

Poster | 外科治療

## Poster (III-P43)

Chair: Sadahiro Sai (Dept. of Cardiovascular Surgery, Miyagi Children's Hospital)

Sun. Jul 9, 2017 1:00 PM - 2:00 PM Poster Presentation Area (Exhibition and Event Hall)

1:00 PM - 2:00 PM

### [III-P43-08] 完全型房室中隔欠損症手術の工夫 — 中隔尖化した心房中隔心膜パッチを活かした弁形成術 —

○保土田 健太郎<sup>1</sup>, 柘岡 歩<sup>1</sup>, 岩崎 美佳<sup>1</sup>, 細田 隆介<sup>1</sup>, 加藤木 利行<sup>1</sup>, 葭葉 茂樹<sup>2</sup>, 小林 俊樹<sup>2</sup>, 住友 直方<sup>2</sup>, 鈴木 孝明<sup>1</sup>  
(1. 埼玉医科大学国際医療センター小児心臓外科, 2. 埼玉医科大学国際医療センター小児心臓科)

Keywords: complete AVSD, valve repair, pericardial wing

【背景と目的】 完全型房室中隔欠損症の弁の分割・形成に重要な点は房室弁機能を損なわないことであるが、bridging leafletをできるだけ左側房室弁として利用する代償は右側弁、特に中隔側の弁尖が乏しくなってしまうことである。そこで我々は自己心膜 ASDパッチを翼状に残し、右側房室弁形成に活用している。この方法による中期遠隔期成績を検討した。【対象と方法】 2007-2016年に当院で初回手術治療を行った完全型房室中隔欠損症25例を対象とし、手術方法と術後弁機能について後方視的に検討した。ファロー四徴症合併2例。平均観察期間は5.1年 (range 7ヶ月-9.6年)。【手術】 原則的に Two-patch法を用いた。心室間交通が浅く bridging leaflet下にパッチ縫着困難な場合は modified one-patch法を用いた。冠静脈洞は右房側に還流させた。房室弁形成の原則と工夫: (1) ePTFE VSDパッチはできるだけ右側で bridging leafletに縫着し「左側房室弁をより大きく」した。Cleftは閉鎖した。(2) 自己心膜 ASDパッチは bridging leaflet縫着部から約5mmの折り返し(翼状部)を持たせた。これを中隔尖のように扱い右側 cleft 閉鎖時の補強や bridging leafletの接合面の拡大等に利用した。【結果】 25例中、21例に Two-patch、4例に modified one-patch法を用いた。手術死亡なし。腹部手術歴のある1例を遠隔期に腸閉塞で失った。先行手術は肺動脈絞扼術4例、BTシャント1例。左側 cleft離開による再手術を2例(8%)に要した(術後6、7ヶ月時)。交連縫縮は左側弁に17例(68%)、右側弁に5例(20%)併施した。心エコーによる房室弁逆流は左側 moderate 4例(16%)、右側 moderate 2例(8%)を認め、その他は mild以下に制御されていた。有意な弁狭窄を認めなかった。【結論】 完全型房室中隔欠損症に対する心房中隔心膜パッチを活かした房室弁形成の中期遠隔期成績は概ね良好であった。