

図異常精査目的に当科紹介受診。これまでに心血管イベントの既往はなく、自覚症状も認められない。冠動脈造影にて右冠動脈 (RCA) 中間部は 100% 閉塞、左主幹部 50% 狭窄、左前下行枝 (LAD) 近位部 100% 閉塞、左回旋枝 (LCX) 末梢部 90% 狭窄の 2 枝完全閉塞を含む 3 枝病変であった。LAD には LCX 後側壁枝 (PL) より側副血行路 (R-II) を有していた。冠動脈バイパス手術を考慮するも同意得られず、冠動脈インターベンション (PCI) 施行。はじめに LAD 完全閉塞病変に対し、LCX よりレトログレードアプローチ (RGA) にて PCI 施行した。最終的に 8Fr Launcher™ AL 1.0 を用いて、Progreat™ (150 cm) ガイド下に NeosFielderFC™ にて LAD 末梢側まで通過するも病変通過できず、NeosMiracle™ 6g にて病変通過に成功した。RGA にて RyujinPlus™ OTW 1.25×10 mm は病変まで上がらず、RGA よりのガイドワイヤーをマーカーにアンテグレート (AGA) に NeosFielderFC™ を通過させ、TAXUS™ 2.75×24 mm 留置した。引き続き RCA 中間部完全閉塞に対し、再開通後の LAD を介して RGA にて PCI 施行するもガイドワイヤーが側副血行路を通過せず、AGA にて病変通過に成功した。TAXUS™ を 3 本留置し再開通に成功するも後下行枝は閉塞していた。PCI 治療戦略の選択に苦慮した 2 枝慢性完全閉塞症例を経験したので報告する。

5. 壁運動悪化の経時的変化を観察しえた劇症型心筋炎の一例

(循環器内科) 今井 靖子、田中 信大、進藤 直久
 上山 直也、山下 淳、近森大志郎
 山科 章
 (新座志木中央総合病院)
 豊田 徹、樫木 辰次、長 慎一
 加藤 充、迫田 邦裕

劇症型心筋炎は心筋炎の中でも急激に発症しポンプ失調や不整脈などを引き起こし、心肺補助循環を必要とする重篤な疾患である。初発症状で特異的な症状がないため、早期の診断が難しく、見逃されたり重篤な状態になってから認識されることも稀ではない。

今回我々は早期から心筋炎を疑い、急激に進行した心機能低下を経時的観察することが出来た症例を経験した。本症例は IABP、PCPS 挿入し、PCPS の回路交換を経て心機能の回復を期待したが、回復を認めず死亡した。心筋炎では常に早期より劇症化の可能性を疑うことが重要であることが示された。

7. DDD ペースメーカー植込み後に上大静脈閉塞を来した症例

(八王子・循環器内科) 山田 治広、永田 拓也、川出 昌史
 相賀 護、渡邊 圭介、會澤 彰
 大島 一太、森島 孝行、喜納 峰子
 小林 裕、寺岡 邦彦、高澤 謙二

65 歳男性。17 年前に完全房室ブロックに対し左前胸部にペースメーカー植込み術を施行した。今回、リード断線のため新規心室リードの挿入と、電池消耗によるジェネレーター交換目的に入院となった。新規の心室リード挿入のため左鎖骨下静脈穿刺を施行したが、ガイドワイヤーを上大静脈から心房へ進めることができなかった。静脈の還流異常を明らかにするため右鎖骨下より静脈造影を行ったところ心房は造影されず、上大静脈の血栓閉塞と奇静脈系の側副血行路が認められた。CT でも上大静脈の血栓閉塞と奇静脈・腰静脈系の側副血行路の発達を認めた。また、上大静脈症候群をきたすような腫瘍を示唆する所見はなかった。ペースメーカーリードに起因する上大静脈閉塞は発現が緩徐であり側副血行路の発達により顕在化しにくいいため、ペースメーカー管理において、発症の可能性を念頭におく必要があると考えられた。