

第 201 回日本胸部外科学会関東甲信越地方会

開催ご挨拶



第 201 回日本胸部外科学会関東甲信越地方会

会長 新浪 博士

東京女子医科大学心臓血管外科

このたび、第 201 回日本胸部外科学会関東甲信越地方会を、2026 年 6 月 6 日（土曜日）にステーションコンファレンス東京にて開催させていただくこととなりました。歴史と伝統のある本地方会を主宰する機会を賜りましたことは誠に光栄であり、平素より学会活動にご協力いただいております会員の先生方、関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

本地方会は、胸部外科 3 領域（心臓・大血管、呼吸器、食道）における症例報告を中心に、日常診療に直結する実践的な議論が行われることを大きな特色としております。近年は学生・初期研修医の発表も恒例となり、若手にとっては発表と討論の経験を積む貴重な機会であると同時に、指導医にとっても次世代育成を具体的に実感できる場となっています。とりわけ近年やや演題数が限られがちな食道外科領域のご発表も心より歓迎いたします。日常診療の工夫、周術期管理、合併症対応、集学的治療など、ぜひ積極的にご応募ください。

私自身、若い頃にこの地方会で受けた鋭いご指摘や温かい励ましが、現在の診療・研究・教育の礎になっています。胸部外科は、卓越した技術のみならず、患者さんの背景を読み解く総合力、チームで安全を積み上げる姿勢、そして「なぜそうするのか」を言語化して次へ伝える力が問われる分野です。若手の先生方には、本地方会を“発表の場”にとどめず、学び方を学ぶ場として最大限に活用していただきたいと思います。症例の成功だけでなく、判断に迷った点、工夫した点、反省点まで含めて共有することが、同世代の力になり、指導側にとっても次の教育を磨く材料になります。

また今回、初めて NP（ナース・プラクティショナー）セッションを新設いたしました。周術期管理、退院支援、合併症予防、患者教育など、胸部外科医療は多職種連携によって質と安全が支えられています。NPをはじめ看護師、臨床工学技士、理学療法士、薬剤師、栄養士など、他職種チーム医療の視点からの実践知を共有し、相互理解を深める機会としたいと考えております。医師のみならず、多くの医療スタッフの皆様のご参加も心より歓迎いたします。

今回も、多彩な一般演題を広く募集いたします。日常診療の中で得られた気づきや工夫、周術期管理、医療安全、チーム医療、教育的取り組みなど、明日からの臨床に役立つ発表を歓迎いたします。なお、優秀演題は、定期学術集会における「JATS Case Presentation Awards」での発表に推薦されます。ぜひ奮ってご応募ください。

末筆ながら、皆様の益々のご健勝とご発展を祈念申し上げますとともに、第 201 回地方会への多数のご参加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

会員数報告

2026/5/19 現在

一般会員	2,959名※
(幹事	86名)
(本会準会員	35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)

2026/5/19 現在

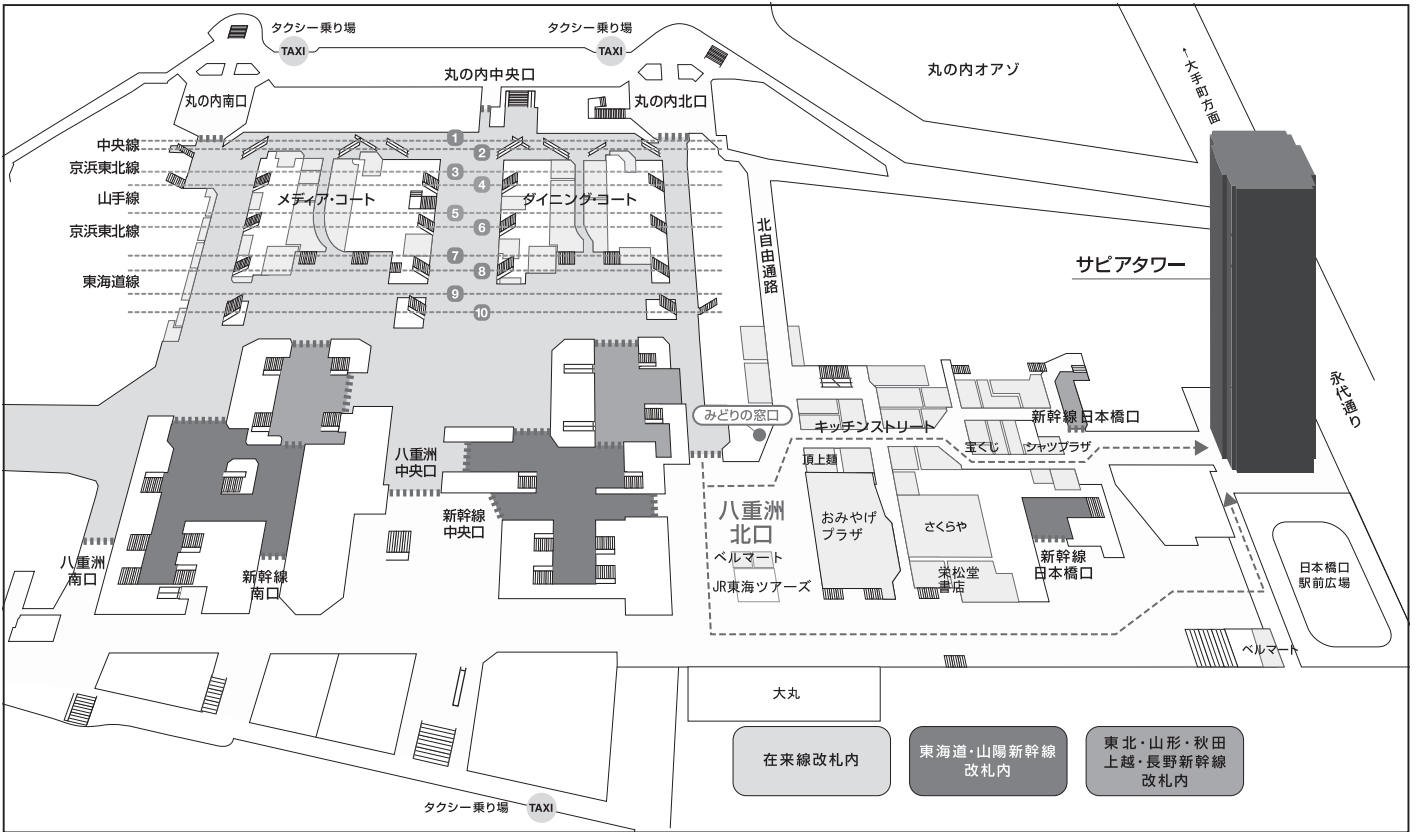
日頃より当地方会の発展のために多大なご支援とご高配を賜り、深甚より感謝申し上げます。

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

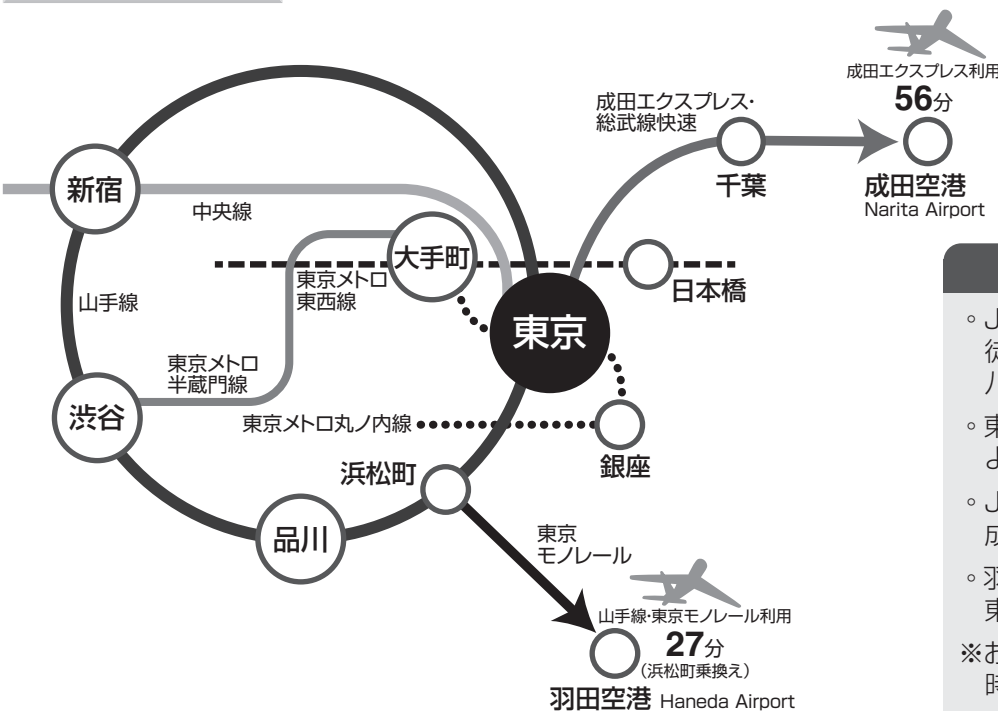
【会場案内図】

ステーションコンファレンス東京
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内1丁目7番12号
 サビアタワー 4～6F
 TEL：03-6888-8080

会場周辺図



路線図



交通機関と所要時間

- JR東京駅新幹線日本橋口改札より徒歩1分、八重洲北口改札口より徒歩2分
 - 東京メトロ東西線大手町駅B7出口より徒歩1分
 - JR成田空港駅より成田エクスプレスで約60分
 - 羽田空港第2ビル駅より東京モノレールで約30分
- ※お車で越しのお客様はビル内の時間貸し駐車場をご利用ください。

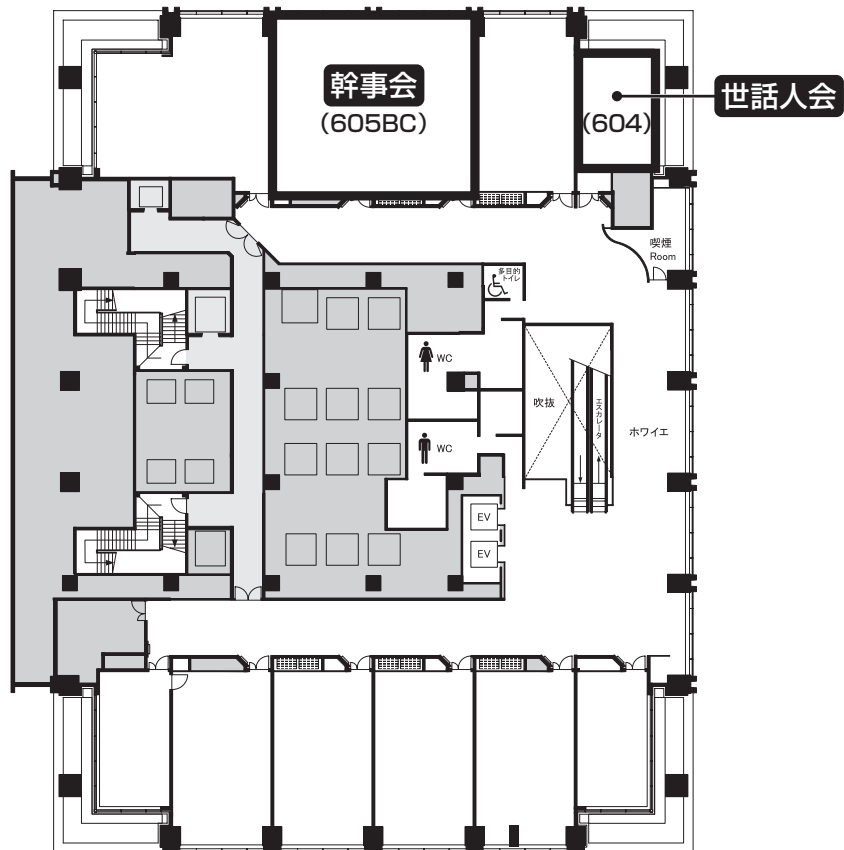
【場内案内図】

ステーションコンファレンス東京

■5F



■6F



ステーションコンファレンス東京

	第I会場 5階 501B	第II会場 5階 501A	第III会場 5階 503CD
8:00	7:55~8:00 開会式 8:00~8:48 心臓：学生発表 1 1~6 座長 齋藤 綾 横浜市立大学医学部 心臓血管外科学 座長 志水 秀行 慶應義塾大学 外科（心臓血管） 審査員 白石 修一 新潟大学医学部 心臓血管外科 審査員 西 宏之 東海大学医学部付属八王子病院 心臓血管外科	8:00~8:48 呼吸器：学生発表 1 1~6 座長 北見 明彦 昭和医科大学横浜市北部病院 呼吸器外科 座長 前田寿美子 獨協医科大学 呼吸器外科学 審査員 坪地 宏嘉 自治医科大学 呼吸器外科 審査員 朝倉 啓介 慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器）	8:00~8:48 呼吸器：初期研修医発表 1~6 座長 櫻井 裕幸 日本大学医学部 呼吸器外科 座長 藤森 賢 虎の門病院 呼吸器センター外科 審査員 中島 由貴 埼玉県立がんセンター 胸部外科 審査員 小林 正嗣 昭和医科大学 医学部 呼吸器外科
9:00	8:50~9:22 心臓：学生発表 2 7~10 座長 北村 律 自治医科大学医学部 心臓血管外科 座長 戸田 宏一 獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科 審査員 梶本 完 東京女子医科大学附属足立医療センター 心臓血管外科 審査員 黄野 皓木 千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科	8:50~9:46 呼吸器：学生発表 2 7~13 座長 増田 良太 東海大学医学部医学科 外科学系呼吸器外科学 座長 鈴木 秀海 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学 審査員 河野 光智 埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科 審査員 工藤 勇人 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野	8:50~9:38 心臓：先天性 1 7~12 座長 加藤 秀之 筑波大学 心臓血管外科 座長 小沼 武司 長野県立こども病院 心臓血管外科
10:00	9:25~10:21 心臓：初期研修医発表 11~17 座長 新川 武史 東京女子医科大学 心臓血管外科 座長 瀬戸達一郎 信州大学医学部 心臓血管外科 審査員 縄田 寛 聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科 審査員 國原 孝 東京慈恵会医科大学 心臓外科	9:47~10:19 呼吸器：縦隔腫瘍 14~17 座長 浅川 文香 東京科学大学 呼吸器外科 座長 田中 教久 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学	9:40~10:36 心臓：弁膜症 1 13~19 座長 吉野 邦彦 東京ベイ・浦安市川医療センター 心臓血管外科 座長 丸山 雄二 日本医科大学武蔵小杉病院 心臓血管外科
11:00	10:25~11:13 心臓：大血管 血管内治療 18~23 座長 東 隆 東京女子医科大学 足立医療センター 心臓血管外科 座長 和田 有子 信州大学医学部 心臓血管外科教室・地域医療推進学教室	10:20~11:08 呼吸器：肺悪性腫瘍 1 18~23 座長 中島 崇裕 獨協医科大学医学部 呼吸器外科 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	10:40~11:36 心臓：冠動脈 低侵襲 20~26 座長 田畑美弥子 大和成和病院 心臓血管外科 座長 岩倉 具宏 榊原記念病院 心臓血管外科
12:00	11:25~12:15 ランチョンセミナー 1 INTUITYの知見をINSPIRISへ —最大径生体弁留置を目指すTATEGIRI × Hybrid suture— 座長 菊地千鶴男 東京女子医科大学病院 心臓血管外科 講師 演者 橋口 仁喜 北海道立北見病院 心臓血管外科 第一部長 共催：エドワーズライフサイエンス合同会社	11:09~11:49 食道 24~28 座長 寺山 仁祥 国立国際医療センター病院 食道胃外科 座長 栗山 健吾 群馬大学 総合外科学消化管外科	11:40~12:20 心臓：その他 1 27~31 座長 長岡 英気 昭和医科大学藤が丘病院/東京科学大学 心臓血管外科 座長 國井 佳文 聖隷浜松病院 心臓血管外科
13:00	12:30~13:20 ランチョンセミナー 2 経カテーテル時代におけるMedtronic Device活用術 座長 梶本 完 東京女子医科大学附属足立医療センター 私の考えるAvalusの有用性 演者 田畑美弥子 大和成和病院 私の考えるPenditureの有用性 演者 平岡 有努 心臓病センター榊原病院 共催：日本メドトロニック株式会社	12:30~13:20 ランチョンセミナー 3 ロボット支援下肺切除術における 安全な普及のための教育や技術伝承 座長 神崎 正人 東京女子医科大学 呼吸器外科学講座 演者 福井麻里子 順天堂大学医学部 呼吸器外科学講座 演者 松本 勲 金沢大学医薬保健研究域医学系 呼吸器外科学 共催：シスメックス株式会社	12:30~13:20 ランチョンセミナー 4 TARFETの新たなスタンダード ～FROZENIX Family がもたらす術式変革～ 座長 伊藤雄二郎 千葉西総合病院 心臓血管外科 演者 吉野 邦彦 東京ベイ浦安市川医療センター 心臓血管外科 演者 配島 功成 東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科 共催：日本ライフライン株式会社

	第I会場 5階 501B	第II会場 5階 501A	第III会場 5階 503CD
14:00	13:25~13:40 学生表彰式	13:25~13:40 初期研修医表彰式	
	13:40~14:00 会長講演 演者 新浪 博士 東京女子医科大学心臓血管外科	13:40~14:00 会長講演 (中継)	13:40~14:00 会長講演 (中継)
15:00	14:05~14:45 スポンサードセミナー 1 Sutureless弁によるLifetime Management ~Standardな治療としてのSutureless Valve~ 座長 田畑美弥子 大和成和病院 Endo-AVRにおけるPerceval弁の使用経験 演者 青木 雅一 松本協立病院 生体弁不全症例における再AVR戦略—なぜ今、PERCEVALなのか 演者 瀬口 龍太 ニューハートワタナベ国際病院 共催: Corcym Japan株式会社	14:05~14:45 スポンサードセミナー 2 座長 神崎 正人 東京女子医科大学 呼吸器外科学講座 教授・基幹分野長 切除可能NSCLCの周術期治療 ~免疫チェックポイント阻害薬の新展開~ 演者 大平 達夫 東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野 教授 共催: MSD株式会社	14:05~14:45 スポンサードセミナー 3 「CABGにおける完全血行再建を目指した手術手技の工夫」 座長 新浪 博士 東京女子医科大学 最善の冠血行再建を目指して—冠動脈吻合戦略から Long Onlay Endarterectomyまで— 演者 和田 賢二 JR東京総合病院 Essential Techniques for Perfect CABG 演者 梶本 完 東京女子医科大学附属足立医療センター 共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
	14:50~15:35 JATS-NEXT企画: 領域横断 若者に伝えたい基本手術手技 座長 藤原 立樹 東京科学大学 心臓血管外科 座長 遠藤 哲哉 昭和医科大学外科学講座 呼吸器外科学部門 演者 配島 功成 東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科 演者 磯村 彰吾 長野中央病院 心臓血管外科 演者 松浦 陽介 がん研究会有明病院 呼吸器センター外科 演者 栗田 大資 国立がん研究センター中央病院 食道外科	14:50~15:30 呼吸器: 肺悪性腫瘍 2 33~37 座長 金井 義彦 自治医科大学外科学講座 呼吸器外科学部門 座長 井坂 珠子 東京女子医科大学 呼吸器外科	14:47~15:43 心臓: 弁膜症 2 32~38 座長 駒ヶ嶺正英 聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科 座長 宮本 真嘉 東京女子医科大学 心臓血管外科
16:00	15:40~16:25 アフタヌーンセミナー 1 TEVARの実際—症例から学ぶデバイス選択と戦略— 座長 東 隆 東京女子医科大学病院 心臓血管外科 TAG®コンフォーマブルステントグラフトを用いたTEVARの治療戦略 演者 金子 寛行 東京大学医学部附属病院 心臓外科 私がTAG®コンフォーマブルステントグラフトを選ぶ理由 演者 早川美奈子 大和成和病院 心臓血管外科 共催: 日本ゴア合同会社	15:40~16:25 アフタヌーンセミナー 2 NO吸入療法 座長 田端 実 順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科 主任教授 重症心不全外科におけるNOの有効性 演者 安藤 政彦 東京大学医学部附属病院 心臓外科 臓器移植医療センター 准教授 心臓血管外科チームにおけるiNOの役割 演者 岡本 一真 浜松医科大学 外科学第一講座 教授 共催: マリンクロットファーマ株式会社	15:45~16:30 アフタヌーンセミナー 3 大動脈解離に対する血管内治療 座長 西 宏之 東海大学医学部付属八王子病院 心臓血管外科 演者 西 智史 筑波記念病院 心臓血管外科 演者 佐藤健一郎 春日部中央総合病院 心臓血管外科 共催: クックメディカルジャパン合同会社
	16:25~17:21 心臓: 大血管 1 24~30 座長 横山 泰孝 順天堂大学附属順天堂医院 心臓血管外科 座長 在國寺健太 心臓血管研究所付属病院 心臓血管外科	16:25~17:21 呼吸器: 肺外傷、感染、その他 38~44 座長 菱田 智之 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科 座長 安樂 真樹 東京都健康長寿医療センター 呼吸器外科	16:33~17:21 心臓: 大血管 3 39~44 座長 大島 晋 川崎幸病院 川崎大動脈センター 大動脈外科 座長 森田 耕三 東京女子医科大学 心臓血管外科
17:00	17:21~18:09 心臓: 先天性 2 31~36 座長 古田 晃久 東京女子医科大学病院 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	17:25~18:05 心臓: 大血管 2 45~49 座長 潟手 裕子 埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科 座長 津田 泰利 山梨県立中央病院 心臓血管外科	17:21~18:09 心臓: その他 2 45~50 座長 沼田 智 東邦大学医療センター佐倉病院 心臓血管外科 座長 徳永 千穂 埼玉医科大学総合医療センター 心臓血管外科
	18:10~18:15 閉会式		
		10:30~11:20 世話人会 (6階 604)	11:30~12:20 幹事会 (6階 605BC)

第 I 会場：501B

8：00～8：48 心臓：学生発表 1

座長 齋藤 綾 (横浜市立大学医学部 心臓血管外科学)
志水 秀行 (慶應義塾大学 外科 (心臓血管))
審査員 白石 修一 (新潟大学医学部 心臓血管外科)
西 宏之 (東海大学医学部付属八王子病院 心臓血管外科)

学生発表

I-1 小児の拡張型心筋症の急性増悪に対して central ECMO 下に転院搬送した 1 例
横浜市立大学医学部医学科¹、横浜市立大学 心臓血管外科・小児循環器²
沖田 真¹、立石 実²、森 佳織²、大野祥一郎²、鶴 雄斗²、小林由幸²、
南 智行²、齋藤 綾²
症例は 3 歳女児。受診 2 日前まで活発に過ごしていたが、1 日前から活気不良、嘔吐あり。翌日、近医受診し循環不全疑われ、前医に救急搬送。心エコーで心拡大と心収縮低下を認め当院に救急搬送された。内科的治療で循環は維持されていたが、家族に心移植を見据えた ECMO の説明をするものこの時点では家族の希望なし。しかしその後も強心薬や人工呼吸管理は離脱困難な状態が続いていた。入院 2 ヶ月後、血圧低下を認め、再度家族に説明を行い、ECMO を希望された。説明した翌日に循環維持困難となり、緊急で central ECMO (Ao 送血、RA+LA 脱血) 装着を行った。術後 11 日目に EXCOR 装着目的で他施設に転院搬送。搬送前に多職種で搬送中の管理のシミュレーションを行い、安全に搬送することが可能だった。搬送同日 EXCOR 装着が施行され、現在、移植登録申請中である。入院中の経過や搬送時の注意点などについて考察を加えて報告する。

学生発表

I-3 肺動脈縮窄症に対して新生児期に体肺短絡術とシンフォリウムパッチによる肺動脈形成を行った PA/VSD の 1 例
北里大学医学部心臓血管外科
山田勝樹、武井哲理、近藤良一、松井謙太、美島利昭、嶋田正吾、
福隅正臣、田村佳美、村井佑太、青井夏帆、大谷篤司、宮地 鑑
【症例】5 ヶ月男児。診断は心室中隔欠損症、肺動脈閉鎖で、造影 CT 検査で動脈管流入部の左肺動脈縮窄を認めた。lipo PGE1 を使用して体重増加を待ち、日齢 25、体重 3.2 kg で人工心肺下に右 Blalock-Taussig shunt (3.5mm) と左肺動脈形成術 (シンフォリウムによるパッチ形成) を行った。生後 3 ヶ月時に術前心臓カテーテル検査を行い、左肺動脈狭窄に対して PTA を施行した。左肺動脈は 62% of Normal、PAI は 175 と低かったが、生後 5 ヶ月時に左肺動脈形成を施行せずに、心外導管 (3 弁付 ePTFE14mm) を用いた心内修復術を行った。術後経過は良好で、外来で経過フォローしている。肺動脈縮窄症に対する肺動脈形成の時期や方法、その遠隔期成績については様々な報告がある。文献的考察を加えて報告する。

