

## Cardiovascular Imaging In-a-Month

### ● A 56-Year-Old Man Complaining of Dyspnea

杉山 祐公

Yuko SUGIYAMA, MD

山口 徹

Tetsu YAMAGUCHI, MD, FJCC

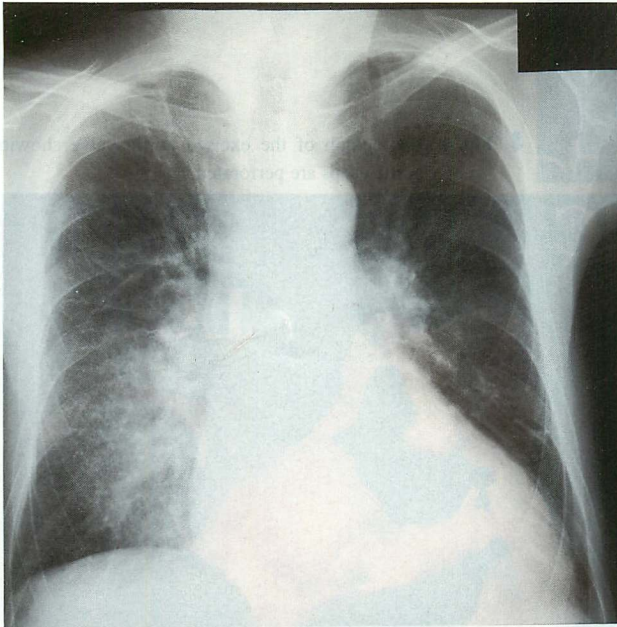


Fig. 1 Chest radiograph on admission

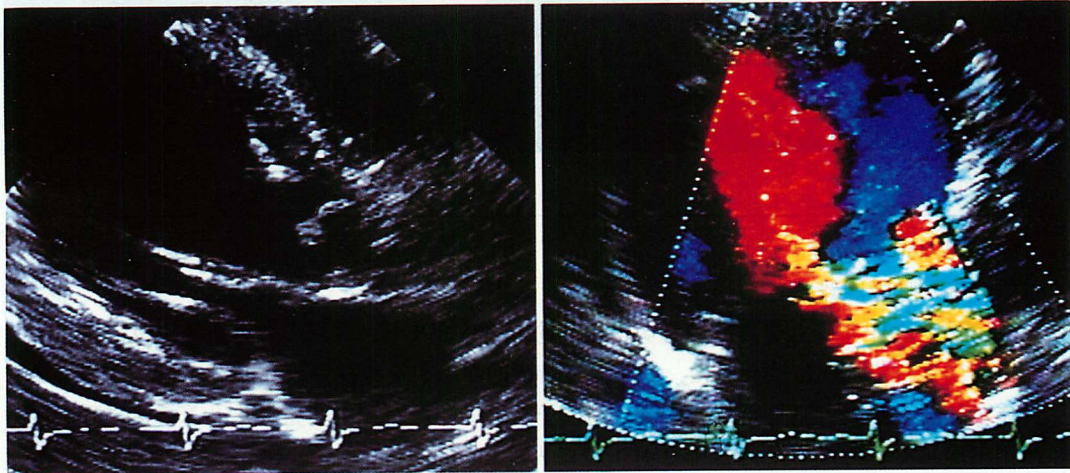


Fig. 2 Transthoracic echocardiograms on admission showing prolapse of the right coronary cusp and severe aortic regurgitation

東邦大学医学部附属大橋病院 第三内科：〒153 東京都目黒区大橋 2-17-6

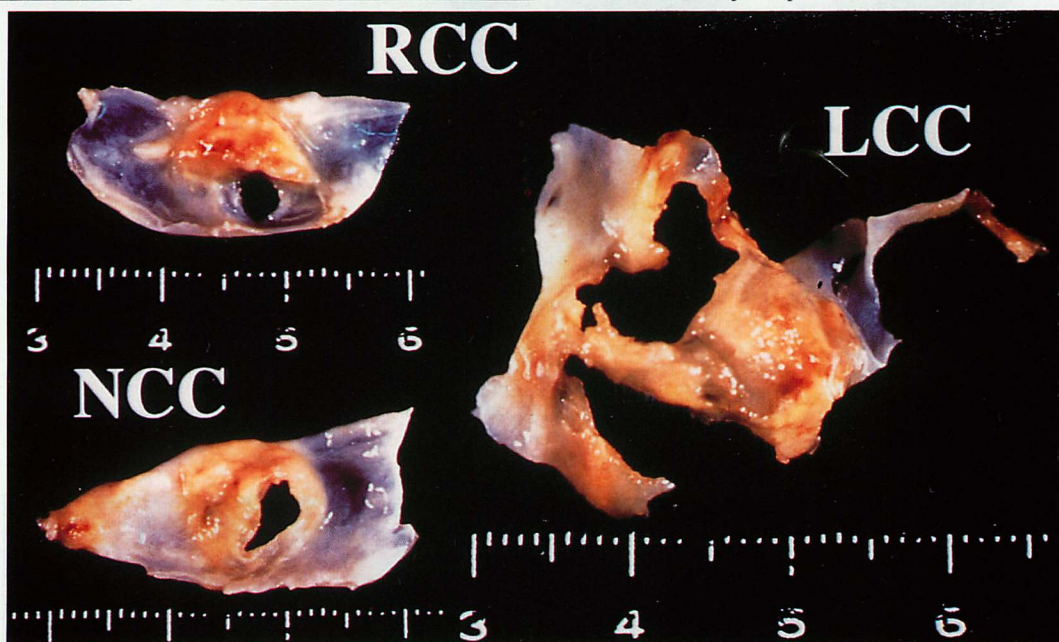
The Third Department of Internal Medicine, Ohashi Hospital affiliated to Toho University School of Medicine, Tokyo

Address for reprints: SUGIYAMA Y, MD, The Third Department of Internal Medicine, Ohashi Hospital affiliated to Toho University School of Medicine, Ohashi 2-17-6, Meguro-ku, Tokyo 153



◀ Fig. 3 Transesophageal echocardiogram (transverse view)  
Arrows indicate perforation of the left coronary cusp and right coronary cusp.

