

第 97 回 日本血管外科学会九州地方会

会 期：2011 年 1 月 29 日(土)  
 会 場：コラボステーション I 2F 視聴覚ホール(九州大学医学部構内)  
 会 長：國吉 幸男(琉球大学 機能制御外科学)

1 両側 distal bypass により救趾し得た Buerger 病の 1 例

熊本市民病院 外科

藤本大介, 山下裕也, 志垣信行, 横山幸生  
 杉田裕樹, 鈴木俊二, 上田隆太, 古閑千裕

症例は 39 歳男性。平成 21 年末よりの左第 4 趾潰瘍による疼痛を主訴に平成 22 年 4 月来院。両側足関節レベルの動脈拍動消失。ABI は右 0.23, 左 0.29。IA-DISA 施行し下腿 3 分岐以下 Corkscrew 様の側副血行路が発達し、Buerger 病の診断で両側膝窩-終末後脛骨動脈 bypass 術施行した。術後 ABI は右 1.27, 左 1.38 と改善した。今回我々は上記の症例を経験したので考察を加えて報告する。

2 当科における下腿動脈への distal bypass の graft 経路についての検討

久留米大学 外科学講座

大野智和, 岡崎悌之, 新谷悠介, 奈田慎一  
 中村英司, 飛永 覚, 鬼塚誠二, 澤田健太郎  
 田中厚寿, 廣松伸一, 明石英俊, 青柳成明

最近 2 例の難治性潰瘍に対して、内側経路と外側経路で distal byss を施行し良好に潰瘍の改善を認め救肢を得た。1 例は Buerger 病で右大腿動脈から前頸骨動脈へ大伏在静脈(GSV)を用い外側経路でバイパスした。1 例は ASO の再手術で前回の GSV graft から足背動脈へ GSV を用い内側経路でバイパスした。バイパス経路は採取される自家静脈の長さにもよるが、今回下腿へのバイパスで内側、外側経路いずれも良好な結果を得たので報告する。

3 冠動脈 3 枝病変を有する重症虚血肢に対し、腓骨動脈バイパス術(外側アプローチ)を施行した一例

豊見城中央病院 外科・血管外科

松原 忍, 佐久田彦, 城間 寛

症例は 78 歳, 女性。2010 年 8 月頃, 右第 4-5 趾間潰瘍が出現。近医で右下肢 ASO, 高度冠動脈 3 枝病変, 上行大動脈瘤(56 mm)と診断され, 開胸手術+右下肢切断術をすすめられたが拒否。強い安静時痛にて 12 月当科受診。右下肢動脈広範囲病変に対し, 腰椎麻酔と大腿神経ブロックにて自家静脈による外側アプローチ右大腿-腓骨動脈バイパス(腓骨合併切除)術を

施行。術後は問題なく経過し歩行退院した。

4 腋窩大腿動脈バイパス閉塞後, 下肢急性動脈血栓症

国立病院機構 別府医療センター 外科

石田 勝, 武藤庸一

72 歳女性, 心房細動。腸骨急性動脈閉塞にて腋窩大腿動脈バイパス施行。腸骨動脈が自然開通, バイパスは閉塞し, 上肢急性動脈閉塞を来し血栓除去。1 年半後, 下肢急性動脈閉塞発症, CT では閉塞がなく, 保存的治療にてほぼ足部の症状は消失するも, CPK の下がりが悪かった。約 1 カ月後, 再び下肢虚血を発症し, 腋窩大腿動脈バイパス中枢および末梢吻合部を離断, 吻合部血栓を除去, 閉鎖した。CPK は術後すぐ正常化した。

