

## 2-7) 右室又は左室に著明なモヤモヤエコーの出現する2症例の臨床的差異について

新潟県立中央病院 循環器内科 高野 諭・松原 琢  
同 内科 阿部 惇・斎藤 秀晃

心腔内流動状エコー（もやもやエコー）は1974年の報告以来数多くされているが今回我々は炎のようにゆらめく流動状もやもやエコーを、右室または左室に認め、両者とも同一機序によると思われる症例を経験したので報告する。

〔症例1〕 61歳，男性。主訴：呼吸困難。

昭和59年に心筋梗塞発症し近医にて治療したが約1年後心不全にて当院入院となる。

〈入院時一般検査成績〉

身長 157cm, 体重 43kg; 胸部 X-P, CTR=65.5%; 赤血球数 651万, Hb 16.9g/dl;

〈心電図〉

前壁中隔梗塞だが ST 上昇を  $V_2 \sim V_6$  に認める。

〈心音心機図〉

$LVET_c = 0.296$ ,  $PEP_c = 0.181$ ,  $PEP/ET = 0.844$  異常な心雑音無し。

〈心エコー図所見〉

拡大した左室と著明な壁運動低下を認めた。下部心室中隔と心尖部は奇異性運動を呈し左室瘤であった。左室流入路を除き全体に炎のようにゆらめく流動状もやもやエコーが、存在しドプラーでも捉えにくい遅い流速であった。

〔症例2〕 37歳，男性。主訴：心雑音。

小学校入学時に弁膜症と言われたが放置した。24歳時に全身倦怠感自覚し増悪するため翌年当院に精査のため

入院。他病院で施行した心カテは ASD+PH アイゼンメンガー症候群であった。26歳時血痰出現し現在 NYHA 4度である。

〈一般検査成績〉

赤血球 679万, Hb 22.3g/dl, Ht 62.9%, 胸部 X-P 肺動脈と著明な肺動脈の拡大を認めた。

〈心電図〉

電気軸 +120° 右脚ブロックで右室肥大であった。

〈心カテテル所見〉

肺動脈圧 98/40mmHg, Pp/Ps=0.98, 肺体血流比=0.79, 肺血管抵抗は著明に上昇。

〈心エコー図所見〉

拡大した右室と低下した右室壁運動を呈し強い三尖弁閉鎖不全を認めた。右心室内に症例1と同様なやや流速の速いもやもやエコーが見られこの他に粒状のエコーが時々観察された。

【考案】

心室瘤に代表される壁運動低下部位は特殊な血流状態であり、ここに特にもやもやエコーが出現する。症例1は緩徐な血流によりそのエコーが捉えられたと考えられるが、同様なエコーを右室に呈した症例2においても高度の右心不全と、壁運動低下があり原因として同一と考えられた。このもやもやエコー部位はドプラーが検出しづらいが心腔内血流観察には有用である。又症例2に見られた粒状エコーはもやもやエコーと明らかに異なりそのエコー源も異なると考えられた。

## 2-8) 慢性関節リウマチ，慢性甲状腺炎合併例に心嚢液貯留を来した一例

新潟大学 第一内科 山口 利夫・津田 隆志・八幡 和明  
前田 和夫・永井 恒雄・林 千治  
渡辺 賢一・矢沢 良光・柴田 昭

慢性関節リウマチに伴う心病変としては心膜炎の頻度が最も高いことが知られているが、今回慢性関節リウマ

チ，慢性甲状腺炎合併例に著明な心嚢液貯留と左室肥大を伴った症例を経験したので報告する。

症例：M.H. 53歳 女性，無職。

主訴：#1 心膜腔液貯留。

#2 リウマチ性関節炎。

#3 慢性甲状腺炎の精査。

既往歴：S. 33年虫垂炎，S. 42年子宮筋腫にて子宮摘出術。

家族歴：特記すべき事なし。

現病歴：#1, #2 S. 42年リウマチ性関節炎発症し，某医にて治療受けるも関節の変形は徐々に著明となり，滑膜切除術を繰り返し受けていた。S. 59年10月某病院入院中，胸水と心膜腔液貯留を生じたが胸腔穿刺による胸水除去とプレドニン 30mg の漸減療法にて改善した。S. 60年5月胸部レントゲンにて心陰影拡大，8月に心エコー図にて大量の心膜腔液貯留を指摘され，精査目的として8月20日当科入院となった。

