

3 高齢者大動脈弁狭窄症に対するステントレスバルブによる弁置換術の一例

大関 一・齊藤 正幸(県立新発田病院)
 島田 晃治・中山 健司(心臓血管外科)
 中川 巖・伊藤 英一(同科)
 田辺 恭彦・鈴木 薫(循環器内科)

症例は74才女性。平成13年6月6日、呼吸困難を主訴に循環器内科に緊急入院。心臓カテーテル検査で左室-大動脈に112 mmHgの圧差を有する重症大動脈弁狭窄症と診断された。高齢、大動脈弁輪径が狭小なので、血行動態に優れるFreestyle弁を選択し7月25日に手術した。大動脈弁は3弁あり、石灰化病変が高度であった。弁を切除しMedtronic社の21 mm径Freestyle弁をsubcoronary法で縫着した。体外循環離脱時IABPを要したがその後の心機能の回復は速やかであった。術後1ヶ月に行った心臓カテーテル検査で左室-大動脈圧差は0 mmHgでLVEDV 190 ml→151 ml, LVESV 99 ml→59 ml, LVEF48→61% (それぞれ術前→術後)と著明な改善をみた。Freestyle弁は高齢者の大動脈弁置換術の際、選択を考慮すべき代用弁の一つと考えられた。

テーマ演題

1 新潟県における重症下肢虚血患者の実態調査について

加藤 公則・西川 尚
 那須野 暁光・吉田 剛
 林 学・阿部 暁健
 太刀川 仁・柏村 健
 土田 圭一・中村 裕一(新潟大学大学院)
 堀 知行・埜 晴雄(医歯学総合研究科)
 小玉 誠・相澤 義房(循環器学分野)

【背景と目的】高齢化社会を迎え、閉塞性動脈硬化症(ASO)が急増しており、従来の治療に対する難治例を多く経験するようになってきた。また、バージャー病(TAO)の頻度は年々減少しつつあるが、ASOと異なり血行再建術可能例が少ないことより、従来の治療法以外の治療が必要となっている。今回、我々は『骨髓細胞移植による末梢血管疾患(慢性閉塞性動脈硬化症、バージャー病)の治療』を新潟大学医学部倫理委員会に提出

し、この臨床研究が許可されたため、県内における、Fontaine III, IV度にあたる重症下肢虚血例の実態調査を行った。

【方法】新潟県内の主要病院に手紙を送り、アンケート形式にてASO, TAOの症例数をFontaine分類に基づいて解答してもらった。さらに、重症虚血下肢の実体をより明らかにするために、平成12年中に行った、下肢切断術の数、さらに、血行再建術としてバイパス術や経皮経管的血行再建術(PYA)を施行した症例数の解答をもらった。

【結果】15施設31診療科より回答を頂いた。下記にその結果を示す。

疾患名	ASO				
	I度	II度	III度	IV度	合計
Fontaine分類					
症例数	372	224	32	14	642
疾患名	TAO				
	I度	II度	III度	IV度	合計
Fontaine分類					
症例数	37	29	5	5	76

さらに、治療として、PTAは48例、バイパス例は112例、下肢切断術は37例であった。

【結論】細胞移植治療の対象となる重症下肢虚血症例は、ASO: 46例、TAO: 10例であった。しかし、そのうちバイパス術等の血行再建術が不可能な症例が本治療法の対象となる。また、下肢切断術対象例においては、下肢切断に至る前に本治療法を施行し、少なくともより低位切断となる可能性を模索することが必要であると考えられた。

2 治療に難渋し、重篤な合併症をきたした重症川崎病の一例

佐藤 誠一・鳥谷部真一
 長谷川 聡・遠藤 彦聖(新潟大学大学院)
 鈴木 博・矢崎 諭(医歯学総合研究科)
 廣川 徹・内山 聖(小児科)

1999年9月22日(0歳9カ月)より発熱みられ、全身発赤、下肢の浮腫が出現したため某病院に紹介された。入院時、口唇、眼球結膜の充血が認められ、リンパ節腫脹以外の5症状が出現したことから川崎病と診断された。γグロブリン大量療法

