

第200回日本胸部外科学会 関東甲信越地方会要旨集

日時：2026年3月7日（土）

会場：京王プラザホテル

〒160-8330 東京都新宿区西新宿2丁目2-1

総合受付	ホワイエ（本館43階）
PC受付・機器展示会場	オリオン（本館43階）
第I会場	ムーンライト（本館43階）
第II会場	スターライト（本館43階）
第III会場	コメット（本館43階）
第IV会場	グレースルーム（南館3階）
ホスピタリティールーム	スバル（本館43階）
第200回事務局	かつら（南館4階）
世話人会	相模（本館42階）
幹事会	グレースルーム（南館3階）

会 長：志水 秀行

（慶應義塾大学医学部 外科学（心臓血管））

副会長：朝倉 啓介

（慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器））

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35

TEL：03-3353-1211

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伺いしますので、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にご準備ください。

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7:45です）。
 - (2) 一般演題は口演5分、討論3分です（時間厳守でお願いいたします）。
 - (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
済ませてください。

第 200 回日本胸部外科学会関東甲信越地方会



第 200 回日本胸部外科学会関東甲信越地方会
会長 志水 秀行
慶應義塾大学医学部 外科学（心臓血管）



副会長 朝倉 啓介
慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器）

会長ご挨拶

このたび、第 200 回日本胸部外科学会関東甲信越地方会の会長に任ぜられ、2026 年 3 月 7 日（土曜日）、京王プラザホテルにおいて会を開催させて頂くこととなりました。

日本胸部外科学会は 1948 年に設立され、本地方会の前身となる日本胸部外科学会「関東地方会」は 1965 年に発足されました（第 1 回会長 日本大学 宮本 忍先生）。1985 年には現在の「関東甲信越地方会」の形となり、これまで一貫して諸先輩方ならびに多くの会員の皆様の熱意と努力によって支えられ、発足から 60 年以上の時を経た今、遂に 200 回という金字塔を打ち立てるに至りました。

このたび、第 200 回という大きな節目となる地方会を私どもが主宰する機会を頂戴致しましたことは誠に光栄であり、平素よりわれわれの活動にご理解、ご協力頂いている会員の先生方、関係者の皆様に心より感謝致しております。本地方会では、本学呼吸器外科の朝倉啓介教授を副会長に任命し一層のパワーアップを図り、事務局長の橋詰賢一准教授をはじめ慶應外科学教室の 3 領域のスタッフ一同が一丸となってしっかりと準備を進めております。

地方会は歴史的にも症例報告を中心とした構成で開催され、主に若手胸部外科医の学会発表の登竜門として位置付けられています。私自身、人生初の学会発表は、第 64 回地方会（東京医大 早田義博会長）で経験させて頂きました。先天性心疾患に対する治験例の報告でしたが、全くの初学者だった自分が、諸先輩の熱い指導のもとで周到的な準備を目指した中で、疾患や手術の知識を深め、論文検索の仕方やプレゼンテーションの基本、さらには諸先輩の科学的思考過程や哲学などを少しずつ学ばせて頂く良い機会となりました。その後、中堅として大動脈外科を専門とするスタッフとなってからは、朝から夕方まで大動脈関連のセッションをひたすら聴講し続け、専門領域の知識の確認と蓄積に活かして参りました。

本地方会の場で自身が経験した貴重な症例、治療に難渋した症例、手術に工夫を要した症例などを報告すること、それらを聴講すること、互いに討議を重ねることは、若手はもちろん、すべての胸部外科医にとって、それが発表者の立場でも聴講者の立場でも、きわめて有用な学習機会になるはずだと思います。胸部外科の 3 領域いずれにおいても、新しいデバイスの登場、ロボット手術に代表される術式の開発、周術期治療の進歩などは急速に進んでおり、一方で働き

方改革が求められるという大きな変革期にあって、効率的な学びの重要性が一層高まっている現状の中で、地方会を実践的かつ効率的な学習ツールとして活用して頂ければ幸いです。さらに、その後に、口頭発表の場における議論や多くの専門家の意見をもとに論文としてまとめ上げることは、この分野の進歩発展の基盤となります。本地方会をそのための端緒として活用して頂けることを願っています。また、胸部外科領域に興味のある研修医や医学生に対しても学会発表の場を提供しておりますので、本地方会での発表、参加をきっかけとして、一人でも多くの若手医師が胸部外科に興味をもち胸部外科医を目指すことにつながれば幸いです。

日本胸部外科学会関東甲信越地方会は3,000名近い会員数を誇り、日本胸部外科学会の5地方会の中で最大規模の地方会として本領域を牽引しています。第200回を迎える今回の地方会は、これまで伝統を継承してきた金字塔としての役割に加え、会員の交流を深め胸部外科領域の更なる発展に向かう道標となることを目指しています。

皆様と共に、実りのある第200回日本胸部外科学会関東甲信越地方会にしたいと切に願っております。

多くの皆様のご来場を心より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 開催状況

回	開催日	会場	会長	開催時所属
第1回	1965年 7月13日	東京女子医科大学講堂	宮本 忍	日本大学 第2外科
第2回	1966年 1月22日	東京大学医学部中央図書館3階333号室	木本 誠二	東京大学 外科
第3回	1966年 5月28日	東京医科大学同窓会館ホール	篠井 金吾	東京医科大学 外科
第4回	1967年 2月18日	東京女子医科大学講堂	榊原 任	東京女子医科大学
第5回	1967年 6月17日	慶應義塾大学医学部東校舎講堂	赤倉 一郎	慶應義塾大学 外科学
第6回	1968年 1月27日	東電ホール(千葉市)	香月 秀雄	千葉大学医学部 肺癌研究所
第7回	1968年 6月 8日	順天堂大学医学部5号館3階講堂	林 周一	順天堂大学医学部 胸部外科
第8回	1969年 3月 1日	国立がんセンター3階講堂	石川 七郎	国立がんセンター
第9回	1969年 6月21日	朝日生命成人病研究所6階会議室	高橋 雅俊	東京医科大学 外科
第10回	1970年 3月14日	慶應義塾大学医学部東校舎講堂	加納 保之	慶應義塾大学 外科学
第11回	1970年 6月27日	新潟県婦人会館	浅野 献一	新潟大学
第12回	1970年12月 5日	横浜スカイビル5階バイオレットルーム	和田 達雄	横浜市立大学 外科
第13回	1971年 6月19日	昭和大学医学部総合校舎7階講堂	石井 淳一	昭和大学 外科
第14回	1971年12月11日	エーザイK.K.新館ホール	塩沢 正俊	結核予防会結核研究所
第15回	1972年 7月15日	関東通信病院新診療棟7階講堂	沢崎 博次	関東通信病院
第16回	1972年12月 2日	富士写真フイルム株式会社本社1階ホール	正木 幹雄	虎の門病院 胸部外科
第17回	1973年 5月26日	東京大学病院臨床講堂	三枝 正裕	東京大学 胸部外科
第18回	1973年12月 8日	日本医科大学大講堂	片岡 一郎	日本医科大学 第2外科
第19回	1974年 6月22日	群馬県民会館小ホール	藤森 正雄	群馬大学医学部 第2外科
第20回	1974年11月29日	東京医科大学同窓会館ホール	早田 義博	東京医科大学 外科
第21回	1975年 2月15日	野口英世記念講堂	井上 正	慶應義塾大学 外科学
第22回	1975年 7月 5日	東京女子医科大学講堂	今野 草二	東京女子医科大学 日本心臓血圧研究所循環器外科
第23回	1975年12月 6日	東京慈恵会医科大学中央講堂	新井 達太	東京慈恵会医科大学 心臓外科
第24回	1976年 2月21日	私学会館	宮本 忍	日本大学 第2外科
第25回	1976年 7月 9日	群馬県民会館小ホール	坂内 五郎	群馬大学 第2外科
第26回	1976年12月 4日	北里大学医学部合同講義室	石原 昭	北里大学 胸部外科
第27回	1977年 2月26日	東京女子医科大学本部講堂	林 久恵	東京女子医科大学 日本心臓血圧研究所循環器外科
第28回	1977年 6月25日	東京千代田区東条会館内	浅野 献一	東京医科歯科大学 第2外科
第29回	1977年12月 3日	神奈川県立県政総合センター2階ホール	松本 昭彦	横浜市立大学
第30回	1978年 3月 4日	関東通信病院講堂	服部 淳	関東通信病院
第31回	1978年 6月24日	新潟大学医学部大講義室	江口 昭治	新潟大学 第2外科
第32回	1978年11月25日	東京女子医科大学本部講堂	和田 壽郎	東京女子医科大学 日本心臓血圧研究所循環器外科
第33回	1979年 3月17日	順天堂大学有山記念館講堂	鈴木 章夫	順天堂大学 胸部外科
第34回	1979年 6月 9日	防衛医科大学校臨床大講堂	尾形 利郎	防衛医科大学校 第2外科
第35回	1979年12月 1日	朝日生命本社5階大会議室	常本 實	国立小児病院 心臓血管外科
第36回	1980年 2月23日	東海大学校友会館(霞が関ビル33階)	正津 晃	東海大学
第37回	1980年 6月 7日	日本大学医学部図書館講堂	瀬在 幸安	日本大学 第2外科
第38回	1980年11月22日	自治医科大学臨床講堂	長谷川嗣夫	自治医科大学
第39回	1981年 2月28日	富士写真フイルム東京本社1階ホール	伴場 次郎	虎ノ門病院
第40回	1981年 6月 6日	東条会館1階ホール	庄司 佑	日本医科大学
第41回	1981年11月21日	千葉大学医学部附属病院第一講堂	山口 豊	千葉大学
第42回	1982年 2月 6日	国立教育会館6階大会議室	末外 恵一	国立がんセンター
第43回	1982年 6月12日	新宿副都心三井ビル40Fホール	高橋 雅俊	東京医科大学 外科
第44回	1982年11月27日	聖マリアンナ医科大学病院別館8階大講堂	野口 輝彦	聖マリアンナ医科大学 第3外科
第45回	1983年 2月19日	日本学術会議講堂	古田 昭一	三井記念病院 循環器センター外科
第46回	1983年 6月 4日	野口英世記念館	井上 正	慶應義塾大学 外科学
第47回	1983年 9月 3日	筑波大学大学会館	堀 原一	筑波大学 臨床医学系外科
第48回	1983年12月 3日	東京大学医学部附属図書館3階	浅野 献一	東京大学 胸部外科
第49回	1984年 2月 4日	安田火災海上本社ビル	小松 壽	東邦大学 第1外科
第50回	1984年 6月 2日	日本青年館	三枝 正裕	国立療養所中野病院

回	開催日	会場	会長	開催時所属
第51回	1984年 9月 8日	埼玉医科大学	尾本 良三	埼玉医科大学 第1外科
第52回	1984年 12月 8日	日本都市センター	安野 博	結核予防会結核研究所附属病院
第53回	1985年 2月 23日	東京簡易保険郵便年金会館	石井 淳一	昭和大学医学部外科
第54回	1985年 6月 8日	東京慈恵会医科大学	新井 達太	東京慈恵会医科大学 心臓外科
第55回	1985年 9月 7日	北里大学医学部合同講義室・M-21教室	石原 昭	北里大学医学部 胸部外科
第56回	1985年 12月 14日	日本大学会館大講堂・801会議室	瀬在 幸安	日本大学医学部 第2外科
第57回	1986年 2月 8日	関東通信病院講堂・カンファレンスルーム	服部 淳	関東通信病院 心臓血管外科
第58回	1986年 6月 7日	新潟大学医学部	江口 昭治	新潟大学 第2外科
第59回	1986年 9月 6日	横浜市健康福祉総合センター	松本 昭彦	横浜市立大学 第1外科
第60回	1986年 12月 6日	東京医科大学病院	和田 壽郎	東京女子医科大学 胸部外科
第61回	1987年 2月 28日	東京医科歯科大学医学部同窓会特別講堂・厚生棟講堂	鈴木 章夫	東京医科歯科大学医学部 胸部外科
第62回	1987年 6月 20日	埼玉県県民健康センター	尾形 利郎	防衛医科大学校
第63回	1987年 9月 5日	エーザイ株式会社	古瀬 彰	東京大学 胸部外科
第64回	1987年 12月 12日	京王プラザホテル	早田 義博	東京医科大学 外科
第65回	1988年 2月 6日	自治医科大学研修センター	長谷川嗣夫	自治医科大学 胸部外科
第66回	1988年 6月 25日	KKR東京竹橋（竹橋会館）	伴場 次郎	虎ノ門病院 呼吸器外科
第67回	1988年 9月 10日	国立教育会館	庄司 佑	日本医科大学 第2外科
第68回	1988年 12月 10日	東京女子医科大学	小柳 仁	東京女子医科大学 日本心臓血圧研究所循環器外科
第69回	1989年 2月 4日	ホテルニューツカモト	山口 豊	千葉大学 肺癌研究施設外科
第70回	1989年 6月 24日	経団連会館国際会議場	細田 泰之	順天堂大学 胸部外科
第71回	1989年 9月 2日	KKR東京竹橋（竹橋会館）	常本 實	国立小児病院 心臓血管外科
第72回	1989年 12月 2日	聖マリアンナ医科大学病院本館3階臨床講堂	山手 昇	聖マリアンナ医科大学 第3外科
第73回	1990年 3月 3日	慶應義塾大学病院新棟 11F	井上 正	慶應義塾大学 外科学
第74回	1990年 6月 9日	農協ビル 8F	高場 利博	昭和大学医学部 外科
第75回	1990年 9月 22日	農協ビル 8F	竹内 靖夫	関東通信病院 心臓血管外科
第76回	1990年 12月 8日	東海大学校友会館	正津 晃	東海大学 第1外科
第77回	1991年 2月 16日	笹川記念館	末舛 恵一	国立がんセンター
第78回	1991年 6月 8日	慶應義塾大学病院会議室	石原 恒夫	慶應義塾大学 外科学
第79回	1991年 9月 21日	茗溪会館（筑波大学同窓会館）	堀 原一	筑波大学 臨床医学系外科
第80回	1991年 12月 7日	(株)東芝 39階会議室	古田 昭一	三井記念病院 循環器センター
第81回	1992年 2月 15日	東京医科大学6階臨床講堂	古川 欽一	東京医科大学 第2外科
第82回	1992年 6月 20日	大宮ソニック市民ホール	尾本 良三	埼玉医科大学 第1外科
第83回	1992年 9月 12日	日本都市センター	小山 明	結核予防会複十字病院
第84回	1992年 12月 5日	虎ノ門パストラル新館 6F	黒澤 博身	東京慈恵会医科大学 心臓外科
第85回	1993年 2月 13日	高崎ターミナルホテル 6F	森下 靖雄	群馬大学 第2外科
第86回	1993年 6月 12日	日本大学会館	瀬在 幸安	日本大学 第2外科
第87回	1993年 9月 11日	品川区立総合区民会館きゅりあん	小松 壽	東邦大学 胸部心臓血管外科
第88回	1993年 12月 4日	飯田橋レインボービル家の光会館	荒井他嘉司	国立国際医療センター
第89回	1994年 2月 19日	パシフィコ横浜	松本 昭彦	横浜市立大学 第1外科
第90回	1994年 6月 25日	所沢市民文化センターミューズ	田中 勲	防衛医科大学校 第2外科
第91回	1994年 9月 17日	日本医師会館	田中 茂夫	日本医科大学 第2外科
第92回	1994年 12月 3日	お茶の水スクエア	鈴木 章夫	東京医科歯科大学 胸部外科
第93回	1995年 2月 25日	大宮ソニック市民ホール	長谷川嗣夫	自治医科大学
第94回	1995年 6月 24日	山上会館、医学部図書館	古瀬 彰	東京大学 胸部外科
第95回	1995年 9月 2日	有壬記念館、医学部大講義室	江口 昭治	新潟大学 第2外科
第96回	1995年 12月 2日	KKR HOTEL TOKYO 11F	伴場 次郎	虎ノ門病院 呼吸器外科
第97回	1996年 2月 17日	全国社会福祉協議会ホール(LB階)	細田 泰之	順天堂大学 胸部外科
第98回	1996年 6月 15日	千葉市文化センター	山口 豊	千葉大学 肺癌研究施設外科
第99回	1996年 9月 7日	東京女子医科大学弥生記念講堂、臨床講堂I	小柳 仁	東京女子医科大学 日本心臓血圧研究所循環器外科
第100回	1996年 12月 7日	京王プラザホテル 43F	川田 志明	慶應義塾大学 外科学(心臓血管)

回	開催日	会場	会長	開催時所属
第101回	1997年 2月 22日	KKR HOTEL TOKYO 11F	島田 宗洋	国立小児病院 心臓血管外科
第102回	1997年 6月 7日	川崎市産業振興会館	山手 昇	聖マリアンナ医科大学 第3外科
第103回	1997年 9月 13日	東京国際フォーラム	高場 利博	昭和大学医学部 第1外科
第104回	1997年 12月 6日	東京国際フォーラム	竹内 靖夫	関東通信病院 心臓血管外科
第105回	1998年 2月 21日	東海大学校友会館	小出司郎策	東海大学医学部 心臓血管移植外科
第106回	1998年 6月 20日	全国社会福祉協議会・灘尾ホール	成毛 韶夫	国立がんセンター中央病院
第107回	1998年 9月 12日	KKR HOTEL TOKYO 11F	三井 利夫	筑波大学 臨床医学系外科
第108回	1998年 12月 5日	飯田橋レインボービル	鰐淵 康彦	三井記念病院
第109回	1999年 2月 20日	京王プラザホテル	加藤 治文	東京医科大学 第一講座
第110回	1999年 6月 19日	小田急ホテルセンチュリー相模大野	吉村 博邦	北里大学 胸部外科
第111回	1999年 9月 11日	大宮ソニック市民ホール	横手 祐二	埼玉医科大学 第1外科
第112回	1999年 12月 4日	ホテルサンガーデン千葉	中島 伸之	千葉大学 第1外科
第113回	2000年 2月 26日	品川区立総合区民会館きゅりあん	山崎 史郎	東邦大学医学部大森病院 胸部心臓血管外科
第114回	2000年 6月 17日	笹川記念会館	嶋田晃一郎	獨協医科大学 胸部外科
第115回	2000年 9月 2日	シティプラザ紫玉苑	飯田 良直	山梨県立中央病院
第116回	2000年 12月 9日	京王プラザホテル	川瀬 光彦	榊原記念病院
第117回	2001年 2月 24日	全国社会福祉協議会・灘尾ホール	多田 祐輔	山梨医科大学 第2外科
第118回	2001年 6月 16日	大宮ソニックシティ	布施 勝生	自治医科大学 胸部外科
第119回	2001年 9月 8日	KKR HOTEL TOKYO	砂盛 誠	東京医科歯科大学 心肺機能外科
第120回	2001年 12月 8日	KKR HOTEL TOKYO	木村 壮介	国立国際医療センター 心臓血管外科
第121回	2002年 2月 23日	飯田橋レインボービル	須藤 憲一	杏林大学 胸部外科
第122回	2002年 6月 22日	軽井沢プリンスホテル西館	天野 純	信州大学 外科学第2
第123回	2002年 9月 14日	ホテルイースト21 東京	土屋 了介	国立がんセンター中央病院
第124回	2002年 11月 23日	ホテルメトロポリタン	高本 眞一	東京大学 心臓外科呼吸器外科
第125回	2003年 2月 15日	日本都市センターホテル	羽田 圓城	三井記念病院 呼吸器センター外科
第126回	2003年 6月 28日	京王プラザホテル	長田 博昭	聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科
第127回	2003年 9月 13日	東京国際フォーラム	小林 紘一	慶應義塾大学 外科学(呼吸器)
第128回	2003年 12月 6日	東京女子医科大学弥生記念講堂	黒澤 博身	東京女子医科大学 日本心臓血圧研究所循環器外科
第129回	2004年 2月 7日	幕張メッセ国際会議場	藤澤 武彦	千葉大学 胸部外科学
第130回	2004年 6月 12日	きゅりあん(品川区立総合区民会館)	小山 信彌	東邦大学医学部外科学講座(大森) 心臓血管外科
第131回	2004年 9月 11日	京王プラザホテル	前原 正明	防衛医科大学校 外科学第二
第132回	2004年 12月 18日	(新潟県中越地震のため中止)	林 純一	新潟大学 呼吸循環外科学分野
第133回	2005年 2月 5日	ザ・ホテル紫玉苑	土屋 幸治	山梨県立中央病院 心臓血管外科
第134回	2005年 6月 11日	都市センターホテル	落 雅美	日本医科大学 外科学第二・心臓血管外科
第135回	2005年 9月 3日	虎ノ門パストラル	橋本 和弘	東京慈恵会医科大学 心臓外科
第136回	2005年 12月 3日	京王プラザホテル	幕内 晴朗	聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科
第137回	2006年 2月 4日	栃木県総合文化センター(ギャラリー棟)	三好新一郎	獨協医科大学 胸部外科
第138回	2006年 6月 10日	朱鷺メッセ	林 純一	新潟大学 呼吸循環外科学分野
第139回	2006年 9月 2日	ヨコハマグランドインターコンチネンタルホテル	高梨 吉則	横浜市立大学 外科学第一講座
第140回	2006年 12月 2日	虎ノ門パストラル	中野 清治	NTT東日本関東病院 心臓血管外科
第141回	2007年 2月 3日	都道府県会館	蘇原 泰則	自治医科大学 呼吸器外科学部門
第142回	2007年 6月 2日	日本大学会館	南 和友	日本大学 心臓血管外科学分野
第143回	2007年 9月 1日	つくば国際会議場エポカル	榊原 謙	筑波大学 人間総合科学研究科(心臓血管・呼吸器外科)
第144回	2007年 12月 1日	シェーンバッハ・サボー	松本 雅彦	山梨大学医学部 第2外科
第145回	2008年 2月 9日	虎ノ門パストラル	高原 善治	船橋市立医療センター 心臓血管外科
第146回	2008年 6月 7日	パシフィコ横浜会議センター	井上 宏司	東海大学 呼吸器外科学
第147回	2008年 9月 6日	虎ノ門パストラル	小原 邦義	北里大学 心臓血管外科学
第148回	2008年 12月 20日	慶應義塾大学病院新棟 11階会議室	四津 良平	慶應義塾大学 外科学(心臓血管)
第149回	2009年 3月 14日	虎ノ門パストラル	原田 順和	長野県立こども病院 心臓血管外科
第150回	2009年 6月 6日	都市センターホテル	呉屋 朝幸	杏林大学医学部外科(呼吸器・甲状腺)

回	開催日	会場	会長	開催時所属
第151回	2009年11月7日	都市センターホテル	小泉 潔	日本医科大学付属病院 外科・呼吸器外科
第152回	2010年2月13日	都市センターホテル	高浪 巖	帝京大学医学部 外科学講座
第153回	2010年6月5日	大宮ソニックシティビル	加藤木利行	埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科
第154回	2010年11月13日	きゅりあん(品川区立総合区民会館)	高木 啓吾	東邦大学医療センター大森病院 呼吸器外科
第155回	2011年3月5日	ワークピア横浜	井元 清隆	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
第156回	2011年6月4日	都市センターホテル	大貫 恭正	東京女子医科大学 呼吸器センター外科
第157回	2011年11月12日	東京ステーションコンファレンス	三澤 吉雄	自治医科大学 心臓血管外科学部門
第158回	2012年3月3日	都市センターホテル	森川 利昭	東京慈恵会医科大学 呼吸器・乳腺・内分泌外科
第159回	2012年6月2日	パレスホテル大宮	安達 秀雄	自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科
第160回	2012年11月10日	東京ファッションタウン(TFT)ビル 東館9階	金子 公一	埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科
第161回	2013年3月9日	ホテルメトロポリタン高崎	金子 達夫	群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科
第162回	2013年6月1日	都市センターホテル	上田 敏彦	東海大学医学部 心臓血管外科学
第163回	2013年11月2日	東京ファッションタウン(TFT)ビル 東館9階	鈴木 隆	昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター
第164回	2014年3月1日	都市センターホテル	成瀬 好洋	虎の門病院 循環器センター外科
第165回	2014年6月7日	ワークピア横浜	中村 治彦	聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科
第166回	2014年11月8日	ホテルメトロポリタン高崎	桑野 博行	群馬大学大学院 病態総合外科学
第167回	2015年3月14日	東京ステーションコンファレンス	塩野 元美	日本大学医学部 心臓血管・呼吸器・総合外科学分野
第168回	2015年6月27日	都市センターホテル	天野 篤	順天堂大学 心臓血管外科
第169回	2015年11月7日	東京ファッションタウン(TFT)ビル 東館9階	浅村 尚生	慶應義塾大学 外科学(呼吸器)
第170回	2016年3月12日	パシフィコ横浜	益田 宗孝	横浜市立大学 心臓血管外科
第171回	2016年6月11日	都市センターホテル	荒井 裕国	東京医科歯科大学 心臓血管外科学
第172回	2016年11月5日	東京ステーションコンファレンス	中島 淳	東京大学 呼吸器外科学
第173回	2017年3月11日	東京ステーションコンファレンス	新田 隆	日本医科大学 心臓血管外科学分野
第174回	2017年6月3日	朱鷺メッセ	土田 正則	新潟大学 呼吸循環外科学分野
第175回	2017年11月11日	都市センターホテル	山崎 健二	東京女子医科大学 心臓血管外科学
第176回	2018年3月10日	ステーションコンファレンス東京	門倉 光隆	昭和大学医学部 呼吸器外科学部門
第177回	2018年6月23日	大田区産業プラザPiO	渡邊 善則	東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科
第178回	2018年11月3日	京王プラザホテル	遠藤 俊輔	自治医科大学付属病院 呼吸器外科
第179回	2019年3月2日	京王プラザホテル	宮入 剛	聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科
第180回	2019年6月8日	都市センターホテル	小澤 壯治	東海大学医学部 消化器外科学
第181回	2019年11月9日	都市センターホテル	河田 政明	自治医科大学とちぎ子ども医療センター 心臓血管外科
第182回	2020年3月	紙上開催	秋葉 直志	東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科
第183回	2020年6月13日	WEB開催(コメント討議)	松宮 護郎	千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科
第184回	2020年11月28日	都市センターホテル+オンデマンド	小野 稔	東京大学 心臓外科
第185回	2021年3月13日	Live+オンデマンド	池田 徳彦	東京医科大学病院 呼吸器・甲状腺外科
第186回	2021年6月5日	JP TOWER Hall & Conference+Live	平松 祐司	筑波大学 心臓血管外科
第187回	2021年11月6日	都市センターホテル+Live	中山 光男	埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科
第188回	2022年3月19日	日本教育会館+Live	福田 宏嗣	獨協医科大学 心臓・血管外科学講座
第189回	2022年6月25日	The Okura Tokyo+Live	宮地 鑑	北里大学医学部 心臓血管外科
第190回	2022年11月5日	浜松町コンベンションホール&Hybridスタジオ+Live	岩崎 正之	東海大学 呼吸器外科
第191回	2023年2月25日	パシフィコ横浜+Live	鈴木 伸一	横浜市立大学附属病院 心臓血管外科・小児循環器
第192回	2023年6月10日	大田区産業プラザPiO	島田 英昭	東邦大学大森病院 大学院消化器外科学講座
第193回	2023年11月11日	都市センターホテル	茂木 健司	船橋市立医療センター 心臓血管外科
第194回	2024年3月16日	ライクキューブ宇都宮(宇都宮駅東口交流拠点施設)	千田 雅之	獨協医科大学病院 呼吸器外科
第195回	2024年6月15日	ライクキューブ宇都宮(宇都宮駅東口交流拠点施設)	川人 宏次	自治医科大学付属病院 心臓血管外科
第196回	2024年11月9日	浜松町コンベンションホール+Live	窪田 博	杏林大学医学部 心臓血管外科
第197回	2025年3月15日	都市センターホテル	吉野 一郎	国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科/千葉大学 呼吸器外科
第198回	2025年6月7日	ステーションコンファレンス東京	佐藤 幸夫	筑波大学医学医療系 呼吸器外科
第199回	2025年11月15日	TOIRO	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
第200回	2026年3月7日	京王プラザホテル	志水 秀行	慶應義塾大学医学部 外科学(心臓血管)

日本胸部外科学会関東甲信越地方会

会員数報告

2026/2/3 現在

一般会員	2,887名※
(幹事	81名)
(本会準会員	33名)※※
名誉会員	77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)

