

第33回日本血管外科学会中国四国地方会

日 時：平成14年7月13日
 会 場：山口グランドホテル
 会 長：倉田 悟(山口県立中央病院 外科)

1 血栓閉塞型解離とintramural hematoma(IMH)の関連性について

徳島大学医学部 循環機能制御外科(心臓血管外科)
 金村 賦之, 堀 隆樹, 北市 隆, 富永 崇司
 神原 保, 黒部 裕嗣, 菅野 幹雄, 元木 達夫
 北川 哲也

症例1: 77歳, 女性。前胸部痛にて発症。CTで上行大動脈に局限する血栓閉塞型解離を認めた。降圧療法にて経過観察していたが, 2ヶ月後のCTにて偽腔の開存を認めたため, 手術を施行した。経過観察中には自覚症状は認めなかった。

症例2: 63歳, 女性。背部痛にて発症。CTで胸部下行-腹部大動脈の血栓閉塞型解離と診断し, 経過観察としていた。3年7ヶ月後に前胸部痛あり, 上行-弓部大動脈にかけて同様の解離を認めた。3年経過した現在も輪状のlow density areaは消失せず, 大動脈径の拡大を認めている。

今回, 血栓閉塞型解離とIMHの関連性について報告したい。

2 縦隔血腫により心タンポナーデを来した遠位弓部大動脈瘤破裂の一例

香川医科大学 第一外科
 山下 洋一, 前田 肇, 小江 雅弘, 溝口 和博
 清家 愛幹

症例は66歳男性。2001年より胸部大動脈瘤を指摘され, 他院で経過観察中であったが, 2002年1月23日昼頃胸部に激痛を自覚した。近医で胸部大動脈瘤破裂・心タンポナーデと診断され当院へ緊急に搬送された。CT上, 遠位弓部に嚢状瘤を認め, 縦隔を中心に血腫の伸展を認めた。また, 心臓周囲にiso densityな領域を認めたが心臓超音波検査では心嚢液貯留は認めなかった。同日緊急手術を行った。胸骨正中切開時および心膜縦切開時にそれぞれ約20mmHgずつの体血圧の上昇を認めた。心膜前~側面に血腫が存在したが, 心嚢内には黄色透明の心嚢水が約20ml存在するのみであった。手術は弓部全置換術を行い, 経過順調で術後16日目に退院した。

3 上行大動脈瘤により閉塞していた右主肺動脈の血流がBentall手術後に自然再開通した一症例

山口大学 器官制御医学講座(第1外科)
 花田 明香, 濱野 公一, 林 雅則, 白澤 文吾
 伊東 博史, 美甘 章仁, 鈴木 一弘, 善甫 宣哉

右主肺動脈の完全閉塞をきたした上行大動脈瘤, 大動脈閉鎖不全(AR)に対してBentall手術を行い良好な結果を得た。症例は56歳男性, 2001年2月より呼吸困難, 9月より血痰を認めた。CTにて上行瘤により右肺動脈は完全閉塞しており肺血流シンチで右肺に血流はなかった。心エコーでARと診断され, 手術目的で当科に紹介された。右腋窩動脈・右大腿動脈送血, 上下大静脈脱血の体外循環, 心停止下に, Bicarbon 25mmとHemashield 26mmを用いてBentall手術を行った。肺動脈には処置を加えなかった。術後肺出血なく経過良好で, 肺血流シンチで右肺への血流の再開がみられた。

4 虚血性心疾患を合併した胸部及び腹部大動脈瘤手術

広島市立安佐市民病院 心臓血管外科
 小澤 優道, 石原 浩, 内田 直里, 坂下 充
 住吉 辰朗

【目的】治療を必要とする虚血性心疾患(IHD)を合併した胸部及び腹部大動脈瘤(TAA及びAAA)手術の手術戦略について検討した。

【対象】上記目的に該当する24例(TAA 5例, AAA 19例)。

【手術様式】

・IHD+TAAは5例全て同時手術(Open Stent+CABG)を行った。

・IHD+AAAは4例で同時手術(MIDCAB+Y graft: 3例, OPCAB+Y graft: 1例), 15例で二期的手術(PTCA Y graft: 10例, CABG Y graft: 5例)を行った。

【結果】術後に冠動脈イベント(PMI)を起こした症例はなかった。

【まとめ】治療を必要とするIHDを合併したTAA及びAAAの手術では, 冠動脈に対する治療は同時もしくは先に行う方が良いと考えられた。

5 OPCABとの同時手術を行った腹部限局型慢性大動脈解離切迫破裂の一例

鳥取県立中央病院心臓血管外科呼吸器外科
谷口 巖, 森本啓介, 宮坂成人, 加藤一平
青木哲也, 山家 武

【症例】83歳, 女性.

【既往歴】子宮癌, 右乳癌

【現症】三日前からの腰痛による近医でのCTにて腎動脈上腹部大動脈瘤切迫破裂の診断を得て当科へ転院した. 大動脈造影にて腎動脈直下に限局した慢性大動脈解離と同時に行った冠動脈造影でLAD(7)90%, RCA(2)90%の狭窄を認めた. 翌日準緊急手術となった. 手術はOPCABにてLITAをLAD(8)に, RITAをRCA(3)に吻合後, 腎動脈上で大動脈遮断し腎動脈レベル以下を16mmのI graftで置換し, 左腎動脈と下腸間膜動脈は再建した. 術後MRSA縦隔炎の治療に難渋したが急性期の回復は良好だった.

【結論】腹部大動脈瘤の緊急手術時にはOPCAB同時手術も良い選択肢と考える.

