

第199回 日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時：2025年11月15日（土）

会場：TOIRO（さいたまスーパーアリーナ4F）

〒330-9111 埼玉県さいたま市中央区新都心8番地
さいたまスーパーアリーナ4F TOIRO

総合受付	ロビー
P C受付	ホワイエ
第Ⅰ会場	STUDIO1
第Ⅱ会場	SPACE3+4
第Ⅲ会場	SPACE5
世話人会	ROOM6
幹事会	STUDIO2

会長：山口 敦司

（自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科）

〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区天沼町1-847

TEL：048-647-2111

参加費： 医師・一般 : 3,000円

看護師・他メディカルスタッフ・研修医 : 1,000円

学生 : 無料

※会員：不課税、非会員：課税（内税）

日本胸部外科学会の会員かどうかお問い合わせしますので、事前に自身の入会状況

を日本胸部外科学会『会員ページ』にてご確認願います。

当日受付でお支払いください。

おつりが出ないようご準備ください。

JATS Case Presentation Awards :

優秀演題については、2026年10月に開催される第79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：
- (1) PC受付は40分前（ただし、受付開始は8:25です）。
 - (2) 一般演題は口演5分、討論3分です（時間厳守をお願いいたします）。
 - (3) 追加発言、質疑応答は地方会記事には掲載いたしません。
 - (4) 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。

第199回日本胸部外科学会関東甲信越地方会 開催ご挨拶



第199回日本胸部外科学会関東甲信越地方会
会長 山口 敦司
自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

この度、第199回日本胸部外科学会関東甲信越地方会を、さいたま新都心エリアにございます会議場TOIRO（さいたまスーパーアリーナ）にて開催させていただきます。当科では前任教授の安達秀雄先生が第159回（平成24年6月2日；さいたま市パレスホテル大宮）を担当しており、さいたま市で開催させていただきますのは、11年ぶりということになります。

歴史と伝統のある本会を私どもが主宰させていただくことは誠に光栄なことと存じ上げており、ご支持いただきました関係の皆様方に深く御礼申し上げます。

本会は胸部外科3領域における症例報告が中心となっており、近年は学生・初期研修医の発表も恒例となりました。私も若手だったころは、当会で発表することに誇りと緊張感を持って臨み、発表に際しては学会で活躍されておられる数多くの著名な先生方にご指導いただいたことを思い出しますが、その経験が現在の自分の診療・研究・教育の基礎となっていることは疑う余地もありません。

今回の優秀演題は、第79回日本胸部外科学会学術集会（2026年10月；京都）『JATS Case Presentation Awards』での発表に推薦されることになります。皆様には、高いレベルでのプレゼンテーション力を發揮していただき、最終的なAward最優秀賞獲得を目指していただくことを期待しております。

セミナーはランチョン・スポンサード・アフタヌーンを含め10企画を予定しています。各分野のエキスパートの先生方に直接お話を伺い、今日の胸部外科領域における診療の最前线について知ることができます。

本会は、若手医師・医師を目指す学生の方々による発表が中心となります。ここで発表された内容は、熟練の医師にとっても斬新な工夫や考え方であり、あるいは非常に稀な症例が共有でき、明日からの診療に役立つことが数多く盛り込まれております。会議室TOIRO（JRさいたま新都心駅から徒歩数分）では、ワンフロアで発表3会場を準備し、同じフロアに展示などのスペースも設けてございます。熟練の医師、若手医師、医学生、多くの皆様にご来場いただき、活発な学術発表のみならず、お互いの交流を深めていただくことを期待しております。当日、皆様と会場でお会いできることを楽しみにお待ちしております。

日本胸部外科学会関東甲信越地方会

会員数報告

2025/10/16 現在

一般会員	2,880名※
(幹事)	81名
(本会準会員)	29名)※※
名誉会員	74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

※※2024年秋から本会にてメディカルスタッフ等を対象とした準会員制度をスタート。その入会者。

賛助会員一覧 (敬称略)

2025/10/16 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。

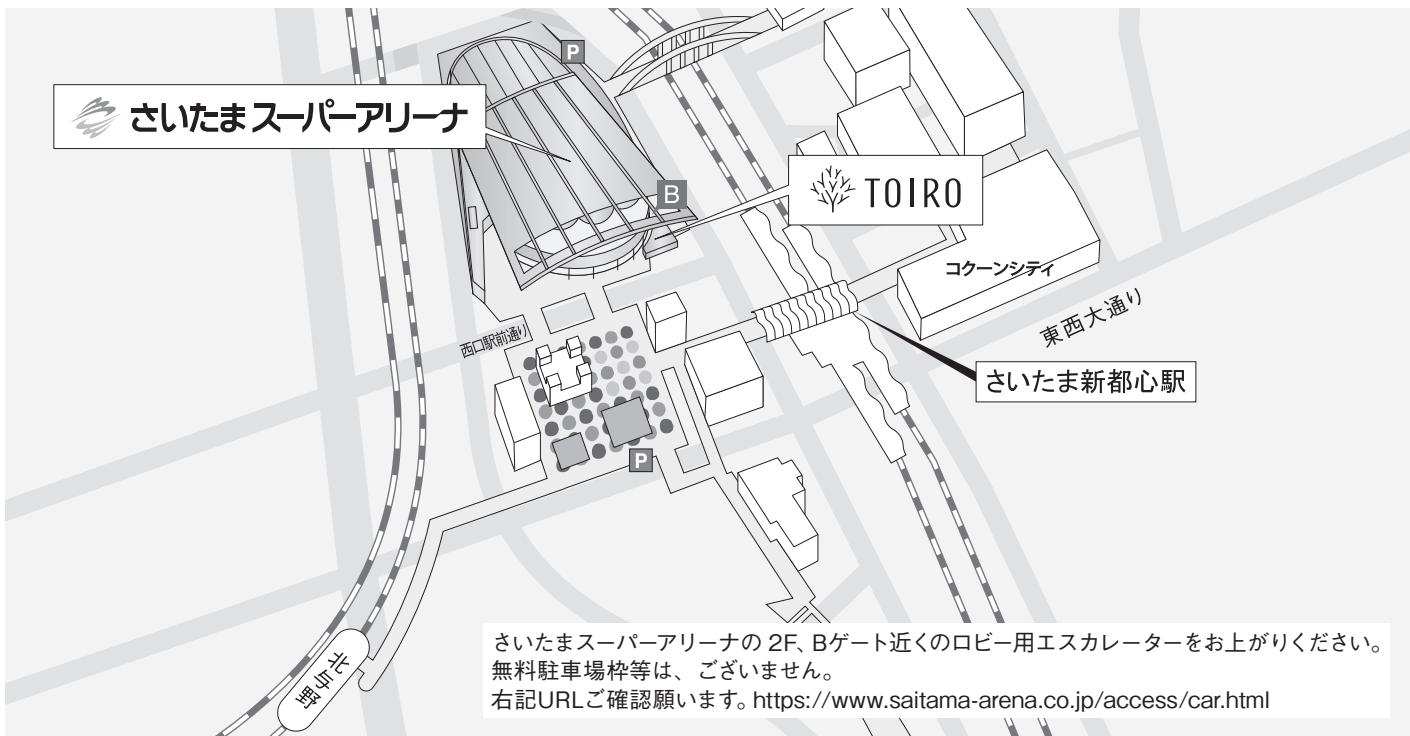
会社名	住所	電話番号 FAX番号
(株)アスト	355-0063 東松山市元宿 2-36-20	0493-35-1811
エドワーズライフサイエンス合同会社 東京本社	169-0074 新宿区北新宿 2-21-1 新宿フロントタワー	03-6895-0301 03-4216-7207
(株)エムシー CV事業部	151-0053 渋谷区代々木 2-27-11 AS-4ビル	03-3374-9873 03-3370-2725
泉工医科工業(株)	113-0033 文京区本郷 3-23-13	03-3812-3251
テルモ(株) 東京支店	160-0023 新宿区西新宿 4-15-7 パシフィ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

【会場案内図】

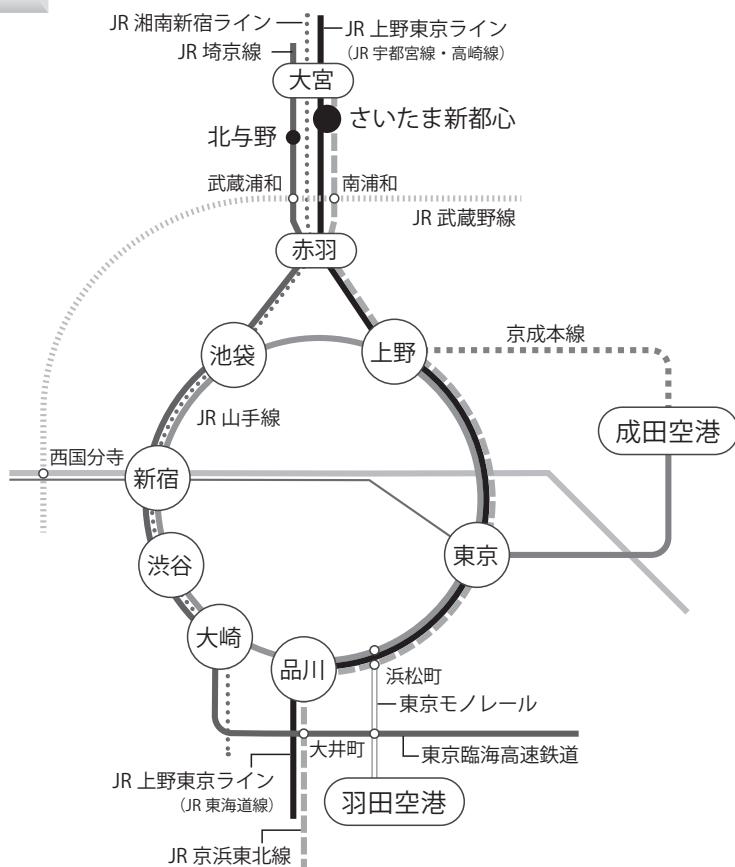
TOIRO (さいたまスーパーアリーナ 4F)

〒330-9111 埼玉県さいたま市中央区新都心8番地 さいたまスーパーアリーナ4F TOIRO
2025年11月15日(土) 8:30~18:30 期間限定電話番号 048-601-0245

会場周辺図



路線図



交通機関と所要時間

さいたま新都心駅から徒歩3分

JR京浜東北線
JR上野東京ライン
(宇都宮線・高崎線)

北与野駅から徒歩7分

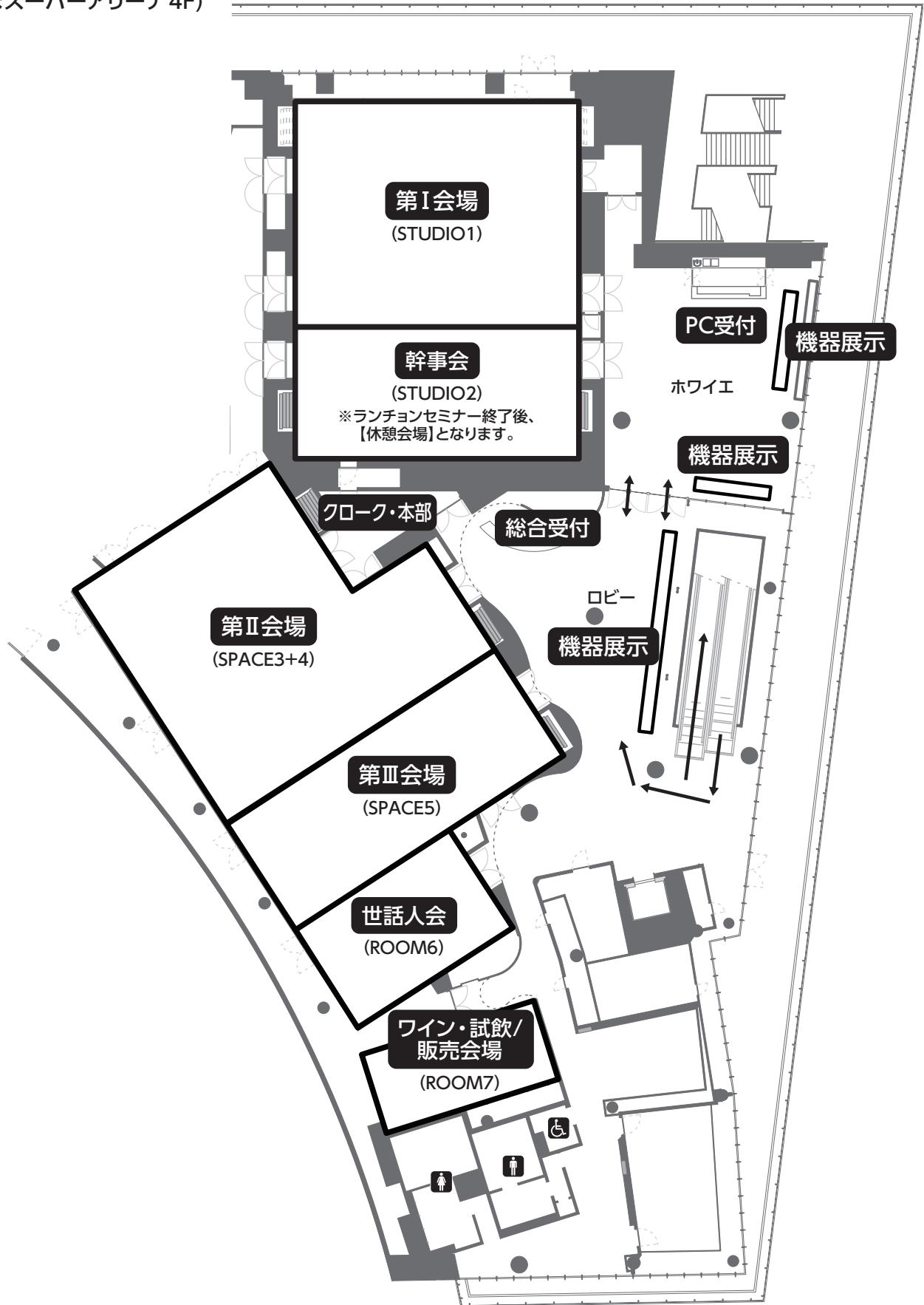
JR埼京線

JR湘南新宿ラインは、さいたま新都心駅に停車いたしません。
浦和あるいは大宮での乗換えが必要です。

【場内案内図】

TOIRO

(さいたまスーパーアリーナ 4F)



TOIRO (さいたまスーパーアリーナ4F)

	第I会場 STUDIO1	第II会場 SPACE3+4	第III会場 SPACE5
8:00		10:30~11:20 世話人会 (ROOM6)	11:30~12:20 幹事会 (STUDIO2)
9:00	8:55~9:00 開会式 9:00~9:48 心臓：学生発表 1~6 座長 藤田 知之 東京科学大学 心臓血管外科 座長 藤井 肇郎 東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科学分野 審査員 崎田 博 杏林大学医学部 心臓血管外科 審査員 國原 孝 東京慈恵会医科大学 心臓外科	9:00~9:56 心臓：初期研修医発表 1 1~7 座長 島原 佑介 東京医科大学病院 心臓血管外科 審査員 宮地 鑑 北里大学医学部 心臓血管外科 審査員 福田 宏嗣 獨協医科大学病院 ハートセンター 心臓・血管外科	9:00~9:40 呼吸器：学生発表 1~5 座長 遠藤 哲哉 昭和医科大学医学部 外科学講座呼吸器外科学部門 座長 小林 哲 獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科 審査員 増田 良太 東海大学医学部医学科 外科学系呼吸器外科学 審査員 朝倉 啓介 慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器）
10:00	9:51~10:47 心臓：大血管 1 7~13 座長 遠藤 英仁 杏林大学医学部 心臓血管外科 座長 堀 大治郎 上尾中央総合病院 心臓血管外科	9:59~10:47 心臓：初期研修医発表 2 8~13 座長 斎藤 綾 横浜市立大学医学部 外科治療学 座長 長 泰則 東海大学医学部 心臓血管外科 審査員 内田 敬二 横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター外科 審査員 川人 宏次 自治医科大学 心臓血管外科	9:43~10:47 呼吸器・食道：初期研修医発表 6~13 座長 河野 光智 埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科 座長 中島 由貴 埼玉県立がんセンター 胸部外科 審査員 鈴木 秀海 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学 審査員 清水 公裕 信州大学医学部 呼吸器外科
11:00	10:50~11:46 心臓：大血管 2 14~20 座長 立石 渉 群馬大学医学部附属病院 総合外科学講座循環器外科 座長 由利 康一 筑波記念病院 心臓血管外科	10:50~11:30 モーニングセミナー 当センターにおけるMICS/Robot弁膜症手術 座長 戸田 宏一 獨協医科大学埼玉医療センター 演者 岡村 誉 自治医科大学附属さいたま医療センター 共催：泉工医科工業株式会社	10:50~11:46 呼吸器：肺良性、食道外科 14~20 座長 武藤 雄太 練馬光が丘病院 外科 座長 峰岸健太郎 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	11:49~12:29 心臓：腫瘍・合併症 21~25 座長 岡田 公章 東海大学医学部 心臓血管外科 座長 佐藤健一郎 春日部中央総合病院 心臓血管外科	11:35~12:23 心臓：先天性 1 14~19 座長 加藤 秀之 筑波大学 心臓血管外科 座長 近藤 良一 北里大学医学部 心臓血管外科	11:49~12:37 呼吸器：肺悪性 21~26 座長 一瀬 淳二 がん研有明病院 呼吸器センター外科 座長 四倉 正也 国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科
13:00	12:30~13:20 ランチョンセミナー 1 MICSを安全に行うためのストラテジー 座長 山口 敦司 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科 演者 中村 喜次 千葉西総合病院 心臓血管外科 共催：日本メドトロニック株式会社	12:30~13:20 ランチョンセミナー 2 大動脈瘤手術 Up to Date～安全・確実に行うための定型化への取り組み～ 座長 加藤 泰之 埼玉石心会病院 心臓血管センター長 「止血で勝つ」大動脈外科_術前から術後までのトータルマネジメント 演者 配島 功成 国立病院機構 埼玉病院 ステントグラフト時代の左開胸弓部大動脈人工血管置換術の意義 演者 大島 晋 社会医療法人財團石心会川崎幸病院 川崎大動脈センター センター長 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	12:40~13:30 ランチョンセミナー 3 合併症ゼロへの挑戦～安全で質の高い手術を極める～ 座長 菊田 智之 埼玉医科大学国際医療センター 合併症を予防するひと工夫～肺漏から肺動脈出血まで～ 演者 峰岸健太郎 自治医科大学附属さいたま医療センター 基本と革新の融合で目指す合併症ゼロ 演者 西平 守道 獨協医科大学埼玉医療センター 共催：コヴィディエン・ジャパン株式会社

第I会場 STUDIO1		第II会場 SPACE3+4	第III会場 SPACE5
13:30~13:50 学生表彰式		13:30~13:50 初期研修医表彰式	
13:50~14:10 会長講演 14:00 演者 山口 敦司 自治医科大学附属さいたま医療センター		13:50~14:10 会長講演 (中継)	13:50~14:10 会長講演 (中継)
14:15~14:55 スポンサードセミナー 1 胸部ステントグラフト治療の最前線 座長 木山 宏 埼玉石心会病院 当院における胸部大動脈解離に対するステントグラフト治療の現状 演者 波里 陽介 静岡医療センター 当院におけるTEVARの価値—これまでとこれから— 演者 原 正幸 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 共催:日本ゴア合同会社	14:15~14:55 スポンサードセミナー 2 Epic™生体弁の弁膜症治療への貢献 座長 繩田 寛 圣マリアナ医科大学 心臓血管外科 心臓血管外科 主任教授 カテーテル治療時代における弁置換戦略—Epic™生体弁の役割 演者 東野 旭絢 三井記念病院 心臓血管外科 医長 僧帽弁位におけるEpic™の実力 演者 和田 賢二 JR東京総合病院 心臓血管外科 部長 共催:アボットメディカルジャパン合同会社	14:15~14:55 スポンサードセミナー 3 AS治療におけるLifetime Management 座長 金村 賦之 イムス葛飾ハートセンター 柳原記念病院におけるAS治療戦略 演者 中原 嘉則 柳原記念病院 ニューハート・ワタナベ国際病院におけるAS治療戦略 演者 堀川 貴史 ニューハート・ワタナベ国際病院 共催:コーシム・ジャパン株式会社	
15:00 15:00~15:45 JATS-NEXT企画:革新的技術 —JATS-NEXT世代からのメッセージ 座長 配島 功成 独立行政法人国立病院機構埼玉病院 心臓血管外科 座長 遠藤 哲哉 昭和医科大学病院 呼吸器外科 演者 藤原 立樹 東京科学大学 心臓血管外科 演者 松浦 陽介 がん研有明病院 呼吸器センター外科 演者 配島 功成 独立行政法人国立病院機構埼玉病院 心臓血管外科 コシテー 岩村 彰吾 長野中央病院 心臓血管外科 コシテー 松浦 陽介 がん研有明病院 呼吸器センター外科	15:00~15:40 心臓:弁膜症 1 20~24 座長 笠原 啓史 平塚市民病院 心臓血管外科 座長 安達 覧一 横須賀市立総合医療センター 心臓血管外科	15:00~16:04 呼吸器:縦隔/胸壁 27~34 座長 和田 啓伸 国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科 座長 堀内 翔 新東京病院 呼吸器外科	
16:00 15:50~16:35 アフタヌーンセミナー 1 FET術後 dSINE発生率低減に向けた 双方向性アプローチ 座長 北村 律 自治医科大学附属病院 演者 飯田 泰功 済生会横浜市東部病院 共催:日本ライフライン株式会社	15:50~16:35 アフタヌーンセミナー 2 TAVI時代の治療選択 ~SAVRの価値と再治療を見据えた意思決定~ 座長 山口 敦司 自治医科大学附属さいたま医療センター 副センター長 演者 川本 尚紀 国立循環器病センター 心臓外科 医長 共催:エドワーズライフサイエンス合同会社	16:10~16:55 アフタヌーンセミナー 3 Attending Surgeonを目指す若手心臓血管外科医 へ—海外臨床留学・経験から考えるキャリア形成 座長 平松 祐司 筑波大学医学医療系 心臓血管外科 教授 演者 岡 徳彦 自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科 教授 共催:マリンクロット フーマ株式会社	
17:00 16:38~17:34 心臓:大血管 3 26~32 座長 大木 聰 伊勢崎市民病院 心臓血管外科 座長 野村 陽平 練馬光が丘病院 心臓血管外科	16:38~17:18 心臓:弁膜症 2 25~29 座長 華山 直二 NTT東日本関東病院 心臓血管外科 座長 森田ひかり さいたま赤十字病院 心臓血管外科	16:58~17:38 心臓:先天性 2 35~39 座長 鹿田 文昭 東京大学医学部 心臓外科 座長 島田 勝利 聖マリアンナ医科大学 小児心臓血管外科	
18:00 17:37~18:25 心臓:周術期管理 33~38 座長 荒川 衛 自治医科大学 外科学講座 心臓血管外科部門	17:21~18:25 心臓:冠動脈 30~37 座長 川村 匡 獨協医科大学 心臓・血管外科 座長 伊藤 智 横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科	17:41~18:21 心臓:先天性 3 40~44 座長 野村 耕司 埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科 座長 佐々木 孝 日本医科大学付属病院 心臓血管外科	
19:00 18:30~18:35 閉会式			

