

第 49 回東京心エコー図研究会 症例検討会抄録集

平成 23 年 5 月 21 日 (土)

14:00～17:00

会場:東京商工会議所7階 国際会議場

第 49 回東京心エコー図研究会 症例検討会 登録演題

題名：「術前心エコー検査で診断が困難であった左房内腫瘍の一例」

順天堂大学医学部附属順天堂医院 循環器内科

○市川良子、大門雅夫、圓山雅己、廣瀬邦章、宮崎彩記子、川田貴之、鈴木宏昌、河合祥雄、
代田浩之

抄録

症例は、76 歳女性。既往に高血圧症、パーキンソン病があり、近医で加療されていた。

平成 22 年に眼痛があり、左外側半盲指摘され頭部 MRI で脳腫瘍を認めた。また同時に施行した心エコー図で左房内腫瘍指摘され、心臓腫瘍摘出術目的に平成 23 年 3 月 15 当院心臓血管外科紹介入院となった。

経胸壁心エコー図では、左房後壁から左房入口部のところまで届く、柔らかい可動性腫瘍を認めた。また経食道エコーでは、左房内の全長 5cm ほどの策状構造物であり、右肺静脈流入部近傍の左房天蓋部に付着していた。腫瘍先端はイソギンチャク様で、可動性は大きく僧帽弁を越えて左室まで運動を認めた。また偶発的に下行大動脈に血栓閉塞型の解離を認めた。

その他術前精査では、心電図は洞調律で、心負荷、ブロックの所見はなく、胸部レントゲンでは、心拡大など認めなかった。胸部 CT では、上行大動脈は 46mm と拡大しており、下行大動脈は偽腔閉塞型の解離を認め径は 52mm であった。また冠動脈 CT では有意狭窄は認めなかった。

画像診断では、鑑別として、線維性弾性腫、粘液腫などが考えられたが、特徴的所見は認めなかった。

3 月 19 日に当院心臓血管外科で腫瘍摘出術及び上行大動脈置換術を施行。術中所見は、心房中隔に付着する 1.5×7cm 大の有茎性の腫瘍であり、術式は、腫瘍は内膜とともに切除し、内膜欠損部は自己心膜でパッチ形成、上行大動脈は人工血管で置換術を施行した。摘出した腫瘍は、肉眼的に 11.5×2.0×0.8cm 大の腫瘍で、全体的形態は舌状であり一部うっ血をともなっていた。病理検査結果は、至るところで出血があり、炎症細胞浸潤と、粘液腫に特徴的な一部紡錘形間葉細胞も認められており、左房粘液腫であると診断した。

今回我々は、術前画像検査では診断が困難であった左房粘液腫の症例を経験したので報告する。

「心尖部瘤の鑑別診断」

東京大学医学部附属病院

宇野漢成 竹中 克 海老原文 山形裕美 細谷弓子 岩田 洋 永井良三
齋藤 綾 小野 稔

症例：70歳、男性。既往歴：68歳より高血圧の加療。家族歴は不明（養子）。
現病歴：2011年3月17日、脱分化型軟骨肉腫に対する左下肢切断術の麻酔導入後、ECG上I、aV_L、V₁-V₆の広汎なST上昇を認めた。手術を中止し、AMIの診断で人工呼吸管理のまま、当院に緊急搬送。当院救急外来でのECGも同様の所見であり、心エコー上前壁中隔のsevere hypokinesisを認め、緊急CAG施行。CAG：#1：50-75%、#6：100%。引き続き#6にstentを留置。max CK/CK-MBは221/31 U/l（発症から10時間）。3月22日にPCI後経過良好のため元の病院に再転院。その搬送中に心肺停止となり、救急隊によるCPR開始、当院に再到着、エピネフリン1A静注後に洞調率に戻った。心エコー上心嚢液を認めず、肺塞栓症を示唆する所見もなかった。緊急CAGの結果はPCI直後と同じであった。CTで多発性脳梗塞を認め、心原性塞栓症が疑われた。3月25日の心エコーで左室心尖部瘤形成と心室内血栓を認めた。4月1日の心エコーで左室心尖部に外へ突出する半月～有明月状の瘤を認め、心筋梗塞後に破裂した心筋内血腫か、仮性心室瘤が疑われた（画像供覧）。脳塞栓症直後でもあり、IABPを挿入し、心筋線維化を待ち、4月8日に準緊急手術を行った。