学生発表

I-2 TAVI 弁機能不全に対して Intuity valve を用いた弁置換術の一例
埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科
大下唯花、堯天孝之、葛西未央、湯手裕子、高橋辰郎、吉武明弘
症例は 61 歳女性。アスベスト肺、強皮症に伴う間質性肺炎で HOT 導入中であり、8 年前に大動脈弁狭窄症に対して経カテーテル大動脈弁置換術 (TAVI, SAPIEN3, 23mm) が施行された。最近になり、労作時呼吸苦が増悪し、外出は困難でベッド上の生活が中心となっていた。心エコー検査で弁機能不全が指摘され、Valve-in valve TAVI が検討された。しかし、Deploy 時の冠動脈の閉塞のリスクが高く、外科的大動脈弁置換術の方針となった。SAPIEN3 は摘出され、Intuity Valve を用いて大動脈弁置換術が施行された。術後、呼吸リハビリを必要としたものの、自宅退院後は当科外来を通院中である。

学生発表

I-4 可動性に富む血栓弁疑いで sAVR を行い、パンススであった一例
千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科
田口 真、池内博紀、戸石 峻、長濱真以子、柴田裕輔、伊東千尋、
諫田朋佳、乾 友彦、渡邊倫子、松浦 馨、黄野皓木、松宮謙郎
6 年前に二尖弁 AS に対して生体弁 AVR を施行した 77 歳女性。呼吸苦と AS 進行あり TAVR 目的に当院紹介となった。TTE で RCC/NCC 相当弁に可動制限を伴う硬化変性あり、cCT/TEE で同部位は、可動性を伴い左室流出路に落ち込む異常構造物であり血栓弁の恐れのため、TAVR ではなく準緊急での SAVR の方針とした。心停止下大動脈切開すると人工弁には石灰化・パンススが高度に付着し、NCC 弁尖に術前検査で認めた異常構造物も確認できた。異常構造物は人工弁左室側付着部から左室流出路に張り出し、人工弁機能不全に陥った原因と考えられた。人工弁を摘出し生体弁 Inspiris 19mm を装着した。病理検査では血栓成分はなく繊維性に肥厚し一部高度石灰化を伴っていた。可動性に富む人工弁に由来すると思われる異常構造物を認め、血栓弁疑いで sAVR を行ったが、血栓かパンススか術前評価では困難であった本症例について文献的考察を含め報告する。

学生発表

I-5 ファロー四徴症心内修復術後の再肺動脈弁置換の一例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

金子なるみ、鹿田文昭、寺川勝也、辻 重人、小野 稔

ファロー四徴症術後 (TOF) の遠隔期に肺動脈弁逆流に対し生体弁による肺動脈弁置換 (PVR) を行ったが、早期に人工弁機能不全になり re-PVR を要した症例を報告する。症例は 20 歳男性、生後 9 ヶ月時に他院で TOF 心内修復術 (transannular patch) を施行。11 歳児に右室拡大と肺動脈弁逆流のため生体弁 (MAGNA EASE 23mm) で PVR を施行。術後 3 年で人工弁機能不全 (SVD) が出現し、外来で経過観察。右室拡大傾向と肺動脈弁逆流があり re-PVR の適応と考えられ当院へ紹介。20 歳時に re-PVR (EPIC 27mm)、主肺動脈パッチ形成、リングによる三尖弁輪形成を行った。TOF 心内修復術後の遠隔期の肺動脈弁逆流に対し経カテーテル肺動脈弁置換が可能となり、青年期にどのような外科手術が適切かどうか考慮の必要がある。早期に SVD となった本症例を、文献的考察を加え報告する。

学生発表

I-6 大動脈縮窄症術後の吻合部仮性瘤に続発した食道潰瘍の一例

北里大学病院 心臓血管外科

陳松暁良、福岡正臣、美島利昭、嶋田正吾、近藤良一、田村佳美、

松井謙太、森山 航、井出葉月、宮地 鑑

24 歳男性。熱中症で救急搬送され、急性腎不全および CT で偶発的に大動脈縮窄症と診断された。既に心機能低下を生じており内服調整後、待機的に左開胸で下行置換を施行した。6 ヶ月後、発熱を主訴に来院、中枢吻合部周囲に液体貯留を認め人工血管感染を疑ったが、血液培養は陰性で抗生剤加療後に液体貯留は減少したため経過観察とした。しかし 1 か月後、黒色下痢を主訴に来院し CT で中枢吻合部仮性瘤を認めた。上部内視鏡検査で明らかな交通はないものの粘膜の潰瘍所見あり、食道穿破のリスクが高いと判断し再手術を行った。左胸腔の癒着が予想され、正中切開で全弓部置換を施行した。術中内視鏡で瘻孔は確認できなかったため食道へは介入せず、大網充填を行い終了し、術後 29 日で退院した。術後半年の上部内視鏡検査で食道粘膜の潰瘍は改善を認めている。大動脈食道瘻形成前に外科的介入を行い、消化管関連合併症なく経過した症例を経験したため報告する。

8：50～9：22 心臓：学生発表2

座長 北 村 律 (自治医科大学医学部 心臓血管外科)
戸 田 宏 一 (獨協医科大学埼玉医療センター 心臓血管外科)
審査員 梶 本 完 (東京女子医科大学附属足立医療センター 心臓血管外科)
黄 野 皓 木 (千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科)

学生発表

I-7 胸部大動脈瘤に対し TEVAR 先行で末梢 landing zone を確保し TAR + FET を施行した1例
群馬大学医学部附属病院 循環器外科
菊田慎人、田村重樹、加藤悠介、三木隆生、立石 渉
胸部大動脈瘤に対し TEVAR を先行し上行弓部置換術を二期的に施行した1例を報告する。症例は慢性腎不全を合併した70代女性。上行から遠位弓部大動脈に及ぶ胸部大動脈瘤を認めた。術前 Cre が3点台の本症例は、術後の維持透析を回避するため、全弓部置換術による人工心肺時間、循環停止時間や出血量など、可能な限り手術侵襲の低減が必要と考えた。一体型 FET を用いた上行弓部置換を検討したが、末梢は大動脈弁レベルを超える範囲まで landing が必要で対麻痺リスクがあることに加え、Zone1 での吻合の場合は治療長が長く、FET 単独治療は不可能だった。そこで TEVAR を先行し鎖骨下動脈分岐部まで留置することで FET の末梢 landing zone を確保し、Zone1 で末梢吻合を行う全弓部置換術 + FET を施行した。術後当日抜管し、術後25日目まで CHDF を要したが他の周術期合併症なく自宅退院した。手術侵襲低減を目的とした広範囲胸部大動脈瘤に対する TEVAR 先行二期的 TARFET 治療は有用と考える。

学生発表

I-9 Total debranching TEVAR 施行後のステントグラフト感染に対し再手術を施行した1例
東京科学大学 医学部医学科¹、東京科学大学 心臓血管外科²
井上拓海¹、藤原立樹²、長岡英気²、川畑拓也²、櫻井啓暢²、鍋島惇也²、江部里菜²、高島琢朗²、山川 一²、藤田知之²
77歳男性。67歳時に甲状腺癌精査時のCTにて弓部大動脈瘤を指摘され、上行大動脈置換を併施した total debranching TEVAR を施行した。退院後の経過は良好であったが、術後10年目に持続する発熱を認め、精査加療目的に入院となった。CT および Ga シンチグラフィにてステントグラフト感染が疑われたが、血液培養では起炎菌は同定されなかった。広域抗菌薬投与を行ったが炎症反応の改善に乏しく、再手術を施行した。胸骨正中切開、体循環停止下に人工血管を離断し、直視下にステントグラフトを全摘出した。人工血管も可及的に摘出し、リファンピシン浸漬4分枝人工血管とオープンステントグラフトにて再建した。摘出標本の遺伝子解析にて Campylobacter fetus が検出された。術後は抗菌薬治療を継続し、炎症反応の陰性化を確認後に退院となった。TEVAR 後長期経過例におけるステントグラフト感染に対し、集学的治療が奏功した1例として文献的考察を加えて報告する。

学生発表

I-8 術中に診断された ImpellaCP の血栓形成の一例
埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科
板垣野乃香、堯天孝之、河西未央、湯手裕子、高橋辰郎、吉武明弘
症例は55歳男性。虚血性心筋症に伴う循環不全/低心機能症例に対して ImpellaCP にて管理されていた。Medication が強化され心不全が改善した1週間後に冠動脈バイパス手術が行われた。術中経食道心エコー検査で下行大動脈内に ImpellaCP のシャフトに一致する部位での血栓形成を認めた。人工心肺下に冠動脈血行再建を行った後、経食道エコー下に ImpellaCP の抜去を行った。抜去時に血栓が浮遊する所見や術中の末梢循環不全は認めず幸いにも Mechanical circulatory support (MCS) は必要なく安定した循環で CICU へ帰室した。術後1週間後のリハビリ中に左下肢の疼痛及び冷感が出現し、造影CT検査が施行され下肢急性動脈閉塞症の診断で、経皮的カテーテルで緊急血栓除去術が行われた。症状および ABI の改善、その後リハビリも進み術後3週間で自宅退院となり現在は NYHA1 で外来通院している。様々な MCS が普及する中で ImpellaCP に関する血栓塞栓症例を経験したため報告する。

学生発表

I-10 下肢虚血症状で発見された成人大動脈縮窄症の一例
榊原記念病院
岡田京子
【はじめに】成人大動脈縮窄症は稀であり、多くの場合非特異的な症状を呈し、治療を行わないまま放置すると難治性高血圧、心不全、大動脈瘤や大動脈破裂など重大な合併症を呈する 경우가多く、予後は診断の遅れによって深刻な影響を受ける。今回、下肢虚血症状を契機に発見された症例を経験した。【症例】30歳代男性。既往に高血圧および冠動脈病変を有する。下肢の虚血症状を主訴に受診し、大動脈縮窄症と診断された。CTで左鎖骨下動脈遠位の高度狭窄を認め、左開胸下に人工血管(18mm)を用いた下行大動脈置換術を施行した。術後、腹痛を認めたが、術後経過は良好であった。【考察】成人大動脈縮窄症に対する外科的アプローチは、縮窄の複雑さや関連する心臓病変に基づいて個別に決定される。周術期管理において、虚血徴候の早期把握と多角的評価が重要であると考えられた。

9:25~10:21 心臓：初期研修医発表

座長 新川 武史 (東京女子医科大学 心臓血管外科)
瀬戸 達一郎 (信州大学医学部 心臓血管外科)
審査員 縄田 寛 (聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科)
國原 孝 (東京慈恵会医科大学 心臓外科)

初期研修医発表

I-11 右房原発巨大血管肉腫の1例

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

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

血管肉腫は稀な原発性心臓腫瘍であり、極めて予後不良とされる。今回、右房原発の巨大血管肉腫に対して外科的切除を施行した1例を経験した。症例は37歳男性。呼吸困難を主訴に前医を受診し、CTで心タンポナーデと診断され心嚢ドレナージが施行された。退院後約1か月で心タンポナーデが再発し、CTにて右房前面に52×60×42mmの腫瘍があきらかとなったため当院紹介となった。臨床経過および画像所見から血管肉腫を疑い、外科的切除の方針とした。腫瘍は洞結節付近から右冠動脈、下大静脈に浸潤しており、広範切除後にウシ心膜パッチで右房を再建した。病理診断は血管肉腫であった。術後経過は良好で、術後21日目に軽快退院した。

初期研修医発表

I-12 右小開胸僧帽弁形成術後より左声帯麻痺、左舌下神経麻痺を来し、著明な嚥下障害を認めた1例

春日部中央総合病院 心臓血管外科

林 昂輝、佐藤健一郎

【症例】52歳女性(身長150cm、体重39kg)。後尖逸脱による重度僧帽弁閉鎖不全症に対し右小開胸僧帽弁形成術を施行した。術後1日目に抜管し飲水開始したが、嚥下障害を認めた。術後4日目に施行した喉頭鏡検査で左声帯麻痺を認めたのに加え、挺舌時左方偏位を認め舌下神経麻痺も疑われた。しかしその後施行した頭部MRIでは脳梗塞否定的であった。嚥下リハビリを継続し術後51日目に常食全量摂取可能となり退院となった。【考察】右小開胸アプローチでは術野操作による左反回神経損傷の可能性は低く、脳梗塞も画像上否定的であった。本症例のように小体格で極端に顎が小さい患者では、分離肺換気のためのダブルルーメンチューブ(35Fr)と術中の経食道心エコープローブ留置で咽喉頭の末梢神経を圧迫・損傷した可能性が示唆された。

初期研修医発表

I-13 甲状腺乳頭癌上縦隔再発に対して、腫瘍切除及び上大静脈/腕頭静脈再建を施行した1例

東京大学医学部附属病院 心臓外科

劉 澤成、安藤政彦、高橋秀臣、李 洋仲、小前兵衛、小野 稔

66歳女性。X-41年、他院で甲状腺乳頭癌に左葉切除施行。X年、嗄声/呼吸困難で近医に救急搬送。CTで6cm大の右上縦隔腫瘍を認め、気管支鏡下生検で乳頭癌再発の診断。造影CTにて上大静脈と腕頭静脈への浸潤を認め、Trap-door法(右第三肋間)による腫瘍切除及び上大静脈/腕頭静脈の人工血管再建術を施行した。腫瘍切除には上大静脈の遮断が必須であり、遮断によって左外頸静脈圧が著明に上昇したため、小児用ECMO回路を使用して、右内頸静脈/腕頭静脈脱血、上大静脈送血による静脈シャントを確立した。腫瘍切除し、上大静脈-右鎖骨下静脈/内頸静脈の合流部、腕頭静脈-右心耳をそれぞれ別個のRinged Goretex graft(12mm)にて再建した。術後経過は良好。上肢/顔面の浮腫も認めず術後22日で自宅退院。病理でも甲状腺乳頭癌局所再発の診断。本疾患に対する、外科的アプローチ、静脈圧モニタリング、シャント方法、再建法などについて、文献的考察を含めて報告する。

初期研修医発表

I-14 左鎖骨下動脈盗血症候群と左総頸動脈狭窄に対し右腋窩動脈-左腋窩動脈・左総頸動脈バイパス術を施行した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

齋藤瑞樹、河原拓也、藤森智成、草刈 翔、橋本和憲、中野光規、
谷口良輔、岡本 誉、山口敦司

症例は76歳女性。右上肢筋力低下で発症した左前頭葉・頭頂葉の分水嶺領域脳梗塞で入院した。右上肢筋力低下はすみやかに改善したが、歩行時のふらつき症状を認めた。CTで左総頸動脈起始部と左鎖骨下動脈の高度石灰化を認め、SPECTで左頭頂葉から後頭葉にかけて血流低下を認めた。また、頸動脈エコーで左椎骨動脈の逆流、ABIで左上肢血圧低下を認め、鎖骨下動脈盗血症候群と診断した。右腋窩動脈-左腋窩動脈・左総頸動脈バイパス術を施行し、左上肢の血圧上昇とふらつき症状の改善を得た。鎖骨下動脈盗血症候群は鎖骨下動脈近位部の狭窄や閉塞により椎骨動脈血流が逆流し、脳虚血症候群を呈する疾患である。また総頸動脈狭窄も脳虚血の原因となる。今回、分水嶺領域脳梗塞を契機に診断された左鎖骨下動脈盗血症候群・左総頸動脈高度狭窄の合併に対し外科的血管再建を行い、良好な経過を得た症例を経験したため文献的な考察を含めて報告する。

初期研修医発表

I-15 Fontan 循環における Tissue engineered vascular graft の遠隔期狭窄の 1 例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科¹、東京女子医科大学病院 病理診断科²

佐藤菜緒子¹、古田晃久¹、吉澤佐恵子²、吉田尚司¹、伊藤貴弘¹、新川武史¹、長嶋洋治²、新浪博士¹

当施設では、単心室症例に対し心外導管として Tissue engineered vascular graft (TEVG) を用いた TCPC を施行してきた。今回、遠隔期 TEVG 狭窄に対して人工血管置換を行い、狭窄原因を病理学的に評価したので報告する。症例は 25 歳女性。出生時より左室型単心室、AVSD、DORV と診断された。段階的手術後、2 歳時に TEVG を用いた TCPC を施行した。術後 15 年目にグラフト狭窄を認め、PTA を施行するも改善なく、肝不全も合併したため手術の方針とした。手術は人工血管置換術、左肺動脈形成術を施行し、術後経過は良好で 16 日目に退院した。TEVG の病理検査では、非狭窄部では厚い血管壁、弾性線維・平滑筋の形成を認める一方、狭窄部では血管壁は菲薄で、弾性線維・平滑筋は乏しく、強い線維化、TEVG 足場材料の残存も認めた。これらの結果から、血管成熟の遅延により TEVG 狭窄が生じた可能性が示唆された。

初期研修医発表

I-17 川崎病性冠動脈瘤に対する 1 手術例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

浅野祐介、大森智瑛、櫻井 学、山元隆史、丸島亮輔、茂木健司

44 歳男性。2 歳時に川崎病に罹患し、その際に RCA および LAD の冠動脈瘤を指摘されフォローされていた。9 歳時に CAG 施行し RCA の CTO 所見を認めたが経過観察となっていた。昨年になり、健康診断で左胸壁腫瘍を指摘された際に右冠動脈瘤 φ20mm、左冠動脈瘤 (LAD) φ15mm の冠動脈瘤を再度指摘され当院循環器内科紹介となった。CAG では動脈瘤所見のほか RCA 慢性閉塞所見のみで他枝には有意狭窄病変は認めなかったが、瘤内血栓による LAD 末梢塞栓予防の観点から手術の方針となった。手術は Off-pump CABGx3 : LIMA-LAD、RIMA-RA-4PD-4AV の graft design とし、transit-time flow meter で LIMA の flow pattern が良好となることを確認して LAD 瘤末梢を結紮した。術後 CAG で graft 開存および native LAD は結紮されたことと、心エコーで新規壁運動低下所見がないことを確認して自宅退院した。冠動脈瘤に対する手術適応は controversial であり、文献的考察を交え報告する。

初期研修医発表

I-16 Valsalva 洞動脈瘤破裂に対するパッチ閉鎖術後遠隔期に発症した大動脈基部仮性動脈瘤の 1 例

虎の門病院 循環器センター外科

守屋貴裕、横山 充、原 亮太、植木 力、佐藤敦彦、松山重文

症例は 34 年前に Valsalva 洞動脈瘤破裂に対してパッチ閉鎖術の既往がある 63 歳男性。1 年前に経胸壁心臓超音波検査で Valsalva 洞の拡大を指摘され、CT 検査で Valsalva 洞に 40mm の嚢状動脈瘤を認めた。初回の指摘から 10 ヶ月後の CT 検査で 45mm に増大していたため、手術加療目的に紹介となった。術中所見では、前回の aortotomy 閉鎖部末端に動脈瘤を認め、肉眼的には仮性動脈瘤様の所見だった。癒着が激しく自己弁温存は困難と判断し、大動脈基部置換術 (Inspiris 25mm + Gelweave Valsalva graft 28mm) を行った。手術時間は 5 時間 07 分、大動脈遮断時間は 102 分、人工心肺時間は 160 分。術後 19 日目に退院となり、病理組織学的検査で仮性動脈瘤と診断された。術後数十年経過してから発見される仮性動脈瘤は稀であり、文献的考察も踏まえて報告する。

10:25~11:13 心臓：大血管 血管内治療

座長 東 隆 (東京女子医科大学 足立医療センター 心臓血管外科)
和田 有子 (信州大学医学部 心臓血管外科教室・地域医療推進学教室)

I-18 当院における Thoracic Branch Endoprosthesis (TBE) の早期治療成績

山梨県立中央病院 心臓血管外科

佐藤大樹、津田泰利、大澤いくみ、横山毅人、中島雅人

Thoracic Branch Endoprosthesis (TBE) は遠位弓部大動脈病変、特に ZONE2 に対する低侵襲治療として導入されている。当院における導入初期症例の治療成績を検討した。当院で TBE を施行した 3 例は平均年齢 65 歳、大動脈解離が 2 例、大動脈瘤が 1 例であった。平均手術時間は 95 分、全例でデバイス留置は成功し、左鎖骨下動脈の血流は良好であり、脳梗塞や対麻痺等の合併症は認めなかった。術後 CT で明らかな endoleak は認めず、早期成績は良好であった。TBE は ZONE2 病変に対して左鎖骨下動脈の血行再建を行うことが可能であり、当院での初期経験は安全に行うことができた。今後症例の蓄積と長期成績の検討が必要である。

I-20 急性 B 型大動脈解離による腹部アンギナに対して血管内治療を施行した一例

行徳総合病院

清水圭佑、菅谷 彰

45 歳女性。胸背部痛を主訴に救急搬送され急性 B 型大動脈解離の診断で保存加療された。3 病日に食事を開始すると心窩部痛が増悪した。造影 CT 検査で下行大動脈の真腔狭窄と腹腔動脈狭窄、上腸間膜動脈狭窄を認め腹部アンギナに対する血管内治療の方針とした。下行大動脈のプライマリーエントリーを TEVAR で閉鎖して、上腸間膜動脈にペアメタルステントを留置した。治療後は腹痛消失し 23 病日で退院した。

I-22 大動脈縮窄症修復後の胸部下行大動脈瘤に対して、FROZENIX を用いて全弓部大動脈置換術を行った症例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

西池 央、塚田 亨、内藤修平、今中佑紀、井口裕介、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 46 歳女性。幼少期に大動脈縮窄症に対するパッチ修復術、成人期に大動脈弁置換術および上行大動脈置換術の既往を有した。胸部下行大動脈に 55mm 大の大動脈瘤を認め、手術目的に当院紹介となった。再正中切開下に FROZENIX を用いた全弓部大動脈置換術を施行した。右腋窩動脈送血、右房脱血で人工心肺を確立し、超低温循環停止・選択的脳灌流下に手術を行った。瘤遠位側の下行大動脈は高度に屈曲していたため、FROZENIX を追従させる目的に右大腿動脈より挿入したガイドワイヤーを介して留置した。さらに、瘤化した下行大動脈壁より右鎖骨下動脈が分岐していたため、残存瘤への逆行性血流を防止する目的で、瘤内からその起始部を縫合閉鎖した。右鎖骨下動脈領域の血流は右腋窩動脈バイパスにより再建した。先天性大動脈疾患術後の複雑な解剖を伴う胸部大動脈瘤に対し、術式および分枝再建に工夫を要した 1 例として報告する。

I-19 Zone2 TEVAR 後の遠隔期 TypeIa EL に対する Ax-Ax bypass 併用 Branched TEVAR の 1 例

東京女子医科大学附属 足立医療センター¹、東京女子医科大学病院 心臓血管外科²

池原大烈¹、東 隆¹、横井良彦²、古川博史¹、梶本 完¹

背景：TEVAR 後の Type Ia エンドリーク (EL) に対する再介入では中枢側への延長 TEVAR が必要となり弓部分枝温存が課題となる。再正中切開高リスク例に対する Zone0 への延長 TEVAR の報告は限られる。今回、Ax-Ax bypass と physician-modified multi-branch Najuta (MB-Najuta) を用い良好な結果を得た症例を経験。症例：55 歳男性、BMI 32。10 年前に Stanford A 型急性大動脈解離に対し上行置換術及び大動脈弁置換術を施行。術後 3 年で Stanford B 型急性大動脈解離を発症し遠位弓部拡大に対し鎖骨下動脈 (LSA) 単純閉塞下に Zone2 TEVAR を施行。術後 7 年で LSA 再開通に伴う Type Ia EL を認めた。高度肥満のため再正中切開は高リスクと判断し血管内治療を選択。MB-Najuta にて腕頭動脈及び左総頸動脈を再建、Ax-Ax bypass 後に LSA 入口部をコイル塞栓した。経過良好で術後 7 日に独歩退院した。結語：再正中切開高リスク症例に対し MB-Najuta による延長 TEVAR は有効な治療選択肢となり得る。

I-21 2-debranch TEVAR 後に発症した A 型大動脈解離に対して緊急手術を施行した 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、藤井大志、大橋伸朗、和田有子、瀬戸達一郎

