

VT/VF による心停止から蘇生後に心室中隔基部の急激な壁厚減少を認めた一例

東海大学医学部付属病院

斎藤崇史, 永井知雄, 大野洋平, 室谷那奈, 酒井哲理, 中村則人, 坂間晋, 橋田匡史,
神田茂孝, 網野真理, 吉岡公一郎, 伊苅裕二

東海大学医学部付属東京病院

吉川万里江, 赤石誠

【症例】28歳、男性 【主訴】意識消失

【既往歴】肥大型心筋症(当院:3年前)【家族歴】母:肥大型心筋症

【現病歴】通勤の途中で突然意識消失し、隣人が救急要請し当院に搬送された。

【経過】来院時心電図は心室細動で、電気的除細動行うも心室細動・粗動を繰り返した。緊急冠動脈造影で有意病変は認めなかった。補助循環(PCPS+IABP)下に抗不整脈薬を開始し、第2病日に血行動態は安定した。その後、神経学的後遺症なく意識は回復した。第20病日、S-ICD植え込み術を実施した。第30病日、心エコー図で前回(入院時)と比較し著明な心室中隔基部の壁厚減少(20 mm→12 mm)が観察されたため、二次性心筋症の鑑別診断を再度行った。ACE 8.0U/l、IL-2R 532U/ml、 α -ガラクトシダーゼ活性は12%であった。心臓MRIは心室中隔基部に遅延造影を示し、PET/CTで同部位にFDGの異常集積が認めた。Gaシンチは陰性であった。眼、呼吸器、皮膚、消化器には病的所見を認めなかった。経静脈的心筋生検で非乾酪壊死性類上皮肉芽腫は確認できなかった。以上より心臓限局性サルコイドーシスと診断し副腎皮質ステロイドによる免疫抑制療法を開始した。

【結語】心室中隔基部の壁厚減少は心臓サルコイドーシスの主徴候の1つで典型的所見であるが、本症例は心室性不整脈を契機にその短期間での壁厚変化を観察できた比較的珍しい症例と考えられた。心臓限局性サルコイドーシスは最新の診療ガイドラインにより病理診断によらず臨床所見からの診断が可能となり、本症例も含め臨床データの蓄積が重要と思われた。

大動脈弁術後に感染コントロールに難渋した一例

東邦大学医療センター大橋病院 循環器内科

牧野健治, 橋本 剛, 井出志穂, 葉山裕真, 伊勢亀 友季子, 大塚健紀, 鈴木真事,
原 英彦, 中村正人

東邦大学医療センター大橋病院 心臓血管外科

清原久貴, 高遠幹夫, 山下裕正, 尾崎重之

東邦大学医療センター大橋病院 病理診断科

榎本泰典

本症例は 70 歳代 女性。7 年前に自己心膜による大動脈弁再建術施行し、その後問題なく経過していた。3 週間ほど前からの発熱、全身倦怠感、下痢症状が出現し近医受診。胃腸炎の診断にて抗生素加療を行うも改善認めず当院受診となった。血液培養からグラム陽性球菌が検出され経胸壁心エコー施行するも有意な弁膜症や明らかな疣歯は認めなかったが経食道心エコーにて大動脈弁に疣歯を認め感染性心内膜炎の診断に至った。また、大動脈弁輪部に軽度の壁肥厚を認め弁輪部膿瘍も疑われた。治療開始 6 週間後も感染コントロールは不良であり再度施行した経食道心エコーで大動脈弁輪部膿瘍の拡大を認めていたため最終的に外科的加療に至った。感染性心内膜炎は膿瘍形成など合併症の有無で予後が大きく変わるため早期診断・治療が重要である。

