

第183回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

<WEB学会>

会期：2020年7月16日（木）～8月7日（金）

会長：松宮 護郎

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科
〒260-8677 千葉県千葉市中央区亥鼻 1-8-1
TEL：043-222-7171（代表）

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

参加登録：第183回日本胸部外科学会関東甲信越地方会ホームページにアクセスしていただき参加登録をお願いいたします。
参加費のお支払いは、クレジットカードもしくは銀行振込をご選択ください。
詳細はホームページにてご確認ください。

<http://square.umin.ac.jp/jats-knt/183/>

参加登録受付期間：

クレジットカードの場合：7月1日（水）～8月7日（金）
銀行振込の場合：7月1日（水）～15日（水）15時まで
※銀行振込の場合、お振込みも7月15日（水）15時までに済ませてください。

JATS Case Presentation Awards：

WEB開催となりましたが、予定通り審査を行います。
優秀演題は本ホームページ上で発表し、副賞を授与いたします。
また優秀演題については、2020年10月に名古屋で開催される第73回日本胸部外科学会定期学術集会の「JATS Case Presentation Awards」で発表していただきます。

ご注意： 筆頭演者は当会会員に限ります。（医学生・初期研修医は除く）。
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。

プログラム

心臓：学生発表

座長：瀬在 明 日本大学医学部 外科学系心臓血管外科学分野
齋藤 綾 東邦大学医療センター佐倉病院 心臓血管外科

- I-1 右側大動脈弓・孤立性左鎖骨下動脈を伴ったファロー四徴症に対しセントラルシャントを施行した一例
岡崎史弥
(日本医科大学 心臓血管外科)
- I-2 大動脈症候群・バルサルバ洞動脈瘤の大動脈基部置換術後仮性動脈瘤の再手術
永井志歩
(筑波大学附属病院 心臓血管外科)
- I-3 心筋梗塞後、心室中隔穿孔に対するIMPELLAを用いた手術戦略
小田切誠也
(獨協医科大学)
- I-4 重症心不全の原因となった原発性アルドステロン症、ARに治療介入しVAD植込みを回避した一例
新妻楠望
(東京女子医科大学 心臓血管外科学講座)
- ※I-5 術中大動脈解離を発症したLoeys-Dietz症候群の1例
安岡健太
(筑波大学附属病院 心臓血管外科)
- ※I-6 Valsalva洞瘤に対して自己弁温存基部置換術を施行した1例
尾澤 毅
(獨協医科大学 心臓・血管外科学講座)

肺・食道：学生発表

座長：長山和弘 川崎幸病院 呼吸器外科
村上健太郎 千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学

- I-7 間質性肺炎合併肺癌術後の難治性肺癰に対しフィブログロガミンPの有効性が示唆された1例
佐藤茉莉花
(東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野)
- I-8 バレット食道癌肺転移症例に対して局所治療で長期生存が得られた一例
志田明音
(千葉大学医学部附属病院)
- ※I-9 尿管癌術後の右肺S5・S6転移に対して右肺中葉・S6袖状切除及び気管支・肺動脈形成術を施行した一例
大森千穂
(東京大学医学部 呼吸器外科)
- I-10 演題取り下げ

心臓：先天性心疾患 1

座長：萩野生男 千葉県こども病院 心臓血管外科
白石修一 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

- I-11 DORV TGA type、Remote VSDにおけるReversed differential cyanosisに対しBASが奏功した一例
百瀬直也
(国立成育医療研究センター 心臓血管外科)

※前回（第182回）紙上発表演題

今回（第183回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第182回）として認定

- I-12 true or false Taussig-Bing奇形の治療経験
中西啓介
(順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科)
- I-13 心筋炎による完全房室ブロックから緊急体外式ペースメーカー移植を要した一例
林 秀憲
(群馬県立小児医療センター 心臓血管外科)
- ※I-14 孤立性心室逆位に対し新生児期に心房間血流転換術を施行した一例
桑原優大
(榊原記念病院 心臓血管外科)
- ※I-15 壁内走行を伴うShaher 5A variantに対するTGAの一手術例
宮原義典
(昭和大学医学部 小児循環器・成人先天性心疾患センター)
- I-16 冠静脈洞型心房中隔欠損症を右側胸部切開で治療し得た一例
原田大暉
(済生会宇都宮病院 心臓血管外科)
- I-17 生体弁による三尖弁置換後2年で再弁置換を要した9歳の一例
測上裕司
(埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科)

心臓：先天性心疾患 2

座長：岡 徳彦 群馬県立小児医療センター 心臓血管外科
鹿田文昭 長野県立こども病院 心臓血管外科

- I-18 演題取り下げ
- I-19 演題取り下げ
- I-20 左肺動脈巨大仮性瘤に対し修復術を施行した一例
田村佳美
(北里大学病院 心臓血管外科)
- I-21 成人期房室中隔欠損修復と房室弁輪形成：2つの人工弁輪の使用は有用
河田政明
(自治医科大学とちぎ子ども医療センター・成人先天性心疾患センター)
- I-22 心室中隔欠損症に伴う大動脈弁逸脱に起因した大動脈弁膜症に対する成人手術例
新堀莉沙
(聖隷浜松病院 心臓血管外科)
- ※I-23 ロス手術後のバルサルバ洞動脈瘤に対し、Yacoub法にて基部置換術を施行した1例
吉田尚司
(東京女子医科大学 心臓血管外科)
- I-24 初回手術60年後の感染性心内膜炎合併に対する再手術の経験：高齢者心室中隔欠損症の1例と本邦心臓外科の歴史
河田政明
(自治医科大学とちぎ子ども医療センター・成人先天性心疾患センター)
- I-25 ASDによるPlatypnea-orthodeoxia症候群（POS）術後人工心肺離脱時左室機能不全となりcetral PCPS挿入を施行した一例
鈴木馨斗
(日本大学医学部 心臓外科)

※前回（第182回）紙上演題

今回（第183回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第182回）として認定

心臓：弁膜症 2（大動脈基部）

座長：茂木健司 船橋市立医療センター 心臓血管外科
松浦 馨 千葉大学大学院医学研究院 心臓血管外科

- I-26 左開胸による心尖部ベントを併用し再開胸大動脈基部置換術を施行した 1 例
金山拓亮
(慶應義塾大学病院 心臓血管外科)
- I-27 大動脈弁輪拡張症に対して自己弁温存基部置換術を行った、ACTA2mutationの一例
増田 拓
(横浜市立大学 心臓血管外科)
- I-28 上行置換術後の基部仮性瘤に対してパッチ形成術施行した 1 例
山元奏志
(立川総合病院 心臓血管外科)
- I-29 二冠尖洞の未破裂巨大Valsalva洞動脈瘤と大動脈弁閉鎖不全症を合併した一例
片岡紘士
(昭和大学藤が丘病院 心臓血管外科)
- I-30 大動脈弁置換術後人工弁感染をきたしtranslocated Bentall手術を施行した一例
小田遼馬
(順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科)
- ※I-31 弁輪部膿瘍を伴うPVEに対し牛心膜を用いて左室流出路を再建し、Bentall手術を行った 1 例
保坂公雄
(亀田総合病院 心臓血管外科)
- I-32 狭小弁輪を伴う連合弁膜症に対し大動脈弁位にsutureless valveを用いてDVRを施行した一例
塩崎悠司
(東京女子医科大学病院 心臓血管外科学講座)

心臓：弁膜症 3（僧帽弁）

座長：森 光晴 済生会横浜市東部病院 心臓血管外科
山崎真敬 慶應義塾大学医学部 外科（心臓血管）

- I-33 先天性MRに対して完全鏡視下MICS-MVPを行った 1 例
中永 寛
(虎の門病院 循環器センター外科)
- I-34 演題取り下げ
- I-35 原因不明の前乳頭筋断裂によるsevere MRに対する 1 手術例
井口裕介
(筑波大学附属病院 心臓血管外科)
- I-36 巨大左房を伴う心房細動起因性機能的MRに対してMVPおよび左房縫縮術を施行した 1 例
佐藤大樹
(山梨県立中央病院)
- I-37 レフレル心内膜心筋炎による僧帽弁閉鎖不全症に対して弁形成術を施行した症例
新美一帆
(獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科)
- I-38 乳頭筋断裂に対する僧帽弁置換術後の左室瘤に対し左開胸パッチ閉鎖術を施行した 1 例
降旗 宏
(自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科)
- I-39 感染性心内膜炎に対する外科的リード除去、僧帽弁形成、三尖弁形成の一治験例
崔 容俊
(東京医科歯科大学 心臓血管外科)

※前回（第 182 回）紙上発表演題

今回（第 183 回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第 182 回）として認定

心臓：初期研修医発表 1

座長：瀬戸達一郎 信州大学医学部 外科学講座 心臓血管外科学分野
黄野皓木 千葉大学大学院医学研究院 心臓血管外科

- II-1 弁輪部潰瘍様変性を伴った僧帽弁閉鎖不全症のMarfan症候群の一例
谷内亮太
(群馬大学医学部附属病院 循環器外科)
- II-2 僧帽弁置換術後に巨大左房内浮遊血栓を認めた 1 例
竹内 彬
(自治医科大学附属さいたま医療センター心臓血管外科)
- ※II-3 術前中枢神経合併症を有するIEに対する外科的治療介入時期と術後成績の検討
平野祐一
(成田赤十字病院)
- II-4 粘液腫に類似した左房内血栓の 1 手術例
山形美里
(防衛医科大学校病院 心臓・血管外科)
- II-5 ECPella補助からLVAD植え込みに至った拡張型心筋症の一例
鈴森知沙季
(東京大学医学部附属病院 心臓外科)
- ※II-6 Partially unroofed coronary sinus without PLSVCの一例
江藤成顕
(順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科)
- II-7 CRT-D植え込み術中に生じた冠静脈穿孔の一例
梁瀬敦史
(自治医科大学 心臓血管外科学)

心臓：初期研修医発表 2

座長：稲葉博隆 順天堂大学医学部附属浦安病院 心臓血管外科
平田康隆 東京大学医学部附属病院 心臓外科

- II-8 成人大動脈縮窄にTEVARで加療した 1 例
黒田大朗
(防衛医科大学校病院 心臓・血管外科)
- II-9 感染性大動脈瘤 2 例に対する治療経験
松岡大貴
(獨協医科大学病院 心臓・血管外科)
- II-10 ホモグラフト大動脈基部置換 19 年後の吻合部仮性瘤に対して再基部置換を施行した 1 例
寺口 潤
(東京大学医学部附属病院 心臓外科)
- II-11 巨大肺嚢胞を有する急性A型大動脈解離に対する弓部置換術後、左腋窩動脈再建グラフトの閉塞に伴う盗血現象を来した 1 例
平野祐一
(成田赤十字病院 心臓血管外科)
- II-12 TEVAR術後のtypeIII endoleakageを伴う胸部大動脈瘤切迫破裂に再TEVARが奏功した一例
北島 駿
(国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院心臓血管外科)
- ※II-13 大動脈基部の破壊を伴う感染性心内膜炎の 1 例
山本理恵子
(青梅市立総合病院)

※前回（第 182 回）紙上発表演題

今回（第 183 回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第 182 回）として認定

心臓：弁膜症 1（大動脈弁）

座長：水野友裕 東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学分野
道本 智 東京女子医科大学病院 心臓血管外科

- II-14 CPA蘇生後のsevere ASに対してSAVRで救命し得た一例
山内秀昂
(埼玉石心会病院 心臓血管外科)
- II-15 大動脈弁に生じた乳頭状弾性線維腫の一例
齊藤翔吾
(自治医科大学 心臓血管外科学)
- II-16 開心術中に偶発的に認めた乳頭状弾性線維腫の一例
柴田裕輔
(千葉県循環器病センター 心臓血管外科)
- II-17 弁輪構造の破綻を認めた大動脈弁形成術後の1例
中尾充貴
(東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科)
- II-18 開存冠動脈バイパス術グラフトを有する再手術大動脈弁置換術の1例
古屋秀和
(東海大学医学部付属八王子病院 心臓血管外科)
- II-19 演題取り下げ
- II-20 大動脈弁閉鎖不全症術前に偶発的に診断された大動脈4尖弁の1例
松永慶廉
(海老名総合病院 心臓血管外科)
- ※II-21 大動脈弁置換術後の無症候性弁尖血栓症の経験
中村制士
(新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野)

心臓：大血管 1（急性解離）

座長：志村信一郎 東海大学医学部外科学系 心臓血管外科学
秋田雅史 新松戸中央総合病院 心臓血管外科

- II-22 演題取り下げ
- II-23 前胸部打撲による外傷性急性大動脈解離（StanfordA型、DeBakey2型）の1例
伊藤駿太郎
(船橋市立医療センター 心臓血管センター 心臓血管外科)
- II-24 急性大動脈解離に対する全弓部大動脈人工血管置換術後に溶血性貧血を呈した1例
佐々木健一
(埼玉石心会病院 心臓血管外科)
- II-25 StanfordB型急性大動脈解離破裂をきたしたLoeys-Dietz症候群の1例
中山雄太
(横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器)
- ※II-26 腹部大動脈開窓術を選択した急性A型大動脈解離の1例
鈴木清貴
(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)
- II-27 大腿動脈送血により術中逆行性解離をきたしたStanford A型大動脈解離の一例
長谷川秀臣
(千葉県循環器病センター 心臓血管外科)

※前回（第182回）紙上発表演題

今回（第183回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第182回）として認定

- II-28 真性瘤に対するTEVAR後3年で急性大動脈解離Stanford A型を発症した1例
西 智史
(筑波記念病院 心臓血管外科)
- II-29 TEVAR後RTAD (retrograde type A dissection) に対する外科治療
中山泰介
(千葉西総合病院 心臓血管外科)
- II-30 EVAR術後のAAAを越えて伸展した急性A型大動脈解離の1例
藤田久徳
(千葉県救急医療センター 心臓血管外科)

心臓：大血管2（弓部置換・FET・感染）

座長：朝倉利久 埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科
渡邊裕之 成田赤十字病院 心臓血管外科

- II-31 shaggy aortaを有する弓部大動脈瘤に対しisolated cerebral perfusion techniqueを使用し人工血管置換術を施行した一例
田島 泰
(横須賀市立うわまち病院/自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科)
- II-32 胸骨正中切開にて上行弓部大動脈置換術を行った後に生じた、乳糜胸を合併した1症例
潮田亮平
(かわぐち心臓呼吸器病院 心臓血管外科)
- II-33 感染性胸部下行大動脈瘤破裂に対して緊急TEVAR術後、肋間筋弁充填術で寛解した1例
梅澤麻以子
(水戸済生会総合病院 心臓血管外科・呼吸器外科)
- II-34 感染性胸部大動脈瘤に対してリファンピシン浸漬人工血管を用いて上行弓部大動脈置換術を施行した一例
松本 淳
(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)
- II-35 喀血を契機に発見されたStentgraft-Induced New Entry (SINE) の1例
弓削徳久
(土浦協同病院 心臓血管外科)
- II-36 frozen elephant trunk偽腔内誤留置後に経カテーテル的開窓術とステントグラフト内挿術を施行した1例
山田隆熙
(君津中央病院 心臓血管外科)
- II-37 弓部下行大動脈瘤に対してHybrid TEVARを施行した一例
山本亮佳
(東海大学医学部附属病院 心臓血管外科)
- II-38 全弓部置換術後人工血管感染に対するウシ心膜ロールによる人工血管再置換術の4カ月後に急激な異常高血圧を呈した一例
峯岸祥人
(杏林大学医学部付属病院 心臓血管外科)
- ※II-39 胸部大動脈瘤に対してTEVAR後、感染性大動脈瘤発症により破裂に至ったと考えられた症例
村田知洋
(東京都健康長寿医療センター 心臓外科)

心臓：大血管3（血管内治療）

座長：大竹裕志 上尾中央総合病院 心臓血管外科 血管外科
土肥静之 順天堂大学 心臓血管外科

- II-40 傍胸骨アプローチによるプラグ塞栓術が奏功した上行大動脈吻合部仮性瘤の1例
沖 尚彦
(平塚市民病院 心臓血管外科)

