

# 第 46 回東京心エコー図研究会 症例検討会抄録集

平成 21 年 11 月 21 日(土)

14:00～17:00

会場:東京商工会議所7階 国際会議場



## 心臓腫瘍の一例

吉川尚男<sup>1)</sup> 鈴木真事<sup>2)</sup> 澤井里絵<sup>1)</sup> 土田貴子<sup>2)</sup> 石川陽子<sup>2)</sup> 大崎司<sup>2)</sup>  
飯島雷輔<sup>1)</sup> 大塚健紀<sup>1)</sup> 松山孝義<sup>3)</sup> 山下裕正<sup>3)</sup> 内田真<sup>3)</sup> 内村智生<sup>3)</sup>  
桐林孝治<sup>4)</sup> 横内幸<sup>5)</sup> 尾崎重之<sup>3)</sup> 草地信也<sup>4)</sup> 杉 薫<sup>1)</sup>

1) 東邦大学医療センター大橋病院 循環器内科 2) 同臨床生理機能検査部  
3) 同心臓血管外科 4) 同第3外科 5) 同病理部

症例は42歳の男性。特記すべき既往歴はなし。平成21年9月中旬より労作時の息苦しさを自覚、9月25日に精査加療のために近医を受診。胸部X線にて心拡大、経胸壁心エコーにて心膜液を認めたため精査加療目的にて当院入院となった。入院時の経胸壁心エコーでは左心房に接する内部均一で表面のエコー輝度の高い84×75mm大の腫瘤を認め、可動性は認めなかった。全周性に少量の心膜液貯留を認めた。経食道心エコーでは左心房を圧排する内部均一で球形な腫瘤を認め、腫瘍内の血流は検出されず上大静脈を圧排していた。MRI像では気管支原性嚢胞を疑った。10月13日に腫瘍摘出術を施行した。右心房、上大静脈後方に腫脹した嚢胞を認めた。嚢胞を穿刺したところ乳白色無臭な液体を約300ml採取した。臨床所見から診断は気管支原性嚢胞と考えられた。

# 安静時胸痛において、2D-speckle tracking を用いた心エコー評価が 診断に有用であった症例

東京都保健医療公社荏原病院循環器科

有馬 秀紀、日吉 康長、後藤 耕介、山田 智広、仁禮 隆、中村憲司

同 生理検査部

谷畑 久美子、杉崎 三紀、谷口 智絵、小林 真美

症例は 62 歳男性。2009 年 3 月入浴中に胸部圧迫感を自覚。その後労作での胸痛はないものの夕方安静時に毎日のように症状を認めた。

4 月 7 日 20 時頃にも症状を認め、翌 8 日当科を受診。理学的所見、心電図には異常なく心臓超音波検査でも左室収縮能は正常で壁運動異常は認めなかった。しかし、2D speckle tracking(2DST)法による拡張機能評価では後側壁に局限する拡張機能障害を認め、左回旋枝領域の虚血が示唆された。

狭心症疑いにて入院し、翌日施行した冠動脈造影で、左回旋枝#13 に 90%狭窄が認められた。同部位 POBA にて良好な拡張を得、症状は消失した。

その後、4 ヶ月後に行った心エコーでは治療前に認めた後側壁に局限した拡張機能障害は消失していた。

近年、虚血心筋において虚血解除による収縮機能が改善した後も、数日間に渡り虚血心筋での局所の拡張機能障害 (post systolic shortning) が遷延することが知られており (diastolic stunning)、2D speckle tracking などによるこれらの検出が虚血診断に用いられ始めている。しかし、狭心症発作後の症例で検出された局所拡張機能障害(PSS)が、虚血の診断に有用であるとする報告はまだ少ない。今回我々は実臨床において狭心症発作後の局所拡張機能障害の評価が虚血の部位診断に有用であった症例を経験したので報告する。

## 追記

- \* 抄録提出後、1~2 症例、同様症例を平行提示の可能性あり
- \* トレッドミル前後でのエコー比較による Diastolic stunning の出現と虚血存在の対比も可能であれば提示予定

## 先天性ミオパチーを合併した、肥大型心筋症の一例

針村佳江、石津智子、渥美安紀子、山本昌良、町野智子、川村龍、榎本真美、瀬尾由広、青沼和隆

筑波大学大学院 人間総合科学研究科 循環器内科

21 歳男性。生後 3 ヶ月で先天性ミオパチーと診断された。その後徐々に心電図上左室肥大の進行と心室性期外収縮を認めるようになり、肥大型心筋症の様相を呈していた。2009 年 6 月頃(21 歳)より心窩部の不快感や夜間の息苦しさが出現するようになり、同年 7 月 7 日うつ血性心不全を来し当院緊急入院となった。

