

# 第34回 東海川崎病研究会

## 会 誌

(平成26年5月24日 愛知県産業労働センター「ウイングあいち」)

事務局  
あいち小児保健医療総合センター

## 目 次

### 一般演題

- 1 「交換輸血を施行した新生児川崎病の1例」  
大垣市民病院 小児循環器新生児科  
本部和也、稲川明良、郷 清貴、太田宇哉、西原榮起、倉石建治  
愛知県済生会リハビリテーション病院  
田内宣生
- 2 「川崎病発症後4か月で急性期最大径6.8mmの冠動脈瘤が退縮した1男児例」  
あいち小児保健医療総合センター 循環器科  
三井さやか、丹羽崇文、森 啓充、關 圭吾、河井 悟、安田和志、福見大地、馬場礼三
- 3 「川崎病冠動脈後遺症に対して三枝バイパス術を行った一例」  
名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野  
鈴木一孝、篠原 務、犬飼幸子  
名古屋市立大学大学院医学研究科 心臓血管外科学分野  
鶴飼知彦、松前秀和、野村則和、浅野實樹、三島 晃  
名古屋第二赤十字病院 心臓外科  
田嶋一喜、加藤 互
- 4 「川崎病重症例の急性期治療」  
名古屋第二赤十字病院 小児科  
岩佐充二、横山岳彦
- 5 「免疫グロブリン・プレドニゾン初期併用療法にて冠動脈瘤を合併した川崎病の1例」  
愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 小児科  
六鹿泰弘、松永幸恵、吉兼正英、岩脇由希子、鈴木敦詞、尾関和芳  
田中伸幸、浜田実邦、小久保稔、一木 貴
- 6 「群馬スコア7点以上の川崎病に対する免疫グロブリン+プレドニゾン初期併用療法の効果」  
一宮市立市民病院 小児科  
山本和之、若野泰宏、中村早希、吉田あや、岡村 淳、岩田直之、佐橋 剛、成瀬 宏、三宅能成
- 7 「長期経過観察の後に急性冠症候群を発症した川崎病既往成人例：遠隔期のMDCT、VH-IVUSと成人期発症の関連」  
三重大学大学院医学系研究科 小児科学  
三谷義英、大橋啓之、澤田博文、駒田美弘  
松阪市民病院 循環器内科  
村瀬元昭
- 8 「成人期に達した川崎病後冠動脈病変を有する症例の管理・当院の現状」  
岐阜県総合医療センター 小児医療センター 小児循環器内科  
面家健太郎、桑原尚志、桑原直樹、寺澤厚志、桑原秀次、後藤浩子  
岐阜県総合医療センター 心臓血管センター 循環器内科  
野田俊之

### 特別講演 「重症川崎病の急性期治療におけるシクロスポリンAの有用性と課題」

和歌山県立医科大学 小児科学教室  
准教授 鈴木 啓之 先生

## 交換輸血が奏功した新生児川崎病の1例

大垣市民病院 (1)小児循環器新生児科 (2)臨床工学技術科

本部和也<sup>①</sup>、稲川明良<sup>①</sup>、沼田脩也<sup>①</sup>、野村羊示<sup>①</sup>

郷 清貴<sup>①</sup>、田中 亮<sup>①</sup>、兵藤玲奈<sup>①</sup>、太田宇哉<sup>①</sup>

見松はるか<sup>①</sup>、伊東真隆<sup>①</sup>、西原榮起<sup>①</sup>、倉石建治<sup>①</sup>

川地大樹<sup>②</sup>、山田哲也<sup>②</sup>、小山富生<sup>②</sup>

愛知県済生会リハビリテーション病院

田内宣生

### 【はじめに】

川崎病の新生児例は比較的稀であり、診断に苦慮することが多い。また、新生児例は心血管後遺症の発生率が全体と比べて高い傾向にあり注意を要する。今回、交換輸血が奏功した川崎病の新生児例を経験したので報告する。

