第185回日本胸部外科学会
関東甲信越地方会要旨集

WEB学会
＜Liveセッション・オンデマンドセッション＞

会期：Live配信　　**3月13日（土）　8：00～**
オンデマンド配信　　**3月15日（月）12：00～3月22日（月）12：00**

第Ⅰ会場　Live配信
第Ⅱ会場　Live配信
第Ⅲ会場　Live配信
第Ⅳ会場　Live配信

会長：　池田　徳彦
（東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科）
〒160-0023　東京都新宿区西新宿6-7-1
TEL：03-3342-6111

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185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、クレジットカードのみとなります。
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/185/

参加登録受付期間：3月1日（月）12：00～3月21日（日）

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、2021年10月に東京で開催される第74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：
筆頭演者は日本胸部外科学会の会員に限ります（ただし、発表時点で学生、初期研修医、後期研修医（～卒後5年目）の方は除く）。
演題登録には会員番号が必須ですので、後期研修医（卒後6年目～）、医師で未入会の方は事前に必ず入会をお済ませください。

第 185 回日本胸部外科学会関東甲信越地方会会長ご挨拶

第 185 回日本胸部外科学会関東甲信越地方会
会長　池田　徳彦
東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科

2021 年 3 月 13 日に第 185 回日本胸部外科学会関東甲信越地方会を開催させていただきます。伝統と歴史のある本地方会を担当しますことを大変光栄に存じております。心臓血管、呼吸器、食道の 3 領域を網羅する学術集会として、それぞれを専門とされる先生方にとって有益な会とすべく、教室一同、強い責任を感じております。

本会は若い年代の外科医が主役になり、臨床上の貴重な経験を症例報告という形で発表することが多く、登竜門的な機会でもあります。臨床での努力や工夫、疾患の希少性、診断・治療の新規性など、自らの経験を大いに発信していただきたいと思います。

臨床経過を整理し、画像や手術ビデオの選別、病理組織の解釈などを関連する文献の情報を加えてきちんと発表できるようにすることで、医師としての総合力が養われます。

発表当日は参加者との議論を通して、自らを進歩させてほしいものです。また他施設の報告内容を自分の経験と同様に吸収されることを期待いたします。

ランチョンセミナー、アフタヌーンセミナーも第一人者の先生方に興味あるご講演をお願いしてありますので、ぜひ聴講いただければと存じます。

新型コロナウイルス感染が完全には収束に至らない状況ですので、リアルタイムの完全WEB方式で開催することといたしました。また、3 月 15 日から 22 日まで発表内容をオンデマンドで配信する予定です。

多数の先生方のご参加をお待ち申し上げております。

日本胸部外科学会関東甲信越地方会

会員数報告

2020/12/31 現在

一般会員	2,816名※
（幹事	76名）
名誉会員	65名
賛助会員	6社
寄贈会員	8件

※2020/8/1 からの本会・地方会の一体化により、本会会員は所属する地域の地方会会員とみなされる。
本会会員管理システムにおいて
・勤務先所在地から起算される『主たる地方会』
・オプション機能である『従たる地方会』
にて関東甲信越地方会を指定されている方の総数

賛助会員一覧（敬称略）

2021/1/31 現在

日頃より当地方会の発展のために多大なご支援とご高配を賜り、深甚より感謝申し上げます。

会社名	住所	電話番号 FAX番号
(株)アスト	355-0063 東松山市元宿 2-36-20	0493-35-1811
エドワーズライフサイエンス(株) 東京支店	164-0012 中野区本町 2-46-1 中野坂上サンブライトツイン 11F	03-6859-0920 03-6859-0995
(株)エムシー 第二営業部	151-0053 渋谷区代々木 2-27-11 AS-4 ビル	03-3374-9873 03-3370-2725
泉工医科工業(株)	113-0033 文京区本郷 3-23-13	03-3812-3251
テルモ(株) 東京支店	160-0023 新宿区西新宿 4-15-7 パシフィックマークス新宿パークサイド 4F	03-5358-7860 03-5358-7420
日本ライフライン(株) CVE事業部	140-0002 品川区東品川 2-2-20 天王洲郵船ビル 25F	03-6711-5210

Live配信

第Ⅰ会場 Live配信

8:00

8:00～8:05　開会式

8:05～9:01
初期研修医発表（心臓1）
1～7　＊山内　治雄
東京大学医学部附属病院
心臓外科
＊斎藤　俊輔
獨協医科大学病院
心臓・血管外科

9:00

9:10～10:06
初期研修医発表（心臓2）
8～14　＊佐々木　孝
日本医科大学付属病院
心臓血管外科
＊浜崎　安純
東京女子医科大学病院
心臓血管外科

10:00

10:20～11:00
冠動脈疾患1
15～19　笠間啓一郎
横浜市立市民病院　心臓血管外科

11:00

11:00～11:40
冠動脈疾患2
20～24　藤井　毅郎
東邦大学医療センター大森病院
心臓血管外科

12:00

12:00～12:50
ランチョンセミナー1
PercloseProGlide適応拡大・保険算定要件変更　私たちが手にした選択肢
座長 荻野　均 東京医科大学病院 心臓血管外科
座長 上田　秀樹 千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科
演者 飯田　泰功 済生会横浜市東部病院 心臓血管外科
演者 東　隆 東京女子医科大学病院 心臓血管外科
共催：アボットメディカルジャパン合同会社

13:00

第Ⅱ会場 Live配信

8:05～9:09
初期研修医発表（肺・食道）
1～8　＊高持　一矢
順天堂大学医学部附属順天堂医院
呼吸器外科
＊大平　達夫
東京医科大学
呼吸器・甲状腺外科学分野

9:10～10:06
呼吸器周術期管理・合併症
9～15　石橋　洋則
東京医科歯科大学医学部附属病院
呼吸器外科

10:10～11:00
スポンサードセミナー1
EGFR遺伝子変異陽性肺癌における最新薬物療法の治療戦略
座長 神崎　正人
東京女子医科大学 呼吸器外科学講座 教授・講座主任
演者 武内　進
東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野 助教/外来化学療法センター副センター長
共催：日本イーライリリー株式会社

11:00～11:56
肺良性疾患
16～22　大谷　真一
自治医科大学附属さいたま医療センター
呼吸器外科

12:00～12:50
ランチョンセミナー2
次世代に聞く！肺血管処理～私はこう学び、こう考える～
座長 萩原　優
東京医科大学病院 呼吸器外科・甲状腺外科 講師
演者 松永　健志
順天堂大学医学部 呼吸器外科学講座 准教授
演者 鈴木聡一郎
虎の門病院 呼吸器センター外科
共催：コヴィディエンジャパン株式会社

第Ⅲ会場 Live配信

8:05～9:01
学生発表（心臓・肺・食道）
1～7　＊伊豫田　明
東邦大学医学部
外科学講座呼吸器外科学分野
＊岩橋　徹
東京医科大学
心臓血管外科学分野

9:10～9:58
心臓腫瘍
8～13　松浦　馨
千葉大学大学院医学研究院
心臓血管外科学

10:00～10:48
先天性心疾患1
14～19　加藤　秀之
筑波大学附属病院　心臓血管外科

10:50～11:46
先天性心疾患2
20～26　岡村　達
北里大学病院　心臓血管外科

12:00～12:50
ランチョンセミナー3
肺癌ゲノム医療における遺伝子パネル検査の現状と展望
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
演者 松本　慎吾
国立がん研究センター東病院 呼吸器内科 医長
共催：中外製薬株式会社

第Ⅳ会場 Live配信

＊座長・審査員兼務

第Ⅰ会場 Live配信

13:20〜13:50
スポンサードセミナー 2
AVALUS生体弁を用いた大動脈弁置換術〜適正使用と植え込みのコツ〜
座長　中島　博之 山梨大学 第二外科 教授
演者　田畑美弥子 大和成和病院 心臓血管外科 主任部長
共催：日本メドトロニック株式会社

14:00〜14:40
弁膜症 1
25〜29　宝来　哲也
国立国際医療研究センター病院
心臓血管外科

14:40〜15:20
弁膜症 2
30〜34　長岡　英気
東京医科歯科大学医学部附属病院
心臓血管外科

15:30〜16:18
心臓その他 1
35〜40　徳永　千穂
埼玉医科大学国際医療センター
心臓血管外科

16:18〜17:06
心臓その他 2
41〜46　丸山　雄二
日本医科大学付属病院
心臓血管外科

17:10〜17:58
補助循環・周術期管理・合併症 1
47〜52　岩倉　具宏
榊原記念病院　心臓血管外科

17:58〜18:46
補助循環・周術期管理・合併症 2
53〜58　塚田　亨
筑波大学附属病院　心臓血管外科

18:50〜　**閉会式**

第Ⅱ会場 Live配信

13:20〜14:08
肺悪性疾患
23〜28　宮澤　知行
聖マリアンナ医科大学　呼吸器外科

14:08〜15:04
肺その他
29〜35　鈴木　秀海
千葉大学大学院医学研究院
呼吸器病態外科学

15:20〜16:10
アフタヌーンセミナー 1
肺切除術における安全な手技確立を目指して
座長　菱田　智之
慶應義塾大学医学部　外科学（呼吸器）
演者　吉田　幸弘
国立がん研究センター中央病院　呼吸器外科
演者　本間　崇浩
富山大学学術研究部医学系　外科学（呼吸・循環・総合外科）講座
共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

16:20〜17:08
縦隔・胸壁疾患 1
36〜41　前田　純一
三井記念病院　呼吸器外科

17:10〜17:50
縦隔・胸壁疾患 2
42〜46　森　彰平
東京慈恵会医科大学附属病院
呼吸器外科

17:50〜18:30
縦隔・胸壁疾患 3
47〜51　菱田　智之
慶應義塾大学医学部
外科学（呼吸器）

第Ⅲ会場 Live配信

13:50〜14:30
大血管 1
27〜31　遠藤　大介
順天堂大学医学部附属順天堂医院
心臓血管外科

14:30〜15:10
大血管 2
32〜36　伊藤　努
慶應義塾大学医学部
外科学（心臓血管）

15:20〜16:10
アフタヌーンセミナー 2
肺癌根治を目指して〜手術・放射線・化学療法・免疫療法による集学的治療の進歩〜
座長　神崎　正人
東京女子医科大学　呼吸器外科学講座　教授・講座主任
演者　高持　一矢
順天堂大学医学部附属順天堂医院　呼吸器外科　先任准教授
共催：大鵬薬品工業株式会社

16:20〜17:00
大動脈解離 1
37〜41　縄田　寛
聖マリアンナ医科大学
心臓血管外科

17:00〜17:40
大動脈解離 2
42〜46　藤吉　俊毅
東京医科大学
心臓血管外科学分野

17:50〜18:30
大動脈基部・他
47〜51　島原　祐介
東京医科大学
心臓血管外科学分野

第Ⅳ会場 Live配信

13:30〜14:18
食道 1
1〜6　宗田　真
群馬大学大学院医学系研究科
総合外科学講座　消化管外科

14:20〜15:00
食道 2
7〜11　谷島　聡
東邦大学医療センター大森病院
消化器センター外科

15:20〜16:10
アフタヌーンセミナー 3
肺癌PET/CT：最近の臨床的知見と多施設共同試験への応用と課題
座長　中山　治彦
神奈川県立がんセンター　総長
演者　嶋田　善久
東京医科大学　呼吸器・甲状腺外科学分野　講師
共催：日本メジフィジックス株式会社

第Ⅰ会場　Live 配信

8：05～9：01　初期研修医発表（心臓 1）

座長　　山　内　治　雄（東京大学医学部附属病院　心臓外科）
　　斎　藤　俊　輔（獨協医科大学病院　心臓・血管外科）

初期研修医発表

Ⅰ－1　急性大動脈解離 Stanford B の保存治療中、急激な下半身の虚血を呈し緊急 TEVAR を要した 1 例

総合東京病院　心臓血管外科
大中真之介、伊藤卓也、鈴木文隆、砂田将俊、前場　覚

92 歳女性。急性 B 型大動脈解離に対し、保存治療をしていた。第 4 病日に右下肢痛を契機に下半身のチアノーゼが急速に進行、造影 CT で偽腔の著明な拡大と真腔の極狭小化を呈していた。救命のためエントリー閉鎖目的で緊急 TEVAR を施行。速やかに真腔の拡張を得た。シース抜去時に左外腸骨動脈の内膜が脱落し、F-F バイパスを追加し手術終了。厳格な安静、降圧療法を行っていたが状態の急激な増悪を認めた症例であり、文献的考察をふまえて報告する。

初期研修医発表

Ⅰ－2　腹部大動脈吻合部仮性瘤十二指腸瘻に対して胸腹部大動脈置換術を行った一例

1 藤沢市民病院　心臓血管外科
2 藤沢市民病院　救急外科
津村祥子[1]、南　智行[1]、藪　直人[1]、小島貴弘[1]、小崎良平[2]、
岡　　智[2]、山崎一也[1]

症例は 63 歳男性。8 年前に腹部大動脈瘤に対して人工血管置換術を施行された。吐血ショックで当院受診、CT で腹部大動脈吻合部仮性瘤十二指腸瘻を疑われた。同日腹部外科と合同で部分体外循環下に胸腹部大動脈人工血管置換術、四分枝再検、十二指腸穿孔部縫合閉鎖、大網充填術を施行した。術後経過は良好で、術後 33 日目に退院した。本症例の診断術式について文献的考察を踏まえて報告する。

初期研修医発表

Ⅰ－3　遠位弓部下行置換術後 5 年でのグラフト破綻に対して緊急 TEVAR を施行した 1 例

東京大学医学部附属病院　心臓外科
水上　颯、木下　修、阿部健太郎、李　洋伸、小前兵衛、
安藤政彦、山内治雄、小野　稔

症例は 48 歳女性、X-12 年に急性 B 型解離を発症、X-5 年に米国で左開胸遠位弓部下行置換術を施行。X-3 年に遠位側吻合部仮性瘤に対し当科で TEVAR を施行。X 年 10 月に血痰、呼吸苦を自覚し造影 CT にて遠位弓部置換手術時の人工血管屈曲部に造影剤漏出、左肺上葉にも活動性出血を認めた。緊急 TEVAR を施行し、術後の造影 CT で両病変は消失した。術後 5 年での人工血管破綻は極めて稀であり報告する。

初期研修医発表

Ⅰ－4　左冠動脈起始部直下の左冠動脈洞の限局解離により大動脈弁閉鎖不全症を来した 1 例

東京医科歯科大学大学院　心臓血管外科
三守恵里加、長岡英気、水野友裕、大井啓司、八島正文、
藤原立樹、大石清寿、竹下斉史、崔　容俊、田原禎生、荒井裕国

52 歳男性。5 年前より AR を指摘され症状増悪したため当院に紹介。精査で左室拡大を伴う severe AR と Valsalva 洞の拡大を認めた。術中、左冠動脈起始部直下の左冠動脈洞に限局した解離を認め、これにより Valsalva 洞が拡大し AR が生じたと考えられた。LMT の変位、延長も認めた。左冠動脈は解離した外膜を用いて形成し、自己弁温存大動脈基部置換術を施行した。

初期研修医発表

Ⅰ－5　偶発的に発見された非破裂性 Valsalva 洞動脈瘤に対し Bentall 手術を行った一例

青梅市立総合病院　心臓血管外科
須藤洋尚、櫻井啓暢、黒木秀仁、白井俊純、染谷　毅

症例は 53 歳女性。先天性心疾患の指摘があるが詳細は不明。偶発的に径 63mm 大の Valsalva 洞動脈瘤を指摘され、機械弁による Bentall 手術を施行された。右 Valsalva 洞の著明な拡大および左 Valsalva 洞の一部拡大を認め、壁の菲薄化を伴っていた。弁尖自体は正常であり、その他の器質的異常は認めなかった、左右冠動脈は carrel　patch 法により再建した。非破裂性 Valsalva 洞動脈瘤はまれであり、病理学的所見および文献学的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

Ⅰ－6　右側大動脈弓を有した胸部大動脈瘤に対して全弓部置換術を施行した超高齢患者の一例

獨協医科大学病院　心臓・血管外科
森山　航、福田宏嗣

症例は 90 歳男性。前医にて 2015 年に腹部大動脈瘤に対し腹部人工血管置換術を施行され、その後 CT フォローされていた。以前から胸部大動脈瘤を認めており、2020/11 に瘤径が 60mm を超え当院へ紹介。術前 CT では左総頚動脈と左鎖骨下動脈は共通管を成しており Knights　&　Edwards の分類で C 型であった。また大動脈弓以遠の下行大動脈は大きく蛇行していた。そのため術前にガイドワイヤーを上行大動脈に先進させ、それを guiding にオープンステントグラフト内挿術及び全弓部置換術を施行した。

初期研修医発表

Ⅰ－7　遠位弓部及び胸部下行大動脈瘤に対し二期的に弓部全置換（Frozen Elephant）、TEVAR を施行した１例

相澤病院
藤本冠毅、大津義徳、恒元秀夫

症例：72 歳、男性、胸腹部置換術後、定期的経過観察中、遠位弓部、胸部下行大動脈に動脈瘤を形成。徐々に拡大し、二期的手術の方針とした。初回手術は、Frozen　Elephant を用いた上行弓部置換を施行。C-sign 予防の為、胸部下行瘤内に Frozen　Elephant 末梢を留置した。瘤内の Frozen　Elephant 留置部までの血栓化を認めたが、その後、瘤内解離を発症し、二期的に TEVAR を施行した症例を経験した。Frozen　Elephant 末梢留置部位について考察を加え報告する。

9：10〜10：06　初期研修医発表（心臓 2）

座長　　**佐々木　　孝**（日本医科大学付属病院　心臓血管外科）
　　浜　崎　安　純（東京女子医科大学病院　心臓血管外科）

初期研修医発表

Ⅰ－8　不顕性重症筋無力症を合併した僧帽弁閉鎖不全症の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター　心臓血管外科
堀　義樹、木村直行、山本貴裕、草処　翔、堀大治郎、
白石　学、山口敦司

62 歳女性。検診で心雑音を指摘され、僧帽弁閉鎖不全症の診断で経過観察をしていたが、僧帽弁逆流の増悪を認め、加療目的に紹介となった。右小開胸手術を予定したが、術前検査で抗 ACHR 抗体陽性の前縦隔腫瘍が発見されたため、不顕性重症筋無力症の診断となり、胸骨正中切開での拡大胸腺摘除+僧帽弁形成術を施行した。病理診断は胸腺腫であり、術後重症筋無力症の顕在化はなかった。重症筋無力症合併心臓手術に関して文献的考察を含め報告する。

初期研修医発表

Ⅰ－9　赤芽球癆を合併した不安定狭心症および肺癌に対して心肺同時手術を施行した一例

1 北信総合病院　心臓血管外科
2 東京医科歯科大学医学部附属病院　呼吸器外科
伊澤　朗[1]、酒井健司[1]、吉田哲矢[1]、小林正嗣[2]、大久保憲一[2]

