

25

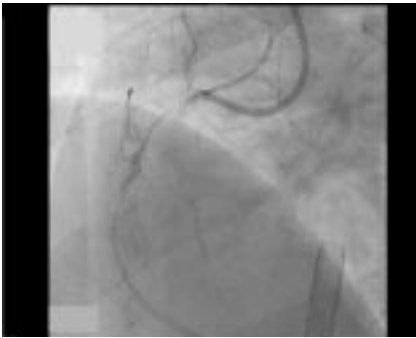
## 急性心筋梗塞，右冠状動脈梗塞

acute myocardial infarction(AMI) X RCA X LAD)

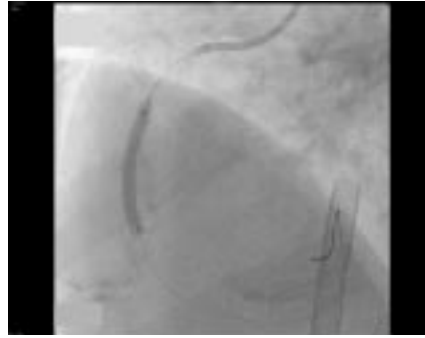
### 主訴・症状

悪心，嘔吐と末梢冷感，心窩部痛．急性心筋梗塞(AMI)疑いにて，CPA，CPR施行後，PCPS，IABP装着後，心カテーテル検査を施行．

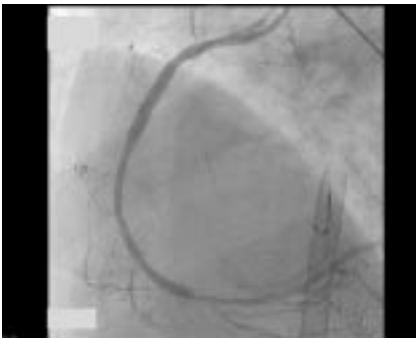
### 画像診断情報



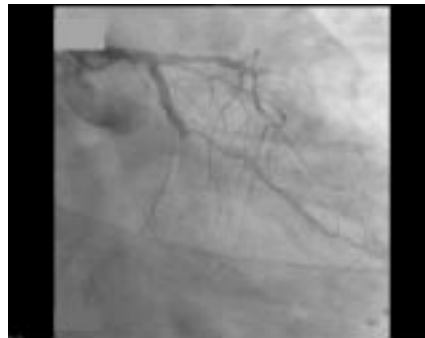
右冠状動脈造影



ステントによる拡張



右冠状動脈再灌流後の造影



左冠状動脈造影



左冠状動脈再灌流後の造影

#### 画像評価

RCA（右冠状動脈）segment 1で90%の狭窄あり．PTCA施行．PTCA後再灌流．

LAD（左前下行枝）segment 7で100%の狭窄あり．PTCA施行．PTCA後再灌流．

LCX（左回旋枝）segment 13で100%の狭窄あり．PTCA施行．PTCA後再灌流．

したがって責任病変はRCA segment 1である．

#### ワンポイント

本症例では病変が3枝に存在し、手術適応がある症例ではあるが、救急時ではIVRになることもある．またIVR時における被ばく線量の管理も放射線技師の職務として重要である．

#### box box box box box

##### 心筋梗塞症（myocardial infarction）

心筋領域における梗塞で、通常は冠状動脈硬化症や血栓などによる冠状動脈の閉塞の結果起こる．急性期の心筋梗塞では、症状が現れても胸部単純X線像には異常を認めないことが多いが、心筋梗塞により左心室不全を起こすと、心陰影の拡大、肺うっ血、肺浮腫、胸水が胸部単純像上で確認できる．陳旧性の梗塞部位の心筋には石灰沈着がみられることもある．

病歴としては、冠状動脈硬化症の危険因子を有していることが多く、しかも治療を受けず放置していることが多い．過労や睡眠不足などをきっかけに、突然激しい胸痛や胸部絞やく感におそわれ、顔面は苦悶状・蒼白で冷汗を伴う．安静にしても改善せず、不安感が強くなる．体温は軽度上昇し、徐脈傾向である．血圧は下降傾向ないしショック症状を呈する．

