第61回 東京医科大学循環器研究会

日時：平成26年12月20日（土） 午後2:00〜
場所：東京医科大学病院 新教育研究棟
（自主自学館）3階 大教室

当番世話人：東京医科大学病院
循環器内科 田中 信大

1. スパズム発作による心室細動から蘇生した難治性冠拡張性狭心症の一例
（循環器内科）

富士田康宏、外村 洋平、田中 信大
嘉澤雅一郎、佐々木雄一、大邁、裕香
黒羽根裕子、荒井 拉子、星野 虎生
豊藤 真史、村田 直隆、小平 真理
山下 浴、山科 哲

冠拡張性狭心症にてカルジウム拮抗薬、血管拡張薬内服加療中の60歳代男性。2013年に冠動脈造影検査を施行し、左冠動脈前下行枝に中等度狭絆を認め、外来で経過を診ていた。2014年10月下旬に胸部圧迫感を主訴に来院し狭心症状を目的にて入院となった。第2病日、昼前に胸痛発作が出現し、心電図上Ⅱ、III、aVFのST上昇を認めた。エトログリセリン投与するも改善せず、その後心動揺を認め、IABP、PCPSを挿入下で、緊急冠状動脈造影を施行。右冠動脈冠部に冠拡張と考えられる高度狭絆を認め、二硝酸イソソルビド、ニコラジンの冠拠、持続点滴投与を開始し、改善傾向となったためCCUに入室。しかし、入室後再発な血圧低下を伴う心電図変化を繰り返したため、冠拡張薬を漸増。右冠動脈前枝→末梢まで拡張による高度狭絆を認め、二硝酸イソソルビドとニコラジンの冠拠を施行したが反応は乏しく、塩酸ファステフ15mg冠注、さらに30mg全身投与を行った。塩酸ファストフ投与後、徐々にスパズムは減弱され、血行動態も安定した。
その後、二硝酸イソソルビド、ニコラジン、ジルチアゼムの持続点滴投与にてスパズムのコントロールがつきて、第6病日にPCPS、IABP、第12病日に人工呼吸器より離脱した。最終的には硝酸イソソルビド40mg/日、ニコラジン20mg/日、ジルチアゼム180mg/日の内服にてスパズムの発作はなく経過していた。第31病日心室細動に対する二次予防にICDを植え込み、退院となった。

今回はスパズム発作より心室細動を発症し、冠拡張薬による治療を行たく、コントロールに難渋し、塩酸ファステフを使用した一例を経験したので報告する。

2. 当院におけるクライオアブレーションの使用実績
（八王子 循環器）

寺澤 聡、岩崎 稔一、角田 廣隆、岩崎 照介
中山 満広、村岡 信明、渡邊 謙介
大鳥 一太、喜林 薫、小林 裕

従来の高周波による一点一点のアブレーションは技術が複雑であり、治療成績や合併症は術者の技術と経験に影響されることが問題であった。バリューチャンネル、とにクライオアブレーションによるアブレーションは简便であり、海外では8年間以上の使用経験とともに高い安全性と有効性が報告されている。

本邦においても2014年7月より35施設に限ってクライオバルーンの使用が開始された。当センターも該当施設のうちの1つであり、2014年9月3日に12月10日まで期間で12症例を経験したので報告する。合併症は冠状動脈狭心症1例と心房細動の急性期再発3例で、急性期再発3例はいずれも抗凝固薬との併用で退院後は高調律を維持している。その他心房細動症及び持続性高頻脈を有する症例の胸痛狭心症などは認めていない。現状でクライオバルーンは安全性であり、急性期以外の心房細動再発を認め、今後高周波アブレーションに代替する治療として期待される。

3. 心不全を契機に発見された心緒膜液貯留の1例
（茨城 循環器）

後藤 雅之、小川 雅史、木村 一貴
阿部 憲弘、加藤 浩夫、田村典之二郎
田中 宏和、大久保信司

症例は70歳代男性。2013年10月より高血圧、発作性心房細動にて前医通院中であった。

2014年2月に呼吸困難を自覚し前医に緊急入院となったが、症状改善せず、胸部CTにて両側胸水および多量の心房液貯留を認めていたため、精査治療目的に当院へ転院となった。新エコーにて左心室機能の低下はなく、軽度な非せん逆流と心房液貯留を認めたが、明らかな心エコーの異常所見は認めなかった。症状改善目的に胸膜穿刺および心臓ドレナージを施行。細胞診はいずれも悪性所見は認めず、Gaシンチでも原因を特定できる明らかな異常集積は認めなかった。

FDG-PETを施行したところ、上行大動脈竇隙および心室に一致した集積を認め、確定診断の目的で他院にて心臓生検
を施行したところ、心臓由来悪性心皮腫の診断に至った。
今回、症例報告の少ない、心臓由来悪性皮腫という貴重な症例を経験したので報告する。

