

# 第 16 回星陵循環器懇話会

日時:平成 25 年 12 月 14 日(土)

会場:江陽グランドホテル 4階 真珠の間

## 第 16 回星陵循環器懇話会プログラム

14:00 開会の挨拶.....下川宏明教授

### 症例検討会(1演題 10分、発表 7分+質疑 3分)

座長) 中村 明浩(14:05~14:35)

- 1) 低体温療法中、心機能低下により経皮的人工心肺による管理を要した一例  
東北大学病院 高度救命救急センター 有竹秀美、鈴木秀明、大村拓、工藤大介、入野田 崇、久志本成樹  
同 循環器内科 円谷隆治、白戸 崇、松本泰治、高橋 潤、伊藤健太、下川宏明  
同 卒後研修センター 加賀谷 豊

- 2) Stanford A型大動脈解離にLMTの急性心筋梗塞を合併した1例  
大崎市民病院 循環器科 及川卓也、高橋 望、辻 薫菜子、矢作浩一、竹内雅治、岩淵 薫、平本哲也

- 3) 健診で発見された心筋梗塞などから  
小白川至誠堂病院 内科 大江正敏、櫻井克彦、田島拓郎、小林 公

座長) 松本 泰治(14:35~15:05)

- 4) 低容量ドブタミン負荷で再現された たこつぼ型心筋症の一例  
平鹿総合病院 循環器内科 坂井勇仁、深堀耕平、相澤健太郎、武田 智、菅井義直、伏見悦子、高橋俊明、堀口 聡
- 5) 下脘十二指腸動脈瘤の一例  
山形県立中央病院 循環器内科 田中修平、菊地 翼、加藤重彦、高橋克明、玉田芳明、福井昭男、矢作友保、松井幹之、後藤敏和
- 6) 外傷性心損傷にともなって心タンポナーデを呈した一例  
岩手県立中央病院 循環器科 加賀谷裕太、中村明浩、阿部秋代、清水 亨、野田一樹、中嶋壮太、遠藤秀晃、高橋 徹、野崎英二

休憩 (15:05~15:25)

座長) 加藤 浩(15:25~15:55)

7) 広範囲熱傷患者に発症した拡張型心筋症の一例

東北大学病院 高度救命救急センター 福井玲矛、鈴木秀明、宮川乃理子、久志本成樹

同 循環器内科 杉村宏一郎、下川宏明

同 卒後研修センター 加賀谷 豊

8) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSA)に合併した若年発症の急性大動脈解離の1例

みやぎ県南中核病院 循環器内科 島田佐登志、富岡智子、佐藤 遥、伊藤愛剛、塩入裕樹、

小山二郎、井上寛一

9) 脾臓出血・破裂を併発し著明な心不全増悪の経過が観察された感染性心内膜炎の1例

栗原中央病院 内科 赤井健次郎、千葉貴彦

座長) 杉村宏一郎(15:55~16:25)

10) 一時的な大静脈フィルターの使用経験とその問題点

東北労災病院 循環器内科 田代篤史、川名暁子、高橋務子、加藤 浩

11) 慢性心不全患者の生涯再入院解析

仙台医療センター 循環器内科 佐藤大樹、藤田 央、山口展寛、尾上紀子、石塚 豪、

篠崎 毅

東北大学 循環器内科 下川宏明

12) 心嚢液貯留による心不全で発見された悪性リンパ腫の一例

仙台オープン病院 循環器内科 佐治賢哉、浪打成人、須田 彬、瀧井 暢、杉江 正、加藤 敦

同 外科 本多 博

座長) 下川 宏明(16:25~16:50)

13) 現在進行中の臨床研究、臨床治験についての経過報告とお願い

① NOVEL 試験 圓谷 隆治

② 難治性狭心症に対する超音波血管新生療法(医師主導治験) 伊藤 健太

16:50 閉会の挨拶.....下川宏明教授

## 演題抄録

- 1) 低体温療法中、心機能低下により経皮的人工心肺による管理を要した一例  
東北大学病院 高度救命救急センター 有竹秀美、鈴木秀明、大村拓、工藤大介、  
入野田 崇、久志本成樹  
同 循環器内科 円谷隆治、白戸 崇、松本泰治、高橋 潤、伊藤健太、下川宏明  
同 卒後研修センター 加賀谷 豊

