

# 第177回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2018年6月23日（土）  
会場： 大田区産業プラザPiO  
〒144-0035 東京都大田区南蒲田 1-20-20

総合受付	ホワイエ	(4F)
PC受付	ホワイエ	(4F)
第Ⅰ会場	コンベンションホール 梅	(4F)
第Ⅱ会場	コンベンションホール 鶯	(4F)
第Ⅲ会場	特別会議室	(3F)
世話人会	E会議室	(6F)
幹事会	D会議室	(6F)

会長： 渡邊 善則  
東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科学分野  
〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1  
TEL：03-3762-4151（代表） FAX：03-3766-7810

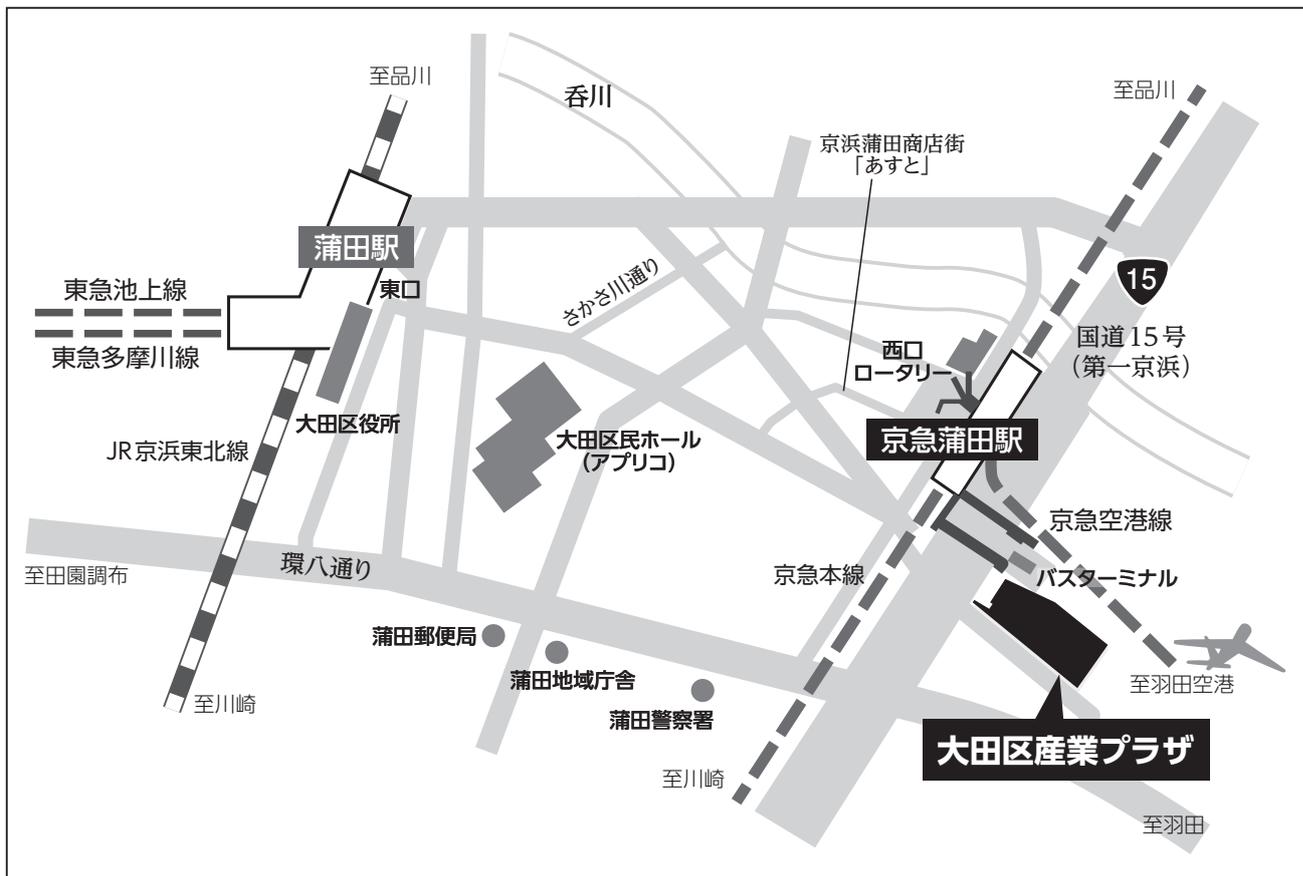
参加費： 1,000円  
(当日受付でお支払いください)

- 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9:00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) 筆頭演者は当会会員に限ります（医学生・研修医は除く）。  
演題登録には会員番号が必須ですので、未入会の方は事前に必ず入会をお済ませください。

# 【会場案内図】

大田区産業プラザPiO  
〒144-0035 東京都大田区南蒲田1丁目20-20  
TEL : 03-3733-6600

## 会場周辺図



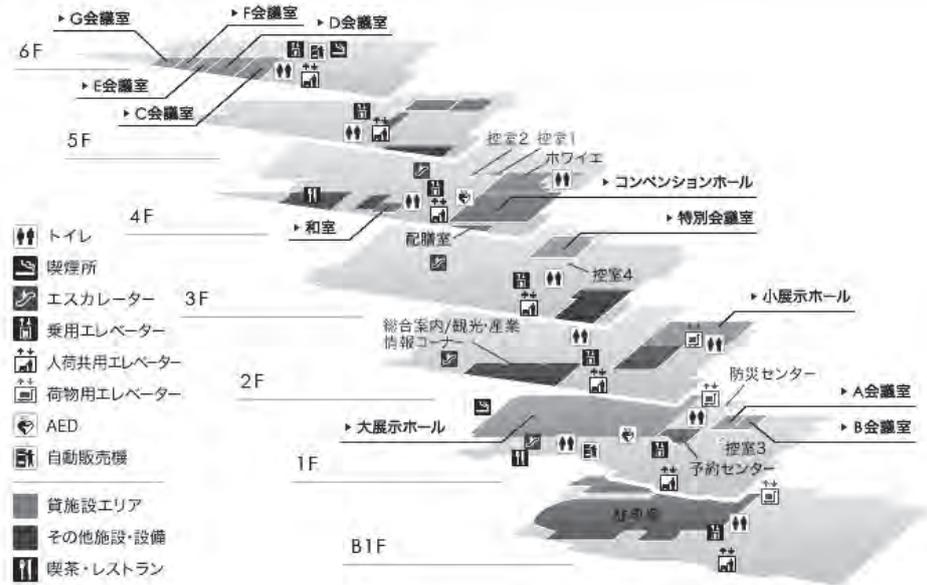
京急蒲田駅より徒歩1分

## 交通アクセス

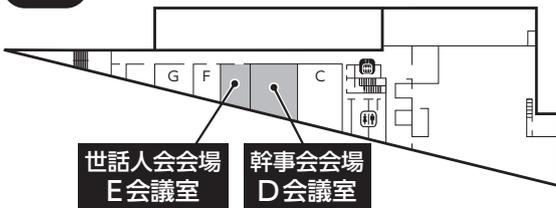


# 【場内案内図】

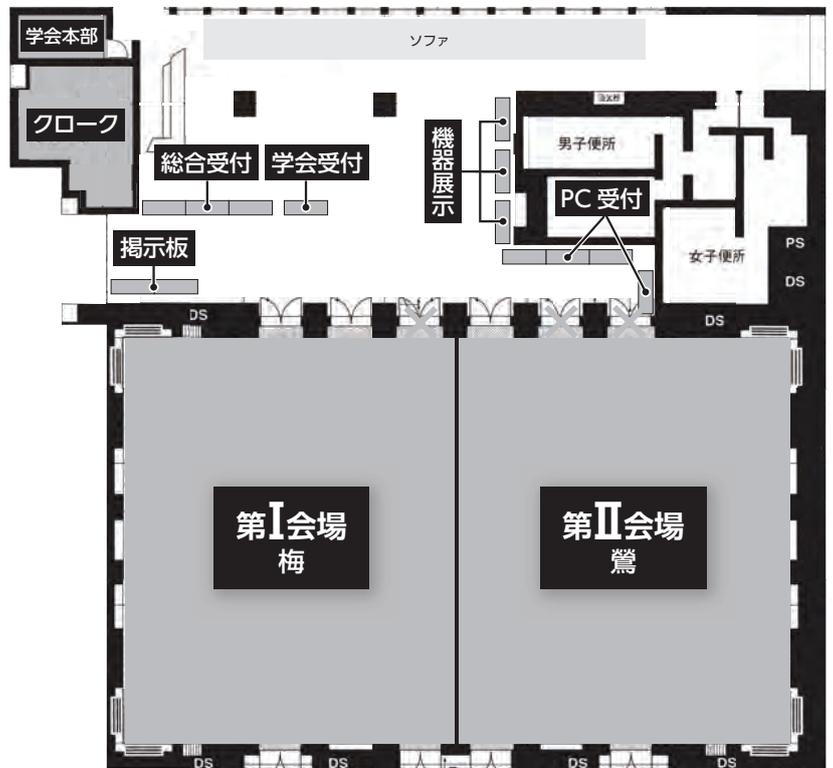
## 場内マップ



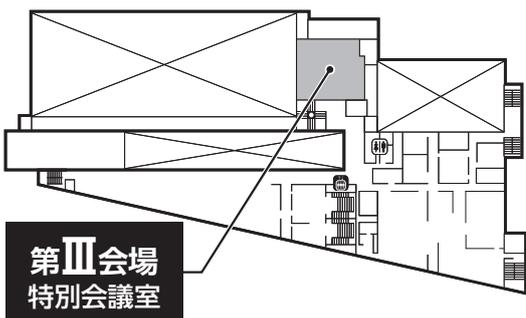
### 6F



### 4F コンベンションホール



### 3F 特別会議室



**第Ⅰ会場**  
(コンベンションホール(梅))

9:25~9:30 開会式

9:30~10:18  
**学生発表**  
(評価者: 荒井裕国、吉野一郎、渡邊善則)  
1~6 **佐藤 之俊**  
北里大学医学部 呼吸器外科学  
**志水 秀行**  
慶應義塾大学病院 心臓血管外科

10:18~10:50  
**心臓: 冠動脈**  
7~10 **阿部 知伸**  
群馬大学大学院 医学系研究科  
総合外科学講座 循環器外科学

10:50~11:22  
**心臓: 感染性心内膜炎**  
11~14 **大井 啓司**  
東京医科歯科大学大学院  
心臓血管外科

11:22~12:02  
**心臓: 僧帽弁・不整脈**  
15~19 **北村 律**  
北里大学病院 心臓血管外科

**ランチオンセミナー 1**  
12:25~12:40  
**GTCSからの報告**  
演者 **松宮 護郎**  
千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科  
12:40~13:30  
『MICSを標準術式とするために』  
座長 **藤井 毅郎**  
東邦大学医学部 外科学講座  
心臓血管外科学分野  
演者 **中村 喜次**  
千葉西総合病院 心臓血管外科  
共催: 日本ライフライン株式会社

**第Ⅱ会場**  
(コンベンションホール(鶯))

9:30~10:10  
**研修医発表 (肺)**  
(評価者: 伊豫田明、遠藤俊輔、佐野 厚)  
1~5 **坂口 浩三**  
埼玉医科大学 国際医療センター  
呼吸器外科

10:10~10:50  
**肺・食道 (研究)**  
6~10 **大塚 創**  
東邦大学医学部外科学講座  
呼吸器外科学分野

10:50~11:30  
**肺良性疾患①**  
11~15 **市村 秀夫**  
筑波大学附属病院日立社会連携教育  
センター 呼吸器外科

11:30~12:18  
**縦隔**  
16~21 **垣花 昌俊**  
東京医科大学 呼吸器外科・  
甲状腺外科学分野

**ランチオンセミナー 2**  
12:25~12:40  
**GTCSからの報告 (中継)**  
演者 **松宮 護郎**  
千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科  
12:40~13:30  
『気管支形成の実際と合併症』  
座長 **伊豫田 明**  
東邦大学医学部 外科学講座  
呼吸器外科学分野  
演者 **千田 雅之**  
獨協医科大学 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**  
(特別会議室)

9:30~10:18  
**研修医発表 (心臓)**  
(評価者: 新田 隆、宮地 鑑、山口敦司)  
1~6 **宮入 剛**  
聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科

10:18~10:58  
**TEVAR①**  
7~11 **上田 秀樹**  
千葉大学医学部附属病院  
心臓血管外科

10:58~11:38  
**TEVAR②**  
12~16 **志村信一郎**  
東海大学医学部附属病院  
心臓血管外科

11:38~12:18  
**TEVAR③・その他**  
17~21 **橋詰 賢一**  
済生会宇都宮病院 心臓血管外科

**ランチオンセミナー 3**  
12:25~12:40  
**GTCSからの報告 (中継)**  
演者 **松宮 護郎**  
千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科  
12:40~13:30  
『静脈血栓塞栓症の治療 Evidenceと  
Experience』  
座長 **瀬在 明**  
日本大学医学部外科学系  
心臓血管外科学分野  
演者 **久武 真二**  
東邦大学大学院医学研究科 循環器内科学  
共催: 第一三共株式会社

10:30~11:20  
**世話人会 (E会議室)**

11:30~12:20  
**幹事会 (D会議室)**

**第Ⅰ会場**  
(コンベンションホール(梅))

13:30~13:40  
学生・研修医表彰式

13:45~14:25  
**心臓：再弁手術**  
20~24 **山本 平**  
順天堂大学医学部附属順天堂医院  
心臓血管外科

14:30~15:15  
**アフタヌーンセミナー1**  
『Degenerative MRの病態変化と  
形成術のポイント』  
座長 **新浪 博士**  
東京女子医科大学病院 心臓血管外科  
演者 **浅井 徹**  
滋賀医科大学医学部附属病院  
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

15:20~15:52  
**心臓：心筋疾患・周術期**  
25~28 **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

15:52~16:48  
**心臓：心臓腫瘍**  
29~35 **村田聖一郎**  
板橋中央総合病院 心臓血管外科

16:48~17:36  
**心臓：大動脈①**  
36~41 **山内 治雄**  
東京大学医学部附属病院 心臓外科

17:36~18:24  
**心臓：大動脈②**  
42~47 **桑田 俊之**  
前橋赤十字病院 心臓血管外科

18:24~19:04  
**心臓：大動脈③**  
48~52 **吉武 明弘**  
埼玉医科大学国際医療センター  
心臓血管外科

19:04~ 閉会式

**第Ⅱ会場**  
(コンベンションホール(鶯))

13:30~13:40  
学生・研修医表彰式(中継)

13:45~14:25  
**肺良性疾患②**  
22~26 **手塚 憲志**  
自治医科大学附属病院 呼吸器外科

14:30~15:15  
**アフタヌーンセミナー2**  
『肺外科手術における教育を考える』  
座長 **池田 徳彦**  
東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野  
『東邦大学における呼吸器外科医育成へ  
の取り組み-教育を受ける立場から-』  
演者 **東 陽子**  
東邦大学 医学部外科学講座  
呼吸器外科分野  
『肺癌に対する胸腔鏡手術とその教育』  
演者 **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  
共催：コヴィディエンジャパン株式会社

15:20~16:08  
**肺悪性腫瘍①**  
27~32 **矢島 俊樹**  
群馬大学医学部附属病院 呼吸器外科

16:08~16:56  
**肺悪性腫瘍②**  
33~38 **佐藤 雅昭**  
東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

16:56~17:36  
**肺・胸壁良性疾患**  
39~43 **片岡 大輔**  
昭和大学 呼吸器外科

17:36~18:08  
**心臓：大動脈解離①**  
44~47 **郷田 素彦**  
横浜市立大学附属病院 心臓血管外科

18:08~18:48  
**心臓：大動脈解離②**  
48~52 **河田 光弘**  
東京都健康長寿医療センター  
心臓外科

**第Ⅲ会場**  
(特別会議室)

13:30~13:40  
学生・研修医表彰式(中継)

13:45~14:17  
**TAVI**  
22~25 **伊藤 努**  
慶應義塾大学病院 心臓血管外科

14:30~15:15  
**アフタヌーンセミナー3**  
『胸部大動脈瘤の治療選択の変遷』  
座長 **國原 孝**  
東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科  
演者 **坂口 元一**  
一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院  
共催：テルモ株式会社

15:20~15:52  
**心臓：大動脈弁**  
26~29 **川崎 宗泰**  
三郷中央総合病院 循環器センター  
心臓血管外科

15:52~16:40  
**心臓：先天性①**  
30~35 **岡村 達**  
長野県立こども病院 心臓血管外科

16:40~17:28  
**心臓：先天性②**  
36~41 **栞岡 歩**  
埼玉医科大学国際医療センター  
小児心臓外科

17:28~18:08  
**心臓：先天性③**  
42~46 **吉村 幸浩**  
東京都立小児総合医療センター  
心臓血管外科

18:08~18:48  
**心臓：成人先天性**  
47~51 **佐々木 孝**  
日本医科大学付属病院 心臓血管外科

## 第 I 会場：4F コンベンションホール(梅)

9：30～10：18 学生発表（評価者：荒井裕国、吉野一郎、渡邊善則）

座長 佐藤之俊（北里大学医学部 呼吸器外科学）  
志水秀行（慶應義塾大学病院 心臓血管外科）

### 学生発表

I-1 プロテイン S 欠損症合併患者に対する CABG の 1 例  
自治医科大学  
山本真弘、相澤 啓、菅谷 彰、川人宏次  
症例は 58 歳男性。46 歳時に深部静脈血栓症、多発脳梗塞を発症しプロテイン S 欠損症と診断されワーファリン治療を行っていた。今回、肺炎、心室細動に対する精査で、LAD#775%、Cx#1190% と診断され CABG の方針となった。手術は心停止下に CABG x 2 (FREE-RITA-LAD、LITA-PL) を行った。術中術後は FFP を計画的に投与し、出血がないことを確認後、術後 19 時間後にヘパリン、ワーファリンを開始した。合併症なく術後第 22 日目に軽快転院した。プロテイン S 欠損症を伴う症例の開心術は周術期の血栓症予防が重要であり報告する。