78 歳男性。定期的な輸血投与が必要な後天性赤芽球癆に対して免疫抑制剤内服中（胸腺腫摘出の既往あり）。労作時胸痛精査で冠動脈左主幹部狭窄を認め、胸部 CT で左肺癌が疑われた。手術は拡大胸腺摘出術、左上葉切除+リンパ節郭清、OPCAB2 枝（LITA-LAD、SVG-HL）を施行。術後経過は良好。網状赤血球数の正常化を認め貧血進行は停止した。免疫抑制剤離脱可能となり肺癌に対して術後化学療法施行中である。

初期研修医発表

Ⅰ－10　周術期管理に Impella を用いた超低心機能 ICM 二症例の検討

東京女子医科大学病院　心臓血管外科
手塚大樹、寶亀亮悟、池田昌弘、市原有起、新浪博士

症例 1：EF20% の 69 歳男性。術前 IABP を経て on pump beating 5-CABG 施行。心肺離脱後に Impella CP へ切り替え循環動態をサポート。POD5 に抜去、術後 69 日目に転院。症例 2：EF23% の 72 歳男性。術前日に Impella　CP を挿入するも夜間より溶血を認めた。翌日 3-OPCAB を施行。Impella 抜去（POD13）に至るも肝腎不全で 39 日目に死亡。CABG 周術期における Impella 使用の功罪について検討する。

初期研修医発表

Ⅰ－11　Severe AS、severe TR の高リスク症例に対して 2 期的な TAVI と beating MICS-TAP により安全に加療し得た一例

虎の門病院　循環器センター外科
中野辰哉、井上堯文、松山重文、佐藤敦彦、中永　寛、田端　実

症例は 85 歳女性。11 年前に AVR+CABG を施行された。今回、人工弁機能不全による severe AS と severe TR の進行で両心不全を来たし手術適応と判断された。両弁への同時手術介入の場合 Japan　SCORE 予測死亡率 32.8% と高リスクのため、まず TAVI による AS 解除を施行。左心不全は改善したが TR による右心不全は遷延したため、7 ヶ月後に 2 期的に beating MICS-TAP を施行。術後経過良好で POD10 に軽快退院。心不全症状も改善した。

初期研修医発表

Ⅰ－12　MIDCAB（LITA-LAD）+Rt.Ax-Bil.FA+Bil.F-Pbypass を同時に施行した一例

平塚共済病院　心臓センター　心臓血管外科
柿内健志、宮島敬介、高橋政夫

76 歳男性。右下肢痛と間歇性跛行（約 50m）で前医受診し、LAD の高度石灰化を伴う 90% 狭窄と両総腸骨動脈・両浅大腿動脈の高度狭窄を認めた。CABG 目的に紹介となったが、ABI 右 0.34、左 0.41、ASO の症状も強く、MIDCAB と下肢動脈バイパスの同時手術を行った（全吻合 8 か所）。LITA 剥離中に下肢動脈を露出し、手術時間は 6 時間、術中 IFI で LITA グラフト開存を確認し、無輸血手術で、手術室で抜管した。術後造影 CT で全グラフトの良好な開存を認めた。MIDCAB を併用し、低侵襲な一期的手術が可能であった。

初期研修医発表

Ⅰ－13　左上肢腫脹を伴う無名静脈狭窄に対して開心術と同時に無名静脈バイパスを併施した一例

日本医科大学付属病院
茅原一登、高橋賢一郎、石井庸介

透析患者においてシャントの中枢の静脈に狭窄を生じ、血管内治療後も短期に狭窄再発を繰り返す難治例の報告が散見される。今回無名静脈狭窄バイパスを経験したため、文献的考察を交えて報告する。症例は 54 歳男性。透析患者。大動脈弁狭窄症の診断で当科紹介となり、同時に左上肢腫脹を伴う無名静脈狭窄と診断された。大動脈弁置換術と同時に ePTFE グラフトを用いた無名静脈バイパスを併施した。術後左上肢の腫脹は軽快した。

初期研修医発表

Ⅰ－14　左室に迷入した金属異物除去手術の１例

筑波大学附属病院　心臓血管外科
山嵜　肇、松原宗明、井口裕介、園部藍子、石井知子、
塚田　亨、五味聖吾、加藤秀之、上西祐一朗、大坂基男、
坂本裕昭、平松祐司

2歳女児。5日間に及ぶ心窩部痛・間欠熱の後に心タンポナーデを来たし本院緊急搬送され心嚢ドレナージ術を行った。しかし術後の胸部X線・CTで胃壁近傍から左横隔膜を貫通し左室後壁へ迷入する金属異物を認めたため開胸下に異物除去術を行った。異物は約2cmの調理器具の破片金属線と推測された。金属異物の誤飲に続発する心タンポナーデの小児例は極めて稀であり若干の文献的考察を加え報告する。

10：20〜11：00　冠動脈疾患 1

座長　　**笠　間　啓一郎**（横浜市立市民病院　心臓血管外科）

Ⅰ－15　完全内臓逆位を伴う不安定狭心症 3 枝病変に対して CABG を行った一例

群馬大学医学部附属病院　循環器外科
大井篤史、山本暁邦、立石　渉、茂原　淳、阿部知伸

76 歳女性。不安定狭心症の診断で他院より転院搬送、冠動脈造影にて冠動脈三枝病変であった。CT 施行したところ完全内臓逆位を認めた。準緊急で冠動脈バイパス術（RITA-LAD、free　LITA-OM、SVG-RCA）を施行。開胸・閉胸・送血管挿入は患者右側、脱血管挿入、バイパス吻合時に患者左側に立つ工夫をすることで違和感を軽減し安全に手術を行うことができた。

Ⅰ－16　心筋梗塞後心室中隔穿孔に対して待機的手術が有効であった 1 例

横浜市立大学附属病院　心臓血管外科・小児循環器
金子翔太郎、鈴木伸一、町田大輔、富永訓央、合田真海、
根本寛子、増田　拓、益田宗孝

症例は 55 歳女性。前医で急性心筋梗塞保存加療後 11 病日に心不全の急性増悪あり、当院へ転院。精査にて心室中隔穿孔（VSP）、左室瘤の診断。高度肺うっ血で、PCWP35mmHg であったが、Qp/Qs=1.3 で、NPPV と投薬治療にて循環安定しため、約 1 カ月の心不全加療を先行。PCWP12mmHg まで改善し、VSP 直接閉鎖及び左室形成術を施行した。VSP に対し待機的手術が奏功した 1 例を、文献的考察を加え報告する。

Ⅰ－17　演題取り下げ

Ⅰ－18　下壁梗塞による心室中隔穿孔に対して経右房アプローチ法を用いてパッチ閉鎖術を施行した 1 例

国際医療福祉大学成田病院　心臓外科
平山大貴、真鍋　晋、弓削徳久、高梨秀一郎

症例は 74 歳、男性現病歴：心不全精査のため心臓超音波検査をすると心室中隔穿孔、重度僧帽弁逆流を認め当院に搬送。心臓カテーテル検査で右冠動脈領域の 100% 狭窄を認め心室中隔穿孔の原因病変と考えられた。その後、頻脈性心房細動に移行、さらに呼吸状態も悪化し緊急手術とした。経右房アプローチにて double patch 法で穿孔部を閉鎖した。さらに superior trans-septal approach で僧帽弁形成術を実施した。術後経過問題なく第 15 病日に転院となった。

Ⅰ－19　川崎病罹患 34 年後に左前下行枝巨大冠動脈瘤に対して左冠動脈主幹部結紮+冠動脈バイパス術を施行した 1 例

1 松戸市立総合医療センター　心臓血管外科
2 東京女子医科大学八千代医療センター　心臓血管外科
梅原伸大[1]、中山佑樹[1]、滝口　信[1]、坂本貴彦[1]、齋藤博之[2]

35 歳男性。2 歳時に川崎病に罹患。3 歳時に冠動脈バイパス術（SVG-LAD）施行。4 歳時バイパスグラフト閉塞。follow up の CT にて経時的に拡大する冠動脈瘤を認め当科紹介。冠動脈 CT にて LAD #6-7 にかけ Φ70mm 大の冠動脈。TMET にて LAD 領域虚血陽性。左冠動脈主幹部結紮+冠動脈バイパス（RITA-LAD、SVG-LCx）術施行し、術後 19 日目独歩退院した。文献的考察を加えて報告する。

11：00〜11：40　冠動脈疾患 2

座長　　**藤　井　毅　郎**（東邦大学医療センター大森病院　心臓血管外科）

Ⅰ－20　冠動脈バイパス術後のグラフト狭窄に対して左開胸アプローチにて再バイパス術を施行した 1 例

自治医科大学附属さいたま医療センター　心臓血管外科
進士弥央、白石　学、降旗　宏、野村陽平、野中崇央、
堀大治郎、木村直行、山口敦司

59 歳男性。36 歳時に狭心症に対して CABG（LITA to LAD、SVG to D1 PL）を施行された。その後 SVG 狭窄に対して PCI を繰り返していた。今回、労作時胸痛を契機に再度 SVG 狭窄を認め、再手術の方針とした。左第 5 肋間開胸+上腹部正中切開でアプローチし off pump CABG（RGEA-PL）を行い、良好な結果が得られたので報告する。

Ⅰ－21　急性心筋梗塞による心原性ショックに対し周術期 Impella 使用下冠動脈バイパス術を施行した 1 例

東邦大学医療センター大森病院　心臓血管外科
吉川　翼、原　真範、藤井毅郎、判治永律香、保坂達明、
矢尾尊英、川田幸太、亀田　徹、大熊新之介、片山雄三、
益原大志、塩野則次、渡邉善則

症例は 52 歳男性。突然の胸痛を主訴に救急搬送となった。初療中にショックとなり PCPS 挿入。CAG にて 2 枝完全閉塞を伴う 3 枝病変を認め、責任病変と思われる LAD#5-6 に PCI を行った（max CK 9075 IU/L）。4 病日に PCPS を離脱したが、再度ショックとなったため Impella　CP 挿入下で緊急 CABG 施行。術後 3 病日で Impella を離脱した。

Ⅰ－22　巨大冠状動脈瘤冠状動静脈瘻に対し、瘻孔閉鎖、瘤切除、冠状動脈バイパス術を施行した一例

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

症例は 69 歳女性、近医で心雑音を認めた。心エコー、CT 検査で 38mm 大の右冠状動脈瘤、冠状動静脈瘻を認めた。肺動脈圧 28mm/12mmHg であり、シャント率は 38.6% であった。無症状だが瘤破裂の危険性があり手術を行う方針とした。瘤切除、瘻孔閉鎖し、大伏在静脈を用いて RVB、4PD を再建した。術後心エコーで残存短絡は認めず、冠動脈 CT では瘤への血流は認めなかった。経過良好であり、術後 23 日目に退院。

Ⅰ－23　結節性多発動脈炎による冠動脈病変に対して両側内胸動脈を用いて冠動脈バイパス術を施行した一例

東京女子医科大学病院　心臓血管外科学講座
塩崎悠司、森田耕三、渡邊冴基、寶亀亮悟、池田昌弘、
浜崎安純、新浪博士

21 歳女性。結節性多発動脈炎に対しステロイド、免疫抑制剤を内服中。外来フォロー中の造影 CT で冠動脈瘤を指摘。冠動脈造影で左右冠動脈の瘤化及び血栓による狭窄病変を認め外科的介入となった。年齢を考慮し動脈グラフトによる血行再建の方針とし、両側内胸動脈を用いて 3-OPCAB を施行した。同疾患における CABG の報告は少なく、動脈グラフトのみを用いた症例として報告する。

Ⅰ－24　妊娠中の心筋梗塞に対して OPCAB を施行した 1 例

信州大学医学部附属病院　心臓血管外科
田中晴城、和田有子、瀬戸達一郎

症例は 32 歳女性。妊娠 33 週に前下行枝を culprit とした心筋梗塞を発症。右冠動脈も閉塞。左主幹動脈に冠動脈瘤を認め、川崎病既往を示唆する所見であった。PCI 困難であり、IABP 下で経過を見たところ VF　storm となったため挿管、PCPS 留置の状態で当院に搬送。胎児の心拍は認めたが、胎動はみられなかった。胎児機能不全の可能性から母体優先の方針となり、OPCAB（LITA-LAD、SVG-4PD）を施行後、帝王切開とした。術後は PCPS、IABP を離脱し、術後 62 日目に退院となった。新生児も 85 日目に退院した。

14：00～14：40　弁膜症 1

座長　　**宝　来　哲　也**（国立国際医療研究センター病院　心臓血管外科）

Ⅰ－25　僧帽弁輪高度石灰化（severe MAC）の処置法

榊原記念病院　心臓血管外科
川村貴之、在國寺健太、山中将太、大野　真、岩倉具宏、
下川智樹

症例は 73 歳女性。Severe MAC を伴う severe MR、TR の診断で MVR+TAP を施行。僧帽弁は交連の癒合、弁尖の肥厚を認め後尖逸脱による MR であった。前交連から後尖全体に広がる MAC を左房壁側から CUSA で全切除し、切開部は 5-0 二重連続で閉鎖、縫合ラインを覆うように牛心膜でパッチ形成し補強した。後尖の大部分は温存し Everting　mattress で生体弁を縫着した。術後経過は良好で、経胸壁心エコーで MR なく術後 15 日に自宅退院した。左室破裂を予防し MAC を切除する工夫について報告する。

Ⅰ－26　IVC 欠損を伴う左上大静脈遺残を有する、MR、TR 症例の手術経験

千葉県済生会習志野病院　心臓血管外科
橋本昌典、田村友作

76 歳女性。
労作時呼吸困難を主訴に近医を受診、うっ血性心不全の診断にて当院紹介。
精査の結果、MR、TR、慢性心房細動を認め手術適応と診断。IVC 欠損、冠静脈洞近傍から右房へ開口する左上大静脈の遺残、内臓逆位、無脾を合併していた。
手術は、人工心肺確立に工夫を有したが、両弁尖に肥厚と逸脱を認め、MVR、TAP を施行。19POD に独歩自宅退院となる。
IVC 欠損を伴う左上大静脈遺残症例に対する手術報告は稀有で有り報告する。

Ⅰ－27　左上大静脈遺残を合併する僧帽弁位感染性心内膜炎・三尖弁閉鎖不全症に対して、僧帽弁形成術・三尖弁形成術を実施した一例

太田記念病院
井上　凡、加藤全功、亀田柚妃花

76 歳男性。術 6 週前に発熱と倦怠感を主訴に前医受診。2 度の血液培養陽性、経胸壁心エコーで僧帽弁後尖に疣贅を認め、IE の確定診断となった。内科的加療にて全身状態は改善したが、P3　prolapse による重症 MR と中等症 TR が残存し、手術目的に当院転院となった。術前の造影 CT で冠状静脈洞に還流する PLSVC を認めた。MVP・TAP を実施し、右房切開時は PLSVC の直接遮断と pump　suction を併用して視野を確立した。術後経過は良好で、術 13 日後に自宅退院された。

Ⅰ－28　僧帽弁閉鎖不全兼狭窄症に対して glutaraldehyde 処理自己心膜を用いた僧帽弁形成術の 1 例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター　心臓血管外科
2 横浜市立大学附属病院　心臓血管外科・小児循環器
伏見謙一[1]、柳　浩正[1]、金子翔太朗[2]、鈴木伸一[2]、益田宗孝[2]

76 歳女性。2 年前から心房細動あり。僧帽弁閉鎖不全（MR）兼狭窄症（MS）による心不全で入院。MS は mild、後尖の可動制限による severe　MR であった。僧帽弁後尖の石灰化除去、及び glutaraldehyde 処理自己心膜による augmentation、交連切開、MAP 及び不整脈手術、TAP を行った。文献的考察を加え報告する。

Ⅰ－29　心臓弁膜症手術患者の年齢分布

亀田総合病院　リハビリテーション科
小山照幸

【目的】本邦の心臓手術患者の年齢分布を調べた。【調査方法】NDB オープンデータのレセプトデータから、弁置換術、弁形成術、TAVI の保険請求件数を調べた。【結果】心臓弁膜症手術は、平成 26 年度は 21,071 件で、毎年増加し、平成 29 年度は 26,766 件であった。TAVI は 955 件から 5,090 件と 5 倍以上増加していた。年齢分布は、弁置換術のピークは 70 歳代後半で、TAVI のピークは 80 歳代後半であった。【まとめ】心臓弁膜症手術は増加しており、70 歳代後半をピークに 90 歳以上まで実施されており、年齢だけで手術適応なし、という事はないと思われた。

14：40〜15：20　弁膜症２

座長　　**長　岡　英　気**（東京医科歯科大学医学部附属病院　心臓血管外科）

Ⅰ－30　三尖弁置換後約２年でパンヌス形成による人工弁機能不全を起こした１例

日本大学医学部附属板橋病院　心臓外科
町井洋二郎、田岡　誠、瀬在　明、大幸俊司、鈴木馨斗、
大貫佳樹、田中正史

48歳女性。TOFで２歳時に心内修復術施行。45歳時に三尖弁閉鎖不全症に対して前後尖を温存し三尖弁置換術を施行した。しかしその後約２年で人工弁機能不全が起り再弁置換術を施行した。術中所見では、温存した自己弁から派生したパンヌスにより、前尖に一致した人工弁葉が開放位で固定されていた。このような合併症は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅰ－31　TAVI後の感染性心内膜炎に対する一治験例

東京医科歯科大学心臓血管外科
崔　容俊、大石清寿、水野友裕、大井啓司、長岡英気、
八島正文、藤原立樹、竹下斉史、田原禎生、荒井裕国

72歳女性。20年前に徐脈性心房細動に対してペースメーカー留置、２年前にASに対してTAVI施行。呼吸苦を主訴に前医入院。感染性心内膜炎（僧帽弁前尖とPMリード周囲に疣贅）、右室拡大と三尖弁輪拡大によるSevere TRと診断され当院へ転院。僧帽弁前尖疣贅のDebridementをおこなうとTAVI弁が露出。Re-AVR＋MVP+TVP+CABGを施行。近年報告が増えているTAVIのExplantationに関して本症例で経験したpitfallを踏まえて報告する。

Ⅰ－32　心筋梗塞後乳頭筋断裂に対する僧帽弁形成術後に僧帽弁置換術を施行した一例

北里大学病院　心臓血管外科
田村佳美、北村　律、鳥井晋三、岡村　達、八鍬一貴、
荒記春奈、松永慶廉、中島理子、宮地　鑑

73歳男性。心筋梗塞後乳頭筋断裂による急性心不全で当院へ搬送、緊急手術施行。断裂した後乳頭筋後尖頭を前尖頭へ縫着し、僧帽弁形成術を行った。術後８日で前医転院後自宅退院したが、５日後に呼吸苦を主訴に前医へ再入院。頻脈性心房細動及びsevereMRを認め、入院後呼吸状態が増悪し挿管、当院搬送となり再手術を施行。後乳頭筋前・後尖頭が縫合されたまま断裂し、形成は不可能と判断し僧帽弁置換術を行った。