※前回（第182回）紙上演題

今回（第183回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第182回）として認定

- II-41 急速拡大し喀血した解離性大動脈瘤破裂に対してTEVARを施行した 1 例
小泉信太郎
(千葉県救急医療センター 心臓血管外科)
- II-42 慢性期偽腔開在型B型大動脈解離に合併したAAAに対しEVAR及び偽腔よりintimal tear閉鎖を施行した一例
西織浩信
(千葉大学心臓血管外科)
- II-43 下行大動脈置換術後仮性瘤-肺穿破に対して、緊急TEVARからのbridge surgeryで救命し得た 1 例
中島理子
(北里大学病院 心臓血管外科)
- II-44 胸部下行大動脈瘤に対するTEVAR後 2 年目に突然破裂を来した 1 例
有馬大輔
(筑波記念病院 心臓血管外科)
- II-45 特発性大動脈破裂に対してTEVARを施行した 1 例
横山毅人
(山梨県立中央病院)
- II-46 Short landingの弓部大動脈瘤に対するVALIANT Navionの有効な留置法 (overlapping release法)
伊藤雄二郎
(千葉西総合病院 心臓血管外科)
- ※II-47 開窓型オープンステントグラフトを用いた弓部置換術のピットフォール
荒川 衛
(練馬光が丘病院)

肺：初期研修医発表

座長：前田寿美子 獨協医科大学 呼吸器外科学講座
藤森 賢 虎の門病院 呼吸器センター外科

- III-1 GGNを呈したmelanoma肺転移の 1 切除例
小川 嶺
(がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科)
- III-2 良性転移性平滑筋腫の 1 例
市川沙綾
(昭和大学医学部 外科学講座呼吸器外科学部門)
- III-3 脳死肺左右反転移植を行った 1 例
矢澤那奈
(獨協医科大学病院 呼吸器外科)
- ※III-4 喘息を伴う低肺機能肺癌に対して 3-ports左VATS S9+10 区域切除を施行した 1 例
富田大輔
(虎の門病院 呼吸器センター外科)
- ※III-5 胸腔鏡下肺生検が診断に有効であった転移性肺腫瘍の一例
成澤英司
(昭和大学病院 呼吸器外科)

食道

座長：島田英昭 東邦大学大学院 消化器外科学講座
豊住武司 千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科

- III-6 長径 15cmを超えるLSBEから発生したBarrett食道癌の 3 例
桑山直樹
(千葉県がんセンター 食道・胃腸外科)
- III-7 Alport-食道平滑筋腫に対する小児期の腹部食道切除術後の難治性食道胃逆流症に対する食道切除術の一例
宮脇 豊
(埼玉医科大学国際医療センター)

※前回 (第 182 回) 紙上演説発表

今回 (第 183 回) は発表の機会として認め、発表自体は前回 (第 182 回) として認定

- Ⅲ-8 腫瘍外科論文の書き方（イントロ編）「その研究の魅力は何か？」
島田英昭
（東邦大学医療センター大森病院 消化器センター 外科）

多領域

座長：坂口浩三 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科
中島政信 獨協医科大学 第一外科
鈴木伸一 横浜市立大学附属病院 外科治療学心臓血管外科

Ⅲ-9 演題取り下げ

- Ⅲ-10 部分弓部置換術およびdebranch TEVAR後に生じた食道瘻に対する一治療例
茅野周治
（信州大学医学部附属病院 心臓血管外科）
- Ⅲ-11 Chicken boneによる大動脈食道瘻をTEVARで治療した1例
朝野直城
（獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科）
- Ⅲ-12 拡張型心筋症に伴う難治性心室頻拍に対して胸腔鏡下左交感神経節切除術が奏功した一例
柳原隆宏
（筑波大学附属病院 呼吸器外科）
- Ⅲ-13 Fontan循環の成人肺癌患者に対し、左肺上葉切除を行った一例
長山和弘
（東京大学医学部附属病院 呼吸器外科）
- Ⅲ-14 大動脈ステント挿入の上クラムシェル開胸で摘出した巨大孤立性線維性腫瘍
坂巻寛之
（足利赤十字病院 呼吸器外科）

肺：呼吸器1

座長：朝倉啓介 慶應義塾大学 外科学（呼吸器）
萩原 優 東京医科大学 呼吸器外科・甲状腺外科学分野

- Ⅲ-15 貧血を合併した胸腺腫の一例
榊原 昌
（日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科）
- Ⅲ-16 嚢胞内出血による腫瘍増大、呼吸困難を来した多房性胸腺嚢胞の1例
小池幸恵
（長野市民病院 呼吸器外科）
- Ⅲ-17 気管背側へ回り込む縦隔内甲状腺腫の一例
清水大貴
（千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学）
- Ⅲ-18 破裂した縦隔成熟奇形腫の1切除例
中嶋英理
（東京医科大学病院 呼吸器外科・甲状腺外科）
- Ⅲ-19 後縦隔に発生したデスモイド腫瘍の1手術例
新谷裕美子
（昭和大学医学部 外科学講座呼吸器外科学部門）
- ※Ⅲ-20 左右非対称性陥凹を伴う漏斗胸に対するNuss法変法の経験
鈴木嵩弘
（慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器））

※前回（第182回）紙上発表演題

今回（第183回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第182回）として認定

- Ⅲ-21 肝転移切除後に手術を行った胸腺腫の 1 例
篠原博彦
(長岡赤十字病院 呼吸器外科)
- ※Ⅲ-22 Y字皮膚切開、胸骨正中切開で胸腺全摘術を施行した胸腺腫の 1 例
大内健弘
(国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科)
- ※Ⅲ-23 胸骨軟骨肉腫に対し胸骨体部全切除を伴う広範囲胸郭切除後にMarlex mesh-resin sandwich法で立体的胸郭再建を施行した一例
大久保祐
(国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科)

肺：呼吸器 2

- 座長：和田啓伸 国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科
小池輝元 新潟大学医歯学総合病院 呼吸器外科
- Ⅲ-24 神経性食思不振症に合併した有癭性膿胸に対して胸郭成形術を施行した一例
中込貴博
(慶應義塾大学病院 呼吸器外科)
- Ⅲ-25 術後 12 年目浸潤型胸腺腫の右胸腔内多発播種再発に対して化学療法後に 3-port VATSにて全切除した一例
大塚礼央
(虎の門病院 呼吸器センター外科)
- Ⅲ-26 術前転移性肺腫瘍と考えられた横隔膜mesothelial cystの一切除例
清水大貴
(千葉県がんセンター 呼吸器外科)
- Ⅲ-27 当院で経験した自然血気胸 5 例の臨床的検討
越智敬大
(千葉県済生会習志野病院 呼吸器外科)
- Ⅲ-28 嚢胞切除が有用であった感染性巨大気腫性肺嚢胞の 1 手術例
伊藤祐輝
(千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学)
- ※Ⅲ-29 左肺低形成の右自然気胸に対する 1 切除例
関根康晴
(筑波大学 呼吸器外科)
- Ⅲ-30 演題取り下げ
- Ⅲ-31 CRT後に局所再発したIIIB期非小細胞肺癌に対してサルベージ手術を施行した 1 例
佐藤 佳
(国立がん研究センター東病院 呼吸器外科)
- Ⅲ-32 気管支鏡下生検後に腫瘍穿破から膿胸に至った 1 例
松浦奈都美
(前橋赤十字病院)

心臓：弁膜症 4（三尖弁・感染・炎症）

- 座長：阿部知伸 群馬大学大学院医学系研究科 循環器外科
福隅正臣 上尾中央総合病院 心臓血管外科
- Ⅲ-33 重症右心不全を呈したsevere TR、moderate MRに対しTAP、MVPを施行した 1 例
田口真吾
(富士市立中央病院 心臓血管外科)

※前回（第 182 回）紙上発表演題

今回（第 183 回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第 182 回）として認定

- ※Ⅲ-34 高度右心拡大に伴う重症三尖弁逆流症に対して乳頭筋Bundlingを施行した一治験例
崔 容俊
(東京医科歯科大学 心臓血管外科)
- Ⅲ-35 MV Repair+TAP後にLV-RA欠損孔 (LVRAC) による溶血性貧血を来し再手術となった一例
長濱真以子
(千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科)
- Ⅲ-36 出生時の心臓マッサージを原因とする収縮性心膜炎の1手術例
小林由幸
(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)
- ※Ⅲ-37 chronic expanding hematomaにより心不全をきたした1例
小松正樹
(信州大学医学部附属病院 心臓血管外科)
- Ⅲ-38 肺動脈弁位感染性心内膜炎の2例
久保百合香
(自治医科大学 心臓血管外科学)
- Ⅲ-39 肺動脈腫瘍で発見された感染性心内膜炎に対して肺動脈弁置換術を施行した1例
深澤万歆
(東千葉メディカルセンター 心臓血管外科)

心臓：冠状動脈

座長：坂本裕昭 筑波大学医学医療系 心臓血管外科
松山重文 虎の門病院 循環器センター外科

- Ⅲ-40 術後40年が経過した川崎病に対する再CABGの一治験例
田原禎生
(東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科)
- Ⅲ-41 術中に心停止となり、on pump beatingにconversionしてMICS-CABGを実施した症例
中村宜由
(横須賀市立うわまち病院 心臓血管外科)
- Ⅲ-42 選択graftに難渋し2期的手術を要した一例
三木隆久
(済生会横浜市東部病院)
- Ⅲ-43 左冠動脈左室瘻の1例
橋本和憲
(横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科)
- Ⅲ-44 巨大左室仮性瘤の1治験例
船石耕士
(足利赤十字病院 心臓血管病センター 心臓血管外科)
- Ⅲ-45 右冠動脈狭窄を伴う左尿管癌、腹部大動脈瘤に対する同時手術の1例
橋本昌典
(船橋市立医療センター 心臓血管センター 心臓血管外科)
- Ⅲ-46 大伏在静脈グラフト破綻による狭心症状を呈したため、3回目の開心術を施行した、大動脈炎症候群の一例
菅原佑太
(千葉県循環器病センター 心臓血管外科)
- Ⅲ-47 心不全を呈した後壁左室瘤の1手術例
井関陽平
(日本医科大学千葉北総病院 心臓血管外科)

※前回 (第182回) 紙上演題

今回 (第183回) は発表の機会として認め、発表自体は前回 (第182回) として認定

スポンサードセミナー 1：胸部大動脈瘤の治療戦略 ―非生物由来製品使用の取り組み―

座長：橋詰賢一 済生会宇都宮病院 心臓血管外科主任診療科長 大動脈センター長

「当院における上行一弓部大動脈手術：吻合法と止血法」

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 講師)

「心臓血管外科手術において安全な手術を遂行するための止血法」

高木秀暢

(済生会宇都宮病院 心臓血管外科 大動脈センター副センター長)

共催：テルモ株式会社

スポンサードセミナー 2：僧帽弁形成術のための弁輪骨格構造の解剖：Trigoneを突き止める！

座長：田邊大明 亀田総合病院 心臓血管外科 主任部長

江石清行

(長崎大学病院 心臓血管外科 教授)

共催：エドワーズライフサイエンス株式会社

スポンサードセミナー 3：急性大動脈解離に対するオープンステント治療

座長：志水秀行 慶應義塾大学医学部 心臓血管外科/教授

福田宏嗣

(獨協医科大学病院 心臓・血管外科/教授)

共催：日本ライフライン株式会社

スポンサードセミナー 4：この症例切れる？

座長：吉野一郎 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学 教授

「肺癌の場合」

永島琢也

(神奈川県立がんセンター 呼吸器外科)

「感染症の場合」

田中教久

(千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学)

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

スポンサードセミナー 5：基本的なMAZEと左心耳マネジメントについて

石井庸介

(日本医科大学付属病院 心臓血管外科 教授)

共催：センチュリーメディカル株式会社

スポンサードセミナー 6：弓部大動脈病変に対するNajutaという選択

座長：上田秀樹 千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科 講師

「開窓型ステントグラフト“Najuta”の使い所 ～サイジングから手術までの実際～」

横山泰孝

(戸田中央総合病院 心臓血管センター外科 部長)

「弓部大動脈病変に対する治療戦略 ―Najuta知らずしてTEVAR語れず―」

安原清光

(伊勢崎市民病院 心臓血管外科 診療部長兼血管内治療センター長)

共催：川澄化学工業株式会社

スポンサードセミナー 7：胸部領域の止血テクニックあれこれ—いままでの手術経験を振り返って—

座長：別所竜蔵 日本医科大学千葉北総病院 院長

中尾達也

(新東京病院 心臓血管外科 主任部長)

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

心臓：学生発表

座長 瀬 在
齋 藤

明（日本大学医学部 外科学系心臓血管外科学分野）
綾（東邦大学医療センター佐倉病院 心臓血管外科）

学生発表

I-1 右側大動脈弓・孤立性左鎖骨下動脈を伴ったファロー四徴症に対しセントラルシャントを施行した一例

日本医科大学 心臓血管外科

岡崎史弥、佐々木孝、鈴木憲治、石井庸介、新田 隆

5カ月 6.3kg でダウン症の女兒。4カ月より頻回の低酸素発作を認めた。心臓カテーテルで PAI 189 と低く、体肺動脈シャントの方針とした。CT で右側大動脈弓・孤立性左鎖骨下動脈を、脳 MRA で Willis 動脈輪に一部欠損を認めた。胸骨正中切開でアプローチの際、流入血管として、左鎖骨下動脈は血流不十分、左総頸動脈は遮断により左脳半球血流低下、右鎖骨下動脈はアクセス困難と判断し、上行大動脈から肺動脈幹へセントラルシャントを作成。

学生発表

I-3 心筋梗塞後、心室中隔穿孔に対する IMPELLA を用いた手術戦略

獨協医科大学

小田切誠也、関 雅浩、福田宏嗣

症例は 76 歳男性。既往に高血圧、脂質異常症、糖尿病。来院 4 日前から胸痛認め、改善なく近医受診。心筋梗塞の疑いにて当院搬送。精査にて右冠動脈の完全閉塞、前下行枝に高度狭窄および心室中隔穿孔を認めた。肝酵素の著名な上昇、腎機能の増悪 (cre 3.0) を認めており緊急手術はハイリスクであると判断。IMPELLA 導入し左室の減圧及び臓器障害の改善を待ち手術を施行する方針となった。肝腎機能改善認め、Dagget 手術+LITA-LAD バイパス術を IMPELLA 導入後 7 日で行い比較的良好な結果であったため報告する。

学生発表

※前回（第 182 回）紙上演習題

I-5 術中大動脈解離を発症した Loeys-Dietz 症候群の 1 例
筑波大学附属病院 心臓血管外科

安岡健太、加藤秀之、井口裕介、石井知子、米山文弥、
塚田 亨、上西祐一郎、大坂基男、五味聖吾、坂本裕昭、
平松祐司

57 歳女性。Severe MR、Loeys-Dietz 症候群と診断され僧帽弁の修復術が行われた。術中に大動脈解離を発症し、上行大動脈置換術、僧帽弁置換術を行った。しかし短期間に遠位弓部解離性大動脈瘤の急速な拡大を呈し、近接期に弓部大動脈置換術と下行大動脈置換術を続けて施行し救命し得た。反省と考察をふまえて症例を報告する。

学生発表

I-2 大動脈症候群・バルサルバ洞動脈瘤の大動脈基部置換術後仮性動脈瘤の再手術

筑波大学附属病院 心臓血管外科

永井志歩、上西祐一郎、園部藍子、井口祐介、石井知子、
塚田 亨、加藤秀之、松原宗明、五味聖吾、大坂基男、
坂本裕昭、平松祐司

63 歳男性。大動脈炎症候群ステロイド加療中に下壁梗塞で発症したバルサルバ洞動脈瘤に対し、大動脈基部置換術 CABG 施行。術後 3 ヶ月に LMT ボタンと大動脈基部に仮性動脈瘤を認め、再度大動脈基部置換術 CABG 施行した。LOS のため術後長期 ICU 管理を要したが仮性動脈瘤の閉鎖・治癒を確認した。大動脈炎における仮性動脈瘤の再発予防や再手術の工夫について報告する。

