


慶應循環器内科 Keio University Hospital cardiology conference カンファレンス

本連載では、慶應義塾大学病院循環器内科で実際に行われたカンファレンスのなかで面白い症例、興味深い症例を紹介していきます。実際の議論の様子をそのままお伝えしていきます。その臨場感を感じながら、楽しく、かつ勉強になるコーナーにしていきたいと考えています。

第13回

心室中部閉塞性肥大型心筋症に 心尖瘤を伴った症例

introduction

 今回取り上げた心室中部閉塞性肥大型心筋症に心室瘤を伴った症例は、左室心尖部瘤をキーワードに、まず鑑別をどう行うかを考え、さらに疾患の特徴を把握したうえで、その治療法について多角的に検討してみま

す。鑑別では、左室造影における独特な所見から、たこつぼ心筋症が鑑別に挙がります。さらに、致死性不整脈を合併することから、不整脈に対する治療の他、不整脈を引き起こす瘻や閉塞起点そのものに対する治療に関しても検討していきます。


症 例

症例：48歳・男性
主訴：動悸
現病歴：45歳時より高血圧で投薬されていた。1年前、資格試験の不合格通知を見た際に初めて胸部圧迫感を自覚したが、その際は数分で軽快。それから数日後の朝、自転車で坂道を走行中に胸部絞扼感を自覚し、近院のERを受診。採血、心電図検査の結果から、急性冠症候群の疑いがみられ、緊急冠動脈造影を施行。明らかな冠動脈病変は認めないものの、左室造影で心尖部の瘤の形成と左室中部の閉塞所見を認め、たこつぼ心筋症と診断。入院となり、抗凝固療法とβ遮断薬（アーチスト®5mg）を開始。
既往歴：20歳代でX線像で心拡大を指摘される。その他、45歳で高血圧と橋出血、47歳


で躁鬱病を発症。
生活歴：喫煙は脳出血で入院する5年前まで1日30～40本、飲酒は連日焼酎を1日に2合。
家族歴：特記すべきことなし

ていきます。

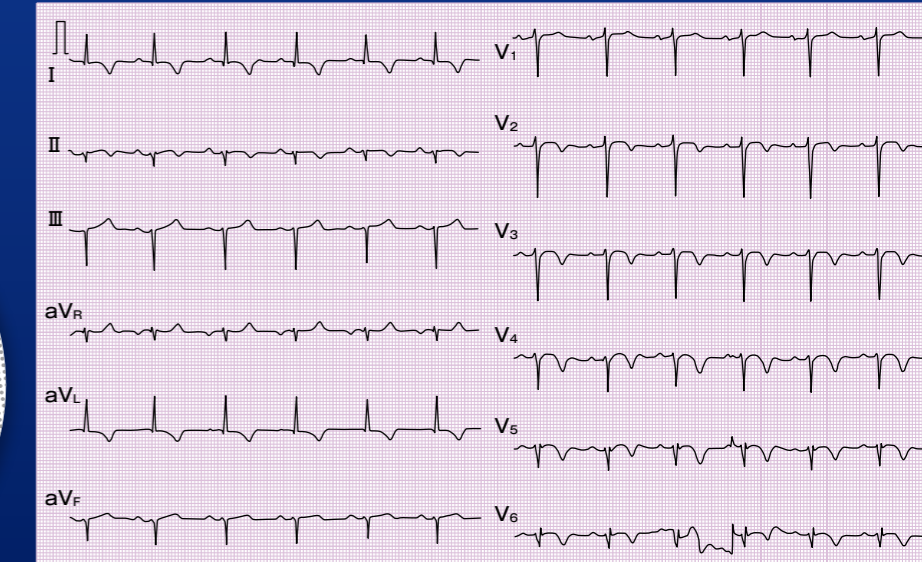
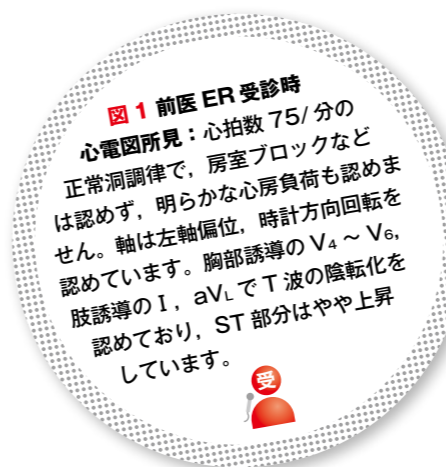
監 修