術式：心尖部瘤の切除＋同部位のパッチ閉鎖。

本症例は心尖部瘤の形から心エコー検査担当者が破裂した心筋内血腫を疑ったが、手術及び病理診断は仮性心室瘤であった。両者の鑑別について考察を加えて報告する。

【症例報告】

若年性脳梗塞を来し、10年後に心不全を発症し外科的修復術を施行した連合弁膜症の一例

¹⁾ 北里大学循環器内科学、²⁾ 心臓血管外科学

小板橋 俊美¹⁾、猪又孝元¹⁾、甲斐田 豊二¹⁾、品川弥人¹⁾、柴田 講²⁾、宮地鑑²⁾、和泉 徹¹⁾

症例は51歳男性。41歳時に脳塞栓症を発症したが、原因不明であった。その10年後、NYHA機能分類4度の心不全を発症し他院に入院となった。大動脈弁狭窄兼逆流と僧帽弁逆流を認め、心不全管理後、精査加療目的で当院に紹介となった。

心エコー図上、大動脈弁は可動性が低下し、軽度の大動脈弁狭窄と中等度の大動脈弁逆流を認めた。Cuspは均等で、弁は3尖、NCCとRCCの弁尖は肥厚し、domingを認め、NCCとRCCの基部は一部石灰化により癒合していると判断した。また中等度の僧帽弁逆流を認めたが、僧帽弁には器質的変化はなく、弁輪拡大およびtetheringによるものが考えられた。経食道心エコー図では、RCCの弁尖から基部にかけて付着する腫瘤が認められた。心臓カテーテル検査では、大動脈弁を含め、透過性の低い石灰化を示唆する所見は認めなかった。手術適応と判断し、大動脈弁置換術および僧帽弁形成術を施行した。

手術所見では、大動脈弁はNCCとRCCの癒合した二尖弁であり、弁表面の左室側に器質化した血栓が大量に付着していた。大動脈弁は肥厚していたが、肉眼的には弁尖や弁輪に石灰化を認めなかった。

石灰化を伴う大動脈二尖弁での脳塞栓イベントは、稀ながら報告されている。本症例では、肉眼的に大動脈弁の石灰化を認めなかったにもかかわらず、弁に血栓の付着を認め、10年前の塞栓症の原因となった可能性が考えられる。病理組織診断では大動脈弁のごく一部に石灰化を認めた。大動脈二尖弁では、臨床的な石灰化病変が明らかでなくとも、血栓形成に寄与する器質的変化が生じている可能性があり、病態により抗凝固薬の導入を検討する必要がある。若年性の脳塞栓症に遭遇した際には、心内血栓の有無のみならず、大動脈弁の形態にも留意して心エコー図検査を行うべきである。

肝機能障害を認めた心不全の一例

前川恵美、島田 恵、小杉理恵、馬場彰泰、高橋路子、山田洋子*、小平まさみ*、木村さゆり*、林 規隆*、赤石 誠

北里大学北里研究所病院 循環器内科

*診療技術部 臨床検査科

症例は 88 歳女性。肝機能障害のため、総胆管結石疑いで消化器内科に入院した。入院後、呼吸困難と尿量低下が出現し循環器内科に転科した。BNP は 1680 pg/ml と高値であり、胸部 X 線写真にて心拡大と両側胸水を認めた。心エコー図では、左室駆出率は保たれているが、僧帽弁と三尖弁に中等度の逆流を認め、肺高血圧を呈していた。以上より、僧帽弁閉鎖不全症による心不全と初期診断した。心不全治療は難渋した。その後心エコー図を施行したところ、下壁基部に局限した 37x20 mm 大の心外膜下心室瘤を認めた。右室自由壁と連続する部分と、瘤の底部に断裂があり右室への大きな短絡を作っていた。そのため、心不全の原因は下壁心筋梗塞に伴う心外膜下心室瘤と心室中隔穿孔と判明した。内科的治療により心不全は軽快し退院となった。その後 4 年間心不全による入院なく経過した。今回、同部位を三次元心エコー図で観察し、その形態を詳細に評価した。それによると、下壁から心室中隔後半部にかけて心室壁が欠損し心室瘤を形成し、大きく右室側へ張り出しており 2 か所に孔がある。右室へ交通している直径 6 mm 程度の孔は収縮期に拡大し、収縮・拡張期とも短絡血流を認めた。

