

第180回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2019年6月8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 6階ロビー

PC受付 6階ロビー

第Ⅰ会場 601（6階）

第Ⅱ会場 606（6階）

第Ⅲ会場 706（7階）

第Ⅳ会場 701（7階）

世話人会 605（6階）

幹事会 701（7階）

会長： 小澤 壮治

東海大学医学部 消化器外科学

〒259-1193 神奈川県伊勢原市下糟屋143

TEL：0463-93-1121（内線2290） FAX：0463-95-6491

参加費： 医師一般： 3,000円

看護師、他コメディカル、研修医：1,000円

学 生： 無料

（当日受付でお支払いください）

ご注意： (1) PC発表のみになりますので、ご注意ください。

(2) PC受付は40分前（ただし、受付開始は7:20です）。

(3) 一般演題は口演5分、討論3分です（時間厳守をお願いいたします）。

(4) 追加発言、質疑応答は地方会記事には掲載いたしません。

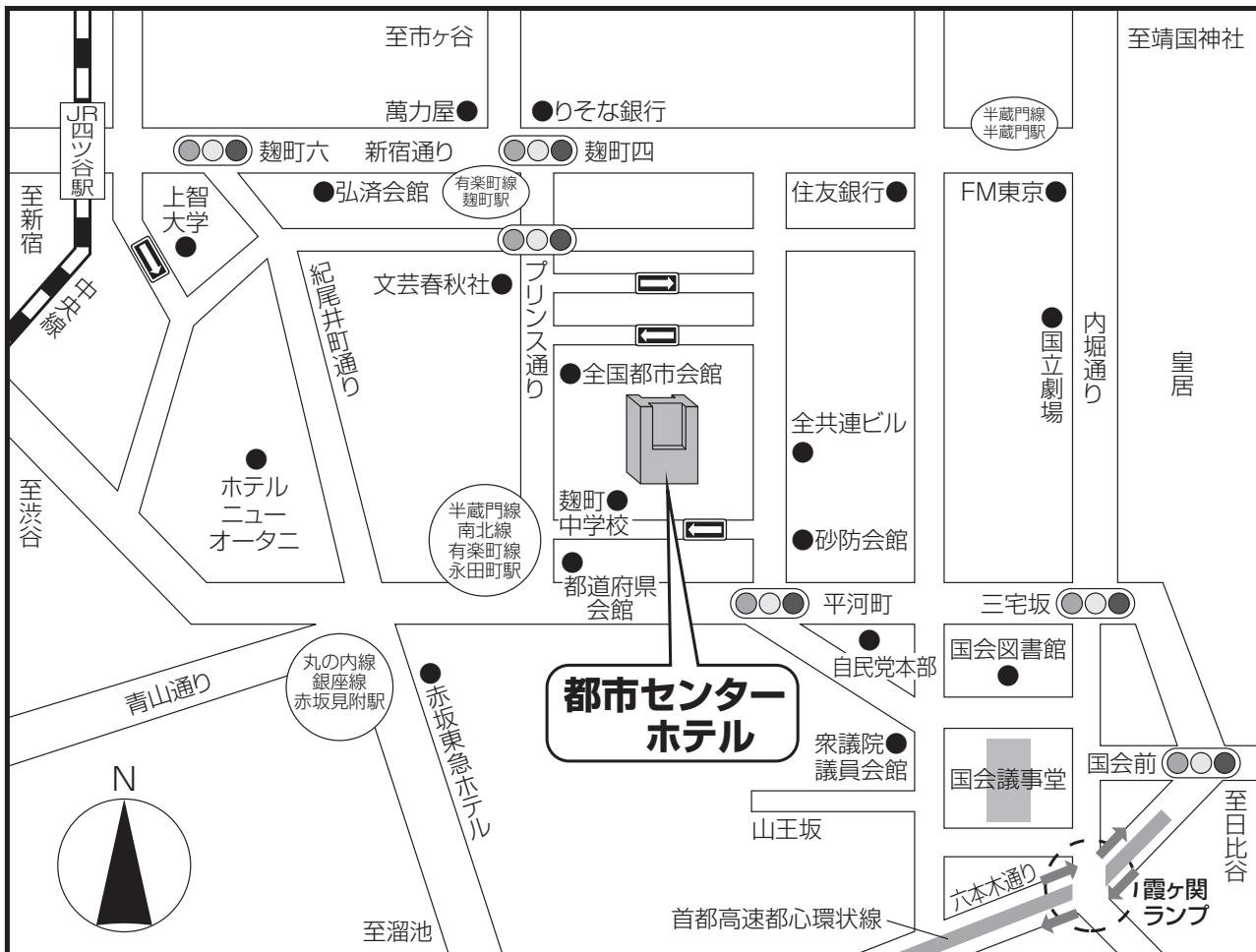
(5) 筆頭演者は当会会員に限ります（医学生・研修医は除く）。

演題登録には会員番号が必須ですので、未入会の方は事前に必ず入会をお済ませください。

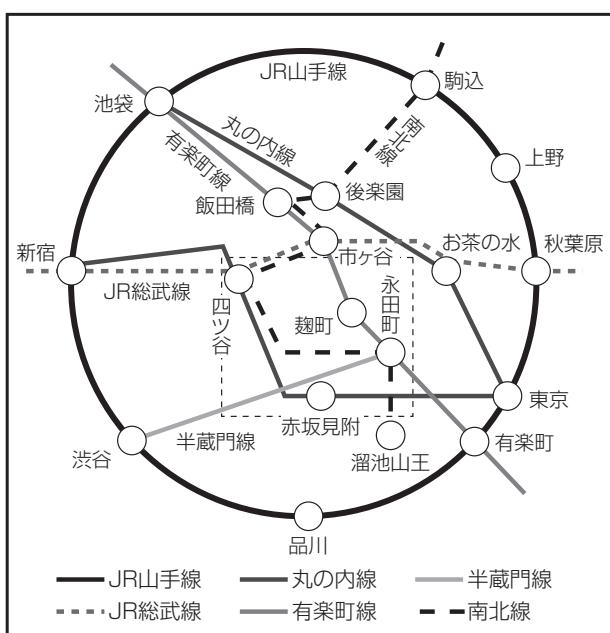
【会場案内図】

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

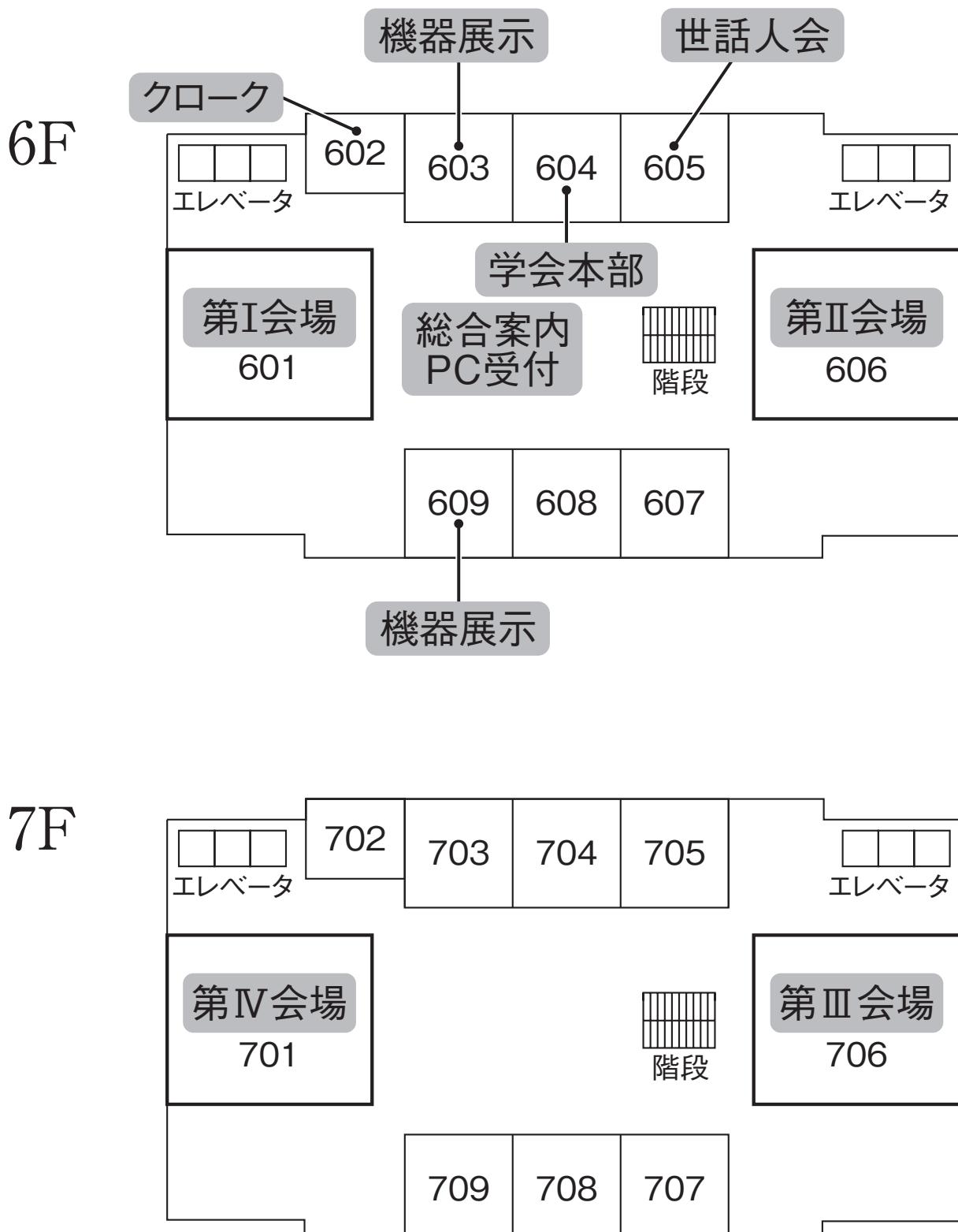
◆都バス

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】



都市センターホテル

第I会場 601	第II会場 606	第III会場 706	第IV会場 701
	9:40~10:30 世話人会 (605)		
8:00 7:55~8:00 開会式			
8:00~8:50 弁膜症 1 1~6 岡田 公章 東海大学医学部付属病院 心臓血管外科	8:00~8:40 大血管 1 1~5 伊藤 智 横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科	8:00~8:50 心臓腫瘍 1~6 山口 雅臣 東海大学医学部付属八王子病院 心臓血管外科	8:00~8:50 研修医発表 (肺、食道) 1~4 *藤森 賢 虎の門病院 呼吸器センター外科 *小柳 和夫 東海大学医学部付属病院 消化器外科
9:00 8:50~9:40 弁膜症 2 7~12 井上 仁人 平塚市民病院 心臓血管外科	8:40~9:30 大血管 2 6~11 千葉 清 聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科	8:50~9:40 肺縦隔・胸壁 7~12 朝倉 啓介 慶應義塾大学病院 呼吸器外科	8:50~9:40 研修医発表 (心臓) 5~9 *下川 智樹 帝京大学医学部附属病院 心臓血管外科 *國原 孝 東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科
10:00 9:40~10:20 先天性心疾患 1 13~17 宮本 隆司 北里大学病院 心臓血管外科	9:30~10:20 大血管 3 12~17 吉武 明弘 埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科	9:40~10:20 肺悪性 1 13~17 小池 輝元 新潟大学医歯学総合病院 呼吸器外科	9:40~10:15 学生発表 1 10~14 *内田 敬二 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 *伊藤 努 慶應義塾大学病院 心臓血管外科
11:00 10:20~11:10 先天性心疾患 2 18~23 保土田健太郎 埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科	10:20~11:00 心筋症・補助循環 18~22 繩田 寛 聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科	10:20~11:00 肺周術期・合併症 18~22 中島 由貴 埼玉県立がんセンター 胸部外科	10:15~10:40 学生発表 2 15~18 *北村 律 北里大学病院 *増田 良太 東海大学医学部付属 病院 呼吸器外科
12:00 11:25~12:15 ランチョンセミナー 1 「肺がん手術の10のポイント～習得すべき安全で根治的な手術手技～」 座長 岩崎 正之 東海大学医学部付属病院 呼吸器外科 演者 中川 加寿夫 国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科 共催:コヴィディエンジャパン株式会社	11:25~12:15 ランチョンセミナー 2 「弁膜症治療、何を選択されますか?」 座長 松宮 譲郎 千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科 演者 道本 智 東京女子医科大学病院 心臓血管外科 演者 田畠 美弥子 大和成和病院 心臓血管外科 共催:エドワーズライフサイエンス株式会社	11:25~12:15 ランチョンセミナー 3 「慢性解離性大動脈瘤に対する re-entry-closeを併施した TEVARの長期成績」 座長 橋詰 賢一 済生会宇都宮病院 心臓血管外科 演者 千葉 清 聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科 共催:日本ゴア株式会社	11:00~11:50 幹事会
	12:30~12:40 学生・研修医表彰式		

* 座長・審査員兼務

第I会場 601	第II会場 606	第III会場 706	第IV会場 701
13:00 冠状動脈 1 24~29 大迫茂登彦 国立病院機構 東京医療センター 心臓外科	13:00~13:40 大血管 4 23~27 岡村 誉 練馬光が丘病院 心臓血管外科	13:00~13:50 先天性心疾患 3 23~28 木村 成卓 慶應義塾大学病院 心臓血管外科	12:50~13:50 食道 1 19~25 中島 政信 獨協医科大学病院 第1外科（腫瘍外科）
14:00 冠状動脈 2 30~35 星野 丈二 群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科	13:40~14:20 心臓その他 1 28~32 北中 陽介 新東京病院 心臓血管外科	13:50~14:40 心臓その他 2 29~34 柴崎 郁子 獨協医科大学病院 心臓・血管外科	13:50~14:50 食道 2 26~32 村上健太郎 千葉大学大学院・医学部 先端応用外科学
15:00 アフタヌーンセミナー1 「食道癌と食道胃接合部癌の治療・再建方法の工夫」 座長 小澤 壮治 東海大学医学部付属病院 消化器外科 演者 峯 真司 順天堂大学医学部附属順天堂医院 食道胃外科 共催:コヴィディエンジャパン株式会社	15:00~15:50 アフタヌーンセミナー2 「呼吸器外科手術、今後の展望」 座長 中山 治彦 神奈川県立がんセンター 演者 増田 良太 東海大学医学部付属病院 呼吸器外科 演者 石川 善啓 横浜市立大学附属病院 呼吸器外科 共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	15:00~15:50 アフタヌーンセミナー3 「肺がん術後の患者は、その後、どうなっているのか? ～呼吸器内科医の視点から～」 座長 大塚 崇 東京慈恵会医科大学 呼吸器外科 演者 関根 朗雅 神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器内科 共催:大鵬薬品工業株式会社	
16:00			
16:10~17:00 弁膜症 3 36~41 濱在 明 日本大学医学部附属板橋病院 心臓外科	16:10~16:50 大血管 5 33~37 郷田 素彦 横浜市立大学附属病院 第1外科	16:10~16:50 肺悪性 2 35~39 前田 英之 東京女子医科大学病院 呼吸器外科	16:10~17:00 食道 3 33~39 藤田 武郎 国立がん研究センター東病院 食道外科
17:00 弁膜症 4 42~47 安達 晃一 横須賀市立うわまち病院 心臓外科	16:50~17:30 大血管 6 38~42 大島 晋 川崎幸病院 大動脈センター 心臓血管外科	16:50~17:40 肺良性 40~45 石川 善啓 横浜市立大学附属病院 一般外科	17:00~17:50 食道 4 40~45 佐藤 弘 埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科
18:00 閉会式			

第Ⅰ会場：601

8:00~8:50 弁膜症1

座長 岡田公章（東海大学医学部付属病院 心臓血管外科）

I-1 大動脈弁輪拡張症を伴った先天性大動脈一尖弁に対して弁形成術を施行した一例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

諫田朋佳、上田秀樹、黄野皓木、松浦 鑿、榎本吉倫、

渡邊倫子、平岡大輔、乾 友彦、焼田康紀、藤井政彦、

池内博紀、坂田朋基、松宮護郎

30歳男性。小児期に他院で大動脈弁閉鎖不全症、大動脈基部拡大を指摘されていたが手術は見送られた。今回、他院で大動脈弁輪拡張症、大動脈弁閉鎖不全症、大動脈二尖弁の診断で当科に紹介された。術前エコー、CTで一尖弁と診断、自己心膜を用いた弁形成術、大動脈基部置換術を行った。術後1年が経過し、大動脈弁逆流は軽度で経過良好である。

I-2 MRに合併したmild-moderate ARに対してisolated aortic external suture annuloplastyが奏功した一例

東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科

中尾充貴、儀武路雄、松村洋高、山城理仁、川村 廉、國原 孝
外科治療が必要なMR症例において合併するmild-moderate ARへの対処に迷走することがあり、弁尖の変化が少なく、弁輪拡大がARの主因である症例も多い。Aortic external suture annuloplastyは簡便に弁輪拡大に起因するARを制御できるので、このようなケースでは特に有用である。今回僧帽弁形成術の症例において、mild-moderate ARがexternal suture annuloplasty単独で制御可能であったので報告する。

I-3 大動脈四尖弁に伴う大動脈弁閉鎖不全症の1例

群馬県立心臓血管センター

森下寛之、江連雅彦、長谷川豊、山田靖之、星野丈二、

岡田修一、金澤祐太、加我 徹

小児期の心房中隔欠損閉鎖術の既往を有する58歳女性。大動脈弁閉鎖不全症で外来経過観察されていた。心不全症状を呈するようになり、大動脈弁置換術の方針とした。術中所見では、大動脈弁はほぼ均等な四尖であった。機械弁でAVRを施行した。また、心室中隔瘤を認め、縫縮した。術後経過は良好で退院した。比較的稀な大動脈四尖弁の症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

I-4 術中所見で大動脈四尖弁と診断された連合弁膜症の1例

新潟市民病院 心臓血管外科

若林貴志、青木賢治、佐藤大樹、佐藤裕喜、加藤 香、中澤 聰
79歳男性。起座呼吸で前医に入院。高度ARによる心不全と診断され当院へ転院。精査でAR、MR、TR、IVDにて手術適応と診断された。体外循環を確立しCABG、MVP施行後に大動脈切開すると、右冠尖と無冠尖の間に副尖がある形の大動脈四尖弁であった。四尖とも切除し予定通り生体弁を用いてAVRを施行した。引き続きTAPを行い、手術を終了した。術後経過良好で退院。

I-5 大動脈弁置換術後パンヌス形成による人工弁機能不全に対して再大動脈弁置換術を行った1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

土井真之、相澤 啓、川人宏次、菅谷 彰

症例は68歳男性。48歳時にリウマチ性連合弁膜症に対して大動脈弁置換術、僧帽弁置換術を行った。半年前から労作時呼吸困難を自覚し、心エコー検査で大動脈弁弁口面積0.68cm²、平均圧格差52mmHgを認め再手術の適応と判断された。術中の所見では大動脈弁の解放制限は認められず大動脈人工弁下にパンヌス形成を認め圧格差上昇の原因と考えられた。パンヌス切除、再弁置換を行い圧格差は改善した。文献的考察を加え報告する。

