
 学 会 記 事

第54回長岡地区循環器懇話会

日 時 平成10年7月9日(木)
午後7時～9時
会 場 立川総合病院
南館4階 講義室

一 般 演 題

1) 健診にて発見された無症候性拡張型心筋症(DCM)の一例

佐伯 牧彦・広野 暁 (長岡中央総合病院 内科)
小玉 誠 (新潟大学医学部 第一内科)

主訴：二次健診希望，既往歴：正常分娩で3児の母。35才時胆石にて胆摘。家族歴：母親が高血圧症。現病歴：昭和63年の健診より心電図があったが，平成元年の健診で初めて心室性期外収縮，非特異的 ST-T 変化を指摘されたが，症状なく二次健診うけなかった。平成9年11月の婦人科ドッグと平成10年3月の健診で再び心室性期外収縮，心筋障害指摘され4月に入り当科初診された。心電図上 V4～V6にて平低 T，心エコーにて壁運動は瀰漫性に低下しており，²⁰¹Tl 心筋シンチではまだらに取り込み低下あり DCM を疑い ACE 阻害剤内服開始するとともに平成10年5月21日心臓カテーテル検査のため入院させた。冠動脈造影にて有意狭窄なし。心筋生検にて有意な心筋の肥大と疎少化，間質の繊維化を認め，DCM と診断した。

健診にて発見された無症候性拡張型心筋症の一例を経験した。無症候であっても心電図上多発する心室性期外収縮や心筋障害は心エコーなど精査の価値が十分あり，注意を要する。

2) 骨盤骨折入院加療中に血管攣縮性狭心症，さらに褐色細胞腫が発見された症例

江部 和人・藤田 俊夫
江部 克也・永井 恒雄 (長岡赤十字病院)
脇屋 義彦・金子 兼三 (内科)

症例は64歳男性。骨盤骨折受傷にて入院中，病衣交換，

清拭等の体動の際に胸部圧迫感，頭痛が出現し，発作時の心電図モニター上では V4～V6 の ST の低下を認めた。心臓カテーテル検査施行したところ Ach (20 μ) 負荷にて LDA，Cx 領域に ST 上昇 (2～3 mm) を伴う冠攣縮を認め，血管攣縮性狭心症と診断された。心カテ後止血中に嘔気，血圧上昇 (270/130) 出現した。精査したところ，腹部 CT にて右副腎に径 10 cm 大の腫瘍，また尿中，血中カテコールアミンの著明な上昇を認め褐色細胞腫と診断された。褐色細胞腫に血管攣縮性狭心症を伴った症例は数例報告されているが，カテコールアミンと冠攣縮の関連は証明されていない。カテコールアミンが冠攣縮の原因であるかは不明であるが，その関連性は否定できない。本症例は腫瘍摘出後 Ach 負荷にて冠攣縮の有無を確かめてみたい。

3) 繰り返しインターベンションを必要とした2例

岡部 正明・佐藤 政仁
石黒 淳司・高橋 稔
北沢 仁・小川 理
池田 佳生・小川 竜次
田中 孝幸・武井 康悦
石山 泰三・斉藤 淳子 (立川総合病院 循環器内科)
渡辺 律雄

症例1. K. N. は昭和20年生まれ(発症当時43才)の男性。35才から高血圧があるも放置。平成元年秋に労作性狭心症を発症し次第に増悪し，平成2年10月23日当院初診時は CCS3度の狭心症であった。

冠危険因子として，家族歴，家族性高コレステロール血症(両側アキレス腱肥厚有)，喫煙，高血圧がある。

H2 11/29 CAG で3枝病変(#2 90% #6 90% #9 99% #11 99% #13 90%)と診断。発作がコントロールできず，H2 11/30 urgent CABG (RITA to #2 LITA to #7 SVG to #14)を施行。Early study ではすべての bypass grafts 開存。CABG 1年目の検査で後下壁に虚血あり，RITA 吻合部より遠位の RCA #2に new stenosis の出現をみる。

H4 4/8に PTCA (RITA を介して new lesion へのアプローチできず，native RCA からアプローチ。この際にももとの#2 90% stenosis も含めて balloon plasty をおこなった)しかし，3ヶ月後再狭窄で H4 8/6に2回目 PTCA，さらに再狭窄に次ぐ再狭窄で H4 11/16に3回目，H5 4/15に4回目の PTCA，H5 8/5には DCA を行う(通産5回目)こ

