

第176回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2018年3月10日（土）
会場： ステーションコンファレンス東京
〒100-0005 東京都千代田区丸の内 1-7-12 サピアタワー 4～6F

総合受付	ホワイエ	(5階)
PC受付	ホワイエ	(5階)
第I会場	501AS	(5階)
第II会場	501B	(5階)
第III会場	503CD	(5階)
幹事会	402ABCD	(4階)
世話人会	401	(4階)

会長： 門倉 光隆
昭和大学医学部外科学講座 呼吸器外科学部門
〒142-8666 東京都品川区旗の台 1-5-8
TEL：03-3784-8000（代表） FAX：03-3784-8307（医局）

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】

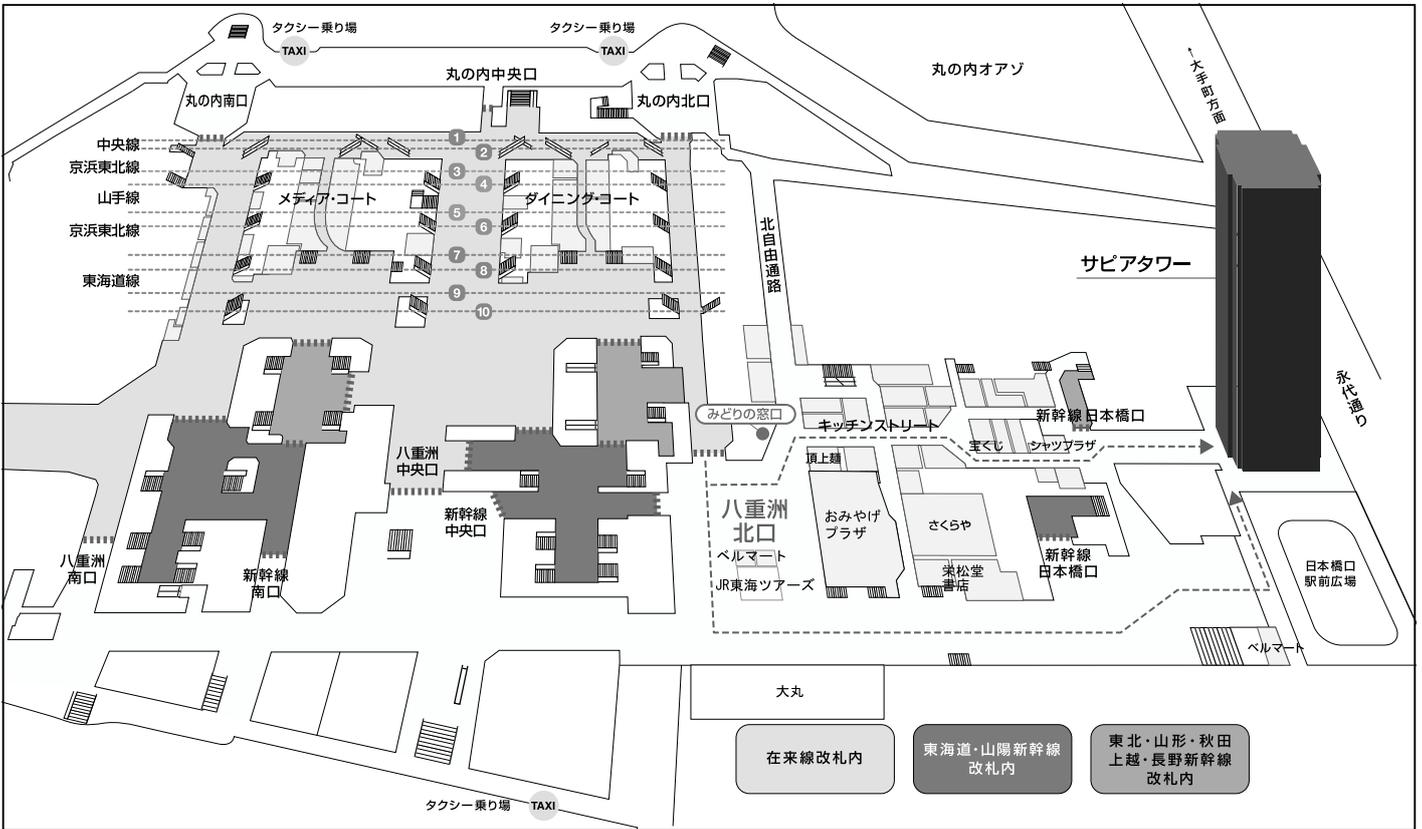
ステーションコンファレンス東京

〒100-0005 東京都千代田区丸の内一丁目7番12号

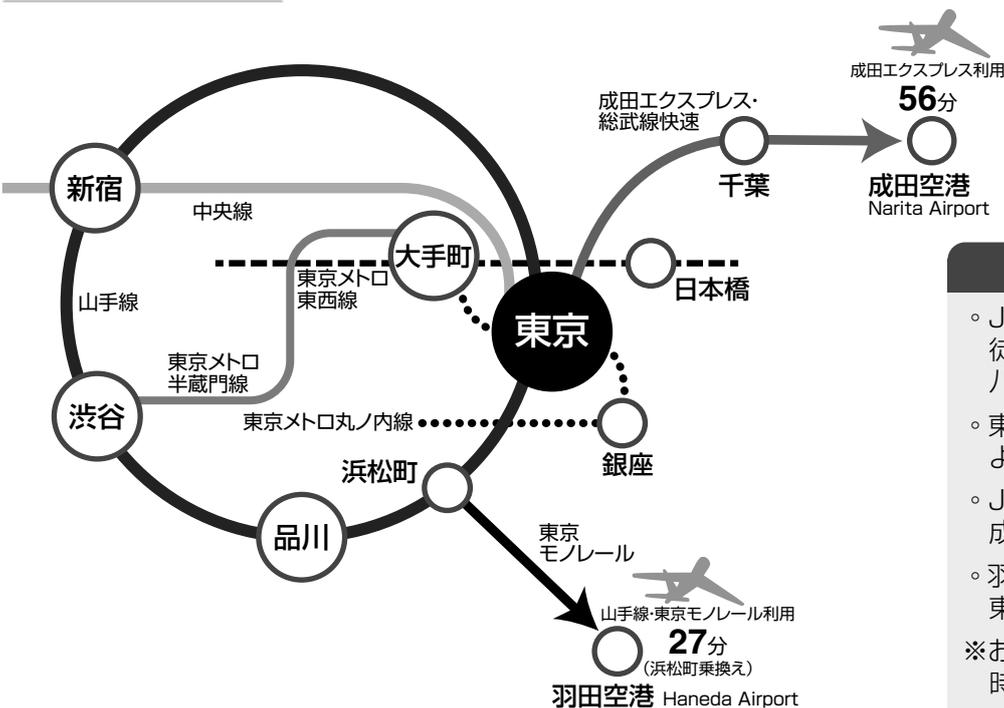
サビアタワー 4～6F

TEL：03-6888-8080

会場周辺図



路線図



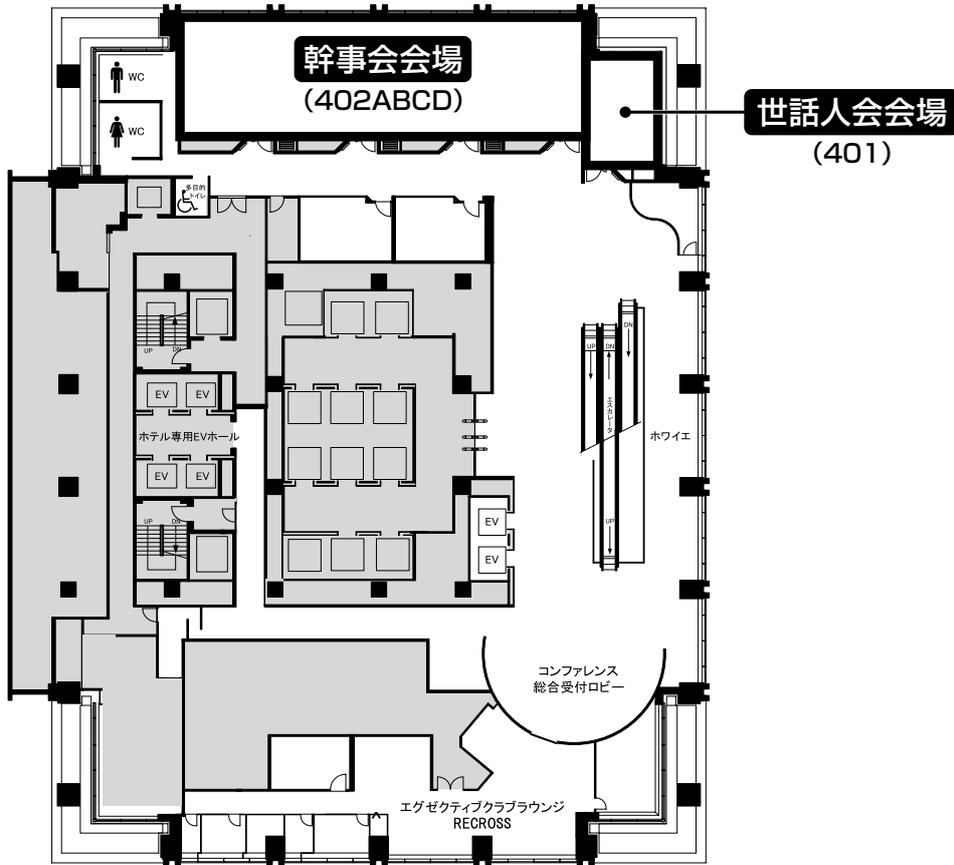
交通機関と所要時間

- JR東京駅新幹線日本橋口改札より徒歩1分、八重洲北口改札口より徒歩2分
 - 東京メトロ東西線大手町駅B7出口より徒歩1分
 - JR成田空港駅より成田エクスプレスで約60分
 - 羽田空港第2ビル駅より東京モノレールで約30分
- ※お車で越しのお客様はビル内の時間貸し駐車場をご利用ください。

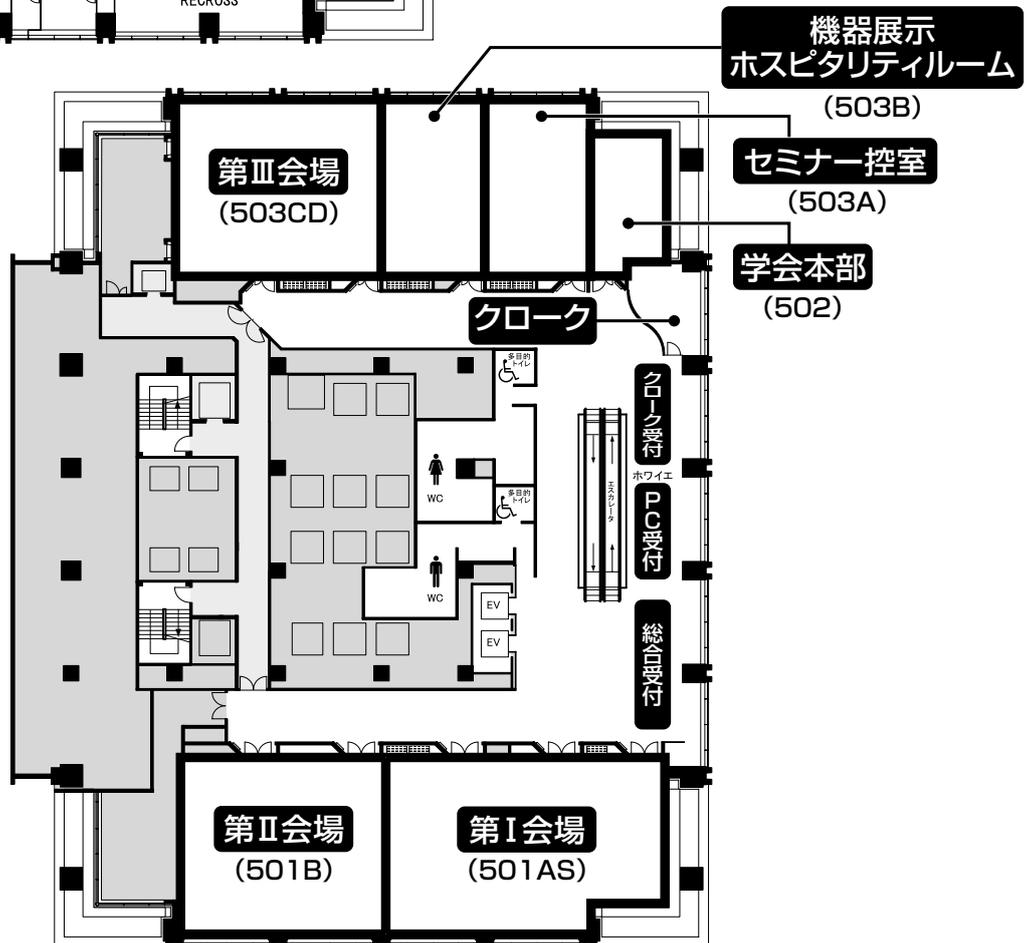
【場内案内図】

ステーションコンファレンス東京

■4F



■5F



第Ⅰ会場 (501AS)

8:30~8:35 開会式

8:35~9:31

学生発表

(評価者：金子公一、土田正則、渡邊義則)

1~7 **白田 実男**日本医科大学医学研究科
呼吸器外科学分野**益田 宗孝**横浜市立大学大学院医学研究科
外科治療学

9:31~10:11

大血管①1~5 **田畑美弥子**

大和成和病院 心臓血管外科

10:11~10:59

大血管②6~11 **益原 大志**東邦大学医学部外科学講座
心臓血管外科学分野

10:59~11:39

大血管③12~16 **三浦 純男**

三井記念病院 心臓血管外科

**ランチオンセミナー 1：
心臓**

12:00~12:15

GTCSからの報告**演者 鈴木 孝明**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

12:15~13:05

『あなたもできるCTAGコントロールデ
プロイメント~いま見直すCTAGの有
用性~』**座長 青木 淳**

昭和大学病院 心臓血管外科

演者 戸谷 直樹

東京慈恵会医科大学附属柏病院 血管外科

共催：日本ゴア株式会社

第Ⅱ会場 (501B)

