

経過中に左室壁肥厚を認めたたこつぼ型心筋症の一例

太田直樹¹, 岩崎学¹, 砂岡啓美¹, 佐藤裕美¹, 齋藤大治², 山田信行²

¹井原市民病院生理検査室, ²井原市民病院循環器内科

【はじめに】

たこつぼ型心筋症は、急性心筋梗塞に類似した発症経過をたどるが、冠動脈に有意な狭窄がなく心尖部の高度な収縮能の低下と心基部での過収縮を呈する疾患である。今回我々は、たこつぼ型心筋症の経過中に左室壁の肥厚を認めた症例を経験した。

【症例】

96歳, 女性

【主訴】

下痢, 食欲不振

【既往歴】

白内障, 喘息

【現病歴】

2011年10月8日から下痢をして、11日に当院内科を受診。高齢で家族の希望もあり入院での加療となった。

【入院時現象】

身長 134cm, 体重 30kg, 脈拍 68/分・整, 血圧 130/54 mmHg, 腹部平坦・軟・圧痛なし。
(血液検査所見) CPK 79 IU/l, CK-MB 5 U/l, BNP 1926 pg/ml, トロポニン T (+), CRP 2.10 mg/dl, WBC 7100 / μ l (胸部 X 線検査) 心拡大と右胸水貯留を認めた。

【心電図所見】

(入院時) 洞調律, 心拍数 52/分, QT 延長, poor-R progression, I・II・III・aVF・V2~6 に T 波の陰性化を認めた。

(入院 8 日目) 広範な T 波の陰性化に改善を認めた。

【心エコー所見】

(入院時) LVDd 45mm, LVDs 37mm, IVST 9mm, PWT 10mm, LVEF 37%。左室基部の過収縮と心尖部の収縮能低下を認めた。右心負荷所見は認めなかった。

(入院 9 日目) LVDd 26mm, LVDs 14mm, IVST 14mm, PWT 14mm, LVEF 78.9%。左室心尖部の収縮能低下は改善したが、左室壁に全周性の肥厚を認めた。

(入院 37 日目) LVDd 29mm, LVDs 21mm, IVST 11mm, PWT 11mm, LVEF 57.8%。左室壁肥厚の改善を認めた。

【経過と考察】

入院時の心電図検査で広範な誘導に T 波の陰性化を認めたため、心エコー検査が施行された。心エコーでは、左室基部の過収縮と心尖部の収縮能低下を認め LVEF は 37%であった。

また、冠動脈の走行に一致しない壁運動異常を認めたため、たこつぼ型心筋症を疑ったが ACS を否定することはできなかった。しかし、高齢で家族の希望もあり冠動脈造影は施行されなかった。入院 9 日目の心エコーで左室壁運動異常は改善していたが、左室壁の全周性肥厚を認めた。入院 37 日目には、左室壁の肥厚は軽減していた。一過性の左室壁肥厚については、浮腫による影響が考えられた。

【結語】

心エコー検査は、たこつぼ型心筋症の診断と経過中の左室壁運動や心形態の変化を確認するために有用な検査と思われた。

経過観察中に左室壁肥厚を認めた たこつぼ型心筋症の一例

太田直樹¹, 岩崎学¹, 砂岡啓美¹, 佐藤裕美¹, 齋藤大治², 山田信行²
¹井原市民病院生理検査室, ²井原市民病院循環器内科

【はじめに】

たこつぼ型心筋症は、急性心筋梗塞に類似した発症経過をたどるが、冠動脈に有意な狭窄がなく左室心尖部の無収縮と心基部の過収縮を呈する疾患である。

今回我々は、たこつぼ型心筋症の経過観察中に一過性の左室壁肥厚を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】 96歳 女性

【主訴】 下痢, 食欲不振

【既往歴】 白内障, 喘息

【現病歴】 2011年10月8日から下痢をして, 11日に当院内科を受診. 食欲が低下しており脱水傾向のため点滴を行った. 一旦帰宅するが, 家族の希望もあり翌日入院での加療となった.

【入院時現症】

身長134cm, 体重30kg

脈拍68/分・整, 血圧130/54mmHg

腹部平坦・軟・圧痛なし

【入院時血液検査】

<生化学>

GLU 101 mg/dl

AST 23 IU/l

ALT 7 IU/l

LDH 311 IU/l

γ -GTP 39 IU/l

CPK 107 IU/l

CK-MB 5 U/l

BUN 53.6 mg/dl

Cre 2.30 mg/dl

CRP 3.93 mg/dl

BNP 1926 pg/ml

トロポニン-T (+)

