

---

 学 会 記 事
 

---

## 第 55 回下越内科集談会

日 時 平成 26 年 11 月 14 日 (金)  
 午後 6 時 30 分～午後 9 時  
 会 場 ANA クラウンプラザホテル新潟  
 2F 「芙蓉の間」

## I. 一 般 演 題

## 1 左室流出路狭窄を伴うたこつぼ型心筋症の軽快後、薬物負荷により圧較差を検討した S 字状中隔の 1 例

酒井 亮平 (研)・高橋 和義・廣木 次郎  
 中村 則人・柏 麻美・藤原 裕季  
 眞田 明子・保坂 幸男・土田 圭一  
 尾崎 和幸・小田 弘隆

新潟市民病院循環器内科

症例は 66 歳，女性。主訴は胸部違和感。2 年前より時折胸部違和感を自覚し，ニトログリセリンを処方されていた。その後も胸部違和感や立ちくらみがあった。入院日強い胸部違和感を自覚，ニトログリセリン舌下にて軽快せず当院受診した。下腿浮腫，胸部 X 線で肺うっ血があり，心電図で頻脈性心房細動・心房粗動を認めた。心エコーにて心尖部の壁運動の低下と心基部の過収縮，左室流出路の圧較差を認め S 字状中隔を有していた。たこつぼ型心筋症，心房細動・心房粗動と診断し入院にて加療を行った。入院後，抗凝固療法と  $\beta$  遮断薬を開始。一時的に洞調律に回復を認め，その際心エコーでは左室流出路の圧較差を認めなかった。経過中心房細動・心房粗動への移行，胸部症状の出現を認めたため  $\beta$  遮断薬の増加，Ic 群抗不整脈薬シベンゾリンを追加した。その後は胸部症状の出現なく経過し退院となった。左室流

出路圧較差の検討，冠動脈の評価のため，後日心臓カテーテル検査を施行。ドブタミン負荷により安静時には認めていなかった左室流出路圧較差が生じた。本症例は S 字状中隔を有し，もともと潜在化していた左室流出路狭窄があり，それが頻脈，心房細動，カテコラミン負荷により顕在化し左室流出路圧較差を生じたものと考えられた。

## 2 難治性気胸に続き心タンポナーデを来し，診断に苦慮した 1 例

坪谷 隆介 (研)・樋口浩太郎・富井亜佐子  
 岡田 慎輔・杉浦 広隆・大塚 英明  
 松原三希子\*・内藤 眞\*\*

新潟医療センター循環器内科  
 同 皮膚科\*  
 同 病理部\*\*

症例は 70 代，男性。

【主訴】安静時の呼吸苦。

【現病歴】2012 年 8 月，右気胸に対して某病院①で手術されたが再発。2012 年 11 月から某病院②で計 5 回の気胸手術が施行された。2013 年 8 月，フィブリン糊の注入，9 月，右側胸部に開窓術が施行された。心エコーで壁運動低下が指摘され当科紹介。2014 年 1 月，心評価を目的に入院した。

【経過】2014 年 1 月，第 1 回当科入院。心カテーテル検査では冠動脈有意狭窄を認めず，左室壁運動はびまん性に低下していた。同年 6 月，某病院②で右気胸に対して閉窓術が施行されたが，安静時呼吸苦が出現し，心のう液貯留が指摘された。同月，第 2 回当科入院。心カテーテル検査で肺動脈楔入圧，右房圧，左右心室拡張期圧の上昇を認め，心タンポナーデと診断した。心のう液ドレナージ後，同圧の低下と心拍出量増加を認めた。心のう液細胞診で悪性細胞を認めず，胸膜炎による心タンポナーデと診断し退院した。心のう液の再貯留が指摘され，8 月，第 3 回当科入院。右胸部広範囲に発赤を認め，凹凸不整が目立った。当院皮膚科を受診し生検を施行。病理像では真皮深