76 歳女性、心室細動を発症し当院救命センターに来院。来院後自己心拍再開し、挿管・人工呼吸管理とした。冠動脈造影上、左冠動脈前下行枝 6 番が完全閉塞しており、同部位を血行再建、大動脈内バルーンポンピング(IABP)を挿入の上、24 時間 34℃ 低体温療法を開始した。しかし、体温低下に伴い血圧が徐々に低下、強心・昇圧剤の投与を行ったが血圧低下は持続し、無脈性電気活動となった。心肺蘇生下に経皮的人工心肺装置(PCPS)を挿入し、低体温療法を継続した。血行再建後の心エコー上、前壁中隔の壁運動低下を認めたものの左室収縮は保たれていたが、低体温療法中はほぼ心収縮を認めない状態であった。しかし、復温に伴い徐々に血圧は上昇し、容易に PCPS・IABP より離脱でき、心収縮も回復した。今回、低体温療法中の心機能低下に関し議論する。

- 2) Stanford A 型大動脈解離に LMT の急性心筋梗塞を合併した 1 例  
大崎市民病院 循環器科 及川卓也、高橋 望、辻 薫菜子、矢作浩一、竹内雅治、  
岩渕 薫、平本哲也

【症例】77 歳 男性 【主訴】胸痛

【既往歴】高血圧，珪肺，脊柱管狭窄症，左膝蓋骨骨折

【現病歴】平成 25 年 11 月 4 日午前 9 時 30 分頃、胸痛を自覚し、嘔吐した。胸痛が持続するため救急要請し、当院搬送された。

【入院時現症】JCS II-10，血圧 89/67mmHg，脈拍 83/min，SpO2 88%(リザーバーマスク 15L/min)，呼吸回数 31 回/min，顔面蒼白，四肢冷感，肺野に coarse crackle を聴取し、心音は不明瞭であった。四肢の脈は左右差なく微弱であった。

【検査所見】12 誘導心電図で、心房細動，Ⅲ・aVR・aVF で ST 上昇，I・aVL・V2～V6 で ST 低下を認めた。心臓超音波検査にて壁運動は前壁・側壁が基部から severe hypokinesis、EF20%程度、上行大動脈に flap と moderate AR を認めた。造影 CT では、大動脈弁直上から腕頭動脈分岐部直前まで偽腔開存型の解離を認め、LCA(LMT)は偽腔から出ているように見えた。また心筋は前壁から側壁にかけて造影不良を認めた。

【経過】LMT の AMI を併発した stanford A 型の大動脈解離と診断し、他院心臓血管外

科にコンサルトしたが、LMTの虚血解除が最優先との提示を受けた。徐々に血圧低下と酸素化不良を認め、NPPV装着し、当院にて緊急PCIの方針とした。LCAは偽腔に圧排されており、真腔からのengageに難渋したが、最終的には偽腔をfull coverするようにLMTからD1分岐部までステント留置し、bail outに成功した。しかしPCI終了後に心不全はさらに増悪、ノルアドレナリンにて昇圧しつつ、気管挿管し、人工呼吸器管理とした。再度、他院心臓血管外科にコンサルトし、PCPS挿入の上で搬送の指示を受け、PCPSを装着したが、vital signは安定せず、搬送出来ない状態であった為、当院で経過をみることとなった。その後、心筋の回復なくPCPSのflowが低下し、永眠された。

【考察】大動脈解離によるLMTのAMIに対して、術前にPCIを行うかどうかについては意見が分かれるところであり、PCIについても定まった方法は確立されていない。ステント留置、パーフュージョンバルーンによる拡張、ガイディングカテーテルによる真腔の確保、side hole付きガイディングカテーテルによるLMTの確保など、様々な方法が考えられる。本症例ではステント留置を選択したが、残念ながら救命できなかった。

