

血がそれぞれ1件(0.46%)ずつであった。

180日以上経過を追えた155例(発作性103例,持続性52例)の心房細動再発(30秒以上の心房頻拍含む)は発作性29例(回避率71.8%平均観察期間404.5日),持続性22例(回避率57.7%平均観察期間325.7日)であった。これは近年報告されている成績と同等であった。

## 5 心臓カテーテル検査で限局性右冠動脈解離を合併し,冠動脈CTで経過観察した1例

木村 新平・清水 博・田村 雄助

済生会新潟第2病院循環器内科

症例は77歳,女性。50歳から高血圧症で近医クリニックよりCa拮抗薬を含む降圧治療をされていた。2016年6月30日朝AM6時に胸部不快感を主訴に当院に救急搬送された。AM7時病院長着,来院時には胸部不快感は消失しており,救急外来の心電図で異常なし,同日午前循環器内科外来を受診し心電図再検で異常なし,心エコーで壁運動に異常認めなかった。後日施行した薬剤負荷心筋シンチでも虚血性変化は認められなかったが,早朝の安静時胸部不快感で,冠攣縮性狭心症も疑われ,患者さんも心臓カテーテル検査を希望されたため当科入院した。心臓カテーテル検査の左室機能は正常で,左右冠動脈に狭窄はなかった。冠攣縮誘発試験で左右冠動脈に冠攣縮は認められなかった。ニトロール冠注で最終確認造影をしたところ,右冠動脈近位部に限局性冠動脈解離を合併した。ただちに造影を中止し,PCIで解離の入口部を抑えようと試みるも,wireは偽腔のみに入り,真腔を捉えることができなかった。造影上は,右冠動脈解離を認めるが,検査経過中の心電図でST変化を認めず,胸痛を認めないことから,虚血の進行なしと判断し,保存的にみる方針とした。心臓カテーテル検査直後,冠動脈CT施行,右冠動脈起始部に限局解離あり。血管径は6mm程度に拡張。真腔は圧排され1.6mm程度,血管外漏出所見なし。カテーテル検査から5日目に薬剤負荷心筋シンチグラフィを施行し虚血なしの

診断で第7病日自宅退院した。心臓カテーテル検査の合併症で冠動脈解離は稀に報告されているが今回経験した。本症例に限っては,退院後も外来にて冠動脈CTで経過観察が可能であった。心臓カテーテル検査を供覧していただき,予防策,合併症からの脱出法を検討する。

## 6 リードによる右室穿孔に対する当科での治療戦略

中村 制士・青木 賢治・鳥羽麻友子  
大久保由華・長澤 綾子・岡本 竹司  
榛沢 和彦・名村 理・土田 正則

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
呼吸循環外科学分野

【背景】リードによる右室穿孔はPM,ICD植え込みに伴う重大な合併症の1つである。穿孔を来したリードを抜去するさい,単純抜去では出血性心タンポナーデが続発する危険があり,胸骨正中切開下の穿孔部修復では手術侵襲が大きい。当科では最小切開による穿孔部修復を導入している。

【手術法】最小切開を行うにあたりCTでリード先端の位置を確認する。CT所見に基づき,左前胸部において直下にリードを視認できる位置を決定する。同部に5cm程度の小開胸を加え,リード抜去後の穿孔部をテフロンフェルト付きマットレス縫合で修復する。

【対象】2013年からのPM,ICD植え込み245例のうち,症状,閾値上昇,画像所見などからリードによる右室穿孔と診断された5例(2%)に対して最小切開による修復術を実施した。

【結果】5例中4例がICDリード留置後,1例が一時ペーシング導入例であった。いずれの症例においても術前に心タンポナーデを認めなかった。画像上穿孔と診断し手術を実施したが実際には穿孔に至っていない症例を1例経験した。他の4例は開胸創直下に穿孔したリードを発見し上述の修復を実施した。小開胸に伴う合併症は経験しなかった。

【考察】CTではリードのアーチファクトのため

リード先端が心外膜を貫通しているか判別困難なことがある。

【結語】CT所見に基づく最小切開法の治療成績を検討した。本法では胸骨正中切開アプローチで

問題となる出血や疼痛を低減でき、右室穿孔への対応策として有効性、安全性、低侵襲性の3要素が概ね確保されている。しかし金属アーチファクトによる診断限界が課題として残る。

---