

Cardiovascular Imaging In-a-Month

急性大動脈弁閉鎖不全により左心不全をきたした68歳男性

A 68-Year-Old Man With Acute Aortic Regurgitation and Left-Sided Heart Failure

白崎 温久
堤 泰史*
水野 清雄

Haruhisa SHIRASAKI, MD
Yasushi TSUTSUMI, MD*
Sumio MIZUNO, MD

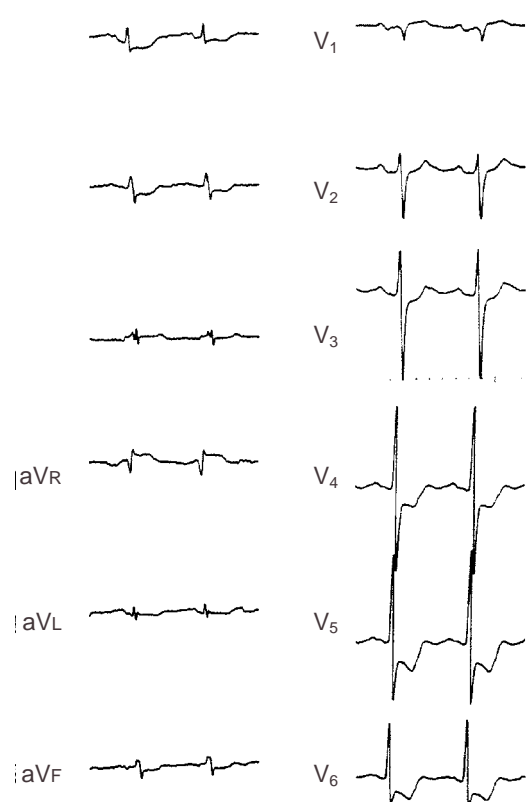


Fig. 1

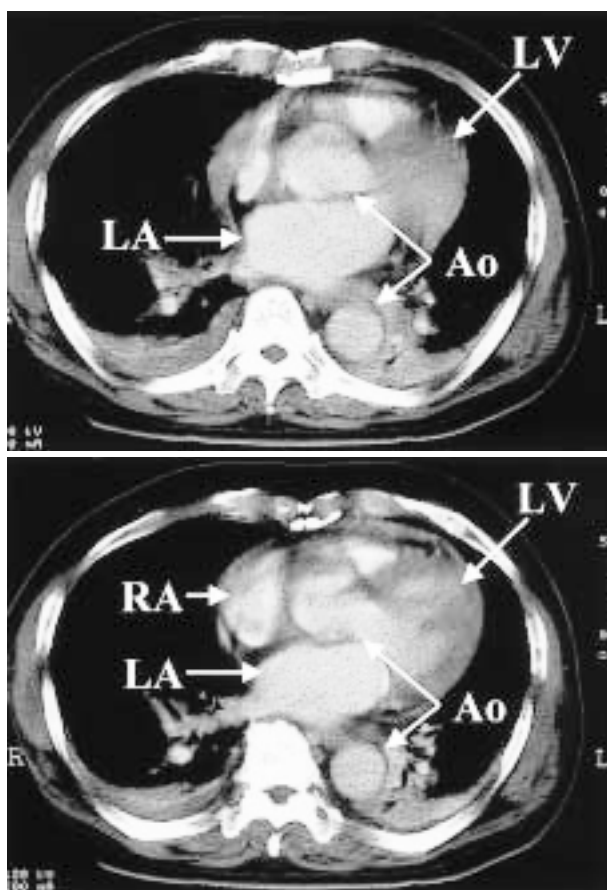


Fig. 2

福井循環器病院 循環器科, *心臓血管外科: 〒910-0833 福井県福井市新保2-228

Departments of Cardiology and *Cardiovascular Surgery, Fukui Cardiovascular Hospital, Fukui

Address for correspondence: SHIRASAKI H, MD, Department of Cardiology, Fukui Cardiovascular Hospital, Shinbo 2 - 228, Fukui, Fukui 910 - 0833

