

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、PaCO<sub>2</sub> 37.7mmHg, PaO<sub>2</sub> 57.6mmHg, SaO<sub>2</sub> 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O<sub>2</sub> 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SaO<sub>2</sub> 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

ついて考察する。

## 5 ファロー四徴 (TOF) 術後 30 年以上を経過した左肺動脈狭窄に対し、経皮的肺動脈形成術 (PTA) を繰り返した 1 例

長谷川 聡・鈴木 博・沼野 藤人  
朴 直樹・星名 哲・遠藤 彦聖  
佐藤 誠一・内山 聖

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
生態機能調節医学専攻内部環境医学講座小児科学分野

症例はファロー四徴の 41 歳女性。5 歳時に左肺動脈形成術を含む心内修復術が施行された。32 歳時に第 2 子を妊娠したころから易疲労感、息切れを自覚するようになった。症状増悪するため心機能評価目的に当科を紹介された。心臓カテーテル検査で左肺動脈に高度の狭窄が認められ、右室圧

92/8mmHg、主肺動脈圧 46/8/19mmHg、左肺動脈狭窄部での圧較差は 42mmHg であった。左肺動脈狭窄部に対し Symmetry 5mm × 4cm で pre-dilatation した後、Ultra-thin Diamond 12mm × 4cm で経皮的バルーン肺動脈形成術 (PTA) 施行した。狭窄部径は 2.0 × 2.4mm から 6.6 × 5.7mm に改善し、主肺動脈圧も 10 ~ 15mmHg 程度低下した。PTA 後は倦怠感が改善したが、半年後の再評価では、左肺動脈に再狭窄が確認された。再度 PTA (Z-Med 12mm × 3cm) を施行し一過性に狭窄は改善したが、その後再狭窄が確認された。1 年半後に double balloon で 3 回目の PTA (Powerflex 9mm × 3cm 7mm × 3cm) を施行した。しかし、その後の肺血流シンチでは R : L = 1 : 0.28 であり、左肺血流は依然少ないままである。今後の治療方針として、stent 留置、cutting balloon を用いた PTA、再手術等を検討中である。