2026/2/3 現在

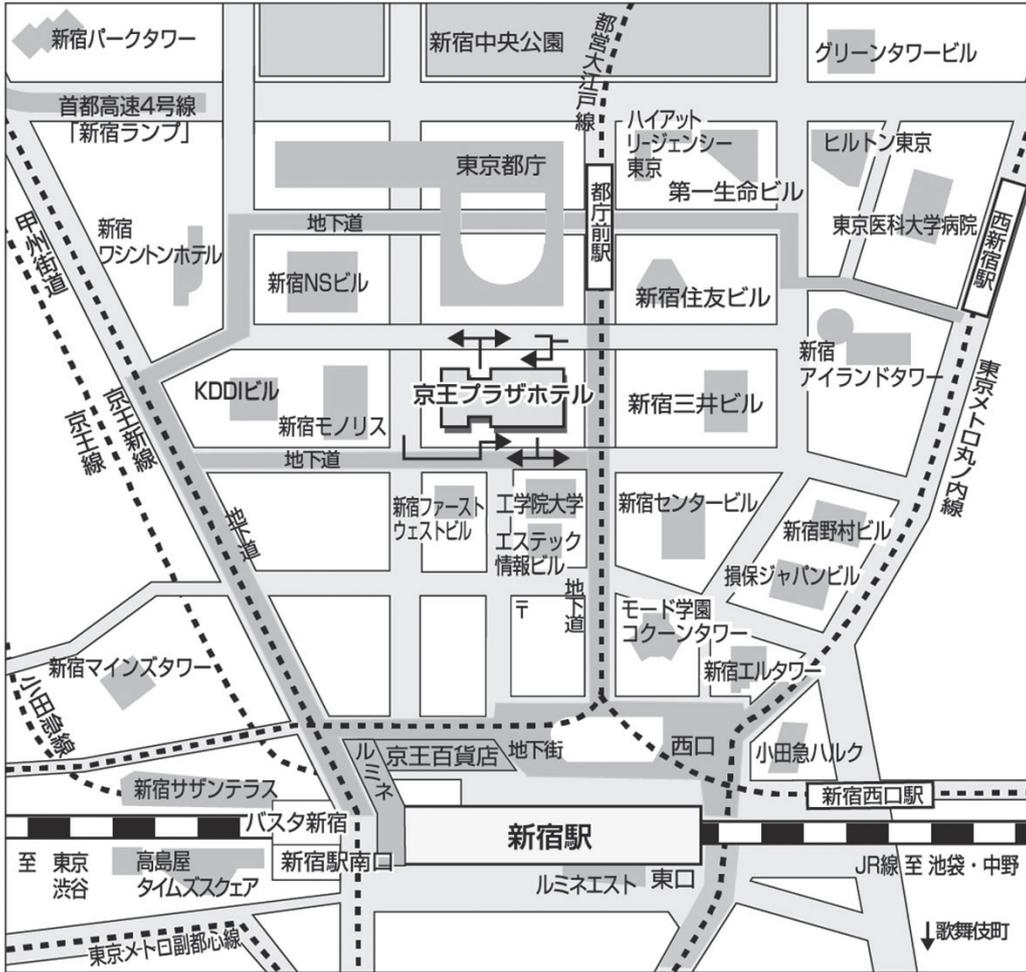
日頃より当地方会の発展のために多大なご支援とご高配を賜り、深甚より感謝申し上げます。

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】

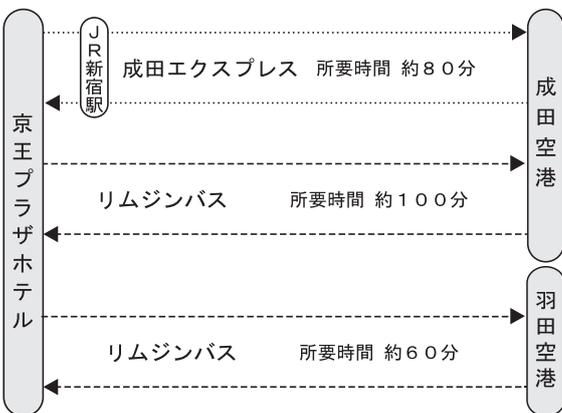
京王プラザホテル

〒160-8330 東京都新宿区 西新宿2-2-1 TEL: 03-3344-0111 (代表)

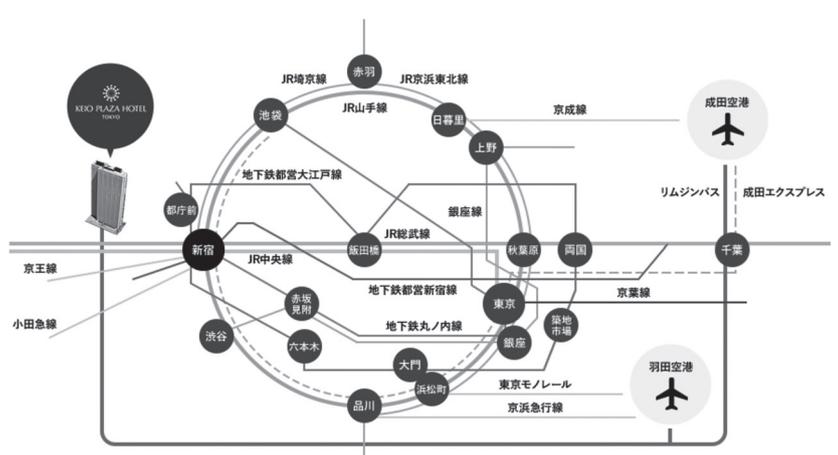


- 新宿駅西口より徒歩
約5分 (JR・京王線・小田急線・地下鉄)
新宿駅西口より都庁方面への連絡地下道をまっすぐ5分ほどお進みください。地下道を出てすぐ左側にホテルがございます。
- リムジンバス
成田空港、羽田空港との直通リムジンバスがございます。

- 都営大江戸線 都庁前駅より徒歩
改札を出てJR新宿駅方面に進み、A1 (B1) 出口階段を上がってすぐ右側にホテルがございます。ベビーカーや車椅子等をご利用の場合は、エレベーターがあるA4出口よりお越しください。



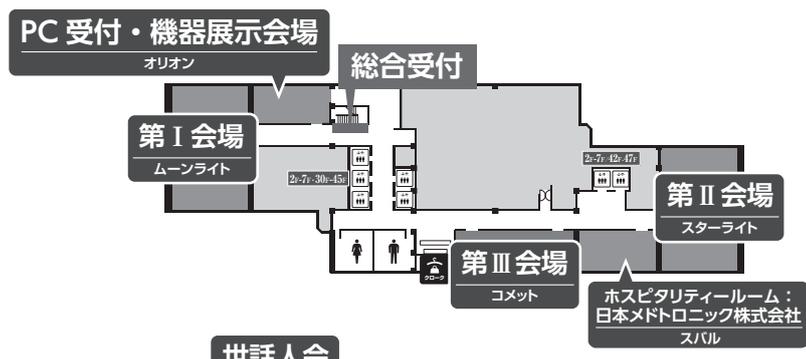
【都内簡略路線図】



【場内案内図】

京王プラザホテル

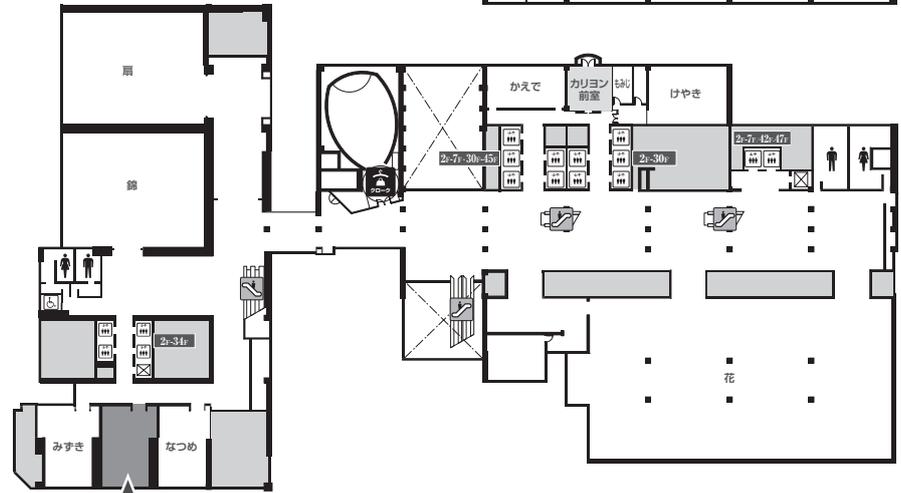
本館 43階



本館 42階

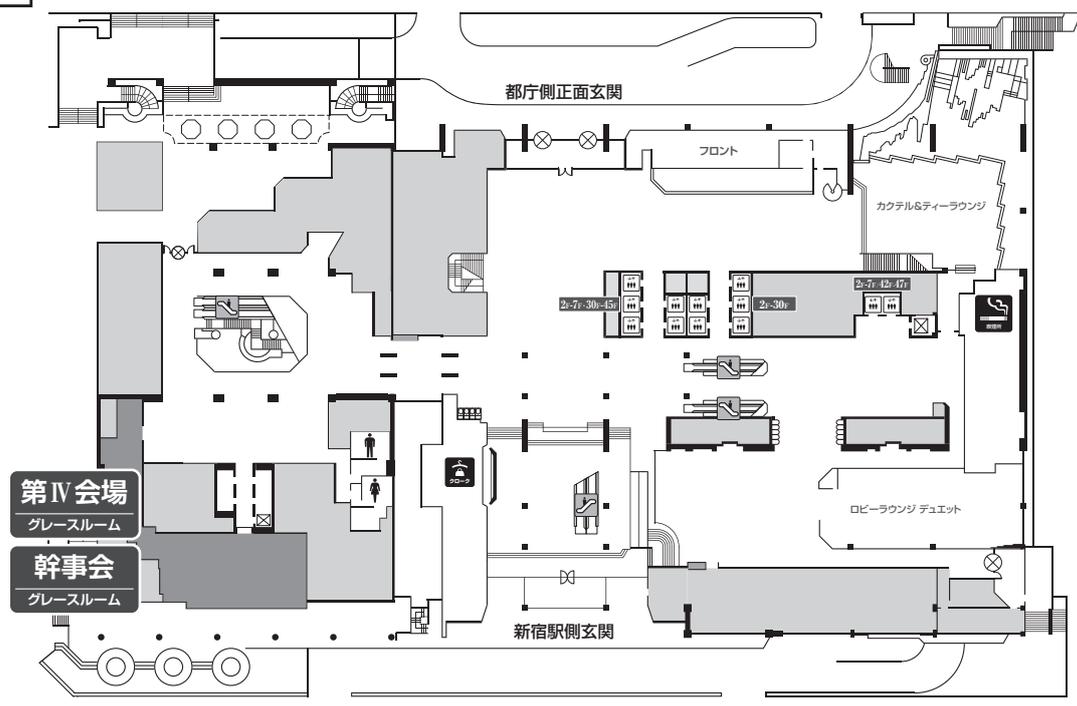


本館 4階



南館 4階

本館 3階



南館 3階

京王プラザホテル

	第I会場 本館43階 ムーンライト	第II会場 本館43階 スターライト	第III会場 本館43階 コメット	第IV会場 南館3階 グレースルーム
	8:15~8:20 開会式			
9:00	<p>8:20~9:00 心臓：初期研修医発表 1 1~5 座長 北村 律 自治医科大学医学部 心臓血管外科 座長 松浦 馨 千葉大学医学部 心臓血管外科 審査員 木下 修 埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科 審査員 堤 浩二 防衛医科大学校医学教育部 外科学講座(心臓血管・呼吸器)</p>	<p>8:20~9:00 呼吸器：学生発表 1 1~5 座長 大塚 崇 東京慈恵会医科大学 呼吸器外科 座長 加勢田 馨 慶應義塾大学医学部 外科学(呼吸器) 審査員 福井麻里子 順天堂大学医学部 呼吸器外科 審査員 菱田 智之 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科</p>	<p>8:20~9:00 心臓・呼吸器：学生発表 1~5 座長 古泉 潔 足利赤十字病院 心臓血管外科 座長 縄田 寛 聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科 審査員 藤田 知之 東京科学大学 心臓血管外科 審査員 長 泰則 東海大学医学部 心臓血管外科</p>	<p>8:20~9:00 呼吸器：学生発表 2 1~5 座長 光星 翔太 東京女子医科大学 呼吸器外科 座長 小林 正嗣 昭和医科大学 呼吸器外科 審査員 山内 良兼 帝京大学医学部 外科学講座 審査員 橋本 浩平 杏林大学医学部 呼吸器外科甲状腺外科</p>
9:00	<p>9:00~9:32 心臓：初期研修医発表 2 6~9 座長 志村信一郎 東邦大学医療センター大橋病院 心臓血管外科 座長 立石 実 横浜市立大学附属病院 心臓血管外科 審査員 吉武 明弘 埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科 審査員 石井 庸介 日本医科大学 心臓血管外科</p>	<p>9:00~9:40 呼吸器：初期研修医発表 1 6~10 座長 松岡 弘泰 市立甲府病院 呼吸器外科 座長 櫻井 裕幸 日本大学医学部 呼吸器外科学分野 審査員 前田寿美子 獨協医科大学 呼吸器外科学 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</p>	<p>9:00~9:32 心臓：初期研修医発表 3 6~9 座長 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 座長 中村 喜次 千葉西総合病院 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 帆足 孝也 埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科</p>	<p>9:00~9:40 呼吸器：初期研修医発表 2 6~10 座長 吉田 幸弘 国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科 座長 政井 恭兵 慶應義塾大学医学部外科学(呼吸器)呼吸器外科 審査員 石橋 洋則 東京科学大学 呼吸器外科 審査員 窪倉 浩俊 日本医科大学武蔵小杉病院 呼吸器外科</p>
10:00	<p>9:40~10:36 心臓：弁膜症 1 10~16 座長 森 光晴 済生会宇都宮病院 心臓血管外科 座長 岡田 公章 東海大学医学部 心臓血管外科</p>	<p>9:40~10:44 呼吸器：肺悪性疾患 11~18 座長 三島 修治 信州大学 外科学教室呼吸器外科学分野 座長 鈴木 繁紀 慶應義塾大学医学部 外科学(呼吸器)</p>	<p>9:40~10:44 心臓：先天性 1 10~17 座長 保土田健太郎 東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科 座長 柴田 深雪 国立成育医療研究センター 心臓血管外科</p>	<p>9:40~10:44 呼吸器：肺良性・炎症疾患 11~18 座長 井上 慶明 埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科 座長 一瀬 淳二 北里大学医学部 呼吸器外科学</p>
11:00	<p>10:50~11:30 モーニング・アップデートセミナー 1 Aortic Root Dynamicsから生体弁の 選択を考える 座長 橋詰 賢一 慶應義塾大学医学部 外科学(心臓血管)准教授 演者 古川 浩二郎 琉球大学大学院 医学研究科 胸部心臓血管外科学講座 教授 共催：エドワーズライフサイエンス合同会社</p>	<p>10:50~11:30 モーニング・アップデートセミナー 2 非小細胞肺癌周術期治療 手術×薬物療法の最適解 座長 朝倉 啓介 慶應義塾大学医学部 外科学(呼吸器)教授 演者 工藤 勇人 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野 准教授 共催：MSD株式会社</p>	<p>10:50~11:30 モーニング・アップデートセミナー 3 戦略と実践 座長 縄田 寛 聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科 心臓大動脈再手術症例における 出血マネージメント 演者 伊庭 裕 札幌医科大学 心臓血管外科 共催：CSLペーリング株式会社</p>	<p>10:50~11:30 モーニング・アップデートセミナー 4 低侵襲肺がん手術のステップアップ~明日から実践品質な止血マネジメント~ 座長 坪地 宏嘉 自治医科大学付属病院 呼吸器外科教授 呼吸器外科手術における神経損傷を起こさないための工夫 演者 須田 隆 藤田医科大学岡崎医療センター 呼吸器外科 教授 呼吸器外科ロボット手術における出血との向き合い方~再現性と安全性の追求~ 演者 埴 龍太郎 済生会宇都宮病院呼吸器外科 共催：株式会社メディコン</p>
12:00	<p>11:30~12:26 心臓：大動脈 解離 1 17~23 座長 岡村 誉 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科 座長 金山 拓亮 足利赤十字病院 心臓血管外科</p>	<p>11:30~12:34 呼吸器：縦隔疾患 19~26 座長 工藤 勇人 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野 座長 鈴木 幹人 がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科</p>	<p>11:30~12:26 心臓：弁膜症 2 18~24 座長 宮木 靖子 東京歯科大学市川総合病院 心臓血管外科 座長 桶葉 佑 済生会横浜市東部病院 心臓血管外科</p>	<p>11:30~12:26 呼吸器・食道： 呼吸器・食道・その他 19~25 座長 有賀 直広 東海大学医学部医学科 外科学系呼吸器外科学 座長 松田 諭 慶應義塾大学医学部 外科学(一般・消化器)</p>
13:00	<p>12:35~13:25 ランチョンセミナー 1 FET法の新たなスタンダード ~4BranchedとPartial ETがもたらす 術式変革~ 座長 伊藤 努 東京歯科大学市川総合病院 心臓血管外科 演者 藤吉 俊毅 東京医科大学病院 心臓血管外科 演者 木下 亮二 土浦協同病院 心臓血管外科 共催：日本ライフライン株式会社</p>	<p>12:35~13:25 ランチョンセミナー 2 個別化治療時代の肺がん周術期治療 —最適解をどう選ぶ...!?— 座長 橋本 浩平 杏林大学医学部 呼吸器・甲状腺外科学 臨床教授 演者 須田 健一 和泉市立総合医療センター 呼吸器外科 部長 共催：アストラゼネカ株式会社</p>	<p>12:35~13:25 ランチョンセミナー 3 高齢化社会における大動脈弁治療の 革新:Epic Valveの構造的優位性 座長 若狭 哲 北海道大学大学院医学研究院 心臓血管外科学教室 教授 second valveを考慮した人工弁選択 演者 中原 嘉則 榊原記念病院 心臓血管外科 副部長 大動脈弁手術におけるEpicの使用経験 演者 野口権一郎 新東京病院 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</p>	<p>12:35~13:25 ランチョンセミナー 4 心臓手術周術期における一酸化窒素吸入療法の実用 座長 志水 秀行 慶應義塾大学医学部 外科学(心臓血管)教授 座長 川原田修義 小樽市立病院 心臓血管外科 特任理事 当施設におけるiNOflorの使用経験 演者 縄田 寛 聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科 主任教授 心臓手術周術期管理戦略とiNOの位置づけ~急性大動脈解離を中心に~ 演者 瀬戸達一郎 信州大学医学部 外科学教室 心臓血管外科学分野 教授 共催：マリンクロットファーマ株式会社</p>

	第Ⅰ会場 本館43階 ムーンライト	第Ⅱ会場 本館43階 スターライト	第Ⅲ会場 本館43階 コメット	第Ⅳ会場 南館3階 グレースルーム
14:00	13:30~13:45 名誉会員記授与式 13:45~14:05 会長講演 演者 志水 秀行 慶應義塾大学医学部 外科(心臓血管)	13:30~13:45 学生表彰式		13:30~13:45 初期研修医表彰式 13:45~14:05 会長講演(中継)
	14:10~14:50 アフタヌーン・フォーカスセミナー1 Sutureless弁によるLifetime Management~Standardな治療としてのSutureless Valve~ 座長 齋木 佳克 東北大学病院 演者 金森 太郎 かわぐち心臓呼吸器病院 演者 堀 大治郎 上尾中央総合病院 共催: Corcym Japan株式会社	14:10~14:50 アフタヌーン・フォーカスセミナー2 次世代による呼吸器外科手術への挑戦: Fusionアプローチの可能性 座長 小林 正嗣 昭和医科大学医学部 呼吸器外科学部 教授 演者 大久保 祐 慶應義塾大学医学部 外科学(呼吸器) 助教 演者 分島 良 東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 呼吸器外科学分野 助教 共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	14:10~14:50 アフタヌーン・フォーカスセミナー3 Endovascularが拓く大動脈解離治療 座長 志水 秀行 慶應義塾大学医学部 外科学(心臓血管) 当院における大動脈解離の治療戦略 演者 前川 浩毅 かわぐち心臓呼吸器病院 心臓血管外科 Malperfusionを伴ったStanford A型急性大動脈解離におけるendovascular治療の役割と当センターでの治療成績 演者 長谷聡一郎 川崎幸病院 川崎大動脈センター 血管内治療科 共催: クックメディカルジャパン合同会社	14:10~14:50 アフタヌーン・フォーカスセミナー4 Thoraflex Hybridを用いた胸部大動脈治療戦略 座長 湊谷 謙司 京都大学大学院医学研究科 心臓血管外科学 教授 演者 長岡 英気 東京科学大学病院 演者 亮天 孝之 埼玉医科大学国際医療センター 共催: テルモ株式会社
15:00	15:00~15:45 JATS-NEXT企画: 胸部外科教育の未来を創る~3領域合同・本音の教育セッション~ 座長 井貝 仁 前橋赤十字病院 呼吸器外科 座長 磯村 彰吾 長野中央病院 心臓血管外科 演者 浦田 雅弘 新松戸中央総合病院 心臓血管外科 演者 井上 高 獨協医科大学呼吸器外科 演者 栗田 大資 国立がん研究センター中央病院 食道外科 コメンテーター 鍋島 惇也 東京科学大学 心臓血管外科 コメンテーター 須嶋 耕平 獨協医科大学呼吸器外科 コメンテーター 栗山 健吾 群馬大学 総合外科学消化管外科	14:50~15:46 特別企画: 胸部悪性腫瘍に対する合同手術・拡大手術 27~33 座長 坪地 宏嘉 自治医科大学 呼吸器外科 座長 灰田 周史 慶應義塾大学医学部 外科学(心臓血管)	14:50~15:38 心臓: 大動脈 血管内治療 25~30 座長 飯田 泰功 済生会横浜市東部病院 心臓血管外科 座長 荒川 衛 自治医科大学 外科学講座 心臓血管外科部門	14:50~15:30 心臓: 大動脈 解離 2 26~30 座長 笠原 啓史 平塚市民病院 心臓血管外科 座長 亮天 孝之 埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科
16:00	15:50~16:35 コーヒーブレイクセミナー1 SAVRを再考する-Avalus生体弁の有用性- 座長 塩瀬 明 九州大学大学院医学研究院 循環器外科学 教授 Bentall手術を再考する 演者 吉武 明弘 埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科 教授 Avalus生体弁の真価を探る: 基礎的デザインから最新臨床成績まで 演者 飯田 泰功 済生会横浜市東部病院 心臓血管外科 部長 共催: 日本メドトロニック株式会社	15:50~16:35 コーヒーブレイクセミナー2 たかが?されど! 肺部分切除術~1アクセスによる制限を克服し、究極の低侵襲手術を実現する~ 座長 小林 哲 獨協医科大学埼玉医療センター 演者 荒牧 直 船橋市立医療センター 演者 吉田 大介 NTT東日本関東病院 共催: コヴィディエンジャパン株式会社	15:50~16:35 コーヒーブレイクセミナー 3 座長 宮城 直人 江戸川病院 心臓血管外科 大動脈解離に対するTEVAR 「中枢L2性状が遠隔期にもたらす影響」 演者 岩橋 徹 東京医科大学病院 心臓血管外科 CTAGが選ばれる理由を治療成績とともに振り返る 演者 高澤 晃利 昭和医科大学病院 心臓血管外科 共催: 日本ゴア合同会社	15:30~16:02 心臓: 大動脈 その他 31~34 座長 堀 大治郎 上尾中央総合病院 心臓血管外科 座長 清水 理葉 獨協医科大学日光医療センター 心臓・血管外科
17:00	16:35~17:31 心臓: 虚血性疾患 24~30 座長 山崎 真敬 慶應義塾大学医学部 外科学(心臓血管) 座長 中原 嘉則 榊原記念病院 心臓血管外科	16:35~17:23 心臓: 腫瘍・デバイス 34~39 座長 藤原 立樹 東京科学大学 心臓血管外科 座長 松本 順彦 慶應義塾大学医学部 心臓血管外科	16:35~17:23 心臓: 大動脈 感染 31~36 座長 金村 賦之 イムス葛飾ハートセンター 心臓血管外科 座長 藤吉 俊毅 東京医科大学 心臓血管外科学分野	17:00~17:50 幹事会
18:00		17:25~18:13 心臓: 先天性 2 40~45 座長 木村 成卓 慶應義塾大学 外科学(心臓血管) 座長 杉本 愛 新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科		
	18:15~18:20 閉会式			
				11:30~12:20 世話人会 (本館 42 階 相模)

第 I 会場：ムーンライト

8：20～9：00 心臓：初期研修医発表 1

座長 北村 律 (自治医科大学医学部 心臓血管外科)
松浦 馨 (千葉大学医学部 心臓血管外科)
審査員 木下 修 (埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科)
堤 浩二 (防衛医科大学校医学教育部 外科学講座(心臓血管・呼吸器))

初期研修医発表

I-1 三尖弁形態異常による RVOTO を伴う、HOCM、SAM、MR に対して Morrow 手術、TVP を施行し良好な経過を得た一例
聖隷浜松病院 心臓血管外科
岡田拓之、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、西山 悟
【症例】68 歳女性。心雑音を指摘されていたが、エコーで所見なく経過観察されていた。今回息切れ、心雑音の増強から精査され、HOCM、SAM による severe MR を認めた。RVOT には膜様構造物を認め 3.8m/s と加速していた。【手術】経大動脈弁アプローチで LVOT の肥厚心筋を切除した。経肺動脈弁アプローチで RVOT を観察したが、線維性の狭窄病変は認めず。経三尖弁、経肺動脈弁両方から確認すると、三尖弁前尖の一部が余剰であり、収縮期に RVOT に飛び出す異常な運動をすることが確認され、RVOTO の原因となっていることが判明した。RVOT からの異常腱索を切除し、余剰な前尖を折りたたむ形で三尖弁を形成した。【経過】術後経過は良好で新規のブロックを認めず、LVOTO、RVOTO は解除され、SAM なし、MR trivial、TR trivial で自宅退院となった。【結語】三尖弁形態異常による RVOTO を伴う HOCM に対して外科手術を行い良好な経過を得た。RVOTO を伴う HOCM は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

I-3 ウルフ大塚法施行後の抗凝固療法離脱後に巨大血栓を認めた一例
東海大学医学部附属病院 臨床研修部¹、東海大学医学部付属病院 心臓血管外科²
須藤聖隆¹、岸波吾郎²、山本克佳²、尾澤慶輔²、岡田公章²、小谷聡秀²、桑木賢次²、長 泰則²
症例は 73 歳、男性。既往歴に胃癌、SMA 閉塞症がある。胃癌術後より心房細動を指摘され、ウルフ大塚法を施行された。術後 1 か月で抗凝固療法を離脱されていた。前医にて経過フォローアップ中に心房細動の再燃、心エコーにて両心房に巨大血栓を認めた。浮動性が強く、血栓飛散リスクが高いと判断し、手術適応であったが、前医対応困難のため当院転院搬送、同日緊急手術の方針となった。心エコー上左房に 30×15mm、右房に 20×13mm の浮動性を伴う血栓を認めた。術中所見として、右房内血栓は右心耳へ部分的に迷入する形で付着、左房内血栓は左心耳閉鎖時の縫合線に沿う形で付着していた。術後経過は良好であり、抗凝固療法は継続のまま術後 12 日で独歩退院となった。文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

I-2 先天性横隔膜ヘルニア合併した両大血管右室起始、肺動脈閉鎖の一例
東京大学医学部附属病院
鶴岡美裕、鹿田文昭、寺川勝也、辻 重人、國部祐吾、小野 稔
先天性横隔膜ヘルニアを合併した複雑心奇形に対する開心術は、肺底形成、肺高血圧の遷延が周術期に問題となる。左横隔膜ヘルニア修復後の両大血管右室起始、肺動脈閉鎖の一手術例を報告する。【症例】胎児診断症例、男児。出生直後に central ECMO を装着後、同日に左横隔膜ヘルニア（術中診断で liver up）を修復した。心疾患の診断は、DORV、PA、PDA、PLSVC、ASD で、PDA は PGE1 で管理した。管理中に気管切開を要した。心カテーテル検査で PVR 4.5 U/m² で、NO 負荷で 3.1 U/m² に反応あり心内修復術が可能と判断し、11 か月時、体重 8.8kg に IVR (fenestrated patch)、RVOTR (3 弁付き 14mm PTFE 導管)、PDA 離断、ASD 閉鎖を行った。

初期研修医発表

I-4 急性大動脈解離上行置換後の弓部下大動脈拡大に対して B-SAFER 法を用いて全弓部置換術を施行した 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
田口雅子¹、古泉 潔¹、金山拓亮¹、池端幸起¹、橋本 崇¹、橋詰賢一²、志水秀行²
75 歳女性。8 年前に急性大動脈解離に対し前医で上行大動脈置換術を施行。憩室出血の精査目的に施行した CT で、解離性弓部下大動脈瘤の拡大（最大径 65mm、12mm/3 年間）を指摘されたため、全弓部置換術 (TAR) および Frozen Elephant Trunk (FET) 法を施行する方針となった。左総頸動脈は術野から entry 及び真腔を同定することが困難と考えられ、branched stented anastomosis frozen elephant trunk repair (B-SAFER) 法で再建した。頸部を小切開、左総頸動脈を露出後、真腔にシースを挿入し、ガイドワイヤを逆行性に縦隔内に誘導することで、ガイドワイヤ越しに真腔内に Viabahn を展開することができた。B-SAFER 法は、頸部分枝の吻合時間短縮に繋がる、露出・縫合困難な部位でも施行可能、大動脈の切開範囲を最小化できる、等の利点が示されており、有用性の高い術式として近年注目されている。B-SAFER 法での左総頸動脈の再建を経験した。文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

I-5 大動脈四尖弁に対して大動脈弁置換術を施行した1例

高崎総合医療センター 心臓血管外科

寺門 栞、茂原 淳、羽鳥恭平、小谷野哲也

症例は63歳男性。高校生時より、心雑音を指摘されていた。会社健診を契機に前医を受診され、経胸壁心臓エコーで moderate-severe AR の診断となった。その後の1年間の経過観察で AR は重症化し手術適応となった。術前精査の結果、大動脈弁は4尖弁を呈していた。手術は、On-X 19mm を選択し、大動脈弁置換術を施行した。術中所見では、無冠尖と対側の左冠尖と右冠尖の間に余剰弁を有し、Hurwitz らの分類 typeB、Nakamura の分類 type1 相当すると考えられた。房室ブロック等の合併症をきたすことなく術後経過は良好だった。

9:00~9:32 心臓：初期研修医発表2

座長 志村 信一郎（東邦大学医療センター大橋病院 心臓血管外科）
立石 実（横浜市立大学附属病院 心臓血管外科）
審査員 吉武 明弘（埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科）
石井 庸介（日本医科大学 心臓血管外科）

