

心停止から回復期まで経胸壁心エコー図検査にて観察し得た劇症型好酸球性心筋炎の1例

◎野露 啓太¹⁾、平方 奈津子¹⁾、野呂 恵子¹⁾、福田 友美¹⁾、宮崎 怜菜¹⁾、青柳 裕之²⁾
市立函館病院 中央検査部 生理検査センター¹⁾、市立函館病院 循環器内科²⁾

【はじめに】好酸球性心筋炎は好酸球が心筋に浸潤し、心筋障害や致死性不整脈を生じる疾患である。発病初期に血行動態の破綻を急激にきたすものは劇症型心筋炎と呼ばれる。機械的補助循環を要する劇症型心筋炎の死亡率は20～50%程度とも報告されている。今回我々は、心停止に至り濃厚な機械的補助循環を経て救命に至った劇症型好酸球性心筋炎の1例を経験し、経胸壁心エコー図検査（以下TTE）にて発症から回復期まで観察し得たため、経過を報告する。【症例】60代男性。【既往歴】高血圧。（過去にアレルギー性疾患の指摘はなし）【現病歴】20XX年、発熱と体調不良のため前医を受診し、COVID-19およびインフルエンザは否定され、12誘導心電図で広範な誘導におけるST上昇と簡易トロポニンT陽性が認められ、当院へ救急搬送された。冠動脈造影検査では有意狭窄は認めなかったが、右心カテーテル検査では著明な低拍出が認められ、直ちに経皮的左室補助人工心臓（以下IMPELLA）を挿入した。心筋生検を施行した結果、好酸球性心筋炎と診断されステロイドパルス療法が開始された。【血液検査】WBC

4800/ μ L(好酸球2%)、CK 278u/L、CRP 6.34mg/dL、心筋トロポニンT 2.37ng/mL、NT-proBNP 28849 pg/mL【TTE検査所見】第1病日目は左室駆出率（以下LVEF）10%程度の高度な左室収縮障害と壁厚増大、右室収縮障害、少量の心嚢液貯留が確認された。第2病日目のIMPELLA挿入後のTTEではさらなる両心室の収縮障害の進行や壁厚増加を認めた。第3病日には致死性不整脈から心停止に至り、経皮的心肺補助装置が導入され、左室は無収縮となり大動脈弁は閉鎖していた。第8病日から心収縮が改善し始め、第10病日にはLVEF30%程度まで改善した。IMPELLA抜去後、第19病日目には心嚢液の残存はあるもののLVEF60%程度に改善を認めた。その後、第67病日目、第82病日目とTTEを施行したが左室収縮障害の再燃なく経過していた。【結語】心停止に至ったが、集学的治療により救命し得た壊死性好酸球性心筋炎の1例を経験した。急性期治療の判断および経過観察においてTTEが有用かつ一連の経過を追えた症例であり、文献的考察を加えて詳細の経過を報告する。
市立函館病院 中央検査部—0138-43-2000

当院において感染性心内膜炎と診断された過去2年間の症例の検討

◎菅原 瑞希¹⁾、平戸 梓¹⁾、山本 修平¹⁾、早坂 すみ江¹⁾
大崎市民病院¹⁾

【はじめに】感染性心内膜炎(IE)は、弁膜や心内膜、大血管内膜等に細菌集簇を含む疣腫を形成し、菌血症、血管塞栓、心障害などの多彩な臨床症状を呈する全身性敗血症性疾患である。今回我々は、当院におけるIE症例の臨床的傾向を検討したので報告する。【対象と方法】2022年1月から2023年12月までの2年間にDuke診断基準に基づきIEと診断され、入院加療を要した31症例を対象とした。診療記録を参照し、31症例を患者背景、起因菌、罹患部位、合併症、死亡率等について解析し、本地域の傾向を評価した。

