

第 11 回日本血管外科学会関東甲信越地方会

日 時：平成15年11月22日(土)  
 会 場：アルカディア市ヶ谷 私学会館(東京都千代田区)  
 当番世話人：根岸 七雄(日本大学医学部外科学講座外科2部門)

1-1-1 Shaggy aorta が原因と考えられたblue toe syndromeの1手術例

埼玉医科大学総合医療センター 外科  
 松本春信, 傍島 潤, 岡本宏之, 佐藤 紀

症例は52歳の女性で, 2000年よりITPと診断されていた。2001年9月より右足潰瘍を認めていたが, 両足尖チアノーゼおよび疼痛出現したため, 2002年11月20日当科紹介入院となった。US, CT, angioにて腎動脈下のshaggy aortaによるblue toe syndromeと診断した。γグロブリン大量投与にて血小板増加を得たのちに, 腹部大動脈人工血管置換術+右腰交切+脾摘を施行した。術後経過良好で, 潰瘍も治癒した。

1-1-2 外傷性膝関節脱臼に合併した膝窩動脈損傷に対し, 血行再建を施行した1手術例

横浜市立市民病院 胸部外科  
 浦中康子, 蔵田英志, 大沢宏至, 加瀬昌弘  
 小山幸平, 小岩克至

82歳男性, 伐採中に木から転落し救急車にて搬送された。左解放性膝関節脱臼のため, 手術室にて整復した。足背動脈の拍動の触知が不良であったため, 術中血管造影を施行, 膝窩動脈損傷が判明し, 左大伏在静脈を用いて血行再建術を施行した。

1-1-3 大腿動脈パッチ感染に対して閉鎖孔バイパスが有用であった1例

昭和大学 第一外科  
 丸田一人, 大野正裕, 竹内 晋, 尾頭 厚  
 饗場正宏, 川田忠典, 高場利博

68歳, 男性。平成2年にVSP閉鎖術, 左大腿動脈IABP抜去部のパッチ閉鎖術施行。平成13年, 左大腿動脈パッチ部の仮性動脈瘤にて人工血管片によるパッチ閉鎖術を施行。今回, 平成15年6月頃より, 左鼠径部に膿瘍を認め, 大腿動脈パッチ感染と診断。閉鎖孔バイパス術を先行し, 左大腿動脈をパッチ部を含めて一塊に摘出した。術後感染兆候無く, 閉鎖孔バイパスは有用であった。

1-2-4 総大腿動脈に限局型閉塞を来したASOの1例

慶應義塾大学 外科  
 和多田晋, 松本賢治, 松原健太郎, 秋好沢林  
 井上史彦, 新谷恒弘, 金田宗久, 北島政樹

症例は72歳, 女性。2003年2月頃より間欠性跛行(100m)を自覚し, 右大腿部の安静時痛も出現したため当科受診した。DSAにて右総大腿動脈に限局性の閉塞を認め, APIも0.49と低下していた。右外腸骨-浅大腿動脈バイパス術を施行し症状は改善した。本症例の成因として, 比較的まれと思われる鼠径靱帯による機械的圧迫が示唆されたため, 治療法としてIVRは適応外と判断された。

1-2-5 Endovascular Surgery後に緊急手術を要した閉塞性動脈硬化症の2治療例

日本大学医学部 外科学講座外科2部門  
 竹下伸二, 前田英明, 梅澤久輝, 根本光洋  
 五島雅和, 和久井真司, 西井竜彦, 大幸俊司  
 志村一馬, 根岸七雄

症例1: 78歳男性。Angioにてlt. EIAとSFAに閉塞を認め, EVS施行するも虚血症状増悪。緊急F-Pバイパス術にて救済し得た。症例2: Angioにてbil. EIAに閉塞を認め, Guide wire貫通を試みたがショック状態となり緊急I-Fバイパス術施行し救済し得た。EVSの適応は拡大傾向にあるが, 症例によっては重篤な合併症を引き起こす場合があり, 十分な説明と緊急対応の充実が必要と考え, 若干の文献的考察を加えて報告する。