I-6 AVR後生体弁機能不全、MSに対して、再開胸DVRを施行した一例

1 済生会宇都宮病院 心臓血管外科

2 慶應義塾大学病院

橋本 崇¹、橋詰賢一¹、高木秀暢¹、池端幸起¹、金山拓亮¹、八島史明¹、鶴田ひかる²

症例は75歳女性。64歳時にsevere ARに対し、AVR(CEP 19mm)施行。軽度息切れあり外来心エコー行ったところ、max.V4.3m/sとSevere ASの所見を指摘。加えてリウマチ性変化によるModerate MSも認めたため再開胸DVR(大動脈弁位：MAGNA EASE19mm、僧帽弁位：MAGNA MITRAL EASE 25mm)を施行し、経過良好にて退院した。摘出生体弁に肉眼的には明らかなパンヌス形成や可動制限は認めなかった。文献的考察を加えて報告する。

8:50~9:40 弁膜症 2

座長 井上仁人(平塚市民病院 心臓血管外科)

I-7 石灰化を伴う狭小基部解剖を有する重症 AS に対して TAVI を施行した 1 例

1 獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科

2 獨協医科大学埼玉医療センター 循環器内科

朝野直城、鳥飼 慶¹、太田和文¹、新美一帆¹、齊藤政仁¹、
権 重好¹、高野弘志¹、工藤顯仁²、小林さゆき²、田口 功²

症例は 78 歳女性の重症 AS。CT 上弁輪径は 20.2mm で、石灰化を伴う狭小 sino-tubular junction (21mm) およびバルサルバ洞 (23 mm)、両側冠動脈低位起始を認めた。ハートチーム判断で TAVI による治療を選択。左冠動脈をプロテクトの上、バルーン拡張型デバイスを植込み、術後経過は良好であった。

I-8 INTUNITY Elite バルブシステムの使用経験

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

日野阿斗務、道本 智、市原有起、森田耕三、齋藤博之、
菊地千鶴男、池田昌弘、磯村彰吾、駒ヶ嶺正英、服部 薫、
澤真太郎、齋藤 聰、新浪 博

INTUNITY Elite バルブシステムは本邦初の sutureless valve で、透析患者の高度石灰化狭小弁輪にも使用効果が期待される生体弁である。当科では 2019 年 1 月から現在で 7 例使用し、うち 4 例は透析患者である。併施手術は CABG2 例で、術後平均弁口面積 1.3 cm²、圧較差は 13.3mmHg で leak は 1 例のみ trivial で認めた。手術成績および操作方法を踏まえて、使用メリットを考察する。

I-9 成人大動脈縮窄を伴う大動脈弁狭窄症に対し手術を行った一例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓血管外科

灰田周史、阿部貴行、中村 賢、花卉 信、織井恒安

症例は 57 歳男性。呼吸苦で救急搬送、心不全で挿管管理。重症大動脈弁狭窄症、大動脈縮窄症を認めた。心不全改善後、機械弁による大動脈弁置換術、腋窩動脈 - 両側大腿動脈バイパス術を行った。術後経過良好で、15 日目に自宅退院。大動脈縮窄を伴う大動脈弁狭窄症に対する治療選択として、非解剖学的バイパスと弓部置換術を検討し、本症例では下半身虚血症状を認めず、大動脈弁狭窄症の解除を主眼とした。術式選択について考察を加え報告する。

I-10 subaortic curtain が穿孔した healed IE に対する手術経験

防衛医科大学校病院 心臓・血管外科

塙本 旬、堤 浩二、石田 治、田中克典、田口眞一

症例は 65 歳女性。他院にて化膿性脊椎炎硬膜外膿瘍に対して椎弓切除術施行。その際、感染性心内膜炎の診断にて保存的加療行っていたが severe AR による心不全増悪し、手術目的にて当院当科紹介となった。手術は左冠尖と無冠尖と共に subaortic curtain にも約 4mm の穿孔を認め左房内に交通していたため心膜 patch にて閉鎖後、大動脈弁置換術を施行した。

I-11 初回手術から 12 年で 2 度の人工弁機能不全を起こした牛心囊膜弁に対する再々 AVR

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

藤井政彦、松宮護郎、上田秀樹、黄野皓木、松浦 韶、

渡邊倫子、平岡大輔、乾 友彦、焼田康紀、諫田朋佳

85 歳男性。12 年前に AR の診断で他院で AVR (CEP 23mm) 施行。7 年後に弁尖肥厚による AS の診断で redo AVR (CEP 21mm) 施行。さらに 5 年後に労作時息切れが出現、人工弁機能不全による AS の診断で redo AVR (Mosaic 21mm) を施行。各弁尖に大量の血栓が形成され、組織学的に弁膜表面にはフィブリンの析出と組織球の浸潤を認めた。比較的短期間に 2 度の人工弁機能不全をきたした症例は稀である。

I-12 AVR 術後早期弁機能不全に対し再弁置換を行った一例

帝京大学医学部 心臓血管外科

御子柴晴樹、飯田 充、根本尚久、陳 軒、高野かおり、

池田 司、太田浩雄、内山雅照、堀 貴行、尾澤直美、

西村健二、今水流智浩、下川智樹

症例は 72 歳女性。AVR (Trifecta 21mm) +CABG × 3 術後 3 年後に心不全で入院した。弁構造劣化による AR と IMR を認めたため redo AVR (Magna 19mm) +MVP+CABG 施行した。Trifecta の stent post が大動脈壁に癒着し弁尖が変形した事が原因と考えられた。外巻き弁に特徴的な弁劣化と思われ文献的考察を加え報告する。

9:40~10:20 先天性心疾患 1

座長 宮本 隆司 (北里大学病院 心臓血管外科)

I-13 成人 Ebstein 奇形に対して Cone 手術を行った 1 例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

石井知子、松原宗明、園部藍子、米山文弥、中嶋智美、五味聖吾、加藤秀之、上西祐一朗、大坂基男、坂本裕昭、平松祐司

61 歳女性。20 歳時に頻脈を自覚、精査にて Ebstein 奇形・心房中隔欠損症と診断された。3 度の出産後に上室性頻拍に対するアブレーション治療を行い不整脈は消失するも、高度三尖弁逆流に伴う運動耐容能低下とチアナーゼの経時的増悪を認め、Cone 手術による三尖弁形成、人工弁輪による三尖弁輪縫縮と心房中隔欠損孔半閉鎖術を行った。術後三尖弁逆流は消失し臨床的に NYHA 分類 I 度に改善し退院し得た。

I-14 フォンタン術後の無機能左室拡大に対して LV exclusion を行った 1 例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

寶亀亮悟、新川武史、松村剛毅、中山祐樹、小林 慶、新浪博士
症例は 4 歳男児、左心低形成症候群亜型に対し段階的修復術を行い 2 歳 5 ヶ月時にフォンタン術に到達した。出生後より大動脈弁逆流・僧帽弁逆流は認めていたが経時的に増悪、無機能左室容積拡大を来し右室を圧排するようになったため LV exclusion の方針となった。手術は大動脈弁を直接縫合閉鎖、僧帽弁を fenestration 付きのパッチ閉鎖し LV exclusion を行った。術後大動脈弁逆流・僧帽弁逆流は消失し、左室容量縮小および右室機能の改善を認めた。

I-15 Norwood 手術を行った総動脈幹症 (PTA) 大動脈弓離断 (IAA) に左心低形成症候群 (HLHS) を合併した極稀な 1 例

千葉県こども病院 心臓血管外科

卯田昌代、青木 満、萩野生男、梅津健太郎、齋藤友宏
胎児エコーで HLHS を疑われた女児、37 週 5 日、2361g で出生後、TTE にて PTA (II)、aberrant RSCA、single coronary と診断。日齢 7 で両側 PAB 施行。PG 製剤の減量にて体血流路狭小化を認めたため IAA (B) 合併が疑われ、增量対応した。生後 3 か月、4 kg で Norwood 手術施行。総動脈幹の小弯側肺動脈-鎖骨下動脈間、大弯側左内頸-鎖骨下動脈間は動脈管組織であったため切除、補填なしで大動脈弓を再建した。極稀な症例であり文献的考察を加え報告する。

I-16 川崎病後冠動脈狭窄を診断された 7 歳男児に対して冠動脈バイパス術を施行した 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、天野 篤

症例は 7 歳男児、生後 6 か月に川崎病を発症し、その後右冠動脈の完全閉塞を診断されていた。7 歳時に体育時に意識消失発作を認め、検査の結果左冠動脈閉塞も診断されたため手術加療となった。手術では、人工心肺装置使用心停止下に冠動脈バイパス (LITA-LAD、GEA-4PD) を施行した。経過は良好で第 10 病日に退院となった。本症例について文献的考察を加えて報告する。

I-17 肺動脈二尖弁を伴う false Taussig-Bing 心に対する新生児期動脈スイッチ手術後 6 年時に生じた狭心症に対する再手術介入の経験

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

河田政明、鵜垣伸也、吉積 功

肺動脈二尖弁を伴う false Taussig-Bing 心に対する新生児期動脈スイッチ手術後 6 年で生じた遲発性左冠状動脈主幹部狭窄による狭心症・大動脈弁下・弁上部狭窄・左肺動脈狭窄に対し、左冠状動脈主幹部パッチ拡大を中心とする拡大再修復術を行った。術後残存肺動脈狭窄に対し ECMO 補助および再手術後 4 日での追加手術を要したが狭心症状、左右室流出路狭窄などの解除が得られ、QOL は著明に改善した。

10：20～11：10 先天性心疾患 2

座長 保土田 健太郎（埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科）

I-18 bulging sinus つき心外導管の屈曲による右室流出路狭窄を呈したファロー四徴、単冠動脈の一例

山梨大学医学部 第二外科

本田義博、加賀重亜喜、白岩 聰、木村光裕、榎原賢士、鈴木章司、中島博之

13歳女児、体重 46kg。ファロー四徴、単冠動脈。double-tract 法による心内修復を経て、8歳時に 16mm 径 bulging sinus つき 3弁導管による RVOTR が行われたが、弁部で屈曲し狭窄が残存した。術後 5 年時に RVP/LVP=0.9 であり再介入となった。mPA を離断し末梢 PA まで剥離・受動することで導管、弁のスペースを十分確保でき、20mm 径 3 弁付き導管へ再置換し良好に経過した。本症例の解剖と弁付き導管の問題について考察する。

I-20 Rastelli 術後に持続性真菌血症を来たし準緊急で RV-PA conduit exchange を施行した一例

群馬県立小児医療センター

林 秀憲、岡 徳彦、友保貴博、松井謙太

症例は 3 歳 8 ヶ月男児。DORV、PA、large VSD、TGA、PDA、PFO に対して 1 歳 2 ヶ月時に Rastelli 術施行。術後 Candida parapsilosis 感染治療施行。外来フォロー中同真菌による RV-PA conduit 感染を発症し抗真菌薬治療を行った。改善せず持続性真菌血症として準緊急で RV-PA conduit exchange を施行。持続性真菌血症について文献的考察を加え報告する。

I-22 肺高血圧治療後、心房中隔欠損症が判明し閉鎖手術が有効であった一例

群馬大学医学部附属病院 循環器外科

増子雄二、阿部知伸、立石 渉

症例は 54 歳男性。以前から検診で肺血管陰影増強を指摘されていた。当院循環器内科紹介され特発性肺高血圧症として治療開始した。内服薬は奏功し、平均肺動脈圧は低下した。内服治療開始後の心エコーで初めて心房中隔欠損症を指摘された。手術適応の判断で紹介され心房中隔欠損症閉鎖術を施行した。術後経過は良好であった。肺高血圧合併心房中隔欠損症に対して内服治療後に閉鎖手術が有効であった一例を経験したので報告する。

I-19 Homograft による Rastelli 手術後の心外導管機能不全に対する若年者再手術の 1 例

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科

河田政明、吉積 功、鵜垣伸也

乳児期 3 回の短絡術後、2 歳時に PA homograft を用いた Rastelli 手術後の心外導管機能不全を来たした 14 歳男児例に対し 5 回目の胸骨正中切開から導管置換術を行った。胸骨下に癒着した、脆弱で高度石灰化を示す homograft を摘除後、径 10mm となっていた末梢側吻合部を左肺動脈に切開延長・拡大後、将来のカテーテル治療を想定した 3 弁付き PTFE 心外導管 (24mm 径、Yamagishi) により置換した。術後経過は順調であった。

I-21 MRI撮像を用いた血流解析で診断・手術戦略を立てた右室二腔症の 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、豊田真寿¹、小林健介¹、小原邦義¹、贊 正基¹、宮地 鑑²

症例は 70 歳女性。63 歳時に PH、VSD、RVOTO を指摘。自覚症状なく経過観察となっていた。69 歳時に心不全のため入院し薬物加療で一時改善するも、心不全入院を繰り返した。再度精査し、TR、MR が中等度、心臓カテーテル検査上、RVPA 圧較差 19.7 mmHg PA 圧 48/33mmHg であった。上記左右心不全例の血行動態を解明するために 4D flow MRI を施行し血流解析し、ROVTO は右室二腔症と診断し手術方針とした。

I-23 心房粗動を合併した APC Fontan 術後に対して TCPC conversion を行った一例

聖隸浜松病院 心臓血管外科

曹 宇晨、小出昌秋、國井佳文、立石 実、奥木聰志、櫻井陽介
23 年前に三尖弁閉鎖症 Ic に対して APC Fontan を施行した 27 歳男性。2 年前より症候性の心房粗動が出現し、繰り返し cardioversion を要していた。EPS で心房粗動の伝導路を確認した上で、TCPC conversion および右房 Maze、PV isolation、ペースメーカーリード留置を施行した。術後は不整脈なく外来通院中である。

13:00~13:50 冠状動脈 1

座長 大迫 茂登彦（国立病院機構 東京医療センター 心臓外科）

I-24 単一冠動脈に生じた冠動脈右室瘻を伴う冠動脈瘤の1手術例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

園部藍子、加藤秀之、石井知子、米山文弥、中嶋智美、
松原宗明、上西祐一朗、大坂基男、坂本裕昭、平松祐司
65歳女性。腹痛精査のため撮影されたCTで偶発的に冠動脈の拡張を指摘された。冠動脈造影で右冠動脈の先天的欠損と左冠動脈回旋枝末梢側に右室流出路への瘻孔を伴う3cm大的冠動脈瘤を認めた。運動負荷心電図で虚血所見を認め、瘤径と併せ手術適応と判断し、冠動脈瘤切除術・冠動脈右室瘻閉鎖術を行い合併症なく退院した。単一冠動脈に生じた冠動脈瘤・冠動脈瘻は非常に稀であり、文献的考察を加え報告する。

I-25 冠動脈瘤に対して冠動脈形成術および冠動脈バイパス術を施行した一例

聖路加国際病院 心臓血管外科

玉木理仁、阿部恒平、柳澤裕美、吉野邦彦、山崎 学、三隅寛恭
症例は53歳男性。狭心症精査目的の冠動脈造影で冠動脈瘤を指摘された。その後、CTで瘤の増大傾向あり手術目的に当科紹介。CTでRCAとLADにそれぞれ21mm・11mm大的冠動脈瘤を認めた。手術は人工心肺使用心停止下に、RCAの動脈瘤は切除、LADの動脈瘤は中枢側・末梢側を結紮し、LITA-LADの冠動脈バイパス術を施行。冠動脈瘤は比較的稀な疾患であり、外科的治療に関して一定の見解は存在せず、文献的考察を含めて本症例を報告する。

I-26 冠動脈瘤を伴う不安定狭心症に対してOPCAB・冠動脈瘤結紮術を施行した一例

大和成和病院

山形顕子、倉田 篤、米花知伸、辻麻衣子、乗松東吾、
松山孝義、関 宏、田畠美弥子
74歳男性。失神で前医へ救急搬送されCAGを施行したところ#4AVに冠動脈瘤、また瘤内血栓による閉塞を認めた。造影剤アレルギーもあったことよりCABGによる血行再建の方針となり、血行動態が安定したのち当科へ転院、OPCAB・冠動脈瘤結紮術を施行し経過は良好であった。冠動脈瘤に対しては明確なガイドラインが無く、施設により治療法が異なるのが現状である。冠動脈瘤について当院での過去の症例の検討及び文献的考察を加えて報告する。

I-27 急性心筋梗塞を合併した右冠動脈瘤破裂の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

清水寿和、堀大治郎、片山博康、草処 翔、木村直行、

由利康一、松本春信、山口敦司

症例は60歳男性。胸部不快感と意識消失にて救急搬送となった。病着時に心電図変化が無かったが、造影CTで右冠動脈瘤（最大径：42mm）と心嚢液貯留を認めた。右冠動脈瘤破裂疑いにてCAG施行準備中、心電図でST上昇を認め徐脈となり、直ちに手術室へ搬送となった。術中所見では右冠動脈の#2-3にかけて巨大な冠動脈瘤と周囲の血腫を認めた。大伏在静脈を用いて#4PDにCABGを施行し、冠動脈瘤の中枢側・末梢側を結紮し救命した。

I-28 高度左室機能障害を呈した左冠動脈主幹部（LMT）冠動脈瘤の1例

相澤病院

砂川大輝、大津義徳、恒元秀夫

75歳女性、左側胸部打撲のCT検査で偶然LMTに瘤壁の石灰化を伴う瘤径24mmの冠動脈瘤を認めた。UCGでLVEF26%と高度左室機能低下を認めた。手術は人工心肺下、SVGでLAD、HL、PLへのバイパスを作成し、主肺動脈を離断、心停止下に冠動脈瘤を切除した。人工心肺からの離脱に難渋したが、術後バイパスの開存、冠動脈瘤の切除が予定通り行われた事を確認した。LMT冠動脈瘤に対する手術例は比較的稀で、若干の考察を加え報告する。

I-29 永久気管瘻造設後の不安定狭心症にMICSアプローチOPCABをトライした一例

横須賀市立うわまち病院

秋吉 慧、安達晃一

77歳男性、胸痛主訴に来院。主幹部含む3枝病変伴う不安定狭心症でOPCABの方針。喉頭全摘後永久気管瘻造設後で正中アプローチは縦隔炎等のリスクが高いと判断、MICSアプローチOPCABを予定。左第4肋間開胸でLITA採取。中枢吻合と4PDの視野確保困難で肋骨弓離断にて視野確保。正中切開へのコンバート回避し3枝バイパス（LITA-LAD、Ao-SVG-PL-4PD）施行。術後経過は良好で現在も独歩外来通院中。今回我々は永久気管瘻造設後の不安定狭心症に対し左開胸OPCABを施行し重大合併症を回避したので報告する。

13:50~14:40 冠状動脈2

座長 星野丈二（群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科）

I-30 AMI 左室破裂の緊急手術中に VSP へ進行し、経右室サンドイッチ法を施行した一例

1 藤沢市民病院 心臓血管外科

2 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

中山雄太¹、磯田 晋¹、出淵 亮¹、山崎一也¹、益田宗孝²

78歳男性。突然の胸部絞扼感で救急搬送。急性下壁心筋梗塞に合併した oozing 型の左室破裂の診断で緊急手術を施行。術中に右室に thrill が出現し、術野エコーおよび経食道エコーで VSP と診断した。人工心肺下で経右室サンドイッチ法による閉鎖を行った。心筋壊疽が急速に進行し、左室破裂に VSP が合併した一例として若干の文献的考察を加えて報告する。

I-31 AMI 後の心室中隔穿孔に対して delayed surgery を施行した 1 例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

佐藤大樹、中島雅人、服部雅士、津田泰利

68歳男性。PCI 後 3 日目的心エコーで心室中隔穿孔を認め、また心房細動を合併したことで、心不全増悪し、当科へコンサルト。Qp/Qs1.2 と軽度であり、まずは心不全に対する内科的治療を継続した。発症 27 日目に待機的手術を施行。穿孔部は 10mm 大で、穿孔部周囲には線維化を認めた。パッチ閉鎖および左室形成術を施行し、心不全症状改善したため、独歩で自宅退院となった。AMI 後の心室中隔穿孔に対して内科的治療後、待機的外科手術が奏功した 1 例を経験したため報告する。