【結果】罹患年齢は33歳から90歳、平均年齢は69±12歳であり、70歳以上が約55%を占めていた。26症例(84%)にIEの素因となる基礎疾患を認め、高血圧17例(55%)、糖尿病9例(29%)、アトピー性皮膚炎4例(13%)、歯科治療歴や齲歯が確認された症例は18例(58%)であった。IE発症前から心疾患を指摘されていた症例は17例(55%)あり、弁膜症11例(35%)、うち9例は人工弁置換術後、ペースメーカー植込み5例(16%)であった。感染経路が口腔と推測されたものは8例(26%)、皮膚感染2例(6%)、16例(52%)は感染源の

特定に至らなかった。検出菌はレンサ球菌属42%と最も多く、次いで黄色ブドウ球菌(MSSA)が29%であった。疣腫を形成していた部位は大動脈弁9例(29%)、僧帽弁9例(29%)、複数弁2例(6%)、人工弁3例(10%)の順にみられた。15例(48%)には中等度以上の弁逆流が認められた。心エコー検査によって計測された疣腫サイズの中央値は11mmであった。初期症状は発熱29例(94%)が最も多く、次いで意識障害や脱力が12例(39%)で認められた。合併症は塞栓症を23例(74%)で認め、そのうち脳梗塞は20例(65%)と最も多く認められた。死亡例は5例(16%)で全て70歳以上の症例であった。【まとめ】今回我々は当院における2年間のIE症例の解析を行った。当院では高齢者の発症率が高く、起因菌はレンサ球菌属が多くを占めていた。また、高確率で塞栓症の合併を認めた。不明熱だけではなく、塞栓症の原因検索や、弁置換術後やデバイス植込み術後のフォローの際にもIEを念頭に置き検査を行うことが重要である。

連絡先：0229-23-3311

心外シャントの診断にバブルコントラスト心エコー図検査が有用であった 1 症例

◎小川 斗夢¹⁾、大沼 秀知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】バブルコントラスト心エコー法(バブル心エコー)は奇異性脳塞栓症が疑われる患者に対し、心内シャントを検出する際のスクリーニング検査として有用である。今回我々はバブル心エコーにより心外シャントを診断し得た症例を経験したので報告する。【症例】40歳台 女性【既往歴】帝王切開【現病歴】202X年3月に構音障害、左上肢麻痺が出現し他院に救急搬送、MRI・MRAの結果から脳梗塞と診断された。同年5月に精査加療目的で当院紹介となり、バブル心エコーによる評価を含めた経胸壁及び経食道心エコー図検査が施行された。【心電図】正常洞調律【下肢静脈エコー】左ヒラメ静脈に可動性のない低輝度血栓を認めた。【経胸壁心エコー】EF:58%(m-simpson)、明らかな心内血栓を認めず。バブル心エコー:Valsalva 負荷解除から5-6心拍後に左房へGrade2のバブル流入を認めた。【経食道心エコー】心房中隔に長さ13mmのトンネルを認めるが、カラードプラで同部位を通過する明らかな血流は見られなかった。【経過】バブル心エコーの結果から心外シャントが疑われたが、肝機能は正常、SpO₂の低下はなく肝肺症候

群は否定的であった。脳梗塞の原因として肺動静脈瘻(PAVM)の存在が示唆され、胸部造影CTが施行されたが明らかな異常陰影は見られなかった。シャント部位のさらなる精査も検討されたが、本人の希望で追加検査は行わない方針となった。【考察】タスクシフト/シェアに伴い、当院では2023年4月よりバブル心エコーを行う際、医師の立ち合いなしでバブルの作成・注入・記録・判定を技師が担当している。判定方法としてValsalva 負荷解除後3心拍以内に左心系へ流入するバブルが確認できれば、心内シャントである卵円孔開存(PFO)の可能性が高く、4心拍以降に連続してバブルが出現した際はPAVMや肝肺症候群などの心外シャントの存在を考える。成人における奇異性脳塞栓症の原因疾患としてはPFOが最も多く、PAVMは稀とされる。本症例もPFOによる奇異性脳塞栓症を疑っていたが、バブル心エコーでValsalva 負荷解除から5-6心拍後に左房へ流入するバブルを確認できたため、心外シャントであるPAVMの可能性が示唆された。【結語】バブル心エコーが心外シャントの診断に有用であった。連絡先:024-547-1477