

第15回ふくしま心エコー研究会

プログラム・抄録集

平成21年4月18日(土) 15:00 開始

ビッグパレットふくしま コンベンションホール A

(郡山市 安積町 日出山字北千保 19-8:TEL024-947-8010)

当日参加費として1000円徴収させていただきます。
一般演題は発表10分 質疑5分をお願い致します。

本研究会は超音波検査士認定制度の対象になります。(発表5点 参加5点)
本研究会は日臨技生涯教育制度の対象になります。(専門;生体検査20点)

共催: (社)福島県臨床衛生検査技師会
ファイザー株式会社

後援: 福島県臨床工学技士会

【プログラム】

<学術情報提供> ファイザー(株)

15:00 開会のご挨拶

ふくしま心エコー研究会代表世話人 公立岩瀬病院 循環器内科 大谷 弘

15:15 一般演題 (発表10分 質疑5分)

Session1 座長 総合南東北病院 大杉 拓先生
福島県立医科大学附属病院 佐久間 信子先生

演題1『バルサルバ負荷にて診断し得た潜在性のHOCMの2例』

医療生協わたり病院 臨床検査科 野田 繁子

演題2『経食道心エコーが有用であった症例経験』

(財)大原総合病院附属大原医療センター 臨床検査部 斎藤 祐一

演題3『左心室乳頭筋に発生した乳頭状線維弾性腫の一例』

(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 生理検査科 渡部 さゆり

Session2 座長 県立会津総合病院 宗像 源之先生
白河厚生総合病院 中村 勉先生

演題4『心エコーによる僧帽弁閉鎖不全症の診断と僧帽弁形成術
— 術中所見を中心に —』

(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 心臓血管外科 丹治 雅博

演題5『成人期に増悪を認めた大動脈弁下狭窄の2例』

福島県立医科大学附属病院 検査部 二瓶 陽子

演題6『右心不全にて発症し診断に苦慮した三尖弁前尖のEbstein病の一例』

済生会福島総合病院 検査部 五十嵐 玲子

【 Coffee Break 】 15分

超音波装置展示コーナーにお立ち寄り下さい。

※ 何か聞いてみたい症例がございましたら休憩時間に検討します。資料をお持ち下さい。

17:00 特別講演

座長:福島県立医科大学 内科学第一講座 教授
竹石 恭知 先生

演題:「成人先天性心疾患の超音波検査」

岩手医科大学附属循環器医療センター 小児科 教授
小山 耕太郎先生

一般演題 抄録

Session 1 座長 総合南東北病院 大杉 拓先生
福島県立医科大学附属病院 佐久間 信子先生

演題 1 『バルサルバ負荷にて診断し得た潜在性の HOCM の 2 例』

医療生協わたり病院 臨床検査科、内科循環器科¹

○野田繁子 大戸ユリ子 氏家道夫 野崎陽子 斎藤寛美 渡部朋幸¹

【はじめに】

閉塞性肥大心筋症(HOCM)は突然死を起こすこともある予後不良の疾患であるが、約 30%の症例では誘発によってのみ左室内圧較差が顕在化するといわれている。今回我々はルーチン心エコー検査時のバルサルバ負荷にて左室内圧較差を誘発し、HOCM と診断し得た 2 症例を経験したので報告する。

症例 1: 65 歳、女性 6 か月前より続く労作時息切れを主訴に外来受診した。胸骨左縁第 4 肋間に Levine 2/6 の収縮期雑音を聴取した。心電図では V4-6 の ST-T 変化と R 波増高を認め、左室肥大の所見であった。安静時心エコー検査では、軽度の心室中隔肥厚と約 27.7mmHg の左室内圧較差を認めたが明らかな流出路閉塞は認めなかった。バルサルバ負荷後には収縮末期にピークを有する 107mmHg の左室流出路狭窄が誘発された。心臓カテーテル検査では明らかな左室内圧較差を認めず、イソプロテレナール負荷試験を施行したところ、いつもの労作時息切れが出現し、心尖部と流出路で 30mmHg の左室内圧較差を認めた。HOCM と確定診断した。

症例 2: 83 歳、女性 軽度大動脈弁狭窄(AS)と診断されていた。労作時呼吸困難が憎悪し、AS の進行を疑われ心エコー検査が行われた。安静時心エコー検査では大動脈弁は 3 尖とも石灰化していたが弁口面積は不変であった。明らかな SAM も認められなかった。バルサルバ負荷を行ったところ収縮末期にピークを有する 73.3mmHg の左室流出路狭窄が誘発された。心臓カテーテル検査では大動脈弁狭窄は認められず HOCM と診断した。

