

第174回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2017年6月3日（土）

会場： 朱鷺メッセ
〒950-0078 新潟市中央区万代島6番1号

総合受付	ホワイエ	(3階)
PC受付	ホワイエ	(3階)
第I会場	301A	(3階)
第II会場	302B	(3階)
第III会場	302A	(3階)
幹事会	303、304	(3階)
世話人会	306	(3階)

会長： 土田 正則

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野
〒951-8510 新潟市中央区旭町通一番町757
TEL：025-227-2243 FAX：025-227-0780

参加費： 1,000円
(当日受付でお支払い下さい)

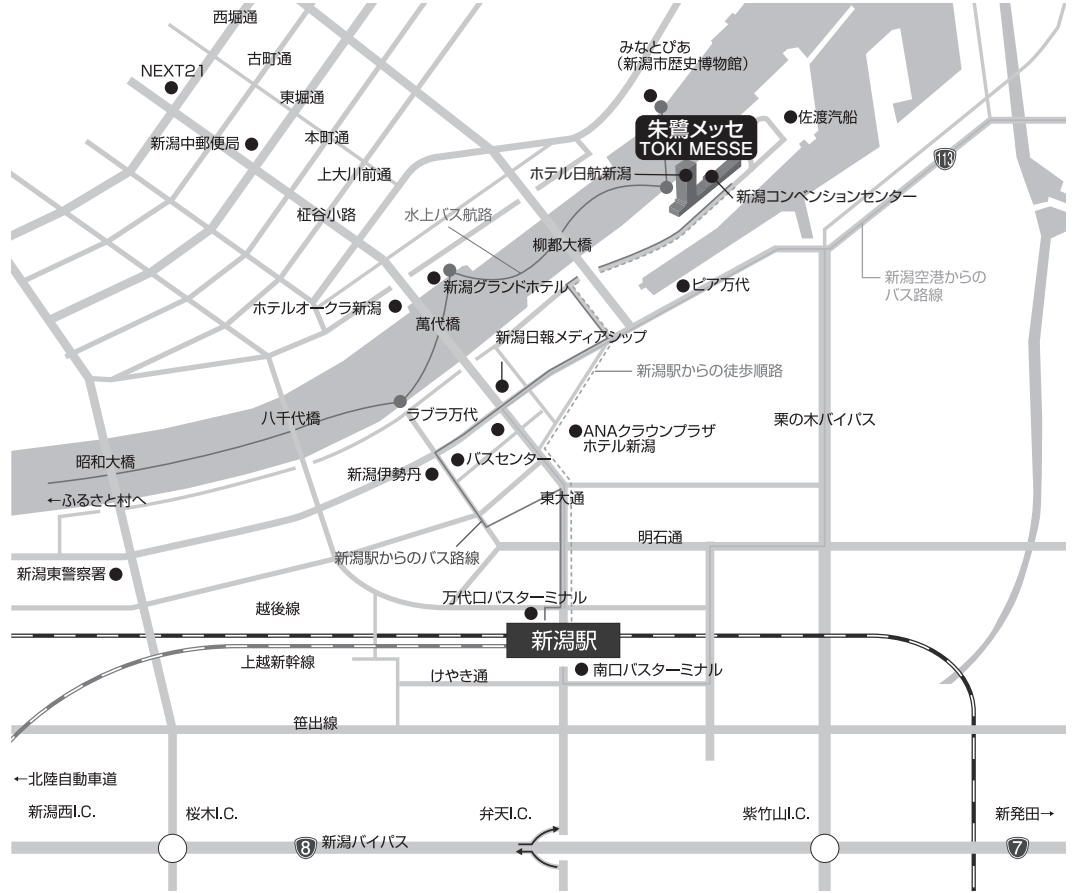
- ご注意：
- (1) PC発表のみになりますので、ご注意ください。
 - (2) PC受付は60分前（ただし、受付開始は8:00です）。
 - (3) 一般演題は口演5分、討論3分です（時間厳守でお願いいたします）。
 - (4) 追加発言、質疑応答は地方会記事には掲載いたしません。
 - (5) 演者は当会会員に限られております。発表前に当会への入会手続きをお願いいたします。

【会場案内図】

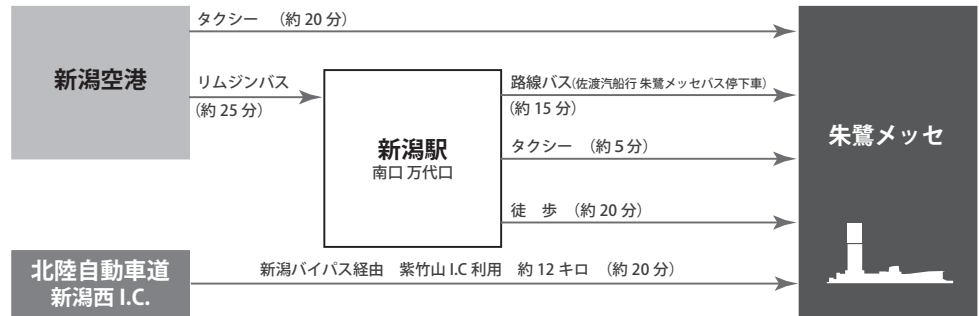
朱鷺メッセ

〒950-0078 新潟市中央区万代島6番1号 TEL : 025-246-8400

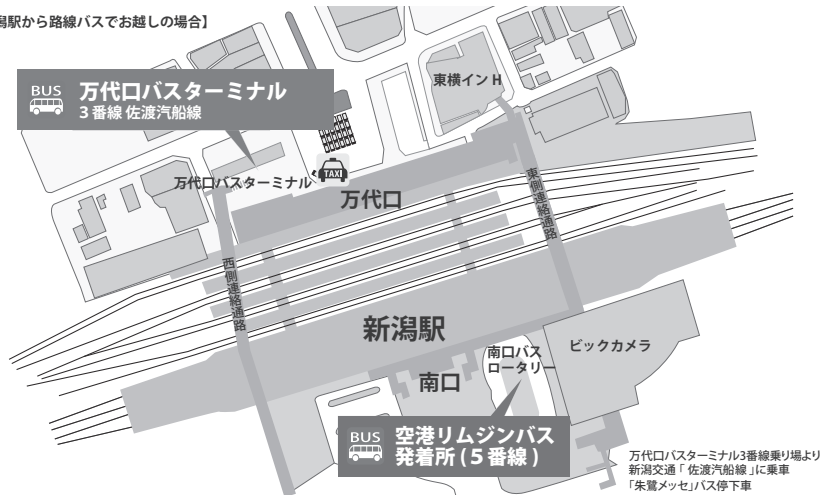
会場周辺図



交通アクセス

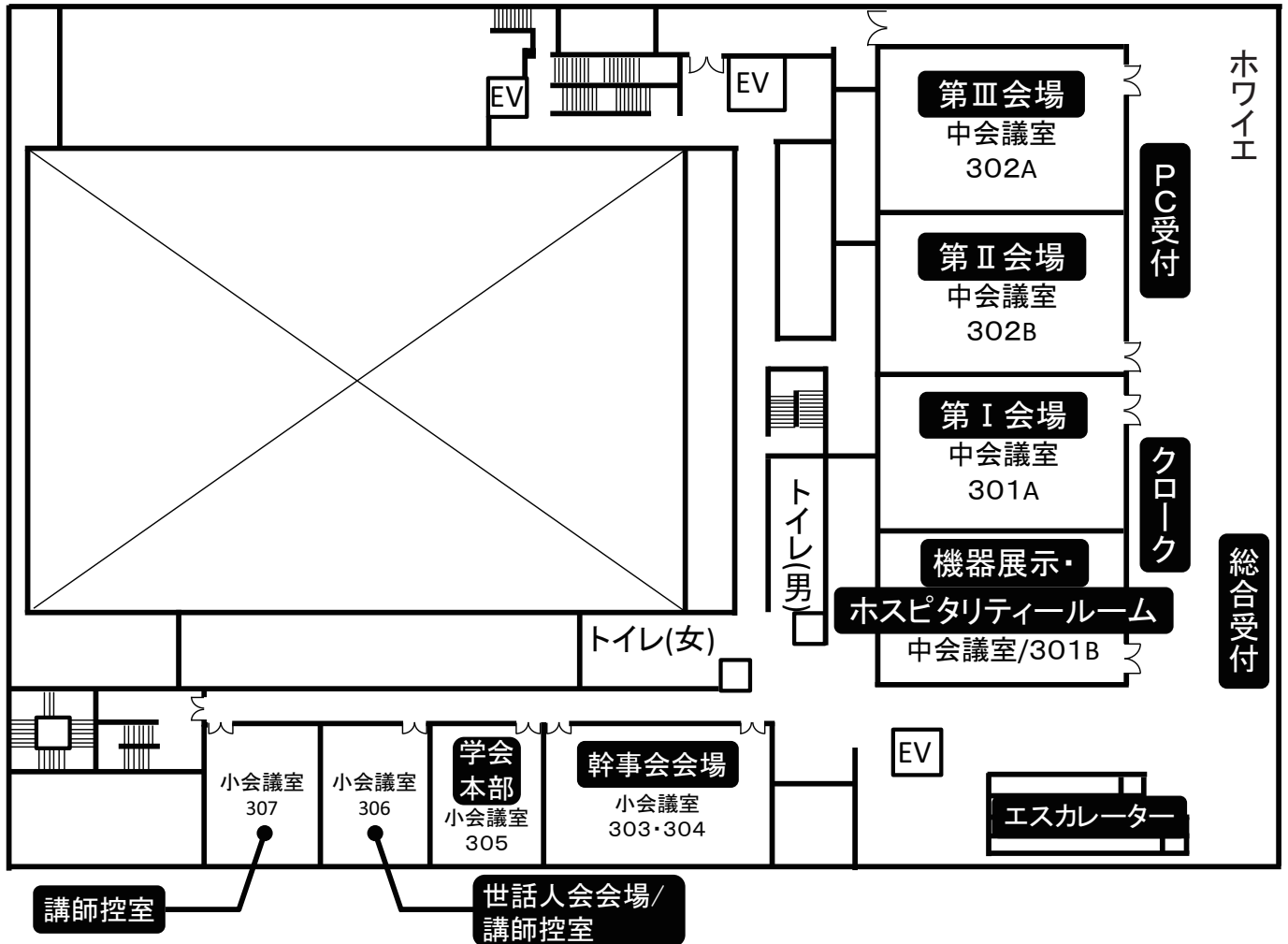


【新潟駅から路線バスでお越しの場合】



【場内案内図】

朱鷺メッセ 3F



第Ⅰ会場 (301A)

8:25~8:30 開会式

8:35~9:07

心臓：弁膜症①

1~4 三島 健人
新潟市民病院 心臓血管外科

9:07~9:47

心臓：弁膜症②

5~9 大井 啓司
東京医科歯科大学大学院
心臓血管外科
向後 寛子*
日本大学医学部 心臓血管外科

10:00~10:40

学生発表

(審査員：金子公一、小澤壯治、荒井裕国)
10~14 山崎 健二
東京女子医科大学医学部
心臓血管外科

門倉 光隆

昭和大学 医学部外科学講座
呼吸器外科

10:40~11:28

心臓：弁膜症③

15~20 柴崎 郁子
獨協医科大学 心臓・血管外科学
田中 千陽*
東海大学医学部 心臓血管外科

ランチオンセミナー1：
成人心臓

11:45~12:00

①GTCSからの報告

『みんなでとらうインパクトファクター!』

演者 岡田 健次

信州大学 医学部 心臓血管外科

12:00~12:50

②『狭小大動脈弁に対する外科的治療戦略』

座長 田中 正史

日本大学 医学部 心臓血管外科

演者 浅井 徹

滋賀医科大学 心臓血管外科

共催：エドワーズ ライフサイエンス株式会社

第Ⅱ会場 (302B)

8:30~9:10

肺：肺悪性腫瘍

1~5 青木 正
新潟県立がんセンター新潟病院
呼吸器外科

福井麻里子

順天堂大学医学部附属順天堂医院
呼吸器外科

9:10~9:58

肺：拡大手術

6~11 和田 啓伸
千葉大学 呼吸器外科
荻部 陽子
獨協医科大学 呼吸器外科学

10:00~10:48

肺：肺腫瘍・胸膜腫瘍

12~17 篠原 博彦
長岡赤十字病院 呼吸器外科
丸島 秀樹
聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科

10:48~11:36

肺：感染・他

18~23 松原 寛知
山梨大学大学院総合研究部
呼吸器外科
儀賀 理暁
埼玉医科大学総合医療センター
呼吸器外科

ランチオンセミナー2：
呼吸器

11:45~12:00

①GTCSからの報告 (中継)

『みんなでとらうインパクトファクター!』

演者 岡田 健次

信州大学 医学部 心臓血管外科

12:00~12:50

②『胸腔鏡下肺癌手術におけるTips & Pitfalls~適切なデバイス選択と手技の工夫~』

座長 佐藤 之俊

北里大学医学部 呼吸器外科学

演者 岩崎 正之

東海大学医学部 外科系呼吸器外科

演者 上吉原光宏

前橋赤十字病院 呼吸器外科

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

第Ⅲ会場 (302A)

8:40~9:20

心臓：心臓腫瘍・心膜疾患

1~5 岡本 祐樹
立川総合病院 心臓血管外科

9:20~10:00

心臓：先天性①

6~10 岡村 達
長野県立こども病院 心臓血管外科
栂沢 政司*
千葉県循環器病センター
心臓血管外科

10:00~10:40

心臓：先天性②

11~15 岡 徳彦
群馬県立小児医療センター
心臓血管外科

10:40~11:20

心臓：先天性③

16~20 佐々木 孝
日本医科大学 心臓血管外科
杉本 愛
新潟大学医歯学総合病院
心臓血管外科

ランチオンセミナー3：
小児心臓

11:45~12:00

①GTCSからの報告 (中継)

『みんなでとらうインパクトファクター!』

演者 岡田 健次

信州大学 医学部 心臓血管外科

12:00~12:50

②『右室流出路再建を伴う先天性心疾患の外科治療 (VSD+PA+MAPCA, PTA)』

座長 高橋 昌

新潟大学新潟地域医療学講座災害医学・
医療人育成部門

演者 山岸 正明

京都府立医科大学附属病院 心臓血管外科

共催：日本ゴア株式会社

9:00~9:50

世話人会 (306)

11:00~11:50

幹事会 (303、304)

第Ⅰ会場 (301A)

12:50~13:05

学生表彰式

13:10~13:50

心臓：大血管①

21~25 志村信一郎
東海大学医学部 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

14:00~14:50

**アフタヌーンセミナー1：
大血管**

『オープントントを用いた胸部大動脈手術』

座長 名村 理
新潟大学大学院 呼吸循環外科学分野
演者 内田 直里
姫路循環器病センター 心臓血管外科
共催：日本ライフライン株式会社

14:50~15:38

心臓：大血管②

26~31 吉武 明弘
慶應義塾大学 心臓血管外科
三富 樹郷*
水戸済生会総合病院 心臓血管外科

15:40~16:20

**Best Abstract Award
(BAA) 心臓**

(審査員：山口敦司、新浪 博、岡田健次)
32~36 平松 祐司
筑波大学医学医療系 心臓血管外科
中島 博之
山梨大学 第二外科

16:20~17:08

心臓：大血管③

37~42 山田 靖之
群馬県立心臓血管センター
心臓血管外科
藤原 立樹*
東京医科歯科大学大学院
心臓血管外科

17:08~17:48

心臓：大血管・弓部分枝

43~47 安原 清光
伊勢崎市民病院 心臓血管外科

17:50~18:00

BAA、研修医(肺)表彰式

18:00~18:05 閉会式

第Ⅱ会場 (302B)

13:10~13:58

肺：縦隔

24~29 梶原 直央
東京医科大学
呼吸器・甲状腺外科学分野
大岩 加奈
東海大学医学部外科系 呼吸器外科学

14:00~14:50

**アフタヌーンセミナー2：
呼吸器**

『胸腔鏡手術における安全な肺血管処理』
座長 吉野 一郎
千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学
演者 樋田 泰浩
北海道大学大学院医学研究科
循環器・呼吸器外科
演者 吉田 和夫
諏訪赤十字病院呼吸器外科
共催：コヴィディエン ジャパン株式会社

