

心エコー図検査を契機に右冠動脈左房瘻の診断に至った一例

◎熊谷 麻子¹⁾、大沼 秀知¹⁾、半沢 ゆみ¹⁾、金子 亜矢¹⁾、松田 美津子¹⁾、山寺 幸雄¹⁾、志村 浩己¹⁾
福島県立医科大学附属病院¹⁾

【はじめに】冠動脈瘻は先天性心疾患の約 0.2-0.4%に認められる稀な疾患であり、冠動脈が心血管腔に直接開口する血管の異常である。今回我々は心エコー図検査を契機に右冠動脈左房瘻の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】30 歳台男性【既往歴】29 歳てんかん【現病歴】当院整形外科入院中に左上腕静脈・肺動脈血栓症を発症。循環器内科へ紹介となり、精査のため心エコー図検査を施行した。【検査所見】〔心電図〕洞調律、Ⅱ,V1,V5-V6 で高電位。〔胸部 X 線〕CTR:46.7%〔血液検査〕BNP:16.2pg/mL〔心エコー図検査〕左室拡張末期径:59mm と拡大。左室駆出率(EF):66%、壁運動異常(-)、有意な弁膜症(-)、右心負荷所見(-)。傍胸骨左縁長軸像にて、右冠動脈起始部は 14mm と拡張し、左房胸側に管腔構造物及び同部位より左房内に流入する異常血流が観察された。大動脈弁レベル短軸像では拡張した右冠動脈起始部と、大動脈右側を蛇行しながら左房背側へ開口する管腔構造物が観察され右冠動脈左房瘻が疑われた。〔冠動脈 CT〕右冠動脈起始部は拡張し右冠動脈本幹と分岐後、拡張したまま右房頭側を蛇行しながら背

側に進み左房上方へ開口していた。両冠動脈の有意狭窄病変は認めず。右冠動脈左房瘻と診断された。〔薬剤負荷心筋シンチグラフィ〕明らかな虚血は指摘されず、経過観察となった。【経過】半年ごとの心エコー図検査では著変なく経過していたが、1 年半後に左室拡張末期径が 65mm と拡大し EF:55%と低下を認めたことから、左室容量負荷によるうっ血性心不全の進行が指摘され手術適応と判断された。後日冠動脈瘤切除、瘻孔閉鎖、右冠動脈バイパス手術を施行。術後の経過は良好であり、心エコー図検査では瘻孔閉鎖部の明らかな残存血流(-)。左室拡張末期径:51mm と左室内腔の縮小を認めた。【考察・結語】冠動脈瘻が左心系へ開口する例は全体の 5%以下と報告されており極めて稀である。今回、冠動脈拡大と左房内に異常血流を伴う管腔構造物を認めたことから本疾患を疑い、左房開口部の血流より逆行性に走行を確認し瘻血管を描出しえたことで診断に至った。冠動脈瘻を疑う所見を認めた際には、冠動脈、瘻血管の形態や走行、開口部位との連続性を丹念に検索していくことが重要であると考え。 (連絡先: 024-547-1477)

夜間救急外来にて Wellens 症候群が疑われた一例

◎橋本 れの¹⁾、山田 梓¹⁾、平間 幸子¹⁾、平山 貴博¹⁾
公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂綜合病院¹⁾

【はじめに】当院では夜間救急外来において心電図記録を臨床検査技師が行っており、異常所見があれば担当医に報告している。Wellens 症候群とは不安定狭心症の一種で、胸痛を自覚した後、症状消失時に前胸部誘導で 2 相性または深い陰性 T 波が認められる病態である。この心電図変化は左冠動脈前下行枝近位部の高度狭窄を示唆し、未治療の場合は数週間以内に心筋梗塞へと移行するとされる。

【症例】60 歳代男性、既往歴なし。胸部絞扼感、左肩痛、嘔吐を主訴に夜間救急外来を受診。自宅で飲酒した際に胸部絞扼感が出現し、15 分程持続していたが、外来受診時には症状は消失していた。胸痛を自覚したのは今回が初めてだった。採血と心電図検査が実施された。