1-2-6 右下肢ASO急性増悪術後に大量出血にて発症した直腸Dieulafoy潰瘍の1例

川崎市立川崎病院 外科  
 狩野忠滋, 掛札敏裕, 石井誠一郎, 納賀克彦

症例は74歳男性。右下肢痛を訴え当院受診。血管撮影にて両側総腸骨動脈, 右膝窩動脈以下の閉塞を認めた。ASO急性増悪の診断にて, 右腋窩動脈-右総大腿動脈バイパス術ならびに右下肢血栓除去術を施行した。経過良好であったが術後13日目に突然の大量下血, ショックをきたした。内視鏡にて歯状線近傍の露出血管より拍動性出血を認めたためクリッピング施行し, 止血しえた。直腸Dieulafoy潰瘍は本邦報告15例と非常に稀な疾患であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

### 1-3-7 術前に診断しえた膝窩動脈瘤による下肢急性動脈閉塞症の1例

国立千葉病院 心臓血管外科

塚越芳久, 大音俊明, 増田政久

下肢急性動脈閉塞の原因として, 術前に膝窩動脈瘤を診断しえた症例を報告する. 患者は70歳男性. 突然の右下肢痛にて発症. 右下腿以下に冷感・皮膚蒼白を認め, 足背・後脛骨動脈の拍動触知せず, 急性動脈閉塞の所見であったが, 血管造影とCTにて術前に右膝窩動脈瘤と診断することができ, 膝窩動脈バイパス術を施行し患肢を救うことができた. 急性動脈閉塞診断時には, 動脈瘤からの血栓塞栓症の可能性を考慮する必要がある.

### 1-3-8 破裂性膝窩動脈瘤の1手術例

千葉県循環器病センター 心臓血管外科

木岐和美, 林田直樹, 田村 敦, 谷嶋紀行  
浅野宗一, 鬼頭浩之, 松尾浩三, 村山博和  
龍野勝彦

症例は77歳の男性. 左膝痛, 熱発で発症, 他院にて左膝窩動脈瘤と診断され当院紹介. 3D-CT上, 径4cmの状の仮性瘤の所見を認めたが, 持続する疼痛, 発熱及び血中CRP高値の所見より, 感染性動脈瘤をも疑った. 術中所見では破裂による仮性瘤を認めたが, 感染性瘤を否定し得ず, 自家静脈を用いた血行再建術を施行した. 瘤壁の細菌培養は陰性であり, 病理学的所見では, 感染性瘤は否定された. 術後14日目に軽快退院した.

### 1-3-9 膝窩動脈瘤の1例

自衛隊中央病院

野沢幸成, 田中良昭, 三丸敦洋, 竹島茂人  
大鹿芳郎

症例は82歳男性. 平成14年8月, 腹部大動脈瘤, 右膝窩動脈瘤の診断で入院. 腹部大動脈瘤の手術を施行したが, 右膝窩動脈瘤は血栓閉塞していた為, 経過観察とし退院した. 平成15年7月から右下腿痛, しびれが増強してきた為, 9月右膝窩動脈瘤の手術目的で入院, 9月10日手術施行. 手術は瘤切除 + 血行再建術(SVG)を行った. 術後症状は軽快して退院した. 若干の文献的考察を加えて報告する.

### 1-3-10 Blue toe syndromeで発見された両側膝窩動脈瘤, 腸骨動脈瘤の1例

帝京大学医学部附属市原病院 外科

仁和浩貴, 菊地 剛, 新川弘樹, 竹上智浩  
古谷嘉隆, 仲 秀司, 安原 洋

症例は70歳男性. 右足趾虚血性壊疽のため来院. 診断目的で行った血管撮影検査で両側膝窩動脈瘤, 腸骨動脈瘤を発見された. 治療は, 1)自家静脈による両側大腿-膝窩動脈バイパス術, 膝窩動脈瘤空置, 足趾切断, 2)両側腸骨動脈瘤切除, Yグラフト置換, 内腸骨動

脈再建, を二期的に行った. 術後経過は良好で2回目手術後25日目に退院した. 足趾の虚血性壊疽では, 閉塞性動脈硬化症とアテローム塞栓症の鑑別が重要である.