### 【症例】

症例は日齢22の男児。38度台の発熱と哺乳不良を主訴に当院外来受診。咽頭の発赤と四肢の点状紅斑を認めため手足口病の疑いで入院とした。3病日に眼球結膜の充血、口唇充血、四肢体幹の発疹を認め、アスピリン内服とアンピシリン、セフォタキシム静脈内投与を開始。4病日に四肢末端の硬性浮腫を認め川崎病と診断、IVIG2g/kgの投与をおこなった。5病日に頸部リンパ節腫脹が認められ、この時点で川崎病主要症状6項目すべてを満たした。IVIG療法施行後も解熱せず6病日に再度IVIG2g/kgを施行した。それでも解熱は得られず第8病日には右冠動脈起始部2.6mm(Z score 5.4)、左冠動脈起始部2.2mm(Z score 3.0)、前下行枝1.6mm(Z score 2.3)の冠動脈内径の拡張を認めため3rd lineの治療法として血液浄化療法を選択した。体重4kgの新生児であり血漿交換は主にカニューレーション手技におけるリスクを伴うことから代替療法として交換輸血を選択した。日赤に合成血を依頼した。交換輸血の準備が整うまでに半日ほどかかるため、さらにIVIG1g/kgを投与。8病日と9病日に2回の交換輸血を施行し速やかな解熱を得られた。交換輸血終了後に再度IVIG2g/kg投与。13病日に膜様落屑を認め、以降冠動脈病変の悪化なく経過し23病日に退院。冠動脈拡張は徐々に改善し、発症4ヶ月で心臓カテーテル検査施行。冠動脈が正常であることを確認しアスピリン内服を中止した。現在は外来で経過フォロー中である。

### 【考察】

#### ①交換輸血施行時の手技の工夫

今回の交換輸血は循環血液量の2倍量である800mlでおこなった。日赤から取り寄せた合成血と血小板を使用し、1回の交換輸血所要時間は4時間30分であった。

今回、交換輸血施行時にいくつかの工夫を凝らした。まず、交換輸血の際にきたしやすい高K血症と低Ca血症を予防するため血液透析時に使用する持続血液浄化装置を用いてK濃度の調節とクエン酸の除去をおこない、浄化後の血液を投与した。また患児のヘモグロビン濃度を確認しながら投与する製剤のヘモグロビン濃度を除水により調節した。さらに一般的な交換輸血では用手的におこなう脱血も輸液ポンプを用いて施行することで正確なin/outバランスを保つことができると考えられた。脱血に関しては過剰な陰圧がかからないように動脈ラインの血圧波形モニターで監視しながら施行した。加えて、より安全に交換輸血を施行するために頭部血流、腹部血流をINVOSによってモニターした。

#### ②交換輸血と血漿交換の比較

比較を示す(表1)。両者ともに治療適応の制限はほとんどなく、感染症罹患中でも施行可能である。大きく異なるのはその手技であり、血漿交換は大腿静脈もしくは内頸静脈から6Fr-8Fr程度のカテーテルを挿入するため体格の小さい新生児、乳児では難しいことがある。また、血漿交換では鎮静を必要とすることが多く、さらに必要に応じて筋弛緩、人工呼吸管理を行うこともある。比べて交換輸血の際には鎮静は必要ない場合が多く、今回の例でも鎮静薬は使用していない。交換輸血と血漿交換に必要な期間はそれぞれ3日と3~5日である。今回は1回目の交換輸血施行後にすでに解熱が得られており2回目の交換輸血で終了とした。川崎病に対する血漿交換の場合、除去する

血漿をアルブミンで置換するがアルブミンはウイルス不活性処理がされているので感染のリスクは低い。対して交換輸血の場合はRCC、FFP、PCを使用するので血漿交換に比較して感染のリスクは高い。このほか、血漿交換時の合併症として凝固異常をきたす例が報告されている。交換輸血はたびたび高K血症、低Ca血症、血糖異常、血小板減少をきたすが、今回のように合成血を浄化して用いることによりこれらの合併症を予防し安全に施行できる。

### ③川崎病に対するの交換輸血の効果について

川崎病に対する交換輸血の効果は症例報告にとどまる(表2)。国内の報告は3件の会議録のみである。いずれも施行後の解熱を認めており、第9病日目までに施行される症例は冠動脈後遺症を残さない傾向がみられた。交換輸血自体はガイドラインには記載されていないが今回の症例のように有効な場合がある。

