

## 第 28 回 日本血管外科学会近畿地方会

会 期：2014 年 3 月 1 日(土)  
 会 場：神戸国際会館  
 会 長：向原 伸彦(兵庫県立姫路循環器病センター)

### 1 弓部置換後に人工血管弓部分枝の屈曲狭窄を来した一例

大阪市立大学 心臓血管外科

尾藤康行, 佐々木康之, 平居秀和, 細野光治, 中平敦士  
 末廣泰男, 賀来大輔, 窪田優子, 宮部 誠, 末廣茂文

症例は 36 歳男性。既往にベーチェット病を認めた。31 歳時に上行大動脈瘤に対して上行弓部置換を行った。3 年前より血圧の低下とふらつきが出現した。CT にて人工血管の腕頭、左総頸動脈分枝の起始部における高度の屈曲と、左鎖骨下動脈分枝の閉塞を認めた。手術は左右腋窩、右大腿動脈送血、右房脱血にて体外循環を確立し、選択的脳分離灌流併用循環停止下にリング付き人工血管にて 3 分枝の置換を行った。術後症状は改善した。

### 2 Stanford B 型大動脈解離の亜急性期に、malperfusion に対する手術を要した 1 例

京都府立医科大学 心臓血管外科

真鍋嘉一郎, 岡 克彦, 坂井 修, 渡辺太治, 山崎祥子  
 山本経尚, 神田圭一, 夜久 均

50 歳男性、B 型解離の診断で当院入院。Entry は遠位弓部に存在し、解離は大動脈終末部まで及んだ。腹腔動脈・上腸間膜動脈・両側腎動脈は真腔、下腸間膜動脈は偽腔灌流であった。開存した偽腔で真腔が著しく圧排されていたが、明らかな灌流障害の所見を認めず、保存的に経過をみた。補液で尿量は維持していたが次第にクレアチニン値は上昇し、これ以上の維持困難と判断して、発症 53 日目に血管内治療による手術を施行した。

### 3 A 型急性大動脈解離(AAD)術後遠隔期再手術のリスク分析

滋賀医科大学医学部付属病院

内藤志歩, 榎本匡秀, 近藤康生, 高島範之, 藤野 晋  
 池上博久, 木下 武, 乃田浩光, 鈴木友彰, 浅井 徹

【目的】AAD 初回手術後遠隔期再手術の危険因子を分析した。

【方法】2006 年 4 月以降 2012 年 10 月まで AAD に対し緊急手術を行った連続 108 例中、院内死亡 14 例を除外した遠隔期生存者 94 例を対象とし再手術リスク因子を検討した。【結果】14 名に対し 16 例再手術を施行した。術直後 CT 上遠位大動脈径 40 mm 以上、若年、人工心肺時間長期例が有意な危険因子として挙げられた。【結語】遠位大動脈径、若年齢、人工心肺時間延長症例においては再手術を鑑みたフォローアップの必要性が示唆された。

### 4 術後縦隔炎、人工血管感染に対し homograft にて再人工血管置換を行った一例

国立循環器病研究センター 心臓血管外科

古根川靖, 湊谷謙司, 松田 均, 佐々木哲明, 田中裕史  
 尾田達哉, 小林順二郎

症例は 85 歳女性。特記すべき既往歴なし。Stanford A 型急性

大動脈解離に対して緊急 Hemiarch 置換施行。術後、P. aeruginosa による縦隔炎、人工血管感染を発症。開胸洗浄、VAC 療法を 1 か月間継続後に homograft を用いた再 Hemiarch 置換、大網充填を施行した。病理組織診では摘出人工血管内からグラム陰性桿菌の細菌集塊を認めた。術後 1 年以上再発なく良好な結果を得たため報告する。

### 5 フットケアチームによる足病変発見からバイパス術に至った重症虚血肢の一治験例

関西医科大学附属滝井病院 末梢血管外科

山尾 順, 駒井宏好

当院では全入院患者に対しフットケアチーム(FT)による足病変スクリーニングを実施している。今回当システムにより発見されバイパス術にて治癒した症例を経験した。症例は 71 歳男性。糖尿病性網膜症にて眼科入院中、FT により右足趾皮膚潰瘍が発見された。評価の結果閉塞性動脈硬化症重症虚血と診断され右膝下膝窩-後脛骨動脈バイパス手術を行い治癒した。当システムは足病変早期発見、治療に有効に機能していると考えられた。

