

第9回日本血管外科学会関東甲信越地方会

日 時：平成13年12月1日
 会 場：大手町サンケイプラザ
 当番世話人：小出司郎策(東海大学医学部心臓血管外科)

教育ビデオセミナー 1

1 頸動脈内膜摘除術

東京都済生会中央病院
 石飛幸三

我が国においても頸動脈狭窄が見つかる機会が増えてきた。頸動脈内膜摘除術の基本的な術式はほぼ定まった観がある。この手術の目的は脳梗塞の防止にある。しかし、頸動脈自体に手術的操作を加えるので、脳梗塞を引き起こす危険がある。しかも頸動脈狭窄が脳梗塞を起こす条件が証明されてきたのは最近のことである。我々も30年間本手術を続けてきたので、この機会に基本術式とその際扱うべき注意点や工夫を供覧したい。

2 下肢静脈瘤の最新外科治療

東海大学心臓血管外科
 折井正博

下肢静脈瘤の治療法としていわゆるストリッピング術が行われるようになってから70年以上経つが現在なお根治性において、本法に勝るものはない。われわれは硬化療法を併用することで手術の低侵襲化を図り良好な結果を得ている。また伏在静脈本幹の拡張・蛇行が軽度な例に対しては本幹の部分切除とカテーテル硬化療法を併用した外来治療を施行しており、概ね良好な結果を得ている。経過観察には3DCTスキャンが有用である。

3 大腿 - 膝窩動脈バイパス(自家静脈使用)

旭川医科大学第一外科
 笹嶋唯博

膝下膝窩動脈へのバイパス5年開存率はRVG, JSVGとも70%で、閉塞の主因は術後2年以内に多発する進行性内膜肥厚によるグラフト狭窄である。その発生には、内皮細胞再生障害が推察されグラフト細胞成分を保護する工夫が求められる。グラフト調整にヘパリン化自家血を使用、直前まで静脈血流を保持することなどの工夫が求められる。

教育ビデオセミナー 2

1 胸腹部大動脈瘤の外科治療(肋間・腰動脈再建)

琉球大学医学部外科学第二講座
 古謝景春

我々はこれまでに胸腹部大動脈瘤手術における対麻痺対策として、確実なdistal aortic perfusion staged multi-segmental clamp, 可及的多くの肋間・腰動脈再建のもとにその良好な成績を報告した。現在までの自験例は47例であり、うち再手術・緊急手術4例を含む5例(10.6%)の病院死亡をみたが、対麻痺の発症は認めていない。これら自験例を中心に、最近の補助手段、肋間・腰動脈再建法の工夫、遠隔期問題点等について検討を加えて報告する。

2 腹部大動脈瘤の瘤切除, 人工血管置換術

東京医科歯科大学外科血管外科
 岩井武尚

腹部大動脈瘤は極めてありふれた血管疾患であり毎週1つ2つの予定手術があるばかりでなく、緊急例がとびこむことも少なくない。しかしながらその最近50例ほどをちょっとさかのぼってみただけでも10例20%ほどはかなり難しい症例であった。腎動脈上でのクランプ例、腎動脈再建例、ストーマのある症例、消化管癌合併例、巨大な内腸骨動脈瘤合併例など簡単には処理できない症例である。さらにQOLである。内腸骨動脈をどう処理するか、下腹神経をどう残すか問題は多い。最後に10年20年後の晩期合併症対策をどうしておくかも視野に入れておく必要がある。

3 Z型骨格エンドグラフトによる大動脈瘤の治療

東京医科大学第二外科
 石丸 新

大動脈瘤の低侵襲治療としてステントグラフト(エンドグラフト, EG)が注目され、欧米では企業製造EGが使用されている。本邦では、Y型EGの臨床治験が終了したが、未だ使用認可を得た製品はなく、特に胸部領域については手作り機器が応用されている。そこで、Z型ステント骨格をもつ自家製直管型EGによる胸部大動脈瘤の治療、および企業製造Y型EGを用いた腹部大動脈瘤治療の実際を供覧し、その有用性と問題点を考察する。

4 急性大動脈解離手術の吻合術

自治医科大学附属大宮医療センター心臓血管外科
安達秀雄

急性大動脈解離における人工血管との吻合では、脆弱な外膜と内膜を補強し、出血の少ない確実な吻合を実施することがポイントである。私は一貫してグルーは使用せず、内外二層のテフロフェルトで補強するコンベンショナルな吻合方法を採用してきた。シールドグラフトおよび4.0モノフィラメント糸を採用し、良好な視野で吻合操作を行うことで、止血に難渋することは少ない。

ランチョンセミナー

Endoscopic vein harvest: Role in cardiac surgery with applicability to vascular surgery

St. Vincent Community Hospital
Dr. Keith Allen

シンポジウム 1

1 大腿 - 膝窩動脈(中央部)バイパス術の検討

神奈川県立循環器呼吸器病センター心臓血管外科
梶原博一、浜田俊之、浦中康子、石井正徳
中村光哉

大腿 - 膝窩動脈バイパス術の末梢側吻合部は膝窩動脈膝上部が膝下部のいずれかが選択され、膝関節にあたる中央部に吻合されることはない。しかし、同部は側副血行が豊富で部分的にここのみ開存していることが多い。今回、屈曲に強いexternal supportされた人工血管を膝窩動脈中央部に端側吻合した大腿 - 膝窩動脈バイパス術9例を検討し、術式、成績を示す。手術成績は早期閉塞1例、晩期閉塞は2例で、3年累積開存率61%で良好であった。