症例は 87 歳女性。3 年前に 2-debranch TEVAR が施行された。菌痛を主訴に前医受診し、狭心症疑いで入院となり、単純 CT 検査で上行大動脈解離、心膜液を認め当院に転院となった。来院後の造影 CT で心膜液貯留、ステントグラフト中枢端に entry を有する大動脈解離、また Type Ia エンドリークを認め緊急手術の方針とした。左腋窩動脈、左大腿動脈送血、上下大静脈脱血で体外循環を開始し、直腸温 21℃ まで冷却後に循環停止とした。腕頭動脈および左腋窩動脈送血で脳分離体外循環を開始した。その際、腋窩-腋窩動脈バイパス人工血管間で遮断した。上行大動脈にエントリーを認め、腕頭動脈直下でトリミングし断端形成した。腕頭動脈再建を伴う部分弓部大動脈人工血管置換術を施行した。術後脳梗塞なく、術後 4 日目に ICU 退室となった。本症例は 2-debranch TEVAR 後であり、脳分離体外循環時の還流異常のリスクが懸念された。治療戦略の妥当性に関して考察を加え報告する。

I-23 右側大動脈弓に伴う弓部大動脈瘤に対して全弓部置換+frozen elephant trunk を行った 1 例

榊原記念病院 心臓血管外科

島野 凌、角 康平、尹 亮元、大野 真、丸井 晃、中原嘉則、岩倉具宏

右側大動脈弓 (RAA) は人口の約 0.05~0.1% にみられる稀な異常である。症例は 74 歳男性。健診の胸部単純 X 線写真で縦隔の異常陰影を指摘され、CT で鏡像型の RAA と 65mm×45mm の遠位弓部大動脈瘤を認め当科紹介となる。また精査で加齢性変性による中等症の大動脈弁閉鎖不全症を認めた。左鎖骨下動脈起始異常や Kommerell 憩室、先天性心疾患の併存はなかった。胸骨正中切開で Zone 3 吻合での全弓部置換+frozen elephant trunk と生体弁による大動脈弁置換を行った。第 3 分枝である右鎖骨下動脈は視野が深く、右側 collar incision を加え無名静脈より頭側で露出し遮断下に吻合した。また第 1 分枝である左側腕頭動脈は、人工血管 4 分枝のうち側枝管との吻合が自然な配置であったため送血管を人工血管の第 1 分枝に付け替え、側枝との吻合で再建した。術後経過は良好で術後 11 日目に自宅退院した。RAA に伴う弓部大動脈瘤では鏡像型の分枝走行に応じた再建戦略の術前計画が重要である。

14：50～15：35 JATS-NEXT 企画：領域横断 若者に伝えたい基本手術手技

座長	藤原立樹	(東京科学大学 心臓血管外科)
	遠藤哲哉	(昭和医科大学外科学講座 呼吸器外科学部門)
演者	配島功成	(東京慈恵会医科大学附属柏病院 心臓外科)
	磯村彰吾	(長野中央病院 心臓血管外科)
	松浦陽介	(がん研究会有明病院 呼吸器センター外科)
	栗田大資	(国立がん研究センター中央病院 食道外科)

領域横断手術は非定型的であり、若手外科医には各領域に共通する基本手技と判断力が求められる。本セッションでは、心臓血管外科、呼吸器外科、食道外科の立場から、若手に伝えたい基本手技を症例とともに提示する。血管処理の基礎として、動脈・静脈の違い、結紮、焼灼、クリップ、テーピング、基本的な血管吻合手技を解説する。また、領域横断手術におけるヘパリン化の要否、人工心肺使用の判断、術前の他科連携とプランニングの重要性を論じる。さらに、「リンパ節郭清とは何か」という問いを通じて郭清の概念を再考する。食道癌ロボット手術における反回神経周囲リンパ節郭清の下準備、層構造に基づく手順、デバイス選択についても解説する。若手外科医はもちろん、領域横断手術に関わる多くの外科医にとって実践的な学びとなるセッションを目指す。

16:25~17:21 心臓：大血管1

座長 横山 泰孝 (順天堂大学附属順天堂医院 心臓血管外科)
在國寺 健太 (心臓血管研究所付属病院 心臓血管外科)

I-24 巨大な偽腔を有する慢性解離の中核側断端形成に対する Neo-media repair 法の有用性

自治医科大学附属病院 心臓血管外科

菅又瑞生、棚澤壮樹、荒川 衛、北村 律、川人宏次

症例は67歳男性。健康診断で最大径60mmの慢性解離性上行大動脈瘤を指摘され、当院紹介となった。CTでは偽腔最大径54mm、真腔径28mmと著明な口径差を認め、内膜側と外膜側の周径ミスマッチを伴う慢性解離の形態を呈していた。中核側断端形成に際し、三日月状の解離腔形状に合わせて短冊状1.5mm PTFE フェルト3枚を層状(バームクーヘン状)に挿入した。さらに40PPP糸を用いて、挿入フェルトとともに内膜側・外膜側をPTFE フェルトストリップで固定し、Neo-media repair 法による断端形成を行った。その後、J-graft 30mmを用いて上行大動脈置換術を施行した。術後15日目のCTでは断端形成部に異常所見を認めず、術後21日目に独歩退院した。巨大偽腔を伴う慢性解離において、本手技は口径ミスマッチに起因する外膜の過度なshrinkや脆弱な内膜のcuttingを回避し得る点で有用と考えられる。

I-26 特発性上行大動脈破裂の原因が未治療梅毒感染であった1例 都立墨東病院 心臓血管外科

白米山幸乃、三好康介、篠田大悟、横山野武、白石 学

【背景】心血管梅毒は梅毒の晩期合併症の一つだが臨床現場で遭遇することは稀である。【症例】81歳男性、既往症は高血圧のみ。9日前からの胸痛と呼吸困難を主訴に前医を受診し、上行大動脈瘤破裂の疑いで当院へ転院搬送された。造影CTで上行大動脈近位部大弯に破裂孔を有する巨大仮性動脈瘤を形成しており、緊急上行大動脈人工血管置換術を施行した。局所瘤化以外の大動脈は正常であった。術後4日目に抜管、7日目にICUを退室し、術後経過は良好であった。血液検査でRPR、TPLA陽性が判明し、瘤壁の組織診断は梅毒感染に矛盾しない所見であった。患者は男性間性交渉者であり30年前に梅毒感染を指摘されていたが未治療であったことがわかった。【結語】梅毒性大動脈瘤単独病変の破裂症例を経験した。文献的考察を交えて報告する。

I-28 両側頸動脈バイパス、上行弓部大動脈人工血管置換で救命しえた急性大動脈解離の一例

NTT 東日本関東病院 心臓血管外科

藏田愛央伊、石脇大喜、堀江咲良、松下 弘、吉住 朋、華山直二

70歳男性。アルコール性肝炎で近医退院中。全身倦怠感、筋力低下で同院受診し、腹部超音波検査で腹部大動脈の解離を指摘され当院搬送となった。CTでStanford A型の急性大動脈解離と診断された。両側の頸動脈が造影早期相で造影効果を認めず、緊急手術を行った。両側の総頸動脈、左鎖骨下動脈を確保し選択的順行性脳還流のカニューレと接続した。左鎖骨下動脈を人工血管と吻合し、右大腿動脈と共に送血路とした。人工心肺を確立し、両側頸動脈は人工血管と端々吻合し、上記カニューレと接続し直した。低体温循環停止下に上行弓部人工血管置換を行った。頸部分枝は上記3本の人工血管と吻合した。上記手術を行い明らかな神経学的異常所見を認めず経過した症例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

I-25 脳虚血を呈した弓部分枝分岐異常合併急性A型大動脈解離に対する頸動脈灌流先行手術の1例

平塚市民病院 心臓血管外科

井植優豪、船石耕士、笠原啓史

症例は76歳男性。A型急性大動脈解離に伴う右総頸動脈閉塞にて左片麻痺で発症。Kommerell憩室近傍にentryを有し、右鎖骨下動脈起始異常(Adachi-Williams Type G, Edwards Type 2)を合併していた。発症8時間後の麻酔導入時の頸部超音波でも閉塞を認めたため、体外循環確立と同時に頸部で右総頸動脈にバルーンカテーテルを挿入し、順行性脳灌流を開始した。右鎖骨下動脈は起始部をFETにて閉鎖し、後縦隔で結紮した。左鎖骨下動脈は開窓とし、右総頸動脈は頸部で吻合、右腋窩動脈に吻合した小口径人工血管を縦隔へ誘導し、TAR+FETを完遂した。術直後のCT perfusionでは明らかなpenumbraを認めず、既存梗塞と再灌流域のみを認めた。また、右鎖骨下動脈は完全血栓化していた。左片麻痺は、術当日から下肢が改善、上肢も徐々に改善しMMT4まで回復した。早期脳再灌流および解剖学的異常合併例に対する外科的工夫が有用であったと考えられた。

I-27 複数回のBentall手術後に中核吻合部仮性瘤を介してARと同様の病態を来した一例

成田赤十字病院 心臓血管外科

吉田勝幸、萩原悠介、丸山拓人、大津正義、渡邊裕之

症例は51歳男性。18年前にIEに対して初回AVRを施行し、その後PVEや吻合部仮性瘤によって、reAVR、計2回のBentall、CABG等多数の再手術を実施した。7年前からBentall術後の中核吻合部仮性瘤を認めていたが、リスクが非常に高かったため根治術は見送られていた。3ヶ月前から心不全を発症したが、TTEでは病因を検知できなかった。精査のAOGでは、RCA吻合部から仮性瘤内への収縮期血流と仮性瘤内から左室への拡張期血流を認めた。心電図同期CTも実施し、RCA吻合部の破綻に伴う、グラフトから既知の中核吻合部仮性瘤への穿破と診断した。心不全コントロール目的に、仮性瘤パッチ閉鎖+CABG(Ao-SVG-RCA)を施行した。術後グラフト感染と縦隔炎を発症し、開胸での持続洗浄や形成外科による腹直筋皮弁術を経たが、術後152日目に自宅退院となった。本症例は、グラフト、仮性瘤、左室が交通したことで、ARと同様のシャント血流が生じ、心不全を発症した特異な病態であった。

I-29 エホバの証人に対する急性A型解離手術後、真腔虚脱を救済した1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院¹、国立病院機構埼玉病院²、慶應義塾大学病院³、東京慈恵会医科大学附属病院⁴

配島功成¹、工藤樹彦²、村田 哲³、青木拓万²、志水秀行³、國原 孝⁴

76歳女性。エホバの証人であり同種輸血を拒否していた。急性A型大動脈壁内血腫に対し、無輸血完遂を優先して上行大動脈置換とオープンステントグラフトを用いた手術を施行した。閉胸時に両下肢酸素飽和の消失と下腿局所酸素飽和の著明な低下を認め、経食道心エコーおよび緊急血管造影で遠位真腔虚脱による下半身虚血と診断した。直ちに胸部ステントグラフト挿入術に加え、PETTICOAT法を施行し、完全再灌流を得た。術後神経学的合併症や虚血性合併症なく独歩退院した。無輸血下に救命しえた有用な救済例と考えられたため報告する。

I-30 高ホモシステイン血症による上行大動脈血栓症の1例

国立国際医療研究センター病院 心臓血管外科

黒澤遙平、黒田英里、泉二佑輔、田村智紀

症例は52歳男性。右上肢の虚血症状を主訴に当院受診。造影CTで右橈骨動脈の血栓塞栓所見と上行大動脈に30×15mm大の血栓付着を認めた。塞栓所見を認める血栓症であったため緊急で上行置換を施行した。手術所見では30×15mmの陳旧性血栓が上行大動脈前壁に比較的強固に付着していた。病理診断は局所的内膜変性に伴うフィブリン血栓であった。術後経過は良好でwarfarinを導入して術後20日で退院した。術後外来で血栓性素因の精査を進めた結果、偏食によるビタミンB1、B12、葉酸低下を認め、葉酸欠乏による高ホモシステイン血症と診断した。高ホモシステイン血症による上行大動脈血栓症はまれであり文献的考察を加えて報告する。

17:21~18:09 心臓：先天性2

座長 古田 晃 久 (東京女子医科大学病院 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)

I-31 両側肺動脈絞扼術後に自然閉鎖傾向を呈した壁内走行を伴う右冠動脈起始異常に対し外科的介入を行った1例

千葉県こども病院

花岡優一、梅津健太郎、熊江 優、腰山 宏、萩野生男

症例は1か月、男児。診断はMS、DORV、VSD、borderline LV、Anomalous Aortic Origin of RCA。RCAはLCCから起始するinterarterial走行であり、近位部で1.5m/sの加速を認めintramural走行が疑われた。肺血流過多となり年齢21に両側肺動脈絞扼術を施行し安定して経過していたが術後10日の心電図でST低下を認め、心エコーでRCAの加速は2.6m/sと増悪していたため術後11日に緊急手術を行った。胸骨正中切開で人工心肺を確立し大動脈遮断、上行大動脈を切開するとRCA入口部は1m程度のスリット状に狭窄しており、壁内走行する形態であった。RCAのunroofingを施行し、遮断解除後RCAの加速は1.0m/sと改善した。術後10日時点でRCA入口部の加速は1.5m/s、心機能・心電図含め虚血所見なく経過している。冠動脈起始異常は稀な形態異常であるが乳児期早期に有症候性となることは稀である。生後早期に虚血所見を呈した冠動脈起始異常の治療戦略に関して文献的考察を加え報告する。

I-33 大動脈弁輪拡張症、重症大動脈弁閉鎖不全症に対しDavid手術を施行した小児期発症の高安動脈炎の一例

国立成育医療研究センター 心臓血管外科²、東京大学医学部附属病院 心臓血管科²

柴田深雪¹、山内治雄²、平田康隆¹、友保貴博¹

症例は15歳女児。10歳時頭痛、腹痛、車酔い、入浴後失神を主訴に前医受診し起立性調節障害と診断、13歳から通院中断。14歳10ヶ月時腹痛、腰痛、1ヶ月後発熱、全身倦怠感出現、WBC 8400、CRP 7.08で前医入院。呼吸苦増悪、心臓超音波検査で大動脈弁閉鎖不全(AR)を指摘され当院へ搬送。るいそう著明、38.9℃の発熱、CRP 8.8、CTR 72%、心臓超音波検査で重症AR、大動脈基部拡張(AAE)、造影CT検査でAAE、腹腔動脈分岐後の大動脈解離、右腎動脈及び上腸管膜動脈狭窄所見。心不全加療後、自己弁温存大動脈基部置換術施行。術中所見は大動脈壁に明らかな偽腔は認めなかったが解離後の慢性炎症所見、著名な壁肥厚を認め、病理所見は中膜に炎症細胞浸潤、中膜弾性線維が虫食い状に疎な所見を認め高安動脈炎と診断。術後ステロイドパルス療法、後療法プレドニゾロン、アザチオプリン内服開始し外来加療中。稀な小児発症の高安動脈炎の症例を文献的考察を加えて報告する。

I-35 大動脈弁下型VSD術後のRoss-Konno手術の経験

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

中西啓介、中西啓介、佐藤友一郎、天野 篤、田端 実

症例は、大動脈弁下型心室中隔欠損閉鎖、大動脈弁下狭窄解除の術後弁下狭窄再発、大動脈弁閉鎖不全を呈した7歳男児。治療は、Konno手術による機械弁大動脈弁置換、生体弁置換、Ross-Konno手術、などの選択肢を考慮した。抗凝固療法コントロールに対する懸念もあり、Ross-Konno手術を選択し施行した。肺動脈弁位にはContegra graftを使用してきた。術後は一時的に2度房室ブロックを認めたが、約1週間後にsinusへ復帰して術後3週間で退院となった。本症例について文献的考察を加えて報告をする。

I-32 重複僧帽弁口、単一乳頭筋による重度僧帽弁閉鎖不全に対して、僧帽弁形成術を行った18トリソミーの一例

聖隷浜松病院 心臓血管外科

田中宥暉、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

症例は17歳女性、新生児期に18トリソミー(モザイク型)と診断された。気管軟化症に対する気管切開、心室中隔欠損に対する心内修復術の既往あり。以前より僧帽弁逆流を指摘されていたが、16歳時に感染性心内膜炎を発症したのを契機に僧帽弁逆流が増悪、心不全症状出現したため手術適応が検討された。精神発達が比較的良好であり、予後改善のために手術が有効であると判断された。手術所見で、前乳頭筋の欠損、前交連部の形成不全と同部のminor orificeの存在、前尖の広範囲の逸脱を認めた。minor orificeの閉鎖、人工腱索による前尖逸脱の矯正、人工弁輪(Tailor Band)縫着により逆流は制御され、僧帽弁口も充分確保された。術後合併症なく軽快退院した。18トリソミーの成人期の開心術例は稀であり、文献的考察も含めて報告する。

I-34 総肺静脈還流異常修復術後、胸骨変形に伴う肺静脈狭窄に対し、漏斗胸修復により肺静脈狭窄が改善した一例

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

6か月男児、胎児診断例。予定帝王切開で37週5日、2889g出生。IA(I)、L、XI、DORV、AVSD、PA、CA、TAPVC(下心臓型)と診断され、出生直後に静脈管ステント留置を施行し、PGE1投与下で体重増加を待ち、6か月、6.1kgでBil.BDG、PA plasty、TAPVC repairを施行。術後、右肺静脈狭窄が進行しCTで胸骨の強い陥凹と大動脈との間で右肺静脈が圧迫され扁平化していることが判明。漏斗胸による外的圧迫が狭窄進行の原因と判断し、NUSS法用ベクタスパー1本(12.7cm)を用いて胸骨を挙上し修復。術後CTで右肺静脈径は1mmから3mmへ改善した。乳児期に肺静脈へ直接介入せず狭窄解除が可能であった症例を画像とともに報告する。

I-36 Treat and repairで2期的に心内修復を成し得たCoA/VSD

超低出生体重児の1例

昭和医科大学病院 小児心臓血管外科

宮原義典、堀尾直裕、門脇幸子

症例は在胎31週2日688gで出生したCoA/VSD女児。Lipo-PGE1を投与しながら手術待機し、生後4ヶ月、2.4kgでCoA repair+PABを施行した。CLDに対する肺高血圧内服治療を行いながら、catheter debandingを複数回施行して酸素飽和度を維持した。肺血管抵抗は初回術後14WUm2から3.7WUm2まで低下したが、TRが徐々に進行、内科管理が困難となり、1歳4ヶ月、5kg時に心内修復を行なった。VSDパッチ閉鎖、肺動脈絞扼解除、三尖弁輪縫縮、乳頭筋接合および心房中隔閉塞術を施行し、術後経過は極めて良好であった。患児の治療経過および手術手技について報告する。

第Ⅱ会場：501A

8：00～8：48 呼吸器：学生発表 1

座長 北見明彦（昭和医科大学横浜市北部病院 呼吸器外科）
前田寿美子（獨協医科大学 呼吸器外科学）
審査員 坪地宏嘉（自治医科大学 呼吸器外科）
朝倉啓介（慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器））

学生発表

Ⅱ-1 術後右心負荷による肺水腫を認めた部分肺静脈還流異常症の1例

獨協医科大学¹、獨協医科大学病院 呼吸器外科²

志村 優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

胸部CTで肺癌疑いとして当科紹介となった70歳代女性。心不全や肺高血圧症の既往はなく、心房中隔欠損症は認めていない。左肺上葉に肺癌を疑う末梢小型結節影を認めた。胸部造影CTで左上肺静脈が左腕頭静脈に流入する部分肺静脈還流異常症を合併していたが、切除予定肺と還流異常領域が一致していたため、肺静脈-左心房への再建は行わず左S1+2区域切除を行った。術中および術直後には問題なかったが、4PODに歩行開始後突然意識を消失した。脈拍触知不能でありCPRを開始し6分で自己心拍が再開した。造影CTでは肺動脈塞栓を認め急変の原因と考えたが、同時に残左肺上葉に局限する肺水腫所見も認め、肺動脈塞栓による右心負荷から還流異常領域に肺水腫を来したと考えた。一時的に人工呼吸管理を要するも血栓溶解療法により徐々に軽快し、20PODに独歩退院した。文献的考察も含め報告する。

学生発表

Ⅱ-3 横隔膜下膿瘍の横隔膜穿破による肺膿瘍の1例

自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

佐々木侖菜、高瀬貴章、横田菜々子、堀切映江、小林哲也、滝 雄史、金井義彦、坪地宏嘉

60歳代男性。慢性膵炎と糖尿病の既往があり、当院消化器内科に通院中であつた。定期受診時に39度台の発熱、血圧81/6mmHgとショック状態であつた。精査の結果、横隔膜下膿瘍と右肺膿瘍による敗血症性ショックと診断した。横隔膜下膿瘍に対して経皮的にドレーンを留置し、排液の培養でFusobacteriumが検出された。ドレナージ後に循環動態は改善したが再度ショックとなった。CTで右下葉に液体貯留を伴う空洞性病変の増大を認めた。横隔膜下膿瘍は改善しており、肺膿瘍が敗血症性ショックの主原因と判断し右下葉切除の方針とした。手術は後側方切開で施行。右下葉は横隔膜と強固に癒着しており、剥離すると横隔膜には2cm大の欠損孔を認め、横隔膜下の膿瘍腔との交通が視認できた。右下葉切除後、気管支断端は前鋸筋弁で被覆した。術後は速やかにショックから離脱し全身状態は改善した。横隔膜下膿瘍の穿破による肺膿瘍は稀な病態と考えられたため報告する。

学生発表

Ⅱ-2 胸腺腫に対する左胸膜肺全摘術後10年に右心不全を認めた1例

獨協医科大学¹、獨協医科大学病院 呼吸器外科²

濱野瑛太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、X-13年に胸部異常陰影を指摘され当院紹介受診。CTガイド下生検で胸腺腫（Type B3）と診断され、手術目的に当科紹介となった。腫瘍は左肺から横隔膜、左副腎まで広範に浸潤しており、X-12年に腫瘍全摘を含む左胸膜肺全摘および左副腎合併切除を施行した。術後無再発で経過しているが、X-2年より労作時呼吸困難が出現し、心不全を疑い利尿薬を開始するも呼吸困難が改善せず、在院酸素療法を開始した。X年に心不全増悪および右胸水貯留で入院し、TRPG43mmHgと肺高血圧を疑う所見を認めた。左肺全摘後の長期的な血流負荷によって肺高血圧症が緩徐に進行し、症候性右心不全に至ったものと考えた。肺全摘後遠隔期に発症する右心不全について文献的考察も含め報告する。

学生発表

Ⅱ-4 重症筋無力症合併の中縦隔異所性胸腺腫に対しロボット支援下胸腺腫摘出および拡大胸腺摘出術を施行した一例

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

繁田千尋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58歳女性。検診CTで中縦隔（気管腹側・上大静脈背側）に腫瘍を指摘された。併存疾患に抗アセチルコリン受容体抗体陽性全身型重症筋無力症があり、2年前から治療を開始していた。中縦隔腫瘍は以前のCTとの比較で増大が明らかであったため、異所性胸腺腫や神経原性腫瘍を鑑別に切除の方針とした。ロボット支援下で手術を行い、最初に右上側臥位で肋間アプローチにより腫瘍摘出を行った。術中迅速病理診断でリンパ球主体の腫瘍との回答であり、臨床経過からも胸腺腫が強く疑われたため、仰臥位で剣状突起下アプローチによる拡大胸腺摘出を追加した。手術時間313分、コンソール時間は前半56分、後半62分であった。術後合併症なく術後5日目に退院し、術後病理診断は正岡Ⅱ期のB1胸腺腫で切除断端陰性であった。中縦隔腫瘍切除と拡大胸腺摘出において、それぞれ良好な視野と操作性を得ることができ、適切なアプローチ法を選択できたと思われる。

学生発表

Ⅱ-5 hinotori ロボット支援胸腔鏡下に切除した前縦隔および後縦隔多発海綿状血管腫の1例

国際医療福祉大学医学部呼吸器外科学

山口祐佳、穴山貴嗣、和田啓伸、小野里優希、大塚貢広、鎌田稔子、吉野一郎、吉田成利

60歳女性。人間ドックの胸部X線検査で異常陰影を指摘された。胸部CTで前縦隔および後縦隔に腫瘤を認め、前縦隔腫瘍として胸腺腫やリンパ増殖性疾患、後縦隔腫瘍として神経原性腫瘍などが鑑別に挙げられた。診断および治療目的にhinotoriロボット支援胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術を施行した。左側臥位とし3-port completely portal robotic approachとした。前縦隔腫瘍は暗赤色調で柔らかく、怒張した静脈流入を認め、胸腺を含めて切除した。続いて後縦隔腫瘍も摘出した。術中出血は12 mLであった。病理組織学的検査では前縦隔および後縦隔腫瘍はいずれも海綿状血管腫と診断された。術後経過は良好で合併症は認めなかった。縦隔血管腫は縦隔腫瘍の約0.5%とされる稀な疾患であり、本症例のように前縦隔と後縦隔に多発する例は極めて稀である。

