

**第37回東京心エコ一圓研究会  
症例検討会抄録集**

**平成17年 6月 4日 (土)**

**時間:14:00~17:00**

**会場:東京商工会議所7階「国際会議場」**

## 右室内に異常構造物を認めた肥大型心筋症の一例

東邦大学医療センター大森病院 <sup>1</sup>循環器内科、<sup>2</sup>同臨床生理機能検査部

山岸泰道<sup>1</sup>、原田昌彦<sup>2</sup>、林 京子<sup>2</sup>、寶田雄一<sup>2</sup>、安部信行<sup>2</sup>、原 文彦<sup>1</sup>、井上有知<sup>1</sup>、中野 元<sup>1</sup>、山崎純一<sup>1</sup>

症例：66歳、男性

主訴：呼吸困難

臨床経過：平成16年6月より両側下肢浮腫を認めていた。同年10月頃からは浮腫が全身に拡大し、労作時に呼吸困難を伴うようになった。他院を受診し胸水と低酸素血症を指摘され、精査加療目的で当院入院となった。当院入院時に施行した心エコー検査では、左室肥大と右心系の拡大、右室内の肉柱発達、さらには、右室内に長さ約30mmの太い紐状の異常構造物を認めた。この構造物は、三尖弁前尖に付着し、右室内で比較的規則的な動きを示しており、右房や肺動脈への移動はなかった。また、TRは軽度であった。高血圧の既往がないことから肥大型心筋症と考え、さらに、右室の拡大、下腿の浮腫と低酸素血症より肺動脈血栓塞栓症を疑ったことから、この右室内の異常構造物が血栓である可能性も否定できなかった。直ちに、胸部造影 CT、肺血流シンチを施行したが特に異常は認めなかった。また、下肢エコーでも深部静脈血栓は認めなかった。その後、心不全の治療とヘパリンおよびワーファリンを投与し経過観察したが、異常構造物の形態や大きさに変化はなかった。内科的治療で心不全は改善、右室拡大も軽減した時点で再度詳しく観察したところ、右室内の太い紐状構造物の先端部分は右室の乳頭筋に付着していることが確認でき、三尖弁の過長腱索(elongation of tricuspid valve chordae)様の構造物であると診断した。入院当初、比較的規則的な動きを示したことから腱索の一部であるとも考えたが、右室乳頭筋への付着が確認できず、臨床経過から血栓、あるいは腫瘍も疑った。本症は、右室内の肉注が発達しており、また、右室側にも肥大を伴っている肥大型心筋症であり、これらに関連した右室内の異常構造物である可能性がある。一般に、僧帽弁の過長腱索と僧帽弁逆流との関連は知られているが、三尖弁に関しての報告はほとんどなく、本症において三尖弁逆流は軽度であった。右室内異常構造物の鑑別の一つとして三尖弁の過長腱索も考慮する必要があると考える。

## 急性の心タンポナーデで発症した一例

東京医科大学 第二内科

○松本 知沙、田中 信大、平野 雅春、原 武史、進藤 直久、小林 秀行、  
武井 康悦、間中 麻紀、黒羽根 彩子、高橋 のり、山科 章

【症例】30歳、男性。

【主訴】心窓部痛。

【現病歴】平成16年11月初旬より感冒症状出現。同症状出現後3日目に意識消失し転倒。その後心窓部痛、嘔吐出現し当院内科受診した。心電図ではII、III、aVF、V5、V6誘導のST上昇、四肢誘導の低電位を認め、心エコー図では心膜液貯留および著明な両心室の全周性壁肥厚、壁運動低下認めたことから、急性心筋炎の疑いにて緊急入院となった。

【入院後経過】入院後カテコラミン投与するも低血圧、頻脈、奇脈認め血行動態不安定であった。心エコー図所見上は心膜液の増加は認めなかつたが、右房の虚脱所見等より心タンポナーデによるショック状態と考え、同日緊急心膜開窓術を施行。その後徐々に血行動態は安定した。また入院当初、肥厚した両心室壁のエコー性状は細かい顆粒状エコーが心筋内膜から壁全体に均一に充満しており、二次性心筋症も考慮された。しかし入院後より好酸球数が著明に増加し、最高好酸球数  $7000/\text{mm}^3$  まで上昇したことから好酸球性心筋炎が疑われ、第13病日に心筋生検を施行した。心筋生検の結果、心筋細胞の線維化及び好酸球浸潤像認めたことから、好酸球性心筋炎と診断しプレドニゾロン内服開始。第34病日の心エコー図では、壁運動および両心室壁厚は改善し、また心筋内に充満していた小顆粒状エコーも消失、ほぼ正常化しているのが確認され、その短期予後は極めて良好であった。