I-32 心筋梗塞後の左室自由壁破裂に対する治療戦略

国立病院機構 東京医療センター 心臓血管外科

山邊健太朗、大迫茂登彦、河西未央、稻葉 佑、青木瑞智子

当院での左室自由壁破裂手術症例 7 例の診断、術式、周術期治療戦略、転機につき検討した。平均年齢 66.9 歳、女性は 3 例。全例術前 CT で破裂部位、型を同定した。AMI culprit は LAD+LCX 1 例、LCX 3 例、RCA 3 例で、Oozing type4 例、blow out type3 例。Sutureless repair を 5 例、infarct exclusion を 2 例に行い、off pump CABG の併施は 3 例だった。術前全脳虚血を呈していた 1 例を、術後再破裂で失った以外、全例外来通院中である。文献的考察を加えて報告する。

I-33 急性心筋梗塞後に oozing 型の左室自由壁破裂と左室仮性瘤を生じ手術を施行した 2 例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

鈴木寛俊、北 翔太、向後美沙、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

症例 1、69 歳男性、急性心筋梗塞のため PCI にて治療、治療後の CT で心嚢液貯留と左室仮性瘤を認め、オフポンプで左室形成術と冠動脈バイパス術を施行した。症例 2、56 歳男性、亜急性心筋梗塞にて PCI 治療をうけ、治療後 9 日目の CT で心嚢液貯留と左室仮性瘤を認め、オンポンプで左室形成術と冠動脈バイパス術を施行した。手術時期、術式についての考察を加えて報告する。

I-34 特発性冠動脈解離による AMI に対し PCI を施行中に大動脈解離を発症した一例

日本大学医学部心臓血管外科

林 佑樹、田岡 誠、宇野澤聰、大幸俊司、田中正史

症例は既往のない 53 歳女性。公園で倒れているところを発見され搬送。搬送時 CT では大動脈解離は認めず、AMI が疑われ緊急 CAG 施行。LAD#7 に冠動脈解離を認め、ステント留置中に解離が逆行性に進行し LMT まで及んだため LCX にもステントを追加。CT 再検すると新規上行大動脈解離と心嚢液を認め、緊急上行大動脈置換術・冠動脈バイパス術施行。経過良好で自宅退院。特発性冠動脈解離は稀な疾患であり、急性大動脈解離を合併する症例を経験したためを報告する。

I-35 胸腹部大動脈瘤、狭心症、低心機能症例に対して一期的に胸腹部大動脈置換術および冠動脈バイパス術を行った 1 例

練馬光が丘病院 心臓血管外科

宮川敦志、北田悠一郎、荒川 衛、岡村 育、安達秀雄

症例は脱力を主訴に救急搬送された 77 歳男性。心不全の診断で、心臓カテーテル検査にて左前下行枝の完全閉塞を認めた。また、CT で 70mm 大の胸腹部大動脈瘤を指摘された。一期的に左開胸で胸腹部大動脈置換術（腹腔動脈再建）および大伏在静脈を用いた人工血管-左前下行枝バイパスを行った。術後 CT でグラフトの開存を確認し、経過良好にて第 23 病日に自宅退院した。

16:10~17:00 弁膜症3

座長　瀬 在　明（日本大学医学部附属板橋病院　心臓外科）

I-36 上行大動脈遮断のリスクが高い Porcelain aorta を有する患者に、腕頭動脈送血、循環停止下に僧帽弁形成術を行った1例

昭和大学病院　心臓血管外科

益田智章、尾本　正、青木　淳、丸田一人、堀川優衣

86歳男性。3年前からの維持透析歴あり。今回、僧房弁後尖逸脱による重度の僧房弁閉鎖不全症から、心不全を発症し、手術依頼となった。Porcelain aorta で上行大動脈遮断のリスクが非常に高く、腕頭動脈送血、逆行性心筋保護、膀胱温 28°C の循環停止・逆行性脳灌流下に Aorta no touch で僧帽弁形成術を施行し、良好な結果を得たので報告する。

I-37 僧帽弁位人工弁周囲逆流の心房中隔壁を用いた修復経験

埼玉県立循環器・呼吸器病センター　心臓血管外科

阿部貴行、織井恒安、中村　賢、灰田周史

症例は63歳女性。僧帽弁形成術後約3年で僧帽弁狭窄症、肺高血圧症を併発し、機械弁によるMVRを行った。術後経過よく第12病日に退院となったが、手術後1か月半で人工弁周囲逆流による溶血性貧血を認めた。保存的治療抵抗性であり、再手術を行う方針とした。心房中隔アプローチで僧帽弁に到達、人工弁の12時と2時の2か所から人工弁周囲逆流を認めた。心房中隔壁から人工弁カフにマットレス縫合をおき、逆流部位を押さえ込む形で修復した。術後溶血所見は改善した。

I-38 僧帽弁再置換術後の弁周囲逆流に自己心膜による全周性弁輪修復術を施行した一例

聖隸浜松病院　心臓血管外科

奥木聰志、小出昌秋、國井佳文、立石　実、櫻井陽介、曹　宇晨
症例は66歳男性。50歳で僧帽弁狭窄症(MS)にMVR(機械弁)、52歳で血栓弁にRe-MVR(機械弁)を施行。血尿と溶血所見、心不全症状が出現し、心エコーで人工弁周囲逆流とAR、TRを認め、手術方針となった。手術は自己心膜による全周性弁輪修復、AVR(機械弁)、TAP、左心耳閉鎖を施行した。弁周囲逆流の修復とともに将来的な再発を予防するために僧帽弁輪全周性修復術を行った。術後の心エコーで弁周囲逆流は消失した。若干の文献的考察を含め報告する。

I-39 心房細動、巨大左房を伴った心房性僧帽弁閉鎖不全症の1手術例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター　心臓血管外科

2 横浜市立大学附属病院　心臓血管外科・小児循環器

伏見謙一¹、柳　浩正¹、松山遼太郎¹、鈴木伸一²、益田宗孝²

症例は78歳男性。慢性心房細動、僧帽弁閉鎖不全症(MR)でfollow upされていたが逆流が重症化し心不全を伴い手術目的で紹介。巨大左房を伴った心房性重症MR、中等度TRと診断。手術は左室拡大を認めたため後尖温存僧帽弁置換術、左心耳閉鎖術、両心房縫縮術、三尖弁輪形成術を行った。文献的考察を加え報告する。

I-40 僧帽弁形成術後にpannusにより僧帽弁狭窄をきたした1例

埼玉医科大学国際医療センター　心臓血管外科

堀　優人、昼八史也、高澤晃利、林　潤、徳永千穂、

柄井将人、吉武明弘、朝倉利久、井口篤志、中嶋博之

症例は61歳女性。2013年に心機能低下を指摘され精査を行いDCM・AR・MRと診断された。AVR及びphysio ringと人工腱索によるMVPを行ない経過観察していたが、最近心不全が出現、心エコーで高度MSと診断され再手術を行なった。術中所見では人工弁輪が厚い pannus で覆われ、人工腱索も同様に pannus によって太くなってしまっており、MSの原因と考えMVRを行った。MVP後にMSをきたした症例を文献を交えて報告する。

I-41 直視下交連切開術後の僧帽弁狭窄症に対して僧帽弁形成術を施行した一例

東京医科歯科大学大学院　心臓血管外科学

奥村裕士、水野友裕、八島正文、大井啓司、黒木秀仁、

藤原立樹、大石清寿、竹下齊史、久保俊裕、鍋島惇也、荒井裕国
75歳女性。40年前に僧帽弁狭窄症に対して直視下交連切開術を施行。術後 moderate MS、severe TR で経過し、利尿剤での心不全コントロール困難となり、僧帽弁形成術、三尖弁形成術を施行した。僧帽弁の弁尖はリウマチ性変化を伴っており、ピーリング、瘻合腱索の切離、交連切開、弁輪縫縮を行った。術後経過は良好。

17:00~17:50 弁膜症4

座長 安達晃一（横須賀市立うわまち病院 心臓外科）

I-42 Washing & rubbing 法により自己組織のみで MVP を施行した IE の 1 例

1 富士市立中央病院 心臓血管外科

2 東京慈恵会医科大学 心臓外科

田口真吾¹、木ノ内勝士¹、木南寛造²

症例は 28 才、男性。不明熱および腎障害で他院より紹介、腎臓内科に入院となった。入院翌日に行った UCG で severe MR と僧帽弁に 1cm 以上の疣状を 2 個認め、準緊急で手術を施行した。術中所見は A2~3 と P2~3 に感染巣を認める広範病変であったが、washing & rubbing 法を行い自己組織のみで MVP を完遂した。残存 MR なく、5 週間の抗生素治療後に独歩退院となった。Washing & rubbing 法は、広範な僧帽弁位 IE に対しても異種心膜を用いない MVP を可能とする手技である。

I-43 弁輪部膿瘍を伴う MRSA 大動脈弁位感染性心内膜炎の 1 例

杏林大学医学部付属病院 心臓血管外科

船田敏子、遠藤英仁、石井 光、土屋博司、峯岸祥人、窪田 博
症例は 43 歳男性。13 歳時より SLE に対してステロイド内服。不明熱の精査目的入院となり、血培で MRSA 陽性、TTE で AR および大動脈弁の疣状を認め、IE の診断で準緊急手術となった。手術所見において、NCC は弁穿孔および弁輪部膿瘍が存在し、膜性中隔を介して右房内に疣状の進展を認めた。膿瘍腔に赤外線照射、ウシ心膜による patch 閉鎖および弁輪再建とし AVR を施行。抗生素加療後、第 59 病日退院。MRSA による IE は救命率の低い疾患であり、文献的考察を含め報告する。

I-44 弁輪部膿瘍を伴う僧帽弁位感染性心内膜炎に対し自己心膜パッチによる心内膜修復を伴施した MVR の 1 例

土浦協同病院 心臓血管外科

木下亮二、真鍋 晋、平山大貴、弓削徳久、大貫雅裕、広岡一信
38 歳、男性。心エコーで僧帽弁後尖に約 20mm 大の可動性を伴う疣状を認め、緊急手術を施行。P3 領域に弁下の心筋に連続する弁輪部膿瘍を認め、感染組織を搔爬し露出した心筋部分を自己心膜パッチで被覆し、MVR 施行。術後 6 週間後の CT でパッチ被覆部分近傍から連続する仮性瘤を認めたため再手術施行。仮性瘤内部に組織接着剤を充填しウシ心膜パッチで開口部を 2 重縫合閉鎖した後、再 MVR を実施。文献的考察とともに症例報告する。

I-45 僧帽弁弁輪部膿瘍に対し手術をし救命し得た一例

日本大学医学部附属板橋病院

鎌田恵太、宇野澤聰、田岡 誠、大幸俊司、林 佑樹、

鈴木馨斗、田中正史

症例は維持透析中の 52 歳男性。発熱、意識障害を認め前医を受診し CAVB のため一時ペーシング挿入。血液培養で MSSA を認め TEE で僧帽弁弁輪部膿瘍、MRI で多発性脳梗塞を認め当院転院。転院翌日に膿瘍の心嚢内穿破による心タンポナーデを認め、デブリードメント+僧帽弁弁輪部形成+MVR を施行。術後抗生素治療を継続し POD53 にリハビリ転院。院内死亡率の高い弁輪部膿瘍を救命し得たので文献的考察を加え報告する。

I-46 感染性心内膜炎に対し、大動脈基部置換術、僧帽弁置換術、左房再建を行った 1 例

亀田総合病院 心臓血管外科

保坂公雄、田邊大明、古谷光久、加藤雄治、川井田大樹、

外山雅章

63 歳女性、1 ヶ月前からの発熱と貧血を認め当院紹介。心エコーで Severe ASR、A 弁に 30×13mm の可動性に富む疣状を認めた。IE の診断で緊急手術を施行。感染は A 弁弁輪部、M 弁基部に及んでおり、Valsalva 洞仮性瘤も形成していた。広範な debridement の後、大動脈基部置換術、Manouguian 法による僧帽弁置換術、左房再建を行った。第 63 病日リハビリ病院に転院となった。

I-47 脳梗塞・髄膜炎で発症した学童期感染性心内膜炎の一例

埼玉医科大学総合医療センター 心臓血管外科

乾 明敏、松岡貴裕、山火秀明、今中和人

症例は 14 歳男児。頭痛・発熱・意識障害のため髄膜炎として前医で治療されていた。入院 3 日後に右片麻痺が出現、MRI で多発脳梗塞を認め心エコーで僧帽弁疣状を指摘。感染性心内膜炎の診断で当院転院となった。転院後の MRI で脳梗塞が増悪傾向であったため準緊急で僧帽弁形成術施行。術後経過は良好で、新規脳合併症は認めず抗生素治療の後、リハビリ目的で前医転院となった。先天性心疾患のない小児での感染性心内膜炎は比較的稀であり、文献報告を交えて考察する。

第Ⅱ会場：606

8:00~8:40 大血管1

座長 伊藤

智（横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科）

II-1 Zone 1 TEVAR 後の type 1a エンドリーカによる胸部大動脈瘤破裂に対し Zenith Alpha 46mm が有効であった 1 例

筑波記念病院 心臓血管外科

西 智史、清水隆玄、有馬大輔、吉本明浩、森住 誠、末松義弘
症例は 88 歳女性、3 年前他院で Zone 1 TEVAR (Relay44mm)、
2 年半前当院で AUI による EVAR を施行、背部痛と胸部大動脈
瘤拡大で当院転院搬送、造影 CT にて type 1a エンドリーカと瘤
径拡大を認め切迫破裂の状態であった。その後ショックとなり緊
急 TEVAR を施行、治療法は検討した結果、Zenith Alpha 46mm
の Standard TEVAR となった。術後ショックから離脱、疼痛は
改善し、術後 3 カ月術前レベルの ADL を維持できている。

II-2 腎機能障害を合併した胸部大動脈瘤に対する フュージョン機能を併用した TEVAR の 1 例

1 済生会宇都宮病院

2 慶應義塾大学病院 心臓血管外科

金山拓亮¹、橋詰賢一¹、本多正徳¹、高木秀暢¹、池端幸起¹、
橋本 崇¹、志水秀行²

近医より紹介の 90 歳女性。腎機能障害 (Cr=1.29, GFR=30) あり単純 CT のみ施行し 53.4mm の胸部下行大動脈瘤と診断。ARTIS pheno (シーメンスヘルスケア) のフュージョン機能を用い、術前単純 CT と術中透視から造影剤なしで TEVAR を施行し軽快退院。術中は経食道心エコー及び syngo DynaCT でエンドリーカの有無、留置位置を確認。フュージョン機能により腎機能障害を合併した TEVAR も低侵襲かつ安全に行えた。

II-3 小開胸左心耳閉鎖と TEVAR を同時に施行した症例

筑波記念病院 心臓血管外科

有馬大輔、清水隆玄、西 智史、吉本明浩、森住 誠、末松義弘
大動脈瘤と AF の合併は珍しくないが、ステントグラフトを施行
する上で抗凝固薬は術後のエンドリーカ発生リスクを上げると報
告されている。抗凝固薬離脱目的に小開胸左心耳閉鎖を TEVAR
と同時に施行した症例を経験した。症例は 83 歳男性。AF でワ
ーファリン内服中。拡大傾向を示す TAA に対して TEVAR と小開
胸左心耳閉鎖を施行したが、術後エンドリーカ認めず、抗凝固薬
離脱後も血栓の発生は認めなかった。低侵襲手術を組み合わせる
ことで、高齢者でも安全であった。

II-4 炎症性胸腹部大動脈瘤に対し Fenestrated TEVAR が有用であった 1 例

1 国際医療福祉大学三田病院 心臓外科

2 大阪大学大学院医学系研究科心臓血管外科学

中川敬也¹、仲村輝也¹、島村和男²、倉谷 徹²、澤 芳樹²

[背景] Crawford4 型炎症性胸腹部大動脈瘤 (ITAAA) に対し Fenestrated TEVAR (fTEVAR) を施行し良好な結果を得たので報告する。[症例] 63 歳男性、最大径約 55mm の Crawford4 型 ITAAA を認め fTEVAR を行った。術後合併症はなく経過良好であった。[結語] Crawford4 型 ITAAA に対し fTEVAR を施行し良好な結果を得た。遠隔期の追跡は必要であるが total endovascular repair は有用な治療法であることが示唆された。

II-5 CABG 術後の遠位弓部大動脈瘤に対して 2 debranched TEVAR 施行後に瘤径拡大を認めた 1 例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

田中晴城、和田有子、瀬戸達一郎

77 歳男性。CABG (LITA-LAD, RA-OM) の既往あり。遠位弓部大動脈瘤に対して、2 debranched TEVAR、右総頸動脈-左総頸動脈-左鎖骨下動脈バイパスを施行。経過観察中に瘤径拡大を認め、再手術となる。胸骨正中切開でアプローチ、脳分離体外循環は右鎖骨下動脈に人工血管を吻合し確立した。瘤の末梢側でステントグラフトを一部残して離断し、末梢側吻合。循環再開後に中枢側吻合を行い、最後に腕頭動脈と側枝を吻合した。術後経過は良好であった。

8:40~9:30 大血管2

座長 千葉

清（聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科）

II-6 急性B型大動脈解離（偽腔閉塞型）に合併した脊髄虚血に対し緊急TEVARおよびCSFDが有効であった一例

東京医科大学 心臓血管外科

松本龍門、岩橋 徹、鈴木 隼、神谷健太郎、西部俊哉、荻野 均

70歳男性。突然の背部痛と左下肢の痺れを主訴に救急搬送されCTで偽腔閉塞型Stanford B型大動脈解離の診断。安静降圧療法開始直後に左下肢麻痺を認めた。CTで下肢虚血は認めず下肢末梢動脈触知可能であったことから脊髄虚血による左下肢麻痺と判断し直ちにCSFDを開始。続いてprimary entry閉鎖による偽腔圧の軽減と真腔の拡大による脊髄血流の改善を目的に緊急TEVARを施行。TEVAR直後から左下肢不全麻痺の改善が得られた。

II-7 胸部下行大動脈人工血管置換術後、人工血管感染を併発し緊急TEVAR及び食道抜去に至った一症例

1 独立行政法人 国立病院機構 静岡医療センター

2 北里大学病院 心臓血管外科学講座

中島光貴¹、波里陽介¹、高木寿人¹、宮地 鑑²

50歳女性、急性大動脈解離B型で保存的加療中に瘤径拡大認め胸部下行大動脈置換術施行。術後1か月に遠位側吻合部破綻、術後半年に中枢側吻合部破綻に対して緊急TEVAR施行。しかし術後9か月から発熱を主訴に入院。下行大動脈-食道瘻と診断、緊急で総頸動脈間バイパス術と3回目のTEVAR施行、その後食道抜去を施行し救命した。下行大動脈-食道瘻に対する文献的考察を含め報告とする。

II-8 TEVARにて治癒した大動脈食道瘻の1例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

昼夜八史也、吉武明弘、柄井将人、徳永千穂、高澤晃利、

林 潤、朝倉利久、井口篤志、中嶋博之

症例は65歳男性。胸部大動脈瘤にて近医で経過観察されていたが、縦隔炎および縦隔膿瘍を発症し前医に入院。経過中に吐血し、感染性大動脈瘤を伴う食道大動脈瘻の診断で当院へ搬送され、緊急TEVARを施行した。状態安定後、待機的に人工血管置換術を計画していたが、抗生素治療で炎症反応は改善し、瘻孔も自然閉鎖した。術後1年3ヶ月経過するが再発はない。開胸手術を行わずTEVARのみで良好な治療経過を得た。

