

第26回日本血管外科学会北海道地方会

日 時：平成18年4月8日(土)
 会 場：札幌医科大学記念ホール(札幌市)
 会 長：浅井康文(札幌医科大学高度救命救急センター)

< 特別講演 >

胸部大動脈瘤手術時の脳保護法の基礎的、臨床的検討

浜松医科大学 外科学第一講座 教授

数井暉久

胸部大動脈瘤のうち特に弓部大動脈瘤手術時の脳虚血および梗塞を予防するための補助手段および手術手技の選択は重要である。脳保護法として超低体温下循環停止 ± 逆行性脳灌流法、順行性選択的脳灌流法が用いられているが、長時間の脳保護を要する症例に対しては後者の方法が安全である。また分枝付き人工血管を用いてのseparated graft techniqueによる弓部大動脈全置換術の成績は死亡率5%以下と著しく向上してきた。

1 頸動脈病変および冠動脈病変を合併した弓部大動脈瘤に対し二期的手術を施行した1例

手稲溪仁会病院 心臓血管外科

山田 陽, 中西克彦, 中村雅則, 丸山隆史

齋藤友宏, 岡本史之, 八田英一郎, 俣野 順

酒井圭輔

頸動脈病変合併症例における弓部置換術では脳合併症回避のための戦略が重要となる。症例は脳梗塞の既往のある71歳男性。術前精査にて左内頸動脈起始部の高度狭窄と冠動脈2枝病変、径81mmの弓部大動脈瘤を認めた。手術は多少の血行動態の変動でも脳梗塞を発生する可能性があったため、まずOPCABでLITA-LADバイパスと左内頸動脈の内膜剝離術を施行、12日後に二期的に弓部大動脈全置換術とCABG(SVG-RCA)を行った。術後脳合併症なく良好に経過された。

2 経上腕動脈経路による頸動脈ステント留置術

札幌医科大学 脳神経外科

原口浩一, 野中 雅, 宝金清博

頸動脈狭窄に対するステント留置術は経大腿動脈経路が一般的であるが、なんらかの理由によりそれが不可能なことがある。その場合、経上腕動脈経路によりステント留置を行うことを考慮するが、大動脈弓からの角度が急峻でガイディングカテーテルの留置がしばしば困難である。われわれの施設ではデバイスの工夫によりカテーテル留置を行っている。

3 東日本支部における腎臓、心臓弁・血管提供の現状とその連携について

(社)日本臓器移植ネットワーク 東日本支部

大宮かおり, 芦刈淳太郎, 浅野 泰

2005年東日本支部で情報受信した175例中の心臓弁・血管提供は、心臓弁・血管提供13例、心臓弁のみ提供2例、血管のみ提供4例であり、うち10例は心停止後腎臓提供も同時に行われた。提供に至ったきっかけは本人意思以外に移植コーディネーターからの選択肢提示であり、その中から家族の希望に沿って臓器、組織提供が行われた。

4 上肢major完全切断再接着術の治療成績

札幌医科大学 高度救命救急センター

土田芳彦, 浅井康文, 倉田佳明

上肢major切断再接着術の目的は、生着することのみでなく、良好な機能予後を獲得することにある。良好な機能を獲得するためのわれわれの治療戦略は一時的動静脈シャントによる阻血時間の短縮、神経端端吻合のための骨短縮、一時創閉鎖のための皮弁形成術、早期機能的筋肉移植以上の4点である。今回われわれは当センターに搬入された上肢major完全切断12症例について、再接着術後の機能を評価し報告する。

5 Carbosealを用いて大動脈基部置換を行った1例

札幌中央病院 心臓血管外科

櫻田 卓, 荒木英司, 長谷川恒彦

症例は64歳、男性。高血圧症および心雑音に対する精査目的に心エコー検査を行ったところ、大動脈弁閉鎖不全症3度および上行大動脈瘤(50mm)を認めた。Carbosealを用いて大動脈基部置換を行った。基部からの出血コントロールのためsecond runを要したが、術後経過は良好であった。

6 術前MDCTで左椎骨動脈の弓部直接分枝が確認された嚢状弓部大動脈瘤に対する全弓部置換術の1症例

北海道循環器病院 心臓血管外科¹

浜松医科大学 第一外科²

塚本 勝¹, 坂田純一¹, 斎藤達弥¹, 横山秀雄¹

藤原嗣允¹, 大堀克己¹, 安部十三夫¹

数井暉久²

症例は71歳男性。近医での胸部Xpで異常を指摘。当院のMDCTにて表題の所見が得られた。手術は弓部大動脈全置換術を施行。この際、左椎骨動脈は左鎖骨下動脈再建直後にその中枢側に端-側吻合した。