【結語】心タンポナーデを合併しながらも予後良好であった好酸球性心筋炎の症例の急性期心エコー図経過を観察したので報告する。

# 経胸壁心エコー図で偶然に発見された心臓腫瘍の1例

日本大学医学部 内科学講座循環器内科部門  
太田 昌克

発表形式：PC（Windows）Powerpoint

## 抄録

症例：79才、女性

主訴：腰痛

既往歴：高血圧・高脂血症

家族歴：特記事項なし

現病歴：高血圧、高脂血症にて近医加療中。平成15年5月頃より腰痛出現したため当院整形外科受診、腰部脊柱管狭窄症の診断にて手術目的で平成16年1月28日に整形外科に入院となる。術前検査で経胸壁心エコー図を行ったところ右房内に異常を認めたため、同年2月3日に精査・加療目的で心臓血管外科に転科となった。

身体所見：貧血・黄疸なし。胸部聴診上過剰心音・心雜音、ラ音等聴取せず。腹部異常所見なく、四肢に浮腫は認めなかった。

経胸壁心エコーソ見：右房中隔側に基部を有し、内部に高輝度エコーを伴う約2.0 x 2.0cmの血流により移動する異常エコーを認めた。（LVEF;76%）

術中所見：右房内に有茎で2.5cm大の袋状の腫瘍塊をみとめた。

病理所見：全周性に平滑筋細胞の壁構造と、弹性線維を有す囊状組織であり、内層は内皮細胞で覆われ、静脈の壁構造と一致し診断は心臓静脈瘤であった。

まとめ：今回無症状で発見された心臓静脈瘤の1例を経験した。発見されない例も存在すると考えられ、発見には心臓超音波検査が簡便であり有効である。

## 経胸壁心エコー図で偶然に発見された心臓腫瘍の1例

1) 日本大学医学部附属板橋病院 循環器内科部門 2) 心血管外科部門  
3) 先端医学講座 4) 病理学講座  
○太田昌克 1) 笠巻祐二 1) 東海康太郎 1) 中井俊子 1) 渡辺一郎 1)  
小沢友紀雄 1) 尾形 滋 1) 瀬在 明 2) 塩野元美 2) 根岸七雄 2)  
斎藤 翁 3) 三俣昌子 4)

**症例：**79才、女性

**主訴：**腰痛

**既往歴：**高血圧・高脂血症

**家族歴：**特記事項なし

**現病歴：**高血圧、高脂血症にて近医加療中。平成15年5月頃より腰痛出現したため当院整形外科受診、腰部脊柱管狭窄症の診断にて手術目的で平成16年1月28日に整形外科に入院となる。術前検査で経胸壁心エコー図を行ったところ右房内に異常を認めたため、同年2月3日に精査・加療目的で心臓血管外科に転科となった。

**身体所見：**貧血・黄疸なし。胸部聴診上過剰心音・心雜音、ラ音等聴取せず。腹部異常所見なく、四肢に浮腫は認めなかった。

**経胸壁心エコーソ所見：**右房中隔側に基部を有し、内部に高輝度エコーを伴う約 $2.0 \times 2.0\text{cm}$ の血流により移動する異常エコーを認めた。(LVEF;76%)

**術中所見：**右房内に有茎で $2.5\text{cm}$ 大の袋状の腫瘍塊をみとめた。

**病理所見：**全周性に平滑筋細胞の壁構造と、弹性線維を有す囊状組織であり、内層は内皮細胞で覆われ、静脈の壁構造と一致し診断は心臓静脈瘤であった。

**まとめ：**今回無症状で発見された心臓静脈瘤の1例を経験した。発見されない例も存在すると考えられ、発見には心臓超音波検査が簡便であり有効である。

## 偶然発見された左房内異常構造物

東京女子医科大学 循環器内科、外科\*

古堅あずさ、新井光太郎、大森久子、谷本京美、佐藤 渉\*、  
木原信一郎\*、石塚尚子、黒澤博身\*、笠貫 宏、

【症例】67歳 男性

【主訴】特記すべきことなし

【既往歴】特記すべきことなし

【現病歴】

2004年10月、健康診断にて心肥大、af、DM、白内障を指摘された。近医にて、HCM、HT、HLと診断された。11月、白内障治療のため当院眼科へ紹介された。術前精査目的に当科外来受診し、ECGにてaf、LVHであり、心エコーにて左房内に abnormal mass を認めため、精査目的に当科入院となった。

