川秀臣、村山博和  
52歳男性。VSD/PAにて5歳時 Waterstone 手術、11歳時左肺動脈低形成のため右肺動脈へのRastelli（Hancock 弁使用）手術の既往あり。今回、RV-PA 導管狭窄および導管圧迫が原因と考えられる上行大動脈仮性瘤をきたしたため、手術施行。仮性瘤はRV-PA 導管壁でとどまっておりのため導管上部が狭窄となっていた。上行大動脈パッチ形成+導管交換を施行。片肺機能にて術後管理に若干難渋したが概ね経過良好にて軽快退院。

### Ⅲ-8 経皮的 ASD 閉鎖術後に胸部不快感を呈し、デバイス切除を行った1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

三富樹郷、平松祐司、石井知子、米山文弥、工藤洋平、松原宗明、相川志都、徳永千穂、坂本裕昭、榎本佳治、佐藤藤夫  
56歳女性。2011年にAmplatz Septal Occluder（ASO）による経皮的ASD閉鎖術を施行。術後から胸部不快感が持続した。心エコーでは mild leakage（Qp/Qs1.1）を認めた。脳塞栓症の発症も危惧されデバイス切除+ASD閉鎖術を行った。ASOのサイズは適正であったが、心房中隔と一部癒着しておらずleakageの原因であった。デバイス表面の内膜化も乏しい部分があった。術後に愁訴は消失。

### Ⅲ-10 左心耳瘤に対する1手術例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

岡田修一、金子達夫、江連雅彦、長谷川豊、小此木修一、小前兵衛、桐谷ゆり子、有馬大輔  
38歳女性。動悸を主訴に前医を受診、心エコーで左心耳瘤を認めて当院に紹介となった。精査で50×70mmの巨大左心耳瘤と発作性心房頻拍の診断となった。血栓形成や破裂の危険性を考慮し、手術方針となった。左心耳瘤の切除および左房メイズ手術を施行された。術後経過は良好で1年後の再発は認めていない。左心耳瘤は稀な疾患であり、確立された治療法はない。文献的考察を含めて報告する。

### Ⅲ-7 漏斗胸を伴う修正大血管転位症根治術後の完全房室ブロックに対し、ペースメーカー植込みとNuss手術を一期的に施行した1例

昭和大学横浜市北部病院 循環器センター

樽井 俊、宮原義典、籾 義仁、石野幸三、富田 英  
12歳男児、修正大血管転位症根治術後の完全房室ブロックに対しペースメーカー植込みの予定となった。漏斗胸があり、一期的に胸郭形成術も行うこととした。手術は胸骨正中切開にて癒着剥離後、心筋リードを左室と右房の心外膜に留置し、その後、小児外科チームによりNuss法により胸郭形成を行った。ステンレスワイヤーにて胸骨を閉鎖した。術後経過は良好で胸骨の離開や動揺もなく経過中である。

### Ⅲ-9 TCPC conversion 術直後の肺動脈血栓塞栓症の一例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

秋山 章、坂本貴彦、長嶋光樹、松村剛毅、上松耕太、西森俊秀、瀬戸悠太郎

症例は22歳、女性。TA（Ib）、post APC-Fontan。術後18年でBNP上昇と右房拡大を指摘され、TCPC conversionを施行。術直後に肺動脈血栓塞栓症を発症し、血栓摘除術施行。術後にMOFを呈しCHDFを導入。50日以上は無尿となった。CHDFから腹膜透析へ移行した後、自尿が出現。Creも正常値まで改善した。TCPC conversion直後の肺動脈血栓塞栓症と、Fontan循環における長期無尿状態が腹膜透析を経由して正常な状態へと改善したという珍しい経過を経験した。