### 【まとめ】

川崎病の新生児例に対する血漿交換は手技の面から施行困難な場合が多い。また新生児は循環血液量が少ないため、このような症例に対して代替療法として交換輸血が選択肢として考慮される。交換輸血は手技の面で比較的施行しやすいが合併症のリスクもある。今回の症例のように施行時に工夫を凝らすことで安全に交換輸血をおこなうことができる。しかしながら、川崎病に対する交換輸血の効果についてのデータは現時点で不十分であり今後もデータの蓄積と検討が必要である。

(表1)

交換輸血と血漿交換の比較		
	交換輸血	血漿交換(アルブミン置換)
手技	比較的容易	6F以上のカテーテルが必要 カテーテル挿入時の侵襲が大きい
鎮静	必ずしも必要ではない	必要なことが多い
必要期間	約3日間	約3-5日間
感染症のリスク	あり	少ない (ウイルス不活性処理済み)
合併症	出血傾向 (血小板減少・凝固異常) 電解質異常 (高K血症・低Ca血症 etc) 貧血	凝固因子喪失 電解質異常

(表2)

本邦での川崎病に対する 交換輸血施行例の報告						
報告年	年齢	性別	交換輸血 施行病日	効果	冠動脈後遺症	
① 1982	1歳7ヵ月	女	9病日	解熱	後遺症なし	
② 2004	生後4ヵ月	男	17病日	解熱	不明	
③ 2010	生後1ヵ月	女	16病日	解熱	後遺症あり	
④ 本症例	日齢22	男	9病日	解熱	後遺症なし	

①小児内科 vol.14 no.5 1982-5 上野忠彦 ③第29回日本川崎病学会 225(1995) 高宮 淳  
②日本小児科学会雑誌 第109巻 第12号 1514-1561 平田裕也 ④本症例

## 演題-2

## 川崎病発症後4か月で急性期最大径6.8mmの冠動脈瘤が退縮した1男児例

名古屋第一赤十字病院小児科

三井さやか

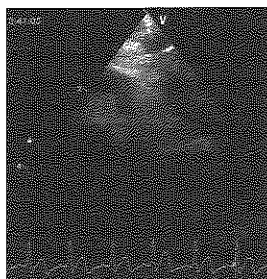
あいち小児保健医療総合センター (1)循環器科 (2)感染免疫科

丹羽崇文<sup>(1)</sup>、森 啓充<sup>(1)</sup>、關 圭吾<sup>(1)</sup>、河井 悟<sup>(1)</sup>安田和志<sup>(1)</sup>、馬場礼三<sup>(1)</sup>白木真由香<sup>(2)</sup>、阿部直之<sup>(2)</sup>、中瀬古春奈<sup>(2)</sup>河邊慎司<sup>(2)</sup>、岩田直美<sup>(2)</sup>

急性期の川崎病性冠動脈瘤は2~6か月、あるいは発症から1±0.5年の経過で退縮すると報告されている。今回川崎病発症後4か月で最大径6.8mmの冠動脈瘤が完全に退縮したのを確認できた11か月男児の症例を経験したので報告する。

症例は11か月男児。前医で川崎病と診断され第4、6病日にIVIG2g/kg投与。しかし発熱が続き第8病日に当院紹介入院した。群馬スコアは8点であった。第8病日から3日間mPSLによるステロイドパルスを行いその後PSLで後療法を行った。しかし第18病日発熱、口唇発赤、結膜充血、冠動脈拡張がみられIVIG2g/kg追加。しかし冠動脈拡張の進行を認め第20病日より3日間血漿交換施行。その後は右冠動脈で最大6.8mmの冠動脈瘤を認めたが、徐々に拡張の改善がみられ、第42病日には同部位は5mmまで、左冠動脈も最大5.4mmあったのが、4mmまで改善したが拡張は残っていた。ASA3mg/kg/dの内服を継続し第43病日に退院。しかし、発症後4か月時の心カテで冠動脈瘤の退縮を認めた。ASA内服は終了し経過観察中である。

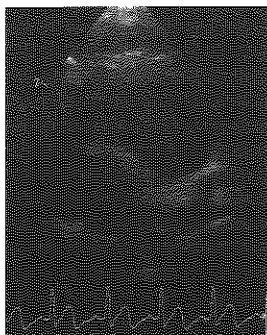
報告では、発症時1歳未満、女子、紡錘状の瘤ではより退縮しやすいとされている。また径8mm未満の瘤は5年以内に80%以上退縮するという報告もあり、本症例もこれを満たしていた。しかし、冠動脈瘤が退縮してから20年以上たつて急性冠症候群を発症した症例も報告されている。今後冠動脈瘤の既往のある成人では特に喫煙など動脈硬化のリスクファクターを避けるような生活指導が重要であるとともに、今後、従来のエコーでは評価しきれない冠動脈瘤退縮例の血栓性閉塞のリスクを予測できるような評価法の確立が待たれる。



