

13 膿気胸に対する Endobronchial Watanabe Spigot の使用経験

青木 正・本野 望・竹重麻里子
島田 晃治・中山 卓・矢澤 正知
県立中央病院呼吸器外科・心臓血管外科

症例は53才，男性．近医で左胸水をドレナージしたところ膿汁と気漏があり，治療目的で当院に入院した．DICを合併しておりドレナージが不十分と判断し胸腔鏡手術を行った．胸腔内を洗浄すると下葉に胸膜欠損と肺瘻が存在した．剥皮も困難で開窓術を行った．感染がコントロールされたところで Endobronchial Watanabe Spigot を用いて気管支充填術を行った．その後気漏を認めなくなり，胸腔内の間歇的洗浄を行った．同時に肺の拡張を得るために閉鎖胸腔ドレナージを行った．胃切除後，著しい栄養状態不良のために胸腔内充填物が無く単純閉鎖を行った．術後2ヶ月が経過して膿胸の再燃は無い．

14 腸腰筋膿瘍を合併した感染性腸骨動脈瘤に対する1手術治療例

長澤 綾子・斎藤 正幸・青木 賢治
大関 一
県立新発田病院心臓血管外科，
呼吸器外科

症例は55歳，男性．

【既往歴】特になし．

【現病歴】平成19年末より腰背部痛を自覚していた．平成20年1月下旬より右股関節の疼痛と屈曲拘縮を認めたため，1月25日に近医でCT撮影をしたところ，右腸骨動脈瘤と右腸腰筋膿瘍を指摘され，同日当科を入院となった．

【経過】入院時，右鼠径部に圧痛を認め，CRPは11.5と高値であった．CT上，右総腸骨動脈に周囲軟部陰影を伴う嚢状動脈瘤を認め，腸腰筋は腫大していた．以上より感染性腸骨動脈瘤と診断し緊急手術を行った．手術は，大伏在静脈を用いてF-Fバイパス術を行った後に動脈瘤を切除した．動脈瘤は腸腰筋に向けて破裂し，病理では，グラム陰性桿菌が検出された．

【考察】今回我々は，感染性腸骨動脈瘤に対する自家静脈による血行再建を経験した．感染性動脈瘤に対する自家静脈を用いた血行再建は，感染に対する耐久性と長期の開存性に優れるとされているため，文献的考察を加えて報告する．

15 大動脈弁狭窄+胸部大動脈瘤+心房細動+左房内血栓に対する1手術例

飛田 一樹・山本 和男・佐藤 正宏
上原 彰史・三島 健人・榊原 賢士
杉本 努・吉井 新平・春谷 重孝
立川総合病院心臓血管外科

症例は54歳，男性．平成12年より胸部大動脈瘤，大動脈弁狭窄にて手術を勧められていた．平成19年12月に完全房室ブロックに対し，ペースメーカー植え込み(DDD)，平成20年2月に慢性心不全増悪と難治性胸水にて再入院した．その際，心房細動，左房内血栓も指摘された．心臓超音波検査上，大動脈弁弁口面積 0.7cm^2 ，緻密化障害及び低心機能が認め，上行大動脈置換+大動脈弁置換+MAZE手術+左房内血栓除去+左心耳切除を行った．術後経過は良好で難治性胸水も軽快した．心臓超音波検査上の低心機能は残存しており，心機能の改善が今後の課題となっている．

16 僧帽弁後尖逸脱に対する砂時計型切除法による弁形成術の経験

中澤 聡・本橋 慎也・佐藤 裕喜
羽賀 学・高橋 善樹・金沢 宏
新潟市民病院心臓血管外科・呼吸器外科

症例は57歳，男性．MR4度．

手術所見ではP2の広範囲逸脱であった．四角切除縫合法では逸脱範囲が大きすぎ，Kay法に準じての弁輪縫縮は困難であった．そこで砂時計型切除法を選択した．弁輪は3箇所に分けて縫縮，砂時計下部にあたる弁尖は弁輪に縫着，上部は弁尖同士を縫合した．Physioring 28mmで弁輪形成．術後経過は順調，心雑音(一)であったが心エコーでMR1度残存を認めた．