5 左腋窩-両側大腿-右膝窩動脈バイパス術後の繰り返し下肢動脈閉塞に対して腹部大動脈-両側大腿動脈バイパス術を施行した 1 例

社会医療法人敬和会大分岡病院 心血管センター  
 心臓血管外科

竹林 聡, 迫 秀則, 高山哲志, 岡 敬二  
 葉玉哲生

症例は 86 歳, 男性。2009 年 6 月に右下肢急性動脈閉塞の診断で近医より紹介。CT で腹部大動脈から右浅大腿動脈にかけて閉塞を認め, 緊急左腋窩-両側大腿-右膝窩動脈バイパス術を施行。軽快退院も 2010 年 1 月より右下肢動脈閉塞, 血栓除去術を繰り返すため 4 月に腹部大動脈-両側大腿動脈バイパス術を施行。その後より再発なし。閉塞の原因として動脈 inflow の不足が考えられた。

6 胸骨上方部分切開にてアプローチした右鎖骨下動脈瘤の一手術例

佐賀県立病院好生館 心臓血管外科

田中秀弥, 村山順一, 内藤光三, 橋木 等

71 歳男性。右総頸動脈分岐より約 1 cm 末梢に 34x39 mm の右鎖骨下動脈瘤を認め, 当科紹介となった。鎖骨上縁切開を延長し, 第 2 肋間で逆 L 字型に胸骨上方部分切開を施行。鎖骨を切断することなく視野良好となった。右総頸動脈分岐後の右鎖骨下動脈で中枢遮断を行い, 腋窩動脈第 1 部分で末梢側を遮断。瘤を 7 mm ePTFE 人工血管で置換した。椎骨動脈は人工

血管に端側吻合し再建した。文献学的考察を加えて報告する。

### 7 コイル塞栓およびバイパス術を施行した遺残坐骨動脈瘤の1例

小倉記念病院 血管外科

児玉章朗, 福永亮大, 隈 宗晴, 三井信介

症例は75歳女性。平成22年5月坐骨神経痛, 下垂足が出現, 遺残坐骨動脈瘤を指摘され当科紹介となった。遺残坐骨動脈(以下PSA)は完全型で大腿部ほぼ全長にわたり瘤形成をしていた。PSAの骨盤内分枝にコイル塞栓術を施行したが, 不十分であったため, PSA起始部の結紮切離, 大腿膝窩動脈バイパス術を施行した。術後造影で空置した大腿部の瘤内に大腿深動脈より流入する血管を認め, コイル塞栓術を追加した。術後経過は良好であった。

### 8 最近経験した両側閉塞性膝窩動脈瘤の1例

新日鉄八幡記念病院 血管外科

岡村かおり, 久米正純, 田中 潔

症例は68歳, 男性。両下肢安静時痛を主訴に当科受診した。両側膝窩動脈以下末梢の脈拍触知せず, ABIは測定不能であった。CTAで両側とも閉塞した膝窩動脈瘤を認めた。両下肢とも末梢側動脈の開存状態は良好とは言い難かったが, 救肢目的で二期的に下腿動脈バイパス術を行い, 症状の消失を得た。両側閉塞性膝窩動脈瘤に対する下腿動脈バイパスを行い, 良好な結果を得たので報告する。

### 9 緊急血行再建術を要した孤立性上腸間膜動脈解離の3例

琉球大学 機能制御外科学

喜瀬勇也, 戸塚裕一, 神谷知里, 新垣涼子  
前田達也, 仲栄真盛保, 盛島裕次, 永野貴昭  
新垣勝也, 山城 聡, 國吉幸男

上腸間膜動脈解離は比較的稀な疾患であるが, 画像診断の発達により日常診療で遭遇する機会は増加傾向にある。破裂や腸管虚血は緊急手術の適応となるが, 保存的治療で軽快する例も多数報告され, 臨床症状, 検査, 画像所見から症例に応じた治療選択が必要とされている。今回, 当科で経験した孤立性上腸間膜動脈解離の3例について, その治療適応, 問題点について考察を加え報告する。

### 10 外傷性上行大動脈および右肺動脈損傷に対する1手術例

大隅鹿屋病院 心臓血管外科

川崎裕満

症例は68歳男性。バイクを飲酒運転して, 停車していた車に衝突し救急車で搬送された。CTで上行大動脈周囲に造影剤の漏出と心のう液貯留を認め, 緊急手術となった。体外循環確立後, 上行大動脈を遮断したのちに大動脈を切開したところ, 短軸方向に半周程度の亀裂を認めた。さらに, 右肺動脈が短軸方向に

