

## 左室粘液腫の1例

◎野村 辰記<sup>1)</sup>、枝光 泰聖<sup>1)</sup>、海老名 祐佳<sup>1)</sup>、玉腰 いづみ<sup>1)</sup>、河村 美奈<sup>1)</sup>、石神 弘子<sup>2)</sup>  
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院<sup>1)</sup>、日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院<sup>2)</sup>

【はじめに】心原性脳塞栓症は脳梗塞の原因として15~30%をも占め、院内死亡率が高く、神経学的予後が不良である。その原因の多くが心房細動によるものであるが、時に心臓内腫瘍が原因と考えられる脳塞栓症を経験する。

心臓腫瘍の中でも最も頻度が高いとされているのが粘液腫で心臓腫瘍の約30%程度を占める。粘液腫は左房に発生するものが約90%を占めるが、右房、左右の心室と心腔内のどこにでも発生しうる。今回は、左室粘液腫が原因と考えられる脳塞栓症に心エコーが有用であったため報告する。

【症例】27歳、男性 【主訴】頭痛 【既往歴】漏斗胸、陳旧性小脳多発梗塞

【家族歴】特記すべき事項なし。

【現病歴】コロナワクチン接種後から慢性的な頭痛があり近医を受診。MRIにて新規の小脳梗塞が見つかり当院神経内科へ紹介受診。

【経胸壁心エコー所見】拡張期左室径は49mm、収縮期左室径は29mm、EFは58%で左室機能良好であった。左室心尖部に25×38mmの腫瘤を認めた。腫瘤の形状は不整で可動性に富む性状を有していた。心尖部の収縮は腫瘤の影響で阻害されているように観察された。

【所見】心電図は洞調律、胸部X線に異常所見なし、頸動脈エコーにて有意狭窄なし、CTCAにて有意狭窄を認めなかった。

CTにて左室心尖部に31×24mm大の造影不良域を認め、粘液腫や血栓が疑われた。

【経過】心エコーの結果より循環器内科へコンサルタントとなった。更なる塞栓リスクがあるため準緊急手術が妥当と判断され、即日入院となった。翌日に腫瘍摘出術を施行。

【術中所見】剣状突起は癒着と漏斗胸にてスペースなく、胸骨上窩から切開。上行大静脈、下行大静脈の2本の虚脱にて人工心肺を確立。心尖部から約5cmを縦に切開した。腫瘍は切り込んだ心尖部の断端付近の肉柱部分で切離した。やや繊維化した肉柱が残ったためその部分も摘除した。

【術後経過】後日、心エコーを施行。術後の影響で切開縫合部分のみ壁運動異常を認めたが心機能は良好であり、残存及び新規の腫瘍は認めなかった。心電図にてST上昇が見られたが心膜切開後症候群であると考えられ経過観察となった。

【病理所見】腫瘍はポリープ状の病変でゼリー状の外観を呈していた。豊富な粘液を背景とし、小型の核と好酸性細胞質を有する多形~紡錘型細胞が疎らに分布する像であり、核分裂像は認められなかった。免疫染色ではcalretinin(+)で、cardiac myxomaの像であった。

【考察】心臓粘液腫の臨床症状は呼吸困難、動悸、失神発作などの腫瘍による閉塞症状が最も多く、ついでCRPの亢進や熱発等の全身症状、脳梗塞や肺梗塞などの塞栓症状などが挙げられる。左室粘液腫症例に限っていても約30%に塞栓症状が認められる。本症例においては脳梗塞の精査で行った心臓超音波検査にて左室腫瘍と診断された。鑑別診断としては、左室の壁運動不良な部位も認めず、心筋梗塞、心房細動の合併もないことから左室内血栓よりも腫瘍と診断された。腫瘍は新規の塞栓症の危険性を有しており、緊急性を要した。その原因を発見し、速やかに治療に移行でき、経過観察にも有効であったため本症例において心臓超音波検査は有用であったと考えられる。

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 医療技術部 臨床検査科  
080-6927-8153