急性期の右冠動脈瘤 (#2)



急性期の左冠動脈瘤 (上が#5、下が#11)



急性期の左冠動脈瘤 (#6)

## 演題-3

## 川崎病冠動脈後遺症に対して三枝バイパス手術を行った一例

名古屋市立大学 (1)小児科 (2)心臓血管外科

鈴木一孝<sup>(1)</sup>、篠原 務<sup>(1)</sup>、犬飼幸子<sup>(1)</sup>、鶴飼知彦<sup>(2)</sup>松前秀和<sup>(2)</sup>、野村則和<sup>(2)</sup>、浅野實樹<sup>(2)</sup>、三島 晃<sup>(2)</sup>

名古屋第二赤十字病院 心臓血管外科

田嶋一喜、加藤 互

## 【緒言】

川崎病急性期の治療成績向上に伴い、心臓血管後遺症の頻度は減少傾向であるが、未だ巨大冠動脈瘤形成等の合併症に関する報告があり、虚血性心疾患に移行する症例が認められる。川崎病罹患児における遠隔期死亡原因として突然死と心筋梗塞の割合が高く、時期を逸しない手術適応の決定が重要である。

## 【症例】

13歳男児

## 【主訴】

労作時狭心痛

## 【家族歴】

特記事項なし

## 【既往歴】

特記事項なし

## 【現病歴】

2006.10月(5歳)川崎病のため近医総合病院へ入院加療となる。第5.7病日にIVIG(1g/kg/day)投与。第9病日より解熱傾向認めるも入院期間中、左冠動脈主幹部および右冠動脈に巨大冠動脈瘤形成あり。第24病日、選択的冠動脈造影検査施行。Seg1=10mm, seg5=15mmと冠動脈瘤認め、ワーファリン・アスピリン内服継続の上、他院にてMRCA等の画像検査にてフォローされていた。労作時狭心痛の訴えあり今後の治療方針検討のため2013.7月 当院紹介となる。

## 【胸部レントゲン検査】

CTR=40%。右冠動脈瘤・左主幹部冠動脈瘤に一致して石灰化あり

## 【安静時心電図検査】

Ⅲ誘導に軽度ST低下を認める

## 【胸部造影CT検査】

右冠動脈瘤あり、左主幹部冠動脈瘤と壁内石灰化あり

## 【心臓MRI検査】

遅延造影にて下壁の基部～中央部にかけて心内膜側に造影効果を認める

## 【心筋シンチグラム検査】

下壁の基部～中央部にかけて軽度の集積低下あり

## 【心臓超音波検査】

LVEF=80%, LVFS=42%, MR(-)

## 【心臓カテーテル検査】

右冠動脈瘤、流出口の完全閉塞+再疎通あり  
左主幹部、左前下行枝に冠動脈瘤、流入部の狭窄(90%)あり

## 【血液検査】

PT-INR 1.53, BNP 2.7pg/ml

## 【治療】

自覚症状として労作時狭心痛あり、左主幹部狭窄(90%)、右冠動脈完全閉塞認めたため、冠動脈バイパス手術を選択。左内胸動脈-左前下行枝、右内胸動脈-回旋枝、胃体網動脈-右冠動脈吻合。術後、運動負荷心筋シンチグラムにて運動時・負荷時ともに有意な集積低下なし。

## 【考察】

川崎病冠動脈後遺症の特徴として、①川崎病の冠動脈狭窄病変は経年的にその程度が徐々に進行する。②

---

冠動脈病変を有する川崎病の患者の初回狭心発作として突然死を来す例が存在する。③成人と比べ側副血管の発達している場合が多く、相当進行した狭窄病変であっても虚血症状や虚血所見を呈することが少ない。④幼少期では虚血症状がわかりにくく無症候性の冠動脈瘤閉塞をきたす例が存在する。上記特徴を踏まえ、冠動脈造影にて高度閉塞性病変の存在が確認され、さらにその領域の心筋のviabilityありと判断のもと、冠動脈バイパス手術の適応とした。内胸動脈グラフトは冠動脈バイパス術後長期開存が期待でき、川崎病冠動脈後遺症をもつ患者のQOL及び予後を改善させる可能性がある。

