

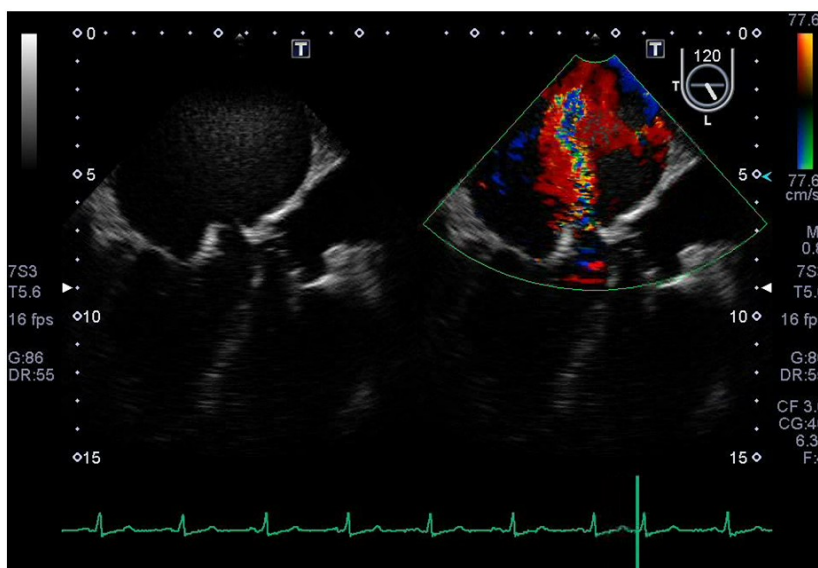
**第 58 回東京心エコー図研究会  
症例検討会抄録集**

## 大動脈弁置換および弁輪膿瘍腔閉鎖術後に僧帽弁逆流の増悪を認めた 大動脈二尖弁の一例

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

松浦 元<sup>1)</sup>、小坂橋 俊美<sup>1)</sup>、甲斐田 豊二<sup>1)</sup>、大内 武<sup>1)</sup>、前川恵美<sup>1)</sup>、猪又孝元<sup>1)</sup>、北村律<sup>2)</sup>、鳥井晋三<sup>2)</sup>、宮地 鑑<sup>2)</sup>、阿古潤哉<sup>1)</sup>

症例は35歳、男性。2007年に大動脈二尖弁に伴うstreptococcal感染性心内膜炎による重症大動脈弁逆流、弁輪周囲膿瘍に対し、大動脈弁置換術(SJM Regent19)および膿瘍腔閉鎖術を施行した。術後より中等度の僧帽弁逆流(MR)を認めていたが僧帽弁の明らかな器質的異常はなかった。2011年頃より僧帽弁逆流の増悪を認め、左房左室拡大、心不全症状が出現し、2015年に僧帽弁置換術を施行した。心エコー図検査では、僧帽弁前尖に穿孔を認め、同部より逆流ジェットを認めた。手術所見では僧帽弁前尖弁輪近くに約1cmの穿孔と、周囲の弁組織の赤黒い変性と硬化を認め、連続する腱索も変性していた。膿瘍腔には黒色の塊を認め、膿瘍腔閉鎖に使用したGRF グルーと考えられた。GRF グルーは大動脈解離などで用いられる接着剤であるが、毒性も知られている。本症例の異常な僧帽弁変性および穿孔は、膿瘍腔から流出したGRF グルーの毒性による可能性が考えられた。



## 逆流が偏位した中等度-重度大動脈弁閉鎖不全症の手術適応判断に 運動負荷心エコー検査が有用であった一症例

公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院

循環器内科

藤巻晴香、田村晴俊、馬原啓太郎、吉田由理子、大久保健志、安部開人、福本梨沙、繼敏光、寺田舞、高見澤格、吉川勉、梅村純、友池仁暢

心臓血管外科

高梨秀一郎

偏位した逆流ジェットを呈する大動脈弁閉鎖不全症(AR)は、心エコー検査による正確な重症度評価が困難な場合がある。中等度 AR に対する運動負荷心エコー検査の適応や結果の解釈については未だ確立されたものはないのが現状である。今回我々は定量評価で中等度 AR と診断された症例での手術適応判断に運動負荷心エコー検査が有用と考えられた一症例を経験したため報告する。

