

短期間に左室内血栓が確認された一例

◎浅野 晴美¹⁾、佐藤 梨絵¹⁾、須藤 伸子¹⁾、桑原 喜久男¹⁾
新潟県済生会三条病院¹⁾

【はじめに】左心室内に血栓が形成されやすい条件とは、①左室壁運動の低下による血流のうっ滞②血液凝固能の亢進③心内膜、心筋などの損傷がある場合とされている。今回我々は心不全治療中の短期間（11日間）で左室内に血栓が確認された症例を経験したので報告する。【症例】40歳代男性【現病歴】検診精査を機に、高血圧、慢性腎臓病ステージG3b、精神発達遅滞の為、当院腎臓内科にて経過観察をされていた。数日前からの下肢と顔面浮腫、下剤による頻回の下痢、息切れを主訴に予約外受診。胸部X線にて心拡大、両側胸水貯留を認め、血液検査ではBNP 2,848pg/dl、肝逸脱酵素高値のため、うっ血性心不全が疑われ心エコーを実施。左室、左房拡大、大動脈二尖弁による重症大動脈弁狭窄症、左室壁運動低下、肺高血圧症の所見を認めた。左室内に血栓を認めなかった。【入院時身体所見】血圧：104/85mmHg SpO₂：95% 身長：163.4cm、体重：60.1kg、数か所の褥瘡を認めた。【経過】利尿剤による治療が開始され、胸水減少、息切れ軽減。第11病日に経過観察の為に心エコーを実施、左室心尖部付近、可動性を認め心腔内に突出す

る約38mm×13mmの血栓が確認された。血栓の内部は不均質で一部、低エコーであった。塞栓症、突然死のリスクが高いと判断され、専門施設への転院となった。退院時体重：51.4kg【考察】11日間という短期間で左室内に血栓が形成された背景に、左室壁運動の著しい低下（駆出率・EF:33%一回拍出量係数・SVI:19ml/m²）と重症大動脈弁狭窄症による左室内での血流のうっ滞に加え、慢性的な低アルブミン血症があり、血管内脱水による血液粘稠度亢進が血栓形成に関与したと考えられた。【まとめ】短期間（11日間）で左室内に血栓が確認された症例を経験した。心不全治療中のフォローアップ心エコー検査を適時に実施出来たため塞栓症による合併症を回避できた。左室内血栓を合併する疾患や血栓形成の機序を知り、血栓の可能性を意識して見逃しのないように検査にあたることが重要である。
連絡先：済生会三条病院 生理検査室 0256（33）1551

体位変換による心電図変化から心臓偏位を捉えた先天性心膜欠損症の一例

◎赤崎 友美¹⁾、櫻木 青²⁾、山本 祐華¹⁾、小杉 有健¹⁾、佐々木 史穂¹⁾、武田 美香¹⁾
国立大学法人 弘前大学医学部附属病院¹⁾、弘前大学医学部附属病院検査部²⁾

心膜は、繊維性膜および胸骨・横隔膜・大血管周囲の靱帯構造が協調して心臓を胸壁・横隔膜・縦隔に“つり下げ”、呼吸や体動に応じて心臓の位置や形状を安定的に支持する役割を担う。本報告では、先天性心膜欠損症（CPD: congenital pericardial defect）患者の体位変換時の心電図および心エコー所見を観察した結果を示す。【症例】40代女性【現病歴】小学生時に感冒様症状、ならびに心電図と胸部X線に異常所見を指摘され精査となった。心カテーテル検査で異常なく、心エコー検査で心形態異常を認めたものの経過観察となった。今回、登山中の易疲労感と以前から持続する心電図異常により当院循環器内科に紹介となった。【身体所見・検査所見】漏斗胸を軽度認め、聴診（座位）ではII音分裂あり、呼吸音に異常なし。血液生化学検査では中性脂肪軽度上昇のみで他に異常を認めなかった。【心電図検査】仰臥位では、心拍数 59 bpm、V1 は陰性 P 波、QRS 軸 111 度、移行帯（Tz）は V5～V6、心尖部誘導の R 波振幅の呼吸性変動を認めた。左側臥位では、心拍数 56 bpm、V1 は陰性 P 波、QRS 軸 120 度、Tz は V6、心尖部誘導の R 波振幅の

