

第10回日本血管外科学会関東甲信越地方会

日 時:平成14年11月16日(土)

会 場:シェーンパッハ・サボア(東京都千代田区)

当番世話人:岩井武尚(東京医科歯科大学大学院 血流・血管応用外科学分野)

シンポジウム

“消化器癌と血管外科手術”

座長:山口 晋(聖マリアンナ医科大学 消化器外科)

笹嶋 唯博(旭川医科大学 第1外科)

1 頭頸部癌切除術と血行再建術

NTT関東病院 外科<sup>1</sup>

東京医科歯科大学 外科<sup>2</sup>

奈良智之<sup>1</sup>, 小西敏郎<sup>1</sup>, 河野辰幸<sup>2</sup>, 井上芳徳<sup>2</sup>  
岩井武尚<sup>2</sup>

頭頸部癌でも血管合併切除再建術が行われる。内頸静脈は単純に結紮切離して良いが、総頸動脈はシャントを作成し、人工血管にて血行再建を行う。甲状腺癌の場合は清潔手術であり問題ないが、下咽頭癌や頸部食道癌などの消化管再建を要する場合には注意を要する。適応症例は少ないが血行再建を行う場合、消化管再建部の汚染が血行再建部に及ばないように前頸筋や胸鎖乳突筋をローテーションして、セパレートすることが重要である。

2 腎動脈下腹部大動脈瘤と食道癌の同時手術施行例

日本大学 医学部外科学講座外科2部門

宇野 格, 前田英明, 三室治久, 根本光洋  
田澤章宏, 西井竜彦, 田岡 誠, 野畑一郎  
松村光恭, 根岸七雄

54才男性。腹部不快感を主訴に某医受診。最大径7.5cmの腹部大動脈瘤を認めた為、当院紹介受診となる。術前精査で上部消化管内視鏡施行したところ、EG junction直上にtype IIc+IIIの腺癌を認めた。

腹部大動脈瘤の大きさを考慮し同時手術の方針とした。左開胸開腹で動脈瘤に対しY型人工血管置換術施行した後、食道下部切除術、リンパ節郭清を行った。術後経過良好で第27病日軽快退院した。

3 消化器癌を合併した腹部大動脈瘤の治療

山口県立中央病院 外科

倉田 悟, 神保充孝, 縄田純彦, 善甫宣哉  
岡 和則, 望月響子, 千葉文博, 中藤嘉人  
森内博紀, 池田祐司, 須藤隆一郎, 中安 清  
江里健輔

消化器癌を合併した腹部大動脈瘤を22例経験した。

癌は胃癌7例, 大腸癌6例, 肝癌3例, 胆道癌3例, 胃癌+大腸癌1例, 胃癌+直腸癌1例, 食道癌1例であった。手術は二期的8例, 一期的5例, 癌手術のみ7例, 非手術2例で、進行癌で瘤径5cm以下は二期的手術を、両疾患に耐術であれば一期的手術を行った。癌手術のみは進行癌, 又は瘤径5cm以下のため動脈瘤は経過観察とした。

両疾患に耐術であれば積極的に一期的手術を行う。

4 進行胃癌や大腸癌を併存するAAAに対する治療戦略

慶應義塾大学 外科

渋谷慎太郎, 松本賢治, 秋好沢林, 井上史彦  
金田宗久, 新谷恒弘, 北島政樹

当科における進行胃癌あるいは大腸癌を併存するAAAに対する治療は、現在では一期的手術を基本としており、胃切除では開腹経路人工血管置換術による同時手術、結腸切除では開腹経路人工血管置換術に回腸瘻などのstomaを併設することにより、重篤な術後合併症や手術死亡を認めず良好な成績を得ている。また、入院期間や医療費においても二期的手術に比較し有意に低値であり、一期的手術が妥当と考えている。

5 消化器癌と血管外科手術: 下大静脈再建を伴う肝切除と人工血管置換術

群馬大学 第二外科

大嶋清宏, 石川 進, 大和田進, 高橋 徹  
川手 進, 森下靖雄

下大静脈(IVC)浸潤を有する肝癌および腎癌症例に対するIVC合併肝切除術について検討した。対象: IVCに浸潤または腫瘍栓を有する肝癌および腎癌41例中、IVC合併肝切除を行った10例(HCC5例, 転移性肝癌3例, 腎癌2例)。結果: IVC再建はePTFE人工血管置換術4例, 馬心膜パッチ2例, 直接縫合4例だった。8例に遠心ポンプを使用した。2例を術後肝不全で失ったが、肝癌2例と転移性肝癌2例が術後22ヶ月以上生存した。

結語: IVC合併肝切除術は適切な補助循環の使用等により比較的安全に行い得る。

## 6 胆道癌に対する肝切除 + 血管合併切除術

名古屋大学 器官調節外科

柳野正人

1990年1月から2002年8月までに、進行胆道癌102例に対し肝切除 + 血管合併切除術を行った。血管切除の内訳は、門脈切除89例、肝動脈切除5例、門脈と肝動脈の切除8例であった。門脈再建は大部分の症例で端々吻合が可能であったが、15例に外腸骨静脈グラフトの間置を要した。動脈再建では7例に大伏在静脈グラフトを用いた。未だ克服すべき問題点はあるが長期生存例もあり、症例を選択すればかかる手術を行う意義は十分ある。

