

ACバイパス術後5年目に大伏在静脈 グラフトの瘤状拡張を呈した川崎病の1例

西田博, 遠藤真弘, 林久恵, 小柳仁, 高尾篤良
(東京女子医大 心研 循環器外科, 同循環器小児科)

川崎病に対するACバイパス術において, 大伏在静脈グラフトは特に幼小児例でその遠隔期開存率が不良であることはよく知られており, その長期遠隔期における変化の観察は重要な検討課題である。今回, われわれは, 術後5年目のフォローアップCAGにて, 大伏在静脈の瘤状拡張という興味ある所見を経験したので報告する。

症例 14才, 男

家族歴, 既往歴: 特記事項なし

現病歴: 2歳時に川崎病に罹患し, 3カ月入院。3歳時のCAGでは, 左冠動脈の主幹部の瘤とI度の僧帽弁閉鎖不全を認めた。6歳時から, 労作性狭心症出現し, 同年10月のCAGでは, 右冠動脈近位部の完全閉塞, 左冠動脈主幹部の狭窄を認め, 9歳時に, 自己大伏在静脈にて左前下行枝近位部への1本バイパス術を施行した。術後1カ月の確認カテーテルでは, グラフトは良好に開存しており, 以後狭心痛などの症状は消失し, 順調に経過していた。今回, 術後5年を経過したのでフォローアップCAG目的にて当科入院となった。

現症: 身長165cm, 体重51.2kgで, 体重は手術時の29kgから, 76.6%の増加であった。血圧は, 130/58mmHgと高血圧なく, 脈拍毎分68で不整を認めなかった。また, 心雑音, 心不全症状もなかった。

一般検査所見: 特別な異常なし。

胸部X線写真: CTRは44%で, 特別な異常はなかった。

心電図(図1): 正常洞調律, QRS電気軸60度でⅢ, aVfに陰性Tを認める以外, 異常Q波などは認めず, トレッドミル負荷テストでも運動耐容時間は21分で有意のST-Tの変化を認めなかった。

核医学検査: TIシンチでは, perfusion defectはなく, SPECTを用いた運動負荷にても虚血は認められず, Equilibrium Gated RI ventriculographyにても, 運動負荷に対するejection fractionの反応は良好であった。

ACバイパス術時の所見を述べる

術前冠動脈造影(図2): 左冠動脈は近位部(＃6)で完全閉塞, 右冠動脈も入口部直下(＃1)で完全閉塞となっており, 左回旋枝(＃13)から右冠動脈の房室間枝(＃4AV)へ, そして右冠動脈のconus branchから左前下行枝の(＃6)への側副血行を認めた。また, 左室造影では, ejection fraction 68%と良好で, asynergyや, 僧帽弁閉鎖不全は認められなかった。