### Ⅲ-11 当院におけるASD MICSの工夫

国立成育医療研究センター 心臓血管外科

八嶽一貴、森下寛之、阿知和郁也、金子幸裕

当院では2013年1月から2015年12月までの間に27例に対し、小切開を用いた胸骨半正中切開にて心房中隔欠損閉鎖術を施行した。通常胸骨正中切開に比べて幾つかの工夫が必要であるが、いずれの症例も大きなトラブルなく施行された。その結果として症例全体の平均皮切長は3.7cmであり、平均皮膚切開長/身長は3.2%であった。カテーテル治療の普及の一方で小切開手術も治療選択肢として残ることは確実であり、患者全体の満足度の向上のために当院での工夫を発表する。

## 9:58~10:46 心臓：先天性3

座長 白石修一（新潟大学医学部 第2外科）  
竹下斉史（東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科）

### Ⅲ-12 VSD修復後の大動脈弁逆流に対し自己心膜パッチによる弁形成を施行した一例

東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科学分野

亀田 徹、小澤 司、片山雄三、塩野則次、川田幸太、  
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

3歳男児。他院にて膜性部中隔瘤を伴うVSDに対し直接閉鎖術が施行された。術後にARが進行し当院紹介、経胸壁および経食道心エコーにより高度ARに対する部位診断を行ったのち、自己心膜を用いたpatch augmentationにより大動脈弁形成術を施行。ARはtrivialまで改善した。若干の文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-13 演題取り下げ

### Ⅲ-14 重症先天性大動脈弁狭窄症新生児期PTAV後に進行した重症AR男児例

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学

吉積 功、前川慶之、河田政明

新生児重症大動脈弁狭窄に対する新生児期PTAV時に生じたARが進行した8歳男児例に対し、手術介入した。左室拡張末期径(対正常比)160%、大動脈弁輪径15-17mmであった。高度異形成を示す大動脈弁(二尖弁)は右冠尖・無冠尖が交連部周辺で弁輪から脱落していた。この部位での弁再建により逆流は軽度となり、残存圧較差は20-25mmHgであった。術式選択に難渋するが、患児のQOL、高度逆流による急変予防や将来の再介入を考慮した術式も有用な選択肢となる。

### Ⅲ-15 Ebstein病に対する三尖弁置換術(Wada-Cutter弁)47年後の再手術経験

東京都立広尾病院

奥村裕士、廣田真規、伊藤聡彦、渡邊正純

症例は53歳女性、1969年Ebstein病に対してTVR(Wada-Cutter弁)+ASD閉鎖を施行。術後、2003年より当院外来に通院、2006年の心臓超音波検査でsevereTSR指摘され、手術を薦め、2016年1月手術の同意が得られ入院。術中所見で人工弁はpannusで覆われ半開方位で固定、右房側には小指頭大の血栓が付着、前人工弁のカフを残し切除した後25mm生体弁を縫着した。1966年に開発されたWada-Cutter弁は使用症例数も少なく、今回極めて貴重な症例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

### Ⅲ-16 不完全型房室中隔欠損症によるMR、TRに対してCosgrove bandを用いて形成術を行った成人の一例

東京慈恵会医科大学心臓外科

橘高恵美、松村洋高、成瀬 瞳、木ノ内勝士、井上天宏、  
儀武路雄、坂本吉正、坂東 興、橋本和弘

症例は41歳女性。生後より20歳まで他院でフォローされていたが、その後放置。41歳妊娠時により当院にて管理されていた。今回、MR、TRによる心不全が出現し手術となった。一次孔底部をGore-tex stripにて幾分縫縮気味に固定し、房室弁を二弁化した後にcleft縫合とbandを用いた弁輪縫縮を行い、良好な結果を得た。同様の手術例の遠隔結果も合わせて報告する。

### Ⅲ-17 ファロー四徴症根治術44年後にPVRを施行した1例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

文 智勇、白石修一、杉本 愛、高橋 昌、土田正則

症例は60才男性、1972年にファロー四徴症に対して心内修復術(trans annular patch)施行された。2014年より両心不全のため入院を繰り返していた。胸部X線ではCTR75%と著明な心拡大を認め、心電図はHR60台のAf、QRS230msであった。心エコー上、PR、TR、MRともにsevere、MRIでRVEDVI358.9 RVEF14.8%であった。手術はPVR、MVR、TAPを施行した。術後労作時呼吸苦や浮腫等の自覚症状改善し45日目に独歩で退院した。

