

めた。静脈奇形を伴う完全内臓逆位の重症 CTEPH であり、手術リスク軽減のため肺動脈内膜摘除術 (PEA) に先行しバルーン肺動脈形成術 (BPA) を行った。1 回目の BPA で左肺動脈の中枢性病変を、2 回目の BPA で右肺動脈の末梢性病変をそれぞれ治療した。BPA 後に MPAP 25 mmHg、PVR 291 dyne・sec・cm<sup>-5</sup> までそれぞれ低下し症状も軽減した。10 か月後に PEA を施行し、MPAP 20 mmHg、PVR 278 dyne・sec・cm<sup>-5</sup> まで改善した。しかし労作時息切れと 6 分間歩行での SpO<sub>2</sub> 低下が残存したため、術後に 3 回目の BPA を施行し残存病変に対し治療を行った。Kartagener 症候群を合併した重症 CTEPH 症例に、BPA と PEA の combination therapy が有効であった。

#### 5. 超高齢者の胸部大動脈瘤を伴う Stanford B 型大動脈解離に対して弓部大動脈全置換術及びオープンステント挿入術を施行した一例

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

中野 優、前川 浩毅、木下 友希  
松本 龍門、加納 正樹、鈴木 隼  
藤吉 俊毅、岩堀 晃也、島原 佑介  
岩橋 徹、神谷健太郎、福田 尚司  
西部 俊哉、荻野 均

症例は 83 歳女性。来院 3 日前に胸背部痛が出現し前医に救急搬送された。Stanford B 型大動脈解離の診断で治療目的に当科へ転院搬送された。CT 検査では左鎖骨下動脈分岐部小彎側を entry とした部分開存型の B 型大動脈解離の所見であった。さらに上行大動脈が 60 mm、胸腹部大動脈が 55 mm と瘤径拡大を認めていた。胸部大動脈瘤に伴う B 型大動脈解離であり、破裂のリスクも高いと考え、準緊急で人工血管置換術を施行する方針となった。大動脈を zone 2 で離断し、entry を確認した。同部位より下行大動脈に Frozenix (27×120 mm) を挿入し、ステントグラフト部分で entry が閉鎖されるように留置した。断端形成後に J-graft 人工血管 26 mm で弓部大動脈全置換術を施行した。術後経過は良好であり、術後 35 日目に独歩で自宅退院した。リスクの高い超高齢者の上行弓部大動脈瘤に併発した急性 B 型大動脈解離に対し、オープンステントグラフト併用弓部大動脈全置換術を施行し、良好な結果を得たので報告する。

#### 6. 大動脈弁置換術の既往をもつ超高齢者で生じた亜急性期 A 型大動脈解離に対する 1 手術例

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

松本 龍門、藤吉 俊毅、前川 浩毅  
木下 友希、中野 優、松本 龍門  
加納 正樹、鈴木 隼、岩堀 晃也  
島原 佑介、岩橋 徹、神谷健太郎  
福田 尚司、荻野 均

症例は 86 歳男性。約 1 か月前に旅行先の岩手で突然の背部痛を自覚し前医で偽腔開存型急性 A 型大動脈解離と診断された。緊急手術を考慮されたが、高齢・再開胸となるためハイリスクと判断され約 1 カ月間の保存的加療後手術目的に当科紹介となった。来院時造影 CT 検査では上行大動脈に entry を有する、偽腔開存型 A 型大動脈解離の所見であった。上行大動脈は前医で施行された発症時 CT 検査では 50 mm であったが、来院時は 54 mm まで拡大しており下行大動脈も 41 mm から 52 mm までの急速な拡大を認めた。大動脈破裂のリスクが高いと判断し、来院後 11 日でオープンステントグラフト併用全弓部大動脈置換術を施行した。術後経過は良好で術後 28 日目に自宅退院となった。胸部大動脈手術においてはその侵襲の大きさからいまだに高齢者に対する手術適応は、臨床現場でしばしば議論となる。今回、急性 A 型大動脈解離を発症した、大動脈弁置換術後の超高齢者に対し人工血管置換術を施行し、良好な結果を得たので報告する。

#### 7. 下肢静脈瘤患者における睡眠時無呼吸症候群との関連性の検討

(筑波記念病院 心臓血管外科)

入方 祐樹、倉橋 果南、松本 佳奈  
河野 豪、山田亮太郎、高橋 秀臣  
井上 堯文、西 智史、吉本 明浩  
末松 義弘

近年、睡眠時無呼吸症候群 (SAS) と種々の心血管疾患の関連が示唆されており、特に大動脈瘤、大動脈解離等の大動脈疾患や薬剤抵抗性の高血圧においてその有病率は極めて高いと報告されている。高血圧は下肢静脈瘤の増悪因子の一つでもあり、当科では静脈瘤手術患者に対しても SAS スクリーニングを施行している。2019 年 6 月から 2021 年 6 月の期間において静脈瘤手術を受けた患者のうち 65 例 (男性 25 例、女性 40 例) に対し、終夜睡眠ポリグラフィ (PSG) もしくは簡易 SAS 検査 (OCST) による SAS スクリーニングを施行した。一般に SAS の有病率は男性約 9%、女性約 3% と言われているが、本患者群においては 63 例の患者において軽症以上の SAS を認め (合併率 97%)、そのうち重症 (AHI 30 以上): 15 例 (24%)、中等症 (AHI 15-30): 27

例 (43%)、軽症 (AHI 5-15): 21 例 (33%) であった。下肢静脈瘤患者において SAS の有病率は極めて高く、下肢静脈瘤の発症機序に関与している可能性が示唆された。下肢静脈瘤は良性疾患であるが、SAS の関与が高いことから、将来的な心血管イベント発生のリスクが高いと考えられ、その予防が肝要と考えられた。

#### 8. 片側腸骨動脈閉塞を伴う腹部大動脈瘤に対して大腿-大腿交叉バイパス術を施行せず Aorto-Uni-Iliac Stent Graft で治療した 1 例

(東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科)

仁田 淳、芳賀 真、木村 光裕  
本橋 慎也、井上 秀範、赤坂 純逸

症例は 77 歳、女性。前医より 52 mm 径の腎動脈下腹部大動脈瘤 (AAA) に対して加療目的に紹介となった。ADL は杖歩行であった。関節リウマチ (PSL 5 mg/日内服中)、胆嚢摘出術・子宮全摘術の開腹歴があり、肺気腫による閉塞性

換気障害の既往を認めた。以上より低侵襲治療を希望され、ステントグラフト内挿術 (EVAR) の方針とした。術前 CT 検査では右総腸骨～外腸骨動脈・内腸骨動脈の閉塞を認めた。ABI は右 0.51 と低値だが跛行などの下肢症状がないこと、PSL 内服による易感染性、Aorto-Uni-Iliac Stent Graft (AUI) 留置による直接的な下肢虚血の影響が少ないと考え、大腿-大腿交叉バイパス (FFCB) をせずに AUI を用いた EVAR のみを施行した。術後の右 ABI は 0.43 であったが下肢症状の出現はなく 6 日目に自宅退院となった。術後約 5 ヶ月経過した現在も下肢症状の出現を認めず、術前の ADL を維持出来ている。

これまでに片側腸骨動脈閉塞を伴うハイリスク AAA 症例に対して AUI を用いた EVAR と FFCB の併用が有用であるとする報告が多かった。しかし、症例によっては必ずしも FFCB を必要としない症例もあると考えられ、文献的考察と併せて報告する。