

第181回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時： 2019年11月9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 602（6階）

第Ⅰ会場 601（6階）

第Ⅱ会場 606（6階）

第Ⅲ会場 706（7階）

世話人会 702（7階）

幹事会 701（7階）

会長： 河田 政明

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

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

TEL：0285-58-7368 FAX：0285-44-6271

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（時間厳守でお願いいたします）。

(4) 追加発言、質疑応答は地方会記事には掲載いたしません。

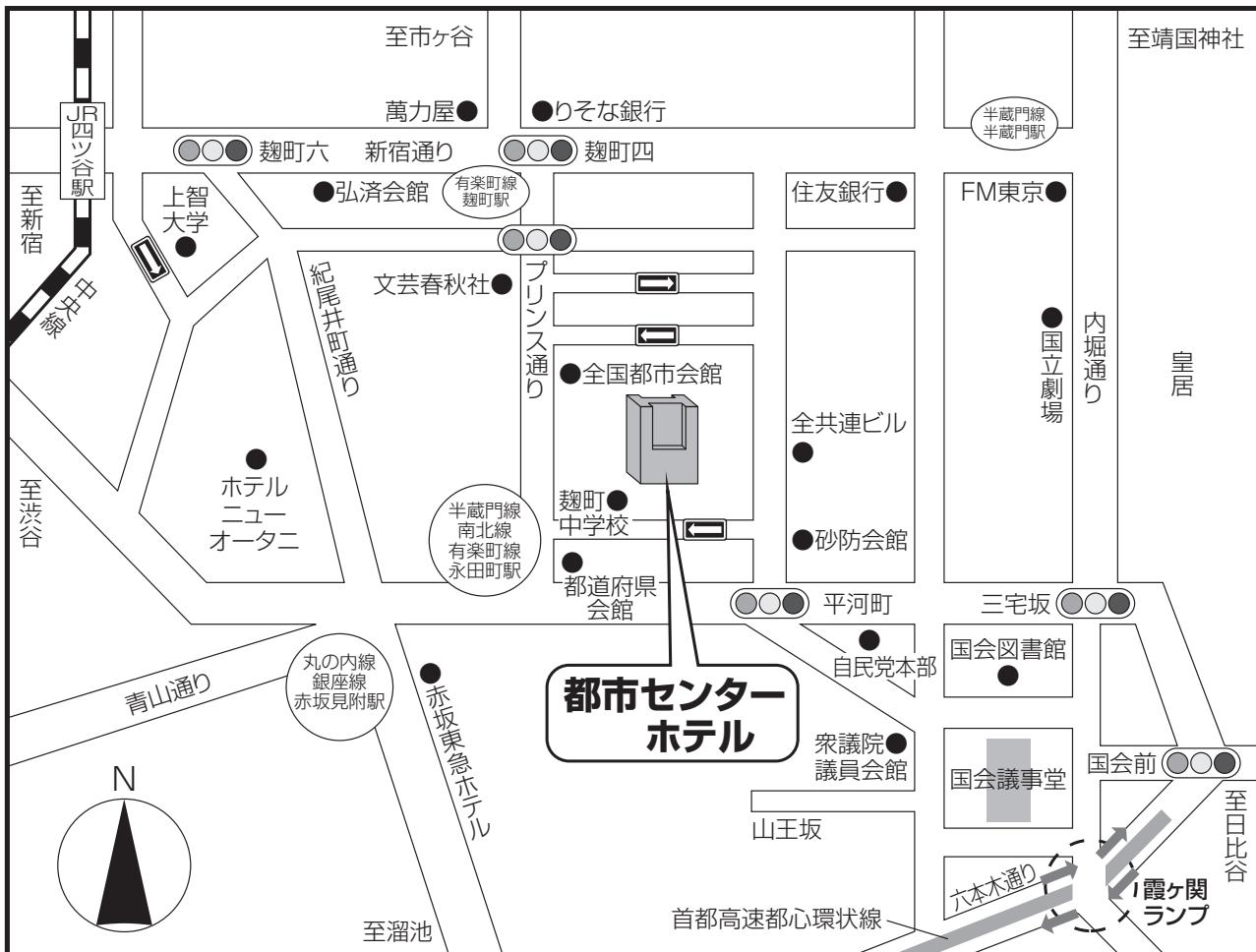
(5) 筆頭演者は当会会員に限ります（医学生・研修医は除く）。

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。

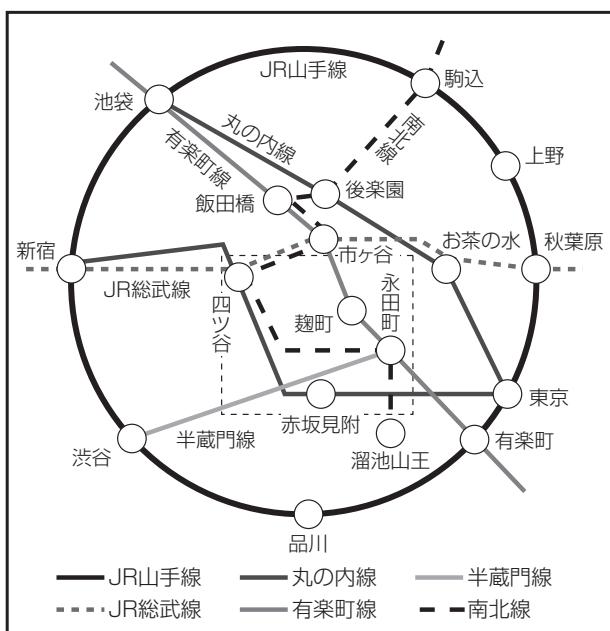
【会場案内図】

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

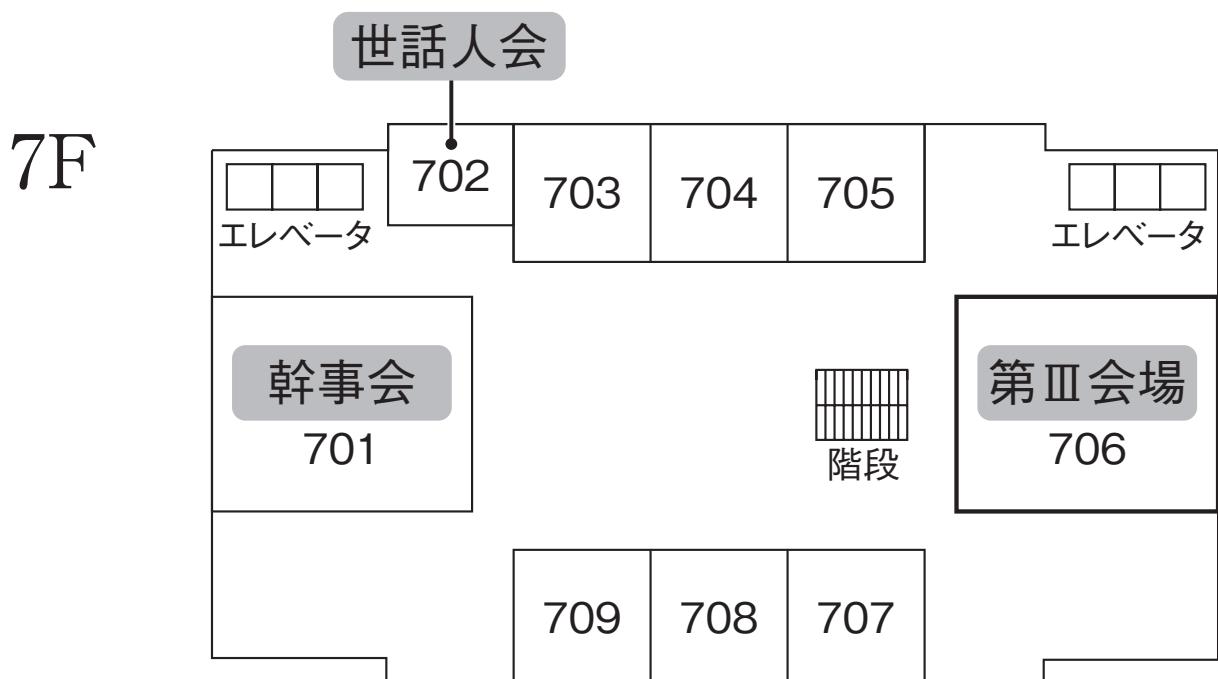
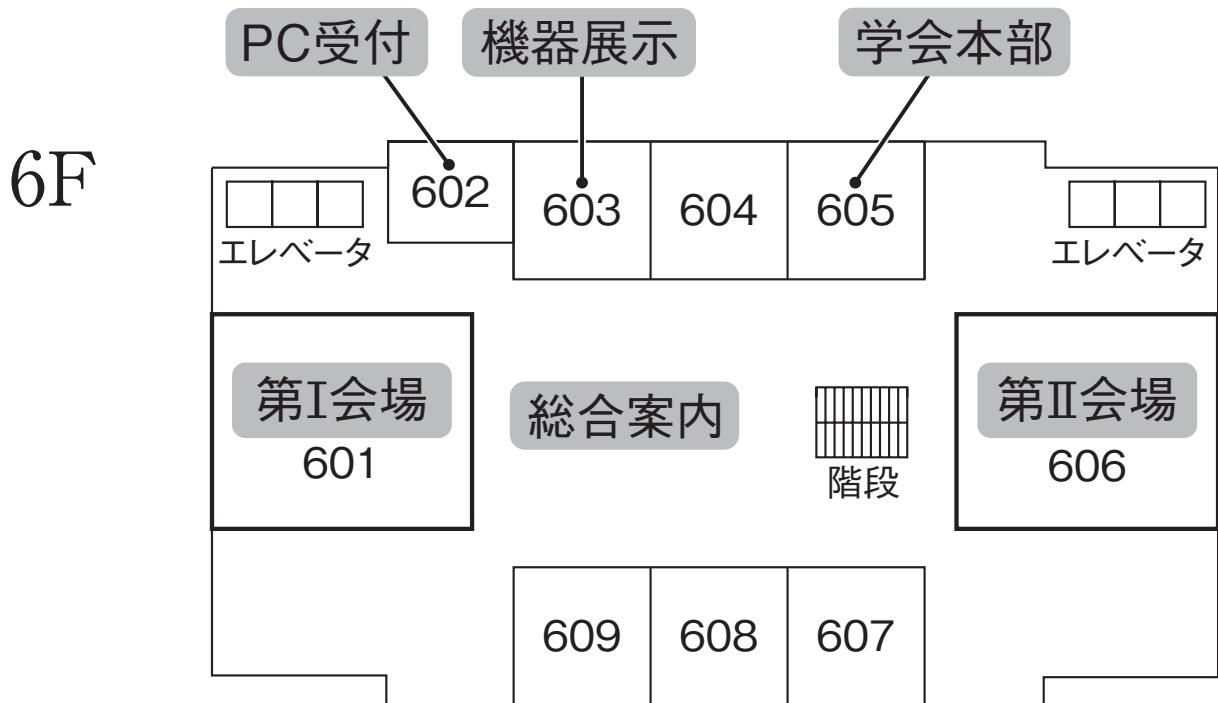
◆都バス

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
8:00	10:00~10:50 世話人会 (702)	
8:10~8:15 開会式		
8:20~9:16 心臓：初期研修医 (審査員：瀬戸達一郎) 1~7 山口 敦司 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科	8:20~9:24 心臓：学生、初期研修医 (審査員：中島博之) 1~7、40 村田聖一郎 板橋中央総合病院 心臓血管外科	8:20~9:24 肺：学生、初期研修医 (呼吸器) ① (審査員：藤森 賢) 1~8 伊豫田 明 東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野
9:00		
9:16~10:12 心臓：大血管① 8~14 大木 伸一 新小山市民病院 心臓血管外科	9:24~10:20 心臓：先天性、成人 8~13 吉積 功 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	9:24~10:36 肺：学生、初期研修医 (呼吸器) ② (審査員：坪地宏嘉) 9~16、27 白田 実男 日本医科大学 呼吸器外科
10:00		
10:12~11:00 心臓：心不全、補助循環 15~20 繩田 寛 聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科	10:20~11:08 心臓：先天性、小児① 14~19 野村 耕司 埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科	10:36~11:24 肺：手術、合併症① 17~22 牧野洋二郎 東京医科大学病院 呼吸器外科・甲状腺外科
11:00		
11:00~11:48 心臓：弁膜症① 21~26 柴崎 郁子 獨協医科大学 心臓・血管外科	11:08~11:56 心臓：先天性、小児② 20~25 宮原 義典 昭和大学病院 小児循環器・成人先天性心疾患センター	11:24~12:04 肺：手術、合併症② 23~26、28 稲垣 雅春 土浦協同病院 呼吸器外科
12:00	11:00~11:50 幹事会 (701)	
12:10~13:00 ランチョンセミナー 1 「私の大動脈弁治療」 座長 川人 宏次 演者 國原 孝 東京慈恵会医科大学 心臓外科 共催：エドワーズライフサイエンス株式会社	12:10~13:00 ランチョンセミナー 2 「大動脈解離に対する ステントグラフト治療の変遷」 座長 岡本 竹司 新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科 演者 佐藤 真剛 水戸医療センター 心臓血管外科 共催：日本ゴア株式会社	12:10~13:00 ランチョンセミナー 3 「肺癌に対する胸腔鏡手術」 座長 伊豫田 明 東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野 演者 坪地 宏嘉 自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科 共催：コヴィディエンジャパン株式会社
13:00		

第I会場 601		第II会場 606		第III会場 706	
13:00	13:00~13:10 学生、研修医表彰式(心臓)			13:00~13:10 学生、研修医表彰式(肺)	
	13:10~13:58 心臓：弁膜症② 27~32 相澤 啓 自治医科大学 心臓血管外科	13:10~13:58 心臓：先天性、小児③ 26~31 朴岡 歩 埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科		13:10~14:06 肺：縦隔、胸壁疾患 29~34 和田 啓伸 千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科	
14:00	13:58~14:54 心臓：IE 33~39 高野 環 長野赤十字病院 心臓血管外科	13:58~14:46 心臓：虚血性心疾患 32~37 岡村 誉 練馬光が丘病院 心臓血管外科		14:06~15:02 肺：食道、外傷、その他 35~41 金井 義彦 自治医科大学 呼吸器外科	
15:00	14:54~15:42 心臓：TEVAR 40~45 堀 大治郎 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科	14:46~15:26 心臓：大血管② 38、39、41~43 由利 康一 東京都立墨東病院 心臓血管外科		15:02~15:50 心臓：周術期管理 42~47 松村 洋高 東京慈恵会医科大学 心臓外科	
16:00	15:42~16:30 心臓：大動脈解離① 46~51 片山 郁雄 湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科	15:26~16:14 心臓：外傷、その他 44~49 中村 賢 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓外科		15:50~16:46 心臓：大動脈解離、その他 48~54 安達 晃一 横須賀市立うわまち病院 心臓血管外科	
17:00	16:30~17:10 心臓：腫瘍 52~56 長沼 宏邦 東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科				
18:00	17:10~17:20 閉会式				

第Ⅰ会場：601

8:20~9:16 心臓：初期研修医（審査員：瀬戸達一郎）

座長 山口 敦司（自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科）

研修医発表

I-1 mTOR阻害薬を中止し手術に臨んだ腎移植後OPCABの一例

1 東京女子医科大学病院 心臓血管外科

2 東京女子医科大学大学院 重症心不全制御学分野

手塚大樹¹、市原有起¹、齋藤 聰¹、布田伸一²、新浪博士¹

献腎移植の既往がある72歳男性。術前Cr 1.8mg/dl。冠動脈3枝病変を認めCABG予定であったが、創傷治癒遅延のリスクが高い免疫抑制剤エベロリムスを内服中であった。併用していたタクロリムスを慎重な腎機能モニタリングのもとで增量エベロリムスの中止に成功。OPCAB (LITA-DIAG-LAD, SVG-OM-4PD) を施行し、術後は創部合併症・拒絶反応なく退院した。mTOR阻害薬内服中の患者における周術期マネージメントの一例を示す。

研修医発表

I-2 胸部違和感を主訴に偶然発見された9cmの上行大動脈瘤の一例

東京医療センター 心臓血管外科

松沢拓弥、大迫茂登彦、山邊健太朗、河西未央、稻葉 佑、青木瑞智子

症例は82歳女性。胸部違和感を主訴に近医受診。胸部CTでの精査を行ったところ、9cmもの巨大な上行大動脈瘤を指摘された。切迫破裂や解離の所見などは認めなかっために、術前精査の後に、予定手術として上行大動脈人工血管置換術を施行した。今回我々は9cmもの巨大な上行大動脈瘤を偶然に発見し安全に治療し得たが、これだけ巨大な動脈瘤の治療報告は稀であるため、文献的考察を含め報告する。

研修医発表

I-3 僧帽弁置換術（MVR）後16年後、stuck-valveのためテフロンフェルトでスカートを作成した人工弁による再MVRを行った1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

齋藤麻美子、相澤 啓、川人宏次

症例は73歳女性。16年前にMVR、mazeを行っている。心不全のため入院し、重症僧帽弁閉鎖不全、Hb9.1、LDH1445を指摘された。弁周囲逆流による溶血、心不全を考え手術を行ったが、術中の所見で残存した後尖弁尖による人工弁のstuckを認めた。手術は人工弁除去後の肥厚した弁輪に人工弁がstuckしないようテフロンフェルトでスカートを作成した人工弁をsupra-annularに縫着するMVRを行った。術後の経過は良好で独歩退院となった。

