

PC-390

起始走行異常を認める右冠動脈の閉塞で発症した急性下壁心筋梗塞の2例

長岡赤十字病院 循環器内科

○藤田 俊夫、久保田 直樹、保屋野 真、桑野 浩彦、江部 克也

【はじめに】右冠動脈起始走行異常例では、通常位置に入口部がないために造影あるいはカテーテルの固定の難渋性が問題となる。今回起始走行異常血管の閉塞により発症した急性心筋梗塞の2例を経験したので、これまでの右冠動脈起始走行異常例も含めて考察した。

【症例1】75歳男性。急性下壁心筋梗塞の診断で緊急冠動脈造影を施行した。通常的位置では右冠動脈が造影できず、以前のCT所見を参考に大動脈前方でAL1を用いて右冠動脈が造影できた。Seg 1の完全閉塞を認め、血栓吸引とステント留置で良好な再灌流を得ることができた。

【症例2】77歳女性。急性下壁心筋梗塞の診断で緊急冠動脈造影を施行した。通常的位置では右冠動脈が造影できず、AL1で左冠動脈入口部付近を探索したところ右冠動脈が造影できた。Seg 2の完全閉塞を認めたが、血栓吸引カテーテルやステントの通過に難渋した。バルーン拡張とステント留置で何とかTIMI 2の再灌流を得ることができた。

【考察】11例の右冠動脈起始走行異常例をこれまで経験した。いずれもJR40では造影できず、9例はAL1で1例はJL40で1例はMITSUDOで造影可能であった。左室造影や大動脈造影やCT所見が参考となる場合もあり、左冠動脈造影時の造影剤の漏れが参考となる場合もあった。いずれも同軸性を保った状態でカテーテルの固定はできず、ステント等の通過に難渋する例もあった。右冠動脈が通常的位置で造影できない場合は、起始走行異常を念頭におき、AL1で左冠動脈近位部より大動脈前方を丹念に探索すること、早めに左室造影や大動脈造影を行うことが重要であり、固定に関しては先端部位が柔らかいカテーテルで深く固定することが重要と考えられた。

PC-392

傍膜様部心室中隔欠損における心室中隔瘤の検討 3Dエコーを用いて

芳賀赤十字病院 小児科

○菊池 豊

【目的】傍膜様部心室中隔欠損(VSD)は自然軽快することが知られており、その主な要因の一つに心室中隔瘤(VSA)の形成が関与する。短絡量が少なくなるために手術適応がなく、その形態は十分に観察されていない。3Dエコーを用いてその形態を詳細に検討すること。

【方法】当院外来でフォロー中の傍膜様部心室中隔欠損のうち明らかに心室中隔瘤形成がみられた7例を対象とした。検査はPhilips社製iE33超音波診断装置を用い、年齢体格により2D検査にはS8-3、S12-4トランスジューサーを用い、3D検査にはX7-2マトリックストランスジューサーを用いた。2D検査にて4腔断面にてVSDの観察を行い、傍膜様部VSDを確認し、同時にVSAを観察した。さらにカラー Dopplerにて短絡血流描出しVSAの形態、VSD短絡血流の血行動態の検討を行った。3D検査はライブ3Dを使用し録画した後、iE33本体または解析ソフトQLABをインストールしたパーソナルコンピューターにデータを移行し、主にcroppingを用いてXYZのいずれかの方向からもVSAを切り出し形態観察を行った。検討項目は三尖弁中隔尖との連続性、VSAの形態、残存する短絡の血行動態とした。

【成績】1) 7例全例に2Dおよび3D検査を施行できた。年齢は1歳から12歳平均7.3歳。男児4名、女児3名。2) 三尖弁中隔尖との連続性は2D検査では元来のVSDレベルでの連続性の有無しか観察できなかったが、3Dでは三尖弁の附着部全体との連続性が観察できた。3) VSAの形態は2Dではバルーンリングの有無、底状の辺縁の観察のみにとどまったが、3Dでは全体像が観察できた。4) 残存するVSD短絡血流は3Dを用いることで複数の短絡血流を同定することができた。

【結論】1) 傍膜様部心室中隔欠損で形成される心室中隔瘤を3Dエコーで検討した。2) 形態検査特に三尖弁中隔尖との関係が詳細に検討可能であった。4) 解像度はまだ2D検査に劣っていた。

