

第 42 回 日本血管外科学会中国四国地方会

会 期：2011年8月6日(土)
 会 場：米子全日空ホテル(鳥取県米子市)
 会 長：西村 元延(鳥取大学医学部器官再生外科学)

<特別講演>

低侵襲大動脈治療における新たな挑戦

大阪大学医学部附属病院 心臓血管外科
 倉谷 徹, 澤 芳樹

<一般演題>

1 重症虚血肢に対する下腿, 足関節バイパスの長期成績

松山赤十字病院 血管外科
 大峰高広, 山岡輝年

<目的>重症虚血肢に対する下腿, 足関節バイパスの長期成績を報告する。<方法>対象は2006年11月~2011年3月にFontaine 3・4度に対し下腿, 足関節バイパスを行った55例60肢で, 男39例, 女16例, 平均72.9歳であった。併存症は高血圧94.5% 糖尿病76.4% 高脂血症38.2% 虚血性心疾患52.7% 脳血管障害23.6% 維持透析40.0%であった。使用グラフトは58肢で自家静脈を用い2肢は人工血管を用いた。<結果>平均観察期間は19カ月で術死・在院死は認めなかった。一次開存率は, 2年54.5% 4年54.5%, 二次開存率は, 2年71.6% 4年71.6%で, 救肢率は, 2年92.3% 4年86.9%, 生存率は2年73.1% 4年65.0%であった。非大切断生存率は2年66.7% 4年55.8%であった。<結論>重症虚血肢に対する下腿, 足関節バイパスは維持透析例では非維持透析例と比較して切断率が高いものの, 概ね良好な成績であり積極的な血行再建を行うことで救肢が期待できる。

2 誘因なく発症した殿筋内血腫の1例

川崎医科大学 心臓血管外科¹
 同 放射線科²

柚木靖弘¹, 正木久男¹, 田淵 篤¹, 久保裕司¹
 滝内宏樹¹, 久保陽司¹, 種本和雄¹, 渡部 茂²

とくに外傷等の誘因の認められない殿筋内血腫の1例を経験した。70歳台, 男性。左殿部の皮下出血斑が出現し徐々に疼痛を伴うようになったため当科紹介受診となった。過去に右深大腿動脈瘤と右膝窩動脈瘤に対して瘤切除・再建術, また右内腸骨動脈瘤に対して瘤切除術の既往を有する。チクロピジンとワルファリンを内服中。造影CTにて左殿部に巨大な血腫を認め, 造影剤のextravasationを認める。緊急の血管造影

にて左上殿動脈の分枝が不整で, 出血を疑った。ヒストアクリルトリピオドールで塞栓し止血を行った。術直後より疼痛軽減が得られた。術後6日目のfollow-upの造影CTにて造影剤のextravasationは見られず, 血腫の縮小が認められた。術後6カ月を経過したが, とくに再発は見られない。本症例の臨床経過を文献的考察を加えて報告する。

3 患肢大静脈遮断下CHDFの術中施行によりMNMSを回避・救肢できた虚血肢急性増悪の1例

高知大学医学部 外科学講座 2

近藤庸夫, 西森秀明, 福富 敬, 割石精一郎
 山本正樹, 木原一樹, 渡橋和政

【症例】79歳, 男性。2カ月前より閉塞性動脈硬化症に伴う右足趾潰瘍に対して保存的加療されていた。CTでびまん性高度狭窄を認めており, 右大腿動脈-膝窩動脈バイパス術目的に入院となった。待機的手術を予定していたが, 患側下腿の冷感・チアノーゼの出現, 壊死の進行に伴い, 血液検査でCK 3300U/Lと上昇を認めた。虚血肢の急性増悪と診断し, 緊急手術を施行した。【手術】患肢大腿静脈を剝離後, 遮断。その末梢側に向けて留置カテーテルを挿入・脱血, 対側大腿静脈返血するCHDFを開始。血行再建は, 右大腿動脈-膝下部膝窩動脈バイパス術を施行した。【まとめ】術中血行再建前より患肢大腿静脈を遮断し, CHDFを施行する方法はMyonephropathic metabolic syndromeを回避し, 救肢する補助手段として有用であった。