Manuscript received January 18, 2002; revised February 25, 2002; accepted March 4, 2002

症 例 68歳, 男性

主 訴: 胸痛

既往歴: 高血圧, 内服加療中

現病歴: 2001年2月28日, 突然の強い胸痛で近医に緊急入院した。安静で軽快したが, 同年3月2日, 激しい胸痛と冷汗が出現し, 呼吸困難をきたしたため, 当院に救急搬送された。

現 症: 身長160cm, 体重67kg, 胸郭異常は認められず。血圧106/52mmHg, 心拍数104/min, 左右差なし。第3肋間胸骨左縁に拡張期雑音を聴取し, 両肺に湿性ラ音を聴取した。胸部X線像では, 心拡大と著明な肺うっ血が認められた。血液検査において心筋逸脱酵素の上昇は認められなかった。経胸壁心エコー図法では大動脈弁逆流が認められた。発作時心電図をFig. 1に, 造影胸部コンピューター断層撮影(computed tomography: CT)をFig. 2に示す。

診断のポイント

広範な心筋虚血による急性心不全, 肺水腫が示唆された。しかし, 緊急冠動脈造影では左冠動脈に有意狭窄は認められず, 右冠動脈にはカテーテルを挿入できなかった。左室造影上, 壁運動は良好であり, 広範な心筋虚血を説明することはできなかった。一方, 大動脈造影上, 明らかな大動脈解離所見はないものの, 度の大動脈弁閉鎖不全症を認めた。胸部CTでは, 撮影のタイミングが遅く, 大動脈の染まりが悪いが, 大動脈の拡大やフラップは認められなかった(Fig. 2)ため, 原因不明の急性大動脈弁閉鎖不

全による左心不全と考える加療した。翌日, 心電図のSTは基線に戻ったが, クレアチンキナーゼ(creatinine kinase: CK)954mg/dl, CK-MB 92mg/dl, トロポニンT 1.17と心筋逸脱酵素の上昇が認められたため, 再度大動脈解離の存在を疑い, 経食道心エコー図法を施行した(Fig. 3)。この経食道心エコー図上, Valsalva洞に全周性にフラップが認められ, 拡張期に弁輪部に落ち込むという特異な像を呈していた。さらにカラードップラーにより偽腔内に血流を確認し, フラップによる大動脈弁閉鎖不全と両冠動脈入口部圧

