

## 原因疾患の認めない三尖弁感染性心内膜炎の一例

◎青木 美咲<sup>1)</sup>、林 愛子<sup>1)</sup>、平田 紗也佳<sup>1)</sup>、青木 駿<sup>1)</sup>、谷本 理香<sup>1)</sup>、高石 治彦<sup>1)</sup>  
松山赤十字病院<sup>1)</sup>

【はじめに】感染性心内膜炎(Infected Endocarditis : IE)の発生源は左心系に多く、右心系の頻度は5~12%と少なく、その患者背景はペースメーカー留置後や、先天性心疾患、薬物常習者に多いとされている。今回我々は若年でほとんど基礎疾患のない三尖弁 IE 症例を経験したので報告する。

【症例】20歳代男性

【現病歴】20XX年1月、高熱、全身痛を自覚し複数の医療機関を受診するも、症状の改善が見られなかった。高度の炎症反応上昇、高熱による摂食量の低下や日常生活動作の低下が顕著となり当院に紹介入院となった。

【既往歴】アトピー性皮膚炎

【検査所見】血液検査 WBC : 13990/ $\mu$ l, CRP : 8.33mg/dl と炎症反応の上昇、第2肋間胸骨右縁より収縮期雑音 Levine II/VIを認め、IEの除外目的に経胸壁心臓超音波検査(Transthoracic echocardiography : TTE)が施行された。三尖弁中隔尖弁輪部~弁腹部の右房側に可動性を有する20mm程度の構造物を認めたが、三尖弁逆流(Tricuspid regurgitation : TR)は軽度認める程度で著明な弁破壊像は認めなかった。

そのため疣腫と粘液腫が疑われた。加えて、右房内に下大静脈弁遺残を疑う構造物を認めたが心房中隔欠損、心室中隔欠損は認めなかった。その後、肺塞栓検索のため造影CT検査を施行したが、所見は認められなかった。

【経過】血液培養(3セット)からMSSA (meticillin-susceptible *Staphylococcus aureus*) が検出され、Duke分類より臨床的にIEと診断され抗菌薬治療が開始された。第3病日にTTEを再度施行したが、明らかな構造物の縮小傾向は見られず、高熱が持続し、塞栓症の可能性も考慮されたため摘出術(三尖弁疣腫切除+弁形成術)が施行された。摘出組織は病理検査にて疣贅と診断された。術後の経過は良好であった。

【考察】結果としては疣腫であったが、右心系IEのリスクに乏しく、TTEにおいて疣腫だけでなく他の可能性をも考慮しながら検査をする必要のある症例であった。

【結語】感染経路が不明確な三尖弁IEの症例を経験した。

連絡先 089 - 924 - 1111 (内線 6205)

## 経カテーテル大動脈弁置換術後に感染性心内膜炎を発症した一例

◎奥田 安範<sup>1)</sup>、本宮 健太郎<sup>1)</sup>、村井 梨奈<sup>1)</sup>、秋本 八代生<sup>1)</sup>、清家 彩<sup>1)</sup>、新島 由紀<sup>1)</sup>、川本 光江<sup>1)</sup>  
愛媛県立中央病院<sup>1)</sup>

【はじめに】経カテーテル大動脈弁置換術(以下、TAVI)後の感染性心内膜炎(以下、IE)の発症率は0.5%/年とまれである。TAVI後18ヶ月にIEを発症した症例を経験したので報告する。

【症例】80代女性。既往歴は感染後糸球体腎炎による慢性腎不全、高血圧症、大動脈弁狭窄症である。現病歴は、重症大動脈弁狭窄症に対してTF-TAVIを施行し、Sapien3 23mmが留置された。術後14ヶ月に慢性腎不全により透析導入となった。術後18ヶ月に不明熱が出現し、近医で抗生剤(クラビットとミノマイシン)を処方されるも改善しなかったため、IE疑いで当院に入院となった。血液培養検査では*Staphylococcus aureus*が2セット陽性、血液検査では白血球数が $19.17 \times 10^9/L$ 、CRPが28.76mg/dL、PCTが320.8ng/mLと炎症マーカーが高値であった。入院当日に経胸壁心エコー図検査(以下、TTE)を行ったが、IEを疑う所見を指摘できなかった。第6病日に経食道心エコー図検査を施行すると、TAVI弁に肥厚を認め、右冠尖に相当する弁尖に疣贅を疑う高輝度の構造物が付着していた。また、

X-planeでは弁尖に紐状の構造物が付着していることを確認できた。以上の心エコー図所見と血液培養検査の結果から、IEと確定診断された。第14病日にTTEでもTAVI弁に疣贅を疑う構造物を指摘できたが、ARはtrivialであった。第22病日にMRI検査でIEに伴う多発脳出血を認めた。次第に心不全症状が進行し、第106病日のTTEでは経弁逆流によるARが明らかに増加し、弁破壊が進行していると思われた。翌日、外科的大動脈弁置換術が施行された。手術所見では、Sapien3の右冠尖に相当する弁尖の一部が感染により裂けている状態であった。

【結語】臨床経過からTAVI後のIEを疑う場合には繰り返し心エコー図検査を行い、経時的変化を追うことが重要である。連絡先：089-947-1111(4215)

## 左室心尖部瘤を合併した心尖部肥大型心筋症の2例

◎荒川 知恵子<sup>1)</sup>、岸本 明子<sup>1)</sup>、青木 千保子<sup>1)</sup>  
総合病院松江生協病院<sup>1)</sup>