【考察】バルサルバ負荷は簡便であり検査室で医師のオーダーなくとも施行できる。心雑音や胸痛などの精査の際、安静時の検査のみで原因が特定できない場合はバルサルバ負荷を考慮すべき教訓的な症例と考え報告した。

演題 2 経食道心エコーが有用であった症例経験

大原医療センター 臨床検査部 ○斎藤 祐一、金子 真紀子

大原医療センター 循環器科 山田 慎哉、水上 浩行石幡 貴子、阿部 之彦

【はじめに】当院では、心エコー(UCG)検査の週間予定の中で、2 回程度技師が単独で検査を行っています。技師は、全ての症例をビデオに動画記録をし、その中で、所見に対し疑問に思った症例は、後日、担当の循環器科の医師とビデオカンファランスをしています。今回我々は、ビデオカンファランス後経食道心エコー(TEE)検査が有用だった症例を報告する。

【症例 1】69 歳、女性。近医より、胸部レントゲン写真、心陰影右第 2 弓拡大を指摘され、当院循環器科に紹介される。UCG 上、右心系拡大と、左心室の distortion が認められ、TEE 施行となる。

【症例 2】68 歳、女性。糖尿病、高血圧、狭心症で近医に通院。今回は、負荷心電図で ST 低下が認められたため、心臓カテーテル検査目的で、当院循環器科に紹介される。心臓カテーテル検査前の UCG にて、大動脈弁 LCC に腫瘍あるいは疣贅思われる所見が得られ、TEE 施行となる。

【症例 3】79 歳、女性。歩行時ふらつき、不穩にて、脳外科入院。心房細動があり、当院循環器科に紹介される。UCG 上、僧房弁前尖基部、左室流出路に可動性の構造物を認め、TEE 施行となる。

演題3 「左心室乳頭筋に発生した乳頭状線維弾性腫の一例」

太田西ノ内病院 生理検査科¹ 心臓血管外科² 循環器センター³

○渡部さゆり¹ 小室和子¹ 脇坂尚子¹ 吉田靖子¹ 相原理恵子¹ 金内あかね¹ 山寺幸雄¹
高橋皇基² 丹治雅博² 白岩理³ 武田寛人³

【はじめに】原発性心臓腫瘍は剖検例の約 0.02%において発見され、その中で乳頭状線維弾性腫の発生頻度は 10%程度と少ない。多くは弁膜から発生し、心室からの発生は非常に稀である。今回我々は左心室乳頭筋に発生した乳頭状線維弾性腫の一例を経験したので報告する。

【症例】81 歳、男性

【主訴】特になし

【既往歴】高血圧症、肺炎、肺膿瘍

【家族歴】特になし

【現病歴】平成 20 年 11 月、肺炎、肺膿瘍のため当院総合診療科に入院。肺膿瘍の手術適応となり、術前スクリーニングで施行した経胸壁心エコーにて左心室内の腫瘤を指摘された。平成 21 年 1 月下旬、腫瘤切除目的に心臓血管外科に再入院となった。

【経胸壁心エコー所見】左心室前乳頭筋周辺に 16×12mm 大の腫瘤性病変を認める。腫瘤は、平滑な球状を呈し、周囲には毛羽立ち様のエコーが見られる。内部エコーはほぼ均一。可動性に富んでいる。僧帽弁自体の変性や狭窄所見は認めず。左室駆出率は 61%と壁運動は保たれている。【経食道心エコー所見】経胸壁心エコー同様、腫瘤性病変を認める。経胸壁心エコーでは不明瞭であった茎が確認され、茎は前乳頭筋に付着していた。

【手術所見】左心室前乳頭筋に付着した、径約 2cm のイソギンチャク様の腫瘤が確認され、内視鏡ガイド下にて腫瘤を切除した。病理組織診断において、標本は内皮に被われた乳頭状増殖を呈しており、乳頭状線維弾性腫と診断された。

