

後化学療法不応性となった。頭蓋照射＋ブスルファン iv＋メルファランの前治療後2回目の臍帯血移植を施行した。分子寛解が得られたが2008年1月に骨髄再発、4月に右中頭蓋底腫瘍形成を認めた。ゲムツズマブオゾガマイシン投与、外照射にて病勢の進行が止まっていた。

8月4日聴診でⅢ音を認めた。心エコー上心房中隔より両心房内に進展する腫瘍と心嚢水を認めた。右心系では三尖弁内に3cm大の腫瘍がはまりこんでおり血流障害を認めた。また心電図上完全房室ブロックを認めた。AMLの腫瘍性病変と判断して8月6日より同部に20Gyの外照射を施行した。施行後腫瘍は0.9×1cm大まで縮小し心嚢水も著減した。房室ブロックの改善は得られなかった。

しかし10月に白血球数15万/ μ l(芽球100%)とAMLの進行を認め同時に心嚢液貯留も再増悪し心不全にて10月24日に永眠された。剖検では心房内腫瘍の再増大は認めなかったが房室間溝を初めとして心筋の表面に大小の腫瘍形成を認めた。

3 日本人男性における肺活量と糖尿病の Cross-sectional な関係 肺活量は脂肪病(メタボリック症候群)のマーカーか?

小田 栄司・河合 隆

立川メディカルセンター

たちかわ総合健診センター

【背景】最近、欧米では肺活量は糖尿病の独立した危険因子として報告されている。

【対象】2008年4月1日から9月30日までに当健診センターの人間ドックコースを受診した男性1386人のうち、同意書に署名し、高感度CRPが10mg/L未満で、呼吸機能データのある1353人を対象とした。

【方法】

1. 空腹時血糖126mg/dL以上または血糖降下剤投与中で定義された糖尿病を診断するための各危険因子のROC曲線のAUCを求めた。
2. 糖尿病診断のための%肺活量の最適カットオ

フ値を求めた。

3. %肺活量の四分位数で分類した各群の糖尿病の頻度を求めた。
4. %肺活量とメタボリック症候群およびその各成分との関係を検討した。
5. 呼吸機能とメタボリック症候群関連危険因子とのSpearman相関係数を求めた。
6. 糖尿病を従属変数、血糖以外のメタボリック症候群関連危険因子を独立変数としたロジスティック回帰を求めた。

メタボリック症候群は、日本人のための改訂NCEP診断基準(MS)と日本独特の内臓脂肪症候群(JMS)の両方を検討した。

【結果】-%肺活量の糖尿病診断のAUC(95%信頼区間)は0.66(0.592, 0.723), $p=1.5 \times 10^{-5}$ であり、最適カットオフ値は-94%であった。%肺活量はメタボリック症候群および血圧以外のメタボリック症候群の全成分と有意な関係を示し、中性脂肪、HDLコレステロール、高感度CRPとの間に有意な相関関係をみとめた。また、ロジスティック回帰で、%肺活量は糖尿病との間に独立な関係をみとめた。

【結論】

1. 日本人男性においても肺活量は糖尿病と関係しており、この関係は他の関連因子と独立であると考えられる。
2. 肺活量はメタボリック症候群の成分である可能性が高い。
3. 但し、本研究はcross-sectionalな研究であり、因果関係は不明である。

4 手術を行った巨大腹部大動脈瘤の検討

曾川 正和・福田 卓也・諸 久永

田山 雅雄*

済生会新潟第二病院心臓血管外科

同 救急科*

【目的】巨大腹部大動脈瘤に対する手術治療についてその問題点を検討する。さらに、外科にたどり着いた巨大腹部大動脈瘤における素朴な疑問「なぜ、これまで発見されなかったのか」につい

て検討した。

【対象】2007年10月より2008年10月までに手術を行った腹部大動脈瘤のうち、大動脈瘤径が10cmを超える症例3例を対象とした。症例1 77歳男性、症例2 75歳男性、症例3 60歳男性であった。