### 6 末梢動脈バイパス術における人工血管 FUSION の使用経験

神戸市立医療センター中央市民病院 心臓血管外科

小西康信, 佐地嘉章, 中村 健, 西矢健太, 左近慶人  
 福永直人, 金光ひでお, 小山忠明

FUSION は ePTFE とポリエステルの特性を併せ持つ新しい概念の人工血管である。ePTFE の外層にポリエステルニットが接着され、内腔は抗血栓性が高く外面は生体適合性に優れている。ポリエステル製と比べて操作性が良く、ePTFE 製と比べて縫合孔出血が少ない。最近我々は FUSION を用いた FP バイパスを 3 例、FF バイパスを 1 例経験した。いずれの症例も吻合部の止血は良好で、術後造影 CT の結果は問題なく、下肢症状は改善し、合併症なく退院した。

### 7 シャント PTA 静脈破裂に対し PTFE covered stent 内挿術が奏功した一例

伯鳳会赤穂中央病院 心臓血管外科<sup>1</sup>

同 放射線科<sup>2</sup>

小松弘明<sup>1</sup>, 北川敦士<sup>1</sup>, 佐藤卓也<sup>2</sup>, 長尾俊彦<sup>1</sup>

症例は 93 歳女性。慢性腎不全、長期臥床のため両上肢拘縮し、左大腿部に人工血管シャントを造設し透析を継続。シャント静脈狭窄に対して PTA 施行、静脈破裂を発症。バルーンによる止血は奏功せず、体位変換不能なため、PTA と同部位よりアクセスし、PTFE covered stent により破裂部を止血、bail out に成功した。術翌日よりシャントから透析施行、3 か月経過後もシャントは開存し、良好に経過している。

## 8 外傷性腹部大動脈損傷に対する救命例の検討

兵庫県立淡路医療センター 心臓血管外科<sup>1</sup>

同 放射線科<sup>2</sup>

荒瀬裕巳<sup>1</sup>, 江里口光太郎<sup>1</sup>, 坂平英樹<sup>1</sup>, 森本喜久<sup>1</sup>

杉本貴樹<sup>1</sup>, 魚谷健祐<sup>2</sup>, 濱中章洋<sup>2</sup>

【症例 1】66 歳男性, シートベルト外傷, 腹部大動脈分岐部に噴出性出血を認め, 緊急開腹術にて裂孔を閉鎖し, 4 日間の Open Abdomen の後, 閉腹した。【症例 2】70 歳女性, 転落外傷, 腰椎骨折端による腎動脈分岐上の腹部大動脈損傷を認め, 大動脈損傷部切除 + 端々吻合, 骨片除去を行った。【症例 3】70 歳男性, 牛に腹部を踏まれた。多量血腫と IMA の引き剥ぎ損傷を認め, SMA 経由のコイル塞栓術 + IMA 起始部の大動脈ステント留置を行った。3 例とも平均 2 週間で退院した。

## 9 当院にて経験した大動脈鞍状塞栓症の 3 症例

天理よろづ相談所病院 心臓血管外科

安水大介, 山中一朗, 仁科 健, 金光尚樹, 廣瀬圭一

水野明宏, 中塚大介, 堀裕 貴, 矢田 匡

大動脈鞍状塞栓症はいったん発症すると死亡率の高い疾患である。今回, 当院にて経験した 3 例を, 文献的考察を加えて報告する。症例 1: 66 歳女性, 突然の下肢痛を認め, 造影 CT にて診断, 手術施行も術後の MNMS に伴う MOF により POD 23 に死亡した。症例 2: 74 歳女性, 下肢痛を認め超音波検査にて診断され手術施行, 救肢に成功し POD 8 に転院となる。(CK max 17770) 症例 3: 72 歳男性, 下肢の色調の変化より診断, 手術施行, MNMS を発症したが救肢に成功し POD 145 に転院となる。(CK max 245350)