### 学生発表

I-3 大動脈弁狭窄、動脈管開存、胸部大動脈瘤の成人症例に対する 1 期的手術  
北里大学医学部 心臓血管外科  
虎岩めぐみ、北村 律、堀越理仁、鳥井晋三、宮本隆司、小林健介、藤岡俊一郎、福西琢真、荒記春奈、松井謙太、豊田真寿、中村優飛、宮地 鑑  
78 歳女性、大動脈弁狭窄症に伴う心不全で当科に紹介。大動脈弁狭窄、動脈管開存と同部位の遠位弓部大動脈瘤を認めた。その後心不全の急性増悪で緊急入院、緊急手術となった。軽度低体温一時的循環停止とし、肺動脈切開から動脈管を閉鎖、循環再開後大動脈弁置換を行い、大動脈遮断のまま全弓部置換を施行、人工心肺離脱後ステントグラフトを挿入した。

### 学生発表

I-5 刺創による外傷性横隔膜ヘルニアの一例  
日本大学医学部 呼吸器外科  
竹内 彬、河内利賢、日暮亮太、石本真一郎、四万村三恵、櫻井裕幸  
26 歳、女性。刃物で背部を刺され受傷した。肺損傷と外傷性気胸が認められ、保存的治療で改善した。退院後、胸部 X 線で、横隔膜挙上と胸腔内に凸の腫瘤状陰影が認められ、横隔膜ヘルニアが疑われた。経時的に横隔膜上の腫瘤状陰影が増大し、横隔膜ヘルニアが進行していると判断され、手術適応となった。受傷 6 か月後に手術を施行した。横隔膜腱中心に欠損があり、肝臓が胸腔内に突出していた。横隔膜を縫合閉鎖し、肝臓を腹腔内に還納した。術後、胸部 X 線で改善が認められた。

### 学生発表

I-2 維持透析中の AS 症例に対する Apico-aortic bypass の 1 例  
自治医科大学 心臓血管外科  
武川 慶、榎沢壮樹、相澤 啓、川人宏次  
症例は 74 歳男性。5 年前に透析を導入された。労作時呼吸困難を主訴に来院し、重症 AS+冠動脈 2 枝病変 (RCA#1 100%、LAD #6 75%) と診断された。上行大動脈の動脈硬化が著明で遮断が困難であったため、PCI (LAD#6) を先行した後、左第 5 肋開胸、vf 下に Apico-aortic bypass (Free style 19mm+Hemashield 18 mm) を施行し、経過経過は順調であった。近年、TAVI の導入で AAB の適応は少なくなっているが、大動脈遮断が困難な透析患者に対しては考慮すべき選択肢の一つであると思われる。

### 学生発表

I-4 CABG 術後慢性期に急性 A 型解離を発症した 1 治験例  
1 東京医科歯科大学 医学部医学科 6 年  
2 東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科  
佐藤翔太<sup>1</sup>、水野友裕<sup>2</sup>、黒木秀仁<sup>2</sup>、大井啓司<sup>2</sup>、八島正文<sup>2</sup>、八丸 剛<sup>2</sup>、藤原立樹<sup>2</sup>、竹下斉史<sup>2</sup>、櫻井翔吾<sup>2</sup>、櫻井啓暢<sup>2</sup>、久保俊裕<sup>2</sup>、荒井裕国<sup>2</sup>  
症例は 80 歳女性。主訴は胸背部痛。9 年前に LITA、RA、SVG を用いた 4 枝 CABG の既往。弓部にエントリーのある急性 A 型解離に重度 AS を合併しており、上行弓部置換、AVR を施行。グラフトはすべて剥離、遮断し逆行性心筋保護液注入を行った。グラフト中吻合部は大動脈壁とともにボタン状にくり抜き、人工血管に縫着した。

### 学生発表

I-6 肺良性転移性平滑筋腫 (Pulmonary Benign Metastasizing Leiomyoma) の 1 例  
1 杏林大学  
2 杏林大学 医学部 病院病理部  
柳澤良晃<sup>1</sup>、田中良太<sup>1</sup>、藤原正親<sup>2</sup>、近藤晴彦<sup>1</sup>  
52 歳女性。16 年前に子宮筋腫および右卵巣嚢腫で手術歴がある。検診で胸部異常陰影を指摘され前医を受診した。胸部 CT で両側肺野に 6mm から数 mm 大で、無数の結節影や粒状影を認め、転移性肺腫瘍が疑われた。PET/CT や上部・下部消化管などの全身検索では、他の臓器に原発巣を疑う所見はなく、更なる精査目的に当院に紹介された。肺病巣の確定診断を目的として、胸腔鏡下肺部分切除術を施行した。病理診断の結果、metastasizing leiomyoma と診断された。

I-7 弓部大動脈瘤と冠動脈3枝病変に対し両側内胸動脈を使用した冠動脈バイパスとTEVARを施行した1例

千葉西総合病院

平埜貴久、中村喜次、伊藤雄二郎、奥蘭康仁、西嶋修平、黒田美穂、堀隆樹

症例は81歳男性、弓部大動脈瘤の術前検査で3枝病変を指摘された。高齢ハイリスク症例であったため、まずオフポンプ冠動脈バイパス術（LITA-LAD・RITA-PL・Ao-SVG-RCA）を先行し、二期的にTEVARを行った。その際、鎖骨下動脈の閉塞を伴うZONE2 Landingとなったため、LITAの血流確保のため腋窩動脈間バイパスを行った。術後3年での経過は良好である。

I-9 直腸癌術後化学療法中に巨大左室内血栓を認めた1例

1 足利赤十字病院 心臓血管外科

2 足利赤十字病院 外科

伊藤隆仁<sup>1</sup>、古泉 潔<sup>1</sup>、岡本雅彦<sup>1</sup>、飯尾みなみ<sup>1</sup>、森谷弘乃介<sup>2</sup>

54歳男性。直腸癌に対して2016年11月に腹腔鏡補助下マイルズ手術（D1郭清）を施行。2017年1月から化学療法（TS-1、イリノテカン、ベバシズマブ）を開始し、8月に遠隔転移先の鼠径リンパ節郭清が行われた。CT検査にて2017年3月には認められなかった左室内巨大血栓を2018年2月に認めた。

塞栓症状は認めていなかったが、予防的に心尖部の心室瘤を切開し血栓除去と左室形成術およびLITA-LADとする冠動脈バイパス術を施行し、良好な経過を得たので報告する。

I-8 左肺形成不全症例に対し左開胸冠動脈バイパス術を施行した1例

1 三郷中央総合病院

2 東邦大学医学部 心臓血管外科学

川田幸太<sup>1</sup>、川崎宗泰<sup>1</sup>、片柳智之<sup>1</sup>、亀田 徹<sup>2</sup>、徳弘圭一<sup>1</sup>、渡邊善則<sup>2</sup>

51歳男性。主訴は呼吸苦。胸部X線上、右肺に鬱血像を認めた。左肺は形成不全のため含気が無く、右肺の過膨張により縦隔は左側偏位を呈していた。CAGにて3枝病変でCABG適応と判断した。縦隔左側偏位のため左開胸でアプローチとし、LITAは解剖的に使用困難であったため、大伏在静脈を用いてOPCAB2枝バイパスを施行した。良好な結果を得たため報告する。

I-10 巨大右冠動脈瘤右房瘻の一例

足利赤十字病院 心臓血管病センター 心臓血管外科

飯尾みなみ、古泉 潔、岡本雅彦、伊藤隆仁

57歳、女性。連続性心雑音および心エコーにて右房拡大、シャント疑いのため紹介。冠動脈CTにて巨大右冠動脈瘤、右房瘻を認めた。手術は胸骨正中切開、心停止下に行った。瘤は右冠動脈基部から拡張しており、右房頭側から心房中隔経由で右房瘻を認めた。瘤を開放し、右房瘻を瘤側と右房側で、それぞれ縫合閉鎖。瘤を右冠動脈洞から切離し、パッチ閉鎖を施行。大伏在静脈で大動脈-右冠動脈バイパスを施行した。

## 10:50~11:22 心臓：感染性心内膜炎

座長 大井啓司（東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科）

### I-11 TAVI後のPVEに対しAVRを施行した一例

三井記念病院 心臓血管外科

川村貴之、東野旭紘、竹谷 剛

TAVI後のPVEは重篤な疾患であり、AVRは高齢故に周術期リスクの伴う治療である。我々はTAVI後のPVEに対しAVRを施行した1例を経験したので報告する。当院でTF-TAVI（Sapien 26mm）施行後の87歳男性。術後6ヶ月頃から倦怠感あり、採血で炎症反応上昇認め、PVE疑いで入院。血液培養からStreptococcus検出。抗菌薬加療継続したが奏功せず、AVR施行。TAVI弁への疣贅付着と、LVOTから大動脈背側に向け瘻孔と膿瘍形成を認めた。ウシ心膜で瘻孔閉鎖し、弁置換を行った。治療法について若干の文献的考察とともに検討する。

### I-13 感染巣と思われる卵巣膿瘍手術を先行させた感染性心内膜炎の1例

土浦協同病院 心臓血管外科

平山大貴、真鍋 晋、平岡大輔、大貫雅裕、広岡一信

症例は60歳女性。他院にて僧帽弁形成術の予定であったが、呼吸困難、全身倦怠感が増悪し当院紹介となった。心エコーで大動脈弁、僧帽弁に疣贅があり、感染性心内膜炎が疑われた。しかし、腹部CTで卵巣膿瘍があり感染源と思われた。まず両側付属器切除を先行したが、術後に突然の意識レベル低下を認め、頭部MRIで急性期脳梗塞の診断となった。準緊急的に大動脈弁、僧帽弁置換を施行した。術後経過は良好で、脳梗塞後遺症もなく抗生剤治療の後独歩退院した。

### I-12 冠状静脈洞、右室心筋に疣贅を認めた右心系感染性心内膜炎の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

阿久津博彦、相澤 啓、川人宏次

症例は未治療の糖尿病を有する37歳女性。不明熱の精査で冠状静脈洞、右室心筋の疣贅を指摘された。抗菌薬治療を行ったが疣贅が拡大傾向となったため手術を施行した。術中所見では、冠状静脈洞、三尖弁中隔尖直下の右室心筋に疣贅を認め、これらを切除した。弁組織は正常であった。また、炎症による収縮性心膜炎を合併していたので心膜剥皮術を併施した。

### I-14 DOAC内服中Nonbacterial thrombotic endocarditisを生じた一例

杏林大学医学部付属病院 心臓血管外科

寺川勝也、遠藤英仁、石井 光、土屋博司、稲葉雄亮、窪田 博

症例は70歳女性。SLE、抗リン脂質抗体症候群で当院かかりつけ。DVTありDOAC内服中。失神精査で僧帽弁位疣贅を指摘。Healed IEによる巨大疣贅から多臓器（脳、腎臓）の塞栓症状を起こしたと判断し僧帽弁位疣贅摘除を施行。術中所見で弁肥厚や弁破壊なし。疣贅は血栓成分主体で菌体を認めず培養も陰性。SLEに伴うNonbacterial thrombotic endocarditisと診断。術後はワーファリンによる抗凝固に変更。術式、抗凝固に関して文献的考察を加え報告する。

## 11:22~12:02 心臓：僧帽弁・不整脈

座長 北村 律（北里大学病院 心臓血管外科）

**I-15** 成人期に手術となった partial hammock valve の一例  
埼玉医科大学総合医療センター 心臓血管外科  
乾 明敏、松岡貴裕、山火秀明、今中和人  
症例は54歳男性。MRによる心不全のため手術適応と診断。術前エコーでP2の逸脱を認め、術中所見ではP1-P2逸脱と2本の腱索断裂を認めた。断裂した腱索は、前後乳頭筋間の異常乳頭筋から伸びた板状線維組織より起始していた。前尖側に異常はなく partial hammock valve と診断。線維組織も含めて逸脱部を切除縫合、リングを縫着して手術を終了した。Partial hammock valve は通常弁狭窄を呈し他の心奇形を合併することが多く、成人期での手術は稀であり文献を交えて考察する。

**I-17** 前尖二次腱索切離と乳頭筋前方吊り上げを用いて僧帽弁形成を施行した虚血性僧帽弁閉鎖不全症の一治験例  
東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科  
奥村裕士、大井啓司、櫻井啓暢、水野友裕、八島正文、八丸 剛、黒木秀仁、藤原立樹、竹下齊史、久保俊裕、荒井裕国  
74歳男性、血液透析症例。労作時呼吸苦が増悪。左室前壁から側壁の壁運動低下、EF25%、Tetheringによる severe MR、moderate TR、冠動脈 #6:100%、#13:75% を認めた。2枝 CABG (free LITA-LAD、SVG-PL)、僧帽弁形成（前尖二次腱索切離、乳頭筋前方吊り上げ、Physio II 32）、三尖弁輪形成（Contour 3D 28）を施行。術後経過良好でMRは消失した。

**I-19** 胸腔鏡下左心耳切除の際に強度の胸腔内癒着を認めた1例  
筑波記念病院 心臓血管外科  
清水隆玄、倉橋果南、西 智史、吉本明浩、森住 誠、末松義弘  
60歳男性。縦隔腫瘍手術、左胸腔ドレナージの既往。6年前より持続性心房細動に対し内服加療。3年前より永続性心房細動へ移行し、抗凝固薬内服。今回、抗凝固により継続する血尿あり、左心耳切除の適応と判断、胸腔鏡下左心耳切除の方針となった。胸腔鏡で観察すると胸腔内は広汎に癒着し視野確保困難であり、左小開胸を加え癒着剥離後に左心耳切除。胸腔鏡下左心耳切除において、胸腔内癒着が強度であっても小開胸を置き安全に左心耳を切除し得ると考えられた。

**I-16** 高齢者心室中隔欠損、僧帽弁閉鎖不全、三尖弁閉鎖不全、心房細動に対し手術を施行した1例  
山梨大学医学部附属病院  
山元奏志、中島博之、塚原 悠、白岩 聡、本田義博、葛 仁猛、榊原賢士、加賀重亜喜、鈴木章司  
症例は76歳女性。60歳時に発作性心房細動の発症を契機にVSDと診断された。76歳より持続性心房細動に転じ、心不全を繰り返したため手術に同意した。経過中にMR・TRの増悪をきたしたため、VSDパッチ閉鎖・MAP・TAP・Maze手術を施行した。術後洞調律を維持し、術後14日目に退院となった。高齢でのVSDの手術は稀であり、術後管理に難渋する場合も多いが、本例は大きな合併症なく経過した。

**I-18** 心房細動を生じた三心房心に対して隔壁切除・メイズ手術を施行した1例  
群馬大学医学部附属病院 循環器外科  
立石 渉、茂原 淳、高橋 徹、阿部知伸  
39歳男性。健診にて心房細動指摘され、精査の心臓超音波検査で左房内隔壁を認め三心房心の診断。左右の肺静脈はいずれも副心房に流入し、固有左房との交通孔が径19mm、圧較差10mmHgであった。また、心房中隔欠損は認めなかった。異常隔壁切除とメイズ手術を施行し、術後洞調律で左房内の圧較差の残存認めなかった。メイズ手術の肺静脈隔離に関して考察・工夫をした症例であり報告する。

## 13:45~14:25 心臓：再弁手術

座長 山本 平（順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科）

### I-20 Freestyle 弁を用いた Bentall 術後 18 年目に SVD となり再 AVR を要した 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科

新美一帆、齊藤政仁、朝野直城、太田和文、権 重好、  
鳥飼 慶、高野弘志

症例は 80 歳女性。1999 年 A 型解離にて Freestyle 弁 Full root 法を用いて上行大動脈置換+Bentall 手術施行。術後 18 年目に Freestyle 弁の SVD による AR と MR、TR を発症、それらに対して DVR と TAP 施行。AVR は Freestyle 弁の弁尖を切除し、ATS16mm を supraannular に縫着。Full root 法による Freestyle 弁の SVD に対する AVR は、弁の組織劣化と弁輪が狭い為に難渋するという報告とそれらに対し様々な工夫が報告され、文献的考察を加え報告する。

### I-22 DVR 後に 2 度再発した valve detachment に対する再々手術の一例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

園部藍子、上西祐一朗、山本隆平、石井知子、中嶋智美、  
加藤秀之、野間美緒、松原宗明、徳永千穂、大坂基男、  
坂本裕昭、平松祐司

SLE の診断でステロイドを内服していた 50 歳女性。AR、MR に対して DVR を施行したが、5 ヶ月後に僧帽弁位人工弁 detachment、左室仮性瘤をきたし MVR を、2 年後に大動脈弁位人工弁 detachment、左室仮性瘤を再発し Bentall 手術を施行した。全ての周術期で細菌は陰性であった。自己免疫性疾患を背景に反復する valve detachment と術式の工夫について報告する。

### I-24 川崎病を背景とした乳頭筋不全による僧房弁逆流に対し 3 度の僧房弁置換術後、弁輪拡大を伴う 2 弁置換術を施行した一例

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科

澁谷泰介、町田大輔、富永訓央、郷田素彦、磯松幸尚、  
鈴木伸一、益田宗孝

16 歳男性。乳児期に川崎病を発症、乳頭筋不全による severe MR に対して 3 度の MVR 施行歴あり。体の成長に伴い PPM による severe MS となり手術の方針。成人サイズまでのサイズアップのため弁輪拡大が必要と判断し、ウシ心膜と人工血管によるパッチを使用した Manouguian 法による弁輪拡大と 2 弁置換術 (MVR+AVR) を施行。術後酸素化不良、不整脈管理に難渋したが第 48 病日に独歩退院した。