9:40~10:12

先天性・その他1~4 **神崎 正人**東京女子医科大学医学部
外科学(第一)講座

10:12~11:00

外傷・女性気胸5~10 **増田 良太**

東海大学医学部付属病院 呼吸器外科

11:00~11:48

肺悪性腫瘍11~16 **北見 明彦**昭和大学横浜市北部病院
呼吸器センター**ランチオンセミナー 2：
肺**

12:00~12:15

GTCSからの報告(中継)**演者 鈴木 孝明**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

12:15~13:05

座長 前原 孝光独立行政法人労働者健康安全機構
横浜労災病院

『肺癌に対する左上葉切除のポイント』

演者 井坂 光宏

静岡県立静岡がんセンター 呼吸器外科

『左上葉切除 安全に行うための工夫』

演者 永島 琢也

神奈川県立がんセンター 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 (503CD)

9:31~10:11

弁膜症①1~5 **笠原 啓史**東京歯科大学市川総合病院
心臓血管外科

10:11~10:43

弁膜症②6~9 **木村 直行**自治医科大学附属さいたま医療センター
心臓血管外科

10:43~11:15

弁膜症③10~13 **中村 喜次**

千葉西総合病院 心臓血管外科

11:15~11:47

弁膜症④14~17 **吉武 明弘**埼玉医科大学国際医療センター
心臓血管外科10:00~10:50
世話人会 (401)11:00~11:50
幹事会 (402ABCD)

第Ⅰ会場 (501AS)

13:05~13:10
名誉会員記授与式

13:10~13:15
学生表彰

13:20~14:00
大血管④
 17~21 **郷田 素彦**
 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科

14:00~14:32
大血管⑤
 22~25 **和田 有子**
 信州大学医学部附属病院
 心臓血管外科

14:45~15:35
**アフタヌーンセミナー 1:
 心臓**
 『TAVI Update』
 座長 **丸田 一人**
 昭和大学 心臓血管外科
 演者 **渡邊 雄介**
 帝京大学 循環器内科
 共催: エドワーズライフサイエンス株式会社

15:40~16:20
先天性①
 26~30 **金子 幸裕**
 国立成育医療研究センター
 心臓血管外科

16:20~16:52
先天性②
 31~34 **宮原 義典**
 昭和大学 小児循環器・
 成人先天性心疾患センター

16:52~17:24
先天性③
 35~38 **萩野 生男**
 千葉県こども病院 心臓血管外科

17:24~ **閉会式**

第Ⅱ会場 (501B)

13:05~13:10
名誉会員記授与式 (中継)

13:10~13:15
学生表彰 (中継)

13:20~14:16
胸壁・縦隔
 17~23 **王 志明**
 順天堂大学医学部附属順天堂医院
 呼吸器外科

14:20~15:10
**アフタヌーンセミナー 2:
 肺**
 『肺癌に対する区域切除術—最新のエ
 ビデンス、アート、そしてプラクティス—』
 座長 **伊豫田 明**
 東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科分野
 演者 **佐治 久**
 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科
 共催: コヴィディエンジャパン株式会社

15:15~15:55
胸腺
 24~28 **堀尾 裕俊**
 がん・感染症センター都立駒込病院
 外科 (呼吸器)

15:55~16:35
肺癌
 29~33 **長山 和弘**
 東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

16:35~17:15
炎症・その他
 34~38 **坪地 宏嘉**
 自治医科大学附属さいたま医療センター
 呼吸器外科

第Ⅲ会場 (503CD)

13:20~14:00
腫瘍
 18~22 **縄田 寛**
 東京大学医学部附属病院 心臓外科

14:00~14:40
その他
 23~27 **宇野澤 聡**
 日本大学医学部外科学系
 心臓血管外科分野

15:40~16:28
冠動脈①
 28~33 **大井 啓司**
 東京医科歯科大学大学院
 心臓血管外科

16:28~17:08
冠動脈②
 34~38 **梶本 完**
 順天堂大学 心臓血管外科学講座

第 I 会場：501AS

8：35～9：31 学生発表（評価者：金子公一、土田正則、渡邊義則）

座長 白田実男（日本医科大学医学研究科 呼吸器外科学分野）
益田宗孝（横浜市立大学大学院医学研究科 外科治療学）

学生発表

I-1 器質化肺炎との鑑別を要する“Lung cancer mimicking organizing pneumonia”の一切除例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

松崎紘佑、福井麻里子、松永健志、高持一矢、王 志明、鈴木健司

77歳女性。検診で胸部異常影を指摘されCTで左肺S3に最大径54mmの不整形腫瘍を認めた。中心部は拡張した気管支透亮像を伴う充実成分、辺縁はすりガラス影であり、器質化肺炎を示す所見。PET SUV max 2.18。TBBで診断に至らなかったが肺癌を疑い左肺上葉切除施行。病理は中心部に線維化と管状～乳頭状に増生する腺癌であり、辺縁はLepidic成分を伴っていた。pT2bN0M0 stageIIA。完全切除を得て無再発生存中。

学生発表

I-3 右肺S2+6区域切除後の両側多発肺結核に対してロボット支援下左上大区域切除を施行した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

藤崎 隆、平山俊希、福井麻里子、服部有俊、松永健志、高持一矢、王 志明、鈴木健司

71歳女性。背部痛の精査の胸部CTで両側多発肺結核を認めた。多くがpure GGNであったが、右S2、6及び左S1+2にpart solid noduleを認め、多発肺結核を疑いと診断。初めに右肺S2+6区域切除を施行。病理診断はAdenocarcinoma pstageIA3、pstageIA2と22個のpstage0であった。今回左肺結核を疑いcT1bN0M0 stageIA2に対してRATS左上大区域切除を施行。病理診断はAdenocarcinoma pstageIA1であった。

学生発表

I-5 S状結腸癌との同時手術を施行した特発性肺線維症合併肺癌の1例

1 東邦大学医学部 外科学講座 呼吸器外科学分野

2 東邦大学医学部 病院病理学講座

3 東邦大学医学部 外科学講座 消化器外科学分野

4 東邦大学医学部 内科学講座 呼吸器内科学分野

黒瀬泰子¹、東 陽子¹、牧野 崇¹、大塚 創¹、肥塚 智¹、栃木直文²、澁谷和俊²、船橋公彦³、本間 栄⁴、伊豫田明¹

症例は60代男性。特発性肺線維症合併右肺下葉扁平上皮癌 Stage IIA およびS状結腸 Stage IIA と診断され、胸腔鏡補助下右肺下葉切除術およびS状結腸切除術を一期的に施行した。術後問題なく、10か月間無再発生存中で良好な経過が得られたので報告する。

学生発表

I-2 左反回神経麻痺を伴う気管癌に対して気管管状切除術を施行した一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

梁 成秀、福井麻里子、平山俊希、上野泰康、大内健弘、松永健志、高持一矢、王 志明、鈴木健司

53歳女性。2年前から嗄声を自覚し前医で気管癌と診断された。腫瘍は気管分岐部から3リング頭側までの7リングの範囲に及んだ。胸骨正中切開+襟状切開にてアプローチし、下部気管から気管分岐部までを剥離、気管を36mm切離して気管形成を行った。術中診断は腺様嚢胞癌。Tension解除のため9病日までchin stitchをおいた。吻合部は問題なく経過良好で14病日に退院した。

学生発表

I-4 軟骨肉腫を疑った肋骨原発動脈瘤様骨嚢腫の1例
1 昭和大学医学部

2 昭和大学医学部外科学講座呼吸器外科学部門

布施汐理¹、山本 滋²、鈴木 隆²、新谷裕美子²、南方孝夫²、大島 穰²、氷室直哉²、片岡大輔²、門倉光隆²

症例は18歳男性。検診での胸部エックス線写真にて右第5肋骨の異常を指摘。症状なし。喫煙歴なく、既往歴なし。内軟骨腫、線維性骨異形成症、軟骨肉腫を疑った。骨シンチでは第5肋骨のみ集積。軟骨肉腫の可能性もあり全身麻酔下、胸腔鏡補助下に腫瘍のある第5肋骨を第4・5肋間筋と共に一塊として切除。胸壁はバイクリルメッシュで再建した。良好に経過し病理診断は肋骨原発動脈瘤様骨嚢腫であった。

学生発表

I-6 心拍動下冠動脈バイパス術 訓練装置 (BEAT) を使用したトレーニングの有用性

1 日本医科大学 第3学年

2 日本医科大学 心臓血管外科学

伴 望¹、石井庸介²、遠藤竜一郎¹、井関陽平²、青山純也²、廣本敦之²、鈴木憲治²、栗田二郎²、佐々木孝²、坂本俊一郎²、宮城泰雄²、師田哲郎²、新田 隆²

対象は専修医、心臓血管外科医各6名。拍動下に6回縫合。吻合時間、吻合予定部とのずれを測定し、正確性を検証した。吻合時間は両群とも1回目より6回目に有意に短縮。吻合部のずれは心臓血管外科医が 0.2 ± 0.3 から 0.2 ± 0.3 mm (NS) だったが、専修医は 0.5 ± 0.4 から 0.4 ± 0.3 mm ($p < 0.05$) と改善し、訓練の有用性が示された。

学生発表

I-7 劇症型心筋炎に対し Central ECMO を用いて救命した 1例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

岡沢優志、御子柴透、町田 海、小松正樹、田中晴城、
市村 創、山本高照、五味潤俊仁、大橋伸朗、和田有子、
瀬戸達一郎、福井大祐、岡田健次

17歳女性。既往歴無し。感冒を契機に劇症型心筋炎を発症した。
発症当日にIABPとPCPSを開始したが、翌日に臓器障害の進行
を認めた。そのため、同日右房脱血、上行大動脈送血、LV vent
のCentral ECMOを装着した。第1病日CHDF開始、第4病日人
工呼吸器離脱、第16病日ECMO離脱した。臓器障害は徐々に改
善し、第23病日CHDF離脱、第43病日独歩退院となった。

9:31~10:11 大血管①

座長 田 畑 美弥子 (大和成和病院 心臓血管外科)

I-1 解離性遠位弓部瘤の再手術における open stent を用いた工夫例

社会福祉法人三井年病院

内山大輔、竹谷 剛、長内 享、三浦純男、福田幸人、大野貴之、高本真一

症例は75歳男性、急性A型解離で上行、基部置換と2度手術歴あり。腕頭動脈と左総頸動脈のre entryからの偽腔血流で解離性遠位弓部瘤が64mmへ拡大した。偽腔内血栓多く左開胸アプローチは吻合困難や血栓のリスクが懸念され、open stentを用いた正中アプローチとした。低体温循環停止、選択的脳灌流使用下で置換後の人工血管を切開しopen stent挿入後、頸部3分枝を再建した。再開胸手術におけるopen stentの有用性を報告する。

I-2 JOSGで一層連続吻合可能であった解離性弓部瘤の再手術例

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83歳女性。10ヶ月前にDeBakey1型の大動脈解離に対して上行置換術。経過観察中に弓部残存解離の拡大を認め、手術の方針。前回の人工血管側枝より送血し、循環停止下にArch firstで弓部分枝を弓部debranch用2分枝グラフトで再建、グラフトより脳分離灌流を再開。前回の末梢吻合部を切開し、OSGをTEEガイド下に瘤の末梢まで展開後、前回人工血管と末梢大動脈に一層連続吻合。下半身の循環を再開し、分枝グラフトを人工血管に吻合した。弓部瘤の再手術にOSGを使用した症例を報告する。

I-3 肺炎と結腸癌を合併した感染性胸部大動脈瘤に対するOpen stent併用弓部置換の1例

1 藤沢市民病院 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

石井 怜¹、磯田 晋¹、山崎一也¹、松木佑介¹、富田啓人¹、益田宗孝²

73歳女性、咳嗽・発熱を主訴に前医受診し肺癌を疑われ当院紹介受診した。造影CTで肺炎、感染性胸部大動脈瘤、上行結腸癌を認め、血液培養で肺炎球菌が検出された。抗菌剤投与で炎症反応は改善し、腸閉塞のリスクが高く結腸癌切除を先行し、肺の高度癒着が予想され、結腸術後17日にOpen stentを併用した弓部置換を施行した。大血管術後33日に抗菌剤投与を終了し、独歩退院した。

I-4 三尖弁閉鎖不全症を伴う慢性大動脈解離の1例

1 自治医科大学附属病院

2 新小山市民病院

堀越峻平¹、高澤一平¹、大木伸一²、三澤吉雄¹

75歳女性。胸部CT検査などで慢性大動脈解離を認め、上行大動脈拡大による圧迫で右心系は変形し三尖弁輪の歪みを生じていた。心エコー図でValsalva洞拡大と三尖弁閉鎖不全症(TR)を認めた。手術は上行弓部置換術+三尖弁輪形成(TAP)を行いTRは消失。CT検査で右心系圧迫は解除された。大動脈拡張で三尖弁輪の歪みによるTRが発生しうる。急性期は人工血管置換のみで歪みは解消しTRは消失するが、慢性変化に伴う変形は人工血管置換に加えTAPを行う必要があると考える。

I-5 blue toe syndromeで発症した弓部下大動脈多発囊状瘤に対して、2-debranching TEVAR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75歳男性。右第2、3足趾潰瘍のため他院を受診した。CTで弓部下大動脈の多発囊状瘤及び多量の壁血栓を認め、治療目的に当科紹介となった。全身状態不良(維持透析、肺気腫等)で、病変が広範なことから、2-debranching TEVARを選択した。術後経過は良好で、右足趾の潰瘍も処置により軽快、リハビリのため第23病日に転院した。