研修医発表

I-4 高度頸動脈狭窄・重症三枝病変を伴った巨大弓部大動脈囊状瘤と腹部大動脈瘤の一例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

中西敬太郎、茂木健司、櫻井 学、橋本昌典、谷 建吾、伊藤駿太郎、高原善治

79歳女性。拍動性の腹部腫瘤を自覚し近医にて腹部大動脈瘤を疑われ当院紹介。CTで腹部大動脈瘤(65mm)と弓部大動脈囊状瘤(70mm)を認め早期の手術を予定したが、高度頸動脈狭窄と重症三枝病変を合併することが判明した。人工心肺の使用は高リスクと考えOPCAB1 (SVG-LAD) /Total debranch TEVAR/EVARを一期的に行い、術後脳合併症なく、24PODに退院した。RCA/LCX領域は再入院しPCIを行い冠動脈の完全血行再建を行った。

研修医発表

I-5 偽腔血栓閉塞型A型大動脈解離発症後、拡大するULPに対する治療

山梨大学医学部附属病院 第二外科

萩原裕大、榎原賢士、吉田幸代、河合幸史、白岩 聰、

本田義博、加賀重亜喜、鈴木章司、中島博之

偽腔血栓閉塞型A型大動脈解離に対して一定の条件下では通常保存的治療を選択することが多い。しかし、ulcer like projection (ULP) の拡大を示した場合、解離の進展、再解離の危険性が高くなるため侵襲的治療が必要である。我々は偽腔血栓閉塞型A型解離発症後、経過中にULP拡大を認めた2症例に対し、それぞれステントグラフト内挿術、弓部置換術+オーブンステントグラフト法を行い良好に経過したので報告する。

I-6 右冠動脈起始異常を伴う慢性a型乖離とsevere ARに対してDavid手術を施行したAlport症候群の一例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

坂田朋基、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、渡邊倫子、乾 友彦、中島理子、松宮護郎

29歳時腎生検にてAlport症候群の診断となった39歳女性。来院2ヶ月前から労作時呼吸困難が出現しエコーにてsevere AR、Valsalva洞拡大を認め当科紹介となった。基部から弓部まで解離しており、右冠動脈は左右間交通上からの起始部に狭窄を認めた。David手術+部分弓部置換+冠動脈形成を施行した。Alport症候群の心大血管病変の合併は稀であり、文献的考察を加え報告する。

研修医発表

I-7 上行置換術後に発症した特発性心破裂に対し破裂部修復術を施行した一例

平塚市民病院 心臓血管外科

鴨川美咲、井上仁人、小谷聰秀、若田部誠

81歳女性。Stanford A型、血栓閉塞型大動脈解離に対し上行弓部置換術・Frozen elephant trunk法を施行した。循環動態は落ち着いており手術翌日抜管、術後3日目にICUを退出し経過は良好であったが術後5日目で急変した。心肺蘇生後施行した造影CTで心尖部に穿孔、心尖部仮性瘤の所見がみられ、特発性心破裂に対し破裂部修復術を施行した。心筋梗塞を伴わない特発性心破裂は非常に稀であり貴重な一例を報告する。

9:16~10:12 心臓:大血管①

座長 大木伸一 (新小山市民病院 心臓血管外科)

I-8 囊状 Valsalva 洞動脈瘤に対してパッチ形成術を施行した1例

東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

山本堯佳、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

症例は67歳男性。近医にて心臓超音波検査を施行され、大動脈基部の瘤状変化を認め、当院循環器内科紹介。右冠尖 Valsalva 洞動脈瘤の診断で当科紹介。CT 上、24x18mm と囊状に拡大しており、手術の方針とした。動脈瘤は継切開で切除し、外側から Hemasheild patch を縫着し、パッチ閉鎖した。経過良好で術後10日目に自宅退院された。未破裂 Valsalva 洞動脈瘤は比較的稀な疾患であり考察と共に報告する。

I-9 高齢の未破裂 Valsalva 洞動脈瘤に対しパッチ閉鎖術を施行した1例

1医療法人積仁会 島田総合病院 心臓血管外科

2国立研究開発法人国立国際医療研究センター

滝澤恒基¹、保坂茂²、大澤宏¹

82歳男性。頻回の立ちくらみの原因精査中に、心エコーで右冠洞に3cm大の未破裂 Valsalva 洞動脈瘤を発見。立ちくらみの原因が起立性低血圧と診断され昇圧剤内服による治療を要したが、血圧上昇が Valsalva 洞動脈瘤破裂の risk factor であることから、高齢ではあったが手術を行なった。手術は3x3cm大の牛心膜パッチで大動脈側から瘤入口部をパッチ閉鎖した。術後経過は問題なく昇圧剤内服後立ちくらみは消失した。

I-10 VSD、ARに対するICR+AVR後、バルサルバ洞動脈瘤破裂に対するペントール手術後の遠隔期に基部破綻に対して再ペントール手術を行った1例

聖隸浜松病院 心臓血管外科

新堀莉沙、小出昌秋、國井佳文、立石実、奥木聰志、曹宇晨
症例は60歳女性。25歳時 VSD パッチ閉鎖と AVR、52歳時バルサルバ洞動脈瘤肺動脈穿破に対しペントール手術を行った。2週間前より微熱があり、前医で IE を疑われ当院紹介入院となった。炎症反応上昇と心エコー上大動脈基部縫合線の破綻による逆流と CT 上左冠動脈吻合部の破綻による大動脈基部仮性瘤と診断し準緊急手術を行った。術中所見で感染を疑う所見はなく、再ペントール手術を行った。

I-11 Bentall術後の右冠動脈吻合部仮性瘤の1例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

田中晴城、山本高照、大橋伸朗、福家愛、和田有子、瀬戸達一郎

症例は44歳男性。急性大動脈解離のため他院にて機械弁による Bentall 術 + 全弓部置換術を施行された。7ヶ月後のフォロー CT で右冠動脈吻合部仮性瘤を認めたため当科紹介となった。仮性瘤は胸骨に密接しており、再開胸前に人工心肺を確立し、超低体温としてから開胸した。右冠動脈ボタン吻合部は離解し、右冠動脈は閉塞していた。冠動脈ボタンを外した人工血管部分はパッチ閉鎖し、右冠動脈にバイパスを施行した。

I-12 上行大動脈人工血管置換術後の巨大吻合部瘤で気道狭窄をきたした1例

自治医科大学附属さいたま医療センター

藤井健人、草処翔、清水寿和、堀大治郎、白石学、

木村直行、由利康一、山口敦司

症例は68歳女性。急性大動脈解離で上行大動脈置換術の既往あり。呼吸困難で救急搬送された。造影 CT でバルサルバ洞動脈瘤(60mm)と上行大動脈人工血管の末梢側吻合部瘤(116mm)を認めた。吻合部瘤により気管が圧迫され、仰臥位を保てない状態であった。他職種による入念な手術プランの検討を行った後、再開胸による Bentall 術 + 弓部置換術(腕頭動脈・左総頸動脈再建) + CABG を施行して救命した。

I-13 Kommerell憩室に対して全弓部置換 + Frozen elephant trunk (FET) 法を施行した1例

船橋市立医療センター

伊藤駿太郎、櫻井学、茂木健司、谷建吾、橋本昌典、

高原善治

71歳男性。CT で右側大動脈弓 (Edwards 分類 3B型) に伴う最大径 66mm の Kommerell 憩室を認め手術の方針とした。術式は脳分離体外循環を用いた全弓部置換 + FET 法 (GORE CTAG) とし一期的に完遂を目指した。翌日の造影 CT で type 1b endoleak を認めたため、2POD に TEVAR を追加した。endoleak は消失し、その後合併症なく経過良好で退院した。

I-14 緊急弓部置換後、縦隔炎発症で判明した未診断の一次の大動脈食道瘻の一例

群馬大学医学部附属病院 循環器外科

今野直樹、立石 渉、増子雄二、羽鳥恭平、小西康信、阿部知伸
74歳男性。胸部大動脈瘤でフォロー中、胸痛が出現し受診。大動脈瘤切迫破裂の診断で緊急上行弓部置換術施行。術後第3日以降発熱・炎症反応改善せず、CTで縦隔皮下のairを認め、上部消化管内視鏡検査で大動脈食道瘻の診断。術後9日目に食道抜去・縦隔洗浄ドレナージ施行。術後、抗菌薬・持続陰圧洗浄療法のち筋皮弁により閉鎖した。術前診断に至らず、緊急胸部大動脈瘤術後に縦隔炎で判明した一次の大動脈食道瘻の一例として報告する。

10:12~11:00 心臓：心不全、補助循環

座長 繩田 寛 (聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科)

I-15 IMPELLA に伴う severe MR に対して on pump beating MVR を施行して救命した1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

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

症例は26歳男性。劇症型心筋炎で循環器内科入院中にVA-ECMO、IMPELLA 5.0 で補助循環を用いて治療を行っていた。治療経過良好であり、補助循環離脱も可能となったが、心エコーでIMPELLA に起因する腱索断裂と思われる新規の severe MR が指摘された。on pump beating MVR を施行して救命できた貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

I-16 劇症型心筋炎に対して temporary BiVAD (Impella5.0 + veno-pulmonary ECMO) を用いて救命した1例

聖隸浜松病院 心臓血管外科

曹 宇晨、立石 実、小出昌秋、國井佳文、奥木聰志、新堀莉沙
症例は38歳男性。劇症型心筋炎による心原性ショックの診断でImpella2.5を挿入した。右心不全が進行したため、入院2日目にV-A ECMO を開始したが、さらに肺うっ血が進行し、入院5日目にImpella5.0へ escalation (BiVAD : Impella5.0 + veno-pulmonary ECMO) した。その後心機能は改善し、入院10日目にRVADを離脱、入院14日目にImpella5.0を離脱し、リハビリ後独歩退院した。本症例について文献的考察を踏まえて検討し報告する。

I-17 劇症型心筋炎のため、peripheral ECMO から central ECMO に移行し、離脱し得た1例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

村山史朗、野村耕司、黄 義浩、磯部 将

症例は10歳、30kg 女児。急性心筋炎疑いで来院。ショックから完全房室ブロックを呈し、peripheral VA-ECMO を導入。その後、左室拡大および肺鬱血進行を認め、翌日正中切開で上行送血、右房脱血、左房ペントによるcentral ECMO に移行。以後心機能改善を得て POD5 に ECMO 離脱し、軽快退院となった。小児領域(学童、緊急時)での ECMO カニューレ挿入部位や左心ペントの必要性をは未だ施設間で見解が異なり、今回の経験を踏まえて、文献的考察を加えて検証する。

I-18 左室緻密化障害、特発性冠動脈解離による低心機能に対して LVAD を挿入した1例

日本大学医学部附属板橋病院 心臓外科

北住善樹、瀬在 明、宇野澤聰、田岡 誠、大幸俊司、

湯地大輔、鈴木馨斗、鎌田恵太、田中正史

症例は22歳女性。10歳の時に完全房室ブロックにてペースメーカー挿入。以降小児科にて左室緻密化障害に伴う低心機能で外来加療されていた。2017年2月、2019年12月に特発性冠動脈解離を発症し心機能の増悪を認めた。2019年3月にチップレスカニューレを用いた植え込み型LVAD (EVAHEART II) を挿入。術後経過は良好であり、現在外来にてフォロー、移植待機となっている。

I-19 拡張型心筋症に対し Impella 補助後 LVAD 植込みを行った1例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

長濱真以子、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、渡邊倫子、

乾 友彦、焼田康紀、平岡大輔、池内博紀、諫田朋佳、

坂田朋基、藤井政彦、西織浩信、松宮護郎

症例は22歳男性。拡張型心筋症に対し薬物加療後も呼吸困難が継続し、当院転院とした。高度肥満を呈し、右鎖骨下動脈から挿入したImpella5.0と乏尿のため一時併用したVA-ECMOで循環補助を行いながら心不全加療とリハビリで20kg 減量した。27日後、Jarvik 2000でLVAD 植込みを施行した。Impella 補助後のLVAD 植込みについて文献的考察を加え報告する。

I-20 開心術後にたこつぼ型心筋症を発症した1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

柴田裕輔、阿部真一郎、林田直樹、浅野宗一、桙沢政司、

長谷川秀臣、伊東千尋、菅原佑太、村山博和

症例は73歳女性。僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症、心房細動に対して、僧帽弁形成術、三尖弁形成術、Maze手術、左心耳閉鎖術を施行。術3日目に低心拍出量症候群となり、経胸壁心臓超音波検査上、心尖部中心の壁運動低下を認め、たこつぼ型心筋症が疑われた。ICU再入室後、カテコラミン投与を含めた全身管理治療を開始。術18日後の心臓超音波検査では心機能の改善がみられ、術22日後に独歩退院となった。

11:00~11:48 心臓：弁膜症①

座長 柴崎郁子（獨協医科大学 心臓・血管外科）

I-21 心室中隔瘤を伴う重症大動脈弁狭窄症に対してPercevalでのMICS AVRを施行した1例

千葉西総合病院

西嶋修平、中村喜次、金森公平、平塙貴久、黒田美穂、中山泰介、伊藤雄二郎、鶴田亮、堀 隆樹

77歳女性。腎硬化症で維持透析。2017年の心エコーで大動脈弁狭窄症を指摘。術前に右冠尖、無冠尖間の交連部直下の左室中隔壁に10mmの心室中隔瘤を指摘。心室中隔瘤は稀な疾患で、幼少時のVSDが関与していると言われている。全身状態から今回はMICS AVRの方針。弁は手術時間短縮を考え、Percevalを選択。手術は2ICSで開胸。Perceval Sを挿入。心室中隔瘤は放置。手術は問題なく終了。術後経過は良好であった。

I-23 低心機能を伴ったtetheringによるMR症例に対し自己心膜にて後尖パッチ拡大術を施行した1例

埼玉石心会病院 心臓血管外科

山内秀昂、加藤泰之、菅野靖幸、陣野太陽、山田宗明、佐々木健一、木山 宏、小柳俊哉

症例はAFの既往がある70歳女性。下肢浮腫・呼吸苦を主訴に救急要請し、当院搬送となった。TEEでtetheringによるsevere MR、TR mild、low EF (18%)を認め手術となった。僧帽弁形成の際、自己心膜による弁形成が行われ、術後経過も良好に経過していった。弁形成には様々な手技があり症例によりその治療選択が行われる。発表では若干の文献的考察を交えて報告する。

I-25 僧帽弁閉鎖不全症、動脈管開存症の成人症例に対してハイブリッド治療を施行した1例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

北 翔太、宮入 剛、西巻 博、近田正英、繩田 寛、大野 真、小野裕國、千葉 清、永田徳一郎、向後美沙、鈴木寛俊

症例は、僧帽弁閉鎖不全症、動脈管開存症の59歳女性である。まず動脈管開存症に対して、Amplatzer動脈管開存閉鎖用で、カテーテル治療を施行した。その後1ヶ月半、経過を観察し、動脈管開存症の閉鎖と僧帽弁閉鎖不全症が依然重度であるのを確認して、僧帽弁形成術、三尖弁輪縫縮術、肺静脈隔離術、左心耳閉鎖を施行した。若干の文献的考察を加えて報告する。

I-22 低心機能 functional MRに対して完全心拍動下に乳頭筋吊り上げと後尖patch augmentationを施行したMVPの1治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

藤原立樹、水野友裕、大井啓司、長岡英気、八島正文、関 晴永、大石清寿、竹下齊史、奥村裕士、崔 容俊、荒井裕国 67歳女性、乳癌術後化学療法中に心不全発症。術前エコーはLVDd/Ds 66/57mm、EF15%、MR：severe、TR：mild-moderate。手術は完全心拍動下にMAP (Physio II 28mm) + 前尖方向への乳頭筋吊り上げ+後尖の自己心膜パッチ拡大、TAPを施行。心肺離脱時にIABPを要したが術後に離脱。術後はLVDd/Ds 41/30mm、EF45%、MR (-)、TR：trivialと改善。

I-24 肺動脈弁狭窄症・心房中隔欠損症・三尖弁閉鎖不全症を有するエホバの証人に対し開心術を施行した1例

湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

大貫佳樹、野口権一郎、片山郁雄、服部 滋、長塚大毅、郡司裕介

59歳女性、エホバの証人。労作時呼吸苦を主訴に受診、精査の結果、肺動脈弁狭窄症・心房中隔欠損症・三尖弁閉鎖不全症の診断で手術方針となる。肺動脈弁置換術・心房中隔欠損閉鎖術・三尖弁形成術を施行。大動脈遮断解除後に僧帽弁閉鎖不全症が出現し、再度遮断下に僧帽弁輪形成術を施行した。手術はHb 11g/dlで無事終了し、術後経過も良好で第10病日に自宅退院となった。若干の文献的考察を含め報告する。

I-26 重症大動脈弁狭窄症、狭心症に対し、TAVR、Off pump CABGを一期的に行った1例

1 亀田総合病院 心臓血管外科

2 亀田総合病院 循環器内科

保坂公雄¹、田邊大明¹、古谷光久¹、加藤雄治¹、川井田大樹¹、山崎信太郎¹、外山雅章¹、岩塙良太²、村松昭彦²

症例は86歳女性。胸痛の精査で重症大動脈弁狭窄症、狭心症と診断された。LAD病変はPCI施行が困難な病変であった。右内頸動脈起始部に高度狭窄を認めており、人工心肺の使用は脳梗塞発症のリスクが高いと判断された。Off pump CABGを先行し、閉胸後に重症大動脈弁狭窄症に対しTAVRを施行した。術後合併症なく経過し、第27病日に退院となった。