6 腸骨動脈完全閉塞症例に対する血管内治療

岡山大学医学部心臓血管外科
三井秀也, 中井幹三, 峰 良成, 栗山充仁
佐野俊二

近年デバイスの進歩により, 血管内治療の対象の拡大と治療成績の向上が目覚ましい. 当院においても, 以前は適応のなかった腸骨動脈完全閉塞症例に対しても積極的に血管内治療を行っている. 今回その結果を報告する.

【方法】2000年1月から2002年5月間に経験した腸骨動脈病変血管内治療症例は27例で, その内完全閉塞症例は8例であった.

【結果】テクニカル成功は7例であった. 1例は解離を生じ大腿-大腿動脈バイパス術を行った. 現在全例で開存を得ている(最長17ヶ月).

【結論】Selfexpandable Stentの使用, アプローチを病変側から行わず末梢の狭窄性病変等にも対処すること等を改良し, 現在のところ少ない症例であるが良好な結果を得ている. 今後も積極的に血管内治療を導入したいものと考えられる.

7 Yグラフト置換術後13年目に発見された右脚吻合部動脈瘤に対し, スtentグラフト内挿術を施行した一例

愛媛大学 第一外科
山本幸司, 八杉 巧, 森本陽介, 大西克幸
小林展章

症例は63歳男性. 平成3年に脳梗塞の既往あり. 平成元年9月に両側腸骨動脈のASOに対しYグラフト置換術施行. 平成14年1月, 近医での検査にて偶然にYグラフト右脚吻合部に動脈瘤を指摘された. 腹部超音波検

査・3D-CTにてsaccular typeの動脈瘤でstentグラフトの適応も考慮して, 平成14年4月2日に当科紹介入院となった. 全身精査後, 4月18日にstentグラフト内挿術を施行した. 硬膜外麻酔・局所麻酔下に右大腿動脈を外科的に露出し, 左肘動脈から挿入したガイドワイヤーとtag of wireとした後に, 10mm / 8cm PASSAGER biliary covered stentを動脈瘤部に留置しballoonにて後拡張した. 手技は安全に施行可能で, 術後の超音波検査・3D-CTにて瘤内への血流遮断が確認された. stentグラフト内挿術は, 脳梗塞の既往を持つ当症例に対し開腹による再グラフト置換術と比較して低侵襲であり, かつ有効な治療法であると考えられた.

8 血痰, 喀血例に対するTPEG

心臓病センター 榊原病院心臓血管外科
宮原義典, 畑 隆登, 津島義正, 松本三明
吉鷹秀範, 末廣晃太郎, 大谷 悟, 長尾厚樹
佐藤太祐

喀血, 血痰を主訴とする下行大動脈瘤に対しTPEGを3例に施行. 症例1は嚢状瘤に対し, 症例2は仮性瘤破裂により, 症例3は胸腹部瘤破裂によりTPEGを施行. TPEG直後は3例ともendoleak無く血痰は一時的に消失. しかし, 3例とも喀血の再発を認めた. 動脈造影で症例1は肋間動脈から, 症例2は左胃動脈からそれぞれ瘤壁に向かう側副血行を認めた. 症例1と2に対し開胸下に再手術を施行. 瘤を切開したところ出血はなく, 明らかなendoleakは認めなかった. また留置された人工血管自体の摘出は容易であった. 手術は瘤壁に癒着した肺を合併切除し人工血管で置換した. 喀血, 血痰を主訴とする大動脈瘤に対するTPEGは救命目的には有効であるが, 慎重な経過観察が必要である.

9 発症後11年目にstentグラフト内挿術を施行した慢性期大動脈解離症例

国立病院岡山医療センター 心臓血管外科
越智吉樹, 藤井隆文, 藤田邦雄, 谷崎眞行

症例は64歳の男性で, A型大動脈解離の発症後急性期に上行弓部大動脈置換術を施行した. 術後経過は順調であったが胸腹部大動脈に残存した解離腔の瘤化のため, 発症後11年8ヶ月目にstentグラフト内挿術を施行した. 術後解離腔の血流は消失し, 完全に血栓化した.

10 馬蹄腎を合併した腹部大動脈瘤の手術経験

山口大学医学部 第一外科
工藤淳一, 森泉則保, 古谷 彰, 吉村耕一
瀬山厚司, 竹中博昭, 善甫宣哉

馬蹄腎を合併した腹部大動脈瘤に対する手術を行う場合, 馬蹄腎峡部が大動脈瘤の前面を横切ること, 腎動脈分岐異常を高率に合併することより, 症例に応じた考慮が必要となる. 馬蹄腎合併腹部大動脈瘤手術の1

例を呈示し、考察を加えて報告する。

【症例】70歳男性。左腎動脈2本、右腎動脈3本、さらに峡部を広く灌流する径の太い流入動脈1本を認めた。大動脈瘤は腎動脈直下から起始していたため、左右腎動脈の再建を考慮し、経腹膜的経路にて瘤切除・人工血管置換術を行った。左右腎動脈は、一時遮断のみで再建は必要なかったが、峡部を灌流する動脈の再建を行った。術後、造影CTにて腎灌流は良好で、腎機能の低下もなく、経過は良好であった。

11 多彩な合併病変を有する腹部大動脈瘤に対する同時手術症例の検討

徳山中央病院 外科¹

同 心臓外科²

重田匡利¹、河内康博¹、井口智浩¹、宮下 洋¹

池田宜孝²、岡田治彦²

当院で腹部動脈瘤と消化器・腎病変に対して一期的に手術を行った症例は6例であった。症例1,56才男性。H6年12月5日、左腎細胞癌・AAA径55mmに対し瘤切除人工血管置換術+左腎摘出術。症例2,78才男性。H8年11月18日胆石症・AAA径60mmに対し瘤切除+胆摘術。症例3,71才男性。H10年10月14日、胃癌・AAA径52mmに対し瘤切除+幽門側胃切除術。症例4,79才女性。H13年7月9日胆石症・AAA径50mmに対し瘤切除+胆摘術。症例5,74才男性。H14年2月21日、直腸癌・胆石症・AAA径7cmに対し瘤切除+腹会陰直腸切断術+胆摘術。症例6,82才男性。H14年5月20日胃癌・直腸癌・AAA径73mmに対し瘤切除+幽門側胃切除術+直腸切除人工肛門造設術。腹部大動脈瘤と合併病変に対して両方とも絶対的手術適応があり、かつ耐術可能と判断される症例に対しては患者の生命予後を考慮し一期的手術を施行する方針である。

