O-7-32

旭川赤十字病院における3科（皮膚、血液・腫瘍、病理診断）の診療連携

旭川赤十字病院　皮膚科[1)]、旭川赤十字　血液・腫瘍内科[2)]、
旭川赤十字　病理診断科[3)]

○小松（こまつ）　麻衣（まい）[1)]、木ノ内基史[1)]、関口　柚史[2)]、佐藤　　健[2)]、
酒井　俊郎[2)]、小沼　祐一[2)]、菊地　智樹[3)]、小幡　雅彦[3)]

血液疾患に伴う皮膚疾患（症状）は移植片対宿主病（GVHD）や悪性リンパ腫の特異疹、血液悪性腫瘍に合併した好中球性皮膚症などがあり、免疫抑制状態や多数の薬剤使用歴があるといった患者背景から、ウイルス感染症による皮疹や薬疹等との鑑別が難しい場合、診断確定の目的で皮膚科へ紹介される。一方、皮膚症状を契機として血液疾患の発見に至り、皮膚科から血液内科へ紹介する症例もある。血液疾患に伴う皮膚症状は多彩であり、診断、さらに治療において病理組織学的な所見が重要となるため、病理医との密な連携も必要である。当科において過去10年間で血液疾患に伴う皮膚疾患の診断に至った症例は計50例であった。そのうち代表的な疾患についての診断方法や検査における工夫点を、また実際の症例提示を通して3科の連携について報告する。

O-8-1

心原性ショックを合併した急性心筋梗塞に対してImpella CPを使用した一例

伊勢赤十字病院　ローテート[1)]、伊勢赤十字病院　循環器内科[2)]

○種村（たねむら）　未来（みく）[1)]、山岸歩空人[2)]、多田　智子[2)]、伊野　綾香[2)]、
森　　達哉[2)]、中村　憲二[2)]、高村　武志[2)]、堀口　昌秀[2)]、
刀根　克之[2)]、前野　健一[2)]、坂部　茂俊[2)]、世古　哲哉[2)]、
笠井　篤信[2)]

【症例】77歳男性【主訴】胸部違和感【現病歴】XX年2月7日21時頃入浴後に意識消失し、その後意識障害が持続、尿便失禁を認め救急搬送された。【バイタル】E4V4M6、血圧 88/59 mmHg、心拍数 44 /min、SpO_2 99 %（4L/min）、呼吸数 12 /min。【身体所見】心雑音や湿性ラ音は聴取せず。【検査所見】12誘導心電図で2:1房室ブロック。 下壁誘導、右側胸部誘導でST上昇あり。 胸部レントゲン画像で肺血管陰影の増強あり。 心エコー図ではLVEF 35 %、びまん性壁運動低下、右室拡大、自由壁運動低下を認める。【入院後経過】まもなく収縮期血圧は60 mmHg台まで低下し、ドブタミン/ドパミン持続投与、急速輸液負荷を開始した。 急性冠症候群を疑い緊急冠動脈造影検査を実施した。 左冠動脈前下行枝＃7 99 %、回旋枝＃13 75 %、右冠動脈＃1 100 %であった。 責任病変は右冠動脈であり、右心不全による心原性ショックを疑った。 しかし、昇圧剤の反応不良、急速輸液負荷実施や多枝病変であることから左心補助が必要と判断しImpella CPを挿入した。 血圧は80-90 mmHg程度であったが、ノルアドレナリンも併用し右冠動脈＃1 100 %に対して経皮的冠動脈形成術（DES）を実施した。 第2病日に血圧は安定し、うっ血も改善したためImepllaを抜去した。 経過は良好で第15病日に独歩で退院した。【考察】心原性ショックを伴う急性心筋梗塞に対して、Imepllaを使用し安定したPCIが実施できた報告は散見される。 本症例でも右心梗塞ではあったが、左心補助目的にImepllaを使用し良好な転機を得た。 本症例では血行動態の安定のためPCI前にImpellaを挿入したが、挿入のタイミングが予後に与える影響については議論の余地があり、若干の文献検討を交えて報告する。

O-8-2

恒久的ペースメーカー感染症に対しリードレスペースメーカー移植を行った２例

伊勢赤十字病院　循環器内科

○多田（ただ）　智子（ともこ）、坂部　茂俊、山岸歩空人、伊野　綾香、森　　達哉、
中村　憲二、堀口　昌秀、高村　武志、刀根　克之、前野　健一、
世古　哲哉、笠井　篤信

