

した。AR3度以上の回避率は3年92.3%，5年9年89.3%であった。基部再手術は計4例(8.7%)に行い、その内訳はAAEに対する基部置換術2例、非AAEのARへのAVR1例、吻合部仮性瘤1例であった。基部再手術回避率は5年90.3%，9年72.3%であった。

【考察】在院死亡率は本邦学会の年統計(17～22%)や欧米の報告(20～26%)に比し遜色ない。しかしさらなる在院死亡低減には臓器虚血やショック症例への対処が課題である。基部再手術回避率は良好とはいえ、中遠隔期AAEはいずれもマルファン症候群であり、本法の適用に問題が残る。再手術例に解離腔閉鎖部の血管壁変性を認め、GRFグルーの組織毒性が示唆された。

【結語】本法の中遠隔期成績は十分許容できる。しかし術後残存ARはSTJ解離率や術前AR重症度に関連しており、本法の適用に注意を要する。

## 7 左室緻密化障害に対して左室部分切除術を施行した1例

保屋野 真・佐藤 光希・西川 尚  
 柏村 健・伊藤 正洋・廣野 暁  
 大倉 裕二・加藤 公則・埜 晴雄  
 小玉 誠・相澤 義房・菊地千鶴男\*  
 名村 理\*・曾川 正和\*・林 純一\*  
 梅津 哉\*\*・磯村 正\*\*\*  
 新潟大学第一内科  
 同 第二外科\*  
 同 第二病理学教室\*\*  
 葉山ハートセンター\*\*\*

19歳男性。3歳時に拡張型心筋症と診断された。2004年9月にMRIにて、左室後下壁、心尖部、側壁の著明な肉柱形成を認め、左室緻密化障害と診断された。2004年10月うっ血性心不全を発症し当科に入院した。内科的治療により一旦軽快し退院したが、2005年5月に増悪し再入院した。心臓超音波検査にて左室拡大と高度の僧帽弁逆流(MR)を認めた。内科的治療では心不全のコントロールが困難であると考え、8月2日に僧帽弁形成術及び左室部分切除術を施行した。手術により症状はNYHAⅣ→Ⅲ、左室拡張末期圧は31→

23mmHg、左室拡張末期容積係数は174.3→107.9mL/m<sup>2</sup>、心係数は1.9→2.9と著明に改善し、Ⅳ°のMRは消失した。術中切除標本では心筋には肥大、線維化、壊死、炎症細胞の浸潤などは認めなかったが、心内膜の著明な線維性肥厚を認めた。左室緻密化障害による心不全に対し左室部分切除を併用した僧帽弁形成術が有効だったと思われるため報告する。

## II. テーマ演題

### 1 高齢者AS症例に対するStentless Valveによる弁置換術の中期遠隔成績

竹久保 賢・上原 彰史・中山 健司  
 大関 一

県立新発田病院心臓血管外科・  
 呼吸器外科

当院では70歳以上の高齢者ASに対して、積極的にStentless Valveを用いた弁置換術を行ってきた。術後早期および中期遠隔成績について検討したので報告する。

2001年1月から2005年10月までに当院でASに対してStentless valveを用いた弁置換術を施行した10例を対象とした。男性3例、女性7例で年齢は75.9±2.9歳(70-86歳)、体表面積は1.40±0.1m<sup>2</sup>。術前状態はNYHA2度4例、3度4例、4度2例。術前カテーテルでの大動脈弁圧較差は85.3±20.3mmHg、EFは49.3±9.6%、大動脈弁口面積は0.5±0.1cm<sup>2</sup>であった。

手術はAVR単独8例、AVR+CABG1例、AVR+MVR+TAP1例で、使用弁はFreestyle9例、Prima PLUS1例、弁サイズは19mm4例、21mm4例、23mm2例。手術時間353.5±28.1(分)、体外循環時間196.2±30.7(分)、大動脈遮断時間130.4±14.3(分)。ICU滞在期間は2.5±0.8(日)であった。手術死亡は無く、早期合併症として心房細動4例、房室ブロック1例を認めた。術後2-3週に施行したカテーテル検査で大動脈弁圧較差は10.5±13.7mmHg、EFは57.6±6.5%と有意な改善を認めた。術後の抗凝固療法