II-9 TEVAR後の大動脈食道瘻に対して保存的加療のみで軽快退院した一例

成田赤十字病院 心臓血管外科

山本浩亮、渡邊裕之、大津正義、菅原佑太

73歳男性。主訴は発熱。外傷性急性大動脈解離（B型）に対してTEVARの既往あり。術後対麻痺発症し、長期臥床に伴う臀部褥瘡感染によるMRSA菌血症の診断で、抗菌薬を開始。経過中に背部痛出現し、ステントグラフト下端のSINEを認めた。緊急でTEVAR施行。7日後のCTで大動脈食道瘻を認めたが、全身状態を考え外科治療は困難と判断。保存的加療（抗菌薬、経鼻食道ドレナージ）の方針。約2カ月の絶食の後経口摂取開始。抗菌薬加療継続し大動脈食道瘻発症から105日目に自宅退院した。

II-10 外傷性大動脈損傷に緊急TEVARをした1例

筑波記念病院 心臓血管外科

森住 誠、清水隆玄、有馬大輔、西 智史、吉本明浩、末松義弘
49歳の女性。多発性外傷で近医に緊急搬送された。造影CTで外傷性くも膜下出血、左鎖骨骨折、多発肋骨骨折、左恥坐骨骨折、左血氣胸、肺挫傷および左脛腓骨骨折と診断された。緊急的に左第3から10肋間動脈の塞栓術が施行されたが血圧低下が継続。大動脈損傷が疑われて当科へ緊急搬送された。術中造影で遠位弓部大動脈小弯側に突出する仮性瘤が認められた。左総頸動脈分岐部以遠の弓部大動脈からステントグラフトを留置した。術後造影CTでエンドリーチは認められなかった。

II-11 TAR、下行置換、Y grafting後の残存TAAAに対して開腹debranching TEVARを行った超高齢者の一例

東京都健康長寿医療センター

村田知洋、眞野暁子、河田光弘、許 俊銳

症例は90歳女性。70歳でAAAに対して他院にてY grafting、75歳で同院にてStanford A AADに対してTAR、80歳で下行大動脈瘤に対し下行置換実施している。以後かかりつけ医フォローとなつたが、残存する胸腹部大動脈が徐々に瘤化し2018年8月当院紹介となつた。超高齢ながらもADLは自立しており、家族・本人と相談の末debranching TEVARを実施。術後肺炎、腎不全併発し加療が長期化するもリハビリテーションの末術後122日目に自宅に退院した。

9：30～10：20 大血管 3

座長 吉武明弘（埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科）

II-12 TEVAR 後の再逆行性 A 型大動脈解離に対し上行弓部置換を施行した 1 例

医療法人社団 千栄会 高瀬クリニック 心臓血管外科

藤田智之、天野 宏

症例は 80 歳の女性。血栓閉塞型の逆行性 A 型解離に対し保存的加療を行っていた。一旦は縮小した偽腔が、発症 13 日目に拡大を認めたため、エントリー閉鎖目的の TEVAR を施行した。術後 4 日目に偽腔縮小を認めたが、21 日目に一時的な意識消失があり、CT でステントグラフト中枢側端からの偽腔開存型の逆行性 A 型解離を認めた。オープンステントグラフト法による上行弓部置換を施行した。TEVAR 後の重篤な合併症に対する外科治療を経験したので報告する。

II-13 心タンポナーデ・腸管虚血を合併し体外循環前に SMA バイパス術を実施した急性 A 型解離の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

木村直行、片山博康、堀大治郎、白石 学、由利康一、山口敦司
60 歳男性。突然の胸痛・腹痛が出現し発症 2 時間後に当院搬送。CT 上多量の心嚢水貯留と腹腔動脈と SMA の閉塞を認める De-Bakey I 型解離であり緊急手術を施行した。開胸し心タンポナーデ解除後開腹。腸管虚血を認め、静脈グラフトを使用し左外腸骨動脈-SMA バイパス術を施行したところ虚血所見の改善を認めた。その後体外循環確立し上行置換術を施行した。術後は、腸管虚血の増悪を認めず、経過良好であった。

II-14 腸管虚血を伴う急性 A 型大動脈解離に対する 1 治験例

埼玉石心会病院 心臓血管外科

菅野靖幸、加藤泰之、山田宗明、佐々木健一、木山 宏、

小柳俊哉

症例は高血圧の既往がある 77 歳女性。心窩部痛で救急要請し、当院搬送となった。CT で急性 A 型大動脈解離と、SMA Malperfusion を認め緊急手術とした。Central repair より先に Malperfusion 解除を先行し、まず SVG-SMA バイパスを行ってから上行弓部置換を行った。腸管虚血を伴った急性 A 型大動脈解離に対して、Central repair と Malperfusion 解除のどちらを先行すべきかは未だ議論が多く、発表では若干の文献的考察を交えて報告する。

II-15 頸部右総頸動脈吻合を要した急性 A 型大動脈解離の一例

東海大学医学部付属病院 心臓血管外科

内記卓斗、志村信一郎、小田桐重人、岡田公章、尾澤慶輔、

岸波吾郎、長 泰則

63 歳女性。急性 A 型解離の診断で当院搬送。来院時意識清明で四肢麻痺なし。同日緊急手術。術前 CT、術中所見て弓部にエントリーを同定した。弓部分枝は腕頭動脈のみ右総頸動脈まで解離し、脆弱にて腕頭動脈での吻合は困難だった。頸部で右総頸動脈を出し人工血管と端々吻合。中枢側は縦隔内へ誘導し弓部 4 分枝管分枝と吻合した。右鎖骨下動脈は弓部 4 分枝管側枝で再建した。独歩可能も第 31 病日にリハビリ転院された。考察と共に供覧する。

II-16 ICU で経食道心エコーのみで診断し、救命し得た急性 A 型大動脈解離の 1 例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

橋本昌典、茂木健司、櫻井 学、坂田朋基、谷 建吾、高原善治
60 歳女性。

解離性胸腹部大動脈瘤に対して、胸腹部置換術を施行。

ICU 帰室直後、急激な血圧低下と頻脈を認めた。経食道心エコーを施行。心嚢液の貯留と上行大動脈に flap を認め、中枢吻合部からの逆行性 A 型解離と判断し再入室。入室時に、心タンポのため心停止となるも、上行部分弓部置換術を施行し救命し得た。

ICU 急変時に経食道心エコーでの診断が有益であった 1 例を報告する。

II-17 MVR 後 A 型大動脈解離で再開胸時に破裂が予想された手術例

立川総合病院

大塚栄一、浅見冬樹、山本和男、梅澤麻以子、武居祐紀、

岡本祐樹、葛 仁孟、吉井新平

59 歳男性。3 年前 MVR+maze 手術施行。呼吸苦で当院へ救急搬送。CT にて Stanford A 型大動脈解離あり。上行大動脈は著名に拡大し胸骨に密着しており再開胸時破裂が予想された。開胸前に両側頸動脈、両側腋窩動脈、右大腿動脈に送血管挿入し人工心肺を確立。再開胸時に大動脈破裂。穿孔部からバルーンカテーテル挿入し血流遮断。Bentall+CABG (SVG#2) を施行。術後脳障害なく、POD3 抜管、POD56 自宅退院した。

10：20～11：00 心筋症・補助循環

座長 繩田 寛（聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科）

II-18 IMPELLA5.0 の初期治療が奏功した急性僧帽弁閉鎖不全症の一例

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科

森 佳織、郷田素彦、濫谷泰介、富永訓央、町田大輔、磯松幸尚、鈴木伸一、益田宗孝

76歳男性。呼吸困難を主訴に救急搬送され、腱索断裂による重症僧帽弁閉鎖不全症と診断された。肺うつ血による肺酸素化障害が著明で、同日 IMPELLA5.0 と VV-ECMO を導入した。直後より肺うつ血の改善を認め、術後2日目に生体弁（CEP Magna EASE 27mm）による僧帽弁置換術を施行し、IMPELLA5.0 を離脱した。急性左心不全を伴った僧帽弁閉鎖不全症に対して IMPELLA5.0 による Bridge to surgery が奏功した1例を経験したため報告する。

II-19 急性大動脈解離術後の重症心不全に対する植込み型補助人工心臓治療

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

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

2017/12/25 急性大動脈解離 Stanford A 型に対して他院で上行弓部置換術が施行された。術後心筋虚血によると思われる低心機能を合併し、繰り返す心不全に対して加療が行われていた。当院紹介となり、2018/8/17 に心臓移植登録、2018/11/6 Jarvik 2000 植込みが施行された。文献的考察を含めて報告する。

II-20 演題取り下げ

II-21 心筋梗塞後菲薄化心筋に対し Sutureless repair を施行した一例

日本医科大学 心臓血管外科学

村田智洋、鈴木憲治、石井庸介、井塚正一郎、上田仁美、高橋賢一朗、森嶋素子、廣本敦之、栗田二郎、佐々木孝、坂本俊一郎、宮城泰雄、師田哲郎、新田 隆

69歳男性。胸痛にて救急搬送され側壁梗塞と診断。発症後3日にoozing rupture からの心タンポナーデにより心肺停止を來した。蘇生後も血腫による右室拡張障害を認め同日に血腫除去術を施行。状態は安定していたが菲薄化心筋による限局性の瘤化を認め、梗塞発症後44日目に組織接着用シートを用いた Sutureless repair を施行。

II-22 心筋梗塞後の左室仮性瘤に対して SAVE 手術を行なった一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

大西 遼、三島健人、大久保由華、長澤綾子、岡本竹司、白石修一、土田正則

症例は67歳女性。LAD (#7 99%) 領域のAMIを発症し緊急PCI施行、1ヶ月後の心臓カテーテル検査で心外膜下への造影剤漏出を伴う左室仮性瘤の所見を認め緊急手術となつた。瘤は LAD 左側 1cm から D1/D2 対角枝領域にかけて膨隆していた。LAD に平行な左室切開を置き、左室形成は楕円形のウシ心膜パッチを用いたSAVE手術を行い、両側フェルトストリップを用いて左室閉鎖を行つた。文献学的考察を加えて症例報告とする。

座長 岡 村 誉 (練馬光が丘病院 心臓血管外科)

II-23 オープンステントのステント部が末梢側吻合部から中枢側へ突出した症例に対して2ヶ所で末梢側断端形成した1例

練馬光が丘病院 心臓血管外科

北田悠一郎、岡村 誉、荒川 衛、宮川敦志、安達秀雄
56歳男性。呼吸困難にて前医で急性A型大動脈解離と診断され、手術目的に転院搬送された。部分弓部置換術+開窓型オープンステント挿入術の方針とした。オープンステント挿入時、ステント部が末梢側断端より約4cm中枢側へ突出した。人工血管とフェルトを用いて2ヶ所で断端形成し、末梢側吻合を行い、粗大な出血無く手術終了した。術後造影CTにて吻合部の狭窄や屈曲を認めず、術後経過良好のため第20病日に退院となった。

II-24 オープンステントグラフト末梢端でSINE(Stent graft-induced new entry)を生じた1例

慶應義塾大学医学部 外科 (心臓血管)

川合雄二郎、伊藤 努、山崎真敬、木村成卓、高橋辰郎、秋山 章、赤松雄太、岡 英俊、村田 哲、中嶋信太郎、中川知彦、志水秀行

51歳男性。急性A型大動脈解離に対し他院で上行置換を施行。2年後に遠位弓部の急速拡大を認め、当院で全弓部置換+オープンステントグラフト(OSG)内挿術を施行。術後19か月時のCTでOSG末梢端にSINEを認め、その後、下行大動脈径が拡大したため、32か月時に下行置換(OSG末梢端に人工血管を吻合)を施行した。

II-25 拡張型心筋症を伴う解離性大動脈瘤に対して遠位弓部下行大動脈置換を施行した1例

東京大学 心臓外科

井戸田佳史、山内治雄、井上堯文、星野康弘、木下 修、

小野 稔

拡張型心筋症の36歳女性。周産期にStanford B型急性大動脈解離を発症しその後低心機能および解離性大動脈瘤に対し経過観察していた。大動脈解離の家族歴も有し結合織疾患が疑われ瘤径50mmに拡大したため左開胸遠位弓部置換術の方針とした。手術は低心機能を考慮し軽度低体温心拍動下でZone2で中枢側遮断し左鎖骨下動脈直下からTh9まで置換し左第7肋間動脈を再建。術後早期にβ遮断薬を開始し強心薬を漸減し心不全や神経学的合併症なく経過した。

II-26 急性A型解離で大動脈破裂、大動脈一右房瘻を来た1例

三井記念病院 心臓血管外科

内山大輔、竹谷 剛、東野旭紘、三浦純男、大野貴之

症例は71歳女性。AVRで開胸歴あり。CTで上行にtearを伴うA型解離を指摘され、緊急で上行置換術の方針。20°Cまで冷却するも、鼓膜温と直腸温の冷却に3倍近い時間を要した。循環停止し逆行性脳灌流開始し、末梢側吻合後に循環再開すると脱血管から大量のairが吸引された。volumeを入れるとtearに相当する部分の外膜が破綻した上行大動脈内に右房からの血液が流出したため、大動脈破裂および大動脈-右房瘻と診断し得た稀な1例を経験したので報告する。

II-27 急性大動脈解離に対する上行弓部置換術後の脳梗塞

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

根本寛子、内田敬二、輕部義久、南 智行、長 知樹、

松木佑介、藪 直人、池松真人、小野由香利、杉山敦彦、

益田宗孝

75歳女性。Stanford A型急性大動脈解離の診断で搬送。来院時麻痺なく意識清明であったが、造影CTでは右総頸動脈閉塞を認めていた。右腋窩右大腿動脈送血で上行弓部置換術を施行、上行大動脈のentryを切除したが、術後右中大脳動脈領域の広範な脳梗塞を発症し開頭減圧術を要した。本症例の脳梗塞発生機序について考察する。

II-28 大動脈弁置換術後にTAFRO症候群と考えられた胸腹水・血小板減少を合併した一例

水戸済生会総合病院 心臓血管外科

三富樹郷、鈴木脩平、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫

81歳男性。2018年12月14日に発熱が出現。28日に重度大動脈弁閉鎖不全を指摘。2019年1月15日にうっ血性心不全、感染性心内膜炎が疑われ当院に転院。緊急に大動脈弁置換術施行。術前の血液培養6セットおよび切除弁培養はいずれも陰性。抗生素治療を継続したが、重度の低アルブミン血症、血小板低下を認めTAFRO症候群と考えられた。ステロイドミニパルスおよびステロイド治療を行ったが敗血症で失った。

II-30 胸部大動脈瘤術後人工血管周囲感染に対する大網充填術の治療経験

獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科

新美一帆、齊藤政仁、朝野直城、太田和文、権重好、

鳥飼慶、高野弘志

胸部大動脈瘤に対する人工血管置換術後の人工血管周囲感染は重篤な合併症である。感染組織および人工血管の除去と再血行再建が根治的治療であるが、その侵襲は大きく、成績も必ずしも良好とはいえない。我々は胸部大動脈人工血管置換術後に、人工血管周囲感染が疑われたが、人工血管周囲のデブリドマンと大網充填術のみで加療した5症例を経験したので、その成績を若干の文献的考察を加え報告する。

II-32 術後4か月の弓部大動脈瘤切迫破裂に対しChimney法にてsalvageし得た1例

平塚市民病院 心臓血管外科

小谷聰秀、井上仁人、大野昌利

【症例】90歳男性。zone 2からの弓部大動脈瘤に対し1debranch TEVAR施行。術直後CTにてendoleakなく経過良好にて約1か月後にリハビリ転院。術後4か月、意識障害と不明熱を主訴に当院救急搬送。CTにて中枢側のペアステントの小弯側瘤内への落ち込みおよび食道や気管を圧排する血腫の増大を認め、切迫破裂と診断。準緊急的に腕頭動脈のChimney法を併用した2debranch TEVAR(左総頸-鎖骨下動脈間人工血管バイパス術)を施行し、術後CTにて明らかなendoleakなく、血腫も縮小傾向。

II-29 膜様部型心室中隔欠損症に合併した右冠尖逸脱に起因する大動脈弁逆流ジェットにより生じた僧帽弁前尖病変に感染性心内膜炎をきたした1手術例

日本医科大学千葉北総病院

井関陽平、吉尾敬秀、仁科大、藤井正大、別所竜蔵

71歳男性。発熱・血痰を主訴に当院内科へ入院し、連鎖球菌による僧帽弁位感染性心内膜炎と診断された。6週間の抗菌薬投与後、心不全が再発し外科治療の方針となった。成人期まで未治療で経過した膜様部型心室中隔欠損症に大動脈弁右冠尖の逸脱・変性をきたし、僧帽弁前尖へ向かう逆流ジェットにより生じた前尖中央の損傷部に感染性心内膜炎を発症した結果、穿孔を招いた所見であった。

II-31 SMA狭窄を伴う急性B型大動脈解離に対して血管内治療を施行した一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

谷建吾、茂木健司、櫻井学、坂田朋基、橋本昌典、高原善治

53歳男性。背部痛を主訴に救急搬送。急性B型大動脈解離の診断。左鎖骨下動脈分岐部直下からterminal aortaまで解離を認め、真腔は狭小であった。SMAにも解離あり。保存的治療の方針となつたが、入院2日目のCTでSMAの狭窄進行を認め、entry閉鎖と真腔拡大目的にTEVARを行った。術中造影でSMAの血流改善を確認できたが、術後2日目のCTでSMAの狭窄は残存。術後5日目にSMAステント留置術を施行した。腸管切除を回避でき術後12日目に自宅退院した。

16:10~16:50 大血管5

座長 郷田 素彦（横浜市立大学附属病院 第1外科）

II-33 Valsalva 洞動脈瘤・動脈瘤破裂の2手術例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

上川祐輝、遠藤大介、梶本 完、山本 平、畠 博明、
桑木賢次、土肥静之、松下 訓、嶋田晶江、大石淳実、
大山徹真、浅井 徹、天野 篤

Valsalva 洞動脈瘤・動脈瘤破裂は比較的稀な疾患であるが、2手術例を経験したので報告する。症例1は、62歳女性で過去3回の胸部外傷歴のあり、外傷性のバルサルバ動脈瘤と判断した。症例2は、71歳女性でVSDと診断され経過観察されていたが、心不全が増悪し当院に紹介された。経食道心臓超音波検査でVSDは認めず、Valsalva 洞動脈瘤破裂と診断した。文献的考察を加えて報告する。

II-34 右室流出路狭窄を来たした未破裂巨大 Valsalva 洞動脈瘤の一例

昭和大学藤が丘病院 心臓血管外科

片岡紘士、田中弘之

症例は59歳男性。心雜音精査目的で施行した心エコーで軽度大動脈弁閉鎖不全症とともに右室流出路を圧排する巨大 Valsalva 洞動脈瘤（最大径71mm）を認め手術の方針となった。右房側より右室内に突出する Valsalva 洞動脈瘤を切除し縫縮した。大動脈側より3cm×3cmの二重にした牛心膜パッチを右冠尖最下点・右冠動脈入口部・右冠尖、左冠尖境界部で3点固定しパッチ閉鎖術を施行した。心内型 Valsalva 洞動脈瘤に対して右房側より縫縮し、瘤口部をパッチ閉鎖することで良好な成績を得ることができたので報告する。