7 感染性胸腹部大動脈瘤に対する凍結保存同種大動脈(ホモグラフト)を用いたin-situ再建の1例

札幌医科大学 第二外科

川原田修義, 森下清文, 栗本義彦, 大澤久慶
前田俊之, 小野寺磐, 樋上哲哉

62歳女性。発熱, 腹痛を主訴に近医に1カ月入院し治療するも, 腸炎と診断され自宅退院。その約2週間後に突然高熱が出現し, 他院救急部搬入されるも腎盂腎炎と診断されたが, 腹部エコーとCTにて胸腹部大動脈の仮性動脈瘤と診断され当院へ搬送された。

8 梅毒性胸部大動脈瘤の1治療例

心臓血管センター北海道大野病院 心臓血管外科

光島隆二, 道井洋吏, 鈴木正人, 数井利信
杉木健司, 大野猛三

症例は56歳, 男性。3年前より胸部レントゲン異常陰影を指摘されていたが放置。血圧コントロール不良と, 異常陰影の拡大傾向より当院紹介となった。精査にて胸部大動脈瘤および大動脈弁閉鎖不全症IV度と診断され, 大動脈弁置換術および上行大動脈置換術を施行した。病理所見で, 梅毒性の変化が認められた。

9 80歳以上高齢者胸部・胸腹部大動脈疾患に対する手術成績

北海道大学 循環器外科

松崎賢司, 椎谷紀彦, 国原 孝, 窪田武浩
村下十志文

対象: 1996/1 - 2005/8 での手術時年齢が80歳以上であった胸部, 胸腹部動脈手術26例。手術: スtentグラフトが3例。胸腹部置換5例。上行・弓部置換が18例。結果: 在院死亡1例。死因は脳梗塞, 呼吸不全。脳合併症はこの1例のみ。不全対麻痺が1例。結語: 80歳以上の胸部胸腹部大動脈手術の成績は在院死亡3.8%と良好であった。

10 下肢動脈血栓塞栓症を契機に診断された両側膝窩動脈瘤の治療経験

市立旭川病院 胸部外科

吉本公洋, 内藤祐嗣, 宮武 司, 江屋一洋
大場淳一, 青木秀俊

症例は85歳, 女性。数日前からの左下肢疼痛, 冷感を主訴に前医受診, 亜急性下肢動脈血栓塞栓症の診断にて当院へ搬送される。来院時, 左下肢冷感疼痛消失, CTにて両側の膝窩動脈瘤認め, 左膝窩動脈瘤は血栓閉塞の所見。後に左下肢冷感再度出現し準緊急手術施行。左下肢動脈血栓摘除, Controlled Reperfusionによる左下肢血流再開, および両側の膝窩動脈瘤切除+人工血管置換術を施行した。術後, 下肢虚血改善, 虚血肢の再灌流障害も認めず経過良好であった。

11 末梢動脈瘤を合併した膝窩動脈静脈瘤の1例

函館五稜郭病院 胸部外科

大堀俊介, 伊藤寿朗, 稲岡正己

症例は73歳男性, 左下肢の腫脹を主訴に来院。左膝窩にスリルを触知。血管造影検査にて左総腸骨動脈から左膝窩動脈にかけて血管径が約2cmに拡張しており, 膝窩に動脈静脈瘤を認めた。手術にて動脈静脈瘤を閉鎖, 術後の血管造影にて瘤の残存なく退院となった。文献では末梢動脈の局所的な瘤化によって動脈静脈瘤を発生したとの報告は散在するが, 本症例のように広範囲な末梢動脈の拡張病変を合併した動脈静脈瘤の報告はなく稀な症例であったので報告する。

12 閉塞性動脈硬化症に対する血行再建術の遠隔成績

市立室蘭総合病院 心臓血管外科

杉本 智, 木村希望

1998年4月から2005年3月までの7年間に当科で外科的に血行再建術を行ったASO症例38例, 57肢を対象に生存率, 下肢事故(グラフト閉塞, 再手術, 肢切断)の発生について遠隔期の成績を検討した。その結果, 5年生存率は59 ± 12%, 5年無事故率は81 ± 6%であった。

13 維持透析患者の閉塞性動脈硬化症に対する血行再建術のリスク解析

旭川医科大学 第一外科¹

同 救急医学²

牛島 孝¹, 東 信良¹, 木村文昭¹, 中西啓介¹
石川訓行¹, 清水紀之¹, 清川恵子¹, 浅田秀典¹
内田 恒¹, 羽賀将衛¹, 赤坂伸之¹, 稲葉雅史¹
笹嶋唯博¹, 郷 一知²

3年間に当院で施行した閉塞性動脈硬化症で重症虚血肢に対するバイパス術は99例で, 維持血液透析患者が41例(41.4%)であった。手術死亡はなく, 在院死亡を1例認めた。十分な術前精査と集中的な周術期の管理を行えば維持透析患者であっても安全な血行再建術は可能である。

