

### 術前心エコーで偶然発見された心臓腫瘍の一例

東京大学医学部附属病院 循環器内科<sup>1</sup> 検査部<sup>2</sup>

澤田直子<sup>1</sup> 大門雅夫<sup>2</sup> 中尾倫子<sup>2</sup> 中西弘毅<sup>1</sup> 廣川愛美<sup>1</sup> 石渡惇平<sup>1</sup> 吉田由里子<sup>1</sup> 徐博卿<sup>2</sup> 宇野漢成<sup>3</sup> 小室一成<sup>1</sup>

症例は 65 歳男性。労作性狭心症にて冠動脈三枝に PCI 施行歴あり。

2015 年 7 月健康診断の際、胃内に隆起性病変を指摘され、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) 目的に当院消化器内科紹介受診し、精査加療目的に入院となった。術前経胸壁心エコー検査で、左房内に可動性の索状構造物を認めた。経食道心エコー検査では左心耳と左上肺静脈の間に付着する 2cm 程度の索状構造物が観察され、心電図同期造影 CT でも同様の所見であった。周囲組織や心筋内への浸潤は認めず、明らかな塞栓も認めなかったが、今後の塞栓症リスクを考慮して左房内腫瘍摘除術を施行した。ここでは、病理所見および画像の提示とともに、文献的考察を加えて発表する。

### 多発性脳梗塞で見つかった感染性心内膜炎の一例

田中亜由美<sup>1</sup>、南雲美也子<sup>2</sup>、神山恭子<sup>1</sup>、工藤朋子<sup>1</sup>、齊木克央<sup>1</sup>、濱田靖<sup>1</sup>、岩崎康治<sup>1</sup>、服部修<sup>2</sup>、田中宏明<sup>2</sup>、小野智彦<sup>2</sup>、松村圭祐<sup>2</sup>、鈴木雅裕<sup>2</sup>  
国立病院機構 埼玉病院 臨床検査科<sup>1</sup> 循環器内科<sup>2</sup>

症例は 72 歳男性。右片麻痺出現し、精査加療目的で当院脳神経外科に入院となった。入院 1 週間前から持続する 37 度～39 度の発熱を自覚していた。CT 検査で多発性脳梗塞の所見が得られたことより、感染性心内膜炎による心原性塞栓症を疑った。血液検査では WBC 12800/ $\mu$ l、CRP 10.74mg/dl と炎症反応は高値で、血液培養では 3 セットから *Streptococcus mitis/oralis* が検出された。心エコー図検査で、僧帽弁輪石灰化 (MAC) に付着したほぼ可動性のない高輝度腫瘍を認めた。高輝度腫瘍の精査鑑別のため経食道心エコー図検査を施行した。後交連側の MAC から連続性に高輝度腫瘍を認め、低輝度エコーの可動性ある腫瘍の付着を認めた。低輝度エコーの腫瘍内部には、点状の高輝度エコーが点在し、石灰化を示唆するものと考えられた。可動性ある低輝度エコーの腫瘍は、高輝度腫瘍の Calcified Amorphous Tumor (CAT) に合併した疣腫と判断した。modified Duke's criteria を満たし、感染性心内膜炎と診断した。抗菌薬 (CTX + GM) で、炎症反応の改善を認めたが、経過観察の心エコー図検査では腫瘍は増大傾向にあった。抗菌薬投与開始 7 日目に左目の視野障害を訴えたため、MRI を施行したところ、右頭頂葉を中心に新規脳梗塞巣が散在していた。このため、抗菌薬での感染コントロールは困難と判断し、疣腫除去を目的に手術が行われ

た。術中の所見では、腫瘍はほぼ疣腫の固まりに見られた。心エコー図検査では、僧帽弁輪の破壊はない様に見えたが、弁輪部に達する破壊を認め僧帽弁置換術も追加された。手術で切除された腫瘍からは、好中球の集簇を伴うフィブリン塊と一部に無構造の石灰化変性物が認められ、病理所見からも CAT に合併した感染性心内膜炎と診断された。本症例のように MAC - related CAT に IE が合併した症例では、文献上急速な腫瘍の増大を認め、石灰化を内部に伴う大きな疣腫を形成し、全身塞栓症の頻度が高いと報告されている。