12 当科における過去5年間の腹部大動脈瘤に対する手術成績

社会保険広島市民病院 心臓血管外科

川畑拓也、大庭 治、七条 健、久持邦和

柚木継二、黒子洋介、片山達也

1997年5月から2002年4月までの5年間に、当科で経験した腹部大動脈瘤に対する待機的人工血管置換術の経験を報告する。当科では、腹部正中切開にてアプローチし、瘤を剥離しつつ腰動脈を外側から結紮し、瘤壁を摘出することを基本術式として用いている。対象は、全179例中、他病変同時手術施行例を除く、136例で、無輸血率は、89.0%、完全無輸血率は、64.7%、自己血輸血症例は3例、手術から食事開始までの平均期間は3.0日、術後平均在院日数は24.4日であった。術死・在院死は認めなかった。

13 動脈硬化性多発性動脈瘤に対し腹部大動脈瘤切除、血行再建を施行した一例

済生会山口総合病院外科

郷良秀典、古川昭一、都志見貴明、高橋 剛

福田重年、小田達郎

症例は62歳、男性。高血圧症で加療中、胸部X線写真で胸部動脈瘤を疑われ当院に紹介された。CT、血管造影で胸部大動脈瘤(径4cm、紡錘形)、胸腹部大動脈瘤(径4cm、紡錘形)、腹部大動脈瘤(径4.5cm、嚢状形)を認めた。血液生化学検査ではCRPを含め異常所見はなかった。冠動脈造影でLAD#7に99%狭窄を認め、PTCA、ステント留置を施行した。一ヶ月後嚢状腹部大動脈瘤に対し手術を施行した。開腹でアプローチし、右腎動脈末梢、左腎動脈中枢で遮断、腎保護液注入後14×7mm Yグラフトで血行再建した。瘤壁の病理検査では硬化性変化を認めた。術後経過良好であった。胸部、胸腹部大動脈瘤に対し外来フォローアップ中である。

14 クリニカルパス電子化の意義

鳥根県立中央病院 心臓血管外科

中山健吾、北野忠志、松岡智章、武田崇秀

医療の標準化、患者サービスの向上、在院日数の短縮などを目的として、クリニカルパスが積極的に運用されている。当院が1999年8月に全国に先駆けて開発した電子カルテシステム上で、パス(「腹部大動脈瘤手術」など)を運用したので報告する。パスの電子化のツール(CPマップ)の特徴を紹介する。指示を中心とした「医師系」、看護師が使用する「看護系」、アウトカムの評価、パリアンス分析の「評価系」で構成される。

CPマップでは、ケア項目の計画書だけでなく、「指示発行」実施確認が識別できる。CPマップから計画された指示の発行だけでなく、必要であれば、指示内容を変更できる。CPマップからの指示は、狭義の電子カルテの診療録に自動的に記載され、かつ、看護業務の「患者スケジュール」「看護カードex」に自動展開がなされる。このため、重複記載や転記する必要が全くない。

15 胸腹部大動脈瘤破裂によって大動脈食道瘻を来した一例

下関市立中央病院 心臓血管外科

岡元 崇、久原 学、上野安孝

63才男性。他院入院中に吐血しショック状態となった。胸部CTで胸腹部大動脈瘤と仮性動脈瘤を認めた。内視鏡検査で食道の壁外性圧迫と出血を認めたために大動脈食道瘻と診断し緊急手術を行った。常温体外循環下(F-F bypass)に胸部下行大動脈遠位部から腹部大動脈近位側の人工血管置換術を行った。大動脈食道瘻については仮性動脈瘤壁を用いて直接縫合閉鎖を行った。術後膿胸を合併したが胸腔内洗浄と大網充填にて

治癒せしめた。

大動脈食道瘻を合併した症例は比較的稀であり治癒できた症例はさらに稀であるため若干の文献的考察を加えて報告する。

16 右腋窩 - 両側大腿動脈バイパス術後にグラフト感染をきたした1例

岡山労災病院 外科

藤田武郎, 間野正之, 川崎賢祐, 西 英行
大村泰之, 福田和馬, 小松原正吉

症例は76歳男性。主訴は間歇性跛行。動脈造影にて左下肢は側副血行により大腿動脈への血流がわずかに保たれており, 右大腿動脈には著明な狭窄を認めた。

術前の腹部CTにて下行大動脈の著明な石灰化を認め, また呼吸機能も考慮し, 右腋窩動脈-両側大腿動脈バイパス術を施行した。術後は両側下肢の血流は著明に改善し, 術後経過良好で術後2週間後に退院したが, 外来で経過観察中に右下腹部に滲出物の貯留を認め次第に増量したため再度入院。培養にて表皮ブドウ球菌陽性で, 抗生剤の投与, 洗浄で保存的治療を行うもののコントロール不良となったため, 感染グラフト除去洗浄ドレナージ, 右腋窩-両側大腿動脈バイパス再手術を施行し良好な結果を得た。