Ⅰ－33　三尖弁感染性心内膜炎に対して、MICS TVPを実施した症例

横須賀市立うわまち病院
中村宜由、安達晃一、田島　泰、中田弘子

【症例】50歳男性。生来健康。38℃台の発熱が１週間ほど持続し、血液培養でMSSAが同定。UCGで三尖弁に付着する10mm大の疣贅を認め、感染性心内膜炎と診断された。抗菌薬投与後に感染状態は改善するも、洞性頻脈と労作時息切れがあり、UCGで重症の三尖弁閉鎖不全症と、20mm大に拡大した疣贅を認めたため、手術適応とした。部位形状から右小開胸アプローチで疣贅の付着した後尖を切除し、Kay法による三尖弁形成を行い、逆流は消失した。追加の抗菌薬治療を行い退院した。

Ⅰ－34　冠動脈疾患を合併した重度AS高齢患者に対してOPCAB＋TAVIを施行した４例の経験

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、辻　亮平、新美一帆、齊藤政仁、
良本政章、高野弘志

高齢AS患者の約半数は冠動脈疾患を合併するといわれており、TAVIの登場によりその治療戦略が複雑化しつつある。今回、PCI困難な冠動脈病変を合併した高齢AS患者（平均年齢84.8歳、平均STS　Score6.5％）に対し、OPCAB＋TAVIを施行した４例を経験し良好な早期成績を得た。当院での治療戦略や文献的考察を含め報告する。

15：30〜16：18　心臓その他 1

座長　　**徳　永　千　穂**（埼玉医科大学国際医療センター　心臓血管外科）

Ⅰ－35　劇症型心筋炎後の心尖部心室瘤の治療経験

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
豊田真寿[1]、松永慶廉[1]、入澤友輔[1]、小原邦義[1]、贄　正基[1]、宮地　鑑[2]

35 歳女性。18 歳時に劇症型心筋炎のため、5 日間の体外循環管理の後に長期リハビリテーションを経て退院となった既往のある患者。発症後 17 年の後、近医で心尖部心室瘤を指摘され当院紹介。心機能低下、不整脈はないが、壁厚 1.8mm と薄く破裂リスクが高いと判断し手術方針とした。修復は Linear 法で行い、問題なく手術終了した。術後経過は良好であり術後 17 日目に退院となった。文献学的考察を加え報告する。

Ⅰ－36　HOCM に対する心筋切除後の心機能の経時的変化

埼玉医科大学国際医療センター
堀　優人、中嶋博之、徳永千穂、川合雄二郎、高澤晃利、橋本　崇、昼八史也、朝倉利久、吉武明弘、井口篤志

HOCM は、SAM、MR、LVOT による心筋肥厚、弁尖延長、異常弁下組織が複合した病態である。左室切開から心筋切除と僧帽弁置換を 2 症例に施行した。症例 1 は 76 歳女性、拡張障害残存し長期人工呼吸管理を要した。症例 2 は 72 歳男性、EF が低下し長期カテコラミンを要した。対照的な心機能の経過の後遠隔期には 2 例とも EF50% 台 LVDd40mm 台の心機能となった。心筋切除量・残存量を適切に判断することは今後の課題である。

Ⅰ－37　WATCHMAN 留置後の左心耳血栓に対し MICS で摘除し得た一例

聖路加国際病院　心臓血管外科
中村亮太、阿部恒平

【症例】75 歳男性【現病歴】来院 10 カ月前に心房細動に対し WATCHMAN を留置した。フォロー中にデバイスに付着する血栓を認め緊急で血栓摘除術を行った。【経過】右小開胸、人工心肺補助下に MICS で左房内より血栓とデバイスを摘出した。左心耳は縫合閉鎖し自己心膜パッチで被覆。術後心内血栓は認めず、術後 8 日目に退院した。【考察】WATCHMAN 留置後のデバイス関連血栓（DRB）は課題の一つである。塞栓リスクの高い DRB に対しては MICS による外科的アプローチが有用であると考えられる。文献学的考察を加え報告する。

Ⅰ－38　気管支動脈瘤に対してコイル塞栓術で治療した 1 例

1 獨協医科大学埼玉医療センター　心臓血管外科
2 獨協医科大学埼玉医療センター　放射線科
新美一帆[1]、齊藤政仁[1]、辻　亮平[1]、朝野直城[1]、太田和文[1]、権　重好[1]、鳥飼　慶[1]、良本政章[1]、中田　学[2]、高野弘志[1]

症例は 77 歳女性。CT で 75mm 大の巨大気管支動脈瘤を指摘され、血管造影で動脈瘤への流入、流出血管に対してコイル塞栓術を施行。術後瘤は縮小傾向を認めた。気管支動脈瘤に対する血管内治療では TEVAR を併用する報告が多いが、瘤周囲の脆弱な気管支動脈の破綻が遠隔期に生じた場合、選択的気管支動脈塞栓術が行えない可能性があるため、今回コイル塞栓術のみを行った。

Ⅰ－39　放射線晩期合併症の収縮性心膜炎に対して Waffle procedure が奏功した一例

成田赤十字病院
西織浩信、平野祐一、大津正義、渡邊裕之

症例は 72 歳男性、12 年前に食道癌・下咽頭癌に対して化学放射線治療を施行された。7 年前より心嚢水及び胸水貯留を認め、複数回の穿刺ドレナージを行うもコントロールがつかず当科紹介。収縮性心膜炎の疑いで心膜開窓術を施行した。心膜・心外膜は繊維性に肥厚しており右室に高度癒着していた。心膜を広範に切除した上で心外膜に waffle procedure を併施、手技終了時には右室の拡張障害は著明に解除された。術後 30 日目に退院、右心不全は改善し胸水・心嚢水の貯留なく経過した。

Ⅰ－40　特発性心嚢水貯留に対し心膜開窓術を施行した 1 例

1 北里大学呼吸器外科
2 北里大学循環器内科
三井　愛[1]、松島圭吾[1]、玉川　達[1]、林　祥子[1]、内藤雅仁[1]、松井啓夫[1]、塩見　和[1]、藤田鉄平[2]、佐藤之俊[1]

症例は 52 歳女性。1 年来の全身倦怠感、呼吸困難、浮腫を主訴に当院循環器内科受診。心拡大と多量の心嚢水貯留を認め、心膜炎として内服加療するも症状増悪、さらに腎機能障害も出現。心嚢穿刺施行し特発性心嚢水貯留と診断され、症状コントロールを目的に胸腔鏡下心膜開窓術施行。POD4 胸腔ドレーン抜去。呼吸困難や浮腫は改善し POD6 退院。術後 7 カ月心嚢水の再貯留なく経過。若干の文献的考察を加え報告する。

16：18〜17：06　心臓その他２

座長　　**丸　山　雄　二**（日本医科大学付属病院　心臓血管外科）

Ⅰ－41　医原性腕頭動脈損傷に対して、右第二肋間部分胸骨正中切開による動脈形成術を実施した症例

横須賀市立うわまち病院
佐野太一、田島　泰、安達晃一、中村宣由、中田弘子

【症例】69 歳男性、糖尿病・発作性心房細動既往搬送時ショック・AKI あり VV ECMO 導入となる。右大腿静脈・右内頸静脈よりカテーテル留置行うも右腕頭動脈に誤挿入。その後 ECMO 離脱方針となり右第二間肋間部分胸骨正中切開によるカテーテル抜去・動脈形成術を施行した。

Ⅰ－42　ペースメーカーリード右室穿通に対して修復術を行った１例

済生会宇都宮病院　心臓血管外科
中川知彦、池端幸起、森　光晴、大野昌利、高木秀暢、橋詰賢一

症例は 91 歳女性。前医にて洞不全症候群でペースメーカー植込術を施行。初回外来でリード穿通が判明し当院搬送となった。バイタルサインは安定、心嚢液貯留や貧血もなかったが、出血リスクを考慮し手術とした。胸骨正中切開し、心室リードが右室を貫き壁側心膜に嵌入しているのを認めた。心室リードは抜去し、心外膜リードを右室前面に縫着して終了。以降、合併症の出現なく経過中。リード穿通は時に致死的となる合併症であり、文献的考察を交えて報告する。

Ⅰ－43　穿通性心臓外傷による冠動脈損傷に対して心筋縫合術施行後、良好な術後経過を得られた一例

日本医科大学　心臓血管外科
小野田翔、宮城泰雄、石井庸介

症例は 68 歳男性。刺身包丁による左前胸部刺創で当院救命救急センターへ搬送された。術前の CK/CKMB に有意な上昇は認めなかったが、術中に心膜及び心筋損傷が判明した。対角枝は切断されていたが自然止血され、損傷部は、7mm felt ２本を用いて修復した。術後薬剤負荷心筋シンチグラフィで修復部若干の血流低下を認めたが心機能問題なく経過した。心臓刺創は致死的な外傷で、冠動脈損傷合併例で良好な術後経過が得られることは稀であり、文献的考察をふまえ報告する。

Ⅰ－44　左肺分画症の異常栄養血管に対し結紮切離術を行った一例

日本大学板橋病院　心臓血管外科
大貫佳樹、田岡　誠、瀬在　明、大幸俊司、鈴木馨斗、
町井洋二郎、田中正史

26 歳女性、健康診断のレントゲン検査で胸部異常陰影を指摘され当院呼吸器外科を紹介受診、左肺分画症の診断で手術方針となった。φ1.8cm の異常栄養血管が下行大動脈より分岐し、Endo GIA での処理では出血リスクがあり当科コンサルト。左側開胸で分画肺を摘出したのち、partial clamp で異常血管起始部の下行大動脈を遮断し結紮切離を施行。術後経過は良好で明らかな合併症なく術後第７病日に独歩退院となった。若干の文献的考察を含め報告する。

Ⅰ－45　左心耳閉鎖デバイスを用いた小開胸下左心耳内血栓除去術

筑波記念病院　心臓血管外科
倉橋果南、末松義弘、松本龍門、有馬大輔、西　智史、吉本明浩

心房細動患者における脳梗塞予防のため左心耳マネジメントの有効性が提唱されている。今回、抗凝固不応の φ18mm の左心耳内血栓及び反復する心原性脳梗塞を伴う 61 歳女性の心房細動症例に対し左心耳閉鎖デバイスを用いた小開胸下左心耳閉鎖術および左心耳内血栓摘除術を施行し良好な転帰を得た。左心耳内血栓を伴う症例では抗凝固療法の強化による血栓の溶解が優先されるが、本症例のような溶解不能例においては本手術は有効な治療の選択肢になる可能性がある。

Ⅰ－46　急性大動脈解離術後の虚血性心筋症に対し BTB で植込み型 LVAD に至った一例

東京女子医科大学病院　心臓血管外科
佐藤大樹、市原有起、寶亀亮悟、山田有希子、齋藤　聡、
布田伸一、新浪博士

42 歳女性。左冠動脈閉塞を伴う急性 A 型解離に対し前医にて機械弁 Bentall、上行置換および CABG（SVG-LAD）を施行するも ECMO 離脱困難となり当院搬送。体外式 LVAD 植込み時に全弓部置換術を併施。心臓移植登録を経て植込み型 LVAD にブリッジ、同時に人工弁閉鎖を行った。大動脈解離に伴う重症心不全の治療戦略について考察する。

17：10〜17：58　補助循環・周術期管理・合併症 1

座長　　**岩　倉　具　宏**（榊原記念病院　心臓血管外科）

Ⅰ－47　ベーチェット病に合併した非感染性心内膜炎の一手術例

大和成和病院
服部　薫、田畑美弥子、関　　宏、辻麻衣子、乗松東吾、
倉田　篤

症例 16 歳男性。大動脈弁の疣贅、弁輪部膿瘍、重度 AR を認め、感染性心内膜炎と診断された。血液培養陰性。抗生剤を開始し、第 10 病日に AVR＋弁輪形成術を行った。術後早期より弁周囲逆流、仮性動脈瘤による再手術を繰り返し、第 67 病日に translocated Bentall 手術（中枢は LVOT 心筋へ吻合）を行った。その後、毛嚢炎、陰部潰瘍、口内炎の既往からベーチェット病の診断に至り、ステロイド投与で病状が著明に寛解した。ベーチェット病への心内膜炎合併は極めて稀であり、治療経過を報告する。

Ⅰ－48　腎梗塞を合併した活動期僧房弁位感染性心内膜炎に対する手術後に腎出血を来した一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター　心臓血管センター
松本　淳、内田敬二、安田章沢、長　知樹、松木佑介、
小林由幸、森　佳織、荒井智弘、奥田尚子、角谷芽依、益田宗孝

55 歳女性。発熱と意識障害で前医搬送、敗血症性ショック、多発脳梗塞および腎梗塞あり、経食道心エコー検査で僧房弁位に可動性を有する 10mm 大の疣腫を認め、感染性心内膜炎の診断で当科転送。緊急僧房弁形成術を施行した。術後 3 日目より貧血が進行し CT 検査施行、術前に梗塞を認めていた左腎より動脈性出血を認め、NBCA による塞栓治療を行った。

Ⅰ－49　診断に苦慮した遅発性溶血性副作用（DHTR）による僧帽弁置換術後の溶血性貧血の 1 例

長野中央病院　心臓血管外科
磯村彰吾、大野英昭、八巻文貴

症例は幼少期に心房中隔欠損症の手術歴がある 67 歳女性。術前の不規則抗体検査は陰性。僧帽弁狭窄症に対し僧帽弁置換術を行い、術中術後に輸血を実施。術後 13 日目に急激な貧血の進行と肉眼的血尿を認めた。経食道心臓超音波検査では優位な逆流はないが機械的溶血の可能性も否定できなかった。輸血のためのクロスマッチで抗 Jkb 抗体が陽性化し DHTR による溶血と診断。弁置換術後に機械的溶血と鑑別に苦慮した DHTR の症例を経験したので報告する。

Ⅰ－50　演題取り下げ

Ⅰ－51　原発性マクログロブリン血症を合併した AVR＋CABG 症例

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、三富樹郷、倉持雅己、篠永真弓、倉岡節夫

原発性マクログロブリン血症は血液粘度増加により末梢循環不全をきたし、また、クリオグロブリン血症を併発した際には低体温で血液凝集を起こす。症例は 77 歳、男性。マクログロブリン血症にて当院通院中。AVR＋CABG を施行。クリオグロブリンは陰性であり、IGM は 500〜630mg/dl と安定していた。手術は特に回路閉塞などのトラブルなく終了した。マクログロブリン血症を合併した症例に対する人工心肺を用いた手術に関して文献的考察を加えて報告する。

Ⅰ－52　開心術後心嚢液貯留に対する開窓ドレナージ、大網充填術

榊原記念病院　心臓血管外科
在國寺健太、山中将太、岩倉具宏、下川智樹

症例は 57 歳男性、僧帽弁形成術後の逆流再燃による急性心不全に対し、準緊急に再胸骨正中切開で僧帽弁置換術を施行した。術後 11 日に心嚢液貯留のためドレナージを行い退院したが、術後 2 か月で再度心嚢液貯留し再ドレナージを行った。心嚢液は淡々黄色透明で感染は認めなかった。その後の外来で心嚢液が再々貯留し、剣状突起下から上腹部小切開で心膜開窓、大網充填を施行した。術後 7 日でドレーン抜去、術後 10 日で退院した。術後 4 か月が経過したが心嚢液は再貯留せず経過している。

17：58〜18：46　補助循環・周術期管理・合併症 2

座長　　**塚　田　　亨**（筑波大学附属病院　心臓血管外科）

Ⅰ－53　術後たこつぼ心筋症疑いに対して Central ECMO 装着で救命した一例

筑波大学附属病院　心臓血管外科
井口裕介、坂本裕昭、園部藍子、山本隆平、石井知子、
塚田　亨、加藤秀之、松原宗明、大坂基男、上西祐一朗、
五味聖吾、平松祐司

症例は 64 歳男性。On pump beating CABG を施行。CPB 離脱は容易で、挿管帰室。帰室直後循環は安定していたが、帰室後 1 時間 30 分頃に突然 PEA となった。PCPS・IABP を開始したが、TTE・TEE でたこつぼ心筋症様の壁運動であり、左室の venting が必要と判断し、Central ECMO を装着。その後心機能は改善し、術後 65 日に自宅退院。Central ECMO で救命し得た症例を経験したため報告する。

Ⅰ－54　Impella CP 導入中の出血合併症に対しヘパリン中止後血栓形成により Impella が緊急停止した一例

千葉大学医学部附属病院　心臓血管外科
山元隆史、黄野皓木、渡邊倫子、松宮護郎

拡張型心筋症の 47 歳男性。重症心不全となり、心移植への bridge のため Impella CP を導入。導入後に下部消化管出血をきたしたため、ヘパリンを中止したところ突然 Impella が停止した。ECMO を緊急で再導入し、心臓移植承認申請後、植込型 VAD 装着手術を行った。停止した Impella の吐出部には血栓の付着を認めた。Impella 使用中に出血性合併症をきたした場合の抗凝固薬の取り扱いについてはまだ議論が残るところであり、考察を踏まえて報告する。

Ⅰ－55　ASD 術後に生じた遅発性乳び心嚢液の治療経験

都立小児総合医療センター　心臓血管外科
松尾健太郎、平野暁教、野間美緒、吉村幸浩

症例は 4p monosomy が基礎にある 2 歳の女児。体重増加不良（7.6 kg）のため、外科的 ASD 閉鎖術施行。術後 1 か月の外来時に全周性の心嚢液貯留を認め、同日に心嚢ドレナージを施行した。心嚢液は乳び性であり、心膜切開部（IVC 近傍）に腹腔との交通孔を認め、腹腔内の乳び腹水を吸引後に縫合閉鎖した。術後からオクトレオチド、エチレフリンを投与し、速やかに排液量の改善を認めたが、少量の排液が持続し、リンパ管シンチで心嚢内への漏出を認め、診断的治療としてリンパ管造影を施行した。

Ⅰ－56　急激な肺うっ血を来した急性 MR に対して術前の Impella CP 挿入が著効した 1 例

獨協医科大学　心臓・血管外科
大橋裕恭、武井祐介、柴崎郁子、福田宏嗣

62 歳男性。突然の呼吸困難にて近医受診。TTE で腱索断裂による severe MR を認め、急性 MR による AHF で当院搬送。搬送後、IABP 挿入されたが RHC にて右心負荷所見の改善なく、肺水腫も増悪したため Impella CP へ移行された。循環安定し、翌日に MVreconstruction 施行。CPB 離脱時に Impella 抜去したところ、AR（severe）を認めたため AVR を追加。経過良好で術後 28 日目に退院となった。急性 MR に対する術前の Impella CP 挿入が循環動態安定化に著効した 1 例を経験したので報告する。

Ⅰ－57　開心術時の経食道心臓超音波で食道穿孔を来した一例

国立国際医療研究センター病院　心臓血管外科
大友有理恵、田村智紀、百瀬直也、宝来哲也

70 歳女性。高安動脈炎で PSL 内服中。大動脈弁閉鎖不全症、上行大動脈瘤に対して上行大動脈置換術、大動脈弁置換術を施行。術後発熱、炎症高値持続し術後 5 日目の CT で右膿胸、8 日目の上部消化管内視鏡で食道穿孔と診断。同日緊急食道修復術、腸瘻造設術施行。食道修復部の leak を認め、術後 2 ヶ月で食道抜去術、食道瘻造設術施行。その後感染コントロールに難渋し、術後 6 ヶ月で死亡。開心術における経食道心臓超音波での食道穿孔は予後不良であり文献的考察を加えて報告する。

