

第 41 回 日本血管外科学会中国四国地方会

日 時：2010 年 7 月 31 日(土)
 会 場：かがわ国際会議場(香川県高松市)
 会 長：堀井 泰浩(香川大学医学部心臓血管外科)

1 20 年以上詳細な長期経過観察ができた distal bypass の 2 例

川崎医科大学 心臓血管外科

西川幸作, 正木久男, 田淵 篤, 柚木靖弘
 久保裕司, 山澤隆彦, 手島英一, 栗田憲明
 本田 威, 種本和雄

20 年以上詳細な長期経過観察ができた distal bypass の 2 例について報告する。症例 1 は、初回入院時 30 代の Buerger 病の女性で、左足部潰瘍にて左腰部交感神経切除術と大伏在静脈を用いて in situ で浅大腿動脈-足関節部後脛骨動脈バイパスを施行。現在 21 年目であるが、グラフトの瘤形成なく、良好に開存している。症例 2 は、初回入院時 40 代の Buerger 病の女性で、右第 1 趾潰瘍壊死にて右腰部交感神経切除術と大伏在静脈を用いて reverse で浅大腿動脈-膝下膝窩動脈バイパスを施行。術後 17 年目頃からグラフトの拡張がみられ、現在 34 年目であるが、一部グラフト瘤形成がみられるものの、良好に開存している。長期に開存しえたのは、禁煙を守り、抗血小板剤とともにワーファリンを忘れずに服用していたことに加え、腰部交感神経切除も有効に働いていたものと考えられる。

2 多血症を合併した高齢者下肢末梢血管複合病変に対しハイブリッド手術を行った一例

岡山中央病院循環器センター 心臓血管外科

古川博史

症例は 83 歳、男性。約 50 m の間欠性跛行と右下肢の安静時痛を認め、ABI は右 0.34、左 0.42 と高度に低下。下肢血管造影にて右総腸骨動脈～浅大腿動脈末梢～下腿以下 3 分枝まで完全閉塞を認め、右深大腿動脈開存、左総腸骨動脈 75% 狭窄、左浅大腿動脈 99% 狭窄を認めた。RBC 761 万/μL、Hb 17.1 g/dl、Ht 56.1%、WBC 13730/μL、PLT1 15.7 万/μL と多血症を認めた。平成 21 年 10 月にハイブリッド下肢血行再建術を行った。左総腸骨動脈と左浅大腿動脈に対し血管内治療を行った後、同日左総大腿動脈-右深大腿動脈バイパス術(MAXIFLO 8 mm)を行った。術後はバイアスピリン+ワーファリンにて抗凝固療法を行い、下肢造影 CT にてステント及び人工血管は良好に開存していた。術

後安静時痛は消失、跛行は 650 m まで改善を認め、術後 9 日目に退院。多血症を合併した高齢者の下肢末梢血管複合病変に対し、周術期の血栓形成に注意しながら、ハイブリッド治療を行い良好な結果を得た。

3 他院で血行再建不要と診断された右下肢難治性潰瘍の一例

心臓病センター榊原病院 心臓血管外科

近沢元太, 石田敦久, 滝内宏樹, 都津川敏範
 片山桂次郎, 松原千登勢, 平岡有努
 田中恒有, 飯田淳義, 福原慎二, 大野 司
 津島義正, 杭ノ瀬昌彦, 吉鷹秀範

症例は 58 歳の男性。他院にて血管病変を伴わない右足趾潰瘍と診断され、局所に対する保存的治療を継続したが難治性であり下腿切断の適応と宣告され、当院を受診。右下肢の ABI は 1.15 と正常であったが、TBI は計測不能。SPP は患側肢足背が 28 mmHg、足底が 11 mmHg。下肢動脈造影上、右 CIA、EIA、SFA の高度狭窄、ATA、PTA の CTO を認めた。CIA 及び EIA へのステント留置を行い、術後患側肢の安静時痛は消失した。本症例の初期診断、治療の問題点を踏まえて報告する。

4 超高齢者の閉塞性動脈硬化症急性増悪による急性下肢虚血に対する hybrid therapy の一例

心臓病センター榊原病院 心臓血管外科

飯田淳義, 石田敦久, 近沢元太, 吉鷹秀範
 杭ノ瀬昌彦, 津島義正, 都津川敏範
 片山桂次郎, 滝内宏樹, 田中恒有, 松原千登勢

社会の高齢化に伴い超高齢者の閉塞性動脈硬化症症例が増加している。今回我々は、101 歳という超高齢者の閉塞性動脈硬化症急性増悪による急性下肢虚血に対し、ステント留置、血栓除去の血管内治療と、大腿-大腿動脈交叉バイパス術を併用し、血行再建を行った。手術は特にトラブルなく終了し、術後手術室にて抜管が可能であった。術後は超高齢であることから、食物の誤嚥やリハビリの停滞による ADL の低下などが危惧されたが、早期のリハビリ介入と家族の献身的な協力により入院期間 17 日間で退院した。退院時は室内歩行が可能なお状態であった。超高齢者に対しては侵襲への耐容性を考慮し、保存的治療や血管内治

