

第 19 回 日本血管外科学会東海・北陸地方会

会 期：2011 年 3 月 5 日(土)
 会 場：福井県国際交流会館(福井県福井市)
 会 長：大橋 博和(医療法人福井心臓血管センター福井循環器病院)

<特別講演>

心臓血管領域における低侵襲手術の現況と将来

大阪大学医学部附属病院 心臓血管外科

倉谷 徹

<一般演題>

1 臓器灌流障害を合併した B 型急性大動脈解離に対する緊急 TEVAR の一例

金沢大学病院 心肺・総合外科¹

同 放射線科²

西田佑児¹, 大竹裕志¹, 木内竜太¹, 野田征宏¹
 飯野賢治¹, 越田嘉尚¹, 富田重之¹, 吉積 功¹
 渡邊 剛¹, 眞田順一郎², 松井 修²

臓器灌流障害(malperfusion)を合併した Stanford B 型急性大動脈解離は、外科治療の有無にかかわらず極めて予後不良である。今回、横隔膜レベルでの真腔閉塞により腹部臓器および下肢の灌流障害をきたした B 型急性大動脈解離症例に対し、緊急に MK スtent グラフトによる胸部大動脈ステントグラフト内挿術(TEVAR)を施行し救命しえた一例を経験したので報告する。

2 外傷性大動脈解離に対する緊急 TEVAR の 1 例

金沢大学 心肺・総合外科¹

同 放射線科²

西田洋児¹, 大竹裕志¹, 西田佑児¹, 木内竜太¹
 眞田順一郎², 松井 修², 渡邊 剛¹

症例は 42 歳の男性。4 m の高所での作業中に転落した。来院時、意識レベルは E3V3M5 であったが、激しい胸痛を訴えていた。CT では脳幹部のクモ膜下出血と胸部下行大動脈解離(最大径 7 cm)が認められた。ただちに、全身麻酔下に右大腿動脈アプローチにて MKSG による entry 閉鎖を施行した。ヘパリンは使用せず、手術時間は 50 分であった。術後、胸痛は消失した。術後 CT では偽腔の部分的な血栓化が得られた。現在社会復帰にむけてリハビリ中である。

3 Shaggy aorta を伴う胸部下行大動脈瘤に対しバルーンカテーテルによる腹部分枝遮断を用いて TEVAR を施行した 1 例

金沢大学 心肺・総合外科¹

同 放射線科²

木内竜太¹, 西田佑児¹, 大竹裕志¹, 渡邊 剛¹
 眞田順一郎¹, 松井 修²

症例は 81 歳男性。近医にて胸部下行大動脈瘤と診断され、当科紹介。術前 CT 検査では下行大動脈は全体に shaggy であり、最大径 58 mm の前方に突出する嚢状瘤を認めた。手術は SMA・両側腎動脈をバルーンカテーテルで遮断したうえで TAG を留置した。術後は臓器虚血等の合併症を認めず、経過良好にて術後 10 病日に独歩退院した。Shaggy aorta 症例に対しバルーンカテーテルによる腹部分枝遮断は血栓塞栓症の予防に対し有効であると考えられた。

4 2 期的 TEVAR を前提とする PAD 合併腹部大動脈瘤に対する術式の工夫

浜松医科大学 第 1 外科

鷲山直己, 大倉一宏, 寺田 仁, 山下克司
 椎谷紀彦

腹部大動脈置換後の TEVAR は脊髄障害発生率が上昇する。腸骨動脈 PAD 合併例ではアクセスの確保が問題となる。同定された ARM を閉塞する TEVAR の先行手術として施行した。PAD 合併腹部・腸骨動脈瘤症例に対する手術の工夫を報告する。【工夫】アクセス確保のため異型(18×10)Y グラフトを用い、片脚を大腿動脈に吻合。同側内腸骨動脈は TEVAR 中も血流を確保するため対側脚に吻合し、L4 と IMA を再建。

5 B 型慢性解離のハイリスク患者に対し、TEVAR を利用し 2 期的に胸部下行全置換術を行った一例

三重大学 胸部心臓血管外科¹

同 画像診断科²

山本希誉仁¹, 下野高嗣¹, 加藤憲幸², 小西康信¹
 井内幹人², 武藤紹士¹, 近藤ゆか¹, 金光真治¹
 竹田 寛², 新保秀人¹

症例：52 歳女性。B 型慢性解離の経過観察中に大動脈径が拡大し手術目的に紹介された。混合性結合組織病でステロイドと免疫抑制剤を内服しており、1 期的

に手術を行うのはハイリスクと判断し 2 期的に手術を行った。先ず、Th7 レベルから腹腔動脈上まで人工血管置換術を行った。5 週間後に左鎖骨下動脈末梢のエントリーを覆う様に、左総頸動脈末梢から人工血管まで TEVAR を行った。対麻痺は認めなかった。