【結語】Stanford A型大動脈解離からLMT狭窄を来し、AMIを合併した1例を経験した。救命の為には迅速なLMTへの血行再建が望まれる。

### 3) 健診で発見された心筋梗塞などから

小白川至誠堂病院 内科 大江正敏、櫻井克彦、田島拓郎、小林 公

症例1は52才、男性。47才より脂質異常症を指摘され近医にてスタチンを間欠的に服用している。毎年、健診を受けているが心電図異常を指摘されたことはない。平成25年6月6日、同じ健診センターを受診、心電図で「軽度ST低下、高度T波異常、心筋梗塞疑い」の所見あり早急の精査要と6月10日通知され近医受診、6月19日当科紹介。心電図はII、III、aVF、V5-6で陰性T波、III、aVFでQ波を認めた。繰り返し問診したところ5月1日、3時間の胃部痛あり胃散で改善、以後何ともないので近医にも相談してないとのこと。心筋梗塞の発作日と診断、6月26日冠動脈造影施行、#2 75%、#3 100%、#13 75%の狭窄を認め、同日#2、3にPCI施行した。本例はABIが右0.83と低下していたので3D-CT施行したところ右大腿動脈に閉塞性動脈硬化症も認めた。症例2は62才男性。45才より高血圧症、脂質異常症で当科通院中。平成25年9月2日より労作時の胸部不快感3-5分あり、9月6日朝には症状が強く持続時間も長くなったので同日午前当科受診。心電図、心エコー、採血異常なしも経過よりACSを疑い同日午後、冠動脈造影施行。造影で#1 95%、#6 95%、#7 90%、#14 90%の狭窄あり、同日#1、6、後日#7、14にPCI施行した。(考察)以上の2症例に共通する危険因子は脂質異常症、喫煙であったがその周辺を含めて考察してみる。

#### 4) 低容量ドブタミン負荷で再現された たこつぼ型心筋症の一例

平鹿総合病院 循環器内科 坂井勇仁、深堀耕平、相澤健太郎、武田 智、菅井義直、伏見悦子、高橋俊明、堀口 聡

[症例] 70代女性、高血圧、脂質異常症で近医で治療中、喫煙歴40年。間歇性跛行あり、平成25年4月当院に紹介された。下肢造影CTで右SFA閉塞、左SFA高度狭窄あり、シロスタゾール200mgを投薬し、同年5月および7月に両病変にPTA施行された。その際に施行された心エコーでは左室の壁肥厚はないが、内腔は小さく過収縮で、左室中部に3.2m/secの狭窄血流が見られた。左室造影でも過収縮であったが、明らかな左室内圧較差はなかった。冠動脈造影では中等度の狭窄を数カ所に認めた。

10月18日、入院中の姉の見舞い中に胸背部痛生じ、冷汗著明、血圧62/43と低下し当科外来に搬送された。胸部CTでは大動脈解離はなかった。心エコーでは左室基部が過収縮でSAMがみられ、左室流出路に6.2m/secと高度の狭窄血流あり、心尖部は瘤状に壁運動異常を認めた。10月29日の左室造影では心尖部の壁運動異常は消失し、左室内に圧較差は認めなかった。冠動脈造影では前回と著変なかった。

10月31日ドブタミン負荷エコー施行、7.5γ負荷で高度のSAMが生じ左室流出路に9m/secの高度の狭窄血流が見られ、同時に心尖部に壁運動異常が生じた。血圧低下はなかったが、入院時と同様の胸部痛も生じた。ただちに負荷を中止し、胸痛、壁運動異常、流出路狭窄もすみやかに消失した。

現在はβ遮断薬を投与し、シロスタゾールを中止し、経過観察中である。なお心筋生検では心筋の肥大等は見られなかった。

[考察] 左室肥大のない症例で、閉塞性肥大型心筋症様の血行動態が低容量ドブタミン負荷で再現された。ストレスによるカテコラミン負荷、狭い左室内腔、シロスタゾールの内服などが、本例のたこつぼ型心筋症の病態に関与していると考えられた。

