

◎竹村 盛二朗¹⁾、小谷 敦志¹⁾、村上 愛¹⁾、阪田 麻美¹⁾、河地 見波¹⁾、松村 佳永子¹⁾、久保 修一¹⁾
近畿大学医学部奈良病院 臨床検査部¹⁾

【症例1】70歳代男性。当院にて心房粗動に対するアブレーションを施行した。軽度の僧帽弁狭窄、高血圧を指摘されていた。腹部大動脈瘤に対し外来にて経過観察中であったが、腹痛出現し瘤の拡大を認め手術目的で入院となり術前心臓エコー検査を行うことになった。心エコー図検査では、左室拡大はないものの前壁中隔から前壁にかけて軽度の壁運動低下を認めた。僧帽弁は両弁尖の肥厚および後交連側の癒合による可動性低下を認めたが、明らかな狭窄所見はなかった。乳頭筋は基部寄りに付着しており、乳頭筋の付着位置異常を認めた。一方、通常位置にある乳頭筋では腱索との連絡が不明瞭であり、パラシュー型僧帽弁を疑った。

【症例2】30歳代男性。職場検診にて心肥大を指摘されるが自覚症状なく放置していた。安静時に易疲労感を自覚するようになり他院を受診した。左縁第4肋間やや外側にて収縮期雜音を聴取し、心臓エコー検査で大動脈弁閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全症と診断され、手術目的で当院紹介となった。心エコー図検査では、左室拡大はあるが局所壁運動異常は認めなかった。大動脈弁は一部弁尖のエコー輝度上昇を認めるも

のの開放良好で、逆流は軽度であった。僧帽弁は前尖すべてにわたり逸脱を認め、中等度の逆流ジェットが後尖側に偏位して流出していた。前尖および後尖に繋がる腱索は全て後乳頭筋にのみ連絡しており、腱索の付着位置異常を認めた。弁尖の軽度肥厚は認めたが、可動性は良好で明らかな狭窄所見はなかった。パラシュー型僧帽弁に伴う有症候性の中等度僧帽弁逆流と診断され、弁置換術が施行されることになった。術後は経過良好で、自覚症状の改善も見られている。

【考察】パラシュー型僧帽弁は先天性僧帽弁狭窄の原因として知られるが、逆流が本態で外科的治療の適応となった症例は少ない。本症例は他の先天性心奇形を合併しておらず、パラシュー型僧帽弁に伴った異なる病態をそれぞれ呈しており文献的考察を含めて報告する。

近畿大学医学部奈良病院 臨床検査部 生理機能検査室
(代表) 0743-77-0880
(内線) 3073