### 1-3-11 外傷を契機に発症した孤立性腸骨動脈瘤破裂の1例

駿河台日本大学病院 心臓血管外科<sup>1</sup>

日本大学医学部 外科学講座外科2部門<sup>2</sup>

塚本三重生<sup>1</sup>, 折目由紀彦<sup>1</sup>, 長 伸介<sup>1</sup>

根岸七雄<sup>2</sup>

44歳の男性. 2週間前に駅のホームから転落した既往がある. 突然の意識消失を主訴に, 救急車で来院した. CT検査で両側孤立性腸骨動脈瘤と腹腔内出血が示唆されたが, 後腹膜への出血は認められなかった. 開腹すると腹腔内出血を認めたが後腹膜血腫は存在しなかった. しかし直径40mmの右側内腸骨動脈瘤の下端に接して後腹膜に亀裂が観察され, ここからの腹腔内への破裂と断定し, 人工血管置換術を施行. 術後第17日に軽快退院した.

### 1-4-12 In situにて手術を施行した腎動脈瘤の2例

東京医科歯科大学 外科・血管外科

地引政利, 井上芳徳, 中村浩志, 玉井 諭

廣川雅之, 菅野範英, 岩井武尚

In situにて手術を施行した腎動脈瘤の2例を経験したので報告する. 症例1は67歳男性で, 第一次分岐部にかかる3cm径の状瘤だった. Ex vivo手術の準備を行なったが, in situで瘤切除, 端々吻合することが出来た. 症例2は63歳女性, 分岐部にかかる25mm径の状瘤で瘤切除, 静脈パッチ術とした. いずれも術前術後で腎機能に変化を認めず経過良好だった. 文献的考察を加え報告する.

### 1-4-13 無症候性脾動脈瘤の1手術例

日本大学医学部 外科学講座外科2部門

大幸俊司, 前田英明, 梅澤久輝, 根本光洋

五島雅和, 和久井真司, 西井竜彦, 竹下伸二

根岸七雄

症例は58才男性, 検診で行った腹部CT上臍体部背側に2cm大の腫瘤を認め, 3D-CTで脾動脈瘤と診断された. 手術の適応を選択し, 全身麻酔下に開腹, 瘤切除端々吻合で直接再建した. 術後の3D-CT検査では吻合部狭窄もみられず良好であった. 病理組織所見では真性瘤で軽度の動脈硬化を認めるのみであった. 術後経過良好で術後第8病日に軽快退院した. 比較的まれな脾動脈瘤について若干の文献的考察を加え報告する.

**1-4-14 胃十二指腸動脈瘤の1例**

国立病院東京災害医療センター 心臓血管外科  
舟橋道雄, 木村俊一, 進藤正二

78歳女性, 平成4年に腹部エコーにて内臓動脈瘤を指摘された。平成9年に瘤の増大を認められたために紹介され, 血管造影で胃十二指腸動脈から突出する巨大な瘤を認めた。手術は瘤切除と流入動脈を瘤内部より閉鎖した。術後造影にて瘤の消失を認めたが, 総肝動脈の一部に限局的解離を生じたが, 腹腔内臓器の虚血症状もなく退院して, 現在も外来通院中である。

**1-5-15 右下肢動静脈奇形に対する塞栓術後一過性に腓骨神経麻痺を生じた1症例**

昭和大学 第一外科  
竹内 晋, 丸田一人, 尾頭 厚, 饗場正宏  
高場利博

症例は76歳, 女性。右下腹部打撲後, 近医受診。CT上後腹膜血腫, 右骨盤内から大腿部にかけての動静脈奇形と診断され紹介入院となった。血管造影検査では, 右外腸骨動脈瘤と右内腸骨動脈, 右大腿深動脈を栄養血管とする動静脈奇形を認めた。手術は右外腸骨動脈 - 右浅大腿動脈バイパス術, 動静脈奇形塞栓術を施行した。術後残存する動静脈奇形に塞栓術を行った。翌日右下肢腓骨神経麻痺を認めたが徐々に改善し歩行可能となった。今回我々は, 下肢血行再建と塞栓術を行い, 術後一過性に腓骨神経麻痺を生じた症例を経験したので報告する。

**1-5-16 膝部venous aneurysmの3例**

東京医科歯科大学 外科・血管外科  
玉井 諭, 井上芳徳, 菅野範英, 廣川雅之  
地引政利, 中村浩志, 中島里枝子, 岩井武尚

下肢のvenous aneurysm(VA)では血栓症や肺塞栓症の原因となる。今回, 膝部VAの3例を報告する。性別は男2例, 女1例。年齢は45歳2例, 54歳1例であった。状瘤2例, 紡錘状瘤1例であり1例はKlippel-Trenaunay syndromeを合併していた。術式は結紮切除術を施行した。他の2例は膝窩静脈VAに対し瘤切除・縫縮術を施行した。術後経過は良好で血栓症や肺塞栓症を併発していない。下肢VAでは積極的に手術すべきと考える。