【はじめに】心尖部肥大型心筋症（以下 APH）は、日本で初めて報告され、日本人では肥大型心筋症の約 15%にみられる。40 歳以後の中年男性に好発し、比較的予後が良好といわれてきた。しかし、経年的観察例が増加するにつれて、心室瘤を形成し脳梗塞や心室性不整脈を合併することにより予後不良となる例が報告されている。2022 年に当院で心エコー検査を施行し、APH に心室瘤を合併した症例を 2 例経験したので報告する。

【症例 1】59 歳、男性。既往歴なし。15 年前に広島 of 病院で APH と診断され、2012 年に当院で初回の心エコーを施行。その後中断。今回、健診で便潜血陽性と心電図異常を指摘された為、内科を受診され約 10 年ぶりに心エコーを施行した。LVD d /Ds=45/29mm、EF=65%左室中部～心尖寄り度 15mm 程度に壁厚が増大し、心尖部は 16×21mm の瘤状で菲薄化し、無収縮。

【症例 2】65 歳、男性。既往歴は潰瘍性大腸炎、高血圧。35 歳頃に健診で心電図異常を指摘。近年は検査フォローなし。2020 年に自発的に受診。以降半年毎に心エコーを施行。

LVD d /Ds=47/33mm、EF=63%左室中部～心尖寄り度 15mm 程度に壁厚が増大し、心尖部は 10×21mm の瘤状で菲薄化し、収縮期にむしろ外方へ突出する dyskinesis の印象を受ける。経胸壁心エコーでは瘤内に血栓は認めず。

PW で拡張期奇異性血流を認めた。最大圧較差は 22mmHg

【考察】APH の経過観察心エコーで心室瘤を合併していた。症例 2 では心室瘤は、収縮期にむしろ外方へ突出し dyskinesis。PW で拡張期奇異性血流を呈していた。これは、拡張期にも心尖部腔で高圧が持続している事を示唆し、心筋虚血の増幅因子として働いている可能性がある。その後の診察で、ACE 阻害薬・β 遮断薬投薬開始され、近医の心臓血管外科に紹介。心室瘤切除術+心筋切除+冷凍焼灼術を施行された。切開した心室瘤には、やや新鮮な 10mm 大の血栓を認めた。

【結語】心エコー図検査は APH に合併する心室瘤の早期発見に有用である。APH は、長期的な経過観察が必要である。

連絡先：0852-23-1111（内線 2155）

## 当院で経験した右房粘液腫の2症例

◎三崎 なつき<sup>1)</sup>、渡邊 亮司<sup>1)</sup>、山本 繭那<sup>1)</sup>、西原 舞<sup>1)</sup>、岩崎 華<sup>1)</sup>、西窪 紗希<sup>1)</sup>、白石 和仁<sup>1)</sup>、赤尾 智広<sup>1)</sup>  
済生会 今治病院<sup>1)</sup>

【はじめに】心臓疾患の中で心臓腫瘍の発生頻度はきわめて低く、腫瘍全体からみても非常に稀な疾患である。原発性心臓腫瘍の多くは良性で左心系に発生することが多いのに対し、右心系には原発性悪性腫瘍と二次性心臓腫瘍が認められることが多い。今回我々は当院で経験した右房粘液腫2例について報告する。

【症例1】50歳代男性。既往歴・現病歴：なし。健康診断を受診し、単純CT検査施行したところ右房内に腫瘍性病変を疑われたため当院受診。来院時心電図は洞調律(51bpm)、CTR45%で心拡大なし。心エコー検査を施行したところ、右房内に48×40mmの腫瘍あり。腫瘍辺縁は平滑、内部はやや不均質で明らかな血流シグナルなし。心房中隔に付着しているが茎の有無については観察困難であった。可動性を有しており、拡張期にわずかに三尖弁へ嵌頓しているように観察された。同日施行された造影CT検査では心房中隔に付着する低吸収腫瘍を認め、内部に淡い造影効果がみられることから粘液腫が疑われたため摘出術が施行された。【症例2】70歳代女性。既往歴：下肢静脈瘤、高血圧。現病歴：大動脈弁

狭窄症にて他院に通院中。定期フォローの心エコー検査で右房内に腫瘍を認め、当院紹介となった(半年前の他院検査では指摘なし)。来院時心電図は洞調律(79bpm)、CTR58%で軽度心拡大あり。心エコー検査を施行したところ右房内に50×31mmの腫瘍あり。腫瘍辺縁はやや不整、内部は均質で明らかな血流シグナルなし。心房中隔中央に付着し、6mmの茎を有していた。可動性を有しており、三尖弁へ嵌頓しているように観察された。同日施行された造影CT検査で分葉状を呈する低吸収腫瘍を認め、内部に淡く不均一な造影効果がみられることから粘液腫が疑われたため摘出術が施行された。【考察】右房粘液腫は粘液腫全体の10～15%を占めるとされている。発生部位は心房中隔が最も多く、本症例も2例とも心房中隔に茎を有していた。心臓粘液腫は無症状で経過することが多く、本例も偶発的に発見された。しかし、右房粘液腫が三尖弁への嵌頓をきたすと三尖弁狭窄類似の血行動態を来したり、肺塞栓を生じることもあるため注意が必要である。心エコー検査は非侵襲的に腫瘍の評価が可能であり、再発の有無などにも有用であると考えられた。連絡先：0898-47-6017