
 学 会 記 事

第 290 回新潟循環器談話会

日 時 平成 29 年 3 月 4 日 (土)
午後 3 時～6 時
会 場 有壬記念館 2 階 大会議室

I. 一 般 演 題

 1 もやもや病および末梢性肺動脈狭窄症による
肺高血圧症に合併した左冠動脈主幹部病変の
1 例

五十嵐 聖・仲尾 正晃・山口 祐美
高野 俊樹・渡邊 達・高山 亜美
保屋野 真・柳川 貴央・小澤 拓也
柏村 健・尾崎 和幸・埜 晴雄
南野 徹

新潟大学医歯学総合病院循環器内科

症例は 41 歳, 女性. 4 歳時にもやもや病を指摘され, 脳血行再建術を受けた. 15 歳時に末梢性肺動脈狭窄症による肺高血圧症 (平均肺動脈圧 86mmHg) と診断された. 在宅酸素療法・内服加療により, WHO-FC1-2 で安定していた. 41 歳時に乳癌手術のため, 術前心機能検査目的に入院した. 肺動脈造影検査では全肺野において肺動脈の狭窄・数珠上の拡張を認め, 平均肺動脈圧は 89mmHg であった. さらに冠動脈造影検査では左冠動脈主幹部に 90% 狭窄を認めた. 心係数は 4.3L/min/m² と保たれていた. 冠動脈 CT では病変部位に石灰化・プラークを認めず, 肺動脈幹の拡張を認め, 肺動脈幹が左冠動脈主幹部を圧排している可能性が考えられた. 肺高血圧に対する治療は困難かつ必要性に乏しいと判断し, 経皮的冠動脈形成術を行い従来型金属ステントを左冠動脈主幹部に留置した. 術中の血管内超音波検査の

所見からも左冠動脈主幹部の圧排が疑われた. 1 か月後に抗血小板薬投与を 1 剤とし, 全身麻酔による乳癌の手術が施行された.

【考察】重症肺高血圧患者において, 左冠動脈主幹部が拡張した肺動脈幹とバルサルバ洞に圧迫されることがある. その頻度はまれだが狭心症・急性心筋梗塞・心不全・突然死の原因になることがあり, 文献を交えながら報告する.

2 69 歳で診断され, 73 歳で初めて心不全を発生した修正大血管転位症の 1 例

橘 秀徳・太田 雄輔・田中 真一
末武 修史・岡島 英雄・岡田 義信
竹中 幸治*

下越病院循環器内科
加茂病院総合診療科*

症例は 73 歳, 女性. 30 歳頃に近医より僧帽弁閉鎖不全症と診断され経過をみていたが, 2012 年より近医にて修正大血管転位症 (c-TGA) と診断され, 経過観察目的に近医通院中だった. 無症状であった. 2016 年 (73 歳), 心不全を初めて発症し近医に入院加療後, 当院循環器内科に精査目的で 10 月に紹介入院となった.

ECG では Af, CLBBB を, 胸部 XP では左胸心で心胸郭比 67% の心拡大をみとめた. 心エコーでは傍胸骨域からは良好な画像が得られなかったが, 心尖部から下大静脈は椎体の右側に, 下行大動脈は左側に存在し, 下大静脈は右房に接続した. 右房から解剖学的左室, 肺動脈に接続した. 解剖学的右室は左側に存在して大動脈を派生した. ASD, VSD, 肺動脈狭窄, Ebstein 等の心奇形を認めなかったが, 著しい三尖弁閉鎖不全症を併発し左房, 右室は拡張していた. 右室駆出率は 53% と良好であった. 左室には異常を認めなかった. CT や MRI でも同様の所見が認められた. 心臓カテーテル検査では酸素飽和度の step up をみとめず, 心内圧は PCWP aV 16, PA 31/15, LV 34/4, RA av 8, RV 98/5, Ao 100/57 であった. また冠動脈には狭窄をみとめなかった. 右室造影上の

駆出率は57%であった。

以上よりc-TGA(S, L, L型)と診断した。心不全の原因は高度な三尖弁閉鎖不全によるもので、三尖弁置換術を予定している。

【考察】c-TGAの合併心奇形は80%以上にみられ、多くは小児期に発症して生命予後は一般的に不良とされている。合併心奇形がなければ無症状で経過し、成人になるまで診断されないこともある。しかし、壮年期になると三尖弁逆流や解剖学的右室の機能低下による心不全もしくは房室ブロックによる徐脈の症状等がほとんどの例で生ずると言われている。本例のように高齢になって初めて症状を呈した例は稀である。

本症例は右室機能が比較的保たれていることより三尖弁置換術の適応と考えられた。

3 逆行性A型急性大動脈解離 TEVAR 後の追加血管内治療の経験

大久保由華・岡本 竹司・中村 制士
青木 賢治・榛沢 和彦・名村 理
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

【背景】大動脈解離に対する血管内治療(エントリー閉鎖を目的としたステントグラフト内挿術)は低侵襲かつ効果の高い治療として定着しつつある。しかし超急性期の解離に対しては手技に伴う血管損傷の懸念が強く、血管内治療を躊躇する施設も多い。当施設では2012年以降、発症24時間以内の超急性期解離に対しても積極的に血管内治療を適用している。今回臓器灌流障害を伴う逆行性A型大動脈解離に対して血管内治療手技を駆使して二期的に治療し得た症例を経験したので報告する。

症例は56歳、男性。高血圧を指摘されていたが未治療であった。突然の背部痛にて救急搬送された。CTで急性大動脈解離と診断され当院に搬送された。来院後しばらくして右下肢痛、運動麻痺を出現した。

thin-slice CTでエントリーが遠位弓部大動脈に存在する逆行性A型急性大動脈解離と診断した。腹部の真腔は圧排され著しく狭小化していた。またSMAも解離し真腔は血栓閉鎖した偽腔に圧排されていた。malperfusionを伴う解離にて緊急手術を行う方針とした。

【手術1】両大腿動脈よりアプローチし、ステントグラフト(Gore conformable TAG)で左鎖骨下動脈直後にあるエントリーを閉鎖した。下行大動脈以遠の真腔拡大を保持するために下行大動脈にベアステント(Cook TX-D)を留置した。最終造影で腹部分枝、右下肢への血流を確認し手術を終了した。

【術後経過1】術後10日目に再検した造影CTで上行弓部大動脈の偽腔は血栓化しておらず、腹部大動脈のリエントリー及び枝抜けしたIMAからの血流で上行大動脈まで逆行性に偽腔が造影された。リエントリー血流の制御が必要であり、血管内治療を追加する方針とした。

【手術2】術後13日目に追加治療を行った。まずIMAから逆行性に偽腔へ向かう血流を制御するためIMAのコイル塞栓をした。続いてIMAの枝抜けによるリエントリーをステントグラフト(Endologix AFX)で閉鎖した。真腔保持のために腎動脈上腹部大動脈にベアステント(Cook TX-D)を追加した。最後に偽腔内に留置しておいたカテーテルを用いて下行大動脈の偽腔をコイル塞栓し手術を終了した。

【術後経過2】術後対麻痺はなく、追加治療後11日目のCTでは上行大動脈の偽腔は完全血栓化していた。特に合併症なく経過し独歩退院した。術後3か月目、6か月目のCTで上行弓部大動脈の偽腔は消失していた。

【結語】超急性期の逆行性A型大動脈解離に対してエントリー閉鎖だけでなく、リエントリーに対する血管内治療を追加し良好な結果を得た。