

【患者】 47 歳男性

【主訴】 腹痛

【現病歴】

患者は入院 5 週間前に広範な腹痛を発症した。右下腹部の痛みが最も強く、右側腹部と背中への放散痛を認めた。痛みは前屈みになることでわずかに軽減し、歩行などそれ以外の動きで増強し、眠りを妨げるほどであった。患者は本院と提携している医療センターのクリニックを受診した。

痛みは 10 段階スケールで 5~10/10、性状は鋭く持続痛であり、食事との関連はないことが多いが、香辛料のきいた食べ物や酸っぱい食べ物、脂肪を多く含んだ食べ物を食べた後 10 分以内に痛みが増強することもあった。食欲および飲水は過去 1 週間で減少しており、Bismuth、Magnesium hydroxide ともに痛みの軽減に効果がなかった。身体診察時、患者は不安げで、血圧 167/82 mmHg、脈拍 72 bpm。腹部は軟、軽度~中等度の圧痛を右下腹部に認め、反跳痛と筋性防御は認めなかった。腫瘍、ヘルニアは認めず、その他の身体所見は正常であった。尿検査で微量の血を認めた。患者は本院の ER へと転院された。

患者は過去 15 年にわたり間欠的な腹痛と便秘があった。4 年半前に撮影された造影腹部骨盤部 CT では異常は指摘されなかった。同時期に施行された消化管内視鏡で食道・胃・十二指腸・結腸を検査され、胃粘膜の萎縮と非出血性で潰瘍底が整な十二指腸潰瘍が指摘された。H. pylori 感染と診断され、2 週間の除菌療法を行い PPI が処方されて症状の改善をみた。今回の入院 3 ヶ月前に頭のふらつきがあったが、3 時間後に自然に軽快した。また入院 1 ヶ月前に、動悸と頻拍を伴い、心臓へと放散する左腕の痛みがあったが、これも自然に軽快した。

【既往歴】 H. pylori 感染(胃粘膜の萎縮と非出血性で潰瘍底が整な十二指腸潰瘍)

【薬歴・アレルギー歴】 服用薬(-)、NKDA

【生活歴】 中米生まれで、25 年前にアメリカ合衆国に移民してくるまでは農村部及び都市部で生活していた。

移民後は年二回中米を訪れている。一人暮らしで、以前は建設関係の仕事をしていたが現在は無職。

喫煙：30 年間の喫煙歴、アルコール：減多に飲まない

【家族歴】 母：高脂血症、糖尿病 姉(妹?)：慢性的に間欠的な下痢と便秘を繰り返している 母方の叔父(伯父)：52 歳で突然死 腎・心疾患の家族歴(-)

【現症】

〔バイタル〕 体重 87.9kg、血圧 159/94mmHg、その他のバイタルサインは正常

〔胸部〕 肺音：清、心音：I → II →、リズム整、心雑音なし、仰臥位で PMI は鎖骨中線上

〔腹部〕 軟、びまん性の軽度な圧痛(+)(右下腹部で最も強い)、両側腹部痛(+)(右側で強い)

【入院時検査所見】

〔血液〕 Ht 40.4%、Plt 431,000/mm<sup>3</sup> ↑、Lipase 3.5U/dl (1.3-6.0)、Amylase 131U/l ↑ (3-100)、その他の検査所見(WBC、WBC 分画、電解質、グルコース、タンパク質、アルブミン、グロブリン、ビリルビン、コレステロール、脂質、CK、CK 分画、Troponin T、Troponin I、凝固、腎機能、肝機能)は正常

〔尿〕 RBC 3-5cells/HPF、その他は正常

〔ECG〕 洞調律、HR 57 bpm、下外側の誘導で T 波陰転化

〔造影腹部骨盤部 CT〕 左腎中部に皮質の不整像と、右腎中部に周辺部に中央部低吸収で被膜の造影効果を認めるくさび形の病変部、右腎下極に境界曖昧なくさび形の低吸収域が認められた(Figure 1)