症例は 59 歳男性。自覚症状はなく、健診で心電図異常を指摘され前医を受診した。経胸壁心エコー図検査(TTE)で AR を指摘され当院へ紹介となった。TTE では大動脈弁右冠尖(RCC)から僧帽弁前尖方向へ向かう偏位した中等度の動脈弁逆流ジェットを認めた。左室収縮末期径・拡張末期径は 39mm, 59mm と軽度拡大を認めたが、左室駆出率は 62.7%と保たれており、軽度僧帽弁逆流(MR)を認めた。経食道心エコー図検査では RCC の折れ曲がり認め、逆流は RCC 逸脱の方向に偏位し、縮流帯(Vena contracta)は 6.1mm であった。大動脈造影では Sellers 分類Ⅲ度、右心カテーテル検査では肺動脈圧、肺動脈楔入圧とも正常範囲内であった。以上より軽度の左室拡大を伴う中等度から重度の無症候性 AR の診断となった。手術適応を検討するため、運動負荷心エコー図検査を施行した。負荷開始直後から MR が増悪し、経時的に左室壁運動は著明に低下、最大負荷時には左室駆出率 30%まで低下した。推定右室収縮期圧は 45mmHg から 78mmHg へ上昇した。これらの変化は運動負荷終了後 5 分以内に負荷前と同程度の状態にまで改善した。運動負荷により強い心不全症状は出現しなかったものの明らかな MR 増悪、左室壁運動低下、肺高血圧増悪をきたしており手術が推奨されたと考えられた。

## 胸部レントゲン写真で異常影を指摘され初診した高度大動脈弁閉鎖不全を伴う 若年女性の一例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 循環器センター内科, 1)同生理検査部  
西川はる香 鎌田美苗<sup>1)</sup> 伝宝秀幸<sup>1)</sup> 桑原政成 富田康弘 石村理英子 森谷学 児玉  
隆秀 藤本陽 三谷治夫 大野実 石綿清雄

症例は 31 歳女性。7 歳時に低身長を契機に当院小児科初診し、染色体検査で Turner Syndrome と診断され、外来フォローされていた。18 歳時に引っ越しを契機に外来通院を中断し、以降健診のみ受けていたが特に異常は指摘されていなかったが、30 歳時に大学院入学の際に撮像された胸部レントゲン写真で心拡大を指摘され、精査加療目的で当院内科外来を受診したところ、心エコー図検査で大動脈基部の著明な拡大と高度大動脈弁閉鎖不全、CTにて上行大動脈の大動脈基部の拡大（70mm）、弓部の屈曲蛇行、遠位弓部屈曲部狭窄（16mm）を認め、Bentall 術（Magna25mm+J-graft28 mm）を施行された。Turner Syndrome は約 20%に先天性心疾患を有し、心エコー図検査を始めとした循環器科フォローも重要となる疾患であり、文献的考察を含め報告する。

## 若年で難治性の拡張性心不全を呈した一例

東京大学医学部附属病院 1)検査部、2)循環器内科

徐博卿<sup>1)</sup>、中尾倫子<sup>1)</sup>、大門雅夫<sup>1)</sup>、川田貴之<sup>2)</sup>、木村公一<sup>2)</sup>、廣川愛美<sup>2)</sup>、宇野漢成<sup>2)</sup>、竹中克<sup>1)</sup>、矢富裕<sup>1)</sup>、小室一成<sup>2)</sup>

症例は38歳男性。生来健康で検診での診断図やレントゲンでも異常を指摘されたことは無かった。2年前より夜間に増悪する湿性咳嗽が出現するようになった。近医を受診し、胸部レントゲンで心陰影拡大とうっ血像を認め、心不全の診断となった。心臓カテーテルでは冠動脈に有意狭窄を認めず、Ⅲ度の僧帽弁逆流を認め、左室収縮能は保たれていた。さらに精査を行うため、総合病院を紹介された。僧帽弁逆流は中等度で左室収縮能は保たれており、左室拡張障害の所見を認めたため、拘束性心筋症が疑われた。その後も心不全は進行し、内科治療に抵抗性となったために、心移植登録目的にて当院へ紹介となった。この発表では、心エコーの所見と共に様々な検査結果を供覧し、鑑別疾患と今後の治療について考察を加えて発表する。