入院時身体所見としては III 音を聴取、レントゲン所見では CTR61%と心拡大と肺血管陰影の増強、両側少量胸水貯留を認めた。心電図所見では HR62bpm 洞調律、I° AVB (PQ0.16sec)・両心房負荷・二峰性 P 波・CLBBB を呈していた。心エコー所見では・2008 年 3 月の時点では LVDd/Ds49/36.5mm, EF 59%, IVST/PWT 21/ 21mm であったが、2009 年 7 月には LVDd/Ds 60/55mm, EF 16%, IVST/PWT 13/9mm と心収縮能の悪化を認め、肥大型心筋症の拡張相への移行が示唆された。LV dyssynchrony あり CRTD 植え込みを行った。

Danon 病はリソソーム病の一種で、Xq24 に位置する Lysosome associated membrane protein2(LAMP-2) 遺伝子によって引き起こされる X 連鎖性劣性遺伝疾患である。本症例では、母・母方の祖母・母方の叔母に濃厚な家族歴を有する。男子の場合、若年より発症する肥大型心筋症を呈し、その予後は極めて不良である。

若年性肥大型心筋症では、特に家族歴・筋症状を有する場合、Danon 病を鑑別として考慮することが重要である。

演題名: 右房内巨大腫瘍を認めた 1 症例

演者: ○ 三浦 純子<sup>1)</sup>、穴見 理恵<sup>1)</sup>、熊谷 多岐子<sup>1)</sup>、桑山美知子<sup>1)</sup>、井守 洋一<sup>2)</sup>、藤本 肇<sup>2)</sup>、大野 実<sup>2)</sup>、石綿 清雄<sup>1)、2)</sup>、田中 慶太<sup>3)</sup>、成瀬 好洋<sup>3)</sup>

所属 1): 虎の門病院 臨床生理検査部

所属 2): 虎の門病院 循環器センター内科

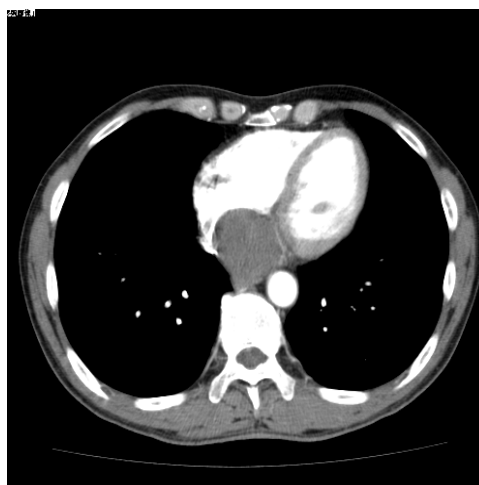
所属 3): 虎の門病院 循環器センター外科

**【症例】**60 歳男性。自覚症状なし。人間ドックで肝嚢胞を指摘され、追加で施行した胸部 CT で心臓内に腫瘍が疑われ、当院紹介受診。外来心エコーにて右房内に径 41×43mm の腫瘍を認め、精査加療目的にて入院となった。入院時身体所見・胸部レントゲン・心電図に異常なし。血清学的各種腫瘍マーカー異常なし。経胸壁・経食道心エコーでは腫瘍は右房中隔壁に起出し、辺縁平滑で内部に一部高エコー・低エコー領域を認めた(下図左)。造影 CT では腫瘍外縁が軽度に enhance され、腫瘍は右房をほぼ占拠していた(下図右)。塞栓症・循環不全を来す危険性が考えられたため、外科的に切除する方針となった。

右房切開し、腫瘍摘出術施行。エコー所見どおり、腫瘍は表面平滑で中隔壁に癒着していた。病理学的には線維性被膜を有する境界明瞭な白-褐色腫瘍で、好酸性紡錘形細胞の増生を認めた。免疫組織学的に S100 タンパク陽性であり、神経鞘腫と診断された。

術後胸膜内血腫除去・肥厚心外膜除去目的に再開胸術施行となったが、以後経過順調で近日退院予定である。

今回我々は偶発的に発見され、術後病理所見により初めて診断をつけることができた心臓内神経鞘腫の一例を経験した。心臓内神経鞘腫はこれまで諸外国含め 15 例程度しか報告されていない非常に稀な心臓腫瘍であるため、貴重な症例として報告する。



