

た. 平均観察期間 43.8 ヶ月 (5 ~ 74 ヶ月) で PTA/STENT 後の一次開存率は 94 %, 二次開存率は 100 % と良好であった. また大腿動脈-大腿動脈交差型バイパス術を施行した症例は全例で人工血管の開存を認めた. 遠隔死亡を 6 例 (21 %) に認めた. 死因は心事故 2 例, 癌死 1 例, その他 3 例で Kaplan-Meyer 法による累積生存率は, 2 年 82 %, 4 年 77 %, 6 年 77 % であった.

一側の TASC A 型, B 型の腸骨動脈閉塞性病変に対する PTA/STENT の遠隔成績は良好であり, 第 1 選択の治療と考えられる. 両側腸骨動脈病変を有する症例のうち一側に PTA/STENT の良い適応のある際には, PTA/STENT を行った後に大腿動脈-大腿動脈交差型バイパス術を行うハイブリッド治療が低侵襲で遠隔成績も良好であり, 妥当な治療方法と考えられた.

7 重症心不全を呈した巨大左房粘液腫の 1 例

岡本 竹司・中澤 聡・石川成津矢
青木 賢治・高橋 善樹・金沢 宏
山崎 芳彦

新潟市民病院

症例は 55 歳, 男性. 呼吸困難のため近医を受診した. 胸部レントゲン写真で肺うっ血, 両側胸水を心エコーでは僧帽弁に陥入を繰り返す左房腫瘍を認めたため当院へ緊急入院した. 入院時には起座呼吸を呈する重症左心不全であり, 内科的治療は困難のため緊急手術を行った. 心房切開は腫瘍が巨大であることを考慮し T-切開法を選択した. T-切開法による心房内の視野展開は良好で卵円窩の裏面に付着する腫瘍を完全に摘出できた. 術中・術直後は心不全のため循環呼吸管理に難渋したがその後経過は良好であった. 病理診断は粘液腫で腫瘍径は 65 × 48 × 28mm と極めて巨大であった. 左房粘液腫は他疾患の精査による偶然発見, 心不全, 塞栓症など臨床像は一様でない. また心房切開法など手術も個別に対応する必要がある. 本症例を含め当院の心臓粘液腫手術症例を検討し, 若干の文献的考察を加え報告する.

II. テーマ演題

1 わが国における成人先天性心疾患の診療の現状と問題点

塚野 真也

県立新発田病院小児科

先天性心疾患の診断, 治療の進歩により先進国における先天性心疾患の約 85 % は成人に達するようになった. 欧米では 1980 年台前半から成人先天性心疾患の専門性が認識され, 成人先天性疾患が内科, 小児科とは独立して診療する施設がみられるようになった. 一方, わが国においても 1998-1999 年に日循の合同研究班が成人先天性心疾患のガイドラインを発表し, さらに 1999 年に第 1 回の日本成人先天性心疾患研究会が発足し, 年々演題数の増加と参加人数は増加し関心は高まってきている. しかし診療体制においては内科, 小児科, 外科という単科を中心に行われており, 教育体制でも成人先天性心疾患の研修が十分には行われているとは言えない. 今後は施設基準, 教育制度, 専門医制度などの整備が必要と考えられる. またカルフォルニア大学ロサンゼルス校成人先天性心疾患センターでの取り組みも紹介し一助としたい.

2 正常心内圧にもかかわらず両方向性シャントを認め, 多発性膿瘍を生じた心房中隔欠損症の 1 例

野村 俊春・小村 悟・西川 尚
大倉 裕二・加藤 公則・埴 晴雄
小玉 誠・相澤 義房

新潟大学大学院医歯学総合研究科
第一内科

症例は 53 歳, 男性.

【既往歴】 12 歳 腹腔内膿瘍 (詳細不明), 44 歳から高血圧で内服治療.

【主訴】 発熱, 腰痛.

【現病歴および入院後経過】 30 歳頃より労作時息切れを自覚していた.

