

## 診断に難渋した心臓腫瘍の一例

東京慈恵会医科大学第三病院 循環器内科、総合診療部※

芝田貴裕、北川楠奈子、磯谷亮太、関山裕士、佐藤伸孝、村嶋英達、岩渕秀大、野田一臣、小野田学、森力、中村文昭※

症例は 76 歳、女性。主訴は発熱。38 度台の発熱あり。発熱が持続するため近医受診した。その際の採血で白血球 27000/ $\mu$ l と高値を示した。精査加療目的にて当院紹介された。来院時体温 37.2°C、脈拍 115 回/分、不整、呼吸数 30 回/分であった。心尖部に Levine IV/VI の収縮期雜音を聴取した。体表より心エコー検査をおこなったところ左房前壁に有茎性の可動性に富む 15.5x13.6mm の腫瘍を認めた。腫瘍は明らかに僧帽弁とは離れていた。また高度の僧帽弁逸脱を認めた。心エコー所見では感染性疣贅と粘液腫の鑑別が困難であった。血液培養よりグラム陰性桿菌を認めたため感染性心内膜炎を疑い抗生物質の投与をおこなった。また心不全も合併したため利尿薬をはじめとする心不全治療を行った。しかし治療の介なく第 10 病日に永眠された。病理解剖より左房内腫瘍は僧帽弁上方 1cm の心房中隔に付着していた。腫瘍は大きさ 28x22x13mm であり分葉状の柔らかい腫瘍であった。ミクロの所見では腫瘍内に細菌塊を認めた。これらより感染性疣贅と診断した。感染性疣贅は主に僧帽弁疾患または大動脈弁疾患の弁に発生することが一般的である。これは Venturi 効果により説明されている。すなわち高圧系から狭い部位を経て低圧系に液体が流れるとき狭窄部の遠位にずり応力などが生じ細菌の集落が形成される。本症例は高圧系から低圧系に変化する場所には細菌塊を生じてなかった。低圧系である左房内に細菌塊を形成していた。このような低圧系の部位にも感染性疣贅が生じることがあることを念頭に置かなければならない。貴重な症例と考え提示した。

## 脳梗塞で発症した左房内球状腫瘍の一例

### 【症例】

コントロール不良の糖尿病の既往のある 60 歳代女性。歩行困難・呂律障害を主訴に救急外来を受診され、心原性脳梗塞の診断で当院脳神経外科へ入院。心原性脳梗塞の原因精査目的に心エコーを施行したところ、心房内腫瘍が確認された。抗凝固療法を継続していたが腫瘍の縮小は認められなかつたこと、腫瘍の形態などから粘液種などの腫瘍の可能性も考えられた。各種画像検査を行ったが血栓と腫瘍の鑑別は困難であった。再塞栓のリスクが高く、その後心臓外科へ転科し腫瘍提出術施行し、病理結果より血栓の診断となった。非弁膜症の患者で左房内に球状の血栓性腫瘍を形成する例はまれであり、腫瘍との鑑別に苦慮した症例を経験したため報告する。

## 大動脈弁再建術、僧帽弁形成術 5 年後に左房内腫瘍との鑑別に苦慮した血栓の一例

東邦大学医療センター大橋病院 循環器内科

橋本 剛 鈴木真事 吉川尚男 大塚健紀 楠瀬友季子 中村正人 杉 薫

同 心臓血管外科

河瀬 勇 山下裕正 野澤幸成 尾崎重之

症例は 70 歳代男性。5 年前に大動脈弁閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全症に対して大動脈弁再建術、僧帽弁形成術施行した。定期通院時の経胸壁心エコー検査にて左房内腫瘍像認め、精査加療目的で当院入院となった。約半年前の検査では明らかな腫瘍像は認めなかつた。腫瘍像は左房内に可動性を伴ったエコー像として認め、左房壁在のものと最大  $33 \times 20$  mm 程度のものを認めた。経食道心エコーでは同様に可動性のある腫瘍像を認めたが、左心耳内血栓像は認めず、左心耳血流速度も  $51.9/58.0$  cm/s と保たれていた。心臓 MRI 検査では左房前壁に可動性を有する有茎性、多房性の腫瘍像を認め、遅延造影で造影効果を認めないためやや非典型的ではあるが粘液腫を示唆する所見であった。冠動脈造影検査では右冠動脈および左冠動脈回旋枝から腫瘍周囲への血流を認めた。2か月後の手術直前の経胸壁心エコーで腫瘍像の形態に変化を認め、心エコーでは血栓を疑った。手術所見は  $50 \times 40 \times 30$  mm、 $40 \times 25 \times 20$  mm 大の 2 個のフィブリン血栓を認めた。肉眼的に大部分は黒褐色で一部は白色であった。血栓の表層には好中球の集簇を認め、器質化血栓の所見であった。左房内腫瘍像の診断に難渋し、外科的に摘出術を施行した一例を経験したため報告する。

## 【症例報告】

分娩 1 ヶ月後に著明な低左心機能と重症心不全を発症した一例

北里大学循環器内科学

小板橋 俊美、猪又孝元、吉澤智治、佐藤孝典、前川恵美、阿古潤哉

症例は 26 歳、女性。2010 年 12 月 8 日に正常分娩した。12 月下旬から動悸と不眠を認めていたが、近医で不眠症の診断となっていた。しかし、徐々に呼吸困難、浮腫が増悪し、2011 年 1 月 11 日に他院にて心不全の診断となり、当院に緊急搬送された。入院時の心エコー図所見では、LVEF 22%、LVDD/Ds 57/54 mm と拡張型心筋症様であり、両心室内には血栓を認めた。薬物治療にもかかわらず、心不全は更に重症化し、人工呼吸管理となり、大動脈内バルーンパンピングも要した。入院時の血液検査では、抗核抗体が 1280 倍、抗 ds-DNA 抗体が 300 IU/ml 以上であり、SLE（全身性エリテマトーデス）増悪によるループス心筋炎と判断し、ステロイドパルス、免疫抑制剤を併用した。包括的治療により、心不全は改善し、左室収縮能も 3 週間後には LVEF は 30% に、7 週間後には 50% とほぼ正常化した。しかし、経過中に SLE ループスやループス腎炎を併発し、ステロイド療法や免疫グロブリン大量療法を要し、入院から約 3 ヶ月後に独歩退院となった。

妊娠最終月から分娩 5 ヶ月後までの間に新たに発症する拡張型心筋症様の原因不明な病態を産褥性心筋症という。産褥性心筋症の診断には、左室収縮能の低下が条件であり、心エコーは必須のツールである。しかし、産褥性心筋症はあくまで除外診断であり、心エコーだけで診断してはならない。一方ループス心筋炎は、SLE の合併症の一つであり、時に SLE の初発症状として出現する。SLE は妊娠期に増悪し、本症例のように分娩後に重症心不全としてループス心筋炎を発症する可能性がある。産褥性心筋症の治療は対症療法のみであるが、ループス心筋炎ではステロイド療法や免疫抑制剤の適応となり、また SLE の他の合併症にも対処が必要となり、大きく治療方針がかわってくる。妊娠・産褥期の心不全および拡張型心筋症様病態では、2 次性心筋症の鑑別診断も忘れてはならない。