

第15回 日本血管外科学会関東甲信越地方会

会 期：平成19年11月10日(土)

会 場：パレスホテル大宮(さいたま市)

会 長：安達 秀雄(自治医科大学附属さいたま医療センター心臓血管外科)

1-1 マルフアン症候群に併発した両側の鎖骨下動脈瘤の1治験例

自治医科大学外科学講座 心臓血管外科部門

坂野康人, 小西宏明, 田口昌延, 相澤 啓

森田英幹, 上西祐一朗, 大木伸一, 齋藤 力

三澤吉雄

38歳男性, マルフアン症候群のため上行弓部大動脈を含む数度の動脈瘤手術既往あり. 両側の鎖骨下動脈瘤が出現し手術となった. 2期的手術を施行した. 右鎖骨下動脈瘤切除, 人工血管置換し, 半年後に左鎖骨下動脈瘤を総頸動脈-左鎖骨下動脈バイパス+瘤空置にて治療した. 椎骨動脈は逆行性の血流があり両側とも再建しなかった. マルフアン症候群に鎖骨下動脈瘤を合併した症例は稀であり, 外科的加療を行ったので報告する.

1-2 大腿部腫脹で発見された, 孤立性浅大腿動脈瘤の1例

日本大学練馬光が丘病院 心臓血管外科

鈴木里沙, 秋山謙次, 中田金一, 柏崎 暁

65歳女性. 左大腿部腫脹にて近医受診し, 大腿動脈瘤を指摘され, 精査加療目的に当院紹介受診. 表在エコーとMDCTにて径54×43mmの左浅大腿動脈瘤と診断した. 瘤切除および血管形成術を施行し, さらに伴走する左大腿静脈内の血栓除去した. 術後経過は良好で, 術後10日で退院となった. 大腿部腫脹で発見された孤立性浅大腿動脈の症例を経験し治療し得たので報告する.

1-3 瘤内閉塞で発見された膝窩動脈瘤の1手術例

東海大学八王子病院 心臓血管外科<sup>1</sup>

東海大学医学部 心臓血管外科<sup>2</sup>

小田桐重人<sup>1</sup>, 後藤貴子<sup>1</sup>, 秋 顕<sup>1</sup>, 上田敏彦<sup>2</sup>

症例は77歳女性. 以前より約10mの左間欠性跛行を認めていた. 今回突然の左下肢冷感を認め近医受診. 閉塞性動脈硬化症を疑い当院紹介受診. 左下肢ABI 0.51. CT上, 両側膝窩動脈瘤(右35mm, 左25mm)を認め, 左膝窩動脈瘤は血栓閉塞し側副血管路を介して末梢が描出された. これに対し自家静脈にて左浅大腿動脈-膝窩動脈バイパス術を施行した. 瘤内閉塞で発見された膝窩動脈瘤に対して手術施行し, 良好な結果を

得た1例を報告する.

1-4 外傷性と考えられたタバチエール部橈骨動脈瘤の1例

国立国際医療センター 心臓血管外科

横山泰孝, 保坂 茂, 賀嶋俊隆, 宮坂亞希

竹中 慎, 福島祥子, 秋田作夢, 福田尚司

木村壯介

手関節以下の末梢動脈瘤は尺骨動脈にみられるHypothernar Hammer Syndrome以外は極めて稀であるが, 今回, エピソードは不明も病理所見から鈍的外傷に起因したと推測された右橈骨動脈瘤の1例を報告する. 症例は62歳女性で4年前から右タバチエール部に徐々に増大する拍動性腫瘍を自覚. エコー上5×6mm大の動脈瘤で局所麻酔下に切除, 中膜弾性板の突然の断裂を伴った仮性動脈瘤であった.

