（10%）. 再発例3例はre-RFでAFの出現なし. Atypical AF出現3例, af出現12例. RF前にaf（＋）の10例（af例）は7例がRF後1ケ月以内にaf出現. RF前にafの無い22例：af（－）例では5例に19±15ケ月でafが出現. RF後の不整脈出現率は全体で56%, af例で70%, af（－）例で49%であった. 再発例に対するre-RFにより抗不整脈剤投与率は全体で47%, af例70%, af（－）例36%であった. afに対する抗不整脈剤の効果は有効が58%, 頻度減少25%, 無効17%であった.

【総括】AFのRFで半数以上の例で抗不整脈剤の中止が可能であった. Af出現, 残存例でも抗不整脈剤の有効例が増加した. AFではRFは試みる価値の有る治療と思われた.

一　般　演　題　2

1　広範な下大静脈閉塞をきたした腎癌の一例

小島あかね・飯野　則昭（県立がんセンター新潟病院内科）
岡田　義信
鈴木　一也・小松原秀一（同　泌尿器科）

症例は55才　男性.

【既往歴】47才　虫垂切除術.

【家族歴】特記すべき事なし.

【経過】H13. 2月ころより血尿を自覚していた. 7月ころより下腿浮腫が出現し, 徐々に増悪してきた. 近医を受診し, 腹部CTを施行したところ, 右腎細胞癌と診断され, 当院を紹介受診となった. 入院時下半身に高度の浮腫を認めた. 無尿であり, 高度の尿毒症所見を認め緊急入院となった. CVP 0 cmH_2Oと高度の脱水を認め, 腎前性腎不全が疑われた. 大量輸液により利尿がつき, 腎不全は徐々に軽快した. 腎機能が正常化した後に手術を施行した. 腎細胞癌は下大静脈まで浸潤し, 腫瘍塞栓は腎静脈下部から下大静脈末梢までを閉塞していた. 手術では右腎摘出に加え, 下大静脈も合併切除した. 側副血行路が発達しており, 術後の腎機能は保たれ浮腫は全く消失した. 今回, 高度の下腿浮腫から発見された広範囲に下大静脈腫瘍塞栓を伴った腎細胞癌の一例を経験した.

2　高心拍出性心不全を来たした動静脈シャントを有する骨盤内腫瘍の一例

尾崎　和幸・小田　弘隆
畑田　勝治・堺　勝之
高橋　和美・三井田　努（新潟市民病院循環器科）
樋熊　紀雄

症例は53歳, 女性. 心雑音の精査目的に来院. 心尖部に駆出性収縮期雑音, 右下腹部に連続性雑音を聴取. 胸部X線では軽度の心拡大, 肺うっ血を認め, 心エコーでは左室壁運動の亢進および左室の軽度拡大を認めた. 骨盤部CTでは膀胱右側後腹膜腔に存在する造影良好な10×4 cm大の腫瘍, 下大静脈の拡張を認めた. 右心カテーテル検査では心拍出量13.2L/min, であり, 左総腸骨静脈にてSaO_2 95%とO_2 step upを認めた. 大動脈造影および選択的左右内腸骨動脈造影では骨盤内にhypervascular tumorを認め, それぞれ左右内腸骨動脈, 仙骨正中動脈, 腰動脈, 右腎動脈より血流を受け, また, 下大静脈の早期造影が認められた. 以上の所見より骨盤内軟部腫瘍および腫瘍内動静脈シャントに伴う高心拍出状態と考えられ, ここに報告する.

3　冠動脈病変および頚動脈病変の併存に対しCEAとCABGの同時手術を行った一例

大関　一・斉藤　正幸（県立新発田病院心臓血管外科）
島田　晃治・中山　健司
相場　豊隆（同脳神経外科）

症例は67才, 男性. 労作時の胸部圧迫感が主訴. 3枝病変でCABGの適応となった. しかし術前の脳血管造影で右内頚動脈75%狭窄, 左内頚動脈99%狭窄, 両側椎骨動脈閉塞を認めた. 頚動脈病変と冠動脈病変の合併症でCABGに際し脳梗塞の危険が高いと判断, 内膜剥離術（CEA）とCABGの同時手術の方針とした. 全身麻酔下にまず左内頚動脈のCEAを行い, その後体外循環下に4枝冠状動脈バイパス術（LITA-LAD, GEA-RCA, SVG-CX-diagonal）を行った.