14:50~15:46

食道 (BAA審査あり)

30~36 中川 悟
新潟県立がんセンター新潟病院
消化器外科
宮崎 達也
群馬大学大学院病態総合外科

15:50~16:30

**Best Abstract Award
(BAA) 肺**

(審査員：中島 淳、千田雅之、大久保憲一)
37~41 近藤 晴彦
杏林大学医学部 外科学
佐藤 幸夫
筑波大学医学医療系 呼吸器外科学

16:30~17:34

肺：研修医発表

(審査員：大塚 崇、土田正則)
42~49 遠藤 俊輔
自治医科大学 外科学講座
呼吸器外科
白田 実男
日本医科大学大学院医学研究科
呼吸器外科学分野

第Ⅲ会場 (302A)

13:10~13:50

心臓：先天性④

21~25 篠原 玄
東京慈恵会医科大学 心臓外科

15:00~15:40

心臓：冠動脈①

26~30 斎藤 綾
東邦大学医療センター 佐倉病院
心臓血管外科

15:40~16:12

心臓：冠動脈②

31~34 北村 律
北里大学病院 心臓血管外科
渡邊 隼*
東京ベイ浦安市川医療センター
心臓血管外科

16:12~16:52

心臓：弁膜症④

35~39 富岡 秀行
東京女子医科大学医学部
心臓血管外科

16:52~17:32

心臓：心不全

40~44 木下 修
東京大学医学部附属病院 心臓外科

*：日本心臓血管外科学会U-40推薦

第 I 会場：301A

8：35～9：07 心臓：弁膜症①

座長 三 島 健 人（新潟市民病院 心臓血管外科）

I-1 大動脈弁交連断裂により急性大動脈弁閉鎖不全症を来した一例

新潟市民病院 心臓血管外科

河合幸史、三島健人、文 智勇、若林貴志、登坂有子、中澤 聡、金沢 宏

症例は51歳、男性。6年前に急性大動脈解離に対して上行大動脈人工血管置換術施行の既往がある。急性心不全を来し当院入院。心エコー上大動脈弁閉鎖不全（AR）と弁尖に疣贅様の腫瘤影を認めたため感染性心内膜炎（IE）による急性ARと診断し、準緊急で手術を施行。大動脈弁のL-R交連部に断裂を認め、弁尖に疣贅は認めなかった。病理所見でも感染を示唆する所見は認めず、大動脈弁交連断裂による急性ARと考えられた。若干の文献的な考察を加えて報告する。

I-2 術中の経食道心エコーで判明した大動脈四尖弁の一例

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、坂田朋基、金行大介、高原善治
症例は50歳女性で、脳梗塞、糖尿病のため他院で加療していた。心電図で陰性T波、心エコーで左室肥大を認め、労作時の息切れも見られるようになったため、当院に紹介となった。エコー上、重度の大動脈弁閉鎖不全症（AR）、冠動脈造影で#7の50～75%狭窄を認めたため、大動脈弁置換術+冠動脈バイパス術を施行した。術中の経食道心エコーで四尖弁であることが判明した。大動脈四尖弁はARの原因となる稀な先天奇形であるため、文献的考察を加えて報告する。

I-3 Valsalva 洞石灰化除去中の穿孔を自己心膜サンドイッチにより修復し大動脈弁置換術を施行した1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

金子翔太郎¹、磯田 晋¹、松木佑介¹、山崎一也¹、益田宗孝²

症例は82歳女性。主訴は呼吸困難感。心エコーで重症大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症の診断で手術適応。術前CTでは著しい石灰化を両側冠動脈入口部、上行大動脈に認めた。超音波手術機械を用いてValsalva洞の石灰化除去中にLCA直上を損傷し穿孔した。穿孔部周囲は極めて脆弱であったために、グルタルアルデヒド処理自己心膜2枚の間にHydrofitを充填して修復し、大動脈弁置換術を施行した。

I-4 Aortotomy 閉鎖に工夫を要した大動脈弁置換術の一例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

2 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

合田真海¹、柳 浩正¹、澁谷泰介¹、鈴木伸一²、益田宗孝²

症例は80歳男性。Severe AS、RCA 99%狭窄に対して手術を行った。術前CTで上行大動脈の予定切開線上に板状石灰化を認め、Aortotomyの閉鎖に難渋すると思われたため、板状石灰化を除去、自己心膜で裏打ちした人工血管でパッチ閉鎖を施行した。術後経過は良好であった。高度石灰化を伴う上行大動脈症例の開心術に対する手術戦略について文献的考察を含めて報告する。

9:07~9:47 心臓：弁膜症②

座長 大井啓司（東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科）
向後寛子（日本大学医学部 心臓血管外科）

I-5 アトピー性皮膚炎を伴った感染性心内膜炎の3例

自治医科大学 心臓血管外科

高澤一平、棚澤壯樹、佐藤弘隆、三澤吉雄

アトピー性皮膚炎（AD）は治療としてステロイドや免疫抑制剤の使用や掻爬痕を伴う患者も多く感染性心内膜炎（IE）発症のリスクは高い。AD患者は若年でのIE発症が多く原因菌の多くが黄色ブドウ球菌である。我々はADを基礎疾患にもったIEを3例経験し現在3症例とも再発なく術後経過良好である。再発・二次予防において術後のスキンケアは重要と考え術後皮膚科に治療依頼しコントロールは良好であった。不明熱のある若年AD患者にはIEを考慮すべきであり経験した症例を文献的考察も交え報告する。

I-6 大動脈弁位人工弁感染、弁輪部膿瘍に対して大動脈基部置換術を施行した1例

日本大学医学部附属板橋病院 心臓外科

北住善樹、宇野澤聡、大幸俊司、向後寛子、有本宗仁、

林 佑樹、瀬在 明、中田金一、田中正史

79歳女性、2014年に大動脈弁置換術（CEP21mm）施行。2015年のUCGでは問題なし。2016年10月に発熱で前医受診。血液培養からStaphylococcusを検出し、UCGで大動脈弁無冠尖側に弁輪部膿瘍を認め6週間の抗生剤投与で改善しないため手術目的に転院。膿瘍部位から重度の大動脈弁周囲逆流も認め、Freestyle弁による基部置換術+2枝CABGを施行。術後の経過良好にて独歩退院。感染の再燃なし。

I-7 急激に発症した人工弁感染による急性心不全に対し緊急再僧帽弁置換術を施行した1例

日本大学医学部 心臓血管外科

有本宗仁、宇野澤聡、大幸俊司、向後寛子、林 佑樹、

北住善樹、瀬在 明、中田金一、田中正史

64歳男性。13年前に僧帽弁置換術（ATS 25mm）施行。2ヶ月前より呼吸苦出現しUCGにて人工弁周囲逆流を認めたため手術目的に入院となった。入院後発熱し、血液培養陽性（Staphylococcus epidermidis）、UCGで僧帽弁位機械弁の弁座の動揺、弁周囲逆流の増悪、疣贅を認め人工弁感染の診断で抗生剤を開始したが、急性心不全となり緊急で再僧帽弁置換術（SJM 27mm）を行なった。術後は経過良好、独歩退院となった。

I-8 僧帽弁置換術後（Bicarbon 弁）に術中スタックバルブを認めた1症例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

棚澤壯樹、相澤 啓、三澤吉雄

症例は71歳女性。8年前に僧帽弁形成術を行い、今回僧帽弁逆流症の再発で僧帽弁置換術を行った。後尖を温存して、Bicarbon弁で弁置換を行い、自己脈再開後経食道エコーで人工弁を観察すると、後交連よりの弁葉が閉鎖したままであった。後尖の遺残組織の一部が弁の開放を妨げている可能性があったため、後尖を切除して再度弁置換術を行うと弁葉の可動性が改善した。僧帽弁置換術後のスタックバルブはよく知られた合併症で、様々な原因がある。術中経食道エコーの所見を交え報告を行う。

I-9 Trifecta 弁の機能不全のため再弁置換を要した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

中村制士、名村 理、青木賢治、大久保由華、岡本竹司、

榛沢和彦、土田正則

症例は82歳女性。78歳時に19mm Trifecta 弁を用いた大動脈弁置換術を受けている。術後4年目にうっ血性心不全のため再入院した。TTEでは生体弁に高度の逆流と疣贅様の可動性構造物を認めたが血液検査等で感染徴候無く人工弁感染は否定的であった。TEEおよびCTで右冠尖相当の弁膜が弁閉鎖時に左室側に逸脱しているのを確認し生体弁機能不全と診断し再弁置換術を実施した。摘出した生体弁は右冠尖相当の弁膜がステントに沿って裂開していた。生体弁早期機能不全について文献的考察を加え報告する。

座長 山崎健二（東京女子医科大学医学部 心臓血管外科）
門倉光隆（昭和大学 医学部外科学講座 呼吸器外科）

学生発表

I-10 4回目の胸骨正中切開で肺動脈弁・大動脈弁置換術、右肺動脈形成、部分肺静脈還流異常修復術を施行した総動脈幹症術後の1例

北里大学病院 心臓血管外科

岩谷俊之、杉本晃一、柴田深雪、宮田有理恵、鳥井晋三、北村 律、平田光博、美島利昭、大久保博世、小林健介、井上崇道、松代卓也、荒記春奈、土田勇太、宮地 鑑

21歳女性。診断は総動脈幹症、Rastelli術後、PA形成術後、AR、PR。0歳時に根治術。3歳、7歳時にPA形成術施行。術前心カテにて、高度AR/PR。Qp/Qs:1.5、RVEDV:150% of N。術中に残存するPAPVDが判明。生体弁による大動脈弁・肺動脈弁置換、右PA形成、PAPVD修復を施行。外来経過観察中。

学生発表

I-11 食道癌術後の大動脈弁狭窄症をTAVIで治療し得た一例

1 自治医科大学

2 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

石栗由規¹、由利康一²、今村有佑²、堀大治郎²、木村直行²、松本春信²、山口敦司²

症例は78歳女性。食道癌にて食道亜全摘胸骨後胃挙上再建の既往がある。2015年心不全で他院に入院歴あり。その後も労作時の息切れが徐々に悪化し、大動脈弁狭窄症（AS）の診断で当院紹介となった。ハートチームで検討した結果、開胸手術はリスクが高いと判断し、TAVIの適応となった。経大腿アプローチでCoreValve 26mmを留置した。術後は経過良好で退院した。文献的考察を含め報告する。

学生発表

I-12 血栓閉塞型急性解離後の反復性再解離に対し、亜急性期にTEVARを施行した1治験例

1 東京医科歯科大学 医学部医学科

2 東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学

永田恵実¹、黒木秀仁²、大井啓司²、八丸 剛²、水野友裕²、八島正文²、長岡英気²、田崎 大²、藤原立樹²、竹下齐史²、木下亮二²、荒井裕国²

症例は89歳女性。血栓閉塞型急性大動脈解離に対し降圧療法を行っていたが、第20病日に腹部大動脈にULPを伴う限局性解離が出現した。さらに第35病日に下行大動脈に偽腔開存型の解離が再発した。このため第42病日に2つのentryを閉塞する目的に、近位下行～腹腔動脈直上までGORE CTAGを留置し、治癒せしめた。

学生発表

I-13 上行大動脈解離に対するTEVARの経験

1 新潟大学 医学部 医学科

2 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

3 東京女子医科大学病院 心臓血管外科

篠原竜哉¹、岡本竹司²、横井良彦³、青木賢治²、中村制士²、名村 理²、榛沢和彦²、土田正則²

症例は79歳、女性。78歳時に偽腔開存型のA型大動脈解離を発症したが悪性リンパ腫合併のため前医では開胸手術を勧められなかった。その後上行大動脈の解離病変は徐々に増大した。外科治療が必要だが、高齢、認知症、悪性リンパ腫治療の影響を考慮してTEVARを選択した。開窓型ステントグラフトを用いて上行大動脈のエントリーを閉鎖した。術後CTで偽腔血栓化の進行を確認した。文献的考察を加えて報告する。

学生発表

I-14 左上葉切除後の異時多発肺がんSBRT後再発に対する残存肺全摘、大動脈合併切除の1例

1 新潟大学 医学部 医学科

2 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

田代啓太¹、仲村亮宏²、後藤達哉²、中村制士²、佐藤征二郎²、岡本竹司²、小池輝元²、土田正則²

症例は77歳男性。左上葉切除後の異時多発肺がんに対して3年前にSBRT実施。経過観察中に腫瘍増大を認め、他院で切除を試みるも大動脈浸潤あり試験開胸となった。大動脈浸潤は遠位弓部から下行大動脈に存在すると想定し、倫理委員会で承認を得たのちに左鎖骨下動脈用に開窓した胸部大動脈ステントを弓部から下行大動脈に留置し、大動脈壁合併切除を伴う残存肺全摘を行った。

10:40~11:28 心臓：弁膜症③

座長 柴崎郁子 (獨協医科大学 心臓・血管外科学)
田中千陽 (東海大学医学部 心臓血管外科)

I-15 食道癌術後に開心術を施行した4例

1 虎の門病院 循環器センター外科

2 虎の門病院 消化器外科 (上部消化管)

菊永晋一郎¹、成瀬好洋¹、田中慶太²、李 洋伸¹、宇田川晴司²、
上野正紀²

食道癌の治療成績の向上により食道癌術後症例に対する開心術症例は増加している。今回我々は Bentall 術、re-AVR+上行置換術、AVR、MVR をそれぞれ1例ずつ経験した。アプローチ方法は胸骨正中切開3例、2~4 肋間 partial sternotomy 1例であり、術中経食道エコーは2例で施行した。それぞれ術後経過は大きな問題なく退院している。誤嚥性肺炎など周術期の注意点も含めながら文献的考察を加え報告する。

I-17 高度 MAC を有する透析患者に対する CUSA 使用下僧帽弁置換術の報告

東邦大学医療センター佐倉病院 心臓血管外科

藪藤佑哉、齋藤 綾、本村 昇

症例は49歳男性。糖尿病性腎症(透析歴6年)、肝硬変(Child-Pugh 分類 A、HBV+)の既往があり、心原性脳梗塞を契機に severe MS (MVA0.9cm²)、MAC、肺高血圧 (TV-PG=67mmHg) と診断された。麻酔導入時の血行動態破綻に備え事前に大腿動静脈にシースを留置した。石灰組織は CUSA で除去し、新弁輪を形成するように心内膜をかがり縫合した後、僧帽弁置換術、三尖弁輪形成術、左心耳閉鎖術を施行した。術後経過は良好で POD3 に ICU 退室、POD21 に退院した。文献的考察を加えて報告する。

I-19 Clover technique で三尖弁形成術を行った1例

獨協医科大学病院 心臓・血管外科

菅野靖幸、柴崎郁子、福田宏嗣

症例は75歳女性。2003年にSSSに対しペースメーカー埋め込み術を施行。2016年に心不全を呈し救急搬送となった。リードによる severe TR 症認め、内科的加療するも限界を認めたため準緊急で Clover technique を用いた三尖弁形成術を施行した。術後 TTE で三尖弁閉鎖不全症は trivial であった。文献的考察を交えて報告する。

I-16 左室破裂の2例

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1は80歳女性。146cm、36.3kg。MR、MAC+に対し右開胸でMVR。CPB 離脱直前に心後面からの出血あり左室破裂の診断。修復後再弁置換施行し PCPS 下に帰室。PCPS は離脱できたが、肺血症にて65PODに死亡。症例2は74歳女性。140cm、38.1kg。MS に対し正中切開でMVR。CPB weaning 中に心後面からの出血あり左室破裂の診断。同様に修復後再弁置換し PCPS 下に帰室。2PODに肺出血あり PCPS 離脱困難。左房内に血腫充満認め、積極的治療希望なく、9PODに死亡。左室破裂は致死的な合併症であり、若干の文献的考察を含め報告する。

I-18 AVR 後の大動脈基部拡大により生じた MR、TR に対する1手術例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓血管外科

