

研究会報告

第 65 回 東京医科大学循環器研究会

日 時：平成 29 年 1 月 7 日 (土)

午後 2 : 00 ~

場 所：東京医科大学病院 新教育研究棟
3 階

当番世話人：田無循環器クリニック
循環器内科 末定 弘行

1. NIR-TRS を用いた未熟児動脈管開存症の重症度評価

(東京医科大学病院 小児科)

羽生 直史、奈良昇乃助、石井 宏樹
中島 隼也、菅波 佑介、春原 大介
河島 尚志

未熟児動脈管開存症 (PDA) の適切な管理は早産児の予後改善に非常に重要である。心エコー検査は PDA の重症度評価に有効だが、検査の限界もある。近赤外分光装置 (NIRS) は簡便に組織循環代謝指標 (SO₂) の測定ができるが、新生児領域における循環管理に NIRS を用いた報告は少ない。我々は NIRS から得られる指標から PDA による循環動態の変化を評価することに取り組んでいる。対象は当院で入院管理を行った超早産・超低出生体重児。TRS-20 (浜松ホトニクス社製) を用いて、動脈管近位の血流指標として右上腕 SO₂、遠位の血流指標として大腿 SO₂、脳血流指標として頭部 SO₂ をそれぞれ測定した。心エコー所見から PDA の重症度によって 3 群に分類し、PDA の重症度とこれらの組織循環代謝指標との関連を検討し、有意な結果を得ることができたので報告する。

2. CTEPH と思われた肺動脈サルコーマの一例

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

丸野 恵大、加納 正樹、鈴木 隼
藤吉 俊毅、高橋 聡、杉山 佳代
岩橋 徹、神谷健太郎、松原 忍
小泉 信達、西部 俊哉、荻野 均

【症例】 58 歳の女性。2016 年 5 月より労作時の呼吸苦と咳嗽が出現し、近医での CT で肺動脈主幹部に mass を認め、深部静脈血栓症も認めため肺塞栓症と判断された。同時に、重症肺高血圧症 (平均肺動脈圧 53 mmHg、心拍出量 2.78 l/min、肺血管抵抗 1,126 dyne · sec · cm⁻⁵) を認め、慢性血栓

塞栓性肺高血圧症 (CTEPH) の診断のもと手術的に当院紹介となった。胸骨正中切開、超低体温循環停止下に左右肺動脈を切開したところ、粘性の強い黄色房状腫瘍を多数認め、肺動脈弁より発生した粘液腫と診断した。術後経過は良好であったが、病理組織診断で intimal sarcoma と判明。今後は根治目的に化学療法を施行する予定である。

【結語】 術前 CTEPH の診断で手術に臨んだが、肺動脈 intimal sarcoma であった一例を経験した。CTEPH の鑑別診断としては重要であり、文献的考察も含めて報告する。

3. 拡張相肥大型心筋症、僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症、CRT-D 植込み術後、心房細動頻拍、房室結節アブレーション後の重症心不全に対して bridge to recovery 目的に体外設置型 LVAD を使用した 66 歳男性

(東京都健康長寿医療センター 心臓外科)

河田 光弘、西村 隆、許 俊鋭

(東京都健康長寿医療センター 循環器内科)

二見崇太郎、両角 愛、根本 佳子
齋藤 義弘、大川 庭熙、十菱 千尋
田中 旬、石山 泰三、石川 譲治
坪光 雄介、武田 和夫、藤本 肇
原田 和昌

(東京都健康長寿医療センター リハビリテーション科)

小山 照幸

66 歳男性。47 歳、拡張型心筋症の診断。57 歳、CRT-D 植込み。64 歳、VF で CRT-D 治療作動のため入院。薬物治療抵抗性 LOS。AVN-ablation を受けて pacing による rate control で退院可能となった。β ブロッカー不耐性と診断され、拡張型心筋症よりも拡張相肥大型心筋症と診断修正。和温療法を導入し心不全無く経過。66 歳、心不全増悪、EF=23%、severe MR、moderate TR、DOB+ミルリノン依存となり当院へ転院。年齢から心移植適応は無く、BTR 目的に体外設置型 LVAD を使用し、MVR+TAP+LAA closure+NiproLVAD を施行。術後経過良好で、23POD LVAD off test 施行。離脱可能と判断し、35POD LVAD 離脱施行。

以後、正中創離開、LVAD 除去部の皮膚欠損部に陰圧創治療 (NPWT) を継続し、心不全治療継続中。

4. 弓部大動脈瘤に対し、非解剖学的頸部バイパス術後、ステントグラフト治療を行った症例の経験

(東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科)

