

8. TCPC 時に Chimney 法を用いた弁輪上部房室弁置換術を併施した機能的単心室症の 1 例

福島県立医科大学 心臓血管外科学講座

黒澤 博之, 若松 大樹, 佐戸川弘之
高瀬 信弥, 瀬戸 夕輝, 五十嵐 崇
藤宮 剛, 新城 宏治, 石田 圭一
横山 齊

症例は 4 歳の男児。完全型房室中隔欠損症、共通房室弁逆流、動脈管開存、左室低形成の診断で、日齢 15 に肺動脈絞扼術、9 ヶ月時に両方向性グレン手術、DKS 吻合および共通房室弁形成術を施行。共通房室弁逆流残存、心機能低下に対し ACE 阻害剤増量など外来加療の後、心臓カテーテル検査結果等から、TCPC と房室弁手術の適応と判断した。心房圧上昇と心機能低下を考慮し、弁尖・弁下組織温存の上 Chimney 法を用いた弁輪上部房室弁置換 (SJM29M+J-graft 34 mm) および intra-atrial fenestrated TCPC (16 mm PTFE graft) を施行した。術後は上室性頻拍や胸水貯留に対する治療を要したが、術後 34 日目に自宅退院した。本術式は、弁下組織による開放制限を回避しながら弁尖・腱索を温存することが可能なため、弁形成が困難な弁逆流を伴う低心機能症例に対しても有用であると思われる。

9. 若年者大動脈弁閉鎖不全症に対する弁形成術の一例

福島県立医科大学 心臓血管外科学講座

五十嵐 崇, 佐戸川弘之, 高瀬 信弥
若松 大樹, 黒澤 博之, 瀬戸 夕輝
藤宮 剛, 新城 宏治, 石田 圭一
横山 齊

症例は 34 歳男性。運動時の呼吸苦を主訴に近医を受診し、心雑音を指摘され循環器内科紹介となった。心エコー検査で大動脈弁逆流を認められた。心エコー所見：右冠尖の逸脱を認めた。僧帽弁側に偏位する逆流を認めた。ARV 69 ml, EROA 0.58 cm² で重症逆流の診断であった。VAJ 24 mm, Sinus of

Valsalva 34 mm, STJ 27 mm であった。手術：R-N 交連が石灰化を伴いバルサルバ洞から 5 mm 程度剥がれていたため再固定した。Geometric Height は LCC 18/RCC 17/NCC 21 mm で、VAJ は 25 mm であった。GH の平均が 18-19 程度のため、VAJ は 22 mm, STJ は 24 mm に調整することとした。CV-0 を用いて Suture annuloplasty を実施した。弁尖は arantius 体に stay suture をおいて 3 辺の長さを比較すると、L-R で R が数ミリ余剰な状態であったため、RCC central plication 2 針にて縫縮した。その上で弁腹の形態を整える目的で bargi suture を 3 針おいた。弁尖の free margin が等長になった状態で effective height を測定し eH 8 mm で適正と判断した。STJ は 24 mm 径の fabric band を作成して縫縮固定した。最終経食道心エコーでは Valsalva complex の形態良好で微小な遺残逆流のみであった。術後経過は良好であった。若年者に対して弁形成術を適応した一例を報告した。

< 特別講演 >

TAVI 時代における弁膜症外科治療と心不全治療アップデート

九州大学大学院医学研究院 循環器外科

塩瀬 明

最近の循環器内科の治療領域の広がりを目覚ましい。心臓血管外科領域の弁膜症治療もその一つである。今や TAVI 治療は AVR に追いつき、海外では AVR の症例数を越えた。内科治療領域の広がりにより、心臓血管外科医の対応も求められる時代となったものの、「心臓血管外科」と「循環器内科」は両輪で働いていく必要があり、そのバランスは大切である。

今回は当科での弁膜症に対する手術、治療、最新の取り組みなどを紹介しつつ、外科医としてできること、やるべきことは何か、これからの弁膜症治療を考えたい。