

左室瘤縫縮術（Dor 氏術）の範囲決定に^{99m}Tc-Tetrofosmin 心電図同期心筋 SPECT が有用であった陳旧性心筋梗塞の一例

大江康太郎*
村上 達明*
賀来 文治*

水野 清雄*
守内 郁夫*
馬淵 智人*

高橋 美文*
新井 芳行*
大橋 博和**

大里 和雄*
丹尾 裕*

^{99m}Tc-Tetrofosmin 心電図同期心筋 SPECT（以下 G-SPECT）は、心筋の血流及び壁運動の同時評価が可能であるが、Germano らによって開発された QGS プログラムによって、左室輪郭の三次元表示や、左室容積、左室駆出率の計測も可能となった。今回我々は、左室瘤縫縮術（Dor 氏術）の範囲決定に G-SPECT が有用であった陳旧性心筋梗塞の一例を経験したので報告する。

〔症例〕

73歳、男性。

1986年に急性心筋梗塞を発症した。近医において20日間の入院をしたが、以後は治療を受けていなかった。胸部症状は認めていなかった。1998年2月19日、悪心、嘔吐を認め、近医を受診した際に心筋逸脱酵素の上昇を認め、2月21日、急性心筋梗塞を疑われて当院へ紹介された。来院時の心電図では、V₁-V₃誘導でQS patternを認め前壁中隔梗塞が疑われた。心エコーでは前壁中隔部から心尖部にかけて心室壁は非薄化し、壁運動はakinesisからdyskinesisであった。さらに下壁、後壁もhypokinesisで、LVDd 63mm、LVDs 55mm、EF30%であった。冠動脈造影では、左前下行枝6番に50%、8番に99%、左回旋枝13番に99%、右冠動脈1番に90%の狭窄を認める三枝病変であった。

左室造影では心尖部に心室瘤を認め、下壁の壁運動も低下していた。EFは28%と著しく低下していた（図1）。CABG及び左室瘤切除の適応と判断した。QGSプログラムによって作成した左室の三次元表示を任意の多方向から観察することによって、術前に心室瘤の範囲を十分同定することができた（図2）。

その結果、心室瘤が中隔部にも及んでいると考えられた為、中隔部の瘤も切除出来る左室瘤縫縮

術（Dor 氏術）を選択した。G-SPECTで測定した術前のEFは20%であった。Dor 氏術（図3）とは、心室瘤部を切開し同心円上に心室壁を縫縮した後、欠損部にパッチをあて、再び瘤壁にて覆うというものであるが、従来の心室瘤切除術に比べて、1）左室内腔を保ったまま瘤を完全に切除することができる点、2）線状の縫合によって起こる左室残存部の拘縮を避けることができる点、3）中隔部の瘤も切除出来る点で有用といわれている。5月21日、CABG及びDor 氏術を施行した。術後の左室造影ではEF 47%と著しく改善していた。G-SPECT上でも心基部を中心に壁運動の改善を認めた。EFは25%であった（図3）。

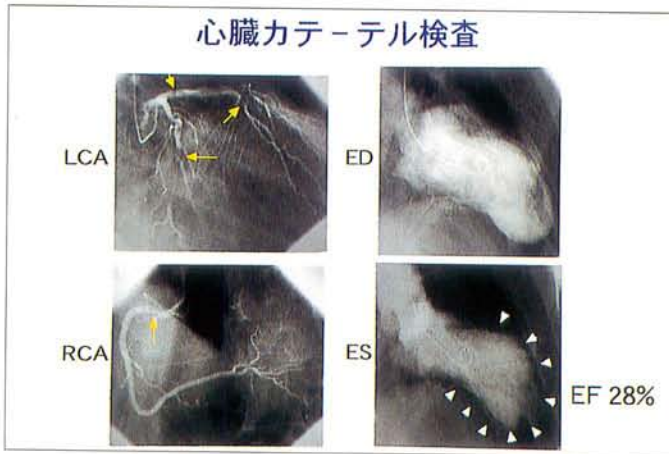
〔結語〕

1）左室瘤縫縮術（Dor 氏術）の範囲決定および術式の選択に G-SPECT が有用であった陳旧性心筋梗塞の一例を経験した。

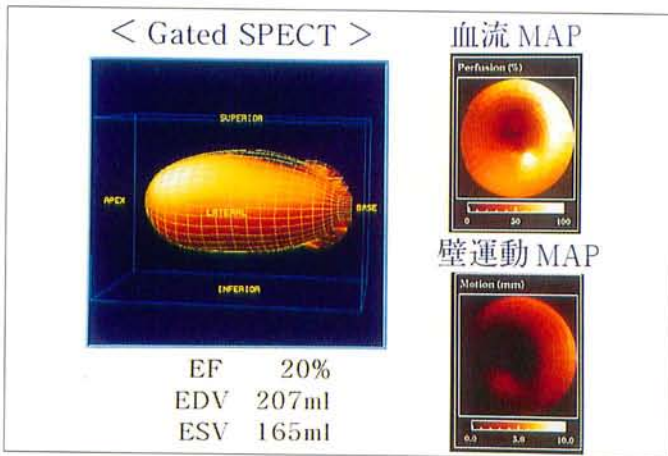
2）G-SPECTによる心機能評価の信頼性については、現在、左室造影や心プール等、様々なmodalityとの比較がなされているが、おおむね良好な結果がでている。又、低心機能のため左室造影がためられるような症例においても、本法は安全に施行することができる。従って、G-SPECTは術前評価だけでなく、術後の左心機能のフォローアップにも非常に有用と考えられる。

* 福井循環器病院 内科

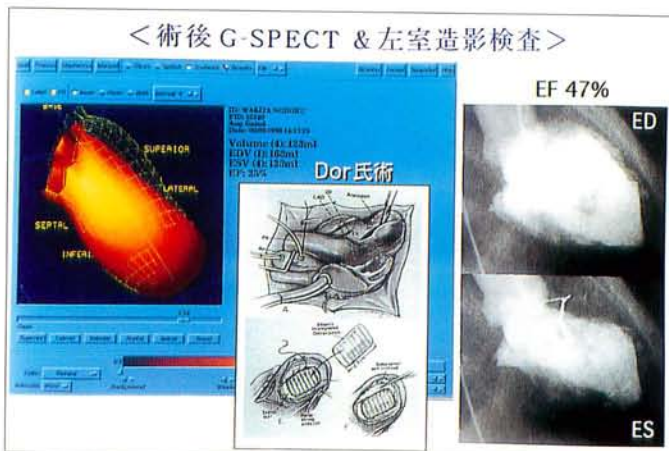
** 同 外科



▲図 1



▲図 2



▲図 3