

症と診断。同日、精査・加療目的に当院へ搬送。経胸壁心エコーにて三尖弁近傍に約2cm大の可動性腫瘍、右心系拡大および軽度肺高血圧を認めた。緊急造影CT施行し左右肺動脈内、右下腿深部静脈内、および右房内にも造影欠損を認めた。血液データではD-ダイマーの上昇(18.8 μ g/ml)を確認した。右房内腫瘍評価目的に、引き続き経食道心エコー検査を施行。右房内にキアリ網を認め、3D経食道心エコー検査にて冠静脈洞近傍のキアリ網に支点を有し心周期にあわせて右房-右室間で可動する26 \times 17mm大の辺縁粗造、内部不均一(一部高輝度)な腫瘍を明瞭に観察することが可能であった。腫瘍は触手を伸ばしたような形態をしており、下肢静脈血栓を認め、またD-ダイマーが上昇していたこと、付着部位などから血栓である可能性が高いと判断。血栓溶解療法を施行し、約1ヵ月後には腫瘍影の消失を認めた。本症例ではキアリ網で血栓形成された可能性より、キアリ網が下肢静脈からの浮遊血栓を捕らえ、フィルター効果を示した可能性が高いと考えられた。血栓溶解療法開始後、経時的に腫瘍の縮小過程をも3D経食道心エコー検査にて観察可能であり、臨床上有用であったため報告する。

周産期に劇症型心筋症を発症し補助体外循環使用下に救命しその後褐色細胞腫を診断し得た1例

(東京女子医科大学八千代医療センター)

下山祐人・鈴木 太・大倉成美・山田雄一郎・
河原井浩孝・宇野元規・春田昭二

2004年に帝王切開術の既往がある33歳女性。2008年9月に第二子妊娠を診断され他院でフォローされていたが特に問題なく経過していた。2009年5月中旬昼過ぎより激しい頭痛、動悸、倦怠感を訴え前医搬送となり、ピンクの泡沫痰および心拡大、肺うっ血を認め気管内挿管となり当院搬送。来院後の心電図では下肢誘導のST低下、右側胸部誘導でのR波の減高を認め緊急帝王切開術を施行。出血量も多く術後8時間で血行動態不良にて大動脈内バルーンパンピング(IABP)、経皮的心的肺補助装置(PCPS)を開始した。PCPSが奏効し当初はほぼ心静止の状態から第5病日にPCPS離脱、第7病日にIABP抜去し得た。原因として産褥期心筋症の増悪または劇症型ウイルス性心筋症が疑われたが入院時に提出した蓄尿カテコラミン3分画、蓄尿バニルマンデル酸高値を認め、 I^{123} -MIBGなどで右褐色細胞腫の診断となり摘出に至った。

自然に縮小傾向を認めた膝窩動脈外膜囊腫の1例

(NTT 東日本関東病院循環器内科)

河田絵梨沙・小金井博士・大西 哲

症例は73歳男性。一週間前から突然出現した間欠性跛行を主訴に入院。右膝窩、足背動脈触知困難、足関節上腕血圧比(ankle-brachial pressure index: ABI)は右0.59と低下しており、CTで右膝窩動脈に局限する辺縁

整で明瞭な紡錘状の腫瘍を認めた。動脈エコーでは内膜と外膜間に低エコー輝度で濃度均一な組織を認め、外膜囊腫が疑われた。数日後に血管内超音波(intravascular ultrasound: IVUS)所見で内部のエコー輝度が全体的に高く濃度不均一な腫瘍病変を確認した。ところが検査終了後より右足背動脈の触知が改善し、ABIで右1.01と改善。膝窩動脈エコーでは腫瘍の縮小を認めた。退院前のMRIではT1軽度高信号T2軽度高信号の紡錘状の腫瘍病変を認めたがCTの結果と比較すると腫瘍の縮小を認めた。以上より膝窩動脈外膜囊腫と診断した。今回自然軽快した血管外膜囊腫を経験したため報告した。