初期研修医発表

I-6 多発性脳梗塞を契機に診断された左房粘液腫の一例

太田記念病院

新井美紅、渡邊宏哉、亀田袖妃花、山崎信太郎、根本尚彦

【症例】60歳男性、20XX年9月22日に意識障害で前医に救急搬送され、多発性脳梗塞の診断で入院となった。9月25日、塞栓源精査のために施行した心エコー検査で左房内に40×29mmの高輝度腫瘤を認めた。左房粘液腫が疑われ、手術目的に当院へ転院搬送となり、10月2日に腫瘍摘出術を施行した。【手術所見】人工心肺を確立した後、経中隔アプローチで左房を観察したところ、卵円窩の左側から左房壁に突出する有茎性ゼリー様の腫瘍を認めた。腫瘍附着部から5mmのマージンを確保して茎ごと切除し、卵円窩の欠損部は直接縫合で閉鎖した。術後経過良好のため10月11日に自宅退院となった。また、病理検査の結果、左房粘液腫の診断となった。【考察】左房粘液腫は稀だが、多発性または繰り返す脳梗塞の原因として考慮すべき疾患であり、再塞栓予防の点からも早期手術が重要である。

初期研修医発表

I-8 急性下壁梗塞に伴うVSPに対しImpella挿入、準緊急で右室切開によるサンドイッチ法でVSP閉鎖を施行した症例

東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科

江頭遼太郎、神谷健太郎、仁田 淳、木村光裕、芳賀 真、本橋慎也、赤坂純逸

202x年1x月より消化器症状と体動困難を自覚し、症状持続のため前医を受診した。II、III、aVFのST上昇を認め急性下壁心筋梗塞と診断され当院へ搬送された。緊急CAGでRCA#1 100%閉塞を認め、心エコーでは下壁近傍に心室中隔穿孔（VSP）を確認した。来院後心室細動とショックを呈し、除細動・気管挿管・Impella補助を施行した。肝酵素上昇と循環不全が進行し内科的治療が困難と判断し、第5病日に準緊急手術を行った。右室切開によるサンドイッチ法を実施し、VSPは心基部寄りで径30×15mm、穿孔部縁は壊死した心筋で極めて脆弱であった。術後循環動態は改善したが軽度シャントを残し、第9病日にImpellaを抜去した。経過中に脳梗塞を発症し現在も加療中である。右室梗塞に伴うVSPは予後不良であり、本症例を文献的考察とともに報告する。

初期研修医発表

I-7 Modified tourniquet techniqueによる人工腱索再建

総合東京病院 心臓血管外科

櫻木耀大、前場 覚、齋藤正博

【背景】MICS僧帽弁形成では、CV4が多用されるが、その長さの決定には様々な方法論が跋扈する。【方法】CV4は、乳頭筋に固定後、逸脱弁先端に運針。14Gサーフロー3cm長に通し、Mクリップ2個にて固定。同手技を必要なCV4に繰り返す。それぞれのサーフロー下端を直角子にて把持し、結紮固定する。昨今12例に本法を使用し、全例trace以下MRであった。【考察】MICS僧帽弁手術が普及する中、限られた視野での手技が必要になってきた。いわゆるループテクニックがもっとも視野に依存しないと考えられるものの、小児用ターニケット法は、術者経験則に依存せず再現性の高い良好な方法である。しかしMICS視野では、キャップの操作が困難な場合があり、またターニケット先端の太さによる逆流により、水試験の精度に問題が残る。本方法は、3cmサーフローを使用し、鏡視下内での操作が簡単。先端が細く、水試験でサーフロー因性の逆流が少ない、などの利点を有した。

初期研修医発表

I-9 ホモグラフト置換術後に同所性心臓移植を行った1例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

小澤健太郎、小前兵衛、井元和代、高橋秀臣、金子寛行、後藤拓弥、李 洋伸、星野康弘、安藤政彦、山内治雄、小野 稔

先天性一尖弁による大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症に対し、14歳時に他院で大動脈弁置換術を施行した。同年、右外腸骨動脈塞栓症を発症。精査加療の結果、人工弁感染・大動脈基部仮性瘤を認め、当科紹介されホモグラフト大動脈基部置換術+CABG（SVG-RCA#3）を施行した。20歳時に急性心筋梗塞を発症し、他院搬送されSVGの閉塞・左冠動脈入口部の完全閉塞と診断された。PCI中に心停止となりPCPSとIABP導入となった。当科に紹介搬送されMIDCAB（LITA-LAD）を施行した。しかし退院1ヶ月後、心不全で入院となった。カテコラミン依存状態で虚血性心筋症による重症心不全と診断された。心臓移植治療の方針となり、21歳時に心臓移植適応と判定され左開胸で下行大動脈に送血グラフトを吻合してHVAD装着術を施行した。27歳時、同所性心臓移植施行。大きな合併症なく経過している。ホモグラフト置換術後に同所性心臓移植を行った貴重な1例を経験したので報告する。

座長 森 光 晴 (済生会宇都宮病院 心臓血管外科)
岡 田 公 章 (東海大学医学部 心臓血管外科)

I-10 重複僧帽弁口を伴う僧帽弁閉鎖不全に対する MICS

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

菅又瑞生、北村 律、荒川 衛、棚澤壮樹、阿久津博彦、上杉知資、土井真之、堀越峻平、山本美葉、川人宏次

症例は67歳女性。子宮体癌術前検査の心エコーで重症僧帽弁閉鎖不全症と診断され、その後定期心エコーフォローされていた。今回動悸と息切れ、下腿浮腫を生じ、精査加療目的に入院した。心電図で心房細動を指摘され、経食道心エコーで重複僧帽弁口と診断された。手術は胸腔鏡下に僧帽弁形成、左房メイズ、左心耳クリップを行った。僧帽弁はdouble-orificeで、P1に腱索断裂を認め、人工腱索およびPhysio II30を用いて形成した。術後遺残MRはなく、13病日に心房細動で自宅退院、2ヶ月後の外来では洞調律に復帰していた。

I-12 大動脈弁置換術、ベントール術後の僧帽弁閉鎖不全症に対する右開胸心拍動下僧帽弁置換術

済生会横浜市東部病院 心臓血管外科¹、慶應義塾大学病院 心臓血管外科²
稲葉 佑¹、飯田泰功¹、沖 高彦¹、市ノ川隆久¹、蜂谷 貴¹、志水秀行²

73歳男性、他院で17年前に大動脈弁置換術(機械弁ATS23mm)、12年前に大動脈基部拡大に対して再正中開胸ベントール手術施行。以後近医フォロー中、労作時呼吸苦、僧帽弁閉鎖不全症の増悪認め当院紹介。精査にてP2 prolapseによるsevere MR認め手術の方針とした。再開胸リスク、ベントール術後で視野不良が予想されることから右開胸心拍動下僧帽弁置換術の予定とした。完全左側臥位、第4肋間開胸、FA送血、SVC/IVC脱血にて人工心肺導入し、心拍動下に右側左房切開。前尖切除、後尖温存でeverting mattressで糸かけし、生体弁Epic27mmを用いて僧帽弁置換術施行。人工心肺時間1時間42分、手術時間3時間58分。第1病日抜管、第5病日ICU退室、第11病日独歩自宅退院。再手術症例における僧帽弁手術は視野確保に難渋し、手術リスクも高いことが多い。本術式は最低限の剥離で僧帽弁へアプローチすることが可能で、有用な術式であると考え報告した。

I-14 経皮的僧帽弁接合不全修復術後にデバイス塞栓および僧帽弁逆流の増悪をきたし外科的治療を要した1例

獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科・呼吸器外科¹、獨協医科大学埼玉医療センター 循環器内科²

森香穂子¹、鳥飼 慶¹、岸上才十¹、中村 宙¹、辻 亮平¹、田村洋平²、朝野直城¹、太田和文¹、小川博永¹、齊藤政仁¹、板橋裕史²、田口 功²、戸田宏一¹

症例は77歳男性。NYHA class3の心不全症状を伴うsevere MRを認め治療適応と判断された。持続性心房細動を併発しておりAFMRの要素も含んでいたが主病変はA2 lateralの腱索断裂であり、逸脱病変は両弁尖とも中央からmedial領域まで及んでいた。STS scoreは5.53%であったが患者の強い希望にて、MitraClipを用いた経皮的僧帽弁接合不全修復術(M-TEER)を実施した。A2-P2のmedialにXTWを留置したが、前尖の逸脱は大きく、A2-P2 midにXTW、A3-P3にXTを追加。最終的にmoderate MRが残存したがPV flow patternが正常化したため手技を終了した。術翌日からPVCが頻発し、X線上clipの脱落、UCGでsevere MRへ増悪していたことから術後3日目に緊急MVR+TAP+左心耳閉鎖を実施した。術中所見ではA2-P2 lateralのclipが外れ、心房中隔穿孔箇所へ挿入していた。脳梗塞等の合併症なく術後経過良好で独歩退院した。M-TEER後の外科的治療介入に関して文献的考察を加えて報告する。

I-11 三尖弁人工弁機能不全に対し右肋間小開胸内視鏡下に再三尖弁置換術を施行した一例

帝京大学医学部附属病院 心臓血管外科

今泉勇人、迎 洋輔、吉田理紗、安齊 渉、御子柴晴樹、長嶺嘉通、津村康介、陳 軒、尾澤直美、植原裕雄、内山雅照、今水流智浩、下川智樹

症例は54歳男性。12年前に海外で胸骨正中切開下にウシ心のう膜生体弁による三尖弁置換術を行われた方。労作時息切れと両側下腿浮腫が出現し、前医受診。人工弁機能不全によるsevere TSと診断され、手術目的に当院紹介となった。手術は右側開胸アプローチで再三尖弁置換の方針とした。右大腿動脈送血、右大腿静脈と右内頸静脈2本脱血で人工心肺確立。第4肋間切開後、一部癒着した右肺を剥離し、心膜を切開した。上下大静脈を駆血し、心拍動下に右心房を切開した。変性硬化した人工弁を摘除し、プタ生体弁を用いて再弁置換をした。術後の心エコーでは人工弁機能不全はなく、右心不全症状も改善。術後10日目に自宅退院となった。右開胸での再三尖弁置換術は本邦の症例報告はなく、海外での報告も少ない。今回我々は、右肋間小開胸内視鏡下に再三尖弁置換術を経験し、注意を要した点も交え、文献的な考察を含めて報告する。

I-13 収縮性心膜炎再発、僧帽弁閉鎖不全症、肺動静脈瘻コイル塞栓後再発で診断・治療に苦慮した一治験例

川崎幸病院

葛西寛樹、内室智也、山本真由、川村貴之、吉尾敬秀、高梨秀一郎

症例は57歳男性。28歳時に収縮性心膜炎、卵円孔閉存に対して心膜剥皮術、心内修復術、54歳時に特発性右血胸を契機に診断された右肺動静脈瘻コイル塞栓術、55歳時肝細胞癌ラジオ波焼灼療法の既往がある。55歳時より心不全増悪寛解を繰り返し、心エコーで収縮性心膜炎再発、severe MR、造影CTで肺動静脈瘻再発を認めるも、血小板減少症(5.6万)、肝硬変(Child分類B)、再手術例と手術リスク高く、当科紹介。分割治療方針とし、MitraCLIP(NT x 2:A2-P2)施行し、MR制御を図った。しかし術後MSRにより低心拍出量症候群による心不全、肺水腫、肺高血圧、血小板減少が増悪し、redo心膜剥皮術、MVR(OnX25/33mm)TAP(Tri-Ad28mm)を施行した。肺動静脈瘻再発は短絡率の算出方法が定まっておらず、画像所見から経年的増悪はないと診断、保存的観察とした。術後は血行動態改善し、術後画像検査も問題なく、第16病日退院した。複雑な病態で治療方針に苦慮した1例を経験し、文献的考察を交えて報告する。

I-15 Type 0二尖弁に対する弁置換後弁不全に対して弁輪拡大による大動脈弁置換術により良好な結果を得た1症例

榊原記念病院 心臓血管外科¹、小倉記念病院 心臓血管外科²

山本大悟¹、角 康平¹、尹 亮元¹、大野 真¹、中原嘉則¹、丸井 晃²、岩倉具宏¹

Type0二尖弁は、その構造的特徴から人工弁留置には注意が必要である。症例は41歳女性。36歳時にType 0(L-R)二尖弁の大動脈弁狭窄に対しMICS-AVR(Inspiris 21mm)を施行。37歳時に弁変形及び自動結核器による大動脈弁逆流が疑われ、胸骨正中切開で再AVR(SJM Regent 19mm)を施行。10か月前から労作時呼吸困難感が出現し心エコーで大動脈弁mPG 44.3mmHgと上昇し3回目手術を施行。弁輪拡大(Manouguian)及びAVR(On-X 21mm)、上行大動脈置換、三尖弁輪縫縮、僧帽弁輪縫縮を施行した。術翌日に抜管、術後12日に自宅退院した。術後心エコー、造影CTで弁機能不全を認めなかった。弁輪拡大を行い、かつ留置位置がより平面になるよう工夫したことで、良好な結果が得られたため報告する。

I-16 MICS-MVP 術後の溶血を伴う僧帽弁閉鎖不全症兼狭窄症に対する僧帽弁再形成術

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、田島信弥

症例は69歳女性。10年前に他院でMICS-MVP+TAPを施行されたが、術後早期にMRが再発し経過観察となっていた。今回、溶血性貧血と心不全のため再手術を行った。胸骨正中切開・経中隔アプローチで観察したところ、初回手術では前後尖に5対の人工腱索とMEMO 3D 26mmが用いられ、狭小なリングによる後尖 tethering と A3人工腱索・P3自己腱索の断裂を認めた。リングを除去しA3三角切除、A3およびP3人工腱索再建、Physio II 28mmで再形成を行ったが十分な coaptation が得られなかったため、P3 chordal cutting および自己心膜 mounting により coaptation 高さを補強し形成を完遂した。術後半年でMRは良好に制御され、mean PGは3.3 mmHgと僧帽弁狭窄所見は認めなかった。MICS-MVP 術後の溶血を伴う僧帽弁閉鎖不全症兼狭窄症という形成困難例に対し、心膜 mounting 併用によって弁置換を回避し得た症例を経験したため手技を提示する。

座長 岡村 誉 (自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科)
 金山 拓亮 (足利赤十字病院 心臓血管外科)

I-17 Frozen Elephant Trunk 術後遠隔期における negative remodeling の稀な一形態

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

加藤 仁、横山佑磨、黒田智之、青木拓万、西田真由、志水秀彰、灰田周史、松本順彦、高橋辰郎、山崎真敬、橋詰賢一、志水秀行
 FETは急性Stanford A型解離に対し良好な遠隔成績を示す一方、kinkやdSINEなどの合併症が知られ、いずれもSVS/STS基準におけるnegative remodelingと関連し追加TEVARや再弓部置換の対象となる。今回、TAR-FET術後遠隔期にこれらとは異なる形態変化を呈した症例を経験した。60歳男性で、他院TAR-FET後のCTフォローにてFET遠位端の弓部大動脈の著明な屈曲を認めた。形態はkink様だが、主病態は短いFETのspring-back forceによるnative archの牽引と考えられた。進行時の血流障害の懸念と、同時に発覚した中核吻合部仮性瘤の破裂リスクを踏まえredo TAR-FET、TEVARを施行し形態は正常化した。本症例はFET後の形態変化を踏まえた長期フォローと再介入判断の重要性を示唆する。

I-19 慢性解離性大動脈瘤に対するTEVAR First FET法の一例

東邦大学医療センター大橋病院 心臓血管外科¹、聖隷横浜病院²、神奈川県立呼吸器循環器センター 心臓血管外科³

高遠幹夫¹、志村信一郎¹、合田真海¹、片岡敏士¹、内田 真¹、尾崎重之¹、清原久貴²、内記卓斗³

症例は20年前にStanford A型急性大動脈解離に対して、上行大動脈置換術を施行された70歳男性。今回、中核吻合部仮性大動脈瘤、大動脈弁閉鎖不全症、および弓部大動脈瘤に対して治療適応となった。開存型偽腔が残存する下行大動脈真腔内にcTAG(31mm-26mm-100mm)を留置する先行TEVARを施行した。16日後、Ozaki手術およびオープンステントグラフト併施上行弓部全置換術を施行した。弓部置換はJ-graft 28mm 4分枝管とJ-graft FROZENIX(31mm-90mm)を使用し、FROZENIX末梢断端がcTAG内に位置し、かつ、十分に接合するように留置した。近年、慢性大動脈解離に対するOSG施行後のdistal Stent-Graft Induced New Entryが問題となっているが、本術式はかかる問題を解決し得る一手であると考えられる。

I-21 上行置換+AVR術後のBentall TARを安全・短時間に行うための手術戦略

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、田島信弥

症例は71歳男性。2021年に大動脈弁置換術+上行置換術を施行、翌年にA型解離に対してTEVARが行われた。基部径は50mmから60mm超に拡大し、弓部も53mmまで拡大したためBentall+TARの方針とした。再胸骨正中切開でアプローチし、上行送血・上下大静脈脱血で体外循環を確立。完全体外循環下に人工血管からバルサルバ洞、右房へ切開を連続させ良好な基部視野を得た。膀胱温28℃で循環停止としZone2でFETを留置して弓部吻合を行い、左鎖骨下動脈へのfenestrationにより再建手順を簡略化した。手術時間243分、心停止139分、循環停止25分であった。右房切開による視野確保とZone2吻合+fenestrationは再手術Bentall+TARを安全かつ短時間に行う一助となる。

I-18 脊髄虚血による対麻痺を呈したA型大動脈解離に対し、FET併用弓部置換と術後神経保護治療が奏功した1例

平塚市民病院 心臓血管外科

井植優豪、笠原啓史、船石耕士

急性大動脈解離に合併する脊髄虚血は術後対麻痺を残す可能性がある。救命のため緊急手術が必須である一方、体外循環による脊髄虚血悪化が懸念される。症例は58歳、男性。胸背部痛および両下肢不全麻痺で発症した偽腔開存A型解離。術前は左下肢完全麻痺、右下肢MMT4であった。緊急TAR+FETを施行した。術後は両下肢完全麻痺であった。脳脊髄液ドレナージ(CSFD)、ステロイドパルス等の神経保護治療を術後9時間から開始したところ、下肢運動機能は速やかに改善した。治療に反応したことから、本例の脊髄障害は血流再開通により回復可能な可逆的虚血(penumbra)であったと考えられた。胸部下行偽腔開存型である本例は、偽腔血流による動的脊髄虚血に対し、FETによる真腔血流回復と術後神経保護治療の併用が改善に寄与したと考えられた。

I-20 Frozenix 4-branchedを用いたfene-FET法による全弓部置換術の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

池端幸起¹、古泉 潔¹、金山拓亮¹、橋本 崇¹、志水秀行²

全弓部置換術(total arch replacement: TAR)においては、Frozen Elephant Trunk (FET)法が広く普及している。当院ではTAR-FETの全例でFrozenix (Japan Lifeline社製)を使用し、左鎖骨下動脈にはfenestrationを作成したfene-FET法を導入してきた。2023年に発売された、オープンステントグラフトと4分枝人工血管が一体化したFrozenix 4-branched (4B)は、末梢吻合部の操作性向上により手術時間短縮が期待される。当院で本デバイスを用いたfene-FET法を経験したため報告する。症例は70歳男性。弓部小弯側にエントリーを有する解離性胸部大動脈瘤に対し、Frozenix 4Bを使用したTAR fene-FETを施行した。術中、左右上肢血圧差はなく、止血操作も良好であった。術後1日目に抜管、14日目に独歩退院となった。Frozenix 4Bを用いたTAR fene-FETは安全に施行可能であり、今後、症例蓄積により手術効率や周術期成績向上が期待される。

I-22 急性大動脈解離術中の解離進展によるmalperfusionに対しサムライ送血が有用であった1例

北里大学病院 心臓血管外科

青井夏帆、嶋田正吾、福隅正臣、美島利昭、田村佳美、村井佑太、大谷篤司、近藤良一、武井哲理、松井謙太、宮地 鑑

症例は48歳男性。突然の胸痛発症し痙攣発作後意識消失したため救急要請となった。来院時GCS E4V4M6、顔面蒼白で頻脈だった。心エコーでEF30-40%、心膜液貯留を認めた。造影CTで上行大動脈から遠位弓部までの偽腔開存型急性大動脈解離Stanford A型と診断し緊急手術の方針とした。手術開始後もなく左下肢動脈圧が消失し、左下肢rSO2も30台まで低下した。TEEで下行大動脈にflapを認め解離の進展が疑われたが、まずは予定通り右大腿動脈送血、右房脱血で人工心肺を確立した。送血圧問題なく真腔の拡張が得られたが、左下肢圧は改善しなかった。そこで、サムライカニューレーションへ送血を切り替えたところ、左下肢動脈圧・rSO2が改善した。TAR FETを行い、術後概ね良好に経過した。術後の造影CTでは下行大動脈から左総腸骨動脈まで解離が及んでいた。本症例では、術中の解離進展によるmalperfusionに対しサムライ送血が有用であった。文献的考察を加えて報告する。

15：00～15：45 JATS-NEXT 企画：胸部外科教育の未来を創る～3 領域合同・本音の教育セッション～

座長	井 貝 仁 (前橋赤十字病院 呼吸器外科)
	磯 村 彰 吾 (長野中央病院 心臓血管外科)
演者	浦 田 雅 弘 (新松戸中央総合病院 心臓血管外科)
	井 上 尚 (獨協医科大学呼吸器外科)
	栗 田 大 資 (国立がん研究センター中央病院 食道外科)
コメンテーター	鍋 島 惇 也 (東京科学大学 心臓血管外科)
	須 鴨 耕 平 (獨協医科大学呼吸器外科)
	栗 山 健 吾 (群馬大学 総合外科学消化管外科)

第 200 回という節目に、JATS-NEXT と次世代を担う若手医師が「理想の教育」を徹底議論する。

外科医の働き方改革や症例の高度化が進む中、いかに効率よく技術を継承するかが喫緊の課題である。本セッションでは、教育の最前線に立つ JATS-NEXT 世代の演者 3 名（心臓血管・呼吸器・食道外科）が、自施設や学会での教育的取り組みを提示。それに対し、現場で修練中の卒後 5～10 年目の若手コメンテーターが「教わる側」のリアルな視点から切り込む。

「執刀機会をどう生み出すか」「シミュレーションと臨床の乖離をどう埋めるか」など、領域の垣根を越えた共通の悩みを共有し、明日から実践できる指導のヒントを模索する。

指導医世代には若手の真意を伝え、若手医師には自らの成長の指針を提示する。これからの 100 年を見据え、胸部外科教育の新たなスタンダードを共に考える企画としたい。

座長 山崎真敬（慶應義塾大学医学部 外科学（心臓血管））
中原嘉則（榊原記念病院 心臓血管外科）

I-24 冠静脈洞瘤を形成した冠動静脈瘻に対する一手術例
筑波大学附属病院 心臓血管外科

内藤修平、井口裕介、今中佑紀、山本隆平、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
症例は77歳女性。十数年前に健診異常の精査で冠動静脈瘻と冠静脈洞瘤を指摘されたが、定期フォローはされていなかった。健診で胸部レントゲン異常を指摘され、精査で既知の冠動静脈瘻と径36mmに拡大した冠静脈洞瘤を認めた。瘤拡大による破裂リスクから手術介入目的に当科紹介となった。冠動静脈瘻は左回旋枝から起始し、蛇行したのちに冠静脈洞へ流入して、瘤を形成していた。手術は人工心肺を使用し、冠動静脈瘻は近位部と冠静脈洞入口部の2か所で切離し、断端を縫合閉鎖した。冠静脈洞瘤は切開して一部瘤壁を切除して縫縮した。術後37日で自宅退院した。冠動静脈瘻は稀な疾患であり、さらに分岐部や流入血管などバリエーションは多岐にわたる。今回、冠動静脈瘻が冠静脈洞へ流入し瘤形成した稀な症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

I-26 冠動脈肺動脈瘻に形成された瘤の破裂に対して結紮術を施行した一例

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
80歳女性。小児期に紅斑精査歴を有する。胸痛・呼吸困難で救急搬送され、造影CTで瘤形成を伴う冠動脈肺動脈瘻と心嚢液貯留を認めた。瘤破裂による心タンポナーデと診断し緊急手術を施行した。開胸すると瘤表面からの出血を認めた。ハイドロフィットで一時止血後、流入・流出血管を同定し結紮閉鎖した。瘤を切開し、血流の無いことを確認したうえで瘤壁を縫縮して手術終了とした。冠動脈肺動脈瘻自体は稀ではないが、瘤形成や破裂は稀である。文献的考察を加えて報告する。

I-28 前壁VSPの二重パッチ閉鎖術に際して、糊付けを工夫した一例

済生会横浜市南部病院
吉田美穂、大中臣康子、野嶋康平、安田章沢
心筋梗塞後心室中隔穿孔に対して、右室切開二重パッチ法による閉鎖術が行われることがあるが、時に発生する遺残リークが問題になることがある。当科で行った小さな工夫を供覧する。症例は65歳男性。呼吸苦で近医受診し当院紹介。Recent MIと中隔穿孔の診断で入院しIABP管理を開始。1週間後に手術施行。右室切開すると穿孔部は辺縁明瞭となっており、ウシ心膜を用いてパッチ閉鎖。Biogluce塗布の際、右側左房切開から挿入した金属ボールサイザーで左室側パッチを押さえ、右室側パッチは手用的に押さえることにより、中隔壁、パッチ及びglueの接着が良好になるよう心掛けた。遺残リークなく軽快退院。

I-25 Blow out型左室自由壁破裂をBioGlue用いたsuture repairで救命した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
尾崎広登¹、山田英恵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 綾²
70歳男性。仕事で失神し前医救急搬送。心エコーで心膜液多量、心電図でI・aVL・V5-6の異常Q波とST上昇を認め重急性側壁心筋梗塞とそれに伴う左室破裂の診断で当院へ転院搬送。来院時血圧160/120mmHg、血管造影室でCAG施行し、LCA初回造影（HL 100%）直後血圧20mmHg台に低下したが胸骨圧迫とIABP駆動で心拍再開した。手術室入室し胸骨正中切開、心膜切開し心尖に近い側壁の破裂孔から噴出性出血を確認、Blow out型と診断した。破裂部圧迫により出血制御するも徐々に血圧低下、徐脈となったため大腿動脈からPCPSを確立し循環は安定した。SURGICEL NUNITにBioGlueを塗布したものを破裂部を中心に広く貼付し、Prolene 1-1XLHとテトロンフェルトで破裂部を中心に水平マットレス縫合し完全に止血を得られた。脳障害は認めず、術後31日目でリハビリ転院し、現在外来通院中である。手術法と循環管理について報告する。

I-27 右冠動脈起始異常に対してunroofingにより良好な経過を得た一例

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】冠動脈起始異常は稀な病態で0.3-1%の頻度で認められるとされている。今回右冠動脈起始異常、Malignant courseに対してUnroofingを実施して良好な経過を得た。【症例】52歳男性、労作時胸痛を認め循環器内科受診。冠動脈CTで右冠動脈が左主幹動脈入口部から派生する単冠動脈（Lipton分類L-2B）を認め、右冠動脈が上行大動脈壁内を走行し肺動脈により圧排された状態となる可能性が指摘された。Malignant courseが疑われ突然死の予防目的に手術方針となり当科紹介。正中開胸での手術実施、大動脈を遮断・切開、右冠動脈が大動脈内へ以内走行している部位に対してunroofing、交連部吊り上げを実施。術後経過良好であり二週間で独歩自宅退院となった。冠動脈起始異常に対する手術報告は多くなく文献的考察を交えて報告する。

I-29 胸骨閉鎖時に発症した左室blow-out型心破裂の1救命例

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・小児循環器²
藪 直人¹、角田 翔¹、山崎一也¹、南 智行²、齋藤 綾²
症例は67歳男性。朝からめまい、呼吸困難、嘔気を主訴に当院受診。急性心筋梗塞と診断し緊急CAGを施行、#3 100%を認めPCIを試みたが難渋した。手技中に血圧低下、PEAとなりCPR施行しROSCを得た。心エコーで心嚢液貯留を認め心嚢穿刺を試みたが困難であり、循環動態不安定のためPCPS装着し外科的ドレナージの方針とした。胸骨正中切開で開胸すると、心嚢穿刺時のシースが右室に刺入しており同部位を止血縫合した。活動性出血を認めず閉胸操作に移行したが、胸骨ワイヤーを締め込んでいる際に心嚢内から大量出血が出現した。再開胸しblow-out型心破裂と診断。用手圧迫では止血困難であり人工心肺を確立後、心臓を脱転し左室後壁からの噴出性出血を確認した。フェルト付きマットレス縫合で止血を得た。閉胸操作中に発症した左室破裂の救命例を経験した。

I-30 Impella CPにて修復手術を待機的に行い救命できた冠攣縮性狭心症による心室中隔穿孔の1例

海老名総合病院 心臓血管外科

太田衣美、小原邦義、費 正基、井上信幸、柴田 請、笹原聡豊

89歳女性。胸部圧迫感を自覚し、完全房室ブロックの診断で当院紹介となった。リードレスペースメーカーを移植翌日、嘔吐および意識レベル低下し、CTで心膜液貯留を認めた。インピーダンス変化なくペースメーカー誘因の穿孔は否定。冠動脈造影にてLAD末梢の冠攣縮性狭心症に伴う前壁から心尖部広範に壁運動低下を認めた。その後心エコーで心尖部に左室瘤および心室中隔穿孔が出現した。IABPを挿入したが無尿となり、Impella CPに変更した。Impellaの設定と心内シャント血流を心エコーで評価しながら術前管理を行い、第5病日まで待機し手術の方針とした。手術は心尖部の左室瘤直上を切開し、牛心膜によるdouble patch法で修復した。Impellaは人工心肺離脱後も継続使用し、術後第2病日に抜去した。術後経過良好で第43病日に退院となった。冠攣縮性狭心症による心室中隔穿孔修復術をImpella CPで待機的に行うことができ、救命できた1例を経験したので報告する。

