

2 心筋炎を伴った多発筋炎の1例

大槻 総・柏村 健・渡邊 達
小幡 裕明・埴 晴雄・南野 徹

新潟大学医歯学総合病院循環器内科

症例は65歳、女性。1991年に多発筋炎と診断された。CKの上昇はわずかな上昇のみにとどまっており、多発筋炎の病勢は抑制できていると判断されていた。2012年9月時点では心エコー上、収縮能低下は認められなかった。2013年1月頃より息切れ・動悸を自覚した。心拡大と多源性心室性期外収縮が認められたことから当科を受診し、心エコーで収縮能低下を指摘され、心臓カテーテル検査を施行した。左室の壁運動低下と形態異常が認められ、心筋生検でCD8・CD4陽性のリンパ球浸潤が認められたことから、心筋炎は抑制できていないと判断され、ステロイド増量の方針となった。

【考察】心筋炎を伴った多発筋炎の1例を経験した。多発筋炎の心合併症により症状が出ることは比較的稀であり、それ故に軽視されやすい。心合併症の評価について文献的考察をふまえて報告する。

3 頻回の心室性期外収縮に対するカテーテルアブレーション後に心機能が改善した1例

樋口浩太郎・富井亜佐子・杉浦 広隆
阿部 暁・大塚 英明

新潟医療センター循環器内科

症例は64歳、女性。2004年、頻回に出現する心室性期外収縮(VPC)と胸部レントゲンで心陰影拡大を指摘された。2012年1月、VPCと心拡大の評価を目的に当科を受診した。心エコーで左房の軽度拡大、BNP高値が指摘された(左房径41mm、左室径51mm、駆出率60%、BNP72pg/ml)。心負荷軽減を目的にアンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬と利尿剤の内服が開始されたが、内服治療にもかかわらず2013年5月の時点で、心エコーで心拡大の進行(左房径46mm、左室径

58mm、駆出率58%)、BNP値の上昇(524pg/ml)を認めた。家事などの日常生活では呼吸苦を感じなかったが、心評価目的に当科に入院した。心カテーテル検査の結果、冠動脈の有意狭窄はなく、高度弁疾患の所見は得られなかった。頻回のVPC(Holter:VPC36,900/day、全心拍の46%)を認めため、VPCによる心機能への影響と考えられ、2013年6月、VPCに対してカテーテルアブレーションを施行した(pace mapと早期性を指標に通電)。アブレーションから約1ヵ月後のHolterでVPCは1,300/day、全心拍の2%に減少し、心エコーでは左房径35mm、左室径51mm、駆出率57%と心拡大の改善を認めた。胸部レントゲンでは心胸郭比67%から58%に改善し、BNP値は83pg/mlに低下した。

【考察】頻回のVPCに対して、カテーテルアブレーションによる治療が心拡大の改善、心負荷の軽減効果をもたらしたと考えられたため、提示する。

II. テーマ演題

1 術中脳梗塞、術中心筋梗塞を発症し、PCPS、IABP補助にて救命し得た全弓部置換術の1例

福田 卓也・諸 久永・田山 雅雄*

済生会新潟第二病院心臓血管外科
同 救急科*

症例は73歳、男性。既往は2年前に膀胱癌にて経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行されていた。

その術後経過観察中にCTにて胸部大動脈瘤、腹部大動脈瘤を指摘され、当院へ紹介された。いずれも手術適応であったが、瘤径から胸部大動脈瘤に対する治療を先行することとし入院した。術前のリスク評価にてLAD領域の虚血が疑われ、心臓カテーテル検査を施行したが有意な狭窄病変は認めなかった。

手術は低体温併用選択的順行性脳灌流下に4分枝人工血管(J-graft)にて全弓部置換を施行した。初回心停止のため心筋保護用ルートカニューレを上行大動脈に挿入し、大動脈遮断後に心停止液の注入を試みたがFlowが得られず、大動脈