

弁輪破壊を伴う大動脈弁位人工弁感染に対するウシ心膜ロールを用いた左室流出路再建

【はじめに】 弁輪部膿瘍を伴う大動脈弁位人工弁感染に対する手術では、十分な debridement 後に弁輪部を再建するが、組織欠損部が広範な場合は左室流出路の再建が必要となる。今回我々が行った左室流出路再建の工夫を報告する。【症例】 72 歳、女性。大動脈弁置換・冠動脈バイパス術後 5 ヶ月目に弁輪部膿瘍・仮性瘤を伴う大動脈弁位人工弁感染のため再手術となった。【手術】 感染人工弁を摘出すると無冠動脈洞人工弁逢着部直下より仮性瘤を認め、広範な弁輪部膿瘍のため LV-Ao discontinuity の状態であった。debridement 後 subaortic curtain のほとんどが欠損。自己心膜による弁輪再建は困難と判断、ウシ心膜ロール(径 24mm)を作成して左室流出路の再建に使用、25mm Freestyle 弁(フルルート)を心膜ロールに逢着して大動脈基部置換術(Cabrol 法による冠動脈再建)を行った。【術式の要点】 一方を 15mm ほど内翻した心膜ロール(全長 40mm)を左心室内に挿入、僧帽弁輪前尖中央、膜性中隔、右冠尖最低縁直下の健常心筋、左前繊維三角に縫合し 4 点支持を行い、支持糸間を 2 重に連続縫合した。左室内から心膜ロールすべてを翻転・引き出して左室流出路を再建した。1. 心膜ロールの折り返し部分が吻合ラインとなり、良好なフィッティングが得られること。2. 左室内から心膜ロールを翻転・引き出すと内翻部が吻合部で最外層となり、この部分を組織欠損部の補填、吻合部の補強に利用できること。以上の利点がある。【考察】 左室流出路の再建が必要となる感染性心内膜炎に対する手術では、今回我々が行った方法は有用と考える。