

第173回 日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2017年3月11日（土）

会場： ステーションコンファレンス東京

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 1-7-12

総合受付 ホワイエ（5階）

PC受付 ホワイエ（5階）

第Ⅰ会場 501AS（5階）

第Ⅱ会場 501B（5階）

第Ⅲ会場 503CD（5階）

幹事会 605ABC（6階）

世話人会 604（6階）

会長： 新田 隆

日本医科大学大学院 医学研究科 心臓血管外科学分野

〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5

TEL：03-3822-2131 FAX：03-5685-0985

参加費： 1,000円

（当日受付でお支払い下さい）

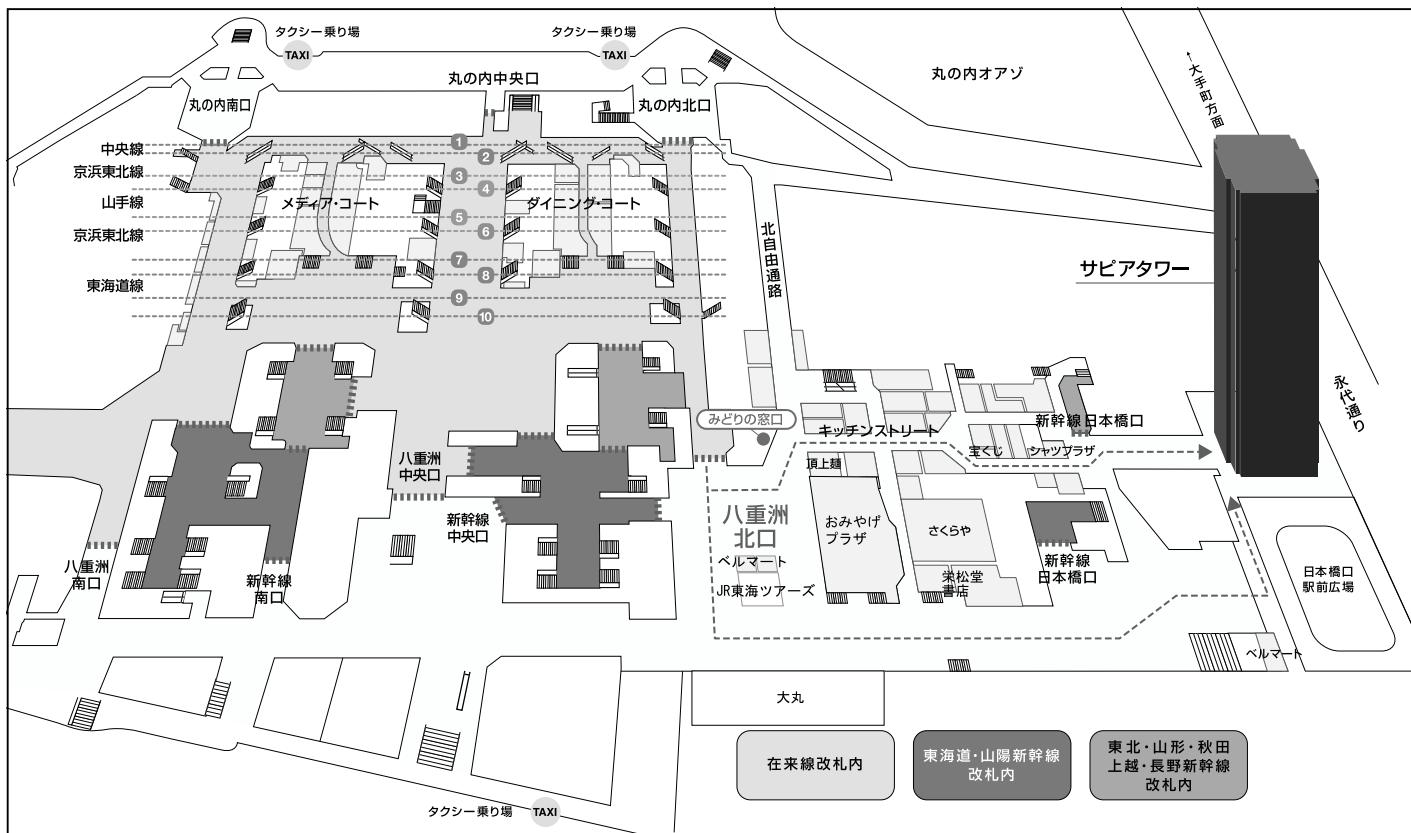
- ご注意：
- (1) PC発表のみになりますので、ご注意下さい。
 - (2) PC受付は60分前（ただし、受付開始は8:00です）。
 - (3) 一般演題は口演5分、討論3分です（時間厳守でお願いいたします）。
 - (4) 追加発言、質疑応答は地方会記事には掲載いたしません。
 - (5) 演者は当会会員に限られております。発表前に当会への入会手続きをお願いいたします。

【会場案内図】

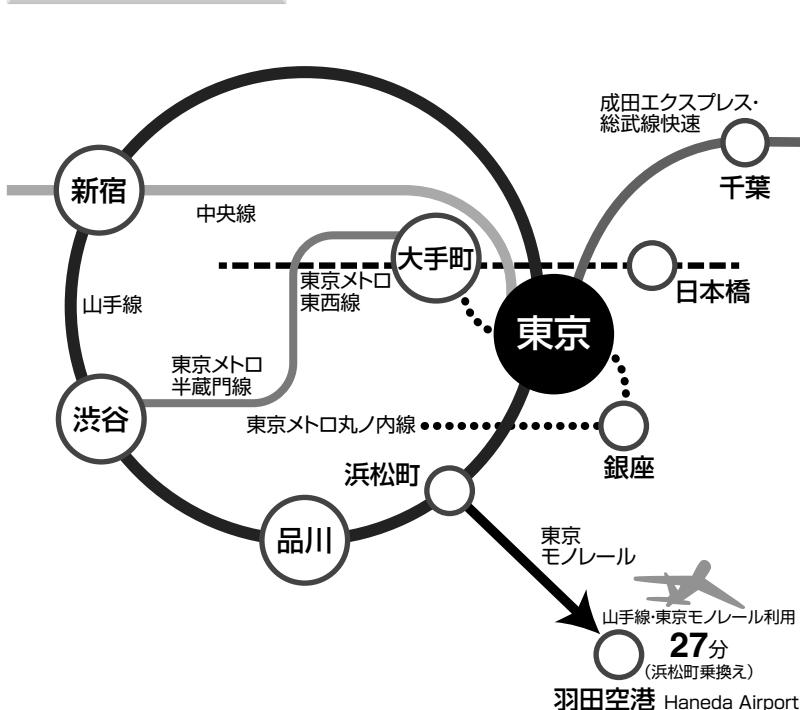
ステーションコンファレンス東京

〒100-0005 東京都千代田区丸の内一丁目7番12号
サピアタワー 4階～6階
TEL: 03-6888-8080

会場周辺図



路線図



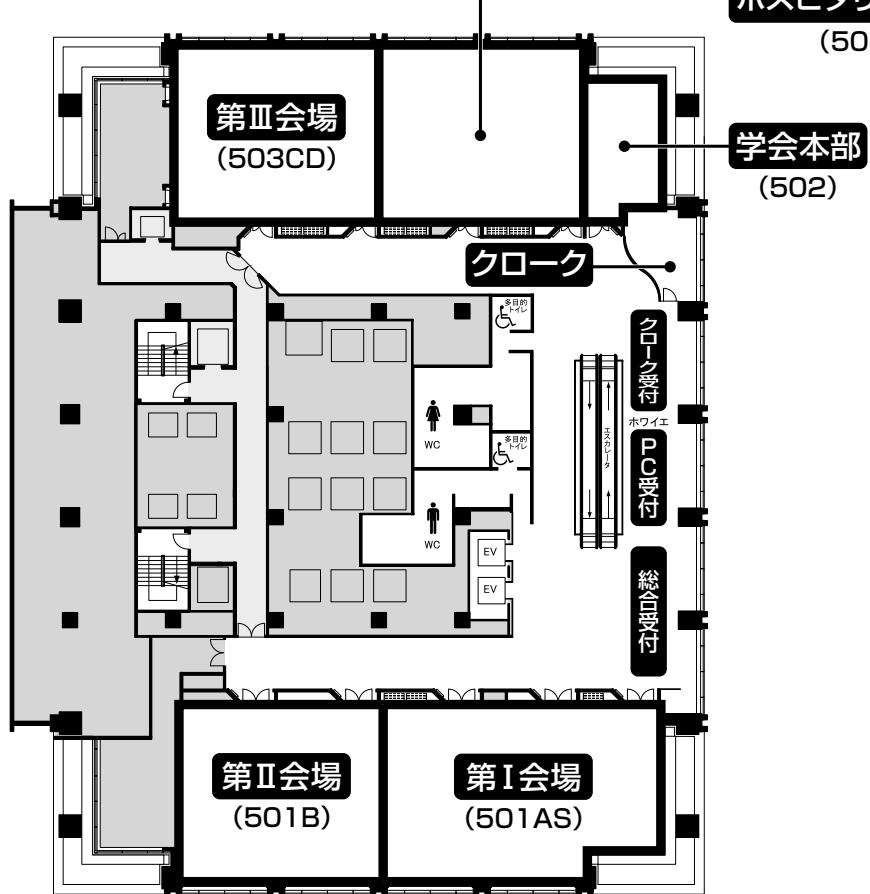
交通機関と所要時間

- 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
- ※お車でお越しのお客様はビル内の時間貸し駐車場をご利用ください。

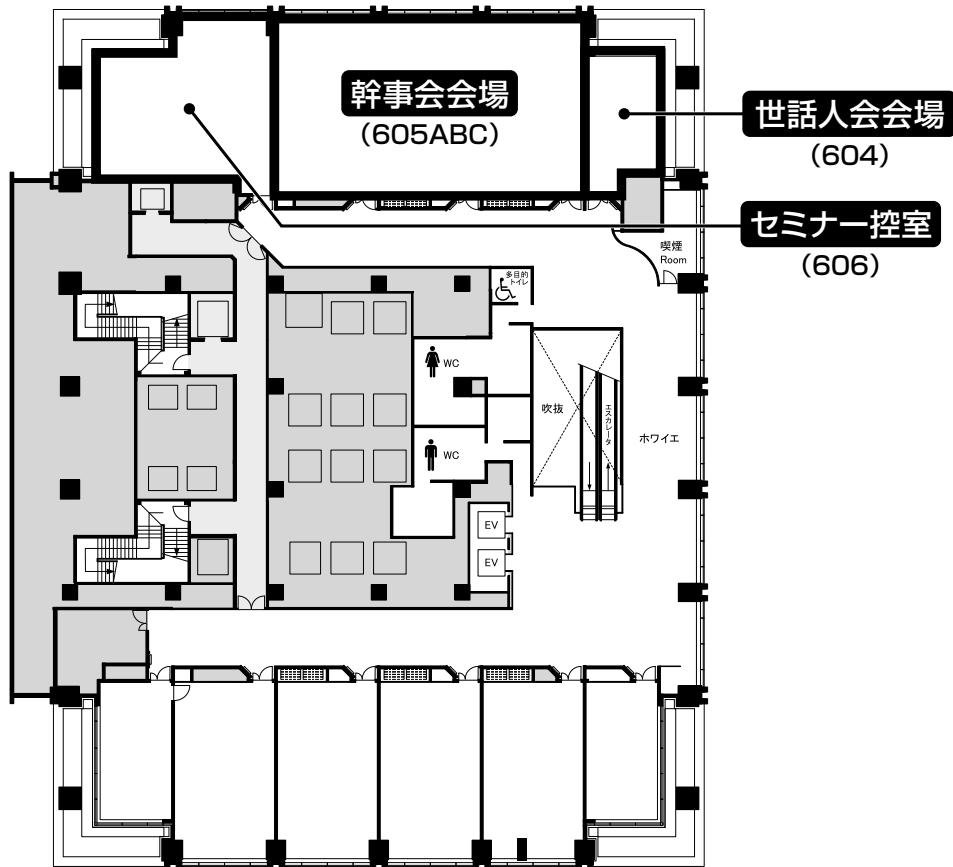
【場内案内図】

ステーションコンファレンス東京

■5F



■6F



第Ⅰ会場 (501AS)

8:25~8:30 開会式

8:30~9:18

冠動脈

1~6 北中 陽介
聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科
田畠美弥子
大和成和病院 心臓血管外科

9:18~9:50

弁膜症①

7~10 村田聖一郎
板橋中央総合病院 心臓血管外科
金村 賦之
イムス葛飾ハートセンター
心臓血管外科

10:00~10:48

学生発表①

11~16 荒井 裕国
東京医科歯科大学大学院
心臓血管外科
土田 正則
新潟大学大学院医歯学総合研究科
呼吸循環外科学分野

10:50~11:22

弁膜症②

17~20 岩倉 具宏
明理会中央総合病院 心臓血管外科
田中 千陽*
東海大学八王子病院 心臓血管外科

ランチョンセミナー 1 【大血管】

11:45~12:00

①GTCSからの報告

演者 吉野 一郎
千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科
12:00~12:50
②『バルサルバグラフトを使用した自己弁温存
大動脈基部置換術』
座長 志水 秀行
慶應義塾大学医学部 外科(心臓血管)
演者 湊谷 謙司
京都大学大学院医学研究科 心臓血管外科学
共催:日本ライフライン株式会社

第Ⅱ会場 (501B)

8:30~9:18

心臓腫瘍①

1~6 大坪 諭
東京都済生会中央病院 心臓血管外科
岡村 賢一*
東京大学医学部附属病院 心臓外科

9:18~9:58

肺 良性疾患

7~11 菱田 智之
慶應義塾大学 呼吸器外科
服部 有俊
順天堂大学 呼吸器外科学講座

10:00~10:48

学生発表②

12~16 金子 公一
埼玉医科大学国際医療センター
呼吸器外科
新田 隆
日本医科大学大学院 医学研究科
心臓血管外科学分野

10:50~11:22

食道

17~20 上野 正紀
虎の門病院 消化器外科
萩原 信敏
日本医科大学 消化器外科

ランチョンセミナー 2 【呼吸器】

11:45~12:00

①GTCSからの報告(中継)

演者 吉野 一郎
千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科
12:00~12:50
②『各種肺疾患における手術の有用性を考える。
—非悪性例を中心にして—』
座長 白田 実男
日本医科大学大学院 医学研究科
呼吸器外科学分野
演者 岩崎 昭憲
福岡大学医学部 呼吸器・乳腺内分泌・小児外科
共催:コヴィディエン ジャパン株式会社

第Ⅲ会場 (503CD)

8:30~9:18

大血管①

1~6 三浦 純男
三井記念病院 心臓血管外科
千葉 清*
聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科

9:18~10:06

大血管②

7~12 柴田 講
NTT東日本関東病院 心臓血管外科
益原 大志
東邦大学医学部外科学講座
心臓血管外科学分野

10:08~10:48

先天性①

13~17 白石 修一
新潟大学医歯学総合病院
心臓血管外科・呼吸器外科(第二外科)
杉本 晃一
北里大学病院 心臓血管外科

10:50~11:30

先天性②

18~22 和田 直樹
榎原記念病院 心臓血管外科
桝岡 歩
埼玉医科大学国際医療センター
小児心臓外科

ランチョンセミナー 3 【成人心臓】

11:45~12:00

①GTCSからの報告(中継)

演者 吉野 一郎
千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科
12:00~12:50
②『心不全に対する外科的治療戦略』
座長 新田 隆
日本医科大学大学院 医学研究科
心臓血管外科学分野
演者 塩瀬 明
九州大学大学院医学研究科 循環器外科学
共催:エドワーズライフサイエンス株式会社

9:00~9:50

世話人会 (604)

11:00~11:50

幹事会 (605ABC)

第Ⅰ会場 (501AS)

12:50~12:55
名誉会員授与式

12:55~13:05
学生表彰

13:10~13:42
心合併症
21~24 梶本 完
順天堂大学 心臓血管外科学講座
藤原 立樹*
東京医科歯科大学大学院
心臓血管外科

13:42~14:30
心臓腫瘍②・その他
25~30 真鍋 晋
総合病院 土浦協同病院 心臓外科
渡邊 嘉之
大森赤十字病院 心臓血管外科

14:32~15:22
アフタヌーンセミナー1
【キャリアパス】
『眠ってはいけないキャリア作りの話』
座長 田中 正史
日本大学医学部 心臓血管外科
演者 田端 実
東京ベイ・浦安市川医療センター
心臓血管外科
共催：泉工医科工業株式会社