## 7 下大静脈に浸潤した腎細胞癌に対する外科的治療の検討

自治医科大学大宮医療センター 心臓血管外科

野口権一郎、安達秀雄、安達晃一、伊藤 智

今村健太郎、美島利昭、安藤 敬、川人宏次

村田聖一郎、山口敦司、井野隆史

腎細胞癌は静脈内に浸潤、進展する特徴を有し、約5%の頻度で下大静脈、さらには右心房、右心室内に腫瘍栓を形成する。今回我々は、下大静脈内(横隔膜下)に腫瘍栓を有する腎細胞癌4例、右心系まで進展した腎細胞癌3例に対し外科的治療を施行し、その適応、手術方法、成績について検討したので報告する。

### パネルディスカッション

#### “ 動静脈合併切除 ”

座長：野崎 幹弘(東京女子医科大学 形成外科)

有井 茂樹(東京医科歯科大学 肝胆膵外科)

#### 1 頭頸部扁平上皮癌症例における頸動脈切除再建

国立千葉病院 耳鼻咽喉科

沼田 勉、昼間 清

口腔、咽頭、喉頭などを原発とする頭頸部扁平上皮癌進展例で、頸部リンパ節転移病巣が頸動脈に浸潤する症例における頸動脈切除と再建の問題について、自験例を検討し報告する。照射療法や縫合不全による感染なども考慮した血行再建法として、対側外頸 - 中大脳動脈バイパス術を考案し施行している。また、術前の脳側副血行動態評価や、術後の脳血流実時間観察のためには、頭蓋骨に音響窓を作成してカラードブラ法を行っている。

#### 2 遊離空腸移植術における極小空腸片の動静脈の切除と再吻合の問題点

東京都済生会中央病院 外科

茂木克彦、石飛幸三、村山剛也

咽頭、喉頭腫瘍及び同部への浸潤に対する切除術の再建には、遊離空腸が定型的に用いられている。再建移植部位が小さく、空腸片が極小の場合には切除動静

脈の血管床が小さく生着が難しい場合がある。空腸切除術時の処理、吻合の際の要点と共に極小空腸片の移植の際には、2期的に不要部分を切除する等の工夫につき症例を提示する。

#### 3 肝門部胆管癌、広汎型胆管癌における肝動脈、門脈合併切除症例の検討

信州大学 外科

宮川眞一、川崎誠治

肝門部、広汎型胆管癌切除症例90例のうち肝動脈(HA)、門脈合併切除(PV)を施行した8例を検討。術式はERL + PD + PV 2例、EL + PD + PV + HA 1例、ERL + PV 3例、ELL + HA 1例、肝中央二区域切除 + PV 1例。血行再建に伴う合併症、在院死なし。HA + PV例が術後8カ月で癌死したが、PV例の術後生存期間の中央値は20カ月で、術後104カ月生存中の症例もある。血管合併切除は安全に行え、特に門脈合併切除のみで切除可能例の中には長期生存が期待できる症例もある。

#### 4 骨軟部肉腫手術における血管外科の現状

癌研究会附属病院 整形外科

川口智義、谷澤泰介、松本誠一、真鍋 淳

黒田浩司、阿江啓介

骨軟部肉腫の手術においては、安全な切除縁確保が欠かせない。そのため腫瘍が血管に近接している場合は、それを犠牲にしても切除縁確保が必要となり、結果として血管再建は欠かせない。最近では血管の腫瘍近接例に対し血管再建のみでなくアルコールin situ処理法(Alcohol in situ preparation, 以下AISP)による血管保存も行っている。これまでの約1000例の肉腫中、血管処理を要した例は57例であった。このうち再建は29例、AISPは28例であった。再建は腫瘍が血管壁に浸潤している場合に行い、AISPは腫瘍が血管壁に接している場合に行う。今回はこれらの手技の適応とその実際を供覧する。

#### 5 外傷性四肢動静脈損傷例の検討

帝京大学医学部附属市原病院 外科

安原 洋、仲 秀司、森兼啓太、古谷嘉隆

新川弘樹、仁和浩貴、菊地 剛

外傷性四肢動静脈損傷で静脈血行再建の必要性を検討した。1986～2002年の医原性を除く外傷性肢動脈損傷28例中(上/下肢:10/18例)静脈損傷合併は13例(46%)で、5例(38%)に挫滅血管切除後動静脈再建、残り8例に圧迫、縫合止血を行った。静脈再建全例で末梢神経障害残存したが肢切断例なく、非再建の2例が肢切断に至った。圧迫止血1例は多発外傷で早期死亡、他1例はDVT後遺症を認めた。外傷性肢動静脈損傷では可能な限り静脈再建を併施すべきである。

