

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¹⁾、加藤 沙織¹⁾、兼崎 太輔¹⁾、石崎 留美¹⁾、金重 貴美香¹⁾、山崎 卓¹⁾
熊本赤十字病院 検査部¹⁾

【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

左室壁に疣腫の付着を認めた感染性心内膜炎の1例

◎田中 一弘¹⁾

社会医療法人 天神会 古賀病院 2 1¹⁾

【症例】31歳 男性 【主訴】発熱・悪寒戦慄

【既往歴】アトピー性皮膚炎

【現病歴】201X年12月19日発熱・悪寒・倦怠感出現。20日体動困難となり近隣病院へ救急搬送。21日経胸壁心エコー図検査（TTE）にて左室に可動性に富む腫瘤を認めたため、精査加療目的で当法人紹介となった。

【来院時身体所見】意識清明，血圧：97/48mmHg，脈拍：108/min，呼吸数：24/min，体温：38.8°C，SpO₂：97%，心雑音なし，眼瞼結膜に出血斑あり

【来院時検査所見】

<血液・生化学検査>

WBC14,300/μl,CRP19.92mg/dl,プロカルシトニン6.280ng/dl

<経胸壁心エコー図検査>

左室下壁基部に可動性に富む9×5mmの等エコー腫瘤像を認めた。弁膜症なく，腫瘤部に吹き付ける異常血流も認めなかったが，臨床経過から疣腫の可能性を疑った。

<造影CT検査/頭部MRI検査>

多発性脳梗塞および脾梗塞の所見を認めた。

【入院後経過】临床上，感染性心内膜炎の可能性が強く疑われたため，抗生剤（ゲンタマイシンとバンコマイシン）の投与が開始された。入院第3病日に血液培養からメチシリン感受性黄色ブドウ球菌（MSSA）が検出された。WBC・CRP・体温は徐々に改善傾向にあったが，疣腫は短期間で増大していた。（第1病日9×5mm→第4病日16×14mm）。第4病日午後，胸痛出現。TTEにて疣腫の形態変化を認めた。頭部MRIにて新たな脳梗塞も確認された。MSSA菌血症，繰り返す塞栓症，残存疣腫も10mm以上で可動性を有するため，準緊急的に手術となった。

【術中所見】左室後壁に，もろく・柔らかい疣腫が付着しており，後乳頭筋からP2-3への腱索にも感染の波及を認めた。左室内腫瘤除去術および僧帽弁形成術が施行された。

【考察】熱源精査目的や黄色ブドウ球菌菌血症の心エコー図検査では，弁や異常血流が当たる部位だけでなく，心室壁を含めた心内膜を全体的に観察することが重要であると考えられた。連絡先：0942-38-2745（直通）

重度大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症を呈した大動脈四尖弁の1症例

◎山口 優華¹⁾、伊藤 慎一郎¹⁾、柳場 澄子¹⁾、川野 祐幸¹⁾
久留米大学病院¹⁾

【はじめに】大動脈四尖弁(QAV)は稀な先天性心疾患で、合併症として大動脈弁閉鎖不全症(AR)が問題となることが多く、大動脈弁狭窄症(AS)の頻度は低い。今回、QAV に重度の大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症(ASR)を呈した症例を経験したので報告する。

【症例】84歳男性。ふらつき、失神を主訴に近医を受診したところ、心エコー検査で重度ASRを指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。

【既往歴】慢性腎臓病 G3b、2型糖尿病、脳梗塞

【血圧】135/57 mmHg 【胸部 X 線検査】心胸郭比 52%

【心電図検査】脈拍 55/分、洞調律、I 度房室ブロック

【経胸壁心エコー検査(TTE)】左室は球状に拡大しており(LVDd/Ds 58/39mm)、LVEF 67%で左室収縮能は保たれていた。大動脈弁は右冠尖-無冠尖間に過剰弁尖をともなう四尖に観察された。弁葉は高度石灰化により解放が制限され、peakV 5.0m/s、meanPG 52mmHg、AVA(連続の式) 0.74cm²、AVAi 0.5cm²/m²と重度ASを呈していた。ARは幅広いジェットで弁中央より吹き、腹部大動脈で

の汎拡張期逆行性血流を認め、重度ARを呈していた。なお、心内短絡疾患などの心内構造異常は認めなかった。

【経過】各種検査の結果、大動脈弁は四尖弁であり、有症候性の重度ASRに対し手術適応となった。高齢かつ周術期の危険因子を複数有することより治療はTAVI(経カテーテル的大動脈弁置換術)が施行された。術後に有意な合併症は認めず、経過良好で退院となった。

【考察】近年、診断技術の向上とともにQAVの報告数は増加している。高齢化の影響により弁の退行変性にともなうAS患者に遭遇する機会が多いが、ASを評価する際にはQAVの可能性も念頭において検査する必要がある。

また、本疾患の治療選択において、大動脈弁の評価だけでなく、その他の弁膜症や心内構造異常などの有無も重要となる。TTEはそれらを非侵襲的に観察でき、本疾患の診断や治療方針を決定するうえで有用な検査といえる。

連絡先 0942-35-3311(内線 6102)

僧帽弁逆流を契機に発見された先天性僧帽弁後尖裂隙の症例

◎林 綾子¹⁾、河原 吾郎¹⁾、神谷 登紀子¹⁾、佐藤 翼¹⁾、花田 麻美¹⁾、福留 裕八¹⁾、堀田 多恵子¹⁾
国立大学法人 九州大学病院¹⁾

【背景】

先天性僧帽弁後尖裂隙(Congenital mitral valve cleft)は、不完全型もしくは完全型房室中隔欠損症に、また稀に孤立性に見られる。これらは僧帽弁に裂隙(Cleft)と呼ばれる切れ込みを認めるもので僧帽弁逆流の成因となるが、前尖に生じるのものとして広く認識されており、後尖に生じるものは非常に稀である。

【方法】

僧帽弁逆流を契機に発見された僧帽弁後尖裂隙の症例を契機に、2012～2022年に当院で施行した経胸壁心エコー図検査(TTE)にて僧帽弁後尖裂隙 Posterior mitral valve cleft が疑われた症例を後方視的に検討する。

【結果】

症例は0歳代から60歳代の小児7例、成人1例(女2例)、年齢中央値9歳。3例は心雑音精査のため、3例は他の先天性心疾患(VSD+ASD 1例、TOF 1例、PFO1例)精査のため、1例はMarfan症候群の精査のため行ったTTEにてPosterior mitral valve cleftを認めた。

Cleftの部位は1例でP1-P2間に、4例でP2に、2例でP2-P3間に一致した部位に認めた。全例で左室乳頭筋の形成は不十分であり、Cleft部の腱索は前後乳頭筋間に存在する副乳頭筋へ挿入していた。僧帽弁逆流はcleftによるものと、併発する逸脱によるものが見られ、僧帽弁逆流の程度は軽度3例、中等度4例、重度0例であり、5例で左心系拡大を認めた。6例でEFは70%前後で保たれており、TOF症例は術後よりEF45%前後で推移していた。観察期間中に逆流の悪化を認めた例はなく、外科的介入例や剖検例はいなかった。

【考察】

僧帽弁後尖裂隙(Posterior mitral valve cleft)は非常に稀でこれまで少数の症例報告に限られる。左室乳頭筋異常を伴い、裂隙や併発する逸脱によって僧帽弁逆流を生じる。外科的介入を含めた治療方針の決定には正確な診断が重要で、その診断には経胸壁心エコー図検査が有用と考えられた。

九州大学病院ハートセンター生理検査部門 092-642-5364