

療を開始。心エコーで左室拡大(6.3cm),びまん性の壁運動低下による収縮機能障害(EF30%),およびモヤモヤエコーを認めた。ヘパリンを開始したが,第6病日に右手の脱力と失語が現れ,5分ほどで軽快,TIAと診断した。心臓カテーテル検査では,右室も左室も拡張末期圧が上昇(それぞれ12,20mmHg)していたが,冠動脈に狭窄はなく,左室造影は拡張型心筋症様であった。右室の4か所から心筋生検を施行。光顕像で心内膜の著明な肥厚(100 μ m,正常<20 μ m)を認めた。光顕像では,心筋細胞の壊死や線維化や炎症細胞の浸潤は無かったが,電顕像では,筋原線維の断裂と粗鬆化,ミトコンドリアの形態の変化を認めた。BMIPPシンチグラムでは,冠動脈の灌流域に一致しない島状の集積低下を認めた。以上より,薬剤性心筋障害と診断した。

近年,抗がん剤による心筋障害を回避する薬剤やプロトコールが開発されている。多剤併用下では,単独投与時の警告量に達していなくても,心不全の発症が報告されているので,がん治療後も慎重な経過観察が必要である。

4 術前脳梗塞,脾頭部胃十二指腸動脈瘤を合併した感染性心内膜炎による僧帽弁前尖の穿孔を伴う大動脈弁閉鎖不全症の緊急手術例

曾川 正和・佐藤 裕喜

県立中央病院心臓血管外科

【背景】感染性心内膜炎(IE)で①術前脳梗塞を合併,②動脈瘤を合併,③僧帽弁前尖穿孔を伴う大動脈弁閉鎖不全症,④急性左心不全でbutterfly shadowを伴う症例に対し,緊急手術を行い,良好な結果を得たので報告する。

症例は45歳,男性。齲歯にて歯科治療中。

2012年2月頃から風邪気味で,体熱感あるも放置。4月18日発熱あり近医受診。4月22日左半身の違和感,感覚消失を認め,4月23日脳梗塞の診断で前医入院。心雑音を認め,心エコーにて大動脈弁位のIEと診断した。

前医での治療は,血液培養にて *Enterococcus*

faecalis 検出し,5月2日よりPCG3000万単位/日開始。CTにて脾梗塞,脾頭部胃十二指腸動脈瘤を認めた。

経過中にvegetationの増大および大動脈弁閉鎖不全症の増悪と新たに僧帽弁閉鎖不全症が出現した。5月10日起坐呼吸となり,当科紹介入院。

5月10日緊急手術施行。体外循環を確立し,大動脈遮断,心筋保護液注入後,大動脈切開した。大動脈弁は,先天性二尖弁であり,大動脈弁を切除した。引き続き,右側左房を切開し,僧帽弁を観察すると,前尖に径3mm程度の穿孔を認め,感染部位を切除し,5×10mm大の自己心膜でパッチ閉鎖した。大動脈弁は機械弁SJM23Aを縫着し手術を終了した。重症心不全であったが体外循環からは何とか離脱できた。術後CTで軽度出血性脳梗塞あり。脾頭部胃十二指腸動脈瘤は血栓化していた。その後,経過良好,独歩退院した。

【考察】検討すべきことは多岐に亘るが,①IEにおける僧帽弁形成術,②IEにおける動脈瘤の合併につき,ガイドラインにも照らし合わせ検討する。

【結語】

1. 術前脳梗塞,脾頭部胃十二指腸動脈瘤を合併したIEによる僧帽弁前尖の穿孔を伴う大動脈弁閉鎖不全症に対し,緊急大動脈弁置換術および僧帽弁形成術を行った。
2. 発症後18日後の脳梗塞に対し,体外循環を用いた手術を行い,術後わずかな出血性梗塞を認めたが,麻痺等残らず回復した。
3. 脾頭部胃十二指腸動脈瘤の感染性心内膜炎との因果関係は不明であるが,IEによるものであれば,きわめてまれな合併症である。