## 6 四肢血行再建を伴う軟部組織再建

東京女子医科大学 形成外科<sup>1</sup>

日本大学 形成外科<sup>2</sup>

桜井裕之<sup>1</sup>, 野崎幹弘<sup>1</sup>, 佐々木健司<sup>2</sup>

四肢の皮膚・軟部組織悪性腫瘍の切除後や外傷においては、組織再建とともに血行再建を必要とする症例もしばしば経験する。当科においては、上腕・大腿の場合は主に有茎組織移植による再建と人工血管を用いた血行再建を同時に行っている。一方、前腕・下腿以下の症例においては血行再建と皮膚軟部組織再建を同時に行い得るflow-through型の遊離組織移植により対応している。flow-through型の組織移植とは、移植組織の栄養血管の中枢側及び末梢側を、血行再建が必要とされる血管にそれぞれ吻合するものである。これら血行再建を必要とする四肢の皮膚・軟部組織再建症例の術式や留意点に関し、若干の文献的考察も加え報告する。

### 一般演題 1-1

#### “仮性動脈瘤”

座長：重松 宏(東京大学 血管外科)

#### 1 術前診断にIVUSを施行した吻合部仮性大動脈瘤気管支肺ろうの1例

東邦大学 胸部心臓血管外科

藤井毅郎, 渡邊善則, 塩野則次, 横室浩樹

小澤 司, 益原大志, 和田真一, 片柳智之

吉原克則, 小山信彌

63歳, 男性, 主訴は咯血。平成5年, 大動脈解離(Stanford B)に対し下行大動脈人工血管置換術施行。平成12年, 咯血にて当院受診, 下行大動脈気管支肺ろうに対し左上葉部分切除術, ろう孔閉鎖術施行。平成14年6月再度咯血。術前診断にてCT, MRI, 血管造影では正確な診断が得られず, IVUSを施行したところ, 中枢, 末梢側共に人工血管吻合部2/3周にわたってdetachmentを認め, 再人工血管置換術が必要と思われた。上行弓部下行大動脈人工血管置換術を施行, 術後経過は良好で, 現在咯血もなくリハビリ中である。

#### 2 十二指腸に穿通した腹部大動脈吻合部仮性瘤の1例

横浜市民病院 胸部外科

森 琢磨, 蔵田英志

症例は80歳, 男性。平成9年に当院で腹部大動脈瘤切除人工血管置換術を施行。Host大動脈壁が脆弱なため, フェルトを用いて補強し吻合した。本年5月2日下血, 血圧低下で当院受診。造影CTで吻合部瘤を認め緊急手術を施行した。術中所見は前回フェルトで補強したにもかかわらず, 同部からの吻合部仮性瘤が十二指腸に穿通していた。仮性瘤切除人工血管置換術を行い, 十二指腸は縫合閉鎖した。

## 3 Knitted Dacron人工血管破綻による右単径部仮性動脈瘤の1例

山梨医科大学 第2外科

緒方孝治, 葛 仁猛, 松本春信, 片平誠一郎

窪田健司, 小島淳夫, 石本忠雄, 進藤俊哉

多田祐輔

症例は41歳男性。Buerger病の診断で1987年9月に両側腰部交感神経節切除術, 腹部大動脈-右大腿動脈バイパス術(8mm Microvel)を受けた。右単径部拍動性腫瘍で2002年2月に入院。吻合部動脈瘤を疑い手術を行った。瘤を切開すると, 遠位側吻合部は問題なく, 人工血管の前壁の一部が約30mmにわたって欠損していた。人工血管破綻部を10mm Hemashield woven で置換した。

### 一般演題 1-2

#### “腹部大動脈瘤 1”

座長：安達秀雄(自治医科大学附属大宮医療センター 心臓血管外科)

#### 1 術後虚血性腸炎を発症した腹部大動脈瘤の1例

稲城市立病院 外科

岩田憲治, 小島正之, 齋藤淳一, 栗原英二

症例は65歳男性, 径8cmの腎動脈下腹部大動脈瘤にて本年6月24日Y graft置換術を施行した。下腸間膜動脈は閉塞し再建しなかったが, 両側内腸骨動脈は開存していた。術後1日目に下血を認め, 大腸内視鏡を行った。下行~S状結腸粘膜に出血, 浮腫, びらんを認め, 虚血性大腸炎と診断された。禁食, 高カロリー輸液を行うも, 下行~S状結腸狭窄を認め, 術後71日目に左半結腸切除を行った。この症例につき文献的に考察する。

#### 2 術後S状結腸壊死を生じた巨大腹部大動脈瘤の1例

防衛医科大学校 第二外科

村岡理人, 尾崎重之, 井上慎也, 木村民蔵

飯塚康博, 志水正史, 前原正明

症例は80歳, 男性。最大径15cmの腎動脈下腹部大動脈瘤に対し, 平成14年5月20日Y型人工血管置換術を施行した。術中経過は特に問題無かったが, 術後より腹部皮下気腫を形成し, CRPの異常高値が持続した。さらに腹部CTにて右腎周囲を中心とした後腹膜気腫像が認められたため, 第4病日に緊急開腹術を施行した。S状結腸の完全壊死を認め, S状結腸切除及び人工肛門造設術を行った。漸次回復し術後63病日で軽快退院した。