## 10 膝窩動脈外膜嚢腫に対する嚢腫切除術の一例

奈良県立医科大学 胸部・心臓血管外科

森田稔也, 多林伸起, 阿部毅寿, 早田義宏, 廣瀬友亮

山下慶悟, 平賀 俊, 谷口繁樹

78 歳, 女性。主訴は左下肢痛および冷感。平成 25 年夏頃より左下肢痛および冷感を自覚し近医を受診した。ABI の低下があり PAD を疑われたため CT 検査を施行された。左膝窩動脈遠位部の閉塞と診断され当科紹介となった。MRI, 超音波エコー検査で膝窩動脈外膜嚢腫と診断し手術の方針とした。嚢腫が全周性でなかったため, 外膜嚢腫切除術を施行し軽快退院となった。膝窩動脈外膜嚢腫に対する嚢腫切除術を経験したので報告する。

## 11 B 型急性大動脈解離破裂例に対する TEVAR 治療の 1 例

兵庫県立姫路循環器病センター 心臓血管外科<sup>1</sup>

同 放射線科<sup>2</sup>

幸田陽次郎<sup>1</sup>, 立石直毅<sup>1</sup>, 酒井麻里<sup>1</sup>, 邊見宗一郎<sup>1</sup>

大村篤史<sup>1</sup>, 南 一司<sup>1</sup>, 村上博久<sup>1</sup>, 本多 祐<sup>1</sup>, 吉田正人<sup>1</sup>

向原伸彦<sup>1</sup>, 川崎竜太<sup>2</sup>, 木下めぐみ<sup>2</sup>

症例は 62 歳, 男性。1 週間前からの胸痛が増悪し, 仕事継続が困難となったため, 救急要請。CT にて B 型急性大動脈解離の右胸腔への破裂と診断。合併症を有する B 型急性大動脈解離ということで緊急 TEVAR 施行。術後に両側下肢の筋力低下と膀胱直腸障害あり, MRI でも胸髄内に T2 で高信号域を認めたため, 脊髄虚血による対麻痺と診断。その後, リハビリで杖, 歩行器での平地歩行可能となり, 膀胱直腸障害も改善した。

## 12 TEVAR 術後に遅発性の非閉塞性腸管虚血(NOMI)を発症した 1 例

天理よろづ相談所病院

矢田 匡, 山中一朗, 仁科 健, 金光尚樹, 廣瀬圭一

水野明宏, 中塚大介, 堀裕 貴, 安水大介

症例は咯血を認めた 78 歳女性で遠位弓部大動脈瘤の診断にて受診された。準緊急に TX2 ステントを用い TEVAR を施行した。翌日に type1A の endleak を認め, 再度 TEVAR を施行した。術後 7 日目に下痢, 低血圧および対麻痺を認めた。造影 CT 検査にて腸管気腫や門脈気腫を認めたが, 器質的な閉塞はなく NOMI と診断した。緊急手術にて小腸切除術および人工肛門増設術を施行した。現在はリハビリ加療中である。TEVAR に伴う遅発性の NOMI につき文献的考察を含め報告する。

## 13 Distal bypass 術後リハビリテーション時にグラフト閉塞を来した 1 症例

大阪労災病院 心臓血管外科<sup>1</sup>

同 末梢血管外科<sup>2</sup>

三宅啓介<sup>1,2</sup>, 中村 隆<sup>2</sup>

症例は 32 歳男性。3 週間より左下肢痛自覚。近医受診し経過観察となるも, 疼痛の悪化, 左第 2 趾循環障害を認め当院救急搬送となった。左下肢動脈の広範囲血栓閉塞を認め, 血栓除去・SFA-PTA バイパス術(in-situ)を施行し, 状態は改善した。術後 15 日目, リハビリ中に下肢痛, グラフトの拍動消失を認め, 緊急でグラフト内血栓除去手術を施行した。リハビリ中の過伸展がグラフト閉塞を来したと考えられる稀な症例を経験したため報告する。

## 14 リステリア菌による感染性胸部大動脈瘤の一例

大阪市立総合医療センター 心臓血管外科

西村慎亮, 加藤泰之, 元木 学, 高橋洋介, 森崎晃正

柴田利彦

75 歳, 男性。既往歴に糖尿病がある。1 カ月前から発熱, 胸痛を自覚し, 血液培養は陰性であったが, CT で感染性胸部大動脈瘤が疑われ, 拡大傾向を認め手術となった。手術は弓部置換術, 大網充填術及び, 癒着により左肺上葉部分切除術を施行した。術中標本からリステリア菌を検出。セフェム系抗菌薬に自然耐性であり, SBT/ABPC 投与で良好な経過を得た。同菌は感染性動脈瘤の原因菌となることは稀であり, 症例報告する。

