

2010年9月TIAを発症し当院神経内科に入院し、心原性脳塞栓が疑われた。入院時を含め、これまで洞調律で経過し、入院後の経胸壁心エコー、頸動脈エコー、頭・頸部MRAで塞栓源は同定できなかったが、ワーファリン投与を開始し、外来で経過観察となった。その後、TIA発症から8、8.5、9、10か月にTIA、脳梗塞を発症し、当院神経内科に入退院を繰り返した。3回目（初発から8.5ヶ月後）の入院では、経食道心エコー、全身造影CTも施行したが、塞栓源は不明であった。しかし、5回目（初発から10か月後）の入院時に再度経食道心エコーが施行され、僧帽弁輪部にstrandを認め、塞栓源が疑われた。初回TIA発症以降、発熱は無く、白血球数5090～7600/ $\mu$ l、CRP 0.06～0.56mg/dlと炎症所見は軽微であったが、感染性心内膜炎を疑い、血液培養を施行したところ、メチシリン耐性コアグラウゼ陰性ブドウ球菌が検出された。

約2週間テコプラニンを投与した後、手術を行った。手術所見では僧帽弁輪部のstrandは、僧帽弁形成術で用いた人工弁輪を縫着した縫合糸に付着した疣贅と思われた。人工弁輪除去により僧帽弁逆流の再燃が考えられること、再人工弁輪縫着術、僧帽弁置換術後の人工物感染の危険性もあること、これまで、抗生物質非投与下で、軽微な炎症所見で経過したことなどから、術後の抗生物質投与にも期待し、手術は疣贅切除および数本の縫合糸の切除に留めた。尚、術中採取した疣贅、縫合糸の培養でもメチシリン耐性コアグラウゼ陰性ブドウ球菌が検出された。術後は約8週間抗生物質投与を行い、炎症所見が消褪し、経食道心エコー検査でも僧帽弁輪部のstrandの再発が無いことを確認し、治癒と判断し、外来で経口抗生物質を投与し経過観察となった。

その後の外来経過観察中も、脳塞栓症状、発熱は無く経過し、血液検査上の炎症所見も軽微であった。しかし、術後1年目に行った血液培養検査では、メチシリン耐性コアグラウゼ陰性ブドウ球菌の検出を認めた。今後、経食道心エコー検査等を行い、再手術も検討する。

## 9 感染性胸腹部大動脈瘤に対する1治療例

若林 貴志・山本 和男・杉本 努  
岡本 祐樹・加藤 香・三村 慎也  
吉井 新平

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78歳、男性。1年前に慢性B型大動脈解離+遠位弓部大動脈瘤（径72mm）に対して上行弓部大動脈人工血管置換術を当科で施行。術後CTでは胸部下行大動脈の解離腔は血栓閉塞し、腹部大動脈は解離腔が開存していた。以後近医で通院加療中であった。1ヶ月半前より腰痛と発熱が持続し近医で腸炎として入院加療を受けるも症状改善なし。経過中、CTで横隔膜レベルの大動脈径の急激な増大（10mm/1ヶ月）を認め、臨床所見、炎症所見とあわせ感染性胸腹部大動脈瘤が疑われ当科へ転入院となった。慢性炎症による消耗著明であったため、抗生剤投与に加えて栄養強化・輸血等により全身状態の改善を図った後に手術を行う方針とした。手術はspiral incisionから開胸+後腹膜アプローチ、部分体外循環下で行った。瘤内の解離腔に血栓と膿汁貯留が認められた。瘤切除し、リファンピシン浸漬人工血管（Coselligraft、径20mm）を用いて大動脈および腹部分枝のin situ再建を行い、人工血管周囲には大網を充填した。術後経過は概ね良好で腰痛は消失した。対麻痺等の重篤な合併症の発症もなかった。術後抗生剤はMEPM+VCMを術後50病日まで投与し、CRP低下後はLVFX内服に切り替え退院後も継続の方針とした。術後68病日退院し、現在は前医で経過観察中である。なお、術中検体の培養および術前後の複数回の血液培養結果はいずれも陰性であった。