

った。しかし「スポーツ心臓」とはいえない心拡大、心筋肥厚をきたしており、肥大型心筋症の存在も疑われる「グレーゾーン」と考えている。

疾患の診断も重要であるが、ジュニアユース選手である患児にとっては運動の可否も重要であり、運動継続の可否も含めて意見を伺いたく、症例を提示する。

(参考文献)

- ①Maron BJ. Sudden death in young athletes. *N Engl J Med* 349: 1064 - 1075, 2003.
- ②de Gregorio C, Magliarditi A, Magauida L. Dramatic electrocardiographic changes in a junior athlete with unpredictable hypertrophic cardiomyopathy. *Int J Cardiol* 137: e51 - 53, 2009.

3 無症候性の肺塞栓症を合併した原発性鎖骨下静脈血栓症の1例

大倉 裕二・高山 亜美・岡田 義信*
 県立がんセンター内科
 県立加茂病院内科*

症例は20歳の男性。腕立て伏せを日課にしていた。左肩の疼痛と腫張を主訴に、某整形外科を受診。蜂巣織炎と診断され、抗菌薬を3週間服用したが腫張は軽減しなかったため、軟部腫瘍の疑いで当院に紹介された。左腋窩のリンパ節腫脹が疑われたためPET-CTを施行。左上腕～鎖骨下静脈にFDGの集積亢進を指摘され、当科に紹介された。同部位のMRIで血栓形成を確認し、IV-DSAにて鎖骨下静脈の閉塞と側副血行路を認めた。側副血行路は肢位により変化した。凝固・線溶系に異常はなく、外傷や治療の既往もないことから、原発性鎖骨下静脈血栓症と診断した。肺血流シンチグラムでは、右下葉に集積低下を認めた。発症後2カ月を経過していたが、血栓溶解療法、抗凝固療法を施行。手術による解剖学的な修正は行わなかった。

【考察】当院では軟部組織腫瘍、悪性腫瘍や治療に伴うリンパ管炎や血栓性静脈炎、カテーテル留置に伴う静脈血栓性などが多く、原発性鎖骨下

静脈血栓症はまれである。当院における上肢血栓症の概要とともに報告する。

4 腹部大動脈・腸骨動脈癌術後遠隔期の腸骨動脈瘤追加手術の検討

佐藤 裕喜・青木 賢治

県立中央病院心臓血管外科

【背景】腹部大動脈(AAA)・腸骨動脈瘤(IA)術後遠隔期に腹部動脈、とくに腸骨動脈に対して追加治療を要することがある。しかし遠隔期追加治療に関してその危険因子や治療成績は十分に検討されていない。

【目的】AAA・IA術後の腸骨動脈に対する追加治療を検討した。

【対象と方法】近接4年のAAA・IA185例を対象とした。対象を開腹手術(OR)118例(O群)とステントグラフト(EVAR)67例(E群)の2群に分けて遠隔期の腸骨動脈治療について比較検討した。

【結果】対象は平均年齢74.9±7.8歳、男性155例(84%)、15例(8%)はAAA破裂であった。対象のうち94例(51%)は初回手術時にIAを合併していた。O群の70例(59%)、E群の24例(36%)が初回手術時にIAを合併していた。O群IA合併例のうち57例(81%)で瘤を切除し、11例(16%)で瘤を空置した。2例(3%)は瘤を処置しなかった。E群のIAに対して全例内腸骨動脈(IIA)コイル塞栓を併施してEVARを行った。O群の6例(5.1%)に遠隔期IA増大を認め、そのうち5例(4.2%)に追加治療を要した。一方E群の遠隔期IA増大は1例(1.5%)のみで現在まで追加治療せず経過観察している。O群遠隔期IA治療の5例はいずれもIIA瘤であり、3例は空置後の瘤増大、2例は未処置瘤の増大であった。空置後の瘤増大に対して1例でORによる瘤切除術、2例で上臂動脈アプローチのコイル塞栓術を行った。未処置IA増大例にはいずれもIIAコイル塞栓を併施したEVARを行った。単変量解析でOR時のIIA空置、AAA破裂が遠隔期追加治療の危険因子であった(いずれもp<

0.01).