2 当科における大腿 - 膝窩動脈バイパス術の近況

聖マリアンナ医科大学心臓血管外科
北中陽介、菊地慶太、村上 浩、鈴木敬磨
小野祐國、武井 裕、池下正敏、山手 昇

2000年9月～2001年8月までの1年間で当科で施行した大腿 - 膝窩動脈バイパス術17例23肢について術前ABI, Fontaine分類, 術前合併症, 手術術式, 術後合併症, 術後ABI, 術後早期開存率につき検討した。1例において術直後に内膜の肥厚による中枢側吻合部狭窄を認めたため、パッチ拡大を施行した。他の症例はCT angiにて良好に開存していたが、術後3～6ヶ月の間に3例においてグラフト閉塞を認め、うち1例に再手術を行った。

3 roll manchette駆血を用いた大腿 - 膝窩動脈バイパスの成績

千葉県循環器病センター心臓血管外科
林田直樹, 村山博和, 松尾浩三
ピアス洋子, 浅野宗一, 大橋幸雄, 大場正直
岡山尚久, 龍野勝彦

1998年から2001年までに当科で施行した大腿 - 膝窩動脈バイパスは27例30肢で膝上(AK)が20肢で膝下(BK)が10肢であった。AKはEXS6mmを使用し、BKではreversed SVGを使用した。末梢吻合はroll manchetteによる駆血にて施行。代用血管の経路はAKでは筋膜下、BKは静脈採取部の皮下と膝窩を通した。3年累積開存率はAK, BKでそれぞれ、86.4%, 68.6%であった。

4 閉塞性動脈硬化症に対する膝下膝窩動脈バイパスの成績

東海大学医学部心臓血管外科
笠原啓史, 桑原江里子, 高田健太郎
木村剛爾, 稲村俊一, 藤邑尚史, 折井正博
川口 章, 小出司郎策

1996年2月から2001年3月までの当院で施行された閉塞性動脈硬化症に対する膝下膝窩動脈バイパス術延べ49症例の成績を検討した。平均年齢は72.8歳, 男女比は男性が44例(90%), 女性は5例(10%)であった。全グラフトの5年開存率は57.3%であった。グラフトの内訳はSVG使用は32例(65%)で5年開存率は74.7%, ePTFE使用は17例(35%)で5年開存率は36.9%であった。ePTFEは再手術で用いられた例が多く長期成績は不良であった。

5 当院における大腿 - 膝窩動脈バイパスの方法と成績

川崎市立川崎病院外科
掛札敏裕, 石井誠一郎, 納賀克彦

1996年8月以降当院において施行された大腿 - 膝窩動脈バイパスは44例52肢で、すべて閉塞性動脈硬化症であった。内訳は、35肢が膝上、17肢が膝下へのバイパスで、すべてEPTFEグラフトを使用した。閉塞は9肢で、再手術により現在グラフトが開存しているのは2肢で、3肢は切断に至っている。閉塞時期は1年未満が6肢と最も多く、2年未満が2肢、3年未満が1肢であった。最終的な開存率は、86.5%であった。

6 形成外科の協力にて救肢し得た重傷虚血肢の一手術例

千葉県循環器病センター心臓血管外科
岡山尚久, 林田直樹, 村山博和, 松尾浩三
ピアス洋子, 大橋幸雄, 浅野宗一, 大場正直
龍野勝彦

患者は74才男性。平成12年6月頃、右下肢疼痛出現し、その後右足底と第4趾の壊死認めていた。9月、当院受診し、血管造影施行。右膝窩動脈は完全閉塞、

下腿3分枝は前脛骨動脈が末梢で開存しているのみであった。9月22日、大腿-前脛骨動脈バイパス術施行。その後、右足血流改善し、形成外科にて右足断端形成と足底への皮膚移植を施行。軽快退院し、自転車走行可能な程度まで回復した。

シンポジウム2

1 腎動脈再建を先行させた一時バイパス法による胸腹部大動脈瘤(TAAA)手術～腎阻血時間短縮の工夫～

関東中央病院外科¹

埼玉医科大学総合医療センター外科²

高山 登¹, 佐藤 紀², 児玉 俊¹

井利雅信¹, 杉下岳夫¹, 大野烈士¹, 田中一成¹

山下宏治¹

腹部4分枝再建を要するTAAA手術において、一時バイパス法を用い、瘤切除に先立ち腎動脈を再建する方法により腎阻血時間を短縮し、良好な結果を得たので報告する。症例はCrawford3型の62歳男性、及び、4型の73歳男性。前者では左腎動脈を大動脈健常部に吻合後に、後者では人工血管に付けた側枝にて両腎動脈を再建後に瘤切除を行った。腎阻血時間は14～18分で、術後血清クレアチニンの上昇は極軽微で第5病日まで正常に復した。

2 人工血管置換術後吻合部瘤に対する再手術の1例

山梨医科大学第2外科

井上秀範, 進藤俊哉, 小林正洋, 小島淳夫

岡本祐樹, 多田祐輔

症例は38歳・男性。20歳時に外傷性胸部大動脈瘤の診断にて下行大動脈の人工血管置換術を施行。平成13年の初頭より左背部痛出現したため、近医受診。CT上、人工血管置換部に最大径6.2cmの動脈瘤を認めため、当院紹介入院。手術はFPCモニターで監視下のもと、右鎖骨下動脈より左大腿動脈に一時バイパスを置き、右第3肋間と第8肋間で開胸後に人工血管再置換術を施行した。術後経過は良好であった。

3 axillo-graftを一時バイパスとした側枝付きgraftによる胸腹部大動脈瘤手術

東京都済生会中央病院外科

茂木克彦, 清水昭博, 須田一晴, 石飛幸三

4例の胸腹部大動脈瘤を肋間開胸にStoneyのspiral incisionによる後腹膜アプローチにより到達した。側枝付きグラフトを作成しaxillo-graftを一時バイパスにして補助手段とした。腹部主要分枝の再建後、腰動脈及び肋間動脈は順次人工血管間置により分節遮断にて可及的に再建した。症例を提示し、術式をビデオで供覧する。

