を施行したところ、心膜由来悪性中皮腫の診断に至った。

今回、症例報告の少ない、心膜由来悪性中皮腫という貴重な症例を経験したので報告する。

4. 解離性大動脈瘤破裂にて右胸腔へ穿破した 1 致死例の検討

（西東京中央総合病院　循環器科）
藤吉　俊毅、橋本　雅史、片山　直行
雨宮　　正、伊藤　茂樹、末定　弘行
（心臓血管外科）　荻野　　均

症例：72 歳、女性。生来健康で既往は子宮筋腫のみ。3 日間持続する心窩部痛を主訴に当院夜間救急外来を独歩にて受診。来院時身体所見正常（血圧 111/68 mmHg、HR 85、Spo2 96% room）。単純 CT にて大動脈径の拡大を指摘され緊急造影 CT 撮影。CT 上、下行大動脈に entry をみとめる De-bakey IIIa 大動脈解離と両側胸腔に少量の胸水を認めた。CT 撮影直後に右側胸部痛を訴え意識・脈拍消失。蘇生を試みるも心拍再開せず 1 時間後死亡確認となった。蘇生中に撮影した CT では多量の右胸水・縦隔偏位をみとめ解離性動脈瘤破裂、右胸腔穿破と考えられた。

考察：胸部大動脈瘤破裂は解剖学的な理由より、そのほとんどは心嚢内または左胸腔への穿破であり、右胸腔への穿破は 7%～14%。そのほとんどは外傷性、または右側へ突出する胸腹部瘤（嚢状瘤）の破裂による。今回、嚢状瘤を伴わない急性 B 型大動脈解離にて独歩にて来院直後に右胸腔へ穿破し死亡した 1 例を経験したため文献的考察を加え報告する。

5. 三心房心に合併した Barlow's type の僧房弁閉鎖不全に対する修復術

（心臓血管外科）
丸野　恵大、松山　克彦、鈴木　　隼
岩堀　晃也、藤吉　俊毅、高橋　　聡
戸口　佳代、岩橋　　徹、岩崎　倫明
小泉　信達、西部　俊哉、荻野　　均

症例は 64 歳、男性。2 年前より僧帽弁閉鎖不全症を指摘されており、心房細動をきっかけに労作時呼吸困難が増強したため手術適応となった。

心エコーで三心房心、心房中隔欠損を合併し、肺静脈還流異常を認めていた。

僧帽弁は Barlow タイプであり、手術は左心房隔壁切除、edge-to-edge technique での僧帽弁形成、三尖弁形成、心房中隔欠損孔閉鎖、メイズ手術を行った。

術後、僧帽弁閉鎖不全は消失し、洞調律へと回復した。

成人の三心房心は非常に希であり、僧帽弁閉鎖不全に対しての edge-to-edge technique での僧帽弁形成術で良好な結果を得たため、文献的考察を加え報告する。

6. 左鎖骨下動脈を完全閉塞させてステントグラフト治療を行った胸部大動脈瘤の 1 例

（八王子　心臓血管外科）
内山　裕智、赤坂　純逸、井上　秀範
本橋　慎也、浦部　　豪、河合　幸史
進藤　俊哉

遠位弓部大動脈瘤に対してステントグラフト治療を施行する場合、充分なランディングゾーン確保のため、時に左鎖骨下動脈を閉塞する必要がある。通常、左鎖骨下動脈は椎骨―脳底動脈系からの側副血行路があるため、単純閉鎖しても問題ないことが多いが、欧米のガイドラインでは緊急症例以外は再建することが推奨されている。今回、我々は左鎖骨下動脈を単純に閉塞させてステントグラフト治療を行った症例を経験したので報告する。症例は遠位弓部大動脈瘤の診断で紹介となった 74 歳、女性。冠動脈バイパス術の既往があり、左内胸動脈を用いて前下行枝にバイパスされていたが、グラフトは閉塞していた。胸骨が離開していることに加え、皮膚が薄く、左鎖骨下動脈を再建するのは困難と考えられた。術前の MRI 検査で椎骨―脳底動脈系の評価を行った上で、左鎖骨下動脈を単純閉鎖してステントグラフト治療を行うこととした。術後、左上肢に虚血症状を認めなかった。

7. 左室流出路狭窄、僧房弁閉鎖不全、石灰化僧房弁輪を合併した大動脈弁狭窄症の一手術例

（消化器外科・小児外科）
土方　陽介
（心臓血管外科）
松山　克彦、丸野　恵大、鈴木　　隼
藤吉　俊毅、岩堀　晃也、高橋　　聡
戸口　佳代、岩橋　　徹、小泉　信達
西部　俊哉、荻野　　均

症例は 78 歳、女性。慢性心房細動による脳梗塞の既往あり。今回、失神発作をきたし、精査にて MAC を伴う僧帽弁閉鎖不全症、および HOCM を伴う AS と診断された。僧帽弁は全体に肥厚短縮しており、後尖弁輪の MAC を認め、A2-P2 の edge to edge repair を行った。さらに左室心筋を切除し AVR を行った。同時にメイズ手術も行い、洞調律を回復させた。MAC を伴う僧帽弁閉鎖不全症に対して、edge to edge repair は SAM をきたす恐れもなく、有用な手技である。