

**第38回東京心工コ一図研究会
症例検討会抄録集**

平成17年 11月 26日 (土)

時間:14:00~17:00

会場:東京商工会議所7階「国際会議場」

維持透析患者のスクリーニング検査で偶然、左室心筋内異常塊状エコーを認めた1例

日本大学医学部内科学講座循環器内科部門

○野口尚子、笠巻祐二、太田昌克、東海康太郎、中井俊子、尾形 滋、依田俊一、佐藤裕一、渡辺一郎、齋藤 穎、小沢友紀雄

症例は 57 歳男性。維持透析中の患者であり、心機能評価のために心エコーを施行した際、左室側壁の異常構造物が偶然発見された。手術前の心エコー上、左室の下壁から後壁は無収縮、前壁から側壁にかけて高度低収縮を認め、EF27.0%と著明な収縮機能低下が示唆された。左室壁厚は側壁を除き正常範囲内であった。心基部レベルの側壁心筋内に異常塊状エコーを認め、径は約 4 X 2 cm で mass の内部は低輝度な部分が多く周囲に高輝度な部分が混在していた。レボビストによる左室造影(LVO)でも心筋内の異常塊状エコー内には造影剤は入らなかった。負荷心筋シンチでは LCx 領域の viability を有する梗塞領域および梗塞周辺の虚血を認め、冠動脈造影では重症 3 枝病変であった。このため CABG を施行したが、その際左室側壁に母指頭大の腫瘤を認め、内腔には器質化した血栓が充満し周囲を被膜で覆われていた。血栓を除去すると腫瘤は左室と交通しており心筋梗塞後左室破裂による仮性瘤と考えられ、病理所見もそれに一致するとの報告であった。今回、心エコー、MRI では左室腫瘍、膿瘍なども考えられたが、確定には至らず手術によって心筋梗塞後左室破裂による仮性瘤と診断できた1例を経験したので報告する。

中隔枝塞栓術後に徐々に左室流出路圧較差の減少を認めた閉塞性肥大型心筋症の1例

東京女子医大循環器内科

○新井光太郎、石塚尚子、谷本京美、梶本克也、古堅あずさ、保坂元子、小松由季、大森久子、高木厚、鶴見由紀夫、笠貫宏

日本医科大学循環器内科

高山守正

症例は29歳、女性。1997年、閉塞性肥大型心筋症と診断され、以後当院で経過観察されていた。経胸壁心エコー図所見は、心室中隔壁厚32mm、後壁厚18mm、非対称性心筋肥大(+)、僧帽弁の収縮期前方運動(+)、左室流出路加速4.8m/sec、左室流出路圧較差92mmHgであった。内服加療を開始したが、圧較差軽減効果はなかった。2001年、薬物治療抵抗性の閉塞性肥大型心筋症に対して、中隔枝塞栓術を施行した。中隔枝塞栓術直後の左室流出路圧較差は71mmHgで大幅な圧較差の減少は認めなかった。その後シベノール300mg、インデラル120mg内服で経過観察していた。1年後の2002年の心エコー図では心室中隔壁厚22mm、後壁厚16mm、左室流出路圧較差は60mmHgであったが、2年後の2003年の心エコー図で圧較差は27mmHgまで低下した。2004年の心エコー図で心室中隔壁厚は17mm、後壁厚は12mmと壁厚のさらなる減少を認めた。中隔枝塞栓術後、数年の経過を経て徐々に圧較差・壁厚の低下した一例を経験した。中隔枝塞栓術直後に圧較差、壁厚の改善はなくても徐々にこれらが変化する症例もあるという点で興味深い症例と考えられた。

Apical aneurysm を呈し診断に苦慮した一例

東京医科大学八王子医療センター 循環器内科 東京医科大学 第2内科*

○松本知沙 喜納峰子 大井邦臣 永田拓也 加藤浩太 吉田雅信 相賀護 木内信太郎
會澤彰 渡邊圭介 高橋英治 生天目安英 森島孝行 小林裕 高澤謙二 山科章*

症例：57歳 女性

主訴：胸痛

現病歴：96年より眼サルコイドーシスにて治療を受けていた。2003年、胸痛を主訴に当院受診。UCGにて basal～apical level の inferior、apical level の latero-posterior の severe hypokinesis 認め OMI の疑いにて精査入院。

入院経過：CAGにて normal coronary であったが、LVGにて apical level anterior の aneurysm 認めた。またGaシンチにて心室壁への集積陽性、Cardiac MRで冠動脈支配領域に一致しない DE 陽性であり心サルコイドーシスの疑いが強くなった。その後皮膚生検にてサルコイド結節認め、又経過中にⅢ度 A-V block 出現、心サルコイドーシスの診断にて治療開始した。

