

<大動脈弁に嵌頓する左室流出路のネット状構造物を認めた一例>

筑波大学 循環器内科

○町野 智子, 瀬尾 由広, 樋口 甚彦, 石津 智子, 河野 了, 青沼 和隆

【症例】47歳 女性

【主訴】動悸 【既往歴】肺結核, 脳動脈瘤(経過観察中), 慢性膿皮症, 子宮腺筋症

【現病歴】2006年頃より労作時の動悸が出現し, 2007年4月頃より頸部の拍動を自覚するようになり, 10月より動悸が徐々に増悪し終日持続するようになったため, 近医を受診した. 心エコー検査で重度大動脈弁逆流及び, 左室流出路の「ネット状」構造物を認め, 精査加療目的で11月14日当院紹介入院となった.

【身体所見】血圧112/40 mmHg, 心音: 2RSBに最強点を有し, 頸部に放散するLevine IV/VIの拡張期収縮期(to and fro murmur)を聴取.

【検査所見】

<TTE>AVD 22mm, LAD 34mm, LVDd/Ds 51/32mm, IVST/PWT 11/12mm, EF69%, FS37%, asynergy(-), Ao max PG 55mmHg, 左室側中隔基部は菲薄化し, 心筋組織がまだらに脱落した網目状の構造になっており, 内部には血流が入り込む. この網目状構造物により左室流出路に狭窄を来している(LVOT max PG88mmHg). 大動脈弁は三尖あり, 明らかなvegetationや弁輪部膿瘍は認められない. AR jet areaは狭いが, 腹部大動脈の汎拡張期逆流波を認め, severe ARが疑われる. <TEE>大動脈弁右冠尖穿孔. 右冠尖, 心室中隔に付着する嚢胞状異常エコー. 重度大動脈弁逆流と嚢胞状構造物による大動脈弁狭窄を認める.

【入院後経過】

サルコイドーシス, ベーチェット病等の疾患, 感染性心内膜炎等を鑑別に挙げ, 各種検査を施行したが, 特異的な所見は得られず, 複数回の血液培養は陰性, 発熱なく全身状態も良好であった. 左室流出路異常構造物による塞栓症の危険があることや, 大動脈弁逆流兼狭窄に伴う臨床症状があることから, 12月26日大動脈弁置換術を施行した. 病理所見では, 大動脈弁右冠尖の嚢胞性病変の一部に疣贅とその周囲に炎症細胞浸潤が認められたが, 嚢胞壁の大部分では炎症所見は認められず, 右冠尖の瘻孔は嚢胞とは別の部位に認められた. 術後症状は改善し, 退院となった.

【考察】

本症例は大動脈弁の多嚢胞性構造という特異なエコー所見を呈したが, 血行動態が安定していたことよりおそらく亜急性の経過でこのような構造へ変化したものと思われた. 病理所見では疣贅は嚢胞壁の一部に認められたのみであり, 組織破壊性の強い感染性心内膜炎が起こったとするには全身症状が軽微であった. 慢性炎症性疾患等ですでに大動脈弁が脆弱となっていたところに, 軽度の感染を合併した可能性も考えられ, これまでの検査で検出できなかった炎症性疾患の徴候が, 今後出現しないかを注意深く経過観察していく必要があると考えられた.

