

## 演題 2

### 「右房内巨大腫瘍を認めた症例」

東京女子医科大学 循環器内科、同心臓血管外科\*

小松芳樹、古方梓、補佐かもとこ、新井康太郎、大森久子、谷本峯日、  
小林健介\*、川合明彦\*、黒澤博身\*、石塚尚子、笠貫 宏

【症例】 43 歳 女性

【主訴】 下腿浮腫

【現病歴】 生来健康であった。2～3 年前より、下腿浮腫に気づいていた。健診にて心電図異常(低電位)指摘されたため、2005 年 12 月 19 日 当科外来初診。

【現症】 血圧 104/60 mm Hg、心拍数 86/分、胸骨右縁第 4 肋間に Levine2 度の収縮期雑音聴取、肺野；ラ音なし、肝腫大なし、下腿浮腫あり

【心電図所見】 正常洞調律、66/分、正軸、肢誘導、V1-4 の低電位あり、ST-T 変化なし、II III aVF、V1-4 P 波増高

【胸部レントゲン写真】 CTR 52%、右第 2 弓突出あり、肺野うっ血なし

【経胸壁心エコー検査】 Dd3.8、Ds2.5、FS0.34、LAD2.6、RA が軽度拡大し、内部に 70 mm×61 mm の腫瘍を認めた。Tr ; mild、T 弁の最大流入 flow は 2.2m/sec (meanPG7.0 mm Hg) と Tsr の所見を認めた。

【経過】 入院の上、精査加療を行うこととなった。経食道心エコー検査にて、右心房内に有茎性の 64 mm×66 mm×59 mm の腫瘍を認めた。茎は、上大静脈から右心房へ移行する部位であった。内部は一部血流を認め、パルスドプラでは、冠動脈血流パターンと考えられた。冠動脈造影を行ったところ、右冠動脈の洞結節枝から、右房内腫瘍に feeding artery を認めた。各種画像診断にて心外膜浸潤や、他臓器浸潤、及び、原発性悪性疾患を疑わせる所見を認めなかった。心臓血管外科転科後、2006 年 1 月 23 日、腫瘍摘出術を行った。腫瘍茎は上大静脈から右心房に移行する、洞房結節の一部を含む右心房自由壁に認め、自由壁を含め腫瘍を切除した。病理学的検査にて粘液腫と診断された。

本例が、右心房全体を占めるような巨大腫瘍を形成できた原因として、①発生部位が上大静脈から右心房へ移行する右心房自由壁であったことから、かなり増大するまで三尖弁への血行動態的影響を及ぼしにくかったこと、②冠動脈洞結節枝からの豊富な血流を得られたこと、が考えられた。

【結語】 右房内巨大腫瘍を形成した粘液腫の症例を経験した。

### 演題 3

「右下肢脱力で来院した多発性脳梗塞の一例」

杏林大学循環器内科、神経内科、心臓血管外科

佐藤一樹、坂田好美、南島俊徳、水野宜英、山根忍、古谷充史、  
西山和利、須藤憲一、吉野秀朗

[症例] 突然発症した右下肢脱力を主訴に当院神経内科を受診した高血圧、外傷性くも膜下出血の既往のある 54 歳女性。神経学的異常所見として右下肢単麻痺を認めた。頭部 CT 上異常所見認めなかったが、頭部 MRI にて左中心前回正中側に 10 mm 大の脳梗塞像と多発する小梗塞像認め緊急入院となった。同時に施行した頭部 MRA 上、動脈硬化性変化に乏しく、心原性の多発性脳梗塞症疑われた。来院時、血液検査上トロポニン I 1.10、CRP 4.8 と炎症反応上昇認めた。胸部レントゲン上、心拡大、うっ血所見認め無かった。心電図は洞調律で異常所見認めなかった。心臓超音波検査施行したところ 4×3cm 大の可動性のある巨大腫瘤認めた。

[診断] 左房粘液腫による脳塞栓症

[結論] 今回、左房内粘液腫による多発性脳塞栓症の症例を経験した。今回のように単一の血管支配領域で説明できない、脳梗塞の症例では特に心原性塞栓症の可能性も考え診断を行うことが必要であると考え。

