

第 25 回 日本血管外科学会近畿地方会

会 期：2011 年 3 月 12 日(土)

会 場：和歌山県立医科大学高度医療人育成センター

会 長：岡村 吉隆(和歌山県立医科大学 第一外科)

<研修医セッション>

R1 腹部内臓動脈高度狭窄を合併した狭心症例に対する治療戦略

和歌山県立医科大学 第一外科

中野光規, 本田賢太郎, 西村好晴, 打田俊司
戸口幸治, 仲井健朗, 山本暢子

症例は 76 歳男性。OPCAB 目的で当科紹介。ITA 造影で LITA から腹部臓器への側副路を認め、MDCT にて腹腔動脈閉塞、上下腸間膜動脈の狭窄を認めた。OPCAB 施行後に腹部治療を行う。グラフトは RA および SVG を使用する方針とした。術後 2 日目に肝酵素上昇を認め、腸管虚血によるショックと判断。緊急 FA-SMA バイパス術を施行した。術後一時透析を要したが、経過は順調で軽快退院となった。腹部血流障害を伴った狭心症例を経験したので報告する。

R2 腋窩大腿動脈バイパス後の巨大 perigraft seroma の 1 例

和歌山県立医科大学 第一外科

國本秀樹, 西村好晴, 打田俊司, 戸口幸治
本田賢太郎, 仲井健朗, 山本暢子, 岡村吉隆

70 歳男性。2003 年、感染性腹部大動脈瘤に対して大動脈瘤切除および右腋窩両側大腿動脈バイパス術をうけた。グラフト閉塞のため 1 か月後に左腋窩両側大腿動脈バイパス術を施行した。術後 5 か月頃より下腹部膨隆が出現。CT で人工血管周囲に effusion を認めた。穿刺液は serous であり perigraft seroma と診断した。術後 5 年後の 2009 年、前回の人工血管抜去および再バイパス術を施行した。術後 seroma の再発はなく経過観察中である。人工血管の病理学的検討も含め報告する。

R3 左下肢腫脹で発症した動静脈瘻合併、右総腸骨動脈瘤の一例

奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科

山下慶悟, 多林伸起, 吉川義朗, 阿部毅寿
内藤 洋, 早田義宏, 廣瀬友亮, 谷口繁樹

症例 86 歳、男性。近医で左下肢腫脹を自覚し、右総腸骨動脈瘤を認めたため当科へ紹介となった。CT で動静脈瘻合併した右総腸骨動脈瘤(6.6 cm)、左内腸骨動脈瘤(6 cm)を認めており手術予定であった。その

後、両下肢腫脹と呼吸苦を認め、当科受診した。心不全と診断し、同日緊急入院した。入院後、心不全治療を行った後、手術施行した。手術は動脈瘤切除+人工血管置換術および瘻孔閉鎖術を施行した。術後症状は消失し、自宅退院した。

R4 鈍的外傷後遠隔期に発生(多発)した前脛骨動・静脈瘻の 1 例

社会保険京都病院 外科・血管外科¹

同 放射線科²

森本和樹¹, 白方秀二¹, 能見伸八郎¹,
濱頭憲一郎¹, 小出一真¹, 岡山徳成¹,
岩佐信孝¹, 大橋まひろ¹, 伊藤博士¹,
大橋拓馬¹, 細田 誠²

症例は 39 歳、男性。鈍的外傷による脛・腓骨骨折治療後 1 年 8 カ月後に、拍動性腫瘍と疼痛を自覚したため MRI 並びに造影 CT にて左前脛骨動脈に仮性動脈瘤と多発性動静脈瘻が確認出来た。最初は外科的に仮性動脈瘤の処置を行い、二期的に多発性の A-V fistula に対し血管内塞栓療法にて治癒出来た比較的良好な前脛骨動静脈瘻の 1 例を経験したので文献的考察を加え報告する。

