

は、塞栓症または mobile vegetation で手術適応となることが他群に比べ統計学的に多かった。起炎菌が同定されなかったものは、A群17例、M群2例、A+M群7例であった。転帰は在院死亡：A=5例、M=0例、A+M=2例で、全体で9.1%の在院死亡率で、94年以降は在院死亡率0%であった。術後脳合併症発生率は、93年までが12.5%、94年以降は6.8%であった。

【結語】二弁病変のIEでは心不全で、僧帽弁病変では脳梗塞などの塞栓症または mobile vegetation で手術適応となることが多かった。脳合併症は、術前、術後ともにIEの治療上留意すべき問題であった。

4 代用弁感染性心内膜炎に対する手術経験

山本 和男・杉本 努・桑原 淳
青木 賢治・葛 仁猛・井上 奈穂
吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

代用性感染性心内膜炎(PVE)は診断が困難な上、さらに難治性であることが多い。近年の当科で経験した本症3例の臨床像、手術およびその成績を報告する。

【対象】1997年4月以降、感染性心内膜炎(IE)で手術を行った症例のうち、演者が直接経験したものは16例17回であった(軽快15例、死亡1例)。そのうちPVEであった3例4回を対象とした。

【結果】

〔症例1〕72歳女性。1987年ASRに対し、他院にて大動脈弁置換術を受けた。術後IE(*St. aureus*)となり、代用弁周囲逆流(PVL)が認められていたが、そのまま保存的治療が行われ、他院で経過観察されていた。1998年、微熱から高熱となり、

他院入院。血培で *Str. mutans* が検出された。PVEとして抗生剤投与。うっ血性心不全(NYHA4度)の状態当科に紹介された。大動脈弁周囲(NCC側)に大きな逆流あり、仮性瘤の形態であった。Subaortic curtain からパッチを縫い上げ、新しい大動脈弁を固定し、さらに上行大動脈の仮性瘤もそのパッチで閉鎖した。軽快退院。

〔症例2〕67歳男性。1997年当科にて大動脈弁置換+僧帽弁置換+三尖弁輪形成術施行。入院中に高熱あったが、軽快退院。2000年輕度の脳梗塞あり。その後心不全となり、入院。高熱、心原性ショックとなり、挿管・人工呼吸管理。多量のカテコラミンを要した。心エコーにてPVEの診断。Vegetationあり、また弁座が著明に動揺していた。DICも併発。緊急手術(再弁置換、機械弁)施行。手術時のvegetationから細菌塊(複数種)が認められた。経過良好で退院。1年後、PVL(浮腫が軽減したためと考えられた)となり、生体弁にて弁置換。その後は全くPVLなく、極めて経過良好。

〔症例3〕71歳男性。2002年に大動脈弁置換+上行大動脈置換術施行。MRSA腸炎にて発熱あったが、解熱し、退院。2003年うっ血性心不全および発熱にて入院。大動脈弁位のPVLを認めた。貧血も進行。PVE+PVLの診断でRe-AVR施行。いったん退院したが、うっ血性心不全で再々入院。心原性ショックとなり、挿管・人工呼吸管理。カテコラミンを要した。エコーでは大動脈弁位の大きなPVL+僧帽弁の穿孔を認めた。弁輪および心内膜が欠損しており、代用心膜にて欠損部を補填したのち、肺動脈および右房を切開し、肺動脈内、右室内、右房内からも針糸をかけ、Rere-AVR施行。また僧帽弁の穿孔を閉鎖した。軽快が得られたが、その後また次第にPVL・PVEが出現し、3か月後に死亡された。起炎菌は不明であった。