

ベラパミル感受性左室起源特発性心室頻拍：左心室後中隔下部で洞調律時 purkinje 電位が得られる部位にカテーテルを置いた。その近傍で、心室頻拍中に体表面 QRS 波に 40 から 60msec 先行する電位が得られる部位で通電した。カテーテル先端温度は安定せず、44℃以上に上昇しなかった。頻拍は停止せず不成功であった。

【まとめ】①カテーテルアブレーションを用いた WPW 症候群, AVNRT, 右室流出路起源特発性心室頻拍に対する初期治療成功率は 100%で、合併症は認めなかった。再発率は各々 14%, 15%, 0%であった。

②ベラパミル感受性左室起源特発性心室頻拍 1 例, 心房粗動 1 例は不成功であった。

3 VAD 療法を行った心アミロイドーシスの 2 例

井上 聡・池主 裕子・大瀧 啓太
 青木 洋平・布施 香子・林 学
 柳川 貴夫・大倉 裕二・八木沢久美子
 橋本 誠雄・鷺塚 隆・加藤 公則
 池主 雅臣・埜 晴雄・小玉 誠
 相澤 義房・川崎 隆*・梅津 哉*
 宮島 静一**

新潟大学大学院医歯学総合研究科
 第一内科

同 細胞機能講座分子細胞病理学
 分野*

燕労災病院内科**

〔症例 1〕45 歳, 男性。2002 年 1 月朝, 除雪作業中に約一時間続く胸部圧迫感を認め, 翌日 orthopnea となった。ECG 上 anteroseptal MI が疑われたが, CAG 上有意狭窄はなく, LVG 上 anteroseptal-apex で hypokinetic だった。心筋生検では問題となる所見なく, 冠攣縮の関与が疑われ, 心不全コントロール後退院した。同年 9 月より心不全兆候と, 起立時めまいが出現し, 同院に再入院。胸部 X 線上右胸水が多量に認められ, 心カテでは右心系の圧上昇, 圧波形では dip and plateau だった。左室壁運動のびまん性低下を認め, 心筋生検で心アミロイドーシスと診断された。心

不全コントロール不良のため胸水ドレナージを行い, 二度の胸膜癒着を行った。しかし, その後ショック状態となり, さらに heart rate 190 台の narrow QRS tachy と血行動態悪化を伴う wide QRS tachy を頻発し, 心不全コントロールがつかないため, 当科に転院した。入院時検査所見としては, 胸部 X 線上, 胸水貯留, 心拡大あり, ECG 上右軸偏位, V1 ~ 6 に陰性 T 波を認めた。血液検査ではタンパク分画での $\alpha 1$, $\alpha 2$, γ グロブリンの増加, CRP, $\beta 2$ MG, BNP の上昇が見られ, 免疫電気泳動では血清, 尿中, 胸水から M-protein を認めた。心エコーでは EF 43%, E/A 3.67 だった。入院後, 全身状態が落ち着いた後に VAD 療法を開始。第 3 クールの途中からうっ血が増悪した為利尿剤を使用するも, 血圧低下に伴い PAT が incessant に出現するようになり, その後 sinus に復さなくなった。 β ブロッカーなどによる rate control も困難で, 全身状態が悪化して永眠された。

〔症例 2〕44 歳, 女性。2002 年 12 月より下肢 edema と呼吸困難を主訴に近医受診したところ, 蛋白尿 (3+) と胸部 X 線上右胸水貯留が認められた。蛋白尿 1.029g/日で, ネフローゼ症候群を疑われ, 腎生検を行ったところ, 腎アミロイドーシスを指摘され当院紹介された。心エコーでは, エコー上拡張障害と収縮障害を伴った心アミロイドーシスが認められた。心不全コントロール不良であり, 当科に入院した。入院時検査所見では, 胸部 X 線上, 右胸水貯留, 心拡大あり, ECG 上は NSR で右軸偏位があった。血液検査では, タンパク分画での $\alpha 1$, $\alpha 2$, γ グロブリンの増加, CRP, $\beta 2$ MG, BNP の上昇が見られ, 免疫電気泳動では血清・尿中から M protein を検出したが胸水では陰性だった。心エコーでは EF 37%, E/A 3.31 だった。入院後, 心不全に対してラシックスを使用開始し, 体重は徐々に減少した。VAD 療法を 3 クール施行したところ, 血清・尿中の M protein は陰性化していた。また, 入院時のマルクで見られていた異型な形質細胞は見られなくなった。VAD 療法後に NSVT が一度だけ見られたが, それ以外に arrhythmia は生じなかった。治療効果評価の

