

**第 57 回東京心エコー図研究会
症例検討会抄録集**

成人期に重症心不全を呈した未修復の修正大血管転位の一例

北里大学循環器内科学¹⁾、小児科学²⁾、心臓血管外科学³⁾

前川恵美¹⁾、小坂橋 俊美¹⁾、柿崎良太¹⁾、甲斐田豊二¹⁾、木村純人²⁾、猪又孝元¹⁾、
宮地鑑³⁾、石井正浩²⁾、阿古潤哉¹⁾

症例は41歳、男性。生後より修正大血管転位(cTGA)の診断で当院小児科に通院していた。無症状であり、20歳ごろから通院を自己中断していた。30歳(2003年)で通院を再開した際には完全房室ブロックと中等度の三尖弁逆流を認めた。2007年に拒否し続けていたペースメーカー植込み術を施行した。2011年にNYHAIVの心不全増悪を認めたが、心不全治療薬を開始され、NYHA Iに改善した。2013年頃より心不全増悪を認め、NYHA II m-III、時にIVと心不全管理は不安定となった。心エコー図検査では、RVDd/Ds 80/69 mm, RVEF 28%と体心室である右室の拡大と収縮能低下、中等度以上の三尖弁逆流を認めた。また、心室ペーシングによる dyssynchrony を認めた。 β 遮断薬を含めた心不全治療は限界であり、外科的介入を検討した。手術リスクは高く治療方針に悩んだが、VADや心移植も念頭におき、4月14日に三尖弁縫縮術、左室リード留置、肺動脈絞扼術に踏み切った。術後は現在までは順調で経過を追っている。

cTGAは成人期まで無症状で経過する症例も珍しくない。血行動態が修正されているため、心雑音精査で心エコー図検査を施行しても、単なる弁膜症とされ、成人期に心イベントを発症して初めて診断されるケースもある。治療方針は確立されていないが、心収縮能が低下してからの外科的介入は予後不良といわれている。本症例を通し、心エコー図検査でのcTGAの診断および介入ポイントの検出、成人期における外科的治療のタイミングを含む治療戦略について検討したい。

9年の長期経過後に2度目の心筋症発症を認めた一例

昭和大学病院 超音波センター¹、昭和大学医学部 内科学講座 循環器内科学部門²
澤田亜由美¹、茅野博行²、大桃優依¹、黒木唯¹、五十嵐恵¹、山岸智子¹、十文字美帆¹
遠藤由紀子¹、大矢和博¹、小崎遼太²、小貫龍也²、土至田勉²、小林洋一²

【症例】70代 女性

【1回目経過】平成17年10月26日に水泳中に胸痛を認め当科受診。心電図上、Ⅱ、V4～V6でST上昇を認め、急性心筋梗塞が疑われたため、緊急冠動脈造影を施行した。冠動脈造影では有意な狭窄は認められなかったが、左室造影及び心臓超音波検査の所見で、左室心尖部に大きな心室瘤様変化を認めたためCCU入室、経過観察した。第7病日の心臓超音波検査で壁運動が正常に改善したため、第13病日に退院となった。その後9年間は近医で経過観察され、胸痛症状は認めていない。

【2回目経過】平成26年12月6日、自宅で家事中に突然胸背部痛を認め、当科に再受診した。心電図上、Ⅱ、Ⅲ、aVfでST上昇を認め、再度急性心筋梗塞が疑われたため、冠動脈造影を施行したが、今回も冠動脈造影で有意狭窄所見は認められなかった。左室造影と心臓超音波検査で、心室中部に限局した壁運動異常を認めたため、CCU入室し経過観察とした。第13病日の心臓超音波検査で壁運動は正常化した。今回の壁運動異常部位は前回と異なっていたが、いずれも短期間で壁運動の改善を認め、異なるタイプの一過性の心筋症と診断できたため報告する。

左室流出路狭窄を来し得る2症例

独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院 循環器科

谷英典、南雲美也子、仁科善雄、田中宏明、小野智彦、山口隆太郎、矢嶋紀幸、
松村圭祐、片山隆晴、鈴木雅裕

左室流出路狭窄を来す代表的疾患は、主に閉塞型肥大型心筋症、大動脈弁下部狭窄などである。これらの狭窄を引き起こす主因は、左室流出路に過剰に張り出した心筋や癒痕組織などの形態的变化や、加えて僧帽弁弁尖の収縮期前方運動である。また、S字状中隔に僧帽弁弁尖の延長が合併した場合にも、流出路狭窄を来すことがある。