学生発表

I-4 重症心不全の原因となった原発性アルドステロン症、AR に治療介入し VAD 植込みを回避した一例

東京女子医科大学 心臓血管外科学講座

新妻楠望、市原有起、寶亀亮悟、齋藤 聡、布田伸一、新浪博士
原発性アルドステロン症および severe AR により心不全を来した 45 歳男性。内科的治療の限界と診断され、VAD 植込み・心臓移植の可能性が残る状態であったが、副腎摘出による心負荷軽減を期待し IABP 補助下に開腹切除術を施行。その後、心収縮能の改善、左室径縮小を認めたため、機械弁による AVR を行った。術後経過は良好。二次性心筋症の原疾患への治療介入で VAD 植込みを回避し得た一例を報告する。

学生発表

※前回（第 182 回）紙上演習題

I-6 Valsalva 洞瘤に対して自己弁温存基部置換術を施行した 1 例

獨協医科大学 心臓・血管外科学講座

尾澤 毅、武井祐介、福田宏嗣

68 歳の男性。健診心電図で異常を認め、要精査となり冠動脈 CT 検査を施行。偶発的に Valsalva 洞瘤（右冠洞）60mm を認め、手術加療目的に紹介。無冠洞も 41mm と拡大を認め、右冠洞だけでなく、無冠洞への手術介入も必要と考え自己弁温存大動脈基部置換術（Remodeling）を施行。Valsalva 洞瘤は右室と癒着、無冠洞も左房と癒着し非常に菲薄化しており剥離は最小限とし external suture annuloplasty は施行しなかった。術後心臓超音波検査では大動脈弁逆流を認めず、CT 検査でも異常はなく術後 14 日で退院となった。

※今回（第 183 回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第 182 回）として認定

肺・食道：学生発表

座長 長 山 和 弘（川崎幸病院 呼吸器外科）
村 上 健太郎（千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学）

学生発表

I-7 間質性肺炎合併肺癌術後の難治性肺癆に対しフィブロガミンPの有効性が示唆された1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

佐藤茉莉花¹、東 陽子¹、肥塚 智¹、坂井貴志¹、大塚 創¹、
佐野 厚¹、坂本 晋²、岸 一馬³、栃木直文³、伊豫田明¹

60歳台男性、HOT導入中の間質性肺炎合併左下葉肺癌に対し手術施行。術後4日目に咳嗽契機に肺癆が出現し、肺癆閉鎖術およびその前後に自己血癒着術を計5回行うも改善がみられず、第XIII因子低下を確認しフィブロガミンPを投与した。投与終了後3日目に肺癆消失し、外来にて経過観察中である。

学生発表

I-8 バレット食道癌肺転移症例に対して局所治療で長期生存が得られた一例

1 千葉大学医学部附属病院

2 千葉大学医学部附属病院 食道・胃腸外科

志田明音¹、浦濱竜馬²、松原久裕²

バレット食道癌に遠隔転移を生じた症例は予後不良である。しかし我々はバレット食道癌肺転移に対して肺切除を行い長期生存を得た症例を経験した。症例は70歳台男性。バレット食道癌（cT4acN0cM0cStage4a）の診断で術前化学療法を施行。cT3へとDownstagingし右開胸開腹後縦隔経路胃管再建術を施行した。術後診断はpT3pN1cM0cStage3。術後1年半で肺転移に対して左肺上葉部分切除を施行。初回手術後4年10ヵ月経過しているが現在無再発生存中である。

学生発表

※前回（第182回）紙上発表演題

I-9 尿管癌術後の右肺S5・S6転移に対して右肺中葉・S6袖状切除及び気管支・肺動脈形成術を施行した一例

東京大学医学部 呼吸器外科

大森千穂、唐崎隆弘、椎谷洋彦、此枝千尋、北野健太郎、
長山和弘、佐藤雅昭、中島 淳

66歳男性。尿管癌術後1年。CTで右肺S5およびS6の中葉にいずれも25mm大の結節を認め、尿路上皮癌の転移と診断した。化学療法を施行後、中葉・S6袖状切除および気管支・肺動脈形成術を施行した。術後経過は良好であり、術後11日目に退院した。中葉・S6袖状切除は稀な術式であり、適応については慎重な検討が必要だが、底区域を温存し中下葉切除を回避できるという利点がある。

I-10 演題取り下げ

心臓：先天性心疾患 1

座長 萩野生男（千葉県こども病院 心臓血管外科）
白石修一（新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野）

I-11 DORV TGA type、Remote VSD における Reversed differential cyanosis に対し BAS が奏功した一例
国立成育医療研究センター 心臓血管外科
百瀬直也、金子幸裕、竹内紘子、武井哲理、近藤良一
CoA、DORV TGA type、Remote VSD、Shaher 2A variant の診断に対し、Fontan Pathway の方針とし、日齢 11 に Arch repair および PAB を施行した男児。術後 4 日目に SaO_2 65%、 SpaO_2 85% と Preferential stream による Reversed differential cyanosis を呈し、治療に苦慮した。Restrictive ASD に対し術後 5 日目に Mixing 増加目的に BAS を施行したところ、 SaO_2 72%、 SpaO_2 80% と Reversed differential cyanosis は改善し、血行動態は安定した。

I-13 心筋炎による完全房室ブロックから緊急体外式ペースメーカー移植を要した一例
群馬県立小児医療センター 心臓血管外科
林 秀憲、岡 徳彦、友保貴博
症例は 3 ヶ月女児。主訴は発熱・嘔吐、血液検査でリンパ球優位の白血球増多・トロポニン I 高値、心電図で徐脈・wide QRS を認め、心筋炎による徐脈が疑われた。心収縮保たれペースで管理する方針としたが、食道ペース作動不良で静脈確保難渋中に高度徐脈となったため、胸骨圧迫を行いながら心膜開窓し体外式ペースメーカーリードを留置し DDD ペースング施行。以後状態安定し 17 日目にペースメーカーリードを抜去し 23 日目に退院した。文献的考察を加え報告する。

※前回（第 182 回）紙上演題

I-15 壁内走行を伴う Shaher 5A variant に対する TGA の一手術例
昭和大学医学部 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、柿本久子、藤井隆成、簗 義仁、富田 英
生後 9 日 3.2kg、TGA (I) の男児。画像検査で LAD が壁内走行する Shaher 5A Variant (RCA→Cx) と診断された。MEE 法により左右の冠動脈カフを分離し、同一の facing sinus へ trap-door 法で移植したが、心筋虚血を生じて pump 離脱不能となった。カフ吊り上げを施行、ECMO に載せて終了した。術 4 日目に ECMO を離脱、以後虚血所見を認めることなく退院した。治療手技および経過を報告する。

I-12 true or false Taussig-Bing 奇形の治療経験
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
1 例目は、true Taussig-Bing 奇形の女児。1 歳時に KAWASHIMA 法（心内 rerouting、右室流出路形成）での心内修復術を施行した。術後半年で完全房室ブロックを認め DDD ペースメーカー挿入を行いその後の経過は良好である。2 例目は false Taussig-Bing 奇形、大動脈縮窄の男児。生後 7 日に大動脈弓再建＋肺動脈絞扼術を施行した。その後 2 か月時に大血管スイッチ＋心内修復術を施行した。Taussig-Bing 奇形の治療経験を解剖学的な考察などを加えて提示したい。

※前回（第 182 回）紙上演題

I-14 孤立性心室逆位に対し新生児期に心房間血流転換術を施行した一例
榊原記念病院 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
症例は日齢 17 の女児。 SpO_2 低値で日齢 2 に当院紹介搬送となった。当院での診断は Polysplenia、{A、D、D} isolated ventricular inversion、ASD。日齢 10 に ASD creation、その後も SpO_2 低値が持続し日齢 17 に Mustard 手術を施行。その後 SpO_2 100% となり、両側の心房ルートに狭窄は認めなかった。POD11 に抜管、POD32 に退院。新生児期に介入した孤立性心室逆位での心房内血流転換の報告は非常に稀であり、本症例の治療経過を含め、文献的考察を踏まえて報告する。

I-16 冠静脈洞型心房中隔欠損症を右側胸部切開で治療し得た一例
済生会宇都宮病院 心臓血管外科
原田大暉、橋詰賢一
48 歳女性。幼少より ASD を指摘されていたが、右心負荷所見、息切れ症状を自覚、手術の方針となった。右側胸部切開で、右大腿動脈送血、SVC、IVC 脱血で行った。右房切開時の視野確保は、SVC、ICV のテーピングは行わず、脱血管からの吸引脱血と右房内からの吸引で行った。unroofed CS ASD であり、欠損孔は 2cm で、CS の頭側の縁（ASD の尾側）と ASD の頭側の縁を確認し、単純閉鎖した。術後経過良好であった。珍しい冠静脈洞型心房中隔欠損症を右側胸開胸で治療し得た一例を経験したので報告する。

※今回（第 183 回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第 182 回）として認定

I-17 生体弁による三尖弁置換後2年で再弁置換を要した9歳の一例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科

測上裕司、細田隆介、永瀬晴啓、保土田健太郎、宇野吉雅、
枘岡 歩、鈴木孝明

症例は9歳男児。VSD閉鎖術後TR増悪に対し7歳時にTRに対する生体弁置換術実施後（弁尖はほぼ切除し乳頭筋に接続するbasal chordaeの一部を温存）、TSR進行のために再弁置換となった。生体弁の心室側と心房側のほぼ全面に内膜が増生し、開放位で固定されていた。乳頭筋から弁尖に連続する線維性組織を認めた。機械弁による弁置換実施。病理所見では同部位に血栓・パルプスはなく、心内膜組織に類似した所見がみられた。

心臓：先天性心疾患 2

座長 岡 徳 彦（群馬県立小児医療センター 心臓血管外科）
鹿 田 文 昭（長野県立こども病院 心臓血管外科）

I-18 演題取り下げ

I-19 演題取り下げ

I-20 左肺動脈巨大仮性瘤に対し修復術を施行した一例

北里大学病院 心臓血管外科

田村佳美、宮地 鑑、宮本隆司、岡村 達、松代卓也、堀越理仁、鳥井晋三、北村 律、八畝一貴、荒記春奈、中島理子
症例は6ヶ月女児。4ヶ月時に pulmonary sling に対し修復術を施行した。術後左肺動脈吻合部狭窄に対しバルーン拡張したが、同部に仮性瘤を発症したため外科的修復の方針とした。仮性瘤破裂のリスクを考え、右総頸動静脈および右総大腿静脈カニューレションで人工心肺下確立後に開胸、自己心膜によるパッチ形成術を施行した。乳児に対する手術でも症例によって末梢動静脈送脱血による人工心肺確立が可能である。

I-21 成人期房室中隔欠損修復と房室弁輪形成：2つの人工弁輪の使用は有用

自治医科大学とちぎ子ども医療センター・成人先天性心疾患センター

河田政明、鶴垣伸也、吉積 功

成人期に初回修復術となった房室弁逆流を合併する不完全型 AVSD 例に対し、裂隙閉鎖に加え、2つの Carpentier-Edwards 人工弁輪（バンド）を用いた弁輪形成を追加した。房室弁逆流は良好に制御され房室弁狭窄もなく経過している。成人期修復例では長期容量負荷の持続により拡大した右室・右側房室弁輪の逆 remodeling は困難で、共通房室弁輪の形態を考慮した本法は有用である。

I-22 心室中隔欠損症に伴う大動脈弁逸脱に起因した大動脈弁膜症に対する成人手術例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

新堀莉沙、國井佳文、立石 実、奥木聡志、曹 宇晨、小出昌秋
症例は63歳男性。以前より VSD に対して経過観察されていた。1年前より胸部不快感を認め、発作性心房細動と中等度大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症を指摘され当科紹介された。心エコー検査で円錐部 VSD を認め、CT で大動脈弁尖、弁輪部石灰化と右冠尖逸脱を認めた。大動脈弁右冠尖が広範囲にはまりこんだ2×2cmの欠損孔をパッチ閉鎖、機械弁 AVR と Maze 手術を施行した。近年、大動脈弁逸脱を伴う VSD の多くが小児期に手術されており、高齢での手術例は稀である。

※前回（第182回）紙上発表演題

I-23 ロス手術後のバルサルバ洞動脈瘤に対し、Yacoub 法にて基部置換術を施行した1例

東京女子医科大学 心臓血管外科

吉田尚司、新川武史、池田 諒、塩崎悠司、寶亀亮悟、中山祐樹、新浪博士

症例は45歳男性、先天性大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症に対して26歳時にロス手術を施行。甲状腺腫瘍の精査時にバルサルバ洞動脈瘤および右室-肺動脈導管機能不全を認めた。当初 David 法による基部置換術を予定していたが、大動脈基部に補強材によると思われる高度石灰化を認めたため、Yacoub 法に変更して大動脈弁温存基部置換および右室-肺動脈導管置換術を行った。術後経過は良好で大動脈弁機能も良好であった。

※今回（第183回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第182回）として認定

I-24 初回手術 60 年後の感染性心内膜炎合併に対する再手術の経験：高齢者心室中隔欠損症の 1 例と本邦心臓外科の歴史
自治医科大学とちぎ子ども医療センター・成人先天性心疾患センター

河田政明、鵜垣伸也、吉積 功

初回手術 60 年経過後、遺残短絡に起因する活動性感染性心内膜炎・疣贅、僧帽弁逆流の出現のため緊急手術となった VSD 閉鎖術後の 67 歳女性例を経験した。当時の手術記録では現在と大きく異なる手術が行われていた。右室内および僧帽弁の疣贅摘除、遺残 VSD 直接縫合閉鎖、Alfieri 法による僧帽弁形成により感染コントロールを得て日常生活への復帰を得た。

I-25 ASD による Platypnea-orthodeoxia 症候群 (POS) 術後人工心肺離脱時左室機能不全となり central PCPS 挿入を施行した一例

日本大学医学部 心臓外科

鈴木馨斗、田岡 誠、瀬在 明、大幸俊司、北住善樹、鎌田恵太、田中正史

17 歳時 CPVT で ICD 植え込み後の 29 歳女性。PM 部交換術前精査で低酸素血症あり精査で右左シャントを伴う ASD を認め、ASD direct closure 施行。人工心肺離脱時左室機能不全となり central PCPS、IABP 挿入。翌日の TTE では左室機能改善傾向で POD4 に PCPS、IABP 抜去、POD5 抜管。その後も経過は良好で POD31 退院。ASD 術後人工心肺離脱困難で難渋した一例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。

心臓：弁膜症 2（大動脈基部）

座長 茂 木 健 司（船橋市立医療センター 心臓血管外科）
松 浦 馨（千葉大学大学院医学研究院 心臓血管外科）

I-26 左開胸による心尖部ペントを併用し再開胸大動脈基部置換術を施行した1例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

金山拓亮、伊藤 努、浅原裕太、高橋辰郎、山崎真敬、志水秀行
症例は78歳女性。他院にて2008年に上行置換術、2013年に大動脈弁置換術（CEP MAGNA 19mm）施行。今回生体弁弁尖硬化による機能不全、大動脈基部拡大（最大径61mm）を認め当院紹介となった。大動脈基部が著明に瘤化し胸骨背側に近接していたため、大腿動静脈より体外循環を開始し低体温心室細動下、左開胸心尖部ペントを併用し胸骨正中切開を行った。左開胸心尖部ペントは手技上安全であると共に、心臓周囲の癒着剥離の軽減にも有効であった。

I-28 上行置換術後の基部仮性瘤に対してパッチ形成術施行した1例

立川総合病院 心臓血管外科

山元奏志、岡本祐樹、山本和男、葛 仁猛、浅見冬樹、梅澤麻以子、佐藤大樹、吉井新平

74歳女性。72歳時にA型急性大動脈解離に対して上行置換施行。経過中基部に仮性瘤出現し増大したため手術適応。破裂に備え右腋窩動脈、両側総頸動脈、右大腿動脈より送血開始し再正中切開。基部周囲の癒着は強く剥離困難。両側冠動脈口とは距離があったため、破裂孔4×3cm大に対して人工血管を2重にしてパッチ形成術（ヘマシールド）を施行。経過順調で術後23病日に独歩退院したがパッチ形成は議論があり遠隔フォローは重要である。

I-30 大動脈弁置換術後人工弁感染をきたしtranslocated Bentall手術を施行した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

