

偶発的に認めた左室内腫瘍の一例

瀧上 悠¹⁾、前川恵美¹⁾、甲斐田豊二¹⁾、飯田祐一郎¹⁾、成毛 崇¹⁾、郡山恵子¹⁾、小板橋俊美¹⁾、北村 律²⁾、宮地 鑑²⁾、阿古潤哉¹⁾

北里大学医学部 循環器内科学¹⁾、心臓血管外科学²⁾

症例は75歳、女性。2017年9月に自宅で転倒し、前医を受診し右大腿骨転子部骨折の診断となった。術前精査のために施行した心エコー図にて左室内腫瘍を認めたため、精査加療目的に当院へ転院搬送となった。

転院時、塞栓症を疑うような自覚症状や神経学的所見は認めなかった。心エコー図検査では、左室心尖部に13x9 mm大の辺縁不整で内部は不均一な球状の腫瘍を認めた。腫瘍の両端は左室壁から紐状の構造物で支えられており、ゴムボールのように可動性に富んでおり、形状変化も認めた。心エコー図所見から、正常構造物や血栓は考えにくく、腫瘍性病変を疑った。全身造影CTでは塞栓症を疑う所見は認めず、左室内腫瘍は指摘できなかった。無症候性の左室内腫瘍であるが、10 mm以上で可動性に富んでおり塞栓症のリスクが高いと判断し外科的摘除を施行した。術中所見では、両乳頭筋間に10x15 mm程度のイソギンチャク様の腫瘍が、左室壁と複数の腱索様組織で2箇所つながっていた。腱索様組織を切離し、腫瘍を摘出した。病理結果では、12x8x6 mm大で全体的に乳頭状を呈しており、Papillary fibroelastoma (PFE)の組織像に矛盾しない所見であった。

PFEは50~80歳に好発し、原発性心臓腫瘍としては、粘液腫について2番目の頻度で見られ15%を占める。心内膜のあらゆる部位に発生し得るが、80%以上が弁膜から発生する。今回、左室心尖部の仮性腱索という稀な部位に生じたPFEを経験した。当院で経験した数例のPFEと合わせて、若干の文献考察を交えて報告する。



Why is he standing? Mystery of dynamic change in mitral regurgitation

演者：坂井 克彰

東海大学医学部附属病院 内科学 循環器内科

共同演者：大野 洋平、中村 則人、木村 学、堀之内 仁美、村上 力、中澤 学、赤石 誠、伊苺 裕二

高血圧、持続性心房細動加療中の 75 歳男性。呼吸苦を主訴に来院、急性非代償性心不全の診断で入院。利尿薬および少量強心薬で心不全代償後の TTE では LVEF 54 %、重症 MR、中等度 TR、肺高血圧を認め、TEE では弁尖の接合不全による重症 MR を認めた。

毎朝回診時に患者が立位でいることに気付き、仰臥位より立位で MR 雑音の減弱を認めた。TTE で MR の逆流流量(RV)と有効逆流弁口面積(EROA)を計測、 仰臥位(RV 35.1 ml, EROA 0.26 cm²)、立位(RV 24.8 ml, EROA 0.16 cm²)、立位+ドブタミン(DOB)(RV 16.6 ml, EROA 0.11 cm²)であった。右心カテーテル検査で V 波(PCWP)は仰臥位 17 mmHg、立位 9 mmHg、立位+DOB 2 mmHg であった。立位と DOB で前負荷軽減と収縮力増強により弁尖の接合が改善し、ダイナミックに変化した MR の逆流流量の詳細な変化を観察し得た貴重な 1 例を経験した。

息切れ、下腿浮腫、多発リンパ節腫脹、色素沈着を主訴に来院した肺高血圧症の一例

東京慈恵会医科大学附属病院循環器内科

福本梨沙、宇野剛輝、井上康憲、森本智、田中寿一、川井真、吉村道博

45 歳女性。4 年前より慢性的な疲労感を自覚していた。また 3 年前より下腿浮腫を自覚していた。今回、労作時呼吸困難が出現するようになり近医を受診し、精査加療目的に当院入院となった。