Sirolimus-Eluting Stent再狭窄病変に対する治療の検討

(済生会栗橋病院循環器科) 春木伸太郎・

太田吉実・伊奈秀高・

阿部知二・本田 淳・松山優子・

水野雅之・田中嗣朗・遠藤康弘

[背景] Sirolimus-eluting stent (SES) は虚血性心疾患の治療に広く使用され、有効性が証明されている。しかし、SESの再狭窄病変に対してどのような治療方法が有効であるかは確立していない。[目的] SESの再狭窄病変に対するバルーン血管形成術(POBA)の有効性について検討する。[方法] 当院にて2004年8月~2008年7月の間に1,100病変に対してSESを使用した冠動脈インターベンション(PCI)が行われた。そのうち標的血管血行再建(TLR)が行われたのは44病変(TLR 4.0%)のみであった。それら再狭窄病変を形態別に分類し、特にステント内に局限する再狭窄病変に対してはPOBAによる再治療を行った。[結果] 44病変の再狭窄病変のうち23病変(52%)はステント内に局限するタイプ(ISR)であり、18病変(41%)はステントエッジの再狭窄、3病変(7%)は分岐部複雑ステントの側枝内ステント再狭窄であった。ISRのタイプ別では、20病変(87%)がfocalであり、びまん性のものは一つもなかった。また完全閉塞が2病変(9%)に見られ、ステント・フラクチャーに伴うものが1病変に見られた。ISRの治療は、透析患者の2名を除いた21名21病変に対してPOBAのみを行った。FocalなISRの群では、non-focalな群に比べて再々狭窄が有意に少なかった(1/18=6%vs 3/3=100%)。[結論] SESの再狭窄病変の約半数はステント内に局限した形をとり、そのほとんどはfocalな形態を示した。これら病変に対する再治療としてPOBAの成績はきわめて良好であった。

解離性大動脈瘤に続発した慢性消費性凝固障害(慢性DIC)に対しトランエキサム酸による抗線溶療法が有効であった2例

(立正佼成会附属佼成病院循環器内科)

鈴木和仁・中村彩子・亀山欽一・河川正雄

症例1:75歳男性。解離性大動脈瘤(DeBakey IIIb)で

外来通院中に右側胸部の広範な皮下出血と貧血のため入院。血小板 $16.1 \times 10^4/\mu\text{l}$ 、フィブリノーゲン $80\text{mg}/\text{dl}$ 、FDP $91.3\mu\text{g}/\text{ml}$ 、D-ダイマー $13.8\mu\text{g}/\text{ml}$ 、DIC スコア 7点であり大動脈解離に続発したDICと診断した。ヘパリンおよびフサンの点滴投与を開始しDICはコントロール可能となったが投薬を中止することができなかつた。抗線溶薬であるトラネキサム酸の経口投与を開始したところ奏功しヘパリンおよびフサンの投与を中止することが可能となり退院することができた。

症例2：74歳男性。解離性大動脈瘤(DeBakey I) 保存的加療後のリハビリ目的で女子医大より転院。転院20日後に外耳道からの出血を認め、血小板 $4.6 \times 10^4/\mu\text{l}$ 、フィブリノーゲン $31\text{mg}/\text{dl}$ 、FDP $221.5\mu\text{g}/\text{ml}$ 、D-ダイマー $23.1\mu\text{g}/\text{ml}$ 、DIC スコア 10点でありDICと診断した。トラネキサム酸の経口投与を開始したところDICはコントロール可能となり退院することができた。

大動脈解離に伴う慢性DICに対して抗線溶薬トラネキサム酸が有効であった。トラネキサム酸により線溶活性を抑制することで、解離腔内で連鎖的に繰り返されていた凝固線溶系の亢進状態という悪循環を断ち切ることができたためと考えられた。

スクリーニングで施行した胸部CTにおいて偶発的に発見された、心室中隔に脂肪組織が認められた1例

(成人医学センター・青山病院循環器科、放射線科*) 小池夏葉・石塚尚子・藤田悦子・高良綾子・布田有司・永田まこと・河合千里*・笠井夕美子・本間美穂・坂井晶子・巽 藤緒・島本 健・川名正敏
(東京女子医科大学循環器内科) 宇都健太

57歳男性。54歳時、他院にて腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術(Y-graft)が施行された。高血圧および脂質異常症の合併もあり、その後定期的に外来通院し、いずれも良好にコントロールされていた。転居に伴い2009年8月に東京女子医科大学成人医学センター循環器科に紹介され受診となった。