第Ⅱ会場：スターライト

8：20～9：00 呼吸器：学生発表1

座長 大塚 崇 (東京慈恵会医科大学 呼吸器外科)
加勢田 馨 (慶應義塾大学医学部 外科学 (呼吸器))
審査員 福井 麻里子 (順天堂大学医学部 呼吸器外科)
菱田 智之 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科)

学生発表

Ⅱ-1 機械学習を用いた胸部CTによる spread through the air spaces 予測法の開発

千葉大学大学院 融合理工学府¹、獨協医科大学病院 呼吸器外科²、千葉大学 フロンティア医工学センター³

辻 美里¹、中島崇裕²、梅田翔太²、野村行弘³、中口俊哉³

昨今の臨床試験結果をふまえ、末梢小型肺癌に対して sublobar resection が選択される機会が増加している。一方で、肺癌の進展様式として spread through the air spaces (STAS) が WHO 分類においても示された。STAS 陽性肺癌に対しては局所再発リスクから縮小手術が勧められないものの、術前診断が困難であり術式選択の臨床的課題となっている。我々は機械学習を用いた術前胸部CT画像による STAS 予測法の開発を行っている。腫瘍径 3cm 以下の肺腺癌 261 例を対象に STAS の有無を分類した。腫瘍中心を基準に球状の関心領域を設定し、形態・濃度・テクスチャ等、計 1874 個のラジオミクス特徴量を抽出した。特徴量を用いて機械学習モデルを構築し、STAS 予測に関する予測精度を評価した結果、感度 0.81、AUC0.70 となり、術前 STAS 予測の実現可能性が示唆された。

学生発表

Ⅱ-3 転落による樹木穿通胸部外傷を契機とした右膿胸の治療経験

獨協医科大学¹、獨協医科大学病院 呼吸器外科²

中村紘之¹、須鴨耕平²、高橋淳博²、有賀健仁²、蓮実健太²、井上 尚²、

中島崇裕²、前田寿美子²、千田雅之²

20 歳代男性。4 階相当の高さから真下に生えていた広葉樹に落下し、枝が体に突き刺さった状態で発見された。右前胸部から胸腔内、および臀部から背部にかけて穿通外傷を認めた。ドクターヘリで搬送され、右血気胸に対して胸腔ドレナージを施行した。受傷当日に臀部から背部の樹木を緊急手術で除去した。抗菌薬 (SBT/ABPC) と胸腔ドレナージにより経過観察していたが、胸腔内に多房性液体貯留と炎症の悪化を認めため、受傷 6 日後に右膿胸と診断し、手術を行った。前胸部創内と右胸腔内に遺残した樹木片および肋骨骨折の骨片を除去し、胸腔鏡下洗浄・ドレナージ術を施行した。術後に抗真菌薬 (MCFG) を追加し、膿胸は再燃せず培養陰性を確認した後に術後 14 日で胸腔ドレーンを抜去した。その後骨盤骨折のリハビリ後に自宅退院となった。樹木による穿通性外傷では遺残した有機物から膿胸を発症する可能性があるため、十分注意しなければならない。

学生発表

Ⅱ-2 肺葉内分画症に対して術中 ICG 静注区域間同定法を用いて分画肺切除を施行した 1 例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

松岡瑠大、中山浩介、森本淳一、佐田諭己、豊田行英、稲毛輝長、

田中教久、千代雅子、松井由紀子、鈴木秀海

症例は 40 代男性。検診で胸部異常陰影を指摘され、胸部単純 CT にて左肺 S10 に一部石灰化を伴う結節影を認め、精査加療目的に当科紹介となった。自覚症状はなく、胸部造影 CT では左肺 S10 に下行大動脈から流入する径 17mm の異常血管を認めた。左肺 S10 の肺動脈及び気管支は欠損していたが、肺静脈は正常であった。胸部 CT アンギオグラフィでは異常血管は肺動脈とのシャントはなく、流出静脈は肺静脈であった。左肺葉内分画症と診断し左分画肺切除術を施行した。術中所見では、異常血管の壁は硬く結紮は困難と判断し、異常血管をクランプ後に切断し、断端を 2 重に連続縫合し閉鎖した。肺静脈を切離後、ICG 静注区域間同定法を用いて分画肺を同定し切除した。術後経過は良好で第 7 病日に自宅退院した。肺葉内分画症の術中 ICG 静注区域間同定法は、本邦では 12 例の報告があり、炎症を併存する肺でも境界が同定可能との報告もあり、有用性について文献的考察を加え報告する。

学生発表

Ⅱ-4 心肺蘇生時の胸骨圧迫により左横隔膜損傷をきたした一例

獨協医科大学 第 5 学年¹、獨協医科大学病院 呼吸器外科²

坂本真愛¹、須鴨耕平²、高橋淳博²、有賀健仁²、蓮実健太²、井上 尚²、

中島崇裕²、前田寿美子²、千田雅之²

症例は 70 歳代女性。既往の慢性血栓性肺高血圧症に対し当院循環器内科でバルーン肺動脈形成術を施行中に咯血、酸素化の低下を認め気管内挿管となった。肺動脈損傷はバルーンにて止血を試みるも完全な止血は得られず、再度咯血し血圧低下したためボスミン投与と胸骨圧迫を開始し、VA-ECMO 導入となった。肺動脈内にカバードステント 2 本を留置するも血胸の悪化を認め緊急手術となった。第 6 肋間後側方開胸とし、胸腔内を探索したところ、胸壁付着部に横隔膜破裂を認め裂傷部より出血していた。プレジェット付き 2.0 エチボンド 15 針で横隔膜縫合止血術を行い ICU 帰室となった。その後全身状態は順調に改善し、リハビリ転院後に自宅退院となった。胸骨圧迫による肋骨骨折などと比較して横隔膜破裂はまれであるが、心肺蘇生に付随する合併症として念頭においておく必要がある。

学生発表

II-5 胸腔鏡アプローチによる呼吸器外科手術後の疼痛に関する解析

東京慈恵会医科大学附属病院 呼吸器外科

杉田 誠、仲田健男、渡辺裕人、李 鹿路、中嶋真希、須山 祐、
塚本 遥、柴崎隆正、木下智成、大塚 崇

【目的】胸腔鏡による呼吸器外科手術後3-4週時点のearly persistent pain (EPP)に関するリスク因子を解析した。【方法】対象は2021年8月-2025年6月に腔鏡下手術を行った179例。血胸、膿胸、胸膜生検、データ不十分な症例を除外した。術後3-4週時点のNRSと鎮痛薬の追加処方の有無からROC解析を行い、 $NRS \geq 3$ をEPPと定義した(AUC 0.755)。症例をEPP群と非EPP群の2群に分け、患者背景、CTの胸壁所見、手術因子の計30項目を解析した。単変量解析で $p < 0.1$ の項目を多変量解析した。【結果】144例を解析し、EPP群は61例(42.4%)だった。単変量解析では身長、手術時間、ドレーン留置期間、ポリファーマシー、抗不安薬内服、閉塞性呼吸機能障害がリスク因子だった。多変量解析では身長 ≤ 163 cm (OR 2.37)と手術時間 ≥ 172 分 (OR 2.36)が独立予測因子だった(両 $p < 0.05$)。【結語】本術式のEPPは42%と少なくなく、身長と手術時間がリスク因子だった。

9:00~9:40 呼吸器：初期研修医発表1

座長 松岡弘泰（市立甲府病院 呼吸器外科）
櫻井裕幸（日本大学医学部 呼吸器外科学分野）
審査員 前田寿美子（獨協医科大学 呼吸器外科学）
鈴木秀海（千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学）

初期研修医発表

Ⅱ-6 心肺蘇生後に生じた胸腔内血腫に対する外科的血腫除去により循環動態が改善した肺血栓塞栓症の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科¹、東京慈恵会医科大学附属病院 呼吸器外科²

田村 亘¹、森 彰平¹、坪内咲希¹、荒川智嗣¹、戸谷直樹¹、大塚 崇²
症例は63歳男性。急性肺血栓塞栓症から心停止に至った。心肺蘇生とECMO確立により自己心拍再開したが、胸骨圧迫に起因する内胸動脈からの出血が生じ、右血胸を併発した。経皮的動脈塞栓で止血を得た後、胸腔ドレーンを留置し血性胸水のドレナージを行った。発症から5日目にECMOから離脱したものの、昇圧剤依存が持続した。胸腔内に残存した大量の血腫による肺の拡張不良が循環動態不安定化の一因であると考えられた。このため外科的血腫除去の方針とし、発症から7日目に胸腔鏡手術を施行した。手術により820gの血腫と1900mLの血性胸水を除去した。術直後から肺血管抵抗と肺動脈圧が低下し、体循環も改善したため、昇圧剤の必要量も減少した。その後は経過良好で発症から40日目に退院した。循環不全をきたす疾患に胸腔内血腫が併発した場合、外科的血腫除去により循環動態改善効果が期待できるため、時期を逸さない手術適応の判断が重要である。

初期研修医発表

Ⅱ-8 重粒子線治療後に早期局所再発をきたした左下葉肺癌の1切除例

国立病院機構千葉医療センター 呼吸器外科¹、国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構QST病院²

田中愛遥¹、石橋史博¹、山中崇寛¹、伊藤貴正¹、中嶋美緒²、斎藤幸雄¹
症例は78歳男性。74歳時に食道癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術を施行し、術後フォローの胸部CTにて左下葉に結節影を指摘された。PET-CTで結節影と同部位に異常集積を認め、肺癌疑いに当科紹介となった。CTでは左下葉に径24mm大の結節とその近傍に小結節を認め、肺内転移が疑われた。組織未確定だが臨床的に肺癌（cT3N0M0 StageIIB）と診断した。間質性肺炎も合併していたため手術のリスクは高く、本人の希望により重粒子線治療（50Gy/1fr）を施行した。照射後約7か月のCTにて原発巣の再増大を認め、PET-CTでも同部位に高度異常集積がみられ、重粒子線治療後局所再発と診断、手術の方針とした。手術は左下葉切除+リンパ節郭清を施行、術後合併症なく経過し第7病日に自宅退院された。現在、転移再発なく外来経過観察中である。本症例について文献的考察を加えて発表する。

初期研修医発表

Ⅱ-7 左肺癌・左上葉切除後の左下葉結節に対し左S6区域切除術を施行した一例

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

菅原ゆり、田口 亮、梅咲梅咲、市来嘉伸、二反田博之、菱田智之
症例は43歳女性。40歳時に左上葉肺癌（浸潤性粘液性腺癌、pT2aN0M0:IB）に対し左上葉切除術・ND2a-2郭清が施行された。フォローCTにて左S6に2.5cm大の結節を認め肺内転移が疑われた。全身精査で肺外病変なく切除の方針とした。手術は胸腔鏡補助下に後側方第4肋間開胸で施行した。左上葉切除の影響により、肺門前方及び大動脈弓周囲は高度に癒着していた。癒着が軽度な肺門後方からV6・B6を切離し、その腹側で肺動脈に到達したが、同部は癒着化していたため心嚢内で左肺動脈本幹を確保した上でA6を剥離・切離した。ICGによる区域間同定及び病変とのマージンを考慮しS10側に切り込みS6区域切除を施行した。迅速病理は腺癌で肉眼的マージンは2.5cmであった。左上葉切除後の解剖学的肺切除は、肺門・大動脈弓周囲の高度な癒着によりリスクが高い。適切な手術アプローチについて文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

Ⅱ-9 在宅酸素療法中の高度肺気腫合併肺癌に対して肺容量減少手術を先行し肺機能改善を経て根治切除し得た一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器外科

田中千裕、内田真介、金城華奈、清水かおり、新見昂大、服部有俊、福井麻里子、松永健志、今清水恒太、高持一矢、鈴木健司
症例は77歳女性。Asthma-COPD Overlapに対し在宅酸素療法（HOT）導入中、左気胸術後の経過観察中に胸部CTで右肺S6に18mm大の結節を認めた。呼吸機能検査で一秒量680mL、一秒率37.2%、%DLCO 38.6%と閉塞性障害と拡散障害を認め、肺血流シンチグラフィでは右優位の血流であり耐術能はないと考えられた。一方、左下葉が著明な気腫肺を呈しており右肺癌の手術に先行し肺容量減少手術（Lung volume reduction surgery: LVRS）として左肺下葉切除を行う方針とした。術後経過良好で第7病日に退院しHOTを離脱。初回手術の6週後に右下葉肺扁平上皮癌（pT1bN0M0 stageIA2）に対し右S6区域切除を施行し第5病日に退院、現在HOT再導入なく外来通院中である。今回、高度肺気腫を伴った低肺機能患者にLVRSを先行し、著明な呼吸機能の改善と原発性肺癌の根治的切除をし得た症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-10 左上大区域切除7年後にリンパ節再発を来した肺腺癌の1例
山梨大学医学部附属病院¹、山梨大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器・
小児外科²

島本謙弘¹、茂原倅志²、塚原 悠²、内田 巖²、松原寛知²、中島博之²

60代男性。7年前に左肺上葉S1+2腺癌に対し左上大区域切除を施行し、
病期はpT1bN0M0、Stage1A2であった。術後無再発経過していたが、残
存していた右肺下葉GGNを定期フォロー中に嗔声を自覚し耳鼻科にて左反
回神経麻痺を指摘された。CTでは#5リンパ節の腫大を認めなかったが、
PET集積を認めリンパ節転移が疑われた。呼吸器内科で気管支鏡検査を施
行したが、血管との境界が不明瞭で穿刺困難であったため、外科的リンパ
節生検を行った。術中、左上大区域切除後の影響による肺動脈本幹、大動
脈、気管支周囲の強固な癒着を認めたが、慎重な剥離操作によりリンパ節
を摘出した。病理では肺癌リンパ節転移と診断された。区域切除は標準術
式となりつつあるが、長期経過後の再発も稀ではなく、本例は術後7年を
経過してのリンパ節再発を示した点で示唆的であり、区域切除例では5年
以上の長期フォローアップが重要であると考えられた。

9:40~10:44 呼吸器：肺悪性疾患

座長 三島修治 (信州大学 外科学教室呼吸器外科学分野)
鈴木繁紀 (慶應義塾大学医学部 外科学 (呼吸器))

II-11 胸腔鏡下切除と薬物療法で治療継続し得た腎類上皮血管筋脂肪腫多発転移の1例

東京歯科大学市川総合病院

大村征司、井澤菜穂子、江口圭介

【背景】腎類上皮血管筋脂肪腫は比較的稀な腫瘍で、画像上腎細胞癌との鑑別が困難であり、悪性転化や多発転移を来し得る。本腫瘍の多発肺転移巣に対し胸腔鏡下切除と薬物療法で治療継続し得た症例を報告する。【症例】30代女性。右腎癌の診断でニボルマブ+カボザンチニブ、オプジーボ治療後に右腎摘出を施行し、類上皮血管筋脂肪腫と診断された。12か月後に肝転移に対し肝拡大後区域切除を行い、オプジーボを継続した。9か月後CTで右中葉・左下葉結節を認め、胸腔鏡下右中葉部分切除を施行し、その1ヶ月後に左下葉切除を施行した。胸腔鏡下手術後アフィニトールを開始し、9か月後縦隔リンパ節#7の増大に対して胸腔鏡下縦隔リンパ節切除を行った。その後5か月アフィニトールを継続し外来経過観察中である。【結語】本腫瘍の治療は未だ確立されていないが、分子標的薬と胸腔鏡下手術を組み合わせることで、治療を継続し得た1例を報告する。

II-13 術後20年で再発を認めた乳腺悪性葉状腫瘍の1例

帝京大学医学部外科学講座¹、帝京大学医学部附属病院病理診断科²

高橋光¹、山内良兼¹、西田智喜¹、池田達彦¹、守田静権¹、竹山諒¹、齋藤雄一¹、石田毅²、笹島ゆう子²、坂尾幸則¹

症例は70歳女性。20年前に左乳腺悪性葉状腫瘍に対する乳房全摘、9年前に腋窩再発に対する腫瘍切除の既往があった。3年前の検診で右肺S6に10mmの結節影を指摘され、石灰化を伴い良性腫瘍が疑われ経過観察となったが通院を自己中断していた。1年前の検診で同結節が25mmに増大し当科紹介となった。術前精査で右乳癌も指摘され、肺結節は原発性肺癌または転移性肺腫瘍が疑われた。診断目的に右肺S6区域切除と右乳房部分切除を同時施行した。乳腺病変は浸潤性乳管癌、肺病変は術中迅速診断でspindle cell tumorを認め、永久標本で既往の病理標本と比較し乳腺悪性葉状腫瘍由来の転移性肺腫瘍と診断した。最終手術から10年後の再々発であり想定外であったが乳腺悪性葉状腫瘍は稀とはいえ、遠隔転移の85%が肺に発生するため、積極的に鑑別すべきであった。稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

II-15 A9b+A10b分岐の左下葉転移性肺腫瘍に対しlung base-flip approachによるRATS左S10区域切除を実施した1例

信州大学医学部附属病院

小口祐一、三島修治、勝野麻里、中村大輔、寺田志洋、久米田浩孝、濱中一敏、清水公裕

左下葉の肺動脈は分岐形態が多彩で、A9の97%はA8またはA10の一方から分岐し、1.3%はその両方から分岐すると報告されている。今回我々はA9bがA10bの末梢から分岐する左下葉転移性肺腫瘍に対し、肺底部背側から肺門に達するlung base-flip approachによりA9biiを温存したロボット支援下S10区域切除術の1例を提示する。症例は72歳女性。直腸癌術後経過観察中に左S10に転移を疑う結節を指摘された。気管はB8+B9、B10、肺動脈はA8+A9a+bi、A9bii+A10b/A10a+cの分岐パターンであった。手術はロボット支援下を実施し、肺靱帯を切離し肺底部背側の視野を展開しV10、B10の順に切離した後、A9bii+A10b/A10a+cを同定した。A9biiがV9を跨いでいることを確認しA10bを切離、次いでA10a+cを切離しS10区域切除とした。本症例のようにA9bがA10から分岐する症例に対するS10区域切除では、本アプローチは特に有用であると考えられる。

II-12 IV期肺腺癌に対して化学免疫療法後にサルベージ手術を施行した1例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

中山浩介、田中教久、佐田諭己、豊田行英、稲毛輝長、森本淳一、千代雅子、松井由紀子、鈴木秀海

症例は50歳台男性。健康診断で胸部異常陰影を指摘され、胸部CTにて左肺上葉に最大径7cm大の腫瘤を認めた。精査の結果、肺腺癌(cT4N0M1a(脳)stageIVA)の診断となり、当院呼吸器内科へ紹介となった。PD-L1 TPS 0%、遺伝子変異は陰性であり、脳転移に対してガンマナイフ治療を行い、IV期肺腺癌としてCisplatin+Pemetrexed+Pembrolizumabによる化学免疫療法を4コース施行した。脳転移は著明な縮小を示し、原発巣も14%の縮小が得られた。画像評価ではSDであったが、脳転移は十分に制御できていると判断し、当科紹介となり、サルベージ手術の方針となった。手術はロボット支援下右肺上葉切除+ND2a-2を施行した病理組織診断では完全奏功の診断であった。化学免疫療法後にサルベージ手術を施行し、完全奏功が得られた脳オリゴ転移を伴う肺癌の一例について文献的考察を加えて報告する。

II-14 気管支鏡検査後の医原性気胸を伴う肺癌に対し肺葉切除を行った1例

新潟県立がんセンター新潟病院

宮島美佳、岡田英、青木正

症例は77歳男性。既往歴は高血圧、喫煙歴は10本/日×57年間。PS=1。X年に近医でCEA高値を指摘され、精査のCTで左肺下葉に9cm大の嚢胞と嚢胞壁の肥厚、腫瘍性病変を認めた。当院内科紹介受診し、PET-CTで同部位に集積あり。リンパ節や遠隔転移所見なし。経気管支鏡的に生検を行い、腺癌の診断であった。検査翌日に患側の気胸悪化を認めた。胸腔ドレナージを行ったが、改善乏しく、気胸と左肺癌(cT4N0M0 StageIIIA)に対し胸腔鏡下左下葉切除、リンパ節郭清を行う方針とした。開胸時に黄色透明胸水を認め、細胞診は陽性であった。また腫瘍に接する胸膜に小さな欠損を認めたが、明らかな胸膜播種は認めず、左下葉切除を行った。術後3日目に胸腔ドレーンを抜去し8日目に自宅退院した。胸膜炎疑いで抗生剤加療を要したが、再発なく経過している。気管支鏡による医原性の気胸を契機とした悪性胸水を伴う1例を経験したため文献的考察を含め報告する。

II-16 左上大区/舌区の区域間静脈V3tを温存したロボット支援下左S3区域切除の1例

諏訪赤十字病院¹、信州大学医学部附属病院²

松岡峻一郎¹、吾妻寛之¹、吉田和夫¹、清水公裕²

左上葉の上大区/舌区間(S1+2c/S4aおよびS3a/S4a)を走行する区域間静脈であるV3tを理解することは、区域切除の精度向上に重要と考えられる。今回、V3tを温存したロボット支援下左S3区域切除の1例を報告する。症例は70代男性。CTで左S3b胸膜下に1.5cmの充実型結節を認め、精査で左肺癌疑い(cT1bN0M0、Stage IA2)の診断で手術治療の方針となった。ロボット支援下でアプローチを行い、切除マージン確保のためV3bは切離する方針とし、共通幹を呈するV3aV3b+V3cを切離した一方で、左上葉背側を走行するS3a/S4aの区域間静脈、V3tは温存した。その後、切離側血管気管支の十分なDenudeを行うことで、適切な肺門部の切離ラインを確保することに加え、V3tの温存が可能であった。左上葉におけるV3tを含む区域解剖の特徴について考察を加えて報告する。

Ⅱ-17 化学免疫療法後、frozen hilum を呈する肺癌に対してサルベージ左肺下葉切除を施行した一例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

清水大資、竹村千尋、四倉正也、春木朋広、吉田幸弘、渡辺俊一

症例は50歳代女性。卵巣嚢腫の精査CTで左肺下葉腫瘤を認め、精査の結果左下葉肺腺癌 cT3N1M1c (OSS：胸椎、右坐骨) StageIVB の診断で当院紹介となった。Pembro+CBDC+PEM4 コース施行後、維持療法でPembro+PEM3 コース、Pembro5 コース施行し腫瘍の縮小を得たが、irAE を発症しステロイド治療を行った。irAE のためPembro の継続困難となり、原発巣の再増大を認めたため、ycT2bN0M0 StageIIA の診断でサルベージ左肺下葉切除術を施行した。下葉肺動脈及び下葉気管支周囲の線維化が極めて強固で剥離困難であったが、A6 と A9+10 を刺通結紮した上で切離し、B6 と底区気管支を鋭的に切離し縫合閉鎖した。手術時間は2時間31分、出血量は828mlであった。経過は良好で、術後4日目に退院となった。病理病期は ypT2bN0M0 StageIIA であった。ICI 治療後に、肺門部の高度な線維化 (いわゆる frozen hilum) を伴うサルベージ左肺下葉切除を経験したため報告する。

Ⅱ-18 3Dプリンタを用いた術前シミュレーションにより左下葉S6管状区域切除を施行し得た一例

国立がん研究センター中央病院

安達剛弘、四倉正也、竹村千尋、春木朋広、吉田幸弘、渡辺俊一

症例は50代女性。左下葉気管支入口部に5mmの隆起性病変を認め、術前気管支鏡下生検にてG1相当のNECの診断となった。CTでは腫瘍がB6と底区気管支の分岐部に位置しており最大で下葉切除が必要と考えられた。肺切除量を最小にするためには、複雑な気管支形成が必要と考えられたため、CTのDICOMデータから腫瘍、気管支の構造を抽出し、3Dプリンタを用いて実物大の物理モデルを作成し、気管支の最適な切離線や気管支形成の手順を術前に詳細にシミュレーションした。手術は術前のシミュレーション通りに左下葉S6管状区域切除を施行した。手術時間は2時間16分、出血量は65mLであった。術後経過は良好で、合併症は認めず第6病日に退院となった。3Dプリンタは患者自身の気管支と腫瘍との解剖学的位置関係を術前に把握し手術計画を行うことが可能な極めて有用な方法であった。

11:30~12:34 呼吸器：縦隔疾患

座長 工藤 勇人 (東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野)
鈴木 幹人 (がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科)

II-19 縦隔内伸展を伴う副甲状腺腫瘍に対して胸腔鏡アプローチ先行で根治切除を行った一例

埼玉医科大学国際医療センター

鈴木悠介、佐藤 弘、星 勇気、吉澤政俊、久岡和彦、鳥海哲郎、岸本 裕、江原 玄、宮脇 豊、櫻本信一

副甲状腺腫は副甲状腺機能亢進症の0.5-5%に過ぎない稀な疾患であり、術前に確定診断を得ることは困難である。頸部から縦隔へ進展した副甲状腺腫瘍に対して胸腔鏡アプローチ先行で根治切除を行った症例を経験した。症例は71歳女性。高カルシウム血症と腎機能障害を契機に当院紹介となり、血清Ca値12 mg/dl以上、intact PTH高値、CTで全身骨硬化像を認め、副甲状腺腫瘍による原発性副甲状腺機能亢進症と診断した。腫瘍は縦隔内に進展し気管・食道との境界が不明瞭であり、en bloc切除の可否を判断するため胸腔鏡先行アプローチを選択した。胸腔鏡下で腫瘍を被膜損傷なく授動後、頸部アプローチから腫瘍切除を施行した。副甲状腺腫瘍ではR1切除が局所再発率を高めるため、被膜損傷なくen bloc切除することが重要である。本症例のように縦隔進展例において胸腔鏡アプローチを併用することは、安全性と根治性を高める有用な手段と考えられる。

II-21 妊娠15週21歳女性の副甲状腺機能亢進を伴う異所性副甲状腺腫瘍に対して左胸腔鏡下胸腺全摘術を施行した1例

虎の門病院 呼吸器センター外科

翁 陽一、藤森 賢、菊永晋一郎、濱田洋輔、大坪巧育、三原秀誠

【背景】原発性副甲状腺機能亢進症 (PHPT) の一部は胸腺内などの異所性副甲状腺が原因となる。【症例】21歳女性。尿路結石精査を契機に12.4mg/dlの高Ca血症とPTH164pg/mlの高値を指摘され、PHPTと診断された。頸部には副甲状腺腫を認めず、MIBIシンチグラフィで左前縦隔に局限した集積を認め、胸腺内異所性副甲状腺腫瘍の診断となった。手術を予定したが、妊娠が判明し、胎児の影響を考慮し妊娠後期へ延期となった。しかし、Ca値が13.3mg/dlと増悪したため、他科との協議で妊娠15週に左3-port胸腔鏡下胸腺全摘術を施行し、肥大した胸腺を一塊に周囲組織より剥離した。手術時間94分、出血量50ml、術中迅速所見で副甲状腺組織を胸腺内に認めた。術直後にPTH15pg/mlと改善し、母児合併症なく外来経過観察中である。【結語】胎児を考慮しつつ、胸腔鏡下に低侵襲で胸腺全摘術を行い、PHPTを改善することが出来た1例を経験したため、文献的考察を加えて発表する。

II-23 嚢胞成分の自然縮小を認めた胸腺癌の一例

済生会宇都宮病院 呼吸器外科¹、埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科²、済生会宇都宮病院 病理診断科³

上田裕貴¹、塙龍太郎¹、河野光智²、尾原健太郎³、紅林 泰²

症例は70代男性。10年前からCTにて前縦隔に多房性嚢胞成分を主とした腫瘍性病変を認めていたが、本人希望により経過観察されていた。前医にて心電図異常精査のため撮影した冠動脈CTにて腫瘍径の増大を認め、手術目的に当科紹介となった。胸腺腫、胸腺癌疑いとして手術を予定していたが、心筋梗塞を発症し延期となった。治療後、術前評価のためCTを撮影したところ6ヶ月間で嚢胞成分の腫瘍径が100mmから50mmへ著明に縮小し、心嚢液貯留も新規に認めた。胸腺癌、心膜浸潤、肺浸潤の疑いとしてロボット支援下胸腺摘出術を施行した。術中所見では浸潤を認めず切除可能であった。術後経過は良好で第4病日に退院した。病理検査では扁平上皮癌 (Thymic squamous cell carcinoma) と診断され、心膜浸潤、肺浸潤は認めず完全切除であった。本症例は自然縮小を呈した胸腺扁平上皮癌の貴重な1例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

II-20 縦隔内に迷入した箸を摘出した1例

群馬大学医学部附属病院 呼吸器外科¹、群馬大学 大学院・医学部 病態総合外科学²

櫻澤みなみ¹、中澤世識¹、河谷菜津子¹、矢澤友弘¹、吉川良平¹、沼尻一樹¹、栗山 令¹、調 憲²

縦隔内異物は比較的稀な外傷であるが、食道や血管損傷を伴う事もあり、慎重な術前精査を要する。症例は30代男性。知的障害があり、箸を自身の咽頭に突き差し、当院に搬送された。来院時のバイタルサインは安定しており、血液検査で貧血を疑う所見はなかった。CT検査では左の梨状窩から第6胸椎左側に及ぶ全長20cmの箸が確認された。箸は食道や大動脈を避けていて、活動性の出血は疑われなかった。喉頭鏡下で先端は確認できず、経口的摘出は困難であったため、右側臥位で経胸的に摘出する方針とした。上縦隔、及び下縦隔の胸膜を切開し、箸を確認した後に尾側方向に抜くようにして摘出した。術後経過に問題はなく、14日目に退院した。縦隔内異物は比較的小さな物体の報告が多いが、食道穿孔や血管損傷を併発した場合の死亡率は高い。今回は20cmと大きな異物にも関わらず主要な臓器の損傷なく鏡視下で摘出し得た症例を共有する。