13:10~13:58 心臓:弁膜症②

座長 相澤 啓 (自治医科大学 心臓血管外科)

I-27 胸骨骨髓炎後における低侵襲大動脈弁置換術の2例

横須賀市立うわまち病院 心臓血管外科

今村有佑、安達晃一、中村宜由、進士弥央

放射線療法などにより術前に胸骨骨髓炎を発症した患者において、胸骨正中切開による開心術は術後に縫隔炎を合併するリスクが高いと想定される。今回、乳がん術後放射線療法により胸壁の障害を呈した大動脈弁置換術2症例に対して、77歳の皮膚障害を呈した症例に対する胸骨部分切開アプローチ、73歳の胸骨骨髓炎を来た症例に対する右小開胸アプローチで大動脈弁置換術を行い、創部のトラブル無く治療できた。

I-28 僧帽弁置換術後に生じた左室仮性瘤に対し再僧帽弁置換術を施行した1例

獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科

太田和文、田中恒有、朝野直城、新美一帆、齊藤政仁、

鳥飼 慶、高野弘志

症例は64歳男性、HD患者で、高度MR、TR、AFに対しMVR(機械弁)、TAP、Maze手術を施行した。術後心エコーにて僧帽弁輪直下後壁に35×39mmの左室仮性瘤を認め、経時的に拡大傾向があったため、28PODに左室瘤口閉鎖術と僧帽弁再置換術を施行した。術直後には仮性瘤への血流を認めていたが、その後瘤の縮小傾向あり。術後4年経過した現在、仮性瘤はほぼ消失している。文献的考察を踏まえ報告する。

I-29 重度三尖弁閉鎖不全を伴う急性右心不全に対して三尖弁置換術を施行し救命し得た1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

62歳女性。咳、胸痛を主訴に前医を受診。その際のCTで心嚢水、肝腫大を指摘され当院を紹介された。心嚢ドレナージを行ったが翌日に血圧低下を來した。心エコー検査で弁輪拡大による重度三尖弁閉鎖不全および中等度僧帽弁閉鎖不全を認めた。右心不全を主体とする心原性ショックと考えられ三尖弁置換術および僧帽弁輪縫縮術を行った。術中所見では三尖弁腱索の短縮を認めた。心筋生検では心筋炎の診断となった。術後104日目に退院。

I-30 特発性血小板減少性紫斑病・脾臓摘出後の症例に対し大動脈弁置換術+冠動脈バイパス術を施行した1例

日本医科大学武藏小杉病院 心臓血管外科

村田智洋、廣本敦之、丸山雄二、井村 肇

76歳、男性。特発性血小板減少性紫斑病に対し脾臓摘出後。術前よりγグロブリン大量静注療法を施行し血小板数の增多を認めた。大動脈弁閉鎖不全・冠動脈病変に対し大動脈弁置換術および冠動脈バイパス術を施行。術中には血小板輸血に加えてトランキサム酸の持続静注を施行し良好な止血を得ることができた。術後経過は良好であったが、重症感染症を発症し脾臓摘出後重症感染症に準じた抗菌薬加療を行った。

I-31 Discrete subaortic stenosisに対して外科的治療を施行した超高齢の一例

東京医科大学 心臓血管外科学

中野 優、岩堀晃也、荻野 均

88歳女性。50年程前からDiscrete subaortic stenosisが指摘されていたが、無症状で経過観察されていた。来院5ヶ月前に労作時呼吸困難が出現し、前医受診。症状改善なく、当科紹介となった。術中所見では、右冠尖弁下部の肥厚と瘢痕化を認めた。大動脈弁、瘢痕組織を切除、左室流出路心筋も追加切除した。狭小弁輪で、弁輪拡大後に大動脈弁置換を施行した。術後経過は良好で症状も消失した。超高齢でのDiscrete subaortic stenosisに対する手術症例は稀で、文献的考察を交え報告する。

I-32 Bio-Bentall術後早期の弁破壊を生じた1例

新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科

佐藤哲彰、三島建人、大西 遼、大久保由華、中村制士、

長澤綾子、岡本竹司、白石修一、土田正則

60歳男性。39歳時、IgA腎症で血液透析導入。56歳時、ARおよびAAEに対し、大動脈基部置換(Valsalva graft with Trifecta)を施行。術後2年目、中等度の弁逆流を指摘。その後、透析時の血圧低下、心不全症状増悪を認め、再手術の方針とした。手術は前回の人工血管を切開し、再AVR(Regent)を施行した。摘出した人工弁は右冠尖側の弁破壊を認めたが感染等の原因となる所見はなかった。本症例について文献的考察を加えて報告する。

座長 高野 環 (長野赤十字病院 心臓血管外科)

I-33 Active IEに対するAVR術後の大動脈基部前方仮性瘤

1 藤沢市民病院 心臓血管外科

2 横浜市立大学附属病院 外科治療学

中山雄太¹、磯田 晋¹、山崎一也¹、出淵 亮¹、益田宗孝²

症例は49歳男性、先天性2尖弁・ASに生じた、MRSAを起炎菌とする大動脈弁位および僧帽弁位Active IEに対して、AVRおよびMVP(MAC内膿瘍搔把、弁尖再縫合)を施行。0.6%グルタルアルデヒド液によるScrubを行いつつ感染大動脈弁輪石灰を除去すると弁輪欠損をきたし、ウシ心膜パッチによる弁輪再建を要した。術後に大動脈基部前方に仮性瘤を認め再手術となった。AVR術後基部仮性瘤および修復術について文献的考察も含め報告する。

I-34 共通弁輪部膿瘍を伴う感染性心内膜炎に対してMnouguian手術を行った1例

自治医科大学 心臓血管外科学

齊藤翔吾、相澤 啓、川人宏次

症例は54歳男性。呼吸困難を主訴に近医より搬送、重症心不全のため挿管管理となった。心エコー検査で大動脈弁に疣状を伴う重症大動脈弁閉鎖不全症を認め、僧帽弁との共通弁輪に膿瘍腔を認めた。血液培養はstreptococcus lutetiensis陽性であった。通常の2弁置換術では対処困難と判断し、Mnouguian手術を行った。術後経過は良好で感染の再発なく独歩退院となった。文献的考察を加え報告する。

I-35 感染性心内膜炎に対するマヌーギアン法を応用した二弁置換術の一例

東海大学医学部付属八王子病院

田中千陽、古屋秀和、山口雅臣、桑木賢次

69歳、女性。継続する発熱のため当院紹介。精査の結果、感染性心内膜炎、大動脈弁閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全と診断。抗生素治療を開始し感染コントロールはできたが、重度の大動脈弁閉鎖不全および僧帽弁閉鎖不全を合併していたため手術を施行。大動脈弁は左冠尖に複数の穿孔と疣状形成を認め、大動脈と僧帽弁の線維性連続組織の崩壊と僧帽弁前尖弁輪の破壊が高度であった。ウシ心膜を用いてマヌーギアン法を応用した二弁置換術を行った。抗生素治療継続で自宅退院となった。

I-36 感染を来たした僧帽弁輪下左室瘤の一例

獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科

太田和文、権 重好、朝野直城、新美一帆、齊藤政仁、

鳥飼 慶、高野弘志

83歳男性。2年前にPCI目的で紹介された際に、左室造影、MRIで僧帽弁輪下左室瘤と診断され経過観察されていた。今回発熱を認め感染性心内膜炎の疑いで転院。TEEで弁に疣状は見られず、左室瘤内に血栓の充満を認めた。Gaシンチで左室瘤部に集積を認め、血液培養陽性、感染所見が改善しないことから手術を施行した。術中所見で僧帽弁後尖に感染を疑わせる所見を認め、僧帽弁置換術、左室瘤口閉鎖、瘤内血栓除去を施行した。病理診断では仮性瘤であった。

I-37 僧帽弁輪部とAorto-mitral curtainに膿瘍を伴った人工弁心内膜炎の一治験例

東京医科歯科大学 心臓血管外科

崔 容俊、長岡英気、水野友裕、大井啓司、八島正文、

藤原立樹、大石清寿、竹下齊史、奥村裕士、関 晴永、荒井裕国
75歳男性。前医で二度のAVRと三度のMVR施行歴あり。弁輪部膿瘍を伴った人工弁心内膜炎によるsevere MRを発症し当院紹介。術中所見では、僧帽弁輪部とAorto-mitral curtain(AMC)が感染により破壊、膿瘍化しており、経大動脈弁的に人工弁切除と膿瘍搔爬、大動脈基部から左房天蓋を切開し、ウシ心膜で大動脈弁輪、AMC、僧帽弁輪のパッチ形成、再二弁置換術を施行。

I-38 右中大脳動脈塞栓による広範囲脳梗塞に対する開頭減圧術後、早期手術を施行した感染性心内膜炎の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

三好康介、堀大治郎、草処 翔、由利康一、木村直行、

白石 学、山口敦司

62歳男性。持続する発熱・頭痛で前医入院。心エコーで大動脈弁と三尖弁に疣状を認め、感染性心内膜炎に併発した肺炎と多発脳梗塞の診断で抗生物質投与。数日後に右中大脳動脈領域の塞栓症を発症し、開頭減圧術を施行。意識レベルの改善を認め、当院に転院搬送され、遺残する疣状および大動脈弁高度逆流に対し、緊急にて大動脈弁置換術と三尖弁形成術を行い良好な経過が得られた。

I-39 繰り返し脳梗塞をきたした非細菌性血栓性心内膜炎の

1例

北里大学病院 心臓血管外科

大西義彦、荒記春奈、鳥井晋三、宮本隆司、北村 律、
美島利昭、大久保博世、藤岡俊一郎、八鍬一貴、近藤 真、

田村佳美、田所祐紀、宮地 鑑

症例は68歳男性。深部静脈血栓症、肺塞栓症の既往あり。感染性心内膜炎の診断で低侵襲僧帽弁形成術を施行された。術後、脳梗塞を繰り返し発症し、病理組織所見から非細菌性血栓性心内膜炎と診断された。ヘパリン皮下投与され、術後89日目にリハビリ目的に転院となった。文献的考察を交えて報告する。

I-40 Contained ruptured TAAA (Safi 5型) に対して緊急 Visceral debranching TEVARを行った1例

獨協医科大学病院 心臓血管外科

大橋裕恭、武井祐介、手塚雅博、福田宏嗣

高血圧、TAAAを既往に持つ71歳男性。TEVAR待機中の患者であった。腹部違和感、腰背部痛を主訴に近医受診。造影CTの所見で造影剤の背部への漏出を認めたため contained rupture の診断で当院搬送となった。緊急性が高いと判断し Visceral debranching bypass と TEVAR を組み合わせたハイブリッド手術を行った。Contained ruptured TAAA (Safi 5型) に対して緊急 Visceral debranching TEVARを行った1例を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

I-41 診断に苦慮した壁在石灰化病変による胸部ステントグラフトのタイプIIIb エンドリーカの1例

1 萩窓病院

2 済生会横浜市東部病院 心臓血管外科

浅野竜太¹、藤井 瑞¹、松岡志超¹、蜂谷 貴²、澤 重治¹

83歳女性。5年前に近位下行大動脈の囊状瘤55mmに対して TEVAR を施行。術後フォロー CT で一旦瘤径の縮小を認めたが 2年後より徐々に瘤径が拡大傾向を示した。術後4年目から壁在石灰化病変に一致した部位にエンドリーカを認めるようになり、血管造影検査を施行したところ、ステントグラフト損傷によると思われるタイプIIIb エンドリーカを認めた。追加デバイスを前回ステントグラフトに重ねる形で留置しエンドリーカが消失した。

I-42 TEVAR 施行後に *Helicobacter cinaedi* による感染性胸部大動脈瘤が判明した一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

関 侑華、井上堯文、山内治雄、木下 修、嶋田正吾、

安藤政彦、井戸田佳史、小前兵衛、星野康弘、小野 稔

75歳男性。主訴は全身倦怠感で経過中の発熱は無し。CTで急速に増大する下行大動脈仮性瘤を認め、準緊急的にTEVARを施行した。血液培養で *Helicobacter cinaedi* が術後に判明し感染性大動脈瘤の診断となり、ABPC/SBT投与を4週間継続した。血液培養陰性化し、AMPC/CVA内服へ切り替え軽快退院。*H.cinaedi* は感染瘤の起因菌として稀であり、血管内治療の報告はない。

I-43 全弓部置換術+TEVAR 施行後、慢性期に中枢 bear stent により人工血管吻合部が破綻した1例

平塚市民病院 心臓血管外科

若田部誠、井上仁人、小谷聰秀

60歳女性。Stanford A+B型慢性大動脈解離に対し stepwise 法にて全弓部置換術を施行。2年後に残存 B型解離に対し左鎖骨下分枝血管から下行大動脈に TEVAR 追加。TEVAR 施行4年後の造影CTで、ステントグラフト近位端に新たな extravasation を認め、bear stent による人工血管吻合部損傷と判断した。患者状態を考慮し、再開胸手術より低侵襲な 1-debranch TEVAR+コイル塞栓術を施行した。術後経過良好である。

I-44 急性大動脈解離 DeBakey type3b、真腔亜閉塞に対して緊急 TEVAR を施行した1例

水戸医療センター 心臓血管外科

佐藤真剛、相馬裕介

症例は71歳男性。胸背部痛を主訴に発症したDeBakey type3bの急性大動脈解離の患者。エントリーは弓部遠位大弯側に認め、胸部下行大動脈の真腔は偽腔圧排による亜閉塞の状態であったが、腹部分枝はいずれも真腔から造影されていた。また身体所見上、両側大腿動脈の脈拍は触知可能であり、採血結果では明らかな臓器血流障害を示す所見を認めなかった。本症例に対して緊急TEVAR 施行した。本症例における適応の是非について議論したく症例を提示する。

I-45 プロタミンショック患者に対する 2DebranchTEVAR を行い治療した一症例

1 静岡医療センター

2 北里大学病院 心臓血管外科

中島光貴¹、波里陽介¹、高木寿人¹、宮地 鑑²

50歳男性、大動脈解離 A型に対して上行大動脈置換術を施行。その後胸部下行大動脈残存解離に対して Entry 閉鎖と大動脈径拡大予防目的に TEVAR 施行するも術中プロタミンショックとなる。その対応時のバルーンニングによりステントグラフトの migration とエントリー拡大を合併した。このため3か月後に遠位弓部からその末梢側のエントリー閉鎖目的に 2debranch TEVAR を行い良好な結果を得た。TEVAR 治療における pitfall を文献的考察を含め報告とする。

15:42~16:30 心臓：大動脈解離①

座長 片山 郁雄（湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科）

I-46 CPAP 認容性からみる急性大動脈解離術後経過の違い
筑波記念病院 心臓血管外科

倉橋果南、末松義弘、清水隆玄、有馬大輔、西智史、吉本明浩、森住誠

閉塞性睡眠時無呼吸と種々の心血管疾患の関連が示唆されるが、CPAP 導入により無呼吸発作や血圧サージを抑制し得る。【症例 1】67 歳男性。急性大動脈解離 Stanford A 型に対し緊急手術施行。SAS 検査において AHI44。CPAP 認容性は極めて良好。1 年後の CT で偽腔閉塞、縮小。【症例 2】49 歳男性。同様に緊急手術施行。AHI31.2。CPAP 認容性得られず。1 年後の CT で偽腔拡大傾向、手術検討中。【考察】CPAP 認容により解離の進展を抑制し、予後改善に寄与した可能性がある。

I-47 広範囲多発性脳梗塞を伴う急性 A 型大動脈解離に対して待機的に手術を行った一例

船橋市立医療センター 心臓血管センター 心臓血管外科
谷建吾、茂木健司、櫻井学、橋本昌典、伊藤駿太郎、高原善治

53 歳女性。意識障害 (JCS 200) で前医へ搬送。急性 A 型大動脈解離と診断され、第 6 病日に当院へ転院。左右総頸動脈は解離し狭窄・閉塞あり。脳梗塞が落ち着くのを待って手術を行う方針とし、第 29 病日に手術施行。両側頸動脈を切開・カニュレーションし、脳分離体外循環先行で人工心肺を確立。上行弓部置換術/ET/両側頸動脈人工血管再建を施行。新規脳梗塞なく術後経過良好でリハビリ病院に転院した。

I-48 心タンポナーデ、不全対麻痺を伴った Stanford A 型急性大動脈解離の治療経験

国立国際医療研究センター病院

入澤友輔、田村智紀、堀越理仁、高橋秀臣、宝来哲也

症例は 55 歳男性。胸背部痛を認め当院救急搬送となり、CT にて心囊液を伴う急性大動脈解離 Stanford A の診断となった。来院時ショックバイタルであり、また右下肢の感覚障害も認めた。救急外来にて緊急で心囊ドレナージを施行し、その後、手術室で上行大動脈置換術を施行。抜管後、やはり右下肢の運動障害を認めたため、スパイナルドレージ・ステロイドパルスを施行。その後、状態は改善し、独歩自宅退院となった。文献的考察を加えて報告とする。

I-49 術前対麻痺を伴う急性 A 型大動脈解離に対して frozen elephant trunk を使用した上行弓部大動脈置換術を行い、術後対麻痺の改善傾向を認めた 1 症例

