

20031

胸像型右側大動脈弓に合併した Kommerell 憩室により食道狭窄症状を呈した症例

【はじめに】右側大動脈弓に合併する Kommerell 憩室による食道圧迫症状がみられた症例の手術を経験したので術式の選択、体外循環に関する考察を加え報告する。

【症例】52 歳、女性。10 年ほど前より嚥下時の胸部違和感を自覚していた。数ヶ月前より症状が増悪したため近医を受診。上部消化管内視鏡検査で食道の外方からの圧迫所見をみとめ当院紹介。CT で鏡像右側大動脈弓および胸部下行大動脈瘤 (Kommerell 憩室) をみとめ手術適応と判断した。手術は食道圧迫の解除を確実にを行うため開胸で行う方針とした。

【手術】右第 4 肋間開胸アプローチで大動脈を露出。送血路は右大腿動脈とした。脱血は当初、右大腿静脈からの右房脱血を予定していたが、ガイドワイヤーがうまくあがらなかったため、予定を変更し心膜を切開して右心耳からとした。部分体外循環下に大動脈遮断を行い、瘤部分を 20mm の人工血管で置換した。

【経過】術後、嚥下時の胸痛は消失し、食道造影での圧迫解除所見を確認して軽快退院となった。

【考察】本症例の治療として解剖学的にはステントグラフト内挿術も可能であったが、瘤の縮小が得られない場合に症状が改善しない可能性があること、また、亜急性期の食道瘻の懸念もあり直達手術を選択した。脱血は通常胸部下行大動脈の手術と違い解剖学的に右心耳からの脱血が容易であり、同部位からの脱血を第一選択としてもよいと考えられた。