

2) 多枝冠攣縮性狭心症における  $^{123}\text{I}$ -BMIPP シンチグラフィの有用性と展望について

渡辺 賢一 (新潟薬科大学 臨床薬理学)  
 宮島 静一・草野 頼子 (燕労災病院 循環器内科)  
 那須野 暁光  
 広川 陽一 (三之町病院内科)  
 田辺 直仁・埜 晴雄  
 布施 一郎・鳥羽 健  
 相澤 義房 (新潟大学第一内科)

【目的】多枝冠攣縮性狭心症 (VSA) は失神や重症不整脈など重篤例が多い。脂肪酸代謝を示す  $^{123}\text{I}$ -BMIPP シンチグラムで冠攣縮部と治療効果判定が可能かを検討した。【対象と方法】エルゴノビン負荷で2枝以上に冠攣縮が誘発された30例 (46~69才, 平均54±8才, 男27, 女3) を対象とした。 $^{123}\text{I}$ -BMIPP SPECT 像の左室短軸の基部と中央部, 垂直長軸心尖部の計17領域に左室を分割し, 集積低下を視覚的に4段階評価し, defect score とした。10例では治療6カ月後に投薬下で再検した。フローサイトメトリー法にて CD36 を検索した。【結果】 $^{123}\text{I}$ -BMIPP 心無集積が1例にみられたためこの1例と他29例を分けて検討した。(A)  $^{123}\text{I}$ -BMIPP 集積のみられた29例。エルゴノビン負荷陽性部は右冠動脈29例, 左前下行枝25例, 左回旋枝19例で, 3枝に誘発されたのは15例 (52%)。左室造影で壁運動低下がみられたのは15例 (52%)。 $^{123}\text{I}$ -BMIPP では26例 (90%) に集積低下がみられ, その部位は冠攣縮が誘発された責任冠動脈支配領域とはほぼ一致。治療6カ月後に再検査した10例中6例で冠攣縮が再誘発され,  $^{123}\text{I}$ -BMIPP の defect score 改善が不良。(B)  $^{123}\text{I}$ -BMIPP 心無集積の1例。CD36 は単球と血小板ともに出現せず I 型 CD36 欠損症であった。【考察】VSA では Glu298Asp 変異が対照群より多いことなど遺伝的危険因子の存在が推定されている。CD36 は酸化 LDL 受容体や脂肪酸輸送蛋白として注目され, 動脈硬化・血管内皮異常・心肥大などとの関連が推定されている。【結論】①  $^{123}\text{I}$ -BMIPP は冠攣縮部の治療効果判定に有用。②  $^{123}\text{I}$ -BMIPP 心無集積と I 型 CD36 欠損は関係し, VSA の遺伝的危険因子についてこれから検討されるべきである。

3) 当科における異型狭心症の治療経過と予後について

政二 文明・畠野 達郎 (桑名病院 循環器内科)

【目的】異型狭心症の治療経過, 薬剤反応性, 予後を検討し, 治療上の問題点を明らかにする。【対象】ホルター ECG で ST 上昇と胸痛が一致した5例 (H群) とエルゴノビン負荷試験で冠攣縮と胸痛が誘発された34例 (E群) の計39例 (男性35例, 女性4例)。観察期間は平均50.6カ月。【結果】経過中に3例が死亡 (1例3カ月後に突然死, 2例非心臓死)。治療経過は, H群は1例が薬剤コントロール不良となり突然死, 3例が内服下で発作なく, 中止で再発, 1例が発作無く薬剤中止, E群は, 薬剤投与後発作無しが22例 (うち, 中止後も発作なしと, 再発し再投与各2例)。薬剤投与後一定期間発作があったが, その後なしは12例 (うち, 2例で薬剤中止後も発作無し)。薬剤コントロールに時間を要した症例には, 治療前の喫煙本数と軽度の冠狭窄を有する率が高い傾向があり全例男性であった。失神のあった症例は全例が治療後直ちに胸痛はコントロールされ, 治療後失神を見た症例はなかった。

4) 自覚症状に冠攣縮の関与が示唆された心室中部閉塞の1例

青木 芳則・尾崎 和幸  
 古寺 邦夫・熊野 英典 (新潟労災病院内科)

症例は64歳女性で胸痛のため来院。心電図でQRS 高電位差, I, II, aVL,  $V_{1-6}$  で陰性T波を認め, 心エコーで左室中部肥大, 左室内異常血流及び心尖部心室瘤を認めた。MRI でも同様所見を認め, 瘤内に壁在血栓はなかった。ジビリダモール負荷 TI 心筋シンチグラムで左室肥大と心尖部の灌流欠損を認めた。カテーテル検査で左室心尖部 225 mmHg, 体部 119 mmHg, 大動脈 122 mmHg と左室中部で収縮期圧較差を認め, 左室造影で砂時計状を呈した。以上より心尖部心室瘤を合併した心室中部閉塞性肥大型心筋症 (以下 MVO) と考えた。生検で心筋の肥大と錯綜配列を認めた。冠動脈造影上有意狭窄はないが, 胸痛, 心尖部梗塞の病因検討のためアセチルコリン負荷を施行。結果, 右後下行枝, 左前下行枝の冠攣縮が誘発され発作時同様の胸痛を伴った。病態に冠攣縮の関与が示唆され, Ca 拮抗剤を開始し退院となった。

MVO は肥大型心筋症の比較的希な病型で心室中部の