

抗不安薬内服していた。2007年3月動悸、体重減少、fT4 2.3ng/dl, TSH < 0.01 μ IU/ml, 甲状腺中毒症状を認めたため当科再診した。慢性甲状腺炎とRAIU 0.6%低値などから無痛性甲状腺炎と診断し、経過とともに自然軽快した。

【結語】無痛性甲状腺炎は多彩な臨床像を呈するため、的確な病態の理解と診断が必要である。

7 橋本病急性増悪から甲状腺機能低下症をへてバセドウ病を発症した1例

片桐 尚・涌井 一郎

厚生連刈羽郡総合病院

症例は64歳、男性。平成13年12月頃より37度台発熱持続、頸部痛あり、近医受診、抗生剤処方されるも改善せず、当院紹介受診となった。精査にて、甲状腺機能亢進状態、血沈亢進、マイクロゾーム強陽性を認め、エコーでは甲状腺腫大を認めた。経過中、急速に機能低下へと移行し、LT4の補充を必要とし、橋本病急性増悪と考えられた。しかし1年後頃から次第に機能亢進を呈し、LT4減量にも亢進状態は改善しなかった。改めてTRab, TSABを検査したところ陽性にてバセドウ病の発症を確認した。メルカゾール投与を開始、約2年の経過で寛解に至った。

【まとめ】橋本病急性増悪から甲状腺機能低下症を経て、バセドウ病を発症し、寛解に至った1例を経験した。自己免疫を基礎としている甲状腺疾患は、時間的経過の中で病態の変化をたどる場合があり、注意が必要と考えられた。

II. 特別講演

伊藤病院における専門診療の取り組み

— バセドウ病の診療を中心に —

伊藤病院 院長

伊藤 公一

第256回新潟循環器談話会

日時 平成20年9月20日(土)

午後3時～6時

会場 新潟大学医学部 第3講義室

I. 一般演題

1 AVR, CABG術後11年目に上行大動脈仮性動脈瘤が右房に穿破した大動脈炎症候群の1例

佐藤 正宏・山本 和男・上原 彰史

三島 健人・滝沢 恒基・杉本 努

吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

症例は60歳、女性。

【主訴】呼吸困難。

【既往歴】11年前にAR+APに対し、AVR+CABG 2枝(SVG-LAD, SVG-OM)を施行。手術時に大動脈炎症候群と診断された。

【現病歴】本年6月より呼吸困難出現。貧血、肝腫大(5横指)を認め、心不全(NYHA 4度)にて循内入院。

【検査所見】胸部X線では心拡大と強い肺うっ血、胸水あり。心エコーでは上行大動脈基部に仮性瘤を認めた。上行大動脈から仮性瘤、さらには右房へ強い血流が認められた。重度の三尖弁逆流あり。CTでは上行大動脈に仮性動脈瘤(径45mm)を認めた。また大動脈壁肥厚、左総頸動脈と左鎖骨下動脈の狭窄を認めた。

【総合診断】上行大動脈基部の仮性動脈瘤形成とそこから右房へ穿破+重度の三尖弁逆流と診断した。大動脈弁(代用弁)周囲逆流ははっきりしなかったが十分あり得ると考えられた。

【手術】TEEにて代用弁周囲逆流もあることが確認された。redo-sternotomyし、十分に剥離を行った。上下大静脈脱血、大腿動脈送血で体外循環開始。心停止してAo切開。代用弁(SJM21)後方に仮性動脈瘤への欠損孔があり、代用弁周囲

に隙間が認められた。右房内腔に穿破の開口部が認められた。古い代用弁は摘出。Subaortic curtainに2重ウマ心膜フェルトストリップを置き、針糸をかけ、さらに2重ウマ心膜パッチに通して新たな代用弁(Tophat23)を縫着した(自己弁輪に通した針糸もあり)。2重ウマ心膜パッチで仮性瘤を大きく閉鎖した。右房内腔の穿破部は別に閉鎖した。三尖弁輪形成(MCキュービックリング32mm)を併施した。手術時間・体外循環時間・大動脈遮断時間はそれぞれ8時間・212分・155分であった。

