

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34回

心不全治療に苦慮した心房中隔欠損症 / 拡張型心筋症合併例

introduction

friend or foe? — 心房中隔欠損症は、拡張型心筋症による収縮性心不全 HFrEF (heart failure with reduced ejection fraction) の血行動態に対して、敵か味方か?

心房中隔欠損症のカテーテル閉鎖術によっ

て、低侵襲での治療が可能になりました。心不全入院を繰り返す拡張型心筋症の患者における心房中隔欠損症に対して、カテーテル閉鎖術を行うべきでしょうか?

症 例

75歳・女性

主訴：呼吸苦

現病歴：X-15年より心房中隔欠損(ASD) (2次孔欠損型)、拡張型心筋症(DCM)で他院かかりつけの女性。X-1年9月に当院紹介入院となり、ASD閉鎖適応検討の精査を行ったが、左心房圧上昇の抑制にASDが寄与している可能性から、閉鎖困難と判断された。その後、外来内服治療を継続していたが、X年9月に過労/塩分摂取を契機に心不全が増悪。他院で9月と11月の2度、心不全による入院を繰り返した。退院後も自宅生活では心不全症状が容易に増悪するため、治療法の再検討目的で11月末に当院入院となった。

既往歴：糖尿病(食事療法のみ、網膜症なし、神経症状なし)、慢性腎臓病 stage G4A1、高尿酸血症、脂質異常症、脳梗塞(X-1年10月)、大腸癌術後(X-4年9月)

家族歴：弟：突然死(65歳)、PCI(経皮的冠動脈インターベンション)歴あり、母：大腸癌、心不全、祖父：心不全。

生活歴：〔喫煙歴〕なし。〔飲酒歴〕なし。〔アレルギー〕ビリン系、花粉。

内服薬：アーチスト® 10 mg (朝) - 5 mg (夕)、ラシックス® 40 mg (朝) - 20 mg (夕)、ワルファリン 2 mg1 x (就寝前)、フェブリク® (20 mg) 1錠1 x (朝)、タケブロン® (15) 1錠1 x (朝)、

ムコスタ® (100 mg) 3錠3 x。

入院時現症：身長 148.7 cm、体重 43.0 kg、BMI 19.4、血圧 86/50 mmHg、心拍数 87回/分、体温 36.2℃、SpO₂ 95% (room air)。(眼) 眼瞼結膜貧血(-)、眼球結膜黄疸(-)。内頸静脈怒張(+)、肝・頸静脈逆流(+)。〔心音〕S1~、S2 IIp亢進+、S3(+)、S4(-)、脈・不整。2~3LSBに収縮期雑音(Levine II / VI) 聴取、3LSBに拡張期雑音(Levine II / VI) 聴取。〔呼吸音〕軽度 coarse crackles + / +。〔腹部〕平坦・軟、圧痛なし、腸蠕動音正常、肝脾触知せず。〔四肢〕下肢浮腫+ / +。

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



佐野元昭 (さの もとあき)

慶應義塾大学医学部 循環器内科 准教授

1992年 慶應義塾大学医学部 卒業。1996年 慶應義塾大学医学部 助手、2000~2006年 Baylor 医科大学循環器内科 留学、2007年 慶應義塾大学医学部 再生医学教室 講師、2009年 慶應義塾大学 循環器内科 講師を経て、2013年より現職。

参 加 者



〔受持医〕



〔専修医〕



〔専門医〕



〔研修医〕



〔学生〕

症例提示

：今回はDCM¹にASD²が合併しているという、複雑な病態と治療方法に関してディスカッションしたいと思います。それでは症例の提示を、受け持ちの先生からよろしくをお願いします。

受林：よろしくをお願いします。症例は75歳の女性で、主訴は呼吸苦です。現病歴はX-15年に他院でASD、DCMと診断されています。X-1年9月にASD閉鎖適応検討のため当院紹介入院となりましたが、精査検討の結果、左心房圧の上昇の抑制にASDが寄与している可能性を考慮し、ASDは閉鎖せずに経過観察となりました。その後、外来内服治療(アーチスト[®]、ラシックス[®]、ワルファリンを内服)を継続していましたが、X年9月に過労と塩分摂取を契機とした心不全の急性増悪を認め、他院で9月と11月に2度入院治療を行っています。しかし、退院後も自宅生活で容易に心不全症状が増悪するため、11月末に当院に再度紹介入院となりました。

：病歴に関して何かご質問ありますか?



