

第169回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2015 年 11 月 7 日（土）

会場： 東京ファッションタウン（TFT）ビル 東館 9 階
〒135-8071 江東区有明 3-6-11 TFTビル東館 9 階
（りんかい線「国際展示場駅」徒歩 5 分、
ゆりかもめ「国際展示場正門駅」徒歩 1 分）

総合受付 9 階

PC受付 9 階

第Ⅰ会場 研修室 904+905（9 階）

第Ⅱ会場 研修室 906（9 階）

第Ⅲ会場 研修室 907（9 階）

幹事会 会議室 9-A（9 階）

会長： 浅村 尚生

慶應義塾大学 外科学（呼吸器）

〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

TEL：03-5363-3806（呼吸器外科医局） FAX：03-5363-3499

参加費： 1,000 円

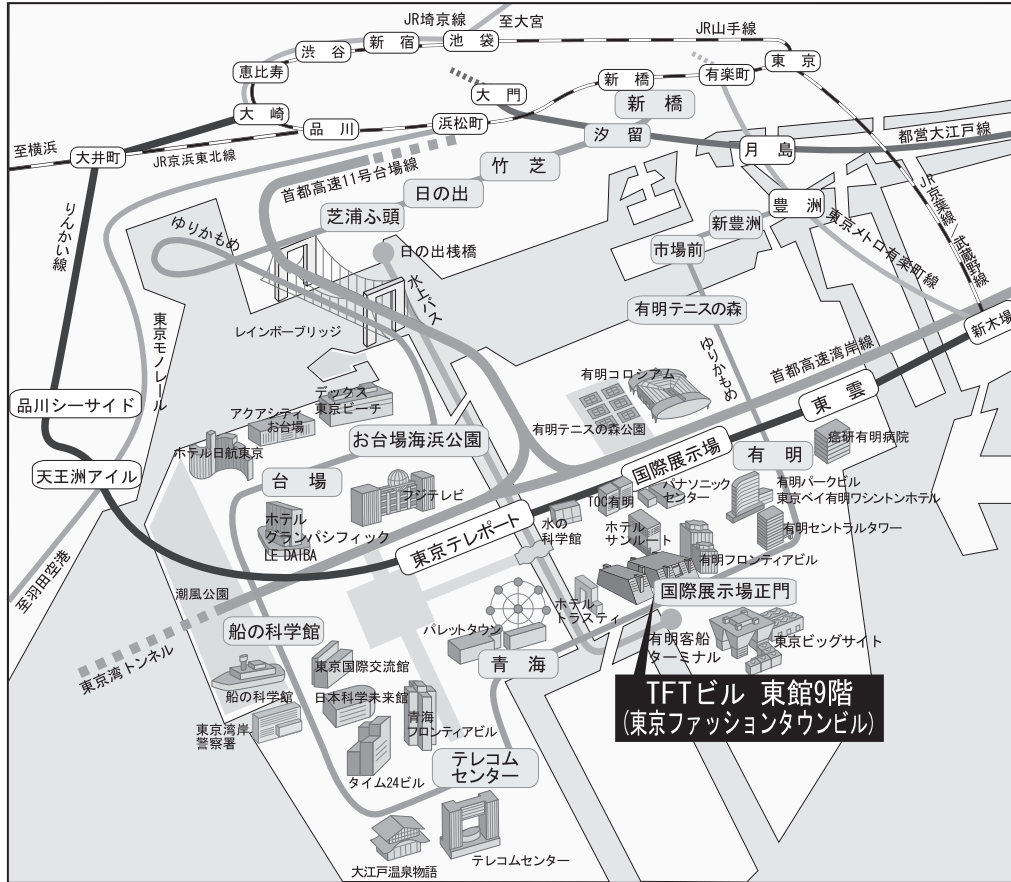
（当日受付でお支払い下さい）

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

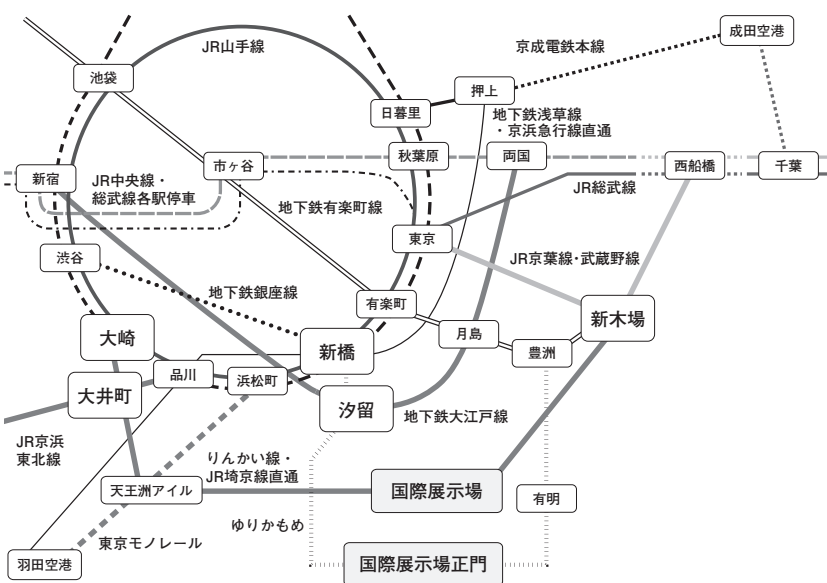
【会場案内図】

〒135-8071 江東区有明 3-6-11 TFTビル東館 9 階
TEL 03-5530-5010

会場周辺図



路線図

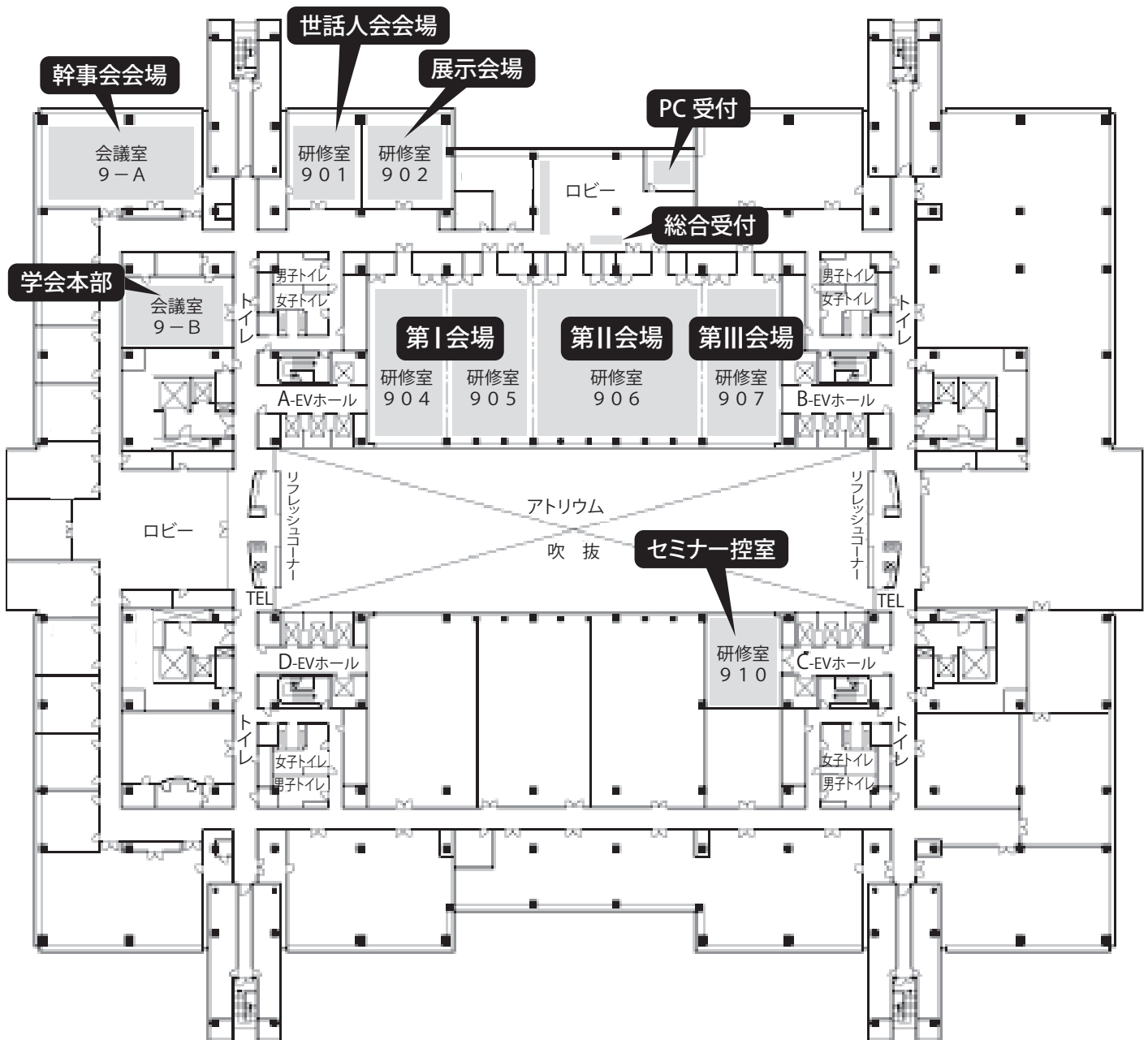


りんかい線				
新木場駅	約5分	国際展示場駅	下車徒歩約5分	TFTビル
大崎駅	約13分			
※大崎駅よりJR埼京線相互直通運転。国際展示場駅から渋谷(約20分)、新宿(約25分)、池袋(約31分)、大宮(約56分)、川越(約78分)の各駅を直接結びます。				
ゆりかもめ				
新橋駅	約22分	国際展示場正門駅	下車徒歩約1分	TFTビル
豊洲駅	約8分			
都営バス				
東京駅八重洲口 (東16系統、豊洲駅前経由)	約34分	フェリー埠頭入口	下車徒歩約2分	TFTビル
門前仲町 (池01系統、テレコムセンター駅経由)	約29分			
浜松町駅 (池01系統)	約29分	国際展示場正門駅前	下車徒歩約1分	
空港バス(リムジンバス・京浜急行バス)				
羽田空港	約25分	東京ビッグサイト	下車徒歩約5分	TFTビル
成田空港	約60分	東京ベイ有明 ウシントンホテル	下車徒歩約3分	
東京シティアターナル (ICAT)	約20分	東京ビッグサイト	下車徒歩約5分	
※イベント開催時のみ運行の便もありますので、ご確認ください。				

【場内案内図】

■東京ファッションタウン（TFT）ビル

東館9階



第Ⅰ会場
(904・905)

8:30~9:02

弁膜症 1 大動脈弁
1~4 **津久井宏行**
東京女子医科大学心臓血管外科

9:02~9:34

弁膜症 2 TAVI
5~8 **田端 実**
東京ベイ・浦安市川医療センター
心臓血管外科

9:34~10:14

弁膜症 3 感染 1
9~13 **瀬在 明**
日本大学心臓血管外科

10:14~10:46

弁膜症 4 感染 2
14~17 **井上 仁人**
平塚市民病院心臓血管外科

10:46~11:26

弁膜症 5 僧帽弁 1
18~22 **水野 友裕**
東京医科歯科大学心臓血管外科

11:26~11:58

弁膜症 6 僧帽弁 2
23~26 **岡本 一真**
慶應義塾大学 外科学(心臓血管)

12:10~13:00

ランチオンセミナー 1

『TAVIの現状と将来』

座長 橋本 和弘
(東京慈恵会医科大学心臓外科学講座)

演者 澤 芳樹
(大阪大学大学院医学系研究科外科学講座
心臓血管外科学)

協賛: テルモ株式会社

第Ⅱ会場
(906)

8:25~8:30 開会式

8:30~9:10

気腫性嚢胞性疾患
1~5 **松谷 哲行**
帝京大学外科

9:10~9:50

手術 周術期管理
6~10 **清水 公裕**
群馬大学 呼吸器外科

9:50~10:38

縦隔、胸壁 1
11~16 **王 志明**
順天堂大学 呼吸器外科

10:38~11:34

肺腫瘍 1
17~23 **中川加寿夫**
国立がん研究センター
呼吸器外科

11:55~12:05

GTCSからの報告

『GTCS impact factor獲得のために』

演者 富澤 康子
(東京女子医科大学心臓血管外科)

10:00~10:50

世話人会 (901)

11:00~11:50

幹事会 (9-A)

第Ⅲ会場
(907)

8:30~9:02

先天性 1
1~4 **佐々木 孝**
日本医科大学心臓血管外科

9:02~9:34

先天性 2
5~8 **吉村 幸浩**
東京都立小児総合医療センター
心臓血管外科

9:34~10:06

先天性 3
9~12 **小澤 司**
東邦大学医療センター大森病院
心臓血管外科

10:06~10:30

先天性 4
13~15 **平田 康隆**
東京大学心臓血管外科

10:30~11:02

周術期管理・合併症
16~19 **徳永 滋彦**
神奈川県立循環器呼吸器病センター
心臓血管外科

11:02~11:34

冠動脈
20~23 **山崎 真敬**
榊原記念病院 心臓血管外科

12:10~13:00

ランチオンセミナー 2

『Buttress再考: Endo GIA™ Reinforced Reloadの上手な使い方』

座長 浅村 尚生
(慶應義塾大学 外科学(呼吸器))

演者 大塚 崇
(慶應義塾大学 外科学(呼吸器))

協賛: コヴィディエン ジャパン株式会社

第Ⅰ会場
(904・905)

13:00～13:32

大血管1 解離

27～30 伊藤 努

済生会横浜市東部病院
心臓血管外科

13:32～14:04

大血管2 OPEN1

31～34 今水流智浩

帝京大学心臓血管外科

14:04～14:36

大血管3 OPEN2

35～38 土肥 静之

順天堂大学心臓血管外科

14:36～15:08

大血管4 基部

39～42 阿部 恒平

聖路加国際病院 心臓血管外科

15:10～15:55

アフタヌーンセミナー1

『外科医のスキルを考える：新専門
医制度のポリシー』

座長 志水 秀行
(慶應義塾大学 外科学(心臓血管))

演者 横山 斉
(福島県立医科大学医学部
心臓血管外科学講座)

協賛：セント・ジュード・
メディカル株式会社

15:55～16:27

大血管5 TEVAR1

43～46 志村信一郎

東海大学 心臓血管外科

16:27～16:59

大血管6 TEVAR2

47～50 橋詰 賢一

済生会宇都宮病院 心臓血管外科

16:59～17:23

大血管7 TEVAR3

51～53 吉武 明弘

慶應義塾大学 外科学(心臓血管)

第Ⅱ会場
(906)

13:00～13:48

学生発表

24～29 増田 良太

東海大学 呼吸器外科

13:48～14:28

肺腫瘍2

30～34 岩田 剛和

千葉大学 呼吸器外科

14:28～14:52

食道

35～37 竹内 裕也

慶應義塾大学 外科学
(一般・消化器)

15:55～16:43

縦隔 胸壁 その他

38～43 武井 秀史

杏林大学 呼吸器外科

16:43～17:31

肺腫瘍3

44～49 小池 輝元

新潟大学 呼吸器外科

17:31～ 閉会式

第Ⅲ会場
(907)

13:48～14:28

心臓腫瘍1

24～28 北村 律

北里大学 心臓血管外科

14:28～15:08

心臓腫瘍2

29～33 大坪 諭

済生会中央病院 心臓血管外科

15:10～15:55

アフタヌーンセミナー2

『早期肺がん(あるいはその疑い)
症例に対する術中評価と方針の立
て方』

座長 中山 治彦
(神奈川県立がんセンター 呼吸器外科)

演者 後藤太一郎
(山梨県立中央病院 呼吸器外科)

演者 伊藤 宏之
(神奈川県立がんセンター 呼吸器外科)

協賛：ジョンソン・エンド・
ジョンソン株式会社

15:55～16:27

心臓 その他1

34～37 磯田 晋

横浜市立大学 心臓血管外科

16:27～16:59

心臓 その他2

38～41 瀬戸達一郎

信州大学 心臓血管外科

16:59～17:23

大血管8 その他

42～44 藤井 奨

荻窪病院 心臓血管外科

第Ⅰ会場：904・905

8:30～9:02 弁膜症 1 大動脈弁

座長 津久井 宏 行（東京女子医科大学心臓血管外科）

Ⅰ-1 TAVI時代のハイリスク大動脈弁狭窄症に対する1手術例

医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

大城規和、野口権一郎、片山郁雄、山部剛史、湯地大輔、白水御代、田中正史

85歳男性、透析歴10年、右胸郭形成術後。大動脈基部～大腿動脈に高度石灰化を認め、ハイリスクであるため他院で経過観察されていた。大動脈弁狭窄症の進行に伴う心不全のため透析困難となり手術目的に当科に紹介となった。ハイリスクであったが送血部位の選択、大動脈遮断、大動脈切開部閉鎖法等を工夫し、安全に大動脈弁置換術を施行しえたので報告する。

Ⅰ-3 AVR術後7年で生体弁機能不全に対し再手術を要した心サルコイドーシスの一例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