練馬光が丘病院 心臓血管外科

宮川敦志、北田悠一郎、荒川衛、岡村 誉、安達秀雄

症例は 49 歳男性。胸痛と対麻痺を主訴に救急搬送され、急性 A 型大動脈解離と診断された。近位下行大動脈にエントリーを認め、上行弓部大動脈置換術 + fenestrated frozen elephant trunk 法を行った。術後、歩行可能な状態まで症状改善し、術後 30 病日にリハビリ目的で転院した。急性 A 型大動脈解離における対麻痺について文献的考察を含め報告する。

I-50 急性 A 型大動脈解離術後、中枢側吻合部仮性動脈瘤右房穿破の 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科

朝野直城、鳥飼慶、太田和文、新美一帆、齊藤政仁、

権重好、高野弘志

症例は 80 歳女性。4 年前に急性 A 型大動脈解離に対して Hemimarch Replacement を施行した。術後 4 年目に撮影した CT で人工血管中枢側吻合部に最大短径 73mm の仮性動脈瘤を認め、手術の方針とした。術前検査中に心不全となり、準緊急的に手術を施行した。低体温循環停止下に仮性動脈瘤を切開すると、仮性瘤壁が右房へと穿破していた。Bentall 手術に加え瘻孔閉鎖術を施行した。文献的考察とともに報告する。

I-51 左肺全摘後の高度縦隔偏位を認めた Stanford A 型急性大動脈解離の 1 手術例

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

富永訓央、鈴木伸一、郷田素彦、町田大輔、金子翔太郎、

古賀大靖、益田宗孝

症例は 60 歳女性。急性大動脈解離 Stanford A 型 (弓部 entry) の診断で緊急手術を施行した。肺結核症で左肺全摘術後のため、心臓・大動脈が高度に左側へ偏位しており、右肺は胸骨よりも左側まで及んでいた。オープンステントグラフトを使用することで、胸骨正中切開のアプローチのみで上行弓部大動脈置換術を施行することができた。

16:30~17:10 心臓:腫瘍

座長 長沼宏邦 (東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科)

I-52 若年女性の巨大左房腫瘍に対してMICS手術を施行した1例

練馬光が丘病院 心臓血管外科

北田悠一郎、宮川敦志、荒川衛、岡村誉、安達秀雄
症例は42歳女性。2ヶ月前から呼吸苦、咳嗽を認め近医でマイコプラズマ肺炎として加療されていた。症状の改善を認めず前医を受診。単純CTにて左房内に異常陰影を指摘され、心エコーにて巨大な腫瘍を左房内に認めたため加療目的に当院へ転院搬送となった。若年女性の巨大左房腫瘍に対して準緊急左側小開胸左房腫瘍摘出術を施行。右側左房切開にて最大径約8cmの腫瘍を摘出した。術後5日目の心エコーにて残存腫瘍は認めず、経過良好のため術後8日目に退院となった。

I-53 右室海綿状血管腫の1例

日本大学医学部附属板橋病院心臓血管外科

鎌田恵太、田岡誠、中田金一、瀬在明、宇野澤聰、大幸俊司、湯地大輔、北住善樹、鈴木馨斗、田中正史

症例は69歳男性。3年前よりCT検査で心膜囊胞疑いでフォローアップされていたが緩徐に増大傾向を認め、またPET-CTでの集積から悪性を否定できず切除の方針となった。術中所見から心膜囊胞ではなく右室から発生した直径4cmの血管腫が疑われた。人工心肺下に心筋ごと腫瘍を切除、欠損部位はウシ心膜パッチで閉鎖。術後病理では海綿状血管腫であった。心臓原発の血管腫は稀であり文献的考察を加えて報告する。

I-54 失神を契機に診断した原発性肺動脈骨肉腫の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院

大山徹真、浅井徹、梶本完、山本平、畠博明、

土肥静之、松下訓、鳴田晶江、大石淳実、遠藤大介、

奥井健太、小田遼馬、天野篤

25歳女性。半年前から労作時呼吸苦があり、失神したため受診。心エコーで推定右室圧100mmHgと著明な肺高血圧を認めた。造影CTで両側肺動脈に低吸収域を認め、肺動脈の高度狭窄を生じており緊急手術とした。腫瘍は完全摘除できたが、病理診断は骨肉腫であったため、退院後は追加治療として化学療法を行う方針となった。原発性肺動脈骨肉腫は稀であり、文献的考察を踏まえ症例報告する。

I-55 右房血管肉腫に対し外科的摘除術を施行した一例

東京医科大学病院 心臓血管外科

松本龍門、岩堀晃也、神谷健太郎、荻野均

60歳女性。胸痛で近医を受診し心囊液貯留および右房内腫瘍が判明。手術目的で当院へ転院となった。心臓MRIにより右房外壁に造影効果を伴う腫瘍を認め、正常組織と腫瘍の境界は不明瞭であった。手術は胸骨正中切開アプローチ。右室および右冠動脈を温存し腫瘍を可及的に切除し上大静脈から右房のほぼ全体をウシ心膜で再建した。永久標本から右房原発血管肉腫の診断となった。術後経過は良好で、第18病日、術後化学療法目的で他院に転院となった。術後5か月現在生存無再発生存中である。

I-56 重症血小板減少症を伴う子宮頸がんの転移性右房腫瘍の1例

東京医療センター 心臓血管外科

河西未央、大迫茂登彦、山邊健太朗、稲葉佑、青木瑞智子

症例は52歳女性。1ヶ月前からの下肢の浮腫みや息苦しさを主訴に受診。精査の結果、巨大右房腫瘍(3.0 x 6.0 cm)が判明し、それに伴う右心不全症状と考えられ、緊急手術を施行した。尚、当院受診時の血小板数は8000/ μ Lで手術に際して、予め血小板輸血を行って手術に臨んだ。右房腫瘍の病理結果からは扁平上皮がんの診断となった。術後精査で子宮頸がんが判明し、心臓腫瘍は同腫瘍の転移であると考えられた。同症例に関して、文献的考察をふまえて報告する。

第Ⅱ会場：606

8:20~9:24 心臓：学生、初期研修医（審査員：中島博之）

座長 村 田 聖一郎（板橋中央総合病院 心臓血管外科）

研修医発表

II-1 嘸下困難を主訴に診断された右側大動脈弓に合併した Kommerell憩室の1手術例

横浜栄共済病院 心臓血管外科

西上堅太郎、川瀬裕志、新谷佳子、伊藤篤志

症例は51歳男性。嘔下困難を主訴に、CTと食道造影で右側大動脈弓に合併したKommerell憩室による食道狭窄と診断された。左鎖骨下動脈の起始異常は認めない。手術は左側臥位、右大腿動脈送脱血の部分体外循環下、右第4肋間前側方開胸でアプローチ、Kommerell憩室部を切除し、人工血管で置換した。術中、反回神経は温存可能であった。術後経過は良好で、食道造影上、術前の圧排所見は消失し、流動食が中心であった経口摂取も、固体物が可能なまでに改善した。

研修医発表

II-2 痢化した右冠動脈-肺動脈瘻の一症例

相澤病院 心臓血管外科

増田一摩、大津義徳、恒元秀夫

【症例】60.y.o F

検診胸部CT異常にて当院紹介。精査で右冠動脈-肺動脈瘻と診断、Qp/Qs=1.1だが16x15x20mmの瘤化を認め手術の方針となつた。

胸骨正中切開で開胸、上行大動脈送血、上下大静脉2本脱血にて人工心肺確立。RCAからの瘻起始部を結紮し瘤を減圧、肺動脈側を4-0 proleneにて閉鎖。瘻に流入する血管処理後に瘤切開、流入・流出部を5-0 proleneにて縫合閉鎖し瘤切除した。術当日抜管、4POD一般病棟転棟。経過良好で冠動CT、CAGにてシャント血流と冠動脈瘤の消失を確認 14POD退院した。文献的考察を含め報告する。

学生発表

II-3 抗リン脂質抗体症候群を合併した連合弁膜症に対して二弁置換を施行した1例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

田嶋隼也、山本高照、小松正樹、市村 創、田中晴城、

大橋伸朗、福家 愛、和田有子、瀬戸達一郎

症例は43歳男性。SLE、抗リン脂質抗体症候群の既往があり透析シャントの頻回な閉塞を認めた。透析シャント再作成が必要であったが僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症を認め心臓治療優先が必要であり生体弁による大動脈弁置換術、僧帽弁置換術、三尖弁輪縫縮術をした。術後46日目にシャント造設目的に転院し、現在術後1年脳合併症なく生存。文献的考察を加えて報告する。

学生発表

II-4 Bentall術後Carrel patch部仮性動脈瘤に対して再建を行った1例

獨協医科大学病院 心臓・血管外科

乾 裕貴、手塚雅博、福田宏嗣

症例は58歳男性。Marfan症候群に伴う大動脈基部拡張および大動脈弁閉鎖不全症、漏斗胸に対して2002年にBentall術および胸骨翻転術を施行された。冠動脈は右冠動脈がCarrel patch法、左冠動脈がPiehler法にて再建された。2018年末にCTで右冠動脈吻合部に仮性動脈瘤を指摘され、瘤径41×53mmであったため手術の方針となつた。手術は胸骨正中切開にて開胸し瘤切除施行。以前のCarrel patch吻合部は吻合口が大きかったためHE-MASHIELDパッチにて閉鎖し、右冠動脈はPiehler法にて再建した。

学生発表

II-5 ウィリス動脈輪の低形成を伴う大動脈縮窄症に対する修復術の工夫

筑波大学附属病院 心臓血管外科

小泉奈央、加藤秀之、園部藍子、井口裕介、米山文弥、

五味聖吾、松原宗明、平松祐司

症例は10か月男児。大動脈縮窄症、右鎖骨下動脈起始異常に対し手術適応認めたが術前頭部MRAで左前大脳動脈中枢側の欠損および両側後交通動脈の低形成が指摘された。左右総頸動脈領域、椎骨動脈領域に相互交通が乏しく通常の修復術では脳梗塞を起こす可能性が高かったため左房脱血、下行大動脈および右鎖骨下動脈送血にて人工心肺を確立し修復術を行った。修復術の工夫により良好な経過を得た症例を経験したため報告する。

学生発表

II-6 僧帽弁逆流を合併した左冠動脈肺動脈起始に左冠動脈直接移植及び僧帽弁輪縫縮術を行った一例

1日本医科大学 心臓血管外科学

2神奈川県立こども医療センター 心臓血管外科

岩崎光紗¹、佐々木孝¹、川瀬康裕¹、鈴木憲治¹、麻生俊英²、

新田 隆¹

6歳女児。小学校1年生の学校検診で僧帽弁逆流を指摘された。臨床症状なく経過していたが、心エコーで左冠動脈の逆行性血流を認め、右冠動脈造影にて左冠動脈と肺動脈主幹部が側副血行を介して造影され、左冠動脈肺動脈起始と診断。手術は左冠動脈直接移植と僧帽弁輪縫縮術を行った。術後経過は良好で、左心機能の改善がみられた。

学生発表**II-7 感染性心内膜炎を発症した心室中隔欠損症の一手術例**

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

甲斐史一、町田大輔、鈴木伸一、郷田素彦、富永訓央、
金子翔太郎、古賀大靖、益田宗孝

症例は28歳女性。乳児期から心室中隔欠損症（VSD）の診断で経過観察され、近年は通院していなかった。持続する不明熱と臀部痛を主訴に前医受診し仙腸関節炎疑いで精査目的に当院へ紹介。心臓超音波検査にて傍膜様部VSDと右室内・肺動脈弁に付着する複数の疣腫を認め感染性心内膜炎の診断。4週間超の抗菌薬治療後も疣腫の縮小なく、VSD閉鎖、疣腫切除、肺動脈弁・三尖弁形成術を施行した。文献的考察を加え報告する。

研修医発表**II-40 胸部大動脈ステントグラフト挿入術後 RTAD に対して全弓部置換術を施行した一治験例**

昭和大学藤が丘病院 心臓血管外科

生沼慎一郎、田中弘之、片岡紘士

症例は56歳男性。B型大動脈解離に対して1debranched TEVARを施行した。二か月後、背部痛を自覚し、CT検査でRTADを認め、心囊液貯留も認めたため、緊急手術となった。Ax-Axバイパスの人工血管を露出し、離断した。SVC、IVC脱血、大腿動脈送血で脳分離体外循環を用いた。ペアステント部が大動脈内膜を貫通し、entryを形成しておりRTADの原因であった。左総頸Aと左鎖骨下Aの間でステントグラフトごと弓部を離断し全弓部置換を施行し、術後14日目に自宅退院となった。

9:24~10:20 心臓：先天性、成人

座長 吉 積 功 (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)

II-8 置換術後に体位変換に伴う低酸素血症を契機に発見された心房中隔欠損症の一例

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、小林健介¹、田村幸穂¹、小原邦義¹、贊 正基¹、
宮地 鑑²

症例は67歳男性。三尖弁閉鎖不全症のため、三尖弁置換術施行した。術後問題なく1PODに抜管し、翌日よりリハビリ開始したが、立位に伴う低酸素血症を認め、酸素投与にて改善せず、臥位にて改善した。15PODに経食道エコーにて術前には認めなかったASDを認めた。体位変換により左右シャントが増加を認め、ASD閉鎖施行の方針とした。文献学的考察を加え報告する。

II-9 成人PAPVRに対してWilliams法で修復した1例

高崎総合医療センター 心臓血管外科

高橋 徹、小谷野哲也、茂原 淳、村田美幸

症例は59歳、女性。胸部X線で右肺門部腫瘍を指摘され受診、心エコー、CTでPAPVR、ASD、PLSVC、TRと診断された。ASDは静脈洞型で右上PVは右SVCに還流していた。心臓カテーテル検査でQp/Qsは5.09だった。手術では心停止下にRAを切開、右SVCと右上PVの血流がASDからLAに流入するようウシ心膜パッチで心内トンネルを作成した。右SVCを右上PVの頭側で離断し、頭側端は右心耳と吻合、心臓側は縫合閉鎖した。リングでTAPを併施した。術後経過は良好だった。

II-10 肺癌手術に先行し血行再建を施行した部分肺静脈還流異常症(PAPVC)の1手術例

1 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

2 横浜市立大学附属病院 一般外科

金子翔太郎¹、町田大輔¹、鈴木伸一¹、郷田素彦¹、富永訓央¹、
古賀大靖¹、利野 靖²、禹 哲漢²、石川善啓²、伊坂哲哉²、
益田宗孝¹

76歳男性。健診発見の右上葉肺癌で手術の方針。術前造影CTで肺癌対側の左肺静脈が全て無名静脈に還流するPAPVCを指摘。肺癌術中の分離肺換気が成立せず、血行再建を先行して施行し、二期的に胸腔鏡下右肺上葉切除を問題なく施行し得た。肺癌対側のPAPVCを成人期に指摘された例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

II-11 TCPC、房室弁形成後の心房内tunnelのleak、房室弁閉鎖不全症に対しLeak repair、房室弁置換を行った一例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

菅原佑太、村山博和、松尾浩三、浅野宗一、桝沢政司、

阿部真一郎、長谷川秀臣、伊東千尋、柴田祐輔

25歳女性。出生後チアノーゼを認め、CAVSD、DORV、PA、TAPVC(1B)の診断。BTS後、2歳時にTCPC+房室弁形成+肺動脈弁形成+TAPVC repair施行。1年前から心不全症状、頻拍発作があり、心房内tunnelのleakの増加、AVVRの進行も認め、redo TCPC(leak repair、心房内tunnel→心房内導管) +AVVR+Cryo ablation+CRT植込術を施行。術後1ヶ月で退院。

II-12 大動脈弁閉鎖不全に左冠動脈閉鎖、乳頭状線維弾性腫を合併したヌーナン症候群の一例

東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科

原 真範、藤井毅郎、益原大志、大熊新之介、亀田 徹、
川田幸太、保坂達明、片山雄三、塩野則次、渡邊善則

症例は31歳女性。出生時に肺動脈弁狭窄を指摘されるとともにヌーナン症候群と診断。1年前から労作時息切れを自覚。TTEでSevere ARと僧帽弁腫瘍を認め、CAGおよびCTで左冠動脈入口部閉鎖を認めた。手術はAVR(ATS 20mm)、LITA-LADバイパス、僧帽弁腫瘍切除を施行。腫瘍の病理診断は乳頭状線維弾性腫であった。稀な症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

II-13 重症先天性肺動脈弁狭窄症に大動脈弁狭窄症を合併し二弁置換を要した症例

自治医科大学

鶴垣伸也、吉積 功、河田政明

症例は67歳、34kg、女性。学生時、心雜音指摘、エコーでフォローされていた(詳細不明)。66歳時に労作時息切れ、低酸素血症あり、精査にて重度肺動脈弁狭窄、大動脈弁狭窄指摘された。大動脈弁は肥厚した3尖弁、肺動脈弁はfish mouth状であった。両半月弁輪狭小しており、大動脈弁置換(SJM Regent 17mm)、右室流出路拡大と肺動脈弁置換術(CEP23mm)、チアノーゼの原因の卵円孔閉鎖術施行した。

10:20~11:08 心臓:先天性、小児①

座長 野村耕司 (埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科)

