

未治療の心室中隔欠損症に合併した右心系感染性心内膜炎の一例

◎野崎 美穂¹⁾、山本 美歩¹⁾、田村 由理絵¹⁾、林 靖子¹⁾、武村 努¹⁾、和田 和久¹⁾
公立八鹿病院¹⁾

【はじめに】

右心系の感染性心内膜炎(IE)は全体の10%程度と稀で心室中隔欠損症(VSD)はその誘因のひとつに挙げられる。今回shunt量のごく僅かであったVSDに右心系感染性心内膜炎を合併した症例を経験したので報告する。

【症例】

40歳 男性 既往歴：幼少期にVSDを指摘されるも6歳でフォローアップは終了。

持続する発熱と胃もたれ、倦怠感を主訴に近医を受診。抗菌薬服薬にて一時軽快するも2週間後、発熱に加え水様性下痢と食事摂取不良の症状が出現し再診。炎症反応が高値であったため急性腸炎疑いとして当院へ紹介となる。

【検査所見・経過】

来院時、体温38.6℃ CRP 26.37 mg/dl, CTにて両肺に空洞を有する結節の多発を認め入院となる。翌日、心室中隔欠損症・心機能精査目的として経胸壁心エコーを実施。三尖弁に癒着形成された膜様中隔瘤から噴き出す、ごく僅かなshunt flowを確認した。欠損孔3.5 mm Qp/Qs 1.1。さらに大

動脈弁短軸viewと斜めに傾けた4ch viewにて三尖弁後尖直上の右室壁に21×11 mmの可動性に富むmassを認めた。翌日血液培養より*Staphylococcus aureus*が同定され、3日後の造影胸部CTで分枝肺動脈の塞栓が確認された。心エコーでは右室壁の疣腫が1週間後に増大した後、次第に退縮する様子や肥厚と思われていた弁尖部分が縮小していく様子が観察された。退院前にはshunt flowは勢いよく吹き出すようになり入院時より鮮明に描出された。Qp/Qs 1.2。

【考察・結語】

今回VSDに合併した右心系IEを経験した。VSDはIEの危険因子ではあるが、未治療で経過してきた症例においては見落とされがちである。さらに経胸壁心エコーでの右心系の観察は描出できる範囲に制限もある。今回の様に、先天性心疾患を有し発熱がある症例の心エコーを行う際にはIEである可能性を念頭に置き、解剖学的構造を十分理解した上で精査する必要があると考える。本症例の診断と経過観察には心エコーが有用であった。この経験を今後の検査に生かしたい。 連絡先：079-662-5555 (内線:1420)

たこつぼ心筋症の経過観察中に心尖部肥大型心筋症と類似した心エコー図を呈した2症例

◎原田 真夏¹⁾、衣川 尚知¹⁾、倉田 亜由夢¹⁾、高橋 暢子¹⁾
淀川キリスト教病院¹⁾

【症例1】低カリウム血症で入院中の59歳女性。内服および点滴療法で改善傾向であったが、入院7日目に突如として腹部痛が出現し、CT検査で総胆管結石を指摘された。6時間後には心窩部痛が出現し、心電図検査を行うと前胸部誘導でST上昇を認めた。急性冠症候群が疑われるため緊急で冠動脈造影検査(CAG: coronary angiography)を行ったが、有意狭窄は認めなかった。CAG翌日の心エコー図検査(TTE: transthoracic echocardiography)では左室心尖部の壁運動低下を認めたことから、たこつぼ心筋症(以下TCM: Takotsubo cardiomyopathy)と診断された。1ヶ月後のTTEでは壁運動は改善していたが同部位での壁肥厚を認め、心尖部肥大型心筋症(APH: Apical hypertrophic cardiomyopathy)と類似した形態を呈した。

【症例2】急性肺炎で入院中の85歳女性。胸部不快感を訴えたため心電図検査を行うと、左側胸部誘導でQT延長を伴う巨大陰性T波を認めた。第一にTCMが考えられたが、血液検査ではCK: 79U/L、CK-MB: 7ng/mL、hsTnI: 1079.2pg/mLと上昇していた。急性冠症候群の可能性も否定でき

ないため緊急でCAGが行ったところ、有意狭窄を認めずTCMと診断された。翌日のTTEでは左室中部から心尖部にかけて壁運動低下を認めた。3週間後のTTEでは壁運動は大幅に改善していたが、心尖部の壁肥厚を認め、症例1と同様にAPH様の形態を呈した。2カ月後のTTEでは壁運動低下はほぼ認めず、壁肥厚も消失していた。

【考察】TCMは精神的、身体的ストレス後に発症することが多く、カテコラミンの関与が示唆されている。症例1では腹部痛による身体的ストレスを認めたが、症例2では明確なストレスは断定できなかった。しかし、TCM発症前日に頻脈、動悸、著明な発汗を認めており、カテコラミンが過剰な状態であったと考えられる。一方で、APHの成因にカテコラミンの関与が推測されており、TCMの経過観察中に認めた心尖部の壁肥厚は一時的なカテコラミンの増加によって引き起こされたと思われる。