1-5 診断に1カ月を要した外傷性前脛骨動脈仮性動脈瘤の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 心臓血管センター外科

加藤 真, 井元清隆, 鈴木伸一, 内田敬二

柳 浩正, 小林健介, 伊達康一郎, 郷田素彦

長 知樹

症例は17歳男性. 平成19年5月16日, 体育授業中左足関節を捻り受傷. 近医にて捻挫の診断で保存的療法を受ける. その後腫脹軽快せず, 筋層からの出血との判断で数回の血腫除去を受ける. 開窓にて止血術を受けるもコントロール不良で, 6月21日当院整形外科紹介受診. CTにて左前脛骨動脈仮性瘤の診断で当センター併診. 同日動脈結紮術施行(仮性瘤中枢・末梢の2ヶ所結紮). 術後経過は良好で, 27日自宅退院となった.

1-6 重症心不全をきたした大腿動静脈瘻(Parkes Weber症候群)の1治験例

東京大学 血管外科

稲垣大輔, 出口順夫, 木村秀生, 吉川善子

西蔭誠二, 重松邦広, 宮田哲郎

68歳の女性. 左大腿のParkes Weber症候群のため心不全と大動脈弁閉鎖不全症(AR, 4度)をきたしていた. 循環血流量の減少目的に, 動静脈瘻より近位の左

大腿深動脈切離と総大腿動脈絞扼を施行した。術後、心不全は改善し、術前不能であったARの根治術が可能となった。長期的な効果は不明であるが、瘦の近位の比較的健常な動脈の血流を遮断することは循環血流を減少させ、重症心不全の動静脈瘻症例に対し一治療法となり得ることが示唆された。

### 1-7 下腿骨折後、慢性期に発症した動静脈瘻の治療経験

山梨大学医学部 第二外科

本田義博, 進藤俊哉, 加藤 香, 本橋慎也  
葛 仁彦, 加賀重重喜, 井上秀範, 緒方孝治  
松本雅彦

【背景】四肢外傷では、急性期だけではなく、慢性期での血管障害の報告も散見される。【症例】32歳男性。左脛骨骨折観血的整復 8 年後。左下腿の浮腫・膝窩の拍動性腫瘍にて発症。造影CT上膝窩動脈-静脈瘻の形成を認めた。外傷性の左膝窩動静脈瘻の診断にて動静脈瘻切離、膝窩動脈・静脈の再建を行った。【結語】急性期の血管損傷が明らかでない場合においても、慢性期に損傷が顕在化することがあり注意深い経過観察が必要である。

### 1-8 摘出に難渋した医原性大腿動脈内異物(テフロン針片)の 1 例

国立国際医療センター 心臓血管外科

宮坂亜希, 保坂 茂, 福田尚司, 竹中 慎  
横山泰孝, 福島祥子, 秋田作夢, 賀嶋俊隆  
木村壯介

血管内異物の多くは透視下摘出が可能だが、今回、X線不透視の穿刺用テフロン針遺残の 1 例を経験した。54歳女性。本年 6 月、クリッピング術後血管造影でテフロン針を留置したまま皮膚切開し、これを切離。右FA内遺残をCTで確認、局所麻酔下にFA切開も、すでに移動。再CTで膝窩動脈(PopA)内遺残を認め、脊髄麻酔、全身ヘパリン化後にターニケットで駆血、膝上PopAよりFogartyカテーテルで摘出した。

### 1-9 膝窩動脈外膜嚢腫の 1 例

自衛隊中央病院 心臓血管外科

田中聖子, 田中良昭, 江戸川誠司, 竹島茂人  
三丸敦洋

症例は45歳、男性、自衛官、主訴は間歇性跛行。平成18年 2 月頃より歩行時に右下肢の疼痛が出現し徐々に増悪するために当院受診。血管造影にて右膝窩動脈の狭窄、CTにて膝窩動脈に接して嚢腫を認め膝窩動脈外膜嚢腫と診断。手術は膝窩動脈外膜嚢腫を切除し大伏在静脈にて置換し軽快退院した。文献的考察を加えて報告する。

### 1-10 鼠系部一カ所の傷による膝下までの大伏在静脈ストリッピング

帝京大学 外科

波多野稔, 新見正則, 堀口定昭, 河野通貴  
河原真理, 白杉 望, 宮澤幸久, 高見 博

これまでの大伏在静脈抜去は鼠系部および下腿の 2 カ所の傷を必要とした。今回我々は鼠系部のみの傷で膝下までの大伏在静脈抜去が可能ならぬストリッパー (InvisiGrip) を使用する機会をえたので、その使用経験を報告する。InvisiGripを使用した症例は16人22肢であり、全例膝下までの大伏在静脈抜去が可能であった。また、術後の重篤な合併症の発生も認めなかった。