15:22~15:54
弁膜症③
31~34 阿部 恒平
聖路加国際病院 心臓血管外科
神戸 将
深谷赤十字病院 心臓血管外科

15:54~16:34
Best Abstract Award
(BAA)：心臓
35~39 森田紀代造
東京慈恵会医科大学
心臓外科学講座
渡邊 善則
東邦大学医学部外科学講座
心臓血管外科学分野

第Ⅱ会場 (501B)

12:50~12:55
名誉会員授与式（中継）

12:55~13:05
学生表彰（中継）

13:10~13:50
拡大手術
21~25 上原 浩文
帝京大学医学部 呼吸器外科
井上 達哉
日本医科大学付属病院 呼吸器外科

13:50~14:30
縦隔
26~30 安樂 真樹
東京大学医学部附属病院 呼吸器外科
萩原 優
東京医科大学 呼吸器外科

14:32~15:22
アフタヌーンセミナー2
【小児心臓】
『先天性心疾患における再開胸術』
座長 宮地 鑑
北里大学医学部 心臓血管外科学
演者 笠原 真悟
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
高齢社会医療・介護機器研究推進講座、
心臓血管外科兼任
共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

15:22~15:54
肺 悪性疾患
31~34 牧野 崇
東邦大学医療センター大森病院
呼吸器外科
窪倉 浩俊
日本医科大学武藏小杉病院
呼吸器外科

15:54~16:34
Best Abstract Award
(BAA)：肺
35~39 石橋 洋則
東京医科歯科大学 呼吸器外科学
河内 利賢
杏林大学医学部付属病院
呼吸器・甲状腺外科

第Ⅲ会場 (503CD)

12:50~12:55
名誉会員授与式（中継）

12:55~13:05
学生表彰（中継）

13:10~13:42
先天性③
23~26 太田 教隆
神奈川県立こども医療センター
心臓血管外科
木村 成卓
慶應義塾大学 心臓血管外科

13:42~14:14
先天性④
27~30 益澤 明広
東京大学医学部附属病院 心臓外科
梶沢 政司*
千葉県循環器病センター
心臓血管外科

14:32~15:22
アフタヌーンセミナー3
【ステントグラフト】
『B型大動脈解離に対するCTAGによる
preemptive TEVAR
～グラフトサイズの選択と近接期大動
脈形態の変化について～』
座長 由利 康一
自治医科大学附属さいたま医療センター
心臓血管外科
演者 志村信一郎
東海大学医学部外科学系 心臓血管外科学
共催：日本ゴア株式会社

15:22~16:10
大血管③
31~36 中村 喜次
千葉西総合病院 心臓血管外科
藤吉 俊毅*
東京医科大学 心臓血管外科

16:10~16:50
大血管④
37~41 丸田 一人
昭和大学医学部 心臓血管外科学部門
三富 樹郷*
筑波大学附属病院 心臓血管外科

第Ⅰ会場 (501AS)

16:34~17:14

VSP・その他

40~44 黄野 皓木

千葉大学医学部附属病院
心臓血管外科

岡村 誉*

練馬光が丘病院 心臓血管外科

17:14~17:46

弁膜症④

45~48 柴崎 郁子

獨協医科大学 心臓・血管外科学

北村 律

北里大学病院 心臓血管外科

17:46~17:51

BAA表彰

17:51~17:55 閉会式

第Ⅱ会場 (501B)

16:34~17:14

合併症・感染症

40~44 北見 明彦

昭和大学横浜市北部病院
呼吸器センター

榎本 豊

日本私立学校振興・共済事業団
東京臨海病院 呼吸器外科

17:14~17:46

気胸

45~48 佐治 久

聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科

吉野 直之

日本医科大学多摩永山病院
呼吸器外科

第Ⅲ会場 (503CD)

16:50~17:30

大血管⑤

42~46 浅野 宗一

千葉県循環器病センター
心臓血管外科

村岡 新*

自治医科大学 心臓血管外科部門

* : 日本心臓血管外科学会U-40 推薦

第Ⅰ会場：501AS

8:30~9:18 冠動脈

座長 北中陽介（聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科）
田畠美弥子（大和成和病院 心臓血管外科）

I-1 金属アレルギーによる冠動脈ステント早期閉塞例に対してCABGを施行した一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

乾 明敏、内藤敬嗣、黒子洋介、繩田 寛、小野 稔

症例は55歳男性。冠動脈3枝病変に対するPCIを計3回施行するも、早期のステント閉塞・血栓症を繰り返し、手術目的に当院紹介。凝固機能異常はなくHIT抗体も陰性であり、ステント構成成分に対するアレルギーを疑い精査した結果、ニッケルアレルギーと診断。ニッケル含有物を使用せずに手術を施行した。術後CAGではバイパス血管の開存と新規病変がないことを確認した。金属アレルギー症例に対する心臓手術の報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

I-2 収縮性心膜炎を合併した冠動脈病変にoff-pump CABGとwaffle procedureを1期的に行った1例

筑波メディカルセンター病院 心臓血管外科

池田晃彦、佐藤藤夫、加藤秀之、米山文弥、軸屋智昭

収縮性心膜炎を合併した冠動脈病変の治療に関する報告は少ない。症例は61歳、男性。呼吸困難感と全身の浮腫を主訴に受診した。CTで心膜の肥厚と両側胸水貯留を認め、収縮性心膜炎と診断した。冠動脈造影検査でLADに狭窄を認めた。人工心肺を使用せず、心膜剥離術、waffle procedure、およびCABG(LITA-LAD)を1期的に行った。収縮性心膜炎を合併した症例でoff-pump CABGは可能であり、有効な冠血行再建術であることが示された。

I-3 冠動脈狭窄を合併した左鎖骨下動脈盗血症候群の1手術例

1 藤沢市民病院

2 横浜市立大学附属病院

松木佑介¹、磯田 晋¹、山崎一也¹、金子翔太郎¹、益田宗孝²

症例は67歳、男性。めまいと意識消失で近医受診。両上肢に圧較差認め、左鎖骨下動脈盗血症候群疑い当院受診。CTAで左鎖骨下動脈入口部閉塞、冠動脈石灰化認めCAG施行。#5 75%を含む3枝病変でLITA低形成であった。冠動脈再建を先行しOPCAB(Ao-SVG-4PD、Y-Composit-Free RITA-LAD)施行。二期的にLt.Ax-Rt.Ax bypassを施行し症状改善。左鎖骨下動脈盗血症候群を合併した冠動脈再建の治療戦略について考察する。

I-4 CPA蘇生後のectopic RCAを伴なうLMT病変に対して、予防的にRCA#3に対してバイパスを施行した一例

1 平塚共済病院 心臓センター 心臓血管外科

2 小田原市立病院 心臓血管外科

杉山博太郎¹、宮島敬介¹、高橋政夫¹、畠田和嘉²、石川智啓²

冠動脈起始異常は稀な先天奇形だが、運動中に突然死を引き起こすことがある。症例は52歳男性。祭りで神輿を担いでいる時にCPAとなり救急搬送となった。来院時に施行したCAGで偶然ectopic RCAが指摘された。CPAはLMT病変に起因するVFによるものだと考えられた。RCAはOCTで5.7mm²と径は保たれていたが、AortaとPAに圧迫されて変形していた。手術はOPCAB4枝(LITA-LAD、RA-D-PL、SVG-RCA#3)を施行した。予防的SVG-RCAの意義について議論したい。

I-5 冠動脈瘤を合併した川崎病に対して冠動脈バイパス術(LITA-LAD)および右冠動脈瘤縫縮術を施行した一例

日本医科大学 心臓血管外科

岡本浩和、佐々木孝、石井庸介、新田 隆

症例は7歳8か月男児、4歳3か月時に川崎病に罹患、第19病日に両側冠動脈瘤が出現、抗凝固療法で経過観察とされていた。6歳11か月時の冠脈造影検査において瘤内血栓、進行性の瘤前狭窄を認めた。負荷NH₃-PETでLAD領域の高度集積低下を認め、血流停滞を伴う右冠動脈瘤も認められた。手術は冠動脈バイパス術(LITA-LAD)と、右冠動脈瘤縫縮術を施行した。

I-6 冠動脈肺動脈瘻を合併した上行大動脈瘤の一例

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、松尾浩三、林田直樹、大場正直、

丸山拓人、桝沢政司、若林 豊、伊藤貴弘、村山博和

症例は73歳女性。上行大動脈瘤のため当科外来通院中、瘤径が60mmになり手術方針となった。以前から右冠動脈、左前下行枝から肺動脈本幹へのシャントおよびその瘤化が指摘されており、拡大傾向も認めたため同時手術の予定となった。手術は上行弓部置換術、冠動脈肺動脈瘻閉鎖術を施行した。術後とくに合併症無く経過、退院となった。冠動脈肺動脈瘻は比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

9:18~9:50 弁膜症①

座長 村田 聖一郎 (板橋中央総合病院 心臓血管外科)
金村 賦之 (イムス葛飾ハートセンター 心臓血管外科)

I-7 大動脈弁狭窄症を合併した急性大動脈解離において
BAV が術後 PCPS 離脱に有用であった 1 例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科
山本貴裕、板垣 翔、堀大治郎、野中 崇、田島 泰、

白石 学、木村直行、由利康一、松本春信、山口敦司、安達秀雄
【症例】79歳女性。意識消失にて救急搬送。心タンポナーデを伴う急性大動脈解離 Stanford A の診断と中等度大動脈弁狭窄症の所見にて、上行置換および CABG (SVG to LAD, RCA) 施行。術後循環動態悪化し POD1 に PCPS 裝着。大動脈弁狭窄症の影響を鑑みて POD13 に BAV 施行、POD18 に PCPS 離脱。現在リハビリ目的に入院加療中である。

I-8 鈍的外傷による急性僧帽弁閉鎖不全症の 1 例

北里大学医学部

松代卓也、北村 律、鳥井晋三、平田光博、美島利昭、
杉本晃一、大久保博世、小林健介、本川真美加、柴田深雪、
井上崇道、荒記春奈、宮田有里恵、土田勇太、宮地 鑑
72歳女性、自転車で転倒し左側胸部を強打。自宅で経過観察していたが 5 日目に NYHA IV 度となり近医入院。心エコーで Massive MR を指摘され、受傷後 12 日目に当院に搬送。AR と TR も認めた。僧帽弁は進展した P2 の後乳頭筋に付着する腱索が断裂し、P 2-3 の Indent が裂開していた。僧帽弁形成、大動脈弁輪形成、三尖弁輪形成、左心耳切除を施行し、17 病日に退院した。

I-9 巨大左房を伴う僧帽弁閉鎖不全症に対し、僧帽弁形成術を施行した 1 例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター
阿賀健一郎、内田敬二、高橋大志、小林由幸、伏見謙一、
出渕 亮、斎藤文美恵、笠間啓一郎、輕部義久、益田宗孝
49歳男性、労作時呼吸困難、心臓超音波検査で massiveMR による高度心拡大 (LVd/s 89/60 LAD 89)、MR・慢性心房細動と診断し、僧帽弁形成術 (両尖人工腱索+saddle ring34mm)+左心耳切除術を施行した。術後 1 週間で、LVd/s 74/51 LAD 65 まで改善した。巨大左房症例における僧帽弁形成術後の左房リモデリングについて考察する。

I-10 閉塞性肥大型心筋症に対し経大動脈的に僧帽弁前尖の縫縮術を併施した一例

山梨県立中央病院

山田有希子、四方大地、磯村彰吾、中島雅人
74歳女性、閉塞性肥大型心筋症にて失神発作の出現を認め紹介受診された。術前の超音波検査にて全周性心肥大、LVOT max PG 130 mmHg、Mild MR、僧帽弁前尖の延長を認めた。手術は経大動脈切開にて中隔心筋切除と、前乳頭筋から前交連に伸びる異常乳頭筋の切除、また僧帽弁前尖に水平マットレス縫合を加えて短縮させる形成術を行った。流出路の圧較差を減ずると同時に、SAM 予防のため僧帽弁前尖へ経大動脈的に縫縮術を加える手技について報告する。

10:00~10:48 学生発表①

座長 荒井 裕国 (東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科)
土田 正則 (新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野)

学生発表

I-11 巨大疣瘍を伴う真菌性人工弁感染の1例

- 1 東京医科歯科大学 医学部 医学科 第4学年
2 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
伊澤 朗¹、長岡英気²、水野友裕²、八島正文²、大井啓司²、
八丸 剛²、黒木秀仁²、田崎 大²、藤原立樹²、竹下齊史²、
木下亮二²、荒井裕国²

症例は76歳男性。1年前にAVR(生体弁)施行し外来通院中、全身倦怠感と炎症反応高値のため心エコー施行したところ人工弁に付着した巨大疣瘍を認め人工弁感染の診断で入院。再AVR(生体弁)を行った。術後に入院時血培からCandida parapsilosis検出しボリコナゾールの投与を開始。3ヶ月の抗真菌薬投与により軽快し独歩退院となった。

学生発表

I-12 有瘻性膿胸に対し有茎大菱形筋弁充填を併用した胸郭成形術の一例

- 1 獨協医科大学 医学部 医学科 第5学年
2 獨協医科大学病院 呼吸器外科
山口真裕美¹、荒木 修²、井上 尚²、伊藤祥之²、西平守道²、
刈部陽子²、前田寿美子²、小林 哲²、千田雅之²
68歳男性。結核性胸膜炎の既往あり。右肺上葉荒蕪肺を背景としたアスペルギルス感染症の陳旧性胸膜炎腔への穿破を認めた。宗教上の理由で輸血は拒否。術前に肋間動脈塞栓術を施行したところTIAと緑膿菌膿胸を併発した。開窓術後、EWSにて無瘻化を図り、有茎大菱形筋弁充填を併用した胸郭成形術を施行した。術後経過は良好で、膿胸やアスペルギルスの再燃はない。

学生発表

I-13 再生不良性貧血を合併した三尖弁閉鎖不全症(TR)に対する弁輪縫縮術を行った一例

- 1 山梨大学 医学部 医学科 第5学年
2 山梨大学医学部附属病院 第2外科
山本藤尾¹、中島博之²、白岩 聰²、本田義博²、榎原賢士²、
葛 仁猛²、加賀重亜喜²、鈴木章司²

76歳女性。1995年Af、2005年TRを指摘。2015年汎血球減少を認め再生不良性貧血と診断された。翌年心不全が悪化し精査したところTRの増悪が判明し手術適応となった。術前検査で白血球と血小板減少を認めたため術前にG-CSF、術中に血小板を投与し、手術は三尖弁輪縫縮術、右房縫縮術を行った。再生不良性貧血を伴う場合、出血、感染のリスクが高いとされているが、良好に経過した一例を経験したので報告する。

学生発表

I-14 定位放射線治療後再増大を認め手術を施行した左上葉肺癌の1例

- 1 自治医科大学 医学部 医学科 第4学年
2 自治医科大学附属さいたま医療センター
石橋大樹¹、坪地宏嘉²、大野慧介²、滝 雄史²、峯岸健太郎²、
大谷真一²、遠藤俊輔²

症例は71歳、男性。COPDに対して在宅酸素療法施行中。69歳時に左上葉肺扁平上皮癌に対して定位放射線治療(SRT)を施行した。PRとなったが18ヶ月後腫瘍の増大を認めた。気管支鏡下生検で扁平上皮癌と診断された。FEV1 0.79L、FEV1% 38.9%。胸腔鏡下左S3区域切除術を施行した。手術時間94分、出血量50ml。ypT1bN0M0。術後呼吸状態増悪なく19日目に退院となった。SRT後のサルベージ手術について文献的考察をふまえて報告する。

学生発表

I-15 胸腔鏡下に左肺上葉切除と左心耳切除を同時に施行した1例

- 1 筑波大学 医学群 医学類 第5学年
2 医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 心臓血管外科
3 医療法人社団筑波記念会筑波記念病院 呼吸器外科
重光章鈞¹、井上堯文²、西 智史²、吉本明浩²、藤崎正之²、
森住 誠²、木村正樹³、神山幸一³、末松義弘²

76歳、男性。CTで左肺S1+2の結節性病変を指摘された。画像上、原発性肺癌の診断で手術の方針となった。8年前より心房細動の診断でワルファリン内服中であり、左肺上葉および左心耳を胸腔鏡補助下に同時に切除した。術後経過良好で抗凝固離脱し、血栓塞栓症の発症を認めていない。鏡視下同時手術の報告はこれまで無く、本術式の妥当性を考察する。