Ⅰ－58　大網充填術後の再手術に対して胸骨部分切開により最小限の癒着剥離が奏功した一例

埼玉石心会病院　心臓血管外科
山内秀昂、加藤泰之、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 60 歳男性、4 年前に Remodeling 後の術後縦隔炎に対して大網充填術が行われた。今回 AR の進行、心拡大傾向があり再手術となり、Upper parcial sternotomy でアプローチし、最小限の癒着剥離により AVR を施行した。発表では若干の文献的考察を交えて報告する。

第Ⅱ会場　Live 配信

8：05～9：09　初期研修医発表（肺・食道）

座長　　高　持　一　矢（順天堂大学医学部附属順天堂医院　呼吸器外科）
　　大　平　達　夫（東京医科大学　呼吸器・甲状腺外科学分野）

初期研修医発表

Ⅱ－1　小腸転移で術後再発を来した肺多形癌の症例

東海大学医学部　外科学系呼吸器外科学
日下田智輝、中野　圭、橋本　諒、壺井貴朗、濱中瑠利香、
渡邊　創、須賀　淳、河野光智、増田良太、岩崎正之

症例は 46 歳男性。右上葉非小細胞肺癌の術前診断で右上葉切除術・ND2a-1 を施行した。病理診断は多形癌で術後病期は pT2aN0M0　stage　IB であった。術後 6 か月時点では明らかな再発を認めなかったが、術後 7 か月に心窩部痛と貧血を認めた。上部・下部消化管内視鏡検査で明らかな病変を認めなかったが貧血と腹部症状増悪認め CT を施行した。小腸の腸重積にて、同日小腸部分切除術を施行した。肺多形癌の小腸転移を認めた。

初期研修医発表

Ⅱ－2　中枢型肺腺癌に対して右肺スリーブ上葉切除を施行し長期生存が得られた 1 例

順天堂大学医学部附属順天堂医院　呼吸器外科
土田舜太、秦　一倫、福井麻里子、服部有俊、松永健志、
高持一矢、鈴木健司

【症例】手術時 45 歳の女性。検診指摘の右胸部異常影で当院受診し、CT で右 B 3 内腔に polypoid growth する結節を認めた。右肺スリーブ上葉切除で完全切除し、病理診断は中枢発生の腺房型腺癌（pT1aN0M0）の診断であった。術後 9 年間の無再発生存中である。比較的稀で予後不良な中枢発生肺腺癌の術後無再発生存例を経験したので報告する。

初期研修医発表

Ⅱ－3　新生血管を形成した肺放線菌症の 1 例

1 済生会宇都宮病院　呼吸器外科
2 済生会宇都宮病院　放射線科
3 済生会宇都宮病院　呼吸器内科
渡辺真祥[1]、坂巻寛之[1]、長尾元太[3]、仲宗根尚子[1]、塙龍太郎[1]、
加藤弘毅[2]、仲地一郎[3]、田島敦志[1]

48 歳男性。併存症に 2 型糖尿病。喀血を主訴に近医より紹介された。胸部 CT で左肺上区縦隔側に、腫瘤影と左内胸動脈分枝の腫瘤への流入が見られ炎症性腫瘤を疑った。血管造影で左内胸動脈、気管支動脈からの異常血管が確認され塞栓術を施行した。喀血が一旦は軽快したが再燃したため、腫瘤の診断的治療目的で胸腔鏡下左肺上葉部分切除術を行った。病理診断は肺放線菌症であった。

初期研修医発表

Ⅱ－4　Growing Teratoma Syndrome（GTS）を呈した縦隔原発混合型胚細胞性腫瘍の 1 例

虎の門病院呼吸器センター外科
福田ミルザト、藤森　賢、鈴木聡一郎、四元拓真、菊永晋一郎

症例は 28 歳男性。X-4 年に 69x42mm の縦隔原発混合型胚細胞腫瘍に対し BEP4 コース施行、腫瘍マーカーは陰性化したが腫瘍の縮小はなく、3-portVATS 胸腺全摘＋心膜合併切除再建術を施行。X-1 年に左上葉に単発結節出現。X 年に 12x9mm まで増大、VATS 左肺部分切除を施行。腫瘍マーカーは陰性化したが病変は不変さらに再発を認め、いずれの切除病理結果も成熟奇形腫で構成され、GTS の関与が考えられた。縦隔原発 GTS は極めて稀であり文献的考察を含め報告する。

初期研修医発表

Ⅱ－5　胸壁発生の悪性リンパ腫の 1 切除例

さいたま市立病院　呼吸器外科
四方翔平、坂本　圭、米谷文雄、堀之内宏久

73 歳女性。左胸部異常陰影を指摘され、CT で左第 9 肋骨周囲の限局性胸膜肥厚を認めた。半年後 CT で同部が増大し腫瘍性病変と診断した。CT・MRI で第 9 肋骨浸潤を伴う 5cm の腫瘍を認めた。胸水は認めなかった。審査胸腔鏡を行い、腫瘍は壁側胸膜より外側に存在し、肺への浸潤及び胸膜播種がないことを確認した。左胸壁・腫瘍合併切除を行い、胸壁欠損部を再建した。病理検査でびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の診断となり、第 9 肋骨骨髄浸潤を認めた。膿胸の既往のない胸壁由来の悪性リンパ腫は稀であり報告する。

初期研修医発表

Ⅱ－6　胸腔鏡補助下に摘出した迷入性縦隔内甲状腺腫の 1 例

がん・感染症センター都立駒込病院　呼吸器外科
義山麻衣、堀尾裕俊、鈴木幹人、志満敏行、清水麗子、原田匡彦

症例は 70 歳代女性。糖尿病、II°AV　block にてペースメーカー植込の既往あり。慢性咳嗽精査目的の CT で前縦隔左寄りに 2cm 大の充実性病変あり、胸腺腫が疑われ胸腔鏡補助下摘出術を行った。病変は胸腺左葉上極に位置し、暗赤色を呈していた。病変を含む胸腺左葉を摘出、病理診断は腺腫様甲状腺腫で悪性所見なし。甲状腺と連続しない迷入性甲状腺腫は甲状腺腫の 1% 未満、縦隔内甲状腺腫手術例からみても約 2% と稀であり、文献的考察を加え報告する。

初期研修医発表

Ⅱ－7　15年無再発後に後縦隔再発した大腿平滑筋肉腫の一例

東京大学医学部附属病院　呼吸器外科
原田千佳、此枝千尋、佐藤雅昭、井尻直宏、柳谷昌弘、
長野匡晃、北野健太郎、中島　淳

症例は23年前に左大腿原発平滑筋肉腫手術以降、肺・胸膜・胸壁転移に対し10回の切除歴のある48歳女性。15年間無再発であったが1年前にCTで増大傾向の後縦隔腫瘤を認め平滑筋肉腫再発と診断、化学療法後に切除の方針とした。下行大動脈浸潤の可能性あり、大動脈部分合併切除を視野に人工心肺スタンバイで左開胸手術開始､結果大動脈浸潤なく大動脈合併切除不要であったが、胸壁・脊椎方向の切除断端陽性であり術後照射施行した。

初期研修医発表

Ⅱ－8　好酸球性食道炎に伴う食道狭窄と考え食道切除を施行した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院　上部消化管外科
岡田畔奈、朝倉孝延、橋本貴史、峯　真司

症例は50歳代男性。前医で好酸球性食道炎と診断、外科治療を希望し当科紹介受診。既往に喘息、幼少時から逆流、膿胸、小児心臓手術時から左反回神経麻痺。上部消化管内視鏡検査で胸部中部に強い狭窄、その口側に食道炎所見。生検で15個以上/視野の好酸球を認め好酸球性食道炎と診断。手術適応と考え、鏡視下食道切除、胸腔内吻合を施行。術中は気管分岐部で非常に強い食道周囲の炎症を認めた。病理学的にはBarrett食道を認め逆流性食道炎に伴う狭窄と考えられた。

9：10～10：06　呼吸器周術期管理・合併症

座長　　**石　橋　洋　則**（東京医科歯科大学医学部附属病院　呼吸器外科）

Ⅱ－9　左肺癌切除術後に食道運動障害を呈した一例

獨協医科大学病院　呼吸器外科
立花太明、今村信宏、井上　尚、荒木　修、前田寿美子、
千田雅之

79 歳女性。左上葉支に浸潤する扁平上皮癌（cT3N1M0）に対し、左上葉気管支管状切除+肺動脈形成＋ND2a-2 を施行した。術後 B 8+9 に虚血による壊死を認め、1 カ月後に左残肺全摘術を施行している。外来経過観察中に飲食物のつかえ感を認め、食道造影、食道内圧検査施行し、食道運動障害を認めたため、胃瘻造設した。若干の文献的考察を加え報告する。

Ⅱ－10　演題取り下げ

Ⅱ－11　中葉捻転予防目的の結紮固定に起因した右上葉肺癌術後肺瘻の 1 例

土浦協同病院　呼吸器外科
北澤伸祐、関根康晴、中岡浩二郎、稲垣雅春

72 歳男性。右上葉扁平上皮癌に対する手術目的で紹介。CT では気腫性変化と中葉症候群の所見を認めていた。中下葉間の分葉が良く中葉容量は低下しており、上葉切除後に中葉捻転予防目的で中下葉間を結紮固定した。麻酔覚醒時の努責を契機に肺瘻を認め、術翌日より胸膜癒着術を行うも改善なく術後 2 日目に再手術を行った。結紮固定部の中葉側・下葉側に裂傷を認め自動縫合器にて切離閉鎖した。再手術後も肺瘻は残存したが気管支充填術・胸膜癒着術により軽快し術後 18 日目に退院した。

Ⅱ－12　右肺下葉切除術後左主気管支食道瘻に対して上部消化管内視鏡的クリッピングで治癒し得た一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科　呼吸循環外科学分野
細田裕太、田澤勝幸、後藤達哉、佐藤征二郎、小池輝元、
土田正則

70 歳女性。右肺癌に対し VATS RLL+ND2a-2 施行。POD12 にむせ、発熱出現、精査にて左主気管支食道瘻・肺炎の診断。POD20 に EGD にて瘻孔部をクリッピングし、絶飲食・経管栄養にて管理。POD34、EGD でクリップ一部脱落ありクリッピング追加。POD 43 瘻孔閉鎖を確認、POD48 食事再開、POD56 退院。気管分岐下リンパ節郭清時にエネルギーデバイスとソフト凝固を用いた広範な郭清が原因と考えられた。

Ⅱ－13　ステープルの形成不全部が肋間動脈に穿通し術後出血を来した 1 例

杏林大学　呼吸器外科
平田佳史、橘　啓盛、伊藤未奈、須田一晴、田中良太、近藤晴彦

症例は 75 歳女性。多発肺結節に対し胸腔鏡下右 S2 区域切除+下葉部分切除術を施行した。術後出血はなく帰室したが、1 時間後に胸腔ドレーンより血性排液を認め、血圧低下を来した。術後出血と判断し再手術すると下葉部分切除後のステープルに形成不全がみられ、針が外側に突出しており、近傍の肋間動脈より出血していた。ステープル形成不全部の肋間動脈への穿通が出血の原因と考えられた。ステープリングの際には形成不全が起こりうることを留意すべきである。

Ⅱ－14　中枢気管支壊死をきたし、左肺全摘を要した肺ムコール症の一例

東京医科歯科大学医学部附属病院　呼吸器外科
杉田裕介、瀬戸克年、武村真理子、石川祐也、中島康裕、
分島　良、石橋洋則、大久保憲一

42 歳男性。糖尿病ケトアシドーシス、肺炎のため入院。入院後肺炎増悪したため、気管支鏡検査施行。左気管支に壊死を認めた。組織培養で肺ムコール症と診断、抗真菌薬開始。炎症反応改善したが、胸部 CT 陰影改善なく、気管支鏡でも左気管支壊死増悪したため、手術施行。炎症の波及で肺門部の剥離が困難であったため、心膜合併切除して心嚢内で左肺動脈本幹を処理、左肺全摘実施。術後炎症再燃なく経過。

Ⅱ－15　鎖骨骨折術後12年でKischner鋼線（K-wire）が縦隔内へ迷入した1例

日本大学医学部附属板橋病院
榊原　昌、林　宗平、四万村三恵、河内利賢、櫻井裕幸

症例は36歳男性。12年前コロンビアで鎖骨骨折で手術を受けていた。健診の胸部レントゲンで左肺尖部に金属を指摘された。CTで長さ3.4cmの折損したK－wireが左肺尖部から食道左側背部にまで認めていた。気胸や大血管の損傷、食道損傷は認めなかった。当科でK-wire抜去術を施行した。手術所見上、壁側胸膜外にK-wireが透見でき、周囲組織との癒着は認めず可及的に摘出することができた。今回、縦隔内K-wire抜去術を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

11：00〜11：56　肺良性疾患

座長　　大　谷　真　一（自治医科大学附属さいたま医療センター　呼吸器外科）

Ⅱ－16　造影剤アレルギーにより術前動脈塞栓不能であった肺アスペルギルス症の一切除例

信州大学医学部附属病院
志村昌俊、濱中一敏、勝山翔太、小池幸恵、松岡俊一郎、
竹田　哲、三浦健太郎、江口　隆、清水公裕

喀血を伴う肺アスペルギルス症に対しては、術前気管支動脈・肋間動脈塞栓術により病変への血流を低下させることによる術中出血量の軽減を図ったうえで手術を行うことが安全のうえで望ましいと考える。今回、造影剤アレルギーの既往があり、喀血時の造影 CT でアナフィラキシーショックを呈した肺アスペルギスル症に対し、塞栓術未施行にて循緊急的に右肺上葉切除術を施行した症例を経験したので報告する。

Ⅱ－17　鏡視下手術にて摘出した中間気管支幹発生神経鞘腫の一例

1 神奈川県立循環器呼吸器病センター　呼吸器外科
2 横浜市立大学大学院医学研究科　病態病理学
3 横浜市立大学大学院医学研究科　外科治療学
菊西啓雄[1]、荒井宏雅[1]、中村　生[1]、稲福賢司[1]、奥寺康司[2]、
田尻道彦[1]、益田宗孝[3]

74 歳女性。CT にて中間気管支幹膜様部側に結節を認めた。細胞診にて神経鞘腫が疑われ、胸腔鏡下に腫瘍核出術を施行した。腫瘍は黄色弾性軟、被膜に包まれ周囲への浸潤はなく摘出可能であった。病理組織学的には紡錘形細胞が渦巻状に増生し、免疫染色では S-100 が陽性で神経鞘腫と診断した。術後再発なく外来経過観察中である。

Ⅱ－18　TBLB 後に急激に増大し、左上葉切除術を施行した肺ノカルジア症の一例

前橋赤十字病院　呼吸器外科
松浦奈都美、井貝　仁、矢澤友弘、大沢　郁、上吉原光宏

40 歳女性。CT で左上葉に 1.8cm の充実結節影を指摘。他院で TBLB を施行した 7 日後に急激に増大し、37℃ 台の発熱と血痰が出現した。抗生剤で改善せず当院紹介となった。腫瘍は 6cm 大で、頭部 CT では新たに右前頭葉に 5mm 大の脳病変を認めた。CT 下生検でも診断に至らず、診断と治療目的に左上葉切除術（ND2a-1）を施行した。摘出標本からノカルジアと診断され、現在呼吸器内科で ST 合剤を内服中である。稀な経過で診断に苦慮した症例であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ－19　肺癌と肺動静脈奇形（AVM）を同一肺葉内に合併した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター
大関雅樹、根岸秀樹、峯岸健太郎、大谷真一、遠藤俊輔

症例は 73 歳女性。胸部異常陰影を指摘され、CT で左肺 S1+2 に 16mm 大の mixed　GGO、左肺 S3 に AVM を認め、当院に紹介。血管内治療及び積極的区域切除も検討したが、安全性と確実性から左肺上葉切除術を施行した。手術時間 115 分、出血量少量。術後 5 日目に退院。病理組織学検査では、肺腺癌 pT1aN0M0 stageIA 1 と AVM であった。同一肺葉内に肺癌と AVM の合併は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ－20　増悪寛解を繰り返し診断に難渋した肺分画症の一例

獨協医科大学埼玉医療センター　呼吸器外科
石川菜都実、有本斉仁、井上裕道、苅部陽子、小林　哲、
松村輔二

症例：56 歳男性。咳嗽、左背部痛、血痰を主訴に前医を受診した。胸部 CT にて左下葉に空洞を伴う腫瘤影を指摘された。感染症が疑われ抗菌薬が投与されたが腫瘤は増大し血痰も残存した。気管支鏡下生検では悪性所見はなかったが PET で集積があり肺癌が疑われ当科紹介となった。胸部 CT では最大径 9cm の腫瘤で左下葉切除術を施行した。病理検査では器質化肺炎像と供に太い systemic　artery の流入が認められ肺分画症と診断された。文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ－21　出生前診断後に長期経過を観察できた肺葉外肺分画症の 1 例

埼玉医科大学総合医療センター　呼吸器外科
杉山亜斗、鹿島田寛明、山口雅利、青木耕平、羽藤　泰、
福田祐樹、儀賀理暁、中山光男

15 歳、女性。出生前診断で肺分画症を指摘されていた。小児専門病院で定期的に経過観察されていたが、今回手術を希望され、当院を受診。経時的には、身体的に他臓器が成長を遂げる一方、分画肺は出生直後からほぼ不変で経過していた。術前 CT で左肺葉外肺分画症であることを確認し、胸腔鏡下分画肺切除術を施行した。術後経過良好。出生前診断された肺葉外肺分画症について、長期経過を観察した症例は少ないため報告する。

Ⅱ－22　治療に難渋した肺 MAC 症患者の有瘻性膿胸

自治医科大学附属病院　外科学講座　呼吸器部門
堀切映江、水越奈津樹、櫻井秀嵩、明畠良太、柴野智毅、
金井義彦、山本真一、坪地宏嘉、遠藤俊輔

78 歳、女性。関節リウマチに対して免疫抑制剤で治療中、肺 MAC 症に罹患し、有瘻性膿胸を合併した。保存的ドレナージのみでは改善得られず、肺部分切除、脂肪充填を施行した。しかし肺瘻の再発を繰り返し、2 度の瘻孔閉鎖を試みたが、膿胸の改善は得られなかった。最終的に左肺全摘術、大網充填、胸郭形成を余儀なくされた。その後膿胸の再発なく経過している。本症例について文献的考察を加えて報告する。

13：20〜14：08　肺悪性疾患

座長　　**宮　澤　知　行**（聖マリアンナ医科大学　呼吸器外科）

Ⅱ－23　左主肺動脈浸潤を伴う左上葉肺癌に対し、人工心肺スタンバイ・胸骨正中切開アプローチにより左肺全摘術を施行した一例

東京慈恵会医科大学附属病院　呼吸器外科
布施喜信、森　彰平、柴崎隆正、原田愛倫子、重盛林太郎、
加藤大喜、松平秀樹、平野　純、大塚　崇

【症例】左主肺動脈浸潤を伴う左上葉肺癌（cT4N1M0）に対し、場合により人工心肺下に肺動脈形成を行う方針とし、胸骨正中切開アプローチによる左肺全摘術を施行。術中に視野確保のため胸骨左側横断と第3肋間開胸を追加。良好な視野で左右肺動脈分岐から3mm末梢にTA stapleでステープリングが可能であり、人工心肺を使用せずに左肺全摘を施行できた。