僧帽弁後尖の形成に際し、弁輪縫縮を少なくすることは重要である。逸脱範囲が広い場合、最も一般的な四角切除法は過度な弁輪縫縮、またSAMの危険などから適さない。最近報告されている砂時計切除法はSAMを防止し弁輪縫縮の少ない方法で、後尖広範囲逸脱に有用と考えられた。

17 胸部大動脈瘤に対するステントグラフト術の動向

榛沢 和彦・岡本 竹司・長澤 綾子
佐藤 浩一・菊地千鶴男・竹久保 賢
名村 理・林 純一

新潟大学大学院呼吸循環外科
(第二外科)

胸部大動脈瘤のステントグラフト(SG)はhand madeで行っているが企業製品であるTagが近々保険適応となる。しかしTagはストレートグラフトで遠位弓部大動脈瘤には適応が無く、今後もhand made SGに頼らざるを得ない状況にある。Hand made SGにはステント骨格にステンレス製Zステントを使用する(Tag, Najuta(東京医大), 阪大など)、ニチノール製金網を使用する(MKステント(金沢大など))、ステンレスリングを用いる(井上ステント(慶応大など))等がある。弓部大動脈瘤で上行大動脈からのSG挿入が必要になる場合では弓部分岐用の開窓を付ける(Najuta), 上行大動脈から開胸で弓部分岐再建を行ってからSGを行う(Tag, 阪大, 金沢大MKステント), SGで分岐再建する(井上ステント)等がある。一方、欧米のTagによる検討で死亡率3-9%, 脳梗塞3-10%, 対麻痺1-3%と通常手術に比べて低くない。合併症の多くは塞栓症や腸骨動脈損傷などのアクセストラブルで、太く硬いシースを使用することによると考えられる。また術後慢性期の再手術やコイル閉塞などの追加手技が明らかに多い。したがって胸部大動脈瘤SGは現時点では必ずしも低侵襲とは言えず、特にハイリスク例に行う場合の死亡率は開胸手術と変わらないか、それ以上の可能性もある。し

かし術後順調な場合は弓部大動脈瘤でも翌日から歩行可能で回復も速い。したがって胸部大動脈瘤SGはハイリスクという理由での選択は危険であり、他に方法が無い場合に開胸術と同等の危険性があり且つ再手術の可能性も高いが回復の早い方法だということを理解して適応を考えるべきである。

18 腹部大動脈瘤に対するステントグラフト術の動向

榛沢 和彦・岡本 竹司・長澤 綾子
佐藤 浩一・菊地千鶴男・竹久保 賢
名村 理・林 純一

新潟大学大学院呼吸循環外科
(第二外科)

腹部大動脈瘤用のステントグラフト(SG)は企業製品としてZenith, Excluder, Powerlinkが日本でも使用可能になった。どれもY型グラフトで中枢側のlanding zoneは15mm以上、末梢側は10mm以上必要で大動脈の角度は60度以下とされている。またそれぞれに特徴があり、Zenithは中枢側にベアステントとフックがありベアステントは腎動脈に必ず掛けるよう設計され太い腸骨動脈に対応できる。ExcluderとPowerlinkでは中枢側にベアステントは無く大動脈壁に優しいが13.5mm以上の腸骨動脈に現時点で対応できない。またZenithはゆっくりと拡張留置できるので位置決めが厳密にできるが手技は煩雑である。Excluder, Powerlinkは素早く留置するので厳密な位置決めはできないが手技が容易である。このように製品間で違いがあるので使用する前に製品別の2日間講習と最初の2例はSG指導医立ち会いで行うことが義務づけられている。問題点としてSG実施医となるためにSG経験ではなく腸骨動脈の血管内治療(PTAステントなど)経験20例が必要なことで外科医にとってハードルが高い。現在はPTA助手の経験も許されているが、近々に術者の経験が必要になる。さらに日本でのSG適応はハイリスク例に限られており、社会復帰が短い利点が生かされにくいことが問題である。