4 一時的右腋窩動脈-右大腿動脈バイパス術と硬膜外冷却法を併用した胸腹部大動脈瘤4手術例

東京医科歯科大学医学部外科

栗原伸久, 井上芳徳, 玉井 諭, 広川雅之

久保田俊也, 地引政利, 菅野範英

中島里枝子, 岩井武尚

対象は胸腹部大動脈瘤手術4例である。脊髄虚血予防として硬膜外冷却法を施行し、術中補助循環として一時的右腋窩動脈-右大腿動脈バイパス術を併用した。術後1例に心肺合併症を認めたが対麻痺症例は発生していない。硬膜外冷却法は手技的な煩雑さはあるが、全身低体温法に比べ侵襲度が低い。また一時的補助循環併用によりヘパリンを使用しないため術中出血量が少ない傾向にあった。

5 切迫破裂を来した炎症性腎動脈上腹部大動脈瘤の1例

東京医科大学第二外科

佐藤和弘, 飯田泰功, 小泉信達

小櫃由樹生, 石川幹夫, 石丸 新

症例は31歳男性。25歳時より成人Still病の診断でステロイド療法を受けていた。平成13年7月9日突然の右腰背部痛出現し、CTにて右腎動脈起始部に動脈瘤を指摘され、切迫破裂の診断にて当院救命センター搬送となる。同日緊急手術(胸腹部大動脈人工血管置換術および腹腔動脈, 両側腎動脈再建術)を行った。病理診断では、炎症性細胞浸潤を伴う仮性瘤であったが、成人Still病との関連は不明であり、文献的考察を行った。

シンポジウム3

1 腹部大動脈瘤破裂症例の検討

日本医科大学付属第二病院外科¹

日本医科大学第二外科²

増田 栄¹, 日置正文¹, 村野光和¹

宅島美奈¹, 織井恒安¹, 山下康夫¹, 家所良夫¹

田中茂夫²

過去5年間に当科で経験した腎動脈下腹部大動脈瘤は38例であり、このうち4例(10.5%)が破裂症例であった。Sealed typeの症例は2例で、発症6日目と7日目に手術を施行し、合併症なく退院した。Free typeの一例は術前からのショック状態から回復せずに術後第1病日に死亡。もう一例は術後第4病日に左側結腸の腸管壊死を合併、第15病日に敗血症・DICにて死亡した。以上これらの破裂症例4例について臨床的検討を行ったので報告する。

2 腹部大動脈瘤破裂22例の経験

都立府中病院外科

大島 哲, 井上 仁, 南 智仁, 前村大成

1994年3月以降22例の腹部大動脈瘤破裂を経験した。

9例はCPA症例で2例でCPR後手術したが救命できな

かった。他の13例はいずれも救命された。手術例はすべて開腹し中枢側は腎動脈下で遮断した。Open Ruptureを含むショック継続例では中枢側を直ちに遮断したが、血圧安定例では瘤の中核と末梢を確保、全身へパリン化した後遮断した。循環動態安定例では非破裂例と同様の手技で手術施行可能例も存在する。

3 当院における腹部大動脈瘤破裂症例の検討

防衛医科大学校第2外科

志水正史, 三丸敦洋, 檜山和弘, 石塚隆充
前原正明

1978年7月より2000年12月までに当院で経験した腹部大動脈瘤は、288例でその内破裂性腹部大動脈の診断で緊急手術となったのは、38例(13.2%)であった。その内切迫破裂が3例(7.9%)、破裂が35例(92.1%)であった。在院死は、切迫破裂例では0例破裂例では13例(37.1%)であった。今回、破裂性腹部大動脈瘤の手術症例を検討し手術成績改善の為にストラテジーを検討する。

4 当院における腹部大動脈瘤破裂の治療戦略とその検討

東海大学医学部心臓血管外科

志村信一郎, 藤邑尚史, 稲村俊一
高田健太郎, 林高史, 笠原啓史, 木村剛爾
折井正博, 川口章, 小出司郎策

当院の腹部大動脈瘤破裂手術症例は1996年1月から2000年12月までの5年間で28例で、free rupture(F群)14例、sealed rupture(S群)14例、chronic rupture 0例であった。院内死亡はF群で7例(50%)、S群で5例(64%)であり、内訳はF群で術中中心停止5例、創感染による腹膜炎2例に対し、S群で急性心筋梗塞3例、脳幹部梗塞1例、虚血性結腸壊死1例で、3例(60%)が術後1ヶ月以上で起っており嚴重な術後管理が必要である。

5 腹部大動脈破裂手術の外科治療戦略～Fitzgerald分類Ⅲ・Ⅳ対Ⅰ・Ⅱ型～

東京女子医科大学日本心臓血圧研究所循環器外科

富岡秀行, 青見茂之, 野々山真樹
山崎健二, 川合明彦, 西田博, 遠藤真弘

【目的】腹部大動脈瘤破裂症例の術前・術中努力の検討
【対象と方法】対象は1980年1月から2000年12月までの腹部大動脈破裂症例60例。切迫破裂は対象から除外。1990年以降は1、破裂から手術開始までの時間短縮2、Fitzgerald分類Ⅲ・Ⅳ型には、側開胸下大動脈遮断による血行動態の維持等工夫した。【結果】早期死亡は全体で23%。後期症例は特に改善した。

一般演題 1

1 腹部大動脈瘤による十二指腸水平脚圧排にて腸閉塞をきたした一症例

自治医科大学付属大宮医療センター心臓血管外科

美島利昭, 川人宏次, 安達秀雄, 山口敦司
井野隆史

【症例】78歳、女性。1999年2月、AAA(40mm)を指摘されたが、経過観察された。その後、AAAの径が60×50mmと拡大傾向を認め、嘔気、嘔吐が生じるようになり、2001年8月9日当院受診。AAA拡大による十二指腸水平脚の圧排によるイレウスと診断。同日緊急入院し胃管挿入し輸液管理し、8月16日腹部大動脈人工血管置換術を施行した。術後は経過良好で経口摂取も可能となり、軽快退院した。