### 1-11 下肢静脈瘤のラジオ波血管内下肢静脈焼灼術とその先端確認法

横浜南共済病院 心臓血管外科<sup>1</sup>

同 生理検査室<sup>2</sup>

孟 真<sup>1</sup>, 鮫島讓司<sup>1</sup>, 橋山直樹<sup>1</sup>, 金子織江<sup>2</sup>  
中村道明<sup>2</sup>

ラジオ波血管内下肢静脈焼灼術では焼灼開始部位である伏在静脈大腿静脈接合部にカテーテルを正確に留置することが大伏在静脈の閉塞を得るためそして深部静脈血栓症の防止に大切である。当院で行っている先端よりヘパリン化生食をフラッシュしながらカラードブラ法で確認する手技を供覧する。

### 1-12 Trap-Ease filter挿入後に下大静脈穿孔をきたした 1 例

戸田中央総合病院 心臓血管外科<sup>1</sup>

同 循環器内科<sup>2</sup>

吉田誠吾<sup>1</sup>, 谷津尚吾<sup>1</sup>, 大内 浩<sup>1</sup>, 石丸 新<sup>1</sup>  
永尾 正<sup>2</sup>

65歳女性。両下腿深部静脈血栓症に続発した慢性肺梗塞症で右大腿静脈よりTrap-Ease filter(以下TE)を留置した。術中、術後を通して問題なく挿入翌日退院するも、退院当日夕より腰痛出現。CT検査でTEによる下大静脈穿孔と診断。出血性ショックを伴い、内科的加療にて改善せず緊急開腹術施行。術中所見でTE下極に 2ヶ所、直径 5mmの穿孔部位を認め、下大静脈修復術を施行した。術後経過良好であった。

### 1-13 Budd-Chiari症候群による下大静脈再狭窄例に対する血管内治療の経験

杏林大学 心臓血管外科

吉田裕毅, 布川雅雄, 細井 温, 高橋直子  
高橋範子, 窪田 博, 藤木達雄, 戸成邦彦  
遠藤英仁, 土屋博司, 須藤憲一

症例は48歳女性。Budd-Chiari症候群による下大静脈狭窄に対し2005年 6 月に経皮的血管拡張術(PTA)を施行。以後定期的にフォローされていたが2007年 6 月の超音波検査にて下大静脈内に血栓を認め下大静脈再狭窄の疑いで入院。経カテーテル的に血栓溶解療法を施行し血栓の消失を確認した後に再度PTAを行い狭窄部

を解除した。本手技により両下肢浮腫は著明に改善し、現在抗凝固療法下に経過観察中である。

#### 1-14 急激に拡大し、感染性と診断した傍腎動脈腹部大動脈瘤の1手術例

日本大学医学部 心臓血管外科

河内秀臣, 前田英明, 梅澤久輝, 服部 努  
五島雅和, 中村哲哉, 小林宏彰, 根岸七雄

72歳男性。平成19年2月発熱および腰痛出現。肺炎診断下抗生剤で加療されるも、熱発と緩解を繰り返し、3月腹部CT上、腎動脈直下に3cm大のAAA認め、7月に再び熱発AAAは6cmと拡大し、紹介となった。来院時WBC 11,000, CRP 11。抗生剤でCRP沈静化を行い、準緊急手術を施行した。瘤周囲は組織の繊維化が著明、一部瘤壁は脆弱で、左後壁に仮性瘤を形成しcontained ruptureしていた。

