

**第 56 回東京心エコー図研究会  
症例検討会抄録集**

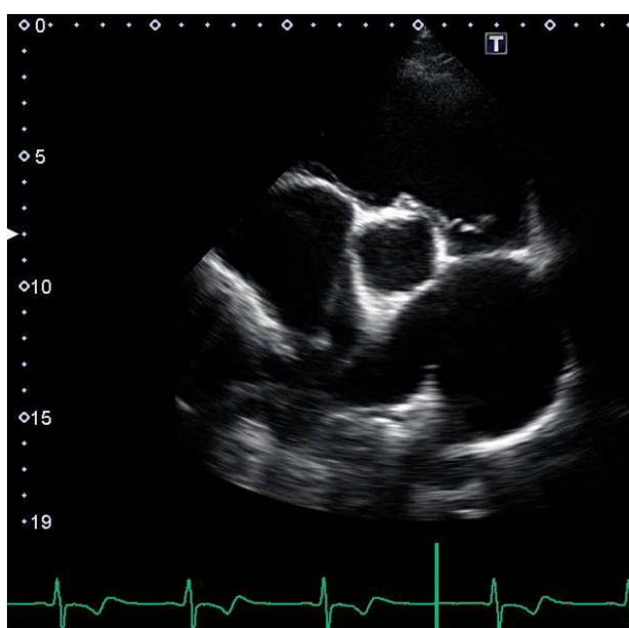
## 術後 35 年に労作時息切れが出現した心房中隔欠損症術後の一例

北里大学医学部 循環器内科学

中村洋範、小板橋 俊美、柿崎良太、前川恵美、猪又孝元、阿古潤哉

症例は 46 歳、女性。1987 年の 11 歳時に他院で心房中隔欠損症(ASD)の手術を受け、無症状で経過していた。2013 年 5 月から感冒を契機に労作時息切れが出現し、当院へ紹介受診となった。受診時 NYHA 機能分類 II であり、心エコー図検査では著明な右心拡大、重症肺動脈弁逆流(PR)を認め、左室の収縮能は保たれていたが、全心周期を通して右室からの強い圧排を受けていた。胸部 CT では主肺動脈に 6cm の巨大瘤を認めた。心臓カテーテル検査では、残存シャントはなかったが、右房圧の上昇に加え、平均肺動脈圧 26mmHg、肺血管抵抗 3.3 woods と肺高血圧を認めた。一方、肺動脈楔入圧と左室拡張末期圧も 16、19mmHg と高値であった。心拍出係数は 2.1 L/min/m<sup>2</sup> と低下しており、複雑な病態を呈した。酸素負荷では、肺動脈圧に著変はなかったが、肺血管抵抗は低下し、心拍出量は増加した。前医の手術記録および心エコー図検査の経過から、肺動脈弁の器質異常に伴う PR、肺動脈拡張は手術時より存在し、肺高血圧と更なる肺動脈拡張は進行性であることが示唆された。以上より、労作時呼吸困難、肺高血圧、肺動脈瘤の原因として、肺動脈性肺高血圧の関与、PR による肺動脈拡張および右心拡大、右室の圧排による左室拡張不全が考えられ、肺高血圧治療薬とともに外科的介入が必要と考えられた。

術後経過が良好とされている ASD では術後は通院を中止することも多い。しかし、遠隔期に肺高血圧や肺動脈瘤、肺動脈逆流が顕在化し、介入が必要となる重症例が存在する。術後に肺動脈弁逆流や肺動脈拡張が残存する症例では、注意深い経過観察を要する。



## 経胸壁 3D 心エコーでの詳細な観察が有効であった僧帽弁閉鎖不全症の一例

有馬 秀紀 1)2)、中村 憲司 2)、田淵 典之 1)

1) 横浜みなと赤十字病院 心臓血管外科、2) 東京都保健医療公社 荏原病院 循環器内科

症例:67 歳男性 既往歴;バセド一病 (good medication control)

現病歴;201X 年 4 月、心房細動を背景にした心原性脳塞栓症を発症し、当院神経内科へ入院。その際偶発的に severe MR を認め、精査目的に当科へ紹介。

入院時現症; HR 75 回/min (不整), SpO<sub>2</sub> 98% 心音異常なし、心雑音;心尖部に収縮期逆流性雑音 (Levine3/6)入院時検査所見;PT-INR 2.29 APTT 40.0sec BUN

23.4mg/dl Cre 0.71mg/dl BNP 84.0 pg/mL ECG; Af, LAD / HR 75bpm X-ray;

CTR 54% congestion(-) CT; 僧房弁 弁下組織に明瞭な高輝度変性あり/僧房弁自体の石灰化などは乏しい

UCG: LVDd/Ds 47/31 mm EF 61% LA dimension 43mm

E/A 1.12/ - m/s TR mild; RVSP 35mmHg IVC 12mm

MR; severe 後尖の肥厚および逸脱を認め、僧房弁弁口からの広範な MR

さらに medial scallop 付近からの左房後壁への偏在性 MR を認めた。

弁下部心筋に高輝度変性腫瘍あり

経食道エコー(塞栓原精査目的に施行) LA / LAA 内に血栓なし、血流低下なし

後尖の広範囲な逸脱および逸脱性 MR は確認可能も、詳細な判断困難

以上の経過より、左室拡大なし、左室収縮機能良好、心不全なしの無症候性 severe MR ではあるものの、Af をともなっており、弁形成可能であれば、MV 形成との判断となり、TTE でのより詳細な弁形態観察が行われることとなった。

