

● 一般演題

両側乳切後に高度房室ブロックをきたした 1 治験例

帝京大学医学部第二外科 中島 博・安部 次郎・大越 隆文
江郷 洋一・赤坂 忠義
帝京大学医学部第二内科 西山 祐二・徳田 宇弘・佐藤 友英

はじめに

前胸壁や鎖骨下動・静脈領域に侵襲を加える手術、なかでも乳癌の手術を施行された患者に対してのペースメーカー植え込みは、さまざまな注意点がある。今回われわれは乳癌手術後に発症した高度房室ブロック症例にペースメーカー植え込みを経験したので報告する。

1 症 例

患者は 78 歳の女性。30 年前に左側乳癌にて大胸筋、小胸筋を切除、鎖骨下動脈領域のリン

パ腺を廓清する定型的乳房切断術 (standard mastectomy) を施行された。手術に引き続いて放射線治療を施行されており、放射線皮膚炎と思われる瘢痕に色素沈着が著明。また、鎖骨下部の内側に難治性瘻孔治癒後と思われる炎症を認めた。さらに、23 年前には右側乳癌にて、左側同様に定型的乳房切断術を施行されている。その結果、前胸壁全面の皮膚は胸壁に癒着、その緊張が高いため皮膚表面には光沢が生じていた。

平成 7 年 2 月、下壁梗塞にて PTCA 施行。同年 4 月、再梗塞にて再 PTCA を施行されている。同年 11 月、前胸部の違和感と労作時の呼吸困難を主訴に来院。Mobitz II 型 II 度房室ブロックを認めた。



図 1 術後の前胸部および上腹部
前胸部の皮膚は高度に緊張して光沢を呈している。

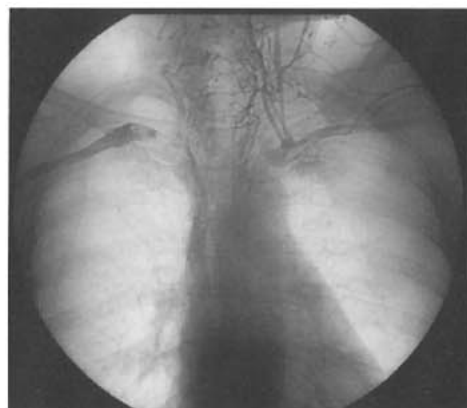


図 2 術前 IV-DSA
左无名静脈は完全閉塞しており、左上肢の静脈環流は内・外頸静脈および下甲状腺静脈を介して右側に流入している。

図1に示すように前胸壁にはペースメーカーポケットを作製できる部位はなく、経静脈リードを用いた場合には、ペースメーカーポケットを腹壁、あるいは背部に作製する必要があった。乳切後の術後経過で高度の上肢の浮腫があったとの訴えがあり、鎖骨下静脈の形状を確かめるためにIV-DSAを施行した(図2)。この結果、左無名静脈が閉塞しており、左上肢の静脈還流は内・外頸静脈、下甲状腺静脈を介して右側へ還流していることが判明した。また、上大静脈も狭窄・変形が認められた。

これらの所見より、経静脈的リードの挿入は困難と判断した。手術は、左肋骨弓下切開によるアプローチで行い、右室前面に心筋電極を植え込み、腹直筋下にポケットを作製して、ペースメーカー本体を納めた。術後経過は良好であったが、術後1週間ごろより両側胸水と心嚢液の貯留を認め、心幕切開後症候群と診断、アスピリンとステロイドの投与を要した。

2 考 察

前胸部の手術、なかでも乳癌手術の術後にペースメーカーの植え込みを施行する場合、電極のアプローチ、ジェネレーターポケットの作製部位など、考慮しなければいけない点がある。本症例のように、両側の乳切後の患者に対する

ペースメーカー植え込みの報告は、山内ら¹⁾が最初と思われる。山内らの症例は左側乳癌に対してはstandard mastectomy。右側乳癌には大胸筋を温存するPatey手術が選択されている。大胸筋が温存されている場合、standard mastectomyと比較して皮膚の緊張は軽度で、さらに、温存された大胸筋下にポケットの作製が可能である。

しかし、本症例は両側ともに術式としてstandard mastectomyが選択されているため、前胸壁の緊張は高度で、ポケットの作製は不可能である。さらに、本症例では放射線治療の影響は無視できず、皮膚の炎症や瘢痕形成が著明であった。また、鎖骨下動脈領域のリンパ節廓清は、伴行する鎖骨下静脈の血行に影響を与える可能性があり、最悪の事態として本症例のように閉塞をきたす可能性がある。したがって、術後経過中の上肢の浮腫の有無は、病歴聴取のうえで重要なポイントと考えられる。また、IV-DSAは鎖骨下静脈の血行を評価するうえで簡便かつ有用な方法であった。

文 献

- 1) 山内茂生, 矢島俊巳, 新田隆ほか: 乳癌手術とペースメーカー植え込み手術. 心臓ペーシング 12: 42-45, 1996