【採血結果】CK (CPK) : 147U/L CK-MB : 8U/L Hs トロポニン I : 75.8pg/ml CK と CK-MB は正常範囲内であるが、Hs トロポニン I は軽度上昇を認めた。

【心電図所見】洞調律。全誘導において ST 上昇は認めない。前胸部誘導（特に V2-V3）で深い陰性 T 波を認めた。

【結果】前胸部誘導に深い陰性 T 波を認めたため、担当医

に報告を行った。胸痛消失後の心電図変化とわずかに Hs トロポニン I が上昇していることから Wellens 症候群が疑われ、緊急心臓カテーテル検査を実施した。左冠動脈前下行枝 (LAD) #6 にて 99%、#9 にて 90% の狭窄を認め、ステント留置術が施行された。術後 1 日目から歩行負荷試験を行い、術後 10 日目に退院した。

【考察】Wellens 症候群は早期発見が重要な病態であるが、ST 部分や採血結果に著明な変化がない場合があり、見逃しやすい疾患である。今回の症例では、飲酒後胸痛とともに嘔吐があったことや既往歴・基礎疾患がなく、来院時に胸痛が消失したことから別の疾患を疑うような紛らわしい状況であった。しかし、心電図所見が決め手となり、不安定狭心症の兆候が出ていることを早急に担当医に報告できたため、急性冠動脈疾患として早期に治療を行う事となった。心電図判読に慣れた臨床検査技師が救急外来で心電図記録を担当することで、緊急性の高い疾患を報告し早期治療に貢献できると考えられる。

生理検査室 024-932-6363 (内線 1435)

心室期外収縮を契機に診断された不整脈原性右室心筋症の一例

◎中野 佳菜子¹⁾、小池 信代¹⁾、岡 真由美¹⁾、田川 実²⁾、中野 正明¹⁾
J A新潟厚生連長岡中央総合病院検査科¹⁾、J A新潟厚生連長岡中央総合病院循環器内科²⁾

【はじめに】不整脈原性右室心筋症（ARVC）は、心筋の脂肪線維変性を病理学的特徴とし、右室の構造的変化と機能障害をきたす進行性の心筋症である。今回、多発する心室期外収縮を契機に精査を行い、ARVCの診断に至った症例を報告する。

【症例】70代男性。高血圧にて近医通院中、心電図検査にて心室期外収縮（PVC）多発を認め、精査目的で当院循環器内科を受診した。14年前にもPVCにて受診されており、心電図は右脚ブロック、心エコー図で右室拡大を認めた。家族歴に特記事項はない。

【検査所見】〈心電図〉PVC頻発、右軸偏位、前胸部誘導にてT波の陰転化およびイプシロン波を認めた。〈加算平均心電図〉心室遅延電位陽性。〈ホルター心電図〉洞調律、PVC総数 31,547回/24時間（下方軸、左脚ブロック型波形）、最大11連を記録。〈心エコー図〉右室の拡大、右室流出路の拡大、右室面積変化率の著明な低下、三尖弁輪収縮期移動距離の低下、右室心尖部自由壁に突出する瘤形成を認めた。〈心臓MRI〉右室壁運動の高度低下、右室壁の

菲薄化、遅延造影所見を認め脂肪沈着が示唆された。

【考察】ARVCの診断には、2010年に改訂されたTask Force Criteriaに基づく6つの主要カテゴリーが用いられる。本症例では、右室の構造的異常、心電図上の再分極および脱分極異常、ならびに心室性不整脈の存在といった4つの大基準を満たしており、確定診断に至った。ARVCは、電気生理学的異常から始まり、進行に伴って右室の構造的障害へと移行する特異な病態を呈する。心電図所見の時間的推移を検討したところ、初期段階では右脚ブロックのみが認められていたが、経年的にイプシロン波の出現が確認され、病期の進行が示唆された。ARVCの病期を的確に把握するためには、心電図上のイプシロン波やT波陰転化といった波形異常の評価に加え、心エコー図を用いた右室瘤形成や収縮機能の低下を経時的に精査することが有用であると考えられる。ARVCの進行に伴う電位的および形態的变化を評価し、これらの臨床的意義について文献的考察を交えて報告する。連絡先：0258-35-3700