【入院後の経過】

麻薬性鎮痛薬と晶質液の静注を行い、痛みの程度は 5/10 まで改善した。患者は当院に入院となった。

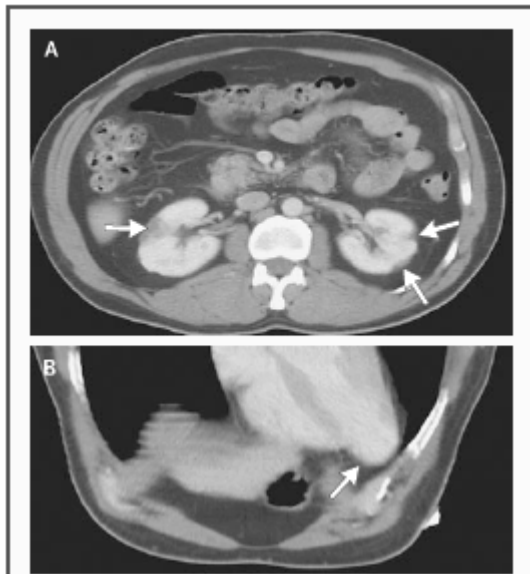
入院第 1 日目、胸部 X 線は正常であった。経胸壁心エコーでは左心室心尖部の部分的な機能不全と心尖部の心室瘤、左室腔中部の収縮末期のほぼ完全な閉塞がみられたが、全体として左室の収縮能は正常であった(駆出率は 58%)。心尖部心室内に可動性のある高エコー腫瘍が認められ、サイズは 1.0cm × 0.8cm、血栓と矛盾しない所見であった(Figure 2)。左室径は 44mm と拡張しており、上行大動脈径は 33mm(正常 < 36mm)であった。卵円孔開存と、軽度の僧帽弁・三尖弁・肺動脈逆流が認められた。検査上、凝固亢進は認められず(Lupus anticoagulant、ATIII、protein C、protein S についての検査はいずれも正常)、Focor V Leiden の遺伝子異常についても考えにくかった。血液培養は陰性であり、ヘパリンが開始された。

入院第 2 日目、心電図モニターでは間欠的な洞徐脈がみられ、期外収縮は認められなかった。腹痛は改善したが、便秘と腹部膨満、腹部のけいれん、腸雑音の減弱が出現した。Docusate sodium、Bisacodyl、Sennoside が処方され徐々に症状は改善した。

入院第 6 日目、心臓カテーテルが施行され、LAD 枝中部にわずかな不整が認められたが、その他の血管は正常であった。心臓 MRI では左室心尖部に心室瘤(3.6cm×3.2cm×3.1cm)がみられた。振り返ってみると、心室瘤は 4 年半前及び入院時に撮影された腹部 CT でも認められ、大きさに変化はなかった。軽度の求心性左室肥大(最も厚い部位で 14mm)がみられた。Gd 造影では、菲薄した心尖部の心室瘤壁に高信号領域がみられた。これは心筋の異常な遅延増強効果と一致する所見であり、この特徴は線維化、梗塞あるいは癒痕を示唆する (Figure 3C,3D)。

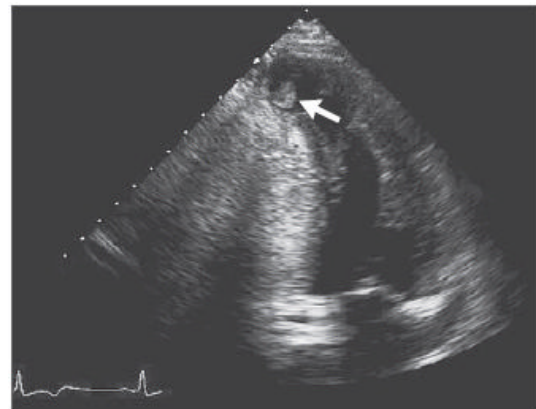
入院第 8 日目、経胸壁心エコーを再度行ったところ、心尖部心室内の腫瘍は認められず、その他の所見には変化無かった。患者は退院となり、Enoxaparin、Warfarin sodium、低用量 Acetylsalicylic acid、Atenolol、Acetaminophen を服用するよう指示された。