手術: 昭和56年11月6日に, 自己大伏在静脈を用いて左前下行枝の近位部(＃7)に一本バイ

图 1

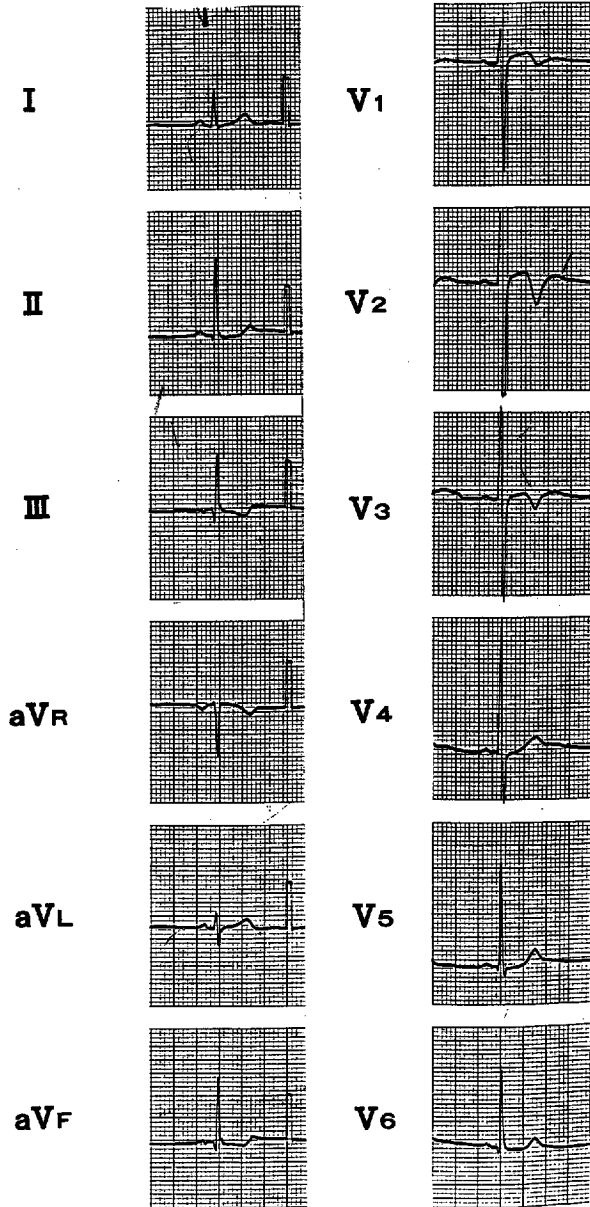


图 2

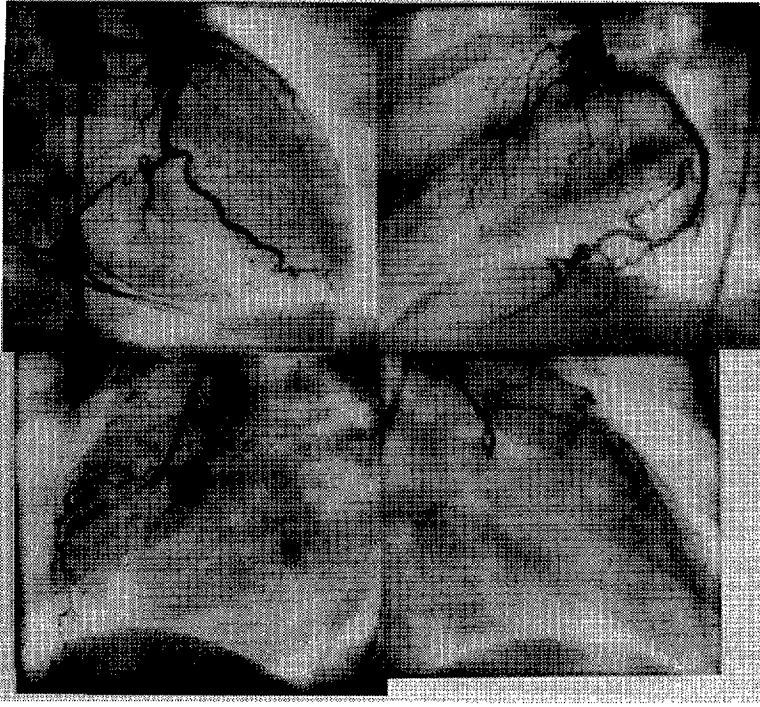
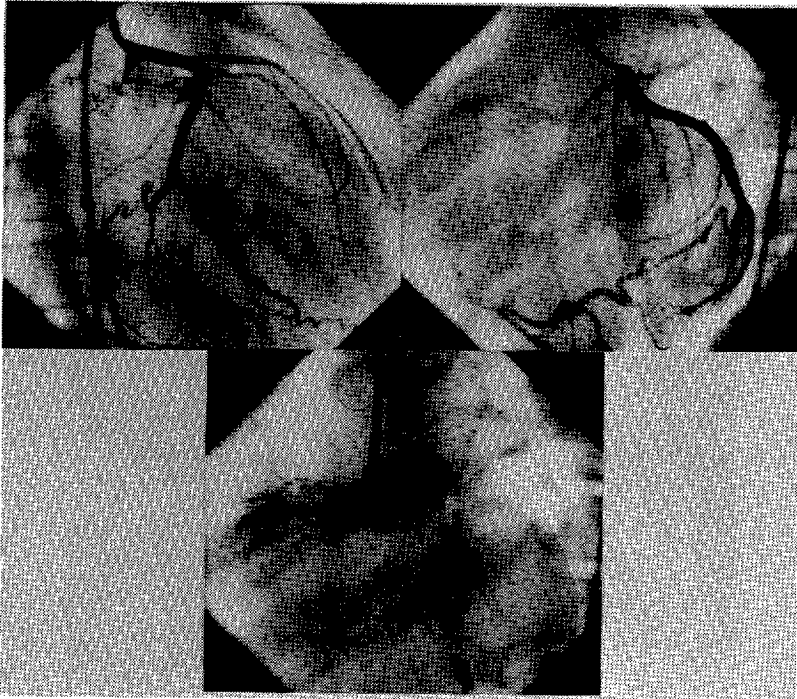


