

# 第182回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時：~~2020年3月7日(土)~~ 紙上開催

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丁目7番12号 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  | 602BCD  | (6階) |
| 第III会場 | 501B    | (5階) |
| 第IV会場  | 503CD   | (5階) |
| 世話人会   | 401     | (4階) |
| 幹事会    | 402ABCD | (4階) |

会長： 秋葉 直志

東京慈恵会医科大学附属柏病院 院長 (外科)

〒277-8567 千葉県柏市柏下 163 番地 1

TEL：04-7164-1111 FAX：04-7166-9374

参加費： 医師一般： 3,000 円

看護師、他コメディカル、研修医：1,000 円

学 生： 無料

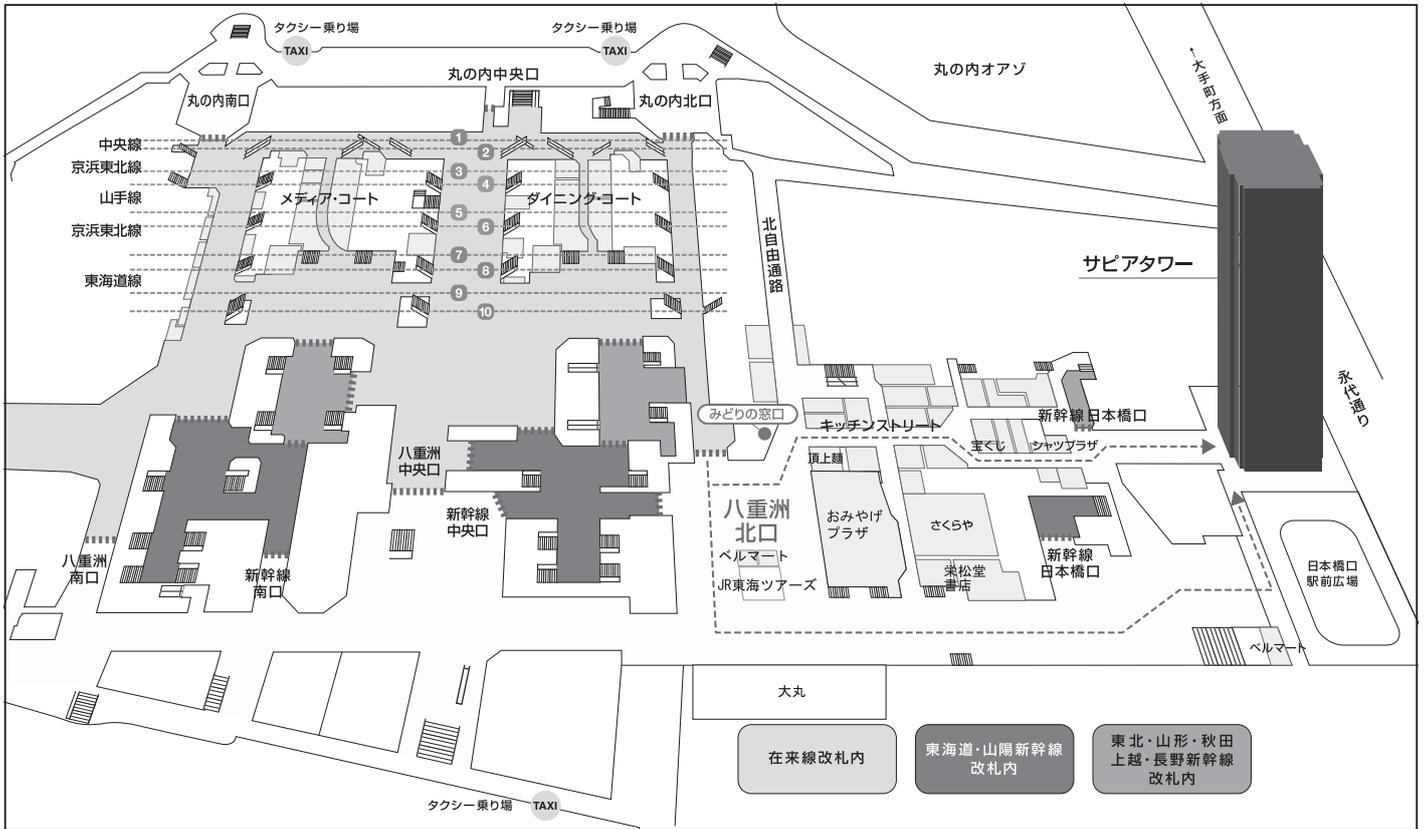
(当日受付でお支払いください)

- 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40分前(ただし、受付開始は7:45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・初期研修医は除く)。  
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。

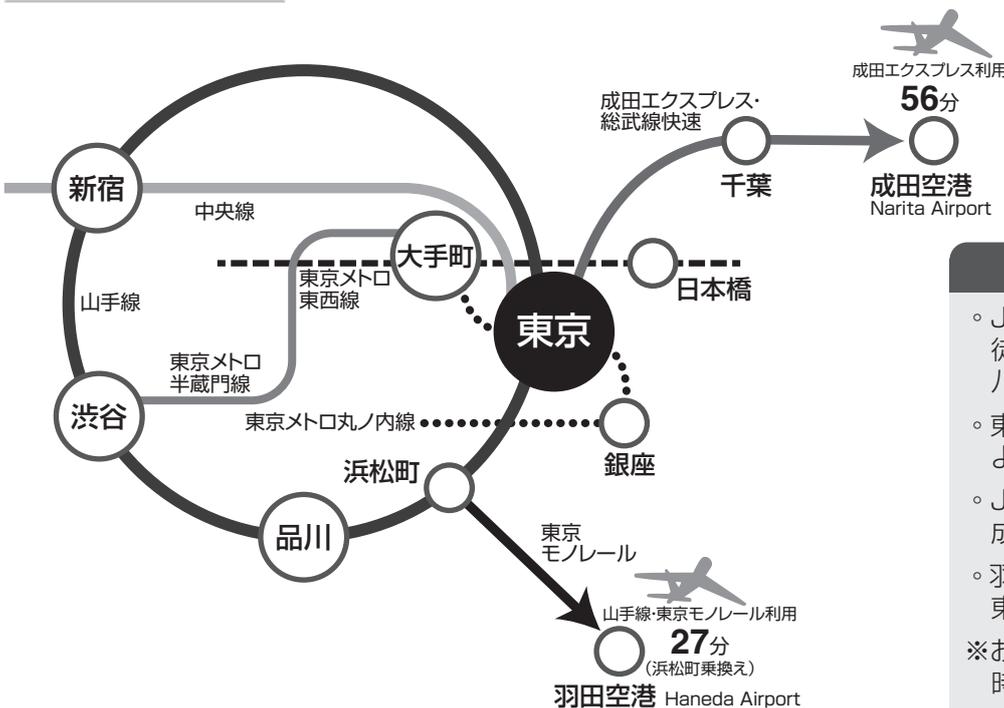
# 【会場案内図】

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。



# ステーションコンファレンス東京

|             | 第I会場<br>501AS   | 第II会場<br>602BCD  | 第III会場<br>501B   | 第IV会場<br>503CD  |
|-------------|---|--|--|---|
| 8:00        |   | 10:00~10:50<br>世話人会 (401)  |  |   |
| 8:30~8:35   | <b>開会式</b>  |  |  |   |
| 8:35~9:07   | <b>心臓：学生発表</b><br>1~4 *阿部 恒平<br>聖路加国際病院 心臓血管外科<br>*田畑美弥子<br>大和成和病院 心臓血管外科   | 8:35~9:07<br><b>肺：学生発表</b><br>1~4 *岩崎 正之<br>東海大学医学部付属病院 呼吸器外科<br>*伊豫田 明<br>東邦大学医学部 外科学講座呼吸器科学分野  |  |   |
| 9:00        | 9:07~10:19<br><b>心臓：初期研修医発表 1</b><br>5~13 *北村 律<br>北里大学病院 心臓血管外科<br>*染谷 毅<br>青梅市立総合病院 胸部外科  | 9:07~10:11<br><b>肺：初期研修医発表</b><br>5~12 *千田 雅之<br>獨協医科大学 呼吸器外科<br>*佐藤 幸夫<br>筑波大学医学医療系 呼吸器外科   | 9:07~10:11<br><b>心臓：初期研修医発表 2</b><br>1~8 *南 智行<br>横浜市立大学附属総合医療センター<br>心臓血管センター外科<br>*大坪 諭<br>東京都済生会中央病院<br>心臓血管外科  | 9:30~10:18<br><b>心臓：先天性心疾患 1</b><br>1~6 橘 剛<br>神奈川県立こども医療センター<br>心臓血管外科 |
| 10:00       | 10:19~11:07<br><b>心臓：弁膜症 1</b><br>14~19 松浦 馨<br>千葉大学医学部附属病院<br>心臓血管外科   | 10:11~10:51<br><b>肺：縦隔胸壁 1</b><br>13~17 遠藤 哲哉<br>昭和大学医学部 呼吸器外科   | 10:11~10:43<br><b>心臓：冠状動脈</b><br>9~12 村岡 新<br>自治医科大学 心臓血管外科  | 10:18~11:06<br><b>心臓：先天性心疾患 2</b><br>7~12 益澤 明広<br>東京大学医学部附属病院<br>心臓外科  |
| 11:00       | 11:07~11:55<br><b>心臓：弁膜症 2</b><br>20~25 真鍋 晋<br>土浦協同病院 心臓血管外科   | 11:00~11:55<br><b>スポンサードセミナー</b><br>肺癌に対する低侵襲・拡大手術と最新化学療法<br>座長 吉野 一郎<br>千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学<br>演者 常塚 宣男<br>石川県立中央病院 呼吸器外科<br>共催：日本イーライリリー株式会社 | 10:43~11:23<br><b>心臓：血管内治療 1</b><br>13~17 戸谷 直樹<br>東京慈恵会医科大学附属柏病院<br>外科  | 11:06~11:54<br><b>心臓：先天性心疾患 3</b><br>13~18 和田 直樹<br>榊原記念病院 心臓血管外科       |
| 12:00       |   |  | 11:23~12:03<br><b>心臓：血管内治療 2</b><br>18~22 墨 誠<br>埼玉県立循環器・呼吸器病センター<br>血管外科  |   |
| 12:10~13:05 | <b>ランチョンセミナー 1：心臓</b><br>ステントグラフト治療の最前線<br>座長 戸谷 直樹<br>東京慈恵会医科大学附属柏病院 血管外科<br>演者 原 正幸<br>東京慈恵会医科大学附属病院 血管外科<br>演者 上田 秀樹<br>千葉大学病院 心臓血管外科<br>共催：Cook Japan株式会社 | 12:10~13:05<br><b>ランチョンセミナー 2：肺</b><br>困難症例から学ぶ<br>座長 渡辺 俊一<br>国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科<br>演者 大塚 崇<br>東京慈恵会医科大学附属病院 呼吸器外科<br>共催：コヴィディエンジャパン株式会社      | 12:10~13:05<br><b>ランチョンセミナー 3：心臓</b><br>Debranching TEVARのコツと安全に行うためのリスクマネジメント<br>座長 安原 清光<br>伊勢崎市民病院 心臓血管外科<br>演者 小田 克彦<br>岩手県立中央病院 心臓血管外科<br>共催：日本ゴア合同会社 | 11:00~11:50<br>幹事会 (402ABCD)  |
| 13:00       |   |  |  |   |

\*座長・審査員兼務

|       | 第I会場<br>501AS  | 第II会場<br>602BCD   | 第III会場<br>501B   | 第IV会場<br>503CD   |
|-------|--|---|--|--|
|       | 13:10~13:15 名誉会員記授与式<br>13:15~13:25<br>学生、研修医表彰式(心臓)   | 13:15~13:25<br>学生、研修医表彰式(肺)   |  |  |
| 14:00 | 13:30~14:26<br><b>心臓：腫瘍</b><br>26~32 阿部 知伸<br>群馬大学大学院 総合外科学講座<br>循環器外科学  | 13:30~14:18<br><b>肺：縦隔胸壁 2</b><br>18~23 丸島 秀樹<br>聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科   | 13:30~14:18<br><b>心臓：炎症 1</b><br>23~28 田邊 大明<br>亀田総合病院 心臓血管外科                  |  |
| 15:00 | 14:30~15:15<br><b>アフタヌーンセミナー<br/>1：心臓</b><br>最新の低侵襲治療について<br>座長 下川 智樹<br>榑原記念病院/帝京大学<br>演者 中村 喜次<br>千葉西総合病院 心臓血管外科<br>共催：エドワーズライフサイエンス株式会社 | 14:30~15:15<br><b>アフタヌーンセミナー<br/>2：肺</b><br>ICIの時代に、逆にアブラキサンを軸に考えてみる<br>座長 江口 圭介<br>東京歯科大学市川総合病院 外科<br>演者 岩澤俊一郎<br>千葉大学大学院医学研究院 呼吸器内科学<br>共催：大鵬薬品工業株式会社 |  |  |
| 16:00 | 15:20~16:00<br><b>心臓：大血管 1</b><br>33~37 今水流智浩<br>帝京大学医学部附属病院<br>心臓血管外科   | 15:20~16:00<br><b>食道</b><br>24~28 中島 政信<br>獨協医科大学 第一外科  | 15:20~16:00<br><b>心臓：炎症 2</b><br>29~33 藤井 毅郎<br>東邦大学医療センター大森病院<br>心臓血管外科       | 15:20~16:16<br><b>肺：手術</b><br>19~25 尾高 真<br>東京慈恵会医科大学附属柏病院<br>外科 |
|       | 16:00~16:40<br><b>心臓：大血管 2</b><br>38~42 片山 郁雄<br>湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科   | 16:00~16:32<br><b>肺：悪性疾患 1</b><br>29~32 萩原 優<br>東京医科大学<br>呼吸器外科・甲状腺外科   | 16:00~16:40<br><b>心臓：<br/>手術周術期管理 1</b><br>34~38 駒ヶ嶺正英<br>聖マリアンナ医科大学<br>心臓血管外科 | 16:16~17:12<br><b>肺：良性</b><br>26~32 石橋 洋則<br>東京医科歯科大学 呼吸器外科      |
| 17:00 | 16:40~17:28<br><b>心臓：大血管 3</b><br>43~48 吉武 明弘<br>埼玉医科大学国際医療センター<br>心臓血管外科  | 16:32~17:28<br><b>肺：悪性疾患 2</b><br>33~39 鈴木 秀海<br>千葉大学大学院医学研究院 呼吸器外科学/<br>千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科学   | 16:40~17:20<br><b>心臓：<br/>手術周術期管理 2</b><br>39~43 吉本 明浩<br>筑波記念病院 心臓血管外科        |  |
| 18:00 |  | 17:30~17:35 閉会式   |  |  |

## 第 I 会場：501AS

8：35～9：07 心臓：学生発表

座長 阿部 恒平（聖路加国際病院 心臓血管外科）  
田畑 美弥子（大和成和病院 心臓血管外科）

### 学生発表

I-1 術中大動脈解離を発症した Loey-Dietz 症候群の 1 例  
筑波大学附属病院 心臓血管外科  
安岡健太、加藤秀之、井口裕介、石井知子、米山文弥、  
塚田 亨、上西祐一郎、大坂基男、五味聖吾、坂本裕昭、  
平松祐司  
57 歳女性。Severe MR、Loey-Dietz 症候群と診断され僧帽弁の  
修復術が行われた。術中に大動脈解離を発症し、上行大動脈置換  
術、僧帽弁置換術を行った。しかし短期間に遠位弓部解離性大動  
脈瘤の急速な拡大を呈し、近接期に弓部大動脈置換術と下行大動  
脈置換術を続けて施行し救命し得た。反省と考察をふまえて症例  
を報告する。

### 学生発表

I-3 Valsalva 洞瘤に対して自己弁温存基部置換術を施行し  
た 1 例  
獨協医科大学 心臓・血管外科学講座  
尾澤 毅、武井祐介、福田宏嗣  
68 歳の男性。健診心電図で異常を認め、要精査となり冠動脈 CT  
検査を施行。偶発的に Valsalva 洞瘤（右冠洞）60mm を認め、手  
術治療目的に紹介。無冠洞も 41mm と拡大を認め、右冠洞だけ  
なく、無冠洞への手術介入も必要と考え自己弁温存大動脈基部置  
換術（Remodeling）を施行。Valsalva 洞瘤は右室と癒着、無冠洞  
も左房と癒着し非常に菲薄化しており剥離は最小限とし external  
suture annuloplasty は施行しなかった。術後心臓超音波検査では  
大動脈弁逆流を認めず、CT 検査でも異常はなく術後 14 日で退院  
となった。

### 学生発表

I-2 心嚢内縦隔腫瘍の疑いで手術した冠静脈洞瘤の一手術  
例  
獨協医科大学病院 心臓・血管外科  
又野佑太、加藤 昂、福田宏嗣  
59 歳の男性。人間ドックで単純 CT を施行したところ、心嚢内に  
腫瘤影（55mm）を指摘された。診断と治療目的に当院紹介。他  
の画像診断、採血データなどから良性心嚢内縦隔腫瘍（異所性気  
管支嚢胞）を疑った。腫瘤の心圧迫によって労作時息切れがあり  
手術適応とした。手術は右側臥位、左第 5 肋間開胸で行った。腫  
瘍は左下肺静脈と右房に連続しており冠状脈洞自体が瘤化したも  
のであり、人工心肺を使用し心拍動下に腫瘤を可及的に切除した。  
病理所見も瘤壁は静脈の診断であった。現在再発等なく外来経過  
中である。

### 学生発表

I-4 右房腫瘍に対し低体温循環停止下に腫瘍切除を施行し  
た 1 例  
伊勢崎市民病院 心臓血管外科  
岩澤光哲、三木隆生、長澤綾子、平井英子、小此木修一、  
安原清光、大木 聡、大林民幸  
症例は 72 歳男性。2019 年 10 月胸腹部 CT 検査で右房腫瘍を指摘  
された。経食道心臓超音波検査で、腫瘍は 43×28mm、可動性は  
良好、有茎性で付着部は右房と下大静脈の境界付近と思われた。  
上行大動脈送血、上大静脈/主肺動脈脱血で体外循環を確立し、低  
体温循環停止下に腫瘍切除した。付着部内膜が欠損したため、自  
己心膜で補填した。病理検査結果は myxoma であった。術後経過  
は良好。文献的考察を加え報告する。

