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)
Sat. Jul 18, 2015 8:30 AM - 10:00 AM 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 蕗子[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)

Keywords: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≧0.7(A)で Brockのみ、0.7～0.35(B)で+β-blocker、≦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≧0.4(D)で解剖学的修復、0.4～0.2(E)で ASD部分閉鎖、≦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。

©Japanese Society of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery