

抄 録 集

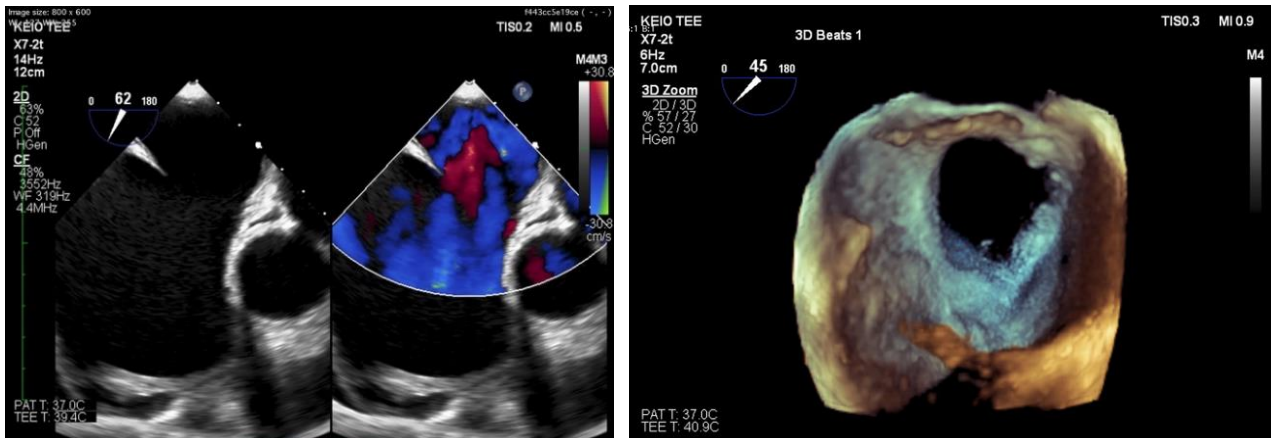
第1部 治療できませんでした、どうすればよかったのでしょうか？

Case 1

「FSO 36mm が LA roof に接触し defer した1例」

三浦 光太郎(慶應義塾大学医学部循環器内科)、
金澤英明、鶴田ひかる、板橋裕史、荒井隆秀、川上崇史、湯浅慎介、林田健太郎、福田恵一

症例は 79 歳女性。前医で術前精査の胸部 X 線で心拡大と心電図で心房粗動を認めた。経胸壁心エコーで ASD を認め、まずは心房粗動に対するアブレーション治療を試みたが治療不成功で終了し、ASD 治療目的に当院紹介となった。当院の経食道心エコーでは右心系拡張を伴う large ASD であり、3D 解析では 32.7mm × 23.2mm の欠損孔を認めた。局所麻酔を使用し ICE ガイド下で治療開始した。FSO 36mm を留置試みたところ、ICE で左房 disk が LA roof に接触し device が台形状に変形していたため、erosion risk が高いと判断し最終的に defer した。Aortic, Superior rim 欠損を伴う large ASD であり、サイズ選択に難渋した症例のため今回報告させていただく。



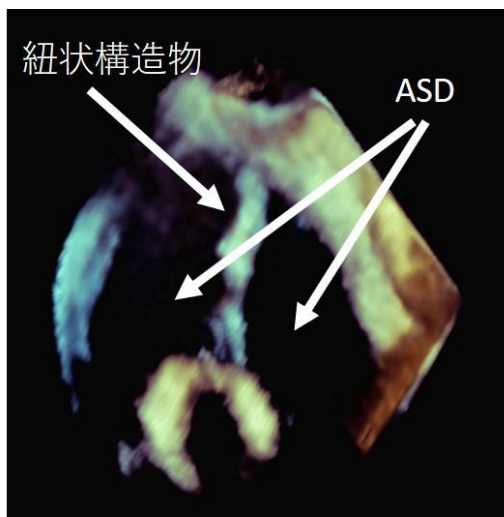
Case 2

「多孔性心房中隔欠損症に対して紐切断をしてデバイス閉鎖を試みた一例」

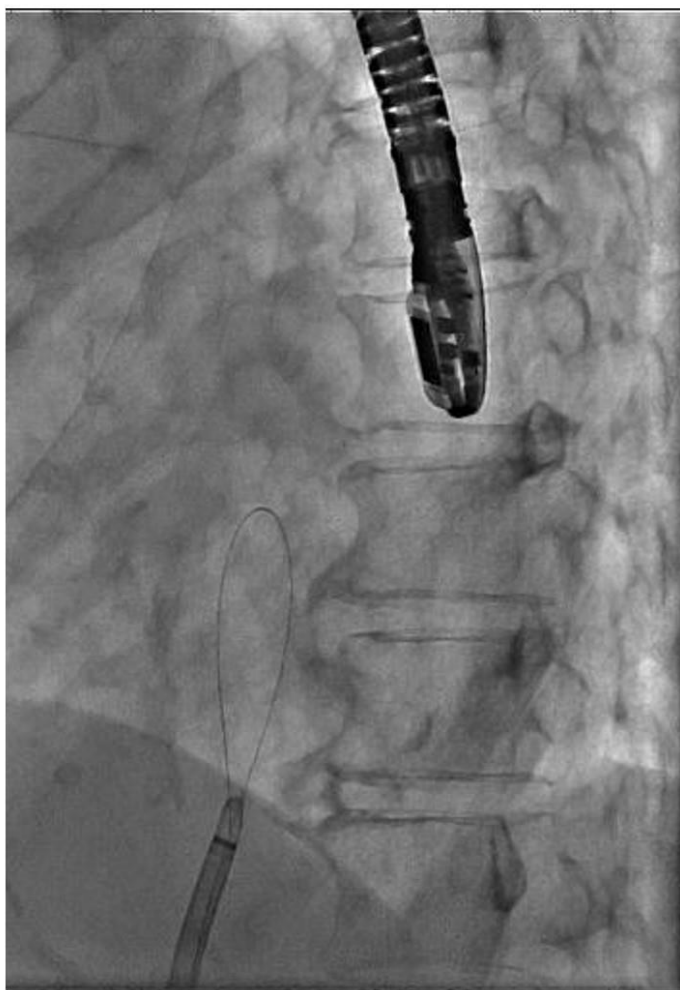
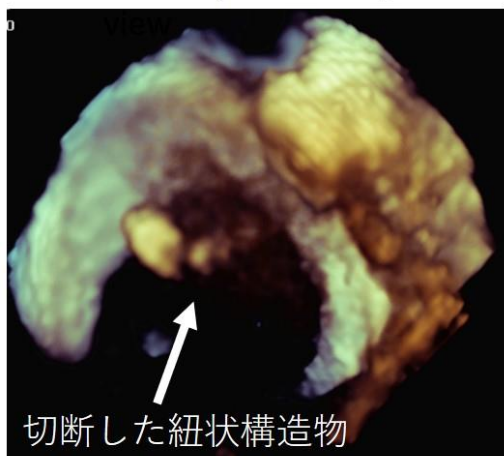
橋本 剛(東邦大学医療センター大橋病院)

原英彦、井出志穂、葉山裕真、牧野健治、高亀則博、福井遼、武中宏樹、飯島雷輔、諸井雅男、中村正人

症例は60歳代女性。2次孔欠損型 ASD、肺高血圧症を認めた。経食道心エコー図検査施行したところ多孔性の ASD を認め、二つの欠損孔の間には細い紐状構造物があった。経皮的 ASD 閉鎖術施行したがデバイス留置による周囲構造への干渉があり中止となった。患者の強い希望により再度経皮的 ASD 閉鎖術を施行した。今度は紐状構造物をワイヤーで切断し、二つの孔をつなげたうえでデバイス閉鎖を試みた。貴重な症例を経験したので報告する。



3D TEE (RA en face)



第2部 デバイスの種類・サイズって悩めますよね？

Case 3

「胸郭異常により右左短絡を呈した心房中隔欠損症で、mitral valveへの干渉により、OFF II のサイズダウンを要した一例」

福井 重文(国立循環器病研究センター心臓血管内科部門・小児循環器科)、
浅野遼太郎、長谷川拓也、西井達也、小永井奈緒、石井俊輔、平川今日子、藤本一途、北野正
尚、上田仁、辻明宏、大郷剛、安田聡

39歳女性。口唇チアノーゼと体勢変換に伴う低酸素血症(立位 SpO₂ 79%, 臥位 SpO₂ 94%)を認め、在宅酸素療法(HOT)を要していた。外見上、扁平胸郭と側湾症を呈し、胸部レントゲン側面像ではそれらにより狭小化した胸郭で心臓が前後方向に圧迫され、立位で顕著であった。TEE では、長径 15mm 程度の三日月状の ASD を認め、下大静脈(IVC)縁から Eustachian 弁が目立ち、ASD を介して有意な右左短絡を認めた。MDCT では、胸骨と椎体の圧迫により中隔が偏位し、ASD が IVC 方向に開存し、IVC 血流が ASD を介して左房側に流入していた。Stop-flow でのサイジングが 19-20mm であり、malalignment のある症例のため、大きめの 24mm OFFII を留置したが、LA disc による mitral valve への干渉があり、21mm にサイズダウンした。結果、右左短絡は消失し、症状は改善し、HOT から離脱出来た。サイズダウンが必要であったかどうか議論したい。

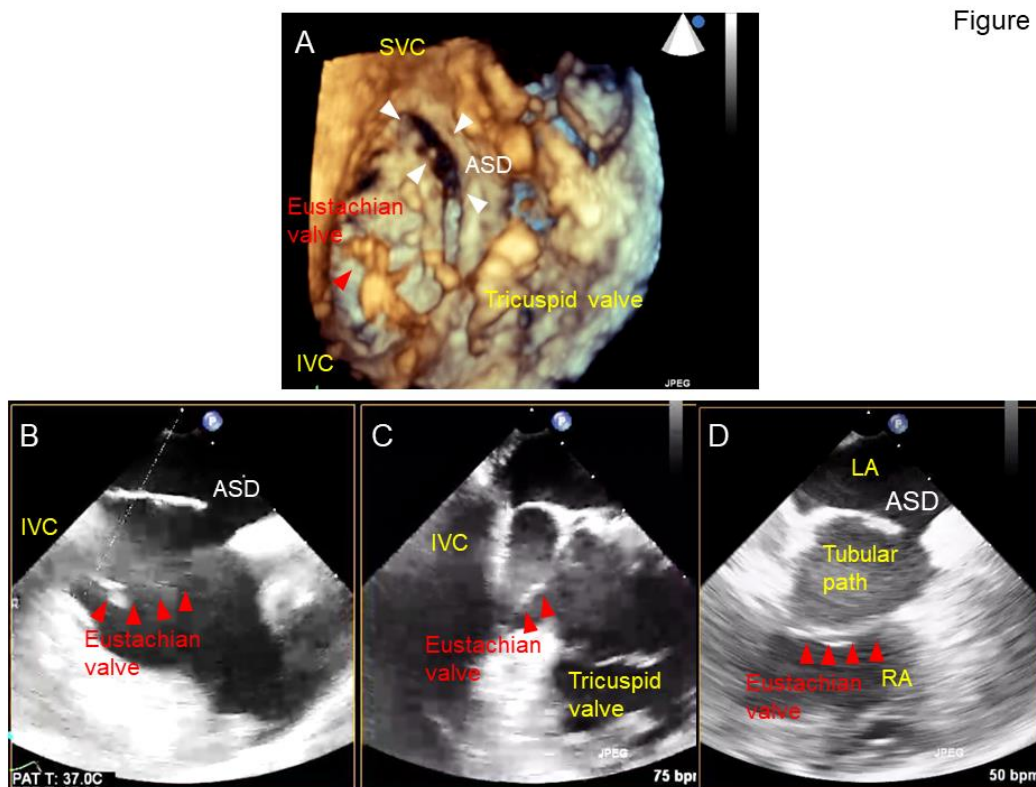
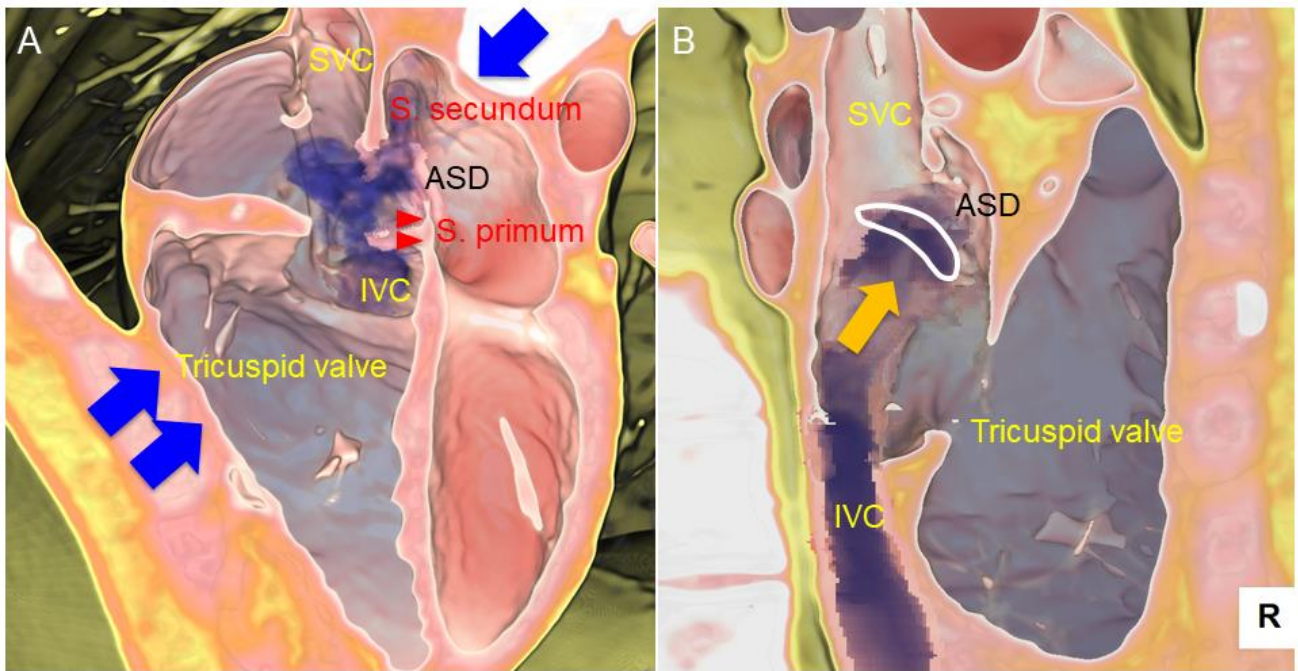


Figure 1

Figure 2

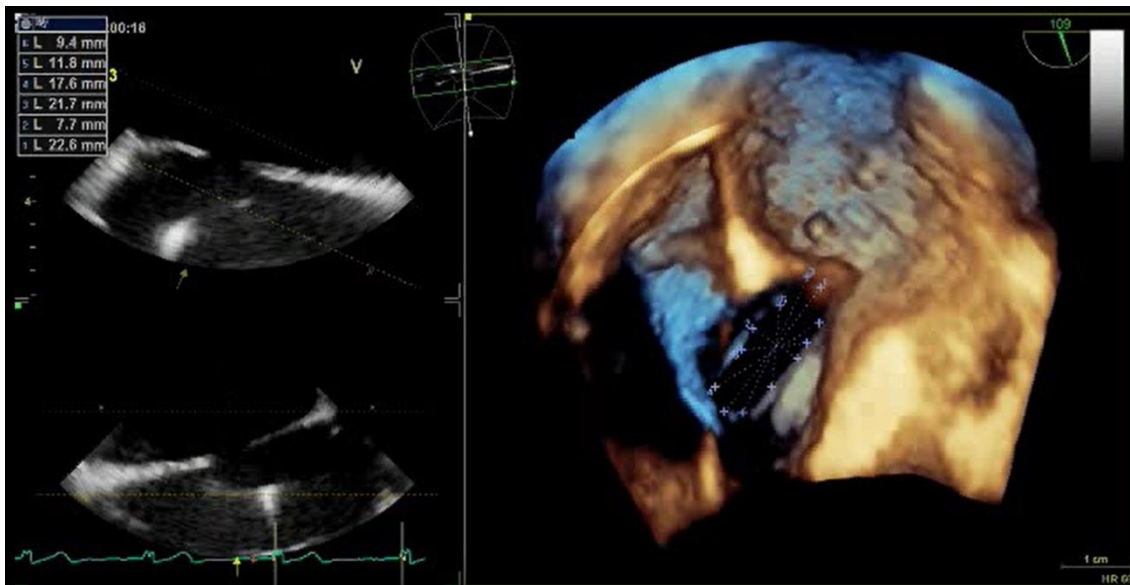


Case 4

「ASDパッチ閉鎖後leakに対して経カテーテル閉鎖術を施行した一例」

福田 信之(富山大学循環器センター)、
上野博志

症例は 80 歳女性。33 歳時に二次孔型 ASD の手術的適応と診断され、開胸によるパッチ閉鎖術を施行された。2007 年徐脈頻脈症候群と診断され、ペースメーカー植込み術を施行された際に ASD 術後の leak を指摘されたが、再手術を拒否され経過観察となった。2016 年頃から軽労作で息切れを自覚するようになり、当科紹介入院となった。Qp/Qs 2.31、PVR 2.3woods 単位であり ASD 閉鎖術適応と診断されたが、再開胸は拒否されカテーテルによる閉鎖術を希望された。孔は $7.6 \times 22.6\text{mm}$ と橢円形態であり、rim は全周性に 5mm 以上を有したが IVC 側は 5.5mm で floppy rim であった。balloon sizing 径は $16 \times 21.6\text{mm}$ であった。パッチ leak に対する ASD カテーテル閉鎖の報告は少なく、デバイス選択などの治療 strategy に関して検討していきたい。



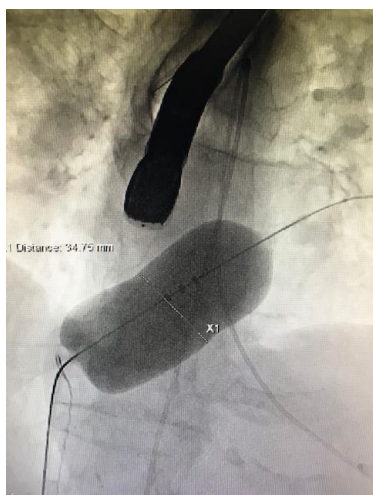
Case 5

「Sizing balloonにてstop flowを得られなかったASDに対し、Figulla36ミリを留置した1例」

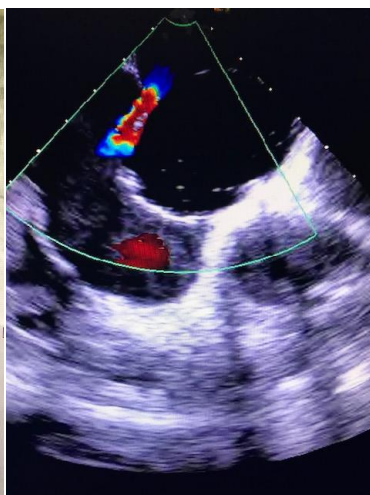
中澤 学(東海大学)

