

## 5 非典型的の経過をたどったリンパ球性心筋炎の1例

坂口 裕太, 田谷 侑司, 佐藤 貴雄  
湯浅 翔, 越川 智康, 布施 公一  
藤田 聡, 北澤 仁, 池田 佳生  
高橋 稔, 岡部 正明, 相澤 義房\*

立川総合病院 循環器内科  
同 研究開発部\*

症例は55歳男性で心電図異常のために当院へ紹介となった。既往歴として入院半年前に頻脈性心房細動によるうっ血性心不全のために脈拍コントロールと利尿剤が開始された。その時の心臓超音波検査では壁運動は正常であった。冠リスク因子としては、糖尿病や高血圧症、喫煙がある。

入院前日に定期的な外来で12誘導心電図が施行され、下壁誘導でST上昇を指摘された。自覚症状はないため、翌日当院外来受診した。来院時にも症状はなく、血行動態は安定していた。

心電図では下壁誘導でST上昇がみられ、採血検査ではTnTのみが陽性であった。心臓超音波検査では、びまん性の壁運動低下を認め、特に後壁で壁運動が低下していた。

急性冠症候群を疑い、緊急冠動脈造影を行ったが、有意な狭窄はなかった。左室造影では、左室駆出率は35%で、seg 5が無収縮であった。局所的な心筋炎を念頭に採血検査、心電図フォローの方針とした。

入院後はCK、CK-MBの心筋逸脱酵素の上昇はなく、TnTは翌日ピークアウトを確認した。造影MRI検査では、心筋の全周性に浮腫を認め、遅延造影の経過から心筋炎として矛盾しない所見であった。入院6日目夜間に突然心室細動となり、蘇生を要した。アミオダロンおよび免疫グロブリン投与が開始された。再度冠動脈造影を行ったが有意な狭窄はなく、左室造影では、壁運動低下が広がっていた。左室より心筋生検を施行し、心筋細胞の広範な消失と浮腫性間質を認め、急性リンパ球性心筋炎と診断された。

心室細動蘇生例であり、ICU退室時に、着用型自動除細動器を使用し、一般病棟へ転棟となり、心室細動の再燃なく、自宅へ退院した。

今回、我々は定期的な外来診察での心電図異常から急性心筋炎の診断に至った1例を経験した。急性心筋炎を治療する際には本例のように無症候性であり、諸検査で炎症が改善傾向と判断される状態であっても、致死性不整脈が出現することを念頭に置く必要がある。

## II. テーマ演題「治療を工夫した症例」

### 1 Snare を使い 2 個の device を留置した多孔性心房中隔欠損の1例

阿部 忠朗, 塚田 正範\*, 塚野 真也

新潟市民病院小児科

新潟大学医歯学総合病院小児科\*

AMPLATZER Multi-Fenestrated Occluder (Cribriiform) は多孔性心房中隔欠損をカテーテルで閉鎖する場合に適した device で、両 disc 間にある4mmのwaistを多孔中心部の欠損に通し、両 disc で周囲の欠損孔を覆い閉鎖する仕組みである。欠損孔を太いwaistでとらえるAMPLATZER Septal Occluder と異なり、Cribriiform は self-centering ではないため detach 後の位置を事前に予測することは難しい。Cribriiform を含めた複数 device を同時に留置する場合、他方の device size 決定は更に困難になる。症例は12歳男子、経食道心エコーで主孔は8×12mmの縦長でvalsalva rimは欠損し、他のrimは存在した。主孔の後下方に1.5mm前後の副孔が5個以上集簇し、主孔から最遠の副孔(A)は主孔辺縁から12mm、IVCから5mmの位置に存在した。主孔のballoon sizingは15.7mmでballoon辺縁からAまで10mmあり、主孔へのone device では副孔を覆い切れないと判断した。AにCribriiform 18mmを留置後、主孔へFigulla Flex IIを留置する方針としたが、delivery wireのテンションでCribriiformは中隔面から大きく偏位しており、主孔への適切なdevice size決定が困難であった。回収や重ね直しの可能性を考え、Cribriiformのhubをsnaringした後にdetachする事とした。9F delivery sheathからローダーを外しmicro snare