

第175回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2017 年 11 月 11 日（土）

会場： 都市センターホテル

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-4-1

総合受付	ホワイエ	(5 階)
PC受付	桜	(5 階)
第Ⅰ会場	オリオン	(5 階)
第Ⅱ会場	601	(6 階)
第Ⅲ会場	606	(6 階)
世話人会	蘭	(5 階)
幹事会	スバル	(5 階)

会長： 山崎 健二

東京女子医科大学 心臓血管外科学

〒162-8666 新宿区河田町 8-1

TEL：03-3353-8111 FAX：03-3356-0441

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 8：15 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。

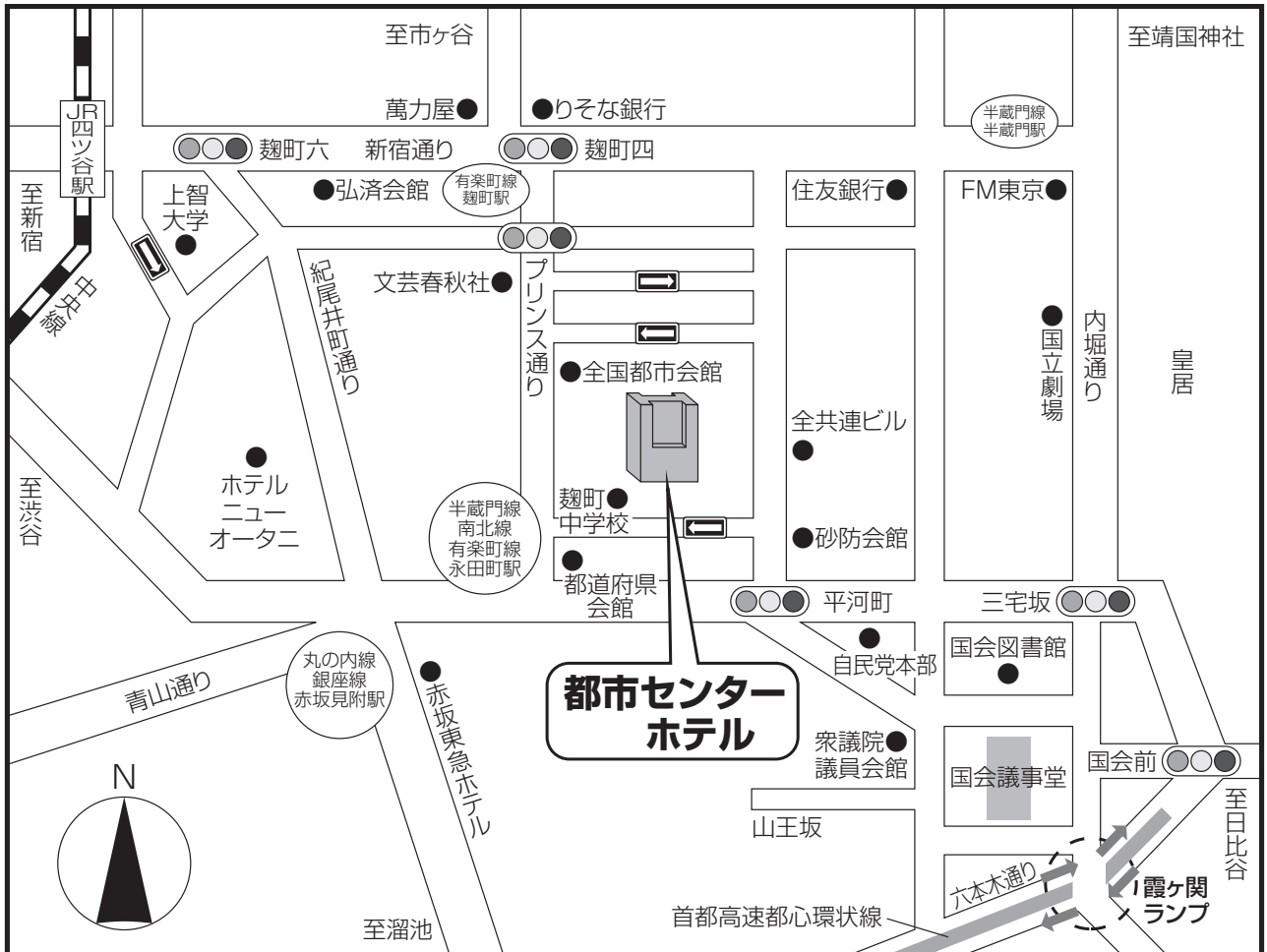
【会場案内図】

都市センターホテル

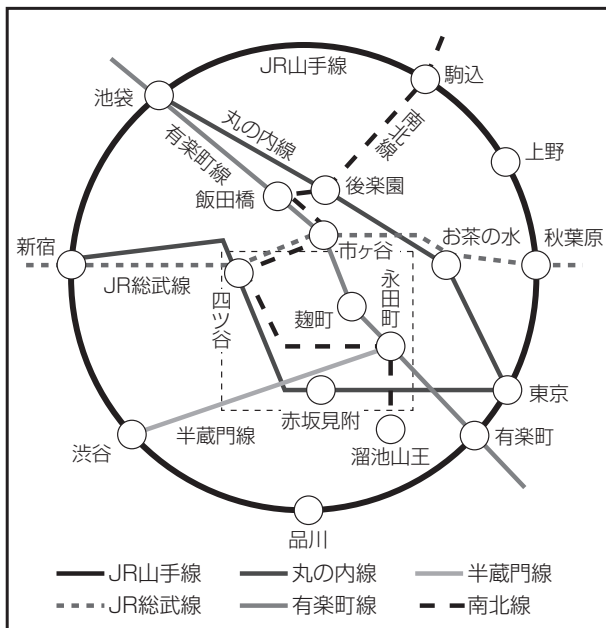
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1

TEL 03-3265-8211

会場周辺図



路線図



交通機関と所要時間

◆地下鉄

- 麹町駅(有楽町線)半蔵門方面1番出口より徒歩約4分
- 永田町駅(有楽町線・半蔵門線)9b番出口より徒歩約3分
- 永田町駅(南北線)9b番出口より徒歩約3分
- 赤坂見附駅(丸の内線・銀座線)D出口より徒歩約8分

◆JR

- 四ツ谷駅麹町口より徒歩約14分

◆都バス

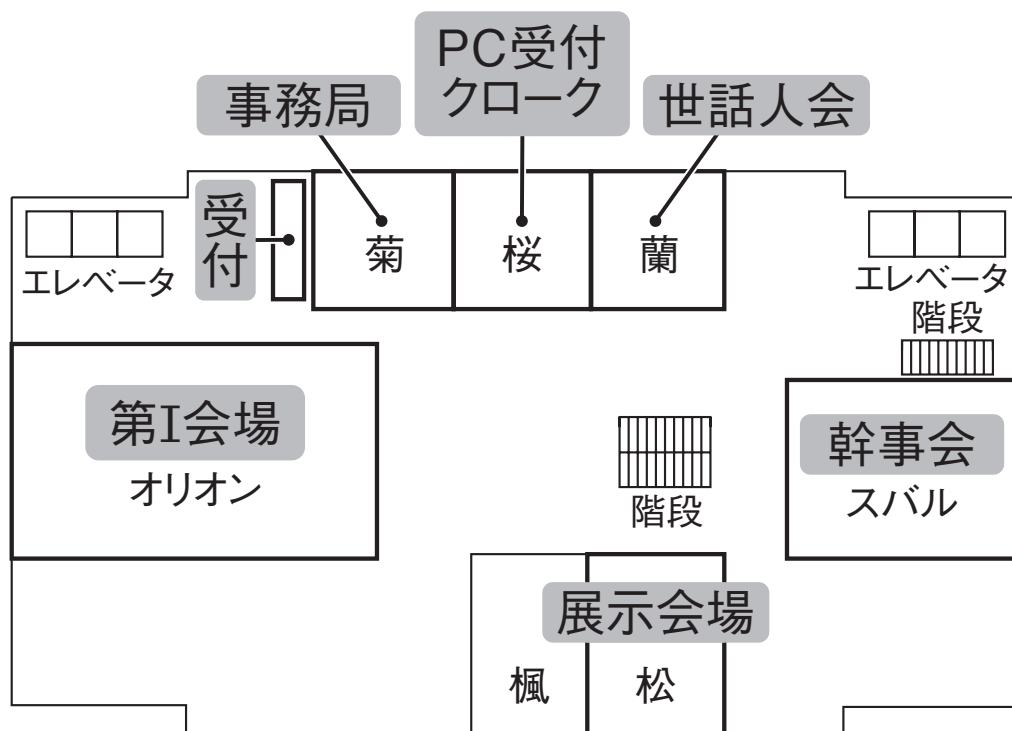
- 平河町二丁目「都市センター前」
(新橋駅⇄市ヶ谷駅⇄小滝橋車庫前)下車

◆首都高速

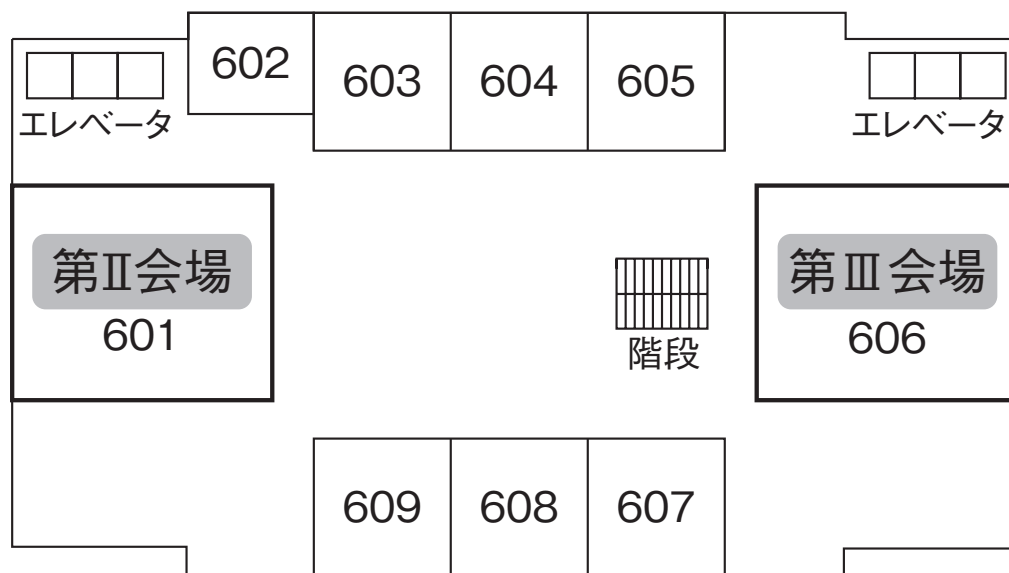
- 霞ヶ関出口より5分

【場内案内図】

5F



6F



第Ⅰ会場（オリオン）

8：50～8：55 開会式

8：55～9：35

心臓：心不全

1～5

西村 隆

東京都健康長寿医療センター
心臓外科

9：35～10：15

心臓：弁膜症①

6～10

縄田 寛

東京大学医学部附属病院 心臓外科

10：15～10：47

心臓：弁膜症②

11～14

黄野 皓木

千葉大学医学部附属病院
心臓血管外科学

10：47～11：27

心臓：弁膜症③

15～19

坂本 吉正

東京慈恵会医科大学 心臓外科

**ランチョンセミナー 1：
心臓血管外科**

12：00～12：15

GTCSからの報告

『みんなでとうろウインパクトファクター！』

演者 池田 徳彦

東京医科大学病院 呼吸器・甲状腺外科

12：15～13：05

『TAVI時代のAVR』

座長 志水 秀行

慶應義塾大学医学部 外科学 心臓血管外科

演者 田中 正史

日本大学医学部 外科学系心臓血管外科学分野

演者 山崎 真敬

慶應義塾大学医学部 外科学 心臓血管外科

共催：エドワーズライフサイエンス株式会社

第Ⅱ会場（601）

8：55～9：43

学生発表

（審査員：金子公一、新浪博士、松宮護郎）

1～6

荒井 裕国

東京医科歯科大学大学院
心臓血管外科学

神崎 正人

東京女子医科大学 呼吸器外科

9：43～10：23

肺：悪性腫瘍①

7～11

関根 康雄

東京女子医科大学八千代医療センター
呼吸器外科

10：23～11：11

肺：悪性腫瘍②

12～17

鈴木 秀海

千葉大学 呼吸器外科

11：11～11：43

縦隔

18～21

中川加寿夫

国立がん研究センター中央病院
呼吸器外科

**ランチョンセミナー 2：
呼吸器外科**

12：00～12：15

GTCSからの報告（中継）

『みんなでとうろウインパクトファクター！』

演者 池田 徳彦

東京医科大学病院 呼吸器・甲状腺外科

12：15～13：05

**『MIS時代における現在の
アプローチと今後のタスク』**

座長 神崎 正人

東京女子医科大学 外科学第一講座

演者 中島 由貴

埼玉県立がんセンター 胸部外科

演者 藤森 賢

虎の門病院 呼吸器センター外科

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

第Ⅲ会場（606）

8：55～9：43

心臓：先天性①

1～6

太田 教隆

神奈川県立こども医療センター
心臓血管外科

9：43～10：23

心臓：先天性②

7～11

梅津健太郎*

千葉県こども病院 心臓血管外科

10：23～11：11

心臓：先天性③

12～17

上松 耕太

長野県立こども病院 心臓血管外科

11：11～11：51

心臓：先天性④

18～22

杉本 愛

新潟大学医歯学総合病院
心臓血管外科

**ランチョンセミナー 3：
心臓血管外科**

12：00～12：15

GTCSからの報告（中継）

『みんなでとうろウインパクトファクター！』

演者 池田 徳彦

東京医科大学病院 呼吸器・甲状腺外科

12：15～13：05

**『これからの左心耳マネー
ジメント～AtriClip～』**

座長 大塚 俊哉

東京都立多摩総合医療センター

演者 濱 元拓

厚生連佐久医療センター

演者 大塚 俊哉

東京都立多摩総合医療センター

共催：センチュリーメディカル株式会社

10：00～10：50
世話人会（蘭）

11：00～11：50
幹事会（スバル）

第Ⅰ会場（オリオン）

13：05～13：15
学生表彰式

13：20～14：00
心臓：弁膜症④
20～24 中島 雅人
山梨県立中央病院 心臓血管外科

14：05～14：55
**アフタヌーンセミナー 1：
心臓血管外科**
『心臓血管外科領域における低侵襲手術：完全内視鏡下心臓手術への道』
座長 松宮 護郎
千葉大学医学部附属病院
演者 伊藤 敏明
名古屋第一赤十字病院
共催：テルモ株式会社

14：55～15：27
心臓：冠動脈①
25～28 北中 陽介
新東京病院 心臓血管外科

15：27～16：07
心臓：冠動脈②
29～33 森田 耕三
東京女子医科大学 心臓血管外科

16：07～16：47
心臓：冠動脈③
34～38 齋藤 博之
東京女子医科大学八千代医療センター
心臓血管外科

16：47～17：27
心臓：腫瘍
39～43 北村 律
北里大学 心臓血管外科

第Ⅱ会場（601）

13：20～13：52
肺：外傷・感染症
22～25 小林 哲
獨協医科大学 呼吸器外科

14：05～14：55
**アフタヌーンセミナー 2：
呼吸器外科**
『胸腔ドレナージのエアリーク～メラサキームのトレンド機能の使い方と有用性～』
座長 近藤 晴彦
杏林大学 呼吸器外科
演者 川村 雅文
帝京大学 呼吸器外科
演者 井坂 珠子
東京女子医科大学 呼吸器外科
共催：泉工医科工業株式会社

14：55～15：43
肺：研修医
26～31 中島 淳
東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