17 腹部大動脈移植人工血管感染の3治験例

三豊総合病院 心臓血管外科

曾我部長徳, 徳毛誠樹, 高尾智也, 山本寛斉
大屋 崇

症例1は54歳の男性。腎動脈下腹部大動脈瘤術後, 腎動脈レベルの腹部大動脈瘤を生じ手術を行ったが, 術後十二指腸穿孔から人工血管周囲膿瘍を来した。症例2は54歳の男性。感染性腹部大動脈瘤で, 敗血症, DIC下の手術を余儀なくされ, 術後人工血管感染を生じた。症例3は74歳の男性。Off-pump CABGと腹部大動脈瘤との同時手術後に, 化膿性縦隔炎と人工血管感染を来した。治療は, 3例とも可及的に人工血管周囲の膿瘍を除去し, 大網で人工血管を被覆した。術後, 症例2は大動脈中枢吻合部が破綻し, 腋窩両側大腿動脈バイパスを作成, 症例3は腸骨動脈末梢吻合部に偽性動脈瘤を生じ手術を行った。

いずれの症例も炎症は治癒したが, 3例共に人工血管移植術時に腎障害を伴っていた。

18 虫垂炎を契機として発症した大動脈感染の1手術例

呉共済病院 心臓血管外科¹

同 外科²

青木 淳¹, 大崎 悟¹, 布袋裕士², 許 吉起²

虫垂炎を契機として発症したと思われる大動脈感染を経験したので報告する。症例は73歳男性。平成14年4月17日に右下腹部痛・悪寒を伴う発熱を生じ4月19日当院受診。虫垂炎と診断され同日虫垂切除術が行われ

た。術中所見・病理所見共にphlegmonous appendicitisであった。術後spike feverが持続し炎症反応が上昇するため術後11日目にCTが施行され大動脈周囲の後腹膜膿瘍又は感染性動脈瘤が疑われたため緊急手術が行われた。開腹所見では後腹膜に膿瘍は認めず, 後腹膜自体の炎症性肥厚を認め, 腹部大動脈から両側腸骨動脈は正常径であった。大動脈壁に縦切開を加えると外膜直下に膿を認め内膜は著明な石灰化を認めた。可及的に大動脈壁を切除した後Gore-Tex1608グラフトにて再建し大網にてグラフトを覆い手術を終了した。術翌日より解熱し炎症反応も急速に改善し術後20日目に退院した。瘤化していない大動脈の感染は稀であるので報告する。

19 破裂性右総腸骨動脈瘤術後に人工血管感染をきたした1例

真泉会今治第一病院 外科

脇坂佳成, 松本康志, 田中 仁, 戸田 茂
藤田 博, 曾我部仁史

破裂性総腸骨動脈瘤の術後に人工血管感染をきたした症例を経験したので報告する。症例は71歳の男性で, 突然の腹痛で発症し, 右総腸骨動脈瘤破裂の診断にて緊急手術を施行した。腎動脈下より左外腸骨動脈, 右総大腿動脈にYグラフトを行い, 両内腸骨動脈, 下腸間膜動脈を結紮した。骨盤内に巨大な血腫を認めた。術直後の経過は良好であったが, 微熱が続き, 人工血管感染が疑われた。約4ヶ月後のCTにて急激な吻合部動脈瘤の増大を認めたため, 準緊急的に腎動脈直下大動脈遮断, 人工血管除去, 大網充填および両側腋窩-大腿動脈バイパス術を施行した。その後は感染徴候はなく, 良好に経過した。

20 上肢急性動脈閉塞症7症例の検討

労働福祉事業団山口労災病院 外科

野村真治, 桂 春作, 久我貴之, 河野和明
加藤智栄

最近2年間で7例の上肢急性動脈閉塞症を経験した。平均77.3歳, 男性4例, 女性3例。6例に心房細動, 1例にSSSを認めた。症状は冷感5例, 知覚異常1例, 疼痛3例, 脱力感2例, チアノーゼ1例であった。閉塞部位は鎖骨下動脈2例, 腋窩動脈1例, 上腕動脈2例, 橈骨動脈2例で, 右4例, 左3例であった。全例にまず血栓溶解療法を施行し, 改善を得たものが4例, 追加してPTA, 血栓除去術, バイパス術を要したものがそれぞれ1例ずつであった。全例手指の機能障害無く改善した。本疾患への治療の第一選択として血栓除去術が頻用されているが, 当科ではまず血栓溶解療法を施行し, 無効例には処置を追加している。血栓溶解療法のみで7例中4例に著明な改善を得ており, 第一選択の治療法となりうると考えた。

21 鎖骨下動脈病変に血管内治療を施行した3例

川崎医科大学 胸部心臓血管外科

久保裕司, 森田一郎, 正木久男, 石田敦久
田淵 篤, 福廣吉晃, 宍戸英俊, 三上佳子
種本和雄

鎖骨下動脈の狭窄に対して血管内治療を3例経験したので報告する。主訴は上肢の倦怠感2例, めまい1例であった。病変は全例75%以上狭窄であった。治療方法として, PTA 1例, スtent留置2例を施行した。全症例にて圧較差の改善, 症状の消失を認め経過は良好であった。脳・上肢虚血の症状があり, 限局した狭窄であれば, 血管内治療を治療の第1選択として考えてもよいと思われた。

22 異型大動脈縮窄と弓部分枝閉塞を合併した大動脈炎症候群の外科治療

広島大学 第一外科

菅原由至, 伴 公二, 今井克彦, 和田秀一
岡田健志, 渡橋和政, 末田泰二郎

高安動脈炎の病変部位は多彩で, そのため重症高血圧, 心不全や中枢神経の虚血性障害などの重大合併症があることも多く, 本症の手術治療はデザインや周術期管理に特に外科医の「腕」が試される領域といえる。大動脈縮窄に弓部分枝病変を伴う2例を経験したので報告する。30年の高血圧歴のある71才男性が心不全で緊急入院。下行近位の99%縮窄と全弓部分枝の閉塞を合併。58才の女性も重症高血圧と心不全に罹患。胸腹部縮窄に左総頸, 鎖骨下の閉塞を合併。前者へ上行-腹部バイパスに右鎖骨下再建を施行。中枢吻合時に体外循環による減圧を行った。2例目は腹部大動脈細く石灰化高度のため, Ax-Bifemoral bypassに左鎖骨下再建を併施。いずれも心不全軽快し脳合併症無かった。

