

が剥離を行った。術後15日目の心カテーテル施行でPAW10, RV26/8と改善がみられ、自覚症状も消失した。術後19日目に軽快退院。

〔症例2〕85歳, 男性。数年前より下腿浮腫を自覚していたが, 1年前より全身倦怠感が出現し, その後急激な体重増加と労作時呼吸苦が出現したため精査したところ, 左胸水貯留および収縮性心膜炎と診断された。当初は内服加療でコントロール可能であったが徐々に不良となり手術方針となった。左呼吸音減弱および高度下腿浮腫を認めた。胸部CTで非石灰化の全周性の心膜肥厚を認め, 特に右心耳から右室前面で著明であった。心カテーテル検査で右室圧波形のdip and plateauを認め, PAW21, RV35/20と上昇を認めた。心膜切開術を施行し, 心膜の剥離にはハーモニックを使用した。術後6日目の心エコー施行で右室収縮能の改善を認めた。下腿浮腫は改善し, 左胸水貯留は内服でコントロール可能となったため術後22日目に軽快退院。

【考察】収縮性心膜炎の原因は様々であるが, 肥厚心膜の性状に合わせたデバイスの使用で安全に手術が可能であった。また, 術中に経食道心エコーで心収縮能の改善を確認しながら手術を行うことにより, 過剰な心膜切除することなく手術を行うことが出来た。

7 左総頸動脈壊死性破裂に対するステントグラフトの応用

曾川 正和・若林 貴志

県立中央病院心臓血管外科

【背景】血管内治療の一環としてステントグラフトが進歩し, 従来の外科的治療が不可能であった領域の治療が可能となった。

症例は86歳, 女性。

【診療経過】40年前に甲状腺癌で, 手術を受け, その後Co照射を受けた。

2012年9月, 左頸部に皮膚潰瘍が出現し, 当院形成外科を受診。MRI等で, 左鎖骨部放射線晩発障害, 左鎖骨部放射線骨壊死, 左頸部放射線皮膚

潰瘍と診断され, 経過観察となった。

2013年1月, 左反回神経麻痺によると思われる嘔声も出現。

4月上旬からは, 皮膚潰瘍部からの出血を時折認めるようになり, その都度, 圧迫止血をしていたが, 4月13日朝, 大量出血あり, その後, 圧迫止血された。

4月16日, 全身麻酔下に創を開き腐骨を可及的に除去した。左総頸動脈は癭痕様組織に覆われていた。4月21日早朝にも大量出血を認めたが, 圧迫で止血され, 以降出血を認めず, 5月16日, 退院となった。

その後, 椎茸とりに出かけるようになった頃から少量の出血を認めるようになり, 6月1日, 午前3時大量出血を認めたため, 当院救外受診, 入院となった。

全身麻酔後, 出血点を確認したところ, 左総頸動脈そのものからであった。周囲の癒着が高度で, 血管外からの処置は困難と判断し, ステントグラフト内挿術の準備を行った。左頸部創を左総頸動脈に沿って上方に伸ばし, 内外頸動脈をそれぞれテーピング。ヘパリン化を行った後, 外頸動脈からシースを挿入し, Gore社製Excluder, 中枢側が16mm, 末梢側10mm, 長さ7cm(最も細く, 短い)のステントグラフトを留置した。その後, 改めて, 左総頸動脈の出血点を見ると, ステントグラフトの拡張力によりさらに穴が広がっていたが, 止血はされていた。大腿部の大伏在静脈をパッチ状に広げ, 穴を含めその外側から大きく覆うように, 縫合した。可及的に皮膚を閉鎖した。

6月3日, 形成外科により右大胸筋皮弁による被覆を行った。

術後, 無気肺とCO2 narcosisで抜管, 再挿管を繰り返したため, 6月28日, 気管切開。長期臥床となり, リハビリのため, 転院したが, その後, リハビリが進み, レティナ使用し, 現在元気に外来通院中である。

【考察】従来は, 頸動脈のコイル塞栓術が多かったが, 脳梗塞や再発の合併があり, 今後は, ステントグラフトがこの治療の主役となるであろう。