呼吸性変動を認めた。一方、右側臥位では、心拍数 79 bpm、下壁誘導の R 波増高し、V1 は幅の狭い二相性 P に変化、QRS 軸 99 度、Tz は V4～V5、心尖部誘導の R 波振幅の呼吸性変動は消失した。【心エコー検査】左側臥位で左室心尖部が背側に下垂し、呼吸変動による心臓位置が強く右側臥位ではその所見が軽減する。特に左室心尖部領域の強い位置異常を認めた。以上の所見に加え、以前の CT 所見を再評価し、CPD（左側欠損）と診断された。症状が登山中のみであり他は無症状のため、経過観察となった。【考察】CPD は、胎生期の発生異常により心膜の一部または全部が欠如する、稀な先天性心疾患である。左側心膜欠損では、左側臥位にて心臓が左胸郭内後方へ偏位・回旋し、右側臥位で中心に戻るとされる。今回、体位変換に伴う心電図ならびに心エコー検査での心臓位置の変動を観察し得た。CPD は一般に予後良好とされるが、血行動態への影響や、部分欠損例における心臓構造物の嵌頓リスクも報告されており、心電図や心エコーを含む画像診断による経時的なフォローが重要である。0712-33-5111（7215）

強皮症の経過観察中に心サルコイドーシスを合併した一例

◎佐藤 明日香¹⁾、澤里 瞳¹⁾、小山内 直人¹⁾、大谷 ひろみ¹⁾、小助川 真樹¹⁾、池田 桂子¹⁾、西尾 英樹¹⁾、小山田 重徳¹⁾
小樽市立病院¹⁾

【はじめに】サルコイドーシスの原因はいまだ不明であるが、多様な免疫異常を呈し膠原病と合併することがある。今回、全身性強皮症(以下 SSc)患者の経過観察中に、心サルコイドーシス(以下心サ症)を合併した症例を経験したため報告する。

【症例】60 代女性。X-8 年、レイノー症状および手指の皮膚硬化にて当院内科に紹介され、血液検査や CT 検査等の結果から SSc および間質性肺炎と診断された。肺高血圧症のスクリーニングとして経胸壁心エコー図検査(以下 TTE)を行ったが特記所見なし。X-2 年、再度スクリーニングとして TTE を行ったところ左室下後壁に壁運動低下を認め、EF は 49%に低下していた。虚血性心疾患精査のため冠動脈造影検査をするも狭窄所見は認めず、TTE にて経過観察の方針となった。X 年、前壁にも壁運動低下が見られ EF は 40%に低下し左室中隔基部に菲薄化傾向を認めた。心サ症が疑われ心臓 MRI および FDG-PET 検査を施行、TTE で指摘した壁運動低下部位にサルコイドーシスを示唆する所見を認めた。サルコイドーシスの全身検索を行ったが肺病

変および眼病変は認めず、臨床診断から心臓限局性サルコイドーシスの診断に至った。心筋生検は患者が検査拒否したため未検査である。

【考察】サルコイドーシスおよび SSc は心臓に病変を認めることがあり、いずれも多彩な病態を呈し鑑別は困難である。本症例では SSc を背景とした心病変の経過観察中に、TTE で左室中隔基部の菲薄化等の所見を認めたことから心病変の原因として心サ症が挙げられた。心サ症は早期発見が求められる疾患であるが疑わない限り他検査を施行されず診断に至ることができないため、TTE で壁運動低下や形態異常が見られた場合は心サ症を視野に入れて臨床に報告する必要があると考えた。

【まとめ】SSc 患者の経過観察中に心サ症を合併した症例について、TTE の所見を提示し診断に至るまでの経緯を報告した。

【連絡先】0134-25-1211(内線 1400)