学生発表

Ⅱ-6 横隔神経由来の神経鞘腫に対し核出術と横隔膜合併切除を行った1例

昭和医科大学¹、昭和医科大学横浜市北部病院 呼吸器センター²、同 臨床病理診断科³

森 エリ¹、植松秀護²、佐伯優斗²、本村 将²、込山新作²、鈴木浩介²、北見明彦²、中山慎悟³、二本柳康博³

70歳代女性。右下縦隔から右横隔膜上に位置する巨大腫瘤の治療目的に紹介された。CTで最大径9cmの嚢胞性腫瘤と、その内腔に横隔膜に連なる4cm程の充実部を認めた。嚢胞壁は薄く、充実部のFDG-PETで充実部は低集積であり、嚢胞変性を伴った低悪性度の奇形腫や神経鞘腫を疑った。無症候性であったが、増大や破裂のリスクを考慮し手術を行った。腫瘤は下大静脈に接していたため、胸腔鏡補助下に10cmの側方開胸を行った。腫瘤は縦隔胸膜に覆われ、横隔神経が腫瘤上で視認できず、横隔神経由来の神経鞘腫を疑った。腫瘍被膜が下大静脈に強固に付着していた。下大静脈損傷や横隔神経麻痺のリスクを回避するため、喀出術(被膜下切除)を行った。充実部分は横隔膜と剥離不能のため横隔膜合併切除し、ゴアテックスシートで横隔膜再建した。右横隔膜挙上が認められたが呼吸困難感の訴えは認めなかった。病理学的評価により横隔神経由来の神経鞘腫と診断された。

8:50~9:46 呼吸器：学生発表 2

座長 増田良太 (東海大学医学部医学科 外科学系呼吸器外科学)
鈴木秀海 (千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学)
審査員 河野光智 (埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科)
工藤勇人 (東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野)

学生発表

Ⅱ-7 閉塞性肺炎を伴う右下葉肺癌に対して胸腔鏡下腔搔爬術後に二次的に肺癌に対する根治手術を施行した一切除例
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
佐藤 瞳¹、園川卓海¹、大野真理子¹、鈴木健人¹、町田雄一郎¹、川崎徳仁¹、寺崎泰弘²、白田実男¹
症例は67歳、男性。近医で胸部異常影を指摘され当院を受診した。胸部CTでは、右下葉に40mm大の腫瘤を認めた。右下葉肺腫瘍精査目的に経気管支肺生検(TBLB)の施行5日後に発熱および右胸痛が出現し、胸部CTで閉塞性肺炎および胸膜炎と診断した。肺癌に対する根治切除を念頭に置きつつ、まず感染制御を優先し、抗菌薬投与および胸腔鏡下腔搔爬術を施行した。炎症反応の改善を確認した後、胸腔鏡下腔搔爬術の1週間後に二次的に肺癌に対する根治手術を行った。術前診断は右下葉扁平上皮癌、cT2aN0M0、stage IB、術式は右下葉切除術、リンパ節郭清術を施行した。病理診断は右下葉扁平上皮癌、pT2aN0M0、stage IBであった。術後経過は良好で、重篤な合併症は認めず、現在、術後5ヶ月であるが、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、文献の考察を交えて報告する。

学生発表

Ⅱ-9 肺動脈瘻経カテーテル塞栓術後の繰り返す咯血に対し外科的切除を行い改善を得た1例
東海大学医学部付属八王子病院呼吸器外科¹、東海大学医学部付属八王子病院画像診断科²、東海大学医学部付属八王子病院病理診断科³、東海大学医学部外科学系呼吸器外科学⁴
中江美風¹、石原 尚¹、亀井俊佑²、生駒陽一郎¹、渡邊 創¹、杉山朋子³、小川普久²、中川知己¹、長谷部光泉²、山田俊介¹、増田良太⁴
症例は19歳男性。15歳時の学校検診で胸部異常影を指摘された。当院画像診断科紹介となり、明らかな症状は認めなかったもののSpO₂94%であったことから肺動脈瘻奇形(pulmonary arteriovenous malformation:以下PAVM)の診断で経カテーテル塞栓術が施行された。その約3年後より少量咯血が出現し徐々に頻度が増加した。気管支動脈塞栓術が2度施行されたが改善せず当科紹介となり手術加療の方針となった。右下葉部分切除を施行後咯血は消失し、術後240日現在再発を認めていない。PAVMの治療は一般に経カテーテル塞栓術が第一選択とされるが、再開通や側副血行再建などに加え遅発性合併症として咯血が報告されている。PAVM塞栓後の咯血に対する外科切除例の報告は比較的稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

学生発表

Ⅱ-8 鹿の角による胸部刺創、肺及び横隔膜損傷に対し胸腔鏡下手術を施行した症例
東海大学医学部¹、東海大学医学部附属病院 呼吸器外科²
中村夏美¹、富士野祥太²、石原 尚²、小原雅也²、日下智輝²、松尾一優²、真板希衣²、小野沢博登²、和田篤史²、松崎智彦²、有賀直広²、濱中瑠利香²、増田良太²
症例は60歳代男性、狩猟中に鹿の角が右前胸部に刺さり受傷した。来院時バイタルは保たれ、右第4肋骨前腋窩線に約2.5cmの挫創を認めた。胸部造影CTで右気胸と胸水貯留、中下葉の部分的な無気肺、肝嚢胞内に血腫を疑わせる高吸収域を認めた。右胸腔ドレーンを挿入し少量の血性排液を認め、胸部刺創による右外傷性血気胸、肺損傷疑いに対し緊急手術とした。胸腔鏡で右中葉に角が貫通したと考えられる2か所の胸膜損傷と、右横隔膜前方にも損傷を認め、中葉の部分切除及び横隔膜の修復を行った。刺創は刺創の要素に加えて鈍的外傷の要素をもつ穿通性挫創ともされる特異な開放性損傷である。複数の臓器損傷が生じる可能性が高く、刺入路を明らかにしたうえで損傷臓器を把握し、的確な処置を行うことが肝要である。鹿の角による胸部刺創、肺及び横隔膜損傷に対し胸腔鏡下手術を施行した症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

学生発表

Ⅱ-10 左上葉気管支の転位気管支を伴う左上葉腫瘍の一切除例
東京女子医科大学 呼吸器外科¹、東京女子医科大学病院 病理診断科²
野澤陸実¹、萩原 哲¹、小俣智郁¹、四手井博章¹、光星翔太¹、松本卓子¹、井坂珠子¹、長嶋洋治²、神崎正人¹
症例40代、女性。健診で胸部異常陰影を指摘され、前医で経過観察されていた。経時的に陰影の増大を認め、精査・加療目的に当科受診となった。胸部CTで左舌区に胸膜陥入を伴う17mm大の分葉状の結節、左上区気管支と左舌区気管支が独立して分岐する左上葉の転位気管支を認めた。FDG-PETCTで左舌区の結節に一致してSUVmax2.22のFDG集積亢進を認めた。診断治療目的にロボット支援胸腔鏡下左舌区域切除術を施行した。術中所見で上区域と舌区域は過分葉で、上区下葉間は不全分葉であった。病理組織診断で類上皮肉芽腫と診断した。転移気管支は右上葉支に関連するものが多く、左上葉の転移気管支は非常に稀である。左上葉気管支の転位気管支を伴う左上葉腫瘍の一切除例を経験したので報告する。

学生発表

Ⅱ-11 縦隔浸潤を伴う IIIB 期肺扁平上皮癌に対して、化学免疫療法後に左肺上葉切除にて完全切除を得た一例

千葉大学 大学院・医学部 呼吸器病態外科学

松原未来、田中教久、徳武 輝、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。肺がん健診で胸部異常陰影を指摘され前医を受診し、胸部 CT にて左肺上葉を主座とする最大径 77mm の腫瘤を認めた。精査の結果、肺扁平上皮癌 (cT4N2a (#5LN) M0 stage IIIB、PD-L1 TPS 5%) の診断となった。腫瘍は広範に肺動脈と接しており、心嚢内まで及んでいる状態であった。肺全摘で根治切除は可能と評価し、術前に化学免疫療法を導入する方針とした。CDDP+ GEM+ Pembrolizumab を 4 コース施行した。腫瘤の最大径は 22% の縮小が得られ、#5LN も縮小を認め、ycT4N0M0 stage IIIA と評価し、手術の方針とした。後側方切開開胸アプローチで手術を行い、左上葉切除+リンパ節郭清を施行した。術後経過は良好であり、術後 12 日目に退院となった。病理結果では病理学的完全奏効、E3 の診断であった。文献的考察を加えて報告する。

学生発表

Ⅱ-13 巨大胸腺腫に対して clamshell 開胸にて腫瘍摘出を行った一例

筑波大学附属病院 呼吸器外科¹、筑波大学附属病院 病理診断科²

村山由実¹、関根康晴¹、大石 岳¹、高橋瑞歩¹、藤原大悟¹、黒田啓介¹、

上田 翔¹、佐伯祐典¹、小林尚寛¹、市村秀夫¹、川松夏実²、松原大祐²、

佐藤幸夫¹

clamshell 開胸は、両側胸腔・縦隔のすべてを術野に納めることができる。また、胸骨を切断することで前胸部の十分なスペースが確保でき、大血管や肺などの重要臓器の合併切除に対するワーキングスペース確保に有用である。今回、巨大胸腺腫に対して clamshell 開胸で腫瘍摘出を行った一例を経験したので報告する。症例は 49 歳女性。CT で偶発的に 17cm 大の前縦隔腫瘍を指摘された。CT ガイド下生検にて胸腺腫 Type B1-B2 と診断された。腫瘍縮小が得られれば、より低侵襲なアプローチに変更できると考え、術前ステロイドパルス療法を 2 コース施行した。しかし、縮小率は 15% で、安全に切除を行うために clamshell 開胸を選択した。術中、腫瘍を授動、挙上した際にも、周囲構造を視認しながら手術操作を進めることができた。胸腺甲状腺靭帯付近の視野も良好で、右中葉部分切除を伴う胸腺全摘術を施行した。病理では胸腺腫 Type AB、pT1aN0、正岡 II 期、UICC I 期と診断された。

学生発表

Ⅱ-12 後縦隔に発生したキャッスルマン病の 1 切除例

東海大学医学部 外科学系呼吸器外科学

越智明華、富士野祥太、石原 尚、小原雅也、日下田智輝、松尾一優、

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

16 歳女性。学校健診で胸部異常陰影指摘され当院紹介となった。胸部単純 X 線では右第 1 弓にシルエットサイン陰性の腫瘤を認めた。胸部 CT では後縦隔、第 5 から 6 肋骨の高さに 52×25×40mm の内部に造影効果を伴う腫瘤を認めた。術前検査からは神経原性腫瘍、孤立性線維性腫瘍が鑑別に挙げられ、診断加療目的にロボット支援胸腔鏡下縦隔腫瘍切除術を施行した。左側臥位の体位、第 7 肋間後腋窩線 (1 番アーム)、第 6 肋間中腋窩線 (2 番アーム)、第 5 肋間前腋窩線 (3 番アーム) にそれぞれ 8mm のポートをおき、CO₂ 送気を行い 3 ポートでアプローチした。手術時間は 2 時間 9 分、出血少量。病理検査で、硝子血管型キャッスルマン病と診断された。単中心性であり外科的切除で治癒が期待できるため、本症例は無治療経過観察の方針とし術後 1 年再発なく経過している。後縦隔原発中心性硝子血管型キャッスルマン病の 1 例を経験した。稀な症例であり文献的考察を加え報告する。

9：47～10：19 呼吸器：縦隔腫瘍

座長 浅川文香（東京科学大学 呼吸器外科）
田中教久（千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学）

Ⅱ-14 両側胸腔鏡下に摘出した縦隔巨大脂肪肉腫の1例

自治医科大学 呼吸器外科学

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

症例は67歳男性。腎不全で血液透析を受けていた。嚥下時のつかえ感を主訴に受診。CTで縦隔に $cmxcmx15cm$ の腫瘍を認めた。腫瘍は胸郭出口の気管周囲から、大動脈弓背側さらに心臓背側に及び、下肺静脈のレベルまで達していた。食道は全周性に腫瘍に囲まれ右側に大きく偏位していた。腫瘍の頭側は脂肪と同等の濃度であったが、下方は脂肪と軟部組織の濃度が混在していた。脂肪肉腫が疑われ手術の方針としたが、食道と剥離困難であった場合は食道切除を行う方針とした。まず右側臥位で胸腔鏡下に左側の剥離を行った。大動脈弓はテーピングし大動脈背側から頭側を剥離した。ついで左側臥位とし、同じく胸腔鏡下に右側の剥離を行った。食道は腫瘍に取り囲まれていたが剥離できた。最後に皮切を8cmに延長し、腫瘍を摘出した。病理は高分化型の脂肪肉腫であった。縦隔の広範に及ぶ巨大腫瘍であったが、両側の胸腔鏡下剥離操作により摘出できたので報告する。

Ⅱ-16 左上肢浮腫を契機に発見された胸腺癌の左腕頭静脈腫瘍塞栓に対し外科的切除を行った一例

東京科学大学大学院 呼吸器外科学

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

78歳男性。左上肢浮腫を主訴に受診し、造影CTで肺塞栓症、左腕頭静脈内血栓および腫瘍径4cmの前縦隔腫瘍を指摘された。抗血栓療法により左上肢浮腫改善、肺動脈血栓は消失した。胸腺腫疑いとして剣状突起下ロボット支援胸腔鏡下縦隔腫瘍摘除術を施行した。病理診断は胸腺癌、リンパ節転移であった。術後1か月、遠隔転移精査目的にPET-CT検査施行し、左腕頭静脈内にFDG集積を認め、腫瘍塞栓が疑われた。再手術の方針とし、Transmanubrial approachにて、SVC形成を伴う左腕頭静脈摘除術、縦隔リンパ節郭清を施行した。病理診断で胸腺癌の左無名静脈内腫瘍塞栓と診断された。術後経過は良好で術後6日目に退院した。胸腺癌に伴う腕頭静脈内腫瘍塞栓は比較的稀であり、文献学的考察を加えて報告する。

Ⅱ-15 ロボット支援下手術が有用であった後縦隔血管脂肪腫の1例 都立駒込病院 呼吸器外科

今井大地、鈴木幹人、矢野海斗、井本智博、清水麗子、中川加寿夫

60歳代、女性。偶発的にCTで第10胸椎右側に境界明瞭な $45*35mm$ 、楕円形の後縦隔腫瘍を指摘された。造影CTで腫瘍内部は、早期相から均一な強い造影効果を示した。診断・治療目的にロボット支援下後縦隔腫瘍摘出術（3ポート）が行われた。壁側胸膜を切開すると充実性腫瘍に流入する多数の栄養血管を認め、適宜スパチュラで血管を剥離し、ベッセルシーラーで凝固・切離しながら検体を摘出した。手術時間は102分、出血は少量であった。組織学的に、線維性間質に沿って小型の毛細血管が増生し、また脂肪細胞の増生も伴い分葉状に増殖していた。内皮細胞に異型を認めず、縦隔血管脂肪腫と診断された。血管脂肪腫は若年者の体幹や四肢の皮下に好発する良性腫瘍であるが、縦隔発生例はきわめてまれである。ロボットの多関節機能と近接視野により、腫瘍へ流入する複数の小血管を確実に同定し、凝固・切離することができ、安全な切除に繋がった。

Ⅱ-17 体外循環を使用して上大静脈の切除と再建を行った胸腺腫瘍の一例

日本医科大学付属病院 心臓血管外科

北野太晟、白川 真、前川 良、網谷亮輔、上田仁美、廣本敦之、
鈴木憲治、山下裕正、佐々木孝、丸山雄二、宮城泰雄、石井庸介

はじめに：上大静脈（SVC）浸潤を伴う胸腺腫瘍に対し、体外循環を用いてSVCの切除と再建を施行した症例を報告する。症例：48歳、女性。SVCおよび右肺中葉への浸潤を伴う胸腺腫瘍に対し、人工心肺による体外循環下にて、腫瘍摘出、SVC及び右肺上中葉合併切除を伴う胸腺腫瘍摘出を施行した。欠損したSVCは自己心膜ロールを作成して再建した。術後経過：術後に右肺瘻に起因する縦隔炎を発症したため、術後第13病日に再開胸とした。持続洗浄ドレナージと抗生剤治療にて速やかに感染を制御できたため、第22病日に再開胸とした。第74病日に退院し、術後6ヵ月経過した時点で腫瘍の再発を認めていない。結語：Oncovascular Surgeryという概念の普及により、他領域の腫瘍外科における心臓血管外科医の関与が増している。大血管操作を要する悪性腫瘍手術において、心臓血管外科医の適切な介入は、根治性の向上や予後の改善に寄与する可能性がある。

座長 中島 崇裕 (獨協医科大学医学部 呼吸器外科)
吉田 幸弘 (国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科)

II-18 空洞性病変を背景に発生した肺扁平上皮癌の一例

昭和医科大学横浜市北部病院 呼吸器センター¹、昭和医科大学横浜市北部病院 臨床病理診断科²

本村 将¹、植松秀護¹、込山新作¹、鈴木浩介¹、北見明彦¹、中山真悟²
60歳代、男性。B.I.1600。黒色血痰を契機に施行されたCTで左下葉の内部結節を伴う3cm大の空洞性病変が指摘され紹介となった。紹介時には血痰は消失し、自覚症状はなかった。前回CTから2か月後には空洞内結節が消失し空洞のみが残存した。1年後のCTで空洞壁の全周性肥厚を認め、最大径3cm大の腫瘤に変化した。FDG-PETではSUVmax15.4を示し原発性肺癌を疑った(cT2aN0M0、cStage1B)。過去の気道出血の経緯から気管支鏡検査は省略し、胸腔鏡下左下葉切除術を施行した。最終病理診断は1.5cmの角化型扁平上皮癌、pT1bN0M0、pStage1A2であった。病変の大部分は炎症細胞浸潤を伴う炎症性変化であり、その一部に腫瘍が存在する形態であった。空洞病変内の結節が消失後に肺癌が発生するという、特異な画像経過を示した症例だった。本症例について、文献的考察を加えて報告する。

II-20 #2Lリンパ節転移陽性左肺癌に対する導入療法後手術の1例

獨協医科大学病院 呼吸器外科
須鴨耕平、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60歳代男性。気管支鏡検査で左肺癌(扁平上皮癌)と診断された。PETで縦隔肺門リンパ節に集積を認め、EBUS-TBNAにて#2Lリンパ節転移陽性と診断した。cT4N2a(#2L陽性)M0に対し術前導入療法としてシスプラチン+ゲムシタピン+パンプロリズマブを4コース施行した。治療効果判定では腫瘍、リンパ節ともに縮小を認めSDと判定し手術を施行した。#12uリンパ節が気管支および肺動脈に強固に癒着しており、気管および肺動脈の管状切除を伴う左肺上葉切除を行った。縦隔リンパ節郭清はボタロー靭帯切離後、左胸腔アプローチで#4Rまで郭清し、さらに大動脈をテーピングし牽引することで#2Lも郭清可能であった。術後経過は良好で、10PODに退院となった。術中所見及び手術手技を供覧する。

II-22 Transmanubrial approach で切除し得た胸壁浸潤を伴う右上葉肺癌の1例

筑波大学附属病院
高橋瑞歩、佐藤幸夫、市村秀夫、小林尚寛、上田 翔、関根康晴、黒田啓介、藤原大悟、大石 岳

【症例】57歳女性。健診で胸部異常陰影を認め、精査CTで右肺S1に25mm大の充実型不整形結節と右肺S6に15mm大のpart solid GGNを指摘され、診断的加療目的で手術の方針となった。右肺S1の結節は画像上第一肋間筋への浸潤が疑われ、Transmanubrial approach (TMA)による胸壁・肋骨合併切除が選択された。TMAで第1、2肋骨と腫瘍浸潤部の胸壁を切除した後に、胸腔鏡下で右肺上葉切除、右肺S6区域切除、縦隔リンパ節郭清2a-2を施行した。経過良好のため、術後第10病日に退院となった。病理診断は右S1の病変はPleomorphic carcinoma、右S6の病変はMinimally invasive adenocarcinomaで、病期分類はpT3(m)N1(mi)M0、pStageIIIAであった。【考察】TMAは肺尖部腫瘍に対して良好な視野を確保し、鎖骨下血管や腕神経叢といった重要な構造物の損傷を回避することができる。本症例でも第1・2肋骨を含む胸壁合併切除を安全に施行でき、胸壁浸潤を伴う肺尖部腫瘍に対して有用なアプローチと考える。

II-19 左下葉気管支入口部に生じた定型カルチノイドに対して肺切除を伴わない気管支形成術にて切除し得た1例

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

岡 直幸¹、竹村千尋¹、四倉正也¹、春木朋広¹、吉田幸弘¹、谷田部恭²、渡辺俊一¹

症例は40歳代女性。左下葉気管支入口部に7mm大の隆起性病変を認め、前医の気管支鏡下生検にてG1相当の神経内分泌腫瘍の診断で当院を受診した。CTでは病変は上葉気管支の対側にあたる下葉気管支入口部に位置し、当院の病理レビューでは定型カルチノイドの診断となった。3Dプリンターを用いてCTデータから実物大モデルを作成し、術前シミュレーションを行った結果、気管支切除のみで完全切除可能と判断して手術を施行した。腫瘍は主気管支膜様部側の下葉気管支入口部に位置し、上下葉気管支分岐部への進展は認めなかった。主気管支へ切り込むように下葉気管支中枢側を切除し再建することで、肺切除を伴わずに腫瘍を切除し得た。術後経過は良好で、合併症は認めず術後7日目に退院した。肺切除を伴わない気管支形成術は気管支形成術例の約2.5%と非常に稀で難易度の高い手技であるため、手術手技を中心に文献的考察を加えて報告する。

II-21 IIIA期肺扁平上皮癌に対して術前化学免疫療法後に左スリーブ下葉切除術にて完全切除を得た1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

60代男性。半年前から続く咳嗽を主訴に受診された。CTにて左肺下葉S6を主座とする92×65mm大の腫瘤を認め、精査の結果、左肺扁平上皮癌cT4N1(#11)M0、StageIIIAの診断となった。術前化学免疫療法後の手術の方針として、シスプラチン+ゲムシタピン+パンプロリズマブを導入した。化学免疫療法を4コース施行後、腫瘤は58×46mmと37%の縮小を得ることができた。手術は、左上葉の一部に腫瘍の浸潤を認め、左下葉切除+上葉部分合併切除+気管支形成術+ND2a-2を施行した。術後肺炎を認めたが、抗生剤加療で改善し、術後18日目に自宅退院となった。病理結果では肺扁平上皮癌、ypT3N2a(mi)(#7)M0、ypStageIIIA、RVT90%、Ef1であった。術後は補助療法としてパンプロリズマブを投与中であり、術後10ヶ月時点で再発なく経過している。上記経過について文献的考察を踏まえて報告する。

II-23 進行肺腺癌に対する化学療法中に大量咯血を来し、救命目的に左肺全摘術を施行した1例

国立がん研究センター東病院 呼吸器外科¹、国立がん研究センター東病院 病理・臨床検査科²

徳光真毅¹、松村勇輝¹、高橋秀悟¹、土田舜太¹、滝 哲郎²、大谷正侑¹、野村幸太郎¹、三好智裕¹、大瀧容一¹、多根健太¹、青景圭樹¹、石井源一郎²、坪井正博¹

症例は50代男性。左上葉肺癌に対して化学療法中に血痰が出現し、数日後に多量咯血を認めた。CTで原発巣の再増大を認め、腫瘍からの出血が疑われた。気管支動脈塞栓術を行い止血したが、同日に再咯血を認めた。気管支鏡で観察中に大量出血があり緊急右片肺挿管を行った。塞栓術で制御不能であり、救命目的に緊急手術の方針とした。手術は右片肺挿管下で施行した。左主気管支周囲リンパ節に腫大を認めたが、血管浸潤はなかった。肺動脈を切離後、気管分岐部まで剥離するのが困難だったため、可及的中枢側で左主気管支を切離し左肺全摘した。手術時間2時間59分、出血量57ml。術後は抜管しICU管理とした。術後は咯血再燃なく、術後8日目に退院した。咯血に対する肺切除は呼吸不全やショック、塞栓術無効例などで救命目的として行われる。本例のような腫瘍が肺門部に及ぶ症例では肺全摘も選択されうるが、その報告は限定的であり、文献的考察を加え報告する。

座長 寺山 仁 祥 (国立国際医療センター病院 食道胃外科)
栗山 健 吾 (群馬大学 総合外科学消化管外科)