23 血行再建を要した後腹膜発生の悪性線維性組織球腫の1手術例

国立浜田病院 心臓血管外科¹同 呼吸器外科²同 外科³本多 祐¹, 浜崎尚文¹, 岡田 稔¹, 小川正男²
熊谷佑介³

症例は52歳男性。2001年6月より左下腹部に腫瘤を自覚するも放置していた。2002年1月9日左下肢腫脹に気づき当院受診。左下肢深部静脈血栓症を疑い当科入院となった。骨盤CTにて後腹膜腫瘤を認め, 同腫瘤により左総腸骨静脈は閉塞していた。また左水腎症の合併も認められた。CTガイド下生検の結果, 悪性線維性組織球腫(MFH)と診断され, 1月30日に腫瘍摘出とともに周囲臓器合併切除(左外・内腸骨動脈, 左腸骨静脈, 左尿管), 左腎摘出を行い, 人工血管を用いて左外腸骨動脈を再建した。術後に化学療法(ADR+CDDP+IFM)を施行。その後, 汎血球減少症と腎機能障害が出現したが

軽快し4月11日退院となった。術後4ヶ月を経過した現在も再発の徴候もなく, 外来通院中である。

24 腹腔動脈, 上腸間膜動脈狭窄症に対して血行再建術を施行した1例

真泉会今治第一病院 外科

藤田 博, 脇坂佳成, 松本康志, 田中 仁

戸田 茂, 曾我部仁史

食後に発生する腹痛, いわゆる腹部アンギーナを呈した1例を経験したので報告する。症例は65歳の男性で, 約4ヶ月前より食後に腹痛を感じるようになり, 前医を受診, 諸検査の結果, 上腸間膜動脈の血流不全を指摘され, 血管造影および治療目的にて当院受診となった。

腹部血管造影の結果, 腹腔動脈根部および上腸間膜動脈根部に90%狭窄を認め, 大伏在静脈にて外腸骨動脈-上腸間膜動脈バイパス術を施行した。術後に腹痛は認めていない。病因は動脈硬化性と思われるが, その治療方法等につき検討を加え, 報告する。

25 上腸間膜動脈狭窄に対する1手術例

さとう記念病院 外科

稲田 洋, 伊木勝道, 佐藤正隆

症例は55歳男性で腹痛を主訴に入院となり胃内視鏡検査にて胃潰瘍を認めたが上腹部に血管雑音を聴取し腹部CTにて上腸間膜動脈(SMA)起始部に高度な石灰化を呈していたため動脈造影を施行したところ同部に75%狭窄を認めた。既往にabdominal anginaなく今回の腹痛の原因は胃潰瘍と考えられたが造影にてSMA起始部病変が高度でしかも腹腔動脈や下腸間膜動脈からの側副血行路の形成も認められなかったためSMAに対する血行再建術を施行した。手術は自家大伏在静脈片による腎動脈下腹部大動脈-SMAバイパスでその経路は全長腹膜下に置き遊離腹腔内を走行させないよう工夫した。同時に右総大腿動脈の90%の限局性狭窄に対し血栓内膜摘除術を施行した。術後良好に経過し現在元気に通院治療中である。

26 右葉グラフト生体部分肝移植の肝静脈再建について

広島大学大学院 先進医療開発科学講座外科学

大段秀樹, 田代裕尊, 板本敏行, 中原英樹

越智 誠, 水沼和之, 時田大輔, 原 秀孝

尾上隆司, 杉野圭三, 丸林誠二, 浅原利正

右葉グラフトを用いた生体部分肝移植の場合, 適切な肝静脈還流を保つため中肝静脈分枝(中肝静脈本幹をグラフトに含めない場合)あるいは右下肝静脈を再建する必要があるか否かの判断が困難である。一般的には, 肝切離面での切断肝静脈径で再建の必要性が判断される場合が多い。しかし, グラフト内の肝静脈系に副側血行路が発達している場合は, 切断肝静脈径が大きくとも再建を要しない症例も経験されている。

我々は、ex vivoでグラフトを還流する際に、対象となる肝静脈を一時的にクランプした状態で右葉前区域(中肝静脈右分枝の評価)あるいは右葉後区域(右下肝静脈の評価)のヘモグロビン(Hb)排出程度を近赤外生体分光法で非侵襲的に定量化し、これを指標に移植後の肝静脈血行動態を予測するシステムを考案したので報告する。

27 当科における生体肝移植の門脈、肝動脈再建の検討

広島大学医学部 第二外科

田代裕尊, 大段秀樹, 板本敏行, 中原英樹
越智 誠, 日野裕史, 水沼和之, 時田大輔
原 秀孝, 尾上隆司, 杉野圭三, 丸林誠二
浅原利正

【目的】広島大学医学部付属病院で施行した生体肝移植症例の門脈および肝動脈再建の成績および問題点について検討した。【症例と結果】平成14年4月までの成人肝移植レシピエントは18例であった。門脈再建では、5例に門脈血栓あり4例に外腸骨静脈グラフトを間置し端端吻合し、1例はFogartyカテーテルにて血栓除去を施行したが、術後門脈血栓を再発した。肝動脈吻合では、1例に大伏在静脈を間置し端端吻合、その他は肝動脈を直接端端吻合した。初期は顕微鏡下に施行したが、現在ルーペ(Variscope)で吻合し、術後肝動脈血栓は認めていない。【考察】門脈吻合では、血栓症において再発もあり現在静脈グラフトの間置を選択している。肝動脈吻合では、ルーペによる吻合で良好な結果を得られた。

