

MIPなどの画像処理を行い、上記診断に耐えうる画像を描出せねばならない。冠動脈プラークを診断するには、1) 部分容積効果、2) モーションアーチファクト、3) アンダーシュートなどを考慮することが重要である。

今回、64列MSCT装置の特徴と冠動脈CTAの撮影法から評価法について臨床画像を用いて解説する。

## 2 小児の致死的不整脈（最近の話題）

あいち小児保健医療総合センター

長嶋正實

小児期の突然死は先天性心疾患や心筋症に関連するものが多いが、不整脈によるものも少なくない。最近注目されているものの中に遺伝子異常による不整脈があり、遺伝子診断も行われ、小児期の実態も少しずつ解明されてきた。今回は小児の致死的不整脈の最近の話題について述べる。

QT延長症候群はその中でも頻度の高い疾患のひとつである。学校心臓検診で発見されるQT延長の取扱いが問題になっているが、境界域のQT延長の多くは問題ない。しかし、家族歴のあるものやQTc時間が0.5秒以上のものは要注意である。まれなタイプとしてAndersen-Tawil症候群(LQT7)やTimothy症候群(LQT8)なども小児期に見られる。前者の予後は比較的良好であるが、後者の予後は不良である。

乳幼児突然死症候群とQT延長症候群との関連が注目されており、乳児突然死症候群の中に9.5%にQT延長症候群関連遺伝子変異が発見されている。

小児期に比較的多いカテコラミン感受性多形性心室頻拍(catecholaminergic polymorphic VT)は予後の悪いものが少なくないので、厳重な管理が必要である。

Brugada症候群は今まで小児にはまれであるとされてきた。しかし、最近、小児例の報告が増加してきた。小児の特徴として、女兒にも少なくないこと、また発熱誘発性Brugada症候群が多いことが注目されてきた。安静時はまったく正常心電

図を呈するが発熱時のみ典型的な右胸部誘導のST・T上昇を示し、心室頻拍や心室細動を引き起こすものである。特に熱性痙攣との鑑別が重要であり、普通の熱性痙攣でないものには心電図検査も必要である。

全く健康だと考えられていた子どもが胸にボールなどが当たり心室細動で死亡することが報告されている。いわゆる心臓震とうも今後の話題になりそうである。T波頂上よりやや前のタイミングで左胸部に中等度の衝撃が加わり、左室圧の急激な上昇とともに心室細動が誘発される。現時点ではAEDが唯一の救命法である。

## 第252回新潟循環器談話会

日時 平成19年9月22日(土)

午後3時～6時

場所 新潟大学医学部 第五講義室

### I. 一般演題

#### 1 日本人のための腹部肥満とメタボリック症候群の診断基準

小田 栄司・渡辺 賢一\*

県立吉田病院内科

新潟薬科大学臨床薬理学教室\*

日本肥満学会は、2000年に、男女ごちゃ混ぜに決めた内臓脂肪面積の基準値から、男女別に腹囲の基準値を決めるという奇妙な解析方法で、男性85cm、女性90cmという世界に類の無い、男女逆転した腹部肥満の基準値を提唱し、2005年に、世界糖尿病連名(IDF)と、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会に、これを承認させた。しかし、このメタボリックシンドローム診断基準

検討委員会の14人の委員のうち、過半数の8人は日本肥満学会の役員だったのであり、IDFは、2006年に、日本人も、アジア人の基準値、男性90cm、女性80cmを採用すべきであると訂正した。そして、2006年に、2452人を対象とした14年間に及ぶ久山町研究によって、男性85cm、女性90cmという基準値によって診断された腹部肥満が、男女とも心血管疾患発症の危険因子にならないこと、および、男性90cmを基準値とした腹部肥満は有意な危険因子となり、女性80cmを基準とした腹部肥満は危険因子となる傾向があることが実証された。

また、この2006年の久山町研究によって、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が提唱したメタボリックシンドロームは、男女とも心血管疾患発症の危険因子として極めて不適切であり、心血管疾患発症の相対危険度について、人々に幻想を与えることが判明した。更に、2007年6月、NIPPON DATA90で、肥満をメタボリック症候群の必須条件とするのは危険であることが示され、医療経済学的に見ても、国保10年コホルト研究で、非肥満で心血管危険因子を有する集団の医療費は、総医療費の16.5%を占めるのに対して、肥満を必須条件としたメタボリック症候群に、ほぼ、相当するであろうと思われる集団の医療費は、総医療費のわずか2.9%に過ぎないことが判明した。

一方、NCEP 5項目の中の腹囲をCRPに置換した診断基準（我々はこの診断基準の有用性を検証することを提案している）を含む、日本人のための5つのメタボリック症候群診断基準について、互いの一致指数を計算したところ、男性は0.19-0.6、平均0.41、女性は0.31-0.89、平均0.51となり、全5診断基準の一致指数は男性0.15、女性0.21となった。すなわち、ある診断基準では、メタボリック症候群であると診断されるのに、別の診断基準ではメタボリック症候群でないと診断される人が非常に多いのである。したがって、現時点においては、メタボリック症候群はまだ研究段階であって、その診断は困難であり、我々医療関係者は、アメリカ心臓協会、アメリカ糖尿病協会、

ヨーロッパ糖尿病学会の声明に従って、メタボリック症候群の診断に拘らず、肥満、高血糖、高血圧、脂質異常、喫煙の予防と治療に努めるべきである。（本論の趣旨はCirc J 2007年8月号に掲載された。）

## 2 多発性に深部静脈血栓症が生じた胃癌症例の1例

岡田 義信・川村 和子・増井由紀子

県立がんセンター新潟病院内科

先天性凝固異常を有さずに身体内の広範囲に深部静脈血栓症（DVT）が生ずることは稀であるが、そうした症例を経験したので報告する。

症例は61歳、女性。既往歴は、2002年から軽い高血圧で服薬中。2003年6月卵巣癌の手術を受けた（治癒状態）。血栓症の既往はなし。家族歴には特記すべきことなし。現病歴は、2006年12月12日進行胃癌のために脾臓合併胃全摘術を受けた（pT4N1H0P3CY1 stage IV）。ダグラス下腹膜の一部に癌が残った以外、全摘した。12月29日に元気に退院した。

2007年1月18日急に左下肢の腫脹と疼痛が出現し、翌日入院した。CT、エコー検査にてDVTと診断し緊急入院した。胸部症状はなしであった。血圧106/70mmHg、心拍数110。心肺腹部には特記すべき異常なし。左下肢全体に腫脹が認められた。検査成績では、検血・肝腎機能・血糖は正常範囲内、CRP 8.0mg/dl、Dダイマー 16.2  $\mu$ g/ml、プロテインC・プロテインS・アンチトロンビンⅢは正常範囲内。胸部X線写真、心エコー図は正常。SPO<sub>2</sub>（ルームエア）97%。腹部骨盤CTにて門脈・左腎静脈・下大静脈・左右腸骨静脈内に、下肢静脈エコー検査にて左大腿・膝下静脈内に血栓が認められた。なお、CTでは胃癌の残存が認められなかった。当日に一次的下大静脈フィルターを留置後、ヘパリンをaPTTのコントロール下に投与した。肺血流シンチグラムでは右中葉と左下葉に欠損像が認められた。後日、左下肢に弾性ストッキングを装着した。徐々に症状、下肢の腫脹は消失した。その後も血栓は残存し、胃癌