## 9:07~10:19 心臓：初期研修医発表1

座長 北 村 律（北里大学病院 心臓血管外科）  
染 谷 毅（青梅市立総合病院 胸部外科）

### 初期研修医発表

I-5 大動脈弁置換術後の stuck-valve に対して大動脈弁再置換術を行った症例

自治医科大学 心臓血管外科

齋藤麻美子、相澤 啓、土井真之、清水圭佑、上杉知資、齋藤翔吾、菅谷 彰、阿久津博彦、高澤一平、村岡 新、川人宏次

症例は63歳男性。22年前に大動脈弁閉鎖不全症に対して大動脈弁置換術（BICARBON21mm）を施行した。3年ほど前から労作時呼吸困難を認めるようになり、精査にて stuck-valve による severe AR を指摘され、再手術となった。術中所見で大動脈弁下にパルナス増生があり、stuck-valve の原因と考えられた。SJM19mm にて再大動脈弁置換術を行い、軽快退院した。

### 初期研修医発表

I-7 A型解離術後、人工血管感染に再上行置換術さらに解離腔拡大に対して candy plug 併用の TEVAR を施行した一例

昭和大学藤が丘病院 心臓血管外科

生沼慎一郎、田中弘之、片岡紘士、堀 祐郎

患者は48歳男性。急性大動脈解離 stanfordA に対して、他院で上行置換術、腹部大動脈瘤に対して Y型人工血管置換術を施行された。その後、頸部リンパ節腫脹で当院紹介となり悪性リンパ腫の診断で治療開始しようとしたところ、人工血管感染が判明、当科で再上行置換術を施行した。同時に遠位弓部から解離腔拡大を認め、2期的に candy plug 併用の TEVAR を施行した。最終的に悪性リンパ腫の治療も可能となった。

### 初期研修医発表

I-9 ECPELLA 補助から LVAD 植え込みに至った拡張型心筋症の一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

鈴森知沙季、井戸田佳史、木下 修、嶋田正吾、小前兵衛、小野 稔

生来健康な21歳男性。急性発症の労作時呼吸苦を主訴に鬱血性心不全で入院となった。内科治療を開始したが症状増悪し Impella を留置した。TTE 上 LVDd/Ds 72/68、LVEF 0.2 で生検より拡張型心筋症と診断された。一時的に症状改善し抜管されたが18日後に右心不全が顕在化したため V-A ECMO を留置した。循環状態が安定し当院転院後に移植登録を経て EVAHEART2 を装着した。急性発症の重症心不全に対して ECPELLA 補助に続き植込型 LVAD 装着を行った症例を報告する。

### 初期研修医発表

I-6 特発性冠動脈解離の既往歴を持つ A型急性大動脈解離の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

小島貴弘<sup>1</sup>、磯田 晋<sup>1</sup>、山崎一也<sup>1</sup>、出淵 亮<sup>1</sup>、増田 拓<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

40歳男性。5年前に左回旋枝の特発性冠動脈解離に対し保存加療されたが通院を自己中断していた。急性大動脈解離の家族歴がある。意識消失、痙攣、後頸部痛で救急搬送された。ECGで下壁の ST 上昇を認め、CTで A型急性大動脈解離の診断。上行に entry、右冠動脈、腕頭動脈、右鎖骨下動脈、両側総頸動脈に解離の進展を認め、上行置換術、CABG を施行した。特発性冠動脈解離と急性大動脈解離の合併の報告はまれであり、文献的考察を踏まえて報告する。

### 初期研修医発表

I-8 CryoMaze 術後に左房内血栓を認めた2症例

筑波記念病院 心臓血管外科

山崎幸紀、吉本明浩、倉橋果南、清水隆玄、有馬大輔、

西 智史、末松義弘

Maze 手術は心房細動に対する外科的治療のゴールドスタンダードである。従来の方法では左房切開線も多かったが、電気的焼灼法や冷凍焼灼法などへと発展し、広く施行されるようになり、その有効性も示されている。今回、僧帽弁手術に CryoMaze 法を併施し、術後早期に左房内血栓を認めた2例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

### 初期研修医発表

I-10 左上葉肺癌術後に左房内血栓を発症した一例

東京医科大学病院 心臓血管外科

入方祐樹、神谷健太郎、鈴木 隼、荻野 均

69歳男性。左上葉肺癌に対して左上葉切除術施行後に左房内血栓を認めた。既往歴に心房細動と脳梗塞があり、ダビガトラン内服中であったが内服コンプライアンスは不良であった。左房内血栓除去術を施行し、左上肺静脈断端の入口部から2-2.5cmほどの血栓を認め、これを除去した。近年、左上葉切除後の左上肺静脈断端内血栓の形成が注目されており、文献的考察を加えて症例報告とする。

#### 初期研修医発表

I-11 補助人工心臓ハートメイト3 (HM-3) 2例の植込み経験

自治医科大学 心臓血管外科

山根賢二郎、相澤 啓、齊藤翔吾、上杉知資、菅谷 彰、阿久津博彦、高澤一平、村岡 新、齊藤 力、川人宏次  
完全磁気浮上型遠心ポンプであるHM3は従来の軸流型ポンプHM2と比較して出血、血栓合併症が少ないと言われている。今回我々は2例のHM3の植え込みを経験したので報告する。(症例1) 57歳男性。虚血性心筋症でカテコラミン依存。(症例2) 16歳男児。DCMで体外型VADから一時離脱したが、心不全が再燃し循環破綻した。2例ともに術後経過は良好で移植待機中である。

#### 初期研修医発表

I-13 僧帽弁位感染性心内膜炎に対する direct closure の一例

茨城県立中央病院 循環器外科

池田佳織、森住 誠、榎本佳治、鈴木保之

65歳男性。大動脈弁閉鎖不全症の経過観察中に心臓超音波検査で重症僧帽弁閉鎖不全症を指摘された。僧帽弁前尖の肥厚と perforation を認め、血液培養で表皮ブドウ球菌が検出された。感染制御後に、大動脈弁置換術+僧帽弁形成術を施行した。僧帽弁前尖に径17mm大の perforation を認めた。心膜パッチの将来的な石灰化が危惧されたため、僧帽弁は direct closure とし僧帽弁逆流は制御された。

#### 初期研修医発表

I-12 マルファン症候群、急性大動脈解離に対する基部置換術後、拡張型心筋症を背景とした重症心不全、胸腹部大動脈瘤に胸腹部置換術後に補助人工心臓植込術に至った一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

相澤宏彰、安藤政彦、井上堯文、星野康弘、山内治雄、小野 稔

17歳男性。他院で2年前に急性A型大動脈解離に対し機械弁 Bentall 術施行。翌年FBN1 遺伝子変異陽性と診断、EF低下(49%→18%)BNP上昇(820)し心不全増悪。50mm大のCrawford II型の解離性大動脈瘤も併存し当院紹介。胸腹部大動脈置換術施行し心移植登録。3か月後に心不全増悪しHVAD植込、生体弁による大動脈弁再置換術施行。現在心移植待機中である。

## 10:19~11:07 心臓：弁膜症1

座長 松浦 馨（千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科）

### I-14 二尖弁に伴う重症大動脈弁狭窄症に対して左鎖骨下動脈アプローチ TAVI を行った一例

東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

内記卓斗、岡田公章、志村信一郎、小田桐重人、尾澤慶輔、山本堯佳、岸波吾郎、長 泰則

76歳男性、急性胆管炎の入院時に二尖弁に伴う severe AS を指摘。脳出血後で左片麻痺があり、Frailty が非常に高かった。腹部大動脈瘤に対して EVAR 後であり、左鎖骨下動脈アプローチにて TAVI を行った。術直後には mild PVL を認めたが、循環動態は安定。術後経過良好で術後9日に退院。術後6ヶ月での心臓超音波検査では PVL は改善。二尖弁に対して TAVI 治療が奏功した一例を経験したため報告する。

### I-16 冠動脈狭窄を伴う術中診断された大動脈四尖弁の一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

橋本昌典、茂木健司、櫻井 学、谷 建吾、伊藤駿太郎、高原善治

77歳女性。心筋梗塞に対して、LAD への PCI 既往あり外来観察中であった。

RCA 病変の進行と RI にて下壁虚血所見、moderate AR を認め手術適応と診断。術前、明らかに疑ってなかったが、術中、右冠尖と無冠尖の間に副弁尖を認め、四尖弁と診断（Hurwitz 分類 typeD）。手術は、大動脈弁置換術と、右冠動脈へ SVG にて CABG を施行した。

比較的稀有な大動脈四尖弁の症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

### I-18 弁輪部膿瘍を伴う PVE に対し牛心膜を用いて左室流出路を再建し、Bentall 手術を行った一例

亀田総合病院 心臓血管外科

保坂英雄、田邊大明、古谷光久、加藤雄治、川井田大樹、山崎信太郎、外山雅章

7年前に AS に対し他院で AVR を施行された74歳女性。PVE 疑いで当院紹介となり、心エコーで人工弁に25mm の疣贅を認め、緊急手術を施行。弁輪部膿瘍が広範であり、Valsalva から左室流出路にかけて debridement を行った。左室流出路の再建を牛心膜グラフトで行い Bentall 手術を行った。術後 MR が出現し7日後に MVR 施行。第84病日目にリハビリ目的に転院となった。

### I-15 Ebstein 病に対して Cone 手術を施行した1例

北里大学病院 心臓血管外科

大西義彦、宮本隆司、鳥井晋三、北村 律、美島利昭、大久保博世、藤岡俊一郎、松代卓也、八鍬一貴、荒記春奈、田所祐紀、宮地 鑑

症例は71歳女性。主訴は歩行時息切れ。小学生時に Ebstein 病と診断。近年になり右心系の拡大と NYHA2 度の症状を認め、精査で重症三尖弁逆流、右心不全と診断。人工心肺下で Cone 手術、右房化右室縫縮術を施行。POD1 に LOS 所見のため PCPS と IABP を導入。POD7 に PCPS、POD9 に IABP を離脱し、POD14 に抜管、POD18 に ICU を退室した。高齢者に対する Cone 手術を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

### I-17 僧帽弁置換術後早期に血栓弁を生じた1例

1 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科  
2 都立墨東病院

藤森智成<sup>1</sup>、篠田大悟<sup>1</sup>、野村陽平<sup>1</sup>、堀大治郎<sup>1</sup>、白石 学<sup>1</sup>、木村直行<sup>1</sup>、由利康一<sup>2</sup>、山口敦司<sup>1</sup>

既往に抗リン脂質抗体症候群（APS）を有する、66歳女性。僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症に対して生体弁による僧帽弁置換術を施行。術後8ヶ月で発熱と労作時呼吸困難が出現。心エコー検査で人工弁に疣贅及び MS 所見を認めた。人工弁感染の診断で抗菌薬治療を開始したが、心不全コントロールが困難であり、緊急で再僧帽弁置換術を施行。摘出した人工弁には感染の所見は認めず、APS による早期血栓弁と考えられた。

### I-19 手術7ヶ月後に再手術となった大動脈弁形成術の1例

東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科

中尾充貴、儀武路雄、松村洋高、高木智充、有村聡士、國原 孝

症例は27歳男性。重症 AR に対して、external suture annuloplasty (CV-0) と上行大動脈置換術による大動脈弁形成術を施行した。術直後の TEE では trivial AR に改善していた。術後半の TEE で AR の再発を認めたため、再手術の方針となった。術中に大動脈基部の構造変化と各弁尖の穿孔が判明し、再弁形成術は困難と判断し、機械弁による大動脈基部置換術を施行した。稀な経過を辿った AR 再発であったため報告する。

I-20 大動脈弁置換術後の無症候性弁尖血栓症の経験  
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、三島健人、鳥羽麻友子、佐藤哲彰、大久保由華、  
長澤綾子、岡本竹司、土田正則  
79歳男性。大動脈弁狭窄症に対し大動脈弁置換術（INSPIRIS25mm）が施行された。抗凝固療法は治療域であったが術後12日目の心臓CT検査で無冠尖の血栓及び可動性低下を認めた。ヘパリンによる治療後、抗凝固療法の強化と抗血小板剤の併用で再発なく退院した。生体弁による大動脈弁置換術後の無症候性弁尖血栓症の発生率は約4%とされ脳梗塞のリスクとされる。本症例に関して文献的考察を含め報告する。

I-22 ペースメーカーリード植え込み後の三尖弁閉鎖不全に対する三尖弁形成術  
群馬大学医学部附属病院 循環器外科  
立石 渉、今野直樹、羽鳥恭平、小西康信、大野 司、阿部知伸  
68歳男性。大動脈弁狭窄症と高度三尖弁閉鎖不全症によるNYHA3度の心不全があり。徐脈性心房細動に対して経静脈リードにてペースメーカー植え込み後であった。手術は大動脈弁置換術+三尖弁形成術を施行。三尖弁はリードとの癒着はなかったが圧排された状態で中隔尖は右室側に落ち込んでいたため、人工腱索を用いた弁形成を施行し、リードは弁輪部に改めて縫着した。術後の心臓超音波検査で良好な三尖弁逆流制御を得られた。

I-24 胸骨下部部分切開アプローチにて再手術を行った3例  
太田記念病院  
井上 凡、加藤全功、亀田袖妃花  
再胸骨正中切開では無名静脈や上行大動脈が胸骨に癒着し損傷リスクを伴う。また右開胸アプローチでは胸郭変形などにより実施困難な場合もある。我々は胸骨下部部分切開アプローチによる再手術を3例経験したため報告する。1；72歳男性。29年前にMSに対してMVR（機械弁）を施行。繰り返す心原性脳梗塞と左房内血栓のためre-MVR（生体弁）+TAP+左心耳切除を施行した。2；76歳男性。17年前にMRに対してMVRを施行。Severe ARに対してAVRを施行した。3；62歳男性。5年前にIE・MRに対してMVPを施行。IE再燃・MR増悪にてMVRを施行した。

I-21 大動脈弁置換術後、弁下パンヌスの診断にCTが有用であった一例  
自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科  
篠田大悟、野村陽平、藤森智成、草刈 翔、堀大治郎、白石 学、木村直行、由利康一、山口敦司  
症例は77歳女性。19年前に機械弁による大動脈弁置換術後、心エコーのフォローで徐々に大動脈弁圧較差の増大を認めた。2年前より流速は4m/s以上と重度となり、失神発作も認め、入院となった。弁透視で弁の可動性に異常を認めなかったが、CTで人工弁下に大きなパンヌスを認め、再弁置換術を施行した。弁下パンヌスの診断にCTが有用であった症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

I-23 高度右心拡大に伴う重症三尖弁逆流症に対して乳頭筋Bundlingを施行した一治験例  
東京医科歯科大学 心臓血管外科  
崔 容俊、水野友裕、大井啓司、長岡英気、八島正文、藤原立樹、大石清寿、竹下斉史、奥村裕士、関 晴永、荒井裕国  
64歳女性。慢性心房細動、三尖弁輪拡大（62mm）によるmassive TR、NYHAIIIの心不全を認め手術を施行。右心は著明に拡大、弁尖の接合は全くなかった。TAP（contour 3D 34mm）、edge to edge（前尖、中隔尖）、Bundling（CV-0で乳頭筋を結束）で逆流を制御、右房縫縮も施行。NYHAI、CTR 65%（術前88%）、TR mild-moderateまで改善し独歩退院した。

I-25 感染性心内膜炎に対する僧帽弁置換術後に血栓弁を呈した一小児例  
横浜市立大学附属病院 心臓血管外科  
中山雄太、町田大輔、金子翔太郎、富永訓央、郷田素彦、鈴木伸一、益田宗孝  
2歳男児。活動期感染性心内膜炎に対する僧帽弁形成術後に形成部が破綻し僧帽弁置換術となった。術後21日目に一葉の閉鎖位固定ともう一葉の開放制限を認め、血栓弁を疑いRecombinant t-PAによる血栓溶解療法を行ったが閉鎖位固定の弁は改善なく、血栓除去術を施行した。人工弁ヒンジ部にのみ器質化血栓を認め、除去により弁機能は回復した。小児における人工弁血栓の治療法は確立されておらず、文献的考察を踏まえて報告する。

I-26 他領域に同時多発した左房内原発性神経鞘腫の一例

武蔵野赤十字病院

横山賢司、田崎 大、吉崎智也

症例は46歳、男性。胸部Xpの異常影の精査で紹介、造影CTで左肺門部、右肺尖部及び後縦隔の3個の腫瘍を指摘された。経食道心エコーで後縦隔腫瘍は左房内腫瘍と診断、ASDも認めた。胸骨正中切開、人工心肺確立し右側左房切開、左房後壁の心内膜下に腫瘍を認めた。腫瘍を完全切除し左房欠損孔とASDをウシ心膜シートで再建した。11PODに退院、病理診断は原発性神経鞘腫であった。心臓神経鞘腫は希少疾患であり、副咽頭間隙で同腫瘍を45歳時に摘出した既往もあり、他領域に同時発生した点で過去に文献報告がない症例であった。

I-28 左房 Undifferentiated pleomorphic sarcoma の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

阿久津博彦、齊藤翔吾、村岡 新、相澤 啓、川人宏次

症例は77歳女性。急性左心不全を呈した左房内腫瘍に対して、緊急腫瘍切除術を施行したが病理診断は Mixoma most likely であった。16ヶ月後に腫瘍が局所再発したため再手術となり、臨床経過、腫瘍進展様式を踏まえた上での病理診断で undifferentiated pleomorphic sarcoma と診断に至ったが、局所再々発のため、初回手術後2年4ヶ月で死亡した。心臓原発 undifferentiated pleomorphic sarcoma の報告はきわめて稀であるので報告する。

I-30 AVR 術後に心嚢内腫瘍を呈し、病理学的に血腫の診断に至った一例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

