

P-298

肥大型心筋症との鑑別が困難であった肺カルチノイド腫瘍が心筋転移した1例

日本赤十字社和歌山医療センター 検査部

○森下真由美、山本 好一

症例は66歳、男性。19年前、開胸肺生検にて未分化癌と診断され左上肺葉切除術が施行された。肺カルチノイドと診断後、縦隔リンパ節、脾、皮膚への転移が認められ、縦隔リンパ節郭清術と腫瘍切除術が施行された。また6年前、経胸壁心エコー検査にて心室中部から心尖部にかけて前乳頭筋を含む前側壁の肥厚が認められ、肥大型心筋症と考えられた。昨年1月より呼吸困難と全身倦怠感が強くなり、心不全との診断で入院を繰り返していたが、今年になり、左室壁肥厚の進行と内腔の著明な狭小化が認められたこと、また造影CT検査にてカルチノイド腫瘍の心筋転移が疑われたことより、腫瘍切除術が施行された。病理組織診にてカルチノイド腫瘍の心室転移および心筋内への浸潤が認められた。今回われわれは、肺カルチノイドが心筋転移する稀少症例に加え、肥大型心筋症における肥大の進行との鑑別が困難であった症例を経験したので報告する。

本報告は日本超音波検査学会発行の超音波検査技術第36巻第5号(2011)に掲載されました。

P-300

心房細動に対するアブレーション治療後の左房機能評価

名古屋第二赤十字病院 医療技術部 検査・病理科 生体検査課¹⁾、医療技術部 検査・病理科²⁾、循環器内科³⁾

○妹尾 有夏¹⁾、石神 弘子¹⁾、阿部麻由奈¹⁾、海老名祐佳¹⁾、加藤 敏治¹⁾、伊藤 守²⁾、竹中 真規³⁾、西楽 顕典³⁾、吉田 幸彦³⁾

【はじめに】心房細動患者では電気的リモデリングに引き続き解剖学的リモデリングをみとめ、左房拡大をきたしている。経胸壁心エコー検査に用い、洞調律復帰後の心房機能回復過程を評価する。

【方法】カテーテルアブレーション(CA)による洞調律復帰後3か月、6か月で心エコー検査を施行した。最大左房容積係数(LAVI)とスペクトルトラッキング法を用い、心尖部四腔断面、二腔断面において左房を6セグメントに分け長軸方向の左房のストレイン値(S-LAs・S-LAa)、ストレインレート値(SR-LAs・SR-LAa)をそれぞれ計測し、その平均値のglobal S-LAs(gS-LAs)、global S-LAa(gS-LAa)、global SR-LAs(gSR-LAs)、global SR-LAa(gSR-LAa)を求めた。

【対象】当院で2010年9月から2011年11月にCAを施行した発作性心房細動8例、持続性心房細動1例。男性6例、女性3例、年齢63±6.9歳。

【結果】CA後3か月と6か月ではLAVIは有意に減少が見られた($p<0.05$)。gS-LAsとgSR-LAsの変化は有意ではなかった。gS-LAaとgSR-LAaの変化は有意ではなかった。3か月後、6か月後のLAVIとgS-LAs、gSR-LAsに相関は見られなかった。LAVIとgS-LAaには相関が見られなかったが、gSR-LAaには相関が見られた。($p<0.05$)

【結論】CA後6か月では左房のreservoir機能の改善は見られなかったが、左房容積の減少に伴い、左房収縮機能は改善すると考えられた。

P-299

当院における動脈硬化性疾患のスクリーニング検査の検討について

庄原赤十字病院 生理

○表 文恵、石橋 健、千原 直也、瀬戸 学、杉野 浩

【はじめに】狭心症、閉塞性動脈硬化症、頸動脈硬化などは血管の動脈硬化に伴い、無症状のうちに重症になる場合が多い。今回我々は当院の内科受診者を対象に動脈硬化性疾患スクリーニング検査を行った。要精査から治療に至った症例を報告する。

