

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、術中心筋梗塞を発生し、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

を切開して確認するとルートカニューレ挿入部より大動脈解離を認め、動脈壁には強いアテローム変性が認められた。これを修復し中枢側吻合を行った。

末梢側はエレファントトランクとし、ステップワイズで人工血管吻合を行った後、人工血管側枝から体循環送血を開始し、加温を行いつつ頸部3分枝の吻合を行った。術中脳灌流のFlowは11ml/Kg/min程度で保たれており、近赤外線脳組織酸素飽和度モニタリングの値も安定していた。人工心肺離脱中よりPVCの散発を認め、循環動態が不安定であったため、シンビットなど用いて不整脈安定後にweaningした。ICU入室後3時間で覚醒したが、右上下肢の麻痺を認めた。

以後次第に循環動態が不安定となり、術後1日目にIABPを挿入したが安定せず、酸素化も不良となったため同日PCPSを挿入した。同日のCKは5,087 IU/L、CK-MBは301ng/mlであり、術中脳梗塞、術中心筋梗塞を発症したものと診断した。以後アシスト下で管理を行い、CKなど改善を認め、全身状態は安定した。PCPSは4日目に一旦離脱を試みたが、酸素化が不良となり、再度アシストを開始。5日目に離脱可能であった。その後は心房細動などの不整脈にて循環動態が不安定となり、アンカロンを開始して不整脈コントロールを行った。9日目にIABPを抜去、15日目に抜管可能であった。

以後もリハビリを継続、右上下肢の麻痺は改善傾向となり、歩行器での歩行も可能な程度まで回復し、40日目にリハビリ目的に転院となった。現在、外来通院中であり、腹部大動脈瘤に対しての手術時期を検討中である。

2 重症ASに対する緊急AVRの手術成績

中村 制士・山本 和男・白岩 聡
長澤 綾子・浅見 冬樹・岡本 祐樹
杉本 努・吉井 新平

立川綜合病院心臓血管外科

【対象】当科における2003年から2013年まで

の緊急大動脈弁置換術施行症例8例について、背景因子と予後をレトロスペクティブに調査した。不安定狭心症を合併し主たる症状が狭心症によると考えられる症例と過去にAVR歴のある再手術症例は除外とした。

【評価項目】患者背景として年齢、性別、術前NYHA、左室駆出率、A弁弁口面積、最大圧較差、EuroScoreを評価した。また術前ショック状態、安静時胸痛、失神を認めたか、既往として不整脈、他の弁膜症、糖尿病、慢性腎不全、慢性呼吸不全を認めたか、術前IABP挿入を行ったかについても調査した。術中、術後の評価項目としては手術時間、体外循環時間、大動脈遮断時間、出血量、術中輸血量、術後挿管時間、ICU滞在日数、在院日数、転帰とした。

【結果】患者背景として年齢は平均79歳(69～88歳)、性別は女性7例、男性1例であり、すべての症例で術前NYHAは4度であった。LVEFは平均50%、最大圧格差は平均108mmHg、EuroScoreは平均27%であった。また5例で繰り返す失神、6例で安静時狭心痛を認め、3例が術前ショック状態であった。6例で術前よりIABPを使用した。

術式はAVR単独症例が5例、2弁以上の症例が3例であった。手術時間は平均289分(185～390分)、体外循環時間は平均155分(99～211分)、大動脈遮断時間は平均107分(66～158分)であった。また出血量は平均1,415ml、輸血量は平均RCC8単位、FFP8単位、PC16単位であった。術後挿管時間は平均96時間(20～368時間)であった。長期挿管の1例で気管切開が施行された。ICU滞在時間は平均9日(2～29日)、在院日数は平均44日(9～142日)であった。

転帰として8例中死亡は1例(12.5%)のみであり、死亡原因は術後の広範な脳梗塞によるものであった。また生存する7例の内4例が自宅退院し、3例が他病院へのリハビリ転院であった。術後の創感染は認めなかった。

【結語】緊急AVR症例は平均EuroScoreが27%と高い値を示す通り非常に予後不良であるが、今回当科における調査では死亡例は術後脳梗