

第 3 回冠攣縮研究会 抄録集

日時：2008 年 7 月 26 日

会場：ヒルトン東京 3 階「桂／春日」

第3回冠攣縮研究会・プログラム

7月26日(土) 17:00 ヒルトン東京 3階「桂 / 春日」

1. 開会の挨拶 (17:00~17:05)

東北大学 下川宏明

2. 事務局より 症例登録の進捗状況について (17:05~17:30)

冠攣縮研究会事務局 安田聡 (東北大学)

3. 一般演題 (17:30~18:45) (発表7分・討論5分)

座長: 熊本大学 小川久雄

- 1) 広島大学循環器内科・寺川宏樹: シスプラチンに関連した冠攣縮
- 2) 新居浜病院循環器科・末田章三: カルシウム拮抗薬処方減少が異型狭心症の再燃を生む?
- 3) 昭和大学藤が丘病院循環器内科・若林公平: 冠スパズムで心肺停止をきたしたと考えられた若年女性心筋梗塞の1例
- 4) 杏林大学第2内科・永井亘: 冠攣縮性狭心症の診断が確定し治療が開始されたにもかかわらずVFを発症した39歳女性例
- 5) 東北大学循環器内科・高橋潤: 院外心停止例に対する冠攣縮誘発試験・電気生理学的検査の意義
- 6) 慶応義塾大学呼吸循環器内科・富樫郁子: 心臓突然死を初発症状とする冠攣縮症例

休憩 (18:45~19:00)

4. 特別講演 (19:00~20:00)

座長: 東北大学 下川宏明

Professor Attilio Maseri (University Vita-Salute, San Raffaele Hospital)

Title: TBA

Maseri教授の講演タイトル、「Importance of Coronary Spasm in the Era of Coronary Intervention (仮)」

5. 閉会の挨拶 (20:00~20:05)

熊本大学 小川久雄

6. 情報交換会 ヒルトン東京 4階「菊フoyer」

1. シスプラチン投与が発作の誘因と考えられた冠攣縮 (Cisplatin-induced coronary spasm)

広島大学大学院医歯薬学総合研究科 循環器内科学

寺川宏樹、西岡健司、光波直也、三上慎祐、藤村憲崇、藤井雄一、岡田武規、荘川知己、中野由紀子、蓼原太、山本秀也、石田隆史、木原康樹

冠攣縮には、過換気など発症しやすい誘因が存在する場合がある。われわれはシスプラチン投与が冠攣縮発作の誘因と考えられた症例を経験したので提示する。症例は 67 歳男性、肝細胞癌に対する治療（肝動注）目的にて入院。今までに 7 回の治療歴がある。65 回目の肝動注療法後に前胸部痛を自覚したため冠動脈造影検査を施行したが有意狭窄は指摘されなかった。8 回目の治療時にシスプラチンを肝動脈に投与した直後より激しい胸痛出現、ニトログリセリン舌下にも改善せず。心電図にて II, III, aVF 誘導での ST 上昇を認め、緊急冠動脈造影検査を施行したところ右冠動脈#3 100%を含む多枝攣縮を認めた。ニトログリセリン冠動脈内投与を繰り返すことにより冠攣縮は解除された。まれではあるが、シスプラチン投与が冠攣縮発作の誘因となる可能性があり、文献的考察を加え報告する。

2. Ca 拮抗薬処方減少が異型狭心症 (Va) の再燃に関与？

愛媛県立新居浜病院 循環器科

末田章三、坂上智城、三根生和明

【背景】Ca 拮抗薬の普及が Va の減少に関与していることを我々は報告した (Chest 2003; 124: 2074-78)。【目的】冠攣縮性狭心症 (CSA) と診断した症例における入院精査前に服用していた薬を調査し、Va 発症頻度について検討した。【方法】対象は、1991-2005 年末までに最終診断した CSA 連続 456 例である (1991-2002 年までは、Chest に報告済)。15 年間で 3 年毎に分類し (1991-1993: I 期、1994-1996: II 期、1997-1999: III 期、2000-2002: IV 期、2003-2005: V 期)、2003-2005 年までのデータを、過去の成績と対比した。【結果】Va は 2002 年まで減少していたが、2003-2005 年に微増した (I:28/II:33/III:9/IV:4/V:9)。Ca は 2002 年までは徐々に増加し、約半数の症例が服用していたが、2003-2005 年は減少した。硝酸薬処方に変化はなく、スタチン処方と ACEI/ARB 処方有意に増加した。【結論】ARB 旋風により Ca 拮抗薬処方が減少し、Va 再燃に関与している可能性がある。