#### 5) 下腭十二指腸動脈瘤の一例

山形県立中央病院 循環器内科 田中修平、菊地 翼、加藤重彦、高橋克明、玉田芳明、福井昭男、矢作友保、松井幹之、後藤敏和

症例は54歳女性。既往に妊娠高血圧症。52歳時に久しく受けていなかった健康診断を受診し、高血圧を指摘されていたが放置していた。54歳時の健康診断でも高血圧と心電図異常を指摘され当科を受診した。初診時に血圧230/130mmHgと高く、腹部に拍動性腫瘍を触れ、血管雑音も聴取された。精査の結果、二次性高血圧症は否定的で本態性高血圧症と診断された。また造影CTにて正中弓状靭帯の圧迫によると思われる腹腔動脈の閉塞と下腭十二指腸動脈瘤を認めた。動脈瘤腹腔動脈の分枝には動脈瘤の遠位から側副血行が認められた。外科的切除に関しては腭十二指腸切除の必要があり、侵襲が大きいことから経皮的インターベンションにて腹腔動脈を開存させ動脈瘤

を塞栓する方針とした。しかしながら、ガイドワイヤーは逆行性に肝動脈までは到達するものの、腹腔動脈を通過できず治療を断念した。東北大学放射線科に治療を依頼し、コイル塞栓術を施行され術後の経過は良好であった。下腭十二指腸動脈瘤は稀であり、インターベンションにより治療可能であった一例を経験したので報告する。

## 6) 外傷性心損傷にともなって心タンポナーデを呈した一例

岩手県立中央病院 循環器科 加賀谷裕太、中村明浩、阿部秋代、清水 亨、野田一樹、中嶋壮太、遠藤秀晃、高橋 徹、野崎英二

【症例】74歳女性

【主訴】意識消失

【既往歴】2型糖尿病、白内障、甲状腺疾患(詳細不明)

【現病歴】今まで特に心疾患を指摘されたことはなく、胸部症状を自覚したことも無い。平成25年10月11日、自宅台所で家事をしていた。夫が20分ほど目を離した後台所で倒れていた患者を発見、声掛けに応答無かったため救急要請した。

【来院時所見】意識レベル JCS 1、血圧65/46mmHg、脈拍数101/分、末梢冷感つよくSpO<sub>2</sub>測定不能、心エコー上左室が全周性に壁運動低下していた。また全周性に心嚢液貯留がみとめられた。造影CTでは急性大動脈解離は否定的であり、劇症型心筋炎が疑われた。またCTの前後では心嚢液の増加がみとめられた。

【来院後経過】虚血性心疾患の否定のため緊急冠動脈造影検査が施行された。冠動脈造影中にバイタルサインが崩れ、急遽PCPSを挿入することとなった。PCPS作動開始時から急速に心拍数が低下、心停止となった。心エコーでは大量の心嚢液貯留をみとめ、心嚢ドレナージで自己心拍再開した。冠動脈造影検査を中止し、ICUに入院した。しかしその後も心嚢ドレナージチューブからの出血がとまらず、ICUでもバイタルサインの維持が困難になった。

当院心臓血管外科に試験開胸術を依頼した。その結果、左室側壁の一部に外傷によると思われる挫滅創およびその周囲の静脈からの持続的な出血をみとめた。出血部位周囲の組織を縫合し止血した。術後はバイタルサインは安定した。

人工呼吸器管理を離脱するために沈静薬を中止しても意識レベルの改善が見られなかったため頭部CTを施行すると低酸素脳症と右後頭葉の血栓性脳梗塞が見られた。当院神経内科と相談し、意識レベルの回復は困難と判断された。その後、脳梗塞に対してリハビリ目的に転院した。

## 7) 広範囲熱傷患者に発症した拡張型心筋症の一例

東北大学病院 高度救命救急センター 福井玲矛、鈴木秀明、宮川乃理子、  
久志本成樹  
同 循環器内科 杉村宏一郎、下川宏明  
同 卒後研修センター 加賀谷 豊