村上力、堀之内仁美、大野洋平、伊苺裕二

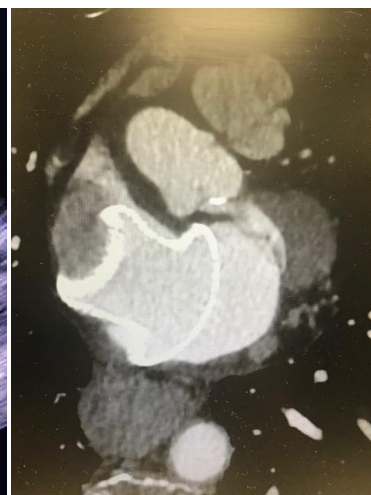
5年前にASDを指摘されていたが、medical followとなっていた81歳女性。6か月前に初回心不全にて入院となり、カテーテル閉鎖術目的に紹介となった。TEEにて、心房中隔欠損孔の最大径は26.9mm、Ao rimは3.6mm、IVC rimは9.2mmであったがfloppyな所見であった。術中のsizing balloonを用いた測定を試みたが、balloon occlusionを最大に行ってもIVC rim側のflowが認められ、stop flowが得られなかった。このためにAmplatzer 38mmの留置を試みたが、左房側のdiskの収まりが悪いこともあり、Figulla 36mmに変更し留置に成功した。



術中 sizing balloon 透視



術中 sizing balloon TEE



術後 CT

第3部 今年もPFO！

Special Lecture

「Device 閉鎖を意識した PFO 解剖の基礎知識」

原 英彦（東邦大学医療センター大橋病院）

Case 6

「奇異性脳塞栓合併の卵円孔開存の一例」

伊吹 圭二郎（昭和大学病院 小児循環器成人先天性心疾患センター）、
藤井隆成、長岡孝太、山口英貴、清水武、旗義仁、樽井俊、宮原義典、石野幸三、富田英

66歳男性、4回の脳梗塞の既往あり。前医で卵円孔開存を指摘され、奇異性脳塞栓の診断で、卵円孔閉鎖を勧められて当院に紹介となった。経食道超音波検査では Flap 状で Tunnel type に近い形態の卵円孔開存（Tunnel 長は 7～11mm）で、大動脈側は<5mm だが土手状の rim を認めた。Valsalva 手技下でコントラストエコーによる右左シャントが確認された。24mm のサイジングバルーンを用いたバルーンサイジングで、径 11.5mm であり、11mm の Amplatzer septal occluder で閉鎖を行った。閉鎖の適応、デバイスの選択などに関してご意見を伺いたい。

第4部 ちょっと変わった症例ですが！

Case 7

「三心房心の大きな欠損孔に対して閉鎖し得た一例」

水谷 一輝(大阪市立大学病院)

症例は69歳の女性。ASD、chronic Afによる心不全コントロールが困難で、ASD閉鎖目的に当院へ紹介となった。経食道心エコーにおいて大動脈側かつ上方に位置する25*20mmの二次孔欠損を認め、また右房内に隔壁を認め三心房心と診断された。欠損孔の辺縁はAortic rimからSuperior rimにかけて広範囲に欠損を認めた。本症例に対して経カテーテル的閉鎖術を施行し得たので、文献的考察と共に報告する。

Case 8

「外科術後に残存するEustachian valveを有する下位静脈洞型心房中隔欠損症に対する経皮的カテーテル治療:その治療戦略と注意点」

今井 逸雄(兵庫県立尼崎総合医療センター)

