

---



---

 学 会 記 事
 

---



---

## 第 223 回新潟循環器談話会総会

日 時 平成12年7月1日(土)  
午後3時～午後6時  
会 場 ホテルディアモンド新潟  
鶴の間

## I. 一 般 演 題

## 1) 同胞にみられた異型狭心症の2例

古寺 邦夫・福永 博 (新潟労災病院)  
奥村 弘史・森山 裕之 (内科)  
熊野 英典 (立川総合病院)  
岡部 正明 (循環器内科)

【症例1】52歳，女性。平成5年より気管支喘息で当院内科通院中，NSAID でアナフィラキシーショックの既往がある。6年10月24日起床直後，嘔気を伴う胸部圧迫感が約1時間持続した。7年1月23日睡眠中同様発作あり，25日起床後にも発作出現したため直ちに当院救急外来受診し異型狭心症の疑いで緊急入院となった。冠危険因子は高脂血症。入院後直ちに Ca 拮抗剤，亜硝酸剤開始，27日起床直後発作あり，心電図上 II，III，aVF，V<sub>6</sub> で ST 上昇，I，aVL，V<sub>2-4</sub> で ST 低下を認め異型狭心症と診断した。その後も度々発作あり，内服薬の増量にもかかわらず発作のコントロール困難となり2月17日冠動脈造影目的に他院へ転院となった。冠動脈造影所見は正常でその後服薬時間の調節などで発作はコントロールされた。なお本症例は同年8月2日朝，突然死した。

【症例2】62歳，男性(症例1の兄)。平成8年より睡眠中や起床直後に5～6分の胸部圧迫感が出現するようになり長い時は20分位持続し，ときに冷汗を伴うこともあった。発作が昨年10月より週1～2回に増加してきたため10月25日，近医受診，11月5日，当科外来に紹介された。病歴より異型狭心症が強く疑われ29日精査目的に入院となった。冠危険因子は喫煙(25本/日，42年)。入院後発作なく12月14日冠動脈造影施行，Ach 負荷にて右冠動脈では No. 2，99% 狭窄出現するも有意の

ST 変化は認めず。左冠動脈では No. 6，13の完全閉塞が出現，胸痛発作とともに心電図上 I，aVL，V<sub>5，6</sub> で著明な ST 上昇を認め異型狭心症と診断した。

特殊検査：HLA A11 A2 B54 (22) B75 (15) Cw1 Cw3 DR4 DR9

冠攣縮性狭心症は我が国やイタリア，カナダなど特定の地域に多いことから従来より遺伝的な背景が示唆されてきた。しかし家族内発症の報告例は極めて稀で今回我々の検索し得た範囲内では外国3家族，本邦14家族のみであった。冠攣縮の遺伝的要因については HLA の臨床的意義も含め未だ明らかにされていない。しかし近年 eNOS 遺伝子異常と冠攣縮性狭心症との関連が急速に解明されつつあり，将来本症の遺伝子治療につながる可能性が期待されている。

## 2) 経皮的中心筋焼灼術(Percutaneous Transluminal Septal Myocardial Ablation; PT-MA)を行った閉塞性肥大型心筋症の一例

山浦 正幸・高橋 和義  
小田 弘隆・太刀川 仁(新潟市民病院)  
田辺 靖貴・三井田 努(循環器科)

症例；76歳女性。心筋症，失神，突然死などの家族歴はない。S62年心エコーにて左室肥大を指摘，H10年より一過性心房細動を有し，心房細動発症時に低血圧，心不全を来すため近医よりジソピラミド，βブロッカー，フロセミドの内服を受けていたが発作を繰り返していた。NYHA II度。H12年2月心房細動時に失神し救急車にて当院受診した。

入院時所見；来院時意識清明，血圧72/48。胸骨左縁第5肋間に収縮期雑音 Levine III/IVを聴取，頸部への放散はなし。心電図：心房細動，心拍数160 bpm。胸部X-p：CTR 63%，肺鬱血あり。ジソピラミド 50 mg 静注で洞調律に復した後，心エコーを施行した。HOCM，僧帽弁前尖の収縮期前方運動をみとめ，流出路圧較差約100 mmHgであった。また大動脈弁，僧帽弁後尖の高輝度エコーと3度の MR を認めた。

入院後経過；心不全改善後，心臓カテーテル検査を施行した。LVEDP 19 mmHg，EDVI/ESVI 86/26 ml，左室流入路・大動脈引抜き圧較差 34 mmHg，バルサルバ刺激下圧較差 55 mmHg，心室性期外収縮後圧較差 66 mmHg。A-V sequential pacing を行うも有効な圧較差の低減はなかった。冠動脈造影異常を認めなかった。HOCM，一過性心房細動に対して薬物療法，ペー