小田遼馬、遠藤大介、山本 平、畑 博明、土肥静之、松下 訓、梶本 完、嶋田晶江、大石淳実、中西啓介、大野峻哉、浅井 徹、天野 篤

症例は2年前に大動脈弁閉鎖不全症に対して生体弁AVRを施行された61歳男性。不明熱を契機に人工弁感染と診断され、準緊急手術となった。高度癒着のため大動脈基部に直接吻合することは不可能と判断し末梢側に8mm translocationさせたBentall手術を施行した。術後経過良好で術後45日に自宅退院された。文献的考察を加えて報告する。

I-27 大動脈弁輪拡張症に対して自己弁温存基部置換術を行った、ACTA2mutationの一例

横浜市立大学 心臓血管外科

増田 拓、町田大輔、益田宗孝、中山雄太、金子翔太郎、富永訓央、郷田素彦、鈴木伸一

症例は20歳女性。14歳時に大動脈弁輪拡張症を指摘され、遺伝子解析でACTA2mutationと診断された。定期フォロー中、大動脈基部の拡大進行と中等度の大動脈弁閉鎖不全症を認め、自己弁温存基部置換術を施行した。血管壁は非常に薄く脆弱であり、病理組織診では血管平滑筋の粘液変性と弾性繊維の断裂を認めた。本症例は稀な疾患であり文献的考察を加え報告する。

I-29 二冠尖洞の未破裂巨大Valsalva洞動脈瘤と大動脈弁閉鎖不全症を合併した一例

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63歳女性。心エコーで重症大動脈弁閉鎖不全症とCTで右冠尖Valsalva洞に80mmの動脈瘤を認め、さらに無冠尖も拡大していた。右冠尖Valsalva洞動脈瘤を切除し、U字に切除した人工血管（40mm×80mm）を大動脈弁輪部より縫合しpatch閉鎖術・右冠動脈再建を同時に施行した。無冠尖Valsalva洞動脈瘤に対しては縫縮術を施行し、弁尖肥厚を認めたため大動脈弁置換術を施行した。二冠尖洞の未破裂巨大Valsalva洞動脈瘤と大動脈弁閉鎖不全症を合併した非常に稀な症例を経験したので報告する。

※前回（第182回）紙上発表演題

I-31 弁輪部膿瘍を伴うPVEに対し牛心膜を用いて左室流出路を再建し、Bentall手術を行った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、山崎信太郎、外山雅章

7年前にASに対し他院でAVRを施行された74歳女性。PVE疑いで当院紹介となり、心エコーで人工弁に25mmの疣贅を認め、緊急手術を施行。弁輪部膿瘍が広範であり、Valsalvaから左室流出路にかけてdebridementを行った。左室流出路の再建を牛心膜グラフトで行いBentall手術を行った。術後MRが出現し7日後にMVR施行。第84病日にリハビリ目的に転院となった。

※今回（第183回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第182回）として認定

I-32 狭小弁輪を伴う連合弁膜症に対し大動脈弁位に sutureless valve を用いて DVR を施行した一例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科学講座

塩崎悠司、道本 智、池田 諒、市原有起、森田耕三、

菊地千鶴男、新浪博士

80 歳女性。リウマチ性連合弁膜症・BSA 1.1 の小体格の狭小弁輪に対し DVR 施行した。手術は心停止後に大動脈弁を切除し、右側左房アプローチで Intra-annular position に生体弁 25mm で MVR を完了後に sutureless valve (Perceval S) で AVR 施行した。術後両弁とも paraleakage なし。狭小弁輪の大動脈弁位に sutureless valve を用い手術操作の簡略化、遮断時間を短縮し良好な結果を得た。文献的考察を報告する。

心臓：弁膜症 3（僧帽弁）

座長 森 光 晴（済生会横浜市東部病院 心臓血管外科）
山 崎 真 敬（慶應義塾大学医学部 外科（心臓血管））

I-33 先天性 MR に対して完全鏡視下 MICS-MVP を行った 1 例

虎の門病院 循環器センター外科

中永 寛、佐藤敦彦、松山重文、田端 実

45 歳女性。僧帽弁前尖に裂隙を伴う重度 MR に対し MICS-MVP を施行。術中、裂隙を縫合閉鎖し人工弁輪を縫着するも弁尖の接合が得られなかった。P2 をよく観察すると先端に前尖腱索から連続する副組織を認めた。副組織と前尖腱索を切離するも P2 が左室側に牽引されていたため strut chordae も切離し、副組織及び P2 を左室側に織り込むように horizontal foldoplasty を行った。本症例は術前に認識できなかった複雑な僧帽弁形態を呈しており、胸腔鏡で詳細に観察することで良好に MR を制御することができた。

I-34 演題取り下げ

I-35 原因不明の前乳頭筋断裂による severe MR に対する 1 手術例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

井口裕介、上西祐一郎、石井知子、塚田 亨、加藤秀之、松原宗明、大坂基男、五味聖吾、坂本裕昭、平松祐司

症例は 61 歳男性。発熱、呼吸困難を主訴に入院した。重症肺炎として治療を行うも呼吸状態は改善せず、肺うっ血が増悪し人工呼吸管理となった。TEE で MR を診断し、SJM 29mm で MVR を施行した。僧帽弁に腱索断裂や疣贅は認めず前乳頭筋断裂の所見を認めた。術前 CAG で病変がないにもかかわらず、乳頭筋断裂を来した稀な症例を経験したため原因について考察を加えて報告する。

I-36 巨大左房を伴う心房細動起因性機能的 MR に対して MVP および左房縫縮術を施行した 1 例

山梨県立中央病院

佐藤大樹、中島雅人、横山毅人、服部将士、津田泰利

73 歳、男性。30 年来の慢性心房細動があり、心不全で入院を繰り返し、内科的コントロール不良であったため、手術目的に当科紹介となった。術前心エコーでは LAD 89mm、LVDd/Ds 61mm/36mm、MR severe、TR moderate を認め、手術施行とした。僧帽弁は弁輪拡大で逸脱所見は認めなかった。後尖はやや短めで肥厚はなかった。後尖のテザリング増悪を懸念して、弁輪形成に加えて後尖中央部を自己心膜で延長した。術後心不全症状は改善し、経過良好であった。

I-37 レフレル心内膜心筋炎による僧帽弁閉鎖不全症に対して弁形成術を施行した症例

獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科

新美一帆、朝野直城、齊藤政仁、権 重好、鳥飼 慶、高野弘志
症例は 56 歳女性。2 年前に心不全と多発性脳梗塞を発症し、左室心尖部血栓、好酸球増多等でレフレル心内膜心筋炎と診断された。ステロイド加療で全身状態は改善したが、僧帽弁閉鎖不全症が増悪し心不全徴候を認め手術を施行した。手術は僧帽弁後尖の patch augmentation、乳頭筋吊り上げ、人工弁輪縫着による僧帽弁形成術と三尖弁輪形成術を施行した。術後 2 年現在、弁逆流は制御され心不全を認めない。文献的考察を加え報告する。

I-38 乳頭筋断裂に対する僧帽弁置換術後の左室瘤に対し左開胸パッチ閉鎖術を施行した 1 例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

降旗 宏、草刈 翔、藤井健人、堀大治郎、白石 学、木村直行、山口敦司

58 歳男性。急性心筋梗塞（RCA-4AV）に合併した乳頭筋断裂による僧帽弁逆流症に対し、緊急で IABP 補助下に僧帽弁置換術を施行した。POD7 の心エコー検査で異常所見はなかったが、POD28 の心エコー検査で後下壁領域に左室瘤が発見され、経時的な拡大傾向を認めた。本症例に対し、POD57 左開胸アプローチで人工血管を使用したパッチ閉鎖術を施行した。異なる手術アプローチで救命した 1 例を報告する。

I-39 感染性心内膜炎に対する外科的リード拔去、僧帽弁形成、三尖弁形成の一治験例

東京医科歯科大学 心臓血管外科

崔 容俊、水野友裕、大井啓司、長岡英気、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
38歳男性。25年前にVF発症し、ICD留置。ICD機器不良により以後計4本のリードを追加。1ヶ月前に脳梗塞を発症。感染性心内膜炎（リード周囲、僧帽弁に疣贅）、moderate MRと診断。リードは癒着が強固で、人工心肺下に無名静脈から右房を切開し直視下に拔去。僧帽弁形成、三尖弁形成を併施。術後経過は良好。

座長 瀬戸 達一郎（信州大学医学部 外科学講座 心臓血管外科学分野）
黄野 皓木（千葉大学大学院医学研究院 心臓血管外科）

初期研修医発表

Ⅱ-1 弁輪部潰瘍様変性を伴った僧帽弁閉鎖不全症の Marfan 症候群の一例

群馬大学医学部附属病院 循環器外科

谷内亮太、立石 渉、羽鳥恭平、大野 司、阿部知伸

41 歳男性。動機を主訴に他院を受診し僧帽弁閉鎖不全症を指摘された。心エコーで前尖は軽度逸脱し両弁尖は肥厚していた。大動脈基部病変はなし。手術は僧帽弁形成術を施行。coaptation は左房側に変位していたが概ね良好、A1 の逸脱をわずかに認め、1 本のみ人工腱索を立てた。リング形成に際し、後尖 P2-3 弁輪部に潰瘍性変化があり、組織断裂しないように形成糸をマットレス運針でかける工夫をした。逆流は良好に制御。文献的考察を含め報告する。

初期研修医発表

※前回（第 182 回）紙上演題

Ⅱ-3 術前中枢神経合併症を有する IE に対する外科的治療介入時期と術後成績の検討

成田赤十字病院

平野祐一、金行大介、大津正義、山本浩亮、渡邊裕之

中枢神経合併症を有する IE の外科的治療介入の適応、至適時期に関しては議論の余地がある。2011-2019 年に手術した IE21 例を対象とし、術前中枢神経合併症を有した 7 例の手術時期と術後成績を検討した。発症後 4 週間以内の早期手術は 5 例。中枢神経非合併群と比較して周術期、遠隔期成績とも有意差を認めなかった。微小な脳梗塞、脳出血は早期に介入可能と考えるが、広範な症例での手術介入時期に関しては今後の検討課題である。

初期研修医発表

Ⅱ-5 ECELLA 補助から LVAD 植え込みに至った拡張型心筋症の一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

鈴森知沙季、井戸田佳史、木下 修、嶋田正吾、小前兵衛、小野 稔

症例 21 歳男性。急性発症の労作時呼吸苦を主訴に鬱血性心不全で入院となった。内科治療を開始したが症状増悪し Impella を留置した。TTE 上 LVDd/Ds 72/68、LVEF 0.2 で生検より拡張型心筋症と診断された。一時的に症状改善し抜管されたが 18 日後に右心不全が顕在化したため V-AECMO を留置した。循環状態が安定し当院転院後に移植登録を経て EVAHEART2 を装着した。急性発症の重症心不全に対して ECELLA 補助に続き植込型 LVAD 装着を行った症例を報告する。

初期研修医発表

Ⅱ-2 僧帽弁置換術後に巨大左房内浮遊血栓を認めた 1 例

自治医科大学附属さいたま医療センター心臓血管外科

竹内 彬、清水寿和、草刈 翔、堀大治郎、白石 学、木村直行、山口敦司

症例は 85 歳男性。16 年前に僧帽弁狭窄症に対して機械弁での僧帽弁置換術を実施した。意識消失発作を認め、前医を受診。心エコー検査で左心駆出率の低下と左房内浮遊血栓（ボール状・径 30 mm）が確認され、当院に転院となった。術前 CAG で RCA#2 に 90% 狭窄を認め、意識消失は RCA 領域の ACS による影響と判断された。本症例に対し準緊急で左房内血栓除去＋冠動脈バイパス術（Ao-SVG-RCA#3）を実施した。文献的考察を含め報告する。

初期研修医発表

Ⅱ-4 粘液腫に類似した左房内血栓の 1 手術例

防衛医科大学校病院 心臓・血管外科

山形美里、堤 浩二、石田 治、安田拓也、黒田大朗、山中 望、田口眞一

69 歳女性。持続性心房細動に対するカテーテルアブレーション治療前の経食道心エコー検査で、27×20mm 大の左房内腫瘤を指摘、緊急手術の施行となった。術中所見では左房後壁から心房内隔にかけて有茎性の 20×10mm 大の腫瘤を認め、これを切除し、併せて肺静脈隔離術、左心耳切除術を施行した。術後、組織病理学的検査で左房内血栓と診断された。左房内腫瘤の診断においては血栓と粘液腫との鑑別が問題になることがある。文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

※前回（第 182 回）紙上演題

Ⅱ-6 Partially unroofed coronary sinus without PLSVC の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

江藤成顕、遠藤大介、浅井 徹、山本 平、畑 博明、梶本 完、土肥静之、松下 訓、嶋田晶江、大石淳実、大野峻哉、小田遼馬、天野 篤

症例は心不全を呈した 44 歳女性。心臓超音波検査で ASD が疑われ、右心カテーテル検査で右房の O2 step up を認めたが、ASD 欠損孔の部位診断が困難であった。冠動脈 CT で unroofed coronary sinus without PLSVC と診断し、外科治療となった。自己心膜で欠損部位と心房内隔をパッチ閉鎖することで心内修復した。術前診断が可能であった稀な症例を経験したので報告する。

Ⅱ－７ CRT-D 植え込み術中に生じた冠静脈穿孔の一例

自治医科大学 心臓血管外科学

梁瀬敦史、相澤 啓、高澤一平、齊藤翔吾、川人宏次

症例は65歳女性。心房細動による機能性僧帽弁逆流、低左心機能に対し、心臓再同期療法（CRT）の適応と診断され、CRT-D 植込み手術を行った。術中冠静脈洞付近での操作中にリードが穿孔したことが判明したため、緊急手術となった。PCPS 補助下に心臓を脱転し、左心耳近傍の大大静脈でリードによる穿孔を確認し、リード抜去とともに静脈を修復した。術後経過は順調で心不全治療後に軽快退院した。

心臓：初期研修医発表 2

座長 稲葉博隆（順天堂大学医学部附属浦安病院 心臓血管外科）
平田康隆（東京大学医学部附属病院 心臓外科）

初期研修医発表

Ⅱ-8 成人大動脈縮窄に TEVAR で加療した 1 例
防衛医科大学校病院 心臓・血管外科
黒田大朗、石田 治、堤 浩二、安田拓也、山形美里、
山中 望、田口真一
62 歳女性。10 歳時に PDA の手術歴がある。心不全症状で受診、
精査で心室中隔欠損、大動脈縮窄、大動脈二尖弁、パラシュート
僧帽弁を認め Shone 症候群と診断された。肺高血圧も認め、大動
脈縮窄による後負荷の増大に起因すると考え、TEVAR を施行し
た。手術は Pull through 法を用い、8mm、10mm 径のバルーンに
て段階的に狭窄部位を拡張後、左鎖骨動脈下から Zenith alpha を
狭窄部位で重複するように 2 本留置した。文献的考察を加えて報
告する。

初期研修医発表

Ⅱ-10 ホモグラフト大動脈基部置換 19 年後の吻合部仮性瘤
に対して再基部置換を施行した 1 例
東京大学医学部附属病院 心臓外科
寺口 潤、山内治雄、安藤政彦、井上堯文、星野康弘、小野 稔
マルファン症候群の 35 歳女性。16 歳時にホモグラフト大動脈基
部置換、28 歳時に急性 B 型大動脈解離を発症し 30 歳時に胸腹部
大動脈置換、34 歳時に全弓部大動脈置換の既往あり。2 か月前に
ホモグラフト吻合部仮性瘤を発症し修復したが再発した為、今回
ベンタール手術を施行した。摘出したホモグラフトの大動脈壁は
石灰化著明で中膜弾性線維の変性、断裂が目立ったが、大動脈弁
は線維性に軽度肥厚するのみで形態及び機能は保たれていた。