### I-21 Freestyle 弁の leaflet tear による AR で大動脈基部置換術を施行した 1 例

亀田総合病院 心臓血管外科

川井田大樹、田邊大明、古谷光久、加藤雄治、外山雅章

52 歳女性。17 年前に大動脈炎症候群による AR に Freestyle 弁で大動脈基部置換術 (full root、Cabrol 法) を施行。近医でフォロー中に心雑音を指摘され、当院紹介。エコーで severe AR を認め、手術施行。NCC 弁尖に 4mm の穿孔部を認めた。Freestyle graft の Valsalva 洞の構造破綻があり、基部置換術を施行。今回我々は Freestyle 弁使用後の再手術で、基部置換術を必要とした 1 例を経験したので、これに若干の文献的考察を加えて報告する。

### I-23 弁置換術後の遠隔期に診断された左室仮性瘤に対し修復術を施行した一例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

奥木聡志、上部一彦、菊地千鶴男、遠藤祐輝、磯村彰吾、  
駒ヶ嶺正英、池田昌弘、道本 智、松村剛毅、齋藤博之、  
西中知博、新浪 博

AVR (51 歳) と MVR (71 歳) の既往がある 77 歳女性。通院中の経胸壁心エコーで左室後壁に echo free space を認めていたが同部位に血流の流入が確認され精査入院。CT、MRI にて左室仮性瘤と診断された。手術は左側開胸、人工心肺下に心室細動を誘導し瘤を切開。左室との交通口を認めパッチ閉鎖を施行。術後 14 日目に退院。MVR 時の sealed rupture の可能性も疑われた。

I-25 心電図 flat、PCPS、IABP 装着された重症劇症型心筋炎の 1 例

東京都健康長寿医療センター 心臓外科

村田知洋、河田光弘、眞野暁子、西村 隆、許 俊鋭

症例は 22 歳女性。発熱頭痛を契機とした劇症型心筋炎に対し前医にて PCPS、IABP 装着。心機能改善なく発症 9 日後に当院転院搬送となり 2 日後に BiVAD 装着。術後より再灌流性肺障害による呼吸状態の悪化を認め始め、胸腔内血腫の形成、肺化膿症の合併にて血腫除去（POD23）、肺部分切除（POD62）を実施。以後も心機能の改善は認めず敗血症を合併。感染コントロール不能となり家族の同意の上緩和医療へ移行し POD107 に永眠。本症例の治療経過に関し考察しここに報告する。

I-27 腎不全症例におけるトルバプタンの使用経験

獨協医科大学病院 心臓・血管外科

関 雅浩、柴崎郁子、緒方孝治、堀 貴行、小川博永、

武井祐介、桐谷ゆり子、福田宏嗣

トルバプタンは内科のみならず、心臓外科領域においても近年報告が散見される。今回我々は開心術後トルバプタンを使用した 56 例において、eGFR60 前後の 2 群で投与前後の腎機能、電解質、血圧、体重変動を比較検討した。患者背景では腎機能以外の有意差は認めず。両群において投与前後の腎機能、電解質、血圧に有意差は認めず、体重は有意に減少を認めた。トルバプタンは開心術後症例において腎機能に関わらず安全に使用できることが示唆された。

I-26 著明な心機能改善を認めた頻脈誘発性心筋症の一手術例

板橋中央総合病院 心臓血管外科

佐藤博重、堀真理子、木下 肇、田村 敦、数野 圭、

村田聖一郎

50 歳台男性。頻脈性心房細動による心原性多発脳梗塞のために入院。脳梗塞は後遺症なく回復したが、弁輪拡大、テザリングによる高度僧帽弁閉鎖不全症、中等度三尖弁閉鎖不全症を伴った DCM と診断された。IABP 補助下に僧帽弁及び三尖弁形成術、Full maze 手術、右室心筋生検を行った。術後、洞調律に復帰し術前の左室駆出率 34% から約 2 年後に 50% へと著明に改善した。心筋生検の結果 DCM は否定的で、頻脈誘発性心筋症と診断した。

I-28 急性 A 型大動脈解離の診断で手術目的に紹介され開胸手術を回避した motion artifact の一例

埼玉石心会病院 心臓血管外科

山田宗明、加藤泰之、菅野靖幸、加藤 昂、石川雅透、

木山 宏、小柳俊哉

53 歳女性。背部痛で A 病院に搬送され、造影 CT で急性 A 型大動脈解離の診断で手術目的に B 病院に搬送。待機手術を考えていたが、症状が強く、緊急手術が必要とのことで当院へ搬送。前医 CT では偽腔開存型 A 型大動脈解離を思わせる所見で、緊急手術を考慮した。しかし、motion artifact の完全な否定ができず、再度心電図同期下 MDCT を撮像、急性 A 型大動脈解離は否定された。不必要な開胸手術を回避できた為報告する。

I-29 IVC 伸展した腎細胞癌により肺動脈への塞栓症をきたした一例

日立総合病院 心臓血管外科

井口裕介、渡辺泰徳、松崎寛二、塚田 亨

70歳男性。突然の胸痛を訴え意識消失、救急搬送された。意識は回復し、vital sign も安定していた。造影CTで右腎臓に腫瘍を認めIVC内へ伸展し、右房内に腫瘍陰影を認めた。心エコーでは右房内で腫瘍は浮遊し、三尖弁へ嵌頓が危惧され緊急腫瘍摘出の方針とした。手術開始直後に血圧低下、術野エコーで主肺動脈から左肺動脈にかけて腫瘍の移動を認めた。人工心肺下に主肺動脈を切開し、腫瘍を摘除した。病理診断は腎細胞癌。肺動脈への塞栓症を伴う腎細胞癌例を救命したため報告する。

I-31 右房腫瘍による肺塞栓症に対し緊急手術を施行した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

南 智行、内田敬二、軽部義久、長 知樹、出淵 亮、伏見謙一、藪 直人、金子翔太郎、池島静音、益田宗孝

32歳男性、主訴は呼吸苦。一年前より息切れを自覚。二週間前より増悪し近医受診。精査の結果、右房内腫瘍、右肺動脈閉塞の診断。可動性ある腫瘍であり、広範型肺塞栓症に進行することが危惧されたため緊急手術とし、腫瘍切除、肺動脈内血栓塞栓物除去施行し、術後は良好であった。当初悪性腫瘍を考えていたが、病理では血栓であり、右房内血栓、慢性肺動脈閉塞の急性増悪の診断であった。

I-33 大動脈弁位弾性線維腫の1例

水戸済生会総合病院

鳥羽麻友子、倉岡節夫、篠永真弓、倉持雅己、三富樹郷

71歳女性。発作性心房細動に対する経皮的カテーテル心筋焼灼術のための術前評価で経食道心エコーを施行したところ、大動脈弁に付着する最大短径11mmの可動性に富む腫瘍を指摘された。無症候性脳梗塞の既往があり、脳塞栓や心筋梗塞の再発防止のため、経皮的カテーテル心筋焼灼術後に外科的手術を施行した。手術所見では大動脈弁左冠尖より発生した1cmのイソギンチャク様の腫瘍を認め、大動脈弁は温存可能であり、腫瘍切除術と左心耳切除術を施行した。病理組織学的に papillary fibroelastoma の診断であった。

I-30 右室流出路狭窄を来した心臓原発悪性リンパ腫に対する1手術例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

遠藤大介、山本 平、畑 博明、桑木賢次、土肥静之、松下 訓、梶本 完、嶋田晶江、大石淳実、李 智榮、上川祐輝、天野 篤

81歳女性。呼吸困難と胸水貯留を認め、心不全の精査を行ったところ右室流出路腫瘍と診断。右室壁から内腔に発達する腫瘍であったため右室壁と一塊にして切除し、牛心膜パッチで右室流出路再建を行った。病理診断は、右室流出路原発の悪性リンパ腫。術後経過は良好で、化学療法へ移行し現在も治療継続中。心臓原発の悪性リンパ腫は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

I-32 大動脈弁に発生した Calcified Amorphous Tumor の一例

東京医療センター 心臓血管外科

明楽一隆、大迫茂登彦、河西未央、尹 亮元、山田敏之

症例は75歳男性。末期腎不全のために透析導入され6年目、構音障害を主訴に当院に搬送され、頭部MRIで左右大脳半球に小さな梗塞巣散見、TTEで大動脈弁に付着する可動性の高い11x22mmのmassとsevere ASを認めた。手術としては腫瘍切除と大動脈弁置換術施行。腫瘍の病理学的検査はCalcified Amorphous Tumorで、これは透析患者などに稀に認められる心臓内腫瘍性病変であるが、大動脈弁発生したものに関する報告は非常に稀であるため、文献的考察を含め報告する。

I-34 Auto-transplantationにて摘出し得た巨大心臓腫瘍の一例

1 国際医療福祉大学医学部 心臓外科

2 大阪大学 大学院・医学部 心臓血管外科学

斎藤俊輔<sup>1</sup>、戸田宏一<sup>2</sup>、仲村輝也<sup>1</sup>、牛島輝明<sup>1</sup>、鈴木康太<sup>2</sup>、澤 芳樹<sup>2</sup>

症例は21歳女性。心エコーにて左房後壁に付着する50mmの腫瘍を指摘。Aorta後壁にも浸潤している可能性が示唆された。右側左房切開や経中隔といった通常のアプローチでの摘出は難しいと考えられ、auto-transplantation法を用いて心摘出の後に腫瘍摘出および左房後壁の再建、ベンチでの左房自由壁の再建を行い、自己心移植を行った。術後経過は良好で約10日間で退院となった。

I-35 心嚢液貯留を契機に発見された末梢性 T 細胞リンパ腫再発の 1 例

筑波記念病院 心臓血管外科

清水隆玄、倉橋果南、西 智史、森住 誠、末松義弘

72歳男性。3年4ヶ月前に末梢性 T 細胞リンパ腫と診断。化学放射線療法で完全寛解。3ヶ月前倦怠感・労作時呼吸苦を訴え受診。炎症反応高値、心嚢液貯留あったが抗菌薬で改善。ECG 異常なく急性心膜炎は否定的で、外来フォローとなった。今回、UCG で心嚢液増量・心尖部腫瘤あり、リンパ腫再発を疑い、組織採取目的に当科紹介され開胸ドレナージ術で採取。細胞診で悪性細胞を認めた。リンパ腫寛解後の心嚢液貯留は再発を念頭に、可及的早期に組織診断を行う必要があると思われた。

## 16:48~17:36 心臓：大動脈①

座長 山内治雄（東京大学医学部附属病院 心臓外科）

### I-36 上行大動脈可動性血栓疑いの一例

1 足利赤十字病院 心臓血管外科

2 慶應義塾大学病院 心臓血管外科

川合雄二郎、古泉 潔<sup>1</sup>、岡本雅彦<sup>1</sup>、伊藤隆仁<sup>1</sup>、飯尾みなみ<sup>1</sup>、志水秀行<sup>2</sup>

65歳、男性。一過性脳虚血発作にて当院内科入院。精査中に上行大動脈に可動性の血栓が疑われたため、準緊急的に手術施行。胸骨正中切開。循環停止および選択的脳灌流法を併用した。上行大動脈を開放後、大動脈内膜に、指頭大の血栓様付着物を認め、大動脈内膜も潰瘍状に見えたため、壁ごと切除し、上行大動脈人工血管置換術を施行した。術後脳合併症なく、軽快退院した。現在病理検査待ち。文献的考察を加え、報告する。

### I-38 IgG4関連血管炎に伴う胸部大動脈瘤に対する外科治療経験

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

林 潤、吉武明弘、井口篤志、朝倉利久、栃井将人、高澤見利、中嶋博之

症例は76歳男性。高CRP血症を伴う上行および近位下行大動脈瘤に対し、上行～弓部大動脈置換術+オープンステントグラフト内挿術を施行し、段階的に下行大動脈にステントグラフト内挿術を施行した。術中所見では外膜に炎症と組織の肥厚があり、病理組織ではIgG4陽性形質細胞浸潤を認め、IgG4関連大動脈瘤と診断した。多くが腹部大動脈に生じる同疾患の胸部大動脈瘤の報告は少なく、文献的考察とあわせて報告する。

### I-40 血友病A合併症例に対する弓部大動脈瘤手術：出血対策を中心に

東京医科大学 心臓血管外科学

高橋 聡、鈴木 隼、丸野恵大、藤吉俊毅、岩堀見也、河合幸史、岩橋 徹、神谷健太郎、小泉信達、西部俊哉、萩野 均

75歳、男性。直腸癌術後のCTで55mmの弓部大動脈瘤を認め、CAGで#2の狭窄を指摘。全弓部置換術+冠動脈バイパス(SVG—#3)を施行。術当日に第8因子製剤(ルリオクトコグアルファ)3,000IU静注し、2.1IU/kg/hで持続静注開始。止血に難渋し、RBC12単位、FFP2,880ml、PC20単位、フィブリノゲン製剤を投与。第8因子持続静注を術後8日間継続、その後6日間1,000IU静注。出血性合併症は認めず。

### I-37 若年のValsalva洞動脈瘤、左冠動脈主幹部および左鎖骨下動脈閉塞の一例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

澤真太郎、森田耕三、中前亨介、入江翔一、柏村千尋、中山祐樹、寶亀亮吾、増田憲保、市原有起、東 隆、齋藤 聡、新浪 博

30歳男性。構音障害、左上腕感覚障害を認め脳梗塞疑いで入院したが、精査にてValsalva洞動脈瘤、左冠動脈主幹部閉塞、右総頸および左鎖骨下動脈閉塞(盗血現象あり)と診断された。通常の大動脈基部置換に加え冠動脈バイパス、大動脈-左鎖骨下動脈バイパスを併施し経過良好であった。大動脈主要分枝に多発閉塞を認めた若年症例であり高安動脈炎等の血管炎が疑われた。

### I-39 高安動脈炎による頸部3分枝完全閉塞に対し、体外循環補助下に頸部血行再建を施行した1例

虎の門病院 循環器センター外科

若田部誠、成瀬好洋、田中慶太、佐藤敦彦

63歳女性。乳癌術前精査中に意識消失発作を繰り返した。20歳時に高安動脈炎と診断、ステロイド内服歴あり。造影CTで頸部3分枝の完全閉塞を認め、脳血流は側副血行路によりかろうじて維持されていた。全身麻酔下の乳癌手術の耐術能を得るため頸部血行再建が必要と判断した。体外循環補助下にバイパス術(上行大動脈-両側鎖骨下動脈および左内頸動脈)を施行した。術後意識消失発作は軽快。全身麻酔下に乳腺全摘を施行し経過良好である。

### I-41 ステロイドが誘発したと考えられる胸部大動脈瘤破裂の1例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

櫻井 学、茂木健司、坂田朋基、谷 建吾、橋本昌典、高原善治  
症例は79才男性。器質性肺炎の診断でステロイド内服が開始されていたが、その約2カ月後に胸部大動脈瘤破裂の診断で救急搬送。緊急で上行弓部置換術を施行し救命した。術前CTから経時的に比較してみると瘤径拡大や大動脈壁の変化がステロイド開始後から急激に進んでおり、ステロイドによる影響が強く疑われた。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 17:36~18:24 心臓：大動脈②

座長 桑田俊之（前橋赤十字病院 心臓血管外科）

I-42 2度の胸骨正中切開歴がある右側大動脈弓に合併した Kommerell 憩室に対して一期的ハイブリッド手術を施行した1例  
東京ベイ・浦安市川医療センター 心臓血管外科  
中永 寛、森村隼人、河野裕志、渡邊 隼、平岩伸彦、田端 実  
62歳男性。15歳でASD閉鎖歴あり。VSD、AR認め手術目的に当科紹介。労作時息切れの他に嚔下困難感がありCTで右側大動脈弓、異所性左鎖骨下動脈を伴うKommerell憩室(KD)を認めた。先にVSD閉鎖、AVRを施行。3ヵ月後KDに対して左CCA-左SCAバイパス、左SCAプラグ塞栓、右開胸で下行大動脈置換術を行った。術後経過良好で術後12日目に退院。KDへの手術アプローチについて文献的考察も加え報告する。

I-44 重度AR、広範囲胸部大動脈瘤に対して二期的手術を施行した1例

東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科  
矢尾尊英、藤井毅郎、大熊新之介、益原大志、片柳智之、  
原 真範、布井啓雄、亀田 徹、川田幸太、保坂達明、  
磯部 将、片山雄三、小澤 司、塩野則次、渡邊善則  
73歳男性。重度AR及び広範囲TAAで当院通院していた。AR増悪傾向、TAA拡大傾向のため、手術の方針となった。TAAは上行からTh11におよび動脈瘤径が50~5mmであったため、手術はAVR、TAR(Gelweave Elephant Trunk)を施行し198日後に二期的にTEVARを施行した。術後合併症なく経過している。

I-46 胸骨に接し変形を来たした巨大上行大動脈瘤の一例  
慈泉会 相澤病院 心臓病大動脈センター 心臓血管外科  
大津義徳、恒元秀夫  
【症例87 y.o. F】胸痛を主訴に近医受診し急性大動脈解離疑いで当院紹介。CTにて胸骨に接し変形した直径83mmの上行大動脈瘤およびIII-IV ARを認め、上行大動脈瘤切迫破裂と診断。認知機能問題なく家族・本人が手術希望したため上行部分弓部置換術(J-Graft 28mm、BCA LCCA 再建) + 大動脈弁置換術(CEP Magna Ease 19mm) 施行した。術後POD4に抜管、POD30に独歩退院した。病理所見上、胸骨に接した瘤壁の中膜嚢胞状壊死、平滑筋壊死、弾性線維の虫食い様消失とムコイド変性を認めた。