上行大動脈壁肥厚及び重症大動脈弁閉鎖不全症に対して Bentall 手術を要した症例

慶應義塾大学病院循環器内科

品田慶太郎, 板橋裕史, 福田芽森, 白川公亮, 遠藤仁, 鶴田ひかる, 村田光繁, 白石泰之,
勝俣良紀, 河野隆志, 湯浅慎介, 福田恵一

慶應義塾大学病院心臓血管外科

稻葉佑, 山崎真敬, 伊藤努, 志水秀行

慶應義塾大学病院リウマチ膠原病内科

梶尾暢彦, 竹内勤

症例は55歳男性。1週間前から進行する労作時の息切れを主訴に当院を受診した。胸部レントゲンでうつ血及び心拡大を認め、NYHAⅢの急性心不全と診断された。経胸壁心臓超音波検査で、大動脈基部から上行大動脈にかけての壁肥厚及び、大動脈弁弁尖の肥厚・短縮に伴う重症大動脈弁閉鎖不全症(severe AR)を認めた。胸腹骨盤部造影 CT で、大動脈基部～弓部、腹部大動脈分岐部の大動脈壁肥厚を認め、血液検査では CRP 高値で炎症反応の上昇を認めた。以上より高安動脈炎に伴う severe AR と考えられた。

入院後、利尿剤の投与に加え、メチルプレドニゾロン(mPSL) 48mg の内服、トリソズマブの皮下注の併用を行った。治療に伴い炎症反応は改善した。治療経過中の経胸壁心臓超音波検査では、次第に大動脈壁肥厚は改善したが、炎症の鎮静化に伴う大動脈弁尖の短縮により接合不全を来たし AR が増悪した。その後、心不全コントロールのためドブタミン依存の状態となり、内科的治療の限界と考え、Bentall 手術を施行した。術後の病理検査では、大動脈瘤は中膜外層から外膜に帶状を呈する高度線維化、中膜の弾性纖維断裂及び虫食い像、内膜肥厚を認め、瘢痕期の高安動脈炎として矛盾しない所見であった。術後経過は良好で合併症なく退院した。

高安動脈炎の治療経過に伴う大動脈壁肥厚と大動脈弁閉鎖不全症の重症度変化を経胸壁超音波検査で経時的にとらえた稀有な症例を経験したので報告する。

大動脈弁閉鎖不全症の重症度評価に難渋した大動脈弁感染性心内膜炎の一例

筑波大学循環器内科

佐藤希美,瀬尾由広,石津智子,家田真樹

[症例] 76歳男性。1か月前に気管支炎合併の心不全との診断で前医入院となり、抗生素治療が開始となった。入院10病日の経胸壁心エコー検査で大動脈弁閉鎖不全症(AR)を指摘され、大動脈弁に10mm大の疣状の付着を認めた。血液培養2セットから腸球菌が検出されたことから感染性心内膜炎と診断され、ABPT/SBT 2g 6時間毎、GM 12mg 24時間毎の投与が開始となった。第18病日ころから心不全が増悪傾向となり、21病日に呼吸不全の進行に加えショックとなり気管挿管となり、加療目的に当院転院となった。来院時の経胸壁心エコー検査、経食道心エコー検査では、大動脈弁はNCC-RCCの弁尖石灰化・癒合を認め、同部位に疣状付着を認めた。癒合したNCC-RCCとLCCの接合部より比較的遍在性のmildからmoderate相当のAR jetを認め、RCC弁下の膜様部からRVOTへ拡張期shunt flowを認め心室中隔穿孔の合併が疑われた。第2病日に施行した右心カテーテル検査では、PCWP 29mmHgと左室拡張末期圧は上昇しており、Qp/Qs 1.9であった。同日再検した経胸壁心エコー検査では、AR PHT 90msec、腹部大動脈において汎拡張期逆流波を認めたことから、ARについては重度である可能性が高いと判断し、第4病日に大動脈弁置換術が施行された。

術中所見では、大動脈弁は二尖弁でNCC-RCC交連部のrapheが石灰化結節となっており、大動脈弁狭窄症が背景にあったと考えられた。NCC-RCC交連部の弁輪部は膿瘍形成をきたしており、内膜ごと脱落し右室へ穿孔している状態であった。大動脈弁置換術に加えて自己心膜パッチによる弁輪穿孔部の閉鎖術が施行された。手術所見からは、もともと存在した大動脈二尖弁の大動脈弁狭窄症に、感染性心内膜炎により大動脈弁の弁輪部離解をきたしたことで重症AR、心室穿孔を合併し循環不全をきたしていたと考えられた。今回、ARの重症度評価、循環動態の評価に難渋した大動脈弁感染性心内膜炎の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。