

あれば、生涯にわたる抗凝固療法も回避でき、より理想的な手術結果が得られる。

このような、大動脈弁温存大動脈基部置換術 (aortic valve - sparing operation) には、1. Remodeling 法 (Yacoub 法), 2. Reimplantation 法 (David 法) があるが、今回我々が経験した Remodeling 法につき症例呈示する。

症例は 67 歳男性。

既往歴：高血圧なし。膀胱腫瘍。右腎結石。

現病歴：膀胱腫瘍の経過中に胸部 CT にて胸部上行大動脈瘤を認め、当科紹介となった。

胸部 CT にて、上行大動脈に最大短径 6.6cm の大動脈瘤を認めた。

心エコーにて AR II～III 度を認めた。

手術術式：

①上行大動脈送血，右房脱血にて体外循環を確立。

②上行大動脈遮断後，大動脈基部を剥離し，両側冠動脈入口部を Carrel patch 状に切離。

③大動脈弁輪部に拡大防止のために ring annuloplasty を施行。

④大動脈弁付着部に沿って，バルサルバ洞をトリミングし，バルサルバ洞付き人工血管を scallop 状にし，大動脈基部に縫着。

⑤両側冠動脈入口部を人工血管に縫着。

⑥遠位部を大動脈と吻合。

術後，バルサルバ洞が形成され，大動脈弁の逆流が消失した。

この術式が本当により良いものであるかは，AR の再発がないかを含め，遠隔期成績を待つ必要がある。

(PG 50mmHg) による心不全あり，近医通院中であつた。AT II 受容体拮抗薬，ループ利尿薬による内服治療にもかかわらず，BNP は 1100pg/ml と高値であつた。平成 18 年 1 月，急性下壁心筋梗塞を発症した (Max CPK 7000U/l)。これに対し PCI (ステント) が施行され (# 1 : 100 % → 0 %)，その後も NYHA IV 度にて内科的治療が行われた。心臓カテテル検査にて AS (PG 55mmHg, AVA 0.37cm²), LVEDV/ESV : 211/171cm³, LVEF : 19 %, CO/CI 2.38/1.81, # 9 : 90 % と OMI/AP, AS, LV dysfunction を認めた。平成 18 年 2 月 6 日当科に紹介され，手術目的に入院。組織ドップラー心エコー (TDI) にて LV apex と mid の asynchrony を認め，septal-to-posterior wall motion delay: SPWMD) は 143ms (≥ 130ms) であつた。通常の AVR + CABG のみでは術後急性期を乗り切ることさえ困難と考え，心臓再同期療法 (CRT) を併施することとした。手術は AVR (Mosaic 弁 = 生体弁 19mm) + CABG (SVG-D1) + ペースメーカー植え込み (DDD, biventricular pacing) + IABP を施行した。手術時間 : 380 分，CPB 時間 : 219 分，大動脈遮断時間 : 85 分であつた。術後は 7POD に IABP 抜去。低酸素血症にて抜管は 10POD であつた。その後，心臓リハビリテーション施行し，ADL 上昇した。32POD の UCG にて EF : 45 % まで回復，asynchrony は消失していた。48POD 利尿薬不要で退院となった。心不全症状は，退院時 NYHA II 度まで改善していた。平成 18 年 6 月 13 日の TDI では asynchrony は消失し，心機能の著名な改善を認めた。現在は紹介医へ通院中である。

5 OMI, AS, 左室機能不全症例に対し，心臓再同期療法を併施して手術を行った 1 例

飯田 泰功・山本 和男・三島 健人
浅見 冬樹・葛 仁猛・杉本 努
吉井 新平・春谷 重孝

医療法人立川メディカルセンター
立川総合病院心臓血管外科

症例は 84 歳女性。平成 17 年 10 月から AS