柴田裕輔、長谷川秀臣、林田直樹、浅野宗一、梶沢政司、阿部真一郎、伊東千尋、菅原佑太、村山博和

症例は79歳の男性。7年前にASに対して、AVR 施行。術後よりPVLを呈し、経過観察となっていた。フォロー中、PVLの増悪による心不全症状があり、施行したCTで心嚢内腫瘍を認めた。手術適応ありと判断し、re-AVR、心嚢内腫瘍除去術施行。心不全症状の改善がみられた。心嚢内腫瘍の完全切除は出来なかったが、病理検査結果では血腫の診断。特発性心嚢内血腫を呈した一例を経験したので症例報告とする。

I-27 右冠動脈領域の急性心筋梗塞を合併した swinging calcified amorphous tumor

東京慈恵会医科大学附属柏病院

村松宏一、川田典靖、石割圭一、長沼宏邦

80歳女性、胸痛を主訴に当院循環器内科を救急受診、心電図上ST上昇を認め急性心筋梗塞の疑いで緊急カテーテル検査を施行した。#3の完全閉塞に対し、血栓回収を施行し白色の塞栓物を回収し改善した。カテーテル治療の後に経食道超音波検査で僧帽弁前尖の左室側に付着する可動性に富んだ腫瘤を認め、calcified amorphous tumor (CAT) の疑いで腫瘍切除術を施行した。術後の病理学的検査では#3の塞栓と術中の腫瘍はCATで矛盾しない所見であった。

I-29 左肺上葉切除後に生じた左房内腫瘍の1手術例

防衛医科大学校病院 外科2

安田拓也、堤 浩二、石田 治、小森和幸、橋本博史、山中 望、田口真一

症例は72歳女性。平成28年3月肺癌(c-T2aN0M0)に対して左上葉切除術を施行。平成30年4月造影CT検査にて、左房内に35×14mm大の腫瘤像を指摘、その後当科紹介となり開心摘出術が施行された。術所見では左房天井に肉眼的に血栓と粥種を主体とした腫瘤が認められ、左房壁と合併切除を行い、自己心膜で再建した。病理組織学的検索では心房壁内腔面に付着した血栓と診断された。左肺上葉切除後に左房内血栓がみられる症例は少なくなく、文献的考察を加えて報告する。

I-31 稀な転移性左房腫瘍の一例

平塚市民病院 心臓血管外科

若田部誠、井上仁人、小谷聡秀

71歳男性。浮動性目眩の精査で左房内腫瘍を指摘され当科紹介。CTで左房内に45mm大の可動性腫瘍を認めた。19年前に右腎癌で腎摘(pT2N0M0 G2)の既往あり。僧帽弁輪への嵌頓による突然死リスクを回避するため開心術を施行。腫瘍は左房頭側壁に一部浸潤し、左上肺静脈の末梢側まで連続していた。左上肺静脈を切開し腫瘍のNeckを離断して左房内腫瘍を摘出した。前医で多発肺・胸壁病変に対し計3回生検を行うが確定診断が得られず、今回の病理で腎癌再発の確定診断に至った。術後経過良好で独歩退院。現在化学療法中。

I-32 chronic expanding hematoma により心不全をきたした1例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

小松正樹、茅野周治、御子柴透、田中晴城、市村 創、  
山本高照、大橋伸郎、福家 愛、和田有子、瀬戸達一郎

症例は70歳、女性。動悸、息切れを主訴に受診し、CTにて右室を圧排する10cmの腫瘤影を認めた。エコー上内部はMix patternで辺縁は高輝度であった。上記からchronic expanding hematoma (CEH)と診断、外科的切除を行う方針とした。胸骨正中切開で腫瘍切除を行った。腫瘍内部は器質化した血腫であった。術後経過は概ね安定しており、術後26日目に独歩退院となった。CEHは稀であり、報告する。

I-33 急性B型大動脈解離に対するTEVAR後感染に対し左側方開胸による全弓部-下行大動脈置換術を施行した1症例

練馬光が丘病院 心臓血管外科

宮川敦志、北田悠一郎、荒川 衛、岡村 誉、安達秀雄

39歳男性。急性B型大動脈解離に対して保存的加療の後、発症47日後に再解離を認めTEVARを施行した。第7病日に退院したが、TEVAR術後23日目に発熱で当院受診した。炎症反応の上昇及び偽腔の急速拡大を認め、偽腔およびステントグラフト感染が疑われた。抗生剤開始後も偽腔拡大傾向認め、左側方開胸で全弓部-下行大動脈置換術、ステントグラフト抜去、大網充填術を行った。術後経過は良好。

I-35 腹部大動脈開窓術を選択した急性A型大動脈解離の1例

1横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター

2横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

鈴木清貴<sup>1</sup>、内田敬二<sup>1</sup>、南 智行<sup>1</sup>、長 知樹<sup>1</sup>、松木佑介<sup>1</sup>、根本寛子<sup>1</sup>、小林由幸<sup>1</sup>、松本 淳<sup>1</sup>、鈴木光恵<sup>1</sup>、松下直彦<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

70歳男性。腸管、下肢、脊髄虚血を伴う偽腔開存型急性A型大動脈解離の診断。肋間動脈が偽腔分枝のためTEVARによるEntry閉鎖で対麻痺残存が懸念された為、腹部大動脈開窓術を選択。腸蠕動改善、術中エコーで真腔拡大と偽腔の血流維持を確認。術後CTで腹部の偽腔開存化と上行大動脈の偽腔縮小を確認。追加治療を要せずに退院。

I-37 段階的治療により救命し得た弓部置換後の大動脈食道瘻の一治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学

奥村裕士、水野友裕、大井啓司、長岡英気、八島正文、藤原立樹、大石清寿、竹下斉史、崔 容俊、関 晴永、荒井裕国

【主訴】吐血【現病歴】53歳時A型大動脈解離で上行置換、55歳時人工血管感染、吻合部仮性瘤で上行弓部置換、CABG、大網充填の既往あり。57歳時に吐血で緊急搬送。人工血管末梢吻合部感染、大動脈食道瘻に対し緊急TEVARで止血。15病日に右開胸食道垂全摘、感染制御後の66病日に上行弓部下置換、SG抜去、広背筋皮弁充填。148病日に胸壁前挙上空腸再建を施行し、195病日独歩退院。

I-34 下行大動脈血栓に対し手術を施行し救命し得なかった本態性血小板血症の一例

日本大学医学部 心臓血管外科

鈴木馨斗、田岡 誠、瀬在 明、大幸俊司、北住善樹、鎌田恵太、田中正史

本態性血小板血症で経過観察中の70代女性。腹痛で受診され造影CTにて下行大動脈血栓、小腸壊死を認め緊急小腸部分切除施行。その後血栓に対し抗凝固療法を開始するも消化管出血を認めたため下行置換術施行。術後乳酸値上昇あり造影CTでSMA血栓を認めたため開腹すると、小腸壊死あり再度小腸部分切除施行。その後感染の制御が効かず死亡。治療に難渋した一例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。

I-36 一尖弁性大動脈弁狭窄症術後の上行大動脈瘤に対する再手術の経験

帝京大学医学部附属病院 心臓血管外科

齋藤真人、堀 貴行、飯田 充、下川智樹

一尖弁性大動脈弁患者は狭窄症などによる胸部症状が若年で出現し、結合組織異常による上行大動脈疾患の合併も多く、大動脈弁置換術との同時手術を必要とすることも多いと報告されている。今回、一尖弁性大動脈弁狭窄症に対して生体弁による大動脈弁置換術を施行し、術後5年後に上行大動脈に仮性動脈瘤形成を疑う所見を認めた59歳女性に対して、上行大動脈人工血管置換術を行い、術後病理所見で真性動脈瘤であった症例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

I-38 下行胸腹部置換術後の吻合部破裂を LIQS で救命した1例

1 日本大学病院 心臓血管外科

2 日本大学医学部附属板橋病院 心臓外科

井坂 晋<sup>1</sup>、秦 光賢<sup>1</sup>、和久井真司<sup>1</sup>、石井雄介<sup>1</sup>、日野浦礼<sup>1</sup>、  
田中正史<sup>2</sup>

84歳、女性。上行置換・胸腹部大動脈置換術後、遠隔期に発症した中枢側吻合部動脈瘤破裂に対し、解剖学的理由により TEVAR 不可能であったが、胸骨正中中切開・循環停止下オープンステント内挿術（LIQS法）で救命し得た1例を報告する。

I-40 左上肢血流障害と左小脳梗塞発症後に診断された弓部大動脈内血栓症の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科

石割圭一、長沼宏邦、川田典靖、村松宏一

41歳女性。喫煙者、経口避妊薬内服中。左手の疼痛を自覚し、翌日にめまいを発症し前医に精査入院。左小脳梗塞と診断され、塞栓源精査目的の心エコー検査で弓部大動脈内の左総頸動脈入口部に24×10mm大の可動性の血栓を認めた。手術目的で当院へ転院となり、部分弓部置換術を施行。腕頭と左総頸動脈共通管の入口部に器質化血栓が付着していた。病理所見は動脈硬化病変に一致した部位に10mm大の壁在血栓の付着を認めた。

I-42 長期のVAD補助期間を経て心臓移植到達後に大動脈解離を発症した一例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科学講座、

東京女子医科大学大学院 重症心不全制御学分野

廣田理峰、市原有起、宝亀亮悟、齋藤 聡、布田伸一、  
新浪 博

虚血性心筋症による重症心不全に対してVAD植込み後6年超の補助を経て心臓移植を受けた62歳男性。移植後5ヶ月目に施行したCTにて大動脈解離を認め全弓部置換術を施行。ドナー心の大動脈吻合部は問題なく、エントリーは自己大動脈の弓部に認めた。術後経過は良好。心臓移植後の大動脈解離は稀であるが、低圧かつ定常流に長期間晒された血管壁への影響を検討する。

I-39 大動脈解離術中に Malperfusion に陥り急遽上行大動脈直接送血に変更して手術を完遂した一症例

1 静岡医療センター 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>、波里陽介<sup>1</sup>、高木寿人<sup>1</sup>、宮地 鑑<sup>2</sup>

47歳女性、大動脈解離A型に対して緊急手術施行。右FA送血、上下大静脈脱血でCPB開始、開始後5分前後から右RA動脈圧測定不能、心室細動、脳血流のモニタリングであるインボスが急激に低下した。このため Malperfusion と診断。急遽、上行大動脈直接送血に変更、結果動脈圧が測定可能となりインボスも回復し、手術完遂となる。大動脈解離術中の Malperfusion に対して文献的考察を含めて報告とする。

I-41 胸腹部大動脈人工血管置換術に急性膵炎を合併した1例

国立国際医療研究センター病院 心臓血管外科

田村智紀、入澤友輔、堀越理仁、宝来哲也

69歳男性。最大短径59mmのCrawford III型の胸腹部大動脈瘤に対して手術の方針。術前日にCSF drainを挿入、部分対外循環、腹部4分枝に選択的灌流下にTh10 levelから大動脈終末まで腹部4分枝再建し人工血管に置換。術後不全対麻痺を合併したがCSF drainage、ステロイドパルス療法、ナロキソン投与で改善。術後発熱が遷延しCTを施行したところ急性膵炎合併を認めた。膵炎は保存的治療で改善。胸腹部置換に急性膵炎を合併することはまれであり文献的考察を加えて報告する。

## 16:40~17:28 心臓：大血管3

座長 吉武明弘（埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科）

### I-43 術前診断に難渋した慢性B型解離性大動脈瘤破裂の一例

日本大学医学部附属板橋病院 心臓外科

鎌田恵太、田岡 誠、瀬在 明、大幸俊司、北住善樹、鈴木馨斗、田中正史

77歳男性。4年前発症のStanford B型大動脈解離を他院にてフォロー中。2か月前から胸部不快感がありCT施行、最大径76mmであった。2日後の造影CTで食道近傍の低吸収域が16mmから25mmへ拡大を認め大動脈瘤破裂の疑いで当院救急搬送された。来院時症状はなくバイタルは安定していた。CT上、低吸収域は縦隔腫瘍も疑われたため待機的手術とした。術中TEEで仮性瘤が疑われ下行置換後に瘤内の血流が消失した。術前画像が非典型的であったため報告する。

### I-45 腕頭動脈瘤を伴う上行弓部大動脈瘤に対し、脳分離体外循環および腕頭動脈の再建を工夫した一例

群馬大学医学部附属病院 循環器外科

今野直樹、羽鳥恭平、小西康信、立石 渉、阿部知伸

症例は89歳女性。他疾患精査のCTで最大短径72mmの上行弓部大動脈瘤および最大短径27mmの腕頭動脈瘤を指摘され当科紹介受診された。両側鎖骨下動脈送血、上下大静脈脱血で体外循環確立した。左総頸動脈、左鎖骨下動脈は挿入し、腕頭動脈は遮断して右鎖骨下動脈から送血することで脳分離体外循環を確立した。腕頭動脈は既製の分枝は用いず、16mmグラフトを用いて再建した。今回、良好な治療成績が得られたため報告する。

### I-47 漏斗胸術後の大動脈基部拡張症に対して自己弁温存大動脈基部置換術を施行した1例

土浦協同病院 心臓血管外科

平山大貴、弓削徳久、木下亮二、真鍋 晋、大貫雅裕、広岡一信

症例は28歳、女性。既往歴：マルファン症候群、糖尿病。現病歴：B型大動脈解離保存加療後に外来で経過観察されていたが、val-salvaの拡張と上行大動脈に局限した解離を認めた。幼少時の漏斗胸術後ではあったが、胸骨の変形、縦隔の左方偏移を認めた。胸骨正中切開では右房側壁が展開され、左側心膜を吊り上げ術野を得た。David手術、hemi-arch置換術を行った。術後経過は問題なく第15病日で退院となった。

### I-44 StanfordA型急性大動脈解離に対して大動脈基部置換術を要した1例～当院における中枢吻合部と冠動脈再建の工夫～

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

富永訓央、鈴木伸一、中山雄太、金子翔太郎、町田大輔、郷田素彦、益田宗孝

55歳男性。StanfordA型急性大動脈解離で緊急手術の方針となる。バルサルバ洞動脈瘤及び右冠動脈離断を認めたため、基部置換術を施行した。当院では作成したConduitに心膜を全周性に巻き付け、Conduit縫着後に残存したバルサルバ組織と連続縫合で補強し、止血を確実にしている。また、冠動脈再建は、Carrelパッチ法が難しい大動脈解離や再手術の症例ではPiehler法を用いている。

### I-46 胸腹部大動脈瘤破裂にて人工血管置換術を施行し術中所見より炎症性大動脈瘤の診断に至った1例

湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

大貫佳樹、野口権一郎、片山郁雄、服部 滋、長塚大毅、郡司裕介

50歳男性。急性大動脈解離StanfordB型の既往で外来通院中の方。2か月前に腰部痛を自覚し近医受診するも症状改善乏しく前医受診。CT検査でCrawford2型胸腹部大動脈瘤破裂の診断となり当院搬送。Vital安定しており待機的に第8病日に手術施行。術中所見から明らかな破裂は認めず、大動脈周囲の繊維性肥厚・癒着を認め炎症性大動脈瘤の診断となった。術後経過は良好で第24病日に自宅退院となった。

### I-48 2回の開心術既往のある、基部・弓部下大動脈拡大に対する1手術

立川総合病院 心臓血管外科

山元奏志、浅見冬樹、山本和男、葛 仁猛、岡本祐樹、大場栄一、梅澤麻以子、佐藤大樹、吉井新平

54歳男性。他院で46歳時にA型急性大動脈解離に対し上行置換、51歳時にARに対しAVR(On-X弁)を施行。今回基部及び弓部下大動脈の拡大があり手術適応。大動脈損傷に備え右腋窩動脈・左総頸動脈・右大腿動脈より送血を開始し再開胸。前回の人工弁を利用し、基部置換及び上行弓部置換施行。冠動脈も癒着が強くPiehler法で再建。弓部下大動脈の真腔は狭小化していたが、末梢側はオープンステントグラフトを使用。27病日に退院。

## 第Ⅱ会場：602BCD

8：35～9：07 肺：学生発表

座長 岩崎 正之（東海大学医学部附属病院 呼吸器外科）  
伊豫田 明（東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野）

### 学生発表

Ⅱ-1 尿管癌術後の右肺 S5・S6 転移に対して右肺中葉・S6 袖状切除及び気管支・肺動脈形成術を施行した一例

東京大学医学部 呼吸器外科

大森千穂、唐崎隆弘、椎谷洋彦、此枝千尋、北野健太郎、長山和弘、佐藤雅昭、中島 淳

66歳男性。尿管癌術後1年。CTで右肺S5およびS6の中枢にいずれも25mm大の結節を認め、尿路上皮癌の転移と診断した。化学療法を施行後、中葉・S6袖状切除および気管支・肺動脈形成術を施行した。術後経過は良好であり、術後11日目に退院した。中葉・S6袖状切除は稀な術式であり、適応については慎重な検討が必要だが、底区域を温存し中下葉切除を回避できるという利点がある。

### 学生発表

Ⅱ-3 腎細胞癌肺転移切除例の治療成績および術後経過の検討

1 千葉県済生会習志野病院 呼吸器外科

2 千葉県済生会習志野病院 泌尿器科

番場大貴<sup>1</sup>、溝渕輝明<sup>1</sup>、長門 芳<sup>1</sup>、石橋史博<sup>1</sup>、三上和男<sup>2</sup>

腎細胞癌根治術後の肺転移に対して、2015年12月から2019年11月までに当科で施行の7名9手術を対象とし、後方視的に検討した。男性5名6手術、女性2名3手術は平均72.6（64-78）歳で施行され、切除転移数は平均1.1個（1-2）個であった。組織型はいずれも淡明細胞癌で、腫瘍径は平均17.2（7-70）mmであった。肺切除後の再発を2例に認めた。文献的考察を加えて報告する。

### 学生発表

Ⅱ-2 二期的に切除した間質性肺炎合併両側同時性多発肺癌の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 内科学講座呼吸器内科学分野