10:11~10:59 大血管②

座長 益原大志（東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科学分野）

I-6 急性大動脈解離（Stanford A、DeBakeyIIIbR）に対しTEVARにて治療し得た1例

東京都健康長寿医療センター

村田知洋、河田光弘、西村 隆、許 俊鋭

症例は88歳女性。9年前に他院にて急性大動脈解離（DeBakeyI-IIb、偽腔閉塞型）にて保存加療後、当院内科にて外来通院中であった。3年前から下行大動脈瘤を認めていたが手術は拒否。2017年11月朝に突然の胸痛出現し当院受診。造影CTにて瘤の拡大、そこをentryとした上行に達するDeBakeyIIIbRの偽腔閉塞型の急性大動脈解離を認め当科コンサルト。手術の同意を得て同日緊急手術を施行。術後経過は良好であり、術後15日目に独歩退院した。若干の文献的考察を踏まえここに報告する。

I-7 大動脈閉塞を伴う急性B型大動脈解離に対しTEVARを行い救命しえた1例

信州大学医学部付属病院 心臓血管外科

御子柴透、福井大祐、和田有子、瀬戸達一郎、岡田健次

88歳女性、急性B型大動脈解離発症7時間後に下肢虚血症状が出現し、CTで腎動脈下腹部大動脈閉塞を認め当院救急搬送。緊急TEVAR施行した。下肢虚血解除までは症状出現後約7時間であった。術後直後よりCHDFを開始し、明らかな再灌流傷害は認めず、下肢は救済できたが、術後2日目に結腸壊死認め、全結腸切除を要した。入院149日目にリハビリ転院となった。大動脈閉塞を伴う急性大動脈解離は死亡率の高い病態であるが、早期にTEVARを行い救命しえた。

I-8 部分弓部大動脈人工血管置換術後の末梢側吻合部瘤に対してdebranching TEVARを施行した1例

筑波メディカルセンター病院 心臓血管外科

川又 健、佐藤藤夫、永井 竜、逆井佳永、池田晃彦

症例は68歳女性。急性大動脈解離に対して部分弓部大動脈人工血管置換術後15年で末梢側吻合部の仮性瘤を認めた。再胸骨正中切開での手術ではリスクが高いと判断し、術式として右腋窩動脈-左総頸動脈・左腋窩動脈バイパス術、2-debranching TEVARを選択した。経過は良好で、術後12日で退院となった。胸部大動脈再手術症例において、debranching TEVARは低侵襲かつ合併症も少ないことから、有用な術式と考えられた。

I-9 末梢側に解離が残存した人工血管吻合部出血に対してflapを開窓後にTEVARを施行した一例

大和成和病院

乗松東吾、山形顕子、米花知伸、辻麻衣子、関 宏、

畝 大、田畑美弥子、倉田 篤

47歳男性、解離性大動脈瘤に対して末梢側をdouble barrel吻合とした下行置換術が施行されていた。手術2か月後、背部痛・血痰あり造影CTにて末梢側吻合部からの出血・血腫が明らかになった。緊急でTEVARの方針となったが、末梢吻合部からflapまでの距離が短い事が問題であったため、ガイドワイヤーにてflapを切開するcheese wire法を用いてLanding zoneを確保しデバイス留置に成功した。その後のCTにて血腫は消退傾向にあった。

I-10 遠位弓部ホモグラフト置換後の吻合部破裂に対しdebranching TEVARを施行した一例

東京大学医学部附属病院

金子沙樹、山内治雄、小前兵衛、峯岸祥人、木下 修、

高山利夫、小野 稔

症例は74歳女性。慢性B型大動脈解離に対し全弓部大動脈置換術を施行2年後に、人工血管周囲膿瘍と診断され当院紹介。遠位弓部人工血管のみホモグラフト置換し広背筋弁を充填した。術後に弓部人工血管周囲膿瘍を再発したが大胸筋弁を用い創部被覆し感染治癒した。その2年後に突発性胸痛を自覚し、ホモグラフト中樞側吻合部破裂と診断。両側腋窩動脈間バイパス後に弓部人工血管内zone2相当部までステントグラフトを挿入し救命し得た。

I-11 偽腔開存型慢性期B型大動脈解離に対し偽腔塞栓術を行った一例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

山本浩亮、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、田村友作、

渡邊倫子、乾 友彦、稲毛雄一、焼田康紀、若林 豊、

柴田祐輔、山田隆熙、松宮護郎

慢性期B型大動脈解離の46歳男性。TX-Dでのzone2 TEVARでentry閉鎖施行。その後、偽腔拡大が続きre-entry閉鎖を検討中の術後7ヶ月目に対麻痺を発症。術後10ヶ月目に背部痛を繰り返し自覚。造影CTで偽腔拡大進行を認め、切迫破裂の診断でplug+coilで偽腔塞栓術を施行。その後症状は軽快し、偽腔への血流減少を確認。同方法は特殊な状況下では有用な方法の一つと考えられた。

10:59~11:39 大血管③

座長 三浦純男 (三井記念病院 心臓血管外科)

I-12 右側大動脈弓を伴う Kommerell 憩室に対し手術を施行した一例

日本大学医学部 心臓血管外科

鈴木馨斗、宇野澤聡、田岡 誠、大幸俊司、日野浦礼、

北住善樹、北島史啓、田中正史

55歳男性。胸部レントゲンで異常陰影を指摘され精査の結果、右側大動脈弓を伴う Kommerell 憩室を認めた。左鎖骨下動脈は起始異常を認め食道背側を走行していた。経過観察中に憩室が33mmと拡大を認めたため frozen elephant trunk 法を用いた全弓部置換術を施行した。右側大動脈弓と左鎖骨下動脈起始異常の合併は0.04-0.4%との報告もあり、さらに Kommerell 憩室を合併した一手術例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

I-13 右側大動脈弓を伴う Kommerell 憩室に対し TEVAR を施行した1例

湘南藤沢徳洲会病院 心臓血管外科

長塚大毅、片山郁雄、野口権一郎、山部剛史

【背景】右側大動脈弓を伴う Kommerell 憩室は解離や破裂の原因となり手術適応となるがステントグラフトの報告例は少ない。【症例】49歳男性。健診のCTで指摘され手術の方針となった。【手術】RAO 80°でも右鎖骨下動脈の分離が難しくラジフォーカスガイドワイヤーを右上腕動脈より挿入し merkmal とした。Gore cTAG313115J を留置し endoleak はなかった。【考察】本症例は左鎖骨下動脈起始異常の合併はなくステントグラフトの良い適応と考えられた。文献的考察を含め報告する。

I-14 右側大動脈弓・Kommerell 憩室を伴った肺動脈瘤に対して肺動脈置換術を行った一例

国立国際医療研究センター病院

入澤友輔、藤岡俊一郎、宝来哲也

患者は60歳男性、肺動脈瘤の診断にて、近医より紹介となった。術前のCTでは右側大動脈弓・Kommerell 憩室を伴う肺動脈瘤(81mm×54mm)を認めていた。主肺動脈は紡錘状に拡張しており、左右肺動脈は瘤から起始していた。上行大動脈送血、SVC IVC の2本脱血にて人工心肺を確立、心拍動下に肺動脈置換術を施行した。術後経過は問題なく、術後16日目に退院となった。肺動脈瘤は稀であり、手術の際に苦労した点など、文献的考察を加えて症例報告とする。

I-15 高エネルギー外傷による外傷性大動脈損傷に対し緊急 TEVAR を施行して救命し得た1例

筑波記念病院 心臓血管外科

倉橋果南、西 智史、清水隆玄、吉本明浩、森住 誠、末松義弘

症例は49歳女性。交通外傷により、前医で大動脈弓部損傷を含む多発外傷と診断された。TEVAR 目的に当院にへり搬送され、救命を優先し左鎖骨下動脈を sacrifice し緊急 TEVAR 施行した。術後経過は良好である。外傷性大動脈損傷の致死率は極めて高い。従来は開胸手術が主流であったが、現在は TEVAR が第一選択となっている。手術時間短縮のため左鎖骨下動脈は単純閉鎖に留めた。迅速な患者搬送、適切な治療戦略により良好な転帰を得た。

I-16 大動脈解離術後に人工血管屈曲による機械的溶血性貧血をきたした1例

東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科

布井啓雄、藤井毅郎、大熊新之介、磯部 将、川田幸太、

片柳智之、片山雄三、益原大志、小澤 司、塩野則次、渡邊善則

52歳男性。2年前急性大動脈解離 Stanford A型発症、Bentall手術、上行弓部大動脈置換、オープンステントグラフト術施行。その後リハビリ目的に転院、経過観察中に高度の貧血認めため頻回の輸血を行った。精査で、上行大動脈の人工血管屈曲による溶血性貧血を疑い、再手術の方針とした。手術は人工血管屈曲部を切除、再縫合とした。術後貧血進行なく経過良好である。

13:20~14:00 大血管④

座長 郷田素彦（横浜市立大学附属病院 心臓血管外科）

I-17 急性A型大動脈解離の脳灌流障害に対し頸動脈再建を併施した5例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

町田 海、和田有子、瀬戸達一郎、福井大祐、岡田健次

急性大動脈解離術前の頸動脈エコーで偽腔圧排による高度灌流障害を認め、頸部切開し狭窄部末梢の再建をすることで良好な成績を得た5例を報告する。全例術前に頭部単純CT/MRIを撮影し2例で急性期脳梗塞を認めた。頭部冷却と速やかな順行性選択的脳還流を開始し、5例は狭窄部末梢で直接カニューレションを追加し、1例は腋窩送血を併施した。術前から不全麻痺のある3例は術後症状の増悪なく、2例は無症状で退院した。若干の文献的考察を含め報告する。

I-19 サルモネラ菌感染による感染性弓部大動脈瘤破裂の1例

東海大学医学部 心臓血管外科

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

症例は、69歳男性、前胸部圧迫感、倦怠感、悪寒を主訴に前医受診。熱源不明の感染症として抗生剤投与も改善乏しく当院内科へ転院搬送。当院CT検査で感染性弓部大動脈瘤破裂の診断。同日緊急手術を施行。瘤周囲組織をサージラップでデブリードマンし洗浄。リファンピシン浸漬人工血管で弓部全置換術を施行した。動脈壁からサルモネラ菌が同定され、術後6週間の抗生剤加療を行い、経過良好で退院された。

I-21 多発性大動脈瘤破裂に対して二期的手術を行った一例

1 相模原協同病院 心臓血管外科

2 日本大学医学部附属板橋病院 心臓外科

白水御代¹、吉武 勇¹、服部 努¹、井坂 晋¹、田中正史²

71歳女性。心窩部痛を主訴に前医受診し多発性大動脈瘤(上行54.7mm、弓部43.3mm、下行76.8mm、腹部41.3mm)を背景にした遠位弓部大動脈瘤切迫破裂の診断にて紹介。来院時出血性ショックを認め緊急上行弓部大動脈人工血管置換、オープンステントグラフト内挿術を施行。術後症状改善し術6日後に準緊急TEVAR施行。合併症なく発症24日目に独歩退院。多発性大動脈瘤の非破裂瘤に対する手術方針には一定の見解はなく、文献的考察を加え報告する。

I-18 胸骨、気管支、上大静脈を圧排した巨大梅毒性上行大動脈瘤の1例

総合病院土浦協同病院 心臓血管外科

平山大貴、安川 峻、平岡大輔、真鍋 晋、大貫雅裕、広岡一信
症例は62歳男性。主訴は呼吸困難で、気管支がほぼ閉塞し、前医にて挿管され当院へ搬送となった。CTでは最大径90mmの上行大動脈瘤が周囲臓器を圧排しており緊急手術となった。循環停止下に胸骨正中切開し、脳分離体外循環下に部分弓部置換術を行った。術後経過は良好であり、抗生剤治療のち、術後20日で独歩退院となった。梅毒性血管炎は稀な疾患であり文献的考察を踏まえて報告する。

I-20 下行大動脈瘤を呈した高安動脈炎の1例

心臓血管研究所付属病院

佐々木健一、有村聡士、松濱 稔、國原 孝

下行大動脈瘤(TAA)を呈した高安動脈炎の外科的治療を報告する。

症例はHLA-B52陽性の70歳男性。造影CTにてTh10-12に首座を置く57mmのTAA、右鎖骨下動脈狭窄、左鎖骨下動脈閉塞を認めた。左上腕動脈の血流はTAA近位からの肋間動脈に依存。手術はこの肋間動脈を温存するよう左第7肋間前側方開胸、肋骨弓切除し、Th12起始のAdamkiewicz動脈を後壁に残して軽度低体温open distal anastomosisにより人工血管置換術を施行。左上肢虚血や脊髄障害なく術後15日に自宅退院した。文献的考察も含め報告する。

I-22 瘤径70mmを呈した巨大バルサルバ洞動脈瘤の一例

相澤病院 心臓血管外科

村山大輔、大津義徳、恒元秀夫

【はじめに】バルサルバ洞動脈瘤は比較的稀な疾患である。今回我々は瘤径70mmの巨大バルサルバ洞動脈瘤の一症例を経験したので報告する。【症例 59 y.o. F】息苦しさを主訴に近医受診、血圧高値を認め降圧薬内服し症状消失した。初診時の聴診にてARを指摘され当院紹介、UCG、CTにてmassive AR+バルサルバ洞動脈瘤(70mm)の診断にて当科紹介となり、m-Bentall手術施行(J-graft Valsalva 26mm、CEP MAGNA EASE 23mm)。術当日抜管、その後の経過良好でPOD 17に独歩退院した。若干の文献的考察を含め報告する。

I-23 右房側にパウチを形成したバルサルバ洞破裂右房穿破の1例

北里大学病院 心臓血管外科

大友勇樹、北村 律、鳥井晋三、美島利昭、大久保博世、小林健介、田中佑貴、笹原聡豊、堀越理仁、宮地 鑑

37歳女性、NYHA I度。検診で心雑音を指摘され当院紹介受診し、精査にてバルサルバ洞破裂右房穿破と診断され手術となった。大動脈右冠洞の右冠尖-無冠尖交連寄りの弁輪近くに7mm大の小孔を認め、右房内にフジツボ様のパウチを形成し穿破していた。右房内でパウチを切除し断端を直接閉鎖、大動脈側の小孔はパッチ閉鎖した。切除組織の病理所見は硝子化、線維化を伴い、弾性繊維の途絶した血管壁組織であった。

