

Committee Panel Discussion

Sat. Jul 11, 2026 10:30 AM - 12:00 PM JST | Sat. Jul 11, 2026 1:30 AM - 3:00 AM UTC | Room3 (Conference Hall B2)

[CPD3] 委員会企画パネルディスカッション3 (III-CPD3)

術後肺静脈閉塞に対する治療戦略 (手術、カテーテル治療、薬物療法)

座長:喜瀬 広亮(昭和医科大学病院 小児循環器・成人先天性心疾患センター)

座長:白石 修一(新潟大学 心臓血管外科)

III-CPD3-4 術後肺静脈狭窄に対する外科的治療戦略

○松久 弘典, 松島 峻介, 岩城 隆馬, 草木 迫 充, 中川 卓 (兵庫県立こども病院)

Keywords : 総肺静脈還流異常、術後肺静脈狭窄、sutureless repair

総肺静脈還流異常(TAPVC)修復術後の肺静脈狭窄(PR-PVS)は、5~15%の症例に発症し、発症後1年生存率が60%前後と治療抵抗性で予後不良な合併症である。PR-PVSに対する革新的外科治療として1990年代にsutureless repairが開発され、2000年代には単心室症例を始めとするhigh risk症例への初回修復法としても普及している。しかしながら、sutureless repairが普及した現在においてもPR-PVSは一定数発生し、外科医が克服すべき課題である。

【予防】PR-PVSの予防には初回手術時、症例毎に心エコーおよび造影CTによる詳細な肺静脈および周囲組織の形態把握が必須で、conventional repair/sutureless repairの選択のみならず、肺静脈へのアプローチ法、各分枝を含めた肺静脈切開範囲、心房切開範囲の決定と、二心室修復においては狭小左房に対する拡大手技の要否を判断する。単心室症例においては、修復後の心拡大による各分枝レベルでの肺静脈圧迫狭窄を想定し、初回手術時の各分枝への切開の適応を判断する。

【PR-PVSへの外科的アプローチ】術後早期の肺静脈に対するサーベイランスは極めて重要であり、心エコーにていずれかの肺静脈に平均圧差2 mmHg以上の狭窄を認める症例には密にフォローを行い児の状態が悪化する前に手術介入を行う。この場合もCTにてPVSの形態的原因の評価を行い、初回再手術であれば、sutureless repairの可否、狭窄解除に十分な肺静脈切開範囲を決定する。また二心室症例であれば、心房間交通を残し、今後のカテーテル治療に備える。

PR-PVSに対する当院の外科的治療の変遷とその成績を報告すると共に、様々なsutureless repair変法、術中stent, anatomically focused PVS repair strategyなどを紹介する。