**1-5-17 下腿に発生した嚢胞状リンパ管腫の1例**

日本医科大学第二病院 外科・心臓血管外科<sup>1</sup>  
日本医科大学付属病院 外科学第二<sup>2</sup>  
宅島美奈<sup>1</sup>, 日置正文<sup>1</sup>, 川村 純<sup>1</sup>, 山下康夫<sup>1</sup>  
小笠原英継<sup>1</sup>, 織井恒安<sup>1</sup>, 山下浩二<sup>1</sup>  
原口秀二<sup>1</sup>, 家所良夫<sup>1</sup>, 清水一雄<sup>2</sup>

症例は72歳女性。右下腿腫瘍歩行時異和感を主訴に外来受診。右腓腹部に15×3cm大, 弾性軟の腫瘍があり, MRIにて腓腹筋内のリンパ管腫と診断した。手術はリンパ管腫切除術を施行した。病理結果はcystic lym-

phangiomaであった。術後, 一過性に右下腿浮腫が認められたが軽快, 退院した。下腿部に発生したcystic lymphangiomaは比較的稀であり, 文献的に検討したので報告する。

**P-1-18 治療に難渋した感染性腹部大動脈瘤破裂術後グラフト感染の1例**

山梨大学医学部 第2外科  
窪田健司, 進藤俊哉, 木村光裕, 天野 宏  
井上秀範, 松本春信, 小島淳夫, 吉井新平  
松本雅彦

症例は67歳男性。本年5月6日に感染性腹部大動脈瘤破裂の診断にて他院より搬送された。ただちにY型人工血管置換と大網充填を施行したが, 後腹膜膿瘍とグラフト感染を合併したため5月28日に両側腋窩 - 大腿動脈バイパス, 再開腹, 人工血管摘除, 洗浄・ドレナージを施行した。膿瘍からは緑膿菌・MRSAなどが検出されたが, ドレーンからの洗浄を行い約4ヶ月かけて全ドレーンを抜去するに至った。治療の長期経過を報告する。

**P-1-19 一時的バイパスを用いた血行再建術による腹部腎動脈上感染性大動脈瘤の1治験例**

東京大学 血管外科  
小見山高士, 板谷慶一, 宮田哲郎, 重松 宏

感染性大動脈瘤は比較的まれな疾患ではあるが, 急速に増大し破裂に至るため可及的速やかな外科的治療が必要である。特に腎動脈上の感染性瘤の治療においては腹部内臓臓器への分枝動脈再建も必要となるため, 術式やグラフトの選択を含め治療に難渋することが多い。今回我々は腹腔動脈分岐部に生じた感染性大動脈瘤の66歳男性に対して, 一時的バイパスを使用した大動脈人工血管置換術により救命し得た症例を経験したので報告する。

**P-1-20 腹部大動脈領域の感染に対するホモグラフト置換の3例**

東京大学 心臓外科  
北村 律, 師田哲郎, 本村 昇, 柴田 講  
竹谷 剛, 小塚 裕, 高本真一

腹部大動脈の感染はしばしば致命的となる。当科では, 腹部大動脈人工血管感染2例, 感染性腹部大動脈瘤1例に対し, ホモグラフト置換術を施行し, 救命することができた。1例が紹介元に転院後不整脈にて死亡したが, 剖検では感染の所見はなかった。他の2例も感染の再燃を認めていない。ホモグラフトは腹部大動脈領域の感染に対する治療に有用なグラフト材料であると考えられる。

**P-1-21 感染性腹部大動脈瘤が疑われた 2 例**

筑波メディカルセンター病院 心臓血管外科

小西泰介, 大坂基男, 軸屋智昭

感染性腹部大動脈瘤が疑われた 2 例を経験したので報告する。

両症例とも術前の血液培養では陰性であったが, WBC, 炎症所見の上昇とCT上瘤周囲の軟部組織陰影をみとめた。炎症所見が正常化するまで抗生剤投与を行い, 瘤切除及びin-situ graftingによる血行再建, 大網充填を行い良好な結果を得た。

**P-1-22 弓部全置換術後遠隔期のMRSA感染による縦隔炎および胸骨骨髓炎に大網充填術を行った 1 例**

国立国際医療センター 心臓血管外科

乗松東吾, 保坂 茂, 久米誠人, 杉山佳代

本橋慎也, 神谷健太郎, 秋田作夢, 尾本 正

賀嶋隆俊, 木村壮介

症例は70歳男性。2003年1月に遠位弓部大動脈瘤で弓部全置換術施行。発熱と胸骨動揺を認め縦隔炎を疑われたが, 保存的に軽快。7月に正中創に発赤膨隆が出現し, 切開排膿施行(MRSA感染)。強酸性水での洗浄などで感染は消退したが, 膿瘍腔閉鎖傾向なく切開後6週に胸骨部分切除, 大網充填術を施行。術後2ヶ月再燃兆候を認めない。MRSA感染や骨髓炎が易再燃性であることを考慮し, 積極的な大網充填術が有用だったと考える。

**P-1-23 腹部大動脈瘤術後graft-enteric fistulaの 1 例**

神奈川県立循環器呼吸器病センター 心臓血管外科

浜田俊之, 市川由紀夫, 石井正徳, 山崎一也

梶原博一

graft-enteric fistulaの外科治療例を経験したので報告する。症例は73歳男性。糖尿病あり, 狭心症に対しPCI歴あり。他院で腹部大動脈瘤手術1年後, 菌血症症状で発症, 抗生剤治療に反応せず, 当院にて手術施行。両側腋窩-大腿動脈間bypass造設後, 穿通していた十二指腸を修復, 感染graftを抜去した。大動脈断端は大腿筋膜でpatch閉鎖した。術後経過は良好だった。

**1-6-24 Abdominal Compartment Syndrome(ACS)が予想された腹部大血管手術後閉腹困難例に対しソルラクトパックを代用腹壁とした二次的腹壁閉鎖が有効であった 2 例**自治医科大学 外科学講座心臓血管外科学部門<sup>1</sup>同 消化器外科学部門<sup>2</sup>坂野康人<sup>1</sup>, 上沢 修<sup>1</sup>, 田中宏幸<sup>1</sup>, 高橋英樹<sup>1</sup>大木伸一<sup>1</sup>, 上西祐一朗<sup>1</sup>, 斉藤 力<sup>1</sup>, 加藤盛人<sup>1</sup>小西宏明<sup>1</sup>, 三澤吉雄<sup>1</sup>, 布施勝男<sup>1</sup>, 紫藤和久<sup>2</sup>

腹部大動脈手術後にACSの発生が予想され, 一次的閉腹が困難な症例に対しソルラクトパックを代用腹壁として用いる二次的閉腹が有効であった。【症例1】70才女性, 破裂性腹部大動脈瘤の手術後閉腹困難となり二

期的腹壁閉鎖を行った。12日後再閉腹し軽快退院。【症例2】76才男性, 待機腹部大動脈瘤術後, 再開腹止血術時閉腹困難となり二次的腹壁閉鎖を行った。再開腹時腸管に壊死を認め人工肛門を造設し経過観察中。

**1-6-25 Y型人工血管移植術後両側非吻合部真性人工血管瘤破裂の 1 治験例**

東京都立墨東病院 胸部心臓血管外科

晋山直樹, 三島秀樹, 片山 康, 田邊貞雄

ASOのためのY型人工血管移植術16年後に人工血管瘤が破裂した77歳男性の一例を経験した。初回手術はCooley graf(18×9 mm)が使用され, 両側ともに鼠径通過部で人工血管が約15cmに渡って菲薄化し, 最大径約50mmに拡張し, 内側後壁が破裂し, 血腫を形成していた。菲薄部人工血管を切除し, Hemashield Goldで間置した。人工血管繊維の破綻による両側同時破裂を報告する。

**1-6-26 腹部大動脈瘤術後の末梢側吻合部瘤破裂に対しグラフト内ステント留置を試みた 1 症例**北里大学 外科<sup>1</sup>同 放射線科<sup>2</sup>齋藤公一郎<sup>1</sup>, 平田光博<sup>1</sup>, 田村幸穂<sup>1</sup>西巻 博<sup>2</sup>, 金城正佳<sup>1</sup>, 石田和夫<sup>1</sup>