【方法】平成23年3月から6月までに内科受診者に動脈硬化疾患スクリーニングチェックシートを施行し、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007カテゴリー3(高リスク群)に該当した場合、スクリーニング検査を実施した。項目には、心電図(T-master)、胸写、血圧脈波、心エコー、頸動脈エコーがある。実施後、結果を循環器科にてチェックし、結果レポート作成する。

【結果】31名がスクリーニング検査となる。胸写:10名(心拡大)心電図:3名(LVH)負荷心電図:3名(負荷陽性)心エコー:5名(LVH)頸動脈エコー(プラーク、IMT肥厚)PWV:17名(動脈硬化)(ABI低下4名)が異常を指摘され、16名は経過観察で一年後に再検となる。要精査2例を提示する。症例1:77歳 女性負荷心電図検査においてST変化あり、虚血性心疾患が疑われる。心臓カテーテル検査施行、LAD/LCx分岐部からLADは石灰化狭窄があり、有意狭窄である。LCxに対してPCIを施行、ステント留置し治療される。症例2:64歳 男性血圧脈波検査にてABI低下、閉塞性動脈硬化症疑いにてCT検査、下肢動脈エコー検査を施行。狭窄部位確認後PTAにて治療。ABIは改善された。ASOと診断された。

【考察】今回は、短期間で症例数が少数ではあるが、スクリーニングから検査、治療の流れが確立されており、今後も高リスクの患者を定期的に検査する必要性を強く感じた。

P-301

当院における術中運動誘発電位モニタリングの現状と課題について

伊勢赤十字病院 臨床検査部

○森本 一至、阪口 尚、竹内 恵、戸上 奈央、辻 寿美、別當 勝紀、大西 和夫

【はじめに】現在、脳動脈瘤Clipping手術において重篤な合併症の一つである運動麻痺の発生を予期し防ぐために、術中運動誘発電位(MEP: motor evoked potential)モニタリングが一般的に行われている。術中MEPモニタリングは硬膜下脳表電気刺激と経頭蓋電気刺激があり、当院では前者を用いている。今回われわれは、このモニタリングにおける現状と課題について報告する。

【対象】(術中誘発電位モニタリング件数)2009年は5例(MEP:0例)、2010年は10例(MEP:5例)、2011年は55例(MEP:33例)、2012年(5月現在)は27例(MEP:18例)である。(MEPの内訳)2010年(5例)は脳動脈瘤(未破裂4例)脳腫瘍(1例)、2011年(33例)は脳動脈瘤(未破裂19例、破裂1例)AVM(破裂3例)脳腫瘍(10例)、2012年(18例)は脳動脈瘤(未破裂10例、破裂6例)脳腫瘍(2例)である。従って、緊急対応の脳動脈瘤Clippingは2010年0/4例(0%)、2011年1/23例(4%)、2012年6/16例(38%)であった。

【方法】(検査準備)1.正中神経手関節部にディスプレイの刺激電極装着2.母指外転筋にディスプレイの導出電極装着3.上肢導出電極近傍にディスプレイのアース電極装着4.母趾外転筋にディスプレイの導出電極装着5.上肢導出電極近傍にディスプレイのアース電極装着6.前額部にディスプレイの電極装着7.対側の側頭骨鱗部にディスプレイの刺激電極装着8.頭部電極に防水フィルムを貼る(検査)確認検査のSEP⇒運動野の同定⇒MEPの導出⇒M波のモニタリングと硬膜下電極間(6ch)にて刺激電極のモニタリング開始⇒脳動脈瘤Clipping手術のモニタリング施行する。

【問題点と課題】問題点は術中MEPモニタリング警告点の設定や刺激部位、刺激回数、刺激強度などが挙げられる。最も重要な課題としては、緊急時の対応⇒人員確保⇒人員育成であると考えられる。