

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23回

S字状中隔による運動誘発性左室流出路狭窄をきたした一例

introduction



心室中隔上部が左室腔内に突出し、中隔が全体としてS字状の形態を示すものをS字状中隔と呼びます。左室肥厚はなく、器質的心疾患ではないものの、ときに閉塞性肥大型心筋症様の左室流出路狭窄をきたし、失神や心不全の原因となります。

症例

症例：66歳の女性
主訴：pre-syncope（失神前駆症状）
現病例：重症筋無力症で当院神経内科通院中。X年ごろから5～10分程度の労作時胸痛を自覚するようになったため、当科に依頼された。冠動脈CT検査では冠動脈有意狭窄を認めず、ホルター心電図では胸痛自覚時の心電図は正常であった。一方、同時期からpre-syncope（血の気の引く感じ）も自覚していたが、気にしていなかった。経胸壁心エコー図検査で著明なS字状中隔を認め、運動負荷心エコーで左室流出路に有意な圧較差を認めたため、左室流出路狭窄による症状が疑われ、β遮断薬が開始された。以後、胸痛は消失したが、pre-syncopeの頻度は増加し、ホルター心電図でpre-syncope出現時に一致して非持続性心室頻拍（NSVT）

22連発を認めたため、精査加療目的で当科入院となった。
既往歴：重症筋無力症（17歳のときに某大病院で診断され、29歳で胸腺摘出術を行ったが、複視や手足が重い症状は残存していた。そのため当院神経内科を紹介受診し、56歳からステロイド内服開始となった）、高血圧、糖尿病（ステロイドによる）、白内障。
生活歴：〔飲酒歴〕週に瓶ビール5本（喫煙歴）20本×40年
家族歴：特記すべきことなし、心疾患、突然死なし

監修



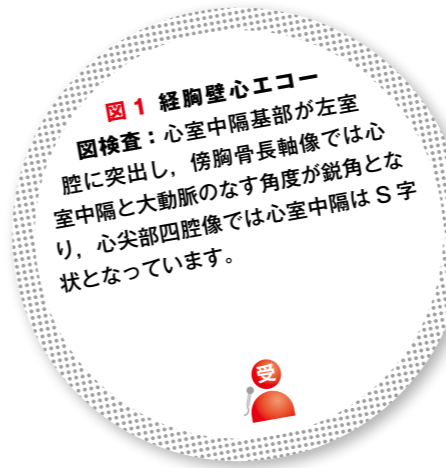
福田恵一（ふくだ けいいち）
慶應義塾大学医学部 循環器内科 教授
1983年 慶應義塾大学医学部 卒業。1990年 慶應義塾大学医学部 助手、1991年 国立がんセンター研究所 細胞増殖因子研究部 留学、1992年 ハーバード大学ベイスラエル病院 留学、1995年 慶應義塾大学医学部 助手、1999年 同 講師、2005年 同 再生医学 教授を経て、2010年より現職。

司会

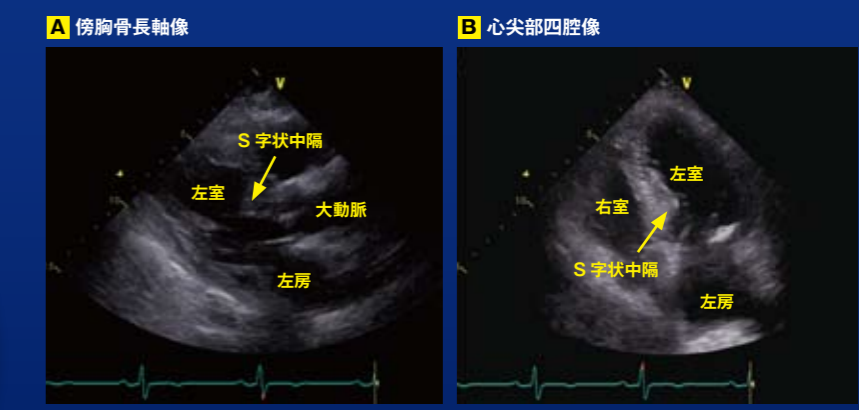


村田光繁（むらた みつしげ）
慶應義塾大学医学部 循環器内科 講師、同病院 心機能検査室 室長
1995年 慶應義塾大学医学部卒業。1999年 慶應義塾大学医学部大学院専門課程修了。同年 浦和市立病院（現 さいたま市立病院）勤務、2000年 米国ジョージア州ホプキンス大学留学、2004年 慶應義塾大学医学部 助手を経て、2008年 慶應義塾大学医学部 臨床検査医学 講師。

参加者



第23回 S字状中隔による運動誘発性左室流出路狭窄をきたした一例



はじめに

：今回は、胸痛とpre-syncope¹を主訴とし、その病態解明に苦慮した症例を取り上げます。明らかな左室肥厚を認めないものの、著明なS字状中隔があるために運動時に左室流出路狭窄をきたし、いわゆるHOCM²様の血行動態となることがあります。最近、とくに高齢者でこのような症例をしばしばみかけますが、本症例はS字状中隔による運動誘発性左室流出路狭窄に加えてNSVT³を合併しており、複雑な病態を呈しています。今回のカンファレンスでは、アナムネや検査所見から考えられる病態と治療方針についてディスカッションしたいと思います。

症例提示

：それでは病棟受け持ち医の猪原先生、研修医の先生、プレゼンテーションをお願いします。
受 研修医：よろしくお願ひします。症例は66歳の女性で、主訴はpre-syncopeです。本症例は重症筋無力症で、当院神経内科かかりつけの方です。X年ごろから5～10分程度の労作時胸痛を自覚するようになり、当科に依頼されました。同年1月ごろから労作時に血の気の引く感じを自覚していましたが、胸痛の症状が強く、とくに気にしていませんでした。
虚血性心疾患を疑って冠動脈CT検査を施行しましたが、有意狭窄は認めませんでした。しかし、心エコー図検査で著明なS字状中隔を指摘されていました（図1）。また、ホルター心電図で最大6連発のNSVTが認められまし

たが（図2A）、動悸やpre-syncopeなどの明らかな症状はありませんでした。さらに、同ホルター検査では胸痛も自覚していますが、心電図上有意なST変化を認めていません（図2B）。そこで、S字状中隔による運動誘発性左室流出路狭窄の可能性を考え、負荷心エコーが施行されました。運動負荷により左室流出路圧較差の増大を認め、流出路狭窄による胸痛と判断され、メインテート[®]1.25 mgが開始されました。メインテート[®]開始後は胸痛の出現はありませんでしたが、pre-syncopeは持続していませんでした。

：ありがとうございます。ここまでの現病歴で質問ある先生はいらっしゃいますか？
：自覚症状の胸痛とpre-syncopeに関係はありましたか？
受 研修医：いいえ、胸痛と血の気がひく感じは、別々のときに自覚されていま

脚注：1 失神前駆症状、2 閉塞性肥大型心筋症（hypertrophic cardiomyopathy）、3 非持続性心室頻拍（nonsustained ventricular tachycardia）