28 真性浅大腿動脈瘤破裂の治療経験

鳥取大学 器官再生外科学分野

中嶋英喜, 佐伯宗弘, 玉井伴幸, 前田伸幸
池淵正彦, 鈴木喜雅, 金岡 保, 應儀成二

症例は73歳, 男性である。右大腿部腫瘍を主訴に来院した。平成13年8月, 誘因なく右大腿部腫瘍が出現した。拡大傾向があり, 当科に治療のため入院した。理学所見では, 右大腿中央部に手拳大の拍動性腫瘍があり, 圧痛を認めた。超音波検査, CT, 血管造影により, 浅大腿動脈瘤破裂と診断した。全身麻酔下に手術を行った。浅大腿動脈の中央部に7×5cmの真性動脈瘤があり, 後壁に破裂していた。8mm EXS Bionitにて動脈瘤部分を置換した。術後経過は良好であり, 現在外来通院中である。

慢性的破壊により診断された, 比較的稀な真性浅大腿動脈瘤の治療経験を報告した。大腿動脈瘤では, 動脈瘤の位置や大きさを考慮した到達法や再建法の選択が重要である。

29 孤立性巨大腸骨動脈瘤の1例

愛媛大学 第2外科

秋田 聡, 今川 弘, 濱田良宏, 中村喜次
角岡信男, 河内寛治

症例は71歳, 男性。下腹部の膨隆を訴え, 近医でCT撮影にて両側腸骨動脈瘤を指摘され, 精査加療目的で入院した。大動脈径はbifurcation直上にて2cmと拡張を認めず。動脈瘤は右総腸骨動脈9.8×6cm右内腸骨動脈8×6cm左総腸骨動脈7.8×5cm左内腸骨動脈7×4.8cmであり, 大動脈ならびに両側外腸骨動脈には瘤形成を認めなかった。左内腸骨動脈は閉塞していた。入院4日目にY-graft置換ならびに右内腸骨動脈再建術を行い, 術後経過は概ね良好であった。

孤立性腸骨動脈瘤は比較的稀な疾患であり, 若干の文献的検討を加えて報告する。

30 遺残坐骨動脈瘤の1例

香川県立中央病院 外科¹

同 心臓血管外科²

生本太郎¹, 吉田英生², 神野禎次², 大谷弘樹¹
久保孝文¹, 林 達朗¹, 多胡 護², 塩田邦彦¹

症例は61歳, 女性。平成14年2月, 整体師に左臀部腫瘍を指摘され近医を受診。造影CTにて臀部動脈瘤と診断され当院へ紹介された。初診時左臀部に約8cm径の拍動性腫瘍を認めた。血管造影では左下髂動脈から膝窩動脈へ通じる遺残坐骨動脈とその動脈に生じた瘤を認め, 膝窩動脈以下は浅大腿動脈との二重支配となっていた。末梢塞栓の危険性もあるため瘤塞栓術を行わず, 4月9日, 全麻下に瘤摘出術を施行した。術中に遺残坐骨動脈を遮断して足背動脈圧を測定したが血圧低下は10mmHgと軽度であり, 遺残坐骨動脈を結紮し瘤を摘出した。術後経過は良好であった。今回我々は極めて稀な疾患である遺残坐骨動脈瘤の1例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

31 遺残坐骨動脈瘤の一治験例

周東総合病院 外科

西健太郎, 松井則親, 岡 和則, 松岡隆久
守田知明

胎生期に下肢の血流を担う坐骨動脈が退化せず遺残したものを遺残坐骨動脈と呼び, 遺残坐骨動脈が動脈瘤を合併する頻度は44%~69%と報告されている。今回我々は遺残坐骨動脈瘤の1例を経験したので報告する。症例は75歳女性。主訴は間歇性跛行。触診では右大腿動脈, 膝窩動脈の拍動は左側に比し低下し, 足背・後脛骨動脈血流はドップラーで検知するも, 拍動は触知しなかった。APIは右0.6, 左1.2であった。血管造影検査では右側に不完全型の, 瘤を伴う遺残坐骨動脈を認め, 右浅大腿動脈は低形成で, 末梢で狭窄を認め, 下腿では側副血行路より後脛骨・腓骨動脈が造影されていた。手術は仰臥位で大腿-後脛骨・腓骨動脈幹

バイパスを行い、その後腹臥位として、動脈瘤切除を行った。

32 遺残坐骨動脈瘤の2症例

高知医科大学 第2外科

半田武巳, 西森秀明, 福富 敬, 小田勝志
旗 厚, 割石精一郎, 笹栗志朗

比較的まれな遺残坐骨動脈瘤を2例経験したので報告する。

症例1 74歳女性。右臀部拍動性腫瘍を自覚し近医を受診。CTにて最大短径45mmの遺残坐骨動脈瘤を指摘され当科受診。血管造影では不完全型遺残坐骨動脈であったためコイル塞栓術にて瘤の血栓閉塞が得られた。術後経過順調である。

症例2 71歳女性。下肢静脈瘤手術目的で入院中、骨盤内精査目的のCTにて最大短径30mmの右遺残坐骨動脈瘤が認められた。血管造影では完全型であったが瘤径が小さいため経過観察とした。ところが1ヶ月後に瘤内血栓によるものと思われる膝窩動脈閉塞をきたしたためexclusion and bypass 術を行った。

