

5 劇症型心筋炎に対する免疫グロブリン療法の効果

和泉 大輔・渡辺 裕・大倉 裕二
加藤 公則・塙 晴雄・小玉 誠
相澤 義房

新潟大学医歯学総合研究科循環器学分野

症例は77歳女性。全身倦怠感、めまいで発症し当院に搬送された。血圧は80mmHg、全身に冷汗とチアノーゼを認め、心電図は心室調律であった。心エコーでEFは25%、心筋は浮腫状に肥厚していた。冠動脈造影で有意狭窄は認めず、劇症型心筋炎による心原性ショックと診断した。代謝性アシドーシス、腎不全、肝不全を呈し、心拍数が不安定であったため、PCPS、IABPによる循環補助を開始し、心筋炎に対して大量γグロブリン療法を行った。心機能の改善は乏しかったがPCPS、IABPはそれぞれ15病日、34病日に離脱可能となった。意識は保たれたものの、42病日、敗血症性ショックを併発し死亡した。本症例では、心機能の改善は乏しく、心筋炎に対するγグロブリン療法は無効であった。

【背景】劇症型心筋炎の根治的アプローチとして、免疫抑制、抗ウイルス、γグロブリン療法などが期待されているが、それらの有効性は不明な点が多い。新潟県内で1994年からIABPおよびPCPSによる循環補助療法が施行された24例の劇症型心筋炎を対象とし、γグロブリンの有効性について検討した。

【結果】全24例中、8例がγグロブリン投与を受けた。γグロブリンを投与された8例中、4例(50%)が死亡し、γグロブリン無投与の16例中、10例(63%)が死亡した。γグロブリン投与例において、死亡群と生存群で年齢、来院時の血行動態、心電図所見、採血所見を検討した。年齢、血圧、ショックの有無、pH、Pco₂、Po₂、BE、白血球数、BUN、CK、CKMB、CRP、伝導障害の有無、QRS幅、Q波の誘導数、ST上昇の誘導数、肺うっ血の有無、EF、心係数、肺動脈楔入圧、右房圧、SvO₂、γグロブリンの投与量、前駆症状から入院までの期間に有意差は認めなかった。なお、死亡群で入院中の最大CKが有意に大で、生存群で来

院時Creが有意に大であった。また、生存群で年齢が低い傾向を認めた。

【考察】劇症型心筋炎に対するγグロブリン投与の有無による死亡率の統計学的有意差は認めないものの、投与例の死亡率が低い傾向を認めた。臨床的にもγグロブリンが奏効したと考えられる症例が存在したが、死亡群と生存群において各因子に明らかな違いは認めず、有効例は予測できなかった。γグロブリン療法は一部の劇症型心筋炎に対して効果がある可能性があると思われるが、その効果は一定ではなく、今後、更なる検討が必要と考える。

II. テーマ演題

1 感染性心内膜炎との鑑別が困難であった心膜膿瘍の1例

外山 美沙・佐藤 絢子・三間 渉
伊藤 正洋・藤田 聡・大倉 裕二
小玉 誠・相澤 義房・高橋 昌*
白石 修一*・若林 貴志*・土田 正則*
橋本 毅久*・渡辺 弘*・林 純一*
新潟大学医歯学総合研究科循環器分野
同 呼吸循環器外科学分野*

症例は45歳である。6歳時に房室中隔欠損症にて手術を受けた。2003年5月より38度の高熱が続き7月に大動脈弁直下にvegetation様の構造物を認めたため、感染性心内膜炎(IE)の診断にてA病院で抗生剤治療を受けた。9月に退院し経過良好であったが、2004年2月頃よりめまいを認め、ホルター心電図で心房粗動と房室ブロック(最大RR10秒)を指摘されA病院に再入院した。その頃より37度台の発熱が認められ、精査加療目的に4月19日に当科に入院となった。当初IEの再燃と考え抗生剤治療をしていたが、CT、MRIで心房間に腫瘤状陰影がありガリウムシンチグラフィで同部に取り込みを認めた。炎症反応が陰性化した際に同部に取り込みが減少した。発熱の原因は同部にあると考えられ、外科的アプローチを選択し7月8日手術を施行した。腫瘤の内腔に