療が選択される場合も多い。しかし術前のADLが良好で、退院後も活発な活動が見込める症例に対しては、積極的に侵襲的の血行再建も考慮すべきと考えられる。

5 30年を経た下肢A-Vシャント

広島市民病院 心臓血管外科

池田晋一郎, 柚木継二, 後藤拓也, 鈴木登士彦
毛利 亮, 久持邦和, 吉田英生, 大庭 治

30年を経過した下肢A-Vシャントに対しシャント閉鎖術を行い良好な経過が得られたので報告する。【症例】44歳, 男性。左下肢発達遅延あり約30年前に左大腿動脈シャントを作成した。2010年2月虫垂炎術前のCTで左大腿静脈, 下大静脈拡大, 胸部X線でCTR:60%と拡大所見を認めた。心不全伴うA-Vシャントに対しシャント閉鎖術を施行する方針とした。術式としては, 大腿動脈静脈シャント部位を切離し, 大腿動脈, 静脈それぞれを端々吻合で再建した。シャント閉鎖前は, CI:7 PCWP:13 CVP:10であったのが閉鎖後はCI:3 PCWP:11 CVP:6まで低下した。また左下肢の冷感, しびれ, 腫脹が消失し, 下肢血流の増加も認めた。【まとめ】30年を経た下肢A-Vシャントに対しシャント閉鎖術を施行し, 循環動態, 下肢の血流の改善が得られた症例を経験した。

6 F-Pバイパス術後に腓骨動脈バイパス術を追加施行した重症虚血肢の1例

広島市立安佐市民病院 心臓血管外科

田村健太郎, 内田直里, 片山 暁, 須藤三和
村尾直樹, 倉岡正嗣

症例:58歳女性, 未治療の糖尿病あり。両側F-Pバイパス術後, 感染を契機にグラフト閉塞を来し右下肢切断術を行った。左F-Pバイパスは血栓除去術により再開通したもの, 虚血が進行していたため外側アプローチで腓骨動脈バイパスを追加施行した。グラフトはPTFE5mmを使用し, 末梢側吻合には大伏在静脈グラフトによる静脈カフを用いた(Linton patch)。術後右義足作成しリハビリを行い, 術後約半年後に独歩退院した。

7 腸骨ステントが内翻した1例

心臓病センター榊原病院

石田敦久, 近澤元太, 杭ノ瀬昌彦, 吉鷹秀範
都津川敏範, 津島義正, 平岡有努, 片山桂次郎
飯田淳義, 福原慎二, 松原千登勢

症例は66歳男性。64歳時両側総腸骨動脈にステント留置術を受け, 今回ステント内狭窄に対してPTA施行。外腸骨動脈狭窄に対して自己拡張型ステント留置。バルーン挿入時にバルーン先端がステントを押し上げるようになりステント内腔が狭小となった。最終的にはシースの内筒でステントを内翻させバルーンで圧着した。原因はガイドワイヤーとバルーン先端部位の段差がステント端に引っかかったためと考えられ

た。

8 感染性大腿動脈瘤に対して外腸骨-浅大腿動脈バイパス術とVAC療法を施行した1例

山口大学医学部 器官病態外科

山下 修, 岡崎嘉一, 末廣晃太郎, 森景則保
古谷 彰, 吉村耕一, 濱野公一

感染性動脈瘤の治療は手術時期, 血行再建の有無, バイパスグラフトの材料や経路など, 依然として問題が多い。今回我々は感染大腿動脈瘤に対して外腸骨-浅大腿動脈のextra-anatomicalバイパス術, 動脈瘤切除術とVAC療法を行い良好な結果を得たので報告する。【症例】75歳, 男性。糖尿病性腎症に対して5年前より人工透析を行われていたが, 少量の自尿もあった。右大腿部の腫脹・疼痛と発熱を認め近医を受診。精査にて大腿動脈瘤を認め当科紹介となった。白血球数, CRP共に高値であり, 血液培養よりMSSAが検出された。また膿尿を認めており, 尿培養からもMSSAが検出され, 尿路感染症からの感染性動脈瘤と診断した。入院後, 抗菌薬による治療を開始したが, 瘤の急速増大を認めたため緊急手術を行った。手術は動脈瘤を避けて単径部外側皮下を経由するePTFEによるバイパス術を行った。その後に瘤を切除, 可及的にdebridementを行い, 創は開放としてVAC療法を行った。