ここで、診断的手技の検査結果が戻ってきた。



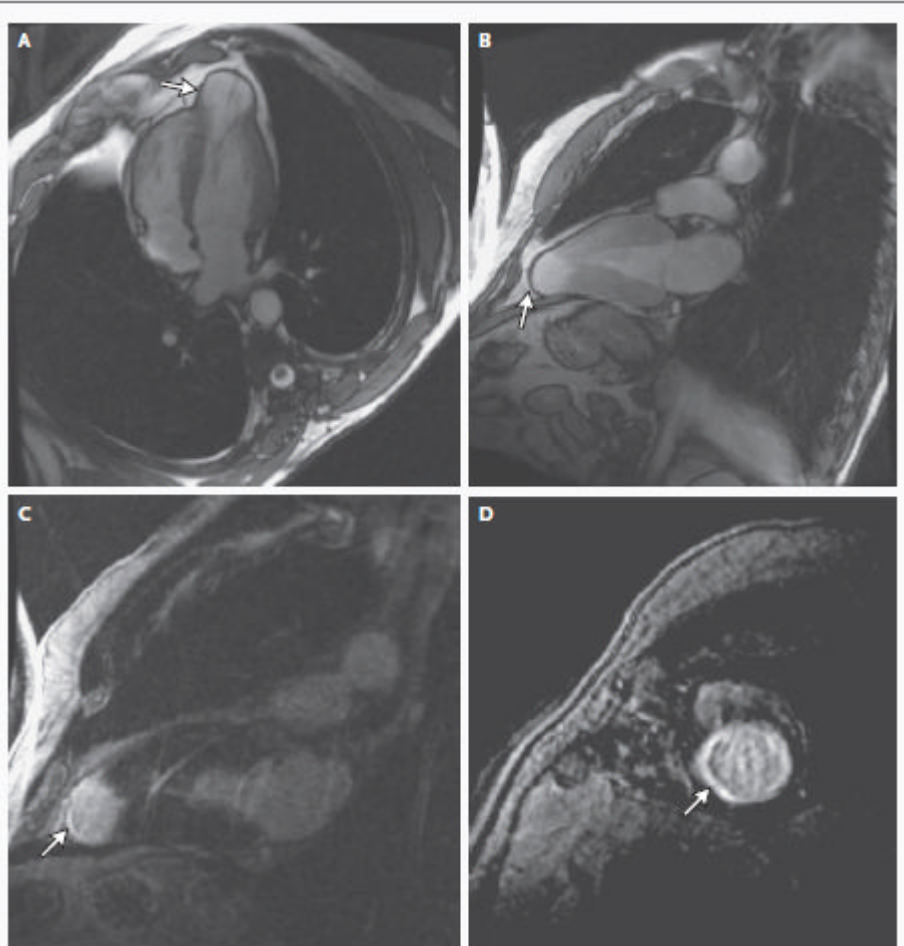
**Figure 1. Abdominal CT on Admission.**

An oblique axial multiplanar reformatted image from the abdominal CT scan, obtained after the administration of contrast material (Panel A), shows multiple peripheral wedgelike hypodensities involving the renal cortexes bilaterally (arrows). The appearance is characteristic of multifocal renal infarctions. The hypodensities were new, as evidenced by comparison with CT scans obtained 4.5 years earlier. An oblique coronal multiplanar reformatted image of the heart from the abdominal CT scan (Panel B) shows thinning of the left ventricular apex, with aneurysmal dilatation (arrow). This was unchanged from the CT scans obtained 4.5 years earlier.



**Figure 2. Transthoracic Echocardiogram.**

The two-chamber apical view shows a speckled echogenic mass in the left ventricular apex. The aneurysmal apex has markedly thin, echogenic (bright) walls, with distortion of the shape of the ventricular cavity in diastole.



**Figure 3. Cardiac MRI.**

A four-chamber image taken during end diastole (Panel A) and a two-chamber image taken during end systole (Panel B), obtained from a balanced steady-state free precession cine sequence of a cardiac MRI, show the left ventricular apical aneurysm, with marked thinning and ballooning of the left ventricular wall (arrows). The two-chamber view (Panel B) shows increased ballooning of the left ventricular apex during systole, a feature that is consistent with apical dyskinesia. Modified two-chamber (Panel C) and short-axis (Panel D) views obtained from cardiac MRI inversion-recovery gradient-recalled-echo sequences 10 minutes after the administration of intravenous gadolinium show transmurular delayed hyperenhancement of the thinned left ventricular apex (arrows), which confirms the presence of fibrous tissue.