

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

を delivery wire 遠位端から Cribriform の hub まで通し snaring した。Detach した後 Cribriform の一部は主孔に突出したため、主孔の balloon sizing を再度行い 14.7mm と計測、Figulla Flex II 15mm を Cribriform に overlap で留置した。Cribriform の snare を外した後に Figulla Flex II を detach したが両 device の位置はほぼ変わらなかった。device 間の residual ASD は留置後 2 日で消失した。Cribriform の hub を snaring した後に detach する方法は、複数 device を留置する際に有効であった。

2 上行大動脈置換術後吻合部仮性動脈瘤・大動脈弁閉鎖不全及び広範囲胸部大動脈瘤に対する二次的治療

村岡 拓磨, 榎本 貴士, 大西 遼
長澤 綾子, 加藤 香, 三島 健人
岡本 竹司, 白石 修一, 土田 正則

新潟大学大学院医歯学総合研究科
呼吸循環外科学分野

【はじめに】一般的に広範囲胸部大動脈瘤に対する外科的治療としては、一期的に大動脈人工血管置換術を行う術式と elephant trunk を併用した弓部大動脈置換術を先行させ二期的に TEVAR を行う術式に分けられる。近年では患者の高齢化や血管内治療技術の発展・進歩に伴い、二次的治療が主流となってきている。今回、当院において上行大動脈置換術後吻合部仮性動脈瘤および大動脈弁閉鎖不全を合併した広範囲胸部大動脈瘤に対して、二次的治療を行い良好な経過を得た症例を経験したので報告する。

【症例】70歳、男性。15年前に上行大動脈瘤に対して上行大動脈置換術を施行した。その後、severe AR および中枢側吻合部仮性動脈瘤、さらに弓部～下行大動脈に及ぶ広範な胸部大動脈瘤の拡大を認めたため手術を行う方針とした。手術は二期的に行うこととし、一期目に大動脈基部置換術と Gelweave elephant trunk を用いた上行弓部大動脈置換術を行った。二期目に elephant trunk を landing zone とした TEVAR を施行する予定で

あったが、術後 20 日目に人工血管末梢側吻合部より出血を認めたため、緊急 TEVAR を行うこととした。手術は問題なく終了し、最終造影でも endoleak がないことを確認した。ステントグラフト留置範囲は広範に及ぶこととなったため、術後に脊髄虚血の合併が危惧されたが幸いにも合併することなく経過した。その後も大きな合併症なく良好に経過し、リハビリの後に自宅独歩退院した。

【結語】広範囲胸部大動脈瘤に対する外科的治療については、従来の人工血管置換術による一期的血行再建術に加え、TEVAR 等を併用したハイブリッド治療が選択される症例が多くなり良好な治療成績を示している。TEVAR を一期的に行うのか、二期的に行うのかは議論のあるところであるが、本症例においては開胸術の既往があり高齢でもあることから二次的治療の方針とした。想定よりも早く二期目の手術を施行することとなったが脊髄虚血の合併もなく、良好な術後成績を得ることができた。広範囲胸部大動脈瘤に対する二次的治療は、特に高リスク患者において有用な治療戦略であると考えられる。

3 遠位橈骨動脈アプローチの初期成績

西田 耕太, 保屋野 真, 酒井 亮平
久保田直樹, 高野 俊樹, 大久保健志
木村 新平, 柳川 貴央, 小澤 拓也
柏村 健, 尾崎 和幸, 南野 徹

新潟大学医歯学総合病院 循環器内科

心臓カテーテル検査、治療において、橈骨動脈からのアプローチは以前から一般的な手法として認知されている。その一方で、合併症の一つとして、カテーテルを挿入した橈骨動脈の閉塞が一定の確率で生じることも知られており、将来のシャント作成やバイパスグラフトとしての使用の障害となりうるということがわかっている。

近年、橈骨動脈閉塞を含めた合併症の少ないアプローチとして、遠位橈骨動脈アプローチが報告されており、徐々に導入されてきている。

当院でも、2018年10月から、同アプローチによる心臓カテーテル検査を開始している。当院で