の時から RITA flow 途絶。H6 1/20に2回目の DCA (通産6回目)。H6 6/7には Palmaz-Schatz-stent を留置 (通産7回目)。この時便潜血陽性から Colon carcinoma がみつき Colectomy となる。その後の instent stenosis が生じ H6 12/6に PTCA (通産8回目)さらに再狭窄が生じ H7 3/4と H7 6/27に PTCA (9回目と10回目)を追加。H7 10/17の冠動脈造影でようやく QCA 52%の結果を得て以後経過観察となる。この時の左室造影での駆出率は70%と良好。狭心症発作はないが発作性心房細動を3回経験し3回とも電気的除細動をおこなった。再狭窄をくりかえした要因として、冠危険因子が多いことが考えられるが、禁煙は守られており、血清総コレステロール値のコントロールも良好であった。また他の病変やグラフトに進行はみられなかった。CABG 後のグラフト吻合部のすぐ遠位に生じた新病変で、病巣の活動性、病変が形成される時相の問題が推定される。

症例2. 76歳女性、高血圧と高脂血症の既往があるが家族歴は特記すべきものなし。

1995年9月前側壁急性心筋梗塞を発症、経皮的冠動脈形成術 (PTCA) の後、左前下行枝近位部 (Seg 6) の完全閉塞と対角枝 (Seg 9) 及び右冠動脈末梢 (Seg 4 PD) に AHA 90%の狭窄を残し、同年12月左内胸動脈 (LITA) を左前下行枝 (Seg 7) へ、右内胸動脈 (RITA) を対角枝 (Seg 9) へ、大伏在静脈 (SVG) を右冠動脈 (Seg 4 PD) へつなぐ冠動脈-大動脈バイパス術 (CABG) を施行。術後の確認検査で LITA 吻合部に高度狭窄を認め、1996年2月 Seg 6に PTCA を施行し完全閉塞病変を AHA 50%に開大した。しかしその後再狭窄を繰り返し、LITA は完全に閉塞し、さらに左冠動脈回旋枝近位部 (Seg 11及び Seg 12) の病変も進行したため、この三つ又病変に対して PTCA を2回繰り返した。しかしその2ヶ月後、回旋枝の完全閉塞を認め、左室駆出率 (LVEF) も41%と低下した。回旋枝への PTCA は断念し、前下行枝に対する PTCA のみ2回追加し、その後は3ヶ月後、9ヶ月後とも再狭窄を認めず現在も外来通院中である。脳アンギオでも高度狭窄病変を認めたため再 CABG は行わなかった。

1998年6月現在で、合計8回の PTCA を行い、Seg 6は75%、Seg 11は100%となり、LVEF は28%となった。

第9回新潟外科系領域 バイオメディカル研究会

日時 平成10年6月5日 (金)
18:00~20:00
会場 新潟グランドホテル
3階 悠久の間

一般演題

1) 新潟県における献腎移植の現況

熊谷 直樹	・齋藤 俊弘	
中川 由紀	・金井 利雄	
若月 俊二	・齋藤 和英	(新潟大学医学部)
谷川 俊貴	・高橋 公太	(泌尿器科)
清水 武昭	・甲田 豊	(信楽園病院)
熊谷 直樹	・君川 正昭	
上原 徹		(立川総合病院)
柳原 俊雄	・今井 智之	
坂田安之輔		(県立吉田病院)

公平かつ公正な腎の提供を行うべく、平成7年4月1日より日本腎臓移植ネットワークが発足したが、それ以降の新潟県の献腎移植について述べる。現在までに男性8例、女性5例の計13例の移植が行われた。小児例は2例であった。ドナーは50歳代の患者が最も多く、死因はくも膜下出血が6例と約半数を占めた。レシピエントの年齢は40歳代が最も多く、透析歴を見ると10年以上の患者が多く、なかなか腎移植の機会が得られなかったことがうかがわれた。組織適合抗原のミスマッチ数は1つというのが最も多く、腎移植ネットワークによって適合性のよい移植が行われている結果と思われる。5ミスマッチ、6ミスマッチの症例もあったが、いずれも小児例であり、小児レシピエントに対して小児ドナーの発生が非常に少ないためである。免疫抑制療法は基本的にステロイドにシクロスポリンを加えたプロトコールを初期にはベースとして使っていたが、最近ではタクロリムスを使用するようにしている。現時点での成績であるが、術後の肺塞栓で死亡した1例、移植後全く機能が出なかった1例があったものの、他11例は現時点で生着しているため、生存率は92.3%、生着率は84.6%である。