田口真吾、小野口勝久、花井 信、墨 誠、山城理仁、
手塚雅博

症例は71才、女性。21年前にARに対しAVR、12年前にC-AVB に対しCRT-P 植え込みの既往あり。大動脈基部拡大による僧帽弁前尖の圧迫・変形で生じたMRを6年前より指摘、最近になりTRも急速に悪化し、肝障害を伴う両心不全を呈したため手術となった。術前T.Bilが2.2と高値であり、長時間の心停止を避けるため手術はMVP+TAPのみを行った。不完全な術式を選択せざるを得なかったが残存MRは mild 程度で、第3病日に抜管し、第22病日に独歩退院となった。

I-20 高度肝機能障害を合併した三尖弁閉鎖不全症に対して、乳頭筋間縫縮を伴う三尖弁形成術を施行した1例

千葉大学医学部附属病院

橋本昌典、黄野皓木、上田秀樹、松浦 馨、田村友作、
渡邊倫子、松宮護郎

74歳、男性。主訴は、労作時呼吸困難。20年来の心房細動あり。2年前より severe TR 指摘され、薬物加療されていたが、下腿浮腫、両側胸水の増悪認め、手術目的に当院紹介。術前 Child 分類 B の肝機能障害を認めた。手術は、右室乳頭筋間縫縮およびリングを用いた三尖弁形成術を施行した。三尖弁形成後、pump off すると moderate MR を認め MAP を追加した。術後、経過良好で肝機能障害の改善を認め独歩退院した。

13:10~13:50 心臓：大血管①

座長 志村 信一郎（東海大学医学部 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-21 急性 A 型解離上行大動脈中心送血時の冠灌流不全に対し上行大動脈遮断切開による心筋保護液注入で心筋障害を回避し得た一例

東海大学医学部 心臓血管外科

山本堯佳、志村信一郎、秋 顕、小田桐重人、岡田公章、永瀬晴啓、岸波吾郎、内記卓斗、長 泰則

当教室は急性 A 型大動脈解離手術でエコーガイド下上行大動脈中心送血法を標準術式としている。以前真腔内送血施行も中枢側上行大動脈真腔が狭窄し広範心筋虚血となった症例を経験した。今回 69 歳男性の急性 A 型解離にて同様の術中所見を認め、直ちに中枢側上行大動脈を遮断・切開、心筋保護液を注入し心筋障害なく上行弓部全置換術を遂行し得たので報告する。

I-23 急性 A 型大動脈解離術後に溶血性貧血を来した 1 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 心臓血管外科

松木佑介¹、磯田 晋¹、山崎一也¹、金子翔太郎¹、富田啓人¹、益田宗孝²

症例は 50 歳男性。急性 A 型大動脈解離（DeBakey III R）に対し全弓部置換+オープンステントグラフト内挿術を施行。術後より輸血を要する貧血と LDH、間接ビリルビン上昇を認め、CT 所見、心臓超音波検査より人工血管頸部分枝の高度屈曲と補強した内側フェルトストリップを原因とする機械的溶血性貧血と診断。頸部分枝 Plication を行ったが貧血改善は軽度で、中枢吻合部の内フェルト除去と再吻合を追加し貧血改善した。

I-25 大動脈弁置換術後遠隔期に急性大動脈解離（Stanford A 型）を発症した一例

帝京大学医学部附属病院 心臓血管外科

陳 軒、飯田 充、土門駿也、松岡志超、中川かおり、佐賀俊文、池田 司、太田浩雄、富田剛志、尾澤直美、今水流智浩、下川智樹

79 歳女性。2010 年前医にて胸部大動脈の拡大（上行 47mm、弓部 50mm）を伴う大動脈弁閉鎖不全症と発作性心房細動に対し、大動脈弁置換術+Maze 手術のみを施行。2017 年 1 月、突然の胸背部痛で救急搬送。CT にて急性大動脈解離（Stanford A 型）と診断し、緊急で基部置換術+全弓部置換術を施行。術後経過は良好。文献的考察を含め報告する。

I-22 A 型急性大動脈解離に対する人工血管置換術後の機械的溶血の診断と治療

山梨県立中央病院

山田有希子、服部将士、四方大地、中島雅人

55 歳男性で A 型急性大動脈解離のため全弓部置換術を施行したが、術後 3 日目に血尿出現、その後貧血、LDH 上昇にて溶血性貧血と診断した。CT では吻合部狭窄を認めなかったが elephant trunk の内部への折れ曲がり認め、乱流による機械的溶血を疑い術後 35 日目に同部位のステントグラフト挿入術を施行した。A 型大動脈解離手術後に起こる溶血性貧血の発生原因とその治療について、これまでの同様の報告をまとめその対策を検討する。

I-24 上行置換術後遺残解離大動脈瘤・再解離に対し Hybrid TEVAR を施行した 1 例

杏林大学病院 心臓血管外科

稲葉雄亮、遠藤英仁、石井 光、土屋博司、窪田 博

症例は 61 歳、男性。主訴は背部痛。10 年前に A 型解離に対し上行置換術を施行。CT で entry を有する最大径 70mm の弓部解離性大動脈瘤、下行は新規血栓閉塞型 B 型解離により 3 腔解離で最大径 76mm。降圧管理も急速拡大を示し準緊急手術と判断。1 期目：全弓部置換術、2POD に 2 期目：TEVAR を施行。術後 CT で偽腔は血栓化し瘤径は縮小傾向。Hybrid TEVAR は広範囲大動脈瘤に対し有益な治療方法の 1 つであると考えられた。

14:50~15:38 心臓：大血管②

座長 吉武明弘 (慶應義塾大学 心臓血管外科)
三富樹郷 (水戸済生会総合病院 心臓血管外科)

I-26 TEVAR を用いて治療し得た成人期 PDA の一例

東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科

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

症例は 74 歳男性。高血圧加療中に胸部異常陰影を指摘され当院受診。心エコー上、右房拡大及び径 4mm 長さ 14mm の PDA を認めた。術前検査で Qp/Qs2.12 のため手術の方針とし、肺静脈瘤合併していた為 TEVAR による治療を選択した。術後 Qp/Qs は 1.04 と低下し、術後 10 日に独歩退院となった。成人期 PDA に対して TEVAR を施行し良好な結果を得たので報告する。

I-27 緊急 TEVAR を行った Complicated Type B の一例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

長谷川悠人、小出昌秋、國井佳文、前田拓也、高柳佑士、
瀬戸悠太郎、櫻井陽介

症例は 41 歳、男性。胸背部痛のため前医受診、B 型急性大動脈解離と診断され当院へ搬送された。CT 検査で縦隔内血腫および dynamic obstruction による腹部分枝動脈閉塞のため緊急 TEVAR を行い、腹部分枝動脈の血流開存を確認して手術を終了した。術後 7 日から経口摂取を開始したが翌日イレウス症状、術後 13 日に腸管穿孔を発症した。CT 検査で stentgraft edge に new tear を認めため追加 TEVAR および人工肛門造設術を行った。若干の文献的考察を加えて報告する。

I-28 StanfordB 型急性大動脈解離破裂に対し TEVAR にて救命し得た高齢者の 1 例

東京都健康長寿医療センター

村田知洋、河田光弘、加藤倫子、西村 隆、許 俊鋭

症例は 85 歳女性。夕食支度中に突然の嘔吐、胸痛にて救急要請、当院搬送。CT にて左血胸、StanfordB 型急性大動脈解離破裂の診断にて当科コンサルト、症状発症約 6 時間後、緊急手術となった。LSCA 起始部周囲に entry を認め、LSCA、単独起始 Lt.VA を閉塞する形にて landing し、Willis 動脈輪が造影されることを確認し、手術を終了とした。術後 5 時間半にて抜管。合併症なく経過し術後 21 日目にリハビリ目的に独歩で転院。

I-29 真腔閉塞を伴った慢性 B 型大動脈解離に対して外科的開窓後、偽腔への zone 2 TEVAR を施行した一例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

伊東千尋、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、田村友作、
渡邊倫子、松宮護郎

症例は 58 歳男性。約 10 年前に突然の胸背部痛と右下肢痛を自覚したが放置。前医にて腎障害等の精査にて CT を施行、65mm 大の TAAA を指摘され当科紹介。造影 CT にて慢性期 B 型大動脈解離と診断。真腔は entry 以下で狭小化し腎動脈下で閉塞。まず腹部大動脈の Y-grafting で fenestration を作成し、偽腔に対して 1x Deb zone 2 TEVAR を施行。さらに狭小化した真腔をコイル塞栓して瘤の空置に成功した。

I-30 全弓部置換術後に拡大した下行大動脈瘤に対する TEVAR 術後の TypeIa エンドリークに対する NBCA Sac Injection の 1 例

水戸済生会総合病院 心臓血管外科

鳥羽麻友子、三富樹郷、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫

症例は 68 歳男性、57 歳時に 58mm の弓部大動脈瘤に対して全弓部置換術を試行した。その後下行大動脈瘤が 64mm と拡大したため、67 歳時に CTAG で TEVAR を試行した。術後 7 ヶ月で Type-IaEL による瘤の再拡大を認めたため、CT ガイド下に NBCA を Sac に直接注入した。Th9/10 レベルの脊髄梗塞に伴う対麻痺を発症したが、1 年後の現在リハビリによって ADL は回復し、瘤の再拡大は認めていない。

I-31 慢性 B 型大動脈解離に対してオーpenstent-グラフトを使用した全弓部大動脈置換術後に発症した遅発性脊髄梗塞の一例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

鈴木一史、大坂基男、石井知子、川又 健、松原宗明、
相川志都、徳永千穂、野間美緒、坂本裕昭、平松祐司

症例は 61 歳男性。急性 B 型大動脈解離発症後 3 年目に弓部囊状瘤が出現。経時的に拡大を認めたためオーpenstent-グラフトを用いて全弓部大動脈置換術を施行。術後 10 時間から左下肢の完全麻痺が出現し、脊髄梗塞と診断して脊髄ドレナージとステロイド大量療法、ナロキソン持続投与を行った。ほぼ完全回復を得て術後 30 日目に独歩退院した。

座長 平松祐司 (筑波大学医学医療系 心臓血管外科)
中島博之 (山梨大学 第二外科)

I-32 Morrow 術後、LVOT 再狭窄に対する 1 手術症例

新松戸中央総合病院 心臓血管外科

稲村順二、秋田雅史

症例は 79 歳女性。2 年前に他院にて AVR、CABG、Morrow を施行。SAM を伴う LVOT 狭窄で最大圧格差が 147mmHg まで上昇認め、自覚症状出現したため、再手術の方針とした。当初、大動脈弁経路での手術を検討するも 19mm 生体弁越しで再手術で癒着もあることから視野が十分にとれない可能性を考慮して、経中隔で左房に入り、僧帽弁前尖越しに内視鏡補助下に LVOT 心筋を切除し、MVR、TAP を施行した。術後、LVOT 圧格差消失し、経過良好であった。

I-33 大動脈基部再置換術に対する治療経験

おおたかの森病院 心臓血管外科

井上武彦、増山慎二、市原哲也

基部再置換術は手術時間も長く成績不良である。周囲の肥厚から視野展開が困難で基部の糸かけにも難渋する。我々は右室を含めて切開することで視野展開を容易にして手術を行っている。同術式で行った 1 症例を報告する。症例は 32 才男性 慢性 A 型解離、大動脈弁輪拡張症、大動脈弁閉鎖不全症、巨大瘤の診断で基部置換術施行。術後 2 か月で感染性基部離開に対し再基部置換術および左室流出路後壁形成術施行。約 2 年後、前回修復した左室流出路後壁、基部接合部付近に仮性瘤が認められ今回再手術を行った。

I-34 左室心尖部小切開アプローチによる心尖肉柱部型中隔欠損閉鎖術の経験

神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

浅井英嗣、麻生俊英、武田裕子、太田教隆、小林真理子、

岡田 拓、大中臣康子

肉柱部に位置する心室中隔欠損 (VSD) は、左室腔から見れば 1 つの VSD が、右室からみると肉柱のために Swiss-cheese 様に見える完全閉鎖の困難な難易度の高い病型である。我々は左室心尖部の長さ 1~1.5cm の極小切開から心尖部 VSD を閉じる新たな方法を開発したので報告する。症例は 18 例で、年齢は 1.3 ± 1.4 歳。左室内面が右室と同じように肉柱構造の LV noncompaction 1 例で再手術を要したが残りの症例では完全閉鎖できた。

I-35 脳還流異常を伴った Cervical aortic arch に対し Clam shell approach で人工血管置換術を施行した 1 例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

御子柴透、五味淵俊仁、大橋伸朗、大津義徳、和田有子、

瀬戸達一郎、岡田健次

66 歳男性。現病歴: CT で偶然、Cervical aortic arch、動脈管遺残部動脈瘤、右鎖骨下動脈瘤を指摘された。両側内頸動脈は無形成で、頭蓋内血流は左椎骨動脈を主として灌流されていた。確実な脳還流を得るため clam shell approach で部分弓部置換術を施行し、両側反回神経麻痺を回避するため、右鎖骨下動脈瘤に対しては二次的にステントグラフト内挿術を施行した。

I-36 多臓器虚血を伴った A 型急性大動脈解離の 1 救命例

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、内田敬二、軽部義久、笠間啓一郎、出淵 亮、

齋藤文美恵、阿賀健一郎、小林由幸、高橋大志、益田宗孝

58 歳男性。胸痛を主訴に当院救急搬送後一過性意識消失あり。心電図は下壁梗塞の所見。CT で A 型大動脈解離に右冠動脈、右総頸動脈、上腸間膜動脈、左腎動脈、腎動脈下腹部大動脈閉塞が合併していた。PCI 後に心タンポナーデショック、AR severe となり基部置換、CABG1 枝、試験開腹を施行。左腎梗塞となるが 4 臓器は後遺症なく改善。5 臓器虚血を伴う大動脈解離を救命し得たので報告する。

16:20~17:08 心臓：大血管③

座長 山田靖之（群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科）
藤原立樹（東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科）

I-37 ホモグラフト置換術後吻合部仮性瘤に対する再開胸時の制御困難な出血に対し循環停止下に修復し得た1例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

岡村賢一、山内治雄、星野康弘、木下 修、縄田 寛、小野 稔
57歳女性。Marfan 症候群、A型大動脈解離に対するBentall・弓部置換術後に大動脈基部感染性仮性瘤を呈しホモグラフト基部置換術の既往あり。今回ホモグラフトと弓部グラフト吻合部仮性瘤に対し修復術を予定。胸骨再々正中切開の際、胸骨裏に近接したホモグラフト吻合部が2cm大に裂け出血による術野展開困難となった為、用手圧迫し大腿動静脈で人工心肺確立し、超低体温循環停止下で上行置換術を施行。術後経過良好。

I-39 冠動脈3枝病変を合併した遠位弓部大動脈瘤の1例

立川総合病院 心臓血管外科

榎本貴士、山本和男、木村光裕、岡本祐樹、浅見冬樹、

水本雅弘、武居祐紀、吉井新平

腹部大動脈瘤に対してIグラフト置換術の既往がある71歳男性。フォロー中CTで遠位弓部大動脈瘤が64mmと拡大を認めたため手術適応となった。その他に冠動脈3枝病変、解離性下行大動脈瘤、慢性腎臓病が併存していた。上行弓部置換術+on-pump beating CABG 3枝+オープンステント留置術を施行し、術後合併症を併発することなく、良好な結果を得た。

I-41 広範囲大動脈瘤に対しALPSアプローチで上行弓部下
行置換術を施行した1手術例

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、長塚大毅、

服部 滋、郡司祐介

67歳男性、食思不振と体重減少を主訴に内科受診、IgG4関連大動脈炎の診断にてステロイド+アザチオプリンで内服加療されていた。経過中に背部痛が出現しCT施行、上行～下行大動脈瘤の急速拡大及び下行大動脈破裂を認め、前側方開胸及び胸骨部分切開（ALPS）による緊急上行弓部下
行置換術を施行した。初回から特異的な経過をたどった症例より報告する。

