

第92回東海小児循環器談話会

日 時：2006年10月29日

会 場：あいち小児保健医療総合センター

世話人：安田東始哲

1. 基礎疾患に気づかれず発症した感染性心内膜炎の1例
岡崎市民病院小児科

林 如音, 瀧本 洋一, 長井 典子

症例は心疾患の既往がない14歳女児。発熱、手指・足趾の痛みを主訴に近医受診。その後解熱したが指趾の疼痛部に有痛性結節が出現したため当科へ紹介入院となった。入院時心エコー検査では僧帽弁前尖の逸脱による逆流症があり、明らかな疣贅を認めなかったが、入院翌日僧帽弁後尖に疣贅が出現したため感染性心内膜炎と診断した。血液培養では黄色ブドウ球菌が検出され、アトピー性皮膚炎が発症に関与したと考えられた。

2. 移植後慢性GVHD症例に発症した急性冠症候群に対し、緊急CABGを施行した1例

名古屋第一赤十字病院小児医療センター心臓血管外科

中山 雅人, 伊藤 敏明, 阿部 知伸

萩原 啓明, 中山 智尋, 吉住 朋

同 小児科

加藤 剛二, 村松 秀城, 羽田野為夫

生駒 雅信, 河合 悟, 永田 佳絵

症例は男児、4歳にてALLを発症した。7歳にて臍帯血幹細胞移植を行ったが拒絶され、緊急的に母の骨髄を移植し、その後GVHDを発症した。外来にて経過観察中、2006年7月より肺水腫が進行し入院となった。入院中胸部痛を訴えたため、冠動脈造影を行いACSと診断、緊急的にCABGを行った。術後IABP挿入し開胸のままICUへ帰宅した。本症例を報告する。

3. 部分肺静脈還流異常症を合併した総動脈幹症(Ⅰ型)に対して根治手術を行った1例

聖隷浜松病院心臓血管外科

渡邊 一正, 小出 昌秋, 山崎 暁

松尾 辰朗, 杉浦 唯久

同 小児循環器科

武田 紹, 中嶋 八隅, 長崎 理香

症例は6カ月男児。出生直後からチアノーゼ認め心工

コーにて総動脈幹症(Ⅰ型)と診断。左上肺静脈が無名静脈に還流、右肺静脈にも還流異常が疑われた。日齢8に肺動脈絞扼術を施行し6カ月時に根治手術を行った。手術はRastelli手術および左上肺静脈-左心耳吻合、e-PTFEパッチによる右肺静脈心房内reroutingを行った。術後経過は良好であった。

4. Loop techniqueを用いて僧帽弁形成を行った1例

社会保険中京病院心臓血管外科

杉浦 純也, 櫻井 一, 水谷 真一

加藤 紀之, 森脇 博夫, 櫻井 寛久

同 小児循環器科

松島 正氣, 大橋 直樹, 西川 浩

久保田勤也

僧帽弁逸脱症の13歳女児。1歳時に心雑音を初めて指摘され、心エコーにて前尖の僧帽弁逸脱・僧帽弁閉鎖不全と診断。以後定期外来フォローとしてきた。12歳時に動悸症状あり、カテーテル検査を行ったところ僧帽弁逆流3~4度、左房拡大認めた。13歳でMohrのloop techniqueとCosgrove-ringを用いた僧帽弁形成術を行った。術後の心エコーで僧帽弁逆流はtrivialまで改善を示し、術後経過は良好であった。

5. 川崎病後のsevere MRに対して弁形成術を行った1例

あいち小児保健医療総合センター心臓外科

角 美和子, 佐々木 滋, 鷓飼 知彦

前田 正信

同 循環器科

足達 信子, 沼口 敦, 福見 大地

安田東始哲, 長嶋 正實

豊川市民病院小児科

小倉 良介

豊橋市民病院小児科

安田 和志, 戸川 貴夫

症例は6カ月女児。生後3カ月時に川崎病を発症。1カ月後、肺水腫を伴う心不全にて緊急入院。前医にて僧帽弁閉鎖不全、それに伴う肺水腫、肺高血圧の診断を得る。5カ月時、内科的加療のみでは改善に乏しく、当センター紹介となる。冠動脈に異常はみられず、エコーにて僧帽弁腱索の断裂に伴う僧帽弁逸脱と診断、人工腱索を用いた僧帽弁形成術+弁輪縫縮術(Kay-Reed法)を施行。手術所見は僧帽弁前尖の腱索が断裂していた。逆流はごくわずかに残存するのみで術後経過は良好であった。