Ⅱ－24　縦隔型左A5およびA8を有する左上葉肺癌に対し胸腔鏡下左上葉切除を施行した1例

がん研究会有明病院
山道　尭、松浦陽介、岩本直也、大村兼志郎、小澤広輝、
近藤泰人、橋本浩平、一瀬淳二、中尾将之、奥村　栄、文　敏景

73歳男性、CT検診異常にて当科紹介。造影CTにて縦隔型A5、A8を確認。左上葉肺癌疑いcT1bN1M0 stageⅡBに対し、胸腔鏡下左上葉切除+ND2a-1を施行。術中、A3の切離を前方から行い、その背側で左気管支中枢を確認、気管支鏡でも上下葉分岐を確認し、縦隔型A5、A8を同定。A5のみを結紮切離し、前方葉間はstapleにて形成した。縦隔型底区肺動脈は稀であり、手術動画を供覧し、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ－25　楔状気管支形成を伴う右S6区域切除を施行した1例

1 神奈川県立がんセンター
2 東京医科大学　呼吸器・甲状腺外科学
江里口大介[1]、伊藤宏之[1]、足立広幸[1]、菊池章友[1]、根本大士[1]、
小野沢博登[1]、三浦　隼[1]、中山治彦[1]、池田徳彦[2]

74歳男性。膵癌化学療法、重粒子線治療中に出現、増大した右下葉S6の結節と周囲肺門リンパ節腫大に対し、非定型抗酸菌症、既存症を加味してS6区域切除術を施行した。後側方切開でアプローチ、腫大した肺門リンパ節を中間幹、B6から剥離しB6を切離して検体摘出したが、断端陽性なため、楔状気管支形成を加えて切除、完全切除し得た。気管支形成を伴う区域切除について反省を踏まえて考察する。

Ⅱ－26　右2nd carinaに発生した気管支癌に対し肺切除を伴わないwedge resection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
東山将大、村岡祐二、四倉正也、吉田幸弘、中川加寿夫、
渡辺俊一

症例は72歳女性、重喫煙者。既往に2年前に左肺上葉切除歴あり。今回、血痰を主訴に発見された右2nd carinaの気管支癌に対し、病変部の2nd carinaをwedge resection、直接縫合閉鎖、肋間筋弁で被覆した。2nd carinaに発生した気管支癌について、これまでsleeve上葉切除や2連銃式気管支形成などの報告がある一方で、今回の術式は肺機能を温存し、かつ縫合不全のリスクを軽減する有効な術式であると考えられる。

Ⅱ－27　液体貯留を伴う巨大肺嚢胞内に発生した肺腺癌の1例

日本医科大学付属病院　呼吸器外科
園川卓海、松本充生、井上達哉、榎本　豊、臼田実男

55歳男性。発熱を主訴に近医を受診し、肺膿瘍の診断で抗菌薬加療されていたが、画像所見の改善なく、精査加療目的に当院紹介となった。胸部CTでは右肺尖部に被包化された液体貯留と内部に軟部濃度の腫瘤を認めた。肺膿瘍もしくは肺癌を疑い、右上葉切除術、リンパ節郭清術を施行した。病理所見では嚢胞壁に接して増殖する充実性の腫瘍を認め、肺腺癌の診断であった。嚢胞壁に発生する肺癌は画像診断や腫瘍径の評価が難しいことが多く、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ－28　術前導入療法後にGrunenwald transmaniburial osteomuschlar sparing approachにより切除しえた肺尖部胸壁浸潤肺癌の1例

聖マリアンナ医科大学病院　呼吸器外科
木村祐之、酒井寛貴、宮澤知行、丸島秀樹、小島宏司、佐治　久

症例は63歳、男性。肺尖部胸壁浸潤肺癌（cT2bN2M0　ⅢA）の診断で当科受診。導入療法としてKN-671に沿って計3コース施行し、yc-T2bN2M0にて手術適応と判断する。腫瘍は前方主体、第1肋骨浸潤が疑われGrunenwald transmaniburial osteomuschlar sparing approachにより第1肋骨胸壁合併切除（上大静脈剥離）、後側方切開にて右上葉切除＋ND2a-2廓清を行った。文献的考察を加え報告する。

14：08～15：04　肺その他

座長　　**鈴　木　秀　海**（千葉大学大学院医学研究院　呼吸器病態外科学）

Ⅱ－29　子宮平滑筋肉腫の肺転移に対し４度手術を行った一例

東京医科大学茨城医療センター　呼吸器外科
小野祥太郎、雨宮亮介、高田一樹、古川欣也

50歳代女性。子宮平滑筋腫に対し子宮全摘+両側付属器切除施行。その１年後に健診で胸部異常影指摘され当科受診。CTで左肺に２病変、右肺に１病変を認めた。胸腔鏡下左S6区域切除+上葉部分切除、次いで胸腔鏡下右中葉切除を施行。程無く再発し、左肺部分切除追加。病理診断は全て子宮平滑筋肉腫であった。その後、両肺多発結節が顕在化し、全身治療施行も右下葉S8結節が急速に増大。他の結節と異なると考え、右下葉切除施行。腫瘤の大部分は血腫で、腫瘍内出血が疑われた。

Ⅱ－30　腫瘍塞栓を伴った滑膜肉腫肺転移の一例

１千葉県がんセンター　呼吸器外科
２千葉県がんセンター　整形外科
３千葉県がんセンター　臨床病理部
山本高義[1]、清水大貴[1]、芳野　充[1]、松井由紀子[1]、米本　司[2]、
荒木章伸[3]、伊丹真紀子[3]、岩田剛和[1]、飯笹俊彦[1]

16歳女性。右大腿部滑膜肉腫に対し化学療法後、広範切除術を行った。術後22ヶ月のCTで左肺S9中枢に結節を認め当科紹介となった。受診後、左胸痛、炎症反応とCT上の左胸水・左下葉末梢に浸潤影の新出を認めた。細菌性肺炎と考え抗生剤で加療し、炎症反応は改善したが陰影は残存した。左肺下葉切除術で残存陰影部分も含め切除した。病理は滑膜肉腫肺転移で、新出陰影部分には腫瘍塞栓と梗塞像を認めた。

Ⅱ－31　複数の胸部伏針をハイブリッド手術室で摘出した１例

信州大学呼吸器外科
勝山翔太、三浦健太郎、志村昌俊、小池幸恵、松岡峻一郎、
竹田　哲、江口　隆、濱中一敏、清水公裕

統合失調症加療中の40代、男性。屋外で倒れていた所を発見され救急搬送となった。CTで胸腹部に複数の線状高濃度陰影を認めた。問診でまち針を自身の身体に刺す習慣を聴取し、自傷行為による伏針と診断した。ハイブリッド手術室にて胸腔鏡補助下伏針摘出術を行い、肺内から３本、胸壁内から６本、計９本のまち針を摘出した。ハイブリッド手術室で行うことでより正確に針の位置を確認できた。伏針の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ－32　縦隔型 A^7を有する右肺下葉切除の１例

新潟県立がんセンター新潟病院
清水勇希、岡田　英、青木　正

77歳男性。膀胱癌・前立腺癌術後の経過観察CTで増大傾向のある右下葉結節あり、肺癌が疑われた。診断・治療目的に当科紹介、右下葉切除を施行した。A^7が右主肺動脈背側尾側より分岐し、上肺静脈と下肺静脈の間を通り中間気管支幹の縦隔側を走行してS^7に分布していた。術中A^7は中下葉間より確認し、そのレベルで切離した。稀な肺動脈の破格である縦隔型右下葉枝を有する胸腔鏡下右下葉切除を経験したので報告する。

Ⅱ－33　胸部刺創による横隔膜損傷に対して胸腔鏡手術を施行した１例

昭和大学医学部　外科学講座呼吸器外科学部門
南方孝夫、新谷裕美子、氷室直哉、遠藤哲哉、片岡大輔、
山本　滋、武井秀史

50歳代女性、うつ病で通院治療を受けていた。包丁で左頸部、両手首、左胸部を刺して倒れているところを発見され、当院へ救急搬送された。胸部CTで左血胸、腹腔内free　airを認め、胸腔ドレナージを施行した。ドレナージ後も出血が持続したため、胸腔鏡による緊急手術を行った。下横隔膜動脈より持続する出血を認め、縫縮止血した。腹腔内臓器の損傷および腹腔内血腫は認めなかった。横隔膜損傷、肺損傷を認めそれぞれ縫縮した。

Ⅱ－34　肺動静脈とシャントを有する気管支動脈由来蔓状血管腫の１例

１千葉大学　大学院・医学部　呼吸器病態外科学
２千葉大学医学部附属病院　呼吸器内科
３千葉大学医学部附属病院　病理診断科・病理部
平井有紀[1]、田中教久[1]、坂入祐一[1]、石橋史博[1]、鈴木秀海[1]、
中島崇裕[1]、笠井　大[2]、杉浦寿彦[2]、橋本　麗[3]、坂尾誠一郎[2]、
池田純一郎[3]、吉野一郎[1]

75歳男性。検診胸部異常影精査の胸部CTで左S3に高吸収域を伴う腫瘤影を認めた。4D-CT、気管支動脈造影で肺動脈と肺静脈にシャントを持つ気管支動脈蔓状血管腫と診断され、左上大区切除術を施行した。特異な画像所見と血管形態を呈した症例であり、文献的考察を含めて報告する。

Ⅱ－35　胸腔鏡下右肺下葉S6区域切除を施行した肺クリプトコッカス症の1手術症例の検討

1 東海大学医学部附属八王子病院　呼吸器外科
2 東海大学医学部附属病院　呼吸器外科
和田篤史[1]、有賀直広[1]、中川知己[1]、増田良太[2]、山田俊介[1]、岩崎正之[2]

68歳男性。濾胞性リンパ腫治療前の精査で右肺S6にTS=TT：1.6cmの空洞を伴う腫瘍を認め、画像上肺癌を否定できなかった。診断的治療として胸腔鏡下右肺下葉S6区域切除術を施行。病理組織学的診断は肺クリプトコッカス症の診断であった。画像所見による肺クリプトコッカス症の診断は困難とされる。当科の手術症例7例と検討し報告する。

16：20〜17：08　縦隔・胸壁疾患 1

座長　　**前　田　純　一**（三井記念病院　呼吸器外科）

Ⅱ－36　Transmanubrial approach（TMA）を併用し甲状腺癌縦隔リンパ節転移を切除し得た一例

東京医科大学　呼吸器・甲状腺外科学
田中裕紀、矢崎裕紀、大森智一、大澤潤一郎、前原幸夫、
牧野洋二郎、工藤勇人、嶋田善久、武内　進、萩原　優、
垣花昌俊、大平達夫、池田徳彦

症例は 42 歳女性。甲状腺乳頭癌の気管浸潤、縦隔リンパ節（#2R）転移疑いに対し、甲状腺全摘＋気管管状切除＋頚部郭清＋反回神経再建＋縦隔リンパ節摘出術を施行した。上縦隔リンパ節転移に対し胸骨正中切開＋TMA 変法で摘出術を行った。TMA を併用しリンパ節摘出を経験したので、手術動画を供覧し、若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ－37　Transmanubrial approach により摘出した右鎖骨下動脈起始および走行異常を伴う神経鞘腫の一例

1 東京医科大学八王子医療センター　呼吸器外科
2 東京医科大学　呼吸器・甲状腺外科学
伊藤　槙[1]、江里口大介[1]、重福俊佑[1]、梶原直央[1]、高橋秀暢[1]、
池田徳彦[2]

症例は 42 歳男性。主訴は咳嗽。前医で縦隔腫瘍が疑われ当科を紹介受診。胸部 CT で右肺尖に 44×38 mm の石灰化を伴う腫瘤を認め、右鎖骨下動脈起始および走行異常があり腫瘍は動脈に広く接していた。Transmanubrial　approach で腫瘍摘出術を行い、経過良好にて退院した。右鎖骨下動脈起始および走行異常を伴う神経鞘腫を安全に摘出し得た。

Ⅱ－38　SVC 置換及び胸骨柄、右鎖骨、両側第 1 肋骨合併切除を伴う腫瘍摘出術を施行した胸腺癌の 1 例

順天堂大学医学部付属順天堂医院　呼吸器外科
計良拓夢、渡邊敬夫、福井麻里子、服部有俊、松永健志、
高持一矢、鈴木健司

52 歳男性。胸部 X 線で異常陰影を指摘され、胸部 CT で前縦隔に左右腕頭静脈および胸骨浸潤を疑う 70mm の腫瘤を指摘。EBUS-TBNA で診断困難で手術の方針。左側臥位で胸骨から腫瘍の剥離困難で、Grunenwald　approach による SVC 置換、胸骨柄、右鎖骨、両側第 1 肋骨合併切除を伴う腫瘍摘出術を施行。胸腺癌（pT3N0M0）の診断。第 10 病日に退院。現在術後 1 年無再発生存中である。

Ⅱ－39　巨大胸腺カルチノイド腫瘍に対して SVC 置換と腫瘍切除術を施行した 1 例

順天堂大学医学部附属順天堂医院　呼吸器外科
小西泰人、立盛崇裕、福井麻里子、服部有俊、松永健志、
高持一矢、鈴木健司

48 歳男性。嗄声を主訴に前医を受診、CT で上大静脈への一部浸潤が疑われる前縦隔腫瘍を認めた。経皮的腫瘍生検を施行、異型カルチノイドの診断となり当科へ紹介となった。右アプローチで SVC 置換、左ヘミクラムシェルアプローチで前縦隔腫瘍切除術を施行。病理診断は正岡 III 期、pT3N2M0　stageIVB の異型カルチノイドであった。術後経過は良好で 15 病日に軽快退院となった。文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ－40　前縦隔腫瘍に対し腫瘍切除及び右肺上葉・横隔神経合併切除、上大静脈・心膜合併切除再建を行った 1 例

1 国立がん研究センター東病院　呼吸器外科
2 新東京病院　心臓血管外科
上沼康範[1]、青景圭樹[1]、三好智裕[1]、多根健太[1]、鮫島譲司[1]、
中尾達也[2]、坪井正博[1]

症例は 49 歳代男性。胸部 CT で前縦隔右側に 5cm の腫瘤影を認め、右腕頭静脈〜上大静脈、右肺上葉、心嚢への浸潤が疑われた。前医で生検施行し、胸腺腫（cT3N2M0　cStageIVA）の診断で当院紹介となった。胸骨正中切開+横切開下に前縦隔腫瘍切除、右肺上葉・横隔神経合併切除、上大静脈・心膜合併切除再建を行った。現在術後 8 ヶ月経過しているが経過良好である。

Ⅱ－41　両側胸腔内に進展した縦隔原発脱分化型脂肪肉腫の 1 切除例

1 三井記念病院　呼吸器外科
2 三井記念病院　病理診断科
新田泰之[1]、星野竜広[1]、前田純一[1]、横田俊也[1]、池田晋悟[1]、
森田茂樹[2]

症例は 43 歳男性。健診で胸部異常影を指摘され、CT で腕頭静脈から横隔膜上に及ぶ両側胸腔内に突出し、左肺動脈を取り囲む巨大な腫瘤を認めた。前医の CTNB で脱分化型脂肪肉腫の診断で AI 療法を施行するも、PD で手術目的に当院紹介となった。術式を検討し胸骨正中切開+左前方腋窩切開、及び右後側方切開による縦隔腫瘍摘出術+左肺下葉切除を行った。縦隔原発の脱分化型脂肪肉腫に対して文献的考察を加え報告する。

17：10〜17：50　縦隔・胸壁疾患 2

座長　　森　　彰　平（東京慈恵会医科大学附属病院　呼吸器外科）

Ⅱ－42　縦隔腫瘍と食道粘膜下腫瘍の鑑別に苦慮した症例

東京慈恵会医科大学　呼吸器外科
西出　亮、塚本　遥、原田愛倫子、野田祐基、柴崎隆正、
森　彰平、松本　晶、尾高　真、秋葉直志、大塚　崇

55 歳女性で主訴は嚥下困難。上縦隔に食道を圧排する 6cm の造影効果を伴う腫瘤を認め同部位に PET-CT で SUV-max　6.72 の集積を認めた。EUS では食道筋層との連続性は明らかでなく FNA で神経原性腫瘍の診断。縦隔発生の神経原性腫瘍と判断し左開胸で手術施行。腫瘍は食道筋層から連続しており腫瘍核出術施行。術後病理診断は食道筋層由来の顆粒細胞腫。縦隔腫瘍と食道粘膜下腫瘍の鑑別に苦慮した症例を経験したので報告する。

Ⅱ－43　縦隔原発未熟奇形腫の Growing　teratoma　syndrome（GTS）が疑われた一例

1 亀田総合病院　呼吸器外科
2 亀田総合病院　心臓血管外科
金　正侑[1]、田邉大明[2]、加藤雄治[2]、川井田大樹[2]、山崎信太郎[2]、
保坂公雄[2]、外山雅章[2]、中村　央[1]、杉村裕志[1]

29 歳男性、主訴呼吸困難。前縦隔未熟奇形腫の診断で他院にて腫瘍切除および化学療法を施行、術後 AFP は陰性化したが 5 ヶ月で多発転移を認めた。術後 9 か月に当院で再手術。第 3 肋間 clam-shell 開胸下に両肺と縦隔内の合計 12 の腫瘍を、大動脈基部から右室流出路に接した腫瘍は右室心筋の一部とともに切除。人工心肺未使用。病理診断は成熟奇形腫のみで、GTS が疑われた。

Ⅱ－44　胸骨プレートによる再固定術を要した重症筋無力症合併胸腺腫の 1 手術例

筑波大学附属病院　呼吸器外科
黒田啓介、後藤行延、佐藤沙喜子、河村知幸、柳原隆宏、
佐伯祐典、小林尚寛、菊池慎二、佐藤幸夫

症例は 65 歳女性。身長 159cm、体重 71.2kg（BMI：28）。重症筋無力症合併の胸腺腫に対し、胸骨正中切開による拡大胸腺摘出術を施行した。術後床上座位までであったが、CT 上、胸骨ワイヤー 5 本で閉鎖固定した胸骨の離開拡大を認め、術後 12 日目に胸骨プレートを用いた胸骨再固定術を施行した。その後は再離開なく軽快し退院した。胸骨プレートを含む、ワイヤー以外の胸骨固定法と適応について考察する。

Ⅱ－45　異所性副甲状腺機能亢進症に対し胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術を施行した 2 例

獨協医科大学病院　呼吸器外科
今村信宏、立花太明、伊藤祥之、井上　尚、荒木　修、
前田寿美子、千田雅之

【症例 1】83 歳女性。尿路結石に対する精査中、血清 Ca、intact-PTH 高値、尿中 Ca 排泄亢進を認めた。上縦隔に異所性副甲状腺腫を疑う結節があり、胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術を施行した。【症例 2】49 歳男性。CKD で維持透析中、副甲状腺機能亢進症がコントロール不良のため紹介。前縦隔の腫瘤が責任病変と考えられ、胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術を施行した。いずれの症例も術後に Ca、intact-PTH 値は正常化し、副甲状腺機能亢進症は改善した。