II-35 未破裂右冠尖バルサルバ洞瘤に対してパッチ閉鎖術を施行した1例

横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科

河原拓也、伊藤 智、山本貴裕、橋本和憲、佐藤哲也

65歳男性。2016年8月に慢性解離性下行大動脈瘤に対し下行大動脈置換術を施行した。術前精査で右冠尖バルサルバ洞瘤50mmを認め、経過観察の方針とした。CT、UCGでフォローし2018年3月に58mmと拡大を認めたため手術の方針とした。前尖逸脱を伴うModerate MRとLADに75%狭窄を認め、同時に手術を行った。右冠尖バルサルバ洞瘤パッチ閉鎖（ウシ心膜）、MVP（Physioring2 28mm、前尖腱索2対）、CABG（SVG-LAD）を施行した。術後経過良好で術後12日目に退院した。

II-36 Valsalva 洞動脈瘤破裂術後左室流出路仮性瘤の1手術例

1 横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター

2 横浜市立大学附属病院

松木佑介¹、内田敬二¹、輕部義久¹、南 智行¹、長 知樹¹、
根本寛子¹、藪 直人¹、益田宗孝²

27歳女性。前医で左冠洞から左室内腔への Valsalva 洞動脈瘤破裂で基部置換術後。労作時息切れで受診し、CTで肺動脈を圧排する左室流出路仮性瘤を認めた。術中所見は無冠尖～左冠尖にかけて弁輪が約半周欠損し、Conduitと左室流出路が離開していた。ウシ心膜で裏打ちしたHemashieldパッチで左室仮性瘤入口部を閉鎖しながら左室流出路と大動脈弁輪を形成し、再基部置換術施行した。

II-37 弓部大動脈瘤破裂：オープンステントグラフト外側を人工血管で補強した1例

三井記念病院 心臓血管外科

鈴木浩之、大野貴之、竹谷 剛、三浦純男、東野旭紘、内山大輔
症例は83歳男性。9年前から指摘のあった弓部大動脈瘤破裂で弓部大動脈置換術施行。瘤の末梢が想定より遠位であり末梢にオープンステントグラフト挿入の方針。オープンステントグラフトのみではporosityの高さから出血制御の難渋が予想され瘤遠位の大動脈に人工血管を挿入、その内側にオープンステントグラフトを挿入した。弓部大動脈瘤破裂に対して、オープンステントグラフトの外側に人工血管を留置し出血制御が良好な1例を経験した。

16:50~17:30 大血管6

座長 大島

晋（川崎幸病院 大動脈センター 心臓血管外科）

II-38 出血部位の診断に難渋した胸部大動脈人工血管置換術後吻合部出血の1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

柴田裕輔、浅野宗一、小泉信太郎、伊藤貴弘、長谷川秀臣、

阿部真一郎、樋沢政司、林田直樹、松尾浩三、村山博和

症例は74歳女性。1998年下行大動脈人工血管置換術施行。2015年左胸水と左背部痛を自覚し約3週後に当院紹介。CTで人工血管との連続性はわずかで、胸壁に接するような血腫を認め、穿刺にて陳旧性の血性胸水を認めた。培養陰性で吻合部出血の可能性が高いと判断。TEVARを施行し、血腫は急激に縮小し経過順調。

胸膜瘻着により血腫が特異な形態を示し診断に難渋した1例を報告する。

II-39 高度の胸郭変形を伴う遠位弓部囊状大動脈瘤に対してALPSアプローチによる瘤切除+パッチ形成術を施行した一例

横須賀市立うわまち病院 心臓血管外科

中村宜由、安達晃一、進士弥央、秋吉 慧、中田弘子

87歳男性。陳旧性肺結核に伴う左胸郭形成術の既往あり。遠位弓部に突出する囊状大動脈瘤を認め、手術を希望された。高齢かつ呼吸機能の低下からdebranching+TEVARを検討するも、endoleakと脳梗塞のriskから断念。ALPSアプローチから弓部置換術を考慮するも、術中所見で周囲組織との高度の癒着から、瘤切除+パッチ形成を選択した。

II-40 急性A型大動脈解離に対してBentall、CABG施行後、吻合部仮性動脈瘤と大伏在静脈グラフトの瘤化を認めた1例

千葉西総合病院

西嶋修平、中村喜次、平塙貴久、黒田美穂、伊藤雄二郎、

堀 隆樹

症例は72歳女性。2000年に急性A型大動脈解離に対して、Bentall術を施行。術中Cabrol法で冠動脈再建を行うも、人工心肺離脱困難となり、Cabrol法で使用した10mmの人工血管からCABG(SVG-RCA、SVG-PD)を追加。2018年にCTで大動脈の末梢吻合部、SVG(-RCA)中枢吻合部に仮性瘤、SVG(-LAD)の瘤化を認め、手術方針。4分枝人工血管で部分弓部置換術、再CABG(SVG-RCA)、瘤化したSVG(-LAD)は9mmの人工血管の分枝で置換。術後経過は良好であった。

II-41 左開胸人工心肺確立時の肺動脈脱血の有用性

おおたかの森病院 心臓血管外科

井上武彦、増山慎二、市原哲也

左開胸時の際の脱血管挿入には大腿静脈を用いる事が多いが脱血管が右心房まで上がりず、人工心肺確立に難渋する事がある。そういう症例では当院では主肺動脈を脱血管部位として用いている。2症例を示す。いずれも人工心肺・心拍動下で胸腹部大動脈置換施行予定、左右大腿静脈共にガイドワイヤーが上がりず、主肺動脈より脱血管挿入、人工心肺を確立した。

II-42 ACTA2遺伝子変異を疑われた大動脈弁輪拡張症の1例

北里大学医学部 心臓血管外科

大西義彦、荒記春奈、北村 律、鳥井晋三、宮本隆司、

美島利昭、大久保博世、藤岡俊一郎、八鍬一貴、近藤 真、

田村佳美、田所祐紀、宮地 鑑

大動脈弁輪拡張症、重症大動脈弁閉鎖不全症、上行弓部大動脈瘤、大動脈縮窄症と診断された28歳女性。乳児期に動脈管開存、胆道狭窄症、腸回転異常症に対して治療後。また左気管支狭窄、無虹彩症、脳動脈の直線的走行と狭小化を認めることから、ACTA2遺伝子変異が疑われた。David手術、部分弓部大動脈置換術を行い、術後経過良好であった。文献学的考察を加えて報告する。

第Ⅲ会場：706

8:00~8:50 心臓腫瘍

座長 山口 雅臣（東海大学医学部付属八王子病院 心臓血管外科）

III-1 右房血管腫の一例

1 相模原協同病院

2 日本大学医学部附属板橋病院

白水御代¹、吉武 勇¹、服部 努¹、嶋田直洋¹、北島史啓¹、

田中正史²

症例は72歳男性。自覚症状はなく、TTEにて右心房の三尖弁輪より7mm頭側大動脈壁側に腫瘍を認め、MRIでは粘液腫と診断され、人工心肺補助心停止下に手術を施行。腫瘍は三尖弁より頭側の右房自由壁に侵潤しており、右房壁ごと完全に切除し、欠損した右房壁を自己心膜パッチにより再建。三尖弁弁輪拡大、発作性心房細動に対して三尖弁形成、肺静脈隔離、左心耳閉鎖術を施行し、合併症なく独歩退院となった。術後病理では血管腫の診断であった。心臓を原発とする血管腫は稀であり報告する。

III-2 成人に発症した右房壁発生血液囊腫の1例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 循環器外科

今井章人、榎本佳治、重田 治

症例は59歳男性。健康診断でCEA高値を認めたため、当院で精査を施行。その過程で右房内に腫瘍を認め当科紹介となった。心臓腫瘍に対して人工心肺下に腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は右房から下大静脈入口部にかけて発生していた血液囊腫で、大小合わせて3つ認めた。腫瘍様病変と称される血液囊腫はまれな腫瘍であり、幼児の剖検例に発見されることが多いと報告されている。今回は右房壁に発生した成人例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

III-3 脳梗塞を契機に発見されたCAT (Calcified amorphous tumor) の1例

1 災害医療センター 心臓血管外科

2 災害医療センター 病理診断科

高橋 雄¹、新野哲也¹、平野和彦²

62歳、男性。約10年前より高血圧性腎症で維持透析。呂律障害を主訴に救急搬送。MRIで右頭頂葉皮質下梗塞を認め、心臓超音波でmoderate AS、大動脈弁左冠尖に付着する可動性に富む腫瘍性病変8mm×5mmを認めた。塞栓症候を伴う心臓腫瘍に対して手術適応と判断し、大動脈弁置換術を施行。病理所見は石灰化に富む纖維性結合組織であり、CAT (Calcified amorphous tumor)と診断。CATは比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

III-4 Calcified amorphous tumor (CAT) による心筋梗塞、脳梗塞をきたした1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

米山文弥、上西祐一郎、園部藍子、石井知子、中嶋智美、

五味聖吾、加藤秀之、松原宗明、大坂基男、坂本裕昭、平松祐司
78歳女性。脳梗塞、左回旋枝の塞栓による心筋梗塞を発症し、UCGでCATが疑われたため手術の方針となった。術中所見では僧帽弁後尖に5mm大の囊胞性腫瘍を2つ認め、同部位にはplaqueが付着していた。腫瘍切除後にP1-2欠損部を縫合する弁形成術を施行した。CATによる多発梗塞例は稀であり、文献的考察も踏まえて報告する。

III-5 僧帽弁輪に付着した左房腫瘍の1例

筑波記念病院 心臓血管外科

吉本明浩、清水隆玄、有馬大輔、西 智史、森住 誠、末松義弘
症例は63歳男性。労作時呼吸困難を主訴に当院救急外来受診。精査の結果、左房腫瘍に伴う機能性僧房弁狭窄症との診断にて当科紹介となった。左房内腫瘍切除術施行。腫瘍の性状は平滑、軟であり、粘液腫として矛盾しないものであった。腫瘍は僧房弁前外側線維三角から左房壁に付着しており、腫瘍を可及的に切除した後、電気メスによる焼灼を行った。僧帽弁逆流は認めなかった。術後経過は良好である。僧帽弁輪に付着する左房腫瘍は比較的稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

III-6 左室内乳頭状線維弾性腫に胸腺腫を合併した1例

1 足利赤十字病院 心臓血管病センター 心臓血管外科部門

2 足利赤十字病院 呼吸器外科

3 慶應義塾大学医学部 外科（心臓血管）

泉田博彬¹、古泉 潔¹、飯尾みなみ¹、川合雄二郎³、伊藤隆仁¹、
坂巻寛之²、橋本浩平²、志水秀行³

79歳男性。脳梗塞疑いで施行した心臓超音波検査で左心室内に3cm大の可動性充実性腫瘍を認めた。さらにCTで3cm大の前縦隔腫瘍を認めた。胸骨正中切開で前縦隔腫瘍摘出及び右肺部分切除を行い、経中隔アプローチ僧帽弁經由で左室内腫瘍摘出術を行い、それぞれ乳頭状線維弾性腫とA型胸腺腫と診断した。胸腺腫が合併した乳頭状線維弾性腫の報告は少ない。

8:50~9:40 肺縫隔・胸壁

座長 朝倉 啓介 (慶應義塾大学病院 呼吸器外科)

III-7 飛蚊症を契機に発見され手術を施行した胸腺腫の1例

1 日本大学病院 呼吸器外科

2 日本大学病院 眼科

石本真一郎¹、櫻井裕幸¹、森隆三郎²

65歳女性。飛蚊症を自覚し近医眼科を受診。進行する両眼性の視野障害および光過敏症と眼底検査で網膜中心動脈狭小化を認め、悪性腫瘍随伴網膜症が疑われ当院眼科を紹介受診。精査で施行した胸部CTで前縫隔に径2.5センチの腫瘍が認められ胸腺腫が疑われた。視力低下の進行あり眼科にてステロイドパルス療法を施行後、当科で拡大胸腺胸腺腫摘出術を施行。術後経過良好で第7病日に退院。腫瘍随伴性レチノパシー自己抗体は陰性であったが、胸腺腫に伴う腫瘍随伴網膜症が疑われた。

III-8 中縫隔に発生した傍神経節細胞腫の1例

1 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学

2 東京医科大学 心臓血管外科学

山道 堯¹、牧野洋二郎¹、萩原 優¹、垣花昌俊¹、梶原直央¹、大平達夫¹、荻野 均²、池田徳彦¹

症例は46歳女性。胸部異常影で紹介。CT上、中縫隔に径5.0cmの造影効果の高い分葉状腫瘍を認めた。123I-MIBGシンチグラフィの高集積、MRI T2強調像の高信号より傍神経節細胞腫を疑った。胸骨正中切開で上行大動脈裏面に存在し、冠動脈から流入血管を認める腫瘍を切除。病理診断は傍神経節細胞腫で、術後1年現在、無再生存中である。非常に稀な中縫隔発生の傍神経節細胞腫の1切除例を経験したため報告する。

III-9 まれな画像を呈した多房性胸腺囊胞の1例

長野市民病院

境澤隆夫、砥石政幸、小沢恵介、西村秀紀

55歳男性。他院で関節リウマチに対しメトトレキサート(MTX)投与が開始され、3ヶ月後の胸部CTで前縫隔多発結節を指摘された。MTX中止後も結節が残存するため当科受診した。胸部CTでは5~20mmの大いな小結節が充実性から一部囊胞様の形態を呈し、FDG-PETではSUVmax2.19の集積を認めた。リンパ増殖性疾患、胸腺過形成などを疑い胸腔鏡下胸腺全摘術を施行したが、病理診断では多房性胸腺囊胞と診断された。まれな画像形態を示した多房性胸腺囊胞の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

III-10 アプローチ法選択に苦慮した巨大胸膜孤立性線維腫の1切除例

1 横浜市立大学附属病院 呼吸器外科

2 神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

3 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

石川善啓¹、伊藤宏之²、禹 哲漢¹、瀧谷泰介³、伊坂哲哉¹、鈴木伸一³、益田宗孝³

63歳男性。無症状。健診胸部異常陰影の精査で左aortopulmonary windowを主座とし肺動脈幹前後面を取り囲む巨大な腫瘍な胸膜孤立性線維腫と診断された。2年間で最大径70mmまで増大したため切除の方針とした。Left-sided hemi-clamshell approachで人工心肺を使わず完全切除できた。手術時間249分。アプローチ法選択に苦慮した興味深い一例であった。

研修医発表

III-11 前縫隔発生コレステリン肉芽腫の1切除例

がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科

木村莉菓、堀尾裕俊、志満敏行、原田匡彥

症例は45歳、男性。BI 870current smoker、脂肪肝の指摘あり。健診胸部異常影の精査目的で行ったCTにて前縫隔に最大3.5cmの病変を複数個認めた。MRIではT1・T2強調画像共に筋肉と等~低信号で、造影効果に乏しく周囲への浸潤所見なし。PET/CTではSUVmax早期相6.08、後期相8.41の集積亢進あり。胸腺腫もしくは胸腺癌を疑い、胸骨正中切開胸腺全摘術を施行。最終病理診断はコレステリン肉芽腫であった。前縫隔に発生した同疾患の報告は本邦で過去2例のみであり、極めて稀である。

III-12 胸腔内脂肪肉腫術後再発に対し外科的切除で長期生存を得た一例

東海大学医学部付属病院 呼吸器外科

仁藤まどか、小野沢博登、橋本 謙、有賀直広、生駒陽一郎、武市 悠、河野光智、増田良太、岩崎正之

56歳男性、脳梗塞で当院搬送後、胸部CTにて右胸腔内に腫瘍を認めた。縫隔腫瘍摘出術後、病理組織診断で脱分化型脂肪肉腫の診断となった。術後4年経過し後縫隔に再発腫瘍を認めた。再手術を施行し、現在初回手術から6年経過し無再発経過観察中である。予後不良である脂肪肉腫の再発病変への積極的な外科的処置で長期生存を得ている症例を経験したため、考察を含め報告する。

III-13 No-touch isolation lobectomy を施行した粘液産生性腺癌の一例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

大久保祐、四倉正也、内田真介、吉田幸弘、中川加寿夫、渡辺俊一

69歳男性。DLBCL治療後経過観察中に、右下葉に8.6cmのすりガラス影を伴う肺炎様腫瘍影を認めた。経時的増大傾向にあり、CT所見から粘液産生性腺癌が疑われたため、肺を極力受動せず肺葉切除を行う、no-touch isolation lobectomyを施行した。肺葉が粘液で占められる粘液産生腺癌に対する、他肺葉への気腔内散布や播種を予防する本術式の工夫点を報告する。

III-14 ブラ壁に沿った進展のために術前腫瘍径が過小評価された肺扁平上皮癌の1切除例

1千葉県がんセンター 呼吸器外科

2千葉県がんセンター 臨床病理部

3国際医療福祉大学医学部 呼吸器外科学

西井 開¹、岩田剛和¹、田中教久¹、松井由紀子¹、久保田星歩²、伊丹真紀子²、吉田成利³、飯 笹俊彦¹

66歳男性。ブラ壁に接する5.6cm大的左下葉腫瘍に対し原発性肺癌(cT3N0M0stageIIIB)疑いの診断で左下葉切除+リンパ節郭清を施行した。病理結果は扁平上皮癌で、ブラ壁内面を進展していたため最大径13.6cm、pT4N0M0stageIIIAの診断となった。ブラ壁発生肺癌の腫瘍径評価の問題につき、文献的考察を加えて報告する。

III-15 甲状腺癌気管浸潤との鑑別が困難であった気管原発腺様囊胞癌の1手術例

埼玉医科大学総合医療センター

山口雅利、杉山亜斗、井上慶明、青木耕平、羽藤 泰、

福田祐樹、儀賀理暁、中山光男

53歳女性。夜間の呼吸困難を主訴に透析中の前医を受診。CTで気管膜様部から内腔に突出する腫瘍とそれに連続する甲状腺左葉内の腫瘍を認めた。気管支鏡下生検で上皮系腫瘍を認めたが組織型や原発巣の確定には至らなかった。甲状腺癌気管浸潤を疑い頸部襟状切開で甲状腺左葉切除と輪状軟骨尾側・気管部分切除を行った。再建は膜様部欠損部に筋弁を充填し気管皮膚瘻とした。病理は甲状腺浸潤を伴う気管原発腺様囊胞癌であった。

III-16 集学的治療により長期生存を得ている肺原発多形癌の1切除例

埼玉県立がんセンター 胸部外科

飯島慶仁、栗原泰幸、中島由貴、木下裕康、秋山博彦、平田知己

【症例】74歳男性。200X年、肺気腫で通院中に左肺S6の結節と左副腎結節を指摘され紹介。画像上左下葉肺癌cT1aN0M1b、StageIVAを考慮したが確定診断に至らず、左副腎切除施行し肺原発多形癌の診断を得た。その後CDDP+DOCを2コース施行。左肺病変は一旦索状化したが再増大を認めたため、200X+2年左肺下葉部分切除を施行した。術後CDDP+DOCを3コース追加。左肺術後8年経過し、前立腺癌の多発転移加療中であるが、肺多形癌の再発は指摘されていない。