当院で過去に経験した同様の症例のエコー画像と併せてその特徴を報告する。

### ペースメーカー植え込み術 1 年後に認めた巨大右室内血栓に対し、緊急摘出術を施行した一例

慶應義塾大学病院循環器内科<sup>1)</sup> 慶應義塾大学病院心臓血管外科<sup>2)</sup>

福田芽森<sup>1)</sup> 鶴田ひかる<sup>1)</sup> 板橋裕史<sup>1)</sup> 遠藤仁<sup>1)</sup> 白川公亮<sup>1)</sup> 勝俣良紀<sup>1)</sup> 白石泰之<sup>1)</sup> 相澤義泰<sup>1)</sup> 河野隆志<sup>1)</sup> 村田光繁<sup>1)</sup> 山崎真敬<sup>2)</sup> 志水秀行<sup>2)</sup> 福田恵一<sup>1)</sup>

[症例] 65 歳女性。20XX 年、労作時息切れが出現し、前医で洞不全症候群の診断に対し、ペースメーカー植え込み術を施行された。術後より右心不全を認め利尿剤を導入された。1 年後、心室ペーシング調律を認め、右室波高の低下 (1.3mV) によるセンシング不全と判断された。2 ヶ月後下腿浮腫、呼吸苦が出現し、ペーシング不全を伴う心室補充調律 (HR 45/分) を認め、同院に緊急入院となった。経胸壁心エコー図検査と造影 CT 上、右房、右室内に血栓を認めた。第 6 病日に一過性に心室補充調律が消失して心停止となった。直後に補充調律は回復したが、直ちに右内頸静脈より冠静脈洞へ一時的ペースメーカーを挿入され、当院へ転院搬送された。

転院時の心エコー図検査上、右室内血栓および高度の右室拡大、右室障害優位の両心機能低下、高度三尖弁閉鎖不全、心室中隔中部の瘤化所見を認めた。塞栓リスクを考慮し、同日緊急で右房・右室内血栓摘除術・三尖弁輪縫縮術・心外膜リード (心臓再同期療法) 留置術を施行された。術後、ガリウムシンチグラフィでは異常集積を認めなかったが、心筋生検で多核巨細胞を含む類上皮細胞性肉芽腫を認め、サルコイドーシスと診断された。高度の両心機能低下によりドブタミン塩酸塩の持続静注を要する状況が遷延したため、第 15 病日よりステロイドパルスと後療法を行った。第 20 病日に縦隔炎を発症したが (血液培養 MSSA 陽性)、長期抗生剤投与により改善した。徐々に心不全も改善したためドブタミン塩酸塩持続静注は中止となり、その後ビソプロロール内服導入を行い第

60 病日に退院となった。

右室内血栓、高度右室機能障害により発症した両心サルコイドーシスに対して、血栓摘除術、三尖弁形成術、ステロイド治療、心臓再同期療法による集学的治療を行い奏効した症例を経験したので報告する。

### 健診で異常を指摘され、房室伝導の劇的な変化を捉えられた一例

北里大学医学部 循環器内科学

矢崎 麻由、小板橋 俊美、前村 健二、大木 卓巳、藤田 鉄平、池田 祐毅、鍋田 健、郡山恵子、前川 恵美、成毛 崇、阿古 潤哉

#### 【抄録本文】

症例は 47 歳男性。毎年健診を受けていたが、初めて心電図異常と胸部異常陰影を指摘された。健診時の心電図では、完全右脚ブロックと左前枝ブロック、I 度房室ブロックを認め、当科を受診した。心エコー図検査では右室を中心とした著明な壁肥厚と壁運動低下、右室拡大を認め、心臓カテーテルを含む精査を薦めたが、拒否された。しかし、2 ヶ月間で PQ 間隔はさらに著明に延長し、完全房室ブロック (CAVB) への移行の危険があったため、緊急入院となった。入院後の精査により心臓サルコイドーシスの診断に至った。Ga シンチグラフィーでも右室を中心とした心筋に強い集積を認め、炎症活動性が極めて高いことが示唆された。入院中に CAVB へ移行したが、無症状であり、ペースメーカーは植え込まず、ステロイドパルス療法を施行した。治療開始 2 週間後には I 度房室ブロックへと改善し、1 ヶ月後の FDG-PET では心筋集積は消失し壁肥厚・壁運動も改善傾向を示した。その後プレドニンを慎重に漸減しているが、持続的に PQ 間隔の短縮を認めている。

心臓サルコイドーシスの一部では、不整脈原性右室心筋症様の形態機能異常をとることが報告されている。また、房室伝導障害は心臓サルコイドーシスの初発症状となることが多い。本症例は両所見の初期に心臓サルコイドーシスを疑い、診断に至ることができ、強い炎症に伴い進行した房室伝導障害や壁運動低下に対し、ステロイドパルス療法が有効であった可能性がある。