別刷請求先:

〒474-8710 大府市森岡町尾坂田 1-2

あいち小児保健医療総合センター内

東海小児循環器談話会事務局

安田東始哲

6. ECMOにて救命した遷延性肺高血圧を伴った大血管転位症

名古屋第二赤十字病院小児科
横山 岳彦, 岩佐 充二
同 心臓血管外科
酒井 善正

40週3日2,738g男児。出生時より高度のチアノーゼを認め当院へ搬送入院となった。入院時、SpO₂は上肢20%台、下肢50%台と低値であり緊急BASを行った。一過性に酸素化の改善を得たものの、再度酸素化が悪化した。動脈管の血流は右左短絡が主であり、肺高血圧によるものと考えられた。酸素化の改善のために日齢1, VV ECMOを施行した。日齢6, 動脈管血流が左右短絡優位となったため再度BASを行い、日齢7, ECMOより離脱した。日齢30にJatene手術を行い、日齢52, 退院した。

7. 著しい肺高血圧(PH)を来した肺動脈弁欠損症候群の1例

あいち小児保健医療総合センター循環器科
足達 信子, 沼口 敦, 福見 大地
安田東始哲, 長嶋 正實
同 心臓外科
角 三和子, 鶴飼 知彦, 佐々木 滋
前田 正信

37週3日, 3,460gで出生。生直後からチアノーゼ, 陥没呼吸を認め当院搬送。入院時SpO₂は68%, 胸部X線で左無気肺。心エコーで肺動脈弁欠損, 動脈管開存, PHと診断。CT上気管支狭窄なく左肺低形成。日齢2, SpO₂低下し人工呼吸管理。PHに対しNO 20ppmを使用したが生肺の拡張なくPHも改善なし。不可逆性左肺低形成と診断。日齢49, VT出現, 日齢52, 死亡。管理方法, 手術適応について検討する。

8. 成人期に心内修復手術を施行したTOF, APCAの1例 名古屋市立大学小児科

山口 幸子, 水野寛太郎
同 心臓血管外科
中山 卓也, 水野 明宏, 野村 則和
松本 幸三, 浅野 實樹, 三島 晃

症例はTOF, APCA。幼児期にshunt手術を施行後, APCA多数, 中心肺動脈の低形成により経過観察となっていた。23歳時に塞栓症の合併を認め, 手術治療の意向を示されたため段階的な治療を行う方針とした。rBT shunt + rAPCA 結紮術, 続いて残りのAPCAに対するコイル塞栓術を施行し, 24歳時にVSD閉鎖 + RVOTRを, 25歳時にASD閉鎖術を施行した。現在, SpO₂ 90~94%, NYHA II度である。成人期に段階的な治療により心内修復に到達した症例について考察する。

9. カテコラミン誘発性多形性心室頻拍症(CPVT)の1女児例

大垣市民病院小児循環器新生児科
太田 宇哉, 岩山 秀之, 細野 治樹
山本ひかる, 西原 栄起, 倉石 建治
大城 誠, 田内 宣生
たかしま医院
高嶋 芳樹

症例は10歳女児, 水泳の授業中, 溺れているところを発見される。救出されたが意識なく, 心肺蘇生され意識を取り戻した。QT延長症候群を疑われ精査目的で当院紹介となった。2段階試験にて心拍150bpmより心室頻拍が出現, 波形は上向き下向きと多形性であり, CPVTの診断に至った。水泳禁止, 運動制限B管理, Caブロッカーを使用している。その後の経過, 文献的考察を報告する。

10. マイクロカテーテルによる人工血管クリップ解除の1例

静岡県立こども病院循環器科
古田千左子, 増本 健一, 満下 紀恵
金 成海, 田中 靖彦, 小野 安生
同 心臓血管外科
坂本喜三郎

症例はpolysplenia + HLHS(AA, MS, CAVC, SA, IVC欠損, 左奇静脈結合)の5カ月男児。日齢2にNorwood術施行, 右胸心のためRV-PA conduitは右側に造設され, ヘモクリップ1個で肺血流制限されていた。徐々にチアノーゼ進行し, 3カ月時にクリップによる狭窄部を0.014inchワイヤーと4mmのバルーンを用い拡張したところクリップが開いて移動し狭窄解除, チアノーゼは改善した。IVC欠損のため奇静脈結合経由でカテーテル治療を行い, 次段階手術であるTCPSを待機させることができた。

