

研究会報告

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攣縮性狭心症の一例

(循環器内科)

富士田康宏、外間 洋平、田中 信大
嘉澤脩一郎、佐々木雄一、大滝 裕香
黒羽根彩子、荒井 侑子、星野 虎生
齋藤 哲史、村田 直隆、小平 真理
山下 淳、山科 章

冠攣縮性狭心症にてカルシウム拮抗薬、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、左冠動脈前下行枝に中等度狭窄を認め、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精査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。ニトログリセリン舌下するも改善なく、その後心室細動となり、IABP、PCPS 挿入下で、緊急冠動脈造影を施行した。右冠動脈入口部に冠攣縮と考えられる高度狭窄を認め、二硝酸イソソルビド、ニコランジルの冠注・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、入室後に再度血圧低下を伴う心電図変化を繰り返したため、冠動脈造影を施行。右冠動脈基部～末梢まで攣縮による高度狭窄を認めた。二硝酸イソソルビドとニコランジルの冠注を施行したが反応は乏しく、塩酸ファスジル 5 mg 冠注し、さらに 30 mg 全身投与を行った。塩酸ファスジル投与後から徐々にスパズムは解除され、血行動態も安定した。

その後は、二硝酸イソソルビド、ニコランジル、ジルチアゼムの持続静脈投与にてスパズムのコントロールが付き、第 6 病日に PCPS、IABP、第 12 病日に人工呼吸器より離脱した。最終的には一硝酸イソソルビド 40 mg/日、ニコランジル 20 mg/日、ジルチアゼム 180 mg/日の内服にてスパズムの発作はなく経過している。第 31 病日心室細動に対する二次予防で 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うも、コントロールに難渋し、塩酸ファスジル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 無量、里見 和浩、上原 萌子
岩崎 陽一、角田 泰彦、高橋 聡介
山田 治広、相賀 護、渡邊 圭介
大島 一太、喜納 峰子、小林 裕
笠井 督雄、寺岡 邦彦、高澤 謙二

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量と経験に影響されることが問題であった。バルーン治療、とくにクライオバルーンによるアブレーションは簡便であり、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 施設に限定し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一つであり、2014 年 9 月 3 日から 12 月 10 日までの期間で 12 症例を経験したので報告する。合併症は冠れん縮性狭心症 1 例と心房細動の急性期再発 3 例で、急性期再発 3 例はいずれも抗不整脈薬との併用で退院後は洞調律を維持している。その他穿刺部合併症や持続性横隔膜神経麻痺や有症状の肺静脈狭窄などは認めていない。現段階でクライオバルーンは安全であり、急性期以降の心房細動再発を認めず、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 浩太、田辺裕二郎
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的心膜液貯留を認めていたため、精査加療目的に当院へ搬送となった。心エコー上は壁運動の低下はなく、軽度な僧房弁逆流と心膜液貯留を認めたが、明らかな心タンポナーデ所見は認めなかった。症状改善目的に胸腔穿刺および心嚢ドレナージを施行。細胞診ではいずれも悪性所見は認めず、Ga シンチでも病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、上行大動脈周囲および心膜に一致した集積を認め、確定診断の目的で他院にて心膜生検

を施行したところ、心膜由来悪性中皮腫の診断に至った。

今回、症例報告の少ない、心膜由来悪性中皮腫という貴重な症例を経験したので報告する。

□ 解離性大動脈瘤破裂にて右胸腔へ穿破した1致死例の検討

(西東京中央総合病院 循環器科)

藤吉 俊毅、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、女性。生来健康で既往は子宮筋腫のみ。3日間持続する心窩部痛を主訴に当院夜間救急外来を独歩にて受診。来院時身体所見正常（血圧 111/68 mmHg、□□ 85、S□2 96□ r□m）。単純 CT にて大動脈径の拡大を指摘され緊急造影 CT 撮影。CT 上、下行大動脈に □□□ をみとめる D□□□□ IIIa 大動脈解離と両側胸腔に少量の胸水を認めた。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 では多量の右胸水・縦隔偏位をみとめ解離性動脈瘤破裂、右胸腔穿破と考えられた。

考察：胸部大動脈瘤破裂は解剖学的な理由より、そのほとんどは心嚢内または左胸腔への穿破であり、右胸腔への穿破は 7□~14□。そのほとんどは外傷性、または右側へ突出する胸腹部瘤（嚢状瘤）の破裂による。今回、嚢状瘤を伴わない急性 B 型大動脈解離にて独歩にて来院直後に右胸腔へ穿破し死亡した 1 例を経験したため文献的考察を加え報告する。

□ 三心房心に合併した □□□□□□□□□□ の僧帽弁閉鎖不全に対する修復術

(心臓血管外科)

丸野 恵大、松山 克彦、鈴木 隼
岩堀 晃也、藤吉 俊毅、高橋 聡
戸口 佳代、岩橋 徹、岩崎 倫明
小泉 信達、西部 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、心房細動をきっかけに労作時呼吸困難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、肺静脈還流異常を認めていた。

僧帽弁は Bar□□ タイプであり、手術は左心房隔壁切除、□dg□□+□dg□□□□□□□□□□ の僧帽弁形成、三尖弁形成、心房中隔欠損孔閉鎖、メイズ手術を行った。

術後、僧帽弁閉鎖不全は消失し、洞調律へと回復した。

成人の三心房心は非常に希であり、僧帽弁閉鎖不全に対しての □dg□□+□dg□□□□□□□□□□ の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瘤の 1 例

(八王子 心臓血管外科)

内山 裕智、赤坂 純逸、井上 秀範
本橋 慎也、浦部 豪、河合 幸史
進藤 俊哉

遠位弓部大動脈瘤に対してステントグラフト治療を施行する場合、十分なランディングゾーン確保のため、時に左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—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ないことが多いが、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純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。症例は遠位弓部大動脈瘤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、左内胸動脈を用いて前下行枝にバイパスされていたが、グラフトは閉塞していた。胸骨が離開していることに加え、皮膚が薄く、左鎖骨下動脈を再建するのは困難と考えられた。術前の M□□ 検査で椎骨—脳底動脈系の評価を行った上で、左鎖骨下動脈を単純閉鎖してステントグラフト治療を行うこととした。術後、左上肢に虚血症状を認めなかった。

7. 左室流出路狭窄、僧房弁閉鎖不全、石灰化僧房弁輪を合併した大動脈弁狭窄症の一手術例

(消化器外科・小児外科)

土方 陽介

(心臓血管外科)

松山 克彦、丸野 恵大、鈴木 隼
藤吉 俊毅、岩堀 晃也、高橋 聡
戸口 佳代、岩橋 徹、小泉 信達
西部 俊哉、荻野 均

症例は 78 歳、女性。慢性心房細動による脳梗塞の既往あり。今回、失神発作をきたし、精査にて MAC を伴う僧帽弁閉鎖不全症、および □□CM を伴う AS と診断された。僧帽弁は全体に肥厚短縮しており、後尖弁輪の MAC を認め、A2-P2 の □dg□□□□dg□□r□□a□□□□ を行った。さらに左室心筋を切除し AV□ を行った。同時にメイズ手術も行い、洞調律を回復させた。MAC を伴う僧帽弁閉鎖不全症に対して、□dg□□□□dg□□r□□a□□□□ は SAM をきたす恐れもなく、有用な手技である。