I-24 心室中隔欠損症(I型)に伴うバルサルバ洞破裂で急性心不全を呈した一例

1 竹田総合病院 心臓血管外科

2 総合東京病院 心臓血管外科

川島 大¹、齋藤正博¹、前場 覚²

44歳女性。40年前、心室中隔欠損症(VSD)の既往あり(非手術)。1ヶ月前より労作時の息切れ、呼吸困難の急激な増悪認め、精査にて、Valsalva洞破裂に伴う、右室流出路狭窄、急性心不全と診断された。心不全治療後、転院となった。術中所見では、右冠尖部のValsalva洞が、VSD(1型)にはまり込み、嚢状を呈し、破裂をきたしていた。大動脈側と肺動脈側の両方向からValsalva洞破裂部をパッチ閉鎖、心室中隔欠損孔を閉鎖、大動脈弁形成術を行い、第12病日退院した。

I-25 若年性Marfan類似結合組織疾患の胸腹部大動脈瘤(Crawford I型)に対する1手術例

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、澁谷泰介、益田宗孝

17歳男性、Marfan類似結合組織疾患。生後2ヶ月でPDA ligation、14歳で自己弁温存大動脈基部置換術(re-implantation)の既往があり、今回は胸腹部大動脈瘤(Crawford I型)が最大短径7cm(1cm/年)と拡大傾向あり、外科治療の方針となった。手術は部分体外循環下に、分節遮断で近位下行大動脈から腎動脈分岐上まで人工血管置換し、Adamkiewicz動脈はLoop graft法で再建した。対麻痺なく、術後21日目に軽快退院した。

15:40~16:20 先天性①

座長 金子幸裕 (国立成育医療研究センター 心臓血管外科)

I-26 心臓・大血管位置関係が (S、D、L) にある両大血管右室起始症の1手術症例

東京大学 大学院・医学部 心臓外科学

近藤良一、平田康隆、益澤明広、高岡哲弘、小野 稔

症例は2ヶ月の女児。心雑音を契機に、日齢12に心臓・大血管位置関係 (S、D、L)、両大血管右室起始症、大動脈弁下心室中隔欠損と診断。一次的根治は可能と判断。経右房、経三尖弁アプローチ。大動脈弁は通常右室流出路の方向に存在。心室中隔欠損は傍膜様部型的位置であったが、三尖弁との間に筋性部あり、筋性部心室中隔欠損と診断。大動脈弁左側は三尖弁と離れており、運針はやや困難であったが、連続縫合でパッチ閉鎖。文献的考察を加えて報告する。

I-28 動脈スイッチ手術における冠動脈壁内走行に関する検討

千葉県こども病院

卯田昌代、青木 満、萩野生男、梅津健太郎、齋藤友宏、

小林 慶

dTGA (I)、PDA、PFO の男児。Laid-back 造影にて冠動脈 Shaher I 型と診断され、日齢7に動脈スイッチ術を行った。冠動脈は外観上 Sinus1、Sinus2 からの起始に見えたが、起始部のふくらみは観察できなかった。内部より見ると、両冠動脈口は facing commissure 直上に隣接して開口し、左冠動脈は壁内走行であった。左冠動脈の入口部を 3mm Cut back、内膜切除し、Mee 法にて移植した。当院で動脈スイッチを行った冠動脈 Shaher 5a および壁内走行症例3例を加えて考察し、報告する。

I-30 右肺欠損症例に対する総肺静脈還流異常症の1手術例

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

右肺欠損と混合型総肺静脈還流異常(左下肺静脈は冠状静脈洞へ、左上肺静脈は無名静脈へ還流)の児が在胎33週5日、1501gで出生。左下肺静脈狭窄が進行したため日齢81、体重2722gで手術を行った。胸骨正中切開、左房切開で冠状静脈洞を左房に開放、肺静脈内の隔壁を切除し心房中隔欠損を閉鎖した。左上肺静脈の左心耳への吻合は行わなかった。心臓型総肺静脈還流異常に対する冠静脈洞切開を左房切開で行った報告はないが、右肺欠損を合併する場合には優れた到達法と考える。

I-27 三尖弁閉鎖不全を伴う純型肺動脈閉鎖症に対し Starnes 手術を施行した1例

千葉県こども病院

小林 慶、青木 満、萩野生男、斎藤友宏、梅津健太郎、

卯田晃代

症例は男児。純型肺動脈閉鎖症、三尖弁閉鎖不全の診断で、日齢11日に肺動脈弁切開、BT シャント、三尖弁交連切開術を行った。術後、肺動脈弁、三尖弁逆流による右心系拡大と共に心不全を認め、生後3ヶ月時に Starnes 手術を施行した。一方向弁付き穴空きパッチで三尖弁を閉鎖した。右室縫縮は行わなかったが、術後15日のCTで右室内腔は消失し、心不全症状も改善した。純型肺動脈閉鎖症に対し同様の手術を行った他の2例の経過を含め、文献的考察を加えて報告する。

I-29 Non confluent PA を伴った単心室症に対して自己心膜ロールを用いた肺動脈再建を行い TCPC まで到達した1例

長野県立こども病院

米山文弥、岡村 達、瀧口洋司、上松耕太、原田順和

症例、BW13.2kg、女児。診断は {S、D、X} SRV、DIRV、DORV、non-confluent PA、bilateral PDA。日齢11:右BTS (3.5mm)、2か月:左BTS (3.5mm) 施行。2歳2か月:両側BTS take down、左右肺動脈間距離は3cmであり自己心膜ロールを用い肺動脈形成及び右BTS (5mm) 施行。2歳9か月:BDG 施行、3歳11か月でTCPCに到達した。自己心膜ロールを用い肺動脈を再建しTCPCまで到達した症例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

I-31 Rastelli 術後遠隔期に肺動脈再建部破裂により縦隔内血腫を来した1例

東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科

磯部 将、片山雄三、小澤 司、保坂達明、矢尾尊英、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、塩野則次、渡邊善則

症例は33歳女性、d-TGA3型に対し4歳時ウマ心膜ロールを用いたRastelli手術、11歳時と30歳時にre-RVOTRを施行。今回、前胸部痛のため緊急入院、造影CTで縦隔内血腫と診断。補助循環下に胸骨正中切開でアプローチ、肺動脈再建部の破裂を確認し縫合止血した。Rastelli術後遠隔期にウマ心膜ロール部の肺動脈破裂を来した1例を報告する。

I-33 大動脈縮窄、大動脈一尖弁、胸部大動脈瘤、動脈管開存、心房粗動の成人例に対する手術経験

聖隷浜松病院 心臓血管外科

櫻井陽介、小出昌秋、國井佳文、五十嵐仁、高柳佑士

症例は47歳男性。健診にて心房粗動を指摘され当院に紹介となった。大動脈弓の屈曲を伴う大動脈縮窄、胸部大動脈瘤、腕頭動脈瘤、一尖弁による大動脈弁閉鎖不全、動脈管開存を認めた。体外循環下に動脈管閉鎖、右房メイズ、大動脈弁置換術、上行弓部大動脈全置換術、下行大動脈オープンステント内挿術を行った。術後経過は良好であった。非常に稀な病態であり、術式の考察、文献的考察を含めて報告する。

I-32 異型大動脈縮窄症に対し血行再建を施行した2症例の検討

埼玉県立小児医療センター

高木智充、野村耕司、黄 義浩、川村 廉

症例(1)2歳3ヶ月男児。2歳頃より顔面浮腫で近医受診。心拡大、心機能低下を指摘され精査し上下肢圧較差50mmHgの異型大動脈縮窄症の診断となり、PTFEパッチにて大動脈再建術を施行。症例(2)1歳11ヶ月女児。1歳8ヶ月時感冒で近医受診。収縮期心雑音、左室肥大を指摘され精査し上下肢圧較差90mmHgの異型大動脈縮窄症の診断となり、Hemashield人工血管による下行大動脈バイパス術を施行。2症例共術後上下肢圧較差は消失。2例の異型大動脈縮窄症に対し術式選択を中心に文献的考察を加え報告する。

I-34 Handmade covered stentを用いた直視下肺静脈ステント内挿術の一例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科

尾澤慶輔、保土田健太郎、細田隆介、岩崎美佳、枘岡 歩、鈴木孝明

症例は2歳男児。右上中肺静脈閉塞、右下肺静脈および左上下肺静脈の左房流入部狭窄に対して2度の狭窄解除術を施行した。その後も肺静脈狭窄の進行を認め、人工心肺下でのステント内挿術を施行した。手術は右房切開から心房中隔を介して左上下肺静脈に0.1mm Goretex patchを巻き付けたステントを留置した。術後6ヶ月の経過でステント内狭窄は認められていない。今回、直視下肺静脈ステント内挿術を経験したため報告する。

I-35 Norwood-Rastelli 術後 10 年に自己大動脈及び大動脈弁の成長を認め、Rastelli 手術の Take down を行った一例
北里大学病院 心臓血管外科
笹原聡豊、堀越理仁、北村 律、鳥井晋三、美島利昭、小林健介、大久保博世、田中佑貴、大友勇樹、宮地 鑑
10 歳男児。生後 1 か月に大動脈弁狭窄、大動脈縮窄、大動脈弓部低形成、心室中隔欠損症の診断に至った。左室容積と僧房弁輪径は正常であったが、二尖大動脈弁狭窄と大動脈低形成により段階的 Norwood-Rastelli 手術を施行した。10 年後に心臓カテーテル検査を施行した結果、自己大動脈及び大動脈弁の成長を認めたため、Rastelli 手術の Take down と RVOTR を施行した。

I-37 心膜検体 PCR で確定診断を得たパルボウイルス陽性収縮性心膜炎の 1 例
国立成育医療研究センター 心臓血管外科
吉竹修一、金子幸裕、阿知和郁也、武井哲理
5 歳男児。3 歳時感冒症状後から低蛋白血症を認めた。蛋白漏出シンチグラフィーにより、蛋白漏出性胃腸症と診断された。心エコーで 3 度僧帽弁逆流と左房拡大を認め、心臓カテーテル検査では左右心室拡張末期圧が 18mmHg に上昇していた。CT で一部心膜肥厚を認め収縮性心膜炎と診断し、心膜切除術を施行したところ低蛋白血症の改善を認めた。心膜標本の PCR のみでしかパルボウイルスゲノムが検出されず、確定診断には組織 PCR まで施行する必要があると考えられた。

I-36 偽性肺分画症に unifocalization を施行した 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、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
7 ヶ月、7kg の女児。生後より心雑音を指摘され、胸部 CT にて Th8 レベルの下行大動脈から起始し左下葉を還流する異常肺動脈を認めた。気管支の構造は正常で偽性肺分画症と診断、左室拡大傾向もあり手術を施行した。左第 5 肋間開胸にて異常肺動脈を剥離し大動脈起始部で離断後、左肺動脈中葉枝に端側吻合した。吻合直後より左下葉の充血が改善し、EtCO₂ 上昇を認めた。術後経過良好で術 8 日目に退院した。文献的考察を加え報告する。

I-38 術前 IE への抗生剤治療で胆石を合併した 1 例
日本医科大学付属病院 心臓血管外科
井関陽平、佐々木孝、鈴木憲治、青山純也、上田仁美、高橋賢一郎、廣本敦之、栗田二郎、坂本俊一郎、宮城泰雄、石井庸介、師田哲郎、新田 隆
症例は 10 歳女児。III 型 TGA の診断で 1 ヶ月時に BT シャント 2 歳時に Rastelli 術が行われた。導管閉塞に対し手術予定であったが、術前に C. hominis による IE を認め CTRX+GE を投与した。投与 2 週間後 CTRX による胆石を認めた為 CTX に変更し、計 6 週間抗生剤治療後手術を施行した。胆石に関しては保存的に経過観察可能であった。稀な経過をたどった症例で有り文献的考察を加えて報告する。

第Ⅱ会場：501B

9：40～10：12 先天性・その他

座長 神崎正人（東京女子医科大学医学部 外科学（第一）講座）

Ⅱ-1 21歳で手術を受けた先天性肺気道奇形の1例

前橋赤十字病院 呼吸器外科

牛久保慧、伊部崇史、吉川良平、大沢 郁、井貝 仁、
上吉原光宏

21歳男性。12歳時に胸部打撲精査のCTで右下葉肺内の嚢胞性病変を指摘。前医にて9年間フォロー後、当科紹介受診。先天性肺気道奇形の診断で手術の方針とした。胸腔鏡下右肺下葉切除を施行。病理組織学的に、肺実質内に3-18mm大嚢胞性病変を多数認め、線毛円柱上皮が裏打ちすることから、先天性肺気道奇形CPAMⅡ型と診断された。思春期に偶然発見され成人期に手術治療を行った、CPAMの1例を経験したので報告する。

Ⅱ-2 気胸を契機に発見された気管支閉鎖症の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター

明島良太、大野慧介、峯岸健太郎、大谷真一、坪地宏嘉、
遠藤俊輔

症例は14歳、女性。繰り返す右気胸のため当院紹介。CTで右S1の気腫性変化、B1の途絶および末梢側の気管支拡張像、肺尖の多発プラ、S1の圧迫によるS2及びS3の容量低下を認めた。気管支閉鎖症に合併した気胸と診断し、胸腔鏡下右肺上葉切除術を施行。手術時間200分、出血量60ml。術後13日に退院。切除標本で右S1領域に粘液貯留を伴う拡張した末梢気管支を認めたが、中枢気管支との交通は認めず。気管支閉鎖症による気胸は比較的稀であり、文献的考察を踏まえて報告する。

Ⅱ-3 気管支内過誤腫の1切除例

1 国立病院機構 渋川医療センター 呼吸器外科

2 国立病院機構 渋川医療センター 病理診断科

伊藤優志¹、高瀬貴章¹、永島宗晃¹、鈴木 司²、川島 修¹

61歳男性。大腸癌の術前検査で胸部異常影を指摘され紹介受診となった。CTで右B6気管支を閉塞する病変とそれより末梢の閉塞性肺炎像を認めた。気管支鏡検査では右B6入口部を完全閉塞するポリポイド病変を認めた。同部位を生検したが悪性所見は認められなかった。未確定であり閉塞性肺炎を繰り返していることから右S6区域切除術を施行した。病理組織検査では気管支内過誤腫と診断された。気管支発生過誤腫は稀であり文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-4 腹膜透析を契機に発見した横隔膜交通症の1手術例