腹部大動脈瘤切除, Y字グラフト置換(両側グラフトEIA端側吻合)術後3年で吻合部瘤破裂を来した症例に対しステント留置を試み救命し得た一例を経験した。

症例は57歳男性。腹部膨隆, 血圧低下で発症しCTで右末梢側吻合部瘤破裂と診断した。このような症例では, 瘤周囲の血管の剥離, 出血コントロールに難渋する事が多いが, ステント留置術では瘤に直接操作を加える必要がなく有効な術式と考えられたので報告する。

**1-6-27 慢性DICを合併した腹部大動脈瘤の 1 例**

群馬大学 第2外科

戸塚勝理, 石川 進, 高橋 徹, 長谷川豊

大嶋清宏, 森下靖雄

75才, 男。平成15年4月, 歯肉出血で当院歯科口腔外科を受診。血小板数低値, FDP高値であり, 慢性DICと診断された。胸腹部CTで限局性解離を伴う径5cmの腹部動脈瘤を指摘され, DICの原因と考えられた。術前CAGで2枝病変を指摘され, PTCAを施行。7月, 直型人工血管置換術を施行し, 術後21日目に退院。退院時, 血小板数は7.9万とやや増加したが, FDPは40.4と依然高値で, 外来で経過観察中である。

### 1-7-28 左開胸下に大動脈遮断を行った腹部大動脈瘤破裂の2例

自治医科大学大宮医療センター 心臓血管外科  
大澤 暁, 川人宏次, 村田聖一郎, 安達秀雄  
井野隆史

【症例1】71歳, 男性. 銭湯で意識消失. 近医でのCTにて腹部大動脈瘤破裂と診断され搬送. 来院時ショック状態. 左開胸下に下行大動脈を確保し, 開腹するが血圧低下するため下行大動脈を遮断, 人工血管置換術を施行. 【症例2】74歳, 男性. 食事中に突然の左下腹部痛を自覚. 近医でのCTにて腹部大動脈瘤破裂と診断され搬送. 術前処置中にショックとなる. 左開胸下に下行大動脈を遮断のち, 開腹, 人工血管置換術を施行.

### 1-7-29 腹部大動脈瘤術後類白血病反応を呈した1例

帝京大学 外科  
東原宣之, 新見正則, 波多野稔, 矢吹志保  
白杉 望, 宮澤幸久, 沖永功太

症例は79歳女性, 腹部大動脈瘤に対する治療目的で15年4月14日入院した. 併存症としてC型肝炎を有している. 腹部CTで腎動脈下に径5cmの腹部大動脈瘤を認め, 4月24日瘤切除・人工血管置換術(ヘマシールド18×9mm)を行った. 術後第8病日に白血球44200, 分画で骨髄球24%, 後骨髄球10%と幼若化現象がみられ, 血小板も5.6万と著明に減少したが, 低分子ヘパリンの投与により正常化し軽快退院した.

### 1-7-30 大動脈原発血管肉腫の1例

日本大学医学部付属練馬光が丘病院 心臓血管外科<sup>1</sup>  
日本大学医学部 外科学講座外科2部門<sup>2</sup>  
志村一馬<sup>1</sup>, 秋山謙次<sup>1</sup>, 中田金一<sup>1</sup>  
長谷川雅江<sup>1</sup>, 根岸七雄<sup>2</sup>

稀な疾患である大動脈原発肉腫の一例を経験したので報告する. 症例は63歳男性. 平成12年12月, 両下肢痛を主訴に入院. Yグラフト置換術の際に採取した組織より悪性疾患が疑われ, 精査の結果大動脈腫瘍と診断. 下行大動脈切除を施行した. 1年4ヶ月後, および2年4ヶ月後に再発を来し, 再手術を施行した. 診断より2年6ヶ月後に多臓器不全にて死亡した. 剖検所見を含め臨床経過を報告する.

### 1-7-31 軟骨異形成症にみられた, 腹部仮性大動脈瘤の1例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 心臓血管外科  
儀武路雄, 蜂谷 貴, 佐々木達海, 小野口勝久  
高倉宏充, 森 厚夫, 田口真吾

症例は27歳男性, 低身長, 四肢の短縮などより軟骨異形成症と診断を受けている. 約7週間前より腰痛の出現増悪を認めた. 熱発, CRPの上昇, CT所見より感染を伴った腹部仮性大動脈瘤を疑い手術を施行した. 術中所見では大動脈後壁に欠損を認め仮性動脈瘤を形成していたが, 局所の活動性炎症所見は乏しく, 解剖

学的血行再建を行い良好な結果を得た.