3 東邦大学医学部病院 病理学講座

上田波奈<sup>1</sup>、大塚 創<sup>1</sup>、東 陽子<sup>1</sup>、坂井貴志<sup>1</sup>、肥塚 智<sup>1</sup>、佐野 厚<sup>1</sup>、坂本 晋<sup>2</sup>、岸 一馬<sup>2</sup>、栃木直文<sup>3</sup>、澁谷和俊<sup>3</sup>、伊豫田明<sup>1</sup>

症例は60代女性。関節リウマチ経過観察中、胸部CTで両側びまん性網状陰影と右肺下葉に43mm大、左肺上葉に18mm大の病変を指摘され紹介受診となった。間質性肺炎合併両側同時性多発肺癌と診断し、右区域切除術を先行、3か月後に左上大区域切除術を施行した。左側術後8ヶ月経過し無再発生存中である。

### 学生発表

Ⅱ-4 空洞形成を伴う浸潤性粘液性腺癌の1例

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

岩田啓太郎、吉村竜一、坂口浩三、田口 亮、梅咲徹也、

柳原章寿、二反田博之、石田博徳

72歳女性。咳嗽精査の胸部X線写真で右下肺野に空洞を伴う結節影を指摘された。CTで右下葉に43x40x39mm大の腫瘤影を認めた。気管支鏡検査施行も診断に至らず、4ヶ月後のCT再検時に55x47x53mmに増大し空洞も拡大していた。肺癌も否定できないため胸腔鏡下右下葉切除術+ND2a-2を施行した。腫瘍は浸潤性粘液性腺癌で囊胞壁は腫瘍組織により形成されていた。空洞形成の機序など、組織像から検討し文献的考察を含めて報告する。

## 9:07~10:11 肺：初期研修医発表

座長 千田雅之(獨協医科大学 呼吸器外科)  
佐藤幸夫(筑波大学医学医療系 呼吸器外科)

### 初期研修医発表

#### II-5 上大静脈と右房内腔に浸潤した胸腺腫の1切除例

1 東京慈恵会医科大学附属病院 呼吸器外科  
2 東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科  
塩見怜子<sup>1</sup>、柴崎隆正<sup>1</sup>、重盛林太郎<sup>1</sup>、野田祐基<sup>1</sup>、加藤大喜<sup>1</sup>、  
森 彰平<sup>1</sup>、松平秀樹<sup>1</sup>、平野 純<sup>1</sup>、國原 孝<sup>2</sup>、大塚 崇<sup>1</sup>  
67歳男性。胸部CTで上大静脈、右房内腔に浸潤する前縦隔腫瘍を認めた。生検により胸腺腫の診断。左右腕頭静脈、下大静脈から脱血、上行大動脈から送血で人工心肺による体外循環を確立。上大静脈、左右腕頭静脈を合併切除、欠損部はウシ心膜で再建。右横隔神経、右肺上葉一部を合併切除し、腫瘍を完全切除。病理診断はtypeB2、pT3N0M0-stageIIIaの胸腺腫であった。

### 初期研修医発表

#### II-7 前胸壁海綿状リンパ管腫の1切除例

北里大学病院 呼吸器外科  
柳田拓郎、三井 愛、玉川 達、林 祥子、内藤雅仁、  
松井啓夫、塩見 和、佐藤之俊  
症例は51歳女性。41歳時右乳癌術後。左前胸部腫瘍を自覚し当科受診。CTでは、左前胸部大胸筋下に2cm大の境界明瞭な軟部結節を認めた。経皮生検では確定診断がつかなかった。確診、治療目的で腫瘍摘出術を施行。病理学的に、線維性結合組織内に大小の拡張した脈管構造を認め、平滑筋成分を伴い、海綿状リンパ管腫と診断された。稀な症例を経験したので画像と術式を中心に報告する。

### 初期研修医発表

#### II-9 部分肺静脈還流異常を合併した左上葉肺癌の1例

1 JR東京総合病院  
2 東京大学 大学院・医学部 呼吸器外科学  
岸本恵理<sup>1</sup>、登 祐哉<sup>2</sup>、師田瑞樹<sup>1</sup>、苅田 真<sup>1</sup>、田中真人<sup>1</sup>  
症例は69歳男性。間質性肺炎で経過観察中に左肺上葉の結節影を指摘。気管支鏡下肺生検で非小細胞肺癌(cT1cN0M0-StageIA3)と診断、手術を施行。術中に部分肺静脈還流異常を認め、単純CTでは左上肺静脈の一部が左腕頭静脈に還流していた。切除肺の還流血管のため結紮・切離し、左肺上葉切除、リンパ節郭清を施行。術後4日目にドレーン抜去、7日目に自宅退院した。肺癌手術に合併した部分肺静脈還流異常について、若干の文献的考察を含め報告する。

### 初期研修医発表

#### II-6 胸腔鏡下肺生検が診断に有効であった転移性肺腫瘍の一例

昭和大学病院 呼吸器外科  
成澤英司、新谷裕美子、南方孝夫、植松秀護、遠藤哲哉、  
山本 滋、鈴木 隆、武井秀史、門倉光隆  
54歳、女性。201X年6月子宮頸癌に対し広汎子宮全摘術、また同年12月右腎癌に対し右腎摘出術を行った。201X+2年11月に両側下葉に結節の出現を認めた。左下葉の結節の1つは空洞形成に伴う増大傾向を示したが、他の数mmの小結節は明確な増大は示さなかった。診断確定のため胸腔鏡下左下葉部分切除術を行った。病理結果で増大した結節は子宮頸癌の転移、小結節は腎癌の転移であった。

### 初期研修医発表

#### II-8 喘息を伴う低肺機能肺癌に対して3-ports左VATS S9+10区域切除を施行した1例

虎の門病院 呼吸器センター外科  
富田大輔、藤森 賢、鈴木聡一郎、長野匡晃、菊永晋一郎、  
諸星直輝  
喘息で加療中の77歳女性。PSは0。胸部CTで左S5・S9に結節性病変認め前医受診。FEV<sub>1</sub>0.95Lと低肺機能のため当科紹介。呼吸リハビリと吸入薬追加でFEV<sub>1</sub>1.62Lまで改善認め、3-ports左VATS S9+10区域切除+舌区部分切除術施行。手術時間199分、出血50ml。術後経過良好で術後8日目に退院。病理はS9が15×10mmの微小浸潤腺癌、S5は器質性肺炎。低肺機能肺癌に対して術前に十分な対応を行い、胸腔鏡下に安全に区域切除をし得た一例を報告する。

### 初期研修医発表

#### II-10 胸腺腫と共在した縦隔類表皮嚢胞の1切除例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科  
奥山興希、山口雅利、杉山亜斗、井上慶明、青木耕平、  
羽藤 泰、福田祐樹、儀賀理暁、中山光男  
56歳、女性。検診X線写真で異常を指摘され、当科受診。CTで左心耳に接する内部構造不均一な最大径35mmの腫瘍を認めた。それと別に前縦隔に楕円形の最大径17mmの結節も認めた。左胸腔からの3ポートで胸腔鏡下前縦隔腫瘍摘出術を各々に対して施行した。術後経過良好で第5病日に退院。病理学的にそれぞれ類表皮嚢胞とType B1の胸腺腫であった。縦隔類表皮嚢胞は稀であるので、文献的考察を加えて報告する。

## 初期研修医発表

Ⅱ-11 巨大縦隔腫瘍に対する CT ガイド下生検による血胸が疑われた 1 例

東海大学医学部付属病院

大佛健介、橋本 諒、矢ヶ崎秀彦、濱中瑠利香、生駒陽一郎、  
武市 悠、河野光智、増田良太、岩崎正之

症例は 70 代女性。胸部 CT にて左胸腔内へ突出する 160mm の縦隔腫瘍を指摘された。他院にて診断目的のため CT ガイド下生検を施行。施行後より血胸を認め当院転院搬送となった。胸骨正中切開縦隔腫瘍切除+左上葉部分切除を施行。病理組織学的検査にて胸腺腫 typeB1 正岡分類Ⅱ期の診断。現在術後 1 年、無再発生存中。今回 CT ガイド下生検による肋間動静脈の損傷により血胸が疑われた教訓的な 1 例を経験したため報告する。

## 初期研修医発表

Ⅱ-12 大動脈合併切除を施行した肺癌の 2 症例

横浜栄共済病院

菊池香澄、原 祐郁、和田崇志、川瀬裕志、伊藤篤志、  
新谷佳子

肺癌の大動脈への直接浸潤のため右総大腿動静脈アクセスからの体外循環下に、胸部下行大動脈の一部を合併切除し、人工血管置換術を併施した左肺全摘の 2 症例を経験した。症例は 67 歳と 64 歳の男性で、両症例とも術前の画像診断で大動脈浸潤を疑い手術に臨んだ。手術は呼吸器外科医と心臓血管外科医の合同チームで速やかに施行し、術後経過も良好でそれぞれ第 17 病日と第 24 病日に無事に退院した。病理組織診断は 2 症例とも扁平上皮癌で大動脈壁外浸潤を認めた。

## 10:11~10:51 肺：縦隔胸壁1

座長 遠藤 哲哉 (昭和大学医学部 呼吸器外科)

### II-13 多発肺転移を認めた Type A 胸腺腫の1例

日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科

坂田省三、林 宗平、佐藤大輔、四万村三恵、河内利賢、櫻井裕幸

68歳、女性。喉頭癌治療前の胸部CTにて前縦隔に一部石灰化を伴う境界明瞭な腫瘤および左下葉S6とS10に境界明瞭な類円形結節を認めた。喉頭癌の治療半年後も前縦隔腫瘤および多発肺結節は変化なく残存しており外科的切除目的に当科紹介となった。前縦隔腫瘤および多発肺結節を一期的に切除したところ、前縦隔腫瘤は胸腺腫 (WHO分類 Type A)、多発肺結節は胸腺腫からの多発肺転移でT1aN0M1b stageIVbと診断された。本症例について文献的考察を含めて報告する。

### II-14 胸腺原発類基底細胞癌の1例

獨協医科大学埼玉医療センター

有本齊仁、小林 哲、井上裕道、田村元彦、松村輔二

症例は80歳女性。2年前に前縦隔腫瘍指摘されるも、放置。呼吸困難出現し、前医受診したところ、長径6.5cmの前縦隔腫瘍と心嚢液貯留を認めた。前医で心嚢ドレナージ施行後に、手術目的に当院へ転院となった。前縦隔腫瘍の心膜浸潤を認めたため、心膜合併切除・再建を伴う胸腺胸腺腫切除を行った。病理学的にはN/C比の高い異型細胞が胞巣状に増殖し、胞巣辺縁には核の柵状配列を認めたため、胸腺原発類基底細胞癌と判断した。胸腺原発類基底細胞癌は稀な胸腺癌である。文献的考察を加えて報告する。

### II-15 血管再建を伴う拡大胸腺全摘術を施行した腕頭静脈-上大静脈合流部に直接浸潤した胸腺癌の1例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科

高田一樹、嶋田善久、重福俊佑、牧野洋二郎、前原幸夫、萩原 優、梶原直央、大平達夫、池田徳彦

84歳女性。胸部CT上、上大静脈に接する2.6cm大の前縦隔腫瘍があり、左腕頭静脈の圧排を認めた。胸腺腫を疑い、胸骨正中切開での胸腺全摘術の方針となった。術中、左右腕頭静脈と上大静脈の合流部に腫瘍の直接浸潤を認めた。浸潤部の血管壁を合併切除し、欠損部はT字型にデザインしたゴアテックスパッチにより補填した。胸腺癌と組織診断された。術後12カ月、無再発生存中である。

### II-16 後縦隔骨髓脂肪腫の1例

長野市民病院 呼吸器外科

小池幸恵、境澤隆夫、砥石政幸、西村秀紀

69歳男性。2年前の検診で右後縦隔腫瘍を指摘され経過観察していたが、増大したために手術の方針とした。胸部CTではTh10右側に25mm大、境界明瞭、辺縁平滑な結節を認め、MRIではT1で筋よりやや高信号、T2で赤色髄よりやや高信号を示した。FDG-PETではSUVmax1.99の集積を認めた。胸腔鏡下に縦隔腫瘍を摘出したところ、赤褐色の比較的柔らかい腫瘤であった。病理診断では髄外造血巣または骨髓脂肪腫が考えられたが、貧血等の血液疾患の既往が無いことから臨床的に骨髓脂肪腫と判断した。文献的考察を加えて報告する。

### II-17 Y字皮膚切開、胸骨正中切開で胸腺全摘術を施行した胸腺腫の1例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

大内健弘、四倉正也、吉田幸弘、中川加寿夫、渡辺俊一

48歳女性。前縦隔に3.2cmの腫瘤を認め、胸腺腫が疑われた。抗Ach-R抗体51.9と上昇認めたが、重症筋無力症なし。正中の第3肋骨下縁から第5肋骨下縁に縦横6cmのY字皮膚切開、胸骨正中切開で胸腺全摘術を施行した。左上葉の癒着あり合併部分切除した。手術時間1時間55分、出血31ml。組織型は胸腺腫 type B 2。重症筋無力症クリーゼなく経過、第1病日にドレーン抜去、第4病日に退院となった。Y字皮膚切開、胸骨正中切開施行した症例をもとに考察する。

Ⅱ-18 外科切除により軽快した IGF-2 産生巨大胸腔内孤立性線維性腫瘍による遷延性低血糖症の1例

群馬大学附属病院 呼吸器外科

関 貴臣、矢島俊樹、沼尻一樹、河谷菜津子、中澤世識、

尾林 海、大瀧容一、伊部崇史、調 憲

症例は86歳男性。35年前に検診で右胸部異常陰影を指摘されていた。胸部CTで右胸腔内腫瘍を認めたが非常に緩徐な増大傾向であり、患者に治療希望がなく経過観察となっていた。意識消失発作で救急搬送され、遷延性低血糖を認め、精査の結果IGF-2産生巨大胸腔内孤立性線維性腫瘍が原因と考えられた。右下葉切除術施行し病理診断も同様であって術後、低血糖は改善し現在無再発である。

Ⅱ-20 左右非対称性陥凹を伴う漏斗胸に対するNuss法変法の経験

慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器）

鈴木嵩弘、政井恭兵、加勢田馨、朝倉啓介、菱田智之、

浅村尚生

当院では2016年以降、大部分の漏斗胸症例に低侵襲なNuss法を用いているが、左右非対称性陥凹を伴う症例では従来のNuss法のみでは満足いく整復が得られない事がある。そのため、これらの症例には、最陥凹部分の肋軟骨を一旦離断し、Pectus Barを挿入後に離断した肋軟骨を胸骨に再縫合する術式が有効と考え、2019年以降このNuss法変法を導入している。これまでにNuss法変法を用いた5例について、従来のNuss法との相違を含めて短期治療成績を報告する。

Ⅱ-22 胸腺原発巨大カルチノイド腫瘍の一切除

東京医科大学茨城医療センター 呼吸器外科

小野祥太郎、矢崎祐紀、中嶋英治、古川欣也

70歳代男性。主訴は1年前からの労作時呼吸困難感。胸部CTで右縦隔にSVCと広範囲に接した巨大腫瘍(11x10x6cm)と頸部リンパ節腫大を認めた。画像所見からSVCへの浸潤が疑われ、血管造影検査施行したが浸潤は不明であった。EBUS-TBNAでカルチノイドの診断を得て手術施行した。術式は胸骨正中切開+右第4肋間開胸+頸部襟状切開にて右巨大縦隔腫瘍摘出術+頸部リンパ節郭清を施行。腫瘍は腕頭静脈角に固着し合併切除を要したが、SVCは可及的に剥離可能で人工血管への置換は必要なかった。

Ⅱ-19 異所性副甲状腺腫瘍の一例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

清水大貴、山本高義、伊藤祐輝、小野里優希、松本寛樹、

海竇大輔、大橋康太、佐田諭己、椎名裕樹、田中教久、

坂入祐一、和田啓伸、鈴木秀海、中島崇裕、吉野一郎

症例は65歳、男性。高カルシウム血症、intact PTH高値であり副甲状腺機能亢進症が疑われた。CTで上縦隔に結節影を認め、MIBIシンチで異常集積を認めたため、異所性副甲状腺腫瘍と診断した。Transmanubrialアプローチで切除の方針とし、術中に第一肋骨の切離は不要と判断した。経静脈投与したメチレンブルーで腫瘍は染色され、確実な切除が可能であった。

Ⅱ-21 胸骨軟骨肉腫に対し胸骨体部全切除を伴う広範囲胸郭切除後にMarlex mesh-resin sandwich法で立体的胸郭再建を施行した一例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

大久保祐、四倉正也、吉田幸弘、中川加寿夫、渡辺俊一

症例は72歳女性。胸骨体を占拠し周囲軟部組織進展する軟骨肉腫に対し、胸骨体部全切除を伴う広範囲胸郭切除を施行した。骨性胸郭欠損部はMarlex mesh-resin sandwich法で立体的に再建し、軟部は遊離前外側大腿皮弁で再建した。胸骨切除後は胸壁動揺が問題となるが、術後人工呼吸器管理を必要とせず、呼吸機能も立体的形成により術前同等に復し得たため、文献的考察と共に本術式の工夫点を報告する。

Ⅱ-23 ロボット支援下胸腺-胸腺腫摘出術を施行した1例

東京女子医科大学病院 呼吸器外科

荻原 哲、井坂珠子、光星翔太、片桐さやか、前田英之、

青島宏枝、松本卓子、西内正樹、神崎正人

症例は40代女性。2ヶ月前より仰臥位で胸部違和感を自覚し近医を受診、胸部CTで約9cmの無名静脈を圧排する前縦隔腫瘍を指摘された。他院で胸骨正中切開による手術を勧められたが、当院を受診。術前検査で重症筋無力症(MGFA classIIa)を診断。剣状突起下アプローチでロボット支援胸腔鏡下胸腺-胸腺腫摘出術を施行した。病理組織学診断は胸腺腫 typeB1 正岡I期であった。ロボット支援下に良好な視野の下で手術施行できた。

Ⅱ-24 食道静脈瘤破裂に対する内視鏡治療後に発症した食道粘膜下膿瘍の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院