本橋 慎也、松倉 満、内山 裕智
井上 秀範、赤坂 純逸、進藤 俊哉

弓部大動脈瘤は脳への主要分枝が起始していることに加え、大動脈の屈曲および捻れが強く、十分なランディングゾーンの確保ができないため、通常ステントグラフトの適

応とならない。非解剖学的頸部分枝バイパスを併用することで、弓部大動脈瘤に対して二期的にステントグラフト治療を施行し、良好な経過を得た症例を経験したため報告する。

症例は64歳男性。近医で施行したCTにて胸部大動脈瘤を指摘され、当科外来紹介受診。当院で施行したCTでも弓部大動脈に最大短径69mm、下行大動脈に最大短径54mmの大動脈瘤を認めた。初回手術は上行大動脈をサイドクランプして分枝付き人工血管を端側吻合し、頸部分枝をそれぞれ再建した。術後10日目に退院となり、再入院後にステントグラフト治療を施行した。左鎖骨下動脈からのtype II エンドリークを認めたため、術後15日目にコイル塞栓術を施行し、術後23日目に退院となった。

5. Voltage mapping を用いることでメイズ術式が推定できた開心術後の心房細動の2例

(戸田中央総合病院 心臓血管センター内科)

堀中 亮、竹中 創、佐藤 秀明
渡辺 暁史、土方 伸浩、中山 雅文
木村 揚、湯原 幹夫、小堀 裕一
佐藤 信也、内山 隆史

【症例1】78歳、女性。2014年、僧帽弁形成術、三尖弁輪形成術、メイズ術を施行された。術後も心房細動を認め入院となった。左心房内のVoltage mappingでは、左心房後壁・肺静脈に低電位領域(<0.03mV)を認めた。左下肺静脈から僧帽弁輪にも低電位領域が広がっていた。右心房内のVoltage mappingでは、分界稜と思われる部位にgapが存在し、その前壁側に切開線と思われる低電位領域が存在した。その後右心房起源のリントリー性心房頻拍が出現した。頻拍は分界稜のgapを抜けて右心房側壁から後壁に広がっており、同部を通電したところ頻拍は停止した。

【症例2】56歳、男性。2011年、僧帽弁形成術、三尖弁形成術およびメイズ術を施行された。2015年11月より動機を自覚、心電図上心房粗道を認め入院となった。左心房内のVoltage mappingでは、後壁に瘢痕領域を伴う広範な低電位領域を認めた。右下肺静脈以外の肺静脈内の電位は0.03mV以下であった。僧帽弁輪6時から後壁にかけて線状の低電位領域を認めた。左下肺静脈から僧帽弁輪の間の低電位領域の協会部分を起源とする心房頻拍で、通電したところ頻拍は停止した。

6. 胸痛を伴うST上昇を来した大動脈弁置換術後の一例 (東京医科大学八王子医療センター 循環器内科)

富士田康宏、石井 絢子、佐々木雄一
寺澤 無量、角田 泰彦、外間 洋平
今井 靖子、齋藤友紀雄、迫田 邦裕
廣瀬 憲一、高橋 聡介、西原 崇創、
相賀 護、渡邊 圭介、大島 一太
笠井 督雄、里見 和浩、田中 信大

(東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科)

松倉 満、内山 裕智、本橋 慎也
井上 秀範、赤坂 純逸、進藤 俊哉

【症例】40歳代男性

【主訴】胸痛

【現病歴】2016年3月に多発嚢胞腎による末期腎不全に対して人工透析を導入。4月に二尖弁によるsevere ARに対して大動脈弁置換術を施行。9月末から発熱、食欲不振、腰痛を認め嚢胞感染が疑われ当院腎臓内科入院。LVFXにて加療開始し第2病日に症状は改善するも、第4病日から倦怠感が強くなり、透析中にST変化を伴う胸痛を認めたため当科コンサルトとなった。

【バイタル】38.2°C、BP 110/55 mmHg、HR 78 bpm、SpO₂: 100%

【ECG】胸痛時はaVRでST上昇、I、II、III、aVL、V3-6でST低下。ミオコールスプレー噴霧後に症状とST変化は改善。

【経過】造影CT検査を施行後、ACS否定目的でCAG施行。2016年2月の術前CAGでは冠動脈に有意狭窄を認めていなかった。それぞれの所見を供覧し、心電図変化の原因を討論したい。

7. 家族歴を契機に診断に至った心Fabry病の一例

(東京医科大学茨城医療センター 循環器内科)

大嶋桜太郎、東谷 迪昭、木村 一貴
阿部 憲弘、小松 靖、柴 千恵
田中 宏和

(東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科)

小林 正貴、下畑 誉

55歳の男性。2010年より肥大型心筋症の診断で経過観察されていた。2015年に従姉妹がFabry病と診断されたため、ご本人の希望で精査目的に受診となった。生化学検査でαガラクトシダーゼ活性の低下を認め、各臓器の精査と共に心筋生検を施行し、光学顕微鏡および電子顕微鏡でFabry病に矛盾しない所見を得た。心Fabry病と診断し、現在外来にて酵素補充療法を行い、経過観察中である。

左室肥大の中には一定の割合でFabry病患者が潜んでおり、早期診断、早期治療がその後のイベントの抑制に大き