【考察】AAA破裂15例のうち2例で未処置IAが増大し、1例で空置IAが増大し、計3例が追加治療に至っている。AAA破裂例では救命を優先した結果、未破裂IAを処置しない、もしくは空置する傾向がある。過去に報告されているEVAR後の追加治療の多くはエンドリークに対するものであるが当院ではinstruction for use (IFU)を遵守し、IA合併例でIIAのコイル塞栓を徹底した結果、現在までEVAR後の追加治療を一切経験していない。

【結語】

1. ORでのIIA空置は遠隔期追加治療の危険因子である。AAA破裂例では併存する未破裂IAが未処置または空置され遠隔期に追加治療の対象となる傾向がある。
2. IFU遵守下でIAの治療が徹底されたEVARでは遠隔期追加治療の危険は少ない。
3. 遠隔期IIA瘤は空置後であっても血管内治療で対処でき、追加治療の成績は良好であった。

5 下大静脈フィルターによる血管損傷の1例

萱森 裕美・小田 雅人・小幡 裕明
小澤 拓也・柏村 健・伊藤 正洋
廣野 暁・埴 晴雄・小玉 誠
新潟大学大学院医歯学総合研究科
循環器学分野

下大静脈フィルターは深部静脈血栓症による急性肺血栓塞栓症を予防する目的で使用される。我々は、回収可能型フィルター留置術2日後に下大静脈壁に穿孔を認めた1例を経験した。

症例は62歳女性で、S状結腸癌術後、および関節リウマチ、間質性肺炎でステロイドを内服中であった。S状結腸癌術後の経過観察目的に施行した造影CTで、肺血栓塞栓症および左総腸骨静脈から下大静脈にかけての深部静脈血栓症と診断された。呼吸循環動態は保たれていたが、肺動脈中枢の血栓と大静脈血栓症を認めたため、一時的に下大静脈フィルターの適応と考え回収可能型下

大静脈フィルター(Günther-Tulip)を腎静脈分岐下に留置した。術直後に施行したCTでは穿孔は認めなかったが、術後2日目に背部痛と一過性の血圧低下を来し、造影CTにてフィルターの脚が下大静脈壁を穿通し、下大静脈周囲に血腫を形成していることが明らかになった。血行動態が安定していたためフィルターの外科的摘出術は行わずに保存的に観察し、永久留置の方針とした。

静脈穿孔は下大静脈フィルター留置に伴う重大な合併症の一つであるが、近年、長期留置例において無症候性ながらも下大静脈穿孔が多いことが報告されており、フィルター留置の適応やデバイスの選択に十分な注意が必要と考えられる。

6 全内臓逆位、修正大血管転位、解剖学的三尖弁閉鎖不全症にて三尖弁置換術を施行した1成人例

若林 貴志・山本 和男・杉本 努
岡本 祐樹・加藤 香・高橋 聡
三村 慎也 吉井 新平
立川メディカルセンター立川総合病院
心臓血管外科

症例は62才、女性。幼少期より胸部X線異常影を指摘されていたが精査を受けたことはなかった。妊娠出産も特に問題なく経過した。健診を契機に精査をすすめられ当院循環器内科を受診、心エコー、MRI、心臓カテーテル検査で全内臓逆位、修正大血管転位、高度三尖弁閉鎖不全症(体循環房室弁閉鎖不全症)と診断された。EF40-50%と心機能は軽度低下しており、待機的に三尖弁置換術の方針となった。手術は、大動脈の右方偏位が高度であったため大腿動脈送血とし、上下大静脈脱血で体外循環を確立。心静止後、上方中隔切開で三尖弁置換術(SJM 27M)を施行した。術後経過は概ね良好で23病日に軽快退院した。