

び慢性に壁運動低下をきたす続発性拡張型心筋症に属する。無症候性の心機能(駆出率EF)低下は4から10%に、症状を有する心機能低下は1から4%に発生するといわれている。心機能のモニターには心エコー検査による収縮能EFが提唱されている。しかし、拡張型心筋症では、収縮能の低下より拡張能の低下が先行するという意見が存在する。今回、EFと同時に拡張能(E/A, DT, E', E/E')の低下を調べることができた2例を報告する。

〔症例1〕45歳、女性。今まで心疾患や高血圧の既往はなし。ハーセプチン投与中EFは最低33%まで低下したが、低下時にはE波とA波は癒合したためE/A, DT, E/E'は測定不能となった。E'はEFと相関したがEFより感度が鈍かった。

〔症例2〕49歳、女性。今まで心疾患や高血圧の既往はなし。ハーセプチン投与中EFは最低53%まで低下したが、EFの低下とDT, E/E'は相関せず、EFの回復とE/A, E', E/E'は相関しなかった。

【結論】ハーセプチンによる心筋障害のモニターには心エコー検査によるEFが最も優れていると考えられる。

#### 4 Advanced Vessel Analysisを用いた腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術の術前CT評価

曾川 正和・福田 卓也・諸 久永  
田山 雅雄\*

済生会新潟第二病院心臓血管外科  
同 救急科\*

【目的】腹部大動脈瘤のステントグラフト内挿術において、術前計測は極めて重要である。今までは、thin slice CTのみでの計測を行っていたが、最近では、CT解析ソフトであるAdvanced Vessel Analysis (AVA)を用いて計測し、それを参考にして術前のステントグラフト選択を行っている。その1例につき術前計測と実際に使用したステントグラフトを比較検討した。

症例は75歳、男性。術前評価で、間質性肺炎、陳旧性心筋梗塞、脳動脈瘤術後であり、ステントグラフトの適応と判断した。腹部大動脈瘤の最大径7×6cm。左内腸骨動脈も瘤化しており、左内腸骨動脈瘤をコイル塞栓し、左脚は、左外腸骨動脈にまで延長する方針とした。

【結果】右腎動脈が左腎動脈より低かった。低いほうの腎動脈下端から大動脈瘤までの長さ(ネック長)L1、大動脈分岐部までの長さL2、左(右)内腸骨動脈分岐部までの長さL3L(L3R)とした。

【考察など】今までの経験で、屈曲が強いもの、大動脈瘤の壁在血栓を除いた径が大きいものほど、CTでの計測では、誤差が出やすい。AVAを用いた計測は、実際と近く、有用である。

#### 5 持続型心室性頻拍を伴う心筋梗塞後の左心室瘤+ARに対し、外科的凍結凝固+左室形成術+AVRを行った1例

佐藤 正宏・山本 和男・上原 彰史  
三島 健人・滝沢 恒基・杉本 努  
吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

症例は69歳の男性。H17年10月AMIにてPCI(#4AV 90% Pixce, 13 99% CYPHER)施行、入院中AR中等度を指摘されていた。その後のstudyでは再狭窄を認めなかった。H20年6月15日、胸内苦悶出現し、近医へ搬送。持続型VTの出現ありアミサリンの投与とDCにて洞調律を得た。当院へ救急搬送された。緊急CAGにて#13のステント内血栓閉塞を認めた。血栓吸引、ステント再拡張を施行したが、後壁から側壁に広範な梗塞が残存。LVEDVI 277ml/m<sup>2</sup>, EF 23%, 左室の拡大と低左心機能、ARは3度を認めた。電気生理学検査では容易にSustained VTが誘発された。当科紹介うけ外科的凍結凝固+左室形成術+AVRを予定となった。

手術は胸骨正中切開でアプローチし、上・下大静脈脱血、上行大動脈送血にてCPB確立。心静止後、大動脈切開、A弁はNCCのprolapseあり、3尖とも切除。ハートポジショナーで心尖部を挙上