乾 友彦、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、田村友作、渡邊倫子、阿部真一郎、稲毛雄一、松宮護郎

症例：78歳、男性、7年前にAS、pAfに対しAVR(CEP22mm)、MAZEを施行。同時に心筋生検で心サルコイドーシスと診断。その後VTに対しICD植え込み術施行。2015年TTEで左室機能不全(EF36%)、low-flow/low-gradient ASを呈した。DOB負荷エコーでAVA不変で圧較差の増大あり再手術となった。CEP弁は高度石灰化し可動性は低下、ATS22mmで再弁置換、TAP、MAP、MAZE施行。術後7年で再手術を要した症例を経験した。

Ⅰ-2 Porcelain aortaを伴った透析患者の大動脈弁置換術時の工夫

東京女子医科大学心臓病センター

村上弘典、瀧口洋司、原田崇司、宮本卓馬、岩朝静子、津久井宏行、山崎健二

透析歴18年の62歳男性が重症大動脈弁狭窄症で透析困難、呼吸苦認め大動脈弁置換術(AVR)を施行した。術前CTで上行大動脈の広範な石灰化を認め、右鎖骨下動脈に人工血管(8mm)を吻合し送血部位とした。大動脈壁および弁の石灰化をCUSAにて摘除しAVR(18mm ATS AP360)を施行。石灰化摘除に伴い脆弱となった大動脈壁を自己心膜で補強し良好な止血効果を得た。術後脳梗塞を発症せず良好な経過の症例を経験したため報告する。

Ⅰ-4 大動脈弁閉鎖不全症に対する大動脈弁形成術治療の検討

1 医療法人社団公仁会大和成和病院 心臓血管外科

2 財団法人心臓血管研究所

遠藤由樹¹、深田靖久¹、松山孝義¹、畝 大¹、菊地慶太¹、國原 孝²、倉田 篤¹

患者は66歳男性。呼吸苦を主訴に近医受診しUCGにて大動脈弁閉鎖不全症をみとめ心不全きたしていたため手術適応と判断した。大動脈弁は三尖で右冠尖のfenestrationが原因の逸脱による閉鎖不全であった。CV-0にてSuture annuloplastyの後、自己心膜にて右弁尖をパッチ形成しcentral plicationにてcoaptationを確保。逆流は消失した。AVPの報告は最近散見されており、その治療効果について文献的考察も含め報告する。

9:02~9:34 弁膜症 2 TAVI

座長 田 端 実（東京ベイ・浦安市川医療センター心臓血管外科）

I-5 脳血管障害ハイリスクの大動脈弁狭窄症患者に対して scheduled PCPS 下に TAVI を行った 1 例
社会福祉法人三井記念病院 心臓血管外科
楠原隆義、三浦純男、長内 享、竹谷 剛、福田幸人、大野貴之、高本真一
67 歳女性。AS に対して外科的 AVR を予定したが脳梗塞、消化管出血を起こし 2 度にわたって手術延期となった。ハートチームで再検討し、難治性直腸潰瘍があり人工心肺を避けるメリットは大きいと判断し TAVI を選択した。両側内頸動脈、椎骨動脈に閉塞または高度狭窄があり脳梗塞リスクが高いため、rapid pacing 時に PCPS で血圧維持サポートを行いながら TAVI を施行した。脳合併症なく成功し有効であったため報告する。

I-7 連合弁膜症の治療方針の決定にバルーン大動脈弁形成術（BAV）が有用であった一例
上尾中央総合病院
神谷賢一、古田 晃、岡野龍威、前場 覚、福隅正臣、手取屋兵夫
透析中の 59 歳男性。Severe AS の診断で AVR 待機中に AS/MR が進行し、NYHA III 度に陥り、DVR が考慮された。BAV を先行したところ大動脈弁平均圧格差 65→28mmHg、平均肺動脈圧 52→33mmHg、MR も減少したため、AS の解除のみで治療効果が見込めると判断し、翌日に MICS AVR を施行した。1 か月後のエコーでは MR mild で推定肺動脈圧は 35mmHg と良好な結果だった。

I-6 狭小石灰化 STJ に起因した Valve Migration に対して Valve-in-valve TAVI を行った一例
聖隷浜松病院 心臓血管外科
高柳佑士、小出昌秋、國井佳文、渡邊一正、岡本卓也、古田晃久
症例は 79 歳男性。LVEF39% と低心機能で、CT 上 STJ 径が 22 mm と狭小で全周性の石灰化を認めた。心尖部アプローチにて TAVI を施行。BAV 後に AR 高度となり血圧低下したため体外循環を開始。26mm Sapien XT を Deploy したが、左室側に Migration し、低位に留置された。AR 残存したため Valve-in-valve にて 26 mm Sapien XT を 3mm 頭側に留置したところ、AR 改善えられ、体外循環を停止できた。術後経過は良好であった。

I-8 Hybrid 治療にて心不全加療が奏功した大動脈弁狭窄症の一例
聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科
千葉 清、杵渕聡司、嵯峨根正展、桜井祐加、遠藤 仁、盧 大潤、永田徳一郎、小野裕國、大野 真、北中陽介、近田正英、西巻 博、宮入 剛
症例は 65 歳女性。糖尿病性腎症による慢性透析症例。労作時呼吸苦と維持透析困難となり急性心不全及び心原性ショックにて当院搬送。重度の大動脈弁狭窄症と冠動脈病変にて、まず IABP 管理下で、BAV（バルーン大動脈弁形成術）を行い、心不全管理後、大動脈弁置換術+冠動脈バイパス術を施行した。文献的考察を踏まえて報告する

9:34~10:14 弁膜症 3 感染 1

座長 瀬 在 明（日本大学心臓血管外科）

I-9 *Listeria monocytogenes* を起因菌とした mural endocarditis により仮性左心室瘤を呈した 1 手術例

杏林大学医学部附属病院 心臓血管外科

西野純史、高橋 雄、土屋博司、石井 光、遠藤英仁、窪田 博
71 歳男性。1 年前に *Listeria* 敗血症治療歴あり。心筋梗塞の既往なし。CT にて菲薄化した左室側壁に接して 50×60mm の心室瘤が存在、3 か所の交通孔を認めた。CAG で LMT に 75% 狭窄あり。手術は心室瘤切除、ウシ心膜 patch 閉鎖および CABG×1 (SVG-LAD) 施行。43POD に回復型病院転院。瘤壁培養は陰性、病理所見では瘤壁は線維性結合組織からなり心筋細胞を認めず。*Listeria* による mural endocarditis から仮性瘤を形成したと推測した。

I-11 *Pasteuralla multocida* が原因の僧帽弁位感染性心内膜炎の 1 治験例

湘南藤沢徳洲会病院 心臓血管外科

湯地大輔、片山郁雄、野口権一郎、山部剛史、大城規和、白水御代、田中正史

症例は生来健康な 50 歳男性。持続する発熱と食思不振を主訴に当院受診。TTE で僧帽弁尖の肥厚と軽度の逆流を認め、血液培養で *P.multocida* が検出された。IE と診断し、抗生剤投与するも発熱、炎症反応が遷延するために手術となった。術中所見は PC~A3 にかけて弁破壊が著明であり、SJM31mm を使用して僧帽弁置換術を施行。経過は良好であり POD28 で退院。*P.multocida* が原因の感染性心内膜炎は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

I-13 僧帽弁輪石灰化 (MAC) 内膿瘍を合併した活動期感染性心内膜炎の一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

藤井政彦、茂木健司、櫻井 学、野村亜南、若林 豊、高原善治
79 歳男性。AS で 1 年前に AVR、SSS で PM 移植術施行。2 週間前に発熱出現、人工弁もしくはリード感染疑いで抗生剤加療開始。エコーで僧帽弁後尖に 2cm 大の可動性を伴う疣贅を認め緊急手術施行。術中所見で大動脈弁に問題なく、P2 の疣贅と MAC 内膿瘍を認めた。MAC を膿瘍ごと除去、ウシ心嚢膜で弁輪再建後スカート付生体弁で MVR を施行。術後エコーで PVL 認めず、現在外来通院中。MAC 内に膿瘍を形成した IE の報告例は少なく若干の文献的考察を含め報告する。

I-10 感染性心内膜炎による重症僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症に対して自己心膜を用いて生体弁置換術を行った 1 例

東京女子医科大学八千代医療センター 心臓血管外科

日野阿斗務、齋藤博之、梅田悦嗣

症例は 70 歳男性。呼吸苦を主訴に当院へ緊急搬送された。経胸壁心臓超音波検査 (TTE) にて僧帽弁前尖に 31×22mm 大の疣贅を認め、重症僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症による急性心不全の診断となり、挿管、IABP 挿入後、内科的治療困難と判断され、緊急手術の方針となった。僧帽弁 A2-A3、P3 の構造が消失、左室心筋が露出しており、心筋露出部を自己心膜にて被覆し、生体弁置換術を行った。術後 TTE では、paravalvular leakage 認めなかった。

I-12 肺水腫をきたした大動脈弁位感染性心内膜炎に対する一救命例

医療法人立川メディカルセンター立川総合病院 心臓血管外科

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

症例は 58 歳、男性。発熱を自覚し前医受診。加療で発熱改善なく、発症 14 日目に呼吸困難となり前医入院。翌日心エコーで大動脈弁の疣贅を指摘され、感染性心内膜炎・大動脈弁逆流の診断で当院搬送。来院時重症呼吸不全あり、緊急で大動脈弁置換を施行。術中に IABP・PCPS を挿入し手術を終了した。術後呼吸不全が遷延したが、緩やかに軽快。抗生剤治療を 4 週間行い、炎症再燃なく退院できた。

10:14~10:46 弁膜症 4 感染 2

座長 井 上 仁 人（平塚市民病院心臓血管外科）

I-14 肺動脈弁位感染性心内膜炎の1自験例

獨協医科大学病院

田崎正倫、柴崎郁子、武井祐介、金澤祐太、小川博永、堀 貴行、桑田俊之、井上有方、緒方孝治、山田靖之、福田宏嗣
肺動脈弁位感染性心内膜炎は稀有な症例である。今回僧帽弁位感染性心内膜炎術後1年経過後の症例で、肺動脈弁残存疣贅による肺動脈弁逆流に対し再手術を要した症例を報告する。症例は65歳女性、僧帽弁形成術後。術後肺動脈弁に疣贅を認め、抗生剤により経過加療していた。1年後、重度肺動脈弁逆流を生じ再手術。術中所見は、肺動脈弁尖穿孔を認め、疣贅の迅速病理で感染所見認めなく、心膜パッチで逆流を制御した。術後完治した。

I-15 三尖弁位感染性心内膜炎に対して弁置換術を施行した1例

災害医療センター

北住善樹、宇野澤聡、新野哲也

症例は80歳、女性。全身の関節痛で整形外科に入院、左膝化膿性関節炎の診断で洗浄デブリドマン施行。5ヶ月後に右肩化膿性関節炎となり抗生剤にて加療。その1ヶ月半後の血液培養から多剤耐性緑膿菌が検出。炎症反応の改善がなく心エコーで精査を行い、高度三尖弁逆流を伴う三尖弁位感染性心内膜炎の診断となった。感受性のある抗生剤に変更して保存的加療を行うも、感染の制御ができず手術を施行。三尖弁は高度に破壊されており、生体弁で人工弁置換術を施行。経過良好。若干の文献的考察を加えて報告する。

I-16 Staphylococcus lugdunensis による感染性心内膜炎の1治験例

町田市民病院 心臓血管外科

酒井健司、宮城直人

症例は61歳男性。心エコーにてA弁LCCに疣贅を伴うsevere AR、M弁P1 prolapseによるsevere MRを認めた。血液培養にてStaphylococcus lugdunensis陽性。LVFX投与にて炎症所見改善後にAVR（OnX valve23mm）・MVP（P1三角切除+Cosgrove ring 28mm）を施行。術後はDAPを追加し、再燃なく自宅退院となった。S. lugdunensisによるIEは死亡率が高く、文献的考察を含め報告する。

I-17 出血性脳梗塞合併感染性心内膜炎に対しフサンとヘパリンを併用し僧帽弁形成術を施行した一例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

中原 孝、小松正樹、浦下周一、田中晴城、市村 創、藤井大志、五味潤俊仁、大橋伸朗、駒津和宜、大津義徳、和田有子、瀬戸達一郎、福井大祐、岡田健次

症例は35歳男性、僧帽弁の感染性心内膜炎にて近医より紹介。術前のCT、MRIにて出血性脳梗塞を多数認めた。内科的治療にて感染コントロールがつかず、転院12日後にフサンとヘパリン併用にて僧帽弁形成術を施行した。術後、頭蓋内出血の拡大はなく、良好な結果を得たので、文献的考察を含め報告する。

10:46~11:26 弁膜症 5 僧帽弁 1

座長 水野友裕（東京医科歯科大学心臓血管外科）

I-18 心房中隔壁からの腱索様構造物により僧帽弁前尖の逸脱を呈した一例

東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科

瀧口洋司、勝部 健、立石 実、梅原伸大、西中知博、山崎健二
61 歳女性。僧帽弁前尖の逸脱による僧帽弁閉鎖不全の進行に対する手術目的に当科入院となった。手術は正中切開、心停止下に経中隔的に僧帽弁に到達した。心房中隔壁から僧帽弁前尖に向かい異常な腱索様構造物を認めた。これにより前尖が牽引されて逸脱し、逆流を呈していた。腱索様構造物を切除したところ、逆流は消失した。術後の Mr は mild であった。病理組織的にも密な結合組織から成る腱索様構造を認めた。経過良好で独歩退院した。

I-20 tethering による僧帽弁逆流に対して腱索切除、再建が有用だった 1 例

1 筑波大学病院 心臓血管外科

2 筑波大学 臨床医学系外科

工藤洋平¹、榎本佳治²、石井知子¹、米山文弥¹、永井 竜¹、三富樹郷¹、松原宗明¹、相川志都¹、徳永千穂²、坂本裕昭²、佐藤藤夫²、平松祐司²

症例は 77 歳男性。術前の心臓超音波検査では tethering による重度の僧帽弁逆流を認めていた。術中所見では弁輪拡大に伴い P2 が前乳頭筋から起始する 2 本の腱索に牽引されており、前方への動きが制限されていた。この 2 本の腱索を切断し、CV-5 を用いて人工腱索再建。Profile 3D ring を implant したところ、逆流は制御された。

I-22 MVP 術後 MR 再発に対し自己心膜による後尖 leaflet augmentation を施行した 1 治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

木下亮二、水野友裕、大井啓司、八島正文、八丸 剛、長岡英気、黒木秀仁、田崎 大、藤原立樹、竹下斉史、荒井裕国
55 歳、女性。主訴は息切れ。8 年前に MVP、TAP、Maze 施行。経過中に溶血性貧血、MR 再発を認め、MR jet による溶血性貧血を疑い再手術施行。人工弁輪の離開による溶血と、後尖 tethering による弁接合不全を原因とした MR と診断。自己心膜による後尖 leaflet augmentation、reMAP を施行。術後、心エコーでは trivial MR のみで、軽快退院。

I-19 Marfan 症候群の僧帽弁両尖逸脱に対する後尖 height reduction plasty を施行した 1 例

平塚市民病院 心臓血管外科

岸上赳大、井上仁人、小谷聡秀、鈴木 亮、鈴木 暁

症例は Marfan 症候群の 34 歳の女性。B 型解離性大動脈瘤で入院した際に、僧帽弁両尖逸脱・高度僧帽弁逆流を指摘された。待機的に大きめのリングによる annuloplasty + height reduction plasty により、弁形成術を施行。良好な弁尖の coaptation の再構築が可能であった。術後 2 年、MR なく経過している。

I-21 新鮮血栓による僧帽弁位機械弁 stuck に対し緊急手術を行った 1 例

新潟市民病院 心臓血管外科

若林貴志、菊地千鶴男、加藤 香、登坂有子、高橋善樹、中澤 聡、金沢 宏

62 歳男性。MR にて 3 年前に MVR 施行（SJM 弁）。2 年前に透析導入。術後経過は安定しており 1 ヶ月前の心エコーで特に問題を認めなかった。2 日前より急速に呼吸苦が進行し、透析時の血圧低下もあり当院循環器内科に入院、心エコーで高度 MS の所見が認められた。PT-INR 値はほぼ正常値となっていた。X 線透視にて stuck valve と診断され、緊急手術を行った（DVR + TAP）。摘出した SJM 弁は新鮮な血栓で覆われていた。

11:26~11:58 弁膜症 6 僧帽弁 2

座長 岡 本 一 真 (慶應義塾大学 外科学 (心臓血管))

I-23 MACを伴うMR、AR、TR、Afに対する1手術例

1 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓外科

2 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 血管外科

田口真吾¹、小野口勝久¹、花井 信¹、墨 誠²、山城理仁¹、手塚雅博²

症例は78才、女性。近医より心不全に対する加療目的で当センター循環器内科に紹介。UCGにてsevere MR、moderate AR、mild TRの診断となり、Afも認めたため、当科に手術依頼となった。手術はMVP+AVR+TAP+Maze手術を施行したが、術前TEEで僧帽弁にはP3逸脱に加えP1~C2にMACを認めており、手術ではMACをCUSAで脱灰・平坦化し、同部を自己心膜で被覆する事でringを使用せずにMVPを施行した。

