

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

く影響される。診断のカギとなる家族歴や特徴的な症状の聴取が重要であり、本症例は親族の診断から、確定診断に至った。左室肥大症例を多く診る循環器内科医にとって、教訓的な症例と思われる。文献的考察を踏まえ、ここに報告する。

8. 急性心筋梗塞の機械的合併症の2例 —機械的合併症の早期発見するために必要なものは何か—

(東京医科大学病院 循環器内科)

大西 将史、山下 淳、伊藤 亮介
星野 虎生、村田 直隆

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

神谷健太郎、鈴木 隼、松原 忍
岩橋 徹、猪野 崇、藤吉 俊毅
高橋 聡、荻野 均、山科 章

症例1は特に心疾患の既往のない70歳代女性。突然の胸痛を自覚し当院に救急搬送となった。救急車内よりショックバイタルでありカテコラミンを開始としたが、胸部単純X線ではうっ血なく呼吸状態も保たれていた。心電図でI aVLのST上昇および心エコー図で後側壁の壁運動低下を認め同部位の急性心筋梗塞と判断し緊急CAGを行った。HLの閉塞、LAD#7に高度狭窄を認め、IABP導入の上引き続きPCIを行ったが、急速に呼吸不全の増悪を認めた。PCI後もショックが遷延し再度心エコー図を行ったところ前乳頭筋

断裂に伴う僧帽弁逆流を認めたため、緊急手術を行った。

症例2は高血圧症、糖尿病の既往のある50歳代男性。突然の胸背部痛を自覚しその後卒倒したため当院に救急搬送となった。救急隊接触時からショックバイタルであったが救急車内でPEAとなった。心肺蘇生を開始したが反応なく来院時もCPA持続。心エコー図で心膜液貯留を確認したため急性大動脈解離に伴う心タンポナーデと判断し、直ちにPCPSを確立し心膜穿刺を同時に行った。Coronary malperfusionの可能性を考えCAGを行ったところ、解離に伴うCoronary malperfusionは無く、RCA#3の血栓性閉塞を認めた。左室造影にてseg.5から心膜腔への造影剤漏出を認め、急性下後壁心筋梗塞に合併したblow out typeの下壁自由壁破裂の診断で緊急手術を行った。

近年、急性心筋梗塞の治療においてdoor to balloon timeが重要視され、心エコー図検査もガイドライン上必須の検査とされず、短時間で施行されたり、省略される傾向がある。一方で急性心筋梗塞の機械的合併症は一定の割合で遭遇する致命的合併症でありながら、提示した2症例のごとくその発見に時間を要することも経験する。機械的合併症の治療は外科的修復術を速やかに行わなければ、致命的転帰となるため迅速な診断と対応を要する。本症例の経験と反省から機械的合併症を疑う臨床所見や早期発見するために施行すべき検査は何なのか、文献的考察を含め本会に提示する。