I-43 弓部大動脈全置換術後の両側鎖骨下動脈瘤に対し2期的ハイブリッド治療を施行した1例  
信州大学医学部附属病院 心臓血管外科  
御子柴透、和田有子、瀬戸達一郎、岡田健次  
48歳男性、マルファン症候群。大動脈解離による胸腹部大動脈人工血管置換術、弓部大動脈全置換術(TAR) + ベントール手術の既往。経過で残存左鎖骨下動脈瘤、右鎖骨下動脈瘤の増大傾向あり加療目的に当院紹介となった。TARの際より左反回神経麻痺を認めており、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血管内治療を行う方針とし、左鎖骨下動脈瘤人工血管置換、椎骨動脈再建を先行するハイブリッド治療を行い、良好な成績を得た。

I-45 演題取り下げ

I-47 Bentall術後巨大仮性瘤に対する再Bentall術  
慶應義塾大学病院 心臓血管外科  
稲葉 佑、伊藤 努、大野昌利、山下健太郎、泉田博彬、  
川合雄二郎、林可奈子、高橋辰郎、木村成卓、山崎真敬、  
志水秀行  
70歳男性。大動脈弁輪拡張症に対し、Bentall型手術施行し13POD退院。6ヶ月後CXP上、縦隔陰影の拡大を認め、心エコー、CT施行。弁付グラフトと大動脈基部がほぼ全周性に離開し基部に左室と交通する巨大仮性瘤を形成していた。弁輪膿瘍と診断し準緊急にて再Bentall型手術施行、開胸前より体外循環を導入し破裂を回避した。術中培養よりMSSEを認め、抗生剤治療後、46POD独歩退院した。

I-48 急性大動脈解離術後に重度溶血により再手術が必要となった症例

筑波記念病院 心臓血管外科

吉本明浩、清水隆玄、西 智史、森住 誠、末松義弘

症例は57歳男性。急性大動脈解離(Stanford A、DeBakey I、偽腔開存型)に対し、上行大動脈置換術施行。3PODより肉眼的血尿が出現、LDHは2800にまで上昇。CTにて中枢側内フェルトの翻転による溶血と診断。9POD、再上行大動脈置換術施行。初回手術時、中枢側大動脈は約36mmと拡大なく、ここに内フェルトを使用したことが原因と推測された。再手術時は内フェルトを使用せず、グラフトを外翻する形で吻合をするように工夫した。本症例につき報告する。

I-50 基部弓部大動脈置換術後に難治性乳糜胸を発症した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

69歳女性。上行弓部大動脈瘤およびsevere ARに対して基部弓部大動脈置換術を施行した。術後左乳糜胸を発症し胸腔ドレーンからは連日約2000mlの排液を認めた。保存的治療では改善認めず、胸腔鏡下乳糜漏閉鎖術(左小開胸)、胸腔鏡下胸管結紮術(右小開胸)、右開胸胸管結紮術を施行し乳糜胸は軽快した。

I-52 感染性胸部大動脈瘤に対して全弓部置換術+大網充填を施行した1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

66歳男性、胸部違和感を主訴に受診し、CT検査で遠位弓部大動脈に嚢状瘤を認め、血液検査で炎症反応の上昇を認めた。さらに、血液培養で肺炎球菌が検出され、感染性大動脈瘤の診断で抗菌療法を行った後に待機的手術を施行した。動脈瘤壁は肥厚し、周囲組織と強固に癒着していた。大動脈瘤壁を可及的に切除し、全弓部大動脈置換術+大網充填を施行した。感染性胸部大動脈瘤に対する外科治療について文献的考察を加えて報告する。

I-49 急性大動脈解離(A型)の術後3日目にNOMIを発症、動注療法を施行し救命しえた症例

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

中島光貴<sup>1</sup>、松永慶廉<sup>1</sup>、小原邦義<sup>1</sup>、贅 正基<sup>1</sup>、宮地 鑑<sup>2</sup>

54歳男性、胸背部痛を主訴に外来受診、大動脈基部から腎動脈分岐部直上に及ぶ偽腔開存型急性大動脈解離(A型)と診断し上行大動脈置換術を施行。POD1には意識覚醒認めるも傾眠傾向と肝腎機能悪化を認め、POD2には乏尿となりCHDF開始。POD3にはアシドーシス、乳酸値上昇、全身チアノーゼを認め精査施行。NOMIと診断。カテーテル先端を上腸間膜動脈内に留置し動注療法開始。動注療法は1週間施行。その後退院となった。

I-51 胸腹部置換後人工血管感染に対し排膿洗浄持続陰圧吸引が奏功した一例

東海大学医学部外科学系 心臓血管外科学

岸波吾郎、志村信一郎、小田桐重人、岡田公章、尾澤啓輔、内記卓斗、長 泰則

症例は66歳男性。慢性解離性大動脈瘤胸腹部置換28日後に発熱で受診。CTで人工血管感染と診断。同日再開創し人工血管周囲膿瘍を吸引、生食14Lで洗浄。19Fr. ブレークドレーンを3本留置。膿瘍培養でBacteroidesと嫌気性菌を検出。抗生剤加療および99cm水柱による持続陰圧吸引を8週間、低陰圧閉鎖式ドレナージを4週間施行しドレーン抜去。在院日数132日で軽快退院した。発症後1年も感染再燃なく経過中。

## 第Ⅱ会場：4F コンベンションホール(鶯)

9：30～10：10 研修医発表(肺)(評価者：伊豫田明、遠藤俊輔、佐野 厚)

座長 坂口 浩三(埼玉医科大学 国際医療センター 呼吸器外科)

### Ⅱ-1 外科的切除を要した感染性外傷性肺嚢胞の一例

前橋赤十字病院

石渡 葉、井貝 仁、吉川良平、大沢 郁、上吉原光宏

41歳男性。スノーボード中に転倒し当院救急搬送。意識障害を伴う急性硬膜外血腫、頭蓋骨骨折、脳挫傷を認め、脳神経外科で経過観察入院となった。第10病日、CTで右肺下葉に内腔に液体貯留を伴う空洞陰影が新たに出現。喀痰塗抹検査で複数菌の食食増を認め、感染性外傷性肺嚢胞と診断した。抗生剤投与するも感染コントロール不良であったため、第17病日に開胸右下葉切除術を施行した。外科的切除を要する外傷性肺嚢胞は稀であり、文献的考察を加え報告する。

### Ⅱ-2 結核右上切後の対側肺癌に対して3-port VATS左上葉切除を施行した1例

虎の門病院 呼吸器センター外科

海野良介、河野 匡、藤森 賢、木村尚子、鈴木聡一郎、吉村竜一、河野 暁、油原信二、若田部誠

77歳男性。既往は肺結核(開胸右上切)、COPD。左S3中枢にcT1bN0M0(SS 20mm)を認めた。術前1秒量は1.41L(48%)から吸入薬で1.66Lに改善、切除断端を考慮し3-port VATS左上葉切除+ND2a-1(全面癒着)を施行した。手術時間280分、出血量113ml。労作時1LのHOTを要し19病日退院。病理はSq pT1cN0M0(inv 21mm, pv-, pa-, br-)。当科では肺葉切除後の対側肺葉切除を15例経験し、文献的考察を含め報告する。

### Ⅱ-3 右B<sup>1</sup>分岐異常領域に肺腺癌を合併した1切除例

JR東京総合病院

小野晃裕、土屋武弘、荻田 真、田中真人

77歳女性。健診で右上肺野に異常陰影を指摘された。胸部CTで右上葉に33×28mmの腫瘍を認めた。またB<sup>2</sup>・B<sup>3</sup>を欠損しB<sup>1</sup>のみで構成されており気管支分岐異常と考えられた。気管支鏡検査で肺腺癌の診断となり、右上葉切除術を施行した。気管支分岐異常例では肺血管の走行異常を合併することがある。本症例でも肺静脈の還流異常を伴っており、3D-CTによる術前評価は手術を安全に行う上で有用であった。気管支分岐異常に肺癌を合併する例は比較的稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

### Ⅱ-4 気管支閉鎖症の1切除例

渋川医療センター 呼吸器外科

清水創一郎、高瀬貴章、永島宗晃、鈴木 司、川島 修

41歳女性。胸部異常影のため紹介となった。CTで右S2を中心に嚢胞や空洞を伴った癒合傾向のある粒状影を認めた。気管支鏡検査で右B2の入口部は確認できず憩室様病変を認めるのみであった。以上より気管支閉鎖症と診断し、右上葉切除中葉部分合併切除術(手術時間2時間34分、出血量50ml)を施行した。病理組織検査では閉塞した気管支内には膿瘍、周囲肺は器質化していた。気管支閉鎖症に気管支肺炎が繰り返された病変として矛盾しなかった。気管支閉鎖症は比較的稀な疾患であり文献的考察を加えて報告する。

### Ⅱ-5 左肺動脈原発 intimal sarcoma の1例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

伊藤謙太郎、佐藤雅昭、吉田大介、福元健人、唐崎隆弘、北野健太郎、長山和弘、似鳥純一、安樂真樹、中島 淳

61歳男性。発熱・咳嗽。全身倦怠感出現。2か月後の造影CTで左肺動脈を完全閉塞し、左右分岐部を越え、肺動脈幹および右主肺動脈に及ぶ塞栓子を認めた。左肺動脈発生 intimal sarcoma が疑われ当科紹介。人工心肺(大腿動脈送血・大腿静脈吸引脱血)、常温拍動下に肺動脈幹遮断し術中エコーで確認しながら肺動脈切開、引き抜いた腫瘍塞栓と一塊に左肺全摘除術・肺動脈形成術を実施した。病理組織診断は intimal sarcoma であった。

## 10:10~10:50 肺・食道（研究）

座長 大塚 創（東邦大学医学部外科学講座 呼吸器外科学分野）

### Ⅱ-6 胸骨正中切開+前側方開胸下に切除した原発不明縦隔リンパ節転移腺癌の1例

1 東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野

2 同 内科学講座呼吸器内科学分野

3 同 病院病理学講座

肥塚 智<sup>1</sup>、大塚 創<sup>1</sup>、牧野 崇<sup>1</sup>、東 陽子<sup>1</sup>、秦 美暢<sup>1</sup>、  
卜部尚久<sup>2</sup>、栃木直文<sup>3</sup>、本間 栄<sup>2</sup>、渋谷和俊<sup>3</sup>、伊豫田明<sup>1</sup>

54歳男性。検診で胸部異常影を指摘され当院紹介。胸部CTで右上縦隔に60mm大の腫瘤を認めた。EBUS-TBNAにて肺腺癌と診断し、縦隔型肺癌を疑い胸骨正中切開+前側方開胸下に手術を施行した。腫瘍は肺と連続性を認めず、腫瘍のみ切除した。切除標本内にリンパ組織を認め、原発不明縦隔リンパ節転移腺癌と診断した。

### Ⅱ-8 CO<sub>2</sub>送気を使用した胸腔鏡下肺切除術

1 千葉県がんセンター 呼吸器外科

2 国際医療福祉大学医学部 呼吸器外科学

松井由紀子<sup>1</sup>、田中教久<sup>1</sup>、山本高義<sup>1</sup>、岩田剛和<sup>1</sup>、吉田成利<sup>2</sup>、  
飯笹俊彦<sup>1</sup>

横隔膜付近の胸腔鏡下肺切除術では横隔膜圧排を要することがある。一方、CO<sub>2</sub>送気は胸腔鏡下縦隔腫瘍切除術等に使用され視野確保に有用である。今回、横隔膜付近の肺病変に対しCO<sub>2</sub>送気を併用した胸腔鏡下肺切除術を3例経験したので報告する。CO<sub>2</sub>送気により横隔膜が圧排され視野良好となり、ポート位置選択も容易で、周術期合併症は認めず、CO<sub>2</sub>送気は有用であると考えられた。

### Ⅱ-10 食道静脈瘤硬化療法後の食道穿孔に対し緊急開胸手術を施行した1例

東海大学医学部 消化器外科

二宮大和、小熊潤也、数野暁人、山本美穂、谷田部健太郎、  
小澤壯治

69歳男性で、アルコール性肝硬変による食道静脈瘤に対する内視鏡的硬化療法後1週間の血液検査で炎症反応の上昇、CTで左胸腔内遊離ガス像、食道造影検査で胸部下部食道左壁に漏出像を認め、遅発性食道穿孔と診断し、同日緊急手術を施行した。左胸腔内は膿性胸水で汚染され、胸部下部食道は長径5cmにわたり壁が欠損、周辺の縦隔胸膜も広範に壊死していた。近傍の縦隔胸膜や下肺靭帯により可及的に穿孔部を閉鎖した。術後経過は良好であった。

### Ⅱ-7 右肺全摘後に心臓脱を生じ緊急修復術を行った1例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

四倉正也、井上 学、小林 晶、内田真介、朝倉啓介、

吉田幸弘、中川加寿夫、渡辺俊一

69歳女性。右肺門部腺癌に対し右肺全摘を行った。右主肺動脈浸潤のため中枢を経心嚢的に露出し切離し、切開した心膜を直接縫合修復した。術後4時間で激しい嘔吐と咳嗽を右側臥位で繰り返した際に突然心停止した。30秒の胸骨圧迫で心拍再開し、胸部X線・超音波から心臓脱と診断した。緊急再開胸を行うと、心膜縫合部が尾側に裂け心臓はほぼ全体が右胸腔に突出していた。用手的に心臓を還納し心嚢をシートで閉鎖した。術後後遺症なく退院した。

### Ⅱ-9 腫瘍外科領域の論文執筆の留意点とは？

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター 外科

島田英昭

【目的】多くの投稿原稿を査読する機会がある立場から若手腫瘍外科医を対象として論文執筆上の着眼点について私見を述べる。【研究デザイン】「前向き観察研究」「後ろ向き観察研究」であっても解析項目が斬新かつ実臨床に有用な情報であれば注目度が高い。予後解析、多変量解析、Propensity Score Matching、症例数100症例以上、多施設共同がより望ましい。【解析と考察】論点が明確であること。メッセージ性が明確であることが重要である。倫理承認と研究課題の事前登録は必須である。

Ⅱ-11 肺癌手術中に予期せぬ出血をきたした肺葉内分画症の一例

慶應義塾大学病院 呼吸器外科

田中浩登、政井恭兵、菱田智之、大塚 崇、浅村尚生

68歳、男性。右下葉肺癌に対して右下葉切除術を行った。第5肋間後側方小開胸で肺動静脈および気管支を切離したのち、肺靭帯の切離を行っていたところ予期せぬ拍動性の出血をきたした。開胸創からの距離が遠く操作が困難であったため第8肋間に小開胸を追加し出血部を結紮、止血した。術前CTを後方視的に検証したところ腫瘍周囲の無気肺と読影されていた右下葉内の小陰影に大動脈から分枝が流入しており、病理学的にもPryceIII型肺葉内分画症が確認された。文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-13 Part solid GGNを呈した肺梗塞巣の1切除例

がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科

高田亮佑、堀尾裕俊、清水麗子、志満敏行、原田匡彦

症例は88歳、女性。特記すべき既往歴や喫煙歴なし。十二指腸病変精査目的に実施されたCTにて右肺上葉にpart solid GGNを指摘された。その後の消化管精査にて十二指腸病変は乳頭部炎と診断されたが、右上葉病変はSUVmax 2.23→3.0と後期相で増加するFDG集積を認めた。このためVATS肺生検施行、術中迅速診断は中心部に血腫形成を伴う虚脱線維化巣で、悪性所見なし、最終病理診断は肺梗塞であった。GGNを呈する肺梗塞はまれと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-15 妊娠を契機に見つかった肺動静脈瘻の1手術例

土浦協同病院

河村知幸、山岡賢俊、小貫琢哉、稲垣雅春

症例は31歳、女性。既往に特記事項なし。第2子出産のため帝王切開を前医で施行。術直後に低酸素血症を認め、術翌日も無症状だが体動時にSpO2 80%台（室内気）まで低下するため胸部造影CTを撮影した。CTでは右肺下葉にA10-V10のシャント形成を認め肺動静脈瘻による低酸素血症と診断した。コイル塞栓術を検討したが血管拡張が著明であり手術の方針とし、帝王切開後1か月で胸腔鏡下右肺下葉切除術を施行した。術後経過は問題なく、術後に酸素化は改善した。肺動静脈瘻は妊娠を契機に増悪することがあるとされている。

Ⅱ-12 咯血で受診した左肺底動脈起始異常症の一例

1 東京女子医科大学 外科学（第一）

2 東京女子医科大学 画像診断・核医学科

3 済生会栗橋病院 外科

荻原 哲<sup>1</sup>、宮野 裕<sup>3</sup>、光星翔太<sup>1</sup>、片桐さやか<sup>1</sup>、葭矢健仁<sup>1</sup>、前田英之<sup>1</sup>、青島宏枝<sup>1</sup>、井坂珠子<sup>1</sup>、松本卓子<sup>1</sup>、小山邦広<sup>1</sup>、森田 賢<sup>2</sup>、村杉雅秀<sup>1</sup>、坂井修二<sup>2</sup>、神崎正人<sup>1</sup>

症例 20歳女性。主訴は咯血。胸部造影CTで腹腔動脈より分岐して左肺底区に分布する異常血管を認めた。肺動静脈の走行も踏まえて左肺底肺動脈起始異常症と診断。手術治療も考慮したが、若年未婚であり血管内治療で異常血管をバスキュラープラグで塞栓した。症状再燃はなく嚴重に経過観察中である。

Ⅱ-14 胸椎手術後の非喫煙者巨大肺嚢胞手術の一例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

大橋康太、藤原大樹、山本高義、森本淳一、坂入祐一、

和田啓伸、鈴木秀海、中島崇裕、吉野一郎

40歳男性、既往歴に後縦靭帯骨化症で第7-10胸椎の前方固定術歴あり。健診で右巨大肺嚢胞を指摘された。喫煙歴なく、過去2年間の胸部X線では指摘されなかった。経過観察中に右I度の気胸を発症し、呼吸困難が強く胸腔鏡下右肺嚢胞切除術を施行した。胸椎術後の開胸創に下葉が癒着しており、その近傍に茎を有する巨大肺嚢胞が見られた。非喫煙者の巨大肺嚢胞例は稀であり、胸椎手術との関連について考察する。

