

# 第7回阪神アブレーション電気生理研究会 プログラム

日 時 平成 13 年 4 月 21 日(土) PM 15:00 ~ PM 18:00  
会 場 新大阪シティプラザホテル 2階 華の間  
当番世話人 高井 博之(近畿大学医学部附属病院・第一内科)

## 演題 1 「右冠動脈内マッピングにより診断された右側複数副伝導路の一例」

康生会武田病院・不整脈科  
全 栄和

## 演題 2 「Discrete pre-potential を指標に高周波カテーテルアブレーションを行った異所性心房頻拍症例」

近畿大学医学部附属病院・心臓小児科  
豊原 啓子、谷平由布子、田里 寛、福原 仁雄、中村 好秀

## 演題 3 「右室および左室流出路起源の心室頻拍に対して高周波カテーテル・アブレーションを施行した一例」

大阪府済生会泉尾病院・循環器科  
山本 聖、松井由美恵、吉長 正博、徳永 智、京井 志織、唐川 正洋

## 演題 4 「通常型心房粗動のカテーテルアブレーション後、左上大静脈遺残に伴う巨大冠静脈洞周囲を旋回する新たな心房粗動に対してカテーテルアブレーションを施行した一例」

兵庫県立姫路循環器病センター・循環器科  
山城 荒平、吉田 明弘、宝田 明、林 孝俊、富本 忍、志手 淳也、  
山田慎一郎、梶谷 定志

## 演題 5 「心房粗動の block line 作成に難渋した一例」

兵庫医科大学・循環器内科  
古川 善郎、清水 宏紀、峰 隆直、廣本 憲司、平野 芳奈、岩崎 忠昭

## 演題 6 「発作性心房細動アブレーション症例、その後」

大阪医科大学附属病院・第一内科  
児島 成之、中小路隆裕、根来 伸行、成山 仁

### 特別講演

#### 「房室結節リエントリ頻拍のトピックス」

青梅市立総合病院・循環器科  
大友健一郎 先生

## 演題 1

### 「右冠動脈内マッピングにより診断された右側複数副伝導路の一例」

康生会武田病院・不整脈科

全 栄和

症例は36歳の女性。B型WPW症候群pseudo VT、頻回のAVRTを認めるためカテーテルアブレーションを行った。アブレーションには2.5Fの16極電極カテーテルを用い右冠動脈内マッピングを併用した。EPSでは副伝導路の順伝導と逆伝導の伝導パターンは異なっており、房室回帰性頻拍中の逆伝導様式は右室刺激中の逆伝導のものと同じであった。副伝導路の順行性有効不応期は310ms、逆行性有効不応期は300msであった。順行性副伝導路のアブレーション成功後、デルタ波は消失したが逆行性副伝導路伝導は残存し、房室回帰性頻拍も誘発可能であり、その逆伝導様式は順行性副伝導路アブレーション前のものと同じであった。再度アブレーションを行い残存の潜在性副伝導路も消失した。右冠動脈内のマッピングにより順行伝導のみを呈する副伝導路と逆行伝導のみを呈する副伝導路の存在が確認された一例を報告する。

## 演題 2

### 「Discrete pre-potential を指標に高周波カテーテルアブレーションを行った異所性心房頻拍症例」

近畿大学医学部附属病院・心臓小児科

豊原 啓子、谷平由布子、田里 寛、福原 仁雄、中村 好秀

〈目的〉異所性心房頻拍（EAT）に対する高周波カテーテルアブレーション（RFCA）は、頻拍中の最早期興奮部位を指標として、RFCAをすべき部位の大きさは限局されているため成功率は高い。今回我々はDiscrete Pre-potential（DPP）を認め、病変部位の非連続性が疑われ2例のEATについて報告する。

〈症例1〉7歳の男児で、心電図検診でEATと診断され、運動時に顔色不良となった。上大静脈-右房接合部にDPPを認めRFCAを行ったがすぐに再発した。DPPの振幅が最も高く、最早期に記録される室上稜上部に5回RFCAを行いDPPと心房波が解離し、EATは停止した。DPPの振幅が小さくなるまで、追加通電を3回行った。