26

## 急性心筋梗塞，左冠動脈前下降枝梗塞

acute myocardial infarction(AMI) X LAD)

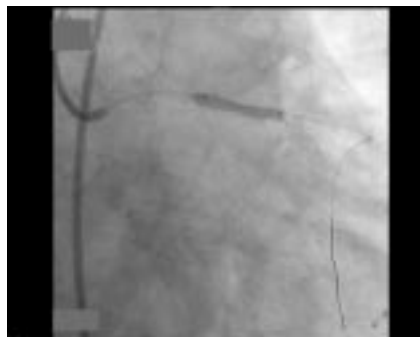
### 主訴・症状

夜間，トイレにて失神．ECGよりAMI疑われ血管カテーテル検査施行．

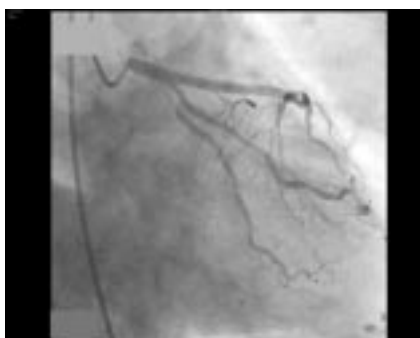
### 画像診断情報



左冠動脈造影



ステントによる拡張



再灌流後の造影

### 画像評価

LAD(左前下行枝)segment 6で100%，segment 7で90%の狭窄あり．PTCA施行．PTCA後再灌流．

### ワンポイント

PTCA施行時には再灌流後にVF(心室細動)やVT(無脈性心室頻拍)など，状態に変化が起こる可能性があるため，心電図に注意を払っておくことが重要．

## 27

## タコつぼ型心筋症(左室壁運動異常)

takotsubo cardiomyopathy(abnormal wall motion of left ventricle)

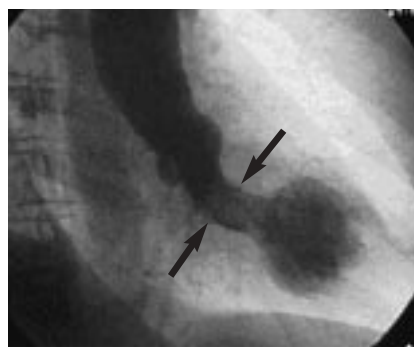
## 主訴・症状

胸痛(精神的ショック・ストレスなど). 心電図にてST上昇[急性心筋梗塞(AMI), 異型狭心症の発作]. AMIが疑われるため, 緊急で心臓カテーテル検査を行う.

## 画像診断情報



左心室造影拡張期



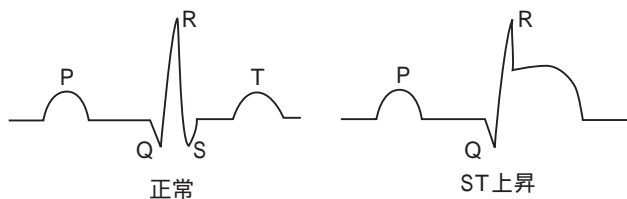
左心室造影収縮期

左心室造影(LVG)にて, 心基部の収縮に対して心尖部はおよそ収縮せず, 左室全体はあたかも「タコつぼ」の形態を示す.