## 10:46~11:34 心臓：周術期管理

座長 富岡秀行（東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科）  
吉野邦彦（聖路加国際病院 心臓血管外科）

### Ⅲ-18 Marfan 症候群に合併した慢性大動脈解離、漏斗胸の術後管理

自治医科大学 心臓血管外科学

菅谷 彰、大木伸一、高澤一平、三澤吉雄

49歳女性。Marfan 症候群で近医通院し3年前にB型大動脈解離に対して保存的加療を受けた。A型慢性解離性動脈瘤、大動脈弁輪拡張を指摘され手術的に紹介となった。漏斗胸で縦隔偏倚があったが正中切開で大動脈基部上行弓部置換術を試行し得た。手術時に肋骨の重脱臼および肋骨骨折を来とし動揺胸郭となったが、2週間の陽圧換気で胸郭の内固定を行い問題なく抜管可能であった。漏斗胸合併の術後胸郭動揺に対して文献報告を交えて報告する。

### Ⅲ-20 Bentall 手術後、心外膜ペーシングリードが人工血管内に迷入した一例

東京女子医科大学 心臓血管外科

松崎雄一、富岡秀行、小林 慶、笹生正樹、東 隆、青見茂之、山崎健二

症例は40代、男性 Bentall 手術を施行し、一時的に心外膜ペーシングリードを右室前面に留置、術後に抜去しようと試みるも抵抗があり心嚢内に残存させた。術後15年目の胸部CTにて皮膚から連続した状態で残存したペーシングリードが置換した人工血管内を貫き、上行大動脈内に浮遊状態で発見されたため再開胸下に抜去した。心嚢内に遺残したペーシングリードが人工血管を貫き大動脈内に迷入することは過去になく、文献的考察を踏まえ報告する。

### Ⅲ-22 リンパ球性下垂体炎を合併した連合弁膜症手術に対する周術期管理の1例

1 日本医科大学付属病院 心臓血管外科

2 日本医科大学付属病院

青山純也<sup>1</sup>、石井庸介<sup>1</sup>、宮城泰雄<sup>1</sup>、坂本俊一郎<sup>1</sup>、川瀬康裕<sup>1</sup>、白川 真<sup>1</sup>、森嶋素子<sup>1</sup>、鈴木大悟<sup>1</sup>、新田 隆<sup>1</sup>、田原重志<sup>2</sup>

症例は60歳代女性。比較的稀な疾患であるリンパ球性下垂体炎に対して、副腎皮質ホルモンと甲状腺ホルモンの補充療法を行っていた。更に心不全を伴った高度僧帽弁閉鎖不全症、高度大動脈弁閉鎖不全症が認められた為、術後周術期にホルモン補充療法を行いながら、大動脈弁置換術、僧帽弁形成術を施行した。周術期ホルモン補充療法について考察を含めて報告する。

### Ⅲ-19 ファロー四徴症術後、ヘパリンアレルギー患者に対してアルガトロパンを用い、開心術を施行した1例

榊原記念病院 心臓外科

加部東直広、和田直樹、安藤 誠、高橋幸宏

症例は35歳、女性。ファロー四徴症根治術後の肺動脈弁閉鎖不全にて、肺動脈弁置換術を施行。前回ヘパリンにてアナフィラキシーを呈したため、今回開胸前よりアルガトロパンの持続投与(5 $\mu$ g/kg/min)を開始した。ACTは400以上に管理するも、ポンプ開始25分後に静脈リザーバーに血栓像、開始100分後に心内凝固傾向、術後のリザーバーに少量凝血を認めた。手術合併症は認めず、術後15日目に退院した。体外循環時の抗凝固療法に課題が残る症例であった。

