

第 45 回東京心エコー図研究会  
症例検討会抄録集

平成21年5月30日(土)

14:00～17:00

会場:東京商工会議所7階 国際会議場



## 大動脈弁と左房に腫瘍を認めた一例

榊原記念病院 内科

○村中敦子、相川大、三原裕嗣、渡辺弘之

症例は74歳女性。2008年5月30日に歩行時の眩暈、悪心、嘔吐を自覚し近医受診。多発性脳梗塞の診断にて入院加療となった。塞栓源検索のため施行した心エコー図にて心臓内腫瘍を認めたため7月10日当院紹介入院となった。経食道心エコー検査施行したところ、左房壁と一部心房中隔に付着した腫瘍、また、大動脈弁無冠尖に付着した腫瘍を認めた。7月28日両者に対する摘除術を施行した。

## 経胸壁心エコー検査にて、心尖部に異常構造物を認めた一例

帝京大学病院 中央検査部<sup>1)</sup>、循環器内科<sup>2)</sup>

○千久田いくみ<sup>1)</sup>、小林花子<sup>1)</sup>、白倉和代<sup>1)</sup>、飯野立<sup>2)</sup>、上野泰也<sup>2)</sup>、紺野久美子<sup>2)</sup>横山直之<sup>2)</sup>  
一色高明<sup>2)</sup>

症例は 53 歳女性。生来健康であった。39.6℃の発熱・咳嗽を主訴に外来受診し、肺炎・心不全の診断にて入院となった。抗生剤投与により肺炎は改善し、酸素・利尿剤・DOB 投与により心不全は改善した。心不全の原因精査のため施行した経胸壁心エコー図検査にて左室の拡大と壁運動の低下を認めた。さらに左室心尖部に異常構造物を認めたが描出不良であった。コントラストエコー法を併用したが、構造物の詳細を同定することは困難であった。このため、経食道エコー図検査及び心臓 CT 検査を施行したところ左室の心尖部に多数の肉柱と深い肉柱間陥凹を認めた。また、心臓 CT 検査にて冠動脈に狭窄病変は認めなかった。以上より左心室心筋緻密化障害による心不全と診断した。また、その後に施行した心臓 MRI 検査においても左心室心筋緻密化障害を確認可能であった。

左心室心筋緻密化障害の診断において、経胸壁心エコー図検査描出不良例に対して経食道エコー図検査及び心臓 CT 検査は有用であった一例を経験したので報告する。

## 不明熱精査の一例

東京医科大学 循環器内科

○高橋のり、田中信大、武井康悦、黒羽根彩子、正田朋子、平山陽示、山科章

症例は81歳女性。平成21年3月上旬より微熱と体重減少を認め近医受診。

血液検査にて炎症反応陽性であり、聴診上駆出性収縮期雑音を認めたため感染性心内膜炎を疑われ3月下旬当院紹介受診となった。当院にて心エコー図検査を施行した結果心腔内に明らかな疣腫は認めなかったが、大動脈弁弁尖に石灰化を認めその通過血流速度は2.1m/secであり今回の収縮期雑音の原因と考えられた。下大静脈呼吸性変動確認時に肝臓内に多発性充実性腫瘍を認めた。

腹部CTでも同様に多発性の低吸収域があり腫瘍マーカーも高値を認めたことより転移性肝癌と診断された。今回不明熱と心雑音を合併した典型的な感染性心内膜炎の臨床所見に矛盾しない一例であったが、心雑音の原因は大動脈弁の石灰化によるものであり、不明熱の原因は悪性腫瘍由来であった。このように心エコー図により周囲臓器の異常を偶発的に発見できることもあるため視野を広く持ち検査に当たることが必要と思われた。

## 感染性心内膜炎に対する僧帽弁置換術後 7 年で心不全をきたした一例

北里大学医学部 循環器内科学<sup>1)</sup>、心臓血管外科学<sup>2)</sup>

○前川恵美<sup>1)</sup>、小坂橋俊美<sup>1)</sup>、猪又孝元<sup>1)</sup>、青山直善<sup>1)</sup>、井上信幸<sup>2)</sup>、須藤恭一<sup>2)</sup>、和泉徹<sup>1)</sup>

27 歳の女性。心疾患の既往なし。2001 年 7 月に誘因なく発熱、皮疹、左足関節痛が出現し、心エコー図にて僧帽弁前尖への疣腫を認めた。血液培養にて緑連鎖菌が同定され、感染性心内膜炎と診断された。抗生剤投与による炎症反応の軽減後も僧帽弁逆流が増悪するため、同年 8 月にウシ心膜生体弁を用いての僧帽弁置換術を施行した。その後、人工弁機能不全もなく経過は良好で、2005 年 10 月よりワルファリンを自己中止した。2008 年 7 月に労作時息切れが出現し、一時利尿薬の投与にて軽快したが、2009 年 1 月に再び呼吸困難と浮腫が生じた。当院受診時には発熱はなく、全身倦怠感と胸水貯留を認め、心不全と診断された。心エコー図では生体弁機能不全が疑われた。

人工弁置換術患者の心不全増悪例では、血栓症や感染性心内膜炎などの人工弁機能不全を来す基礎病態を見逃さないことが重要である。心エコー図所見等からいかに鑑別診断を立てて検証していくべきかを考えていきたい。

## 僧帽弁閉鎖不全を主体としたパラシュート僧帽弁に弁形成術を施行し得た1例

心臓血管研究所附属病院 循環器科<sup>1)</sup>、同 心臓血管外科<sup>2)</sup>、同 検査部<sup>3)</sup>

戸田中央総合病院 循環器内科<sup>4)</sup>

○仙波宏章<sup>1)</sup>、上嶋徳久<sup>1)</sup>、澤田準<sup>1)</sup>、田邊大明<sup>2)</sup>、渡邊伸吾<sup>3)</sup>、堤由美子<sup>3)</sup>、片岡容子<sup>3)</sup>