I-25 僧帽弁置換術後遠隔期の弁周囲逆流に対する1手術例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

2 横浜市立大学医学部附属病院 外科治療学 心臓血管外科

富永訓央¹、徳永滋彦¹、李 相憲¹、益田宗孝²

症例は76歳男性。63歳時にMS・TRに対して、MVR (Sorin 27mm)・TVP (CE Classic ring 32mm+Alfieri repair)が施行された。術後13年目に突然の高LDH血症を伴う貧血が出現した。経食道心臓超音波検査にて前交連側に弁周囲逆流を認め、心不全・溶血性貧血が増悪したため、再手術となった。手術は弁輪修復のみで弁周囲逆流は消失し、術後経過良好で退院した。MVR術後のPVLに関し、文献的考察を加え報告する。

I-24 Amplazer 植え込み術後に増悪した僧帽弁及び三尖弁閉鎖不全症の一例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓病センター 心臓血管外科

遠藤祐輝、道本 智、上部一彦、井口篤志、新浪博士

症例は81歳女性。心房中隔欠損症(ASD)に対し、2009年にAmplazer 植え込み術を施行。近医で経過観察されていたが、2015年5月より労作時呼吸困難を自覚。僧房弁及び三尖弁閉鎖不全に加え心房細動を併発し、手術目的で当院転院となった。Amplazer 抜去しASD閉鎖術、僧帽弁置換術、三尖弁形成術、MAZE手術施行後、経過良好で自宅退院となった。ASDに対するカテーテル治療後の外科的弁膜症手術について文献的考察を加え発表する。

I-26 高度MACに対するhalf and half techniqueを用いた弁置換術

医療法人立川メディカルセンター立川総合病院 心臓血管外科

水本雅弘、岡本祐樹、山本和男、浅見冬樹、木村光裕、

大久保由華、武居祐紀、吉井新平

73歳男性。重症ASR、MSR(大動脈弁に連続する高度MAC)、TR、ASD(PFO)、CRF on HDの診断で手術適応。手術は石灰化大動脈弁切除後にASDから上方中隔切開で僧帽弁到達。前尖のみ切除した後尖側は左房壁にeverting mattressを、前尖側は左室側から左房側にnon-everting mattressをかけSJM 31mmをsupra annularに縫着。その後AVR(ATS-AP360 20mm、supra annular)施行。術後人工弁leakなく経過良好である。

13:00～13:32 大血管 1 解離

座長 伊 藤 努（済生会横浜市東部病院心臓血管外科）

I-27 左鎖骨下動脈カバードステント内挿術が著効した急性 A 大動脈解離の一例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

長谷川秀臣、浅野宗一、林田直樹、丸山拓人、桃沢政司、弘瀬伸行、大場正直、鬼頭浩之、松尾浩三、村山博和

患者は 82 歳女性。EVAR 術後 5 年目で AAA の再拡大あり血管造影目的で入院。左上腕動脈穿刺でカテーテルを進めた際に弓部大動脈に解離を認め、CT で Stanford A 型大動脈解離と診断。また上行大動脈真腔虚脱、右内頸動脈閉塞を認めた。Entry は左鎖骨下動脈起始部のみで、frailty が高い症例であり、左鎖骨下動脈にカバードステントを留置した。術後 CT で偽腔はほぼ消失し右内頸動脈血流も改善。

I-29 右下肢痛を主訴に来院した A 型急性大動脈解離の一例 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

進士弥央、安達晃一、藤井温子、中野光規、白杉岳洋、橋本和憲、吉崎隆道、西 智史、岡村 誉、木村直行、由利康一、松本春信、山口敦司、安達秀雄

症例は 42 歳男性。右下肢痛を主訴に当院救急搬送。CT 施行し A 型急性大動脈解離の診断。同日、弓部置換・オープンステント留置・David 手術を行った。術前右下肢は単径以下動脈触知不良で感覚鈍麻も認めていたが、術後触知良好となり感覚障害も改善した。

I-28 内膜重積を来した Stanford A 型急性大動脈解離の一例

1 横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 心臓血管センター

2 横浜市立大学医学部附属病院 第 1 外科

松本 淳¹、井元清隆¹、内田敬二¹、磯田 晋¹、軽部義久¹、笠間啓一郎¹、宮本卓馬¹、根本寛子¹、伏見謙一¹、森田順也¹、益田宗孝²

81 歳女性、失神のため前医へ救急搬送され造影 CT で大動脈解離を認めたが、Stanford A 型か判定不能で当科紹介された。CT で弓部への内膜重積と右総頸動脈閉塞を認め緊急手術を行うと、上行大動脈中央にはほぼ全周性の intimal tear を認め、弓部に向け上行大動脈内膜が翻転し重積していた。上行弓部大動脈人工血管置換術を施行した。

I-30 下肢虚血を合併した急性大動脈解離に対する 4 例の治療経験

公益財団法人心臓血管研究所付属病院 心臓血管外科

有村聡士、関 雅浩、佐々木健一、高井秀明、國原 孝

臓器虚血の有無は急性大動脈解離（AAD）の治療成績を大きく左右する。central repair に加え、末梢血行再建を要することがあり、特に下肢虚血では血流再開後の Myoneuropathic metabolic syndrome、コンパートメント症候群に対する追加処置を要することもある。下肢虚血を合併した AAD に対し、2014 年以降当院で手術を施行した 4 例の経過に、文献的考察を加えて報告する。

13:32~14:04 大血管2 OPEN1

座長 今水流 智 浩（帝京大学心臓血管外科）

I-31 再発性多発軟骨炎に伴う広範囲胸部大動脈瘤の1例
自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科
吉崎隆道、安達晃一、木村直行、藤井温子、岡村 誉、
由利康一、松本春信、山口敦司、安達秀雄
症例は、26歳男性。2015年5月、足関節炎と足趾潰瘍壊死を主訴に精査目的に入院し、再発性多発軟骨炎の診断で、高用量ステロイド治療を開始した。CTで、嚢状瘤を伴う最大径40mmの上行-下行大動脈瘤を認め、術前準備でステロイド漸減したが、1.5ヶ月で2cm拡大し、緊急手術の方針とした。手術は、ALPSアプローチ。良好な視野で上行-下行大動脈人工血管置換術施行した。現在、経過良好でリハビリ中である。

I-33 左開胸手術およびTEVAR困難なB型大動脈解離ハイリスク症例に対するLess Invasive Quick Open Stenting (LIQS法)
日本大学病院 循環器病センター 心臓血管外科
日野浦礼、秦 光賢、和久井真司、中村哲哉、小笠原茉衣子、折目由紀彦、秋山謙次
79歳男性、腹部大動脈瘤術後グラフト閉塞による下半身虚血に対し両側腋窩大腿動脈バイパスが施行されている。慢性B型偽腔閉鎖型解離ULP拡大を認めたが、開胸手術における体外循環およびTEVARのaccess rootが無く、さらにLAD狭窄を認め、オープンステント内挿術と冠動脈バイパス術を同時に施行。循環停止16分、当日抜管、術後10日目に退院した。

I-32 急性大動脈解離に対し上行弓部置換、TEVAR後に中枢側吻合部仮性瘤を来した1例
医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科
白水御代、野口権一郎、片山郁雄、山部剛史、湯地大輔、大城規和、田中正史
86歳女性、急性大動脈解離に対して緊急上行弓部置換術を施行した。2年後に下行大動脈の拡大を認めTEVARを追加施行した。その6か月後に嗄声および正中創からのoozingを認め、CTにて50mmの中枢側吻合部仮性瘤を認めたため再胸骨正中切開、上行置換術を施行。術中、中枢側吻合部の部分的な破綻を認めた。術後経過良好にて独歩退院となった。

I-34 Open stent Graft (OSG) 法の手術時に高度肺出血をきたしたB型大動脈解離術後吻合部仮性瘤の1例
横浜市立大学医学部附属病院 第1外科
合田真海、鈴木伸一、磯松幸尚、郷田素彦、町田大輔、伏見謙一、藪 直人、益田宗孝
5年前急性B型解離に対し、下行大動脈置換術を異国で施行された64歳男性。術後、複数回の多量喀血あり、緊急帰国し当院紹介。中枢末梢吻合部の仮性瘤による喀血と診断。手術は正中アプローチで、下行置換の人工血管は除去し、OSG法による上行弓部置換術を施行。体外循環離脱時より左肺出血となりV-V ECMOを装着。4PODでECMOは離脱し救命しえた。仮性瘤に対するOSG法の問題点を報告する。

14:04~14:36 大血管3 OPEN2

座長 土 肥 静 之（順天堂大学心臓血管外科）

I-35 CABG 術後開存グラフトを有する慢性大動脈解離の1例

国立国際医療研究センター戸山病院 心臓血管外科

橋本昌典、戸口幸治、福田尚司、陳 軒、森村隼人、
王 志超、村上友梨、保坂 茂

症例は73歳男性。13年前に OMI に対して、CABG(LITA-LAD、SVG-DG-OM、SVG-RCA)を施行。解離性大動脈瘤(II型、最大短径70mm)に対する加療目的で当科紹介となる。術前冠動脈CTではバイパスグラフトは全て開存。胸骨再正中切開にて再手術を施行。LITAは遮断し、他はSVG経由で心筋保護液を注入することで、心停止を得た。循環停止、順行性脳分離法併用下に上行置換術を施行。術後経過は順調であった。

I-37 Ringed Intraluminal Graft 術後遠隔期上行大動脈破裂の一救命例

東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

山本亮佳、志村信一郎、秋 顕、古屋秀和、岡田公章、
永瀬晴啓、内記卓斗、岸波吾郎、長 泰則、上田敏彦

症例は78歳男性。1993年に急性A型解離に対し当院で上行大動脈にRinged Intraluminal Graft(RIG)内挿術を施行。2014年8月、昏睡、ショックで当院へ搬送。CTで緊張性縦隔血腫と診断し緊急手術。RIG中枢側上行大動脈に破裂孔を認め、上行置換術を施行。術後77日目に自宅へ独歩退院された。RIG術後の問題点を考察し報告する。

I-36 異型大動脈縮窄及び腹部大動脈瘤に対して下行大動脈—腹部大動脈バイパス術及び腹部大動脈置換術を行った1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

宮崎 豪、嶋田晶江、山本 平、李 智榮、篠原大佑、
村田 舞、佐藤友一郎、梶本 完、土肥静之、桑木賢次、
天野 篤

症例は49歳女性。関節リウマチ、ANCA関連血管炎にて通院中であつた。以前より腎動脈直上の大動脈縮窄及び腎動脈下の腹部大動脈瘤を指摘されていた。腹部大動脈が徐々に拡大傾向を認め手術の方針となった。腹部大動脈に対して人工血管置換術を行い、後腹膜経路にて下行大動脈—腹部大動脈を人工血管にてバイパス術を施行した。

I-38 大動脈-右房瘻の1例

筑波メディカルセンター病院 心臓血管外科

池田晃彦、中嶋知美、小西泰介、松崎寛二、軸屋智昭

症例は45歳、男性。今回の病歴以前に心雑音を指摘されていたかどうかは不明である。大動脈-右房瘻を原因とする右心系の感染性心内膜炎を繰り返すため手術目的で当科紹介となった。心臓超音波検査では大動脈弁は三尖弁でvegetationの付着、ARは認めなかった。color doppler法でバルサルバ洞から右心房へ抜ける血流を認めた。術中所見でも右冠動脈洞から三尖弁中隔尖近傍につながる瘻孔を認め、自己心膜パッチによる閉鎖術を行った。

14:36~15:08 大血管4 基部

座長 阿 部 恒 平（聖路加国際病院 心臓血管外科）

I-39 大動脈弁置換術後、Valsalva 洞動脈瘤が右房に穿破し、心不全を発症した一例

茨城県厚生農業協同組合連合会土浦協同病院 心臓血管外科

真鍋 晋、平岡大輔、内山英俊、大貫雅裕、広岡一信

64歳男性。1996年大動脈弁置換術を施行、術後は問題なく経過していた。2014年11月呼吸困難を伴う心不全を発症。心エコーではValsalva洞から右房へのシャント血流を認めた。Valsalva右冠洞の動脈瘤破裂の診断で、手術を施行した。19年前のAVRの大動脈切開部近位端が離開し、仮性瘤を形成していた。機械弁のコンボジットグラフトを用いてBentall手術を施行、術後経過は良好で術後14日で独歩退院した。

I-41 急性大動脈解離に対して上行置換術後15年後にvalsalvaの拡大を呈し、基部置換術を施行した1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

佐藤弘隆、相澤 啓、菅谷 彰、棚澤壮樹、高澤一平、

村岡 新、大木伸一、齊藤 力、川人宏次、三澤吉雄

症例は60代女性。2000年に急性大動脈解離に対し上行大動脈置換、AVR、MVRを施行した。2014年のCTでvalsalva径が60mmと拡大、2015年2月に基部置換術を施行した。右大腿動静脈から人工心肺を開始し、再開胸とした。前回の器械弁を温存し基部をBentall変法にて置換し、左冠動脈の再建にpiehler法を併用した。第30病日に退院した。

I-40 急性大動脈解離にRemodelingを施行した5症例の報告

財団法人心臓血管研究所

関 雅浩、有村聡士、佐々木健一、高井秀明、國原 孝

当院では急性大動脈解離においてvalsalva洞拡大および基部への解離の進展を認めた症例では、Aortic Root Remodelingを積極的に行っている。当院で2013年12月1日～2015年3月31日までに施行した解離手術35症例中5症例にRemodelingを施行した。平均年齢46.2歳と若年発症であった。5症例中4症例で重度ARを認めたが、術後ARは制御され良好な結果であった。若年の解離症例の多くは弁自体に問題がなく、自己弁を温存できる確率は高い。文献的考察を含め報告する。

I-42 Marfan症候群に合併した大動脈弁輪拡張症、再発漏斗胸に対し自己弁温存大動脈基部置換術（David手術）、胸骨挙上術を施行した1例

1 獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科・呼吸器外科

2 同形成外科

朝野直城¹、権 重好¹、太田和文¹、新美一帆¹、田中恒有¹、
齊藤政仁¹、田村元彦¹、松村輔二¹、高野弘志¹、菅 剛史²、
鈴木康俊²

症例はMarfan症候群の44歳女性で12歳時に漏斗胸にて胸郭形成術を受けていた。夜間動悸を主訴に当院循環器内科受診した。心エコー上 moderate AR、AAEを認め、手術目的に当科紹介となった。漏斗胸再発も認め、一期的にDavid手術・胸骨挙上術を施行し良好な結果を得た。文献的考察を含め報告する。

15:55~16:27 大血管 5 TEVAR1

座長 志 村 信一郎（東海大学 心臓血管外科）

I-43 右鎖骨下動脈起始異常を伴う急性 A 型大動脈解離に対する 2 期的手術

北里大学 心臓血管外科

三谷優太郎、北村 律、鳥井晋造、宝来哲也、松代卓也、平田光博、美島利明、大久保博世、杉本晃一、吉井 剛、友保貴博、近藤 真、宮地 鑑

52 歳男性、胸背部痛で発症した急性 A 型解離。右鎖骨下動脈起始異常がありその分岐部がエントリーとなっていた。大動脈は左鎖骨下分岐部の遠位で横断し、エントリーは切除せず全弓部大動脈置換、右腋窩動脈再建を行った。術後 3 か月の CT で遠位弓部の偽腔拡大を認めたが、ステントグラフトでエントリーを閉鎖し右鎖骨下動脈をコイル塞栓することで遠位弓部の偽腔は縮小した。

I-45 広範囲多発性囊状動脈瘤に対して一期的開窓型ステントグラフト内挿術を施行した一例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

奥木聡志、東 隆、笹生正樹、早川美奈子、松崎雄一、富岡秀行、山崎健二

症例は 72 歳男性。糖尿病を基礎疾患に持ち、急速に拡大する多発性大動脈瘤を認め炎症反応の高値と感染性大動脈瘤を疑われたため、当科へ紹介となった。胸部下行大動脈、腹部 4 分枝にかかる胸腹部大動脈、右総腸骨動脈の多発性動脈瘤に対して腹部 4 分枝開窓した企業製ステントグラフトを用いて、一期的に治療を施行し経過良好であった一例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

I-44 全弓部置換術後に生じた大動脈弁直上内膜フェルト内翻による溶血性貧血に対し経心尖部アプローチによるパルマツステント留置が奏功した一例

順天堂大学医学部附属静岡病院

齋藤洋輔、丹原圭一、大石淳実

症例は 77 歳男性。弓部大動脈瘤（慢性解離）に対して全弓部置換術を施行し、約 3 年後より徐々に進行する溶血性貧血を認めた。精査の結果、大動脈弁直上で内膜フェルトの内翻による内腔突出の所見を認めた。高齢かつハイリスクであることから血管内治療の方針とし、心尖部から右鎖骨下動脈に向けて pull-through 法による内翻部へのパルマツステント留置を行い良好な結果を得た。