#### 3 超高齢者(90歳以上)腹部大動脈瘤破裂3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

今回我々は90歳以上の腹部大動脈瘤破裂3例を経験したので報告する。内訳は男性2例(91歳, 94歳)女性1例(90歳)で, 2例では以前よりAAAが指摘されていた

が高齢のため放置されていた。手術はいずれも腹部正中切開で開腹し、中枢側遮断は腎動脈分岐下で行った。2例は軽快退院し1例は最近例で入院加療中である。90歳以上の超高齢者の腹部大動脈瘤破裂であっても救命しうる例もあり積極的治療が望まれる。

#### 一般演題 1-3

##### “腹部大動脈瘤 2”

座長：石丸 新(東京医科大学 第2外科)

#### 1 残存傍腎動脈腹部大動脈瘤に対して後腹膜アプローチにて人工血管置換した1例

東京大学医学部附属病院 血管外科

益澤明広, 吉川善子, 吉福清二郎, 中澤 達

小見山高士, 大城秀巳, 宮田哲郎, 重松 宏

症例は79歳男性。16年前に腹部大動脈瘤に対して瘤切, 人工血管置換術施行(結核性腹膜炎のため癒着は高度だった)。残存傍腎動脈大動脈瘤に対して左旁腹直筋切開・後腹膜アプローチにて瘤切, 直型人工血管置換術施行。瘤は右に突出する嚢状瘤で左腎動脈は温存できた(40年前に腎結核で右腎摘している)。

腹腔内の癒着が予想される症例に対して後腹膜アプローチは有効であった。若干の文献的考察をまじえて報告する。

#### 2 腎動脈傍腹部大動脈瘤に対する1治療例

聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科

北中陽介, 幕内晴朗, 武井 裕, 菊地慶太

村上 浩, 千葉 清

症例は, 63歳, 男性。腹痛を主訴に来院。入院精査にて, 腎動脈傍腹部嚢状大動脈瘤, 腹部大動脈分岐前嚢状動脈瘤, 胸部下行横隔膜上層局性大動脈解離を認めた。増大傾向の限局解離に対してステント・グラフト留置術施行後, 二期的に腎動脈傍腹部大動脈瘤, 腹部大動脈分岐前動脈瘤に対して, F-F Bypass補助, 主要腹部動脈灌流を用いて, 腹部大動脈人工血管置換・腹部主要分枝再建術を施行した。

#### 3 DICを発症した腹部大動脈瘤術後両側内腸骨動脈瘤の一例

帝京大学 外科

堀口定昭, 新見正則, 波多野稔, 矢吹志保

菅 重尚, 宮澤幸久, 沖永功太

症例は75歳男性, 8月24日左肘部の出血を主訴に近医受診。既往歴として胃切除術, 腹部大動脈瘤切除術を行っている。諸検査でDIC(DICスコア7点)を伴う両側内腸骨動脈瘤の診断を得たため, 8月28日当院に転院となった。転院後フラグミンによる加療を行いDICスコアは減少した。DICが内腸骨動脈瘤に起因するものと考えられたため, 9月30日両側内腸骨動脈瘤切除術を行った。術後の経過と併せて報告する。

#### 一般演題 1-4

##### “腹部大動脈瘤 3”

座長：小出司郎策(東海大学 心臓血管外科)

#### 1 馬蹄腎を伴った腹部大動脈瘤の1例

松戸市立病院 心臓血管外科

宇津見和郎, 芝入正雄, 三井富士夫

岡村 達, 永瀬裕三, 渡辺 寛

72歳の男性にて, 馬蹄腎を伴った腹部大動脈瘤を経験したので, ここに報告する。

瘤は最大径5.0cmで, 腎動脈下にあり, 術前の検査にて, 腎動脈, 尿管の走行に異常は認めなかった。また, Isthmusを還流する動脈は同定できなかった。手術は開腹にて行い, Isthmusを瘤と剥離し, 18×9mmのYグラフトにて置換した。Isthmusを還流する動脈は大動脈より直接分枝し, 径5mmあったので, グラフトに吻合した。この動脈の離断時の腎保護は冷却したラクテックリングルを断端部より注入することにより, 行った。術後経過は良好であった。

#### 2 移植腎を有する腹部大動脈瘤に対し一時バイパス下腹部大動脈人工血管置換術を施行した一例

埼玉医科大学総合医療センター 外科

松本春信, 佐藤 紀, 岡本宏之, 傍島 潤

田村美規

症例は44歳女性。1989年IgA腎症による腎不全のため透析導入され, 1992年生体腎移植をうけた。1998年CTにて腹部大動脈瘤を指摘され, 2002年2月14日当科を紹介され入院となった。BUN 23, CRE 0.77, クレアチニンクリアランス 84ml/minと腎機能は良好であり, CT, 血管撮影では大動脈壁の著明な石灰化と最大径5cmの腎動脈下腹部大動脈瘤, および右腸骨窩に移植腎を認めた。2月22日手術となった。右腋窩動脈と右総大腿動脈間に8mm Hemashieldで一時バイパスを作成したのち, 腹部正中切開による二段人工血管置換術(16×9mm Hemashield graft)を施行した。術後経過は良好で, 経過中腎機能障害も認めず, 第11病日に退院となった。移植腎を有する腹部大動脈-腸骨動脈領域の血行再建術における大動脈遮断中の腎保護において, 一時バイパス下の血行再建は非常に有効な術式であると考えられる。