2005 年 10 月末より歯痛を自覚していたが放置

していた。11/7に39度の発熱を認め抗生剤の内服を行った。11/16右上肢麻痺が出現し徐々に増悪するため、11/18脳外科病院を受診。頭部MRIで左運動野直下にmassを認めbrain tumorが疑われたため、11/30当院脳外科に転院となった。症状は徐々に自然軽快、12/5頭部MRIでmass病変の著明な縮小を認めたため脳膿瘍と診断された。また胸部骨盤部CTで左後腹膜膿瘍も見つかった。感染性心内膜炎(IE)による多発性膿瘍を疑って径食道心エコーを行ったところ、IEの所見はなく、両方向性シャントを認める径4mmの心房中隔欠損(ASD)と診断された。Chamber sizeは正常でvalve diseaseも認めなかった。血液ガス所見は、PaCO₂ 37.7mmHg, PaO₂ 57.6mmHg, SaO₂ 90.7%で酸素投与でも改善しなかった。感染をコントロール後に心臓カテーテル検査を行った。心内圧は正常でO₂ step upは認めなかった。右房(RA)と左房(LA)の同時圧では、v波はLAが高値で、a波はRAが高値であった。ASDに対する5分間のballoon occlusion testでは、大動脈のSaO₂ 89.6→91.5%に上昇した。

ASDによる右→左シャントのために起炎菌が肺血管床を通過しないことで多発性膿瘍を生じたと推測された症例を経験した。右左シャントが明らかでない症例は、シャント量が少なくても手術が必要かもしれない。

3 成人期に達した修正大血管転位症に伴う左側房室弁逆流に対して弁置換術を行った1例

島田 晃治・吉井 新平・山本 和男
杉本 努・葛 仁猛・飯田 泰功
春谷 重孝

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58歳女性。主訴は歩行時の息切れ。小児期に心雑音を指摘されたが精査は行わなかった。53歳時に他院で精査施行されcorrected TGA, TRと診断され経過観察されていた。2005年3月主訴が出現し、当院循環器内科紹介受診。精査で手術適応とされ当科紹介、7月7日手術目的に入院し

た。術前検査でVSDを伴わない修正完全大血管転位及びに高度の左側房室弁逆流を認め、7月14日手術施行。左側房室弁(三尖弁)の変形は高度で弁輪拡大著明であり機械弁による弁置換術を施行した。術後、完全房室ブロックをきたし約1ヵ月後にDDDペースメーカー植込みを行ったが心不全症状は消失し軽快退院した。修正大血管転位症では解剖学的右室が体心室として機能しており成人期に心機能低下、房室弁不全をきたしうる。適切な時期に外科的治療を行うことが重要と思われる。

4 Ebstein's anomaly に対する成人期のCarpentier手術

高橋 昌・渡辺 弘・羽賀 学
白石 修一・登坂 有子・保坂 靖子
若林 貴志・林 純一・土田 昌一*
八木 伸夫*

新潟大学医歯学総合研究科第二
外科
秋田赤十字病院心臓血管外科*

Ebstein's anomalyは全先天性心疾患の0.5%程度と比較的稀な先天性心疾患であり、更に胎児超音波検査で発見され、子宮内あるいは新生児期早期に死亡するものから、心電図異常などで偶然発見された生涯無症状のものまで、極めてバリエーションが大きい疾患である。このため、この疾患を総括する治療ガイドラインはなく、どの時期にどのような手術介入が必要になるのかを判断するのは経験と専門的知識を要する。特に、成人期まで目立った症状なく経過する症例では、この疾患に高率に合併する頻脈性不整脈で内科を初診する場合も少なくない。このような成人期に達して医療機関を受診する症例は、不整脈と三尖弁閉鎖不全を主症状とするものが多い。今回は、40歳以降に発症した成人期Ebstein's anomalyに対して、三尖弁形成術及び右房化右室の縫縮を行うCarpentier手術を行った二症例の経過と手術方法を提示し、成人期Ebstein's anomalyに対するCarpentier手術の有効性と、本疾患の手術適応に