

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