#### 3 Blue toe 症候群を伴う小径腹部大動脈瘤の1手術例

済生会中央病院 外科

村山剛也, 茂木克彦, 石飛幸三

60歳男性。2002年4月より両足指のチアノーゼ, 虚血性潰瘍を認めた。各種画像検査で, 径3cmの腹部大動脈瘤, 壁に血栓を指摘され, それによる塞栓症と診断された。径3cmと小径だったが, 塞栓症治療の目的で, 2002年6月19日Y字型人工血管置換術施行。術後経過は良好で足指切断は免れた。【まとめ】腹部大動脈瘤

手術は主に破裂予防目的で、塞栓症治療目的の報告例は稀である。そこで、若干の文献的考案とともに報告する。

#### 一般演題 1-5

##### “血行再建術，評価法”

座長：根岸 七雄(日本大学 医学部外科学講座 外科2部門)

#### 1 膝窩動脈捕捉症候群の一例

武蔵野赤十字病院 心臓血管外科  
染谷 毅，菅野隆彦，藤原 等

症例は38歳男性で、小学校高学年頃より、スポーツ時に足が攣れることがあった。2~3年前より歩くと左下腿痛が出現し、初診時50m歩行で発症した。平成13年6月当科受診。膝窩動脈捕捉症候群を疑い、MRIと血管造影で両下肢のInsua II型膝窩動脈捕捉症候群と診断した。8月9日両膝窩動脈捕捉を解除し、左膝窩動脈血栓除去を行なった。8月16日の術後血管造影で両側膝窩動脈の流れは良好であった。

#### 2 両足部虚血に対するparamalleolar bypassの一例

山梨医科大学 第2外科  
小島淳夫，進藤俊哉，岡本祐樹，緒方孝治  
小林正洋，多田祐輔

62才女性。毎年冬季に足趾が凍瘡様となっていたが、今季は4月になっても治らず紹介受診となった。両足部で動脈拍動消失、足趾に疼痛と潰瘍を認めた。血管造影で両下腿三分枝以下に狭窄、閉塞を認め、右足底動脈以下、左後脛骨動脈の足関節部以下に整な部分を認めた。糖尿病、凝固異常、膠原病はなく、右脛骨腓骨動脈幹より外側足底動脈、左遠位膝窩動脈より足関節部の後脛骨動脈にbypassを行い、疼痛と潰瘍は治癒した。

#### 3 外来診察時に簡便な足関節運動負荷によるABI測定での虚血肢の評価

小田原市立病院 心臓血管外科<sup>1</sup>  
同 外科<sup>2</sup>  
安野憲一<sup>1</sup>，田中英穂<sup>1</sup>，井上育夫<sup>2</sup>，川野 裕<sup>2</sup>  
小山隆史<sup>2</sup>，岡本 亮<sup>2</sup>，永井啓之<sup>2</sup>，西村麻衣<sup>2</sup>  
福田 淳<sup>2</sup>

外来診察時に虚血肢が疑われた症例に対しCarterの方法に順じて仰臥位で毎分60回の足関節運動を3分間施行、直後から経時的にABIを測定した。正常群の安静時ABIは1.0を越え、負荷直後わずかに低値を示しても負荷前値に直ちに復した。虚血肢群の安静時ABIは0.9以下であり、運動負荷直後は10%以上低値を示し、前値に戻るのに5分以上要した。血行再建術前後では著明な改善がみられた。

#### 4 移植腎動脈狭窄に対し経皮的腎動脈形成術(PTA)を施行した2例

東京女子医科大学 泌尿器科  
金光 泉，田邊一成，野崎大司，石田英樹  
新村浩明，清水朋一，徳本直彦，東間 紘

今回われわれは、献腎移植後、移植腎動脈狭窄に対し、経皮的腎動脈形成術(PTA)を行った2例を経験したので、報告する。

症例1は49歳、女性、2000年2月献腎移植を施行された。術後の血清クレアチニン値が高値持続していた。超音波ドップラー検査にて動静脈ろうを認めたため、移植腎動脈造影を施行した。移植腎動脈は2本に分岐し、このうち1本に狭窄を認めたため、これに対し、PTAを施行した。血清クレアチニンは4.5mg/dlから2.5mg/dlまで改善した。

症例2は55歳男性、2000年4月献腎移植施行された。2001年8月頃より血圧の上昇(180/100mmHg)を認めたため移植腎動脈狭窄を疑い、MRIアンギオを行ったところ、腎動脈狭窄をみとめたため、PTAを施行した。その後血圧は安定している。