Toshiba Artida 搭載の 3D を mapping として使用した詳細な検討では、P1-P3 に至るまでの広範囲な肥厚変性および逸脱による severe MR を認めた。更に medial scallop 付近の偏在性 MR 部位では、P3 相当弁尖を認めず、P3 の欠損が確認された。

TTE より、後尖広範囲肥厚変性+逸脱および P3 欠損による MR と判断し、その後当院心臓血管外科で弁形成術が施行された。術中所見では、Barlow disease に伴う後尖全体にわたる広範囲な粘液様変性+逸脱を認めた。Medial scallop では後尖直下に炎症瘢痕と考えられる石灰化病変を認め、P3 は同部位へ癒着しており、弁形態への関与がなかったことが確認された。以上より Barlow disease に伴う後尖広範囲逸脱+P3 の炎症性癒着による severe MR であったと判断した。なお、生検などは施行できず、炎症瘢痕の背景は明らかではないが、同部位以外に炎症を疑わせる所見は認めなかった。【考察】無症候性の severe MR の手術適応については、日常診療において悩むところも少なくなく、ガイドラインにおける”弁形成術の可能性“に依存することも多い。しかし、本症例のように複雑な病態の絡んだ MR については UCG で判断することが困難なこともある。それでも、3D を用いた詳細な TTE の観察が、術前病態の把握、術式決定に多大な貢献を来した一例であり、報告する。

## 僧帽弁術前心エコーで右房内異常構造物を認めた一例

東京都立多摩総合医療センター

伊東勘介、永田健一郎、植松庄子、岡部雄太、大野睦記、巴里彰吾、辻正樹、  
西村睦弘、浅野奏、小木曾正隆、森大、岩波裕史、磯貝俊明、二川圭介、田中博之

抄録:症例は 62 歳男性 . 重症僧帽弁逆流症の術前評価目的に経食道心エコーを実施した. 僧帽弁逸脱症を認める他に冠静脈洞の拡大と右房内異常構造物を認めていた. シヤント疾患は認められなかった. エコー上, 異常構造物は心房内中隔上前方から右房側壁にかけて棒状に存在しており, 長さ約 3.0cm, 太さ約 0.5cm の表面は平滑で心筋壁に近い輝度を呈していた. 手術中の肉眼的所見は表面平滑で心内膜面に近い性状の棒状構造物であった. 右房内に認められる構造物については, 腫瘍, 血栓, Chiari network, Eustachian valve, Thevesian valve, 右心耳肉柱, 三心房心などがある. 今回, 右房内異常構造物を有する稀有な症例を経験したので文献的考察も含め報告する.

## 特異な経過をとった重症心不全をともなう大動脈弁閉鎖不全症の一手術症例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院

三木健嗣 1)、田中慶太 1)、成瀬好洋 1)、児玉隆秀 2)、石綿清雄 2)

循環器センター外科 1)循環器センター内科 2)

症例は 57 歳男性。特記すべき既往歴なし。

2014 年 3 月に呼吸困難感を自覚し心不全の診断で他院入院となった。UCG 所見では MR3 度、TR3 度、AR2 度に加え僧帽弁腱索断裂を認めたため、手術を勧められるも仕事を理由に手術は拒否し利尿薬を投与され症状は改善し退院となった。

同年 9 月下腿浮腫の増悪、呼吸困難感を認めたため当院救急外来を受診。受診時 III 音を聴取、レントゲンでは CTR73%と心拡大、肺血管陰影の増強を認め、急性心不全の診断で緊急入院となった。UCG は EF47%、LVDd/s:86/65mm、LAD56mm と左房拡大、左室拡大を認めるほか僧帽弁前尖の逸脱を伴う Severe MR(腱索断裂を伴う)および severe AR を認めた。右心カテーテル検査では CO(I):4.54(2.98) PCWP:33(a:25 v:50)であり、手術療法を強く勧め、心不全治療により全身状態が落ち着いたところで 10/8 に AVR+MVR を施行した。

上記所見より過去に感染を疑うエピソードがないか病歴を詳細に確認したところ、2013 年 12 月に意識消失発作を認め大阪の病院に救急搬送されたエピソードがあった。BT38.8°Cの発熱と HR117/min の頻脈、血液所見は CRP18mg/dl ,WBC24000/ $\mu$ l と炎症反応上昇を認めた。意識消失の原因としては敗血症による血圧低下が最も考えられ、入院加療を勧められるもやはり仕事の都合で入院は拒否、LVFX 内服で帰宅となっておりその後数日で幸い解熱していた。

術中所見:大動脈弁に明らかな vegetation は認めないが NCC に明らかな perforation を認めた。一方で myxomatous change は軽度であった。以上より大動脈弁輪部膿瘍の治癒後として矛盾しない所見と考えた。また僧帽弁に関しても myxomatous change は軽度、明らかな弁破壊は認めなかったものの A2 弁膜に浮腫状 mass を 2 か所認め P2 にも同様所見を認めた。

上記より感染性心内膜炎により severe MR AR を発症したと考えた。

我々は感染性心内膜炎治癒後の連合弁膜症を経験した。本人の仕事の都合による複数病院への受診が、病歴聴取を複雑にしたが、心エコー所見および術中所見より上記診断に至った。