15：43～16：31
食道・肺：その他
32～37 河野 光智
東海大学 呼吸器外科

16：31～17：03
心臓：その他
38～41 津田 泰利
高崎総合医療センター 心臓血管外科

17：03～17：43
心臓：周術期
42～46 駒ヶ嶺正英
東京女子医科大学 心臓血管外科

17：43～17：50 閉会式

第Ⅲ会場（606）

13：20～13：52
心臓：大血管①
23～26 國井 佳文
聖隷浜松病院 心臓血管外科

14：05～14：55
**アフタヌーンセミナー 3：
心臓血管外科**
『先進的非臨床試験法の開発による治療機器・治療法の開発と普及の推進』
座長 山崎 健二
東京女子医科大学 心臓血管外科
演者 岩崎 清隆
早稲田大学理工学術院先進理工学研究科
共同先端生命医科学専攻

14：55～15：43
心臓：大血管②
27～32 富岡 秀行
東京女子医科大学 心臓血管外科

15：43～16：23
心臓：大血管③
33～37 水野 友裕
東京医科歯科大学大学院
心臓血管外科学

16：23～17：03
心臓：大血管④
38～42 石井 光
杏林大学 心臓血管外科

17：03～17：43
心臓：大血管⑤
43～47 遊佐 裕明
綾瀬循環器病院 心臓血管外科

*：日本心臓血管外科学会U-40 推薦

第Ⅰ会場：オリオン（5階）

8：55～9：35 心臓：心不全

座長 西 村 隆（東京都健康長寿医療センター 心臓外科）

Ⅰ-1 同種心移植後に下部消化管穿孔発症で増悪した重症縦隔炎の1例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

永代友理、小前兵衛、岡村賢一、星野康弘、木下 修、
山内治雄、縄田 寛、小野 稔

心移植待機中に心尖部周囲膿瘍に対し大網充填術の既往のある虚血性心筋症の60歳男性。同種心移植施行後に縦隔炎を発症。day13に縦隔洗浄ドレナージ後、局所陰圧吸引療法開始。day24に縦隔ドレーンから便汁が排液され緊急横行結腸切除・人工肛門造設術施行。引き続き縦隔洗浄と弱い陰圧で局所陰圧閉鎖療法等を行いday67に閉胸・閉創、感染もコントロールし得た。心移植後の免疫抑制下で発症した重症感染症の治療経過を報告する。

Ⅰ-2 植込型LVAD装着し軽快退院し得た不整脈原生右室心筋症（ARVC）の一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

数井真理子、木下 修、岡村賢一、星野康弘、山内治雄、
小野 稔

ARVCは不整脈による突然死の原因として知られ、右心系拡大を伴う右心不全を呈することがあるが、LVAD治療の報告は稀である。症例は57歳男性。心不全入院を繰り返しカテコラミン依存となり心臓移植適応と判定。心不全増悪しEVAHEART装着術・TVR施行。右心不全に対しRVADは用いず、NO吸入やPDE 5阻害薬投与と、静注強心薬を緩徐に漸減し内服強心薬へ移行し、利尿薬投与で体液バランスを調整することで、LVADのみで安定し術後78日で自宅退院した。

Ⅰ-3 Becker型筋ジストロフィー心筋症を背景とした心原性ショックに対し左室形成術を施行した1例

青梅市立総合病院

酒井健司、染谷 毅、白井俊純

症例は50歳男性。Becker型筋ジストロフィーに伴う拡張型心筋症・心不全増悪で内科加療を開始されたが治療抵抗性であり、挿管管理・IABP補助下に当科紹介。左室後壁の無収縮および菲薄化・乳頭筋間距離の開大によるMRが心不全増悪の主因と考え、MVP（MAP、2nd chordal cutting、PM plication）および左室形成術（後壁形成）を施行。術後は心原性ショックから離脱、6PODでICU退室。NYHAⅠ度で退院となった。

Ⅰ-4 外傷を契機に発症した収縮性心膜炎の1例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

鈴木寛俊、杵渕聡志、北 翔太、桜井祐加、盧 大潤、
永田徳一郎、千葉 清、小野裕國、大野 真、近田正英、
西巻 博、宮入 剛

50歳男性、労作時呼吸困難を主訴に来院。精査で収縮性心膜炎の診断となり、収縮性心膜炎手術（Waffle法）を施行し軽快した。受診より2年前に交通外傷の既往があり収縮性心膜炎を発症した原因と考えられた。外傷を契機とした収縮性心膜炎の発症は知られているが報告が少なく稀である。外傷後2年の経過を経て収縮性心膜炎を発症した貴重な症例を経験したため、文献的考察を踏まえ1例報告とする。

Ⅰ-5 CABG術後の収縮性心膜炎に対してclamshell thoracotomyにより心膜剥離術を施行した一例

千葉大学 大学院・医学部 心臓血管外科学

柴田裕輔、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、田村友作、
渡邊倫子、松宮護郎

症例は74歳、男性。13年前にCABG施行。1年前より労作時呼吸困難、体重増加、胸水貯留、肝腎機能の悪化を認め、収縮性心膜炎（CP）の診断。グラフトは開存しており全周性の心膜肥厚を認めた。手術はclamshell thoracotomyにより心膜剥離術・三尖弁輪縫縮術を施行。術後はdip and plateau型曲線の改善を認めた。CABG術後グラフト開存例のCPに対する再開胸手術では上記のアプローチ法も有用と考えられた。

9：35～10：15 心臓：弁膜症①

座長 縄 田 寛（東京大学医学部附属病院 心臓外科）

I-6 大動脈弁置換術後早期に高度弁周囲逆流を認め基部置換術を要した大動脈炎症候群の1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

池内博紀、浅野宗一、松尾浩三、林田直樹、梶沢政司、阿部真一郎、長谷川秀臣、伊藤貴弘、村山博和

63歳男性。61歳時ARに対してAVR（SJM 21）を施行。弁尖は肥厚し、IEを疑ったが組織培養は陰性。術後抗生剤投与にて炎症反応は陰性化。術1年後より炎症反応再上昇と弁周囲逆流が出現し、上行大動脈のULP様所見とHLA-B52抗原の陽性を認めた。大動脈炎症候群の診断でPSLを投与し、炎症反応が陰性化したところでmBentall（Svensson法）+CABGを施行した。文献的考察を加えて報告する。

I-7 AMIでみつかった大動脈基部拡大及び解離に対して再手術を施行した1症例

湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

郡司裕介、野口権一郎、片山郁雄、山部 剛、大城規和、服部 滋、長塚大毅

80歳女性、2008年SSSに対してPM挿入、同年AVR（CEP19mm）+TAP（DeVega法）+上行置換術施行。今回、MRとTRの増悪による呼吸苦でER受診、精査中にCPA、CPR後ROSC。緊急CAGで大動脈基部拡大と基部解離に伴うRCA閉鎖によるAMIと診断、緊急PCIで救命。心不全コントロール後、16病日に再基部置換+MAP+TVP（自己心膜augmentation）を施行。偶発的に見つかった大動脈基部拡大及び解離に対して再基部置換+MAP+TVPを施行したので報告する。

I-8 STJ縫縮がARの制御に有効であった大動脈弁形成術の1治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学

櫻井啓暢、黒木秀仁、水野友裕、大井啓司、八島正文、八丸 剛、藤原立樹、竹下斉史、横山賢司、櫻井翔吾、久保俊裕、荒井裕国

症例は69歳男性。中等度大動脈拡張（上行径38.6mm）を有するsevere ARに対し大動脈弁形成術を施行。左冠尖の弁腹と無冠尖のArantius小体に局在する石灰化を処理後に、central plicationとmodified Schafers stitchによる弁輪縫縮を行った。遮断解除後にmild ARが残存したが、大動脈切開線上にフェルトストリップと血管テープによるSTJ縫縮を行い、trivial ARに制御された。

I-9 食道癌に対する放射線治療施行後の重症大動脈弁狭窄症に対し、自己心膜を使用した大動脈弁再建術を施行した1例 荻窪病院

飯田泰功、秋山 章、藤井 奨、志村一馬、澤 重治

症例は74歳の女性。重度の大動脈弁狭窄症とそれに伴う心不全を指摘され、手術目的に入院となった。既往歴として、食道癌に対して放射線治療を行っていた。手術は自己心膜を使用した大動脈弁再建術を行なった。術中所見で、自己心膜に異常所見なしと判断し、通常通り使用した。病理検体では、軽度炎症細胞浸潤を認めるのみであった。術後、放射線治療に伴うものと考えられる両側胸水貯留を認め、ステロイドの内服を行い軽快退院となった。

I-10 単尖弁による大動脈弁閉鎖不全症に対する弁形成術の経験

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心臓血管研究所付属病院

大西 遼¹、國原 孝²、青木賢治¹、中村制士¹、岡本竹司¹、名村 理¹、榛澤和彦¹、土田正則¹

症例は41歳女性。二尖弁（左右型）のAR、上行大動脈瘤（53mm）に対して大動脈弁形成術、上行大動脈置換術を実施した。術中TEEや直接観察から大動脈弁は二尖でなく単尖弁と診断した。Rapheと硬化した弁組織切除後、交連の180度対側のValsalva洞壁に交連をもう1つ設定し、グルタールデハイド処理自己心嚢膜を弁尖欠損部に縫合した。術後TTEで残存ARなし。文献学的考察を加えて報告する。

10:15~10:47 心臓：弁膜症②

座長 黄野皓木（千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科学）

I-11 重症心不全にて入院し上行解離を合併した一尖弁 AS の一症例

埼玉東部循環器病院 心臓血管外科

中野渡仁、田中良昭、近藤俊一、李 武志

はじめに；一尖弁は稀な先天性心疾患で小児では大動脈弁狭窄症の原因となる。今回、我々は74歳女性の一尖弁による重症な心不全症例を経験したので報告する。症例；症例は74歳女性、主訴は呼吸苦、うっ血性心不全で入院しNPPVから気管内挿管後、人工呼吸器管理されSevere ASによる心不全と診断された。CTで上行大動脈にも解離を認めた。呼吸器から離脱できないため、AVR(19mm Trifecta)+上行置換術を施行した。術後、リハビリに時間を要したが軽快退院した。

I-13 68歳で術後14年目にSVDのため大動脈弁再置換術を施行した1例

東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科

村山史朗、坂本吉正、儀武路雄、松村洋高、阿部貴行、

中尾充貴、坂東 興、橋本和弘

症例は68歳の男性。53歳のときに大動脈閉鎖不全症のために生体弁で大動脈弁置換術を施行。術後10年頃から大動脈逆流が出現し圧較差も徐々に上昇。SVDのため手術適応であったが、患者の希望もあり投薬で経過観察していたが機能的僧帽弁逆流も出現し、68歳で再弁置換術と僧帽弁形成術を施行した。術後経過は概ね良好であった。摘出生体弁は、弁尖の硬化、tearなどが認められSVDについて文献的考察を踏まえて報告する。

I-12 胸部大動脈に高度粥状硬化病変を伴う大動脈弁狭窄症に対して心尖部アプローチ TAVI を行った一例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

櫻井陽介、小出昌秋、國井佳文、前田拓也、五十嵐仁、

高柳佑士、長谷川悠人

77歳男性。大動脈弁狭窄症を認めたがCOPD、Porcelain AortaのためTAVIの方針となった。大動脈弓に高度粥状硬化病変があるため、同部でのカテーテル操作を避け心尖部アプローチによりガイドワイヤーを上行大動脈から腕頭動脈経由で右上腕動脈まで進めた。26mm Sapien XTを留置したが、術後脳梗塞は認めなかった。Shaggy AortaはTAVIにおけるリスクであるが、今回手技の工夫で良好な結果を得たため報告する。

I-14 大動脈弁置換術中にA型急性大動脈解離を発症するも上行置換を追加して救命し得た1例

新潟県立新発田病院 心臓血管外科

三村慎也、梅澤麻以子、島田晃治

73歳女性、有症状の大動脈弁狭窄症に対して生体弁を用いた大動脈弁置換術を施行した。弁置換が終了し自己心拍再開、順行性心筋保護液注入カニューレを抜去するも抜去部から止血困難な出血を認めた。epiaortic echoで上行から近位弓部大動脈に偽腔開存型の解離を認めたため、上行置換を追加施行した。術後経過は概ね良好であり、術後CTでは残存解離は認めなかった。術中発症の解離の診断にepiaortic echoは非常に有用であった。

10:47~11:27 心臓：弁膜症③

座長 坂本吉正（東京慈恵会医科大学 心臓外科）

I-15 Trifecta 弁に弁尖裂開を生じた 1 例

1 三郷中央総合病院 心臓血管外科

2 東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科

原 真範¹、川崎宗泰¹、徳弘圭一¹、亀田 徹¹、渡邊善則²

69 歳男性。4 年前（49 か月前）に大動脈弁閉鎖不全症に対して Trifecta 23mm を用い大動脈弁置換術を施行。10 か月前に A 型急性大動脈解離を発症し上行大動脈置換術を施行、経過は問題なく、その後も定期受診を継続していた。今回、急速に進行する呼吸苦を主訴に来院し、経胸壁心エコーで新たに出現した重度の経人工弁逆流を認め、人工弁不全による急性心不全と診断し、緊急で再弁置換術を施行した。術後経過は順調で術後 23 日目に退院した。

I-16 アトピー性皮膚炎による孤立性三尖弁位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

野村亜南、高原善治、茂木健司、櫻井 学、坂田朋基、金行大介
症例は 33 歳の男性で未治療のアトピー性皮膚炎があった。平成 27 年 7 月に発熱を認め、CT 上両肺に多発する浸潤影を認めたため当院紹介。septic emboli が疑われ、入院となった。血培からブドウ球菌が検出されたが、心エコーでは疣贅は認めなかった。6 日後に再検したところ、三尖弁に疣贅を認め、感染性心内膜炎（IE）の診断で緊急手術となった。術後経過は良好で第 22 病日に退院となった。アトピー性皮膚炎が原因の三尖弁位の IE は稀であるため、報告する。

I-17 稀な豚連鎖球菌（Streptococcus suis）による IE に合併した AR、TR に対する一手術例

伊勢崎市民病院 心臓血管外科

三木隆生、羽鳥恭平、平井英子、安原清光、大木 聡、大林民幸
症例は、養豚場に勤務する 53 歳男性。2 ヶ月持続する高熱で前医受診。血培で豚連鎖球菌が検出され、心エコーで vegetation の付着を伴う 4 度の AR 及び TR を指摘された。IE に合併した重症 AR 及び TR の診断で 3 ヶ月間の抗生剤治療後に転院し、自己心膜による大動脈弁再建術及び三尖弁置換術を施行した。術後経過は良好で感染再燃兆候なく術後 13 日目に紹介医転院となった。稀な豚連鎖球菌による IE の一手術例を経験したので文献的考察を含め報告する。

I-18 大動脈弁位感染性心内膜炎術後左室右房交通症に対し外科的治療を要した 1 症例

佐久医療センター

高木智充、竹村隆広、津田泰利、豊田泰幸、濱 元拓、横山毅人
83 歳男性。感染性心内膜炎を背景とした大動脈弁輪部膿瘍を伴う仮性大動脈瘤及び大動脈弁狭窄症に対し、左室流出路、バルサルバ洞パッチ閉鎖形成術及び大動脈弁置換術を施行。術翌日血行動態が破綻し左室右房交通症が原因と判断。緊急で経右房的パッチ閉鎖術を施行。血行動態破綻時の診断及び術式の選択を中心に若干の文献的考察を加え報告する。