学生発表

I-16 大動脈浸潤肺癌に対して左上葉切除/大動脈合併切除を施行した一例

- 1 日本医科大学 医学部 医学科 第5学年
2 日本医科大学付属病院 呼吸器外科
中村佑介¹、蓮実建太²、揖斐孝之²、井上達哉²、臼田実男²
症例は48歳、男性。主訴は胸背部痛。大動脈浸潤の左上葉肺腺癌cT4N0M0 stageIIIAの診断。手術は右側臥位、前方腋窓開胸で皮膚を20cm切開し、第3肋間開胸とした。大動脈の遮断は、中枢は左総頸動脈と左鎖骨下動脈の間でクランプし、抹消は腫瘍の抹消側でクランプした。まず、腫瘍浸潤した下行大動脈の合併切除及び人工血管術施行した。次に左上葉切除+リンパ節郭清術施行し、完全切除した。

座長 岩倉具宏 (明理会中央総合病院 心臓血管外科)
田中千陽 (東海大学八王子病院 心臓血管外科)

I-17 出血を伴う多発脳梗塞を合併した活動期感染性心内膜炎に対し早期手術を施行した一例

土浦協同病院 心臓血管外科

真鍋 晋、安川 峻、平岡大輔、大貫雅裕、広岡一信
48歳男性。意識障害を伴う不明熱で入院中に心不全を発症。心エコーで疣子を伴う重度 AR (二尖弁)、重度 MR から感染性心内膜炎と診断、手術目的で当院搬送された。頭部 CT にて一部出血を伴う多発脳梗塞も判明したが、心不全ならびに炎症反応の遷延が続くことから早期手術を行った。僧帽弁の弁下組織に脆弱な多数の疣子を認め、機械弁を用いて大動脈弁、僧帽弁置換術を施行した。術後 CT では脳内病変に変化はなく、その後は順調に経過している。

I-19 僧帽弁乳頭筋断裂を発症し準緊急的に生体弁置換術を行い救命した一症例

1 特定医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院
心臓血管センター 心臓血管外科

2 北里大学病院 心臓血管外科

中島光貴¹、榎健司朗¹、小原邦義、贊 正基¹、宮地 鑑²

80歳男性、急性心不全、僧帽弁閉鎖不全症の診断で当院緊急入院。精査において心筋虚血及び感染性心内膜炎等の所見はないも重度僧帽弁閉鎖不全症を認めた。内科的加療を行なうも改善せず、入院後5日目に急速に循環呼吸不全に陥ったため準緊急的に手術施行。術中所見において前乳頭筋断裂を認め生体弁置換術を施行。術後合併症無く、21日目に退院となる。

I-18 Candida parapsilosis による感染性心内膜炎 (IE) の一例

山梨大学医学部附属病院 第2外科

榎原賢士、中島博之、白岩 聰、本田義博、葛 仁猛、
加賀重亜喜、鈴木章司

症例は糖尿病、高度腎障害の既往がある70才男性。ASに対し生体弁置換を施行。術後7ヶ月不明熱、腰痛のため入院。心エコーにて生体弁に疣子を認め、血液培養で Candida parapsilosis が分離され化膿性脊椎炎、IE と診断、準緊急で再弁置換を施行した。術後、抗真菌剤にて軽快傾向を示したが、再度生体弁に疣子が出現、また、脳出血を合併し全身状態が増悪して永眠された。今回経験した真菌による IE は重篤で救命できなかつたが考察を加え報告する。

I-20 術前診断に難渋した感染性心内膜炎の1例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院

川井田大樹、田邊大明、古谷光久、外山雅章、清水彰彦、
早野聰史

50歳男性。失語、右片麻痺を主訴に救急搬送され、脳梗塞の診断で入院となった。入院後の精査で僧帽弁前尖に可動性を伴う10mm大の腫瘍性病変を認め、塞栓源と考えられた。無治療の梅毒を認めたが、感染を疑う所見はなかった。乳頭状弾性線維腫の診断で手術を行った。僧帽弁前尖に疣子と思われる腫瘍を認め、摘除、焼灼した。病理では感染性心内膜炎の所見であった。今回我々は術前診断に難渋した感染性心内膜炎の一症例を経験したのでこれに若干の文献的考察を加え報告する。

13:10~13:42 心合併症

座長 梶 本 完 (順天堂大学 心臓血管外科学講座)
藤 原 立 樹 (東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科)

I-21 肺炎球菌による心嚢内膿瘍により心タンポナーデを来た1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

鈴木一史、坂本裕昭、石井知子、川又 健、三富樹郷、
松原宗明、相川志都、徳永千穂、榎本佳治、野間美緒、
大坂基男、平松祐司
74歳男性。呼吸困難を主訴に前医を受診。精査の結果、心嚢内膿瘍による心タンポナーデと診断した。剣状突起下アプローチにて心嚢ドレナージを行ったが、心膜瘻着が強固で効果不十分であったことから人工心肺補助下心嚢ドレナージを施行。術後に心嚢内持続洗浄を行った。抗菌薬を投与し、発熱や炎症反応は軽快した。現在慎重に経過観察中である。

I-22 カテーテルアブレーション施行1年後に遅発性出血性心タンポナーデ併発し、その後に右開胸によるMVP、TAP施行した一例

東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科
佐藤敦彦、浅野竜太、片岡 豪、立石 渉、中野清治

症例 75歳、男性。5年前にAVR(生体弁)、2年前に心房粗細動に対してカテーテルアブレーション、1年半前に胃癌に対して胃幽門側切除術施行。1年前にはアブレーション後の出血による遅発性心タンポナーデに対し、左側開胸による胸腔鏡下心膜開窓術を施行し、暗血性の心嚢液を排出。今回、MR、TRに対して手術適応となる。心嚢内の高度瘻着とAVR後であることを考慮し右側開胸でのMVP、TAPを施行した。

I-23 心膜切開後症候群にコルヒチンが有用であった2例

公益財団法人心臓血管研究所付属病院

佐々木健一、関 雅浩、松濱 稔、國原 孝

症例1は73歳女。大動脈弁狭窄症、冠動脈1VDに対して定例大動脈弁置換術、冠動脈バイパス術施行し術16日目に退院。術23日目に心膜切開後症候群(Post pericardiotomy syndrome: PSS)にて入院。コルヒチンを投与し、投与後45日目にPPS所見消失。症例2は、71歳女。急性大動脈解離にて緊急手術上行大動脈人工血管置換手術を実施。術後PPSと診断。NSAIDs加療し術19日目に軽快退院。術43日目PPS再燃。コルヒチン開始してから135日目にPPS消失。PPSに対してコルヒチンが有効だった2例を報告する。

I-24 ステロイド治療が著効した開心術後収縮性心膜炎の1例

日本医科大学千葉北総病院 心臓血管外科

太田恵介、仁科 大、前田基博、藤井正大、別所竜蔵

症例は69歳男性。陳旧性心筋梗塞後のフォローアップ中に労作時の息切れが増悪。左前下行枝閉塞ならびに慢性心房細動に対しCABG、心房細動手術を施行。術後胸水貯留が遷延、労作時の息切れが改善せず、利尿剤や強心剤による薬物治療を行ったが改善せず。CTにて心膜の肥厚ならびに心臓カテーテル検査にてdip and plateau型の右室圧波形を認め、収縮性心膜炎と診断。ステロイドの投与を開始後胸水、心膜の肥厚は改善し症状も消失。文献的考察を加え報告する。

13:42~14:30 心臓腫瘍②・その他

座長 真鍋 晋 (総合病院 土浦協同病院 心臓外科)
渡邊 嘉之 (大森赤十字病院 心臓血管外科)

I-25 大動脈解離術後、左房粘液腫の1例

1 埼玉東部循環器病院 心臓血管外科

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
症例は63歳女性。1年前に上行大動脈解離に対して上行置換を施行。経過観察中のCTで左房内中隔側に約20mmの内部に一部造影効果のある腫瘍を認めた。エコーでは腫瘍内に血流を認め、茎は明らかではなかった。左房粘液腫が最も疑われ、腫瘍摘出術を施行した。手術は右側左房切開で行い、上行大動脈裏面の左房壁に接する暗赤色の球状腫瘍を認め、これを内膜ごと切除した。病理所見では左房粘液腫であった。文献的考察を加えて報告する。

I-26 肺動脈腫瘍に対し腫瘍切除自己心膜使用肺動脈弁形成術を施行した一例

東海大学医学部外科学系心臓血管外科学

岸波吾郎、志村信一郎、秋頭、小田桐重人、岡田公章、

尾澤慶輔、山本堯佳、内記卓斗、長泰則

症例は22歳男性。心臓超音波検査で肺動脈内腫瘍を指摘され当院へ紹介。CT及びMRIを施行し、肺動脈腫瘍と診断した。手術は胸骨正中切開下に、主肺動脈を縦切開し、右半月弁弁尖に付着した腫瘍を弁尖ごと切除。グルタールアルデヒド処理をした自己心膜を用いて肺動脈弁形成術を行った。病理組織学的診断は pulmonary valve cyst。術後17日目に自宅退院された。文献的考察と共に報告する。

I-27 右小開胸低侵襲腫瘍摘出が有効であった心臓原発悪性リンパ腫の一例

千葉西総合病院 心臓血管外科

遠藤祐輝、中村喜次、伊藤雄二郎、黒田美穂、岡本るみ子、堀 隆樹、中西祐介

症例は79歳男性。体重減少と下腿浮腫を主訴に受診。心エコーで右房内に右室心筋と連続する40×30mmの浮遊性の有茎腫瘍を認め入院。腫瘍塞栓による突然死の予防、病理診断を目的に、4cmの皮膚切開、右第4肋間開胸で人工心肺下に低侵襲腫瘍摘出術を行った。病理組織診断は diffuse large B cell malignant lymphoma であり、術後R-CHOP療法を8コース施行。術後3年、PETを含む画像検査で腫瘍は消失し、完全寛解の状態である。

I-28 乳癌転移による病的骨折の整復術に続発した肺動脈腫瘍塞栓の治療経験

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

鳥羽麻友子、青木賢治、仲村亮宏、大久保由華、中村制士、岡本竹司、榛沢和彦、名村 理、土田正則

64歳女性。乳癌転移による病的骨折に対する髓内釘挿入術中にショック状態となった。TEEで右房内に多量の塞栓物を認めた。整復手技による塞栓症と診断し緊急開胸手術を実施した。準備中に塞栓物は右主肺動脈に移動したため、心拍動下に肺動脈を切開し塞栓物を摘出した。病理診断で塞栓物の内部に乳癌細胞塊を認めた。骨折整復による肺動脈腫瘍塞栓は稀なため報告する。

I-29 壁在血栓を伴う心尖部瘤を伴った心室中部閉塞性心筋症に対し心尖部アプローチで手術を行った一治験例

大森赤十字病院 心臓血管外科

渡邊嘉之、田鎖 治

75歳女性。50歳からITPと診断されプレドニンを内服中である。40歳頃から心室中部閉塞性心筋症と診断され外来通院していた。安静時息切れが出現しUCGにて心室中隔中部の心筋肥厚と心尖部の瘤化及び壁在血栓を認めたため、手術加療となった。手術は心尖部アプローチにて肥厚した心室中隔の切除を行なうと共に瘤切除及び血栓除去を行い、ウマ心膜にて心室瘤を閉鎖した。術後より左室内圧格は改善し、良好な経過をたどっている。

I-30 甲状腺機能低下症を合併したMRに対してMVRを施行した1例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

小泉信太郎、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、田村友作、

渡邊倫子、乾 友彦、稻毛雄一、焼田康紀、伊東千尋、

金行大介、菅原佑太、橋本昌典、松宮護郎

OMIの既往がある62才女性。他院で重度MRと診断され当院紹介。術前検査で重度の甲状腺機能低下を認めた。低心機能のためチラージン少量から内服し外来で慎重な経過観察を行っていたが、1ヶ月後に心不全症状増悪し入院。入院時にはEuthyroidで耐術可能でありMVR+TAP+LAACを施行し、術後問題なく退院となった。文献的考察を加え報告する。

15:22~15:54弁膜症③

座長 阿部恒平(聖路加国際病院 心臓血管外科)
神戸将(深谷赤十字病院 心臓血管外科)

I-31 全身性エリテマトーデスを合併した大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症の一例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

岡田修一、金子達夫、江連雅彦、長谷川豊、山田靖之、

小此木修一、森下寛之、桐谷ゆり子

36歳女性。14歳時にSLE、ループス腎炎発症し、前医にて加療されていた。今回ASが進行し胸痛を自覚、TTEでsevere ASr (AVA 1.06cm², PG=64/39mmHg)の診断にて手術適応となった。術前プレドニン10mg、プレディニン150mg内服されていた。AVR (21 SJM Regent) 施行、術後経過良好。病理学的には大動脈弁に変性性石灰化のほか、非感染性血栓性疣状が多発し Liebman-Sachs endocarditis の所見が認められた。

I-32 若年性ベーチェットが疑われた大動脈弁閉鎖不全症の1手術例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓病センター 小児心臓外科
細田隆介、桥岡歩、岩崎美佳、保土田健太郎、鈴木孝明

症例は12歳男児。リウマチ熱によるARを疑われ、加療目的に当院転院。心不全症状が強くAVRを施行した。術中所見では上行大動脈壁の著明な肥厚と、大動脈弁輪の拡大のみであった。高安病によるARを疑いHLA抗原検査を施行したが、Behcet病関連HLAが陽性、高安病関連HLA抗原は陰性。このため、Behcet病によるARを強く疑っているが確定診断には至っていない。若年者のBehcet病によるARは非常に稀であり、若干の文献的検索を加え報告する。

I-33 人工弁感染をPET-CTで確定した一症例

昭和大学横浜市北部病院 循環器センター

寺田拡仁、奥山浩、中川博文、平沼進、南淵明宏

症例は75歳男性。20年前にAVRを施行。発熱を主訴に救急搬送され、入院直後より敗血症性ショックとなった。エコーで弁尖に疣状は認めず、感染性心内膜炎の診断には至らなかった。その後のPET-CTで人工弁への集積を認めたことで、人工弁感染と診断した。心不全コントロールを行った後、Redo AVRを施行。術後5か月現在健在である。エコーで弁尖に疣状を認めず、人工弁感染の診断に難渋することがある。人工弁感染の診断に対するPET-CTの有用性について若干の文献的考察を含めて報告する。

I-34 大動脈高度石灰化を伴う大動脈弁狭窄症に対し上行大動脈の石灰化除去を行い大動脈弁置換術施行した一例

東京歯科大学市川総合病院 心臓血管外科

岡英俊、申範圭、森光晴

症例はCABGの既往があり血液透析を受けている69歳男性。重症大動脈弁狭窄症の診断で手術の方針となった。人工心肺確立後、深部体温27.5°Cで循環停止し一側順行性脳灌流(UACP)を開始。上行大動脈を縦切開し、石灰化をCUSAで可及的に除去した後、大動脈を遮断し体循環開始。石灰化大動脈弁を切除後に生体弁19mmでAVR施行。大動脈高度石灰化を伴う重症大動脈弁狭窄症に対して、UACP下でCUSAを用いて石灰化除去しAVRが奏効した一例を経験した。

15:54~16:34 Best Abstract Award (BAA) : 心臓

座長 森田 紀代造 (東京慈恵会医科大学 心臓外科学講座)
渡邊 善則 (東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科学分野)

I-35 術前肝予備能評価として $99m\text{Tc-GSA}$ シンチグラムが有用であった三尖弁手術の1例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

2 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

濫谷泰介¹、柳 浩正¹、合田真海¹、益田宗孝²

症例は70歳女性。28年前右房脂肪腫・ASDに対し手術歴あり。severe TRによるNYHA3度の心不全で入院。Child-Pugh分類Bの肝不全認め、 $99m\text{Tc-GSA}$ シンチグラム施行し耐術可能と判断し手術施行。手術はTAP+TVP施行、術後経過良好で第21病日に退院。うっ血性肝不全に対して $99m\text{Tc-GSA}$ シンチグラムを用いて肝予備能評価し安全に手術を行うことができた。文献的考察を含め報告する。

I-36 遮断困難な上行大動脈石灰化を合併した大動脈弁再置換術における術式の工夫

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、坂田朋基、高原善治
75歳女性。42歳時に左乳癌にて他院で乳房定型手術+術後放射線療法を施行。64歳時に放射線障害に伴うASの診断で当院でAVR(CEP 19mm)を施行。11年後に人工弁不全のためre-AVR(CEP magna ease 19mm)+CABG(SVG-RCA)を施行。放射線障害による上行弓部大動脈高度石灰化により大動脈遮断が困難であったため術式には工夫を要した。遮断困難な上行大動脈石灰化症例における術式はいくつか報告されており、文献的考察を踏まえて報告する。

I-37 冠動脈起始異常を伴う大動脈二尖弁に対する自己弁温存大動脈基部置換術の1例

湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

長塚大毅、野口権一郎、片山郁雄、山部剛史、大城規和、

服部 滋

【症例】47歳男性、大動脈縮窄症で定期的にCT検査を受けていた。大動脈基部が拡大し手術した。【手術】Reimplantation法による自己弁温存大動脈基部置換術を施行。二尖弁であったが機能正常であり二尖のまま再建。左冠動脈は前下行枝と回旋枝がそれなり独立し入口部を形成しており同一ボタン上に再建した。【考察】本症例は冠動脈ボタンのmarginを大きくとる必要があり交連との距離も近く操作に難渋した。文献的考察を加え報告する。

