

研究会報告

第42回 東京医科大学循環器研究会

日 時: 平成17年7月2日(土)
午後2:00~

場 所: 東京医科大学病院 6階 第一会議室

世話人: 新座志木中央総合病院 循環器科

豊田 徹

1. ペースメーカー植え込み術後に心膜液貯留を来した一例

(内科学第二講座) 後藤 知美、武井 康悦、藤岡 泰生
永尾 正、田中 信大、山科 章
(内科学第一講座) 木船 史郎、本多 聖子、片桐 智子
大屋敷一馬

症例は77歳男性。主訴は食欲不振、労作時の息切れ。平成17年3月下旬より労作時の息切れを自覚していた。4月、当院受診したところ、心電図上完全房室ブロックを認めたため、入院。4月恒久的ペースメーカー植え込み術(DDD)を施行し、4月退院となった。退院後、食欲不振、体重減少をみとめ、5月受診。胸部レントゲンにてCTRの拡大。胸水貯留を認め、心エコー図にて著明な心膜液貯留を認めたため、同日緊急入院となる。心膜腔穿刺をしたところ。細胞診にてLarge B cell typeの腫瘍細胞が認められ、CT所見にて胸部大動脈周囲に腫瘤を認めた。心エコー図では、右室前方の心膜と大動脈基部の背側にmass様のエコーを認め、心浸潤をきたした悪性リンパ腫と診断された。現在、化学療法を開始している。完全房室ブロック、心膜液、胸水貯留にて発症し、診断に至った悪性リンパ腫の症例を経験したので、報告する。

2. 下咽頭癌の心臓転移と診断した右心室内腫瘤の一症例

(厚生年金・循環器科)

相川 奈穂、林 さやか、関口 浩司
鈴木 将敏、倉沢 忠弘

63歳男性。平成16年1月から5月まで下咽頭癌 Stage IIIにて当院耳鼻科入院し、化学療法、放射線療法行い、CRとなり退院となった。平成16年6月動悸出現し、心電図を施行。心房細動認め、当科受診となり、心エコー検査施行したところ、右心室内に約4cmの腫瘤を認め入院となった。診断のため、右心室内腫瘤の生検を施行。扁平上皮癌認め、下咽頭癌の心臓

転移と診断し、化学療法、放射線療法を施行するも著効せず第110病日に死亡となった。今回下咽頭癌のきわめて稀な心臓転移を経験したので報告する。

3. 3Dエコーにて診断しえた高齢者自由壁破裂の一例

(老人医療センター・循環器科)

木島 豪、武田 和、山崎江里子
石田 純一、大野 弘毅、猿原 大和
軽部 裕也、谷口 泰、原田 和昌
桑島 巖

症例は83歳女性。平成17年5月頃胸部不快あるも放置。5月カラオケ中に胸苦自覚、顔面蒼白となり救急車要請しCCU入院。来院時意識清明、血圧90/60mmHg、脈拍86整、心肺雑音なし胸部X線上CTR68%、心電図上VI-4にてST上昇を認めた。入院時、WBC17,060/ μ l、CPK78IU/l、CPK-MB5IU/l、AST292IU/l、ALT341IU/l、LDH702IU/l、トロポニンT陽性、CRP0.41mg/dl、血糖566mg/dl、HbA1c9.1%であった。心エコー上、心尖部よりの前壁中隔の壁運動低下を認めた。心尖部に14mm程度の心嚢液貯留を認めるも、心タンポナーデ所見は認めず。造影CTにより大動脈解離を否定。5月発症の心筋梗塞と考え、保存的加療とした。翌日、胸部症状もなく経過するも、3Dエコーにより菲薄化心尖部の心筋壁にトンネル様の心筋断裂部が明らかとなり、滲出性心破裂を疑った。NTT東日本関東病院心臓血管外科に、医用画像データ転送システムを用いてエコー画像転送。緊急手術適応と判断され、同日転院し緊急開胸手術施行。心嚢内に約260mlの血腫と血液を認めた。LAD領域の前壁に広く心外膜下の断裂を認めたが、脂肪層が10mm程度と厚く覆っており活動性出血は認めなかった。心尖部からLAD領域にかかる血腫をパッチにて閉鎖、順調に回復し退院。3Dエコーの診断的意義と遠隔医療の手法が奏功した貴重な症例と考え報告する。

4. 入院経過中他枝閉塞をきたした急性心筋梗塞の一例

(西東京・循環器科)

黒須富士夫、未定 弘行、首藤 裕
橋本 雅史、雨宮 正、佐伯 直純
天谷 和貴

(心臓・血管病低侵襲治療センター)

伊藤 茂樹

症例は58歳の男性。胸痛にて入院。症状改善しており保存的に加療、2日後CAG施行し、RCA; intact, LCX; intactでLAD#7; 99%狭窄認め、#4PDからLADにcollateralを認めた。引き続きPCI施行、3.0×18mm Driver stent挿入し終了した。冠拡張剤による頭痛から心窩部痛、発熱を併発し、入院3日後に発作性心房細動が出現、抗不整脈剤にて改善した。6日後胸痛出現にて、II III aVfの平低Tが陽性に増高し、緊急