【入院後経過】

経食道エコー検査にて左房内に 53mm × 30mm 大の mass を認め、その付着部位は心房中隔および左房天井の 2 箇所であるように認められ可動性は乏しかった。左房内血栓または粘液腫を疑い、循環器外科にて手術を施行した。術中所見からは中隔側に器質化した古い血栓の茎を認め、左房の上壁にも 2 本の茎を認めいずれも切除した。病理学的にも血栓と診断された。中隔側の茎の部分が古い血栓で、血栓の増大に伴い左房上壁に達し接着したものと推定された。

【結語】

af、HCM を基礎疾患とし左房内に形成された血栓であったが、画像診断上、腫瘍との鑑別が術前に困難であった。

この大動脈弁閉鎖不全の原因は？

心臓血管研究所附属病院 上嶋徳久、澤田準

50歳男性。生来健康であった。1994年の検診で心電図異常は指摘されなかった。2003年冬から労作時の胸部絞扼感と動悸が出現し、2004年7月当院初診。初診時、左胸骨第3肋間に3/6の拡張期雜音と3/6の収縮期雜音を聴取した。心電図では左脚ブロック。心臓超音波検査で、基部心室中隔内にバルサルバ洞と交通を持つ瘤状の構造を認めた。右冠尖側の大動脈弁輪は左室流出路側の瘤壁に付着しており、そのため、弁輪が変形し、大動脈弁自体から逆流を生じていた。また、左室流出路側の瘤壁には複数の膜性瘤が存在し、同部位で左室流出路と交通を認めた。感染を示唆する病歴はなかったものの、細菌性動脈瘤の心筋内への破裂を考えた。2005年1月17日大動脈弁置換術および瘤壁切除術を施行。右冠尖に7mmの開口部を認めた。瘤は開口部から心室中隔内に進展しており、弁輪から2cmの所に左室流出路への開口部を認めた。術中鏡検では細菌は認めなかった。

## 心臓背面に巨大腫瘍が認められた一例

千葉県循環器病センター 循環器科

○竹田隆一、栗生田 輝、宮崎 彰、福島賢一、徐 基源、井上寿久、  
中村精岳、石川隆尉

症例は64歳男性。健診で前立腺癌疑われ、近医にて前立腺癌摘出術施行。術前の胸部単純X腺CTで左室後側壁下部に接した約 $50 \times 50 \times 80$ mmの縦隔腫瘍が指摘され、当センター外科へ入院。造影X腺CTでは内部に $47 \times 30$ mmの非造影性構造物も認められた。縦隔腫瘍の診断で摘出術が施行されたが、術中所見で腫瘍は著明に拡張した脈管と考えられ、摘出せずに手術は終了した。

循環器科へ転科。心エコー検査から、腫瘍は房室間溝の位置で心臓背側および側壁にあり、内部には緩やかな速度で移動する血流と、内部に血栓と思われる充実性エコー像が観察された。その位置と血流の存在から冠静脈および冠静脈洞の拡張したものと考えられたが、経食道心エコーでは拡大した冠静脈が明瞭に描出され、冠静脈洞と右心房との交通がない事が診断された。しかし血流がどこへ流出しているかは同定できなかった。冠動脈造影施行。静脈相において冠静脈洞右心房開口部閉塞があり、小心静脈から右房に灌流する経路が診断された。また3DCTでも小心静脈と右房の交通が確認されたが、他の交通枝は確認出来なかった。超音波検査では拡張した冠静脈瘤は描出容易であったが、心臓表面の小静脈の同定はカラードプラを用いても描出不能であった。本例は上大静脈との交通のない冠静脈洞開口部閉鎖と考えられ文献的考察を加え報告する。