R5 上大静脈症候群を呈した 2 症例に対する手術

兵庫県立淡路病院 心臓血管外科

三崎敦史, 池田宜央, 森本喜久, 杉本貴樹

【症例 1】80 歳女性、顔面浮腫、呼吸困難で入院。精査にて後縦隔より上大静脈～右房内へ浸潤する腫瘍を認めた。手術は胸骨正中切開、体外循環下にて上大静脈～右房より腫瘍を摘出、Gore-tex パッチにて再建した。静脈圧は 23 cm→5 cm 水柱に低下し、上大静脈症候群は劇的に改善した。組織診は腺癌であり、放射線・化学療法を行い QOL、生命予後の改善が得られた。【症例 2】63 歳女性、8 年前に左鎖骨下静脈よりペースメーカー留置、今回顔面浮腫、リード不全で入院した。精査にて左鎖骨下静脈～上大静脈の閉塞を認めた。手術は胸骨正中切開にて心筋電極植込みに加え、右無名静脈から右房へ 12 mmPTFE によるバイパスを行い、上大静脈症候群の改善を認めた。上記 2 例につき報告する。

R6 全弓部置換術後の遠位吻合部瘤に対して再手を施行した1例～中枢遮断に関する工夫～

社会保険紀南病院 心臓血管外科

政田健太, 阪越信雄, 坊岡英祐, 島崎靖久

【症例】75歳, 男性. 2003年遠位弓部大動脈瘤に対して全弓部大動脈人工血管置換術を施行. 7年後のCTで遠位弓部に70mm大の瘤を認め, 内部に造影剤の漏出あり. 下行大動脈は50mm, 大腿動脈まで至る大動脈解離を認めていた. 【手術】左腋窩動脈よりOcclusionballoonを挿入し, 人工血管内で一時的に中枢遮断. 大動脈切開後, 内部にある人工血管を遮断しなおすことで安全に中枢遮断を行うことが可能であった.

【まとめ】全弓部置換術後の遠位吻合部瘤に再手術を施行した1例を経験した.

R7 急性A型大動脈解離に対する循環停止

滋賀医科大学 心臓血管外科

細羽創宇, 鈴木友彰, 高島範彦, 木下 武
乃田浩光, 永吉靖弘, 浅井 徹

A型解離に対し, 緊急上行置換術を施行した連続60例のうち, 選択的脳灌流を用いた6例を除く54例について, 鼓膜温18~20°Cにて循環停止した群34例(D群)と鼓膜温23~25°Cにて循環停止した群20例(M群)に分け比較した. 手術時間, 体外循環時間, 循環停止時間は有意にM群で低かった. 30日死亡はM群1例, D群2例でICU滞在時間, 48時間以上の長期挿管, 在院日数は有意にM群で低かった. 急性A型解離に対する脳灌流を用いない中等度低体温法は術後回復が早まると考えられた.

R8 狭小大動脈に発症した外傷性断裂に対すTEVAR施行例

神戸大学 心臓血管外科¹

同 血管内治療センター²

佐藤雅信¹, 白坂知誠¹, 宮原俊介¹, 野村佳克¹
野村拓生¹, 大村篤史¹, 坂本敏仁¹, 田中亜紀子¹
宗像 宏¹, 井上 武¹, 岡 隆紀¹, 南 一司¹
北川敦士¹, 岡田健次¹, 大北 裕¹, 岡田卓也²
井戸口孝二², 山口雅人², 杉本幸司²

症例は24歳, 女性. 5階から転落し骨盤骨折・下腿複雑骨折を受傷し前医に搬送された. 胸部CTで下行大動脈に断裂を認めたため当院へ搬送された. 下行大動脈は近位断裂していた. 遠位大動脈径は15mmで, 16mm径Excluder Legと23mm径Aortic cuffを留置し, 止血を得た. シース抜去時に左外腸骨動脈(5mm径)損傷を合併し, 左CIA-FAバイパス術を行い事なきを得た.

