

痛を自覚し当院受診。心電図で軽度 ST 上昇と心エコー検査で心尖部の無収縮があり、心筋トロポニン T 陽性。冠動脈造影が正常であったことから、たこつぼ心筋症として加療。第7病日に胸痛が再発し、2回目の冠動脈造影で LAD 末梢の完全閉塞を認めた。これはニトログリセリンの冠注で改善しなかった。退院時の3回目の冠動脈造影は正常であったが、左室心尖部は一部無収縮であった。

【症例2】60代、女性。平成22年9月に美容院で整髪中に前胸部不快感があり、当院受診。心電図での ST 上昇と心エコー検査での心尖部無収縮があり、心筋トロポニン T 陽性。冠動脈造影では対角枝末梢に閉塞を認めた。左室造影では Seg 2, 3, 4 の無収縮を認めた。退院前の冠動脈造影は正常で、アセチルコリン負荷で冠攣縮は誘発されなかった。左室心尖部の壁運動は改善傾向も一部無収縮であった。

【まとめ】たこつぼ心筋症の急性期に冠動脈閉塞をきたす症例があり、予後に影響する可能性が考えられた。

4 肺動脈性肺高血圧の治療中に肺水腫をきたした1症例

高松はるか・大倉 裕二・岡田 義信
県立がんセンター新潟病院内科

【はじめに】肺動脈性肺高血圧症 (PAH) は、一般には右心不全を呈し肺水腫を来すことはまれである。今回、本疾患の治療中に肺水腫と思われる病態を呈した症例を経験したので、報告する。

症例は82歳の女性。家族歴に特記すべきことなし。既往歴に心血管系・門脈系・呼吸器系・膠原病などの疾患歴はない。2010年2月労作時呼吸困難が出現。3月10日、息切れが増悪し、入院した。喫煙や飲酒歴はなし。

【入院時所見】身長143cm、体重52.3kg、血圧107/67mmHg、脈拍数74/分、心2音が亢進。呼吸音や腹部に異常なし、浮腫なし。血液ガス分析は、PO₂ 54.3mmHg、PCO₂ 39.1mmHg、HCO₃

21.6mEq/L。胸部 X 線写真にて左右肺動脈の突出あり、肺野には異常なし。全身 CT では腹部骨盤臓器や下肢の異常ならびに肺動脈血栓像は認められなかったが、thin slice にて肺野に小葉単位の GGO, septal line が認められた。心エコー検査では、肺高血圧以外の異常は認められなかった。心臓カテーテル検査では、右心系に酸素飽和度の増加なし、PA 65/21 (m38) mmHg, PAWP 4 mmHg, RV 64/1mmHg, RA 1 mmHg, Cl 1.8L/m², PARI 1553dyne/sec/cm⁻⁵/m²であった。

【経過】各種の精査から二次性 PH は否定され、PAH と診断した。3月末よりワーファリン内服、酸素投与に加えボセンタンの内服治療を開始した。6月27日よりタダラフィルを追加投与したところ、7月19日に息切れが増悪し入院した。胸部 X 線で両側バタフライ状陰影を認め、肺水腫と考えられた。タダラフィルを中止し、ドブタミンとフロセミド投与により軽快した。7月29日よりベラプロストを投与し、自覚症状および肺動脈圧、肺血管抵抗の改善を認め、退院した。

【考察】以上のような検査結果や臨床経過から、pulmonary venous occlusive disease (PVOD) が疑われた。PVOD は、PAH の5~10%を占める PAH のサブグループの一つであるまれな疾患である。PVOD は IPAH より予後不良といわれているが、血管拡張薬により肺水腫を来す場合が少ないものの、注意深く投与すれば改善する例が少ないという報告がある。また、PVOD と肺毛細血管腫症 (PCH) との臨床上の鑑別は困難であり、診断には肺生検が必要である。本症例は肺生検は未施行だが、PVOD が強く疑われた。