

5 69歳時に初めて修正大血管転位症と診断された無症状の1例

岡田 義信

県立加茂病院内科

修正大血管転位症 (corrected Great Vessel Transposition 以下 C-TGA) は、先天性心疾患の0.5から1.5%を占めるまれな心疾患である。AoがRVから、PAがLVから起始している場合を大血管転位であるが、これに心房心室の不一致が加わった状態がC-TGAである。

他の合併心奇形がなければ、生理的循環が保たれるが、体循環の高圧にさらされるためにRVの機能低下や三尖弁逆流、房室ブロックが問題になりやすい。多くは、50歳頃には心不全症状を呈し、70歳以上の長期生存例はまれといわれる。

症例は69歳、女性。既往歴は脂質異常症のため治療中。1991年にMRを指摘された。以後、不定期に当科にフォローされている。現在農業に従事しているが、無症状である (NYHA I)。2012年8/21に経過観察目的の心エコーを受けた。151cm, 50kg。BP115/55mmHg, 胸骨左縁第4肋間にLevine 4/6の収縮期雑音を聴取した。心電図は洞調律, CLBBB。エコー所見は、傍胸骨からの観察は困難であったが肋骨下からの観察にて、内臓正常位の心房心室および心室大血管の不一致を認め、SLL typeのC-TGAと診断した。3から4度の三尖弁逆流を認めたが、合併心奇形は認められなかった。本例がこの年齢でも無症状であるのは、心奇形がない、RV収縮能が正常である、三尖弁逆流が高度でない、不整脈がないことなどによると考えられた。

6 ICD植込みに際し、peel away sheathから右心系への空気混入を認めた1例

佐藤 迪夫・保坂 幸男・真田 明子
高橋 和義・土田 圭一・大久保健志
池上龍太郎・矢野 利明・小林 剛
尾崎 和幸・三井田 努・小田 弘経

新潟市民病院循環器内科

症例は70歳代の男性。2年前に失神を伴う心室頻拍に対して左前胸部よりICD植込みを行った。植込み1年半後にICDポケット感染(起炎菌:表皮ブドウ球菌)のため当科入院し、抗菌剤投与(MEPM0.5g×3回/day)及び、除細動リードを含めたICD抜去を行い、感染症をコントロールできた。また、入院中に単形性持続性心室頻拍が出現したため、カテーテル・アブレーションを施行し、入院7週間目にICD植込み術を施行した。腰痛のため長期臥床困難であり、プロポフォルによる鎮静下に右前胸部にポケットを作成した。次いで、除細動リード用に橈骨皮静脈のCut downを行い、心房リード用に胸郭外穿刺で7Fr peel away sheathを挿入した。除細動リード固定後の心房リード操作中に、透視下で右房への空気混入が確認されたため、JR4.0等のカテーテルを用いて右房内の空気を吸引し、ICD植込みを終了した。術後の胸部CTでは右房内に残存した空気は軽微で、術後の塞栓症を認めなかった。今回のイベントは深吸気時に胸腔内が陰圧となったため、sheathとリードの間隙から空気混入が起こったと考え、後日ベンチテストを行った。その結果、peel away sheathにリードを挿入した状態でsheath内に20mmHgの陰圧がかかると、sheathとリードの間隙より空気が混入することが確認された。ICD・ペースメーカー植込み時にsheathを用いてリード操作を行う場合、右心系へ空気が混入する危険性があることが示唆された。