### Ⅲ-21 経食道心臓超音波検査が有用であった胸腹部大動脈置換術直後急性A型大動脈解離の1例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

野村亜南、茂木健司、櫻井 学、藤井政彦、坂田朋基、高原善治

60歳女性。1998年からの解離性胸腹部大動脈瘤。今回、急性B型解離が新たに発症し、三腔解離を呈した。待機的に胸腹部大動脈人工血管置換術を行った。術後ICU入室直後にショック状態に陥り心肺蘇生。ベッドサイドでのTEEにより急性A型解離・心タンポナーデであることが判明。急遽、手術室へ戻り、上行部分弓部置換術を施行し救命した。若干の文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-23 開心術後に重症セロトニン症候群を合併した1例

医療法人立川メディカルセンター立川総合病院

榎本貴士、岡本祐樹、水本雅弘、武居祐紀、大久保由華、木村光裕、浅見冬樹、山本和男、吉井新平

49歳女性。約11年前よりうつ病でパロキセチン37.5mg/日内服中。重症AS+狭心症に対してAVR+CABG施行。ICU入室後より40℃の高熱が継続し、覚醒遅延が遷延した。CK上昇と筋強剛も認めためたため悪性症候群を疑ったが、治療は奏効せず。病歴からセロトニン症候群と診断し、集学的治療を行ったところ軽快し、独歩退院した。開心術後のセロトニン症候群の発症は非常に稀である。

## 13:10~13:50 心臓：外傷・その他

座長 大木伸一（自治医科大学附属病院 心臓血管外科）  
藤吉俊毅（東京医科大学 心臓血管外科）

### Ⅲ-24 演題取り下げ

### Ⅲ-25 成人 Valsalva 洞動脈瘤の心嚢内破裂の1例

自治医科大学 心臓血管外科学

上杉知資、川人宏次、佐藤弘隆、菅谷 彰、糊澤壮樹、高澤一平、村岡 新、相澤 啓、大木伸一、齊藤 力、三澤吉雄  
60代男性。前医で右冠尖部の40mm大のValsalva洞動脈瘤と心嚢液貯留、severe ARを指摘され当院へ搬送された。来院時、心タンポナーデを呈していたため緊急手術を施行した。術中所見でValsalva洞動脈瘤の心嚢内破裂と診断した。パッチによる瘤入口部閉鎖、AVR (ATS20mm)、CABG (SVG-RCA#2)を施行した。Valsalva洞動脈瘤の心嚢内破裂は稀であるので報告する。

### Ⅲ-26 外傷性大動脈弁閉鎖不全症に対する1手術例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

李 智榮、中西啓介、篠原大祐、佐藤友一郎、嶋田晶江、梶本 完、土肥静之、桑木賢次、山本 平、天野 篤

症例は22歳男性、交通外傷を契機に重度大動脈弁閉鎖不全に至った症例。心不全症状を認めることなく経過し、慢性期に手術を施行した。手術所見では、穿孔は大動脈弁無冠尖の弁腹中央に限局しており、自己心膜パッチを用いた穿孔部閉鎖を行った。経過は良好で、第6病日に退院となった。外傷性の単独の大動脈弁閉鎖不全症は非常に少なく、外科治療が奏功した一例を経験したので報告する。

### Ⅲ-27 交連断裂により生じた急性大動脈弁逆流の1例

医療法人立川メディカルセンター立川総合病院

大久保由華、榎本貴士、武居祐紀、水本雅弘、木村光裕、浅見冬樹、岡本祐樹、山本和男、吉井新平

症例は50歳男性。感冒症状あり三日後に労作時呼吸苦を自覚した。その二日後近医受診し肺炎の疑いで当院紹介。急性うっ血性心不全、急性ARの診断で緊急入院となった。IEによるARを疑い抗生剤治療、心不全治療開始し翌日準緊急手術を行った。術中観察すると疣贅等なく弁は正常であったが、右/無交連の断裂を認め弁尖の落ち込みを認めた。弁尖切除し内膜の亀裂部を修復しAVR施行した。術後経過は良好であった。