背景：リードレスペースメーカーはジェネレーターとリードに関連した感染が無視できるため新規移植では経静脈ペースメーカーより感染リスクが低い。しかし既存デバイスが感染した症例への移植は確立されていない。恒久的ペースメーカー感染に対し、一期的に経静脈ペースメーカー除去とリードレスペースメーカー移植を行った2例を報告する。症例1：80代女性。完全房室ブロックに対し34か月前に経静脈ペースメーカー移植。来院3週間前から左下腿、上腕に炎症があり近医で抗菌剤を投与された。一旦改善したが発熱と全身の痛みで当院救急外来を受診し入院となった。血液培養でMSSA検出、左前胸部の発赤からペースメーカーポケット感染が疑われ、切開すると炎症があった。入院時からCEZを継続し排膿ドレナージを行った。3日目に血液培養陰性になり8日目にリードレスペースメーカー移植と感染デバイス除去を行った。CEX内服に変更し局所の治癒をみて中止したが感染の再燃はなかった。症例2：60代男性、人工透析中。発作性房室ブロックに対し33か月前に経静脈ペースメーカー移植。9か月前に右前腕の人工血管感染で他院に入院し、その3か月後MRSAによる菌血症で当院に入院した。その後MINOが経口で継続投与されていたが、ペースメーカーポケットに発赤が生じ来院した。局所よりMRSAが検出されたためドレナージを行い4日目にリードレスペースメーカー移植と感染デバイス除去を実施しMINOを継続した。考察：ペーシング依存したペースメーカー感染症例では新規植え込み後に感染が橋渡しされる危険性がある。感染ペースメーカーの摘出とリードレスペースメーカー植え込み同時実施は有効な治療になりうる。

O-8-3

腹臥位造影CTにおける左心耳血栓と食道位置の評価

浜松赤十字病院　循環器内科

○竹内（たけうち）　亮輔（りょうすけ）、石橋　文麿、加藤　晴太、中村　尚紀、床並　佑紀、
松倉　　学、尾関真理子、神田　貴弘、浮海　洋史、俵原　　敬

【背景】心房細動における左心耳血栓の評価は経食道心エコー検査で行っていたが、Covid19の流行により造影CT検査にて評価されている。しかし仰臥位CTでは左心耳機能低下例での造影不良を認めることがあり、左心耳の評価が不十分となりうる。そのため腹臥位CTでの評価が推奨されるが、腹臥位CTではアブレーション術前の評価として食道位置の偏位が危惧される。
【目的】造影CT時の体位による造影所見の相違と左心耳の心腔内エコー所見、およびCTと3Dマッピングシステム（CARTO）上での食道偏位の相違を評価した。CTは術前1週間前後に撮影し、食道の偏位は左肺静脈下縁と同じ高さの食道中央との距離をCTおよびCARTO上のgeometryで計測した。
【結果】2021年1月から12月にアブレーション術前に経食道エコーを行わず造影CTのみで評価した73例（平均：68±9歳、男性58例、PAF33例、PeAF24例、LSAF16例）について評価した。CT撮影の体位は仰臥位が37例、腹臥位が36例であった。ICEによる左心耳の評価が行えた66例（仰臥位：33例、腹臥位：33例）では、sludgeは2例に認めた（仰臥位群、腹臥位群ともに1例ずつ）が血栓を認めた症例はなかった。左心耳の早期像濃染の遅延は仰臥位群で有意に多かった（仰臥位群：10例（27.0%）、腹臥位群：2例（5.5%）、p＝0.013）。遅延像での造影剤貯留は仰臥位群では認めなかったが、腹臥位群では2例確認された（p＝0.146）。食道の偏位は評価できた67例（仰臥位：32例、腹臥位：35例）において仰臥位群で5.8±3.4mm、腹臥位群で6.1±5.3mmで特に差はなかった（p＝0.810）。
【結論】腹臥位造影CTによる左心耳血栓の除外は有効であり、また治療上危惧される食道の偏位は仰臥位群と有意差を認めなかった。腹臥位CT画像をアブレーション時に利用することも可能と推察される。