III-17 胸壁浸潤縦隔上部神経原性腫瘍に対するロボット支援胸腔鏡下手術の一例

東京女子医科大学病院 呼吸器外科

四手井博章、松本卓子、荻原 哲、光星翔太、葭矢健仁、

坂本 圭、前田英之、青島宏枝、井坂珠子、神崎正人

症例は30代、女性。検診で胸部異常陰影を指摘され、前医を受診。胸部CTで左鎖骨下動脈に接する、左第2肋骨の溶骨性変化を伴う縦隔腫瘍を認め、当科へ紹介。術前にCT下生検を行い、神経原性腫瘍と診断した。手術は、ロボット支援下縦隔腫瘍摘出+胸壁合併切除（第2肋骨）を施行。手術時間は226分、ロボット操作時間は92分。術後第3病日にドレーンを抜去し、経過良好のため退院。

10：20～11：00 肺周術期・合併症

座長 中島由貴（埼玉県立がんセンター 胸部外科）

III-18 左上大区域+S6 区域切除後に舌区捻転症を起こした一例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学
海寶大輔、中島崇裕、内藤潤、山中崇寛、大橋康太、
佐田諭己、椎名裕樹、豊田行英、山本高義、森本淳一、
坂入祐一、和田啓伸、鈴木秀海、吉野一郎
80歳男性。検診で左肺に結節影を指摘され、経気管支肺生検で腺癌の診断を得た。左肺癌 cT2aN0M0 stageIB の診断で、左上大区域+S6 区域切除を施行された。術後1日目に胸部X線で舌区無気肺を認め、左肺残存舌区捻転を疑い、捻転解除術を施行し、残存舌区切除を回避した。区域切除後の残存舌区捻転症の報告は稀であり、文献的考察を含め報告する。

III-19 植込み型左心補助人工心臓装着重症心不全合併右自然気胸の1手術例

1 東京女子医科大学病院 呼吸器外科
2 東京女子医科大学病院 心臓血管外科
松本卓子¹、四手井博章¹、荻原哲¹、光星翔太¹、坂本圭¹、
前田英之¹、青島宏枝¹、井坂珠子¹、西中知博²、神崎正人¹
30代男性、Becker型筋ジストロフィーによる二次性心筋症のため、補助人工心臓（VAD）植え込み術が施行された。術後右自然気胸を発症しドレナージで改善したが、ドレーン抜去後41日目に再発した。CTでは右肺尖部に多数プラを認めたため、胸腔鏡下右肺部分切除を行った。VAD患者の気胸手術症例は稀であるため、文献的考察も含め報告する。

III-20 肺分画症に対する胸腔鏡下左底区切除後の肺静脈還流障害の1例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野
清水勇希、中村将弥、後藤達哉、佐藤征二郎、小池輝元、
土田正則
29歳女性。主訴は咳嗽・喀痰。抗菌薬で改善せず、CT撮影したところ左下葉consolidationを認め肺葉内肺分画症と診断。胸腔鏡下左肺底区切除を施行した。術後3日目より発熱が継続しCTを撮影。残肺S6のすりガラス影・浸潤影、微弱な肺静脈から静脈還流障害が疑われた。抗凝固療法を行い保存的に軽快。S6底区間の切離線がV6b/cに近接し狭窄を引き起こしたと考えた。

III-21 超低肺機能患者における肺区域切除の2例

国立がん研究センター東病院 呼吸器外科
仲宗根尚子、三好智裕、勝又信哉、多根健太、青景圭樹、
坪井正博
COPDによる超低肺機能の肺癌患者に対し、術前の気管支拡張薬投与と呼吸器リハビリ後、区域切除を施行した2例を報告する。症例1：75歳女性。1秒量540ml、1秒率36.7%、DLco44.4%に対し、右S6区域切除術を施行。術後合併症なくHOT導入し退院した。症例2：74歳男性。1秒量800ml、1秒率35.7%、DLco73.4%に対し、右S6区域切除を施行。遷延性肺瘻にて再手術を要するも第16病日にHOT導入し退院した。低肺機能例の肺切除術について文献的考察を加え報告する。

III-22 下葉肺癌左房浸潤に対して人工心肺下に拡大肺切除術を施行した1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 呼吸器外科
角田悟、小林正嗣、石沢遼太、浅川文香、馬場峻一、
石橋洋則、大久保憲一
69歳男性。胸部単純CTで右下葉腫瘍、右下葉気管支に連続し中间気管支幹浸潤あり。右中下葉切除を予定し手術開始。下葉腫瘍は下葉PV・左房と一塊。左房clampで切徐距離担保出来ず、人工心肺下左房合併切除が必要と判断。人工心肺確立・心停止下左房1/3切徐し、腫瘍および右中下葉を合併切除。ウシ心膜シートで左房形成し手術終了。下葉肺癌左房浸潤に対して人工心肺下に拡大肺切除術を施行した1例を経験したので報告する。

13:00~13:50 先天性心疾患 3

座長 木村成卓（慶應義塾大学病院 心臓血管外科）

III-23 重症大動脈弁狭窄を合併した純型肺動脈閉鎖症の経験

昭和大学病院 小児循環器・成人先天性心疾患センター

宮原義典、樽井俊、石野幸三、長岡孝太、山口英貴、

清水武、大山伸雄、藤井隆成、簗義仁、富田英

症例は3.6kg・男児、出生後の心エコーにて肺動脈閉鎖症と重症大動脈弁狭窄（二尖弁、4.5m/秒）を指摘された。日齢5に経皮的大動脈弁バルーン拡大を行うも効果なく、日齢10に準緊急的に大動脈弁形成、肺動脈弁切開およびBTシャントを施行した。外来経過観察中に大動脈弁狭窄が徐々に進行（3.5m/秒）、生後4ヶ月時に大動脈弁再形成と両方向性グレン手術を施行した。治療方針を踏まえて経過を報告する。

III-25 右肺動脈上行大動脈起始に修復術を施行した新生児例

長野県立こども病院

山本隆平、岡村達、殿村玲、山田有希子

在胎38週6日、3324gで出生した女児。出下時より多呼吸とチアノーゼを認め、当院救急搬送された。心臓超音波検査で右肺動脈上行大動脈起始症（AORPA）と診断。high flowの進行による、呼吸循環不全を認め、日齢11に右肺動脈修復術を施行した。術後、肺高血圧は改善し、第4病日に抜管、第21病日に退院となった。比較的まれなAORPAに対して新生児期に修復術を行った症例を経験したので文献的考察も踏まえて報告する。

III-27 肺動脈絞扼術後縫隔炎のコントロールに難渋した、低ガンマグロブリン血症症例

日本医科大学 心臓血管外科学

鈴木憲治、佐々木孝、上田仁美、井塚正一郎、村田智洋、

高橋賢一朗、森嶋素子、廣本敦之、栗田二郎、坂本俊一郎、

宮城泰雄、石井庸介、師田哲郎、新田 隆

胎児期に心疾患指摘、出生後診断は21Trisomy、機能的単心室。

生後6日に胸骨正中切開による肺動脈絞扼術施行。術後1カ月で縫隔炎発症。開胸管理による縫隔洗浄継続後創閉鎖するも、縫隔炎再発。腐骨胸骨を切除し、2カ月間持続陰圧閉鎖療法するも奏功せず。人免疫グロブリン製剤投与により感染消退、創は自然閉鎖、自宅退院。

III-24 反復する肺静脈狭窄を呈した混合型総肺静脈還流異常症の1例

北里大学病院 心臓血管外科

田所祐紀、八鍬一貴、宮本隆司、北村律、鳥井晋三、

美島利昭、大久保博世、藤岡俊一郎、荒記春奈、近藤真、

田村佳美、宮地鑑

10ヶ月の男児。日齢15で心臓型TAPVC（type IIa）、ASDの診断に対して修復術（Unroofing coronary sinus + ASD閉鎖）を施行。術後2ヶ月に肺静脈狭窄を呈し、混合型TAPVC（IIa + Ia）と診断、lateral approachによる共通肺静脈幹—左房吻合と左上肺静脈—左心耳吻合を施行。4ヶ月後、再度肺静脈狭窄を呈し、sutureless techniqueを選択。術後6ヶ月現在、肺静脈狭窄なく経過している。

III-26 心房中隔欠損症に肺動脈瘤を合併した一例

慶應義塾大学医学部 外科学（心臓血管）

赤松雄太、木村成卓、伊藤努、山崎真敬、高橋辰郎、

秋山章、川合雄二郎、岡英俊、中川知彦、中嶋信太郎、

村田哲、志水秀行

症例は72歳女性。Xpにて心拡大を指摘。精査にてASD（secundum type、Qp/Qs 2.0）の診断となり、rimの欠損範囲が広範であるため、外科的閉鎖の方針となった。造影CTにて肺動脈の拡大を認めたため、ASDパッチ閉鎖術及び肺動脈縫縮術を施行した。肺動脈瘤は比較的稀な疾患であり、治療において明確なガイドラインは策定されていない。今回若干の文献的考察を含めて報告する。

III-28 静脈洞型ASD閉鎖術後遠隔期に気づかれたPAPVCに対しSVC flapにてPV reroutingを行なった一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

杉本愛、白石修一、高橋昌、土田正則

45歳男性。6歳時にASD閉鎖術を施行。周術期PAPVCを指摘されず。45歳時、ATの精査でSVC高位に還流するPAPVCを指摘された。瘻着と右房の小ささ、SVCへの流入部位からCaval division法やtwo-patch法は適応できず。術中所見でSVC径は十分太かった事から、SVC前壁をflapとしてPV reroutingに用い、不足分をGore-tex patchで補填した。SVC-RAはウシ心膜で形成した。術後6ヶ月経過後もSVC、PV狭窄なく洞調律で経過している。

13:50~14:40 心臓その他2

座長 柴崎郁子(獨協医科大学病院 心臓・血管外科)

III-29 右小開胸、胸腔鏡補助下に経左房的に心尖部血栓摘除した一例

伊勢崎市民病院 心臓血管外科

三木隆生、大林民幸、梅野惟史、平井英子、小此木修一、

安原清光、大木聰

症例は37歳、男性。労作時呼吸困難で前医受診。TTEでEF 25%と低左心機能、また心尖部に23×11mmの可動性を有する血栓を認めた。抗凝固療法を導入したが、退縮傾向がないため当科転院。若干かつ低左心機能を考慮し、右小開胸、胸腔鏡補助下に右側左房経由で心尖部血栓摘除した。術後経過は順調で、EFは44%に改善し、残存血栓は認めなかった。右小開胸、胸腔鏡補助下に経左房的心尖部血栓摘除した一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

III-30 Swan-Ganz カテーテルにより肺動脈損傷を併発した1例

1 済生会横浜市南部病院 心臓血管外科

2 横浜市立大学 外科治療学

富田啓人¹、岩城秀行¹、安田章沢¹、小野寺篤¹、益田宗孝²

症例は69歳女性。僧帽弁閉鎖不全症、狭心症の診断で僧帽弁形成術+CABG1枝を施行した。術直後の胸部レントゲン写真で右肺野に著明な浸潤影を認めた。Swan-Ganz カテーテルが深く挿入されており、CT所見とあわせて肺動脈損傷による肺出血と診断した。Swan-Ganz カテーテルによる肺動脈損傷は致命的となる危険性があり、対処法など考察を加え報告する。

III-31 心アミロイドーシスが原因で発生した腫瘍状右房血栓の1例

自治医科大学 心臓血管外科学

廣島裕也、菅谷彰、村岡新、相澤啓、川人宏次

症例は50歳男性。労作時息切れ、意識消失を主訴に当院を受診した。ホルター心電図で Mobitz II型房室ブロックを指摘され、精査中に右房腫瘍を指摘され当科へ紹介され、手術となった。術中所見で血栓が疑われたので心房壁を含めて切除し、病理組織を検討した結果、心アミロイドーシス(AL type)と診断された。心アミロイドーシスによる慢性右心不全が原因で腫瘍状の右房血栓を形成したと思われた。心臓腫瘍の鑑別診断の一つとして留意すべき病態と思われる所以報告する。

III-32 気管支動脈瘤に対する血管内治療の一例

東京医科大学 心臓血管外科

加納正樹、岩橋徹、神谷健太郎、福田尚司、西部俊哉、

荻野均

気管支動脈蔓状血管腫に気管支動脈瘤を合併した症例に対して、コイル塞栓術とステントグラフト内挿術を併施した。症例は70歳、男性。健診で肺野異常陰影を指摘され、当初、肺癌が疑われたが、造影CTにて気管支動脈蔓状血管腫および気管支動脈瘤の診断に至った。巨大かつネックの太い瘤により、コイル塞栓術のみでは無数のコイルを要する病変であったが、コイルと大動脈ステントグラフトを併用し、良好な塞栓効果が得られた。文献的考察を加えて報告する。

III-33 人工弁感染性心内膜炎(PVE)の大動脈弁輪部膿瘍によるVSD、大動脈基部仮性瘤に対して2弁置換、心室中隔欠損修復術を施行した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 一般外科

大野哲¹、出渕亮¹、山崎一也¹、磯田晋¹、益田宗孝²

症例は69歳男性。既往にIEによるARに対してAVR、上行大動脈置換術がある。発熱、全身倦怠感を主訴に当院を受診し、IEの診断で抗菌薬加療6週間を行った。精査でPVEによる心室中隔欠損、大動脈弁輪部仮性瘤を認めたため、大動脈弁輪部再建を伴うAVR、MVR、心室中隔欠損修復術を施行した。文献的考察を加えて報告する。

III-34 人工血管の高度屈曲により溶血性貧血を来たした1例

太田記念病院 心臓血管外科

井上凡、加藤全功、山崎信太郎、亀田柚妃花

56歳男性。54歳時にARと上行大動脈拡大に対して、AVP+上行置換術を施行。術後2年経過した時点で貧血が出現し、赤血球破碎症候群による溶血性貧血の診断となった。当初は再燃していたARの関与が疑われたが、CTから上行大動脈の人工血管屈曲が疑われ、術後2年9ヶ月にてAVR+上行再置換術を施行。術中に人工血管の高度屈曲を認め、同部が溶血性貧血の原因となりうると考えられた。術後より溶血性貧血の所見は消失し、術後10日目に退院となった。その後の経過でも貧血の再燃は認めなかった。

座長 前田英之（東京女子医科大学病院 呼吸器外科）

III-35 右多発肺癌に対する3-port胸腔鏡下右中葉切除+合併S3区域切除+ND2a-1の1例

虎の門病院 呼吸器センター外科

西原悠樹、河野 晓、油原信二、菊永晋一郎、長野匡晃、鈴木聰一郎、藤森 賢、河野 匡

【症例】57歳女性。検診CTで右S3中枢に7mmのpure GGN、S4に11mmの腫瘍(cT1bN0M0 cStageIA2)を認め、3-port右胸腔鏡下中葉切除+合併S3区域切除+ND2a-1を施行。手術時間235ml、出血量150ml。経過良好で8POD退院。病理診断は肺腺癌(pT1aN0M0 pStageIA1)。【結語】隣接区域の右S3、S4の多発肺癌に対し、3-port胸腔鏡で良好な視野下に隣接合併区域切除を含めた肺葉切除を施行した。手術動画と共に報告する。

III-36 右肺中葉切除後に胸腔鏡下右S8区域切除を施行した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科

山名 輝、峯岸健太郎、大野慧介、坪地宏嘉、遠藤俊輔

症例は81歳、男性。76歳時に右中葉肺癌pT1cN0M0、StageIA3に対して胸腔鏡下右肺中葉切除を施行した。CTで右S8に増大傾向を示す12mm大の肺結節を認め第二癌または転移が疑われ胸腔鏡下右肺S8区域切除を施行した。手術時間210分、出血量75ml。術後8日目に退院。病理は肺癌の転移であった。葉間肺動脈周囲の癒着が強く、下葉肺内から肺動脈を明らかにすることでA8の切離が可能となった。再手術で肺動脈周囲の癒着が困難な場合の工夫の一つとして報告する。

III-37 右S1区域切除後の異時多発性の転移性肺腫瘍に対し、右S3区域切除を施行した一例

群馬大学医学部附属病院 呼吸器外科

尾林 海、清水公裕、矢島俊樹、伊部崇史、中澤世識、河谷菜津子、茂木 晃

症例は73歳男性(初診時)。膀胱肉腫術後に右肺転移を認め201X-4年に当科初診。胸腔鏡下右S1区域切除及び右S6区域切除を施行。201X-2年、左肺転移を認め、胸腔鏡下左S8区域切除、部分切除2ヶ所を施行。201X年に残存右肺上葉内に新規転移を認め、開胸右S3区域切除を施行した。転移性肺腫瘍に対する手術は増加しており、異時性に複数回の転移を経験することも多い。肺機能を温存する術式選択により、複数回の手術切除が可能である。

III-38 肺深部の大腸癌肺転移に対しVAL-MAP2.0を用いて肺部分切除を行った1例

東京大学 大学院・医学部 呼吸器外科学

柳谷昌弘、佐藤雅昭、唐崎隆弘、北野健太郎、長山和弘、中島 淳

68歳女性。盲腸癌術後肺転移で両肺手術歴あり。大腸術後4.5年後に左肺S3、S10に10mmと7mmの2病変を胸膜から15mm以上の深部に認め左多発肺転移と診断。VAL-MAP2.0として、術前気管支鏡下に肺表面色素マーキング(計8か所)に加え肺深部の気管支内にコイル(計3か所)を留置。術中透視でコイル位置を確認し2病変とも腫瘍径以上の十分な切除マージンを持って肺深部に及ぶ胸腔鏡下左肺部分切除を完遂した。

III-39 右S6切除術後右肺残下葉切除の1例

獨協医科大学病院 呼吸器外科

苅部陽子、有賀健仁、伊藤祥之、西平守道、荒木 修、前田寿美子、千田雅之

症例は60代、男性。肺癌に対して右S6切除を施行した。切除端に癌の露出が否定できないとの病理診断から2ヶ月後、残下葉切除とした。葉間は先行する肺区域切除後により硬く瘢痕化していた。心嚢を切開し下肺静脈を自動縫合器で切離した後、鉗子で肺動脈、上肺静脈、気管支を一括で肺門遮断した。葉間を開き、肺動脈を安全に剥離することが出来た。区域切除術後の残肺葉切除で葉間の操作をする際に肺門を一括遮断することは有用である。

16:50~17:40 肺良性

座長 石川 善啓（横浜市立大学附属病院 一般外科）

III-40 肺分画症を疑い胸腔鏡下に手術した1例

東海大学医学部付属病院 呼吸器外科

橋本 謙、小野沢博登、仁藤まさか、有賀直広、生駒陽一郎、

武市 悠、河野光智、増田良太、岩崎正之

症例は肺分画症が疑われていた27歳男性、肺化膿症を発症し加療されたのち当科紹介となった。精査にて画像上流入血管を同定することはできなかったが、縦隔腫瘍との鑑別も要し手術を施行した。胸腔鏡下に手術施行し腫瘍は横隔膜に広基性に接して存在したが、流入血管は認めず切除後に横隔膜を一部縫縮した。術後病理診断においても異常血管の同定には至らなかった。

III-42 左3度自然気胸に対して胸腔ドレーン挿入後、再膨張性肺水腫のため挿管管理となった1症例

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

山田明子、柳原章寿、二反田博之、田口 亮、吉村竜一、

石田博徳、坂口浩三

46歳男性、喫煙指数750.5日前からの呼吸苦で近医受診、胸部XPで左3度気胸を認めたため当院へ救急搬送。左胸腔ドレーン挿入直後、激しい咳嗽出現とともに呼吸苦増悪とSpO₂低下を認めCT施行、左肺に再膨張性肺水腫を認めた。さらに呼吸状態が悪化したため挿管管理となった。呼吸状態改善し3日後に抜管したが、エアリークが止まらないため胸腔鏡下左肺上葉部分切除術施行。術後5日目に退院となった。

