

強直性脊椎炎に合併した大動脈弁閉鎖不全症の一症例

◎河村 有哉¹⁾、神谷 敏之¹⁾、齋木 初音¹⁾、野崎 俊春¹⁾、橋本 あゆみ¹⁾、後藤 幸雄¹⁾、酒井 昭嘉¹⁾
 社会医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院¹⁾

【はじめに】強直性脊椎炎は、主に脊椎・骨盤および四肢の大関節を侵す慢性進行性の炎症疾患である。原因は不明とされているが、HLA(Human leukocyte antigen)の B27 や B39、B52 などの遺伝子との強い関連性があるといわれている。そのような遺伝的要因を背景に何らかの後天的要因による免疫異常が生じた結果、本疾患が発症すると推測されている。また、本疾患に弁膜症、伝導障害などの循環器疾患を合併することが報告されている。今回、強直性脊椎炎に弁膜症と伝導障害が合併した症例を経験したので報告する。

【症例】症例は 50 歳代、女性。既往歴は帝王切開、交通事故による外傷、リウマチ疾患の既往はなかった。

【現病歴】原因不明の背部痛、右季肋部痛により当院内科を受診し、激しい痛みのため入院となった。入院中に心雑音を認め、当院循環器内科高診となり、経胸壁心臓超音波検査を実施した。また、経胸壁心臓超音波検査中に著しい PR 延長を認め、再度心電図検査の追加となった。

【血液検査】

WBC : 10900/ μ l、RBC : 363 万/ μ l、
 Hb : 10.9g/dl、PLT : 51.8 万/ μ l、
 ALB : 3.4g/dl、CRP : 12.83mg/dl、
 AST : 37I/U、ALT : 54I/U、LD : 280I/U、
 Na : 139mmol/l、Cl : 108mmol/l、
 K : 4.5mmol/l、BNP : 232pg/dl

【特殊検査】HLA : B39/B52 (+)、B27 (-)

【血液培養】6セットとも培養は陰性。

【心電図所見】

入院時：洞調律、反時計針回転のみで、特記所見は認められなかった。

入院数日後：洞調律、PR 延長（1 度房室ブロック）を認めた。

【経胸壁心臓超音波所見】

LVIDd : 54mm、LVIDs : 32mm、
 IVSth : 8mm、LVPWth : 9mm、
 EF (Biplain modified Simpson) : 62%、
 AOD : 28mm、LAD : 38mm、E/A : 1.32、
 E-Dct : 151ms、E/e' : 17.6、
 IVC : 18mm、TRPG : 49mmHg、
 MR : 軽度、AR : 中等度～重度、TR : 軽度。
 左室は軽度拡大し、左室拡張不全の所見が認められた。

大動脈弁：右冠尖は逸脱し、AR ジェットが偏位して僧帽弁前尖に当たっており、重症度の正確な評価は不能であった。しかし、弁尖等に明らかな疣腫は認められなかった。

【経食道心臓超音波所見】3 尖ともに弁尖は、接合不全を認め、AR は重度。右冠尖の弁尖は完全に左室側に落ち込んでいた。右冠尖に明らかな疣腫は認められなかった。

【考察】本症例は強直性脊椎炎に循環器疾患が合併したものと考えられる。大動脈弁右冠尖と無冠尖の直下には膜性中隔が位置しており、膜性中隔下縁に沿って刺激伝導系の His 束が走行している。それらの大動脈弁周囲に炎症が波及したことにより、大動脈弁閉鎖不全と房室ブロックが出現したものと考えられた。

【結語】強直性脊椎炎に弁膜症と伝導障害が合併した症例を経験したので報告した。

(058-388-0111)