Ⅱ－46　胸壁転移した Gastrointestinal stromal tumor（GIST）の 1 例

1 東京女子医科大学病院　呼吸器外科
2 東京女子医科大学病院　病理診断科
四手井博章[1]、井坂珠子[1]、光星翔太[1]、高圓瑛博[1]、前田英之[1]、
青島宏枝[1]、長嶋洋治[2]、神崎正人[1]

60 歳代男性。8 年前に巨大胃 GIST に対して、噴門側胃切除術を施行。術後化学療法継続中、胸腹部 CT で肝転移、左第 6 肋間に胸壁転移を認めた。先行して肝部分切除術を施行。その後胸壁転移に対して腫瘍を含め、左第 6、7 肋骨切除を施行した。病理所見では紡錘形細胞が密に増殖し、免疫染色では CD34 陽性、vimetin 陽性であり、GIST と診断した。GIST 胸壁転移の 1 例を報告する。

17：50〜18：30　縦隔・胸壁疾患 3

座長　　**菱　田　智　之**（慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器））

Ⅱ－47　縦隔原発 Seminoma の 1 切除例

1 関東中央病院
2 吉田メディカルクリニック
3 東京医科大学　呼吸器・甲状腺外科学
福田賢太郎[1]、加藤靖文[1]、松原泰輔[1]、吉田浩一[2]、林　博樹[1]、
池田徳彦[3]

症例は 40 歳代の男性。胸部違和感と咳嗽を主訴に前医を受診した。精査にて前縦隔腫瘍の診断となり当院紹介となった。CT ガイド下針生検で seminoma の診断で化学療法（BEP　3 コース）施行。効果は PR（110mm→43mm）で残存腫瘍切除施行の方針となる。胸腺全摘＋心膜・右横隔神経・右肺部分合併切除で R0 で切除できた。No residual cell で pathological CR であった。術後補助療法なしで術後 1 年 2 ヶ月無再発生存中である。

Ⅱ－48　COVID-19 を契機に発見された胸腺腫の 1 例

昭和大学横浜市北部病院
鈴木浩介、北見明彦、高宮新之介、大橋慎一、田中洋子、
植松秀護、門倉光隆

2020 年は SARS-CoV-2 により全国の医療機関が大きな影響を受け、4 月 1 日には日本外科学会より外科手術に関する提言が発出され、当院でも一時的に診療制限がかかり手術件数の減少を認めた。緊急事態宣言解除後、手術件数は例年水準まで改善しているが、COVID-19 罹患歴のある患者の手術も増えてきている。
今回我々は COVID-19 を契機に発見された胸腺腫の 1 例を経験したので、当院での新型コロナウイルス禍における診療の状況も含め報告する。

Ⅱ－49　IV 期左上葉肺癌治療後 7 年で出現した右上縦隔病変の診断に苦慮した一例

聖路加国際病院　呼吸器外科
廣田晋也、板東　徹、小島史嗣、末吉国誉、大坪巧育

症例：49 歳男性、X-8 年に脳転移を伴う左上葉肺癌に対し部分切除を受け、肺多型癌の診断。集学的治療で 7 年間無再発だったが X-1 年に右肺上葉のすりガラス結節、X 年に右上縦隔病変が出現し、後者は 43x35mm まで増大。EBUS-TBNA で腺癌の結果で、縦隔原発・再発・右肺の転移が考えられ手術企画。肺部分切除と縦隔腫瘍摘出を胸腔鏡下に完遂した。組織学的には、右肺は微小浸潤癌、上縦隔病変は多型癌のリンパ節転移との結果。術後は化学療法をせず経過観察中である。

Ⅱ－50　気管狭窄を伴う肋骨原発骨巨細胞腫の 1 切除例

慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器）
鈴木嵩弘、朝倉啓介、政井恭兵、加勢田馨、菱田智之、淺村尚生

30 代の女性に発生した右第 5 肋骨原発の骨巨細胞腫について報告する。腫瘍は右胸腔を占拠して気管を圧排・狭窄し、他院で気管ステントが留置された。腫瘍の増大により気管狭窄が進行し、当院へ紹介された。窒息死を回避するために、まず巨大腫瘍の胸腔内部分を切除して、気管狭窄の解除に成功した。術後 3 か月後に、腫瘍の胸壁部分を、第 3-7 肋骨と第 4・5 胸椎と共に切除して、腫瘍の完全切除に成功した。

Ⅱ－51　胸腔鏡下縦隔リンパ節生検時に肺静脈損傷を来した IgG4 関連疾患の 1 例

筑波大学病院呼吸器外科
佐藤沙喜子、佐伯祐典、河村知幸、佐藤幸夫

IgG4 関連疾患は高 IgG4 血症と IgG4 陽性形質細胞の組織浸潤を特徴とした全身性・慢性炎症性のリンパ増殖性疾患である。炎症細胞浸潤による周囲臓器への強固な癒着を呈することがあり、生検の際には注意が必要である。【症例】63 歳女性。CT で右肺靭帯リンパ節腫大、心嚢内多発結節を認めた。高 IgG4 血症を認め、IgG4 関連疾患が疑われたが、悪性リンパ腫との鑑別のため胸腔鏡下リンパ節生検を施行。リンパ節は右下肺静脈と強固に癒着し、剥離の際に肺静脈を損傷、開胸移行を余儀なくされた。

第Ⅲ会場　Live 配信

8：05～9：01　学生発表（心臓・肺・食道）

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）
　　岩　橋　徹（東京医科大学　心臓血管外科学分野）

学生発表

Ⅲ－1　成人大動脈縮窄症に対する血管内治療後にステント内血栓による再狭窄をきたした一手術例

千葉大学医学部附属病院　心臓血管外科
花塚拓也、上田秀樹、渡邉倫子、坂田朋基、黄野皓木、
松浦　馨、乾　友彦、焼田康紀、松宮護郎

24 歳男性。2 年前、上半身の高血圧の精査で CoA を指摘され紹介。無症状ながら 57mmHg の圧較差を認めためステントグラフト内挿とバルーン拡張を行い、圧較差は 25mmHg まで改善した。しかし術後 2 年で上半身の高血圧が再燃し下肢の易疲労感も出現。造影 CT でステント内血栓により内径 5mm と再狭窄を認めたため、縮窄部をグラフトの一部と共に切除し、人工血管で間置し圧較差は消失した。

学生発表

Ⅲ－2　造影 CT で診断が困難であった急性大動脈解離の一例

山梨大学医学部附属病院　心臓血管・呼吸器・小児外科
浦島哲大、中島博之、荻原千恵、四方大地、吉田幸代、
河合幸史、白岩　聡、村田眞哉、榊原賢士、加賀重亜喜

症例は 67 才女性。胸痛のため前医受診。造影 CT では上行大動脈以遠に解離を認めず、心電図変化、トロポニン陽性であったため AMI が疑われた。CAG を行ったが造影困難のため、AOG を施行したところ flap を認め、急性大動脈解離と診断とされた。当院へ搬送後、緊急手術を施行した。エントリーは valsalva 洞内に限局してらせん状に認め、ベントール手術を施行し経過良好であった。

学生発表

Ⅲ－3　植込型 VAD（HeartMate　II）のドライブライン損傷の 1 例

自治医科大学　心臓血管外科学
木村光広、相澤　啓、楜沢壮樹、板垣　翔、菅谷　彰、
上杉知資、世古口知丈、堀越崚平、清水圭佑、川人宏次

植込型 VAD のドライブライン損傷は稀な合併症であるが、軽微な損傷でもポンプ停止に直結する重大事象であり、早急な原因究明とポンプ交換が必要である。症例は 59 歳男性。原疾患は拡張型心筋症で、HeartMate II 植込み後 1 年 4 カ月時に警告アラームが表示され、ログファイルを解析した結果、ドライブライン断線と診断し、ポンプ交換手術を行った。原因は体動に伴う繰り返し屈曲による内部導線の断線であった。

学生発表

Ⅲ－4　アルゴンプラズマ凝固を併用した根治的胸膜切除/肺剥皮術と集学的治療により長期生存が得られている悪性胸膜中皮腫の 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
柚山大輔[1]、東　陽子[1]、佐野　厚[1]、肥塚　智[1]、坂井貴志[1]、
大塚　創[1]、磯部和順[2]、栃木直文[3]、岸　一馬[2]、伊豫田明[1]

症例は 70 代男性。右側の上皮型悪性胸膜中皮腫 臨床病期 IA 期に対し、根治的胸膜切除/肺剥皮術中にアルゴンプラズマ凝固による焼灼を加えた。現在術後 5 年 4 ヵ月経過し生存中である。当科で行っている手術手技について、文献的考察を加えて報告する。

学生発表

Ⅲ－5　肺門部浸潤型肺癌との鑑別診断を要した前縦隔悪性リンパ腫の一切除例

東京医科大学　呼吸器甲状腺外科
飯塚智子、嶋田善久、工藤勇人、牧野洋二郎、前原幸夫、
萩原　優、垣花昌俊、大平達夫、池田徳彦

47 歳女性。主訴は胸部異常陰影。前胸部から左肺動脈本幹に接する 6cm の充実性腫瘤を認めた。縦隔浸潤を伴う肺癌あるいは左上葉に浸潤する縦隔腫瘍を疑い、手術を施行した。左開胸で縦隔より発生する腫瘍が左肺門部、心膜に浸潤していたため、縦隔腫瘍・左上葉切除、心膜合併切除・再建を行った。術後 7 日目に退院。病理組織診断では悪性リンパ腫であった。診療経過と考察を発表する。

学生発表

Ⅲ－6　肺カルチノイド術後 15 年の経過で肺切除断端に腫瘤形成を来した 1 例

1 昭和大学医学部
2 昭和大学横浜市北部病院
横塚紳之介[1]、植松秀護[2]、高宮新之介[2]、大橋慎一[2]、田中洋子[2]、
鈴木浩介[2]、北見明彦[2]

78 歳女性。20 年前に左下葉原発肺カルチノイドに対する肺部分切除術を施行。5 年前に指摘された左肺野異常影増大のため当院紹介された。左 S8 に石灰化を伴う 40mm 大の結節影を認め、FDG-PET で SUVmax=8.91 であった。診断・治療目的に左 S8 区域切除術を施行。病理で前回手術の縫合糸肉芽が見られた。これとは非連続性の類上皮肉芽腫および壊死が見られたが抗酸菌は確認されなかった。組織培養で *Aspergillus fumigatus* を認めた。

学生発表

Ⅲ－７　食道癌術中神経モニタリング解析による麻痺発生の原因分類と傾向

東京慈恵会医科大学附属柏病院　外科
前田夏奈子、湯田匡美、岩崎泰三、高橋直人、秋葉直志

【背景】反回神経麻痺は術中に発生を確認することが困難で対策が難しい。我々は術中神経モニタリング（IONM）を用い損傷ポイントの確認を試みている。【対象・方法】2018 年以降の IONM を施行し麻痺を生じた 11 例を対象とした。IONM の反応消失ポイントと手術 video を対比し原因分類した。【結果】麻痺の発生は左右それぞれ 9 例/2 例。原因別ではエネルギーデバイス 2 例、出血 3 例、過牽引 6 例であった。【考察】IONM による解析は危険な操作の確認に有用である。

9：10〜9：58　心臓腫瘍

座長　　**松　浦　　馨**（千葉大学大学院医学研究院　心臓血管外科学）

Ⅲ－8　大動脈弁より発生した乳頭状線維性弾性腫を切除した2例

千葉県循環器病センター　心臓血管外科
戸石　峻、阿部真一郎、山本浩亮、山田隆熙、長谷川秀臣、
浅野宗一、村山博和

【症例】62歳男性と72歳女性【現病歴】共に開心術術前精査のTEEにて大動脈弁にVegetation様の所見を認めた。塞栓症のリスクがあると判断し、術中に追加で大動脈弁を観察することとした。【手術所見】大動脈弁を観察すると、大動脈弁組織に線維状の付着物を認め切除した。G染色で陰性でのため、大動脈弁は温存となった。【病理所見】共に乳頭状線維弾性腫と診断された。【考察】乳頭状線維性弾性腫に対して文献的考察を含め報告する。

Ⅲ－9　三尖弁置換、右冠動脈再建を要した巨大血管肉腫の一例

榊原記念病院　心臓血管外科
池田　陸、在國寺健太、山中将太、岩倉具宏、下川智樹

40歳男性、眼前暗黒感を主訴に受診。検査で右房、右室に2つの巨大腫瘤を別個に認め、三尖弁、肺動脈弁に接し嵌頓の危険性があり緊急手術を行った。心嚢液は血性、右房腫瘤は心外膜に露出し房室間溝を超え右冠動脈、三尖弁輪に浸潤していた。右室腫瘍はTodaro索から起始し三尖弁に癒着していた。両腫瘤を全摘出し、三尖弁輪から右房前面は牛心膜で再建、三尖弁置換、右冠動脈は大伏在静脈で再建し手術を終了した。摘出腫瘤は47×70mm、59×52mmで組織診断は血管肉腫であった。

Ⅲ－10　学校健診で発見された右室粘液腫に対して腫瘍切除とCryoablationによる再発予防を行なった1例

1 相模原協同病院　心臓血管外科
2 北里大学医学部　心臓血管外科
村井佑太[1]、田中佑貴[1]、中島光貴[1]、北村　律[1]、宮地　鑑[2]

19歳男性。学校健診で収縮期雑音を指摘。心エコー、MRIで右室流出路に可動性のある有茎性腫瘤を認め、嵌頓による突然死リスクが高く、準緊急で摘出術を施行。三尖弁越しに右室流出路中隔側に付着した有茎性腫瘤を確認。根本から切除、再発予防で付着部にCryoablationを行なった。病理組織より粘液腫と診断。予防には健診が極めて重要であり、また腫瘍残存、再発を考え、Cryoablationも考慮すべきである。

Ⅲ－11　肺血栓塞栓症を合併した右房粘液腫の1例

自治医科大学　心臓血管外科学
菅谷　彰、上杉知資、清水圭佑、堀越崚平、世古口知丈、
楜澤壮樹、板垣　翔、相澤　啓、斎藤　力、川人宏次

47歳女性。主訴は安静時呼吸困難。心臓超音波検査で径2cm大の右房腫瘍と造影CTで右肺静脈と左下肺静脈に血栓を認めた。肺動脈の腫瘍塞栓を合併した右房腫瘍の診断で緊急手術を施行した。手術ではコッホの三角に付着する腫瘍を切除した後、右肺動脈を切開し血栓を可及的に摘除した。術後、在宅酸素療法を導入し退院した。病理検査では粘液種の診断であった。

Ⅲ－12　足底の紫斑、脳梗塞を契機に診断された左房粘液腫の1例

山梨県立中央病院
横山毅人、日野阿斗務、津田泰利、中島雅人

症例は55歳男性。足底の紫斑を主訴に近医受診し血管炎が疑われていた。今回左半身麻痺で当院に救急搬送され、CTで脳梗塞と診断され緊急入院となった。心臓超音波検査で心臓腫瘍を認め、来院1週間後に心臓腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は多房性ゼリー状で心房中隔に付着しており付着部を含め腫瘍を摘出した。病理診断は左房粘液腫で、足底紫斑部の生検を行ったが粘液腫細胞を認め粘液腫の塞栓症と考えられた。四肢末梢の塞栓症が初発症状である左房粘液腫は比較的稀であり文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ－13　巨大左房粘液種の1例

群馬県立心臓血管センター
岡田修一、江連雅彦、長谷川豊、山田靖之、星野丈二、
森下寛之、金澤祐太、加我　徹

症例は68歳女性。生来健康で既往歴はなし。労作時息切れを主訴に近医受診、心不全の診断で当院を紹介となった。心エコーで左房内を占拠する約60mm大の腫瘍を認め、拡張期に左室内に突出していた。手術は、心房中隔、右側左房壁と共に腫瘍を摘出した。病理所見は粘液種であった。経過良好にて術後21日目に退院となった。文献的考察を加えて報告する。

10：00〜10：48　先天性心疾患 1

座長　　**加　藤　秀　之**（筑波大学附属病院　心臓血管外科）

Ⅲ－14　重症大動脈弁狭窄症、僧房弁狭窄症に対して Konno 法を用いて 2 弁置換した一例

群馬県立小児医療センター
井上崇道、岡　徳彦、林　秀憲

症例は 11 歳男児。生後 10 ヵ月にて不完全房室中隔欠損症、大動脈縮窄症に対して房室中隔欠損症根治術、大動脈弓形成術を施行。徐々に左室流出路狭窄を来し、4 歳時に大動脈弁下狭窄解除術を施行。6 歳時に僧房弁狭窄症を認め、僧帽弁形成術を施行。その後、緩徐に大動脈弁狭窄症、僧房弁狭窄症が進行し、再手術の方針となった。術前計測 13mm の狭小大動脈弁輪を Konno 法にて拡大し、機械弁で大動脈弁及び僧帽弁を置換した。本症例について文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ－15　演題取り下げ

Ⅲ－16　Norwood 術後に進行した四尖の新大動脈弁逆流、新大動脈基部拡大、肺動脈狭窄に対し Glenn 手術時に三尖化による新大動脈弁形成、新大動脈基部形成、肺動脈形成術を併施した 1 例

千葉県こども病院
伊藤駿太郎、青木　満、熊江　優、伊藤貴弘、腰山　宏、
萩野生男

5 か月の女児。軽度逆流を伴う肺動脈四尖弁、左心低形成の胎児診断あり、日齢 7 で Norwood 手術を施行。術後弁逆流は中等度以上へ進行し、また新大動脈基部軽度拡大と肺動脈狭窄を認めた。5 か月時に Glenn 手術を施行、三尖化による新大動脈弁形成、新大動脈基部形成、肺動脈形成術を併施。術後弁逆流はごく軽度に制御され、肺動脈狭窄も改善。術後 18 日目に退院。

Ⅲ－17　左房へ直接還流する左上大静脈遺残を合併した心房中隔欠損症の 1 例

東京大学医学部附属病院　心臓外科
寺川勝也、星野康弘、柴田深雪、平田康隆、小野　稔

症例は 4 歳男児。幼稚園の検診で心雑音を初めて指摘され精査。ASD（二次孔および静脈洞型）と左房へ還流する PLSVC を指摘。手術は ASD 閉鎖に加え、PLSVC を大動脈、肺動脈の前面を通して右心耳へ吻合する形で再建した。再建にあたり PLSVC は左心耳および左房組織を一部合併切除した上でロール状に形成し距離を確保した。術後のエコーで PLSVC 再建部位に異常を認めず。今回、左房へ還流する PLSVC の再建手技に関する文献的考察を加えて発表する。