結語：apical aneurysmal 有し、非特異的な心エコー図所見を呈した心サルコイドーシスの一例を経験したので報告する。

ペースメーカー植え込み術後に心膜液貯留を来した一例

東京医科大学 第二内科

○後藤知美、田中信大、武井康悦、藤岡泰生、永尾正、山科章

症例は 77 歳男性。主訴は食欲不振、労作時の息切れ。平成 17 年 3 月下旬より労作時の息切れを自覚していた。4 月上旬、当院受診したところ、心電図上完全房室ブロックを認めたため入院。恒久的ペースメーカー植え込み術（DDD）を施行し、その後退院となった。退院後、食欲不振、体重減少をみとめ、5 月下旬受診。胸部レントゲンにて心胸郭比の拡大、胸水貯留を認め、心エコー図にて著明な心膜液貯留を認めたため、同日緊急入院となる。心膜腔穿刺をしたところ、細胞診にて Large B cell type の腫瘍細胞が認められ、CT 所見にて胸部大動脈周囲に腫瘤を認めた。心エコー図では、右室前方の心膜と大動脈基部の背側に mass 様のエコーを認め、心浸潤をきたした悪性リンパ腫と診断された。現在、化学療法を開始している。完全房室ブロック、心膜液、胸水貯留にて発症し、診断に至った悪性リンパ腫の症例を経験した。

僧帽弁に異常構造物を認めた一例

北里研究所病院内科循環器科

○高山哲朗、馬場彰泰、島田 恵、高橋路子、赤石 誠

症例：51歳、女性

主訴：胸痛

臨床経過：平成17年3月に胸痛のため近医を受診し、心エコーを実施された。そこで異常所見を認められ、手術を勧められた。本人が手術を希望せず2nd Opinion 目的で当院を受診した。来院時、心雑音を聴取せず、身体所見上、異常所見を認めなかった。

心エコーでは僧帽弁前尖の左室側に明確な茎を有さない不整形の構造物を認めた。僧帽弁逆流はなかった。心尖部二腔像では、僧帽弁の閉塞所見は認めないものの、開放時に部分的な開放制限を認めた。

鑑別診断として僧帽弁前尖逸脱、腫瘍、細菌性疣腫が挙げられる。経胸壁心エコー図上、これだけ大きく逸脱しているにもかかわらず、逆流を認めないことから僧帽弁自体の逸脱は考えにくい。腫瘍としてはその頻度から粘液腫や乳頭状線維弾性腫が考えられた。粘液腫は、発生部位、形態から否定的と考えられた。僧帽弁の左室側という好発部位ではない部分ではあるが、可能性としては、乳頭状線維弾性腫が一番高いと考えた。

本症例では病変は大きいものの、弁とともに運動しており、外科的摘出の対象であるか否か判断が困難な症例である。

慢性透析患者における僧帽弁輪部巨大石灰化腫瘍の1例

帝京大学 循環器科・中央検査部*

○横山直之、千久田いくみ*、小林花子*、山田千景*、紺野久美子、一色高明

症例は50歳代男性。慢性糸球体腎炎のため、44歳より透析導入された。平成14年、大動脈弁狭窄症に対し他院で大動脈弁置換術施行。以後当科外来通院中であった。平成15年1月頃より心エコー上、僧帽弁後尖基部に腫瘤状の石灰化像を認め、徐々に拡大傾向を認めたが、無症状であった為、経過観察していた。平成16年11月4日の心エコー図検査にて僧帽弁後尖の腫瘤像は21×36 mm 大まで増大しており、精査目的に当科入院となった。心エコー上、腫瘤の辺縁はスムーズで、エコー輝度が高く、石灰化病変と考えられた。一方、腫瘤の中心は、エコー輝度が低かった。心臓CT検査では、僧帽弁後尖背側部の心筋内に直径3 cmの辺縁部に強い石灰化を伴う軟部腫瘤を認めた。冠動脈CTアンギオグラフィーではRCA, LAD, LCXの近位部にそれぞれ石灰化像を認めるものの、腫瘤への栄養血管は認めなかった。以上より、腫瘤は、僧帽弁輪石灰化部液化壊死と考えられた。僧帽弁輪石灰化部液化壊死は稀であり、その形成を経時的に捉えられた報告はなく、貴重な症例と考え、文献的考察を加え報告する。