

## 抄 録

## 第15回山口県臨床不整脈検討会

日 時：平成20年6月13日（金）18：30

場 所：山口グランドホテル2F「鳳凰の間」

主 催：サノフィ・アベンティス株式会社

〈一般演題〉18：45～19：45

座長：山口県済生会下関総合病院循環器科

部長 立野博也 先生

## 1. 心房頻拍症に対するEnsiteの有用性について

総合病院社会保険徳山中央病院循環器内科,  
山口大学医学部保健学科<sup>1)</sup>

○木村征靖, 小川 宏, 分山隆敏, 岩見孝景,  
波多野靖幸, 望月 守, 白石宏造, 内田耕資,  
清水昭彦<sup>1)</sup>

Non-contact mapping法 (Ensite) は血行動態が不安定な頻拍, 持続時間が短い頻拍, 多形性頻拍などに有用であるとされている。今回, 心房頻拍のアブレーション時に, Ensiteが有用であった症例を報告する。

症例1は58歳, 女性。4年前より動悸, 眼前暗黒感を認めるようになった。持続時間は短いものの, 症状が強いため近医を受診した。抗不整脈薬投与により加療を受けるも改善しないため当院に紹介となった。発作時の心電図では心房頻拍が疑われたため心臓電気生理検査を施行することとした。心房頻拍は容易に誘発され, 最早期興奮部位は高位右房であったが, 頻拍の持続時間が短いためEnsiteを用いてmappingを施行した。頻拍の起源は洞結節上方であったが, 同部位からのペーシングにて横隔神経刺激を認めるため通電は困難であった。興奮が前壁側へ向かうため, 頻拍起源よりも前方で横隔神経刺激を認めない部位にて通電することにより, 頻拍は誘発されなくなった。Ensiteにて心房頻拍の興奮伝播様式を解析することにより, 頻拍の根治に至った症例であった。

症例2は64歳, 男性。労作時の胸苦のため受診。運動負荷試験にて症状に一致したnarrow QRS tachycardiaが誘発された。心臓電気生理検査では3つの左房起源の心房頻拍が誘発された。左房にEnsiteを留置してmappingを行ったところ, 最初の心房頻拍の起源は左房前中隔であり, 同部位の通電により誘発不能となった。次に右上肺静脈起源 (RSPV) の心房頻拍が誘発されたため, RSPVのisolationを行った。更に左心耳起源の心房頻拍が誘発され同部位に対しても通電し, 心房頻拍は誘発されなくなり終了とした。

持続時間の短い頻拍や多源性の頻拍に対してEnsiteの使用が有用であった。

## 2. CRT-D植込み施行後の心不全増悪に対して, 慢性心房細動に対するアミオダロン投与下の電氣的除細動と心房リードの追加にて, 心不全コントロールが可能となった一例

山口大学医学系研究科器官病態内科学,  
同医学系研究科保健系学域<sup>1)</sup>

○吉田雅昭, 清水昭彦<sup>1)</sup>, 吉賀康裕, 大野 誠,  
大宮俊秀, 杉 直樹, 平塚淳史, 松崎益徳

症例は70歳女性。陳旧性下壁心筋梗塞, 慢性心房細動, 完全左脚ブロックによる心不全および非持続性心室頻拍に対して2007年7月CRTD植込み術を施行した。慢性心房細動を合併していたため, このとき心房リードは留置せず, 右室心尖部および冠静脈洞にそれぞれリードを留置した。両心室ペーシング開始後より, 血圧安定化, 尿量の増加, 肺鬱血の軽減を認め, 心臓再同期療法のresponderであった。一旦当院から紹介元の病院に転院の後退院となったが, その後再び心不全増悪し, 計2回入院を繰り返した。2008年2月に再び心不全にて当院入院となった。心不全は内服薬治療のみではコントロール困難であったため2008年3月アミオダロンを投与した上でDCにて慢性心房細動を洞調律化し, 心房ペーシングリード追加術を施行した。術後はAtrial pacingおよびbiventricular pacingを維持し, 利尿剤に対する反応も改善し, Volume controlによりうっ血も改善した。心不全重症度についてはNYHAⅣからⅢへと改善した。今回CRT-D植込み施行後

も心不全増悪を繰り返し、慢性心房細動の除細動および心房リード追加により心不全コントロールが可能となった一例を経験したので報告する。

### 3. 心房性頻拍症と心房細動に対してカテーテルアブレーションとアミオダロンが奏効した拡張相肥大型心筋症の一例

済生会下関総合病院

○立野博也, 平野能文, 大村昌人, 藤井万葉,  
濱田芳夫, 百名英二

肥大型心筋症自体の生命予後は10年生存率80%と決して不良ではないものの一旦拡張相に転じるとその予後は不良とされる。心機能低下に基づくポンプ失調に対する治療もさることながら、当然合併してくるであろうリズム失調に対する治療にも難渋することがある。今回我々は拡張相肥大型心筋症に合併した心房性頻拍症と心房細動に対してカテーテルアブレーションとアミオダロンが奏効した一例を経験したのでここに報告する。症例は65歳男性。数年前より拡張相肥大型心筋症の診断にて下関市内の総合病院でフォローされていたが平成19年より心不全悪化による入退院を繰り返すようになった。同年6月

より持続性心房細動となり腹部膨満感や倦怠感が生じるようになった。ホルター心電図にてNSVTを認め、ICD植え込み目的にて当院へ紹介入院となる。ICDのshock on Tにより持続性心房細動は洞調律に復したがペースメーカ症候群、心房性頻拍症（以下AT）が頻回に起こりADLが格段に低下した。ATはアンカロン内服でもコントロールできずカテーテルアブレーションとした。カルトシステムを使用した詳細なマッピングよりこのATは右房中中隔の三尖弁輪上に起源を持ち、その機序はtriggered automaticityと考えられた。同部にて25Wの出力で通電しATの根治に成功した。同症例の薬剤不応性ATの根治にはカルトシステムを用いたアブレーションが有効であり、また心房細動、心室性頻拍の発作予防にはアンカロンが極めて有用であった。

〈特別講演〉 19:45~20:45

座長：山口大学大学院医学系研究科保健学系学域

教授 清水昭彦 先生

「心不全を伴う心房細動への考え方と治療」

(財) 心臓血管研究所研究本部長 山下武志 先生