白色の膿状液を認め、心膜膿瘍と診断した。ドレナージと抗生剤治療を継続し軽快した。心膜膿瘍は非常に稀な疾患であり、本症例はIEを思わせる構造物の存在もあり診断に苦慮した。しかしガリウムシンチグラフィが診断、病勢の判断に有用であった。房室ブロックは膿瘍の炎症の波及が原因であると考えられた。

2 ペースメーカーリードに起因した感染性心内膜炎の2例

中沢 聡・金沢 宏・天野 宏
氏家 敏巳・竹久保 賢・高橋 善樹

新潟市民病院心臓血管外科

ペースメーカーリードに起因した感染性心内膜炎に対し、人工心肺を用いて手術的にリードを抜去した症例を2例経験したので報告する。

〔症例1〕73歳、男性 71歳時にSSSに対しPM植え込み(DDD)を施行されている。2年2ヵ月後悪寒を伴う発熱あり、心エコーで心室リードにvegetationを認めた。WBC 12500, CRP 3.30, 血培でcoagulase negative staphylococcusが検出された。IPM, VCM, CLDMを計4週間投与後手術施行した。心停止下に右心房を切開し、心房および心室リードを切断した後、鎖骨下よりジェネレーターとともに抜去した。心腔内を十分に洗浄、新たに心外膜電極を縫着、腹部にジェネレーターを植え込んだ。心房リード先端にもvegetationあり、心室リードは径1CMの感染性血栓が全長に渡って付着していた。心室リードのシリコン被覆には破損が認められた。起炎菌はstaphylococcus epidermidisで、術後FMOX, PIPCを計4週間投与し退院した。

〔症例2〕61歳、男性 56歳時に完全房室ブロックに対しPM植え込み(VDD)を施行されている。抜菌を行わない歯科治療歴あり。発熱のため受診、WBC 9000, CRP 23.3, 静脈血からstaphylococcus aureusが培養された。心エコーで右心房内にリードに連続する有茎性、1CM大のvegetationを認めた。CEZ投与したが肺塞栓併発、SBT/ABPC, ABK, RFPに変更し2週間投与後手

術施行した。心停止下に右心房を切開、リードを切断した後、鎖骨下よりジェネレーターとともに抜去した。新たに心外膜電極をRA, RVに縫着、腹部にジェネレーターを植え込んだ。リードには感染組織の付着を認め、心房壁にも及んでいた。術後も術前同様の抗生物質を4週間投与し退院した。

心内リードが感染し、敗血症、心内膜炎を生じている場合、外科的摘除は必要かつ有用な治療である。手術は患者にとって大きな侵襲となるが、敗血症による合併症をきたす前に決定する必要がある。

3 自己弁感染性心内膜炎の手術成績

曾川 正和・名村 理・渡辺 純蔵

浅見 冬樹・岡本 竹司・林 純一

新潟大学大学院医歯学総合研究科

呼吸循環外科学分野

【目的】自己弁感染性心内膜炎(IE)の病変弁部位別外科的治療成績を比較検討した。

【対象と方法】1967年から2003年9月までに当院にて自己弁IEで手術を行った77例(三尖弁IEの1例を除いた)を対象とした。活動期IEはManhasらの診断基準に準じて診断した。1994年以降は、術前に脳CTをルーチン検査とし、脳病変を評価した。年齢は平均47才、男性55例、女性22例。大動脈弁病変(A群)、僧帽弁病変(M群)、大動脈及び僧帽弁病変(A+M群)の3群に分けてretrospectiveに検討した。

【結果】A群は40例、M群は23例、A+M群は14例であった。術前のNYHA分類でI度、II度、III度、IV度はそれぞれA群4, 13, 13, 10例。M群6, 7, 6, 4例。A+M群2, 1, 7, 4例とA+M群でIII度、IV度の割合がM群より多かった。手術適応(重複も含む)は、心不全:A=20, M=6, A+M=10例、感染のコントロール不能:A=8, M=4, A+M=3例、脳梗塞などの塞栓症またはmobile vegetation:A=6, M=14, A+M=3例。A+M群では、M群と比べ心不全で手術適応になることが多く、M群で