I-38 大動脈炎症候群にStanford B型急性大動脈解離を併発し、治療選択に難渋した大動脈狭窄・下肢虚血の一例

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科

富永訓央、鈴木伸一、郷田素彦、町田大輔、藪 直人、益田宗孝
26歳女性、突然の両下肢のしびれで受診。CTで横隔膜～腎動脈レベルに偽腔開存の大動脈解離、腎動脈下大動脈全周性の壁肥厚を認めた。大動脈炎症候群に対する加療後、下肢虚血に対して外科的加療の方針となった。解離による真腔狭小化が原因と判断し、ステントグラフトによるentry閉鎖及び真腔拡張を予定したが、手術時の圧測定で解離部での圧低下認めず、方針を変更。大動脈形成/パッチ拡大術を施行し、下肢虚血は改善した。

I-40 高度動脈硬化性病変を伴った大動脈瘤に対する1手術例

東京医科大学 心臓血管外科

高橋 聡、加納正樹、鈴木 隼、藤吉俊毅、丸野恵大、

河合幸史、岩橋 徹、神谷健太郎、松原 忍、小泉信達、

西部俊哉、萩野 均

75歳男性。嘔声を主訴に紹介。CTにて弓部に88mm、腹部に65mmの大動脈瘤を認めた。術前評価で左前頭葉に陳旧性脳梗塞、両側内頸動脈及び両側腸骨動脈の高度狭窄、冠動脈3枝病変、EF 30%の低左心機能を認めた。二期的手術の方針とし、まずOP-CABG (LITA-LAD、SVG-#4PD、SVG-D) とtotal debranch bypass (Hemashield) を施行。続いてY graft (20×10mm、J-graft) を行い、人工血管をアクセスルートとしてTEVAR (C-TAG) を施行。術後、左鎖骨下動脈をAVPにて塞栓した。

I-42 人工血管感染に対する大網充填術の待機中に右室損傷となった1例

練馬光が丘病院

橋本和憲、荒川 衛、岡村 誉

49歳男性。急性大動脈解離Stanford A型に対して上行置換術施行。術後、正中創部が離解し、CTで人工血管周囲の液体貯留を認めたため、人工血管感染の診断でドレナージ術を施行。創部は開放創とし、ドレープで保護していた。挿管、人工呼吸器管理下で連日、創部洗浄を行い、感染創部や全身状態の改善後に大網充填術を予定していた。洗浄処置を開始し2日後、咳嗽反射の際に、右室前面を損傷し大量出血した。圧迫止血を行い、翌日、大網充填術を施行し救命した。

I-43 右鎖骨下動脈瘤破裂に対する一治験例

千葉西総合病院

中西祐介、伊藤雄二郎、黒田美穂、遠藤祐輝、中村喜次、堀 隆樹

【主訴】 咯血 【現病歴】 2017/2 近医を左記主訴で受診。CT を撮影したところ右鎖骨下動脈に約 6cm の動脈瘤が右肺上葉に穿破している所見を認めた為当院へ転送、手術企画となった。動脈瘤は鎖骨下動脈の起始部に Neck を有し、左腋窩動脈-右腋窩動脈-右内頸動脈バイパスと腕頭動脈、右鎖骨下動脈にコイル塞栓を施行。血管造影で椎骨動脈の開存と瘤への血流が遮断されたことを確認した。鎖骨下動脈瘤の破裂は稀な病態であり人工心肺、カバードステントなどを使用せず治療に成功した一例を報告する。

I-44 MVP+CABG 後に発症した左鎖骨下動脈瘤に対して

2-debranched TEVAR+瘤内コイル充填を施行した 1 例

1 東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科

2 伊勢崎市民病院 心臓血管外科

立石 渉¹、安原清光²、片岡 豪¹、佐藤敦彦¹、浅野竜太¹、中野清治¹

72 歳男性。16 年前 MVP+CABG (LITA-LAD、SVG-RCA) を施行。起始部から拡大した最大短径 53mm 左鎖骨下動脈瘤の診断。治療方針は LITA patent である再手術であることと、瘤が起始部から拡張し鎖骨下動脈のみの操作では治療不可能であることを考慮し、2-debranched TEVAR+瘤内コイル充填による治療を選択した。鎖骨下動脈瘤内への造影剤流入の消失を確認、治療成功と判断した。

I-45 急性大動脈解離術後に残存した解離性腕頭動脈瘤に対して人工血管置換術を試行した 1 例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

小松正樹、御子柴透、町田 海、市村 創、田中春城、山本高照、五味洵俊仁、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

66 歳男性。急性大動脈解離に対して上行弓部大動脈全置換術施行した。腕頭動脈には解離残存しており、術後 3 年で 32mm に拡大を認めた。人工血管から右総頸動脈と右鎖骨下動脈へ Y 字型人工血管置換術を行い、再建時は大腿から右総頸動脈に一時的バイパスをおいた。術後経過は良好で、胸部造影 CT ではいずれの血管も開存していた。

I-46 演題取り下げ

I-47 高度 Shaggy Aorta を伴う胸部大動脈瘤に対し送血・脳分離法を工夫した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

秋吉 慧、堀大治郎、板垣 翔、田島 泰、野中崇央、

白石 学、木村直行、由利康一、松本春信、山口敦司、安達秀雄

71 歳女性、背部痛主訴に来院。上行弓部下大動脈囊状瘤に対し弓部大動脈置換術、二期的 TEVAR の方針とした。上行大動脈が shaggy aorta のため、人工血管を用い両側鎖骨下・左総頸動脈に送血路確保、弓部大動脈置換術を施行した。術後脳梗塞の合併なく、1 か月後 TEVAR を施行。高度 shaggy aorta に対して送血・脳分離を工夫し脳梗塞を回避しえたので報告する。

第Ⅱ会場：302B

8：30～9：10 肺：肺悪性腫瘍

座長 青木 正（新潟県立がんセンター新潟病院 呼吸器外科）
福井 麻里子（順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科）

Ⅱ-1 completeVATS を安全に行うための Multi-Angle 法

1 長岡中央総合病院

2 杏林大学 医学部・大学院 外科学教室（呼吸器・甲状腺外科）
須田一晴¹、古屋敷剛¹、近藤晴彦²

【背景】当院では、肺癌の全症例に対して Multi-Angle 法を用いた c-VATS を行っている。【方法・手技】3 ports で、5mm の flexible カメラを用い、カメラポートを適宜移動させ blind のない拡大した視野で操作を行う方法である。もちろん、視野が変わるため、操作に慣れが必要であるが、肺門部処理先行処理や癒着剥離などの際も、不用意な出血や肺瘻を避けることができる。【まとめ】c-VATS において Multi-Angle 法は多くのリスク回避につながると考える。

Ⅱ-3 縦隔リンパ節癌の摘出後6ヶ月に右上葉原発巣が明瞭化した肺腺癌の1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 呼吸器外科

栗原泰幸、石橋洋則、川田 悠、杉田裕介、高崎千尋、
小林正嗣、大久保憲一

71歳男性。胃癌に対し、前医で胃切除術を施行。術前CTで縦隔リンパ節腫大を認め、T-SPOT 陽性から結核性リンパ節炎として抗結核薬治療を行ったが奏効しなかった。また左上葉結節影の増大を認め、当院紹介された。左上葉結節は肺扁平上皮癌で、縦隔リンパ節には腺癌を認めたが胃癌の転移は否定的であった。6ヶ月後に右上葉結節影が出現し、右上葉切除術を施行した。肺腺癌と診断し、リンパ節病変の原発巣と考えられた。

Ⅱ-5 V2破格(right top pulmonary vein)を伴う肺癌の2手術例

昭和大学横浜市北部病院

佐野文俊、北見明彦、大橋慎一、鈴木浩介、植松秀護、
神尾義人、門倉光隆

Right top pulmonary vein は V2 あるいは V6 が気管支背側を走行し、左房あるいは肺静脈に流入する破格であり、胸部手術に際し注意を要する。同破格を伴う肺癌の2手術例を報告する。症例1は右上葉肺癌 cT1bN1M0 Stage2A の診断で、術前の3D-CTでV2の破格を同定した。同血管も処理し上葉切除を行った。症例2は右下葉肺癌 cT1aN0M0 Stage1A1 で、術前CTで破格が疑われた。鏡視下操作でV2(上記破格)を確認した。同血管を切離し、下葉切除を行った。

Ⅱ-2 気管気管支を伴う右上葉肺癌の手術経験

東京女子医科大学 外科学(第一)

片桐さやか、松本卓子、前田英之、坂本 圭、井坂珠子、
小山邦広、村杉雅秀、神崎正人

気管気管支を伴う右上葉発生の肺癌に対し、胸腔鏡下右上葉切除術を施行した。症例は70歳台、女性。2年の経過で増大する未確診肺結節の手術予定で入院。胸部CT上右S²に12mm大のPSNを認め、気管気管支を伴っていた。胸腔鏡下肺生検で腺癌と診断され、引き続き右上葉切除術+ND2a-1を施行し、術後5日目で退院となった。気管気管支を伴う肺癌に対する手術を経験した。3D画像と共に文献的考察を加え発表する。

Ⅱ-4 肺癌術後肺転移に対して単孔VATS生検を施行しT790M変異が検出できた一例

山梨大学 第二外科

内田 巖、松原寛知、市原智史、松岡弘泰、佐藤大輔、
山元奏志、塚原 悠、鈴木章司、中島博之

症例は60歳代男性。健診で指摘された左肺上葉腺癌に対し、左肺上葉切除と縦隔リンパ節郭清施行した。検体でEGFR遺伝子変異 exon 21 を認めた。術後4年の再発時は Erlotinib 内服により2年10カ月PRを維持した。その後肺結節の再増大を認め、再生検の方針となった。検体からT790M変異を検出、この結果に基づきOsimeltinibを投与し、7カ月経過後もPRを維持できた。肺癌術後再生検を単孔式VATSにより低侵襲に行うことができた。

9:10~9:58 肺：拡大手術

座長 和田啓伸（千葉大学 呼吸器外科）
苅部陽子（獨協医科大学 呼吸器外科学）

II-6 浸潤性胸腺腫により上大静脈症候群を来した1例

亀田総合病院

川井田大樹、田邊大明、古谷光久、加藤雄治、外山雅章、

野守裕明、叢 岳

85歳女性。顔面浮腫を主訴に近医受診。心エコーで右房内腫瘍を認め、精査目的に当院紹介となった。CTで前縦隔、両側腕頭静脈から右房に連続する腫瘍と上大静脈の完全閉塞を認め、生検で胸腺腫の診断で、症状改善を目的に手術施行。腫瘍は両側腕頭静脈の末梢側奥深くまで進展し、これを可及的に摘除した後、上大静脈、右房の一部を合併切除、再建した。今回我々は浸潤性胸腺腫により上大静脈症候群を来した一症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II-8 Interatrial groove の剥離を要した左心房浸潤肺癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

小池悠太郎、松永健志、小森和幸、林大久生、松澤宏典、

高持一矢、王 志明、鈴木健司

72歳男性。胸部CTで右肺腫瘍を指摘、気管支鏡で扁平上皮癌と診断。血痰、bulky mass、左房浸潤より up-front surgery の方針。右肺扁平上皮癌 cT4N1M0 Stage IIIA に対して、左房合併切除を伴う右肺中下葉切除術 ND2a-2 を施行。術中所見として心房細動の既往の為、左房拡大があること、左房浸潤より、左房と右房の間を剥離することで左房中樞側に鉗子をかけることができた。術中所見を中心に文献的考察を含め報告する。

II-10 肺動脈中膜で剥離し得た肺動脈浸潤肺癌の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター

根岸秀樹、坪地宏嘉、小林哲也、峯岸健太郎、大谷真一、

遠藤俊輔

症例は70歳、男性。2009年右肺腺癌に対して右上葉切除施行(pT1bN0M0、Stage IA)。2014年左肺腺癌に対して胸腔鏡下左肺S1+2区域切除施行(pT3N0M0、Stage IIB)。術後2年のCTで左上葉再発を認め、左肺残存上葉切除を施行した。その際肺動脈浸潤を認めたが、肺動脈中膜で剥離可能であった。残存した肺動脈は菲薄化しており自己心膜パッチにて被覆した。手術時間347分、出血量650ml。rpT3N2M0、Stage IIIA。肺動脈が中膜で剥離できることは稀であり報告する。

II-7 Bare-metal stent 留置1ヶ月後に SAPT 継続下で pericardial conduit を使用した左肺上葉 double sleeve lobectomy を施行した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院

鈴木未希子、平山俊希、大内健弘、福井麻里子、松永健志、

高持一矢、王 志明、鈴木健司

72才男性。左肺上葉に7.5cmの扁平上皮癌を指摘された。A3根部から腫瘍に巻き込まれ、気管支肺動脈形成を伴う手術が予想された。術前トレッドミル検査中に心筋梗塞を発症、早期の肺癌手術を視野に入れBMSで血行再建を施行。3週間のDAPT施行後、SAPT継続下でpericardial conduitを使用した左肺上葉double sleeve lobectomyを施行した。文献的考察を加えて報告する。

II-9 Bulky N2 局所進行非小細胞肺癌に対して術前同時放射線化学療法後に手術を施行した1例

1日立総合病院 呼吸器外科

2筑波大学 呼吸器外科

市村秀夫¹、小林敬祐¹、河村知幸¹、中岡浩二郎¹、佐藤幸夫²

III期非小細胞肺癌に対する集学的治療は標準化されておらず、特にbulky N2症例は手術適応とされないことも多い。今回、咳嗽で発症した69歳男性の右肺上葉原発扁平上皮癌cT3N2(4R 31mm大)M0 IIIA期に対して術前治療として同時放射線化学療法(CDDP+VNR 2コースおよび胸部放射線治療45Gy)を施行。縮小率9.5%、SDで手術の方針とした。胸骨正中切開および右IV肋間側方切開、上大静脈合併右肺上葉切除術を施行した。

II-11 巨大心外膜嚢胞の一手術例

船橋市立医療センター 心血管センター 心臓血管外科

金行大介、茂木健司、櫻井 学、野村亜南、坂田朋基、高原善治

40年前から縦隔陰影拡大がある73歳女性。CTで心臓の後面に12cm×10cm大の巨大嚢胞を認めた。左心系、左肺上葉を圧排し、息切れを呈していたため手術を施行した。嚢胞は心外膜側に付着しており、壁は厚く血流豊富であった。内容液を吸引後に超音波メスで剥離し、off-pumpで手術は完遂した。嚢胞壁の病理は一層の中皮細胞で裏打ちされた線維組織の内部に血管、リンパ管、筋肉、神経など様々な組織が混在しており非典型的であった。文献的考察を加えて報告する。

10:00~10:48 肺：肺腫瘍・胸膜腫瘍

座長 篠原博彦（長岡赤十字病院 呼吸器外科）
丸島秀樹（聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科）

Ⅱ-12 IgG4陽性形質細胞浸潤を認めた肺炎症性偽腫瘍の1切除例

埼玉医科大学総合医療センター

井上慶明、杉山亜斗、青木耕平、福田祐樹、儀賀理暁、
坂井浩佑、川野竜太郎、中山光男

症例は69歳男性。継続する咳嗽を主訴に近医を受診し、右肺炎と診断された。抗菌薬投薬により陰影は改善するが、休薬により陰影の増悪を認めるため気管支鏡検査を施行したところ炎症性偽腫瘍との診断を得た。孤発病巣かつ切除可能であったため右上中葉切除術を施行した。病理所見では形質細胞を主体とする炎症細胞の浸潤を認め、免疫染色ではIgG4陽性形質細胞を認めた。IgG4陽性形質細胞浸潤の肺炎症性偽腫瘍に関して報告する。

Ⅱ-14 4D-CTが診断に有効であったsolitary fibrous tumorの1例

1 杏林大学医学部付属病院 呼吸器外科

2 杏林大学医学部付属病院 病院病理部

三浦 隼¹、田中良太¹、三ツ間智也¹、橘 啓盛¹、武井秀史¹、
藤原正親²、菅間 博²、近藤晴彦¹

症例は60歳男性、検診異常で当科を受診した。CTで右下部胸膜に沿う、extrapleural sign陽性で4.5×1.8cm大の腫瘍を認めた。病変の局在が臓側胸膜か、胸壁側かを判別するため、自由呼吸下の4D-CTを施行した。病変は胸壁運動に非同期で、肺の動きと同期していた。4D-CTは動きを伴う臓器に対し、ダイナミックな画像解析が可能で、術前評価に有用である。続けて経験した1例も加えて報告する。