33 ASOを合併した膀胱ヘルニアの1例

町立大和総合病院 外科

原田幹彦, 原田昌和, 大原正己

ASOを合併した膀胱ヘルニアの1例を経験したので報告する。症例は80歳、男性。主訴は右間歇性跛行。両側鼠径ヘルニア根治術の既往あり。血管造影で右外腸骨動脈の閉塞を認め、右総大腿動脈より末梢のrun offは良好であった。右鼠径部に腫瘤を認め、右鼠径ヘルニア再発と診断し、ヘルニア根治術および左大腿-右大腿交叉バイパス術を予定した。両側大腿動脈を露出後、ヘルニア嚢を切離したが尿流出を認め、膀胱ヘルニアと診断した。膀胱壁を修復後、後壁補強を行った。グラフト感染を危惧し、後日右腋窩-右大腿動脈バイパス術を施行した。高齢者男子の鼠径ヘルニアには潜在的に膀胱ヘルニアを合併することがあり、本疾患を念頭に置いた術前検査が必要である。

34 QOLの向上を目的としたASOに対する治療

福山市民病院 心臓血管外科

小谷恭弘, 喜岡幸央, 田辺 敦

ASOにおいては、重症下肢虚血に対する救肢を除いて、患者のQOLの向上を目的として治療をおこなっていく場合が多い。また近年では、低侵襲な治療の選択も可能となり、必ずしも外科的手術による血行再建を必要としないこともある。当科では、患者の主訴を第一に考慮し、治療を選択している。今回示す4症例はいずれもFontaine II度のASO患者で、腸骨動脈および大腿動脈病変を有していた。運動療法・増悪因子の管理・薬物療法を行い、腸骨動脈病変のみに対しカテーテルによる血行再建を施行した。ABPIの著明な改善はなかったが、症状は軽減し、患者の高い満足が得られた。

35 ネフローゼ症候群を合併したバージャー病の1例 - 血栓症との関連について -

松山赤十字病院 外科¹

同 腎センター²

松浦俊治¹, 山村晋史¹, 園田耕三¹, 大城辰雄¹
太田正之¹, 石川哲大¹, 西崎 隆¹, 田代英哉¹
松坂俊光¹, 久米一弘¹, 池田裕史², 原田篤実²

症例は24才男性。平成13年11月、右下肢のしびれ感、両手指の冷感出現。その後症状増強傾向。平成14年2月、右下肢の安静時疼痛にて当科受診。右足は切迫壊疽の状態、右下肢を含む四肢末梢動脈の拍動触知不良、右下肢動脈造影にて右総大腿動脈以下描出されず、バージャー病に伴う急性血栓症と診断し、同日血栓除去及び血行再建術施行。術後PGE1/UK投与を行うも、右下肢壊疽進行し、右大腿切断術施行。入院時より低蛋白血症あり、次第に全身浮腫増強、高コレステロール血症、蛋白尿認めネフローゼ症候群と診断。腰痛と腎障害出現、腹部CTにて両側腎静脈から下大静脈にかけ血栓を認め、ヘパリン/UKにて腎機能は改善したが、蛋白尿持続。ステロイド投与に反応せず、腎生検にて膜性腎症(Stage II)と診断。利尿剤投与にて症状の改善を認め退院。バージャー病とネフローゼ症候群の合併例の報告は稀であり、血栓症との関連を含め若干の文献的考察を加え報告する。

36 原因不明の汚染腹水により解剖学的再建をあきらめた大動脈腸骨動脈閉塞症の1症例

神徳会三田尻病院 外科

豊田秀二, 須藤学拓

脳梗塞症の検査中に発見された58歳男性の大動脈腸骨動脈閉塞症に対し、大動脈-両側腸骨動脈バイパス術を目的に開腹手術を施行したところ、腹腔内に混濁した腹水を認め、検鏡したところ、球菌が存在したため、グラフト感染を考慮し、手術を中止した。腹水培養検査はNegativeであった。後腹膜は腫脹しており、所々に硬結状になっているところがあったが、数力所の生検部位の病理報告はいずれも、非特異的炎症所見のみであった。術後高熱が遷延したが、保存的に軽快した。混濁した腹水と後腹膜の腫脹の原因となる病変は現在まではっきりしていない。

後日、右腋窩-両側大腿動脈バイパス術を施行し、現在まで経過良好である。

37 透析患者におけるASOの治療

岡山市民病院 外科

松前 大

最近4年間に慢性透析患者の血管病変9例15肢に、21回の血行再建術または血管内治療を行った。平均年齢は62歳(42歳から86歳)、原因疾患はASOが8例、内シャントトラブルが一例であった。透析導入となった原因は腎炎が4例、糖尿病が5例であった。いずれの

症例も安静時痛または潰瘍のあるフォンタン3.4度症例であった。主な病変が鼠径部より上にあったのは3肢、下にあったのは12肢であった。そのうち大切断に至った症例は一例であった。腰部交感神経節切除術を2回、バイパス術を9回、TEA+パッチ形成術を7回、PTAを3回行った。観察期間中に吻合部内膜肥厚で再手術を要する例が多く、きめこまやかなフォローアップが必要である。吻合部の石灰化などで、手術操作は困難なことが多かったが、手術死亡はなく、比較的安全に手術は行えた。腸骨動脈の病変はPTAで良好な結果を得た。血管内手術を応用する機会が増えてくるものと考えられる。

38 手背部venous aneurysmの1例

寺岡記念病院 外科¹

岡山大学医学部 心臓血管外科²

赤坂尚三¹、牛尾茂子¹、庄賀一彦¹、川島邦祐¹、三井秀也²

手背部に発生した稀なvenous aneurysmの1例を経験したので報告する。症例は30才、男性、自動車修理工。平成14年1月左第5指IPV関節内側背部の腫瘍を自覚した。同部の外傷は記憶にない。腫瘍は柔らかく3.5cm×1.2cm大の拍動性のない腫瘍で、周囲との境界は明瞭であった。血管雑音(-)。AVR(-)。造影では、紡錘状でくびれを有する腫瘍内腔に血栓はなく、正常手背静脈と交通があった。以上から右手背部に発生したvenous aneurysmと診断し、3月12日に摘出術を行った。病理検査では、内腔側に弁様構造物が見られるなど静脈壁の所見が、また弾性板構造を示す動脈壁様の所見があることより病理学的にもvenous aneurysmと診断された。