R9 腹部仮性大動脈瘤に対してEVARを施行したEhlers-Danlos症候群(EDS)の1例

大阪医科大学附属病院 心臓血管外科

小西隼人, 本橋宜和, 打田裕明, 垣田真里
禹 英喜, 佐々木智康, 神吉佐智子, 小澤英樹
三重野繁敏, 大門雅広, 勝間田敬弘

EDSの20歳男性. 腰を捻った際に腰痛出現. CTで腹部仮性大動脈瘤(最大径35mm)と診断, 人工血管置換術を予定した. 高度後腹膜線維症を認め大動脈露出に難渋し手術を断念した. 後日EVARを施行. 瘤はbifurcationの10mm頭側に存在, 中枢大動脈径は12mmであったため, Zenithステントのlegを用いてaorto-uniiliacとし, F-Fバイパスを併設した. 術後29日目独歩退院.

<一般演題>

1 巨大腸骨動脈瘤に対しコイル塞栓・ステントグラフト挿入にて治療し得た1例

市立豊中病院 心臓血管外科

黒瀬公啓, 藤村博信

症例は81歳女性. CT上, 腹部大動脈瘤31mm, 右総腸骨動脈瘤47mm, 右内腸骨動脈瘤26mmを認めた. 術前精査にて冠動脈病変を認め, ステントグラフトにて治療する方針とした. まず右内腸骨動脈瘤末梢側のコイル塞栓術を施行. 二期的にステントグラフトを挿入した(Zenith, 右外腸骨動脈留置). 経過は良好で, 術後10日目に軽快退院した.

2 ステントグラフト術後endoleakをコイル塞栓術で治療した1例

関西医科大学 外科

山尾 順, 今村 敦

74歳. 男性. 腹痛のため来院し, 虫垂炎と腹部大動脈瘤(瘤径70mm)と診断される. 炎症の軽快後, 動脈瘤に対してステントグラフト内挿術を施行した. 術後よりtype 2 endoleakを認め, 外来にて経過観察をしていたが, 瘤の拡大を認め, 血管造影を行った. 右内腸骨動脈より腰動脈を介した瘤内への血流を認めた. マイクロカテーテルを用いて流入動脈のコイル塞栓術を行った. 塞栓コイルにより低侵襲性にendoleakを改善させることができた.

3 肝動脈瘤に対しコイル塞栓術を施行し, 動脈瘤の縮小に成功した一例

新宮市立医療センター 心臓血管外科¹

安城更生病院 心臓血管外科²

三重中央医療センター 呼吸器・心臓血管外科³

竹歳秀人¹, 馬瀬泰美¹, 水元 亨², 安達勝利³

症例は74歳女性. 腹部の拍動性腫瘍を自覚し, 近医受診. 腹部エコーにて腹部大動脈瘤の診断がつき, 当科紹介受診となった. 造影CTを撮影したところ肝動脈瘤と診断. コイル塞栓術を施行. 術後5年のCT

にて動脈瘤の縮小を確認した。肝動脈瘤の治療としては外科的治療を行うか血管内治療を行うか判断に迷うところであるが、今回我々は血管内治療を選択し、良好な結果を得たのでここに報告する。

4 腸骨動脈瘤に対し Zenith helical iliac branch device による血管内治療を行った一例

奈良県立医科大学 放射線科¹

同 胸部心臓血管外科²

東浦 渉¹, 伊藤博文¹, 市橋成夫¹, 山下慶悟²
廣瀬友亮², 多林伸起², 谷口繁樹², 吉川公彦¹

症例：80歳代，男性。CTで左総腸骨動脈瘤(5.8 cm)を指摘され，当院紹介となった。高齢，肥満で，併存症としてCKDstage 5があり，外科的手術ハイリスクと考えられた。右総腸骨動脈も2.8 cmに拡張しており，regular deviceでは治療困難と考えられたため，右内腸骨動脈塞栓後に，Zenith helical iliac branchdevice (HIBD)による治療を行う方針とした。左腸骨動脈にHIBDを留置し，対側大腿動脈経路でbranch graft内から左内腸骨動脈にFluencyを留置した後，Zenithendograftを留置した。術後，endoleakはなく，HIBDの血流も保たれており，殿筋跛行など虚血症状を認めなかった。HIBDを用いた血管内治療は両側総腸骨動脈にlanding zoneがない症例に対する治療の選択肢の一つとなり得る。

