

白色の膿状液を認め、心膜膿瘍と診断した。ドレナージと抗生剤治療を継続し軽快した。心膜膿瘍は非常に稀な疾患であり、本症例はIEを思わせる構造物の存在もあり診断に苦慮した。しかしガリウムシンチグラフィが診断、病勢の判断に有用であった。房室ブロックは膿瘍の炎症の波及が原因であると考えられた。

2 ペースメーカーリードに起因した感染性心内膜炎の2例

中沢 聡・金沢 宏・天野 宏
氏家 敏巳・竹久保 賢・高橋 善樹

新潟市民病院心臓血管外科

ペースメーカーリードに起因した感染性心内膜炎に対し、人工心肺を用いて手術的にリードを抜去した症例を2例経験したので報告する。

〔症例1〕73歳、男性 71歳時にSSSに対しPM植え込み(DDD)を施行されている。2年2ヵ月後悪寒を伴う発熱あり、心エコーで心室リードにvegetationを認めた。WBC 12500, CRP 3.30, 血培でcoagulase negative staphylococcusが検出された。IPM, VCM, CLDMを計4週間投与後手術施行した。心停止下に右心房を切開し、心房および心室リードを切断した後、鎖骨下よりジェネレーターとともに抜去した。心腔内を十分に洗浄、新たに心外膜電極を縫着、腹部にジェネレーターを植え込んだ。心房リード先端にもvegetationあり、心室リードは径1CMの感染性血栓が全長に渡って付着していた。心室リードのシリコン被覆には破損が認められた。起炎菌はstaphylococcus epidermidisで、術後FMOX, PIPCを計4週間投与し退院した。

〔症例2〕61歳、男性 56歳時に完全房室ブロックに対しPM植え込み(VDD)を施行されている。抜歯を行わない歯科治療歴あり。発熱のため受診、WBC 9000, CRP 23.3, 静脈血からstaphylococcus aureusが培養された。心エコーで右心房内にリードに連続する有茎性、1CM大のvegetationを認めた。CEZ投与したが肺塞栓併発、SBT/ABPC, ABK, RFPに変更し2週間投与後手

術施行した。心停止下に右心房を切開、リードを切断した後、鎖骨下よりジェネレーターとともに抜去した。新たに心外膜電極をRA, RVに縫着、腹部にジェネレーターを植え込んだ。リードには感染組織の付着を認め、心房壁にも及んでいた。術後も術前同様の抗生物質を4週間投与し退院した。

心内リードが感染し、敗血症、心内膜炎を生じている場合、外科的摘除は必要かつ有用な治療である。手術は患者にとって大きな侵襲となるが、敗血症による合併症をきたす前に決定する必要がある。

3 自己弁感染性心内膜炎の手術成績

曾川 正和・名村 理・渡辺 純蔵

浅見 冬樹・岡本 竹司・林 純一

新潟大学大学院医歯学総合研究科

呼吸循環外科学分野

【目的】自己弁感染性心内膜炎(IE)の病変弁部位別外科的治療成績を比較検討した。

【対象と方法】1967年から2003年9月までに当院にて自己弁IEで手術を行った77例(三尖弁IEの1例を除いた)を対象とした。活動期IEはManhasらの診断基準に準じて診断した。1994年以降は、術前に脳CTをルーチン検査とし、脳病変を評価した。年齢は平均47才、男性55例、女性22例。大動脈弁病変(A群)、僧帽弁病変(M群)、大動脈及び僧帽弁病変(A+M群)の3群に分けてretrospectiveに検討した。

【結果】A群は40例、M群は23例、A+M群は14例であった。術前のNYHA分類でI度、II度、III度、IV度はそれぞれA群4, 13, 13, 10例。M群6, 7, 6, 4例。A+M群2, 1, 7, 4例とA+M群でIII度、IV度の割合がM群より多かった。手術適応(重複も含む)は、心不全:A=20, M=6, A+M=10例、感染のコントロール不能:A=8, M=4, A+M=3例、脳梗塞などの塞栓症またはmobile vegetation:A=6, M=14, A+M=3例。A+M群では、M群と比べ心不全で手術適応になることが多く、M群で