

短期間に急性増悪した大動脈弁閉鎖不全症の1例

済生会中和病院 医療技術部

○高橋 秀一，三角 由美

【症例】60歳代男性

■発熱・解熱を繰り返すため精査入院。

入院時の心エコー検査では、中等度の大動脈弁逆流と、僧帽弁の一部にひらひらする付着物はあるものの明らかな疣腫は認めなかった。整形領域の治療により症状が改善したため退院となった。

■著変なく経過していたが・・・

退院2日後の夕刻に突然の呼吸苦の訴えがあり救急要請され当院に搬送された。搬入直後に救急外来にて心肺停止となったが蘇生処置にて速やかに心拍は再開した。著明な肺水腫を認め、急性心不全と診断され緊急入院となった。

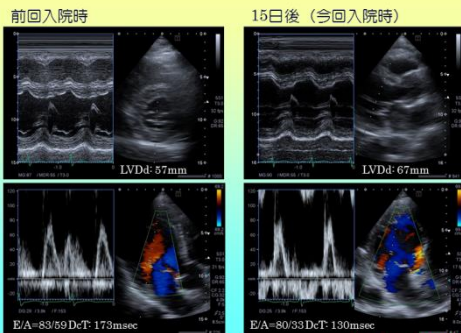
入院時 Labo Data

| | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|------------|------|-------|-----|-------|-------|
| pH | 7.124 | AST | 34 | IU/l | Na | 141 | mEq/l |
| Feo ₂ | 78.9 | ALT | 32 | IU/l | K | 4.0 | mEq/l |
| Po ₂ | 74.7 | LDH | 295 | IU/l | Cl | 107 | mEq/l |
| HCO ₃ | 25.3 mmol/L | CK | 44 | IU/l | Ca | 8.3 | mEq/l |
| SaO ₂ | 88.1 % | Glu | 207 | mg/dl | CRP | 8.65 | mg/dl |
| | | BUN | 20.9 | mg/dl | | | |
| RBC | 313 10 ⁶ /μL | Cre | 0.67 | mg/dl | BNP | 497.9 | pg/ml |
| Ht | 34.7 % | | | | | | |
| Hb | 11.4 g/dl | | | | | | |
| WBC | 123 10 ³ /μL | | | | | | |
| PLT | 37.9 10 ⁴ /μL | 血液培養 2 セット | 陰性 | | | | |

