

カテーテルアブレーション中に確定診断し得た大動脈四尖弁の一例

◎笹山 結雅¹⁾、山本 瞳¹⁾、新保 美穂¹⁾、中澤 はるな¹⁾、上野 剛志¹⁾、中川 幸恵¹⁾
厚生連 高岡病院¹⁾

【はじめに】

大動脈四尖弁(quadricuspid aortic valve : QAV)は稀な先天性弁膜症であり、その頻度は、解剖例の0.008~0.033%と言われている。QAVは大動脈閉鎖不全症の原因となり、心不全を契機に発見される例もある。今回我々はカテーテルアブレーション(catheter ablation : CA)治療中の検査で診断し得たQAVの症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代 男性。

【既往歴】高血圧、糖尿病。

【現病歴】8年前より動悸発作があり、前医にて発作性心房細動と診断され、経過観察となっていた。20XX年より心房細動の発作頻度が増加したため、投薬治療が行われたが、改善せず当院に紹介となった。

【血液検査】BNP 78.2pg/dl、
TSH 0.945 μ IU/ml、FT4 0.95ng/dl

【心電図】洞調律。高電位を認めるが、ST-T変化は認めなかった。

【経胸壁心臓超音波検査】LVDd 56mmと軽度拡大し、ARⅢ°で大動脈弁中央部より逆流を認めた。大動脈弁に副冠尖が疑われたが、QAVとは確定できなかった。

【心腔内超音波検査】無冠尖と右冠尖の間に副冠尖と思われる余剰な弁尖を認め、QAVと確定した。

【考察】

QAVはHurwitzらの分類が用いられており、各弁の大きさにより7つのタイプに分けられる。弁膜症としては、ほとんどが閉鎖不全症といわれている。合併奇形としては、冠動脈奇形(起始異常、低形成)、肥大型心筋症、心房中隔欠損症などがある。

【まとめ】

今回我々はCA治療中の検査で診断し得たQAVの症例を経験した。今回の症例は心不全の既往、徴候はないが、大動脈弁閉鎖不全症を認めており、今後も注意深い経過観察が必要と考えられた。

連絡先：0766-21-3930(内線3451)