川谷慶太、伊藤栄作、北村博顕、北川和男、坪井一人、高橋直人、三澤健之、秋葉直志

66歳女性。食道静脈瘤破裂に対する内視鏡治療後の縦隔膿瘍に対して開胸開腹アプローチによる緊急手術を施行した。胸腹腔内に汚染は認めず胸部下部から腹部食道にかけて壁肥厚を認め筋層を切開したところ白色粘濁性の膿汁を認めるも明らかな食道内腔と膿瘍腔との交通は認めなかった。膿瘍周囲を洗浄し胃穹窿部を用いて膿瘍部にパッチ形成し手術を終了とした。術後経過中にイレウスを発症したが術後28日目に軽快退院となった。

Ⅱ-26 食道癌診療における p53 抗体診断の意義

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

食道癌における p53 抗体診断の意義について概説する。抗体反応であるため比較的早期から陽性率が高く、リンパ節転移との関連性がある。半減期が長い根拠手術後5年間陽性を持続することもある。陽性持続症例が必ず再発するのではないが、陰性化した症例と比較すると再発率が高い。p53 抗体陽性症例は、5FU+CDDP 化学療法に対する感受性が低い傾向があるが、タキサン系に対しては抗体の有無との関連性は少ない。

Ⅱ-28 食道癌術中神経モニタリングの有用性の検討

東京慈恵会医科大学附属病院 消化管外科

中瀬有美、湯田匡美、谷島雄一郎、西川勝則、三森教雄

反回神経麻痺は術中に損傷の有無をチェックすることが困難である。我々は術中神経モニタリングを行い術後麻痺の相関性を検証した。モニタリングを施行した食道癌患者61例を対象とした。モニタリングは左右胸腔内及び頸部の4点で行い郭清前後の声帯筋収縮の有無を評価した。モニタリング結果と耳鼻科診断との一致率は、陽性的中率89%、陰性的中率97%。モニタリング所見は耳鼻科診察による麻痺の所見と高率に一致し誤嚥リスク予測に有用と考えられた。

Ⅱ-25 食道癌胸壁前経路胃管再建術後の僧帽弁形成術の1例

1 東海大学医学部附属病院 消化器外科

2 東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

迫田直樹<sup>1</sup>、小柳和夫<sup>1</sup>、長 泰則<sup>2</sup>、尾澤慶輔<sup>2</sup>、内記卓斗<sup>2</sup>、小澤壯治<sup>1</sup>

症例は69歳男性。食道癌に対し、右開胸開腹胸部食道全摘術、胸壁前経路胃管再建術の既往を有していた。息切れを主訴に受診し、僧帽弁閉鎖不全症の診断にて手術の方針となった。手術は皮切を上腹部まで延長し、胃管を損傷しないよう慎重に剥離、授動し可動性を確保した。胃管を左側に展開し、胸骨正中切開にてアプローチ、僧帽弁形成術を行った。術後は明らかな合併症なく、術後11日目に自宅退院となった。

Ⅱ-27 食道胃接合部癌に対する胸腔内吻合法の工夫

獨協医科大学病院

井上 昇、中島政信、室井大人、滝瀬修平、小嶋一幸

近年、食道胃接合部癌に対する胸腔内食道空腸吻合を要する症例も増加している。施行している overlap 法での吻合手技を供覧する。空腸を食道裂孔から胸腔内に挙上し、腹臥位胸部操作へ移行する。術中内視鏡を用いて食道側ステープラーの粘膜下層への誤挿入がないことを確認して overlap 法で吻合を行う。2例に施行し、術後の縫合不全や吻合部狭窄は認めていない。腹臥位での吻合は、肺の圧排が不要であり、安定した術野で行える吻合法と思われる。

II-29 副横隔膜を合併した転移性肺腫瘍切除の1例

埼玉県立がんセンター 胸部外科

飯島慶仁、栗原泰幸、中島由貴、木下裕康、秋山博彦、平田知己

症例は37歳女性子宮頸癌の術後経過中、右肺上葉S2に増大傾向のある結節を指摘。横隔膜頂部から第8~第10肋間にかけて斜走する副横隔膜を認めた。子宮頸癌肺転移の診断で右肺上葉S2区域切除施行。副横隔膜は縦隔側の裂孔から切開した。2年6か月後に右肺中葉に転移を認め、右中葉部分切除を行った。遺残した副横隔膜は可及的に切除した。副横隔膜は稀な先天異常であり文献的考察とともに報告する。

II-31 肺動脈内に進展した大腸癌肺転移の1手術例

1 東海大学医学部附属八王子病院 呼吸器外科

2 東海大学医学部 外科学系呼吸器外科学

須賀 淳<sup>1</sup>、有賀直広<sup>1</sup>、中川知己<sup>1</sup>、増田良太<sup>2</sup>、山田俊介<sup>1</sup>、岩崎正之<sup>2</sup>

症例は76歳女性。大腸癌術後2年後に大腸癌肺転移で左下葉部分切除術を施行。再発手術後2年後に左上葉に肺転移を認めた。病巣はA<sup>4+5</sup>区域間肺動脈内に進展し、葉間部肺動脈内にポリープ状に突出。肺動脈本幹と下肺静脈をクランプして、左上葉切除術+肺動脈形成術を施行した。術後合併症は認めていない。

II-30 週単位で急速増大し左胸腔内を占拠した子宮平滑筋肉腫肺転移に対する左肺全摘術

順天堂大学 呼吸器外科

谷口 敬、高持一矢、今清水昂大、松澤宏典、立盛崇裕、新見昂大、鈴木健司

56歳女性。4年前に子宮平滑筋肉腫に対し手術、術後補助化学療法が施行され無再発生存中。呼吸困難が出現しCTで左胸腔内を占拠する15cm大の巨大腫瘍を認め、当科へ紹介。腫瘍は週単位で増大し、左主肺静脈から左房内にポリポイド進展し、突然死の可能性もあり緊急手術を施行。麻酔導入後に左房内の腫瘍先進部を経食道エコーで確認し、術中モニタリングしつつ、左後側方開胸で左肺全摘、左房、胸壁合併切除を施行し完全切除した。

II-32 左底区切除後に舌区+残存S6ブロック切除を施行した転移性肺腫瘍の1例

千葉大学大学院・医学部 呼吸器病態外科学

小野里優希、坂入祐一、今林宏樹、植松靖文、伊藤祐輝、松本寛樹、海寶大輔、椎名裕樹、佐田諭己、田中教久、山本高義、和田啓伸、鈴木秀海、中島崇裕、吉野一郎

76歳男性。肛門管癌に対する化学放射線治療後に左転移性肺腫瘍を認め、X-2年に左肺底区切除術を行った。その後、舌区肺門部に新病変を認め、舌区切除の方針となる。前回手術の癒着が高度で、S6と下肺静脈断端の剥離が困難で、舌区+残存S6ブロック切除を行なった。区域切除後の残存肺葉切除と合わせて考察する。

座長 鈴木秀海 (千葉大学大学院医学研究院 呼吸器外科学/千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科学)

II-33 右主気管支閉塞を来した右上葉肺癌に対してクライオプローブを用いて閉塞解除をした1例

1 国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

2 国立がん研究センター東病院 呼吸器内科

鈴木 潤<sup>1</sup>、青景圭樹<sup>1</sup>、桐田圭輔<sup>2</sup>、三好智裕<sup>1</sup>、多根健太<sup>1</sup>、坪井正博<sup>1</sup>

症例は62歳男性。一部が右主気管支内に突出する9.1cm大の右上葉肺癌に対して気管支鏡下生検を施行したところ、腫瘍と気道粘膜の浮腫による右完全無気肺を来した。挿管後も酸素化が不良のため、高濃度酸素投与下であることを考慮し、気管支鏡下にクライオプローブを用いて可及的に気管支内の腫瘍を摘出し閉塞を解除した。処置後酸素化は改善し、5日後に根治切除術を施行した。

II-35 気管支楔状切除を伴う右上葉切除を行った肺 spindle cell carcinoma の1例

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

芳野 充<sup>1</sup>、松井由紀子<sup>1</sup>、西井 開<sup>1</sup>、岩田剛和<sup>1</sup>、吉田成利<sup>2</sup>、飯笹俊彦<sup>1</sup>

47歳女性。肺門リンパ節転移を伴う右上葉肺癌に対して、気管支楔状切除による気管支形成を伴う右上葉切除を行った。病理結果は spindle cell carcinoma で pT1bN1M0 stage IIB であった。術後補助療法を施行し無再発で経過中である。肺原発の spindle cell carcinoma は紡錘形の腫瘍細胞のみからなる癌腫と定義され、稀な腫瘍であり予後は不良である。文献的考察を加えて報告する。

II-37 胸椎浸潤肺癌に対し側臥位のまま胸椎合併切除した1例

神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

江里口大介、伊藤宏之、壺井貴朗、根本大士、鮫島譲司、永島琢也、中山治彦

57歳男性。右上葉肺癌、胸壁及び椎体浸潤 (c-T4N0M0) と診断。術前化学放射線療法 (CDDP+S1+RT (66Gy)) 施行後に手術を施行した。後側方切開と後方正中切開を連続する形で皮膚切開を置いた。椎体以外の浸潤胸壁の前方、肺門は先に処理した。椎体は背側と胸腔内から切除ラインを確認、胸腔内操作と同様の側臥位のまま第24胸椎部分切除、完全切除し得た。目立った術後合併症もなく、現在外来経過観察中である。

II-34 気管支扁平上皮癌に対する中葉 S6 スリーブ切除

昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター

北見明彦、鈴木浩介、大橋慎一、田中洋子、氷室直哉、

門倉光隆

中葉 S6 スリーブ切除は稀な術式である。留意点は、切断した中葉支、B6 の気管支が肺動脈の下を走行するので、中葉、S6 のブロックでの摘出が困難なこと、B7 が B8-10 に比べ細いので、同気管支の閉塞に注意を要することが挙げられる。症例は70代の男性。CTで気管支腫瘍を指摘され気管支鏡で中葉支と B6 の間の腫瘍が確認された。手術は、S6 および中葉の血管を切離後、S6 区域間形成を行った。中間幹と底幹を切離し、中葉と S6 を摘出した。気管支吻合は層々 11 針で行った。

II-36 化学放射線療法および Durvalumab 投与後にサルベージ手術を施行した右上葉肺癌の1切除例

1 自治医科大学附属さいたま医療センター

2 自治医科大学 呼吸器外科学

大関雅樹<sup>1</sup>、小森健二郎<sup>1</sup>、大野慧介<sup>1</sup>、峯岸健太郎<sup>1</sup>、坪地宏嘉<sup>1</sup>、遠藤俊輔<sup>2</sup>

症例は62歳男性。Bulky な右傍気管リンパ節転移を伴う右上葉肺扁平上皮癌 cT4N2M0 に対し化学放射線療法施行後、Durvalumab 投与中に主病巣の再増大を認めた。rcT2bN0M0 の診断でサルベージ手術として右肺上葉切除術・ND2a-1 施行。手術時間 272 分、出血量 800ml。術後 10 日目に退院。病理結果は rpT2aN0M0。化学放射線療法および Durvalumab 投与後の手術所見や文献的考察を含めて報告する。

II-38 肺切除を回避し得た気管支カルチノイドの1切除例

1 聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科

2 聖マリアンナ医科大学 病理診断科

酒井寛貴<sup>1</sup>、小島宏司<sup>1</sup>、木村祐之<sup>1</sup>、宮澤知行<sup>1</sup>、丸島秀樹<sup>1</sup>、小池淳樹<sup>2</sup>、佐治 久<sup>1</sup>

24歳男性。検診で胸部異常陰影を指摘され当院受診。胸部 CT で右主気管支内に腫瘤を認め、気管支鏡検査で右上葉支入口部手前の右主気管支内に 2cm 大の腫瘍を認めた。生検結果は定型カルチノイドであった。手術は主気管支・上葉支・中間幹を切離し腫瘍を摘出し、再建は上葉枝と中間幹を吻合した後に主気管支と 2 連続式で再建した。気管支カルチノイドの外科的切除に関し若干の文献的考察を加え報告する。

## Ⅱ-39 術前診断で胸壁腫瘍を疑われた肺コロイド腺癌の1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

西谷友里<sup>1</sup>、丸島秀樹<sup>1</sup>、酒井寛貴<sup>1</sup>、木村祐之<sup>1</sup>、宮澤知行<sup>1</sup>、  
小島宏司<sup>1</sup>、小池淳樹<sup>2</sup>、佐治 久<sup>1</sup>

症例は71歳、男性。右肺尖部に不整形の軟部組織構造と胸膜肥厚を認めた。アスベスト関連悪性胸膜病変を疑い、CT下生検施行するも悪性所見は認めなかった。術前診断として胸壁腫瘍もしくは肺癌を疑い手術施行、腫瘍は右上葉内にあり右上葉切除を施行した。病理結果はコロイド腺癌であった。コロイド腺癌は比較的稀な疾患のため文献的考察を加え報告する。

## 第Ⅲ会場：501B

9：07～10：11 心臓：初期研修医発表2

座長 南 智 行（横浜市立大学附属総合医療センター 心臓血管センター外科）  
大 坪 諭（東京都済生会中央病院 心臓血管外科）

### 初期研修医発表

Ⅲ-1 術前中枢神経合併症を有するIEに対する外科的治療介入時期と術後成績の検討

成田赤十字病院

平野祐一、金行大介、大津正義、山本浩亮、渡邊裕之

中枢神経合併症を有するIEの外科的治療介入の適応、至適時期に関しては議論の余地がある。2011-2019年に手術したIE21例を対象とし、術前中枢神経合併症を有した7例の手術時期と術後成績を検討した。発症後4週間以内の早期手術は5例。中枢神経非合併群と比較して周術期、遠隔期成績とも有意差を認めなかった。微小な脳梗塞、脳出血は早期に介入可能と考えるが、広範な症例での手術介入時期に関しては今後の検討課題である。

### 初期研修医発表

Ⅲ-2 未破裂巨大 valsalva 洞動脈瘤に重症大動脈弁閉鎖不全症を合併した一例

SUBARU健康保険組合太田記念病院

西條篤史、井上 凡、亀田柚妃花、長島義宜、根本尚彦、安齋 均、加藤全功

36歳女性、心不全の診断で当院紹介となった。精査で最大短径66mmの右 valsalva 洞動脈瘤および重症大動脈弁閉鎖不全症を認めた。右 valsalva 洞は高度に拡大し、右冠尖の弁輪拡大および弁尖の肥厚を認め、形成は困難と判断した。AVRに加え valsalva graftを用いた patch repair、右冠動脈の再建を行った。術後経過は良好で現在外来経過観察中である。重症大動脈弁閉鎖不全症を合併した未破裂 valsalva 洞動脈瘤の報告は稀であり、報告する。

### 初期研修医発表

Ⅲ-3 左室内血栓、亜急性心筋梗塞、低心機能症例に対しCABG、血栓摘除術後にImpella 5.0を使用して救命しえた1例

帝京大学医学部

鳴瀬 祥、飯田 充、齋藤真人、根本尚久、池田 司、下川智樹

66歳の男性。PCI後で前医通院中。胸痛出現後4日経過してから前医受診。心不全を認めTTEで左室心尖部に血栓を認めた。EF10%と心機能低下があり当院搬送。Afに対しDC施行できず、CAGでLAD分岐部の閉塞を認め当科コンサルト。緊急でLITA-LAD、左室内血栓除去術施行。体外循環離脱困難でImpella 5.0を挿入し帰室。第8病日Impella抜去。第21病日転院となった。体外循環離脱困難症例にImpellaを使用して良好な結果を得たので報告する。

### 初期研修医発表

Ⅲ-4 Partially unroofed coronary sinus without PLSVC の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

江藤成顕、遠藤大介、浅井 徹、山本 平、畑 博明、梶本 完、土肥静之、松下 訓、嶋田晶江、大石淳実、大野峻哉、小田遼馬、天野 篤

症例は心不全を呈した44歳女性。心臓超音波検査でASDが疑われ、右心カテーテル検査で右房のO2 step upを認めたが、ASD欠損孔の部位診断が困難であった。冠動脈CTでunroofed coronary sinus without PLSVCと診断し、外科治療となった。自己心膜で欠損部位と心房中隔をパッチ閉鎖することで心内修復した。術前診断が可能であった稀な症例を経験したので報告する。

### 初期研修医発表

Ⅲ-5 Fontan (Lateral tunnel) 術後遠隔期、肝細胞癌切除術中に心停止し、左側開胸にてPM移植を行った一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

斉藤広大、白石修一、杉本 愛、北原武尊、土田正則

Severe PS/PA。2歳時、Fontan手術(LT)を施行。23歳時、肝細胞癌に対し肝切除術を施行。全身麻酔導入時に心停止(CAVB+心室補充収縮消失)し心肺蘇生を要した。徐々に房室伝導の回復を認めたが、頻繁に心停止することからPM移植の方針とした。再度の全身麻酔導入に際し、カテコラミン投与に加え、導入前にFAよりLVに一時ペーシングカテーテルを留置してバックアップとし、左側開胸にてPM移植(VVI)を行った。

### 初期研修医発表

Ⅲ-6 心室細動発症後に判明した左冠動脈肺動脈起始(BWG症候群)に対する一手術症例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科

岡崎考平、長沼宏邦、川田典靖、村松宏一、石割圭一

症例は68歳男性。安静時に意識消失し心室細動で当院救急搬送。緊急CAGで左冠動脈肺動脈起始症(BWG症候群)の診断となった。手術は肺動脈内左冠動脈入口部のパッチ閉鎖、冠動脈バイパス術(SVG-LAD)を施行。後日、心室細動再発を懸念し植え込み型除細動器を留置。入院時心エコーでEF19%と低左心機能であったが、術後1年経過し52%と改善を認めた。今回、心室細動を契機に診断されたBWG症候群に対し、手術にて良好な経過を得たので報告する。

### 初期研修医発表

Ⅲ-7 本態性血小板血症を合併した冠動脈三枝病変に対して骨髄抑制療法後に CABG を施行した1例  
横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科  
河原拓也、伊藤 智、山本貴裕、橋本和憲、佐藤哲也  
69歳女性。呼吸困難を主訴に他院に救急搬送、心不全の診断。後日 CAG を行い #2 99%、#7 CTO、#11 CTO。#2 に対して待機的 PCI は成功したが、#7 は PCI 困難であった。血小板数増加 (138.6 万) と脾腫を認め、骨髄増殖性疾患が疑われたため当院紹介。血液内科にて精査の後、本態性血小板血症の診断。ハイドレミア投与開始し血小板数は減少 (41.3 万) した。投与開始から 4 ヶ月後に OPCABG×3 を施行し、術後造影で問題なく経過良好であった。