第Ⅰ会場：STUDIO1

9:00~9:48 心臓：学生発表

座長 藤田知之（東京科学大学 心臓血管外科）
審査員 藤井毅郎（東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科学分野）
審査員 窪田博（杏林大学医学部 心臓血管外科）
審査員 國原孝（東京慈恵会医科大学 心臓外科）

学生発表

I-1 心室中隔瘤を伴う Valsalva 洞動脈瘤破裂により大動脈右房シャントをきたした一例
筑波大学附属病院 心臓血管外科

市川倫生、加藤秀之、山本隆平、古谷 翼、五味聖吾、平松祐司
症例は50歳男性。腹水貯留による腹部膨満を主訴に前医受診し、精査目的に当院紹介となった。心エコーで傍膜様部VSD、心室中隔瘤(MSA)、severe AR、severe TR、LV-RA shuntを認め Gerbode欠損による重症心不全が疑われた。しかし、AoGでVSDを介してNCCからRAが造影され、Gerbode欠損ではなくValsalva洞動脈瘤破裂によるシャント血流であると診断され手術の方針となった。術中所見では、valsalva洞動脈瘤破裂が膜様部VSDを介して生じ、覆っていたMSAの破裂によりAo-RAの交通が生じていた。MSAを切開してVSDを閉鎖しMSAを縫合閉鎖したのち大動脈弁形成、三尖弁輪形成を行った。術後経過は良好であった。MSAを伴うValsalva洞動脈瘤が破裂しAo-RA交通を引き起こし急性心不全に至った稀な症例を経験した。文献的考察を加え提示する。

学生発表

I-2 三尖弁位感染性心内膜炎、再発性心室中隔欠損症に対して、三尖弁置換術、欠損孔修復術を施行した一例
群馬大学医学部附属病院 循環器外科¹、自治医科大学附属病院 心臓血管外科²

勝井悠里¹、加藤悠介¹、小谷野拓也¹、今野直樹¹、岡 徳彦²、立石 渉¹
症例は49歳男性。1歳時に心室中隔欠損孔閉鎖術を受け、10代より残存短絡を指摘されていた。発熱で受診、MSSA菌血症の診断で抗菌薬加療開始したが、肝機能障害・腎機能障害増悪あり。経胸壁心臓超音波検査でVSD残存短絡および三尖弁前尖に付着する56×12mm大的疣腫と紐状構造物を認め、三尖弁位感染性心内膜炎と診断された。三尖弁閉鎖不全症と肺塞栓症を合併しており、心不全加療並びに抗菌薬加療後に手術を施行した。またVSD手術の上行大動脈送血部に囊状瘤を認め、同時介入の方針とした。右大腿動脈送脱血で再開胸。疣腫が付着した三尖弁前尖弁下組織は高度に破壊され、形成は困難であり三尖弁置換(SJM 31mm)とした。心室中隔欠損孔はGORE-TEX Cardiovascular Patchで修復、上行大動脈囊状瘤は切除後HEMASHIELD Patchで形成した。術後三尖弁機能不全なく、短絡血流の消失を確認した。抗菌薬加療継続し、内服移行後も再感染徵候なく経過、自宅退院となった。

学生発表

I-3 Ant AMIによるVSPに対し約10日Impella5.5で手術待機しVSP閉鎖術を施行した一症例
千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

鈴木大智、伊東千尋、池内博紀、諫田朋佳、乾 友彦、渡邊倫子、
松浦 馨、黄野皓木、松宮護郎
胸痛で搬送された71歳男性。Ant AMIに対しPCI施行後、翌日心原性ショックに至った。TTEで心尖部VSPを認め、IABP挿入し同日当院転院となった。無尿、高度肺うっ血を認め、右腋窩動脈からImpella 5.5挿入し手術待機とした。臓器障害は改善し、発症7日目に抜管、端坐位やベット上エルゴメーターなどリハビリ施行、発症11日目でVSP閉鎖術を施行した。LADと平行に約1.5cm離れた右室壁を切開しVSPを確認、辺縁は脆弱な梗塞部であるも正常心筋との境界は比較的判別しやすく、梗塞部デブリしVSP径は15mm大となった。3-0 proleneを用いて5cm大に切り抜いたウシ心膜パッチでdouble patch repairとした。残存shuntはなし、Impellaによる中等度以上ARを認め術中に抜去した。術同日抜管、術後3日目ICU退室し立位可、術後4日目歩行可となった。VSP辺縁組織に一部脆弱性が残るも、10日間の手術待機によりVSP閉鎖術が比較的安全に行えた症例として、文献的考察を含め報告する。

学生発表

I-4 右側大動脈弓および頸部分岐起始異常を伴うKommerell憩室動脈瘤に対するハイブリッド手術の1例
獨協医科大学¹、獨協医科大学病院 心臓・血管外科²

高林 光¹、手塚雅博²、白瀧雄大²、和賀正義²、中村 剛²、廣田章太郎²、
横山昌平²、加藤 昂²、土屋 豪²、川村 匠²、小西泰介²、柴崎郁子²、
福田宏嗣²

76歳男性。17年前に冠動脈バイパス手術、14年前に腹部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿入術を施行されている。自覚症状はなかったが、腹部大動脈瘤術後経過観察目的のCT検査にて右側大動脈弓および頸部分岐起始異常を伴う大動脈瘤(Kommerell憩室動脈瘤)を指摘されたため加療目的に当院紹介受診。手術は、頸部分岐が中枢から左総頸動脈、右総頸動脈、右鎖骨下動脈の順に分枝しており、右鎖骨下動脈末梢でFrozenelephant trunkを挿入、中枢は4分枝管で頸部分岐を個別に再建した。左鎖骨下動脈は深く、Kommerell憩室から分枝していたため術野からは確認できず、左総頸動脈と左腋窩動脈とを体表からバイパスしたのち、起始部はコイル塞栓した。右側大動脈弓および頸部分岐起始異常を伴うKommerell憩室動脈瘤に対して弓部置換と血管内治療を組み合わせたハイブリッド手術を施行した1例を報告する。

学生発表

I-5 IgG4 関連眼疾患に対するステロイド療法により左室内血栓が増悪した1例

山梨大学 第2外科

木下 歩、中島博之、中村千恵、四方大地、武居祐紀、白岩 聰、
本田義博、榎原賢士、加賀 重

症例は61歳男性、既往歴：糖尿病。右眼窩内腫瘍が指摘され経過観察されていた。視力低下が増悪したため、腫瘍生検を行い、IgG4関連眼疾患と診断となった。プレドニゾロンの内服が開始されたところ、血糖コントロールが悪化し入院となった。入院後、心電図、心臓エコーにて陳旧性心筋梗塞、左室内に巨大血栓が認められ、冠動脈造影では、#6 totalであった。以前の胸部CTの所見では左室内に壁在血栓のみ認めていた。頭部MRIにて亜急性の脳梗塞が確認され、塞栓症をおこしていると判断した。手術は、左室切開血栓摘除および大伏在静脈-左前下行枝バイパス手術を行った。術後、血栓の再形成はなく、順調に経過している。ステロイド投与により増悪したと考えられる左室内血栓症に関して文献学的検討を行い報告する。

学生発表

I-6 左房内腫瘍を契機とした左下肢動脈閉塞に対して血行再建を施行した1例

獨協医科大学¹、獨協医科大学病院 心臓・血管外科²

岡田梨李¹、廣田章太郎²、白瀧雄大²、和賀正義²、中村 剛²、横山昌平²、
加藤 昂²、手塚雅博²、土屋 豪²、川村 匠²、小西泰介²、柴崎郁子²、
福田宏嗣²

主訴 左下肢痛。既往歴 高血压、慢性心不全、発作性心房細動、慢性閉塞性肺疾患。現病歴 X年10月25日、左下肢安静時痛にて前医入院。29日に血管内治療（endovascular treatment : EVT）施行も足部までの血流を得られず、下肢血行再建目的に11月5日に当院転院搬送となった。検査所見 TTE：左房内に21mm大、可動性のある腫瘍像あり。CT：左膝窩動脈より閉塞、末梢は腓骨動脈のみ開存。経過 当院でのTTEにて左房内に可動性のある腫瘍を認めたため、まずは腫瘍や血栓による塞栓症を鑑別に、11月11日に腫瘍摘出、左心耳閉鎖術施行。病理結果は血栓であった。上記結果踏まえ、11月26日に、血栓除去+EVT施行し、膝窩動脈から腓骨動脈、後脛骨動脈の血流を再開し救肢できた。12月23日リハビリ転院となった。考察 塞栓症イベントにより下肢動脈閉塞となった1例を経験した。文献的考察を交えて報告する。

9:51~10:47 心臓・大血管 1

座長 遠藤英仁(杏林大学医学部 心臓血管外科)
堀 大治郎(上尾中央総合病院 心臓血管外科)

I-7 Reverse Elephant Trunk が有用であった Loeys-Dietz 症候群の一例

横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器

大野祥一郎、南智行、立石実、小林由幸、森佳織、島田清子、斎藤綾

症例は Loeys-Dietz 症候群の 17 歳男児。10 歳時に大動脈弁輪拡張症および大動脈弁閉鎖不全症に対し大動脈基部置換術施行。16 歳時に Stanford B 型急性大動脈解離に対し下行大動脈置換術施行。下行置換術の際に中枢側は人工血管を折り返して吻合、Reverse Elephant Trunk (RET) とした。今回、フォローアップ CT で新規の弓部大動脈解離および径拡大を認め、RET を使用した弓部置換術を施行した。術後経過は良好で、術後フォローアップ CT で吻合部の径拡大も認めなかった。Loeys-Dietz 症候群では、広範囲に心血管疾患を合併し、複数回の治療介入を要する場合が多い。RET は、下行置換術の際にあらかじめ中枢側の人工血管末端を折り返しておくことで、将来の弓部置換術の吻合操作を簡便にする術式であり、文献的考察を加え報告する。

I-9 部分弓部置換術後の残存解離性大動脈瘤に対する追加治療の一例

練馬光が丘病院 心臓血管外科

手島健吾、野村陽平、八木萌香、降旗宏、安達秀雄

症例は 72 歳男性。胸痛を主訴に救急搬送された。遠位弓部に entry のある B 型解離の既往があったが、CT で新規に上行大動脈に entry のある急性 A 型解離の診断となった。2 分枝再建の上行部分弓部置換術を行い、経過良好で退院した。術後 3 年の経過で遠位弓部以下に残存する解離性大動脈瘤が 40mm から 57mm に拡大傾向となつたため、追加手術の方針とした。1debranch TEVAR は解剖学的に不適であったため、オープンステントグラフト (OSG) を用いた再開胸手術を実施した。OSG による dSINE 発生のリスクを回避するため、先んじて TEVAR を行い真腔に TAG を留置した。その後再開胸し OSG を TAG 内に挿入して遠位弓部の entry を閉鎖した。術後 CT では遠位弓部の entry は良好に閉鎖しており、POD14 で自宅退院した。今回急性大動脈解離術後に残存する解離性大動脈瘤に対し、追加手術を実施した症例を経験した。残存する解離性大動脈瘤に対する治療介入について文献的考察を加えて報告する。

I-11 右冠動脈 malperfusion を伴った急性大動脈解離術後に NO 吸入療法が奏功した一例

海老名総合病院 心臓血管外科

青井夏帆、井上信幸、榎原聰豊、柴田講、小原邦義、贊正基

症例は 59 歳男性。潰瘍性大腸炎の薬物治療中であった。胸痛で救急搬送となり、心電図で下壁領域の ST 上昇、造影 CT で DeBakey 2 型の急性大動脈解離と右冠動脈および左室後下壁心筋の造影不良を認めた。検査後 VF となり心肺蘇生にて ROSC するも徐脈と低血圧のため、急いで手術を開始した。手術は人工心肺確立後に大伏在静脈を右冠動脈 #3 に吻合し、グラフトから心筋保護液を注入した。エントリーは傍右冠動脈入口部にあり、右冠動脈の真腔は離断されていた。基部置換術ならびに右冠動脈へのバイパス術を施行した。術後 2 日目に右心不全によるうっ血性肝腎障害を認め、右室負荷軽減を目的に一酸化窒素 (NO) 吸入療法を開始した。肝障害は翌日より改善を認め、全身状態も安定した。術後 7 日目に人工呼吸器を離脱、8 日目に NO 吸入療法を終了した。大動脈解離の冠動脈 malperfusion に伴う右心不全に対して NO 吸入療法を行ったという報告は稀であり、文献的考察を交えて報告する。

I-8 上行大動脈-大腿動脈バイパス術後遠隔期に上行大動脈人工血管内に浮遊する血栓による塞栓症をきたした一例

日本大学医学部附属板橋病院 心臓外科

大太創一郎、林祐樹、原田篤、北島史啓、鎌田恵太、江口直樹、鈴坂高祐、南澤宏壽、田中正史

急性大動脈解離 Stanford A に対し上行大動脈置換術および上行大動脈-左大腿動脈バイパス術を施行した 52 歳男性。術後 1 年 9 か月後、突然の右上肢痛と痺れを主訴に前医を受診し、造影 CT で右上肢急性動脈閉塞を認め当院へ転院搬送され、同日緊急血栓除去術を施行した。翌日の CT にて既往のバイパス人工血管中枢側より上行人工血管内へ突出し浮遊する血栓を認め、準緊急で開胸血栓除去術を施行した。人工血管側枝の左側を横切開し、器質化した約 10cm の血栓を摘出した。術後経過は良好で術後 11 日目に独歩退院した。本症例は、上行大動脈-左大腿動脈バイパス術後に人工血管内血栓が形成され、末梢動脈塞栓症をきたした極めて稀な例であり、若干の文献的考察を加え報告する。

I-10 慢性解離における Partial ET 遠位端の狭窄に対して TEVAR 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

徳永滋士、岡村 誉、藤森智成、草処 翔、中野光規、山口敦司

67 歳女性。1 年 5 ヶ月前に他院で急性 A 型大動脈解離に対して上行大動脈人工血管置換術を施行。遠位弓部大動脈の拡大を認めたため当院へ紹介となり、再開胸弓部置換術を施行した。Zone 2 で離断し、Partial ET (27mm, 60mm) を下行大動脈真腔内に挿入した。人工心肺離脱後、徐々に下肢血圧の低下を認めた (ABI 0.9)。術中 TEE で Partial ET 遠位端の狭窄が疑われた。術後 1 日目に抜管後、下肢血圧がさらに低下した (ABI 0.7)。造影 CT 検査で partial ET 遠位端の狭窄が疑われたため、狭窄解除目的に同日緊急 TEVAR を施行した。下行大動脈の大動脈弁レベルから、TXD (26 mm-80 mm)、cTAG (31 mm-31 mm-150 mm) を末梢吻合部レベルまで積み上げた。留置直後より下肢血圧は上肢血圧と同値まで改善した。FET 術後狭窄について文献的考察を加えて報告する。

I-12 心タンポナーデの原因として上行大動脈破裂が疑われたが、進行性原発性肺癌に因るものであった 1 症例

新久喜総合病院 心臓血管外科¹、新久喜総合病院 呼吸器外科²

宮田知明、清水将繼¹、宮田貴司¹、宮田剛彰²、出嶋仁²

71 歳女性。突然の胸背部痛・嘔気・動悸・眩暈を主訴に救急要請。搬入時血圧測定不能のショックバイタル。心臓エコー検査にて著明な心嚢液貯留と上行大動脈解離を疑う所見を認めた。CT では心嚢液と大動脈周囲に液体貯留を認め、上行大動脈破裂が疑われた。開胸止血術実施のために緊急手術となった。術中所見として心嚢液は暗赤色がかかった漿液性であり、大動脈の観察では破裂部位を特定はできなかった。一方、大動脈基部周囲にリンパ節腫脹を認めた。リンパ節を病理診断に提出し、心タンポナーデを解除しバイタルは安定したため閉胸し帰室となる。術後画像と病理所見から進行性原発性肺癌の診断となった。当日は心臓血管外科だけでなく、呼吸器外科領域からの若干の文献的考察を交えて報告する。

I - 13 感染性胸部大動脈瘤に対する TEVAR の 1 例

練馬光が丘病院 心臓血管外科

八木萌香、野村陽平、手島健吾、降旗 宏、安達秀雄

症例は 92 歳女性。1 週間前からの発熱を主訴に近医を受診し、単純 CT 検査で感染性胸部大動脈瘤が疑われ当院へ搬送となった。造影 CT 検査では遠位弓部に 45mm の動脈瘤を認め動脈瘤の形態は感染瘤を疑う所見であったが、瘤径は小さく循環は維持されており高齢のため保存加療を行った。血液培養 2/2 セットで *Streptococcus agalactiae* が検出されたが適切な抗菌薬使用により Day4 に陰性化し、発熱なく経過した。CT 検査で瘤の形態変化はなかったが、Day8 に炎症反応の再上昇を認めた。画像上、動脈瘤の急速拡大と形態変化を認めたため、緊急 1 debranched TEVAR を施行しエンドリーケなく終了した。造影 CT 検査でエンドリーケなく瘤径縮小傾向を認め、WBC、CRP も正常化した。POD16 にリハビリ転院となった。血液培養陰性化から 6 週間抗菌薬投与を行い炎症再燃なく自宅退院となった。今回、感染性胸部大動脈瘤に対する TEVAR の 1 例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

10:50~11:46 心臓・大血管 2

座長 立石 渉 (群馬大学医学部附属病院 総合外科学講座循環器外科)
由利 康一 (筑波記念病院 心臓血管外科)

I-14 高ホモシスティン血症に伴う上行弓部大動脈浮遊血栓に対する外科的摘除の1例

前橋赤十字病院 心臓血管外科

大久保翔平、武井祐介、野澤裕哉、堀 貴行、桑田俊之

57歳喫煙男性。VTE 及び心筋梗塞の既往にて DOAC 内服中であった。整形外科周術期に呼吸苦を自覚し、CT で上行弓部大動脈内に突出血栓を認め当院紹介。精査にて高ホモシスティン血症による血栓症と診断。抗血小板・抗凝固療法を3ヶ月施行するも血栓は消失せず。無症候であるが、塞栓症リスクが高いと判断し、ICP 法による脳分離体外循環下に血栓摘除術を施行。大動脈壁合併切除や人工血管置換を要さず、塞栓症を認めず良好に経過した。文献的考察を交え報告する。

I-15 急性大動脈解離上行置換術後の中枢吻合部仮性動脈瘤破裂により気道圧排、換気困難をきたした1例

国立国際医療センター 心臓血管外科

黒田英里、泉二佑輔、宝来哲也、田村智紀

症例は63歳女性。57歳時に stanford A 型急性大動脈解離に対して緊急的に上行置換術施行。外来経過観察中に人工血管周囲に液体貯留を認めていた。2025年3月、CT で末梢側吻合部に仮性動脈瘤を認め準緊急的に部分弓部置換術を施行。人工血管周囲液体は白色膿性であったが細菌培養は陰性であった。6月に呼吸困難で救急外来を受診、中枢吻合部の仮性動脈瘤破裂の所見で緊急的に手術の方針とした。術前臥位での呼吸困難、SpO₂ の低下を認め、気管挿管後も換気困難を認めたため気管支鏡施行し左主気管支の圧排所見を認めた。右肺片肺換気と手術開始、上行大動脈周囲の血腫除去後に両肺換気が可能となった。手術は再上行置換を施行。切除した人工血管から MRSE が検出され VCM を長期投与し退院となった。仮性動脈瘤破裂に伴う気道圧排、換気困難について若干の文献的考察を加えて報告する。

I-16 TEVAR 術後9年目に proximal SINE をきたし破裂に至った解離性胸部大動脈瘤の1例

藤沢市民病院 心臓血管外科¹、横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小儿循環器²

藪 直人¹、角田 翔¹、山崎一也¹、南 智行²、齋藤 紗²

症例は66歳男性。9年前に解離性胸部大動脈瘤に対して 1-debranching TEVAR を施行した。その後は外来で定期的に CT フォローを行い、4か月前の CT では胸部大動脈瘤径、ステントグラフトの留置位置に大きな変化は認めなかった。今回、倦怠感を主訴に当院救急外来を受診。低血圧及び貧血を認めたため、精査目的で施行した造影 CT で胸部動脈瘤破裂を認めた。また、Zone2 に留置したステントグラフトの中端部は Zone3n に migration しており、proximal SINE を認めたため緊急で再 TEVAR の方針とした。Zone2 landing で追加ステントグラフトを留置し、SINE をカバーした。術後左胸水貯留を認め胸腔ドレーンを留置したが、その後の経過は良好で術後 25 日に自宅退院となった。

