

研究会報告

第75回 TCVC (Tokyo
Cardiovascular Conference)

日 時 : 2022年11月5日(土)
午後2:00~

場 所 : ZoomでのWeb開催

当番世話人 : 東京医科大学八王子医療センター
赤坂 純逸 先生

1. 心臓内血栓に対しての治療方針

(東京医科大学八王子医療センター 循環器内科分野)

中山 知章、熊井 健人、田中 信大

左室駆出率が低下した心不全患者において、左室内血流速度の低下などにより左室内血栓を生じることがあり、心原性脳梗塞など様々な塞栓症を引き起こす可能性がある。ガイドライン上では抗凝固療法の適応については述べられているものの、その他手術適応となる心疾患を有さない左室内血栓単独での適切な手術適応や時期についての一定の見解はないのが現状である。今回背景の異なる左室内血栓の症例を2例経験したので、その経過を振り返り、当施設での左室内血栓の治療戦略について報告する。

2. 抗SS-A抗体陽性の母体から出生し日齢52日に腱索断裂による高度僧帽弁閉鎖不全を発症した男児例

(東京医科大学病院 小児科・思春期科)

岡田このみ、山崎 崇志、大野 幸子
伊上 敦哉、森 健太郎、笹本 武明
斎藤 直子、赤松 信子、代田 朋子
奈良昇乃助、柏木 保代、山中 岳

【症例】母体は関節リウマチと診断され、抗核抗体640倍、抗SS-A抗体陽性であり、エタネルセプト皮下注とプレドニゾロン内服中であった。児は在胎41週0日、体重2,626gで出生し全身状態は良好で、1か月健診での体重増加も良く心雑音は聴取しなかった。日齢49日に哺乳不良となり、日齢52日に哺乳ができなくなり、当科に入院となった。顔色蒼白で、多呼吸を認め、収縮期雑音(III/VI)を聴取した。心エコー検査では左室駆出率69%、重度の僧帽弁逆流、僧帽弁前尖のprolapseを認め、NT-proBNP>6,000 pg/mLと著増していた。僧帽弁腱索断裂と診断し、入院翌日に外科的治療が可能な施設へ転院とした。【考察】母体が抗SS-A抗

体陽性で、児に潜在性の新生児ループス(NLE)が発症していたと考えられた。NLEの心合併症としては、房室ブロックなどの報告がみられるが、房室弁腱索断裂による高度僧帽弁閉鎖不全の合併は非常に稀と思われる。【結語】抗SS-A抗体陽性母体の児は潜在性のNLEを発症している可能性があり、注意が必要である。

3. 心室細動を繰り返した冠攣縮症若年女性患者に対する植え込み型除細動器の適応について

(東京医科大学茨城医療センター 循環器内科)

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

症例は41歳女性。心室細動の状態でご当院に救急搬送され、心肺蘇生に成功した。虚血性心疾患が疑われたために緊急冠動脈造影検査を施行した。左前下行枝が100%閉塞、左回旋枝と右冠動脈が99%狭窄を認めた。冠動脈全体に攣縮を示唆する所見を認め、亜硝酸剤を冠動脈内に投与した後に、冠動脈3枝の狭窄や閉塞は全て解除された。冠動脈3枝のびまん性冠攣縮性狭心症による心室細動と診断した。その後、35歳時にも冠攣縮による心室細動が出現していたことが確認された。幸い、後遺症なく回復した。今回2回目の冠攣縮発作による心室細動であり、植え込み型除細動器の適応を検討するために前医に転院となった。冠攣縮発作による心室細動に対する植え込み型除細動器の適応に関しては、様々な議論がなされているが、現行のガイドラインでも適応に関する明確な記載は無い。本症例を通じて、冠攣縮性狭心症の心室細動に対する植え込み型除細動器の適応について考察する。

4. Kartagener症候群を合併した慢性血栓塞栓性肺高血圧症(CTEPH)の一例

~重症CTEPHにおける内科と外科の共同治療戦略~

(東京医科大学病院 循環器内科)

飯田あかね、笠原 智大、中島 悠希
伊藤 亮介、小松 一貴、村田 直隆
山下 淳、島原 佑介、荻野 均
近森大志郎

Kartagener症候群と診断されている60歳代女性。労作時息切れを自覚し前医で喘息と診断され、加療されたが効果はみられなかった。精査目的に施行した造影CT検査および肺血流シンチグラフィで両側肺動脈血栓および散在する血流欠損を認めた。慢性血栓塞栓性肺高血圧症(CTEPH)と診断され当院へ紹介受診となった。右心カテーテル検査および肺動脈造影ではMPAP 62 mmHgおよびPVR 896 dyne・sec・cm⁻⁵、右肺動脈の末梢病変と左肺動脈の中樞病変を認