<電解質>

Na 144 mEq/l

K 5.0 mEq/l

Cl 111 mEq/l

<血算>

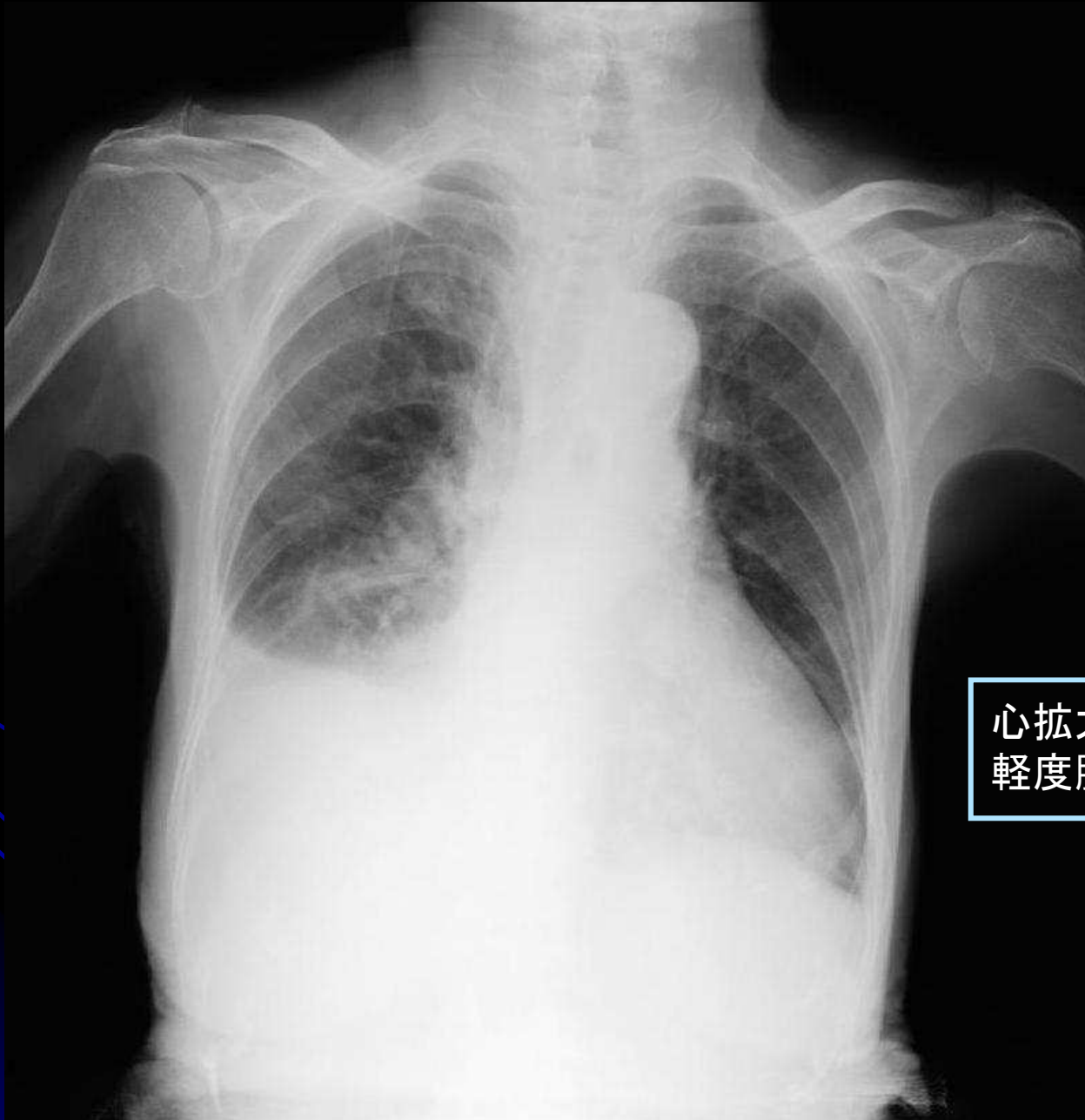
WBC 11400 / μ l

RBC 313 万/ μ l

Hb 10.1 g/dl

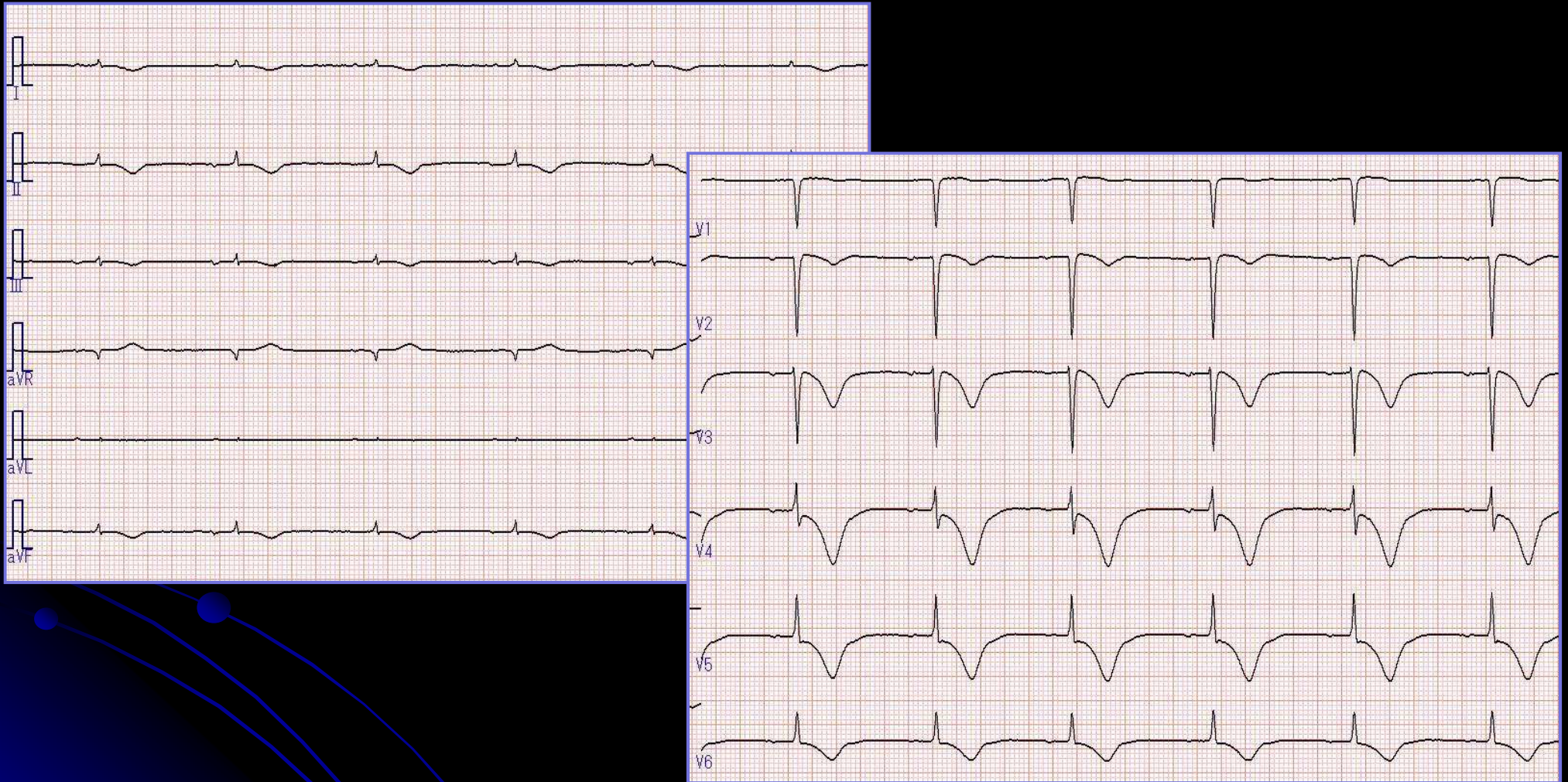
Plt 17.3 万/ μ l