I-17 大動脈食道瘻に対して多診療科連携で救命し再建した1例

戸田中央総合病院 心臓血管外科¹、順天堂大学医学部²

上川祐輝、土肥静之²、藤井裕美¹、畠 博明、町田洋一郎¹

症例は78歳女性。6年前に遠位弓部解離性大動脈瘤に対して全弓部大動脈人工血管置換術を受けていたが、外来通院を中断していた。今回、吐血を契機に他院へ入院し、第3病日に上部消化管内視鏡検査で大動脈食道瘻が疑われ、第4病日に当院へ転院。同日中に緊急胸部大動脈ステントグラフト内挿術を施行した。さらに第6病日に食道外科のある大学病院へ再転院し、同日中に食道切除・食道瘻および回腸瘻造設を施行。8週間の抗菌薬治療を経て、第73病日に胸骨前回腸食道再建術を行い、その後は外来通院中である。大動脈食道瘻は大動脈瘤治療の1~5%に合併しうるが、30日死亡率は33~100%と予後不良である。本症例では多診療科が連携し、迅速かつ段階的な治療により救命と再建が可能であった。文献的考察を加えて報告する。

I-18 右冠動脈偽腔灌流を伴った A 型急性大動脈解離に、Selective sinus replacement を施行し自己弁温存し得た1例

東京慈恵会医科大学付属病院 心臓外科

石割圭一、辻本貴紀、高木智充、桐谷ゆり子、前田 恵、松村洋高、儀武路雄、長堀隆一、國原 孝

59歳男性、胸部絞扼感を主訴に前医へ救急搬送され、急性冠症候群疑いで DAPT 下に冠動脈造影を施行。右冠動脈へのカニュレーション困難と左室造影で大動脈内の Flap を認め、造影 CT で Stanford A 型急性大動脈解離と診断された。緊急手術目的に当院へ転院搬送され、麻酔導入後の経食道心エコーで valsalva 洞径は 46mm、偏心性の mild-moderate AR を認めた。また術中所見として右冠動脈は入口部で全周性に内膜が断裂し、偽腔灌流であった。自己弁温存希望と出血リスクを考慮し、手術は右冠洞の selective sinus replacement + 大動脈弁形成 (external suture annuloplasty) + CABG (SVG-RCA#2) + 部分弓部置換術を施行した。術後経過良好で、大動脈基部拡大は改善し、AR も mild の central straight jet のみに改善し、SVG の開存も確認され、術後 23 日目で独歩自宅退院となった。当院の急性大動脈解離に対する selective sinus replacement の術後成績と合わせて報告する。

I-19 大動脈解離 Stanford A に対する大動脈基部置換術後に大動脈基部仮性瘤形成し再々手術を要した1例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

大森智瑛、櫻井 学、山元隆史、丸島亮輔、茂木健司、高原善治

48歳男性。2年前に急性大動脈解離 Stanford A 発症し TAR-FET 施行。1か月後に中枢吻合部偽腔破裂し Piehler 法で m-Bentall を施行。術直後造影 CT 等問題ないことを確認して自宅退院した。術後半年の単純 CT で人工血管周囲に液体貯留を認めたが、漿液腫と考え経過観察した。しかし偶発的にとられた造影 CT で大動脈基部からの extravasation を認めたため、大動脈基部仮性瘤と診断し再々手術とした。心電同期 CT を撮像したが出血点は不明であった。ほか RCA の入口部狭窄が指摘された。術中所見では吻合部直後の native RCA が裂けて出血していた。したがって On-pump beating CABG (SVG-RCA) を施行した。手術操作中の RCA 領域の虚血による右心不全となり ECMO 下に ICU 帰室したが術後 5 日目に離脱し、他の合併症なく退院した。文献的考察を交え報告する。

I -20 TEAVR 術後の TypeIa EL に対する全弓部置換術

心臓血管研究所付属病院 心臓血管外科

在國寺健太、宮本陽介、佐々木花恵

症例は 74 歳男性。遠位弓部囊状瘤に対して 9 年前に TEVAR (Variant 38-34, c150) が施行された。術直後より type4 と考えられるエンドリーキ (EL) を認め、外来で瘤径拡大・typeIa EL が疑われ手術適応と判断した。胸骨正中切開でアプローチし、上行送血・右房脱血で体外循環を確立し全身冷却を開始。慢性心房細動のため冷却中に PV isolation と左心耳切除を行った。膀胱温 28 度で循環停止、順行性脳分離を開始した。遠位弓部瘤末梢のステント骨格間で離断後、大動脈をトリミング。断端のステント小弯側が突出したため、部分的にステントをニッパーで離断し、外フェルトと 4 点固定で断端形成を行った。J-graft 26mm 4 分枝管を連続縫合し循環を再開、頸部分枝の再建・中枢吻合を行い手術を終了した。手術時間 150 分、心停止時間 73 分、循環停止時間 42 分であった。ステント構造や留置位置を正確に把握し、断端処理を含めた再建手技を計画することが不可欠である。

11：49～12：29 心臓：腫瘍・合併症

座長　岡田公章（東海大学医学部 心臓血管外科）
佐藤健一郎（春日部中央総合病院 心臓血管外科）

I-21 術前診断が困難であった右房内腫瘍の1例

立川総合病院 心臓血管外科

高橋聰、萩原雄大、羽山響、吉田幸代、浅見冬樹、岡本祐樹、

葛仁猛、山本和男、吉井新平

56歳女性。健診の腹部エコーで水腫症を指摘。精査のCTで偶発的に右房内の腫瘍を認めた。腫瘍は16mm大で心房中隔に付着。心エコーで可動性を認め、一部に石灰化を伴っていた。右房粘液腫を疑われて当科に紹介。MRIではT1WIで心筋信号に類似、T2WIで均一な高信号を呈していた。診断的治療の方針とした。人工心肺下に右房を切開すると、暗赤色の液性成分が充満した囊胞を認め、付着部分の心房中隔とともに摘除した。囊胞内部には腫瘍成分ではなく、結石が内包されていた。成人での右房内血液囊胞は比較的稀であり、文献的考察とともに報告する。

I-22 上腸間膜動脈塞栓除去を先行し救命し得た大動脈弁位人工弁感染性心内膜炎の1症例

榎原記念病院 心臓血管外科

島野凌、岩倉具宏、矢野敦之、角康平、尹亮元、大野真、中原嘉則、丸井晃

症例は79歳男性。76歳時に大動脈弁置換（生体弁）を施行。今回食欲不振を主訴に近医受診し、心エコーで人工弁に15mm大の疣状を認め当院紹介となった。造影CTで上腸間膜動脈（SMA）入孔部に塞栓を認めた。腹部症状はなかったが急性SMA塞栓と診断し、開腹による塞栓除去を先行する方針とした。腸管の色調は良好で切除は必要ないと判断し、横行結腸間膜基部の前方アプローチによりSMA本管からFogartyカテーテルを用いて塞栓除去を行い良好な開存を得た。約9時間後に開心術を開始。人工弁の疣状と大動脈弁輪部膿瘍があり、無冠尖部分は一部正常弁輪組織が欠損していたためBentall手術（生体弁）を行った。血液培養、術中検体の培養はいずれも陰性だった。現在抗菌薬加療を継続中であり術後1か月時点での経過良好である。感染性心内膜炎にSMA塞栓を合併した場合は、腹部症状の有無にかかわらず開腹による腸管確認及び周術期の腸管虚血予防のため積極的な介入が必要である。

I-23 Castleman病に心臓悪性リンパ腫を合併した一例

北里大学病院 心臓血管外科

大谷篤司、田村佳美、福隅正臣、美島利昭、嶋田正吾、近藤良一、

武井哲理、村井佑太、青井夏帆、宮地鑑

65歳男性。頸部のしこりを主訴に当院を受診し、頸部、耳下腺および鎖骨上リンパ節の腫大を認めリンパ節生検よりCastleman病と診断された。心エコーで右房内に60mmの腫瘍を認めたが、Castleman病の心臓内病変は稀であり、また下腿浮腫等の右心不全症状が出現していたため、診断も兼ねて胸腔鏡下腫瘍切除術を施行した。腫瘍は右房内に充満し、右心耳へ嵌入している部分は剥離が困難で腫瘍のみの切除は不可能であったため右心耳ごと切除し、右房を縫合閉鎖した。病理ではびまん性大細胞性悪性リンパ腫、右房浸潤と診断され、外来で化学療法開始予定であったが、大量の心嚢水貯留を生じ術後1カ月で再入院した。癌性心嚢水の疑いで化学療法に先行してステロイドが開始され、その後外来でPola-R-CHP療法が開始された。Castleman病にDLBCLを合併する報告は散見され、予後不良である場合が多いが、本症例は術後半年経過し心内再発はなく、リンパ節縮小を維持している。

I-24 Nonagenarianに対する2手術例の経験

東京慈恵会医科大学附属柏病院

田口真吾、川田典靖、雨谷優

日本人の高齢化・健康寿命延長に伴い、80才代の高齢者に対する手術経験は心臓血管外科領域でも一般的である。今回我々は、ADLが自立したnonagenarianの2症例に対する手術経験を報告する。症例1は90才、女性。高血圧の既往あり。突然の意識障害・両上肢強直を主訴に他院に救急搬送、採血・CTで原因不明のため当院に転院搬送、造影CTで偽腔開存型急性A型解離の診断となった。年齢を理由に本人・家族とも保存的加療を希望も、繰り返し上行大動脈径が拡大したため手術を希望、準緊急で上行置換術を施行し第29病日に施設退院となった。症例2は90才、男性。狭心症に対しPCI歴あり、今年になり重症TRによる心不全入院を3度繰り返し当科紹介となった。待機的に三尖弁形成術、VVI植え込み術、LAA切除術、右房縫縮術を施行し第23病日に自宅退院となった。耐術可能なnonagenarian症例は適切な時期に手術を行うことで独歩退院が可能で、開胸下根治手術は十分に検討に値する。

I-25 僧帽弁嵌頓による急変リスクを伴った左房内巨大内膜肉腫の一例

聖マリアンナ医科大学

山崎幸紀、駒ヶ嶺正英、河野豪、富田真央、杵渕聰志、富本大潤、

西巻博、繩田寛

【背景】心臓原発悪性腫瘍は全心臓腫瘍の約25%を占め、その主な組織型は未分化肉腫、血管肉腫、平滑筋肉腫である。今回我々は、左房内を占拠する巨大内膜肉腫の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例】28歳、男性。X年4月頃より動悸、息切れを自覚。症状改善を認めず5月に前医を受診。心エコーにて左房内巨大腫瘍を認め当院紹介となった。意識消失の既往、左房内巨大腫瘍の僧帽弁嵌頓による急変リスクが高いと判断し、同日緊急手術を施行した。術中所見では、腫瘍は表面平滑で境界明瞭、広基性に左房壁内膜に付着していた。腫瘍は肉眼的に全摘出。病理組織学的に内膜肉腫と診断された。

【考察】内膜肉腫は大動脈や肺動脈からの発生報告は散見されるが、心臓原発は極めて稀である。本腫瘍は高悪性度であり、確立された治療法は存在しない。外科的切除が治療の中心となるが、再発・転移も多く、全身管理を含めた包括的治療が求められる。

15：00～15：45 JATS-NEXT企画：革新的技術—JATS-NEXT世代からのメッセージ

座長	島 功成	(独立行政法人国立病院機構埼玉病院 心臓血管外科)
	遠藤 哲哉	(昭和医科大学病院 呼吸器外科)
演者	藤原立樹	(東京科学大学 心臓血管外科)
	松浦陽介	(がん研有明病院 呼吸器センター外科)
	配島功成	(独立行政法人国立病院機構埼玉病院 心臓血管外科)
コメンテーター	磯村彰吾	(長野中央病院 心臓血管外科)
	松浦陽介	(がん研有明病院 呼吸器センター外科)

近年、胸部外科領域ではAI、ロボティクス、分子診断技術の進展により、従来の診断・治療法に革新がもたらされつつある。真の技術革新とは、「こんなこといいな」という発想と、「できたらいいな」という情熱の継続、すなわち日常診療の積み重ねの先にあるものと考える。胸部外科医にとって、いち早く技術を享受する“のび太君”も魅力的だが、技術を創出・提供する“ドラえもん”となることもまた意義深い。本セッションでは、心臓・呼吸器・食道の各分野から、JATS-NEXT世代が現在取り組んでいる革新的技術の現状と臨床応用、得られた成果を紹介し、今後の展望と課題を考察する。革新的技術の導入が胸部外科の未来にどのような変化をもたらすのかを提言し、若手胸部外科医をinspireする契機となる場を提供したい。

16:38~17:34 心臓・大血管3

座長 大木 聰（伊勢崎市民病院 心臓血管外科）
野村 陽平（練馬光が丘病院 心臓血管外科）

I-26 自己開窓とL字マーキングを併用したZone 2.5 TEVARによるB型大動脈解離の治療経験
国立病院機構埼玉病院 心臓血管外科¹、慶應義塾大学病院 心臓血管外科²
配島功成¹、工藤樹彦¹、村田 哲¹、小野拓哉¹、志水秀行²
86歳男性、左鎖骨下動脈（LSA）直下に大きな潰瘍様隆起（ULP）を有するStanford B型解離性大動脈瘤に対し、Zone 2.5への自己開窓型TEVARを施行した。ステントグラフトには1cm角の開窓を作成し、L字型マーキングを加えることで透視下での整合確認を容易にし、追加デバイスを用いずLSAを温存した。術後合併症はなく、6か月後も良好な血流とULPの完全被覆が確認された。本術式は、簡便かつ安価で、視認性・精度・医療経済性に優れた再現性の高い治療戦略として有用である。

I-27 腰骨・仙骨脱臼骨折を合併した鈍的外傷性胸腹部大動脈損傷に対し胸腹部人工血管置換術を施行した1例
埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科
黒田大朗、吉武明弘、朝倉利久、木下 修、堀天孝之、渴手裕子、
金澤裕太、井上 龍、熊谷 悠、赤津亮之、高木翔太
鈍的外傷性大動脈損傷は高エネルギー鈍的外傷によって引き起こされ、大動脈峡部に好発する。一方、胸腹部または腹部大動脈の損傷は非常に稀である。今回、脊椎骨骨折脱臼と脊髄損傷を伴う鈍的外傷性胸腹部大動脈損傷に対し胸腹部人工血管置換術を施行し、救命に成功した症例を経験したので考察を踏まえて報告する。

I-28 人工血管置換術後の屈曲に起因する溶血性貧血の一例

上尾中央総合病院 心臓血管外科
柿内健志、山本貴裕、岩崎里衣、堀大治郎

【症例】53歳男性。6年前にStanford A型急性大動脈解離に対し、上行弓部大動脈人工血管置換術・オーブンステントグラフト内挿術を施行。その後、縫隔炎を発症し大網充填術を施行。術後1年半経過した頃から労作時呼吸困難を自覚し、貧血の進行を認めた。精査の結果、血液疾患は否定的であり、CTで血管の屈曲を認め、機械的溶血による貧血と診断し手術方針となった。【手術】胸骨正中切開にて開胸。人工心肺は大腿動脈送血、大腿靜脈脱血、右上肺静脈から左室ペントを留置し確立。直腸温28度で循環停止とし、選択的脳分離を用いて上行弓部大動脈人工血管置換術を施行。手術時間284分であった。【術後経過】採血で溶血所見は改善し、CTで屈曲の解消を確認。術後11日目に独歩で自宅退院。【考察】人工血管置換術後、人工血管の屈曲に起因する溶血性貧血は比較的稀な合併症である。我々はその外科的治療を経験したため、文献的考察を加え報告する。

I-29 ゴア TAG コンフォーマブルが展開されなかった1例

筑波記念病院 心臓血管外科
西 智史、山内豪人、由利康一

84歳男性、他院で9年前に急性大動脈解離Stanford A型に対し弓部大動脈人工血管置換術、6年前に下行大動脈の囊状瘤に対しTEVARの既往あり。突然の胸背部痛で救急要請、前医対応困難なため当院転院搬送となった。造影CTにて下行大動脈の解離および左血胸の所見を認め急性大動脈解離Stanford B型破裂と診断、緊急TEVARの方針となった。型の如くゴアTAGコンフォーマブル（CTAG）を展開しようと糸を牽引していったが、CTAGは展開されず、糸が途中で切れてしまった。展開されなかったCTAGは幸い回収でき、新しいCTAGで無事治療を終えることができた。今回我々はCTAGが展開されないという非常に希な事例を経験したため報告する。

I-30 気管を圧排する解離性腕頭動脈瘤に対してrt SCA-rt CCA bypass後にステントグラフト内挿術を施行した1例

榊原記念病院 心臓血管外科
山本大悟、中原嘉則、角 康平、尹 亮元、大野 真、岩倉真宏

70歳男性。51歳時にDeBakey1型急性大動脈解離に対して弓部置換術を施行し、術後縫隔炎にて大網充填後。BCA吻合部からrt SCA、rt CCAの分岐部中枢側まで至る26mm大の解離性腕頭動脈瘤を認めていた。その後、瘤は56mmへと急速拡大し気管を圧排、起坐呼吸の状態に至った。気管ステントの適応はなく緊急手術の方針とした。先行してrt SCA-rt CCA bypassを行い、入院中二期的にBCAからrt SCAへステントグラフトを留置した。ステントグラフトは倫理審査を通してEVAR脚用のものを用いた。術後は瘤減圧までの期間を考慮し、初回術後6日目に気管切開を行い、術後21日目に人工呼吸器管理を離脱した。リハビリに時間を要したが経過は問題なく術後44日目に自宅退院となった。瘤径は51mmまで縮小している。気管圧排を伴う腕頭動脈瘤に対して二期的にステントグラフト治療を行い、呼吸苦が改善した症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

I-31 遠位弓部大動脈瘤に対してET法を用いたhybrid TEVAR施行8年後にmigrationによる瘤内屈曲とdSINEを生じた1例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

堀尾俊介、橋詰賢一、西田真由、沖 尚彦、志水秀彰、奈良 努、
灰田周史、松本順彦、高橋辰郎、木村成卓、山崎真敬、志水秀行
症例は67歳女性。7年前に遠位弓部大動脈瘤に対してET法を用いたTARと2期的TEVARを施行。Follow CTでmigrationとdSINEを認め、瘤径拡大のため手術方針となった。前回ステントグラフトは既知の遠位弓部大動脈瘤内で屈曲していたため、CODAバルーンで前拡張してpull through法を用いてデバイスを留置した。屈曲部によってデバイス抜去に難渋したが、バルーンで屈曲を解除することで本体を抜去できた。術後CTでELはなく、術後10日目に自宅退院された。ET法を用いたhybrid TEVARでは、人工血管の経時的な拡張や大動脈のリモデリングによってmigrationを生じる可能性があり、慎重な経過観察を要する。また、kinkingに対して追加でTEVARを施行する場合、pull through法やバルーン拡張といった工夫が必要となる。今回、ET法を用いたhybrid TEVAR術後にステントグラフトの瘤内屈曲が生じ、追加TEVARに難渋した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

I -32 透析患者の感染性胸部大動脈瘤に zone2 TEVAR 後、鎖骨下動脈盗血症候群により脳梗塞を来した一例

千葉県救急医療センター 心臓血管外科

津田武蔵、山口聖一、藤田久徳

症例は 60 歳男性。10 年前に左前腕内シャント増設され維持透析中。1 週間前からの発熱と左背部痛の増悪を主訴に前医救急搬送。造影 CT で遠位弓部大動脈に 16mm の囊状瘤を認め入院。血液培養から MSSA 検出され、感染性胸部大動脈瘤の診断で、抗生素加療開始。瘤は経時に急速拡大し、入院 3 日目に緊急手術目的に当院へ転院。ICU 管理下に抗生素加療を継続。開胸の手術リスクを鑑み、疼痛が再増悪した入院 8 日目に、zone 2 TEVAR と左鎖骨下動脈塞栓術を施行。術後 ICU 帰室したが、術 4 時間後に瞳孔散大、対光反射なし。造影 CT で小脳・後頭葉の梗塞像と後方循環の血流低下が判明。右椎骨動脈からの血管造影で、左鎖骨下動脈盗血症候群の診断となった。緊急で左椎骨動脈塞栓、減圧開頭術、脳室ドレナージ術を施行も脳浮腫の進行は強く、入院 12 日目に死亡となった。左前腕内シャントによる左鎖骨下動脈の血管抵抗の低さが重度の鎖骨下動脈盗血症候群の原因と考えられた。

17:37~18:25 心臓：周術期管理

座長 荒川 衛（自治医科大学 外科学講座 心臓血管外科部門）

I-33 M-TEER 後の LVAD 植込みに対して僧帽弁介入の必要性を検討した一例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

富島有希、寶亀亮悟、奥園康仁、市原有起、新浪博士

症例は 75 歳女性。虚血性心筋症、慢性心不全、重度僧帽弁閉鎖不全症に対して 73 歳時に CRT-D 植込みおよび経皮的僧帽弁接合不全修復術 (M-TEER) を他院で施行。一時的に MR は改善したが、重度となり再入院。強心薬離脱困難で DT-LVAD 治療目的に当院紹介となった。術前経胸壁心エコーで MS は認めず、MR 中等度～重度を認めていたが、LVDD64mm と左室は拡大しており、LVAD 植込み後の容量負荷軽減で改善し得ると判断した。術中、人工心肺を確立し脱血したが、経食道心エコーで MR は中等度以上であった。左室脱血下における MR の評価のため、LVAD の脱血管挿入予定部位に小孔を開けてペントチューブを入れ脱血したところ、MR は軽度まで改善した。僧帽弁への治療介入は不要と判断し、LVAD 植込みと三尖弁輪縫縮術のみで手術を終了した。術翌日に抜管し、術後 7 日目に ICU を退室。術後の TTE で MR は軽度であった。当院最高齢の LVAD 植込みであったが、術後 84 日目に独歩退院となった。

