

絶望的状况から超長期社会復帰した左室形成と経左室僧帽弁再置換術の1例

米田 正始¹、水田 真司²、山本 淳平²、長内 亨²、中嶋 信太郎²、佐藤 智²、澤崎 優²

¹ 福田総合病院、² 一宮西病院

【症例】25年前、12歳の虚血性心筋症 ICM、駆出率 EF8%の女の子が CPA 蘇生後 IABP とアドレナリン下で小児循環器科から紹介された。その5年前の機械弁僧帽弁置換術 MVR で周術期心筋梗塞のため ICM、LOS となり血栓人工弁まで合併。当時は移植センターでも小児心移植は不可と言われ救命のため左室手術へと進んだ。現在なら Japan Score48.3%の救命手術であった。超重症のため心臓を止めず、まず左室心尖部から前壁にかけて梗塞部を切開。左室切開部越しに人工弁をカフと金属部の間で切除し、プレ付き 2-0 ポリエステル糸を左房側からかけ infra-annular の形で再 MVR(人工弁の向きに注意)。ダクロンパッチで巨大左室の病変部を除外するように SAVE 手術で形成した。左室容積と形態の適正化に努めた。全経過を心拍動下で施行したため心臓の立ち上がりは良好。術前からの MOF・筋力体力低下が酷く、2ヶ月以上の入院を要したが EF34%まで改善し元気に退院。7年後、小児循環器の先生が海外ジャーナルで報告してくれた。25年後の現在も彼女は元気で仕事もこなしている。【考察と結語】左室外科とくに左室形成は STICH トライアル という不完全研究で否定され水面下手術になっているが、多数の救命例が全国にある。適応と左室再建法が合致すればかつて「奇跡の手術」と Suma らが称された成果が得られる、是非若手に知って戴きたい技術である。もう一例、Japan Score 予測死亡率 72%の左室形成例とともに、その再現性を高める方法・技術や患者・医療者のリスク回避を論じたい。