### Ⅲ-28 受傷機転から予測困難であった外傷性心損傷の一例

医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科

堂本 優

51歳男性。大型プレス機械を操作中に左上半身を挟まれ受傷し、近医に救急搬送された。心タンポナーデの診断で心嚢ドレナージを実施されたがショックバイタルを呈し、開胸による加療の適応と判断され当院へ搬送された。緊急で開胸し、右房に裂創を認めこれを修復し救命し得た。鈍的心損傷の機序としては、心臓への直接的な圧迫強打によるもの他、胸腔内圧・心内圧の急激な上昇によるものなどがある。今回我々は胸壁への圧迫外力により発生した心臓損傷の一例を経験したので報告する。

## 13:50~14:30 心臓：冠動脈

座長 藤井毅郎（東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科）  
渡邊隼（東京大学 心臓外科）

### Ⅲ-29 川崎病の後遺症により成人期に労作性狭心症を発症した1治験例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

嶋田修一郎、池田昌弘、井口篤志、新浪博士

症例は50歳男性。幼少時、川崎病に罹患。6ヵ月前から胸痛があり精査して、冠動脈瘤を伴う3枝病変と診断され手術目的で紹介。冠動脈CTで左前下行枝に冠動脈瘤があり、高度な石灰化を伴っていた。手術は両側内胸動脈、橈骨動脈を使用してオフポンプ4枝バイパスを行った。川崎病の後遺症による冠動脈疾患は、成人期に発症することも知られているが、40歳を過ぎてから狭心症の症状が現れることは稀であり、文献的考察を加えて発表する。

### Ⅲ-31 LITA 開存症例に対して左第5肋間開胸にて再冠動脈バイパス術を施行した1例

足利赤十字病院 心臓血管外科

伊藤隆仁、古泉 潔、岡本雅彦

75歳男性。21年前に不安定狭心症でLITA-LAD、SVG-OM、SVG-#4PDとするCABGを施行。今回、左前胸部圧迫感を認め救急外来を受診し不安定狭心症と診断。CAGにてLITAは開存しているものの両SVGの閉塞を認めた。さらに有意狭窄病変を認めたためPCIを試みたがROTAが患部を通過しなかった。ペルサンチン負荷心筋シンチでLCX領域に虚血を認めたことから再手術の方針とした。左側方開胸下で下行大動脈をin flowとするSVGを使用したOMとPLへのOPCABを行い、良好な経過を得たので報告する。

### Ⅲ-33 左冠動脈領域の急性心筋梗塞を合併した急性大動脈解離に対する1救命例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

田崎 大、水野友裕、大井啓司、八島正文、八丸 剛、

長岡英気、黒木秀仁、藤原立樹、竹下斉史、木下亮二、荒井裕国  
胸背部痛で搬送されStanford A型急性大動脈解離と診断された59歳の男性。手術待機1時間でショックバイタルとなり肺水腫進行。術中所見から既存LMT病変に偽腔による圧迫が加わり左冠動脈領域の広範囲梗塞となったと判断。上行置換+CABG (SVG-LAD)で救命した。術後心不全が遷延し解離による真腔狭窄（後負荷増大）が原因と考えTEVAR施行。真腔拡大し心不全改善した。

### Ⅲ-30 もやもや病合併LMT病変に対するIABP補助下OP-CAB

足利赤十字病院 心臓血管外科

古泉 潔、岡本雅彦、伊藤隆仁

もやもや病の既往のある65歳、男性。過去にRCAとLADに対してPCIを施行されていた。除脈と胸痛を主訴に精査したところ、CAGにてLMT 75%の狭窄を認め、心筋シンチにてLADの虚血を認めたため、CABG適応となった。術前脳神経症状はなく、心機能も保たれていたが、術中の脳血流維持のためにIABPを留置してOPCABを施行した。LITAを剥離したが、解剖学的に細く使用不可と判断し、SV-LAD SV-OM吻合を施行した。術中はINVOSを使用した。優意な低下を認めなかった。術後脳合併症もなく、経過良好で退院した。