【考察】今回の症例では、エコー所見から疣贅や血栓との鑑別を要したが、感染性心内膜炎を疑う所見はなく、また左室収縮能は保持されていることから血栓は否定的であり、病変は腫瘍と思われた。画像所見のみで腫瘍の質的診断を行うには限界があるが、病変に特徴的な所見を捉えることで、鑑別の一助となり得るものがある。本症例は心臓腫瘍において高い割合を占める粘液腫も考えられたが、辺縁や内部エコーの性状、さらには詳細な観察により、乳頭状線維弾性腫に特徴的な腫瘤表面の毛羽立ち spicular echo が確認できたことで、エコー所見からは乳頭状線維弾性腫が最も考えられた。

【まとめ】左心室乳頭筋に発生した乳頭状線維弾性腫の一例を経験した。心臓腫瘍性病変を検出した際には、臨床経過、基礎疾患を踏まえたうえで、丁寧にエコー所見を読むことにより有用なデータを提供できると考える。

Session2 座長 県立会津総合病院 宗像 源之先生 白河厚生総合病院 中村 勉先生

演題4 心エコーによる僧帽弁閉鎖不全症の診断と僧帽弁形成術 — 術中所見を中心に —

太田西ノ内病院 心臓血管外科¹ 生理検査科²

○丹治雅博¹、高橋皇基¹、籠島彰人¹、高野智弘¹

脇坂尚子²、吉田靖子²、相原理恵子²、金内あかね²、渡部さゆり²、小室和子²、山寺幸雄²

僧帽弁閉鎖不全症の治療法として、術後左心機能の保持及び抗凝固療法が不要となることから弁形成術が最善の術式であり、当院においてもほとんどの症例で弁形成術を施行している。弁形成術においては、術前心エコーによる病因(Etiology)、部位(Lesion)、病型(Dysfunction)を含めた詳細な僧帽弁評価が術式を決めるうえで極めて重要となる。

今回、1) 僧帽弁後尖逸脱に対する American correction、2) 僧帽弁前尖逸脱に対する Anchoring technique、3) tethering を伴う虚血性心筋症に対する左室形成術及び僧帽弁形成術について術前、術後の心エコー所見及び術中ビデオを中心に供覧する。

演題5 成人期に増悪を認めた大動脈弁下狭窄の2例

福島県立医科大学 附属病院検査部¹、循環器内科²

○二瓶陽子¹、高野真澄^{1,2}、佐久間信子¹、堀越裕子¹、佐藤ゆかり¹、堀越由紀子¹、遠藤由美子¹、石川英昭¹、小林淳²、杉本浩一²、待井宏文²、石橋敏幸²、竹石恭知²、金光敬二¹

【症例1】30代女性【既往歴】20代2妊2産（正常分娩）【現病歴】幼少期に心内膜床欠損症にて、心房中隔欠損に対しパッチ閉鎖術および僧帽弁形成術を施行される。その後症状なく、20歳以降定期受診せず。平成20年健診にて心拡大を指摘され、精査のため当院入院。心エコーにて左室流出路狭窄（177mmHg）と著明な左室肥大、僧帽弁前尖逸脱による重度僧帽弁逆流を認めた。経食道心エコーでは線維性隆起構造物による左室流出路狭窄（大動脈弁下膜性狭窄：discrete subaortic membrane）と大動脈二尖弁を認めた。さらに心臓カテーテル検査にて左室流出路圧較差160mmHgであった。大動脈弁下狭窄および僧帽弁閉鎖不全症の診断にて、膜様構造物切除術および僧帽弁形成術が施行された。

【症例2】20代女性【現病歴】幼少時より大動脈弁下狭窄（圧較差約30mmHg）にて経過観察されていたが、10代後半から受診せず。平成20年7月より咳嗽と発熱を認めていた。12月初旬より38°台の発熱が持続、12月末に呼吸困難が出現し、当院入院。心エコーにて左室流出路狭窄（106mmHg）と重症大動脈弁逆流、経食道心エコーにて大動脈弁下膜性狭窄と大動脈弁に付着する疣腫とを認め、感染性心内膜炎と診断された。血液培養では *Streptococcus oralis* が検出された。くも膜下出血を合併しており、心不全コントロールと併せて加療後、IEに対して外科的治療を行った。術中所見では大動脈弁に加え僧房弁にも感染が及んでおり、また左室と右房に瘻孔を認めた。大動脈弁・僧房弁置換術、大動脈弁下膜様構造物切除術、右房-左室瘻閉鎖術が施行された。