【来院時胸部レントゲン】



心拡大，右胸水貯留，
軽度肺うっ血を認める。

【入院時12誘導心電図】

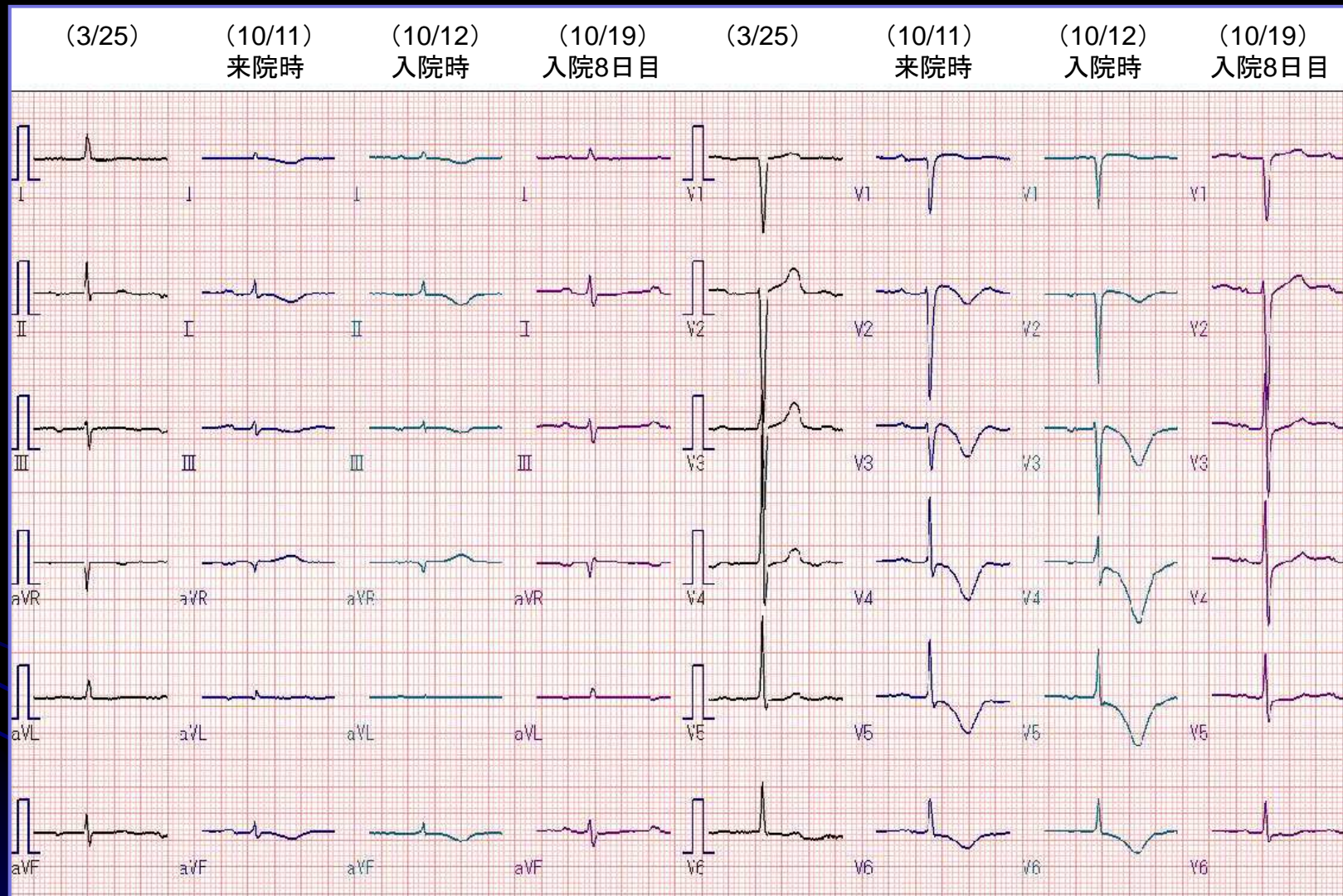


〈心電図所見〉

洞調律，心拍数52/分，四肢誘導低電位，poor-R progression

I・II・III・aVF・V2～V6にT波の陰性化を認める。V4では巨大陰性T波を認める。

