

第16回日本血管外科学会近畿地方会

日 時:平成14年3月9日

会 場:千里阪急ホテル

当番世話人:安藤 太三(藤田保健衛生大学医学部胸部外科)

1 巨大炎症性腹部大動脈瘤の一手術例

京都大学 心臓血管外科

濱路政嗣, 恒吉裕史, 丸井 晃, 中島博之
三和千里, 中村智宏, 植山浩二, 仁科 健
池田 義, 西村和修, 米田正始

【症例】69歳, 男性. 入院時CRP=9.3と炎症所見を認め, 腹部CT上mantle signを伴う最大径9cmのinfra-renal typeの腹部大動脈瘤を認めた. 瘤の表面は白色調で, 周囲臓器と強固に癒着し, 瘤壁は最大13mmと著しく肥厚していた. 病理所見では瘤壁の中膜から外膜にかけて慢性炎症細胞浸潤と線維化を認め, 炎症性腹部大動脈瘤と診断した. 手術は大動脈瘤をY字人工血管にて置換し, 術後経過は良好で炎症反応も陰性化した.

2 腹部限局型大動脈解離の2例

神戸大学 呼吸循環器外科

田中陽介, 川西雄二郎, 北川篤士, 日野 裕
松川 律, 岡田健次, 松田 均, 築部卓郎
大北 裕

腹部限局型大動脈解離2例を経験したので報告する. 症例1, 47歳男性, 突然の腹痛で当院搬送, 腹部限局型大動脈解離による左総腸骨動脈破裂と考えられ, 左総腸骨動脈人工血管置換術施行. 術後4日目に腎動脈下腹部大動脈から右総腸骨動脈に至る解離腔を認め, 解離した部位をY型人工血管で置換. 症例2, 67歳女性, 胸背部痛が出現, 腹部に限局した大動脈解離を認め, Y型人工血管置換術施行. いずれも経過は良好であった.

3 高齢者に発症した大動脈縮窄症に伴う遠位弓部大動脈瘤の1症例

兵庫県立姫路循環器病センター 心臓血管外科

圓尾文子, 向原伸彦, 大保英文, 吉田正人
谷村信宏, 中桐啓太郎, 松森正術, 志田 力

75歳男性という高齢者の大動脈縮窄症に伴う胸部大動脈瘤を経験したので報告する. 患者の上肢と下肢の圧較差は50mmHgであった. 大動脈弓部の左鎖骨下動脈分岐直後の部分に狭窄があり, その末梢に最大径65mmの紡錘型の瘤を認めた. 手術は胸骨正中切開でアプローチし, 脳分離体外循環下に遠位弓部人工血管置換術及びelephant trunk挿入術を施行した. 経過は良好で術

後35日目に軽快退院した.

4 感染性胸腹部大動脈瘤に対する一手術例

奈良県立医科大学 第三外科

森田耕三, 多林伸起, 川田哲嗣, 坂口秀仁
上田高士, 谷口繁樹

症例は65歳男性. 38°Cの発熱と腹痛により近医受診. CTで胸腹部大動脈瘤を指摘され当科紹介された. CT上, Crawford IV型, 多房性の瘤を認めた. 発熱, 炎症反応の高値, ガリウムシンチ上 hot spot (+) より感染性胸腹部大動脈瘤の診断を得た. 抗生剤投与し, 炎症反応が鎮静化した後, 横隔膜直上から腎動脈下レベルの大動脈の人工血管置換術および大網充填術を行い, 経過は良好である.

5 超高齢者DeBakey IIIa型大動脈解離合併遠位弓部大動脈瘤破裂の一例

藤田保健衛生大学 心臓血管外科

金子 完, 武田 功, 入山 正, 山下 満
佐藤雅人, 近藤ゆか, 安藤太三

胸部大動脈瘤に合併した大動脈解離の内, 解離と真性瘤が隣接して発生した場合は破裂しやすいとされている. 症例は90歳男性. 平成13年12月, 突然の左胸痛にて発症, 胸部CTにてIIIa型大動脈解離と大動脈遠位弓部に最大径80mmの真性大動脈瘤を認めた. 患者は手術待機中に大動脈破裂にて死亡した. 破裂部位は解離と真性瘤の接合部であった. このような症例に対し破裂に十分な注意が必要であると考えられた.