心電図上、右室肥大所見を認め、心臓超音波所見上、著明な右心系の拡大及び肺動脈の拡張を認めた。肺高血圧症に伴う症状が考えられ、右心カテーテル検査施行したところ、mPA 58mmHg, PCWP 15mmHg, PVR 12.6wood unit であり、肺動脈性肺高血圧症として矛盾しない所見であった。原因検索として全身 CT 施行したところ、頸部・両側腋窩・傍大動脈領域リンパ節腫大、肝脾腫、骨多発硬化像、両側胸水、腹水、心嚢液貯留を認めた。

全身疾患に起因する肺高血圧症を念頭に鑑別疾患を考え、その他、皮膚の色素沈着及び軽度皮膚硬化の所見、神経伝達速度検査の低下、血液検査所見上抗 VEGF 抗体陽性、リンパ節生検の結果から、POEMS 症候群と診断した。

他院へ加療目的に紹介し、加療後肺高血圧症は改善した。

労作時呼吸困難の原因精査において心臓超音波検査の有用性と、肺高血圧症の診断時には治療可能疾患が背景にあることを念頭に、全身検索を行うことの重要性について示唆に富む症例であった。

経皮的冠動脈形成術後に合併した左房解離の一例

JR 東京総合病院 臨床検査科生理機能検査室

鷲谷宗秋、浅川雅子、鈴木睦美、菅原佑、池崎真弥、山下皓正、村岡洋典、川上拓也、碓井伸一、杉下和郎、安喰恒輔

【症例】60歳台男性

【既往歴】糖尿病、高血圧

【家族歴】特記すべきことなし

【現病歴と経過】

労作時胸痛の精査目的に当科受診し、CAGにて#3完全閉塞、#7 99%狭窄を認め、#3に対する経皮的冠動脈形成術（PCI）施行。回旋枝の心房枝から#4AV末梢側副路からの逆行性アプローチにより#3のPCIを試みたが、側副路の選択的造影にて造影剤の血管外漏出を認めたため、マイクロカテーテルによる止血を試み、最終造影では造影剤漏出を認めず終了。PCI当日夜間にも胸痛が持続したが心電図変化はなく、ステント留置による伸展痛と判断した。翌日心エコー実施したところ、左房後壁に60x40mmの等輝度腫瘍を認め、左房解離による左房筋層内血腫と診断した。血行動態は安定しており、抗血小板薬は継続とし、頻回に心エコーで経過観察した。血腫は拡大せず、第10日内部エコーがやや低くなってきた。その後、隔壁を伴う低輝度腫瘍となり、若干縮小した。経過中には発作性心房細動を合併し、また第27病日2:1心房粗動発作による動悸を訴え、このとき心電図でV5,6陰性T出現と高感度トロポニンI 16000pg/mlと上昇したため、残存狭窄部#7急性心筋梗塞と診断し、第28病日緊急PCIとなり、ヘパリン11000Uを使用せざるを得なかった。PCI終了時にはプロタミンにてリバースした。血腫は心エコーでちょうど縮小し始めた時期であったが、幸いこのヘパリン使用後の左房壁内血腫の拡大は認めなかった。その後血腫は、周囲が高輝度となり、内部エコーは低輝度のまま徐々に縮小し、最終的に約半年後には心エコーで描出されなくなった。急性心筋梗塞および左房壁内血腫は外来治療可能と判断し、第43病日退院となった。発作性心房細動は薬物療法によりコントロール可能で、経口抗凝固療法は併用していない。

【考察】左房解離、あるいは左房壁内血腫は心臓手術の稀な合併症で、僧帽弁手術後に多いがその頻度は明らかでなく、自然解離例のほか、心カテーテルの合併症としても報告がある。左房解離の治療は75%が手術、25%は保存的治療により血腫吸収を認めたという報告がある。当院では、現在までに本例を含め、2例のPCI後左房解離合併の経験があり、いずれも心エコーで経過観察しながら、保存的治療にて治療できた。ステント留置術後には抗血小板薬二剤併用が必須である一方、出血性合併症が発生した場合の抗血小板薬継続は意見の分かれるところである。心房細動合併例では抗凝固療法併用の要否判断も必要となる。今回はさらにヘパリン使用が迫られ、出血疾患合併含めた左房血腫の悪化が懸念される状況であったが、これらの治療に際しては、心エコーによる経過観察が治療方針決定のうえで重要かつ有用であった。【まとめ】保存的治療に成功した左房解離による左房壁内血腫の経過を心エコーにて観察しえた症例を経験し、貴重な症例として報告する。