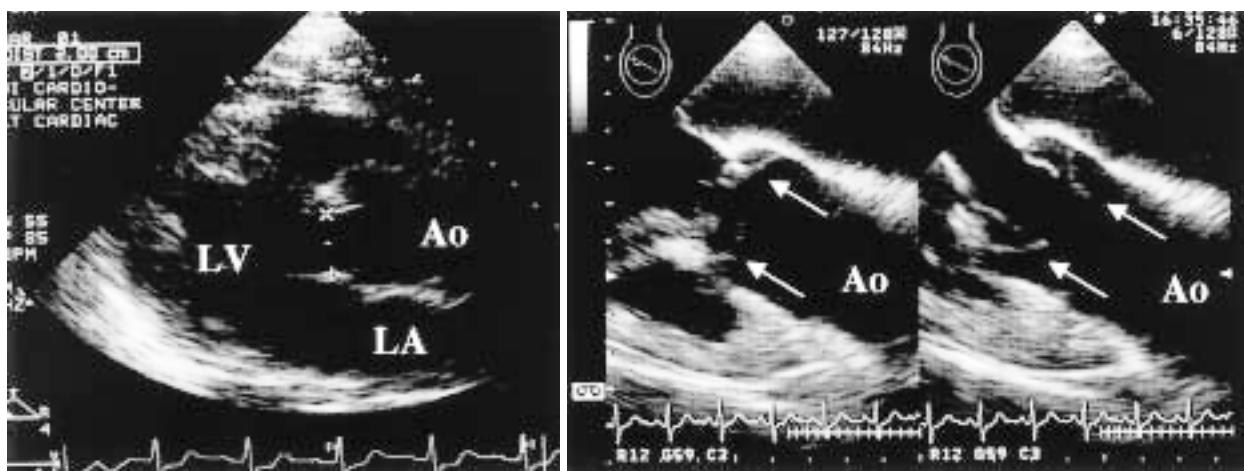


Fig. 3

排による急性心筋梗塞を合併したValsalva洞限局型の急性大動脈解離と診断し、ただちに大動脈基部置換術を施行した。術中所見では、sinotubular junctionレベルで全周性にエントリーが認められ、解離は逆行性に大動脈弁輪まで達し、左右冠動脈入口部にも及んでいた(Fig. 4)。一方、リエントリーは認められなかった。本例は解離がValsalva洞に限局していたため、経胸壁心エコー図法、胸部CT、大動脈造影では解離腔が描出されず、経食道心エコー図法が確定診断に極めて有効であった。我々が検索した限り、本症の国内発症は2例しかなく^{1,2)}、海外報告例はなかった。まれな病態と考えられるが、その2例はいずれも経胸壁心エコー図法や胸部CT、大動脈造影のいずれかでValsalva洞の拡大やフラップが認められ、診断可能であった。急性大動脈弁閉鎖不全症では、冠動脈造影や上行大動脈造影が正常の胸痛患者においても、当疾患を念頭に置き、積極的に経食道心エコー図法を施行する必要があると思われた。

Diagnosis: Acute dissection of the sinus of Valsalva

文献

1) 窪山 泉, 瀬瀬 顕, 神田好雄, 上野安孝: 大動脈二

Fig. 1 Electrocardiogram on admission showing ST depression in leads V_1, V_2, V_3, aF_3 to 6 and ST elevation in aR

Fig. 2 Chest computed tomograms with contrast medium of two consecutive slices demonstrating neither aortic dilation nor intimal flap at the level of the sinus of Valsalva

LA = left atrium; Ao = aorta; LV = left ventricle; RA = right atrium.

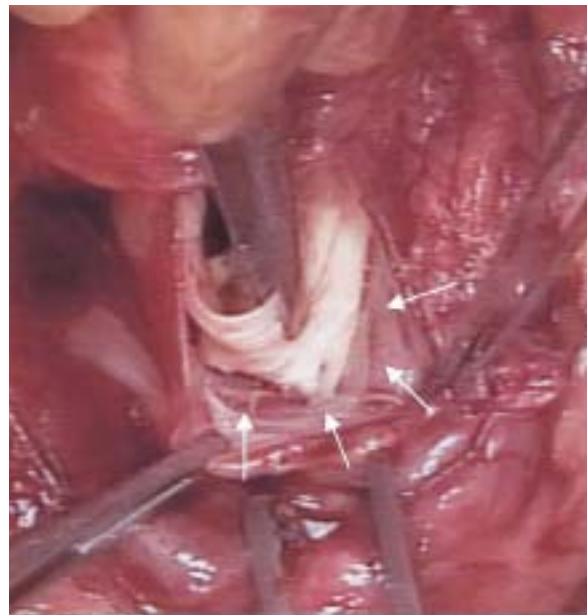


Fig. 4

尖弁に合併した限局性大動脈解離の1治験例。日胸外会誌 1989; 37: 2398 - 2399

2) 石橋義光, 明神一宏, 石井浩二, 宮崎直樹, 橘 剛, 杉本宏司: 慢性解離性バルサルバ洞動脈瘤の1例。胸部外科 1999; 52: 988 - 992

Fig. 3 Transthoracic echocardiograms in the parasternal long-axis view (left) and transesophageal echocardiograms (right)

Transesophageal echocardiograms show intimal flaps at the level of the sinus of Valsalva (arrows), which were not visible in the parasternal long-axis view. Abbreviations as in Fig. 2.

Fig. 4 Operative findings

Dissection is localized to the sinus of Valsalva (arrows).