### 初期研修医発表

Ⅲ-8 大動脈基部の破壊を伴う感染性心内膜炎の1例  
青梅市立総合病院  
山本理恵子、櫻井啓暢、黒木秀仁、白井俊純、染谷 毅  
63歳女性。繰り返す発熱を主訴に当院受診し、血培で *Streptococcus mutans*、心エコーでは大動脈弁に疣贅、弁輪部膿瘍を認め、感染性心内膜炎と診断し手術を行った。大動脈弁に疣贅が付着し、膜性中隔～心室中隔に膿瘍腔が形成され大動脈基部の破壊を認めた。徹底的なデブリードメント後、弁輪の欠損部は右房・右室側より左室内腔へ糸かけし Bentall 手術を行い、欠損した右房・右室壁はウシ心膜を用いて再建した。術後、感染コントロールは良好であり、抗菌薬治療後、ペースメーカー植込みを行った。

## 10:11~10:43 心臓：冠状動脈

座長 村岡 新（自治医科大学 心臓血管外科）

### Ⅲ-9 ハイブリッド治療にて根治し得た未破裂巨大冠動脈瘤の一例

湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

郡司裕介、野口権一郎、片山郁雄、長塚大毅、服部 滋、大貫佳樹

73歳男性。健診のエコーで冠動脈瘤を疑われ当院紹介。精査の結果、左右冠動脈、左内胸動脈、遠位弓部大動脈からの栄養血管を伴う最大41mmの多発冠動脈瘤の診断となった。ステントグラフトにて大動脈からの栄養血管を閉鎖後、一期的に人工心肺使用下で冠動脈瘤切除術を施行。術後造影CTで冠動脈瘤への血流消失を確認。ハイブリッド治療にて根治し得た冠動脈瘤の一例を経験したため、若干の文献的考察を含め報告する。

### Ⅲ-11 冠動静脈瘻による冠静脈洞破裂をきたした一例

東京ベイ・浦安市川医療センター

柳澤裕美、小谷真介、伊藤文二、田端 実

生来健康な45歳男性。心タンポナーデによるショックで救急搬送された。

CT、CAGで左回旋枝の著名な拡張と動静脈瘻、その破裂所見が見られ、緊急手術を施行した。

術中所見では冠静脈洞が瘤化しており、破裂していた。

術後経過は良好であったが、回旋枝内に血栓形成を認め抗凝固薬を投与した。

手術、治療方法について文献的考察を交えて検討する。

### Ⅲ-10 Bentall術後のLMT閉塞によるAMIに対して側方開胸にて緊急on pump beating CABGを施行した1例

足利赤十字病院 心臓血管病センター 心臓血管外科部門

泉田博彬、古泉 潔、中川知彦

A型解離で部分弓部置換術+Bentall手術（左冠動脈：Pieler法）及び、術後胸骨骨髓炎に既往のある69歳男性。LMT閉塞によるAMIで緊急入院となった。左第6肋間開胸によるon-pump beating CABG（SVG-LITA、SVG-OM）を緊急で施行した。グラフトは下行大動脈真腔に吻合した。術後7ヶ月、有害事象の出現なく生存している。

### Ⅲ-12 心タンポナーデを呈した冠動静脈瘻の一例

三井記念病院 心臓血管外科

関 健太、東野旭鉦、内山大輔、三浦純男、竹谷 剛、大野貴之

44歳女性。胸痛精査のCTで心嚢水貯留を認め、心膜炎の疑いで内服加療を開始。その後冠動脈CTで左回旋枝と冠静脈洞の交通が疑われた。経過中に心タンポナーデとなり心嚢穿刺で血液がドレナージされ、その後循環動態は安定。追加の精査で冠動静脈瘻の診断となり、手術を施行。左回旋枝と冠静脈洞のfistulaを認めその付近に出血点を確認。出血点を縫合閉鎖し左回旋枝は末梢で結紮切離。術後経過は良好で第28病日に退院した。冠動静脈瘻の破裂症例の文献的考察を加えて報告する。

## 10:43~11:23 心臓：血管内治療 1

座長 戸谷直樹（東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科）

### Ⅲ-13 右鎖骨下動脈起始異常（ARSA）を合併した大動脈解離 Stanford B に 2-debranch TEVAR を施行した 1 例

佐久医療センター 心臓血管外科

松島圭吾、雨谷 優、新津宏和、濱 元拓、豊田泰幸

症例は 79 歳男性。ARSA 合併の大動脈解離 Stanford B の保存的加療中、発症 4 ヶ月で再解離を発症。遠位弓部に entry を有し、真腔狭小化に伴う高度の両側間欠性跛行を認めた。手術適応と判断し 2-debranch TEVAR を施行。Entry 閉鎖後、術中より高度の DIC、出血傾向となった。多量の輸血を要し治療に難渋したが、トロンボモデュリン製剤使用で軽快し、術後 15 日目に退院。ARSA 合併の B 型解離に対する 2-debranch TEVAR の報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-15 開窓型オープンステントグラフトを用いた弓部置換術のピットフォール

練馬光が丘病院

荒川 衛、岡村 誉、宮川敦志、北田悠一郎、安達秀雄

症例は 42 歳男性。胸背部痛と左下肢筋力低下で発症し、急性 A 型大動脈解離、左下肢 malperfusion と診断された。開窓型 Frozen elephant trunk (FET) を用いた弓部大動脈置換術を行った。Zone 2 で末梢側吻合を行い、左鎖骨下動脈入口部の FET (ステント部) に開窓を行い、開窓部を人工血管ストリップで固定した。術後第 2 病日に抜管し、第 5 病日に一般病棟に転棟、第 30 病日に自宅退院した。術後 CT にて左鎖骨下動脈への血流は保たれており、下行大動脈の良好なりモデリングを認めた。

### Ⅲ-17 肋間動脈再建を伴う胸腹部大動脈置換術後 8 年目に発症した仮性瘤に対する TEVAR の一例

1 荻窪病院

2 済生会横浜市東部病院 心臓血管外科

松岡志超<sup>1</sup>、藤井 奨<sup>1</sup>、浅野竜太<sup>1</sup>、蜂屋 貴<sup>2</sup>、澤 重治<sup>1</sup>

58 歳男性。10 年前に急性大動脈解離 (stanford B) を発症し、保存加療。8 年前に下行大動脈の最大径が 57mm に拡大し、胸腹部大動脈瘤 (Crawford I) の診断。Adamkiewicz 動脈を分岐する Th 9-10 の肋間動脈、腹腔動脈の再建を伴う人工血管置換術を施行。2019 年に肋間動脈再建部の瘤化を認め、TEVAR による追加治療を施行。術後、対麻痺を発症することなく経過し、独歩退院。

### Ⅲ-14 胸部大動脈瘤に対して TEVAR 後、感染性大動脈瘤発症により破裂に至ったと考えられた症例

東京都健康長寿医療センター 心臓外科

村田知洋、伊達数馬、眞野暁子、河田光弘、許 俊鋭

症例は 81 歳男性。関節リウマチ等にて当院通院中、偶発的に見つかった弓部遠位大動脈瘤に対して TEVAR+LSCA coil embolization 実施。術後より後頸部痛が継続し、外来フォローとなったが、術後 5 ヶ月で発熱あり再入院した。血液培養陽性、PET-CT にてステントグラフトもしくは瘤への感染が疑われた。低心機能でもあり抗生剤治療を継続し、徐々に軽快みせるも第 49 病日状態悪化し死亡した。本症例の経過に関して考察を踏まえここに報告する。

### Ⅲ-16 TAVI 術後早期に突然死した 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科・呼吸器外科

朝野直城、鳥飼 慶、太田和文、新美一帆、齊藤政仁、

権 重好、高野弘志

症例は 88 歳男性。労作時息切れを主訴に近医受診、大動脈弁狭窄症の診断にて当院紹介となる。年齢、Frail から TAVI を選択した。弁留置後造影では両側冠動脈は良好に描出され、弁周囲逆流も極軽度であり、房室ブロックなく経過していたが、術 1 週間後に突然死した。術後剖検所見では左冠動脈直下に破裂を疑う所見を認めた。病理学所見を含め考察し、報告する。

Ⅲ-18 急性A型解離の全弓部置換術後 Visceral Malperfusion に対してTEVARとSMA stentを施行した1例

水戸済生会総合病院 心臓血管外科・呼吸器外科

鈴木脩平、三富樹郷、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫

症例は46歳男性。胸部絞扼感を主訴に当院へ搬送された。CTで急性大動脈解離 DeBakey 1型、偽腔開存型で腹部分枝は全て偽腔灌流であり、緊急でFrozenixを用いたオープンステントグラフト法で全弓部置換術を施行した。術後4日目、アシドーシスの進行、肝機能酵素の急激な上昇を認めCT施行。CA、SMA、右RAが偽腔灌流であり、肝腫大、腸管浮腫を認め、visceral malperfusionと診断し、TEVAR (PETTICOAT) とSMA stentを施行した。

Ⅲ-20 EVAR後typeIaELを伴った胸腹部大動脈瘤に対してSMA sandwich TEVARを行った1例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

坂田朋基、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、渡邊倫子、乾 友彦、松宮護郎

症例は維持透析をしている78歳女性。過去AAAに対しEVAR、A型解離に対しTARを受け、外来通院中に新たにB型解離を発症。TAAAの拡大、type Ia+Ib endoleak (EL)によるAAAの再拡大を認め、手術の方針とした。まずentry閉鎖のTEVARを施行。次にCA塞栓およびSMA sandwich TEVARを施行。両側RAは塞ぎ、EVARグラフト内へlandingしてtype Ia ELを処理。最終段階としてtype Ib ELに対してiliac EVARを施行。対麻痺なく独歩退院。

Ⅲ-22 慢性B型大動脈解離の肺穿破に対して二期的TEVARにて治療し得た1例

山梨県立中央病院

服部将士、佐藤大樹、津田泰利、中島雅人、笹沼玄信、横山毅人

アルコール性肝硬変既往の54歳男性が吐血にて救急搬送。内視鏡で異常はなくCTで遠位弓部における慢性B型大動脈解離の肺穿破の診断。緊急I denranch TEVARを行い、entry閉鎖を行った。追加で偽腔閉鎖を行うためにICU在室中にCTを行い、re-entryより遠位弓部まで偽腔造影された。後日二期的にcandy plug法で偽腔閉鎖を行った。術後CTで偽腔造影されないが、偽腔径の拡大は認められた。慢性B型大動脈解離の血管内治療について若干の文献的考察をもとに報告する。

Ⅲ-19 過去3回のTEVAR後にopen conversionを要したTAAの1例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

橋本 崇、伊藤 努、飯尾みなみ、浅原祐太、金山拓亮、船石耕二、松尾健太郎、赤松雄太、川合雄二郎、木村成卓、山崎真敬、志水秀行

80歳男性。15年前に遠位弓部瘤に対し他院でfene TEVAR施行。7年前にType I Endoleak (EL)による弓部拡大のため当院紹介、total debranching TEVAR施行。術後Type II ELに対しコイル塞栓術追加したが瘤拡大進行し、3年前に上行置換+ステント内にエレファントトランク挿入、二期的TEVARとした。その後Type II+Ib ELが出現し今回左開胸下行置換術施行。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-21 弓部大動脈内浮遊血栓に対して胸部ステントグラフトで治療した1例

1 東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科

2 東京慈恵会医科大学 外科学講座 血管外科

中川 光<sup>1</sup>、伊藤栄作<sup>1</sup>、戸谷直樹<sup>1</sup>、三澤健之<sup>1</sup>、秋葉直志<sup>1</sup>、大木隆生<sup>2</sup>

症例は本態性血小板血症で治療中の70代女性。中咽頭癌術前のCTで弓部大動脈内に約2cmの浮遊血栓を認めた。中咽頭癌術前でありステントグラフト(SG)による大動脈壁への血栓の圧着を行う低侵襲手術を予定した。術中血栓の飛散を防ぐためSGは末梢から展開するCTAGを使用し、zone3の位置に留置した。術後経過は良好で第19病日に中咽頭癌根治術を行い、独歩退院した。

Ⅲ-23 収縮性心膜炎に対し心膜剥皮術を施行した一例  
横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター  
鈴木光恵、内田敬二、南 智行、長 知樹、松木佑介、  
根本寛子、小林由幸、松本 淳、鈴木清貴、松下直彦、  
益田宗孝  
82歳男性。原因不明の心嚢水貯留後に腹水、全身浮腫が増悪。CT  
で心膜肥厚あり、心臓カテーテル検査で拡張障害を認め、特発性  
収縮性心膜炎と診断した。人工心肺非使用下に心膜剥皮術を施行。  
心膜に癒着はなく、肥厚した心外膜による拡張障害の所見。ワッ  
フル法を考慮したが、心外膜自体の剥離切除が可能であった。術  
後は心不全症状なく、拡張障害は改善した。

Ⅲ-25 肝性脳症を合併した収縮性心膜炎の一例  
東邦大学外科学講座 心臓血管外科学分野  
亀田 徹、原 真範、藤井毅郎、保坂達明、川田幸太、  
大熊新之介、片山雄三、益原大志、塩野則次、渡邊善則  
79歳男性。アルコール性肝硬変で通院中、下肢浮腫の増悪と息切  
れ、胸水貯留が出現したため精査入院。心エコー、CTで収縮性  
心膜炎が疑われたため心臓カテーテル検査を施行し両心室の dip-  
and-plateau を確認し診断、手術適応と判断した。入院経過中に高  
アンモニア血症に伴う肝性脳症を発症。状態改善後、人工心肺非  
使用下で心膜剥皮術を施行した。術後経過は比較的良好であり、  
術後19日目に軽快退院。

Ⅲ-27 レフレル心内膜炎による僧帽弁閉鎖不全症に対して弁  
形成術を施行した症例  
獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科  
新美一帆、朝野直城、太田和文、齊藤政仁、権 重好、  
鳥飼 慶、高野弘志  
症例は76歳女性。1年前に感冒様症状に引き続き呼吸苦が出現し  
たため当院を受診。好酸球増多、心エコーでの心尖部左室壁二重  
構造などからレフレル症候群と診断され、加療中であった。経過  
中に僧帽弁後尖の短縮による僧帽弁閉鎖不全症が増悪、心不全徴  
候を認めたため手術を施行した。僧帽弁後尖の patch augmenta-  
tion と人工弁輪による僧帽弁輪縫縮術、三尖弁輪縫縮術を施行。  
術後早期の経過は良好であった。文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-24 赤外線焼灼による広範囲の感染性心内膜炎に対する凝  
固治療の一例  
杏林大学医学部付属病院 心臓血管外科  
土屋博司、遠藤英仁、峯岸祥人、船田敏子、窪田 博  
我々は感染性心内膜炎の局所処置に赤外線エネルギー源を用いた  
赤外線凝固装置を用いて残存感染組織内浸潤細菌の滅菌を行い、  
各種手術手技を継続している。今回僧帽弁位感染性心内膜炎の感  
染範囲が隣接弁や隣接心房などの周囲組織に波及し、完全なデブ  
リドマンが困難であった63才の男性に対し、赤外線凝固装置を用  
いて局所焼灼を施行しMVRを行った。術後は経過良好で独歩退  
院し、局所再発は認めなかった。若干の文献的考察を交えて報告  
する。

Ⅲ-26 脳膿瘍を合併した感染性心内膜炎の治療経験  
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<sup>1</sup>、小林健介<sup>1</sup>、田村幸穂<sup>1</sup>、小原邦義<sup>1</sup>、贅 正基<sup>1</sup>、  
宮地 鑑<sup>2</sup>  
54才女性、他院入院中に脳梗塞発症し当院搬送。右MCAの脳梗  
塞のため緊急血栓回収施行した。入院時より発熱を認め、血液培  
養よりグラム陽性球菌検出、精査の心エコー検査で僧帽弁前尖に  
疣贅を認めた。抗菌薬投与、脳梗塞の安定を待ち手術予定とした  
が、発症後25日目の画像検査で脳膿瘍を認め、さらに保存的加療  
を継続し、発症後2ヶ月に僧帽弁置換術施行した。術後神経学的  
所見の悪化や、新規病変所見は認めず、術後29日にリハビリ転院  
となった。

Ⅲ-28 左上肢痛で発見された感染性心内膜炎の一例  
東京女子医科大学附属八千代医療センター  
阿瀬孝治、齋藤博之、富岡秀幸、飯塚 慶  
症例は維持透析中の54歳女性。開口障害のため当院救急搬送。開  
口障害精査中に突然の左上肢痛発症。CT施行したところ左鎖骨  
下動脈および脾臓に造影欠損認めた。頭部MRIでは脳梗塞を認め  
た。経胸壁心臓超音波検査で僧帽弁に疣贅があり感染性心内膜炎  
による embolic shower と診断。MVR および上行大動脈-腋窩動脈  
バイパス施行。僧帽弁輪経は小さく当院採用の人口弁ではサイズ  
が合わず大動脈弁(OX-23)を使用した。文献的考察を加えて当  
日発表する。

Ⅲ-29 バルサルバ洞右室シャントを合併した VSD、healed IE の1例

新潟県立新発田病院

榎本貴士、島田晃治、竹久保賢

61歳男性。幼少期に指摘されたVSD(1)あり。手術7カ月前に大動脈弁位のIEに対して内科的治療を施行された。退院後心不全症状が出現し、経胸壁心エコーでバルサルバ洞からRVへのシャントを認めた。心不全症状あり手術を施行。大動脈は二尖弁であり、バルサルバ洞の右冠尖直上に穿孔、右冠尖弁輪直下にVSDを認めた。VSDと穿孔部を覆うようにウシ心膜1枚で閉鎖、大動脈弁置換術を施行し、良好な結果を得た。