Ⅱ-16 術前左鎖骨上窩リンパ節腫大を認め大動脈瘤に接する肺腫瘍に対して手術を施行した1例

三井記念病院 呼吸器外科

坂井貴志、池田晋悟、横田俊也、星野竜広

症例は77歳男性。弓部大動脈瘤ステントグラフト内挿術後、直腸癌の既往あり。CTでエンドリークによる瘤径拡大、瘤に接する径22mmの肺腫瘍、左鎖骨上窩リンパ節腫大を指摘された。リンパ節に対して細胞診施行も悪性所見を認めず、直腸癌転移と原発性肺癌双方の可能性が考えられたため、リンパ節生検、試験開胸を施行。術中にリンパ節は反応性腫大、肺腫瘍は扁平上皮癌と診断され、瘤との癒着を剥離し肺部分切除を施行し得た。若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-13 甲状腺癌術後長い年月を経て肺内転移をきたした1切除例

1 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

2 臨床再生組織工学

3 病理診断科

津田容堂¹、佐治 久¹、宮澤知行¹、酒井寛貴¹、木村祐之¹、
丸島秀樹¹、小島宏司²、小泉宏隆³、高木正之³、中村治彦¹

症例は79歳男性。37年前甲状腺癌に対し他院で甲状腺左葉切除を施行。血痰精査目的に施行した胸部CTで左上葉に7mm大の結節影を指摘。他院で2年間経過観察されたが18mm大に増大したため当科へ紹介された。両肺に微細な多発粒状影も認めた。左上葉切除を施行したところ甲状腺癌の肺転移と病理診断された。術後30年以上を経て肺転移を呈した甲状腺癌は稀と考えられる。

Ⅱ-15 左胸腔内巨大腫瘍として発見された肺 malignant solitary fibrous tumor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、石田博徳、坂口浩三、二反田博之、柳原章寿、
田口 亮、金子公一

78歳女性。2016年の胸部X-Pで左肺門部異常影認め当院紹介。CT、MRIで左前縦隔に径12cmの巨大腫瘍を認め、胸腺上皮性腫瘍疑われCTガイド下針生検施行。細胞診classV、組織診で原発不明の肉腫疑われ手術施行した。胸骨正中及び左第3肋骨間胸骨横切開で開胸、腫瘍は左肺S3から有茎性に発生しており肺側で切除。永久標本で肺 malignant solitary fibrous tumorと診断された。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-17 脳膿瘍契機に発見された肺動静脈瘻の1例

1 国立国際医療研究センター病院 呼吸器外科

2 山梨大学 第2外科

有本斉仁¹、喜納五月¹、横手美美¹、長阪 智¹、松原寛知²

症例は73歳女性。左半身の感覚異常・不全麻痺、痙攣が出現し、脳膿瘍の診断となり、当院脳神経外科にて開頭腫瘍摘出術・脳膿瘍ドレナージ術施行。造影CTにて、右肺S10胸膜直下に約3mmの流入動脈を伴う15mm大の肺動静脈瘻を認めた。約3か月間の抗菌薬治療後に、当科で胸腔鏡下右肺部分切除術施行。手術時間61分、術後3日後に合併症なく退院。近年は、カテーテル治療が優先されるが、病変の位置や大きさから胸腔鏡下手術も十分に低侵襲であったと考えられた。

座長 松原寛知（山梨大学大学院総合研究部 呼吸器外科）
儀賀理暁（埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科）

Ⅱ-18 左上葉切除後肺アスペルギルス症に対し残存左肺全摘術施行した1例

獨協医科大学 呼吸器外科

井上 尚、西平守道、荒木 修、苅部陽子、前田寿美子、
小林 哲、千田雅之

64歳男性。12年前アスペルギローマにて左上葉切除術施行。2年前より血痰認め残存左下葉にアスペルギローマの再発と診断された。経過中、大量喀血し肺動脈に血管塞栓術を施行され、手術目的に当科紹介。術前肋間動脈塞栓術を追加し、左残存肺全摘術施行した。左下葉は胸壁および大動脈と強固に癒着していた。経過良好でPOD12に自宅退院した。

Ⅱ-20 有茎筋弁の成長で開窓術後に気管支断端瘻が自然閉鎖した1例

新潟県立がんセンター新潟病院

佐藤哲彰、岡田 英、青木 正、吉谷克雄

76歳男性。右肺癌に対して完全鏡視右下葉切除とリンパ節郭清を施行した。経過は良好で8病日に退院した。13病日に体調不良で来院し、気管支断端瘻で緊急入院した。翌日残存中葉切除、広背筋弁による断端補強を行った。しかし、31病日に再度気管支断端瘻を発症し、EWSで一時的閉鎖したが脱落したため開窓術を施行した。その後全身状態の改善に伴い広背筋弁が成長して気管支断端瘻が自然閉鎖した。本症例について、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-22 小児の肺葉内肺分画症に対して胸腔鏡手術を施行した1例

山梨大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器・小児外科

佐藤大輔、松原寛知、内田 巖、松岡弘泰、市原智史、
鈴木章司、中島博之

症例は6歳女児。発熱を主訴に近医を受診し、左肺下葉に肺炎を指摘。抗菌薬治療後も残存する浸潤影を認め、造影CTを施行。肺分画症と診断され、発熱を繰り返すため手術目的で当院紹介。手術は胸腔鏡下で人工気胸を用いて行った。異常血管は径3mm程度で第10胸椎レベルの胸部下行大動脈より分枝しており自動縫合器で処理。その他は型通り左肺下葉切除を行った。人工気胸を使用し胸腔鏡下にて低侵襲に分画肺切除が施行しえた。

Ⅱ-19 肺アスペルギルス症に対する肺葉切除術後、欠損した胸壁から胸腔嵌入した肩甲骨の圧排による閉塞性肺炎を繰り返した1例

1 国立病院機構東埼玉病院 呼吸器外科

2 春日部市立医療センター 呼吸器外科

後藤正志¹、渡會 光¹、青山克彦²

症例：75歳・男性。2015/5月、肺結核後遺症肺アスペルギルス症に対し右肺上葉切除術施行。肺尖板状癒着を剥離するにIV~VI肋骨を全長切除した。肩甲骨が欠損した胸壁から胸腔嵌入し残存肺を圧排し全無気肺となったが喀痰吸引と呼吸リハビリにより治癒した。2016/12月、胸腔嵌入した肩甲骨の圧排による閉塞性肺炎にて再入院となった。再三であったため2017/1月、胸腔嵌入した肩甲骨を尾側半切除した。

Ⅱ-21 ニューモシスチス肺炎を背景とした両側続発性気胸に対し外科的治療を行った1例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

伊藤祐輝、藤原大樹、稲毛輝長、田中教久、坂入祐一、
和田啓伸、中島崇裕、鈴木秀海、千代雅子、吉野一郎

29歳男性。HIV感染症およびニューモシスチス肺炎で呼吸器内科受診中であったが、突然の胸痛および呼吸困難感を自覚し来院した。右Ⅱ度の気胸の診断で、ドレナージ加療を行った。経過中に対側Ⅱ度の気胸を併発し、手術目的で当科紹介となった。一次的に手術を行い、術中所見では両肺とも気腫性変化が強く、肺実質も脆弱であった。肺瘻部位を縫縮し、胸膜補強を行った。

Ⅱ-23 胸骨骨折後偽関節に対し固定術を施行した1例

群馬大学医学部 呼吸器外科

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

症例は22歳男性。当科受診の約1年前に胸部を打撲し、近医で保存的加療を受けたが疼痛が遷延するため紹介となった。CTで胸骨横骨折を認め、同部の疼痛を伴っていたことから胸骨骨折後の偽関節形成と診断、手術を行った。骨折部で胸骨を離断、不全治癒した組織をdebridementした。胸骨ワイヤーとチタンプレートを用いて胸骨を再固定した。術後は良好な固定と疼痛の改善が得られ、胸骨ワイヤーとプレートをを用いた固定法は有用と考えられた。

座長 梶原直央（東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野）
大岩加奈（東海大学医学部外科系 呼吸器外科学）

Ⅱ-24 頸部切開と心窩部切開を行い前縦隔腫瘍と腺腫様甲状腺腫を同時切除した1例

東京医科大学病院 呼吸器外科・甲状腺外科

河口洋平、小野祥太郎、萩原 優、田村温美、矢野由紀子、
垣花昌俊、梶原直央、大平達夫、筒井英光、池田徳彦

症例は40代女性、腺腫様甲状腺腫と前縦隔腫瘍を認め当科紹介となった。胸腺腫で抗AChR抗体陽性のため、拡大胸腺摘出術と甲状腺腫の同時切除を行う方針とした。術式は頸部、心窩部切開により内視鏡下拡大胸腺摘出術と甲状腺右葉摘出術を施行した。一期的な手術により患者負担を軽減し、頸部、心窩部からの協働操作により安全な手術を施行し得た。

Ⅱ-26 自然縮小し診断困難であった嚢胞性前縦隔悪性リンパ腫の1例

長野市民病院

境澤隆夫、砥石政幸、小沢恵介、西村秀紀

症例は64歳男性。左鎖骨上腫瘤を主訴に受診した。胸部CTでは左鎖骨上～前縦隔に嚢胞性腫瘤が多発していた。左鎖骨上から穿刺吸引細胞診を行ったが壊死細胞のため診断に至らず、また約1カ月の経過で腫瘤の一部が縮小した。診断確定のために胸腔鏡下に前縦隔腫瘍生検を行い、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断された。悪性リンパ腫が自然縮小し、また嚢胞性の形態をとることは比較的まれであり、確定診断が困難であった1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-28 胸骨正中切開後、胸腔鏡にて追加切除した胸腺カルチノイドの1例

自治医科大学 呼吸器外科学

曾我部将哉、大野慧介、柴野智毅、金井義彦、山本真一、
手塚憲志、遠藤俊輔

50歳代男性。2014年前縦隔腫瘍に対し胸骨正中切開下摘除術施行。術後病理にてAtypical carcinoidの診断。初回手術2年後、左上縦隔にリンパ節腫大認め2016年追加切除の方針。両側胸腔鏡手術の方針で手術に臨みまず右胸腔鏡からアプローチした。右内胸静脈を結紮し左腕頭静脈頭側の腫瘤を切除、さらに胸骨裏面の剥離を進めて、左側の腫瘤も右胸腔鏡下で切除した。術後1年無再発である。胸骨正中切開後の胸腔鏡手術について報告する。

Ⅱ-25 画像的に嚢胞性胸腺腫を疑った前縦隔リンパ管腫の1切除例

1 北里大学病院 呼吸器外科

2 北里大学病院 病理部

玉川 達¹、近藤泰人¹、小野元嗣¹、山崎宏継¹、内藤雅仁¹、
三窪将史¹、松井啓夫¹、塩見 和¹、佐藤之俊¹、仲田典広²、
原 敦子²

症例は78歳、男性。3年前の健診で胸部異常影を指摘。他院で前縦隔結節として経過観察されるも増大し当科受診。CT、MRIで前縦隔に39mmの嚢胞性病変を認め、胸腺嚢胞を疑い、診断治療目的で手術の方針。胸腔鏡下胸腺部分切除施行。術後経過良好で2PODに退院。病理では、薄い隔壁を有する多嚢胞性病変で、嚢胞を裏打ちする細胞はD2-40陽性であり、リンパ管腫と診断。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-27 リンパ性間質を伴う小結節性胸腺腫の1切除例

1 東海大学医学部附属病院 外科学系呼吸器外科学

2 東海大学医学部附属病院 基盤診療学系病理診断学

松崎智彦¹、橋本 諒¹、壺井貴朗¹、矢ヶ崎秀彦¹、大岩加奈¹、
濱本 篤¹、小倉 豪²、河野光智¹、増田良太¹、中村直哉²、
岩崎正之¹

症例は69歳男性。健診胸部単純X線にて胸部異常影を指摘、胸部CTにて前縦隔に50×42mmの腫瘤を指摘され当院紹介受診。胸腺腫疑いの術前診断で胸骨正中切開縦隔腫瘍摘出術を施行。病理組織診断は間質にCD20陽性B細胞のリンパ濾胞を認め、リンパ性間質を伴う小結節性胸腺腫。本疾患は胸腺腫における稀な組織型であり、文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-29 原発不明縦隔リンパ節癌の1切除例

東京慈恵会医科大学附属病院 外科

原田愛倫子、塚本 遥、柴崎隆正、森 彰平、浅野久敏、
山下 誠、尾高 真、森川利昭

症例は70歳男性。咳嗽を主訴に受診した。胸部CTで気管分岐部下に40mmの腫瘤を認めた。EBUS-TBNAにて低分化型腺癌を疑い、胸腔鏡手術を施行し腫瘍を摘出した。病理所見は異型上皮が索状胞巣状に増殖し、免疫染色ではCAM5.2、CK7、CK20、CK5/6陽性、NapsinA、TTF1陰性であり、低分化型腺癌リンパ節転移を示す所見であった。全身精査の結果、他部位に原発部位と思われる病変を見いだせず、原発不明縦隔リンパ節癌と診断した。

14:50~15:46 食道 (BAA 審査あり)

座長 中川 悟 (新潟県立がんセンター新潟病院 消化器外科)
宮崎 達也 (群馬大学大学院病態総合外科)

II-30 食道癌における腹腔鏡縦隔鏡下経裂孔的中下縦隔郭清の工夫と実際

東京医科歯科大学医学部附属病院 食道外科

星野明弘、山口和哉、川村雄大、松井俊大、小郷泰一、
奥田将史、久米雄一郎、中島雄高、岡田卓也、東海林裕、
川田研郎、中島康晃

食道癌に対する胸腔鏡下食道切除術は、体位や操作手順など各施設で様々な工夫が行われている。我々は胸部操作時間を最短とするため、頸部・腹部操作を先行し可及的縦隔側まで剥離、郭清を行う工夫をしており、最近では腹腔鏡縦隔鏡下に経裂孔的中下縦隔郭清を定型化したため、その工夫としての恒常的食道牽引および縦隔内食道離断について報告する。

II-32 食道悪性黒色腫に対して放射線照射および免疫療法により加療した一例

1 公立藤岡総合病院

2 群馬大学 大学院・医学部 病態総合外科学

斉藤秀幸¹、田中成岳¹、加藤寿英¹、中里健二¹、塩谷真里子¹、
森永暢浩¹、設楽芳範¹、石崎政利¹、桑野博行²

症例は84歳、女性。胸部上部食道に内腔狭窄を伴う黒色の1型腫瘍を認め、組織型は悪性黒色腫であった。頸部、縦隔、肺門のリンパ節腫大を認めた。計64Gyの放射線照射を行った。局所治療効果判定はPRであり、通過障害の改善は得た。追加治療としてイピリムマブによる免疫治療を実施した。食道悪性黒色腫に対する治療方法について考察する。

II-34 胸管瘤を呈した胸部食道癌においてMRIによる術前胸管シミュレーションが有用であった1例

東海大学医学部 消化器外科

小熊潤也、小澤壯治、数野暁人、新田美穂、二宮大和、
谷田部健太郎

73歳男性で、人間ドックで食道病変を指摘され、当院を受診した。臨床診断は食道癌(Lt T1b N2 M0 cStage II)で、胸管MRIで大動脈弓下に胸管の瘤形成を複数認めた。肺機能障害があったため二期分割手術の方針とした。一期目に胸腔鏡下胸部食道全摘術を施行し、中縦隔の胸管に複数の瘤を形成する胸管を認めた。胸管は合併切除し、術後経過は良好であった。術前胸管シミュレーションの有用性を確認できた症例であった。

