

高血圧症 (CTEPH) である。CT や肺動脈造影検査から中枢性の CTEPH であり血栓内膜摘除術の適応と考えられた。国立循環器病研究センターにて手術治療を施行され、平均肺動脈圧は 45 から 29mmHg、心係数は 2.4 から 2.8L/min へ改善を認め、それを維持している。

〔症例 2〕67 歳、女性。診断は CTEPH である。寛解と増悪を繰り返し、息切れ症状が強いため在宅酸素療法を要した。肺動脈は区域レベルで閉塞を認め、藤田保健衛生大学に相談して血栓内膜摘除術の適応と判断された。手術療法により平均肺動脈圧は 50 から 22mmHg、心係数は 2.0 から 3.0L/min へ改善を認め、現在は酸素吸入なしで生活できるようになった。

〔症例 3〕53 歳、男性。CTEPH を疑われて当科に紹介された症例である。精査の結果、稀な肺動脈炎 (大動脈炎の肺動脈孤症の疑い) と診断した。高度の肺動脈狭窄症に対して総合大雄会病院で肺動脈パッチ拡大術を施行され、平均肺動脈圧は 59 から 16mmHg、心係数は 2.2 から 3.8L/min へ改善を認め、血行動態は正常化した。

現在、肺動脈性肺高血圧症に対する特異的な薬物治療法は確立された感があるが、その一方で CTEPH 症例や肺動脈炎に伴う血管狭窄症例においては積極的な外科的治療が奏功する場合もあるため、その診断にはより高い精度や治療経験が要求されるものと考えられる。

第 274 回新潟外科集談会

日時 平成 24 年 12 月 1 日 (土)
午後 1 時 30 分～午後 3 時 17 分
会場 新潟大学医学部 大講義室

一般演題

1 直腸・会陰静脈瘤切除により門脈血流が改善した肝硬変の 1 例

井上 真・小野 一之・岡本 春彦
田宮 洋一

県立吉田病院 外科

症例は 81 歳、女性。肝癌を合併した肝硬変で内科で治療中、頻回の出血を来す直腸・会陰静脈瘤の外科的治療についてコンサルトされた。術前の CT 所見では、門脈本幹は血栓でほぼ閉塞しており、下腸間膜静脈から痔静脈が高度に怒張し、それに連続して大腿静脈に続く会陰皮下の巨大静脈瘤を認めた。保存的に経過観察していたが、短期間で数回ショックに陥る出血を繰り返したため、準緊急的に直腸から連続する会陰静脈瘤の切除を行った。門脈血流の最大のシャントルートを遮断することになるため、血流改変による合併症を危惧したが、術後経過は意外と順調で、再出血およびその他の合併症は無く退院した。術後の CT では、下腸間膜静脈は血栓で閉塞していたが、他に新たなシャント形成は認めず、門脈血流は改善されていた。

2 成人憩室型先天性胆道拡張症 (戸谷分類 II 型) の 1 手術例

宗岡 悠介・谷 達夫・島影 尚弘
長谷川 潤・内藤 哲也・木戸 知紀
佐藤 優

長岡赤十字病院 外科

憩室型先天性胆道拡張症は、非常に稀な疾患である。その治療法として憩室を含む胆管切除が推

奨されているが、憩室が臍内に存在する場合、疾患の頻度と手術の煩雑さのためか、憩室切除の報告例はほとんどない。今回我々は、胆嚢・総胆管・拡張胆管内結石症を契機に発見された、臍内胆管・憩室型先天性胆道拡張症に対して、憩室を含む臍内胆管切除を行った症例を経験したので報告する。

症例は68歳、男性。2011年10月、右季肋部痛を主訴に近医を受診し、血液検査で肝機能異常を指摘され、当院内科紹介受診。精査にて戸谷分類Ⅱ型の臍内胆管・憩室型先天性胆道拡張症を背景とした胆嚢・総胆管・拡張胆管内結石症の診断となり、2012年1月、総胆管切除、拡張胆管切除、胆管十二指腸吻合術を施行した。臍内胆管を剥離し、拡張胆管を開放、同部から内腔の粘膜面の連続を確認しながら剥離を進めることで、安全に切除し得た。術後合併症はなく、第24病日に退院した。

臍内胆管憩室は技術的困難性と術後合併症の可能性から、切除が試みられることは少ないようだが、安全に切除することが可能である。

3 腹腔鏡補助下胃切除術後に Petersen's hernia を発症した3例の検討

大溪 隆弘・牧野 成人・河内 保之
西村 淳・川原聖佳子・北見 智恵
角田 知行・新国 恵也

長岡中央総合病院 外科

【背景】胃切除後の Roux-en Y (R-Y) 法再建は、拳上空腸と横行結腸間膜の間隙に小腸が嵌頓する内ヘルニア (Petersen's hernia) の危険性がある。当科において腹腔鏡補助下胃切除術 (LAG) 後に Petersen's hernia を発症し、緊急手術を施行した3例について報告する。

【対象】2008年5月から2012年10月現在までに当施設で施行したLAG, R-Y法再建の症例81例中3例(3.7%)に術後 Petersen's hernia を認めた。

【結果】初回手術は、全摘 (LATG) 1例、幽門

側胃切除 (LADG) 2例。再建経路は全例が結腸前経路であり、間隙の閉鎖は行っていない。初回手術から内ヘルニア発症までの期間は、2年4ヵ月間から4年間であった。愁訴としては全例に腹痛と嘔吐を認め、受診時の腹部造影CT検査で全例確定診断が可能であり、緊急手術にて整復した。

【考察】術後の癒着が少ない腹腔鏡手術では、腸間膜の間隙を確実に縫合閉鎖することが必要であり、内ヘルニアを生じた場合、早期に診断し手術を施行することが重要である。

4 末梢動脈塞栓症をきたした腹部大動脈内血栓症に対して直達手術による血栓除去を施行した1例

峠 弘治・島田 晃治・竹久保 賢
保坂 靖子・斎藤 正幸・大関 一

県立新発田病院 心臓血管・呼吸器外科

症例は53才、男性。既往歴では十二指腸潰瘍に対する胃切除、慢性膵炎による頻回の入院加療歴あり。左下肢のしびれを主訴に内科で下肢末梢動脈拍動の消失を指摘され、CTで腹部大動脈終末部に大動脈内腔をほぼ占拠する血栓を認め当科紹介となった。精査で右下腿動脈の一部閉塞、左深大腿動脈および左下腿動脈の一部閉塞を認めた。ABIは右0.8、左0.67と下肢血圧の低下を認めた。末梢塞栓症の進行・下肢虚血症状悪化の危険性が高いと判断し手術方針とした。手術は後腹膜経路で腹部大動脈に到達し大動脈遮断下に大動脈を切開し血栓除去を行った。また左大腿動脈からフォガティーカーテールによる末梢の血栓除去術も同時に施行した。術後腹部大動脈内の血栓はほぼ消失しABIは右1.07、左1.10に改善し下肢虚血症状も改善した。

大動脈内血栓症に対する治療方針および手術適応に関する文献的考察を含めて報告する。