東京女子医科大学病院 呼吸器外科

光星翔太、前田英之、片桐さやか、葭矢健仁、青島宏枝、
井坂珠子、松本卓子、小山邦広、村杉雅秀、神崎正人

症例60代、男性。腹膜透析を開始後7ヶ月で右胸水貯留が出現し、横隔膜交通症が疑われた。99mTc-MAAシンチグラフィで腹腔内から胸腔内へ99mTc-MAAの移行を認め、横隔膜交通症と診断した。術中所見で臍中心前方に欠損孔を認め、同部位を縫縮、補強目的で広背筋弁で被覆した。術後経過良好で第10病日に退院。今回、横隔膜交通症に対して胸腔鏡下手術を施行した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

II-5 胸腔からアプローチした右外傷性横隔膜ヘルニアの一例

慶應義塾大学医学部 外科学(呼吸器)

大村征司、橋本浩平、加勢田馨、政井恭兵、高橋祐介、大塚 崇、菱田智之、浅村尚生

53歳男性。31年前に、交通外傷で右側腹部を受傷した。4年前より軽度の体動時呼吸苦が出現し、CTで右横隔膜ヘルニアの診断となり、当院に紹介された。その後もヘルニア内容の増加を認め、手術の方針とした。右前側方切開を行い、胸腔に上行結腸と肝臓全体を認めた。癒着剥離の後に腹部臓器を還納すると、横隔膜の腱中心に約15×10cmの欠損を認めた。欠損部を二重のポリプロピレンメッシュで再建した。術後3か月で再発を認めない。

II-6 外傷性気管損傷の一例

千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学

太枝帆高、和田啓伸、坂入祐一、田村 創、藤原大樹、鈴木秀海、中島崇裕、山田義人、千代雅子、吉野一郎

71歳男性。乗用車運転中の単独事故にて受傷した。胸部CTにて気管膜様部の欠損が疑われ、気管支鏡にて気管分岐部より3cm近位の膜様部に裂創を認めた。気管挿管の後に当院へ搬送となった。他臓器外傷は認めなかった。手術は3cm長の膜様部裂創を4-0 PDSにて連続縫合して閉鎖し、肋間筋弁で被覆した。経過は良好であった。文献的考察を加え報告する。

II-7 気管チューブによる気管損傷に対する気管縫合術の一例

1 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

2 横浜市立大学附属病院 外科治療学

額田 卓¹、西井鉄平¹、野間大督¹、乾 健二¹、益田宗孝²

61歳、女性。右多発嚢胞腎破裂と出血性ショックで前医へ救急搬送され、気管挿管下で当院へ転院搬送された。動脈塞栓術で血行動態は安定したが、皮下・縦隔気腫と酸素化の悪化を認めたため、気管支鏡を施行した。気管チューブ先端から気管分岐部までの気管膜様部に裂開を確認でき、左片肺換気とした上で緊急手術に臨んだ。右後側方切開で気管縫合術を施行し、術後経過は良好であった。

II-8 登山滑落事故による多臓器外傷(肋骨骨折・横隔膜損傷・肝損傷・外傷性血気胸)

公益財団法人日産厚生会玉川病院

梶原健嗣

65歳男性、2017年夏登山中10m滑落し救急病院に搬送され、肋骨骨折・血気胸と診断された。10日後に当院へ転院となった。入院後、胸腹部CTで右血気胸・肺損傷・多発肋骨骨折・鈍的肝損傷が疑われた。胸腔鏡下手術を施行した。横隔膜裂傷・肝損傷あり多量の出血を認めた。肺・肝損傷修復、横隔膜縫合、肋骨骨折整復術を施行した。滑落事故に伴う胸部打撲では血気胸や肋骨骨折のみでなく、腹部臓器にも影響を認める例がある。肋骨骨折断端が腹腔内臓器を損傷する可能性があることも考慮する。

II-9 左肋骨横隔膜近傍の集族性ブラが原因であった若年女性気胸の一例

1 東海大学医学部附属八王子病院

2 東海大学医学部

中村雄介¹、中川知己¹、西海 昇¹、山田俊介¹、岩崎正之²

21歳、女性。健診発見の左自然気胸にて他院で安静療法を施行されていたが2か月後に虚脱が進行し当科受診。CTでブラを指摘できず。気胸の発症と月経周期に関連を認めず。胸腔鏡審査もかねて手術施行。各肺葉を丹念にリークテストを施行して気漏部位を検索。左肋骨横隔膜近傍の肺底部に集族性のブラを認め同部位からの気漏を確認し切除した。CTを見返したがやはりブラは指摘できず。特異な場所に出来たブラであったため術中所見を呈示する。

II-10 臓側胸膜の異所性子宮内膜組織から肺癭を認めた月経随伴性気胸の1例

1 杏林大学 外科学(呼吸器・甲状腺)

2 杏林大学 病院病理部

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

症例は45歳女性、月経12日目に胸痛を自覚し右気胸と診断された。入院後、肺癭が持続し月経2日目に手術を行ったところ、横隔膜や臓側胸膜に茶褐色の斑状病変を認めた。臓側胸膜の斑状病変から肺癭を認め、同部位から病理学的に子宮内膜間質が確認された。月経随伴性気胸の発症機序には様々な仮説があるが、胸膜子宮内膜症説を裏付ける症例を経験したので報告する。

II-11 原発性肺癌術後中葉捻転の1例

昭和大学医学部 外科学講座呼吸器外科学部門

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

手術後の重篤な合併症に中葉捻転がある。その1例を経験した。67歳女性、右肺上葉S1の16mmの肺腺癌に対し右上葉切除を施行した。手術時分葉は良好であった。胸部X線写真で右上肺野の透過性が低下したが3POD気管支鏡検査ではB4+5の開存を確認した。次第に胸部X線写真の浸潤影は増悪した。14PODの胸部CTで中葉無気肺の増加を認め、肺動脈中葉枝がwhirl signを呈していた。中葉捻転と診断し、右中葉切除を施行した。文献的考察を加え報告する。

II-12 第一病日に捻転解除を行った術後中葉捻転の1例

昭和大学横浜市北部病院

大橋慎一、北見明彦、高宮新之介、佐野文俊、田中洋子、
鈴木浩介、植松秀護、門倉光隆

症例は60代男性。cT1bN0M0肺腺癌の診断で胸腔鏡下右上葉切除を施行した。第1病日のエックス線写真で右中葉の含気低下を認め、気管支鏡で中葉区域支の狭窄を認めた。CT所見も確認し中葉捻転と判断した。初回手術34時間後に緊急手術を施行した。中葉は気管支血管茎を軸に約180度回転していた。中葉の色調変化は軽度で、血流の途絶も少ないと判断し捻転を解除した。中葉と下葉を縫合固定した。中葉捻転が疑われた場合は可及的速やかな手術が必要である。

II-13 GGN経過観察中に充実性結節へと変化した肺原発DLBCLの1切除例

土浦協同病院 呼吸器外科

山岡賢俊、河村知幸、小貫琢哉、稲垣雅春

症例は86歳女性。喫煙歴なし。右肺上葉に8mmのpure GGNを指摘された。陰影は緩徐に増大し、2年9ヶ月後に11×9×13mm大の充実性結節に変化した(SUVmax=6.7)。肺癌を疑い部分切除した。病理結果は、T-cell/histiocyte rich DLBCLであった。高齢のため後療法は行わなかった。肺原発悪性リンパ腫はMALTリンパ腫が多く、孤立性結節を呈する肺原発DLBCLの報告は少ない。本症例は、高分化型肺腺癌を疑うGGNで発見され経過中に充実性結節影へ変化した。若干の文献的考察を加えて報告する。

II-14 非ホジキンリンパ腫に合併した定型カルチノイドによる閉塞性肺炎に対する一切除例

新潟県立がんセンター新潟病院

橋本 諒、岡田 英、青木 正、吉谷克雄

症例は73歳、男性、約1年半前に健診で貧血と右上肺野に結節を指摘された。血液内科を受診し右肺内結節を伴った非ホジキンリンパ腫と診断された。化学療法を施行したが右肺腫瘍は治療に反応せず、気管支鏡検査でカルチノイドと診断され、手術療法を勧められたが患者は経過観察を希望した。診断3か月後に閉塞性肺炎を併発しコントロール不良であり、右上葉管状切除+リンパ節郭清を行った。病理診断は定型カルチノイドであった。

II-15 気道および食道ステント留置を施行した食道癌術後の胃管気管瘻の一例

1 東京医科大学病院 呼吸器外科・甲状腺外科

2 東京医科大学病院 消化器・小児外科

山田祐揮¹、今井健太郎¹、前原幸夫¹、萩原 優¹、立花慎吾²、
垣花昌俊¹、岡野哲也¹、梶原直央¹、大平達夫¹、池田徳彦¹

51歳男性。進行食道癌(Mt cT2N3M0 cStageIII)のため化学放射線療法後に手術を施行した。術後縫合不全となり治療中、気管膜様部に胃管気管瘻の発生を認めた。肺転移も出現したため、姑息的治療の方針となり胃管気管瘻に対して気管ステントと食道ステントをそれぞれ留置した。経口摂取可能になり社会復帰し得た症例を経験したので報告する。

II-16 食道癌診療における血清p53抗体検査の意義

東邦大学大学院消化器外科学講座

島田英昭

血清p53抗体検査の意義について概説する。全症例での陽性率は約25%である。ステージ1症例での陽性率は15%程度である。他の腫瘍マーカーと比較して比較的早期での陽性率が高いことが特長的である。手術前陽性症例においては、手術後の抗体価の変化は治療経過のモニタリングに有用である。抗体価の低下しない症例では高率に再発する傾向がある。

Ⅱ-17 胸壁原発骨外性粘液型軟骨肉腫 (EMC) の一例

埼玉医科大学総合医療センター

杉山亜斗、山口雅利、井上慶明、青木耕平、福田祐樹、
儀賀理暁、中山光男

症例は60歳男性。胸部単純X線写真で胸部異常陰影を指摘され紹介となった。胸部CTで右第2肋間前方に胸腔内に突出する3cm大の腫瘍を認めた。神経鞘腫などの胸壁腫瘍と判断し、診断的治療目的に手術を施行した。術中所見で、腫瘍が肋間筋内に浸潤している可能性が懸念されたが、迅速病理で切除断端陰性であったため単純切除に留めた。術後病理診断でEMC (Extraskelatal Myxoid Chondrosarcoma) と診断された。EMCは稀な腫瘍であり、文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-18 胸壁原発軟骨肉腫の心臓転移に対して開心術を施行した1例

1 横浜南共済病院 呼吸器外科

2 横浜市立大学附属病院 外科治療学教室

松本 淳¹、安藤耕平¹、大沢宏至¹、橋山直樹¹、益田宗孝²

52歳男性。過去に胸壁原発軟骨肉腫に対して切除術を行った既往あり。心不全症状が出現したためCT撮影すると右心房を充滿するような腫瘍性病変を認め、軟骨肉腫の心内転移が疑われた。腫瘍は非常に大きく可動性を伴っており、突然死の危険があるとして、減量目的に準緊急腫瘍摘出手術を施行した。PCPSを使用した開心術を行い、組織学的にも軟骨肉腫の心内転移と診断された。術中所見の映像と文献的考察を交えて報告する。

Ⅱ-19 第4肋骨原発骨肉腫の肺浸潤に対する左肺全摘術：左肺門部操作と肋横関節からの肋骨切除を行うための操作手順

慶應義塾大学病院 呼吸器外科

鈴木幹人、政井恭兵、菱田智之、大塚 崇、浅村尚生

37歳女性。胸部CTで偶発的に左第4後肋骨を首座とし左胸腔に突出する腫瘍を認め、生検で骨肉腫と診断された。腫瘍縮小のため整形外科で化学療法が施行されたが増大を認め手術となった。腫瘍は左胸腔を占拠し、縦隔の右方偏位をきたしたため左肺全摘の方針とした。左主肺動脈根部が腫瘍に近接しており人工心肺を待機し、胸骨正中切開下に左主肺動脈、上肺静脈の切離を先行し、側臥位で胸壁切除を伴う左肺全摘を完遂した。

Ⅱ-20 4D-CT所見を基にアプローチ法を決定した胸壁神経鞘腫の一切除例

日本大学医学部付属板橋病院 呼吸器外科

林 杏美、河内利賢、日暮亮太、石本真一郎、四万村三恵、
櫻井裕幸

60歳、女性。10年前から経過観察されていた胸壁腫瘍が増大したため、治療目的で当院を受診した。3.0×2.0cmの辺縁平滑な腫瘍が左第8肋間から第9肋骨に接して存在していた。病変の局在を調べるため、4D-CTを施行した。左肺は呼吸性変動が全く認められず、全面癒着が疑われた。当初は胸腔鏡下切除を計画していたが、4D-CTの所見を基に、直上アプローチに変更した。直上切開をおき、病変を切除した。病理診断は神経鞘腫であった。

Ⅱ-21 後縦隔巨大脂肪肉腫の1切除例

1 (公財) がん研究会 有明病院 呼吸器センター外科

2 (公財) がん研究会 有明病院 病理部

園田 大¹、中尾将之¹、三ツ堀隼弘¹、加藤大喜¹、平田佳史¹、
一瀬淳二¹、松浦陽介¹、二宮浩範²、文 敏景¹、石川雄一²、
中川 健¹、奥村 栄¹

68歳、女性。2015年の検診で異常を指摘。CT施行するも食道裂孔ヘルニアの診断で経過観察。2017年に同部位の増大を認め当科受診。腫瘍の大部分は後縦隔、右胸腔に存在し、椎体をまたいで左胸腔へ突出。呼吸機能温存目的に右開胸+左胸腔鏡で腫瘍切除、食道筋層合併切除、食道肋間筋弁被覆を施行。腫瘍重量は1588g、病理は dedifferentiated liposarcoma だった。