## 免疫グロブリン・プレドニゾン初期併用療法にて 冠動脈瘤を合併した川崎病の1例

愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 小児科  
六鹿泰弘、松永幸恵、吉兼正英、岩脇由希子  
鈴木敦詞、尾関和芳、田中伸幸、浜田実邦  
小久保稔、一木 貴  
名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野  
犬飼幸子

症例は2歳男児。第1病日、39℃発熱あり。第2～4病日、39℃台発熱続く。第6病日、発疹出現。第7病日、症状続き、近医受診。眼球結膜充血、口唇紅潮指摘あり。川崎病を疑われ当院紹介受診。受診時、川崎病症状6/6認め、川崎病の診断にて入院となった。免疫グロブリン静注療法 (IVIG) 不応予測スコアが高値のため、IVIG・プレドニゾン (PSL) 併用療法、フルビプロフェン内服にて治療開始。第8病日に一旦解熱したが、第10病日、再び発熱あり、IVIG2回目を施行。第13病日、解熱が得られず。IVIG3回目を施行。第14病日、一旦解熱。心臓超音波検査で両側冠動脈径拡大傾向。第16病日に再び発熱あったが、IVIG施行せず、第17病日に解熱。その後は発熱を認めず。第24病日では、左右とも6mm台の冠動脈瘤を認めた。PSL漸減中止し、第32病日に退院となった。



## 群馬スコア7点以上の川崎病に対する 免疫グロブリン+プレドニゾロン初期併用療法の効果

一宮市立市民病院 小児科

山本和之、渡邊翔太、若野泰宏、中村早希  
吉田あや、岡村 淳、岩田直之、寺澤俊一  
佐橋 剛、成瀬 宏、三宅能成

### 【目的】

川崎病の治療について群馬スコアを用いて層別化された免疫グロブリン(IVIG)不応high risk群に対して免疫グロブリン+プレドニゾロン(IVIG+PSL)初期併用療法を行うことによって有意に冠動脈合併症が減少することが報告された(RAISE study Lancet 2012)。前回、我々は当院での群馬スコア5点以上の症例において追加治療を要した割合、経過中に冠動脈病変を来した割合についてRAISE studyで報告された割合と比較すると当院が有意に低かったこと、当院のみでhigh riskを7点以上と仮定したときにはRAISE studyと比較して全体において追加治療を要した割合、経過中に冠動脈病変を来した割合がRAISE studyと差がなかったと報告した。この結果を踏まえ、当院では群馬スコア5または6点の川崎病に対してはhigh riskとはせず、原則的にPSL初期併用療法を行っていない。そこで当院における群馬スコア7点以上の川崎病についてIVIG+PSL初期併用療法とIVIG単独群を比較検討した。また当院での基準(群馬スコア7点以上)の妥当性を改めて検討した。

### 【方法】

2011年1月から2014年2月までに当院に川崎病で入院した156例を対象に後方視的に検討した。このうち群馬スコア7点以上の症例を免疫グロブリン(IVIG)+プレドニゾロン(PSL)初期併用療法を選択したPSL併用群と当該療法を選択しなかったIVIG単独群に分け、追加療法の有無、追加療法にかかったcost、冠動脈病変合併の有無、入院期間などについて検討した。次にリスクスコアにかかわらず上記期間のIVIG単独群全てを用いて追加療法の必要性を最もよく予測する閾値を各指数を用いて評価した。