I-35 Impella5.5 の長期留置後、抜去時にカニュラ先端部が断裂した一例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

西池 央、山本隆平、内藤修平、美山友紀、井口裕介、古谷 翼、

中嶋智美、塚田 亨、五味聖吾、加藤秀之、坂本裕昭、平松祐司

77 歳男性。急性心筋梗塞に伴う心原性ショックに対して、IABP 挿入および緊急 PCI が施行されたが、循環不全が遷延し、右鎖骨下動脈に吻合した人工血管を介して Impella 5.5 が留置された。加えて重症僧帽弁閉鎖不全症も併発しており、M-TEER の適応と判断され当院転院となった。心不全管理により循環動態が安定したため、留置後 39 日で抜去の方針となった。右鎖骨下の創部を開放し人工血管を剥離したが、瘻着が高度で吻合部の同定は困難であった。抜去操作中に強い抵抗を認め、複数回の試行後にカニュラ先端が断裂し、人工血管内に遺残した。創部を延長し、人工血管を完全に剥離後、中枢側をクランプ、末梢側を開放して断裂部を同定し、抜去した。長期留置に伴う物理的疲労、瘻着、体動による応力蓄積が断裂の要因と考えられた。抜去操作時の抵抗感は構造破綻の兆候として認識すべきであり、迅速かつ適切な対応が求められる。

I-37 真腔完全閉塞を伴う慢性 B 型大動脈解離、解離性弓部大動脈瘤に対してハイブリッド治療を施行し良好な転帰をたどった 1 例

春日部中央総合病院 心臓血管外科

堀 義樹、秋吉 慧、佐藤健一郎

症例は 79 歳女性、偶発的に発見され当科紹介受診となった発症時期不明の慢性 B 型大動脈解離、解離性弓部・下行大動脈瘤の方。初診より 8 年経過し緩徐に瘤径拡大、遠位弓部大動脈瘤が最大端径 64mm に達したため手術の方針とした。しかし術前の造影 CT で腎動脈直下真腔の完全閉塞疑われ、遠位弓部エントリー閉鎖による同部位の破裂リスクを鑑みて、閉塞部位のカテーテル治療を先行、ステント留置し閉塞を解除した。その後、左鎖骨下動脈直後のエントリー閉鎖目的にオープンステントを用いた弓部置換術を施行。術翌日早朝より対麻痺の合併認めるもスパイナルドレナージ留置等で症状改善。その後の経過は概ね良好で初回手術より術後 20 日目で独歩退院、現在も大きな問題なく当科外来に通院されている。今回我々は真腔完全閉塞を伴う慢性 B 型大動脈解離、解離性大動脈瘤に対してハイブリッド治療で良好な転帰を得たので若干の文献的考察を加え報告する。

I-34 抗リン脂質抗体症候群を合併した僧帽弁狭窄症兼閉鎖不全に対する僧帽弁置換術を施行した症例

獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科

岸上才十、朝野直城、中村 宙、森香穂子、辻 亮平、太田和文、小川博永、齊藤政仁、鳥飼 慶、戸田宏一

症例は 45 歳女性。繰り返す失神、けいれん発作の精査中に経胸壁心臓超音波検査で後交連側の癒合と後尖の運動低下を伴う僧帽弁狭窄症兼閉鎖不全を認めた。MRI にて多発微小脳梗塞、脳出血を認めており、血栓性素因が疑われた。採血検査にてループスアンチコアグリント、抗カルジオリピン抗体陽性であり抗リン脂質抗体症候群と診断された。胸痛、軽労作での息切れも出現し有症候性の僧帽弁狭窄症兼閉鎖不全であり手術の方針とした。生体弁での僧帽弁置換術、左心耳閉鎖術を施行した。術中ヘパリン及びプロタミン投与量を調整することで、出血や塞栓症なく手術は終了し、良好な経過を得た。抗リン脂質抗体症候群合併の人工心肺使用手術では回路内凝固や、出血に関する合併症も報告されており、文献的考察を含め報告する。

I-36 心筋梗塞後心室中隔穿孔に対して外科的修復まで Impella を導入し救命した一例

横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科

山口優大、伊藤 智、蓮井英成、鳥飼哲世、山田亮太郎、河原拓也、

住吉 力、佐藤哲也

症例は 79 歳女性。5 日前からの胸痛を主訴に前医を受診され亜急性心筋梗塞の診断で冠動脈造影検査施行し #7 100%、#2 99% 閉塞を認め、同部位に対して緊急経皮的冠動脈形成術が施行された。術後心不全の改善なく心臓超音波検査 (TTE) で心尖部の心室中隔穿孔 (VSP)、心室中隔解離を認め、当院に転院となった。心不全により全身状態も不良であったため、Impella CP を挿入し、内科的心不全加療を先行した。入院 4 日後の TTE で新規穿孔も確認されたため、Impella 5.5 に交換し左室内減圧、体循環維持に努めた。全身状態も改善傾向であったので、入院 11 日後に VSP に対してダブルバッチ閉鎖術、Impella 5.5 抜去を施行した。術後 VSP 再発なく、心不全も改善し術後 19 日目にリハビリテーション目的で前医に転院となった。心筋梗塞後心室中隔穿孔に対して外科的修復まで Impella を導入し救命した一例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

I-38 ロボット支援下左肺上葉切除後に生じた左房内血栓に対して外科的摘出を施行した 1 例

さいたま赤十字病院

伊藤岳晟、假谷幸攻、小和田実、白杉岳洋、森田ひかり

他院で 2 年前に MICS-MVP 及び左心耳閉鎖を、1 年前にロボット補助下左肺上葉切除を施行された 77 歳男性。心房粗動による心不全を発症し近医で精査された際、心エコー検査で左房内に血栓をみとめた。カテーテルアブレーションを行うにあたりエドキサバンによる血栓溶解が試みられたが縮小せず、外科的摘出を目的に当院へ紹介された。MICS-MVP 後、左肺上葉切除後であり、瘻着と呼吸機能低下が予想された。正中開胸でアプローチし人工心肺下で摘出を行った。肺静脈左上葉枝の断端より生じる、2.5cm 大の白色血栓をみとめた。手術時間は 193 分で、合併症なく術後 12 日目に退院した。現在再発なく経過しており、今後アブレーションを検討中である。左肺上葉切除後の血栓形成は有名な合併症であるが、外科的摘出を施行した報告は稀である。薬物治療で血栓の縮小が得られず、血管内治療などの障害となる場合は有用な手段であると考える。

第Ⅱ会場：SPACE3+4

9:00~9:56 心臓：初期研修医発表 1

座長 島原佑介（東京医科大学病院 心臓血管外科）
審査員 宮地鑑（北里大学医学部 心臓血管外科）
福田宏嗣（獨協医科大学病院 ハートセンター 心臓・血管外科）

初期研修医発表

II-1 感染性心内膜炎に続発した左室瘤破裂に対し緊急手術を施行した一例

東京科学大学 心臓血管外科

岩田誠崇、藤原立樹、長岡英気、川畠拓也、大石清寿、櫻井啓暢、鍋島惇也、江部里菜、高島琢朗、藤田知之

症例は72歳女性。右膝痛を主訴に前医を受診し、化膿性関節炎と診断され入院、抗菌薬投与が開始された。翌日より意識障害および髄膜刺激徵候を認め、髄膜炎・脳炎の診断に至った。抗菌薬加療により意識障害は改善傾向を示したが、新たに感染性心内膜炎による僧帽弁閉鎖不全の所見を認め、当院へ転院となつた。転院第7病日にロボット支援下僧帽弁形成術を施行した。第25病日に施行した造影CTにて偶発的に左室瘤の形成を認めた。全身状態の改善後に左室瘤に対する手術を予定していたが、第34病日未明に突然の血圧低下があり、エコーで心タンポナーデの所見を認めた。緊急手術にて、左室瘤破裂に対する修復術を施行した。術後経過は良好で、第52病日にリハビリ目的で紹介元へ転院となつた。感染性心内膜炎に続発した左室瘤はまれな合併症であるが、診断後は頻回の心エコーによる評価と、状態に応じた早期手術の検討が重要である。

初期研修医発表

II-3 敗血症性ショックの原因究明に苦慮した乳頭筋疣贅が主病変であった感染性心内膜炎の1例

千葉県総合救急災害医療センター

北川晋也、山口聖一、藤田久徳、津田武藏

40歳代男性。発熱、倦怠感を主訴に当院に救急搬送された。来院時、呂律障害あり、BP 76/63mmHg、HR 158/分、BT 39.9°Cのショック状態であった。アトピー性皮膚炎あり。L/DはWBC 10100、PLT 4.4万、CRP 33.9、Cre 2.75であった。入院時CTやTTEで明らかな熱源は認めなかつた。ICU入室し、不明熱としてMEPM、VCMの抗菌薬治療、免疫グロブリン投与と原因精査を進めた。血液培養からMSSAが検出され、頭部MRI検査では微小梗塞・出血が指摘された。第4病日でのCTで多発性肺膿瘍、TEEで心室中隔近傍に可動性のある10x20mmの疣贅を認めIEの診断となつた。翌日にさらなる疣贅の増大を認め同日緊急手術となつた。術中所見として、最大の疣贅の主座は前乳頭筋先端であった。乳頭筋周囲や僧帽弁後尖や弁輪にも疣贅を認め、病巣を全て切除し僧帽弁置換術(SJM29mm)を施行した。乳頭筋先端が疣贅の主座であるのは珍しく、頻拍も相まって早期検出が困難であった。

初期研修医発表

II-5 先天性アンチトロンビン欠損症を伴う僧帽弁閉鎖不全症に胸腔鏡下僧帽弁形成術を施行した1例

虎の門病院 循環器センター外科

是方真悠子、植木力、長岡慈明、横山充、中永寛、佐藤敦彦、松山重文、田端実

症例は58歳男性。先天性アンチトロンビン(AT)欠損症による深部静脈血栓症、肺塞栓症の既往があり、エドキサバン内服中であった。症候性重度僧帽弁閉鎖不全症に対し胸腔鏡下僧帽弁形成術を実施。術前48時間前からエドキサバンを中止し、AT活性>120%を目標にATを補充し、未分画ヘパリンを投与。術中はAT活性>80%を目標に補充しつつ、ACT>480秒でヘパリン下の体外循環管理を行つた。体外循環終了後に通常量のプロタミンを投与し、片肺維持換気を容易にするため術中VVECMOを使用。血栓症なく手術終了。術後1日目からAT補充とヘパリン投与を開始、術後3日目にエドキサバンを再開。周術期に出血合併症や血栓塞栓症なく術後7日目に退院。AT欠損症合併症例は肺塞栓症や深部静脈血栓症のリスクが高く、特にAT活性が低い状態でヘパリン投与を行うとAT活性低下が助長される。本症例では周術期の適切なAT補充と抗凝固薬投与により体外循環を用いた手術を安全に実施できた。

初期研修医発表

II-2 TAVI術中にValsalva洞損傷によるA型急性大動脈解離を来し大動脈基部置換術を要した1例

都立墨東病院

峰松深月、三好康介、篠田大悟、横山野武、白石学

症例はサルコイドーシス、CAVBに対するペースメーク植え込み後、高血圧症、脂質異常症の既往のある80歳女性。NYHA分類II-III度の心不全を伴う重症の大動脈弁狭窄症に対し、高齢かつサルコイドーシスなどの手術リスクがあることから経カテーテル的大動脈弁植込み術(TAVI)での治療が選択された。自己拡張型人工弁を用いたTAVIを施行したが、弁留置直後の経食道心臓超音波検査にて上行大動脈にflapを認めた。造影CTによりStanford A型急性大動脈解離の診断となつたため緊急での人工血管置換術の方針とした。術中所見では右冠尖および無冠尖に横走するTearを認め、TAVI中の弁のpop outおよびrecapture操作によりValsalva洞損傷を来たしたものと考えられた。右冠動脈は解離の波及により解剖学的再建が困難であったため右冠動脈に対するバイパスを併施した基部置換術を行い、術後経過良好で術後16日目に軽快退院となった。本症例に対し文献的考察を加え報告する。

初期研修医発表

II-4 高度漏斗胸を伴う重症僧帽弁閉鎖不全症患者に対し胸骨吊り上げにて右小開胸弁形成術を施行した1例

千葉西総合病院¹、千葉西総合病院 心臓血管外科²

原田智曉¹、黒田美穂²、玉川佳澄²、樋熊佑香²、新妻楠望²、古仲美貢²、新妻健²、安元勇人²、奥木聰志²、中山泰介²、鶴田亮²、伊藤雄二郎²、中村喜次²

【症例】65歳男性

【現病歴】2023年、当院循環器科初診。2025年、僧帽弁閉鎖不全症に対し手術目的に当科紹介。ロボット支援下僧帽弁形成術の方針となつた。

【身体所見】身長180cm、体重55kg、漏斗胸

【検査所見】血液検査：異常所見なし、BNP 95.0pg/mL

胸部CT：胸骨椎体間距離52mm、右第6-7肋骨の陥没あり

心エコー：心機能低下なし、僧帽弁前尖の逸脱を認めた

【術中所見】右側胸部第4肋間を小開胸サポートを3箇所挿入。心臓は左胸腔へ落ち込み、陥没した胸骨と椎体により右側からの視野は不良であった。体表からS字状フックを剣突起下に挿入し体外からリトラクターで胸骨を上方へ吊りあげ距離を確保し、ロボットを使用することで心内操作可能となった。僧帽弁はA3をrestoration法で形成し逆流残存なく終了した。術後経過は良好であった。

【結語】胸骨吊り上げを施行したロボット手術は開胸手術困難な漏斗胸症例に対して有用な手段と考えられる。

初期研修医発表

II-6 左房内に占拠する心臓内膜肉腫に対し腫瘍切除および僧帽弁置換術を施行した1症例

東京科学大学病院 心臓血管外科

山田栄里、櫻井啓暢、長岡英気、川畠拓也、藤原立樹、大石清寿、鍋島惇也、江部里菜、高島琢朗、藤田知之

症例は52歳女性。X-6年心房細動に対しカテーテルアブレーションを施行、洞調律を維持していたが、X年春頃より動悸・眼前暗黒感が出現し心房細動の再燃を認めた。心エコーおよび造影CTで左房の広範に広がる腫瘍を認め、PETでは腫瘍のみに異常集積を認めた。診断および治療目的に手術の方針とした。胸骨正中切開でアプローチし、人工心肺を確立後に右側左房切開で左房を展開した。腫瘍は左房後壁・天井を中心に僧帽弁前交通まで広がり、僧帽弁閉鎖不全症の原因となつた。超音波吸引装置(ソノベット)を併用し腫瘍を可及的に切除、内膜欠損部をウシ心膜パッチで形成し、生体弁を用いて僧帽弁置換術を行つた。病理検査で心臓内膜肉腫と診断され、現在専門科とともに今後の治療法を検討している。心臓内膜肉腫に対する手術症例を経験したため文献的考察を加え報告する。

初期研修医発表

II-7 Fontan手術まで到達した Ellis-van Creveld 症候群を合併した左心低形成症候群類縁疾患

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科
伊藤 新、岡 徳彦、金子政弘、松永慶廉、森山 航

【背景】Ellis-van Creveld 症候群は非常に稀な常染色体劣性遺伝疾患で、四肢短縮、胸郭低形成、軸後性多指、外胚葉異形成及び先天性心疾患を主徴とする。しかし、左心低形成症候群類縁疾患を合併することは稀であり、Fontan手術を目標とした場合に胸郭低形成が問題となる。【症例】2歳7か月女児。胎児心エコー検査で左心低形成症候群類縁疾患の診断となった。胎児 CT で四肢長管骨の短縮、胸郭低形成、多指、腸骨遠位の短縮を認め、Ellis-van Creveld 症候群と診断された。生後4日に両側肺動脈絞扼術、生後3か月に BT-Norwood 手術、生後10か月で Glenn 手術を施行した。体重増加を待って、2歳7か月に fenestrated extra-cardiac TCPC (16mm) を施行した。術後胸腹水の管理に難渋したが術後40日目に自宅退院した。本症例に関して文献的考察を加えて報告する。

9:59~10:47 心臓：初期研修医発表 2

座長 齋藤 綾（横浜市立大学医学部 外科治療学）
長泰 則（東海大学医学部 心臓血管外科）
審査員 内田 敬二（横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター外科）
川人 宏次（自治医科大学 心臓血管外科）

初期研修医発表

II-8 NSTEMIに対する緊急PCI中にRotablatorの抜去困難となり緊急CABGを行った1例

NTT東日本関東病院 心臓血管外科

箕浦克彦、石脇大喜、松下 弘、華山直二

症例は69歳男性。高血圧、脂質異常症、慢性腎不全（G3b）などを有し、来院3日前より胸痛を自覚。当院受診時、心電図に明らかな変化はなかったが、心筋マーカーの著明な上昇を認めたため緊急CAGを施行。LAD近位部に高度石灰化を伴う高度狭窄を認め、IABP留置下にPCIを開始。Rotablatorの切削中に急な跳ね（jump-in）を生じ、デバイスが固着し抜去不能となった。循環動態維持の下、緊急CABG（on-pump beating: LITA-LAD）とRotablatorの摘出術を施行。冠動脈入口からのワイヤー抜去は困難であり、切断後に冠動脈内に留置、ステントにて圧着した。術後は順調に経過し、第25病日に退院。Rotablatorの固着に対して外科的摘出とCABGを同時に施行した稀な一例であり、原因、対処法、今後のインターベンションの限界と外科的介入の意義について考察する。

初期研修医発表

II-9 急性心筋梗塞後の左心室内血栓症に対し完全内視鏡下血栓除去術を施行した一例

帝京大学医学部 心臓血管外科学講座¹、帝京大学医学部 病理学講座²

伴明日香¹、陳 輒¹、土谷麻衣子²、吉田理紗¹、黒澤健一郎¹、安齋 渉¹、御子柴晴樹¹、植原裕雄¹、尾澤直美¹、迎 洋輔¹、内山雅照¹、今水流智浩¹、下川智樹¹

左心室内血栓症は急性心筋梗塞後の重篤な合併症の一つであり、可動性を伴う血栓や広範囲な血栓形成は塞栓症のリスクが高いとされる。左心室内血栓症に対する治療は抗凝固療法が第一選択であるが、塞栓症のリスクが高い症例においては外科的血栓除去術が有用である。症例は62歳男性。ST上昇型心筋梗塞で当院を受診し、左前下行枝の閉塞に対し緊急経皮的冠動脈形成術を実施した。第5病日の経胸壁心エコー検査で、左心室心尖部に広範囲な可動性血栓を認めた。同日に抗凝固療法を開始したが、ハートチームカンファレンスにて塞栓症のリスクが高いと判断し、外科的治療の方針とした。手術では梗塞部位である左心室心筋の切開を回避し、完全内視鏡下経僧帽弁左心室内血栓除去術を施行した。術中に切除し左心室心筋を病理診断に提出した。術後経過は良好で、第12病日に独歩退院となった。術中ビデオと左心室心筋の病理所見を提示し、文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

II-10 心筋梗塞後心室中隔穿孔と左室瘤に左室アプローチでextended sandwich patch法を施行した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

永瀬嵩門、岡村 誉、河原拓也、徳永滋士、藤森智成、草処 翔、

中野光規、山口敦司

70歳女性。急性胆嚢炎で前医に入院中、心電図で胸部誘導のST上昇を認めていたが経過観察となっていた。1か月後に呼吸困難感あり、心臓エコー検査で心室中隔穿孔と左室瘤を認めた。当院へ転院し、心室中隔穿孔閉鎖術と左室瘤に対して手術を施行した。心尖部の左室瘤を縦に切開し、左室側からパッチ2枚使用して心室中隔穿孔を閉鎖した。続いて、左室瘤と正常心筋の境界に別のパッチを縫着した後、左室切開線を閉鎖した。左室切開アプローチでextended sandwich patch法を経験したため報告する。

初期研修医発表

II-11 膀胱癌BCG療法後に結核性大動脈瘤破裂をきたし、緊急TEVARを施行した1例

足利赤十字病院 心臓血管外科¹、慶應義塾大学病院 心臓血管外科²

角田瞭太¹、橋本 崇¹、池端幸起¹、金山拓亮¹、古泉 蘭¹、志水秀行²

74歳男性。発熱、血痰を主訴に前医受診、熱源精査目的に施行したCTで下行大動脈瘤の破裂が疑われ、当院転院搬送となった。下行大動脈に仮性動脈瘤を認めたため緊急TEVARを施行した。術後CTでextravasationは消失し、エンドリーケも認めなかった。前医で施行された喀痰抗酸菌培養検査および結核菌PCR検査が陽性であることが後日判明した。膀胱癌に対して前医でBCG療法後、ウシ型結核菌が大動脈に感染し、下行大動脈瘤破裂をきたしたと考えられた。内科にて抗結核薬投与を継続し、発熱及び炎症反応の再上昇なく経過している。3ヶ月後のCTで瘤径縮小が得られ、エンドリーケも認めない。BCG療法後の結核性大動脈瘤破裂に対し緊急TEVARを施行した1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

II-12 右側大動脈弓及びKommerell憩室を伴う胸部下行大動脈瘤に対し、弓部大動脈置換術及びTEVARを施行した一例

横須賀市立総合医療センター 心臓血管外科

鶴原佳帆、田島 泰、新井大輝、佐野太一、玉井宏一、安達晃一

症例は79歳男性。30代より右側大動脈弓を指摘されていた。健診の胸部X線検査で右側大動脈弓および胸部大動脈の拡大を認め当院へ紹介となった。造影CTにて右側大動脈弓とKommerell憩室を伴う下行大動脈瘤を認めた。Kommerell憩室の最大短径は41mmで、下行大動脈を含めたKommerell憩室先端までの最大長径は72mmであった。さらに頸部分枝の起始異常を認め、中枢から左総頸動脈、右総頸動脈、右鎖骨下動脈、左鎖骨下動脈の順で分岐しており、左鎖骨下動脈はKommerell憩室から起始していた。弓部大動脈は急峻に屈曲しており、TEVARは解剖学的に困難であった。左右腋窩動脈にバイパスを行い、オープンステントを用いた弓部大動脈置換術およびTEVARを行った。術後第1病日に抜管し、第5病日に集中治療室から一般病棟へ転棟した。第7病日の造影CTでは明らかな合併症は認めなかった。術後一過性に対麻痺を発症したが、腰椎ドレナージで軽快し、現在リハビリ中である。