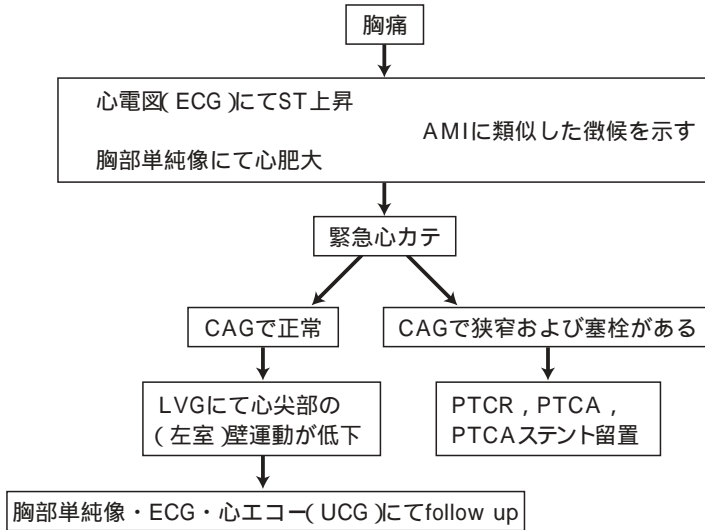
冠状動脈造影(CAG)は正常.

胸部単純像にて, 心肥大および左室の突出.

心電図波形



## 検査フロー



## ワンポイント

- ・胸痛などの症状は徐々に改善され、数日後には症状が治まることが多い。
- ・一過性で比較的予後は良好な疾患。
- ・急性心筋梗塞類似の胸部症状、心電図変化を示し、広範な可逆性収縮能の異常を有する疾患である。急性期左室造影を行うと、収縮末期像において「タコトぼ」類似の形態を呈する。
- ・高齢女性において、精神的ストレスを誘発因子として発症した症例の心電図では、広範誘導にてST上昇と、その後のT波陰転をみる。数週後には正常に戻り、冠状動脈造影においても有意な狭窄を認めず予後は良好である。

## box box box box box

## タコつぼ型心筋症 (takotsubo cardiomyopathy ; 左室壁運動異常)

一過性で比較的予後良好な疾患であるが、原因は確定されてない。1990年佐藤により報告され、急性心筋梗塞類似の胸部症状(突然の胸痛)と心電図変化(ST上昇)を有し、かつ広範な可逆性収縮能異常を伴う。急性期左室造影収縮期像において「タコつぼ」様形態を呈することから呼称された。心電図ST上昇は長時間持続(24時間以上持続することもまれではない)し、ST上昇中の冠状動脈造影においても有意狭窄を認めない。心筋逸脱酵素の上昇しないか、軽度上昇する程度である。

左室造影で、名前の由来となった収縮期に心基部の過収縮と心先部の奇異性収縮から、タコつぼ様に見える心筋のasynergyは1週間くらい続くことが多い。self limitで慢性期には心機能は発症前とほとんど変らなくなる。ときに心機能低下が著しい場合や、左室流出路狭窄による圧較差を生じることから、重篤な心不全を招来し補助循環を必要とする場合がある。

**病因:** 高齢女性で精神的ストレスを誘因として発症する。少量のカテコラミン投与や感情的なものが誘因となり、シンチグラフィ所見からもカテコラミン心筋症と同様な所見を呈することから交感神経末端の関与も考えられている。

**画像診断:** タコつぼ型心筋症の急性期は、心先部の一過性の奇異性収縮と時期を同じくして<sup>123</sup>I-BMIPP-MIBGの集積低下を認める。両所見から心筋代謝と心交感神経末端の可逆的な障害を疑わせる。シンチグラフィ所見のみからでは、血管攣縮性狭心症発作後との鑑別は不可能である。鑑別には、詳細な現病歴聴取、心電図、冠状動脈造影が必要である。

## 心筋症 (myocardiopathy)

心筋障害、心筋症。

## 特発性心筋症 (idiopathic myocardiopathy)

原因不明の疾患で、診断にあたっては特定心疾患(産褥心、アルコール性心疾患、心筋炎、神経・筋疾患に伴う心筋疾患、結合織病に伴う心筋疾患など)および疾患に基づく心筋障害(虚血性心疾患、高血圧性心疾患、先天性心疾患、リウマチ性心疾患、肺性心など)を除外する。肥大型心筋症(HCM)と拡張型心筋症(DCM)に大別される。