II-24 縦隔悪性リンパ腫治療後の食道気管瘻に対してバイパス手術を施行した1例

獨協医科大学病院 上部消化管外科¹、獨協医科大学病院 呼吸器外科²
藤原章登¹、中島政信¹、吉松政樹¹、上田 裕¹、滝瀬修平¹、落合貴裕¹、
滝瀬修平¹、中川正敏¹、森田信司¹、中島崇裕²、千田雅之²、小嶋一幸¹
57歳男性。嚥下困難、嘔吐、咳嗽を主訴に近医受診。縦隔腫瘍による気道狭窄が疑われ、当院呼吸器外科に紹介となり気管切開が施行された。その後、縦隔形質芽細胞性リンパ腫の診断となり、R-CHOP療法が4コース施行された。途中で食道気管瘻を発症し、当科にて胃瘻造設を行った。その後腫瘍の消失を認めたが食道気管瘻が治癒せず、食道バイパス術施行目的に当科紹介となった。初診から17カ月目にPostlethwait法による食道バイパス・胃管瘻造設術を施行した。術後は長期の絶食による嚥下機能障害が持続したため嚥下リハビリを施行し、術後61日目に経口摂取を開始。その後もリハビリを継続し125日目で自宅退院となった。悪性リンパ腫治療後の食道気道瘻に対する食道バイパス術の報告例は稀である。文献的考察を含めて報告する。

II-26 食道胃接合部癌術後の副腎転移と肺転移に対して集学的治療により長期生存を得た1例

東海大学医学部
根岸鴻太、田島康平、中島理絵、大宜見美香、金森浩平、二宮大和、
庄司佳晃、數野曉人、山本美穂、小柳和夫
【背景】食道胃接合部癌術後の遠隔転移は一般に予後不良とされるが、限局した転移に対する集学的治療の有効性については一定の見解が得られていない。【現病歴】55歳男性。検診で食道胃接合部癌と診断され、当院紹介となった。精査の結果、食道胃接合部癌、Siewert Type2、cT2N0M0、cStageIの診断で、ロボット支援下部食道噴門側胃切除を施行した。病理診断ではpT2N2M0、pStageIIIAで術後補助療法としてS-1を開始したが、術後8ヶ月で左副腎転移を認めた。Her+SOX8コース行ったところで胆嚢炎となり治療中断を要した。その際、左副腎転移増大と左肺転移を認めたHer+SOXで治療再開とした。再発から2年半後に、肺転移巣の切除、続いて左副腎転移巣の切除をおこなった。いずれも術後経過良好で、現在経過観察中である。【結語】食道胃接合部癌除後の副腎転移と肺転移に対して、集学的治療により長期生存を得た1例を経験した。

II-28 TPL後の血流変化を考慮しICG蛍光法で吻合部を決定した胸部食道癌の1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、佐藤啓太、江原 玄、宮脇 豊、櫻本信一
症例は65歳男性。下咽頭癌(cT4aN2M0)に対しX-10年に下咽頭喉頭全摘術(TPL)・遊離空腸再建を施行し、術後化学放射線療法を施行後5年間無再発で経過した。X-3年に中咽頭癌(T4N0M0)を発症し化学療法を施行。X-1年より咽頭空腸吻合部狭窄に対し内視鏡的拡張術を施行した際に切膈35cmに0-IIa+IIc病変を認め、胸部食道癌(Mt cT2N1M0 cStage IIIA)と診断。しかし、中咽頭癌が予後規定因子と判断され経過観察となった。X年に中咽頭癌がCRとなり、食道癌に対する手術目的で当科紹介。TPL術後では残食道の血流が不安定となる可能性があり吻合部虚血が懸念された。腹部操作後、胸腔鏡下に食道授動・リンパ節郭清を行い、第4肋間小開胸下にICG蛍光法で残食道の血流を評価し良好な部位で吻合を施行した。術後経過は概ね良好で吻合部合併症は認めなかった。TPL術後症例においてICG蛍光法は残食道血流評価に有用であり安全な吻合に寄与すると考えられた。

II-25 食道GISTに対して胸腔鏡下腫瘍核出術を施行した1例

群馬大学大学院・医学部
武淵裕貴、栗山健吾、酒井 真、片山千佳、柴崎雄太、小峯知佳、
岡田拓久、白石卓也、熊倉裕二、木村明春、佐野彰彦、調 憲、
佐伯浩司
症例は73歳男性。検診での上部消化管内視鏡検査で食道にSMTを認め、当院紹介受診。下部食道右壁に存在する2cm大のSMTであり、delleは認めなかった。EUS-FNAを施行しGISTの診断。CTでは右胸腔側に突出する2cm大の壁外性腫瘍として描出され、明らかな転移性病変なし。食道GISTの診断で、胸腔鏡下腫瘍核出術の方針とした。全身麻酔下、腹臥位とし、4ポートで手術を施行。下部食道右壁に腫瘍を同定した。腫瘍は食道縦走筋間より壁外性に突出していた。鉗子やLCSを使用し鈍的・鋭的に腫瘍を周囲筋層及び粘膜より剥離し、腫瘍被膜や粘膜損傷なく腫瘍を摘出した。2cm程度の筋層欠損部は縫合閉鎖した。POD2より食事を開始し、POD5に退院した。病理ではCD34/c-kit/DOG1陽性であり、食道GISTの診断(modified Fletcher分類:very low)であった。食道GIST手術は腫瘍被膜損傷による播種が問題となるが、胸腔鏡下核出術を安全に施行できた症例を経験したので報告する。

II-27 食道扁平上皮癌術後の胃管癌に対する内視鏡治療後に腺癌の鎖骨上窩・気管周囲リンパ節転移再発を生じた1例

慶應義塾大学病院 一般・消化器外科
清水誠仁、松井一晃、森本洋輔、竹内優志、松田 論、川久保博文、
北川雄光
【緒言】食道切除術後の胃管癌は通常の胃癌とリンパ流が異なると考えられ、頸部リンパ節転移に関する報告はこれまでにない。【症例】79歳男性。2019年に表在型食道癌に対して胸腔鏡下食道亜全摘術、胸骨後経路胃管再建を施行した。経過観察中に早期胃管癌を認め、2021年に内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理診断はadenocarcinoma、pT1b1(SM1)、Ly1、V0、pHM0、pVM0であった。全身状態を考慮し追加手術は行わず経過観察とした。2025年にCEA上昇を契機に撮像したPET-CT検査にて左鎖骨上窩、気管前、気管分岐下リンパ節に腫大ならびにFDG(fluorodeoxyglucose)の異常集積を認めた。頸部リンパ節生検で腺癌と診断し、胃管癌内視鏡治療後の多発リンパ節転移再発と判断した。S-1内服が開始された。リンパ流改変も踏まえた転移経路が示唆に富む1例と考え報告する。

座長 市原有起（東京女子医科大学 心臓血管外科）

Ⅱ-29 心臓血管外科チームの高度化を支え、チーム力向上に向けた診療看護師（NP）の役割と実践

聖マリアンナ医科大学病院 診療看護師技術部¹、聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科²

呉 聖人¹、富本大潤²、杵渕聡志²、富田真央²、林田牧人²、河野 豪²、山崎幸紀²、駒ヶ嶺正英²、西巻 博²、島田勝利²、縄田 寛²

日本心臓血管外科学会は2021年に「心臓血管外科診療におけるタスク・シフト/シエラ推進についての提言」を公表し、診療看護師（Nurse practitioner: NP）や Physician Assistant（PA）に相当する高度実践者を育成する方針を示した。2022年には「特定行為研修修了者の会」が創設され、さらに2024年から日本胸部外科学会で「胸部・心臓・血管外科領域特定行為研修修了看護師登録制度」が開始されるなど、NPの活躍は一層期待されている。当院心臓血管外科では2023年度より専従NPが配置され、診療チームの一員として医師と協働している。活動内容は集中治療・病棟管理、手術助手、救急対応など多岐にわたる。当院におけるNPの実践内容を報告する。

Ⅱ-31 ハートチームにおけるコーディネーターとしての心臓血管外科NPの役割—東京ベイ・浦安市川医療センターにおける実践から—

東京ベイ浦安市川医療センター 心臓血管外科

吹田耕治、森田三奈子、二宮慎太郎、酒井大樹、吉野邦彦、伊藤丈二
心臓血管治療の高度化に伴い、多職種が協働して治療方針を決定するハートチームの重要性が高まっている。当院では外科・内科・麻酔科・リハビリ・看護が参加し、全症例を対象に治療方針の検討を行っている。本研究では心臓血管外科NPのコーディネーターとしての役割を整理した。NPは多領域の診療情報を統合し、カンファレンス前に治療選択に必要な要点を整理する。また外来・病棟で得られる患者の価値観や生活背景を共有し、意思決定を支援する。さらに各職種間の調整役として追加検査や他科意見を迅速に収集し、診療プロセスの円滑化に寄与する。加えて術前評価から周術期管理、退院支援まで一貫して関与し、診療の連続性を担保する。以上よりNPは治療方針決定の質向上とチーム医療の効率化に重要な役割を果たしている。

Ⅱ-30 植込型補助人工心臓ドライブライン感染に対しプロントザンソリューション[®]処置が有効であった一例

東京女子医科大学病院 看護部¹、東京女子医科大学病院 心臓血管外科²
荒木田真子¹、市原有起²、吉田尚司²、古田晃久²、新浪博士²

はじめに 重症心不全に対する植込型補助人工心臓（以下VAD）はBridge to Transplantationとして重要な治療であるが、本邦では心臓移植待機期間が長く、待機中のDL（以下DL）感染対策は重要な課題である。プロントザン創傷洗浄ソリューション[®]はバイオフィルムを低減し、創面環境を整えることで感染制御を補助するとされる。今回、MRSAによるDL感染を反復した症例に導入し、創部改善を得たため報告する。

症例 20代男性、特発性拡張型心筋症の診断に対して体外式VADを経てHeartMate3植込みを行った。術後86日目にDL創部からMRSAが検出され、抗生剤治療となった。創部培養は一旦陰性化した。再びMRSAが検出され、貫通部の切開・排膿およびデブリドマンによる入退院を繰り返した。さらに腹壁にも瘻孔と排膿を認め、都度切開を行い貫通部は剣状突起まで到達した。術後602日目にプロントザンソリューション[®]（以下プロントザン）を導入した。

方法 使用法はプロントザンを湿したガーゼを1日1回創面全体に15分以上浸漬させ、プロントザン創傷用ゲル[®]を塗布しドレッシングで保護した。その後の処置は患者指導により自己消毒に移行した。

プロントザン開始13日目に敗血症性ショックで緊急入院となり、再度デブリドマンを行い、創面へのプロントザン処置を継続した。消毒開始20日目には創部MRSAは陰性化し、プロントザン開始21日目のガリウムシンチでは、腹壁下DL周囲に異常集積は認められたが、離れた肉芽周囲には明らかな集積はなく前回と比較し改善を認めた。2026年の現時点で処置を行った計画入院を除き外来通院で経過している。

結語 VADドライブラインMRSA感染に対するプロントザン効果の一例を報告した。プロントザン消毒は、長期化するDL感染対策の一助となる可能性がある。

Ⅱ-32 心臓血管外科NP導入初年度の活動報告—早期介入体制の構築—

ニューハートワタナベ国際病院

金井友子、渡邊 剛、大塚俊哉、富田重之、石川紀彦、瀬口龍太、堀川貴史、小塚 徹、吉山大貴

【背景】当院心臓血管外科では手術や外来対応により医師の病棟不在が長く、初期対応の遅延や看護師の心理的負担が問題となっていた。当院では2025年、病棟管理の安全性向上と多職種連携の円滑化を目的に、診療看護師（以下、NP）を導入した。

【活動】NPは医局所属として医師と方針を共有し病棟に常駐、プロトコルに基づいて病態変化への初期評価と特定行為を主体的に実施した。実施した内容は医師への適時報告とフィードバックを徹底するシステムを構築し、医療安全を担保した。

【結果】年間約1,600件の特定行為（昇圧剤の調整、穿刺等）を実践した。病棟常駐によりアセスメントから介入までの遅延が減少し、重症化前の介入を定着させた。術中の医師への連絡も減少し手術中断の回避につながった。

【結論】NPの常駐とフィードバック体制の構築により、安全性の担保と早期介入が可能な病棟管理体制が確立された。これによりスタッフの心理的負担軽減につながった。

座長 金井 義彦 (自治医科大学外科学講座 呼吸器外科学部門)
井坂 珠子 (東京女子医科大学 呼吸器外科)

II-33 術前 ICI の奏功により胸腔鏡手術が可能となった巨大肺腫瘍の 1 例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学¹、東京医科大学 人体病理学分野²
中村太陽¹、古本秀行¹、村上浩太郎¹、松林 純²、高橋 聡¹、工藤勇人¹、
萩原 優¹、垣花昌俊¹、大平達夫¹、池田徳彦¹
近年、II-III 期切除可能非小細胞肺癌に対して術前 ICI 併用化学療法が導入されている。巨大肺腫瘍においては術前治療による腫瘍縮小により切開創が短縮でき、低侵襲手術へ移行できる可能性がある。症例は 37 歳男性。健診で胸部異常影を指摘され、CT で右上葉に 7.4 cm の腫瘍と右肺門・縦隔リンパ節腫大を認めた。PET で原発巣およびリンパ節に高集積を認め、TBLB で肺線癌 (cT4N2bM0 stage IIIB) と診断した。遺伝子変異は陰性、PD-L1 発現は 100%であった。術前 ICI 併用化学療法 (CBDCA + PTX + nivolumab) を 1 コース施行後に irAE 肝炎 (grade3) を発症し術前治療は中止したが、原発巣およびリンパ節の著明な縮小を認めたため、胸腔鏡下右上葉切除術+ND2a-2 を施行した (手術時間 3 時間 58 分、出血 104 ml)。術後病理診断で Ef3 と診断された。今回われわれは、術前 ICI の奏功により胸腔鏡下手術が可能となった 1 例を経験したため報告する。

II-35 心膜パッチによる肺動脈形成術を行った高齢者肺扁平上皮癌の 1 例

昭和医科大学医学部 外科学講座呼吸器外科学部門
水室直哉、神武 輝、瀬戸克年、遠藤哲哉、小林正嗣
心膜パッチによる肺動脈形成術は肺全摘を回避する手段の 1 つであり、血管開存率は約 90-96% と良好な成績が報告されている。症例は 82 歳、女性。左胸部背部痛を主訴に近医を受診され、胸部単純エックス線で左肺野の異常陰影を指摘された。胸部造影 CT では左肺上葉 S1+2 に 25mm の充実性結節と左 12u リンパ節の腫大を認め、同部位に FDG-PET での集積を認めた。気管支鏡検査にて肺扁平上皮癌の診断に至り、cT1cN1M0 : cStageIIA の判断で手術の方針とした。手術は前側方開胸で行い、腫大したリンパ節は肺動脈と広範囲に接していた。リンパ節と肺動脈との剥離が困難であったため肺動脈壁を長軸方向に一部合併切除し、左上葉切除 ND2a-2 を行った後に心膜パッチによる肺動脈形成術を行った。手術時間は 3 時間、出血は 65ml であった。心膜パッチによる肺動脈形成術は中枢型肺癌の手術における重要な手技であり、手術ビデオを供覧する。

II-37 転移性肺腫瘍と原発性肺癌を同一肺葉内に認めた 1 例

東京女子医科大学病院 呼吸器外科
四手井博章、小俣智郁、萩原 哲、光星翔太、井坂珠子、神崎正人
【症例】60 歳代男性、糖尿病を併存。3 か月前に左腎癌に対し、左腎癌摘出術施行、病理は pT3aN0M0 stage III であったが、本人の希望で術後補助療法は施行せず、経過観察となっていた。術前より左上葉 S1+2 に 11mm 大の不整結節と左上葉 S5 に 10mm 大の結節を認めており、増大傾向のため、当科紹介となった。画像上原発か転移か判断は困難であり、精査加療目的で手術となった。RATS 左上葉舌区切除術+左上葉上区部分切除術施行。術中迅速診では、低分化の悪性腫瘍であり、腎癌の肺転移疑いの診断であった。最終病理は上区部分切除検体が肺腺癌 pT1bN0M0 stage IA2、舌区切除検体は腎癌転移であった。転移性肺腫瘍と原発性肺癌を同一肺葉内に認めた 1 例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

II-34 上大静脈-大動脈間の癒着が強固な症例における右肺動脈確保

自治医科大学 呼吸器外科学
丹羽薫那、高瀬貴章、滝 雄史、小林哲也、堀切映江、横田葉々子、
金井義彦、坪地宏嘉
症例は 70 歳代男性。25 年前右肺上葉の小細胞癌の既往あり。化学放射線療法により治癒したが、縦隔にも照射が行われた。今回右上葉に 60mm の腫瘍影を認め、CT ガイド下生検で扁平上皮癌と診断 (cT3N0M0)。術前治療 (CheckMate 816) 後に胸骨正中切開で手術を施行。上大静脈 (SVC) と大動脈 (Ao) が癒着し、同部位での右肺動脈 (PA) の確保は困難であった。そのため Ao 左側で Ao と肺動脈幹及び PA の左右分岐部周囲を剥離し、まず左 PA を確保。ついで Ao を taping。さらに心膜横洞を介して Ao と肺動脈幹を一括に taping し、「引き算法」で右 PA を最中枢で taping した。PA を末梢側に剥離し、SVC と Ao の間も剥離することができた。その後前胸部第 3 肋間で開胸。肺門の癒着も強固であったが、PA 中枢が確保されており安全に剥離することができた。血管と気管支を順次切離し上葉を摘出。ypT3N0M0、Ef2。上行 Ao 左側で PA 中枢を広範囲に剥離することで、右 PA の確保が可能となった。

II-36 原発性肺癌疑い病変に対する手術で偶発的に胸膜中皮腫が発見された 1 例

国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科¹、国立がん研究センター中央病院 病理診断科²
吉川大貴¹、谷田部恭²、加島淳平²、岸川さつき²、四倉正也¹、竹村千尋¹、
春木朋広¹、吉田幸弘¹、渡辺俊一¹
80 歳代男性。石棉暴露歴はない。肺腺癌 (pT1bN0M0) に対し右肺中葉切除を施行し、術後 4 年再発なく経過していた。経過の CT で左肺尖部に増大傾向のある結節影を認めた。PET-CT で FDG 集積 (SUVmax 1.71) を認め、2 次肺癌を疑い診断的治療目的に左肺上葉 S1 + 2 区域切除の方針とした。画像検査上、胸膜には異常を認めなかった。開胸時に少量胸水と臓側・壁側胸膜上に多数の白色小結節を認めた。術中迅速病理診断で壁側胸膜結節は異型細胞と診断され肺癌胸膜播種が最も疑われた。術前に気胸も認めていたことから左肺尖部の結節を部分切除し手術を終了した。病理診断で、胸膜病変は上皮様胸膜中皮腫と診断された。左肺尖部の結節に悪性所見はなく胸膜陥入を伴う円形無気肺と診断された。高齢のため術後は無治療経過観察中である。肺癌疑い病変に対する手術の際に、画像上診断ができなかった胸膜中皮腫が偶発的に発見された 1 例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

16:25~17:21 呼吸器：肺外傷、感染、その他

座長 菱田 智之 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科)
安樂 真樹 (東京都健康長寿医療センター 呼吸器外科)

Ⅱ-38 3年経過し発見され、胸腔鏡下に摘出し得た肺内異物の1例
東京女子医科大学病院 呼吸器外科
小俣智郁、四手井博章、荻原 哲、光星翔太、井坂珠子、神崎正人
20代、女性。X-3年、服飾学校の卒業制作時に仰臥位で作業中背部に縫い針が刺さったが、その後自覚症状はなく放置した。X年健診で胸部X線を施行すると針を指摘された。皮下への針迷入が疑われ当院をした。胸部CTで右下葉肺内に針を認め、加療目的に入院となった。胸腔鏡下に右下葉から3.5cm長の針を摘出した。術後経過は良好であった。3年肺内に迷入した縫い針を摘出したので報告する。

Ⅱ-40 下位肋骨骨折後に横隔膜損傷による血胸に対して胸腔鏡下手術を行った2例

埼玉医科大学総合医療センター

鹿島田寛明、山口雅利、井上慶明、羽藤 泰、福田祐樹、儀賀理暁、河野光智

症例1は70歳代男性。庭木の剪定中に転落して左側胸部を庭石に強打した。受傷当日に当科を受診し、胸部単純CTで第9から11までの左多発肋骨骨折と少量の胸腔内液体貯留を認めた。翌日の胸部造影CTで液体の増加を認め血胸と診断して同日に緊急手術を実施した。症例2も70歳代男性。自宅の階段で転倒し、右側胸部から背部を強打した。同日に近医を受診し第9から12までの右多発肋骨骨折を認めて入院した。一時退院したが受傷後8日目に右側胸部痛が悪化し、右外傷性血気胸と診断されて当院へ搬送された。同日に緊急手術を実施した。それぞれ第9肋骨と第11肋骨の骨折端の鋭利な部分が横隔膜に接触して出血していた。出血量は術前後で合わせて1875gと2340gであった。胸腔鏡下に止血と骨折端の処置を行った。下位肋骨骨折では骨折端が横隔膜を損傷し、血胸の発症や増悪が遅発性に生じうることを念頭に置いて経過観察する必要がある。

Ⅱ-42 血胸と鑑別を要した外傷性胸膜外血腫の1例

群馬大学医学部附属病院 呼吸器外科

牛久保陸生、河谷菜津子、館野裕紀乃、成澤英司、沼尻一樹、吉川良平、矢澤友弘、中澤世識、調 憲

症例は80代女性。自宅で転倒し体動困難となり、受傷2日後に近医を受診した。右多発肋骨骨折および右外傷性血胸の診断で当院救急科へ救急搬送された。来院時CTでは右第5-10肋骨骨折と血胸を認め、血腫による著明な右肺の圧排を認めた。胸腔ドレナージを施行したがするも排液量は少量で少なく、血腫残存およびフレイルチェストを認めたため翌日当科紹介となった。開胸血腫除去および肋骨固定術を施行するの方針とした。胸腔内を観察すると、血性胸水は軽度であったが、壁側胸膜外に血腫を認め、これにより肺が圧排されていた。胸膜を切開し血腫を除去した。明らかな活動性出血は認めなかったが、肋骨骨折部周囲周囲の胸壁より持続的な出血を認めたため止血を行い、第5・6肋骨の固定を施行した。胸膜外血腫は遭遇頻度が低く、比較的稀な病態である。外傷を契機に血胸との鑑別を要した胸膜外血腫の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-39 広範進展した化膿性胸鎖関節炎に対し外科的感染制御を行なった1例

東京都健康長寿医療センター 呼吸器外科

阿瀬孝治、土屋武弘、安樂真樹

62歳男性。左前胸部痛に対し前医で胸鎖関節内ステロイド注射後、発熱と局所腫脹が出現し紹介受診。造影CTで化膿性胸鎖関節炎と診断し抗菌薬投与および切開排膿を施行したが改善せず、再検CTで膿瘍が左頸部、腋窩、胸骨裏面、鎖骨裏面および大胸筋背側から前縦隔へ広範進展を認めた。左頸部切開下および左胸腔鏡下膿瘍ドレナージを施行。左鎖骨下に沿って頸部切開すると、胸鎖関節は感染により離開していた。鎖骨周囲を全周性に剥離し膿瘍を開放、さらに前縦隔膿瘍を鏡視下に開放し感染を制御した。鎖骨周囲は開放管理とし、現在局所陰圧閉鎖療法を実施しているが近日中に創閉鎖を予定している。胸鎖関節周囲膿瘍は稀だが、胸鎖関節は縦隔に近接することから感染は縦隔や頸部へ波及し重篤化し得る。深部進展時は早期の広範囲外科的ドレナージが肝要である。本症例の進展様式と治療戦略につき、文献的考察を加えて報告する。

Ⅱ-41 開心術後の医原性漏斗胸に対するNuss法施行中に右房損傷を来した1例

慶應義塾大学病院 呼吸器外科¹、慶應義塾大学病院 心臓血管外科²

木村征海¹、政井恭兵¹、寄森 駿¹、黒尾健人²、鈴木嵩弘¹、大久保祐¹、鈴木繁紀¹、加勢田馨¹、橋詰賢一²、志水秀行²、朝倉啓介¹

症例は19歳、女性。幼少期に心房中隔欠損症に対して開心術の既往があるが、治療内容の詳細は不明であった。成長過程で漏斗胸を認めるようになり、手術希望ありNuss法を施行した。胸腔内は前縦隔側、前胸壁を中心に高度癒着を認めたが、癒着剥離を行い1本目のバーを挿入し得た。そのまま前縦隔の剥離を進めたが、操作中に静脈性の出血を認めた。内胸静脈損傷を疑い、正中切開創を4cm追加して出血部位を確認すると胸骨裏面に癒着した右房損傷を確認できた。正中切開創を延長し、胸骨-肋軟骨部を離断して視野を確保し心臓血管外科の応援を得て縫合止血を行った。止血が得られた後に2本目のバーを追加し手術を終えた。開心術および心膜切除後症例では胸骨裏面と心臓との癒着を想定した術前・術中戦略と心臓血管外科医による応援体制の準備が重要である。