## 15 ガス壊疽による感染性胸腹部大動脈瘤に対する 1 手術例

神戸赤十字病院 / 兵庫県災害医療センター 心臓血管外科<sup>1</sup>

同 救急部<sup>2</sup>

原口知則<sup>1</sup>, 築部卓郎<sup>1</sup>, 松川 律<sup>1</sup>, 門脇嘉彦<sup>1</sup>

松山重成<sup>2</sup>, 中山伸一<sup>2</sup>, 小澤修一<sup>1</sup>, 小川恭一<sup>1</sup>

症例は 64 歳女性。右肩甲部にガス壊疽による壊死性筋膜炎と胸腹部大動脈周囲にガス像があり当院に搬送。急速に胸腹部大動脈瘤が拡大したために 2011 年 2 月に胸腹部大動脈瘤切除, 人工血管置換(腹部主要 4 分枝再建), 大網充填術を施行。その後, 結腸癌に対し切除術を施行した。術後 3 年の経過良好で他院外来通院中である。ガス壊疽による壊死性筋膜炎を合併した感染性大動脈瘤は稀で予後の悪い疾患であり, 文献的考察を加え発表する。

## 16 大動脈解離に対して TEVAR 施行後, 肺・椎体・食道へびらん形成を認めたグラフト感染の 1 例

国立循環器病研究センター心臓血管外科

川本尚紀, 田中裕史, 湊谷謙司, 松田 均, 佐々木啓明

尾田達哉, 井上陽介, 久保田沙耶香, 小林順二郎

79 歳女性。他院で大動脈解離に対して TEVAR 施行後, 略

血・グラフト周囲の下行大動脈の瘤化を認めため再度 TEVAR 施行. Ga シンチにて椎体・肺の炎症性変化が認められたが, その後軽快した. フォロー中に, 吐血を認め, GF で食道に隆起性病変が判明. 大動脈食道瘻を疑い, 下行大動脈全置換術・大網充填術施行. 術後 GF で食道の隆起性病変の消失. 感染兆候も消失.

#### 17 TEVAR 施行時に合併した逆行性上行大動脈解離の一例

田附興風会医学研究所北野病院心臓センター 心臓血管外科<sup>1</sup>  
同 循環器内科<sup>2</sup>

森島 学<sup>1</sup>, 飯田 淳<sup>1</sup>, 植山浩二<sup>1</sup>, 宮本昌一<sup>2</sup>

81歳女性. 弓部遠位嚢状瘤に対してステントグラフト内挿術施行. 中枢側に追加でバルーン拡張を行ったところステント近位部小弯側に解離形成を認めた. 術直後の造影CTにて, 逆行性上行大動脈解離を認めた. 真腔は圧排されていたものの偽腔がほぼ血栓閉塞しており血行動態も安定していたことから, 保命的加療の方針を選択した. 翌日のCTで偽腔の血栓閉塞および真腔の拡大を認め, その後再解離や拡大を認めずに経過した.

#### 18 右鎖骨下動脈起始異常を伴う胸部大動脈疾患に対するステントグラフト内挿術の治療経験

近畿大学医学部附属病院心臓血管外科

湯上晋太郎, 藤井公輔, 佐賀俊彦, 北山仁士, 金田敏夫  
中本 進, 小川達也, 札 琢磨, 西野貴子, 宮下直也  
上野 裕

右鎖骨下動脈起始異常を伴った胸部大動脈手術の際, その処理や術式選択に十分な注意が必要である. 今回, 我々は, 3例の右鎖骨下動脈起始異常を伴う症例を経験し, ステントグラフト内挿術を行った. 転落に伴う多発外傷, 弓部置換術後の右鎖骨下動脈バイパス吻合部の破綻の2例では緊急手術を行い, 良好な結果を得た. 血管輪により嚙下障害と嘔声を呈した1例でも, 著明な症状の改善を得た. これらを考察とともに報告する.