6 AAE, ARに脳合併症を伴った急性解離(Stanford A)をきたし急性左心不全を呈した1症例

国立大阪病院 心臓血管外科

斎藤素子, 岩田圭司, 秦 広樹, 有元秀樹
文元建宇, 衣笠誠二, 佐々木康之, 磯部文隆

症例: 55歳, 男性. 意識消失後の左視力喪失と右不全麻痺を認めるも症状の回復によりTIAと診断. 上肢血圧左右差及び心雑音を指摘され発症5日後当院入院. UCG上AR severe, 大動脈基部拡大. 胸部CT上大動脈基部は左鎖骨下動脈直下まで解離し, 脳MRIにて左内包に梗塞巣を認めた. 手術による脳出血の危険性を考慮したが, 急性心不全の増悪と瘤破裂の危険性が高くAVR(Freestyle弁)上行弓部置換術施行. 手術時期の決定

について苦慮した症例であったため、文献的考察を加え報告する。

7 人工血管を用いずに再建した左大腿仮性動脈瘤の一例

大阪赤十字病院 外科
田中宏典, 東山 洋, 瀬尾 智, 鍛 利幸
浮草 実

症例は、68歳男性。約5年前より左鼠径部に径4cmの腫瘤を認め、10日前に急に小児頭大となり疼痛を認め搬送。胸部大動脈瘤の手術、PTCAの既往があった。左鼠径部より正中頭側にかけ小児頭大の血腫と皮膚潰瘍を認め、MRAで左大腿動脈の嚢状瘤を認めた。瘤の中核側をocclusion clampの上、開放、瘤壁に人工血管の縫合部を認め胸部大動脈瘤手術時の送血路と考えた。欠損部は短く、大伏在静脈にてパッチ再建した。

8 動注チューブ留置に伴う感染性右大腿仮性動脈瘤の一例(大腿動脈結紮術のみによる救肢の経験)

摂津医誠会病院 外科¹
大阪大学 病態制御外科²
渋谷 卓¹, 川崎富夫², 門田雅生¹, 川西賢秀¹
平位洋文¹

51歳、男性。胆管癌肝転移に対する動注チューブ留置部からMRSA感染による仮性動脈瘤を発症した。手術侵襲が大きくなる血行再建を行わず、大腿動脈結紮止血術と瘤切除にて安全に下肢を温存し得た。術中に大腿動脈を試験的遮断した状態で、足関節部の動脈圧測定とドップラー脈波を確認する事で、一期的な血行再建を行う事なく大腿動脈が結紮可能か否かの術中判断が容易であった。進行癌患者では考慮されてよい術式だと考える。

9 大腿部穿刺後の大腿動静脈瘻に対する手術経験と防止対策の検討

近畿大学医学部附属病院 心臓血管外科
小川達也, 金田敏夫, 井上剛裕, 松本光史
尾上雅彦, 北山仁士, 中本 進, 佐賀俊彦

最近10年間に、教室で経験した医原性大腿動静脈瘻は11例で、全例で発生部位を検討した。それらのうち4例が、深大腿動脈分岐部に、さらに4例が、浅大腿動脈で瘻孔形成を認めた。従来、浅大腿動脈は大腿静脈と前後関係にあり、穿刺によって動静脈瘻が生じやすいとされてきたが、より上位の分枝部で動静脈が接近、交差し始めた部位でも動静脈瘻を生じる可能性が示唆され、慎重な穿刺部位の決定が極めて重要であると思われた。