### 【結果】

上記期間に入院した患者は156例であった。このうち群

馬スコア7点以上の症例は28例(18%)であった。初期治療でのPSL併用群は8例であり、このうち追加療法を要した症例は3例(38%)であった(すべてIVIG追加)。IVIG単独群20例のうち12例(60%)で追加療法を要した(7例がIVIG、4例がIVIG+PSL、1例がIVIG+PSL+血漿交換+IF+CyA)が2群間で統計学的有意差はなかった( $p=0.26$ )(表1)。冠動脈病変を認めたのは2例(軽度)であった。初回IVIG2g/kgを除いた追加治療の薬価ベースのコスト(PSL併用では入院中のPSL分も含む)はPSL併用群で平均5.8万円、IVIG単独群で平均14.9万円であり有意にPSL併用群が少なかった( $p=0.024$ )(表2)。入院期間はPSL併用群で10.3日、IVIG単独群で9.0日であり有意差はなかった( $p=0.15$ )。上記期間に入院した患者で追加治療の要不要とリスクスコアの関係よりROC曲線を描くとAUC=0.678となり適切な(0.1点との距離が短い) cut off値は順に6点以上、5点以上、7点以上であった。また陽性/陰性的中率を総合した正診率は高い順に8点以上(82.8%)、9点以上(82.0%)、7点以上(81.3%)であった。総合的な2項分類の質の指標としてF1 score およびMatthews correlation coefficient(MCC)を用いて評価すると前者では7点以上、後者では8点以上が最適な閾値であり和で評価すると7点以上が最適であった(図1)。

### 【考察】

群馬スコア7点以上の川崎病において追加療法を必要とする率はPSL併用群の方がIVIG単独群より低かったが統計学的有意差はなかった。現在のところ症例数がまだ少ないことより有意差が出なかった可能性もあり、今後も症例数を蓄積し再検討する必要がある。しかしながら追加療法にかかったcostはPSL併用群の方がPSL分のcostを加えてもなおPSL非併用群より有意に少なかった。RAISE studyの意義のひとつに「治療抵抗例が減少することにより免疫グロブリン量を少なくし、急性期川崎病

治療に必要な医療費を減らすことができる」とWebページに記載があるがこの点について論文では言及されていない。IVIGにかかる医療のコストはステロイドに比較して非常に大きい。(IVIG2g:PSL2mg=780)。群馬スコア7点以上であり追加療法の必要度が高い症例に対し初期IVIG+PSL併用療法を行うことによって追加IVIG量を減じ、総医療費を削減できる可能性がある。IVIG+PSL併用療法施行時に懸念された入院期間の長期化に関しても平均で約1日の差に留まり、統計学的有意差はなかった。しかしPSL初期併用例での退院時期についてはまだ検討の余地があると思われる。冠動脈病変の頻度は川崎病全体で低いことも有り両群での統計学的差はなく、拡大が両群各1例ずつのみで瘤以上の病変は認めなかった。したがって今回のoutcomeは冠動脈病変でなく追加治療の有無とした。前回の報告において、我々はPSL併用療法導入当初でもあり適応症例を絞り込む意図もあり群馬スコア7点以上をhigh riskとしたが今回症例数を追加して行った検討でも要追加治療例を予測するために最適な閾値として「7点以上」が選択された。治療コストのみで考えるのであればIVIGとPSLでは前述のように非常に大きな薬価差があるので今回のstudy同様IVIGの使用量を従来の2/3程度に抑えるだけでもcost面でのメリットは大きく、仮に全例に初期併用してもコストは下がると考えられる。当然ながらPSLの副作用(副腎抑制、易感染)を含め検討しなければならない課題はあるが将来的にはよりPSL初期併用の適応が拡大していくのかもしれない。

#### 【結語】

群馬スコア7点以上の川崎病に初期IVIG+PSL併用療法を行うことによって医療費を削減できる可能性がある。またこの基準「群馬スコア7点以上」は追加療法の必要度を予測する最適な閾値であった。

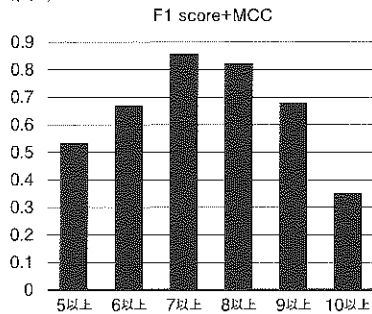
(表1)

	当院 群馬スコア≥7群(n=28)		difference (p-value)
	IVIG (n=20)	IVIG+PSL (n=8)	
追加治療	12(60%)	3(38%)	ns(0.26)
経過中の冠動脈拡大	1(5%)	1(13%)	ns
冠動脈拡大(1ヶ月)	1(5%)	1(13%)	ns
平均入院期間(day)	9.0	10.3	ns(0.15)