層まで到達している腫瘍細胞の浸潤増生を認めた。免疫染色で中皮マーカー (Calretin) 陽性, 細胞内外にヒアルロン酸陽性所見 (Alcian blue) を認め, 悪性中皮腫と診断された。悪性中皮腫による気胸, 心タンポナーデと診断した。

【考察】心タンポナーデの原因疾患の1つとして注意が必要と考えられたため報告する。

### 3 重症起立性低血圧の1症例

藤崎 俊哉 (研)・土田 圭一・廣木 次郎  
 柏 麻美・中村 則人・藤原 裕季  
 真田 明子・保坂 幸男・尾崎 和幸  
 高橋 和義・小田 弘隆

新潟市民病院循環器内科

症例は88歳, 女性。幼少時より起立性調節障害を指摘されていた。20XX年初夏度重なる意識消失, 痙攣を来したため当院入院の上精査を行った。神経学的異常や精神疾患の合併は無く, 入院後の意識消失時に頸動脈触知は可能であり心原性失神は否定的であった。動脈圧モニター下での起立試験を施行したところ, 起立時に80mmHg以上血圧が低下し意識消失を来したため, 重症の起立性低血圧(OH)と診断し治療を開始した。

【薬物療法】 $\alpha$ 刺激薬であるミドドリンに加え, フルドロコルチゾン安全性を考慮し少量から開始した。また, 血管迷走神経反射の要素も疑い, 抗コリン作用による血管収縮作用を期待し, I群薬であるシベンズリンも追加した。さらに, ドロキシドパの導入も行った。しかしこれら薬物治療の明らかな急性期の有効性は確認できなかった。

【非薬物治療】飲水や食塩摂取の励行, 上半身を高くした睡眠, 弾性ストッキングの着用, 腹帯の使用は有意なOHの改善につながらなかった。しかし, 急激な体位変換を避けるようにしたところ失神の回数は著明に減少した。また, 座位で両足を交叉させるといった行為(PCM)により, 座位での血圧が60mmHg台から80mmHg台に上昇し, 歩行可能距離も軽度延長した。更に弾性ストッキングを, よりきつく, かつ丈が腰まであるタイプ

に変えたところ, 起立時の血圧低下は著明に改善し, 歩行可能距離も著明に延長した。

【結論】きつい弾性ストッキングの着用, PCM等の理学療法がOHの症状改善に最も効果的であった。薬物療法による急性期の効果は乏しかったものの, 長期的には上記理学療法との併用でより症状の改善が期待できると考えられる。

### 4 難聴, 糖尿病の合併をもとに診断しえたミトコンドリア心筋症の1例

佐藤 哲彰 (研)・小幡 裕明  
 高野 俊樹・渡部 裕・柏村 健  
 塙 晴雄・南野 徹・三間 渉\*

新潟大学医歯学総合病院循環器内科  
 信楽園病院循環器内科\*

症例は65歳の男性。2014年4月にうっ血性心不全を発症し, 近医循環器内科に入院となった。左室駆出率20%台のびまん性左室壁運動低下を認められ, 冠動脈疾患や二次性心筋症を否定されたのちに特発性拡張型心筋症と診断された。利尿薬や $\beta$ 遮断薬の内服治療により外来経過観察となったが, 同年7月にうっ血性心不全を再発して同院へ再入院し, 進行性の心室内伝導障害も認められたため, 原因精査と加療を目的として当科へ転院となった。血液検査などの一般検査では二次性心筋症を疑わせる所見ははっきりとせず, 心臓MRIでもびまん性に外側層主体の遅延造影を認め, 特発性拡張型心筋症に一致した所見であった。しかし, 147cmの低身長, 若年発症の糖尿病と両側性難聴を認めることから, ミトコンドリア病を積極的に疑い検査を施行したところ, ミトコンドリア遺伝子の点変異(A3243G)が判明した。治療は収縮能の低下した心不全に対するOptimal medical therapyに加えて, 心電図で左脚ブロック型のQRS幅が144msであることや非持続性心室頻拍を認めたことから, 両室ペースメーカー機能付き植込み型除細動器(CRT-D)の植込み術を施行した。

A3243G変異はMitochondrial myopathy,