II-31 腹臥位胸腔鏡下食道切除における反回神経食道枝を用いた106rec L郭清法

新潟市民病院 消化器外科

桑原史郎、小林和明

反回神経食道枝を用いた106rec Lの郭清法について供覧する【動画】1)術者左手にて食道を背側に牽引し、気管を転がすと反回神経食道枝を介した牽引により気管左側の脂肪織(106rec L)が食道とともに浮き上がってくる。2)十分に106rec Lが背側に挙上された後に、食道のみをテーピングし背側に吊り上げる。3)反回神経食道枝を切離し左反回神経を抜き出すと106rec Lが食道に付着した状態で郭清される。4)食道を離断し口側断端を右側方向に牽引するとさらに頭側までの郭清が可能となる。

II-33 上縦隔リンパ節転移を認めた食道胃接合部腺癌の1例

東海大学医学部 消化器外科

上田 孝、小熊潤也、数野暁人、新田美穂、二宮大和、

谷田部健太郎、小澤壯治

73歳男性で、つかえ感を主訴に当院を受診した。食道造影では腹部食道を中心とした長径58mmのtype2病変で、内視鏡では、SCJ上に約半周性の食道優位の潰瘍性病変を認め、生検で腺癌の診断であった。画像上106recRリンパ節腫大を認めた。臨床診断は食道胃接合部癌(EG T3 N2 M0 cStage III)で、胸腔鏡下胸部食道全摘術、胸骨後胃管再建、3領域リンパ節郭清を施行した。病理診断で腹部リンパ節に加えて106recRに転移を認めた。

II-35 食道GISTに対して腫瘍切除術を施行した1例

群馬大学 大学院・医学部 病態総合外科学

栗山健吾、吉田知典、熊倉裕二、酒井 真、宗田 真、
宮崎達也、桑野博行

症例は62歳男性。GISで切歯より35cm後壁に1/3周性のSMTを認め、EUS-FNAでGISTが疑われた。CTで食道局所病変は壁肥厚として認め、FDG-PETでmax SUV8.7の集積を認めた。食道GISTの診断で左開胸下部食道腫瘍切除術を施行。病理結果はGIST、23×15×15mm、c-kit(+), CD34(+), s-100(-)、核分裂像は6個/50HPF、MIB1 labeling indexは5%-10%未満で低リスク相当であった。治療前にGISTが疑われ、腫瘍切除を施行し食道を温存できた症例を経験したため報告する。

Ⅱ-36 低肺機能例における VATS 食道切除術の成績

新潟県立がんセンター新潟病院 消化器外科

番場竹生、中川 悟、會澤雅樹、松木 淳、藪崎 裕

【目的】低肺機能例における胸腔鏡下食道切除 (VATS-E) の成績を評価する。【対象】腹臥位 VATS-E を施行した 122 例を、術前 1 秒率 70% で 2 群に分け比較した。【結果】(数値は中央値) 低肺機能群は 19 例 (15.6%) で、年齢、性別、局在、病期は両群間で有意差なし。術前 PaO₂ は低肺機能群で低い傾向を認めた (P=0.065)。術後の呼吸器関連合併症の発生率は低肺機能群 15.8%、正常群 10.7% で、その他の合併症や在院日数も有意差はなかった。【結語】術前低肺機能例において腹臥位 VATS-E は安全に施行可能であった。

座長 近藤 晴彦 (杏林大学医学部 外科学)
佐藤 幸夫 (筑波大学医学医療系 呼吸器外科学)

II-37 Germ cell tumor with somatic type malignancy の 1 例

1 獨協医科大学 呼吸器外科

2 獨協医科大学 心臓・血管外科

井上 尚¹、西平守道¹、堀 貴行²、荒木 修¹、荻部陽子¹、
前田寿美子¹、小林 哲¹、福田宏嗣²、千田雅之¹

48歳男性。X-8ヶ月上大静脈症候群出現、CTで縦隔腫瘍認め受診。BEP療法、CBDCA+nabPTX+Bev療法後、X月サルベージ手術となる。腫瘍+上大静脈・両腕頭静脈合併切除、腕頭動脈+奇静脈切除再建術施行。POD7人工呼吸器離脱。POD32退院。病理でGerm cell tumor with somatic type malignancyと診断された。

II-38 ウシ心膜ロールを用いて上大静脈 (SVC) 置換術を施行した一例

1 国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

2 新東京病院 心臓血管外科

勝又信哉¹、三好智裕¹、青景圭樹¹、中尾達也²、坪井正博¹

症例は38歳男性。CTでSVC浸潤を伴う正岡III期の胸腺腫が疑われた。胸骨正中切開に右第3肋間開胸を加え、先に左腕頭静脈と右心耳をリング付きPTFEグラフトを用いてバイパスした後、腫瘍とSVCを合併切除し、ウシ心膜ロールを用いて右腕頭静脈-SVC間を再建した。

SVC置換術におけるグラフト選択と再建法については諸家より報告があるが、今回はウシ心膜グラフトを用いた方法について、文献的考察を含め検討する。

II-39 漏斗胸による呼吸不全に対しRavitch変法が有用であった一例

慶應義塾大学外科学 (呼吸器)

栗山翔司、政井恭兵、鈴木陽太、坂巻寛之、志満敏行、
加勢田馨、菱田智之、大塚 崇、浅村尚生

64歳、女性。既往に漏斗胸があるが生来無症状だった。2年前より徐々に増悪する呼吸苦を主訴に受診した。胸郭は非対称性でHaller index 33と高度胸郭変形を認めた。胸郭変形による高度拘束性換気障害と、右主肺動脈が胸骨と脊椎に挟まれ狭窄した事での換気血流不均等が原因と考えられた。整容目的ではなく、症状改善を目的としRavitch変法による胸骨挙上術を施行した。術後症状の改善を認めRavitch変法が有用であった。

II-40 右上葉・S6管状切除および中葉支と底区支の二連銃式再建を施行した肺癌の1例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

畑 敦、和田啓伸、田中教久、坂入祐一、藤原大樹、
鈴木秀海、中島崇裕、千代雅子、吉野一郎

症例は75歳男性。喀痰細胞診E判定で当科を紹介され、右S6を首座とし中間幹膜様部に広範囲に接する37mm大の腫瘍を認め、cT2aN0M0、IB期にて手術をした。下葉切除および気管支形成にて上中葉を温存する予定で望んだが、腫瘍は広範囲に進展していたため、右上葉・S6区域管状切除に変更し、中葉支と底区支を二連銃式に再建した。経過は順調でpT2bN2M0、IIIA期であった。

II-41 自己肺静脈 conduit を用い肺動脈再建を行った左上葉肺癌の一例

国立がん研究センター中央病院

内田真介、渡辺俊一、朝倉啓介、中川加寿夫

症例は70歳女性。健診で異常影を指摘され、胸部CTで左肺上葉に腫瘍を認めた。PET-CTで主病巣および#12uリンパ節にFDG集積を認め、cT1bN1M0 stage IIAと診断された。腫大した#12uがA³およびA¹⁺²a+b根部に及んでおり、肺全摘回避のためには肺動脈スリーブ切除が必要と判断された。端々吻合は距離が長く不可能であり、左上肺静脈のconduitを用いた肺動脈再建を伴う左肺上葉切除を施行した。合併症なく術後4日目に退院。手術手技を中心に文献的考察を加えて報告する。

16:30~17:34 肺：研修医発表（審査員：大塚 崇、土田正則）

座長 遠藤俊輔（自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科）
白田実男（日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器外科分野）

II-42 局所麻酔下にて胸腔鏡下左膿胸手術を施行した1例

1 東京慈恵会医科大学附属柏病院 呼吸器外科
2 東京慈恵会医科大学附属柏病院 呼吸器内科
中嶋俊介¹、仲田健男¹、矢部三男¹、秋葉直志¹、高木正道²、
馬場優里²
80代男性。脊髄小脳変性症、PS4。慢性心房細動、心エコーにてEF30%。左急性膿胸に対し保存的治療、ウロキナーゼ胸腔内投与するも改善せず。全身麻酔手術の耐術能不良のため、局所麻酔下手術の方針とした。硬膜外麻酔併用鎮静下に手術を開始。two port VATS左膿胸腔爬術を施行。一部で膿胸膜剥離は可能であった。術後7日目にドレーン抜去。リハビリ目的で22日目に転院。術中所見を中心に報告する。

II-44 胸壁デスマイド腫瘍の1手術例

東京慈恵会医科大学附属病院 呼吸器外科
本多理恵、森 彰平、塚本 遥、柴崎隆正、浅野久敏、
山下 誠、尾高 真、森川利昭
症例は40代の女性で数か月間右胸痛を自覚、健診異常を指摘され受診した。CT・MRIにて右第2肋間を主座とする4×3cm大の充実性腫瘍を認めた。CTガイド下針生検にてデスマイド腫瘍の診断が得られ、切除の方針とした。手術は胸壁（第2、3肋骨）切除・Gore-Tex Dual Meshによる再建を行った。腫瘍の場所に一致して第2肋骨が二分肋骨（bifid rib）となっていたが、腫瘍の成因との因果関係は不明であった。稀な胸壁デスマイド腫瘍の手術を経験したので報告する。

II-46 縦隔リンパ節転移による乳糜心膜症に対する胸腔鏡下右心膜開窓・胸管結紮術の一例

筑波大学 呼吸器外科
岡村純子、後藤行延、上田 翔、佐伯祐典、北沢伸祐、
小林尚寛、菊池慎二、鈴木久史、市村秀夫、佐藤幸夫
50歳女性。多発リンパ節転移を伴う原発不明癌に対しSP療法施行もPD。心タンポナーデを認め心嚢ドレナージtube留置、800ml/日の乳糜心嚢水を認めた。低脂肪食、サンドスタチン投与で軽快、tube抜去しCBDCA+PTX導入も急速に再燃、再ドレナージ施行。当初胸腔鏡下心膜開窓を行い外来での胸腔穿刺対応が検討されたが、今回胸管結紮術を併せて施行。術後胸水、乳糜心嚢水の貯留なく経過観察中。

II-43 術前診断しえた鈍的外傷性心嚢破裂の1例

前橋赤十字病院
岡野真大、伊部崇史、吉川良平、大沢 郁、河谷菜津子、
井貝 仁、上吉原光宏
30歳男性。スノーボード中の転倒で受傷し当院搬送。CT検査で心嚢気腫・左血気胸・左下葉肺挫傷所見を認めた。左気胸と心嚢気腫を伴う鈍的外傷のため心嚢破裂を疑い緊急開胸手術を施行、術中所見で横隔神経腹側に約7cmの心嚢裂創を認め、心臓自体の損傷や心ヘルニア所見は認めなかった。受傷後7時間と早期のため、非吸収性ポリエステル糸にて水平マットレス法で心嚢を直接縫合閉鎖した。早期手術により確定診断・治療に至った心ヘルニア非合併型外傷性心嚢破裂の1例を報告する。

II-45 末梢静脈カテーテル感染を契機とした縦隔膿瘍の1手術例

災害医療センター 呼吸器外科
矢崎裕紀、大貫雄一郎、宮内善広
症例は53歳男性。ヘルペス脳炎にて前医入院加療中に左前腕の末梢静脈カテーテル刺入部の腫脹に気付かれた。カテーテルを抜去し経過観察されていたが、左前胸部に発赤・腫脹を認め、CTで縦隔膿瘍の胸壁波及と診断された。当科に転院搬送され、翌日に左胸腔鏡下縦隔胸膜切開/洗浄/ドレナージ術を施行した。術後経過は良好であり術後23日目にリハビリ転院された。血液培養、左前胸部および縦隔切開創からはいずれもMSSAが検出され、末梢静脈カテーテル感染が原因であったと考えられた。

II-47 保存的治療にて改善を認めた右肺アスペルギルス症術後気管支断端瘻の1例

1 東京慈恵会医科大学附属柏病院 呼吸器外科
2 東京慈恵会医科大学附属柏病院 呼吸器内科
佐久間信行¹、仲田健男¹、矢部三男¹、秋葉直志¹、高木正道²
60代女性。肺MAC症と右肺アスペルギルス症に対し、胸腔鏡下右肺S2区域および中下葉切除術を施行。術後3ヶ月のCTにて既存の左肺炎の増悪と右胸水消失あり。気管支鏡検査にて中間気管支幹にステイプラーの浮き上がりとして左端に小瘻孔が疑われた。左肺炎は薬物療法にて軽快。栄養状態改善の強化により、術後5ヶ月目の気管支鏡にて気管支断端のステイプラーは埋没傾向、右胸水の再貯留を認めた。

Ⅱ-48 急性骨髄性白血病治療中に発症した侵襲性肺アスペルギルス症に対し手術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

山崎 遥、川島光明、高橋剛史、桑野秀規、長山和弘、
似鳥純一、佐藤雅昭、安樂真樹、中島 淳

50歳代男性。急性骨髄性白血病に対する化学療法施行中に発熱を認めた。CT上、左肺上葉に結節影及び浸潤影を認めた。気管支鏡検査で肺アスペルギルス症と診断、抗真菌薬（L-AMPHからVRCZ）の開始後病変はやや縮小したが残存したため抗真菌薬開始後44日後に左肺上葉切除を施行した。術後経過良好。抗真菌薬に加え手術を施行した事により早期の化学療法再開が期待された。

Ⅱ-49 前側方切開を加えた胸骨正中切開にて摘出できた胸腺カルチノイドの1例

都立駒込病院 呼吸器外科

山道 堯、堀尾裕俊、浅川文香、奥井将之、原田匡彦

症例は75歳女性。ウイルス性脳炎後遺症にて施設入所中（PS2～3）。誤嚥性肺炎疑いで行ったCTにて10cm大の前縦隔腫瘤を指摘、CT生検にてカルチノイドと診断、十分なinformed consentの後切除の方針とした。左胸腔鏡補助下胸骨正中切開にてアプローチするも左胸腔の視野不良、このため第5肋間前側方切開を加え左肺との癒着剥離、左横隔神経は確認の上温存し、胸腺全摘+心嚢合併切除を行った。術後病理診断は非定型カルチノイドでリンパ節転移陽性、正岡病期IVb期であった。

第Ⅲ会場：302A

8：40～9：20 心臓：心臓腫瘍・心膜疾患

座長 岡本祐樹（立川総合病院 心臓血管外科）

Ⅲ-1 急速増大した calcified amorphous tumor に対して僧帽弁置換を施行した1例

東京女子医科大学 心臓血管外科

新富静矢、富岡秀行、笹生正樹、宮本卓馬、磯村彰吾、古田晃久、服部将士、東 隆、青見茂之、山崎健二

76歳男性、糖尿病性腎症のため2014年から血液透析開始。2016年9月収縮期雑音を契機に心エコーにて僧帽弁に10mm大の腫瘍を認めた。CTでは僧帽弁後尖外側に粗大石灰化を認めた。急速増大していることより、同年12月21日僧帽弁置換術を施行。病理所見より石灰化を伴う組織で明らかな異型細胞は認めず、calcified amorphous tumor と診断。術後32日目退院。

Ⅲ-3 左房内乳頭状線維弾性腫の一例

新松戸中央総合病院 心臓血管外科

稲村順二、秋田雅史

症例は72歳女性。胸部違和感を主訴に前医受診。心エコーにて左房内に心房中隔に付着する35mm×10mm大の腫瘍および moderate MR を認め、当科紹介となった。可動性が大きく、準緊急で手術施行の方針となった。右側左房切開にてアプローチすると心房中隔に付着する Anemone 様の腫瘍を認めた。腫瘍を摘出したところ、術後心エコーでMRは消失した。病理学的には乳頭状線維弾性腫であった。左房起源の乳頭状線維弾性腫は稀であり文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-5 重度の心不全を呈した心房細動合併の収縮性心膜炎に対して外科的根治術を施行した一例

日本医科大学付属病院 心臓血管外科

山田直輝、坂本俊一郎、青山純也、芝田匡史、森嶋素子、栗田二郎、川瀬康裕、佐々木孝、宮城泰雄、石井庸介、師田哲郎、新田 隆

症例は40歳男性。左心耳内血栓を伴う心房細動と収縮性心膜炎に対して薬物療法を行うも、血栓は消失せず、かつ両心不全を呈したため外科手術を施行した。心停止下にメイズ手術を施行後、心拍動下に両心室の心膜剥皮術を施行した。術後は洞調律を維持した。心房細動を合併した収縮性心膜炎に対して本治療が有効であったため報告する。

