

## 抄 録

## 第31回 甲信心エコー図セミナー

日 時:平成26年5月31日(土)

場 所:信州大学医学部臨床医学教室棟2階第1臨床講堂

当番幹事:櫻井 俊平(相澤病院心臓大動脈センター)

## 1 Noonan 症候群が疑われる VSD, Eisenmenger 症候群の 1 例

信州大学医学部附属病院臨床検査部

○矢吹 唯, 加藤 奈那, 中澤希世子  
倉田 淳一

同 循環器内科

井口 純子, 元木 博彦, 小山 潤

【症例】38歳, 男性。

【既往歴】胃ポリープ切除術(26歳時)。

【現病歴】出生時より心雑音の指摘あり, VSD(詳細不明)と診断された。5歳時の心臓カテテル検査でPHを認め(詳細不明), VSD+PHでEisenmenger症候群と診断, 以降無投薬にて経過観察していた。21歳時に血痰・咯血を認め, 以降は在宅酸素療法を行っている。現在はNYHA II度で経過しており, 外来通院にて肺血管拡張薬が投与され, 経過観察されている。

【心電図所見】基本調律は洞調律。V1で2相性P波を示し, 心房負荷を示唆する。またV1で高いRを呈しており, 右室肥大を示唆する所見。

【心エコー所見】LVに明らかなasynergyなし。LVDd 3.3 cmと狭小化しており, 短軸像はD shape。Perimembranous portionに1.65 cmの欠損孔あり, VSD Kirklin II型と思われる。大動脈弁は3尖あり, 逸脱はなし。Shunt flowは両方向性で, R→L shuntが多い印象。RA, RVは拡大しており, 著明なRVHが認められる。TRPG=98 mmHgで肺動脈弁狭窄なく, severe PHを認める。

【Noonan 症候群について】Noonan 症候群とは, 細胞のシグナル伝達経路に関わる構成分子の遺伝子異常が引き起こす先天性疾患であり, ほとんどは突然変異とされている。染色体検査では正常核型を示す。低身長, 先天性心疾患, 胸郭異常, 停留精巣, 特異的顔貌(眼間解離, 眼裂斜下, 眼瞼下垂など)などの臨床所見があり, 特に先天性心疾患は高率に肺動脈狭窄症, 肥大型心筋症, 心房・心室中隔欠損症を示す。今回の

症例では, 高度のRVH, VSDを認め, その他の臨床所見とも合致している。今後遺伝子検査での確定診断が望まれる。われわれは, 今回の症例について, 肺高血圧症を含めた心エコー所見と比較し, 若干の考察を得たので報告する。

## 2 弁輪部膿瘍が左房側へ瘤状に突出し, 穿孔を呈した大動脈弁感染性心内膜炎の 1 例

慈泉会相澤病院臨床検査センター

○山本みどり, 菊地 広美, 三村 隆典  
小林 美佳, 上田明希子, 上野 里奈  
同 循環器内科嘉嶋勇一郎, 加藤 太門, 麻生 真一  
鈴木 智裕, 櫻井 俊平

同 心臓血管外科

谷島 義章, 山浦 一宏, 恒元 秀夫

【症例】66歳, 男性。

【主訴】右視力低下。

【既往歴】特記なし。

【現病歴, 経過】朝起床時より軽度頭痛と嘔気があり, 右眼の見えにくさを自覚し当院救急外来を受診。

頭部MRI検査では小さな脳梗塞が多発しており, 血栓塞栓症が疑われた。心電図検査では正常洞調律であり, 心房細動を認めなかった。血液検査で炎症反応が高値であることから, 感染性心内膜炎などが疑われ心臓超音波検査を施行した。

心臓超音波検査上, 大動脈弁左冠尖に長径13 mm程の高エコー付着物を認めた。僧帽弁前尖の左房側に大動脈弁輪付近から伸びる構造物があり, 先端は直径12 mmほどに膨隆していた。僧帽弁前尖との間に3 mm程の間隙があり, 血流シグナルを認めたが僧帽弁逆流とは時相が異なっており穿孔が疑われた。

2日後に大動脈弁置換術, 大動脈弁輪形成術が施行された。

大動脈弁は無冠尖が完全に破壊され, Aortic cur-

tain 全体に感染が及び膿瘍となっていた。膿瘍の一部は左房側へ伸展し、僧帽弁前尖中央部の Aortic curtain から膿瘍壁が瘤状に突出していることが確認され、突出した膿瘍の僧帽弁前尖側に穿孔が認められた。僧帽弁には明らかな疣贅の付着は認めなかった。