【症例報告】

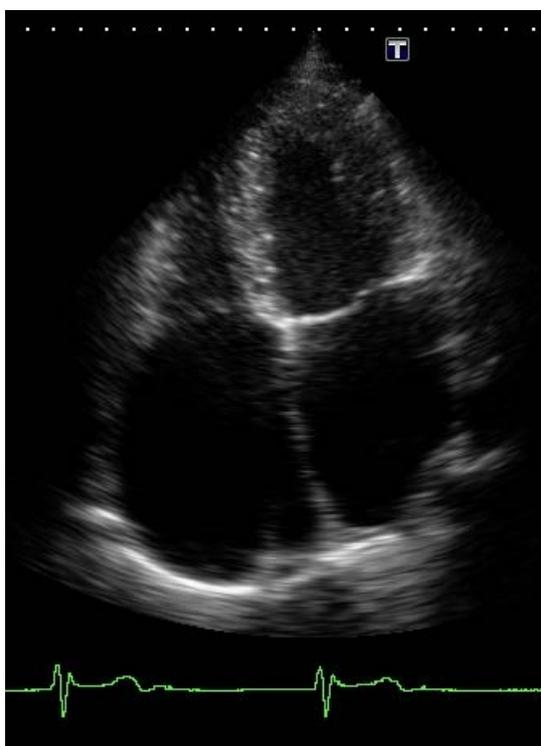
心室細動で搬送された巨大右房の一例

北里大学循環器内科学

小坂橋 俊美、猪又孝元、細田篤志、前川恵美、成毛 崇、和泉 徹

症例は43歳男性。平成20年2月21日、突然の意識消失、心室細動、心肺停止で他院の救急救命センターに搬送された。心肺蘇生にて回復し、状態安定後ICD植え込み術施行目的で当院に転院となった。

転院時の心調律は、洞停止および補充調律であった。胸部レントゲンでは、明らかな肺うっ血所見は認めず、心胸郭比は70%と著明な心拡大を認めた。心エコー図では、左室駆出率は60%であったが、一部壁運動低下を認めた。また、左室拡張末期径、収縮末期径、左房径はそれぞれ66 mm、43 mm、55 mmと左室および左房拡大を認めた。しかし、左房以上に右房の著しい拡大を認めた。更に僧帽弁は偏倚する逆流ジェットを中等度以上認めていたが、三尖弁逆流はほとんど検出できなかった。また、心エコー上は心房中隔欠損症などの先天性心疾患も認めなかった。不均一に著明な右房拡大を呈する本症例の病態を考察する。



第 43 回東京心エコー図研究会

「肺高血圧症の合併を疑われた先天性心疾患の 1 例」

順天堂大学循環器内科 宮崎彩記子, 大門雅夫, 若林景子, 木下良子
大村寛敏, 鈴木宏昌, 杵野浩司, 河合祥雄, 代田浩之

症例は 27 歳女性。 出生時に心室中隔欠損症と診断されたが、日常生活に制限なく近医でフォローされていた。平成 11 年心臓カテーテル検査をおこない、 $Qp/Qs=1.7$ 、PA 圧= $32/9(16)$ mm Hg、肺血管抵抗 1.3 であったため、経過観察となった。平成 18 年第一子を出産した。その後外来での心エコー上右室圧の上昇が疑われ、平成 19 年には三尖弁逆流を用いた推定右室圧が 70 mm Hg まで上昇した。再度の手術適応評価が必要と考えられたため、平成 20 年 2 月精査目的で入院となった。再度の心エコーでは、左室からのシャント血流は右室ではなく右房に通じており、左室右房交通症と考えられた。経食道心エコーでは、明瞭に左室から膜様心室中隔を通じて右房に流入する血流が描出され、弁下型左室右房交通症と診断された。三尖弁逆流の血流と左室から右房への血流が混在し、三尖弁逆流圧較差を過大評価した原因になっていたと考えられた。入院中に行われた心臓カテーテルにおいても Qp/Qs は 1.3、右室圧は 27/3mmHg と肺高血圧は認めず、再び外来での経過観察となった。心室中隔欠損症との重要な鑑別疾患である左室右房交通症では、混在する左室から右房へのシャント血流のために三尖弁圧較差を過大評価してしまう可能性があり、注意する必要があると思われた。

左室右房交通症

<概念・定義> 膜様心室中隔の欠損により左室と右房の間に交通を生じる疾患で、1838 年に Thurnam らが初めて報告した。先天性心疾患の 1%未満という稀な疾患である。