2 腹部大動脈瘤手術後に上腸間膜動脈閉塞症を合併した1例

大和市立病院心臓血管外科¹

東海大学医学部心臓血管外科²

山口雅臣¹, 池谷江利子¹, 金淵一雄¹
小出司郎策²

腹部大動脈瘤手術後の結腸虚血は重篤な合併症のひとつであるが、今回術後に広範囲小腸壊死を合併した症例を経験したので、若干の検討を加え報告する。症例は74歳、女性。腎動脈下の腹部大動脈瘤に対しY型人工血管置換を施行。術後に腹部膨満、血圧低下、代謝性アシドーシス、CPK上昇を認めた。再開腹すると、左側半結腸の虚血はなく、広範囲小腸壊死を認めた。上腸間膜動脈の塞栓除去、広範囲小腸切除を施行し、救命しえた。

3 腹部大動脈手術の下部結腸、骨盤内臓器保護における分枝再建の評価 - 近赤外分光法による術中腸管血流評価の試み -

東京慈恵会医科大学外科

鳥海久乃, 田代秀夫, 黒沢弘二, 根岸由香
戸谷直樹, 立原啓正, 石井義縁, 山崎洋次

腹部大動脈手術症例において骨盤内臓器保護の分枝再建に際し、近赤外線分光法で酸素飽和度:StO₂をモニターした。術中、S状結腸間膜末梢にセンサを接触、StO₂を連続的に測定した。症例:1)腹部大動脈遮断前:92%後:79% 2)瘤切開、Y-graftによる再建後:67% 3)下腸間膜動脈のY-graft左脚へ吻合前:79%、後:94%。他例も術後腸管虚血なく、分枝再建に際し有用であった。

4 Y型人工血管術後残存右内腸骨動脈瘤破裂の一例

セコムメディック病院心臓血管外科¹

東海大学心臓血管外科学教室²

秋 顕¹, 南雲正士¹, 小出司郎策²

症例は74歳男性。平成10年、他施設において腸骨動脈瘤に対してY型人工血管置換術施行。両側内腸骨動脈

瘤は断端閉鎖されていた。平成13年9月突然腹痛出現し、内腸骨動脈瘤破裂と診断、緊急手術施行。右内腸骨動脈瘤は径約10cmで、骨盤腔側より腹腔内に約1000mlの出血を認めた。右内腸骨動脈瘤を切開、閉鎖した。術後経過良好で独歩退院となった。残存内腸骨動脈瘤破裂の症例を経験したので報告する。

一般演題2

1 Bechet病に合併した腹部大動脈瘤の1手術治験例

平塚市民病院心臓血管外科¹

相模原協同病院心臓血管外科²

工藤樹彦¹、三角隆彦¹、伊藤 努¹

大蔵幹彦²

症例は48歳から68歳までBechet病のためステロイドの内服治療既往を持つ78歳の男性。平成9年、CTにて腹部大動脈瘤を指摘。平成11年5月20日、8月25日にそれぞれ腹部大動脈瘤の腸腰筋内へのsealed ruptureを発症。9月29日に人工血管置換術を施行し良好な結果を得た。

2 腰痛にて整形外科入院中に慢性大動脈瘤被覆破裂が発見された症例

JR東京総合病院心臓血管外科

田中公啓、川内基裕、室田欣宏、古瀬 彰

症例は72歳男性、腰痛にて近医通院中に腰痛悪化にて当院整形外科入院、CT検査にて腹部大動脈瘤破裂が見つかり、緊急手術となった。Sealed ruptureで人工血管内挿して救命した。当初の腰痛の原因は第2腰椎の圧迫骨折であったが、その経過中に大動脈瘤破裂を合併したもので約1ヶ月間破裂した状態にあったものと思われた。高齢者の腰痛の診断には、実際に腰痛の原因となる疾患が他にある場合があり、注意を要する。

3 十二指腸が瘤壁の一部となった腹部大動脈瘤の1例

都立府中病院外科

井上 仁、大島 哲、南 智仁

症例は高血圧症を有する62歳の男性。血尿の精査でCTを施行し、腹部大動脈瘤を指摘され来院した。血管造影では左右腸骨動脈分岐部直上に位置する横径30mm大の嚢状瘤の所見であった。開腹にて横径50mm大の瘤と強固な十二指腸の癒着を認めた。瘤の切開により、瘤壁の一部が欠損し十二指腸が被覆しているのが明らかとなった。仮性動脈瘤の存在により大動脈十二指腸瘻が形成される過程を推測させる興味ある症例として呈示する。

4 腹部大動脈十二指腸瘻の一例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター心臓血管外科

蜂谷 貴、佐々木達海、橋本和弘

小野口勝久、高倉宏充、花井 信

症例は67歳、男性。主訴は吐血。2001年6月14日吐血し頻回の胃内視鏡検査を受けるも出血点は不明で

あった。7月17日吐血しCTで十二指腸に接した腹部大動脈に仮性瘤を認めたため大動脈十二指腸瘻を疑われた。開腹すると大動脈と十二指腸は強固に癒着し、同部の十二指腸と大動脈壁には欠損孔がみられた。十二指腸の欠損孔を縫合閉鎖、腎動脈下で腹部大動脈を閉鎖後大網充填し、腋窩両側大腿動脈バイパスを行った。