#### 1-15 ベーチェット病患者に発生した感染性腹部大動脈瘤の1手術例

都立府中病院 外科

保科克行, 大島 哲

7年前より不全型ベーチェット病に対しフォローされていた58歳男性。本年4月に発熱・腹痛・関節痛を主訴に来院。CTで腹部大動脈瘤を認めた。嚢状で大動脈分岐部右側に存在し、瘤壁は淡い造影効果を伴っていた。CRPも4.1と高く感染性瘤の可能性があると考え抗生剤を投与した。手術は瘤搔破、高濃度リファンピシン浸透Y graftを使用した腹部大動脈-左総腸骨動脈、-右大腿動脈(恥骨上迂回路)バイパスを行った。

#### 1-16 感染性上腕動脈瘤破裂の1治療例

獨協医科大学 胸部外科

山田靖之, 望月吉彦, 島村吉衛, 柴崎郁子  
三好新一郎

62歳女性。慢性関節リウマチのためステロイド、免疫抑制剤を投与されていたが、AAD(type A)、心タンポナーデ、ショックにより緊急上行置換術施行。術後経過中に右上腕から肩甲骨にかけての激痛出現。変形性頸椎症の診断で加療されていたが、MRAにより右上腕動脈瘤の診断。心エコーで僧帽弁位に疣贅を認め、血培よりMRSA検出。感染性動脈瘤と診断。診断直後破裂を生じ緊急手術となった。診断治療に難渋したので報告する。

#### 1-17 動注リザーバーカテーテルによる感染性大腿動脈瘤の1例

慶應義塾大学 外科

服部俊昭, 松本賢治, 尾原秀明, 小野滋司  
藤村直樹, 北川雄光

症例は72歳女性。1989年S状結腸癌に対しS状結腸切除術施行。1991年、肝転移に対し右総大腿動脈より肝動注リザーバーカテーテルを挿入した。以後経過良好にて、カテーテル抜去を2度試みたが、抜去できなかった。2007年6月、発熱および右鼠径部の拍動性腫

瘍を触知した。遺残カテーテルによる感染性仮性動脈瘤と診断し、7月11日手術を施行した。カテーテルを中枢で切断後、右総大腿動脈を自家静脈にて置換した。

#### 1-18 発症時期不明の慢性III型大動脈解離を併せたAAAの1例

前橋赤十字病院 心臓血管外科

柴田正幸, 森 秀暁

症例は64歳男性。瘤径55mmの腎動脈下腹部大動脈瘤(AAA)および慢性(発症時期不明)大動脈解離(De-Bakey IIIb)を認めた。偽腔は開存しており、胸部下行大動脈およびAAA内に真腔と偽腔との交通を認めた。手術は腎動脈下で真腔、偽腔の血流をともに温存する型で人工血管に置換し、末梢吻合は右総腸骨動脈、左外腸骨動脈とした。術後経過は良好である。術式にやや工夫を必要とした症例を経験したので報告する。

#### 1-19 NOMIを併発し腸切除で救命可能であった超高齢者破裂性AAAの1例

日本大学医学部 心臓血管外科

中村哲哉, 前田英明, 梅澤久輝, 五島雅和  
服部 努, 小林宏彰, 河内秀臣, 根岸七雄

94歳男性。某医で6cmのAAA診断下、経過観察となっていたが、破裂し、ショック状態で当科紹介になった。血圧測定不可で、多量のノルアドレナリンが投与、気管内挿管の状態であった。ご家族の強い手術の希望があり、緊急手術を行った。大動脈遮断後血圧は安定し、Y型人工血管置換術を行った。しかし、小腸、S状結腸の一部の色調不良、SMAの拍動良好なため、小腸切除、人工肛門増設し、手術終了し、軽快退院した。

#### 1-20 遮断解除後心停止をPCPSにて救命し得た炎症性腹部大動脈瘤の1例

東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科

藤井毅郎, 渡邊善則, 塩野則次, 小澤 司  
濱田 聡, 益原大志, 寺本慎男, 原 真範  
小山信彌

65歳、男性。左尿管狭窄、水腎症を伴った炎症性腹部大動脈瘤、左総腸骨動脈瘤の診断にてYグラフト人工血管置換術施行。大動脈遮断解除後心室細動となり蘇生にても心拍再開しないためPCPS装着、1時間後に離脱したが、出血と高度の腸管浮腫を認めたため開腹のまま滅菌バックを用いて閉創した。1週間後、感染を懸念し人工血管に大綱を被覆し二期的閉腹を施行した。合併症、後遺症なく術後第20病日に独歩退院となった。