## Ⅱ-16 術前導入放射線化学療法後に完全切除し得た胸腺癌の1例

聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科

木村祐之、佐治 久、津田容堂、脇山洋一、酒井寛貴、宮澤知行、丸島秀樹、干川晶弘、小島宏司、中村治彦  
症例は74歳男性。巨大縦隔腫瘍疑いで当科紹介受診。CTガイド下生検で胸腺癌の診断となる。術前導入放射線化学療法(68Gy/34Fr、CBDCA+PTX2コース)を施行した結果PRであった。アプローチは胸骨正中切開、右前方開胸。上行大静脈の血管壁を一部合併切除し拡大胸腺腫瘍摘出を施行した。手術時間4時間46分、出血量334ml。術後経過は良好で術後第13病日で退院となる。若干の文献的考察を加え報告する。

## Ⅱ-18 重症筋無力症に対して剣状突起下单孔式アプローチによる胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した1例

東京医科大学病院 呼吸器外科・甲状腺外科

立花太明、今井健太郎、前原幸夫、嶋田善久、前田純一、萩原 優、垣花昌俊、梶原直央、大平達夫、池田徳彦  
症例は16歳女性。全身型重症筋無力症のため、IAPP+ステロイドパルス療法を施行したが症状の改善無く、手術適応のため当科紹介となった。剣状突起下单孔式アプローチによる胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した。術後第7日に退院し、社会復帰している。根治性とともに関容性を考慮した術式を施行した症例を報告する。

## Ⅱ-20 気管支扁平上皮癌を合併したACTH産生胸腺カルチノイドの1例

1 筑波大学附属病院 呼吸器外科

2 筑波大学附属病院 病理診断科

佐伯祐典<sup>1</sup>、後藤行延<sup>1</sup>、菅井和人<sup>1</sup>、小林尚寛<sup>1</sup>、菊池慎二<sup>1</sup>、佐藤幸夫<sup>1</sup>、中野雅之<sup>2</sup>、坂下信悟<sup>2</sup>、野口雅之<sup>2</sup>  
症例は21歳、男性。Cushing症候群疑いで当院紹介。CTで左腕頭静脈に浸潤する前縦隔腫瘍、縦隔・右肺門リンパ節転移、また気管支鏡で左中樞気管支に多発する扁平上皮癌の合併を認め当科紹介。ホルモン産生性縦隔腫瘍として胸腺全摘、およびリンパ節郭清術を先行し、ACTH産生胸腺非定型カルチノイドと診断した。現在、扁平上皮癌に対する光線力学的治療(PDT)を検討中である。

## Ⅱ-17 特発性縦隔血腫の一例

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、中山光男  
症例は49歳 男性。生来健康。荷物の運搬中に背部痛を認め救急搬送された。CT・MRIの結果、気管分岐部から横隔膜にわたる下行大動脈周囲の後縦隔血腫が疑われた。精査中に背部痛の増悪があり、胸部単純X線写真で左胸水を認めたためドレナージを行ったところ血液を認めた。血管造影検査では、出血源の同定ができなかったため、止血と血腫除去目的に手術を行ったが、術中も明らかな出血源は同定できなかった。基礎疾患を伴わない特発性縦隔血腫は稀であるため若干の文献的考察を含め報告する。

## Ⅱ-19 乳癌転移と胸腺腫との鑑別が術前に困難であった乳癌転移の一例

東海大学医学部付属病院

小野沢博登、壺井貴朗、和田篤史、渡邊 創、中野隆之、大岩加奈、須賀 淳、河野光智、増田良太、岩崎正之  
症例は74歳女性。左乳癌stage3Aに対し左乳房全摘除+センチネルリンパ節廓清を施行した。補助化学療法施行後6年の単純CTで前縦隔に9×13mmの腫瘍を指摘され増大傾向を認めた。PET-CTでSUVmax1.9の集積を認めた。胸腺腫を疑い胸骨正中切開前縦隔腫瘍切除術+胸腺全摘出術を施行した。最終病理組織診断は乳癌転移であった。乳癌転移と胸腺腫の鑑別が術前に困難であった乳癌転移の一例を報告する。

## Ⅱ-21 腫瘍破裂による右血胸をきたし緊急手術を施行した神経鞘腫の1例

獨協医科大学病院 呼吸器外科

有賀健仁

症例は41歳男性。右胸痛を認め近医受診。右血胸を認めドクターヘリで当院に緊急搬送された。造影CTでは右胸腔内に血流豊富な後縦隔腫瘍と造影剤の血管外漏出を認めた。腫瘍破裂による右血胸と診断し、血腫除去ならびに縦隔腫瘍摘出術を施行した。出血量は2551ml、手術時間は137分。術後病理診断は神経鞘腫であった。

## 13 : 45~14 : 25 肺良性疾患②

座長 手塚 憲 志 (自治医科大学附属病院 呼吸器外科)

### Ⅱ-22 高度な低肺機能を呈する両側巨大気腫性肺嚢胞症に対し手術が奏功した1例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

海寶大輔、和田啓伸、大橋康太、佐田諭己、椎名裕樹、畑 敦、豊田行英、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

43歳男性。主訴は進行する呼吸困難。FEV1は800mLと低下していた。V-V ECMOを準備して一期的に胸骨縦切開両側肺嚢胞切除術を施行した。術後肺瘻に胸膜癒着術を要したが、リハビリは順調に施行され、術後2か月でFEV1は2290mLと著明に改善した。術式およびアプローチに関する文献的考察を含めて報告する。

### Ⅱ-24 術前動脈塞栓術を行い切除した胸腔内巨大孤立性線維性腫瘍の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

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

62歳女性。右胸腔内を占拠する巨大腫瘍あり、CTガイド下生検で孤立性線維性腫瘍の診断。腫瘍に肋間動脈・内胸動脈・腋窩動脈・下横隔動脈などからの多数の流入血管を認め、術前動脈塞栓術を施行。塞栓術中に呼吸状態悪化し中断、挿管管理。全身CTで明らかな誘引なし。Clamshell開胸で右肺部分合併切除、横隔膜部分合併切除を行い腫瘍を摘出。術後覚醒遅延を認め、精査で多発脳梗塞の診断。原因として術前塞栓物質が疑われた。

### Ⅱ-26 成人期に発見された先天性肺気道奇形 (CPAM) の1手術例

長岡赤十字病院 呼吸器外科

篠原博彦、大和 靖

症例は28歳女性。2016年10月感冒様症状に対する精査目的の胸部CTで左下肺野に径9cm大の充実性腫瘍が疑われ、当院に紹介。気管支鏡検査にて悪性所見なく、CT再検で腫瘍は嚢胞内容物の排出により著明に縮小、多房性嚢胞と含気の出現を認めたためCPAMが疑われた。2018年2月胸腔鏡補助下左下葉切除を行った。病理組織で大きな嚢胞と周囲に中小の嚢胞を多数認め、内面に気管支上皮に類似した上皮を認めるも気管支軟骨はほとんど認めず、1型のCPAMと診断。成人期に切除を行ったCPAMは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

### Ⅱ-23 肺分画症に発生した侵襲性肺アスペルギルス症に起因した感染性大動脈瘤の1手術例

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<sup>1</sup>、有賀健仁<sup>1</sup>、梅田翔太<sup>1</sup>、伊藤祥之<sup>1</sup>、菅野靖幸<sup>2</sup>、西平守道<sup>1</sup>、武井祐介<sup>2</sup>、荒木 修<sup>1</sup>、荻部陽子<sup>1</sup>、前田寿美子<sup>1</sup>、福田宏嗣<sup>2</sup>、千田雅之<sup>1</sup>

67歳男性。以前から左下葉肺内肺分画症指摘。ALLで化学療法しX-1ヶ月寛解。X月CTで下行大動脈瘤切迫破裂を認めた。分画肺から流入血管伝いに大動脈感染したと考え、左肺下葉切除術+下行大動脈置換術+大網充填術施行し救命した。切除標本からアスペルギルス検出、侵襲性肺アスペルギルス症に起因した感染性大動脈瘤と診断した。

### Ⅱ-25 巨大肺嚢胞による重症呼吸不全に対し、肺縫縮術が著効した一例

山梨大学医学部附属病院 第二外科

梶村 彩、松原寛知、内田 巖、松岡弘泰、市原智史、中島博之  
症例は66歳男性。高度気腫肺でHOT導入中、2ヶ月程前から呼吸困難感が増悪して動けなくなり前医入院。精査の結果CTで左肺に巨大肺嚢胞を認め、これによる心不全、呼吸不全が原因と考えられたため手術目的に当科紹介。手術は、巨大ブラを切開・縫縮した。縫縮後、圧排されていた残存肺の拡張は著明に改善した。周術期は心機能をモニタリングしながら集中管理を行った。術後、症状は著明に改善し、リハビリが可能となり手術が有効と考えられた。

## 15:20~16:08 肺悪性腫瘍①

座長 矢島俊樹 (群馬大学医学部附属病院 呼吸器外科)

### Ⅱ-27 右上葉及び右中葉の転移性肺腫瘍に対し、S4a 亜区域切除+上葉部分合併切除を施行し en bloc に切除し得た 1 例

群馬大学医学部附属病院 呼吸器外科

尾林海、清水公裕、矢島俊樹、伊部崇史、中澤世識、河谷菜津子、茂木晃

症例は 53 歳男性。S 状結腸癌術後に右上、中、下葉にそれぞれ肺転移を疑う結節が出現。病変は右肺に限局していたため一期的手術切除を行った。上葉及び中葉病変は三葉合流部に近接して存在しており不全分葉を介して連続していたため、S4a 亜区域切除+上葉部分合併切除にて en bloc に切除し得た。転移性肺腫瘍に対する区域、亜区域切除は増加が続くと考えられ、当科における手技の工夫を含め報告する。

### Ⅱ-29 直接縫合により広範な肺動脈再建を行った左上葉肺癌の 1 例

自治医科大学附属さいたま医療センター

明島良太、中野智之、坪地宏嘉、遠藤俊輔

症例は 64 歳、男性。左肺上葉の無気肺で紹介された。気管支鏡で左上葉支を閉塞する腫瘍を認め、扁平上皮癌と診断した。左上葉切除(気管支楔状切除再建)を施行したが、腫瘍と肺門リンパ節が一塊となり縦隔型 A4+5 から A1+2b にかけて約 2.5cm にわたり肺動脈の合併切除を行った。肺動脈の長軸方向と垂直になるように縫合し再建した。手術時間は 450 分、出血量 1910ml。pT2aN1M0、Stage IIA。肺動脈欠損が広範な場合の直接縫合による肺動脈形成の手技を報告する。

### Ⅱ-31 右上葉切除後に生じた遅発性乳び胸の 1 例

長野市民病院

境澤隆夫、砥石政幸、小池幸恵、山田響子、小沢恵介、西村秀紀  
症例は 79 歳女性。右上葉肺腺癌に対し胸腔鏡下右上葉切除+ND2 a-1 を施行し術後 8 日目に退院した。術後 3 週目の外来受診時に異常はなかったが、術後 7 週目の受診時に労作時呼吸困難と右胸水貯留を認めた。胸腔穿刺の結果、乳び胸と診断し入院ドレナージを行った。食事制限、オクトレオチド投与、リンパ管造影を行うも乳びが持続したため、胸管結紮術を施行し乳びの消失を得た。遅発性に認めた乳び胸の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

### Ⅱ-28 肺動脈気管支形成術にて右肺全摘を回避できた高齢肺癌の 1 例

自治医科大学 呼吸器外科学

櫻井秀嵩、柴野智毅、小森健二郎、曾我部将哉、金井義彦、山本真一、手塚憲志、遠藤俊輔

80 歳代男性、血痰を主訴に他院受診。CT にて右上葉に 39mm 腫瘍認め TBB 施行、扁平上皮癌の診断。手術目的に当院紹介。肺門リンパ節腫大認めたが遠隔転移なく c-T2aN1M0 の診断。手術希望強く手術の方針とした。後側方切開第 5 肋間開胸。腫瘍と肺門リンパ節が一塊となり、中葉、S6、肺動脈浸潤を認め、管状右上葉 S6 切除+肺動脈形成術を施行した。術後経過良好である。術式の工夫を中心に報告をする。

### Ⅱ-30 胸骨正中切開で左肺全摘と両側縦隔リンパ節郭清術を施行した 1 例

1 筑波大学附属病院 呼吸器外科

2 筑波大学附属病院 病理診断科

柳原隆宏<sup>1</sup>、関根康晴<sup>1</sup>、菅井和人<sup>1</sup>、中岡浩二郎<sup>1</sup>、佐伯祐典<sup>1</sup>、小林尚寛<sup>1</sup>、菊池慎二<sup>1</sup>、後藤行延<sup>1</sup>、佐藤幸夫<sup>1</sup>、中野雅之<sup>2</sup>、坂下信悟<sup>2</sup>、野口雅之<sup>2</sup>

症例は 64 歳女性。胸部 Xp で発見された 80mm 大の左肺舌区原発の扁平上皮癌。気管支鏡で左下葉支入口部への浸潤を認めた。CT で #2L の郭清が必要と判断し胸骨正中切開で左肺全摘と両側縦隔リンパ節郭清術を施行した。#2R、#2L、#4R、#7 のリンパ節を連続して郭清し左肺と一塊にして摘除した。病理は扁平上皮癌 pT3N2 (#7) M0 StageIIIB であった。

### Ⅱ-32 Afatinib 治療後、サルベージ手術にて切除し得た EGFR 遺伝子変異陽性右上葉肺腺癌の一例

1 国保直営総合病院 君津中央病院 呼吸器外科

2 国保直営総合病院 君津中央病院 病理診断科

伊藤貴正<sup>1</sup>、飯田智彦<sup>1</sup>、藤原大樹<sup>1</sup>、高橋好行<sup>1</sup>、井上泰<sup>2</sup>、柴光年<sup>1</sup>

65 歳男性。右上葉肺腺癌 cT3N2M0、stage3A の診断。EGFR 遺伝子変異陽性(exon 19 delation)を認め Afatinib 投与したところ、腫瘍とリンパ節は著明に縮小しサルベージ手術を行った。腫大したリンパ節が接していた肺動脈、気管支は剥離可能で右上葉切除を施行し、病理診断は pT1bN0M0、stage1A2、Ef.1b であった。術後 1 年、無再発で経過している。

Ⅱ-33 椎体および胸壁合併切除を伴った左上葉肺癌の1例  
北里大学病院 呼吸器外科  
丸山来輝、内藤雅仁、近藤泰人、山崎宏継、三窪将史、  
松井啓夫、塩見 和、佐藤之俊  
67歳男性。人間ドックの胸部CTで左上葉結節を指摘され当院呼吸器内科受診。気管支鏡で診断がつかず経過観察されていた。経過観察の胸部CTで結節が増大し、Th2、3の椎体浸潤も疑われたためCTガイド下生検施行。左上葉腺癌 (cT4N0M0 stage IIIA) と診断し、化学放射線療法後 (CBDCA+PTX、RT 40Gy) にTh2、3椎体切除・再建を伴う左上葉切除ND2a-1を施行した。文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-35 腎癌右肺門部肺転移に対し気管支・血管形成により肺全摘術を回避し得た1例  
1 神奈川県立がんセンター 呼吸器外科  
2 神奈川県立がんセンター 病理診断科  
矢ヶ崎秀彦<sup>1</sup>、伊藤宏之<sup>1</sup>、仁藤まどか<sup>1</sup>、大澤潤一郎<sup>1</sup>、稲福賢司<sup>1</sup>、  
鈴木理樹<sup>2</sup>、鮫島譲司<sup>1</sup>、永島琢也<sup>1</sup>、横瀬智之<sup>2</sup>、中山治彦<sup>1</sup>  
73歳男性。20年前に腎摘出術を施行。術後14年で右肺門部に再発、咯血を認め当院紹介受診。胸部CTにて右肺門部に8mm、左上葉に16mmの異常陰影を指摘。右側の手術を先行し、右上中葉切除+S6区域切除+気管支形成+血管形成術を施行。手術時間は4時間52分、出血量580ml。左側のGGNには放射線治療を施行。術後膿胸を認めたが保存的に軽快、PS0で無再発生存中である。

Ⅱ-37 右中葉肺癌に対し放射線化学療法後に右上中葉切除、上大静脈切除再建を施行した1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  
岡田論志<sup>1</sup>、青景圭樹<sup>1</sup>、多根健太<sup>1</sup>、三好智裕<sup>1</sup>、中尾達也<sup>2</sup>、  
坪井正博<sup>1</sup>  
56歳女性。右中葉肺腺癌 cT1bN2 (#4R) M0に対しCDDP+VNR+TRT60Gy後、1年2カ月の経過で右上葉GGNと原発巣が増大(4.1cm)したためsalvage手術の方針。左側臥位で開始し#4Rの上大静脈浸潤を認めた。仰臥位にて上大静脈を全遮断下にリンパ節浸潤部を切除し、作成した牛心膜ロールを連続縫合で端々吻合した。遮断時間は30分。再度、左側臥位で右上中葉切除を施行。術後合併症なく12日目に退院。

Ⅱ-34 嚢胞状肺腫瘍を切除後にN2肺腺癌と診断し、胸骨正中経路での追加郭清を行った1症例  
三井記念病院 呼吸器外科  
横田俊也、池田晋悟、星野竜広  
症例は67歳男性。検診胸部X-Pで右上葉に異常影を指摘され当院紹介受診された。CTでは右肺上葉に径6cm大の腫瘍を認め、気管支鏡下生検を行ったが確定診断に至らなかった。造影CTを行うと嚢胞状腫瘍であり、肺奇形腫や気管支性嚢胞の可能性を疑い、腋窩開胸での右肺上葉切除手術を行った。病理検討により肺腺癌でサンプリングした右気管気管支リンパ節に転移を認めた。N2肺癌で十分な郭清が行われていないため後日、胸骨正中経路での縦隔郭清を施行した。