Ⅲ－18　乳児バルサルバ洞動脈瘤の経験

横浜市立大学附属病院　心臓血管外科
合田真海、益田宗孝、鈴木伸一、町田大輔、富永訓央、
金子翔太郎、増田　拓

症例は 11 ヶ月女児。2130g で出生し、当初は VSD（pm-out）の診断で日齢 40 に肺動脈絞扼術施行。ICR 前の精査で前方に大きく Clockwise rotation した NCC と同部位の Valsalva 洞動脈瘤の破裂様所見を指摘された。AR は認めなかった。VSD 閉鎖、肺動脈絞扼解除とともに、Valsalva 洞動脈瘤閉鎖を処理自己心膜で行った。瘤壁内には Trabecuration を認め明かな破裂の所見は認めなかったが、Valsalva 洞動脈瘤としては非典型的な所見であった。術後 AR 出現無く良好な経過であった。

Ⅲ－19　右側大動脈弓、大動脈弓離断形成後、肺動脈絞扼術後、両大血管右室起始の大動脈弁狭窄に対して Yasui 変法を行った治療経験

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 5 ヵ月女児、診断は右側大動脈弓、大動脈弓離断形成後、肺動脈絞扼術後、気管圧排による気管狭窄、気管切開後であった。術前検査で、大動脈弁の成長認めず修復後の狭窄が予測されたため、Yasui 変法の方針とした。手術では、DKS 吻合、心内トンネル作成、右室流出路形成（右室肺動脈導管）を行った。術後は気管圧迫所見も改善していた。本症例について文献的考察を加えて報告する。

10：50〜11：46　先天性心疾患２

座長　　**岡　村　　達**（北里大学病院　心臓血管外科）

Ⅲ－20　PH を伴う VSD に対し Treat and Repair を施行した一例

慶應義塾大学　外科（心臓血管）
若田部誠、木村成卓、秋山　章、志水秀行

在胎 27 週 1 日、687g にて予定帝王切開で出生した男児。PH を伴う VSD・21 trisomy・慢性肺疾患を認めた。月齢 5 で NO 使用下に PA banding を施行。術後は PDE5 阻害薬と HOT を導入。術後 6 ヶ月の PVRI 3.5 であり、月齢 11 で心内修復術を施行。心内修復後 8 ヶ月で PVRI 3.29 まで改善。現在 HOT から離脱し外来経過観察中である。VSD/PH に対する Treat and Repair について文献的考察を交え報告する。

Ⅲ－21　大動脈縮窄、多発性心室中隔欠損および Borderline LV に対して 3 期的 2 心室治療を行なった 1 例

昭和大学病院
宮原義典、樽井　俊、石野幸三、石井瑤子、長岡孝太、
清水　武、大山伸雄、喜瀬広亮、藤井隆成、富田　英

CoA/multiple VSDs（pmVSD+muscular VSDs）、PLSVC、Hypoplastic LV、ASD（II）の女児に対して、生後 3 日目（2.7kg）に大動脈弓再建＋肺動脈絞扼術を施行した。心室中隔欠損閉鎖後の心機能低下リスクと低形成左室から単心室治療も考慮されたが、2 歳時に ASD semiclosure を施行、3 歳（13.7kg）でサンドイッチ法による心内修復を施行して 2 心室修復を達成した。治療戦略および経過を報告する。

Ⅲ－22　左右肺動脈の連続性を失い極度の低形成となった左肺動脈に対し段階的手術を経て救済し得た ccTGA、PA、VSD、MAPCA の 1 例

神奈川県立こども医療センター　心臓血管外科
曹　宇晨、五十嵐仁、浅井英嗣、橘　　剛

症例は ccTGA、PA、VSD、MAPCA の男児。生後 3 ヵ月で Melbourne shunt、1 歳 1 ヵ月で右 MAPCA の UF を施行した。その後左肺動脈の血流はほぼ途絶してしまったため、2 歳 5 ヵ月時に側開胸による左肺動脈形成＋左 mBTS を施行後、3 歳 5 ヵ月時に正中から左 UF＋palliative Rastelli を行い、良好な肺血管床を得た。4 歳 10 ヵ月現在根治術待機中である。

Ⅲ－23　完全大血管転位、Senning 後の残存心房間シャントに伴う肺高血圧に対して Jatene を施行した 1 例

榊原記念病院　心臓血管外科
加部東直広、小森悠矢、桑原優大、和田直樹、高橋幸宏

32 歳女性。新生児期に診断、5 ヶ月時に Senning 施行。残存心房間シャントがあり、23 歳時のカテーテル検査では左右心室は等圧にて内科的治療となった。32 歳時では、肺高血圧は認めるも、心機能低下なく、酸素による急性肺血管拡張を認めた。肺動脈の可逆性及び左室の体循環としての耐用性があると判断し、肺高血圧の進行と将来的な右室機能低下を加味し Senning 解除、Jatene 施行。術後 Impella、ECMO を必要としたが、術後 92 日目に自宅退院。

Ⅲ－24　MA、DORV、AS、Hypoarch、PDA に対する rapid two staged modified Norwood 手術例

北里大学病院　心臓血管外科
松永慶廉、岡村　達、中島理子、田村佳美、八鍬一貴、
荒記春奈、藤岡俊一郎、美島利昭、北村　律、鳥井晋三、
宮地　鑑

症例は day27 女児。37 週 2 日、2660g で出生。MA、DORV、AS、Hypoarch、CoA、PDA と診断。在胎 37 週出生のため体外循環を用いた手術を回避し day4 に両側肺動脈絞扼術、day27 に 3.5mm BT shunt を使用した rapid two staged modified Norwood 手術を施行、経過良好のため術後 3 週間で退院。生後 4 カ月にて両方向性グレン手術及び大動脈修復術を施行し現在フォンタン型手術待機中である。

Ⅲ－25　新生児期に瘻孔閉鎖を行った coronary arteriovenous fistula の一例

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、山本裕介、磯部　将

出生後冠動脈瘻（左冠動脈－右心室）の診断で当院へ転院搬送。瘻孔径は約 7mm と大きく肺血管抵抗低下による coronary steal を懸念し、日齢 12 で準緊急手術となった。手術は人工心肺使用、心停止下で施行。冠動脈瘻末梢側直上を切開し左冠動脈と右室の交通路をそれぞれ自己心膜でパッチ閉鎖した。切開した瘻孔管腔は exclusion し閉鎖した。術後心機能低下や虚血変化はなく POD 30 で退院。冠動脈瘻は稀な疾患で特に新生児期の手術報告は少なく、文献的考察を加え報告する。

Ⅲ－26　成人期動脈管開存症及び大動脈弁閉鎖不全症を低侵襲ハイブリッド手術で一期的に治療した一例

埼玉石心会病院　心臓血管外科
陣野太陽、加藤泰之、山内秀昂、伊達勇佑、佐々木健一、
清水　篤、木山　宏、小柳俊哉

74 歳女性。息切れで受診。心エコーで動脈管開存症（PDA）及び大動脈弁閉鎖不全症が判明。右心カテーテル検査で Qp/Qs=1.6。右総大腿動脈アプローチで胸部ステントグラフト内挿術（Navion 34×90mm）を施行し PDA を閉鎖。次いで右第 3 肋間開胸、右総大腿動静脈より人工心肺を確立し MICS AVR（Inspiris 25mm）を施行。術後心エコーで短絡血流消失を確認。術後経過は安定しており自宅退院。

13：50〜14：30　大血管 1

座長　　**遠　藤　大　介**（順天堂大学医学部附属順天堂医院　心臓血管外科）

Ⅲ－27　全弓部置換後に発症した大動脈食道瘻に対し TEVAR に続き人工血管置換術＋広背筋皮弁充填により救命し得た一例

東京大学　心臓外科
井戸田佳史、山内治雄、嶋田正吾、李　洋伸、小野　稔

66 歳男性。他院で 6 年前に全弓部置換術を施行。本年 6 月に縦隔炎を発症し大網充填を行ったが 7 月にグラフト感染から末梢側吻合部に仮性瘤を形成し大動脈食道瘻を併発したため止血目的に下行大動脈 TEVAR を施行された。5 週間の抗生剤投与、絶飲食で加療継続されたが根治治療目的に当院紹介転院。左開胸にて縦隔膿瘍の術中細菌検査陰性を確認し下行大動脈人工血管置換術＋広背筋皮弁充填を施行。さらに 4 週間の抗生剤投与後軽快退院した。

Ⅲ－28　上行弓部置換（Gelweave　Lupiae）術後 1 ヶ月で発症した特発性（非吻合部）人工血管出血の 1 例

成田赤十字病院
平野祐一、西織浩信、大津正義、渡邊裕之

74 歳男性。弓部真性瘤を合併する A 型（DB2 型）解離に対し、上行弓部置換+OSG を施行。術後造影 CT にて OSG の Type1b エンドリークを認め、早期の追加 TEVAR を予定し、退院。退院後 13 日（POD30）に胸痛、心タンポナーデ、ショックで再入院。左前側方開胸にて心タンポナーデ解除後、TEVAR 施行するも心嚢内の出血が続き、胸骨正中切開。人工血管胴部後壁からの pinhole 出血を確認。直接縫合にて止血した。

Ⅲ－29　関節リウマチに合併した右胸腔を占拠する巨大な上行大動脈瘤の一例

千葉県循環器病センター　心臓血管外科
山田隆熙、長谷川秀臣、戸石　陵、山本浩亮、阿部真一郎、
浅野宗一、村山博和

関節リウマチで免疫抑制剤内服中の 72 歳女性。1 週間前より息切れを自覚。前医を独歩で定期受診した際に右胸腔の大半を占める巨大な上行大動脈瘤を指摘され当院に転院搬送。搬送中に著明な呼吸障害となり、当院到着時には意識障害を呈していた。severe AR もあり、緊急で上行置換+大動脈弁置換術を施行。術後に間質性肺炎が増悪し長期入院管理を要したが、歩行可能なまでに改善し術後 53 日に転院。文献的考察を加え報告する。

Ⅲ－30　Bentall＋部分弓部置換術後の末梢吻合部仮性瘤に対して TEVAR 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
佐藤哲彰、岡本竹司、鳥羽麻友子、榎本貴士、中村制士、
大久保由華、三島健人、白石修一、土田正則

68 歳、男性。64 歳時に Stanford　A 型急性大動脈解離に対して、緊急で Bentall＋部分弓部置換術（右腕頭動脈、左総頸動脈再建）を施行。術後 3 年目の CT で、部分弓部置換の末梢吻合部仮性動脈瘤を認めた。開心術後、透析患者で左前腕にシャントがあり、小口径ステントグラフトを使用した開窓枝付きの TEVAR を行った。術後経過は良好で、術後 CT ではエンドリークは認めず、退院した。

Ⅲ－31　Clostridium perfringens による感染性大動脈瘤

順天堂大学　心臓血管外科
上川祐輝、大石淳実、浅井　徹、山本　平、嶋田晶江、
遠藤大介、西田浩介、李　知榮、天野　篤

Clostridium　perfringens による感染性大動脈瘤は稀であり早期手術介入しないと致死的な疾患である。今回早期診断、手術介入し軽快した症例を経験したので報告する。症例は 79 歳男性、2 ヶ月前胆嚢炎で入院、今回胆嚢炎再発疑いで再入院した。血液培養で C. perfringens 陽性、造影 CT で気腫性変化を伴う胸部大動脈瘤を指摘、感染性大動脈瘤の診断で当院に搬送、短期間で急速な瘤拡大を認め、準緊急に手術となった。文献的考察を加えて報告する。

14：30〜15：10　大血管２

座長　　伊　藤　　努（慶應義塾大学医学部　外科学（心臓血管））

Ⅲ－32　Zone 0 debranch TEVAR 後の胸部大動脈瘤に対して弓部置換術を行った症例

東京慈恵会医科大学附属柏病院
雨谷　優、長沼宏邦、川田典靖、村松宏一

胸部大動脈瘤に対し８年前に 2-debranch TEVAR（zone 1）を行ったものの、ステントグラフトの migration に伴う endoleak、瘤拡大を認め２年前に TEVAR（zone　0、Najuta）を追加した。瘤拡大と大動脈弁狭窄症の進行を認め、今回大動脈弁置換術、ステントグラフト抜去、弓部置換術を行った。TEVAR 後の開胸手術に関しては近年多くの報告があるが、Zone 0 debranch TEVAR 後の弓部置換術は症例が限られており、かつ手術方法も定型化されていないため文献的考察を交えて報告する。

Ⅲ－33　胸腹部置換術後の吻合部仮性瘤による DIC に対し Chimney 法を用いた TEVAR が奏功した１例

慶應義塾大学医学部　外科（心臓血管）
奈良　努、伊藤　努、金山拓亮、志水秀行

73 歳男性。StanfordB 型解離性大動脈瘤に対して 25 年前に胸腹部置換術を施行。3 年前に中枢側大動脈吻合部仮性瘤に対して TEVAR を施行したが瘤径縮小せず。今回、出血傾向と汎血球減少を認めた。造影 CT で仮性瘤拡大と造影剤漏出を認めたが部位は同定できず、4DCT にて腹腔動脈吻合部と上腸間膜動脈下の人工血管本体からのリークが判明した。消費性凝固障害による DIC と考え、腹腔動脈コイル塞栓後、SMA に Chimney 法を用いた TEVAR を施行し、DIC の改善を認めた。

Ⅲ－34　Leriche 症候群を合併した胸腹部大動脈瘤切迫破裂に対し解剖学的バイパス術及び分枝再建 TEVAR で救命した一例

イムス東京葛飾総合病院
小松卓也、中村智一、吉田成彦

64 歳男性、主訴は腹痛。CT で椎体破壊を伴う胸腹部大動脈瘤を認め切迫破裂と診断した。加えて腹部大動脈から両総腸骨動脈が閉塞していた。維持透析で車椅子レベルのため開胸開腹での緊急手術は危険性が高く、分枝再建 TEVAR ではアクセス血管がない。侵襲を開腹に留めるべく解剖学的バイパス術の後、右脚から上腸間膜動脈へバイパスし左脚に下腸間膜動脈を再建してから TEVAR を行った。グラフトデザインに工夫を要した。合併症無く退院され半年が経過した。

Ⅲ－35　上行置換術後の弓部大動脈瘤に対して、zone 0 landing TEVAR 施行した症例

筑波記念病院　心臓血管外科
有馬大輔、末松義弘、松本龍門、倉橋果南、西　智史、吉本明浩

62 歳　男性。大動脈解離で上行置換術後。残存解離に対して TEVAR が施行。弓部大動脈瘤の拡大で type　Ia エンドリークが増加し、手術の方針。大腿動静脈から人工心肺を確立。再開胸し、癒着を剥離。上行大動脈グラフトを部分遮断して branched　graft を吻合。腕頭動脈、左総頚動脈、左鎖骨下動脈を graft と吻合。その後、zone 0 landing TEVAR を施行。術後 CT でエンドリークは消失。上行置換術後の弓部瘤には total debranching TEVAR も考慮される。

Ⅲ－36　OPCAB 術後、弓部大動脈瘤に対し Najuta による 2 debranch TEVAR を施行した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

冠動脈バイパス術後の 76 歳男性。左鎖骨下動脈腹側の弓部嚢状大動脈瘤が６カ月で 32mm から 36mm に増大したため、開窓式ステントグラフトである Najuta の留置を施行した。上行大動脈の大伏在静脈バイパスが閉塞しないことを工夫した 2 debranch TEVAR を施行したので報告する。

16：20〜17：00　大動脈解離 1

座長　　縄　田　　寛（聖マリアンナ医科大学　心臓血管外科）

Ⅲ－37　TAVI（Sapien3）後に発症した急性大動脈解離に対する治療経験

聖マリアンナ医科大学病院　心臓血管外科
鈴木寛俊、千葉　清、北　翔太、駒ヶ嶺正英、向後美沙、
縄田　寛、近田正英、西巻　博、宮入　剛

症例は Turner 症候群の既往のある 60 歳女性。重症大動脈弁狭窄症のために緊急にて TAVI を施行。しかし術後に施行した CT で偽腔開存型 Stanford A の大動脈解離を認め同一入院での手術治療を行った。右冠動脈起始部近傍の内膜をデバイスエッジが穿通しそこから entry を形成していた。右冠動脈は再建が困難であり大伏在静脈を用いてバイパスを行った。今回の治療戦略を振り返り文献的考察も踏まえて報告する。

Ⅲ－38　急性脳梗塞を伴う A 型急性大動脈解離に緊急で基部弓部置換を行い神経症状が改善した 1 例

1 藤沢市民病院　心臓血管外科
2 横浜市立大学　外科治療学
小島貴弘[1]、南　智行[1]、藪　直人[1]、津村祥子[1]、山崎一也[1]、
益田宗孝[2]

50 歳男性。主訴は意識障害、左片麻痺。CT 検査で右脳の皮髄境界不明瞭化、弓部分枝の解離と基部拡大を伴う A 型急性大動脈解離を認めた。
緊急で基部弓部置換、オープンステントグラフト内挿術、左鎖骨下動脈開窓術を行った。
意識障害と左片麻痺は術後 7 日目頃から回復、神経症状は高次機能障害を除いて改善し術後 35 日目にリハビリ転院した。
急性脳梗塞を伴った A 型急性大動脈解離の手術加療について検討した。

Ⅲ－39　腹部大動脈瘤に急性 B 型大動脈解離を合併した 1 治験例

足利赤十字病院　心臓血管外科
船石耕士、中嶋信太郎、河西未央、古泉　潔

症例は 58 歳男性。腹部大動脈瘤に対して他院において開腹手術予定であった。突然の背部痛を認め当院緊急搬送、左鎖骨下動脈遠位部に entry を有し外腸骨動脈まで解離している急性 B 型大動脈解離の併発を認めた。左下肢の虚血症状、大動脈解離と腹部大動脈瘤（最大短径 57mm）を合併していたため、腹部大動脈人工血管置換術および TEVAR でのエントリー閉鎖術を施行した。術後経過は概ね良好。腹部大動脈瘤と大動脈解離の合併は比較的稀であるので文献的考察を含めて報告する。

Ⅲ－40　急性大動脈解離重症例に Stepwise External Wrapping を施行した 2 例

筑波記念病院心臓血管外科
松本龍門、末松義弘、有馬大輔、倉橋果南、西　智史、吉本明浩

我々は Stepwise External Wrapping（SEW）法を開発し重症例に選択的に施行してきた。
83 歳男性　心タンポナーデ、ショックバイタルにて搬送。78 歳女性 ショックバイタル、意識障害にて搬送。ともに大腿動脈送血、右房脱血で人工心肺確立。TripleX graft をトリミングし ST junction 上から腕頭動脈起始部まで被覆縫縮した。術後 CT で大動脈のリモデリングを認めた。慎重な検討を要するが SEW 法は conventional な方法で救命困難な重症例に対する新しい術式と考える。

Ⅲ－41　両側頸動脈閉塞、全脳虚血を伴った急性大動脈解離 Stanford A に対して上行大動脈中心送血法にて救命し得た一例

東海大学医学部附属病院　心臓血管外科
山本尭佳、岡田公章、志村信一郎、小田桐重人、尾澤慶輔、
内記卓斗、長　泰則

症例は 91 歳男性。意識障害で当院搬送。来院時 JCS300、右片麻痺、ショック状態であった。精査の CT で両側総頚動脈閉塞と心タンポナーデを伴う急性 A 型大動脈解離の所見であった。家族の強い希望もあり緊急手術を施行した。上行大動脈中心送血後より頭部血流は改善し、術後も脳神経合併症なく軽快退院した。