めた。静脈奇形を伴う完全内臓逆位の重症 CTEPH であり、手術リスク軽減のため肺動脈内膜摘除術 (PEA) に先行しバルーン肺動脈形成術 (BPA) を行った。1 回目の BPA で左肺動脈の中枢性病変を、2 回目の BPA で右肺動脈の末梢性病変をそれぞれ治療した。BPA 後に MPAP 25 mmHg、PVR 291 dyne・sec・cm⁻⁵ までそれぞれ低下し症状も軽減した。10 か月後に PEA を施行し、MPAP 20 mmHg、PVR 278 dyne・sec・cm⁻⁵ まで改善した。しかし労作時息切れと 6 分間歩行での SpO₂ 低下が残存したため、術後に 3 回目の BPA を施行し残存病変に対し治療を行った。Kartagener 症候群を合併した重症 CTEPH 症例に、BPA と PEA の combination therapy が有効であった。

5. 超高齢者の胸部大動脈瘤を伴う Stanford B 型大動脈解離に対して弓部大動脈全置換術及びオープンステント挿入術を施行した一例

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

中野 優、前川 浩毅、木下 友希
松本 龍門、加納 正樹、鈴木 隼
藤吉 俊毅、岩堀 晃也、島原 佑介
岩橋 徹、神谷健太郎、福田 尚司
西部 俊哉、荻野 均

症例は 83 歳女性。来院 3 日前に胸背部痛が出現し前医に救急搬送された。Stanford B 型大動脈解離の診断で治療目的に当科へ転院搬送された。CT 検査では左鎖骨下動脈分岐部小彎側を entry とした部分開存型の B 型大動脈解離の所見であった。さらに上行大動脈が 60 mm、胸腹部大動脈が 55 mm と瘤径拡大を認めていた。胸部大動脈瘤に伴う B 型大動脈解離であり、破裂のリスクも高いと考え、準緊急で人工血管置換術を施行する方針となった。大動脈を zone 2 で離断し、entry を確認した。同部位より下行大動脈に Frozenix (27×120 mm) を挿入し、ステントグラフト部分で entry が閉鎖されるように留置した。断端形成後に J-graft 人工血管 26 mm で弓部大動脈全置換術を施行した。術後経過は良好であり、術後 35 日目に独歩で自宅退院した。リスクの高い超高齢者の上行弓部大動脈瘤に併発した急性 B 型大動脈解離に対し、オープンステントグラフト併用弓部大動脈全置換術を施行し、良好な結果を得たので報告する。

6. 大動脈弁置換術の既往をもつ超高齢者で生じた亜急性期 A 型大動脈解離に対する 1 手術例

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

松本 龍門、藤吉 俊毅、前川 浩毅
木下 友希、中野 優、松本 龍門
加納 正樹、鈴木 隼、岩堀 晃也
島原 祐介、岩橋 徹、神谷健太郎
福田 尚司、荻野 均

症例は 86 歳男性。約 1 か月前に旅行先の岩手で突然の背部痛を自覚し前医で偽腔開存型急性 A 型大動脈解離と診断された。緊急手術を考慮されたが、高齢・再開胸となるためハイリスクと判断され約 1 カ月間の保存的加療後手術目的に当科紹介となった。来院時造影 CT 検査では上行大動脈に entry を有する、偽腔開存型 A 型大動脈解離の所見であった。上行大動脈は前医で施行された発症時 CT 検査では 50 mm であったが、来院時は 54 mm まで拡大しており下行大動脈も 41 mm から 52 mm までの急速な拡大を認めた。大動脈破裂のリスクが高いと判断し、来院後 11 日でオープンステントグラフト併用全弓部大動脈置換術を施行した。術後経過は良好で術後 28 日目に自宅退院となった。胸部大動脈手術においてはその侵襲の大きさからいまだに高齢者に対する手術適応は、臨床現場でしばしば議論となる。今回、急性 A 型大動脈解離を発症した、大動脈弁置換術後の超高齢者に対し人工血管置換術を施行し、良好な結果を得たので報告する。

7. 下肢静脈瘤患者における睡眠時無呼吸症候群との関連性の検討

(筑波記念病院 心臓血管外科)

入方 祐樹、倉橋 果南、松本 佳奈
河野 豪、山田亮太郎、高橋 秀臣
井上 堯文、西 智史、吉本 明浩
末松 義弘

近年、睡眠時無呼吸症候群 (SAS) と種々の心血管疾患の関連が示唆されており、特に大動脈瘤、大動脈解離等の大動脈疾患や薬剤抵抗性の高血圧においてその有病率は極めて高いと報告されている。高血圧は下肢静脈瘤の増悪因子の一つでもあり、当科では静脈瘤手術患者に対しても SAS スクリーニングを施行している。2019 年 6 月から 2021 年 6 月の期間において静脈瘤手術を受けた患者のうち 65 例 (男性 25 例、女性 40 例) に対し、終夜睡眠ポリグラフィ (PSG) もしくは簡易 SAS 検査 (OCST) による SAS スクリーニングを施行した。一般に SAS の有病率は男性約 9%、女性約 3% と言われているが、本患者群においては 63 例の患者において軽症以上の SAS を認め (合併率 97%)、そのうち重症 (AHI 30 以上): 15 例 (24%)、中等症 (AHI 15-30): 27