

左室心尖部血栓や心臓腫瘍との鑑別に難渋した心尖部肥大型心筋症の一例

◎建川 結子¹⁾、岡崎 千花子¹⁾、田淵 奈津美¹⁾、谷下 さやか¹⁾、北村 紀恵¹⁾、霜津 宏典¹⁾、小松 浩基¹⁾、藤井 隆²⁾

JA 広島総合病院臨床研究検査科¹⁾、JA 広島総合病院循環器内科²⁾

【はじめに】左室心尖部に腫瘍様エコーを認めた場合、血栓、心尖部肥大型心筋症 (APH)、心臓腫瘍などの鑑別が必要となる。典型的な陰性 T 波を認めない APH で血栓・心臓腫瘍との鑑別に難渋した一例を報告する。【症例】関節リウマチ・CKD (stage G4) で腎臓内科通院中、心不全の既往を有する 74 歳男性。【検査所見】心電図にて X-2 年: LV strain を伴う LVH、X 年: II, III, aVF, V3-6 で水平型 ST 低下と陰性 T 波を伴う虚血性変化を認めた。胸部 X 線は心胸郭比 48.1% 肺うっ血なし、血液検査では D ダイマー 1.4 μ g/mL、UN 60mg/dL、CRE 3.79mg/dL、トロポニン T 0.068ng/mL、NT-proBNP 5849pg/mL であった。経胸壁心臓エコー (TTE) で LVEF (MOD) 53% と正常下限、後壁は X-2 年と同様に菲薄化し hypokinesis ~ severe hypokinesis と壁運動異常を認めた。また、心周期に応じて可動し、左室心尖部内腔に突出する 30 $\times$ 14mm のやや高輝度の腫瘍様エコーを認めた。心尖部腫瘍部分は X-2 年に認めなかったことから、APH や心臓腫瘍と考えられた。また心尖部腫瘍様エコー内の血流は認めなかった。臨床的には血栓も考慮し抗凝固療法が開始

された。【経過】抗凝固療法による心尖部腫瘍様エコーの縮小を認めなかったため心臓 MRI が施行された。MRI で心尖部心筋が肥厚・膨隆、心筋収縮と同期して可動、肥厚部分の native T₁ 値は 1286msec で正常心筋と同等であったので本例は APH と診断された。【考察・結語】左室心尖部に腫瘍様エコー所見を認めた場合、血栓や APH、心臓腫瘍との鑑別が重要である。その際、①壁運動低下部位と腫瘍の位置関係、②心筋と腫瘍の連続性、③心筋と腫瘍の輝度の差異、④心収縮と同期した腫瘍部位の動き、⑤腫瘍内部に栄養血管である冠動脈血流 (拡張期) の有無、⑥抗凝固療法前後の腫瘍サイズ・輝度などに留意する必要がある。本例の心尖部腫瘍は TTE と MRI で心筋と同程度の輝度を示し、腫瘍部分は心筋の連続性を認めたことから APH と診断された。しかし以前には心尖部肥厚を認めなかったことから心臓腫瘍も念頭に置いて TTE による経過観察が必要と考える。

連絡先: 0829-36-3111 (内線 3206)

巨大仮性心室瘤内血栓により脳梗塞を発症した 1 例

◎藤中 晴香¹⁾、岡崎 麻利¹⁾、水谷 真弓¹⁾、江口 美希¹⁾、中山 弘美²⁾、吉本 幸¹⁾、小島 利香¹⁾、久本 輝美¹⁾
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター¹⁾、国立病院機構 岡山市立金川病院²⁾

【はじめに】心筋梗塞合併症の 1 つである心室瘤は、真性心室瘤と仮性心室瘤の 2 つに大別され、左室内血栓を合併することが多い。心原性脳塞栓症の塞栓源は心房細動が約 80%と大半を占め、左室内血栓の割合は高くない。今回、心エコー図検査で仮性心室瘤内に血栓を認め、脳梗塞を発症した 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代男性

【現病歴】20XX 年 3 月胸痛あり当院受診。緊急で行われた冠動脈造影の結果、左回旋枝 #11 の完全閉塞を認め、経皮的冠動脈インターベンション (PCI) が施行された。術後の経過よく 3 週間後に退院となった。同年 9 月、尿管結石で他院受診時に実施された CT にて、偶発的に心臓に腫瘤を疑う構造を指摘された。右手の脱力症状もあり、精査加療のため当院受診された。

【超音波所見】心エコー図検査では、下壁・後壁・側壁の壁運動異常と左室の拡大に加え、左室基部の側壁から後壁にかけて長径約 83 mm 大の仮性心室瘤を認めた。瘤の入口部は 38 mm×29 mm で左室と仮性心室瘤間には血流シグナ