I-19 活動性感染性心内膜炎に対し glutaraldehyde 補助で僧帽弁形成を施行した 1 例

1 藤沢市民病院 心臓血管外科

2 横浜市立大学附属病院

磯田 晋¹、松木佑介¹、富田啓人¹、山崎一也¹、益田宗孝²

44 歳男性、9 か月前に脳梗塞を発症し、6 か月前から熱発と関節痛をきたしていたが、強い左上顎痛あり当院を受診した。心エコーで A3 逸脱による重度僧帽弁閉鎖不全、可動性の大きな疣腫を認め、感染性心内膜炎と診断し緊急手術を施行した。病変は A2-3、P2-3 におよび、疣腫切除に加え、0.6%glutaraldehyde で消毒補強することで A3P3 を閉鎖し、僧帽弁閉鎖不全を制御できた。抗菌剤終了後炎症再燃なく術後 28 日独歩退院した。

13：20～14：00 心臓：弁膜症④

座長 中 島 雅 人（山梨県立中央病院 心臓血管外科）

I-20 大動脈弁置換術中に、左房解離を来した1例
水戸済生会総合病院 心臓血管外科
三富樹郷、鳥羽麻友子、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫
66歳、男性。慢性腎不全に対して維持透析。重度ASに対して、順行性並びに逆行性の間欠的な心筋保護液投与下にAVRを施行した。人工心肺離脱時にTEEで左房後壁に占拠性病変を認めたため、再度心停止下に左房を観察した。左房解離と診断。発症機序としては僧帽弁弁輪損傷に伴う左室破裂症候群の病態と判断したため、MVRを併施した上で大動脈弁を置換した。それでも左房解離は解決しなかったが、血流障害なく術後経過に悪化はなかった。本症例の発症機序に考察を加える。

I-22 右肺全摘後のMR、TRに対して右前側方開胸でMVP+TAPを施行した1例
山梨県立中央病院
服部将士、中島雅人、山田有希子、四方大地
症例は右肺全摘術の既往のある54歳男性。H29年に有症状のMRがあり手術となったが、右側心であり右前側方開胸でアプローチした。右大腿動脈送血、両大静脈脱血にて体外循環を確立し、右側左房切開するとP2腱索断裂による逸脱を認めた。逸脱部の蝶形切除によるMVPとTAPを行い、体外循環から問題なく離脱し手術終了した。経過に問題なく独歩退院。片肺全摘術後症例の開心術の問題点に心臓・大血管の偏移があり、今回はアプローチを工夫することにより問題なく行うことができた。

I-24 PTMC後15年経過したMS再発に対する僧帽弁形成術の一治験例
東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学
横山賢司、大井啓司、水野友裕、八丸 剛、八島正文、黒木秀仁、藤原立樹、竹下斉史、櫻井翔吾、櫻井啓暢、久保俊裕、荒井裕国
73歳男性。58歳時MSに対しPTMC施行。徐々に再狭窄が進行しMVA1.1cm²、左房径95mm、冠動脈#4に75%狭窄を認め手術施行。僧帽弁は両尖とも石灰化を伴う肥厚、両交連は癒合。A2-P2は乳頭筋に至るまで癒合を認めた。弁尖及び乳頭筋の癒合を切離し交連切開、両尖の石灰化病変をpeelingし、弁輪縫縮を施行。左房縫縮とCABGを併施。術後MVA2.3 cm²、trivial-mild MRと良好で17病日に退院。

I-21 左心耳閉鎖デバイス AtriClip を用いたVSD閉鎖・僧帽弁三尖弁形成術・肺動脈隔離の一例
日本医科大学 心臓血管外科
山田直輝、新田 隆、青山純也、井関陽平、上田仁美、森嶋素子、廣本敦之、鈴木憲治、栗田二郎、佐々木孝、坂本俊一郎、宮城泰雄、石井庸介、師田哲郎
63歳女性。小児期にVSDと診断。1年前よりPaf、数ヶ月前より労作時息切れが出現。VSDに合併した膜性部中隔瘤、前尖逸脱によるMRおよびTR、Pafに対しVSD閉鎖・僧帽弁三尖弁形成術・肺静脈隔離・左心耳閉鎖を施行。AtriClipを使用し、内膜側から見た左心耳は線状に皺なく閉鎖しえた。本例のような複合手術において有用である。

I-23 MVP術後5年でパンヌス形成により生じたMSに対し再手術となった1例
日本医科大学千葉北総病院
太田恵介、別所竜蔵、藤井正大、仁科 大、村田智洋
症例は49歳、男性。5年前にsevere MRに対してMVP（P2三角切除、Physio-ring II 28mm）を施行され、外来フォローされていた。徐々に心不全症状が出現し、入院加療・精査を行いMS（MVA 0.4-0.6cm²）と診断された。術中所見では、僧帽弁輪全周にパンヌスが形成され、これがリングを乗り越えleafletまで及び弁口を狭めていた。可及的にパンヌスを切除しリングを摘除した。前尖は切除、後尖は一部温存しMVR（SJM 25mm）を施行した。若干の文献的考察を加え報告する。

14：55～15：27 心臓：冠動脈①

座長 北 中 陽 介（新東京病院 心臓血管外科）

I-25 巨大心室中隔穿孔に対して経右室 Sandwich 法によるパッチ閉鎖を施行した1例

1 藤沢市民病院 心臓血管外科

2 横浜市立大学 外科治療学 心臓血管外科

富田啓人¹、磯田 晋¹、松木佑介¹、山崎一也¹、益田宗孝²

64歳男性。急性心筋梗塞の診断で心臓カテーテル（CAG）施行し#2 100%を認めた。CAG中に突如循環呼吸状態悪化し挿管。聴診上心雑音聴取し心エコーで心室間に左右シャントを認めた。心室中隔穿孔の診断で、IABP挿入し即日緊急手術施行。心室中隔後壁に2×6cmの大きな穿孔部を認め、経右室 Extended-Sandwich法を用い穿孔部を修復。術後心エコーでシャントを認めず第26病日に独歩退院。心室中隔穿孔の治療戦略について考察する。

I-27 高度左室機能低下を呈した大動脈弁狭窄兼閉鎖不全および冠動脈狭窄の1例

山梨大学病院 心臓血管・呼吸器・小児 外科

白岩 聡、本田義博、葛 仁猛、榊原賢士、加賀重亜喜、

鈴木章司、中島博之

66歳男性。脳梗塞で前医に入院した。心拡大と胸水を認め、精査で左室壁運動のびまん性低下（EF 13%）、重度 ASR、冠動脈2枝病変を認めた。ドーパミンによる治療が行なわれたが離脱困難となり、当院へ転院となった。On pump beatingでの3枝CABG、生体弁によるAVRを施行した。Low EFのため大腿動脈を確保しIABPスタンバイとしていたが、使用することなく人工心肺を離脱できた。術後経過は良好で、14病日にリハビリのため前医へ転院した。

I-26 心房細動を合併した労作性狭心症に対し on pump beating CABG+冷凍凝固法による PV isolation により治療した一例

慈泉会 相澤病院 心臓病大動脈センター 心臓血管外科

大津義徳、恒元秀夫

高周波デバイスによる PV isolation は標準手技として定着している。我々は冷凍凝固装置を使用した PV isolation を施行し良好な結果を得ているので報告する。症例：63歳男性。OMI、DM、afで内科フォロー中胸痛出現、CAG#1 50%、#5 25%、#6jp 75%、#9 75%、#12 90%、#13 75%の2VD+DMにて手術の方針となり、on pump beating CABGx2（LITA-LAD、Ao-SVG-HL）+PV isolation（cryoablation）施行。術後洞調律で退院し維持確認した。

I-28 永久気管瘻を有した不安定狭心症に対して胸骨部分切開法とPASPORTによる中枢吻合を用い冠動脈バイパスを施行した一例

東京医療センター 心臓血管外科

上石 稜、河西未央、山田敏之、尹 亮元、大迫茂登彦

67歳不安定狭心症の男性、冠動脈病変はLADとRCAで、MI後のTIMI3、同領域の asynergy を認め、urgentにOPCABを施行した。永久気管瘻を有しており、第二肋間レベルでT字切開とし、グラフトはLITAとSVGを使用、上行大動脈は一部石灰化と壁肥厚を認めたが、SVGの中枢吻合にPASPORTを用いることで問題なく終了した。術後約3年の冠動脈CTではグラフトの良好な開存を認め、特にイベントなく良好に経過されている。

15：27～16：07 心臓：冠動脈②

座長 森 田 耕 三（東京女子医科大学 心臓血管外科）

I-29 心血管梅毒、縦隔腫瘍に対し、冠動脈バイパス術、前縦隔腫瘍切除を同時施行した1例

1 日本大学病院 心臓血管外科

2 日本大学医学部 心臓血管外科

有本宗仁¹、秦 光賢¹、和久井真司¹、梅田有史¹、鈴木沙季¹、折目由紀彦¹、秋山謙次¹、田中正史²

69歳男性。梅毒性網脈絡膜炎、感染性ぶどう膜炎で眼科加療中であった。血液検査上 STS 陽性ならびに TPLA 陽性を認め、梅毒性血管炎による腕頭動脈高度狭窄、左右の冠動脈狭窄を認めた。腕頭動脈狭窄病変に対し、カテーテル治療を先行し、その後、浸潤性前縦隔腫瘍広範囲摘出術および冠動脈バイパス術を同時施行し、放射線治療に移行した。

I-31 HIV 陽性患者に対する冠動脈バイパス術の経験

国立国際医療研究センター病院 心臓血管外科

藤岡俊一郎、入澤友輔、宝来哲也

2012 年から 2017 年に HIV 陽性患者に対する冠動脈バイパス術を 4 例経験したので報告する。平均年齢 64.2 歳で全例男性患者であった。全例に左冠動脈起始部の狭窄を、2 例（50%）に右冠動脈起始部の狭窄を認めた。術前 CD4 count は 525 ± 131 であった。手術は 2 例に off-pump CABG を、2 例に on-pump CABG を施行した。On-pump の 2 例は大伏在静脈を使用し、吻合部の大動脈壁を病理検体として提出した。そのうちの 1 例は大動脈炎の病理診断であった。術後は免疫不全に基づく合併症はなく、全例が自宅退院となった。

I-33 血友病 A 合併例に対しオフポンプ CABG を施行した 1 例

日本大学医学部付属板橋病院

北島史啓、宇野澤聡、鈴木馨斗、北住善樹、日野浦礼、

大幸俊司、田岡 誠、田中正史

血友病 A を有する 55 歳男性。胸痛にて当科へ紹介受診となり、冠動脈に高度 3 枝狭窄病変を認めた。術前から凝固第 8 因子製剤の補充療法を行い、手術を施行した。血友病合併 CABG は稀であり、文献的考察を加え報告する。

I-30 梅毒性大動脈炎に伴う左冠動脈入口部狭窄に対して両側内胸動脈を使用した OPCABG を行った 1 例

筑波メディカルセンター病院 心臓血管外科

永井 竜、池田晃彦、佐藤藤夫、加藤秀之、軸屋智昭

症例は 67 歳、男性。労作時胸部絞扼感を主訴に当院を受診。冠動脈造影検査で左冠動脈入口部に 90% の狭窄を認めた。CT 検査では、大動脈基部から腎動脈上まで大動脈壁の肥厚を認めた。血清梅毒反応は RPR 定性、TPHA 定性が共に陽性、RPR 定量は 1024 倍と高値を示した。以上より、梅毒性大動脈炎による左冠動脈入口部狭窄と診断し、OPCABG×2 (RITA-LAD、LITA-PL) を行った。術後経過は特に問題なく第 13 病日に退院となった。

I-32 CABG 術後縦隔炎に対し大網充填術を施行後、発症した前胸部腹壁癒痕ヘルニアに対し、腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した 1 例

千葉医療センター 心臓血管外科

橋本昌典、鬼頭浩之、平野雅生、中谷 充

62 歳女性。主訴は、前胸部膨隆。3 年前に CABG 術後、縦隔炎を来し、大網充填術および皮膚潰瘍に対して皮膚移植も施行された。経過観察中、前胸部の膨隆を自覚。精査の結果、大網摂取部位をヘルニア門とする前縦隔内への横行結腸と小腸の脱出を認めたヘルニアの診断となる。外科へコンサルトし、絞扼性イレウスの可能性が高く、本人の希望もあり、腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した。稀な術後合併症の 1 例を報告する。

16：07～16：47 心臓：冠動脈③

座長 齋 藤 博 之（東京女子女子医科大学八千代医療センター 心臓血管外科）

I-34 冠動脈肺動脈瘻に合併した嚢状動脈瘤破裂による心タンポナーデの1手術救命例

成田赤十字病院

菅原佑太、藤井政彦、大津正義、渡邊裕之

83歳女性。突然の胸痛にて発症し、ショックとなり救急搬送。心タンポナーデと診断され、直ちに心嚢穿刺を施行した。CTにて、大動脈解離は否定的であり、主肺動脈に接して、一部石灰化を伴う径30mmの陰影を認めた。緊急CAGにて、左前下行枝からの流入血管を有する冠動脈肺動脈瘻及び、それに合併した嚢状動脈瘤を認めた。嚢状動脈瘤の破裂と診断し、緊急手術を施行した。心停止下に流入・流出血管の結紮を行った。術後経過良好にて、第19病日に退院した。

I-35 冠動脈バイパス術後のグラフト仮性瘤に対して再バイパス術を施行した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

野中崇央、堀大治郎、木村尚行、由利康一、松本春信、山口敦司
症例は76歳男性。54歳時にCABG（LITA to LAD、SVG to HL-PL、SVG to 4PD）を施行された。胸部異常影の精査でSVGに生じた仮性動脈瘤がLITAを圧排しており、手術の方針とした。左第5肋間開胸+上腹部正中切開でアプローチしoff pump CABG（脾動脈-SVG to PL-HL）および仮性瘤結紮術を施行し、良好な結果が得られたので報告する。

I-36 冠動脈肺動脈瘻を伴う巨大冠動脈瘤に対し外科的手術を施行した一例

日本大学医学部 心臓血管外科

鈴木馨斗、宇野澤聡、北島史啓、北住善樹、日野浦礼、向後寛子、大幸俊司、田岡 誠、瀬在 明、中田金一、田中正史
79歳男性。感冒症状で近医を受診、胸部レントゲンで左第3弓の突出を認め、精査の結果右冠動脈肺動脈瘻と左冠動脈左前下行枝に近節する分枝より流入する71mm大の巨大冠動脈瘤を認め、冠動脈瘤切除、冠動脈肺動脈瘻閉鎖術を施行。大動脈遮断解除後、LAD領域に虚血性変化を認めたため冠動脈バイパス術を追加で施行。文献的考察を踏まえ報告する。

I-37 LMT、RCA、LADから流入する冠動脈瘤を合併した冠動静脈瘻の1例

獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科

朝野直城、太田和文、新美一帆、齊藤政仁、権 重好、山内 孝、高野弘志

症例は58歳の女性。数年前より胸痛を自覚するため、当院受診。冠動脈CT、冠動脈造影にてLMT、RCA、LADから流入し肺動脈に流出する径20mmと18mmの瘤を伴う冠動静脈瘻と診断された。心停止下に瘤切除および動静脈瘻閉鎖術を施行した。術後経過は良好で、術後冠動脈3DCTにて瘤および動静脈瘻の消失を確認した。LMTから流入血管を有する冠動静脈瘻は稀であり、文献的考察を加え報告する。

I-38 冠動脈分岐異常を認めた一例

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

額田 卓、内田敬二、輕部義久、笠間啓一郎、南 智行、長 知樹、伏見謙一、出淵 亮、藪 直人、金子翔太郎、益田宗孝

70歳男性。突然発症した心窩部の絞扼感のため救急搬送。前壁急性心筋梗塞の診断で緊急カテーテル治療を試みたがカニューレーションは難渋し、大動脈解離を疑う所見を認めた。造影CTを施行すると大動脈弁輪拡張症と急性大動脈解離 Stanford A型と診断した。その後、心機能低下から心停止となった。解剖を行うと左前下行枝と左回旋枝は拡大したValsalva洞より別々に分岐する起始異常であったことが判明した。