6 結核性胸膜炎合併胸部大動脈瘤破裂に対する胸部ステントグラフトの 1 例

愛知医科大学 血管外科¹

同 放射線科²

肥田典之¹, 太田 敬¹, 石橋宏之¹, 杉本郁夫¹
岩田博英¹, 山田哲也¹, 只腰雅夫¹, 折本有貴¹
石口恒男²

症例は 73 歳男性で、69 歳時に AAA に対して Y 型人工血管置換術を施行し、73 歳時に慢性腎不全で透析を開始した。平成 22 年 10 月に胸水が増加し結核性胸膜炎と診断され治療を開始し、同時に下行胸部大動脈瘤を指摘された。10 月末に胸背部痛、血性胸水が出現し、CT で下行胸部大動脈瘤破裂と診断され当院へ搬送された。結核性胸膜炎のため開胸手術のリスクが高く、開腹して腹部 Y グラフト左脚からステントグラフトを留置した。術後 19 日目に前医転院した。

7 腹部大動脈瘤術後 Y 脚吻合部瘤に対してステントグラフト内挿術を施行した 1 例

刈谷豊田総合病院 心臓血管外科

沼田幸英, 神谷信次, 斉藤隆之, 山中雄二

症例は 72 歳男性。既往に 04 年に腹部大動脈瘤に対し他院で左後腹膜アプローチにて Y グラフト人工血管置換術。08 年に維持透析導入。09 年に膀胱癌の為、開腹にて膀胱全摘術を施行。10 年 3 月に造影 CT を施行の際、左総腸骨動脈から内腸骨動脈にかけて 35 mm 大の吻合部瘤を認めたため、当院紹介となった。腹部手術の既往・患者の希望もあり、今回企業性ステントグラフトの脚を使用した血管内治療を施行したので報告する。

8 中枢側ネック角 80° 以上の高度屈曲例に対する EVAR の経験と工夫

藤田保健衛生大学 心臓血管外科¹

同 放射線科²

金子 完¹, 伴野辰雄², 樋口義郎¹, 秋田淳年¹
花岡良太², 石田理子¹, 佐藤雅人¹, 加藤良一²
渡辺 孝¹, 高木 靖¹, 安藤太三¹

2008 年 1 月から 2010 年 9 月までの中枢側ネック角 80° 以上の EVAR 症例は 10 例であった。平均年齢 80.8±7.8 歳、平均ネック角度は 92.5±12.1° 最大 120° であった。術後 Type I エンドリークを 5 例で認めた。1 例で脳梗塞を発症し、1 例を多発塞栓症で失った。80° 以上の高度屈曲症例に対する EVAR は、Type I エンドリークや塞栓症のリスクが高く、その適応は慎重にすべきと考えられた。

9 当院におけるステントグラフト内挿術 2 年の成績

国立病院機構長良医療センター 心臓血管外科¹

同 循環器内科²

仁科 健¹, 半田宣弘¹, 水野明宏¹, 西尾 斉²
野田和弘², 浅野真弘², 上野陽一郎¹

2008 年 6 月から 2010 年 12 月まで EVAR 48 例施行。平均年齢 76±8 歳(男性 42 例:女性 6 例, 80 歳以上 18 例)。平均大動脈瘤最大径 54±12 mm。平均リスク因子は 3.3±1.2。Excluder 19 例・Zenith 29 例で IFU 適応外症例 14 例(29%)。術後 38 度以上の発熱 28 例(58%)みられたが、術後合併症は創部血腫 2 例、末梢血栓症 2 例、Shower embolism 後 MOF で 1 例失った。術後平均在院日数は 8.5±4.5 日。遠隔期ステント関連合併症なし。高齢者やハイリスク症例に対して EVAR は安全で有効と思われた。

10 腹部大動脈瘤破裂術後、空置総腸骨動脈瘤に対して瘤切除を施行した 1 例

刈谷豊田総合病院 心臓血管外科

神谷信次, 沼田幸英, 斉藤隆之, 山中雄二

症例は 69 歳男性。2008 年 3 月に腹部大動脈破裂にて手術。その際、両側総腸骨から内腸骨動脈にかけて瘤を認めていた。出血性ショックとなっていたために救命目的に腹部大動脈-両側外腸骨動脈吻合術を施行し、総腸骨動脈入口部は縫合閉鎖し手術を終了した。術後経過観察中、左内腸骨動脈瘤が 78×67 mm に増大し水腎症も認めた。今回、空置瘤切除の目的にて手術を施行した 1 例を経験したので報告する。