【考案】今回我々は、先天性大動脈弁下狭窄が成人期に増悪した2例を経験した。幼少期の圧較差が軽度であった症例においても成人期以降に狭窄が増悪する場合があります、定期的な経過観察の継続が必要と考えられた。また、幼少時の手術施行の際には軽度圧較差症例における膜様構造物の追加切除など術式の検討が必要と考えられた。

演題6 右心不全にて発症し診断に苦慮した三尖弁前尖のEbstein病の一例

済生会福島総合病院 検査部¹、同内科²、福島県立医科大学循環器内科³

○五十嵐玲子¹、大谷美和¹、鈴木顕紀¹、紺野加世子¹、丹治春香¹、橘内きぬ¹、大竹秀樹²、三次実²、渡辺正之²、高野真澄³

Ebstein病は三尖弁の中隔尖、後尖（まれに前尖）の右室壁への異常付着と心尖部への偏位による心室の心房化（右房化右室）、その部分の右室心筋の形成不全を特徴とする先天性心疾患である。今回我々は、右心不全を発症し診断に苦慮した三尖弁前尖のEbstein病の稀な一例を経験したので報告する。

【症例】58歳男性。

【現病歴】平成21年1月下旬、息切れと下肢のむくみを自覚し当院を受診した。胸部レントゲンで心拡大、心電図で心房細動を認め、心エコーにて著明な三尖弁逆流と右房の拡大を認め、右心不全の診断にて入院となった。内科的治療にて心不全は改善した。2月中旬、経食道エコーを施行したが、明らかな短絡血流は認められなかった。造影CTでも心腔内および肺野にシャント構造は認められなかった。2月下旬、心エコー再検にて重症三尖弁逆流を認めた。三尖弁の吸い込み血流が右室中部に認められたため、三尖弁の構造を詳細に観察した。三尖弁は三弁ともに付着部位は三尖弁輪部であったが、前尖の弁尖は長く帆状を呈しており撚糸構造により右室心尖部側へ tethering されていた。Ebstein病と診断され外科的療法も考慮されたが、内科的治療で心不全が改善し、現在外来通院中である。

【考察】Ebstein病の発生頻度は出生2~5万人に1人といわれ、先天性疾患の0.5~1%の頻度といわれる。三尖弁の奇形としては三尖弁閉鎖症よりも稀とされるが、本症の大部分は成人期まで達するため、臨床的に重要な疾患であり、心エコー所見は重症度や外科的な弁形成の適応を決める際に重要な要因となる。三尖弁前尖のEbstein病は稀であり、三尖弁逆流の吸い込み血流の位置異常を参考に診断に至った一例を経験したので報告する。

特別講演

座長:福島県立医科大学 内科学第一講座教授 竹石 恭知 先生

「成人先天性心疾患の超音波検査」

岩手医科大学附属循環器医療センター 小児科教授 小山 耕太郎先生

第15回 ふくしま心エコー研究会世話人

顧問	星総合病院	丸山 幸夫
顧問	福島県立医科大学	竹石 恭知
顧問	福島労災病院	大和田 憲司
顧問	白河厚生病院	前原 和平
顧問	星総合病院	木島 幹博
顧問	ひろさか内科	廣坂 朗

代表世話人 公立岩瀬病院 大谷 弘

わたり病院	渡部 朋幸
福島赤十字病院	大和田 尊之
福島県立医科大学	石川 英昭
大原医療センター	斎藤 祐一
済生会福島病院	橘内 きぬ
太田西ノ内病院	武田 寛人
総合南東北病院	大杉 拓
星総合病院	三浦 英介
太田熱海病院	松本 幸男
寿泉堂総合病院	川田 直樹
星総合病院	伊藤 佳代
やまさわ内科	山澤 正則
公立岩瀬病院	斎藤 統
白河厚生病院	斎藤 恒儀
白河厚生病院	中村 勉
公立相馬総合病院	佐藤 雅彦
福島労災病院	鈴木 重文
福島労災病院	酒井 克宗
いわき共立病院	杉 正文
いわき共立病院	服部 仁美
県立会津総合病院	宗像 源之
会津中央病院	谷ヶ城 弘雄
坂下厚生病院	小林 修一

監事 福島県立医科大学
事務局 太田西ノ内病院
事務局 太田西ノ内病院

高野 真澄
山寺 幸雄
小室 和子

(敬称略：平成 21 年 4 月現在)

事務局：太田西ノ内病院 生理検査科
TEL 024-925-1188 (内線 30310)
E-mail yamadera@ohta-hp.or.jp