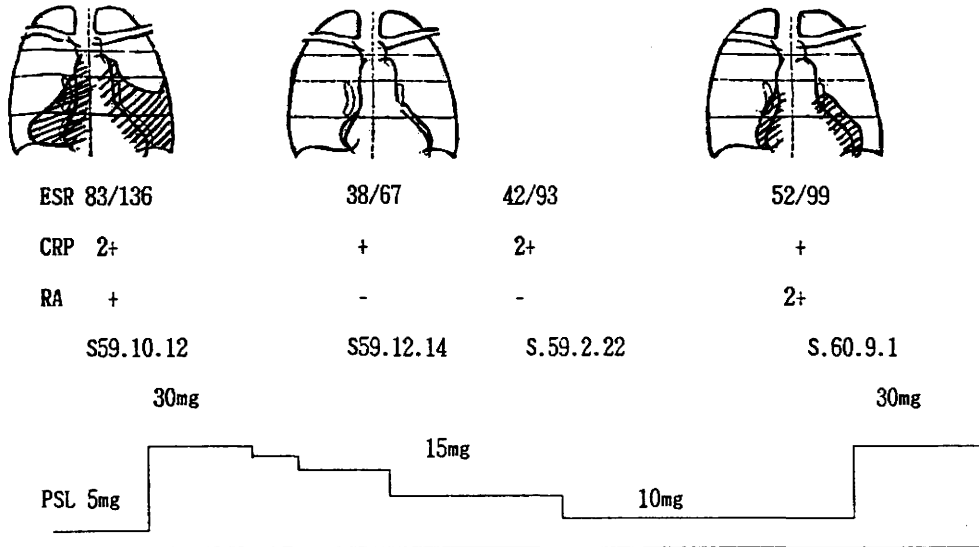
#3 S. 58年3月，慢性甲状腺炎を指摘され以後チラージンSを投与されている。

現症：身長 145cm，体重 33.4kg，脈拍数82/分，血圧 104/68，奇脈(-)，甲状腺腫大(-)，静脈怒脹(-)。心音ではI音・II音異常なく3LSB 最強3°収縮期駆出性雑音を聴取するが，friction rub は聴取せず。肺野は清明，肝脾腫なく，四肢に浮腫を認めない。指関節，肘関節手根関節，足根関節の変形著明である。

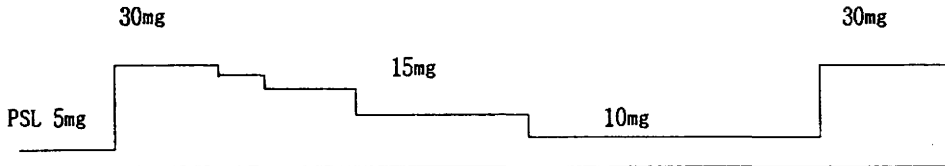
一般検査成績

ESR 52/99	RBC 371万/ $\mu$ l	GOT 22IU/l
CRP (+)	Hb 10.5g/dl	GPT 16IU/l
RA (2+)	Ht 32.5%	LDH 58IU/l
BUN 33mg/dl	WBC 6,500/ $\mu$ l	ALP 145IU/l
Cre 1.4mg/dl	PLT 25.2万/ $\mu$ l	
UA 9.6mg/dl		

昨年10月からの経過を表1に示す。



ESR 83/136	38/67	42/93	52/99
CRP 2+	+	2+	+
RA +	-	-	2+
S59.10.12	S59.12.14	S.59.2.22	S.60.9.1



チラージンS 100 $\mu$ g

T3 <0.5	0.77	0.5 ng/ml
T4 3.3	7.6	8.2 $\mu$ g/dl
TSH 155.4	49.9	<1.25 $\mu$ U/l
		FT4 1.7 ng/dl