11 腹部大動脈瘤術後 6 年で十二指腸穿孔による人工血管感染を来した一例

山田赤十字病院 胸部外科

湯浅右人, 小暮周平, 山本直樹, 渡辺文亮
徳井俊也, 庄村赤禰

腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術施行 6 年後に、十二指腸穿孔をきたしグラフト感染が疑われた症例に対し、大網充填術・非解剖学的バイパスを施行した。術後 2 年経過時から発熱が認められていたが、CT・ガリウムシンチでは異常が認められず他院にて内科治療を受けていた。術後感染の再燃なく術後 28 日目に軽快退院となった。本症例は人工血管による圧迫が十二指腸穿孔の原因となり、グラフト感染を起こしたと考えられた。

12 傍腎動脈型腹部大動脈瘤手術症例の検討

三重大学医学部 心臓血管外科

小西康信, 下野高嗣, 横山和人, 武藤紹士
近藤ゆか, 山本希誉仁, 高林 新, 金光真治
新保秀人

ステントグラフト内挿術の普及により腹部大動脈瘤(AAA)の治療適応が拡大し、手術症例数は減少傾向だが、手術症例に占める傍腎動脈型 AAA の割合は増加傾向にある。腎動脈上での大動脈遮断を必要とする傍

腎動脈型AAAは腎動脈下AAAと比較し手技が複雑で、腎不全、腸管虚血、脊髄梗塞等の術後合併症発生率が高く、死亡率も高い。今回我々は最近7年間に当科で経験した症例について手術手技とその成績を検討した。

13 CT室にて心停止となった、89歳腹部大動脈瘤破裂の1例

安城更生病院 外科

佐伯悟三，水谷美奈，河田 陵，井田英臣
寺林 徹，河合奈津子，木村研吾，佐藤文哉
後藤秀成，雨宮 剛，平松聖史，岡田禎人
新井利幸

患者は89歳男性。背部痛にて外来を受診した。触診にて腹部大動脈瘤を疑いCT室に移動したところ急変、心停止となった。蘇生に反応し心拍は再開。エコーで腹部大動脈瘤破裂と診断し緊急手術を行った。腹部大動脈瘤、腸骨動脈瘤破裂に対し人工血管置換術を行った。術後結腸壊死を生じ、左結腸切除術を行った。以後は良好に経過した。超高齢の心停止を生じた腹部大動脈瘤破裂症例を、大きな障害を残さず救命できたので報告する。

14 破裂性腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術後にOpen abdomenのまま小腸瘻を合併しventral herniaとなった一例

名古屋大学大学院 血管外科

堀 昭彦，森崎浩一，前川卓史，宮地紘樹
玉井宏明，高橋範子，渡辺芳雄，森前博文
井原 努，坂野比呂志，小林昌義，山本清人
古森公浩

症例は69歳男性。腹痛，意識消失で当院救急搬送となり，造影CTにて破裂性腎動脈下腹部大動脈瘤と診断し人工血管置換術を施行した。術直後は腸管浮腫が著明で一次的閉腹は困難で，経過中に臍液漏を合併しドレナージ術を要した。また，最終的に閉腹を行うことが出来ず，Open abdomenのまま持続陰圧吸引療法等の保存的治療を試みた。小腸瘻を形成したが肉芽組織の上皮化が得られventral herniaとなった一例を経験したので報告する。

15 大動脈瘤術後虚血性十二指腸潰瘍にて大量出血した1例

独立行政法人国立長寿医療研究センター 血管外科¹
同 外科²

藤城 健¹，深田伸二²，川端康次²，北川雄一²

症例：76歳男性。術前CTでは瘤径5.6cm×4.8cm，大動脈瘤の中樞に壁血栓を認めた。手術は後腹膜経路，腎動脈下遮断で人工血管置換術を行った。IMA再建は行わなかった。術後第8病日下血，血圧低下あり。GIFにて虚血性十二指腸潰瘍を認めた。その後も下血を繰り返し，3度目のGIFにて内視鏡的に止血できた。考察：大動脈クランプ時に血栓が飛んだものと

考えた。IVARの適応の有無，手術法の工夫をご教授願いたい。

16 腹部大動脈解離を生じたMarfan症候群の1手術例

石川県立中央病院 心臓血管外科

坪田 誠，加藤寛城

症例は35歳男性で，腹部エコー検査施行時に腹部大動脈瘤を指摘され当科紹介された。Marfan体型で，血圧は正常。CTでは，腹部大動脈拡大と腎動脈分岐部付近の限局性解離と右腎動脈の偽腔からの分岐を認めた。全身麻酔下で腹部大動脈瘤切除+Y型人工血管置換+右腎動脈再建術を施行した。病理所見は大動脈中膜の変性を認め，Marfan症候群に矛盾しないものであった。術後経過良好で，外来通院観察中である。