解離性大動脈膜破裂にて右胸腔へ穿破した1例致死例の検討
（西東京中央総合病院　循環器科）
藤吉　俊穂、橋本　雅史、片山　直行
雨宮　正、伊藤　茂樹、末定　弘行
（心臓血管外科）　　荻野　均

症例：72歳、男性、生来健康で既往は子宮筋腫のみ。3日間持続する心窩部圧痛を主訴に当院入院救急外来を紹介にて受診、来院時身体所見正常（血圧111/68 mmHg、心拍85、S1+2S2聴可）。単純CTにて大動脈脛の拡大を指摘され緊急造影CT撮影。CT上、下肢大動脈に洞をみるとモ型大動脈解離で両側脛骨骨折に軽度の血腫を認めた。CT撮影直後に右側胸部痛を訴え意識・脈拍消失。蘇生を試みるも心拍再開せず1時間後死亡確認となった。蘇生中に撮影したCTでは大量の右脛骨間を除き誘発性動脈膜破裂、右胸腔穿刺と考えられた。

考察：胸部大動脈膜破裂は解剖学的な理由により、そのほとんどは心臓内または左胸腔の穿刺であり、右胸腔への穿刺は7cm14cm。そのほとんどは外傷性、または右側へ突出する胸郭部圧（囊状瘤）の破裂による。今回、囊状瘤を伴わない急性B型大動脈解離にて歩行にて来院直後に右胸腔へ穿刺し死亡した例を経験したため文献的考察を加え報告する。

三心房に合併した右心房弁閉鎖不全に対する修復術
（心臓血管外科）
丸野　忠大、松山　克彦、鈴木　隼
原野　晃也、藤吉　俊穂、高橋　聡
戸口　佳代、岩橋　徳、崎野　勇
小川　信也、西郷　俊哉、荻野　均

症例は64歳、男性。2年前より僧帽弁閉鎖不全症を指摘されており、心房細動をきたすくに心力衰弱と心不全が増強したため手術適応となった。

心エコーで三心房心、心房中隔欠損を合併し、肺動脈還流異常を認めていた。
僧帽弁はBar-holeタイプであり、手術は左心房壁切除、dgdきり切開、三尖弁形成、心房中隔欠損弁創孔縫合、メイス手術を行った。

術後、僧帽弁閉鎖不全は消失し、心房細動には回復した。

僧帽弁には術後の心音診断法が用いられており、僧帽弁閉鎖不全に対してはdgdきり切開で僧帽弁形成術で良好な結果を得たため、文献的考察を加え報告する。

左鎖骨下動脈を完全閉塞させてステントグラフト治療を行った胸部大動脈膜の1例
（八王子　心臓血管外科）
内山　裕智、赤坂　純弥、井上　秀範
本橋　健也、浦部　豪、河合　幸史
進藤　俊哉

遠位局部大動脈膜に対してステントグラフト治療を施行する場合、充分なランディングゾーン確保のため、右鎖骨下動脈を閉塞する必要がある。通常、左鎖骨下動脈は椎骨一脳底動脈系からの側副血行路があるため、単純閉鎖しても問題がないが多いが、欧米のガイドラインでは緊急症例以外は再建することが推奨されている。今回、我々は左鎖骨下動脈を単に閉塞させてステントグラフト治療を行った症例を経験したので報告する。症例は遠位局部大動脈膜の診断で紹介となった74歳、女性。冠動脈バイパス術の既往があり、左内側動脈を用いて前下げ枝にバイパスされていたが、開胸が困難であることに加え、皮膚が薄く、左鎖骨下動脈を再建するのには困難と考えられた。術前の大動脈膜の評価を行った上で、左鎖骨下動脈を単純閉塞してステントグラフト治療を行うこととした。術後、左顔面虚血状を認めなかった。

左室流出路狭塞、僧帽弁閉鎖不全、石灰化僧房弁を合併した大動脈弁狭窄症の一手法例
（消化器外科・小児外科学）
松山　克彦、丸野　忠大、鈴木　隼
藤吉　俊穂、岩橋　徳、高橋　聡
戸口　佳代、岩橋　徳、崎野　勇
小川　信也、西郷　俊哉、荻野　均

症例は78歳、女性、慢性心房細動による左心房法の既往あり。
今回、失神発作をきたし、診断にてMACを伴う僧帽弁閉鎖不全症、およびAVCMを伴うASと診断された。僧帽弁は全体に肥厚縮小しており、後方弁端のMACを認め、A2-P2のdgdきり切開を行った。さらに左室心筋を切除しAVCMを行った。同時にメイス手術を行い、術後回復させた。MACを伴う僧帽弁閉鎖不全症に対してはdgdきり切開で心房中隔欠損弁創孔縫合、メイス手術を行った。

術後、僧帽弁閉鎖不全は消失し、術後回復した。
成人的三心房心は非常に希であり、僧帽弁閉鎖不全に対してはdgdきり切開で僧帽弁形成術で良好な結果を得たため、文献的考察を加え報告する。