10 血友病Aを伴う左総腸骨動脈瘤に対し人工血管置換術を施行した1例

兵庫医科大学 胸部外科
田中宏衛, 八百英樹, 向井資正, 山村光弘
中川隆司, 良本政章, 稲井理仁, 吉岡良晃
鍛治正範, 宮本 巍

症例は65歳男性。39歳時に血友病Aと診断された。左臀部の疼痛を主訴に近医を受診し、骨盤造影CT検査で左大殿筋内出血と最大径30mmの左総腸骨動脈瘤を認めた。下腹部正中切開にて左総腸骨動脈人工血管置換術を施行した。術後出血の予防のため、第8因子製剤を術日より3日間6000単位/日で持続静注し、次の3日間は3000単位/日を持続投与し、以後漸減し術後15日目まで投与した。術後23日目に合併症なく軽快退院した。

11 下脛十二指腸動脈瘤の1手術例

大阪市立総合医療センター 心臓血管外科¹
同 消化器外科²
西 宏之¹, 宮本 覚¹, 南村弘佳¹, 石川 巧¹
村上忠弘¹, 加藤泰之¹, 大上賢祐¹, 清水幸宏¹
松山光春²

症例は51歳、男性。検診にて上腸間膜動脈に接する腫瘤を指摘。CT検査にて脛頭部下縁に径3cmの均一に造影される腫瘤を、血管造影検査にて下脛十二指腸動脈の起始部に動脈瘤を認め、下脛十二指腸動脈瘤と診断された。塞栓術は困難であるため、下脛十二指腸動脈瘤切除術を施行。動脈瘤は脛頭部下縁に存在し、周囲の流入、流出血管を結紮した後に瘤を切除した。術後経過は良好で血管造影でも問題なく、第12病日に退院となった。

12 95mmに達した破裂性膝窩動脈瘤

国立循環器病センター 心臓血管外科
沼田 智, 荻野 均, 佐々木啓明, 花房雄治
平田光博, 八木原俊克, 北村惣一郎

患者は73歳の男性。1月程前より右下肢の痛みと徐々に大腿部が拡大するのを自覚していた。CTにてrt Popliteal artery に最大短径95mmの瘤を認めた。瘤を切開すると、明らかにruptureした腔と真性瘤の腔に分かれていた。8mm Gelsoftにて置換した。術翌日に巨大な残存した瘤壁と腱組織によりgraftが圧迫されgraftが閉塞し再手術を要した。瘤壁を切除し、graftをSVGに変更し経過は順調である。

13 腸骨動脈領域のPalmaz stent 留置後、再手術の検討

綾部市立病院
渡辺太治, 白方秀二, 藤原郁也, 鴻巣 寛
沢辺保範

近年、閉塞性動脈硬化症に対し経皮的動脈拡張術やステント留置等の血管内治療が行われている。今回

我々は、腸骨動脈領域の閉塞性動脈硬化症 8 例に対しステント治療を施行し、4 例に再手術を行った。内膜解離 1 例とカテーテル挿入不能の 1 例に対し血栓内膜摘除術を、ステント閉塞の 1 例に対し Ao-F bypass を、急性動脈閉塞の 1 例に対し血栓摘除術を施行した。カテーテル操作、ステント留置位置等反省すべき点があった。

14 Tracheo-innominate artery fistula(TIF)の一手術救命例

国立大阪病院 心臓血管外科

文元建宇, 磯部文隆, 佐々木康之, 衣笠誠二

岩田圭司, 有元秀樹, 秦 広樹, 斎藤素子

気切孔と口腔内からの出血でショックとなり、血管造影検査で TIF と診断し、緊急手術を施行した。手術は胸骨正中切開で施行し腕頭動脈を単純遮断の後、瘻孔部分を自己心膜パッチにて閉鎖した。術後縦隔炎の発症もなく経過は良好であった。TIF の発症頻度は全気管切開中約 0.7% で、その救命率は著しく低い。今回我々は TIF の確定診断後に緊急手術で救命し得た症例を経験した。