今回、我々はこれら以外の原因で、左室流出路狭窄を来し得る2症例を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

症例 1; 44 歳男性。心雑音を指摘され、精査目的で心エコー検査を施行。僧帽弁両尖に可動性ある嚢胞状腫瘤を認めた。嚢胞状腫瘤は、収縮期に左室流出路に突出し、流出路狭窄様を呈した。この時の最大圧較差は CW 法で 46mmHg であった。

症例 2; 52 歳男性。高血圧で他院通院中、心機能精査目的で当院紹介受診。心エコー検査で、左室中部閉塞型の肥大型心筋症と僧帽弁前尖に可動性ある小葉状エコーを認めた。この小葉状エコーは、収縮期に大動脈弁弁尖近くまで翻転して流出路狭窄様を呈した。この時の最大圧較差は CW 法で 17mmHg であった。

心タンポナーデを契機に発見された心膜腔内腫瘍陰影の一例

東邦大学医療センター大橋病院 循環器内科

牧野健治、橋本剛、吉川尚男、大塚健紀、伊勢亀友季子、諸井雅男、鈴木真事
中村正人、杉薫

症例は 80 歳代男性。既往は胸部大動脈解離、腹部大動脈瘤にて手術歴あり。約 1 ヶ月前からの労作時呼吸困難、下肢浮腫、4kg の体重増加を主訴に受診した。血液検査にて急性腎不全、肝機能障害を認めた。心エコー図検査では中等度の心膜液貯留を認め、左室後方の心膜腔内に 18×23mm 程度の腫瘍陰影を認めた。経食道心エコー検査でも左室後方の心膜腔内に腫瘍陰影を認めたが明らかな内部血流所見は認めなかった。腎不全の原因として心膜液貯溜による拡張障害の可能性があると、心膜腔の腫瘍陰影が悪性腫瘍の可能性もあるため治療と悪性疾患鑑別の目的で心膜液穿刺を行った。心膜液は血性であったが悪性所見や結核菌などは検出されなかった。心膜液穿刺のみで浮腫は徐々に軽快し、症状も改善したが、心膜腔の腫瘍陰影に関しては診断がつかなかった。ガリウムシンチグラフィ検査、PET-CT でも腫瘍陰影に集積は認めなかった。その後外来にて心エコー図検査でのフォローをしていたが、約 5 ヶ月後には心膜腔内の腫瘍陰影は消失していた。その後再発なく経過した。原因不明の腫瘍陰影に関して心膜液穿刺のみで自然に消失した一例を経験したので報告する。

閉塞性肥大型心筋症の外科的治療に統合的な画像診断が有用であった一例

公益財団法人 心臓血管研究所付属病院¹

後藤理人¹、仙波宏章¹、上嶋徳久¹、澤田準¹、國原孝¹、山下武志¹

症例は 45 歳女性。主訴は労作時の息切れ。2012 年に前医で閉塞性肥大型心筋症の診断に至り、薬物療法が開始された。しかし NYHA Ⅲの心不全は改善せず、薬物療法困難と判断され 2014 年 4 月に当院紹介受診となった。同年 7 月に PTSMA を施行したが、心室中隔壁厚・左室内圧較差の減少や臨床症状の改善は得られなかった。2015 年 2 月に再度 PTSMA を試みたが、ワイヤー通過困難により不成功。さらにペースメーカー治療も考慮したが、試験的ペーシング下の所見からは適応外と考えられた。以上の経過から本症例は内科的治療が困難であると判断し、外科的心筋切除術の方針とした。術前に、心エコー図検査のみならず心臓造影 CT の所見も合わせて左室内の形態的・血行動態的特徴を評価し、心筋の切除範囲を協議した。同年 3 月に手術施行。術後の心エコー図検査では、心室中隔壁厚・左室内圧較差の減少が認められ、心不全症状も明らかな改善が得られた。

閉塞性肥大型心筋症の外科的治療に際して、詳細な画像診断による術前評価が心筋切除範囲を決定する一助となり、良好な治療経過が得られた症例について、考察を加えて報告する。