PC-391

ET経過中に発症したCTEPHに対してボセンタンが著効した一例

深谷赤十字病院 循環器内科

○清水 寿和、田口 哲也、石橋 洋平、石窪 太人、田村 峻太郎、佐川 尚規、関口 誠、宮嶋 玲人、長谷川 修一、山崎 雅夫

症例は79歳女性。主訴は呼吸困難。本態性血小板血症(ET)で当院血液内科通院されていた。1年程前から労作時の呼吸苦を自覚していたが安静により軽快するため放置していた。平成26年4月某日、呼吸苦が増悪し当院に緊急搬送された。既往歴はリウマチ性多発筋通症(PMR)。入院時現症としてO₂ 3LでSpO₂ 99%と低酸素血症及び下肢の浮腫を認めた。入院時のBNP 631.5。胸部X-pでは肺門部の拡張が認められた。心不全による呼吸苦と考え、ドブポン、ラシックス、ヘパリンによる点滴加療を開始した。入院後の心臓超音波検査で右心の著明な拡大が認められ、推定PA圧119mmHgであった。さらにSwan-Ganzカテーテル検査(S-G)では肺動脈楔入圧12mmHg、肺動脈圧67/29(45)mmHgと肺高血圧症(PH)による右心不全と診断され、ボセンタン125mg、ペラプロストNa120mgによる内服加療を開始した。PHの原因精査として血液検査では膠原病を示唆する所見は認めなかった。肺換気・血流シンチグラフィでは両側肺に多発性血流欠損、ならびに胸部造影CTでは両側肺動脈中核に血栓像が認められた。以上の臨床症状・検査結果より本症例は慢性血栓塞栓性肺高血圧症(CTEPH)と診断された。ワーファリン、ボセンタン、ペラプロストNaによる内服療法により呼吸症状は改善し酸素化良好となったため、治療開始16日後にS-G検査による再評価を行った。その結果、肺動脈圧は56/18(32)mmHgと改善が認められ、第32病日退院となった。本症例のCTEPHの原因として、ETによる血小板値の上昇ならびにPMLに対して使用していたプレドニゾロンにより慢性的に血栓が形成されたと考えられる。血栓形成のリスク因子をもつ患者では定期的にエコーで下肢静脈血栓の検索や右心系評価を行うことが重要であると考えられた。

PC-393

突発性腎動脈解離の1例

秋田赤十字病院 循環器内科

○須藤 佑太、山崎 大輔、青木 勇、岩谷 真人、照井 元

【症例】83歳女性

【主訴】右下腹部痛

【既往歴】糖尿病、脂質異常症

【現病歴】入院2日前から右下腹部痛が出現し、A病院、B病院を受診した。腹部超音波検査、腹部X線検査で異常を指摘されず、対症療法で帰宅となったが、症状改善しないために当院救急外来を受診した。体温36.6℃、血圧150/83mmHg、血液検査ではWBC 10200/μL、BUN 17.9mg/dl、Cre 1.00mg/dl、LDH 578IU/L。腹骨盤造影CTにて右腎臓の造影効果遅延と右腎動脈本幹の解離が疑われた。腎梗塞は指摘できなかった。大動脈には解離を認めず、突発性腎動脈解離の診断で循環器内科入院となった。同日から降圧療法を開始し、腹痛は徐々に改善した。入院9日に腹骨盤CT及び3D-CTAを施行したところ、右腎動脈はわずかに開通するのみで、入院時と同程度の右腎実質の造影効果遅延及び萎縮を認めた。腎動脈ステントも検討されたが、腎機能悪化を認めず腹痛の再燃もない為、保存的療法を継続する方針とし、入院17日に退院とした。

【考察】突発性腎動脈解離の発症頻度は動脈解離性病変の0.05%以下とされているが、画像検査の発達により発見頻度は増加している。好発年齢は30~40歳、男女比は4~12:1と男性に多い。原因としては高血圧症、粥状硬化、線維筋性異形成、Marfan症候群、Ehlers-Danlos症候群などの報告がある。診断には腹部CT、動脈造影、CTA、MRAが有用とされている。治療は適切な降圧が重要であり、血圧管理が良好な例では、経過観察で良好な予後が得られるとの報告が多い。難治性的高血圧や腎機能の悪化が顕著な場合、腎梗塞に陥った場合は、外科的治療や血管内治療が選択される。本症例は血圧管理が良好であり腎機能の悪化も認めなかったため、保存的治療で経過観察としている。腹痛の鑑別として腎血流障害を挙げることも、またその原因の1つとして腎動脈解離があることに留意していく必要があると考えられた。