<分類> 膜様心室中隔は三尖弁中隔により房室部、室間部に分けられる。房室部の欠損を弁上型、室間部の欠損を弁下型、両方にまたがるものを混合型といい、弁下型が 6 割を占めるといわれる。弁下型は基本的に心室中隔欠損であるが三尖弁中隔尖の異常(perforation,malformation,cleft,widened commissure)をともない結果的に左室から右房への交通となる。

心室中隔欠損症との鑑別は心臓カテーテルにおける右房での O₂ ステップアップ、左室造影などで行う。

<病態> 左室と右房の圧較差から、出生直後より右室の容量負荷がかかる。短絡量が多いとうっ血性心不全を呈するが、少ないと無症状で経過する。

<治療と予後> 自然閉鎖は望みにくく、感染性心内膜炎の合併が多く、短絡量にかかわらず手術をすべきとの意見もあるが、通常心室中隔欠損症に準じて手術は行われる。

『心機能低下を来した大動脈弁閉鎖不全症の一例・・・あれから4年』

○黒川文夫¹ 石塚尚子² 古堅あずさ² 谷本京美² 郡司一恵² 持田亜彩子²
萩原誠久² 山岸健二³ 黒澤博身³ 窪田博⁴ 須藤憲一⁴

- 1 東京女子医科大学病院中央検査部
- 2 東京女子医科大学循環器内科
- 3 東京女子医科大学循環器外科
- 4 杏林大学心臓血管外科

【症例】61歳 女性

【主訴】労作時息切れ

【既往歴】31歳時：直腸出血

34歳時：口腔内潰瘍，外陰部潰瘍，Behcet病

42歳時：直腸出血（PSLにて加療開始）

51歳時：右足関節手術

57歳時：大動脈弁閉鎖不全症，**valsalva 動脈瘤**
人工弁置換術後（大動脈弁位）

59歳時：急性大動脈解離

【現病歴と臨床経過】

生来健康。1998年（51歳時），心拡大を指摘されるが精査は行わなかった。2004年1月，息切れが著明となり近医受診。心雑音聴取，胸部レントゲン写真上心拡大と胸水貯留を指摘され，心不全の診断にて当科紹介，当科第1回入院となった。精査にて心機能低下（LVEF37%）を来した中等度大動脈弁閉鎖不全症を認めた。心不全コントロールの後，4月に大動脈弁置換術を施行した。基礎疾患としてBehcet病があることから，脆弱な弁輪を補強する目的で subannular ring reinforcement 法を用いた。経過良好であり心機能も正常化したが，2006年7月，急性大動脈解離（DeBakey I, Stanford A）を発症。他院へ搬送され緊急手術にて hemiarch replacement を施行された。8月に心室頻拍を認めアミオダロン内服開始および植込み型除細動器植込み術を施行された。

2007年12月頃より労作時息切れが出現。TTEにて大動脈弁縫着部周囲に仮性瘤を形成，弁周囲逆流を認めた。精査目的に当科第2回入院。TEEにて，弁輪周囲に仮性瘤を疑う echo free space を2箇所（肺動脈側，AM continuity側）認め，弁周囲逆流は肺動脈側・右冠動脈周囲に認められた。再手術適応と考え，慎重に外来にて経過観察中である。

心血管Behcet病は全体の3.6-7.7%に合併すると言われており，生命予後の点から考えると重要な病態の1つである。今回，Behcet病を基礎疾患とする大動脈弁閉鎖不全症に対し弁輪補強を加えた手術を施行したが，遠隔期に弁周囲逆流を来した症例を経験したため，若干の考察を加え報告する。