表 1

入院時心電図(図1)では、不完全右脚ブロックと左房負荷所見がみられるが、低電位差や明らかなST-T変化は認めない。

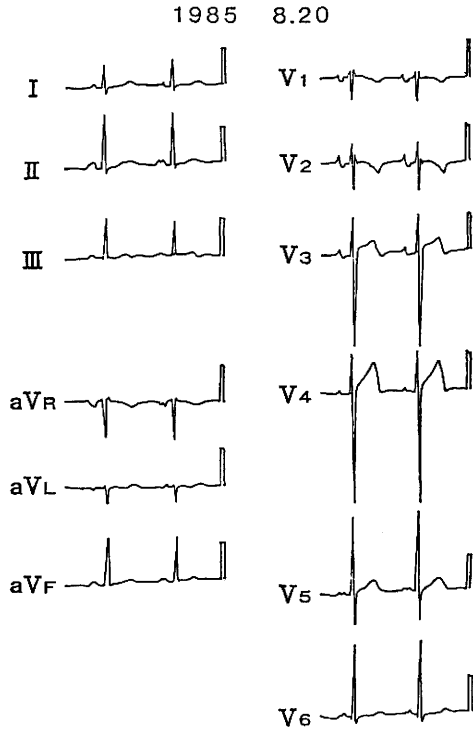


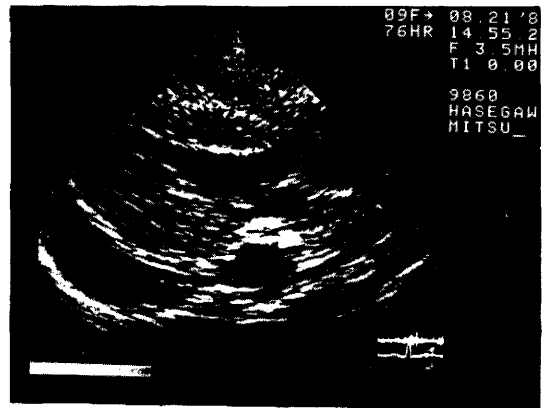
図1 入院時心電図

心エコー(図2)では左室後壁背方に大量の心嚢液貯留と後壁優位の左室の求心性肥大が認められた。壁の動きは全体に低下していたが、弁の動きに異常はみられなかった。

#### 考 案

心嚢液貯留の再発に対し再びプレドニン 30mg の投与を開始したが、4週間経過後も改善しないため、原因解明目的に心嚢穿刺および心膜生検を施行した。しかし慢性関節リウマチに比較的特徴的とされる心嚢液中の蛋白、LDH の高値、補体、糖の低値等の所見は明らかでなく、リウマチ因子も陰性であった。心膜も正常で炎症所見等はみられなかった。

#### Long Axis



#### Short Axis

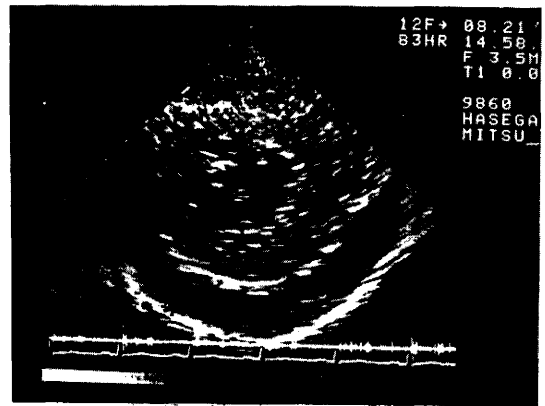


図2 心エコー図(リアルタイム断層像)

心筋の肥大に対して心アミロイドーシスをスクリーニングするため、 $^{99m}\text{Tc}$ -PYP シンチグラフィーを施行したが、心筋への集積は認められなかった。本症例では明らかな高血圧の既往はないため、肥大型心筋症の可能性も考えられた。

その後プレドニンを4週間かけて 10mg まで減量し、心嚢液は入院時とほぼ同程度にまで再貯留したが自覚症状の出現はみえていない。プレドニンにより検査値が修飾された可能性はあるが本症例の心嚢液貯留の etiology は不明であり、診断、治療に対する今後のよりいっそうの approach および慎重な follow up が必要と思われる。