5 左総腸骨動脈仮性瘤に対する Fluency を用いた血管内治療の一例

京都府立医科大学 心臓血管外科

岡 克彦，坂井 修，神田圭一，東島拓也
大川和成，小川 貢，山南将志，土肥正浩
木谷公紀，小林卓馬，土井 潔，夜久 均

症例は29歳女性。他院で左卵巣嚢腫再発に対する腹腔鏡手術の際に左総腸骨動脈を損傷。緊急開腹にて血管修復術が行われていたが，損傷修復部に急速に増大する仮性瘤が出現。血管内治療目的に当科紹介となった。治療目標部位およびアプローチ血管径が細く，Fluencyを使用し治療したので報告する。

6 両側腸骨動脈閉塞を合併した胸部下行大動脈瘤に対する人工血管置換術

三木市民病院 心臓血管外科

顔 邦男，麻田達郎，山田章貴

症例は77歳の男性。2004年1月に解離性大動脈瘤(Stanford B)を指摘され，同年6月には急性腎不全と両下肢の虚血を生じ右腋窩動脈-両側大腿動脈バイパス術が施行された。2010年4月のCTで大動脈瘤の拡大を指摘され手術となった。大動脈瘤は遠位弓部から腹腔動脈直上に及び，両側腸骨動脈は閉塞していた。脊髄や腹部の臓器保護を考慮し腹部大動脈に送血管を挿入し部分体外循環下に人工血管置換術を施行した。

7 感染性心内膜炎術後6年を経て，大動脈基部に仮性瘤をきたした1例

近畿大学医学部附属病院 心臓血管外科

湯上晋太郎，佐賀俊彦，北山仁士，中本 進
金田敏夫，川崎 寛，鷹羽淨顯，井村正人
藤井公輔，西野貴子

症例は透析患者。52歳時，真菌による大動脈弁位感染性心内膜炎で，弁輪再建と弁置換術(SJM 21)，上行大動脈置換術を行った。58歳時，感染性心内膜炎の再燃を生じた。画像所見で，傍大動脈に巨大な仮性瘤を伴う大動脈弁輪破綻と診断した。手術時，前回の弁輪再建部が破綻し，大動脈外に穿破し，大動脈肺動脈間に巨大な仮性瘤を形成していた。左室，大動脈弁輪，大動脈の欠損部を人工血管で再建し，再弁置換を行った。

8 Inclusion 法を用いた大動脈基部置換術後遠隔期に繰り返す仮性動脈瘤形成を認めた2例

大阪医科大学附属病院 心臓血管外科

佐々木智康，小西隼人，本橋寛和，打田裕明
垣田真里，禹 英喜，神吉佐智子，大門雅広
得丸智弘，小澤英樹，根本慎太郎，森本大成
近藤敬一郎，勝間田敬弘

(症例1)62歳，男性。Bentall術原法22年後に，右冠動脈口および末梢側吻合部離開による仮性動脈瘤形成に対し手術。さらに2年後，左冠動脈口吻合部離開により仮性動脈瘤形成。(症例2)61歳，男性，Marfan症候群。Cabrol術原法2年後および16年後に左冠動脈口および弁輪部吻合部離開による仮性動脈瘤形成に対し手術。その7年後，末梢側吻合部離開により仮性動脈瘤形成。これらの2手術例を経験。Follow-up法および初回再手術術式に一考を要した。