Ⅲ-2 僧帽弁腱索より発生した乳頭状弾性線維腫の1例

新潟県立新発田病院

梅澤麻以子、三村慎也、島田晃治

症例は66歳、男性。10年ほど前に心腔内の腫瘍を指摘されていたが定期観察は行われていなかった。心エコーで改めて左室内腫瘍を指摘され当院紹介となった。心エコーでは僧帽弁前尖の腱索に約1cm大の腫瘍を認め、手術方針となった。手術は体外循環下に右側左房切開でアプローチし、僧帽弁前尖の二次腱索に付着している腫瘍を腱索とともに摘出した。僧帽弁閉鎖不全に対する弁形成術は不要であり、病理組織診断は乳頭状弾性線維腫であった。僧帽弁腱索に発生する乳頭状弾性線維腫は稀であり報告する。

Ⅲ-4 心膜切除と waffle procedure が著効した IgG4 関連収縮性心膜炎の1例

平塚市民病院 心臓血管外科

灰田周史、井上仁人、小谷聡秀、鈴木 暁

症例は70代男性。2か月前より労作時呼吸困難を主訴に受診。来院時に両側胸水と下腿浮腫を認め、心不全の精査加療で入院した。心エコー検査で心収縮能は保たれていたが、造影CT検査で心膜の肥厚、心臓カテーテル検査で dip and plateau 型の右室圧波形を認め、収縮性心膜炎と診断。手術では全周性の心膜肥厚を認め、体外循環下に心膜切除と waffle procedure を行った。病理検査で IgG4 関連疾患の診断で治療継続中の一症例を報告する。

9:20~10:00 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)
榎沢 政司 (千葉県循環器病センター 心臓血管外科)

Ⅲ-6 ASO 困難な false Taussig-Bing anomaly の 1 例

国立成育医療研究センター 心臓血管外科

武井哲理、金子幸裕、吉竹修一、阿知和郁也

症例は1ヶ月、3.9kg、DORV (subpulmonary VSD, Shafer type 9)、CoA の児。subpulmonary conus と肺動脈弁が大きく、commisural malalignment があるため、coronary transfer は sinutubular junction の上にもバルサルバ洞内にも不可能であった。また今井法に準じた大動脈内トンネルを用いる場合には二つのトンネルを要し、かつ冠動脈を避けての transannular patch は困難であるため右室流出路狭窄は不可避と考えられた。よって Yasui 法を選択した。本症例に対する術式選択につき報告する。

Ⅲ-7 新生児早期に修復術を行った左肺動脈上行大動脈起始症の 1 例

山梨大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器・小児 外科

本田義博、鈴木章司、加賀重重喜、白岩 聡、榊原賢士、葛 仁猛、中島博之

患児は日齢7、2.5kg。左側肺動脈上行大動脈起始および動脈管開存の診断で当院搬送。新生児早期に動脈管開存による高肺血流性心不全を呈し、手術の方針となった。術中所見では、左肺動脈と主肺動脈内腔の間に膜性の隔壁が存在し、これを cut back し前壁を自己心膜パッチ形成。あわせて動脈管結紮を行った。術後肺動脈の屈曲をきたしたがカテーテルインターベンションで改善し、圧較差なく経過観察中である。

Ⅲ-8 Taussig-Bing anomaly COA に対して動脈スイッチを伴う一次的修復時に上行大動脈 flap を用いて肺動脈狭窄を回避し得た 1 例

千葉県こども病院

小林 慶、青木 満、萩野生男、齋藤友宏、鈴木憲治

大血管関係が Side by Side の動脈スイッチ手術 (ASO) では術後左肺動脈狭窄 (PS) が問題となることが多い。我々は Taussig-Bing anomaly COA 症例に対して日齢8、体重2895g で一次的に VSD 拡大 心室内 rerouting COA 修復 ASO (Lecompte) を行った際に、圧迫による PS を回避する目的で上行大動脈 free flap を用い左右肺動脈間を延長した。術後経過は良好で、術後5か月時のテーテル検査でも PS を認めなかったため報告する。

Ⅲ-9 胎児期に診断された Ebstein 奇形に対して Cone 手術を施行した 1 例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

友保貴博、笹原聡豊、寺川勝也、林 秀憲、岡 徳彦、宮本隆司

1歳、女児。胎児期に Ebstein 奇形 (PEP score4) を指摘された。36週、体重2528g で出生した後に内科的加療を行い、動脈管閉鎖後も肺動脈の順行性血流も認め、生後1か月に退院した。その後も体重増加は得られて、生後8か月時に行った心臓カテーテル検査で両心室修復は可能と判断し、Cone 手術を施行した。術後、三尖弁逆流なく、POD31 に退院した。術後1年が経過し、心不全兆候なく、外来で経過観察中である。

Ⅲ-10 単冠動脈を伴うファロー四徴症に Rastelli 型手術を施行した一例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学

櫻井啓暢、八島正文、竹下斉史、水野友裕、大井啓司、

八丸 剛、長岡英気、黒木秀仁、田崎 大、藤原立樹、

木下亮二、荒井裕国

症例は2歳の女児。出生直後に心雑音、チアノーゼを認め、他院にてファロー四徴症、単冠動脈、左肺動脈狭窄と診断。心臓カテーテル検査にて LVEDV 63%N のため、8ヶ月時に左肺動脈形成、BTS (4mm) を施行。1歳9ヶ月時の心カテにて LVEDV 127%N と発育を認めたが、PVD 63%N と低形成のため Rastelli 型手術を行った。文献的考察を加え報告する。

10:00~10:40 心臓：先天性②

座長 岡 徳 彦（群馬県立小児医療センター 心臓血管外科）

Ⅲ-11 複数回の房室弁形成、IPASを経てTCPCに到達したⅡ、L、L、DORV、AVSD、PS、bilateral SVC、severe CAVVRの一例

長野県立こども病院

上松耕太、瀧口洋司、岡村 達、原田順和

症例、4才女児、体重8.7kg。生後26日、infundibular PSに伴うdesaturationの進行でSP shunt。3ヶ月時CAVVRの増悪で弁形成、4ヶ月時、Bil-BDG手術を施行。その後も逆流の制御が困難で7ヶ月時に再度弁形成を施行し経過観察となった。3才4ヶ月時、右肺動脈が低形成でIPAS及びRt.SP shuntと房室弁形成を行いRPAの発育を得た6か月後にfenestrated TCPCに到達した。繰り返す房室弁形成とIPASを用いTCPCに到達した症例を報告する。

Ⅲ-13 両側両方向グレン手術時に右上大静脈組織を用いて左上大静脈再建を行った一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

白石修一、杉本 愛、文 智勇、高橋 昌、土田正則

症例は1歳女児。DORV、PLSVC、TV straddlingのFontan candidate。PAB施行の既往あり。BDG術前のCTにてPAB時の損傷が原因と考えられるLSVCの広範囲の狭窄あり、グラフト置換が必要と考えられた。再胸骨正中切開で手術を施行。RSVCが1cm剥離できたためautograftとしLSVC-LPA間を空置して両側両方向性グレン吻合を行った。mPAを絞扼し順行性肺血流を残した。経過良好であり術後CTでも両側グレン吻合は開存。現在TCPC待機中。

Ⅲ-15 体重3.7kgでTCPS（Kawashima procedure）を施行せざるを得なかった右室型単心室症の一例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科

尾澤慶輔、栢岡 歩、細田隆介、岩崎美佳、保土田健太郎、

鈴木孝明

右室型単心室、肺動脈閉鎖、両側上大静脈、無脾症候群の男児。月齢2ヶ月時にmBTsを施行。集中治療管理が長期となりCVカテーテルの長期留置が原因と思われる下大静脈と右上大静脈の血栓閉塞を合併。共同房室弁閉鎖不全症による心不全が進行するため、実質的なTCPSとなるBDCPA+共同房室弁形成術を月齢9ヶ月・BW3.7kgで施行。この体重でのTCPS報告例は少なく若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-12 左肺動脈狭窄に対し繰り返し手術介入を要したSLV+CoA+SASの一例

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、瀬戸悠太郎

症例は3歳男児。(S、D、D)、SLV、CoA、SASに対し日齢15に他院でDKS+EAAA+PA angioplasty+ASD creation+RMBTS(3.0mm)を施行。術後左肺動脈狭窄あり、生後7ヶ月時にLPA angioplasty+RMBTS(4.0mm)を施行。再狭窄が進行し、2歳10ヶ月時にBDG+左肺動脈ステント留置術を施行、3歳5ヶ月時にTCPC Fontanを施行した。手術は心拍動下に18mm ePTFE グラフトを用いて行い、4mm グラフトでFenestration、左肺動脈のステントは8mmバルーンで再拡張した。術後経過は良好で軽快退院した。

Ⅲ-14 単心室症の補助循環におけるVADの役割と効果

神奈川県立こども医療センター

岡田 拓、麻生俊英、武田裕子、太田教隆、小林真理子、大中臣康子、浅井英嗣

2003年8月～2016年12月までに当院にて術後補助循環治療を導入した単心室症例30名（男性17名、女性13名）だった。そのうちVADを選択した患者は14例、ECMOは16例で離脱率（VAD 93%、ECMO 38%）、生存退院率（VAD 71%、ECMO 25%）とも有意差を認めた。症例を適切に判断し人工肺を省くことで生体への侵襲も軽減でき良好な成績につながると思われる。

10:40~11:20 心臓：先天性③

座長 佐々木
杉本

孝（日本医科大学 心臓血管外科）
愛（新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科）

Ⅲ-16 解剖学的三尖弁閉鎖不全症にて重症心不全をきたした右胸心、修正大血管転位症の1手術例

大和成和病院 心臓血管外科

卯田昌代、米花智伸、辻麻衣子、関 宏、松山孝義、
畝 大、田畑美弥子、倉田 篤

症例は31歳男性。27歳時に修正大血管転位症と診断された。2016年11月仕事中に呼吸困難と動悸を自覚した。頻脈性心房細動とうっ血性心不全を認め、心エコーでは右室壁運動低下と三尖弁重度逆流を認めた。一時的に挿管、人工呼吸器管理、PCPS、IABPサポートとなった。2017年1月当院にて解剖学的三尖弁置換術を行った。成人の修正大血管転位症における弁膜症の手術について文献的考察をふまえて報告する。

Ⅲ-18 3回目のTVR・4回目の胸骨切開を経験したTOF術後若年成人例

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

鵜垣伸也、河田政明、吉積 功

6歳時TOF修復術後の遺残VSDから生じたIE、TRのため機械弁によるTVR（22歳時）、血栓弁に対する生体弁による再TVR（25歳時）の既往を有する36歳男性例の生体弁劣化による機能不全、心房粗動併発に対し高周波カテ治療後4回目の胸骨正中切開にて龍野法により正常三尖弁輪位にて再々TVRを行った。血栓弁・パノヌ形成/石灰化/劣化の既往から人工弁の選択に難渋したが慎重な協議の上OnX弁を選択し、術後6年安定して経過中である。

Ⅲ-20 成人期に発症した右肺動脈完全閉塞、肺動脈弁上狭窄に対する手術例

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科

町田大輔、藪 直人、富永訓央、郷田素彦、鈴木伸一、
磯松幸尚、益田宗孝

症例は58歳女性。咯血と呼吸困難を主訴に前医受診しCTにて右肺動脈欠損または閉塞の診断。労作時呼吸苦の増悪と胸痛を認め、精査にて進行する肺動脈弁上狭窄を認めた。カテーテル検査でRV:80、LPA:45/8(22)(mmHg)。肺血流シンチでは右肺動脈完全欠損+左上葉枝部分欠損であった。右左短絡を伴う卵円孔開存もあり、肺動脈形成、卵円孔閉鎖、三尖弁輪形成術を施行。術後肺高血圧の増悪を認め薬物治療を行った。稀な症例であり若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-17 One and one half repair 施行後にExtracardiac TCPC conversionを施行した1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

五十嵐仁、坂本貴彦、長嶋光樹、梅津健太郎、寶亀亮悟、
片桐絢子、山崎健二

純型肺動脈閉鎖の女兒。姑息術を施行後、右室の発達が不十分であったため、3歳時にone and one half repairを施行した。心房性不整脈の出現および三尖弁閉鎖不全の増悪・右房の拡大を認めたため、13歳時にExtracardiac TCPC conversion・三尖弁fenestrated patch閉鎖・外科的ablationを施行した。術後、不整脈コントロールを要したものの、経過は概ね良好であった。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-19 IEにより複合弁置換を必要とした一例

榊原記念病院 外科

小森悠矢、和田直樹、安藤 誠、高橋幸宏

症例は39歳女性。生後にTOF/PAと診断、Rastelli手術施行後。2016年8月に熱発、抗菌薬加療で解熱したが11月より呼吸苦・下腿浮腫を認め前医受診。IEによる心不全の診断で同日入院。抗菌薬で改善なく、TEEで4弁全てに疣贅あり、高度の弁逆流及び狭窄を認めた為手術目的に当院紹介受診。同日緊急手術施行(AVR、MVR、TAP、RVPA conduit交換)した。PA内にも疣贅あり、可及的に除去し人工血管で置換した。術後急性硬膜下血腫認めたものの保存的に観察可能であり、血培陰性を含めIEのコントロールも良好、循環も安定していた。

13:10~13:50 心臓：先天性④

座長 篠原 玄（東京慈恵会医科大学 心臓外科）

Ⅲ-21 大動脈弁二尖弁に対して自己心膜大動脈弁再建術（尾崎法）を施行した小児の一例

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、寺田拓仁、中川博文、平沼 進、
奥山 浩、南淵明宏、石野幸三、富田 英

1歳時より大動脈弁および肺動脈弁二尖弁による狭窄兼閉鎖不全症を外来フォローアップされていた15歳の男児。高度大動脈弁逆流にて、中学卒業時に機械弁置換を予定していたが、家族の希望により自己心膜を用いた大動脈弁再建術（尾崎法）を施行した。手術準備、術中所見および術後経過について報告する。

Ⅲ-23 学童期の拘束型心筋症・心室細動既往症例に対して剣状突起下切開でICDを植え込んだ1例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

岩瀬友幸、益澤明広、高岡哲弘、平田康隆、小野 稔

6歳女児、16kg。3歳時川崎病に罹患後、冠動脈病変の伴わない左心機能低下を認め、5歳時に心不全加療開始。6歳時に心室細動による意識消失を認めICD装着の方針。手術は剣状突起下を皮膚切開し、心膜切開後 shock lead は心後面から oblique sinus の心膜に固定し、もう一方のコイル部分は右室の横隔膜面に留置。Vf induce を行い ICD 作動を確認。術後28病日に一般病棟でVf発症したがICDが正常に作動した。小児期ICD植込みにつき文献的考察も含めて報告する。

Ⅲ-25 先天性大動脈弁及び弁上狭窄症に対する2手術例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

園部藍子、松原宗明、山本隆平、鈴木一史、石井知子、
中嶋智美、川又 健、相川志都、野間美緒、徳永千穂、
大坂基男、坂本裕昭、平松祐司

症例1：13歳男児、狭窄した左冠動脈入口部を含めた大動脈弁上狭窄解除術を3歳時に行った後、弁輪拡大（Nicks法）を併用した大動脈弁置換術を行った。

症例2：7歳男児、胸痛と失神発作を主訴に入院しMcGoon法による大動脈弁上狭窄解除術を行った。

2症例をふり返り、左冠動脈入口部の流入障害を伴った大動脈弁及び弁上狭窄症に対する治療戦略を中心に報告する。

Ⅲ-22 気管圧迫による near miss に対し大動脈弓延長および拳上術を行った cc-TGA-VSD-PA 幼児例

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

吉積 功、河田政明、鶴垣伸也

右側大動脈弓に加え、左心症にて大動脈起始部が左後方に異常偏位し、さらに合併した肺動脈閉鎖に対する体/肺動脈短絡術のため拡張した大動脈弓による気管圧迫からNear missを経験した1歳3ヶ月 ccTGA+VSD+PA 男児例に対し緊急避難・救命目的に人工血管間置による大動脈弓延長および拳上術とLV-PA心外導管によるconventional Rastelli手術を同時施行した。術後経過は良好で気道症状は消失し、著明なQOL改善を得た。

