

あるいは代償的調節を行っている可能性を示唆する。

II. 特別講演

「性同一性障害をめぐって」

埼玉医科大学精神医学

山内俊雄

第234回新潟循環器談話会

日時 平成15年2月15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

1 急性下肢動脈塞栓症に対して ThrombusterTM 血栓吸引カテーテルを用いて再灌流した一例

松山 俊子・飯野 則昭・岡田 義信
新潟県立かんセンター新潟病院内科

症例は51歳男性。2002年5月、食道癌に対して胸部食道切除術、及び肺浸潤に対し肺部分切除術を施行後、追加化学療法が施行されていた。同年9月より発作性心房細動が出現した。

息切れ、倦怠感、経口摂取不良などのために外科に入院中、11/17、22:30に突然の左下腿疼痛、しびれが出現した。左下肢は膝以下が蒼白で冷感があり、左膝窩動脈以下は脈拍触知不能であり、急性下肢動脈塞栓症と考えられた。ヘパリン全身投与を開始した。発症翌日に内科に紹介された。左大腿動脈に7Fシースを順行性に留置し、緊急下肢動脈造影を施行した。左大腿動脈は膝窩部直

上で完全に閉塞しており下肢動脈塞栓症と診断した。引き続き血栓吸引療法を施行した。まず、ガイドワイヤーを進めたところ容易に前脛骨動脈に挿入できた。はじめにOasia吸引カテーテルによる血栓吸引を試みるも、血液の吸引ができず断念した。ついでThrombusterカテーテルに変更し、血栓吸引療法を施行した。閉塞部を数回吸引したところ血流の再開を認めたが、閉塞部の末梢数cmの前脛骨動脈部位にも閉塞部を認め、こちらに対して同様にThrombusterカテーテルにて数回吸引施行し、末梢まで血流の再開が認められた。血管壁が不整であったため3.0×2.0cmのバルーンにて血管壁を圧排した。後脛骨動脈に対しては入口部が不明のためガイドワイヤーの挿入が不能で、血流の再開できないまま手技を終了した。吸引された血栓は主に白色血栓であり、病理所見ではフィブリン塊からなり、器質化像を認めなかった。局所で新しく形成された血栓と診断された。Max CPKは1455IU/lであった。術後、足背の前脛骨動脈領域は色調、自覚症状ともに改善したが、足底の後脛骨動脈領域では改善はみられなかった。プロスタグランジン全身投与を施行したが次第に増悪し足底部は壊死に陥った。なお、下肢動脈塞栓症の発症数日後に広範囲の食道癌の再発が判明した。今回のカテーテル治療にさいし後脛骨動脈の入口部が見つけられなかったことが不十分な結果を招いた。T-PA、ウロキナーゼなどの血栓溶解剤を最初に局所へ投与していれば、後脛骨動脈の血流を再開できた可能性があったと考えられた。

2 入院後に左室壁厚の増大を認めた急性心筋炎の一例

信田 慶太・樋口浩太郎・阿部 暁
佐藤 大輔・宮北 靖・大塚 英明
新潟こばり病院循環器内科

症例は50歳男性。平成14年12月3日起床時より前胸部および背部痛出現。症状は翌日まで持続、労作では増強せず。12月5日疼痛軽減(6割)するも胸部圧迫感が残存。当科外来を受診。発熱

