

タバスタチン 4mg に増量 3 ヶ月後、エボロクマブ投与 3 ヶ月後でそれぞれ $8.0 \pm 1.9\text{mm}$, $7.6 \pm 1.8\text{mm}$, $6.7 \pm 1.8\text{mm}$ で、あり、エボロクマブ投与 3 ヶ月後で有意に減少していた ($p < 0.05$)。またエボロクマブ投与 3 ヶ月後で大動脈プラークの輝度上昇や限局性解離の消滅などを認めた。以上より脳梗塞患者で塞栓源となる大動脈病変を TEE で詳細に観察することにより治療法選択が可能であり、早期に診断することで PCSK9 抗体薬やステントグラフト内挿術などの低侵襲な方法で予後改善できる可能性が示唆された。

4 TAVI 導入で変化する大動脈弁狭窄症の戦略～70 歳以上を生体弁とする AVR 手術成績と TAVI の実際～

岡本 祐樹・山本 和男・浅見 冬樹
木村 光裕・大場 栄一・武居 祐紀
榎本 貴士・吉井 新平・高橋 稔*
布施 公一*・佐藤 貴雄*・湯浅 翔*
立川総合病院 心臓血管外科
同 循環器内科*

【背景と目的】当施設の AVR で、生体弁使用は 70 歳以上を基本としているが、高齢者でも機械弁を使用することがあり、AS に関しては必要があれば弁輪拡大術も積極的に併用してきた。先月 1 例目の TAVR (経カテーテル的 AVR) が行われたが、現段階では 80 歳以上で手術 high risk 症例を適応としている。今後は AS に対する治療戦略が変わっていくため、surgical AVR を年齢別に検討した手術・遠隔成績および手術死亡危険因子等から、TAVI に関する今後の展開を検討した。また先月行われた TAVI 症例を供覧する。

【対象と方法】2001 年 1 月から 2016 年 12 月までに、AS に対して行われた 710 例のうち、単独 AVR 305 例 (弁輪拡大症例も含む) を対象。70 歳以上での生体弁使用を基本とし、狭小弁輪で適切な弁が移植できない場合は高齢者でも弁輪拡大を行うが、緊急手術、救命優先、遮断時間の延長、抗凝固療法が必須である、解剖学的に生体弁が不利な場合などは機械弁を用いた。症例の内

訳は 60 歳未満 21 例 (全例機械弁)、60-69 歳 62 例 (機械弁 51 例、生体弁 11 例)、70-79 歳 141 例 (機械弁 37 例、生体弁 104 例)、80 歳以上 81 例 (機械弁 14 例、生体弁 67 例)。TAVI 適応はガイドラインに準じ、80 歳以上で予後がある程度見込まれ、frailty や既往症などを踏まえた、いわゆる high risk 症例としている。

【結果】Surgical AVR の 30 日死亡は 6 例 (1.9%) (70-79 歳群 3 例、80 歳以上群 3 例)。平均観察期間は 62 ヶ月で、8 年生存率は 80 歳以上群 66.7%、70-79 歳群 75.4%、60-69 歳群 90.9%、60 歳未満群 92.3% であった。年代別の比較、各群での機械弁と生体弁の比較ともに、心事故回避率、stroke 回避率、出血イベント回避率に差は認めなかった。生体弁の SVD は 70-79 歳群で 1 例にのみ認めた。また早期死亡の危険因子は、CKD、維持透析で、年齢、代弁の種類、弁輪拡大、術後 PPM などは危険因子とならなかった。

【TAVI case report】87 歳男性。NYHA3。既往症は CKD (stage IV)、陳旧性脳梗塞、糖尿病、高血圧、脂質異常症、左内頸動脈閉塞にて STM-MCA 吻合術後。EuroSCORE II 4.52%、STS スコア 9.74%。Frailty scale 4。術前 EF45%、弁口面積 0.5cm^2 、最大圧格差 102mmHg、Moderate AR。右大腿動脈アプローチにて SAPIEN3 の 26mm を移植。合併症なく退院。

【結論】60 歳未満の生体弁使用データがほとんどないが、若年者の機械弁使用は問題なかった。Stroke や出血のイベントが少なく超高齢者でも機械弁の使用は許容できた。手術死亡は高齢者であり、高齢で狭小弁輪、CKD 既往や透析症例などに対する TAVI が期待される。

5 劇症型心筋炎に対する外科的補助循環治療の経験

萱森 裕美・柏村 健・井神 康宏
酒井 亮平・大久保健志・保屋野 真
柳川 貴央・小澤 拓也・尾崎 和幸
南野 徹・中村 制士*・大西 遼*
岡本 竹司*・青木 賢治*・榛澤 和彦*