Ⅲ-24 小児心臓手術における術前スクラブ浴およびムピロシン鼻腔軟膏塗布のSSI予防効果に関する検討

東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科

山本裕介、灰田周史、吉村幸浩、寺田正次

目的) 小児心臓手術周術期SSIに対する術前スクラブ浴およびムピロシン鼻腔軟膏の予防効果の検討 (方法) 過去21ヶ月間に心臓手術を施行した248例を後方視的に調査 (結果) SSIは計10例、起炎菌は8例がMRSA。術前MRSA陽性群内のSSI発症率はスクラブ浴施行群：28.5% vs 非施行群：75.0%、ムピロシン塗布群：0% vs 非塗布群：71.4% (考察) 術前スクラブ浴とムピロシン軟膏鼻腔塗布はMRSA保菌者のSSI発症率低減に有効と考えられた。

15:00~15:40 心臓：冠動脈①

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）

Ⅲ-26 アルガトロバン持続投与患者に対する CABG の経験
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
出淵 亮、内田敬二、軽部義久、笠間啓一郎、伏見謙一、
齋藤文美恵、阿賀健一郎、小林由幸、高橋大志、益田宗孝
73歳男性。3枝病変の広範前壁梗塞に対する PCI 後、血小板減少から HIT を疑い DAPT およびアルガトロバンを投与中。低心機能から IABP 離脱困難であり、プラスグレルは5日前、アルガトロバンは12時間前に中止し、On-pump beating CABG2枝を施行した。アルガトロバン投与後の人工心肺使用手術を余儀なくされ、術後血液凝固異常が3日間遷延し止血に難渋した。

Ⅲ-28 右胸心の虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術の経験
群馬県立心臓血管センター
森下寛之、金子達夫、江連雅彦、長谷川豊、山田靖之、
岡田修一、小此木修一
64歳男性。2か月前に胸部絞扼感を自覚し、冠動脈造影を施行され#6 90%狭窄、#7 90%狭窄と診断された。#6 に対しては PCI を施行されたが、#7 は PCI 困難であった。追加治療目的に当院を紹介され、off pump CABG の方針となった。右内胸動脈-LAD 吻合を施行し、術後経過は良好で術後12日目に退院した。鏡像的右胸心のため手術操作に違和感があったが、概ね通常通りに手術を完遂した。過去にも同様の報告は散見されるが稀であり、文献的考察を含め、報告する。

Ⅲ-30 術後22年目に認められた大伏在静脈グラフト瘤の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
81歳男性。22年前に狭心症で LITA-LAD、SV-#4PD、SV-OM、SV-PL とする冠動脈バイパス術を施行。
今回、狭心症状が再発し近医を受診。胸部レントゲンで右第2弓の拡大を認め、冠動脈 CT で冠動脈瘤が疑われたため当院に紹介された。精査にて5×3.5cm 大の大伏在静脈グラフト瘤と診断し経過観察としていたが、拡大傾向を認めたため手術方針とした。瘤内の大部分に血栓化を認めたがグラフト自体は開存していたことから瘤閉鎖を行った上で大伏在静脈を使用したバイパス再建術を施行し、良好な経過を得たので報告する。

Ⅲ-27 胸部刺創による穿通性冠動脈損傷の2症例
山梨県立中央病院 心臓血管外科
服部将士、四方大地、山田有希子、中島雅人
症例1は48歳男性。包丁で左胸部刺創による自殺を図り救急搬送された。胸骨正中切開し観察すると回旋枝と鈍角枝との間の心筋に裂傷があり同部位の冠動脈から動脈性出血を認めた。症例2は46歳男性。喧嘩相手にカッターで左胸部刺創され救急搬送された。心タンポナーデのため心嚢穿刺後に胸骨正中切開し観察すると、対角枝が断裂し動脈性出血を認めていた。いずれの症例も人工心肺補助下にフェルトを当てて縫合止血を行ったが、術後心機能に大きな影響はなかった。文献的考察を踏まえて報告する。

Ⅲ-29 モヤモヤ病を有する狭心症に対し conventional CABG 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
浅原祐太、申 範圭、森 光晴、岡 英俊
52歳、女性。左右内頸動脈閉塞・高度狭窄あり、脳血流シンチで病的血流低下なく無症候性。3VD に IABP 下の conventional CABG 施行。CPB は 32.5℃、流量≒2.4L/min/m²、Ht 値≒26、mBP ≒70mmHg。IABP の on/off、PaCO₂ 変化で脳 TOI 変化なし。吻合の revision で CPB 時間が延長したが脳合併症なく経過良好。高流量、高灌流圧 CPB での拍動流の優位性は明らかでなかった。

15:40~16:12 心臓：冠動脈②

座長 北 村 律（北里大学病院 心臓血管外科）
渡 邊 隼（東京ベイ浦安市川医療センター 心臓血管外科）

Ⅲ-31 心筋梗塞に合併した心室中隔穿孔に対して待機的手術を行い救命した一例

関東労災病院

吉竹功央一、松下 弘、華山直二

症例は79歳男性。胸部圧迫感、心不全徴候を認め当院受診。心臓カテーテル検査で右冠動脈完全閉塞、心エコーで心室中隔穿孔と診断した。循環動態は安定しており、保存的に心不全加療を行った。入院13日目に右室切開アプローチによる Extended sandwich patch technique を行った。術後は良好に経過し、術後12日目に独歩退院。心筋梗塞に伴う心室中隔穿孔の致死率は非常に高いが、病状が許せば急性期を避けて手術を行う方が心筋の繊維化が進行し手術成績の改善が期待できる。

Ⅲ-33 心室中隔穿孔術後に左室破裂を発症し救命し得た1治験例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科

奥蘭康仁、菊地千鶴男、西嶋修平、林祐次郎、井口篤志、新浪博士

症例は71歳女性。急性心筋梗塞後の心室中隔穿孔の診断で緊急入院し、心室中隔穿孔閉鎖術、冠動脈バイパス術を施行した。血行動態は改善し、退院した。約1ヵ月後、胸痛を訴えCTで左室から心嚢内へ造影剤の流出があり、左室破裂の診断で緊急手術を施行した。左室機能の低下などで術後管理に難渋したが、状態は改善しリハビリ目的で前医に転院した。心室中隔穿孔手術後の左室破裂は報告が少なく、診断、手術方法の考察を中心に発表する。

Ⅲ-32 心筋梗塞後に巨大心室中隔瘤および心室中隔穿孔を来した一例

日立総合病院

塚田 亨、佐藤真剛、松崎寛二、渡辺泰徳

症例は74歳男性。LAD#7の亜急性心筋梗塞でPCIを施行後、心室中隔瘤ならびに心室中隔穿孔の所見を認めた。左室自由壁の瘤壁厚は菲薄化し、破裂による突然死の可能性があり手術依頼された。人工心肺・心停止下にLAD走行の左室側で瘤壁切開し、左室穿孔部位をパッチ閉鎖した。右室自由壁側から中隔瘤壁への縫着糸で、右室側の穿孔部位を閉鎖するようにした。術後経過は良好で、心機能も維持されており術後16日目に独歩退院した。稀な形態の心室中隔瘤であり、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

Ⅲ-34 急性心筋梗塞後の心室中隔穿孔修復術後に乳頭筋断裂に伴う急性僧帽弁逆流を発症した1治験例

国立国際医療研究センター病院 心臓血管外科

入澤友輔、百瀬直也、森村隼人、藤岡俊一郎、宝来哲也

69歳男性。下壁AMIを発症。POBA5日後に突然の呼吸苦と血圧低下を認め、AMI後VSPの診断にてIABPを挿入、当院へ救急搬送された。同日緊急でVSPに対し二重パッチ閉鎖術を施行した。経過順調であったが、術後16日目に病棟にてショックとなり、後乳頭筋断裂による急性MRによる心原性ショックの診断。IABP、PCPSを装着し緊急MVRを行った。術後10日目に抜管し、術後30日に独歩退院となった。

16:12~16:52 心臓：弁膜症④

座長 富岡秀行（東京女子医科大学医学部 心臓血管外科）

Ⅲ-35 右側大動脈弓、左鎖骨下動脈起始異常を伴った大動脈弁狭窄症・心室中隔欠損症の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 横浜市立大学附属病院 外科治療学教室 心臓血管外科

澁谷泰介¹、柳 浩正¹、合田真海¹、鈴木伸一²、益田宗孝²

症例は81歳女性。浸潤型胸腺腫で手術および術後放射線照射施行歴あり。右側大動脈弓、左鎖骨下動脈起始異常を伴った severe AS・VSD に対し AVR+VSD 閉鎖施行するも、術後小脳梗塞を発症。右側大動脈弓、左鎖骨下動脈起始異常合併時の開心術に関して文献的考察を含め報告する。

Ⅲ-37 上行弓部大動脈に高度石灰化を有する重症 AS と LMT 病変に対して apico-aortic conduit bypass と CABG を施行した1例

伊勢崎市民病院

羽鳥恭平、三木隆生、平井英子、安原清光、大木 聡、大林民幸
症例は79歳女性、重症 AS と LMT 病変で当科紹介。大動脈基部から弓部大動脈、頸部分枝に広範囲に高度石灰化を認めた。STJ 及び弁輪径は14mm で TAVI は困難であった。上行弓部大動脈への外科的介入は長時間の心停止を要し、また、脳分離体外循環による脳梗塞のリスクが高いと判断し、apico-aortic conduit bypass と CABG を施行した。術後経過は順調で、術後22日に紹介元に転院した。

Ⅲ-39 Transaortic TAVI、OPCAB、PV Isolation を同時に施行した1例

北里大学医学部 心臓血管外科

小木曾翔、北村 律、鳥井晋三、平田光博、美島利昭、
杉本晃一、大久保博世、小林健介、柴田深雪、井上崇道、
荒記春奈、堀越理仁、宮地 鑑

84歳男性、10年前に3枝病変にPCI施行。3年前にASと診断。2年前に手術を拒否。今回NYHA II度となり、心房細動を認め、心エコーで収縮能の低下を認めたためTAVI目的に紹介。LADにステント内狭窄あり、両側総腸骨動脈は最小径4mmで石灰化あり。SAVRを勧めたが承諾せず、家族を含めた話し合いの末、胸骨正中切開、Transaortic TAVI、OPCAB、PV Isolationを施行した。

Ⅲ-36 完全内臓逆位、静脈還流異常を伴う連合弁膜症に対し二弁置換術を施行した一例

土浦協同病院 心臓血管外科

真鍋 晋、安川 峻、平岡大輔、大貫雅裕、広岡一信

77歳女性。心不全精査で、重度AR、MRと診断され、手術目的で当院搬送された。完全内臓逆位で、右上大静脈遺残、肝静脈の高位還流を認めた。体外循環の脱血は、左右上大静脈に、大腿静脈経路での下大静脈脱血を加える方針としたが、経大腿では脱血管を挿入できず、右房からの下大静脈脱血となった。生体弁にて二弁置換術を施行したが、途中脱血不良を認めた。術後DIC、高ビリルビン血症となるも自然軽快した。その後順調に経過、独歩退院となった。

Ⅲ-38 術前に肺癌を強く疑われた重症大動脈弁狭窄症+左主幹部冠動脈病変に対する高齢者手術の一例

国保松戸市立病院

泉本浩史、滝口 信、石原和明

症例は84歳女性。安静時胸痛を訴え他院を受診し、上記の診断を得た患者が手術目的に紹介された。術前胸部レントゲン写真にて肺癌を強く疑ったが、精査できず救命目的に手術を施行した。弁輪拡大は行わず機械弁17mmによる大動脈弁置換術+2枝バイパスを行った。術後検査にて、早期胃がんも合併していることが判明した。独居高齢化社会における担癌患者に対する手術方針について発表する。

Ⅲ-40 MVP、AVR後のSAMに対してフェニレフリン持続投与が奏功した1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

伊藤貴弘、大場正直、若林 豊、長谷川秀臣、柁沢政司、丸山拓人、浅野宗一、林田直樹、松尾浩三、村山博和
74歳男性、AS、MR、pAfに対してMVP+AVR+PVI施行した。P1逸脱以外に異常所見なく、MVP施行して水試験で問題ないことを確認した。続いてAVR施行して心拍動再開したが、術中SAMを発生し人工心肺離脱に難渋した。輸液負荷したが末梢血管抵抗低下のため反応乏しく、フェニレフリン持続投与で循環動態安定したため人工心肺離脱に成功し手術終了した。

Ⅲ-42 心不全に対する利尿薬治療中に出現した多量の左室内血栓に対し、経僧帽弁的、内視鏡補助下に血栓摘除術を行った一例

成田赤十字病院

菅原佑太、藤井政彦、大津正義、渡邊裕之

症例は42歳男性。うっ血性心不全にて内科入院となり、利尿剤治療にて1週間に5.5kg体重が減少した。入院8日目に腹痛にて発症し、脾梗塞、急性脳梗塞と診断され、心エコーにて左室内に4cm大の3つの可動性のある高エコー像の出現を認め、血栓形成と診断した。緊急に胸骨正中切開下、右側左房切開にて左室内血栓摘除術を施行した。術中は内視鏡を用いて左室内を確認した。術後経過良好にて第27病日に退院した。

Ⅲ-44 Heart Mate IIのポンプ血栓に対するポンプ交換術の適応に苦慮した小体格の1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

中前亨介、磯村彰吾、新富静矢、笹生正樹、富岡秀行、齊藤 聡、山崎健二

症例はBSA 1.25の24歳男性。2013年にDCMの診断でHM IIの植込みを行った。2016年6月にLDH上昇を認め、その後頭蓋内出血を来し抗凝固療法を中止。神経症状の改善後に抗凝固療法を再開したが9月に肝酵素上昇、ポンプフロー低下を来し10月には心不全症状が出現。回転数を変更するも改善なく酵素の上昇あり。脳出血の合併や体格が小さいことなど手術時期の判断に苦慮したが緊急でポンプ交換術を行い症状の改善を得た。

Ⅲ-41 重症虚血性心筋症に対し両尖温存MVR、CABG、Dor手術を行った1例

筑波メディカルセンター病院 心臓血管外科

池田晃彦、佐藤藤夫、加藤秀之、永井 竜、軸屋智昭

症例は61歳、男性。初発の心不全で入院。心臓超音波検査では超低左心機能（強心剤投与下、EF 25~30%）、重症機能性僧帽弁閉鎖不全症が認められた。冠動脈造影検査では左前下行枝・回旋枝の慢性閉塞性病変を含む多枝病変が認められた。冠血行再建と僧帽弁閉鎖不全症に対する外科的治療目的で当科紹介となった。両尖温存MVR（Epic 27mm）、CABG×3（LITA-LAD、SVG-OM-PL）、Dor手術、心外膜電極植込み術を行った。術後経過は良好で自宅退院となった。重症虚血性心筋症・僧帽弁閉鎖不全症に対する外科的治療は議論の余地も多く、文献的考察を含めて報告する。

Ⅲ-43 心肺停止蘇生後患者を心房中隔欠損閉鎖術、僧帽弁形成術、およびICD植込みで治療した一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

内藤敬嗣、縄田 寛、乾 明敏、小前 兵、小野 稔

症例は未治療ASDの既往がある73歳男性。昼食摂取中にCPAとなり、前医へ救急搬送され、蘇生された。CPAの原因精査・治療目的に、当院循環器内科へ転院した。精査の結果、ASD、重症MR、重症TRによる心負荷がVfおよびCPAの原因になったと考えられた。当科でASD閉鎖、MVP、TAP、左房縫縮を行い、術後にEPSを実施した。血圧低下を伴うVTを認めたため、ICD植込みを行った。本症例における、診断および治療戦略について考察を加えて報告する。