2/3程度断裂していた。右肺動脈は縫合し, 上行大動脈は人工血管に置換して手術を終了した。

### 11 歩行負荷で誘発される下肢血流不全を呈した偽腔開存型慢性解離性大動脈瘤に対し開窓術が著効した1例

鹿児島大学 心臓血管外科

荒田憲一, 上野哲哉, 今釜逸美, 山本裕之  
久 容輔, 峠 幸志, 重久喜哉, 上田英昭  
井本 浩

55歳男性。安静時ABIは正常にもかかわらず歩行負荷で誘発されるABI低下, 高度間欠性跛行に対して開腹下腹部大動脈Flap切除(開窓術)が有効であったStanford B型慢性解離性大動脈瘤症例を経験した。下肢血流不全の原因として術前負荷エコーで偽腔圧迫による真腔の狭小化がはっきりと診断可能であった。術後症状は劇的に改善した。症例報告と文献的考察を行う。

### 12 胸部大動脈破裂, 肺内穿破に対してTEVARにて救命し得た1例

済生会熊本病院 心臓血管外科

片山幸広, 出田一郎, 平山統一, 鈴木晴郎  
久米悠太, 大森一史, 高志賢太郎, 押富 隆  
萩原正一郎, 上杉英之, 三隅寛恭

症例は82歳, 男性。維持透析中。咯血があり前医受診。CTにて近位部胸部下行大動脈瘤破裂, 肺内穿破認められ当院に転送された。Z-stent 6連にUBE graft 38 mmにて自作ステントグラフト作成した。遠位弓部より留置し, 確認造影にてエンドリークなく手技的成功を得た。術後は咯血認めず, 術後2日目に抜管。合併症なく, 術後16日目に退院した。術後1カ月のCTでは瘤は著明に縮小していた。

### 13 胸腹部大動脈瘤に対して二期的にYグラフト置換術+De-branch術とステントグラフト内挿術を行った1例

佐賀大学 胸部心臓血管外科<sup>1</sup>

久留米大学 外科学講座<sup>2</sup>

高松正憲<sup>1</sup>, 古川浩二郎<sup>1</sup>, 蒲原啓司<sup>1</sup>, 田中厚寿<sup>2</sup>  
伊藤 学<sup>1</sup>, 古館 晃<sup>1</sup>, 織田良正<sup>1</sup>, 迎 洋輔<sup>1</sup>  
岡崎幸生<sup>1</sup>, 森田茂樹<sup>1</sup>

79歳女性。8年前に胸部下行大動脈瘤に対し人工血管置換術後。COPDとCRFの合併あり。吻合部末梢の下行大動脈と腎動脈分岐後腹部大動脈の拡大に対し, 最初に開腹下にYグラフト置換術+De-branch術を施行した。術後の血管造影でSMA結紮部より大動脈側に分枝残存を認めたため, 経カテーテル的にSMA中樞部塞栓術を行った。二期的に胸腹部大動脈にステントグラフト内挿術を施行して良好な結果を得た。

#### 14 “intimo-intimal intussusceptin”を呈した急性A型大動脈解離の1例

宮崎大学 第二外科

石井廣人, 鬼塚敏男, 中村都英, 矢野光洋  
長濱博幸, 松山正和, 西村征憲, 横田敦子

症例は38歳男性。突然の胸背部痛と意識消失で発症し当院へ搬送された。造影CTでは弓部大動脈と大動脈基部にflapを認めるも上行大動脈内にflapは認めなかった。手術所見は内膜はST junctionレベルで全周性に断裂し反転して腕頭動脈内へ貫入していた。再建は循環停止下に内膜を引き出し上行置換術を行った。術後は合併症なく転院した。稀な急性A型大動脈解離のタイプである全周性に内膜断裂を認め“intimo-intimal intussusceptin”を呈した1例を経験した。