CAG 施行、LAD #7 の stent site には問題なく、前回異常なかった#4PD に99%+delay がみられていた。PCI も考慮したが、ガイドワイヤーにて lesion を Cross のみ施行し TIMI; Grade 1 → 2 に改善した。その9時間後に再度胸痛出現、V1 ~ V4 の T 波増高し、血栓溶解療法 (ソリナーゼ 160 万単位の全身投与) にて症状改善した。確認 CAG 施行したところ、今度は狭窄のなかった#10 に閉塞がみられた。左前下行枝の1枝病変で入院したが、経過中に他枝閉塞を2回併発した症例について報告する。

5. 鬱血性心不全で来院した冠動脈瘤を伴う冠動脈肺動脈瘻の一例

(八王子・循環器内科)

木内信太郎、荒田 宙、高橋 英治
大井 邦臣、松本 知沙、永田 拓也
加藤 浩太、相賀 護、吉田 雅伸
會澤 彰、渡邊 圭介、生天目安英
森島 孝行、喜納 峰子、小林 裕
高澤 謙二

症例は63歳男性。2005年5月■に鬱血性心不全の診断で入院となった。来院時心電図では左室肥大を認め、心エコーでは LVDd 58 mm、IVS 13 mm、PW 11 mm、左室壁運動は全周性 Hypokinesis であった (%FS14、EF35%)。^{99m}Tc 心筋シンチグラムでは左室内腔拡大、後下壁の Hypoperfusion と心尖部の Defect を呈しており、心臓 MRI では右室付着部の心室中隔、心室中隔中層と心尖部で遅延造影を認めた。冠動脈造影検査では左右冠動脈には有意狭窄は認めなかったが、中隔枝より主肺動脈へ流入し瘤 (最大径は 12 mm) を伴う冠動脈肺動脈瘻が観察された。Swan-Ganz カテーテルでの圧測定は正常範囲であり、冠動脈肺動脈瘻のシャント率は 12% であった。本症例は冠動脈肺動脈瘻が心機能低下にどれほど関与しているのか、また手術適応の判断に迷った 1 症例であり報告する。

6. 破裂後生存し得た巨大冠動脈瘤の一例

(新座志木・循環器科)

佐藤 秀明、長 慎一、足立 浩隆
笠井龍太郎、豊田 徹

症例は78歳、女性。平成17年3月上旬より、発熱、労作時呼吸困難が出現し、3月■精査入院となった。胸部 CT で心嚢液貯留および内部に造影効果を伴う直径6センチ以上の充実性腫瘍を認めた。動脈瘤疑いのもとに3月■、心臓血管外科転院となった。転院同日の心臓カテーテル検査で左冠動脈瘤と診断され、翌日冠動脈瘤切除術が施行された。心嚢液は血性で 800 ml であった。心外膜、大動脈外膜は炎症性浮腫およ

び肥厚が著明であった。主肺動脈と左心耳間に5センチの冠動脈瘤、その背側に破裂による血腫、更にその背側に6センチの充実性腫瘍が存在し、充実性腫瘍は左心耳、肺動脈と高度に癒着していた。冠動脈瘤および左心房の一部が切除された。病理所見は動脈壁及び線維素血腫であり、血栓に器質化は指摘されなかった。破裂後生存し得た巨大冠動脈瘤の症例を経験したため、報告する。

7. 分割手術にて全大動脈置換を施行した Marfan 症候群の一例

(外科学第二講座) 佐藤 和弘、中村 慶太、岩橋 徹
小泉 信達、小櫃由樹生、石丸 新
(神戸大・呼吸循環器外科) 大北 裕

Marfan 症候群症例は心臓血管領域において大動脈解離、大動脈弁輪拡張症など、致命的な合併症をもたらす例も少なくない。今回、我々は大動脈解離後に4度の分割手術にて全大動脈置換を行った症例を経験したので報告する。症例は47歳、男性 (Marfan 症候群)。1999年、大動脈解離 (Stanford A、DeBakey IIIb) の診断にて全弓部置換術および Elephant trunk 変法施行。術後1月にて下行大動脈の残存解離に対し二期的にステントグラフト内挿術。2001年、胸腹部残存解離部の拡張を認めたため、胸腹部大動脈人工血管置換術+腹部分枝再建施行。その後外来 follow となっていた。2004年、CT にて大動脈基部の拡張、および UCG にて severe AR を認めたため大動脈弁輪拡張症との診断にて手術を施行した。手術は完全体外循環下に valsalva 洞付グラフトを大動脈基部再建術 (reimplantation 法) を行った。術後経過は良好であった。このような症例に対し、文献的な考察を加え検討した。

8. 左胸筋温存乳房切除と右内胸動脈を用いた冠動脈バイパス同時施行の一例

(八王子・心臓血管外科)

内山 裕智、小長井直樹、西田 和正
中井 宏昌、榎村 進、工藤 龍彦

乳癌合併狭心症症例に対し左胸筋温存乳房切除術と RITA を用いた off-pump CABG 同時手術を施行し良好な結果を得られたので報告する。症例は75歳女性。以前より狭心症を指摘されていた。平成16年8月頃乳房のしこり自覚あり当院乳腺科受診。精査にて乳癌 (Stage IIIB) と診断。術前精査 CAG にて、#6; 90% 狭窄を認めた。経皮的冠動脈形成術試みるも狭窄部にガイドワイヤー通過せず施行できなかった。外科的治療目的に入院となる。手術は胸骨正中切開のうえ右内胸動脈採取し、前下行枝 (#8) に吻合、閉胸の後腫瘍 AE エリアに存在する乳癌に対し、乳房切除術+リンパ節郭清 (Level III) を