

6年間の経過観察中に脳梗塞を発症した乾酪様僧帽弁輪石灰化(CCMA)の一例

©福永 恵吉¹⁾、岡崎 麻利¹⁾、豊福 桂菜¹⁾、八谷 恵理¹⁾、古川 郁乃¹⁾、有江 潤子¹⁾、市村 英彦¹⁾
独立行政法人 国立病院機構 福山医療センター¹⁾

[はじめに] 乾酪様僧帽弁輪石灰化(Caseous calcification of the mitral annulus : CCMA)は僧帽弁輪石灰化(MAC)の亜型として考えられており、発生頻度の低い心臓腫瘍として報告されている。今回我々は、発見から6年に渡るCCMAの経過観察中に脳梗塞を発症し、腫瘍の形状変化を経胸壁心エコー図検査(TTE)にて観察し得た症例を経験したので報告する。

[症例]70歳代女性**[現病歴]**主訴は動悸、呼吸苦。散歩中に気分不良となり前医受診、全身倦怠感が続くため当院へ救急搬送された。来院時意識障害を認め、SpO₂ 89%(room air)と低下、血液検査ではトロポニンI、BNPが上昇しておりTTE施行となった。**[既往歴]**左室内腫瘍(当院経過観察中)、大腸癌、慢性肝炎。**[TTE]**6年前の初診時、僧帽弁後尖P2方向の弁輪部を中心に22×21 mm大の腫瘍像を認めた。辺縁は比較的整で環状の高エコーを伴い、内部は低エコーと粒状の高エコーが混在していた。心臓MRIでは微細な石灰化の集簇を疑う所見であった。手術適応可否判断の為、他院心臓血管外科に紹介受診されたが腫瘍摘出には僧帽弁置換術が必要との判断で本人と相談の上、4-6カ月毎のTTE経過観察の方針となっていた。今回

来院時、腫瘍像は22×31 mm大で初診時と比較すると増大していた。また、内部は無エコーに抜け、心拍に合わせて形状が変化し、腫瘍の穿破が疑われた。**[経過]**頭部CTにて脳梗塞と診断されたが、神経学的後遺症も無く経過良好であった。心臓腫瘍については、弁置換術による周術期リスク等を考慮し、再び経過観察の方針となった。**[考察]**一般にCCMAのエコー所見は、腫瘍が円形で比較的大きく、辺縁は高エコー、内部は低～無エコーで比較的均一に描出されることが特徴とされている。確定診断には病理組織学的診断が必要であるが、本症例は外科的切除が困難であったため確定診断には至らなかった。しかし、本症例は一般的なCCMAのエコー所見と合致しており、臨床経過や心臓MRI所見よりCCMAと診断された。本症例のように脳梗塞の塞栓源となり得るため、典型的な画像を周知し、塞栓症の鑑別診断の1つとして考慮すべき疾患だと考える。**[結語]**長年に渡るCCMAの経過観察中に脳梗塞を発症した症例を経験し、その形態の観察と脳梗塞発症原因の詮索においてTTEが有用であった。

連絡先：084-922-0001

判断に難渋した僧帽弁置換術後の左室瘤の一症例

◎平田 紗也佳¹⁾、林 愛子¹⁾、小林 宗太¹⁾、青木 美咲¹⁾、青木 駿¹⁾、谷本 理香¹⁾、高石 治彦¹⁾
松山赤十字病院¹⁾

【はじめに】左室瘤は心筋梗塞後や心臓手術後の合併症として形成される場合があることが知られている。今回我々は判断に難渋した僧帽弁置換術後の左室瘤を経験したので報告する。【症例】80代、女性【現病歴】20XX年に僧帽弁狭窄症に対して経皮的経静脈的僧帽弁交連裂開術が施行された。その後外来にて経過観察をしていたが、20XX+2年に心不全増悪を認め緊急入院。経胸壁心臓超音波検査にて重度僧帽弁閉鎖不全症及び中等度～重度僧帽弁狭窄症、中等度大動脈弁狭窄症、中等度三尖弁閉鎖不全症を指摘された。外科的治療の適応と判断され、同年7月に僧帽弁置換術（生体弁）、大動脈弁置換術（生体弁）、三尖弁形成術及び左心耳閉鎖術が施行された。術後良好にて経過観察となっていたが、20XX+5年5月に肝硬変の経過観察のための造影CT画像にて左心耳内血栓を指摘され、精査目的に経胸壁心臓超音波検査が施行された。【超音波検査所見】明らかな左室壁運動異常は認めず、左室収縮能は保たれていた。しかし、前交連側の僧帽弁輪部直下に24×23mmの瘤様形態を認め、経胸壁心臓超音波検査では左室瘤が疑わ

れた。カラードプラ法にて左室内腔側から瘤内に流入する血流を認め、流入部ではto and froパターンの血流波形が捉えられた。その他、僧帽弁置換弁は明らかな弁座の可動性を認めず、経弁逆流を軽度認めた。【考察】弁置換術後は経胸壁心臓超音波検査が毎年施行されていた。今回の検査所見を受け過去の画像を再評価すると、同様の所見を認めたが指摘に至っていなかった。要因としては、人工弁によるアーチファクトの影響を受ける部分であることや、瘤内へ流入する血流を弁周囲逆流として判断していた可能性があることが考えられた。この症例は御本人の希望や高齢であること、肝硬変も合併していることから経過観察となっている。左室瘤は破裂リスクもあり、生命予後に大きく関わってくるため、検者間で情報共有し、類似症例に遭遇した場合に対応できるように活かしていきたい。【結語】僧帽弁置換術後の左室瘤の症例を経験した。比較的稀ではあるが、弁置換術後は瘤形成の可能性も考慮し検査しなければならないと改めて痛感した症例であった。