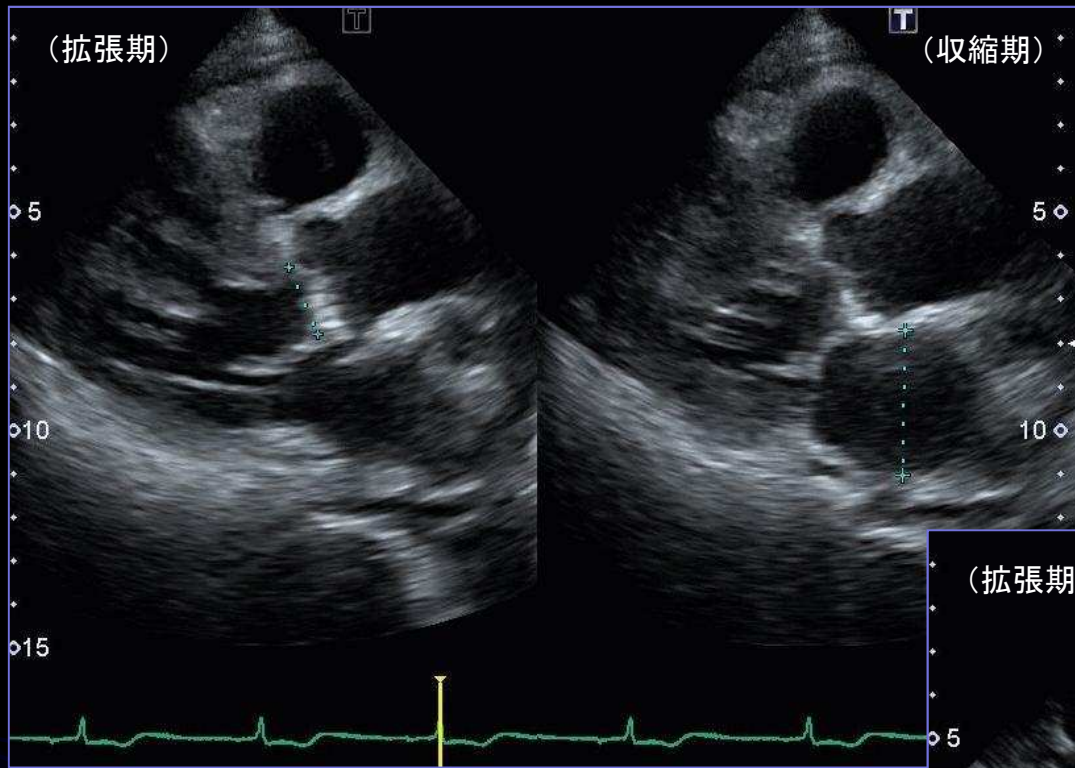
【心電図(比較)】



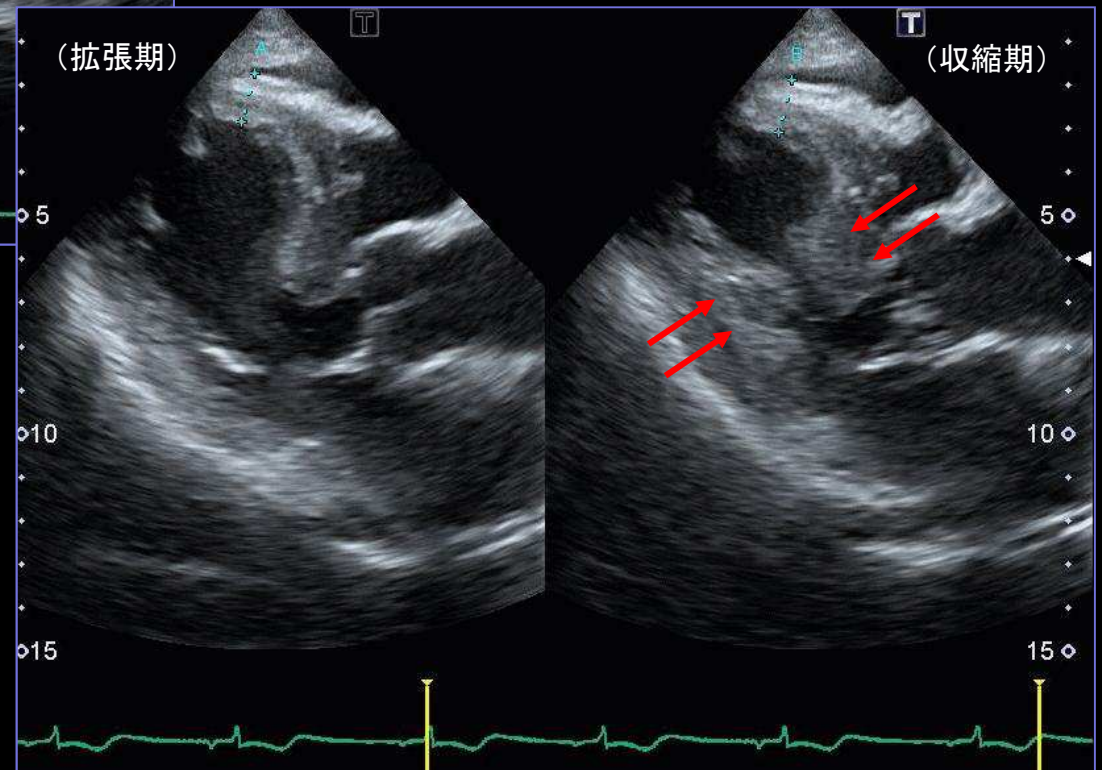
以前の心電図と比較し来院時・入院時心電図では、V3でR波の増高不良とI・II・III aVF・V2～V6でT波の陰性化を認める。また、入院8日目にはR波の増高不良とT波の陰性化の改善を認める。