4 血管内治療を行った両下肢壊疽を伴う高位腹部大動脈閉塞の1例

岡山市立市民病院 血管外科

寺本 淳, 松前 大

症例は70歳男性。主訴は両下肢の壊疽であった。平成23年5月2日両足のチアノーゼ, 冷感に気づかれ, 5月6日当科紹介入院となった。画像診断で腹部大動脈閉塞であった。両下肢とも重症虚血肢状態であった。同日局所麻酔下に血管内治療を行った。造影すると腹部大動脈は高位で閉塞, 両腸骨動脈も全長にわたって閉塞していた。ガイドワイヤーが閉塞部を通過したので, 下腸間膜動脈の直下から両側の外腸骨動脈の末梢まで合計4個のSMART stentを置いた。術後

両側のソケイ部の拍動は良く触れるようになり、右下肢の ABI 1.11 と改善したが、左下肢の虚血は改善しなかった。5 月 12 日全身麻酔下に左下肢を膝上で切断した。術後経過は順調で、5 月 23 日退院した。高位腹部大動脈閉塞でも血管内治療は可能である。

5 鈍的外傷による膝窩動脈解離の 1 例

鳥取県立厚生病院 外科

岸本 諭, 田中裕子, 兒玉 渉, 浜崎尚文
吹野俊介

69 歳男性。ワイヤーと竹で両下腿を挟まれ受傷。他院で精査され右足趾の血流障害、造影 CT で膝窩動脈途絶を認めたが、症状軽快し経過観察。翌日の再検査で膝窩動脈は再開通していたが、狭窄が高度で当科紹介となる。エコー、血管造影で膝窩動脈全体に解離を認めたが、造影遅延なく症状も改善したため、当科でも経過観察とした。6 日目のエコーで解離は消失。造影 CT でも解離は軽快していた。

6 F-P バイパス後の人工血管吻合部瘤により急性膝窩動脈閉塞を来した 1 例

中国労災病院 心臓血管外科

酒井 浩, 季白雅文, 石井 修

症例は 70 歳男性。15 年前に両側大腿動脈-膝上膝窩動脈 bypass を施行された。3 カ月前、左側人工血管閉塞と診断。抗凝固療法にて症状改善していたが、その後左下腿に激痛出現。DSA にて左膝窩動脈の閉塞を認めた。CT にて膝窩に吻合部瘤を認め、第 22 病日、膝窩動脈の再開通を得たため、大伏在静脈を使用し、瘤切除、人工血管切除、左再バイパス術(膝上)を施行した。末梢側吻合部瘤を形成し、急性動脈閉塞を来した症例を経験したため報告する。

7 内シャント瘤に対し、瘤切除および血管形成を施行した 1 例

鳥取大学 器官再生外科学

白谷 卓, 佐伯宗弘, 小林 太, 大月優貴
藤原義和, 丸本明彬, 中村嘉伸, 西村元延

シャント瘤は皮膚潰瘍や破裂の危険があり、瘤が増大してきた場合手術が考慮される。このたびシャント瘤に対し、瘤切除およびシャント血管形成を施行した 1 症例を経験したので報告する。症例は 47 歳男性。腎硬化症による末期腎不全に対し、左前腕に内シャントを造設され 2000 年血液透析を導入した。数年後より吻合部近傍の流出静脈の一部が瘤状に拡張した。瘤は増大傾向を認め、最大径 5 cm となったため当科紹介となった。シャント瘤を全周性に剝離したのち瘤を切断し、長さをおわせて後壁を形成した。ネラトンチューブを血管内に留置し、ガイドとして血管形成を行った。術後のシャントフローは良好で、前腕の膨隆は消失した。本法ではシャント血管を温存できること、感染や閉塞のリスクの高い人工血管の使用を避けることができるというメリットがあった。今後、内