豊田 俊彬²、塩見 紘樹²、齋藤 成達²、木村 剛²

(2: 京都大学医学部附属病院循環器内科)

症例:症例は63歳女性。19歳時にASDの外科手術を行っているが詳細は不明。慢性の心房細動を有しTIAの既往もある。1年前より労作時の呼吸苦が出現し心拡大もあり精査加療目的に当院に紹介。UCG上は32mmのASDを認め(Figure 1 A)経皮的治療が可能と考えた。しかし、術中に再度確認したところ当初ASDと考えられた部位はIVCとeustachian valveの構造物で本来のASDは図の場所であった(Figure 1 B)。

静脈洞型、下位欠損のASDと考えられ把持力の強いAmplatzer deviceを留置することとした。36mm deviceがover sizeであり32mm deviceに変更し良好な位置に留置できた。

術後のCTではあたかもIVCとLAの間に留置されたような形態であったが(Figure 2)、特に留置形態も問題なく終了となっている。外科手術後の残存ASDで静脈洞型の下位欠損症例に対するカテーテル治療の成功例であり文献的考察も含めて報告する。

Figure 1

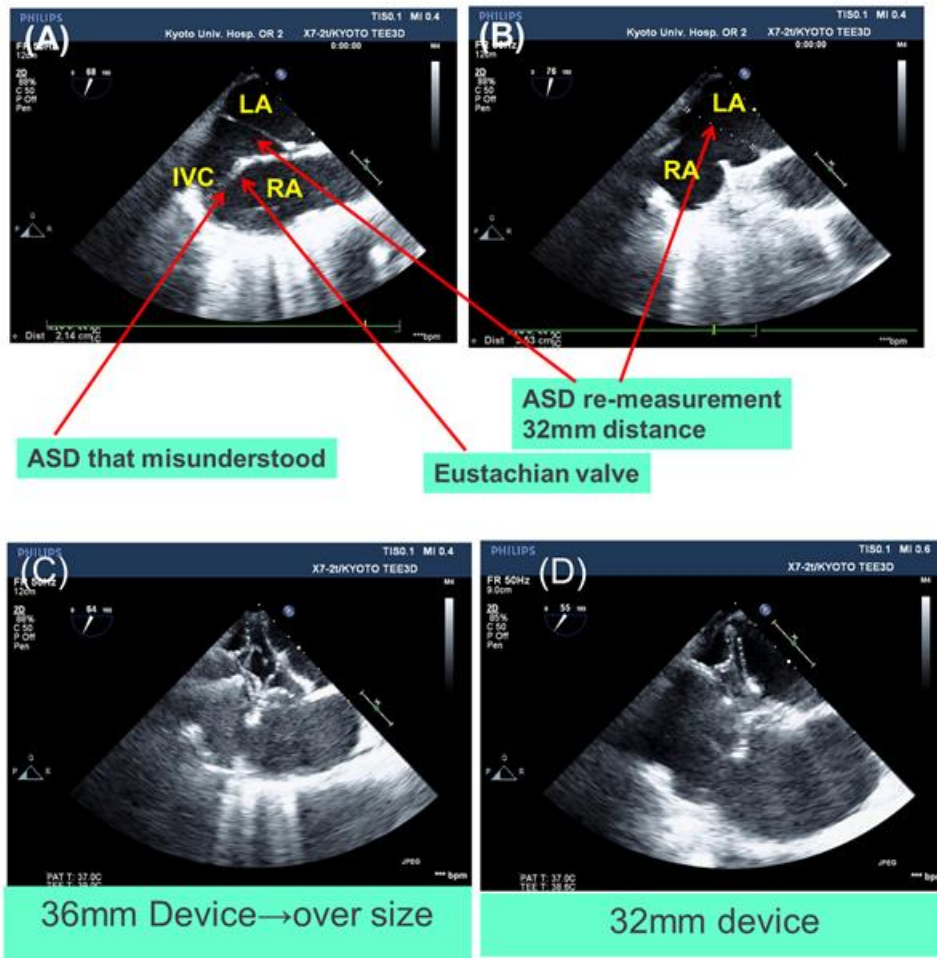
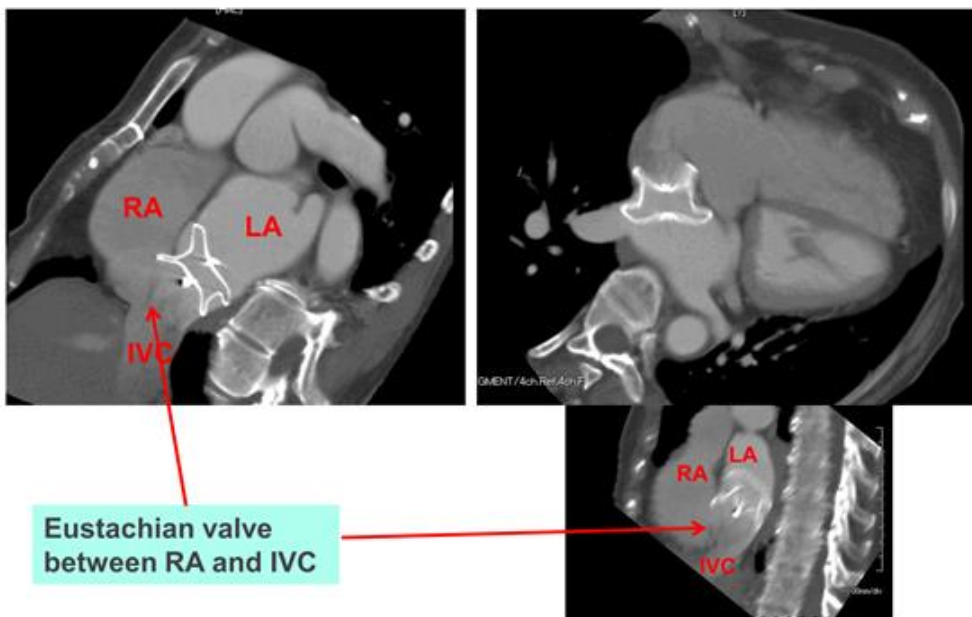