入院時 心エコー検査

【胸骨左縁左室長軸像】

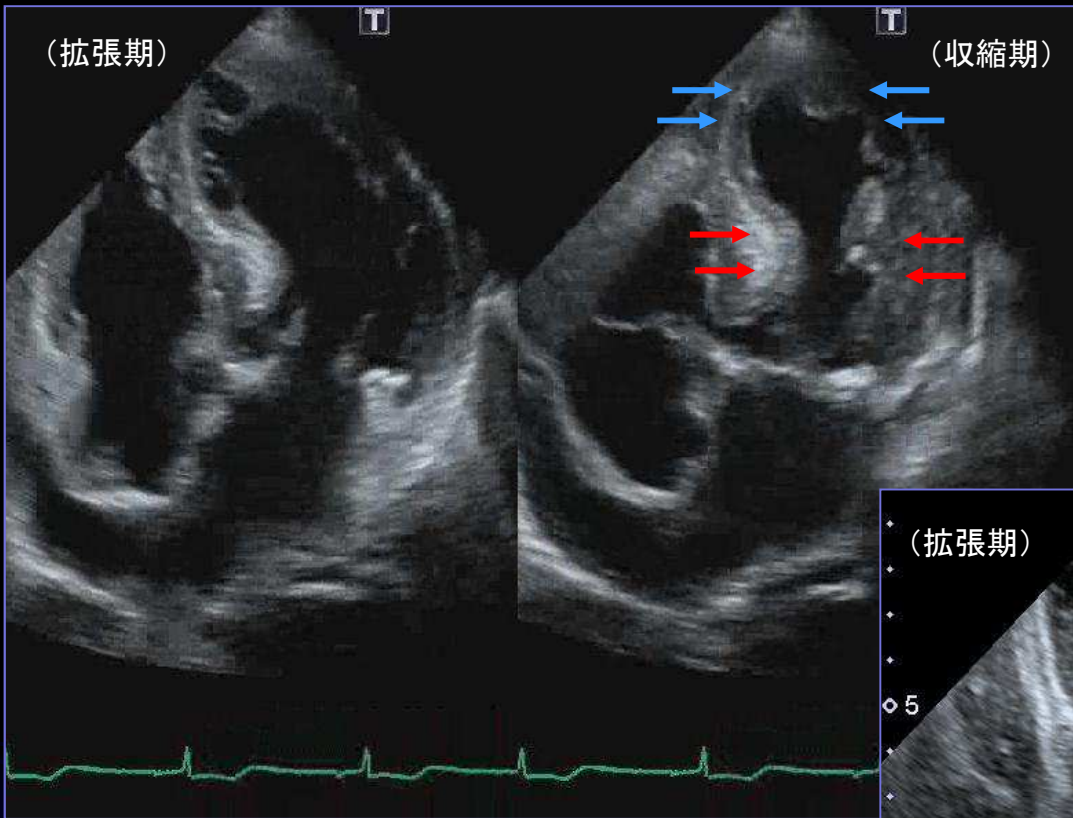


大動脈弁弁輪部と左房の
拡大は認めない。



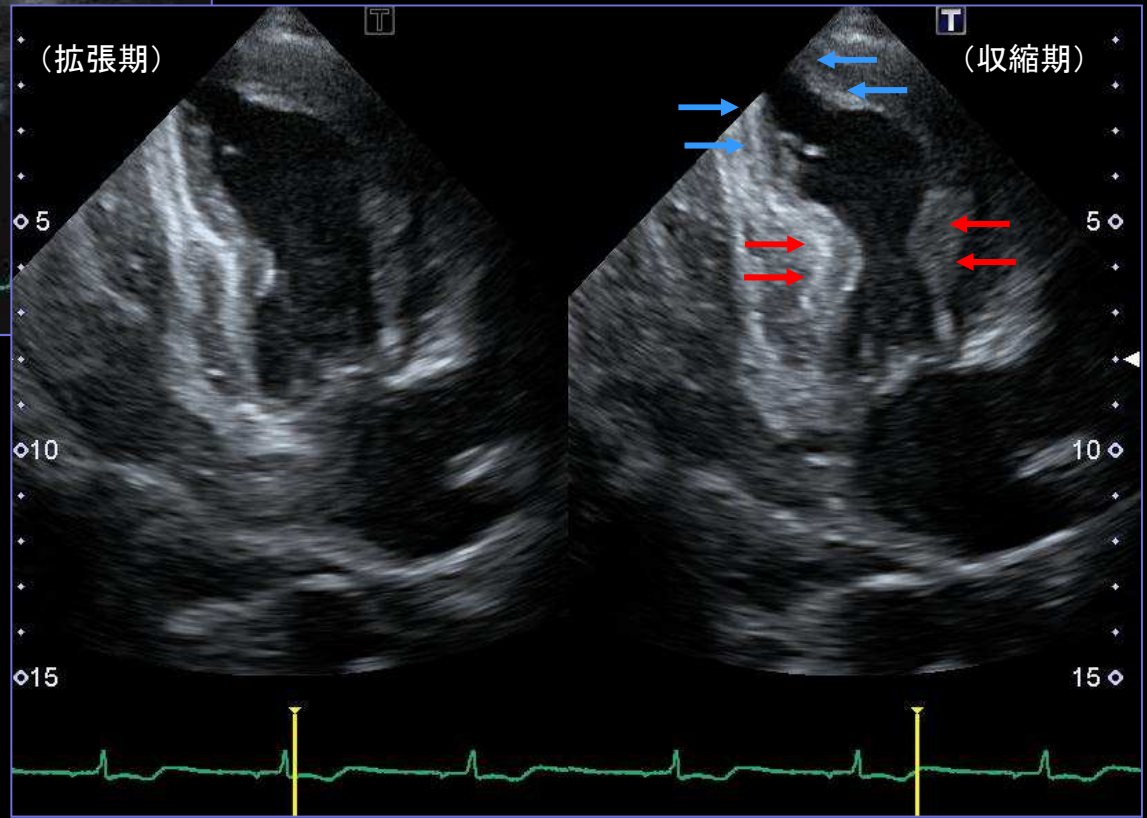
左室基部の過収縮(矢印)を認めた。

【心尖部像】



《四腔像》
心尖部の無収縮(矢印)と
中隔・側壁基部の過収縮(矢印)を
認める。

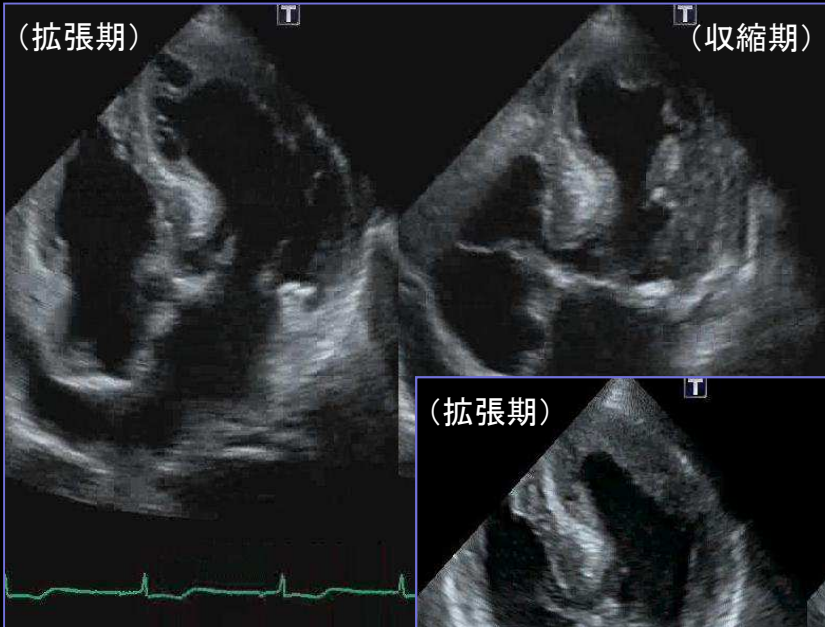
《二腔像》
心尖部の無収縮(矢印)と
前壁・下壁基部の過収縮(矢印)を
認める。



【入院時心エコー所見】

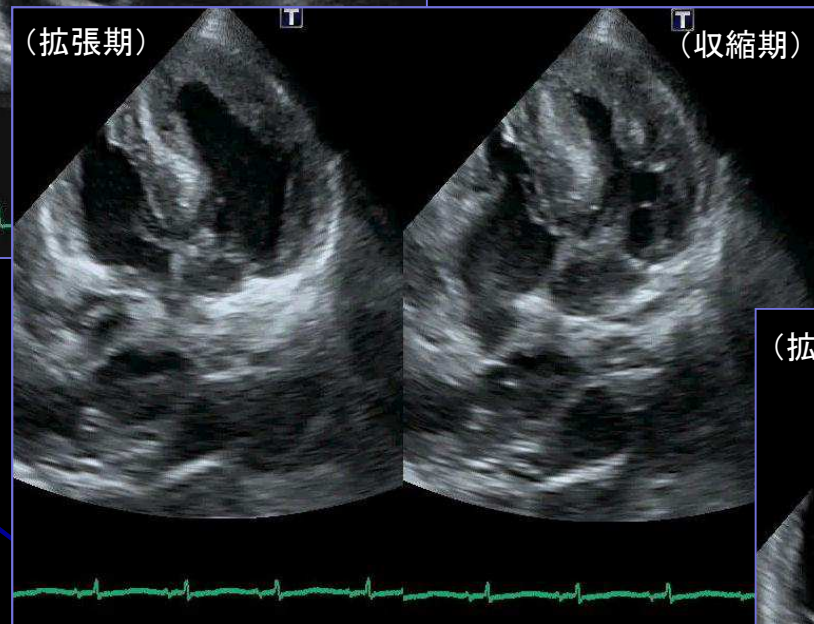
- LVDd 45mm, LVDs 37mm, IVST 9mm, PWT 10mm
LVEF: Teichholz 37.2 %, Mod-Simpson 48.6 %
左室内腔の拡大や壁肥厚は認めない。
心尖部の無収縮と、心基部の過収縮を認めた。
- LAD 33mm, TMF: abnormal relaxation pattern
TDI: s' 3.7cm/s, e' 1.9cm/s, a' 6.9cm/s, E/e' 22.68
左室拡張障害の疑い。
- 大動脈弁に中等度の狭窄と逆流を認めた。
AVA: 2D 0.98cm², ドプラ法 1.13cm²。
- 右室, 右房の拡大(-), 下大静脈の拡大(-)
中等度のTR(+), TRPG: 26.0mmHg。
- 中等量の心嚢液貯留を認めた。
- 上記所見より, たこつぼ型心筋症またはACSを疑った。