## 演題 4

### 「僧帽弁置換術後の経過中に異常が疑われた 1 例」

東邦大学医療センター大森病院 循環器内科、※同臨床生理機能検査部

斉藤早代子、原田昌彦\*、林 京子\*、寶田雄一\*、原 文彦、南條修二、山崎純一

症例は 77 歳女性、僧帽弁後尖逸脱による重症僧帽弁逆流のため 2005 年 2 月に僧帽弁置換術（機械弁）を施行、その 3 ヶ月前に胆嚢炎のため腹腔鏡下胆嚢摘出術を行っている。弁置換後に軽度の炎症反応が持続していたが各種培養は陰性であった。退院後は抗生剤の内服を続けたが CRP は 0.4~1.9mg/dl を推移した。人工弁感染性心内膜炎（PVE）を疑い経胸壁心エコー検査（TTE）で経過観察を行っていたが、同年 9 月、大動脈弁輪後方にわずかなエコーフリースペースの存在が疑われ経過観察となっている。その一ヵ月後もほぼ不変であったが、11 月の TTE でこのエコーフリースペースは明らかに増大（9×20mm）を認めた。カラードプラ法では、収縮期に左室流出路よりこのフリースペース内へ流入する血流が観察されたが左房への穿孔はなかった。経食道心エコー（TEE）を行ったところ、置換弁座周囲の左房側に疣贅（18mm）と大動脈弁輪部から弁上にかけての膿瘍を認めた。膿瘍腔の一部はエコーフリースペースとなり、カラードプラ法では左室から膿瘍腔、さらには左房へ流入する血流を認めた。大動脈弁にも疣贅の付着が疑われたが逆流はなかった。血液培養では表皮ブ菌が検出され PVE と診断、同年 12 月に両弁置換術を行った。術後は感染のコントロールもついて経過は良好である。本症例において術前の TTE で疣贅や左房へ穿通する血流は検出できなかったが、その詳細な観察に TEE が有用であった。しかし、もう少し早期に TEE を施行し PVE の診断ができていれば、弁輪部膿瘍の合併や大動脈弁置換をも回避できた可能性があり、TEE による積極的な検索を行うべきであったと考える。

## 演題 5

### 「肺動脈狭窄症が疑われた一症例」

東京医科大学八王子医療センター 循環器内科/心臓血管外科

東京医科大学八王子医療センター 生理検査室\*

東京医科大学八王子医療センター 病理病理学教室\*\*

喜納 峰子 小林 裕 木内 信太郎 松本 知沙 小平 真理 加藤 浩太 相賀 護

吉田 雅伸 会澤 彰 高澤 謙二 小長井 直樹 工藤 龍彦

塚越 進\* 長沢 広司\* 鈴木 勇\* 駒谷 敏子\*

芹澤 博美\*\*

症例は 53 歳女性，H17.8 月頃より出現した微熱と左背部痛を主訴に来院。外来にて諸検査施行するも特に異常所見を認めず，H18.1/5 感染性心内膜炎鑑別のため施行した心エコーにて肺動脈血流速亢進(2.7m/sec)，肺動脈右室流出路圧格差 18mmHg，moderate TR(TR からの推定右室圧 80~max117mmHg)認め肺動脈弁狭窄症が疑われたが，更によく観察すると肺動脈内に血栓を疑わせる mass echo を大量に認めた。肺血栓塞栓症の診断で同日緊急入院となり，肺血流シンチでは左肺野への集積低下，胸部 CT 上肺動脈から右室内に進展する mass を認めた。肺血栓塞栓症に対し抗凝固療法開始したが，mass の縮小はほとんど認められず，背部痛も存在することから悪性疾患の可能性を考慮し Ga シンチ，Tl シンチ施行したところ肺門部に一致した集積を認め，採血上 IL-6 高値を認め悪性疾患が示唆された。心臓血管外科転科となり，2/14 肺動脈内腫瘍摘出術施行。開胸すると肺動脈内に充満する腫瘍を認め，また，心外膜へ浸潤しており，病理診断では pleomorphic sarcoma と診断された。

## 演題6

### 「心臓外腫瘍性病変の鑑別に苦慮した1例」

<sup>1</sup> 日本大学医学部内科学講座 循環器内科部門

<sup>2</sup> 日本大学医学部先端医学講座

<sup>3</sup> 日本大学医学部内科学講座 腎臓内分泌内科部門

<sup>1</sup> 太田昌克、<sup>1</sup> 笠巻祐二、<sup>1</sup> 東海康太郎、<sup>1</sup> 尾形 滋、<sup>1</sup> 依田俊一、<sup>1</sup> 佐藤裕一、

<sup>1</sup> 渡辺一郎、<sup>2</sup> 齋藤穎、<sup>1</sup> 小沢友紀雄、<sup>3</sup> 松本紘一

抄録：

症例は2枝バイパス手術（GEA-RCA, SVG-LCX）の既往のある74歳女性。平成17年3月12日、前胸部から左肩にかけて間欠的な疼痛を自覚し当院救外受診、心電図上II III aVFでSTの低下を認め、胸部レントゲン上肺うっ血を認めたため急性冠症候群、うっ血性心不全の診断にて当院CCU入室となった。心不全改善の後循環器科転科となり、経胸壁心エコーを行ったところ左房後面に39x44mmの円形の構造物を認め、経食道心エコーにて左房外側に左心耳を圧排する内部low echoicなmassを認めた。当初は心臓外腫瘍の他、食道裂孔ヘルニア等も考えられたが、最終的にはMDCTにてSVGに外径約4.5cm、造影される約3cmの内腔を有する瘤をみとめた。

今回、経胸壁心エコーにより心外構造物を発見し、SVG aneurysmを経食道心エコー、MDCTで評価しえた1例を報告した。SVG aneurysmはまれな病態であるが、壁在血栓による心筋梗塞症発症のリスクが高く、保存的加療では予後不良であり、早い段階から積極的な外科的治療を考慮すべきである。