 福田恵一（ふくだ けいいち）
慶應義塾大学医学部 循環器内科 教授
1983年 慶應義塾大学医学部卒業。1990年 慶應義塾大学医学部 助手。1991年 国立がんセンター研究所 細胞増殖因子研究部 留学。1992年 ハーバード大学ベイスラエル病院 留学。1995年 慶應義塾大学医学部 助手。1999年 同 講師。2005年 同 再生医学 教授を経て、2010年より現職。


司 会

 木村謙介（きむら けんすけ）
慶應義塾大学医学部 循環器内科 講師
1993年 北海道大学医学部卒業。1997年 慶應義塾大学 循環器内科 助手。2001年 済生会宇都宮病院 循環器内科 副医長。2005年 慶應義塾大学 循環器内科 特別研究助手。2008年 カリフォルニア大学サンディエゴ校 留学。2010年 慶應義塾大学医学部 循環器内科 助教を経て、2011年より現職。


参 加 者




はじめに


 : 今回は診断を考えるうえで面白い症例をピックアップしてみました。肥大型心筋症に、心尖部の瘤を伴う症例です。


それでは症例のプレゼンテーションを、担当オーブンの先生からお願いします。


 **受 持 医**：症例は48歳の男性で、主訴は動悸です。現病歴は、45歳時より高血圧で投薬されていました。1年前、夜に資格試験の不合格通知を見た際に、初めて胸部圧迫感を自覚しましたが、その際は数分で軽快しました。それから4日後の朝、自転車で坂道を走行中に胸部絞扼感を自覚し、近院のERを受診されました。そこで採血、心電図検査を受けた結果、ACS¹の疑いがあるということで、緊急CAG²を施行されました。明らかな冠動脈病変を認めませんでしたが、LVG³で心尖部の瘤の形成と左室中部の閉塞所見が認められ、たこつぼ心筋症と診断されました。その後入院となり、抗凝固療法とβ遮断薬（アーチスト®5mg）を開始されました。


 : ここまでのアナムネで何か質問のある先生はいますか？ 前医では、経過か


ら、臨床的にたこつぼ心筋症と診断、という流れです。試験の不合格通知を見た際に初めて胸部圧迫感が出現したようですが、この患者さんにとってこの試験の不合格というのは相当ストレスだったのでしょうか？


 **受 持 医**：生計を立てていくうえで、この資格試験は相当重要だったようです。


 : その後に、自転車で坂道を走行中に胸部絞扼感を自覚していますが、これはどのぐらいの労作だったのでしょうか？


 **受 持 医**：はい、頂上まで300mくらいの坂道を、いつも自転車で一気に駆け上るのを日課にされていたようで、その日も同じように一気に自転車で登りきった後に、胸痛が起きたということです。

 : 300mの坂道を全力で自転車で駆け上った後、ということですか？


 **受 持 医**：そうです。


 : 近院のERを受診して、採血されていますが、入院後の経過も含めて、心筋逸脱酵素などはどうだったのでしょうか？


 **受 持 医**：CKは113IU/lが最高でしたが、トロポニンが0.141ng/lと軽


度上昇を認めていました。
 : 皆さんと、この症例を追体験しながらみていきたいと思います。

当院搬送までのエピソード

 : 急性期の心電図を出してください(図1)。これは近院のERに到着したときの急性期の心電図です。急性期にしては、レートがそんなに速くないですね。では解説してください。

 **受 持 医**：心拍数75/分の正常洞調律で、房室ブロックなどは認めず、明らかな心房負荷も認めません。軸は左軸偏位、時計方向回転を認めています。胸部誘導のV4～V6、肢誘導のI、aVLでT波の陰転化を認めており、ST部分はやや上昇しています。他はとくにQTの延長などはみられません。

 : この心電図から、患者さんのどういった心臓の状態、病態が推測されますか？

 **受 持 医**：エピソードとST変化があることを兼ね合わせると、トロポニンも漏れていますし、不安定狭心症もしくは心筋梗塞に至るような急性冠症候群が考えられます。

脚注：1 急性冠症候群、2 冠動脈造影、3 左室造影