初期研修医発表

II-13 下肢虚血合併のB型急性大動脈解離に対するTEVAR後にpSINEが生じ、追加TEVARを施行した一例

虎の門病院 循環器センター外科

元田航世、佐藤敦彦、長岡慈明、中永 寛、植木 力、松山重文、

田端 実

症例は51歳男性。左下肢の痺れで当院救急外来を受診。CTで急性大動脈解離 stanford Bの診断。真腔狭窄による左下肢虚血を合併しており、緊急TEVARを施行。術後造影では真腔拡張が得られた事を確認した。術後7日目の造影CTにてpSINEを認めた。真腔拡張は得られており、虚血を伴う合併症は認めなかったことから、術後12日目まで待機した後に追加TEVARを施行。追加TEVAR後のCTでは問題ないことを確認した。急性大動脈解離に対してステントを挿入する場合、フラップの脆弱性によるSINEを防ぐために発症2、3週以降に手術することが推奨されている。本症例では、SINEリスクはあるものの下肢虚血を合併しており発症直後の緊急TEVARを実施した。追加TEVARに関してはSINEリスク軽減も考慮して待機的に行き、経過良好であった。今回、緊急TEVAR後のpSINEに対して、追加TEVARを施行し良好な経過を辿った一例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

11：35～12：23 心臓：先天性1

座長 加藤秀之（筑波大学 心臓血管外科）
近藤良一（北里大学医学部 心臓血管外科）

II-14 Glenn failure となった左心低形成症候群に対するReverse Double Switch手術

長野県立こども病院 心臓血管外科

細谷祐太、小嶋愛、小沼武司

症例は5歳女児、体重8.5kg。診断は左心低形成症候群（僧帽弁狭窄、大動脈弁狭窄）で、Norwood手術を経てGlenn手術まで到達したが、肺動脈発育不良で多数の側副血行路のためGlenn failureの状態であった。この時点で転院のため当院に転院となった。右室容積正常、右室収縮良好で、LVEDV 55% of Nのため、hemi-Mustardを用いたReverse Double Switch Operation (R-DSO)による1.5心室conversionを目指す治療を行った。手術はNorwood takedown、arterial switch、PA patch enlargement、hemi-Mustard、BDG takedown (SVC-RA再建) を施行。術前70%程度だったSpO2は術後98%に上昇した。R-DSOは、Borderlineの左心低形成で2心室修復を目指す過程で左室の成長が得られなかった症例、単心室循環が成立しない症例が対象となり海外を中心に報告されている。本症例はFontan適応外で長期生命予後不良と判断しR-DSOを施行した。文献的考察をまじえて報告する。

II-16 大動脈離断症の術後早期に発症した新生児心内血栓症の一例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

黒田智之、木村成卓、灰田周史、松本順彦、高橋辰郎、山崎真敬、

橋詰賢一、志水秀行

症例は日齢9の男児。在胎39週1日、帝王切開で出生。周産期に異常は認めなかった。日齢3にSpO2の上下肢差を認め、大動脈狭窄症が疑われ当院へ転院となった。精査の結果大動脈離断症（IAA）、心室中隔欠損症、心房中隔欠損症の診断となり、日齢9に大動脈再建、VSD patch closure、ASD primary closureを施行した。術後状態は安定していたが、8PODに経胸壁心エコー検査で左心耳から左房へ伸びる血栓を認めた。直ちにヘパリン投与による抗凝固療法を開始したが血栓縮小は得られず、12PODに外科的血栓摘出術および左心耳切除術を施行した。再手術後は抗凝固療法を行い、血栓の再発なく38PODに自宅退院となった。新生児の止血機構は生理的な発達段階であり、健常な新生児では血栓症は稀である。今回、新生児期心臓手術の術後早期に心内血栓を認めた症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II-18 冠静脈洞型と中心窩型が合併し高肺血流を示した高齢者ASDに対し段階的治療戦略をとった一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

小村祐貴、藤森智成、草処翔、中野光規、岡村 誉、河田政明、

山口敦司

冠静脈洞型ASDと二次孔欠損型ASDを合併した極めて稀な症例を経験したため報告する。症例は73歳、男性。心房中隔欠損症（ASD）にてX-3年前より前医で経過観察されていた。X年より呼吸困難を自覚し、精査加療目的に当院へ転院搬送となった。経胸壁心エコーでは冠静脈洞開存型ASDと小さな多孔性二次孔欠損型ASDを認め、両方向性シャントを呈していた。右心カテーテル検査では、Qp/Qsは3.6と高度に上昇を認めた。心不全症状の出現と右心負荷の進行からASD閉鎖術の方針とした。手術は正中アプローチで行った。人工心肺を確立し、右側左房切開をおいて観察すると僧帽弁外側に3×4cmの大冠静脈洞開口部を認め、同部を自己心膜パッチを用いて閉鎖した。二次孔欠損型ASDに関しては術後の左室機能不全を回避する目的で二期的にPlug閉鎖を行う方針とし閉鎖せずに手術終了した。術後経過は良好で症状の改善を認めた。

II-15 TGA術後左肺動脈狭窄、LMT狭窄に対する治療経験

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、對馬泰行、塙裕太、天野篤、田端実

症例は、4歳女児、TGAに対して新生児期に他院にて大血管スイッチ手術を受けたあと当院でフォローアップされていた患児。元々左肺動脈狭窄は指摘されていたが、経過中にさらに高度に進行したことと、LMT狭窄も進行したことから手術加療の方針となった。手術では、LMTをウシ心膜パッチで拡大形成したあとシンフォリウムパッチを用いて両側肺動脈を形成してきた。術後は、第1病日に抜管し、第15病日に軽快退院となった。比較的新しい素材であるシンフォリウムパッチの使用経験と共に文献的考察も加えて発表する。

II-17 Yasui手術後のLV-Neo aorta route高度狭窄に対してYasui take downを行った症例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

清水寿和、小倉翔太、鶴垣伸也、野村耕司

症例は6歳、16.6kgで22q11.2 deletionの女児。前医でIAA(type B)、small aortic valveに対して日齢2に両側肺動脈絞扼術、月齢2にYasui手術(VSD rerouting+DKS吻合+RV-PA conduit(12mm))を実施した。当院で外来フォローとなり、カテーテル検査でLV-Neo aorta routeの高度狭窄とNeo ARを認めた。またLV-original Ao圧較差25mmHg、RV-main PA圧較差45mmHgであったため、Yasui take downとRV-PA conduit交換の方針となつた。手術はYasui take downとしてDKS吻合離断・Arch repair・VSD re-routing patch除去・VSD re-closureを実施した。肺動脈弁の性状が良好であったため、RV-PA conduitを抜去し、自己肺動弁を用いてRVOTRを実施した。術後造影CTで大動脈の狭窄は認めなかつた。術後心エコーではLV-Ao圧較差22mmHg、PR trivialであり、循環不全なく術後23日に自宅退院した。Yasui take downは稀であり、今回の手術経験について文献的考察を加えて報告する。

II-19 発達したBridging Veinを利用してBDGを行った1手術例

群馬県立小児医療センター

松井謙太、畠岡努、岡村達

【症例】1歳8か月男児。診断は無肺症候群、左室低形成を伴う完全型房室中隔欠損症、総肺静脈還流異常症、両側上大静脈、肺動脈弁狭窄症、大血管転位症。また、腸回転異常症、胃食道逆流症も認めた。生後5か月に総肺静脈還流異常修復術の予定だったが、術前CT検査で無気肺を認め、精査の結果、胃食道逆流症による誤嚥が原因と判断。無気肺形成はBDG手術のリスクとなるため、1歳1か月時に先行してNissen手術、腸回転異常症手術、胃瘻造設術を施行した。手術待機中にBridging Veinが発達したため、RSVCのみ吻合してBDG手術を行つた。同時に総肺静脈還流異常修復術、共通房室弁形成術も行った。現在はTCPC手術待機中である。本症例に関して文献的考察を加えて報告する。

15:00~15:40 心臓：弁膜症1

座長 笠原啓史(平塚市民病院 心臓血管外科)
安達晃一(横須賀市立総合医療センター 心臓血管外科)

II-20 外科的大動脈弁置換術における人工弁サイズの選択について—TAV-in-SAVを見据えた狭小弁輪患者に対する戦略—

東海大学医学部附属病院 心臓血管外科¹、東海大学医学部附属八王子病院 心臓血管外科²

山本亮佳¹、岡田公章¹、小谷聰秀¹、尾澤慶輔¹、岸波吾郎¹、民本隆一²、
桑木賢次¹、長 泰則¹

【背景】外科的大動脈弁置換術（SAVR）後の生体弁構造劣化（SVD）を念頭に、TAV-in-SAVを想定し弁輪拡大併施の生体弁移植が主流となりつつある。一方で、弁輪拡大の種々の課題から、機械弁の再評価も行われている。今回、当院で狭小弁輪に対してSAVRを施行した7例の経過を評価した。【方法】狭小人工弁(Mitroflow 19 mm, Epic 19 mm, ATS 18 mm, SJMR 17 mm)を用いた7名の患者において、平均圧較差、最大流速を経胸壁心エコーで評価した。副次評価項目として、主要心血管有害事象（MACCE）発生を評価した。【結果】最大7年間の追跡において、7例中SVDの進行を認めた症例はなかった。MACCEは、機械弁移植後の患者で脳出血を1例認めた。【考察】Daokunらの報告によれば、70歳までは機械弁の潜在的な生存利益が示唆されている。本邦ではワーファリン忌避の文化が根強いが、狭小弁輪患者における人工弁選択においては、機械弁の選択を検討すべき可能性がある。

II-22 自己拡張型 TAVI 弁が上行大動脈に逸脱し外科的弁摘出を要した一例

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¹、横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器²

尾崎広登¹、高橋雄也¹、股部紘也¹、小島貴弘¹、池松真人¹、金子翔太郎¹、
富永訓央¹、伏見謙一¹、長 知樹¹、内田敬二¹、齋藤 純²

85歳女性。大動脈弁狭窄症による心不全増悪あり、バルーン大動脈弁形成術で症状軽快、2ヶ月後 TAVI の方針となった。無冠尖のみ石灰化強く弁輪破壊リスクを考慮して自己拡張型人工弁を選択し留置したが上行大動脈に逸脱。大動脈弁逆流が重度となり、再度自己拡張型人工弁を重ねて留置することは困難と判断、逸脱弁をスネアで保持固定しながらバルーン拡張型人工弁を追加留置した。その後自己拡張型人工弁をスネアで下行大動脈まで移動試みるも大動脈内で拍動し移動不能であった。塞栓性脳梗塞や大動脈解離のリスクが高いと判断し外科的摘出施行。腕頭動脈直下で大動脈遮断。大動脈を人工弁末端直上で切開し自己拡張型人工弁に2-0 縫合糸を円周状に通し、冷水をかけながらターニケットで絞ることで安全かつ容易に摘出可能であった。TAVI 弁の逸脱は稀だが重篤な合併症を引き起こし得る。機種に応じた摘出法に習熟する必要がある。

II-24 AVR+MVP+Morrow 術後の SAM に対して PTSMA にて再手術を回避した1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¹、横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器²

伏見謙一¹、長 知樹¹、富永訓央¹、金子翔太郎¹、池松真人¹、小島貴弘¹、
股部紘也¹、尾崎広登¹、高橋雄也¹、内田敬二¹、齋藤 純²

severe MR+moderate AR+LVOTs にて手術となった80歳女性。術前の心エコーで MR は P3 の逸脱+腱索断裂によるもので SAM はなしと判断。LVOTs は Vmax 2.6m/s。手術は AVR (Inspiris, 21mm) +MVP (P3 に人工腱索 2 対+folding plasty+MAP) +Morrow 施行。P3 逸脱は制御できたが SAM による MR moderate 残存。術後も心エコーで SAM により MR moderate あり。LVOTs は Vmax 5.8m/s, MaxPG 138mmHg と術前より増悪。投薬により SAM の改善を試みたが改善せず。再手術を検討したがその前に PTSMA を試みる方針とし、MVP 術後 2か月で PTSMA 施行。MR mild に改善し LVOTs は Vmax 1.7m/s, maxPG 12.4mmHg へ改善。

II-21 Homograft 大動脈基部置換後 17 年経過した ASR に対して TAV in SAV が有効であった 1 例

東京都健康長寿医療センター 心臓血管外科

乾 明敏、河田光弘、村田知洋、許 俊銳

66才男性。23歳 VSD 閉鎖 (I型) +A 弁形成、40歳 AR に対して AVR (機械弁)、49歳 PVE に対して homograft による大動脈基部置換を受けていた。術後経過は良好で 17 年経過。労作時呼吸苦出現する様になり、心不全入院。精査で homograft の大動脈弁不全 ASR と診断。Homograft は高度石灰化。4回目の再開胸手術は困難と判断し、TAV in SAV を計画。国際的 proctor screening を受け適応と判断され、TF-TAVI を施行。術後経過良好で PVL を認めず、BNP も速やかに低下。10POD 退院。文献的考察を加えて報告する。

II-23 繰り返す人工弁感染により 3 度目の AVR を施行した 1 例

横須賀市立総合医療センター

新井大輝、佐野太一、玉井宏一、田島 泰、安達晃一

82歳男性。14年前に AVR、AAR 施行し、1年半前に人工弁感染後の大動脈弁位人工弁の圧較差上昇、弁周囲逆流を認め healed IE として redo AVR を施行した。発熱を主訴に再度入院し、心臓超音波検査で人工弁に疣贅と左冠洞から無冠洞にかけての弁輪部膿瘍を認め、僧帽弁前尖にも疣贅の付着が疑われた。AR、MR は共に moderate であった。Commando 手術を念頭に再開胸手術を開始した。AAR 後で上行大動脈の人工血管からバルサルバ洞と右心耳は強固に瘻着しており、大動脈切開は右心耳ごと右房まで一塊に切り開き良好な視野を得た。無冠尖位の人工弁弁尖の左室側に疣贅を認め、左冠洞から無冠洞の弁輪部膿瘍を搔把した。AM Continuity は保たれており、ウシ心膜パッチで膿瘍を閉鎖補強したうえで AVR のみとした。僧帽弁は心房中隔切開して観察し疣贅を認めず、介入せずに終了した。術後経過良好で抗菌薬加療継続中。人工弁感染を繰り返した原因として重篤な歯周病が考えられた。

16:38~17:18 心臓：弁膜症2

座長 華山直二 (NTT東日本関東病院 心臓血管外科)
森田ひかり (さいたま赤十字病院 心臓血管外科)

II-25 発症初期に左房腫瘍と鑑別を要した感染性心内膜炎の1例 伊勢崎市民病院

山口亮、大木聰、三木隆生、長澤綾子、小此木修一、安原清光
症例は40歳女性。数日続く発熱と四肢の関節痛を主訴に当院救急外来受診した。敗血症・播種性血管内凝固症候群の診断で入院し、血液培養検査でMRSAが検出された。入院翌日の経胸壁心臓超音波検査(TTE)では、疣状の描出は認めなかった。入院4日目の経食道心臓超音波検査で左房後壁に、可動性に富む辺縁整な10mm大の腫瘍を認めたが、MRや弁尖の異常は認めなかった。心電図同期CTでは、僧帽弁後尖P1-P2の左房後壁に10mm大の有茎性腫瘍を認めた。感染性心内膜炎(IE)、乳頭状弾性纖維腫や粘液腫が疑われた。入院9日目にTTEを行ったところ、左房後壁から僧帽弁後尖に18×11mmの不整形な腫瘍を認め、moderate MRに増悪していた。急速な腫瘍の形態変化、MR増悪、発熱が遷延しており、治療抵抗性IEと診断し、準緊急で自己心膜を使用した僧帽弁形成術を施行した。今回、左房後壁に付着した非典型的な疣状を伴ったIEの1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

II-26 演題取り下げ

II-27 HTLV-1 感染リンパ球関連連合弁膜症・肺動脈瘤に対して二弁置換および肺動脈置換術を施行した一例 杏林大学医学部付属病院 心臓血管外科

稻葉雄亮、高橋雄、峯岸祥人、遠藤英仁、窪田博
症例は67歳、女性。主訴は動機。既往はHTLV-1関連汎ぶどう膜炎、持続性心房細動。心エコーでmoderate ASR、moderate MR、severe MSを認めた。弁尖は高度な粘液腫状変化を認めた。造影CTで56mmの肺動脈瘤を認めた。症候性連合弁膜症および巨大な肺動脈瘤のため、二弁置換および肺動脈置換術の適応と判断した。胸骨正中切開アプローチ。僧帽弁は肥厚および硬化を認めた。機械弁DVR・左心耳切除およびmaze(近赤外線)・肺動脈置換術(牛心膜)を施行した。術後精査で異常を認めず、術後21日に洞調律で歩行可能になった。病理学所見では弁にリンパ球を主体とした炎症性細胞浸潤が目立ち、壊死性肉芽腫が認められた。浸潤するリンパ球はの大部分はCD25・CD5陽性T細胞で、部分的にCD-3およびCD-4陽性T細胞を認めたため、HTLV-1感染リンパ球関連の炎症性変化が示唆された。HTLV-1感染リンパ球関連の心疾患は非常に稀であり、文献的考察を含めて報告する。

II-28 リウマチ性弁膜症で3度の僧帽弁置換術を要した1例 船橋市立医療センター 心臓血管外科

丸島亮輔、櫻井学、大森智瑛、山元隆史、茂木健司、高原善治
症例は69歳男性。覚醒剤使用歴とアルコール多飲歴がある。20年前にリウマチ性ASRおよびMSRに対してDVR+TAPを行った。7年前に僧帽弁位のPVLのため心不全症状をきたし再MVR(SJM 25mm)を行った。2年前に右肺化膿症で加療され、その際の¹⁸F-FDG-PETで僧帽弁輪周囲への異常集積(max SUV 6)を認めていた。今回、僧帽弁位のPVLが再発し溶血と心不全症状をきたしたため、ウシ心膜スカート付き人工弁(EPIC 25mm)を用いて3度目のMVRを行った。弁輪周囲組織は全周性に脆弱であり、特に後尖medial側で弁座の動搖を認めた。術後経過は良好であり、POD2にICU退室。POD14のTTEでmean MPGは9mmHgと高値であったが明らかなMS症状なく全身状態は良好。POD20に退院した。

II-29 黄色ブドウ球菌による弁輪破壊を伴う感染性心内膜炎の1例

埼玉心会病院 心臓血管外科
佐藤匠、佐々木健一、加藤裕樹、高井風馬、哲翁直之、清水篤、木山宏、加藤泰之

症例は29歳女性。発熱を主訴に近医受診し尿路感染症の診断で加療されていた。血液培養で黄色ブドウ球菌陽性であり経胸壁心エコーで疣状を疑う所見と中等度MRが合併していた。発症から17日に当院紹介となった。当院で行った経胸壁心エコーでは僧帽弁後尖部に付着する38mmの腫瘍と後尖部直下の左心室基部に同様の腫瘍を認めた。巨大疣状に起因すると思われるMRを中等度に認め、逆流ジェットは僧帽弁前尖方向に偏位していた。頭部CT検査で11×7mmのHigh density areaを認め、脳出血と診断。脳出血を確認してから25日に僧帽弁置換術を実施した。疣状は僧帽弁後尖を破壊しており、一部心筋に及んでいた。心筋が露出した部分は心膜で補強し、Intra annularにSJM25mmを植え込んだ。術中の疣状培養は陰性であった。術後経過良好で術21日に抗生素加療継続のため転院した。僧帽弁輪破壊を伴う感染性心内膜炎の経過について若干の文献的考察を交えて報告する。

17:21~18:25 心臓：冠動脈

座長 川村
伊藤

匡智（獨協医科大学 心臓・血管外科）
（横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科）

II-30 左室形成・冠動脈バイパス後心室中隔穿孔に対して右房アプローチによる修復術で良好な治療経過を得た一例

横須賀市立総合医療センター

佐野太一、安達晃一、田島 泰、玉井宏一、新井大輝

【背景】心筋梗塞後の心室中隔穿孔（VSR）は致死的な合併症であり従来の左室アプローチは心筋損傷や術後合併症のリスクが高いとされており今回右房アプローチで良好な経過を得たので報告する。【症例】62歳男性、急性心筋梗塞・HFrEF（28%）に対して4ヶ月前に左室形成術、冠動脈バイパス術（LITA-LAD、SVG-D1-OM-PL-4PD）実施。肝機能障害精査の際にVSRを認め手術となる。VSRはQp/Qs 1.69、後下壁に認めた。左室周囲の瘻着が高度であると予想されたこと、右房より経三尖弁での修復が可能と考え右房アプローチを採用。ウシ心膜を使用したダブルパッチで閉鎖を行った。術後縫隔炎合併もあり時間を要したが2ヶ月ほどで独歩自宅退院。右房アプローチが可能な症例は多くないが、VSR穿孔部位によっては視野も良好であり有効なアプローチであったので今回報告する。