17 不全対麻痺を合併した右総腸骨動脈瘤破裂の1例

名古屋第二赤十字病院 血管外科・心臓外科

井尾昭典，藤井 恵，宗像寿祥，日尾野誠
岡田 学

症例は62歳，男性。平成21年12月15日下腹部痛のため当院救急外来を受診。CTで径6.7cmの腎動脈下腹部大動脈瘤，径8cmの右総腸骨動脈瘤，径3.5cmの左総腸骨動脈瘤，径3cmの左内腸骨動脈瘤を認めた。右総腸骨動脈瘤破裂と診断し腎動脈下Y型人工血管置換術を行った。覚醒後，両下肢の知覚運動障害を認め脊髄虚血と診断。脊髄液ドレナージ，ステロイド投与により症状は改善し術後27日目に独歩退院した。

18 当院における高齢者の腹部大動脈瘤破裂手術成績の検討

静岡医療センター 心臓血管外科

松井雅史，後藤新之介，真鍋秀明，高木寿人
梅本琢也

当院で80歳以上の腹部大動脈瘤破裂に対し緊急手術を施行したのは，2005年1月～2010年11月までの5年11カ月において39例(腹部大動脈瘤32例，腸骨動脈瘤7例)であった。これらの手術死亡率は35.1%であった。高齢者になる程，手術死亡率が有意に増加すると予想されたが，同期間に当院で施行した79歳以下の腹部大動脈瘤破裂の手術死亡率は25.0%であり，有意な差は認めなかった(p=0.943)。

19 腹腔動脈起始部異常を伴う上腸間膜動脈分枝動脈瘤の2例

福井循環器病院 心臓血管外科

山崎祥子，堤 泰史，門田 治，沼田 智
高橋洋介，阪本朋彦，大橋博和

症例1：69歳，女性。上腹部不快感ありCT施行，下前臍十二指腸動脈に20mmの動脈瘤を認めた。腹腔動脈(CA)は起始部で閉塞していた。小開腹し動脈瘤切除(動脈瘤流入血管と流出血管を直接吻合)施行。術後経過は良好であった。症例2：66歳，女性。腎盂腎癌精査のCTにて上前臍十二指腸動脈に12mmの動脈

瘤を認めた。CA 起始部には高度狭窄を認めた。小開腹し、動脈瘤切除術を施行。術後経過は良好だった。

20 孤立性上腸間膜動脈解離に対して血管内治療を施行した一例

市立四日市病院 外科

徳永晴策, 服部圭祐, 宮内正之

孤立性上腸間膜動脈(以下 SMA)解離は稀な疾患であり治療方針の決定には慎重な判断が必要である。今回血管内治療を施行した症例を経験したので報告する。57 歳男性、腹痛を主訴に救急搬送。CT で SMA 解離および狭窄を認め保存的加療を開始したが、経口摂取開始すると腹部 angina を認めたため SMA 限局性解離および狭窄に対してステント留置した。術後は経過良好で 5 日目に退院した。

21 左下肢急性動脈閉塞症を契機に診断しえた上腸間膜動脈血栓症の 1 救命例

富山赤十字病院 心臓血管外科¹

同 外科²

齋藤大輔¹, 池田真浩¹, 野崎善成², 出村嘉隆²

症例は 78 歳男性。突然の左下肢痛にて救急搬送された。精査の結果、急性動脈閉塞症と診断され、緊急に血栓除去を行った。術後すぐ下血し、CT で上腸間膜動脈(SMA)血栓症を認めた。緊急開腹し、SMA の根部より血栓除去を行うと、腸全体の血色は良好となった。SMA 血栓症は、早期診断が難しく重篤化しやすいが、今回下肢塞栓症を契機に診断・救命しえた 1 例を経験したので若干の考察を加え報告する。

22 腎動脈瘤の 2 例

浜松医科大学 第二外科血管外科¹

同 泌尿器科²

齊藤貴明¹, 山本尚人¹, 海野直樹¹, 高山達也²
鈴木高尚², 佐野真規¹, 西山元啓¹, 相良大輔¹
鈴木 実¹, 田中宏樹¹, 眞野勇記¹

腎動脈瘤の治療選択では瘤の発生部位が重要である。症例 1: 75 歳男性。腹部大動脈瘤破裂術後、右腎動脈瘤 26 mm を指摘。上前区動脈に発生した narrow neck の動脈瘤で、コイル塞栓術を施行した。症例 2: 55 歳女性。超音波検査で左腎動脈瘤 38 mm を指摘。後区動脈に発生した wide neck の動脈瘤で、腎機能温存のため左腎摘後に体外で瘤切除・血管再建し自家腎移植を施行した。腎動脈瘤治療では血管解剖や全身状態を考慮し治療戦略を立てることが重要である。