(ベニロン 400 mg/kg×5日) 施行後も発熱が持続するため、10月5日(第14病日)よりγグロブリン超大量療法(ベニロン 1 g/kg)を施行された。その後も解熱傾向なく、10月7日よりウリナスタチンの投与を受けたが改善はみられなかった。そのころから左腋窩、後頭部にリンパ節を触知するようになった。その後電解質異常、尿量減少、四肢の浮腫が認められ、急性腎不全の合併が疑われ10月14日(第23病日)当科入院した。

フロセミド iv などの保存的療法で尿量確保し、徐々に浮腫は軽減して電解質異常も改善した。10月15日(第24病日)、心エコーで両側冠動脈の瀰漫性拡張の所見を認め、アスピリンの投与を開始した。その後も冠動脈の拡張傾向を認めたため、10月25日よりパナルジンの投与も開始した。11月1日(第41病日)から、再び40℃以上の発熱が出現したため、川崎病の再燃を疑いステロイド投与を開始した。また感染症の可能性も考え、各種抗生剤の投与を施行したが効果はみられなかった。発熱が継続したため川崎病以外の血管炎症候群も考慮し、シクロフォスファミドパルス療法、mPSLパルス療法、血漿交換を施行したが効果は一時的であった。11月25日(第65病日)から、血漿交換とシクロスポリン iv 併用を施行して解熱が認められた。冠動脈その他血管病変を検討する目的で、12月10日(第80病日)に心臓カテーテル検査および心血管造影(以下、心カテ)を施行した。両側冠動脈に巨大動脈瘤を認め、下行大動脈とその分岐部の拡張、両側腕頭動脈と鎖骨下動脈の拡張、左腎動脈起始部の狭窄を確認した。12月11日(第81病日)より mPSLパルス療法、エンドキサン 20 mg、プレドニン 20 mg の継続投与を追加した。その後は発熱は認めず、プレドニンを 6 mg に減量し、シクロスポリン iv をネオーラル内服に変更した。炎症反応は徐々に改善傾向にあった。2000年8月22日(1歳8カ月)に第2回目の心カテを施行した。冠動脈造影で regress 傾向が認められ、左前下行枝に残存する冠動脈瘤1個を認めた。その他の動脈でも拡張病変は改善した。発熱・炎症反応が落ち着いていたため、9月9日(1歳9カ月)に当科を退院した。その後当科外来で follow-

up し、炎症反応が陰性化するまで長期間を要した。その後にエンドキサンは中止し、プレドニンも 2 mg に減量した。

2001年10月23日(2歳10カ月)、第3回目の心カテを施行した。

これまでの経過と検査データを供覧し、診断と治療経過を考察する。

3 他院にてリウマチ熱および感染性心内膜炎で加療されるも、最終的に大動脈炎症候群と診断された大動脈弁閉鎖不全の一例

中野 浩成・池田 佳生
北澤 仁・高橋 稔
石黒 淳司・佐藤 政仁 (立川総合病院)
岡部 正明 (循環器科)

症例は26歳 女性。

【主訴】発熱。

【現病歴】平成8年6月歯科にて治療(抜糸(-))。その後38℃台の発熱があり、近医にて感冒の診断にて抗生剤加療を行うも微熱が持続した。7月29日、持続する発熱の精査加療を目的として東海大学医学部附属東京病院に入院、ASO、ASK、CRP、抗 DNase B 抗体高値、咽頭培養にて溶連菌(+), UCGにて心嚢液貯留を認め心炎を伴うリウマチ熱の診断にてバイシリン 160万単位/日 PSL 40 mg/日を開始したところ CRP 陰性化、心嚢液消失し、9月20日退院となった。

その後歯科治療を再開したところ12月より再び微熱を生じ、CRP も陽性化した。感染性心内膜炎を疑い、ペニシリン G 1200万単位/日にて治療を行ったところ症状改善し退院となった。

その後は新潟県転居に伴い、平成9年3月より当院加療中であったが、8月に再び微熱が出現。徐々に炎症反応高値となったため、平成9年11月28日リウマチ熱の再燃および感染性心内膜炎疑いにて入院となった。

【入院後経過】入院時血沈1時間値 50mm, 2時間値 107 mm, CRP 2.9 mg/dl と亢進を認める以外血液検査で特記すべき事項は認められなかった。感染性心内膜炎を疑い、ペニシリン G 2400万単位/日を2週間投与するも無効であった。この