【術後経過とまとめ】術後は順調に経過し、POD3で抜管した。CT・心エコーでは良好な状態であった。POD24退院された。術後はプレドニンの内服を開始した。大動脈炎症候群は本症例のように遠隔期炎症再燃時の人工弁離開、吻合部仮性動脈瘤も問題となることがある。これらについても考察したい。

2 僧帽弁閉鎖不全に合併した肺高血圧の術後改善過程を観察した1例

樋口浩太郎・大嶋有希子・阿部 暁
大塚 英明

新潟こばり病院循環器内科

症例は64歳、女性。2007年2月、室内歩行で呼吸困難が出現し近医を受診。心エコーで僧帽弁閉鎖不全と診断され、利尿薬の内服が開始された。呼吸困難は改善したが、2008年3月に心エコーで左室の拡大、肺高血圧の出現を指摘され、当科に紹介された。心エコーでは左室の拡大(6.1/3.8cm)と高度の肺高血圧(TR圧較差69mmHg)、4度の僧帽弁閉鎖不全を認めた。

重症僧帽弁閉鎖不全の診断で入院し、14日間、心不全治療を行なった後に心カテーテル検査を施行した。肺動脈楔入圧の平均値とv波の上昇(平均値36mmHg, v波45mmHg)、高度の肺高血圧(81/37mmHg, 平均56mmHg)を認めた。左室造影では壁運動は保たれていたが、左室の拡大と4度の僧帽弁逆流を認めた(LVEDV153, EF=63%)。入院治療を更に1カ月継続した後に右心カ

テーテル検査を再検した。肺動脈楔入圧の平均値は改善したが、v波は同レベルだった(平均値25mmHg, v波51mmHg)。肺高血圧は軽度の改善にとどまった(73/29mmHg, 平均47mmHg)。

外科的治療の適応と診断し、僧帽弁置換術を行なった(SJM #25)。術中所見で僧帽弁後尖の腱索断裂を認め、それによる後尖の逸脱を原因とする僧帽弁逆流と考えた。右心カテーテル検査を術後14日に施行した。肺動脈楔入圧の平均値とv波は改善したが(平均20mmHg, v波35mmHg)、肺高血圧の改善は軽度だった(61/22mmHg, 平均40mmHg)。手術から2カ月後に心エコーを再検した。左室径は正常化し(LV 5.5/3.2cm EF=73%)、TRの圧較差は29mmHgに改善した。

【考察】本例は僧帽弁後尖の腱索断裂を原因とする比較的急性に発症した僧帽弁閉鎖不全と考えられる。内科的治療により症状は改善したものの、約1年間の経過で、高度の肺高血圧を来した。肺高血圧を合併した僧帽弁閉鎖不全で、僧帽弁の術後に肺高血圧が改善するか否か、また改善する場合の時間経過は術前に予測が困難である。心カテーテルと心エコーで肺高血圧改善の経過を観察できた症例として提示する。

3 外傷性胸部大動脈瘤に対する1手術救命例

杉本 愛・長澤 綾子・斎藤 正幸
青木 賢治・大関 一

県立新発田病院心臓血管外科
同 呼吸器外科

症例は52歳、男性。2007年11月、側溝に落ちていた車の運転席で発見され、当院に緊急搬送された。造影CTにて、鈍的外力による大動脈破裂と診断し、同日、緊急手術を行った。術前意識清明、呼吸循環動態は保たれていた。上行大動脈十右大腿動脈送血、右房脱血にて体外循環を確立し、低体温循環停止下に大動脈を左鎖骨下動脈分岐部直後で離断、損傷部位を同定したのちに、上半身のみ還流下に下行大動脈を人工血管に置換した。術後、横紋筋融解症、敗血症、DIC、急性腎不全、肺炎などを呈し、長期間の集中治療を要した。明