I-46 1Debranch TEVAR (Najuta) 後、type I endoleak による弓部瘤拡大に対し全弓部置換術を施行した症例

慶應義塾大学病院 外科（心臓血管）

岡 英俊、吉武明弘、工藤樹彦、岡本一真、平野暁教、河西未央、赤松雄太、志水秀行

症例は 71 歳男性。弓部大動脈瘤に対し 1Debranch TEVAR (Najuta) 施行、術後半年の CT で endoleak 増悪と瘤径拡大を認め type II endoleak 疑われたため、左鎖骨下動脈に AVP-2 を留置するも endoleak あり。瘤径拡大傾向あったため手術施行。留置されたステントグラフトを切断し TAR 施行。術後経過は良好で 13POD に独歩で自宅退院。

16:27~16:59 大血管 6 TEVAR2

座長 橋 詰 賢 一（済生会宇都宮病院 心臓血管外科）

I-47 弓部大動脈瘤肺動脈穿破に対して TEVAR を行い救命し得た 1 例

佐久医療センター 心臓血管外科

横山毅人、川合雄二郎、新津宏和、豊田泰幸、津田泰利、白鳥一明、竹村隆広

症例は 79 歳。男。呼吸困難で近医受診。CT にて弓部大動脈瘤破裂を認め転院搬送。ICU 入室後呼吸状態が急激に悪化し挿管管理となった。治療は debranch-TEVAR を行う方針となった。術中の大動脈造影で肺動脈が造影され、瘤が肺動脈に穿破していることが判明したが TEVAR を完遂した。術翌日抜管。CT 検査で肺動脈から type 2 endoleak はあったが瘤径の拡大はなかった。経過良好で術後 37 日目リハビリ目的に近医転院した。

I-49 広範囲胸部大動脈瘤に対し二期的手術を行った一例

横須賀共済病院 心臓血管外科

吉田 稔、牧田 哲、星野文二、近藤太一、丸山俊之

症例は 77 歳男性。最大短径 66mm の胸部大動脈瘤で上行より下行大動脈全長に及ぶ広範囲瘤であった。侵襲性や合併症の観点より二期的手術を計画した。初回手術は胸骨正中切開にて上行弓部全置換術+open stent を施行し、二期手術は 2POD に TEVAR を施行した。3POD 抜管し、リハビリ後 22POD 独歩退院となった。術後エンドリークや対麻痺は認めなかった。今回初回手術に続いて血行動態の安定した早期に TEVAR を追加し、対麻痺や破裂を回避することができ、良好な経過を得た。若干の文献的考察を加え報告する。

I-48 弓部置換術後の TEVAR で生じた対麻痺に spinal drainage が有効であった一例

東京都立多摩総合医療センター 心臓血管外科

久木基至、二宮幹雄、野中隆弘、大塚俊哉

症例は 70 歳男性。遠位弓部の紡錘型大動脈瘤および大動脈弁閉鎖不全に対して、全弓部置換+elephant trunk+AVR を施行。術後 CT にて造影剤の動脈瘤内への流入が消失しないため、32POD に TEVAR 施行。TEVAR 後対麻痺を認め、術翌日 spinal drainage 開始。二日目から両下肢の動き出るようになり、最終的に術前と同程度まで回復した。術式決定から周術期管理につき報告する。

I-50 Malperfusion を合併した DeBakey III 型逆行性解離に対し緊急 TEVAR を施行した一例

東京医科大学病院 第2外科

鈴木 隼、岩橋 徹、室町幸生、藤吉俊毅、岩堀晃成、高橋 聡、猪野 崇、戸口佳代、岩崎倫明、神谷健太郎、小泉信達、松山克彦、西部俊哉、荻野 均

39 歳、男性。胸背部痛および呼吸困難のため緊急搬送。CT 上、エントリーは左鎖骨下動脈分岐部末梢に存在。上行大動脈への逆行性解離（偽腔閉塞）と腹部大動脈までの解離を認め、腹腔動脈および上腸間膜動脈は解離により狭窄をきたし腓梗塞を併発していた。直ちに真腔の血流を確保すべく、緊急 TEVAR を行い良好な結果を得た。

16:59~17:23 大血管 7 TEVAR3

座長 吉 武 明 弘（慶應義塾大学 外科学（心臓血管））

I-51 併存疾患多数の下行大動脈囊状瘤急速拡大に対して、造影剤腎症を回避し TEVAR を有効に施行し得た高齢者の 1 例
東京都健康長寿医療センター 心臓外科
河田光弘、西村 隆、許 俊鋭
91 才女性。DM、慢性腎機能低下（eGFR16.6）、PCI 後で抗血小板薬内服、Af にて NOAC 内服、右内頸動脈狭窄、HT、HL。2 年前～下行大動脈囊状瘤を指摘され、1 年前～嚥下困難出現。今回 DM 治療目的に入院し、単純 CT で瘤急速拡大 $\phi 57.8\text{mm}$ 。Japan score 57.3%、76.3%（+主要合併症）。準緊急 TEVAR 施行。造影剤 17ml、アセチルシステイン内服、重炭酸リンゲル補液、hANP にて透析回避。IPOD 一般床へ移動、術後評価は MRA で行い 7 POD DM 治療に戻った。

I-53 悪性リンパ腫に胸部・腹部大動脈瘤を合併し、ステントグラフト手術を施行した 1 例

1 横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 心臓血管センター

2 横浜市立大学医学部附属病院 第 1 外科

森田順也¹、井元清隆¹、内田敬二¹、磯田 晋¹、軽部義久¹、笠間啓一郎¹、伏見謙一¹、根本寛子¹、松本 淳¹、益田宗孝²

82 歳男性。表在リンパ節腫脹と末梢血中異常細胞の精査のため CT を施行、胸部および腹部多発大動脈瘤を指摘された。最大径は胸部 56mm、腹部 63mm。表在リンパ節生検の結果、悪性リンパ腫（マントル細胞腫）と診断、悪性リンパ腫の大動脈壁浸潤による瘤形成を疑った。化学療法に先行して TEVAR、EVAR を施行した。

I-52 肺膿瘍に合併した感染性大動脈瘤破裂に対するステントグラフト治療の一例

株式会社日立製作所日立総合病院 心臓血管外科

塚田 亨、佐藤真剛、今井章人、渡辺泰徳

79 歳の男性。肝膿瘍のため、3 カ月前から入退院を繰り返していた。その後肺炎症状が継続し、CT 検査で肺膿瘍とそれに隣接する胸部下行大動脈に破裂の所見を認めた。感染性大動脈瘤破裂と判断し当院搬送、緊急 TEVAR 施行した。喀痰培養での Klebsiella を標的とした抗菌剤投与を継続した。採血、画像所見から感染増悪の所見なく、大動脈所見も異常なく術後 1 カ月で退院した。他臓器から進展した感染瘤に対する治療法となりうるか、慎重な観察を継続中である。

第 II 会場：906

8:30~9:10 気腫性嚢胞性疾患

座長 松谷哲行（帝京大学外科）

II-1 嚢胞壁に発生した肺腺癌の1切除例

1 帝京大学医学部附属病院 外科

2 帝京大学医学部附属病院 病理診断科

中山敬史¹、石田 毅²、上原浩文¹、松谷哲行¹、森田茂樹²、
近藤福雄²、川村雅文¹

症例は67歳、男性。検診X-Pで左上肺野の嚢胞壁の肥厚と結節影を指摘。胸部CTで左上肺葉内に6cm大の嚢胞があり、嚢胞壁の辺縁に沿って充実性結節を認めた。胸腔鏡補助下左上葉切除+ND2a-2を施行。病理診断は原発性肺腺癌、pT2bN2M0、stageI-IIA。後方視的に過去の検診X-Pを観察すると、5年前から同部位に嚢胞を認め、2年前の嚢胞壁は正常であった。肺嚢胞は癌発生の危険因子の一つであり、発見後には慎重な経過観察が必要である。

II-2 術後呼吸管理に難渋した右巨大肺嚢胞の1例

1 東海大学医学部付属八王子病院 呼吸器外科

2 東海大学医学部附属病院 外科学系呼吸器外科学

増田大介¹、中村雄介¹、山田俊介¹、岩崎正之²

43歳の男性。喫煙歴あり。右巨大肺嚢胞で約10年間の経過観察後、当科紹介となった。胸部CTで右胸腔の80%を占める肺嚢胞と左縦隔偏位を認めた。鏡視下に肺嚢胞切除した。術後排痰困難で吸入と薬物療法、リハビリテーションを行った。第3病日まで気管支鏡下の吸痰を繰り返し、第4日目から痰が減量した。第11病日に胸腔ドレーンを抜管、第15病日に退院した。自験例は長期間経過観察後の巨大肺嚢胞の手術であり、術後呼吸管理に難渋した。

II-3 青年期に達した新生児慢性肺疾患（CLD）に伴う閉塞性換気障害に対し、Volume reduction surgeryを行った1例

1 さいたま市立病院 呼吸器外科

2 同内科

3 同小児科

堀之内宏久¹、米谷文雄¹、舘野博喜²、佐藤清二³

19歳男性。28週で出生、胎児水腫であった。新生児慢性呼吸器疾患（CLD）と診断され、乳幼児期は入退院を繰り返した。今回労作時呼吸困難を主訴に受診、閉塞性換気障害を呈し、両側肺野に気腫性変化、左下葉に著しい嚢胞性変化を認めた。2015年3月に左小開胸にて嚢胞部分を切除し、運動機能、換気機能の改善を認めた。CLD長期生存例が増加しており、換気機能低下症例に対する治療選択で重要な知見と考え報告する。

II-4 食道癌術後に発症した緊張性気胸の一例

1 慶應義塾大学病院 呼吸器外科

2 慶應義塾大学病院 一般・消化器外科

栗山翔司¹、大塚 崇¹、濱田賢一¹、坂巻寛之¹、志満敏行¹、
四倉正也¹、松田信作¹、木下智成¹、神山育男¹、伊吹 省²、
菊池勇次²、北川雄光²、浅村尚生¹

64歳男性、食道癌に対し胸腔鏡腹腔鏡併用食道切除術を施行した。術後第14病日に突然呼吸不全となり、気管挿管された。胸部X線にて緊張性気胸の診断となった。状態改善後に胸腔鏡下に手術を行った。気胸の原因であるブラは一部胸壁、胃管と癒着しており、癒着剥離後にブラを結紮した。術後経過は良好である。

II-5 Birt-Hogg-Dube 症候群の1例

独立行政法人国立病院機構東京医療センター 呼吸器外科

栗原正輝、小山孝彦、加藤良一

Birt-Hogg-Dube 症候群（以下BHDS）は皮膚、腎、肺病変を三主徴とされてきたが、近年では大腸ポリープ、大腸癌などを様々な疾患を合併することが明らかになってきた。当科で経験した症例は39歳、女性で左気胸に対して手術を行った。気胸の家族歴があり、画像および病理所見からBHDSを疑い、遺伝子検査で診断した。遺伝子変異の形式からは大腸腫瘍の発生する可能性を指摘されたため経過観察を行っている。文献的考察を加え報告する。

9:10~9:50 手術 周術期管理

座長 清水 公裕（群馬大学 呼吸器外科）

Ⅱ-6 胸部大動脈瘤術後遅発性乳糜胸に対して右胸腔鏡下クリッピングを行った1例

東京大学医学部 呼吸器外科

川島 峻、佐藤雅昭、安樂真樹、似鳥純一、長山和弘、
桑野秀規、柳谷昌弘、篠原義和、中島 淳

65歳男性。遠位弓部～下行大動脈置換術施行。1か月後に左胸水貯留、乳糜胸と診断。次第に増加したため、右胸腔鏡下に胸管を遮断した：下行大動脈と下大静脈の間の縦隔胸膜を切開、大動脈腹側と食道の間で4mm径の胸管を同定した。横隔膜の1-2cm上でクリッピング後直ちに排液量減少、6病日に退院した。以降乳糜の増加は見られなかった。難治性の乳糜胸に対して、右側胸腔鏡アプローチ法が有用であった。

Ⅱ-7 単孔式胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した重症筋無力症合併胸腺腫の一例

1 東京医科大学病院 呼吸器・甲状腺外科学分野

2 藤田保健衛生大学医学部 胸部外科

荒牧 直¹、吉田浩一¹、田中健彦¹、加藤靖文¹、垣花昌俊¹、
梶原直央¹、大平達夫¹、須田 隆²、池田徳彦¹

症例は62歳の女性。日内変動を伴う左眼瞼下垂を自覚し、前医の胸部CTで35mm大の前縦隔腫瘍と抗AChR抗体陽性を認め、当院神経内科で重症筋無力症と診断された。血漿交換療法とステロイドパルス療法を行い、重症筋無力症合併胸腺腫に対し、外科的切除の方針となった。手術は単孔式胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した。本術式の当院での工夫とともに報告する。

Ⅱ-8 肺癌術後再発に対して同一肺葉内 completion segmentectomyを施行した1例

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 呼吸器外科

中澤世識、清水公裕、永島宗晃、大瀧容一、尾林 海、
矢島俊樹、小野里良一、茂木 晃、桑野博行

72歳女性。右上葉原発肺腺癌術後5年目に肺内転移を認め、左S10区域切除を施行した。術後8年目にも肺内転移に対し右S6+9+10区域切除を施行した。術後9年目に再度、左肺S6に単発の肺内転移が出現、同一肺葉内の区域切除後ではあったが残存肺機能を考慮し、左残存S6区域切除を施行した。同一肺葉内のcompletion segmentectomyの有用性について、術中ビデオを供覧して考察する。

Ⅱ-9 左肺下葉切除後に残存上葉捻転をきたした1例

前橋赤十字病院

水野寛之、井貝 仁、河谷菜津子、伊部崇史、上吉原光宏

症例は31歳男性。外傷性肺嚢胞に対し胸腔鏡下左下葉切除を施行。術後3日目に胸部X-pで左肺門部の透過性低下を認め、CTで左主気管支狭小化、A3より末梢の肺動脈途絶、肺門部のconsolidation shadowを認めた。気管支鏡下に舌区気管支の狭小化を認め、残存上葉捻転を疑い再手術施行。残存上葉肺門部は暗赤色調に変化し、気管支を軸に反時計回りに90°捻転していた。捻転解除後、残存左上葉を前縦隔脂肪組織と背側胸壁へ固定した。左下葉切除後残存左上葉捻転は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-10 左肺全摘後の乳糜胸に対して右胸腔からの胸管結紮により乳糜胸を制御し得た一例

1 順天堂大学医学部付属練馬病院 呼吸器外科

2 順天堂大学医学部呼吸器外科

中村 央¹、阪野考充¹、恩田貴人¹、鈴木健司²

症例は、70歳男性。間質性肺炎を伴う左肺癌、cT4N3M0 stageIIIBに対して手術を先行する方針となった。手術は左肺全摘ND2a-2、大動脈置換、気管支断端被覆を施行した。術後、乳糜胸の診断となり、脂肪制限食に変更し経過を見るも乳糜胸の改善は認めなかった。第10病日に右胸腔より横隔膜上の胸管結紮術を施行した。胸管結紮術後、乳糜胸は改善、退院となった。

9:50~10:38 縦隔、胸壁 1

座長 王 志明（順天堂大学 呼吸器外科）

Ⅱ-11 Straight back syndrome による気管狭窄に対する一手術例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

畑 敦、中島崇裕、藤原大樹、鈴木秀海、長門 芳、岩田剛和、吉田成利、吉野一郎

30歳女性。次第に増悪する咳嗽と呼吸困難にて当科を紹介された。CTにて生理的湾曲を欠いた胸椎により縦隔が狭小化し、気管が血管系に圧排されて狭窄していた。胸骨柄切除にて除圧を行い金属プレートにて再建した。術後、左腕頭静脈が屈曲して閉塞したが、気管狭窄は改善し呼吸器症状は著明に改善した。Straight back syndrome に対する治療について、文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-13 BEP 療法施行後、残存腫瘍摘出を行った縦隔卵黄囊腫瘍の1例

山梨県立中央病院 呼吸器外科

中込貴博、四方大地、後藤太一郎

症例は28歳男性。CTで前縦隔腫瘍を認め、当科を紹介受診。血液検査でAFPが異常高値であり、縦隔卵黄囊腫瘍と診断した。BEP療法3コース施行後、AFPは正常化し、腫瘍は著明に縮小した。PETで一部にFDG集積を認める病変に対して縦隔腫瘍摘出術を施行、腫瘍を臨床的完全切除した。臨床経過と共に、当院で行った原発巣の遺伝子学的検索結果と合わせて報告する。

Ⅱ-15 胸骨、胸椎、縦隔、肝臓に冷膿瘍を認めた肺外結核の1例

JR東京総合病院

乾 雅人、一瀬淳二、田中真人

34歳男性。昨年6月より発熱持続し抗菌薬にて改善せず。7月前胸部の膨隆とびらんを認めた。今年2月に発熱と右胸水貯留を認め胸膜炎と診断。6月に背部痛が増悪し入院。CTにて胸骨と胸椎の骨破壊像および周囲低吸収域、縦隔と肝臓に低吸収域を認めた。T-SPOT陽性だったが前胸部浸出液は塗抹・遺伝子検査にて抗酸菌陰性。診断目的に右胸腔鏡下胸膜腫瘍生検を行い肉芽腫と診断。画像・病理所見から肺外結核の可能性が高いと考え抗結核薬4剤併用療法を開始。その後前胸部浸出液の培養検査にて抗酸菌陽性となった。