II-14 1歳時に valsalva 洞瘤手術を同時施行した両大血管右室起始の治療経験

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

症例は1歳男児、疾患は両大血管右室起始、valsalva 洞瘤、肺動脈絞扼術後、食道閉鎖、鎖肛術後、気管切開後であった。根治術待機中に valsalva 洞瘤の拡大を認め、将来破裂するリスクを考え手術介入の方針となった。手術所見では、右冠尖と無冠尖の valsalva に瘤化形成を認め、グルタールアルデヒド処理自己心膜での入口部閉鎖+バイオグルー腔内補填を行った。術後は第5病日にICUを退室しその後の経過も良好であった。本症例について文献的考察を加えて発表をする。

II-15 巨大(type IV)大動脈-左室トンネルに対して日齢1で修復術を行った1例

千葉県こども病院

伊藤貴弘、青木満、萩野生男、梅津健太郎、齋藤友宏、卯田昌代

大動脈-左室トンネル(ALVT)、心不全の胎児診断のもと 36w5d、2796g 予定帝王切開で出生、気管内挿管下に当院搬送となった。ALVT 交通路は大動脈側径 10 mm、右室流出路前面に大きな瘤を形成し、左室側交通口は大動脈右冠尖直下径 5 mm 程度で、右冠尖は肥厚逸脱し軽度逆流(AR)を認めた。翌日に両交通口パッチ閉鎖、瘤縫縮を行った。術後経過は良好で AR trivial、37POD に自宅退院した。文献的考察を加えて報告する。

II-16 左室大動脈トンネル術後上行大動脈拡大による気管狭窄に対して大動脈縫縮術を施行した1例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

磯部将、黄義浩、村山史朗、野村耕司

症例は9ヶ月、6.1kg 男児。胎児診断で左室大動脈トンネルを指摘され、計画分娩下に生直後左室大動脈交通パッチ閉鎖術を施行した。その後遺残大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症による上行大動脈拡大、気管圧排所見の顕在化を来したため、今回上行大動脈縫縮術を施行し状態の改善を得た。本疾患は極めて稀な疾患で交通孔や大動脈弁遺残病変の状況により治療方針や予後が大きく異なる。今回若干の文献的考察を加え報告する。

II-17 右側下行大動脈を伴った大動脈離断症に対して modified swing-back 法を施行した一例

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

BW3.4kg、女児。IAA type B、small VSD、right-sided descending aorta with left PDA、aberrant RSCA と診断され、日齢14、手術施行。Swing-back 法を用い、離断した aAo を dAo に吻合、aAo 前壁を flap 状に切り抜き aAo 基部に吻合して aAo 後壁を作成、mPA 前壁からパッチを採取して aAo 前壁を形成した。RSCA は離断、BCA に再吻合した。術後 CT で気管、食道、肺動脈狭窄を認めず。Right-sided dAo を伴う IAA は稀であり文献的考察を加えて報告する。

II-18 Berry 症候群に一期的修復術を施行した新生児例

昭和大学病院 小児循環器・成人先天性心疾患センター

檜井俊、宮原義典、長岡孝太、山口英貴、清水武、

大山伸雄、柿本久子、簗義仁、藤井隆成、石野幸三、富田英

症例は2.8kg・男児。日齢0に A-P window を伴った IAA (type B) の診断で当院救急搬送、造影 CT 検査で右肺動脈大動脈起始も認め、Berry 症候群と診断。日齢6に修復術施行。大動脈側の defect は自己肺動脈壁を、肺動脈側の defect はグルタールアルデヒド処理した自己心膜をパッチとして補填し修復した。IAA は EAAA 法で再建した。文献的考察も踏まえて報告する。

II-19 低出生体重児、Shone complex に対して 2期的に Modified Norwood 手術を施行した一例

長野県立こども病院 心臓血管外科

山本隆平、岡村達、高山寛己、山田有希子、鹿田文昭、竹内敬昌

在胎37週0日、1494g で出生した女児。非胎児診断症例。出生後に Shone complex と診断され生後2ヶ月時に当院紹介となった。転院後、両側肺動脈絞扼術を施行した。体重増加を待ち RV-PA conduit を用いた Modified Norwood 手術を施行した。手術では、左肺動脈切離端を縫合線とし大動脈弓部形成を行なった。術後経過は良好。次第に体重も増加し退院となった。本症例について文献的考察を交え報告する。

11:08~11:56 心臓：先天性、小児②

座長 宮原義典（昭和大学病院 小児循環器・成人先天性心疾患センター）

II-20 Ebstein 病に対し新生児期に Cone 手術を施行した1例

榎原記念病院 心臓血管外科

小森悠矢、桑原優大、加部東直広、和田直樹、高橋幸宏
症例は日齢7の女児。他院にて帝王切開で出生した。日齢2にPR severe, circular shunt を呈し Starnes 手術目的に当院紹介となった。来院後のエコーでは機能的肺動脈閉鎖を認めていたが、肺動脈弁の開口は認めており、推定右室圧からも右室機能は保たれていますと判断した。日齢7にCone 手術を施行。術後 TR は trivial、肺動脈への順行性血流も認め循環は安定していた。POD13に抜管、POD22に退院した。手術方針の決定に難渋した新生児 Ebstein 病の症例で良好な結果を得たため報告する。

II-21 当院における重症 Ebstein 奇形に対する新生児期・乳児期の Starnes 手術

榎原記念病院 心臓血管外科

桑原優大、高橋幸宏、小森悠矢、加部東直広、和田直樹
2006年4月から2019年4月において当院で施行した6例の重症 Ebstein 奇形に対する Starnes 手術について検討した。中央値で手術日齢は6日、体重は2.9kg、術前 CTR は80%、手術時間は150分、ICU 滞在は9日であった。開胸帰室は3例、ECMO 装着が2例、周術期死亡は1例。中央値2.5年のFollow-up 期間で遠隔死亡は1例、Fontan 到達は3/6例（1例待機中）。今回当院における Starnes 手術の周術期と遠隔期における手術成績に関して報告する。

II-22 急速に進行した僧帽弁逆流に対し後尖弁葉拡大術が奏功した乳児例

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科

吉積功、鶴垣伸也、河田政明

生後11か月時に診断され前尖逸脱として経過観察中急速な進行を示した幼児僧帽弁逆流に対し、後尖異形成・低形成・弁下組織形成不良に伴うCarpentier 分類 IIIb 型病変が判明し GA 処理自己心膜片（30x15mm）による後尖弁葉拡大と両側 Kay 法により 20mm から 16mm へ弁輪縫縮を併用した修復術を行った。逆流は良好に制御され、全身状態の著明な改善が見られた。本法は乳児にも有用な方法であるが良好な長期予後のために慎重な経過観察が不可欠である。

II-23 総肺静脈還流異常症術後 PVO に対し 2 孔化する事で PVO を解除した一例

群馬県立小児医療センター

岡徳彦、友保貴博、林秀憲

症例は3歳男児、1カ月時に総肺静脈還流異常（1a）、両大血管右室起始症（Fallot type）、心房中隔欠損、動脈管開存に対して Superior approach 法（一部分自己心膜を用いて吻合口を拡大）で修復を行ったが、PVO の進行を認めたため、術後3年で PVO 解除を行った。前回の PVO になっている部分は強度の瘻着があったため干渉せず、新しい吻合口を作成し 2 孔化することで PVO を解除することが可能となった。術中所見、文献的考察を加えて報告する。

II-24 primary sutureless 法の modification による TAPVC 修復

1 東京慈恵会医科大学 心臓外科

2 京都府立医科大学 小児心臓血管外科

篠原玄¹、宇野吉雅¹、森田紀代造¹、國原孝¹、山岸正明²

症例：日齢2男児、3.3kg。出生後チアノーゼ認め当院搬送後 TAPVC Ia に対し手術となる。体外循環確立し superior approach で common chamber 剥離、対向する左房壁にマーカー糸を置き心停止。左房を弧状に切開、頭側へフラップとして展開し common chamber 尾側 1/2 周の心膜へ吻合。Common chamber を吻合に平行に弧状に切開、左房頭側 1/2 周と吻合し修復を完成。ASD を閉鎖、垂直静脈を結紮離断。良好な修復視野を維持可能な方法であり報告する。

II-25 総肺静脈還流異常症術後肺静脈ステント抜去術の経験

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、榎井俊、石野幸三、長岡孝太、山口英貴、

清水武、大山伸雄、柿本久子、藤井隆成、篠義仁、富田英
新生児期に総肺静脈還流異常症術後 PVO に対して Sutureless repair 施行、引き続き PV ステント留置を施行し、以後10回にわたるステント拡張術を要した2歳、10kgの女児。今回ステント内狭窄の進行のために、肺静脈ステント抜去術を施行した。本症例の治療経過および今後の治療展望を報告する。

13:10~13:58 心臓:先天性、小児③

座長 枝岡 歩 (埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科)

II-26 完全型重複大動脈弓の一例

北里大学病院心臓血管外科

田所祐紀、宮本隆司、八鉢一貴、鳥井晋三、北村 律、
藤岡俊一郎、荒記春奈、近藤 真、田村佳美、大西義彦、
宮地 鑑

症例は6ヶ月の女児。胎児期に超音波検査で重複大動脈弓を疑われ当院小児科を紹介受診。出生後は身体所見を認めない為に経過観察となった。6ヶ月時のCT検査、気管支鏡検査で右主気管支の狭窄を認めた為、胸骨正中切開、人工心肺下右大動脈弓離断術を施行した。術後経過は良好で術後5日に退院した。重複大動脈弓は全先天性心疾患の1%程度とまれな疾患であり、中でも頻度が低い完全型を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

II-27 段階的肺動脈形成を施行した孤立性右肺動脈の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、野間美緒、寺田正次

1歳10ヶ月女児。右肺動脈腕頭大動脈起始、左右動脈管開存。胎児診断あり、出生直後からPGE1製剤で管理したが、右PDA狭小化に伴う右肺動脈途絶のため日齢5で準緊急手術(4mm ePTFE人工血管で主肺動脈から右肺動脈へinterpose)実施。1歳10ヶ月時に右肺動脈形成(主肺動脈フラップによる後壁形成、前面をパッチ拡大)を実施(術前PAI 212、肺血流シンチで右:左3:7)。新生児期途絶しかけていた右肺動脈血流を、段階的肺動脈形成手術で乗り切ることができた。

II-28 末梢PAまで疣贅を認めたRV-PA導管の感染性心内膜炎に対し循環停止を併用し再手術を行った1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

林遼太郎、新川武史、中山祐樹、竜龜亮悟、小林 慶、
塙崎悠司、新浪博士

11歳男性。cTGAに対して5歳時にダブルスイッチ手術(セニング+ラステリ)を施行。術後6年目にカンジダによる感染性心内膜炎を発症。CTでRV-PA導管内に加え右肺動脈にも疣贅を認め、内科治療困難で準緊急で手術施行。人工心肺確立後中等度低体温(27°C)。導管切除後、2分以内の循環停止を数回実施し右中下葉枝に塞栓している疣贅・血栓を可及的に除去。20mmの3弁付ゴアテックス導管再置換術施行。現在抗真菌薬治療継続中。

II-29 Fontan術後に可逆性後部白質脳症を発症した1例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

飯尾みなみ、木村成卓、船石耕士、松尾健太郎、橋本 崇、
金山拓亮、浅原祐太、秋山 章、高橋辰雄、山崎真敬、
伊藤 努、志水秀行

症例は3歳女児。単心室症にてGlenn手術、房室弁形成術、ペースメーカー挿入術後。Fontan術後に意識障害を認め、頭部CTにて後頭部優位の脳浮腫を認めたが、血栓傾向はなく脳梗塞は否定的であった。IVC吻合部に狭窄を認め再手術施行、その後は経時に意識状態の改善を認め、最終的に後遺症もなく回復した。周術期の血圧変動に伴う可逆性後部白質脳症と考えられ、文献的考察を加え報告する。

II-30 修正大血管転位症(cTGA)に対する左室トレーニングのための肺動脈絞扼術後に生じた左室内血栓症の一例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科

片山理智、保土田健太郎、細田隆介、永瀬晴啓、岩崎美佳、
枝岡 歩、鈴木孝明

1歳2ヶ月男児。1ヶ月検診で心雜音を指摘されcTGAと診断。TR、PSを認めVSDなし。心拡大とTRの増悪あり月齢11に当科紹介。解剖学的修復を期待し月齢14、体重8.9kgで肺動脈絞扼術を施行。POD14に心エコーで1cm弱の左室内血栓を認め抗凝固療法を開始、POD21に消失を確認。肺血流シンチでPEなく、抗凝固薬の内服を継続し血栓再発なし。左室心筋重量増加を認めダブルスイッチ手術待機中。

II-31 EXCOR装着後に大動脈弁閉鎖術を施行し心移植に到達し得たcAVSD術後重症心不全の1例

1 埼玉医科大学国際医療センター小児心臓外科

2 埼玉医科大学国際医療センター難治性心不全治療センター
永瀬晴啓¹、枝岡 歩¹、細田隆介¹、岩崎美佳¹、井口篤志²、
鈴木孝明¹

症例は3歳0ヶ月女児、体重8.4kg。cAVSD心内修復術+左側房室弁置換術後心不全にて当院へ転院後EXCORを装着。EXCOR装着後、大動脈弁逆流が増悪。VAD装着後11ヶ月目に心係数が1.9L/min/m²と著明に低下したため、大動脈弁閉鎖術を施行。EXCOR装着後約1年の待機にて国内心臓移植に到達。EXCOR装着小児例の大動脈弁閉鎖術施行例の報告は無く文献的考察を加え報告する。

13:58~14:46 心臓：虚血性心疾患

座長 岡 村 誉 (練馬光が丘病院 心臓血管外科)

II-32 左臓胸術後、心不全を伴う冠動脈病変に対してMID CAB (LITA-LAD)を実施した一例

横須賀市立うわまち病院

中村宜由、安達晃一、進士弥央、今村有佑、中田弘子

【症例】75歳男性。2019年3月にうっ血性心不全で入院し加療後、精査の冠動脈造影検査で左前下行枝に閉塞病変を認めた。術前のCTで50mm大の弓部大動脈瘤を認めており、今後拡大の際に手術の方針とし、冠動脈再建を先行とした。今後の手術のために正中切開を避け、左開胸での冠動脈バイパス術 (MIDCAB) を選択した。患者は30年前に左臓胸に対する肋骨除去術後であり、胸膜の癒着剥離と胸骨の牽引による視野確保の工夫を行い、MIDCABを完遂した。

II-34 重複前下行枝に対して冠動脈バイパス術を施行した1例

東京都済生会中央病院 心臓血管外科

伊藤隆仁、大坪 諭、吉武秀一郎、小林可奈子

71歳男性。労作時呼吸苦を認め、心不全として前医に入院。心不全加療後に冠動脈造影を施行したところ、重複前下行枝の2枝および回旋枝、右冠動脈に狭窄病変を認め、手術適応として紹介とされた。心停止下で両側内胸動脈を両前下行枝に、大伏在静脈で回旋枝と右冠動脈にバイパス術を施行した。

重複前下行枝は比較的稀れであり、手術する際に問題となることも多く文献的考察を含めて報告する。

II-36 急性心筋梗塞に合併した左室自由壁破裂に対するスチヤレスパッチ接着法の1治験例

東海大学医学部付属八王子病院 心臓血管外科

古屋秀和、田中千陽、山口雅臣、桑木賢次

70歳、男性。左回旋枝の急性心筋梗塞に対し緊急PCIを行い再灌流に成功したが、2日後に突然のショック状態に移行。精査で心タンポナーデ、左室自由壁破裂と診断。IABPを挿入し緊急手術を施行。左室側壁に心筋の断裂と血腫形成を認め、Oozing typeの破裂であった。ハイドロフィットとタコシールを組み合わせ止血を行い、さらにバイオグルを使用してウシ心膜パッチで大きくパッチ接着止血を行った。左前下行枝にCABGを追加。術後14日で軽快退院。

II-33 右冠動脈起始部異常に対し冠動脈バイパス術を施行した1例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

御子柴透、山本高照、大橋伸朗、福家 愛、和田有子、瀬戸達一郎

57歳女性、慢性腎不全で透析中の方。X-5年透析中に胸痛があり、精査にて右冠動脈起始部異常を指摘されたが、以後症状ないため経過観察されていた。X年秋ごろから透析中の血圧低下、胸痛、心電図にてST低下を認めるようになり虚血症状と判断され、当科紹介。冠動脈バイパス術 (RITA-RCA) 施行した。術後より、透析中の胸部症状は改善し、術後15日目独歩退院となった。右冠動脈起始部異常の文献的考察を加え報告する。

II-35 下壁梗塞に伴う心室中隔穿孔に対してDouble Patch Sandwich法による修復術を施行し救命し得た1例

足利赤十字病院 心臓血管病センター 心臓血管外科

中川知彦、泉田博彬、古泉 潔

症例は64歳女性。7日前からの胸痛と食思不振のため当院外来を受診。下壁梗塞に伴う心室中隔穿孔と診断し、緊急手術となった。IABP留置下に右室切開にてDouble Patch Sandwich法による修復術を施行。合併症の出現なく良好に経過し、術後14日目に軽快退院した。心室中隔穿孔の発生部位として下壁の割合は低く、救命率も低い。今回行った術式の特徴を踏まえて他術式と比較し、文献的考察を交えて報告する。