#### 一般演題 2-1

##### “深部静脈血栓症”

座長：佐藤 紘(埼玉医科大学総合医療センター 外科)

#### 1 深部静脈血栓症に対する早期血栓溶解療法

TMG戸塚共立第2病院 心臓血管外科  
鈴木和浩，村上厚文，森保幸治，横川秀男

深部静脈血栓症の治療は致死的な肺塞栓症を回避することが第一であるが、遠隔期に血栓後症候群に悩まされる症例も少なくない。よって早期より積極的な血栓溶解療法を行うことが望ましいと考える。今回我々は左膝窩静脈から下大静脈に至る広汎な難治性深部静脈血栓症に対し、一時的な下大静脈フィルターを留置し、エコーガイド下に膝窩静脈および大腿静脈からカテーテルを挿入して血栓溶解療法を試みたので報告する。

#### 2 Duplex scanによる急性深部静脈血栓症のfollow-upの検討

東京女子医科大学 形成外科  
八巻 隆，野崎幹弘，藤原 修

急性深部静脈血栓症を対象にduplex scanを用い、再開通および深部静脈逆流の有無を検討した。対象は50例52肢、平均年齢57歳。観察期間は12ヶ月であった。その結果、下腿静脈は1~3ヶ月で100%再開通し逆流を認めなかった。一方、浅大腿は12ヶ月目で50%の症例が再開通したに止まった。膝窩静脈は6ヶ月で100%再開通したが、50%の症例に逆流を認めたという興味ある知見を得たためここに報告する。

### 3 保存的に消失した内頸静脈血栓性閉塞症例

東京慈恵会医科大学 外科

根岸由香, 戸谷直樹, 田代秀夫, 山崎洋次

非常に稀であるといわれている歯牙発生の咽頭周囲膿瘍から化膿性血栓性静脈炎となり広範囲の内頸静脈血栓性閉塞をきたした症例を経験したので報告する。症例は67歳男性で歯科治療の1ヶ月後に高熱と頸部腫脹を認めためたため当院へ入院した。造影CTにて膿瘍と共に頸静脈孔から鎖骨下静脈まで広範囲にわたる血栓性閉塞を認められた。手術的治療やIVRは困難と判断し抗生剤および抗凝固薬投与を行った。2ヵ月後には血栓は完全に消失した。

### 4 顔面Venous Malformationに対するDuplex-Guided Foam Sclerotherapy

東京女子医科大学 形成外科

藤原 修, 八巻 隆, 野崎幹弘

Sclerosing foamは液状の硬化剤に比べ血管内皮を強く障害する利点がある。今回、われわれは顔面のvenous malformationに対してduplex-guided foam sclerotherapyを行い良好な結果を得たので報告する。硬化剤は1%ポリドカノールを用い、術前後にduplex scan及びMRIにて評価を行ったところvenous malformationの著明な縮小が得られた。

#### 一般演題 2-2

#### “上肢バージャー病”

座長：茂木 克彦 (東京都済生会中央病院 外科)

#### 1 上肢Buerger病の1例

水戸赤十字病院 外科

内田智夫, 佐久間正祥

65歳 男性。約10年前に肺癌のため右下葉切除。以前は1日60本の喫煙歴あったが、肺癌手術を契機に禁煙。2002年5月頃、比較的急に両手指のチアノーゼと疼痛が出現したため来院。血管造影では、前腕動脈の一部に動脈壁の不整あり、指動脈はほとんど描出不良。抗血小板剤の内服、リプルの動注、星状神経節ブロックを試みたが、あまり改善せず。胸部交感神経節切除術をしたところ、指先は壊死したものの症状は改善した。

#### 2 上肢罹患のバージャー病に対する胸腔鏡下交感神経切除が左示指断端形成に有用であった一例

東京慈恵会医科大学 血管外科<sup>1</sup>

同 呼吸器外科<sup>2</sup>

墨 誠<sup>1</sup>, 田代秀夫<sup>1</sup>, 佐藤修二<sup>2</sup>, 根岸由香<sup>1</sup>

戸谷直樹<sup>1</sup>, 鳥海久乃<sup>1</sup>, 黒沢弘二<sup>1</sup>, 立原啓正<sup>1</sup>

石井義緑<sup>1</sup>

症例は52才男性。H13年10月より左示指先の疼痛、色調変化あり。MRAngio検査においては、前腕動脈の明らかな閉塞はみとめなかった。禁煙および抗血小板

剤、血管拡張剤を投与するも次第に指先は壊死に至った。左側胸腔鏡下交感神経切除を先行、術後のサーモグラフィーにて皮膚温の上昇を確認し、左示指断端形成術施行、断端の良好な治癒をみた。胸腔鏡下手術のビデオを供覧し症例呈示する。

