

流低下を認め、後者はPETの集積部位に一致し、ダイナミックCTでも同様の所見であった。造影超音波検査では、血管相で肝内の楔状の血流不均等分布が示唆され、クーパー相ではMRI肝細胞相で認められた低信号域に一致して、低エコー域を認めた。いずれの部位においても内部に血管走行を確認できた。以上の所見から、血管内リンパ腫及び門脈内腫瘍塞栓と考え、楔状、結節状の血流低下部位をそれぞれ生検した。小結節状部より、類洞内にCD20陽性の大型の異型細胞を認め、確定診断に至った。R-CHOP療法1コース後の画像評価では、肝内病変はいずれも縮小あるいは消失し、造影超音波検査でも、血流低下部は著明な改善を示した。

【結語】多彩な画像所見を呈し肝生検で診断しえた血管内リンパ腫の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

第273回新潟循環器談話会

日時 平成24年12月8日(土)

午後3時～6時

会場 新潟大学医学部 第五講義室

I. 一般演題

1 心拍数はメタボリック症候群の危険因子か?

小田 栄司

たちかわ総合健診センター

【背景】メタボリック症候群(MetS)は自律神経機能障害に関係すると考えられている。安静時心拍数は自律神経機能障害の簡便な指標であり、MetSと横断的に関係することが知られており、また、MetS発生の危険因子であることを示唆する報告もある。

【対象】2008年度に当センターの人間ドックを受診して、インフォームドコンセントに署名した人のうち、2008年度にはMetSで無く、2009年度から2011年度までの間に再受診した人を対象とした。

【方法】MetSの診断は世界共通(改訂NCEP)診断基準に基づき、腹部肥満は世界糖尿病連合の日本への勧告に従って、腹囲男性90cm、女性80cm以上とした。心拍数の各四分位数群のカプラン・マイヤー生存関数間の差をログランク検定した。心拍数の1SD増加によるMetSおよびMetS各成分発生の、年齢、性、投与薬剤、既往歴、喫煙、飲酒、身体活動、および、肥満(BMI)で補正したハザード比を計算した。心拍数の第1(Q1)四分位数群を対照群とした第2(Q2)、第3(Q3)、第4(Q4)四分位数群の上記多因子補正ハザード比を計算した。

【結果】2009年度の対象数は2,558例(男性1,606例、女性952例)、MetSの発生は97例(男性75例、女性22例)、2010年度の対象数は2,205例、MetSの発生は89例(男性57例、女性32例)、2011年度の対象数は1,750例、MetSの発生は62

例（男性 45 例，女性 17 例）であった。ログランク検定では男性では Q1 と Q3 の間 ($p = 0.006$)，および，Q1 と Q4 ($p = 0.006$) の間に有意差が見られたが，女性では有意差が見られなかった。心拍数 1SD 増加による MetS 発生のハザード比 (95%信頼区間; p 値) (HR (95% CI; p)) は男性では 1.232 (1.068 – 1.421; 0.004)，女性では 1.172 (0.931 – 1.477; 0.177) であった。Q1 を対照群とした Q3 と Q4 の HR (95% CI; p) は男性では 1.737 (1.080 – 2.795; 0.023) と 1.545 (0.961 – 2.484; 0.073) であり，女性では有意差が見られなかった。心拍数 1SD 増加による MetS 各成分発生のハザード比は，男性では空腹時血糖と HDL コレステロール成分のみ，女性では血圧成分のみ有意であった。

【結論】日本人男性健診受診者において，心拍数増加は肥満と独立に MetS 発生の有意な危険因子であった。但し，女性では有意でなかった。

2 Pacing 開始直後の QT, QTpeak, Tpeak-end の経時的变化と CRT における催不整脈性との関連について

田村 真・松原 琢*・畑田 勝治*
今井 俊介*・三間 渉*

聖園病院内科
信楽園病院循環器内科*

心臓再同期療法 (CRT) において開始直後に不整脈を発症する症例があり，心外膜側からの pacing で貫壁性の電位のばらつきが増大することが一因と考えられている。右心室心内膜側ペースング (RVpace) 開始直後の QT, QTpeak, Tpeak-end の変化から CRT の催不整脈性の機序の可能性を検討した。

【方法】RVpace 開始直後からの心モニター波形で QT, QTpeak, Tpeak-end の経時的变化を計測する。

【結果】9 例で検討した。QTpeak はペースング後，短縮する症例 (3 例)，不変の症例 (3 例)，延長する症例 (3 例) の 3 種類の変化を認めた。QT

と Tpeak-end は短縮する症例と不変の症例の 2 種類の変化のみ認めた。

【考察】QTpeak は心外膜の電位を，QT は心内膜 (あるいは心室中層) の電位を反映すると考えられる。CRT で心外膜 pacing を行った場合，先に興奮する心外膜側の活動電位 (QTpeak) が短縮し，遅れて興奮する心内膜側の電位 (QT) の短縮度が小さければ貫壁性の電位のばらつきは大きくなり，催不整脈性が増大する。心外膜側から心内膜側への伝導時間が長ければ，さらにはばらつきは大きくなる。Tpeak-end は短縮傾向を示したが，QTpeak の変化は一様ではなく，Tpeak-end を形成する因子のそれぞれの変化に注目することが重要と考えられた。

【結語】pacing 後の心外膜側の電位 (QTpeak) が短縮する症例では，CRT において貫壁性の電位のばらつきが増大する可能性がある。

3 化学療法から 5 年を経過し拡張型心筋症様の臨床像を呈した症例

結城 大介・高山 亜美・大倉 裕二

県立がんセンター新潟病院内科

化学療法から 5 年を経過し拡張型心筋症様の臨床像を示しながらも，心筋生検光顕像では心内膜の肥厚しか認めず，電顕像で心筋細胞障害を診断し得た 1 例を報告する。

症例は 61 歳，女性。2006 年 10 月，右乳がん (T3N1M0, stage III A) と診断され，11 月からドセタキセル 75mg/m² × 4 コース，FEC 療法 (5-FU 500mg/m²，エピルビシン 100mg/m²，シクロホスファミド 500mg/m² × 4 コース) を施行の後，2007 年 5 月に乳房部分切除術と腋窩リンパ節郭清術を施行。更に 8 月から右全乳腺照射 (総計 60Gy/30 回分割) ののち寛解した。2011 年 7 月多発骨転移を認め，アロマターゼ阻害薬 (アナストロゾール) による内分泌療法を開始した。2012 年 5 月上旬より労作時の息切れが出現，中旬より起坐呼吸になり，5 月下旬に急性心不全で入院した。Nohria 分類の wet & warm と診断し治