

II. 特別講演

1 心内膜炎の診断と治療

—小児感染症専門医の立場から—

新潟大学大学院医歯学総合研究科
小児科学分野

教授 齋藤 昭彦

感染性心内膜炎は、感染性疾患の中でも、最も重症かつ重要な感染症である。したがって、適切な診断をつけることがまず重要である。診断には、問診、身体所見が重要であるのはいうまでもないが、感染性心内膜炎の診断基準である Modified Duke's Criteria の大項目である血液培養所見と心エコーの所見が診断の鍵となる。感染症専門医の立場からは、血液培養の採取が、採取的に患者の診断を可能とするので、その適切なセット数、ボトルの選択、採血量、採取方法、培養期間、抗菌薬の前投与があった場合の対応などが重要である。一方で、小児においては、血液培養の採取が困難なことから、この情報に限界があることが多い。治療に関しては、起因菌が同定される前の Empiric Therapy は、自己弁、人工弁などの患者の感染性心内膜炎の危険因子の有無によって異なる。また、起因菌が同定された後の Definitive Therapy の選択は、起因菌によって抗菌薬が異なる。一方で、ゲンタマイシン、リファンピンなどの抗菌薬を組み合わせることによる Synergy 効果が期待できることがあり、更には、心不全、腎機能障害を合併する患者も多いので、予後と死亡率を規定する適切な抗菌薬の選択と投与量、投与間隔の設定が重要である。一方で、国内では、ナフシリンやオキサシリンといった黄色ブドウ球菌に対するペニシリン系薬剤が未承認であるため、治療に関して、国際標準の治療が実施できない現状がある。治療期間は、それぞれの起因菌によって異なるが、抗菌薬の経静脈投与による標準的な治療期間を遂行することが患者の予後と死亡率の改善に役立つ。

感染性心内膜炎の診断と治療に関しては、その疾患の重篤度から、診断、治療の失敗が許されない疾患であり、循環器領域の専門家から感染症専

門家へのコンサルテーションが非常に重要な領域であると考える。

2 大血管外科：自己弁温存を含めて

東京医科大学外科学第二講座
(心臓血管外科)

主任教授 荻野 均

大動脈疾患の患者数は増加の一途にあり、かつ患者の高齢化と病変の重症、複雑化が目立つ。同時に、治療法も従来の直達手術にステントグラフト治療 (TEVAR) が加わり多様化してきている。基部・上行病変に関しては、遺伝性結合織疾患に対する治療を含め、自己弁温存基部置換が一つのトピックスである。従来では温存困難とされた弁逸脱に対しても弁形成術の手技を応用し、適応が拡大されつつある。弓部大動脈病変に対しては、低体温循環停止+選択的順行性脳灌流を用いた個別弓部分枝再建法による人工血管置換がほぼ確立した。一方、高齢者を含むハイリスク症例に対しては、頸部分枝バイパスを先行させた Hybrid arch TEVAR や側孔付き TEVAR などがあり、低侵襲性から適応の広がりを見せている。広範囲瘤には、若年の低リスク症例を除いて、エレファントトランク併用全弓部置換に下行置換ないしは TEVAR を追加する二期的手術が一般的であるが、最近になり海外で、フローズンエレファント (オープンステント) 法が見直されてきている。胸部下行・胸腹部大動脈病変に関して、特に下行瘤は TEVAR の最も良い適応であり、低侵襲かつ脊髄障害の少ない点で今や第一選択と言える。しかしながら、胸腹部大動脈瘤に対する腹部分枝バイパスを先行させた Hybrid TEVAR や枝付きステントグラフトによる TEVAR が試みられているが、未だ限界があり直達手術が第一選択である。その際、脊髄保護も含め臓器保護や出血対策が重要となる。次に大動脈解離に関して、内科からのアプローチが増え、よりきめ細やかな診療体系が形成されつつある。急性 A 型解離においては、基部や弓部まで拡大同時置換の傾向にあ