

## 抄 録

## 第21回 信州心エコー図セミナー

日 時：平成20年11月1日（土）

場 所：信州大学旭総合研究棟9階講義室

当番幹事：山本 一也（飯田市立病院循環器内科）

## 一般演題

## 1 無症候性心筋梗塞に心室中隔穿孔を合併した糖尿病の1症例

相澤病院臨床検査センター

○草間 昭俊, 田中みどり, 倉田 淳一  
両角 典子, 野澤 美幸, 下田真奈美  
忠地 花代, 樋口佳代子

同 循環器内科

伊達岡 要, 麻生 真一, 馬渡栄一郎  
鈴木 智裕, 櫻井 俊平

同 心臓血管外科

高井 文恵, 鈴木 博之, 橋本 昌紀  
大澤 肇, 藤松 利浩

症例は61歳男性。嘔気と下痢, 食欲低下により近医受診し, CRP 高値 (25.35 mg/dl) のため某病院へ紹介となった。血液検査と心電図検査から, 数日前に発症した急性心筋梗塞と診断。心エコーにて心室中隔穿孔と心室瘤を認めたためドクターヘリにて当院へ搬送となった。当院来院時の心エコー検査では, 左室下壁領域の壁運動低下を認めた。乳頭筋レベルの下壁側心室中隔に約15×20 mmの欠損部位を認め, 欠損部を通じて, 左室から右室への短絡血流を認めた。欠損部から下壁自由壁側に心室瘤様の拡大が見られ, 壁厚は約3 mmと菲薄し, エコー像からも脆弱さが推察された。心臓カテーテル検査を施行。右冠動脈#3: 99%, 左前下行枝#6: 75%, 左回旋枝#13: 90%を認め#3が梗塞責任病変と考えられた。Qp/Qs=2.6, L-R shunt60.8%だった。IABPを挿入し, 循環動態の安定化を図りながら, 梗塞部位の組織が安定化した後にCABGおよび中隔穿孔閉鎖術を行う方針とした。手術は入院9日目に施行された。心拍動下に下壁を確認。触診にて下壁自由壁に4×3 cmの壁脆弱部位を認め, 同部位は梗塞により変色していた。左室下壁を4PD

より約2 cm離して切開, 心室内腔を観察すると下壁よりの左室側中隔壁が梗塞により大きく欠損しており, その欠損孔奥に右室内腔が確認でき, 術前心エコー所見に一致していた。Infarction Exclusion術にてVSPを閉鎖しLAD, PLへバイパス術を施行した。術後, 血行動態は安定し, 入院31日目に退院となった。本症例は, 平成20年4月から糖尿病を指摘されていたが, 当院来院時, HbA1c 11.4%とコントロール不良だった。心筋梗塞発症時に激しい症状はなく, 自覚症状がないまま梗塞巣が完成し, 心室中隔穿孔を合併したと推測された。糖尿病, 高齢者などでは, 急性冠症候群を発症しても無症候のことがあるため, 典型的な胸痛のない症例でも心臓超音波検査にて十分な観察を行うことが必要と考えられた。

2 冠動脈エコーにて狭窄を強く疑った2例  
長野赤十字病院検査部

○倉嶋 俊雄

近年, 心エコー装置の高性能化により, 胸壁からのアプローチで冠動脈血流の描出が容易になってきた。狭窄を示す診断基準も出来つつある。今回冠動脈エコー所見より, 狭窄を疑った症例について紹介し, 当院での現状を簡単に述べる。

## 3 Bland-White-Garland 症候群成人例の1症例

安曇野赤十字病院検査部

○井口 純子, 比田井道徳, 村山 範行  
同 循環器内科

内川慎一郎, 村山 秀喜, 木下 修  
症例は66歳女性。幼少時などに特記なし。2006年7月健康診断で心電図異常を指摘され来院。PACとPVCがみられ経過観察された。2008年3月の心エ

コーにて、左室機能障害と冠動脈形態異常を認めた。2008年5月上旬より、腹部不快感が持続し、発作性心房細動によるうっ血性心不全にて入院となった。入院時BNP1,690 pg/mlであった。入院中の心エコー検査では、RCAは拡張蛇行し、心室中隔内などを走行し、さらにLADへと流入していた。LVDd56 mmと拡大ありLV noncompaction様の所見も得られた。カテーテル検査では、RCAから血流がLADを逆流し肺動脈起始部に流入していた。酸素飽和度のstep-upを認めず、肺高血圧の所見もなかった。シャント量が少なく、発達した側副血行を持つことにより、長期生存しているBWG症候群を経験したので報告した。