一般演題3

1 巨大な上腸間膜動脈瘤の1手術例

虎の門病院循環器センター外科

波房諭補、幕内晴朗、成瀬好洋、小林俊也

林 一郎、高山健彦、池田頼信

症例は58歳男性。'99年、人間ドックの腹部エコーにて径30×30mmの 胞を指摘された。'00年の検査で増大傾向を認め、腹部CT検査を施行したところ、径50×50mmの上腸間膜動脈瘤と診断され、手術目的に入院となった。SMAの正常部の径は3mmであり、瘤切除、およびSaphenous veinを用いた血行再建術を施行した。術後経過は良好であった。瘤径50mmの巨大な上腸間膜動脈瘤は稀であると思われるので報告する。

2 異物の空腸穿孔により発生した上腸間膜動脈瘤の1例

横浜市立市民病院胸部外科

伊達康一郎、岡本雅彦、蔵田英志

63歳、男性。下血のため入院。上腸間膜動脈瘤の小腸穿孔と診断し、上腸間膜動脈瘤切除、大伏在静脈グラフト置換術を施行したが、術中所見では、上腸間膜動脈と空腸との間に仮性動脈瘤を介した瘻孔が存在し、その瘤壁内から竹と思われる針状異物(長さ4cm)が摘出された。この感染性仮性動脈瘤の発生機序として、誤飲した竹串の一部が空腸壁を穿破し、形成された膿瘍が動脈と交通したと推察した。術後経過は良好であった。

3 当院で経験した上腸間膜動脈瘤の3例

北里大学医学部外科¹

北里大学医学部放射線科²

羽廣建仁¹、金城正佳¹、大沼田治¹

田村幸穂¹、柿田 章¹、西巻 博²

当院では、3例の上腸間膜動脈瘤を経験している。それぞれの症例で異なる治療法(1)動脈瘤縫縮術、(2)上腸間膜動脈結紮術、(3)動脈瘤塞栓術を選択し、術後合併症もなく経過良好であった。治療法の選択に際しては、動脈瘤の形態、手術侵襲などを考慮し、適切な術式が選択されるべきだと思われた。

一般演題 4

1 腹腔動脈瘤の一例

東海大学医学部心臓血管外科

木村剛爾, 藤邑尚史, 林 高史

高田健太郎, 稲村俊一, 小出司郎策

症例は51歳男性。48歳時に上行結腸癌の診断で右半結腸切除術施行。経過観察中に腹部エコーにて腹腔動脈瘤を認め、当院紹介。血管造影で腹腔動脈起始部に25×18mm紡錘状の動脈瘤を認め、脾動脈、総肝動脈、左胃動脈は瘤から分岐していた。手術は6mm～8mmのePTFEグラフトにて置換し、経過は良好であった。

2 自家移植により切除し得た、腎動脈瘤の1例

筑波大学付属病院心臓血管外科¹筑波大学臨床医学系心臓血管外科²筑波大学臨床医学系消化器外科³円城寺恩¹, 重田 治², 湯沢賢治³相川志都¹, 中田弘子¹, 清田 純¹, 平松祐司²厚美直孝², 軸屋智昭², 寺田 康², 榊原 謙²

検診にて胆石を指摘され腹部CTを施行。Φ3cmの腎動脈瘤を指摘された。コイル塞栓術は治療効果、費用の面から不相当と判断され、手術の方針となった。手術は右腎摘出、体外で腎動脈瘤を切除を行い、右骨盤内に自家移植をした。術後の経過は良好で、尿流出も問題なかった。術後15日目に独歩退院した。

3 内腸骨動脈領域における動静脈ろうの2例

日本医科大学第2病院外科¹日本医科大学付属病院²宅島美奈¹, 村野光和¹, 川村 純¹吉野直之¹, 織井恒安¹, 山下康夫¹, 増田 栄¹山下浩二¹, 家所良夫¹, 日置正文¹, 田中茂夫²

比較的稀な疾患である内腸骨領域の動静脈ろう2例を経験したので報告する。症例1は28歳男性。数ヶ月前より右大腿、下腿腫脹及び血管腫を自覚。右内腸骨動脈領域に流入動脈がみられ、コイル塞栓術施行後、結紮術施行した。症例2は45歳女性。右臀部痛自覚。内腸骨動脈より動静脈ろうを認め結紮術施行。術後流入血管みられ、コイル塞栓術施行。両症例とも症状軽快し、現在外来通院中である。

一般演題 5

1 高位大動脈閉塞に進展した限局性腹部大動脈狭窄症の1例

東京医科大学病院

菊池祐二郎, 中井宏昌, 三坂昌温

楨村 進, 高江久仁, 小櫃由樹生, 矢尾善英

石丸 新

症例は76歳、男性。間欠性跛行を認め、血管造影にて腎動脈下腹部大動脈に限局性狭窄を認めた。経過観察をしたところ、1年後に高位大動脈閉塞症に進展し、

Y型人工血管を用いたバイパスを施行した。病理組織学的には著しい動脈硬化性病変を認めた。本症例は限局性狭窄が高位大動脈閉塞症の初期像の一つであることを示唆し、積極的な外科治療が肝要と考えられた。

2 急性高位大動脈閉塞症の一例

信州大学医学部第一外科¹市立大町総合病院²町田水穂¹, 浦山弘明¹, 福井大祐¹田中研一², 鈴木 彰¹, 関野 康¹, 川崎誠治¹

症例は57歳・男性。腎動脈直下の急性大動脈閉塞のため緊急にて腋窩-両側大腿動脈バイパス術施行した。初診時、下腹部にdemarcation lineを伴うチアノーゼを認めた。術後経過良好であったが6ヶ月後にグラフト閉塞のため大動脈-両側大腿動脈バイパス術施行した。この際、中枢側吻合は腎動脈上遮断にて大動脈に縦切開を置き血栓内膜摘除を行い腎動脈下大動脈に吻合した。術後経過良好であったが腎機能の低下に問題点を残した。