シャント瘤に対し、瘤切除および血管形成術は有用な術式となりうることを示唆された。

8 浅大腿動脈 CTO 病変に対し大伏在静脈を用いた膝下 in-situ F-P バイパスを施行した 1 例

鳥取県済生会境港総合病院 外科

原田真吾, 玉井伸幸, 辻本 実, 丸山茂樹

症例は 72 歳、男性。平成 18 年 9 月、左下腿痛・チアノーゼを主訴に当科初診となった。精査にて左浅大腿動脈末梢～膝窩動脈の CTO 病変を認め、同部位の血栓除去+パッチ形成術を施行した。翌平成 19 年 2 月頃より患肢の ABI の低下を認め、精査にて同部位の狭窄を認めたため、同年 5 月に PTA + ステント留置を施行した。しかしながら、平成 19 年 10 月に再度 ABI 低下を認め、ステント留置部位の完全閉塞を認めた。そこで浅大腿動脈と膝下の膝窩動脈を、弁カッターを使用し大伏在静脈を用いて in-situ F-P バイパスを施行した。術後、平成 20 年 3 月・6 月とグラフトの血栓閉塞を生じたものの、緊急に血栓除去+PTA を施行し、その後 ABI は 0.8~0.9 程度を推移し、現在に至るまで良好に経過している。自家静脈を用いた血行再建は、限られた静脈を使用するため、再手術が困難となる場合が多く、外来での厳重なフォローアップが重要と考えられる。今回、若干の文献的考察を加え、報告する。

9 大腿-膝窩動脈バイパス人工血管感染に対して非解剖学的ルートによる前脛骨動脈へのバイパスを施行した 1 例

川崎医科大学 心臓血管外科

田村太志, 正木久男, 田淵 篤, 柚木靖弘
久保裕司, 久保陽司, 滝内宏樹, 西川幸作
種本和雄

症例は 70 歳代の男性。他院にて人工血管による両側大腿-膝上部膝窩動脈バイパスを施行。2008 年 3 月左下肢の人工血管感染にて人工血管抜去、再バイパスを施行。2010 年 4 月右下肢の人工血管感染にて人工血管抜去したが、虚血が進行し、1 日後、非解剖学的ルート(大腿部外側から膝下前面)による右大腿-前脛骨動脈バイパスを施行。現在術後 6 カ月であるが、現在感染の兆候もなく経過良好で外来通院中である。

10 腎動脈発生異常を合併した感染性腹部大動脈瘤の 1 例

山口大学医学部 器官病態外科

山下 修, 村上雅憲, 末廣晃太郎, 森景則保
吉村耕一, 濱野公一

感染性動脈瘤は非常に希な疾患であるが、合併症罹患率及び死亡率の高い重篤な疾患であり、この術式には現在も確立した見解はない。今回われわれは腎動脈発生異常を合併した症例を経験し、腎機能低下を来すことなく血行再建を行い良好な結果を得たので報告する。60 歳、男性。MRSA が起因菌である化膿性脊椎

炎・腸腰筋膿瘍を合併したMAAAを認め、意識不明で当院搬送となった。CT検査で、終末大動脈に右側に突出する嚢状瘤と周囲軟部影の増強を認めた。左腎臓は骨盤内にmalpositionしており、両側総腸骨動脈の根部から2本の腎動脈がそれぞれ分岐していた。感染組織全切除には長時間の同腎動脈遮断が予想された。したがって、大動脈遮断部の中枢側の大動脈にカニューレーションし、これをin flowとして2本の左腎動脈を還流、外シャントによる血流維持を行った。解剖学的血行再建の後に、腎動脈再建・大網被覆を行った。これまでに感染の再燃は認めていない。

11 Segmental arterial mediolysis(SAM)が疑われた総肝動脈瘤切迫破裂に対して、瘤切除および大伏在静脈によるbypass術を施行した一例

鳥根大学医学部付属病院 循環器・呼吸器外科¹

同 病理部器官病学講座²

金築一摩¹, 織田禎二¹, 横山真雄¹, 伊藤 恵¹

清水弘治¹, 今井健介¹, 末廣章一¹, 花田智樹¹

丸山理留敬²

症例は31歳、男性。昼食後より突然の悪心、嘔吐を伴う心窩部痛が出現。造影CTにて総肝動脈が15mmと拡大。保存的加療にて一旦退院。3週間後、再び心窩部痛出現。瘤径拡大あり、緊急手術施行。総肝動脈は脾動脈分岐部から固有肝動脈まで瘤化。瘤内は一部解離様で器質化血栓を認めた。大伏在静脈にて脾動脈から左右肝動脈にbypass。病理にて中膜に弾性線維の断裂と粘液変性を伴う中膜壊死を認め、SAMと考えられた。