検査後に退院した。心アミロイドーシスに VAD 療法を施行した 2 例を経験したので報告する。

4 冠動脈疾患を合併した高齢者右房粘液腫の 1 例

古寺 邦夫・久保田 要・畑田 勝治
大野有希子・森山 裕之・篠永 真弓*
長島 鎮*・岡崎 裕史*・矢澤 正知*
新潟労災病院内科
新潟県立中央病院心臓血管外科*

本邦では右房粘液腫は若年者に多く、高齢者の報告は稀である。今回我々は、冠動脈疾患を合併した高齢者右房粘液腫の 1 例を経験したので報告する。

症例は 72 歳、男性。労作時息切れ、立ちくらみを主訴に当科外来を受診した。心エコー検査にて右房内腫瘍が認められたため、精査入院となった。腫瘍は 7.0 × 4.7cm 大で、拡張期には一部、右室内に脱出する所見を認めたが付着部位は同定できなかった。入院後施行した経食道心エコー検査では腫瘍は短茎を有し、茎の付着部位は心房中隔であることが確認された。胸部 CT で軟部組織の吸収値を呈し、胸部 MRI では T1 強調像で心筋と等信号、T2 強調像で高信号であったことより、粘液腫が疑われた。冠動脈造影では洞結節動脈より栄養血管が派生し、seg.9 起始部に 90% 狭窄を認めた。手術所見では腫瘍は大きさ 7.0 × 4.5 × 3.0 cm、重量 70g、心房中隔に短茎で付着し経食道心エコー、胸部 MRI の所見とよく一致していた。左内胸動脈を用い seg.9 に冠動脈バイパス術を同時施行した。組織所見は典型的な粘液腫であった。

我々の検索し得た限り、本邦における 70 歳以上の高齢者右房粘液腫は自験例を含め 10 例のみであった。また右房粘液腫摘出術と冠動脈バイパス術を同時施行した報告もわずか 3 例のみであり、極めて稀な症例と思われ報告する。

5 漏斗胸を伴った大動脈弁輪拡張症に対し一期的手術を施行した Marfan 症候群の 1 例

桑原 淳・山本 和男・菊地千鶴男
杉本 努・斎藤 典彦・田中佐登司
吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

Marfan 症候群においては心大血管病変が生命予後に大きく影響するが、時には漏斗胸を合併する。また逆に漏斗胸患者においては通常より Marfan 症候群を合併することは多いとされる。今回 Marfan 症候群で漏斗胸を伴った大動脈弁輪拡張症の外科治療症例を経験した。

〔症例〕20 歳男性。既往歴：14 歳時に水晶体亜脱臼で両側水晶体摘出。現病歴：呼吸困難あり、他院受診。Marfan 症候群、Sellers 分類 4 度の大動脈閉鎖不全を伴う annulo aortic ectasia、漏斗胸と診断された。当科に紹介され、入院となった。

【入院時現症】身長 178cm 体重 52kg。前胸部に著しい陥凹あり。血圧 114/46mmHg。第 4 肋間胸骨左縁に Levine 4/VI の拡張期逆流性雑音を聴取。

【検査成績】末血・生化学検査：特記すべき事なし。胸部レントゲン：CTR 59%，強度の側弯及び漏斗胸。CT：漏斗胸により心臓、上行大動脈は左側へ偏位。上行大動脈は ϕ 60mm と拡大。MRA：上行大動脈の洋梨状拡大あり。UCG：LVDd 65.2 mm, LVDs 38.8mm, EDV 217.3ml, ESV 65.3ml, EF 70%, FS 40%, AR severe, ST-junction 径 65mm, 大動脈弁輪径 32mm。

【手術】大動脈基部置換と漏斗胸に対する手術を 2 期的に行うか、1 期的に行うか検討したが、1 期的に行うこととした。大動脈基部置換術は、両側の冠動脈口をボタンカフス状にフェルトパッチを用い直接吻合する Bentall 手術を行った。人工弁は Carbomedics 23A (Tophat)、人工血管は Gelseal 26mm を使用した。大動脈基部置換術終了後、胸骨拳上術を施行。第 5 から第 8 の肋軟骨を数 cm ずつ切除し、第 4 肋軟骨を斜切して胸骨側の肋軟骨を肋骨側の肋軟骨の前方に引き上げ、縫合・固定した。またチタンプレートで胸骨の背側に通し肋骨弓の前方で両側固定した。手術時間 6 時間 50 分、無輸血で終了した。