初期研修医発表

Ⅱ-12 TEVAR 術後の typeIII endoleakage を伴う胸部大動
脈瘤切迫破裂に再 TEVAR が奏功した一例
国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院心臓血管外科
北島 駿、川瀬裕志、新谷佳子、伊藤篤志
症例は 84 歳男性。X-5 年前に腹部大動脈アプローチの TEVAR の
手術既往あり。Y-2 日前からの背部痛が増強し、側胸部に拡がり、
歩行困難となり Y 日に救急要請した。緊急造影 CT で TEVAR の
ステント連結部の disconnection による typeIII endoleakage を伴
う切迫破裂と診断した。同日緊急で左鼠径部総大腿動脈アプロ
ーチで TX a 42mm 径×220mm 長で再 TEVAR を施行した。Balloon
ing 後、endoleakage は消失した。術後経過は概ね良好で独歩退院
となった。

初期研修医発表

Ⅱ-9 感染性大動脈瘤 2 例に対する治療経験
獨協医科大学病院 心臓・血管外科
松岡大貴、手塚雅博、福田宏嗣
当科では感染性大動脈瘤に対しリファンピシン浸漬人工血管置換
術を施行している。今回、2 症例経験したため報告する。症例 1：
80 歳男性、発熱倦怠感にて抗生剤加療するも改善せず紹介。血液
検査で炎症反応高値、CT で周囲毛羽立ちを伴う遠位弓部大動脈
瘤を認めたため感染性大動脈瘤と診断し手術を施行した。症例 2：
82 歳女性、1 年前に胸腹部大動脈瘤に対して腹部デブランチ
TEVAR 施行後。食思不振にて紹介。血液検査で炎症反応高値、
CT で残存動脈瘤内に air 像を認めたためステントグラフト感染と
診断し手術を施行した。

初期研修医発表

Ⅱ-11 巨大肺嚢胞を有する急性 A 型大動脈解離に対する弓
部置換術後、左腋窩動脈再建グラフトの閉塞に伴う盗血現象を来
した 1 例
成田赤十字病院 心臓血管外科
平野祐一、山本浩亮、金行大介、大津正義、渡邊裕之
症例はマルファン症候群の 37 歳男性。急性 A 型大動脈解離に対
して弓部置換術を施行した。左腋窩動脈にグラフト側枝を吻合す
る際、左肺上葉に巨大肺嚢胞が存在するため、これを避けて胸膜
外経路で再建した。術後 2 年でめまい症状が出現し、造影 C T に
て腋窩動脈再建グラフトの閉塞を認めた。鎖骨下動脈盗血症候群
と診断し、右腋窩—左腋窩動脈バイパス術を施行した。術後症状
は著明に改善した。

初期研修医発表

※前回（第 182 回）紙上発表演題

Ⅱ-13 大動脈基部の破壊を伴う感染性心内膜炎の 1 例
青梅市立総合病院
山本理恵子、櫻井啓暢、黒木秀仁、白井俊純、染谷 毅
63 歳女性。繰り返す発熱を主訴に当院受診し、血培で *Streptococ
cus mutans*、心エコーでは大動脈弁に疣贅、弁輪部膿瘍を認め、
感染性心内膜炎と診断し手術を行った。大動脈弁に疣贅が付着し、
膜性中隔～心室中隔に膿瘍腔が形成され大動脈基部の破壊を認め
た。徹底的なデブリードメント後、弁輪の欠損部は右房・右室側
より左室内腔へ糸かけし Bentall 手術を行い、欠損した右房・右
室壁はウシ心膜を用いて再建した。術後、感染コントロールは良
好であり、抗菌薬治療後、ペースメーカー植込みを行った。

※今回（第 183 回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第 182 回）として認定

心臓：弁膜症 1（大動脈弁）

座長 水野友裕（東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科学分野）
道本智（東京女子医科大学病院 心臓血管外科）

Ⅱ-14 CPA 蘇生後の severe AS に対して SAVR で救命し得た一例

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、伊達勇佑、

佐々木健一、清水 篤、木山 宏、小柳俊哉

症例は元々フレイルのない 80 歳女性。消化管出血による貧血と severe AS で前医循環器内科で内科的治療を受けていた。心不全コントロール困難となり当院に救急車で紹介搬送となった。到着後酸素化が保てず気管挿管となり、その際 CPA に陥り CPR 開始された。IABP・PCPS が留置され準緊急で手術した。術後経過は良好で心機能も著明な改善を認めた。発表では若干の文献的考察を交えて報告する。

Ⅱ-16 開心術中に偶発的に認めた乳頭状弾性線維腫の一例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

柴田裕輔、桃沢政司、林田直樹、浅野宗一、阿部真一郎、

長谷川秀臣、伊東千尋、菅原佑太、村山博和

75 歳男性。僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症、慢性心房細動の診断で、両尖の肥厚変性は強く、僧帽弁置換術、三尖弁輪縫縮術、左心耳閉鎖術施行。術前エコーで指摘されていなかった前乳頭筋に付着する $\phi 8\text{mm}$ 大のイソギンチャク様の mass を認め、摘除。Papillary Fibroelastoma の病理診断であった。開心術中に偶発的に認めた乳頭状弾性線維腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-18 開存冠動脈バイパス術グラフトを有する再手術大動脈弁置換術の 1 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

症例は 55 歳、男性、診断は重症大動脈弁狭窄症。既往歴は 18 歳から腎不全のため血液透析、2 度の生体腎移植と拒絶、その後は現在まで維持血液透析治療中である。45 歳時に OPCAB 既往を有する。LITA-LAD、SVG-4PD は開存。手術は心臓周囲の癒着剥離は必要最小限とし LITA graft は癒着剥離しなかった。大動脈遮断中は心筋保護液投与に加えて超低体温（膀胱温 28 度）と体外循環を高カリウムとし AVR：SJM regent 19mm を施行、経過良好で自宅退院した。

Ⅱ-15 大動脈弁に生じた乳頭状弾性線維腫の一例

自治医科大学 心臓血管外科学

齊藤翔吾、菅谷 彰、村岡 新、相澤 啓、川人宏次

症例は 69 歳男性。健診の心電図で上室性期外収縮の散発を認めたため、心エコー検査で精査したところ大動脈弁腫瘍を指摘された。経食道心エコー検査で大動脈弁右冠尖に可動性に富む $13\text{mm} \times 10\text{mm}$ の腫瘍を認め、乳頭状弾性線維腫を疑われ手術となった。手術では右冠尖弁尖に約 10mm 大のイソギンチャク様有茎性腫瘍を認めたため腫瘍切除を行った。大動脈弁は温存した。病理組織診断は乳頭状弾性線維腫で、術後経過は良好であった。

Ⅱ-17 弁輪構造の破綻を認めた大動脈弁形成術後の 1 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、星野 理、高木智充、國原 孝

症例は 27 歳男性。重症 AR に対して、大動脈弁形成術を施行した。術直後の TEE では trivial AR に改善していた。術後半年の TEE で AR の再発を認め、再手術となった。術中に大動脈基部の構造変化と各弁尖の穿孔が判明し、機械弁による大動脈基部置換術を施行した。更に半年後、真菌による IE を認め homograft による再基部置換術、SMA 瘤縫縮を施行した。稀な経過を辿った症例であったため報告する。

Ⅱ-19 演題取り下げ

Ⅱ－20 大動脈弁閉鎖不全症術前に偶発的に診断された大動脈 4 尖弁の 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、小林健介¹、田村幸穂¹、小原邦義¹、賛 正基¹、
宮地 鑑²

51 才女性、大動脈弁閉鎖不全症の手術適応で当科コンサルトされた。術前の大動脈造影にてバルサルバの形態異常を認めたため、術前精査で施行した造影 CT 検査を再構築した所、弁尖が 4 尖認められた。術中所見は術前所見通り、均等な cusp 形態の 4 尖であり、Hurwitz らの分類で A type であった。大動脈弁置換術施行し、術後経過問題なく 14POD に退院された。若干の文献学的考察を加え報告する。

Ⅱ－21 大動脈弁置換術後の無症候性弁尖血栓症の経験

新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野

中村制士、三島健人、鳥羽麻友子、佐藤哲彰、大久保由華、
長澤綾子、岡本竹司、土田正則

79 歳男性。大動脈弁狭窄症に対し大動脈弁置換術（INSPIRIS25 mm）が施行された。抗凝固療法は治療域であったが術後 12 日目の心臓 CT 検査で無冠尖の血栓及び可動性低下を認めた。ヘパリンによる治療後、抗凝固療法の強化と抗血小板剤の併用で再発なく退院した。生体弁による大動脈弁置換術後の無症候性弁尖血栓症の発生率は約 4% とされ脳梗塞のリスクとされる。本症例に関して文献的考察を含め報告する。

心臓：大血管 1（急性解離）

座長 志村 信一郎（東海大学医学部外科学系 心臓血管外科学）
秋田 雅史（新松戸中央総合病院 心臓血管外科）

Ⅱ-22 演題取り下げ

Ⅱ-23 前胸部打撲による外傷性急性大動脈解離（StanfordA型、DeBakey2型）の1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
伊藤駿太郎、茂木健司、櫻井 学、谷 建吾、橋本昌典、
高原善治

55歳男性。仕事中に液体窒素用ホース接続金具で前胸部を強打し転倒。前胸部痛が持続するため受診。CTで胸骨体骨折と急性大動脈解離（StanfordA型、DeBakey2型）を認め緊急で上行置換術を施行。術中所見では胸骨背面に血腫があり、骨折部位に一致した上行大動脈内膜に剥がれた石灰化プラークとentryを認め外傷性急性大動脈解離と診断。病理所見も外傷性大動脈解離に矛盾しなかった。術後経過は良好で19PODに独歩退院。

Ⅱ-24 急性大動脈解離に対する全弓部大動脈人工血管置換術後に溶血性貧血を呈した1例

埼玉石心会病院 心臓血管外科

佐々木健一、山内秀昂、菅野靖幸、陣野太陽、伊達勇佑、
清水 篤、加藤泰之、木山 宏、小柳俊哉

症例は、35歳男性。急性大動脈解離に対して全弓部大動脈人工血管置換術を実施し、術後に溶血性貧血を認めた。MRI検査で人工血管中枢側、末梢側で狭窄を疑う所見を認め、末梢側吻合部狭窄に対してTEVARを実施したが溶血性貧血は改善しなかった。術後9週間後に再上行大動脈人工血管置換術を実施し溶血性貧血は改善した。術中所見では、大動脈内側に固定した人工血管リングが翻転していた。

Ⅱ-25 StanfordB型急性大動脈解離破裂をきたしたLoeys-Dietz症候群の1例

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、富永訓央、鈴木伸一、増田 拓、根本寛子、
町田大輔、郷田素彦、益田宗孝

17歳男性。Loeys-Dietz症候群、大動脈基部・部分弓部置換術後。徐々に拡大傾向のあった下行大動脈に急性解離を発症し、緊急入院した。保存加療を施行したが、胸腹部大動脈瘤となり手術を予定した。しかし、解離発症19日目に破裂し、緊急で胸腹部大動脈人工血管置換術（Th7-CA分岐直下まで置換、肋間動脈は再建せず）を行った。対麻痺なく、軽快退院した。

※前回（第182回）紙上発表演題

Ⅱ-26 腹部大動脈開窓術を選択した急性A型大動脈解離の1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 心臓血管外科・小児循環器

鈴木清貴¹、内田敬二¹、南 智行¹、長 知樹¹、松本佑介¹、
根本寛子¹、小林由幸¹、松本 淳¹、鈴木光恵¹、松下直彦¹、
益田宗孝²

70歳男性。腸管、下肢、脊髄虚血を伴う偽腔開存型急性A型大動脈解離の診断。肋間動脈が偽腔分枝のためTEVARによるEntry閉鎖で対麻痺残存が懸念された為、腹部大動脈開窓術を選択。腸蠕動改善、術中エコーで真腔拡大と偽腔の血流維持を確認。術後CTで腹部の偽腔開存化と上行大動脈の偽腔縮小を確認。追加治療を要せずに退院。

Ⅱ-27 大腿動脈送血により術中逆行性解離をきたしたStanfordA型大動脈解離の1例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

長谷川秀臣、浅野宗一、阿部真一郎、村山博和

65歳男性。Stanford A型偽腔閉塞型大動脈解離に対して緊急手術。左大腿動脈送血、上下大静脈脱血で人工心肺を開始したところ突然上行大動脈から出血した。経食道心エコー検査で偽腔血流及び下行大動脈の解離が指摘された。大腿動脈送血により逆行性解離を発症したと判断し一度人工心肺を離脱、エコーガイド下に上行大動脈より送血管を穿刺し人工心肺を確立、手術を完遂した。逆行性送血による術中大動脈解離について若干の文献的考察を加えて報告する。

※今回（第183回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第182回）として認定

Ⅱ-28 真性瘤に対する TEVAR 後 3 年で急性大動脈解離 Stanford A 型を発症した 1 例

筑波記念病院 心臓血管外科

西 智史、倉橋果南、金子寛行、有馬大輔、吉本明浩、末松義弘
66 歳男性、3 年前 2 debranching TEVAR を施行、術後 3 ヶ月で SINE による腹部臓器虚血を伴った B 型解離を発症し TEVAR を追加した。外来フォローアップ中、右頸部痛を主訴に救急外来を受診、造影 CT にて急性大動脈解離 Stanford A 型と診断された。エントリーはステントグラフト中樞短付近の弓部小彎側に認め、超低体温循環停止下に上行大動脈人工血管置換および腕頭動脈の再建を施行した。術後経過は比較的良好で術後 21 日退院となった。

Ⅱ-30 EVAR 術後の AAA を越えて伸展した急性 A 型大動脈解離の 1 例

千葉県救急医療センター 心臓血管外科

藤田久徳、山口聖一、小泉信太郎、武内重康

78 歳男性。5 年前 AAA に対する EVAR の手術歴。今回、右下肢虚血を伴って急性 A 型大動脈解離を発症。入院時 CT 上、解離は EVAR 術後の AAA51mm を越えて右大腿動脈へ伸展し、右 EIA 真腔閉塞と SG 右脚の血栓閉塞を認めた。緊急で上行大動脈置換術+F-F バイパス術を行った。術後 18 日目に病棟で突然心肺停止となり、原因精査の CT で AAA の拡大 66mm と破裂を認めたが、全身状態不良のため救命できなかった。EVAR 後の AAA に解離が進展することは重篤な合併症であり文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-29 TEVAR 後 RTAD (retrograde type A dissection) に対する外科治療

千葉西総合病院 心臓血管外科

中山泰介、中村喜次、黒田美穂、西嶋修平、伊藤雄二郎、鶴田 亮、堀 隆樹

2013~2020 年まで 726 例の TEVAR 後に発生した RTAD6 例を検討。年齢 67.3 歳。初回治療は B 型解離 entry 閉鎖 4 例、真性瘤 2 例。landing zone は全例 Zone2。RTAD までの期間は 61.3 ± 44.5 日。解離の entry は全例ベアステント部に認めた。術式は Entry 切除を基本とし、トップステント切離を基本とするが、症例に応じた末梢側吻合で対応する必要があった。病院死亡 1 例、脳梗塞合併 1 例、4 例は術後問題なく独歩退院した。

座長 朝倉利久 (埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科)
渡邊裕之 (成田赤十字病院 心臓血管外科)

Ⅱ-31 shaggy aorta を有する弓部大動脈瘤に対し isolated cerebral perfusion technique を使用し人工血管置換術を施行した一例

1 横須賀市立うわまち病院

2 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

田島 泰^{1,2}、中村宜由^{1,2}、中田弘子^{1,2}、安達晃一^{1,2}

82 歳男性。CT で最大径 65mm の弓部大動脈瘤を認め、上行～下行大動脈にかけて shaggy aorta を認めた。胸骨正中切開アプローチ、両側腋窩動脈を送血路とし、右房を脱血路とした。人工心肺開始時に左総頸動脈の起始部を遮断し、その遠位側を切開し脳分離送血を開始した。頸部三分枝を保護した状態で、弓部大動脈人工血管置換術を行った。術後第 17 病日に合併症なく退院となった。

Ⅱ-33 感染性胸部下行大動脈瘤破裂に対して緊急 TEVAR 術後、肋間筋弁充填術で寛解した 1 例

水戸済生会総合病院 心臓血管外科・呼吸器外科

梅澤麻以子、鈴木脩平、三富樹郷、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫

79 歳男性。39℃ の発熱で化膿性胆管炎、敗血症 (K. pneumoniae) にて ERCP、抗菌薬 SBT/CPZ 治療中。20 病日より背部痛を認め、50mm 大の嚢状下行大動脈瘤破裂の診断で緊急 TEVAR を施行。抗菌薬 TAZ/PIPC 投与後、血培養陰性化して一旦退院したが、まもなく 39℃ の発熱再発。破裂膿瘍ドレナージ+肋間筋弁充填術、TAZ/PIPC を 1 ヶ月投与して炎症反応陰性化。経口抗菌薬を投与しながら外来経過観察中で感染の再発を認めていない。