Ⅱ-36 肺動脈肉腫に対し左肺動脈再建術と右肺全摘除による腫瘍摘出術を二期的に根治切除した一例  
1 順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科  
2 順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科  
上野泰康<sup>1</sup>、服部有俊<sup>1</sup>、松永健志<sup>1</sup>、高持一矢<sup>1</sup>、王 志明<sup>1</sup>、  
天野 篤<sup>2</sup>、鈴木健司<sup>1</sup>  
75歳女性。組織片の喀出から肺動脈肉腫の診断。腫瘍は胸部造影CTで右肺動脈から主肺動脈分岐部を超えて左肺動脈内に進展。まず心臓血管外科で主肺動脈及び左肺動脈を切離し人工血管による左肺動脈再建術を施行。翌日右肺全摘除術を施行し根治切除し得た。人工心肺離脱後の二期的肺切除により出血のコントロールが可能となり、有効な戦略である。

Ⅱ-38 右上葉切除後の異時性右下葉肺癌に対して残存右下葉切除術を施行した1例  
順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科  
谷口 敬、服部有俊、平山俊希、福井麻里子、上野泰康、  
渡邊敬夫、松永健志、王 志明、高持一矢、鈴木健司  
67歳男性。前医で右肺腺癌に対して右上葉切除術を施行 (pT2aN0M0 stage IB)。経過観察中、右下葉に44mmの腫瘍を認め当科へ紹介。間質性肺炎合併、冠動脈再建術後の異時性第2肺癌に対して残存右下葉切除を施行。残中葉捻転に留意したが経過良好で6病日に退院となった。異時性同側第2肺癌に対する再解剖的手術において、極めて報告の少ない中葉温存手術を経験したため報告する。

Ⅱ-39 Non-stapler thoroscopic lobectomy を施行した肺 MAC 症の 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

重森林太郎<sup>1</sup>、仲田健男<sup>1</sup>、矢部三男<sup>1</sup>、秋葉直志<sup>1</sup>、合地美奈<sup>2</sup>、

高木正道<sup>2</sup>

60 歳代女性。肺 MAC 症の治療中、胸部 CT にて右肺上葉に周囲に小結節影の散布を伴う空洞影が出現した。中葉は気管支拡張を伴い慢性炎症を疑った。今回、同部の手術目的で当科を紹介受診。外来時、アレルギーは花粉症のみと聴取しているが、麻酔導入後、金属全般にアレルギーがあることを指摘された。本例に対し、自動縫合機を用いずに胸腔鏡下右上中葉切除を施行した。本術式の適応等について報告する。

Ⅱ-41 転移性肺腫瘍と思われた肺クリプトコッカス症の 1 例  
聖路加国際病院 呼吸器外科

三石淳之、吉安展将、石川祐也、小島史嗣、板東 徹

症例は自己免疫性肝炎 (AIH) と全身性硬化症のある 69 歳女性。3 年前に肺腺癌に対し左下葉切除術を施行した。AIH に対して 10 年以上ステロイドの服用があった。肺癌術後 3 年目に右上葉に急速増大する単発の新規腫瘍性病変を認め、PET-CT でも強い FDG 集積を認めた。経気管支生検には到達困難な部位に存在し、肺癌対側肺転移を疑って、胸腔鏡下右上葉部分切除を施行した。病理診断にて肺クリプトコッカス症と判明した。文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-43 術後 12 年目に再手術を施行した気管支原性嚢胞の 1 例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科

成瀬 瞳、川田典靖、村松宏一、長沼宏邦

症例は 39 才女性。12 年前に右開胸下気管支原性嚢胞切除術を施行。今回発熱、呼吸苦を主訴に来院。CT 上、前回と同部位の中縦隔に腫瘤を認め、気管支原性嚢胞再発を疑った。癒着や深さ、腫瘤が大動脈背面に位置していることを懸念し、胸骨正中切開、人工心肺下心停止下手術を予定したが、内容物の穿刺吸引で剥離可能となり、人工心肺使用せずに切除可能であった。病理結果は気管支原性嚢胞で、合併症なく退院した。気管支原性嚢胞再手術の報告は稀であり、文献的考察を加えて発表する。

Ⅱ-40 血管炎・ステロイド服用中の気胸・肺アスペルギローマ穿破に対する右下葉切除の 1 例

東京医科歯科大学医学部附属病院 呼吸器外科

瀬戸克年、小林正嗣、高原弘知、武村真理子、高橋 健、

高崎千尋、石橋洋則、大久保憲一

71 歳男性。PSL 内服中。前医で右気胸に対しドレナージも改善なく手術目的に当科転院。原因は右 S6 プラで縫縮術を施行も術後 2 週間で再発し再手術を行った。縫縮部の破綻と菌球を認めアスペルギローマ穿破と判断した。再縫縮困難で右下葉切除を施行、合併症なく前医転院した。アスペルギローマ穿破の右気胸に対し肺縫縮術後も短期間で再発し右下葉切除を行った一例を経験した。

Ⅱ-42 肋骨原発動脈瘤様骨嚢腫の 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、松井琢真、井上達哉、白田実男

症例は 62 歳女性。検診で胸部異常影を指摘され当科紹介。胸部 CT で右第 4 肋骨に 54mm の限局性腫脹を認め、PET-CT では同部位に異常集積を認めた。手術は側方切開でアプローチした。腫脹した右第 4 肋骨は骨破壊像、軟部組織への浸潤は認めず。腫瘍の両端から約 3cm 離して肋骨を離断し、上下の肋間筋を合併切除した。胸壁の欠損部は GORE-TEX Dual Mesh を用いて再建した。病理診断は動脈瘤様骨嚢腫であった。肋骨に発生する動脈瘤様骨嚢腫は 0.6 から 3.2% と稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-44 当院のオープンステントグラフト留置の工夫

武蔵野赤十字病院

横山賢司、田崎大、吉崎智也

大動脈弓部を含む広範病変に対しオープンステントグラフト法は有効だが遠位端の確認に苦慮する。内視鏡による血管内観察下での留置法が有用であった2例を経験した。症例1は68歳男性、遠位弓部にEntryを有する慢性解離性大動脈瘤が拡大し手術適応。大きなEntryと狭小真腔で、内視鏡により遠位端が真腔内であることを確認し留置した。症例2は87歳男性、下行置換後の中樞側吻合部での仮性瘤形成を認め手術適応。末梢側吻合部直上で人工血管は高度屈曲し、内視鏡で屈曲遠位まで誘導し留置した。いずれも術後経過は良好であった。

Ⅱ-46 大動脈炎症候群に合併した解離性大動脈瘤に対し全弓部置換+オープンステント法を施行した1例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

小前兵衛、山内治雄、峯岸祥人、木下修、縄田寛、小野稔  
既往歴のない23歳女性。労作時筋倦怠感と間欠性跛行を主訴に受診。CT上、左鎖骨下動脈分岐部に限局性大動脈解離（35mm）を指摘。熱発あり入院し抗生剤加療も解熱せず、大動脈炎症候群を疑いプレドニゾロン30mg開始し当院紹介。解離部は2か月で44mmと嚢状瘤化した。大動脈炎に対しメトトレキサートを加え病勢を抑えステロイド10mgに漸減後に全弓部大動脈置換、オープンステント法を合併症なく施行。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-45 右鎖骨下動脈起始異常を伴った急性大動脈解離A型に対するオープンステントグラフトを用いた上行弓部大動脈置換術の一例

千葉県救急医療センター 心臓血管外科

柴田裕輔、藤田久徳、山口聖一、武内重康

症例は44才、男性。CTで急性大動脈解離Stanford A型の診断となり、右鎖骨下動脈は左鎖骨下動脈分岐末梢の大動脈から起始し、気管・食道の背面を通り右鎖骨下動脈につながる起始異常を伴っていた。手術は上行弓部置換術・オープンステントグラフト留置術を行った。本来の右鎖骨下動脈を気管の右側に回った所で結紮し、右腋窩動脈で再建した。術後のCTでは気管背面の右鎖骨下動脈は造影されず経過良好であった。

Ⅱ-47 マルファン症候群に合併したB型解離の段階的根治手術の1例—新規大血管外科用手術ナビゲーションシステムの評価—

1 綾瀬循環器病院 マルファン・大動脈センター

2 国立医薬品食品衛生研究所

3 早稲田大学 理工学術院

青見茂之<sup>1</sup>、丁毅文<sup>1</sup>、遊佐裕明<sup>1</sup>、半沢善勝<sup>1</sup>、田辺友暎<sup>1</sup>、植松美幸<sup>2</sup>、岩崎清隆<sup>3</sup>、建部 祥<sup>1</sup>

【目的】著者は大動脈手術にナビゲーション手術を2006年から開始した。今回、通常施設で汎用のシステムの仕様を目的とした装置を開発した。【方法】マルファン症候群の胸腹部置換に使用した。【結論】新規大血管外科用手術ナビゲーションシステムは手術の安全対策として有益であり、汎用化が期待される。

## 18:08~18:48 心臓：大動脈解離②

座長 河田光弘（東京都健康長寿医療センター 心臓外科）

### Ⅱ-48 弁置換術既往のある急性大動脈解離の1手術例

立川総合病院

武居祐紀、山本和男、岡本祐樹、浅見冬樹、木村光裕、

大場栄一、榎本貴士、吉井新平

85歳女性。11年前に弁輪拡大（Nicks法）併用AVRを受けていた。数日前からの体調不良で受診。CTで急性大動脈解離Stanford Aと診断された。上行大動脈径65mmで胸骨裏面に近接しており、大腿動静脈カニューレションした上で再開胸。一部3腔解離様所見あり、外膜は薄かった。上行部分弓部置換術を行い、軽快した。

### Ⅱ-49 冠動脈バイパス術5か月後に急性大動脈解離A型を発症した1例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

鈴木寛俊、宮入 剛、西巻 博、近田正英、大野 真、

小野裕國、千葉 清、盧 大潤、永田徳一郎、桜井祐加、

北 翔太

症例は69歳男性。狭心症で冠動脈バイパス術4枝施行5か月後に、急性大動脈解離A型を発症し、緊急手術となった。バイパスは全て開存しており、SVG吻合部中枢側のすぐ近くにentryを認め大動脈壁は利用できなかった。上行大動脈人工血管置換後に、SVG中枢側を直接人工血管に吻合した。冠動脈バイパス術後の短期間に急性大動脈解離を発症する事はまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

### Ⅱ-50 解離性大動脈瘤破裂に対して緊急上行弓部下行動脈置換術を施行した1例

日本大学医学部 心臓血管外科

北島史啓、宇野澤聡、鈴木馨斗、北住善樹、日野浦礼、

大幸俊司、田岡 誠、田中正史

59歳男性。仕事中の突然の失神にて救急搬送。CTにて上行大動脈最大径約38mm、遠位弓部に解離性大動脈瘤破裂（最大径約70mm）を認め、緊急手術となった。左側開胸のみでは破裂時の対応が困難と考えられ、正中切開・左側開胸下で上行弓部下行動脈置換術を施行した。術後一過性に対麻痺が出現したが脊髄ドレナージにて症状改善し、POD19に独歩退院となった。

### Ⅱ-51 抗血小板薬2剤内服後、急性A型大動脈解離に対して上行弓部下行動脈置換した1例

1 藤沢市民病院

2 横浜市立大学附属病院

長谷川文哉<sup>1</sup>、磯田 晋<sup>1</sup>、山崎一也<sup>1</sup>、松木佑介<sup>1</sup>、富田啓人<sup>1</sup>、

益田宗孝<sup>2</sup>

症例は49歳男性。胸背部痛を主訴に受診した。STEMIの初期診断でアスピリン200mg、プラスグレル20mgを内服した。冠動脈造影、CT検査施行し弓部下行動脈をentryとした偽腔開存型Stanford A型急性大動脈解離の診断となり、上行弓部下行動脈置換術を施行した。術中止血機転なく、止血困難でありガーゼパッキングにて閉胸した。術後1日目にガーゼ除去施行し、経過良好で術後18日目に独歩退院した。文献的考察を含め報告する。

### Ⅱ-52 Stanford A型急性大動脈解離の術中大動脈破裂に対してBentall術+上行大動脈人工血管置換術で救命し得た1例

1 東京女子医科大学八千代医療センター 心臓血管外科

2 東京女子医科大学 心臓血管外科

吉田尚司<sup>1</sup>、梅原伸大<sup>1</sup>、齋藤博之<sup>2</sup>、富岡秀行<sup>1</sup>、新浪博士<sup>2</sup>

86歳女性。Stanford A型急性大動脈解離に対して緊急手術を行った。右鎖骨下動脈送血、SVC、IVC脱血で体外循環確立直後、突然上行大動脈破裂をきたした。急遽大動脈遮断し、順行性脳分離灌流下にBentall術+上行置換術を行った。術後覚醒遅延認められたが、脳梗塞等は認めず、術後84日目に転院した。

## 第Ⅲ会場：3F 特別会議室

9：30～10：18 研修医発表（心臓）（評価者：新田 隆、宮地 鑑、山口敦司）

座長 宮 入 剛（聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科）

### Ⅲ-1 アスペルギルス性感染性心内膜炎の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

山本夏倫、糊澤壮樹、相澤 啓、川人宏次

症例は29歳男性。悪性リンパ腫に対する化学療法中に、アスペルギルスを起炎菌とする肺空洞影、多発膿瘍、左室内/三尖弁の疣贅を認め、アスペルギルス性感染性心内膜炎と診断した。抗真菌剤投与のみでは感染コントロールが得られず、手術による左室内疣贅切除、三尖弁疣贅切除を行った。術後、感染コントロールが得られ、術後42日目に化学療法を再開し、術後84日目に軽快退院となった。アスペルギルス性感染性心内膜炎は、きわめて予後不良な疾患であり、本症例における治療経過について報告する。

### Ⅲ-2 心室中隔から発生した多発乳頭状弾性線維腫の1例

練馬光が丘病院

廣川 佑、岡村 誉、荒川 衛、竹内太郎、安達秀雄

症例は78歳女性で頸脈を主訴に心房細動で加療中に施行した心臓超音波検査で心臓腫瘍を認め、乳頭状弾性線維腫を疑われた。腫瘍は左室流出路付近の心室中隔より生じ、10mm台で可動性を有したため、心臓腫瘍摘出術を施行した。経大動脈的に有茎性白色腫瘍を摘除した。左室流出路に小型の白色腫瘍が多発しており、可及的に切除した。病理結果は乳頭状弾性線維腫であった。術後大きな合併症もなく、退院となった。稀な症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

### Ⅲ-3 Open stentによる対麻痺防止を目的とするdeairの試み

1 藤沢市民病院

2 横浜市立大学附属病院

川島 淳<sup>1</sup>、磯田 晋<sup>1</sup>、松木佑介<sup>1</sup>、富田啓人<sup>1</sup>、山崎一也<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

Open stent 併用人工血管置換では対麻痺をきたすことがある。また、吻合部から空気漏れを経験する。空気塞栓が不全対麻痺の原因の一つと考えられた症例を過去に経験し、対策を試みた。74歳男性、大動脈弁輪拡張症、胸部大動脈瘤に対しOpen stent 併用大動脈基部弓部下置換を施行した。Open stent に二酸化炭素を充填した後、生理食塩水でdeairし、術後対麻痺の予防を試みた。Open stent による対麻痺防止に関して考察する。

### Ⅲ-4 肝細胞癌術後に転移性心臓腫瘍を発生した一例

国立国際医療研究センター病院心臓血管外科

孫 悠然、百瀬直也、田村智紀、藤岡俊一郎、入澤友輔、宝来哲也

症例は80歳男性、3年前に肝細胞癌に対して肝拡大右葉切除術施行。2年前のCTで右室腫瘍の指摘があり、Ga シンチでは、右室腫瘍以外の腫瘍性病変の指摘はなかった。腫瘍が徐々に増大傾向であったため、手術的に当院紹介受診となった。心停止下に右室腫瘍摘出術を施行。右室腫瘍の病理結果は、Metastatic carcinoma of the hepatic origin であり肝細胞癌の転移であった。肝細胞癌の心臓転移は稀であるため、文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-5 弁輪部膿瘍による完全房室ブロックから術前心停止に至った活動期感染性心内膜炎の1例

新東京病院 心臓血管外科

鎌田恵太、北中陽介、池谷佑樹、松山重文、杉森治彦、中尾達也  
77歳女性、乳癌術後化学療法中に全身倦怠感と呼吸苦があり他院入院。精査にて大動脈弁位感染性心内膜炎と診断され当院紹介搬送。UCGでは高度AR、ECGで完全房室ブロックを認めた。緊急手術準備中に徐脈から心停止。蘇生後、経皮ペーシングを行い手術室に搬送。大動脈弁は右冠尖と無冠尖に穿孔があり、無冠尖弁輪部膿瘍を認めた。膿瘍腔パッチ閉鎖および大動脈弁置換術を行った。6週間後にペースメーカーを移植し良好な経過であった。

### Ⅲ-6 心臓腫瘍による右室流室路狭窄に対し、肺動脈弁置換術、右室流室路再建術を施行した1例

東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科

古賀麻祐子、藤井毅郎、布井啓雄、磯部 将、矢尾尊英、大熊新之介、片柳智之、片山雄三、益原大志、小澤 司、塩野則次、渡邊善則

82歳女性。心雑音指摘され、精査で右室流室路から肺動脈幹にかけ腫瘍による高度狭窄を認め手術施行。術中所見は右室流室路にstalkを持つ約30×30mm大の可動性のない腫瘍で、人工心肺下に腫瘍摘出術と肺動脈弁置換術並びに右室流室路再建術施行。術後再発なく、右室流室路から発生する心臓腫瘍は稀であり文献的考察を踏まえ報告する。