#### 15 全弓部大動脈置換術に冠動脈バイパス術を併施した手術症例の検討

独立行政法人国立病院機構九州医療センター 心臓外科

藤田 智, 今坂堅一, 植田知宏, 手嶋英樹  
田山英基, 富田幸裕

全弓部大動脈置換術(TAR)を必要とする大動脈瘤に虚血性心疾患(IHD)を合併する症例を時に経験する。TARは侵襲の強い手術であり冠動脈バイパス術(CABG)を併施することで手術のリスクが高まるとの報告もある。2010年に当科で施行した手術症例のうち7例でTARにCABG(1-3枝)を併施した。大動脈遮断時間が多少延長するもののLOS・脳合併症生ずることなく良好な結果を得た。文献的考察を含め報告する。

#### 16 腹部ステントグラフト術後早期感染の一例—どの時点で感染が存在したか—

大分大学 心臓血管外科

岡本啓太郎, 濱本浩嗣, 和田朋之, 穴井博文  
岩田英理子, 嶋岡 徹, 森田雅人, 坂口 健  
宮本伸二

78歳, 男性, 10日前からの腰痛, 食欲不振で来院。腹部大動脈瘤切迫破裂の診断で緊急ステントグラフト内挿術(Excluder)施行。術後7日で退院。その後グラフト感染が疑われ退院後12日目に再入院。CTで瘤内にガス像があり血液培養で大腸菌が検出された。準緊急にin-situ人工血管置換, 大網充填被覆を行った。術後3週間抗生物質静脈投与。4カ月経過し感染再燃なく経過中である。

#### 17 慢性解離性腹部腸骨動脈瘤に対してハイブリッド治療が奏功した1症例

済生会福岡総合病院 外科

中川原英和, 伊東啓行, 星野祐二, 松浦 弘  
定永倫明, 山崎宏司, 池上 徹, 石田真弓  
萱島寛人, 島松晋一郎, 上尾裕紀, 笠木勇太  
坪川典史, 日高 元, 岡留健一郎

77歳男性。15年以上前に大動脈解離を発症。保存的に経過観察中, 腹部大動脈45mm, 右腸骨動脈

40mmと増大したため, 当科紹介。左総腸骨動脈にentryを有し, 逆行性に横隔膜レベルまで解離。ステントグラフト腸骨レグを用いてentry閉鎖, F-Fバイパス, 右内腸骨動脈バイパスを施行。術後CTにてentryは完全に閉鎖され, 右下肢及び右内腸骨動脈の血流も良好であった。

#### 18 当院における腹部大動脈症例の検討

宮崎県立宮崎病院 心臓血管外科

福元祥浩, 豊川建二, 金城玉洋

過去5年9カ月間に当科で施行した腹部大動脈瘤(孤立性腸骨瘤は除く)手術の臨床成績を検討した。期間は2005年4月から2010年12月の69カ月。症例数は220例(うち破裂例16例)手術死亡率は待機例0%, 破裂例は6.2%であり満足できる成績であった。

#### 19 腹部大動脈瘤を合併したOpen stent術後のエンドリークに対し, 腹部大動脈Y-graftingとTEVARを同時に施行した1例

熊本大学 心臓血管外科

岡本 健, 國友隆二, 田中陸郎, 森山周二  
坂口 尚, 萩尾康司, 吉永 隆, 田爪宏和  
川筋道雄

症例は73歳, 男性。2004年, TAAに対し全弓部置換+open stent術を施行した。外来follow up中, 2009年のCTでopen stent末梢からのエンドリークを認めため再手術(TEVAR)を予定した。この時点で最大径48mmのAAAも合併していたため, 同時に手術を施行する方針となった。まず腹部正中切開でY型人工血管置換を行い, その体部に側枝を吻合してシースを挿入し, TAGを留置した。

#### 20 自家製ステントグラフト内挿術後12年目に再治療を行った1例

九州医療センター 血管外科

森 遼, 三笠圭太, 古山 正, 小野原俊博

症例は, 透析歴24年の60歳男性。12年前に径5cmの腹部大動脈瘤に対して自家製ステントグラフト内挿および右外腸骨-左外腸骨動脈交叉バイパス施行。今回, 両下肢間歇性跛行で受診。造影CT検査で瘤は退縮していたが, 大動脈分岐部でステントグラフトが約90度に屈曲し, 狭窄を来していた。右大腿動脈より挿入したガイドワイヤーおよび12Fr. シースが屈曲部を通過したため, Excluderのレグデバイス2本と自己拡張型ステントを重ねて内挿することで治療した。