Ⅱ-35 咯血を契機に発見された Stentgraft-Induced New Entry (SINE) の 1 例

土浦協同病院 心臓血管外科

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

症例は 68 歳男性。急性大動脈解離 Stanford A に対し、Frozen Elephant Trunk 法による全弓部置換術を施行した。術後 12 ヶ月で咯血が出現し、CT を施行した。ステント遠位端に嚢状瘤および肺実質の高吸収軟部陰影を認め、嚢状瘤の肺内穿破の診断で緊急 TEAVR を施行した。術後遠隔期に発症した、咯血を契機に発見された SINE を経験したため報告する。

Ⅱ-32 胸骨正中切開にて上行弓部大動脈置換術を行った後に生じた、乳糜胸を合併した 1 症例

かわぐち心臓呼吸器病院 心臓血管外科

潮田亮平、金森太郎、白川 真、竹内太郎、藤井温子

乳糜胸は胸部外科手術後に起こりうる合併症として知られているが、治療方針のストラテジーは確立されていない。胸骨正中切開による再弓部大動脈置換術後に発症した乳糜胸に対し、比較的速やかに再手術を施行し、良好な結果を得た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。

Ⅱ-34 感染性胸部大動脈瘤に対してリファンピシン浸漬人工血管を用いて上行弓部大動脈置換術を施行した一例

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 心臓血管外科

松本 淳¹、内田敬二¹、南 智行¹、長 知樹¹、松木佑介¹、根本寛子¹、小林由幸¹、鈴木清貴¹、益田宗孝²

69 歳、女性。1 週間前からの背部痛と微熱で救急搬送。著明な炎症反応上昇あり、造影 CT 検査で弓部大動脈瘤と、周囲および縦郭・心臓内に膿瘍が認められ、感染性胸部大動脈瘤破裂と診断。緊急手術を施行、リファンピシン浸漬人工血管による上行弓部大動脈置換術および胸骨切除・大網充填を行い救命したので報告する。

Ⅱ-36 frozen elephant trunk 偽腔内誤留置後に経カテーテルの開窓術とステントグラフト内挿術を施行した 1 例

君津中央病院 心臓血管外科

山田隆熙、丸山拓人、榎本吉倫、須藤義夫

症例は 48 歳男性。2 ヶ月前に急性大動脈解離に対し上行弓部大動脈置換術+FET 挿入術を施行。術中・術後は良好に経過したが、退院前の造影 CT で FET の末梢側が偽腔内に誤留置されていることが判明した。外来で経過観察としたが残存解離のある下行大動脈に拡大傾向を認めたため手術の方針とした。経カテーテル的に開窓術を行い、偽腔にある FET から下行大動脈の真腔にかけてステントグラフトを挿入。術後 9 日に独歩退院。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-37 弓部下行大動脈瘤に対して Hybrid TEVAR を施行した一例

東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

山本亮佳、志村信一郎、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 81 歳男性、弓部下行大動脈瘤に対して Hybrid TEVAR を施行した。Shaggy aorta に対するオープンステントグラフト (OSG) 施行時に起こり得る対麻痺リスクを低減すべく、下行大動脈瘤に対する TEVAR を先行した。2 週間後に OSG 併施弓部全置換術を施行。下行大動脈のステントグラフト内に内骨格の OSG を挿入し、オーバーラップさせた。合併症なく術後 13 日で独歩退院した。

Ⅱ-38 全弓部置換術後人工血管感染に対するウシ心膜ロールによる人工血管再置換術の 4 カ月後に急激な異常高血圧を呈した一例

杏林大学医学部付属病院 心臓血管外科

峯岸祥人、土屋博司、遠藤英仁、窪田 博

症例は 72 歳女性。A 型急性大動脈解離に対する全弓部置換術後早期に人工血管感染を発症。ウシ心膜ロールによる再全弓部置換術、エレファントトランク法、大網・右大胸筋充填術施行。再置換術後 4 カ月頃に急に収縮期血圧が 180mmHg を超えるようになり、入院。精査にてエレファントトランクに巨大な塞栓物が付着していることが判明。ウシ心膜ロールによる下行置換術施行。非常に稀な症例のため報告する。

※前回 (第 182 回) 紙上演題

Ⅱ-39 胸部大動脈瘤に対して TEVAR 後、感染性大動脈瘤発症により破裂に至ったと考えられた症例

東京都健康長寿医療センター 心臓外科

村田知洋、伊達数馬、眞野暁子、河田光弘、許 俊鋭

症例は 81 歳男性。関節リウマチ等にて当院通院中、偶発的に見つかった弓部遠位大動脈瘤に対して TEVAR+LSCA coil embolization 実施。術後より後頸部痛が継続し、外来フォローとなったが、術後 5 ヶ月で発熱あり再入院した。血液培養陽性、PET-CT にてステントグラフトもしくは瘤への感染が疑われた。低心機能でもあり抗生剤治療を継続し、徐々に軽快みせるも第 49 病日状態悪化し死亡した。本症例の経過に関して考察を踏まえここに報告する。

座長 大 竹 裕 志（上尾中央総合病院 心臓血管外科 血管外科）
土 肥 静 之（順天堂大学 心臓血管外科）

Ⅱ-40 傍胸骨アプローチによるプラグ塞栓術が奏功した上行大動脈吻合部仮性瘤の1例

平塚市民病院 心臓血管外科

沖 尚彦、井上仁人、小谷聡秀

72歳男性。2年前に急性大動脈解離A型にて上行置換術およびI-graft置換術施行。1年前に透析導入。外来で施行したCTにて上行大動脈近位吻合部仮性瘤および周囲の巨大血腫を認めた。本人のADLから再開胸手術は困難と考え、CTガイド下傍胸骨アプローチによる仮性動脈瘤直接穿刺を行い、右上腕動脈穿刺部からpull throughを作成した後に、人工血管穿孔部をAVP-2にて塞栓。特記すべき問題なく術後3日目に退院。本手技による血管内治療の報告は文献上なく、世界初である。

Ⅱ-42 慢性期偽腔開在型B型大動脈解離に合併したAAAに対しEVAR及び偽腔よりintimal tear閉鎖を施行した一例

千葉大学心臓血管外科

西織浩信、上田秀樹、黄野皓木、松浦 馨、渡邊倫子、乾 友彦
症例は高度低左心機能の合併のある46歳男性、3年前にAAE、ARに対し自己弁温存基部置換術を施行、2年前に解離腔が左総腸骨動脈（CIA）まで至るB型大動脈解離を発症しZone3 TEVARにてエントリー閉鎖を施行した。フォロー中にAAAの拡大を認めた。腎動脈上の2個のtearに対して補助デバイスを用い偽腔側より閉鎖、AAA真腔に対してEVARを施行した。CIAのtearは閉鎖せず偽腔へのアプローチ経路を残すと共に肋間動脈への血流を温存した。

Ⅱ-44 胸部下行大動脈瘤に対するTEVAR後2年目に突然破裂を来した1例

筑波記念病院 心臓血管外科

有馬大輔、末松義弘、倉橋果南、金子寛行、西 智史、吉本明浩
症例71歳 男性。胸部下行大動脈瘤に対してTEVAR施行され、外来フォローされていた。2年4ヶ月後に突然の背部痛で救急要請した。造影CTでTEVAR遠位側からの造影剤流出を認め、破裂の診断に至った。破裂の原因としてdistal SINEが考えられた。緊急でTEVAR施行して救命し得た。distal SINEが破裂の原因となった稀な症例を経験した。

Ⅱ-41 急速拡大し咯血した解離性大動脈瘤破裂に対してTEVARを施行した1例

千葉県救急医療センター 心臓血管外科

小泉信太郎、山口聖一、藤田久徳、武内重康

88才女性。半年前に前医のCTで大動脈解離を認め当院転院搬送。CECTで近位下行にULP（同部位47mm）を認める亜急性B型大動脈解離と診断、内科的療法を行い退院。4ヶ月前より咯血及び胸痛が出現、徐々に症状が頻回になり当院受診。CECTで近位下行が67mmまで拡大、解離性大動脈瘤破裂と診断し緊急TEVARを施行。（TAG with active control system31×150mm）術後咯血及び胸痛は消失、合併症無く経過し独歩退院。術後のCECTではELなし。文献的考察を加え報告する。

Ⅱ-43 下行大動脈置換術後仮性瘤-肺穿破に対して、緊急TEVARからのbridge surgeryで救命し得た1例

北里大学病院 心臓血管外科

中島理子、藤岡俊一郎、荒記春奈、八畝一貴、北村 律、
鳥井晋三、宮地 鑑

症例は55歳男性。外傷性大動脈解離に対して下行大動脈置換術後。大量吐血にて救急搬送。中枢側吻合部仮性瘤-食道瘻の疑いで緊急TEVAR施行。TEVAR後に上部内視鏡を行うと食道瘻認めず、食道抜去は施行しなかった。翌日下行大動脈置換術を施行したところ、仮性瘤の肺穿破を認めた。術後は感染なく自宅退院となった。大動脈瘤-肺穿破に対してTEVARからのbridge surgeryを行うことで救命し得た1例を経験した。

Ⅱ-45 特発性大動脈破裂に対してTEVARを施行した1例

山梨県立中央病院

横山毅人、佐藤大樹、服部将士、津田泰利、中島雅人

症例は特に既往のない60歳女性。突然の背部痛で救急受診した。CT検査で後縦隔血腫を認め肋間動脈からの出血を疑い大動脈造影を施行した。Th 9/10の高さから造影剤の血管外漏出を認め選択的に肋間動脈造影を行った。しかし肋間動脈から血管外漏出は認めず造影剤が大動脈に逆流する際に血管外漏出を認め、特発性大動脈破裂と診断しTEVARを行った。術後破裂による左胸腔への出血で緊張性血胸となったが、胸腔ドレナージにより改善した。その後の経過は良好で術後10日目独歩で退院した。

Ⅱ-46 Short landingの弓部大動脈瘤に対するVALIANT Navionの有効な留置法（overlapping release法）

千葉西総合病院 心臓血管外科

伊藤雄二郎、黒田美穂、西嶋修平、中山泰介、鶴田 亮、
中村喜次、堀 隆樹

中樞ベアステントはbird beakを予防し有効なsealingを得るため有用であるが、一方でRTADのリスクが懸念される。VALIANT Navionは2019年11月より使用可能となった初の中樞ノンベアステントグラフトでありその有用性が期待される。症例は72歳、女性。動脈瘤の最大径は65mm。landing zoneが15mmであったがzone2 TEVARを施行、endoleak、bird beakを認めなかった。

Ⅱ-47 開窓型オープンステントグラフトを用いた弓部置換術のピットフォール

練馬光が丘病院

荒川 衛、岡村 誉、宮川敦志、北田悠一郎、安達秀雄

症例は42歳男性。胸背部痛と左下肢筋力低下で発症し、急性A型大動脈解離、左下肢malperfusionと診断された。開窓型Frozen elephant trunk（FET）を用いた弓部大動脈置換術を行った。Zone 2で末梢側吻合を行い、左鎖骨下動脈入口部のFET（ステント部）に開窓を行い、開窓部を人工血管ストリップで固定した。術後第2病日に抜管し、第5病日に一般病棟に転棟、第30病日に自宅退院した。術後CTにて左鎖骨下動脈への血流は保たれており、下行大動脈の良好なモデリングを認めた。

肺：初期研修医発表

座長 前田 寿美子（獨協医科大学 呼吸器外科学講座）
藤 森 賢（虎の門病院 呼吸器センター外科）

初期研修医発表

Ⅲ-1 GGNを呈した melanoma 肺転移の1切除例
がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科
小川 嶺、堀尾裕俊、鈴木幹人、志満敏行、清水麗子、原田匡彦
症例は67歳、男性。2010年に右大腿部 melanoma にて切除と右鼠径部リンパ節郭清が行われた。2019年12月経過観察CTにて右肺S2に充実径/全体径=2/12mm大の緩徐な増大を示すGGNが指摘された。PET/CTではS2病変も含めて有意なFDG集積を認めず。cT1miN0M0肺腺癌が疑われ、胸腔鏡下右肺上葉部分切除を施行。迅速病理所見は剖面にて黒色結節を呈し、組織学的には melanoma 肺転移であった。画像上微小浸潤肺腺癌との鑑別が困難であり、文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

Ⅲ-3 脳死肺左右反転移植を行った1例
獨協医科大学病院 呼吸器外科
矢澤那奈、伊藤祥之、井上 尚、荒木 修、前田寿美子、千田雅之
レシピエント肺に左右差がある場合、提供された肺を反転し移植の方が良い場合がある。当院における2例目（本邦3例目）の左右肺移植を経験したので報告する。症例は20代、女性。肺動脈に水分貯留する混合性障害にて在宅酸素療法、移植待機となっていた。H-J5度。左肺の提供を受けたが右肺の障害がより強いため、左肺を右胸腔に反転し移植した。気管支は斜切開し吻合。肺動脈はA3を背側底部としU字反転、屈曲回避のため血管鞘は解放した。左房は通常通り吻合できた。

初期研修医発表

※前回（第182回）紙上演題

Ⅲ-5 胸腔鏡下肺生検が診断に有効であった転移性肺腫瘍の一例
昭和大学病院 呼吸器外科
成澤英司、新谷裕美子、南方孝夫、植松秀護、遠藤哲哉、山本 滋、鈴木 隆、武井秀史、門倉光隆
54歳、女性。201X年6月子宮頸癌に対し広汎子宮全摘術、また同年12月右腎癌に対し右腎摘出術を行った。201X+2年11月に両側下葉に結節の出現を認めた。左下葉の結節の1つは空洞形成に伴う増大傾向を示したが、他の数mmの小結節は明確な増大は示さなかった。診断確定のため胸腔鏡下左下葉部分切除術を行った。病理結果で増大した結節は子宮頸癌の転移、小結節は腎癌の転移であった。

初期研修医発表

Ⅲ-2 良性転移性平滑筋腫の1例
昭和大学医学部 外科学講座呼吸器外科学部門
市川沙綾、新谷裕美子、南方孝夫、植松秀護、遠藤哲哉、片岡大輔、山本 滋、武井秀史、門倉光隆
症例は40歳、女性。26歳時、35歳時に子宮筋腫に対して筋腫核出術を受けた既往がある。2年前から胸部レントゲンで異常を指摘されていたが放置していた。左胸痛を自覚し前医を受診、胸部CTで多発する、大小不同、最大径1cmの境界明瞭な肺結節影を認め当院へ紹介された。診断確定のため右肺部分切除を施行した。長楕円形の核を持つ腫瘍細胞を認め、caldesmon+、 α SMA+、ER+、PgR+であることから良性転移性平滑筋腫と診断した。

初期研修医発表

※前回（第182回）紙上演題

Ⅲ-4 喘息を伴う低肺機能肺癌に対して3-ports左VATS S9+10区域切除を施行した1例
虎の門病院 呼吸器センター外科
富田大輔、藤森 賢、鈴木聡一郎、長野匡晃、菊永晋一郎、諸星直輝
喘息で加療中の77歳女性。PSは0。胸部CTで左S5・S9に結節性病変認め前医受診。FEV₁0.95Lと低肺機能のため当科紹介。呼吸リハビリと吸入薬追加でFEV₁1.62Lまで改善認め、3-ports左VATS S9+10区域切除+舌区部分切除術施行。手術時間199分、出血50ml。術後経過良好で術後8日目に退院。病理はS9が15×10mmの微小浸潤腺癌、S5は器質性肺炎。低肺機能肺癌に対して術前に十分な対応を行い、胸腔鏡下に安全に区域切除をし得た一例を報告する。

※今回（第183回）は発表の機会として認め、発表自体は前回（第182回）として認定

座長 島田英昭（東邦大学大学院 消化器外科学講座）
豊住武司（千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科）

