

HHV-8 陰性 PEL 患者の治療を経験したので報告する。

症例は 75 歳男性，糖尿病で他院に通院中。2002 年 9 月頃から，右胸水，体重増加，下腿浮腫を指摘されていた。2003 年 6 月 11 日，呼吸困難，悪心・嘔吐が出現，増悪したため，当院受診。胸部 CT では右胸腔は胸水で完全に満たされ，右肺の圧排と縦隔偏位を認めた。胸水細胞診では大型で CD20 陽性の異型細胞を多数認め，IgH と c-myc に遺伝子再構成を認めた。全身検索にて進行直腸癌を認め手術を拒否したため放置。胸水中の異型細胞は ICAM 陰性であり，直腸癌転移による胸水は否定された。CT，Ga シンチ上，他に病変を認めず，胸水原発の PEL と診断。胸水穿刺後，一時，胸水の再増加を認めなかった。ネフローゼ症候群，直腸癌があるため化学療法はせず，経過観察とした。その後，胸水の再増加と多量の腹水，心嚢水が新たに出現し，穿刺細胞診では，各々，悪性リンパ腫細胞を認めた。現在，穿刺の反復と少量の化学療法（VCR 1mg，CPA 200mg，sPSL 20mg）による治療を継続中。一般に PEL の予後は不良とされるが，体腔液の穿刺により寛解を得たという報告も散見され，本例でも穿刺排液を繰り返すことが生存につながっていると考えられた。

II 特別講演

「再生不良性貧血から MDS/AML への病型移行」

埼玉医科大学第一内科教授

別 所 正 美

第 241 回新潟循環器談話会

日 時 平成 16 年 12 月 4 日（土）
午後 3 時～6 時
会 場 新潟大学医学部
第五講義室

I. 一般演題

1 出血性胃潰瘍を合併した不安定狭心症の 1 例

小幡 裕明・渡部 裕・廣野 暁
畑田 勝治・伊藤 正洋・小玉 誠
相澤 義房

新潟大学大学院医歯学総合研究科
循環器学分野

症例は 71 歳男性，高血圧，高脂血症にて内服加療中。労作時の胸部圧迫感を訴え，当科を初診。運動負荷試験にて胸痛を伴う II，III，aVf，V2-5 の ST 上昇を認めたため，不安定狭心症の診断で緊急入院となった。

NTG 静注で症状は軽快。一方，入院直前からタール便を認めており，入院時検査で Hb 8.8g/dl と貧血を認めたため，抗凝固・抗血小板療法を行わず出血源の検索をすすめた。上部消化管内視鏡にて A2 stage の消化性潰瘍を認めたが活動性出血はなく，第 12 病日，心臓カテーテル検査を施行。RCA ≒ 390% (Tandem) # 4PD 90%，LAD # 6-7 75% (Diffuse)，LCX # 13 99% (TIMI grade 2) の 3 枝病変であった。Culprit と考えられた LAD は IVUS 上，石灰化主体の安定プラークであり，また，GEA をグラフトとして用いた場合，消化性潰瘍への悪影響が懸念されたため，胃潰瘍の改善をまって Staged PCI の方針とした。第 27 病日，RCA # 3 へ Stenting (Cypher 3.5 × 18mm, 3.5 × 23mm)，第 36 病日，LAD # 6-7 へ Stenting (Cypher 3.5 × 23mm, 3.5 × 18mm)，LCX # 13 へ POBA (Sprinter 2.0 × 20mm) を行い良好な拡張を得て退院とした。

本例の問題点として，①消化性潰瘍のある狭心

症例への抗凝固・抗血小板療法の適切な開始時期はいつか, ② CABG における GEA graft の使用と消化性潰瘍の関連, の 2 点を挙げ, 若干の考察を加えて症例報告を行う。

2 ダウノルピシン心筋障害とアンジオテンシン受容体拮抗薬の効果について

曾我真也子・馬 梅蕾・文 娟
Mir. I.I. Wahed・G. Narasimman
P.S. Suresh・Paras Prakash
Fadia K. Ali・水戸沙耶佳・白井 健
長井 悠輔・渡辺 賢一