Ⅱ-12 胸膜肺全摘術後に右心不全を来した悪性胸膜中皮腫の1例

君津中央病院 呼吸器外科

西井 開、飯田智彦、豊田行英、田村 創、高橋好行、柴 光年
74歳男性。2012年11月、悪性胸膜中皮腫に対し左胸膜肺全摘＋心膜・横隔膜合併切除術を施行（上皮型、pT3N0M0 stage III）。心膜・横隔膜は各々ゴアテックスシートで再建した。術後化学放射線療法（CBDCA＋PEM 6コース、RT；胸腔54Gy、心膜19.8Gy）を追加。2015年2月頃より呼吸困難感、全身浮腫が出現。心エコー、両心カテーテル検査で右心負荷所見を認め、放射線晩期障害による収縮性心膜炎が疑われた。利尿剤やβ遮断薬の投与、心膜切開術等を行い症状の改善が得られた。

Ⅱ-14 前縦隔腫瘍との鑑別を要した心嚢内血管腫の1例

1 山梨県立中央病院

2 山梨県立中央病院 心臓血管外科

四方大地¹、後藤太一郎¹、中込貴博¹、中島雅人²、山田有希子²、横山裕次郎²

症例は46歳、男性。心嚢内腫瘍の診断で当科を紹介受診。CTでは右心系を圧迫する心臓腫瘍であり、腫瘍内を右冠動脈が走行していた。冠動脈造影検査では同冠動脈の狭窄を認めなかった。診断・治療を目的に手術を施行。腫瘍は心臓壁から発生しており、正常心臓壁との境界が不明瞭であった。人工心肺下で腫瘍を可及的に切除し、病理学的に静脈性血管腫と診断した。心嚢は再建せず開放とした。文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-16 胸骨発生の肥満細胞腫に対して第二-四肋骨レベルの胸骨部分切除および自家肋骨を用いた胸骨再建術を施行した一例

順天堂大学医学部 呼吸器外科

星野浩延、平山俊希、中村 央、上田琢也、鈴木未希子、前屋舗龍男、福井麻里子、松永健志、松澤宏典、今清水恒太、高持一矢、王 志明、鈴木健司

37歳男性。2005年に前医で悪性胚細胞腫瘍に対して化学療法（BEP）後、salvage surgeryを施行した。外来通院中に前胸部痛を自覚し胸部CTで胸骨を破壊性に増殖する腫瘍を認めた。PET-CTでSUVmax6.4の集積を認め生検で肥満細胞腫の診断となり第2-4肋骨レベルの胸骨部分切除と右第7肋骨を用いた再建術を施行した。

10:38~11:34 肺腫瘍1

座長 中 川 加寿夫（国立がん研究センター 呼吸器外科）

Ⅱ-17 肺末梢発生の粘表皮癌の1切除例

北里大学医学部 呼吸器外科学

園田 大、小野元嗣、林 祥子、中島裕康、松井啓夫、
塩見 和、佐藤之俊

【症例】72歳、男性。胸部CTで右上肺野に胸壁に浸潤する大きさ67mmの腫瘍影を認めた。生検で腺癌と診断し、右上葉切除術＋胸壁合併切除（第3、4肋骨）を施行した。【組織所見】腫瘍は大きさ80mm、豊富な粘液を背景に索状～管状を示す腺癌成分と類円形～紡錘形核を有する扁平上皮癌様形態を認め、核分裂像と壊死を伴っていた。以上から高悪性度粘表皮癌と診断した。【まとめ】粘表皮癌は低悪性度で中枢発生が多い。今回、末梢発生の高悪性度粘表皮癌の1例を経験したので報告する。

Ⅱ-18 右楔状スリーブ上葉切除術にて切除しえた右B3入口部肺カルチノイドの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 病院病理部

酒井寛貴¹、丸島秀樹¹、多賀谷理恵¹、木村祐之¹、佐治 久¹、
栗本典昭¹、干川晶弘²、土居正知²、中村治彦¹

症例は46歳、女性。右上葉無気肺にて紹介受診。胸部CTにて右S3無気肺、BFにて右B3を閉塞する腫瘍を認めた。生検では腺癌と診断。2015年6月、右肺上葉切除を施行。術中所見にて気管支断端に遺残腫瘍を認め右楔状スリーブ上葉切除＋リンパ節郭清（ND2a-1）へ移行。病理所見にて Typical carcinoid、pT2aN0M0 Stage IB。若干の文献的考察を加えて報告をする。

Ⅱ-19 外科的切除で MALT リンパ腫と診断した sarcoidosis-lymphoma syndrome の一例

日本医科大学付属病院呼吸器外科

竹ヶ原京志郎、鳥山紗由子、佐藤 明、揖斐孝之、井上達哉、
石角太郎、白田実男

症例は45歳、男性。サルコイドーシスの診断で経過観察中に右肺上葉の結節影が増大し、肺癌疑いのため診断治療目的に当科紹介。胸腔鏡下右肺上葉部分切除術を施行し、術中迅速診断でサルコイドーシス、悪性リンパ腫が疑われた。最終診断でサルコイドーシスと MALT リンパ腫の混在を認めた。サルコイドーシスと悪性リンパ腫は稀に合併し sarcoidosis-lymphoma syndrome として提唱されている。文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-20 診断に苦慮した巨大な粘液産生性肺腺癌の一切除例

長野市民病院 呼吸器外科

有村隆明、西村秀紀、小沢恵介、藏井 誠

症例は80歳男性。胸部Xpで左肺の浸潤影を認め肺炎と診断し抗菌薬治療を行うも浸潤影が改善せず紹介となった。胸部CTで左上葉を占める浸潤影とFDG-PETでSUVmax 5.57の集積を認めた。気管支鏡検査では診断が得られず、経皮針生検で肺腺癌と診断した。腫瘍径は11cm、cT3N1M0で胸壁合併切除を伴う左上葉切除術を施行した。術後経過は良好で術後10日目に退院、病理病期はpT3N0M0の腺癌であった。診断に苦慮した粘液産生性肺腺癌を経験したので報告する。

Ⅱ-21 自己心膜パッチを用いた肺動脈形成を伴う右上葉管状切除術を施行した肺癌の1例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

鈴木繁紀、渡辺俊一、政井恭平、朝倉啓介、櫻井裕幸、
中川加寿夫

症例は、71歳の男性。右上葉肺門部の扁平上皮癌と診断された。右上葉気管支中枢側及び、右肺動脈上幹から上行肺動脈にかけての肺動脈浸潤を認め、右上葉管状切除術と自己心膜パッチを用いた肺動脈形成術が施行された。自己心膜パッチを用いた肺動脈形成の利点としては、血栓形成が少ないことと、気管支・肺動脈それぞれの縫合部同士の接触が避けられることが挙げられる。肺動脈形成についての考察を加えて報告する。

Ⅱ-22 間質性肺炎を伴うT4（大動脈浸潤嚙声）肺癌に対して左肺全摘、大動脈置換術を施行した一例

順天堂大学医学部 呼吸器外科

小池悠太郎、松永健志、福井麻里子、高持一矢、王 志明、
鈴木健司

70歳男性。血痰を主訴に受診され間質性肺炎合併左肺癌の診断。嚙声を認め、胸部CTで大動脈浸潤を疑った。PET-CTで肺門・縦隔リンパ節転移は認めず、左鎖骨上リンパ節転移を疑った。cT4N3M0 stageIIIBと判断し手術を先行。人工心肺下に鎖骨下動脈より末梢で大動脈置換を行い、左肺全摘ND2a-2、気管支断端被覆を施行。手術時間は341分、出血は560ml。外来経過観察中にcN3とされたリンパ節は縮小し反応性であったと考えられた。

Ⅱ-23 経過観察中に自然縮小を認めた肺カルチノイドの1例

1 東海大学医学部 外科学系 呼吸器外科学

2 東海大学医学部 基盤診療学系 病理診断学

矢ヶ崎秀彦¹、仁藤まどか¹、有賀直広¹、大岩加奈¹、中川知己¹、
河野光智¹、増田良太¹、小倉 豪²、中村直哉²、岩崎正之¹

症例は44歳女性。胸部CTで右S3に40mmの腫瘤指摘。悪性腫瘍疑い胸腔鏡下右上葉切除+リンパ節郭清施行。病理組織学的検査で非定型カルチノイドと診断した。術後2年の胸部CTで左S9に15mmの結節を指摘。縮小認めるも再増大し胸腔鏡下左下葉切除施行。病理組織学検査で非定型カルチノイドと診断された。カルチノイドが自然縮小することは稀であり報告する。

13:00~13:48 学生発表

座長 増田良太（東海大学 呼吸器外科）

Ⅱ-24 高齢者の Superior Sulcus Tumor (SST) に対して Induction Radiotherapy followed by Surgery を施行した一例

順天堂大学医学部 呼吸器外科

安部貴之、福井麻里子、松永健志、王 志明、高持一矢、鈴木健司

79歳男性。SSTと診断された。組織型は腺癌でcT3N0M0であり、第1-3肋骨及び胸腔外に浸潤が疑われた。CEA114.3ng/ml。高齢のためinduction radiotherapyの方針とした。照射後、胸腔外浸潤部は著明に縮小し、CEAは8.7ng/mlに低下した。完全切除が可能と判断し左肺上葉切除+胸壁合併切除を施行した。病理診断は左肺癌（腺癌pT3N0M0 stageIIB）、Ef2、完全切除であった。高齢者のSSTに対する治療戦略を議論したい。

Ⅱ-26 冠動脈狭窄症と同時に発見された肺癌の一症例

順天堂大学医学部 呼吸器外科

白川智也、平山俊希、松永健志、高持一矢、王 志明、鈴木健司
最近冠動脈狭窄症合併の肺癌症例が増えている。56歳男性。胸痛精査で左前下行枝に75%狭窄と同時に左上葉腫瘤影を認め、左肺癌疑い（cT2aN0M0 stageIB）と診断。手術に先行し冠動脈狭窄に対してDrug Eluting Stentを留置した。プラビックスとバイアスピリンを3か月内服後、術前にヘパリン置換を行い、左肺癌疑いに対して左上葉切除+ND2a-1を施行した。術後出血を認めず、術後3病日に胸腔ドレーン抜去後バイアスピリンを再開した。術後経過良好で、術後6病日に退院となった。

Ⅱ-28 前縦隔に発生した胸腺嚢胞と気管支原性嚢胞を胸腔鏡下に切除した1例

1 東海大学医学部

2 東海大学医学部 外科学系 呼吸器外科学

3 東海大学医学部 基盤診療学系 病理診断学

加茂紗耶香¹、矢ヶ崎秀彦²、仁藤まどか²、有賀直広²、大岩加奈²、中川知己²、河野光智²、小倉 豪³、中村直哉³、岩崎正之²
症例は60歳女性。胸部X線写真にて異常影を指摘。胸部CTにて前縦隔に最大径84mmと15mmの病変を認めた。胸部MRIより嚢胞性病変と充実性腫瘍の合併を考え胸腔鏡下縦隔腫瘍切除術施行。病理組織学的検査では胸腺嚢胞と気管支原性嚢胞であった。前縦隔に胸腺嚢胞と気管支原性嚢胞を同時に認めた報告は稀であり報告する。

Ⅱ-25 左肺上葉切除術及び右肺底区域切除術施行後の三次性原発性肺癌に対して右肺上葉切除術を施行した1例

順天堂大学医学部 呼吸器外科

瀬尾瑛美、上田琢也、松永健志、高持一矢、王 志明、鈴木健司
68歳男性。5年前に左肺癌（腺癌、pT3N0M0 stageIIB）に対して左上葉切除術、3年前に右肺癌（腺癌、pT1aN0M0 stageIA）に対して右底区域切除術を施行。術後胸部CTで右上葉に増大傾向のある腫瘤を認め、三次性原発性肺癌の診断。1秒量1.27L、一秒率40.8%であったが右肺上葉切除術を適応した。最終病理は腺癌pT3N0M0 stageIIB。術直後にhypercapniaを認めたが第1病日に抜管。在宅酸素を要したが第7病日に軽快退院。

Ⅱ-27 自然気胸に対する胸腔鏡下手術後再発の1例：ステープルラインと新生ブラの発生部位に関する考察

1 慶應義塾大学病院 呼吸器外科

2 慶應義塾大学病院

岩本創哉¹、濱田賢一¹、大塚 崇¹、栗山翔司¹、坂巻寛之¹、志満敏行¹、松田信作¹、四倉正也¹、神山育男¹、林雄一郎²、浅村尚生¹

症例は20歳、男性。2014年12月に前医で左自然気胸に対して胸腔鏡下肺部分切除された。2015年6月に左気胸再発し、気漏が遷延するため手術の方針となった。自動縫合器使用後の縫合線近傍にブラの新生あり、同部位からの気漏を認めた。術後のブラの新生について私達の考え方を含め文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-29 大動物モデルにおける心臓の脱細胞化法の確立

1 慶應義塾大学病院 心臓血管外科

2 慶應義塾大学病院 一般・消化器外科

島 優作¹、北原大翔¹、八木 洋²、田島一樹²、岡本一真¹、吉武明弘¹、中根智美¹、北川雄光²、志水秀行¹

我々は脱細胞化による新たな移植心の作成を研究しており、ブタ心臓の脱細胞化法を確立したため報告する。ヘパリン使用下にブタ心臓を採取し、1%SDS、1%TX-100を順次経冠動脈的に12時間還流し脱細胞化を行った。病理学的評価により細胞成分の除去と細胞外マトリックスの残存を確認した。また、ヘパリン未使用の血栓化したブタ心臓においても同様の手法で脱細胞化が可能であった。

13:48~14:28 肺腫瘍2

座長 岩田剛和（千葉大学 呼吸器外科）

Ⅱ-30 主気管支浸潤をともなった左下葉肺癌に対し舌区下葉管状切除を施行した1例

川崎市立川崎病院

白井 俊、澤藤 誠、井澤奈緒子

69歳女性。主訴は咳嗽。胸部CTで左下葉肺門部に40mm大の腫瘤を認め、葉間肺動脈、舌区への浸潤を認めた。気管支鏡ではB6を閉塞する腫瘍が主気管支遠位部から上下幹分岐部の一部に及び、生検で扁平上皮癌と診断された（cT2aN1M0）。FEV1.0:1.23L（65%）と閉塞性換気障害を認めたため、肺全摘を回避することとし、舌区下葉管状切除を施行した。術後一時的に在宅酸素療法を必要としたが大きなADLの低下を認めず、気管支形成術による肺機能温存が有意義だったと思われた。

Ⅱ-32 気管支変形狭窄防止のため、左上葉肺癌に対して左肺上葉管状切除を行った1例

平塚市民病院 呼吸器外科

濱田賢一、水渡哲史、藤本博行

【はじめに】左肺上葉切除術は術後に気管支の変形、狭窄の頻度が高い。半数以上において変形をおこし、さらにその半数以上に狭窄を生じた。これまで約150症例の気管支形成術を施行したが縫合不全はおこしていない。左肺上葉管状切除は解剖学的に安全性が高い。左肺上葉管状切除後に気管支が軽度の変形にとどまり、狭窄も認めず良好な結果を得たと考えたため報告する。【症例】症例は63歳、女性。健康診断で胸部異常陰影を指摘され当院を受診した。CTで左肺S1+2の胸膜直下に径20mmの胸膜陷入像を伴う浸潤影を認めた。気管支鏡検査では悪性所見を得られなかったが、原発性肺癌を強く疑い手術を行った。手術で術中迅速病理診断により原発性肺腺癌と診断した。左肺上葉管状切除を行った。術後1年半経過したが局所再発や転移は認めていない。

Ⅱ-34 結腸癌気管支転移との鑑別が困難であった肺膿瘍の1切除例

がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科

田島果林、堀尾裕俊、奥井将之、原田匡彦

症例は70歳代、男性。S状結腸癌・肝転移にてS状結腸切除・肝切除の既往あり。その後のCTにて右下葉支を閉塞する腫瘍とその末梢の閉塞性肺炎を指摘、結腸癌気管支転移が否定できないことから中下葉切除の方針とした。葉間はすべて癒着、下葉の縦隔側は心嚢と強固に癒着していた。癒着剥離後、PA分枝、V4+5、PVI、中間幹の順に処理して中下葉切除を施行した。迅速診断では腫瘍成分はなく、食物残渣のような異物で下葉支が閉塞しており、それに伴う閉塞性肺炎（肺膿瘍）であった。