ルを認めた。また、瘤内に血栓を疑う構造物が確認された。

【経過】同日行われた頭部 MRI では、右頭頂葉に超急性期梗塞、右前頭葉に亜急性期梗塞、左前頭葉に陳旧性脳梗塞を認めた。心室瘤内血栓の飛散から脳梗塞になった可能性が高いと考えられ、心臓血管外科へ緊急入院となった。10 日後、心室瘤修復術と僧帽弁人工弁置換手術が行われた。

【考察】心筋梗塞後に発症する心室瘤のほとんどは真性心室瘤であり、仮性心室瘤の頻度は 0.2-0.3%と稀である。発生部位は後壁や側壁に多いとされる。急性心筋梗塞後の血栓合併症は、広範囲前壁梗塞で頻度が高く、合併率は全梗塞領域合わせて 4%程度とされる。血栓は急性心筋梗塞発症後 24 時間～2 週間で形成されることが多いが、心室瘤は血流のうっ滞を生じやすく、慢性期においても血栓形成のリスクが高いため注意が必要である。心筋梗塞の既往がある患者の脳塞栓源精査として心エコー図検査を実施する際には、心室瘤形成や瘤内血栓の存在の可能性を念頭に置き検査を進めていくことが重要である。

連絡先：086-294-9911

経胸壁心エコー図検査で発見された左室基部血栓の1例

◎野中 蓮¹⁾、西尾 進¹⁾、平田 有紀奈¹⁾、國松 明日子¹⁾、野村 侑香¹⁾、山口 夏美¹⁾、松本 力三¹⁾、中尾 隆之²⁾
徳島大学病院 超音波センター¹⁾、徳島大学病院 検査部²⁾

【はじめに】 左室内血栓は、心尖部に壁運動異常を有する虚血性心疾患や拡張型心筋症などの左室機能低下例において形成されることがあり、好発部位は心尖部である。一方、左室基部に形成される症例は比較的稀である。今回、我々は経胸壁心エコー図検査で、左室駆出率が保たれ、明らかな壁運動異常を認めないにもかかわらず、左室基部に可動性血栓を認めた症例を経験したため報告する。

【症例】 80代、男性。本態性血小板血症に対して抗血小板薬内服で加療中であり、既往歴に心筋梗塞、腎細胞癌を有していた。20XX年-6カ月、右手の痺れおよび構音障害を自覚し、前医MRIで脳梗塞を指摘された。20XX年-3カ月、当院脳外科受診し新規脳梗塞を認めたため、抗血小板薬2剤併用による保存的加療が継続された。20XX年、下腿浮腫の原因精査のため心エコー図検査を施行したところ、左室駆出率は55%と保たれており、明らかな壁運動異常は認めなかった。しかし、左室下側壁～下壁基部にかけて25mm×19mm 大の可動性に富む腫瘍様構造物を認めた。既往歴および経過から左室内血栓を疑い、塞栓症再発予防

目的に抗凝固薬を導入した。20XX年+9カ月の心エコー図検査で左室基部の腫瘍像は消失しており、抗凝固療法の反応性から左室内血栓と考えられた。現在も抗血小板薬および抗凝固薬併用下で外来通院中である。

【まとめ】 本態性血小板血症を背景に、左室基部に可動性血栓を形成した1例を経験した。左室内血栓は一般に左室心尖部に好発するが、本症例のように左室収縮能が保たれ、明らかな壁運動異常を認めず、左室基部に形成された症例は比較的稀である。本症例では、本態性血小板血症による血栓形成傾向が病態形成に関与した可能性が示唆された。血栓性疾患の既往を有する症例では、非典型的部位における左室内血栓形成にも注意が必要である。また、経胸壁心エコー図検査は血栓の検出および経過観察に有用であった。

連絡先：088-633-9311

マイコプラズマ肺炎を契機に形成された心腔内血栓により塞栓症を来した 1 例

◎岡崎 はるか¹⁾、佐々木 卓哉¹⁾、大元 美子¹⁾、出尾 優佳¹⁾、江木 咲穂¹⁾、並里 貴恵¹⁾、兼重 美咲¹⁾、永井 仁志¹⁾
地方独立行政法人 山口県立病院機構 山口県立総合医療センター¹⁾

【はじめに】マイコプラズマ肺炎は、発熱や全身の倦怠感・咳などの症状がみられ、多くは気管支炎で済むが一部の人は肺炎となったり重症化したりすることもある。また、肺炎外症状として心膜炎・髄膜炎・皮膚症状・ギランバレー症候群・血栓症等が知られている。今回マイコプラズマ肺炎を契機に形成された心腔内血栓により塞栓症を来した 1 例を経験したので報告する。