#### 19 肺穿破を来した胸部大動脈瘤破裂に対して TEVAR を施行した2治療例

和歌山県立医科大学 第一外科

仲井健朗, 西村好晴, 打田俊司, 本田賢太郎, 湯崎 充  
太田慎吾, 岡村吉隆

肺穿破を来した胸部大動脈瘤破裂の2例にTEVARを施行した.(症例1)84歳男性. 咯血で搬送. CTで弓部大動脈瘤破裂による肺穿破を認めた. 高齢かつ全身状態を考慮しtotal debranch TEVARを施行した. 術後, 合併症なく経過した.(症例2)78歳男性. 弓部全置換, open stent 術後の解離性大動脈瘤で経過観察中に咯血を認めた. 大動脈瘤破裂による肺穿破と診断, 下行大動脈にTEVARを施行した. 現在, 2例とも術後感染なく経過している.

#### 20 下血にて診断された内腸骨動静脈瘻の一例

京都第二赤十字病院 心臓血管外科

小林卓馬, 加久雄史, 山崎琢磨, 高 英成

80歳男性. 下血を主訴に来院. 左内腸骨動脈瘤を指摘され当科紹介. 造影CTにて内腸骨～総腸骨静脈の早期描出を認め, 左内腸骨動静脈瘻に伴う静脈瘤の消化管穿破と診断. 手術所見では動静脈瘻にて静脈は拡張・瘤化. 動静脈瘻の位置の同定は不可であった. 内腸骨動脈の中枢側, 末梢側を結紮し空置, 瘤からの分枝は可及的に結紮した. 静脈瘤と動脈瘤の拍動は触知できなくなり, 静脈への流入はなくなったものと判断し手術を終了.

#### 21 EVAR 後, 瘤径縮小したが破裂した2例

兵庫医科大学 心臓血管外科

梶山哲也, 光野正孝, 山村光弘, 田中宏衛, 良本政章  
福井伸哉, 辻家紀子, 宮本裕治

症例1: EVAR(Zenith)後34カ月で瘤径は46mm→35mmと縮小していたが, その1カ月後に破裂. 血管内治療を行ったが, type II endoleak が残存していたため開腹手術を施行した. 症例2: EVAR(Excluder)後36カ月で瘤径は47mm→32mmまで縮小していた. 42カ月目にtype Ib endoleak による破裂を来したが, 血管内治療(脚延長)を施行. いずれも救命できた.

#### 22 腹部大動脈瘤により SMA 症候群を来した1手術例

和歌山県立医科大学付属病院 第1外科

湯崎 充, 西村好晴, 打田俊司, 本田賢太郎, 仲井健朗  
岡村吉隆

症例は75歳男性. 嘔吐を主訴に救急受診. 腹部CTにて96mmのAAAを認め, 十二指腸水平脚がAAAとSMAの間で圧排されていた. 消化管造影でも, 胃, 十二指腸下行脚の拡張と, 十二指腸水平脚での通過障害がありAAAによるSMA症候群と考えられた. 経鼻胃管で数日減圧した後に, 人工血管置換術を行った. 術後経過は良好で, 5日目より食事可能となり, 20日目に退院となった.

#### 23 タイプIIエンドリークに対するコイル塞栓術後の Clostridium difficile 腹部大動脈瘤感染

市立長浜病院 心臓血管外科

岡田泰司, 洞井和彦, 鄒 貴光, 曾我欣治

症例は85歳女性. 腹部大動脈瘤でEVAR(Gore Excluder)+右内腸骨動脈コイル塞栓術を施行後タイプIIエンドリークがあり, 術後10カ月後に瘤拡大により経動脈的塞栓術を行った. しかし, 術後コイル感染が疑われて緊急開腹手術を行い, ステントグラフト除去は要せず, 可及的デブリドマン, 大網充填施行して改善を得た. 瘤内の膿のみからClostridium difficile が検出された. 術後57日目に化学療法後, 軽快退院となり, 現在まで感染の再燃は認めていない.

#### 24 傍腎動脈腹部大動脈瘤に対するハイブリッド手術の1治療例

大阪医科大学附属病院 心臓血管外科

本橋宜和, 島田 亮, 小西隼人, 福原慎二, 打田裕明  
禹 英喜, 神吉佐智子, 大門雅広, 小澤英樹  
根本慎太郎, 勝間田敬弘

74歳男性. 慢性腎不全(Cre: 2.2 mg/dl)の患者. 左腎動脈直下嚢状瘤を伴う傍腎動脈腹部大動脈瘤(最大径55mm)に対して, 後腹膜アプローチによる人工心肺を用いた人工血管置換術を予定した. 左大腿静脈からの脱血管挿入時にガイドワイヤーが血管外穿孔した. このため術式を変更し, 左外腸骨動脈-左腎動脈バイパス術を行い, 2期的にEVARを行った.