## 胸痛を主訴に来院し診断に難渋した一例

日本大学医学部内科学系循環器内科学分野

田野絢子、笠巻祐二、太田昌克、杉山啓子、相澤芳裕、藤井信如、小船達也、中井俊子、  
國本 聡、渡邊一郎、廣 高史、平山篤志

### 抄録

症例は 56 歳男性。主訴は労作時の息切れと胸痛。現病歴は、平成 20 年 6 月頃より労作時の息切れ・胸痛が出現し、他医でホルター心電図、経胸壁心エコー(TTE)、冠動脈造影など精査するも異常所見は認めなかった。症状は急に立ち上がった時に出現し、また胸部聴診上わずかに聴こえる 4LSB の収縮期雑音も蹲踞の状態から立ち上がると増強した。精査加療目的に平成 20 年 9 月 16 日当院循環器内科外来を紹介受診となった。初診時の胸部所見上、第 4 肋間胸骨左縁に最強点を有する収縮期雑音(Levine I/VI)を聴取。心電図は洞調律であり、軽度の LVH の所見であった。胸部 X-P 上、CTR43%であり異常は認めなかった。TTE では心房・心室の拡大なく収縮能も良好であったが IVS(中部):7.9mm, IVS(基部):13mm とやや中隔基部が厚く、流出路側に張り出している印象であった。TTE 上、安静時・Valsalva 負荷時ともに左室流出路狭窄は認めなかった。ATP 負荷心エコーでは LAD の冠予備能は正常、トレッドミル運動負荷試験(Bruce 法)は Target HR まで施行し、症状の出現はなく、運動中のインピーダンス式心拍出量計による Stroke Volume の増加は良好で、ST-T 変化も認めなかった。以上より潜在性左室流出路狭窄(latent LVOTO)が疑われたためドブタミン負荷心エコー(DSE)を施行したところ、安静時の LVOT における血流速 1.02m/s と正常に対し、ドブタミン 10  $\mu$ g/kg/min で最大 6.88m/s (圧較差 189.5mmHg) となった。SAM も明瞭となり、普段労作時に出現しているものと同様の息苦しさ・胸痛が出現した。以上より latent LVOTO の存在が示唆された。 $\beta$ -blocker 内服導入し 1 ヶ月後に再度 DSE を行ったところドブタミン 30  $\mu$ g/kg/min で最大 6.4m/s (圧較差 164mmHg) の LVOTO が出現したが、低容量では LVOTO は抑制された。現在、 $\beta$ -blocker 内服中であるが症状はなく経過良好である。今回、安静時の TTE やトレッドミル負荷試験などでは異常を認めないにもかかわらず、DSE で latent LVOTO の存在が確認され、症状の原因が明らかになった興味深い症例を経験したので報告した

## 第 46 回東京心エコー図研究会

発熱、呼吸苦から重篤な心不全を呈した一症例

昭和大学病院超音波センター1) 同循環器科 2)

大橋真由美 1) 茅野博行 2) 土至田勉 2)

<症例> 44歳 男性

<主訴> 発熱、呼吸苦

<現病歴>

平成 21 年 6 月 4 日に 38 度台の発熱が出現し近医を受診した。インフルエンザ抗原陰性であったため抗生剤を処方されたが、改善が見られず 6 月 11 日に当院呼吸器内科受診。血液検査上、炎症反応の上昇に加え、CK 532 IU/L、トロポニン 22.4ng/ml と上昇、ECG 上 I II III aVF V<sub>3-6</sub> 誘導で ST 上昇、CT で胸水・心嚢液の貯留を認め、循環器内科を紹介受診。急性左心不全及び急性心筋炎疑いにて同日 CCU に入院した。

<身体所見>

身長 168cm、体重 65kg、血圧 104/68mmHg、心拍数 90/bpm 整、体温 38.1 度

<臨床経過>

6 月 12 日心カテ施行、coronary は intact、RV と LV から心筋生検を行った。安静酸素投与下に抗生剤と  $\gamma$  グロブリン点滴投与を行った。6 月 13 日血液検査上炎症反応の改善なく高熱持続、ECG 上 ST はさらに上昇し、wide QRS 波形を呈し、VPC が頻発した。6 月 14 日 sustainedVT が出現し、心エコー上収縮能の低下に伴い心不全徐々に増悪、血圧低下とともに意識レベル・呼吸状態悪化のため、PCPS・IABP、人工呼吸器および透析(CHDF)を導入した。6 月 16 日生検結果にて好酸球の増加を認め、好酸球性心筋症と診断し、ステロイド剤の投与を開始した。その後炎症反応の改善に伴い、ECG は narrow QRS に回復、心エコー上も収縮能の改善がみられ、血行動態も安定したため、6 月 19 日 PCPS 離脱、6 月 20 日 IABP・CHDF 離脱した。

<心エコー所見>

6 月 11 日 LVEF=38%、心尖部のエコー輝度の上昇と同部位の壁運動の低下。心嚢液貯留。6 月 15 日 LVEF=14%、壁運動は殆どが akinesis 状態、中隔の奇異性運動(+)。その後 6 月 17 日 LVEF=25%、6 月 18 日 LVEF=48%、6 月 22 日 LVEF=56%と徐々に収縮能の改善を認めた。

<まとめ>

心不全の増悪により、ECG 上 wide QRS 波形と sustainedVT が出現した劇症型好酸球性心筋炎症例を経験した。臨床経過と ECG の回復に合致した心エコー上の収縮能の改善を観察し得たので報告する。