II-31 川崎病冠動脈障害に対するロボット支援下冠動脈バイパス術の検討

千葉西総合病院 心臓血管外科

樋熊佑香、中村喜次、玉川佳澄、新妻楠望、古仲美貢、新妻 健、安元勇人、黒田美穂、奥木聰志、林祐次郎、中山泰介、伊藤雄二郎

対象は2022年12月から2025年6月になつた川崎病冠動脈障害に対するロボット支援下冠動脈バイパス術（RCAB）5例。平均年齢 46 ± 17 歳であった。3例でPCI施行歴あり、1例はPCIを試みたが困難症例だった。1枝病変が3例、2枝病変が2例あり、全例でLITA-LADを施行した。2枝病変に対して1例でハイブリッド治療をRCAに対して施行し、もう1例はRCAのCTO病変に対して経過観察中である。周術期成績は平均手術時間が 165 ± 29 分であった。周術期輸血、主要合併症、在院死亡はなし。平均ICU滞在日数は 2 ± 1 日、平均術後住院日数 8 ± 2 日であった。術後平均観察期間は 14 ± 9 ヶ月で遠隔死亡なし。1例でRCA新規狭窄に対してPCI施行はしたもの、全例でグラフトの開存を認めた。当院で施行した川崎病冠動脈障害に対するRCABについて、文献的考察を用いて報告する。

II-32 右冠動脈瘤冠動脈静脈瘻に対する大伏在静脈による右冠動脈置換術と分枝再建の一例

千葉西総合病院 心臓血管外科

玉川佳澄、中村喜次、樋熊佑香、新妻楠望、古仲美貢、安元勇人、

新妻 健、黒田美穂、奥木聰志、林祐次郎、中山泰介、伊藤雄二郎

症例は66歳女性。心不全加療歴あり、右冠動脈拡張の指摘で紹介となった。精査の結果、冠動脈静脈瘻を伴う右冠動脈瘤をみとめた。冠動脈本幹は最大径22mmでびまん性に拡張しており、シャント量（Qp/Qs 2.25）、破裂リスク、血栓形成リスクがあり手術適応とした。手術は右冠動脈を全長切開し、瘻孔を縫合閉鎖した後、大伏在静脈graft（SVG）を後下行枝（PD）に端端吻合した。carrel patch様に離断した3分枝を端側吻合し、SVGの中極端を上行大動脈に端側吻合して、SVGをinterposeするかたちで冠動脈再建を施行した。術後Qp/Qsは1.22と著明に改善をみとめ、CTで右冠動脈瘤は切除されgraft開存は良好であった。PDに残存瘤をみとめたが、術前術中に確認できなかった左回旋枝からのminorな側副血行路による血流が原因と考えられた。現状は大きな問題なく、経過観察中である。今回冠動脈静脈瘻を合併した右冠動脈瘤に対して、SVGをinterposeして冠動脈再建した一例を報告する。

II-34 単一冠動脈を伴うValsalva洞動脈瘤に対してBentall手術を施行した一例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

武笠厚太郎、阿部真一郎、焼田康紀、浅野宗一

症例は73歳女性。健診で心雜音を指摘され、精査目的に当院を受診した。心エコーおよびCTにて重度の大動脈弁逆流（severe AR）とValsalva洞動脈瘤を認めた。また、冠動脈造影およびCTにて冠動脈起始異常を認め、両冠動脈が共通幹として左冠尖から起始する单一冠動脈（Lipton分類L2-A）と診断された。手術はBentall手術を施行した。基部の剥離は冠動脈の走行に十分留意して行った。冠動脈起始異常はmalignant typeではなかたため、再建は1本のみとした。共通幹の周囲を丁寧に剥離し、過度な牽引や屈曲なく移植できることを確認した上で、Carrel patch法による再建を行った。術後経過は概ね良好であり、術後2日目に一般病棟へ転棟、術後14日目に独歩で自宅退院となった。单一冠動脈とValsalva洞動脈瘤の合併例は極めて稀であり、これまでに散発的な症例報告があるのみである。本症例を文献的考察とともに報告する。

II-33 大動脈弁位腫瘍の冠動脈嵌頓により難治性心室細動を呈した一例

東邦大学医学部 外科学講座 心臓血管外科学分野

高田脩斗、亀田 徹、古山ゆりあ、吉川 翼、磯部 将、川田幸太、

片山雄三、水野友裕、藤井毅郎

57歳女性。心窩部痛、体動困難で救急要請。救急隊到着時から心室細動（VF）を認め、2回の除細動で洞復帰し当院搬送となった。心電図で広範なST低下を認め、心筋虚血に伴うVFが疑われたため緊急カテーテル検査を施行。検査中もVFの出現を認め、V-A ECMO導入となった。冠動脈造影では左主冠動脈の閉塞を認め、吸引カテーテルで無色透明の構造物が回収されたため、粘液腫など腫瘍による塞栓症が疑われた。IVUSで冠動脈入口部の異常構造物が残存し、難治性のVFが持続したため、切除目的に緊急手術とした。大動脈切開し観察したところ、大動脈左冠尖の先端に付着する15mm大程度の腫瘍性病変を認めたため、切除した。大動脈遮断解除後は洞調律となり、その後もVFの出現は認めなかった。病理学的検査では乳頭状弾性線維腫の診断となり、大動脈弁腫瘍の左冠動脈への嵌頓が難治性VFを引き起こしたと考えられた。術後合併症はなく、第42病日にリハビリ転院となった。

II-35 急性心筋梗塞後心室中隔穿孔に対する修復術中、Impella5.5により左室損傷をきたした1例

山梨県立中央病院

大澤いくみ、津田泰利、横山毅人、佐藤大樹、中島雅人

症例は75歳女性。前医よりAMI疑いで当院紹介となり、ImpellaCP挿入の上#7 99%に対してPCIを施行したが、循環不全、溶血進行のため、第3病日にImpella5.5へのupgradeおよびV-A ECMO挿入を施行した。その際のTEEでVSPが判明し、ECPELLAでの管理を継続し第12病日にVSP閉鎖術を施行した。術中、大動脈遮断後に心臓を脱転するとImpella先端が左室下壁を貫いていることが確認されたが、Impellaの遮断可能部位を考慮すると左室内への還納は困難であり、VSP閉鎖後にImpellaを引き抜き穿孔部を修復した。カテーテルミン、NOを使用して人工心肺離脱は可能であり、補助循環は離脱してICUに帰室した。術後の心不全管理には時間を要したが、術後39日目に転院となった。術後UCGでは遺残短絡は認めず、EFは50%程度であった。

VSPに対して手術までのブリッジとしてImpellaの使用が報告されているが、Impellaによる術中の左室穿孔の報告は極めてまれであり、文献的考察を交えて報告する。

II-36 僧帽弁輪に近接した左室下壁心室瘤に対する overlapping 法

心臓血管研究所付属病院 心臓血管外科

在國寺健太、宮本陽介、佐々木花恵

心筋梗塞後の心室瘤に対する手術は様々な報告があるが、下壁梗塞後の心室瘤に対する報告は少なく一定した見解はない。今回僧帽弁輪に近い左室下壁心室瘤に対する手術を経験したため手術ビデオを中心に報告する。症例は80歳男性。意識消失と右片麻痺のため前医に救急搬送され、脳梗塞の診断で緊急入院となった。その後の精査で壁心室瘤を指摘され手術目的に紹介された。心臓超音波検査でLVEF 23%、下壁基部に左室瘤を認め、左室瘤は僧帽弁輪に接していたが有意なMRは認めなかった。CAGで#2 99%、#12 99%、#15 90%の二枝病変を認め、左室形成術+CABG-2(LITA-OM-PL)を施行した。左室形成は僧帽弁輪に近接した左室瘤であり、overlapping法を行った。術前の心エコーやCTでは明らかでなかったが、左室瘤内に血栓を認めた。機械補助は必要なく体外循環を離脱でき、術後の経過も問題なく術当日に人工呼吸器を離脱し35病日に退院された。

II-37 急性心筋梗塞後左室破裂に対して緊急手術で救命できた症例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

高木翔太、堀天孝之、赤津堀之、熊谷 悠、井上 龍、黒田大郎、

金澤祐太、渴手裕子、木下 修、吉武明弘、朝倉利久

急性心筋梗塞後左室破裂に対して外科的介入で救命できた2例を経験したので報告する。症例1) 63歳男性、胸背部痛で近医へ救急搬送された。ECGでST上昇、心エコー検査で心嚢液貯留を指摘され、カテーテル support下に当院へヘリ搬送された。搬送中、ショックバイタルとなり、来院後ECMOを導入し、CAG検査にて責任病変(LCX)を同定した。血性心嚢水を認めたが、破裂部辺縁組織が比較的保たれており、心膜パッチを用いてLV repairを行った。POD28日で自宅退院された。

第Ⅲ会場：SPACE5

9:00~9:40 呼吸器：学生発表

座長 遠藤哲哉（昭和医科大学医学部 外科学講座呼吸器外科学部門）
小林哲（獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科）
審査員 増田良太（東海大学医学部医学科 外科学系呼吸器外科学）
朝倉啓介（慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器））

学生発表

III-1 間質性肺炎を合併した高齢者肺扁平上皮癌に対し胸壁合併切除を伴う区域切除を施行した1例

千葉大学大学院・医学部、千葉大学大学院・医学部 呼吸器病態外科学²
大崎輝人、佐藤祐太郎¹、佐田諭己²、豊田行英²、稻毛輝長²、森本淳一²、
千代雅子²、松井由紀子²、田中教久²、鈴木秀海²

症例は80歳代男性、左前胸部痛を主訴に受診し、胸部X線で左上肺野に4.5cm大の腫瘍影を認め肺癌疑いで紹介された。胸部CTで左上葉に胸壁浸潤を伴う4.5cmの腫瘍影と間質性肺炎を認めた。気管支鏡検査及び全身検索により、左肺扁平上皮癌 cT3N0M0 Stage IIBと診断した。多職種カンファレンスにて高齢かつ間質性肺炎合併のため放射線治療や化学療法よりも外科的切除が最適と判断された。呼吸機能は低下していたが区域切除であれば耐術可能と評価した。Hemi-clamshell開胸による左肺上大区域切除、左第2-3肋骨合併切除・再建、リンパ節郭清術を施行した。術後経過は良好で合併症なく術後14日で退院した。術後病理 pStage IIBであったが、リスクを考慮し経過観察とし、術後8ヶ月無再発生存中である。高齢かつハイリスク症例に対し適切な術前評価と周術期管理により、安全な外科的治療が可能であった1例を報告する。

学生発表

III-2 人工心肺を用いて切除し得た左房内伸展を伴う右肺下葉肺癌の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科¹、自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科²

新垣 翠¹、宮田昌朋¹、須藤圭吾¹、佐藤誉哉¹、曾我部将哉¹、峯岸健太郎¹、
中野光規²、岡村 誉²、山口敦司²、坪地宏嘉¹、遠藤俊輔¹

症例は76歳、女性。体重減少を主訴に前医を受診した。胸部CTで右肺下葉にφ80mm大の腫瘍を認め当院に紹介。造影CTでは腫瘍は右下肺静脈經由に左房内にポリープ状に伸展し、左房内にはφ50mm大の腫瘍形成を認めた。突然死の危険性が高いと判断し、準緊急手術を施行した。手術は左側臥位、後側方開胸で施行した。下葉肺動脈・気管支を切離後に横隔膜神経腹側で心臓切開、上行大動脈送血、上大静脈・下大静脈脱血で人工心肺を確立した。人工心肺下に左房切開し左房内腫瘍摘出を行い、人工心肺を離脱。手術時間316分、人工心肺時間52分、出血量408ml。術後40日目に退院。病理組織診断は大細胞癌 pT4N0M0 Stage IIIAであった。術後の体力低下から術後補助化学療法は施行せず。術後5ヶ月目に副腎および脳転移が出現して現在化学療法中である。人工心肺を用いた左房合併切除を必要とする肺切除は稀である。手術ビデオを供覧するとともに、文献的考察を加えて報告する。

学生発表

III-3 大動脈弓及び中枢肺動脈との広範な瘻着を認めた胸腺癌の一例

自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

手塚萌維、高瀬貴章、横田菜々子、堀切映江、小林哲也、滝 雄史、
金井義彦、坪地宏嘉

50歳代女性。CTで前縦隔に5cm大の腫瘍を認めた。左腕頭静脈浸潤が疑われた他、大動脈弓と左肺動脈に広く接し AP window に進展していた。CTガイド下生検で扁平上皮癌(cT4N0M0 stage IIIb)。化学放射線療法(weekly CBDCA+Paclitaxel、RT 60Gy)でPRとなり手術の方針。胸骨正中切開で開始し心臓は解放。肺動脈幹から左主肺動脈に広範な瘻着を認めた。大動脈弓に強固に瘻着していたが剥離可能。大動脈と上大静脈の間から右肺動脈を露出し、右肺動脈から肺動脈の左右分岐部を剥離したのちに左主肺動脈を確保。前胸部左第3肋間の横切開を加え、左上大区域、左腕頭静脈、横隔膜神経、迷走神経を合併切除した。最後に肺動脈から剥離して腫瘍を摘出した。手術時間499分、出血量550ml。術後経過良好で第18病日に退院。切除断端は陰性、術前治療で約80%の腫瘍縮小効果(ypT3N0M0、stage IIIa)が得られた。肺動脈中枢に及ぶ腫瘍を安全に剥離する工夫を含めて報告する。

学生発表

III-4 横隔膜交通症に対する胸腔鏡下手術で色素を用いた小孔同定が有用であった一例

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

安塚まお、梅咲徹也、菊地賢展、田口 亮、市来嘉伸、二反田博之、
菱田智之

横隔膜交通症は、横隔膜の小孔を通じて腹腔内の液体が胸腔内に移行する疾患で、腹膜透析(CAPD)患者の約1.6%に発症するとされる。根治治療は手術であるが、術中に横隔膜の小孔を正確に同定することが重要である。症例は55歳女性である。常染色体優性多発囊胞腎によるステージ5慢性腎臓病に対しCAPDが導入されたが、透析液の回収不良と右胸水貯留を認め横隔膜交通症が疑われた。主科にて血液透析への移行も検討されたが、CAPD継続の希望があり、手術の方針となった。手術は胸腔鏡下に行った。腹腔内にインジゴカルミン混注CAPD液を注入し腹部圧迫を行うことで小孔が明瞭に同定された。小孔周囲の横隔膜を縫締し、PGAシート及びフィブリリン製剤で補強した。術後経過は良好で、2ヶ月現在、再燃なくCAPD継続中である。本症例は色素による小孔同定の有用性を示した報告である。

学生発表

III-5 横隔膜交通症にインドシアニングリーンを用いた術中蛍光イメージングが有用であった1例

国際医療福祉大学医学部呼吸器外科学

カウンテッ ナイン、和田啓伸、穴山貴嗣、徳武 輝、小野里優希、

鎌田稔子、吉野一郎、吉田成利

症例は40代男性。糖尿病性腎症に対する腹膜透析（PD）を導入後より右大量胸水が出現し、横隔膜交通症と診断された。前医で胸腔鏡手術が行われたが瘻孔は同定されず、横隔膜被覆と術後に胸膜瘻着術が施行された。

術後2週間でPDを再開後、すぐに右胸水貯留を認め、当院紹介のうえ再手術の方針となった。胸腔鏡下に横隔膜面の瘻着を剥離した後、インドシアニングリーンを混入したPD液1.5Lを腹腔内に注入した。蛍光イメージングで横隔膜を胸腔側から入念に観察すると、腱中心の前方外側寄りに点状の蛍光を確認できた引すると蛍光は消失したが、再度同部位に蛍光を認めたため、責任瘻孔と判断し2-0 タイクロンで縫縮した。術後5日目に胸腔ドレーンを抜去し、6日目よりPDを再開した。術後3か月経過したが、右胸水の再貯留なくPDを継続できている。PDに伴う横隔膜交通症は比較的稀であり外科治療に関して文献的考察とともに報告する。

9:43~10:47 呼吸器・食道：初期研修医発表

座長 河野光智（埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科）
中島由貴（埼玉県立がんセンター 胸部外科）
審査員 鈴木秀海（千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学）
清水公裕（信州大学医学部 呼吸器外科）

初期研修医発表

III-6 肺を温存し広範囲気管分岐部切除を行った腺様囊胞癌の一例

自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

丹羽薫那、高瀬貴章、横田菜々子、堀切映江、小林哲也、滝 雄史、
金井義彦、坪地宏嘉

40歳代女性。CTで気管分岐部の腫瘍を認め紹介。腫瘍は気管分岐部から右は上葉気管支入口部まで、左は主気管支末梢3cmまで認めた。生検で腺様囊胞癌と診断され手術の方針とした。まず右側臥位で胸腔鏡下に左肺門を授動した。肺韌帯を切離後に心膜をU字切開。肺動脈と気管支の間を十分に剥離し、ボタロー韌帯は切離した。ついで左側臥位とし右後側方開胸とした。V-V ECMO下に左右主気管支を上葉入口部近傍まで切除し、右上葉を温存した形の宮本法により気管分岐部を再建した。術後50日間の人工呼吸器管理を要したが第81病日に独歩で退院した。一時に吻合部腹側に虚血を認めたが、吻合部の治癒は良好であった。気管-気管支切除長は最大6cm。各切除端に腫瘍の残存を認め(R1)、術後放射線治療(60Gy)を施行した。術後6ヶ月経過し無再発生存中。広範囲に進展した気管分岐部腺様囊胞癌に対して、肺を温存した分岐部切除は検索した範囲内で認められず報告する。

初期研修医発表

III-7 肺尖部胸壁浸潤肺癌に対し二分割皮膚切開による低侵襲手術で胸壁合併切除を施行した一例

獨協医科大学埼玉医療センター 臨床研修センター¹、獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科²

加藤綾夏¹、西平守道²、齋藤倫人²、清水裕介²、原澤 徹²、石川菜都実²、
苅部陽子²、小林 哲²

はじめに：胸壁浸潤肺癌は大きな皮膚切開に加え、広範な筋肉切開を要することが多い。今回、側方切開と切除胸壁の直上切開に二分割することで切除し得た症例を経験した。症例：50歳、男性。主訴は胸背部痛。右上葉非小細胞肺癌 cT4N1M0 stage3A の診断に対し術前導入療法(CDDP+GEM+pembro)後に手術とした。化学療法の治療効果はPR。手術はまず、第6肋間のカメラポートから観察した。腫瘍周囲は胸壁と癒着し、腫瘍頭側の観察は困難だった。第4肋間で12cm側方切開し開胸した。浸潤部を確認しつつ第1-3肋骨腹側を切断した。ついで脊椎で5cm皮膚切開し、第1-3肋骨背側を切断し胸壁を落とした。その後肺門処理を行い、上葉切除+胸壁合併切除を完遂した。合併症なく第10病日に退院した。結語：胸壁浸潤癌に対する胸壁合併切除術は胸腔鏡を用い、開胸創を通常開胸創と胸壁浸潤部直上とに分割することで低侵襲化を図ることができる。

初期研修医発表

III-8 神経線維腫症1型に合併した悪性末梢神経鞘腫による特発性血胸を来たした症例

東海大学医学部附属病院¹、東海大学医学部附属病院 呼吸器外科²

藤野浩太郎¹、富士野祥太²、松尾一優²、日下田智輝²、真板希衣²、
小野沢博登²、和田篤史²、松崎智彦²、有賀直広²、濱中瑠利香²、増田良太²
症例は30歳代男性。神経線維腫症(Neurofibromatosis: NF)1型の診断で当院整形外科にかかりつけであった。近医で施行した胸部CT検査で左後縦隔腫瘍を認め当科紹介された。Th5-8にかけて下行大動脈に接する軽度の造影効果を伴う40mmの腫瘍を認めた。精査中に数日単位で進行する息切れと胸痛を自覚され左胸水貯留を認めた。胸腔ドレナージで血胸と診断され腫瘍穿破を疑い審査胸腔鏡を施行した。腫瘍下縁からのoozingを認めたが腫瘍周囲は胸腔内の癒着が強固であった。開胸移行し止血操作を優先した可及的切除となった。病理組織学的診断では悪性末梢神経鞘腫と診断された。術後のPET/CTで他領域にも多発転移を認め現在は化学療法を継続中である。NF1の患者は既知の神経線維腫が悪性転化し悪性末梢神経鞘腫を発症することが報告されており一般的に予後は不良とされる。また血管脆弱性であることから特発性血胸をきたすことも知られており文献的考察を加え報告する。

初期研修医発表

III-9 頸部切開+ロボット支援下縦隔内操作により切除した縦隔内甲状腺腫の1例

筑波大学附属病院 呼吸器外科

松本健太郎、佐伯祐典、高橋瑞歩、大石 岳、森陽愛子、黒田啓介、

関根康晴、上田 翔、小林尚寛、市村秀夫、佐藤幸夫

縦隔内甲状腺腫は甲状腺腫瘍のうち病変の50%以上が縦隔内に存在するものとされる。多くは頸部切開のみで摘除可能であるが、胸骨正中切開やTransmanubrial approachを追加したとの報告も散見される。今回我々は、右縦隔内甲状腺腫に対し、頸部切開に加えロボット支援下縦隔内操作により、安全かつ低侵襲に腫瘍を摘出した症例を経験したので報告する。【症例】70代女性。健診で胸部異常陰影を指摘され受診。胸部CTで甲状腺右葉と連続する10cm大の腫瘍を認めた。腫瘍の尾側は奇静脉弓の高さまで進展していた。穿刺吸引細胞診では悪性所見を認められず。腺腫様甲状腺腫の診断で手術の方針となった。まず左側臥位でロボット支援下に縦隔内操作を開始。反回神経は腫瘍により背側尾側に圧迫されていた。可及的に縦隔内操作を行なった後、仰臥位で頸部操作を行い腫瘍を一塊に摘出した。術後経過は良好で、合併症は認めなかった。病理診断は腺腫様甲状腺腫であった。