51 歳、男性。元々うつ病があり、自殺目的に自ら灯油をかぶり火をつけ受傷。両下肢・臀部を中心にⅡ・Ⅲ度熱傷面積 60%の広範囲熱傷であり、顔面熱傷・気道浮腫のため気管切開術を要した。受傷 27 日目の心エコー上、頻脈だが EF 53%と保たれおり心不全所見を認めず、受傷 106 日目には人工鼻酸素 2L/分で SpO<sub>2</sub> 100%を保っていた。しかし、受傷 107 日目より呼吸状態が悪化し人工呼吸管理を開始、心エコー上 EF 39%とびまん性に低下しており、急性心不全と診断の上ドブタミン持続投与を含めた心不全治療を開始した。左室収縮不全はその後も持続し、熱傷部位の感染による敗血症を繰り返したこともあり心不全は寛解増悪を繰り返し、持続のドブタミンを中止できずに経過した。内服薬としてメインテート、ニューロタンに加え、強心作用を期待してラニラピッド、ピモペンダンの導入により以後心不全増悪なくドブタミンより離脱できた。【考察】熱傷患者は末梢酸素需要量が多く、心不全合併例で静注強心薬から離脱困難な症例では、内服強心薬を試みる必要性が高いと考えられた。

## 8) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSA)に合併した若年発症の急性大動脈解離の 1 例 みやぎ県南中核病院 循環器内科 島田佐登志、富岡智子、佐藤 遥、伊藤愛剛、 塩入裕樹、小山二郎、井上寛一

【背景】閉塞性睡眠時無呼吸(OSA)も合併する、若年者の大動脈解離に関する小規模の疫学調査報告は散見されるが、症例報告は少ない。今回、OSA に合併した若年の大動脈解離の 1 例を経験したので報告する。

【症例】37 歳、男性、BMI 26.7。既往歴：未治療の高血圧。現病歴・経過：2013 年 10 月某日、午前 11 時 30 分、入浴中に突然の胸痛を自覚し救急搬送された。

来院時血圧 178/91、造影 CT にて左鎖骨下分岐部遠位部から腎動脈分岐部まで、偽腔開存型の大動脈解離を認め、StanfordB 型の急性大動脈解離と診断した。臓器血流は保たれていたため、保存的治療を開始した。ニトログリセリン、ニカルジピン、ジルチアゼムの点滴、βブロッカーの内服で降圧治療を開始した。

2.日目以降 SIRS によると思われる胸水が出現し、呼吸不全となり一時 NIPPV 管理となるも 7 日後に改善し、NIPPV を離脱した。急性期以降は内服治療を行ったが、収縮期血圧は 130~140 台とコントロールは不十分であった。閉塞性睡眠時無呼吸(OSA)による高血圧を考え、簡易ポリソムノグラフィーを施行した。その結果 AHI 18.9 回/時で中等度睡眠時無呼吸と診断し、薬剤抵抗性の高血圧の一因と考えた。今



後 CPAP を導入していくこととし、第 35 病日目に退院となった。

【考察】本症例の薬剤耐性高血圧の原因として、二次性高血圧の原因を検索したが有意な結果は得られず、一方、いびき、肥満、短頸などから OSA が考えられた。若年の大動脈解離患者の 50%が OSA であったという報告があり(Hata,et al.2011)、本症例についても OSA による高血圧が、大動脈解離の遠因と考えられる。この様に致死的な疾患の原因となりうる OSA であるが、85%が未診断と言われている。若年者の致死的心血管病の予防には OSA の診断率を上げる事が重要と言える。また、若年発症の大動脈解離を診た場合、睡眠障害が隠れている可能性が高いことを念頭に置き、その検索を行い、CPAP の導入につき検討することが重要であると思われる。