9 ClosureFASTによる下肢静脈瘤治療の早期成績

広島通信病院

杉山 悟, 宮出喜生, 因来泰彦

RFA(ラジオ波)を用いた新しいデバイスClosureFASTによる下肢静脈瘤治療を経験したので早期成績を報告する。対象は2009年12月から2010年4月までに, ClosureFASTを用いて手術を行った11例14肢で, 46~72歳(平均60歳), 男女比は3:8であった。全例, 超音波ガイド下に穿刺により膝下に7Fシースを挿入し, 大伏在静脈のablationを行った。焼灼の長さは22~45(平均38)cmであった。付加手術として14肢にstab avulsionによる瘤切除, 1肢に小伏在静脈の高位結紮, 4肢に硬化療法を行った。術前VFIは4.4~8.0(平均5.9)ml/secで, 術後には0.6~2.8(平均1.3)ml/secと全例改善した。ablation部は全例閉鎖した。術後1週間目の合併症としては, 内出血2例, 大腿部の突っ張り感1例で, 術後1カ月目では, 静脈炎1例, 突っ張り感3例でいずれも軽微なものであった。早期成績は極めて良好であるが, 症例を重ね, 長期成績を追跡する必要がある。

10 人工血管破裂による仮性動脈瘤の1治験例

愛媛大学医学部 心臓血管・呼吸器外科

流郷昌裕, 八杉 巧, 長嶋光樹, 泉谷裕則
中田達広, 鹿田文昭, 川村 匡, 河内寛治

症例は82歳男性。21年前にASOに対してAorto-bifemoral bypassを施行されたのち, 左鼠径部に拍動性

腫瘍を自覚し、CTにて、人工血管左脚-左大腿動脈吻合部よりやや中枢側方向に仮性動脈瘤を認め、手術を施行した。全身麻酔下、動脈瘤を切開したところ、人工血管左脚が、ガイドラインに沿って離開しており、人工血管破裂と診断し、同部位をePTFE(8mm)により置換した。

11 急性大動脈解離によるSMA虚血に対するFenestration手術が有効であった1例

徳島赤十字病院 心臓血管外科

松枝 崇, 大住真敬, 来島敦史, 大谷享史
福村好晃

【症例】77歳男性。2009年11月21日に突然腰痛が出現。DeBakey IIIb逆行型で上行大動脈は血栓化し、弓部遠位より大動脈終末部までが偽腔開存。来院直後に下血したが、腸管壊死の所見はなく保存的に加療。その後下血は認めなかったが、腹痛・イレウス症状が持続した。【手術】SMAの真腔血流の増加および下肢血流の改善を目的とし、Fenestration手術を予定。Fenestrationのみで効果不十分の場合にはバイパス術を追加することとした。腎動脈下より偽腔の血栓化が進んでいたため、腎動脈下～大動脈終末部までを人工血管に置換。中枢側はintimal flapを切除し吻合。【結果】術中エコーにてSMAの真腔血流の増加を確認しえたため、バイパス術は追加せず終了。術後症状は消失した。【考察】IIIb型大動脈解離に下肢・SMA・腎虚血を合併することがある。非解剖学的バイパス手術が一般的であるが、今回の潜在的腸管虚血に対し、Fenestration手術のみで効果的であった。

12 Hyper Eye Medical Systemを用いた血管外科手術での血流の評価

高知大学医学部 外科学講座²

同 循環制御学講座²

山本正樹¹, 西森秀明¹, 割石精一郎¹, 福富 敬¹
佐藤隆幸², 笹栗志朗¹

これまで indocyanine green (ICG) 蛍光造影法の有用性は多く報告され、臨床使用されている。我々は、LEDカメラによる可視光カラー撮影法(Hyper Eye Medical System, HEMS)を開発し、腹部大動脈瘤手術での腸管血流評価、末梢血管手術や冠動脈バイパス術(CABG)のグラフト血流評価に使用している。今回、腹部大動脈瘤手術時の腸管血流評価、閉塞性動脈硬化症手術、特にdistal bypass術における血流評価においてのHEMS造影法の有用性を、症例を呈示し、報告する。また、CABG手術時にHEMSを用いたICG蛍光造影法のグラフト血流の評価、revisionの必要性の判断、ナビゲーションシステムとしての有用性を評価、報告する。