II-22 左腕頭静脈内進展を伴った異型A型成分を伴うAB型胸腺腫の1切除例

都立駒込病院 呼吸器外科¹、駒込病院 病理科²

堺堀裕子¹、矢野海斗¹、井本智博¹、鈴木幹人¹、清水麗子¹、比島恒和²、中川加寿夫¹

症例は80歳代男性。他疾患経過観察のCT画像で、偶発的に4.8cm大の前縦隔腫瘍を指摘された。腫瘍は左腕頭静脈に浸潤し、上大静脈流入部近傍までポリリーブ状に進展していた。PET-CTではSUVmax 6.1の集積を認め、抗Ach受容体抗体は正常値であった。胸腺腫疑いにて診断および治療目的の手術を行った。胸骨正中切開でアプローチした。左腕頭静脈内の腫瘍と上大静脈流入部との距離を確保後、左腕頭静脈を切離し、胸腺胸腺腫切除術を行った。病理組織学的に異型A型成分を伴うAB型胸腺腫と診断され、左腕頭静脈浸潤によりpT3N0M0 IIIA期となった。術後1年無再発生存中である。AB型胸腺腫は低リスク胸腺腫に分類される。一方、A型成分に異型を伴う場合の臨床病理学的特徴は十分に知られておらず、本症例のように悪性度が高くなる可能性がある。左腕頭静脈内進展を伴う稀な組織型の胸腺腫の1切除例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

II-24 腭頭部癌術前治療中に縮小した前縦隔腫瘍へ単孔式剣状突起下手術を施行した一例

聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

柿崎典史、佐治 久、小島宏司、丸島秀樹、本間崇浩、酒井寛貴、大坪莞爾、畠山高亨、平 泰彦

症例は78歳女性。腭頭部癌の術前PET-CTで26mmの分葉状の前縦隔腫瘍を偶発的に指摘された。造影CTでは内部均一で被膜構造が保たれ、胸腺腫が疑われた。腭頭部癌を先行治療する方針となり、術前治療としてゲムシタピン+S-1を2コース施行された。薬物療法後のCTで胸腺腫瘍は26mmから20mmに縮小を認めた。腭癌治療後の経過が安定していたことから、胸腺腫瘍の治療を実施する方針となった。単孔式剣状突起下アプローチにより胸腺摘出術を施行した(手術時間160分、出血2g)。術中、化学療法の影響と思われる心膜や左腕頭静脈への高度癒着を認めたが完全切除し得た。術後6時間後にドレーンを抜去し、術後4日目に経過良好で退院した。病理診断は胸腺癌、pStageI期であった。他癌の化学療法が行われた胸腺癌の報告は稀であるうえ、切除可能胸腺癌に対する術前薬物療法の有効性は十分確立されていない。文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-25 頸部刺傷による外傷性血胸に対し Hemi-clamshell アプローチにて止血術を施行した1例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学

山口智之、山道 亮、工藤勇人、長瀬和可子、伊藤 慎、村上浩太郎、江里口大介、河口洋平、古本秀行、萩原 優、垣花昌俊、大平達夫、池田徳彦

【症例】82歳女性。左頸部刺傷を負い救急搬送された。来院時、JCS III-200、血圧 84/59 mmHg、SpO₂ 84%（室内気）であり、包丁は左頸部から刺入していた。右血胸の診断で酸素投与と右胸腔ドレナージ（血性排液 980 mL）を行い酸素化は保たれた。造影 CT では左頸部から縦隔内を通過し右胸腔へ向かう刃体が確認され、大血管・気管損傷を疑う所見はなかった。刃体を固定したまま手術室に搬送し、多診療科合同で Hemi-clamshell アプローチにより開胸した。刃体は甲状腺と左総頸動脈の間を通り、気管・食道後面を経て右胸腔に到達していた。大血管を安全に露出したのち刃体を抜去した。右肋間静脈からの出血および肺損傷あり縫合閉鎖した。手術時間 222 分、出血量 5295 mL であった。術後は ICU で人工呼吸器管理とし、術後 11 病日に離脱した。【結語】頸部刺傷に伴う外傷性血胸に対し、手術により救命し得た 1 例を報告する。

Ⅱ-26 胸壁浸潤を伴う前縦隔腫瘍に対して両側鎖骨、第 1-4 肋骨、胸骨切除+再建術を施行した一例

東京科学大学医学部附属病院 呼吸器外科

久留島康平、浅川文香、重吉 了、酒井美智、杉田裕介、石川祐也、分島 良、石橋洋則、大久保憲一

症例は 52 歳男性。前医にて X-6 年に前縦隔腫瘍（myxofibrosarcoma）に対し腫瘍摘出術+再開胸心膜切除再建術を施行、その後 2 回の胸骨裏面再発に対し X-5 年に重粒子線治療を施行し、縮小。その後外来フォロー中、X 年前縦隔腫瘍の再発を認め、紹介された。胸部 CT で胸骨丙を破壊し、皮下脂肪まで達し、両側鎖骨、第 1-4 肋骨まで浸潤する長径 9cm の腫瘍を認めた。胸壁（両側鎖骨、第 1-4 肋骨、胸骨）切除、左無名静脈切除、肋骨プレートと mesh による胸壁再建、胸壁右有茎広背筋皮弁再建術を施行。術後はフレイル様呼吸のため人工呼吸器による陽圧換気を要したため、人工呼吸器をつけたままのリハビリを実施。術後 4 ヶ月で呼吸器は完全離脱。PS0 にまで改善し、術後約 5 ヶ月で独歩自宅退院した。今回広範な胸壁切除+再建症例を経験したので報告する。

14:50~15:46 特別企画：胸部悪性腫瘍に対する合同手術・拡大手術

座長 坪地宏嘉（自治医科大学 呼吸器外科）
灰田周史（慶應義塾大学医学部 外科学（心臓血管））

II-27 上行大動脈の一時離断により完全切除しえた中縦隔傍神経節細胞腫の1例

慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器）¹、慶應義塾大学医学部外科学（心臓血管）²

杉野功祐¹、鈴木繁紀¹、橋詰賢一²、寄森 駿¹、鈴木嵩弘¹、大久保祐¹、灰田周史²、政井恭兵¹、加勢田馨¹、志水秀行²、朝倉啓介¹
69歳、女性。健診で偶発的に中縦隔腫瘍を指摘され、他院で胸腔鏡下生検の結果、傍神経節腫（paraganglioma）と診断された。後側方アプローチで切除を試みたが困難と判断され、当院へ紹介となった。胸部CTでは大動脈弓下に7.5cmの強い造影効果を伴う腫瘤を認め、甲状腺動脈および気管支動脈から多数の栄養動脈を有していた。術前1週間は高血圧クリーゼ予防目的に内服管理を行い、前日に栄養動脈塞栓術を施行した。手術は胸骨正中切開で体外循環・心停止を併用し、上行大動脈を一時離断して脱転し、腫瘍を完全切除した。術後経過は良好で、第16病日に自宅退院し、現在、術後3か月で外来経過観察中である。中縦隔の傍神経節腫は稀であり、解剖学的位置と多血性のため、安全な切除には多診療科連携による周術期戦略と手術アプローチの工夫を要する。本症例では上行大動脈の一時離断により良好な視野を確保し、完全切除を達成した。文献的考察を加えて報告する。

II-29 左房内を占拠する類上皮血管内皮腫に対し、心房の立体的再建を行い完全切除した1例

慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器）¹、慶應義塾大学医学部 外科学（心臓血管外科）²、慶應義塾大学医学部 病理学³

矢野海斗¹、朝倉啓介¹、伊藤 努²、中込貴博¹、鈴木嵩弘¹、大久保祐¹、鈴木繁紀¹、政井恭兵¹、加勢田馨¹、紅林 泰³、橋詰賢一²、志水秀行²
症例は60歳代男性。労作時呼吸困難を主訴に来院。胸部CTにて左房から右下肺静脈に及ぶ10cm大の腫瘤および右下葉浸潤影を認めた。気管支鏡肺生検で確定診断に至らずも、腫瘍塞栓による突然死のリスクを考慮し、手術の方針とした。左側臥位、右第5肋間開胸アプローチにて、右中下葉切除を先行した。続いて、仰臥位へ体位変換し、胸骨正中切開にて体外循環を確立し、心停止下に右房を切開し、心房中隔へ到達した。左房内を占拠する腫瘍を一塊切除した後、左房後壁から側壁、心房中隔に及ぶ広範な欠損に対し、3枚のウシ心膜パッチにて立体的に再建した。病理組織診断にて類上皮血管内皮腫と診断された。術後経過は良好で、第19病日に軽快退院した。術後半年の心エコーでEF60%と心機能は保たれたが、術後8ヶ月に転移を認め、残右葉切除施行し、術後4年5カ月に原病に至った。心房の立体的再建を行うことで完全切除し得た類上皮血管内皮腫の1切除例を経験した。

II-31 完全胸腔鏡下左肺下葉切除中に下行大動脈損傷をきたし救命しえた一例

獨協医科大学病院 呼吸器外科

須崎耕平、中島崇裕、高橋淳博、有賀健仁、蓮実健太、井上 尚、前田寿美子、千田雅之

症例は90歳代女性。他疾患フォロー中に増大する左下葉腫瘤影に対して当科紹介となった。紹介時に左下葉をほぼ占拠する5cm大の腫瘤影を認め、高齢であるがPS0で耐術能は問題ないと判断し、左下葉切除の方針となった。完全胸腔鏡下にて手術を開始したが、肺動脈処理後に左下葉気管支の切離を試みた際に自動縫合器（Curved-tip）の先端が大動脈に刺さり、出血・大動脈解離を起こした。左下葉にて圧迫し、開胸コンパート。収縮期血圧が50mmHgに低下していることを確認し下行大動脈中枢をハーフクランプ。収縮血圧は100mmHgに上昇した。心臓外科に応援要請し、ハイドロフィットでは止血困難で、緊急ステントグラフト挿入術を施行した。術後ICU入室となったが、術後15日目に自宅退院となった。左肺の手術の際、腹側から背側に向けて自動縫合器を使用する際には大動脈損傷に特に注意が必要である。損傷時には適切な対応が求められる。

II-28 右開胸・開腹アプローチで切除した後縦隔腫瘍

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² 片平勇介¹、橋本浩平¹、伊佐間樹生¹、堀 秀有¹、渋谷幸見¹、工藤翔平²、松木亮太²、小暮正晴²、須田一晴¹、橘 啓盛¹、田中良太¹、阪本良弘²、近藤晴彦²

患者は70代女性で、健診で胸部異常陰影を指摘された。造影CTで後縦隔に10cmの辺縁整で内部が均一な腫瘤を認め切除を提案したが本人の希望により6年間経過観察された。腫瘍径は13cmに増大し、Th9~L2の後縦隔腫瘍は右腎を背側に、肝部下大静脈を腹側に、大動脈を左側に圧排していた。また、右腰動脈から数本の流入血管も認め、脊髄梗塞のリスクを懸念し、複数の診療科で術式を詳細に検討した。左半側臥位、分離肺換気の上、第8肋間で開胸した。針生検でspindle cellを認め、神経鞘腫と診断した。肝胆膵外科が開胸線を延長して開腹し、横隔膜を切開しつつ全肝を授動し、右腎動脈と下大静脈を確保して腫瘤下端を露出した。腫瘤を胸郭内で剥離しT11・T12の右腰動脈を切離して摘出した。手術時間は4時間33分、出血量は40mLで、麻痺などの合併症なく術後10日に退院した。病理学的には神経鞘腫で完全切除されていた。

II-30 神経鞘腫の再発病変を胸骨正中切開+Transmanubrial osteomuscular sparing approach (TMOSA) で切除した1例

獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科¹、獨協医大埼玉医療センター 心臓血管科²

原澤 徹¹、齋藤倫人¹、清水裕介¹、石川菜都美¹、西平守道¹、荻部陽子¹、森香穂子²、朝野直城²、鳥飼 慶²、小林 哲¹

Transmanubrial osteomuscular sparing approach (TMOSA) は頸胸部の良好な視野を確保できる。TMOSAによる上縦隔神経鞘腫再発切除症例を報告する。70代、女性。X-10年神経鞘腫を左胸腔鏡下に核出術が施行されていた。X年左上肺野の腫瘤影にて紹介となった。CTでは前回手術部に一致した左上縦隔気管外側に内部不均一な造影効果を伴う4.3cmの腫瘤を認めた。左鎖骨下動脈と椎骨動脈を背側から圧排していた。再発と診断し手術を施行した。手術では胸骨正中切開を行った後、胸鎖乳突筋内側に8cmの頸部切開を追加し胸骨を左第1肋間で横切した（TMOSA）。僧帽弁置換の既往のため癒着は高度であったが、腫瘍は血管や神経へ浸潤してはならず、被膜ごと腫瘍を摘出した。手術時間244分、出血380ml。第13病日に退院となり、神経症状なく術後12ヶ月、無再発生存中である。

II-32 上大静脈浸潤と心膜横洞への進展を認めた胸腺腫の一例

自治医科大学 呼吸器外科学¹、自治医科大学 心臓血管外科学²

望月美玖¹、小林哲也¹、横田菜々子¹、堀切映江¹、滝 雄史¹、高瀬貴章¹、金井義彦¹、土井真之²、北村 律²、川人宏次²、坪地宏嘉¹

症例は60歳代男性。瘰癧手術後の経過観察中、CTで4.5cmの前縦隔腫瘍を指摘され当院紹介。腫瘍は上大静脈に浸潤していたほか、上行大動脈と上大静脈の間から心嚢内へ進展し心膜横洞を占拠していた。精査中に心嚢液が増加しドレナージを行ったが、細胞診で悪性所見無く手術の方針とした。手術は胸骨正中切開で施行。上行大動脈・主肺動脈をテープで確保した後、心膜横洞に進展した腫瘍を漿膜性心膜から剥離した。左右腕頭静脈合流部への浸潤なく、12mmのPTFEリング付き人工血管を左腕頭静脈に端側で吻合し、一方を右心耳に吻合し血行再建を行った。上大静脈を右心房から1cmの部位と左右腕頭静脈合流部の尾端で切離し、腫瘍と上大静脈を一塊にして摘出した。手術時間6時間22分、出血量500ml。術翌日より抗凝固療法を開始。術後経過は良好で15日目に退院。病理はType B3の胸腺腫であった。血行再建と心膜横洞に嵌まり込んだ腫瘍の剥離法の工夫について報告する。

Ⅱ-33 右室浸潤を有する胸腺癌に対して合併切除を施行した一例
国立がん研究センター東病院 呼吸器外科¹、新東京病院 心臓血管外科²
中山和真¹、大瀧谷一¹、大谷正祐¹、野村幸太郎¹、高橋秀悟¹、三好智裕¹、
松村勇輝¹、多根健太¹、青景圭樹¹、星野 理²、中尾達也²、坪井正博¹
症例は70歳代女性、胸部違和感精査にて施行された胸部CTで前縦隔に経時的に増大傾向のある最大径48mmの充実性腫瘤を指摘された。術前画像からは隣接臓器への浸潤は有意でなく、胸腺腫または胸腺癌疑いcStageIに対し胸腔鏡下胸腺全摘を行う方針とした。術中所見では、腫瘍は心膜に浸潤しており心膜を合併切除すると、さらに心膜を超えて右室へ浸潤を認めたため、人工心肺下での再手術を行う方針とした。再手術は33日後に施行したため、高度癒着を伴っていたが、右室を部分合併切除し腫瘍の摘出を完遂した。右室は脂肪織までの浸潤・切除であり、再建は要さなかった。術後経過は良好で合併症なく軽快退院した。最終病理診断では低分化扁平上皮癌であり、左肺・心膜・右室周囲脂肪織までの浸潤を認めた。胸腺癌は隣接臓器浸潤を有していても完全切除可能であれば切除が第一選択となる。今回右室に浸潤した胸腺癌症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

座長 藤原立樹（東京科学大学 心臓血管外科）
松本順彦（慶應義塾大学医学部 心臓血管外科）

II-34 巨大左房粘液腫嵌頓により僧帽弁狭窄症をきたし、準緊急手術施行した一例

日本大学医学部附属板橋病院 心臓血管外科

鯉坂高佑、林 佑樹、原田 篤、北島史啓、鎌田恵太、江口直樹、大太創一郎、南澤宏壽、田中正史

72歳女性。2か月前より労作時息切れを自覚し、近医で貧血を指摘され前医紹介受診。心エコーにて左房内に前尖基部および心房中隔に付着する60×25mmの腫瘍を認め、当科紹介となった。経食道心エコーでも左房粘液腫が疑われ、を確認し、一部が左室に陥入して重度僧帽弁狭窄症を呈し、中等度三尖弁閉鎖不全症も認めた。準緊急で腫瘍摘出術および三尖弁形成術を施行し、術後経過は良好で術後25日目にリハビリ転院となった。退院後も症状再燃なく外来で経過観察中である。左房粘液腫は比較的稀な疾患であり、特に巨大腫瘍による報告は少ない。本症例を他の報例と比較検討し、臨床的特徴と治療上の留意点について報告する。

II-36 右室流出路巨大腫瘍に対して緊急腫瘍摘出術を施行した1例
聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

河野 豪、島田勝利、富田真央、山崎幸紀、杵淵聡志、富本大潤、駒ヶ嶺正英、西巻 博、縄田 寛

8歳男児。既往なし。倦怠感と咽頭痛を主訴に近医受診。心雑音を指摘され心エコー検査で右室内巨大腫瘍を認め当院紹介受診。自覚症状なくバイタルサイン異常なし。造影CTで右室流出路に最大径42mmの造影に乏しい巨大腫瘍を認め、肉腫など悪性が否定できなかった。右室流出路完全閉塞による急変リスクを考慮し同日緊急手術の方針とした。主肺動脈および右房アプローチでは起始部同定、腫瘍摘出操作が困難であったため右室切開にてアプローチ。Parietal bandに起始する暗赤色腫瘍性病変を認め、周囲組織への浸潤は認めなかったが悪性の可能性を念頭に起始部心筋を含め一塊に摘出した。術後経過良好で第8病日に退院。稀な右室流出路原発小児心臓腫瘍の1例を病理所見とともに報告する。

II-38 右房穿破したValsalva洞動脈瘤破裂に対する1手術例
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

35歳女性。1か月前からの急激な体重増加・労作時呼吸苦を主訴に当院入院。各種画像所見から右房穿破を伴うValsalva洞動脈瘤（無冠洞）破裂：今野・榊原分類IV型の診断となった。ARは伴っていなかった。幸い薬物的加療で心不全症状は改善したため、入院継続で待機的手術とした。術中所見では、術前診断同様無冠洞から右房に1cm程度の孔で穿破していた所見であったほか、心房中隔欠損（静脈洞上位欠損型）も認めた。Valsalva洞側からと右房側から、人工血管を用いて2重パッチ閉鎖とした。またASDはdirect closureとした。術中経食道心エコーで穿孔部の残存シャント所見はなく、ARの悪化もないことを確認して手術終了とし、術後シャント再発なく経過し自宅退院した。文献的考察を交え報告する。

II-35 家族性拡張相肥大型心筋症に対して左房脱血による左室補助人工心臓（LVAD）植え込み術を施行した1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

小倉 健、寶亀亮悟、市原有起、新川武史、新浪博士

56歳男性。家族性拡張相肥大型心筋症の診断に対して43歳時に他院で僧帽弁形成、三尖弁置換（生体弁）、MAZEおよびCRT-D植込みを実施。その後、当院で心臓移植登録された。本年に入りsevere TSRが増悪し右心不全が進行。左室拡張障害による左房拡大も顕著となり、両心不全で静注強心薬の離脱が困難となった。三尖弁再置換と同時にLVAD植込みの方針としたが、拡張障害を伴う狭小左室であったため左房脱血を選択した。手術は三尖弁再置換術を行った後、卵円窩から心房中隔を20mm四方に切除。LVADのinflow cannulaに同径のリング付きePTFEグラフトを外装した導管を同孔に縫着し、右房内を通してポンプを心臓外に誘導した。Outflow graftは頭側を向く位置から上行大動脈と端側吻合した。経過は良好で術後52日目に自宅退院。成人症例では国内初となる本術式について文献的考察を加えて報告する。

II-37 Impella5.5の挿入にEncloseを用いた一例

済生会宇都宮病院 心臓血管外科

原田大暉、青柳裕太郎、森 光晴

虚血性心疾患に伴う心原性ショックでは、IABが従来の第一選択の機械的循環補助であり、重症例ではVA-ECMOが用いられてきた。しかし、心原性ショックの発生率と死亡率は依然高く、治療には課題が多い。この状況に対し、新たな補助循環デバイスであるImpellaが登場し、特に左心室を直接サポートできる点から治療選択肢が拡大している。CABG補助への報告も増え、IABより優れた血行動態が得られる。中でもImpella 5.5は心臓手術後のショックへの予防目的に使用されることが多い。挿入経路には左右腋窩動脈や上行大動脈があり、いずれも人工血管吻合が必要である。上行大動脈では部分遮断で今まで行われてきたが、本症例ではEnclose IIを用いて吻合を行い、Impella 5.5挿入を安全に実施できたため、その手技を若干の文献的考察とともに報告する。

II-39 ベースメーカーリード抜去時における上大静脈損傷の経験

立川総合病院 心臓血管外科

高橋 聡、萩原裕大、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

84歳女性。完全房室ブロックにてDDDペースメーカー埋め込み後。低左心機能（EF 35%）。非定型抗酸菌症にて抗生剤内服中。非小細胞性右肺癌に対して分子標的療法中。埋め込み術後8年でジェネレーター交換。その3か月後から創部の疼痛を自覚。外来受診時、ジェネレーターは皮膚から露出していた。ジェネレーターとリードの抜去、およびリードレスペースメーカー埋め込みの方針となった。エキシマレーザーシースを用いて心室リードの抜去を開始。無名静脈のSVC合流部で抵抗を認めたため中断。心室リードは特に抵抗なく抜去に成功したが、直後から血圧低下とTEEで心膜液を認めた。心膜穿刺とVA-ECMOを装着したものの循環動態不安定であり、緊急手術を施行。開胸するとSVCおよび無名静脈の損傷を認め、縫合止血した。経静脈的なりード抜去において、時に致命的な合併症の報告があり、文献的考察とともに報告する。

座長 木村成卓 (慶應義塾大学 外科学 (心臓血管))
杉本愛 (新潟大学医歯学総合病院 心臓血管外科)

II-40 胎児治療後に出生後集学的治療を要した重症大動脈弁狭窄症 (Critical AS) の 1 例

榑原記念病院 小児心臓血管外科

神谷寛登、小森悠矢、田中啓輔、松沢拓弥、和田直樹、高橋幸宏
症例は 4 ヶ月男児。胎児期に心機能低下を伴う Critical AS を指摘。胎児治療を試みたが到達困難で中止となった。出生後直ちに経皮の大動脈弁形成術 (P-BAV) を施行するも AR を生じ弁口拡大は限定的だった。日齢 6 に胎児治療またはカテーテル治療による拡大傾向の左室仮性瘤を認め、日齢 7 (2.6 kg) で左室瘤修復術・大動脈弁切開術を施行。大動脈弁口面積に懸念があり、両側 PAB を併施、PDA 開存下で管理した。心機能改善後、術後 14 日目に PDA 結紮・PA debanding を施行。その後 AS 再増悪のため月齢 2 に再 P-BAV 施行、AS は改善したが胸腹水・リンパ浮腫が持続し治療に難渋、さらなる循環の改善目的に月齢 3 (3.8 kg) に Ross-Konno 術を施行した。術後は心機能・弁機能とも良好だったが、胸腹水・リンパ浮腫が遷延し感染併発、術後 41 日に多臓器不全で失った。Critical AS に対し、胎児治療から出生後早期の内科的・外科的介入をした症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

II-42 冠静脈洞型心房中隔欠損症に対してロボット支援下にて左房側より修復術を施行した一例

東京科学大学医学部附属病院 心臓血管外科

山川 一、鍋島惇也、櫻井啓暢、長岡英気、藤原立樹、江部里菜、高島琢朗、川畑拓也、藤田知之

症例は 36 歳女性。特記すべき既往なし。CT で偶発的に認められた心膜水の精査で心臓超音波検査を施行したところ、冠静脈洞の拡大と中等度の三尖弁閉鎖不全症、右心系の拡大を認めた。さらに心臓 MRI 検査により冠静脈洞型心房中隔欠損症 (CSASD) と診断された。左上大静脈遺残を含め他の合併心奇形は認めなかった。心臓カテーテル検査で肺体血流比は 2.88 と上昇しており、肺動脈圧は 24/5 (13) mmHg であった。ロボット支援下による手術の適応と判断し心房中隔欠損修復術と三尖弁輪形成術を施行した。手術は心停止下に右側左房切開を行い、左房側から 5 mm 大の冠静脈洞-左房開口部を確認し、直接閉鎖を行った。続いて右房切開をおき、人工弁輪で三尖弁輪形成術を行った。また右房側から冠静脈洞の内腔が保たれていることを確認した。術後経過は良好で第 6 病日に退院した。CSASD に対するロボット支援下手術の報告は限られており、文献的考察を加えて報告する。

II-44 生直後より肺循環管理に難渋したが最終的に Fontan 手術に到達した動脈管早期収縮を伴う三尖弁閉鎖症の 1 例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

小野拓哉、志水秀行、橋詰賢一、山崎真敬、木村成卓、松本順彦、灰田周史、志水秀彰、黒尾健人、西田真由、堀尾俊介、新川将弘、松島宏和

【症例】三尖弁閉鎖症 (1b) と胎児診断された男児。在胎 37 週 6 日、2218g で子宮内発育不全のため帝王切開で出生した。心エコーで三尖弁閉鎖、重度右室流出路狭窄を認めたが動脈管は確認できなかった。生直後より SpO₂ 70% 台が持続し、生後 6 時間で緊急体肺シャント造設術を施行した。低形成な右室と痕跡的な動脈管索を認め、動脈管早期収縮と診断した。シャント流量の調節に難渋したが最終的に主肺動脈を閉鎖し全身状態は安定した。月齢 5 に Glenn 手術 + IPAS を施行。両側肺動脈の発育を認め、2 歳 8 ヶ月時に Fontan 手術 (extra cardiac conduit with 4mm fenestration) を施行した。【考察】肺血流減少型心疾患と動脈管早期収縮の合併は稀である。生直後より肺循環管理に難渋したが最終的に Fontan 手術まで到達した 1 例を経験した。

II-41 有意な先天性僧帽弁閉鎖不全を伴う修正大血管転位症に対し、解剖学的修復術を選択した 1 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 心臓血管外科²

湖上裕司¹、平野暁教²、高木翔太²、飯島至乃¹、細田隆介¹、帆足孝也¹、鈴木孝明¹

症例は 4 歳男児、診断は [S.L.L.] dextrocardia, ccTGA, VSD, vPS, PDA, MR moderate, TR mild。両心室のバランスはよく解剖学的修復を目標とした。懸念は僧帽弁閉鎖不全の進行。体格の成長に伴い、2 歳 10.6kg で体肺動脈短絡手術 (BCA-RPA, 4mm)、僧帽弁形成術を実施。3 歳時の cMRI、心臓カテーテル検査で aLV 104%N、aRV 161%N、PAI 563、Rp 1.0、MR trivial, TR mild-moderate であり Senning+Rastelli 手術は可能と判断して、4 歳 15kg で手術実施。MedipreX で 3D モデル作成を行い、術前シミュレーション手術も事前に行った。手術では VSD 拡大は要せず、DKS 吻合も併施の Senning (Shumacker 法) + Rastelli (Contegra 14mm 使用) 手術を実施 (AXC 275 分、CPB494 分)。術後 3 日目に DSC、術後 6 日目に人工呼吸器から離脱。術後 MR なし、TR なしで経過。段階的治療により解剖学的修復後の懸念となりうる僧帽弁へ早期から介入することで、DSO 手術時のリスクを低減する事が出来た。

II-43 Jatene 術後の肺動脈狭窄及び肺動脈弁逆流に対して自作 T 字型人工血管で治療した一例

済生会宇都宮病院 心臓血管外科

青柳裕太郎、原田大暉、保土田健太郎、森 光晴

症例は 38 歳女性。完全大血管転位症 1 型に対し、2 ヶ月時に PDA banding 及び ASDcreation を施行後に 5 ヶ月時に Le Compte 法での Jatene 術を施行。今回呼吸苦を発症し、精査で肺動脈狭窄及び肺動脈弁逆流を認め、CT 検査にて、主肺動脈前壁の著明な石灰化と、血管内腔の狭窄を認めた。術前に狭窄部位の計測、狭窄解除後のイメージングからシミュレーションを行い、末梢の肺動脈狭窄解除に関してはステントによる二期的治療ではなく、肺動脈弁置換との同時介入の方針とし、主肺動脈から両側肺動脈まで Y 型人工血管を加工して治療を行った。術後経過は良好で、術後 3 日目に抜管し、術後 5 日目に ICU を退室、術後 20 日目に自宅退院した。今回動脈スイッチ術後遠隔期の肺動脈狭窄及び肺動脈弁逆流に対して、自作 T 字型人工血管での治療が有効であったため、文献的考察を加えて報告する。