Ⅲ-6 長径15cmを超えるLSBEから発生したBarrett食道癌の3例

千葉県がんセンター 食道・胃腸外科

桑山直樹、星野 敢、郡司 久、外岡 亨、早田浩明、
滝口伸浩、鍋谷圭宏

本邦でも生活習慣や食生活の欧米化、ピロリ菌陽性者の減少により、近年 Barrett 食道癌の発生頻度が漸増傾向にある。しかし、欧米とは異なり、本邦では SSBE に発生する Barrett 食道癌が主体であり、LSBE を発生母地とした Barrett 食道癌は比較的稀と考えられる。今回我々は、15cm を超える LSBE から発生した Barrett 食道癌の3症例を経験したのでそれらの臨床病理学的特徴について文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-7 Alport-食道平滑筋腫に対する小児期の腹部食道切除術後の難治性食道胃逆流症に対する食道切除術の一例

埼玉医科大学国際医療センター

宮脇 豊、佐藤 弘、大矢周一郎、相田浩文、桜本信一、
山口茂樹

Alport 症候群は若年に発生する非常にまれな病態であり、びまん性食道平滑筋腫を併発する。今回、我々は小児期に Alport-びまん性平滑筋腫症候群に対して腹部食道・噴門側胃切除術を施行されたが、術後より非常に重度の胃食道逆流症状をきたした20歳の男性に食道切除・胃管再建を施行したため報告する。稀な病態ではあるものの、同疾患に対する手術では食道平滑筋腫病変を完全に除去する必要があると思われる。

Ⅲ-8 腫瘍外科論文の書き方（イントロ編）「その研究の魅力は何か？」

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

腫瘍外科関連国産ジャーナルである Cancer Science、Int J Clinical Oncology、Surgery Today、AGSurg、Esophagus、ATCS の AE として査読者へ査読依頼する際には、カバーレター、抄録、Introduction そして図表をチェックする。Introduction は研究の重要性和当該領域における課題、課題に対する魅力的な解決方法を提案するいわば論文の顔にあたる非常に重要な記述である。AE ならびに査読者目線での魅力的な Introduction について述べる。

座長 坂口浩三（埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科）
中島政信（獨協医科大学 第一外科）
鈴木伸一（横浜市立大学附属病院 外科治療学心臓血管外科）

Ⅲ-9 演題取り下げ

Ⅲ-10 部分弓部置換術および debranch TEVAR 後に生じた食道瘻に対する一治療例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

茅野周治、山本高照、小松正樹、和田有子、瀬戸達一郎

症例は 81 歳女性。2 年前に慢性解離性胸部大動脈瘤に対し二期的に部分弓部置換術および右総頸-左総頸動脈バイパスを伴う debranch TEVAR を施行した。発熱と嚥下時痛を契機に施行した上部消化管内視鏡検査にて、食道背側の頸部バイパスとの交差部に瘻孔が認められた。右鎖骨下-左鎖骨下動脈バイパス後に、頸部バイパス抜去および食道修復術を施行した。術後感染の再燃なく退院した。若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-11 Chicken bone による大動脈食道瘻を TEVAR で治療した 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、齊藤政仁、太田和文、新美一帆、権重好、鳥飼慶、高野弘志

51 歳男性。食道異物、縦隔炎の診断で消化器外科入院中であった。異物は食道を穿通し、大動脈と近接していたため開胸異物除去術を予定していた。手術待機中に大量吐血と異物 (chicken bone) の吐出を認めた。CT 上異物のあった部位に仮性動脈瘤を認め、破裂予防目的に緊急 TEVAR を施行。術後 CT でリークはなく縦隔陰影も消失。抗生剤投与で炎症所見の改善を認めた。術後 3 か月経過も再燃は認めていない。比較的稀な経過の症例であり報告する。

Ⅲ-12 拡張型心筋症に伴う難治性心室頻拍に対して胸腔鏡下左交感神経節切除術が奏功した一例

筑波大学附属病院 呼吸器外科

柳原隆宏、関根康晴、菅井和人、河村知幸、佐伯祐典、北沢伸祐、小林尚寛、菊池慎二、後藤行延、佐藤幸夫

67 歳男性。拡張型心筋症に伴う難治性心室頻拍に対し、内服治療に加え ICD 植込みと 5 回のアブレーションを施行されている方。心室頻拍のコントロールが得られないため、胸腔鏡下左交感神経節切除術を施行した。星状神経節の下半分と T6 までの交感神経節を切除した。術後は 3 回 ICD 作動 (全て ATP) を認めたのみで、術前と比較し ICD 作動を伴う心室頻拍は減少した。術後 24 日目に転院した。

Ⅲ-13 Fontan 循環の成人肺癌患者に対し、左肺上葉切除を行った一例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

長山和弘、北野健太郎、吉安展将、中島淳

26 才男性。純型肺動脈閉鎖症の診断で、出生時に左 mBT シャント術、3 才時に Fontan 手術の既往がある。左上葉肺癌の診断で当院紹介。肺血流シンチは右：左=90：10 で、右心カテーテル検査では中心静脈圧上昇や肺高血圧を認めず。運動耐容能は 5.0Mets、心エコーで体心室の EF は 50%、耐術可能と判断、左肺上葉切除・リンパ節郭清を行った。病理診断は肺腺癌 (pT3N0M0-IIb) で、術後補助化学療法中である。文献を渉猟する限り、Fontan 循環の成人肺癌患者に対する肺葉切除の報告は本症例が初めてである。

Ⅲ-14 大動脈ステント挿入の上クラムシェル開胸で摘出した巨大孤立性線維性腫瘍

1 足利赤十字病院 呼吸器外科

2 足利赤十字病院 心臓血管外科

坂巻寛之¹、中川知彦²、泉田博彬²、古泉潔²、橋本浩平¹

78 歳女性。めまいで受診し、CT で左胸腔を占め心臓を右に圧排する 25cm 大の腫瘍を認めた。針生検で孤立性線維性腫瘍疑い。低血糖発作あり傍腫瘍症候群と考えられた。腫瘍に豊富な血管の流入があり、術前に動脈塞栓術を施行。更に開胸に先立ち、腫瘍に接する下行大動脈にステントを留置した。クラムシェル開胸を行い、腫瘍と左肺を一塊にして切除した。低血糖は改善し、術後 13 日に退院。現在術後 3 か月で再発なく外来通院中。

座長 朝倉啓介（慶應義塾大学 外科学（呼吸器））
萩原 優（東京医科大学 呼吸器外科・甲状腺外科学分野）

Ⅲ-15 貧血を合併した胸腺腫の一例

1 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科

2 日本大学医学部附属板橋病院 病理科

榊原 昌¹、佐藤大輔¹、林 宗平¹、坂田省三¹、河内利賢¹、
四万村三恵¹、石毛俊幸²、櫻井裕幸¹

症例は69歳、男性。呼吸困難を主訴に近医を受診した。精査の結果、Hb 3.8g/dLの貧血と前縦隔腫瘍を認め当科に紹介となった。血液検査上、貧血は正球性貧血で、腫瘍マーカーや抗アセチルコリン受容体抗体は正常値であった。貧血は輸血で対応し、前縦隔腫瘍に対して胸腔鏡下前縦隔腫瘍摘出術を施行した。病理診断は胸腺腫 typeB2であった。手術後貧血の進行はなく、原因精査中である。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-16 嚢胞内出血による腫瘍増大、呼吸困難を来した多房性胸腺嚢胞の1例

長野市民病院 呼吸器外科

小池幸恵、境澤隆夫、砥石政幸、西村秀紀

71歳男性。労作時呼吸困難を主訴に前医を受診し前縦隔腫瘍を指摘された。呼吸困難の持続および前縦隔腫瘍の増大を認めたため当科紹介、手術の方針とした。胸部CTでは右側前縦隔に9cm大、嚢胞内に一部充実部分を伴う腫瘍を認めた。MRIではT1、T2ともに高信号で血性成分を伴った嚢胞性腫瘍を疑う所見であった。胸腔鏡下に腫瘍を摘出すると、比較的厚い被膜で覆われた嚢胞性腫瘍であった。病理診断では多房性胸腺嚢胞、嚢胞内出血との診断であった。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-17 気管背側へ回り込む縦隔内甲状腺腫の一例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

清水大貴、坂入祐一、今林宏樹、伊藤祐輝、小野里優希、
松本寛樹、海寶大輔、佐田諭己、椎名裕樹、山本高義、
田中教久、和田啓伸、鈴木秀海、中島崇裕、吉野一郎

46歳女性。胸部レントゲンで縦隔拡大を指摘され、CTで甲状腺から気管の背側に進展する腫瘍を認め、気管分岐部近傍まで進展していた。縦隔内甲状腺腫が疑われ、本人希望とあわせ手術予定となった。右胸腔鏡下手術で奇静脈切離のうえ、腫瘍尾側を剥離した後、頸部操作で腫瘍を摘出した。術後12日目に退院した。

Ⅲ-18 破裂した縦隔成熟奇形腫の1切除例

東京医科大学病院 呼吸器外科・甲状腺外科

中嶋英理、工藤勇人、前原幸夫、古本秀行、立花太明、

嶋田善久、萩原 優、垣花昌俊、梶原直央、大平達夫、池田徳彦
症例は20歳代女性。突然の呼吸困難と右前胸部から背部への強い疼痛を主訴に来院。胸部CT検査で最大径9.6cmの脂肪成分を含む前縦隔腫瘍、右胸水、右下葉圧排性無気肺を認めた。腫瘍の破裂による縦隔炎と診断し手術を施行した。胸骨正中切開で前縦隔に破裂した腫瘍と癒着を伴う壊死組織、右胸水を認めた。縦隔腫瘍摘出術、心膜合併切除、右上葉部分切除術を施行した。病理組織学的診断は成熟奇形腫であった。

Ⅲ-19 後縦隔に発生したデスモイド腫瘍の1手術例

昭和大学医学部 外科学講座呼吸器外科学部門

新谷裕美子、南方孝夫、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

症例は19歳、男性。X年4月に健康診断の胸部X線単純写真にて胸部異常影を指摘された。精査の結果、第11胸椎傍椎体に長径30mmの扁平な腫瘍性病変を認めた。CTガイド下針生検では確定診断が得られなかった。同年12月胸腔鏡下後縦隔腫瘍切除術を施行した。腫瘍と椎体周囲の軟部組織との境界は不明瞭であった。可及的に腫瘍切除を行った。組織診断結果は、デスモイド腫瘍であった。縦隔発生のデスモイド腫瘍は稀である。

※前回（第182回）紙上演説

Ⅲ-20 左右非対称性陥凹を伴う漏斗胸に対するNuss法変法の経験

慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器）

鈴木嵩弘、政井恭兵、加勢田馨、朝倉啓介、菱田智之、浅村尚生
当院では2016年以降、大部分の漏斗胸症例に低侵襲なNuss法を用いているが、左右非対称性陥凹を伴う症例では従来のNuss法のみでは満足いく整復が得られない事がある。そのため、これらの症例には、最陥凹部分の肋軟骨を一旦離断し、Pectus Barを挿入後に離断した肋軟骨を胸骨に再縫合する術式が有効と考え、2019年以降このNuss法変法を導入している。これまでにNuss法変法を用いた5例について、従来のNuss法との相違を含めて短期治療成績を報告する。

※前回（第 182 回）紙上演題

Ⅲ-21 肝転移切除後に手術を行った胸腺腫の 1 例

長岡赤十字病院 呼吸器外科

篠原博彦、大和 靖

症例は 45 歳女性。2017 年 11 月から前縦隔に 2.3cm 大の腫瘤を認め、胸腺腫疑いで増大傾向あれば手術の方針としていた。2019 年 2 月の CT で前縦隔腫瘍はほぼ不変も、肝腫瘍を指摘されそちらの治療を先行することとし、2019 年 5 月腹腔鏡下肝部分切除を施行、病理診断は胸腺腫肝転移であった。他に遠隔転移認めないため 6 月胸腺胸腺腫摘出+心膜合併切除施行。術後病理診断は胸腺腫 typeB3 で心膜への浸潤を認めた。術後補助化学療法は追加せず、術後 8 ヶ月の時点で無再発生存中である。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-22 Y 字皮膚切開、胸骨正中切開で胸腺全摘術を施行した胸腺腫の 1 例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

大内健弘、四倉正也、吉田幸弘、中川加寿夫、渡辺俊一

48 歳女性。前縦隔に 3.2cm の腫瘤を認め、胸腺腫が疑われた。抗 Ach-R 抗体 51.9 と上昇認めたが、重症筋無力症なし。正中の第 3 肋骨下縁から第 5 肋骨下縁に縦横 6cm の Y 字皮膚切開、胸骨正中切開で胸腺全摘術を施行した。左上葉の癒着あり合併部分切除した。手術時間 1 時間 55 分、出血 31ml。組織型は胸腺腫 type B 2。重症筋無力症クリーゼなく経過、第 1 病日にドレーン抜去、第 4 病日に退院となった。Y 字皮膚切開、胸骨正中切開施行した症例をもとに考察する。

※前回（第 182 回）紙上演題

Ⅲ-23 胸骨軟骨肉腫に対し胸骨体部全切除を伴う広範囲胸郭切除後に Marlex mesh-resin sandwich 法で立体的胸郭再建を施行した一例

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、吉田幸弘、中川加寿夫、渡辺俊一

症例は 72 歳女性。胸骨体を占拠し周囲軟部組織進展する軟骨肉腫に対し、胸骨体部全切除を伴う広範囲胸郭切除を施行した。骨性胸郭欠損部は Marlex mesh-resin sandwich 法で立体的に再建し、軟部は遊離前外側大腿皮弁で再建した。胸骨切除後は胸壁動揺が問題となるが、術後人工呼吸器管理を必要とせず、呼吸機能も立体的形成により術前同等に復し得たため、文献的考察と共に本術式の工夫点を報告する。

座長 和 田 啓 伸（国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科）
 小 池 輝 元（新潟大学医歯学総合病院 呼吸器外科）

Ⅲ-24 神経性食思不振症に合併した有癭性膿胸に対して胸郭成形術を施行した一例

1 慶應義塾大学病院 呼吸器外科

2 慶應義塾大学 形成外科学

中込貴博¹、朝倉啓介¹、鈴木嵩弘¹、前田智早¹、加勢田馨¹、
政井恭兵¹、菱田智之¹、矢澤真樹²、浅村尚生¹

30代女性。神経性食思不振症を背景に発症した右上葉の肺膿瘍に対して右肺上葉切除を施行。術後気管支断端瘻を発症し、開窓術を施行した。栄養状態の改善に努め、開窓術後1年で膿胸腔の清浄化と縮小を得た。有茎広背筋皮弁の充填を併用した胸郭成形術により、整容性に配慮しつつ膿胸腔を閉鎖することができた。

Ⅲ-26 術前転移性肺腫瘍と考えられた横隔膜 mesothelial cyst の一切除例

千葉県がんセンター 呼吸器外科

清水大貴、松井由紀子、芳野 充、西井 開、山本高義、
岩田剛和、飯笹俊彦

症例は81歳男性。前立腺癌治療中、左横隔膜上に増大する結節影を認めた。既往症より転移性肺腫瘍を疑い手術を開始したところ、横隔膜に連続する淡黄色薄壁囊胞病変を認めたため、CO2送気を併用し胸腔鏡下に切除した。病理組織学的には mesothelial cyst だった。術中所見および病理学的所見を中心に報告する。

Ⅲ-28 囊胞切除が有用であった感染性巨大気腫性肺囊胞の1手術例

千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学

伊藤祐輝、田中教久、山本高義、坂入祐一、和田啓伸、
鈴木秀海、中島崇裕、吉野一郎

50歳男性。右巨大気腫性肺囊胞への感染を繰り返し、前医での内科的治療に抵抗性のため、手術目的に紹介となった。CTでは右上葉に液体貯留を伴う多房性肺囊胞を認め、感染制御のため手術を施行した。手術は開胸で行った。囊胞壁は胸壁と広範に癒着していたため、囊胞壁を切開して内部の膿瘍を排出した後、癒着を剥離し、肺囊胞を切除した。肺実質は温存可能であった。術後は、炎症反応・発熱は改善し再燃なく経過した。