13 腹腔動脈と上腸間膜動脈に狭窄を認めた腹部アンギーナの一例

広島大学病院 心臓血管外科

小澤優道, 高橋信也, 渡橋和政, 高崎泰一

佐藤克敏, 黒崎達也, 今井克彦, 末田泰二郎

【症例】70歳、女性。食後の腹痛、体重減少、下痢・嘔吐を主訴とし、腹部血管雑音を聴取。CTにて腹腔動脈・上腸間膜動脈の起始部に狭窄を認めた。【手術】腹部正中切開にて大動脈-脾動脈バイパス、右総腸骨動脈-上腸間膜動脈バイパスを施行。グラフトには大伏在静脈を使用した。【経過】食後の腹痛、下痢・嘔吐は出現しなくなり、体重は徐々に増加した。【結語】外科的血行再建術が奏功した腹部アンギーナの一例を経験した。

14 上腸間膜動脈閉塞症の1治療例

済生会今治病院 心臓血管外科¹

同 外科²

中西浩之¹, 樽井 俊¹, 藤澤憲司²

症例：77歳、男性。主訴：腹痛、下血。現病歴：夕食後、突然の腹痛、下痢、嘔吐にて近医に救急搬送。入院加療を受けるも翌朝より下血が出現したため当院紹介入院となる。理学所見：血圧：148/88、脈拍：110、体温36.6度、収縮期雑音2/6 2LSB-Apex、腹部所見：軽度膨隆、上腹部軽度圧痛(+)、筋性防御なし。腸雑音(-)心電図にて心房細動。造影CTにて上腸間膜動脈閉塞。診断：上腸間膜動脈閉塞による腸管虚血。(心房細動による塞栓)緊急手術：開腹下による上腸間膜動脈血栓除去。術後経過は良好で12POD退院。結語：上腸間膜動脈閉塞症に対して血栓除去を行い腸管をサルベージできた1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

15 90歳以上超高齢者に対する胸部・腹部大動脈手術の検討

心臓病センター榊原病院 心臓血管外科

松原千登勢, 吉鷹秀範, 杭ノ瀬昌彦, 津島義正
石田敦久, 都津川敏範, 近沢元太, 片山桂次郎
平岡有努, 飯田淳義, 福原慎二

2007年1月より2010年5月まで当院で施行した655例の大血管手術のうち、90歳以上の超高齢者、10例について検討した。術式はY-grafting 7例(うち2例はstent grafting)、弓部全置換2例、上行置換1例であった。術後経過は、6例は当日抜管し、残り3例も48時間以内に抜管可能であった。また、ICU滞在期間は平均3.4日で、術後平均入院期間は19.9日(5~38日)であった。入院死亡は誤嚥性肺炎を合併した1例であった。

16 大動脈瘤に対する左開胸下低温循環停止・逆行性脳灌流(高本法)手術の成績と問題点

徳島赤十字病院 心臓血管外科

福村好晃, 大住真敬, 松枝 崇, 来島敦史
大谷享史

高本法の成績と問題点を検討。対象は2007年からの8例。胸部下行6例・胸腹部2例で慢性解離6例、Bentall手術後2例。年齢は46~78(平均66)歳で男性5例。弓部もしくは遠位弓部での遮断が困難もしくは危険のため高本法を選択。送血はFA 6例, +上行1例, +左室心尖部1例。脱血はFV経由RA 3例, +PA 5例。左心ベントは、なし3例, 左室心尖部2例, 左房2例, PA 1例。手術は、送血温を20℃まで低下させ膀胱温25℃で循環停止, 下半身のみ1.5l/分で送血。手術時間301分, ECC 149分, 心停止76分, RCP 28分。合併症はECC離脱時のVfコントロール困難1例(左心ベント不十分)のみで、一過性を含めた脳合併症・肺合併症・出血再開胸なし。病院死亡なし。高本法は簡便・安全で有効な方法であるが、粥状硬化・ARの有無と程度に応じて、送脱血・ベントの方法を臨機応変に変更し、デブリスの飛散・左室の過進展を予防することが重要。

17 妊娠30週で上行大動脈破裂を来した1例

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 心臓血管外科

奥山倫弘, 中井幹三, 加藤源太郎, 越智吉樹
岡田正比呂

患者は、42歳女性。妊娠30週2日目、突然の胸痛と、大量の左胸水を認めたため、当院に救急搬送された。CTで上行大動脈解離による血胸と診断し、緊急手術を施行した。帝王切開に続いて、子宮摘出術を行い、上行大動脈人工血管置換術を施行した。大動脈瘤や解離の所見を認めず、肉眼的には特発性破裂と考えられた。術後経過は良好で、翌日抜管し、術後12日目に退院した。児は1482gで出生し、67日目に退院した。

18 偽腔圧迫により下肢虚血を合併した急性大動脈解離の1例

広島大学病院 心臓血管外科

佐藤克敏, 小澤優道, Bagus Herlambang
高橋信也, 高崎泰一, 黒崎達也, 今井克彦
渡橋和政, 末田泰二郎

背景：大動脈解離において、偽腔圧迫による臓器虚血に対し色々な対策が報告されている。今回Stanford A型大動脈解離症例で、血栓化した偽腔圧迫により浅大腿動脈閉塞を合併した症例に対し、偽腔内血栓吸引で下枝血流を改善できたので考察を加え報告する。症例：57歳、男性。現病歴：胸部絞扼感、腰痛を訴え救急受診、右下肢虚血も認めた。大動脈解離と診断し緊急手術施行。手術：下肢虚血に対し、右総大腿動脈を

