

3D 経胸壁心エコーにて有用な情報が得られた 2 小児例

◎伊藤 慎一郎¹⁾、柳場 澄子¹⁾、川野 祐幸¹⁾
久留米大学病院 臨床検査部¹⁾

【症例 1】6 歳女兒。生後 7 か月時に重度の大動脈弁閉鎖不全症 (AR) と診断され、以後外来経過観察中であった。6 歳時の経胸壁心エコー (TTE) にて、著明な左室拡大 (LVDd 45mm、Zscore +4.5) と軽度左室駆出率低下 (LVEF 54%)、AR 類似の逆流ジェットを認めた。3D 経胸壁心エコー (TTE-3D) で観察すると、無冠尖に瘤状構造物と穿孔を確認でき、AR と思われていたジェット血流は穿孔部位を介して左室内に逆流する血流であった。精査にて左室に流入する無冠尖バルサルバ洞動脈瘤破裂と診断し、外科的修復術を施行した。術中所見は TTE-3D で指摘できた様に、無冠尖は拡大し、大動脈弁僧帽弁間の fibrous continuity があるはずの部分で左室側に落ち込み、同部分に 8mm 大の穿孔を認めた。

【症例 2】1 歳 2 か月女兒。生後 6 か月時に胃腸炎症状で近医を受診した際に、心雑音と心拡大を指摘され、精査にて重度の僧帽弁閉鎖不全症 (MR) を認めたため、当院紹介となった。TTE にて著明な左室拡大 (LVDd 36mm、Zscore +4.9)、LVEF 76%、心内構造異常や疣腫

はなく、僧帽弁前尖の逸脱に伴う重度 MR を認め、先天性 MR に対する外科的弁形成術を行う方針となった。術前評価目的にて TTE-3D による僧帽弁の観察を行い、僧帽弁前尖における逸脱の範囲や程度を視覚的に外科医と共有することができた。

【考察】小児では体格の問題により、成人で行われるような 3D 経食道心エコーでの評価が困難である。一方、小児は成人と比べ、TTE にて良好な画像を得られることが多い。そのため高周波プローブを用いて、マルチスライスにより画像収集することで心拍の速い小児においても TTE-3D でクオリティの高い 3D 画像を得ることができた。TTE においても 2D と 3D を相補的に用いることで、より正確な診断が可能になり、外科的修復術に際しても、有用な情報を術者に提供できると考える。

連絡先：0942-35-3311 (内線:6102)

経胸壁心エコー図検査が診断の一助となった左室心筋内転移性悪性リンパ腫の一症例

◎中釜 美乃里¹⁾、宮崎 明信²⁾、原田 美里¹⁾、岡村 優樹¹⁾、久保 祐子¹⁾、日野出 勇次¹⁾、梅橋 功征¹⁾、西方 菜穂子¹⁾
国立病院機構 鹿児島医療センター¹⁾、国立病院機構 九州医療センター²⁾

【はじめに】心臓腫瘍には原発性と転移性があり、多くは転移性腫瘍である。転移性心臓腫瘍の中でも悪性リンパ腫の頻度は6.6～9.1%と報告されている。今回、心臓に転移した悪性リンパ腫の一症例を経験したので報告する。【症例】60代男性【主訴】労作時息切れ、倦怠感

【既往歴】坐骨神経痛【現病歴】10日前から労作時息切れと倦怠感、血圧低下が持続し近医を受診。12誘導心電図検査ではI、aVL、V5-6誘導のST上昇を認めた。また、トロポニン上昇を認め、経胸壁心エコー図検査を施行。壁運動異常と心筋内に低エコー像を認め、精査目的にて当院紹介となった。【経胸壁心エコー図検査】左室拡張末期径39mm、左室駆出率52%と左室後壁及び側壁の基部から中部にかけて壁運動低下を認めた。壁運動低下部位の心筋内は低エコーで左室後壁は23mmと肥厚を呈していた。その他の心腔内には明らかな腫瘤様エコーは指摘できなかった。また、明らかな肺高血圧は示唆されなかった。心膜液は全周性に少量であった。僧帽弁・三尖弁逆流は軽度、大動脈弁逆流はわずかに認めた。

【経過】5日後の経胸壁心エコー図検査では、頻脈と僧帽弁尖の肥厚・変性を認め、その影響か僧帽弁逆流は高度となった。右副腎の針生検による病理所見やsIL-2R高値から悪性リンパ腫が疑われた。化学療法開始1週間後の経胸壁心エコー図検査では左室後壁は9mmと改善し、低エコー領域も消失していた。しかし、僧帽弁逆流は高度のままであった。1カ月後の経胸壁心エコー図検査では頻脈も改善し、僧帽弁逆流は軽度～中等度と改善傾向であった。【考察】悪性リンパ腫の心臓転移は比較的多いと報告され、ほとんどが右心系と言われているが本症例では左室心筋内であった。また、心筋内に浸潤することで不整脈や伝導障害のリスクが高まるが、化学療法によって改善したとの報告もある。本症例も早期診断と治療を開始することで心筋内浸潤の改善を確認でき、経胸壁心エコー図検査は有用であったと考える。【結語】経胸壁心エコー図検査が転移性悪性リンパ腫の診断の一助となり、治療の効果判定に有用であった。
連絡先 099-223-1151（内線 7403）

