

感染性下行大動脈瘤に対して人工血管置換術および大網充填術を施行した症例

広上 智宏¹、岡本 一真¹、鷲山 直己¹、山田 敏之¹、平野 雅大¹、竹内 祐貴¹、和田 駿佑¹、趙 景格¹、木下 建二¹、横地 裕太¹
¹ 浜松医科大学

89 歳男性。下痢を主訴に近医を受診し、便培養からサルモネラ菌が検出されサルモネラ腸炎として加療された。2 週間以上の抗生剤治療にもかかわらず炎症反応高値と発熱が遷延し、CT で下行大動脈に感染性大動脈瘤形成が疑われ当院へ搬送された。搬送後も抗生剤治療を継続したが炎症反応・発熱が遷延しフォローCT で瘤内造影効果の増強を認め、保存的加療の限界と判断し手術方針とした。高齢かつ入院後は車椅子ADL・フレイルを伴い、手術適応の判断は議論を要した。手術は左第6肋間開胸開腹で行い、FFバイパスで部分体外循環を確立し、人工血管置換術を施行した。動脈瘤は解離、縦隔側外膜菲薄化、左肺への高度癒着を伴っていた。感染巣は十分に除去し大網充填を行い、術中培養からもサルモネラ菌が検出された。術後4日で抜管しICUを退室したが、術後15日に横隔膜切開創の離開による医源性横隔膜ヘルニアが指摘された。絶食による保存的加療を行うも改善乏しく術後19日にヘルニア修復術を施行した。腹腔鏡下にヘルニア門を確認し胸腔内癒着剥離、腸管還納後、横隔膜を左大腿筋膜で補強し再閉鎖した。感染兆候は点滴抗生剤で改善傾向であり、今後経口抗生剤へ移行予定である。フレイルを伴う超高齢者の感染性大動脈瘤に対し、保存的治療の限界を見極め in situ 再建に踏み切った意思決定、および術後合併した横隔膜ヘルニアへの腹腔鏡下修復を経験した症例を、瀬戸際の一例として報告する。