

より画像検査など経過観察されていたが、徐々に肝機能低下して臨床的に肝硬変と診断。2006年11月の腹部エコーで肝S8にHCC認め(Child B, Stage I), 12月に1回目にTACE + RFA治療施行。S8焼灼部辺縁に局所再発を認め、2007年7月に2回目のTACE + RFAを施行(Child A)。その後、再発を認めなかったが、2009年2月のCTで肝S7, S7/8にHCC再発を認め、3回目のTACE及び門脈圧亢進症コントロール目的で1回目のPSE(梗塞率約50%)施行し、RFA施行した(Stage II)。肝硬変進展して肝機能低下(Child B)したため、HCC治療と並行して生体部分肝移植の検討も開始。4月のCTにて両病変とも残存しており、5月に4回目のTACE及び血小板数回復目的に2回目のPSE(梗塞率約80%)施行。これにより血小板数は5-7万/ μ lと増加してRFA可能となったが、病変はエコー描出困難で焼灼範囲外であった。6月にソナゾイドエコー下で再度RFA施行。S7/8病変は焼灼範囲内であったが、S7病変は残存。8月のCTでS7病変増大とSMVに血栓を認め、ワーファリン内服を開始。10月に30mm大となったS7病変に対してRFA施行し、病変は焼灼範囲内となった。12月のCTで焼灼部に再発認めず、SMVの血栓も消失。PSEを含めたIVR治療により、再発病変を局所制御し、ミラノ基準内に保つことで生体部分肝移植を施行し得たB型肝硬変細胞癌の1例を経験したので報告する。

8 一過性心房細動と左前下行枝病変を有した左室流出路狭窄の1例

荒生 祥尚・佐藤 迪夫・池上龍太郎
飛田 一樹・小林 剛・保坂 幸男
尾崎 和幸・土田 圭一・高橋 和義
三井田 努・小田 弘隆

新潟市民病院循環器内科

症例は70歳代、女性。既往歴は肥大型心筋症、心不全、発作性心房細動。胸痛があり救急搬送された。2RSB・心尖部領域にLevine2/6の収縮期雑音を聴取し、心臓超音波検査でS字状中隔、左室流出路狭窄、心尖部壁運動低下、大動脈弁狭窄を認めた。肺うっ血はなく、洞調律であった。内服中のジギタリス、ラシックス等が左室流出路狭窄を悪化していると考え入院日に中止し、第1病日には胸部症状が消失した。第3病日に心臓カテーテル検査施行し、左前下行枝に閉塞を認めた。側副血行路が発達しており、寝たきりであること、薬剤変更により左室流出路狭窄が減少し胸部症状も消失したことからPCIは行わなかった。ベラパミル、シベンゾリン、アテノロールを順次追加した結果、第8病日には収縮期雑音が消失した。心臓聴音波検査では前回認めたSAMは消失し、左室流出路圧較差は139mmHgから16mmHgへと改善していた。胸痛の原因に左室流出路狭窄の関与が推定された。薬剤の関与と、心尖部壁運動低下による心基部の代償性収縮が病態を悪化しているものと考えられた。左室流出路狭窄がある場合、心房細動や心不全の薬物治療を行う際には薬物の選択に注意を要すると思われる。