#### 25 難治性下肢静脈不全に対する総腸骨動脈切除手術

ツカザキ病院 心臓血管外科

三井秀也, 山田幸夫

【目的】腸骨動脈による腸骨静脈の圧迫が原因と思われる下肢静脈不全は古来, May-Thurner 症候群として認知されているが, その治療は海外では, ステント治療が主体である. この病態に対して, 総腸骨動脈切除, 総腸骨静脈圧迫解除手術を考案した. 【症例】75歳, 女性右側下腿潰瘍を14年前に発症し, 他院においてストリッピング手術, レーザー焼灼術, SEPS, 潰瘍治療に対して骨髓細胞注入療法等により治療されたが治らなかった. 【画像所見】造影CTでは両総腸骨動脈による両総腸骨

静脈の圧迫，狭窄が認められた。【手術】両総腸骨動脈を切除しバイパス手術を行った。【成績】潰瘍が，術後4週間で完治した。【結論】現在の静脈ステントが使えない状況においては，難治性の深部静脈血栓症後症候群として保存的術以外のオプションとして，この術式は意義があると考えられる。

## 26 外腸骨動脈閉塞に対する EVT 時の血管損傷の一例

神戸大学大学院医学研究科 心臓血管外科

陽川孝樹，野村佳克，山中勝弘，深瀬圭吾，村上 優，後竹康子，小原大見，井澤直人，松枝 崇，宮原俊介，坂本敏仁，井上 武，松森正術，岡田健次，大北 裕

症例は69歳，女性。前医にて子宮体癌術後に陰断端瘻を併発した。加療中に両側外腸骨動脈が閉塞し，EVTが施行された。左EIAをガイドワイヤーにて損傷し当院に搬送となる。CTで陰断端瘻は治癒しておらず，後腹膜膿瘍を認め出血は陰断端瘻から排出されていた。人工血管による血行再建を考慮したが，感染のため止血無く血管を結紮し止血を行った。術前のCTが有用であり，感染を有する腸骨動脈損傷を経験したので報告する。

## 27 内腸骨動脈感染性動脈瘤の一例

神戸大学大学院医学研究科 心臓血管外科

村上 優，野村佳克，山中勝弘，深瀬圭吾，陽川孝樹，後竹康子，小原大見，井澤直人，松枝 崇，宮原俊介，坂本敏仁，井上武，松森正術，岡田健次，大北 裕

症例は77歳，女性。1カ月前から発熱あり。CRP 31.7 mg/dlと高値で前医のCTで左内腸骨動脈に40 mm大の仮性瘤形成を認め，当院に搬送となる。感染性動脈瘤と診断し緊急手術となる。手術所見は，同部に膿瘍形成を認めたが抗生剤を使用のため培養は院生であった。瘤を可及的に切除し断端閉鎖後，大網充填を行った。現在も感染の再燃なく経過している。感染性内腸骨動脈瘤を経験したので文献的考察を加え報告する。

## 28 加古川東市民病院における重症虚血肢に対する取り組み

加古川東市民病院心臓 血管外科<sup>1</sup>

同 循環器内科<sup>2</sup>

同 形成外科<sup>3</sup>

泉 聡<sup>1</sup>，脇山英丘<sup>1</sup>，大保英文<sup>1</sup>，中村浩彰<sup>2</sup>

岩谷博篤<sup>3</sup>，前田 翔<sup>3</sup>

2012年7月～2013年10月の重症虚血肢51例が対象。Rutherford分類4:12例，5:34例，6:5例。血行再建は，血管内治療単独43例，外科手術単独3例，血管内治療+外科手術5例。小切断13例，大切断1例。15カ月の生存率は82%であった。心臓血管外科，循環器内科，形成外科医師及びコメディカルスタッフが連携を図り，結果的に良好な大切断回避率が得られた。