9 冠動脈バイパス術後重症大動脈弁狭窄症を合併した腹部大動脈瘤に対する治療経験

兵庫医科大学 心臓血管外科

福井伸哉，光野正孝，山村光弘，田中宏衛
良本政章，吉岡良晃，辻家紀子，梶山哲也
谷口和孝，宮本裕治

【症例】88歳，女性。冠動脈バイパスの手術既往があり，無症状の重症大動脈弁狭窄症(AVA: 0.5 cm²)を有した，最大73 mmの腹部大動脈瘤。EVAR不適応。心臓は放置し人工血管置換術のみ施行。右腋窩動脈に8 mm人工血管を吻合し，Y回路を介して両側大腿動脈へシャントさせ，大動脈遮断後の後負荷を軽減させることで，遮断前後の血圧変動を最小限にし，安全に手術が施行できた症例を呈示する。

10 食道癌合併気管支動脈瘤に対するステントグラフト留置術の一例

大阪市立大学医学部付属病院 心臓血管外科¹

同 放射線科²

岡田優子¹, 平居秀和¹, 阪口正則¹, 佐々木康之¹

細野光治¹, 永嶋 太¹, 中平敦士¹, 瀬尾浩之¹

森崎晃正¹, 堺 幸正², 末廣茂文¹

70歳女性, 本年2月頃より胸部不快感を認め, 上部消化管内視鏡検査で食道癌と診断された。造影CTで大動脈弓下リンパ節腫大とそれに隣接する約3cm大の気管支動脈瘤を指摘された。まず気管支動脈瘤に対して流出動脈のコイル塞栓術を施行し, 続いて流入動脈閉鎖のため, 弓部に左鎖骨下動脈を開窓した自作ステントグラフトを留置した。その後瘤の増大傾向は認めず, 食道癌に対しては放射線化学療法を行い, 2期的に手術予定である。

11 移植腎保護のため補助循環下にハイブリッド治療を施行した胸部および腹部大動脈瘤の1例

大阪市立大学医学部付属病院 心臓血管外科¹

同 放射線科²

永嶋 太¹, 平居秀和¹, 佐々木康之¹, 細野光治¹

阪口正則¹, 中平敦士¹, 瀬尾浩之¹, 森崎晃正¹

岡田優子¹, 堺 幸正², 末廣茂文¹

68歳男性, 18年前に左外腸骨動脈に献腎移植を施行されている。最大径65mmの下行大動脈瘤および60mmの腹部大動脈瘤を認めた。左大腿動脈送血, 右大腿静脈脱血により部分体外循環を確立した後, 大動脈を遮断し腹部大動脈瘤人工血管置換術を施行した(腎灌流34分)。その後, 人工血管側枝より下行大動脈にステントグラフトを挿入した。術直後に4回の透析を要したが, 腎機能は回復し維持透析は回避しえた。

12 胸部大動脈瘤に対するdebranch+TEVARを施行した際にtri-lobe balloonにて吻合部出血を起こした1例

近畿大学医学部奈良病院 心臓血管外科¹

京都府立医科大学附属病院 心臓血管外科²

神戸労災病院 心臓血管外科³

森寫淳友¹, 岡 克彦², 井上享三³, 吉田雄一¹

平間大介¹, 長阪重雄¹, 曾我欣治¹, 横山晋也¹

金田幸三¹, 西脇 登¹

80歳, 女性。CT撮影にてdistal archの胸部大動脈瘤でhybridTEVARの方針となる。心停止下にてdebranchingを施行し, 2日後にTEVARを施行した。TAGを吻合部付近まで留置しtri-lobe balloonにて圧着させ, endoleakもなく終了した。しかしその後血圧低下, ドレーンから出血を認め, 緊急で再開胸した。腕頭動脈への人工血管の中樞側吻合部から出血を認め, PCPS補助下にて止血し得た。tri-lobeのballooningについてはIFUを遵守すべきであると思われた。