II-37 急性期心筋梗塞症に伴う左室内血栓に対し、内視鏡補助下に経大動脈的血栓除去を施行した1例

群馬県立心臓血管センター

加我 徹、江連雅彦、長谷川豊、山田靖之、星野丈二、

岡田修一、森下寛之、金澤祐太

57歳男性胸痛、呼吸苦を主訴に受診。心電図でST変化を認め急性期心筋梗塞の診断で入院となった。CAGでLAD、LCXの病変を認め、経胸壁心エコーでEF45%と低下、18mm大の左室内血栓を認めた。頭部CTで脳梗塞を認め、造影CTで右腎梗塞、残存血栓を認め手術を行った。大動脈遮断、心停止とし、大動脈を切開。内視鏡補助下に血栓を除去。LITA-LADを吻合。合併症なく術後9日目に退院。再発なく経過。

14:46~15:26 心臓:大血管②

座長 由利康一 (東京都立墨東病院 心臓血管外科)

II-38 心筋心膜炎加療後に上行大動脈の感染性動脈瘤を発症し手術を要した1例

横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科

山本貴裕、橋本和憲、佐藤哲也、伊藤智

症例は62歳、男性。半年前に心筋心膜炎に対して抗生素を含む加療を施行。今回、発熱、胸痛と呼吸困難を主訴に救急外来を受診。不明熱とMRSA菌血症の診断で内科入院となり、抗生素加療を開始。入院後4日目のCTにて上行大動脈において仮性瘤を伴う感染性動脈瘤を認め、緊急手術（上行大動脈人工血管置換術・大網充填術）を施行した。術後経過は良好であり抗生素加療を継続した。上行大動脈の感染性動脈瘤は比較的稀であるため、若干の文献学的考察を含めて報告する。

II-39 感染性動脈瘤に対してパッチ形成を施行した一例

千葉西総合病院

金森公平、黒田美穂、平塙貴久、西嶋修平、伊藤雄二郎、中山泰介、鶴田亮、堀隆樹、中村喜次

症例は83歳男性。脳梗塞を発症後、発熱と血液培養でKlebsiellaが検出された。精査にて腕頭動脈起始部の弓部大動脈に最大短径65mmの感染性の仮性大動脈瘤を認め、緊急手術となった。仮性動脈瘤と腕頭動脈、左総頸動脈、その周囲組織のdebridementを行い、弓部大動脈の欠損部位に2分枝付きパッチを縫合し、腕頭動脈と左総頸動脈を再建した。手術時間479分、大動脈遮断時間171分。術後経過は良好で、術後4週で独歩退院となった。

II-41 胸骨後経路食道再建術後の大動脈基部置換術の1例

東京女子医科大学東医療センター 心臓血管外科

増田憲保、奥蘭康仁、上部一彦

症例は68歳男性。食道癌に対し8年前胸腔鏡補助下右開胸開腹食道全摘及び胃管による胸骨後経路食道再建術施行。今回AAE、ARの診断で大動脈基部置換方針となる。術前画像上胃管は剣状突起周囲および胸骨柄で背面に接しており胸骨体部では正中よりやや左側に位置していた。手術は胸骨正中切開で胸骨角から剣状突起直上まで皮切を置き胸骨体正中から右第2肋間にむけ逆L字切開とし生体弁を使用したComposite graftで大動脈基部置換術を施行し経過良好であった。

II-42 急性A型解離術後に発生したMarfan cardiomyopathyの1例

板橋中央総合病院

佐藤博重、堀真理子、吉崎隆道、田村敦、数野圭、村田聖一郎

1年前にB型解離を発症し保存的治療を受けたMarfan症候群の32歳男性。今回、急性A型解離に対し上行置換術を施行した。術直後の経過は良好で退院予定であったが、術後2週間頃より急激に低左心機能を伴う高度MRを合併しCHFに陥った。残存解離に対しTEVARを追加した上でIABPを挿入。翌日再開胸、MVPを施行したところ心不全からの離脱に成功し退院した。まれなMarfan cardiomyopathyとして報告する。

II-43 化学療法中の発熱を契機に発見された上行大動脈血栓の1例

山梨県立中央病院

服部将士、津田泰利、中島雅人、佐藤大樹、横山毅人

57歳男性、食道癌の精査目的に当院消化器内科を受診。中部食道癌と舌癌を認め、術前化学療法後に手術の方針とした。化学療法開始4日目に発熱を認め、CTで両腎部分梗塞と上行大動脈内の造影欠損を認めた。抗凝固療法が開始されたが改善なく当科紹介。準緊急手術施行し、白色血栓と大動脈壁を切除した。病理では新鮮フィブリン血栓と粥状硬化を伴う大動脈壁の診断であった。術後経過に問題なく、ワーファリン内服で退院した。大動脈血栓は稀な疾患であり文献的考察を踏まえて報告する。

15:26~16:14 心臓:外傷、その他

座長 中村 賢 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓外科)

II-44 スワンガントカテーテルによる肺動脈損傷に対して、補助循環下で血管内治療を行い救命し得た一例

佐久医療センター

雨谷 優、白鳥一明、豊田泰幸、濱 元拓、新津宏和、依田惇志
75歳女性。大動脈弁閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全症に対して大動脈弁置換術、僧帽弁形成術を行った。人工心肺離脱時に突然の気道出血を認め、循環動態維持のため V-A ECMO を必要とした。閉胸した後に造影 CT を施行したところスワンガントカテーテルが原因と思われる右肺動脈損傷を認め、コイル塞栓術を施行した。その後の経過は良好であり自宅退院に至った。周術期合併症のなかでも救命率の低い病態であり、文献的考察を加え報告する。

II-45 肺塞栓症から右房損傷を診断し得た一例

済生会宇都宮病院 心臓血管外科

原田大暉、橋詰賢一、大野昌利、松岡 義、池端幸起、高木秀暢
21歳女性、交通外傷で救急搬送。外傷性心損傷による心タンポナーデに対して、心嚢ドレーンを留置。約 150ml の血性心嚢液が流出し、血圧安定、その後排液減少し、経過観察とした。翌日、酸素化低下から肺塞栓症も疑い、精査で右心房内血栓を認め、緊急手術となった。人工心肺確立後心房内を観察し心房後壁に血栓付着を認めた。除去すると右房後壁に 2cm 程度の裂創を認め、縫合閉鎖、手術終了とした。肺塞栓症から外傷性右房損傷を診断し得た一例を経験したので報告する。

II-46 緊急開胸開腹止血術で救命できた穿通性左室前壁損傷を含む多発外傷の1例

新潟県立中央病院

小林遼平、名村 理、三村慎也、村岡拓磨

包丁刺傷により左前胸部から心窩部に多発外傷を来たした 66 歳女性。CT にて左大量血胸、心嚢内の少量活動性出血及び肝左葉損傷が疑われたため、急速輸血と昇圧剤投与下で緊急止血術を開始した。肝損傷を修復し、剣状突起下で心膜開窓した後も血圧上昇不良であった。心損傷ありと判断して開胸すると左室前壁に穿通性 3a 型損傷を認め、フェルトプレジエットを用いた縫合閉鎖とタコシールにて良好な止血を得た。術後経過良好であったため 12 日目に独歩退院した。文献的考察を加えて報告する。

II-47 Cardiac Positioner 接着部に生じた左室仮性瘤の1例

東京歯科大学市川総合病院 心臓血管外科

村田 哲、申 範圭、笠原啓史

75 歳、女性。MR、TR、PAF に MV repair、TAP、左房メイズを施行。PV 隔離の視野展開に左室前壁に Cardiac Positioner を装着。手術終了時に装着隣接部の出血を認め縫合止血。術後、MR 消失、TR trivial、洞調律。18POD に心嚢液貯留を認め、心エコーと左室造影で左室前壁仮性瘤を認め、21POD に再開胸し用手的に出血制御、高頻拍ペーシング下に felt strip 付き mattress 縫合で止血、その後経過良好。心筋脆弱性に加え Positioner に起因した可能性があり、注意を要する。

II-48 脳梗塞を併発した左室内血栓に対して、血栓除去術を施行した2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附属病院 心臓外科

成瀬 瞳¹、田口真吾¹、橋本和弘²

左室内血栓は急性心筋梗塞、特発性拡張型心筋症や、重症弁膜症に伴う低左心機能症例などで起こるとされている。今回我々は、特発性拡張型心筋症や、低左心機能による左室内血栓が原因で、脳梗塞を発症し、左室内血栓除去術を施行した症例を経験した。急性心筋梗塞に伴う左室内血栓とは血栓形成から発見までの間隔や、手術介入の時期が異なり、文献的考察を加えて報告する。

II-49 若年透析患者の左室内血栓に対して血栓除去を施行した1例

池上総合病院 心臓血管外科

兼村禎大、明石興彦、須藤幸雄

症例は 30 歳、男性。28 歳時に維持透析導入。数日前から倦怠感を自覚。ECG で V4 から V6 で T 波が陰転化し、UCG でほぼ全周性の心収縮能低下と EF 38%、左室心尖部に可動性のある $\phi 15 \times 9$ mm、 $\phi 20 \times 12$ mm の血栓を認め、CAG で #4PL に血栓透鏡像があつたため、準緊急的に左室内血栓除去を施行。術後経過は良好。心拡大を認めていたため心筋生検を施行したが異常は認めず、また Fabry 病、血栓素因なども認めなかった。

第Ⅲ会場：706

8:20~9:24 肺：学生、初期研修医（呼吸器）①（審査員：藤森 賢）

座長 伊豫田 明（東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野）

学生発表

Ⅲ-1 広範に左腕頭静脈内腔に浸潤した左肺癌の一切除例

自治医科大学附属さいたま医療センター

河端康平、峯岸健太郎、山名 輝、小森健二朗、大野慧介、坪地宏嘉、遠藤俊輔

症例は48歳、女性。CTで前縫隔に首座をおく腫瘍を認め、左腕頭静脈から左鎖骨下静脈と左内頸静脈にかけて閉塞し、左肺上葉にも及んでいた。胸腺腫を疑い手術を施行。奇静脉の頭側で上大静脈と右腕頭静脈を遮断し、左腕頭静脈を上大静脈から静脈角まで合併切除した。左肺上葉は部分切除した。手術時間489分、出血量2440ml。病理は原発性肺癌と診断された。まれな進展様式を呈した肺癌であり、血管再建法も含め文献的考察をふまえて報告する。

研修医発表

Ⅲ-2 Kartagener症候群に伴う胸腺癌の一切除例

1 東京女子医科大学東医療センター 卒後臨床研修センター

2 東京女子医科大学病院 呼吸器外科

笛本晶子¹、前田英之²、光星翔太²、荻原 哲²、片桐さやか²、青島宏枝²、井坂珠子²、松本卓子²、西内正樹²、神崎正人²

69歳、男性。3歳からKartagener症候群と診断。胸部CTで最大径3mmの前縫隔腫瘍を認め、右腕頭静脈、心膜への浸潤が疑われた。胸骨正中切開で胸腺胸腺腫摘出術を施行し、術中所見で右腕頭静脈、心膜への浸潤を認め、合併切除。病理診断で胸腺癌、正岡分類Ⅲ期・pT3N0M0 stage IIIA。Kartagener症候群に伴う胸腺癌は稀で、文献的考察を加え報告する。

研修医発表

Ⅲ-3 CABG後に左上葉切除を行った1手術症例

東京慈恵会医科大学附属病院 呼吸器外科

戸田貴之、加藤大喜、野田祐基、柴崎隆正、森 彰平、

仲田健男、松平秀樹、平野 純、大塚 崇

症例は45歳男性。1年前に心筋梗塞を発症しCABG(LITA-LAD)を施行。その後のCTで左上葉に囊胞内発生した腫瘍と考える所見を認め、増大傾向を示した。腫瘍はグラフト血管に接して存在、心臓外科合同で手術を行った。術中所見：腫瘍は舌区に存在。横隔神経背側で心膜・神経に浸潤。心囊内にグラフト血管に浸潤がないことを確認し左上葉切除を施行。病理診断は胸腺癌で術前画像では鑑別が困難であった症例を経験したので報告する。

研修医発表

Ⅲ-4 肺内発生を疑う単相線維型滑膜肉腫の1切除例

筑波大学附属病院 呼吸器外科

黒田啓介、後藤行延、菅井和人、河村知幸、佐伯祐典、

北沢伸祐、小林尚寛、菊池慎二、佐藤幸夫

31歳、男性。本学へのインドからの留学生。学内検診胸部異常影にて左胸腔内腫瘍の疑いで当科紹介。CTで左上下葉間部に大きさ8cmの大腫瘍を認め、PETでSUVmax:13.51の集積あり。CTガイド下生検にてmalignant spindle cell tumorと診断し、左下葉+舌区域切除による腫瘍摘除術を施行。病理では、Spindle cellから形成される腫瘍の鑑別としてFISHで約70%にSS18のsplit signalを検出、単層纖維型滑膜肉腫と診断した。

研修医発表

Ⅲ-5 流入動脈瘤に対してコイル塞栓術後、胸腔鏡下右下葉切除術を施行した肺分画症の1例

杏林大学 医学部・大学院 外科学教室（呼吸器・甲状腺外科）

伊藤未奈、須田一晴、渋谷幸見、近藤晴彦

50歳代、男性。血痰を主訴に受診。腹部大動脈から流入する異常動脈を伴った右下葉肺葉内分画症と診断した。流入動脈は腹部大動脈の腹腔動脈分岐部レベル左側から分岐し、起始部に瘤形成を認めた。コイル塞栓術を行った後、胸腔鏡下右下葉切除術を施行した。本症例では術前にコイル塞栓を行い、術中・術後、流入動脈瘤破裂の危険を回避した。右肺分画症は左に比べて報告が少なく、流入血管に瘤形成を伴った症例はまれである。

研修医発表

Ⅲ-6 気管支異物との鑑別を要した軟骨様過誤腫の1例

1 東海大学医学部付属八王子病院 呼吸器外科

2 東海大学医学部付属八王子病院 病理診断科

3 東海大学医学部 外科学系 呼吸器外科学

中野 圭¹、有賀直広¹、須賀 淳¹、中川知己¹、平岩真一郎²、田尻琢磨²、山田俊介¹、岩崎正之³

症例は50歳代男性。発熱を主訴に近医受診。内服治療で改善なく胸部CT施行。左下葉底区入口部に石灰化結節を認め、肺野は無気肺と浸潤影を伴っていた。気管支異物や腫瘍による閉塞性肺炎と診断し気管支鏡施行するも治療困難と判断され手術方針となつた。左下葉切除を施行。病理組織学的診断は軟骨様過誤腫であった。文献的考察を含め報告する。

研修医発表

III-7 遅発性外傷性右横隔膜ヘルニアに対してヘルニア修復術を行った1例

土浦協同病院 呼吸器外科

谷田部悠介、中岡浩二郎、荒木健太郎、稻垣雅春

症例は49歳男性。X-29年に交通事故で腹部打撲の既往がある。X-9年の健診異常で当院受診し、CTで右外傷性横隔膜ヘルニアと診断されたが無症状のため経過観察となった。X年に心窩部痛を主訴に当科受診し、CT上ヘルニアの増悪を認めたため手術適応とした。第5肋間前側方開胸アプローチで胸腔内を観察すると、肝臓は肺と軽度に、横隔膜と広範囲に癒着していた。横隔膜の欠損孔は8×6cmであり、プロリンメッシュで閉鎖した。

学生発表

III-8 心膜囊胞の一切除例

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

武井信論、坂口浩三、吉村竜一、田口亮、柳原章寿、梅咲徹也、二反田博之、石田博徳

55歳女性。胸部異常陰影のため受診。胸部CTで右横隔膜上に68x47mm大の造影効果を伴わない囊胞性病変を認めた。MRIでT1低信号、T2高信号を呈した。囊胞性病変が疑われたが増大傾向にあったため診断目的に胸腔鏡下縦隔腫瘍切除術を施行し病理学的に心膜囊胞と診断された。囊胞内容液の性状は血清と同等であった。心膜囊胞の本邦報告例をまとめ、当科の過去の切除例も踏まえ文献的考察とともに報告する。

座長　臼田実男(日本医科大学 呼吸器外科)

研修医発表

III-9 外傷性壁側胸膜外巨大血腫の1例

前橋赤十字病院

福田一将、松浦奈都美、吉川良平、矢澤友弘、大沢 郁、
井貝 仁、上吉原光宏

66歳男性。階段で転落して左胸部を打撲した4か月後に呼吸苦が増悪し、当科受診。CTで左第3~10肋骨骨折、肺尖を占める巨大な血腫、大量胸水、左完全無気肺を認めた。胸水ドレナージにても血腫は変わりなく、4日目に血腫除去術を施行した。血腫直上で開胸し、黒色の凝血塊と肥厚した壁側胸膜とを可及的に切除した。術後6日目に創部が離開して膿性排液を認め、術後急性膿胸として郭清術を行った。胸部外傷の経過としては比較的稀な症例を経験したため報告する。

研修医発表

III-10 悪性リンパ腫に併発した肺クリプトコッカス症の一例

1日本大学医学部附属板橋病院

2日本大学医学部附属板橋病院呼吸器外科

枇杷田裕佑¹、河内利賢²、林 宗平²、佐藤大輔²、坂田省三²、
四万村三恵²、櫻井裕幸²

症例は58歳、男性。9カ月前にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断された。経過観察中に右肺上葉の結節影が増大傾向を示し、CEAの上昇とPTE/CTでSUVmax 3.94の集積を認め、診断と治療をかねて右肺上葉部分切除術を施行。血清クリプトコッカス抗原は陰性であったが、病理組織所見では、HE染色で非染色性、Grocott染色で染色される菌体を認め、肺クリプトコッカス症と診断された。文献的考察を加えて報告する。