### Ⅲ-7 LCAアプローチでTAAに対してTEVARを施行した1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

小泉信太郎、浅野宗一、林田直樹、松尾浩三、栴沢政司、阿部真一郎、長谷川秀臣、池内博紀、伊藤貴弘、村山博和  
68才男性。下行大動脈瘤の加療目的に当院紹介。両側EIAは3mmと狭窄、また直腸癌術後で膀胱瘻及び人工肛門があり開腹は困難。そのため中樞からのアクセスの方針となった。まずLt. AxA-LCAバイパスを施行。LCA中樞からTug of Wire法でZenith aを下行大動脈に挿入しdeployした。術後神経学的合併症はなかった。末梢からのアクセス困難な場合、LCAアプローチは有用であり文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-9 外傷性急性大動脈解離Stanford B型に対しTEVARを施行した1例

筑波記念病院 心臓血管外科

西 智史、倉橋果南、清水隆玄、吉本明浩、森住 誠、末松義弘  
73歳男性、軽自動車で行中、電信柱に衝突し当院救急搬送となった。意識GCS E4V5M6、血圧154/62mmHg、心拍数66/分、軽度左顔面麻痺、構音障害、左上下肢不全麻痺あり、頭部MRIにて右被殻に急性期脳梗塞を認めた。また胸痛あり造影CTにて下行大動脈にエントリーを有する偽腔開存型大動脈解離Stanford B型を認めた。翌日TEVARによるエントリー閉鎖を施行、経過良好にて術後14日目独歩退院、術後6ヵ月CTにて大動脈の完全なりモデリングを認めた。

### Ⅲ-11 胸部下行大動脈瘤破裂に対するTEVAR後に再破裂を来した1例

千葉西総合病院

西嶋修平、伊藤雄二郎、奥菌康仁、平埜貴久、黒田美穂、中村喜次、堀 隆樹

症例は83歳男性。胸部下行大動脈瘤破裂によるショックの診断で、緊急TEVARを施行した。最終造影でendoleakを認めず、血行動態も安定した。術後に術前から認めていた右血胸による呼吸不全に対して、胸腔ドレナージを施行し、呼吸状態は安定した。しかしその後、再破裂と考えられるドレーンからの大量出血と共に、急激に血圧低下あり、心肺停止となった。30分的心肺蘇生を行い、心拍再開した。保存的加療にて血行動態は安定し、第5病日に人工呼吸器を離脱した。

### Ⅲ-8 瘤化を伴わない偽性大動脈縮窄症の大動脈破裂に対して胸部ステントグラフト内挿術を施行した1例

練馬光が丘病院 心臓血管外科

荒川 衛、岡村 誉、竹内太郎、廣川 佑、安達秀雄

症例は38歳男性。嚥下時の背部痛を主訴に、近医を受診しCT検査を施行され、大動脈破裂疑いで当院へ転院搬送された。CT検査では遠位弓部胸部大動脈の狭窄・軽度拡張および血性胸水を認め、さらに後縦隔に血腫と浮腫を認めた。診断に苦慮したが翌日のCT検査で血性胸水の増加を認め大動脈破裂と診断、同日ステントグラフト内挿術を施行した。術後CT検査で後縦隔の血腫、浮腫、胸水は消失した。経過良好にて術後16日目に退院した。

### Ⅲ-10 外傷性胸部大動脈損傷への開窓TEVARの使用経験

1 山梨県立中央病院 心臓血管外科

2 東京女子医科大学病院 心臓血管外科

服部将士<sup>1</sup>、中島雅人<sup>1</sup>、山田有希子<sup>1</sup>、佐藤大樹<sup>1</sup>、東 隆<sup>2</sup>、横井良彦<sup>2</sup>

症例は58歳男性。軽トラックによる自損事故にて当院搬送となった。精査で腸間膜と腸管損傷、右脛骨、腓骨骨折、大動脈峡部損傷を認めた。バイタル安定につき、腹部や四肢手術後にTEVARを施行した。中樞landing zoneが8mmのためRelay plusを開窓して使用する方針とした。ヘパリン少量投与後に開窓部を鎖骨下動脈にバルーンで固定しながら展開し、問題なく終了した。外傷例への開窓TEVARの使用経験や文献などを踏まえて報告する。

### Ⅲ-12 Zenith Alpha Thoracic (ZAT) が奏功した胸部大動脈瘤再手術例

1 足利赤十字病院 心臓血管病センター 心臓血管外科

2 済生会宇都宮病院 心臓血管外科 大動脈センター

古泉 潔<sup>1</sup>、岡本雅彦<sup>1</sup>、伊藤隆仁<sup>1</sup>、飯尾みなみ<sup>1</sup>、橋詰賢一<sup>2</sup>

64歳、女性。7年前に解離性近位下行大動脈瘤に対して、左開胸で人工血管置換術施行。弓部大動脈瘤にて手術適応となった。全弓部置換術を予定したが、左鎖骨下動脈分岐部から末梢の剥離が困難で、瘤を残したまま部分弓部置換術となった。後日2debranch+TEVARを計画したが、TX-2が初回手術の人工血管を越えられなかった。更に後日、ZATを使用し、難なく手技を終了することができた。

### Ⅲ-14 TEVAR後のendoleakによる切迫破裂に対して追加TEVARを施行した1例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

大西 遼、村岡拓磨、長澤綾子、加藤 香、岡本竹司、

三島健人、土田正則

症例は69歳の男性。AMI、開心術の既往がある症例で5年前にTAAに対してTEVAR施行。胸背部痛を主訴に精査でType1aのendoleakと急速な瘤拡大を認め、切迫破裂の診断で緊急手術の方針とした。開胸の既往を含めてhigh riskであり頸部バイパスを行い、右腕頭動脈にChimney graftを追加してZone0-LandingのTEVARを施行。麻酔覚醒時に残存下行大動脈の破裂を来すも、さらにTEVARを追加して術後47日で独歩退院となった。

### Ⅲ-16 微小脳出血(cerebral microbleeds)を有する胸部大動脈瘤に対してdebranching TEVARを施行した一例

日本医科大学 心臓血管外科学

井塚正一郎、栗田二郎、坂本俊一郎、師田哲郎、新田 隆

症例は78歳男性。遠位弓部の囊状瘤(最大短径68mm)に対して弓部全置換術を予定していたところ、術前の頭部MRIで大脳、小脳、および基底核に微小脳出血(cerebral microbleeds)を指摘された。2度にわたる小脳出血の既往を有すため、術中の症候性脳出血の発症を危惧して血圧変動の少ないtotal debranching TEVARを施行した。周術期の脳合併症はなく、術後22日目に退院した。

### Ⅲ-13 Zenith Alpha Thoracic Endovascular Graftの使用経験

済生会宇都宮病院

金山拓亮、橋詰賢一、池端幸起、岡 英俊、高木秀暢、

中神理恵子、井上慎也、本多正徳

Zenith Alpha Thoracic Endovascular Graft (ZAT) が保険適用となり、当院では胸部大動脈疾患に対して先行使用する機会を得た。既製のデバイスと比較し、ZATはシース外径が16-20Frと細くなっており、より小さなアクセス血管を有する患者への使用が期待される。またプレカールドカニューラにより弓部へのアクセスを安全なものとしている。当院でZATを使用した症例について安全性と有用性を検討した。

### Ⅲ-15 難治性播種性血管内凝固を合併した慢性B型大動脈解離に対する治療法の考察

成田赤十字病院

山本浩亮、渡邊裕之、天津正義、菅原佑太

播種性血管内凝固(DIC)は大動脈解離の合併症として知られているが、リスクの高さからその治療法は手術ではなく抗凝固療法が選択されることが多い。しかし、抗凝固療法にも多様な種類があること、抗凝固療法により大動脈破裂の報告もありその治療は確立されていない。今回抗凝固療法により偽腔の再疎通を起こしたDIC合併Stanford B型大動脈解離に対し胸部ステントグラフト内挿術(TEVAR)を施行し良好な結果を得たので文献的考察を踏まえ報告する。

### Ⅲ-17 咯血で発症した胸部大動脈瘤 4 症例の検討

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

若林 豊、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、田村友作、  
渡辺倫子、乾 友彦、稲毛雄一、焼田康紀、柴田裕輔、  
山田隆熙、山本浩亮、松宮護郎

咯血を主訴とした平均 75 才の胸部大動脈瘤 4 症例 (男性 3) に対して、1 例は Frozenix を用いた弓部置換術 TAR を、3 例は TEVAR を行なった。いずれも周術期死亡を避けることができたが、TAR と TEVAR の 1 例で術後に咯血を認め挿管期間の延長もしくは再挿管を要した。いずれも長期間の抗生剤治療により、現時点ではグラフト感染を回避できている。

### Ⅲ-18 胸部ステントグラフト感染に対して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

小松正樹、御子柴透、町田 海、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、  
岡田健次

症例は 75 歳、男性。73 歳時に急性大動脈解離 stanford B に対して左鎖骨下動脈 debranch TEVAR 施行した。術後 1 年 2 ヶ月後に熱発あり。CT、Ga シンチにて遠位弓部-Th8 レベルのステントグラフト感染と診断した。下行大動脈内に膿汁認め、リファンピシン浸漬グラフトを用いて人工血管置換術を施行し、大胸筋・広背筋皮弁を充填した。術後抗菌薬を継続し、感染の再燃なく経過した。

### Ⅲ-19 下行大動脈瘤 TEVAR 術後のタイプ 2 エンドリークによる瘤径拡大に対し経皮的塞栓術を施行した 1 例

1 千葉大学附属病院 心臓血管外科

2 千葉大学附属病院

稲毛雄一<sup>1</sup>、雑賀厚至<sup>2</sup>、上田秀樹<sup>1</sup>、黄野皓木<sup>1</sup>、松浦 馨<sup>1</sup>、  
田村友作<sup>1</sup>、渡辺倫子<sup>1</sup>、松宮護郎<sup>1</sup>

症例は 56 歳女性で、血管バネチット病に対して免疫抑制剤投与中の方。7 年前に下行大動脈瘤へ TEVAR、6 年前に Valsalva 洞動脈瘤へ Bentall (機械弁) 施行。タイプ 2 のエンドリーク (EL) と瘤径拡大が続いたため 6 年前と 3 年前に追加 TEVAR 施行。その後も EL と瘤径拡大続いたため、経皮的な瘤の直接穿刺および NBCA 注入による塞栓術を施行し、合併症など無く EL 消失を得られることができた。

### Ⅲ-20 Chimney TEVAR 術後 Gutter Endoleak に対するコイル塞栓の 1 例

水戸済生会総合病院 心臓血管外科

鈴木脩平、鳥羽麻友子、三富樹郷、倉持雅己、篠永真弓、  
倉岡節夫

症例は 71 歳女性、2 年前に弓部瘤に対して Ax-LCA-Ax Bypass+BCA Chimney Stent (Excluder Leg 16-14.5mmx7cm) + 2 Debranch TEVAR (CTAG 34mmx15cm+40mmx20cm) + LSCA Plug (AVP-II 16mm) 施行後 Gutter Endoleak 発症したため、局麻下にステントグラフト間から逆行性に大動脈のリーク部まで進め Coiling (デタッチコイル 16 本) してエンドリークの停止を確認した。コイル塞栓術は有用だが今後も慎重な経過観察が重要である。

### Ⅲ-21 Bentall 術後吻合部遠位側 PAU 破裂に対し、プラグ塞栓術が奏効した 1 例

平塚市民病院 心臓血管外科

小谷聡秀、井上仁人、灰田周史、鈴木 暁

47 歳女性。2 年前に大動脈弁輪拡張症に対し Bentall 手術施行。嚢胞性中膜壊死の所見。約 1 年後に失神し CT 施行したところ、著名な前縦隔血腫及び人工血管吻合部より遠位側に多発した PAU を認めた。同部の破裂の診断で緊急止血術施行。術後縦隔炎を併発。さらに約 1 年後に咯血を主訴に来院。残存した PAU 破裂及び気管支穿孔が疑われた。安静にて咯血は治まったが、穿孔部は限局的で再開胸はリスクが高いためカテーテル治療を選択。仮性瘤プラグ塞栓術施行。経過良好で術後 4 日目に退院。

Ⅲ-22 術中心タンポナーデを発症し緊急開胸により救命し得た TAVR の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

野村陽平、由利康一、谷口陽介、堀大治郎、木村直行、松本春信、山口敦司

症例は 84 歳女性。心不全症状を伴う最大圧較差 92mmHg の重症大動脈弁狭窄症に対して、経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVR)を施行した。TAVR 施行中に突如心タンポナーデによる血圧低下をきたしショック状態となった。緊急で PCPS を導入し、胸骨正中切開による外科的介入により原因を同定し、救命し得た一例を経験したので、当施設での TAVR 急変時のプロトコールとともに報告する。

Ⅲ-24 TAVI 後の完全房室ブロックに対してリードレスペースメーカーを移植した 1 例

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、星野丈二、岡田修一、小此木修一、金澤祐太

82 歳男性。胆管癌の術前精査で AS を指摘され、当院へ紹介された。大動脈弁圧較差 82mmHg であり、担癌症例のため、TAVI の方針とし SAPIEN 3 26mm を移植した。術後、左脚ブロックを認めたが、術後 3 日目に完全房室ブロックを発症した。恒久的ペースメーカーが必要な状況であり、早期に癌の治療を行う必要があるため、術後 6 日目にリードレスペースメーカーを移植し、経過良好で術後 9 日目に退院した。

Ⅲ-23 TAVI 施行時、弁留置困難でシステム回収に開腹を要した 1 例

佐久医療センター 心臓血管外科

横山毅人、新津宏和、濱 元拓、豊田泰幸、白鳥一明、竹村隆広  
症例は 83 歳女。重症 AS へ TAVI を施行。手術は右総大腿動脈アプローチで行った。BAV 後 Sapien3 23mm システムを挿入したが下行大動脈で alignment ができず、バルーンも損傷し弁留置不可能と判断。血管内からシステムの回収を試みたが困難で開腹で回収した。右総腸骨動脈を離断し動脈閉鎖。改めて左総大腿動脈から弁を留置し、終末大動脈から動脈閉鎖部にかけて stentgraft で補強後、F-F bypass を行った。TAVI における弁留置に難渋をした一例を経験したので報告する。

Ⅲ-25 非挿管鎖骨下動脈アプローチ TAVI の神経ブロックによる疼痛管理

1 東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

2 東海大学医学部附属病院 循環器内科

岸波吾郎<sup>1</sup>、岡田公章<sup>1</sup>、大野洋平<sup>2</sup>、内記卓斗<sup>1</sup>、尾澤慶輔<sup>1</sup>、小田桐重人<sup>1</sup>、志村信一郎<sup>1</sup>、長 泰則<sup>1</sup>

症例は 79 歳男性。珪肺を合併した重症大動脈弁狭窄症の診断。下行大動脈に PAU があり TS-TAVI を行った。DEX による鎮静と浅頸神経叢ブロック、胸筋神経 (PECS-I) ブロックを併施し、左鎖骨下動脈を外科的に露出、CoreValve EvolutR 29mm を留置した。周術期疼痛も軽微であった。TS-TAVI における非挿管下手術の周術期管理は確立されておらず、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 15:20~15:52 心臓：大動脈弁

座長 川崎 宗泰 (三郷中央総合病院 循環器センター 心臓血管外科)

### Ⅲ-26 夜間発作性色素尿症に合併した高度大動脈弁狭窄症に対する SAVR 施行例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

草处 翔、木村直行、堀大治郎、由利康一、松本春信、山口敦司  
夜間発作性色素尿症 (PNH) は補体による血管内溶血を主徴とする疾患である。体外循環は補体活性化を伴い、弁膜症手術例は国内外で報告は少ない。一方、補体の monoclonal 抗体で溶血抑制効果を持つ Eculizumab が臨床承認され、PNH 治療は改善傾向である。今回 69 歳男性 PNH・HD に合併した高度 AS 症例に対し SAVR を施行し、経過良好で POD15 退院となった。周術期に Eculizumab を投与し溶血を回避できたので、治療戦略を含めて報告する。

### Ⅲ-28 3D シミュレーションを用いた右腋窩小切開アプローチ (ストーンヘンジ法) 大動脈弁置換術の経験

1 済生会宇都宮病院 心臓血管外科

2 慶應義塾大学病院 心臓血管外科

池端幸起<sup>1</sup>、井上慎也<sup>1</sup>、山崎真敬<sup>2</sup>、中神理恵子<sup>1</sup>、高木秀暢<sup>1</sup>、岡 英俊<sup>1</sup>、金山拓亮<sup>1</sup>、橋詰賢一<sup>1</sup>、志水秀行<sup>2</sup>

当院で経験した右腋窩小切開アプローチ大動脈弁置換術 (TAX-AVR) 2 例を報告する。術前に 3D シミュレーションで開胸創、最適アプローチ肋間を決定。右前腋窩線 8.5 cm 縦切開。第 4 肋間開胸。CPB 確立後心膜切開。ストーンヘンジ法で心膜を展開。良視野で生体弁を縫着。術前 3D シミュレーションを用いることで TAX-AVR を市中病院でも安全に遂行できた。

### Ⅲ-27 骨形成不全症を合併した重度大動脈弁閉鎖不全症に対し大動脈弁置換術を施行した一例

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

症例は 54 歳女性。I 型コラーゲンの遺伝子変異により生じる骨形成不全症に合併した右冠尖逸脱による重度大動脈弁閉鎖不全症に対し大動脈弁置換術 (機械弁) を施行し、術後起こりうる組織脆弱性、易出血性による合併症なく独歩退院した。骨形成不全症は日本で罹患者約 6000 人であり、その中で心臓手術が必要となるのは約 2% と極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