I-38 先天性二尖弁、大動脈弁閉鎖不全症に対し tricuspidizationを施行した1例

心臓血管研究所付属病院 心臓血管外科

関 雅浩、佐々木健一、國原 孝

症例は16歳男性。二尖弁および重度ARを認めた。無症候性ではあったが、左室拡大、左心機能低下を認め手術の方針となった。術前評価では32mmと弁輪拡大を認めた。手術は弁輪を18mmに縫縮し、左冠尖と、融合弁尖の高さを合わせ形成。しかしながら融合弁尖の可動制限から有意な狭窄所見を認め、自己心膜を用いて三尖化する方針とした。rapheを切除、自己心膜を用いて新しく交連を作成。三尖をEH9mmに調整し形成した。狭窄は軽度残存(max PG23mm Hg)したが逆流は良好に制御された。

I-39 高度胎児徐脈に対する計画的治療の経験

神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

浅井英嗣、麻生俊英、武田裕子、太田教隆、小林真理子、

大中臣康子、岡田 拓

心奇形を合併した場合や心拍55/分以下の胎児徐脈症例の死亡率は高く、救命のためには胎児治療を含む計画的治療が重要である。5例の経験を報告する。1例は多脾症、単心室。胎児心拍が55/分以下の4例ではritodrineを母体に投与し出生後20分~23時間後に右室ペーシングを開始し救命。生後14日(中央値)に永久ペースメーカーを植え込んだ。心内奇形を合併した1例を遠隔期に失ったが、平均フォローアップ期間6.7年で経過良好である。

座長 黄野皓木(千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科)
岡村 誉(練馬光が丘病院 心臓血管外科)

I-40 心筋梗塞発症後に心室中隔穿孔が疑われた心室中隔欠損症の一例

1 恩賜財団済生会横浜市南部病院

2 横浜市立大学附属病院

松本 淳¹、岩城秀行¹、長 知樹¹、西村潤一¹、禹 哲漢¹、
横井英人¹、古波藏かおり¹、益田宗孝²

74歳女性。1週間前発症の心筋梗塞・心不全で緊急入院となった。第4病日に急激な血圧低下あり心エコーでVSPの診断となった。その後内科的治療にて循環安定し、後日待機的にCABG及びVSP閉鎖を施行した。術中所見で穿孔部周囲に壊死心筋を認めず心室中隔欠損症と考えた。

I-41 急性心筋梗塞後の後下壁心室中隔穿孔に対してパッチ修復術を行い救命し得た2症例

立川メディカルセンター立川総合病院

武居祐紀、岡本祐樹、山本和男、浅見冬樹、木村光裕、
水本雅弘、榎本貴士、吉井新平

症例1. 66歳男性、胸部つかえ感あり、3日目に前医搬送。RCAの閉塞と心室中隔穿孔を認め、当院搬送。翌日VSP修復、MVR、PM植込術を施行し、救命できた。症例2. 78歳女性、胸部不快感あり、4日目にAMIの診断で前医搬送されPCI施行された。翌日心雜音出現し、VSPと診断され当院搬送。VSP修復、MVR、CABGを施行。術後心エコーではVSPシャントを認めなかった。

I-42 心室中隔穿孔(VSP)に対してDavid、Komeda変法により心内修復術を施行した3例の検討

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

大橋伸朗、町田 海、御子柴透、小松正樹、山本高照、

五味測俊仁、中原 孝、大津義徳、和田有子、瀬戸達一郎、
福井大祐、岡田健次

急性心筋梗塞後のVSPは希ではあるが重篤な合併症であり、死亡率は非合併例と比べて極めて高率である。今回我々は最近経験したVSP3例の経験を報告する。1例は72歳でその他2例は85歳以上の高齢者であった。3例とも穿孔部は心尖部であった。LAD左側約2cmに沿い心尖部に向け約8cmの左室切開を行いDirect closure+David、Komeda exclusion法を行った。

I-43 経大動脈的に修復可能であった僧帽弁輪部膿瘍を伴う大動脈弁IEの一例

東邦大学医療センター佐倉病院 心臓血管外科

蘭藤佑哉、齋藤 紗、本村 昇

症例は74歳男性、severe ARの既往あり。4ヶ月間に及ぶ断続的な発熱及び脳梗塞発症を契機に大動脈弁IE、僧帽弁輪部膿瘍疑いと診断された。4週間の抗生素治療後も感染が制御できず手術方針となった。僧帽弁輪部左室側に15mm大の疣状を認めたが、左房側弁輪部心内膜はintactであった。疣状は大動脈弁逆流が当たる部位に一致していた。大動脈弁切除後に経大動脈的に疣状切除・自己心膜パッチ補強を施行し僧帽弁は温存、AVR(生体弁)を行い手術終了。術後経過は順調であった。

I-44 全周性大動脈弁輪部膿瘍に対して左室流出路再建を要した1例

慶應義塾大学医学部外科(心臓血管)

浅原祐太、山崎真敬、吉武明弘、木村成卓、飯田泰功、

平野暁教、飯尾みなみ、池端幸起、志水秀行

67歳男性。大動脈弁置換術および冠動脈バイパス術後1ヶ月目に発熱・倦怠感を主訴に外来を受診した。心エコー上、全周性弁輪部膿瘍を認めたため緊急手術となった。人工弁は半周性に離開し左室内腔に大量の疣状が付着していた。大動脈弁輪、左室流出路は欠損していたため、Graft insertion techniqueによる左室流出路再建を行った上、Bentall手術を施行した。術後CTおよび心エコー検査では異常所見を認めず、経過は良好であった。

座長 柴崎郁子(獨協医科大学 心臓・血管外科学)
北村 律(北里大学病院 心臓血管外科)

I-45 孤発性三尖弁閉鎖不全症に対して三尖弁形成術を施行した1例

千葉大学 心臓血管外科

橋本昌典、黄野皓木、上田秀樹、松浦 鑿、田村友作、
渡邊倫子、松宮護郎

44歳、男性。主訴は、動悸、労作時息切れ。リウマチ熱、胸部外傷や感染性心内膜炎を疑う既往は無かった。小学校から心雜音指摘されていたが経過観察。5年前に右脚ブロック出現。severe TR、右房右室拡大指摘され、手術目的に当院紹介。心エコーでは前尖の広範な逸脱によるTRを認めた。術中所見では前尖への腱索は断裂したものも含めて認められず全体が逸脱していた。人工腱索、リングを用いた三尖弁形成術を施行。術後経過良好で独歩退院した。

I-46 Tetheringによるsevere TRに対し心拍動下乳頭筋吊り上げ術を施行した1治験例

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

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、竹下齊史、荒井裕国
66歳、男性。主訴は息切れ。以前よりTRを指摘されていた。心エコーでsevere TR、moderate MRを認めたため手術施行。三尖弁は著しい弁輪拡大とtetheringによる接合不全を伴っていた。前乳頭筋を前尖弁輪側へ、後乳頭筋を中隔尖弁輪側へ各々CV-4で吊り上げた。Contour3D 32mmで弁輪縫縮。MAP、SVG-4PDを併施。術後心エコーはmild TRであり、軽快退院。

I-47 三尖弁形成術後にリングが右冠動脈を圧排した1例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

道本 智、田畠美弥子、林祐次郎、西嶋修平、池田昌弘、
井口篤志、新浪 博

症例は66歳女性。Severe MR、moderate TRに対してMICS MVP (CG future band 30mm)+TAP (Tri-Ad ring 30mm) 施行。術後CK-MB上昇、下壁・後壁の壁運動異常認めた。緊急冠動脈造影にて右冠動脈に高度狭窄認め、三尖弁リングの関与が疑われた。リング除去、再度形成を試みたが同様にリングが圧排したため断念した。三尖弁形成術の合併症としては稀なため、文献的考察を加えて報告する。

I-48 胸線癌を合併した大動脈弁閉鎖不全症の一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

野村亜南、茂木健司、櫻井 学、藤井政彦、坂田朋基、高原善治
症例は69歳男性。変形性膝関節症の術前検査で心電図異常を指摘され、心エコーを行ったところ、moderate ARを認めた。CTで胸腺腫を指摘され、ARと胸腺腫の手術目的に当科入院となった。2015年6月、胸腺全摘術+大動脈弁置換術を施行。術後経過は良好で、第10病日に退院となった。胸腺の病理診断はSquamous cell carcinomaであったが、再発なく現在も定期的に外来でフォロー中である。術前に胸腺腫が疑われるような症例は悪性腫瘍も念頭に置いて手術を行う必要がある。

第Ⅱ会場：501B

8:30~9:18 心臓腫瘍①

座長 大坪 諭 (東京都済生会中央病院 心臓血管外科)
岡村 賢一 (東京大学医学部附属病院 心臓外科)

II-1 多発脳転移を認めた左心房未分化肉腫の一例

平塚市民病院 心臓血管外科

都築一平、井上仁人、鈴木 晓、小谷聰秀、河西未央

72歳女性、失語を主訴に当院を受診され、CTで多発大脳出血と診断された。入院後、精査にて左心房に可動性のある51mm大の腫瘍あり、左房粘液腫疑いで腫瘍切除術を行い、病理にて未分化肉腫と診断された。術後CTにおいて、急速に拡大する転移性脳腫瘍および腫瘍内出血を認めた。今回、多発脳転移を認めた左心房未分化肉腫の一例を経験したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

II-2 多発する心臓粘液腫の1手術治験例

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
西嶋修平、池田昌弘、上部一彦、井口篤志、新浪博士

症例は55歳の女性。2011年10月に心房中隔および左房壁天井部に発生した2つの左房腫瘍に対して摘出術を施行した。病理診断で腫瘍は cardiac myxoma であった。その後経過観察中、2015年10月にMRIで右房と下大静脈合流部の前右側に腫瘍影を指摘。2016年10月7日に右房腫瘍切除術を施行した。病理診断は cardiac myxoma であった。多発する心臓粘液腫に関して Carney 複合との関係など文献的考察を交えて報告する。

II-3 右房原発の多発する脂肪腫様過形成腫瘍を呈した1例

自治医科大学 心臓血管外科学

横瀬允史、佐藤弘隆、阿久津博彦、三澤吉雄

症例は60代女性。前医のCT検査にて右房内に充満する腫瘍陰影を認め当科紹介となった。術前MRI、3D-CTにて右房内に6×4×3cmの充実性腫瘍を認め、脂肪腫、脂肪腫様過形成が疑われた。手術にて腫瘍は右房壁より起始しており、多発性に発生していた。冠静脈洞、三尖弁輪、洞結節周囲まで浸潤していたため、右房内に突出した腫瘍を取り除く方針とした。病理結果は、脂肪腫様過形成の診断であった。文献的考察も含め報告する。

II-4 大動脈弁に発症した乳頭状弾性線維腫の1手術例

日本大学医学部 心臓血管外科

有本宗仁、宇野澤聰、中田金一、瀬在 明、大幸俊司、
向後寛子、林 佑樹、北住善樹、田中正史

72歳女性。腰部脊柱管狭窄症手術前に施行した超音波検査で大動脈弁無冠尖に9mm×7mm大の可動性の腫瘍性病変を認めた。大動脈弁膜症、炎症反応上昇、塞栓症状は無かったが、可動性あり塞栓症の危険があるため心停止下に腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は大動脈弁無冠尖に付着し境界明瞭であり、病理診断は乳頭状弾性線維腫であった。術後経過良好で独歩退院した。大動脈弁に起源する心臓腫瘍は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

II-5 前立腺癌術前に発見された左室内乳頭状弾性繊維腫の一例

横浜市立大学附属病院 外科治療学教室 心臓血管外科

藪 直人、鈴木伸一、富永訓央、町田大輔、郷田素彦、

磯松幸尚、益田宗孝

65歳男性。前立腺癌術前の心エコーで左室中隔心尖部付近に付着する径20mm大の腫瘍を指摘。可動性は大きく準緊急で手術施行の方針となる。左室切開でアプローチすると腫瘍は黄白色で脆弱であり心室中隔壁と乳頭筋の一部に付着していた。腫瘍完全切除できるように心筋、乳頭筋の一部も合併切除した。永久病理組織で乳頭状弾性繊維腫の診断となった。左室内乳頭状弾性繊維腫は比較的稀であり、文献的考察を交えて報告する。

II-6 肝細胞癌右房内進展に対し手術を施行した2例

1虎の門病院 循環器センター外科

2虎の門病院 肝胆脾外科

菊永晋一郎¹、成瀬好洋¹、田中慶太¹、李 洋伸¹、橋本雅司²、
進藤潤一²

肝細胞癌右房内進展に対し原発巣と心臓腫瘍摘除を行った2例を経験したので報告する。[症例1] 61歳男性。左肝静脈から右房内を占拠(54×28mm)するS1肝細胞癌に対し心腔内操作後同日に拡大左肝切除施行。手術は問題なく施行されたが感染契機の多臓器不全で63POD死亡。[症例2] 73歳男性。左肝静脈から右房内進展(35×18mm)するS2、3肝細胞癌に対し体外循環下で右房内腫瘍切除。集中治療室管理後2PODに左肝切除施行。46POD独歩退院。術後半年無再発生存中。

9:18~9:58 肺 良性疾患

座長 菱田智之（慶應義塾大学 呼吸器外科）
服部有俊（順天堂大学 呼吸器外科学講座）

II-7 塞栓術により安全に腫瘍を切除できた巨大なSFTの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 放射線診断科

関原圭吾¹、菱田智之¹、三好智裕¹、青景圭樹¹、坪井正博¹、
小林達伺²、楠本昌彦²

74歳、女性。主訴は咳嗽。右胸腔を占拠する最大径16cmのhyper vascularな腫瘍を認め、SFTが疑われた。右下横隔膜動脈からのfeeding arteryを塞栓したうえで手術を施行。横隔胸膜から発生する有茎性の腫瘍で多数の流入血管を認めたが、塞栓により瘢痕化していたため出血はcontrolできた。手術時間56分、出血量23gであった。術後経過は良好で、5病日に退院。文献的な考察を加え報告する。

II-8 肺動脈瘻の1切除例

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

宇治亮佑、坂口浩三、柳原章寿、田口亮、山崎庸弘、
二反田博之、石田博徳、金子公一

63歳女性、長引く感冒で前医にて単純X線及びCTを撮像され、肺動脈瘻が疑われ当院に紹介。患者は労作時の息切れと低酸素血症を認め、造影CTでは左肺S10領域の胸膜直下に単発で流入径8mm、長径35mmの動脈瘻を認めた。術前の肺血流シンチグラフィ（Tc-99m-MAA）ではシャント率は11.1%であった。肺動脈瘻はカテーテル治療も選択されるが、本症例では形状や存在部位から肺動脈切離により十分な切除が可能と判断し、胸腔鏡下左肺S10部分切除術を施行した。

II-9 後縦隔へ迷入した手術機材を後側方開胸アプローチにより除去した一例

慶應義塾大学病院 呼吸器外科

鈴木陽太、加勢田馨、栗山翔司、坂巻寛之、志満敏行、

政井恭兵、大塚崇、淺村尚生

45歳、女性。後縦隔骨化症に対し当院整形外科にて胸椎後方固定術を施行した。術中に手術機材（ボールチップ）の先端が破損し、後縦隔に迷入した。術後、異物の縦隔内における下方への移動を認め、臓器障害が懸念された。二期的に前方除圧術を施行する際に、当科にて除去術を施行する方針となった。気管分岐下および食道周囲の剥離を進めたところ食道背側に異物を認め、除去した。若干の文献的考察を加え報告する。

II-10 胎児期に右CCAMが疑われ生後に右肺葉内肺分画症と診断した一例

獨協医科大学

荻野恵、松寺翔太郎、渡邊峻、谷有希子、山口岳史、

土岡丘、加藤広行

症例は10カ月男児。胎児超音波検査にて肺の腫瘍を指摘され、胎児MRIにて右CCAMと診断された。39週2594g径臍分娩にて出生し、呼吸障害は認めなかった。生後の造影CTにて、右下葉に囊胞成分と右下葉縦隔側に充実成分を認め、大動脈から分岐する異常血管を認めたため肺分画症の合併と考えた。外来経過観察中に縮小傾向はなく、10カ月にて右下葉切除を施行した。文献的考察を踏まえて報告する。