研修医発表

III-11 太径ドレーンによる膿瘍ドレナージが奏功した肺膿瘍の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 呼吸器外科

翁 真希、森 彰平、野田祐基、加藤大喜、柴崎隆正、
松平秀樹、平野 純、大塚 崇

42歳男性。肺膿瘍の診断で入院となった。抗菌薬治療と肺膿瘍ドレナージ(10Fr pigtail)を行ったが、ドレナージ不十分、膿瘍内容物の気道散布、呼吸状態増悪を認めたため、全身麻酔下に太径ドレーン(28Fr ソラシックカテーテル)に入れ替えた。ドレナージは奏功し、呼吸状態は急激に改善した。細径ドレーンでドレナージ不良で、太径ドレーンへの入れ替えによる膿瘍ドレナージが奏功した肺膿瘍を経験したので報告する。

研修医発表

III-12 左気胸を契機に診断されたCongenital pulmonary airway malformation (CPAM)の1例

1日産厚生会 玉川病院 気胸研究センター

2日産玉川病院 病理科

南野光太郎¹、渡邊健一¹、山中寛崇¹、坪島顯司¹、栗原正利¹、
藤原睦憲²

症例は16歳男性。運動時に左胸痛を自覚。胸部単純X線写真で高度左気胸の診断となり左胸腔ドレナージを施行。胸部CT検査で左上区域の気腫性変化とS1+2Cに最大42×29mm大の多発するLow Attenuation Areaを認め、CPAM疑いと診断。胸腔鏡補助下左上区域切除術を施行した。病理検査でCPAM type1と診断された。青年期に気胸を併発したCPAMの一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

研修医発表

III-13 当センターにおけるLAM患者の検討

玉川病院気胸研究センター

鈴木恵美里、栗原正利、山中崇寛、渡邊健一、坪島顯司

目的:リンパ脈管筋腫症(LAM)は気胸を繰り返し呼吸不全にいたる希少肺疾患である。当センターにおけるLAM患者の実態を検討した。対象:LAM患者37人50例のうち結節性硬化症合併は3人であった。結果:初発気胸年齢は平均32.1歳、手術時年齢は平均35.4歳、BMIは平均19.5であった。TPC治療により気胸頻度は月平均で術前0.34回から術後0.02回に減少した。結論:TPCは気胸再発を改善しLAMの薬物治療および肺移植術に効果的な治療法である。

研修医発表

III-14 右肺全摘後に生じた対側自然気胸に対するECMO補助下全肺被覆術

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

高木普賢、北野健太郎、椎谷洋彦、唐崎隆弘、此枝千尋、
長山和弘、佐藤雅昭、中島 淳

30歳代、女性。10年以上前に右巨大肺囊胞に対し右肺摘除の手術歴があり、気腫性肺疾患の存在が推測された。今回、意識消失に続くショック状態で前医に搬送され、左自然気胸と診断し胸腔ドレナージを開始した。当院でVA-ECMO補助下に胸腔鏡下左肺ブランチ切除と酸化セルロースによる全肺被覆を実施し、第19病日に軽快退院した。肺摘除後の自然気胸は致死的となりえるほか、外科療法においても特別な配慮を要する。

研修医発表

III-15 リンパ脈管筋腫症に伴う左続発性気胸に対して単孔式胸腔鏡下全胸膜カバーリング術を施行した一例

千葉県済生会習志野病院 呼吸器外科

大嶋恭一郎、溝渕輝明、石橋史博、長門 芳

40代女性。左胸背部痛で発症し、左自然気胸と診断された。胸部CTで多発肺囊胞を認め、縦隔及び横隔膜面に優位な局在及び多型性の形状から Birt-Hogg-Dube 症候群 (BHDS) による続発性気胸を疑った。上記疾患に対し全身麻酔下に単孔式胸腔鏡下全胸膜カバーリング術を施行した。術後経過良好で第5病日ドレーン抜去し第8病日退院となった。病理診断ではリンパ脈管筋腫症 (LAM) の診断となった。LAM の病態及び全胸膜カバーリングについて考察した。

研修医発表

III-16 赤芽球癌合併胸腺腫の一切除例

日本医科大学付属病院 呼吸器外科

富岡勇宇也、竹ヶ原京志郎、松本充生、園川卓海、井上達哉、榎本 豊、臼田実男

43歳男性。検診で高度貧血 (Hb : 5.5g/dl) を指摘され、精査目的に当院血液内科を受診。骨髄穿刺で赤芽球無形成、胸部CTで前縦隔に9cm 大の腫瘍を認め、赤芽球癌合併胸腺腫の疑いで当科紹介となった。手術は胸骨正中切開下に拡大胸腺摘出術を施行。病理診断は WHO 分類 Type AB、正岡 I 期の胸腺腫であった。術前は頻回の輸血が必要であったが、術後シクロスボリンの投与を開始し、網状赤血球の上昇と貧血の改善を認め、現在術後 12ヶ月で輸血非依存性の状態を維持している。

研修医発表

III-27 低肺機能に伴う両側多発肺癌に対し3期的に3-port 胸腔鏡下肺切除を施行し得た一例

虎の門病院 呼吸器センター外科

多月 卓、諸星直輝、菊永晋一郎、長野匡晃、鈴木聰一郎、

藤森 賢

74歳女性。他院検診 CT で経過観察されていた両側多発肺癌疑いに対する手術施行目的に当科紹介。低肺機能のため2期的に20XX年9月左 VATS S8+9 区切、同10月右 VATS S3、S7+8 区切を施行。初回術前より認めた右 S6 GGN が徐々に増大し 11mm 大となり、呼吸機能も改善したため1年半後の20XX+2年6月に右 VATS S6 部切を施行した。切除区域間の術後瘻着を認めた。手術時間 180 分、出血 50ml。合併症なく術後8日目退院。経過と手術所見を含め発表する。

III-17 コイル塞栓後に再疎通した肺動静脈瘻に対して肺動脈形成を伴う左S6区域切除を施行した一例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

松本寛樹、和田啓伸、山本高義、田中教久、坂入祐一、鈴木秀海、中島崇裕、吉野一郎

症例は23歳女性。オズラー病に合併した両側多発性肺動静脈瘻に対し、10歳時以降、計4回のコイル塞栓術を施行された。23歳時に左A6.A10の塞栓部位に再疎通を指摘され、両病変に5回目のコイル塞栓術を施行されたがA6の肺動静脈瘻は残存し手術の方針となった。塞栓したコイルが葉間肺動脈に逸脱して内膜に埋没しており、肺動脈形成を伴う左S6区域切除を施行した。手術ビデオを報告する。

III-18 開胸肺葉切除後に胸腔鏡下で同側肺葉手術を施行した1例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学

並川晴佳、萩原 優、古本秀行、嶋田善久、垣花昌俊、梶原直央、大平達夫、池田徳彦

症例は55歳男性、1978年に肺動静脈奇形に対し開胸下右肺下葉切除術を施行。中葉に肺癌が発生し、胸腔鏡下中葉切除術を施行した。開胸肺葉切除後の同側肺葉切除は、血管周囲の瘻着など操作が難渋することが多い。本例は胸壁との瘻着は強度であったが肺門周囲では軽度であり、胸腔鏡手術の完遂が可能であった。同側開胸術後の胸腔鏡下肺葉切除術の限界について他の自験例と合わせて考察する。

III-19 間質性肺炎に起因する続発性気胸に対して瘻孔内フィブリン糊注入、及び遊離脂肪組織+PGAシートによる瘻孔被覆を施行した1例

長野市民病院 呼吸器外科

小池幸恵、砥石政幸、境澤隆夫、西村秀紀

症例は70代、男性。間質性肺炎の診断で通院中であった。左気胸を発症、ドレナージを施行したが改善を認めず手術の方針とした。瘻孔は間質性変化に伴い生じた囊胞部分に存在、周囲の臓側胸膜は白色に硬化し切除や縫合、縫縫は困難な状況であった。瘻孔内にフィブリン糊を注入、さらに瘻孔を遊離脂肪組織及びPGAシートで被覆、気漏の停止を確認し手術を終了した。術後第6病日にドレーン抜去、第10病日に退院となった。

III-20 粟粒結核に伴うARDS後の両側続発性気胸に対しVV-ECMO下胸腔鏡下両側肺部分切除術を施行した1症例

1 横浜市立大学附属病院

2 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

3 横浜市立大学附属病院 一般外科

原田龍之助¹、伊坂哲也¹、町田大輔²、郷田素彦²、菊池章友¹、石川善啓¹、禹 哲漢¹、利野 靖³、益田宗孝²

12歳男児。粟粒結核に対し抗結核薬を開始し、2日目にARDS発症し、21日目に両側性気胸発症。両側ドレナージ開始後も約1カ月間、肺拡張・酸素化不良が遷延し、VV-ECMO下胸腔鏡下両側肺部分切除術施行。術中酸素化低下なく、術後肺は全拡張し、酸素化も改善。術後14日目に軽快退院した。

III-21 ステイブル針が原因と疑われる術後出血の1例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

羽藤 泰、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

71歳、男性。肺腺癌に対し胸腔鏡下右肺上葉切除+縫隔リンパ節郭清施行後、経過中に右S6に出現した第2癌と思しき病変に対し、右肺部分切除施行。瘻着剥離後、自動縫合器3発（直型、曲型、直型）で肺部分切除を施行した。術後2日目の胸部X線写真で胸腔内液体貯留を多量に認め、再開胸止血術施行。出血点は術中瘻着剥離と関連しない椎体側方の肋間動脈であった。原因として形成不全ステイブル針が疑われる教訓的事例であるので報告する。

III-22 混合性結合組織病（MCTD）合併の非結核肺抗酸菌症に対して右肺下葉切除後に遅発性食道穿孔をきたした1例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

師田瑞樹、似鳥純一、中島 淳

49歳女性。MCTD治療中にインフルエンザ罹患。右下葉肺囊胞増大および肺NTM症の増悪を認め、胸腔鏡下右肺下葉切除+肋間筋弁気管支断端被覆術施行。術後経過良好であったが、9PODに咳嗽後より発熱・炎症反応上昇、胸部CTにて食道穿孔を疑う所見を認め、再開胸手術施行。食道壁に5mm大の裂孔を認め、食道大網充填、腸瘻造設術、胸腔ドレナージ施行。106PODに軽快退院した。術後過度の胸腔内陰圧によりMCTDの脆弱な食道が穿孔したと考えられた。

III-23 HOT 導入を要する重症度分類IV度の間質性肺炎を合併した肺癌の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 内科学講座呼吸器内科学分野

3 東邦大学医学部 病院病理学講座

肥塚 智¹、東 陽子¹、佐野 厚¹、大塚 創¹、坂井貴志¹、
坂本 晋²、柄木直文³、岸 一馬²、瀧谷和俊³、伊豫田明¹

症例は73歳女性。間質性肺炎合併右下葉肺癌（臨床病期IA3期）が疑われ、当院紹介。安静時PaO₂ 68.1mmHg、6分間歩行試験SpO₂最低値は83%で重症度分類IV度、労作時HOT導入が必要と評価された。胸腔鏡下右下葉部分切除術を施行し、HOT導入し術後26日目に退院。術後1年8ヶ月経過し、無再発生存中。

III-24 冠動脈バイパス術後の右肺尖部肺癌に対して胸骨正中切開アプローチで切除した一例

国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

則竹 統、三好智裕、勝又信哉、多根健太、青景圭樹、坪井正博
症例は冠動脈バイパス術（LITA-LAD）の既往がある77歳男性。4.8cm大の右肺尖部胸壁浸潤癌に対し、胸骨正中切開で再開胸し、はじめにLITA-LADグラフトを剥離し温存した。腫瘍の浸潤を認めた胸骨柄右半、右鎖骨頭、右第一肋骨および右腕頭～鎖骨下静脈を合併切除し、人工血管で再建した後に右上葉切除を施行した。冠動脈バイパス術後に胸骨正中再切開アプローチで安全に腫瘍を摘出した一例を経験したので報告する。

III-25 左上区域スリーブ切除後の異時性多発扁平上皮癌に対し経心嚢的に残舌区域切除術を施行した一例

国立がん研究センター中央病院

大久保祐、四倉正也、吉田幸弘、中川加寿夫、渡辺俊一

68歳男性。扁平上皮癌に対する左上区域スリーブ切除3年後のCTで残舌区域に増大傾向にある腫瘍を指摘。EBUS-TBNAにて扁平上皮癌（異時性多発癌）の診断で、手術を施行した。心嚢内で上肺静脈切離し、心嚢内から心嚢後壁を切開し、舌区気管支を切離した。舌区肺動脈処理後、葉間形成し残舌区域切除術を完了した。肺門部の気管支形成術後であるが残肺全摘を回避し、残舌区域切除を施行し得た本術式の工夫点を報告する。

III-26 #5リンパ節転移を伴う左上葉肺癌に対してEGFR-TKI投与後に手術を施行した一例

慶應義塾大学病院 外科学（呼吸器）

大村征司、朝倉啓介、加勢田馨、政井恭兵、菱田智之、淺村尚生
50代男性。左上葉肺癌（cT4N2M1c (OSS)、cStage IVB (EGFR exon 19 del)）に対してAfatinib、続いてOsimertinibを投与した。原発巣、転移巣とともに一度縮小したが、原発巣のみ再増大を認めたため手術とした。治療前に転移を認めた#5リンパ節周囲の線維化により左肺動脈本幹の確保に難渋したが、心嚢内で肺動脈を確保し左上葉切除+肺動脈形成術を行った。#5リンパ節転移を認めた症例の左上葉切除は肺動脈の確保に細心の注意を要する。

III-28 二窓法で施行した胸腔鏡下左S9+10区域切除術

東海大学医学部附属病院 呼吸器外科

橋本 謙、矢ヶ崎秀彦、濱中瑠利香、生駒陽一郎、武市 悠、

河野光智、増田良太、岩崎正之

症例は60代女性。右上葉と左下葉にすりガラス型の結節を認め、胸腔鏡下二窓法で右上葉切除を先行した。積極的な縮小手術として左S⁹⁺¹⁰区域切除を計画した。分葉不全であったため葉間からのアプローチを避け、胸腔鏡下二窓法でV⁶と総肺底静脈との間を背側からアプローチし気管支と肺動脈を処理し左S⁹⁺¹⁰区域切除術を施行した。左右ともに上皮内癌であった。二窓法でposterior approachによる区域切除を施行した一例を報告する。

13:10~14:06 肺:縦隔、胸壁疾患

座長 和田 啓伸 (千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科)

III-29 肺癌術後に生じた胸壁デスマトイド型纖維腫症の1例

1 神奈川県立がんセンター 呼吸器外科

2 神奈川県立がんセンター 病理診断科

3 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

根本大士¹、壺井貴朗¹、江里口大介¹、鮫島譲司¹、永島琢也¹、

伊藤宏之¹、中山治彦¹、横瀬智之²、益田宗孝³

45歳女性。右肺癌に対する胸腔鏡補助下右肺S8、9区域切除術の1年半後に右前胸部腫瘍を自覚。CTで第5肋間に29mm大の腫瘍を認め、PET-CTではSUVmax 4.7の集積を認めた。増大傾向のため胸壁腫瘍切除術を施行。術中所見で浸潤所見を認めなかつたが、病理結果はデスマトイド型纖維腫症であり、後日、胸壁追加切除、再建を行つた。

III-30 局所進行胸腺癌に対して化学放射線治療後に完全切除を行つた1例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

小野里優希、鈴木秀海、今林宏樹、植松靖文、伊藤祐輝、

松本寛樹、海寶大輔、椎名裕樹、佐田諭己、田中教久、

山本高義、坂入祐一、和田啓伸、中島崇裕、吉野一郎

70歳男性。健診発見の前縦隔腫瘍で経皮的針生検で胸腺癌と診断した。化学放射線療法 (CBDCA + PTX 3コース、RT60Gy) で、腫瘍の縮小を認めた。手術は前縦隔腫瘍切除に加え心膜・左右腕頭静脈及び上大静脈合併切除、人工血管再建術、右肺上中葉切除術を施行。集学的治療により完全切除した進行胸腺癌を経験したので報告する。

III-31 胸壁線維腫症の1切除例

北里大学医学部 呼吸器外科

林 祥子、三井 愛、玉川 達、内藤雅仁、松井啓夫、

塩見 和、佐藤之俊

【症例】46歳女性。主訴は増大する左側胸部腫瘍。第2肋間～第5肋間と周囲の筋、乳腺を含めた胸壁腫瘍切除、胸壁再建を施行した。病理学的に、肋間筋を原発とし、紡錘形細胞の錯綜状増殖があり、周囲の筋組織、乳腺、肋骨骨膜への浸潤を認めた。核分裂像・壊死は認めず。免疫では、Vimentin、 α -SMA、Desmin、S-100、CD34が全て陰性で、fibromatosisの診断だった。一部に β -cateninの核内移行があるが弱く、Desmoid fibromatosisとは断定困難であった。稀な症例を経験したので報告する。

研修医発表

III-32 前縦隔に発生したRosai-Dorfman病の一例

1 日本大学医学部附属板橋病院

2 日本大学医学部附属板橋病院呼吸器外科

榎原 昌¹、佐藤大輔²、林 宗平²、坂田省三²、河内利賢²、

四万村三恵²、櫻井裕幸²

症例は70歳、女性。結石性腎孟腎炎精査の胸部CT画像で前縦隔に2.7cmの結節影あり。胸部MRI画像で、T1高信号、T2やや高信号であり、FDG-PTE/CTでSUVmax 3.5の集積を認め、前縦隔腫瘍摘出術を施行。病理組織所見では、マクロファージの細胞質内にリンパ球、形質細胞、赤血球の囲い込み(emperipoleisis)を認め、Rosai-Dorfman病と診断。前縦隔に発生したRosai-Dorfman病は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