心筋梗塞に伴う心外膜下心室瘤と中隔穿孔の合併例は、まれであり死亡率が極めて高い。本症例のように、診断後 4 年間生存したことは興味深く、形態把握において経胸壁 3 次元心エコー図で観察することができたので報告した。

IL-6 が異常高値を示した右房内腫瘍の一例

五十嵐 裕美¹⁾、原田 昌彦²⁾、吉川 浩一²⁾、煙草 敏²⁾、林 京子²⁾、寶田 雄一²⁾、佐藤 秀之¹⁾、久武 真二¹⁾、原文彦¹⁾、渋谷 和俊³⁾、渡邊 善則⁴⁾、山崎 純一¹⁾、

東邦大学医療センター大森病院 1) 循環器内科、2) 同臨床生理機能検査部、3) 同病院病理部、4) 同心臓血管外科

[症例] ; 60 歳男性

[臨床経過] ; 健康診断にて高血糖と心電図異常を指摘され近医を受診し、心エコー検査で右房内腫瘍を認め当院へ精査入院となった。自覚症状としては全身倦怠感を認めていたが、労作時の息切れや浮腫などなく、身体所見に異常所見はなかった。血液検査では白血球数;9600、CRP;14.6mg/dl、インターロイキン6 (IL-6) ;51.6pg/dl (正常:0.2pg/dl) と著明な上昇を認めた。動脈血ガス分析では低酸素血症は認めなかった。胸部 X 線では心拡大なし、心電図は正常洞調律、明らかな ST 変化は認めなかった。経胸壁心エコー図検査では、三尖弁の中隔尖直上に付着する径 18×17mm の右房内腫瘍を認めた。内部エコーは均一で、心周期による形態変化はほとんどなく、拡張期に右室への嵌入もなかった。術前診断としては、IL-6 の上昇、炎症反応の上昇を伴う心臓腫瘍であり粘液腫を強く疑った。その他、鑑別診断としては、乳頭状線維弾性腫、疣贅、血栓などが挙げられた。炎症反応が高値であること、今後の肺塞栓症合併を考慮し手術を施行した。

摘出された腫瘍の組織は、薄く扁平な細胞で被覆された大小の絨毛状構造を呈し、乳頭状線維弾性腫として矛盾のない所見であった。乳頭状線維弾性腫の IL-6 上昇例の報告はないが、本症において、腫瘍摘出後、IL-6 値は速やかに正常化したことから、腫瘍の存在が直接ないし間接的に IL-6 産生を促進したものと推測される。

失神発作発症時、左室流出路狭窄を認めた一例

帝京大学医学部附属病院 循環器内科¹、中央検査部²

齋藤智久¹、鈴木伸明¹、小林花子²、白倉和代²、千久田いくみ²、飯野立¹、紺野久美子¹、横山直之¹、古川泰司²、一色高明¹

症例は 64 歳女性。日中外出時めまいを自覚した後失神発作を来し、当院 ER へ救急車で搬送された。発症前から胸痛の自覚は無く、搬入時意識は清明であった。また、前夜は 2 人暮らしの姉の入院に関するトラブルのため、ほとんど睡眠がとれていなかった。来院時の心電図は正常洞調律で、ST-T 変化を認めなかった。心エコー図上、左室心基部の過収縮および心尖部の広範囲壁運動を認めた。加えて S 状中隔および僧帽弁の収縮期前方運動、連続波ドップラー上最大圧較差 142 mmHg の左室流出路狭窄を認めた。しかし、第 7 病日には心尖部の壁運動異常は改善傾向を示し、流出路の圧較差は 13mmHg であった。冠動脈造影では正常冠動脈で、心筋生検の結果心筋細胞の錯綜配列を認め、肥大型心筋症と診断した。他院で 2 年 8 カ月前に施行されていた心エコー図所見を参照したところ、軽度の左室流出路狭窄は発症前から存在していたものと判明した。本症例では、たこつぼ心筋症を発症したことによる左室心基部過収縮により、もともと存在していた左室流出路狭窄が増強したために、失神発作を来したものと推測された。