II-11 術直前に経皮的異常血管塞栓術を行い、下葉切除術を施行した肺葉内肺分画症の1例

1 日本医科大学武藏小杉病院 呼吸器外科

2 日本医科大学付属病院 呼吸器外科

大野弘貴¹、岡本淳一¹、窪倉浩俊¹、臼田実男²

50歳男性。健診にて左下肺野の結節影を指摘され受診。胸部造影CTで異常血管が腹腔動脈直上より分岐する、左肺下葉の肺葉内肺分画症と診断された。異常血管の処理は手術のみでは侵襲が大きいと考え、経皮的異常血管塞栓術後に左肺下葉切除術を施行。術後の経過は良好であった。塞栓術後に肺葉切除術を行った肺分画症の報告が少なく、文献的考察を加え報告する。

10:00~10:48 学生発表②

座長 金子公一 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科)
新田 隆 (日本医科大学大学院 医学研究科 心臓血管外科学分野)

学生発表

II-12 二心室修復に到達し得た Massive TR を伴う PA/IVS・21Trisomy の 1 例

1 筑波大学 医学群 医学類 第4学年

2 筑波大学医学医療系 心臓血管外科

山口 章¹、松原宗明²、三富樹郷²、相川志都²、大坂基男²、

野間美緒²、徳永千穂²、榎本佳治²、坂本裕昭²、平松祐司²

二心室循環も Fontan 循環も成立し難いと考えられた Severe TR、PA/IVS の 21Trisomy 男児に対し、新生児期に BTS、RVOTR を行った。術後順行性血流による肺動脈の発育が得られるも三尖弁逆流の制御に難渋し、生後 9 ヶ月時に弁尖延長による三尖弁形成、1 歳時に三尖弁置換術を伴った re-RVOTR を行い、辛うじて二心室循環を維持している。本症例への治療戦略を中心に報告する。

学生発表

II-13 急性解離術後遠隔期に Elephant trunk の内腔狭小化のため血管内溶血をきたした 1 例

1 自治医科大学 医学部 医学科 第5学年

2 自治医科大学附属病院 循環器センター 心臓血管外科

高丸利加子¹、相澤 啓²、棚沢壮樹²、阿久津博彦²、上杉知資²、

川人宏次²、三澤吉雄²

50 歳男性。急性 A 型解離 (IIIb R) に対する上行弓部置換術後 5 年目に高度の溶血性貧血が出現した。細い下行大動脈に置いた Elephant trunk の狭小化が溶血の原因と診断し、同部にステントグラフト内挿術 (C-TAG Z3-T8) を施行した結果、溶血は速やかに改善した。若年者の細い下行大動脈に Elephant trunk を置く場合には注意を要すると思われる所以報告する。

学生発表

II-14 転移性肺癌との鑑別に苦慮した原発性肺癌の 1 手術例

1 東邦大学 医学部 医学科 第5学年

2 東邦大学 医学部 医学科 外科学講座呼吸器外科学分野

3 東邦大学 医学部 医学科 病院病理学講座

植松 光¹、牧野 崇²、肥塚 智²、安積 隆²、大塚 創²、

柄木直文³、瀧谷和俊³、伊豫田明²

症例は喫煙歴がある 69 歳男性。下行結腸癌 (pT3N0) に対する左半結腸切除を施行され、術前の胸部 CT で右肺上葉に単発の結節影を認めた。術後に肺病変が増大したため、同時性単発性の大腸癌肺転移と診断し、化学療法による縮小を確認した後、右肺上葉部分切除術を行った。切除検体では明確な癌細胞は指摘できなかつたが、治療修飾の加わった扁平上皮癌の存在が示唆され、原発性肺癌と診断した。

学生発表

II-15 原発性肺癌における L1-CAM 発現と臨床病理学的因素の検討

1 東京医科歯科大学 医学部 医学科 第4学年

2 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器外科学

向井康裕¹、今井紗智子²、高崎千尋²、小林正嗣²、石橋洋則²、

大久保憲一²

【目的】 L1-CAM は種々の悪性腫瘍で予後や進展との関連が報告されており、原発性肺癌との関連について検討した。【方法】 原発性肺癌 149 例の L1-CAM 発現を免疫染色法と定量 PCR 法で評価し、臨床病理学的因素との関連を統計学的に解析した。【結果】 免疫染色法では L1-CAM 高発現群で生存率が低く (p=0.05)、定量 PCR 法では L1-CAM 高発現群でリンパ節転移 (p=0.02)、病期の進行が見られた (p=0.03)。【結語】 L1-CAM 発現は肺癌の予後、進展と関連する。

学生発表

II-16 喀血を契機に診断された感染性胸部大動脈瘤の一例

1 防衛医科大学校 医学科 第4学年

2 防衛医科大学校病院 外科2 (心臓血管外科)

吉川滉太郎¹、石田 治²、堤 浩二²、飯島夏海²、塚本 旬²、

山中 望²、田中克典²、田口眞一²

70 歳男性。小腸部分切除、人工肛門造設術後で MRSA による皮下膿瘍が指摘されていた。喀血を主訴に救急搬送され、CT にて胸部下行大動脈の感染性動脈瘤と診断された。また同部位は右肺 S6 が接し喀血の原因と考えられ、準緊急にて手術加療の方針とした。左第 4 肋間開胸にて下行置換術を施行、瘤壁から MRSA が検出された。文献的考察を加え、本症例の治療方針につき検討する。

座長 上野正紀(虎の門病院 消化器外科)
萩原信敏(日本医科大学 消化器外科)

II-17 高リスク食道癌症例に対し非開胸経裂孔の食道切除術にて加療した1例

群馬大学医学部附属病院 病態総合外科学

西川達也、酒井 真、栗山健吾、宗田 真、宮崎達也、桑野博行
症例は、68歳男性。全身倦怠感にて近医を受診。皮膚筋炎・間質性肺炎を疑われ、当院紹介となった。その精査中、胸部下部食道に表在型食道癌を認めた。診断は、食道癌 Lt、type0-IIa+b、cT1
aN2 (106recR) M0、cStageII。%VC 40.8%と高度拘束性障害を認め、胸部食道全摘術は困難であると考えられた。また、間質性肺炎合併により化学放射線療法も適応外であった。そこで、非開胸経裂孔の食道切除術を用い、根治し得た。

II-18 有鉤義歯誤飲による食道穿孔に対して経胸的摘出を施行した1例

獨協医科大学病院

渡邊 峻、中島政信、室井大人、菊池真緒子、加藤広行
62歳、男性。統合失調症にて加療中。義歯を飲み込み当院救急外来受診。胸部X線にて食道内に有鉤義歯を認め、当院耳鼻科で直達鏡による摘出が試みられた。その際に食道穿孔が明らかとなり、当科コンサルトとなった。胸腔鏡による観察で食道の損傷が激しかったため、そのまま胸腔鏡下に義歯を摘出したが、さらに損傷が上部食道の全域に及んでいたため、小開胸をおき食道を縫合閉鎖した。開胸による食道異物摘出の報告は医中誌検索で20例である。これらを踏まえて考察し報告する。

II-19 胸管走行異常を合併した胸部食道癌に対し、胸管MRIによる術前画像シミュレーションが有用であった1例

東海大学医学部消化器外科

小熊潤也、小澤壯治、数野暁人、二宮大和

63歳男性で、頸部違和感を主訴に近医を受診し、上部消化管内視鏡検査で食道癌と診断され当院紹介受診となった。Mt T1bN0M0 cStageIと診断し手術予定となった。術前の胸管MRIでは、胸管は上縦隔で異常分岐している所見であった。腹臥位胸腔鏡下食道切除術を施行し、とくに上縦隔の郭清操作を慎重に行ったところ、気管左縁で左反回神経に併走する胸管を同定し、注意深く郭清操作を行った。術後胸腔ドレーンの排液は問題なく、第5病日に抜去した。

II-20 胸腔鏡下食道切除および二期的再建術を行ったハイリスク食道癌の1例

日本医科大学付属病院 消化器外科

鈴木幹人、野村 務、松谷 育、萩原信敏、藤田逸郎、

金沢義一、柿沼大輔、菅野仁士、太田惠一朗、内田英二

ハイリスク食道癌に対して二期的分割手術を施行し良好な経過を示した症例を報告する。81歳男性。併存疾患は高血圧、閉塞性動脈硬化症、2型糖尿病、糖尿病性腎症。胸部下部食道癌に対してFP療法後、胸腔鏡下食道切除術施行(pStageIII)。敗血症性ショック、急性肺障害を認め集中治療室にて人工呼吸管理、透析などをを行い全身状態改善、47病日再建術施行。その後は順調で22病日軽快退院した。

13:10~13:50 拡大手術

座長 上原浩文(帝京大学医学部 呼吸器外科)
井上達哉(日本医科大学付属病院 呼吸器外科)

II-21 膜癌術後肺転移に対する根治的陽子線治療後の救済手術の1例

長野市民病院 呼吸器外科

砥石政幸、有村隆明、境澤隆夫、村岡祐二、小沢恵介、西村秀紀
症例は58歳女性。膜体部癌の診断で膜尾部及び膜切除術が施行された。経過観察中に左S10胸膜面に接する10mmの結節が出現し、肺転移の診断で根治的陽子線治療が施行された。しかし同部位に再発を疑う変化が出現し救済手術の目的で紹介となった。下行大動脈や胸壁への高度な癒着を予想し手術に臨んだが、軽度で、胸腔鏡下に楔状部分切除術を施行し得た。陽子線治療後の救済手術は今後増加することが予想され、知見を積み重ねる必要があると考えるため報告する。

II-22 導入化学放射線療法後に第1肋骨を伴う胸壁合併切除を施行した右SSTの1切除例

公益財団法人がん研究会有明病院 呼吸器センター外科

野間大督、松浦陽介、加藤大喜、園田大、氷室直哉、
平田佳史、一瀬淳二、中尾将之、文敏景、中川健、奥村栄
症例は66歳男性。CTで右肺尖部に82mm大の腫瘍を認め、腫瘍は第1、2肋骨背側へ浸潤。気管支鏡検査にてSq、cT3N1M0、IIIAと診断。術前導入化学放射線療法後、後側方開胸下第1、2横突起合併切除を伴う第1-3肋骨+右上葉切除、ND2a-1を施行。病理診断はypT1aN0M0、IA、Ef2。第1肋骨を伴う胸壁合併切除に対する当科の手技を供覧する。

II-23 左房合併切除を伴う左肺全摘術の2症例

がん研究会有明病院 呼吸器センター外科

平田佳史、一瀬淳二、松浦陽介、中尾将之、文敏景、

中川健、奥村栄

症例1は51歳(手術時)男性。気胸を契機に発見された大腸癌肺転例。左肺門部に約7cmの腫瘍を認め、上幹は腫瘍で閉塞し上肺静脈の腫大を認めていた。左房は55mmのロテキュレーターを用いて切離した。腫瘍は左房へポリープ状に進展していた。症例2は57歳男性。咳嗽を契機にCTを施行。左上下肺静脈分岐部の近傍に及ぶ約6cmの腫瘍を認めた。左房はエンドGIA™トライステープルで切離した。腫瘍は左房筋層へ進展していた。左房合併切除を伴う左肺全摘例を経験したので報告する。

II-24 左下葉肺癌術後気管支断端局所再発に対してcompletion pneumonectomyを施行した一例

山梨県立中央病院

中込貴博、後藤太一郎、横山裕次郎

73歳男性、左肺下葉扁平上皮癌pT1aN0M0 stageIAに対し、他院にて胸腔鏡下左肺下葉切除+リンパ節郭清(ND2a-i)を行った。術後経過観察中、気管支断端局所再発を認め、当院にてcompletion pneumonectomyを施行した。術後検体にて食道剥離断端陽性であったため、同部位に放射線照射を追加、術後再発所見なく経過している。手術ビデオを供覧し、文献的考察を加え報告する。

II-25 Transmanubrial Approachにより摘出したTh1発生神経鞘腫の一例

東京医科歯科大学呼吸器外科

杉田裕介、石橋洋則、川田悠、栗原康之、菅原了子、

熊澤紗智子、高崎千尋、小林正嗣、大久保憲一

症例は54歳女性。健診にて胸部異常陰影指摘された。胸部CTでは左上縦隔に境界明瞭な34×22mmの腫瘍を認め、腫瘍内側はTh1/2左神経孔にはまり込んでいた。術前診断Th1発生神経原性腫瘍疑いとなった。腫瘍はTh1との連続性が疑われ、神経根での処理が必要と予想されたためTransmanubrial Approach(以下TMA)による腫瘍摘出術を施行した。術後病理診断は神経鞘腫であった。大きな合併症なく6PODに自宅退院。本症例について文献的考察を加えて報告する。

座長 安樂真樹(東京大学医学部附属病院 呼吸器外科)
萩原 優(東京医科大学 呼吸器外科)

II-26 胸腔鏡下に心膜合併切除した浸潤型胸腺腫の一例

1 東海大学医学部付属八王子病院

2 東海大学医学部

中村雄介¹、武市 悠¹、山田俊介¹、岩崎正之²

【症例】61歳、男性。他院でのCTで前縦隔腫瘍を認め当科紹介。眼筋型重症筋無力症を合併していた。両側胸腔鏡下拡大胸腺摘出術施行。右肺上葉と心膜へも浸潤していたため右上葉合併部分切除・心膜合併切除も施行。迅速病理診で心膜への浸潤無し、各切除断端陰性であったため、胸腔鏡下に心膜は直接縫合した。病理診断は、正岡III期、WHO分類typeB3>B2の胸腺腫で切除断端陰性。【結論】胸腔鏡下に心膜合併切除した浸潤型胸腺腫の一例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

II-27 胸腺腫胸膜播種再発に対し同側播種切除を3回施行した1例

東京大学大学院医学研究科・医学部 呼吸器外科学

柳谷昌弘、安樂真樹、桑野秀規、長山和弘、似鳥純一、

佐藤雅昭、中島 淳

51歳男性。重症筋無力症合併胸腺腫に対し拡大胸腺全摘、左横隔神経・左肺部分合併切除、左胸膜播種結節切除を施行(正岡IVa期、Type B2)。胸膜播種再発、増大を認め、初回手術後3年2か月、4年4か月にそれぞれ胸腔鏡下左胸膜播種切除を施行。再度播種増悪を認め、化学療法施行後、2回目の播種切除後1年5か月後に開胸左胸膜播種切除、左肺部分切除を施行。再々々手術後7か月、腫瘍増大なく生存中である。

II-28 心窩部切開に頸部切開を追加し拡大胸腺摘出術を施行した1例

東京医科大学病院 呼吸器外科・甲状腺外科

並川晴佳、前原幸夫、今井健太郎、前田純一、吉田浩一、
萩原 優、垣花昌俊、岡野哲也、梶原直央、大平達夫、池田徳彦
症例は41歳の男性。複視と眼瞼下垂を主訴に近医を受診し、正岡II期の胸腺腫を伴う眼筋型重症筋無力症と診断された。手術目的に当科紹介となり、内視鏡下拡大胸腺摘出術を施行した。二酸化炭素送気下で単孔式アプローチにて手術を開始し、頸部切開を加えることにより、協調操作でお互いの操作を補完し安全で確実な手術が可能となったので報告する。

II-29 難治性心囊液貯留に対して胸腔鏡下心膜開窓術が奏功した2例

前橋赤十字病院

糸井祐貴、河谷菜津子、吉川良平、大沢 郁、井貝 仁、

伊部崇史、上吉原光宏

心囊穿刺を繰り返す難治性心囊液貯留例に対して胸腔鏡下心膜開窓術を施行した2例を経験した。症例1:69歳、男性。胸腺原発悪性腫瘍及び心囊液貯留。放射線治療を行うも、3回の穿刺を繰り返し、胸腔鏡下心膜開窓術を施行。症例2:84歳、男性。IgE血症による慢性心外膜炎にて心囊液貯留。1500ml以上の排液を伴う穿刺を繰り返し、同手術を施行。2例とも術後再貯留なく経過しており、有用であった。手術動画供覧の上、文献的考察を加え報告する。

II-30 術後18年経過した気管支原性囊胞に対する再手術

新潟県立がんセンター新潟病院 呼吸器外科

佐藤哲彰、岡田 英、青木 正、吉谷克雄

症例は48歳女性。18年前に気管支原性囊胞に対して胸腔鏡下囊胞壁部分切除術を施行した。囊胞は術後早期に再発していたが無症状のために経過観察が中止されていた。本年半年続く咳嗽で当院を受診した。胸部CTで左上縦隔に気管を右側に圧排する最大70mmの囊胞性腫瘍を認めた。咳嗽は気管支原性囊胞の再発による症状と判断し、胸腔鏡下囊胞壁切除術を施行した。本症例について、若干の文献的考察を加えて報告する。