23 急性 A 型解離術後の腕頭動脈吻合部仮性瘤に対するステントグラフト内挿術

福井循環器病院 心臓血管外科

高橋洋介, 堤 泰史, 門田 治, 沼田 智

山崎祥子, 阪本朋彦, 大橋博和

症例は 79 歳女性。1 年前に急性 A 型解離に対して上行弓部大動脈置換術を施行されている。その後経過良好にて経過観察していた。H22 年 10 月食欲不振に

て外来受診。レントゲンにて右 1 弓に異常陰影を認め、CT にて腕頭動脈人工血管吻合部の巨大仮性動脈瘤を指摘されたため、精査加療目的にて入院。高齢で再手術症例であったため、ステントグラフト内挿術を施行する方針となった。今回我々は、良好な結果を得たので報告する。

24 鎖骨下静脈閉塞による内シャント不全の手術経験

静岡赤十字病院 心臓外科

古屋秀和, 三岡 博, 新谷恒弘, 中尾佳永
東 茂樹

症例は 78 歳、女性。10 数年来の CRF on HD。左前腕内シャント使用。左鎖骨下静脈狭窄に伴う静脈高血圧を繰り返し PTA で改善を図っていたが、左鎖骨下静脈閉塞あり。右上肢に内シャントを作成したが右鎖骨下静脈閉塞もあり、同様に静脈高血圧を併発したためシャント結紮。当科紹介。左橈側皮静脈-内頸静脈バイパス手術を施行し、左上肢内シャントの静脈環流は改善できた。術前血管造影を含め、内シャント PTA の有用性は高いと考えられた。

25 Von Recklinghausen 病に合併した骨盤内巨大動脈瘤に対する外科治療

福井循環器病院 心臓血管外科

阪本朋彦, 堤 泰史, 門田 治, 沼田 智
山崎祥子, 高橋洋介, 大橋博和

51 歳女性、Von Recklinghausen 病に合併した骨盤内巨大動脈瘤により、心不全を来した症例につき報告する。流入血管は左内腸骨動脈の他に、下腸管膜動脈からも認めた。外科的に左内腸骨動脈の結紮、切離および右内腸骨動脈の結紮を行ったが、腸管血流の維持のため、下腸管膜動脈は温存した。瘤は縮小を認め術後経過は良好で退院となった。現在術後 1 年 3 カ月を経過したが、経過は良好である。

26 腓腹筋激痛、膝関節不全で発症した小伏在静脈瘤の一例

金沢循環器病院 心臓血管外科

上山克史, 畔柳智司, 津田祐子, 上山武史

56 歳男性：以前より右下肢静脈瘤を認めていた。1 カ月前から右膝窩から腓腹部にかけ痛みと痙攣を認めるようになり、立位が苦痛になった。右膝関節背面に径約 3 cm の膨隆を認め、血管エコーにて拡張した小伏在静脈および蛇行した複雑な静脈瘤を認めた。膝裏縦切開にて小伏在静脈を剝離し、膝窩静脈との分岐部付近まで剝離、切除し、次いで腓腹部の穿通枝まで抜去した。術後経過は良好で歩行に問題なく疼痛、痙攣は消失した。

27 膝窩静脈瘤のため急性肺動脈塞栓を来した症例に対して、静脈瘤切除・血行再建を行った1例

厚生連高岡病院 胸部外科¹

金沢大学 心肺・総合外科²

矢鋪憲功¹, 木内竜太², 齋藤 裕¹, 大島正寛¹

症例は56歳男性。胸痛と呼吸困難のため当院へ緊急搬送となった。急性肺動脈塞栓の診断にて緊急入院となった。血栓溶解療法にて軽快したが、精査にて多量の血栓を有する膝窩静脈瘤を指摘され当科へ紹介となった。抗凝固療法だけでは肺塞栓の再発を来す可能性が高いと考えて、静脈瘤の切除と大伏在静脈による血行再建を行った。良好な術後経過を得たので報告する。