【症例】患者は 29 歳女性、痰の増加と発熱で前医を受診された。マイコプラズマ肺炎と診断され治療を始めたが改善せず、症状悪化と右上腕のレイノー症状も新たに認めたため精査加療目的で当院受診となった。受診時採血結果は、CRP 16mg/dL、BNP 632pg/mL、hs TnI 24789pg/mL、D/D 6.2m μ g/mL、マイコプラズマ抗体 (CF) 256 倍であった。第 2 病日に各種検査を施行された。心電図検査では、洞調律、HR 110/min、左房負荷所見あり。経胸壁心エコー図検査 (TTE) では左室拡張末期径 58mm、左房容積係数 58mL/m²と拡大、左室駆出率 32%と低下あり、左房内に約 2cm 大の可動性を伴う等輝度の血栓様構造物を認めた。また左

室内にも壁在血栓疑いを認めた。その他、上肢血管エコー検査では右上腕動脈に閉塞を認め、下肢静脈エコーでは異常所見は認めなかった。左房内血栓については外科的血栓除去術が考慮されたが、重症マイコプラズマ肺炎および低左心機能のため手術のリスクが高いと判断された。内科的加療で経過を見ることとなり ICU 入室し、血栓溶解治療を開始された。第 4 病日の TTE では左房内血栓は縮小したが、左室心尖部近傍に約 1cm 大の可動性を伴う等輝度血栓様構造物を認めた。同日の頭部 MRI では多発脳梗塞を認め、心原性脳梗塞が疑われた。第 14 病日の TTE では心内血栓はすべて消失した。

【考察】マイコプラズマ肺炎では、感染に伴う凝固亢進以外にも免疫学的機序により血栓症を合併することが知られている。本症例では TTE にて左房内血栓様構造物を指摘し、多発塞栓症の診断につながった。マイコプラズマ肺炎では稀に血栓症を合併することがあり、TTE 施行時には心内異常構造物を念頭に観察することが重要と考えられた。
連絡先－0835 22 4411 (内線 515)

経胸壁心エコー図検査にて冠動脈瘤との鑑別に難渋した心外腫瘍の1例

◎正木 萌¹⁾、栗村 尚史¹⁾、南 彩花¹⁾、難波 浄美¹⁾、河村 道徳¹⁾、藤井 明美¹⁾、板倉 希帆¹⁾、西阪 隆¹⁾
地方独立行政法人広島県立病院機構 県立広島病院¹⁾

【背景】冠動脈瘤の発生確率は一般集団で1%未満、また冠動脈造影検査施行患者群においても5%の検出率とされており稀な疾患である。今回、経胸心エコー図検査(以下TTE)にて心外腫瘍と前下行枝遠位部冠動脈瘤との鑑別が困難であった症例を経験したので報告する。

【症例】70歳台男性。2ヶ月前より副腎皮質癌の治療に際して、当院紹介となった患者である。院内初回の造影CT検査にて大脳、腹膜腔、腹膜外腔、腋窩への多発転移が疑われた。化学療法開始前の心機能評価を目的として、TTEが依頼された。TTEでは収縮・拡張能ともに特記すべき所見は認めなかった。しかし、心尖部像にて心外膜に接する形で22×14mm大の腫瘍が観察された。腫瘍は境界明瞭平滑で、内部エコーはlow echoicかつ不均一であった。また腫瘍は冠動脈前下行枝遠位部から非常に近位に位置しており、腫瘍内へのわずかな血流シグナルも観察されたため、冠動脈瘤を疑った。精査のため心臓CT検査を施行したが、冠動脈瘤は認められなかった。一方で心外膜上に複数の腫瘍影がみられ、縦郭リンパ節への転移が認められたため、

TTEで指摘の冠動脈瘤はこのリンパ節であったと診断された。その結果を踏まえてTTEの再検査を行ったところ、以下の所見を得た。

- 1 腫瘍内に流入する血流が収縮期にピークをみる
- 2 冠動脈領域と異なる部位からの血液流入のシグナルを認める
- 3 体位変換により腫瘍の位置が移動して観察される
- 4 心拍動に合わせて腫瘍が動かない
- 5 同様な性状の腫瘍を複数認める

【考察】冠動脈瘤の発生は稀であることも踏まえ、上記の所見から、指摘の腫瘍は注意深く観察すれば、TTEでも心外のリンパ節の可能性を指摘でき得たと考えた。最も重要なことは可能性のある腫瘍像を見逃さないことであるが、冠動脈瘤にはいくつかの特徴的なTTE所見があり、他の心臓腫瘍や心臓外腫瘍と鑑別を行うことで有益な所見の提供ができるものとする。

連絡先：082-254-1818