III-44 当科における肋骨骨折に伴う横隔膜損傷が原因となった遅発性大量血胸の治療経験

前橋赤十字病院 呼吸器外科

大沢 郁、井貝 仁、吉川良平、矢澤友弘、上吉原光宏

肋骨骨折に伴う横隔膜損傷が原因で遅発性大量血胸を来した4例を経験したので報告する。全例鈍的外傷で年齢：60±15歳、男/女：1/3例。受傷-発症までの期間：14時間-30日。左/右：2/2例。術前ドレナージ：2例。手術は全例で肋骨骨折先端に一致した横隔膜損傷と同部位からの持続性出血を認め、横隔膜の縫合止血、肋骨固定術を施行。手術時間：108±39分、総出血量：353±242cc。偏位を伴う下位肋骨骨折は横隔膜損傷による遅発性大量血胸を来す可能性がある。

III-41 脳梗塞発症を契機に診断された若年者肺動静脈瘻の一切除例

慶應義塾大学病院 外科学（呼吸器）

田中浩登、菱田智之、松田康平、中込貴博、鈴木幹人、

加勢田馨、政井恭兵、朝倉啓介、浅村尚生

15歳男性。意識障害で発症した脳梗塞の治療中、胸部CTで左肺上葉の結節陰影を認め、当科へ受診した。造影CTで左S3にA3cからの流入動脈1本、V3cへの流出静脈1本を持つ最大径12mmの結節陰影を認め、肺動静脈瘻と診断した。脳梗塞の原因は肺動静脈瘻による奇異性脳塞栓症と考えられた。血管内治療を試みたが不成功に終わったため、左S3区域切除術を施行した。術後7ヶ月現在、脳梗塞後遺症も軽快し経過良好である。

III-43 長期経過を辿った気管皮膚瘻の1例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

伊藤祐輝、坂入祐一、内藤 潤、山中崇寛、海寶大輔、

大橋康太、椎名裕樹、佐田諭己、豊田行英、山本高義、

森本淳一、和田啓伸、鈴木秀海、中島崇裕、吉野一郎

45歳男性。25年前に気管切開の既往があり、15年前より頸部からの気漏を自覚していた。半年前より気漏が増悪し、気管支鏡で第4気管軟骨1時方向に瘻孔を認めた。CTで気管皮膚瘻の一部が膿瘍腔を形成し、腕頭動脈に近接しており手術適応と考えられた。気管を楔状に切離して瘻孔/膿瘍腔と一塊に摘出し、気管再建を行った。狭窄や感染なく経過観察している。

III-45 胸鎖関節炎に対して胸鎖関節切除を施行した2例

筑波大学附属病院 呼吸器外科

上田 翔、小林尚寛、北沢伸祐、菊池慎二、後藤行延、佐藤幸夫

【症例1】62歳男性。左腰背部痛を契機に発症した多発膿瘍（右胸鎖関節炎、化膿性脊椎炎、右股関節炎）。右胸鎖関節切除と膿瘍ドレナージを施行。創部洗浄と抗菌薬投与を継続も敗血症のため術後41日で死亡。【症例2】46歳女性。左肩痛と呼吸困難を契機に発症した左胸鎖関節炎、右膿胸。左胸鎖関節切除と膿瘍および右胸腔ドレナージを施行。経過良好で術後30日で退院。【考察】胸鎖関節炎は稀な疾患で治療法が確立されていない。当院の経験例と文献的考察を加えて報告する。

第IV会場：701

8:00~8:50 研修医発表（肺、食道）

座長 藤森 賢（虎の門病院 呼吸器センター外科）
小柳 和夫（東海大学医学部付属病院 消化器外科）

研修医発表

IV-1 下葉を温存し得た右肺中葉カルチノイドの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

伊藤貢世¹、東陽子¹、佐野厚¹、大塚創¹、牧野崇¹、
定本聰太²、若山恵²、瀧谷和俊²、伊豫田明¹

70代女性。咳嗽と喀痰を主訴に受診。胸部CTで右中間気管支幹を閉塞する病変と下葉完全無気肺を認め、生検でカルチノイドと診断した。硬性気管支鏡下腫瘍摘除術を先行し、下葉気管支開存が得られ中葉原発と確認。低肺機能のため右中葉および気管支楔状切除術を施行。病理組織学的診断は定型カルチノイドで切除断端陰性だった。術後6ヵ月経過し、下葉の含気は改善し無再発生存中である。

研修医発表

IV-2 術前に異常動脈にコイル塞栓術を施行した肺分画症の一切除例

聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

高橋駿、宮澤知行、有福厚孝、酒井寛貴、木村裕之、
丸島秀樹、小島宏司、佐治久

30歳女性。胸部異常陰影にて前医受診。胸部CTにて右下葉に腫瘍影を認めた。TBLB施行も診断がつかず、PET-CTにて集積を認め、肺癌疑いとなり手術目的に当科紹介受診。Dynamic CTを施行したところ、下行大動脈から異常動脈が確認され、肺分画症と診断した。切除に際し、術前に透視下でのコイル塞栓術を行ったことにより胸腔鏡下分画肺切除を安全に施行できた。術後経過は良好であった。若干の文献的考察を含め、報告する。

研修医発表

IV-3 左葉間リンパ節の部位に発生した肺内神経鞘腫の1例

杏林大学 呼吸器外科

戸瀬颯斗、橘啓盛、三浦隼、須田一晴、田中良太、近藤晴彦
症例は60歳男性、健診で胸部異常影を指摘され受診した。胸部CTで左葉間に2.3cm大的境界明瞭な充実性結節を認めた。経時に増大傾向があり、またPET-CTで集積があることから悪性腫瘍も否定できなかった。しかし、EBUS-TBNAでは紡錘形細胞の集塊を認めたものの、悪性所見は認めなかった。胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行したところ神経鞘腫と診断された。神経鞘腫は末梢神経の存在するあらゆる部位に発症しうるが、肺内や気管支発生例は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

研修医発表

IV-4 食道悪性神経鞘腫の一例

前橋赤十字病院

富澤建斗、宮崎達也、山口亜梨紗、本多良哉、星野万里江、
矢内充洋、宮前洋平、黒崎亮、清水尚、荒川和久、井出宗則
31歳、女性。主訴は食事のつかえ感。GISでは切歎より26-35cm
後壁中心のtype1食道腫瘍を認め、表面は潰瘍となり腫瘍の露出を認めた。CTではLtに約70mm大的腫瘍を認めた。内視鏡生検で核の大小異なる紡錘形細胞が流れるような配列を示しており免疫染色でS-100(+)、keratin(-)、CD34(-)、Desmin(-)であった。MIB-1 LIは25%程度であり悪性神経鞘腫の診断に至った。右開胸、開腹胸部食道亜全摘術、胃管再建術を施行した。

学生発表

IV-17 横隔膜弛緩症に対して横隔膜縫縮術に牽引術を追加した1例

獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科

多田和弘、井上裕道、有本齊仁、田村元彦、小林哲、松村輔二

【症例】44歳男性。画像上左横隔膜が挙上、呼吸困難があったため手術となった。【手術】第8肋間開胸、腹腔鏡插入し、横隔膜を切開縫縮したが不十分であり、横隔膜を肋骨に牽引固定した。【考察】横隔膜弛緩症に対して横隔膜縫縮術を施行したが不十分であった。そのため追加で肋骨に横隔膜を縫合し、牽引固定したところ症状や呼吸機能の改善が認められた症例を経験した。横隔膜牽引術は有用であった。

IV-38 内視鏡的塞栓術が奏功した難治性気管食道瘻の一例

前橋赤十字病院

小澤尚弥、宮崎達也、山口亜梨紗、本多良哉、星野万里江、
矢内充洋、宮前洋平、黒崎亮、清水尚、荒川和久

39歳男性。主訴は発熱、吸気時胸痛。3年前に胸部中部食道癌に対して胸腔鏡下食道亜全摘術を施行。発熱、吸気時胸痛を主訴に救急搬送され誤嚥性肺炎で入院。食道造影、GIS、気管支鏡から気管食道瘻の診断に至った。経管栄養による栄養療法を行ったが瘻孔は閉鎖せず、上部消化管内視鏡下にフィブリノゲン製剤を用いて塞栓術を行い気管食道瘻は閉鎖し再発はない。気管食道瘻において内視鏡的塞栓術は有効な治療法の一つである。

8:50~9:40 研修医発表（心臓）

座長 下川智樹（帝京大学医学部附属病院 心臓血管外科）
國原 孝（東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科）

研修医発表

IV-5 僧帽弁置換術を契機に診断された先天性心膜欠損症の一例

自治医科大学 心臓血管外科

佐藤孝弘、相澤 啓、棚澤壯樹、川人宏次

症例は59歳男性。僧帽弁閉鎖不全にて僧帽弁置換術を施行した。術前レントゲン、CT検査で心臓の左方変異を認めた。胸骨正中切開後、左側心膜の完全欠損を認め、心臓が左胸腔内に脱転していた。先天性心膜欠損症は嵌頓などの可能性がある症例に対して、閉鎖術を考慮するが、本症例では完全欠損であり、閉鎖術は施行しなかった。先天性心膜欠損症は比較的稀な先天性心疾患であり文献的考察を加えて報告する。

研修医発表

IV-6 前立腺生検後感染性胸腹部大動脈瘤の一例

東海大学医学部付属病院 心臓血管外科

津田翔悟、志村信一郎、小田桐重人、岡田公章、尾澤慶輔、岸波吾郎、内記卓斗、長 泰則

68歳男性。前立腺生検翌日より発熱し急性前立腺炎と診断。生検約2週間後のCTで胸腹部囊状大動脈瘤を認め生検6週間後に瘤径は急速に拡大。感染性胸腹部大動脈瘤と診断しメロペネムおよびバンコマイシンの2剤投与開始。生検11週間後に胸腹部置換施行。術中所見で胸腹部大動脈内膜は円形に欠損し同部に膿瘍を伴った血栓が充満。デブリードメントの後、リファンピシン浸漬4分枝付き人工血管で置換した。考察とともに供覧する。

研修医発表

IV-7 David術後、AR増悪に対するAVR時に上行大動脈置換術を要した一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

齊藤琢哉、小前兵衛、辻 重人、安藤政彦、嶋田正吾、

山内治雄、繩田 寛、小野 稔

マルファン症候群、AAEに対し40歳時にDavid手術+上行大動脈人工血管ラッピング施行後、AR増悪、症状出現しAVRの方針とした43歳女性。上行大動脈ラッピング部は外膜が脆弱化し中膜露出。操作中に遠位上行大動脈が破綻。18度にて循環停止とし、逆行性脳灌流下でAVR+open distal吻合による上行大動脈人工血管置換術施行。第14病日に独歩退院。David術後比較的早期のAR及び上行大動脈の予防的ラッピングにつき考察する。

研修医発表

IV-8 上行置換術後中枢吻合部仮性瘤に対しパッチ閉鎖術施行後の新規仮性瘤に対してAmplatzer Vascular Plug2 (AVP2) を用いた治療

1 国立病院機構 東京医療センター

2 国際医療福祉大学

松沢拓弥¹、大迫茂登彦¹、山邊健太郎¹、山田敏之¹、河西未央¹、稻葉 佑¹、青木瑞智子¹、坂本宗久¹、小黒草太¹、関本康人¹、河村朗夫²

84歳男性。A型大動脈解離に対し上行置換術施行し、術後19ヶ月で吻合部仮性瘤が出現しパッチ閉鎖術を施行した。術後32ヶ月に喀血あり、中枢吻合部近傍に新規仮性瘤を認め、AVP2で仮性瘤閉塞術を施行した。経過良好で仮性瘤拡大や新規血管外漏出は認めていない。文献的考察を加え報告する。

研修医発表

IV-9 CTEPH合併ASDに対してパッチ閉鎖術を施行した一例

1 東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科

2 東邦大学医療センター大森病院 循環器内科

判治永律香¹、藤井毅郎¹、岡 崇²、亀田 徹¹、原 真範¹、大熊新之介¹、布井啓雄¹、保坂達明¹、矢尾尊英¹、片山雄三¹、益原大志¹、塙野則次¹、渡邊善則¹

49歳女性。40歳時、ASD/PHと診断、経過観察されていた。47歳時、肺炎契機にLOSとなり肺動脈造影施行しCTEPHと診断(mPAP44mmHg)。PH増悪に伴いEisenmenger化していたが、6回のBPAで改善がみられた(mPAP29mmHg)。PA flow増加によりBPA困難となり、ASD閉鎖術施行。術後合併症なく、肺動脈造影でPA flow・肺動脈圧の低下(mPAP19mmHg)を確認した。

学生発表

IV-10 右心不全を呈した巨大な右室乳頭状弾性線維腫の1例

1 国立病院機構埼玉病院 心臓血管外科

奈良 努、配島功成、浅野竜太、工藤樹彥

83歳女性。数年前から息切れを自覚、精査したところ経胸壁心臓超音波検査で右室後壁に付着する25mm大の可動性腫瘍を認めた。人工心肺使用下に腫瘍摘出術を施行。術中所見では、三尖弁中隔尖右室側に最大径32mmの腫瘍を認め、腱索に強固に癒着しており、三尖弁形成術および慢性心房細動に対して左心耳切除術を施行した。病理所見にて乳頭状弾性線維腫の診断を得た。乳頭状弾性線維腫は比較的稀な心臓腫瘍であり、その中でも右室原発は稀であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

9:40~10:15 学生発表 1

座長 内田 敬二 (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)
伊藤 努 (慶應義塾大学病院 心臓血管外科)

学生発表

IV-11 右総頸動脈に真腔内血栓を併発した急性 A 型大動脈解離の 1 治験例

獨協医科大学病院 ハートセンター 心臓・血管外科

宇佐神潤、加藤 昂、福田宏嗣

症例は 71 歳男性。前医で急性 A 型大動脈解離の診断で当院へ救急搬送。術前 CT では右腕頭動脈の解離進展及び閉塞を認め末梢側は造影されており、内外頸動脈分岐部付近まで解離していた。頸動脈エコーでは右総頸動脈に逆行性血流波、真腔内血栓を認めた。急性 A 型大動脈解離で右総頸動脈まで解離が進展している症例は散見されるが、真腔内に血栓を併発している報告は稀である。本症例は広範囲脳梗塞を回避するための術前戦略を工夫した 1 治験例として報告する。

学生発表

IV-12 エキシマレーザー冠状動脈形成術中に発症した冠状動脈穿孔の 1 例

自治医科大学 心臓血管外科学

錫谷 学、村岡 新、樹沢壯樹、阿久津博彦、清水圭佑、川人宏次

エキシマレーザー冠状動脈形成術 (ELCA) はバルーン拡張が困難な複雑病変に対して有用で合併症が少ないとされている。今回我々は ELCA 中に発症した冠状動脈穿孔に対する手術を経験したので報告する。症例は 55 歳男性。LAD#7 99% に対する ELCA 中に LAD-D1 分岐部で冠動脈穿孔を生じた。緊急で穿孔部の結紮止血 (LAD, D1)、および CABG (SVG-LAD, SVG-D1) を行った。術後経過は良好で術後 23 日目に軽快退院した。

学生発表

IV-13 川崎病冠動脈疾患に対する小児冠動脈バイパス術を行った 1 例

日本医科大学付属病院 心臓血管外科

津島里奈、佐々木孝、石井庸介、高橋賢一朗、新田 隆

12 歳の男児。2 歳時に川崎病を発症。3 歳時に再燃し γ -グロブリン療法を行うも奏功せず 3 枝に冠動脈瘤が形成され、抗血栓療法を行いフォローアップされていた。12 歳時に行った冠動脈造影では RCA は瘤遠位部で完全閉塞し、LAD 頭側には最大径 10mm の瘤を認め、瘤の流出部に 90% 狹窄が認められ、FFR は 0.73 と低下していた。アンモニア心筋血流 PET では心尖部、下壁に高度の集積低下が認められた。CABG の適応と判断され人工心肺使用心停止下に LITA-LAD バイパスを行った。

学生発表

IV-14 右鎖骨下起始異常を伴う解離性大動脈瘤に対する弓部置換とコイル塞栓の 1 例

群馬大学医学部附属病院 循環器外科

渡邊修平、立石 渉、増子雄二、阿部知伸

55 歳女性。CT にて慢性解離性弓部大動脈瘤と異所性右鎖骨下動脈を認めた。右鎖骨下動脈は瘤より起始しておりアプローチに難渋することが予測された。そこで、まず右鎖骨下動脈の起始の塞栓を行い、翌日に行なう弓部置換、右鎖骨下動脈バイパス術を行った。ハイブリッド治療を施行することで通常の弓部置換と同じ手技で再建することができ、循環停止時間も短縮できるため有用であった。文献的考察を加えて報告する。

10：15～10：40 学生発表 2

座長 北村 律（北里大学病院 心臓血管外科）
増田 良太（東海大学医学部付属病院 呼吸器外科）

学生発表

IV-15 重症下肢虚血および冠動脈狭窄症依存症例に対して同時手術を施行した1例

1 獨協医科大学

2 獨協医科大学病院 心臓・血管外科

大久保翔平¹、関 雅浩²、柴崎郁子²、緒方孝治²、小川博永²、
武井祐介²、桐谷ゆり子²、加藤 昂²、福田宏嗣²

症例は69歳女性。CKD on HD due to DM nephropathy。ASO(CLI with ulcer) Fontaine4、Rutherford4、W1If1にて術前精査。LAD #7 90% with calc を認め PCIは困難が予想される病変であったため外科的加療の方針となった。MID-CABG (LITA-LAD) および F-P bypass を並行して同時に施行。手術時間短縮およびリスク低減の観点から有用な方法と考えられた。

学生発表

IV-16 三尖弁位感染性心内膜炎の一小児例

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

武藤史彦、町田大輔、森 佳織、渋谷泰介、富永訓央、
郷田素彦、磯松幸尚、鈴木伸一、益田宗孝

症例は9歳女児。弛張熱と両下肢痛を主訴に前医入院。精査にて三尖弁位感染性心内膜炎が疑われ当院転院。心エコーにて三尖弁前尖に付着する 1cm 大の疣腫と中等度三尖弁逆流を認め、CT で両側肺多発塞栓を認めた。血液培養で MSSA 陽性。4 週間の抗菌薬投与後に炎症は改善も疣腫変化せず、疣腫切除・三尖弁形成術を施行した。術後経過は良好で軽快退院した。小児の三尖弁位感染性心内膜炎は稀であり文献的考察を加え報告する。

学生発表

IV-18 診断に苦慮した多発肺結節の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 呼吸器外科

小川 曜、松平秀樹、野田祐基、加藤大喜、森 彰平、

仲田健男、浅野久敏、大塚 崇

生来健康な30歳代女性。突然の意識障害をきたし前医に緊急入院。意識障害は速やかに回復したが、原因が不明だった。その際に施行したCTで両側肺に多発結節影及び縦隔リンパ節腫大、腋窩リンパ節腫大を指摘された。腋窩と縦隔リンパ節からは有意な病理所見が得られなかったが、リンパ増殖性疾患を疑い胸腔鏡下左肺部分切除を行った。病理診断の結果、MALT lymphoma が疑われたが病理学的に確定困難だったため今後の方針を検討中である。