### Ⅲ-32 冠動脈多枝病変、透析患者に対するMICS-CABGを用いたHybrid治療の1例

東邦大学医療センター大森病院 循環器センター 心臓血管外科

保坂達明、藤井毅郎、片柳智之、川田幸太、亀田 徹、  
布井啓雄、大熊新之助、片山雄三、益原大志、小澤 司、  
塩野則次、渡邊善則

43歳男性、糖尿病、Wilson病、慢性腎不全があり維持透析中の患者。心不全精査にて、冠動脈多枝病変（RCA#2 75%狭窄 LAD #6-#7 diffuse lesion 90%狭窄）、低心機能（EF33%）を認めた。ハートチームの検討により、左開胸MICS-CABG（LITA-LAD）、術後12病日にRCA病変に対しPCI（DES）を施工し良好な結果を得た。

## 15:30~16:02 心臓：冠動脈瘤

座長 齋藤 綾 (東邦大学医療センター佐倉病院 心臓血管外科)  
橋 俊 (榊原記念病院 心臓血管外科)

### Ⅲ-34 血液透析患者における冠動脈肺動脈瘻の一手術例

虎の門病院 循環器センター外科

吉村竜一、成瀬好洋、田中慶太、李 洋伸、油原信二

47歳男性、5年前に左前腕に内シャント造設され、血液透析導入。今回、前医で胸痛、労作時呼吸苦あり心電図異常を指摘され不安定狭心症の診断で救急搬送された。冠動脈造影で有意狭窄は認めなかったが、LADから肺動脈へ造影剤の流出を認めた。冠動脈CTでLAD、RCAより肺動脈へ向かう異常血管を認め、冠動脈肺動脈瘻と診断した。有症状であり心電図で虚血性変化を認めたことから体外循環下に異常血管の結紮及び瘻孔閉鎖術を施行した。術後はNYHA IIIからIへ自覚症状の改善を認めた。

### Ⅲ-36 冠動脈-肺動脈瘻の異常血管に冠動脈瘤を合併した一例

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

伏見謙一、井元清隆、内田敬二、磯田 晋、軽部義久、笠間啓一郎、出淵 亮、根本寛子、松本 淳、森田順也

56歳男性。過去に他院で冠動脈-肺動脈瘻を指摘された。2012年に左膿胸を認め他院で手術、その後CTで経過観察中に冠動脈瘤を指摘、当院紹介受診。精査で冠動脈-肺動脈瘻の異常血管が最大短径33mmの冠動脈瘤となり拡大傾向のため手術の方針へ。術中ジアグノグリーンを経静脈投与しPDE赤外線カメラを用いて異常血管を同定し手術施行。術後経過問題なく術後14日目退院。

### Ⅲ-35 末梢性冠動脈瘤に対して左小切開開胸にて瘤切除を行った1治験例

1 草加市立病院 心臓血管外科

2 東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

田村 清<sup>1</sup>、中原秀樹<sup>1</sup>、田崎 大<sup>2</sup>、水野友裕<sup>2</sup>、荒井裕国<sup>2</sup>

49歳女性。胸部絞扼感にて当院救急外来を受診し、急性心筋梗塞と診断。同日緊急冠動脈造影検査を施行し、冠動脈瘤(左前下行枝末梢、径8mm)を指摘された。保存的治療にて症状改善したが、1か月後の冠動脈CT検査で瘤の拡大(9mm)を認め、手術を施行。左第7肋間開胸で左肋骨弓を切離し、心嚢内に到達。Stabilizerにて視野を展開後、瘤を剥離し、中枢側及び末梢側を結紮。瘤を切開し、枝血管を縫合閉鎖後、瘤を縫縮閉鎖。術後合併症なく退院。病理所見は血管炎と診断。