### 1-7-32 閉塞性動脈硬化症, 腹部大動脈瘤に対する腹部臓器血流温存, 一期の手術

岡谷塩嶺病院 心臓血管外科<sup>1</sup>  
日本大学医学部 外科学講座外科2部門<sup>2</sup>

吉武 勇<sup>1</sup>, 畑 博明<sup>1</sup>, 宇野澤聡<sup>1</sup>, 平沼 俊<sup>1</sup>  
奈良田光男<sup>2</sup>, 塩野元美<sup>2</sup>, 根岸七雄<sup>2</sup>, 瀬在幸安<sup>2</sup>

76歳男性. 主訴右下肢, 臀部痛. ABI右0.45左0.51. 腹部CT: 高度石灰化を伴う腹部大動脈瘤. 血管造影: 腎動脈下腹部大動脈瘤, 右総腸骨・外腸骨動脈閉塞, 左外腸骨動脈閉塞, 両大腿動脈~末梢側run off良好. 03年5月1日腹部臓器血流温存のためI graftで瘤切除・置換後にI graftへY graftを端側吻合し, 末梢側は両側大腿動脈へ端側吻合. IMAをY graftへ吻合し血行再建した. 術後経過, 血管造影所見は良好.

### 2-1-1 AAA術後Penetrating atherosclerotic ulcerの進展からTAAの切迫破裂を来し, 緊急ステントグラフト内挿を施行した1例

日本医科大学 第2外科・心臓血管外科<sup>1</sup>  
同 放射線科<sup>2</sup>  
佐々木孝<sup>1</sup>, 落 雅美<sup>1</sup>, 山田研一<sup>1</sup>, 佐地嘉章<sup>1</sup>  
宮城泰雄<sup>1</sup>, 清水一雄<sup>1</sup>, 市川和雄<sup>2</sup>, 田島廣之<sup>2</sup>  
隈崎達夫<sup>2</sup>

重複大動脈瘤は2期的に治療する場合最初の手術後, 残存動脈瘤の破裂が最大の死因となりうる. 今回我々は検診にて発見された胸部下行大動脈瘤, 腎動脈下腹部大動脈瘤の症例に対し2期的に 腹部大動脈人工血管置換術, 胸部大動脈ステントグラフト内挿術を予定していた. 腹部大動脈瘤術後待機中に, PAUの進行から胸部大動脈瘤の切迫破裂を合併したため緊急でステントグラフト内挿術を行い, 良好に経過したため報告する.

### 2-1-2 胸部大動脈瘤を合併した33週妊婦に対するステントグラフト内挿術

東京医科大学 外科学第2講座  
小出研爾, 佐藤和弘, 菊池祐二郎, 島崎太郎  
横井良彦, 川口 聡, 小櫃由樹生, 石丸 新

【症例】32才女性. 14才時に外傷性胸部大動脈瘤に対し他院にて手術(ラッピング)を施行. 【経過】妊娠29週に切迫早産により前産科へ緊急入院, 胸部Xpにて異常陰影を指摘. CTにて前回手術箇所仮性瘤認め当院入院, 手術(帝王切開+ステントグラフト内挿術)施行. 術後脳梗塞および心不全を認めるも改善し, 第18病日に独歩退院となる. 【結語】ステントグラフトにより, 産科的手術に引き続き動脈瘤治療が可能であった.

### 2-1-3 右鎖骨下動脈起始異常を伴う上行大動脈瘤の1例

東京医科大学 外科学第2講座

飯田泰功, 佐藤和弘, 市橋弘章, 小泉信達  
小櫃由樹生, 石丸 新

症例は68歳女性。径約60mmの上行大動脈瘤手術を目的に入院。精査にて右鎖骨下動脈が弓部の第4分枝として遠位弓部より起始していた。本症例に対し、低体温、選択的脳分離体外循環下に全弓部置換術を施行した。その際、分枝異常による臨床症状を伴わなかったため、末梢側吻合を右鎖骨下動脈の中樞で行った。術後経過良好で、右鎖骨下動脈による圧迫症状を認めていない。