(表2)

	群馬スコア≥7群(n=28)		p-value
	IVIG (n=20)	IVIG+PSL (n=8)	
追加治療コスト(円)			
0	8	0	
-1万-	0	5	
1-10万	1	0	
10-20万	4	3	
20-30万	3	0	
30万-	4	0	
平均コスト	14.9万	5.8万	0.024

(図1)



## 長期経過観察の後に急性冠症候群を発症した川崎病既往成人例 ：遠隔期のMDCT、VH-IVUSと成人期発症の関連

三重大学大学院医学系研究科 小児科学

三谷義英、大橋啓之、澤田博文、駒田美弘

松阪市民病院 循環器内科

村瀬元昭

### 【症例】

症例は23歳男性。8ヶ月時に定型的川崎病に罹患し、2度の大量ガンマグロブリン療法を受けた。11ヶ月時の冠動脈造影で、右冠動脈S1-3に9mmの巨大冠動脈瘤、左冠動脈S6に6mmの冠動脈瘤を認めた。16歳時の冠動脈造影で、右冠動脈でS1に5.3mmの動脈瘤S2-3は壁不整、S3に<50%の局所性狭窄を認め、左冠動脈は退縮した。S3の今回のculprit lesionは、軽度内膜石灰化を認めた。21歳まではアスピリン内服していたが、以後は診療離脱。23歳時に飲酒後に胸痛で急性冠症候群を発症。本症は、川崎病後成人の急性冠症候群を知る上で重要である。

## 演題-8

## 成人期に達した川崎病後冠動脈病変を有する症例の管理・当院の現状

岐阜県総合医療センター

小児医療センター 小児循環器内科

面家健太郎、桑原尚志、桑原直樹、寺澤厚志

桑原秀次、後藤浩子

心臓血管センター 循環器内科

野田俊之

## 【背景】

川崎病は年間約1万3千人が罹患するといわれている。近年、冠動脈瘤予防のための重症化リスク因子評価やそれに基づく急性期治療戦略が試みられているが、いまだに2.8%に心後遺症を生じている。小児期は冠動脈病変を有する症例を小児科医がフォローすることが一般的であるが、成人期に達した患者のフォロー体制については施設毎に異なる。ドロップアウトを含めた成人期管理の問題点は未だ解決されていない問題となっている。

## 【目的】

成人期に達した川崎病後冠動脈病変を有する症例の管理の現状評価を行い、今後のフォロー体制における課題について検討する。

## 【対象および方法】

当科データベースに登録されている高校生以上の川崎病後冠動脈病変を有する患者53例。継続診療されている患者数。主となる診療科、治療内容、内服治療以外の侵襲的治療の有無、フォロー体制についての問題点について診療録を後方視的に検討した。

## 【結果】

登録53例中18例(平均21.9歳、16.0-34.6歳)が継続フォローを必要とされていた。うち12例(平均20.7歳、16.0-34.6歳)が小児循環器内科(A群)で、6例(平均26.9歳、20.6-33.7歳)が循環器内科(B群)でフォローされていた。内服加療についてはA群では12例中4例が、B群では6例中6例とも内服が継続されていた。内服以外の治療ではA群では1例が冠動脈バイパス術を、B群では1例が冠動脈バイパス術、1例がPCI(ローターブレード)を受けていた。循環器内科に引き継がれず、A群にとどまる症例の詳

細としては、4例は内服不要で将来的に自己での生活管理が可能とされた段階でフォロー中止となると予想される高校生や大学生が該当し、1例は他の専門施設と共同で診療しており、地元での窓口として引き続き診療していた。1例は発達障害があり、患者背景を考慮し、小児期からの主治医が継続診療を行っているなどであった。

## 【考察・結語】

成人期に達した川崎病後冠動脈病変を有する症例の管理としてはもともと冠動脈病変・虚血病変診療に習熟した循環器内科でのフォローは診療上も有用であると考えられる。一方で発達障害のある患者・患者家族にとっては主治医との関係性を重視しているのかもしれない。他院との共同である場合は、引き継ぎなどの点から小児科での継続フォローがなされている可能性があった。移行期のドロップアウトの無い管理を目指すためにも内科と小児科のそれぞれの利点を活かし、協力して対応することが必要であると考えられた。