Ⅱ-43 間質性肺炎合併気胸に対して局所麻酔下胸腔鏡下肺瘻閉鎖術が有効であった1例

埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

田口 亮、菅原ゆり、梅咲徹也、市来嘉伸、二反田博之、菱田智之

患者は78歳女性で、間質性肺炎合併右2度気胸に対して胸腔ドレナージを開始し、自己血による胸膜癒着療法を2度行ったが、肺瘻の改善は得られなかった。UIPパターンで、5カ月前の急性増悪歴もあり、全身麻酔は急性増悪のリスクが高く、局所麻酔下胸腔鏡下肺瘻閉鎖術の方針とした。左半側臥位、気管挿管はせず、マスクで酸素投与し、デクスメトミジン塩酸塩とプロポフォールによる軽度の鎮静下、自発呼吸を残して手術を開始した。1%キシロカインで局所麻酔を行い、4ポートをおき、索状・膜状の胸膜癒着を切離し、肺瘻の原因と考えられた下葉S6-10の壁が白色に肥厚したプラは、広基性であり、結紮や局麻下での切除は困難で、プラと周囲をPGAシートで被覆し、フィブリン糊を散布した。術後、肺瘻は改善し、肺の再膨張も得られ、術後7日目に胸腔ドレーンを抜去した。全身麻酔による間質性肺炎急性増悪リスクが高い症例に低侵襲かつ有効な治療であった。

Ⅱ-44 術前画像支援技術を併用した局所麻酔胸腔鏡下肺瘻閉鎖術の経験

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

伊藤謙太郎、叢 岳、原田千佳、赤嶺貴紀、豊田行英、柳谷昌弘、
唐崎隆弘、川島光明、豊川剛二、此枝千尋、佐藤雅昭

慢性肺疾患等に続発する気胸では、全身状態不良のために全身麻酔手術や胸膜癒着術が困難な症例を経験する。熟達した術者・施設での局所麻酔胸腔鏡下肺瘻閉鎖術は、自発呼吸で呼吸状態を維持しつつ実施でき、胸膜癒着療法より患者の身体的負担が少ないとされる。一方で、操作性の制限が課題である。局所麻酔胸腔鏡手術の利点を最大化すべく、術前画像支援技術を併用した術式を報告する。対象はドレナージ抵抗性、全身状態不良の続発性気胸症例である。術前に胸腔 4DCT を撮像し、エアリーク部位と周囲の胸腔状況を詳細に確認し、最適なリークの閉鎖手段やアクセスルートを検討し手術に臨む。計画通りにリーク位置に到達し、二次的損傷を避けるため必要最低限の処置のみを行い手術を終了する。詳細な術前計画により低侵襲性を保ちつつ、欠点である操作性の制限を軽減でき、本術式は全身状態不良続発性気胸に対する有用な治療選択肢となる可能性がある。

17:25~18:05 心臓：大血管2

座長 湊手裕子 (埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科)
津田泰利 (山梨県立中央病院 心臓血管外科)

Ⅱ-45 アラジール症候群による腹部大動脈狭窄に対する血行再建術
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、横浜市立大学附属病院 心臓血管外科²
澤井悠樹¹、軽部義久¹、南 智行¹、小林由幸¹、大中臣康子¹、松本 淳¹、小島貴弘¹、尾崎広登¹、福井さくら¹、内田敬二¹、齋藤 綾²
36歳男性、幼少時より聴覚障害あり、開腹肝生検でアラジール症候群の診断。難治性上肢高血圧、間欠性跛行、腎機能障害が徐々に進行し下肢血行再建と透析アクセス作製目的に当科紹介となった。ABIは右0.58左0.57。単純CTでは胸部下行大動脈径14mm、腎動脈上から大動脈終末部にかけて大動脈径が10mm以下で高度の石灰化病変を認めた。MRIでは右腎動脈、下腸間膜動脈、腰動脈は開存、左腎動脈は閉塞していた。左腎動脈血行再建による腎機能改善、透析回避の可能性を考慮し、Crawford 4型の手術に準じたアプローチで胸部下行大動脈-左総腸骨動脈間バイパスを施行、J graft11mmを使用した。術中所見で左腎動脈は同定できず再建不可。術後腎機能は改善せず透析導入、気管切開などを要し3ヶ月後に自宅退院となった。ABIは右1.19左1.15と改善し間欠性跛行なく外来通院中である。

Ⅱ-47 心外膜に穿破した梅毒性大動脈炎の一例
大和成和病院

木村崇暢、高橋賢一朗、出淵 亮、早川美奈子、齋藤真人、田畑美弥子
症例は75歳男性、下腿浮腫と呼吸苦を主訴に当院へ搬送された。心エコーにて、中等度大動脈弁閉鎖不全症と重度僧帽弁閉鎖不全症を認めた。造影CTでは、心外膜に穿破し一部が胸骨に接する上行大動脈嚢状瘤を認めた。Treponema pallidum hemagglutination assaym、Rapid plasma reagin testはそれぞれ1:640、1:32と高値であり梅毒性大動脈炎による動脈瘤と診断し、準緊急手術の方針とした。大動脈基部や大動脈弁にも変性を認め大動脈弁閉鎖不全症を伴っていた為、Bentall手術を施行した。僧帽弁閉鎖不全症に対しては、僧帽弁置換術を併施した。病理所見も梅毒性大動脈炎として矛盾しなかった。神経梅毒を伴っており、ペニシリンG 2,400万単位/日の点滴を行い計4週間の抗生剤治療が行われた。梅毒性大動脈炎では梅毒スピロヘータが長期に渡り潜在し、大動脈壁構造を破壊することで、嚢状瘤を形成するが、心外膜に穿破し胸骨に接する大動脈瘤は非常に稀といえる。

Ⅱ-49 再開胸手術時の術中大動脈破裂に対する戦略
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
78歳女性。急性A型大動脈解離に伴う心タンポナーデで救急搬送。術前ショックとなり、緊急手術を施行。術前CTでは大動脈二尖弁で基部は50mmに拡大していたが、深夜の緊急手術であり救命目的に上行置換術を施行。術後は合併症なく独歩自宅退院された。しかしフォローのCTで経時的に基部が拡大し、かつ中枢吻合部の一部が仮性瘤をきたしていた。突出部は徐々に拡大傾向を示して胸壁に食い込むほどであったため、再開胸手術の方針とした。動脈瘤は胸骨裏面に接しており、開胸時の破裂に備えて両側腋窩動脈と左総頸動脈から送血路を確保しておいた。開胸時に動脈瘤は破裂したが、直ちに弓部にバルーンカテーテルを留置して脳灌流を維持した。生体弁を用いた大動脈基部置換術を施行。術後は良好に経過した。

Ⅱ-46 急性B型大動脈解離発症直後より無尿となり透析が必要となったが亜急性期にTEVARを施行し透析を離脱した1例
東京女子医科大学病院 心臓血管外科

小倉 健、池田 諒、東 隆、道本 智、手塚大樹、新浪博士
56歳女性、胸背部痛を主訴に救急搬送され急性B型大動脈解離（偽腔開存型）と診断された。真腔が狭小化しており腸管虚血は認めず右腎の造影効果は保たれているものの、左腎は造影効果が減弱しており発症直後より無尿となっていた。発症同日に真腔狭小化を解除するための緊急手術も検討されたが、開胸術による侵襲や緊急TEVARでは逆行性大動脈解離やエンドリークのリスクがあった。一方で亜急性期にエントリー閉鎖をする方法では腎機能が改善せず維持透析が必要になる可能性があった。患者・家族に治療選択肢を提示の上、保存加療と透析導入を行い発症から40日目に自作開窓/枝付きステントグラフトでTEVARを行った。真腔の狭小化も改善され、術直後より自尿を認めた。経時的に腎機能の改善が得られ術後5日目に血液透析を離脱し、術後5日目には腎機能は正常化し術後31日目（発症から71日）に自宅退院した。

Ⅱ-48 Kommerell 憩室瘤の1例
伊勢崎市民病院

山口 亮、安原清光、早田隆司、大木 聡
症例は77歳男性。数年前から嚥下困難感を自覚し、近医耳鼻科で経過観察されていた。食後の喉のつかえ感が持続するため当院受診した。造影CTで左側大動脈弓および右鎖骨下動脈起始異常を伴うKommerell憩室瘤（開口部径40mm、長径90mm）による食道圧排を認め入院した。嚥下障害に加え、瘤径から破裂や大動脈解離のリスクが高いと判断し手術適応とした。高齢で脳梗塞後の杖歩行を要する軽度フレイル（Clinical Frailty Scale4）のため、開胸術ではなく血管内治療を選択した。頸部分枝は中枢側から右/左総頸動脈、左/右鎖骨下動脈の順で分岐していた。左/右総頸動脈-鎖骨下動脈バイパスを行い、ZONE2でTEVARを施行、左/右鎖骨下動脈を塞栓した。エンドリーク無く手術終了した。術後、左反回神経麻痺による嗝声を認めた。他に合併症なく術後14日目に自宅退院した。Kommerell憩室瘤に対して血管内治療で治療し得た1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

第Ⅲ会場：503CD

8：00～8：48 呼吸器：初期研修医発表

座長 櫻井裕幸（日本大学医学部 呼吸器外科）
藤森賢（虎の門病院 呼吸器センター外科）
審査員 中島由貴（埼玉県立がんセンター 胸部外科）
小林正嗣（昭和医科大学 医学部 呼吸器外科）

初期研修医発表

Ⅲ-1 神経原性腫瘍との鑑別を要した孤立性線維性腫瘍の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 呼吸器外科
香山桃子、李 鹿路、塚本 遥、渡辺裕人、須山 祐、中嶋真希、
柴崎隆正、木下智成、仲田健男、大塚 崇
症例は35歳女性。健康診断の胸部レントゲンで胸部異常陰影を指摘されCTを施行し、縦隔上部から中縦隔の食道右側に腫瘍を認めた。MRIで隔壁様構造を認め、嚢胞性変化を伴う神経原性腫瘍が疑われた。4か月の経過で増大傾向を示したため、左側臥位でロボット支援下手術を施行した。術中所見では奇静脈頭側、上大静脈背側の縦隔胸膜から胸腔内へ、有茎性に突出する易出血性の腫瘍を認めた。食道と接していたが浸潤はなかった。病理組織学的に孤立性線維性腫瘍（SFT）と診断された。SFTは胸膜に好発する間葉系腫瘍であり、無症状で経過し偶発的に発見されることが多いが、破裂により血胸に至ったという報告もみられる。ほとんどの場合は切除標本の病理学的所見において最終診断が得られる。本症例のように縦隔側に発生した場合、神経原性腫瘍など縦隔腫瘍との鑑別を要する。このような症例は稀であり文献的考察を含めて報告する。

初期研修医発表

Ⅲ-3 嚢胞を伴う9cm大の縦隔腫瘍に対してロボット支援下縦隔腫瘍摘出術を施行した1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
齋藤洋美¹、今中大起¹、井上航貴¹、寺田宜敬¹、鈴木淳也¹、林 宗平¹、中村 梓¹、佐藤大輔¹、河内利賢¹、中野雅之²、大荷澄江²、櫻井裕幸¹
症例は40歳代男性。健診の胸部X線写真で右肺門部に肺門重量徴候陰性の腫瘍影を認め、精査加療目的に当院紹介となった。胸部造影CTでは前縦隔右側に最大径9cmの腫瘍を認め、周囲に嚢胞を示唆する低吸収域を伴い、充実部には造影効果を認めた。胸腺腫疑いに対し、診断治療目的にロボット支援下縦隔腫瘍摘出術を施行した。嚢胞の一部は左右腕頭静脈合流部にはまり込んでいたが、嚢胞内容を胸腔内へ流出させることなく摘出し完全切除を得た。病理組織学的には非浸潤性胸腺腫 type B1 であり、嚢胞壁にも胸腺腫細胞を認めた。嚢胞を伴う胸腺腫では嚢胞壁や内容物に腫瘍細胞を認めることがあり、術中損傷は胸腔内再発の原因となり得る。そのため嚢胞を損傷しない慎重な腫瘍摘出が重要と考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

Ⅲ-2 甲状腺腫と異所性縦隔甲状腺腫が同時発症した1例

日本大学板橋病院 呼吸器外科¹、日本大学板橋病院 病理診断科²、日本大学板橋病院 乳腺内分泌外科³
袖崎慶二¹、今中大起¹、井上航貴¹、寺田宜敬¹、鈴木淳也¹、林 宗平¹、中村 梓¹、佐藤大輔¹、河内利賢¹、榎本克久³、宇都健太²、羽尾裕之²、櫻井裕幸¹
症例は70歳代女性。検診で胸部異常陰影を指摘、胸部CT画像で6cm大の縦隔腫瘍を認め、精査加療目的に当院紹介となった。PET-CT検査では、縦隔腫瘍にSUVmax 14.1、甲状腺左葉、頸部リンパ節及び右肺中葉にSUVmax 5程度のFDG集積を認めた。術前に甲状腺の生検を行い、甲状腺癌の診断となっていたことから、悪性縦隔腫瘍疑い、甲状腺癌と診断し、診断加療目的に胸骨正中切開下縦隔腫瘍摘出、右肺中葉部分切除、甲状腺左葉摘出術を施行した。縦隔腫瘍は甲状腺と肉眼的に連続しておらず、周囲の血管や気管と強く癒着していたが浸潤はなかった。病理組織検査では、縦隔腫瘍は甲状腺組織に発生した乳頭癌の像がみられ、異所性甲状腺に発生した甲状腺乳頭癌と診断した。また、甲状腺左葉腫瘍も類似した乳頭癌であったが、両病変に連続性はなかったことから、2つの癌が同時発生したと判断した。若干の文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

Ⅲ-4 転倒時に左頸部に迷入した異物に対して transmanubrial approach で摘出した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター
榎本俊平、須藤圭吾、佐藤誉哉、曾我部将哉、峯岸健太郎、坪地宏嘉、遠藤俊輔
症例は19歳男性。自転車走行中に転倒した。左頸部に挫創および軽度出血を認め、前医に救急搬送となった。胸部CTで左鎖骨下動脈と左鎖骨下静脈の間に5mm大の異物を認め、当院に転院搬送となった。異物除去目的に緊急手術を施行した。手術は仰臥位で行い、transmanubrial approach で開始した。左鎖骨下静脈を露出し、その頭側に異物を確認し摘出した。異物は傘の露先を保護するプラスチック製キャップであり、転倒の際に露先が頸部に刺入・遺残したと考えられた。手術時間156分、出血量295mL。術後8日目に退院した。外傷による頸部・縦隔の異物は稀である。左鎖骨下動脈近傍の異物除去に対するアプローチとして、transmanubrial approach は有用である。手術ビデオを供覧するとともに、文献的考察を加えて報告する。

初期研修医発表

Ⅲ-5 左下横隔膜動脈からの流入を伴う複雑型肺動静脈瘻に対し3portsVATS下に根治し得た1例
虎の門病院 呼吸器センター外科
西本大晃、藤森 賢、菊永晋一郎、濱田洋輔、大坪巧育、三原秀誠
20歳時に胸膜炎の既往のある48歳男性。前医の胸部単純CTで偶発的に左舌区に肺動静脈瘻が疑われ当科紹介受診となった。造影CTで肺動静脈間に異常血管網を認め、加えて左下横隔膜動脈からのfeederも伴う複雑型肺動静脈瘻と診断し外科的切除の方針とした。出血の制御目的として術前日に左下横隔膜動脈に対しコイル塞栓術を施行した。術式は3portsVATS癒着剥離および左舌区部分切除とした。胸腔内は全面癒着で、特に胸壁からのfeeder流入部と推測される左S5末梢は胸壁と強固に癒着していた。手術時間280分、出血量620ml。術後経過は良好で術後4日目に退院した。体循環系の血管と肺動静脈瘻との交通は稀であるが本症例においては既往の胸膜炎により後天的に交通した可能性が推察される。術中の出血制御目的に左下横隔膜動脈の術前コイル塞栓術を施行し、胸壁との強固な癒着を呈する複雑型肺動静脈瘻に対しても3portsVATS下に安全に切除できた。

初期研修医発表

Ⅲ-6 左縦隔型底区肺動脈を有する左下葉肺癌に対し胸腔鏡下左下葉切除術を施行した1例
北里大学病院 呼吸器外科
佐藤 翼、内藤雅仁、三橋俊介、近藤泰人、塩見 和、三窪将史、一瀬淳二
症例は70代男性。狭心症のフォロー中、冠動脈CTにて左下葉に結節影を指摘され当科紹介受診。胸部CTで左S6に17×10mm、左S10に11×6mm大の結節を認め、PET-CTにていずれも軽度のFDG集積を伴い、多発肺癌疑いで胸腔鏡下左下葉切除術を施行した。造影剤アレルギーのため術前に造影CTは行わず3D画像を作成できなかったが、底区肺動脈が気管支の腹側を走行する所見から縦隔型底区肺動脈の可能性が予測された。術中所見では、前方からアプローチし気管支腹側でA8b、A8a+9+10a、A10bを同定、底区肺動脈が縦隔型であることを確認した。A6のみ気管支背側で通常より中枢側から分岐し葉間をまたいで走行していた。縦隔型の左底区肺動脈は稀であるが本邦でも報告が散見され、術前3D-CTでの確認が重要とされている。本症例では術前に3D画像を作成できず、術中慎重に解剖を確認しながら血管処理を行った。文献的考察とともに報告する。

8:50~9:38 心臓：先天性1

座長 加藤 秀之 (筑波大学 心臓血管外科)
小沼 武司 (長野県立こども病院 心臓血管外科)

Ⅲ-7 重症心不全を伴う単心室に対して Fontan 型手術と補助人工心臓植込みを行い、心臓移植へ到達した1例
東京女子医科大学病院 心臓血管外科
富島有希、古田晃久、吉田尚司、伊藤貴弘、片桐絢子、新川武史、新浪博士
機能的単心室患者において Fontan 型手術到達は外科的目標であるが、心機能低下を伴う場合は Fontan 型手術非適応とされ、心臓移植を目指す場合もある。今回、Fontan 非適応とされた単心室症例に対し、TCPC と植込型補助人工心臓 (VAD) 装着を同時施行し心臓移植に到達した1例を経験した。症例は8歳男児。三尖弁閉鎖、完全房室ブロックに対し、日齢3に肺動脈絞扼、ペースメーカー植込術、5か月時に Glenn、DKS 吻合、心房中隔拡大術が施行されたが左室機能低下のため Fontan 型手術は非適応と判断された。6歳時にカテコラミン依存となり心臓移植適応判定を取得。7歳時に僧帽弁閉鎖不全に対し僧帽弁置換術も施行されたが心不全の改善なく、当院へ転院した。当院では植込型 VAD 装着、心外導管法 TCPC、ペースメーカー摘出術を施行した。術後に硬膜下血腫を認めたが保存的加療で軽快し、心不全症状も軽快し退院した。VAD 装着後 625 日目に心臓移植に到達し現在も外来通院している。

Ⅲ-9 ASD に対する経皮的カテーテル閉鎖術後に両心房内血栓を疑い外科的介入を要した1例
新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野
星名雄太、渡邊マヤ、杉本 愛、白石修一
7歳女児。6歳時の学校検診で発見された不完全右脚ブロックを契機に ASD (最大径 13 mm) と診断された。経食道エコー検査による辺縁組織の評価でカテーテルによる閉鎖が可能と判断され、経皮的カテーテル閉鎖術を施行。エコー検査で残存血流を認めず術後3日目に退院した。術後2週から頭痛・嘔吐が出現、術後1か月のエコー検査で心房内に血栓が疑われ造影 CT を撮影したところ、両心房内に血栓を疑う構造物があり塞栓リスクを考え緊急手術を施行。体外循環・心停止下に右房を切開すると、閉鎖デバイスは弁周囲まで変性した肉芽に覆われそれらは血栓様ではなかった。デバイスと周囲の肉芽を除去し、自己心膜パッチで欠損孔を閉鎖した。血液培養は陰性。肉芽の病理学的検索では好中球浸潤もみられたが、むしろアレルギー性の炎症を示唆する好酸球浸潤が目立った。術後心エコー検査は問題なく術後13日に退院。術後3か月はワーファリンを内服した。

Ⅲ-11 心内修復術に工夫を要した冠静脈洞型心房中隔欠損症の2例
自治医科大学 心臓血管外科学
森山 航、岡 徳彦、金子政弘、松永慶康、山本美葉
冠静脈洞型心房中隔欠損症 (CS 型 ASD) は、冠静脈洞と左房間の隔壁欠損を特徴とする比較的稀な疾患である。今回我々は、心内修復に工夫を要した CS 型 ASD の2例を経験した。症例1は22歳男性。学校検診で異常を指摘され、心エコーで CS 型 ASD と診断。右心系の拡大 Qp/Qs が 2.2 のため手術適応と判断した。術中所見では unroofed CS を伴う ASD を認め、ゴアテックスパッチを用いて冠静脈洞壁を形成しつつ、欠損孔を閉鎖し CS が右房側へ開口するようにした。症例2は46歳女性。検診で心雑音を指摘され、心エコーで CS 型 ASD と診断、右心系拡大と肺高血圧を認め手術適応と判断した。術中所見では CS 型と静脈洞型の ASD を認め、CS が左房に開口していた。CS を心房中隔壁を用いて形成し、右房に誘導した。静脈洞型 ASD は直接閉鎖した。CS 型 ASD という稀な症例を2例経験したので、文献学的考察を加え報告する。

Ⅲ-8 狭小左室を伴う uAVSD/DORV に対し、段階的2心室修復を施行した1例
埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科¹、埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科²
高木翔太¹、平野暁教²、飯島至乃²、測上裕司²、細田隆介²、帆足孝也²、鈴木孝明²
症例は1歳男児。診断は左側相同、unbalanced AVSD (Rastelli A)、hypo LV、DORV、d-MGA、PDA。PS 無く日齢7に PAB (周径 BW+16.5mm) および PDA ligation を施行。LV は apex forming に乏しく生後5か月時の MRI では LVEDV 9.6ml、%正常比 68%N と、RVEDV 19.6ml、148%N に比し狭小、CAVVR Lt. mild、Rt. none であった。二心室修復を目標として、生後7か月時に primum ASD closure、Lt.CAVV plasty および re-PAB (周径 BW+18mm) を施行。その後 LVEDV は 19.7ml (92%N) へ増加したが、Lt.CAVV moderate となり、生後15か月、体重 7.9kg 時に心室内血流転換、VSD 部分閉鎖、および肺動脈形成施行。術後1日目に抜管、8日目に ICU 退室。抗心不全療法に時間を要したが術後42日で退院。退院時の Lt.CAVV mild、uAVSD/DORV/hypo LV に対して段階的に左室容量負荷をかけることで二心室修復に到達可能となったので報告する。

Ⅲ-10 左上大静脈遺残を伴う部分肺静脈還流異常症に対する手術例
群馬県立小児医療センター
畑岡 努、小中英樹、岡村 達
症例は4歳の男児、体重 14.5kg。在胎38週2日、2832g で出生。4歳時に心雑音を契機に前医で ASD と診断され当院紹介となった。造影 CT 検査、心臓カテーテル検査で部分肺静脈還流異常症 (PAPVR)、ASD (sinus venosus type)、左上大静脈遺残 (PLSVC) と診断し、手術加療の方針とした。上行大動脈送血、左右上大静脈脱血、下大静脈脱血で人工心肺を確立し、Double decker 法で PAPVR の修復を行った。術後経過は良好で術後1日で抜管し術後5日に一般病棟へ転棟となった。術後に撮影した造影 CT 検査では肺静脈や上大静脈の狭窄は認めなかった。Sinus venosus type の ASD に伴う PAPVR において PLSVC の合併は比較的稀である。今回、PLSVC を伴う PAPVR の小児例に対して、Double decker 法で修復した症例を経験したので報告する。

