
特集「活動期感染性心内膜炎の外科治療」によせて

小野 稔
(東京大学心臓外科)

活動期感染性心内膜炎 (IE) の外科治療は、原則的に「コントロール困難な感染」、「内科治療が困難な心不全」、「塞栓症の危険性が高い疣贅」の3条件のいずれかを満たした場合に考慮することが一般的である。最近では、画像診断の進歩や手術技術の改良などによって、活動期 IE の外科治療成績は飛躍的に向上してきた。その一方で治療のタイミングや手術手技については、いまだに結論が得られていない点も多く残されている。

本特集では、大動脈弁位ならびに僧帽弁位活動期 IE のいずれに対しても意欲的に治療に取り組んでいる8つの施設から報告をいただいた。僧帽弁位活動期 IE に対しては、どのような場合に弁置換術を必要とするのか、また形成術を遂行するために感染病変に対してどのように対応するのかについて報告いただいている。また、遠隔成績については形成術の方が優れているとの報告が多いが、これは僧帽弁置換術では感染病変が高度で、患者が重症であることが関係している可能性がある。早期手術が形成術を成功させる秘訣といわれているものの、待機する猶予がない重症例では早期 (緊急・準緊急) 手術に踏み切らざるをえないことが多く、手術タイミングのみが形成術成功の因子とは限らないことが報告されている。

大動脈弁位活動期 IE については、弁輪部膿瘍がある重症例に対する治療戦略、ステントレス生体弁やホモグラフトによる基部置換術について報告いただいている。大動脈基部は左室や僧帽弁との連続性に加え、冠状動脈、刺激伝導系などの心臓における重要なコンポーネントが周囲にあるために、感染が重症化して単純な弁手術では対応できない場合が少なからず経験される。さらに人工弁感染では高率に周辺組織の破壊を伴うために、術式の選択は再感染などを予防して長期生存を可能とする上で極めて重要である。

どのような場合にどのような術式を選択するのかについては施設あるいは外科医の経験によるが、今回報告された先進施設での経験を知ること、いざという時の「引き出し」になるのではないだろうか。