### 1-21 主な腹腔内臓器血流が巨大IMAのみのAAAに対し左腋窩動脈-下腸間膜動脈一時バイパスを用い人工血管置換術を施行した1例

千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科

前田慎太郎, 石田 厚, 今牧瑞浦, 志村仁史  
新妻ゆり子, 松浦 馨, 宮崎 勝

69歳女性。平成19年2月瘤拡大し、当科紹介。平成19年3月の造影MDCTにて、最大径59×48mmの瘤と腹腔動脈の高度狭窄、上腸間膜動脈消失、発達した下腸間膜動脈(IMA)を認めた。AAAの手術は、左腋窩動脈-IMAへの一時的バイパスを用いY字人工血管置換・IMA再建術を施行した。術前のMDCT評価にて、特異な動脈走行を把握し、安全な手術を計画し施行することが出来た。以上のような非常に稀な症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

### 1-22 CAPD患者の腹部大動脈瘤に対する分岐型人工血管置換術

東京医科大学 血管外科

飯田泰功, 佐藤正宏, 佐藤和弘, 佐伯直純  
横村 進, 高江久仁, 小泉信達, 小櫃由樹生  
重松 宏

症例は59歳男性。H18.9月、慢性腎不全にて他院にてCAPD導入。精査中に腎動脈下腹部大動脈瘤(58mm)を指摘され、患者様の手術希望あり当院紹介入院。術前より血液透析に切り替え、右後腹膜アプローチにて分岐型人工血管置換術を施行。(Hemashield 16×9mm)中樞側は腎動脈下外側フェルト補強し吻合、末梢は総腸骨動脈に吻合した。術後も3週間は人工透析をおこない、腹膜透析へと移行し退院となった。術式の選択と工夫に関し、文献的考察を加え報告する。

### 1-23 未治療の高度高血圧を合併した右腸骨動脈限局解離の1例

埼玉医科大学総合医療センター 血管外科

赤木大輔, 松本春信, 佐藤 紀

37歳男性。会社で階段を上っている時に急に下肢痛を自覚、歩行不可能となった。近医にて急性右下肢動脈閉塞症と診断され当科紹介。来院時血圧290/180mmHg。腹部下肢造影CTでは右総腸骨動脈起始部が半月状に造影され、末梢は総大腿動脈まで閉塞していた。緊急手術施行。右総大腿動脈には内膜下に血腫を認め、右腸骨動脈限局解離による閉塞と診断、左外腸骨動脈-右総大腿動脈交差バイパスを施行した。腸骨動脈限局解離は比較的稀であり文献的検討も加え報告する。

### 1-24 両側上肢動脈閉塞の1例

さいたま赤十字病院 心臓血管外科

白石 学, 根本一成, 由利康一, 佐藤忠敏

動脈閉塞の亜急性期には治療法の選択に迷う症例があるが、今回そのような症例を経験したので報告す

る。症例は56歳女性。徐々に増悪する右上肢痛と急性発症した左上肢痛で来院。画像所見から左は急性動脈閉塞、右は亜急性動脈閉塞と診断し、左上肢の血栓除去を行った。しかし、右上肢の症状が増悪したため、血栓除去術を試みたが血栓は除去されず。PTAを行うも効果なく最終的には薬物療法で自覚症状は徐々に改善した。

### 1-25 左下肢急性動脈閉塞を繰り返した一過性にAT IIIが低下した1症例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓血管外科

長沼宏邦, 蜂谷 貴, 小野口勝久, 高倉宏充  
木ノ内勝士, 根本 淳, 佐々木達海

54歳男性。左下肢痛を主訴に来院。CTにて腹部大動脈内に血栓認め、左浅大腿動脈に閉塞所見あり緊急血栓除去術を行った。術後ヘパリンを投与していたが、第一病日に再開塞きたし再度血栓除去を行った。AT III 61%と低下していたため、血栓形成の一因と考えられた。その後AT IIIとヘパリンの同時投与を行いAT III値は改善した。また、腹部大動脈内の血栓もワーファリン投与にて2カ月後には消失した。