11. 石灰化した肺動脈弁に対するPTPVを行ったcTGA VSDの成人例

岐阜県立岐阜病院小児循環器科
坂口 平馬, 後藤 浩子, 桑原 直樹
桑原 尚志
同 小児心臓外科
渡辺 成仁, 八島 正文, 竹内 敬昌

はじめに: 石灰化した半月弁に対してバルーンによる弁形成術を行う経験は少ない。特にVSD PSの血行動態においてPSの程度は大きくその血行動態を左右する要素である。

症例: 52歳女性, cTGA, VSD, vPS。手術歴はなく, 安静時SpO₂ = 68%でNYHA IV。エコーではPVは石灰化し肺血流量が低下し, 症状増悪したと判断した。PTPVを8mm高耐圧balloonで行い, SpO₂ = 85%に改善した。NYHA IIに改善し6MWDは300mを超えて退院した。

12. ASD治療における経食道心エコー検査(TEE)の役割
についての検討

社会保険中京病院小児循環器科

久保田勤也, 松島 正氣, 大橋 直樹
西川 浩

同 心臓血管外科

櫻井 一, 水谷 真一, 加藤 紀之
森脇 博夫, 櫻井 寛久, 杉浦 純也

2006年度より当院でAMPLATZER Septal Occluder(ASO)によるASD閉鎖術が開始され, 現在までに5症例について閉鎖を行っている. その際ASDの評価には経食道心エコー検査(TEE)が必須となる. 当院ではASOの適否に際して, 全症例に術前のTEE評価を行っており, その結果で決定している. 経胸壁心エコー検査(TTE)と比べ, 欠損孔の大きさについては大きな差は認めなかったが, 欠損孔の位置, 辺縁の性状・長さについては個々の症例でバリエーションに富んでおり, TTEでの正確な評価は非常に困難で, 術前のTEE評価の重要性が示唆された. またTTEで欠損孔が大きいと判断され, 開胸術を行った症例の術中TEE評価についても併せて報告する.

13. 第一期両側肺動脈絞扼術 + Van Praagh手術からFontan循環に到達したHLHSの1例

三重大学医学系研究科胸部心臓血管外科

高林 新, 横山 和人, 新保 秀人

診断: HLHS(AS, MS), mild TR. 19d, 2.6kgに左側開胸にてBil.PAB(rt.; 14, lt.; 14mm), MPA-desc. Ao. shunt(ePTFE 6mm)を施行した. 8mにASD拡大術, 9m, 4.5kgにNorwood, BDG, TAPを施行した. 4y4m, 14kgでTCPC(EC; 18mm with fenestration)にてFontan循環に到達した. HLHSに対する第一期両側肺動脈絞扼術後の体血流維持法につき考察を加え報告する.

14. V-A discordant + small RVに対してDKS + RV-PA shuntを施行した1例

豊橋市民病院心臓血管呼吸器外科

松村 泰基, 村山 弘臣, 渡邊 孝
波多野友紀, 小林 頼子, 大原 啓示
小林 淳剛

症例は40w 0d, 3,080gで出生し, TGA(II)+ small RV + CoAと診断された女兒. RVが48%Nのため新生児期のJatene手術は困難と判断した. 日齢32にcoarctectomy + PABを試みるもPDA結紮と同時に酸素化が悪化したためPABを断念した. 心房レベルでのmixing改善を期待して日齢34にBASを施行するも酸素化は改善しなかった. そこで日齢38にDKS + ASD creation + RV-PA shuntを施行した. HLHSに対するNorwood手術のようにV-A discordant + small RVに対してDKS + RV-PA shuntを施行した1例を報告する.

15. 左室低形成(hypo LV), 僧帽弁狭窄(MS)に心室大血管錯位(VAD), 肺動脈閉鎖(PA), no-confluent PA, 両側動

脈管(bil. PDA)を合併した1例

三重大学医学部附属病院小児科

大橋 啓之, 三谷 義英, 細木 興亜
澤田 博文, 早川 豪俊, 駒田 美弘

同 胸部外科

高林 新, 横山 和人, 新保 秀人

hypo LV, MS, VAD, IAS, PA(non-confluent PA), bil. PDA, PLSVC, communication vein(from LA to LSVC), coronary fistula症例を経験した. 緊急でASD creation, PA plasty, rt.m-BT shunt施行したが救命できなかった. 生下時から高度肺うっ血合併した機能的単心室症例の新生児期治療について考察する.