## 29 広範囲虚血性潰瘍に対して足部バイパス術および Transmetatarsal amputation (TMA) を行った1例

新須磨病院 外科<sup>1</sup>

同 形成外科<sup>2</sup>

北野育郎<sup>1</sup>，辻 義彦<sup>1</sup>，辻 依子<sup>2</sup>，長谷川弘毅<sup>2</sup>

倉本康世<sup>2</sup>

広範囲な潰瘍壊死を伴った重症下肢虚血(CLI)においては，血行再建術後に足部切断術が必要になってくる。この際，血行再建術後の血流保持および歩行機能維持の為には，Transmetatarsal amputation(横断的中足骨切除術)が有用と考える。今回足背，後脛骨動脈バイパス術後にTMAを施行し，歩行機能を温存できた症例を報告する。

## 30 急性下肢虚血が初発症状であった膝窩動脈瘤の1例

関西医科大学病院 血管外科

中谷和義，良田大典，坂口達馬，渋谷 卓

70歳，男性。2日前に突然右下腿の間歇性跛行が出現。安静時疼痛に進行し受診した。右下腿は著明な圧痛有り。運動麻痺，知覚障害は認めず。PTA，ATAともドップラー信号は聴取不能。右膝背側に拍動性腫瘤を触知した。臨床診断は急性下肢虚血ALI Grade IIb。CTAで血栓閉塞性膝窩動脈瘤と診断し同日，自家静脈による浅大腿動脈-後脛骨動脈バイパス術を行った。瘤は結紮空置した。術後安静時痛は消失，12日目に独歩退院となった。

## 31 腹部限局型大動脈解離の1例

関西医科大学病院 血管外科

良田大典，坂口達馬，中谷和義，渋谷 卓

70歳，男性。主訴は間歇性跛行。下肢症状は2カ月前に出現し次第に増悪，初診時は20mで右下肢疼痛が出現。また同時期より難治性の下痢症状があった。ABIは右0.45，左0.93。CTAでは腎動脈下腹部大動脈から腸骨動脈に及ぶ大動脈解離を認め，右腸骨動脈は真腔が圧排され閉塞，IMA起始も偽腔により狭窄していた。手術は腎動脈下腹部大動脈Y型人工血管置換術，IMA再建術を行った。術後経過は良好で，間歇性跛行，下痢症状とも消失した。

## 32 inflow 確保に一考を要した distal bypass の一例

京都医療センター 血管外科

浅田秀典，吉良浩勝

症例は79歳女性。糖尿病を合併したPADで左足部の虚血壊死をきたしていた。動脈病変部位は左総腸骨動脈から浅大腿動脈までの完全閉塞の他，深大腿動脈閉塞および下腿動脈の完全閉塞でinflow確保に苦慮した。最終的に人工血管を用いた右外腸骨動脈-左大腿動脈分枝(側側吻合)-左膝上膝窩動脈cross overバイパスおよび膝上人工血管-終末後脛骨動脈バイパス(spliced vein graft)を行い救肢が得られた。術後1年経過，現在もグラフトは開存している。

## 33 急性A型大動脈解離に対し Total arch 術後3年目に Reimplantation を行った Marfan 症候群の1例一位相差 X線 CT 法による大動脈壁微細構造所見を中心に

神戸赤十字病院/兵庫県災害医療センター 心臓血管外科<sup>1</sup>

神戸大学病院 心臓血管外科<sup>2</sup>

松川 律<sup>1</sup>，築部卓郎<sup>1</sup>，原口知則<sup>1</sup>，小澤修一<sup>1</sup>

小川恭一<sup>1</sup>，大北 裕<sup>2</sup>

症例は42歳男性Marfan症候群。2011年2月に急性A型大動脈解離を発症し緊急手術施行(上行弓部大動脈全置換術+Elephant trunk installation)。経過観察中にAAEの拡大傾向があり，2013年7月に自己弁温存大動脈基部再建術(reimplantation法)が施行され，術後経過は良好である。位相差X線CT法所見では初回ならびに今回手術時に採取された大動脈壁構造はいずれも中膜内の層状密度変化を認めた。Marfan症候群における大動脈壁構造について報告する。

## 34 ASO に対するハイブリット治療の成績

国立循環器病研究センター 心臓血管外科

尾田達哉，湊谷謙司，松田 均，佐々木啓明，田中裕史

斎藤正博，井上陽介，古根川靖，小曳順平

久保田沙弥香，川本尚紀，小林順二郎

大腿動脈病変を合併した腸骨動脈領域の閉塞性動脈硬化症(ASO)に大腿動脈形成術を併用した血管内治療(EVT)を行っている。2008年以降，大腿動脈形成術+腸骨動脈EVT症例14例

を対象(平均72.7歳). 平均追跡期間は1.8年. 同部位の再手術症例はなし. 1例で3年後に追加EVT施行. 13例で現在症状なく経過. 本疾患に対してのハイブリット治療は良好な成績であった.