O-8-4

左鎖骨下静脈閉塞に対して血管形成術を施行した１例

さいたま赤十字病院　循環器内科

○羽田（はだ）　泰晃（やすあき）、峯岸　昌代、中田健太郎、目黒　　眞、成田　　岳、
磯長　祐平、加藤　駿一、高野　寿一、大屋　寛章、狩野　実希、
高木　崇光、稲村　幸洋、佐藤　　明、大和　恒博、根木　　謙、
稲葉　　理、松村　　穣

症例は79歳男性。糖尿病性腎症による末期腎不全で20XX-10年10月に左手前腕内シャント造設し維持透析導入となった。20XX年5月より左上肢浮腫を認めたためシャント造影を施行、左鎖骨下静脈閉塞を認めた。造影CTでは、無名静脈が胸骨と腕頭動脈に圧排されている所見、左鎖骨下静脈閉塞部の末梢側静脈断面の下縁から閉塞部を経て無名静脈に向かう造影所見を確認できた。
左鎖骨下静脈閉塞に対する血管形成術を施行した。右大腿静脈から6Fr Guiding sheathを、左尺側皮静脈より4Fr sheathを挿入のうえ手技を開始した。右大腿静脈より0.018inchガイドワイヤーを閉塞部中枢側にあたる無名静脈で反転させて中枢側の血管マーキングとし、左尺側皮静脈よりマイクロカテーテル併用のうえ、造影CTによる閉塞部周辺の解剖学的情報を参考に、0.018inchガイドワイヤーをCROSSさせた。最大6.0mm径までバルーンサイズアップし拡張、良好な造影を得て終了とした。左上肢浮腫は改善した。
バスキュラーアクセストラブルにおける血管造影において、腋窩静脈より中枢側に生じるシャント肢静脈中枢側病変は6.3%に認められるとされ、左鎖骨下静脈病変の場合は鎖骨下静脈や無名静脈の肋骨・鎖骨・胸骨と大動脈・腕頭動脈の間での機械的圧排も一因とされる。本症例は、血管形成術術前の造影CTの詳細な評価により、左鎖骨下静脈閉塞の一因としての無名静脈圧排所見の同定や、閉塞部周辺の造影剤分布からガイドワイヤーCROSSのための仮想ルート策定、といった情報を引き出すことができ有用であった。鎖骨下静脈病変に対しての血管形成術の報告は少なく、文献的考察を交え報告する。

O-8-5

当院における胸腔鏡下左心耳切除術の短期成績

さいたま赤十字病院　心臓血管外科

○森田（もりた）　英幹（ひでき）、小和田　実、藤井　健人、住吉　　力、白杉　岳洋

一般的に心房細動に対する塞栓予防は、ワーファリン、直接作用型経口抗凝固役（DOAC）などの抗凝固療法が行われている。抗凝固療法は、出血のリスクが高い症例においては不十分になってしまうことがあり、場合によっては行うことできないこともある。非弁膜症性心房細動の左心耳内血栓の90%は左心耳に形成されるといわれている。当院では、2017年11月より血栓塞栓症の予防目的で、胸腔鏡下左心耳切除術を導入した。【対象】2017年11月から2019年5月まで、当院で胸腔鏡下左心耳切除術を行った8例（男性6例、女性2例、平均年齢68.0歳）を対象とした。【方法】手術は、全身麻酔、分離肺換気、右下半側臥位で行った。ポートを4カ所入れ、胸腔鏡下で、横隔神経の背側で心膜を切開し、エチコン社製ステイプラーPowered ECHELON FLEX GREENカートリッジ60mmを用いて、左心耳を切除した。断端、突出が残存した場合は、エンドルーブPDSで結紮した。術後、抗凝固療法は術前と同様に行い、1か月後に終了した。【結果】術前心房細動は、慢性6例、発作性2例。既往症は、脳梗塞2例、脳出血2例、血液透析1例、小腸出血1例。平均手術時間は77.9分。開胸手術への移行はなし。術後在院日数は6.9日。手術死亡はなく、1例が術後1か月後に心膜炎を発症し入院加療で改善した。観察期間中新たな脳梗塞の発症はなかった。【考察】出血のリスクで抗凝固療法を行えない、もしくは行っても新たな塞栓症を発症する症例に対して、胸腔鏡下左心耳切除術を行った。在院日数は1週間前後で非常に低侵襲な治療と考えられる。当院での観察期間は短いが、抗凝固療法を終了しても新たな塞栓症発症はなく、非常に有用であった。