研修医発表

III-33 胸腔鏡下に摘出した縦隔前腸囊胞の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科

佐々木直迪、堀尾裕俊、杉田裕介、志満敏行、原田匡彦

症例は19歳、男性。高校入学健診にて胸部異常影指摘。上中縦隔左寄りに11×5cmの薄壁囊胞あり、経過観察を希望。4年後同病変は12×6cmに増大、労作時呼吸困難出現し、摘出方針とした。3 port でアプローチ、迷走神経本幹をtapingの上、Ao arch分枝、食道、気管および左反回神経を確認温存しつつ摘出した。囊胞内腔面は多列線毛上皮で裏打ちされ、囊胞壁は消化管壁に類似した構造を示し、一部には腺組織も認めたが、軟骨・扁平上皮成分を認めず、前腸囊胞と診断した。

III-34 完全胸視下に切除した胸壁腫瘍の一例

自治医科大学 呼吸器外科学

大関雅樹、柴野智毅、金井義彦、山本真一、遠藤俊輔

症例は50歳女性。胸部CTで右第4肋骨に骨融解を伴う腫瘍を認め診断的治療目的に手術の方針となった。手術は3portの完全胸視下で行った。胸膜、肋間筋、前鋸筋を切除。肋骨はシャフト長15cmのヘルニア鉗子で切離し腫瘍を摘出した。術後経過は良好で第4病日に退院とした。完全胸視下の肋骨切除は特殊なドリルな器具を用いた報告が散見される。今回我々が用いたヘルニア鉗子は整形外科領域ではごく一般的に用いられる器具であるため、汎用性が高くかつ低コストな手技である。

III-35 穿通性胸腹部外傷の1例

獨協医科大学病院 呼吸器外科

荒木 修、有賀健仁、西平守道、井上 尚、莉部陽子、

前田寿美子、千田雅之

症例は50歳、男性。屋根の修理作業中3mの高さから転落、ウエストポーチ内のラチェットレンチが左腰背部に刺さり、当院搬送。来院時CTで脾損傷と腹腔内出血、左血気胸、左第11-12肋骨、左第1-5腰椎横突起骨折あり。胸腔ドレナージにより血性胸水300mlを排出した。脾臓摘出術を先行し、同視野から肺損傷部位を確認、左第7肋間で小開胸し舌区の肺損傷部を修復した。術後経過良好にて第9病日に独歩退院した。

III-37 外傷を機に指摘・切除された Chronic Expanding Hematoma の1例

東京医科歯科大学大学院 呼吸器外科学

末吉国誉、石橋洋則、青木美智、森恵利華、中島康裕、

浅川文香、小林正嗣、大久保憲一

症例は75歳女性。胸部打撲後に貧血を来し、CT検査で右胸腔内血腫と右横隔膜上腫瘍を指摘された。血腫に対し右下横隔膜動脈血管塞栓術を施行し止血を得られ、4ヶ月の経過で縮小した。右横隔膜上の腫瘍は縮小せず、開胸腫瘍摘除・横隔膜再建術を施行した。病理標本で Chronic Expanding Hematoma (CEH) の診断。CEHについて若干の文献考察を併せて報告する。

III-39 肺原発胎児性癌の1例

武藏野赤十字病院

角田 悟、高崎千尋、武村真理子

67歳男性。胸部XP異常で来院。胸部CTで壁側胸膜浸潤を疑う左S1+2腫瘍を認めた。原発性肺癌cT2aN0M0の診断で胸腔鏡下左上葉切除、壁側胸膜合併切除、ND2a-1郭清を施行。病理検査で腫瘍は淡明胞体が目立ち、免疫染色はSALL4、Glypican3陽性で胎児性癌と診断した。一部神経内分泌系への分化を示し、またin situ扁平上皮癌の領域を認めた。他臓器からの転移所見を認めず、肺原発と考えた。肺原発胎児性癌は肺癌の0.4%とまれである。腺癌からの移行を認めることがあるが、扁平上皮癌からの報告はない。文献を含め報告する。

III-36 長期の食道癌治療経過中に発症した特発性食道破裂の一例

東海大学医学部付属病院 消化器外科

関 太要、小柳和夫、二宮大和、谷田部健太郎、樋口 格、

山本美穂、小澤壯治

症例は54歳、男性。2017年に食道扁平上皮癌と診断し化学療法、化学放射線療法を施行し完全奏効が得られた。半年後に原発巣の再発、両側多発肺転移を認め、胃瘻を造設し化学療法を開始した。術後11日に呼吸困難を認め、CT検査を施行した。縦隔内に液体貯留を認め、縦隔内穿破型の食道破裂と診断し保存的加療とした。翌日施行したCT検査で左胸腔内への穿破が疑われ、左開胸による穿孔部縫合閉鎖術、洗浄ドレナージ術を施行した。現在、遷延する発熱に対して治療中である。

III-38 食道外科関連英文国産ジャーナルの編集戦略とは?

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター 外科

島田英昭

食道外科関連国産ジャーナルとしてSurgery Today、AGSurg、Esophagus、GTCS、ATCSの5ジャーナルが代表的である。IF自体は本来の目的ではないが、IFが上昇することで投稿される論文の質量とも増えることは確実であり、国際的発信力を担保するじゅうような指標である。世界全体ではPUBMED・IFジャーナルの急増に伴って引用回数総数としてIFが上昇するのは当然であり、領域別ジャーナルの順位の重要性が高い。さて、実際の編集委員会ではどのような戦略を立てているのか?

III-40 胸骨部分切除、ePTFEシート再建を行った転移性胸骨腫瘍の1例

1千葉県がんセンター 呼吸器外科

2国際医療福祉大学医学部 呼吸器外科学

西井 開¹、松井由紀子¹、芳野 充¹、岩田剛和¹、吉田成利²、飯笛俊彦¹

症例は73歳男性。胸骨、右肺、左肺に1か所ずつの転移を伴う腎細胞癌cT1bN0M1に対し、左腎摘後、根治目的に転移巣手術を施行した。左右肺部分切除に加え、第2、3、4肋骨付着部を含む胸骨柄および胸骨体の部分切除を行った。胸壁欠損部はePTFEシートで再建した。術後は胸郭動搖をきたすことなく順調に経過し、現在無再発生存中である。

III-41 メトレキサート関連リンパ増殖性疾患に合併した縦隔炎の1例

昭和大学呼吸器外科

南方孝夫、新谷裕美子、植松秀護、遠藤哲哉、片岡大輔、

山本 滋、鈴木 隆、武井秀史、門倉光隆

58歳女性、関節リウマチに対して10年前よりメトレキサート(MTX)内服を継続していた。数日前から発熱を認め受診した。

胸部レントゲンで縦隔陰影の増大、CTで縦隔膿瘍、肺炎像を認めた。緊急で胸腔鏡下縦隔膿瘍ドレナージを施行した。病理組織でMTX関連リンパ増殖性疾患と診断した。培養検査では黄色ブドウ球菌が検出された。MTX関連リンパ増殖性疾患に縦隔病変をきたす報告は少なく、縦隔膿瘍を合併した症例は稀である。

III-42 僧帽弁置換術後に急性腎不全を伴う腹直筋鞘血腫を認めた1例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

2 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

伏見謙一¹、柳浩正¹、秋元規宏¹、鈴木紳一²、益田宗孝²

63歳女性。労作時息切れを伴う僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症、軽度三尖弁閉鎖不全症、慢性心房細動で手術を施行。MVR (On-X、25 mm)、TAP、PV isolation を施行。術後1日目に抜管、術後2日目よりヘパリン開始、術後5日目ICUを退室。術後7日目に咳、嘔吐、貧血を認めCT施行、右腹直筋周囲の血腫を認めた。ヘパリンを中止したが腎後性腎不全と伴うため緊急手術を行い改善した。文献的考察を加え報告する。

III-43 抗リン脂質抗体症候群患者に対する心臓手術における凝固管理

群馬大学医学部 循環器外科

小西康信、立石渉、羽鳥恭平、今野直樹、谷内亮太、阿部知伸
抗リン脂質抗体症候群 (APS) 患者は凝固異常のため血栓症を起こしやすく心臓手術の死亡率が高い。また抗リン脂質抗体 (APL) は APTT や ACT を延長させるため心臓手術で ACT を基準にすると適切な抗凝固が行われない可能性がある。HMS plus は目標 ACT から必要なヘパリン量を計算する機器である。最近われわれは APS 患者に対する心臓手術において HMS plus を使用し凝固管理を行い良好な結果を得ている。先日1例を報告したが2例となつたのでさらに考察を加えて報告する。

III-44 カテーテルアブレーション後数ヶ月で収縮性心膜炎を来たした1例

青梅市立総合病院

鎌田悠子、黒木秀仁、白井俊純、櫻井啓暢、染谷毅

56歳男性。慢性心房細動に対しカテーテルアブレーション施行後2ヶ月で心タンポナーデとなり、心囊ドレナージで血性心囊水がドレナージされDOAC内服を中止した。その後労作時呼吸困難、腹水貯留が現れ、精査で収縮性心膜炎による右心不全と診断した。心囊ドレナージから5ヶ月後に心膜剥皮術を施行、心膜は全体に肥厚、心外膜は横隔膜面～心尖部、右室流出路～肺動脈を中心に全周性に肥厚し、横隔膜面に陳旧性の血腫を認めた。術後心不全症状は改善し、術後11日目独歩で退院した。

III-45 寒冷凝集素症患者に対して常温にて開心術を施行した1例

昭和大学医学部 外科学講座心臓血管外科部門

堀川優衣、青木淳、尾本正、丸田一人、益田智章

症例は severe MR、severe TR、Af の 74 歳男性で、MVR、TAP、左心耳切除、右房縫縮術を予定した。術前検査にて寒冷凝集素症と診断され、低体温を避けるため体外循環は送血温を 37 度とし、心筋保護は、初回に常温 Crystalloid 心筋保護液を順行性に投与し、その後は 37°C の血液心筋保護液 (Blood : Crystalloid=1 : 4) を逆行性に持続注入した。大動脈遮断中に心拍動の再開は認めず、大動脈遮断解除後の心機能回復は良好で、周術期に溶血は認めず、経過良好であった。

III-46 小児期の心室中隔欠損孔閉鎖術後に生じた、Phosphoglyceride Crystal Deposition Disease 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、大木聰、平井英子、小此木修一、安原清光、

大林民幸

症例は 48 歳、女性。小児期に他院で II 型 VSD に対してパッチ閉鎖術を施行。精査の CT で、右室前面に長径 68mm、左室心尖部に長径 30mm の腫瘍を指摘された。CT ガイド下生検で、phosphoglyceride crystal deposition disease と診断された。CT による経過観察で増大傾向を認め、腫瘍摘出術を施行。経過は順調で、術後 17 日目に自宅退院。本疾患は非常に珍しい症例であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

III-47 CT-guided drainage と video-assisted 心膜開窓術で感染制御が奏功した1例

東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科

高木智充、國原孝、儀武路雄、松村洋高、中尾充貴、有村聰士
生体腎移植後の 45 歳男性が結核性髄膜炎の加療中、慢性 GVHD 関連の脳血管炎疑いで移植腎摘出予定となる。術前 CT で偽腔閉塞型 A 型大動脈解離を認め最大径 5cm であり周術期に PSL30 mg、免疫抑制剤を投与下腎摘出後、上行大動脈置換術施行。POD 14 に右房外側に低吸収領域を認め CT ガイド下心囊ドレナージ施行。穿刺液から MRSE を認め VCM を投与しドレーンから連日洗浄。その後 POD51 に VATS 心膜開窓術を施行し術後半年再発を認めていない。

15:50~16:46 心臓:大動脈解離、その他

座長 安達晃一 (横須賀市立うわまち病院 心臓血管外科)

III-48 エホバの証人の急性大動脈解離 Stanford A に対して上行大動脈置換施行後に急性右心不全を呈した一例

湘南鎌倉総合病院 心臓血管外科

郡司裕介、野口権一郎、片山郁雄、服部 滋、長塚大毅、大貫佳樹

85歳女性、エホバの証人。急性大動脈解離 Stanford A の診断で転院搬送。緊急で上行大動脈置換術施行。出血問題なく経過良好であったが、術後20時間後に RCA 領域の虚血を示唆する所見を認め、緊急 CAG 施行するも有意狭窄は認めなかった。カテコラミン投与と PCPS 補助にて加療するも、右心不全が改善せず死亡退院。急性大動脈解離術後に発症した急性右心不全の一例を経験したため、若干の文献的考察を含め報告する。

III-49 免疫チェックポイント阻害薬使用中に発症した急性 A 型大動脈解離

1 藤沢市民病院

2 横浜市立大学附属病院 外科治療学

出淵 亮¹、磯田 晋¹、山崎一也¹、中山雄太¹、小島貴弘¹、益田宗孝²

症例は68歳男性、メラノーマに対してニボルマブ・イピリムマブで加療中であった。発症前日に外傷などの誘因なく、大腿後面に大きな皮下出血斑が出現した。翌日突然に胸痛発症し救急搬送、急性 A 型大動脈解離の診断で緊急上行置換を施行。様々な副作用報告がある免疫チェックポイント阻害薬と大動脈解離・血管脆弱性との関連について考察したい。

III-50 急性大動脈解離緊急手術にて SVG が使用できず SFA を使用した手術例

立川総合病院

大場栄一、岡本祐樹、山本和男、葛 仁猛、浅見冬樹、

梅澤麻以子、佐藤大樹、山元奏志、吉井新平

症例は63歳、女性。背部痛、左不全麻痺が出現し前医へ搬送、CT にて急性大動脈解離 Stanford A および急性脳梗塞を認め当院転院となった。大動脈基部拡張症も合併しており Bentall+上行部分弓部置換術を予定し緊急手術を施行。右冠動脈の外膜欠損があり CABG を併施した。SVG 採取を試みたが非常に細く使用に適さなかつた。やむを得ず SFA を採取し#3 に吻合。後に両側 SVG はレーザー手術既往があることが分かった。

III-51 胸部限局型急性大動脈解離に発症した小腸壊死の一例

土浦協同病院

弓削徳久、真鍋 晋、平山大貴、木下亮二、山本洋平、

内山英俊、大貫雅裕、広岡一信

82歳女性。突然の右頸部痛を伴う呂律障害を主訴に搬送。採血上逸脱酵素の上昇を認め、造影 CT にて小脳梗塞を伴う A 型急性大動脈解離の診断で、部分弓部大動脈置換術施行。術後経過は良好で、第1病日より経口摂取を開始。第6病日に 38°C の発熱、その後腹部膨満感と下腹部の圧痛が出現。造影 CT 検査にて虚血性小腸壊死・穿孔および腹腔内膿瘍の診断であり、小腸部分切除術施行。腹部分枝に解離の及ばない急性大動脈解離における腹部臓器虚血は稀であり報告する。

III-52 広範囲急性肺動脈塞栓症に対し術中内視鏡ガイド下に血栓摘除を行った1例

自治医科大学 心臓血管外科学

清水圭佑、相澤 啓、川人宏次

症例は72歳女性。呼吸困難を主訴に来院した。ショックバイタルを呈しており、造影 CT で下肢 DVT を起源とする広範な急性肺動脈塞栓を認めた。PCPS 挿入の上、緊急手術の方針となった。手術は低体温循環停止下に血栓摘除を行った。内視鏡を併用し、肺動脈内を観察、3次分枝まで血栓が確実に摘除できていることを確認した。術後 CT で血栓はほぼ摘除されており、心不全が残存することなく独歩退院となった。文献的考察を加え報告する。

III-53 深部静脈血栓症・肺塞栓に対し下大静脈フィルターを留置した重複下大静脈の1例

筑波記念病院 心臓血管外科

清水隆玄、西 智史、倉橋果南、有馬大輔、吉本明浩、

森住 誠、末松義弘

症例は85歳女性。深部静脈血栓症・肺塞栓に対し前医入院。精査で盲腸癌を認め、前医で腹腔鏡手術の方針となった。その術前に、当科紹介、下大静脈フィルター留置を行った。下大静脈造影で重複下大静脈を認め、左右の腎静脈はそれぞれ同側の下大静脈に流入していたため、両側の下大静脈腎静脈下にそれぞれフィルターを留置した。下大静脈フィルター留置の際は、CT や下大静脈造影で静脈奇形の有無を確認することが肝要と思われた。

III-54 急性大動脈解離術後に吻合部破裂を認め、再手術を施行した1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

池田 謙、斎藤博之、菊地千鶴男、道本 智、高橋 研、
磯村彰吾、澤真太郎、日野阿斗務、吉田尚司、廣田理峰、
新浪博士

84歳女性。急性A型大動脈解離に対する緊急手術後に緑膿菌感染による中枢側吻合部破裂、重度ARを認めた。出血・再破裂に備え冷却後再開胸の方針とし冷却中の徐脈・VfによるLV過拡張予防に経静脈リードを術前に留置し心拍維持した。右大腿動脈より人工心肺確立し両側総頸動脈を露出し送血管留置・灌流、脳分離体外循環に備えた。合併症なく再開胸し人工血管再置換術とAVRを施行した。