

## 演題名

器質性三尖弁逆流に対し胸腔鏡下三尖弁形成術を施行した一例

佐藤 遙<sup>1</sup>、太田 光彦<sup>2</sup>、福本 梨沙<sup>2</sup>、田端 千里<sup>2</sup>、松山 重文<sup>3</sup>、田端 実<sup>3</sup>

1 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 臨床生理検査部

2 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

3 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 循環器センター外科

## 抄録

症例は 60 歳代女性。以前から階段や坂道で息切れを自覚していたが下腿浮腫を認めたことはない。旅行した際に労作時息切れが増悪していることに気づき前医を受診。心エコー図検査で重度三尖弁逆流を指摘され、手術適応を検討するため当院に紹介となった。経胸壁心エコー図検査にて後尖の逸脱による重度三尖弁逆流を認めた。右室・右房の著明な拡大を認めたが、下大静脈径と呼吸性変動は正常で、臨床所見と併せ静脈圧上昇を示唆する所見は認めなかった。経食道心エコー図検査でも三尖弁後尖の逸脱を認め、腱索断裂の可能性も疑われた。右心カテーテル検査では平均肺動脈楔入圧 7mmHg, 平均肺動脈圧 13mmHg, 平均右房圧 6mmHg と右房圧・肺動脈圧の上昇は認めなかった一方、心係数は 1.84L/min/m<sup>2</sup>と著明な低心拍出状態を呈していた。三尖弁逆流と労作時

息切れ症状の関連を評価するため臥位エルゴメーター運動負荷心エコー図検査を施行した。負荷による三尖弁逆流の増悪は認めず、右室収縮予備能の低下は認めなかったが、左室収縮予備能と運動耐容能の低下を認めた。以上より本症例は重度三尖弁逆流に伴う低心拍出が労作時息切れの主因と考えられ、手術適応と判断した。後日、右肋間開胸胸腔鏡下三尖弁形成術を施行し逆流はほぼ消失した。術中の弁所見では明らかな腱索断裂は認めず、後尖は広範囲に硬化変性を伴い逸脱していた。術後の心エコー図検査では右室・右房は著明に縮小し、三尖弁逆流もごく軽度で、労作時息切れも改善している。本症例のような弁逸脱に伴う単独器質性三尖弁逆流に対して低侵襲三尖弁形成術を行い心不全症状が改善しえた症例は稀であり報告する。

## 演題名

Salmonella Enteritidis による急性心筋炎の一例

大西 宏和<sup>1</sup>, 長沼 亨<sup>1</sup>, 中村 淳<sup>1</sup>

1. 新東京病院 心臓内科

## 抄録

症例は 20 代前半の男性。下腹部痛、水様性下痢、及び発熱のため、症状出現 2 日後に近医を受診した。急性腸炎として便培養を提出（後日、起炎菌は Salmonella Enteritidis と判明）の上クラリスロマイシン 400mg/日が処方された。さらに 2 日後に症状が持続していたので再診したが、12 誘導心電図で I/aVL/V3-6 誘導の T 波終末部の陰転化を認めたため当院へ紹介された。血圧 108/58mmHg、心拍数 105 回/分、SpO<sub>2</sub> 98%（室内気）、呼吸数 22 回/分、体重 58.2kg。経胸壁心エコー図法検査(TTE)で左室のびまん性壁運動低下を認め、左室拡大（LVEDD/ESD 55/43mm）を伴って収縮能が低下していた（LVEF 40.6%）。加えて血液検査ではトロポニン I 5202.4pg/mL と著明に上昇していたことから、Salmonella Enteritidis による急性心筋炎を疑って入院加療とした。レボフロキサシン 500mg 内服を開始の上絶食と補液管理とした。翌日（入院 1 日目）まで心不全徴候は明らかでなく、エナラプリル 2.5mg/日、カルベジロール 1.25mg/日を開

始した。入院 6 日目には腸炎は治癒し、12 誘導心電図の T 波終末部の陰転化は消失していた。造影心臓 MRI では心筋の遅延造影像は明らかでなかった。入院 10 日目まで血行動態異常や心不全徴候などなく経過した。血圧 103/64mmHg、心拍数 77 回/分と洞性頻脈は消失、体重 55.8kg と減少していた。トロポニン I 29.7pg/mL と低下しており、TTE では左室は縮小傾向 (LVEDD/ESD 51/35mm)、収縮能も改善していた (LVEF 50.5%)。独歩で自宅退院した。退院後 6 ヶ月以上心イベントなく経過した。Salmonella Enteritidis による急性心筋炎が疑われ、保存的加療で良好な転帰を辿った症例を経験した。

## 演題名

高安動脈炎を合併した重症大動脈弁閉鎖不全症の1例－このARの至適手術タイミングは？－

小原 浩<sup>1</sup>、細野 啓介<sup>1</sup>、山下 麻美<sup>1</sup>

1. 東邦大学医学部内科学講座循環器内科学分野

## 抄録

症例は40歳代の男性。主訴は動悸および息切れ。当院初診の約1年前から前述主訴を認めていた。同1か月前から息切れ症状が増悪傾向となり近医を受診したところ、胸部X線写真で心拡大を認めたため、精査を目的に受診された。身長176cm、体重75kg。血圧130/76mmHg、脈拍110回/分・整、心尖部で拡張期雑音を聴取した。12誘導心電図は、胸部誘導および肢誘導とも高電位で、V6でストレインパターンを認めた。BNP値は $>2,500$  pg/mLと著明に高値であった。経胸壁心エコー図検査では、左室拡張/収縮末期径69/63mm、同係数36.3/33.1 mm/m<sup>2</sup>、左室拡張/収縮末期容積269/190 mL、左室駆出率28%。大

動脈弁は3尖で、中央より偏位の無い縮流部径 10 mm 前後の逆流ジェットを認めた。Valsalva 洞径は 44 mm、上行大動脈径は 45 mm といずれも拡大していた。以上より、type Ia の大動脈弁閉鎖不全症による心不全と診断し、手術の方針となった。しかし、ここで高安動脈炎の既往が判明した。現在は未治療であるという…。この症例の至適手術タイミングはいつなのか、文献的考察を踏まえて考察し、大いに議論できれば幸いである。

## 演題名

僧帽弁異常前方運動に伴う重症僧帽弁閉鎖不全症に対する新たな選択肢

村田理沙子<sup>1</sup>、栗田真吾<sup>1</sup>、佐藤如雄<sup>1</sup>、奥山和明<sup>1</sup>、古賀将史<sup>1</sup>、出雲昌樹<sup>1</sup>、

石橋祐樹<sup>1</sup>、明石嘉浩<sup>1</sup>

1. 聖マリアンナ医科大学 循環器内科

## 抄録

76 歳女性。収縮期駆出性雑音を主訴に当科紹介となり，外来で施行した経胸壁心エコー一図検査において左室中隔基部に局限した肥大および僧帽弁異常前方運動に伴う重症僧帽弁閉鎖不全症を認めた。外来で施行した運動負荷心エコー図検査において左室流出路圧較差上昇，肺高血圧の悪化を認め，その後の経過で僧帽弁閉鎖不全症は増悪傾向であり労作時呼吸困難が出現したため MitraClip を施行した。以降，循環動態の改善が得られ，退院となった。今回我々は僧帽弁異常前方運動に伴う重症僧帽弁閉鎖不全症に対して MitraClip を施行し循環動態の改善を得た貴重な症例を経験したため報告する。