15 複数大動脈分枝閉塞に対する一期的バイパス術の一例

岸和田徳洲会病院 心臓血管外科

畑田充俊, 東上震一, 森俊文, 岩橋正尋

富田雅史

Aortitis Syndrome の大動脈分枝閉塞に対するバイパス術を経験したので報告する。症例は 55 歳の女性でめまい、腹痛・下痢等の不定愁訴があり、上肢血圧の左右差、上下肢の血圧差を認めた。右腕頭動脈 95% 狭窄、腹腔動脈・上腸間膜動脈閉塞、terminal aortal 閉塞を認め、腎動脈下腹部大動脈 - 上腸間膜動脈バイパス術、腹部大動脈 - 両側外腸骨動脈バイパス術、左鎖骨下動脈 - 右鎖骨下動脈バイパス術を行い、術後、不定愁訴は消失し、全てのグラフトに良好な血流を認めた。

16 深部静脈血栓症の迅速な診断に血管エコーが有用であった 1 例

松尾循環器科クリニック

松尾 汎

76 歳男性が転倒し、右膝を打撲後、下腿腫脹。整形外科を受診するも局所処置のみで、下腿腫脹が持続。当院への初診時、直ちに緊急血管エコーを行い、血栓を認め「右膝窩静脈血栓症(DVT)」と診断。下腿血栓も認め、血管外科に紹介・入院とした。肺塞栓症を防止する為にも速やかな治療が必要であり、DVT 診断には迅速性が要求される。血管エコーは無侵襲で、簡便かつ迅速に「血栓の存在」を証明できる方法として有効であった。

17 再手術を頻回に必要とした下肢 ASO 症例に吻合部仮性動脈瘤を呈した一例

三木市民病院 心臓血管外科

林 太郎, 麻田達郎, 筋 隆, 井上 武

80 歳男性、主訴は右鼠径部拍動性腫瘍。下肢 ASO にて 70 歳時より合計 8 回の手術が行われた。今回平成 13 年 9 月より右鼠径部に腫瘍が出現し、11 月に当科にて吻合部仮性動脈瘤の診断のもと手術を行った。瘤は 30×25mm 大でグラフト - グラフトの吻合部より生じており、グラフトの劣化が原因と思われた。摘出グラフトの培養は陰性であった。原因グラフトを完全除去後、新たなバイパス術を行い、経過は良好で第 15 病日に軽快退院した。

18 残存 DB-IIIb 型解離に対し人工血管置換術後乳糜胸を発症した 1 例

桜橋渡辺病院 心臓血管外科

福井伸哉, 宮本裕治, 戸田宏一, 船津俊宏

大西健二

症例は 47 歳、男性で、遠位弓部～下行大動脈人工血管置換術を施行。経口摂取開始とともに、ドレーン排液量が増加し、絶食、TPN、ソマトスタチンを用いた保存的治療を開始。排液量に著変なく、第 13 病日に胸腔鏡下胸管クリッピングを施行。術後、若干のドレーン排液がみられたが、ソマトスタチンを併用し治癒した。本症例のように 1000ml/day を越えるような乳糜胸では保存的治療による改善は難しく、低侵襲である VATS が有用であった。

19 下行置換術後の中枢側吻合部仮性瘤に対する一手術例

国立循環器病センター

新妻ゆり子, 荻野 均, 佐々木啓明

花房雄治, 平田光博, 沼田 智, 安藤大三

症例は 52 歳男性。1987 年 DeBakey IIIb 型大動脈解離を発症し、1990 年下行置換術を施行した。2001 年遠位弓部の中枢側人工血管吻合部にそれまで認めなかった瘤形成を認め、全弓部置換術を施行した。仮性瘤の成因は前回中枢側吻合部に 3 針程組織のカッピングが発生したためと考えられた。術後 11 年後に吻合部に仮性瘤を形成した症例を経験したが、吻合部の形態変化に注意を払った定期的な follow up が必要と考えられた。

20 腹部大動脈瘤破裂術後急性期に虚血性腸炎・後腹膜腔膿瘍に対して追加手術を行い救命し得た 1 例

京都府立医科大学 心臓血管外科学教室

岡野高久, 佐藤伸一, 神田圭一, 松下 努

岡 克彦, 鳥田泰之, 夜久 均, 北村信夫

【症例】66 歳男性。腹部大動脈瘤破裂、ショック状態で緊急手術。腹部正中切開で開腹。瘤は腎動脈下で径 10cm 大、前面左側の裂口から出血認めた。Y 型人工血管置換術施行。左内腸骨動脈は閉塞し結紮、IMA は確