急性下壁梗塞様の心電図所見を呈した悪性リンパ腫心臓転移の一例

◎木村 歩子¹⁾、野副 早紀¹⁾、田崎 超文¹⁾、深川 晴佳¹⁾、小野 二美馨¹⁾、小原 将光¹⁾、吉田 智子¹⁾
独立行政法人地域医療機能推進機構 諫早総合病院¹⁾

【はじめに】心外膜への悪性腫瘍の転移は、心嚢水の貯留により症状を呈しやすいが、心筋など転移部位によっては無症状のことが多く、他臓器と比べても臨床症状が現れにくい。また心臓腫瘍に特異的な心電図所見はなく、心エコー図で偶発的に発見されることも少なくない。今回、急性心筋梗塞様の心電図変化を呈した心臓腫瘍の一例を経験したので報告する。【症例】71歳女性。脾原発悪性リンパ腫疑いで当院消化器内科に精査入院となった。入院時の心電図でⅡ・Ⅲ・aVF・V5-6のST上昇とV2-4のST低下を認めた。急性下壁梗塞を疑い、心エコー図を施行した。全周性に著明な心嚢水貯留と下壁に沿うように心膜腔内に腫瘍を認めた。会話などの軽労作で呼吸苦があり心タンポナーデと診断、同日心嚢穿刺が施行され、異常リンパ球が認められた。心臓MRIでは右房-右室前壁に腫瘍を認め、腫瘍内部を右冠動脈が貫通していた。以上より、心電図変化は急性下壁梗塞を示唆するが、胸痛や血清CKの上昇は認めず、右房室間溝に沿う腫瘍による右冠動脈の圧迫または浸潤が考えられた。【経過】

病理結果より悪性リンパ腫（DLBCL）と診断され化学療法開始となった。治療2日目に完全房室ブロックが出現した。失神などの症状はないが、心臓腫瘍による伝導障害が考えられ一時体外式ペースメーカーが挿入された。徐々に自己脈主体となり、治療11日目には完全房室ブロックは消失、体外式ペースメーカー離脱となるまでに改善し、18日目に退院となった。翌月の検査では、HR75で洞調律、Ⅱ・Ⅲ・aVFでQSパターンがあるものの、心エコー図で壁運動は良好であり腫瘍は縮小していた。【考察】本症例は、転移した腫瘍が右冠動脈を圧迫し虚血状態となったために、心電図で下壁梗塞様変化を呈し、さらに房室結節枝も虚血状態となり完全房室ブロックに至ったものとする。しかし化学療法の奏功により腫瘍が縮小し、右冠動脈の虚血が改善され、心電図の下壁梗塞様変化や完全房室ブロックは消失、永久ペースメーカー植え込みを回避できた。【結語】臨床症状に乏しい心臓腫瘍を心電図異常から速やかに報告できた症例を経験した。連絡先 0957-22-1380（内線 2352）

経胸壁心エコー検査で指摘できた高齢者右室二腔症の1例

◎砥上 忍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⁾

【症例】73歳、男性

【現病歴】高校生の時に心室中隔欠損症(VSD)を指摘されたが、自覚症状はなく、精査は行われていなかった。数年前から運動時の息切れを自覚し、健診にて心雑音、心電図異常を指摘され近医を受診。その際の経胸壁心エコー(TTE)にて、VSD、右室-右房圧較差(TRPG)の上昇を認めたため、精査加療目的で当院紹介となった。

【初診時現症】第3肋間胸骨左縁を最強点とする Levine IV/VIの収縮期雑音を聴取。

【検査所見】<胸部X線>心胸郭比53%、肺うっ血なし
<心電図>洞調律、右軸偏位、右室肥大
<TTE>TRPG94mmHgと右室圧は著明に上昇しており、右室内を観察すると肥大した異常筋束により、右室内は二分されていた。カラードプラ法にて肥大した筋束の間に加速血流を認め、心窩部アプローチにて、100mmHgと著明な圧較差を呈しており、右室二腔症(DCRV)を疑う所見であった。また、右室高压腔側にシャント血流を認め、最大流速3.9m/s、欠損孔5.8mmのVSD(muscular

outlet)を合併していた。なお、大動脈弁の逸脱や大動脈弁下狭窄は認めていない。

【経過】精査目的にて行った心臓カテーテル検査では、右室内圧は高压腔収縮期圧129mmHg、低压腔収縮期圧15mmHgと著明な圧較差を呈しており、肺高血圧症は認めなかった。左室造影では軽度の右室への造影剤の流出が見られ、VSDを合併したDCRVと診断。手術にて、異常筋束の切除と心室中隔欠損に対してパッチ閉鎖が行われ、術後、右室内圧較差は8mmHgまで軽減した。

【考察】DCRVは先天性心疾患の1.0%程度と比較的まれな疾患であり、70-80%に膜様部中隔欠損型VSDを伴う。多くは小児期に診断され、成人例では誤診や見逃しも多く、報告自体が少ない。通常、成人例で右室圧上昇を認めた場合には、肺高血圧症を疑うことが多いが、本症例のようにVSDを有し、右室圧上昇を認めた場合には、DCRVの存在も念頭に置き、右室内を注意深く観察することが重要である。

連絡先:0942-35-3311(内線:6102)