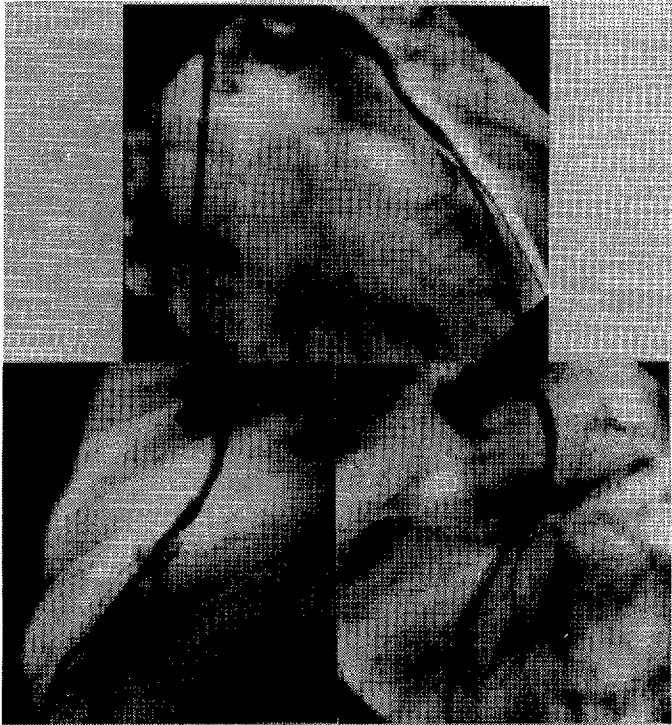
图 3



☒ 4 A



☒ 4 B



パスを施行した。術中測定した静脈径は4 mm、左前下行枝の径は1.5 mmで、冠動脈側の吻合は、toe、heel各3針固定の連続縫合、大動脈側の吻合は4点支持の連続縫合で行なった。大動脈の吻合口は径5 mmのパンチにてパンチアウトした。グラフト流量は28 ml/minであった。右冠動脈へのバイパスは2本の冠静脈の下に#4 A Vがもぐっていたため行なわなかった。術後は、特別な問題なく経過し、術後1カ月のCAGではグラフトは良好に開存しており異常は認められなかった。

術後5年の冠動脈造影(図3)： native arteryは、術前のCAGと比較して大きな変化は認められなかった。

グラフト造影(図4 A, 4 B)： 中枢側を中心に瘤状と呼ぶのは適切ではないかもしれないが、著明な部分的拡張を示している。造影用金属マーカの直径が1.1 mmであり、術中の4 mmに比し約3倍の1.2 mm程度に拡張している。

考 案

教室では、今日までに成人830例に対し、ACバイパス術を施行し、全例で術後約1カ月の時点で確認カテーテルを、そして約120例の症例において慢性期のグラフト造影を行なって来たが、内膜肥厚によると思われる狭小化や閉塞、atheromによる狭窄は散見されるものの、本例のごとき、部分的拡張を示した例は皆無であった。本症例の部分的拡張の原因としては、単純なpassive dilatation、炎症性変化、グラフトの“成長”などが考えられるものの造影所見のみからでは定かではない。従来、川崎病小児例の大伏在静脈グラフトの遠隔期変化として、径の増加より、内胸動脈グラフトのごとき“成長”を示唆する報告も認められたが、本例のごとき部分的拡張を示す症例も存在することより、それをpassiveなdilatationと区別し、“成長”と断じるには不確実さを感じるところである。

本例では、造影剤のwash outより判断すると、今のところ拡張による流速のおくれはないと考えられるが、今後、さらに拡張が進行した際の流速の遅延、thrombosisの発生などの可能性も完全には否定できず、慎重なフォローアップが必要と考えている。しかし、native arteryの近位部と異なり、エコーにては検出困難な場所であり数年ごとのCAGが必要であろう。