

研究会報告

第 67 回 東京医科大学循環器研究会

日 時 : 平成 30 年 1 月 6 日 (土)  
午後 2 : 00 ~

場 所 : 東京医科大学病院 新教育研究棟  
3 階

当番世話人 : 厚生中央病院 平井 明生

1. 右冠動脈の malperfusion を伴った急性 A 型大動脈解離の 2 例

(東京医科大学 心臓血管外科)

加納 正樹、鈴木 隼、丸野 恵大  
藤吉 俊毅、河合 幸司、高橋 聡  
岩橋 徹、神谷健太郎、小泉 信達  
西部 俊哉、荻野 均

右冠動脈 (RCA) malperfusion を伴った急性 A 型大動脈解離 (AAAD) の 2 例に大動脈基部全弓部置換を施行し、共に救命できたので報告する。【症例 1】80 歳、女性。胸痛精査の CAG で RCA 閉塞、CT で AAAD を認め、緊急手術を施行。上行大動脈に entry、弓部小弯側に re-entry を認めた。基部では解離が RCA 自体に波及し、大動脈弁狭窄 + 閉鎖不全を認め、全弓部置換術 (TAR)、Bentall 手術、冠動脈バイパス (CABG) × 1 を施行。右室梗塞のため IABP + PCPS を必要としたが、長期 ICU 管理を経て、現在、一般病棟で継続治療中。【症例 2】58 歳、男性。胸痛を主訴に当院外来を受診。CT で AAAD と判明し緊急手術を施行。弓部後壁に entry を認め TAR を実施。また、基部解離が著しく、RCA が完全に離断。自己弁温存大動脈基部置換および CABG を施行。術後経過は良好で独歩退院。今回、急性 A 型大動脈解離に大動脈弁閉鎖不全 (AR) と RCA の malperfusion を伴った 2 症例を経験したため報告する。

2. 重症冠動脈病変+低心機能を伴った DM-HD 患者に対する CABG : 石灰化 LAD の血行再建

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

丸野 恵大、加納 正樹、鈴木 隼  
藤吉 俊毅、河合 幸史、高橋 聡  
岩橋 徹、神谷健太郎、小泉 信達  
西部 俊哉、荻野 均

【症例】52 歳の男性。2012 年 6 月より腎硬化症で透析加療中であった。2014 年 6 月に透析中の心不全にて循環器内

科紹介となり、CAG で重症冠動脈病変を認め、LAD、RCA に PCI を施行された。2017 年 5 月の心筋シンチグラムで LAD、RCA 虚血を指摘され、CAG で重症 3 枝病変および LAD ステンツト末梢側の石灰化を認めた。心エコーで EF=25% の低左心機能、HbA1c 8.1 のコントロール不良の糖尿病を合併しており、手術加療の方針となった。

手術は人工心肺使用心拍動下に LAD 石灰化内膜を約 5 cm 摘除し、SVG での onlay patch 再建を行った。

術後胸部正中創上端感染および血胸を合併したが、グラフトは開存しており、心エコーで EF=37% まで改善した。

【結語】低左心機能、糖尿病、透析を合併した重症冠動脈病変、石灰化 LAD に対する血行再建を経験し、文献的考察も含めて報告する。

3. 胸腹部大動脈置換術後の劇症肺炎に対する ECMO の経験

(東京医科大学 心臓血管外科)

河合 幸史、加納 正樹、鈴木 隼  
丸野 恵大、藤吉 俊毅、高橋 聡  
岩橋 徹、神谷健太郎、小泉 信達  
西部 俊哉、荻野 均

今回われわれは術中に重症の肺炎を発症し、術後管理に難渋したが ECMO 導入により救命できた症例を報告する。症例は 48 歳男性、2006 年 B 型急性大動脈解離発症し、保存的に加療。同年再解離発症し、挿管管理となった際に気管切開となった。2014 年解離性大動脈瘤の診断で下行大動脈人工血管置換術を施行された。今回、胸腹部の解離性大動脈瘤に対して胸腹部大動脈置換術を施行。術中から呼吸状態不良となり、術後 ICU 入室時には P/F 比 60 未満であった。気管内吸引で胆汁様の液体を認めたため胃液による化学性肺炎、または痰培養で検出された緑膿菌による劇症型の細菌性肺炎が疑われた。また、患者は HIV 感染症による compromised host であった。抗生剤による加療を行うが肺炎の改善認めず、酸素化維持がさらに困難となったため術後 7 日目に V-V ECMO 導入となった。抗生剤による治療を継続したところ徐々に改善傾向を認め、術後 35 日目に ECMO 離脱、術後 47 日目に人工呼吸器を離脱できた。以上の経過につき文献的考察も含めて報告する。

4. ステンツトグラフト内挿術施行後に Type I エンドリーク認め、追加治療を行った 2 症例

(東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科)

松倉 満、本橋 慎也、井上 秀範  
赤坂 純逸、進藤 俊哉

中枢ネックの高度屈曲症例に対してステントグラフト内挿術 (EVAR) を施行、Type I エンドリークを認め追加治療