2009年7月、胸部大動脈の評価のためスクリーニング目的で単純CT検査を施行したところ、心室中隔に脂肪組織と同等の低吸収域の存在が確認された。心臓超音波検査では、同部位のエコー輝度は上昇しており、壁厚はやや薄くthickeningが不良であった。心電図所見では、正常洞調律、異常Q波や有意なST-T変化は認められなかった。またMRI検査では、T1強調画像で同部位が高信号を呈しており、中隔壁の菲薄化と壁運動低下を認めた。Gd造影では同部位の周囲に遅延造影効果が認められた。造影CT検査を施行したところ、心室中隔における低吸収域の造影効果は認められず、中隔は一部菲薄化していた。

以上より、心室中隔内に存在する、壁厚の菲薄化・壁運動低下を伴った脂肪組織を認めた症例を経験したので

報告する。

当院における急性冠症候群患者の脂質管理の現状

(仙台循環器病センター循環器内科) 藤井真也・小林 弘・島谷有希子・下山祐人・藤森完一・八木勝宏・内田達郎

2008年1~12月に急性冠症候群(ACS)の診断で入院し、経皮的冠動脈インターベンション(PCI)を施行した患者100例(急性心筋梗塞45例、不安定狭心症55例)を対象として、入院時および遠隔期の脂質プロファイル、LDL-C管理目標値($100\text{mg}/\text{dl}$ 未満)達成率、スタチンなどの脂質改善薬の投与状況、遠隔期の予後の調査を行った。患者背景は男性が82%、高血圧症74%、糖尿病37%、脂質異常症73%、喫煙54%、冠動脈疾患(CAD)既往54%であった。入院時では、LDL-Cが $115.0 \pm 37.6\text{mg}/\text{dl}$ であり、CAD既往患者のLDL-C管理目標達成率は42%であった。退院時の脂質改善薬の処方率は90%の患者に行われており、そのすべてにスタチンが含まれていた。遠隔期では、LDL-Cが $90.9 \pm 28.4\text{mg}/\text{dl}$ であり、ACS発症時と比較して有意に低下していた($p < 0.0001$)。また、LDL-C管理目標達成率も65%と向上していた。全患者の遠隔期における主要心事故(MACE)発生率は21%であった。MACE発生群のLDL-Cは $93.2 \pm 28.5\text{mg}/\text{dl}$ 、MACE非発生群で $87.0 \pm 23.7\text{mg}/\text{dl}$ であったが、有意差は認められなかった。

心房細動による両下肢への血栓塞栓症に対して血管形成術を施行した、冠動脈・頸動脈病変を有する1症例

(荻窪病院循環器内科) 辻 晋也・石井康宏・吉田健太郎・熊谷麻子・井上康二・遠田賢治
(荻窪病院心臓血管外科) 藤井 奨・澤 重治

80歳男性。糖尿病(diabetes mellitus: DM)、高脂血症(hyperlipidemia: HL)、高血圧症(hypertension: HT)あり。2008年12月左下肢の冷感が出現。翌月右下肢にも出現し、当院紹介初診。心房細動、足関節上腕血圧比(ankle-brachial pressure index: ABI): $0.60/0.73$ であった。下肢造影CTでは両側膝窩動脈3分岐にて完全閉塞であった。頸動脈エコーにて左総頸動脈完全閉塞を認めた。胸部造影CTにて左心耳に血栓を認めた。1回目のカテーテルにて、左前下行枝、右冠動脈に高度狭窄を認め、左前下行枝に経皮的冠動脈形成術(percutaneous coronary intervention: PCI)(薬剤溶出性ステント(drug-eluting stent: DES))を施行。後日、右冠動脈にPCI(DES)後、左前・後脛骨動脈に血栓吸引・バルーン血管形成術(plain old balloon angioplasty: POBA)を施行。さらに後日、右前・後脛骨動脈に血栓吸引・POBAを施行した。抗血小板剤2剤に加え、ワーファリンを内服し退院後は紹介元へ通院。10カ月後再診時、洞調律、ABI: $1.18/1.13$ であった。PCI部に再狭窄なく、下肢POBA部のうち右前脛骨動脈のみ90%狭窄を認めたが、その他