認出来ず。大量後腹膜腔血腫を可及的除去。6PODに虚血性腸炎にS状結腸切除人工肛門造設術，40PODに感染性後腹膜血腫にドレナージ術施行。【結語】破裂術後合併症(腸管虚血，感染性血腫)には早期診断，治療が重要である。

21 腹部大動脈十二指腸瘻の2治験例

天理よろづ相談所病院 心臓血管外科

松尾武彦，松本雅彦，杉田隆彰，西澤純一郎

松山克彦，徳田順之，吉田和則

症例1：71歳，男性。70歳時術後左総腸骨動脈仮性瘤に対してYグラフト置換。術1年後下血にて発症，GFSにて十二指腸に突出物あり，In-situ Yグラフト再置換を施行。症例2：63歳，男性。55歳時にAAA，61歳時にTAAAに対して人工血管置換術。吐下血で緊急入院。GFSにて十二指腸に突出物を認め，In-situ Iグラフト置換を施行。本症は上部，下部消化管出血で発症することが多く初期診断が重要と考えられた。

22 腹部大動脈瘤術後に合併した腸腰筋膿瘍及び乳糜瘻の1例

大阪市立大学第2外科，心臓血管外科

中平敦士，末広茂文，柴田利彦，平居秀和

熊野 浩，福井寿啓，青山孝信，生田剛士

阪口正則，柴台紀仁，木下博明

症例は腹部大動脈瘤に対しY字型人工血管を施行した77歳，男性。術16日後より発熱が出現，CTにて両側腸腰筋にair bubbles signを認め腸腰筋膿瘍と診断した。両側腋窩-大腿動脈バイパスを作成後，開腹，人工血管摘出，膿瘍ドレナージ，大網充填を施行した。炎症所見は消退したが，食事開始とともにドレーン排液が白濁した。乳糜腹水の診断のもとに約5週間の絶食治療を行い軽快した。両者とも術後合併症としては極めて稀と考えられた。

23 当院における合併症に対する再手術・追加手術症例の検討

兵庫県立淡路病院 外科

西川宏信，杉本貴樹，北出貴嗣，杉 利秀

高橋英幸，豊田泰弘，梅木雅彦，小山隆司

八田 健，栗栖 茂

平成12年5月より平成13年12月までの1年8カ月間に当院において経験した腹部大動脈以下の血管外科手術症例196例中に再手術・追加手術を行った例は6例であった。症例は腹部大動脈瘤術後の末梢吻合部瘤や内腸骨動脈瘤，右総腸骨動脈瘤術後の左総腸骨動脈瘤，左総腸骨動脈閉塞術後の右総腸骨動脈瘤，腋窩-大腿動脈バイパス術後の人工血管感染，糖尿病性壊疽術後の再増悪である。いずれも手術行い全例元気に退院した。

24 スtentグラフト内挿術を行ったハイリスク胸部大動脈瘤の1例

藤田保健衛生大学医学部 胸部外科¹

同 放射線科²

佐藤雅人¹，安藤太三¹，近藤ゆか¹，金子 完¹

武田 功¹，山下 満¹，加藤亮一²

複数の合併症を有し，Stentグラフト内挿術を行った胸部下行大動脈瘤の一症例を経験したので報告する。症例は，糖尿病性腎症(血液透析施行)，狭心症，甲状腺機能低下症の68歳女性。胸部下行大動脈に限局性の嚢状動脈瘤を認め，大動脈の石灰化が高度であった。瘤の部位，形状，複数の合併症を考慮して，Stentグラフト内挿術を行った。術後瘤は血栓化し，endoleakはなかった。神経学的異常もなく経過良好であった。