13 ステロイド療法中のSLEとグロブリン療法禁忌のITPを合併した胸腹部大動脈瘤(Crawford III型)に対するDebranching TEVARの1例

国立循環器病研究センター 心臓血管外科¹

同 放射線科²

米本由美子¹, 松田 均¹, 深澤万欽¹, 村下貴志¹

堂前圭太郎¹, 中澤哲郎², 福田哲也², 伊庭 裕¹

田中裕史¹, 佐々木啓明¹, 荻野 均¹

50歳女性。ITP(PLT 6.5万)とSLE(PSL 15mg内服)を合併。クレアチニン2.26mg/dl。III型胸腹部大動脈瘤に対しDebranch bypassの後TEVARを施行。腓アミラーゼの上昇を認めたが腹水ドレナージで軽快。抗凝固療法を併用し49日目に退院。3カ月目にグラフト感染の疑いで再入院したがGaシンチでは集積を認めず。接合部のType IIIと腹腔動脈からのType II endoleakを認め再TEVARを施行。ハイリスク胸腹部大動脈瘤の1例を報告する。

14 腹部大動脈瘤破裂に対するステントグラフト内挿術後, 深部静脈血栓症を発症した一例

大阪市立総合医療センター 心臓血管外科

尾藤康行, 元木 学, 服部浩治, 加藤泰之

小谷真介, 賀来大輔, 柴田利彦

61歳男性。腹部大動脈瘤破裂にて搬送され, 緊急EVARを施行した。手術直前にショック状態となったが, 速やかに大動脈バルーンオクルージョンを行って問題なくステントグラフトの留置が可能であった。術翌日に抜管しADLも順調に回復したが, 術後4日目のCTにて深部静脈血栓症と診断された。ヘパリンおよびワーファリンの抗凝固療法とIVCフィルター留置によって問題なく経過し, 術後13日目に独歩退院となった。

15 腹部大動脈瘤(AAA)破裂例に対するステントグラフト(SG)内挿術の有用性

岸和田徳洲会病院 心臓血管外科

薦岡成年, 東上震一, 頓田 央, 福廣吉晃

松林景二, 東 修平, 平松範彦, 降矢温一

当院ではこれまでAAAのSG内挿術を184例施行しており, 破裂例に対するSG内挿術を5例経験したため報告する。平均年齢84歳, 男性4例・女性1例, 4例は開腹術の既往あり。術前pre-shock状態1例。手術まで平均6.5時間(1.5~16), 平均手術時間95分。術死・病院死なし。現時点で破裂例に対するSG内挿術には議論の余地があるが, 症例を選んで施行すれば有用な治療選択肢であると考えられる。

16 IFU外に対するEVAR

滋賀医科大学 心臓血管外科

乃田浩光, 浅井 徹, 鈴木友彰, 永吉靖弘

神原篤志, 木下 武, 高島範之, 細羽創宇

AAAに対する企業型ステントグラフト内挿術(EVAR)におけるInstruction for use(IFU)外症例の経

験. 今回 89 歳下行大動脈瘤 + CABG 術後, S 状結腸癌切除術後の嚢状型 AAA. 両側末梢 EIA 石灰化で最小径 5 mm, 瘤下端は 13 mm と狭小の IFU 外に対して, Excluder を選択した. 右 18 Fr シース, 左 12 Fr シース挿入困難であり, 両側 PTA 施行. 狭小径には, Mainbody は半分 deploy し, 対側 leg 挿入した. 最後に kissing balloon にて末梢拡張した. Endoleak なく, 末梢血流も良好で終了した.

17 腹部大動脈瘤に対して Zenith スtentグラフトの leg を reverseposition で用いた EVAR の一例

京都第一赤十字病院 心臓血管外科¹

京都府立医科大学 心臓血管外科²

渡辺太治¹, 西木菜苗¹, 合志桂太郎¹, 高橋章之¹, 坂井 修², 岡 克彦²

症例は 68 歳男性で, 1 年前から腎動脈下腹部大動脈瘤・横隔膜下腹部大動脈限局解離でフォロー中であった. 両側閉塞性動脈硬化症(右総腸骨動脈・左外腸骨動脈の狭窄と左浅大腿動脈の閉塞)進行に対して, Zenith AAA エンドバスキュラーグラフトの leg を reverse position で用いた EVAR および両側腸骨動脈の PTA, 左大腿動脈-膝窩動脈バイパスを一期的に行ったので報告する.