Ⅲ-31 敗血症性肺塞栓症で発見された感染性心内膜炎の1例  
東京歯科大学市川総合病院 心臓血管外科

村田 哲、笠原啓史、申 範圭

人工透析の52歳男性。胸痛と房室ブロックで救急搬送。CTで敗血症性肺塞栓症、心エコーで大動脈弁疣腫と三尖弁輪へ交通する右バルサルバ洞動脈瘤破裂あり、active IEと診断、緊急手術施行。バルサルバ洞瘤孔を自己心膜パッチ閉鎖、心室中隔に進展した膿瘍を郭清、膿瘍腔を左室開放し右室側で自己心膜パッチ閉鎖。中隔尖形成後に三尖弁輪形成術(De Vega法)施行。後日、ペースメーカー植込み、起炎菌MSSAに対し抗生剤投与、軽快退院。バルサルバ洞動脈瘤破裂に起因するactive IEについて報告する。

Ⅲ-33 大動脈弁置換術術後早期に僧帽弁逆流を呈した感染性心内膜炎の1例

北里大学病院 心臓血管外科

田所祐紀、荒記春奈、鳥井晋三、宮本隆司、北村 律、美島利昭、大久保博世、藤岡俊一郎、松代卓也、八鍬一貴、大西義彦、宮地 鑑

症例は37歳男性。Streptococcus oraliが起炎菌の感染性心内膜炎、大動脈弁閉鎖不全症の診断で大動脈弁置換術を施行された。経過良好であったが、第7病日に施行された心臓超音波検査で、術前検査では認めなかった重症僧帽弁閉鎖不全症を認めたことから再手術の方針となった。術中所見では、僧帽弁前尖A2、3の感染による腱索断裂による逸脱を認め、僧帽弁形成術を施行した。

Ⅲ-30 Libman-Sacks型心内膜炎に対してMICS-MVRを実施した症例

横須賀市立うわまち病院 心臓血管外科

中村宜由、安達晃一、進士弥央、中田弘子

【症例】59歳女性。33歳時に全身性エリテマトーデス、抗リン脂質抗体症候群の診断を受けている。息切れ、心拡大あり、検査で僧帽弁前尖に18mm大の疣贅と重症僧帽弁閉鎖不全症を認めた。発熱なく、血液培養検査はいずれも陰性を認め、病歴と合わせて、Libman-Sacks型心内膜炎と考えた。微小脳梗塞も認め、塞栓のリスクの高いことから手術の方針とし、ステロイド内服中であり、正中切開を避けMICS-MVRを選択した。抗凝固療法を強固に行い、術後45日目に独歩退院した。

Ⅲ-32 大動脈弁再建術(尾崎法)後の感染性心内膜炎による重度大動脈弁閉鎖不全症および心室中隔欠損症の1手術例

国際医療福祉大学三田病院 心臓外科

中川敬也、仲村輝也、牛島輝明、加瀬川均

76歳女性。6年前に大動脈弁閉鎖不全症に対し、大動脈再建術(尾崎法)施行した。術後、感染性心内膜炎を発症し、保存的加療にて寛解した。経過中に大動脈弁閉鎖不全症の再発をおよび、膜様部心室中隔欠損症を認めた。術後6年目に心不全増悪を認めたため手術の方針とした。手術は大動脈弁置換術および膜様部心室中隔閉鎖術を施行した。大動脈弁再建術施行後の感染性心内膜炎による稀な心室中隔欠損症の1例を報告する。

Ⅲ-34 当院心臓外科業務における段階的タスクシフティングの現状と今後の課題-NP 編

筑波記念病院 心臓血管外科

清水隆玄、末松義弘、倉橋果南、有馬大輔、西 智史、吉本明浩

ナースプラクティショナーは、大学院修士課程で教育を受けた看護職であり、一部の医行為を医師から独立して行うことができる。看護職の裁量範囲を拡大することで、医師の業務を減らし、医師はより特化した業務に専念することができる。当科に専属のナースプラクティショナーが配属されてから1年が経過した。これまでの当科での経験と今後の展望につき紹介したい。

Ⅲ-36 カテーテルアブレーション後に左房内血栓を形成した1例

群馬県立心臓血管センター

森下寛之、江連雅彦、長谷川豊、山田靖之、星野丈二、岡田修一、金澤祐太、加我 徹

心房細動に対するカテーテルアブレーションを施行された71歳男性。3週間後、外来受診した際の心臓超音波検査で左房内に20mm大の腫瘤を指摘された。可動性の高い血栓の可能性を考え、塞栓症発症を回避するべく、緊急で摘除術の方針とした。右房から経中隔で左房に到達し、一塊にして血栓を摘出した。術後経過は良好で退院した。比較的稀な症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-38 catheter ablation 後の食道左房瘻

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

北 翔太、縄田 寛、大野 真、千葉 清、駒ヶ嶺正英、鈴木寛俊、近田正英、永田徳一郎、宮入 剛

69歳男性。非弁膜症性Afに対しA病院でcatheter ablationを施行、3週間後に持続性の背部痛と熱発のためB病院に入院し抗生剤治療を行うも著効せず。入院3日目朝に一過性の片麻痺症状を呈しMRIで多発脳梗塞を指摘。同日夕に突然のVfを来しDCを要した。CTで縦隔内と心嚢内に気泡を指摘、食道左房瘻の診断で当院へ搬送、胸骨正中切開・人工心肺使用下に左房後壁修復術を施行。一旦食道は温存したが後日右開胸で食道抜去術を要した。

Ⅲ-35 大動脈弁置換+上行大動脈置換術後にメトロニダゾール誘発性脳症を発症した1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

伊東千尋、浅野宗一、梶沢政司、阿部真一郎、長谷川秀臣、菅原佑太、柴田裕輔、林田直樹、村山博和

大動脈弁狭窄症および上行大動脈瘤に対して大動脈弁置換+上行大動脈置換術を施行した88歳男性。術後2ヶ月目に発熱、炎症反応上昇を認め嫌気性菌による感染性腸炎の診断でメトロニダゾール内服を開始。その1ヶ月後に眼球偏位、歩行障害が出現。MRI撮影してFLAIRで小脳歯状核に高信号を認めメトロニダゾール誘発性脳症と診断。内服中止後1週間で症状消失。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-37 TAVI施行後に左室心尖部仮性瘤形成をきたし心外膜下より右室穿破した一例

千葉大学 心臓血管外科

西織浩信、焼田康紀、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、渡邊倫子、乾 友彦、松宮護郎

症例は90歳男性、Severe ASに対し当院にてTF-TAVIを施行、術後心エコーにて小径の左室仮性瘤形成を認め経過観察していた。その後心不全症状の増悪、仮性瘤の拡大及び右室とのシャント形成を認め、外科的仮性瘤形成術を施行、右室穿通部の直接閉鎖、左室穿通部パッチ閉鎖を施行した。病理評価では瘤壁は心外膜のみで心筋組織は認めなかった。心室仮性瘤及びシャント形成に対する外科的修復について文献的考察を含めて報告する。

## 16:40~17:20 心臓：手術周術期管理 2

座長 吉本明浩（筑波記念病院 心臓血管外科）

### Ⅲ-39 血球貪食性リンパ組織球症から緊急 ECMO 導入を要した一例

1 群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

2 群馬県立小児医療センター 血液腫瘍科

林 秀憲<sup>1</sup>、岡 徳彦<sup>1</sup>、友保貴博<sup>1</sup>、大和玄季<sup>2</sup>、鍋本多映子<sup>2</sup>

症例は3歳2ヶ月男児。主訴は発熱、腹痛、鼻出血で、血液検査にて汎血球減少、LDH 高値を認め当院搬送後血球貪食性リンパ組織球症（HLH）と診断された。薬剤治療開始したが ARDS から Shock Vital となり CPR を要したため右頸部より ECMO カニューラを挿入し CPR を継続しながら ECMO 導入した。全身状態改善後 ECMO 離脱。神経学的後遺症なく退院した。血液疾患から緊急 ECMO 導入を要した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

### Ⅲ-41 OSA 合併の重症大動脈弁閉鎖不全症の術前管理

筑波記念病院 心臓血管外科

有馬大輔、末松義弘、倉橋果南、清水隆玄、西 智史、

吉本明浩

未治療の Severe AR、左室壁運動低下（EF29%）、左室拡張を認め紹介となった74歳男性。PSG から AHI80 の重症 OSA を認め、BNP も500以上であった。手術適応であるが、まずは CPAP、ARB、利尿薬を導入して内科的治療を優先した。1ヶ月後の心エコーで EF40% まで改善し、BNP は200台まで低下した。手術は大動脈弁置換術を施行して、術後経過に問題なく、現在外来で CPAP と内服治療を継続している。OSA 合併症例では術前から積極的に CPAP 治療を導入するべきである。

### Ⅲ-43 胸骨正中切開による左心耳閉鎖術

筑波記念病院 心臓血管外科

倉橋果南、末松義弘、清水隆玄、有馬大輔、西 智史、

吉本明浩

【背景】当院は胸腔アプローチでの低侵襲左心耳マネジメントに取り組んでいる。【症例】63歳男性。構音障害で発症の心原性脳梗塞に対し加療中。反復する喀血あり抗凝固導入が困難であったため、胸骨正中切開で左心耳閉鎖と肺静脈隔離術を併施し術後経過良好。【考察】本症例は肺分画症、慢性膿胸の既往あり胸腔内の強固な癒着が想定された。両側肺静脈隔離も可能であり、胸腔を介してのアプローチが困難な症例においては正中切開でのアプローチも選択肢になりうる。

### Ⅲ-40 弓部置換術後、多型滲出性紅斑を伴う発熱が遷延した1症例

相澤病院 心臓血管外科

三島修治、恒元秀夫、大津義徳

72歳男性。弓部囊状動脈瘤に対して弓部置換術を実施した。術後11日目に38.3℃の発熱、喀痰培養で MRSA が検出され、MPEM と VCM による治療を開始した。37℃まで下熱したが、術後28日目に大腿部の紅斑と38度の発熱を認め、薬剤熱と多形滲出性紅斑と推察した。水様便を認め、重症型としてステロイド治療を開始した。被疑薬としてせん妄に対して使用したカルバマゼピンが疑われた。術後の発熱は感染を疑った介入が多いが、別の可能性も念頭において検索することも重要であり、文献的考察を含め報告する。

### Ⅲ-42 AVR、MAP、TAP 術後に、肺炎、腸管虚血、腎不全を合併し、嚥下障害、消化吸収障害をきたしたが、経口摂取可能となった1例

1 亀田総合病院 リハビリテーション科

2 亀田総合病院 心臓血管外科

小山照幸<sup>1</sup>、田邊大明<sup>2</sup>、保坂公雄<sup>2</sup>、川井田大樹<sup>2</sup>、加藤雄治<sup>2</sup>、外山雅章<sup>2</sup>

76歳、男性。連合弁膜症術後に、肺炎、腸管虚血、腎不全を合併した。5回の気管内挿管、拡大右半結腸切除術を含む3回の開腹手術、血液透析を行い、全身状態は回復したが、嚥下障害、消化吸収障害が残存した。栄養吸収は小腸からのみであり、栄養剤の種類、量、注入時間を調整した。重度の嚥下障害に対して、嚥下造影検査で評価しながら、嚥下練習を継続し、経口摂取可能となった。

Ⅳ-1 孤立性心室逆位に対し新生児期に心房間血流転換術を施行した一例

榑原記念病院 心臓血管外科

桑原優大、高橋幸宏、小森悠矢、加部東直広、和田直樹

症例は日齢17の女児。SpO<sub>2</sub>低値で日齢2に当院紹介搬送となった。当院での診断は Polysplenia、{A,D,D} isolated ventricular inversion、ASD。日齢10にASDcreation、その後もSpO<sub>2</sub>低値が持続し日齢17にMustard手術を施行。その後SpO<sub>2</sub>100%となり、両側の心房ルートに狭窄は認めなかった。POD11に抜管、POD32に退院。新生児期に介入した孤立性心室逆位での心房内血流転換の報告は非常に稀であり、本症例の治療経過を含め、文献的考察を踏まえて報告する。

Ⅳ-3 反復するTAPVC術後難治性肺静脈狭窄に対しsutureless変法が有効であった1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

石井知子、松原宗明、井口裕介、園部藍子、塚田 亨、五味聖吾、加藤秀之、上西祐一郎、大坂基男、坂本裕昭、平松祐司

日齢1にPosterior approach法でTAPVC（下心臓型）修復術を行うも3度の肺静脈狭窄解除術を要した2歳男児。最終修復術後に肺門部周囲の肺静脈狭窄を生じ、残存左房壁を肺門部まで切除し狭窄肺静脈を開放、Gore-tex patchで新左房ルーフを形成するsutureless変法を行い術後1年肺静脈再狭窄なく経過している。外科的修復に苦慮し変則的な工夫を要した本手術法を中心に報告する。

Ⅳ-5 Unroofed Coronary Sinus without PLSVCに対する手術例

1 聖隷浜松病院 心臓血管外科

2 聖隷浜松病院 小児循環器科

奥木聡志<sup>1</sup>、小出昌秋<sup>1</sup>、國井佳文<sup>1</sup>、立石 実<sup>1</sup>、曹 宇晨<sup>1</sup>、新堀莉沙<sup>1</sup>、中畠八隅<sup>2</sup>、金子幸栄<sup>2</sup>、井上奈緒<sup>2</sup>

症例は10歳女児。出生後からASD疑いでフォロー、エコーでunroofed coronary sinusを疑われ、9歳時にCTでunroofed CS、Coronary Sinus ASDと診断、手術方針となる。術中所見はCSはUnroofedで僧帽弁輪に冠静脈が開口していた。自己心膜で冠静脈の左房への開口部をカバーするようにトンネルを作成しASDにトンネルを開口させる形で縫合。心筋保護液が右房に返ってくることを確認し手術を終了した。

Ⅳ-2 低酸素血症を契機にIVC左房間交通が判明したASD術後の一成人例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

船石耕士、木村成卓、松尾健太郎、橋本 崇、金山拓亮、浅原祐太、飯尾みなみ、赤松雄太、川合雄二郎、秋山 章、高橋辰郎、山崎真敬、伊藤 努、志水秀行

症例は47歳男性。幼児期にASDに対して二回手術施行も詳細不明。胆石治療中に低酸素血症を認め精査にてIVC左房間交通とASDを指摘。術中所見は、左房に流入するIVCとその直上に径10mmのASDを認めた。ASD閉鎖の際にIVCが左房に流入するようにパッチ閉鎖されたものと推測した。ASD術後として特異な経過を辿った症例と考えられたので報告する。

Ⅳ-4 両大血管右室起始症、右室低形成に対してRastelli型one and a half repairを行った1例

千葉県こども病院

伊藤貴弘、青木 満、萩野生男、梅津健太郎、齋藤友宏、卯田昌代

{S,D,D}、DORV(remote VSD)、PA、small RV、PDA、straddling MV、日齢10でRt mBTS、PDA ligation、術後カテーテル検査でRVEDV 54% normal。2心室修復を目指し10カ月でLt mBTS。1歳10カ月時RVEDV 77% normalの評価でRastelli手術を施行。人工心肺離脱時にCVP16mmHg以上と高値、Azygos veinを残した両方向性Glennを追加してone and a half repair施行。PA/IVS以外のone and a half repairの報告は少なく、当院で経験した他の2例を含めて考察する。

Ⅳ-6 LA-common PV chamberのgapの大きなinfracardiac TAPVCに対して心膜補填を用いて修復した一例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

村山史朗、野村耕司、黄 義浩、磯部 将

症例はday8、2.6kg男児。出生後、infracardiac TAPVCの診断。PVO軽度でday8に待機的手術となった。LA-common PV chamberの頭尾方向へのgapが大きく、通常の灌流路再建では僧帽弁輪変形の懸念があり、心膜補填によるprimary sutureless法で灌流路再建を行った。術後PVOやMR認めず、経過良好であった。LA-PV間gapが大きい症例でsevere MRによりpump離脱困難な経験があり、今回心膜補填により修復し得たため、文献的考察を加えて報告する。

## 10:18~11:06 心臓：先天性心疾患 2

座長 益澤明広（東京大学医学部附属病院 心臓外科）

### IV-7 Noonan 症候群に合併した active IE の 1 手術症例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

2 横浜市立大学附属病院 外科治療学

秋元規宏<sup>1</sup>、柳 浩正<sup>1</sup>、伏見謙一<sup>1</sup>、益田宗孝<sup>2</sup>

45 歳男性。Noonan 症候群、HOCM、ASD、mild MR、mild AR で Follow Up。発熱し近医受診。IE が疑われ当院入院。僧房弁に疣腫を伴う IE と診断（mild MR、mild-moderate AR）。内科的治療を行うも治療抵抗性感染であり準緊急手術施行。大動脈弁輪部膿瘍を搔爬し、弁輪部、バルサルバ洞再建、左室心筋切除、DVR、ASD 閉鎖術を施行。術後経過良好。文献的考察を加え報告する。

### IV-9 特異な形態、臨床症状から手術適応となった重複大動脈弓の 1 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

右側弓の屈曲蛇行、左側弓の B 型離断合併から著明な上半身高血圧、進行性左室肥大を示し手術適応となった低出生体重児 (2.1kg) に伴う稀有な形態の重複大動脈弓の 1 乳児例を経験した。手製 3D-printing model をもとに“三期的”修復の可能性を想定し、後壁自己組織直接吻合+前壁 glutaraldehyde 処理自己心膜パッチ補填による“姑息的”左側大動脈再建を行った。上下肢圧較差は 60 mmHg から 5mmHg 以下に軽減した。血管輪形成の影響、左室肥大の軽減を観察中である。

### IV-11 PA-VSD 心内修復術後の MR、PR に対して機械弁での 2 弁置換を施行した 1 例

都立多摩総合医療センター

大原弘喜、久木基至、大塚俊哉、二宮幹雄、野中隆広

症例は 34 歳女性。PA-VSD の診断で出生後に両側 BT シェント作成、5 歳時に人工弁付きグラフトによる右室流出路形成術、10 歳時に人工弁除去し 1 弁付きウマ心膜パッチによる右室流出路拡大術、VSD パッチ閉鎖術施行。30 歳頃より MR が徐々に増悪、PR、EF の低下で心不全発症し、機械弁による僧帽弁と肺動脈弁の 2 弁置換術を施行。近年先天性心疾患に対する外科治療の成績向上に伴い、成人先天性心疾患の手術症例が増加しており、若干の文献的考察を加え報告する。

