

septal anterior ventricular exclusion (SAVE) 手術, posterior restoration procedure (PRP) 手術, overlapping 法などがある。

本症例では前壁病変であったため overlapping 法を施行し, 術後心機能改善を認めた。左室形成術を行うことで血流の停滞を減らし, 有効な駆出率を得ることが可能となる。また癒痕部を切除することで血栓形成も予防することができる。

8 閉塞性肥大型心筋症に合併した感染性心内膜炎の1例

五十嵐 聖・藤木 伸也・富川 千絵
渡辺 律雄・小川 理

県立中央病院循環器内科

症例は62歳, 女性。歯科治療歴は1年以上ない。

2014年7月より弛張熱が出現した。近医にて肝機能障害を指摘され, 当院消化器内科を受診した。抗生剤の投与により一時的に解熱を得たが, 中止後に再び熱発した。総合内科受診時に心雑音を指摘され, 10月に当科を受診。血液培養にてグラム陽性桿菌の発育を認め, 感染性心内膜炎の疑いにて当科入院となった。

超音波検査では僧帽弁前尖における菌塊, 及び左室流出路狭窄と僧帽弁収縮期前方運動を認め, 閉塞性肥大型心筋症を基礎疾患とする感染性心内膜炎と考えられた。

細菌の遺伝子解析で *Streptococcus mutans* (グラム陽性球菌) であることが判明した。ペニシリンの大量静注を施行し, 治癒した。

閉塞性肥大型心筋症に合併した感染性心内膜炎の報告は少ないが, 他の心疾患よりも致命率が高いことが報告されている。しかし再発予防目的の流出路狭窄解除についてはコンセンサスが得られておらず, 今後の報告が待たれる。

9 当院における左室流出路狭窄の臨床像

—肥大型心筋症とS字状中隔に注目して—

尾崎 和幸・廣木 次郎・柏 麻美
中村 則人・藤原 裕季・真田 明子
保坂 幸男, 土田 圭一・高橋 和義
小田 弘隆

新潟市民病院循環器内科

左室流出路狭窄 (LVOTO) は一般的に肥大型心筋症 (HCM) に合併するが, 加齢に伴う変化である S 字状中隔 (SS) にも生じ, 臨床的背景は不明な点も多い。

我々はこの点に注目し, 検討を積み重ねてきた。今回は, 2005年4月1日より2012年3月31日まで当科に入院した LVOTO (安静時あるいは運動等の負荷にて圧較差 50mmHg 以上) 連続 48 例のうち, 臨床的に HCM と診断された 22 例 (HCM 群), 非 HCM で SS を認めた (心室中隔と大動脈起始部のなす角: AS angle \leq 110 度) 25 例 (SS 群) を比較検討した。1 例は SS を伴わない高血圧性心疾患であった。HCM 群にも AS angle \leq 110 度を 8 例 (36%) で認めた。家族歴, 息切れに差を認めなかったが, 失神 (SS: 2 例, HCM: 13 例), 心不全 (SS: 0 例, HCM: 4 例), 心室頻拍, 細動 (SS: 0 例, HCM: 5 例) は HCM 群に有意に多かった。高血圧症は SS 群に有意に多く合併した (SS: 23 例, HCM: 10 例)。BNP は HCM 群にて有意に大きかった (SS: 55 ± 53 pg/ml, HCM: 468 ± 501 pg/ml)。SS 群では多くで一過性に LVOTO が出現し (22 例), HCM 群では有意に多く恒常的に認めた (17 例)。安静時心エコーでは壁厚および僧帽弁前尖収縮期前方運動の頻度は HCM 群で有意に大きく, AS angle は SS 群にて有意に小さかった (SS: 90 ± 11 度, HCM: 114 ± 15 度)。 β 遮断薬の使用頻度は両群間にて類似していたが (SS: 22 例, HCM: 21 例), Ia 群抗不整脈薬は HCM 群にて有意に多く導入され (SS: 3 例, HCM: 10 例), HCM 群のみに経皮的な中隔心筋焼灼術 (8 例), ペーシングデバイス (6 例) を必要とした。LVOTO における HCM の頻度は半