離断し真腔に送血カニューラを挿入して送血した。上行大動脈にエントリーを認め、上行置換を施行。右総大腿動脈は、動脈壁を固定し再吻合。心拍再開後再度下肢虚血を認めた。超音波で大腿部に血栓化した偽腔による圧迫を発見。総大腿動脈を再離断、末梢偽腔内の血栓吸引を行った。再吻合後下肢脈拍を触知した。術後良好に経過し独歩退院。考察：大動脈解離に伴う血栓化した偽腔圧迫による臓器虚血に対し偽腔内血栓吸引は症状改善に有効であった。

19 弓部全置換術に対する正中切開と左開胸の手術成績

山口大学大学院器官病態外科学 心臓外科

工藤智明, 美甘章仁, 藏澄宏之, 佐藤正史
鈴木 亮, 池永 茂, 白澤文吾, 濱野公一

当科では弓部大動脈病変に対して胸骨正中切開による弓部全置換術を基本としているが、下行大動脈病変を有する広範囲症例には左開胸でアプローチしている。左開胸と胸骨正中切開による弓部全置換術の成績を比較したので報告する。対象は緊急手術を除く弓部大動脈症例66例で、左開胸12例(L群)、胸骨正中切開54例(M群)。左開胸による弓部全置換術の治療成績は胸骨正中切開アプローチと同等であった。

20 外傷性大動脈峡部損傷の2症例

津山中央病院

松本三明, 山澤隆彦, 久保陽司

外傷性大動脈峡部損傷はほとんどが交通事故によるもので、受傷時に90%が死亡し、受傷後4時間を超えて生存するものは約8%とされている。当院で過去2年間に経験した2症例について呈示し考察を加える。1例目は62歳男性で交通事故による損傷で、右脛骨粉碎骨折を合併していた。循環動態が落ち着いていたため、降圧療法と骨折部位創外固定を行い翌日ステントグラフト留置を行った。2例目は28歳男性で交通事故による損傷で、脳挫傷、両側肺損傷、肝損傷、多発性肋骨骨折、右鎖骨骨折を合併していた。仮性瘤突出部分は7.7mmで縦隔血腫も軽度であったため、降圧療法下に多臓器の治療を優先した。受傷後5カ月目に人工血管置換術を行った。

21 右鎖骨下動脈起始異常とKommerell憩室を伴った破裂性急性B型大動脈解離に対してTEVARを施行した1例

山口県立総合医療センター 外科

佐村 誠, 善甫宣哉, 岡崎充善, 原 貴信
金山靖代, 宮崎健介, 松尾光敏, 金田好和
須藤隆一郎, 野島真治, 中安 清

RSCA起始異常はRSCAが大動脈弓の第4分枝として分岐する発生異常であり、基部は拡張を呈することがある(Kommerell憩室)。今回我々はRSCA起始異常とKommerell憩室を伴った破裂性急性B型大動脈解離を経験した。症例は72歳女性。主訴は胸背部痛で、

初診時のMDCTで大動脈弓の第4分枝として分岐するRSCAから腎動脈下までの急性B型大動脈解離と診断された。入院後、安静、鎮痛、降圧療法を行っていたが、発症4日目で左胸腔内破裂を来し緊急手術となった。エントリー部の閉鎖を目的とし、LCCA分岐部より下行大動脈にTAG stent graftを留置した。さらに脳保護、対麻痺予防の観点からLSCAの血流を確保するため、Excluder iliac extenderをchimney graftとして大動脈弓部よりLSCAに留置した。術中造影でエンドリークを認めず、LSCAの血流は良好であった。

22 遠位弓部大動脈瘤に対し頸部3分枝debranching後ステントグラフト内挿術を施行した1例

徳島県立中央病院 心臓血管外科

藤本鋭貴, 筑後文雄

症例は86歳、男性。遠位弓部大動脈に最大径80mmの嚢状動脈瘤を認め、当科紹介となった。既往歴で脳梗塞があり左不全麻痺を認めた。非常に高齢であるが、独歩可能で手術適応と判断した。手術方法は超高齢者であり、脳梗塞の既往もあるため、ステントグラフト内挿術を選択した。手術は動脈瘤と腕頭動脈との距離が非常に近く、ステントグラフトの中核側ランディングゾーンはzone 0である必要があり、頸部3分枝にdebranching後、Gore TAGを挿入する予定とした。頸部3分枝のdebranchingに、グラフトは腹部用のIntergard Quattro 4分枝管を使用した。中核側吻合はPCPSによる体外循環下に行った。左鎖骨下動脈へのバイパスはグラフトを肋間を通して左鎖骨下で行った。術後経過は良好で術翌日に人工呼吸器の離脱を行い、独歩退院することができた。まとめ、超高齢者の遠位弓部大動脈瘤に対し頸部3分枝にdebranchingを行いステントグラフトを挿入することで良好な結果を得ることができた。