Ⅱ-31 気管支原発カルチノイドに対し右上中間幹分岐部切除を施行した1例

国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

後藤真輝、青景圭樹、三好智裕、内藤雅仁、菱田智之、吉田純司、坪井正博

症例：49歳・女性。主訴：咳嗽。胸部CTにて右上中間幹分岐部に腫瘍を指摘され当科紹介。気管支鏡で右上中間幹分岐部に隆起性病変が確認され、生検でtypical carcinoidと診断。術中所見で肺実質や#11sへの浸潤を認めず、上葉気管支と中間気管支幹は温存可能と判断し肺実質温存の右上中間幹分岐部切除及びdouble barrel再建を施行。術後経過は良好で、外来にて経過観察中。術中ビデオと若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-33 胸腔頂に生じたデスモイド腫瘍の一切除例

1 千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

2 千葉大学医学部附属病院 臨床腫瘍部

海竇大輔¹、中島崇裕¹、畑 敦¹、稲毛輝長¹、山本高義¹、尹 貴正¹、森本淳一¹、藤原大樹¹、岩澤俊一郎²、鈴木秀海¹、長門 芳¹、岩田剛和¹、吉田成利¹、滝口裕一²、吉野一郎¹

48歳男性。胸郭出口症候群にて左第一肋骨切除を施行され、14ヶ月後のCTにて切除縁に腫瘍が認められた。第1～3肋骨および肺部分切除を含む腫瘍切除術を施行し、デスモイド腫瘍と診断された。術後45日目のCTにて切除縁付近に再発が疑われたが、メロキシカム投与により消失した。文献的考察を含めて報告する。

14:28～14:52 食道

座長 竹 内 裕 也（慶應義塾大学 外科学（一般・消化器））

Ⅱ-35 意識消失を契機に発見された食道裂孔ヘルニアの一手術例

群馬大学大学院 病態総合外科

一色雄太、斉藤秀幸、吉田知典、熊倉裕二、本城裕章、横堀武彦、酒井 真、宗田 真、宮崎達也、桑野博行

80歳代女性。繰り返す意識消失に対して精査を行うも、心原性、神経性、内分泌性の原因は特定されなかった。画像上認めた食道裂孔ヘルニアが高度であり心エコー施行、ヘルニア嚢による心圧迫を認めた。EGDでは胃前底部に茎の長い腺腫を認め、幽門輪を塞いでいた。意識消失の原因になり得ると判断し、腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア根治術、内視鏡的胃ポリープ切除術を施行した。術後意識消失の出現なく経過している。

Ⅱ-36 食道肺瘻を形成した進行食道癌に対して二期的サルベージ手術を行った1例

獨協医科大学病院 第一外科

菊池真維子、中島政信、百目木泰、高橋雅一、室井大人、加藤広行

症例は59歳、男性。肺瘻を伴う胸部中部食道癌に対して導入DCF療法を施行。その後腫瘍の縮小とともに瘻孔が閉鎖したため、根治的CRTを施行した。CRT後に瘻孔が再燃したためサルベージ手術を行う方針となるも、左肺下葉に膿瘍を伴っていることなどを考慮し、二期的手術を予定した。一期目に胸骨後経路による胃管再建術を施行し、その2か月後に食道切除および左肺下葉切除術を施行した。非常に稀な症例であり、文献的考察を交えて報告する。

Ⅱ-37 術前診断が困難であった食道神経内分泌細胞癌の1例

東海大学医学部 消化器外科

二宮大和、小澤壯治、小熊潤也、数野暁人、山崎 康

【症例】80歳女性。つかえ感を主訴に近医を受診し、上部消化管内視鏡検査で下部食道に3型病変を認め当院紹介となった。当院で施行した内視鏡下生検では扁平上皮癌に一部神経内分泌細胞癌が併存していた。食道癌（Lt、Type3、T3、N0、M0、StageII）に対して胸腔鏡下胸部食道切除、胸骨後経路頸部食道胃管再建術を施行した。切除標本の病理診断は神経内分泌細胞癌が主体で扁平上皮癌が一部併存していた。【考察】本症例は2つの組織型が混在する腫瘍であったため、術前診断と切除標本の病理診断で解離が生じたと考えられた。

15:55~16:43 縦隔 胸壁 その他

座長 武井秀史（杏林大学 呼吸器外科）

Ⅱ-38 特異な経過を示した縦隔内成熟奇形腫の1例

1 杏林大学 呼吸器外科

2 同 心臓血管外科

新井信晃¹、武井秀史¹、渋谷幸見¹、三ツ間智也¹、松脇りえ¹、橘 啓盛¹、田中良太¹、近藤晴彦¹、遠藤英仁²、窪田 博²
22歳女性。5年前に前頸部の腫脹、疼痛を自覚し精査を行った。頸部から前縦隔にかけて嚢胞成分を主体とする奇形腫が疑われたが、重要血管と広範に接していたため完全切除不能と考え経過観察した。経時的に頸部腫瘍は消退するも縦隔腫瘍の拡大と肺穿破を認めたため、胸骨正中切開に左TMAを併用し縦隔腫瘍を摘出した。縦隔臓器は広範に癒着し腫瘍の剥離に難渋した。病理で脾組織の混在した成熟奇形腫と診断した。

Ⅱ-39 針生検部に再発を認めた紡錘細胞肉腫の1例

獨協医科大学病院

西平守道、井上 尚、荒木 修、荻部陽子、小林 哲、佐渡 哲、千田雅之

45歳女性。胸腺原発胸壁浸潤腫瘍に対して経皮針生検後に手術（胸腺胸腺腫瘍摘除＋右前胸壁合併切除＋右肺部分切除）施行した。皮膚、大胸筋は温存した。病理組織像はspindle cell sarcomaで確定診断には至らなかった。術後3か月目に針生検部周囲の膨隆を認め、CTで皮下に約2cmの充実性腫瘍、PETで同部位のFDG集積を認めた。局所再発を疑い手術とした。皮膚・大胸筋および胸壁の追加切除＋メッシュ除去術を施行した。広背筋皮弁による再建を行った。術後は無再発生存中である。

Ⅱ-40 4年の経過で悪性転化した孤立性線維性腫瘍の1切除例

総合病院土浦協同病院

中岡浩二郎、小貫琢哉、稲垣雅春、鈴木恵子

66歳男性。2011年8月にCTで87×69×84mm大の分葉状の左前縦隔腫瘍を認め、孤立性線維性腫瘍（以下SFT）の診断。手術は本人拒否で経過観察。2015年4月には99×106×171mmまで増大、胸壁浸潤も疑われ手術施行。腫瘍は胸壁に癒着し、胸骨正中切開に左前方腋窩切開第5肋間開胸を加え第4・5肋骨合併切除とした。病理では類円形の核を持つ短紡錘形の腫瘍細胞が増殖し、部分的に細胞密度が高い部分や、核分裂像が散見され悪性SFTの診断。経過観察中に悪性転化したと考えられたSFTを経験したので報告する。

Ⅱ-41 大動脈ステントを留置後切除した左胸腔原発Ewing sarcomaの一例

1 自治医科大学附属病院 呼吸器外科

2 自治医科大学附属病院心臓血管外科

根岸秀樹¹、滝 雄史¹、眞木 充¹、中野智之¹、山本真一¹、手塚憲志¹、遠藤俊輔¹、村岡 新²、斎藤 力²

45歳男性。左胸腔内腫瘍で科紹介、VATS生検でEwing sarcomaの診断。腫瘍径16cmで広範囲に浸潤認めたため化学療法を施行しPRを得られた。5クール終了後手術を施行。大動脈浸潤と腫瘍への血流制御目的に下行大動脈ステント留置を先行し、左肺全摘術を施行した。下行大動脈浸潤みとめたがステント留置により外膜剥離が可能であり安全に腫瘍を切除し得た。

Ⅱ-42 心嚢内胸腺腫の1例

1 自治医科大学附属さいたま医療センター呼吸器外科

2 自治医科大学附属病院 呼吸器外科

大谷真一¹、坪地宏嘉¹、峯岸健太郎¹、滝 雄史¹、遠藤俊輔²
症例は70歳女性。CTで前縦隔腫瘍を認め当院を紹介された。CTで心臓前方に長径60mmの内部に石灰化と嚢胞性変化を伴った腫瘍を認めた。成熟型奇形腫や胸腺腫を疑い右胸腔鏡下腫瘍摘出術施行。腫瘍は心嚢内に存在し、心嚢を切開し腫瘍を摘出した。心嚢は一部合併切除した。病理は胸腺腫（type B3）。術後8か月経過し無再発生存中。心嚢内発生の胸腺腫は稀であり報告する。

Ⅱ-43 右肺下葉切除で確定診断したMALTリンパ腫の1例

1 昭和大学病院呼吸器外科

2 東京都保健医療公社荏原病院

大島 穰¹、南方孝夫²、氷室直哉¹、富田由里²、片岡大輔¹、山本 滋¹、門倉光隆¹

73歳の男性。CTで右肺下葉S6aに3cmの辺縁不整な腫瘍を認めた。気管支鏡検査は陰性であったがPET/CTでSUVmax=3.0の集積があり、肺癌を強く疑い胸腔鏡補助下右肺下葉切除を行った。腫瘍は組織学的に肺胞壁や細気管支、血管周囲の間質に小型リンパ球の浸潤および濾胞様の構造がみられ、lymphoepithelial lesionの形成を多数認めた。免疫染色ではL-26、bcl-2陽性、CD5、CD10、cyclin D1陰性で、濾胞辺縁帯B細胞（MALT）リンパ腫と診断した。

16:43~17:31 肺腫瘍3

座長 小池輝元（新潟大学 呼吸器外科）

Ⅱ-44 血胸で発症した左肺動静脈奇形の1手術例

1 埼玉医科大学国際医療センター 包括的がんセンター 呼吸器病センター呼吸器外科

2 埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科

柳原章寿¹、山崎庸弘¹、坂口浩三¹、二反田博之¹、石田博徳¹、藤野 節²、新井栄一²、金子公一¹

38歳女性。朝、散歩中に突然左胸痛あり近医へ緊急搬送。胸部XP・CTで左胸腔2/3を占める胸水認め左胸腔ドレーン挿入すると血胸であった。造影CTで左肺動静脈奇形の破裂が疑われた。出血持続のため翌日当院転院搬送となり緊急手術施行。左肺S5抹消に約3cmの赤黒い血管様病変を認め病変部を含めS5部分切除。組織学的には左肺動静脈奇形であった。肺動静脈瘻奇形の破裂は比較的多い。若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-45 反復する咯血が診断の契機となった気管支動脈蔓状血管腫の1切除例

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター呼吸器外科

小野里良一、茂木 晃、矢島俊樹、中澤世識、永島宗晃、大瀧容一、尾林 海、矢澤友弘、清水公裕、桑野博行

気管支動脈蔓状血管腫は咯血の原因として報告される比較的稀な疾患である。症例は60歳代、女性。繰り返す咯血に対して、気管支動脈造影施行し舌区に至る左気管支動脈の拡張・蛇行および肺動脈へのシャントを認めたが塞栓術は困難であった。CTで左舌区に塊状病変を認め同部位が責任病変と判断し、胸腔鏡下左舌区切除術を施行した。

Ⅱ-46 アレルギー性気管支肺アスペルギルス症に伴う難治性有癭性膿胸に対して大網充填術を施行した1例

1 筑波大学病院 呼吸器外科

2 筑波大学病院 病理診断科

上田 翔¹、菊池慎二¹、河村知幸¹、北沢伸祐¹、川端俊太郎¹、山岡賢俊¹、小林尚寛¹、後藤行延¹、鬼塚正孝¹、佐藤幸夫¹、松岡亮太²、野口雅之²

症例はアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の66歳女性。2ヶ月前より呼吸困難が出現し、アスペルギローマからの有癭性膿胸と診断。内科的治療困難にて、右肺下葉S6区域切除+大網充填を施行。術後気管支断端瘻、肺瘻、膿胸等の合併症が懸念されたが、大網充填を行うことで良好な術後経過を得ることができた。

Ⅱ-47 肺切除により診断が得られた右肺放線菌症の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院

恒松 雅、仲田健男、矢部三男、秋葉直志

症例は60歳代の男性。2009年4月、右肺下葉に腫瘤状陰影を認め、近医にて同年と2013年2月に気管支鏡検査を施行するも確定診断は得られなかった。2014年6月に咯血が出現し、喀痰培養検査にてMACが検出された。同年8月、咯血、発熱、膿性痰を認め、前医で右肺化膿症、右胸水貯留と診断された。保存的治療にて軽快せず、当院へ転院後、咯血に対しBAEを施行した。抗生剤投与にて症状は軽快したが、右開胸中下葉切除を施行した。術後病理にて肺放線菌症と診断した。本疾患は比較的稀であり報告する。

Ⅱ-48 肺癌術後に発症した慢性出血性膿胸の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

梅澤麻以子、佐藤征二郎、北原哲彦、小池輝元、土田正則

64歳男性。既往は肺癌（55歳：右下葉切除）、心房細動（抗凝固薬内服）。主訴は血痰。胸部CTで右胸腔内は巨大血腫に占拠され、中葉完全無気肺、上葉への血腫穿破を呈しており、慢性出血性膿胸の診断。手術前日にIVRで関与血管を塞栓。手術は前方切開にて肺門部を処理後、2か所の後側方切開加え、右残肺全的、横隔膜および壁側胸膜一部合併切除施行。手術時間10時間12分、出血量1880ml、17POD軽快退院。慢性出血性膿胸に対し文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-49 肺 Mycobacterium abscessus 症の1手術例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

山形顕子、杉山亜斗、井上慶明、青木耕平、福田祐樹、儀賀理暁、泉陽太郎、中山光男

症例は49歳女性。主訴は血痰。胸部X線写真では右肺門部付近に浸潤影を認め、CTでは中葉の気管支拡張所見と右S6の多発小粒状影を認めた。喀痰からM.abscessusが検出され、CAM、AMK、IPM/CSの投与を開始。CAM、FRPM、KMに変更し5か月間投与後に胸腔鏡下右中葉切除を施行。術後経過は良好でCAM、FRPMを半年間内服し、術後2年再燃の兆候なく無排菌で経過中。肺M.abscessus症は比較的まれで難治性の肺NTM症であり、文献的考察を加え報告する。

第 III 会場：907

8:30~9:02 先天性 1

座長 佐々木 孝（日本医科大学心臓血管外科）

Ⅲ-1 冠静脈洞型心房中隔欠損症の 1 例

1 医療法人道心会埼玉東部循環器病院

2 いわき市立総合磐城共立病院 心臓血管外科

湯手裕子¹、田中良昭¹、北川彰信¹、李 武志¹、入江嘉仁²

51 歳女性。健診で心電図異常を指摘され受診。エコーで心房中隔欠損症と診断された。カテーテル検査で Qp/Qs 2.88、unroofed coronary sinus type の心房中隔欠損症で 14mm の欠損孔を認め手術適応と判断された。右房を切開すると coronary sinus 入口部の直下に左房と連続する 15mm の欠損孔を認め、これを自己心膜パッチで閉鎖した。術前から moderate TR を認めていたため三尖弁輪を縫縮した。左上大静脈遺残は存在しなかった。若干の考察を加えて報告する。

Ⅲ-2 片肺低形成を伴ったファロー四徴症根治術後遠隔期の PR、TR に対する 1 手術例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

柁沢政司、松尾浩三、林田直樹、鬼頭浩之、浅野宗一、大場正直、弘瀬伸行、丸山拓人、長谷川秀臣

41 歳女性。先天性の左肺低形成を伴う TOF で 7 歳時に他院で ICR。術後 PH 残存。33 歳より Af、39 歳頃から心不全にて HOT、PAH 治療薬開始。PR、TR、右室拡大 (RVEDV 378%N) を認めたが、胸郭変形強くほぼ片肺 (肺血流シンチ左:右=3.5%:96.5%) で拘束性呼吸障害 (%VC 29.5%) を認めるため手術適応厳しく当院紹介。右室容量負荷軽減により呼吸機能改善し耐術可能と判断、PVR+TAP を施行し術後経過良好である。

Ⅲ-3 成人期に modified Warden 法による修復術を施行した部分肺静脈還流異常症の 1 例

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科

吉積 功、河田政明、前川慶之

検診にて胸部レントゲン異常を指摘され、精査の結果診断に至った SVC 高位に還流する部分肺静脈還流異常症、心房中隔欠損症、三尖弁逆流を有する 64 歳の成人症例に対し、modified Warden 法による心内修復術、三尖弁輪形成術を施行した。術後、洞結節機能障害を含む不整脈の合併はなく、また再建した SVC-RA 血流路ならびに肺静脈還流路に狭小化も認めず、良好な結果が得られた。

Ⅲ-4 術前診断に MDCT が有効であった成人 PAPVR の 1 症例

西新井ハートセンター病院 心臓血管外科

佐々木章史、三井幾東、竹内靖夫

PAPVR の術前診断として、肺静脈流入パターンの完全な同定は血管造影検査やエコー検査では十分とはいえない。特に上位流入型の肺静脈の同定は困難である。今回我々は成人 PAPVR に対し、術前施行されたエコー検査や血管造影検査では同定できなかった上位流入肺静脈を 16 列 MDCT によって確認し修復することができたため報告する。