初期研修医発表

III-10 開窓術後に空洞脂肪充填・筋弁充填・胸郭成形術で閉鎖した非結核性抗酸菌症の空洞穿破による膿胸の1例

自治医科大学 呼吸器外科学

石原拓実、小林哲也、横田菜々子、堀切映江、滝 雄史、高瀬貴章、
金井義彦、坪地宏嘉

症例は64歳女性。61歳時にCTで右肺中心に多発結節影と空洞性病変を認めた。喀痰よりM. aviumが検出され、抗菌薬による治療を受けた。初診1年8ヵ月後、右下葉の空洞壁破綻による気胸を発症した。EWS充填術により気胸は改善し退院したが、1週後に再発し胸腔ドレーンを再留置した。胸水培養でM. aviumとS. anginosusが検出され膿胸と診断。EWSの充填を計4回施行したが空気漏れが遷延し、開窓術を施行。開窓部は徐々に清浄化したが、瘻孔閉鎖には至らなかった。開窓術から1年後に閉鎖術を施行。瘻孔を有する空洞を切開し、前胸部から採取した径15mmの脂肪織を充填し肥厚した臓側胸膜と縫合した。さらに瘻孔閉鎖部に前鋸筋弁を縫着した。腔を縮小するため肋骨を追加切除し、皮膚を縫合して手術終了。経過良好で術後14日目にドレーンを抜去し17日目に退院した。非結核性抗酸菌症の空洞穿破による有瘻性膿胸の治療には難渋することが多く、治療戦略を含めて報告する。

初期研修医発表

III-12 遅発性に気胸を発症した外傷性多発肋骨骨折に対して観血的整復固定術を施行した一例

新久喜総合病院 呼吸器外科

佐久間貴裕、香丸真也、出嶋 仁

【症例】60代男性、作業中に2mの脚立から墜落し救急搬送となった。左多発肋骨骨折、外傷性血胸、肺挫傷、腰椎左横突起多発骨折を認めたため入院とし、それぞれに保存的治療を行い第11病日に自宅退院とした。退院後10日の外来では問題なかったが、約1ヶ月後の外来受診時に気胸を認め、CTで骨折肋骨の胸腔内突出が原因と考えられたため手術の方針とした。右側臥位で約15cmの後側方切開を行い、まずは第7肋間から胸腔内血腫除去を施行した。胸腔内へは第7肋骨の骨折端が突出しており、その直下の肺表面に2cmほどの裂創が見られた。同部位を40プロリンプレジエット付きで縫合修復し、第7・9肋骨に対してジンマー社RibFixblu12穴プレートを用いて整復固定した。術後合併症なく第14病日に自宅退院となった。

【結語】遅発性に気胸を発症した外傷性多発肋骨骨折に対して観血的整復固定術を施行した症例を経験したため報告する。

初期研修医発表

III-11 リンパ脈管筋腫症続発性気胸に対する左単孔式全胸膜カバーリング術後に局所麻酔下肺気漏閉鎖術を要した一例

済生会習志野病院 呼吸器外科

木全晴紀、溝潤輝明、山本高義、伊藤祐輝、多田夕貴、長門 芳

28歳女性、左II度気胸を発症し前医を受診。胸部CT上、両側びまん性多発肺のう胞を認め、リンパ脈管筋腫症(LAM)の続発性気胸が疑われた。X日に全身麻酔下に胸腔鏡下左上葉肺部分切除術及び肺気漏を認めた葉間面を中心にORCシートを用いた部分胸膜カバーリングが施行された。術後肺気漏が遷延したため、手術目的に当科に転院となった。X+11日に全身麻酔下に左単孔式胸腔鏡下肺部分切除・肺縫縮+全胸膜カバーリングを施行した。術後遷延性肺気漏を認め、X+21日に胸腔造影下フィブリン糊散布法追加も気漏停止せず、X+27日に局所麻酔下肺気漏閉鎖術施行し、肺気漏の制御に成功した。病理検査ではHE染色でLAM細胞を認め、同細胞は免疫染色でSMAがびまん性に陽性、HMB45はごく一部に陽性でありLAMの確定診断となった。

初期研修医発表

III-13 腹腔鏡下 Heller-Dor 手術を施行した若年者の食道アカラシアの1例

東海大学医学部消化器外科

前田夏実、山本美穂、中島理絵、田島康平、金森浩平、二宮大和、
庄司佳晃、數野暁人、西 隆之、小柳和夫

症例は27歳男性。3年前より就寝時の嘔吐を認めていた。近医を受診し上部消化管内視鏡検査にて食道アカラシアの疑いとなり当院紹介受診となった。当院にて施行した上部消化管内視鏡検査では、食道の拡張と液体貯留、食道胃接合部のロゼット形成を認めた。上部消化管造影検査では、食道胃接合部に鳥の嘴様の狭窄化を認め、口側の食道は蛇行・拡張していた。食道内圧測定検査では、食道の蠕動波の消失と下部食道括約部の弛緩不全を認めた。以上より、食道アカラシア(St型、Grade I)と診断し、腹腔鏡下 Heller-Dor手術を施行した。術後経過は問題なく食事摂取良好となり、術後6日目に軽快退院した。今回われわれは、若年者の食道アカラシアの1手術例を経験した。若年者における食道アカラシアの治療方針を含め、若干の文献的考察を加えて報告する。

10：50～11：46 呼吸器：肺良性、食道外科

座長 武藤雄太（練馬光が丘病院 外科）
峯岸健太郎（自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科）

III-14 肺尖部孤立性線維性腫瘍の1切除例

東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野¹、東邦大学医学部 病院病理学講座²、東邦大学医学部 病理学講座³

田守快生¹、草野萌¹、東陽子¹、肥塚智¹、加藤俊平¹、園部聰³、黒瀬泰子³、柄木直文²、伊豫田明¹

症例は70代男性。健康診断の胸部X線検査で右肺尖部に腫瘍影を指摘され当科へ紹介受診となった。右肩の疼痛を自覚しており、胸部CT検査にて右肺尖部に50×35×32mm大の腫瘍を認めた。気管支鏡下生検では確定診断が得られず、画像上、肺がんの胸壁浸潤、胸壁腫瘍が鑑別診断として挙げられたため、方針決定のため術前にCTガイド下生検を施行した。病理組織学的所見では充実性に増生した紡錘形細胞を認め、免疫組織化学染色にてSTAT6およびCD34陽性、CK(AE1/AE3)、SMA、S-100陰性であり、孤立性線維性腫瘍と診断された。手術所見にて腫瘍は右肺上葉の臓側胸膜から発生しており、胸壁への明らかな浸潤は認めず、胸腔鏡下右肺上葉部分切除術にて切除した。術後1年6ヶ月経過し無再発生存中である。肺尖部に発生した腫瘍で示唆に富む症例であったため、文献的考察を加えて報告する。

III-16 痢化した異常血管の切迫破裂を伴う肺底動脈大動脈起始症に対し大動脈ステント留置後に肺切除を行った1例

慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器）

寄森駿、鈴木繁紀、木村征海、青木優介、中井猛斗、中山和真、杉野功祐、鈴木嵩弘、大久保祐、政井恭兵、加勢田馨、朝倉啓介

症例は56歳の女性、胸部異常陰影を指摘され当科紹介となった。造影CTで下行大動脈から左肺底区に流入する異常血管を認め、不整形な囊状瘤の形成と流入部に限局して最大径33mmの拡大を認めた。単純CTにて瘤内に高吸収域を認め新鮮な血栓形成と考えられ、切迫破裂が疑われた。左肺底区への正常肺動脈の流入や分画肺は認めないことから肺底動脈大動脈起始症と診断した。破裂リスクを考慮し、心臓外科で大動脈ステントの留置を行い、2期的に胸腔鏡補助下の後側方開胸で左肺下葉切除及び異常血管切離を施行した。ステント留置により異常血管の血流は遮断され、内腔は血栓で閉塞していた。血栓により硬化した異常血管の処理には工夫を要したが自動縫合器で安全に血管処理が可能であった。瘤化した異常血管を伴う肺底動脈大動脈起始症に対して大動脈ステント留置を先行した症例の報告は稀であり、本疾患に対する外科的治療戦略についての文献的考察を加えて報告する。

III-18 頸部食道癌からの腫瘍出血に対してIVRによる止血で救命した1例

埼玉医科大学国際医療センター

岸本裕、佐藤弘、宮脇豊、鈴木悠介、櫻本信一

【緒言】食道癌の腫瘍出血に対する緊急止血は必ずしも容易ではない。今回我々は腫瘍出血をきたした頸部食道癌に対してIVRでの止血で救命できた1例を経験したのでこれを報告する。【症例】患者は64歳、男性。食道癌、scC、CePh、cT4（気管）、N1、M0、cStage4Aの治療前診断に対して失声回避にてdCRTの方針を選択され、FOLFOX+RT(60Gy/30Fr)を施行した。FOLFOX3コース終了時点でのCTでの効果判定はPRで、原発巣は著明縮小をきたし大血管への浸潤は否定的であった。4コース目施行前に大量吐血にて緊急受診した。緊急内視鏡を施行したところ腫瘍からの活動性出血を認めたが止血困難で処置を終了した。ショックバイタルで止血の為の姑息的切除は困難と考え、IVRでの止血を試みた。右下甲状腺動脈からのextravasationを認め、これを塞栓した。IVR後は吐血を認めず、止血を得ることができた。【結語】頸部食道癌の腫瘍出血に対してIVRは有用な止血手段となりうる。

III-15 感染契機に成人発見された先天性肺気道奇形に左下葉及びS1+2c亜区域切除術を施行し肺全摘出を回避した一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

清水かおり、高持一矢、金城華奈、池内洋史、今清水恒太、服部有俊、福井麻里子、松永健志、鈴木健司

症例は22歳男性。4年前から先天性肺気道奇形に対し当院呼吸器内科で経過観察されていたが、囊胞感染を繰り返し、血痰が持続するため、感染コントロール目的に当科で手術の方針となった。術前CTでは、上下葉間がほぼ完全不全分葉で、S6からS1+2cにかけてアスペルギルス感染によるfungus ballを伴う囊胞と、底区域にも散在する囊胞を認めたため、最大で左肺全摘を想定して手術に臨んだ。尾側から下肺静脈、下葉気管支の順に切離、次に葉間腹側および背側から下葉肺動脈を剥離し切離、A1+2a+b、A1+2c、B1+2cを切離後、病巣と正常肺との境界を用手的に確認しつつ区域間を切離することで、左下葉およびS1+2c亜区域切除により完全切除が可能であった。術後3ヶ月の現在、発熱、血痰などの症状は認めていない。本症例に対し、肺全摘を回避しつつ完全切除するために行った手術のポイントについて報告する。

III-17 術中迅速診断で肺腺癌と診断された線毛性粘液結節性乳頭状腫瘍の1例

東海大学八王子病院呼吸器外科¹、東海大学医学部外科学系呼吸器外科²

石原尚¹、生駒陽一郎¹、渡邊創¹、中川知己¹、山田俊介¹、増田良太²

症例 80歳代女性。腎癌術後の経過観察のCTで増大傾向の右下葉の結節影を指摘され当科紹介受診。胸部CTで右下葉S10末梢に17mmの充実型結節を認めた。原発性肺癌又は腎癌の転移を疑い、御高齢のため胸腔鏡下右下葉部分切除の方針とした。術中迅速診断では肺腺癌と診断されたが、永久病理組織学的所見において肺胞上皮置換性に増殖するClara Cellに類似する小型細胞、及び線毛細胞や粘液の混在も認めた。免疫染色では、増生細胞はTTF-1が陽性、p40・CK5/6陽性の基底細胞が見られることから線毛性粘液結節性乳頭状腫瘍(Ciliated Muconodular Papillary Tumor: CMPT)と診断した。本疾患は2002年に提唱された比較的新しい疾患概念であり、しばしば原発性肺癌との鑑別が困難である。文献的考察を踏まえて報告する。

III-19 小腸転移からの出血によりショックを呈した食道癌の一例

国際医療福祉大学三田病院

新原正大、井植優豪、門多由恵、加藤亜裕、星本相淳、池田佳史

50歳代男性。血性嘔吐を主訴に受診し食道扁平上皮癌L1 cT3N0M0と診断された。ICG15分値58.0%、著明な門脈下大靜脈シャントを認めるアルコール性肝硬変および大動脈弁閉鎖不全を併存疾患有するため、化学放射線療法(5-FU+CDDP)を選択したが、2コース目にシスプラチニ腎症を発症した。第39病日に下血とショックを呈し、原発巣からの出血を疑い、第42病日に食道切除、頸部食道瘻造設術を施行したが、下血は持続した。第43病日に小腸内視鏡で回腸からの動脈性出血を確認しクリップにて止血後、第44病日に小腸切除、人工肛門造設術を施行。病理にて食道癌からの小腸転移と診断された。食道癌の小腸転移、さらにそれによる出血性ショックは極めて稀であり、診断と治療には画像的、内視鏡的などの多方面からの迅速な判断が重要と考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

III-20 食道癌術後の再建胃管潰瘍穿孔に対して緊急手術を要した1

例

獨協医科大学 上部消化管外科

上田 裕、中島政信、富田もも、藤原章登、日引卓太郎、吉松政樹、
落合貴裕、滝瀬修平、藤田純輝、中川正敏、森田信司、小嶋一幸
症例は69歳男性。X-2年4月、胸部食道癌に対し食道亜全摘、胸骨後経路
胃管再建が施行された。その後、局所再発に対する化学放射線治療を行い、
完全奏功を得て経過観察されていた。X年5月頃より上腕から右前胸部の
疼痛が出現し、胃管潰瘍を指摘されPPIが処方されたが、内服不良と鎮痛
薬の過量使用があった。X年6月、上腹部痛で救急搬送され、CTで縦隔内
にfree airを認めた。胃管穿孔に対して保存的加療を開始したが、縦隔炎、
および心膜炎を発症したため緊急手術を施行した。全身状態を考慮して二
期的再建とし、胃管切除、食道瘻造設を施行した。潰瘍穿孔部は心嚢内へ
穿通しており、洗浄後に心嚢内にもドレーンを留置した。術後経過は比較
的安定で、術後59日目に二期目の手術として胸壁前小腸再建を施行した。
食道癌術後の合併症に胃管潰瘍があり、穿孔や出血など重篤な合併症をき
たす可能性がある。特に穿孔時は迅速な外科的介入が重要であると考えら
れる。

11：49～12：37 呼吸器：肺悪性

座長 一瀬淳二（がん研有明病院 呼吸器センター外科）
四倉正也（国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科）

III-21 右下葉切除後の異時性多発性肺癌に対しロボット支援下右S4区域切除を行なった一例

信州大学医学部附属病院 呼吸器外科

寺田志洋、小口祐一、勝野麻里、三島修治、中村大輔、久米田浩孝、
濱中敏、清水公裕

症例は81歳、女性。77歳時に右下葉肺腺癌 pStageIIAに対しロボット支援下右下葉切除を施行された。術後経過観察中に右S4に増大を示す部分充実型結節を2つ指摘され、異時性多発肺癌の疑い、cStageIA1と術前診断し、診断治療を兼ねた切除の方針とした。高齢であることや右下葉切除後であることから、低侵襲かつ肺機能を温存するためにロボット支援下右S4区域切除を行うこととした。

胸腔内は肺実質と胸壁の瘻着ではなく、標的病変はいずれも臓側胸膜から認可能であった。上中葉間からA4b、V4を同定、切離し、base-flipの視野でB4b、B4aを同定、切離し、残った上中葉間ごとA4aをステーブラーで切離することでロボット支援下にS4区域切除を完遂した。術後経過は極めて良好で、第1病日にドレーンを抜去し、第4病日に退院した。

葉切除後の異時性肺癌に対するロボット支援下区域切除は稀な手術手技と考えられ、手術動画と共に報告する。

III-23 胸腔鏡下左肺舌区+S8複合区域切除術にて完全切除し得た上葉間に存在する肺腺癌の一例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

佐藤祐太朗、田中教久、佐田諭己、豊田行英、稻毛輝長、森本淳一、
千代雅子、松井由紀子、鈴木秀海

症例は70歳代男性。胸部CTにて左S8に全体径18mmの充実性結節を認め、左肺癌疑い（cT1bN0M0 stage IA2）にて手術の方針となった。腫瘍の主座はS8に位置していたが、不全分葉部分で舌区にも跨っている状態であり、十分な切除マージンを考慮し、左肺舌区+S8複合区域切除術を計画した。手術は完全鏡視下に行った。舌区とS8の葉間に分離しない今まで、まずV4+5を切離し、前方から#11リンパ節を郭清し、縦隔型のA4+5とB4+5を確認し、それぞれ切離した。その後、前方からB8とA8を切離し、続いてV8を切離した。ICG静注法で区域間を描出してから、上区と舌区の間に先に切離し、最後にS8とS9の間に切離して、予定の手術を完遂した。術後経過は良好で術後7日目に自宅退院となった。病理組織学的検査では胸膜浸潤を認める微小乳頭型肺腺癌で、pT2aN0M0、Stage IBであり、完全切除であった。手術動画を供覧しながら報告する。

III-25 甲状腺癌上縦隔リンパ節転移に対してロボット支援下にリンパ節摘出を行なった1例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

阿出川幸、江里口大介、萩原 優、伊藤 権、高橋 聰、古本秀行、
工藤勇人、垣花昌俊、筒井英光、大平達夫、池田徳彦

症例は32歳女性。甲状腺乳頭癌に対し11年前に甲状腺全摘後、多領域に再発を認めたが、局所治療（頸部郭清、アブレーション、皮下腫瘤摘出）により病勢を制御してきた。経過観察中に右上縦隔リンパ節の腫大を認め、精査の結果、再々発と判断し、さらなる局所制御を目的にロボット支援下縦隔リンパ節摘出術を施行した。腫大したリンパ節は、気管、上大静脈、奇静脉、腕頭動脈に囲まれた狭小空間に位置していたが、問題なく摘出され、術後4日目に退院した。今回の手術では、多閑節機構による操作性と繊細な手技を活かすため、ロボット手術を選択した。本症例を通じ、胸腔鏡下手術との違いを含めて報告する。

III-22 術前ICI併用化学療法後に上大静脈合併切除再建を行い完全切除し得たbulky N2右上葉肺腺癌の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科¹、自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科²

宮田昌朋¹、須藤圭吾¹、佐藤誉哉¹、曾我部将哉¹、峯岸健太郎¹、草処 翔²、岡村 誉²、山口敦司²、坪地宏嘉¹、遠藤俊輔¹

症例は66歳、男性。労作時の息切れを主訴に前医受診した。胸部CTで右肺上葉にφ15mmの大結節、#4R LNはφ35mmの大の腫大を認め、肺癌が疑われ当院紹介。気管支鏡検査で肺腺癌 cT1bN2M0 IIIA期の診断。Driver遺伝子変異陰性、PD-L1 TPS 95%であり、術前治療CBDCA+PEM+Nivolumabを施行した。2コース終了時にPRであったが、grade2の肝障害が出現したため、術前治療を継続せず手術を施行した。手術は胸腔鏡下に右肺上葉切除を施行した。#4R LNと上大静脈との剥離困難であったため、仰臥位とし胸骨正中切開下に上大静脈合併切除再建および上縦隔郭清を施行した。病理組織診断では主病巣に残存病変を認めたが、リンパ節にはviableな癌細胞を認めず、ypT1miN0M0、Ef. 2であった。Bulky N2肺癌の手術適応は施設ごとに異なるが、「切除可能」と判断することでその恩恵を受ける症例もあり、当院では積極的に手術適応としている。文献的考察を加えて報告する。

III-24 葉間トンネリングを応用して不全分葉内の触知不能転移性肺癌を切除した1例

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 呼吸器外科

武淵裕貴、吉川良平、栗山 令、館野裕紀乃、成澤英司、沼尻一樹、矢澤友弘、河谷菜津子、中澤世識、調 憲

症例は70代男性。直腸癌術後2年、経過観察中に両側肺転移を指摘された。CTで左下葉S6に結節及び右上中葉間に不全分葉に一致して7mmの結節を認めた。まず左側病変の切除を先行し、左S6区域切除術を施行した。二期的に右中葉病変の部分切除術を予定した。右中葉結節の触知は困難であったが、結節が上中葉の分葉不全の部位に存在する事がCT画像で確認できたため、まず間作成の要領で三葉合流部より前縫隔に向けて上中葉間をトンネリングした。ついでステーブリングを本来の葉間のラインではなく、頭尾側方向のマージンを確保する様に上葉寄り、及び中葉寄りのラインでそれぞれステーブリングし、結節を含めた不全分葉の肺実質を部分切除した。術後病理診断は直腸癌転移で、切除端は陰性であった。不全分葉内に位置する転移性肺癌に対して、葉間トンネリングを応用したアプローチが有用だった症例を経験したため、共有する。

III-26 肺癌術前に卵円孔閉鎖術を施行しPlatypnea-orthodeoxia syndromeを予防した1例

杏林大学医学部付属病院 呼吸器・甲状腺外科¹、杏林大学医学部付属病院 病理診断科²

堀 秀有¹、橋本浩平¹、伊佐間樹生¹、片平勇介¹、渋谷幸見¹、須田一晴¹、橘 啓盛¹、田中良太¹、加藤憲一郎²、藤原正親²、近藤晴彦¹

症例は40歳台女性、健診で胸部異常陰影を指摘され当科を紹介受診した。c-stagelA2の肺癌を疑い診断的治療としての手術を予定したが、卵円孔開存（PFO）による奇異性脳塞栓を発症し入院加療を要した。後遺症なくアスピリンを開始し退院となった。PFOについてはシャントが軽微で新規の塞栓症のリスクも低いため治療の優先度は低いと判断されたが、肺癌は早期と考えられた事と以前当科で肺癌術後の右房圧の上昇とPFOを介した右左シャント増悪によると思われるPlatypnea-orthodeoxia syndrome (POS: PFO等を介した右左シャントが体位により増悪し、立位や座位で動脈血酸素分圧が低下し呼吸苦を呈する病態)を発症し、開心術によるPFO閉鎖術を要した経験を考慮し、PFOの閉鎖を優先する方針とした。経皮的なPFO閉鎖術を行い3カ月後に胸腔鏡下右下葉切除術を施行し、合併症なく経過した。肺切除合併症としてのPOSについて、当院での経験と文献的考察を踏まえて報告する。

15:00~16:04 呼吸器：縦隔/胸壁

座長 和田 啓伸（国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科）
堀内 翔（新東京病院 呼吸器外科）