### 35 大腿静脈原発平滑筋肉腫に対して腫瘍摘出ならびに静脈再建を施行した1例

済生会和歌山病院<sup>1</sup>

和歌山県立医科大学付属病院<sup>2</sup>

國本秀樹<sup>1</sup>, 栗山雄幸<sup>1</sup>, 岩橋正尋<sup>1</sup>, 岡村吉隆<sup>2</sup>

症例は75歳, 女性. 右下肢静脈瘤と皮膚炎のため受診. エコー検査では, 総大腿静脈合流部近傍の浅大腿静脈に腫瘍性病変を認め, その末梢で浅大腿静脈は閉塞していた. 診断・治療目的で手術を施行. 術中所見では浅大腿静脈内に境界明瞭な腫瘍性病変を認めた. 腫瘍末梢で浅大腿静脈は結紮, 大伏在静脈分枝を用いて総・深大腿静脈をバイパスした. 病理結果は平滑筋肉腫で, 肉眼的に断端陽性の可能性を指摘されたため追加切除を施行.

### 36 骨髓炎に対する鎖骨部分切除術後に生じた鎖骨下動脈瘤の1例

兵庫県立尼崎病院心臓センター 心臓血管外科

羽室 護, 川崎有亮, 夫津木綾乃, 吉澤康祐, 石道基典  
大野暢久, 藤原慶一

症例は80歳男性. 左上肢の色調変化と痺れを主訴に救急受診し, 左鎖骨下動脈瘤と同部位の急性血栓閉塞と診断され, 同日, 緊急血栓除去を行った. 骨髓炎に対する左鎖骨部分切除の既往があり, 動脈瘤の成因として偏位した鎖骨断端との関連が疑われた. 後日, 鎖骨下動脈瘤切除+人工血管置換, 鎖骨追加切除を行った. 病理診断では, 外膜の線維増生や細血管増生を認め, 鎖骨切除後の癒着や血管壁脆弱化が動脈瘤の成因と考えられた.

### 37 浅側頭動脈瘤の一例

神戸労災病院 心臓血管外科

佐藤雅信, 小澤優道, 井上享三, 尾崎喜就, 脇田 昇

症例は73歳女性. 左側頭部に拍動性腫瘍を認め, 当科受診となった. 腫瘍は径15mm, 弾性やや軟, 精査により左浅側頭動脈瘤との診断で, 動脈瘤摘出術を施行した. 手術は, 局所麻酔下で, 浅側頭動脈直上に6cmの皮膚切開を加え, 瘤を露出, 流入血管1本と流出血管1本を遮断, 瘤を摘出, 流入血管と流出血管を端々吻合で再建を行った. 吻合後の拍動は良好. 病理所見で, 血管炎などを疑う所見はなく, 真性瘤と診断された.

### 38 血腫圧迫による前腕循環障害を伴った破裂性上腕動脈瘤

国立病院機構大阪医療センター 心臓血管外科<sup>1</sup>

同 整形外科<sup>2</sup>

中村優貴<sup>1</sup>, 須原 均<sup>1</sup>, 中江昌郎<sup>1</sup>, 高橋俊樹<sup>1</sup>

久田原郁夫<sup>2</sup>

上腕動脈瘤は稀で, 破裂例はさらに少ない. 今回, 破裂性上腕動脈瘤を経験した. 73歳男性. 1カ月前から右上腕の腫脹を自覚, 徐々に増大を認め, 当科紹介. 直近のカテーテル検査, 外傷既往はなし. 末梢上腕動脈は触知不可. 術前検査から60mm大の上腕動脈瘤の診断であった. 瘤内血腫を除去すると動脈後壁のみ残存した上腕動脈瘤破裂であった. 大伏在静脈を用いてバイパス術を施行, 末梢循環良好, 経過は良好であった.