### 1-26 肺塞栓症、下肢深部静脈血栓症に腋窩動脈塞栓症を併発した1例

川崎市立川崎病院 外科

山口るつ子, 渋谷慎太郎, 掛札敏裕, 大森 泰

症例は75歳女性。第一病日朝からの胸部苦悶感と右上肢冷感を主訴に受診。受診時低酸素血症を認め、右上腕動脈拍動触知不可であった。CTにて、左右主肺動脈レベルでの塞栓、右下肢深部静脈血栓、右腋窩動脈閉塞を認めた。抗凝固療法を開始し、右腋窩動脈に対して緊急血栓塞栓除去術を施行し、経過は良好である。同時多発性血栓塞栓症をきたした原因は、各種凝固能検査、心臓超音波検査にて異常を認めず、現在更に精査中である。

### 1-27 早期診断により血栓除去術を施行した急性上腸間膜動脈塞栓症2例の検討

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

丸山拓人, 林田直樹, 松尾浩三, 鬼頭浩之  
浅野宗一, 平野雅生, 大場正直, 村山博和

症例1: 突然の腹痛あり、造影CTにてSMA末梢の閉塞をみとめた。緊急開腹にて回腸から上行結腸に虚血所見あり、血栓除去ののち回腸を2ヶ所切除。術後20日目に退院。症例2: 突然の腹痛あり造影CTにてSMAの閉塞をみとめたため緊急開腹。小腸全域の虚血所見みとめたが、血栓除去にて腸管色調回復し、腸管切除せず。翌日に腸管壊死の所見あり再開腹。小腸壊死をみとめ広範切除。術後DIC、MOFとなり10日目に死亡。

## 2-1 腹腔動脈瘤に対して瘤切除、人工血管による再建を行った2手術例

獨協医科大学越谷病院 心臓血管外科

田中恒有, 入江嘉仁, 秦 一剋, 権 重好  
汐口壮一, 今関隆雄

腹部内臓動脈瘤は脾動脈や肝動脈などに多く見られる。腹腔動脈瘤は5%程度で、比較的稀であると報告されている。その多くは無症状で、腹部エコー、CTなどで発見される。しかし、瘤が小さくても破裂することが多いとされ治療すべきである。今回我々は腹腔動脈瘤を2例経験し、瘤切除後、人工血管による再建を行い、良好な成績を得たので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 2-2 腹腔動脈瘤・脾動脈瘤に対し瘤切除術、血行再建術を施行した1例

東京医科大学 外科・血管外科

佐藤雄哉, 地引政利, 井上芳徳, 菅野範英  
工藤敏文, 寺崎宏明, 遊佐祐子, 藤田聡子  
豊福崇浩, 久米博子, 光岡明人, 野谷啓之  
加賀山知子, 中島里枝子, 宮井美恵子

症例は61歳男性。主訴は心窩部痛。CTにて径75mmの脾動脈瘤を認め緊急入院し、再度造影CT、血管撮影にて精査し腹腔動脈瘤および脾動脈の分岐部からに瘤状変化も認めた。脾動脈瘤および脾臓摘除術、脾動脈根部結紮術、腹腔動脈結紮術、腎動脈下腹部大動脈-総肝動脈バイパス術を施行し人工血管を大綱で被覆した。切除標本からはSegmental arterial mediolysisを示唆する病理所見が得られた。

## 2-3 冠動脈疾患と高位腹部大動脈閉塞症に対する同時手術の1治験例

群馬県立心臓血管センター 心臓血管外科

岡田修一, 金子達夫, 江連雅彦, 佐藤泰史  
長谷川豊, 大木 茂, 滝原 瞳

症例は69歳男性。脳出血、脳梗塞の既往あり。両下肢安静時疼痛・冷感を認め近医受診。両側ABI測定不能。CTで高位腹部大動脈閉塞症の診断となる。また、CAGでLAD #6は完全閉塞していた。当院にてOPCAB(LITA-LAD)と上行大動脈-両側大腿動脈バイパスを施行された。術後経過良好。冠動脈疾患と他の動脈疾患を合併することは稀ではなく、時に同時手術を必要とする。文献的考察を含め報告する。