II-45 両側肺動脈絞扼術後、大動脈縮窄の自然改善を認めた両大血管右室起始症、肺動脈弁下心室中隔欠損症の 2 症例

国立成育医療研究センター 心臓血管外科

柴田深雪、平田康隆、友保貴博

【症例 1】在胎 38 週 0 日、出生体重 2782g で他院出生。日齢 2 当院搬送、両大血管右室起始症 (DORV)、肺動脈弁下心室中隔欠損症 (subpulmonary VSD)、大動脈縮窄症 (CoA) の診断で日齢 7 両側肺動脈絞扼術 (bil.PAB) を施行した。術後 Isthmus 2.0mm から 2.8mm 程度と経時的に改善傾向となったため日齢 43 Lipo-PGE1 中止、日齢 49 PDA はほぼ閉鎖後も上下肢の血圧差を認めなかった。日齢 57 体重 4kg で動脈スイッチ術 (ASO) ・DORV repair を施行した。【症例 2】胎児診断症例。在胎 40 週 0 日、出生体重 3119g で出生。DORV、subpulmonary VSD、CoA の診断で日齢 3 bil.PAB を施行した。術後 Isthmus 1.5mm から 3mm 程度と経時的に改善傾向となったため日齢 27 Lipo-PGE1 中止、日齢 45 PDA 閉鎖確認後も上下肢の血圧差を認めなかった。日齢 51 体重 3.8kg で ASO ・DORV repair を施行した。bil. PAB 施行後、CoA の自然改善を認めた DORV、subpulmonary VSD の症例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

第Ⅲ会場：コメント

8：20～9：00 心臓・呼吸器：学生発表

座長 古 泉 潔（足利赤十字病院 心臓血管外科）
縄 田 寛（聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科）
審査員 藤 田 知之（東京科学大学 心臓血管外科）
長 泰 則（東海大学医学部 心臓血管外科）

学生発表

Ⅲ-1 左室内に発生した乳頭状線維弾性腫の1手術例

山梨大学 第2外科

栗田 光、中島博之、山元泰志、四方大地、武居祐紀、白岩 聡、
本田義博、榊原賢士、加賀重重喜

症例は60代男性。前立腺癌の精査CTにて左室心尖部に付着する10mm大の腫瘍を指摘された。塞栓症の予防目的に腫瘍摘出術を施行した。手術は体外循環下に心停止を得て、右側左房切開でアプローチを行った。内視鏡により左心室に付着する可動性に富む有茎性の腫瘍（径10mm大）を確認し、直視下に茎部より切除した。病理組織学的に乳頭状線維弾性腫と診断された。乳頭状線維弾性腫は稀な原発性良性心臓腫瘍であり、その大部分は弁組織から発生する。左室内に認めるものはさらに頻度が低く文献的考察を加え報告する。

学生発表

Ⅲ-3 肝静脈左房接合、Unroofed coronary sinus、左上大静脈遺残に対して外科的修復を行った1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

佐藤瑠維、加藤秀之、山本隆平、古谷 翼、井口裕介、中嶋智美、
塚田 亨、五味聖吾、坂本裕昭、平松祐司

症例は33歳女性。出生後、三心房心、ASD、VSDと診断され乳児期にASD閉鎖、VSD閉鎖、三心房心修復術が行われた。ASDの遺残短絡を指摘されていたが経過観察されていた。成人期に入り軽度肺高血圧、右室拡大が進行し精査を行うと肝静脈左房接合、Unroofed coronary sinus、左上大静脈遺残による心内短絡、右室負荷所見を認めたため外科的修復術を計画した。Mesocardiaによる心房の後方偏移および右室拡大により心内修復アプローチに工夫を要したが心房内Rerouting、左上大静脈右房バイパスによる修復を行った。術後経過は良好であった。稀な疾患の症例であり文献的考察を加えて報告する。

学生発表

Ⅲ-2 malignant MRに対し乳頭筋アブレーションを併施したロボット僧帽弁形成術の1例

東京科学大学 心臓血管外科

栗田 大、櫻井啓暢、長岡英気、川畑拓也、藤原立樹、鍋島惇也、
江部里菜、高島琢朗、山川 一、藤田知之

46歳男性。30歳頃より心雑音、4年前より頻回なPVCを認め、1年前に労作時呼吸困難が出現した。mitral annular disjunctionを伴う両尖逸脱によるMR、乳頭筋由来のPVCと診断された。心室カテーテルアブレーションでPVCは軽減したが症状が残存したため、ロボット支援下に僧帽弁形成術（人工腱索再建+弁輪形成）と乳頭筋のクライオアブレーションを施行した。術後、MRは制御されPVC減少を認め良好に経過した。malignant MRでは心室性不整脈による突然死リスクがあり、僧帽弁に加え乳頭筋への治療介入が有効との報告もある。本例について文献的考察を加えて報告する。

学生発表

Ⅲ-4 Eclipse MRに対しMVRを施行した1例

杏林大学医学部付属病院 心臓血管外科

荻野修平、稲葉雄亮、高橋 雄、峯岸祥人、遠藤英仁、窪田 博

症例は65歳、男性。既往は持続性心房粗細動。severe MRによる心不全で当院に緊急入院。心不全改善後のTTEでMRはmild～modからsevere MRを繰り返す変動を示し、この変化はTTE検査中にも認められたためeclipse MRと考えた。MIBGシンチ、ガドリニウムMRI共に虚血所見を認めず、CAGで冠動脈狭窄はなく、さらに、Ach負荷で軽度の攣縮を認めるも無症状かつECGやMRに変化がなくVSA・MVSなどの虚血による誘発は否定的であった。一方、頻脈時にはMRの改善を認めた。ハートチームで協議の結果、症候性重症eclipse MRと診断し手術適応と判断。原因不明の機能性MRであり、MVR（生体弁）、TAP、maze・左心耳切除を施行した。術後経過は良好で、合併症および心不全兆候を認めず、術後22日目に退院した。心筋病理所見では異常所見を認めなかった。稀な疾患であり文献的考察を加えて報告する。

学生発表

Ⅲ-5 胸部大動脈ステントグラフト内挿術後に肺切除を行った左肺底区動脈大動脈起始症の1例

自治医科大学外科学講座呼吸器外科学部門¹、自治医科大学外科学講座心臓血管学部門²

宮本初音¹、高瀬貴章¹、丹羽薫那¹、横田菜々子¹、堀切映江¹、小林哲也¹、滝 雄史¹、金井義彦¹、上杉知資²、荒川 衛²、川人宏次²、坪地宏嘉¹

症例は60歳代男性。S状結腸癌の術前精査で行ったCTで左肺底区への異常動脈を指摘され、S状結腸癌の手術後に当院を紹介された。造影CTで下行大動脈から分岐する異常動脈は紡錘状に37mmに拡大しており、内部に壁在血栓を認めた。分画肺は認められず、左肺底区動脈大動脈起始症と診断した。瘤化した異常血管をそのまま切離することは危険と判断し、胸部大動脈ステントグラフト内挿術（TEVAR）後に肺切除を行う方針とした。TEVAR（機種：CTAG）を行ったのち、同日引き続き胸腔鏡下左底区切除術を行った。紡錘形に拡張した異常動脈は肺に入るところで細くなっており、瘤化部分を大動脈側に残す形で自動縫合器にて切離した。経過良好で術後8日目に退院。術後6か月経過し、CTで大動脈側に残した異常血管の瘤化部分に変化なく、特に問題なく外来通院中である。異常血管が瘤化した左肺底区動脈大動脈起始症に対してTEVAR施行後に肺切除を行った報告は稀であり報告する。

9:00~9:32 心臓：初期研修医発表3

座長 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)
中村 喜 次 (千葉西総合病院 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)
帆 足 孝 也 (埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科)

初期研修医発表

Ⅲ-6 心筋梗塞後心室中隔穿孔修復後に発症した重度三尖弁閉鎖不全の一例

順天堂大学医学部附属浦安病院¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科²

五十川英¹、木下 武²、中村雄一²、田端 実²

心筋梗塞後心室中隔穿孔 (VSP) 閉鎖術後早期に重度三尖弁閉鎖不全 (TR) を発症し、再手術を要した一例を経験した。症例は86歳女性。胸痛を主訴に他院救急外来を受診し、前下行枝を責任病変とする急性前壁中隔心筋梗塞と診断された。緊急血栓吸引により再灌流を得たが、翌日に血圧低下を契機にVSPが判明し当院へ転院。発症2日目に左室アプローチでinfarct-exclusion法によるVSP閉鎖を施行した。中隔梗塞部を完全に除去して生じた約3×5 cmの欠損をプレジェット付き non-everting マットレス縫合でパッチ閉鎖を施行した。術後翌日に重度TRが判明、右室不全改善目的で三尖弁置換術を施行した。三尖弁中隔尖乳頭筋が縫合糸に巻き込まれ、中隔尖の高度な牽引が原因であった。術後、右室不全は軽減し、術後4日目に抜管した。梗塞部が広く除去され中隔尖乳頭筋が縫合線近傍に位置する場合には、左室側からのeverting マットレス縫合を選択することも有用と考えられる。

初期研修医発表

Ⅲ-8 腕頭動脈閉塞を伴う急性大動脈解離へ緊急手術前に一時的バイパスを作成し救命した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

大川哲平、岡村 誉、徳永慈士、藤森智成、草刈 翔、中野光規

Malperfusionを伴う急性大動脈解離に対して、緊急手術が困難な場合に一時的なバイパスによる血流確保が施行されることがある。症例は91歳女性。呂律障害と右上肢不全麻痺を主訴に前医へ搬送され、腕頭動脈閉塞を伴う急性A型大動脈解離と診断された。前医で緊急手術困難であり、右大腿動脈と右上腕動脈に挿入したシース間で一時的バイパスを作成された上で当院へ転院搬送となり、上行弓部大動脈置換術および右腋窩動脈バイパス術を施行した。解離のmalperfusionに対する手術までの間の一時的バイパス術は、有用な選択肢となりうるが、バイパスの開存性や早期再閉塞には十分な注意が必要である。本法の意義と注意点について文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

Ⅲ-7 大動脈内血栓症に対し上行弓部大動脈人工血管置換術を行った一例

NTT東日本関東病院 心臓血管外科

武田瑞希、石脇大喜、松下 弘、華山直二

56歳男性。左上肢の疼痛で近医受診、塞栓症が疑われ当院紹介となった。精査の結果、大動脈内血栓症、左大脳半球多発梗塞、左上腕動脈血栓、左腓骨動脈血栓と診断された。悪性腫瘍や凝固異常を疑う所見はなかった。抗凝固療法でも消退せず手術を行った。上行大動脈を切開し、血栓をEn blocに摘出した。上行大動脈人工血管置換を試みたが、血栓付着部位の動脈壁が極めて脆弱であったためオープンス Tent法を用いて上行弓部大動脈人工血管置換術を行った。血栓は白色血栓、大動脈には粥腫の形成があり血栓付着部付近で破綻があった。大動脈内血栓症は稀な疾患で原因も解明されていないが、早期の手術が有効とされる。今回、大動脈血栓症に対し全弓部大動脈置換術を行った症例を経験したため若干の文献的考察とともに報告する。

初期研修医発表

Ⅲ-9 尋常性乾癬を伴う大動脈基部全周性限局解離に対し胸骨上部部分切開下に自己弁温存基部置換術を施行した一例

埼玉石心会病院¹、埼玉石心会病院 心臓血管外科²

児玉 絃¹、哲翁直之²、佐藤 匠²、加藤裕樹²、高井風馬²、山内淳平²、

清水 篤²、佐々木健一²、木山 宏²、加藤泰之²

症例は48歳男性。胸部圧迫感を主訴に当院救急外来を受診し、循環器内科に入院となった。入院中に血液培養陽性と炎症反応上昇、心臓超音波検査で重症大動脈弁閉鎖不全症を認め、感染性心内膜炎による大動脈弁破壊疑いで当科紹介となった。造影CTでは、上行大動脈に解離なく大動脈弁上膜状狭窄を指摘された。第31病日に手術を施行した。既往歴に尋常性乾癬があり感染のリスクが高く、胸骨上部部分切開でアプローチした。大動脈弁は三尖で弁尖の破壊はなく疣贅は認めなかった。Valsalva洞STJ全周性に限局した解離を認め各交連の落ち込みにより逆流が生じていた。術中検体もグラム染色陰性で、自己弁温存基部置換術を施行した。病理上、結合組織疾患を疑う所見はみられなかった。大動脈基部の全周性限局解離は非常に稀な疾患である。基部限局解離に対して胸骨上部部分切開下に自己弁温存基部置換術を施行した一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

9:40~10:44 心臓：先天性1

座長 保土田 健太郎（東京都立小児総合医療センター 心臓血管外科）
柴田 深雪（国立成育医療研究センター 心臓血管外科）

Ⅲ-10 H repair 法による大動脈弁上狭窄の一例

長野県立こども病院 心臓血管外科

小嶋 愛、細谷裕太、小沼武司

3歳10か月、男児。心雑音を契機に生後5か月大動脈弁上狭窄（SAS）を認め当院へ紹介。徐々に悪化し3歳時に心カテ施行。引き抜き圧較差50 mmHgであり手術適応と判断。当初Doty法による狭窄解除を予定していたが、右冠動脈への影響を最小化する目的でH-repair法を選択。手術は全身麻酔下に体外循環を確立。順行性心筋保護液投与により心停止とし、逆行性心筋保護を併用。狭窄部より5 mm 頭側に横切開を加え、無冠尖洞に向けて縦切開し、次に右冠尖・左冠尖交連と右冠動脈口の間に縦切開を追加。さらにそれぞれの縦切開を頭側へ約10 mm延長。自己心膜をグルタルアルデヒド処理し楕円形パッチを作成。無冠尖洞、右冠尖洞のそれぞれの切開部に縫合。中央ブリッジ部分は直接閉鎖しH-repairを完成。術中TEEにて狭窄解除を確認。右冠動脈血流異常なし。手術時間4時間41分、心停止時間87分。退院時TTEで大動脈弁上狭窄は1.5 m/sに改善。術後18日目に自宅退院。

Ⅲ-12 共通房室弁形成から弁置換を経て両方向性グレン手術まで到達したCHARGE症候群の1症例

北里大学病院 心臓血管外科

松井謙太、近藤良一、美鳥利昭、嶋田正吾、福隅正臣、武井哲理、

田村佳美、村井佑太、青井夏帆、大谷篤司、宮地 鑑

【症例】1歳男児。診断はCHARGE症候群、右室低形成を伴う完全型房室中隔欠損症、完全大血管転位症、単心房、左上大静脈遺残。その他、気管軟化症や口唇口蓋裂など複数の合併疾患も認めた。1ヶ月時に肺動脈絞扼術、動脈管閉鎖術を施行。5ヶ月時に心不全を認め、経胸壁エコーで共通房室弁逆流が増悪していた。6ヶ月時にePTFEを使用したbridge techniqueとTailor bandによるannuloplastyを行ったが術後溶血を認めたため、自己心膜を使用したbridge techniqueに変更しcleft閉鎖も行った。その後一度は抜管できたが再挿管となり、房室弁閉鎖不全の制御のため弁置換が必要と判断した。7ヶ月時にSJM Masters Mitral 17mmで弁置換を行った。術後経過は良好で、体重増加が得られたため、1歳時に両側両方向性グレン手術およびDKS吻合を行い、現在、Fontan手術待機中である。CHARGE症候群に対してFontan手術まで到達した症例の報告は少ない。文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-14 Kommerell憩室による食道圧排により症状を呈した血管輪に対する治療経験

自治医科大学

森山 航、岡 徳彦、金子政弘、松永慶康

症例は10歳女児。胎児期から血管輪を指摘され、出生後に右側大動脈弓、左鎖骨下動脈起始異常、aberrant innominate veinによる血管輪と診断された。症状なく外来経過観察とされていたが、10歳時から喉のつかえ感を自覚しはじめた。造影CTでKommerell憩室による食道圧排が認められ、手術適応と判断された。手術は右側臥位、左第4肋間開胸でアプローチ、人工心肺補助下に行なった。術中所見では左動脈管索による食道圧排が認められ、動脈管索切離により食道が拡張する事を確認できた。左鎖骨下動脈起始部のKommerell憩室が拡張しており、将来瘤化の可能性を考慮し、部分遮断下に切除、左鎖骨下動脈再建はJ graft 7mmを用いて下行大動脈に吻合した。術後経過は良好で術翌日に抜管、術後9日目に退院となった。術後症状は消失し現在も良好な経過が得られている。今回比較的稀な経過をたどったKommerell憩室を伴う血管輪を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-11 Mixed type TAPVC に対する2手術例

群馬県立小児医療センター 心臓血管外科

小中英樹、畑岡 努、岡村 達

症例1: 8day, BW 2.7kg 男児。胎児診断例。GA38w4d, 2734g。当院で出生。生後間もなくPVOを認め、準緊急で手術。精査で右上肺静脈（RUPV）はSVCへ還流、その他PVはIVCへ還流。また、RUPVと共通肺静脈管は交通しTAPVC（Ib+III）と診断。手術は、体外循環、心停止下にposterior approachで修復。術後経過良好。術後1及び3年の心臓カテーテルで縫合部位にPVOなく、RUPVとSVCの交通は閉塞、全ての肺静脈は左心房へ還流。症例2: 8 day, BW 3.2kg 男児。GA36w1d, 3198g。他院で出生し、生後すぐ酸素化不良のため挿管されTAPVC疑われ当院搬送。入院後、精査で左上肺静脈は無名静脈に、その他PVは冠静脈洞に還流。TAPVC（Ia+II）と診断、準緊急手術。手術は、体外循環、心停止下にlateral approachで修復。術後経過は良好。最近2例のmixed type TAPVCを経験した。肺静脈が異なる体静脈系に還流する複雑な形態であり、肺静脈狭窄の発生が懸念される。文献的な考察交え報告する。

Ⅲ-13 心臓原発性未分化型多型肉腫の一例

千葉県こども病院

熊江 優、梅津健太郎、花岡優一、腰山 宏、萩野生男

症例は13歳男児、前胸部痛を主訴に救急搬送、心臓腫瘍と心膜液を認め当院紹介。右室に4cm大の腫瘍と心膜液を認めた。血行動態は安定しており経過中に心膜液は減少。画像検査では血管腫が疑われ、転移所見はなし。再度心膜液貯留し、準緊急で腫瘍切除と心膜腔ドレナージを試行。術中所見では心膜液は血性。圧測定し肺血管抵抗を確認。エコーで腫瘍境界と冠動脈走行を確認し、心停止後に心内腔より腫瘍および右室内構造を観察。心内膜腫瘍塊表面は通常の内臓組織で、心外膜側含め一塊に切除しePTFEで補填した。術後経過は良好で術後12日に退院。病理は未分化型多型肉腫の診断。切除標本断端は陰性。PET-CT含む術後検査で転移所見は認めず。術後4週間で血液腫瘍科に入院し現在も化学療法を継続中。心臓原発性未分化型多型肉腫は比較的稀な疾患であり、多くが左房に発生する。右室腫瘍に対して1.5心室修復も視野に入れた手術を行った。

Ⅲ-15 高齢期に診断された部分肺静脈灌流異常症、静脈洞型心房中隔欠損症に対して手術を施行した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

徳永滋士、藤森智成、草刈 翔、中野光規、岡村 誉、河田政明、

山口敦司

71歳女性。労作時呼吸困難で前医を受診し、部分肺静脈灌流異常症、静脈洞型心房中隔欠損症と診断され、当院で外科的修復術を行った。術前Qp/Qs 5.19。右上肺静脈/中肺静脈が右房に開口しており、その近傍に心房中隔欠損を認めた。肺静脈の開口部と心房中隔欠損を覆うように自己心膜パッチを右房内に縫着し、肺静脈の血流を心房中隔欠損孔経路で左房に誘導した。左室は右室に圧排されて小さく、容量負荷増大による左心不全が懸念されたため、卵円窩に約8mmの心房間短絡を作成。短絡孔にタバコ縫合をかけ、心房間溝を通して縫合糸を心外に誘導した。人工心肺離脱後、心房間短絡は流速1m/sec以下の左右シャントであり、試験的にタバコ縫合を締め上げても左心不全を疑う所見を認めなかったため、タバコ縫合を結紮し心房間短絡を閉鎖した。術後の心エコーで左室圧排所見は著明に改善した。高齢期における左右短絡疾患の修復術について文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-16 TVP 後繰り返す重症 TR 合併 PAIVS に対し三尖弁全 leaflet augmentation を施行した 1 例

埼玉県立小児医療センター 心臓血管外科

鶴垣伸也、小倉翔太、清水寿和、野村耕司

症例は 15 歳、男性。生後 PAIVS、severe TR と診断され、生後 20 日目に PTPV が施行された。重症 TR は改善せず、9 か月時に低異形成な三尖弁に対して交連形成を中心とした三尖弁形成および肺動脈弁交連切開を行ったが、徐々に TR 悪化し、1 歳 10 か月時、各交連形成と de Vega 法での再三尖弁形成術を行った。しかし重症 TR が再発したため、15 歳時に再手術の方針とした。de Vega 法後の三尖弁輪径は 24mm (70%) しかなく、中隔尖後尖は退縮していたため、三尖弁形成は前尖後尖および中隔尖弁をそれぞれ切開し、エタノール処理した自己心膜を用いて弁尖を拡大する leaflet augmentation 法を用いた。術後のエコーでは TV inflow E/A 1.8/1.5m/s とやや流速は速いものの、TR 軽度へ改善した。今回の手術経験について文献考察を加えて報告する。

Ⅲ-17 巨大憩室を伴う右室低形成症候群の自験例

東邦大学医療センター大森病院 心臓血管外科

磯部 将、片山雄三、高田脩斗、小山 真、古山ゆりあ、吉川 翼、

川田幸太、亀田 徹、水野友裕、藤井毅郎

症例は 1 ヶ月女児、体重 2.3kg。胎児期から右室前面の巨大な憩室、狭小化した三尖弁及び右室流入部を認め、右室低形成症候群と診断。1. 憩室入口部閉鎖、2. ASD 拡大、3. SP shunt 増設の方針とした。術中右室前面に巨大な憩室を認め、心停止後、右房内を検索すると狭小化した三尖弁の 2-3 時方向 (surgeon's view) に憩室との大きな交通孔を認めた。憩室内の右室との隔壁は肉柱が発達し、肉柱間に右室との小さな交通孔を二カ所認め、これを直接閉鎖した。交通孔自由壁側に RCA 様の索状物が走行していたため、索状物を回避するように ePTFE パッチで交通孔を閉鎖した。ASD を 10mm に拡大し、3.5mm ePTFE graft を用いて右腕頭動脈-主肺動脈への SP shunt を増設した。術後経時的な三尖弁輪及び右室流入路径の拡大に伴い順行性肺血流増加、シャント血流低下を認め、今後の治療方針について現在検討中である。若干の考察を踏まえて報告する。

座長 宮木靖子（東京歯科大学市川総合病院 心臓血管外科）
稲葉佑（済生会横浜市東部病院 心臓血管外科）

Ⅲ-18 大動脈弁輪部膿瘍からバルサルバ洞破裂を来した感染性心内膜炎の1例

横須賀市立総合医療センター 心臓血管外科

新井大輝、佐野太一、玉井宏一、田島 泰、安達晃一

66歳男性。2週間前より発熱を自覚し近医より処方されたセフカペンピボキシルを内服。一時軽快するも発熱、呼吸困難、胸部圧迫感を訴え救急搬送され、原因不明の細菌感染症疑いとして入院した。心臓超音波検査では大動脈弁尖肥厚を認め severe AS を認めた。造影CTで大動脈基部周囲に膿瘍を疑う所見を認めたが、弁輪部膿瘍から波及したか判然としなかった。この時点では循環破綻しておらず、抗菌薬加療の方針とした。抗菌薬加療を3日続けるも発熱は持続した。各種精査を予定して、まず冠動脈CTを施行すると、前回は認めなかったバルサルバ洞破裂、仮性動脈瘤を認め左冠動脈主幹部も圧排されていた。緊急手術の方針とし、Bentall手術+CABG4枝を施行した。仮性動脈瘤に関しては左冠尖の右冠尖寄りに perforation を認め、そこから膿混じりの血腫が存在していた。術後2日で抜管し、抗菌薬加療を継続し術後40日で退院とした。非常に稀な症例でありここに報告する。

Ⅲ-20 生体弁SVDに対する再二弁置換の1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78歳女性。9年前にAS、MSに対し二弁置換術（Inspiris 19mm、MagnaMitral 25mm）を実施した。外来フォロー中に労作時の呼吸苦症状が再燃した。精査にて大動脈弁位生体弁は問題なかったが、僧帽弁位生体弁に高度狭窄を認め、再僧帽弁置換術が必要と判断した。再開胸し、Commando手術による二弁置換術を行った。大動脈弁にはInspiris 21mm、僧帽弁にはEpic 25mmを縫着し、左房上壁部・共通弁輪・Valsalva洞はウシ心膜とダクロンフェルトのパッチで形成した。術後経過は良好でPOD26に自宅退院した。僧帽弁はもともとMSで最小径の人工弁が縫着されており同サイズでの再弁置換が可能か否かと、AVR後の僧帽弁へのアプローチに懸念があった。大動脈弁位のSVDに対しては、TAV in SAVも選択しうるが、今回SVDのない大動脈弁位の人工弁に対しても再弁置換を行う術式選択をした。結果、良好な視野で再二弁置換術を実施できたので、文献的考察を加え報告する。

Ⅲ-22 Marfan症候群に合併した大動脈一尖弁の一例

自治医科大学 心臓血管外科学

山本美葉、堀越峻平、土井真之、阿久津博彦、荒川 衛、北村 律、川人宏次

30歳男性。16歳時に大動脈弁輪拡張症、Marfan症候群と診断された。3カ月前に胸部違和感を自覚し、近医心エコーで大動脈二尖弁、60mmの大動脈基部拡大を指摘され、手術適応として当院へ紹介された。今回、手術待機中に急性大動脈解離による大動脈基部破裂を発症し、緊急大動脈基部置換術を施行した。術中所見ではunicommissural型の大動脈一尖弁であった。Marfan症候群に大動脈一尖弁が合併した稀な症例を経験したので報告する。

Ⅲ-19 Bentall術後の人工弁機能不全に対して再大動脈弁置換術を施行した一例

山梨県立中央病院 心臓血管外科

佐藤大樹、中島雅人、大澤いくみ、横山毅人、津田泰利

68歳女性。約30年前に大動脈弁輪拡張症に対してBentall術（Hemashield 24mm、SJM 23mm）を施行し、長期に良好に経過していた。しかし2年前に心不全で入院した際に人工弁機能不全を認め、血栓弁が疑われたため、t-PA療法を施行し改善を得られた。その後フォロー中に再度溶血性貧血があり、人工弁機能不全を認めたため入院。血栓弁が再度疑われ、t-PA療法を再施行したが、軽度の改善にとどまり人工弁狭窄は残存した。画像所見よりパンヌス形成による機械的障害と判断し、大動脈弁置換術（SJM Regent 17mm）および上行大動脈置換術（J-graft 24mm）を施行した。術後経過は良好であり、術後11日目に自宅へ独歩で退院した。今回Bentall術後遠隔期に生じる人工弁機能不全に対する治療戦略について文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-21 自己拡張型TAVI弁留置5年後に急性人工弁機能不全を認めた一例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

川口 右、木村純也、宮尾将文、高木祐基、御子柴透、田中晴城、市村 創、藤井大志、大橋伸朗、和田有子、瀬戸達一郎

症例は84歳女性。5年前にsevere ASに対して自己拡張型弁（Evolut pro 29mm）によるTAVIが施行された。3週間前の定期受診では心臓超音波検査も含め問題はなかった。今回、意識レベル低下を主訴に救急搬送され、心臓超音波検査にて弁尖断裂を伴う急性大動脈逆流が疑われ、ショック状態であったため緊急手術を施行した。人工心肺確立後、心筋保護液を逆行性に注入し心停止を得た。EvolutはNCC側の弁尖が部分断裂しており、血栓様組織も付着していた。Evolutの先端に対角線上に4本絹糸をかけ、冷却水で冷やしながらか先端を10mmチューブ内に格納する形で explantation した。生体弁による大動脈弁置換を施行した。LAD領域の虚血もあり、冠動脈バイパスも施行した。人工弁に付着した血栓様組織の細菌培養は陰性であり、術前の炎症反応の上昇もないことから人工弁感染は否定的であった。Evolutの急性人工弁機能不全は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-23 三尖弁位感染性心内膜炎に対して弁形成術を施行した1例

信州大学医学部附属病院 心臓血管外科

宮尾将文、川口 右、木村純也、高木祐基、御子柴透、田中晴城、市村 創、大橋伸朗、和田有子、瀬戸達一郎

症例は56歳男性。遷延する発熱を主訴に前医を受診し、血液培養で黄色ブドウ球菌が陽性、心エコー検査で三尖弁位の感染性心内膜炎の診断で当院に転院となった。CTで多発肺膿瘍を認め、抗生剤加療による炎症反応の改善乏しく、三尖弁逆流も増悪傾向となり手術加療の方針となった。手術は疣贅切除、弁尖の欠損部はウシ心膜パッチで形成し、Tri-Ad 28mmを縫着した。三尖弁逆流はTrivialとなり手術終了した。術後肺膿瘍は縮小傾向となり、術後6週間の点滴抗生剤投与の後に自宅退院した。退院後、感染の再燃なく経過している。右心系IEはIE全体の5~12%とされ、三尖弁位の単独IEは5~10%程度と比較的稀な疾患であり、明確に手術推奨時期や術式に関して定まっていない。また、三尖弁位のIEは先天性心疾患やペースメーカー留置後など続発性の病態に多く、今回基礎疾患のない黄色ブドウ球菌を起炎菌とする三尖弁位の感染性心内膜炎を経験したため報告する。

Ⅲ-24 重症 TR を合併した高度心機能低下虚血性心筋症に対して心拍動下に CABG+三尖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

