

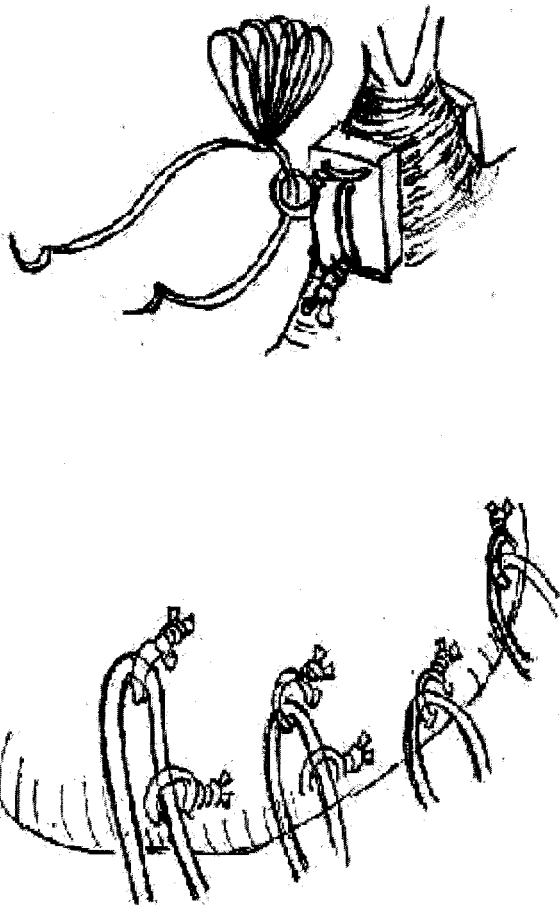
HP20-5☆

Anchor と Loop を用いた僧帽弁形成

防衛医科大学校 心臓血管外科

磯田 晋、大迫茂登彦、木村 民蔵、
増子 雄二、山中 望、中村 伸吾、前原 正明

現在のゴアテックスを用いた人工腱索による僧帽弁形成では、滑りやすい結紮と調節性の難しさが問題である。また水テストでリークを認めたときに腱索長を換えられるシステムが必要である。我々は乳頭筋に縫着するアンカー、ループ、弁尖への縫合を組み合わせることによって、適正な腱索長を選び、結紮で滑ることなく、水試験後の腱索長の調節を可能として2例に応用した。症例はいずれも前尖でA2からA3にまたがる大きな逸脱を有する症例であった。1例では水テストでリーク無く、もう1例でリークを認め、前尖の高さを僅かに低くする必要があり、ループの先端を固定する糸を外すことなく、追加して腱索長を短くしてリークを無くした。手技が容易で再現性の高い術式と考え報告する。



HP20-6☆

僧帽弁 tethering を伴う機能的僧帽弁閉鎖不全に対する僧帽弁形成術

福島県立医科大学 心臓血管外科

佐藤 善之、佐戸川弘之、高瀬 信弥、
若松 大樹、黒澤 博之、瀬戸 夕輝、
坪井 栄俊、山本 晃裕、高野 智弘、横山 斉

[はじめに] 機能的僧帽弁閉鎖不全 (FMR) に対する僧帽弁弁輪縫縮術 (RAP) の問題点は、高度 tethering 例における術後の弁逆流遺残である。[目的] RAP 単独、および乳頭筋つり上げ術 (PMS)、乳頭筋近接法 (PMA) などの僧帽弁弁下手技による僧帽弁 tethering 矯正効果を術前後の心エコー図から解析、検討する。[方法] 対象：2004~2011年に経験した FMR49例 (男性31例、年齢 63 ± 13 歳、観察期間 37 ± 28 ヶ月 (1-82)、虚血性心筋症13例、拡張型心筋症11例、大動脈弁手術例を除外)。術式：RAP を基本とし、術前左室乳頭筋間距離、左室径から、高度 tethering 例 (Coaptation depth10mm 以上) に対する僧帽弁弁下手技：左室形成術 (LVP6例)、PMA (5例)、人工腱索を用いた PMS (5例) を追加した。術前弁 tethering の程度に応じ、1群 (CD10mm 以下、RAP28例)、2群 (CD10mm 以上、RAP9例)、3群 (CD10mm 以上、RAP、弁下手技あり12例) に分け、各群間で僧帽弁弁輪径 (MAD)、僧帽弁弁輪—前尖角 ($A\alpha$)、僧帽弁弁輪—後尖角 ($P\alpha$)、CD、乳頭筋間距離 (PMD)、僧帽弁後尖弁輪—乳頭筋間距離 (APMD) を心エコー (体表面、傍胸骨左室長軸像) で計測し、比較検討した。[結果] RAP により、MAD (1群：2群：3群 = 30:35:32% 減少：全群 $P < 0.01$)、 $A\alpha$ (25:9:13% 減少：1群のみ $P < 0.01$)、 $P\alpha$ (52:23:8% 増加：1群のみ $P < 0.01$)、CD (1:36:24% 減少：2.3群 $P < 0.01$)、PMD (9% 減少：2% 増加：13% 減少) を認めた。CD は2、3群で有意に減少したが、 $A\alpha$ 減少は1群に比べ、2、3群で少なかった。RAP + 弁下手技によっても高度 tethering 例における僧帽弁前尖 tethering 矯正効果は軽度であった。術後早期 MR 残存 (moderate 以上) を1群1例/2群0例/3群3例に認めた。Logistic 回帰分析による術後早期 MR 残存の危険因子解析を行ったが有意な因子は認めなかった。[結語] 術前 $A\alpha$ 高値である高度 tethering 群においては、弁下手技による前尖 tethering 改善効果には限界があり、僧帽弁形成術適応判断は慎重に行う必要がある。