## 2-4 両下肢虚血、腹腔内虚血を合併した急性大動脈解離(DeBakey IIIb)に対し左鎖骨下動脈両側大腿動脈バイパス術により症状改善を得られた1例

防衛医科大学校 第二外科

田中克典, 磯田 晋, 木村民蔵, 野上弥志郎  
志水正史, 前原正明

症例57歳男性。突然の背部痛と両下肢に力が入らないため当院救急外来を受診。両大腿動脈は微弱であり、ABI右0.56、左0.37と低下を認め緊急CTを実施し

た。CTでは急性大動脈解離を認め、これによる両下肢虚血と判断した。また腹腔動脈、上腸間膜動脈は、偽腔により圧排されている所見を認めた。緊急手術により左鎖骨下動脈両側大腿動脈バイパス手術を施行し下肢、腹腔内臓器の虚血が軽快したので報告する。

## 2-5 重症虚血肢に対する右腋窩-両側大腿動脈バイパス閉塞後の救命例-血管内治療の問題点と血行再建術の応用例-

国際医療福祉大学病院 心臓血管外科

村上厚文, 加藤盛人, 洞口 哲, 駒澤大吾  
若佐谷敦

閉塞性動脈硬化症(ASO)、維持透析、糖尿病を認める56歳の女性である。ASOのため他院にて右腋窩-両側大腿動脈バイパスを施行するも約1年後に閉塞、右大腿の壊疽が進行し紹介となった。直ちに左上腕動脈アプローチでの血管内手術を試みるも多量の血栓症で対応不可能となり他臓器不全の合併を認めた。このため初回手術をtake downし、2回におよぶ血行再建術を施行して救命することが出来たので報告する。

## 2-6 Bentall+CABG術後遠隔期のグラフト閉塞、右冠動脈入口部離開に対しRe-Bentall+CABGを施行した1例

東京女子医科大学 心臓病センター 心臓血管外科

外川正海, 青見茂行, 山崎健二, 富岡秀行  
福田卓也, 森元博信, 山崎 暁, 村田 明  
佐藤志樹, 西中知博, 宮城島正行, 齋藤 聡  
黒澤博身

症例は53歳女性。AAE, AR, LMT閉塞に対し1983年12月Bentall+CABG(SVG-LAD)施行した。経過中にSVGの閉塞を認めたが右冠動脈からの側副血行路にて左冠動脈は栄養されていたため経過観察の方針となった。2006年5月の健診にて心電図異常指摘されCAG施行したところ、右冠動脈入口部の離開を認め再手術の方針となった。手術は機械弁にパンヌスの形成を認めたため、再Bentall術を選択し、SVG-LADのバイパス術を同時に行った。術後経過は良好に進み第17病日に独歩退院となった。

## 2-7 腎動脈直下に全周性血栓を認めたAAAに対し企業性SG内挿術を行った1例

日本大学医学部 心臓血管外科

前田英明, 梅澤久輝, 五島雅和, 服部 努  
中村哲哉, 小林宏彰, 河内秀臣, 根岸七雄

症例は64歳、男性。開腹歴、腸閉塞歴を伴う、腎動脈下AAA(5cm)例。MDCT上、腎動脈直下腹部大動脈から2cmに渡り全周性の血栓を認めた、しかしproximal neckは全長4cm確保できるため、SGを施行した。Main bodyを血栓のない腎動脈下2cmに留置し、腎動脈塞栓栓等なく無事退院となった。企業性SG適応で問題となっている、腎動脈直下の大動脈血栓例に対する1例を経験したので報告する。

