

演題 7. 心電図 ST 異常指摘後 11 年を経過した拡張型心筋症の 1 例

○目黒真喜子 野本剛史(日本医科大学千葉北総病院 医学検査部)

【はじめに】拡張型心筋症(以下 DCM)は通常慢性進行性であり初期には症状が無いが、あるいはあっても軽い場合が多く、病院を受診することは稀である。今回われわれはその初期から DCM と診断されるまでの経過を追うことができた症例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

【症例】69 歳女性

既往歴：慢性 C 型肝炎、胃がん

家族歴：父：高血圧、脳血管障害 母：心不全

【経過】1995 年、術前検査にて心電図上 ST 異常を認めため精査。自覚症状なし。マスター、トレッドミル検査でⅡ、Ⅲ、aVF、V1～V4 に ST 低下を認めた。冠動脈造影正常。明らかな心筋虚血認めず経過観察となる。2000 年、検診にて心電図 ST 異常を指摘され精査。自覚症状なし。マスター、トレッドミル検査で V3～V6 に ST 低下を認めた。冠動脈造影正常。アセチルコリン負荷試験陰性。心エコー：駆出率 61.4%。壁運動異常なし。左室拡張末期径 54mm。僧帽弁・三尖弁逆流軽度。心筋虚血を指摘できず更年期前後の女性に多く見られる微小血管狭心症疑いで経過観察となる。2007 年、動悸止まらず来院。うっ血性心不全で入院、精査となる。心電図上頻拍性心房細動。冠動脈造影正常。心エコー：駆出率 11%。全周性の壁運動異常を認めた。左室拡張末期径 61mm。僧帽弁・三尖弁逆流中等度。BNP900pg/ml。他の原因疾患は否定されたため DCM と診断された。

【考察・まとめ】心エコーにおける早期の DCM 像は左室内腔拡大が軽度または正常で左室収縮能の低下が認められるものと考えられているが、今回の症例のように明らかな左室収縮能の低下が認められなくても、原因不明の左室内腔軽度拡大がみられる場合も心エコーによる注意深い経過観察の必要性があると思われた。

0476-99-1111