39 下肢深部静脈血栓症にて発症したpopliteal venous aneurysmの1例

愛媛県立今治病院 外科¹

愛媛大学 第一外科²

山元英資¹、新山賢二¹、大西克幸²

今回我々は稀なpopliteal venous aneurysmの1例を経験したので報告する。症例は68才、男性。3ヶ月前、気管支炎の診断にて入院加療し、その頃より左下腿腫脹に気付くも放置、徐々に増悪してきたため当科受診した。下肢静脈造影検査結果では左膝窩静脈が12cm長にわたり完全閉塞していた。CT、US検査にて左膝窩部の閉塞部位に一致した径3.5×3.0cm大、4.0cm長にわたるvenous aneurysmが認められ、内腔は血栓閉塞していた。肺血流シンチでは右肺上葉に楔状の欠損像あり、臨床的に無症状であるが肺塞栓症の存在が疑われた。Protein C S、抗カルジオリピン抗体は正常であった。手術は後方アプローチにて瘤を切除し、自家静脈(右大伏在静脈)にて置換した。病理標本では、静脈壁に著明な内膜肥厚および肉芽腫様病変が認められた。術後経

過は良好で現在ワーファリンコントロール中である。

40 Non saphenous typeの下肢静脈瘤における穿通枝の静脈造影像

広島通信病院 外科

杉山 悟、清水康廣、宮出喜生、山本澄治

下肢静脈瘤の治療において、逆流する静脈の評価が重要であるが、静脈には解剖学的な破格が多く、特異な症例をしばしば経験する。Non saphenous typeの下肢静脈瘤の治療には、不全穿通枝の同定が不可欠であり、通常Duplex scanが有用であるが、静脈瘤造影が有力な場合も少なくない。

今回、われわれの経験したNon saphenous typeの下肢静脈瘤のうち、静脈瘤造影で特異な穿通枝が描出された症例について呈示したい。一見saphenous typeに見える症例も、穿通枝を起因とする場合もあり、その同定が必要である。また、膝窩部分ではとくに破格が多いので注意を要すると考える。

41 SEPS症例でのClinical分類別IPV数の特長

あかね会士谷総合病院 外科¹

広島大学大学院 先進医療開発科学講座外科学²

春田直樹¹、山根修治¹、新原 亮¹、伊関正彦¹、倉吉 学¹、川西秀樹¹、渡辺浩志¹、望月高明¹、浅原利正²

【目的】我々は慢性静脈不全症に対する2ポート式内視鏡下不全穿通枝切離術(以下TPS-SEPS)の有用性を報告してきたが、C4-C6症例では不全穿通枝静脈(IPV)数が多い印象を得た。そこで今回、自験例135肢のClinical分類別IPV数を検討した。

【結果】切離されたIPV数はC2: 2.12±1.09本、C4: 3.48±1.82本、C5、C6: 4.09±1.87本であった。

【総括】C4C5C6症例においては慢性的な静脈高血圧のため、局所の動脈流入障害を生じ皮膚障害を起こす機序が推察されている。C2症例に比較し、C4、C5、C6症例では切離される不全穿通枝数が多いことが確認できた。

42 Lemierre's syndromeの2例

川崎医科大学 胸部心臓血管外科

穴戸英俊、正木久男、森田一郎、福廣吉晃、田淵 篤、石田敦久、濱中荘平、久保裕司、種本和雄

今回我々はLemierre's syndromeと考えられた2例を経験したので若干の文献の考察を加えて報告する。

症例1は77歳の女性。主訴は左頸部腫脹・疼痛。明確な誘因・基礎疾患は認めず。頸部CTで左内頸静脈血栓を認めた。血液生化学所見では炎症所見と凝固能亢進が認められた。経過とともに症状消滅し、対症的に消炎鎮痛剤・ワーファリン投与し軽快した。

症例2は80歳の女性。主訴は発熱・意識障害。脳脊髄膜炎と診断され、治療中に咽後腫瘍・右内頸静脈血

栓を認めLemierre's syndromeと診断された．抗生剤・ヘパリン治療で軽快した．

43 下大静脈腫瘍塞栓を合併した腎細胞癌に対する部分体外循環を用いた根治的切除術の一例

島根医科大学 第一外科¹

同 泌尿器科²

清水弘治¹，樋上哲哉¹，矢野誠司¹

佐々木哲也¹，山下輝夫¹，花田智樹¹

今井健介¹，井川幹夫²，浦上慎司²，森田佑司²

尿管侵襲を伴う悪性腫瘍に対する根治的切除において、血管外科的手技が必要となることがある．今回われわれは、下大静脈腫瘍塞栓を合併した左腎細胞癌に対して、部分体外循環を用いて根治的切除可能であった一症例を経験したので報告する．症例は、70歳、女性．検診にて胸部レントゲン写真上、異常陰影を指摘され、精査の結果左腎細胞癌(12×9 cm)で、左腎静脈から下大静脈に及ぶ腫瘍塞栓合併と診断された．手術は、経腹的に左腎摘出術と右大腿動静脈をblood accessとした部分体外循環下に下大静脈合併切除を行い、欠損部は、bovine pericardial patchにて補した．術後経過は良好で、術後37日目に軽快退院となり、現在通院にてインターフェロンによる術後補助療法継続中である．