

## シャント血流の同定に苦慮した感染性心内膜炎の1例

◎大塚 真子<sup>1)</sup>、矢嶋 あかね<sup>1)</sup>、水上 洋子<sup>1)</sup>、仲村 純奈<sup>1)</sup>、小路 達也<sup>1)</sup>、坂井 英雄<sup>1)</sup>、青木 美由紀<sup>1)</sup>、長屋 麻紀<sup>1)</sup>  
岐阜県総合医療センター<sup>1)</sup>

【症例】81歳男性

【既往歴】慢性心房細動、大動脈弁狭窄症、高血圧、C型肝硬変、早期胃がん

【現病歴】二尖弁に伴う高度大動脈弁狭窄症にてTAVIによる治療を検討中。20XX年6月より38°Cの発熱あり、持続するため当院救急外来を受診。来院時、体温39°C、聴診にて収縮期駆出性雑音あり。血液検査では、CRP 6.02mg/dl、WBC 10,200/μlと炎症反応上昇。また、BNP 1268.5pg/mlと高値を示し、敗血症および心不全疑いにて入院となった。菌血症を認めたことより感染性心内膜炎を疑い、経胸壁心エコー検査（TTE）施行。大動脈弁はRCCとLCCが癒合しており二尖弁で、石灰化が強く、弁の可動性は低下し、高度大動脈弁狭窄症を認めた。見える範囲では明らかなvegetationを疑う所見は指摘できなかった。更なる精査のため経食道心エコー検査（TEE）を施行したところ、大動脈弁は二尖弁で、石灰化が強く、vegetationの同定は困難であったが、三尖弁にヒラヒラエコーを認め、vegetationの存在が示唆された。

血液培養検査で、Enterococcus faecalisが検出され、感染性心内膜炎（IE）の診断で抗生剤加療を開始した。

抗生剤投与1週間後にTTEを施行したところ、三尖弁中隔尖に付着する13×9mmのヒラヒラエコーを認めた。また、左室から右房内に流入するシャント血流を疑う所見を認めた。シャント部位の同定目的でTEEを施行したが、同定は困難であった。

3日後に再度TTEを施行し、大動脈弁輪部付近から右房内に交通するシャント血流が疑われた。確定診断のため心腔内エコーを施行し、

シャント血流が強く疑われたため、開心術施行となった。

【手術所見】大動脈弁は二尖弁で、高度の石灰化を認め、表面にvegetation様のものが散在性に付着していた。また、大動脈弁のNCCとRCCの弁輪下から三尖弁中隔尖と前尖の交連部に抜けて右房へ交通する3mm程度の瘻孔を認めた。

大動脈弁置換術および心室（大動脈弁輪部）右房シャント自己心膜パッチ閉鎖術、三尖弁輪形成術、メイズ手術が施行された。

【まとめ】右心系IEは、IE全体の約5～10%に過ぎないとされており、欧米では麻薬中毒者、左-右短絡を有する先天性心疾患、ペースメーカーリードや静脈チューブなどの例で好発するとされている。今回の症例は大動脈弁に付着したvegetationにより弁輪部破壊が起こり、弁輪部から右房への交通を認め、シャント血流が当たる三尖弁にvegetationが付着したと考えられた。今回の症例は大動脈弁二尖弁であり、石灰化が強く、その周囲からのシャント血流であったため確定診断に時間を要した。

右心系のIEを認めた場合は、シャント疾患の有無を注意深く観察することが重要であると思われた。

連絡先：058-246-1111（内線 2659）