## 9) 脾臓出血・破裂を併発し著明な心不全増悪の経過が観察された感染性心内膜炎の 1 例

栗原中央病院 内科 赤井健次郎、千葉貴彦

症例: T.O. 65 歳 男性

主訴: 食欲不振

経過: 2010 年には胃癌に対する胃切除術を他院(磐井病院)で、2012 年 10 月には大腸癌に対する大腸切除術を同じ病院で施行される。その後は栗駒の近医を受診していたが、同年 10 月下旬よりの食欲不振が改善しないため 2012/12/4 に当院内科(消化器内科)紹介となり入院する。入院後には転倒等の打撲がないにもかかわらず脾臓出血・破裂が見つかり、カテーテル塞栓術が施行されている。入院後約 20 日間の経過観察で、著明な心不全増悪 (Pro BNP 4,465→33,662)が認められたため、他医師(循環器内科)コンサルトとなる。経胸壁心エコー検査の比較によりこの期間の著明な心機能低下・僧帽弁逆流の増悪が明らかとなる。また、臨床経過と経胸壁心エコーの僧帽弁後尖形態及び静脈血液培養陽性より感染性心内膜炎(IE)の診断となった。臨床症状・経過・検査結果等より、準緊急の僧帽弁置換術の適応(他には治療なし)と判断され、同手術を目的として 2012/12/20 に仙台オープン病院心臓血管外科へ紹介となる。2012/12/25 に仙台オープン病院心臓血管外科で僧帽弁置換術(CEP Magna Ease Mitral #27), TAP(MC3 #34) & LAA plication が施行される。術後の経過は比較的良好で、2013/1/22 にリハビリテーション、内服治療の調整を目的に当院に転院し、2/19 に当院を退院した。その後は当院内科(循環器内科)外来受診が継続され IE 再発を認めず経過は良好となっている。

## 10) 一時的下大静脈フィルターの使用経験とその問題点

東北労災病院 循環器内科 田代篤史、川名暁子、高橋務子、加藤 浩

【症例】 77歳女性【既往歴】 高血圧

【現病歴】 右股関節変形症に対して平成25年8月19日当院整形外科にて右人工股関節置換術を施行。術後、リハビリテーションを施行するも2回同部位を脱臼したため、10月29日に再置換術を予定された。術前に施行した下肢静脈エコーにて右膝窩静脈に血栓を認め（8月の初回手術時には認めなかった）たために、下大静脈フィルター留置の依頼を含め、当科紹介となった。

【経過ならびに考察】

緊急手術ではないことと肺動脈塞栓症を発症していない深部静脈血栓症であることから、下大静脈フィルターの留置は **over indication** と考えられ、当科としてはヘパリン化のうえの待機手術を推奨。しかし、入院期間が長期にわたり、再手術が2度延期になっていることから、本人、家族がナーバスになっており整形外科としては一刻も早い手術を希望。整形外科、麻酔科の強い希望あり、フィルター留置に伴うリスクも納得の上で一時的下大静脈フィルターを右内頸静脈アプローチで留置した。

フィルター留置翌日、再置換術を施行、周術期もヘパリン化を行ったうえで、術後4日目に、造影下に抜去を試みたが、フィルターの遠位部に血栓像を認め、抜去を中止。また、カテーテルの先端が留置の際より抜けてきており、肝臓レベルにあった。同日CTを撮影したが、やはり血栓がフィルターにひっかかっている様子を認め、深部大腿静脈遠位部にあった血栓も確認できず、フィルターに捕捉された可能性もあると考えられた。帰室後からヘパリン化継続のままウロキナーゼを併用し、血栓溶解を試みた。術後7日目に再造影、フィルターのゆがみがあったものの、血栓は確認できず抜去したが、フィルターには赤色血栓が付着していた。ウロキナーゼ使用下に新鮮な血栓が形成されることも予想しにくく、術前の血栓が捕捉されたのではないかと考えた。幸い合併症もなく、ワーファリンを開始し整形外科へ転科となった。当科としては一時的下大静脈フィルターの使用、

また周術期であるという理由でのフィルター留置も初めてであった。

経過を通して、非心臓手術における深部静脈血栓の対処方法ならびに一時的フィルターの管理について多くの問題点と直面したため、報告する。

## 11) 慢性心不全患者の生涯再入院解析

仙台医療センター 循環器内科 佐藤大樹、藤田 央、山口展寛、尾上紀子、

石塚 豪、篠崎 毅

東北大学 循環器内科 下川宏明

背景：欧米における慢性心不全（CHF）患者の再入院頻度は、初回退院後早期と死

亡直前にピークを有する 2 相性パターンを示す。本研究の目的は、本邦における CHF 患者の死亡までの再入院時相と初回入院期間の影響を解析することである。

方法:平成 1 年から 24 年間の間に初回 CHF 入院から死亡まで追跡可能であった 308 例を対象とし、初回入院期間が 30 日未満群 (n=133) と 30 日以上群 (n=175) に分類した。死亡までの期間の五分位値に対する再入院のべ回数を両群間で比較した。