28 両下肢静脈瘤に併発して発見された膝窩静脈性血管瘤(venous aneurysm)の1例

常滑市民病院 血管外科

中島正彌, 小林英昭, 小林昌義

59歳男性。トラック運転手。両下肢に違和感を認め外来受診。エコーにて右大・小伏在静脈瘤、左小伏在静脈瘤、最大径3cmに及ぶ左膝窩静脈性血管瘤を認めた。手術は腹臥位にて右小伏在静脈瘤を高位結紮切除し、左膝部に5cm皮膚切開を加え左膝窩静脈を剖出した。血管瘤を接戦方向に遮断・切除し、4-0ポリプロピレン糸にて逢縮吻合した。最後に体位変換し仰臥位にて右大伏在静脈瘤をストリッピング抜去した。

29 蜂窩織炎を呈した重症リンパ浮腫の2例の治療経験

東海病院 下肢静脈瘤・リンパ浮腫・血管センター¹

愛知医科大学 血管外科²

小山明男¹, 宮崎慶子¹, 岩田博英², 平井正文¹

症例1: 26歳男性。小学生時より一次性リンパ浮腫にて右下肢蜂窩織炎を繰り返していた。当院受診し複合的治療にて浮腫は改善するも蜂窩織炎を繰り返した。陰嚢小胞よりのリンパ漏が蜂窩織炎の原因と考え焼灼術を施行した。症例2: 66歳女性。他医にて蜂窩織炎による敗血症ショックで治療歴あり。子宮癌術後両下肢リンパ浮腫あり。通常の圧迫療法が困難のためComprifitを導入。導入後リンパ浮腫軽減し蜂窩織炎も再発していない。

30 A型急性大動脈解離における送血部位と断端形成の検討

金沢医科大学 心臓血管外科

森岡浩一, 三上直宣, 水野史人, 小畑貴司

野口康久, 野中利道, 四方裕夫, 秋田利明

急性大動脈解離において体外循環の送血部位によるmalperfusionの問題と大動脈の断端形成について検討した。【対象】2004年から2010年10月におけるStanford A型急性大動脈解離症例33例。【結果】malperfusionに伴うと思われる多臓器不全が3例と断端部の再

破裂1例、右冠動脈閉塞に伴う心停止1例、遠隔期死亡0例であった。【まとめ】急性大動脈解離における遠隔期のGRFglueの功罪は証明できなかったが、上行大動脈(central)送血法は、malperfusionを防ぐ意味からも有効な手段と思われた。

31 偽腔閉塞型Stanford type A急性大動脈解離4例の経験

高岡市民病院 胸部血管外科

横川雅康, 辻本 優

A型急性大動脈解離のうち偽腔閉塞型に対する対処法は本邦と欧米でかなり異なっており、本邦におけるガイドラインでは高危険群以外は内科的治療が推奨されている。当科ではこれまでに偽腔閉塞型A型解離を4例経験しており、年齢は52~70歳(平均年齢62.75歳)で全例男性であった。初期には全例降圧治療を行ったが、1例は再解離をきたしたため緊急手術となった。これら4症例につき検討したので報告する。

32 大動脈弁置換術後遠隔期の解離性上行大動脈瘤に対する1治療例

岐阜大学大学院医学系研究科 高度先進外科学分野

松野幸博, 島袋勝也, 福本行臣, 石田成史洋

竹村博文

症例は74歳・男性。9年前に大動脈弁閉鎖不全症に対し大動脈弁置換術(ATS 25mm)を施行された既往がある。術後経過良好で退院し、近医外来通院にてフォローアップされていた。その経過中、無症状のまま胸部X線徐徐に右第1~2弓の突出をきたし、造影CTにて肥厚したintimal flapを有する最大径83mmの解離性上行大動脈瘤(DeBakey II)を認めた。準緊急で上行大動脈人工血管置換術を施行し、術後経過は良好で特に合併症なく軽快退院した。

33 上行大動脈に全周性の石灰化を伴った近位弓部仮性大動脈瘤の1例

岐阜県総合医療センター 心臓血管外科

初音俊樹, 滝谷博志, 森 義雄, 河合憲一

症例は65歳、男性。健診の胸部単純写真で異常影指摘され、CT検査にて、近位弓部大動脈に嚢状瘤を認めたため、手術目的に当院に紹介された。嚢状瘤は最大径40mmで肺動脈前方に突出しており、上行大動脈には全周性の石灰化を認めた。手術は、上行弓部大動脈人工血管置換術を施行した。術中、大動脈遮断を行ったが、脳梗塞の発症なく、術後15日、軽快退院した。病理組織学的検査では、大動脈瘤は仮性瘤であった。