Ⅲ-12 機械弁 TVR 後、消化管出血と valve stuck を併発した10歳代女性の1例
榊原記念病院 小児心臓血管外科
田中啓輔、小森悠矢、神谷寛登、松沢拓弥、和田直樹
症例は18歳女性。Ebstein 奇形、PS の診断で1歳4か月時に TVP+PS release 施行。その後 TR、MR 進行あり、4歳時に TVR (機械弁)+MVP 施行。経過中 T 弁・M 弁機能異常なし。16歳時から低 Alb 傾向、下血あったが WF 単剤に変更後寛解。17歳時に PLE の確定診断。18歳時、下血あり他院入院。消化器精査で止血可能な病変はなし。TTE で T 弁狭窄所見あり、弁透視で valve stuck の診断。頻回輸血でも貧血改善せず当院転院。転院後も下血は持続したが、貧血進行は緩徐になった。消化管出血の原因として抗凝固薬の継続使用、PLE、heyde 症候群が疑われ、下血は持続したものの生体弁への変更で抗凝固薬を終了できる利点を鑑みて手術介入の方針。手術は TVR (生体弁) 施行。術後下血寛解・増悪を繰り返したが、ステロイド加療で安定し退院。下血が持続する状態では外科介入を躊躇せざるを得ないが、本症例はリスクを十分考慮した上での外科介入を要したため、文献的考察を加えて報告する。

9:40~10:36 心臓：弁膜症1

座長 吉野邦彦（東京ベイ・浦安市川医療センター 心臓血管外科）
丸山雄二（日本医科大学武蔵小杉病院 心臓血管外科）

Ⅲ-13 重症肺高血圧症合併の連合弁膜症に対する集学的治療が奏功した一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

村田直樹、遠藤大介、對馬泰行、田端 実

【症例】56歳男性。小児期に三心房修復術。大動脈二尖弁による重度AS/AR、重度一次性MR、中等度二次性TR、持続性AFでNYHA3度の心不全。術前心臓超音波検査でLVEF58%、RV FAC20.8%。術前右心カテーテル検査でPA (s/d/m) 95/40/58mmHg (Ao 88/68/74mmHg)、CI 2.58L/min/m²、mean PCW 34mmHg、PVR 5.5WUとI群+II群の重症PHを認めた。手術一週間前から心不全管理を行い、redo AVR+MVP+TVP+LAA閉鎖を実施。NO吸入、DOB・ミリリノン投与下に人工心肺を離脱。第3病日に抜管、第5病日にICUを退室。DOB・ミリリノン終了後の第12病日に右心カテーテル検査を再検し、PA 66/19/34mmHg (Ao 88/62/70mmHg)、CI 2.89L/min/m²、mean PCW 12mmHg、PVR 5.2WU。I群PHに対する薬物療法を導入し、第20病日に退院。NYHA2度に改善し仕事復帰もしている。重症PHを合併した連合弁膜症症例に対して周術期の集学的心不全管理が有用であった。

Ⅲ-15 左室内仮性瘤を併発した僧帽弁位感染性心内膜炎の1例

東海大学医学部附属病院 心臓血管外科

若林健治、小谷聡秀、林 智大、岸波吾郎、山本克佳、尾澤慶輔、岡田公章、長 泰則

症例は57歳女性。発熱、体動困難を主訴に前医受診し、右下腿蜂窩織炎、菌血症と診断。起炎菌はStreptococcus dysgalactiae subsp. equisimilis。心臓超音波検査にて僧帽弁位感染性心内膜炎を認めた。抗生剤治療目的に当院総合内科に入院。経過中に心不全増悪を認め、僧帽弁の穿孔に伴う逆流の増悪及び僧帽弁輪部膿瘍の拡大を認めたため、手術的に当科転科。胸骨正中切開、右側左房切開にて僧帽弁を観察。後尖に疣贅の付着およびφ5mm大の穿孔を認めた。僧帽弁置換術の方針とし、弁尖を切除すると、弁輪はintactであったが、左室後壁に仮性瘤を認め、同部が膿瘍腔となっていた可能性を考えた。膿瘍腔はウシ心のう膜パッチで閉鎖し、機械弁による僧帽弁置換術を施行した。術後心臓超音波検査にて僧帽弁逆流は消失し、膿瘍腔への血液の交通も認めなかった。若干の文献的考察を踏まえ術中の動画と共に本症例を報告する。

Ⅲ-17 二弁置換術後三尖弁閉鎖不全症に対し低侵襲三尖弁人工弁置換を施行した一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター外科¹、横浜市立大学附属病院 心臓血管外科²

尾崎広登¹、軽部義久¹、南 智行¹、小林由幸¹、大中臣康子¹、松本 淳¹、小島貴弘¹、澤井悠樹¹、福井さくら¹、内田敬二¹、齋藤 綾²

82歳男性、56歳時他院で機械弁による大動脈弁置換（OMNICARBON25）、僧帽弁置換（OMNICARBON25）を施行。66歳時徐脈性心房細動に対しVVIペースメーカー移植。右胸水貯留が利尿剤増量かつ静脈内投与でも改善せず、精査の結果三尖弁閉鎖不全による右心不全の診断となった。人工弁機能不全は認めなかった。手術的に当院に紹介。右頸静脈、右大腿静脈脱血、右大腿動脈送血で人工心肺を開始、右第4肋間開胸、第5肋軟骨切離で肺の癒着を剥離。縦隔側胸膜、心膜、右房壁を縦切開。上下大静脈をバルン遮断、冠静脈洞を持続吸引することにより良好な視野を確保し、心拍動下に三尖弁を人工弁（Epic33）で置換した。右室リードは人工弁の弁輪外を通した。CVPは術前17mmHgから人工心肺離脱後8mmHgに低下し、POD28にリハビリ転院。その後利尿剤投与減量し外来通院中である。左心系手術後の三尖弁に対する手術介入の適応、術式について考察する。

Ⅲ-14 重症大動脈弁狭窄症に対してTAVI術後、人工弁感染に対して人工弁摘出術、大動脈弁置換術を施行した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

森 弘帆、岡村 誉

症例は慢性肝硬変（Child-Pugh分類B）を背景とした70歳代女性。重症大動脈弁狭窄症に対して、TAVIを施行した。術後3ヶ月目、発熱を主訴に救急外来を受診し、血液培養でStaphylococcus saprophyticus菌血症、Staphylococcus epidermidis菌血症、心臓超音波検査で人工弁（Sapien 3 UR）に最大径15mmの疣贅を認め、人工弁感染と診断した。塞栓症リスクが高いと判断し、人工弁摘出術、大動脈弁置換術を施行した。Staphylococcus saprophyticus菌血症に伴う感染性心内膜炎は非常に稀な病態であり、抗生剤治療、手術戦略に於ける手技的工夫について文献学的考察を含めて報告する。

Ⅲ-16 弁周囲逆流に対する再僧帽弁置換術における弁周囲逆流再発予防の工夫

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科

小村祐貴、草刈 翔、森 弘帆、徳永滋士、鳥飼哲世、河原拓也、藤井健人、藤森智成、橋本和憲、中野光規、谷口良輔、岡村 誉、山口敦司

僧帽弁置換術（MVR）後の弁周囲逆流（PVL）に対する再手術では、弁輪の脆弱性などにより再発リスクが高いとされているが、逆流再発予防のための工夫を施した症例を報告する。症例1:68歳男性。MVR後PVLに対しredo-MVR施行。その後PVL再燃と溶血性貧血を認め3回目MVR施行。症例2:79歳女性。DVR後stuck valveに対しredo-AVR施行。今回は僧帽弁位PVLと溶血性貧血を認めredo-MVR施行。いずれの症例でも、ウシ心膜にて幅約2cmのドーナツを作成し人工弁にスカート状に装着、弁輪にカフを縫着（supra-annular）後さらに左房側組織へウシ心膜を連続縫合で固定し、PVL再発予防とした。術後経過は良好で、現時点でPVL再発無く経過中である。考察：遠隔期の経過観察が必要であるが、本手技は脆弱な弁輪を有するredo-MVRにおいて有用なPVL再発予防策となり得る。

Ⅲ-18 シアリドーシスに合併した若年の重症大動脈弁狭窄症に対する大動脈弁置換の1例

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

長尾遼太郎

シアリドーシスはNEU1遺伝子異常によりオリゴ糖や糖タンパクが体内に蓄積するライソソーム病で、主に神経症状を呈する。心血管系病変の報告数は限られており神経系以外の臨床像は明らかではない。症例は34歳男性。小児期にてんかんを発症し、精査でシアリドーシスと診断された。34歳時に心雑音を契機に無症候性大動脈弁狭窄症と診断された。術前心エコーでは大動脈弁は三尖で、弁尖肥厚や可動制限を認め、最大血流速度5.3 m/s、最大圧格差67 mmHg、弁口面積0.62 cm²の重症大動脈弁狭窄症だった。機械弁（On-X 19mm）を用いた大動脈弁置換術を施行し、術後経過は良好。切除した弁尖は肉眼的に著明に肥厚しており、病理検査では弁尖は線維化及び石灰化により高度に肥厚し、層構造は大部分で不明瞭化していた。小血管の増生や軽度のリンパ球浸潤を伴う肉芽組織を認め、動脈硬化性大動脈弁狭窄症とは異なる組織像だったが、特異的な組織像は明らかではなかった。

Ⅲ-19 僧帽弁置換術中にきたした左室後壁破裂の一救命例

船橋市立医療センター 心臓血管外科

丸島亮輔、櫻井 学、山元隆史、大森智瑛、茂木健司

症例は慢性腎不全が既往にある83歳男性。severe ASR および severe MR に対して AVR+MVR を施行。右側左房切開アプローチで僧帽弁に到達。弁尖は石灰化変性が強く、特に A3、P2、P3 で著明。前尖は切除、また石灰化の強い後尖も、P2 の腱索が付着する部分を残して P1、P3 は切除し Epic plus 31mm を縫着した。人工心肺離脱後より出血量が増加したため人工心肺を再度確立。観察すると左室後壁に著明な心筋内血腫を認め、左室後壁破裂を想起した。僧帽弁位人工弁を外して観察すると P1-2 の弁輪直下の心筋が弁輪に沿って裂けており Treasure 分類 1 型の左室破裂を認めた。弁輪直下の裂創をフェルト付きマットレス縫合し、上からウシ心膜パッチを縫着して補強し、Epic plus 25mm を縫着した。IABP 補助下で人工心肺を離脱し、手術を終えた。術後は再破裂の予防のため鎮静下に血圧を厳密に管理し、POD 10 に IABP 抜去、POD 12 に抜管。入院中の再破裂なく POD 78 にリハビリ転院した。

10:40~11:36 心臓：冠動脈 低侵襲

座長 田 畑 美弥子 (大和成和病院 心臓血管外科)
岩 倉 具 宏 (榊原記念病院 心臓血管外科)

Ⅲ-20 巨大冠動脈仮性動脈瘤に対して冠動脈瘤切除および冠動脈バイパス術を施行した一例

慶應義塾大学病院 心臓血管外科

新川将弘、松本順彦、小野拓哉、松島宏和、堀尾俊介、西田真由、黒尾健人、灰田周史、木村成卓、山崎真敬、橋詰賢一、志水秀行
冠動脈瘤は比較的稀な疾患であり、仮性瘤を呈した冠動脈瘤の報告はさらに少ない。症例は77歳男性で、大動脈弁閉鎖不全症に対して手術適応となった。術前冠動脈造影にて、左前下行枝(LAD) #7に42×43mm、3mm/年の増大傾向にある冠動脈瘤を認め、LADから瘤内への造影剤の流入を認めた。治療は、大動脈弁置換術に加えて、冠動脈瘤切除および冠動脈バイパス術併施の方針とした。胸骨正中切開、心停止下に、大動脈弁置換術を施行した後、冠動脈瘤を切開し血栓を除去した。瘤内にはLAD本幹開口部を2か所認め、瘤壁と冠動脈内膜の連続性を認めなかったことから、仮性動脈瘤であると判断した。開口部をそれぞれ縫合閉鎖し、同部末梢にて左内胸動脈をLADに吻合した。瘤壁は可及的に切除し残存瘤壁を縫縮した。術後経過は良好で、病理報告も仮性動脈瘤として矛盾しない結果であった。文献的考察とともに報告する。

Ⅲ-22 責任病変の同定が困難であった左冠動脈主幹部から回旋枝の血栓塞栓による急性心筋梗塞の1例

山梨県立中央病院

大澤いくみ、津田泰利、横山毅人、佐藤大樹、中島雅人

症例は60歳男性。登山中に胸痛が出現し当院に救急搬送された。心電図でI, aVL, V1~6誘導でST上昇、心臓超音波検査で心尖部の壁運動低下を認め、急性心筋梗塞としてCAGが施行された。LMT99%、LMT~LCXに透亮像を認めPCIは困難な病変として、冠動脈バイパス術予定となった。IABP挿入の上、第2病日に人工心肺使用下心停止下に冠動脈バイパス術(LITA-LAD、SVG-PL)を施行した。吻合後のグラフトの血流はともに不良で、吻合部の中樞の冠動脈を圧迫すると血流が良好になり、冠動脈病変が改善したことが考えられた。閉胸後にCAGを施行すると、LMTに50%の狭窄を認めるもののLCXの透亮像は消失しており、LMTの粥腫破綻によりLCXに血栓が形成されていたものと推測された。術後8日目の冠動脈CTではグラフトはともに開存し、冠動脈に有意な狭窄はなかった。冠動脈の血栓塞栓により責任病変の同定が困難であったまれな症例であり、文献的考察を交えて報告する。

Ⅲ-24 閉塞性肥大型心筋症に対して経大動脈弁と経僧帽弁アプローチでロボット支援下中隔心筋切除術を施行した一例

千葉西総合病院 心臓血管外科

古仲美真、中村喜次、玉川佳澄、樋熊佑香、新妻楠望、安元勇人、新妻 健、奥木聡志、黒田美穂、林祐次郎、中山泰介、池谷佑樹、伊藤雄二郎

症例は76歳女性。労作時呼吸苦と失神発作あり、心エコーにてLVOT狭窄と流速上昇、高度中隔肥厚を指摘され閉塞性肥大型心筋症(HOCM)と診断された。IVS22mm、LVOF Vmax5.3m/s、meanPG52mmHg、後尖MACもあり。経食道心エコーではSAMもみられた。今回、HOCMに対するmyectomyをロボット支援下に行った。上行大動脈を切開し経大動脈弁で中隔心筋切除を開始した。僧帽弁前尖レベルまで切開したのち、右側左房切開から経僧帽弁に切り替えて心尖部まで中隔心筋切除し、それに連なるapical basal bandも切離した。最後に前乳頭筋のanterior headとposterior headをマットレス縫合しapproximationした。SAMは消失しLVOTの乱流も改善し狭窄も解除された。HOCMに対するロボット支援下手術は心筋、弁葉を温存可能で、大動脈弁、僧帽弁両方からのアプローチにより良好な視野で中隔心筋切除が可能となり有用な方法であったので文献的考察を交えて報告する。

Ⅲ-21 心筋梗塞による心肺蘇生後の冠動脈バイパス手術の一例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

菊地賢展、堯天孝之、黒田大朗、熊谷 悠、河西未央、湯手裕子、

高橋辰郎、吉武明弘

症例70代男性。心室細動にて心肺蘇生を施行された。5分後に自己心拍および自発呼吸が再開され、当院へ救急搬送された。既往歴として半年前、心筋梗塞の診断にてPCIを施行されていた。緊急冠動脈カテーテル検査にて、右冠動脈閉塞、LAD99%狭窄の診断。まずIABPを留置し、および体温管理療法を48時間施行した。その後頭部CTで明らかな異常所見がないこと、および意識の回復を確認し、発症1週間で冠動脈バイパス手術(LITA-LAD、Ao-SVG #4PD)を施行した。術中LADの高度狭窄および石灰化が伴っており、on-lay吻合を行った。POD2 IABP抜去、POD3抜管、POD5一般病棟へ転床、術後10日目自宅退院となった。心筋梗塞後の外科的治療を中心とした集学的治療で救命できた一例を報告する。

Ⅲ-23 大動脈四尖弁を合併した大動脈弁閉鎖不全症に対してロボット支援下大動脈弁置換術を施行した1例

千葉西総合病院 心臓血管外科

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

大動脈四尖弁(QAV)は稀な先天奇形であり、手術を施行した報告は極めて少ない。今回我々は、大動脈四尖弁に合併した大動脈弁閉鎖不全症(AR)に対して、ロボット支援下大動脈弁置換術(RAVR)を施行した。症例は71歳男性。severe ARを認め手術目的で当科紹介となった。エコーやCTにてQAVが疑われた。冠動脈の起始異常はなく、心内奇形は見られなかった。手術は右腋窩動脈送血、大腿静脈脱血で人工心肺を開始、左室ペントを挿入し、Vf誘導し大動脈遮断した。大動脈弁を観察すると、四尖弁で弁尖はほぼ同等の大きさであったが、右冠尖がやや小さめであった。Avalus21mmでの弁置換術を施行し、術後は合併症なく、術後6日目に退院した。検索した限りではQAVに対してのRAVRは初めての症例のため、考察を踏まえて報告する。

Ⅲ-25 MICS-AVR後、弁輪部石灰化病変により術後心筋梗塞を生じた一例

横須賀市立総合医療センター

小和田実、新井大輝、柿内健志、佐野太一、秋吉 慧、玉井宏一、

田島 泰、安達晃一

74歳女性。Vmax5.4m/sのSevereASに対してMICS-AVRを施行した。弁輪は石灰化が強くSonopetも用いて脱灰を行った。人工弁逢着の一連の中で石灰化が離れる部分があり、適宜除去するも左室ventの効きが悪くなった一瞬で左室内に引き込まれるタイミングがあった。回収はできず、念入りに洗浄を行い、通常通りにMICS-AVRを終了した。人工心肺離脱後、経食道超音波検査で明らかなassynegyは認めなかった。ICU入室後も経過は良好で、同日抜管した。夜間に胸痛、軽度のST上昇を認め、CK-MBも311まで上昇した。前胸部誘導でQSパターン、経胸壁超音波検査でも前壁の壁運動低下を認めた。緊急で冠動脈造影を行い、術前には認めなかったLAD#7に99%狭窄(IVUSで器質化した血栓様の所見)を認めた。吸引を試みるも不可能で、PCI施行中に上記は移動を認めた。最終的に末梢心尖部のflow低下のみ残存した。術中石灰化病変による閉塞や術前からのplaque病変のruptureが示唆された。

Ⅲ-26 大動脈二尖弁に対して MICS AVR を施行した 1 例

湘南厚木病院 心臓血管外科

池田 翼、中山 航、石川沙弥、榊健司朗

患者は 71 歳女性。労作時呼吸苦 (NYHA 3) を主訴に当院総合内科を受診し、大動脈弁狭窄症を指摘され、当科紹介となった。経胸壁心臓超音波検査では LVDd 42mm、LVDs 27mm、EF 64%、大動脈弁は 3 尖で最大血流速度 4.1m/s、最大/平均圧較差 67/35mmHg、弁口面積 0.58cm² であり重症大動脈弁狭窄症と診断し、MICS AVR (Epic Supra 21mm) を施行した。術中所見では大動脈弁は 2 尖で type 1 (L-R fusion) であり、術前診断との乖離を認めた。小開胸下においても十分な視野確保と安全な弁切除・縫着が可能であった。術後経過は良好で重篤な合併症なく経過した。大動脈二尖弁の発生頻度は 0.5-2% とされるが、MICS での手術報告は未だ限られている。本症例について文献的考察に加えて、MICS AVR における視野展開の工夫について報告する。

11:40~12:20 心臓：その他1

座長 長岡英気（昭和医科大学藤が丘病院/東京科学大学 心臓血管外科）
國井佳文（聖隷浜松病院 心臓血管外科）

Ⅲ-27 IEに対する TAVR explant 後に発症した左右シャントを double patch 法で修復した1例
三井記念病院 心臓血管外科
天野健一、東野旭紘、小粥進太郎、鶴田遊野、和田拓己、三浦純男、竹谷 剛、大野貴之
症例は81歳男性。経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVR）後1年で感染性心内膜炎（IE）を発症したため、外科的大動脈弁置換術（SAVR）+僧帽弁 vegetation 切除を施行した。感染は弁輪にまで及び、特に脆弱であった右冠尖の nadir から右冠尖/無冠尖の交連にかけては自己心膜で弁輪形成した。術中エコーでは異常はなかったが、1週間後に左室-右室/右房シャントを指摘された。内服では心不全コントロールが困難となり、SAVRの5ヶ月後にシャント閉鎖を施行した。右房切開しシャントを観察すると、左室流出路から右室に開口し、さらに三尖弁中隔尖の弁輪に小孔を認めた。視野確保のため中隔尖の前尖側半分を弁輪寄りで切開し、牛心膜による double patch 法でシャントを閉鎖した後に中隔尖を再建した。術後三尖弁逆流は trivial で左右シャントは消失した。SAVR 後の左右シャントの報告は散見されるが、今回 IE に対する TAVR explant 後に発症した症例を経験したため報告する。

Ⅲ-29 ADAMTS13 活性を指標として管理した血栓性血小板減少性紫斑病合併 CABG の1例
埼玉医科大学総合医療センター 心臓血管外科
三宮樹郷、岡田至弘、徳永千穂
55歳男性。44歳時に血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）と診断され、シクロスポリン A 内服下で加療中であった。2024年11月、他院にて脂質異常症に対しロスバスタチンを開始後、シクロスポリン A との薬物相互作用が関与した横紋筋融解症と TTP 再燃のため当院入院となった。入院加療中に急性冠症候群を発症し冠動脈 #13、#1-2、#4PD に対して PCI を施行した。その後、労作時胸痛の再燃を認め 2025年4月の CAG で3枝病変の進行を認め CABG 適応と判断した。周術期に TTP 増悪リスクが懸念されたが、TTP の病勢指標である ADAMTS13 活性をモニタリングし、手術介入時期の判断および周術期管理を行った。術後は TTP 再燃を認めず良好に経過した。TTP 合併患者に対する CABG 周術期管理について文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-31 たこつば心筋症に2度の Blow-out 型破裂を合併し救命しえた1例

獨協医科大学病院 心臓・血管外科

和賀正義、和賀正義、川村 匡

症例は維持透析中の68歳女性。透折後胸部不快感を主訴に搬送され、心電図で多源性心室性期外収縮を認め虚血を含む心筋障害が疑われた。冠動脈造影では有意狭窄を認めず、左室造影で心尖部無収縮・基部過収縮を認めたためたこつば心筋症と診断した。ICU 入室直後に心タンポナーデによる PEA を呈し、心エコーで左室自由壁破裂が疑われた。心嚢穿刺により血性排液を得て循環維持目的に直接静脈還血を行いながら VA-ECMO を導入し緊急手術を施行した。前壁に2cm以上の blow-out 型破裂を認めサンドイッチ縫合法で修復した。術後2日目に縦隔血腫に対し再開胸止血術を施行したが活動性出血は認めず、血腫除去・縦隔洗浄を行った。閉胸直前に再度 blow-out 型破裂を発症し同様に修復した。長期 ECMO 管理後に心機能は回復し救命し転院し得た。たこつば心筋症に伴う左室自由壁破裂は極めて稀で致死率が高く、迅速な診断と機械循環補助併用下の外科的介入が重要と考えられた。

Ⅲ-28 複数回の僧帽弁術後に TTE では検出困難な人工弁周囲逆流と右上肺静脈狭窄を生じた一例
成田赤十字病院 心臓血管外科
阿部慎太郎、萩原悠介、吉田勝幸、丸山拓人、大津正義、渡邊裕之
症例は54歳女性。15年前に MR に対し MVP を施行し、その後 IE 等を経て、計4度の僧帽弁手術（3回の弁置換術）が行われた。4回目の手術では、心房細動に対して左心耳閉鎖術も併施された。その後最後の手術から2か月後に心不全を発症したが、TTE では病因を検知できず、増悪を続けて心不全入院に至った。また、右側に限局する胸水貯留も伴い、入院後の胸腔ドレナージでは連日1000mlを超える排液を認めた。TEE は酸素化不良のため非挿管下では実施困難であった。心電図同期 CT では、左心耳閉鎖の縫合線破綻に加えて、前交連付近の PVL による左室と左心耳の交通を認めた。左心耳を介しての MR だったため、TTE での検出は困難であった。また複数回の右側左房切開によって、右上肺静脈が高度狭窄しており、片側性胸水貯留の原因と推察された。根治目的に MVR と右上肺静脈パッチ形成術を施行した。慢性経過のため肺高血圧症の管理に難渋したが、術後141日目に自宅退院した。