横山 充、原 亮太、西村承子、植木 力、佐藤敦彦、松山重文

症例は 54 歳男性。下腿浮腫を伴う TR、MR、冠動脈三枝病変で当科紹介となった。心電図は洞調律、心エコーで LVDd/s=67.8/37.2 mm、EF=16.7%、tethering+弁輪拡大による moderate MR および severe TR を認めた。CAG は #1 99%、#7 99%、#13 99% であった。MR は虚血改善により軽減すると判断し介入なし、TR に関しては右心機能低下、拡大を認めたため spiral suspension+TAP の方針とした。低心機能であったため心停止せずに On pump beating CABGx5 (LITA-LAD、RITA-PL、Ao-SVG-D2、GEA-4PD-4 AV) +TVP (physio tricuspid 30 mm、spiral suspension) を施行した。手術時間 552 分、人工心肺時間 198 分。術後下腿浮腫は改善し、心エコーでは EF 24.3%、trivial TR、mild-moderate MR と改善。主要合併症なく術後 10 日目に自宅退院となった。文献的考察を含め報告する。

14:50~15:38 心臓：大動脈 血管内治療

座長 飯田 泰 功 (済生会横浜市東部病院 心臓血管外科)
荒川 衛 (自治医科大学 外科学講座 心臓血管外科部門)

Ⅲ-25 自作開窓分枝型 EVAR 施行後遠隔期の Stanford B 型急性大動脈解離に対し自作開窓分枝型 TEVAR を施行した一例

済生会宇都宮病院 心臓血管外科¹、済生会宇都宮病院 放射線科²、慶應義塾大学病院 心臓血管外科³

青柳裕太郎¹、原田大暉¹、森 光晴¹、八神俊明²、橋詰賢一³、志水秀行³

症例は66歳男性。腹部大動脈瘤に対して13年前にEVARを施行し、胸腹部大動脈瘤に対して2年前に4開窓4分枝での自作開窓分枝型EVARを施行していた。今回、胸痛を発症し、精査にてStanford B型急性大動脈解離及び腹部大動脈瘤の切迫破裂を認めた。胸腹部デバイスの近位側への偽腔開口と瘤拡大を認め、準緊急でZone 2での1開窓1分枝の自作開窓分枝型TEVARを施行した。弓部分枝は左鎖骨下動脈に開窓し、Viabahnを用いて分枝再建を行った。術後経過は良好で、対麻痺や脳梗塞は認めず、CTにて偽腔血栓化と大動脈リモデリングを認め、瘤径拡大なく経過している。自作開窓分枝型デバイスは既存ステントの延長や複雑病変への即応性に優れ、急性解離を伴う症例にも有用と考えられたため、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-27 異所性右鎖骨下動脈起始部 Kommerell 憩室・弓部瘤に、2-debranching 1-fenestrated TEVAR を施行した1例

群馬大学医学部附属病院 循環器外科

加藤悠介、小谷野拓也、今野直樹、立石 渉

症例は86歳女性。右鎖骨下動脈(RSCA)の起始異常あり起始部が瘤化、同部位弓部大動脈も最大短径60mmと拡大し手術適応。Clinical Frailty Scale:5と軽度の虚弱あり、open repairでの対応は困難。左鎖骨下動脈(LSCA)起始部より瘤化しており、Zone1での中枢ランディングが必要であるため、左総頸動脈(LCCA)、LSCAはdebranch対応、RSCAは弓部大動脈瘤直下に起始しており、fenestrationでの対応が可能であると判断し、2-debranching 1-fenestrated TEVAR 施行。Valiantに側孔を作成し、RCCA-LCCA-LSCA bypassを施行後、下行大動脈に末梢デバイス展開後、穴あけしたValiantを挿入、Zone1で完全展開。末梢から側孔をカニューレレーションし、RSCAからプルスルーを作成、VBXをValiant内に展開。LCCA、LSCA起始部、瘤内塞栓し手技終了。術後4日目のCTで、エンドリークなく、RTADやdSINEなし、VBX内血流も維持。術後9日目に自宅退院。

Ⅲ-29 下行大動脈置換後17年で生じた人工血管破綻による仮性大動脈瘤に対してTEVARを行った1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

堀越峻平、荒川 衛、阿久津博彦、北村 律、川人宏次

症例は66歳男性。解離性胸部大動脈瘤に対して17年前に下行大動脈置換、7年前に末梢吻合部仮性動脈瘤に対して再開胸下行大動脈置換術を施行した。CT検査で人工血管-人工血管吻合部破綻による仮性動脈瘤の新規出現および急速拡大を呈したためTEVARの方針とした。術中血管内超音波では、初回手術時の人工血管は長軸方向へ大きく破綻しており、末梢測吻合部も破綻している所見であった。中枢Zone 3でステントグラフト留置後にエンドリークがないことを確認し、手術終了とした。術後CT検査もエンドリークを認めず、合併症なく、自宅退院した。人工血管自体の破綻により仮性大動脈瘤を呈した報告はまれであり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-26 TEVAR 術後の瘤径拡大に対し、複数モダリティを用い Endotension と診断し、追加 TEVAR で瘤径縮小を得た1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

今中佑紀、塚田 亨、内藤修平、井口祐介、山本隆平、古谷 翼、五味聖吾、中嶋智美、加藤秀之、坂本裕昭、平松祐司

症例は80歳、男性。75歳時に他院にて胸部下行大動脈の長径52mm大の嚢状瘤に対しTEVARを施行された。術後経時的に瘤径は拡大したが、CTで明らかなendoleakはなく、精査目的に当院紹介となった。Gd-enhanced MRI、血管造影を行うもendoleakは指摘できず、endotensionによる瘤径拡大と考えられ、追加TEVARを行った。最大長径79mmまで拡大していた瘤は術後3年で45mmと縮小した。Endotensionの機序は明らかでないが、血漿成分が透過し持続的な圧がかかることで瘤径が拡大すると推察されている。また、理想的なCT撮影を行っても検出できないoccult endoleakが存在しうるとされており、endotensionの診断には苦慮をする。今回、複数モダリティを用いendotensionの診断に至り、内張りの追加TEVARを行うことで拡大傾向にあった瘤の縮小を得られた症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-28 PMEG3例の短期成績

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

黒尾健人、新川将弘、小野拓哉、松島宏和、堀尾俊介、西田真由、志水秀彰、灰田周史、松本順彦、木村成卓、山崎真敬、橋詰賢一、志水秀行

胸腹部大動脈瘤に対する血管内治療は、真性胸腹部では国内で分枝型デバイスが導入された一方、解離性胸腹部に対しては依然として適応がなく、外科手術が第一選択となる。しかし高リスク症例では手術適応が困難である。近年、個々の解剖に応じたphysician-modified endograft (PMEG)が選択肢となりつつある。今回、胸腹部および腎動脈直下病変に対するPMEG3例を経験した。症例1はCrawford1型に対し3穴PMEGで良好に治療した。症例2は腎動脈直下のno-neck解離性瘤に4穴PMEGを作成しエンドリークを認めなかった。症例3はCrawford4型に対し3穴PMEGで良好な結果を得た。いずれも外科手術不適応かつ複雑解剖例であったが、段階的治療と適切なfenestration設計により良好な短期成績が得られた。PMEGは適切な症例選択下で有用な選択肢となり得る。

Ⅲ-30 2-debranching TEVAR 後に瘤拡大を認め、debranching graft 送血を行って弓部置換を施行した1例

済生会横浜市南部病院

野嶋康平、大中臣康子、吉田美穂、安田章弘

弓部大動脈瘤に対する2-debranching TEVARは低侵襲であるが、後年瘤径拡大を来すことがあり、対応に苦慮する。今回、上行弓部置換に至った1例を報告する。症例は79歳男性。X-2年5月ごろから嘔声を呈し、CTで72mmの弓部大動脈瘤を認めTEVARを施行。経過観察中に瘤径は80mmに拡大した。明らかなエンドリークは認めず。上行弓部置換術を行うこととしたが、開胸に際するdebranching graftの離断に伴い、左総頸動脈、鎖骨下動脈の虚血が問題であるため、debranching graft左側からの送血を行い、脳虚血を予防した。経過良好で合併症なく退院した。

座長 金村 賦之 (イムス葛飾ハートセンター 心臓血管外科)
藤 吉 俊 毅 (東京医科大学 心臓血管外科学分野)

Ⅲ-31 急性大動脈解離 (Stanford A) に対し弓部置換術後の縦隔炎を CLAP 療法により治癒し得た 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
橋本 崇¹、古泉 潔¹、金山拓亮¹、池端幸起¹、角田暁太¹、志水秀行²
73 歳男性。急性大動脈解離に対し上行弓部大動脈置換術を施行。文献的考察を加えて報告する。経過良好にて 2POD に抜管するも 5POD に septic shock、AKI となり、PMX、CHDF 施行。MEPM、VCM に抗菌薬 escalation 後、循環動態及び炎症反応改善したが、6POD に人工血管周囲ドレーン抜去部より排膿あり、ドレーン及び血液培養から ESBL 産生 E. coli が分離された。再開胸洗浄ドレーンも検討されたが、皮膚に感染徴候なく、既に炎症反応改善傾向であり、flail でもあったことから、まずドレーンを縦隔内に挿入し持続洗浄、CLAP (Continuous Local Antibiotics Perfusion) 療法を開始した。その後ドレーン培養陰性化したため抜去したが再燃なく経過し、退院後の外来でも再燃なく経過した。開心術後の縦隔炎に対する再開胸を伴わない CLAP 療法が奏功した報告例は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-33 ホモグラフトを用いた大動脈基部置換術 19 年後の感染性心内膜炎に対して Bentall 手術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科¹、東京大学医学部附属病院 組織バンク²
波多野凌¹、山内治雄¹、星野康弘¹、金子寛行¹、高橋秀臣¹、小前兵衛¹、田村純人²、小野 稔¹
症例は 51 歳男性。32 歳時に感染性心内膜炎 (IE) を発症し、他院で大動脈弁形成術後に人工弁周囲膿瘍を形成し、当科に紹介。ホモグラフト基部置換術を施行後、定期外来フォローしていた。今回歯科治療を契機に発熱し、心臓超音波検査で大動脈弁尖に疣贅を認め、血液培養で MSSA 陽性となり、修正 Duke 診断基準で IE と確定診断した。4 週間の抗菌薬 (CTR、RFP) 治療後も疣贅の増大、大動脈弁逆流の増悪を認め、内科的治療抵抗性 IE と判断し手術の方針とした。胸骨正中切開にて右大腿動脈送血、上下大静脈脱血で人工心肺を確立。大動脈弁尖は疣贅付着とともに複数の穿孔を認めたが、感染は弁尖に限局していた。弁輪部を含め高度石灰化した基部ホモグラフト組織は超音波吸引装置を用いて完全摘除した。冠動脈は Piehler 法で再建し、遺残した弁輪部自己組織に機械弁 Composit graft を縫着した。術後の経過は良好である。

Ⅲ-35 胸部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術施行後の大動脈食道瘻に対し、一期的に手術加療を行なった一例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科
馬目博志、吉武明弘、赤津堯之、増田快飛、熊谷 悠、黒田大朗、井上 龍、金澤祐太、高橋辰朗、湯手裕子、堯天孝之、木下 修、朝倉利之
症例は 74 歳男性。55*72mm の胸部大動脈瘤に対し、胸部ステントグラフト内挿術の既往あり。術後 1 年 4 ヶ月後、背部痛と嚥下困難感あり、前医にて胸部 CT において残存瘤径拡大あり、瘤内にエアが見られた。上部消化管内視鏡において、食道粘膜に瘤圧排による黒色壊死所見あり、大動脈食道瘻の診断となり当院転院搬送となった。全身状態は良好であり、抗菌薬加療を行いつつ待機的手術の方針となった。手術は食道外科と共同して一期的に施行した。下行大動脈人工血管置換術、大網充填、食道全摘抜去、後縦隔胃管再建を行った。総手術時間は 528 分、人工血管置換術所要時間は 237 分、人工心肺時間は 89 分、大動脈遮断時間は 87 分であった。術後合併症はなし。術後 1 日目で抜管、7 日目で ICU 退室、術後 19 日で食事再開とした。術後 6 週間抗菌薬加療を行い、経過良好につき、術後 46 日で自宅退院とした。

Ⅲ-32 縦隔膿瘍・感染性仮性腕頭動脈瘤に対し部分弓部置換術ならびに大網充填を施行した一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 心臓血管外科¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科²
宮下 桃¹、嶋田晶江¹、李 智榮¹、土肥静之¹、山本 平¹、田端 実²
症例は 83 歳男性。前立腺癌ホルモン療法中。1 ヶ月間 37-38 度台の発熱が持続し、39 度まで上昇したため受診。胸部レントゲンは異常なく炎症反応高値に対して抗生剤内服治療が開始。しかし 1 週間後の CT 検査で縦隔膿瘍および仮性腕頭動脈瘤を認めたため緊急入院となった。血液培養検査では G 群溶連菌を検出。高齢かつ全身状態が極めて不良であったため状態改善に努めたが、1 週間後の CT で仮性動脈瘤の拡大 (63mm) を認め緊急手術となった。手術所見では胸腺組織が全て膿瘍となり腕頭静脈を圧排閉塞していた。膿瘍切除洗浄しリファンピシン塗布人工血管で部分弓部置換・腕頭動脈再建術を施行した。術後発熱持続し心嚢液の増加を認めたため術後 10 日目に縦隔洗浄、大網充填術を施行。術後経過は良好で炎症反応も改善し歩行リハビリも可能となり術後 37 日で退院。G 群溶連菌縦隔膿瘍からの感染性腕頭動脈瘤は極めて稀であり、画像所見と治療経過に文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-34 胸腹部大動脈置換術後、創部の感染所見から腸管虚血・穿孔が疑われた症例

済生会横浜市東部病院 心臓血管外科
沖 尚彦、市ノ川隆久、稲葉 佑、蜂谷 貴、飯田泰功
78 歳男性。15 年前に急性大動脈解離 Stanford A に対して上行大動脈置換術を施行した。遺残胸腹部解離性大動脈瘤が拡大傾向のため、胸腹部大動脈人工血管置換術の方針となった。術後、左側腹部創部に沿って発赤、熱感があるため、9POD に CT を撮影したところ、結腸との連続が否定できない皮下気腫が確認された。緊急で、創部を解放したところ、腹腔内からの汚染と考えられた。開腹手術を行ったところ、横行結腸左側 1/4、下行結腸、S 状結腸、直腸まで虚血性壊死を認め、かつ下行結腸での穿孔が確認された。腸管を切除し、洗浄したのち、アプセラを装着し、手術終了とした。左側腹部創部の肉芽の増生を促していたが、創部に一部腸管粘膜様の所見があることが確認され、58POD に緊急で植皮術を施行した。植皮後の経過は良好で、現在退院に向けてリハビリ中である。

Ⅲ-36 広範囲の偽腔血栓感染に対して 2 期的手術を施行し、感染コントロールが得られた 1 例

三井記念病院 心臓血管外科
小粥進太郎、東野旭紘、和田拓己、鶴田遊野、三浦純男、竹谷 剛、大野貴之
症例は 72 歳男性。X-3 年に Stanford B 型大動脈解離を発症し保存加療。X-2 年に近位下行大動脈径 59mm に拡大し entry 閉鎖の zone3 TEVAR を施行。術後 1 ヶ月で type1a エンドリークと DIC を認め zone2 TEVAR 施行。わずかに type1a エンドリークは認めたが大動脈径は増大せず経過。X 年、偽腔血栓感染による敗血症を発症し抗菌薬加療も全身状態は悪化。手術の方針としたが、1 期的に手術を行うと中枢は zone2、末梢は横膈膜直上での吻合の弓部下行大動脈置換術を要し、長期の菌血症と低栄養の状態での手術としては過大侵襲と判断した。胸骨正中切開下で全弓部置換を行い、数日おいて左開胸で下行大動脈置換を行う 2 期的手術を企画した。手術予定日前にステントグラフト中枢端を entry とする Stanford A 型急性大動脈解離を発症したため日程を前倒したが、術後菌血症の再燃なくリハビリ転院となった。全身状態不良の患者に対し staged surgery を行い良好な経過を得たため報告する。

第Ⅳ会場：グレースルーム

8：20～9：00 呼吸器：学生発表2

座長 光 星 翔 太 (東京女子医科大学 呼吸器外科)
小林 正 嗣 (昭和医科大学 呼吸器外科)
審査員 山 内 良 兼 (帝京大学医学部 外科学講座)
橋 本 浩 平 (杏林大学医学部 呼吸器外科甲状腺外科)

学生発表

Ⅳ-1 胸腔子宮内膜症性気胸の1手術例

日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科¹、日本大学医学部附属板橋病院 病理診断科²

稲垣喜大¹、林 宗平¹、井上航貴¹、鈴木淳也¹、中村 梓¹、佐藤大輔¹、
河内利賢¹、辻村隆介²、増田しのぶ²、羽尾裕之²、櫻井裕幸¹

症例は30歳女性。咳嗽を主訴に前医受診し右I度気胸の診断となった。経過観察で一度軽快するも、3ヶ月後に右I度気胸で再発した。再発であること、また胸部CT検査で中葉や葉間面に小嚢胞を認め、続発性気胸の可能性も考慮されたため、当院で手術の方針となった。胸腔内を観察したところ横隔膜中心および右肺にブルーベリースポットを認め、横隔膜と右肺中葉の小嚢胞は部分切除した。病理で子宮内膜組織が確認され、胸腔子宮内膜症性気胸の診断となった。文献的考察を加え報告する。

学生発表

Ⅳ-2 感染性肺嚢胞と鑑別を要した肺底動脈大動脈起始症の一例

日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科¹、日本大学医学部附属板橋病院 病理診断科²

遠田実生¹、鈴木淳也¹、井上航貴¹、寺田宜敬¹、林 宗平¹、中村 梓¹、
佐藤大輔¹、河内利賢¹、石毛俊幸²、宇都健太²、増田しのぶ²、羽尾裕之²、
櫻井裕幸¹

症例は68歳女性。以前より胸部CTで右肺下葉に液体貯留を伴う嚢胞を認めていたが、症状なく嚢胞内感染後として経過観察していた。今回、発熱・咳嗽・緑色膿性痰が出現し精査したところ、胸部CTで液体成分の増加を認めたため、感染性肺嚢胞の感染増悪として当院紹介受診となった。採血では炎症の上昇は認めず、画像上下行大動脈から病変に流入する異常血管を認め、B7が嚢胞性病変に交通していたことから、肺底動脈大動脈起始症と診断し、手術の方針とした。術中、肺韧带切離時に嚢胞性病変に流入する異常血管を認め、自動縫合器で切離した。今回、感染性肺嚢胞疑いとして紹介となり、画像検査で肺底動脈大動脈起始症と診断した一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

学生発表

Ⅳ-3 閉塞性肺炎および嚢胞内感染を伴う右上葉肺癌に対して右肺上葉スリーブ切除術を施行した1切除例

日本医科大学付属病院 呼吸器外科¹、日本医科大学 解析人体病理学²

藤原ありさ¹、園川卓海¹、鈴木健人¹、富岡勇字也¹、町田雄一郎¹、
川崎徳仁¹、寺崎泰弘²、臼田実男¹

症例は、61歳男性。2か月前からの発熱、咳嗽、血痰を主訴に近医を受診し、胸部異常影を指摘され当院を受診した。胸部CTでは、右肺上葉に気管支内腔に進展する腫瘤とそれに伴う無気肺、さらに内部に液体貯留を伴う巨大ブラを認めた。炎症所見も有していたため、右肺腫瘍による閉塞性肺炎および感染性肺嚢胞を疑い精査を進め、気管支鏡検査を含む検査の結果、右上葉肺腺癌、cT4N0M0、stage IIIAと診断した。閉塞性肺炎および嚢胞内感染に対する抗菌薬治療を開始し、約3週間後に手術を施行した。腫瘍が主気管支まで進展していたため、術式は右肺上葉スリーブ切除術、リンパ節郭清術を施行した。最終病理診断は多形癌、pT4N1M0、stage IIIA(第8版)の診断であった。術後合併症なく経過し、現在、術後1年であるが、再発なく経過している。本症例のように炎症を伴う肺癌に対する治療戦略について、文献的考察を交えて報告する。

学生発表

Ⅳ-4 両肺発生単純性肺アスペルギローマの1切除例

東京女子医科大学病院 呼吸器外科¹、東京女子医科大学病院 病理診断科²

角田百萌子¹、光星翔太¹、小俣智郁¹、四手井博章¹、荻原 哲¹、井坂珠子¹、
箱崎真結²、神崎正人¹

70代、女性。既往に乳癌術後、子宮頸癌術後、気腫合併間質性肺炎があり、ANCA関連血管炎による進行性糸球体腎炎で血液透析導入、腎移植前の精査で両側肺腫瘍を指摘。胸部単純CTで右下葉の嚢胞内に9mm大の結節を2か所、左下葉の嚢胞内に10mm、7mm、5mm大の結節を3か所認め、真菌感染、転移性肺腫瘍が疑われ、当科紹介受診。診断、治療目的に胸腔鏡下右下葉部分切除術、二期的に胸腔鏡下左下葉部分切除術を施行。病理所見でいずれも拡張した気管支内にY字形分岐と隔壁を有する菌糸を認め、単純性肺アスペルギローマの診断に至った。術後経過良好で退院。両肺発生単純性肺アスペルギローマの1切除例を経験したので報告する。

学生発表

Ⅳ-5 横隔膜上を占拠する巨大縦隔リンパ管腫の1例

国際医療福祉大学医学部呼吸器外科学¹、国際医療福祉大学医学部病理・病理診断学²

窪田真一郎¹、和田啓伸¹、穴山貴嗣¹、種子田陸斗¹、小野里優希¹、鎌田稔子¹、吉野市郎¹、林雄一郎²、潮見隆之²、吉田成利¹

症例は50代女性。検診で右横隔膜に重なる腫瘤影を指摘された。胸部CTでは12cm×4cmの、造影効果の乏しい内部不均一な腫瘤を認め、横隔膜、心膜に広く接していた。胸部MRIでは、脂肪と水成分の混在を示し、一部で嚢胞状変化を認めた。PET-CTではSUVmax 2.39の淡い集積を認め、遠隔転移を示唆する所見は認めなかった。リンパ管腫、骨髄脂肪腫、脂肪肉腫などを鑑別に挙げ、手術の方針とした。腫瘍は縦隔から横隔膜上にかけて連続し、部分的に横隔膜に強固に癒着しており、開胸下に腫瘍切除および横隔膜部分合併切除を行った。横隔膜欠損部は縫合閉鎖した。病理組織検査では脂肪組織内に嚢胞状に拡張した異型のない脈管構造を認め、免疫染色でD2-40陽性であり、縦隔リンパ管腫と診断した。術後4日で退院し、術後1年再発なく経過している。リンパ管腫はリンパ管の形成異常により発生し、縦隔発生例は1%以下と非常に稀である。文献的考察とともに報告する。

9:00~9:40 呼吸器：初期研修医発表2

座長 吉田幸弘 (国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科)
政井恭兵 (慶應義塾大学医学部外科学 (呼吸器) 呼吸器外科)
審査員 石橋洋則 (東京科学大学 呼吸器外科)
窪倉浩俊 (日本医科大学武蔵小杉病院 呼吸器外科)

初期研修医発表

IV-6 ステープル断端肉芽種との鑑別を要した NSCLC に対する RATS 右 S1+S2+S3a 区域切除の 1 例

諏訪赤十字病院

久保田匠、松岡峻一郎、吾妻寛之、吉田和夫

症例は 70 代男性。X-8 年に右肺癌疑いに対して VATS 右上葉部分切除が施行され、炎症性結節の診断となった。その後、X 年の CT でステープル断端近傍の右 S2 胸膜下に充実型結節を指摘され、経過で 2.6cm まで増大し、ステープル断端肉芽種、もしくは右上葉肺癌疑い (cT1cN0M0、Stage IA3) の診断で手術治療の方針となった。また、S3 が右上葉の半分以上を占めるメガ S3 を呈していた。術中針生検で NSCLC の診断となり、S3b 温存の RATS 右 S1+S2+S3a 区域切除および ND2a-1 を施行した。術後経過は良好で第 2 病日に胸腔ドレーンを抜去、第 6 病日に退院となり、定期外来フォロー中である。ステープル断端肉芽種と NSCLC の鑑別に加え、メガ S3 の解剖学的特徴について文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

IV-8 膿胸を合併した多発肋骨骨折に対して膿胸腔搔爬術と観血的肋骨整復術を施行した 1 例

茅ヶ崎市立病院 呼吸器外科

松岡菜奈、吉安展将、井上雄太

50 歳代男性。夜間歩行中に自転車を見て転倒し、右上半身を強打した。疼痛のため体動困難となり、受傷数日後に当科を受診した。胸部 CT で右鎖骨骨折、右第 1~7 肋骨骨折に伴う右血気胸を認め入院した。アルコール性肝障害と長期抗うつ薬内服による低 Na 血症 (126 mEq/L) を認めた。浸透圧性脱髄症候群予防のため、緩徐な電解質補正を行いながら、胸腔ドレナージを 1 週間施行した。経過中に発熱とドレーン刺入部の感染を認め、入院 8 日目に、創部感染・膿胸に対する膿胸腔搔爬術と、多発肋骨骨折に対する観血的肋骨整復術を施行した。非感染部には肋骨固定用プレートを用い、感染巣直下の転位肋骨は PDS コードで Figure-8 縫合により固定した。術後は *Staphylococcus aureus* に対し抗菌薬治療とドレーン管理を継続し、術後 15 日目に軽快退院した。感染併発例における観血的肋骨整復術の適応とタイミングに関し、文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

IV-7 8 年間経過観察後にロボット支援下右肺中葉切除術で確定診断に至った肺異型カルチノイドの 1 例

茅ヶ崎市立病院 呼吸器外科¹、茅ヶ崎市立病院 呼吸器内科²

西嶋 翼¹、吉安展将¹、平馬暢之²、塚原利典²、井上雄太¹

非喫煙者の 70 歳代女性。X-8 年、乾性咳嗽の精査 CT で、右肺門部近傍の中葉に径 12mm 大の充実性結節を偶発的に認めた。呼吸器内科で 2 年間経過観察されたが著変なく、患者希望で終診となった。X 年、検診胸部 X 線で異常を指摘され、再受診となった。CT で右中葉結節は径 21mm へ増大し、左上葉に径 20mm の GGO を新たに認めた。気管支鏡検査で診断に至らず、FDG-PET で右中葉病変のみに有意な集積 (SUVmax 6.2) を認めた。FDG 集積を伴う右肺中葉に対し、ロボット支援下 4 ポートで手術を施行した。手術時間 115 分、出血少量で術後 2 日目に退院となった。病理は核分裂像 2/2 mm²、Ki-67 3-5% の atypical carcinoid (NET G2、pT1bN0M0、Stage IA2、R0) であった。今後、左上葉病変に対し、診断治療目的に手術を予定している。長期経過後に切除された肺異型カルチノイドは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

IV-9 広範な壊死を伴う胸腺腫の 1 切除例

長野市市民病院 呼吸器外科

梅原 悟、志村昌俊、竹田 哲

【緒言】胸腺腫は出血や壊死を伴うことがあるが広範な壊死を伴う胸腺腫は稀である。今回我々は胸痛を主訴に受診し、広範な壊死を伴う胸腺腫の症例を経験したため報告する。【症例】82 歳男性。37℃ 台の発熱と胸痛を主訴に前医を受診した。胸部 CT にて前縦隔に約 6cm の縦隔腫瘍を認め、精査加療目的に紹介となった。CT では前縦隔右側に、辺縁は造影効果を伴い内部は嚢胞性である、58mm の腫瘤として描出された。嚢胞性胸腺腫、奇形腫、感染後の胸腺嚢胞などが鑑別として挙げられ、診断と治療とを兼ねて胸腔鏡下に胸腺全摘術を行った。手術は全身麻酔下に仰臥位で行い、右側胸部に 2 ポートと剣状突起下に 1 ウィンドウを開け、胸腺全摘術を行った。術後経過は良好で、第 4 病日に退院となった。病理検査では、広範な壊死を伴う胸腺腫の診断であり、腫瘍の被膜外への浸潤はなく、正岡分類 I 期との診断であった。術後無再発で経過観察中である。文献的考察を加えて報告する。

Ⅳ-10 気管挿管を契機に発症した気管支憩室破綻による縦隔気腫の1例

東京都済生会中央病院 呼吸器外科

北野太晟、前田智早、梶 政洋

全身麻酔下の気管挿管を契機に縦隔・皮下に広範な気腫を生じ、気管支憩室の破綻が原因と考えられた1例を経験した。症例は82歳、女性。右下葉原発性肺癌疑いで肺切除目的に全身麻酔を導入した。気管挿管はDLTを使用し、ビデオ喉頭鏡下に困難なく施行した。挿管直後より、換気圧上昇と皮下気腫を認めていたが、右開胸時点で広範な縦隔気腫を確認した。直ちにSLTへ変更し、術中気管支鏡を施行したところ、左上葉気管支入口部に憩室様構造を認め、陽圧換気による憩室破綻が縦隔気腫の原因と判断し、手術を中断した。治療は自発呼吸下での保存的管理とし、術後数日間で改善した。後日、気管支ブロッカーを使用した片肺換気下で再手術を行い、安全に右肺下葉切除術を施行した。最終病理はMALTリンパ腫であった。本症例は、術前CT検査で見逃されうる気管支憩室が陽圧換気により破綻し得ることを示し、麻酔導入時の気道管理における重要な注意点と考えられた。

座長 井上慶明（埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科）
一瀬淳二（北里大学医学部 呼吸器外科学）