Ⅱ-22 急速に増大した縦隔脂肪肉腫の1切除例

日本医科大学付属病院 呼吸器外科

竹ヶ原京志郎、園川卓海、井上達哉、白田実男

症例は87歳女性。前医で前縦隔に2cm大の腫瘍を指摘され、経過観察されていた。半年後の胸部CTで腫瘍が急速に増大し、当科紹介。胸部MRIで前縦隔右側に88mmの境界明瞭な腫瘍を認め、脂肪と類似の信号を示していた。手術は胸骨正中切開でアプローチした。腫瘍は右胸腔内に突出して存在し、周囲臓器浸潤はなく、肉眼的に十分なマージンを確保し完全切除を施行した。病理診断は高分化型脂肪肉腫であった。縦隔脂肪肉腫は縦隔腫瘍全体の0.1-0.75%と非常に稀な腫瘍である。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-23 縦隔巨大脂肪肉腫に対する一切除例

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、服部有俊、高持一矢、王 志明、

鈴木健司

76歳男性。健診発見の巨大縦隔腫瘍（124mm×72mm×244mm）に対し、手術を施行。腫瘍切除のために胸骨正中切開→左後側方開胸→右後側方開胸を要した。周囲への浸潤傾向が非常に強く、特に食道周囲の剥離が困難であった。病理診断は高分化脂肪肉腫。術後、食道穿孔に対して後縦隔経路頸部食道胃管再建を施行。その後、呼吸不全に伴う再挿管を繰り返し、気管切開術を施行。その後、全身管理とリハビリ強化で状態は徐々に改善。術後8ヵ月に自宅退院となった。

Ⅱ-24 辜丸混合性胚細胞腫瘍術後遠隔期に発生した胸腺精上皮腫の1切除例

東京都立駒込病院 呼吸器外科

柳新太郎、堀尾裕俊、山道 亮、浅川文香、奥井将之、原田匡彦
症例は33歳男性。20歳時辜丸混合性胚細胞腫瘍 (AFP 高値) にて高位除辜術 (他院) 施行。術後13年目に不定愁訴にて当院受診、CTにて3.5cm大の前縦隔腫瘍を指摘された。血清AFP、 β HCG正常、PET/CTでFDG高集積あり、悪性腫瘍を疑った。胸骨正中切開にて腫瘍を含めた胸腺全摘術施行、最終病理診断は精上皮腫であった。他院切除標本 (1切片のみ) を取り寄せて比較したところ、成熟奇形腫+卵黄囊腫瘍+胎児性癌の所見であり、精上皮腫成分は認めなかった。

Ⅱ-26 弓部大動脈に浸潤した胸腺癌に対して人工心肺補助下に弓部大動脈置換術を伴って完全切除し得た一例

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

鈴木 潤¹、青景圭樹¹、関原圭吾¹、三好智裕¹、多根健太¹、
中尾達也²、坪井正博¹

症例は63歳男性。検診レントゲンを契機に胸部CTで一部が弓部大動脈、左上葉に接する90mm大の前縦隔腫瘍を指摘された。浸潤性胸腺腫または胸腺癌を疑い根治切除術に臨んだが、術中所見で大動脈浸潤が疑われ試験開胸となった。2日後に人工心肺補助下に再手術を施行し、胸腺全摘+左上葉合併切除+大動脈弓部置換術により根治切除を完遂し得た。

Ⅱ-28 肺動脈基部浸潤の術前診断が困難だった胸腺癌の1例

1 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

2 埼玉医科大学国際医療センター

3 埼玉県立循環器・呼吸器病センター

堀部達也¹、坂口浩三¹、柳原章寿¹、二反田博之¹、田口 亮¹、
山崎庸弘¹、石田博徳¹、金子公一¹、安田政実²、清水禎彦³

73歳男性、造影CTで上行大動脈・大動脈弓部・主肺動脈に接する10cmの腫瘍を認め、胸骨正中切開・左前方開胸・腫瘍及び胸腺全摘、左肺S3+心膜+肺動脈+左横行隔神経部分合併切除、心膜再建施行。腫瘍は右肺動脈基部の外膜浸潤を認め一部腫瘍残存。病理診断は胸腺癌 (正岡IVa期)。術後に放射線治療施行。術後1年7ヶ月再発なく経過。

Ⅱ-25 前縦隔に発生したThymic large cell neuroendocrine carcinomaの1切除例

1 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

2 聖マリアンナ医科大学病院 病理診断科

3 聖マリアンナ医科大学病院 臨床再生組織工学

瀧下茉莉子¹、佐治 久¹、脇山洋一¹、津田容堂¹、宮澤知行¹、
丸島秀樹¹、小島宏司³、土居正知²、干川晶弘²、中村治彦¹

症例は54歳男性。健診で胸部異常陰影を指摘され当科紹介受診。胸部CT、MRIで胸腺腫 (cTIMOMO 1期) 疑いとして胸骨正中切開での拡大胸腺摘出術を施行した。最終病理でLCNEC (正岡分類2期) であった。非常に稀な症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-27 SVC合併切除・グラフト置換を施行した胸腺癌の1手術例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

清水勇希、後藤達哉、北原哲彦、佐藤征二郎、小池輝元、
土田正則

67歳男性。右肺S3縦隔側にSVCに接する52mm大の分葉状腫瘤あり、FDG強集積。BFで悪性所見なし。右肺癌疑いcT4(SVC)N0M0、または縦隔腫瘍疑い。胸骨正中切開。局在から右上葉とSVCに浸潤する前縦隔腫瘍と判断した。右上葉部分合併切除+SVC合併切除し、左腕頭静脈-右心耳と右腕頭静脈-SVCをringed ePTFEグラフトで再建した。胸腺癌 (扁平上皮癌) で正岡III期。文献的考察を含めて報告する。

Ⅱ-29 肺尖部局所進行肺癌の1例

東京大学 大学院・医学部 呼吸器外科学

坂口菜香、長山和弘、吉田大介、唐崎隆弘、北野健太郎、

似鳥純一、佐藤雅昭、安樂真樹、中島 淳

59歳男性。左肩甲骨内側の疼痛、および左上肢内側から第3-5指の感覚・運動障害を主訴に受診。左肺尖部に腫瘤を認め、生検にて非小細胞肺癌と診断。腫瘍はφ6 cm、第1、2肋骨、鎖骨下動脈、C7-T1へ直接浸潤を認めた。局所進行肺癌（cT4N0M0-IIIA）の診断にて、導入化学放射線療法後、Transmanubrial approach併用、胸骨正中+左前方第3肋間開胸にて左肺上葉部分切除、第1、2肋骨、C7-T1、左鎖骨下動脈合併切除、動脈再建を行った。

Ⅱ-30 左肺全摘後の右肺結節に対して右肺部分切除術を施行した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院

谷口 敬、平山俊希、福井麻里子、服部有俊、渡邊敬生、

鈴木未希子、上野泰康、舘 良輔、松永健志、高持一矢、

王 志明、鈴木健司

症例は54歳男性。前医で左肺癌に対して左肺全摘術を施行された（Sq. pT2aN0M0 stage IB）。外来経過観察中に、右肺S1に10mmのpure solid noduleを認めた。右肺癌cT1aN0M0stageIA1又は転移性肺腫瘍疑いの診断で右肺部分切除術を施行した。術後経過良好で3病日に退院となった。肺全摘後の対側肺切除術は、リスクを伴う手術であるが工夫により安全に施行できる手術である。

Ⅱ-31 舌区下葉環状切除術を行った左下葉肺腺癌の1例

1 昭和大学横浜市北部病院

2 昭和大学病院 呼吸器外科

植松秀護¹、北見明彦¹、高宮新之介¹、佐野文俊¹、大橋慎一¹、

田中洋子¹、鈴木浩介¹、神尾義人¹、鈴木 隆²、門倉光隆²

気管-気管支を吻合する環状切除では、その口径差のため、症例に合わせた手技の工夫が必要である。症例 79才、女性。ヒダリ下葉S9原発肺腺癌cT1cN1M0stage2Bに対し手術を行った。#11リンパ節転移巣による血管・気管支浸潤のため、舌区下葉環状切除を行った。左主幹の膜様部を短軸方向に短縮させ、上区気管支を斜切することで、ヒダリ主幹-上区気管支の口径差を調整した。

Ⅱ-32 化学療法施行後に完全切除した上大静脈浸潤を伴う肺原発平滑筋肉腫の一例

千葉県がんセンター 呼吸器外科

田中教久、岩田剛和、山本高義、松井由紀子、飯笹俊彦

60歳男性。咳嗽を契機に胸部異常陰影を指摘され、当院紹介となった。CTにて右肺上葉から縦隔に浸潤する12cm大の腫瘍を認めた。経気管支鏡生検にて平滑筋肉腫の診断となった。アドリアマイシン単剤療法を5コース施行後、腫瘍は5.7cmまで縮小し、根治目的に手術を施行した。術中所見では、腫瘍は上大静脈浸潤を認め、右肺上葉切除+上大静脈合併切除・再建術を施行した。病理にて完全切除と評価された。

Ⅱ-33 自己肺静脈壁で肺動脈パッチ形成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 呼吸器外科

小林 晶、内田真介、朝倉啓介、吉田幸弘、中川加寿夫、

渡辺俊一

症例は68歳男性。他疾患経過観察中の胸部CTにて左肺上区枝を閉塞する3.4×2.5 cm大の腫瘤を認めた。気管支鏡検査で扁平上皮癌と診断し、原発性肺癌cT2aN1M0として手術の方針となった。手術所見では病変はA3根部で肺動脈壁への浸潤を認め、肺動脈形成を要した。上肺静脈を再度心嚢内で切離し、採取した肺静脈壁を用いて肺動脈のパッチ形成を行った。本症例は稀な術式であり手術動画を含めて報告する。

Ⅱ-34 原発性肺癌区域切除後の断端腫瘍に対して staple 周囲肉芽腫を疑い経過観察中の1例

長野市民病院 呼吸器外科

小池幸恵、砥石政幸、境澤隆夫、山田響子、小沢恵介、西村秀紀
症例は60代、男性。左S6のGGNに対して区域切除を施行され、5年無再発で終診となっていた。ドックの胸部単純X線写真で異常を指摘され再診、CTを施行したところ残存下葉断端に長径4.5cm大の腫瘍を認めた。確定診断は得られなかったが、PETでSU-Vmax16.6の集積を認め、断端再発の疑い、残存下葉切除の方針とした。しかし術前のCT再検で有意な縮小を認め、CTガイド下生検でも悪性所見無く、stapler周囲肉芽腫を疑い経過観察の方針とした。

Ⅱ-36 肺癌放射線化学療法後の慢性膿胸に筋肉充填術と胸郭成形術を施行した1例

日本赤十字社東京都支部大森赤十字病院

友安 浩、山本寛子

【症例】66歳 男 9年前に他院で肺腺癌に対して放射線化学療法（総線量74Gy CDDP+VNR）をうけCR。201X年10月食欲不振にて来院し右慢性膿胸と診断。胸腔ドレナージを施行。201X年4月 血痰出現。再ドレナージを行い症状は改善。有ろう性膿胸のため6月X日 開窓術後 8月X日 右第3~8肋骨切除・前鋸筋と広背筋有茎弁にて膿胸腔を充填。術後経過良好。【考察】肺癌化学療法放射線療法後の胸郭成形術は報告が少ないので報告。

Ⅱ-38 胸腔内に再発した葉状腫瘍の1例

東海大学医学部外科学系呼吸器外科学

和田篤史、小野沢博登、壺井貴朗、生駒陽一郎、渡邊 創、

中野隆之、大岩加奈、河野光智、増田良太、岩崎正之

62歳女性。60歳時に右乳腺葉状腫瘍に対し右乳房切除術を施行、その10ヶ月後に局所再発を認め右胸壁腫瘍切除+植皮術を施行。その2年後に胸部CTで右胸壁から胸腔内へ突出する85mmの腫瘍を認め、局所再発の診断で手術を施行した。腫瘍は第3~5肋骨と胸骨の一部まで広がっており、一塊にして摘出した。胸壁欠損部は広背筋皮弁を用いて再建した。術後4ヶ月間再発転移なく経過している。

Ⅱ-35 鏡視下手術にて早期骨髄移植につなげた肺ムコール症の1例

自治医科大学 呼吸器外科

鷹栖相崇、曾我部将也、柴野智毅、金井義彦、山本真一、手塚憲志、遠藤俊輔

症例60歳台女性。当院血液内科にてALLに対し化学療法施行。経過中右中下葉に浸潤影出現。気管支鏡にて肺ムコール症の診断。アムホテリシンB使用し炎症反応改善するも陰影残存。骨髄移植前の感染巣コントロール目的に当科紹介。手術は5ポートVATSで施行。血小板減少も認めており易出血性であった。術後経過良好でPOD11退院、POD23骨髄移植前治療開始しPOD37骨髄移植施行した。文献的考察も含め報告する。

Ⅱ-37 傍脊椎麻酔と硬膜外麻酔の二重麻酔による胸部術後疼痛に対する鎮痛効果の検討

山梨県立中央病院

中込貴博、樋口留美、後藤太郎

胸部手術後の鎮痛は、患者の回復促進、合併症発症リスク軽減ため、重要な課題であるが、一般的に行われる硬膜外麻酔は適応の制限、不十分な鎮痛効果などの問題が未解決である。当院では、2014年11月以降、硬膜外麻酔と傍脊椎麻酔の併用を開始した。我々の傍脊椎麻酔挿入法をビデオで供覧する。また、我々の二重麻酔法の効果・合併症につき、本法開始以前の手術症例と比較検討した結果、合併症が有意に少なく、鎮痛効果の高い麻酔法であることが示された。

第Ⅲ会場：503CD

9：31～10：11 弁膜症①

座長 笠原啓史（東京歯科大学市川総合病院 心臓血管外科）

Ⅲ-1 Trifecta 人工弁置換術後の早期機能不全の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