数以下であり、成因にSSが大きく関与していることが疑われた。また、SS群ではLVOTOの出現が多くで一過性であり、HCMと比して β 遮断薬内服にて良好にコントロールされた。そのため、まずはSSの病的意義を認識し、特に一過性のLVOTOを合併している場合には各種負荷試験にて正確に診断し、薬物治療につなげることが重要と思われた。

10 心筋疾患における心内膜心筋生検標本のマクロファージ関連マーカーの検討

埜 晴雄・林 由香・焦 爽
渡邊 達・大野由香子・鈴木 友康
田中 孔明・小幡 裕明・柏村 健
南野 徹・長谷川 剛*

新潟大学大学院医歯学総合研究科
循環器内科
同 実験病理学*

【背景】心筋疾患の診断に心内膜心筋生検がおこなわれ、多数の炎症細胞の存在は心筋炎の診断に有用であることは周知の事実である。しかし、心筋炎や心サルコイドーシス以外の非炎症性心筋疾患において、炎症細胞の存在に注目することはあまりなかった。近年、生体は、病原体が存在しなくとも、組織や細胞の傷害により放出された内因性リガンドによって在住マクロファージや樹状細胞が刺激され、炎症促進因子を分泌し、さらに炎症細胞を局所に呼び寄せることが明らかとなった。そこで我々は、マクロファージマーカーが、内因性リガンドの存在を示し、ひいては組織や細胞の進行性傷害を示す有用なマーカーになるのではないかと考えた。

【目的】非炎症性心筋疾患で、マクロファージ関連マーカーが、進行性的心筋疾患を区別する指標になりうるかを検討することである。

【方法】心筋疾患を有する86例の心内膜心筋生検で、マクロファージ関連マーカー(CD68, CD163, CD45)を定量的RT-PCR(n=78)および免疫組織化学的検査(n=56)にて調べた。

心エコーで、壁運動の変化(心内膜心筋生検時と3ヶ月以上経過した時期)を観察しえた32例を、改善群(一般的な心不全の薬物治療下でEFが10%以上改善し、かつEF30%以上になった症例)と非改善群に分けてマクロファージ関連マーカーを比較した。

【結果】CD45のみが、改善群に比し、非改善群で有意に高値であった。しかし、拡張型心筋症と診断した25例では、いずれのマクロファージ関連マーカーとも両群間に有意な差はなかった。一方、心アミロイドーシス、心ファブリー病、ミトコンドリア心筋症、左室病変を伴う不整脈源性右室心筋症は非改善群に属したが、これらの疾患はそれ以外の非炎症性心筋疾患よりもすべてのマクロファージ関連マーカーが高値であった。

【総括】心アミロイドーシス、心ファブリー病、ミトコンドリア心筋症、左室病変を伴う不整脈源性右室心筋症などの難治性心筋疾患は、マクロファージ関連マーカーが高値である可能性がある。

11 ICD植込みを行った小児期発症閉塞性肥大型心筋症の1例

塚田 正範・馬場 恵史・羽二生尚訓
星名 哲・齋藤 昭彦・鈴木 博*
伊藤 裕貴**

新潟大学大学院医歯学総合研究科
小児科
新潟大学魚沼地域医療教育センター
小児科*
県立中央病院小児科**

【はじめに】小児期発症の肥大型心筋症(HCM)は突然死のリスクが高く、ICD植込みが有効な予防となる。今回、新潟県で初めてとなるICDを植込んだHCM小児例を経験したので報告する。

症例は12歳、男児。11歳時、易疲労感が軽度認めていた。感冒で近医受診時に偶然心雑音を指摘され、閉塞性肥大型心筋症と診断された。失神の既往、心室頻拍の指摘、突然死の家族歴はなかったが、拡張末期心室中隔壁厚36.5mm、運動負荷時に血圧低下を認め、ハイリスク群と判断され