3. 冠スパズムで心肺停止をきたしたと考えられた若年女性心筋梗塞の一例

昭和大学藤が丘病院循環器内科

若林公平、前澤秀之、本田雄気、清水信行、浅野冬樹、佐藤督忠、鈴木洋、嶽山陽一

症例は36歳、女性。路上で心肺停止状態になっていたのを発見され、当院へ搬送された。JCSⅢ-300で頸動脈触知不能であった。気管内挿管を行い、心臓マッサージを継続した。心室細動を繰り返し、循環動態の維持が困難であったためPCPSを挿入した。緊急CAGでLAD#7に完全閉塞病変を認めPCIを施行した。血栓吸引術、ステント留置後IABPを留置した。PCI後血圧は上昇し、第2病日PCPS抜去、第3病日IABP抜去、第4病日には人工呼吸管理も離脱した。経過良好なため第12病日CAGを施行した。LCX#11から完全閉塞していた。ACh負荷テストでは他の2枝も陽性であった。硝酸イソソルビド投与後は3枝とも良好な血流が得られた。多枝スパズムを有する重症冠攣縮性狭心症であり、今回の急性心筋梗塞に強く関与したものと判断した。その後は心筋梗塞による合併症なく経過良好なため、第21病日退院とした。

4. 冠攣縮性狭心症の診断が確定し治療が開始されたが心室細動を発症した 39 歳女性例。

杏林大学医学部第 2 内科学教室

永井亘、伊波巧、高昌秀安、信太研二、清水尚志、池田隆徳、坂田好美、吉野秀朗

39 歳女性が胸痛に続く心肺停止状態で当院救命救急センターに搬送された。既往歴に喘息があるが喫煙を続けていた。月に 1~2 度の胸痛発作を自覚し、過去に 2 度の意識消失のエピソードがあった。8 月に施行した 24 時間ホルター心電図では胸痛に一致して ST 上昇が捉えられた。9 月 1 日外来を受診し冠攣縮性狭心症の診断のもと、Ca 拮抗薬が処方され、帰宅した。9 月 3 日午前 1 時 30 分胸痛を自覚し、ニトログリセリン舌下で速やかに胸痛は消失した。朝、自動車運転中に胸痛を訴え、直後に心肺停止状態となった。たまたま、消防署の前であり、同乗していた娘が救急車を呼び当院に搬送された。救急隊到着時の初回心電図は心室細動であり、一回の除細動で洞調律に復した。なぜ、心室細動を予防できなかったのか？このような症例に対する適切な対応を検討した。

5. 院外心停止例に対する冠攣縮誘発試験・電気生理学的検査の意義

東北大学循環器内科

高橋潤、安田聡、高木祐介、下川宏明

背景：器質的心疾患を有さない院外心停止症例の病因はいまだ不明である。方法：器質的心疾患が認められなかった院外心停止蘇生例連続 12 例（男性 11 例／女性 1 例、平均年齢 44 ± 13 歳）に対してアセチルコリンを用いた冠攣縮誘発試験と電気生理学的検査による心室細動誘発試験の両者を心肺蘇生から約 1 ヶ月後に施行した。結果：全症例においていずれかの誘発試験が陽性であった。内訳としては冠攣縮のみ誘発 3 例、心室細動のみ誘発 3 例、残り 6 例では冠攣縮・心室細動いずれもが誘発された。冠攣縮が誘発された 9 例のうち 6 例においてカルシウム拮抗薬が投与されているにも関わらず電気生理学的検査で心室細動が誘発された。最終的に全例で植え込み型除細動器が適応された。結論：器質的心疾患を有さない院外心停止蘇生例には機能的病態が関与している。病因も単一ではなく、心室細動と冠攣縮両者の誘発試験を施行する意義は大きいものと思われる。

6. 心臓突然死を初発症状とする冠攣縮症例

慶應義塾大学呼吸循環器内科

富樫郁子、佐藤俊明

33歳男性。生来健康、胸部症状の既往なし。2006年10月朝、自宅にて心肺停止となり救急要請。AEDにより心室細動が記録され、電気ショック施行後洞調律へ復帰。近医へ搬送され精査されるも診断には到らなかった。退院後、朝起床時に5分程持続する下顎の違和感が出現。11月早朝、下顎の違和感、胸内苦悶を訴えた後心肺停止となった。心室細動に対し電気ショックを施行し、当院へ入院した。冠動脈造影検査では冠動脈硬化は認めず、acetylcholine 負荷検査を施行。下顎の違和感、ST上昇を伴う多枝冠攣縮が誘発され、冠攣縮性狭心症と診断した。胸痛後心臓突然死をきたしており、冠攣縮にともなう心室細動と判断した。ベニジピン 12mg、ジルチアゼム 200mg、ニコランジル 15mg、硝酸イソソルビドテープ 40mg 投与を継続し、退院後心臓突然死や胸痛の再発はない。心臓突然死を初発症状とする冠攣縮症例を経験したので報告した。