

## Libman-Sacks 心内膜炎による僧帽弁狭窄兼逆流症の 1 症例

◎長野 いづみ<sup>1)</sup>、中原 松美<sup>1)</sup>、長野 恭之<sup>1)</sup>、大澤 郁子<sup>2)</sup>、渡 智久<sup>1)</sup>、大塚 喜人<sup>1)</sup>  
医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院<sup>1)</sup>、医療法人 鉄蕉会 亀田クリニック<sup>2)</sup>

【はじめに】 Libman-Sacks(L-S)心内膜炎は全身性エリテマトーデス(SLE)症例の 11%に認められ、抗リン脂質抗体症候群(APS)合併例ではさらに上昇するといわれているが、臨床的に診断されることは稀である。今回 L-S 心内膜炎による僧帽弁狭窄兼逆流症(MSR)によって肺胞出血を繰り返したと考えられる症例を経験したので報告する。

【症例】 30 代女性。13 歳で SLE、17 歳で APS を診断され、24 歳より当院かかりつけであった。

【既往歴】 慢性腎不全、高血圧、脂質異常症、高度肥満。

【現病歴】 1 年半前に重症僧帽弁逆流(MR)と中等度僧帽弁狭窄(MS)が認められたが、手術はハイリスクのためリスク管理を先行した。その間に計 11 回の肺胞出血を繰り返し、MSR による肺循環障害の関与が疑われ、今回僧帽弁置換術を施行した。

【経胸壁心エコー図】 左室収縮能正常 EF69%、左房拡大 LAVI48ml/m<sup>2</sup>、逆流弁口面積 0.36cm<sup>2</sup>、逆流量 54ml の重症 MR、MVmeanPG10.0mmHg、弁口面積(VTI)0.78cm<sup>2</sup>、(PISA)1.15cm<sup>2</sup>、(planimetry)1.78cm<sup>2</sup> の中等度 MS を認めた。

僧帽弁は両尖とも弁尖のみ肥厚し、前尖は 7mm でドローイング(+)、後尖は 6mm で可動性が低下していたため、L-S 心内膜炎を疑った。また E176cm/s、E/A0.9、e'(sep)6.1cm/s、e'(lat)6.2cm/s、E/e'(mean)28.6 と左房圧上昇が示唆された。

【経食道心エコー図】 A2,P2 から噴く中心性 jet で、逆流弁口面積 0.45cm<sup>2</sup>、逆流量 92ml、肺静脈への逆流血流(+)の重症 MR を認めた。MVmeanPG11.5mmHg、弁口面積(planimetry)0.92cm<sup>2</sup> の重症 MS を認めた。A2-3, P2-3 の弁尖肥厚があり、肥厚部位には高輝度エコーが複数認められた。

【考察】 手術で切除した僧帽弁の組織診にてフィブリノイド変性や粘液腫様変性を認め、L-S 心内膜炎と診断された。術後 8 ヶ月間は肺胞出血の再燃なく経過していることで、MSR による左房圧及び肺静脈圧上昇が要因のひとつであると考えられた。L-S 心内膜炎では、弁肥厚や疣腫といった器質的変化の観察はもちろんであるが、それによって引き起こる弁逆流や狭窄の機能障害の評価、さらには左房圧上昇に関する計測や評価も重要である。  
連絡先:04-7092-2211(内線 3144)