

第 53 回東京心エコー図研究会

症例検討会抄録集

肺動脈内に可動性腫瘍を形成し、診断に難渋した一例

多摩総合医療センター 循環器内科

巴里彰吾、永田健一郎、二川圭介、田中博之、上田哲郎

52歳女性。腰痛で他院を受診し、MRIで転移性骨腫瘍が疑われた。原発巣の検索目的に行った造影CTで、肺動脈内に腫瘍影を認め、当院へ精査加療目的に紹介となった。入院時の経胸壁心エコー検査で肺動脈と右室流出路にまたがる可動性の腫瘍を認め、肺塞栓や腫瘍病変が疑われた。腫瘍性病変の鑑別のため血清学的検査やCT、Gaシンチグラフィー、PET-CT等の画像検査をすすめたが確定診断に至らなかった。腫瘍径が大きく、肺動脈への腫瘍嵌頓による急変の可能性もあったため、心臓血管外科に生検を含めた開胸腫瘍摘出術を依頼したが、悪性疾患の可能性が否定できないとのことで、手術は行わない方針となった。セカンドオピニオン目的に他院を受診し、本人了承のもと開胸腫瘍摘出術が行われ、腫瘍については血栓塊であることが判明し、肺血栓塞栓症の診断となった。心エコーを含めた画像検査での診断に難渋した肺動脈腫瘍の1例を経験したので報告する。

皮膚癌 StageIVの化学療法後に急性心不全を発症した一例

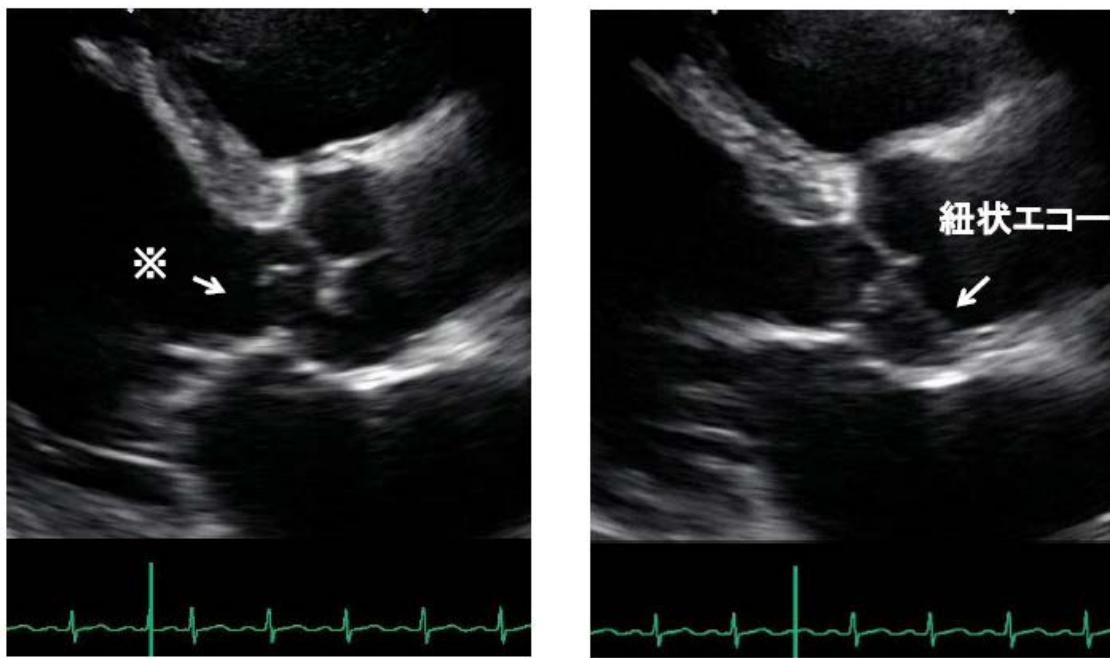
¹⁾ 北里大学循環器内科学、²⁾ 北里大学心臓血管外科学

佐藤孝典¹⁾、小板橋俊美¹⁾、藤石珠美¹⁾、北村律²⁾、猪又孝元¹⁾、宮地鑑²⁾、
庭野慎一¹⁾

症例は73歳、男性。48年前に、事故で右足先端と右上腕を切断した。右足先端は潰瘍を繰りかえし、2012年8月に当院皮膚科で有棘細胞癌 stageIVと診断され、10月に右下腿膝下切断術を施行した。残存したリンパ節転移に対し化学療法を行ったが、腎機能増悪のため抗癌剤は変更となり、5年生存率は10%と判断された。経過中に下肢浮腫と心拡大を認め、2013年1月には起坐呼吸となった。心エコー図では、左室駆出率は68%と保たれたが、左室流出路のジェット幅がほぼ100%の重症大動脈弁逆流(AR)を認めた。無冠尖(NCC)の弁腹は瘤状となって左室側へ突出し、穿孔を認めた。弁瘤の弁尖側と大動脈壁との間には紐状の支持組織を認めた(図)。化学療法前の心エコー図でARは軽度であり、急性の重症ARと判断した。また、疣腫は認めなかつたものの、経過中に血液培養でMRSAが検出され、3週間の抗生素投与期間があったことからも、感染性心内膜炎(IE)による弁破壊と考えた。炎症は沈静化しており、心不全治療にて安静時の症状は消失したが、1ヶ月後の心エコー図ではARは重症のままで、TRPG 62 mmHg、PRPG 15 mmHg、E 127 cm/s、Dct 96 ms、E/e' sep 22、IVC 21/15 mmと、左房圧上昇および肺高血圧を呈しており、機能性MRの増悪も認めた。入院管理初期においては無症状であり、患者本人は手術を希望されなかつたが、腎機能が徐々に増悪した。内科的治療は限界と判断して、3月に手術に踏み切った。