18 腹部大動脈または腸骨動脈を含む感染性動脈瘤の治療成績

兵庫県立尼崎病院 心臓センター 心臓血管外科¹

同 循環器内科²

長門久雄¹, 大野暢久¹, 羽室 護¹, 吉澤康祐¹, 今井健太¹, 吉川英治¹, 大谷成裕¹, 藤原慶一¹, 当麻正直²

当院で経験した 5 例の腹部大動脈または腸骨動脈を含む感染性動脈瘤について検討する. 術前に菌が同定されたのは 2 例, 緊急手術は 3 例, 血行再建術式は非解剖学的バイパス 4 例, in-situ 1 例であった. 耐術 4 例のうち 1 例は感染治療に難渋し, 1 例を感染で失った. これらの 2 例は, いずれも術前に感染瘤の診断が確定していなかった症例であり, 感染瘤の診断確定は有効な治療のために非常に重要と思われる.

19 不明熱で入院後 1 週間で急速拡大した感染性腹部大動脈瘤の 1 治験例

南和歌山医療センター 胸部心臓血管外科

小森 茂, 國本秀樹, 宮坂美和子, 粉川庸三, 木下貴裕

82 歳の男性で, 発熱, 腰痛を主訴に当院を救急受診. 入院時の CT で大動脈周囲に fluid collection を認めしたが, 瘤形成はなかった. 血液培養は 8 セット陰性であった. 12 日目の CT で腹部大動脈に嚢状の瘤形成を認め, 手術を施行した. 術中所見では癒着が高度であったが, 膿は認めなかったので, パニマイシン浸漬人工血管置換術を施行した. しかし, 術中培養で Bacteroides fragilis を検出した. 術後 CT では仮性瘤形

成なく経過良好で退院した.

20 急激な拡大傾向を示した炎症性腹部大動脈瘤の一例

大阪警察病院 心臓血管外科

芝本 愛, 榊 雅之, 北林克清, 溝口裕規

大竹重彰

症例は 61 歳男性. 上行大動脈瘤及び腹部大動脈瘤に対してフォロー中, CT 上腹部大動脈瘤径が 4 カ月で 7 mm と急激な拡大傾向を示した. 腹部症状は認めなかったが, 画像上切迫破裂が疑われ, 人工血管置換術を施行した. 術中所見では瘤壁は前壁を中心に著明に肥厚し周囲組織と高度に癒着していた. 病理組織診断の結果, 炎症性腹部大動脈瘤と診断された. 今回術前診断困難であった炎症性腹部大動脈瘤の一例を経験したので報告する.

21 全周性内膜断裂によって下肢虚血を認めた外傷性腹部大動脈損傷の 1 例

神戸市立医療センター中央市民病院 心臓血管外科

湯崎 充, 福永直人, 橋本孝司, 小津泰久

庄村 遊, 藤原 洋, 那須通寛, 岡田行功

症例は 59 歳男性. 仕事中に腹部を挟まれ受傷. 外傷性大動脈損傷を疑われ, 当院に救急搬送された. 下肢虚血症状が進行性に悪化するため緊急手術を行った. 術中所見では, 腹部大動脈は bifurcation 上で内膜が全周性に断裂し, 翻転して左総腸骨動脈に嵌り込んでいた. 右側は総大腿動脈まで解離していた. 手術は Y graft 置換を行い, 術後は良好に経過した.

22 保存的に加療した孤立性上腸間膜動脈解離の 3 症例

東宝塚さとう病院 血管外科¹

同 心臓血管外科²

江戸川誠司¹, 新谷 隆¹, 渋谷 卓¹

秦 広樹², 渋川貴規², 佐藤尚司²

大動脈に解離を伴わない上腸間膜動脈解離は比較的まれな疾患である. 治療方針については, 明確ではない. 今回我々は, 保存的に加療した孤立性上腸間膜動脈解離の 3 症例を経験した. 1 例は症状認めず, 腹部超音波検査で偶然指摘された. 抗血小板薬内服で経過観察とした. 他の 2 症例は, 突然の腹痛で発症し, 腹部 CT 検査にて診断. 偽腔血栓閉塞症例には抗凝固及び抗血小板療法を実施し, 偽腔開存症例は無投薬にて経過観察とした.