15:22~15:54 肺 悪性疾患

座長 牧野 崇 (東邦大学医療センター大森病院 呼吸器外科)
窪倉 浩俊 (日本医科大学武藏小杉病院 呼吸器外科)

II-31 結節性硬化症に合併した MMPH を伴う肺腺癌の一例

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

橋本 謙¹、壺井貴朗¹、矢ヶ崎秀彦¹、松崎智彦¹、大岩加奈¹、

濱本 篤、小倉 豪²、中川知己¹、河野光智¹、増田良太¹、

中村直哉²、岩崎正之¹

65歳男性。健診で胸部異常陰影を指摘され当院紹介受診。胸部CTで右S3に17mmの結節影と両肺に多数のすりガラス影を認めた。気管支鏡検査で右上葉肺腺癌と診断し、胸腔鏡下右上葉切除+ND2a-1を施行した。術前精査で結節性硬化症を認めた。結節性硬化症に合併した Multifocal micronodular pneumocyte hyperplasia (MMPH) を伴う肺腺癌の一例を経験した。

II-32 左B1+2転位気管支を伴う左上葉肺癌の2例

神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

和田篤史、伊藤宏之、永島琢也、鯫島譲司、大澤潤一郎、橋本昌憲、中山治彦

1例目は葉間と思われる場所（実際はS3/S1+2間の過分葉であった）を剥離した際にV1+2が葉間を横断していた。PV・PAを処理するとB1+2は左葉間肺動脈の背側を走行していた。気管支鏡でB1+2は左主気管支からの転位と判明し、S1+2区域切除を施行した。S6/S1+2間は無分葉であった。2例目はCTでほぼ同様のB1+2転位気管支を確認し、当初より予定していたS1+2区域切除を安全に施行した。稀な気管支転位症例を経験したので報告する。

II-33 原発不明胸壁低分化癌の1手術例

埼玉医科大学総合医療センター

福田祐樹、杉山亜斗、井上慶明、青木耕平、儀賀理暁、中山光男
32歳男性。右背部痛を主訴に前医を受診。CTで右上葉に5×2.7cm大腫瘍を認め右胸壁に接し第6肋骨の変形を伴い胸壁浸潤が疑われた。PETでは主病巣以外に集積は認めず、生検で低分化癌を認め右肺癌胸壁浸潤 cT3N0M0と診断し手術施行。手術所見では腫瘍本体は胸壁に存在し胸壁腫瘍が疑われ胸壁切除（第5、6、7肋骨合併切除）と肺部分切除を行いcomposix meshで胸壁再建した。術後2年経過し再発や原発巣の出現は認めていない。稀な原発不明癌の胸壁転移が疑われ若干の考察を加え報告する。

II-34 縦隔発生脂肪肉腫の一切除例

1 神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

2 神奈川県立がんセンター 病理診断科

3 横浜市立大学 外科治療学

鯫島譲司¹、伊藤宏之¹、中山治彦¹、永島琢也¹、大澤潤一郎¹、橋本昌憲¹、和田篤史¹、横瀬智之²、益田宗孝³

症例は76歳男性。前医CTで縦隔腫瘍を指摘され、当院紹介。CTでは胸郭入口部からTh8レベルまで広がる巨大な上～中縦隔腫瘍で、食道を全周性に取り囲んでいた。MRIで脂肪肉腫が疑われ、明らかな周囲臓器浸潤はない判断し、右後側方切開で摘出した。手術時間350分、出血量950g。病理は高分化型脂肪肉腫であった。術後嘔声あり。術中ビデオを供覧し、報告する。

15:54~16:34 Best Abstract Award (BAA) : 肺

座長 石橋洋則 (東京医科歯科大学 呼吸器外科学)
河内利賢 (杏林大学医学部附属病院 呼吸器・甲状腺外科)

II-35 3Dプリンターによる胸壁再建のシミュレーションが有用であった胸壁デスマトイドの1例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科
伊藤祐輝、鈴木秀海、稻毛輝長、田中教久、坂入祐一、
和田啓伸、藤原大樹、中島崇裕、岩田剛和、千代雅子、吉野一郎
18歳男性。検診発見の約8cmの右胸壁腫瘍に対し、CTガイド下生検でデスマトイド腫瘍疑いと診断した。マージンを確保した切除を行うためには、広範囲の切除及び再建を要するため、3Dプリンターによるシミュレーションを行うことにより右胸壁（第2-6肋骨）切除術+チタンプレート及びePTFEシートによる硬性再建術を正確で安全に施行することが可能であった。

II-36 上大静脈形成術併施し切除した胸骨浸潤肺癌の1例

自治医科大学 呼吸器外科学
須田達祐、小林哲也、柴野智毅、金井義彦、山本真一、
手塚憲志、遠藤俊輔
症例は70歳台男性。胸部異常陰影精査のため当院紹介。CTにて胸骨、肋骨に浸潤し上大静脈を圧排する57mmの右上葉腫瘍を認めた。PET、頭部MRIにて遠隔転移認めず手術の方針とした。胸骨柄に腫瘍浸潤認めサージェアトームにて腫瘍近傍の胸骨を切離し第1、2肋骨及び鎖骨を合併切除した。左右腕頭靜脈合流部に腫瘍浸潤を認め左腕頭靜脈背側血管壁をパッチとして静脈再建を行った。胸壁欠損部はデュアルメッシュを用いて再建した。術式の工夫について述べる。

II-37 左上極内まで進展する約9cm大の胸腺腫に対し両側アプローチで胸腔鏡下に切除した1例

虎の門病院呼吸器センター外科
印藤貴士、河野 匡、藤森 賢、池田岳史、鈴木聰一郎、
飯田崇博
44歳男性。検診後CTで胸腺左上極内まで進展する正中位の90×80mmの前縦隔腫瘍を認めた。手術は左3-port VATSで可及的に胸腺左側を剥離後、右3-port VATSで胸腺全摘術を行った。両側アプローチで多数の胸腺動静脈の処理が、又内胸動静脈と右腕頭静脈の三角形の開放で甲状腺と胸腺上極との処理が安全に行えた。手術時間255分、出血量185ml、術後3日目退院。病理は90×85×25mmの胸腺腫、typeAB、正岡2期。手術の工夫を含めて発表する。

II-38 先天性気管狭窄症に対するスライド気管形成術の1例

獨協医科大学病院 呼吸器外科
濱口真衣、苅部陽子、伊藤祥之、西平守道、井上 尚、
荒木 修、前田寿美子、小林 哲、千田雅之
症例は30代、女性。過去3回、子宮内膜症と子宮外妊娠緊急手術時の挿管困難歴があった。前医のCTで気管狭窄を認められ、紹介になった。気管支鏡で輪状軟骨2リング尾側から約4リングに渡る膜様部欠損（完全気管輪）があり、スライド気管形成術を行うことにした。手術は胸骨正中切開を行い、気管狭窄部中央を頭側へ斜めに切断し、尾側気管前壁と頭側後壁に縦切開をおき術野挿管下に両者をスライドさせ吻合した。ビデオで供覧する。

II-39 周囲臓器の高度圧排を認めた巨大右肺癌の1手術例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野
後藤達哉、佐藤征二郎、小池輝元、名村 理、土田正則
66歳男性。下腿浮腫・右胸痛・息切れがあり、右腋胸の診断で胸腔ドレナージと抗生素投与を受け軽快した。右中葉を主座とする巨大腫瘍が残存し急速増大傾向あり、超音波ガイド下針生検でcarcinomaの診断。術前CTで右胸腔内に17×13cm大の腫瘍認め、特にIVCは高度圧排され線状であり、腫瘍の背側は椎体を超え左胸腔に進展。cT3N0M0。胸骨正中切開+前側方開胸（逆L字切開）で右肺全摘術施行。周囲臓器浸潤なく、CPBなしで完全切除。癌肉腫の診断であった。

16:34~17:14 合併症・感染症

座長 北見明彦（昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター）
榎本 豊（日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 呼吸器外科）

II-40 胸鎖関節炎による膿瘍に対しドレナージを施行した1例

1 北里大学病院呼吸器外科

2 北里大学病院耳鼻咽喉科、頭頸部外科

山崎宏継、近藤泰人¹、内藤雅仁¹、中島裕康¹、松井啓夫¹、
塙見 和¹、佐藤之俊¹、糸山香保²、牧 敦子²、加納孝一²

56歳、男性。1ヵ月前より続く前胸部腫脹、全身倦怠感を自覚。CTで右胸鎖関節周囲、頸部、前胸壁、上縦隔に広範な膿瘍を認め当院搬入。HbA1c10.6のDM、炎症反応上昇を認め、耳鼻科と合同で頸部、縦隔、胸腔ドレナージ施行。術後は連日頸部、胸腔内洗浄を施行。6PODに左胸壁内膿瘍を認めドレナージ、53PODに軽快退院。比較的稀な胸鎖関節炎による膿瘍に対しドレナージを施行した1例を経験し文献的考察を加え報告する。

II-41 上大静脈置換を伴う残肺全摘分岐部形成術後に膿胸及び人工血管感染をきたし、人工血管抜去、開窓術にて軽快した1例

獨協医科大学病院 呼吸器外科

伊藤祥之、西平守道、井上 尚、荒木 修、苅部陽子、
前田寿美子、小林 哲、千田雅之

66歳女性。肺扁平上皮癌に対し右中下葉切除術施行。断端再発に放射線治療。リンパ節#10に再々発あり右残肺全摘+上大静脈置換術施行。術後分岐部形成部に瘻孔あり膿胸となり大網被覆し改善。2年後人工血管感染をきたし人工血管亜全摘、右房壁再建術施行。退院後発熱あり開窓術及び残存していた人工血管を抜去。蜂窩織炎遷延、正中創嘴開あり治療難渋したが膿胸改善し退院した。

II-42 ICRT 後の気管支形成後縫合不全に対して有茎心膜脂肪織が有用であった1例

埼玉県立がんセンター 胸部外科

中島由貴、飯島慶仁、木下裕康、秋山博彦、平田知己

67歳女性。CTにて右肺上葉に80mm大の腫瘍影を認めた。腺癌、cT4N1M0、StageIIIAの診断で化学放射線療法（CDDP+S1×4、60Gy）後に手術を施行した。手術は右上葉楔状切除術、縦隔リンパ節郭清、肺動脈形成、奇静脉合併切除を行った。気管支吻合部は心膜脂肪織にて被覆した。術後気管支鏡施行時に吻合部より気泡の出入りを確認、フィブリングルを散布し、保存的治療にて瘻孔閉鎖を得られた。吻合部の心膜脂肪織による被覆が有用な1例であった。

II-43 胸鎖関節切除、二期的形成術を要した胸鎖関節炎・縦隔膿瘍の1例

筑波大学附属病院 呼吸器外科

田中隆造、後藤行延、荒木健太郎、佐伯祐典、北沢伸祐、

小林尚寛、菊池慎二、鈴木久史、市村秀夫、佐藤幸夫

62歳女性。DM、腎不全で透析中。右肩痛と38℃発熱を主訴に救急搬送。WBC 13500/ml、CRP 25.0mg/dl、CTで甲状腺尾側から胸骨裏面、胸壁に連続する膿瘍を認め、縦隔炎の診断で外科的ドレナージ施行するも、右胸鎖関節腫脹が顕在化、炎症所見も遷延を認め、いわゆるTMAによる胸鎖関節切除を施行。開放創にVAC療法を導入するも壞死、腐骨組織が残存、閉鎖に島状有茎広背筋皮弁による形成術を要した。

II-44 両側肺手術後に一過性の二次性肺高血圧を認めた1例

昭和大学医学部外科学講座呼吸器外科部門

南方孝夫、新谷裕美子、大島 穂、片岡大輔、山本 澄、
鈴木 隆、門倉光隆

69歳男性、右上葉S1の腺癌とともに左S6に10mmの結節を認めた。左S6区域切除を先行し腺癌であった。左の術後28日目に右肺上葉切除を行った。術後肺瘻が遷延しOK432の5KEで胸膜瘻着を行った。その後より強い呼吸苦を認めた。心臓超音波検査でEFは55%であったがRVSPは65mmHgと高値を示した。しかし胸水が減少するとともに症状が改善し45日目には歩行時の呼吸苦が消失した。術後64日にはRVSP、胸水双方とも改善した。両側肺手術および胸水貯留による一過性二次性肺高血圧と診断したので報告する。

座長 佐治久 (聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科)
吉野直之 (日本医科大学多摩永山病院 呼吸器外科)

II-45 子宮全摘後に発症した月経隨伴性気胸の1例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

豊田行英、藤原大樹、田中教久、坂入祐一、和田啓伸、
鈴木秀海、中島崇裕、岩田剛和、千代雅子、吉野一郎

44歳女性。1年前に子宮筋腫にて両側卵巣残存子宮全摘を受けていた。3週間毎の右気胸の発症を認め、胸腔鏡下に手術を施行した。臓側・壁側胸膜に所見なく、横隔膜にBlueberry spotを認め、横隔膜切除縫縮術を施行した。病理学的に横隔膜の子宮内膜組織を認めたが、腹腔側からの空気流入は考えられず、手術で同定できない臓側胸膜の欠損孔があったものと推察された。文献的考察を含め報告する。

II-46 左気胸にて発症したEpithelioid sarcoma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

3 聖マリアンナ医科大学 臨床再生組織工学

原 万里¹、丸島秀樹¹、酒井寛貴¹、宮澤知行¹、佐治 久¹、

小島宏司³、栗本典昭¹、前田一郎²、高木正之²、中村治彦¹

症例は42歳、女性。子宮頸癌手術歴あり。子宮頸癌肺転移巣穿破による続発性左気胸の診断となる。左肺囊胞性病変が責任病巣と考え肺部分切除施行。病理所見では子宮頸癌転移所見ではなくepithelioid sarcomaとの診断。右下葉病変は下葉切除施行し病理診断は同様であった。

II-47 Birt-Hogg-Dube症候群に伴う反復性気胸に対し、両側手術を施行した1例

1 日本医科大学多摩永山病院 呼吸器外科

2 日本医科大学付属病院 呼吸器外科

竹ヶ原京志郎¹、吉野直之¹、白田実男²

Birt-Hogg-Dube症候群は皮膚腫瘍、腎腫瘍、多発肺囊胞を三微とする遺伝性疾患である。症例は40歳男性。本人、家族に気胸の既往あり。左気胸で当科を受診。胸部CTで両肺肺尖部、縦隔側に多数の囊胞を認めた。胸腔鏡下両肺部分切除術を施行し、遺伝子検査でBirt-Hogg-Dube症候群の診断を得た。家族歴を呈する気胸、多発肺囊胞でBirt-Hogg-Dube症候群を鑑別に挙げることは、生命予後を規定する腎腫瘍の早期発見に寄与すると考えられた。

II-48 気泡時間が手術の決め手となった一例

東京女子医科大学病院 第一外科

荻原 哲、井坂珠子、片桐さやか、前田英之、坂本 圭、

松本卓子、小山邦広、村杉雅秀、神崎正人

リーク程度と経時変化が確認できるトレンド機能を持つ、メラサキュームを使用し、手術を施行した気胸症例を報告する。症例は66歳男性。右気胸にて他院でドレナージされるも気漏を認めず、肺の膨張も良好であったが、クランプ施行後、肺の虚脱を繰り返していた。入院時、目視では気漏を認めず。翌朝トレンド画面の確認で、気泡を認めていた。同日、胸腔鏡下肺部分切除を施行し、縦隔側のブラからのリークであったことが確認できた。

第Ⅲ会場：503CD

8:30~9:18 大血管①

座長 三浦 純男 (三井記念病院 心臓血管外科)
千葉 清 (聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科)

III-1 特発性胸部大動脈破裂に対して、TEVAR が奏効した1例

株式会社日立製作所日立総合病院

塚田 亨、佐藤真剛、松崎寛二、渡辺泰徳

症例は 64 歳女性。調理業務をしている際に急激な背部痛を自覚した。当院 CT 検査で弓部大動脈小弯側に突出する造影剤の漏出像、縦隔血腫と左血胸を認めた。大動脈破裂の所見であり、緊急 TEVAR を施行する方針とした。造影剤漏出部を exclusion するように、左鎖骨下動脈分岐直後から留置した。問題なく手術は終了し、経過は良好であり術後 9 日目に自宅退院した。画像上破裂を来たす誘因となるような所見はなく、特発性胸部大動脈破裂と診断した。稀な疾患であり文献的考察を含め報告する。