### 2-1-4 食道癌術後、冠動脈バイパス術後に弓部全置換術を施行した高度石灰化を伴った弓部大動脈瘤の1例

東京女子医科大学 心臓血管外科

宮本真嘉, 青見茂之, 石戸谷浩, 平澤友司郎  
保々恭子, 遠藤真弘, 黒澤博身

症例は67歳男性。既往歴として食道癌術後及び冠動脈バイパス術を行なっている。遠位弓部大動脈瘤(6.0cm)を認めたため手術目的にて入院。3回目の開胸手術のため、食道およびグラフト(左内胸動脈)の損傷を回避するよう注意した。又、高度の石灰化を大動脈及び末梢動脈に認められたため、塞栓症に注意して弓部再建術を行った。

### 2-2-5 Re-do 弓部大動脈瘤に対する2手術例

聖マリアンナ医科大学病院 心臓血管外科

村上 浩, 菊地慶太, 北中陽介, 盧 大潤  
永田徳一朗, 幕内晴朗

急性大動脈解離に対する手術成績は、近年著しく向上しているが、脆弱な大動脈壁を補強しつつ吻合を行わざるを得ないので、解離腔の残存や拡大、仮性動脈瘤の発生など、今だに問題点を残している。今回我々は、上行大動脈人工血管置換術後に発生した胸骨に密着する弓部大動脈瘤2例に対し、胸骨再切開に先立って襟状切開で弓部分枝を確保した後、選択的脳灌流法を用いて弓部置換術を行い、良好な結果を得たので報告する。

### 2-2-6 後腹膜アプローチを用いたMarfan症候群に合併した腹部大動脈瘤の1例

東京女子医科大学 心臓血管外科

豊田泰幸, 青見茂之, 石戸谷浩, 宮城島正行  
渡辺成仁, 遠藤真弘, 黒澤博身

症例は30歳女性。Marfan症候群に僧帽弁閉鎖不全症および腹部大動脈瘤を合併していた。経過観察中に腹部大動脈瘤の解離を発症し手術適応となった。術前CT検査で腎動脈分枝部が臍臓より高位に位置していた。大動脈中樞側遮断部剥離時の臍損傷や術後臍炎のリス

ク回避のため後腹膜アプローチを選択し手術を施行、術後良好な結果を得た。腎動脈分枝部が臍臓より高位に位置していた腹部大動脈に対し後腹膜アプローチで良好な視野を確保、人工血管置換術を施行した症例を経験したので報告する。

### 2-2-7 肺内穿破を来した胸腹部大動脈瘤破裂の1救命例

岡谷塩嶺病院 心臓血管外科<sup>1</sup>

日本大学医学部 外科学講座外科2部門<sup>2</sup>

畑 博明<sup>1</sup>, 吉武 勇<sup>1</sup>, 宇野澤聡<sup>1</sup>, 平沼 俊<sup>1</sup>  
奈良田光男<sup>2</sup>, 塩野元美<sup>2</sup>, 根岸七雄<sup>2</sup>, 瀬在幸安<sup>2</sup>

74歳男性。03年4月心窩部圧迫感出現。7月10日咳・血痰出現。7月14日紹介医MDCTにてCrawford III型胸腹部大動脈瘤肺内穿破と診断、当院転送緊急手術施行。Stooney切開にて胸腹部大動脈瘤を露出。下行大動脈、右大腿動脈送血、右大腿静脈脱血で超低体温とし肺内穿破部位を剥離・修復。上半身灌流持続、下半身血流一時遮断、選択的臓器灌流を併用し、腹腔動脈再建を要した。術後経過は順調で血管造影所見も良好。

### 2-2-8 下腸間膜動脈瘤を伴う胸腹部大動脈瘤の1治療例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 心臓血管外科  
阿部裕之, 舟木成樹, 鈴木敬磨

59歳、男性。既往は高血圧症、クモ膜下出血の手術歴。健診にて胸部異常陰影を指摘され当院紹介。CTにて最大横径60mmの胸腹部大動脈瘤を認め、大動脈造影では動脈瘤を伴う下腸間膜動脈からの側副血行にて腹腔・上腸間膜動脈領域への血流分布を認めた。手術は胸腹部斜切開にて胸腹部大動脈人工血管置換、下腸間膜動脈切除再建した。腹腔・上腸間膜動脈全領域を灌流した胸腹部動脈瘤の1治療例を経験したので報告する。