Figure 2

Post-operative CT



Case 9

「Amplatzer Septal Occluder deviceに心房中隔穿刺を施行し、肺静脈隔離術を施行した一例」

中川 晃志(岡山大学)

森本芳正、赤木禎治、高谷陽一、佃早央莉、宮本真和、川田哲史、渡邊敦之、西井伸洋、中村一文、森田宏、伊藤浩

症例は 30 代男性。10 年頃前より動悸発作を自覚し、近医を受診。心房中隔欠損症 (ASD) と発作性心房粗細動 (PAF/AFL) を認めた。そのため、8 年前に PAF/AFL に対して、両側肺静脈隔離術 (PVI) と三尖弁下大静脈峡部の線状焼灼を施行した。PAF/AFL の再発は認められず、半年後に Amplatzer® による ASD カテーテル閉鎖術を施行した。経過は安定していたが、2 年前頃より、PAF が再発し頻度が増加したため、PAF に対するカテーテルアブレーション目的で今回入院となった。左房へのカテーテル配置が必要であったが、ASD デバイス辺縁の穿刺は困難であった。そのため、Brockenbrough needle にてデバイス自体を穿刺し、穿刺孔を拡張することにより、左房にロングシースを配置することが可能となった。EPS では、左上下肺静脈、右上肺静脈の再伝導を認め、PVI を施行した。Isoproterenol 投与下でも AF は誘発されず、手技を終了とした。術後 AF の再発無く経過している。Atrial Septal Occluder device に直接心房中隔穿刺をして PVI を施行した報告は多くなく、興味深い 1 例と考え報告する。