

肺下葉の肺内分画症が疑われ当科外来を紹介受診した。当院で再検されたCTでは下行大動脈に連続する拡張した血管を左肺下葉内に認めた。また肺動脈から左肺低区へ分岐する血管が認められず、肺分画を示す所見を認めなかった事から左肺底動脈大動脈起始症と診断した。手術は胸腔鏡補助下に左肺底区切除術を施行し、S<sup>6</sup>を温存した。比較的稀とされている肺底動脈大動脈起始症の1切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

#### 14 下大静脈平滑筋肉腫に対する手術治療の経験

後藤 達哉・三島 健人・齊藤 正幸  
島田 晃治・大関 一・若木 邦彦\*

県立新発田病院 心臓血管・呼吸器外科  
同 病理検査科\*

平滑筋肉腫は、大部分が消化管に発生し血管系のものは稀であり、その中では下大静脈から発生する頻度が高い。今回、腎静脈、下大静脈より発生した2手術例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

〔症例1〕68歳、男性。腫瘍は胡桃大で、腎静脈下下大静脈より発生し、下大静脈を閉塞するも血管外への浸潤所見はなかった。下大静脈を腎静脈下で腫瘍と共に切除した。病理でlow grade。外来経過観察中である。

〔症例2〕64歳、男性。腫瘍は手拳大で、右腎静脈より発生し下大静脈へ進展しており、CPB使用下に腫瘍切除+下大静脈・右腎合併切除を行った。病理でhigh grade。肺・肝転移を認め化学療法を行ったが、術後約3年で死亡した。

#### 15 上行大動脈置換術後の右冠動脈起始部狭窄に対し upper abdominal approach で CABG (GEA-4PD) を施行した1例

若林 貴志・杉本 努・山本 和男  
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58才、女性。2ヶ月前に急性大動脈解離(Stanford A)を発症し、前医で上行大動脈置換術を施行。術中所見で解離は右冠動脈口付近まで及んでいた。リハビリのため転院し療養中、2度房室ブロックが出現し当院循環器内科へ転院。3D-CTで右冠動脈起始部の瘤およびその直後の90%狭窄を指摘され当科紹介。正中アプローチでは心臓周囲の高度癒着が予想されるため、upper abdominal approach で CABG (GEA-4PD) を施行した。術後経過良好で軽快退院。今後、follow up CTで瘤拡大が見られる場合には Bentall 手術を行う予定である。

#### 16 右側大動脈弓に伴う Kommerell 憩室の1例

中村 制士・高橋 善樹・石井 孝規  
須藤 翔・木村 光裕・菊地千鶴男  
中澤 聡・金沢 宏

新潟市民病院 心臓血管外科・呼吸器外科

Kommerell 憩室は大動脈弓部の発生異常による稀な疾患であり、鎖骨下動脈起始異常を伴うことが多い。発生頻度は左側大動脈弓の症例で0.5%程度、右側大動脈弓に伴う場合では約0.05%とされる。今回我々は右側大動脈弓に伴うKommerells 憩室の1例を経験したので報告する。

症例は71歳、男性。約1年前より胸部の圧迫感を自覚し当科受診。CTで右側大動脈弓から左総頸動脈、右総頸動脈、右鎖骨下動脈、左鎖骨下動脈の順にそれぞれ独立に分岐し、最終分枝である左鎖骨下動脈の起始部は約3cmと拡張しKommerell 憩室を認めたため手術の方針となっ

た。

【手術】右開胸後側方切開でアプローチした。上行大動脈送血，右房脱血で体外循環を開始し，心停止下で直腸温28度の低体温とした。右鎖骨下動脈分岐部の中枢側で大動脈を遮断し，左右頸動脈への血流は上行大動脈より送血を行った。下行大動脈を切開し右鎖骨下動脈およびKommerrelの先にある左鎖骨下動脈に脳分離回路を挿入し送血を行った。グラフトはJ-graftを用い，まず左鎖骨下動脈単独に9mmのグラフトを吻合し，次いでJ-Graft本管を大動脈中枢側及び下行大動脈に吻合した後，側枝と左鎖骨下動脈に吻合した人工血管を吻合した。

【結語】Kommerell憩室はその発生頻度の少なから術式が標準化されるまでには至っていない。また大動脈弓や分枝の起始異常による多様性が存在するため，到達法や再建方法など症例ごとに対応が必要となる。今回我々が行った右開胸後側方切開アプローチは弓部から下行大動脈までの人工血管置換及び鎖骨下動脈再建に有用であると考えられた。

### 17 心臓アミロイドーシスを合併した僧帽弁閉鎖不全症の治療経験

上原 彰史・倉岡 節夫・篠永 真弓

水戸済生会総合病院  
心臓血管外科・呼吸器外科

症例は74歳，女性。63歳時，骨髄検査で形質細胞21.4%と増加し，IgG $\kappa$ 型M蛋白の無症候性多発性骨髄腫と診断された。65歳時症候性となり，MP(Melphalan + Prednisolone)療法を行い臓器障害なく安定していた。71歳時，高度僧帽弁閉鎖不全を指摘され心不全増悪したため，僧帽弁置換術を施行した。A3の腱索断裂が僧帽弁閉鎖不全の原因であった。病理検査で僧帽弁前尖，前乳頭筋にIgG $\kappa$ 型ALアミロイド沈着を認めた。多発性骨髄腫を原因とした腱索へのアミロイド沈着によって，腱索断裂による僧帽弁閉鎖不全が生じたと考えられた。さらに周術期に心臓ア

ミロイドーシスを原因とした非持続性心室頻拍，完全房室ブロック，心停止が生じたため，ICD植え込みを施行した。その後も心不全増悪や非持続性心室頻拍が生じたため，心臓アミロイドーシス急性増悪としてMP療法を施行した。多発性骨髄腫の長期生存例は少ない。また心臓アミロイドーシスは極めて予後不良な疾患で，それに伴う病変に外科的治療を行った症例は稀である。

### 18 ヨードアレルギーを合併した腹部大動脈瘤に対するステントグラフト治療の1例

岡本 竹司・堀 祐郎・榛澤 和彦  
大山 俊之・白戸 亨・竹久保 賢  
名村 理・土田 正則

新潟大学大学院 呼吸循環外科学分野

症例は84歳，男性。他疾患の精査で腹部大動脈瘤を指摘，その後拡大傾向を認めたため，加療目的に当科紹介。以前にヨード系造影剤の使用でショックとなった既往があったことから炭酸ガスによる血管撮影を用いたステントグラフト内挿術の方針とした。術前評価は造影CTを用いず，MRAや単純CTからの3D構築によりアクセスの評価やデバイスの選択を行った。ステントグラフトはExcluderを選択，合併症無く，内挿することができた。術後評価では単純CTに加えて腹部エコーを用いることでendoleakの評価が可能であった。ヨード系造影剤が使用できない症例でも，単純CT，MRA，腹部エコー，炭酸ガス造影などを併用することで，確実にステントグラフト内挿術が行えると考えられた。