はワーファリンを少なくとも3ヶ月間服用し、その後はfollow up医師の判断に任せた。遠隔死亡は術後32ヶ月での脳出血による1例で、3年生存率は85.7%であった。遠隔期合併症としてIE 1例、房室ブロック1例を認め、抗生剤治療、ペースメーカー移植を要した。術後24-36ヶ月で検索した5例の心エコー所見では大動脈弁圧較差は $30.2 \pm 7.4$ mmHg, EFは $69.2 \pm 5.8$ %であった。IE症例で軽度のARを認めたが、それ以外の症例でARを認めず、また、全症例で弁周囲逆流、弁機能不全を認めなかった。

術後成績は良好で、体格の小さい狭小弁輪を有する可能性の高い高齢者AS症例に対してStentless Valveを用いる利点は大きいと考える。

## 2 両側総腸骨動脈入口部に対するIVUS併用PTA

小澤 拓也・小田 弘隆・保坂 幸男  
尾崎 和幸・高橋 和義・三井田 努  
樋熊 紀雄

新潟市民病院循環器科

今回我々は両側総腸骨動脈入口部に狭窄を有した閉塞性動脈硬化症に対してIVUSを併用しKissing stentを施行した症例を経験したので報告する。

症例は70歳男性、2004年から寒冷時の間歇性跛行が出現。2005年5月のABI右0.89/左0.86であり、MR angioでは両側総腸骨動脈分岐部に壁不整を指摘され、ASO精査加療目的に当科入院。下肢動脈造影では両側総腸骨動脈分岐直後に狭窄を認めた。腹部大動脈にはruptured plaqueと思われるulcerationあり。7月15日、PTA施行。両側大腿動脈から穿刺。IVUSでは両側総腸骨動脈起始部にfocalな狭窄あり、plaqueが突出して両側総腸骨動脈起始部を覆い被さるように蓋をしているように見えた。両側総腸骨動脈から腹部大動脈のruptured plaqueを完全に覆うように2本のEasy-wallstent 12/50を同時に留置し、2本の10mm balloonでKBTにて後拡張し0%に拡大した。PTA後ABIは1.24/1.17に改善、間歇性跛行

も消失した。

## 3 Amplatzer Septal Occluder Systemによる経カテーテル心房中隔欠損閉鎖術の報告

羽二生尚訓・北野 正尚・矢崎 諭  
越後 茂之

国立循環器病センター小児科

2005年8月8, 9日, 当センターにおいて国内初となるAmplatzer Septal Occluder Systemによる経カテーテル心房中隔欠損閉鎖術が施行された。症例は6例で男性1例, 女性5例, 年齢は10~29歳。経食道エコーによるASD sizeは最小例で $12 \times 7$ mm, 最大例で $19 \times 11$ mm, Qp/Qsは2.2~5.1であった。いずれの症例もトラブルなく閉鎖に成功した。施行後経胸壁エコー, 経食道エコー等により経過観察を行っているが, 施行後3か月の時点で問題は認めていない。経カテーテル心房中隔欠損閉鎖術は心房中隔欠損の根治治療として極めて有用であり, 今後治療の主流となりうると考えられる。治療および術後の経過を報告する。

## 4 当科における大動脈内ステントグラフト挿入術の現状と今後の課題

菊地千鶴男・渡辺 マヤ・岡本 竹司  
名村 理・榛沢 和彦・林 純一  
新潟大学医歯学総合病院呼吸循環外科

大動脈内ステントグラフトは比較的新しい技術で、現在手技は健康保険で認可されているが使用するステント機材は一切認可されておらず、また企業製造されたものがない。この奇妙な状態のまま本邦ではごく限られた施設でのみ、術者による手作りでステントグラフトが作成され実際の臨床で用いられている。

当科においては2005年3月より現在の手法による大動脈内ステントグラフト留置術を開始し、10月までに6例に対し施行した。

ステントグラフトの作成はCTにより大動脈径を計測し自作した。全例でGIANTURCOの気管