12 血管内治療を行った上腸間膜動脈塞栓症の一例

岡山市立市民病院 血管内治療センター

松前 大, 寺本 淳

症例は68歳男性、主訴は腹痛であった。平成23年4月13日腹痛が出現し、4月14日腹痛の増強に伴い当科へ救急搬送された。造影CTにて上腸間膜動脈塞栓症および左腎動脈塞栓症と診断された。同日局所麻酔下に左肘からアプローチしてSMAおよびその分枝に5×18mm、6×19mm、5×15mmのステントを置いた。術後経過は順調で、4月25日退院した。

13 Chronic Contained Rupture を来していた腎動脈下腹部大動脈瘤の治療経験

鳥根県立中央病院 心臓血管外科

上平 聡, 山内正信, 北野忠志, 中山健吾

症例は84歳、女性、本年2月中旬に脳出血にて近隣病院へ救急搬送され保存的治療。1カ月後スクリーニング目的で施行されたCTで、最大横径110mmの腎動脈下腹部大動脈瘤が判明し当科転院となった。血行動態は安定し破裂を疑わせる自覚症状は過去においても皆無であった。CTでは右側に高度屈曲した動脈瘤であり左方に巨大な仮性瘤を形成していた。血液検査上でFDP、D-ダイマーが高度亢進していたが、出血

傾向はなかった。当科転院後に徐々に貧血が進行するため、準緊急的に手術を施行した。IFU適応外症例(高度屈曲+Short neck)であったが、Excluderを用いて、Endo-wedge法+Snorkel法(左腎動脈Stent留置)で全麻下にステントグラフト内挿術が施行された。2週間後のCTでendoleakを認めず、神経学的症状を悪化させることなくリハビリテーション病院に転院となった。本症例につき、手術時期や手技について文献的考察を加えて報告する。

14 腹部大動脈瘤人工血管置換術後の吻合部十二指腸瘻に対して、ステントグラフト治療が奏功した1例

鳥取大学医学部付属病院 心臓血管外科

大月優貴, 白谷 卓, 藤原義和, 佐伯宗弘

丸本明彬, 中村嘉伸, 西村元延

症例は74歳男性、主訴は下血、意識消失。2007年12月腎動脈下腹部大動脈瘤に対して、人工血管置換術施行。2010年9月多量の下血、意識消失を認め、当院救急搬送。病院搬入時、収縮期血圧90mmHgと、ショック状態であった。緊急CTにて、十二指腸水平脚レベルで、人工血管の中核側吻合部周囲に不整形の低吸収域があり、また大動脈の外への造影剤の流出、腸管外にairを認めたため、吻合部十二指腸瘻と診断。救命のため、ステントグラフト内挿術施行。リーク部にExcluder Aortic cuffを3個留置し、リークは消失した。術後、絶食、中心静脈栄養管理とし、4週目に開腹し、十二指腸穿孔部を切除し再建。この時、大動脈周囲には感染徴候無かったため、吻合部を補強し、さらに大網充填を行い、手術終了。術後10カ月経過するが、感染徴候無く経過している。

15 破裂性腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術(r-EVAR)の3例

香川県立中央病院 心臓血管外科¹

同 放射線科²

青木 淳¹, 末澤孝徳¹, 櫻井 淳², 古谷光久¹

多胡 護¹

3例のr-EVARを経験した。症例1は74歳女性。Excluderを留置し、腹部コンパートメント症候群に対して穿刺ドレナージを施行、生存退院。症例2は84歳女性。ガイドワイヤー(GW)挿入中に心停止となり、大動脈をバルーンで閉塞し、蘇生後、Excluderを留置した。術直後から腹部緊満が高度で腹腔穿刺を施行、術後、ドレインからの出血が持続、ショックから離脱できず、術当日死亡。症例3は、81歳男性。上腕動脈からのpull through法でGWを挿入し、両側腎動脈用に開窓した自作Zenith main body留置した。術後合併症なく生存退院。R-EVARでは、血行動態を安定させるため、迅速なバルーンカテーテルによる大動脈閉塞が必要となる事が多いが、我々の経験した3例では、大腿動脈からのGW挿入が困難であり、上腕動脈