および風邪様症状を認めず、狭心症としては非典型的であり、心電図にて明かな異常を認めなかったが、トロポニン T 陽性で、CRP 高値 (4.4) であり、入院経過観察とした (CPK 229, MB 18)。心エコーでは左室壁厚は正常 (IVS 0.8/PW 0.9) で壁運動良好であった (LV 4.6/3.3, EF 56%)。入院翌日より発熱 (38.2℃)。入院第 3 日発熱持続, CRP 6.0 に上昇 (CPK 260, MB 17), 心電図では R 波の減高と II, III, aVF, V5-6 の T 波の陰転化が出現, 心エコーでは入院時と比較して左室壁の肥厚 (IVS 1.4/PW 1.4) と壁運動の低下 (LV 4.6/3.5, EF 47%) および心嚢液の増量を認めた。入院第 6 日には疼痛は消失し, 心エコーでは左室壁の壁厚減少 (IVS 1.2/PW 1.1), 壁運動の改善を認めた (LV 4.9/3.8, EF 47%)。入院第 13 日に心臓カテーテル検査を施行。冠動脈狭窄はなく, 左室造影では左室の拡大なく (LVEDVI 76ml/m²), 壁運動のびまん性低下を認めた (EF 45%)。左室心筋生検では間質への炎症細胞の浸潤と一部に壊死性変化を認め, 急性心筋炎と診断した。発症から第 39 日の心エコーでは左室壁厚は同程度 (IVS 1.1/PW 1.1) で, 壁運動の改善 (LV 4.9/3.5, EF 56%) を認めた。発症から第 26 日の時点では CRP 高値 (3.7) と T 波の陰転化が遷延していたが, 第 47 日のデータでは CRP は陰性化し, 心電図上 R 波の増高と T 波の陽転化を認めた。

今回我々は, 急性心筋炎の症例において, 急性期に特徴的な心エコー図上の変化を臨床症状と心電図変化と共に観察し得た。文献的考察を加え, 報告する。

3 特徴ある MRI 所見を呈したたこつぼ型心筋症の一例

岡村 和気・佐藤 俊大・影向 晃
小川 理・高野 一・政二 文明

新潟県立中央病院循環器科

症例は 71 歳, 女性。肺炎にて入院中に突然の胸痛自覚し, 心電図上, V1 ~ 3 の R 波の減高, 「・」・aVF・V2 ~ 5 誘導にて ST 上昇, 巨大陰性 T 波

が出現したため, 虚血性心疾患が疑われ, 緊急冠動脈造影を施行した。冠動脈造影では有意狭窄を認めなかったが, 左室造影にて左室中部から心尖部を中心に高度に壁運動が低下し, いわゆるたこつぼ型心筋症の所見を呈していた。発症 6 週間後に左室造影では壁運動の改善を示し, アセチルコリン負荷試験では冠攣縮は誘発されなかった。

発症時の T2 weight image 及び Gd-DTPA MRI 画像にて心基部を除く広範囲の壁運動異常と心内膜下の均一な一過性の高信号が認められた。左室壁運動異常は一過性であり, 左室壁運動の改善ともない, T2 weight image 及び Gd-DTPA MRI 画像において心内膜下の高信号領域が次第に消失した。本所見はたこつぼ型心筋症の成因との関連が示唆され興味深い症例と考え報告する。

4 不明熱に対する治療中に心電図上胸痛に伴う ST 上昇を認めた成人型 Still 病に合併したたこつぼ型心筋症の一例

田川 実・佐伯 牧彦・広瀬慎太郎*
殷 熙安*・岩島 明**

長岡中央総合病院内科
同 腎内科*
同 呼吸器内科**

症例は 47 歳男性。2001 年 5 月上旬から感冒様症状を認め近医受診。抗生剤の投与で一旦症状の改善を認めたが, その後 38 ~ 40℃の発熱と炎症反応の再増悪を認め, 6 月 4 日当院紹介入院。入院時白血球数 26400/μl, CRP 18.2mg/dl と炎症反応著しく, カルバペネム系抗生剤が投与されたが, 炎症反応はむしろ増悪し入院数日で BUN 65.1mg/dl, Cre 6.1mg/dl と急性腎不全の合併も認められた。6 月 7 日突然の胸痛と心電図上 ST 上昇を認め, 当科転科。心臓超音波検査で心尖部から下壁を中心に壁運動の低下を認め, 心臓カテーテル検査を施行。冠動脈造影中も胸痛は増悪傾向を示し ST 上昇も増悪していたにもかかわらず, 有意な狭窄を認めず, 左室造影では心尖部一前壁の一部下壁にかけて壁運動の低下を認めたが, 原因が明らかでなく終了した。しかし, その後急