IV-19 食道胃接合部癌における頸部・上縦隔リンパ節転移リスク因子の解析

千葉大学大学院・医学部 先端応用外科学

村上健太郎、豊住武司、上里昌也、松原久裕

【対象と方法】2002年から2017年までに当科にて根治切除を施行した食道胃接合部癌（西分類）79例を対象とし、単变量解析を施行した。【結果】頸部・上縦隔リンパ節転移は8/79例（10.1%）に認められた。単变量解析では、食道浸潤長と腫瘍径では有意差が得られず、腹部・中下縦隔リンパ節転移陽性、リンパ管侵襲陽性で有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。【まとめ】本検討では、食道浸潤長に関わらず頸部・上縦隔リンパ節転移をきたす可能性が示された。

IV-20 癌性狭窄における食道ステント留置術の工夫

東海大学医学部附属病院 消化器外科

谷田部健太郎、小柳和夫、數野暁人、山本美穂、二宮大和、小澤壯治

癌性狭窄に対する食道ステント留置後の長期生存例の増加に伴い種々の合併症が問題となる。今回、食道ステント留置後、腫瘍増殖に伴い食道ステントを再留置した症例について報告する。症例は、66歳男性、食道癌多発転移の症例に対して、通過障害改善目的に食道ステントを挿入した。ステント挿入1か月後に、肛門側の腫瘍増殖に伴う通過障害を認め、食道ステント追加留置術を施行した。本症例では、ステント逸脱が生じない工夫としてステント同士が1/2以上重なるよう留置した。

IV-21 cT4胸部食道癌に対する根治的化学放射線療法後のSalvage手術における鏡視下手術

埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科

宮脇 豊、佐藤 弘、藤原直人、楣田浩文、岡本光順、

桜木信一、山口茂樹、小山 勇

高度侵襲手術である食道癌手術に対する鏡視下手術の普及に伴い、徐々に適応拡大されているものと思われる。従来の開胸手術と比較した短期・長期的な安全性等についてはJCOG1409での検証中であるが、拡大視効果による手術操作が可能となることは大きな利点といえる。当院ではdCRT後の遺残・再発症例に対するsalvage手術に対しても鏡視下手術を導入している。術中操作を含め、症例を供覧する。

IV-22 次期食道癌診療ガイドラインへ期待すること

東邦大学大学院消化器外科学講座

島田英昭

2017年に第4版の食道癌診療ガイドラインが発刊され、英文版も2019年1月のEsophagusに掲載された。MINDS推奨の外形基準に準拠しており、高い評価を得ている。第5版に向けた改訂作業が進んでいるが、臨床現場からの積極的かつ建設的な提案が歓迎される。【外形基準は？】【Clinical Questionは？】【Quality Indicatorは？】について今後のガイドラインへの期待を述べる。

IV-23 高齢者食道癌手術における合併症発生率の検討

群馬大学大学院 総合外科学

斎藤秀幸、栗山健吾、吉田知典、原 圭吾、酒井 真、

宗田 真、調 憲

胸部食道全摘、3領域リンパ節郭清、胃管再建術を施行した301例を対象とし、75歳以上（32例）、75歳未満（269例）として後方視的に比較検討した。手術時間、術中出血量、術後ICU在室日数は両群間でほぼ同等であった。術後入院日数はE群で延長する傾向にあった。術後合併症発症割合（%）は、循環器疾患（E:C=7.4:15.6）、呼吸器疾患（E:C=9.7:15.6）であり、高齢者で多い傾向にあったが統計学的な有意差は認めなかった。

IV-24 遠隔転移病変を有す食道癌に対する成績の検討

国立がん研究センター東病院 食道外科

藤田武郎、佐藤琢爾、佐藤和磨、平野佑樹、藤原尚志、大幸宏幸

【はじめに】cStageIV（7th: 104LN除く）食道癌の術前治療後に手術を施行症例に関する検討を行った。【対象】食道切除術1018例のうちcStageIV（7th）で104LN転移を除外した47例を対象。【結果】遠隔部位は#16a2lat: 18例・#112aoP: 11例。また臓器転移切除症例では、肺/肝/胸膜: 1/1/1例。術前治療はDCF/FP/CRT療法: 31/6/7例であった。【結語】cStageIV食道癌に対し、#112aoPや#16a2lat陽性症例に関しては、術前治療奏功例には食道切除術の適応も考慮されうる。

**IV-25 胸部食道癌手術における心臓血管外科との合同手術の
検討**

1 埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科

2 埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

佐藤 弘¹、宮脇 豊¹、藤原直人¹、桜本信一¹、岡本光順¹、

山口茂樹¹、小山 勇¹、吉武明弘²、朝倉利久²、中嶋博之²

胸部食道癌手術は、心臓血管外科と合同で手術を施行することは、根治性、安全性のため重要であると思われる。当院では、手術中に心停止を認め PCPS を挿入した症例、大動脈浸潤の症例に対しての止血術、根治的化学放射線療法後の食道癌出血に対して大動脈ステント挿入後の食道切除術を経験した。それぞれの症例の経過、考察を加え報告する。

13:50~14:50 食道2

座長　村上 健太郎（千葉大学大学院・医学部 先端応用外科学）

IV-26 頸部食道癌の根治的化学放射線療法後局所再発に対し右腕頭動脈合併切除により根治切除をし得た1例

国立がん研究センター中央病院 食道外科

小林毅大、小熊潤也、金森 淳、石山廣志朗、栗田大資、
金森浩平、大幸宏幸

70歳男性で、頸部食道癌（cT3N1M0 Stage IIIA）との診断に対して根治的化学放射線療法を施行し、治療効果はCRであったが、治療後6か月に局所および照射野内リンパ節再発を認めた。画像上気管および右腕頭動脈浸潤を認めたが、サルベージ手術として、咽喉頭食道切除、右腕頭動脈合併切除、人工血管再建、空腸再建、縦隔気管孔造設を施行し、術後経過は良好であった。

IV-28 左半腹臥位胸腔鏡下亜全摘における上縦隔リンパ節郭清の工夫

上尾中央総合病院 外科

田中 求、樋口 格、稻田秀洋、若林 剛

現在われわれは左半腹臥位で胸腔鏡下食道亜全摘を施行している。まず食道背側の臓側胸膜の切離を行い、その後に右迷走神経をテーピングして、から右反回神経周囲リンパ節の郭清を行う。次に中下縦隔の操作を行い、気管分岐部で食道のテーピングを行った後、食道を間膜化して、上縦隔で食道のテーピングをさらに行いダブルテーピングとして、左反回神経周囲リンパ節の郭清を行っている。今回、術前DCF療法後の症例の上縦隔リンパ節郭清の動画を供覧する。

IV-30 リピオドールリンパ管造影と選択的胸膜瘻着術により治癒し得た食道癌術後遅発性乳び胸の1例

国立がん研究センター中央病院 食道外科

金森浩平、金森 淳、小熊潤也、石山廣志朗、栗田大資、
大幸宏幸

52歳男性で、食道癌（UtCe cT3N1M0 Stage IIIA）に対して、術前DCF療法を3コース施行後、胸腔鏡下食道切除、胸骨後経路腹腔鏡下胃管再建、3領域リンパ節郭清を施行した。経過良好で第13病日に軽快退院したが、第27病日に呼吸苦を自覚し、右胸水貯留を認めた。遅発性乳び胸として保存的治療を行うも奏効せず、リピオドールリンパ管造影およびOK-432による選択的胸膜瘻着術を順次施行して徐々に改善した。

IV-27 頸部先行アプローチにて鏡視下食道切除術を施行した右大動脈弓を有する食道癌の1例

がん研究会明病院

高橋慶太、岡村明彦、上月亮太郎、間端 輔、今村 裕、
峯 真司、渡邊雅之

症例は60歳女性、食道扁平上皮癌を指摘され当院紹介。造影CTにて右側大動脈弓を認めた。頸部から反回神経周囲リンパ節郭清を先行し、鏡視下食道亜全摘・3領域リンパ節郭清を施行した。術後経過は良好で術後17日目に退院となった。右側大動脈弓症例は上縦隔でvascular ringを形成し、特に反回神経周囲のリンパ節郭清が困難となるが、頸部操作を先行することでリンパ節郭清を伴う食道切除術を安全に施行し得た。

IV-29 胸骨後経路再建胃管の胸腔内脱出の2例

神奈川県立がんセンター

下田陽太、尾形高士、原健太朗、長澤伸介、中園真聰、
熊頭勇太、林 勉、山田貴允、大島 貴

胸骨後経路再建胃管の胸腔内脱出に対して経裂孔的に手術を行った2例を報告する。症例1：74歳女性。食道癌術後10年目に繰り返す嘔吐に対する精査で発見された。胃管が右側へ偏位し横隔膜にあたり屈曲していた。屈曲を解除し胃管を尾側へ牽引し腹壁と固定した。症例2：73歳女性。術後1週間目に胃管拡張を契機に発見された。残胃前庭部から挿入した腸瘻を軸として胃管が右側に屈曲していた。腸瘻を抜去し屈曲を解除し胃管を腹壁に固定した。

IV-31 胃管がんに対してNEWSを施行し、重篤な術後経過となった一例

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科

小澤広輝、川久保博文、眞柳修平、入野誠之、福田和正、
中村理恵子、和田則仁、北川雄光

胸部食道がん術後胃管がんに対して、胃管抜去は過大侵襲と考え、NEWSを施行した。しかし術後早期に縫合不全を認め、ARDSとなり胃管抜去を施行し、全身状態が改善したところで結腸再建を施行した。術後15ヶ月現在再発なく経過している。胃管がんに対するLECSは技術的には可能であるが、その胃管血流の悪さから創傷治癒不良となりやすく、適応をよく吟味して施行るべき治療法と考えられた。

IV-32 食道癌術後に発症した劇症型溶血性レンサ球菌感染症 の一例

国立がん研究センター東病院 食道外科

佐藤和磨、平野佑樹、佐藤琢爾、藤原尚志、藤田武郎、大幸宏幸
劇症型溶血性レンサ球菌感染症は致死率 30% 程度の重篤な感染症
である。今回、食道癌術後に発症した症例を経験した。症例は 59
歳、男性。下咽頭癌・食道癌に対して咽頭喉頭食道全摘後。術後
1ヶ月で脱水のため入院。同日夜間に意識レベル低下、ショック
状態になり集中治療室へ入室。人工呼吸器管理、循環管理および
血液透析や壊死性筋膜炎に対する外科的ドレナージを含めた集学
的治療により救命し得た。早急な対応と集学的治療が重要であつ
た。

16:10~17:00 食道3

座長 藤田武郎（国立がん研究センター東病院 食道外科）

IV-33 胃食道逆流症への腹腔鏡下噴門形成術の手術操作の工夫

柏厚生総合病院 外科

小花彩人、諫訪達志

【背景】本邦での胃食道逆流症（GERD）の患者数は増加傾向にあり、良性疾患であるGERDへの手術では、安全性、簡便性、そして効果性が求められる。【手術操作の工夫】横隔膜右脚に沿って腹膜を切離、横隔膜左脚に向かい鈍的剥離を行い胃周囲の血管損傷を防ぐ。短胃動脈の処理、左横隔膜脚の剥離では、左上腹部のポートより視野を得る。食道外膜から距離をとり横隔膜脚に沿った剥離を行い、迷走神経損傷や食道壁血行障害を避ける。【結果】上記の手技で100例施行。全例で術後の胃食道逆流は消失し、著明に改善を得た。

IV-34 術後気胸を発症した複合型食道裂孔ヘルニアの1例

獨協医科大学病院 第一外科

阿久津律人、中島政信、室井大人、菊池真緒子、小嶋一幸

症例は45歳の男性。検診で食道裂孔ヘルニアを指摘され当科紹介となった。胸腹部CT検査で縦隔に胃と横行結腸が脱出しており、複合型食道裂孔ヘルニアの診断で腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア修復術を施行した。術直後の胸部X線は異常を認めなかったが、術後1日目に左の気胸を認め、胸腔ドレーンを挿入した。術後4日目に胸腔ドレーン抜去し、術後6日目に退院となった。当術式における術中気胸の報告は散見されるが、術後気胸に関する報告例は稀である。文献学的考察を加えて報告する。

IV-35 医原性横隔膜ヘルニアに対して腹腔鏡下横隔膜ヘルニア修復術を施行した1例

1 済生会宇都宮病院 外科

2 済生会宇都宮病院 呼吸器外科

松本健司¹、山口雅利¹、田島敦志²、篠崎浩治¹

症例は53歳男性。当院呼吸器外科にて左上葉肺癌に対して胸腔鏡下左舌区区域切除術+S8合併切除術施行した。術中に横隔膜を損傷し、自動縫合器にて損傷部を閉鎖した。術後5日目に左横隔膜損傷、医原性横隔膜ヘルニアを発症した。術後7日目に、腹腔鏡下左横隔膜ヘルニア修復術を施行した。腹腔鏡操作で瘻着剥離を施行し、ヘルニア門を単純縫合閉鎖し、欠損部をsymbotexメッシュを使用し閉鎖を行い、安全に手術施行可能であった。

IV-36 食道横隔膜上真性憩室に対して胸腔鏡憩室切除術を施行した1例

獨協医科大学病院 第一外科

井上 昇、中島政信、菊池真緒子、室井大人、山口 悟、

土岡 丘、小嶋一幸

78歳男性。X-5年頃に食後の嘔吐を自覚。精査にて食道憩室を指摘された。嘔吐の増悪を認め、X-1月に再度精査施行し、食道憩室内に食事が停滞することによる症状と判断され、手術目的に当科紹介受診となった。手術は腹臥位による左胸腔鏡下手術を行い、リネアステープラーを用いて憩室を切除した。病理検査では固有筋層は保たれており、真性憩室の診断であった。真性憩室に対して胸腔鏡下食道憩室切除術を施行した1例を経験したので報告する。

IV-37 大動脈弓部位置換術後、食道穿孔の1例

1 東京医科歯科大学医学部附属病院 食道外科

2 東京医科歯科大学医学部附属病院 心臓血管外科

松井俊大¹、中島康晃¹、大井啓司²

症例は60歳代女性。嘔声、発熱を主訴に前医受診、感染性大動脈瘤と診断、大動脈弓部位置換術施行した。術後検査にて食道穿孔が判明、当科紹介となった。

食道は2cm大の穿孔あり、人工血管が露出していた。感染は制御下にあり、右開胸開腹食道亜全摘、後縫隔胃管再建、大網充填術を施行し、術後経過良好である。

人工血管置換術後の食道穿孔は感染制御の観点から分割手術も選択肢となるが、今回、食道切除一期的再建を行った症例を経験したので報告する。

IV-39 演題取り下げ

17:00~17:50 食道4

座長 佐藤

弘 (埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科)

IV-40 食道を取り囲む囊胞と術前診断した螺旋状形態を呈した食道平滑筋腫の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科

塚本 遙、矢部三男、尾高 真、秋葉直志、三澤健之
29歳男性。健康診断で胸部異常陰影を指摘され当院を受診した。CTで胸部下部食道を螺旋状に亜全周性に取り囲む、内部均一な低吸収な腫瘍を認めた。MRIではT1強調像でわずかに高信号、T2強調像で低信号を示した。超音波内視鏡では食道粘膜は正常で、後縫隔囊胞性疾患と診断し開胸手術を行った。術中所見では食道を取り囲む弾性軟腫瘍で、食道筋層を一部切除し腫瘍を摘出した。病理診断は平滑筋腫であった。術前画像診断、手術アプローチについて考察する。

IV-42 肝硬変を合併した食道癌肉腫に対し二期分割手術を行った1例

1 東京記念病院 外科

2 東海大学医学部付属病院 消化器外科

加藤文彦¹、松尾健太郎¹、星野尚大¹、山田美鈴¹、谷 紀幸¹、
林 浩二¹、神徳純一¹、小柳和夫²

【症例】56歳男性。上部消化管内視鏡では切歯36-41cm左壁に不整な隆起性腫瘍を認めた。肝表面不整・辺縁鈍化あり、Child-Pugh A(6点)のアルコール性肝硬変を合併していた。【手術】一期目に右開胸食道亜全摘+2領域郭清+頸部食道瘻造設、二期目に胸壁前経路胃管再建+胆囊摘出術+空腸瘻造設を施行した。【病理組織診断】食道癌肉腫 Lt T2N0M0 【結語】二期分割手術はハイリスク食道腫瘍症例に対し有用である。

IV-44 異所性胃粘膜に発生した食道腺癌に対して内視鏡切除を施行した1例

慶應義塾大学 医学部 外科学教室

磯部雄二郎、真柳修平、入野誠之、福田和正、中村理恵子、
和田則仁、川久保博文、北川雄光

症例は64歳男性。嚥下困難を主訴に近医で上部消化管内視鏡検査を施行し、食道入口部の異所性胃粘膜内に0-IIa病変を認めたため当院へ紹介。精査の結果、UtCe cType0-II a tub1 cT1b (SM1) N0M0 cStageIと診断され、診断的治療として内視鏡的粘膜下層剥離術を施行。病理結果は、異所性胃粘膜に発生した食道癌 pType 0-II a tub1>tub2 pT1b (SM1) INFb ly0 v0 pHM0 pVM0と診断された。発生部位と術後瘢痕狭窄症状を考慮し、追加治療は施行せずに現在経過観察中である。

IV-41 EP療法で完全奏功が得られた食道神経内分泌癌の1例

東海大学医学部付属病院 消化器外科

二宮大和、小柳和夫、數野暁人、山本美穂、谷田部健太郎、
小澤壯治

74歳男性。嚥下時違和感を主訴に当科を受診した。精査の結果、食道神経内分泌癌 (Lt、cType1、cT2、N0、M0、StageII) の診断となり、エトボシド+シスプラチニ療法 (EP療法: エトボシド 100mg/m2、シスプラチニ 80mg/m2) を施行した。5コース終了後に行った上部消化管内視鏡では腫瘍瘢痕のみで、同部からの組織生検では悪性像は認めず、CTでも新規病変の出現は認めなかった。以降無治療で経過観察を行っているが、治療開始から10か月間、完全奏功を維持している。

IV-43 食道類基底細胞癌の1切除例

東京医科大学八王子医療センター 消化器外科・移植外科

横塚 慧、田渕 悟、中川 雅、小金澤樹、疋田康祐、

小林敏倫、佐野 達、富田晃一、筒井りな、桑原 寛、

新後閑正敏、千葉齊一、久田将之、片柳 創、河地茂行

食道類基底細胞癌は、全食道癌の約0.1%を占める比較的まれな疾患である。食道類基底細胞癌と診断し腹臥位胸腔鏡下食道亜全摘術を行った1例を経験したので報告する。症例は68歳、男性。胃噴門部のリンパ節腫脹があり T1bN1M0 StageIIと診断し術前化学療法 (FP2 クール) を行った後、手術を行った。食道類基底細胞癌につき文献報告とともに報告する。

IV-45 食道癌術後転移性肺腫瘍切除後に長期生存が得られた一例

千葉大学 大学院・医学部 先端応用外科学

豊住武司、村上健太郎、上里昌也、松原久裕

症例は43歳男性。胸部食道癌に対して右開胸開腹食道亜全摘術、後縫隔経路胃管再建、頸部郭清術を施行。病理検査結果は pT1b-SM 1、pN0、pM0 pStageIで術後補助療法は施行しなかった。術後2年2ヶ月で右肺下葉に腫瘍性病変出現。右肺腫瘍に対して胸腔鏡下右下葉切除術、リンパ節郭清術を施行し病理検査結果で転移性肺腫瘍のリンパ節転移 (No.11i (肺癌取り扱い規約)) の確定診断を得た。術後補助療法は追加せず肺腫瘍切除後7年3ヶ月無再発生存中。多少の考察を加えて報告する。