### Ⅲ-37 冠動脈瘤-肺動脈瘻に合併した冠動脈瘤の一例

医療法人五星会菊名記念病院

福田 智、奈良原裕、尾頭 厚、村田 升

症例は72歳女性。健診での胸部レントゲンにて左第2弓突出を指摘されCTにて前縦隔に最大径50mmの球型腫瘤を認め、冠動脈造影により冠動脈瘤・冠動脈-肺動脈瘻の診断となり当科にて冠動脈瘤・冠動脈-肺動脈瘻根治術施行した。体外循環心拍動下に冠動脈への流入血管を結紮し瘤及び肺動脈を切開し瘻孔を縫合閉鎖した。本症例における冠動脈瘤は冠動脈-肺動脈瘻の瘤化が原因と考えられた。冠動脈-肺動脈瘻における冠動脈瘤合併症例において手術によって良好な経過を得た1例として文献的考察を含めて報告する。

座長 坂本裕昭（筑波大学 心臓血管外科）  
大石清寿（武蔵野赤十字病院 心臓血管外科）

### Ⅲ-38 ダウン症に合併した心臓腫瘍の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  
岡田公章、栢岡 歩、保土田健太郎、宇野吉雅、鈴木孝明  
症例は3歳女児。生直後にVSD (inlet type)・ダウン症と診断。  
6ヶ月時に心内修復術を施行。外来での心エコー検査にて、右房  
自由壁に可動性の高い有茎性の腫瘍(8×8mm)を認め、三尖弁  
口への嵌頓の可能性も考えられたため、体外循環・心停止下に腫  
瘍摘出術を施行した。腫瘍の肉眼所見では、乳頭状繊維弾性腫を  
強く疑ったが、病理組織学的検査では確定診断には至らなかった。  
非常に稀であると思われるダウン症に合併した心臓腫瘍を経験し  
たので報告する。

### Ⅲ-40 縦隔内びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の上大静脈・右房内浸潤に対する1手術例

社会福祉法人三井記念病院 心臓血管外科  
中村 真、竹谷 剛、長内 享、楠原隆義、三浦純男、  
福田幸人、大野貴之、高本真一  
症例は73歳女性、呼吸困難を主訴に前医受診。造影CTで上大静  
脈・右房内へ浸潤する縦隔腫瘍を認めた。当院転院となりCTガイ  
ド下経皮穿刺生検でびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断  
となった。腫瘍塞栓予防・腫瘍量減少目的に人工心肺使用心拍動  
下で腫瘍切除術を行い、欠損した上大静脈・右房壁は自己心膜パッ  
チ形成を追加した。合併症なく経過し、術後14日目に全身化学療  
法目的に血液内科転科となった。

### Ⅲ-39 原発性肺動脈内膜肉腫に対する手術治療経験

1 筑波大学附属病院 心臓血管外科  
2 筑波大学附属病院 腫瘍内科  
石井知子<sup>1</sup>、徳永千穂<sup>1</sup>、米山文弥<sup>1</sup>、工藤洋平<sup>1</sup>、三富樹郷<sup>1</sup>、  
松原宗明<sup>1</sup>、相川志都<sup>1</sup>、坂本裕昭<sup>1</sup>、榎本佳治<sup>1</sup>、佐藤藤夫<sup>1</sup>、  
関根郁夫<sup>2</sup>、平松祐司<sup>1</sup>  
呼吸困難が主訴の68歳男性。CTで主肺動脈を占拠する腫瘍あ  
り。肺動脈閉塞による突然死の危険が高く、治療には組織型確定  
が必要と判断。腫瘍を肺動脈壁と合併切除しウシ心膜パッチで再  
建したが、断端陽性。病理では肺動脈内膜肉腫と診断された。外  
来でドキソルビシンによる追加化学療法を施行、残存腫瘍の部分  
寛解が得られ現在術後6ヶ月で経過は安定している。