III-2 弓部大動脈瘤破裂に対し総大腿動脈を inflow とする total debranch TEVAR 施行した1例

済生会横浜市東部病院 心臓血管外科

稻葉 佑、伊藤 努、林 祥子、高橋辰郎、三角隆彦

94 歳女性。86 歳時、他院で弓部大動脈瘤に対し 1debranchTEVAR を施行。術後 endoleak のため瘤径拡大を認めたが追加治療は希望されなかった。今回突然の背部痛を自覚し当院搬送、精査にて弓部大動脈瘤破裂と診断。治療希望ありリスク評価の結果 TEVAR 施行とした。中枢 landing を上行大動脈とし、右総大腿動脈を inflow とした弓部分枝への total debranch を併施。術後、弓部分枝血流は良好、歩行可能となり、20POD リハビリ転院となった。

III-3 全弓部置換術後遠隔期の解離性下行大動脈瘤破裂に対して緊急 TEVAR で救命した1例

社会福祉法人恩賜財団済生会水戸済生会総合病院

大西 遼、中嶋智美、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫

症例は 76 歳女性。75 歳 TAA に対して全弓部置換術を施行。突然の背部痛を主訴とし DAA (3B) 破裂の診断で緊急 TEVAR を施行した。大腿動脈が細いため右外腸骨動脈をアプローチとして CTAG を胸腹部大動脈まで展開した。シース抜去の際右外腸骨動脈の破裂損傷を認め Excluder leg を追加展開し止血を得たが、中枢側は解離したフラップにより閉塞したため F-F bypass を追加した。TEVAR における腸骨動脈損傷につき文献的考察を踏まえて症例報告する。

III-4 半側高度脳虚血を伴う遠位弓部大動脈瘤に対し debranching TEVAR を施行した1治験例

1 長野県厚生農業協同組合連合会北信総合病院

2 東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

酒井健司¹、渡邊大樹¹、吉田哲矢¹、八丸 剛²

68 歳男性。嘔声精査の CT で遠位弓部大動脈瘤と診断。脳梗塞の既往あり、頭部 MRI で Rt. ICA 閉塞、脳血流シンチで右大脳半球高度血流低下を認めた。2 debranching TEVAR (Rt. Ax-Lt. Ax-Lt. CCA bypass+GORE TAG) を施行。Lt. CCA 吻合時に全脳虚血となる為、BIS モニター監視下に脳灌流カテーテルを用いて脳血流を維持。Lt. SCA 起始部は AMPLATZER Vascular Plug にて塞栓。術後経過良好。

III-5 特発性遠位弓部大動脈破裂に対する緊急 TEVAR の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 医療法人財団石心会埼玉石心会病院

朝野直城¹、齊藤政仁¹、太田和文¹、新美一帆¹、井上裕道¹、

田中恒有¹、権 重好¹、田村元彦¹、高野弘志¹、木山 宏²

症例は 83 才、男性。脳幹梗塞にて当院脳外科に入院中であった。入院 4 日目、大量の左血胸を伴う遠位弓部大動脈の PAU からと思われる特発性大動脈破裂を発症し同日 TEVAR を施行した。術後経過は良好であり術後 6 日目にリハビリ目的に脳外科へ転科した。大動脈解離や瘤を伴わない特発性大動脈破裂は診断に難渋することがある。文献的考察を加え報告する。

III-6 2 debranching TEVAR 術後に急性大動脈解離を発症した症例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

鈴木寛俊、千葉 清、北 翔太、桜井祐加、廬 大潤、

小野裕國、大野 真、北中陽介、近田正英、西巻 博、宮入 剛

84 歳女性、遠位弓部大動脈瘤切迫破裂に対して 2 debranching TEVAR を施行した患者。術後 1 週間後に急性大動脈解離を発症し、上行部分弓部人工血管置換術を施行した。ステントグラフト術後の逆行性大動脈解離の治療方針について文献的考察を踏まえ報告する。

座長 柴田 講 (NTT東日本関東病院 心臓血管外科)
益原 大志 (東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科学分野)

III-7 IgG4 関連疾患大血管病変の一例

自治医科大学 心臓血管外科学

菅谷 彰、大木伸一、三澤吉雄

症例は75歳男性。慢性B型大動脈解離、後腹膜線維症、膜性腎症プレドニン加療後で当院かかりつけであった。CTで上行大動脈瘤60mmと解離性遠位弓部大動脈瘤60mmを認め手術目的に当科紹介となった。大動脈周囲の脂肪織濃度はやや上昇していた。手術はオープンステントグラフト内挿術、上行弓部大動脈置換術を行った。瘤壁の肥厚は認められたが内膜は平滑で動脈硬化の所見は認めなかった。病理検査で外膜側にIgG4陽性形質細胞を認めIgG4関連疾患大血管病変と診断した。文献的考察を交えて報告する。

III-8 外傷性胸部大動脈損傷に対してオープンステントグラフト併用全弓部置換を行った一例

社会福祉法人聖隸福祉事業団総合病院聖隸浜松病院 心臓血管外科

瀬戸悠太郎、小出昌秋、國井佳文、前田拓也、岡本卓也、高柳佑士

症例は83歳女性。交通事故にて救急搬送、CTにて左鎖骨動脈分岐部の大動脈弓部前壁からの血管外への造影剤漏出と縫隔内血腫、心嚢液貯留を認めた。他に致死的な外傷を示唆する所見はなく上行全弓部大動脈人工血管置換術を行う方針とした。体外循環・循環停止下にオープンステントグラフトを併用した全弓部大動脈人工血管置換術を行った。術後は概ね順調に経過して術後30日に自宅退院となった。

III-9 臓器虚血を伴うStanford A型急性解離に対しオープンステントグラフトを使用し救命した1例

杏林大学 心臓血管外科

石井 光、遠藤英仁、土屋博司、稲葉雄亮、野田真沙衣、

窪田 博

63歳男性。急性B型解離で救急搬送された。造影CTで左鎖骨下動脈遠位部にエントリーを有し、上腸間膜動脈(SMA)狭窄を伴うB型解離と診断した。緊急TEVARの適応と判断し、エントリー閉鎖、SMAステント留置の方針として治療開始。経過中、逆行性A型解離に進展したため、急遽、開心術の方針とした。手術はオープンステントグラフトを使用し弓部全置換を施行した。SMAへの血流はエントリー閉鎖を行うことで改善した。経過良好であった。

III-10 低侵襲手術時代における広範囲胸部大動脈瘤に対するClamshell thoracotomy の1例

獨協医科大学病院 ハートセンター 心臓・血管外科

武井祐介、堀 貴行、金澤祐太、福田宏嗣

当科の胸部大動脈瘤の治療方針として、高齢(75歳以上)かつFrailtyを有する場合、Stent graft (Open stentを含む)を用いたHybrid治療を優先している。しかしStent graftを使用した場合Zone 0 landingであること、また血管性状不良から75歳男性の広範囲胸部大動脈瘤に対してHemi-clamshell thoracotomyを用いた全弓部置換術を選択した。今回その治療戦略とClamshell開胸術の利点及び問題点とともに報告する。

III-11 Shaggy aortaに対する脳分離体外循環法の工夫

医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

服部 滋、野口権一郎、片山郁雄、山部剛史、大城規和、

長塚大毅

症例は77歳の女性。高度粥状硬化病変を有する胸部大動脈瘤に対して全弓部大動脈置換術の方針とした。通常の全弓部大動脈置換術では脳梗塞合併のリスクが高いと考え脳分離体外循環法を工夫した。左右の腋窩動脈に人工血管を吻合し送血および脳分離用とした。Total flowを得る前にSCPを確立し体循環と分離した。大動脈内には多量の粥腫を認めた。術後脳梗塞の発症はなく無事退院した。Shaggy aortaに対する手術に関して文献的考察を含めて報告する。

III-12 慢性透析、C型肝炎、Pafで抗凝固療法中、bovine archに発症したA型急性大動脈解離に対してIPA-RCPが有効であった1例

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

村田知洋、河田光弘、西村 隆、許 俊銳

59才女性。上記合併症ありJapan Score: 36.7%、+主要合併症: 67.1%。透析中前胸部痛が出現。CTで弓部小彎にentryを認め偽腔開存、bovine arch。脳保護としてIPA-RCP(間歇的静脈圧増強逆行性脳灌流)を用いた。entryはmattress縫合で閉鎖。その上で上行大動脈置換を施行。LAA切除を追加。術後経過は良好で1.5時間後GCS M6確認、10時間後抜管。術後CTでentry閉鎖部問題無く偽腔も造影されず。維持透析も問題なく11POD独歩退院。

座長 白石修一 (新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科・呼吸器外科(第二外科))
杉本晃一 (北里大学病院 心臓血管外科)

III-13 Primary sutureless 法による TAPVC (IA+III型) 修復術後 4 年で PVO をきたした一例

長野県立こども病院

瀧口洋司、上松耕太、岡村 達、原田順和

症例は 4 歳男児。在胎 38 週 5 日、2592g で出生し SpO₂ 低下を認め、心疾患を疑われ当院に紹介となった。精査の結果 TAPVC (IA+III型)、PVO と診断された。PVO による肺高血圧、うっ血を認めたため、日齢 0 で Primary sutureless 法による修復術を施行した。術後 3 年目より PVO の進行を認めたため、術後 4 年 4 ヶ月で手術を行った。Sutureless technique 修復術後遠隔期に PVO をきたした一例を経験したので、術中所見、病理学的所見を提示し文献的考察を加えて報告する。

III-14 両側気胸を伴う TAPVC に対し根治術後動脈管を二期的閉鎖することで救命し得た一例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

木南寛造、黄 義浩、野村耕司

在胎 36 週 0 日、2625g で出生。チアノーゼ、肺鬱血、気胸のため出生当日に当院搬送、来院時 SatO₂=50% 代、エコー上 TAPVC (1B) の診断にて緊急手術 (sutureless) 施行。NO 投与下でも肺循環不全のため人工心肺離脱困難だったため、動脈管を開放したところ血行改善、離脱可能となった。右左短絡であった動脈管は第 4 病日に左右短絡となり、動脈管結紮、胸骨閉鎖を行い軽快退院となった。現在、生後 11 か月であるが PVO なく経過良好である。

III-15 Berry 症候群に対する一期的修復手術の 2 例

千葉県こども病院 心臓血管外科

高澤晃利、青木 満、萩野生男、齋藤友宏、鈴木憲治、寶亀亮悟
Berry 症候群は大動脈弓離断、A-P window、右肺動脈上行大動脈起始を合併する稀な症候群であるが、最近 2 例の治療経験を得たので文献的考察を加え報告する。症例 1 は 24 週 601g で出生し、4 か月時 2.6kg で一期的修復術（右肺動脈前方転位直接吻合、大動脈弓は自己組織による再建）を施行した。術後、左気管支軟化症が顕在化し外ステント留置術を要したが後遺症等を認めず退院した。症例 2 は 39 週、3.5kg で出生し、日齢 8 に自己組織による一期的修復術を施行し術後経過は良好であった。

III-16 両側房室弁高度閉鎖不全を伴う修正大血管転位症に対して conventional repair を行った 1 例

社会福祉法人聖隸福祉事業団総合病院聖隸浜松病院 心臓血管外科

前田拓也、小出昌秋、國井佳文、岡本卓也、高柳佑士、瀬戸悠太郎

症例は 1 歳 3 ヶ月の女児。S, L, L, cTGA, VSD, ASD, severe MR, severe TR で新生児期に PAB を行った。今回心不全の急性増悪があり入院。左室流出路狭窄を認め VSD は狭小化していることから、手術は、両側房室弁形成術と VSD, ASD 閉鎖術を行った。術後急性期に重度三尖弁閉鎖不全の再発、肺うっ血所見あり ATS AP360 Mitral 18mm を用いて三尖弁置換術を行った。術後の経過は良好であった。

III-17 右室流出路狭窄型閉塞性肥大型心筋症の 1 手術例

筑波大学医学医療系 心臓血管外科

三富樹郷、松原宗明、鈴木一史、石井知子、川又 健、

相川志都、大坂基男、野間美緒、徳永千穂、榎本佳治、

坂本裕昭、平松祐司

症例は生後 6 ヶ月時に心雜音を契機に右室流出路狭窄型の閉塞性肥大型心筋症と診断された 4 歳男児。生後 11 ヶ月から β 遮断薬の内服を開始し、以降左室流出路狭窄の進行や不整脈の出現を認めなかつたが、右室流出路狭窄の経時的な進行に伴う心不全症状が出現したため、外科的心筋切除術を行った。術後経過は良好で自覚症状は消退した。本症例に対する治療戦略を中心に報告する。

10:50~11:30 先天性②

座長 和田直樹（榎原記念病院 心臓血管外科）
枡岡 歩（埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科）

III-18 2重に縫着した心膜シートによる遠隔期縦隔血腫の2例

東京女子医科大学病院 心臓病センター 心臓血管外科
片桐絢子、坂本貴彦、長嶋光樹、松村剛毅、梅津健太朗、
古田晃久、五十嵐仁、村上弘典、山崎健二

今回、2重に縫着した心膜シートが原因と思われた遠隔期縦隔血腫の2例を経験した。症例(1)は19歳男性。Polysplenia、DORV、PAにて3歳時にMustard+Rastelli。RVOTS、PRに対してre RVOTR+PVRを行った。症例(2)は20歳男性。TGAに対して生後2ヶ月で動脈スイッチ術。5歳時にCABG+RVOTR。16歳時にMVR+TAP施行。遠隔期に右室前面に血腫を指摘。術中所見で2例ともに折り畳まれた心膜シート内に血腫を認めた。

III-19 演題取り下げ

III-20 高齢で発見された右室流出路狭窄を伴う右室二腔症に対して右室流出路形成術を施行した一例

日本大学医学部附属板橋病院 心臓血管外科
林 佑樹、宇野澤聰、大幸俊司、向後寛子、有本宗仁、
北住善樹、瀬在 明、中田金一、田中正史
71歳女性。2年前から倦怠感があった、近医で心雜音を指摘され、精査の結果、右室流出路狭窄（圧較差100mmHg）を伴う右室二腔症の診断で手術の方針となった。異常筋束を切除し、ウシ心膜パッチによる右室流出路形成術を施行した。術後経過は良好で倦怠感は消失し、右室流出路の圧較差も改善した。高齢者で発見される右室二腔症は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

III-21 TGA（1型）に対してSenning手術後にTR増悪を認めTVR施行した一例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科
若林 豊、桃沢政司、松尾浩三、林田直樹、浅野宗一、
大場正直、丸山拓人、長谷川秀臣、伊藤貴弘、村山博和
患者は22歳、男性。生下時よりチアノーゼ出現。TGA（1型）の診断となりBAS、1歳時にSenning手術施行。経過中にAFL、TR増悪、右心機能増悪を認めたため当院紹介となり、Cryo ablation、TVR施行した。Systemic right ventricleは将来的なTR増悪、右心機能増悪が報告されており、若干の文献的考察を行い今症例について報告する。

III-22 Mustard術後37年の三尖弁逆流に対して三尖弁置換術を施行した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、畠 博明、大野俊哉、天野 篤
症例は完全大血管転位（3型）に対し3歳時にMustard手術を行った40歳女性。経年的な三尖弁逆流の増悪と、心房頻拍による心不全で入退院を繰り返していた。手術は三尖弁置換術（SJM 33mm）+右室心外膜ペースメーカーリード縫着を施行し、術後経過良好で第13病日に退院となった。Mustard術後超遠隔期での解剖学的脆弱性を有する三尖弁に対する治療経験は稀であり文献的考察を加えて報告をする。

座長 太田 敦隆 (神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科)
木村 成卓 (慶應義塾大学 心臓血管外科)

III-23 Kommerell憩室拡大を伴う血管輪乳児症例に対して憩室切除および鎖骨下動脈 reimplantation を施行した1例

昭和大学横浜市北部病院 循環器センター

宮原義典、樽井 俊、寺田拡人、中川博文、平沼 進、

奥山 浩、南渕明宏、石野幸三、富田 英

8ヶ月、8kgの男児。胎児期より右側大動脈弓・左鎖骨下動脈起始異常による血管輪を指摘。新生児期以降に喘鳴出現、CTにて気管支狭窄、Kommerell憩室拡大認め、左開胸にて血管輪解除術(ligament切離、憩室切除および左鎖骨下動脈-左総頸動脈吻合)を施行した。文献的考察を加えて報告する。

III-24 大動脈縮窄複合手術に際して反回神経の Skeletonization し反回神経麻痺を予防した2例

群馬県立小児医療センター

友保貴博、本川真美加、寺川勝也、笛原聰豊、宮本隆司

症例は2例とも大動脈縮窄症複合の患者であり1例は肺動脈絞扼術後であった。これらの症例に対して大動脈弓離断術を施行した。いずれの症例も迷走神経、反回神経を skeletonization、大動脈弓の後方に移動させる形で再建し、神経を free の状態にし神経保護を行った。抜管後軽度嗄声は見られたものの、反回神経麻痺を認めず経過し満足な結果を得ている。この方法に際し若干の考察を加えて報告する。