16:47~17:27 心臓：腫瘍

座長 北 村 律（北里大学 心臓血管外科）

I-39 右房内進展した巨大多発肝癌の遊離による両側肺動脈塞栓症の1例

虎の門病院 循環器センター外科

河野 暁、成瀬好洋、田中慶太

症例は57歳男性。腹痛を主訴に来院。肝癌 cT4N1M0 Stage4a（下大静脈から右房内進展）の診断で一期的に体外循環下心内腫瘍除去＋拡大左肝切除術施行予定であった。術前に突然の呼吸困難を認め、CTで両側肺動脈塞栓を認めた。緊急の開胸腫瘍塞栓除去術を施行した。挿管管理下で術後4日目に消化器外科にて肝切除術を施行。その後、肝残存病変と肺転移に対してTACEを施行し退院となった。右房内進展した腫瘍栓の遊離による両側肺動脈塞栓症の1例を経験したので報告した。

I-40 外膜側に浸潤した心腫瘍の1例

北里大学病院 心臓血管外科

井上崇道、北村 律、鳥井晋三、平田光博、美島利昭、大久保博世、小林健介、田中佑貴、柴田深雪、榊健司郎、荒記春奈、堀越理仁、宮地 鑑

73歳女性、息切れを主訴に近医受診。胸部異常陰影を指摘され2次病院に紹介。右室、右房壁に浸潤し液体成分を有する巨大心臓腫瘍と診断されCTガイド下針生検を施行されたが確定診断に至らず当科紹介。胸腔鏡下腫瘍生検を施行し血管腫と診断。2期的に胸骨正中切開、人工心肺下に腫瘍、右冠動脈合併切除、右冠動脈バイパスを施行した。術後息切れは消失、病理所見はIntramural hemangiomaであった。

I-41 下大静脈/右心系へ進展した静脈内平滑筋腫症の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

清水圭佑、菅谷 彰、相澤 啓、佐藤弘隆、川人宏次、三澤吉雄
静脈内平滑筋腫症は、良性平滑筋組織が子宮の静脈内に増殖する稀な疾患で、時に下大静脈/右心まで進展し致命的となる。症例は36歳女性。子宮腫瘍は、両側内腸骨静脈/両側卵巣静脈⇒下大静脈⇒右房/右室と複数経路で右心系へ進展していた。腫瘍が巨大で静脈内進展経路が複雑であったため二期的手術の方針とした。初回手術で心臓/下大静脈内の腫瘍を摘除し、半年間のホルモン治療後に子宮付属器切除と残存血管内摘除を施行した。

I-42 術後多臓器転移を認めた sarcoma の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院

成瀬 瞳、長沼宏邦、川田典靖、村松宏一

症例は78歳女性。労作時呼吸苦のため近医受診。心エコー上左房内腫瘍を認め、当院へ救急搬送され、緊急で左房内腫瘍摘出術を行った。病理結果は sarcoma であった。術後28日目（POD28）に退院した。POD42に外来で施行した造影CTで心筋内に結節影を認めたものの、POD104までは臨床症状なく経過した。POD126に黒色便を主訴に来院、精査で転移性胃 sarcoma と判明した。内視鏡的止血、輸血で症状改善したが、POD188に脳梗塞を発症し8日後に永眠された。文献的考察を加えて発表する。

I-43 大動脈弁に発生した乳頭状線維弾性腫の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

今村有佑、木村直行、堀大治郎、由利康一、松本春信、山口敦司

76歳女性。下肢の打撲にて蜂窩織炎を発症し、その加療中の検査にて大動脈弁に可動性を伴う疣贅を認め、感染性心内膜炎と診断された。抗生剤にて炎症反応陰性化を待ち、手術を行った。人工心肺を確立し、大動脈弁を観察したところ、無冠尖と左冠尖に有茎性の腫瘍を認めた。切除して水に浸したところ、イソギンチャク様に形態変化を来した。乳頭状線維弾性腫と診断し、単純切除にて手術を終了した。当症例に若干の文献的考察を加え、報告する。

第Ⅱ会場：601（6階）

8：55～9：43 学生発表（審査員：金子公一、新浪博士、松宮護郎）

座長 荒井裕国（東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学）
神崎正人（東京女子医科大学 呼吸器外科）

学生発表

Ⅱ-1 4D-CTにて大動脈弁位 stuck valve の診断を得た大動脈炎症候群の1例

杏林大学医学部附属病院 心臓血管外科

石井直樹、遠藤英仁、石井 光、土屋博司、稲葉雄亮、
寺川勝也、窪田 博

症例は58歳女性。29歳；大動脈炎症候群、42歳；ARにてAVR（機械弁）。バルサルバから弓部に最大径62mmの大動脈瘤あり。定期TTEで大動脈弁位PG34から72mmHgへ増悪を認めた。弁透視では判然とせず、4D-CTでLeaflet可動制限および弁下腫瘍像を認めstuck valveと診断。大動脈基部+全弓部置換術を施行。両側ピポットからleaflet前後面に血栓が存在。3IPODに独歩退院。stuck valve診断に4D-CTは有用であり文献的考察を含め報告する。

学生発表

Ⅱ-3 ラットを用いた脊髄虚血モデルの作成

1 慶應義塾大学病院 心臓血管外科

2 榊原記念病院 心臓血管外科

西垣颯一郎¹、吉武明弘¹、川合雄二郎¹、内室智也²、中山史崇¹、
志水秀行¹

胸腹部大動脈瘤手術にて、脊髄虚血による対麻痺は発生頻度が高く、深刻な合併症である。対麻痺に見られる虚血性脊髄損傷の障害過程を解明し、臨床応用へと展開するための研究基盤を確立することを目的として、モデルラットを作成した。本研究ではラットを用いて全身麻酔下とし、大動脈の遮断を行った。また遮断時間の調整を行い、それぞれのラットにおける運動機能を評価した。虚血モデル作成における適切な手技、遮断時間について検討した。

学生発表

Ⅱ-5 椎弓合併切除にて切除しえた胸壁浸潤肺癌の1例

自治医科大学 呼吸器外科学

手塚雄大、手塚憲志、曾我部将哉、柴野智毅、金井義彦、
山本真一、遠藤俊輔

症例40歳代女性。右肩右上肢の痺れにて近医受診。胸部CTで右第3、4肋骨及びTh4横突起骨破壊を伴う70mm腫瘍を認めた。CEA65ng/mlで右上葉肺癌胸壁浸潤と判断。内部壊死を伴い穿刺での出血感染の危険性を鑑み生検せずに手術の方針。手術はまず腹臥位でTh3-5椎弓切除Th3-5椎間関節切除施行しその後左側臥位で右上葉+3-5肋骨合併切除+ND2a-1を行った。手術時間は4時間3分出血量380mlであった。術後経過良好である。手術の工夫を供覧する。

学生発表

Ⅱ-2 PCIによる冠動脈穿孔の1救命例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

木下瑛二、村岡 新、榊沢壮樹、菅谷 彰、川人宏次、三澤吉雄
症例は70歳男性。Lcx#11-12の病変に対しPCIを施行中、ステントによる冠動脈の穿孔をおこした。出血による心タンポナーデのため急激にショック状態となったため、PCPSを導入し、緊急手術を行った。心嚢内には多量の血液が充満しており、Lcx#12から血液が噴出していた。出血部を縫合止血した後に、止血部末梢の回旋枝へCABG（SVG-PL）を施行し、救命した。PCIにおける冠動脈穿孔は稀であるが、発症の際には迅速な対応が必要である。

学生発表

Ⅱ-4 血清p53抗体が治療モニタリングに有用であった食道胃接合部表在腺癌の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター 外科

幸田尚也、村山健二、鈴木 隆、谷島 聡、船橋公彦、島田英昭
38歳男性。p53抗体陽性（5.29U/mL）の食道胃接合部表在癌に対してESDを施行。しかし、病理所見はT1b-SM2、V1であったため追加切除を行った。手術標本では腫瘍細胞の残存はなくpN0であった。ESD後p53抗体は4.70U/mLと持続陽性であったが、手術後徐々に低下し、12か月後に陰性化した。ESD後の微小残存腫瘍を切除できた可能性が示唆される。なお、CEA、CA19-9、SCC-Ag及びCFR21-1は追加切除の前後で陰性を維持した。

学生発表

Ⅱ-6 化学療法後13年の経過を経て再増大を認めた性腺外胚細胞腫の一切除例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

関口昌孝、前田純一、牧野洋二郎、嶋田善久、前原幸夫、
萩原 優、垣花昌俊、岡野哲也、梶原直央、大平達夫、池田徳彦
44歳男性。13年前に9cm大の前縦隔腫瘍に対して前医で化学療法（BEP4コース、PBSCT併用大量化学療法2コース）が施行された。腫瘍は縮小しAFPは18800ng/mlから42ng/mlまで低下、残存腫瘍の摘出術は本人が希望せず経過観察となった。転居に伴い当院泌尿器科に転院となりCTフォロー中に腫瘍の再増大が認められ手術的に当科紹介となった。手術動画供覧を含めて報告する。

9：43～10：23 肺：悪性腫瘍①

座長 関根康雄（東京女子医科大学八千代医療センター 呼吸器外科）

Ⅱ-7 N2-ⅢA 期肺腺癌に対して術前導入療法によって左肺全摘を回避しえた1例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野
仲村亮宏、後藤達哉、北原哲彦、佐藤征二郎、小池輝元、土田正則

65歳男性。CTで左肺S¹⁺²に37mm大の腫瘍認め、気管支鏡検査で腺癌。PET/CTで原発巣と同側肺門・縦隔リンパ節へ集積あり、生検(#5)でリンパ節転移の診断であった。cT2aN2M0。CDDP+PEM+RT(45Gy)施行。ycT1bN0M0に対し左上葉切除+PA形成+ND2a-2施行した。術前腫大・FDG高集積を認めた#11はnegativeであり、左肺全摘を回避。術後10日目に退院。約1年無再発生存中である。

Ⅱ-9 気管支・肺動脈形成により中葉を温存しえた右下葉肺癌の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター

大野慧介、峯岸健太郎、大谷真一、坪地宏嘉、遠藤後輔
症例は71歳、男性。血痰を主訴に受診。CTで右肺下葉に肺門リンパ節(#11i)と一塊となった32mm大の腫瘍を認めた。喀痰細胞診で扁平上皮癌と診断。cT2aN1M0、StageIIB。1秒量1790ml、%1秒量70%と閉塞性換気障害を認めた。右肺下葉管状切除および肺動脈形成を施行した。手術時間300分、出血量220ml。pT2aN1M0、Stage IIB。低肺機能患者の肺機能を保持するうえで気管支形成、肺動脈形成は有用であり、その手技について報告する。

Ⅱ-11 椎体浸潤を伴う左肺尖部肺癌に対する化学放射線療法後摘出術の一例

東京医科歯科大学医学部附属病院 呼吸器外科

分島 良、石橋洋則、高原弘知、武村真理子、高橋 健、高崎千尋、小林正嗣、大久保憲一

55歳男性。左肩の疼痛を契機に発見された左肺尖部浸潤肺腺癌。cT4N0M0 StageⅢA。胸部CTにて肋骨、椎体、鎖骨下動脈への浸潤を認めた。術前化学放射線療法施行。手術は最初に仰臥位Transmanubrial approachで行い、同視野で前方からTh1椎体切除を施行。次に腹臥位にて椎弓切除、脊椎後方固定を行い、最後に右側臥位前側方開胸にて左上葉切除を行った。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-8 アプローチ法の手順に工夫を要した胸壁・縦隔浸潤を伴う右上葉肺癌の一例

慶應義塾大学病院 外科学（呼吸器）

大村征司、政井恭兵、坂巻寛之、加勢田馨、橋本浩平、菱田智之、大塚 崇、浅村尚生

73歳、男性。前胸部痛を契機に撮影された胸部CTで右肺腫瘍を指摘され気管支鏡で扁平上皮癌の診断で紹介となった。腫瘍は右上葉の径10cm大の腫瘍で胸壁浸潤と肺門リンパ節腫大を認めcT4N1M0 3Aの診断であった。腫瘍は胸壁に加えて縦隔にも浸潤しており手術は前方からのアプローチで開始したが縦隔の剥離が困難であり術中体位変換して後方からのアプローチを加えて切除しえた。経過は良好で第22病日に退院となった。

Ⅱ-10 右下葉原発肺癌に対し人工心肺下左房合併右肺中下葉切除、AscA2吻合再建を施行した1例

1 東京女子医科大学八千代医療センター 呼吸器外科

2 東京女子医科大学八千代医療センター 心臓血管外科

石橋史博¹、黄 英哲¹、村上弘典²、梅原伸大²、齋藤博之²、関根康雄¹

82歳女性。前医でのCT、気管支鏡で右中間気管支幹を閉塞する腫瘍を認め、扁平上皮癌の診断にて当科紹介。左房への浸潤が疑われ、cT4N1M0、stageⅢAにて手術を施行。腫瘍はAscA2根部にまで及び左房への浸潤も広範囲だったため、人工心肺下に左房合併右肺中下葉切除を施行し、AscA2と中間肺動脈幹断端の直接吻合により再建した。術中ビデオを供覧し報告する。

10：23～11：11 肺：悪性腫瘍②

座長 鈴木秀海（千葉大学 呼吸器外科）

Ⅱ-12 右肺動脈縦隔型下葉支を有した右下葉肺癌の一切除例 神奈川県立がんセンター

大澤潤一郎、伊藤宏之、仁藤まどか、稲福賢司、鮫島譲司、永島琢也、中山治彦

症例は73歳男性。前医で間質性肺炎の経過観察中に右S8に33mmの腫瘤を指摘された。術前胸部造影CTで縦隔型の肺動脈分枝が肺動脈本幹から上肺静脈の背側、下肺静脈の腹側を走行し下葉に分布する所見を認めた。高解像度CT及び3D-CTにより異常血管の走行を術前に認識し、安全に手術を完遂し得た。右肺動脈縦隔型下葉支の報告は2例と極めて稀だが、本例では左側でも肺動脈縦隔型下葉支を認め、両側縦隔型下葉支を有する症例であった。

Ⅱ-14 興味ある経過をとった肺扁平上皮癌の1切除例

1 東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野

2 東邦大学医学部 病院病理学講座

肥塚 智¹、牧野 崇¹、大塚 創¹、東 陽子¹、秦 美暢¹、定本聡太²、渋谷和俊²、伊豫田明¹

76歳男性。胸部CTで右中葉に12mm大の結節影が認められ当院紹介された。約1ヵ月で14mm大に増大し、PET-CTで異常集積を認めたため、右中葉肺癌（cT1bN0M0-StageIA2）が疑われた。その約1ヶ月後、陰影は11mm大に退縮したが、診断治療目的で手術を施行した。術中迅速診断は扁平上皮癌であり、右中葉切除・リンパ節郭清術を施行した。興味ある経過をとったため報告する。

Ⅱ-16 血管周皮腫肺転移の1切除例

1 東京女子医科大学病院 呼吸器外科

2 済生会栗橋病院

宮野 裕¹、荻原 哲²、光星翔太¹、片桐さやか¹、松本卓子¹、神崎正人¹

血管周皮腫は血管内膜を覆う周皮細胞起源の軟部組織腫瘍である。脳腫瘍全体の1%未満であるが、完全切除後も高率に再発や転移をきたす。【症例】75歳男性。頭蓋内血管周皮腫再手術後、局所再発及び肺転移疑いにて当院紹介。γナイフ施行後に当科紹介となった。CT上、右S6に小結節を認めた。術中所見では胸膜変化を認めず、小結節を胸腔鏡下に部分切除した。免疫染色で血管周皮腫肺転移と診断、再発なく経過観察中である。本疾患では稀な肺転移の手術例を報告する。