連絡先：089-924-1111 (内線 6241)

パ Nusantara による大動脈弁位人工弁機能不全の 1 症例

◎ 朽木 達也¹⁾、高野 智晴¹⁾、土江 弘美¹⁾、朽木 菜穂子¹⁾、山浦 知子¹⁾、勝部 早紀¹⁾
松江赤十字病院¹⁾

【症例】80 代男性。15 年前に当院にて高度大動脈弁狭窄症の診断を受け、大動脈弁置換術(SJM Regent 21mm)が施行された。以後定期的に外来でフォローされていたが、2 ヶ月前より呼吸苦を感じるようになり、20xx 年 3 月に心不全疑いで当院循環器内科に紹介となった。

心エコー図検査所見：大動脈弁位的人工弁を通過する血流の peak V 4.8m/s, mean PG 59mmHg, EOA 0.6cm², DVI 0.20, AT 127ms. 明らかな弁周囲逆流は指摘されなかったが、中等度の経弁逆流を認めた。機械弁のため経胸壁では血栓やパ Nusantara などの塊状エコーや、弁葉の詳細までは確認できなかったものの、人工弁機能不全を強く疑う所見で、それによる心不全加療のため入院となった。

入院後の人工弁 X 線撮影では二葉弁の片方の弁尖がほぼ静止し、もう一方の弁尖も開放しきっておらず、開放制限と閉鎖不全のいずれも確認された。入院 13 日目に心臓血管外科にて再大動脈弁置換術(Percival S size)を施行。術中所見では、人工弁のヒンジ部にパ Nusantara が固着していた。明らかな血栓は認めなかった。

病理所見では、硝子化の強い線維性組織で軽度石灰化を伴っていた。一部には僅かながら縫合糸と思われる異物反応も見られた。

【結語】人工弁置換術後の機能評価には心エコー図検査は重要であり、合併症の有無を診断するにも有用である。

また、本症例では手術をしてから遠隔期でイベントが発生しているが、機械弁では起こりうると言われているものの、遭遇するのは比較的稀であると思われ報告する。

連絡先:0852-24-2111(内線 2260)

閉塞性肥大型心筋症の経過観察中に感染性心内膜炎を発症した一例

◎青山 優花¹⁾、有馬 珠美¹⁾、平野 敬子¹⁾、吉岡 美紅¹⁾、竹野 由美子¹⁾、坂田 菜穂美¹⁾
地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立広島市民病院¹⁾

【はじめに】感染性心内膜炎は全身性敗血症性疾患である。弁や心内膜、心内デバイスに細菌集簇を含む疣腫を形成し、敗血症・心障害・血管塞栓などの多彩な臨床症状を呈する。感染性心内膜炎は通常基礎心疾患をもつ例が多く、自己弁に生じた心内膜炎の55～75%は弁膜症や先天性心疾患などの基礎心疾患を有する場合に合併する。今回はハイリスク疾患の一つである、閉塞性肥大型心筋症で経過観察中に感染性心内膜炎を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。【主訴】繰り返す発熱。

【既往歴】閉塞性肥大型心筋症、脳出血、貧血。

【経過】閉塞性肥大型心筋症で左室流出路にSAMを伴うmaxV=5.8m/s, PG=135mmHgの加速血流を認め、投薬（シベノール）が追加され経過観察となっていた。

1週間ほど前から夕方に発熱を繰り返すため当院救急外来を受診。救急外来にて実施した血液培養にてグラム陽性球菌（*streptococcus mitis/streptococcus oralis*）を検出したため、感染性心内膜炎を疑い経胸壁心エコー図検査を施行。左室流出路の加速血流はmaxV=3.3m/s, PG=44mmHgと改善して

いたが、大動脈弁が肥厚し、大動脈側に疣腫を疑う等輝度～高輝度の可動性索状エコーと大動脈弁逆流の出現を認めた。また僧帽弁前尖に疣腫を疑う左房側へ突出する弁瘤様エコーを認めた。以上の所見から大動脈弁及び僧帽弁の感染性心内膜炎が疑われ、入院加療となった。経食道超音波検査が施行され、大動脈弁のLCCとNCCに高度肥厚を認め、NCCに17mm程度の棍棒状の疣腫の付着を認めた。また僧帽弁前尖は弁瘤形成を認め、僧帽弁前尖のLVOT側、左室内腱索にも棍棒状の疣腫を認めた。経過から感染性心内膜炎と診断され、手術が施行された。術中に摘出された大動脈弁や僧帽弁は疣腫の形成がみられ、細菌塊の付着や好中球浸潤、炎症性肉芽組織の形成を伴い、感染性心内膜炎を示す像であった。

【まとめ】閉塞性肥大型心筋症は感染性心内膜炎のハイリスク疾患の一つであり、SAMを伴う閉塞性肥大型心筋症では、フォーカスのはっきりしない発熱を認める場合には大動脈弁や僧帽弁、左室内を注意して観察する必要がある。連絡先：082-221-2291（内線 5430）