Ⅲ-25 術後12年目浸潤型胸腺腫の右胸腔内多発播種再発に対して化学療法後に3-port VATSにて全切除した一例

虎の門病院 呼吸器センター外科

大塚礼央、藤森 賢、鈴木聡一郎、長野匡晃、菊永晋一郎

37歳男性。前医でX年に胸腺腫（TypeB2、正岡2期）に対し胸骨正中切開胸腺全摘術。X+5年重症筋無力症で当院神経内科で加療開始。X+12年CTで右胸膜、肺、横隔膜に多発再発腫瘍（最大82mm）。ADOC療法4クール施行しPRで当科紹介。右VATS多発胸膜播種切除+右肺部分切除+横隔膜広範囲切除+再建術を行った。手術時間299分、出血100ml。病理は13ヵ所以上のB2胸腺腫播種の診断。術後11日目に合併症なく退院。経過や術中の工夫等を含めて報告する。

Ⅲ-27 当院で経験した自然血気胸5例の臨床的検討

千葉県済生会習志野病院 呼吸器外科

越智敬大、溝渕輝明、長門 芳

外傷や基礎疾患なしに血胸を合併する自然血気胸は、全自然気胸の約1~6%程度とされる。本邦111例の検討で、75%で1000ml以上の出血があり、約80%が手術を要し、半数が緊急手術と報告されている。当科では平成28年4月以降に5例の自然血気胸を経験した。全例で来院平均5.5（2-12）時間で手術を要したが、血腫を含む総出血量は平均1850（1150-2330）mlであった。術前に胸腔ドレナージを施行しなかった4例中2例に術後再膨張性肺水腫を認めたが、術第5病日に全例退院となった。考察を交え報告する。

※前回（第182回）紙上演説

Ⅲ-29 左肺低形成の右自然気胸に対する1切除例

筑波大学 呼吸器外科

関根康晴、菅井和人、河村知幸、柳原隆宏、北沢伸祐、
小林尚寛、菊池慎二、後藤行延、佐藤幸夫

生来、左肺低形成の18歳男性。再発性右自然気胸で紹介。CTで左主気管支は中枢で途絶、右肺尖部にbullaeあり胸腔造影にて同部位からのair leakageを認め手術の方針。術中呼吸・循環不全のサポート目的にPCPSスタンバイとし、中間幹へのショートカフ付き気管チューブやブロッカー留置、等が考慮されたが、手術は右肺換気、小開胸および胸腔鏡補助下にbullaeを同定、切除時のみ無換気として行い、PCPS使用することなく完遂しえた。

Ⅲ-30 演題取り下げ

Ⅲ-31 CRT 後に局所再発した IIIB 期非小細胞肺癌に対してサルベージ手術を施行した 1 例

国立がん研究センター東病院 呼吸器外科

佐藤 佳、三好智裕、勝又信哉、仲宗根尚子、多根健太、青景圭樹、坪井正博

70 歳男性。咳嗽で前医を受診し、右上葉に 7.6cm の腫瘤を認め、非小細胞肺癌 cT4N2M0-stage IIIB と診断された。根治的 CRT (60 Gy) を施行したが、6 か月後に局所再発をきたしサルベージ手術の方針となった。右上葉の 9cm の腫瘤は、放射線肺臓炎のため右中葉および S6 と一塊となっており、A6 の血管形成を伴う右上中葉および S6 区域合併切除にて完全切除が可能であった。

Ⅲ-32 気管支鏡下生検後に腫瘍穿破から膿胸に至った 1 例

前橋赤十字病院

松浦奈都美、吉川良平、矢澤友弘、大沢 郁、井貝 仁、上吉原光宏

71 歳男性。CT で右下葉に 9cm 大の腫瘤を認め、気管支鏡下生検を施行。4 日後に肺炎のため呼吸器内科入院。入院 2 日目に胸水貯留があり、当科にて胸水ドレナージを施行したところ漿液性胸水だった。しかし 7 日目に排液が突如膿性となり、造影 CT で腫瘍穿破の所見があったため、12 日目に開胸右下葉切除術を施行した。術後経過は良好で、術後 8 日目に退院となった。病理結果は扁平上皮癌 pT4N1M0 stage3A だった。肺癌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。

座長 阿部知伸 (群馬大学大学院医学系研究科 循環器外科)
福岡正臣 (上尾中央総合病院 心臓血管外科)

※前回 (第 182 回) 紙上演題

Ⅲ-33 重症右心不全を呈した severe TR、moderate MR に対し TAP、MVP を施行した 1 例

富士市立中央病院 心臓血管外科

田口真吾、成瀬 瞳

症例は 71 才、女性。徐脈性 Af に対し 1981 年に他院循環器内科で VVI 植え込み術を施行。経口利尿剤に反応が乏しくなった重症右心不全の診断で近医より紹介となり、強心剤による加療後に severe TR、moderate MR に対し TAP、MVP を施行した。術後管理に難渋したが、自宅退院となった。TR による右心不全は内科治療に反応するために、多量の利尿剤投与による腎機能低下やうっ血肝による肝障害が出現してから手術介入となる症例も少なくない。TR に対する手術時期について、文献的考察を交えて提言したい。

Ⅲ-35 MV Repair+TAP 後に LV-RA 欠損孔 (LVRAC) による溶血性貧血を来し再手術となった一例

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

長濱真以子、諫田朋佳、上田秀樹、松浦 馨、渡邊倫子、乾 友彦、焼田康紀、松宮護郎

症例は 83 歳女性。MR・TR に対し MV Repair+TAP 後、半年で LDH 上昇を伴う著明な貧血を認めた。直接・間接クームスは弱陽性、TTE で LVRAC からの jet が三尖弁人工弁輪に接し溶血性貧血を来したと判断した。術中所見で前尖・中隔尖交連部の裂開により LVRAC を認め、同部位閉鎖でシャントは消失し、術後は貧血も改善した。TAP による溶血性貧血は稀であり TAP における LVRAC の要因について文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-34 高度右心拡大に伴う重症三尖弁逆流症に対して乳頭筋 Bundling を施行した一治験例

東京医科歯科大学 心臓血管外科

崔 容俊、水野友裕、大井啓司、長岡英気、八島正文、藤原立樹、大石清寿、竹下斉史、奥村裕士、関 晴永、荒井裕国
64 歳女性。慢性心房細動、三尖弁輪拡大 (62mm) による massive TR、NYHAIII の心不全を認め手術を施行。右心は著明に拡大、弁尖の接合は全くなかった。TAP (contour 3D 34mm)、edge to edge (前尖、中隔尖)、Bundling (CV-0 で乳頭筋を結束) で逆流を制御、右房縫縮も施行。NYHA I, CTR 65% (術前 88%)、TR mild-moderate まで改善し独歩退院した。

Ⅲ-36 出生時の心臓マッサージを原因とする収縮性心膜炎の 1 手術例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター

小林由幸、内田敬二、南 智行、長 知樹、松本祐介、根本寛子、松本 淳、鈴木清貴、益田宗孝

51 歳男性。出生時に心臓マッサージを受けており、以後心膜石灰化を指摘されていたが、スポーツも問題なく行っていた。50 歳になり労作時息切れ、下腿浮腫、腹部膨満が出現。精査の結果、著明な両房拡大、僧帽弁・三尖弁逆流、大量腹水を認めた。両心カテーテルの所見と合わせ収縮性心膜炎と診断し、心膜剥皮、僧帽弁置換、三尖弁形成を行った。術後は心内圧の改善が得られ経過良好である。

※前回 (第 182 回) 紙上演題

Ⅲ-37 chronic expanding hematoma により心不全をきたした 1 例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

小松正樹、茅野周治、御子柴透、田中晴城、市村 創、山本高照、大橋伸郎、福家 愛、和田有子、瀬戸達一郎

症例は 70 歳、女性。動悸、息切れを主訴に受診し、CT にて右室を圧排する 10cm の腫瘍影を認めた。エコー上内部は Mix pattern で辺縁は高輝度であった。上記から chronic expanding hematoma (CEH) と診断、外科的切除を行う方針とした。胸骨正中切開で腫瘍切除を行った。腫瘍内部は器質化した血腫であった。術後経過は概ね安定しており、術後 26 日目に独歩退院となった。CEH は稀であり、報告する。

Ⅲ-38 肺動脈弁位感染性心内膜炎の 2 例

自治医科大学 心臓血管外科学

久保百合香、清水圭佑、堀越峻平、阿久津博彦、相澤 啓、川人宏次

症例 1: 54 歳女性。皮膚筋炎に対しステロイド内服中であった。MSSA による肺動脈弁位感染性心内膜炎、および敗血症性肺塞栓症を発症し抗生剤治療にて軽快したが、4 ヶ月後に再発したため生体弁による肺動脈弁置換術と三尖弁形成術を施行した。症例 2: 47 歳女性。無治療の糖尿病患者で、MSSA による肺動脈弁位感染性心内膜炎に対し、生体弁による肺動脈弁置換術と三尖弁形成術を施行した。いずれも術後に抗生剤静注治療を行い、軽快退院した。

Ⅲ－39 肺動脈腫瘍で発見された感染性心内膜炎に対して肺動脈弁置換術を施行した1例

東千葉メディカルセンター 心臓血管外科

深澤万歆、石田敬一、増田政久

症例は72歳男性、食思不振、左前胸部痛を主訴に紹介受診。貧血、体重減少も認め悪性腫瘍を疑い造影CT施行。肺動脈に腫瘍性病変および血栓塞栓を認め、ヘパリンを開始した。血液培養からstreptococcus bovisが検出され、感染性心内膜炎の診断で抗生剤を開始。1週間後腫瘍は増大傾向、肺高血圧の進行も認めたため、肺動脈弁置換術を施行した。病理組織診では悪性所見は認めなかった。孤立性肺動脈弁位感染性心内膜炎はまれであり、文献的考察を踏まえて報告する。

座長 坂本 裕 昭（筑波大学医学医療系 心臓血管外科）
松山 重 文（虎の門病院 循環器センター外科）

Ⅲ-40 術後40年が経過した川崎病に対する再CABGの一治験例

東京医科歯科大学大学院 心臓血管外科

田原禎生、水野友裕、長岡英気、大井啓司、八島正文、藤原立樹、大石清寿、竹下斉史、崔 容俊、荒井裕国
6歳時に川崎病に伴う冠動脈瘤に対してSVG使用CABGを受けた46歳男性。検診で心電図異常指摘されCAGにてSVG閉塞、#1 CTO、#6 冠動脈瘤及び瘤遠位CTO、#9 90%を認めた、瘤は石灰化顕著なため手術適応無と判断し、3枝total arterial OPCAB (LITA、RGEA、RA)を施行した。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-42 選択graftに難渋し2期的手術を要した一例

済生会横浜市東部病院

三木隆久

LMTを含む多枝病変にて急性心不全を発症した60歳女性。冠動脈狭窄のCABG目的に当科紹介受診。CTで上行大動脈の著明な石灰化、腕頭動脈閉塞（側副血行路を介し右総頸動脈と右鎖骨下動脈へ血流）、Leriche症候群（LITAからの側副血行路を介し両側下肢動脈へ血流）、LITA拡大の所見を認め、またCAGでRITAは細く逆流の所見を認めたためCABGでの選択graftに難渋した。まず両側鎖骨下動脈バイパス術を行いRITAをgraftとして使用可能な状態にして2期的にCABG (RITA-LAD)を施行した。選択graftに難渋したまれな症例を経験したため報告する。

Ⅲ-44 巨大左室仮性瘤の1治験例

1 足利赤十字病院 心臓血管病センター 心臓血管外科

2 慶應義塾大学病院 心臓血管外科

船石耕士¹、中嶋信太郎¹、中川知彦¹、泉田博彬¹、川合雄二郎²、河西未央¹、古泉 潔¹

症例は66歳男性。初発の心不全で入院加療中、精査で下壁のakinesisと5x4.5x3.5cmの巨大な左室仮性瘤を認めた。心臓MRIでRCA領域のOMIによる左室瘤の診断。術前CAGでRCA#3でCTO、同時にLADとLCXに有意狭窄を認めたために手術は左室形成術+CABGを施行した。術後経過は概ね良好。巨大な左室の仮性瘤は比較的稀であるので、文献的考察を含めて報告する。

Ⅲ-41 術中に心停止となり、on pump beatingにconversionしてMICS-CABGを実施した症例

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、田島 泰、中田弘子

70歳男性。心不全の精査で冠動脈3枝病変を認めた。EF29%の低左心機能だが、下行大動脈がShaggy AortaでIABP挿入不可の術前状態であった。糖尿病もあり、感染高リスクの観点から左小開胸でのMICS-CABGの方針とした。RITA-LAD吻合後、D1への内シャントチューブ挿入時に心停止となり、心臓マッサージ下で体外式肺循環装置(PCPS)を導入、心拍再開を確認し、残存の吻合を行った。術後の覚醒は良好であり、術翌日にPCPSは離脱、現在はリハビリを行っている。

Ⅲ-43 左冠動脈左室瘻の1例

横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科

橋本和憲、河原拓也、山本貴裕、佐藤哲也、伊藤 智

53歳男性。呼吸困難と下腿浮腫あり、前医で心不全の診断。心エコーではEF40%で左室全周性の壁運動低下あり。CAGでは冠動脈に優位狭窄は認めず。左前下行枝は発達し、心尖部を経由し後側壁部まで走行し、左前下行枝末梢から左室に開口していた。左冠動脈左室瘻の診断となり、シャントによる心機能低下が疑われ、当科紹介。手術は、体外循環は使用せず、後側壁部で左前下行枝を縫合閉鎖した。術後経過は良好で、心エコーで左室の壁運動低下は改善。POD10に退院した。

Ⅲ-45 右冠動脈狭窄を伴う左尿管癌、腹部大動脈瘤に対する同時手術の1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

橋本昌典、茂木健司、櫻井 学、谷 建吾、伊藤駿太郎、高原善治

77歳男性。RCA#2の99%狭窄を合併した、左尿管癌、腹部大動脈瘤(76mm)に対して同時手術を施行した。

低侵襲を目的に胸骨正中切開を回避し、GEAを用いた横隔膜経由でのOPCABを予定するも、GEAが細くグラフトに不適。泌尿器科にて左腎尿管摘出後、OPCAB(左腎動脈一大伏在静脈—#4PD)を行い、Y字人工血管置換術を施行。経過良好、術後25日に独歩自宅退院。

腎動脈をinflowにした横隔膜経由のバイパス症例は稀有であり報告する。

Ⅲ-46 大伏在静脈グラフト破綻による狭心症状を呈したため、3 回目の開心術を施行した、大動脈炎症候群の一例
千葉県循環器病センター 心臓血管外科
菅原佑太、浅野宗一、桃沢政司、阿部真一郎、長谷川秀臣、伊東千尋、柴田裕輔、村山博和
57 歳女性。大動脈炎症候群で PSL 内服。2 度の基部置換 + CABG (SVG-LCA、SVG-RCA) を施行。1 ヶ月前から狭心症状があり、SVG-RCA 閉塞、LMT 狭窄、上行大動脈仮性瘤が疑われた。SVG-RCA 中樞吻合部が仮性瘤化し、LMT を圧排していた。仮性瘤修復 + 再 CABG (Piehler 法) + 上行置換術施行。紅皮症治療に難渋したが、ステロイドパルス、免疫グロブリン療法などで軽快し、術後 52 日で退院。

Ⅲ-47 心不全を呈した後壁左室瘤の 1 手術例
日本医科大学千葉北総病院 心臓血管外科
井関陽平、藤井正大、山田直樹、山下裕正、川瀬康裕、別所竜蔵
症例は 71 歳男性。呼吸困難を主訴に当院循環器内科を受診。急性心不全の診断で入院加療後、心エコーにて重度僧帽弁閉鎖不全症、左室瘤、心カテーテル検査で RCA#3 99%・LAD#7 90% の狭窄を認めた。陳旧性梗塞に伴う左室リモデリングによる病態と判断し、左室瘤切除・僧帽弁置換術 (Epic 弁 27mm)・CABG (LITA-LAD) を施行した。術後管理に IABP を使用し、術後肺炎の治療に時間を要したが、独歩退院となった。文献的考察を加え報告する。