

**第40回東京心工コ-図研究会  
症例検討会抄録集**

**平成18年11月25日(土)**

**時間:14:00~17:00**

**会場:東京商工会議所7階「国際会議場」**

## 症例報告－1

「右心系、左心系に出現した多発血栓の一例」

【演者名】 南島俊徳、坂田好美、佐藤一樹、水野宣英、山根忍、古谷充史、吉野秀朗

【所属】 杏林大学医学部第2内科

【症例】 特に著患を有さない34歳男性。2006年3月中旬より労作時呼吸困難と血痰を認め、近医受診。肺炎の診断にて抗生剤処方され帰宅。その後、両下腿の浮腫出現し、3月下旬より全身倦怠感強く、呼吸困難及び血痰も増悪するため救急車要請、他院へ入院。症状増悪、精査加療目的で当院転院となった。

当院搬送時より、呼吸困難著明であり直ちに人工呼吸器管理となった。血液検査では、高度炎症反応、播種性血管内凝固症候群(DIC)、多臓器不全を呈し、胸部CT検査では、両側肺野の浸潤影、肺うっ血像及び肺動脈内の異常構造物を認めた。心エコー検査では、全周性に severe hypokinesis、右房、両心室内に可動性のある abnormal echo を認めた。凝固能異常を伴う重症感染症と診断、精査加療とするも当院第三病日に死亡確認となった。

【診断】 左心室、右心房、右心室、肺動脈内の感染性血栓を来した症例

【結論】 今回、右心系、左心系内に同時に感染性血栓を来した症例を経験した。両心系に血栓を来した症例は非常に稀であり、剖検では敗血症による感染性血栓が考えられた。

## 症例報告－２

「スクリーニング心エコー図にて見つかった心臓腫瘍の一例」

日本大学医学部内科学講座 循環器内科

春田裕典 太田昌克 笠巻祐二 東海康太郎 川内千徳 友部淳子 中井俊子  
尾形滋 渡邊一郎

日本大学医学部先端医学講座

齋藤穎

日本大学医学部外科学講座 心臓血管外科

秦光賢 瀬在明 新野哲也 南和友

日本大学医学部病理学講座

根本則道 石毛俊幸

【症例】 53 歳、女性

【主訴】 動悸

【現病歴】 平成 18 年 3 月はじめに動悸を感じるがあったため、近医受診し循環器的スクリーニング検査を施行。心電図・24 時間ホルター心電図では異常を認めなかったが、心エコー図検査において大動脈弁に約 10mm 大の塊状エコーを認めたため、3 月 22 日精査加療目的にて当院循環器外来に紹介受診となった。

【経過】 血液検査上は、特記すべき異常値は認めなかった。感染性心内膜炎による疣贅も疑われたため、血液培養を 3 回施行したが、いずれも菌の検出は認めなかった。経胸壁心エコー図検査にて、大動脈弁左冠尖の弁尖に可動性の乏しい表面平滑・内部均一の約 10mm 大の腫瘤を認めた。経食道心エコーでは、左冠尖の 10mm 大の腫瘤の他に、無冠尖にも数 mm の腫瘤を認めた。弁の破壊像や弁逆流を認めず、大動脈弁以外に異常所見を認めなかった。腫瘤が大動脈弁に存在し、塞栓による致命的合併症の危険性があることから、5 月 26 日摘出術施行となった。大動脈弁は三尖弁で石灰化なく、接合不全もなく正常な弁尖であった。左冠尖の左室側に弁尖に付着するゼラチン様の 10m 大の mass を認め、また無冠尖と右冠尖の交連部に約 3mm の mass を認めた。これらに対し弁尖を傷つけないよう剥離した。肉眼的には粘液腫と思われたが、病理診断は、乳頭状弾性線維腫であった。術後経過は良好であり、軽快退院となった。今回我々は、非常に稀な多発性心臓腫瘍の一例を経験したので報告する。

### 症例報告－3

「僧帽弁に付着する左房内腫瘍の一手術例　－超音波、MRI、病理所見の比較－」

聖路加国際病院ハートセンター内科、同外科<sup>1</sup>

西 裕太郎、安齋 均、西原 崇創、野口 達哉、渡邊 圭介、林田 憲明、  
大森 一史<sup>1</sup>、阿部 恒平<sup>1</sup>、山崎 学<sup>1</sup>、渡邊 直<sup>1</sup>

67歳男性。糖尿病、慢性腎不全あり。肺炎にて入院加療中に心エコーにて左房内腫瘍を指摘された。心エコーでは僧帽弁後尖に付着する15mm大の球形の腫瘍を認めた。内部は低エコー輝度で比較的均一であった。MRIではT1強調像で中等度からやや低信号、T2強調像でも低信号であった。遅延造影像ではあきらかな造影は認めなかった。手術では僧帽弁P2の弁輪部に付着するelastic hardな腫瘍で表面は平滑であった。付着した弁輪部付近には膿瘍とおもわれる小腔を認めた。組織学的には線維芽細胞と小血管の増生、リンパ球主体の炎症細胞浸潤を伴う肉芽組織であった。膿瘍腔からの培養ではMRSAとKlebsiella pneumoniaeが検出された。Etiologyとして感染性心内膜炎との関連が示唆されたが特定はされていない。文献的考察を含め報告する。