17：00〜17：40　大動脈解離 2

座長　　**藤　吉　俊　毅**（東京医科大学　心臓血管外科学分野）

Ⅲ－42　Zone0 TEVAR 後に発症した急性 A 型大動脈解離の治療経験

立川綜合病院　心臓血管外科
水落理絵、岡本祐樹、山本和男、葛　仁猛、浅見冬樹、
佐藤大樹、山元奏志、吉井新平

70 歳男性。遠位弓部大動脈瘤で Zone0　TEVAR（Najuta+VIABHAN（左鎖骨下動脈））施行。術後 22 日目に急性 A 型大動脈解離を発症（上行〜頸部分枝解離）。手術では右腋窩＋右大腿動脈送血を立て、ステントグラフトごと大動脈遮断。Entry は上行で、原因は中枢端のステンレス鋼と判断。VIABAHN・ステント骨格の位置関係から、腕頭動脈手前まで大動脈をステントグラフトごと切離し上行置換（腕頭動脈、左総頚動脈再建）。術後 18 日目に独歩退院。

Ⅲ－43　エーラスダンロス症候群に基部破裂および malperfusion を合併した急性 A 型大動脈解離に対する拡大手術の一救命例

東京医科大学病院　心臓血管外科
前川浩毅、藤吉俊毅、荻野　均

症例は 54 歳、男性。ショック状態で搬送。心タンポナーデと下肢 malperfusion を伴う急性 A 型大動脈解離と診断、緊急手術を施行。大動脈基部破裂および弓部〜近位下行大動脈に縦走する巨大エントリーを認め、FET 併用の弓部全置換に加え、自己弁温存基部置換を施行。基礎疾患にエーラスダンロス症候群を認め、基部破裂、左総頚動脈と右下肢 malperfusion 合併のハイリスク患者に対し、拡大手術を施行し救命したので報告する。

Ⅲ－44　左椎骨動脈起始異常を伴う急性 A 型大動脈解離に対し Fenestrated Frozen Elephant Trunk 法を用いた上行弓部置換術の一例

船橋市立医療センター　心臓血管外科
柴田裕輔、茂木健司、櫻井　学、稲毛雄一、高原善治

急性 A 型大動脈解離は、術前造影 CT のみで診断し、可及的早急に手術を開始している。その為、大動脈弓部分岐異常が術中に判明することもある。左椎骨動脈（VA）起始異常を伴う症例に対する弓部置換術の左 VA の再建方法はこれまでも色々と報告されている。Fenestrated FET 法で左 VA を再建した症例について報告する。

Ⅲ－45　A 型解離に対する LMT　stent で新たな tear が生じた Marfan 症候群の一例

1 横浜市立大学附属市民総合医療センター　心臓血管センター外科
2 横浜市立大学附属病院
森　佳織[1]、内田敬二[1]、奥田尚子[1]、角谷芽依[1]、荒井智弘[1]、
松本　淳[1]、小林由幸[1]、松木佑介[1]、長　知樹[1]、安田章沢[1]、
益田宗孝[2]

Marfan 症候群の 50 歳女性。左冠動脈 malperfusion を伴った急性 A 型解離・心原性ショックの診断。PCI 先行で LMT stent を留置し、基部置換を行った。術中に stent を抜去すると LMT 内に新たな tear が生じていた。内膜損傷が著しかったため LMT は結紮し LAD へのバイパス術を追加した。LMT　stent により内膜損傷が生じた A 型解離の稀な 1 例を報告する。

Ⅲ－46　たこつぼ型心筋症を合併した急性 A 型大動脈解離の 1 例

自治医科大学付属病院　心臓血管外科
清水圭佑、楜澤壮期、相澤　啓、川人宏次

症例は 65 歳男性。主訴は呼吸困難感。著明な心不全（LVEF 10%）と弓部大動脈に Entry を持つ血栓閉塞型 A 型解離を認めた。心機能低下の原因として冠状動脈虚血等は否定的で、たこつぼ型心筋症と診断した。内科的治療で EF　50% に心機能が改善した後、入院後 37 日目にオープン型ステントグラフトを併用した上行弓部置換術を施行した。解離のストレスによる、たこつぼ型心筋症の発症はきわめて稀であるので報告する。

17：50〜18：30　大動脈基部・他

座長　　**島　原　祐　介**（東京医科大学　心臓血管外科学分野）

Ⅲ－47　自己弁温存基部置換術後に再手術を要したLoeys-Dietz症候群の一例

東京慈恵会医科大学附属病院　心臓外科
高木智充、坂東　興、長堀隆一、儀武路雄、松村洋高、
星野　理、中尾充貴、斎藤翔吾、國原　孝

側弯症と漏斗胸を伴う39歳男性。関節リウマチで加療中に心拡大を指摘、精査の末、Valsalva洞径70mm、severe　ARの診断で自己弁温存基部置換術（Remodeling手術）を施行。術中AR（-）だったがPOD7のTEEで大動脈弁尖にperforationを認め再手術施行。大動脈弁は3ヶ所でperforation/fenestrationを認めAVRを施行した。術後経過良好で再手術後12日で退院、遺伝子検査でLoeys-Dietzと判明。文献的考察も含め報告する。

Ⅲ－48　高度弁輪破壊を伴う人工弁感染に対するBentall手術

榊原記念病院　心臓血管外科
増田暁夫、在國寺健太、下川智樹

症例は79歳男性。2年前に大動脈弁置換及び冠動脈バイパス5枝を施行した。翌年人工弁感染と弁輪部膿瘍のため、ウシ心膜による弁輪形成及び再大動脈弁置換を施行した。1年後の今回、低酸素血症で挿管下に転院搬送され、再々感染のため緊急手術を施行した。右冠尖から無冠尖にかけて広範囲に膿瘍を形成し、ウシ心膜で弁輪形成後にBentall手術を施行した。バイパスは全て開存しておりLITAはclampし、静脈グラフトは人工血管に再吻合した。起因菌はB群レンサ球菌で、術後3ヶ月再感染なく経過している。

Ⅲ－49　Sutureless　valveによる弁置換後の人工弁感染に対し、graft insertion techniqueを用いて大動脈基部置換術を施行した一例

千葉西総合病院　心臓血管外科
安元勇人、中村喜次、吉山大貴、黒田美穂、西嶋修平、
中山泰介、伊藤雄二郎、鶴田　亮

症例は87歳男性。2019年6月に大動脈弁狭窄症に対して大動脈弁置換術（PERCEVAL sizeL）を施行。術後は問題なく経過。2020年2月から発熱、倦怠感の持続あり。5月に人工弁感染の診断で緊急手術の方針となった。graft insertion techniqueを用いた大動脈基部置換術を施行。術後は房室blockなく経過良好、術後10日でICUは退室、抗菌薬の点滴終了後に独歩退院となった。

Ⅲ－50　出血性脳梗塞にて手術待機中に感染性脳動脈瘤破裂をきたした大動脈弁位PVEの1例

杏林大学医学部付属病院　心臓血管外科
遠藤英仁、峯岸祥人、土屋博司、稲葉雄亮、窪田　博

症例は74歳男性。57歳；AVR、71歳；大動脈基部置換術（生体弁）を施行。近医にて連鎖球菌によるPVEと診断。入院後に出血性脳梗塞を発症し当院転院。ガイドラインに則り待機手術の方針としたが出血後21日目、左MCA感染性動脈瘤破裂をきたしSTA-MCA bypass施行。術後16日目に再基部置換術（生体弁）を施行。生体弁に多発疣腫が存在。脳出血の増悪再燃なく、30PODに転院し、現在、外来通院中。脳出血合併開心術に関し文献的考察を加え報告とする。

Ⅲ－51　胸骨正中切開・左肋間開胸による大動脈基部及び全弓部置換術の施行例

信州大学　心臓血管外科
茅野周治、和田有子、山本高照、瀬戸達一郎

遠位弓部大動脈瘤において、末梢側吻合部が深く位置することから胸骨正中切開のみでの介入は困難な場合が存在する。症例は70歳男性。遠位弓部巨大大動脈瘤切迫破裂、大動脈基部拡大・中等度大動脈閉鎖不全に対して緊急手術を施行した。末梢側吻合部は気管分岐部より遠位と予想され、胸骨正中切開に左第4肋間開胸を追加した。中等度低体温による循環停止、選択的順行性脳灌流を行い、生体弁Bentall及び大動脈全弓部置換術を施行した。経過良好につき術後17日目に独歩退院した。

第Ⅳ会場　Live 配信

13：30～14：18　食道 1

座長　　宗　田　　真（群馬大学大学院医学系研究科総合外科学講座　消化管外科）

Ⅳ－1　当院での切除不能食道癌に対するバイパス術 3 例の検討

東邦大学医療センター佐倉病院
森山雄貴、北原知晃、吉田　豊、岡住慎一

当院で切除不能食道癌に対して、半切胃管 Roux-Y 食道空腸再建法による食道バイパス術を施行した 3 例を経口摂取開始時期や予後に関して検討した。2017 年～2020 年に施行した症例は気道食道瘻が 1 例、胸腔への穿破が 1 例、気管支浸潤が 1 例である。平均で食事開始は術後 10 日、全粥摂取は 15.5 日、自宅退院は 26.3 日であり、全例で食道バイパス術後に経口摂取を再開できた。術後合併症出現や病態進行により摂食可能期間は短期間ではあるものの、食道バイパス術は ADL 改善が期待できる。

Ⅳ－2　食道癌における NYESO-1 抗体と p53 抗体の予後因子としての意義

東邦大学大学院消化器外科学講座
島田英昭

【目的】食道扁平上皮癌における自己抗体の予後因子としての意義を検討する。【対象と方法】食道扁平上皮癌 85 例の血清自己抗体（NYES-1、p53）を ELISA 法にて解析して臨床病理学的意義と予後への影響を解析した。【結果】抗体陽性率は p53 抗体 32.9%、NYESO-1 抗体 29.4% であった。両者とも有意な予後因子ではなかったが NYESO-1 抗体陽性例で有意に進行癌が多く予後不良の傾向を認めた。【結語】食道癌において NYESO-1 抗体は腫瘍進展ならびに予後不良と関連することが示唆された。

Ⅳ－3　当科における左側臥位胸腔鏡下手術 vs ロボット支援下食道癌手術の検討

昭和大学病院　消化器・一般外科
大塚耕司、五藤　哲、有吉朋丈、山下剛史、茂木健太郎、
青木武士、村上雅彦

2018 年 4 月からロボット支援下食道癌手術を導入し、19 例施行した。体位は胸腔鏡下食道癌根治手術と同様に左側臥位で導入したが、現在は腹臥位へと移行した。胸腔内コンソール時間は 3 時間程で安定し、通常の胸腔鏡下手術と遜色ないが、Davinci　Si における 4arm 使用はセッティングに時間を要し、総手術時間延長、合併症もいまだ満足いく結果ではない。症例数はまだ少ないが、当科における手術成績を報告する。

Ⅳ－4　中部食道憩室内表在癌に対して食道切除術を施行した一例

獨協医科大学　第一外科
上田　裕、中島政信、室井大人、菊池真維子、藤田純輝、
小嶋一幸

【症例】72 歳女性。空腹時違和感を主訴に受診し、上部消化管内視鏡検査にて胸部中部食道に表在型食道扁平上皮癌を認めた。EUS にて固有筋層の菲薄化もしくは欠損を疑い ESD は困難と判断。また病変が一部憩室外にも及んでいたため胸腔鏡下胸部食道切除を選択した。術後合併症なく軽快退院した。病理学的には真性憩室内に発生した表在癌（pT1a-EP）であった。【考察】食道憩室内に発生する癌は稀であり、治療選択にも慎重さを要する。文献的考察を交えて報告を行う。

Ⅳ－5　食道肺瘻を伴う食道癌に対して食道胃管バイパス術を施行した 1 例

昭和大学病院　消化器・一般外科
佐藤義仁、大塚耕司、山下剛史、五藤　哲、有吉朋丈、
青木武士、村上雅彦

患者は 72 歳男性。右上葉肺炎で当科紹介。内視鏡検査で胸部上部に 2cm 径の瘻孔を伴う亜全周性の 3 型腫瘍を認め、食道肺瘻を形成した食道癌と診断した。経鼻的食道ドレナージでは改善せず、胸骨後経路による頸部食道胃管バイパス・肛門側食道外瘻・腸瘻造設を行い、経口摂取が可能となり改善傾向となった。食道肺瘻が上葉に形成された本邦報告例は無く、食道肺瘻を伴う食道癌に対するバイパス手術は、集学的治療のひとつとして有用と考えた。

Ⅳ－6　治療に苦慮した食道癌術後の気管胃管瘻の 1 例

埼玉医科大学国際医療センター
李　世翼、佐藤　弘、宮脇　豊、桜本信一

症例は 70 代男性。胸部中部食道に進行癌を認め術前化学療法後食道切除、胃管再建術施行。術後 6 日目に縫合不全にて保存加療施行。術後 21 日目 CT にて両側肺炎と診断し人工呼吸器管理。同時に気管胃管瘻を認めた。肺炎加療後、術後 30 日目に食道および胃管瘻孔閉鎖術（頸部アプローチ）および大胸筋筋弁被覆術施行した。CT 評価で瘻孔閉鎖は不十分であり気管切開と再度気管瘻閉鎖、胃管部分切除及び食道瘻造設し 2 期的に有茎空腸再建術を施行した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

14：20〜15：00　食道２

座長　　谷　島　　聡（東邦大学医療センター大森病院　消化器センター外科）

Ⅳ－７　食道癌術後に横隔膜ヘルニアを発症し、緊急手術となった１例

東邦大学医療センター佐倉病院
森山雄貴、吉田　豊、川満健太郎、岡住慎一

症例は64歳男性。食道癌に対して、胸腔鏡腹腔鏡下食道亜全摘、後縦隔経路胃管再建頚部吻合を施行した。術後約８か月後に呼吸苦と左背部痛を主訴に救急搬送され、CTにて食道裂孔から横行結腸左側が左胸腔内に脱出し、陥頓による腸管虚血を呈し、穿孔を起こしていることが確認された。緊急での左胸腔ドレナージ、横行結腸部分切除および横隔膜ヘルニア修復を施行し、術後50日目に自宅退院となった。食道癌術後に発症した横隔膜ヘルニアを経験し、今後の予防策も含めて報告する。

Ⅳ－８　PTPシート誤飲により生じた食道穿孔・縦隔炎に対して緊急手術を行った一例

1群馬大学大学院総合外科学講座消化管外科学
2群馬大学大学院総合外科学講座
成澤英司[1]、山口亜理紗[1]、生方泰成[1]、中澤信博[1]、原　圭吾[1]、
酒井　真[1]、佐野彰彦[1]、宗田　真[1]、調　　憲[2]、佐伯浩司[1]

71歳男性。食事のつかえ感で前医受診。内視鏡検査で食道にPTPシートを認め、除去を試みた際に心肺停止となり蘇生後に当院へ搬送となった。CT、食道透視で食道穿孔と診断し、同日、左開胸開腹食道穿孔部閉鎖、大網被覆術、Tチューブ挿入、左胸腔洗浄ドレナージ術を施行した。第51病日にTチューブ抜去し、約３か月後リハビリ目的に転院となった。

Ⅳ－９　外傷を契機に発見された成人のBochdalek孔ヘルニアの一例

千葉大学大学院・医学部　先端応用外科学
米本昇平、浦濱竜馬、磯崎哲朗、豊住武司、村上健太郎、
早野康一、上里昌也、坂田治人、松原久裕

37歳女性。住宅２階から石畳へ飛び下り受傷。意識清明、バイタルサインは保たれ、腰部痛と下肢痛以外の自覚症状は認めず。CTで左胸腔内に腹腔内臓器の脱出あり外傷性左横隔膜ヘルニアを疑い、緊急手術を施行。左横隔膜後背側に胸腔内と連続する10cmの間隙より横行結腸の脱出あり、部位形状から先天的な左側Bochdalek孔ヘルニアと診断し、ヘルニア門を単純閉鎖した。

Ⅳ－10　腹臥位左胸腔鏡下にて食道神経鞘腫核出術を行った１例

獨協医科大学病院
藤田純輝、中島政信、室井大人、菊池真維子、森田信司、
土岡　丘、小嶋一幸

68歳女性。約２年前から嚥下時のつかえ感があり、嚥下時痛も自覚したため上部消化管内視鏡検査を施行。下部食道に壁外からの圧迫による狭窄を認め、EUS-FNAにて4.3CMの食道神経鞘腫の疑いとなった。CT、MRI、PETで左側優位の病変であったため、腹臥位左胸腔鏡下食道粘膜下腫瘍核出術を施行した。合併症なく術後９日で退院となった。病理組織学的検査の結果、食道神経鞘腫と確定診断された。外来で経過観察を行っているが、再発や狭窄症状の出現なく経過している。

Ⅳ－11　デスモイド腫瘍の術後に食道胸腔瘻を併発し難渋した一症例

聖マリアンナ医科大学病院　呼吸器外科
酒井寛貴、木村祐之、宮澤知行、丸島秀樹、小島宏司、佐治　久

34歳女性。６年前、デスモイド腫瘍による気道狭窄のため緊急で体外循環補助下縦隔腫瘍摘出術を施行。今回、発熱・咳嗽を主訴に受診し、食道胸腔漏・気管支漏および膿胸の診断となった。胸腔内掻把術、開窓術を施行し、感染コントロールが良好となり胸腔内遊離皮弁充填術を施行、入院後320日で退院となった。今回我々はデスモイド腫瘍の術後に食道胸腔瘻を併発し難渋した一症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

日本胸部外科学会関東甲信越地方会
2021・2022 年度予定表

回　数	会　長	所　属	開催日	会　場
第 186 回	平松　祐司	筑波大学 心臓血管外科	2021 年 6 月 5 日（土）	JP TOWER Hall & Conference
第 187 回	中山　光男	埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科	2021 年 11 月 6 日（土）	都市センターホテル
第 188 回	福田　宏嗣	獨協医科大学 心臓・血管外科学講座	2022 年 3 月 12 日（土）	栃木県総合文化センター
第 189 回	宮地　　鑑	北里大学医学部 心臓血管外科	2022 年 6 月（土）	未定
第 190 回	岩﨑　正之	東海大学医学部 外科学系呼吸器外科	2022 年 11 月（土）	未定

2020 年 11 月　幹事会決定

ご　案　内

会員の皆様には、日頃会務にご協力いただきましてありがとうございます。
さて、住所変更・入会の折には必ず、下記の事務局宛に提出していただきます
ようお願い申し上げます。

記

◎ご入会・住所変更等の連絡先

日本胸部外科学会関東甲信越地方会事務局

〒112-0004　東京都文京区後楽 2-3-27
テラル後楽ビル 1 階
特定非営利活動法人日本胸部外科学会内
TEL：03-3812-4253　FAX：03-3816-4560
URL：http://square.umin.ac.jp/jats-knt/
E-mail：jatsknt-adm@umin.ac.jp