## 2-8 外傷性大動脈損傷の2例

伊勢崎市民病院 心臓血管外科

小小木修一, 大林民幸, 小谷野哲也, 安原清光

自動車の交通事故で発症した外傷性大動脈損傷の2例。2例ともに遠位弓部大動脈に病変部を認めたが、破裂の所見はないため急性期は降圧による保存的加療を行った。仮性瘤形成を認めた1例に対し経皮的ステントグラフト内挿術を、造影剤アレルギーを合併した限局性解離の1例に対し左後側方切開・第3肋間開胸で人工血管置換術を施行した。ともに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。

## 2-9 上行弓部大動脈置換術後に発生した遠位吻合部の仮性動脈瘤に対し、腹部大動脈に人工血管を吻合しステントグラフトのアクセス経路を確保した低肺機能の1例

日本医科大学 外科・心臓血管外科<sup>1</sup>

同 集中治療室<sup>2</sup>

同 放射線科<sup>3</sup>

東京医科大学 心臓・血管病低侵襲治療センター<sup>4</sup>

廣本敦之<sup>1</sup>, 落 雅美<sup>1</sup>, 宮脇佳世<sup>1</sup>, 大森裕也<sup>1</sup>

白川 真<sup>1</sup>, 栗田二郎<sup>1</sup>, 清水一雄<sup>1</sup>, 村井綱児<sup>2</sup>

平澤泰宏<sup>2</sup>, 鈴木えりか<sup>2</sup>, 山本 剛<sup>2</sup>, 佐藤直樹<sup>2</sup>

田中啓治<sup>2</sup>, 田島廣之<sup>3</sup>, 川口 聡<sup>4</sup>, 横井良彦<sup>4</sup>

78歳男性。急性A型解離に対し他院にて上行弓部置換術を施行された。人工血管遠位吻合部の仮性動脈瘤切迫破裂の診断にて入院しcoilingを施行したものの術後にleakを認めた。右胸郭形成術後の低肺機能症例で左開胸は困難、ASOにて鼠径部からのアプローチ困難であり、腹膜外経路にて腹部大動脈に人工血管を吻合しステントグラフトを内挿し得た。

## 2-10 胸部下行大動脈と腎動脈下腹部大動脈の巨大瘤に対し、ステントグラフト留置術と人工血管置換術を行った1例

自治医科大学付属さいたま医療センター 心臓血管外科<sup>1</sup>

さいたま赤十字病院 心臓血管外科<sup>2</sup>

東京医科大学 血管外科<sup>3</sup>

内藤和寛<sup>1</sup>, 安達秀雄<sup>1</sup>, 木村知恵里<sup>1</sup>, 岡村 誉<sup>1</sup>

宇宿真一郎<sup>1</sup>, 小日向聡行<sup>1</sup>, 小池則匡<sup>1</sup>

田中正史<sup>1</sup>, 山口敦司<sup>1</sup>, 井野隆史<sup>1</sup>, 由利康一<sup>2</sup>

根本一成<sup>2</sup>, 白石 学<sup>2</sup>, 川口 聡<sup>3</sup>, 横井良彦<sup>3</sup>

67歳男性。最大径90mmの胸部下行大動脈瘤(TAA)および最大径75mmの腎動脈下腹部大動脈瘤(AAA)があり、緊急入院した。いずれも巨大瘤であり、破裂リスクが高いため、TAAにステントグラフト留置術を行い、AAAに人工血管置換術を行う一期的治療の方針とした。手術は順調に終了したが、術後に遅発性両下肢不全麻痺を認めた。本例につき考察を加えて、報告する。

## 2-11 ゼニスAAAステントグラフトの適応限界—フィルムリーディング89例の検討—

東京医科大学 血管外科

東 隆, 川口 聡, 横井良彦, 島崎太郎

小出研爾, 今村健太郎, 松本正隆, 重松 宏

目的及び対象：待機的腹部大動脈瘤患者(89例、瘤径32~68mm 平均49mm)のフィルムリーディングの結果を分析した。結果：不適當な症例は13例14%であり、不適當な原因は中枢側の性状・長さが6例、末梢側の性状・長さが3例、困難なアクセスルート4例であった。中枢側ランディングゾーンは不適應症例で有意に短かった。考察：中枢側の評価は遠隔期のエンドリークを左右するため重要な適応決定因子であると考えられた。