

シンポジウム

シンポジウム17

PA/IVSの治療戦略 これからの小児科・外科のコラボレーション

座長:

矢崎 諭 (国立循環器病研究センター)

山岸 正明 (京都府立医科大学小児医療センター)

2015年7月18日(土) 08:30 ~ 10:00 第2会場 (1F ペガサス B)

III-S17-01~III-S17-07

所属正式名称: 矢崎諭(国立循環器病研究センター 小児循環器科)、山岸正明(京都府立医科大学小児医療センター 小児心臓血管外科)

[III-S17-05]当院における PA/IVS、Critical PSに対する治療戦略の変遷

○日隈 智憲¹, 松尾 辰朗¹, 芳村 直樹¹, 仲岡 英幸², 伊吹 圭二郎², 小澤 綾佳², 廣野 恵一², 市田 路子², 大嶋 義博³, 山口 眞弘⁴ (1.富山大学 第一外科, 2.富山大学 小児科, 3.兵庫県立こども病院 心臓血管外科, 4.明石医療センター 心臓血管外科)

キーワード: PA/IVS, RVDI, RV-TV index

【目的】2005年以降、PA/IVS、critical(c) PSの初期介入は RVDI、修復術は RV-TV index(I)を基準にしてきた。治療戦略を再検討する。【方法】2000年以降に初期から介入した PA/IVS 8例、cPS 6例を対象とした。2005年以前(前期)の初期治療は open Brockを行い、必要であれば二期的に shuntを追加、以降は RVDI $\geq$ 0.7(A)で Brockのみ、0.7~0.35(B)で+ β -blocker、 $\leq$ 0.35(C)で+shunt、類洞-冠動脈交通や流出路筋性閉鎖症例は shuntのみの方針で行った。2009年以降、on pump(on-p)で Brockを行い、B、Cで肺血管拡張薬を併用した。修復術は RV-TVI $\geq$ 0.4(D)で解剖学的修復、0.4~0.2(E)で ASD部分閉鎖、 $\leq$ 0.1は Fontanとした。【結果】14例中3例は Fontan track。前期の2例は shunt追加を要したが、これらは Bに相当。Aの2例を PTPV、1例を on-p Brockで介入。PTPVの1例は shunt追加を要した。Bの1例を PTPV、2例を on-p Brockで介入。PTPVの1例は shunt追加を要した。Cの1例を off pump(off-p)、2例を on-pで介入。Dが7例、Eが3例であった。Dの3例(初回介入が PTPV)は PRのため RVEDVが150~170%と右室が拡大。off-pの1例も PRが生じた。他の3例は on-p例で、RV/LV圧比0.3~0.4、右室拡大なく良好な結果であった。Eは初回介入が off-p 1例、on-p 2例で、on-pの1例は RV-TVI 0.213のため1.5心室修復(VR)を行った。他の2例は ASD部分閉鎖による2VRを行い、1年後にはいずれも ASDが自然閉鎖していたが、off-p例は PRが問題として残った。RV-TVI 0.199の症例も1.5VRを行い良好に経過している。on-p例は Cでも2VRに到達しており、PR・右室拡大の問題が回避出来ていた。【結語】RVDIは初回介入での shuntの必要性を正確に反映していた。on-p Brockによる正確かつ十分な弁切開が、良好な右室の減圧と順行性肺血流をもたらし、右室発育と PR予防に繋がると考えられた。肺血管拡張薬の積極的併用も右室発育に寄与した。RV-TVI 0.2前後では1.5VRも良好な結果が得られた。