23 当科における胸腹部大動脈瘤手術

広島市立広島市民病院 心臓血管外科

柚木継二, 吉田英生, 鈴木登士彦, 池田晋一郎
後藤拓弥, 毛利 亮, 久持邦和, 大庭 治

【はじめに】胸腹部大動脈瘤手術において脊髄虚血は悲惨なものである。今回胸部下行大動脈瘤を除く胸腹部大動脈瘤症例を検討したので報告する。【対象】2000.1~2010.5の期間における胸部大動脈血管手術566例であるが、この中の胸腹部大動脈瘤症例70例を対象とした。尚、同期間の腹部分枝にかかる胸部大動脈瘤ステントグラフトは3例であった。また当科では脊髄虚血対策として一貫して1. 下半身灌流 2. 軽度低体温(33~34度) 3. 分節遮断 4. 肋間動脈再建 5. CSFDを可能な限り施行している。さらに5年前より下半身圧の維持・分節遮断・肋間動脈からのステール予防に注意し施行している。【結果】脊髄虚血5例(7.1%)、在院死亡は4例(5.7%)であった。脊髄虚血例3例(60%)で在院死亡を認めた。また近年の対策後は脊髄

虚血は1例(2.3%)である。尚ステントグラフト例での脊髄虚血は認められなかった。【まとめ】脊髄虚血例の死亡率は高く、周術期の十分な対策が必要である。

24 当院における破裂性腹部大動脈瘤症例の検討

今治第一病院

藤田 博, 曾我部仁史, 脇坂佳成, 近藤元洋
田中 仁, 戸田 茂, 加藤逸夫

1987年~2010年6月の当院での腹部大動脈瘤(AAA)症例の121例の内、破裂性AAA手術例は37例(31%)であり、早期死亡例は13例(35%)、23例(64%)は長期生存が得られた。詳細検討を行った2000年以降の例では、破裂例と非破裂例、早期死亡例と長期生存例の間に、年齢、手術時間、大動脈遮断時間に差はなかったが、術前に低血圧状態であった症例は予後が悪かった。

25 化膿性椎間板炎に起因する腹部大動脈破裂に対してステントグラフト内挿術が奏功した1例

徳島大学大学院 ヘルスバイオサイエンス研究部心臓血管外科¹

徳島県立中央病院 心臓血管外科²

菅野幹雄¹, 吉田 誉¹, 藤本鋭貴², 元木達夫¹
高柳友貴¹, 高原文治¹, 中山泰介¹, 黒部裕嗣¹
神原 保¹, 北市 隆¹, 北川哲也¹

症例は69歳男性。21歳時に外傷性脊髄損傷を負い対麻痺となっていた。両大腿部褥瘡の感染に伴う化膿性腰椎椎間板炎(L3-4)を発症した。抗生剤治療を行い保存的に経過観察していたが、発熱の持続、腰痛及び貧血を認め、造影CTにて膿瘍腔の拡大及び大動脈分岐部より中核側での大動脈破裂を認めた。出血範囲は限局しており全身状態は安定していたが、膿瘍腔ドレナージを行う際に大量出血を来すリスクが高いと判断し、ステントグラフト内挿術(Gore excluder : 16 mm×14 mm×7 cm)を先行させ、その後ドレナージを施行した。術後4カ月間の経過にて膿瘍腔は次第に縮小しており炎症反応も改善している。現時点ではグラフト感染の徴候はなく全身状態は安定している。感染巣内へのステントグラフト留置については議論が分かれるが、一時的な救命処置としては十分効果的であったと考えられる。文献の考察を加え報告する。

26 腹部大動脈瘤破裂Y字人工血管置換術後の腸骨動脈瘤に対して市販ステントグラフトの脚のみを用いた内挿術の経験

川崎医科大学 心臓血管外科

柚木靖弘, 正木久男, 田淵 篤, 久保陽司
本田 威, 栗田憲明, 西川幸作, 手島英一
山澤隆彦, 久保裕司, 種本和雄

腹部大動脈瘤破裂のY字人工血管置換術後の腸骨動脈瘤に対し市販ステントグラフトの脚のみを用いた内挿術を施行した2症例を経験したので報告する。【症例1】70歳代男性。肺気腫に対し在宅酸素療法中。3年