23 IIIb 型大動脈解離を合併した孤立性腸骨動脈瘤に対して人工血管置換術を施行した 1 手術例

大阪警察病院 心臓血管外科

溝口裕規, 榊 雅之, 北林克清, 芝本 愛

大竹重彰

腹部大動脈瘤を合併せず腸骨動脈瘤を形成する孤立性腸骨動脈瘤は比較的稀である. IIIb 型大動脈解離を合併した腸骨動脈瘤の手術例を報告する. 73 歳男性,

排尿障害精査にてIIIb型大動脈解離、左総腸骨動脈瘤(55mm)を発見された。右外腸骨動脈は解離しており、人工血管置換術は腎動脈下でDouble-Barrelに中樞側吻合を、末梢側は左内腸骨動脈を断端閉鎖、両側外腸骨動脈および右内腸骨動脈を再建した。

24 当院における膝関節以下の閉塞性動脈硬化症の手術症例の検討

市立長浜病院 心臓血管外科

岡田泰司, 洞井和彦, 飯井克明, 河野 智

膝関節以下の動脈血行再建は外科的アプローチが現在でも有効であり、今回当施設における症例をまとめたので報告する。当院において、最近5年間で施行した大腿動脈-膝窩動脈バイパス術でdistal bypass症例は5例であった。遠位端吻合については、2例はDISTAFLOを用いて、膝関節以下膝窩動脈に行い、3例は大伏在静脈グラフトを用いて、膝窩動脈あるいは後脛骨動脈に行った。いずれも良好に開存して、外来経過観察中である。

25 Distal bypass手術後、特発性血小板減少性紫斑病を発症し、グラフト閉塞による再手術を要した1例

京都第二赤十字病院 心臓血管外科

川尻英長, 東 理人, 笹生正樹, 三宅武史

高 英成

症例は67歳男性。左浅大腿動脈から膝窩動脈におよぶ閉塞性動脈硬化症に対し、大伏在静脈グラフトを用いたDistal bypassを施行したが退院後3週間で特発性血小板減少性紫斑病を発症。血小板数が1000/ μ lまで減少したため出血リスクから抗血小板薬、抗凝固薬

を一時的に中止した。その後、グラフト閉塞をきたし下肢虚血症状が増悪。これに対し初回手術時の静脈グラフトを遠位側吻合部に再利用した手術を施行し良好な結果を得たためこれを報告する。

26 高度石灰化病変を伴う末梢血管吻合の手術手技上の工夫

大阪医療センター 心臓血管外科

樋口卓也, 高橋俊樹, 須原 均, 四條崇之

高齢化やライフスタイルの変化により動脈硬化性の下肢動脈疾患は増加し、手術適応例も増加している。高度な石灰化病変を有する症例では、吻合操作に難渋する 경우가多く、様々な手術手技上の工夫が要求される。当科では超音波手術器を用いて脱灰処置を行い、人工血管を折り返して吻合する(turn up)、脱灰が不可能な場合は、盲端とし末梢側にバイパスを併置する等の工夫を行っており、最近の症例を提示して報告する。

27 下肢切断術の治療成績の検討

済生会和歌山病院 心臓血管外科¹

同 外科²

戸口佳代¹, 岩橋正尋¹, 中村恭子², 重里政信²

2009年4月から2010年12月までに下肢切断術を施行した32例33肢を対象とした。年齢は平均75歳、糖尿病22例(69%)、透析17例(53%)、切断理由はASOや急性下肢虚血などの虚血肢が23肢(72%)、膠原病や糖尿病性潰瘍などの非虚血肢が10肢であった。手術死亡は無く、遠隔期死亡が11例ですべて虚血肢症例であった。切断術後の死亡率は高く、重症虚血に至るまでの診断・治療が重要である。