新潟薬科大学薬学部臨床薬理学

【目的】ダウノルピシン (DNR) は白血病等の治療に多用されているが, 時に心筋障害を起こすことが知られている。一方, アンジオテンシン拮抗薬 (ARB) は高血圧患者だけでなく心不全患者にも使われ, その心筋保護作用が注目されている。そこで今回, DNR 心筋障害モデルラットに対し, ARB であるカンデサルタン・シレキセチルを投与し, 血行動態, 心筋細胞肥大, 心筋組織中の SERCA2 mRNA 発現等を検討した。

【方法】8 週齢雄 Sprague-Dawley ラットにダウノルピシン 9mg/kg を投与し (D 群), 4 週間後カンデサルタン 0.5mg/kg/day (低用量; L 群), 5mg/kg/day (高用量; H 群) を 1 ヶ月間経口投与した。投与後, 中心静脈圧, 左室収縮期圧, 左室拡張末期圧, $\pm dP/dt$ を測定した。心筋細胞肥大, 心筋アポトーシス, SERCA2 mRNA, SERCA2a 蛋白等も検討した。

【結果】D 群では正常ラット (N 群) に比べ, 心機能の悪化が見られたが, L 群・H 群で心体重比, 左室拡張末期圧, 中心静脈圧等の血行動態が改善した。D 群で SERCA2 mRNA 及び SERCA2a 蛋白は低下したが, 治療群で上昇した。

【総括】DNR 心筋障害モデルラットを用いて, ABR であるカンデサルタンの DNR 心筋障害改善効果を検討した。カンデサルタンは DNR 心筋障害を改善させると推測された。

3 Ga シンチグラムにて多発性取り込みを認めた完全房室ブロックの 1 例

横山 裕一・樋口浩太郎・和田 真一
柳川 貴央・宮北 靖・大塚 英明

新潟こばり病院循環器内科

症例は 27 歳男性。尚, 出産時に母親が SLE を指摘されている。幼少時より心電図異常を指摘され (詳細は不明), 小学校時代, 近医にて年 2 回の心電図検査を受けていた。治療および運動制限は不要と指導され, 中高と陸上部であった。23 歳時からの毎年の心電図では完全房室ブロックであったが, 症状を認めず, 精査も受けていなかった。H. 16. 10 月中旬から仕事が忙しく, 疲労感を自覚。10 月 26 日, 38℃台の発熱が出現。H. 16. 10 月 27 日, 朝食後, 部屋で立っていた時に意識を消失して, 覚醒時, その場に座り込んでいた。呼吸困難感を自覚し, 当院へ救急搬送された。

当院到着時, 血圧 130/70mmHg, 脈拍数 42/min, 意識は清明で神経学的所見は異常なく, チアノーゼ, 浮腫を認めなかった。心電図は HR 38/min の完全房室ブロックだった。胸部 X-P では CTR 45% で, 肺うっ血は認めなかった。心エコーでは左室が拡大 (LV 5.9/4.0), 心室壁厚は正常範囲内 (IVS/PW 1.1/1.1cm), 壁運動は良好 (EF = 60%) だった。採血検査では CRP, WBC が上昇し, 心筋逸脱酵素の上昇はなかった。同日, 一時ペーシングを開始した。TI シンチグラム (第 3 病日) では前壁と心室中隔の一部で取り込み低下の所見を認めた。Ga シンチグラム (第 7 病日) では左室壁に多発性に Ga の集積を認めた (前壁, 心尖部, 中隔及び後側壁)。心サルコイドーシスが疑われたが, 血液検査, 胸部 CT, 眼科, 皮膚科的にはサルコイドーシスを示唆する所見を認めなかった。第 9 病日に心カテーテル検査を施行。冠動脈に有意狭窄なく, 左室造影では左室容積は拡大し (EDVI 99ml/cm²), 前側壁, 心尖部および中隔で壁運動低下を認めた。左心後側壁から心筋 biopsy を 2 ヶ所施行, 心筋細胞の変性, 壊死, 間質への炎症細胞等の浸潤を認めなかった。第 13 病日に永久ペースメーカー (DDD) 植え込み術を施行した。