III-27 背側肋骨横隔膜側の胸膜に発生した気管支原性囊胞の一例
千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学¹、千葉大学大学院医学研究
院 診断病理学²

西村志帆¹、松井由紀子¹、佐田諭己¹、豊田行英¹、稻毛輝長¹、田中教久¹、
森本淳一¹、千代雅子¹、川崎知美¹、太田昌幸²、池田純一郎²、鈴木秀海¹

症例は70歳台女性、慢性腎不全の経過フォロー中に施行されたCTで偶発的に左肺底部軟部影と左肺上葉すりガラス状小結節影を指摘された。両病変ともにFDG-PETで集積亢進は認めなかったが、左上葉の病変は肺癌が疑われたため手術の方針となった。手術では、左背側肋骨横隔膜側の胸膜に有茎性で凹凸のある表面平滑な腫瘍を、左S1+2に肺結節を認め、胸腔鏡下胸膜腫瘍切除および左肺S1+2区域切除術を施行した。術後経過は良好であり術後6日目に退院となった。病理組織所見では、胸膜病変は異型に乏しい多列線毛上皮が内腔を覆う囊胞性病変で、間質内に気管支腺や軟骨を認め気管支原性囊胞と診断された。なお肺癌変は置換型腺癌と診断された。気管支原性囊胞は胎生期の気管原基の異常出芽、分離・迷入により生じる比較的稀な先天性囊胞性疾患である。今回、胸膜発生という極めて稀な一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

III-29 胸骨正中下半切開に右季肋下切開を追加して手術を施行した
巨大前縦隔腫瘍の1切除例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

松井雄介、竹村千尋、四倉正也、春木朋広、吉田幸弘、渡辺俊一

症例は55歳女性。腎盂腎炎の精査CTで前縦隔下部から右胸腔に突出する12cm大の充実性腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院を紹介受診した。CTガイド下生検で胸膜腫の診断となり、遠隔転移は指摘されなかつたため手術の方針となった。胸骨正中の第3肋骨上縁から剣状突起下縁、右季肋下に沿って20cmの皮膚切開を置き、胸骨体部正中切開と右季肋下開胸によって腫瘍に到達した。腫瘍は右肺下葉に癒着していたが剥離は可能で、胸膜全摘術を施行した。手術時間は1時間28分、出血量は208mlであった。術後3日目にドレーンを抜去し、大きな合併症なく術後7日目に退院した。病理診断は胸腺腫typeAB、pT1bN0M0 StageI（第9版）で術後2年間再発なく経過観察中である。前縦隔下方から右胸腔に突出する巨大前縦隔腫瘍に対して胸骨正中下半切開に季肋下切開を加えることで安全に完全切除が可能であった1例を報告する。

III-31 縦隔悪性腫瘍疑いに対して胸腔鏡下手術を施行したが、術後
副甲状腺癌の縦隔リンパ節転移と判明した症例

長野市民病院

志村昌俊、竹田 哲

症例は70歳代男性。左副甲状腺癌術後に対して定期的にフォローアップされている。術後3年目に行われた造影CTで増大傾向を示す分葉状の腫瘍を指摘された。副甲状腺癌の術後から局所再発の所見がなく、また、頸下部や頸部のリンパ節腫大を認めないことや血液検査の結果などを含め、再発ではなく縦隔原発の悪性腫瘍として胸腔鏡下胸腺全摘術を施行した。術後経過問題なく退院したが、病理組織学的検査の結果、副甲状腺癌の縦隔リンパ節転移と診断された。稀な悪性腫瘍である副甲状腺癌に加えて、縦隔リンパ節に転移した珍しい手術症例を経験したため、文献的考察をふまえて報告する。

III-28 体外循環下に切除した上大静脈腕頭靜脈右上中葉浸潤を認め
た浸潤性胸腺腫の1切除例

日本医科大学付属病院 呼吸器外科

小嶋 隆、富岡勇也、鈴木健人、園川卓海、町田雄一郎、川崎徳仁、
白田実男

症例は48歳女性。健康診断にて胸部異常陰影を指摘され、前医を受診した。胸部単純CT検査で前縦隔から右肺門にかけて腫瘍を認め精査加療目的に当科紹介受診。胸部造影CT検査を行い、腫瘍は上中葉および両側腕頭靜脈に浸潤し、さらに上大静脈内腔への腫瘍進展も認められた。CTガイド下経皮的針生検で浸潤性胸腺腫と診断された。人工心肺補助下に胸骨正中切開および右側横切開にて手術を施行し、胸腺腫摘出、両側腕頭靜脈・上大静脈合併切除と自己心膜rollでの上大静脈再建、ならびに右肺上中葉合併切除を行った。局所進行胸腺腫に対しては、完全切除が長期予後に寄与することが知られている。本症例では、人工心肺下に安定した血行動態を維持しつつ、頸靜脈圧を測定しながら腕頭靜脈の処理を行った。上大静脈の再建には自己心膜を用い、術中合併症なくR0切除を施行した。当科における治療方針決定プロセスについて報告する。

III-30 気管支原性囊胞術後の再手術

獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科

清水裕介、斎藤倫人、原澤 徹、石川菜都実、西平守道、苅部陽子、
小林 哲

気管支原性囊胞は局在により完全切除が困難な場合がある。残存囊胞壁に対する焼灼の報告もあるが有効性は確立していない。今回、不完全切除後の気管支原性囊胞に対し再手術を行った症例を報告する。症例は30代、女性。X-3年中縦隔腫瘍による閉塞性肺炎で入院した。右上縦隔から気管分歧下の囊胞性病変に対し、可及的切除と囊胞壁開窓、残存壁内焼灼を行った。X年再発による動悸と息切れが出現し再手術とした。手術は左側臥位、第5肋間側方切開で開胸した。上縦隔では癒着もあり心嚢外での囊胞壁の同定は困難であった。心膜を切開し、上大静脈、奇静脉、右主肺動脈をテーピングし、囊胞壁を確認しながら気管や上行大動脈など周囲から剥離した。気管前から分歧下へ囊胞壁の切除を進め、最終的に囊胞壁はほぼ完全に切除できた。心膜を一部切除合併切除した箇所はゴアテックスシートで再建した。術後は肺炎を起こしたが自宅退院し、経過良好である。

III-32 術前化学免疫療法でpCRが得られた進行上皮様胸膜中皮腫の
一切除例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科¹、国立がん研究センター中央
病院 病理診断科²

山田祐揮¹、吉田朗彦²、加島淳平²、岸川さつき²、竹村千尋¹、四倉正也¹、
春木朋広¹、吉田幸弘¹、谷田部恭²、渡辺俊一¹

50歳代男性。左胸痛精査の胸部CTにて左胸膜に不整な肥厚像を認め総和最大胸膜厚は30mm以上であった。前医生検で上皮様胸膜中皮腫（cT3N0 M0 StageIIIA）の診断で加療目的に当科紹介となった。術前化学療法の方針となり、CDDP+PEMを2コース施行後に腫瘍の増大を認めたため、Nivolumabを5コース施行。PRが得られ、上皮様胸膜中皮腫（ycTxN0M0 ycStageX）の診断で、左胸膜切除・肺剥皮術+横隔膜合併切除+横隔膜再建術を施行した。手術時間199分、出血量387mlであった。病理組織学的所見では、viableな腫瘍細胞を認めずpCRの診断であった。術後6ヶ月現在無再発生存中である。進行胸膜中皮腫に対して術前化学免疫療法を行い、pCRが得られた報告は希有であり文献的考察を踏まえて報告する。

III-33 外傷性胸骨骨折に対する SternalPlate による外科的整復の1例

筑波大学附属病院 呼吸器外科

大石 岳、黒田啓介、高橋瑞歩、森陽愛子、関根康晴、上田 翔、
小林尚寛、市村秀夫、佐藤幸夫

SternalPlate は胸骨正中切開におけるワイヤー閉鎖の代替デバイスとして使用されている。本症例では、外傷性胸骨骨折に対し SternalPlate を用いた整復術を施行した。症例は49歳男性。単自動車事故により多発外傷を受傷し当院搬送。胸部CTで外傷性血気胸、多発肋骨骨折、胸骨体の完全離断を伴う骨折を認め、人工呼吸器管理を開始した。血気胸は胸腔ドレーンにて軽快したが、胸骨動揺により人工呼吸器離脱が困難であったため、胸骨整復術を施行した。胸骨骨折における修復はワイヤー固定やプレート固定の報告がされているが、完全離断に対し強固な固定性を得る目的で SternalPlate を使用。術後は胸骨動揺が消失し、術後4日目に抜管可能となった。術中所見およびデバイスの有用性について文献的考察を加え報告する。

III-34 ロボット支援下剣状突起下アプローチで摘出した縦隔内異所性副甲状腺腫の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科

矢ヶ崎獎、森 彰平、坪内咲希、荒川智嗣、戸谷直樹、大塚 崇

症例は82歳男性、潰瘍性大腸炎の精査中に副甲状腺機能亢進症を指摘され、MIBIシンチで縦隔内異所性副甲状腺腫と診断された。腫瘍は縦隔内気管腹側・腕頭動脈と左総頸動脈の間に10mmの結節として認められた。ロボット支援下剣状突起下アプローチでラジオナビゲーションを併用（術前に99mTc-MIBI静注）し切除の方針とした。胸骨裏面剥離と両側内胸靜脈切離で視野を確保した。左腕頭靜脈を露出し下甲状腺靜脈を切離し、腕頭動脈・左総頸動脈・気管前面を剥離露出し、これらに囲まれた領域の脂肪織を摘出した。しかし γ プローブで最大値25cpsであったため、さらに広範囲で脂組織を追加切除した。摘出検体を γ プローブで検索したところ最大371cpsの値を得、さらに迅速病理診断で副甲状腺組織があることを確認した。術後は速やかにPHT値が正常化した。縦隔内異所性副甲状腺腫瘍に対するロボット支援下剣状突起下アプローチは適切で、ラジオナビゲーションは確実な切除に有用であった。

16:58~17:38 心臓：先天性2

座長 鹿田文昭（東京大学医学部 心臓外科）
島田勝利（聖マリアンナ医科大学 小児心臓血管外科）

III-35 大動脈弓低形成 CoA/VSD 対して自己肺動脈を利用し大動脈再建術を施行した2例

埼玉県立小児医療センター

小倉翔太、清水寿和、鶴垣伸也、野村耕司

症例1は生後2ヶ月、4.7kg、大動脈弓低形成、CoA/VSDの女児に対して、心停止後採取したMPA前壁で大動脈弓小弯側を補填拡大した後、下行大動脈と端々吻合した。その後 perimembranous VSDをパッチ閉鎖、自己心膜でMPA形成を行った。症例2は生後20日、2.9kg、大動脈弓低形成、CoA/VSDの男児。同様に、採取したMPA前壁で大動脈弓小弯側形成後、下行大動脈と端々吻合した。MPA欠損部は心膜で補填し intraluminal法でPABを行った。両児とも術後に気道症状や大動脈狭窄なく経過している。今回の術式について文献考察を加えて報告する。

III-36 MAPCAs banding を先行し Rastelli手術に到達した TOF/PA の1例

榎原記念病院 小児心臓血管外科

田中啓輔、小森悠矢、神谷寛登、松沢拓弥、和田直樹

症例は2歳4か月男児。身長82.1cm、体重9.1kg。診断はTOF/PA、MAPCAs。MAPCAsは4本[1) ALSCA-LUPA、2) DscAo-LLPA、3) 4) DscAo-RLPA]。肺血流過多による体重増加不良ありUFまで待機困難と判断。1か月時、血管拡張の強いMAPCAs 2) 4) にbanding施行。banding siteは3-4m/s前後で、体重増加不良改善。9か月時UF+pRastelli施行。MAPCA 4)は分岐が早く正中から剥離困難のため、右側開胸で剥離後に正中開胸で手術施行。1歳10か月時Conduit size up+Lt PA plasty施行。Lt PA狭窄に対し、術中・術後カテーテルで拡張施行。術後CTでLLPA狭窄残存も、カテーテル検査でPAI 253とPA全体の発育は得られており、肺16/18区域への灌流も確認され、Rastelli手術は十分施行可能と判断。TTEでmoderate TRを認めたが心収縮は良好。手術はRastelli+TVP施行し術後経過は良好であった。MAPCAs bandingを先行しRastelli手術に到達した1例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

III-37 外科治療介入の必要部位と時期に苦慮した、僧帽弁狭窄を伴う左心系低形成の一例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科¹、埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓科²

馬目博志¹、帆足孝也¹、小島拓朗²、平野暁教¹、細田隆介¹、渕上裕司¹、飯島至乃¹、鈴木孝明¹

38週2日、3.1kgで出生。

診断は、軽度大動脈弁狭窄、單一乳頭筋を伴う僧帽弁狭窄、低形成左室（左室拡張末期径 Z=3.8）、大動脈弓低形成および大動脈縮窄。心室間、心房間に短絡は無く頸部分枝は第二枝まで順行性。大動脈弓は介入要、新生児・乳児期早期の僧帽弁の介入の要否は判断つかず日齢8にて両側周径9.5mmの両側肺動脈紋扼を施行。以降も動脈管の血流は左右有意。術後大動脈弓と峡部のZはそれぞれ4.2→2.8、4.5→2.0と成長。最大僧帽弁通過血流も2.4m/sまでであったため日齢46にて動脈管結紮と肺動脈紋扼解除を実施。以降も肺高血圧所見はなく、日齢69で退院。しかし日齢88の外来受診時に最大僧帽弁通過血流3.5m/sと増大、肺高血圧と右室収縮低下も認め翌日準緊急で僧帽弁形成を施行。外側前乳頭筋と交通のsplittingを行い弁口はφ6→9mmと拡大、僧帽弁逆流は無し。月齢5の現在も肺高血圧は認めず、最大僧帽弁通過血流も2m/sまで経過している。

III-39 演題取り下げ

III-38 先天性左心室自由壁部分欠損による左心室破裂の一例

北里大学病院 心臓血管外科

小中英樹、近藤良一、美島利昭、福隅正臣、嶋田正吾、武井哲理、田村佳美、村井佑太、太田衣美、中山 航、宮地 鑑

我々は新生児期に施行した総肺静脈還流異常症術後に先天性左心室自由壁部分欠損が原因で生じたと考えられる左心室破裂を経験したため、文献考察を含めて報告する。症例は日齢31、体重2.9kgの男児。在胎39週4日、2908gで出生、総肺静脈還流異常症IIA型、心房中隔欠損、動脈管開存症と診断され、日齢21に修復術を施行した。術後経過は良好で術後8病日にPICU退室。術後エコーで左心室自由壁破裂を疑う所見があり、造影CTで破裂と周囲の血腫を認めたため、日齢32（術後11病日）に緊急手術となつた。左室周囲に血腫と心外膜の欠損を認め、中央には辺縁が整で壊死所見のない4mm程度の左心室自由壁欠損を認め、欠損孔周囲の所見と初回手術の内容から先天的な心筋欠損が疑わしいと判断した。周囲の心外膜にウシ心膜パッチを縫着し、double patchrepairで修復した。術後経過は良好であり、術後10病日にPICUを退室、術後19病日に退院した。

17:41~18:21 心臓：先天性3

座長 野村耕司（埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科）
佐々木 孝（日本医科大学付属病院 心臓血管外科）

III-40 三尖弁のstraddlingを伴う両大血管右室起始症に対して腱索移植により二心室修復を行った一例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

内藤修平、加藤秀之、西池 央、美山友紀、井口裕介、山本隆平、古谷 翼、中嶋智美、塚田 亨、五味聖吾、坂本裕昭、平松祐司

症例は9か月女児。II、L、LI、DORV、subaortic VSDの診断で生後17日に肺動脈絞扼術が行われた。両心室の大きさはバランスよく心収縮は良好で、二心室修復の方針となり、生後9か月で心内修復術が計画された。右房切開で経三尖弁的にVSDを確認したところ、三尖弁中隔尖の腱索が一部VSDを通して左室後壁の乳頭筋から分岐する形でstraddlingを認めた。straddlingした腱索を乳頭筋を一部つけて左室から切離し、Goretex graftを開いて作成したpatchで心内バッフルを形成したのち、バッフルの右室側に切離した腱索を縫着した。術後の心エコー検査では、三尖弁逆流はmildであり良好に制御されていた。術後は問題なく経過した。三尖弁のstraddlingは二心室修復における大きな障壁となるが、その治療戦略は未だ確立されていない。今回、腱索移植術がstraddling valveを伴う二心室修復において有効であった一例を経験したので、文献考察を加えて報告する。

III-42 MRSA感染を伴うTCPCグラフト閉塞に対する一治験例

聖隸浜松病院 心臓血管外科

西山 悟、小出昌秋、八島正文、國井佳文、高橋大輔、前田拓也、曹 宇晨、曾根久美子

症例は12歳男児、診断はPierre Robin症候群、PA/IVS、hypo RV。1ヶ月でmBTS、7ヶ月でBDG、5歳でfTCPC（ePTFE18mm）、術後MRSAによる縫隔炎歴あり。今回、発熱、腹部膨満を主訴に受診し、CTでグラフト完全閉塞を認めた。カテーテルによるステント留置を行ったが狭窄は残存、IVC圧38mmHgと著明に上昇していた。直後からMRSA敗血症発症、全身管理を要した。全身状態の回復を待って、グラフト交換術（リング付20mm ePTFE）を施行した。グラフト周囲から排膿あり充分に創部郭清を行った。術後CVPは13mmHgに改善し、腹部所見も著明に改善した。術後合併症なく術後45日で退院、現在も感染再燃なく経過している。MRSA感染を伴うTCPCグラフト閉塞に対して開心術を行い、救命できた一例を経験したため報告する。

III-44 左冠動脈肺動脈起始異常症に対してpulmonary wall pouch techniqueによる修復術を施行した症例

東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科

今中佑紀、保土田健太郎、秋山 章、松原宗明、吉村幸浩

症例は11歳女児。安静時胸痛が出現するようになり、冠動脈疾患が疑われ当院を紹介受診した。造影CTで左右冠動脈はともに拡張・蛇行し、左冠動脈が主肺動脈後方（sinus1 左側）から起始しており左冠動脈肺動脈起始症（ALCAPA）の診断となった。心エコーではMRを認めず左室の収縮も良好であったが、心筋シンチで前壁の可逆性虚血所見を認めた。大動脈造影で左冠動脈は描出されず、右冠動脈からの側副血行路を介して左冠動脈、肺動脈が造影された。3Dモデルを参考に、主肺動脈後壁を利用したpulmonary wall pouch techniqueで延長した左冠動脈を上行大動脈に移植し修復した。術後の心エコーで、前壁の壁運動低下と心筋浮腫を認めたが、経時に改善し術後14日で退院した。成人型ALCAPAは稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

III-41 Fallot型両大血管右室起始症に心筋緻密化障害を合併した3歳男児に対してGlenn手術を併施した1例

昭和医科大学病院 小児循環器・成人先天性心疾患センター

堀尾直裕、堀川優衣、宮原義典

Fallot型両大血管右室起始症（DORV）に心筋緻密化障害を合併した3歳男児を経験した。心機能は保たれていたが、肺動脈弁輪は正常の約70%と小さく、左前下行枝（LAD）は右冠動脈より起始していた。冠動脈の走行からtransannular patchは困難で、まずは弁輪温存を目指してVSD閉鎖、肺動脈弁交連切開と右室流出路心筋切除を施行した。心肺離脱時、右室圧は体血圧と等圧以上であったため、右室減圧目的にGlenn手術を追加し、右室圧は体血圧の4割程度、CVPも15前後で安定した循環が得られた。術後経過は良好で術後第15病日に退院した。DORVに心筋緻密化障害を合併した症例は稀であり、右室保護の観点からもGlenn手術の追加が有用であったと考えられた。引き続きのフォローアップが重要である。

III-43 左心低形成の病態を呈した心臓線維腫の一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

國部祐吾、酒匂祐里、鹿田文昭、辻 重人、堀江咲良、小野 稔

心臓線維腫は心臓原発性腫瘍のうち12-16%を占めるが、報告時年齢の3割近くは1歳未満である。中隔、刺激伝導系に浸潤し難治性不整脈を発症した場合や腫瘍増大による心不全を発症した場合に、小児期での腫瘍切除が適応となる。乳児期早期に切除を行うべきか判断に苦慮した左室内線維腫の一例を経験したので報告する。【症例】胎児期に左室内線維腫疑いと指摘。在胎38週3日、出生体重2723g、日齢0でバルーン心房中隔裂開術、日齢11で両側肺動脈絞扼術を施行。腫瘍の増大傾向はないが、腫瘍による左心系の低形成を認めたためFontan trackと判断した。1か月時にDamus-Kaye-Stansel吻合、Blalock-Taussigシャント、心筋生検を施行。組織診断の結果、心臓線維腫と診断した。現在BCPC待機中である。

日本胸部外科学会関東甲信越地方会

2026・2027年予定表

回 数	会 長	所 属	開催日	会 場
第 200 回	志水 秀行	慶應義塾大学医学部 外科学（心臓血管）	2026 年 3月 7 日（土）	京王プラザホテル
第 201 回	新浪 博士	東京女子医科大学病院 心臓血管外科	2026 年 6月 6 日（土）	ステーションコンファレンス東京
第 202 回	鈴木 健司	順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科	2026 年 11月 14 日（土）	都市センターホテル
第 203 回	小柳 和夫	東海大学医学部 消化器外科	2027 年 3月 20 日（土）	都市センターホテル
第 204 回	内田 敬二	横浜市立大学附属 市民総合医療センター 心臓血管センター	2027 年 6 月	未定
第 205 回	中島 博之	山梨大学医学部附属病院 第 2 外科	2027 年 11 月	未定

2025 年 6 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
一般社団法人日本胸部外科学会内
TEL : 03-3812-4253 FAX : 03-3816-4560
URL : <https://square.umin.ac.jp/jats-knt/>
E-mail : jatsknt-adm@umin.ac.jp