【結語】TCMの経過観察中にAPHと類似した心エコー図を呈した2症例を経験した。

連絡先-0120-364-489

急性下肢動脈閉塞を契機に診断された感染性心内膜炎の1例

◎坂本 龍¹⁾、大久保 友麻¹⁾、森田 大貴¹⁾、清水 結貴¹⁾、稲垣 未空¹⁾、廣岡 梨央¹⁾、倉田 光大¹⁾、大塚 淳平¹⁾
東宝塚さとう病院¹⁾

【症例】20代男性、2週間前に他院にて顎下腺炎と診断された。3日前より39度台の発熱があり消炎鎮痛剤を内服。前日より右大腿部痛が出現し、疼痛により歩行障害を認めた。当日疼痛の改善がないため近医を受診し下肢動脈閉塞が認められた為、当院に転院搬送された。

来院時身体所見は、体温 37.4 度、脈拍 90 回/分、血圧 102/64mmHg、SpO₂ 100%、右第1趾・足底に紅斑が認められた。

血液検査にて WBC $11.2 \times 10^3/\mu\text{l}$ 、CRP 定量 11.6mg/dl と炎症所見を認めた。

下肢血管エコー検査にて浅大腿動脈と深大腿動脈分岐部に可動性に富む紐状構造物を認めた。本幹の血流自体は認めしたが、深大腿動脈に血流は認めなかった。塞栓を疑い原因精査のため経胸壁心エコー図検査を追加で施行。左房内僧帽弁後弁輪部に 11×6mm の等エコーを呈する可動性のある乳頭状腫瘍を認めた。心機能は保たれており右心負荷所見も認められなかった。

これより感染性心内膜炎が疑われ緊急で腫瘍摘出術が施行

された。後日、血液培養から黄色ブドウ球菌が検出された。

【まとめ】全身性塞栓症は感染性心内膜炎患者の 20～50% で起こると推定されている。その多くは中枢神経系とされているが、今回我々は急性下肢動脈閉塞を契機に診断された感染性心内膜炎の1例を経験したので文献的報告を交え報告する。

0797-88-2200(内線：855)

頸部リンパ節評価時に偶然発見された高安動脈炎の一症例

◎川野 友彰¹⁾、林 朱¹⁾、竹中 美賀子¹⁾、稲垣 真左子¹⁾、栗林 伴有¹⁾、松岡 徳登¹⁾
日本赤十字社和歌山医療センター¹⁾

【はじめに】高安動脈炎は大動脈およびその主要分枝動脈に生じる血管炎である。発症は若年女性に多いとされる。頸部超音波検査の特徴的所見として、総頸動脈にマカロニサインと呼ばれるびまん性・全周性壁肥厚を認める。今回、頸部リンパ節評価目的の超音波検査で偶然発見された高安動脈炎症例について報告する。

【症例】14歳女性。右頸部腫瘍および持続する発熱・炎症反応を主訴に、当センター耳鼻咽喉科を紹介受診し、頸部リンパ節評価目的に頸部超音波検査がオーダーされた。

【頸部超音波検査所見】両側総頸動脈～内頸動脈に、びまん性・全周性壁肥厚（マカロニサイン）による高度狭窄病変を認めた。総頸動脈の面積狭窄率は、右側が88%、左側が94%であった。

【経過】検査終了後、依頼医に頸部超音波検査の結果から高安動脈炎などの血管炎が疑われる事を電話連絡した。その翌日に小児科紹介受診となり、造影CT検査で大動脈弓部・左鎖骨下動脈・両側総頸動脈～内頸動脈に造影剤増強効果を伴う壁肥厚を、PET/CT検査で大動脈弓部～胸部下

行大動脈・左鎖骨下動脈・両側総頸動脈の血管壁にFDG集積亢進を認めた。以上より高安動脈炎と診断された。入院によりプレドニゾロン（PSL）による治療が行われ、現在は外来にてPSL+メトトレキサート+トシリズマブの併用を行っている。

【考察】今回の超音波検査は耳鼻咽喉科からの頸部リンパ節評価目的であったが、頸動脈という依頼科領域外に想定外の高度狭窄病変を見つけることができた。依頼医に検査所見から示唆される病態について迅速に電話で報告したことにより、早期の小児科紹介受診の対応がとれたものと考ええる。高安動脈炎において若年発症は予後不良因子の1つとされており、症状の発現から診断までに時間を要するほど重症度が高いという報告もある。加えて本症例のような思春期の患者ではPSLによる成長障害が問題となるため、PSL投与量をできるだけ少なくできるように、早期発見が重要となる。本症例では依頼医への迅速な連絡により早急に治療に繋げることができたと考えられる。

連絡先：073-422-4171（内線1438）