

認めず、経過観察とした。入院経過で心膜液増加を認めず、肺炎加療終了後退院となったが、4週間の経過で労作時呼吸困難症状増悪を認め、外来受診された。胸部単純CT上、心膜液増加及び径胸壁心エコー上、右室虚脱所見を認め、緊急入院とした。心膜ドレナージを行い、心膜液中のアミラーゼが14000と著明高値を認め、慢性肺炎に伴う瘻孔形成により心膜液貯留をきたしたと判断した。

6. IMPELLA 使用に伴う大動脈弁の機械的損傷を認めた一例

(東京医科大学八王子医療センター 循環器内科)

山下 裕貴、高木 竜、岩崎 陽一
外間 洋平、山田 聡、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)

木村 光裕、芳賀 真、西山 綾子
本橋 慎也、井上 秀範、赤坂 純逸
進藤 俊哉

(東京医科大学病院 循環器内科)

小林 正武、山下 淳

症例は Killip IV の STEMI で来院した 50 歳代の男性。緊急 CAG の結果、LMT に 100% 閉塞を認め、SYNERGY 3.00 mm/12 mm を留置、後拡張後に心停止となり PCPS を導入した。心負荷軽減、心機能改善を期待し、IMPELLA 挿入目的に第 2 病日に東京医科大学病院に転院となった。IMPELLA 導入後心機能の改善を認め、第 9 病日に離脱した。経過中、導入前に認めていなかった RCC prolapse による moderate AR を認めた。残存病変に対して PCI 施行するも心不全加療に難渋し、第 87 病日に当院へ転院となった。当院にて強心薬補助下に心筋保護薬導入し、第 141 病日に退院となった。約 1 年外来にて症状増悪なく経過していたが、細菌性肺炎を契機とした慢性心不全増悪にて入院となった。その際の心エコーにて severe AR moderate MR moderate TR の所見を認め、心不全の増悪因子として弁膜症の寄与を考慮し当院心臓血管外科にて AVR MVP TAP を施行した。その際の検体にて、大動脈弁右冠尖に約 5 mm 大の陥凹を認め IMPELLA の使用により大動脈弁の機械的損傷を来したと考えられた。IMPELLA 留置に伴う大動脈弁損傷は稀であり、文献的考察を含め提示する。

7. 「B型大動脈解離の発症急性期にSTEMIを発症した1例」 (東京医科大学病院 循環器内科)

山崎 祐輔、石橋 正毅、笠原 智大
熊井 健人、高橋 孝通、富士田康宏
伊藤 亮介、山下 淳、近森大志郎

症例は 50 歳代男性。腰背部痛を主訴に救急要請となった。造影 CT 検査で偽腔閉鎖型大動脈解離 (Stanford B 型 DeBakey IIIb 型) と診断し、降圧薬等で加療し症状改善した。数日後に胸痛が出現し、心電図で I, aVL, V1-V6 で ST 上昇を認めた。STEMI と診断し CAG を行ったところ、LAD と LCX に血栓閉塞を認めた。2 枝ともに血栓吸引で再灌流を得られ、LAD については有意狭窄を認めたためステント留置を行った。血栓塞栓に伴う 2 枝同時 STEMI と考え、経食道心エコーを行った所、左心耳内を充満する可動性血栓を認めた。今回、B 型大動脈解離の発症急性期に STEMI を発症し、左心耳内血栓が原因と考えられた稀な症例を経験したので報告する。

8. 大腸がん精査で偶発的に見つかった左房血栓症の一例

(東京医科大学茨城医療センター 循環器内科)

出口 陽之、東谷 迪昭、笠巻 凌太
大越 聡子、落合 徹也、田谷 侑司
小松 靖、阿部 憲弘

症例は 80 歳男性。主訴は、貧血の進行ならびに便通障害。現病歴は、貧血進行の精査により他院において大腸内視鏡検査を施行し S 状結腸がんの疑いとなり当院に紹介となった。紹介時点で、貧血のため、抗凝固薬は約 7 ヶ月間休薬されていた。転移検索を目的とした当院における初回の造影 CT 検査において、大きさ約 25 mm の血栓が左心房内に偶然発見された。左房内血栓に対して、大腸がん手術加療を先行させる、外科的に左房内血栓を摘出する、あるいは抗血栓療法を再開する等の対応が考えられた。我々は抗血栓療法をまず再開し、造影 CT 検査で血栓の縮小傾向を確認し、約 40 日後に大腸がん摘出手術を施行した。心房細動を合併した担癌患者特に消化管の悪性腫瘍においては、抗凝固療法に伴う出血がしばしば問題となる。文献的考察を加えてここに報告する。