#### 3 バージャー病における上肢血行障害に対する胸腔鏡下胸部交感神経遮断術

東京医科大学 第2外科

小出研爾, 市橋弘章, 佐伯直純, 横村 進

伊藤幹彦, 佐々木司, 矢尾善英, 石丸 新

当教室において経験したバージャー病に対する胸腔鏡下胸部交感神経遮断術4例5肢の成績を報告する。術前は全肢で四肢冷感を訴え、安静時痛を訴えた3例4肢には、いずれも指尖潰瘍あるいは壊死を認めた。手術は胸腔鏡下に第2, 3胸部交感神経節を焼灼、切除とした。術後早期では全肢で症状が改善し、指尖潰瘍、壊死は1ヶ月以内に治癒した。遠隔期においても安静時痛、潰瘍、壊死の再燃は認めなかった。

#### 一般演題 2-3

#### “内臓動脈瘤”

座長：高場 利博 (昭和大学 第1外科)

#### 1 脾動脈の起始異常を伴った脾動脈瘤の2手術例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

矢内桃子, 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

龍野勝彦

患者は48才男性と70才女性で無症状で経過していて偶然発見された。それぞれ脾動脈は上腸管膜動脈より分岐しており分岐後に嚢状の脾動脈瘤が認められた。それぞれ径20mmと50mmで、腹部正中切開で前者は脾動脈結紮後動脈瘤切除し、脾臓温存。後者は瘤を切除し自家静脈置換にて脾動脈を再建した。脾動脈の起始部異常を伴った脾動脈瘤に対し文献的考察を加えて報告する。

#### 2 腹腔動脈が閉塞した胃十二指腸動脈瘤の1例

山梨厚生病院 外科<sup>1</sup>

同 心臓血管外科<sup>2</sup>

伊従敬二<sup>1</sup>, 柚本俊一<sup>1</sup>, 山寺陽一<sup>1</sup>, 三枝孝文<sup>1</sup>

堀米政利<sup>1</sup>, 飯田文良<sup>1</sup>, 天白典秀<sup>2</sup>, 有泉憲史<sup>2</sup>

橋本良一<sup>2</sup>

症例は65歳の女性で高血圧、高脂血症の既往を認めた。2001年12月、たまたま超音波検査で腹部に動脈瘤が発見された。CT、動脈造影で胃十二指腸動脈の嚢状瘤と診断した。腹腔動脈は造影されず、肝動脈と脾動脈は発達した脾十二指腸動脈・胃十二指腸動脈より造影された。2002年1月25日、開腹して動脈瘤を切除し端々吻合にて血行再建を行った。腹腔動脈閉塞、胃十二指腸動脈瘤の病態について考察を加え報告する。

### 3 上腸間膜動脈局限解離に類似した上腸間膜動脈瘤の一例

共立蒲原総合病院 外科<sup>1</sup>

東京大学医学部附属病院 外科<sup>2</sup>

帝京大学医学部附属市原病院 外科<sup>3</sup>

赤木大輔<sup>1</sup>, 谷谷弘一<sup>1</sup>, 川合一茂<sup>2</sup>, 大城秀巴<sup>2</sup>

安原 洋<sup>3</sup>

症例は67歳男性。検診の上部消化管内視鏡検査で拍動性の壁外圧迫を指摘された。腹部CT、腹部超音波検査で上腸間膜動脈根部付近に最大横径約2cmの動脈瘤を認め、動脈撮影では、動脈瘤と同時に剥離内膜様の陰影が描出された。仮性動脈瘤も疑われたため、手術を行い、瘤切除、リング付きePTFEグラフト置換術を施行した。術中所見では亜鈴状の動脈瘤を認め、切除標本では瘤部は外膜を認めない仮性動脈瘤の所見であった。

### 4 腹部分枝動脈閉塞を合併した下腸間膜動脈瘤の一例

昭和大学 第一外科

福岡正臣, 沖 淳義, 松岡 穰, 尾頭 厚

岡田良晴, 松尾義昭, 山田 眞, 川田忠典

高場利博

症例は72歳、男性。70歳時に食道癌手術(胃管再建)を受ける。両下肢の間歇性跛行(ABPI; rt=0.90, lt=0.70)を主訴に来院。血管造影を施行したところ、腹腔動脈および上腸間膜動脈の起始部での完全閉塞、下腸間膜動脈に紡錘状動脈瘤(直径2cm)、左総腸骨動脈の閉塞を認めた。左総腸骨動脈閉塞部に対して血管拡張術施行した後に単純遮断下に瘤切除を行った。病理所見で炎症所見は認めず仮性動脈瘤と診断された。

### 5 腹腔動脈閉塞を伴う脾動脈、膵十二指腸多発動脈瘤の1例

東京医科歯科大学 外科・血管外科

黒木秀仁, 井上芳徳, 広川雅之, 久保田俊也

地引政利, 玉井 諭, 工藤敏文, 井上裕美

中島里枝子, 岩井武尚

症例は55歳女性。上腹部痛にて来院。胃潰瘍を指摘されていた。体重減少が進行し、腹部アンギーナ様症状を呈していた。超音波検査にて内臓動脈瘤を指摘され、動脈撮影にて脾動脈3個、膵十二指腸アーケード上3個の動脈瘤と腹腔動脈の閉塞を認めた。

