

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

認めず、経過観察とした。入院経過で心膜液増加を認めず、肺炎加療終了後退院となったが、4週間の経過で労作時呼吸困難症状増悪を認め、外来受診された。胸部単純CT上、心膜液増加及び径胸壁心エコー上、右室虚脱所見を認め、緊急入院とした。心膜ドレナージを行い、心膜液中のアミラーゼが14000と著明高値を認め、慢性肺炎に伴う瘻孔形成により心膜液貯留をきたしたと判断した。

6. IMPELLA 使用に伴う大動脈弁の機械的損傷を認めた一例

(東京医科大学八王子医療センター 循環器内科)

山下 裕貴、高木 竜、岩崎 陽一
外間 洋平、山田 聡、田中 信大

(東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科)

木村 光裕、芳賀 真、西山 綾子
本橋 慎也、井上 秀範、赤坂 純逸
進藤 俊哉

(東京医科大学病院 循環器内科)

小林 正武、山下 淳

症例は Killip IV の STEMI で来院した 50 歳代の男性。緊急 CAG の結果、LMT に 100% 閉塞を認め、SYNERGY 3.00 mm/12 mm を留置、後拡張後に心停止となり PCPS を導入した。心負荷軽減、心機能改善を期待し、IMPELLA 挿入目的に第 2 病日に東京医科大学病院に転院となった。IMPELLA 導入後心機能の改善を認め、第 9 病日に離脱した。経過中、導入前に認めていなかった RCC prolapse による moderate AR を認めた。残存病変に対して PCI 施行するも心不全加療に難渋し、第 87 病日に当院へ転院となった。当院にて強心薬補助下に心筋保護薬導入し、第 141 病日に退院となった。約 1 年外来にて症状増悪なく経過していたが、細菌性肺炎を契機とした慢性心不全増悪にて入院となった。その際の心エコーにて severe AR moderate MR moderate TR の所見を認め、心不全の増悪因子として弁膜症の寄与を考慮し当院心臓血管外科にて AVR MVP TAP を施行した。その際の検体にて、大動脈弁右冠尖に約 5 mm 大の陥凹を認め IMPELLA の使用により大動脈弁の機械的損傷を来したと考えられた。IMPELLA 留置に伴う大動脈弁損傷は稀であり、文献的考察を含め提示する。

7. 「B型大動脈解離の発症急性期にSTEMIを発症した1例」 (東京医科大学病院 循環器内科)

山崎 祐輔、石橋 正毅、笠原 智大
熊井 健人、高橋 孝通、富士田康宏
伊藤 亮介、山下 淳、近森大志郎

症例は 50 歳代男性。腰背部痛を主訴に救急要請となった。造影 CT 検査で偽腔閉鎖型大動脈解離 (Stanford B 型 DeBakey IIIb 型) と診断し、降圧薬等で加療し症状改善した。数日後に胸痛が出現し、心電図で I, aVL, V1-V6 で ST 上昇を認めた。STEMI と診断し CAG を行ったところ、LAD と LCX に血栓閉塞を認めた。2 枝ともに血栓吸引で再灌流を得られ、LAD については有意狭窄を認めたためステント留置を行った。血栓塞栓に伴う 2 枝同時 STEMI と考え、経食道心エコーを行った所、左心耳内を充満する可動性血栓を認めた。今回、B 型大動脈解離の発症急性期に STEMI を発症し、左心耳内血栓が原因と考えられた稀な症例を経験したので報告する。

8. 大腸がん精査で偶発的に見つかった左房血栓症の一例

(東京医科大学茨城医療センター 循環器内科)

出口 陽之、東谷 迪昭、笠巻 凌太
大越 聡子、落合 徹也、田谷 侑司
小松 靖、阿部 憲弘

症例は 80 歳男性。主訴は、貧血の進行ならびに便通障害。現病歴は、貧血進行の精査により他院において大腸内視鏡検査を施行し S 状結腸がんの疑いとなり当院に紹介となった。紹介時点で、貧血のため、抗凝固薬は約 7 ヶ月間休薬されていた。転移検索を目的とした当院における初回の造影 CT 検査において、大きさ約 25 mm の血栓が左心房内に偶然発見された。左房内血栓に対して、大腸がん手術加療を先行させる、外科的に左房内血栓を摘出する、あるいは抗血栓療法を再開する等の対応が考えられた。我々は抗血栓療法をまず再開し、造影 CT 検査で血栓の縮小傾向を確認し、約 40 日後に大腸がん摘出手術を施行した。心房細動を合併した担癌患者特に消化管の悪性腫瘍においては、抗凝固療法に伴う出血がしばしば問題となる。文献的考察を加えてここに報告する。