術後覚醒はすみやかで脳障害なく回復した. 術後の頭部CTで新しい病変は認めず, 血管造影で左内頚動脈, 冠状動脈バイパスの開存は良好であっ

た. 本邦でも頚動脈病変を有する患者が増加しており, 脳梗塞が予後を左右するので開心術に際し頚動脈病変に対する処置（CEA やカテーテル治療）を積極的に行うべきと考えられた.

テ ー マ 演 題

1 先天性大動脈狭窄に対する治療戦略（Ross 手術）

羽賀 学・秋 顕（新潟市民病院
高橋 善樹・中沢 聡 心臓血管外科・
金沢 宏・山崎 芳彦 救命救急センター）

先天性大動脈狭窄に対する治療戦略として Ross 手術が注目されている. 我々が施行した Ross 手術症例の術後1年での心機能評価を報告する. 症例は17才男性で大動脈二尖弁, AR II 度, 大動脈弁での圧較差＝61mmHg. PA 再建に3弁付きの24mm GoreTex 人工血管をもちいた Ross 手術が施行された. 現在, 薬物療法は施行されていない. カテーテル・造影検査では AR は軽度, 大動脈弁での圧較差はなく, 左室壁運動は良好であった. 肺動脈弁位の圧較差はプロタノール負荷で, 負荷前20mmHg（HR 90, CO 6.6 l/min), 負荷後35mmHg（ISP 0.0198, HR 115, CO 10.0 l/min）であった. トレッドミルでは Bruce プロトコール完走, II, III, aVF に軽度の ST change を認めるのみであった. Ross 手術は術後の左心機能に優れている. 欧米では PA 再建に homograft を用い良好な成績であるが, 本邦での使用は限られており, 利用可能な材料で, 如何に右心機能を向上させ, 再手術を回避できるかが今後の問題点と思われた.

2 Fontan 型手術を目指す症例 Blalock-Taussig 短絡術後の肺動脈狭窄に対するカテーテル治療

桑原 厚*・鈴木 博（新潟市民病院
坂野 忠司・山崎 明 小児科）
*現新潟県立中央病院
高橋 善樹・金沢 宏（同 心臓血管外科）

Fontan 型手術を目指している症例で両側 Blalock-Taussig（以下 BT）短絡術後に両側の血管吻合部付近の肺動脈に狭窄を来たした2症例に対して経皮的バルーン血管形成術（以下 PTA）を施行し良好な結果を得た. PTA 後に施行した血管内エコー（以下 IVUS）で若干の知見を得たので併せて報告する.

【症例1】 5歳女児. 診断：三尖弁狭窄, 肺動脈閉鎖, 心房中隔欠損, 両側 BT 短絡術後. 肺動脈圧は central PA47/32, 39（mmHg, 以下略）, 1 t. PA（狭窄部の末梢）19/17, 18, rt. PA（狭窄部の末梢）20/17, 18だった. 両側の短絡血管吻合部周辺の肺動脈に狭窄を認め, 同部位に PTA を2回施行した. 後日施行したカテーテル検査で造影上, 軽度狭窄の残存が認められたが, 肺動脈圧は central PA 25/20, 21, 1 t. PA（狭窄部の末梢）16（平均圧）, rt. PA（狭窄部の末梢）16（平均圧）と改善した. 同時に施行した IVUS で PTA 施行部位に解離腔, 内膜の不整・肥厚・輝度上昇, 血栓を疑わせる構造等が認められた. また PTA 非施行部位に術前にはなかった狭窄が新たに出現していた（central PA の1 t. BT 吻合部の近位で緩やかに狭窄）. IVUS では内膜～中膜の肥厚が疑われた. 心室容積・駆出率も十分であり, 房室弁逆流も軽度なことから Fontan 型手術の適応があると判断された.

【症例2】 4歳女児. 診断：三尖弁閉鎖, 肺動脈閉鎖 , 両側 BT 短絡術後. 肺動脈圧は central PA73/34, 40, 1 t. PA（狭窄部の末梢）19/16, 17, rt. PA（狭窄部の末梢）22（平均圧）だった. 症例1と同様, 両側の短絡血管吻合部周辺の肺動脈に狭窄を認め, 同部位に PTA を3回施行した. 後日施行したカテーテル検査で造影上, 軽度狭窄の残存が認められたが, 肺動脈圧は central PA 26/21,