#### 4 左房内腫瘍様エコーの4例

信州大学循環器内科

○元木 博彦, 小山 潤, 相澤 万象  
笠井 宏樹, 越川めぐみ, 伊澤 淳  
熊崎 節央, 富田 威, 筒井 洋  
池田 宇一

左房内腫瘍様エコーを呈する症例は、頻度は多くないものの、必ず出会う疾患群である。その診断には、粘液腫や血栓を鑑別する質的診断から、茎の付着部位の同定などの解剖学的診断まで多くの情報を要求されることが多い。今回、当院で経験した左房内腫瘍様エコーの4症例を提示する。左房内腫瘍様エコーを呈する症例群の鑑別点や鑑別法などを、多少の文献的考察をふまえて報告する。

#### 5 僧帽弁形成術後1年後にPhysio ring逸脱により僧帽弁逆流が再発した1例

諏訪赤十字病院循環器科

○山崎佐枝子, 神吉 雄一, 酒井 龍一  
茅野 千春, 渡辺 秀彦, 田村 泰夫  
大和 真史

症例は70歳男性。平成15年から慢性心房細動、慢性心不全のため当院通院。平成16年3枝病変あり、PCI施行。このときにMR3度指摘。以後、心不全による入退院を繰り返していた。平成19年6月僧帽弁三尖弁形成術施行。8月CRTD植え込み術施行(信大)。その後、外来経過観察。平成20年6月心不全のため入院。収縮期に心雑音あり。心エコーで僧帽弁形成術時のRingの逸脱あり。僧帽弁逆流の再発あり。僧帽弁置換術施行。術後経過良好で退院した。

Ring逸脱のエコーを供覧する。

#### 6 著明な左室肥大を呈したNoonan症候群の1例

県立木曽病院検査科

○上倉めぐみ, 平田 忍  
同 循環器科  
堀込 実岐, 山崎 恭平  
松本協立病院心臓血管外科  
北原 博人

症例は38歳女性で主訴は呼吸困難です。2歳時に心房中隔欠損症+肺動脈弁狭窄症に対し信州大学で手術、8歳頃より心肥大・心機能低下を指摘され、肥大型心筋症・心不全の診断でジソピラミド・アテノロールが処方されていた。H18年7月より心不全症状が出現し近医より当院紹介・入院となった。入院時現症では身長143 cm, 体重40.8 kgと低身長を認め両眼離開・短頸・外反肘とNoonan様体型を認めた。血圧130/66 mmHg, 脈拍80/min, 整, 4LSBにLevine II/VI収縮期雑音を認めた。血液検査ではBNP3,450 pg/mlと上昇あり。心エコーでは著明な左室肥大と左室内腔の狭小化を認め、MVO (PG42 mmHg)の所見を認めた。検査の結果などからNoonan症候群に伴う肥大型心筋症と診断した。Noonan症候群では肥大型心筋症が10-30%程度に合併するとされており、左室肥大の程度が予後規定因子となるとされており、今後の経過観察が必要と考えられた。

#### 7 僧帽弁置換術後合併症の2例

飯田市立病院臨床検査科

○津金 雅之, 田中 雅也, 関島 康弘  
熊谷 智子  
同 循環器内科  
片桐 有一, 源田 朋夫, 唐沢 光治  
山本 一也

【はじめに】僧帽弁置換術後に合併症を起こした2症例を経験したので報告する。

【症例1】81歳女性、1998年9月に僧帽弁狭窄および逆流にて僧帽弁置換術(SJM弁)施行。2007年8月に左前頭葉梗塞にて入院。2008年9月6日入浴後立位にて失神あり入院、9月7日昼食をとるために起床した際に頻脈(心拍数120程度)と気分不快感を認めた。9月8日心エコー検査にて左房内に31×26 mmのほぼ球状の血栓を確認。同日、座位になった際に失神、左房内血栓の嵌頓によると判断され緊急手術適応と考えられた。手術にて左房内に3 cmと1 cm径のほぼ

球状で茎を認めない free な状態の血栓が確認された。  
【症例 2】62歳男性，2003年10月に僧帽弁閉鎖不全 (PML prolapse) にて僧帽弁置換術 (SJM弁) を行った。2006年2月左膝内側外側半月板断裂により半月板切除術，2006年5月に感染性アテロームにて切開排膿術を施行している。2007年4月および2008年4月に心不全にて入院。2008年8月および9月にめまいとTIAを呈しMRIにて左小脳半球に梗塞を確認。同年10月に心不全増悪にて入院。心エコーにてMVA (PHT) : 1.29 cm<sup>2</sup>, meanPG : 22.3 mmHgと高度の人工弁圧較差と，人工弁左房側に異常エコーを認めた。経食道エコーにて人工弁に付着する vegetation と弁輪部からのびる pannus を認めた。

【考察】今回，術後合併症をおこした2例とも機械弁による僧帽弁置換術後の症例である。機械弁である場合，経胸壁心エコーでは人工弁によるアーチファクトが影響し弁やその周囲の情報を得ることが難しい。経食道エコーにて多くは確定診断に至るが，経胸的にも血流情報を組み合わせ丁寧に観察することである程度の診断は可能である。

#### 特別講演

「弁膜症に関する諸問題」

大阪大学大学院保健学専攻機能診断科学講座教授  
中谷 敏