からの pull through を考慮した方が良いと思われた。

16 ASO 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行った一例

浜田医療センター 心臓血管外科¹

鳥取大学医学部 器官再生外科学²

浦田康久¹, 東條将久¹, 石黒真吾¹, 佐伯宗弘²

アクセスルートに狭窄がある AAA へのステントグラフト内挿術は、実施が困難である。症例は 82 歳の男性。直径 46mm の AAA に右総腸骨動脈 99% 狭窄が合併。手術は AAA に対するステントグラフト内挿術と右総腸骨動脈狭窄に対する血管内治療を同時に行い、良好な成績を得た。

17 Hemashield Gold 3 branched graft を使用した TAA に対する Debranched TEVAR の経験

福山市民病院

栗山充仁, 喜岡幸央, 田邊 敦

症例は 84 歳男性で、レントゲンにて胸部異常陰影を指摘され CT 検査施行し最大径 65 mm の嚢状弓部大動脈瘤を指摘され紹介となった。既往歴に右肺結核術後、狭心症、高血圧があり呼吸機能低下を認めた。治療を希望されたが、体外循環による手術侵襲・高齢・呼吸機能低下を考慮し、術式は Debranched TEVAR を選択した。胸骨正中切開で頸部 3 分枝・上行大動脈を剝離し、断端圧を測定(平均値で 40 mmHg 以上あることを確認)。上行大動脈を部分遮断し 12 mm グラフトを吻合し、頸部 3 分枝を末梢から順に単純遮断にて再建した。続いて、右大腿動脈からシースを挿入し TAG を留置した。術後造影でエンドリーク認めずドレーン留置し閉鎖した。術後 CT では吻合部に問題はなく、エンドリーク・Migration は認めなかった。適応条件を慎重に考慮すれば、Debranched TEVAR は有用な術式と思われた。

18 屈曲・開窓型ステントグラフトを用いた胸腹部大動脈瘤の治療経験

松江赤十字病院 心臓血管外科¹

東京女子医科大学 血管外科²

自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科³

斎藤雄平¹, 横井良彦², 由利康一³, 瀬戸崎修司¹
原田寿夫¹, 添田 健¹

症例は 82 歳、女性、Crawford III 型真性胸腹部大動脈瘤。腹腔動脈開口部に一致した Custom-made による開窓型ステントグラフト (SG) を用い、pull-through 法にて留置。術後の CT にて腹腔動脈、上腸間膜動脈とも開存、endoleak も認めなかった。胸腹部大動脈瘤への SG 治療は、分枝の多様性から課題点も多いが、本 SG は手技が比較的容易で、適応を十分検討すれば有効な方法と思われる。

19 外傷性大動脈破裂に対して TEVAR を施行し救命しえた一例

財団法人倉敷中央病院 心臓血管外科

伊集院真一, 小宮達彦, 坂口元一, 島本 健

渡谷啓介, 渡邊 隼, 境 次郎, 植木 力

片山秀幸, 植野 剛, 西田秀史

症例は 64 歳、男性。自殺企図による墜落外傷で前医へ救急搬送された。搬入時はショック状態であった。精査で遠位弓部大動脈損傷、骨盤骨折、腰椎椎体骨折、右足関節及び左踵骨骨折と診断された。前医で骨盤骨折に対して創外固定及び血管塞栓術、後腹膜出血に対してはガーゼパッキングを施行されたが大動脈加療に対しては対応困難で当院へ救急搬送された。造影 CT では左総頸動脈分岐部遠位弓部から下行大動脈の移行部大わん側に損傷を認め、心嚢水も貯留していた。搬入後も vital sign は不安定であり緊急 TEVAR を施行した (GoreTAG 31 mm×10 cm を使用)。術後は vital sign は安定し、3 日目に人工呼吸器離脱した。術後評価の造影 CT でも endoleak は認めなかった。7 日目に骨盤及び下肢の多発骨折の加療目的に整形外科へ転科となった。胸部大動脈破裂に対する TEVAR の当院の成績をふまえ、考察を加えて報告する。