IV-11 術前診断困難であった気管支発生過誤腫の1切除例
北里大学病院 呼吸器外科

三橋俊介、近藤泰人、内藤雅仁、三窪将史、塩見 和、一瀬淳二
48歳女性。検診の胸部X線で異常を指摘され前医を受診。胸部CTにて左肺上葉に石灰化を伴う腫瘤影を認めた。PET-CTで同部位および肺門部リンパ節に高集積を認め原発性肺癌が否定できず、気管支鏡検査では確定診断に至らず精査加療目的に当院紹介となった。当院で施行した造影CTでは左B3分岐周囲に2.5cm大の石灰化病変とB3閉塞が認められ、その末梢の腫瘤影は内部の肺動脈の形態が保たれており無気肺と考えられた。慢性炎症性変化による気管支閉塞と陳旧性無気肺が疑われたが、石灰化病変は後方視的に見ると2年前のCTでも認められ増大傾向を示しており、確定診断を含めた病変の切除目的に胸腔鏡下左肺上葉切除術を施行した。術後病理所見では骨・軟骨・脂肪・筋成分を伴う結節性病変と周囲肺実質の炎症所見が認められ、気管支壁より発生した過誤腫の診断となった。気管支発生過誤腫は稀であり文献的考察を加え報告する。

IV-13 肺クリプトコッカス症に対し、外科的治療を施行した1例
東京女子医科大学病院 呼吸器外科¹、東京女子医科大学病院 病理診断科²、東京女子医科大学病院 呼吸器内科³
光星翔太¹、小俣智郁¹、四手井博章¹、荻原 哲¹、井坂珠子¹、箱崎真結²、有村 健³、多賀谷悦子³、神崎正人¹

60代、男性。既往に2型糖尿病を有する。健診で胸部異常陰影を指摘され、当院を受診。胸部CTで左肺S3に、中枢側の気管支壁肥厚と空洞を伴う47X20mm大の不整形腫瘤を認めた。気管支鏡生検で肺クリプトコッカス症と診断。Fluconazoleを1年間で内服し陰影も縮小したが、休業期間中に陰影の増大を認めたため内服加療を再開。陰影の縮小を認めたが、今後、再度の休業期間中の増大が予想され、外科的切除目的に当科紹介。ロボット支援胸腔鏡下左S3区域切除術を施行。病理所見では、結節の大部分は壊死巣であったが、壊死巣の辺縁に肉芽組織の形成を認め、グロコット染色で陽性でクリプトコッカス症の診断。肺クリプトコッカス症に対し、外科的治療を施行した1例を経験したので報告する。

IV-15 左肺原発肺平滑筋腫の1例

東海大学医学部付属八王子病院呼吸器外科¹、東海大学医学部附属病院 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50歳代男性。X年5月に健康診断で胸部異常影を指摘され、前医受診。精査目的にX年8月に当科紹介受診となった。胸部CTで左S4/5に15mmの辺縁平滑な充実型結節を認めた。画像所見から原発性肺癌を否定できないため、診断、治療目的に手術の方針となった。胸腔鏡下左上葉部分切除を施行し、術中迅速診断でSpindle cell tumorの診断であった。手術時間は58分、出血量は少量。術後経過良好で第4病日に自宅退院となった。腫瘍細胞は、肺胞から発生しており、異型の乏しい紡錘形細胞が錯綜状に配列し、膠原繊維が腫瘍細胞間に介在しており、 α SMA陽性、Caldesmon陽性、Desmin陽性であることから肺野型肺原発平滑筋腫の診断となった。肺原発平滑筋腫は肺良性腫瘍の2%程度であり、肺腫瘍全体の0.04%程度と稀な疾患である。文献的考察を踏まえて報告する。

IV-12 重症肺炎に伴うARDS後の器質性肺炎治療中に増大傾向を示し手術を要した肺気腫の1例

長岡赤十字病院 呼吸器外科

田中 博、佐藤征二郎、篠原博彦

症例は62歳、男性。重症肺炎に伴うARDSで緊急入院し、人工呼吸管理を含む集学的治療により軽快傾向を示した。入院14日目のCT検査で右気胸と両側肺気腫を認め、気胸は胸腔ドレナージで改善した。右肺気腫は増大傾向を示したが無症候性のため経過観察とし、入院21日目に退院した。退院7日目に呼吸困難感が出現し、右肺気腫の増大を認めたため手術を施行し、術後経過は良好であった。術後2か月目のCT検査では保存的治療を行っていた左肺気腫は消失していた。肺気腫は多くが保存的に治療されるが、発生機序や治療方針は明確ではない。本症例では右肺気腫が保存的に軽快せず手術を要した。ステロイド療法が器質性肺組織を脆弱化させ、気道内圧や胸腔内圧の変動を契機に胸膜下肺実質の剥離が生じ、肺気腫を形成したと考えられた。

IV-14 右下葉切除と剥皮術が奏効した精巣癌治療後の肺転移巣壊死に伴う膿胸の1例

自治医科大学 呼吸器外科学

横田奈々子、滝 雄史、堀切映江、小林哲也、高瀬貴章、金井義彦、坪地宏嘉

症例は40歳代男性。精巣腫瘍（非セミノーマ）に対する精巣摘除後、多発肺転移、リンパ節転移、肝転移に対して化学療法が行われた。病変の大部分は著明に縮小したが、右肺下葉に8cm大の病巣が残存。治療後38-39度の発熱が持続し右胸水が増加。胸水に悪性細胞は認めず、右下葉の転移巣壊死による膿胸の診断で手術の方針とした。手術は後側方切開で施行。臓側胸膜は硬化しており上中葉の剥皮術を行った。下葉の転移巣の胸膜面は菲薄化し、内部の壊死物質が容易に漏れ出る状態であった。治療前のCTで右下葉腫瘍は下肺静脈から左房内にポリープ状に進展しており、治療により退縮したが、術中の超音波で依然左房内に突出していた。そのため心房間溝を剥離し、一部左房壁を合併切除する形で下葉切除を行った。気管支断端に広背筋弁を縫着。病理で下葉の病変は壊死組織のみで、腫瘍細胞の残存は認めず。術後は解熱し、上中葉が拡張するとともに良好なADLを回復した。

IV-16 3年間で巨大化した両側肺嚢胞に対して体外式膜型人工肺（V-V ECMO）補助下に両側肺嚢胞切除術を施行した1例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

井上慶明、山口雅利、鹿島田寛明、羽藤 泰、福田祐樹、儀賀理暁、河野光智

症例は57歳男性。3年前に左巨大肺嚢胞を指摘されたが、症状がなく手術は希望されなかった。1年前より労作時の呼吸苦が出現し、徐々に悪化して平地歩行でも呼吸苦を自覚するようになった。今回、呼吸苦が2週間ほどで急激に悪化したため、呼吸器内科に入院した。酸素投与7Lで酸素飽和度85-88%、脈拍数120/分、体温37.1度で、胸部CTでは両側胸腔が過膨張した肺嚢胞で占められ、拡張した肺は縦隔側にわずかに認めるのみであった。両側巨大肺嚢胞に感染が合併して呼吸不全に陥ったと判断され、内科的治療の後に手術を実施した。右大腿静脈より脱血管を、右内頸静脈に送血管を留置してV-V ECMOを導入し、胸腔鏡補助下両側肺嚢胞切除術を施行した。手術時間は3時間20分であった。右胸腔ドレインからのエアリークが遷延して、術後11日目に再手術が必要となったが、その後の経過は良好で退院した。文献的考察を加え報告する。

IV-17 血管内治療後に再疎通を生じ、手術にて低酸素血症の改善を得た複雑型肺動静脈奇形の一例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

徳武 輝、田中教久、佐田諭己、豊田行英、稲毛輝長、森本淳一、千代雅子、松井由紀子、鈴木秀海

12歳男児。他院にて左肺上大区域を主座とする複雑型肺動静脈奇形に対して、血管内コイル塞栓術を3度施行された。コイル塞栓後、一時的に呼吸状態は改善したが、徐々に呼吸困難や意識混濁を伴う発作を繰り返すようになり、精査加療目的にて当院に紹介となった。肺動脈造影検査にてコイル塞栓部の再疎通と新規流入血管を認め、血管内治療困難例として手術の方針となった。酸素化は室内気でSpO₂ 90%と低酸素血症を認めた。胸腔鏡下左肺上大区域切除術を施行し、術後1日目に胸腔ドレーンを抜去した。以降も経過良好であり術後7日目に退院し学校生活に復帰された。退院時は室内気でSpO₂ 97%と酸素化の改善を認めた。血管内治療後に再疎通を認め、外科的介入にて治療し得た複雑型肺動静脈奇形の一例を経験した。文献的考察を踏まえて報告する。

IV-18 術前に先天性フィブリノゲン欠乏症と診断し肺切除を施行した1例

市立甲府病院¹、山梨大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器・小児外科²

太田 滯¹、松岡弘泰¹、松原寛知²

先天性フィブリノゲン欠乏症は100万人に1人とされる極めて稀な疾患であり、手術時の出血リスクが高い。今回肺切除術前に本疾患と診断しえた症例を経験したため報告する。

症例は40代男性。健診胸部X線写真で異常を指摘、CTにて右上葉肺癌が疑われたため精査加療目的に紹介となった。術前検査でフィブリノゲン52mg/dLおよびPT59%と低下を認め、血液内科にて先天性フィブリノゲン欠乏症の診断となった。手術当日にフィブリノゲン4gを補充したところ、術直前の血中フィブリノゲンは141mg/dLまで改善し予定通り手術を施行した。胸腔鏡下右肺上葉部分切除を行い、術中出血は問題なく、病理診断はコレステロール肉芽腫であった。術後合併症は認めなかったが、術後15日目の血中フィブリノゲンは62mg/dLまで再低下していた。

本疾患は非常に稀であるが、手術時には止血困難や出血死の危険性を伴うため、周術期における適切フィブリノゲン補充と管理体制が不可欠である。

座長 有賀直広（東海大学医学部医学科 外科学系呼吸器外科学）
松田 諭（慶應義塾大学医学部 外科学（一般・消化器））

IV-19 ロボット支援胸腔鏡下右上葉切除中に気管支断端に吸引チューブが噛み込まれた1例

東海大学医学部附属病院 呼吸器外科

松尾一優、富士野祥太、日下田智輝、真板希衣、小野沢博登、和田篤史、松崎智彦、有賀直広、濱中瑠利香、増田良太

症例は74歳女性。健診で胸部異常影を指摘され当科紹介となった。胸部CT検査で右上葉に1.6×0.8cmの結節を認めた。気管支鏡検査で診断に至らず原発性肺癌を疑ってロボット支援胸腔鏡下右上葉切除、リンパ節郭清を施行した。麻酔科医の判断で肺虚脱を維持するため気管支内吸引チューブが留置された。上葉気管支をda Vinci staplerで切離した際、断端にチューブが噛み込まれていた。メリーランドパイプローラー鉗子の操作により気管支断端のステープルを愛護的に除去し、気管支断端を損傷なくチューブを抜去することができた。開放された気管支断端は中樞側に余裕があり、da Vinci staplerで追加切離することで縫合閉鎖が可能であった。手術時間は2時間5分、コンソール時間は1時間12分であった。術後は合併症なく退院した。今回ロボット支援下手術における分離肺換気に関する合併症に対してコンバートを回避し得た症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

IV-21 胸壁合併切除の6年後に発症した肩甲骨胸腔内陥入の1例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

山口雅利、鹿島田寛明、井上慶明、羽藤 泰、福田祐樹、儀賀理暁、河野光智

症例は77歳の女性。6年前に他院で肺アスペルギローマに対して、後側方開胸での右肺上葉切除+右第3及び第4肋骨を含む胸壁合併切除術を施行されていた。骨性胸郭の補強、再建は行われなかった。今回、転倒による右脛骨・右仙骨・右恥骨骨折で整形外科に入院し、観血的整復固定術が行われた。術後14日目に便器に移乗する際に右肩から腋窩にかけて疼痛が出現した。胸部CTでは右肩甲骨が肋骨欠損部から右胸腔内に陥入した状態で固定されていた。ケタミンとミダゾラムによる静脈麻酔下に透視下で左半側臥位・前屈位とし、肩甲骨を頭側外方に引き上げて還納した。胸壁切除術後6年以上も経過して初めて発症した肩甲骨の胸腔内陥入は稀と思われる。文献的考察を含め報告する。

IV-23 食道癌術後乳び漏れに対し術中ICG蛍光法が胸管の描出に有用であった1例

筑波大学附属病院 呼吸器外科¹、筑波大学附属病院 消化器外科²

森陽愛子¹、佐伯祐典¹、大石 岳¹、高橋瑞歩¹、黒田啓介¹、関根康晴¹、上田 翔¹、大和田洋平²、小林尚寛¹、小川光一²、市村秀夫¹、佐藤幸夫¹

【緒言】乳び漏れに対し胸管結紮術が行われるが、特に食道癌術後は胸管の同定が容易ではない。今回、術中ICG蛍光法により容易に胸管描出することができたので報告する。【症例】78歳男性。食道癌に対し食道切除術+胸骨後経路胃管再建施行。術後4日目に頸部ドレーンからの乳び漏れと頸部腫脹を認めた。絶食、サンドスタチン投与を開始したが乳び漏れの改善認めず。術後10日目に胸管結紮術を施行。【手術】麻酔導入前に超音波ガイド下に両側の鼠径リンパ節にICGを5mgずつ投与。頸部創から乳び漏れ部位の同定は困難であったため、胸腔操作に移行。椎体前面をIR光で観察するとICGに蛍光励起された胸管を確認できた。IR光で胸管が確保されていることを確認しつつ、胸管及び周囲の結合織を一括にクリップし胸管結紮を完了した。クリップ後、再び頸部創から確認したところ、乳び漏れは消失していた。【結論】鼠径リンパ節穿刺によるICG蛍光法は術中の胸管同定に有用である。

IV-20 右下葉切除後に肋間動脈損傷による遅発性出血を来し、再手術での止血を要した2例

新潟県立中央病院

中山姿枝子、宮島美佳、齋藤正幸

現在の呼吸器外科領域の手術において、自動縫合器は組織の安全な閉鎖・切離のため頻用される。今回、右下葉切除後に断端ステープルが肋間動脈を損傷し、術後出血を来した2例を経験した。【症例1】70代男性、右肺癌疑いに対してロボット支援下右下葉切除+ND2a-1を施行し、術後5日に退院。術後13日に右大量血胸で当院へ搬送された。開胸緊急止血・血腫除去術を施行し、肋間動脈からの出血を認めた。出血部位には上下葉間のステープルが近接していた。【症例2】50代女性、右肺癌に対して当院で胸腔鏡下右下葉切除+ND2a-1を施行し、術後7日に退院。術後43日に右大量血胸を発症し、術後44日に胸腔鏡下緊急止血・血腫除去術を施行し、肋間動脈からの出血を認めた。出血部位には下葉気管支断端のステープルが近接していた。右下葉切除後のステープルによる肋間動脈損傷の報告は稀ではあるが散見され、術中所見によっては、断端の被覆を考慮する必要がある。

IV-22 有癭性膿胸に対し肋膜外air-plombageを応用し制御し得た1例

昭和医科大学医学部 外科学講座 呼吸器外科学部門

神武 輝、水室直哉、遠藤哲哉、小林正嗣

症例：74歳男性、既往歴はリウマチ、高度肺気腫あり。右気胸にて当院呼吸器内科入院・ドレーナージとなった。リーク遷延及び炎症反応上昇もあり、気腫コントロール目的に当科紹介となる。

手術：鏡視下にてアプローチ。右胸腔内汚染は中等度・肺拡張不良であった。右下葉に7mm大の気腫を認め、プロリンで縫合閉鎖した。瘻孔・死腔閉鎖目的に肋膜外air-plombageを選択し、壁側胸膜で瘻孔部を被覆した。壁側胸膜外と膿胸腔が交通しないように隔絶させ、膿胸腔内ブレイクドレーン、壁側胸膜外は24frダブルルーメントロッカーを留置し、吸引圧を-15cmで持続吸引した。

術後経過：術後2日よりリーク再燃あり、術後7日に再度瘻孔閉鎖術を施行した。その後リークは認めず、術後経過良好であった。

結語：有癭性膿胸に対し肋膜外air plombage術を応用し、根治的手術施行した1例を経験した。

IV-24 Upside-down stomachを呈した食道裂孔ヘルニアに対し腹腔鏡下修復術を施行した1例

東海大学医学部

田村 瞳、二宮大和、中島理恵、田島康平、金森浩平、庄司佳晃、数野 暁、西 隆之、山本美穂、小柳和夫

【はじめに】食道裂孔ヘルニアは高齢化や食生活の欧米化に伴い増加傾向にあるが、胃の軸捻転を伴い縦隔内へ高度に脱出するUpside-down stomachを呈する症例は稀である。【症例】76歳男性。食事のつかえ感を主訴に近医を受診し、通過障害を伴う食道裂孔ヘルニアと診断され当院紹介となった。当院精査でUpside-down stomachを呈する食道裂孔ヘルニアと診断し、手術方針とした。術中所見では食道裂孔は70×50mmと開大し、胃および横行結腸が縦隔内へ滑脱していたが、腹腔内への還納は容易であった。裂孔縫縮後、Toupet法による噴門形成を施行した。横隔膜脚は脆弱であったため、メッシュで縫縮部を補強し、さらに胃体部を腹壁に縫合固定して再発予防とした。術後経過は良好で、術後6日目に自宅退院した。【考察】Upside-down stomachを呈する食道裂孔ヘルニアでは、裂孔の高度開大や横隔膜脚の脆弱性を伴うことが多く、適切な裂孔修復と胃壁固定等の再発予防が重要である。

IV-25 Ivor-Lewis 手術後 7 年で胃管左主気管支瘻を発症した 1 例
群馬大学大学院総合外科学講座消化管外科学¹、群馬大学大学院総合外科学
講座²

野尻義人¹、栗山健吾¹、酒井 真¹、片山千佳¹、柴崎雄太¹、小峯知佳¹、
岡田拓久¹、白石卓也¹、熊倉裕二¹、木村明春¹、佐野彰彦¹、調 憲²、
佐伯浩司¹

症例は 66 歳女性。バレット食道癌に対して他院で Ivor-Lewis 手術を施行。
術後再発なく経過していたが、術後 7 年で肺炎を発症し前医入院、挿管・
人工呼吸器管理となった。CT で胃管左主気管支瘻の診断となり、当院へ転
院。手術は全身麻酔下、右側臥位で手術開始。左開胸操作で呼吸器外科に
より胃管左主気管支瘻孔部の露出および広背筋弁充填を施行し、その後同
一開胸創より当科で吻合部切除・胃管抜去および食道瘻造設を施行した。
術後は喀痰喀出困難・肺炎により気管切開を要したが、術後 2 ヶ月でリハ
ビリ転院。その後はリハビリを継続し、術後 5 ヶ月で自宅退院となった。
術後 6 ヶ月で右結腸再建術を施行。術後経過良好であり現在は経口リハビ
リを継続中である。胃管気管支瘻は容易に肺炎となり重篤な呼吸器症状を
引き起こす病態であるが、2 期再建により経口摂取が可能となった症例を
経験したので報告する。

14:50~15:30 心臓：大動脈 解離2

座長 笠原啓史（平塚市民病院 心臓血管外科）
堯天孝之（埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科）

IV-26 4分枝つき一体型オープンステントグラフトのステントグラフト部分でinfoldingによる狭窄を生じた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55歳女性。X日にStanford A型急性大動脈解離を発症し、同日4分枝つき一体型オープンステントグラフトでの上行弓部置換術を施行した。術後経過は良好であったが、造影CT検査でステントグラフト部分でのinfoldingによる狭窄を認めた。ABIは右0.83/左0.70と両下肢の低下を認めており、左下肢優位の冷感を認めたためPOD 19にendovascular surgeryでの狭窄解除を行うこととした。Infolding部分でのballooningを行うも十分な改善得られなかったためTEVARの方針とした。Relay Proを人工血管に十分landingするように留置したうえでballooningを行うとinfoldingが解除され、術中での下肢血圧の明らかな上昇を認めた。術後のABIは右1.13/左1.02と改善し、下肢の虚血症状も消失した。造影CTでinfoldingが解除され、大きな合併症がないことを確認した。術後は良好な経過をたどりPOD 33に退院した。

IV-28 Malperfusionによる両側ALI、遅発性の虚血性腸管出血を呈した、Stanford A型急性大動脈解離の1例
獨協医科大学病院 心臓・血管外科
白滝雄大、大橋裕恭、土屋 豪、小西泰介、川村 匡、手塚雅博、加藤 昂、横山昌平、廣田章太郎、中村 剛、和賀正義、福田宏嗣
74歳男性。頭痛、下肢脱力を主訴に前医受診し脳卒中疑いとして加療開始。下肢痛と胸痛も認めたため体幹部CTを施行し、偽腔圧排による両側CFA閉塞を伴うStanford A型急性大動脈解離と診断。発症翌日に当院へ搬送。腹痛はなく下肢感覚障害は軽度で運動機能は維持されていた。採血ではCK 28261 U/L、ミオグロビン12545 ng/mlと骨格筋壊死が進行していた。手術は虚血再灌流障害予防で、下肢虚血解除前に右腋窩動脈送血、右房脱血で人工心肺を開始した。その直後にVFを認めた。右CFAを切開し真腔を確認してから下肢送血を追加し上行置換術を行った。カリウムは高値で推移していたため、安定するまで人工心肺下にコントロールした。術後下肢コンパートメント症候群は認めなかった。術後12日目、貧血及び鮮血便が出現し、CTで上行結腸にextravasationを認めたため、右半結腸切除術を施行。病理所見は虚血性であった。その後の経過は良好で、術後32日目に退院となった。

IV-30 LMT malperfusionを伴った基部解離を救命できた一例
埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科
高木翔太、堯天孝之、吉武明弘、朝倉利久、木下 修、湯手裕子、金澤祐太、井上 龍、熊谷 悠、赤津克之、矢野純資、増田快飛、馬目博志

症例は62歳女性。8前に急性大動脈解離StanfordAに対して全弓部置換術が行われた。胸痛を主訴に救急搬送された。搬送時の心電図でST上昇を伴っており、CT検査で基部の解離が見られた。心エコー検査ではLVEF14%と低下しており、CAGではLMTからの冠動脈解離が認められた。まずPCIをLMT-LADに留置し、心機能が30%にまで改善えられた。一週間後のCT検査で心嚢液貯留を認めたものの循環は安定しており、待機的にBentall手術を行った。術後合併症なく経過良好で退院となった1例を経験した。

IV-27 リンパ腫化学療法後のStanfordA型慢性大動脈解離に対する治療経験
立川総合病院 心臓血管外科
羽山 響、萩原祐大、吉田幸代、高橋 聡、浅見冬樹、岡本祐樹、葛 仁猛、山本和男、吉井新平
症例は75歳女性。リンパ腫に対する化学療法後寛解状態で前医フォローされていた。定期外来でLDH 300台と高値であり造影CTを撮影したところ、偶然StanfordA型大動脈解離を認め、当院に転院搬送された。症状はなく、画像所見からも慢性期と考えられたため、精査し1週間後に部分弓部置換術（Triplex 28mm、腕頭動脈・左総頸動脈再建）を施行した。術中所見では、大動脈周囲に加え、上大静脈・右房周囲も癒着を認め、剥離に難渋した。また解離腔についてはすでに器質化している部分もあり、術前診断通り慢性期であると考えられ、癒着の所見からも化学療法が何らかの影響をきたしたと考えられた。術後経過は良好で、術後3日目に抜管し5日目にICUを退室した。化学療法の血管障害が影響したと考えられる大動脈解離の報告は稀であり、報告する。

IV-29 2分枝灌流障害による腸管虚血を合併した急性A型大動脈解離の1例
練馬光が丘病院 心臓血管外科
降旗 宏、野村陽平、手島健吾、八木萌香、安達秀雄
症例は44歳男性。右上下肢麻痺、失語で前医に救急搬送され、造影CT検査で左頸動脈閉塞と上行大動脈にエントリーを認める急性A型大動脈解離の診断となり、当院に救急搬送後、緊急で上行置換術を施行した。POD2に乳酸値の再上昇と肝酵素の急上昇を認めた。造影CT検査で大動脈の真腔狭窄は認めなかったが腹腔動脈および上腸間膜動脈（SMA）がそれぞれ真腔狭窄により閉塞しており腸管虚血と診断した。緊急でSMAおよび総肝動脈（CHA）へ静脈graftのY-compositで血行再建を行った。吻合後、SMAへのバイパス血流が逆転しCHAへの盗血現象を認めた。腸管虚血が悪化する可能性があったため、Y-compositの吻合口を縮小し再吻合したところ2方向へのバイパス血流はともに順行性となった。腸管壊死を回避し、その後の経過は良好であった。本症例は解離に伴う主要内臓動脈閉塞に対し、迅速な診断と適切な血行再建が奏功した例であり、バイパスデザイン的重要性が示唆された。

座長 堀 大治郎（上尾中央総合病院 心臓血管外科）
清水 理 葉（獨協医科大学日光医療センター 心臓・血管外科）

IV-31 大動脈縮窄症に合併した弓部大動脈瘤に対して正中アプローチで弓部人工血管置換術を施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター¹ 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

股部紘也¹、内田敬二¹、長 知樹¹、富永訓央¹、伏見謙一¹、池松真人¹、小島貴弘¹、尾崎広登¹、山田英恵¹、齋藤 綾²

30歳男性、既往歴は高血圧のみ、家族歴なし。呼吸困難出現し、前医受診。胸部CT検査で胸部大動脈瘤を認め、当科紹介。左前胸部に収縮期雑音聴取、上下肢血圧差50mmHg、CT検査でZone2に大動脈縮窄症、狭窄部末梢に40×50mmの大動脈瘤を認めた。手術適応とし、左鎖骨下動脈が瘤からの分岐であり、Transcatheter approach (TMA)も考慮したが、胸骨椎体間距離7cmと狭かったため胸骨正中切開での弓部人工血管置換が可能と判断した。Zone2の縮窄部から末梢へ大動脈切開、左鎖骨下動脈を確保、瘤末梢で下行大動脈を切離した。径17mmの下行大動脈に16mm人工血管を端端吻合し、24mm4分枝人工血管を用いて、弓部人工血管置換を行った。術後上下肢血圧差5mmHgまで改善、術後13日目に自宅退院した。大動脈縮窄症に合併した大動脈瘤は稀で、狭窄解除および瘤切除を一期的に行う際に解剖を考慮したアプローチ方法の検討が重要である。

IV-33 左Valsalva洞巨大動脈瘤に対するremodeling法による弁温存基部置換術が奏功した1症例

東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科

高木智充、國原 孝、儀武路雄、松村洋高、益澤明広、前田 恵、桐谷ゆり子、石割圭一

症例は70歳女性。左肩痛および背部痛を主訴に近医を受診し、左Valsalva洞動脈瘤と診断され当科へ搬送となった。CTでは50×56mmの左Valsalva洞巨大動脈瘤だけでなく、右冠洞の拡大も認めた。また左冠動脈回旋枝が瘤により圧排され狭窄を来たしていたため、薬剤負荷心筋シンチグラフィを施行したが虚血所見は認めなかった。以上より、Valsalva洞動脈瘤に対してremodeling法を用いた弁温存基部置換術を施行した。手術では人工血管と大動脈基部の吻合に際し、左冠洞のcusp insertion lineの外側に菲薄化した瘤壁が存在していたので、瘤壁を含めるように運針し、いわゆるinclusion techniqueの要領で吻合を行った。術後経過は良好で術後24日目に自宅退院し、初回外来でも良好な経過を確認した。

IV-32 腹側・背側の重複左腎静脈及び重複腎動脈を有する腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術の1例

榊原記念病院 心臓血管外科

立石 烈、矢野敦之、中原嘉則、丸井 晃、角 康平、尹 亮元、大野 真、岩倉具宏

症例は62歳男性。他院でCTを撮影した際に偶発的に腹部大動脈瘤を認め紹介となった。腎動脈下で58×60mm大の紡錘状瘤であったが、左腎静脈が腹部大動脈の腹側・背側に分岐する重複左腎静脈かつ、左腎動脈も上・中・下極枝に分岐する重複左腎動脈だった。手術は左腎動脈下極枝より中極かつ右腎動脈末梢で遮断したため左腎動脈下極枝に腎保護液（重炭酸リソリンゲル液にマンニトールとメチルプレドニゾロンを混注、4℃）を投与し、左腎静脈の背側枝は露出させずに中枢側の手術操作を行った。中枢側の遮断解除後に左腎動脈下極枝を人工血管に端側吻合し、その後左総腸骨動脈、右総腸骨動脈の順に再建し、型の如く閉腹し手術を終了した。中枢の大動脈遮断時間は33分であった。手術室で抜管、術後に腎機能の増悪を認めず、術後造影CTで吻合部を含め明らかな異常所見がないことを確認し、術後7日目に退院した。

IV-34 急性A型大動脈解離術後、胸骨ワイヤー離断損傷に伴う人工血管仮性瘤に対して再手術を施行した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター

森 弘帆、岡村 誉、草刈 翔、藤森智成、中野光規、山口敦司

40歳代女性。心停止を伴う急性A型大動脈解離、左冠動脈malperfusion、severe TRに対して、上行置換術、CABG(SVG-LAD)、TAPを施行した。術後8ヶ月の検査で基部、弓部、下行大動脈拡大、離断した胸骨ワイヤーを原因とする胸骨後面に接する人工血管仮性瘤、moderate ARを認めたため、再手術の方針とした。左腋窩、右大腿動脈送血、右大腿静脈脱血で人工心肺を確立して正中再開胸。再開胸時に仮性瘤が破裂し、圧迫しながら開胸した。人工血管前面に1cm大の損傷部位を確認し、尿道バルーンを挿入して出血を制御した。上行弓部大動脈置換術、基部置換術を施行し、術後経過良好で14日目に独歩退院した。人工血管仮性瘤に対する再手術について文献学的考察を含めて報告する。

日本胸部外科学会関東甲信越地方会 2026・2027・2028年予定表

回数	会長	所属	開催日	会場
第201回	新浪 博士	東京女子医科大学 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19日(土)	パシフィコ横浜
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13日(土)	都市センターホテル
第206回	渡邊 俊一	国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科	2028年3月	未定

2025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
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