

## 左室流出路に疣贅を認めた感染性心内膜炎の1例

◎高橋 圭<sup>1)</sup>、加藤 沙織<sup>1)</sup>、兼崎 太輔<sup>1)</sup>、石崎 留美<sup>1)</sup>、金重 貴美香<sup>1)</sup>、山崎 卓<sup>1)</sup>  
熊本赤十字病院 検査部<sup>1)</sup>

【はじめに】感染性心内膜炎(IE)において、疣贅の多くは大動脈弁や僧帽弁あるいはその両方の弁自体に付着している場合が多く、弁以外に付着している割合は3%に満たないといわれている。今回、左室流出路に疣贅を認めた稀な症例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性。

【現病歴】39°C程度の発熱が10日間程持続したため、当院受診。

【検査所見】血液培養よりグラム陽性球菌が検出され、経胸壁心エコー検査にて大動脈弁と左室流出路に可動性のある腫瘍を認めた。また軽症の大動脈弁閉鎖不全症(AR)とS字状中隔、それに伴う左室流出路の加速血流(1.8m/s)を認めた。腫瘍は経食道心エコー検査にて大動脈弁の弁尖と左室流出路に確認することができた。大きさはNCC  $\phi = 3.9 \times 4.1\text{mm}$ 、RCC  $\phi = 6.3 \times 9.9\text{mm}$ 、LCC  $\phi = 3\text{mm}$ 弱、左室流出路  $\phi = 12.8 \times 4\text{mm}$ であった。ARは軽症で弁中央から吹いており、膿瘍や弁破壊の所見は見られなかった。また造影CTとMRI検査においても塞栓症

等の所見は見られなかった。

【経過】検査所見よりIEの診断にて抗菌薬治療を行うこととなった。検出菌は *Staphylococcus lugdunensis* と同定され、適切な抗菌薬治療を行うも熱型改善なく腫瘍の縮小は得られなかった。そのため、塞栓症や他の合併症リスクを考慮し大動脈弁置換術と左室流出路の腫瘍および心筋切除術が施行された。手術所見にて大動脈弁3弁尖および左室流出路に腫瘍が確認され、病理検査の結果いずれもIEを示唆する所見であった。術後の経過は良好で、自宅退院に向けたリハビリテーション継続と抗菌薬治療継続で転院となった。

【結語】今回、左室流出路に疣贅を認めたIEの1例を経験した。IEでは弁だけでなく、弁逆流や加速血流が当たる心内膜面にも注意をはらい観察する必要がある。

連絡先 096-384-2111