20 胸腹部大動脈人工血管置換術後に残存する遠位弓部大動脈瘤のステントグラフト治療適応について

徳島大学大学院 ヘルスバイオサイエンス研究部
心臓血管外科学分野

木下 肇, 中山泰介, 菅野幹雄, 黒部裕嗣

神原 保, 藤本鋭貴, 北市 隆, 北川哲也

症例は 83 歳の女性。高血圧にて近医に通院中であった。以前から腹部拍動性腫瘤を自覚していたが、上腹部痛が出現するようになり近医を受診した。CT にて弓部瘤及び胸腹部瘤を認めたため当院に紹介となった。造影 CT では、遠位弓部瘤(最大径 70 mm 嚢状瘤)及び胸腹部瘤(最大径 100 mm 嚢状瘤)を認めた。高齢であったが、胸腹部瘤による消化管通過障害を来しており、まず胸腹部人工血管置換術 (SMA 直下から Terminal Aorta まで、両側腎動脈は再建、IMA は結紮切離) を施行した。術後、腎機能障害を来し透析を行った。その後腎機能は改善し、透析から離脱できた。リハビリも順調に進み、ADL は自立歩行可能な状態まで改善した。外来通院し、現在は SCr 2.03 mg/dl、レノグラム GFR では右腎: 11.0 ml/min、左腎: 4.19 ml/min である。腎機能障害があり、本人及びご家族の希望もあり、弓部瘤についてはそのまま経過観察している。残存する弓部瘤の治療について検討いただきたい。

21 B型解離に対するステントグラフト内挿術の検討

徳島大学医学部 心臓血管外科¹

徳島県立中央病院 心臓血管外科²

藤本鋭貴^{1,2}, 筑後文雄², 木下 肇¹, 中山泰介¹

菅野幹雄¹, 黒部裕嗣¹, 神原 保¹, 加納正志²

北市 隆¹, 北川哲也¹

B型解離は臓器虚血を伴わない限り保存的加療が第一選択とされてきた。しかし、慢性期になって解離腔の拡大を伴い広範囲な胸腹部瘤となることが散見されることから、最近では発症時、解離腔が開存し大動脈最大径が40 mmを超える症例は積極的に早期(発症後1年以内)にステントグラフト治療を行っている。2008年8月以降、B型解離に施行したステントグラフト症例は11例であった。用いたステントグラフトは自作2例、TAG 9例、Excluder Cuff 1例であった。手術時期は緊急2例、早期(緊急以外の発症後1年以内)6例、慢性期(発症後1年以上)3例であった。留置は全例で成功し、primary エンドリークの閉鎖は10例で成功した。1例にわずかなエンドリークを認めた。術後解離腔の完全な血栓化を得た症例は3例であった。初期成績は良好であったが、観察期間が短く、今後慎重に経過を追う必要があり、解離腔に血流が残存した症例はさらなる検討が必要であると思われる。

22 急性A型大動脈解離術後遠隔期のB型解離拡大に対し左鎖骨下動脈内ステントグラフト留置により解離腔閉鎖を得た1例

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 心臓血管外科¹

岡山赤十字病院²

加藤源太郎¹, 中井幹三¹, 越智吉樹¹, 奥山倫弘¹

富井奉子¹, 岡田正比呂¹, 山本典良²

B型残存解離の拡大に左鎖骨下動脈にステントグラフトを留置し、解離腔の閉鎖を得た症例を経験した。

【症例】62歳男性。2年前にA型解離に上行置換術を施行。術後よりB型残存解離あり。遠位弓部大動脈径の拡大があり当院紹介。左鎖骨下動脈造影にて左鎖骨下動脈内にentryを確認。左上腕動脈よりExcluder leg extensionを左鎖骨下動脈に留置し、entry閉鎖した。

23 腹部大動脈瘤破裂に対しステントグラフト内挿術後に腹部コンパートメント症候群を発症した一例

心臓病センター榊原病院 心臓血管外科¹

同 血管外科²

手島英一¹, 吉鷹秀範¹, 杭ノ瀬昌彦¹, 津島義正¹

石田敦久², 近澤玄太², 都津川敏則¹

田村健太郎¹, 平岡有努¹

ステントグラフト内挿術後に腹部コンパートメント症候群(ACS)を発症した症例を経験した。70歳代女性、ショック状態で救急搬送される。CTにてFitzgerald 4型の破裂を認めた。ステントグラフト内挿術を施行しendleakなく終了するも膀胱内圧は35 cmH₂Oと高

値を示しておりACSの診断にて減張開腹を施行した。ステントグラフト内挿術ではACSを見逃す可能性が開腹手術より高くなるために頻回な膀胱内圧の測定が必要であると思われる。