手術は胃潰瘍の薬物治療に引き続き膵十二指腸動脈瘤3個切除、脾摘及びリング付きEPTFEによる大動脈-脾動脈バイパス術を施行した。術後6ヶ月体重は5kg増加し、胃潰瘍の再発はない。バイパスも開存している。

### 一般演題 2-4

“同時手術、術後合併症”

座長：前村 大成(東京都立府中病院 外科)

### 1 4枝Off-Pump CABGにCarotid-Subclavian Bypassを同時施行した一例

日本医科大学 第二外科

栗田二郎, 落 雅美, 菅野重人, 山田研一

田中茂夫

脳梗塞の既往がある64歳男性。心電図異常を指摘され、冠動脈造影で3枝病変と診断された。Carotid bruitと上肢血圧左右差を認め、造影にて左鎖骨下動脈に90%狭窄が確認された。Carotid-Subclavian Bypassに続いて4枝Off-Pump CABGを行なった。

### 2 全弓部・胸腹部置換術後の残存下行大動脈瘤に解離をきたした一例

東京医科大学 第二外科

桑原 淳, 市橋弘章, 横井良彦, 島崎太郎

小泉信達, 川口 聡, 小櫃由樹生, 石丸 新

症例は68才、女性。真性胸部および胸腹部大動脈瘤の診断にて平成12年2月にエレファントトランク併用全弓部置換術、平成13年3月に胸腹部置換術を施行した。平成14年6月突然の胸背部痛出現。CTにて残存下行大動脈瘤に解離を認めたため入院。偽腔血栓化は認めず瘤の拡大傾向を呈したため、グラフトをneckとしたステントグラフト内挿術を行った。術後対麻痺等の合併症は認めず早期離床、退院が可能であった。

### 3 長期間の洗浄ドレナージで寛解したY型人工血管感染症の1例

山梨厚生病院 心臓血管外科<sup>1</sup>

同 外科<sup>2</sup>

有泉憲史<sup>1</sup>, 天白典秀<sup>1</sup>, 橋本良一<sup>1</sup>, 伊從敬二<sup>2</sup>

63歳、男性。破裂性腸骨動脈瘤に対して緊急手術9週後で人工血管感染症を併発した症例。後腹膜には大量の膿汁が緊満、人工血管の汚染は高度だった。ドレナージを先行し二期的に人工血管除去を行う予定であったが、連日洗浄を行っていたところ1ヶ月目で炎症反応が陰性化した。85日目ドレーン抜去を試み、104日目退院とした。術後約5ヶ月の現在感染再燃の徴候はなく慎重に経過観察している。

### 一般演題 2-5

“高位大動脈閉塞、動脈瘤”

座長：前原 正明(防衛医科大学校 第2外科)

### 1 馬蹄腎を合併した高位大動脈閉塞症の一例

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, 小野口勝久

高倉宏充, 松村洋高

70歳、男性。平成7年頃から間歇性跛行を自覚、平成9年には跛行距離30mとなった。平成元年に尿管結

石除去術を受けこの際馬蹄腎を指摘されている。CT上馬蹄腎峡部は閉塞した腹部大動脈の前面を横切り、血管造影では腎動脈分岐直下から腹部大動脈は閉塞し異常腎動脈は造影されなかった。手術は腎動脈上で腹部大動脈を遮断し両側大腿動脈にバイパス、馬蹄腎峡部を温存、グラフトは峡部後面の解剖学的位置に留置した。

## 2 Fibromuscular dysplasiaによる左総腸骨動脈瘤破裂の一症例

日本医科大学付属第二病院 外科<sup>1</sup>

同 外科学第二<sup>2</sup>

遠藤直哉<sup>1</sup>，織井恒安<sup>1</sup>，宅島美奈<sup>1</sup>，川村 純<sup>1</sup>

山下康夫<sup>1</sup>，増田 栄<sup>1</sup>，日置正文<sup>1</sup>，田中茂夫<sup>2</sup>

症例は47歳男性。主訴は腹痛。急性腹症の診断のもと他院にて開腹したが、後腹膜腔に多量の血腫が存在し動脈瘤破裂を疑われ当院紹介され緊急手術施行。左総腸骨動脈は最大約40mmに瘤化し、瘤後壁に直径約10mm大の破裂孔を認めた。肉眼的に瘤壁は動脈硬化性病変に乏しく平滑で、病理学的にFibromuscular dysplasiaであった。比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。

## 3 遺残坐骨動脈瘤の1手術例

自治医科大学 外科学講座心臓血管外科学部門

大木伸一，上沢 修，上西祐一郎，小西宏明

齊藤 力，加藤盛人，三澤吉雄，布施勝生

症例は58歳女性。平成9年5月に右下腿虚血壊死の診断で右下肢切断術を施行されたが、平成13年2月、断端虚血にて再入院精査。血管造影検査で瘤化した完全型遺残坐骨動脈と診断された。左下肢の虚血症状と左臀部の拍動性腫瘤を認めたため、平成13年12月、左総腸骨動脈膝窩動脈バイパス術を施行した。術後、一過性のCPKの上昇等を認めたが徐々に改善した。遺残坐骨動脈はまれな疾患であり文献的考察を加え報告する。