### Ⅲ-29 後期研修医が執刀した単独大動脈弁置換術の早期成績

1 国際医療福祉大学医学部 心臓外科

2 大阪大学 大学院・医学部 心臓血管外科学

仲村輝也<sup>1</sup>、矢嶋真心<sup>2</sup>、戸田宏一<sup>2</sup>、齋藤俊輔<sup>1</sup>、澤 芳樹<sup>2</sup>

【背景】 AVR は若手心臓外科医が執刀する機会も多いが、その成績については不明な点が多い。【方法】 今単独 AVR (n=608) の早期成績を執刀者別 (スタッフ：S 群、n=395 と後期研修医：T 群、n=213) に比較した。【成績】 患者背景は両群間に有意差なし。大動脈遮断、人工心肺時間は T 群で延長したが総手術時間および手術死亡は両群間で有意差なし。【結論】 指導医の適切な患者選択と指導により後期研修医でも AVR は安全に施行できる。

## 15:52~16:40 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）

### Ⅲ-30 経静脈用ICDリード先端を電極として使用した乳児へのICD植え込みの1例

埼玉医科大学国際医療センター心臓病センター小児心臓外科  
細田隆介、栢岡 歩、尾澤慶輔、岩崎美佳、永瀬晴啓、  
保土田健太郎、鈴木孝明

症例は5ヶ月女児、体重5.8kg。生後1.5ヶ月時に心室細動となり救急隊によるAEDにて蘇生。以後、搬送病院にて3回の心室頻拍・心室細動を起こしたため、当院転院。生後5ヶ月時に胸骨正中切開下にICD植え込み術を施行。経静脈用ICDショックリードを心臓背側からtransverse sinusを経由してリード先端を右心耳へ縫着、本体を上腹部正中部の腹直筋下へ留置した。良好な結果を得たので報告する。

### Ⅲ-32 DORV COA SAS修復後に繰り返すSASに対してRoss-Konnoを施行した1例

千葉県こども病院 心臓血管外科  
卯田昌代、青木 満、萩野生男、梅津健太郎、齋藤友宏  
1歳6か月男子、DORV、noncommitted VSD、SAS、CoA、Hypoarch、Kabuki症候群の診断で日齢9に両側肺動脈絞扼術、生後2か月時にIVR with VSD enlargement、Arch repairを施行した。10か月時SAS進行に対してSAS解除術を施行したが再発したため、1歳6か月Ross-Konno術を施行した。術直後心室性不整脈に難渋し、VA-ECMO導入したが、術後3日で離脱、術後造影CT、エコー検査で残存狭窄、ARを認めなかった。DORV COA修復後のSASに関して考察を加え報告する。

### Ⅲ-34 小児緊急ECMO症例の検討

昭和大学病院 小児循環器・成人先天性心疾患センター  
樽井 俊、宮原義典、石野幸三、富田 英  
当科で経験した小児緊急ECMOの6症例を検討した。年齢は日齢25-8歳、体重は2.4-36kgで全例VA ECMOを施行した。ECMO施行日数は2-14日間で、6例中4例が離脱後生存し神経学的予後も良好であった。【症例提示】3ヶ月、6kgの男児。TOF修復術後にJET発症し血圧低下。術当日夜に開胸し循環改善が得られたがJET持続しており、ECMO standbyとした。翌日未明にショックからVfとなりCPR開始、ICUでcentral ECMO導入した。3日後にECMO離脱し、経過良好であった。ECMO迅速導入が成功の鍵と考えられた。

### Ⅲ-31 両側両方向性グレン術後左肺動脈狭窄に対してハイブリッド併用フォンタン手術が奏功した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科  
中西啓介、川崎志保理、山本 平、畑 博明、桑木賢次、  
土肥静之、梶本 完

症例は1歳男児、診断は機能的単心室、両側両方向性グレン手術後、分岐部～左肺動脈狭窄であった。末梢肺動脈狭窄も強く外科的手術では再狭窄が懸念されたため、フォンタン手術時にハイブリッド室でフォンタン手術+左肺動脈ステント留置を行った。術後1年後のカテーテル検査で肺動脈再狭窄は起こらず経過は良好である。本症例に対して文献的考察を加えて報告をする。

### Ⅲ-33 生後進行性の三尖弁・右室低形成のため単心室型修復の適応となった心室中隔欠損・肺高血圧の乳児例

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  
鵜垣伸也、吉積 功、河田政明  
当初VSD+PHの診断で紹介され、経過観察中、進行性の三尖弁・右室低形成、三尖弁狭窄から単心室型修復の選択を必要とした稀な乳児例を経験した。三尖弁輪径は新生児期105%Nから生後3か月時60-70%N、6か月時43%N、1歳時49%N、3歳時38%Nと推移した。生後9か月時PAB+BDG吻合+心房中隔切除術を経て、3歳7か月時TCPC手術に至った。TCPC手術前右室容積は38%Nであった。

### Ⅲ-35 重症拡張型心筋症の乳児に対する肺動脈絞扼術

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、阿知和郁也、吉竹修一  
重症拡張型心筋症の乳児に対する肺動脈絞扼術は2007年のSchranz Dらの報告以降、多施設から有用性が報告されているが、本邦では無い。月齢2の男児が拡張型心筋症と診断された。造影での左室拡張末期容積は593%Nであった。ドブタミンの持続点滴を要しその必要量は次第に増加した。両親が心移植を希望しないため、月例8で肺動脈絞扼を行ったところ、ドブタミンを離脱し症状の改善を認めた。心移植ドナーが特に不足する本邦では肺動脈絞扼術は重症拡張型心筋症の乳児に対する有用な治療選択肢である。

Ⅲ-36 術後急性左心不全に対して垂直静脈脱血—左心補助循環で救命しえた総肺静脈還流異常の1例

北里大学病院 心臓血管外科

豊田真寿、福西琢真、大友勇樹、北村 律、鳥井晋三、美島利昭、小林健介、大久保博世、笹原聡豊、堀越理人、宮地 鑑

日齢21の男児。診断は総肺静脈還流異常 (type Ia)。術中、垂直静脈結紮後に左心室拡大、僧帽弁閉鎖不全、気道出血を呈したため垂直静脈を開放のまま手術を終了した。ICU 帰室後も左心機能低下による高度循環不全を認めたため、垂直静脈を用いて遠心ポンプによる左心補助循環を確立。術後3日目に左心補助循環を離脱、術後37日目に退院、現在外来経過観察中である。

Ⅲ-38 動脈スイッチ周術期に壊死性腸炎を合併したI型完全大血管転位症の1例

東邦大学医学部外科学講座心臓血管外科学分野

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

症例はd-TGA (I)、azygos connection に対して日齢14に動脈スイッチを予定。OR入室後、突然の血便あり、壊死性腸炎 (NEC) と診断。手術を延期し保存的加療後、日齢37で動脈スイッチ術を完了。しかし日齢51に多発性消化管穿孔を発症し緊急回腸瘻造設術を施行。動脈スイッチ周術期に NEC に難渋した TGA の救命例を報告する。

Ⅲ-40 VVIからDDDへ変更することで心機能が改善しTCPC手術まで到達し得た多脾症の1例

東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科

平野暁教、山本裕介、吉村幸浩、寺田正次

4歳女児。診断は、多脾症、単心房、先天性完全房室ブロック、unbalanced AVSD、TOF、TAPVC (2b)、IVC 欠損奇静脈接合。1ヶ月時にVVIペースメーカー植込術実施。1歳ごろからEF 20%と著明な心機能低下を認めた。1歳3ヶ月時にDDDへupgradeすることでEF 38%まで心機能の改善が得られ、1歳11ヶ月時にKawashima手術を実施、2歳11ヶ月時にTCPC手術に到達可能となった。

Ⅲ-37 TAPVC (Ib+IIb) に対して心内修復術を行った乳児例

長野県立こども病院 心臓血管外科

米山文弥、岡村 達、瀧口洋司、上松耕太、原田順和

症例、2M、BW3.3kg、女児。在胎39週、BW2.4kgにて出生。VACTERL連合、TAPVC (Ib+IIb)、食道閉鎖 (gross C) の診断にて、生後すぐに胃瘻増設及び食道閉鎖手術施行、入院治療を行っていたが、肺血流増加による心不全のため心内修復術となった。手術は、心房中隔欠損拡大を伴った心房内rerouting及びdouble decker法を用いたSVC reroutingを施行。術後経過良好で吻合部狭窄も認めず、POD14で退院。文献的考察を交え報告する。

Ⅲ-39 慢性肺疾患を伴う超低出生体重児のI型完全大血管転位症に対する治療経験

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、鶴垣伸也、河田政明

超低出生体重児 (生下時体重816g) のI型完全大血管転位症の経過観察中未熟児肺の進行による低酸素血症の進行が見られ、生後3か月、体重1.7kg時に紹介となった。BASによる心房中隔裂開不能のため体外循環下に心房中隔切除術でも酸素化改善は乏しく、生後5か月、体重2.3kg時、動脈スイッチ術を行った。冠状動脈走行はShaher-9型であった。術前後でPp/Ps (収縮期圧比) は0.55から0.6へ、術後酸素化能はPF比200前後で推移し、管理継続中である。

Ⅲ-41 肺動脈の占拠性石灰化病変により循環不全を起こし緊急手術を要した新生児の1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

山本隆平、加藤秀之、園部藍子、石井知子、中嶋智美、松原宗明、野間美緒、上西祐一郎、大坂基男、坂本裕昭、平松祐司

主肺動脈を閉塞する石灰化病変により循環動態が破綻し緊急手術を要した新生児例を経験したので報告する。患児は正期産、正常体重で出生。出生直後よりチアノーゼあり。検査で石灰化病変による重度の主肺動脈閉塞を認めた。生後4日に徐脈、血圧低下を来し緊急で石灰化病変の切除施行。特発性の肺動脈単独石灰化病変は新生児期では稀な病態であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-42 Inferior sinus venosus defect 閉鎖術 22 年後の secondary residual shunt に対し再閉鎖術を施行した一例

日本医科大学 心臓血管外科学

鈴木憲治、佐々木孝、井関陽平、青山純也、上田仁美、

高橋賢一朗、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

27 歳女性。Inferior sinus venosus defect に対し、5 歳時に直接閉鎖術施行。術後 6 年までは residual shunt なく終診となった。27 歳時に偶発的に心房間交通が発見され、心臓カテーテル検査では secondary residual shunt を認めた ( $Q_p/Q_s=2.7$ 、 $R_p=0.4$ )。術中前閉鎖部直下に径 10mm の欠損孔（下縁欠損）を認め、パッチ閉鎖した。

Ⅲ-44 成人三心房心に対して右肋間小開胸で異常隔壁切除術を施行した一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 心臓血管外科

宮崎 豪、丹原圭一、齋藤洋輔、佐藤友一郎

37 歳男性。労作時呼吸困難を主訴に近医受診。心臓超音波検査で三心房心を指摘され、当院へ紹介。精査の結果、肺高血圧（平均肺動脈圧 48mmHg）を伴う Lucas-Schmidt 1A の成人左房性三心房心の診断に至った。右肋間小開胸アプローチ（MICS）、人工心肺使用、心停止下で異常隔壁切除術を施行し、術後経過良好で第 5 病日に独歩退院した。三心房心は比較的稀な先天性心疾患であり、MICS で良好な結果を得た 1 例を報告する。

Ⅲ-46 胸腔鏡下心膜開窓術を行った原発性乳糜心膜症の 1 例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

2 神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器外科

3 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

柳 浩正<sup>1</sup>、中村 生<sup>1</sup>、伏見謙一<sup>1</sup>、椎野王久<sup>2</sup>、田尻道彦<sup>2</sup>、

益田宗孝<sup>3</sup>

16 歳女性。高校 1 年の学校検診で心拡大を指摘。近医受診し心エコーで全周性心嚢液貯留を認め、当院循環器内科を受診、原因は不明であった。治療および検査目的で胸腔鏡下心膜開窓術を行い、乳糜心膜症と診断し、ドレナージを行った。術後、一時的絶食後、低脂肪食を継続し、胸管結紮あるいは塞栓術を行わず経過良好。文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-43 Bjork-Fontan 27 年後に fenestrated EC-TCPC conversion を施行した三尖弁閉鎖症の 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

杉本 愛、白石修一、高橋 昌、土田正則

37 歳男性。生直後からチアノーゼを呈し TA (Ib) と診断。生後 9 月、Lt original BTS 施行。2 歳、original Glenn 手術施行。9 歳、BTS 吻合部狭窄に対しパッチ形成施行、10 歳、Bjork-Fontan 施行された。術後 LPA 狭窄にて LOS を呈し、RA-INV 吻合施行。30 歳頃より AT が出現、徐々に CVP 上昇、36 歳時 PLE を発症。内科的治療の限界として TCPC conversion (IVC-SVC conduit+conduit-LPA) を施行、35POD 退院、術後 PLE は寛解した。

Ⅲ-45 手術時期に苦慮した VSD に合併した右心系感染性心内膜炎の 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

【背景】右心系の感染性心内膜炎は左心系に比べ抗生剤治療が有効な場合もあり急性期に手術を行う判断が困難なことがある。【症例】35 歳男性、もともと VSD の指摘あり。三尖弁に約 27mm の疣贅がみられ高度な三尖弁逆流から感染性心内膜炎と診断。MOF、多発肺膿瘍、DIC を呈していたため急性期加療後に手術を施行。【手術】三尖弁前尖は高度に破壊され温存可能な正常腱索がなく三尖弁置換術を施行。【考察】術前加療に難渋した右心系感染性心内膜炎を経験したため文献的考察を含め報告する。

Ⅲ-47 VSD 修復術中に巨大右室外膜下血腫を発症した 1 例  
千葉県循環器病センター 心臓血管外科  
伊藤貴弘、椛沢政司、松尾浩三、林田直樹、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  
2 ヶ月男児、心雑音にて当院紹介、VSD+ASD と診断、哺乳不良  
認め手術となった。体外循環確立後に右室前面に原因不明の 5mm  
程度の外膜下血腫が出現、経過観察とし手術を継続するも人工心  
肺離脱前には外膜下血腫は右室全体に広がり拡張障害が出現、外  
膜切開すると持続性の出血あり血腫除去+止血術施行した。拡張  
障害をきたすほどの巨大右室外膜下血腫は稀であり、文献的考察  
を加え報告する。

### Ⅲ-49 胎児心臓腫瘍の一例

群馬県立小児医療センター

友保貴博、岡 徳彦、林 秀憲

胎児の心臓腫瘍は稀な疾患であるが、近年胎児超音波による出生  
前診断が可能となり、症例報告が散見される。症例は 37 歳女性、  
家族歴なし。在胎 23 週に心臓腫瘍が胎児心臓超音波で指摘。腫瘍  
は巨大で左右の流出路を障害するものであった。40 週 0 日経膈分  
娩 3814g Apgar8-8-8 で出生。循環は保たれていたため腫瘍に対し  
て everolims 投与を行った。腫瘍は徐々に縮小するも経過途中で  
多型性心室頻拍を起し心停止。救命のため ECMO 装着するも、  
キャピラリーリーク症候群となり、失った。若干の考察を加えて  
報告する。

### Ⅲ-51 Carney 複合と診断された若年発症左房粘液腫の 1 例

新潟市民病院 心臓血管外科

若林貴志、佐藤大樹、佐藤裕喜、三島健人、登坂有子、中澤 聡  
19 歳男性。突然の右片麻痺あり MRI で脳梗塞と診断された。心  
エコーで左房内に 40mm 大の可動性構造物あり粘液腫が疑われ  
た。18 歳時に腭頭部腫瘍切除術（病理：黒色神経腫）の既往が  
あることから Carney 複合の可能性が考えられた。Carney 複合で  
は心臓粘液腫の多発傾向が知られており、経食道心エコーおよび  
胸腔鏡を併用して検索したが腫瘍は左房内の一つのみであった。  
病理診断は粘液腫であり Carney 複合と診断した。本疾患の粘液  
腫再発率は高く長期の経過観察を要する。

### Ⅲ-48 心臓原発腫瘍による右室流出路高度狭窄に対し SVC- RPA 短絡術が奏功した一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

金子寛行、縄田 寛、嶋田正吾、星野康弘、小野 稔

症例は 47 歳男性。2017 年 3 月に呼吸苦で発症。前医 CT で右室  
流出路（RVOT）の占拠性病変による狭窄を認め、可及的腫瘍切  
除+肺動脈置換+RVOT パッチ形成術施行。病理で心臓原発未分  
化型多形性肉腫と診断、遺残腫瘍に対し重粒子線治療を追加も  
RVOT 狭窄再発による心不全症状増悪で前医入退院を繰り返し、  
当科紹介。2018 年 1 月に LOS 症状で当科緊急入院、血行動態不  
安定で V-A ECMO 挿入のうえ、SVC-RPA 短絡術施行。術後は  
症状軽快し、術後 25 病日に自宅へ独歩退院。

### Ⅲ-50 学校検診での心電図異常を契機に発見された心臓腫瘍 を手術摘出した一例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

櫻井陽介、小出昌秋、國井佳文、立石 実、五十嵐仁、高柳佑士  
10 歳男児。検診で心電図異常を指摘、心エコーで左室心尖部に 30  
mm 大の心臓腫瘍を認めた。心臓 MRI や CT からは線維腫が疑わ  
れたが、運動誘発性 PVC を認め致命的不整脈の可能性もあり今  
回手術となった。胸骨正中切開、心停止下に心尖部心外膜から腫  
瘍直上の心外膜を切開、鈍的に腫瘍と心筋の間を剥離して摘出し  
た。術後乳頭筋損傷による僧帽弁閉鎖不全症や心室仮性瘤は認め  
なかった。心臓線維腫の手術摘出の報告例は少なく文献的考察を  
含めて報告する。