### Ⅲ-41 上大静脈へ浸潤した胸腺腫の1例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科  
2 神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器外科  
3 横浜市立大学附属病院 外科治療学  
渋谷泰介<sup>1</sup>、徳永滋彦<sup>1</sup>、李 相憲<sup>1</sup>、富永訓央<sup>1</sup>、柳 浩正<sup>1</sup>、  
田尻道彦<sup>2</sup>、益田宗孝<sup>3</sup>  
45歳女性、術前診断は胸腺腫。術前精査で上大静脈、右房への浸  
潤が疑われた。  
胸骨正中切開を置き、右房への浸潤は認めなかったが、巨大胸腺  
腫の上大静脈への浸潤が確認された。2-stageカニューレを使用  
した内挿法による、右房への一時バイパスを確立することで、静  
脈を再建しえた。その後右肺上中葉の合併切除で完全切除できた。  
再建手段について動画を用いて報告する。

## 16:34~17:06 心臓：合併症

座長 瀬戸 達一郎 (信州大学医学部附属病院 心臓血管外科)  
渡邊 大樹 (JA長野厚生連 北信総合病院 心臓血管外科)

### Ⅲ-42 心房細動に対するカテーテルアブレーション後に発症した左房食道瘻の手術例

群馬大学医学部附属病院 循環器外科

高橋 徹、茂原 淳、小池則匡

症例は69歳の男性。発作性心房細動、洞不全症候群の診断で近医でカテーテルアブレーションとペースメーカー移植術を受けた。アブレーション後にイレウス症状、腹痛、22日目に意識障害が出現し、CTで左房食道瘻と診断された。同日に転院し、体外循環下に左房内の疣贅摘出と瘻孔の縫合閉鎖を施行した。脳梗塞、敗血症性ショック、縦隔膿瘍を合併したが、抗生剤投与、食道減圧チューブ留置、高圧酸素療法で改善した。通常の食事が摂取可能となり、術後142病日に独歩で退院した。

### Ⅲ-44 TEVAR 術後遠隔期に弓部置換術を施行した2例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

中原 孝、小松正樹、山本高照、五味潤俊仁、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

胸部大動脈瘤に対するTEVAR症例の増加に伴い、合併症やその対策についても検討されている。我々の施設で経験したTEVAR術後遠隔期に弓部全置換術(TAR)を施行した2例(全TEVAR167例中)を報告する。2例はいずれもType5エンドリークによる瘤径拡大症例でTEVARからTARまでは23カ月と34カ月であった。1例は予定手術、1例は破裂にて緊急手術を行った。今後症例の蓄積に伴い、危険因子の検討も行う必要があると考える。

### Ⅲ-43 胸部大動脈損傷に対するTEVAR後にステントグラフト感染、食道穿孔を呈し緊急手術を行った1例

武蔵野赤十字病院

櫻井啓暢、大石清寿、吉崎智也

3階から転落し救急搬送された49歳男性。胸部大動脈損傷に対しステントグラフト内挿術施行。退院2ヶ月後に腹痛出現しショックとなり再度救急搬送。腸管壊死とステントグラフト周囲膿瘍を認め、腸管壊死に対し腸切除術施行。ステントグラフト周囲膿瘍に対してはドレナージを行ったが仮性瘤化と食道穿孔を呈し緊急手術適応と診断。正中+左開胸によるステントグラフト抜去と上行弓部下行置換(Jgraft 24mm)を施行し、食道穿孔に対してはドレナージ治療を行い良好な結果を得た。

### Ⅲ-45 TAVI 後NOMIを発症し救命しえた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

今村有佑、西 智史、山本貴裕、堀大治郎、白石 学、  
木村直行、由利康一、安達晃一、松本春信、山口敦司、安達秀雄  
77歳男性、4年前胸部大動脈瘤に対し開窓型ステントグラフト留置、高血圧、慢性腎不全にて近医通院中、大動脈弁狭窄症による心不全で手術目的に紹介、ハートチームで検討しTAによるTAVIの方針となった。術後4日目NOMIを発症、トライツ靱帯から約10cmの空腸から約250cmの壊死小腸を切除、回腸150cm、全大腸残存し空腸瘻、粘液漏造設した。術後19日目人工肛門閉鎖、現在リハビリテーション中である。