

## 経胸壁心臓超音波検査で経過を追った大動脈四尖弁の一例

◎松本 優汰<sup>1)</sup>、山田 晶美<sup>1)</sup>、八木 文悦<sup>1)</sup>、岡野 真弓<sup>1)</sup>、菅原 安津美<sup>1)</sup>、榊原 康平<sup>1)</sup>、小川 剛汰<sup>1)</sup>、  
四條 友梨<sup>1)</sup>  
島田市立総合医療センター<sup>1)</sup>

## 【はじめに】

大動脈四尖弁(quadricuspid aortic valve : QAV)は心臓弁膜症を合併する先天性心疾患であり、発生頻度は剖検例の0.008%~0.033%と言われている。QAV 起因する弁膜症は狭窄症(AS)9%に対して閉鎖不全症(AR)が80~90%と多数を占めている。

今回我々は経食道超音波検査(TEE)にてQAV を発見し、その後経胸壁心臓超音波検査(TTE)にて経過を追った一例を報告する。

## 【症例】

60代男性、既往歴は椎間板ヘルニア、喉頭ヘルペス。1カ月前からめまい、車を運転中に約5秒間、眼前暗黒感が出現し、当院を受診した。受診時の血圧は191/56mmHg。胸部レントゲンでCTR61%と心拡大を認めた。心電図は心拍数46bpmで完全房室ブロック波形を呈していたため、当日入院となった。入院後第4病日に発熱、CRPの上昇があり、血液培養でグラム陽性球菌が陽性となったことから感染性心内膜炎が疑われ、TTEがオーダーされた。所見は左室拡張末期径(LVEDD)60mm、左室収縮末期径(LVESD)44mm、左室収縮末期径/体表面積(LVESDI)27.85、心室中隔厚(IVS)12mm、左室後壁厚(LVPW)14mm、左室駆出率(EF)(modified Simpson法)68%であった。中等度のARを認め、大動脈弁最大血流速度は2.75m/sとやや高速であったが、大動脈弁弁口面積は2.8cm<sup>2</sup>と明らかなASや疣贅を疑う所見は認めなかった。第11病日に行われたTEEでも、疣贅を疑う所見はなかったが、大動脈弁は4尖確認された。中等度ARの原因はQAVによる慢性的なもので、日常で自覚症状はなく、TTEにて左室機能は保たれており、手術適応の指標を超える心拡大も認めないことから、経過観察となった。CRPの上昇が続いていたため、予定されていたペースメーカーの植え込み術は約1ヶ月後に延期された。入院後より高血圧に対して投薬治療が開始され、現在も継続されているが、血圧のコントロールはおおむね良好である。7年後のTTEの所見は、LVDEDD 54mm、LVESD 34mm、LVESDI 21.52、IVS 11mm、LVPW 11mm、EF 69%であった。

## 【考察】

QAVの弁形態分類ではHurwitz&Roberts分類が用いられることが多く、今回の症例では右冠尖が2つに分かれているように観察されたため、Hurwitz&Roberts分類のtype Cである「二尖が均等で大きく、他の二尖が均等で小さい」に相当するものだと思われた。

QAVは弁形成異常だけでなく、心奇形や、心房細動、房室ブロックを合併する可能性があるとして報告されており、今回の症例では初回受診時に完全房室ブロックを合併していたためQAVとの関連が示唆された。

6ヶ月ごとのTTEでは、ARやEFの増悪は認めず、若干ではあるが左室拡大と左室肥大は改善傾向である。QAVにおけるTTEでの経過観察は、低侵襲で簡便に繰り返し行うことができ、データの変化を捉え、増悪した場合には早期治療に介入することができるため有用であると考えられる。今回の症例では初回のTTEではQAVを指摘できなかったため、検査時は常にQAVの存在を念頭において検査をすることが重要であると考えた。

連絡先 0547-35-2111 内線 3180