前腹部大動脈瘤破裂に対し Y 字人工血管置換術を施行。その後右腸骨動脈の瘤状変化が増大。内腸骨動脈コイル塞栓の後、Gore Excluder PXL161207 を人工血管の脚起始部から留置、その末梢に PXL161007 を追加し外腸骨動脈まで延長。【症例 2】80 歳代女性。半年前腹部大動脈瘤破裂に対し Y 字人工血管置換術を施行。その際総腸骨動脈・内腸骨動脈にも瘤状変化を認めたが救命を優先。残存した腸骨動脈瘤に対し内腸骨動脈コイル塞栓の後、COOK Zenith TFLE-14-88 を中樞末梢逆に remount し人工血管脚の起始部より留置、その末梢に TFLE-12-54 を追加し外腸骨動脈に延長。

27 ステントグラフト内挿術後 1 年目に生じた感染性胸部大動脈瘤破裂の 1 例

独立行政法人労働者健康福祉機構 岡山労災病院外科
同 内科²

佐藤博紀¹、鷺尾一浩¹、小崎晋治²、間野正之¹

症例：73 歳、男性。経過：2009 年 3 月に上行大動脈から下行大動脈に及ぶステントグラフト内挿術の施行歴あり。2010 年 4 月に発熱を主訴に来院。ステント感染による敗血症を疑い抗生剤投与するも改善なく、第 13 病日に突然の心肺停止をきたした。剖検にて下行大動脈のステント挿入部の瘤状に拡張した部位に破裂を確認した。広範囲に挿入されたステントによる感染性大動脈瘤への対応に苦慮した 1 例を経験したので報告する。

28 多発性嚢状動脈瘤に対してステントグラフトにて治療した 1 例

川崎医科大学附属川崎病院 総合外科

森田一郎、木下真一郎、猶本良夫

症例は、82 歳男性。大腸癌術後の follow up CT で、胸部・腹部大動脈に嚢状瘤を指摘された。精査の結果、下行・腹部・右総腸骨動脈の 3 か所に嚢状瘤を認めた。全てステントグラフトで治療する方針の下、川崎医科大学に紹介。下行大動脈瘤に対して GORETAG を留置。それ以外の瘤に対しては 2 期的に施行することで、一旦退院し今度は当院で施行することになった。腹部・腸骨を商品化されたステントグラフトで一気に施行しようと考えたが適応外で、腹部に対しては直線的な部位でしっかり圧着させたいことよりラージバルマツ・UBE で、また総腸骨に対しては屈曲にも対応できるようにとルミネックス・心膜シートでステントグラフト作成し、右大腿動脈アプローチにて一期的に留置した。エンドリークはなく、経過も良好であった。嚢状瘤は、ステントグラフトの非常に良い適応で、腸骨動脈瘤に対しては、ルミネックス・心膜シートが有用な方法と思われた。

29 多発動脈瘤を有するベーチェット病患者に対する一期的血管内治療の一例

鳥取大学医学部 器官再生外科学

佐伯宗弘、岸本 諭、岸本祐一郎、原田真吾
藤原義和、丸本明彬、中村嘉伸、西村元延

症例は 50 歳男性。2003 年よりベーチェット病と診断され follow 中、胸部、腹部および右総腸骨動脈瘤の拡大傾向がありステントグラフト治療の是非につき当科に紹介となった。既往として、2003 年に上腸間膜動脈瘤に対し橈骨動脈を用いたバイパス術、およびその後小腸穿孔やイレウスなどで計 4 回の開腹手術歴があった。CT では胸部：48 mm、腹部：45 mm、右総腸骨動脈：36 mm のいずれも嚢状瘤を認めた。若年齢ではあったものの数回の開腹歴があり、また基礎疾患にベーチェット病を有しており術後の吻合部瘤の懸念もあり、またご本人の強い希望もあり胸部・腹部同時にステントグラフト加療を行った。まず右内腸骨動脈をコイル塞栓し、ついで胸部には TAG を、また腹部については上腸間膜動脈バイパスの inflow が腎動脈下腹部大動脈であったためデバイスの選択に工夫が必要であったが最終的に Excluder を留置した。術後経過は良好で術後 CT でエンドリークはみられず軽快退院。

30 腎動脈へのインターベンションー効果の予測は難しい？

岩国医療センター 心臓血管外科

山本 剛、錦みちる、徳田貴則、大谷 悟
村上貴志

腎動脈狭窄症の治療として PTR A (経皮的腎血管形成術) が有用と報告される。当院で 2007 年 12 月から 2010 年 7 月までに 14 例の PTR A を施行したので、治療前後の効果について検討したことを報告する。

