

【結論】死後後頭部 CT では、心肺停止から時間がたつにつれ皮髄境界が不明瞭化する。死後頭部 CT の皮髄境界は正常例と比較して不明瞭となるが、基底核レベルでは低酸素脳症がより不明瞭となる。

## II. 特別講演

### 1 オートプシーイメージング入門編

千葉大学医学部

附属病院放射線科 講師

山本正二

### 2 CT と MRI を使用したオートプシーイメージング — 救命救急センター、剖検センターでの経験 —

筑波メディカルセンター病院

放射線科 部長

塩谷清司

## 第 259 回新潟循環器談話会

日時 平成 21 年 6 月 27 日 (土)

午後 3 時～6 時

会場 新潟グランドホテル

5 階 波光の間

## I. 一般演題

### 1 メタボリック症候群における白血球数の意義

小田 栄司・河合 隆・渡辺 賢一\*

立川メディカルセンターたちかわ総合健診センター

新潟薬科大学薬学部臨床薬理学研究室\*

【目的】炎症はメタボリック症候群の重要なメカニズムの一つと考えられるので、炎症マーカーの一つである白血球数とメタボリック症候群の関係を明らかにし、高感度 CRP と比較する。

【方法】男性 2079 人、女性 1215 人の人間ドック受診者を対象として、白血球数とメタボリック症候群に関連した危険因子、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が決めた診断基準によるメタボリックシンドローム (JMS)、日本人のための改定 NCEP 診断基準によって診断したメタボリック症候群 (MS)、および糖尿病との関係について解析した。

【結果】男女とも、白血球数は非 MS 群に比べ、MS 群で有意に高かった。白血球数の 4 分位数で分類した白血球数最大群は、最小群と比較して、男女とも、MS、JMS、および、糖尿病の頻度が有意に高かった。白血球数は、男女とも、body mass index (BMI)、体脂肪率、腹囲、収縮期血圧、拡張期血圧、空腹時血糖、中性脂肪、HDL コレステロール、高感度 CRP、gamma glutamyltransferase、尿酸、心拍数と有意に相関した。男性では、alanine aminotransferase、LDL コレステロール、ヘモグロビン A1c、%肺活量とも有意に相関した。白血球数と血圧との間には、男性よりも女性に強い相関が認められた。この性差は喫煙者を除外し

でも認められたが、高感度 CRP と血圧の関係には性差は認められなかった。白血球数はメタボリック症候群診断の AUC においても、MS 関連危険因子との相関関係においても、高感度 CRP より劣っていたが、有用性が認められた。

【結論】日本人において、白血球数はメタボリック症候群関連危険因子と有意に関係し、メタボリック症候群と糖尿病の頻度は白血球数の増加に伴って増加した。白血球数と血圧との間には、男性よりも女性に強い相関が認められた。白血球数はメタボリック症候群の炎症成分として高感度 CRP に劣るが、日常的に測定されており、高感度 CRP の代用として有用と考えられた。予防医学的には、白血球数  $6000/L^{-6}$  以上は要注意と思われる。

## 2 右室流出路の cardiac hemangioma の 1 例

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】心臓腫瘍のうちでもまれな良性腫瘍である cardiac hemangioma を経験したので、文献的考察を含め供覧させていただく。

症例は 73 歳、男性。胃癌の術前精査中に、2008 年 6 月に右室内に腫瘤を認め、血栓の可能性も含めて経過観察していたが、2009 年 1 月 CT を再検査したところ右室流出路肺動脈弁直下に 18mm の腫瘍を認め、広基性で粘液腫なども考えられ、当科紹介となった。体外循環下、心拍動下で腫瘍摘出術を施行。腫瘍は、肺動脈弁直下の右室流出路にあり、腫瘍摘出後の欠損部を ePTFE パッチで、補填した。病理診断にて、cardiac hemangioma と診断された。

## 3 WPW 症候群の診断後に肥大型心筋症 (HCM) が顕在化した 2 例

松井 亨・鈴木 博・沼野 藤人

羽二生尚訓・星名 哲・長谷川 聡

内山 聖

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
小児科学分野

【背景】WPW 症候群と HCM の合併は広く知られている。さらに、合併例は突然死の高危険群といわれている。しかし、合併例の臨床像についての報告は少なく、管理方針も定まっていない。今回、WPW 症候群診断後に HCM が顕在化した 2 例を経験したので報告する。

〔症例 1〕11 歳、女兒。兄が同時期に HCM と診断されている。2004 年 10 月 (8 歳時) に動悸を訴え近医を受診した。12 誘導心電図、Holter 心電図、心エコーに異常はなく経過観察とされた。しかし以後も動悸は続き、2006 年 6 月 (11 歳時) に Holter 心電図で間欠性 WPW 症候群と診断され、当院に紹介された。同年 8 月に当院でカテーテルアブレーションを行い、以後頻脈発作は消失した。この時、心エコーで心室中隔優位の左室壁肥厚を認め、次第に進行し HCM と診断した。現在も頻脈発作なく、経過観察中である。

〔症例 2〕13 歳、男児。2006 年 (12 歳時)、中学入学時の学校心臓病検診で WPW 症候群と診断された。近医で行った Holter 心電図に心房細動や上室性頻脈はなく、心エコーも異常がなく、運動制限されずに経過観察された。2007 年 7 月 (13 歳時) より動悸を時折認めた。同年 8 月、部活動後の帰宅途中に倒れ、近医に救急搬送された。呼吸停止と心室細動のため、除細動等の蘇生処置が行われ、洞調律となった。同日、当院 ICU に転院し、循環動態は安定したが、重度の神経学的後遺症が残存した。当院入院時の心エコーでは心筋運動の低下が見られたが、心肥大はなかった。入院 1 ヶ月後より心雑音が聴取され、その時の心エコーで心室中隔と左室後壁の肥厚がはじめて確認され、HCM と診断された。その後、上室性頻拍が頻発し、薬物療法でコントロールが困難だったため、入院 8 か月 (14 歳時) のカテーテルアブレーション