## 症例報告－4

「開心術にて三尖弁穿孔が認められた2症例」

心臓血管研究所附属病院 種村 正、上嶋徳久、田邊大明、澤田 準

症例1 62歳女性。'86他院にて生体弁による僧帽弁置換術と三尖弁輪縫合術を施行。'03/5心エコー図検査で三尖弁輪穿孔部からの逆流を指摘。'05/5下旬より労作時息切れが出現して以後増強。他院にて僧帽弁位人工弁逆流を指摘され6/7当院受診。心エコー図検査で生体弁の一葉が左房に陥入、中等量逆流と三尖弁輪からの中等量逆流を認めた。8/2生体弁による再弁置換術と再三尖弁輪縫合術を施行。手術所見では心エコー図検査で指摘できた三尖弁後尖の穿孔以外に中隔尖にも穿孔が認められた。

症例2 66歳男性。47歳時に拡張型心筋症と診断され、その後他院で心不全入院を繰り返していた。'05/9心室細動のため同院でICD植え込み術を施行。'06/6心不全のため同院へ入院。軽労作で心拍数160-180/分の心房細動となりICDが誤作動した。カルベジロール+アミオダロン投与するが、頻脈性心房細動がcontrolできず、心不全症状が増悪、当院に転院となった。心エコー図検査で左室拡張、び慢性壁運動低下、大量僧帽弁逆流、軽度～中等量三尖弁逆流を認めた。6/28房室結節ablationを行いrate control可能となり心不全症状一時改善するが、その後血圧が70～80mmHg台まで低下。利尿剤減量、点滴などで調整を行うが症状増悪したため、8/1僧帽弁置換術と三尖弁輪形成術を施行した。手術所見では三尖弁中隔尖に穿孔が認められた。

これら2症例は術前に心エコー図検査で中隔尖穿孔を指摘できなかったが、術後にVTRを見直しても同様であった。三尖弁穿孔が希であるために存在を念頭に置いていないことが原因と考えられたが、術前に診断することは困難とも思われた。

## 症例報告－5

「左房内腫瘍の一例」

国立病院機構 埼玉病院 循環器病センター

柳川輝子<sup>1</sup> 南雲美也子<sup>2</sup> 川上正裕<sup>1</sup> 工藤朋子<sup>1</sup> 坂本典子<sup>2</sup> 高橋正彦<sup>2</sup> 森谷学<sup>2</sup> 真鍋知宏<sup>2</sup> 穂坂春彦<sup>2</sup> 鈴木雅裕<sup>2</sup> 茂呂勝美<sup>3</sup> 後藤哲哉<sup>3</sup> 新堀立<sup>3</sup> 岩永史郎<sup>4</sup>

1 臨床検査科 2 循環器科 3 心臓血管外科 4 慶応義塾大学循環器内科学講師

症例は、81歳 女性。

Ⅲ度房室ブロック(心室調律 55/分)で、当科受診。自覚症状はなかった。身体所見は、心雑音を認めるのみであった。心エコー検査で、左房中隔側に有茎性の可動性ある3 cm 大の二房性腫瘍と、別に著明に石灰化した僧房弁輪前交連側に、可動性あるひも状腫瘍を認めた。また、動脈硬化性MSと診断した。経食道心エコー検査で、二房性腫瘍は層状かつ内部不均一で、一部に血流を確認した。エコー所見から、左房内腫瘍は粘液腫が最も考えられ、年齢を考慮し腫瘍摘出術のみ施行した。また、EPSでは、A-H blockと診断したが、僧帽弁輪の石灰化による房室結節の圧排を認め、永久ペースメーカー適応とした。尚、僧帽弁輪のひも状腫瘍は再検時に消失していたが明らかな塞栓症は認めなかった。術中所見で二房性腫瘍は、有茎性で表面が黒色、ゼラチン状で内部に出血巣を伴っていた。病理所見でも粘液種と診断された。ひも状腫瘍は確定診断には至らなかったが、血栓やランブル疣贅が考えられた。本症例は、心エコー検査で左房内に多彩な所見が得られ、その鑑別診断や治療計画に心エコーが有用であった。

## 症例報告－6

「Dor 術の左室形成のためのデザイン決定に心エコーが有用であった一例」

独立行政法人 国立病院機構東京医療センター<sup>1</sup> 研究検査科<sup>2</sup> 循環器科<sup>3</sup> 心臓血管外科  
麻生美由紀<sup>1</sup> 南雲美也子<sup>2</sup> 中島亮<sup>1</sup> 熊澤哲夫<sup>1</sup> 布施淳<sup>2</sup> 高木英爾<sup>2</sup> 坂本宗久<sup>2</sup>  
樺山幸彦<sup>2</sup> 吉竹明弘<sup>3</sup> 岡本雅彦<sup>3</sup> 南雲正士<sup>3</sup>

【症例】65 歳 男性

【主訴】呼吸困難

【現病歴】

4 月、呼吸困難で当科受診。亜急性心筋梗塞による心不全と診断した。心エコー検査では、左室機能低下を伴う LAD 領域の広汎な梗塞を含む多枝病変を疑い、心尖部には血栓を認めた。心不全治療後、心臓カテーテル検査で、RCA #2:90%、LAD#7:100%、LCx#14:90% の 3 枝病変であった。CABG 適応であったが本人拒否のため外来で内科治療を継続した。6 月に呼吸困難で再入院。入院後心エコー検査で、リモデリングの進行を認め、左室は著明に拡大し心尖部瘤は巨大化していた。左室機能は重度低下し左室内にはもやもやエコーの充満を認めた。また、MR は軽度で肺高血圧の合併はなかった。内科的治療の限界と本人の希望により 9 月に CABG (LITA-LAD, SVG-4PD-OM) + Dor 術を施行した。術前に心エコー心尖部四腔像を用いて左室瘤を観察し、切除範囲を計測、左室形成のためのデザインを決定した。術後の心エコー検査で、左室は計測通りのデザインに縮小され、左室機能の改善とともに左室内もやもやエコーの消失を確認した。

女子医科大学抄録