【経過：四腔像】



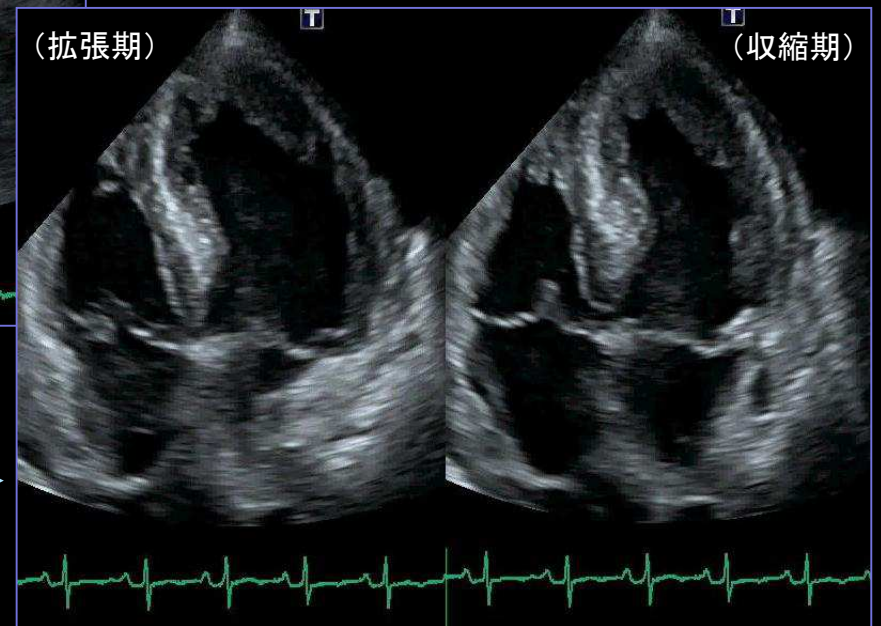
《10月12日》

心尖部の無収縮と
中隔・側壁基部の過収縮を認める。



《10月20日》

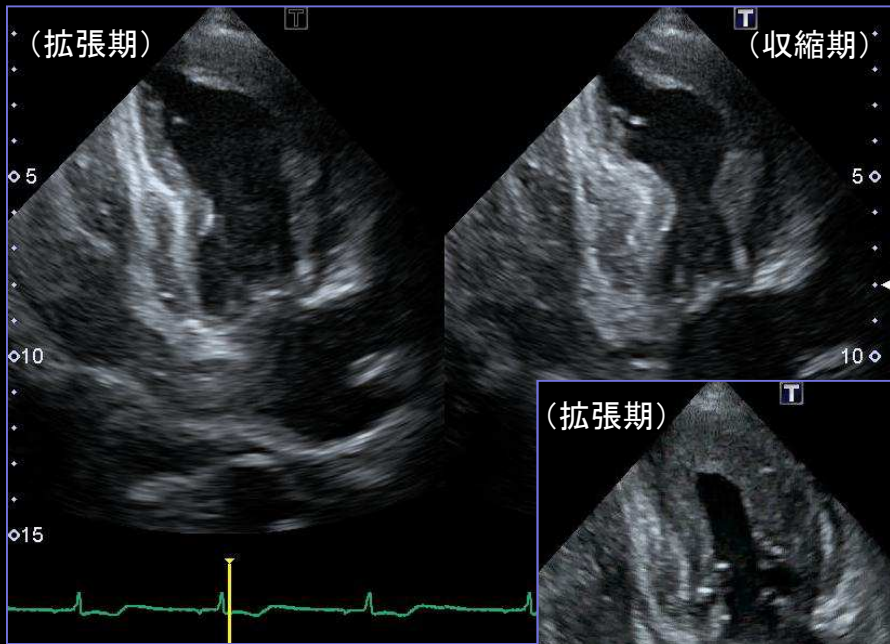
心尖部収縮能の改善と壁肥厚・
内腔の狭小化を認める。



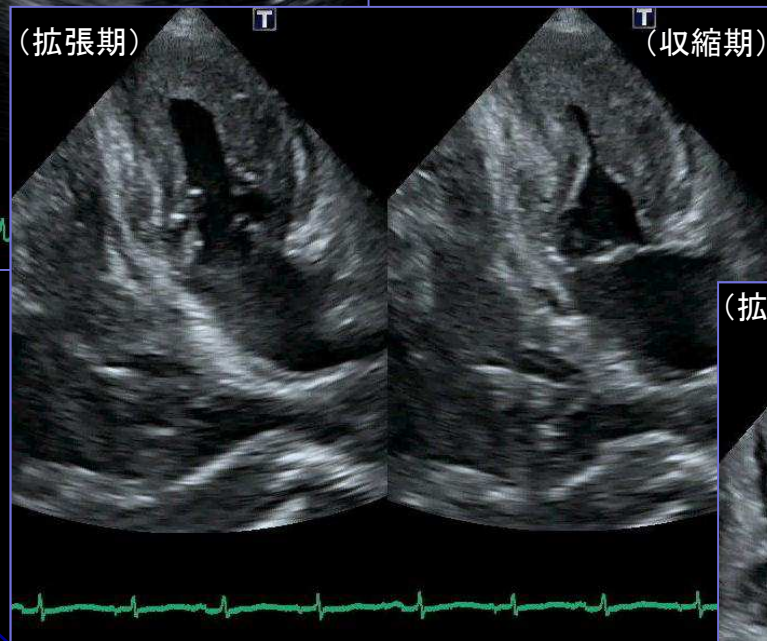
《11月17日》

左室収縮能は良好で、壁肥厚・内腔狭小化の
改善を認める。

【経過：二腔像】

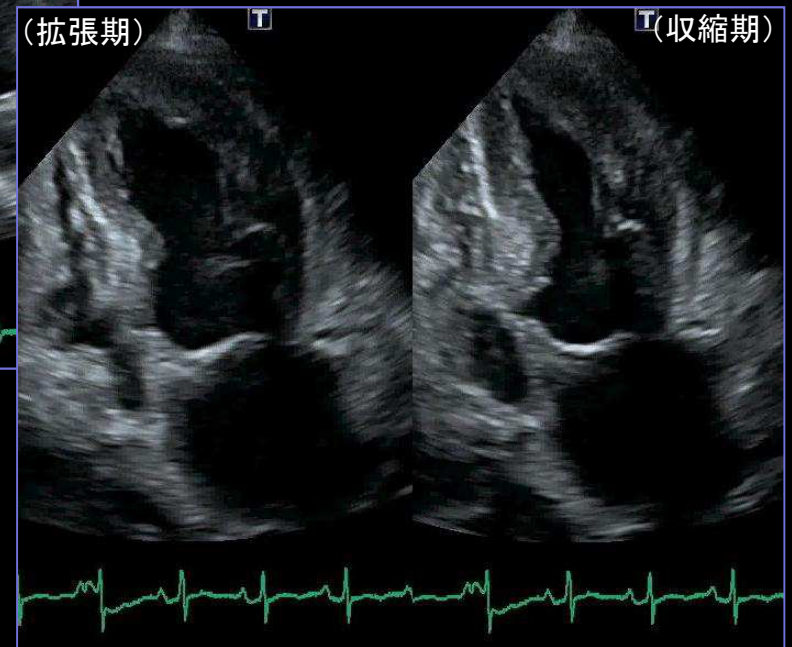


《10月12日》
心尖部の無収縮と
前壁・下壁基部の過収縮を認める。



《10月20日》
心尖部収縮能の改善と壁肥厚・
内腔の狭小化を認める。

《11月17日》
左室収縮能は良好で、壁肥厚・内腔狭小化の
改善を認める。



【経過観察 心エコー所見】

【2011/10/20】

- ・LVDd 26mm, LVDs 14mm, IVS 14mm, LVPW 14mm
LVEF: Teichholz 78.9%
Mod-Simpson 58.1%
(EDV: 22.2ml, ESV: 9.3ml, SV: 12.9ml, HR: 82/min, CO: 1.058 l/min)
心尖部収縮能の改善を認め、心基部の過収縮は軽減していた。
左室壁はびまん性に肥厚し、内腔の狭小化を認めた。
- ・LAD 32mm, TDI: s' 4.5cm/s, e' 3.2cm/s, a' 7.8cm/s, E/e' 14.97