### IV-8 18q-症候群に対する三尖弁形成術の一例

山梨大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器・小児 外科

加賀重亜喜、中島博之、吉田幸代、河合幸史、白岩 聡、本田義博、榊原賢士

18q-症候群は、18 番染色体長腕の一部に欠失がみられる異常症で、先天性心疾患の合併が多い。肺動脈弁の異常や ASD などが多くとされるが、孤立性の TR の合併は稀である。症例は 16 歳女性。7 歳時に TR を指摘された、体重減少を伴う食思不振と TR 増悪、右心系拡大を認めたため、手術適応とした。三尖弁は、著明な弁輪拡大、前尖に cleft を認めたため、人工弁輪による弁輪縫縮と cleft 閉鎖により逆流を制御した。術後 TR は減少し、食思不振が改善した。

### IV-10 Original BTshunt 後 31 年経過した 33 歳女性に対して両側 BDG を施行した 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、天野 篤

症例は、無脾症候群、右室型単心室、右胸心、肺動脈閉鎖、の 33 歳女性。2 歳時に他院で original BTS を施行され、14 歳時に吻合部狭窄にステント留置されていた。チアノーゼの進行を認め、体動時の易疲労感に対して手術加療の方針となった。手術は両側 BDG を施行された。術後は経過は順調で、第 11 病日に軽快退院となった。本症例について文献的考察を加えて報告する。

### IV-12 重症 Ebstein 病に対し新生児期に Modified Starnes 手術を行い救命した一例

長野県立こども病院

山本隆平、岡村 達、山田有希子、鹿田文昭、竹内敬昌

胎児期より Ebstein 病と診断され、在胎 41 週 2 日、3404g で出生した女児。出生時より DIC を認め、内科的治療を施行も、循環動態の悪化を認め、日齢 9 に体外循環を用いずに右房縫縮、主肺動脈結紮、両側肺動脈絞扼術を施行。一時循環動態は改善も、上室性頻拍のため循環動態が保てず、補助循環管理となった。その後 Modified Starnes 術を施行。術後 2 日で補助循環から離脱、術後 27 日で一般病棟に転棟。DIC 改善後、体肺動脈短絡術を行い退院。現在 Glenn 手術待機中。文献的考察を交え報告する。

## 11:06~11:54 心臓：先天性心疾患 3

座長 和田直樹 (榊原記念病院 心臓血管外科)

### IV-13 壁内走行を伴う Shahrer 5A variant に対する TGA の一手術例

昭和大学医学部 小児循環器・成人先天性心疾患センター  
宮原義典、樽井 俊、石野幸三、長岡孝太、山口英貴、  
清水 武、大山 伸、柿本久子、藤井隆成、籾 義仁、  
富田 英

生後9日3.2kg、TGA (I) の男児。画像検査でLADが壁内走行するShahrer 5A Variant (RCA→Cx) と診断された。MEE法により左右の冠動脈カフを分離し、同一の facing sinus へ trap-door 法で移植したが、心筋虚血を生じて pump 離脱不能となった。カフ吊り上げを施行、ECMO に載せて終了した。術4日目にECMO を離脱、以後虚血所見を認めることなく退院した。治療手技および経過を報告する。

### IV-15 ロス手術後のバルサルバ洞動脈瘤に対し、Yacoub 法にて基部置換術を施行した1例

東京女子医科大学 心臓血管外科  
吉田尚司、新川武史、池田 諒、塩崎悠司、寶亀亮悟、  
中山祐樹、新浪博士

症例は45歳男性、先天性大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症に対して26歳時にロス手術を施行。甲状腺腫瘍の精査時にバルサルバ洞動脈瘤および右室-肺動脈導管機能不全を認めた。当初 David 法による基部置換術を予定していたが、大動脈基部に補強材によると思われる高度石灰化を認めたため、Yacoub 法に変更して大動脈弁温存基部置換および右室-肺動脈導管置換術を行った。術後経過は良好で大動脈弁機能も良好であった。

### IV-17 ARSCA を reversed flap として用いた CoA VSD に対する arch repair

1 東京慈恵会医科大学 心臓外科  
2 京都府立医科大学 小児心臓外科  
篠原 玄<sup>1</sup>、山岸正明<sup>2</sup>、宇野吉雅<sup>1</sup>、森田紀代造<sup>1</sup>、國原 孝<sup>1</sup>

症例 2ヶ月男児、CoA、VSD、ARSCA に対し bPAB 後。体外循環確立 (右総頸動脈、下行 Ao (dAo) 送血)、PDA 離断・分離送血下に ARSCA を食道右側で離断、左側へ引き抜き起始部まで切開。dAo より縮窄部を越え弓部小弯側へ切開延長。PDA 組織切除し ARSCA を reversed flap として弓部・縮窄部を形成。dAo を PDA 断端より上下に切離、PDA 組織切除後切開口を端々吻合にて再建。自己組織による小弯側補填法の一つとして有用であり報告する。

### IV-14 身体発育に伴う相対的人工弁狭窄に対する再 MVR の1学童例

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科  
吉積 功、鶴垣伸也、河田政明

生後5カ月 (体重6.4kg) 時の乳児急性僧帽弁腱索断裂に対する SJM-HP17mm 弁による左房内 MVR 後8年の経過 (32.8kg) で運動耐容能低下のため SJM-Regent23mm 弁を用いた再 MVR を行った。術前人工弁通過血流速度 3.0m/s、平均圧較差 5mmHg (DOB 負荷時 14 に増大) が見られた。再度右側左房切開で到達、pannus 形成が見られた。可及的に周囲・弁輪組織を切除し内膜形成後弁輪上部に Regent 弁を移植し、左房は自己心膜パッチで拡大した。術後1週間で自宅退院となった。

### IV-16 孤発性左肺動脈近位部欠損、右側大動脈弓、両側動脈管に対する1治療例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科  
磯部 将、野村耕司、黄 義浩、村山史朗

症例は2ヶ月、4.8kg 男児。出生時エコーで左腕頭動脈から動脈管を介して起始する狭小左肺動脈と発達した右動脈管、右肺動脈を認めた。右動脈管による気管圧排、肺血流増加を認め、日齢15で右側開胸下に右動脈管離断術を施行。その後、PGE 製剤投与し左肺動脈の成長を待ち、肺動脈再建術を施行。介在する動脈管組織のため左肺動脈-主肺動脈距離が長く自己心膜補填を要したが、術後経過は良好であった。本疾患の報告は少なく文献的考察を加えて報告する。

### IV-18 部分肺静脈還流異常を伴う三心房心の一例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科  
細田隆介、保土田健太郎、永瀬晴啓、栢岡 歩、鈴木孝明  
症例は16歳男児。高校の学校検診で右脚ブロックを指摘。前医の心エコー検査で左房内隔壁、右心系拡大、心房中隔欠損を認め当院紹介。当院で三心房心、部分肺静脈還流異常と診断し、左房内隔壁切除、垂直静脈閉鎖術を施行した。稀な部分肺静脈還流異常を伴う三心房心を経験したので報告する。

## 15:20~16:16 肺:手術

座長 尾 高 真 (東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科)

### IV-19 当科における単孔式胸腔鏡下肺葉もしくは区域切除の周術期成績

前橋赤十字病院 呼吸器外科

井貝 仁、上吉原光宏、吉川良平、大沢 郁、矢澤友弘、松浦奈都美

当科では2019年2月より単孔式胸腔鏡下肺葉もしくは区域切除を導入し、現在までに30例を経験した。年齢:73±8歳、男/女:17/13例、病変は左上葉/左下葉/右上葉/中葉/右下葉:4/7/6/2/11例、葉切/区切:16/14例、原発性肺癌/転移性/その他:26/2/3例であった。同時期に施行した多孔式胸腔鏡手術と周術期成績を比較したところ、手術時間は有意に短く(p=0.0083)、出血量、術後ドレーン留置期間、術後在院日数、術後合併症発生率に有意差を認めなかった。

### IV-21 珪肺症による石灰化リンパ節のため切除に難渋した右上中葉切除術の一例

自治医科大学 呼吸器外科

山名 輝、柴野智毅、根岸秀樹、光田清佳、金井義彦、大谷真一、山本真一、遠藤俊輔

症例は珪肺症の既往のある73歳男性。胸部CTで右上葉に25mm大の腫瘍と多発する石灰化リンパ節を認めた。肺癌が疑われ手術の方針となった。肺動脈は著名な石灰化のため剥離困難であった。そのため上葉および中葉気管支を先行切離し肺動脈を露出。肺動脈を遮断し検体を摘出した。リンパ節の固着により肺動脈の剥離が困難な症例では気管支先行切離は有用な手法である。

### IV-23 ロッキングプレートを用い修復固定した外傷性胸骨骨折の一例

昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター

大橋慎一、北見明彦、氷室直哉、田中洋子、鈴木浩介、門倉光隆

症例は19歳男性、空手の試合で相手の拳が胸部にあたった際、強い疼痛を自覚した。CTを確認したところ胸骨は体部で横方向に骨折し、前後に重なっていた。受傷後16日後、手術を行った。胸骨正中切開で転位胸骨を修復し、ロッキングプレートで固定した。術後経過は良好である。外傷性胸骨骨折に対する観血的治療の報告例は比較的稀であるので、若干の文献的考察を加えて報告する。

### IV-20 心膜欠損を伴う左自然気胸の1例

昭和大学医学部

植松秀護、新谷裕美子、南方孝夫、遠藤哲哉、片岡大輔、山本 滋、鈴木 隆、武井秀史、門倉光隆

56歳、男性。両側異時性自然気胸の手術歴あり。左自然気胸術後再発で受診し、胸部CTで左肺の軽度虚脱と左上葉の肺嚢胞を認めた以外に、気心嚢を確認した。縦隔気腫は認めなかった。再発気胸および心膜欠損部の閉鎖を目的に胸腔鏡下手術を行った。前回手術による肺と胸壁の癒着剥離と肺嚢胞の切除を行った。左肺動脈起始部に2×2cmの心膜欠損を認め、心嚢内への癒着を回避するため、有茎前縦隔脂肪弁を胸腔側が心臓側に面するように縫合した。

### IV-22 術後右中葉捻転をきたした開胸右上葉+S6部分切除の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院

塚本 遥、原田愛倫子、矢部三男、尾高 真、秋葉直志、三澤健之、大塚 崇

76歳、男性。右上葉肺膿瘍疑いで開胸右上葉+S6部分切除施行。病理は肺膿瘍。術後4日目から右中葉の無気肺を認め、術後7日目に造影CT検査にて右中葉完全無気肺と、中葉肺動脈が渦巻き状に造影されたため捻転と判断し再手術を行った。右中葉が背側におちこむ状態で反時計回りに90度回転していた。壊死の所見なく、捻転を解除し中下葉を自動縫合器を用いて固着した。術後経過は良好で再手術後10日目に自宅退院とした。文献的考察を含めて報告する。

### IV-24 乳児肺底動脈大動脈起始症に対する胸腔鏡下手術の1例

1 東京女子医科大学 呼吸器外科

2 東京女子医科大学 小児外科

片桐さやか<sup>1</sup>、井坂珠子<sup>1</sup>、前田英之<sup>1</sup>、荻原 哲<sup>1</sup>、光星翔太<sup>1</sup>、青島宏枝<sup>1</sup>、松本卓子<sup>1</sup>、山口隆介<sup>2</sup>、世川 修<sup>2</sup>、神崎正人<sup>1</sup>

1歳6ヶ月、男児。胎児期に肺分画症と診断。CTで腹腔動脈から右下葉に流入する異常血管を認め、肺底動脈大動脈起始症と診断。胸腔鏡下異常血管切断+右下葉切除を施行。小児手術ではworking spaceが狭く、手術操作が困難であることが多いがCO<sub>2</sub>送気とポートの配置や選択により、安全に鏡視下手術を施行可能であった。

#### IV-25 胸腔鏡下肺区域切除における含気虚脱ライン作成の工夫

さいたま市立病院

坂本 圭、米谷文雄、堀之内宏久

正確な胸腔鏡下肺区域切除のためには区域間面の同定が重要である。最も一般的な方法として含気虚脱ライン法が挙げられるが、この描出法は各種あり、それぞれに課題がある。我々はや山形大学病院の大泉先生に学んだ、フィブリングルー散布用スプレーを用い切除予定気管支断端近傍より送気する方法を導入した。今回、本法を用いた区域切除動画を供覧し本法のコツと注意点を報告する。

IV-26 腫瘍影の縮小を認めた為に診断に難渋した気管支原発神経鞘腫

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 病理診断科

渡辺 勇<sup>1</sup>、林大久夫<sup>2</sup>、服部有俊<sup>1</sup>、松永健志<sup>1</sup>、高持一矢<sup>1</sup>、鈴木健司<sup>1</sup>

症例は74歳女性。胸部CTで右上葉に巨大腫瘍を認めたが、術前に腫瘍影が縮小した為、経過観察とした。経過中に施行した気管支鏡では右上葉入口部に壁外性の圧排・狭窄を認めるも、生検で診断がつかず。1年後のCTでも、壁外進展を認める37mm大の肺門部腫瘍のみが残存し右上葉気管支を狭窄しており手術方針とした。手術は気管支形成を伴う右肺上葉切除を要した。病理結果は神経鞘腫の診断であった。

IV-28 術後ARDSに対して集学的治療を要した腹腔動脈からの異常血管を有する気管支拡張症の1切除例

獨協医科大学病院 呼吸器外科

西平守道、有賀健仁、伊藤祥之、荒木 修、荻部陽子、前田寿美子、千田雅之

症例は73歳、男性。左下葉の気管支拡張症で経過観察中、咯血で入院後に大量咯血した。血管造影で腹腔動脈から肺靭帯を介して左肺内へ向かう異常血管を認め、気管支動脈塞栓術を行った。再咯血リスクを考慮し左肺下葉切除したが、術後急性呼吸窮迫症候群を発症した。大量咯血後は吸引性肺炎の併発で術後呼吸状態の悪化が危惧される。

IV-30 2期的外科治療により根治し得た肺アスペルギローマの1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 呼吸器外科

森恵利華、小林正嗣、末吉国誉、中島康裕、浅川文香、今井紗智子、石橋洋則、大久保憲一

薬剤治療難治性の肺アスペルギローマ/慢性進行性肺アスペルギルス症に対して2期的手術を施行した症例を経験したので報告する。症例は67歳男性。1. 左上肺野の菌球を伴う空洞に対し感染制御目的に左空洞切開施行し、空洞内の浄化を得た。2. アプローチは胸骨正中切開選択し、細気管支瘻閉鎖/大網被覆した。術後経過良好で、膿胸再燃認めていない。

IV-27 非結核性抗酸菌症を伴った肺分画症の1切除例

1 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科

2 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器内科

3 日本大学医学部附属板橋病院 病理診断科

林 宗平<sup>1</sup>、佐藤大輔<sup>1</sup>、坂田省三<sup>1</sup>、河内利賢<sup>1</sup>、四万村三恵<sup>1</sup>、林健太郎<sup>2</sup>、佐藤良博<sup>2</sup>、高橋典明<sup>2</sup>、大荷澄江<sup>3</sup>、増田しのぶ<sup>3</sup>、櫻井裕幸<sup>1</sup>

35歳、女性。咳嗽を主訴に当院を受診した。胸部造影CTで右肺下葉に9cm大の腫瘍と左胃動脈から病変に流入する異常動脈が認められた。術前の気管支鏡検査では洗浄細胞診から炎症性細胞、培養でMACが検出された。MAC感染を伴う肺分画症の診断で右肺下葉切除術を施行した。病理診断でも、同様の所見であった。

IV-29 左肺低形成の右自然気胸に対する1切除例

筑波大学 呼吸器外科

関根康晴、菅井和人、河村知幸、柳原隆宏、北沢伸祐、小林尚寛、菊池慎二、後藤行延、佐藤幸夫

生来、左肺低形成の18歳男性。再発性右自然気胸で紹介。CTで左主気管支は中枢で途絶、右肺尖部にbullaeあり胸腔造影にて同部位からのair leakageを認め手術の方針。術中呼吸・循環不全のサポート目的にPCPSスタンバイとし、中間幹へのショートカフ付き気管チューブやブロッカー留置、等が考慮されたが、手術は右肺換気、小開胸および胸腔鏡補助下にbullaeを同定、切除時のみ無換気として行い、PCPS使用することなく完遂しえた。

IV-31 術前3D-CTと術中ICGを用いた肺分画症手術

信州大学医学部 外科学教室 呼吸器外科学分野

中村健也、江口 隆、松岡峻一郎、小山 力、竹田 哲、山田響子、濱中一敏、清水公裕

肺分画症手術において異常血管の走行および分画肺-正常肺境界の把握が重要である。我々は術前3D-CTとICG蛍光法が有用であった下記3例の肺葉内分画症手術を経験したため報告する。<症例1>30代男性、異常血管が大動脈から起始する左肺下葉内分画症。<症例2>30代女性、異常血管が大動脈から起始する右肺下葉内分画症。<症例3>20代女性、異常血管が腹腔動脈から起始する右肺下葉内分画症。

#### IV-32 感染性仮性肺動脈瘤を伴う肺膿瘍の1治療例

東京慈恵会医科大学附属柏病院

原田愛倫子、塚本 遥、矢部三男、尾高 真、秋葉直志、  
三澤健之、大塚 崇

40歳男性。発熱および咯血を認め救急搬送された。炎症所見は著明で、胸部CTで右肺中葉肺膿瘍、膿瘍内仮性動脈瘤を認めた。最初に出血回避目的で仮性動脈瘤に対して緊急TAEを施行した。その後、肺膿瘍に対して内科治療を行ったが状態は改善せず、第5病日に右中葉切除、胸腔そう爬ドレナージ術を施行した。術後経過は良好で術後32病日に退院した。文献的考察を加えて報告する。