Ⅱ-13 造影CT早期動脈相撮影が有用であった胸腔内巨大腫瘍の一切除例

がん研究会有明病院呼吸器センター外科

加藤大喜、一瀬淳二、三ツ堀隼弘、園田 大、平田佳史、松浦陽介、中尾将之、文 敏景、中川 健、奥村 栄

60歳男性。30年前に下肢軟部肉腫の既往。CTで右胸腔内に97mm大の充実性腫瘍あり。腫瘍は胸壁と椎体に広く接していたが造影CT早期動脈相にて胸壁から腫瘍への血流が乏しく、右下葉に生じた腫瘍であり胸壁浸潤は軽度と判断した。術中所見では腫瘍は壁側胸膜と癒着を認めたが明らかな胸壁浸潤はなく、右下葉切除・壁側胸膜合併切除で完全切除しえた。病理診断と文献的考察を合わせ報告する。

Ⅱ-15 気管支カルチノイドに対して気管支管状切除を施行した1例

北里大学病院 呼吸器外科

近藤泰人、玉川 達、小野元嗣、山崎宏継、内藤雅仁、三窪将史、松井啓夫、塩見 和、佐藤之俊

症例は43歳男性。腰痛主訴にCT施行。左主気管支内の結節影を認め当科受診。気管支鏡検査で気管分岐部より4ring末梢の左主気管支軟骨部に8mmの腫瘍あり、左上下葉支分岐部との距離は2ringだった。生検はカルチノイドで気管支内限局病変と判断し、左主気管支管状切除、気管支形成、肋間筋弁被覆を施行。経過良好で10PODで退院。病理は定型カルチノイドで軟骨を越え気管支周囲への浸潤を認めたが断端陰性だった。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-17 右下葉切除後、第2癌に対し残存右S2区域切除を施行した1例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

西井 開、中島崇裕、坂入祐一、田村 創、和田啓伸、藤原大樹、鈴木秀海、千代雅子、吉野一郎

66歳男性。IA期肺腺癌にて右下葉切除+ND2a-2後3年目に、S2にcIA期の第2肺癌を認め手術を施行した。上縦隔・肺門・葉間に剥離困難な癒着を認め、残肺全摘を念頭に心嚢内で肺動脈本幹、SVCを確保した。A4/5、上肺静脈、肺動脈本幹をクランプ後に葉間の癒着に切り込み、A2b次いでB2を剥離し切離が可能であったため右S2区域切除にて切除を完遂できた。解剖学的肺切除における同側再手術手技について発表する。

11:11～11:43 縦隔

座長 中 川 加寿夫（国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科）

Ⅱ-18 心窩部痛で発症した胸腺癌の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 臨床再生組織工学

3 聖マリアンナ医科大学 病理診断科

宮澤知行¹、脇山洋一¹、津田容堂¹、酒井寛貴¹、木村裕之¹、丸島秀樹¹、佐治 久¹、小島宏司²、土井正知³、高木正之³、中村治彦¹

症例は53歳の男性。心窩部痛を主訴として他院受診。胃薬を投与されたが改善なく、胸腹部CTで前縦隔に径17mmの腫瘍が指摘された。PET/CTにて胸腺腫とその右胸腔内転移の疑いで、当科で胸骨正中切開アプローチによる摘出術施行。腫瘍は右上葉に浸潤し、胸膜播種を認め、正岡分類のIVa期、組織型は低分化扁平上皮癌であった。

Ⅱ-19 後縦隔 Muller 管嚢胞の1手術例

長野市民病院

境澤隆夫、砥石政幸、小沢恵介、西村秀紀

症例は57歳女性。検診の胸部単純X線で縦隔陰影を指摘され当院受診した。胸部CT、MRIでは下行大動脈に接して、長径cm大、境界明瞭、内部均一、造影効果のない腫瘤性病変を認めた。気管支への交通がないことからMuller管嚢胞が第一に疑われた。診断確定のための手術希望があり胸腔鏡下に腫瘍摘出を行った。Muller管嚢胞は中年女性の後縦隔に発生する比較的にまれな嚢胞性病変であり文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-20 腫瘍学的緊急性から切除を要した縦隔原発滑膜肉腫の一例

国立がん研究センター中央病院

内田真介、渡辺俊一、朝倉啓介、吉田幸弘、中川加寿夫

症例は32歳女性。顔面浮腫、呼吸苦を契機に前縦隔腫瘍を指摘。気管支鏡検査中に呼吸不全、上大静脈症候群の急性増悪を生じた。緊急で気道内及び上大静脈ステント留置4日後、気道狭窄が改善せず腫瘍増大に伴う閉塞を回避するため体外循環を準備した状況で緊急手術を施行。半坐位の胸骨正中切開でアプローチし体外循環を行わずに腫瘍を摘出し得た。合併症なく術後9日目に退院。急速な経過をたどり腫瘍学的緊急性から切除を要した一例であり、文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-21 下行大動脈外膜由来の孤立性線維腫瘍の1例

平塚市民病院 心臓血管外科

小谷聡秀、井上仁人、灰田周史、鈴木 暁

68歳男性。レントゲンにて縦隔拡大を指摘され、精査にて遠位弓部から下行大動脈に接する約7cm大の後縦隔腫瘍を認めた。CT上は腫瘍内の不均一な造影効果を認め、血管肉腫が疑われた。左大腿動静脈より人工心肺を確立し、左後側方開胸にて腫瘍切除術+遠位弓部-下行大動脈合併切除術+人工血管置換術を施行。術後特記すべき合併症なく経過し、術後18日目に退院。病理にて境界悪性型 solitary fibrous tumor と診断された。非常に稀な縦隔腫瘍の1例を経験したので、文献的考察を交え報告する。

13：20～13：52 肺：外傷・感染症

座長 小林 哲（獨協医科大学 呼吸器外科）

Ⅱ-22 転移性肺腫瘍切除断端に発生した非結核性抗酸菌症の1手術例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

山口雅利、杉山亜斗、井上慶明、青木耕平、福田祐樹、儀賀理暁、中山光男

45歳男性。41歳時に結腸癌術後の転移性肺腫瘍に対し右S2a亜区域切除を施行した。術後4年目のCTでB2a気管支断端に接する1.5cm大の不整形結節を認め、PETでSUVmax3.07の集積を認めた。転移性肺腫瘍局所再発あるいは原発性肺癌の可能性を考え残存右肺上葉切除を施行した。術中迅速診断は肉芽腫、培養でMycobacterium aviumを検出し非結核性抗酸菌症による類上皮肉芽腫と診断した。

Ⅱ-23 外傷性気管損傷に対しECMO装着し気管気管支膜様部修復を行った1例

獨協医科大学病院 呼吸器外科

荏部陽子、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20代、男性。就労中に昇降機に胸を挟まれ受傷。CTで多発肋骨骨折、右気胸、著明な気管腔の拡大を認め、気管損傷が疑われた。気管支鏡で気管から右主気管支にかけて広範に膜様部断裂を認めた。換気困難であり、VV ECMOで呼吸を維持した後、気管膜様部の修復術を行った。右主気管支膜様部は食道壁に縫着再建した。第3病日にECMOを離脱したが、胸郭動揺があり、内固定を要し、人工呼吸器は第8病日に離脱した。

Ⅱ-24 膿胸による咯血に対してECMO導入下に左肺全摘術を施行し救命した一例

日本医科大学付属病院 呼吸器外科

園川卓海、竹ヶ原京志郎、井上達哉、白田実男

症例は23歳女性。主訴は血痰。左肺下葉の空洞を伴う腫瘍に対して、真菌感染疑いで内科的治療を開始したが改善せず、左肺下葉切除を施行した。術後17日目に膿胸のため再入院し、加療中に突然咯血し、人工呼吸器管理を開始した。酸素化が保てずECMO導入し、気管支肺動脈ろうが疑われ緊急で左肺全摘術を施行した。術後15日目にECMO離脱、術後36日目に退院となった。本症例は気管支肺動脈ろうに対してECMOを導入し手術への移行で救命できたと考える。

Ⅱ-25 在宅酸素療法中の間質性肺炎に真菌感染を合併し、手術が奏功した一例

1 千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

2 千葉大学医学部附属病院

太枝帆高¹、藤原大樹¹、坂入祐一¹、田村 創¹、和田啓伸¹、鈴木秀海¹、中島崇裕¹、千代雅子¹、吉野一郎¹、田部俊輔²、中谷行雄²

症例は42歳女性。混合性結合組織病に伴う間質性肺炎に対し、ステロイド療法、在宅酸素療法を行っていた。加療中に肺アスペルギルス症を併発し、抗真菌薬の使用で改善しなかったため、手術の方針となる。左下葉切除術を施行し、術後14日目に退院となる。呼吸状態は改善し、在宅酸素療法からの離脱が可能となった。

Ⅱ-26 診断に難渋した IgG4 関連疾患に伴う左肺扁平上皮癌に対し胸腔鏡下肺全摘術を行った 1 例

虎の門病院 呼吸器センター外科

小松直人、河野 匡、藤森 賢、木村尚子、鈴木聡一郎、川島光明、菊永晋一郎、師田瑞樹、吉村竜一

症例は 66 歳男性。IgG4 関連疾患で多発肺結節観察中、増大する空洞を伴う腫瘍を認めた。BF、CT-NB で診断が得られず胸腔鏡下に腫瘍生検施行。迅速は IgG4 関連疾患であったが最終病理は Sq (cT2bN1M0)。3-port 左胸腔鏡下肺全摘+ND2a-2 を施行。手術時間 155 分、出血量 100ml、術後 5 日目で退院。病理は Sq、45×25mm、pT2bN1M0。IgG4 関連疾患と肺癌は鑑別を要することがあり文献的考察を含め報告する。

Ⅱ-28 早期食道癌に癌肉腫を合併した一例

獨協医科大学 第一外科

井上 昇、中島政信、室井大人、横山 悠、山口 悟、佐々木欣郎、加藤広行

67 歳男性。通過障害を伴う有茎性食道腫瘍の治療目的に当科紹介。精査の結果、胸部食道癌 Lt type1+0-IIb cT3N2M0 cStageIII/ Ut type0-IIb cT1a-EP の診断で根治手術を施行。病理上、有茎性腫瘍は間質に異型紡錘形細胞、多形細胞が増殖した肉腫で基部に移行像を伴う扁平上皮癌があり、癌肉腫と診断した（癌肉腫 LtMt type “0-I” +0-IIb pT1b-SM2 N3M0 fStageIII Ut type0-IIb pT1a-EP）。食道癌肉腫は食道悪性腫瘍の中で 0.5-2.8% と稀な腫瘍であり、我々はそれを経験したので報告する。

Ⅱ-30 縦隔顆粒細胞腫の 1 切除例

1 東京大学 大学院・医学部 呼吸器外科学

2 東京大学 医学部病理部

飯田 麗¹、北野健太郎¹、山口寛和¹、唐崎隆弘¹、長山和弘¹、似鳥純一¹、佐藤雅昭¹、安樂真樹¹、阿部浩幸²、牛久 綾²、中島 淳¹

37 歳女性。4 年前から右手掌の無汗を自覚した。検診胸部単純 X 線写真で右上縦隔に腫瘤影を指摘された。CT で右第 2 肋間傍椎体に 3.5cm 大の境界が明瞭で平滑な腫瘤あり。造影効果があり、神経原性腫瘍を疑い胸腔鏡手術を行った。第 2 および第 3 肋骨の高さで右交感神経幹との連続を切断して被膜ごと病変を切除した。組織学的に顆粒細胞腫と診断した。術後、右手掌の無汗症状に変化はなかった。

Ⅱ-27 縦隔内甲状腺腫との鑑別が困難であった縦隔神経鞘腫の 1 例

都立駒込病院 外科（呼吸器）

森本真紀子、堀尾裕俊、山道 堯、浅川文香、奥井将之、原田匡彦

症例は 53 歳、男性。特記すべき既往なく、BI 1120 の ex-smoker。検診にて気管右方偏移を指摘、CT にて甲状腺左葉下極から縦隔に延びる 4.5cm 大の腫瘤を認め、縦隔内甲状腺腫が疑われた。頸部襟状切開にてアプローチ、腫瘍は甲状腺とは intact、食道筋層と固着していた以外は圧排所見のみで、腫瘍のみ摘出した。最終病理診断は神経鞘腫であり、食道壁から発生した可能性はあるが、由来は特定できなかった。同部の神経鞘腫は稀であり、文献的考察も含めて報告する。

Ⅱ-29 前頸部蜂窩織炎・急性縦隔炎に対し緊急切開ドレナージを施行した一例

湘南鎌倉総合病院 研修医

山口修央、深井隆太

49 歳男性、奥歯の齲蝕を放置し、受診 3 日前から疼痛があった。受診 2 日前からの発熱と右頸部の著明な腫脹で来院。造影 CT にて下顎から頸部、および大動脈弓レベルの前縦隔までの脂肪組織濃度の上昇を認め、齲蝕から前頸部蜂窩織炎・さらに縦隔炎へ進展した病態と考え、緊急頸部切開排膿+気管切開術を施行した。胸鎖乳突筋に沿って U 字切開し、内頸静脈を確認するほど剥離を行った。正中は前頸筋群を選り分け、甲状軟骨・輪状軟骨まで剥離した。術後は炎症所見の改善が得られ、POD29 に退院となった。

Ⅱ-31 特発性縦隔血種の 1 手術例

前橋赤十字病院

小林 頂、井貝 仁、吉川良平、大沢 郁、伊部崇史、上吉原光宏

75 歳男性。自宅で卒倒し当院救急搬送となった。来院時に背部痛と呼吸困難の訴えあり。CT で右血胸、縦隔血種を指摘され、胸腔ドレーンを挿入した。気管支動脈造影施行するも明らかな出血源を特定できず。ドレーンから血性排液持続するため緊急で胸腔鏡下縦隔血種除去、止血術を施行した。気管分岐部レベルで背側縦隔胸膜が一部破裂し、同部位からの出血を認めた。縦隔胸膜を切開し、血種を除去した。明らかな出血源は確認できず。術後 7 日目に軽快退院。特発性縦隔血種は稀であり、文献的考察を加え報告する。

15:43~16:31 食道・肺：その他

座長 河野光智（東海大学 呼吸器外科）

Ⅱ-32 胸部進行食道癌に対する術前補助CF療法で組織学的完全奏効が得られた症例の検討

東海大学医学部 消化器外科

間室奈々、小熊潤也、数野暁人、新田美穂、二宮大和、谷田部健太郎、小澤壯治

cStage II、III 食道癌に対する標準治療は術前補助化学療法後の手術である。現在、標準的な術前補助化学療法はCF療法で、当院ではこれまで118例に術前補助CF療法を施行し、4例（3.4%）で組織学的CRが得られた。cTはT3、T2が各1例、T1bが2例であった。3例は組織学的リンパ節転移を認めた。術前補助CF療法により原発巣でCRが得られた症例であっても、転移リンパ節は残存している可能性が高く、嚴重な経過観察が必要である。

Ⅱ-34 術前画像で診断し得た孤立性線維性腫瘍の1例

日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科

大下菜月、河内利賢、日暮亮太、石本真一郎、四万村三恵、櫻井裕幸

50歳、男性。健診の胸部X線で異常陰影を指摘された。胸部CTで、右肺S10に胸壁と接し、胸膜外徴候を伴う39×16mm大の類円形腫瘍が認められた。4D-CTでは、肺とともに頭尾側に移動する所見が認められたため、臓側胸膜由来の腫瘍と考えられた。また、PET-CTで病変にFDGの集積が認められなかったため、孤立性線維性腫瘍（SFT）と診断した。胸腔鏡では、臓側胸膜発生の有茎性腫瘍で、病理診断もSFTであった。4D-CTは病変の局在を認識するために有用であった。

