
 学 会 記 事

第 237 回新潟循環器談話会

日 時 平成 15 年 12 月 13 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 拘束型障害をきたした肥大型心筋症の二症例

羽尾 和久・渡部 裕・小玉 誠
五十嵐 登・大倉 裕二・加藤 公則
塙 晴雄・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

肥大型心筋症は経過中に拡張相へ移行する症例の存在が知られているが、拘束型障害を来す例は稀である。今回我々は拘束型障害を来した肥大型心筋症の 2 症例を経験したので報告する。

症例 1 は 59 才男性。44 歳時に肥大型心筋症と診断され 55 歳時より心不全にて入院を繰り返し今回 8 回目の入院となった。利尿剤にて心不全の急性期は回復したが、息切れとうっ血による肝障害が残存した。慢性期の心臓カテーテル検査では心拍出量は著しく低下しており、圧波形は右室圧の dip & plateau と右房圧の深い Y 谷を認め、拘束性パターンを呈していた。

症例 2 は 46 歳女性。労作時息切れで当科入院した。心エコーでは左室心尖部の著明な肥厚を認め心尖部肥大型心筋症と診断した。左室及び右室圧波形には拡張早期に深い dip を認め、右房圧波形は W 型であった。肥大型心筋症の病型と心不全の病期も異なっていた 2 症例だが共に拘束型障害を来し興味深く思われた。

2 カテーテルアブレーションによる不整脈治療成績

高橋 和義・山浦 正幸・和泉 大輔
吉田 剛・三井田 努・小田 弘隆
樋熊 紀雄

新潟市民病院循環器科

【目的】当科におけるカテーテルアブレーションによる不整脈治療成績を報告する。

【対象】2000/1/1 から 2003/11/30 の間にカテーテルアブレーションを施行した 38 例。WPW 症候群 21 例、房室結節回帰頻拍 (AVNRT) 12 例、右室流出路起源特発性心室頻拍 3 例、ペラパミル感受性左室起源特発性心室頻拍 1 例、心房粗動 1 例。

【方法】患者背景、初期治療成績、再発率をカルテ調査に基づき後ろ向きに検討した。

【結果】WPW 症候群：男性 17 例、女性 4 例、平均年齢 49 ± 16 才、顕性 WPW 10 例、偽性心室頻拍を 5 例に認めた。Kent 束の所在部位は後中隔 10 例、左室自由壁 8 例、右室自由壁 3 例で Kent 束を複数認める例はなかった。初期治療成功率は 100 % で合併症はなかった。再発率 14 % であった。

AVNRT：男性 3 例、女性 8 例、平均年齢 55 ± 17 才、初期治療成功率は 100 % で合併症はなかった。再発率 15 % であった。通電中、接合部調律を認めた 8 例全例で再発はなかった。

右室流出路起源特発性心室頻拍：男性 2 例、女性 1 例、全例で失神歴があった。確認された心室頻拍と同波形の心室性期外収縮を通電対象とした。全例右室流出路前中隔で、マッピングスコアは 10/12 から 12/12、体表面心電図に対する局所電位の先行度は -30 ~ -40 msec、単極誘導で QS 波形が得られる部位で通電し、心室性期外収縮は消失した。follow up 期間 1 から 3 ヶ月間、再発はなかった。

心房粗動：左前斜位 60 度の透視下に、三尖弁下大静脈間を 6 時から 7 時の方向で直線状に成るよう通電したが、電位振幅の変化なく、fractionation 認めず。ブロックライン作成できず不成功であった。

ベラパミル感受性左室起源特発性心室頻拍：左心室後中隔下部で洞調律時 purkinje 電位が得られる部位にカテーテルを置いた。その近傍で、心室頻拍中に体表面 QRS 波に 40 から 60msec 先行する電位が得られる部位で通電した。カテーテル先端温度は安定せず、44℃以上に上昇しなかった。頻拍は停止せず不成功であった。

【まとめ】①カテーテルアブレーションを用いた WPW 症候群, AVNRT, 右室流出路起源特発性心室頻拍に対する初期治療成功率は 100% で、合併症は認めなかった。再発率は各々 14%, 15%, 0% であった。