結果:30 日未満群では第 1 五分位値 (退院早期) と第 5 五分位値 (死亡直前) に 2 つの再入院ピークを認めた。一方、30 日以上群の再入院回数は五分位値とともに指数関数的に増大し、死亡直前に単一のピークを認めた。

結論:短い初回入院期間は退院早期の再入院と関連しているかもしれない。

## 12) 心嚢液貯留による心不全で発見された悪性リンパ腫の一例

山台オープン病院 循環器内科 佐治賢哉、浪打成人、須田 彬、瀧井 暢、  
杉江 正、加藤 敦  
同 外科 本多 博

症例は 65 歳女性。主訴は息切れ。現病歴は、平成 24 年 12 月 13 日から両側上眼瞼の浮腫を自覚し、徐々に下腿浮腫、息切れが出現したため近医受診し、うっ血性心不全として当科へ紹介された。身体所見では両下肢の浮腫、頸静脈の呼吸性変動低下認められたが、頸部リンパ節、鎖骨下リンパ節は触知せず。心エコー、CT で著明な心嚢液貯留が認められ、心嚢液貯留による拡張障害を来した心不全と診断し、心不全治療を開始するとともに原因検索を行った。甲状腺ホルモン、腫瘍マーカーは有意な上昇無く、心筋梗塞、心筋炎、感染性心内膜炎、肺結核は否定的であった。通常的心不全治療で心嚢液貯留の改善なく、平成 25 年 1 月 15 日心嚢液穿刺施行。血性心嚢液が採取され、細胞診提出したところ、**very strongly suggestive of malignancy** として悪性リンパ腫が疑われた。大学病院血液内科に紹介としたが、PET や CT、その他諸検査で異常所見認めず経過観察の方針となっていた。同年 8 月 21 日の乳癌検診で左乳房 C 領域に腫瘍触知され、針生検を施行された所、びまん性大細胞性 B 細胞性悪性リンパ腫の診断を得た。化学療法を行う予定であったが約一ヶ月で自然消退し、現在大学病院血液内科で経過観察中である。

心膜に発生する悪性リンパ腫はほとんどが他部位のリンパ腫による心膜浸潤であるが、心嚢液貯留で診断された心膜原発の原発性体腔性リンパ腫が少数ではあるが症例報告されている。本症例も同様の原発性体腔性リンパ腫と考えられるが、心嚢液ドレナージ後に再貯留無く経過し、さらに他部位 (origin が同様であるかは不明であるが) に出現して消退した非常に稀な悪性リンパ腫を経験したので報告する。

13) 難治性狭心症に対する超音波血管新生療法(医師主導治験)ご協力のお願い  
東北大学病院 循環器内科 伊藤健太、高橋 潤、松本泰治、圓谷隆治、羽尾清貴、  
埴 健一郎、西宮健介、二瓶太郎、金澤正範、進藤智彦、尾形 剛、小鷹悠二、  
坂田泰彦、下川宏明

当科では、低出力体外衝撃波を用いた血管新生療法を開発し、臨床応用してきました。今回、衝撃波と同じ音波である超音波を用いた血管新生療法を開発し、医師主導治験を多施設共同で開始します。

【目的】難治性狭心症患者の生活の質(QOL)を改善すること。

【対象】薬物療法に対して抵抗性を有し、かつPCIやCABGによる治療が困難、あるいは、利益に比してリスクが高い狭心症患者(いわゆる、No optionの狭心症症例)

【症例数】80例(実治療群とプラセボ治療群40例ずつ)

【治験期間】2013年12月～2016年3月

【治験調整医師】東北大学 下川宏明教授

【参加施設】東北大学、国立循環器病研究センター、順天堂大学、兵庫医大、東京医大ほか。

衝撃波治療(先進医療)との違い

- ① 胸痛頻度が平均週1回以上の患者が対象【衝撃波治療では頻度に制限なし】
- ② 人工弁(機械弁)やデバイス植込(PM, ICD, CRT-D)患者も可【衝撃波治療では適応外】
- ③ 治験治療は無料【衝撃波治療は265,500円】。

関連病院の先生方からの候補症例のご紹介をお待ちいたしております。  
まずは、メールやお電話でご相談下さい。