土井真之、佐藤弘隆、阿久津博彦、三澤吉雄

症例は70代男性。60代にARに対してTrifecta21mmにてAVRを施行した。術後54ヶ月後に労作時に息切れを自覚し、心エコーにて高度大動脈弁逆流、LVDd/LVDs 68/48mmと左室の拡大を認めた。再AVRを施行し、人工弁を観察すると、左冠尖と無冠尖の間のステントポスト部位の接合部の断裂を認めた。Bicarbon Slimline 19mmにて置換し、術後18病日に独歩退院となった。病理学的検討も含め報告する。

Ⅲ-2 Trifectaによる大動脈弁置換術後、ストラットの変形によるTransvalvular Leakageを生じた1例

昭和大学 心臓血管外科

益田智章、青木 淳、尾本 正、丸田一人

TrifectaはEOAが大きく、圧較差が低いが、弁高が高く、ストラットが柔らかい為、ストラット変形による弁逆流の可能性がある。今回、二尖弁で、弁輪径は大きい、ST junctionが小さい症例にTrifectaを移植し、弁の歪みによるTransvalvular Leakageを認め、CEPによる再弁置換を要した症例を経験したので報告する。

Ⅲ-3 Porcelain Aortaの重度大動脈弁狭窄症にCUSAによるendarterectomyが奏功した1手術例

済生会横浜市東部病院 心臓血管外科

山邊健太朗、森 光晴、赤松雄太、林 祥子、古田土高志、三角隆彦

症例は72歳、女性。Porcelain Aortaの重度の大動脈弁狭窄症に対して、遠位弓部大動脈送血、上下大静脈脱血で人工心肺を確立、膀胱温30℃にて循環停止とし、逆行性脳灌流を使用。大動脈長軸方向のS字切開から視野を展開し、CUSAで大動脈遮断部位、ST junction、Valsalva洞のendarterectomyを実施、19mmのMAGNA EASEを安全に挿入することが出来た。術後脳合併症なく経過した。

Ⅲ-4 AVR術後圧格差上昇ありTEEでは弁周囲構造に異常を認めなかったが再手術行いパックス、中隔肥大を認めた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

草刈 翔、佐藤哲也、由利康一、木村直行、松本春信、山口敦司
62歳男性。7歳時にVSD閉鎖術、43歳時にバルサルバ洞動脈瘤破裂でパッチ閉鎖+AVR（SJM 21mm）を施行。大動脈弁位の圧格差上昇、左室中隔の肥大が進行。バルブシネは異常なく、TEEは人工弁周囲に異常組織認めなかったが、造影CTで左室中隔が大動脈弁輪部に騎乗しており狭窄を生じていると考えられAVR、AAR、morrow手術を施行し、人工弁にパックスあり左室中隔による狭窄所見を認めた。

Ⅲ-5 TAVI時代における重症ASを合併した担癌患者の治療戦略

獨協医科大学 ハートセンター 心臓・血管外科

桐谷ゆり子、柴崎郁子、緒方孝治、桑田俊之、堀 貴行、小川博永、武井祐介、関 雅浩、菅野靖幸、福田宏嗣

担癌患者に対する開心術は癌治療の遅延、人工心肺使用による癌病勢の進行等諸問題を有する。ASに対するTAVIは低侵襲性、人工心肺非使用など上記の問題をクリアする点で担癌患者に適している。当院では腓尾部癌を合併するASに対してTAVIを先行した症例、および食道胃接合部癌を合併する重症ASにBAVを先行、下部食道胃全摘術施行後、AVRを施行した症例を経験したので報告する。

Ⅲ-6 Barlow 症候群に対する弁形成—コーダライザー®を用いた安全な人工腱索結紮

1 藤沢市民病院 心臓血管外科

2 横浜市立大学付属病院 外科治療学

加藤 聡¹、磯田 晋¹、松木祐介¹、富田啓人¹、山崎一也¹、益田宗孝²

62歳女性、動悸を主訴に前医受診し心エコーで前後尖の逸脱を伴う僧帽弁閉鎖不全症を指摘され、当院紹介受診した。Barlow 症候群の診断で、人工腱索およびリングによる形成術を施行した。術後経過は良好で、術後14日目に軽快退院した。経験の乏しい術者がコーダライザー®を用いることで安全に人工腱索を結紮できた。

Ⅲ-8 non-resectional dynamic repair による僧帽弁形成術後にSAMを発症した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、笠原啓史、森 光晴

65歳、女性。P2の腱索断裂による重度MR（LVEF=77%）に対し、non-resectional dynamic repair（人工腱索2対、31mm flexible full ring）を施行した。術中TEEでMRの消失を確認したが、POD1より収縮期雑音が出現、TTEでSAMによるLVOTOとMRを認め、溶血性貧血も出現した。低血圧であったが、利尿剤の休薬と経口 α 刺激剤を加えて β 遮断薬を増量した結果、SAM、LVOTO、MRは消失し軽快退院。non-resectional dynamic repairでも、過収縮の狭小左室では注意を要する。

Ⅲ-7 atrial functional MR に対する僧帽弁形成の1治験例
東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学

櫻井啓暢、八丸 剛、水野友裕、大井啓司、八島正文、

黒木秀仁、藤原立樹、竹下斉史、櫻井翔吾、久保俊裕、荒井裕国
症例は75歳・女性。5年前にAf・MRを指摘され、半年前より心不全症状が出現した。severe MR（hamstring posterior leaflet、normal LV contraction、EF78%）、severe TR、Af、左房拡大を認め、MAP（Physio II 30mm）+TVP（Contour 3D 28mm、clover technique）+左房縫縮を施行。hamstring posterior leafletに対し人工弁輪縫合ラインを工夫し、MAPのみでMRを制御した。

Ⅲ-9 完全内臓逆位、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

練馬光が丘病院 心臓血管外科

岡村 誉、荒川 衛、竹内太郎、安達秀雄

症例は完全内臓逆位の81歳男性。心不全を伴う重症僧帽弁閉鎖不全症に対して胸骨正中切開にて僧帽弁置換術を施行した。人工心肺の確立（上行大動脈送血、SVC/IVC2本脱血）まで術者は患者右側に立ち、その後患者左側に移動した。左側左房切開にて僧帽弁にアプローチし、僧帽弁置換術（Magna Mitral Ease 27mm）を施行した。完全内臓逆位における開心術は稀であり、術中の動画を中心に報告する。

10:43~11:15 弁膜症③

座長 中村喜次 (千葉西総合病院 心臓血管外科)

Ⅲ-10 ムコ多糖症患者における心臓弁膜症手術の経験

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、仲村亮宏、大西 遼、岡本竹司、
青木賢治、榛沢和彦、土田正則

ムコ多糖症は先天性酵素欠損による代謝異常によりムコ多糖が全身の結合織に沈着する稀な疾患である。弁の癒合肥厚をきたすため弁置換術が必要となることがあるが、著しい低身長、胸郭変形、喉頭の肥厚狭窄、短頸等を認めるため弁のサイズ選択や周術期の呼吸器管理に関して苦慮する。今回ムコ多糖症による連合弁膜症に対し大動脈弁置換術、僧帽弁置換術、三尖弁輪形成術を施行した症例について文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-12 Polyvascular Disease を有する重症大動脈弁狭窄症への治療戦略

虎の門病院 循環器センター外科

小川雄介、成瀬好洋、田中慶太

症例は79歳男性。末期腎不全に対して内シャント設置術施行。その周術期全身検索で最大径45mmの嚢状下行大動脈瘤、脳血流低下を伴うECST 88%の右内頸動脈狭窄症、重症大動脈弁狭窄症を指摘。下行大動脈瘤に対してTEVAR先行し、後日、一期的手術としてCEA後に体外循環を開始し、生体弁CEP 19mmを用いたAVRを施行した(総手術時間8時間25分、体外循環153分)。術後経過順調で退院した。

Ⅲ-11 外傷性三尖弁閉鎖不全症に対する弁形成術による1治療例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

高澤晃利、中嶋博之、阿部慎司、栃井将人、吉武明弘、
朝倉利久、井口篤志

症例は71歳女性。交通事故で救命センターに搬送された。呼吸不全が改善せず、心エコーで高度なTR、三尖弁腱索断裂の所見があった。手術所見では三尖弁前尖の乳頭筋が2つ断裂していたため再固定した。後尖はprolapseしており、弁尖は肥厚し接合が悪かったので3尖の先端部分をedge-to-edgeで縫合し弁輪形成術を行い、TRは消失した。弁形成術についての考察を加えて報告する。

Ⅲ-13 大動脈弁置換術後に僧帽弁閉鎖不全を合併した骨形成不全症の1例

水戸済生会総合病院 心臓血管外科

三富樹郷、鳥羽麻友子、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫

75歳女性。反復骨折、青色強膜、難聴から骨形成不全症と診断されていた。58歳時に大動脈弁閉鎖不全に対して大動脈弁置換術を施行。その後、僧帽弁閉鎖不全(MR)、三尖弁閉鎖不全(TR)が出現し増悪傾向にあった。75歳時に突然の呼吸困難、冷汗が出現。僧帽弁前尖の腱索断裂によるsevere MR、moderate TRと診断。僧帽弁置換術+三尖弁輪形成術施行。骨形成不全症は結合織疾患であるが頻度は少なく、更に2度の開心術を施行した報告は無い。

Ⅲ-14 大動脈弁瘤を伴った感染性心内膜炎と解離性大動脈瘤
に対して2期的手術を施行した1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

池内博紀、長谷川秀臣、松尾浩三、林田直樹、浅野宗一、
椛沢政司、阿部真一郎、伊藤貴弘、小泉信太郎、村山博和
78歳女性。IEに対する抗生剤加療中に遠位弓部の解離性大動脈
瘤が拡大し、胸痛を伴ったため当院紹介。TEEで無冠尖に弁瘤を
認め、CTで大動脈瘤の感染を疑う所見は認めなかった。TEVAR
を施行、抗生剤加療を継続し2期的に開心術(AVR+MAP)を施
行した。無冠尖左室側に飛び出す、破裂した弁瘤を認めた。大動
脈弁瘤を伴うIEは稀な病態であり、文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-16 症状の軽微なPVEの一例

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

池島静音、内田敬二、軽部義久、南 智行、長 知樹、
出淵 亮、伏見謙一、藪 直人、金子翔太郎、益田宗孝
10年前に機械弁による僧帽弁置換術を施行した79歳女性。骨折
で入院した際に発熱とCRP上昇があり、血液培養が陽性で、6週
間の抗菌薬点滴、その後内服を継続した。加療開始後、炎症反応
は速やかに改善し、血液培養も陰性化した。2ヶ月半後再度血
液培養が陽性化した。経食道心エコーで僧帽弁人工弁に疣贅を
認め、増大したため、僧帽弁再置換術を施行した。術中所見では
疣贅を認めたが、弁輪への感染波及はなかった。

Ⅲ-15 Gemella属による僧帽弁位感染性心内膜炎の1例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

野村亜南、高原善治、茂木健司、櫻井 学、坂田朋基、金行大介
症例は57歳男性。39℃台の発熱が見られるようになったため、
近医を受診。心尖部に心雑音を聴取し、心エコーでsevere MRと
疣贅が疑われる所見を認め、感染性心内膜炎として抗生剤による
治療を開始した。その後解熱したが、MRIで脳梗塞を認め、血培
からグラム陽性球菌が検出されたため当院紹介となり、緊急手術
を施行した。後に前医で検出された菌がGemella属であることが
判明した。Gemella属による感染性心内膜炎は稀であるため若干
の文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-17 僧帽弁位人工弁周囲逆流に対し右房側からパッチ閉鎖
した1治験例

千葉西総合病院 心臓血管外科

黒田美穂、中村喜次、奥藪康人、平埜貴久、西嶋修平、
伊藤雄二郎、堀 隆樹

66歳男性、1年前に完全房室ブロックで発症した重度感染性心内
膜炎に対し、manouguian法によるDVR、ペースメーカー留置施
行。術後2ヶ月、溶血性貧血が出現し、TEEにて僧帽弁位PVL
の診断となった。貧血が持続するため術後1年目に、パッチ閉鎖
術を施行した。リークは僧帽弁前尖の12時~2時方向に存在し、
右房内から心房中隔ごしにパッチを縫着した。術後、溶血は消
失し、術後11日目に退院した。

Ⅲ-18 アブレーションラインに発生した左房内血栓に対する1手術例

日本大学医学部 心臓血管外科

北住善樹、宇野澤聡、田岡 誠、大幸俊司、日野浦礼、

北島史啓、鈴木馨斗、田中正史

66歳男性。2016年2月に心房細動に対してアブレーションを施行され洞調律を維持されていた。2017年4月に左上肢のしびれを主訴に来院、経食道心臓超音波検査にて左房内の右上肺静脈のアブレーションラインに可動性がある腫瘍性病変を認め、左房内腫瘍摘出術を施行した。術後病理検査では血栓であった。アブレーションラインに発生した血栓は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-20 左心室内に発生した乳頭状弾性線維腫の1例

防衛医科大学校病院 心臓・血管外科

塚本 旬、堤 浩二、石田 治、飯島夏海、山中 望、

田中克典、田口真一

症例は81歳男性。陰嚢水腫術前に施行した心臓超音波検査で、左心室内に14×15mm大の可動性の腫瘍性病変を指摘、手術適応と診断された。心停止下に摘出術を施行したところ、術所見では心尖部寄りの心室中隔に付着した有茎性の腫瘍性病変を認め、病理組織学的検索では乳頭状弾性線維腫と診断された。乳頭状弾性線維腫は心臓原発腫瘍の中で2番目に多いが、心室内に起源するものは比較的稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-22 ヘパリン起因性血小板減少症を併発した僧帽弁狭窄症と左房内血栓に対する手術治療

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

左房内血栓と僧帽弁狭窄症を認めた87歳女性に対し、前医にてヘパリン持続点滴で保存的に治療していたが、血栓増大を認めたため紹介となる。転院後血小板減少を認めたため、ヘパリン起因性血小板減少症を疑いアルガトロバン持続点滴に切り替えたが、その翌日に脳梗塞を発症した。HIT抗体の判定と陰性化まで待機困難と判断し、人工心肺中アルガトロバンを使用して僧帽弁置換術と血栓摘出術を施行した。術中アルガトロバン投与とACTの経過とともに報告する。