Ⅱ-36 肺癌術後乳糜胸に対し超音波ガイド下鼠径リンパ節内リンパ管造影を施行した1例

東海大学医学部 外科学系呼吸器外科学

小野沢博登、壺井貴朗、和田篤史、生駒陽一郎、渡辺 創、中野隆之、大岩加奈、河野光智、増田良太、岩崎正之

症例は77歳男性。右上葉肺癌 cT1cN0M0 stageIA3に右上葉切除+ND2a-1を施行。第2病日朝食後に乳糜胸水を認め禁食管理とし第4病日にリピオドールによる超音波ガイド下鼠径リンパ節内リンパ管造影を施行。その後胸水量減少し第7病日に脂肪制限食から再開し再燃は見られなかった。術後乳糜胸に対し超音波ガイド下鼠径リンパ節内リンパ管造影が有用であった1例を経験し報告する。

Ⅱ-33 食道浸潤を伴う左主気管支腺様嚢胞癌に対し左スリーブ肺全摘を行った1例

1 東京医科歯科大学医学部附属病院 呼吸器外科

2 東京医科歯科大学医学部附属病院 食道外科

高橋 健¹、石橋洋則¹、高原弘知¹、武村真理子¹、分島 良¹、高崎千尋¹、小林正嗣¹、星野明弘²、中島康晃²、大久保憲一¹

症例は59歳男性。咳・喀痰を主訴に近医受診。CTで左主気管支腫瘍ありBFで腺様嚢胞癌と診断され当院紹介。当院CTでは左主気管支に発生する長径5cmの腫瘍で食道浸潤が疑われた。手術で食道浸潤認めたが筋層で剥離可能、食道筋層合切し肋間筋弁を食道に縫着した。心膜心嚢内PVに浸潤ありこれも合切した。文献的考察と共に報告する。

Ⅱ-35 リンフォーストラisstapleによるアレルギー反応が疑われた1例

1 東海大学八王子病院

2 東海大学医学部呼吸器外科

中村雄介¹、中川知己¹、西海 昇¹、山田俊介¹、岩崎正之²

21歳、男。5年前他院で左気胸手術時ネオベールシート使用。今年4月右自然気胸発症し当科で胸腔鏡下右肺部分切除術施行。リンフォーストラisstaple使用。退院3日後に右胸痛、38度の発熱で再入院。CTではステープルライン周囲のみ浸潤影を認めた。抗生剤、解熱剤、鎮痛剤、抗アレルギー剤無効。自動縫合器またはそれに装着されたポリグリコール酸フェルトによるアレルギー反応を疑いステロイド投与開始。速やかに症状治まる。現在DLST検査中。

Ⅱ-37 術中の乳び漏発見に十二指腸に留置したEDチューブからの牛乳投与が有用であった1例

筑波大学 呼吸器外科

関根康晴、佐伯佑典、小林尚寛、菊池慎二、後藤行延、佐藤幸夫
乳び漏は治療に難渋する術後合併症の1つであるが、術中に乳び漏を発見するのは困難である。当科では乳び漏のリスクが高い症例に対し、術前にEDチューブを十二指腸まで進め、術直前に牛乳を投与し術中に乳び漏の同定に利用している。症例は64歳女性。健診発見の左中縦隔腫瘍に対しtransmanubrial approachにより摘出術施行。術中、静脈角周囲の脂肪内から乳白色の浸出を認め乳び漏と判断、結紮し浸出の消失を確認。術後乳び漏を認めず退院。

Ⅱ-38 生体肝移植後の開心術の経験

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

金澤祐太、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、森下寛之

移植治療は増加傾向だが、移植後に開心術を施行した報告は非常に稀である。生体肝移植後に AVR を施行した症例を報告する。69 歳女性。60 歳時に mild AS を指摘。年一回の TTE フォローとなっていた。徐々に進行し AVA0.77cm² となり手術的に当科紹介。既往で 54 歳時に C 型肝炎に伴う肝硬変、肝細胞癌にて生体肝移植を施行。免疫抑制剤はタクロリムス 1mg 内服を行っていた。AVR を施行。タクロリムスは継続的に内服、注入を行い、その他通常通りの術後管理を行い POD19 に軽快退院となった。

Ⅱ-39 気管支軟化症に対する気管支外ステント術後 20 年が経過した 1 例

1 国保松戸市立病院 小児心臓血管外科

2 国保松戸市立病院 心臓血管外科

3 銀座ハートクリニック

坂本貴彦¹、滝口 信¹、泉本浩史²、石原和明¹、永瀬裕三³

VSD(III)、PH、気道圧迫、気道出血にて 4 ヶ月時に PAB(25mm) 施行。気管支軟化症に対して 9 ヶ月時に左気管支外ステント術(10 mm ringed Gore-Tex graft) を施行（当院 2 例目）。気管支軟化症の改善を確認した後に 2 歳時に根治術を施行。外ステントはそのままで術後 20 年が経過し成人に達したが、CT にて左気管支の良好な状態を確認できている。

Ⅱ-40 腕頭動脈気管瘻の 1 手術例

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

金子翔太郎、内田敬二、軽部義久、笠間啓一郎、南 智行、
長 知樹、出淵 亮、伏見謙一、藪 直人、額田 卓、益田宗孝
症例は 14 歳男性。2 歳時、急性脳症後遺症で気管切開術を施行され、その後は長期気管カニューレ挿入状態であった。突然の気管内出血で救急搬送。CT で腕頭動脈気管瘻の診断。手術は腕頭動脈気管瘻の中核側及び末梢側で腕頭動脈を離断し、断端の縫合閉鎖を行なった。

Ⅱ-41 可吸収性止血剤と縦隔炎の鑑別が困難だった一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

金行大介、茂木健司、櫻井 学、野村亜南、坂田朋基、高原善治
16 年前に急性大動脈解離に対して弓部全置換術を施行した 65 歳女性。11 年前に基部拡大のために Bentall 手術を施行したが、基部に仮性瘤を認めたため Redo-Bentall 手術を施行した。第 9 病日に炎症反応上昇、CT で人工血管周囲の血腫と air を認めたため、縦隔炎の疑いとなり緊急手術を行った。血腫周囲には可吸収性止血剤の残存を認めたが、培養は陰性だった。可吸収性止血剤と膿瘍の鑑別が困難だった一例を経験したので報告する。

Ⅱ-42 開心術後肺高血圧症に対する NO 吸入療法の有効性について

東海大学医学部外科学系 心臓血管外科学

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

開心術後肺高血圧症に対して、術後 NO 吸入療法を行い、肺高血圧と心係数の改善を認めた症例を 2 例報告する。症例 1 は、69 歳男性。再開胸 AVR+左室流出路形成術を施行。症例 2 は、71 歳女性。再開胸 AVR+TAP を施行。いずれも、術後 NO 吸入療法を行い、肺高血圧と心係数の改善を認め、それぞれ術後 158 日目にリハビリ転院、術後 54 日目に自宅退院となった。文献的考察と共に報告する。

Ⅱ-43 重症心不全を呈した大動脈弁及び僧帽弁狭窄症の両弁置換後の肺高血圧に対し術中より一酸化窒素を使用し救命し得た一例

聖路加国際病院 心臓血管外科

三石淳之、山崎 学、阿部恒平、三隅寛恭

症例は 75 歳男性。慢性心房細動が原因と考えられる腹部大動脈血栓症を生じ当院搬送、緊急開腹で血栓除去を施行。術後、以前より認めていた重症大動脈弁狭窄症及び僧帽弁狭窄症によるうっ血性心不全の増悪を認め、緊急大動脈弁及び僧帽弁置換術を施行。肺水腫による低酸素血症及び肺高血圧による人工心肺離脱が困難なため、一酸化窒素<NO>吸入を開始。その後、人工心肺離脱が可能となり救命し得た症例を経験し、報告する。

Ⅱ-44 連合弁膜症で再手術を行い術後全身浮腫で管理に難渋した 1 症例

立川総合病院

武居祐紀、山本和男、岡本祐樹、浅見冬樹、木村光裕、
大場栄一、榎本貴士、吉井新平

68 歳、男性。13 年前に MR に対して弁形成術を施行。徐々に腎機能低下、心機能低下、大動脈弁輪拡大、AR・MR・TR 増悪したため、Bentall 手術+MVP（Alfieri 法）+TAP 施行。低心機能+慢性腎不全の影響で術後全身浮腫著明のため一時透析導入。管理に難渋したが、最終的に透析離脱し、腎機能悪化なく第 63 病日に自宅退院することができた。

Ⅱ-45 大動脈弁置換術後に乳び胸を合併した 1 例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

阿久津博彦、相澤 啓、佐藤弘隆、三澤吉雄

症例は 79 歳女性、大動脈狭窄症に対して大動脈弁置換術を施行した。術後 2 日目、食事摂取再開後より胸骨後面ドレーンから乳び胸水排液を認め、術後乳び胸と診断した。保存的加療を行い、乳び胸水は消失し、経口摂取再開とした。経口摂取再開後も乳び胸水排液ないことを確認し、ドレーン抜去とし、その後術後経過良好で自宅退院となった。開心術後乳び胸は小児症例での報告はあるが、高齢者症例において稀な合併症であり報告する。

Ⅱ-46 CABG 後に非閉塞性腸管虚血、下腸間膜動脈血栓閉塞を合併した症例

東邦大学医療センター佐倉病院

藺藤佑哉、齋藤 綾、本村 昇

症例は 77 歳男性。陳旧性心筋梗塞、アレルギー性肉芽腫性血管炎（プレドニゾロン 7.5mg 内服）、慢性腎臓病（G4）の既往があり、冠動脈 3 枝病変に対して CABG（RITA-LAD、SVG-4AV、T-graft：SVG-D2-HL）を施行した。POD0 に再開胸止血術を施行。POD6/7 に透析を施行し、POD8 からアシドーシス進行を認め POD9 に死亡した。病理解剖にて IMA の plaque rupture による急性期血栓閉塞と、NOMI による SMA 領域の腸管壊死を認め両者の併存が疑われた。腸管虚血は致死合併症であり文献的考察を加えて報告する。

第Ⅲ会場：606（6 階）

8：55～9：43 心臓：先天性①

座長 太田 教 隆（神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科）

Ⅲ-1 非典型的な複合手術を経て Glenn 循環に到達した単心室症の 1 例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

鈴木一史、松原宗明、山本隆平、中嶋智美、川又 健、野間美緒、徳永千穂、大坂基男、坂本裕昭、平松祐司

症例は DILV、L-TGA、CoA の男児。日齢 8 に Branch PAB を行い生後 3 ヶ月に左室流出路と大動脈弓の一次的再建を予定し手術に臨むも近位大動脈弓の低形成を認めず遠位大動脈縮窄解除術を実施。しかし修復部位の圧較差が残存し左総頸動脈から下行大動脈へ bypass 術を追加し一旦手術を終了、生後 4 ヶ月に DKS 吻合と BDG を行い現在 TCPC 待機中。姑息手術に変則的な工夫を加え患児の成長を優先した本治療戦略を報告する。

Ⅲ-3 TAC (I)、severe TVR に対して弁形成術、ラステリ型手術を併施した新生児手術例

長野県立こども病院 心臓血管外科

米山文弥、瀧口洋司、上松耕太、岡村 達、原田順和

症例、38W、BW2.5kg、女児。徐脈のため緊急帝王切、低酸素血症を認め当院搬送後、TAC (I)、severe TVR と診断。弁逆流による心不全のコントロール不可と判断、day6 に心内修復術施行の方針とした。総動脈幹弁は 4 尖で、無冠尖とその部位の Valsalva 壁を切除、左右冠尖の間を縫縮、10mm bicuspid conduit を用いたラステリ型手術を行った。帰室後 TVR mild で、術後 3 か月で退院。新生児期に TAC に対し弁形成術を伴った心内修復術を行った症例は稀であり、その一手術例を報告する。

Ⅲ-5 Norwood 術後肺動脈狭窄に対して肺動脈前方転位 Pulmonary septation 後に TCPC に到達した 1 例

千葉県こども病院

卯田昌代、青木 満、萩野生男、梅津健太郎、齋藤友宏、小林 慶

症例は男児、Criss-Cross、d-TGA、straddling MV、AS、CoA、Hypo arch に対して日齢 11 で Norwood (RV-PA) 施行、その後より左肺動脈狭窄を認めていた。BAP 行うも再狭窄、7 か月時にグレン+左肺動脈形成術を行ったが、その後も Aortopulmonary space 狭小化による肺動脈狭窄残存あり、10 か月時に左肺動脈形成+前方転位+PA septation を行い、1 歳 1 か月時に TCPC に到達した。Norwood+肺動脈前方転位術後に TCPC に到達した他の 4 例を含め考察、報告する。

Ⅲ-2 低体重幼児 Ebstein 病での Cone 手術 (da Silba) の経験

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科

鵜垣伸也、河田政明、吉積 功

高度低酸素血症・発育不良を示す 1 歳 3 か月、体重 6.4kg 男児に対し Cone 手術による修復を行った。術前右室圧は 26/mmHg で自由壁は菲薄であった。三尖弁輪径は 15mm (100%N) に縫縮し、13mm ~ sizer 相当の弁口を作製し、拡大した右室は下壁に加え前壁も心尖-流出路方向に沿って縫縮を追加した。軽度三尖弁逆流は見られるが、狭窄はなく、左室径は 107%N に正常化が得られた。運動能・体重増加の改善は著明であった。右室の追加縫縮は右室・左室機能の改善に有用であった。

Ⅲ-4 乳児 PAB 術直後に生じた NOMI 酷似の病態に対する緊急開腹・腸管切除による救命例

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、鵜垣伸也、河田政明

低出生体重児に合併した VSD に対し、生後 2 か月・2.0kg 時 PAB を行った。術当夜から acidosis、乏尿、K 値上昇が見られ、PD カテを留置した。茶褐色混濁した腹水から、NOMI 酷似の病態と考え、救命の試験開腹を行った。下腸間膜動脈領域に虚血性変化があり、結腸全摘・空腸瘻増設を行った。回転異常はなかった。術中から急速に全身状態は改善し、88 病日、2.9kg で自宅退院した。標本では血栓は同定できず、経過中線溶・凝固異常もなかった。

Ⅲ-6 新生児期に手術を要した冠動静脈瘻の一症例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

川村 廉、黄 義浩、木南寛造、野村耕司

症例は日齢 12、3.7kg の男児。日齢 2 に他院心エコーで冠動静脈瘻 (LAD-RV 瘻) を指摘され当院紹介。Qp/Qs 2.9 で継時的に拡張期圧の低下を認め、生理的肺高血圧の解除に伴う体血流量低下が懸念され日齢 12 に手術を行った。手術は瘻孔開口部直上で LAD を切開し、中枢側および右室開口部をそれぞれグルタールアルデヒド処理した自己心膜パッチにて閉鎖した。術後、冠虚血や不整脈なく、良好に経過した。新生児期に手術介入を必要とする冠動静脈瘻は比較的稀であり、文献の考察を加えて報告する。

9：43～10：23 心臓：先天性②

座長 梅 津 健太郎（千葉県こども病院 心臓血管外科）

Ⅲ－7 冠静脈洞型心房中隔欠損症の1治療例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

星咲由莉、古田晃久、吉田尚司、新富静矢、磯村彰吾、
笹生正樹、富岡秀行、長嶋光樹、山崎健二、新浪博士

症例は54歳男性。7歳でVSD、14歳でPSを指摘されたが放置した。今回呼吸困難感、下腿浮腫が出現し、冠静脈洞型心房中隔欠損症、TR、PSと診断し手術施行した。術中右房切開線から観察するとCSの上半分に欠損孔を認め、その他にCSから欠損孔は認めなかった。CSの天井を自己心膜パッチで閉鎖し、肺動脈弁交連切開術、三尖弁輪形成術施行した。術後エコーで遺残短絡なくTR、PS改善し術後14日目に退院となった。