【結果】それぞれの瘤径は10.8cm、10cm、12cmであった。腹部拍動性腫瘍が明らかな症例は2例。病院通院中が2例で内、循環器科を通院していた症例はなかった。発見の動機は、咳が出るためCT施行、以前より指摘されていたものの手術拒否していたが背部痛が出現したため、背部痛があるためであった。手術時における問題点は、巨大ではない動脈瘤に比べ、①腎動脈付近まで動脈瘤が伸展している場合が多い。②動脈瘤が視野を妨げ、ネックへのテーピングなどが困難である。③動脈瘤の圧排による、十二指腸の位置が変位しているので、十分解剖学的関係に注意しながら剥離を進める。などがある。全例、腹部正中切開にて、逆Y字型人工血管置換術を施行した。1例は、動脈瘤が腎動脈付近から出ていたので、腎動脈上で遮断し、腎動脈以下で吻合した。3症例とも準緊急で手術を行い、独歩退院した。

【考察など】腹部大動脈瘤径が10cmに達するまで手術にいたらなかった理由は、症例により様々であるが、循環器科(循環器内科、循環器外科)受診歴はなかった。循環器科を訪れたすべての患者の腹部を触診することでかなりの症例は、見つけられるが、肥満などがあると触診のみで発見し得ない場合があるので、そのような患者には腹部エコーなどのスクリーニングが望ましいと考える。

5 閉塞性動脈硬化症に対する下腿動脈再建術の経験

目黒 昌

長岡中央総合病院血管外科

下腿3分枝の血行再建術は、長期開存が得られない、手術に時間がかかる等の理由から敬遠されてきた歴史がある。しかし近年手術手技の発展や

静脈弁カッターの開発などに伴い、以前より手技は簡便になり、比較的長期の開存も得られるようになってきている。今回は当施設で経験した下腿動脈再建術例13例を検討し、周術期の問題点、中期遠隔成績を報告する。

6 心不全発症後に急速な病態の悪化をきたした変性逸脱弁による大動脈弁閉鎖不全症の1例

石川 未来・大倉 裕二・岡田 義信

佐川 直彦*・齋藤 寛文*

がんセンター新潟病院内科
こばり病院心臓血管外科*

大動脈弁閉鎖不全症(AR)は高度の逆流にもかかわらず、長期にわたり無症状で経過することが多いが、ひとたび心不全を発症すると急速な病態の悪化をきたす。高齢化とともに変性弁によるARが増加しているが、2ヶ月で急速に悪化した変性逸脱弁によるARを報告する。

症例は67歳男性。家族歴や体型の異常はない。胸部外傷の既往はない。08年春より速歩で息切れを自覚することがあった。8月29日に心房細動とうっ血性心不全のため入院しARと診断された。除細動ののち軽快し9月8日退院。NT-proBNPは入院時3542pg/mlから976pg/mlに減少した。自宅安静と厳格な水分・塩分制限を行ったが、3日後に心房細動が再発した。退院後1ヶ月でNT-proBNPは4041pg/mlに再上昇した。10月12日、深夜、急性肺水腫を発症し緊急入院した。硝酸剤の持続静注により軽快したが、左室径(拡張期/収縮期)はCHF発症後の2ヶ月間で5.7/3.1cmから6.8/4.9cmへと拡大。MRが持続し、左房も4.3cmから4.6cmへと拡大し、肺うっ血が続くために、11月8日、こばり病院にて大動脈弁置換術を施行した。変性した逸脱弁が除去されたが、疣贅や弁輪部膿瘍は認められなかった。

変性弁によるARは左室の代償により緩徐な経過をとることが多いが、逸脱をきたした場合、薬物治療抵抗性の心不全に陥ることがあるため、手術のタイミングを計りながら慎重に経過観察する必要がある。