心嚢液貯留の原因としてValsalva洞動脈瘤破裂が疑われ、緊急手術を施行した1例

1 日本大学医学部内科学系循環器内科学分野

2 日本大学医学部外科学系心臓血管外科学分野

1 相澤芳裕、1 笠巻祐二、1 田野絢子、1 杉山啓子、1 太田昌克、1 東海康太郎、

1 藤井信如、1 山田健史、1 中井俊子、1 國本 聡、1 渡邊一郎、2 吉武 勇、2 木村 玄2

瀬在 明、2 秦 光賢、2 南 和友、1 平山篤志

抄録

症例は56歳女性。平成19年12月心嚢液貯留の原因精査のため入院。精査するも原因不明であり、外来にて経過観察中であった。平成20年3月中旬頃より呼吸困難が出現し、当院循環器内科受診。理学的所見上、連続性雑音を聴取。心電図は心拍数66/分の正常洞調律であり、特記すべき異常なし。胸部X-P上、著明な心拡大を認めた。経胸壁心エコーでは、Ao (RCC)-RV (RVOT) shuntを疑う異常血流を認め、中等度の心嚢液貯留を認めた。経食道心エコーでは、Ao (RCC)からRV方向に向かうモザイク血流を観察した。また、RAとRVの境界部分には血腫様の塊状エコーを認め、内部構造は一部low echoicであり、一部は紐状エコーとしてRA内にヒラヒラと羽ばたく様に観察された。塊状エコー内部には、管腔構造を認め、収縮期から拡張期にかけて連続的にモザイク血流を認めた。以上の結果から、Valsalva洞動脈瘤破裂が疑われ、緊急手術が施行された。術中、大動脈弁、Valsalva洞の形態異常はなく、Valsalva洞動脈瘤破裂は否定された。房室溝から周囲に腫瘍様の組織を認め、右房には約2cmの破裂部位が観察された。右室前面は壁内血栓を伴い、血腫様であった。破裂部位を詳細に観察すると、肺動脈前面まで及ぶ数珠状の異常構造物を認めた。肺動脈前面に認めた血管腫様病変を剥離、切除したが、後日、切除標本からの病理組織学的検査にてangiosarcomaと診断された。今回、術前診断では、Valsalva洞動脈瘤破裂が疑われたが、最終診断ではangiosarcomaと確認された極めて稀な症例を経験した。本例は、時間的経過から、初回の心嚢液貯留も一元的に説明すればangiosarcomaによるものと思われるが、初回入院時には経胸壁心エコー上、Ao (RCC)-RV (RVOT) shunt様の異常血流を認めず、極めて難解な症例であったと考える。

【演題名】 右心房内に浮遊する索状腫瘍の1例

【演者名】 中村文昭、芝田貴裕、堤穰志、浦部晶博、森力、梶原秀俊、栗須崇、妹尾篤史、谷口正幸、吉村道博*

【所属】 東京慈恵会医科大学第三病院 循環器内科、
東京慈恵会医科大学 循環器内科*

【症例】 84歳、男性

【主訴】 労作時息切れ

【現病歴】 約9年前に肺血栓塞栓症に罹患し近医にて血栓溶解療法を施行した。その後、永久式下大静脈フィルター（Greenfield filter）を移植されている。退院後、数年間はワルファリンによる抗凝固治療がおこなわれていたが受診する医療機関が変わったことによりいつのまにか内服中止していた。今回、約2ヶ月前より労作時の呼吸困難感が出現、徐々に増悪していった。原因精査目的にて当科受診した。

胸部造影CT所見より両側肺動脈に陰影欠損を認め、肺動脈血栓塞栓症と診断した。心エコー検査にて拡張した右心系と右房内で浮遊する索状腫瘍を認め、索状物は一部下大静脈より派出している所見を認めた。下大静脈フィルターの頭側より発生した血栓が右房まで伸展してきた可能性が示唆された。浮遊する索状腫瘍は肺動脈に飛散する危険性が高いと考え緊急手術をおこなった。手術所見より肺動脈に多量の血栓を確認できた。

【考察】 肺血栓塞栓症に罹患し下大静脈フィルターを挿入したにもかかわらず9年という長い経過をへた肺動脈血栓塞栓症の再発した一例を経験した。下大静脈フィルター内に捕捉された血栓が頭側に成長し飛散した可能性が示唆され、心エコー検査にてその状況を詳細に観察された興味ある一例と考え提示する。