3 緊急腹腔内臓器血行再建を要した異型大動脈縮窄症の一例

菊名記念病院心臓血管外科

村田 升, 丸田一人, 山本 登

症例は58歳、女性。高血圧性心疾患による急性心不全の診断で入院した。入院後6時間を経過し、腹腔内臓器の虚血症状を呈したため緊急血行再建術(上行大動脈-両側外腸骨動脈バイパス, 両側腎動脈バイパス, 上腸間膜動脈バイパス)を行った。大動脈炎症候群による異型大動脈縮窄症の症例と考えられ、腹部大動脈は完全閉塞を呈していた。急性左心不全により腹腔内の側副血行が減少し急性腎不全、腸管虚血を合併したと推察された。

4 大動脈弓部3分枝高度狭窄およびLeriche症候群に対するバイパス術の1例

東邦大学胸部心臓血管外科

和田真一, 渡辺善則, 塩野則次, 益原大志

浜田 聡, 藤井毅郎, 川崎宗泰, 横室浩樹

吉原克則, 小山信彌

65歳男性。突然の右下肢痛が出現し、精査にてLeriche症候群および腕頭動脈、左鎖骨下動脈基始部の高度狭窄と左総頸動脈の閉塞を認めた。手術は上行大動脈-両側鎖骨下動脈バイパスを施行したあと、左鎖骨下動脈へのグラフトから両側大腿動脈へバイパスした。術後、脳浮腫によると思われる意識障害を認め、回復に長期間を要したが術後40日で退院となった。

一般演題 6

1 車中生活により下肢深部静脈血栓症，肺梗塞を来たした1例

埼玉医科大学総合医療センター外科

桑原公亀，佐藤 紀，伊從敬二，木村秀生

岡本宏之，橋本大定

症例は，26歳男性．約1ヶ月間，自家用車の中で寝泊りしていた．ところが突然左下腿痛が出現，発症より9日後，当科を受診した．左深部静脈血栓症及び肺塞栓症と診断し，一時的IVC filterを挿入，血栓溶解療法を開始した．挿入後12日の血管造影にて左膝窩静脈及び肺動脈内の血栓は消失，IVC filterに血栓がtrapされていた．

2 肺塞栓症に対する一時的下大静脈フィルターが血栓閉塞した一例

横浜市立大学医学部付属市民総合医療センター心血管センター¹横浜市立大学医学部第1外科学教室²玉川 洋¹，井元清隆¹，磯田 晋¹内田敬二¹，橋山直樹¹，柳 芳正¹，稲荷 均¹木村一雄¹，近藤治郎¹，高梨吉則²

症例は59歳男性．H13.6.19突然の呼吸困難，胸痛出現，6.21当センター入院し，肺動脈造影で陰影欠損を認め肺塞栓症と診断した．右鎖骨下静脈から一時的下大静脈フィルター留置，抗凝固療法施行した．7.23フィルター先端造影，大腿静脈造影施行し下大静脈閉塞を認めた．フィルターの経皮的抜去は不可能と判断し，7.26外科的フィルター摘出，下大静脈結紮術を施行した．

3 巨大な子宮筋腫を合併し，脳出血による麻痺側に発生したDVTの1例

大和市立病院心臓血管外科¹東海大学医学部心臓血管外科²金淵一雄¹，池谷江利子¹，山口雅臣¹秋 顕²，小出司郎策²

症例は72歳，女性，脳出血にて入院中，麻痺側の左下肢腫脹出現，腹部に巨大な子宮筋腫を認めた．下肢静脈造影とCTにて左腸骨静脈以下の深部静脈血栓症と診断した．腸骨静脈と下大静脈の血栓除去術，左大腿動静脈シャント造設術および3,200gの子宮筋腫を含めた子宮付属器全摘術を施行した．4ヶ月後シャント閉鎖術施行した．軽度の左下肢腫脹が残存し，左総腸骨静脈の狭窄が認められ，PTA施行し左下肢腫脹も改善した．

4 医原性後腹膜出血に伴う卵巣静脈損傷の一例

日本大学医学部外科講座外科2部門

野畑一郎，新野成隆，河野秀雄，三室治久

梅澤久輝，五島雅和，田岡 誠，西井竜彦

梅田有史，根岸七雄

症例は62歳，女性．脳外科にて，右巣径穿刺から未

破裂脳動脈瘤のコイル塞栓術を施行した．術後はヘパリン持続投与によりACT180秒前後を維持．術後第5病日より右下腹部痛が出現し，第6病日に後腹膜出血の診断にて緊急手術を施行し，右卵巣静脈の損傷を認めた．術前検査および術中所見から，本例の静脈損傷は後腹膜出血に伴った二次的な血管損傷と考えられた．本症例につき若干の文献的考察を加え報告する．

5 下肢静脈瘤に対する結紮併用硬化療法後の凝固線溶系マーカーの変動について

東海大学心臓血管外科

林 高史，折井正博，木村剛爾，小出司郎策

下肢静脈瘤に対し外来にて結紮併用硬化療法を施行した患者において術前後にfibrinogen，FDP，D-dimerを測定しその変動に関する因子を調べた．対象は伏在静脈瘤の121例である．術前はfibrinogenがわずかに正常値を上回る例が数例あったほか全て正常であった．術後DVTの合併はなかった．術後はD-dimerのみ正常範囲を越えた上昇がみられた．D-dimerの上昇には治療後の瘤内血栓の程度は無関係で，静脈瘤の重症度が関与していた．

一般演題 7

1 腹部大動脈瘤に合併したDeBakeyIII型の急性大動脈解離

東京都立広尾病院心臓血管外科

村上美樹子，渡辺正純，古川 仁，中原秀樹

66歳女性．1999年12月，腰背部痛を主訴に来院．最大径65mmの腎動脈下腹部大動脈瘤及びDeBakeyIII型の急性大動脈解離が認められた．瘤は特異な3腔構造を呈し，主要分枝は真腔より灌流されていた．瘤内からの逆行性解離と判断，Y字型人工血管置換術・entry閉鎖を施行．術後，解離は残存したが，外来にて経過観察中．腹部大動脈瘤と解離の合併例の報告は少なく，術式の選択等問題点について検討した．