↓ Fig. 4 Photograph of the excised aortic valve showing all three aortic cusps are perforated



症 例 56歳, 男

主 訴: 呼吸困難

現病歴: 1991年より労作時の息切れを自覚。1995年1月, 発熱のため近医を受診。抗生剤投与によって症状は改善した。この時, 特徴的な顔貌を指摘されて精査を受け, 末端肥大症と診断された。脳外科手術を待機的に予定していたが, 再度発熱し, その後に呼吸困難が出現してきたため, 1995年2月当院に入院した。

既往歴: 1995年, 末端肥大症の診断

入院時検査所見: WBC 9,400  $\text{cm}^3$ , CRP 0.9 mg/dl と軽度上昇, GH 45 ng/ml, ソマトメジン C 400 ng/ml と異常高値。

入院時理学的所見: 身長 178 cm, 体重 76 kg. 血圧 102/34 mmHg, 脈拍 58/min, 整。胸骨左縁第3肋間に Levine III/VI 度の拡張期雑音聴取, 肺野に湿性ラ音聴取。下顎突出, 眉

弓突出，巨大舌，四肢末端肥大あり。

入院後経過：胸部X線写真 (Fig. 1) で心胸郭比 64% と心拡大および肺鬱血を認めた。経胸壁心エコー図では大動脈弁に疣贅はなく，右冠尖の逸脱とカラードップラー法で多方向性の高度な大動脈弁逆流を認めた (Fig. 2)。経食道心エコー図では大動脈弁は3尖で，左冠尖に2カ所のエコー欠損像 (右矢印) を認め，右冠尖にも穿孔を疑わせるエコー欠損像 (左の下向き矢印) を認めた (Fig. 3)。なお，無冠尖のエコー欠損像は明らかでなかった。血液培養の結果は陰性であり，3週間後に大動脈弁置換術を施行した。

手術所見：大動脈弁3尖全てに穿孔を認め，特に左冠尖に大きな穿孔を認めた (Fig. 4)。

### 診断のポイント

本症は，末端肥大症と診断されていた患者が急性左心不全で入院した症例である。左心不全の原因は，大動脈弁逸脱と大動脈弁穿孔による重症大動脈弁閉鎖不全症であった。大動脈弁穿孔の原因として感染性心内膜炎を疑ったが，血液培養は陰性で，心エコー図上疣贅を見ず，否定的であった。したがって大動脈弁穿孔の原因として，末端肥大症に伴う弁膜障害の可能性を疑った。手術時摘出された大動脈弁は3尖全てに穿孔を認め，2カ所のエコー欠損像を示した左冠尖は大きな不定形の1個の穿孔であった。

病理所見では，大動脈弁に粘液腫様変性を認め，一部膠原繊維の菲薄化を伴っていた (Fig. 5)。また組織像から菌塊は認めず，摘出弁培養の結果も陰性であった。

末端肥大症の心障害 (acromegalic heart) としては，成長ホルモンの過剰分泌に伴う心筋障害，伝導障害，弁膜障害などが報告<sup>9)</sup> されている。弁膜障害は主に僧帽弁および大動脈弁に生じ，組織学的には，殆どの例で

粘液腫様変性が認められ，本症では多発性の大動脈弁穿孔に至ったと考えられる。また，一般に非感染性心内膜炎性の弁穿孔<sup>2,3)</sup> としては，外傷，リウマチ性弁膜症，梅毒，Behçet病，大動脈炎症候群などを考慮すべきである。

**Diagnosis:** Severe aortic regurgitation with multiple perforations of the aortic valve associated with acromegaly

### 文 献

- 1) Lie JT, Grossman SJ: Pathology of the heart in acromegaly: Anatomic findings in 27 autopsied patients. *Am Heart J* 1980; **100**: 41-52
- 2) William JP, Lawrence JM: Rupture of the aortic valve. *Circulation* 1956; **13**: 750-753
- 3) Satou T, Chino M, Takahashi M, Suzuki K: Aortitis syndrome with fatal acute aortic regurgitation due to aortic dilatation and aortic valve perforation. *Angiology* 1992; **43**: 869-872



**Fig. 5** Photomicrograph of the aortic valve shows myxomatous degeneration (hematoxylin-eosin stain)

**“Cardiovascular Imaging In-a-Month” 投稿規定****《執筆のガイドライン》**

- 1) 診断がある程度わかっているもの。
- 2) 写真が鮮明で、診断的説得力のあるもの。
- 3) 極めてめずらしい症患，あるいはまれでなくても所見が特異的で教訓的なもの(症例でなくともよい)。
- 4) 出来上りは2ないし4頁  
1頁目：主訴(英語)と図1枚(多くても3枚まで)を提示し，そこから何を考えるか。  
2頁目：簡単な現病歴と診断のポイントを解説(1,000字以内)。文章は簡潔を旨とする。  
必要に応じて補足する図を入れる。
- 5) タイトル，図説は英語とする。
- 6) 文献はなくてもよい(あっても数個以内)。

**《採否》**

編集委員の査読により採否を決定する。

写真の枚数が多すぎる場合には，減らすよう指示することがある。またカラー写真の採否は編集委員会に一任のこと。

**《掲載料および別刷》**

掲載料は無料。別刷は30部を贈呈。

「JOURNAL of CARDIOLOGY」編集委員会