14 深部静脈血栓症を契機に診断された後腹膜線維症の1例

新日鐵室蘭総合病院 心臓血管外科

入谷 敦, 大谷則史, 永峯 晃, 川上晃一

症例は57歳女性で, 7年前に両下肢静脈造影を施行し, 左下肢大・小伏在静脈瘤の診断で高位結紮術と硬化療法を施行。今回左下腿の浮腫増強のため精査を行い, 左総腸骨静脈流域の深部静脈血栓症と診断。同部位に対しての血管内治療・ステント留置術を施行。血尿・左腎機能低下を伴うことから当院泌尿器科にて後腹膜線維症に伴う左尿管狭窄に対して加療された。

15 空置した内腸骨動脈瘤の術後経過

名寄市立総合病院 胸部心臓血管外科

眞岸克明, 和泉裕一, 清水紀之, 内田大紀

1993年10月以降, 当科でおこなった腹部大動脈瘤手

術症例のうち内腸骨動脈瘤を空置した32例を対象とした。男性29,女性3,平均年齢は74.3 ± 5.8歳であった。待機手術は26,破裂による緊急手術例は6であった。腹部大動脈瘤から内腸骨動脈瘤までの空置は6,内腸骨動脈瘤のみの空置は2(ステントグラフト1)であった。これらの症例を検討し報告する。

16 腹部大動脈瘤(AAA)と上腸間膜動脈(SMA)狭窄に対する同時手術

北海道大学 循環器外科

新宮康栄, 松崎賢司, 国原 孝, 椎谷紀彦

症例は79歳男性。AAA, 両側腸骨動脈瘤にて手術適応となる。無症状であったが, 3D-CTにてSMAの90%狭窄, 右腎動脈および腹腔動脈起始部に血栓形成を認めた。正中切開にてYグラフト置換, 下腸間膜動脈再建, ePTFEによるSMA bypassを施行し良好な結果を得た。

17 腹部大動脈狭窄, 閉塞病変に対する外科治療

市立札幌病院 心臓血管外科¹

同 呼吸器外科²

原田 亮¹, 村木里詠¹, 黒田陽介¹, 宮島正博²

田中明彦², 渡辺祝安¹

近年血管内治療は目覚ましい発展を遂げているが, 腹部大動脈の狭窄, 閉塞病変に対する治療はバイパス手術が必要である。1990年1月より, 2005年12月末までに当院で施行した腹部大動脈狭窄, 閉塞病変に対するバイパス術は11例であった。病因は動脈硬化性9例, 大動脈炎症候群2例で施行した手術は解剖学的バイパス5例, 非解剖学的バイパス6例であった。

18 腸骨動脈完全閉塞例に対する血管内治療の経験

恵庭みどりのクリニック¹

藤田保健衛生大学 心臓血管外科²

今井崇裕¹, 西部俊哉², 西部正泰¹

下肢閉塞性動脈硬化症に対する血管内治療は運動療法や薬物療法より効果の発現が早く, 外科的治療より侵襲が少ないという利点がある。AHA/ACCや新TASCのようなガイドラインでは腸骨動脈領域の血管内治療の適応が拡大され, びまん性の病変や完全閉塞例もその適応とされるようになってきた。最近, われわれは完全閉塞例に対しても積極的に血管内治療を行っており, 今回その経験を報告する。

19 閉塞性動脈硬化症による腸骨動脈領域狭窄病変に対するステント術の治療経験

独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター 心臓血管外科

川崎正和, 明神一宏, 石橋義光, 石井浩二

岡 潤一, 國重英之

閉塞性動脈硬化症(ASO)に対するステント術は外科的バイパス術より侵襲が少なく, 薬物治療より効果の発現が確実で早い。今回われわれは1996年以降35症例, 37病変のASOによる腸骨動脈領域の狭窄に対する

ステント術を経験したので, 若干の検討を加えて報告する。

20 MDCT画像を元にしたStent Graftの設計

KKR札幌医療センター(旧幌南病院) 心臓血管外科

上田秀樹, 福田広嗣

胸部, 腹部大動脈瘤に対する低侵襲治療である経カテーテル的ステントグラフト内挿術(EVAR)で重要事項の一つがStent Graftの設計である。当院では64列MDCTを2005年7月より導入し, 以後, 画像処理ソフトM900QUADRA(ZIOSOFT Inc.)を使って, 大動脈のsizingを行っている。これにより, 現在3例のEVARを施行し, primary successを修めているので, これらを供覧する。

21 外傷性大動脈峡部損傷における開窓型ステントグラフトの有用性

札幌医科大学 高度救命救急センター¹

同 第二外科²

栗本義彦¹, 小柳哲也¹, 前田俊之², 大澤久慶²

川原田修義², 森下清文², 樋上哲哉², 浅井康文¹

外傷性大動脈損傷は血管内治療の良好な適応とされてきたが, 一部の症例では左鎖骨下動脈分岐末梢からのステントグラフト留置では中枢側ネック不足により出血制御が不十分となる可能性がある。開窓型ステントグラフトを用いた大動脈弓部への挿入の有効性を検討する。