9:02~9:34 先天性2

座長 吉村幸浩（東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科）

Ⅲ-5 総肺静脈還流異常を合併した肺動脈閉鎖、正常心室中隔の1例

茨城県立こども病院 心臓血管外科

阿部正一、坂有希子、野間美緒

胎児診断で右室低形成が疑われ、子宮内胎児発育不全もあり39週0日、2235g、帝王切開で出生した。生後、低酸素血症から肺動脈閉鎖が疑われ当院へ搬送された。心臓超音波検査でPA-IVSと診断、LipoPGE1を開始して経皮酸素飽和度は90%まで上昇して安定した。生後7日、頻呼吸のためnasal CPAPを装着、その後も呼吸困難が進行して生後9日、低酸素血症から気管内挿管、人工呼吸管理となった。生後11日、TAPVC (Ⅲ) が診断され、緊急的外科治療介入となった。稀な合併例について報告する。

Ⅲ-7 右肺低形成、右気管支食道起始症 (CBPFM) (2)、多発奇形を伴うTAPVC (2b+3) に対して右肺切除後にTAPVC repairを施行した1例

長野県立こども病院 心臓血管外科

新富静矢、岡村 達、梅津健太郎、原田順和

出生前診断から右肺低形成を指摘。在胎39週5日2546gで出生。生後心エコーでTAPVC (2b+3)、mascular VSD、ASD (2)、PDA、PLSVCと診断。PVO (-) であったため、1MPDA ligationを施行。繰り返す肺炎の検査により判明した右CBPFM (2) に対して4M右肺切除術を施行。7M右前側方開胸アプローチにてTAPVC repairを施行。経過良好。現在入院加療中。

Ⅲ-6 複雑型気管・気管支狭窄を伴う肺動脈スリングに対し左肺動脈転位術を行った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

前川慶之、吉積 功、河田政明

胎児期に診断された肺動脈スリングの11ヶ月女児。出生後の精査で右気管気管支、気管分岐部狭窄、右肺低形成の合併を認め、気管・血管系の同時修復につき紹介されたが、体重増加が得られず治療方針決定に難渋した。心肺停止に至る重篤な呼吸不全に対し、準緊急的に左肺動脈転位術を行った。術後左横隔神経麻痺に対し横隔膜縫縮術の追加を要し、併存した気管軟化のため長期入院管理を要したが徐々に改善、術4ヶ月後退院した。

Ⅲ-8 エキスパンダーを使用して開心術を行った右片肺無形成症症例

東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科

灰田周史、山本裕介、岩崎美佳、吉村幸浩、寺田正次

症例は5歳男児、診断は右片肺無形成症、先天性気管狭窄症、心房中隔欠損症。2歳時に縦隔偏位による気道圧迫の解除目的に右胸腔にティッシュュー・エキスパンダーを挿入後、Qp/Qs 2.1の心房中隔欠損症に対して欠損孔閉鎖術（胸骨正中切開）を行った。5歳時の心エコーで右房内に可動性腫瘤を認め、摘出術（再胸骨正中切開）を行った。摘出腫瘤は陳旧性血栓で、エキスパンダーの右房圧迫変形による血流障害が原因と疑われ、エキスパンダー除去も検討中。

Ⅲ-9 感冒を契機に著明なチアノーゼを認めた多脾症候群・房室中隔欠損症・肝静脈左房流入の1例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

岡村賢一、平田康隆、益澤明広、尾崎晋一、高岡哲弘、小野 稔
6か月、女児。出生時に不完全型房室中隔欠損と診断されSpO₂ 90%前半で経過。感冒症状にて当院受診、SpO₂ 50%台でチアノーゼ著明のため緊急入院。CTで多脾症候群・下大静脈欠損・肝静脈左房流入を認めた。心カテでPAP 55mmHg、Rp 7.54と高値だったが、酸素負荷でPAP 21mmHg、Rp 2.28と改善認め、手術可能と判断した。自己心膜を用いて心内修復術施行し軽快退院。非チアノーゼ性心疾患と多脾症候群・肺高血圧に関し考察する。

Ⅲ-10 Long segment CoA に対してBlalock-Park 変法を施行した1例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

中尾充貴、阿部貴行、野村耕司

症例は2ヶ月男児。CoA、VSD(I)を認め、左側開胸にてCoactectomyを施行した。病変部が長く下行大動脈健常部と大動脈弓部を直接吻合することが困難であったため、Blalock-Park 変法を施行した。7か月後に心室中隔欠損孔閉鎖術を施行した。3年後のカテテル検査では縮窄部の形態に大きな問題は認めず、左鎖骨下動脈は左椎骨動脈より還流されていた。本術式は病変部の長いCoAに対して有用であると考えられた。

Ⅲ-11 内臓逆位を伴うTGA、[I、L、L]、PS、VSD、右胸心に対してHalf-turned truncal switch手術を実施した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

保土田健太郎、枅岡 歩、宇野吉雅、加藤木利行、鈴木孝明

症例は1歳1ヶ月女児。診断は内臓逆位を伴うTGA、[I、L、L]、PS、VSD、右胸心。新生児期に右BTシャント作成。VSDはrestrictiveで大動脈弁と距離があったため心内reroutingは不可と考え、Half-turned truncal switchとVSD閉鎖術を実施した。RVOTは1弁付GoreTexパッチで形成した。手術所見を供覧する。

Ⅲ-12 心臓再同期療法によって心機能の改善をみた房室不一致、両大血管右室起始症の一例

1 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

2 長野県立こども病院

文 智勇¹、白石修一¹、杉本 愛¹、高橋 昌¹、土田正則¹、瀧間浄宏²

1歳2か月女児、Dextrocardia、AVD、DORV、PS、straddling TVにてFontan candidate。AVBにて5か月時にPMI(DDD)施行。pacing siteの壁運動低下を認め、BDG施行後よりinterventricular dyssynchrony出現したためCRT-Pへupgradeした。術中TEEの併用により、最も心収縮が良好な部位をpacing siteとした。術後BNPは1000台から100台まで低下し心機能の改善をみた。

10:06~10:30 先天性4

座長 平 田 康 隆（東京大学心臓血管外科）

Ⅲ-13 心室中隔欠損パッチ閉鎖術後に心室中隔内血腫を生じた1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

永井 竜、松原宗明、米山文弥、石井知子、工藤洋平、
三富樹郷、相川志都、徳永千穂、坂本裕昭、榎本佳治、
佐藤藤夫、平松祐司

症例は膜性部 VSD、PH、Trisomy 21 の3ヶ月男児。Dacron Patch を用いて連続縫合で VSD 閉鎖を行った。術中 TEE にて内部に echo free space を有する心室中隔の拡大を認め心室中隔内血腫による変化と考えた。左右心室の流出路狭窄を来すほどの血腫増大には至らず保存的に経過観察し15病日から次第に血腫は縮小した。VSD パッチ閉鎖術に伴う稀な合併症を生じた本症例の経過を報告する。

Ⅲ-14 ダブルスイッチ術後、右室流出路狭窄、肺動脈弁逆流による血小板減少、消化管症状を伴った pre PLE 症例に対する PVR (CEP 25mm) の1例

東京女子医科大学心臓病センター 心臓血管外科

前田拓也、坂本貴彦、平松健司、松村剛毅、上松耕太、
大倉正寛、秋山 章、長嶋光樹、山崎健二

症例は19歳、男性。Polysplenia、{A(s)、L、L}、L-DORV、PA、PAPVC (RPV-RA) に対して3歳時に DSO (Mustard + Rastelli) を施行。その後、7歳時に reRVOTR、10歳時に Re-reRVOTR を施行。その後、RVOTS に加えて逆流が出現したため、PVR (CEP 25mm) を施行した。術前見られた血小板減少と消化管症状がなくなり、QOL は向上した。

Ⅲ-15 重症僧房弁逆流（乳児特発性腱索断裂）に対して弁形成術を施行した一例

1 昭和大学横浜市北部病院 循環器センター

2 岡山大学医学部附属病院 心臓血管外科

樽井 俊¹、宮原義典¹、石野幸三¹、佐野俊二²

6.4kg の8か月女児。6か月時に不全型川崎病の診断入院歴あり。症状軽快後に多呼吸と体重増加不良を主訴に当院受診、心雑音から重症僧房弁逆流を指摘された。心不全管理及び肺炎治療後、準緊急的に手術を施行した。前尖の A1 から A2 にかけて腱索断裂を認め、弁尖は軽度肥厚していたが、明らかな炎症所見は認めなかった。人工腱索再建と交連部形成術を行い、逆流は著明に改善し、術20日目に軽快退院した。

10:30～11:02 周術期管理・合併症

座長 徳 永 滋 彦（神奈川県立循環器呼吸器病センター心臓血管外科）

Ⅲ-16 Forestier 病による上気道狭窄を伴った大動脈弁逆流症に対し、術前に気管切開術を行い胸骨部分切開にて大動脈弁置換術を施行した 1 例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

齋藤翔吾、棚澤壮樹、相澤 啓、川人宏次、三澤吉雄

症例は 77 歳男性。呼吸困難を伴う大動脈弁逆流症で手術適応となった。Forestier 病に伴う上気道狭窄があり、挿管困難や抜管後の気道狭窄が懸念されたため、大動脈弁置換術前 2 週間前に気管切開術を施行した。胸骨正中切開は気管切開部位から 5cm 以上距離を置いて皮切を置き、胸骨は T 字切開による部分切開とした。大動脈弁は ATS-AP20mm で置換を行った。術後経過は良好で術後 24 病日に退院となった。

Ⅲ-18 胸腹部大動脈人工血管置換術後のグラフトにまで及ぶ創部感染に対し、持続陰圧吸引療法により改善を得た一例

医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科

井上堯文、吉本明浩、森住 誠、末松義弘

【背景】人工血管置換術後感染は保存加療に反応せず致命的となる場合もあり、再置換術の適応も多い。グラフトにまで及ぶ創部感染に対し再手術に至らず軽快した一例を報告する。【症例】41 歳男性。解離性大動脈瘤に対し胸腹部大動脈置換術施行。術後経過良好で軽快退院したが、術後約 1 ヶ月時に創部より排膿あり、緊急入院の上、持続陰圧吸引療法を開始。CT でグラフトまでの感染を認めたが、保存加療のみで改善した。

Ⅲ-17 解離性大動脈瘤に対する左開胸遠位弓部置換術中に生じた急性左心不全に対し、左室ベント併用の ECMO が有効であった一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

後藤博志、山内治雄、木下 修、星野康弘、縄田 寛、小野 稔

症例は Marfan 症候群の 29 歳女性。解離性遠位弓部大動脈瘤に対し、右半側臥位、左乳房下外縁皮膚切開、左第 4 肋間開胸にて遠位弓部置換術を施行。大腿動静脈送脱血、超低体温循環停止下で中枢側大動脈を吻合。側枝送血開始後に左室内圧上昇に伴う心筋気絶にて左心不全に陥り人工心肺離脱困難となり、心尖ベント併用 ECMO を装着した。術後心機能は速やかに回復し 2 日目に ECMO を離脱し、22 日目に退院した。

Ⅲ-19 慢性大動脈解離術後に急性硬膜下血腫を合併した 2 例
東京医科大学病院 外科第 2 講座

高橋 聡、鈴木 隼、藤吉俊毅、岩堀晃也、猪野 崇、戸口佳代、神谷健太郎、岩橋 徹、岩崎倫明、小泉信達、松山克彦、西部俊哉、荻野 均

64 歳男性。7 年前に B 型解離を発症。近位下行から腸骨動脈まで拡大し、胸腹部置換術を施行。63 歳女性。3 年前に A 型解離で上行置換術を、その後 Bentall 手術と全弓部置換術を施行。今回は下行置換術を施行。いずれも術前日に CSFD チューブを挿入。前者は術後 11 日目に、後者は術当日夜に痙攣を認めた。CT にて急性硬膜下血腫と診断。保存的治療にて軽快し、神経学的合併症なく退院。

11:02~11:34 冠動脈

座長 山 崎 真 敬（榊原記念病院 心臓血管外科）

Ⅲ-20 右冠動脈慢性完全閉塞及び巨大左室下壁瘤を認めた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 東京女子医科大学病院 心臓血管外科

梅田悦嗣¹、澤真太郎¹、齋藤博之²、齋藤 聡²、山崎健二²

症例は55歳男性。人間ドックで心電図異常指摘され、近医で心臓エコーにて下壁運動異常、冠動脈CTにて右冠動脈閉塞を認め当院循環器内科紹介。精査にて巨大な左室下壁瘤指摘され手術目的に当科紹介。手術は体外循環、心停止下に瘤切開しパッチ閉鎖術施行。瘤壁の病理診断としては、仮性偽性心室瘤であった。術後経過良好で術後15日目に退院となった。

Ⅲ-22 右冠動脈閉塞による急性心筋梗塞後心室中隔穿孔の1例

東邦大学医学部附属大森病院 心臓血管外科

川田幸太、藤井毅郎、亀田 徹、布井啓雄、大熊新之助、

片柳智之、益原大志、片山雄三、小澤 司、塩野則次、渡邊善則

症例は70歳男性。1週間前に胸痛を自覚、その後呼吸困難を訴え当院に救急搬送となった。心臓カテーテル検査で#2完全閉塞と#11 90%狭窄に加え、心室中隔穿孔（後壁型、Qp/Qs=2.1）を認めた。入院第6病日にウシ心膜を用いたDavid-Komeda法による心室中隔穿孔閉鎖術およびCABG（SVG-OM）を施行。術後経過良好であり第37病日に独歩退院となった。

Ⅲ-21 肺動脈瘤様陰影から診断に至った冠動脈肺動脈瘻の1例

東邦大学医学部附属佐倉病院 心臓血管外科

蔭藤佑哉、齋藤 綾、本村 昇

症例は73歳男性。健診で2cm大の肺動脈瘤を疑われ紹介受診。冠動脈CTでLAD/RCAに由来する冠動脈肺動脈瘻と、肺動脈前面に接する冠動脈瘤を認めた。術中に経食道心エコーで冠動脈瘤から主肺動脈への流入孔を複数確認。HyperEYEを用いたICG標識で瘻孔血管を確認。人工心肺補助、心拍動下に瘻孔血管を可及的に結紮切除。冠動脈瘤は縦切開し交通孔閉鎖後に縫合閉鎖した。HyperEYEで瘻孔血管と瘤の消失を確認し手術終了。術後経過良好でPOD13に退院した。

Ⅲ-23 Jatene術後遠隔期にLMTに狭窄を指摘され、LMT入口部へpatch plastyを施行した1例

財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 心臓血管外科

齋藤大樹、高橋幸宏、安藤 誠、和田直樹、桑原優大

症例は29歳男性。生後d-TGAの診断で1歳時にJatene術を施行。12歳時フォローの心エコーにてAr、Mrを認め、TI-SPECTにてLAD領域に虚血が疑われた。CAGではLMT orificeに75%程度の狭窄が認められたが、自覚症状なし。その後も1~2年に1度のTI負荷シンチにてフォローされたが、徐々にLMT入口部の狭窄が目立つようになり当院紹介受診。当院でLt Saphenous veinを用いたLMT patch plastyを施行したので報告する。

13:48~14:28 心臓腫瘍 1

座長 北 村 律（北里大学 心臓血管外科）

Ⅲ-24 僧帽弁前尖まで浸潤していた左房内肉腫に対して腫瘍切除と僧帽弁形成術を行った1例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

長岡英気、水野友裕、大井啓司、八島正文、八丸 剛、黒木秀仁、田崎 大、藤原立樹、竹下齊史、木下亮二、荒井裕国
症例は61歳女性。前医で左房内の広基性腫瘍を認め当院紹介となった。術中初見で腫瘍は中隔から僧帽弁前尖、左房後壁、肺静脈まで浸潤。腫瘍切除の際に僧帽弁輪と前尖の一部も合併切除し自己心膜パッチで補填、弁形成を行った。広汎に欠損した左房壁は牛心膜パッチで再建した。病理は未分化型多形性肉腫と診断。現在他院で放射線・化学療法中である。

Ⅲ-26 心タンポナーデを呈した右房原発血管肉腫の一例

東京都済生会中央病院 心臓血管外科

齋藤純健、大坪 諭、藤村直樹、高松正憲、廣谷 隆

59歳男性。歩行中に意識消失し当院へ救急搬送され来院時ショックバイタルであった。心エコー検査で心嚢液貯留あり、造影CT検査で明らかな大動脈解離の所見なし。心嚢穿刺施行し血性排液を認めた。緊急で試験開胸術施行し右房原発の腫瘍性病変からの出血、心タンポナーデを認め腫瘍切除術施行。術後19病日で独歩退院となった。病理組織診断で心臓原発血管肉腫の診断で現在術後補助放射線治療中。心臓原発血管肉腫は稀な疾患のため文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-28 Carney 症候群に伴う多発性心臓粘液腫の1手術症例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院 循環器センター外科

李 洋伸、成瀬好洋、田中慶太

症例は39歳男性。結腸悪性黒色腫術後で経過観察中、CTで心内陰影欠損を指摘された。心エコーで左房内に24mm大の腫瘤を認め手術の方針とした。完全体外循環、心停止下に心房中隔に付着する広基性の左房腫瘍を摘出した。術中、右房内にも5mm大の腫瘍を認めたため追加切除した。腫瘍は病理学的に多発性粘液腫と診断された。本症例は先端巨大症で下垂体手術の既往があり、subclinical cushing 症候群を認めることから Carney 症候群と診断した。術後経過は順調である。