外来受診時に採取した血液培養（動脈血）では *Streptococcus pneumoniae* が検出され、感染性心内膜炎の原因菌と考えられた。

感染性心内膜炎の起病因菌として *Streptococcus pneumoniae* は稀であり、進行が速く、合併症も来しやすいと報告されている。

本症例においても、弁の破壊など急激な経過をたどり、これまで報告された症例と同様の傾向が見られた。

### 3 大動脈弁に発生した乳頭状線維弾性腫の1例

昭和伊南総合病院臨床検査科

○白鳥 良太, 林 弥生, 井口智恵子  
玉木 愛美

同 循環器内科

山崎 恭平, 富永 新平

飯田市立病院心臓血管外科

北原 博人

はじめに、乳頭状線維弾性腫は比較的稀な心臓原発の腫瘍であり、弁組織由来のものが多く、左室由来のものは少ない。症例は60歳男性、既往歴は無し。特に自覚症状は無く、当院人間ドック受診時の心電図にて多発する上室性期外収縮を認め、後日精査目的に当院循環器内科を受診。心エコー図検査にて大動脈弁接合部付近に付着する異常構造物が認められた。エコー上付着部位ははっきりしなかったが、高輝度で可動性があり、表面が細かく変化している印象であった。心エコー所見はこの異常構造物を認めるのみで、有意な弁膜症等は認めなかった。また、同日にホルター心電図を施行したが、上室性期外収縮を認めるのみであった。血液検査も異常は認められなかった。その後他院心臓血管外科へ紹介され、心エコー図検査の所見から、塞栓症のリスクが高いと判断され、その予防と確定診断目的に手術適応と判断された。

術中所見では大動脈弁は三尖形態で、無冠尖の弁尖中央部に腫瘍の付着を認めた。弁縁からは離れており、肉眼的には粘液腫と思われた。腫瘍と共に弁尖をくり貫き、欠損部に自己心膜 patch を逢着するも、弁尖が変形し相当量の逆流が認められた為 patch 形成を

断念し、人工弁置換術を行った。切除した腫瘍は病理組織検査で乳頭状線維弾性腫と診断された。その後当院にて人工弁置換術後のフォローを行っている。

今回大動脈弁無冠尖に発生した乳頭状線維弾性腫という比較的稀な症例を経験したのでここに報告する。

### 4 消化器症状で発症した急性心膜心筋炎の経時的な心エコー図所見

佐久総合病院佐久医療センター臨床検査科

○高見沢葉子, 大森 麻希, 佐藤アイコ  
小林 伸, 井出 剛

同 循環器内科

堀込 実岐, 土屋ひろみ, 柳澤 聖  
荻原 真之, 木村 光, 馬渡栄一郎  
池井 肇, 矢崎 善一

症例は83歳女性、受診4日前に嘔吐数回、下痢数回あり。その後食事摂取困難で全身倦怠感が徐々に増強し歩行困難となったため当院総合診療科外来を受診。BP80台に低下し、冷汗あり。心電図で右脚ブロックとV4-6の陰性T波あり、心筋逸脱酵素の上昇を認め急性冠症候群の疑いで循環器内科紹介となった。心エコーでは明らかな asynergy は認めず、左室、右室ともに心筋は浮腫状で、心嚢水の貯留あり。循環不全による腎機能悪化を認めた。第1病日夜間にBP60台まで低下あり、心エコーでは右室拡大と右室壁運動低下あり。右心不全に対して点滴負荷とカテコラミン投与を行い循環動態は改善。第3病日には循環動態が安定したためカテコラミン減量中止可能となった。同日冠動脈造影では冠動脈に有意狭窄は認めず。急性心膜心筋炎と診断。第4病日に施行した心エコーでは左室、右室の浮腫は軽減し右室壁運動は改善傾向、第10病日左室、右室の浮腫は改善を認めた。Tc-PYP 心筋シンチでは心尖部を除いた両室心筋への集積を認め、心筋炎に矛盾ない所見であった。その後経過良好で第14病日退院となった。

急性心膜心筋炎の心エコー所見を経時的に報告する。

### 特別講演

座長：相澤病院心臓大動脈センター センター長  
櫻井 俊平

「HFpEFにおける心房細動のマネジメント」  
筑波大学医学医療系循環器内科准教授  
瀬尾 由広