24 大動脈仮性動脈瘤に対するステントグラフトの3例

広島市民病院 心臓血管外科

井上知也, 柚木継二, 吉田英生, 後藤拓弥

鈴木登士彦, 毛利 亮, 久持邦和, 大庭 治

＜背景＞大動脈仮性動脈瘤は比較的稀な病態であるが破裂の危険性が高く早急な対応が必要である。近年大動脈瘤に対するステントグラフト(SG)の発達は目覚ましく当科でも積極的に行っている。今回SGを行った大動脈仮性動脈瘤の3例を経験したので報告する。

＜症例＞2010年4月から2011年3月までに当科で経験した大動脈仮性動脈瘤5例中、SGを施行したのは3例(男性3人、女性0人)で、平均71歳であった。発症機転は腹部大動脈瘤術後吻合部仮性動脈瘤2例(うち1例は大動脈-十二指腸瘻)、ペーチェット病による腹部大動脈仮性動脈瘤1例であった。＜経過＞術後全例軽快退院した。大動脈-十二指腸瘻の1例のみ再出血により失ったが、他の2例は早期より瘤の縮小傾向を認めた。＜考察＞大動脈-消化管瘻に対するSGは成功例の報告はあるものの一般に成績不良とされる。今回失った症例はhigh risk症例のため、敢えてSGを選択したが、今後治療方針に関して慎重な検討が必要と思われた。

25 EVAR術後遠隔期に総腸骨動脈の拡大に伴うエンドリーク再発から腹部大動脈瘤破裂をきたした一例

倉敷中央病院 心臓血管外科

古賀智典, 小宮達彦, 坂口元一, 島本 健

渡谷啓介, 渡邊 隼, 境 次郎, 植木 力

片山秀幸, 伊集院真一, 植野 剛, 西田秀史

症例は75歳女性。2009年8月腹部大動脈瘤に対し当院にてEVAR(Zenith)を施行。術後のCTではエンドリークは認めず術後瘤径は縮小していた。2011年3月に腹痛を主訴に受診した。造影CTでは、ステントグラフトの位置や形態は2011年1月から不変であったが、瘤径は54 mmと前回から10 mm増大しており、ステントグラフトの右脚からtype Ibのエンドリークを認めた。腹部大動脈前面に血腫を認め破裂と診断した。右総腸骨動脈の拡大により新たなエンドリークを生じたことが原因と考えられた。同日緊急手術としてEVAR(腸骨動脈レッグ)、右内腸骨動脈コイル塞栓術を施行。第5病日の造影CTではエンドリークは認めなかった。術後経過は良好であり、第6病日に退院となった。上記のようにEVAR後遠隔期に末梢landing部位の拡大に伴うエンドリーク再発から腹部大動脈破裂をきたした症例を経験したため、若干の文献

的考察も加え報告する。

26 AAAにてEVARを施行後、残存大動脈瘤に炎症性変化を認めた1例

愛媛大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器外科
流郷昌裕, 八杉 巧, 長嶋光樹, 岡村 達
鹿田文昭, 泉谷裕則

症例は85歳男性。AAAに対してEVARを施行後、5カ月日より腹痛が出現し、CTを施行したところ、瘤径の拡大および右尿管圧排による水腎症の所見を認めた。原因精査のため5月に大動脈造影およびAngio-CTを施行したところ、残存大動脈瘤壁に明らかなマンツルサインを認め、炎症性動脈瘤と診断した。その後のfollow up CTにてマンツルサインや尿管圧排所見は消失した。

27 傍腎動脈腹部大動脈瘤に対してFenestrated Zenithを施行した1例

山口県立総合医療センター 外科
佐村 誠, 善甫宣哉, 岡崎尚善, 金山靖代
日高匡章, 宮崎健介, 池田宜孝, 松尾光敏
金田好和, 須藤隆一郎, 野島真治

症例は77歳男性。傍腎動脈腹部大動脈瘤に対し、Fenestrated Zenith スtentグラフト内挿術を施行。Main bodyに腹腔動脈、上腸間膜動脈、左右腎動脈の計4分枝の血流を確保するための開窓を設け、左右腎動脈、上腸間膜動脈にAtriumカバードstentを、腹腔動脈にExpressベアステントを挿入した。術後のMD-CTでエンドリークはなく、4分枝の血流は良好で、瘤の孤立化に成功した。