Ⅲ-25 心膜へ浸潤した胸腺扁平上皮癌を合併した僧帽弁閉鎖不全症の手術症例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

2 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 外科治療学

李 相憲¹、徳永滋彦¹、富永訓央¹、田尻道彦²、磯松幸尚³、益田宗孝³

症例は67歳女性。前縦隔腫瘍の精査中に急性心不全をきたし急性重症僧帽弁閉鎖不全症と診断。さらに冠動脈造影にて2枝病変を指摘された。

手術は前縦隔腫瘍摘出（心膜・左肺上葉部分合併切除）、僧帽弁形成、冠動脈バイパス2枝を施行。術後病理診断にて胸腺扁平上皮癌との診断を得た。前縦隔腫瘍合併の心臓手術について文献的考察をふまえて報告する。

Ⅲ-27 Calcified amorphous tumor に対する1手術例

千葉大学医学部附属病院

稲毛雄一、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、田村友作、

渡邊倫子、阿部真一郎、乾 友彦、松宮護郎

症例は40歳女性。慢性腎不全で3年前から腹膜透析施行中。炎症反応高値などで約3年前から外来経過観察中であった。経胸壁心臓超音波検査で大動脈弁左室流出路に可能性の高い腫瘤を認めた。CAT (calcified amorphous tumor) が疑われ当科にて手術を施行した。病理所見でもCAT矛盾しない結果であった。心臓腫瘤として稀であるCATを偶然発見し、安全に腫瘤摘除術を施行できた。若干の文献的考察を加えて報告する。

14:28~15:08 心臓腫瘍 2

座長 大 坪 諭（済生会中央病院 心臓血管外科）

Ⅲ-29 Caseous calcification of mitral valve annulus の一手術例

1 松戸市立病院心臓血管センター心臓血管外科

2 松戸市立病院 循環器内科

泉本浩史¹、滝口 信¹、福島賢一²、小宮山伸之²、石原和明¹

80歳女性。近医より心エコー検査にて僧帽弁の腫瘍を指摘され来院。中等度の逆流を伴う僧帽弁弁輪部15×20mmの腫瘍様病変あり。経過観察中に閉鎖不全増悪による心不全で入院し、手術となった。ATS20mmの大動脈弁を用いた弁置換術を施行。術後経過は良好。病理検査にてcaseous calcificationと診断された。考察を含めて発表する。

Ⅲ-31 CABG、右下葉切除術後のためアプローチ法を工夫した左房粘液腫の一例

日本医科大学 心臓血管外科

前田基博、田上素子、白川 真、川瀬康裕、石井庸介、師田哲郎、新田 隆

74歳男性。CABG（LITA-LAD、SVG-D1）、右下葉切除術の既往がある。術後経過にて左房粘液腫を指摘。グラフトは共に開存し胸骨直下を走行しており、胸骨正中切開は困難と考えられた。右開胸アプローチは術後の癒着と低肺機能のため困難と判断。右第3肋間逆L字lower partial sternotomyを選択。右大腿静脈脱血、右腋窩動脈送血にて体外循環を確立。低体温、心室細動下で経左房中隔にて粘液腫摘出した。本症例に関して文献的考察を踏まえて報告する。

Ⅲ-33 収縮性心膜炎を呈した心膜悪性中皮腫の1例

船橋市立医療センター心臓血管外科

野村亜南、高原善治、茂木健司、櫻井 学、若林 豊、藤井政彦
症例は64歳女性。乳癌術後で放射線照射の既往あり。H24/6月～心嚢液貯留を認めたが、細胞診では悪性所見はなく、放射線性心膜炎の診断となった。H26/8月頃から呼吸困難が出現し、エコー上、収縮性心膜炎が疑われた。胸膜開窓術を施行したが効果不十分であり、H27/4月に心膜剥皮術を施行。病理診断では悪性中皮腫の診断となった。術後は徐々に全身状態が悪化し、モルヒネが導入となり第22病日に死亡となった。心膜悪性中皮腫は稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-30 心不全で発症し経僧房弁で摘出した巨大左室内粘液腫の一例

横浜市立大学 外科治療学、心臓血管外科

藪 直人、合田真海、町田大輔、郷田素彦、磯松幸尚、鈴木伸一、益田宗孝

66歳男性。呼吸困難感を主訴に他院受診。心エコーで左室・右房内に腫瘍性病変認め、血栓の疑いで抗凝固療法開始するも縮小傾向なく、手術目的で当院に転院。手術時右房内に腫瘍は認めず。経中隔アプローチで左房に到達、僧帽弁越しに左室内腫瘍を認めた。乳頭筋を含む巨大腫瘍の為、僧帽弁を温存しての腫瘍切除は困難であり、前尖・後尖ともに切除し腫瘍切除後に僧帽弁置換術を施行した。

Ⅲ-32 左房内に生じた心臓内膜肉腫の一例

1 防衛医科大学校病院 第2外科

2 自衛隊中央病院 胸部外科

西田浩介¹、磯田 晋¹、木村民蔵¹、堤 浩二¹、田中克典¹、西村健二²、山中 望¹、田口真一¹

症例は51歳、女性。労作時呼吸困難で近医を受診し、心不全で入院となり、左房内腫瘍と診断され当院に手術目的紹介された。術前精査では左房内から肺静脈にかけて3か所程の腫瘍性病変が確認された。術中所見では左房内壁、僧帽弁、肺静脈内に計5か所の病変があり、切除した。病理診断は当初、平滑筋肉腫であったが、追加検討した免疫組織化学染色でMDM2陽性であり、内膜肉腫との最終報告であった。心臓内膜肉腫は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

15:55~16:27 心臓 その他 1

座長 磯 田 晋 (横浜市立大学 心臓血管外科)

Ⅲ-34 VSD 術後遠隔期に VT を発症し、マッピングガイド下 VT 手術にて根治し得た一例

日本医科大学付属病院

笹本 希、坂本俊一郎、川瀬康裕、佐々木孝、新田 隆

15 歳男性。VT にて心肺蘇生を受けた。3 歳時に VSD に対する手術の際、右冠動脈の空気塞栓を合併。前医での EPS にて左室下壁心外膜起源の VT が疑われた。手術までは着用型自動除細動器 (WCD) を着用。

マッピングガイド下に手術施行。VT は後下行枝に沿う左室下壁に再早期興奮部位を有し、巣状興奮を呈していた。同部位に左室切開と切開創周囲の凍結凝固施行。現在無投薬、WCD 着用下に経過観察中であるが VT の再発はない。VSD 手術後遠隔期に発症した VT は稀であり報告する。

Ⅲ-35 大動脈弁狭窄症と大動脈弁直下起源の心室性期外収縮に対して外科的加療が奏功した 1 例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

桐谷ゆり子、金子達夫、江連雅彦、長谷川豊、木村知恵里、岡田修一、小此木修一、小前兵衛

73 歳女性。本年 1 月から動悸が出現。近医にて Holter 心電図を施行され PVC 22706 beats/day が認められた。また、心エコー精査で severe AS の診断を受けた。PVC 起源は LCC 下が疑われた。AVR:19 MAGNA EASE 手術時に LCC 弁下組織の cryoablation を施行された。術後 PVC は 1038 beats/day と著明に減少し、軽快退院となった。文献的考察を含め報告する。

Ⅲ-36 成人期に心不全を発症した修正大血管転位の 1 例

北里大学医学部 心臓血管外科

松代卓也、杉本晃一、中村祐希、吉井 剛、鳥井晋三、

北村 律、宝来哲也、友保貴博、田中佑貴、近藤 真、宮地 鑑
症例は 41 歳男性、修正大血管転位 (ccTGA)、左側房室弁閉鎖不全 (TR:IV 度)、体心室機能低下 (EF=25%)。生来無症状であったが、34 歳時に完全房室ブロックでペースメーカーを移植後、TR が増悪し心不全を呈した (NYHA IV 度)。房室弁輪形成、肺動脈絞扼術 (PAB)、CRT-p を施行、心不全は軽快した。ccTGA の TR による心不全に対する PAB と CRT-p の有効性は小児では報告されているが、成人例での報告はない。

Ⅲ-37 高エネルギー外傷による心合併症の一治験例

日本医科大学付属千葉北総病院

網谷亮輔、廣本敦之、仁科 大、藤井正大、別所竜蔵

症例は 38 歳男性。作業中に鉄製パレット (100kg) に潰されて受傷し、Dr Heli で当院に救急搬送された。救命センターにて両側肺挫傷・血胸、心ヘルニア・心挫傷のため clamshell 開胸で修復術がなされ、ICU にて ECMO 管理となった。その後、心不全が遷延し精査にて前尖逸脱による重度僧帽弁閉鎖不全症と診断され当科転科となり、癒着のため難渋しつつも再開胸による僧帽弁形成術を施行した。術後に縦隔炎を発症したが、持続洗浄陰圧療法で軽快しリハビリのため転院、現在外来経過観察中である。

16:27~16:59 心臓 その他2

座長 瀬戸 達一郎（信州大学 心臓血管外科）

Ⅲ-38 好酸球性心筋炎後の拘束性心筋症・連合弁膜症に対して左室形成・大動脈弁置換・僧帽弁形成術を施行した一例
横浜栄共済病院 胸部心臓血管外科
安部孝俊、永峯 洋、伊達勇佑、原 祐郁、川瀬裕志
症例は73歳男性。40歳代に好酸球性増多症・拘束性心筋症と診断。これまでに大動脈弁閉鎖不全症・僧帽弁閉鎖不全症が徐々に進行。今回、心不全のコントロールが困難となり紹介となった。大動脈弁置換：Magna Ease 21mm、左室形成：心尖部を切開、乳頭筋レベルから心尖部にかけて生じた心内膜の繊維性肥厚ならびに石灰化病変を切除・摘出、僧帽弁形成術：Physio II 34mm、papillary muscle approximationを施行した。

Ⅲ-40 蛋白漏出性胃腸症を呈した開心術後収縮性心膜炎の1手術例
新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科
名村 理、岡本竹司、長澤綾子、佐藤裕喜、青木賢治、榛澤和彦、土田正則
36歳男性。14歳時にASD閉鎖術、18歳時にMVR+TAPの既往がある。27歳頃から下腿浮腫、うっ血肝が出現し、利尿剤増量で加療されていた。35歳時、下腿浮腫の増悪を認め、精査を施行。収縮性心膜炎、蛋白漏出性胃腸症と診断され、手術適応となった。CTで左室周囲主体に心膜の肥厚石灰化を認めたため、左前側方開胸で心膜切除術を施行。術後は心不全コントロールにやや時間を要し、36病日退院。術後約3か月で、血清総蛋白は正常化した。

Ⅲ-39 左房内血栓を伴った収縮性心膜炎の1例
埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科
卯田昌代、岡田至弘、道本 智、池田昌弘、高橋 研、神戸 将、田畑美弥子、小池裕之、中嶋博之、上部一彦、朝倉利久、井口篤志、新浪博士
症例は71歳男性。無尿、空咳、体重増加、起坐呼吸があり、胸部CTにて心膜の石灰化を認め収縮性心膜炎と診断された。経胸壁心エコーにて左房内に浮遊性3×3cmの腫瘤を認め、翌日緊急で左房内腫瘤摘出術、心膜剥離術を施行した。病理診断の結果、左房内腫瘤は血栓であり慢性収縮性心膜炎と診断された。僧帽弁狭窄症を伴わない左房内血栓はまれであり若干の考察を加え報告する。

Ⅲ-41 MVP後に被包化慢性血腫を伴う収縮性心膜炎をきたした症例
東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科
田畑達也、立石 渉、片岡 豪、佐藤敦彦、浅野竜太、中野清治
75歳男性。11年前にMVPを施行された。下腿浮腫と呼吸苦あり。右心カテーテルにてPCWP33/33 (31)、PA42/33 (36)、RV42/20 (18)、RA27 (mmHg)と両心拡張不全の所見であった。CT上、心膜の石灰化および心下面に73×14mmの心嚢腔内被包化慢性血腫を疑う境界明瞭な腫瘤性病変を認め、これらが原因の心不全と考え、手術施行。手術は心膜切除および血腫除去+TAP (MC3 28mm)。術後著明に右心圧は改善した。

16:59~17:23 大血管 8 その他

座長 藤 井 奨（荻窪病院 心臓血管外科）

Ⅲ-42 胸部大動脈瘤食道瘻の1例

社会福祉法人三井記念病院 心臓血管外科

長内 享、竹谷 剛、楠原隆義、三浦純男、福田幸人、
大野貴之、高本真一

症例は91歳、男性、タール便と貧血を主訴に近医を受診。CTで胸部大動脈瘤切迫破裂、食道瘻の診断となり緊急手術目的に当院搬送となった。止血目的に同日緊急TEVARを施行。超高齢であったが御家族より強い治療希望があり、第5病日に左開胸下行大動脈人工血管置換、大網充填、食道亜全摘、頸部食道瘻造設。小腸瘻造設術を施行。第10病日に人工呼吸器離脱しその後大きな合併症無く経過し、第46病日にリハビリテーション目的に転院となった。

Ⅲ-43 大動脈食道瘻を来した進行食道癌に対して緊急TEVAR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

三村慎也、篠永真弓、倉岡節夫

症例は63歳男性。Stage 4bの進行食道癌に対し、放射線療法開始予定であったが、吐血し救急搬送、上部消化管内視鏡施行し可視範囲内の癌を焼灼、一旦は止血が得られたが、再吐血、ショック状態となった。CTで食道内に造影剤の漏出が疑われ、大動脈食道瘻と診断、当院へ転院搬送された。緊急TEVARを施行、術後、吐血は認めず、術後2日目に紹介元へ転院した。その後は食道癌により約3ヶ月後に永眠されたがTEVARにより末期癌のQOL改善が図られた。

Ⅲ-44 右大腿骨骨幹部骨折術後13日目、立位リハビリ開始5日目で発症した肺塞栓症の1例

茨城西南医療センター病院 心臓血管外科

指宿知子、小石沢正、大坂基男

80歳女性、整形外科手術後リハビリ期間中に発症した急性肺塞栓症に対し、PCPS補助下に緊急で肺動脈血栓摘除術を施行し、救命できた症例を経験した。肺塞栓症は院内発症が51%でそのうち69%が術後患者である。ガイドラインでは患者背景や手術内容によってリスク分類や予防法が考慮されているが、術後は出血のリスクもあり適応に苦慮することがある。近年、術後肺塞栓症の発症リスクは高まっていることを周知する必要がある。

日本胸部外科学会関東甲信越地方会

賛 助 会 員

会社名	住所	電話番号 FAX番号
(株)アスト	355-0063 東松山市元宿 2-36-20	0493-35-1811
エドワーズライフサイエンス(株) 東京支店	164-0012 中野区本町 2-46-1 中野坂上サンブライツツイン 11F	03-6859-0920 03-6859-0995
(株)エムシー 第二営業部	151-0053 渋谷区代々木 2-27-11 AS-4 ビル	03-3374-9873 03-3370-2725
セント・ジュード・メディカル(株) 東京営業所	160-0022 新宿区新宿 6-27-30 新宿イーストサイドスクエア 5F	03-5155-4501 03-5285-0051
泉工医科工業(株)	113-0033 文京区本郷 3-43-16 成田ビル 5F	03-3812-3254
テルモ(株) 東京中央支店	112-0001 文京区白山 5-1-3-101 東京富山会館ビル 6F	03-5761-1043 03-5761-1033
日本ライフライン(株) CVE事業部	140-0002 品川区東品川 2-2-20 天王洲郵船ビル 25F	03-6711-5210

2015 年 8 月末日現在

日本胸部外科学会関東甲信越地方会

2016・2017 年度予定表

回 数	会 長	所 属	開催日	会 場
第 170 回	益田 宗孝	横浜市立大学大学院医学研究科 外科治療学	2016 年 3 月 12 日 (土)	パシフィコ横浜
第 171 回	荒井 裕国	東京医科歯科大学大学院・ 医歯学総合研究科 心臓血管外科学	2016 年 6 月 11 日 (土)	都市センターホテル
第 172 回	中島 淳	東京大学大学院・医学研究科 呼吸器外科学	2016 年 11 月 5 日 (土)	ステーションコンファレンス東京
第 173 回	新田 隆	日本医科大学付属病院 心臓血管外科	2017 年 3 月 11 日 (土)	ステーションコンファレンス東京

2015 年 6 月 幹事会決定

ご 案 内

会員の皆様には、日頃会務にご協力いただきましてありがとうございます。
さて、住所変更・入会の折には必ず、下記の事務局宛に提出していただきます
ようお願い申し上げます。

記

◎ご入会・住所変更等の連絡先

日本胸部外科学会関東甲信越地方会事務局

〒112-0004 東京都文京区後楽 2-3-27
テラル後楽ビル 1 階
特定非営利活動法人日本胸部外科学会内
TEL：03-3812-4253 FAX：03-3816-4560
URL：http://square.umin.ac.jp/jats-knt/
E-mail：jatsknt-adm@umin.ac.jp