Ⅲ－8 修正大血管転位症に合併した高度三尖弁、僧帽弁閉鎖不全症に対して手術を行った一例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

高柳佑士、小出昌秋、國井佳文、前田拓也、五十嵐仁、櫻井陽介
症例は73歳女性。65歳時に心不全を発症、ccTGAと診断された。内科的治療が開始されたが、心不全改善なく手術の方針とした。術前にIABPを挿入し、三尖弁置換術（生体弁25mm）、僧帽弁形成術、CRT-D埋込術を施行した。術後は低心拍出に伴い透析導入となったが、弁逆流は改善、dyssynchronyも改善を認め、軽快退院した。

Ⅲ－9 Double switch 術後の大動脈弁輪拡張に対して自己弁温存大動脈基部置換術を施行した1例

1 信州大学医学部附属病院

2 神戸大学医学部附属病院

田中晴城¹、岡田健次¹、瀬戸達一郎¹、福井大祐¹、大北 裕²

26歳男性。幼少期に修正大血管転位（II型）+Ebstein奇形に対してDouble Switch手術（Jatene&Senning）、LeCompte法を施行された。18歳頃からAAE、moderate ARを認めていた。術前Valsalva洞径は63mmであった。人工心肺確立後に右肺動脈を離断し上行大動脈にアプローチ。出血を伴う潰瘍性大腸炎を合併しておりre-implantationによる基部置換、上行大動脈置換術を施行。最後に右肺動脈を再建した。術後経過は良好である。

Ⅲ－10 未治療TA（2b）のAAEに対してBentall手術を施行した一例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

小泉信太郎、松尾浩三、桃沢政司、林田直樹、浅野宗一、
阿部真一郎、長谷川秀臣、池内博紀、伊藤貴弘、村山博和

44才男性。幼少期に単心室と診断されたが未加療。42才時にうっ血性心不全にて入院。精査でTA（2b）及びAAEの診断となり薬物加療を行なうも、心不全症状及びARの増悪を認めBentall手術を施行。大動脈壁は嚢胞性中膜壊死の病理所見であった。チアノーゼ型心疾患に大動脈拡張はしばしば認めるが、手術を施行した報告は少なく文献的考察を加え報告する。

Ⅲ－11 遺残ASD・PAPVCに対して心内修復術を施行した1例

東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科学分野

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

症例は41歳女性、5歳時にASDに対し他院で直接縫合閉鎖術施行。2年前より易疲労感を自覚し、遺残ASDと診断した。ASDは大きな下縁欠損型で、右下肺静脈の還流異常を合併していた。前回縫合線近傍を弧状に切開し、左房内の異常隔壁を切除した後心房中隔壁をslidingさせ、自己組織のみでASDを閉鎖した。遠隔期に再手術となったASDの1例を報告する。

10:23~11:11 心臓：先天性③

座長 上 松 耕 太（長野県立こども病院 心臓血管外科）

Ⅲ-12 グレン術後に両側反回神経麻痺を来した1例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

岡田純一、木村成卓、饗庭 了、志水秀行

6カ月男児。PAIVS、ASD、PDAに対し右mBTシャント、PDA結紮術施行後。今回両方向性グレン術、ASD拡大術を施行した。術後経過良好で帰室3時間後に抜管、直後より吸気性喘鳴著明であり、喉頭浮腫を疑いステロイド静注、ボスミン吸入を開始。喘鳴持続したため喉頭ファイバー施行し両側反回神経麻痺の診断となった。Nasal high flowで呼吸管理継続、経時的に声帯運動の改善を認め最終的に声帯が完全閉鎖するのを確認し52PODに退院となった。心臓手術後の両側反回神経麻痺につき文献的考察を交え報告する。

Ⅲ-14 心外膜ペースメーカー術後遠隔期に右室流出路狭窄・SVC閉塞を認めた1例

都立小児総合医療センター 心臓血管外科

平野暁教、吉村幸浩、山本裕介、寺田正次

6歳男児。月齢3に他院でTGA(Ⅱ)へのASO手術施行。術後完全房室ブロックに対しDDDペースメーカー植え込みが行われた。6歳時に心不全症状が出現、精査で右室流出路狭窄(右室圧/左室圧 165/74 mmHg)とSVC閉塞及びリード閾値上昇を認めた。再手術は1弁付パッチによるRVOTR、SVC再建、リード交換を実施。心外膜リード周囲に高度の癒着化を認め、右室流出路狭窄及びSVC閉塞の一因と考えられた。

Ⅲ-16 心室細動にて発見された左冠状動脈起始異常症(大動脈壁内走行)の1例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科

細田隆介、栢岡 歩、尾澤慶輔、岩崎美佳、保土田健太郎、鈴木孝明

症例は9歳男児。運動中に意識消失しCPR下に救急搬送。心室細動のため除細動を施行され、神経学的後遺症無く回復。右冠状動脈の冠攣縮性狭心症と診断され、薬物治療を開始。退院1ヶ月後に再度心室細動となったが、神経学的後遺症無く回復。3DCT検査で左冠状動脈起始異常症(大動脈壁内走行あり)と診断し、Modified unroofing法を施行した。比較的稀な大動脈壁内走行を伴う左冠状動脈起始異常症を経験したので報告する。

Ⅲ-13 左冠状動脈肺動脈起始症(ALCAPA)にて冠動脈移植術後、冠動脈主幹部(LMT)閉塞に対し冠動脈バイパス術(CABG)を施行した1例

榊原記念病院 外科

加部東直広、小森悠矢、和田直樹、安藤 誠、高梨秀一郎、高橋幸宏

症例は4歳、男児。ALCAPAにて、3ヶ月時に冠動脈移植術、僧帽弁形成術(Kay-Reed法)施行。術後冠動脈造影(CAG)にて、LMTが閉塞しており、薬物負荷心筋シンチにて、左冠状動脈領域に虚血を示唆する所見を認めた。重度の僧帽弁逆流も生じており、体格の成長を待ち、CABG(LITA-LAD)、僧帽弁置換術(ATS 22mm)施行。術後CAGにてgraft patencyを確認し、20日目に退院。当院の小児期のCABG成績も合わせ報告する。

Ⅲ-15 極型Fallot四徴症に対するfreestyle弁使用したRastelli術後、導管周囲膿瘍を来し再導管置換を要した1例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

田村匡史、稲葉 佑、木村成卓、饗庭 了、志水秀行

症例は10歳男児。2歳時極型TOFに対しfreestyle弁を使用したRastelli手術、MAPCA-左肺動脈uniforcalization施行。術後PSにてバルーン拡張術を繰り返し施行。10歳時発熱にて受診、導管周囲に疣贅および肺septic emboliの所見を認め準緊急手術施行。freestyle弁中樞吻合部仮性瘤を認め、膿と血栓が充満。bulging sinus付き導管(Yamagishi弁)にて再置換。培養からStaphylococcus aureus検出。術後感染再燃なく良好に経過。

Ⅲ-17 閉塞性肥大型心筋症に対する中隔心筋切除術の1例

1 筑波大学医学群医学類

2 筑波大学附属病院 心臓血管外科

高橋彩乃¹、野間美緒²、山本隆平²、鈴木一史²、石井知子²、中嶋智美²、川又 健²、相川志都²、松原宗明²、徳永千穂²、大坂基男²、坂本裕昭²、平松祐司²

13歳女児。4か月時に心雑音を指摘されHOCMと診断された。3歳時よりβ遮断薬と抗不整脈薬治療が行われていたが、動悸や失神を繰り返し心不全症状が重篤となった。心エコーにてLVOTOを伴う著明な求心性左室肥大と軽度右室肥大を認めた。経大動脈弁で中隔心筋切除を行い、十分な切開溝を確保しLVOT流速の改善を認めた。右室流出路はパッチ拡大を行った。

11:11~11:51 心臓：先天性④

座長 杉 本 愛（新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科）

Ⅲ-18 Ross 術後の AAE/AR に対して大動脈基部置換および自己肺動脈弁再移植術（Ross Reversal）を施行した一例

北里大学病院 心臓血管外科

堀越理仁、井上崇道、北村 律、鳥井晋三、平田光博、美島利昭、小林健介、田中佑貴、柴田深雪、榊健司朗、荒記春奈、宮地 鑑

28歳男性、先天性大動脈弁狭窄に対するバルーン拡大術後の大動脈弁閉鎖不全症に対して13歳時に他院でRoss手術を施行。術後に大動脈基部拡大、大動脈弁閉鎖不全、肺動脈弁閉鎖不全が進行。生体弁によるBentall手術と摘出した自己肺動脈弁尖を人工血管内に縫着して作製した肺動脈弁を再移植したRoss Reversal手術を施行した一例を報告する。

Ⅲ-19 Amplatzer septal occluder 留置後に生じたIEの稀な一例

昭和大学横浜市北部病院 循環器センター

寺田拓仁、奥山 浩

症例は21歳男性。1年前にASDに対してAmplatzer septal occluder (ASO)を留置。半年後、発熱を主訴に近医受診。心エコーで僧帽弁前尖に疣贅と穿孔、重度MRを認めたため、IEの診断となった。翌日、ASO及び疣贅の除去、MVP、ASD自己心膜パッチ閉鎖術を施行し、術後1か月で軽快退院した。心腔内デバイスの普及に伴いASDの治療は、より低侵襲に行うことが可能となった。しかし、稀に心腔内デバイスがIEの原因となることがある。今回我々はASO感染によるIEに対して手術を行い良好な経過を得たので報告する。

Ⅲ-20 心雑音を契機に診断された小児左房粘液腫の一例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

林 秀憲、岡 徳彦、友保貴博、笹原聡豊、宮本隆司

症例は6歳女児。予防接種時に心雑音を指摘され、近医受診したところ心臓超音波検査にて左房内腫瘤を疑われ当院受診。腫瘤は有茎性にfloatingし僧帽弁への嵌頓所見を認めた。BNP上昇、心不全症状も認めたため準緊急手術の方針となった。術中所見では、腫瘤は心房中隔に付着しており、切開した卵円窩經由で摘出した。術後合併症なく退院し、病理検査で左房粘液腫の診断となった。本症例について文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-21 不完全型房室中隔欠損術後MRに対する左房壁パッチを用いた僧帽弁形成の経験

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

中西啓介、川崎志保理、天野 篤

患児は5歳男児、4歳時に他院で施行された心内修復術後に増悪したMR治療目的に受診した。来院時検査では、重症MRと完全房室ブロックを認め、僧帽弁形成+ペースメーカー植え込みの方針となった。手術は、心停止下に僧帽弁形成（左房壁を用いた後尖augmentation + ring plasty）、ペースメーカー植え込み、左心耳切除を施行した。術後10か月のエコーでMR trace、胸部レントゲンで心陰影の縮小を得た。本術式に対して文献的考察を加えて発表する。

Ⅲ-22 右室依存性冠循環を伴う純型肺動脈閉鎖症に対してFontan completion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、寺田拓仁、中川博文、平沼 進、奥山 浩、南淵明宏、石野幸三、富田 英

純型肺動脈閉鎖症、右室低形成、右室依存性冠循環の診断にて、BTシャントを経て1歳時に両方向性グレン手術、3歳時にEC-TCPCを施行した。いずれの右心バイパス手術に対しても右室前負荷に注意しながら、グレン時にはVAバイパス、Fontan時にはVVバイパスを用いて心拍動下に手術を完遂した。いずれも術中に一過性のST低下を認めたが、循環動態は安定しており、術後経過も良好であった。

13：20～13：52 心臓：大血管①

座長 國井佳文（聖隷浜松病院 心臓血管外科）

Ⅲ-23 冠動脈病変、ARを合併した広範囲胸部大動脈瘤に対して二期的手術を施行した一例

日本医科大学 心臓血管外科

井関陽平、栗田二郎、師田哲郎、石井庸介、山田直輝、青山純也、上田仁美、森嶋素子、廣本敦之、鈴木憲治、佐々木孝、坂本俊一郎、宮城泰雄、新田 隆

69歳男性。既往に右脳出血に伴う症候性てんかんあり、両側頸動脈狭窄合併。遠位弓部～下行大動脈に最大短径67mmの紡錘状動脈瘤を指摘。精査にて#6 90%、#12 90%の冠動脈病変、重症ARおよび左室拡大と認めた。手術侵襲を考慮し、まずtranslocated TAR+AVR+CABGx2（LITA-LAD、Ao-SVG-CxPL）を先行し、4日後、二期的にTEVAR施行した。

Ⅲ-25 スtentグラフト感染に対し二期的手術を行った一例 慶應義塾大学病院 心臓血管外科

大野昌利、吉武明弘、志水秀行、饗庭 了、山崎真敬、木村成卓、高橋辰郎、稲葉 佑、林可奈子、泉田博彬、山下健太郎

49歳男性。8年前に他院で急性大動脈解離を発症し上行大動脈置換術、その後全弓部大動脈置換術および冠動脈バイパス術、さらに胸部大動脈stentグラフト内挿術を施行。術1ヶ月後にstentグラフト感染を認め、当院紹介。我々は一期目に全弓部大動脈置換術+エレファントトランクおよび大網充填、二期目に下行大動脈置換術を施行。術後半年以上経過し大きな合併症は認めおらず経過良好である。

Ⅲ-24 腸管虚血のある急性A型大動脈解離に対して血管内治療を施行した1症例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

高澤晃利、朝倉利久、井口篤志、中嶋博之

症例は59歳、男性。急性A型大動脈解離（上行弓部大動脈偽腔血栓化）、SMA malperfusionの診断で緊急入院した。血便、腹部膨満、アシドーシスの進行が出現したため腸管虚血に対してstentグラフト治療を行った。CTでentryはSMAの25mm中樞にあり、entry閉鎖のTEVERを施行したが、SMAの中間部の閉塞が解除できなかったため、閉塞部のPTAを施行しmalperfusionは解除された。術後経過は良好である。

Ⅲ-26 TEVAR術後に急速拡大する胸部下行大動脈瘤に対し瘤縫縮およびbandingを施行した一例

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、御子柴透、和田有子、福井大祐

78歳女性。胸部下行大動脈瘤（TAA）60mmに対しTEVAR施行。術後半年後TAAが94mmまで急速に拡大。造影上typeIエンドリーク（EL）がありコイル塞栓術を施行するもEL残存し、stentグラフト追加留置したが3ヶ月後のCT上さらに5mm瘤径拡大を認め、労作時呼吸苦も出現。片肺換気維持困難の可能性もあり全身状態などを考慮し瘤縫縮+bandingを施行。術当日人工呼吸器離脱。術後瘤径は48mmに縮小し呼吸リハビリ継続後20POD転院。現在自宅退院。

14：55～15：43 心臓：大血管②

座長 富岡秀行（東京女子医科大学 心臓血管外科）

Ⅲ-27 総頸動脈完全閉塞を合併した急性大動脈解離に対する治療経験

心臓血管研究所付属病院

有村聡士、佐々木健一、松濱 稔、國原 孝

急性 A 型大動脈解離と診断された 80 台女性。手術待機中に右総頸動脈血栓閉塞を来し、左上下肢麻痺、構音障害が出現した。手術は脳再灌流を再優先するため、右総頸動脈の血栓を除去し、人工血管を吻合後、送血路として用いた。その後左鎖骨下動脈、大腿動脈にも送血路を追加した。全弓部置換を施行し、右総頸動脈のグラフトは、グラフト第一分枝に端側吻合し、血行再建を行った。神経合併症なく術 40 日目リハビリ転院となった。本症例の送血路・分枝再建の工夫について報告する。