Ⅲ-19 健診時の聴診で発見された無症候性の巨大左房粘液種の一例

JCHO東京山手メディカルセンター

堀真理子、恵木康壮、高澤賢次

症例は21歳男性。2017年9月に会社の健診で聴診時に心雑音を指摘され当院循環器内科を紹介初診。聴診で心尖部に拡張早期雑音を聴取、心臓超音波では左房側の心房中隔に無茎性の最大径45×30mmの腫瘤を認めた。左房粘液種の疑いで当科に紹介となり、腫瘍が僧帽弁に嵌頓しかかっていたため、準緊急手術を施行した。心房中隔を一部含めて腫瘍を摘出した。術後は順調に経過し問題なく退院した。健診時の聴診を機に発見された若年で無症候性の巨大粘液種を経験したので報告する。

Ⅲ-21 大動脈弓部置換術後遠隔期に発症した右房腫瘍の1例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

岡田修一、金子達夫、江連雅彦、長谷川豊、山田靖之、

星野丈二、小此木修一、森下寛之、金澤祐太

症例は81歳男性。8年前に胸部大動脈瘤に対し弓部置換を施行され、1年前に発作性心房細動に対してアブレーション治療を施行された。今回の心エコーで23×17mmの右房壁に付着する腫瘍の所見が認められ、精査後手術となった。右鎖骨下動脈、右大腿動脈送血、上下大静脈脱血とし人工心肺を確立、腫瘍は右房前壁から起始し、右房壁の一部とともに切除した。病理所見は粘液腫であった。文献的考察を含め報告する。

Ⅲ-23 CABG術後1カ月で収縮性心膜炎を発症した1例
千葉県循環器病センター 心臓血管外科
伊藤貴弘、梶沢政司、林田直樹、松尾浩三、浅野宗一、
阿部真一郎、長谷川秀臣、池内博紀、小泉信太郎、村山博和
81歳男性、労作性狭心症に対してCABG3枝施行した。術後CAG
でグラフト開存を確認し16PODに退院した。術後1カ月で労作
時の息切れと心嚢水・両側胸水が出現、心嚢・胸水穿刺施行して
一旦症状は改善したが右心不全症状の進行を認めた。収縮性心膜
炎の診断で緊急で心膜切開術施行して拡張障害は改善した。文献
的考察を加えて、術後早期に発症した収縮性心膜炎の1例を報告
する。

Ⅲ-25 咳嗽を契機に発見された左室自由壁心外膜下巨大線維
腫の1例
東京大学医学部附属病院 心臓外科
岡村賢一、縄田 寛、瀬戸口尚登、星野康弘、嶋田正吾、
小野 稔
52歳女性。11年前の人間ドックで心拡大を指摘されたが放置、4ヶ
月前より咳嗽が出現し近医受診した。胸部X線・CTで胸腺腫を
疑われ前医紹介となり、胸骨正中切開拡大胸腺切除術を施行され
たが、術中所見は心嚢内腫瘤で、針生検のみ施行され線維腫の所
見であった。根治手術目的に当科紹介、胸骨再正中切開下に腫瘍
摘出+左前下行枝部分切除+左室壁修復+CABG1枝を施行し、12
PODに独歩退院。病理診断は石灰化線維腫であった。文献的考察
を含め報告する。

Ⅲ-27 段階的な両心補助により救命し得た劇症型心筋炎の一
例
横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器
澁谷泰介、郷田素彦、富永訓央、町田大輔、磯松幸尚、
鈴木伸一、益田宗孝
25歳女性。前医で劇症型心筋炎に対するPCPS、IABP管理を開
始するも、心機能の改善なく4日目に当院へ搬送され体外式
LVADを装着した。PCPSを4日間併用したが右心機能の改善が
得られず、遠心ポンプによるRVADを追加。心筋生検でウイルス
性と診断され、 γ -グロブリン大量療法を行った。両心VADで抜
管、リハビリをすすめる心機能が徐々に改善し、14日目にRVAD
離脱、23日目にLVADを離脱し、48日目に独歩退院した。

Ⅲ-24 大動脈弁輪拡張症の術後に悪性高熱を来した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
松永慶廉¹、中島光貴¹、小原邦義¹、贅 正基¹、宮地 鑑²
47歳男性、大動脈弁輪拡張、大動脈閉鎖不全症による心不全のため手術目的に当院紹介され、大動脈基部置換術施行した。術中は
大きな問題なく無輸血で手術終了したが、2PODより40℃を超え
る熱発を来し、4PODより急激なCPK上昇、急性腎不全、循環不
全を来しPCPS導入した。CPKは35万まで上昇しその後低下し
た。16PODにはPCPS離脱したが、28PODに急性肺水腫を来し
死亡した。経過から悪性高熱が疑われた。

Ⅲ-26 鈍的外傷により右房側壁損傷を来した非穿通性心損
傷の1例
筑波記念病院 心臓血管外科
清水隆玄、横山昌平、倉橋果南、西 智史、吉本明浩、
森住 誠、末松義弘
症例は51歳男性。重機の隙間に左半身が挟まれて受傷、近医救急
搬送。血圧低下と心嚢液貯留を認め心タンポナーデ・心損傷の診
断。心嚢ドレナージ下に当院へ搬送、緊急手術となった。開胸す
ると、右房側壁に約6cmの裂傷あり。縫合閉鎖により出血はコン
トロールされた。術後経過良好で10PODに退院となった。非穿
通性心損傷の右心系損傷では、右心耳や上大静脈・下大静脈接合
部の損傷が多く、右房側壁損傷は比較的稀である。文献的考察を
加え報告する。

Ⅲ-28 冠動脈ステントによる内膜損傷が原因と考えられた冠動脈瘤の1例

総合東京病院 心臓血管外科

丹羽隆文、伊藤卓也、砂田将俊、前場 寛

56歳男性。糖尿病性腎症のため7年前より維持透析を開始。1年前、RCA起始部の狭窄病変に対しPCIを施行。その3ヶ月後、化膿性脊椎炎と脊髄硬膜外膿瘍を発症したが手術療法により完治。1年後の冠動脈フォローの際、RCA起始部とLAD近位部に径15mmの冠動脈瘤を認めた。感染瘤が急激に拡大してきた可能性を考え手術適応と判断。冠動脈瘤切除術と同時にCABGを施行。冠動脈高度石灰化を背景に冠動脈ステントによる内膜損傷が原因と考えられた冠動脈瘤を来した本例の外科的手術を提示する。

Ⅲ-30 CABG、Dor術後冠動脈瘤に対し左側開胸下CABGとcoil塞栓のハイブリッドアプローチで治療した一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院

村松宏一、長沼宏邦、成瀬 瞳、川田典靖

67歳女性。11年前に冠動脈拡張症、左室瘤#2 75%の病変にDorCABG(SVG-#4PD)を施行。その後経年的に左回旋枝(CX)の冠動脈瘤(CAA)が拡大、48mmとなり再手術へ。CT上SVGが胸骨裏を縦走、CAAもCXのごく中枢、正中再開胸はhigh riskと判断。左側開胸で下行大動脈-SVG-CX施行。翌日カテーテルで瘤の前後をcoil塞栓。術後のCTで瘤内への造影剤の流入は認めなかった。CAAの再手術症例について、ハイブリッドアプローチが奏効したので報告する。

Ⅲ-32 心筋梗塞後偽性仮性心室瘤の1例

自治医科大学 心臓血管外科学

田中保平、棚澤壮樹、村岡 新、川人宏次、三澤吉雄

症例は77歳男性。心電図異常の精査で、RCA#399%、LAD#775%と、左室下壁に径1.5cm大の嚢状瘤を指摘された。心筋シンチ、心エコー等で心筋梗塞後仮性心室瘤と診断し、冠状動脈バイパス術LITA-LAD、SVG-#4PD)と心室瘤切除術を施行した。病理では瘤壁の一部に残存心筋組織が認められ、偽性仮性心室瘤と診断した。偽性仮性心室瘤は心筋梗塞の稀な合併症であるので報告する。

Ⅲ-29 先天性冠動静脈瘻術後の巨大冠動脈瘤に対する1手術例

順天堂医院 心臓血管外科

李 智榮、中西啓介、町田洋一郎、遠藤大介、嶋田晶江、

梶本 完、土肥静之、桑木賢次、畑 博明、山本 平、天野 篤
61歳女性、10歳時に先天性冠動静脈瘻に対し瘻孔閉鎖術を施行された。右冠動脈閉塞を伴う両側冠動脈瘤、基部拡張、大動脈弁閉鎖不全、僧房弁閉鎖不全、心房細動を有していた。今回、心肺停止のイベントを契機に手術の方針となった。手術は冠動脈瘻を伴う右冠動脈瘤の完全切除+冠動脈バイパス手術、Bentall手術、僧房弁形成術、Maze、左心耳切除術を行った。本症例の治療について文献的考察を交え報告する。

Ⅲ-31 心タンポナーデで発症した特発性右冠動脈破裂の1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

藪 直人、内田敬二、軽部義久、南 智行、長 知樹、

出淵 亮、伏見謙一、金子翔太郎、池島静音、益田宗孝
57歳男性。左肩痛を主訴に前医受診、心タンポナーデ、ショックの診断で当院搬送となった。CTでは大動脈解離は認めず、心エコーと心電図から心筋梗塞は否定された。緊急開胸すると右冠動脈(4PD)から持続出血を認めた。心停止下に出血部の縫合止血を施行した。術後冠動脈造影ではびまん性に拡張病変を認めたが、出血縫合部は正常径であった。

Ⅲ-33 冠動脈バイパス術後の急性大動脈解離に対して上行大動脈置換術および冠動脈バイパス再手術を施行した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

山内豪人、堀大治郎、橋本和憲、木村直行、由利康一、

松本春信、山口敦司

【症例】70歳女性。2015年5月冠動脈バイパス術(RITA-LAD、SVG-4PD、SVG-D1-OM-PL)施行。2017年10月急性大動脈解離(Stanford A型)を発症。血栓閉塞型であったため保存的治療の方針となったがフォローのCTで再解離に伴う上行大動脈径の拡大を認めたため、発症25日目に手術となった。胸骨再正中切開により上行大動脈置換術を行った。冠動脈再建は新たにSVGを前回のSVGグラフトをinterposeする形で吻合し行った(SVG to SVG-4PD and SVG-D1-OM-PL)。

Ⅲ-34 冠動脈起始異常を伴う狭心症に対して冠動脈バイパスを施行した一例

大森赤十字病院

三須彬生、渡邊嘉之、田鎖 治

74歳男性。労作性息切れを認め心不全にて入院。心エコーで下壁の壁運動は低下。冠動脈造影では左右冠動脈が右バルサルバ洞から単一起始。左冠動脈は大動脈と肺動脈の間を走行。#5相当部に90%狭窄を認めた。右冠動脈は#3で完全閉塞。本症例に対して冠動脈バイパス2枝を行った。LADには右内胸動脈。右冠動脈に左内胸動脈を使用した。先天性冠動脈異常は非常にまれであり、なかでも大血管走行するパターンは突然死をきたす可能性が高い。今回は文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-36 永久気管孔を有するAMI対し、PCPS補助下に左前側方開胸緊急CABGを施行し救命し得た一治験例

東京医科歯科大学大学院心臓血管外科

久保俊裕、水野友裕、大井啓司、八島正文、八丸 剛、

黒木秀仁、藤原立樹、竹下齊史、櫻井翔吾、櫻井啓暢、荒井裕国
永久気管孔の69歳男性。AMIに対し緊急CAG施行中にショックとなりPCPS装着。急性下壁梗塞、LMT+3枝病変の診断。#2への緊急PCIによりCTOのLADへの側副血流を回復させ、翌日左前側方開胸心拍動下CABG3枝(LITA-LAD、SVG-OM-AV)を施行。重症心不全合併のため後側壁領域の術野確保に難渋したが、術後経過良好。

Ⅲ-38 全内臓逆位症(SIT)に対しCABGを施行した一例

筑波記念病院 心臓血管外科

横山昌平、森住 誠、倉橋果南、清水隆玄、西 智史、

吉本明浩、末松義弘

【症例】62歳、SITの男性。腹部大動脈瘤(AAA)に対して手術予定であったが、術前精査で3枝病変を確認。AAA治療後にCABG2枝を施行した。術者は患者の左側から内胸動脈採取及びバイパス吻合、第一助手は右側から正中切開施行した。術後造影CTでバイパスは開存、術後14日で軽快退院した。

【考察】SITは臓器機能、生命予後は健常例と同等だが、手術では解剖学的に留意が必要。CTで3次元的に把握し、立ち位置の検討を行うことで手技の困難性を軽減できると考える。

Ⅲ-35 川崎病後冠動脈狭窄に対し小児期に冠動脈バイパス術を施行した一例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

山本隆平、坂本裕昭、鈴木一史、中嶋智美、加藤秀之、松原宗明、相川志都、野間美緒、徳永千穂、上西祐一朗、大坂基男、平松祐司

14歳男性。2歳時に発熱と膜様落屑があり、心不全を発症。右冠動脈閉塞、左主幹部冠動脈瘤を認め、川崎病と診断され以後保存的加療が行われていた、胸部症状と不整脈の増加を認め、CAGで左主幹部冠動脈瘤および狭窄と心機能低下を認めたため、CABG*2(LITA-LAD、RITA-SV-PL)を施行。術後冠動脈CTでバイパスの開存を確認し経過良好のため退院。文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-37 右冠動脈起始異常を伴った僧帽弁逸脱症の一手術例

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 心臓血管外科・小児循環器

合田真海¹、柳 浩正¹、齋藤文美恵¹、益田宗孝²

症例は58歳男性。労作時の息切れ、肺高血圧を伴うP2 prolapseによるMRで手術予定。術前検査で大血管間走行タイプのAnomalous Aortic Origin of Right Coronary Artery(AAORCA)を認めたが、運動負荷心電図、運動負荷シンチによる虚血は認めなかったため冠動脈バイパス術の併施は行わず、僧帽弁形成術を行い、合併症無く退院。労作時の息切れは消失した。冠動脈起始異常を伴う開心術について、文献的考察を加え報告する。