31 馬蹄腎を合併した腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術の 1 例

香川県立中央病院 心臓血管外科

末澤孝徳、青木 淳、峰 良成、多胡 護

【序文】馬蹄腎合併 AAA 症例に EVAR を施行。【症例】72 歳、男性。腎機能は年齢相応。異所性腎動脈の根部は 10 mm 長で峡部に近接。術中造影で峡部は腎全体の 1/3 未満であり、この血管を sacrifice し EVAR を施行。術後 CT で梗塞領域は腎全体の 17.4%、腎機能値の上昇は一過性で良好に経過した。【結論】術前腎機能や灌流域から異所性腎動脈の処理を考慮すれば、EVAR は本疾患の有用な手段と思われた。

32 陰茎癌ソケイ部リンパ節転移による大腿動脈浸潤に対する自作ステントグラフト内挿術の一例

香川県立中央病院 心臓血管外科¹

同 放射線科²

峰 良成¹、青木 淳¹、末澤孝徳¹、多胡 護¹
櫻井 淳²

症例は 73 歳、男性。陰茎癌にて陰茎部分切除術、

右鼠径部腫瘍切除術、両側鼠径部リンパ節郭清術、骨盤リンパ節郭清術後であった。今回右鼠径部リンパ節転移腫瘍が右大腿動脈外膜に浸潤、皮膚との瘻孔を形成し、直達の手術が困難な症例に対して、大腿動脈破裂予防目的で右深大腿動脈コイル塞栓術、ステントグラフト内挿術を施行し、大腿動脈破裂を回避した一例を経験したので報告する。

33 臓器灌流障害を伴ったB型急性大動脈解離に対するステントグラフトの一例

倉敷中央病院 心臓血管外科

伊集院真一、小宮達彦、坂口元一、島本 健
渡谷啓介、毛利教夫、渡邊 隼、伊藤丈二
境 次郎、植木 力、片山秀幸、植野 剛
西田秀史

症例は77歳、男性。突然の背部痛にて当院に来院。精査にて急性大動脈解離(Stanford type B)と診断され、血圧管理目的に当院循環器内科入院となった。入院時のCTにより下行大動脈にentryを有する大動脈遠位弓部より分岐部までの偽腔開存型B型解離と診断された。腹部分枝は真腔から分岐していた。入院後、降圧治療を継続されていたが、第3病日に下肢ABIも測定不能となり、腎機能の急激な悪化も認めた。造影CTでは腎動脈上から分岐部までの偽腔の拡大により真腔が圧迫され腎・下肢血流の途絶を認めた為、緊急TEVARを施行した(GoreTAG 26 mm×10 cmを使用)。術後の造影CTにてentryは閉鎖され臓器虚血は改善され、第45病日に退院した。急性大動脈解離(Stanford type B)に対するTEVARの当院の成績をふまえ、考察を加えて報告する。

34 左腸骨静脈圧迫症候群に対しステント留置術を施行した1例

独立行政法人労働者健康福祉機構 愛媛労災病院
弘中秀治、岡崎嘉一、八木隆治、藤井雅和
友澤尚文

【症例】78歳、女性。左下肢の腫脹と疼痛を主訴に来院し、MRIにて左総腸骨静脈の100%狭窄を認めた。

【手術所見】バルーンによる血栓除去を施行した。その後、狭窄部位にステントを留置した。【考察】腸骨静脈圧迫症候群が疑われれば、積極的にステント留置術を行うことでDVTの再発を予防することが出来る。今回我々は、腸骨静脈圧迫症候群に対しステント留置術を施行した1症例を経験したので報告する。

35 腸骨動脈ステントが内翻した1例

心臓病センター榊原病院

石田敦久、近澤元太、杭ノ瀬昌彦、吉鷹秀範、
都津川敏範、津島義正、平岡有努、片山桂次郎

(症例)66歳男性。64歳時に両側総腸骨動脈狭窄に対してWall stent TMを留置。右総腸骨動脈ステント内狭窄に対して入院となる。狭窄病変に対して血管内治療を行った。右大腿動脈穿刺法で施行。ステント内狭

窄に対してバルーンにてPTA施行し狭窄病変を再拡張した。外腸骨動脈狭窄に対して同時にステントSmart stent TMを留置。後拡張のバルーン挿入時に、バルーン先端がステントを押し上げるようになり、ステントが内腔に内翻した形状になった。カテーテル、バルーンなどで修復を図ったが成功せず、最終的には、使用したシースより長いシースの内筒を挿入し、ガイドワイヤーを入れ替えた後、内翻したステントを圧着するようにバルーンで拡張した。血管内超音波所見ではステントは内翻した状態で血管壁に圧着出来ていた。原因はガイドワイヤーとバルーン先端部分の段差がステント端に引っかかったためと考えられた。