村田：前回入院時には左心房圧上昇抑制にASDが寄与しているとのことでしたが、バルーンでASDを閉鎖してみた、肺動脈楔入圧が上がるか否かの確認はしていますか?



林：していません。

：アイゼンメンジャー化は行われましたか?



林：行われていません。

：前回の受け持ちは八島先生でしたが、いかがでしょうか?



八島：はい、今……。

第34回

心不全治療に苦慮した心房中隔欠損症 / 拡張型心筋症合併例



：今、思い出し中です。もう少し記憶が戻ってから、そのあたりも踏まえてディスカッションしましょうか。

受け持ちの先生にお聞きしたいのですが、今回、「過労と塩分摂取を契機に心不全増悪」とありますが、具体的に本症例のどのような自覚症状あるいは身体所見が増悪して、心不全の増悪というアセスメントになったのでしょうか?



林：自覚症状は、呼吸苦が主訴となっています。身体所見は、下肢浮腫および頸静脈怒張などがみられ、X線所見では肺水腫様の所見があることから、両心不全と判断しました。



：起座呼吸、あるいは発作性夜間呼吸困難の症状はありましたか?



林：起座呼吸様の症状はありません。歩行時に呼吸苦が容易に出ると自覚されていました。



：体重の増加はいかがですか?



林：前回の当院入院から比較して、3~4 kgの体重増加で入院となっています。



：ありがとうございます。では、他に質問がないようでしたら、既往歴、家族歴に移りたいと思います。



林：既往歴は食事療法のみでコントロールされている程度の糖尿病と慢性腎臓病、高尿酸血症、脂質異常症、MRIで指摘された無症候性脳梗塞と大腸癌術後があります。家族歴は母および祖父に心不全の既往があり、弟はPCI³歴があります。



：家族歴について、弟は虚血性の冠動脈疾患のようですが、母と祖父の心不全の原因はわかりますか?



林：そちらは詳細不明です。



：わかりました。では、入院時現症をお願いします。



林：入院時現症です。頸静脈怒張およびhepatojugular-reflux⁴が陽性で、心音ではIIp亢進、III音、2~3LSB⁵に収縮期雑音、3LSBに拡張期雑音、両側肺野に軽度のcoarse cracklesを聴取、両側下肢浮腫も認めていました。



：心臓の聴診所見がいろいろありますが、それぞれどのような病態を反映している雑音だと考えていますか?



林：IIp亢進に関しましては、肺動脈圧亢進を反映しています。また、III音も、そうですね……。



：III音は、たとえば胸骨左縁でIII音が聴こえるのか、それとも、かなり側壁に近い心尖部のところから聴こえているのか、つまり、右心性と左心性のどちら側ですか?



林：心尖部から聴こえていました。なので、左心不全を反映したものかと思っています。また、2~3LSBの収縮期雑音は、肺血流が亢進しているという病態もあるため、相対的なPS⁶のような音かと考えられます。拡張期雑音は、3LSBということもありますが、相対的なTS⁷を反映している可能性も考えられます。

検査所見



：では異常値を中心に、検査所見を説明してください。



林：軽度の貧血および腎機能障害、HbA1cの上昇を認めています。また、TSH軽度上昇を認めており、潜在性甲状腺機能低下症の可能性も考えられます。BNPは約2800 pg/mlで、外来経過中の心不全症状が安定していたときは300~400 pg/ml程度でしたので、著明なBNPの上昇を認めての入院となっています(図1)。



：クレアチニンが1.89 mg/dlとありますが、だいたいこの値ぐらいで横這いなのか、今回入院時に腎機能が悪化している

脚注：1 拡張型心筋症 (dilated cardiomyopathy)、2 心房中隔欠損症 (atrial septal defect)、3 経皮的冠動脈インターベンション (percutaneous coronary intervention)、4 頸静脈逆流、5 胸骨左縁 (left sternal border)、6 肺動脈弁狭窄症 (pulmonary stenosis)、7 三尖弁狭窄症 (tricuspid stenosis)