②ベラパミル感受性左室起源特発性心室頻拍 1 例, 心房粗動 1 例は不成功であった。

3 VAD 療法を行った心アミロイドーシスの 2 例

井上 聡・池主 裕子・大瀧 啓太
 青木 洋平・布施 香子・林 学
 柳川 貴夫・大倉 裕二・八木沢久美子
 橋本 誠雄・鷺塚 隆・加藤 公則
 池主 雅臣・埜 晴雄・小玉 誠
 相澤 義房・川崎 隆*・梅津 哉*
 宮島 静一**

新潟大学大学院医歯学総合研究科
 第一内科

同 細胞機能講座分子細胞病理学
 分野*

燕労災病院内科**

〔症例 1〕45 歳, 男性。2002 年 1 月朝, 除雪作業中に約一時間続く胸部圧迫感を認め, 翌日 orthopnea となった。ECG 上 anteroseptal MI が疑われたが, CAG 上有意狭窄はなく, LVG 上 anteroseptal-apex で hypokinetic だった。心筋生検では問題となる所見なく, 冠攣縮の関与が疑われ, 心不全コントロール後退院した。同年 9 月より心不全兆候と, 起立時めまいが出現し, 同院に再入院。胸部 X 線上右胸水が多量に認められ, 心カテでは右心系の圧上昇, 圧波形では dip and plateau だった。左室壁運動のびまん性低下を認め, 心筋生検で心アミロイドーシスと診断された。心

不全コントロール不良のため胸水ドレナージを行い, 二度の胸膜癒着を行った。しかし, その後ショック状態となり, さらに heart rate 190 台の narrow QRS tachy と血行動態悪化を伴う wide QRS tachy を頻発し, 心不全コントロールがつかないため, 当科に転院した。入院時検査所見としては, 胸部 X 線上, 胸水貯留, 心拡大あり, ECG 上右軸偏位, V1 ~ 6 に陰性 T 波を認めた。血液検査ではタンパク分画での $\alpha 1$, $\alpha 2$, γ グロブリンの増加, CRP, $\beta 2$ MG, BNP の上昇が見られ, 免疫電気泳動では血清, 尿中, 胸水から M-protein を認めた。心エコーでは EF 43%, E/A 3.67 だった。入院後, 全身状態が落ち着いた後に VAD 療法を開始。第 3 クールの途中からうっ血が増悪した為利尿剤を使用するも, 血圧低下に伴い PAT が incessant に出現するようになり, その後 sinus に復さなくなった。 β ブロッカーなどによる rate control も困難で, 全身状態が悪化して永眠された。

〔症例 2〕44 歳, 女性。2002 年 12 月より下肢 edema と呼吸困難を主訴に近医受診したところ, 蛋白尿 (3+) と胸部 X 線上右胸水貯留が認められた。蛋白尿 1.029g/日 で, ネフローゼ症候群を疑われ, 腎生検を行ったところ, 腎アミロイドーシスを指摘され当院紹介された。心エコーでは, エコー上拡張障害と収縮障害を伴った心アミロイドーシスが認められた。心不全コントロール不良であり, 当科に入院した。入院時検査所見では, 胸部 X 線上, 右胸水貯留, 心拡大あり, ECG 上は NSR で右軸偏位があった。血液検査では, タンパク分画での $\alpha 1$, $\alpha 2$, γ グロブリンの増加, CRP, $\beta 2$ MG, BNP の上昇が見られ, 免疫電気泳動では血清・尿中から M protein を検出したが胸水では陰性だった。心エコーでは EF 37%, E/A 3.31 だった。入院後, 心不全に対してラシックスを使用開始し, 体重は徐々に減少した。VAD 療法を 3 クール施行したところ, 血清・尿中の M protein は陰性化していた。また, 入院時のマルクで見られていた異型な形質細胞は見られなくなった。VAD 療法後に NSVT が一度だけ見られたが, それ以外に arrhythmia は生じなかった。治療効果評価の