- ・軽度のTR(+), TRPG: 25.2mmHg.

【2011/11/17】

- ・LVDd 27mm, LVDs 19mm, IVS 12mm, LVPW 12mm
LVEF: Teichholz 59.0%
Mod-Simpson 62.9%
(EDV: 37.7ml, ESV: 14.0ml, SV: 23.7ml, HR: 94/min, CO: 2.228 l/min)
左室壁のびまん性肥厚と、内腔狭小化の改善を認めた。
- ・軽度のTR(+), TRPG: 16.0mmHg.

【経過】

- ・下痢，食欲不振を主訴に来院．入院時心電図検査で広範な誘導に陰性T波を認めたため，心エコー検査が施行された．
- ・心エコーで，心尖部の無収縮と心基部の過収縮を認め，たこつぼ型心筋症を疑ったが，ACSを十分に否定することはできなかった．高齡で家族の希望もあり，冠動脈造影は施行されなかった．
- ・入院後の病状は安定しており，入院9日目の心エコーで左室壁運動異常は改善していたが，左室壁の肥厚と内腔の狭小化を認めた．
- ・入院37日目には，左室壁の肥厚と内腔の狭小化も軽減していた．

【考察】

- ・左室心尖部無収縮と心基部過収縮の出現と早期改善は，たこつぼ型心筋症に一致する所見と考えられた．
- ・一過性の左室壁肥厚は浮腫による影響が考えられた．また，内腔の狭小化は左室壁肥厚と拡張不全によるものが考えられた．

【結語】

・臨床経過から、たこつぼ型心筋症と診断され、経過中に一過性の左室壁肥厚を認めた症例を経験した。

心エコー検査は、たこつぼ型心筋症の診断と、経過中の壁運動の状態および形態的变化の確認に有用であると思われた。