Ⅲ-29 Stanford B 型解離性胸腹部大動脈瘤に対して二期的手術を行った一例

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科

富永訓央、鈴木伸一、郷田素彦、町田大輔、藪 直人、澁谷泰介、益田宗孝

61 歳男性。9 年前に急性 B 型大動脈解離（偽腔開存型）を発症し、保存的加療された。胸腹部大動脈瘤（Crawford II 型）の拡大あり、弓部解離も伴っており二期的手術の方針とした。まず全弓部大動脈置換術を施行した。末梢吻合は flap を 7cm 切除し、elephant trunk 法を行った。4 ヶ月後に部分体外循環による胸腹部大動脈置換術を施行した。対麻痺なく、術後 55 日目軽快退院した。広範囲解離性大動脈瘤に対する治療戦略について文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-31 偽腔閉塞型の Stanford A 型大動脈解離保存加療退院後に偽腔開存にて手術に至った 1 例

東京都健康長寿医療センター 心臓外科

村田知洋、河田光弘、西村 隆、許 俊鋭

症例は 60 歳女性。突然の背部痛を主訴に当院に救急搬送となった。CT にて偽腔閉塞型の Stanford A 型大動脈解離の診断であった。ULP、AR、タンポナーデ、臓器虚血見られず、保存的加療を行う方針とした。フォローアップ CT では解離の悪化見られず、第 15 病日に退院したが、4 日後に症状再燃あり、当院受診。上行大動脈に entry を認める偽腔開存型解離の診断にて同日入院、緊急手術となった。術後経過良好であり術後 13 日に独歩退院。

Ⅲ-28 永久気切孔を有する急性 A 型大動脈解離に対し、胸骨 T 字切開からオープンステントグラフトを用いて全弓部大動脈置換術を施行した一例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

山本隆平、大坂基男、鈴木一史、中嶋智美、川又 健、松原宗明、相川志都、野間美緒、徳永千穂、坂本裕昭、平松祐司
症例は 60 歳男性。喉頭癌に対し喉頭全摘を施行され永久気切孔を有している。突然の胸痛が出現し当院に救急搬送された。急性 A 型大動脈解離と診断。第 1 肋間での胸骨 T 字切開で到達し、オープンステントグラフトを用いて全弓部大動脈置換術を施行した。術後は合併症なく退院した。

Ⅲ-30 腎機能障害を契機に診断された無症候性大動脈解離 Stanford A に対して基部置換及び全弓部置換術を行った 1 例

1 海老名総合病院 心臓血管外科

2 北里大学病院 心臓血管外科

松永慶廉¹、中島光貴¹、小原邦義¹、賛 正基¹、宮地 鑑²

42 歳男性、腎機能急性増悪のため入院精査中に無症候性大動脈解離 Stanford A、大動脈弁輪拡張、大動脈弁閉鎖不全症と診断。基部置換及び全弓部置換術を施行。病理所見において、嚢胞性中膜壊死を認め、先天性結合組織異常と診断。術後経過問題なく 20 日目に退院した。

Ⅲ-32 急性大動脈解離術後に高 CK 血症を合併した 1 例

千葉県救急医療センター 心臓血管外科

藤田久徳、山口聖一、諫田朋佳、武内重康

症例は 40 歳男性。急性大動脈解離 A 型 DeBakey IIIbR の診断で当院へ救急搬送され、上行大動脈置換術を行った。術後人工呼吸器管理が長引き鎮静剤としてプロポフォールを長期間投与した。40 度前後の高熱が続き CK 値が徐々に高値を示したため、Propofol infusion syndrome (PRIS) を疑い、プロポフォールを中止した。Max50900 まで上昇したが、その後 CK 値は低下を示した。プロポフォール投与による横紋筋融解・悪性高熱類似症状が疑われた。文献的考察を交えて報告する。

15:43~16:23 心臓：大血管③

座長 水野友裕（東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学）

Ⅲ-33 広範囲な大動脈瘤に対して段階的に治療を行った1例 立川総合病院

榎本貴士、山本和男、浅見冬樹、岡本祐樹、木村光裕、大場栄一、武居祐紀、吉井新平
SLEに対してPSL内服中の66歳女性。総腸骨動脈瘤破裂でYグラフト置換、冠動脈瘤に対して瘤切除と冠動脈バイパス、弓部大動脈瘤に対して上行弓部置換、胸腹部大動脈瘤に対して胸腹部置換の既往あり。今回下行大動脈瘤に対して開腹して腹部の人工血管からのアプローチでTEVARを施行し、今回の手術により大動脈は基部を除いて人工血管へと置換された。術後対麻痺を認めたが脊髄ドレナージを行い歩行可能となった。

Ⅲ-35 当院におけるstraight incision rib crossでの胸腹部大動脈人工血管置換術の短期成績 千葉西総合病院

遠藤祐輝、中村喜次、平埜貴久、黒田美穂、中西祐介、伊藤雄二郎、堀 隆樹
当院におけるstraight incision rib cross（sirc）での胸腹部大動脈人工血管置換術の成績について検討した。症例は平均年齢66.6+/-8.2歳、大動脈解離4例、真性瘤2例。手術時間377+/-47分で、第6.7もしくは7.8肋間でのアプローチとした。在院死亡なく、平均在院日数10+/-4日。創部治癒遅延なく、その他有意な合併症は認めなかった。当院におけるsircでの連続6例の短期成績を報告する。

Ⅲ-37 Acute aortic syndromeを呈したブドウ球菌感染性胸部大動脈瘤の1例 順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

李 智榮、町田洋一郎、遠藤大介、中西啓介、嶋田晶江、梶本 完、土肥静之、桑木賢次、畑 博明、山本 平、天野 篤
67才、男性。type A（血栓閉塞型）急性大動脈解離の診断で全弓部置換術を施行したが、混濁した心嚢液を認め術後にStaphylococcus aureusによる感染性大動脈瘤であったと診断した。今回我々は十分な抗菌薬治療に加え、二期的に大網充填術を追加施行し良好な経過を得た症例を経験した。感染性胸部大動脈瘤は診断・治療に苦慮することもある。少々の文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-34 弓部人工血管置換術における脳梗塞予防の工夫 shaggy aortaの1症例 獨協医科大学病院 心臓・血管外科

大久保尚弥、菅野靖幸、桐谷ゆり子、関 雅浩、武井祐介、小川博永、堀 貴行、桑田俊之、緒方孝治、柴崎郁子、福田宏嗣
shaggy aorta症例の手術において脳梗塞は注意すべき合併症の一つである。今回、上行、弓部、下行に多量のsoft plaqueが存在する（CTgrade4-5）shaggyな上行大動脈瘤例に対し、全身冷却前にSVC脱血をしながら腕頭、左総頸（頸部切開）、左鎖骨下動脈の順に脳分離を確立しつつ送血管挿入前に根部で遮断し、plaque飛散による脳梗塞を予防した1症例を経験したので報告する。

Ⅲ-36 高安動脈炎による急速拡大した弓部大動脈瘤に対する1手術症例 土浦協同病院 心臓血管外科

平岡大輔、平山大貴、安川 峻、真鍋 晋、大貫雅裕、広岡一信
症例は19歳女性、元来健康であったが2017年4月突然嗄声と嚥下困難感が出現したため近医受診、上行大動脈瘤および弓部大動脈瘤を指摘された。外科的治療は炎症反応の非活動期に行うことが原則とされるが、嗄声と嚥下障害が進行性であることから急速拡大が疑われ、手術を先行する方針とした。上行弓部人工血管置換術を施行、術後よりステロイド療法を開始した。炎症反応改善し合併症なく第29病日に退院となった。若干の文献的考察を踏まえ報告する。

16:23~17:03 心臓：大血管④

座長 石井 光（杏林大学 心臓血管外科）

Ⅲ-38 Ringed graft を用いた Bentall 術後 30 年後に部分弓部人工血管置換術を施行した 1 例

東京女子医科大学 心臓血管外科

吉田尚司、古田晃久、新富静矢、磯村彰吾、笹生正樹、
富岡秀行、山崎健二

症例は Stanford A 型急性大動脈解離に ringed graft を用いた Bentall 術を 30 年前に施行した 53 歳男性で、今回弓部大動脈瘤に対し部分弓部置換術を施行した。大腿動静脈で部分体外循環確立し、正中切開行い SVC 脱血を追加した。超低体温・循環停止下で瘤切開・遠位側吻合を行い、循環再開し腕頭動脈吻合・ring 切除・近位側吻合を行った。術後肺胞出血、肺炎を来したが保存的加療で改善し術後 27 日目に退院した。

Ⅲ-40 上行弓部大動脈置換術後の中枢吻合部仮性瘤に対する手術時に工夫を要した 1 例

新潟市民病院 心臓血管外科

佐藤大樹、三島健人、佐藤裕喜、若林貴志、登坂有子、中澤 聡
症例は 48 歳、男性。2 年前に急性大動脈解離、および AS に対し上行弓部大動脈置換術、AVR が施行された。術後 1 年目の CT で中枢吻合部に仮性瘤を指摘され、増大傾向のため手術の方針となった。仮性瘤は胸骨直下にあり、大腿動静脈送脱血にて人工心肺を確立後、左小開胸で心尖部左室ベントを挿入。中等度低体温下に再胸骨正中切開を行い、Bentall 型手術を施行した。再胸骨切開時の手術について若干の考察を加え報告する。

Ⅲ-42 CABG および TEVAR 後の胸腹部大動脈瘤に対して胸腹部置換術を施行した 1 手術例

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、長塚大毅、
服部 滋、郡司裕介

53 歳男性、2007 年 OPCAB（5 枝バイパス）施行。2013 年 A 型解離発症し保存的加療、2014 年下行大動脈の急速拡大に対して TEVAR 施行。その後も偽腔圧上昇時に背部痛を認め、降圧で保存的に経過をみていた。2017 年 5 月背部痛で救急搬送され遠位弓部～腎動脈上まで瘤の拡大を認めた。準緊急でステント抜去及び胸腹部置換術（肋間動脈+腹腔動脈+上腸間膜動脈再建）施行したので報告する。

Ⅲ-39 大動脈弁置換術後 30 年経過して発見された Aortotomy suture-line aneurysm

横浜栄共済病院

高木 剛、永峯 洋、伊達勇佑、原 祐郁、川瀬裕志

症例は 80 歳女性。30 年前に連合弁膜症（ASr+MS）に対して大動脈弁置換（Bjork Shiley 23mm）ならびに僧帽弁直視下交連切開術を受けた。今回労作時呼吸苦があり、冠動脈の精査目的に心臓 CT を施行したところ、Aortotomy suture-line に 20mm 大の嚢状動脈瘤が存在した。経食道心エコーでは傾斜ディスク弁を介した駆出血流が動脈瘤に直接向かっており、瘤形成・拡大に関与した可能性が考えられた。生体弁による再大動脈弁置換ならびに上行大動脈人工血管置換術を施行した。

Ⅲ-41 Cabrol 術後遠隔期に生じた左冠動脈吻合部仮性瘤の一例

自治医科大学 心臓血管外科学

齊藤翔吾、大木伸一、阿久津博彦、高澤一平、三澤吉雄

症例は 64 歳、女性。Marfan 症候群、大動脈弁輪拡張症の診断で 27 年前に Cabrol 手術を施行した。経過中、解離性大動脈瘤に対し人工血管置換術を施行している。経過観察中の CT 検査で大動脈基部周囲の貯留液の増大傾向を認め、左冠動脈吻合部の破綻による仮性瘤と判明し手術の方針となった。手術は破綻部位を確認し左冠動脈を再吻合した。また同時に僧帽弁閉鎖不全に対し弁置換を施行した。術後 16 日で退院。まれな病態であり考察を加え詳細を報告する。

17：03～17：43 心臓：大血管⑤

座長 遊 佐 裕 明（綾瀬循環器病院 心臓血管外科）

Ⅲ－43 大動脈胃管瘻に対し TEVAR にて根治し得た一例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

青木優介、稲葉 佑、大野昌利、山下健太郎、泉田博彰、
林加奈子、高橋辰郎、木村成卓、山崎真敬、吉武明弘、
饗庭 了、志水秀行

症例は 67 歳女性。食道癌に対して 11 年前に胸部食道全摘、後縦隔経路胃管再建の既往あり。再建胃管より大量出血し胃内視鏡検査にて潰瘍からの出血を認め大動脈胃管瘻と診断。二度の内視鏡にてクリップおよびヒストアクリル注入したのちに TEVAR (TAG) 施行。術後 3 年間感染や再出血なく経過良好。

Ⅲ－44 島状再建した自家大動脈壁の瘤化による胸腹部大動脈

瘤に対し reno-visceral debranching TEVAR を施行した一例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

山田隆熙、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、田村友作、
渡邊倫子、松宮護郎

症例は 48 歳男性。大動脈炎症候群、解離性大動脈瘤にて 20 歳台で下行置換術、上行弓部置換術、胸腹部置換術を施行。3 回目の手術の腹部分枝動脈を島状再建した自家大動脈壁が瘤化し胸腹部大動脈瘤 (IV) として手術の方針とした。2 回の開胸術後であり reno-visceral debranching を先行させた 2 期的な Hybrid Repair を施行。若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅲ－45 慢性 A 型大動脈解離の手術中に生じたオープンステントグラフト狭窄に対して一期的に TEVAR を施行した 1 例

1 東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科

2 東京慈恵会医科大学附属柏病院 血管外科

石割圭一¹、長沼宏邦¹、成瀬 瞳¹、村松宏一¹、川田典靖¹、
戸谷直樹²

症例は 36 歳、女性。Marfan 症候群の患者で A 型慢性解離に対してオープンステントグラフト (JOSG) を用いた全弓部置換術と大動脈基部置換手術を施行した。大動脈遮断解除後に下肢血圧が低下したため temporary bypass を作成し、人工心肺を離脱した。術中血管造影で JOSG の非ステント部狭窄を認め、同部に TEVAR を施行して下肢血圧は改善が得られた。

Ⅲ－46 胸腹部大動脈瘤破裂に対して腹部 de-branching TEVAR を施行した一例

日立総合病院 心臓血管外科

井口裕介、塚田 亨、佐藤真剛、松崎寛二、渡辺泰徳

58 歳女性。前日から続く胸背部痛、嘔気・嘔吐のため救急搬送された。造影 CT で胸部下行大動脈から腎動脈分岐直上まで及ぶ最大短径 94mm の胸腹部大動脈瘤 (Crawford I 型) を認めた。縦隔血腫及び左血胸を疑う所見があり、胸腹部大動脈瘤破裂の診断で緊急手術の方針とした。開腹で左総腸骨動脈に四分枝人工血管を縫着し、腹部四分枝に de-branch した後、胸腹部大動脈にステントグラフトを留置した。麻痺の出現なく術後 10 日でリハビリ転院した。

Ⅲ－47 特発性弓部大動脈破裂に対して TEVAR を施行した 1 例

亀田総合病院

川井田大樹、田邊大明、古谷光久、加藤雄治、外山雅章

75 歳女性。突然の背部痛を主訴に当院へ救急搬送。来院時血圧 60 台、脈拍 100 台のショックバイタルで、大動脈解離を疑われ、当科紹介。CT で大動脈解離、大動脈瘤はなかったが、大動脈弓部、前縦隔、心嚢内に血腫を疑う軟部陰影と左血胸を認めた。また、後期相で遠位弓部に造影剤の血管外漏出を認めた。特発性弓部大動脈破裂の診断で、TEVAR を施行。術後 52 日目に退院。今回我々は特発性弓部大動脈破裂に対して TEVAR を施行した 1 例を経験したので、これに若干の文献的考察を加えて報告する。