#### 21 下肢DVTが疑われた鼠径部ガングリオンの一例

鹿児島県立大島病院 外科<sup>1</sup>

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 腫瘍制御学・消化器外科学<sup>2</sup>

肥後直倫<sup>1</sup>, 小代正隆<sup>1</sup>, 保 清和<sup>1</sup>, 小川 信<sup>1</sup>  
金子公一<sup>1</sup>, 柳 正和<sup>1</sup>, 夏越祥二<sup>2</sup>

新鮮な下肢深部静脈血栓症(DVT)の診断は比較的容易である。しかしながら, 不全による陳旧性DVT

を始めとする慢性静脈弁不全の中で特に皮膚病変を伴わない浮腫があり (CEAP 分類 Class3) 血栓のない慢性静脈弁不全の診断・治療は今後の課題である。今回、下肢腫脹を主訴に DVT を疑われ紹介された症例が、鼠径部のガングリオンの圧迫による静脈還流障害であった一例を経験した。本症例について文献的考察も含め報告する。

## 22 医原性血管損傷に対し観血的修復が必要であった 5 症例

広島赤十字・原爆病院 外科<sup>1</sup>

九州大学病院 第二外科<sup>2</sup>

岩佐憲臣<sup>1</sup>, 岡崎 仁<sup>2</sup>, 小副川敦<sup>1</sup>, 辻田英司<sup>1</sup>

吉永敬士<sup>1</sup>, 山下洋市<sup>1</sup>, 松山 歩<sup>1</sup>, 山本 学<sup>1</sup>

筒井信一<sup>1</sup>, 石田照佳<sup>1</sup>

最近 3 年に当院で経験した動脈穿刺やカテーテル操作に伴う医原性の血管損傷症例 5 症例を検討した。損傷部位別では頸部 1 例、鎖骨部 1 例、鼠径部 3 例であり、損傷形態としては仮性動脈瘤 2 例、動静脈瘻 1 例、血栓性閉塞 1 例、カテーテル誤挿入 1 例であった。原因としては血管造影 3 例、CVC 挿入 2 例であった。医原性血管損傷はあってはならないものであるが、疑われた場合は早期に診断・治療することが重要と思われた。

## 23 示唆に富む Trousseau 症候群の 1 例

福岡市民病院 外科

江口大彦, 川崎勝己

症例は 37 歳男性。左下肢深部静脈血栓症に対して抗凝固療法のため入院加療を行い外来でワーファリン量の調整を行っていた。退院 1 カ月後、左臀部～下肢痛と運動制限を自覚し当院整形外科紹介受診。PT-INR は 6 台と延長しており腰椎 MRI で硬膜外血腫と診断され、整形外科で緊急手術を行ったが、手術所見では脊椎腔に充満する軟部腫瘍を認めた。悪性腫瘍に深部静脈血栓症を合併した Trousseau 症候群であった。

## 24 悪性腫瘍に対する下大静脈合併切除・再建の経験

九州大学大学院 消化器・総合外科・血管外科

岡留 淳, 川久保英介, 久良木亮一

本間健一, 郡谷篤史, 岡崎 仁, 前原喜彦

悪性腫瘍に対する下大静脈合併切除を行った 3 例を提示する。症例 1 は後腹膜横紋筋肉腫、症例 2 は右精巣癌・後腹膜リンパ節転移に対して腫瘍および下大静脈合併切除、人工血管再建を行ったがグラフト閉塞および感染を合併した。症例 3 は下大静脈原発平滑筋肉腫に対して下大静脈切除を行い自家静脈で再建した。術後 1 年 1 カ月で合併症なく経過良好である。下大静脈切除後は可能であれば自家静脈による再建が望ましいと考える。