

研究会報告

第74回 TCVC (Tokyo
Cardiovascular Conference)

日 時 : 2022年5月21日(土)

午後2:00~

場 所 : ZoomでのWeb開催

当番世話人 : 東京医科大学病院

里見 和浩 先生

1. Type 1a ELによる腹部大動脈破裂に対してChimney
EVARにより救命した1例

(筑波記念病院 心臓血管外科)

前川 浩毅、西 智史、山崎 幸紀
高橋 秀臣、倉橋 果南、井上 堯文
吉本 明浩、末松 義弘

【症例】85歳、女性。5年前に腹部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿術施行され、今回突然の腰背部痛を主訴に救急搬送された。緊急CTでステントグラフト中枢側ネックのmigrationとType 1a ELによる腹部大動脈破裂所見を認めため手術の方針となった。年齢、全身状態を考慮し今回もステントグラフト内挿術の方針とした。解剖学的に中枢側ネックを十分に確保するために上腸管膜動脈、左腎動脈を保護したChimney EVARを施行した。術後、右腎動脈閉塞により一時的な透析が必要となったが退院時には離脱できていた。非常に外科的治療のリスクが高い腹部大動脈破裂に対して、良好な術後経過が得られた1例を報告する。

2. 冠動脈三枝病変、大動脈弁狭窄症、胸腹部大動脈瘤を合併した手術ハイリスク患者に対する段階的治療戦略

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

本多 爽、島原 佑介、前川 浩毅
中野 優、鈴木 隼、藤吉 俊毅
神谷健太郎、小松 一貴、山下 淳
近森大志郎、荻野 均

大動脈瘤と冠動脈疾患、大動脈弁狭窄症と冠動脈疾患の合併率はそれぞれ、4~18%、50~65%と報告がある。これらの疾患を合併したハイリスク患者に対する手術戦略については議論の余地がある。症例は80歳、男性。CKD、COPDあり。腹部大動脈瘤に対して2年前に人工血管置換術施行。術後のフォローアップCTで胸腹部大動脈瘤の拡大

あり、手術目的に紹介。術前の造影CTで胸腹部大動脈瘤(58x55mm)、大動脈の粥状硬化、石灰化、蛇行、心エコーでsevere AS、CAGで三枝病変、右冠動脈起始異常あり。高齢、併存疾患を考慮し、off-pump CABG、TAVI(経心尖部アプローチ)、TAAA repairの順に段階を踏んで手術を施行した。経過途中で、慢性腎不全に対してシャント造設し維持透析開始。自宅で転倒による骨盤骨折に対して手術を要し、総治療期間は若干延長したが、経過良好で現在は自宅で生活。

3. アプローチに難法が予測された弓部大動脈瘤へのステントグラフト治療の1例

(東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科)

芳賀 真、仁田 淳、木村 光裕
本橋 慎也、井上 秀範、赤坂 純逸

症例は76歳、男性。弓部大動脈瘤と腹部大動脈瘤を指摘され、当院受診した。腹部大動脈瘤の開腹手術を先行し、弓部大動脈瘤はステントグラフト内挿術(thoracic endovascular aortic repair; TEVAR)を施行した。18-20Frのlow profile化したTEVARが近年使用可能であるが、24Frのシースを使用せざるを得ない状況で治療戦略を立て、総腸骨動脈をアクセスルートとしたTEVARの1例を経験したので報告する。

4. 偶発的に診断された非典型的な大動脈解離5例の検討

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

木下 友希

急性大動脈解離は突然発症の胸痛を主訴とすることが多いが、胸痛がない場合や、様々の主訴で受診することがあり、非典型例では診断に難渋することがある。急性大動脈解離は診断の遅れが予後不良因子であり、初診時に正確に診断することが重要である。当院で最近経験した、大動脈解離の診断となった非典型的な症例や、偶発的に発見された症例を5例提示し、非典型的な大動脈解離を見逃さないために注意すべき点を、文献学的考察を交えて検討する。

5. 慢性膵炎に伴い心膜液貯留をきたした一例

(戸田中央総合病院 心臓内科)

池部 裕寧、武田 和大

心膜液貯留の原因としては悪性腫瘍、感染症、甲状腺機能低下症、膠原病、心膜炎などが一般的であるが、慢性膵炎急性増悪に伴い心膜液貯留をきたした症例を経験したので報告する。症例は50代男性、基礎疾患に慢性膵炎があり、夜間臥位にて安静時呼吸困難症状を自覚し、救急要請となった。他院搬送となり血液検査上、血中アミラーゼ高値であり、急性膵炎加療を同時に可能な当院へ転院搬送となった。単純CT上、両側胸水貯留及び心膜液貯留を認め、胸腔ドレナージを施行した。心膜液に関しては、心タンポナーデ所見を