2 左総腸骨動脈破裂および左下肢急性動脈閉塞を合併したIIIb型大動脈解離の一例

信州大学医学部第一外科

鈴木 彰，福井大祐，町田水穂，関野 康

田中研一，浦山弘明，川崎誠治

症例は59歳・男性．DeBakeyIIIb型大動脈解離に合併した左総腸骨動脈破裂及び左下肢急性動脈閉塞にて当科紹介．造影CT上，腹腔動脈・上腸間膜動脈・左腎動脈は真腔より分岐，右腎動脈は偽腔より分岐していた．緊急にてY字人工血管置換術および左下肢血栓除去術施行した．大動脈の吻合は，隔壁を切除し真腔・偽腔ともに開放しフェルト補強下に行った．術後経過良好であった．若干の文献的考察を加え報告する．

3 特発性大動脈破裂か急性大動脈解離か診断に難渋した心タンポナーデの1手術症例

神奈川県立循環器呼吸器病センター心臓血管外科
石井正徳, 梶原博一, 浜田俊之, 浦中康子
中村光哉

71才の男性。突然の呼吸困難出現。胸部CTで心タンポナーデを伴うDeBakey2型急性大動脈解離と診断され当院へ搬送。同日緊急手術施行。50mmと拡大した上行大動脈の内膜にT字に亀裂を認めるが、明らかな解離腔は認めなかった。手術は上行大動脈置換術(28mmコーゲン被覆人工血管)を施行。瘤壁の病理組織所見では、以前に断裂したと思われる中膜部分からの解離を認めた。

4 Penetrating Atherosclerotic Aortic Ulcer(PAU)による嚢状動脈瘤の5症例の検討

昭和大学医学部第一外科
伊谷野克佳, 川田忠典, 沖 淳義
尾頭 厚, 岡田良晴, 松尾義昭, 餐場正宏
山田 眞, 道端哲郎, 井上恒一, 高場利博

近年画像診断の進歩に伴いPenetrating Atherosclerotic Aortic Ulcer(PAU)という疾患概念が提唱されている。2000年1月より2001年8月までにPAUによる 状動脈瘤を5例経験し、人工血管置換術を3例に、Stentgraft内挿術を2例に実施した。そのうち多発例1例で術後非手術部の破裂を来し再手術となった。PAUによる 状動脈瘤は破裂の可能性が高く、予後は不良である。診断のつき次第早期、治療を実施することが肝要と考えられた。

一般演題 8

1 高度の側弯症を合併した腹部大動脈瘤に対しステントグラフト内挿術を施行した1例

帝京大学医学部附属市原病院外科¹
帝京大学放射線科²
新川弘樹¹, 安原 洋¹, 柳衛宏宣¹
仲 秀司¹, 野尻 亨¹, 古谷嘉隆¹
有木かおり¹, 仁和浩貴¹, 神武 裕²
古井 滋²

【症例】慢性腎不全で透析中の56歳男性。CT検査で最大径52mmの腎動脈下腹部大動脈瘤を認めた。大動脈の著明な石灰化、腎不全、高度の側弯症から、開腹手術ではリスクが高いと判断、大動脈走行に合わせて屈曲させたステントグラフトで内挿術を施行。術中と術後検査でendoleakを認めず、術後経過順調で30日目に退院。

【結語】ステントグラフト内挿術は術前の入念な評価と瘤の解剖学的特徴に合わせたグラフト作成が肝要と考えられた。

2 ステントグラフト留置術を行ったマルファン症候群の1例

帝京大学医学部外科¹
帝京大学医学部放射線科²
小出泰平¹, 新見正則¹, 波多野稔¹
菅 重尚¹, 宮澤幸久¹, 沖永功太¹, 神武 裕²
古井 滋²

症例は49歳男性、マルファン症候群に併発する腹部大動脈瘤に対し平成11年9月ステントグラフト留置術を行った。留置後のCT検査でleakがみられたためcoilによる塞栓術を行った。平成13年2月に施行したCT検査でend leakがみられたため8月9日ステント インスタントを行った。マルファン症候群に併発する腹部大動脈瘤に対しステントグラフト留置術を行った症例は少なく前回の経過とあわせて報告する。

3 慢性期にE-PTFE graft内に形成された狭窄病変の1例

西東京中央総合病院心臓血管外科¹
東京医科大学第2外科²
首藤 裕¹, 未定弘行¹, 橋本雅史¹
市橋弘章¹, 伊藤茂樹², 高江久仁², 石丸 新²

症例は75才男性。右浅大腿動脈閉塞による間歇性跛行のためFemoro-poplitier bypassを施行。術後8年経過し、間歇性跛行再度出現。血管造影にて末梢吻合部から5cmの人工血管内に狭窄病変が存在。IVUSにて同部は、intimal hyperplasia様であった。PTAの後、Wall Sten(8×30mm)を留置した。慢性期に吻合部より離れた人工血管内に、intimal hyperplasiaの形成が疑われた1例として報告する。

4 8例10肢に施行したPTA症例の検討

小田原市立病院心臓血管外科¹
小田原市立病院外科²
安野憲一¹, 田中英穂¹, 井上育夫²
川野 裕², 小山隆史², 金子高明², 山田千寿²
福田 淳²

1998年から現在までに当科で経験した腸骨動脈から浅大腿動脈領域のPTA症例8例10肢について検討した。すべて男性で、59歳から87歳平均73.5歳であった。ABIは術前平均0.47が術後0.95と上昇、改善した。STENT症例は5肢で全症例の50%であった。本法は低侵襲で行えて、安全かつ効果的な治療法であり、また、WALLSTENTはPALMAZSTENTに比べてMRIアンギオによる経過観察が可能であった。