III-25 VSD閉鎖術中に心室中隔解離を合併した1例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

岩瀬友幸、益澤明広、高岡哲弘、平田康隆、小野 稔

3ヶ月、5.3kg女児。膜様部VSDでePTFEパッチを用いて閉鎖。大動脈遮断解除後に心エコーにより心室中隔壁厚(IVSd)23mm、心尖部方向に30mmの心室中隔解離を認めた。右室側心内膜に異常は認めず、TEE上も左室流出路狭窄なく人工心肺から離脱。プロタミン投与後、心エコーで解離腔内が high echoic となり、血腫化したと推察。術後CK/CK-MB 3073/344U/Lまで上昇したが、2PODには中隔幅は半分まで縮小。8PODにはIVSd 9mmまで縮小し部分的な血腫を認めるのみで9POD退院。文献的考察を含めて報告する。

III-26 ハイブリッド手術(カテーテル的肺動脈裂開術+BTシャント)後に1+1/2心室修復術を行った純型肺動脈閉鎖・右室低形成の一例

北里大学病院 心臓血管外科

宮田有理恵、杉本晃一、本川真美加、鳥井晋三、北村 律、

平田光博、美島利昭、大久保博世、小林健介、柴田深雪、

井上崇道、松代卓也、荒記春奈、土田勇太、宮地 鑑

症例は1ヶ月女児、体重3kg。純型肺動脈閉鎖、右室低形成の診断に対し、初回ハイブリッド手術(経右心室カテーテル的肺動脈裂開術+右BTシャント)を施行。5ヶ月時、右室拡張期容積60%Nのため、1+1/2心室修復術(BCPS+ASD閉鎖+肺動脈弁交連切開)を施行した。

座長　益澤明広（東京大学医学部附属病院　心臓外科）
　　榎沢政司（千葉県循環器病センター　心臓血管外科）

III-27 心臓再同期療法により心機能改善を得て、Fontan手術に到達した房室不一致、両大血管右室起始症の1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

仲村亮宏¹、白石修一¹、渡邊マヤ¹、杉本　愛¹、高橋　昌¹、
土田正則¹、瀧間淨宏²

1歳2月 女児、Dextrocardia、AVD、DORV、PS、straddling TVにてFontan candidate。AVBにて5月時にPMI (DDD) 施行。BDG 施行後より interventricular dyssynchrony が出現し、CRT を導入した。術中心表面エコーを用い、最も心室の収縮同期性が良い部位を pacing site とした。術後のBNPは8まで低下し心機能は改善。2歳6月時にEC-TCPCを施行した。

III-28 演題取り下げ

III-29 Jatene術後の難治性乳び胸水に対して鼠径リンパ節穿刺によるリンパ管造影が有効であった1例

昭和大学横浜市北部病院 循環器センター

樽井　俊、宮原義典、寺田拡仁、中川博文、平沼　進、

奥山　浩、南淵明宏、石野幸三、富田　英

日齢12日、3.1kgの女児。完全大血管転位症に対するJatene術後6日目より右乳び胸を発症。絶食・オクトレオチドを含む保存的治療にても改善しないため、エコーガイド下鼠経リンパ節穿刺にてリピオドール注入リンパ管造影を2回施行した。造影後速やかに胸水は減少し、術後60日目に退院した。難治性乳び胸に対するリンパ管造影は、新生児期開心術後においても有効な手技と考えられた。

III-30 術後病棟急変で補助循環治療を行った症例の予後

神奈川県立こども医療センター　心臓血管外科

岡田　拓、麻生俊英、武田裕子、太田教隆、小林真理子、

大中臣康子、浅井英嗣

急変の発生場所は予後を規定する一因子と思われる。当院における補助循環70症例のうち一般病棟急変はFontan術後、Glenn術後の2例でCPRをしながらICUに移送し補助循環を装着した。補助循環開始までの時間は56分、128分でいずれも退院できたが広範な虚血性脳障害、1例は低心機能を生じた。一般病棟での補助循環適用例は開始までに時間を要し、脳保護の観点から改善の余地があると考えられた。

座長 中村喜次(千葉西総合病院 心臓血管外科)
藤吉俊毅(東京医科大学 心臓血管外科)

III-31 横隔膜ヘルニアを合併した解離性大動脈瘤の1例

群馬県立心臓血管センター

森下寛之、金子達夫、江連雅彦、長谷川豊、山田靖之、

岡田修一、小此木修一、桐谷ゆり子

67歳女性。13年前にB型大動脈解離を発症し、他院で外来経過観察されていた。左上腕動脈血栓閉塞で当科を紹介受診し、その後、最大径6cmの解離性大動脈瘤を認めた。また、Morgagni孔ヘルニアを認め、同時手術の方針とした。胸骨正中切開下に上行部分弓部置換術を施行し、経胸的にComposite Meshを用いて横隔膜ヘルニア修復術を施行した。術後合併症やヘルニア再発を認めずに経過し、術後24日目に退院した。文献的考察を含め、報告する。

III-33 Yグラフト術後吻合部仮性大動脈瘤十二指腸瘻の1手術救命例

医療法人立川メディカルセンター立川総合病院

水本雅弘、山本和男、浅見冬樹、岡本祐樹、木村光裕、

武居祐紀、榎本貴士、吉井新平

76歳男性。69歳AAA-Yグラフト置換術(腎動脈上遮断、22×11mm)施行。2016年9月、下血で近医入院中に吐血、出血性ショック出現。造影CT、GIF所見から仮性大動脈瘤十二指腸瘻疑いで当科紹介。上記診断で緊急手術(右側臥位:胸腹部大動脈置換術Coselli24mm→仰臥位:瘻孔切除・十二指腸側々吻合術)施行。術後胆囊炎、十二指腸縫合不全の加療を必要としたが56POD独歩退院し得たので文献的考察を踏まえ報告する。

III-35 外傷性大動脈損傷による胸部下行大動脈破裂の救命し得た1例

独立行政法人国立病院機構東京医療センター 心臓血管外科

森 義晴、大迫茂登彦、内室智也、山田敏之、尹 亮元

交通外傷にて救急搬送された症例。CTにて大動脈胸部下行大動脈に全周性の内膜断裂と縫隔血腫を認め、大動脈破裂の診断にて緊急手術となり、F-F bypassによる人工心肺補助下に、損傷部分を除外する人工血管置換術を施行した。術後、外傷性肺挫傷、SIRSにより長期呼吸管理が必要となったが、第9病日に人工呼吸器より離脱、その後順調に回復し社会復帰された。症例の詳細と、外傷性大動脈損傷に対する治療について検討・報告する。

III-32 下肢閉塞性動脈硬化症および両側内腸骨動脈瘤を合併し下肢血行再建に難渋した胸腹部大動脈瘤手術の一例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

山本高照、岡田健次、町田 海、御子柴透、小松正樹、

市村 創、五味潤俊仁、中原 孝、大橋伸朗、大津義徳、

瀬戸達一郎、福井大祐

右被殻出血の既往がある63歳男性。CTフォロー中胸腹部大動脈瘤が54mmと急速に拡大し手術適応となった。近位下行大動脈瘤も認めた。胸腹部置換術の際高度動脈硬化症を伴った両側総腸骨動脈瘤を認め下肢血行再建に難渋した。近位下行大動脈瘤も合併しており術後11日目に2期的にTEVARを施行し、術後38日目にリハビリ転院となった。

III-34 急性A型解離に対する上行弓部置換術後早期に、下行残存解離の破裂を来たした一例

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

富田啓人、内田敬二、輕部義久、笠間啓一郎、出淵 亮、

伏見謙一、斎藤文美恵、阿賀健一郎、小林由幸、高橋大志、益田宗孝

39歳女性。SLEでステロイド内服中。急性A型大動脈解離に対し、上行弓部置換術を施行。術後CTで胸部下行偽腔は腹部re-entryからの吹き上がりで一部造影されていた。術後炎症反応遷延し抗生素投与を継続していた3ヶ月後、下行大動脈が破裂し下行置換術を要した。偽腔の部分血栓化が早期の偽腔拡大、破裂に影響したと考えられた。

III-36 高リスク感染性腕頭動脈瘤に対し血管内治療を行った一例

1 東京大学医学部附属病院 心臓外科

2 東京大学医学部附属病院 血管外科

小前兵衛¹、山内治雄¹、平岩伸彦¹、赤井 淳²、保科克行²、

木下 修¹、繩田 寛¹、小野 稔¹

症例は78歳男性。40°Cの熱発が出現し、血液培養でCitrobacter diversusが検出された。入院後CT精査の結果、感染性腕頭動脈瘤と診断された。重度閉塞性呼吸障害、およびたこつぼ心筋症を有し、手術は高リスクと考えられた。6週間の抗生素治療後に炎症反応陰性化を確認し、ステントグラフト内挿術を成功裏に施行した。若干の文献的考察を加え、報告する。

16:10~16:50 大血管④

座長 丸田一人 (昭和大学医学部 心臓血管外科学部門)
三富樹郷 (筑波大学附属病院 心臓血管外科)

III-37 大動脈弁閉鎖不全症合併遠位弓部大動脈瘤に対する大動脈弁置換術とオーブンステントグラフトを用いた全弓部大動脈置換術の一例

1 JA茨城厚生連茨城西南医療センター病院 心臓血管外科

2 筑波大学附属病院 心臓血管外科

永井 竜¹、大坂基男²、小石沢正¹

73歳男性。重度の大動脈弁閉鎖不全症と最大径70mmの遠位弓部大動脈瘤に対して、大動脈弁置換術(CEP23mm)及びオーブンステントグラフト(OSG)を用いた全弓部大動脈置換術を行った。左総頸動脈直下から透視下にOSGを内挿した。大動脈直接分枝の左椎骨動脈は左内頸動脈に吻合し、左鎖骨下動脈は胸腔外で吻合した。術後22日に退院した。

III-38 Kommerell憩室を伴う遠位弓部大動脈囊状瘤に対する大動脈置換術とopen stentを施行した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

竹内太郎、板垣 翔、白石 学、山口敦司、安達秀雄

症例は75歳、男性。CTにてKommerell憩室を伴う遠位弓部大動脈瘤(70mm)を認め手術適応となった。手術は両側鎖骨下動脈を確保した後に胸骨正中切開を行い低温循環停止下にopen stent(J graft 34×90)を留置して右鎖骨下動脈起始部を閉鎖し弓部大動脈人工血管置換術(J graft 28mm 4分枝)で両側総頸動脈の共通管と両側鎖骨下動脈を再建した。血管奇形を伴う弓部大動脈瘤に対して若干の文献的考察を踏まえて報告する。

III-39 重症混合性呼吸障害を合併した弓部大動脈瘤に対するオーブンステントグラフト(OSG)法の1手術例

伊勢崎市民病院

三木隆生、大木 聰、羽鳥恭平、平井英子、安原清光、大林民幸
症例は71歳女性。COPDと気管支喘息でHOT導入中。術前呼吸機能は1秒率35%、%肺活量58%と重症混合性障害を呈していた。CT上、径50mmの弓部大動脈瘤を認め、左鎖骨下動脈は瘤から起始していた。アクセス血管径が狭小で、中枢landing zoneも短く、開胸開腹を要するTEVARは術後呼吸機能への影響が大きいと判断しOSG法を選択した。術翌日に抜管した。術後CTでELはなかった。その後、呼吸状態悪化や対麻痺なく経過し、術後15日目に独歩退院した。

III-40 進行直腸癌、横行結腸瘻を有する遠位弓部大動脈瘤に対するMini-LIQSを行った1例

1 神奈川県厚生農業協同組合連合会相模原協同病院

2 日本大学医学部附属板橋病院 心臓外科

吉武 勇¹、服部 努¹、木村 玄¹、白水御代¹、北島史啓¹、
田中正史²

症例は65歳男性。進行直腸癌加療中の遠位弓部大動脈瘤(59mm)に対し、横行結腸瘻によるSSIを回避すべく胸骨部分切開にて28°C循環停止、逆行性脳分離体外循環併用下にオーブンステントグラフトによる遠位弓部大動脈置換術(Less Invasive Quick open Stenting with Mini-sternotomy: Mini-LIQS)を施行。本法は遠位弓部大動脈瘤に対する低侵襲手術として有効であったので報告する。

III-41 弓部大動脈瘤オーブンステント治療後type Iエンドリーケに対してトラネキサム酸が有効であった1例

1 日本大学病院 循環器病センター 心臓血管外科

2 日本大学 医学部 心臓血管外科

鈴木沙季¹、秦 光賢¹、折目由紀彦¹、和久井真司¹、中村哲哉¹、
日野浦礼¹、秋山謙次¹、田中正史²

73歳男性、心房細動、脳梗塞を合併した弓部大動脈瘤ハイリスク症例。オーブンステント(LIQS)法+CABG施行後NOAC+アスピリン投与。1ヶ月後CT上SVG-LADバイパスは開存するも、type Iリーケ認めたためアスピリン中止しトランサミンの内服開始。3週間後にリーケは完全に消失した。

座長 浅野宗一 (千葉県循環器病センター 心臓血管外科)
村岡 新 (自治医科大学 心臓血管外科部門)

III-42 若年男性に対し自己弁温存大動脈基部置換術を施行した一例

帝京大学医学部附属病院 心臓血管外科

根本尚久、松山重文、土門駿也、松岡志超、中川かおり、
陳軒、佐賀俊文、原田忠宜、尾澤直美、西村健二、
飯田充、今水流智浩、下川智樹

症例は48歳男性。意識消失で前医へ搬送。CTにて大動脈弁輪拡張症を伴うStanford A型急性大動脈解離を認めたため、手術目的に当院紹介となった。心エコー上 ARを認めず大動脈弁は正常であったため自己弁温存基部置換術を施行した。術後問題なく経過し、心エコーで ARを認めず自己弁は正常に機能していた。当症例に対し若干の文献的考察を踏まえ報告する。

III-43 巨大未破裂心外型バルサルバ洞動脈瘤の1例

相澤病院 心臓血管外科

関裕薈、恒元秀夫、山浦一宏

症例は75歳女性。肺癌検診で胸腺腫と指摘され、当院でCT検査したところ、約60mmの心外型右バルサルバ洞動脈瘤を認め、手術適応と判断した。手術は右冠洞へのパッチ形成と大動脈弁置換術を施行し、右冠動脈再建としてSVGによりバイパスを作成し、経過順調であった。文献的考察を加えて報告する。

III-44 下行大動脈瘤を伴った大動脈縮窄症に対して左開胸で下行大動脈置換術を施行した一成人例

日本医科大学武藏小杉病院 心臓血管外科

網谷亮輔、廣本敦之、丸山雄二、井村肇

症例は61歳男性。小児期に心疾患の指摘はなく、今まで有意な症状は認めなかった。高血圧で近医通院中に胸部異常影を指摘された。造影CT検査で遠位弓部大動脈に縮窄とその末梢に52mmの大動脈瘤を認め、カテーテル検査(同時圧測定)で85mmHgの収縮期圧較差を認め、手術適応と判断された。左開胸でアプローチ、部分体外循環下に遠位弓部-下行大動脈置換術を施行した。第13病日に経過良好で退院となった。若干の文献的考察を含め報告する。

III-45 再発する脳梗塞を契機に診断に至った成人型大動脈縮窄症の1例

東邦大学医療センター大森病院 循環器センター 心臓血管外科

矢尾尊英、藤井毅郎、片柳智之、保坂達明、川田幸太、

亀田徹、大熊新之介、片山雄三、益原大志、小澤司、
塙野則次、渡邊善則

24歳男性。19歳頃から高血圧を指摘され内服加療をしていた。23歳時に2ヶ月間で2回の脳梗塞を発症し、精査で施行したCTで大動脈縮窄症を認めた。縮窄部の乱流による血栓形成が脳梗塞の原因と考えられ、手術適応と判断した。18mm人工血管を用い、左鎖骨下動脈-胸部下行大動脈バイパス術を施行した。術後3ヶ月経過したが脳梗塞再発は認めていない。

III-46 急性大動脈解離(Stanford B)を発症した大動脈縮窄症の1例

防衛医科大学校病院 外科2(心臓血管外科)

塚本旬、堤浩二、石田治、西田浩介、飯島夏海、

山中望、田中克典、田口真一

症例は62歳男性。突発する背部痛にて当院救急搬送。精査にて大動脈縮窄症に伴う急性大動脈解離(Stanford B)と診断した。保育的加療後、退院。発症1ヶ月後CTにて胸部下行大動脈径が30から35mmへと急速拡大しており、外科的加療の方針となった。手術は左第4肋間開胸アプローチで下行大動脈人工血管置換術を行った。大動脈縮窄症に急性大動脈解離(Stanford B)を併発する症例は比較的稀であり、文献的考察を加えて報告する。