28 食道癌術後の総頸動脈仮性瘤破裂に対してcovered stentで救命した1例

川崎医科大学 総合外科
木下真一郎, 森田一郎, 猶本良夫

症例は、67歳、男性。食道癌術後リンパ節転移再発に対して、下咽頭・喉頭・頸部食道切除、リンパ節廓清、甲状腺右葉合併切除を施行した。術後4日目に創部感染を認めドレーン入れ替え、洗浄・灌流開始した。術後7日目に突然、口腔・鼻腔・右頸部ドレーン挿入部より大出血し、ショック状態となる。右頸動脈を用手的に圧迫しつつ、右大腿動脈アプローチで、腕頭動脈造影施行したところ、右総頸動脈に仮性瘤を認め、右総頸動脈を全長に亘って、8mm7cmと8mm6cmのcovered stent各々1本ずつを留置した。留置後、感染創のデブリ・洗浄を十分に施行し、洗浄用のドレーン留置、周囲の筋肉で充填し創閉鎖して手術終了した。術後は十分に洗浄して、培養も3回以上陰性であること、CRP陰性をもってドレーン抜去した。経過良好で、術後50日目に退院した。術後は、2カ月毎にCTを撮って、感染再燃の徴候を認めたら、緊急に右総頸動脈の結紮・切除施行予定である。

29 解離性大動脈瘤に対する下行大動脈置換術直後に生じた急性A型大動脈解離の1例

広島大学病院 心臓血管外科
片山桂次郎, 高橋信也, HERLANBANG BAGUS
高崎泰一, 黒崎達也, 今井克彦, 内田直里
末田泰二郎

症例は77歳男性。遠位弓部の慢性解離性大動脈瘤に対して期待的に左開胸・部分体外循環下に左総頸動脈-左鎖骨下動脈間で遮断して下行大動脈置換術を行った。術後ICU搬送中に突然徐脈となり、II, III, aVFのST上昇を、経食道心エコーで上行大動脈にintimal flapを認めたため即座に手術室に再入室した。胸骨正中切開、右腋窩動脈・右大腿動脈送血で全身冷却し膀胱温25°Cで脳分離体外循環を確立した後、末梢側は人工血管を遮断して上行弓部大動脈を切開した。Tearは前回大動脈遮断部位に認め、24mm人工血管と24mm4分枝管を直接吻合し弓部全置換術を行いSVGでRCA#2へのバイパスを併設した。術後37日目に独歩退院となった。下行大動脈置換時の中枢側大動脈遮断が原因と考えられる急性A型大動脈解離の救命例を報告し、今回の経験から初回の術式、術中のモニター、解離の診断・治療について考察する。

30 慢性解離性胸部大動脈瘤の一手術例

鳥取県立中央病院 胸部心臓血管外科
西村謙吾, 宮坂成人, 前田啓之, 森本啓介

60歳、男性。解離した近位弓部大動脈と遠位弓部～下行大動脈に拡大を認め、腕頭動脈から右総頸動脈末梢まで解離があり、左腎動脈は偽腔から分岐していた。腕頭動脈の解離隔壁を切除した後、これを遮断して右腋窩動脈と左総頸動脈より選択的脳灌流を開始した。下行大動脈の解離隔壁を切除してelephant trunk (ET)を用いた弓部大動脈置換術を施行し、術後約2カ月後に下行大動脈置換術を施行した。

31 仮性大動脈瘤に対するOpen Surgery症例

広島市立広島市民病院 心臓血管外科
柚木継二, 吉田英生, 後藤拓弥, 井上知也
鈴木登士彦, 毛利 亮, 久持邦和, 大庭 治

仮性大動脈瘤はその治療方法・時期など検討を要するものである。当科ではこの1年間に5症例を経験したが、3症例はEVARで治療し、2症例はOpen Surgeryとなった。原因は人工血管置換術後4症例、ベアレット病1症例であった。今回Open Surgeryとなった2例を報告する。症例1:76歳、男性。他院にて腹部大動脈瘤術後であるが、突然の消化管出血にて発症した。解剖学的にEVAR困難であり、人工血管置換・大網充填術を施行し軽快退院した。症例2:63歳、女性、Marfan症候群。31年前のBentall手術後であるが、冠動脈再建部の仮性大動脈瘤にて左房圧迫・肺高血圧となり再Betall施行し現在入院中である。