25 特発性大動脈穿孔に対してStentグラフト内挿術を施行した一例

京都府立医科大学 心臓血管外科

岡 克彦，岡野高久，神田圭一，佐藤伸一

北村信夫

48歳男性，突然心窩部から背部にかけて激しい痛みを自覚。胸部造影CTにて横隔膜上の下行大動脈周囲に血腫を指摘されたが明らかな瘤および解離病変を認めなかった。特発性大動脈穿孔の診断で保存的治療が行われ血腫の縮小傾向が認められたが，再破裂の可能性を考慮され当院紹介となった。特発性大動脈穿孔は稀な病態であるが未だ詳細不明であり，適応・治療法とも確立されていないが，我々はStentグラフト内挿術を選択した。

26 胸部・腹部大動脈瘤術後症例に対するStentグラフト内挿術の有用性

神戸大学大学院医学系研究科 心臓血管外科¹

同 放射線科²

辻 義彦¹，田中陽介¹，日野 裕¹，宗実 孝¹

北川敦士¹，松川 律¹，谷口尚範²，杉本幸司²

松田 均¹，築部卓郎¹，大北 裕¹

胸部・腹部大動脈瘤術後7症例に対してStentグラフト内挿術を施行した。その内訳は胸部大動脈瘤術後エレファントトランク固定3例，人工血管置換術後仮性瘤2例，Stentグラフト留置術後エンドリーク2例であった。全例とも合併症なく留置可能で，最長2年のフォローアップであるが順調に経過している。かかる症例に対するStentグラフト内挿術は従来の人工血管再置換術に比較して極めて低侵襲的であった。

27 ステントグラフト内挿術後の再手術

国立循環器病センター 心臓血管外科¹同 放射線科²藤田保健衛生大学 胸部外科³花房雄治¹, 荻野 均¹, 佐々木啓明¹平田光博¹, 沼田 智¹, 田中良一², 安藤太三³八木原俊克¹, 北村惣一郎¹

【対象】SG内挿術22例中、瘤拡大による再手術を要した3例(13.6%)について報告する。【症例1】87歳、女性。AAAに対してSG内挿術を施行。25カ月後に瘤破裂を認め、緊急Y-graftingを施行し、経過良好である。【症例2】89歳、男性。エンドリークによる瘤拡大に対してY-graftingを施行したが、術後MOFで死亡した。【症例3】80歳、男性。瘤拡大に対して下行置換を施行したが、第1病日に死亡した。【結語】SG内挿術後の再手術の成績は、high risk症例を中心に施行したため不良であった。

28 ステントグラフト内挿術後のエンドリークに対しステントグラフト摘出、人工血管置換術を施行した胸部下行大動脈瘤の一治験例

和歌山県立医科大学 第一外科

駒井宏好, 藤原慶一, 西村好晴, 山本修司

林 弘樹, 栗山雄幸, 岡村吉隆

症例は脳出血による左片麻痺のある53歳の男性。胸部下行大動脈の横隔膜直上に最大径5cmの嚢状瘤に対しダクロン人工血管縫着ニチノールステントを2度にわたって内挿されたがエンドリークが消失しなかったため、当科にて最初の内挿術から37日目に左開胸、開腹で手術を施行した。左大腿動静脈からの部分体外循環下に瘤を切開しステントグラフトを摘出し、人工血管で置換した。術後特に合併症もなく軽快退院した。

29 ステントグラフト挿入術における合併症とその外科的治療

関西医科大学 胸部心臓血管外科

宮本 隆, 大迫茂登彦, 藤井弘史, 藤原弘佳

角田智彦, 藤原祥司, 中尾佳永, 榎木千春

大谷 肇, 今村洋二

【目的】ステントグラフト(SG)治療における2合併症例を報告する。

【症例1】75歳男性。腹部大動脈瘤にSG挿入したがendoleakが残存。後日、腹部大動脈瘤破裂を発症し、人工血管置換術を施行、術後経過は良好であった。【症例2】76歳女性。胸部下行大動脈瘤にSG挿入を予定したが、カテーテル操作中に右外腸骨動脈離断を来し人工血管置換術を行ったが、術後広範囲腹部虚血による多臓器不全で失った。