術中所見ではNCCが弁輪ごと外れ、IEによる弁輪部膿瘍形成と弁穿孔と判断した。僧帽弁はtetheringが著明であった。大動脈弁置換術、僧帽弁形成術、三尖弁形成術を施行し、術後にLVdは58mmから48mmに改善し、BNPも1200 pg/mlから100 pg/mlに低下した。また画像上、明らかな癌の進行は認めなかつた。

担癌患者における心臓手術の適応の判断は難しい。癌自体の生命予後と心疾患の重症度を天秤にかけ、更に手術リスクを考慮した上で決断しなければならない。本症例はStageIVで、5年生存率10%と皮膚癌の予後が不良であった。しかし、それを上回る急性重症ARの病態と不良な予後により、内科的治療の限界を知り得たことで手術に踏み切り、良好な経過を辿った。難しい判断を迫られた状況下において、経時的な心エコー図指標が適切な治療方針を導くことが可能な一例であった。



術前的心エコー図

NCCの弁瘤(※)および弁穿孔と判断したが、術中所見では、NCCは弁輪ごと外れており、弁瘤と思われた部分は弁輪組織、弁と大動脈壁をつなぐ紐状の組織は解離した大動脈壁の組織であった。

僧帽弁置換術直後、経皮的人工心肺補助中に生体弁開放制限を発症した一例

亀田総合病院 循環器内科

添田雅生 岩塚良太 二宮亮 鍵山暢之 中村玲奈 大野真紀 阿部昌巳

吉田誠吾 水上暁 大野正和 鈴木誠 松村昭彦 橋本裕二

同 心臓血管外科

村上貴志

症例は 70 歳の独居男性。呼吸困難にて当科に救急搬送された。来院時は収縮期血圧 60mmHg のショック状態で、高度の肺水腫を伴っていた。心エコーでは僧帽弁前尖に腫瘍陰影と中等度以上の僧帽弁逆流を認めた。急性の僧帽弁逆流による心不全、ショックと診断し、直ちに IABP を挿入して冠動脈造影を行うと鈍縁枝が閉塞していた。引き続き手術を施行。手術所見では前乳頭筋が大きく断裂しており僧帽弁形成による前尖温存は不可能であったため、生体弁を用いた弁置換術とした。術後人工心肺離脱困難であったため手術室で経皮的人工心肺補助装置 (PCPS) を挿入。ヘパリンを用いて ACT150 秒以上を目標に管理したが血行動態は改善しなかった。人工弁機能評価のため、術後第 3 病日に経食道エコーを施行したところ、人工弁の開放制限を認め、さらに人工弁前尖が全体に肥厚していた。血栓弁の可能性を考えたためウロキナーゼを開始し、術 7 病日に再検したところ弁尖の肥厚が改善し、開放制限も改善傾向となつた。その後、PCPS を離脱できたが、敗血症を合併し術 25 日目に死亡退院した。抗凝固療法中の血栓弁をきたした稀な一例を経験したため報告する。

著明な肥大心に器質的冠動脈病変を伴わない急性心筋梗塞を合併した一例

聖マリアンナ医科大学

1) 循環器内科、2) 臨床検査部

1) 上嶋亮、1) 鈴木健吾、1) 出雲昌樹、2) 田端千里、1) 石橋祐記、1) 米山喜平、

1) 原田智雄、1) 明石嘉浩

症例は 76 歳女性。入院 3 週間前より全身倦怠感が出現し徐々に増悪。入院当日朝より胸部苦悶感も出現したため救急搬送となった。経胸壁心エコー検査では、彌漫性に 20mm 以上の著明な左室壁肥厚を認め、後側壁領域の壁運動が低下していた。持続する胸痛と V4-6 誘導の ST 上昇を認め、血液検査上も心筋逸脱酵素上昇を呈していたため、急性後側壁心筋梗塞と診断した。冠動脈造影の結果、器質的有意狭窄は認めず、後側壁領域に当たる対角枝、鈍縁枝、後下行枝に限局した著明な造影遅延を認めた。来院時より全身状態は極めて不良であり、IABP 插入ならびにカテコラミン使用下でもショックから離脱できず、第 7 病日に死亡退院となった。死亡退院後、カテーテル検査時に施行した右室心筋生検結果が判明。心筋内に著明な腫瘍細胞浸潤が認められ、組織診の結果より悪性リンパ腫 (diffuse large B-cell lymphoma) による心肥大と局所微小循環障害であると診断した。悪性リンパ腫に伴う著明な心肥大と微小循環障害による急性心筋梗塞を発症した一例を経験したのでここに報告する。