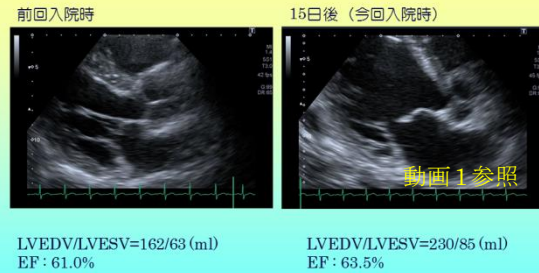
血液培養 2 セット 陰性

【心臓超音波検査】

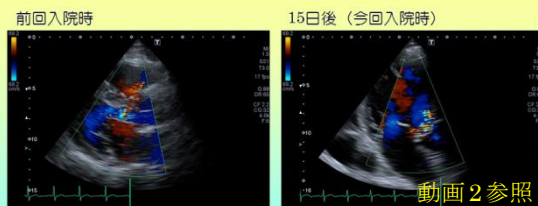
心エコー検査 1



心エコー所見 2



心エコー所見 3



大動脈弁逆流は、前回と比較して
 ■逆流量が増大
 ■逆流方向は、中央方向から心室中隔方向へ偏位

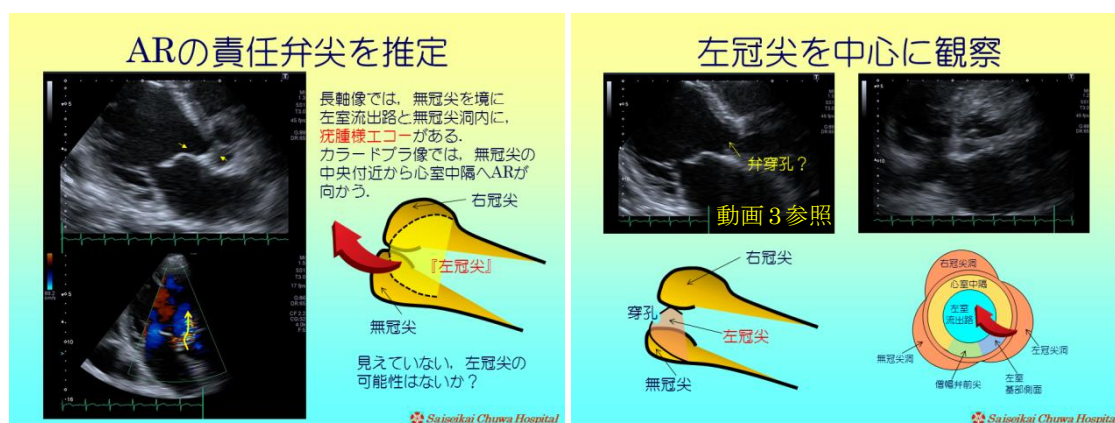
心エコー結果のまとめ

| | 前回入院時 | 15日後（今回入院時） |
|-----------------|------------|-------------|
| LVDd (mm) | 57 | 67 |
| LVDs (mm) | 38 | 43 |
| LVEDV (ml) | 162 | 230 |
| LVESV (ml) | 63 | 85 |
| LVEF (%) | 61.0 | 63.5 |
| TMF E/A | 83/59=1.39 | 80/33=2.40 |
| DcT (msec) | 173 | 130 |
| PVF S/D | 52/47 | 67/34 |
| TR Vmax (m/sec) | 2.4 | 3.7 |
| AR | Wide 2° | to IVS 3° |
| PHT (msec) | | 139 |

前回入院時（15 日前）と比較して、左室径は 57mm から 67mm と増大、左室流入血流速波形は、E/A=80/34cm/sec、DcT : 130msec、大動脈弁逆流は高度で PHT : 139msec と左室拡張末期圧の著明な上昇が示唆された。傍胸骨左縁左室長軸断面では、無冠尖部分の左室側および大動脈内側に、無冠尖と不連続の疣腫状の可動性エコーを認めた。

大動脈弁レベル短軸像では、長軸像の所見を考慮して描出するも責任弁尖を確診できる画像は収録できなかった。

各所の病変を確認後、再度大動脈病変の詳細観察を行った。傍胸骨左縁からやや回転させた断面像、心尖部断面像およびカラードプラ所見より責任弁尖は左冠尖と判断した。前回入院時より抗生物質が投与されており、血液培養は陰性であったが、感染性心内膜炎による疣腫が大動脈左冠尖に付着し、さらに短期間に穿孔したことが急性心不全の原因と考えられた。人工呼吸器管理にて状態が安定した時点で手術加療目的にて転院した。転院先からの報告では、左冠尖弁腹の半分近くが疣腫にて欠損しており、大動脈弁置換術が施行された旨記載されていた。



【考察】

感染性心内膜炎は、1994年に報告された Duke の診断基準が有名であるが、現在は、2000年の改訂 Duke の診断基準が用いられている。その後も各種学会からガイドラインが報告され、心エコー検査の普及に伴いより早期により正確に感染性心内膜炎の診断が行われるようになってきたことを強調している。抗生剤により血液培養結果が陰性であっても、臨床症状にあわせて繰り返し心エコー検査を行うことが大切である。大動脈弁の病変については、短軸断層面よりも長軸断層面を駆使して立体的視野で観察することにより明らかとなることがある。

外科的治療が必要な場合は、弁尖および周囲の状況を詳細に伝えることが必要となる。特に、緊急で他院紹介となる際には、搬送先の手術前準備軽減に大きく貢献する。

【まとめ】

今回我々は、感染性心内膜炎による急性重症大動脈弁逆流を経験したので報告した。

心エコー検査の結果が危急の心疾患では、超音波専門医への迅速な連絡のもと診断が下され、インターベンションを含む内科的治療あるいは外科手術へと移行する。しかし、高度先端医療設備や心臓血管外科をもたない施設では、紹介転院となりそのためのデータは重要な位置を占める。