34 右鎖骨下動脈起始異常を伴った Kommerell 嚢室合併多発胸部大動脈瘤に対し、二期的に弓部全置換術と TEVAR を行った一例

三重大学 胸部心臓血管外科¹

同 画像診断科²

山本希誉仁¹, 下野高嗣¹, 加藤憲幸², 小西康信¹
井内幹人², 武藤紹士¹, 近藤ゆか¹, 金光真治¹
竹田 寛², 新保秀人¹

症例：82歳男性。CTで弓部小湾側に嚢状瘤を指摘された。又、左鎖骨下動脈末梢から右鎖骨下動脈が分岐し起始部が拡大し、さらに、右鎖骨下動脈末梢にもう一つ下行瘤があった。第一期として、20℃低体温循環停止、4分枝送血による選択的脳灌流下に弓部全置換術を施行した。末梢吻合は弓部瘤と右鎖骨下動脈との間で行い elephant trunk としておいた。第二期に下行瘤に対し TEVAR を行い経過良好で退院された。

35 緊急手術を要した感染性弓部大動脈瘤の1例

富山県立中央病院 心臓血管外科

駒ヶ嶺正英, 上田哲之, 外川正海, 上松耕太
武内克憲, 星野修一, 西谷 泰

61歳男性。1週間前より続く感冒症状、胸背部痛出現した為近医受診。胸部CT上、大動脈弓部小湾側に突出する径20×17mm大の嚢状瘤と周囲の血腫、心嚢水貯留を認めた。採血結果、CT所見より感染性大動脈瘤破裂が疑われ当院搬送、緊急手術となった。手術は、全弓部人工血管置換術を施行。術中培養上、大動脈壁、心嚢液からMSSAを検出した。術後、長期にわたる抗生剤投与を行い、術後51日目当科退院となった。

36 両大腿動脈-膝下動脈バイパス術後に発症した感染性腹部大動脈瘤の1例

岐阜市民病院 胸部・心臓血管外科

村川真司, 丸井 努, 村上栄司, 東健一郎

60歳女性。DM性腎不全による透析患者で、H22年9月6日右F-T、左F-P(BK)bypassを施行し16POD退院。30PODに高熱出現。抗生剤治療するも軽快せず、右足部の蜂窩織炎出現し、10月27日当院紹介となった。足部よりMRSA検出、VCM投与し、解熱傾向となったが、11月10日より腹痛出現、CTにて腎動脈下大動脈の感染性嚢状瘤が出現しており、11月18日手術施行した。en-blockに摘出、PTFEグラフト置換、有茎大網被覆施行し19POD退院した。

37 後腹膜線維症に発生した腹部大動脈瘤の一例

金沢医科大学 心臓血管外科

四方裕夫, 小畑貴司, 野口康久, 三上直宣
水野史人, 野中利通, 森岡浩一, 秋田利明

後腹膜線維症(RPF)は炎症性大動脈瘤と深い関係があり、尿管に炎症が波及して腎後性の腎不全を来す事がある。今回、我々はRPFを合併するAAA症例が急性腎不全のため一時的に血液透析、その後腎機能が回

復し瘤の拡大で人工血管置換術を行った。動脈瘤壁周囲の癒着が著しく末梢側吻合に難渋して、下肢虚血によるCPKの上昇をみた症例を経験した。炎症性動脈瘤の手術に当たっては炎症時期と部位の見極めが重要と考える。

38 III型大動脈解離の保存的治療後に発症した炎症性腹部大動脈瘤の1手術例

一宮市立市民病院 循環器センター 血管外科

出津明仁, 松下昌裕, 池澤輝男

71歳、男性。4年前にDeBakey IIIb 解離で保存的治療を受けた。腹痛を主訴に当院受診した。CTでは大動脈解離のほか、最大径5cmの腹部大動脈瘤(AAA)を認めた。AAA周囲の濃度上昇を認めるが、AAA破裂の所見を認めないため、降圧療法を行った。入院後8日目に腹痛の増強を認めたため、AAAに対して準緊急で人工血管置換術を施行した。AAAの壁は著明に肥厚し、十二指腸と強固に癒着していた。病理組織検査では偽腔部分の外膜を中心に炎症性大動脈瘤の所見を認めた。

39 閉塞した腋窩大腿動脈グラフトに沿った膿瘍形成を生じた一例

名古屋第一赤十字病院 血管外科

錦見尚道, 上遠野由紀

症例は71歳男性。糖尿病、高血圧、高脂血症、虚血性心疾患併存。左外腸骨動脈狭窄に対し他院で複数回のPPIが行われている。右下肢の虚血症状で当院を受診し、ABIが測定不能のためurgentに腋窩大腿動脈バイパスを施行。術後、鼠径にMRSA膿瘍を形成し、VACを適用してのグラフト温存を試みた。グラフトが閉塞し、グラフトに沿った膿瘍を発症したのでグラフト抜去を行った。大腿動脈吻合部も閉鎖した。ABIはグラフト抜去前と変わらず歩行退院できた。