一般演題9

1 外傷性椎骨動脈仮性動脈瘤の1手術例

自治医科大学胸部外科

齊藤 力, 上沢 修, 上西裕一郎

三澤吉雄, 布施勝生, 蘇原泰則

症例は20歳の男性, オートバイに乗車中, 誤ってガードレールに接触して前胸部を打撲した。意識消失なし。外創なし。近医受診したところ, 胸部X線写真にて上縦隔陰影の拡大, CT検査にて縦隔血腫を認めたため, 当院紹介入院となった。循環動態に異常なく, 大血管損傷は明らかでないため保存的に治療していたが, 外傷性椎骨動脈仮性動脈瘤が発見されたため受傷9日目に手術を行った。

2 右鎖骨下動脈分岐異常を伴った右鎖骨下動脈狭窄症の一例

東京都済生会中央病院外科

須田一晴, 茂木克彦, 清水昭博, 石飛幸三

55歳男性。右上肢のしびれ及び脱力感にて近医より紹介。頭部MRIにて異常所見認めず, 臨床的に橈骨神経麻痺と診断された。数日後, 症状改善し退院となった。外来経過中, 血圧の左右差を指摘され, 超音波, 血管造影検査施行。右鎖骨下動脈分岐異常及び右椎骨動脈分岐部狭窄, 右椎骨動脈の逆流を認めた。脳血管障害のハイリスク患者と判断し右鎖骨下動脈内膜摘除術を施行した。手術適応と解剖学的特徴について考察する。

3 右鎖骨下動脈起始部の破裂性動脈瘤に対しsubclavian-carotid bypassとステント留置術を施行した1治験例

日本医科大学第二外科¹日本医科大学放射線科²日本医科大学第四内科³田中久美¹, 落 雅美¹, 川東 豊¹朽方規喜¹, 田中茂夫¹, 市川和雄², 田島廣之²隈崎達夫², 木田恵子³, 榎原圭太郎³工藤翔二³

57歳女性。粟粒結核にて当院内科に入院中突然の嘔声及び右鎖骨上部の疼痛が出現。CT・血管造影にて右鎖骨下動脈起始部に動脈瘤を認め結核性動脈瘤と診断。重症筋無力症に対し胸腺切除の既往がありPrednisolone 20mg/dayを服用中の為直視下手術を行わず, 全身麻酔下に右鎖骨下 - 右総頸動脈にbypassを設置, 続いて右上腕動脈アプローチにてstent graftを腕頭動脈から右鎖骨下動脈にかけて留置した。

4 透析患者に合併した橈骨動脈mycotic aneurysmの一例

東京都済生会中央病院外科

清水昭博, 茂木克彦, 須田一晴, 石飛幸三

83歳男性(5年前よりHD)。高Ca血症による意識障害にて, 入院。入院3日後より, 左上肢点滴刺入部に発

赤を認め, 急な発熱をきたした。血培よりMRSA敗血症と診断。その後, 急速に増大する右前腕部の発赤と腫脹に気づき, echoにて右橈骨動脈仮性瘤。手術時, 動脈瘤周囲に感染性膿を多量に認めたため, 動脈瘤摘出及び創洗浄を行い開放創とした。組織培養より, MRSA mycotic aneurysmと診断された。文献の考察を加え報告する。

一般演題10

1 動注用ポート挿入部に生じた感染性大腿動脈瘤の1例

山近記念総合病院外科¹東京大学医学部血管外科²高 誠勉¹, 杉田輝地¹, 久保田光博¹佐藤哲也¹, 井上康一¹, 伊東英輔¹, 重松 宏²重松邦広²

症例は, 65才男性, 大腸癌肝転移に対し大腿動脈より皮下植え込み式ポートを挿入し, 化学療法中に発熱, ポート挿入部に圧痛と腫脹を認めた。同部を切開したところ, 血腫を形成していた。血腫除去並びにポートの交換を行ったが下熱せず術後第4病日に感染性動脈瘤の形成を認め手術施行。瘤を切除し断端を閉鎖し, 大伏在静脈にて炎症の波及していない皮下ルートを用い大腿 - 大腿交叉バイパス術を施行し, 術後良好な経過を得た。

2 浅・深大腿動脈瘤に対する瘤空置・下腿血行再建術後, 大腿部虚血性潰瘍を来した1例

山梨厚生病院心臓血管外科

有泉憲史, 松原寛知, 橋本良一

78歳, 男性。左膝窩動脈瘤に対する左大腿 - 膝窩動脈自家静脈置換術, 両側腸骨動脈瘤に対するY型人工血管置換術の既往あり。2001年1月左大腿痛で緊急入院。直径50mm破裂性左浅大腿動脈瘤に同側深大腿動脈瘤を合併した症例であった。術式は左総大腿動脈から脛骨腓骨動脈幹を6mm ePTFE(Distaflo)で置換し, 両動脈瘤を空置処置とした。動脈瘤は血栓化し下肢機能は温存されたが, 大腿部に難治性虚血性潰瘍を併発した。

3 合併症を伴う仮性動脈瘤の3例

慶應義塾大学外科

村山剛也, 松本賢治, 金田宗久, 新谷恒弘

渋谷慎太郎, 長崎和仁, 北島政樹

【目的と方法】われわれは副症状を伴う仮性動脈瘤の3例を経験したので, 治療に関する文献の考察を加え報告する。【対象と結果】2001年5月より9月までに経験した医原性の3例を対象とした。1例は感染性でF-F cross-over bypassを施行, 他の1例は激しい疼痛, もう1例は尺骨神経麻痺を伴い, 瘤切除, 直接縫合を施行した。【考察】仮性動脈瘤には保存的治療もあるが, 合併症を伴う場合は手術を考慮すべきと思われた。