Ⅲ-30 巨大大動脈内血栓および肺塞栓症を同時にきたした稀な一例

埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科

馬目博志、堯天孝之、矢野絢次、増田快飛、熊谷 悠、黒田大朗、井上 龍、河西未央、高橋辰郎、湯手裕子、吉武明弘

症例は40代男性。右下肢深部静脈血栓症による肺血栓塞栓症で前医に入院。ヘパリン開始したが、一過性の右半身不全麻痺がみられた。CT 検査で弓部から下行大動脈に連なる血栓、左総頸動脈血栓閉塞、脾梗塞、両腎梗塞見られ、当院に転院。同日、脳神経外科により緊急左総頸動脈外科的血栓除去術を施行されたが、総頸動脈は再開通しており、血栓の飛散が疑われた。術後左頭頂葉に散在性の脳梗塞あり、塞栓症のリスクが高く、準緊急で大動脈内血栓除去術・肺動脈血栓除去術・卵円孔閉鎖術が施行された。手術は循環停止下に弓部大動脈前弯側を5cm横切開、左鎖骨下動脈基部より下行大動脈に連なる血栓を摘出。術後新規脳梗塞はなし。POD3に抜管、POD5に ICU 退室、POD15にリハビリ目的に転院となった。

14：47～15：43 心臓：弁膜症2

座長 駒ヶ嶺 正 英 (聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科)
宮本 真 嘉 (東京女子医科大学 心臓血管外科)

Ⅲ-32 左回旋枝右冠動脈洞起始を伴う僧帽弁位感染性心内膜炎に対し僧帽弁置換術を施行した一例

亀田総合病院 心臓血管外科

宮城 基、保坂公雄、加藤雄治、田邊大明、外山雅章

症例は46歳女性。左回旋枝右冠動脈洞起始：AAOLCA-RA (Anomalous Aortic Origin of Left Coronary Artery-RetroAortic course) を伴う重症僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁形成術を施行した。造影CTでは回旋枝は僧帽弁前尖の弁輪に沿って走行しており、リング縫着による冠動脈閉塞のリスクがあったため、人工腱索のみで形成を行った。術後2ヶ月半後、側腹部痛を主訴に来院、炎症反応上昇と脾梗塞を認めた。1ヶ月間、菌磨きがなされておらず、口腔内感染による菌血症が原因と考えられた。経食道心臓超音波検査で僧帽弁に疣贅を認め、高度逆流を伴っており、感染性心内膜炎の診断で緊急手術の方針となり再開胸僧帽弁置換術を行った。術後の造影CT検査で回旋枝の閉塞が疑われたが、心機能は保たれており、術後41日目に自宅退院となった。

Ⅲ-34 左房への瘻孔を伴う僧帽弁下左室仮性瘤に僧帽弁逆流および大動脈弁狭窄症を合併した1手術例

長野中央病院

磯村彰吾、八巻文貴、豊田泰幸

症例は78歳女性。2ヶ月前に急性心筋梗塞を発症し#6にPCIを実施した。感染性腸炎を合併し抗生剤治療を行なった。その後も胸水貯留が遷延するなど心不全治療に難渋し低流量低圧較差重症大動脈弁狭窄症の診断で治療目的に当院へ転院となった。術前評価の造影CTで28mmの僧帽弁下左室仮性瘤を認め、心臓超音波検査で大動脈弁狭窄症に加え、心房性機能性僧帽弁逆流と僧帽弁下左室仮性瘤から左房への瘻孔を通じての逆流の合併を認め手術適応とした。手術所見：仮性瘤はP3側の後尖弁輪直下に存在し、心腔内から左室瘤および瘻孔をフェルト付マットレス縫合で閉鎖した。生体弁での僧帽弁置換および大動脈弁置換、三尖弁輪形成、左心耳縫合閉鎖を行った。術後経過：術中TEEで瘻孔を通じての逆流の消失、術後10日目の造影CTで仮性瘤の血栓化/縮小を確認した。術後26日目にリハビリ転院となった。僧帽弁下左室仮性瘤は比較的希な疾患であり文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-36 弁輪部膿瘍ならびに大動脈基部仮性瘤を伴う感染性心内膜炎の1例

練馬光が丘病院 心臓血管外科

手島健吾、野村陽平、降旗 宏、八木萌香、安達秀雄

症例は44歳男性。不明熱精査目的に当院へ紹介となった。血液培養でMSSA陽性であり、多発塞栓症(脳、肝、腎、脾)を認めた。経胸壁心エコーで大動脈弁に小さい疣贅を認めたが緊急で治療介入を要する所見はなく感染性心内膜炎の診断で抗菌薬加療を開始した。しかし入院2週間後に急性心不全を発症し、心エコーでsevere AR、造影CTで弁輪部膿瘍・大動脈基部仮性瘤を認めたため手術の方針とした。大動脈弁はtype0の二尖弁で両交連部が仮性瘤を形成し脱落しており、これによるARの所見だった。仮性瘤は弁輪部まで及び、可及的に切除後、弁輪部・Valsalva洞の欠損部をウシ心膜パッチで再建し、AVRを行った。術後画像検査では、PVLは認めず、パッチ修復部にも異常を認めなかった。抗菌薬加療を継続し、感染兆候なく経過している。弁輪部膿瘍・大動脈基部仮性瘤を伴う感染性心内膜炎に対し、大動脈基部形成を伴う弁置換の症例を経験した。文献的考察を含めて報告する。

Ⅲ-33 Bjork-Shiley弁での僧帽弁置換術45年後に心原性塞栓症を生じロボット支援下再僧帽弁置換術を施行した症例

千葉西総合病院 心臓血管外科

新妻楠望、玉川佳澄、樋熊佑香、古仲美貢、新妻 健、安元勇人、奥木聡志、黒田美穂、中山泰介、池谷佑樹、鶴田 亮、伊藤雄二郎、中村喜次

症例は74歳女性。1980年(28歳時)にBjork-Shiley(B-S)弁:MBP 29mmで僧帽弁置換術(MVR)施行。B-S弁は一葉弁機械弁で1971年頃に使用開始、1980年頃から支柱破損による致死性機能不全が報告、1986年に承認が取り消されている。本症例ではMVR19年後の1999年に右腎梗塞発症、その後ワーファリンINR管理が良好であったにも関わらず、MVR44年後の2024年に脳梗塞発症。持続性心房細動による心原性脳梗塞も疑われたが、弁透視で53度と開放角度制限あり、ディスクの摩耗や破損での機能不全が指摘されているB-S弁自体が塞栓源となっている可能性を考え、生体弁希望であったことからロボット支援下で再MVR(Epic Plus 31mm)を行った。弁周囲はpannus多量で、心原性塞栓の原因と考えられた。弁機能自体は保たれていても、B-S弁が塞栓症の原因となる可能性が示唆されたので報告する。

Ⅲ-35 重症三尖弁閉鎖不全に対する右心房壁パッチによる三尖弁形成の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

佐久本一樹¹、矢野敦之¹、河合幸史¹、角 康平¹、尹 亮元¹、大野 真¹、丸井 晃²、中原嘉則¹、岩倉具宏¹

症例は46歳女性。13年前に閉塞性肥大型心筋症に対し誘発性心室頻拍の一次予防としてICD留置後、9年前に心筋切除術を施行。ICDリードに起因した重症三尖弁閉鎖不全(TR)に対する治療の方針となった。心不全および蛋白漏出性胃腸症による低アルブミン血症に対し術前加療を行った。胸骨正中中切開し人工心肺確立。心拍動下で三尖弁を観察すると、中隔尖は高度なplastering様の所見を認めたため再建する方針とした。ICDリードは前尖と中隔尖の交連部に固定し、右心房壁を一部採取し、中隔尖と同じサイズにトリミング。弁輪および後乳頭筋に固定し弁尖を再建した。人工弁輪リングでの三尖弁輪縫縮を追加し、良好なTR制御を得た。術後エコーでTRはtrivialであった。術後経過は良好で術後32日に自宅に独歩退院となった。右心房壁パッチは自家組織であるため抗凝固薬が不要であり、心臓と比べ構造変性や石灰化が少ないことが利点で、有用な手法と考えられる。

Ⅲ-37 ペースメーカーリード感染に対し経静脈的剥離後に開胸下全システム抜去および三尖弁形成術を施行した1例

土浦協同病院 心臓血管外科

木下亮二、渡邊大樹、岡口和也、広岡一信

77歳男性。完全房室ブロックに対し約30年前にDDDペースメーカー植込み術を施行され、その後交換歴を有した。約半年前に交換術を施行されたが、今回リード露出および創部排膿を認め、ペースメーカーデバイス感染の診断となった。経胸壁心エコーではmild-moderate TR、経食道心エコーで明らかな疣贅は認めなかったが、リードが三尖弁中隔尖に干渉し、長期留置例であり経静脈的全システム抜去は困難と判断し開心術の方針とした。エキシマレーザーを用いた経静脈的剥離後、胸骨正中中切開・人工心肺下に三尖弁を観察した。Vリードは三尖弁中隔尖中央に干渉し、肥厚した癒着組織により強固に固定されており、これを切開して解除した後、A/Vリードを完全抜去した。前尖逸脱に対し、延長した腱索をマットレス縫合で短縮するvertical folding、Physio Tricuspid 28 mmによる弁輪縫縮を含む三尖弁形成術を追加し、術後TRはtrivialまで改善、感染再燃なく軽快独歩退院した。

Ⅲ-38 Ruptured strand を伴う大動脈弁閉鎖不全症に対し raphe re-suspension を施行し弁機能温存をし得た 1 例

東京慈恵会医科大学附属病院 心臓外科

高木智充、儀武路雄、松村洋高、益澤明広、前田 恵、石割圭一、
國原 孝

症例は 55 歳、男性。検診で心雑音を指摘され、重度の大動脈弁閉鎖不全症の診断で当院紹介された。術前心エコー検査では、右冠尖-左冠尖不完全癒合による交連角度 120 度に近い very asymmetrical な二尖弁の診断で、raphe 付近に付着する可動性のあるひも状構造物を認め、ruptured strand が疑われた。手術では detached raphe を確認し、自己心膜を用いた pledget 付き 6-0 mattress 縫合にて本来の交連部へ再固定した。さらに無冠尖に対し central plication を 2 か所施行し、20mm で弁輪形成、22mm 人工血管で上行大動脈置換した (double annuloplasty)。最終的に内視鏡にて十分な coaptation が得られていることを確認し、術中経食道心エコー検査で逆流や狭窄がないことを確認した。術後経過は良好で、合併症なく術後 15 日目に自宅退院した。

座長 大島 晋 (川崎幸病院 川崎大動脈センター 大動脈外科)
森田 耕三 (東京女子医科大学 心臓血管外科)

Ⅲ-39 大動脈二尖弁、巨大基部大動脈瘤を合併した重症大動脈弁逆流症に対して自己弁温存基部置換術を施行した一例

東京大学医学部付属病院 心臓外科

井元和代、山内治雄、森山禎之、金子寛之、星野康弘、小野 稔
症例は大動脈関連の家族歴のない52歳男性。大動脈二尖弁、バルサルバ洞58mm、軽度大動脈弁逆流(AR)と診断時に手術希望はなく、経過観察中に78mm大、重症ARに至り、胸部圧迫感を自覚し手術の方針になった。二尖弁は左右冠尖間にrapheを有するSievers Type Iで、心エコーで左右冠尖逸脱による重症AR、最大流速2.7m/s、平均圧較差15mmHgを認め、CT計測で弁輪径37mmだった。自己弁温存基部置換術(reimplantation法)を施行し34mmグラフトを用いneo-sinusを再建した。両側大動脈弁尖のplication + suspensionによる形成を追加し、均等な弁尖高および開放制限のないことを確認した。術後経過は順調で、術後1週、退院前の心エコー検査でAR trivialに改善した。極端な解剖の大動脈基部瘤に対する当科の自己弁温存手術の戦略について報告する。

Ⅲ-41 TEVAR + PETTICOAT techniqueを施行した急性A型解離術後急性期腎不全の1例

筑波記念病院 心臓血管外科¹、都立墨東病院²

山内豪人¹、西 智史¹、新井大輝¹、田島 泰¹、由利康一²

症例は65歳男性。胸背部痛で発症し当院に救急搬送された。偽腔閉塞型急性A型解離の診断で、保存的治療を開始した。入院8日目に胸背部痛が再燃し、造影CTで上行大動脈再解離および大動脈径拡大の所見を認め、緊急で上行-弓部置換 + Elephant trunk法を施行した。術後腎機能悪化、乏尿となり、術後8日目より透析を開始した。術後15日目に施行した造影CTで真腔狭窄および両側腎臓の造影不良の所見を認めた。腎malperfusionの解除目的に術後16日目にTEVAR + PETTICOAT techniqueを施行した。腎機能は正常値まで改善し、TEVAR術後28日目に自宅退院となった。術後1年のCTで大動脈のリモデリングは良好である。

Ⅲ-43 前回手術時の人工弁を温存し大動脈基部置換術を施行した1例
水戸済生会総合病院 心臓血管外科・呼吸器外科

鈴木一史、森住 誠、榎本佳治、篠永真弓、倉岡節夫

70歳男性。大動脈閉鎖不全症を合併する上行大動脈瘤破裂に対し、10年前に他院で緊急大動脈弁置換(SJM Regent 23mm)および上行大動脈置換術(J-graft 24mm)が行われた。大動脈基部は経時的に拡大し、発症時期不明の解離性大動脈瘤(偽腔開存、最大短径70mm)を認めたため当院に紹介された。人工弁機能に問題がなかったことから、前回人工弁温存でのsewing cuffに外側からプレジエット付きmattress sutureで糸を掛け、大動脈基部置換術(J-graft Valsalva 28mm)を施行した。大動脈基部を切除後、バルサルバグラフトを縫着し、carrel patch法で冠動脈を再建した。術後経過は良好で術後15日独歩で自宅退院した。この組み合わせでは人工血管がかなり細いと考えられたため、縫着法と人工血管のサイズについて検討し報告する。

Ⅲ-40 左冠動脈malperfusionにより心停止に至った急性Stanford A型大動脈解離患者の救命例

立川総合病院 心臓血管外科

萩原裕大、羽山 響、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52歳女性、大動脈解離の家族歴があった。車を運転中に突然の背部痛を自覚し当院に搬送となり、造影CT検査で偽腔開存型Stanford A型大動脈解離と診断した。救急外来で待機中に高度徐脈となり、心電図では広範なST変化を認め左冠動脈主幹部梗塞と判断した。起坐呼吸が著明となり気管挿管したところ心停止に至った。心肺蘇生を行い自己心拍再開するもショックであり、即座にPCPSを確立し手術室に入室した。経食道エコー図では、左室はほぼ無収縮であった。冠動脈の解離はなく救命のために上行置換術(Triplex 22mm)を施行し、開胸およびcentral ECMO下にICUに入室した。播種性血管内凝固および末梢循環不全により指趾は黒色壊死したが、7病日にECMO離脱、15病日に閉胸した。頭部CTでは脳梗塞は認めず、42病日に指趾切断術を施行し、現在リハビリテーション中である。

Ⅲ-42 A型と術前判別が困難であったB型急性大動脈解離破裂、心タンポナーデの1例

横須賀市立総合医療センター

柿内健志、小和田実、秋吉 慧、玉井宏一、安達見一

症例は75歳男性。突然の胸部不快感で近位受診し、胸部レントゲン異常、SpO2低下から心不全の診断で当センターへ転送され循環器内科受診。CTで大動脈解離、心膜液貯留を認め、血圧不安定な状況のため緊急手術の方針となった。術前の画像では径39mmの上行大動脈の偽腔は小さく血栓閉塞型で、逆行性A型に対する上行大動脈置換を想定していた。全身麻酔下に正中アプローチで心膜切開し、心膜腔内の血腫を除去して観察すると、上行大動脈には解離は及んでおらず、肺動脈につながる脂肪組織からにじむような出血を認め、これが弓部以遠の解離に伴う出血と考えられた。大動脈の人工血管置換術は行わず、ドレナージのみで手術を終了した。その後、保存的治療で病態悪化することなく3週間で退院。本症例ではすでに人工心肺のセッティングも完了しており、そのまま予定通り人工血管置換するか否か、またはほかのアプローチなどもありうるか議論したい。

Ⅲ-44 自己拡張弁によるTAVI術後に基部破裂を発症した一例

帝京大学医学部附属病院 心臓血管外科

角屋敷健太、御子柴晴樹、吉田理紗、今泉勇人、安齊 渉、長嶺嘉通、津村康介、兼村禎大、陳 軒、尾澤直美、内山雅照、今水流智浩、下川智樹

症例は73歳女性。重度大動脈弁狭窄症に対しEvolut FX+26mmを用いて経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI)を施行。ICU入室後に急激な血行動態破綻および心嚢液貯留を認め、その後心停止となったことから、V-A ECMO導入後に緊急開胸術の方針となった。開胸すると大量の血性心嚢水の噴出およびValsalva洞の破裂を認めた。さらに、大動脈弁尖上に存在する石灰化塊がTAVI弁によりValsalva洞を圧排することで、無冠弁輪近傍に約3mmの穿孔を生じさせていることが確認された。TAVI弁摘出後、穿孔部が弁輪近傍であったことからBentall手術(Inspiris 19mm + Gel-weave Valsalva 24mm)を施行した。術後血行動態は安定し、同日にV-A ECMOを離脱、術後2日目に抜管となり良好な経過を得たため、文献的検討を加え報告する。

17:21~18:09 心臓：その他2

座長 沼田 智 (東邦大学医療センター佐倉病院 心臓血管外科)
徳永 千穂 (埼玉医科大学総合医療センター 心臓血管外科)

Ⅲ-45 左房肉腫再発症例に対して、左側開胸アプローチで肺動脈離断により左房腫瘍摘出術を実施した一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 心臓血管外科

有馬雅博、遠藤大介、田端 実

60歳男性。胸骨正中切開で右側左房・経中隔切開を介して左房腫瘍摘出術を施行し、術前・術中迅速診断では粘液腫だったが、術後病理で内膜肉腫の診断。術後3ヶ月で初回切除部位とは異なる左房内(クマジン稜)および右下肺静脈内に再発を認めた。再手術を希望されずホウ素中性子捕捉療法を受け右下肺静脈腫瘍は縮小したが、左房内腫瘍は増大した。術後10か月で僧帽弁流入障害による心不全を呈し、嵌頓による突然死のリスクも懸念されたため、準緊急手術を行った。前回手術部位の高度癒着が懸念されたため左側開胸アプローチとし、主肺動脈を離断後に上行大動脈遮断、順行性心筋保護投与で心停止を得た。左心耳・左肺静脈周辺に癒着はなく、左房への良好な視野を得られ、左房壁ごと腫瘍を摘除・左房壁欠損部はウシ心膜パッチで再建して手術終了した。第28病日に自宅退院となった。再開心術において、左側開胸アプローチは有効な術式の一つとして考えられる。

Ⅲ-47 重症ASに伴う著明な左室肥大に対し心尖部アプローチによる左室心筋切除を行った手術症例

東京科学大学病院 心臓血管外科

高島琢朗、櫻井啓暢、藤原立樹、川畑拓也、田所直樹、鍋島惇也、

朱田卓史、奥村祐輝、伊藤直司、藤田知之

症例は78歳女性。PCI、心房細動に対しアブレーション、洞不全症候群に対しペースメーカー留置され前医退院していた。以前よりASを指摘されており経時的に進行してきたため当院紹介となった。重症AS、上行大動脈拡大(45mm)に対し手術の方針としたが、著明な左室肥大による流出路狭窄(maxV 4.8m/s)を認めたため、手術はAVR、上行置換に加え、左室心筋切除を施行した。左室内腔は中部から心尖部にかけて心筋がほぼ全周性に肥大しており、心筋切除は心尖部および経大動脈弁アプローチにより、心尖部から左室流出路にかけて心室中隔に対し行った。術後心エコーでは、流出路狭窄は解除された(maxV 1.0m/s)。胆管炎のため抗菌薬治療を必要としたが、良好に経過し23PODに自宅退院となった。本症例では心尖部アプローチにより良好な視野での心筋切除が可能であった。左室肥大に対する心筋切除の有用性について文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-49 巨大左房粘液腫瘍切除と収縮性心膜炎に対する心膜切除術を同時に行った緊急手術の1例

信州大学病院 心臓血管外科

高木祐基、川口 右、宮尾将文、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72歳男性。呼吸困難を主訴に近医を受診した。心不全症状に加え心エコーで三尖弁に嵌頓する巨大腫瘍を認めたため手術目的に当院搬送となった。当院での心エコー検査では左室後面の心膜の石灰化および癒着が観察され、心室中隔のフラットリングを認めた。CT検査でも右房内の巨大腫瘍の所見のほかに心膜の石灰化を広範囲に認めた。手術所見では右室前面から右房、横隔膜面に板状に石灰化した心膜を認め、CUSAで心外膜の石灰化を粉碎しハーモニックで摘除した。左室後面にも心外膜の肥厚を認めwaffle procedureを施行した。右房を切開すると暗赤色でゼリー状の巨大腫瘍を認めたためこれを摘除した。病理結果で粘液腫の診断となった。術後経過は良好で右心カテでも心内圧の異常は見られず、術後16日目に自宅退院となった。巨大左房粘液腫瘍切除と収縮性心膜炎に対する心膜切除術を同時に行った症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-46 拘束型心筋症患児に対して左房脱血によるLVADを装着した1例

筑波大学附属病院 心臓血管外科

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

症例は6歳男児。4歳時より心不全症状を呈し、精査の結果、特発性拘束型心筋症と診断された。内服加療で経過見られていたが、5歳時から失神等の低心拍出症状が出現し、カテコラミン依存状態に至った。心移植待機となり、Bridge to TransplantとしてLVAD(Berlin Heart EXCOR)装着が計画された。左房脱血の方針とし、右房を切開、心房中隔に開窓部を作成してリング付き14mm Goretex graftを縫着して脱血路とした。上行大動脈に送血路を縫着し、EXCOR 25mlポンプに接続した。術後は大きな問題なく経過し、術後6ヵ月時点で安定した循環動態を維持している。拘束型心筋症は心室の拡張障害を呈し、左室内腔が小さいために左室心尖部からでは脱血不良となる可能性がある。今回、心房中隔を介した左房脱血により拘束型心筋症に対しても安定した補助循環を確立できた1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

Ⅲ-48 左房巨大内膜肉腫切除後の再発に対し、根治的にCommando手術を施行した1例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科¹、聖マリアンナ医科大学横浜市

西部病院 心臓血管外科²

河野 豪¹、駒ヶ嶺正英¹、山崎幸紀¹、富田真央²、柁淵聡志¹、富本大潤¹、

西巻 博¹、島田勝利¹、縄田 寛¹

【背景】心臓原発内膜肉腫は悪性度が高く早期再発を来しやすい。左房内腫瘍切除後の早期再発に対しCommando手術を施行した症例を報告する。【症例】28歳男性。僧帽弁に嵌頓する左房内巨大腫瘍(10×8cm)に対し緊急摘出術を施行。病理は内膜肉腫であった。術後6ヶ月、最大15mmの腫瘍再発を認めた。腫瘍は僧帽弁前尖近傍から発生し、中隔から大動脈弁輪部へ浸潤していた。根治的にCommando手術(腫瘍再切除、二弁置換、Manouguian法)を施行した。術後脳梗塞を発症したが全身状態は改善し、18日目にICU退出、術後の画像上は、腫瘍の再発所見は認めず50日目にリハビリ転院となった。【考察】内膜肉腫は悪性度の高さから、完全切除後も早期再発リスクが高い。再建は高侵襲かつ複雑だが、若年者においては根治性を追求した積極的な切除が予後改善に向けた唯一の選択肢となる。本症例の外科的戦略について文献的考察を踏まえ検討する。

Ⅲ-50 左室機能低下に伴う左室心尖部血栓に対して、内視鏡補助下に経僧帽弁的摘除を施行した一例

山梨大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器・小児 外科

山元奏志、中村千恵、四方大地、武居祐紀、白岩 聡、本田義博、

榊原賢士、加賀重亜喜、中島博之

症例は73歳男性。慢性心不全で当院循環器内科受診。精査にて左室肥大、びまん性左室収縮能低下(LVEF27%)をみとめた。特に心尖部はakinesisで、30mm大の可動性のある血栓が判明し、手術目的で当科紹介となった。CAGでは、#1:100%、#4:75%、#6:90%、#7:99%、#9:90%、#11:99%、#15:90%と3枝に狭窄病変をみとめ、冠動脈バイパス術+左室血栓摘除術の方針となった。低左心機能を考慮し、左室切開を回避して経左房アプローチを選択した。手術は胸骨正中切開で、右側左房切開を行い、経僧帽弁的に内視鏡を挿入し、内視鏡補助下に血栓摘除を行った。その後、LITA-#8、RITA-#9、SVG-#4PD、SVG-#4PLを施行して、手術終了した。術後の心エコーで心尖部に血栓再発していたが、可動性はないため、抗凝固薬の増強を行うのみとした。第14病日に自宅退院となった。本症例について文献的考察を加えて報告する。

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
第207回	國原 孝	東京慈恵会医科大学 心臓外科学講座	2028年6月	未定

2026年3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