40 瘤化を伴わない腹部大動脈破裂、後腹膜膿瘍の1例

福井大学医学部 心臓血管外科

山田就久, 田邊佐和香, 高森 督, 腰地孝昭

症例は65歳女性。慢性透析患者。腹痛で発症し救急搬送、腹部CTで腎動脈下大動脈右側に後腹膜血腫が存在し、炎症所見を認めた。わずかに石灰化内膜の血腫内変位が認められ、腹部大動脈破裂に伴う後腹膜膿瘍形成と診断し緊急手術を施行。術中所見では大動脈内腔に約10mmの線状穿孔を認めたが、瘤形成や解離の所見はなし。Y字グラフトで置換、膿瘍ドレナージと大網充填を行った。膿瘍から黄色ブドウ球菌を検出した。

41 胸郭出口症候群に伴う鎖骨下動脈瘤から末梢動脈塞栓を起こした一例

愛知医科大学 血管外科

山田哲也, 太田 敬, 石橋宏之, 杉本郁夫
岩田博英, 只腰雅夫, 肥田典之, 折本有貴

54歳男性. 2009年10月頃より右手指のしびれ, 冷感, 疼痛を自覚し, 翌年4月に当院を受診した. 右橈骨動脈と尺骨動脈の拍動は消失し, 右鎖骨上窩に拍動性腫瘍を触知した. CT検査では右鎖骨下動脈瘤のほかにも第1肋骨の異常癒合と右側大動脈を認めた. 胸郭出口症候群に伴った鎖骨下動脈瘤からの末梢動脈塞栓症と診断し, 右鎖骨下動脈瘤切除, 人工血管置換術, 第1肋骨部分切除を施行した. 経過順調で上肢リハビリ後に退院した.

42 PTA後再狭窄を来した膝窩動脈外膜囊腫に対する1手術例

富山大学 第一外科

関 功二, 山下昭雄, 酒井麻里, 山下重幸
芳村直樹

症例は55歳女性. 左間欠性跛行を主訴に近医を受診, ABI低下あり血管病変を疑われ超音波検査施行されたところ左膝窩動脈狭窄認め, MRIにて左膝窩動脈外膜囊腫と診断された. 膝窩動脈に対するPTAが施行され症状改善したが術後1カ月で跛行が再度出現. 次第に増悪したため当科紹介となった. 囊腫切除の適応と判断し, 後方アプローチにて膝窩動脈を含めて囊腫切除し大伏在静脈 graft で置換した. 術後はABI改善, 跛行も消失した.

43 急性動脈閉塞をきたした膝窩動脈瘤の1例

静岡市立清水病院 外科

鈴木邦士, 山崎將典

62歳男性. 2008年9月, 近医で右膝窩動脈瘤・血栓性閉塞に対し血栓溶解療法を施行. 本人の希望にて抗凝固療法で経過観察とした. 2010年9月, 同部位の血栓性閉塞による切迫壊死を来し人工血管(PTFE)置換術を施行. 術後, 血流不全が遷延化したため第5病日, 血管内治療(～第7病日まで持続的動注療法施行)を行い症状軽快. 術後精査にて左膝窩動脈瘤も判明, 待機的に人工血管(PTFE)置換術を施行した. 若干の文献的考察を加え報告する.

44 Peripheral cutting balloonを用いた大腿膝窩動脈病変に対するPTA

国立病院機構金沢医療センター 心臓血管外科

高木 剛, 松本 康, 笠島史成, 川上健吾
遠藤將光

【目的】大腿膝窩動脈病変に対するcutting balloon(PCB)を用いたPTA症例を検討した. 【対象と方法】症例は18例(19病変)で, 新規病変10例, stent内再狭窄8例であった. 【結果】17例(94%)に初期成功を得. 6カ月での開存率は, 一次80%, 二次90%であった.

【結語】PCBによるPTAは, 異物を体内に残さず, stent使用困難部位に施行でき, 治療選択の幅が広がることを期待される.

45 総大腿動脈付近限局性病変に対する外科的形成術の有用性

金沢循環器病院 心臓血管外科

上山克史, 畔柳智司, 津田祐子, 上山武史

当院で過去3年間に施行した鼠蹊部付近から大腿深動脈分岐部末梢までの病変に対し外科的内膜血栓除去術を行った9例について検討を行った. 術前のFontaine分類はII度7例, III度2例, ABPIは平均0.52であった. 手術はすべて内膜血栓を除去した後, 人工血管を用いてパッチ形成とした. 術後ABPIは平均0.93まで回復した. 全症例で現在まで症状再発はなく, 血管内治療困難な部位に対して同術式は有効な手段となりえると考えられた.