佐々木伸子<sup>3)</sup>、由井恵美<sup>3)</sup>、種村正<sup>3)</sup>、内山隆史<sup>4)</sup>、永尾正<sup>4)</sup>

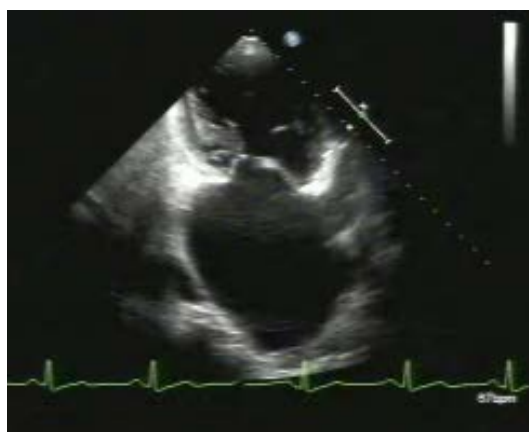
症例は 30 歳女性。リウマチ熱の既往あり。2006 年より息切れを自覚し近医で僧帽弁閉鎖不全を指摘されていたという。2008 年 10 月頃より症状が増悪し 11 月 12 日当院紹介受診。心臓超音波検査ではリウマチ性変化を伴うパラシュート僧帽弁を認め、狭窄は軽度である一方で重度の逆流を呈していた。12 月 15 日予定手術を施行。超音波所見および術中所見から形成術が可能であると判断し、僧帽弁形成術(leaflet slicing & annuloplasty)を選択した。僧帽弁逆流は極少量に制御され、経過良好にて術後第 8 病日に退院となった。

パラシュート僧帽弁は一般に僧帽弁狭窄を呈し術式は弁置換術が選択されるが、本例は僧帽弁逆流が主体であり弁形成術により良好な経過が得られた稀有な症例であった。

【傍胸骨短軸像】



【心尖部二腔像】



## 術前スクリーニングで心エコー検査を行った一例

東邦大学医療センター大森病院 臨床生理検査部<sup>1)</sup>、同 心臓血管外科<sup>2)</sup>、同 循環器内科<sup>3)</sup>  
同 病理部<sup>4)</sup>

○林京子<sup>1)</sup>、原田昌彦<sup>1)</sup>、煙草敏<sup>1)</sup>、吉川浩一<sup>1)</sup>、寶田雄一<sup>1)</sup>、益原大志<sup>2)</sup>、渡邊善則<sup>2)</sup>  
木内俊介<sup>3)</sup>、高村和久<sup>3)</sup>、小林健三郎<sup>3)</sup>、原文彦<sup>3)</sup>、山崎純一<sup>3)</sup>、渋谷和俊<sup>4)</sup>

[症例]69 歳、女性。

[臨床経過]2007 年 10 月、他院にて血圧高値指摘・加療開始し、その際に腎機能障害を指摘されていた。2008 年 5 月頃より上腹部痛認め、胃内視鏡検査において十二指腸潰瘍とⅡc 型早期胃癌が疑われ、当院消化器内科を紹介された。再検査では悪性所見認めず経過観察となっている。その後 2008 年 10 月に左腎結石・水腎症にて当院泌尿器科に紹介され、その際に臍ヘルニアを認めため総合外科に紹介された。ヘルニア嵌頓のリスクがあり手術適応と考えられ、術前スクリーニングとして心エコー検査が依頼された。労作時の息入れや動悸などの自覚症状はなし。

[身体および検査所見]身長 144cm、体重 64kg、血圧 104/70mmHg、脈拍 65 回/分、心音に異常なし、心雑音なし、下肢浮腫なし。心電図は正常洞調律で ST 変化なし、胸部 X 線では心胸郭比 49%、肺うっ血や胸水貯留の所見は認めなかった。

[心エコー所見]経胸壁心エコーは描出不良ではあったが、長軸・短軸像にて心機能は良好、左房・左室・右室に拡大所見なく、特記すべき所見は認められなかった。心尖部像において左房内にアーチファクトとも思わせる不明瞭・高輝度塊状エコーを認めた。使用機器が往診汎用機器であったため、機種を変えて再検したところ、左房内を占拠する腫瘤性病変の存在を確認した。経食道心エコー(TEE)では右肺静脈開口部周囲と左房後壁から発生する多房性で一部高輝度および嚢胞を伴う 35×38mm 大の腫瘤を認めた。左房全体を腫瘤が占拠するような状態であったが、左室側への陥入はなかった。全身検索のため手術まで約 1 カ月を要したが、他臓器に悪性所見は認めなかった。

[手術]術中 TEE の際、腫瘤は僧帽弁に接するほどにまで増大していた。腫瘍の茎は、右上下肺静脈開口部を含む左房後壁にあり、左上下肺静脈開口部には及んでいなかった。肉眼的に粘液腫様であったが、内部は硬く容易に壊れる様子ではなかった。左房に突出した腫瘍の大部分は摘出できたが、全摘出には至らなかった。

最終の病理組織診断は平滑筋肉腫(leiomyosarcoma)であった。

[まとめ]平滑筋肉腫は、心臓原発性肉腫の約 10%と極めて稀な疾患である。一般に、肉腫は主に右房からの発生が多いが、平滑筋肉腫のほとんどは左房、特に左房後壁(肺静脈由来)に生じるとされている。今回我々は無症状、術前スクリーニング検査、エコー描出不良症例にて偶然発見した左房原発性平滑筋肉腫の 1 例を経験したので報告する。