〈症例2〉11歳の男児で、心電図検診でEATと診断され、心エコー検査で左室拡張末期径の拡大と収縮率の低下を認めた。左心耳にDPPを認め7回RFCAを行いDPPと心房波が解離し、EATは停止した。DPPの振幅はやや小さくなったが、翌日再発した。再RFCAを行い、DPPと心房波が解離しDPPの振幅が小さくなるまで8回の通電を要した。

〈結論〉DPPはEATの最早期興奮部位と考えられたが、その周囲には緩徐伝導部位が存在した。DPPと心房波が解離するまでRFCAを行い、更に電位の減高を確認する必要がある。

### 演題 3

「右室および左室流出路起源の心室頻拍に対して高周波カテーテル・アブレーションを施行した一例」

大阪府済生会泉尾病院・循環器科

山本 聖、松井由美恵、吉長 正博、徳永 智、京井 志織、唐川 正洋

症例は46歳男性。眼前暗黒感を伴うVT発作にて他院より紹介となり、EPSを施行、右室流出路起源のVT (VT-1) に対して高周波通電を行いVTは消失したが、翌日より胸部誘導V3の波形がやや異なるVT-2が出現したため1週間後に再度アブレーションを施行した。左室流出路の左冠尖直下でペースマッピングが12/12と一致を認め、この部位での通電によりVT-2は消失した。その後は $\beta$ 遮断薬にてVT-1、VT-2とも臨床的に認めず経過したが、6ヶ月後のEPSではISP投与後の右室心尖部早期刺激でVT-1波形のNSVTが誘発された。右室流出路をマッピング中に、カテーテル刺激にて心室細動が2回誘発され、いずれも電氣的除細動にて洞調律に復したが、その直後よりこれまでのVTとはQRS波形の全く異なるVT-3が incessant に出現し $\beta$ 遮断薬で停止した。その後は $\beta$ 遮断薬にアミオダロン200mgを追加し、外来で経過観察中である。

### 演題 4

「通常型心房粗動のカテーテルアブレーション後、左上大静脈遺残に伴う巨大冠静脈洞周囲を巡回する新たな心房粗動に対してカテーテルアブレーションを施行した一例」

兵庫県立姫路循環器病センター・循環器科

山城 荒平、吉田 明弘、宝田 明、林 孝俊、富本 忍、志手 淳也、  
山田慎一郎、梶谷 定志

症例：76歳男性。主訴：動悸、家族歴、既往歴に特記すべきことなし。

現病歴：69歳の頃より動悸発作あり、心房粗動 (AFL) を指摘されていた。近医にて、リスモダンR、ワソランを内服していたがcontrolできず、左室壁運動低下も来したため、当院にて2000.2.24.カテーテルアブレーション施行。AFLは通常型であり、IVC-TA isthmusをアブレーションし、通電中に頻拍は停止し、両方向性ブロックを確認し終了した。退院3ヶ月後、動悸発作出現し当院受診。ECG上、II、III、aVFで陰性の鉅歯状波を認め、通常型AFLの再発と考えた。このため、2000.11.9.再度カテーテルアブレーション施行。この時左鎖骨下静脈より冠状脈洞 (CS) へカテーテルの挿入を試み左上大静脈遺残と判明した。CS入口部は著明に拡張していた。IVC-TAは両方向性ブロックを示しており、ブロックラインの伝導再開はなかった。CS入口部からの burst pacingにて、容易にclinical AFLが誘発され、右房内にbasket catheter挿入し、mappingしたところ、中部から後部中隔にdouble~triple potentialを認め、post pacing intervalはCS入口部上縁では一致、CS入口部下縁ではpacingはcaptureされず、CS入口部より3cm遠位部では一致しなかった。CS入口部底部のtriple potentialの部位で通電し、通電中、頻拍は停止した。以後、6ヶ月間再発を認めていない。冠静脈洞が頻拍回路に関与する心房粗動の一例を経験したので報告する。

## 演題 5

### 「心房粗動の block line 作成に難渋した一例」

兵庫医科大学・循環器内科

古川 善郎、清水 宏紀、峰 隆直、廣本 憲司、平野 芳奈、岩崎 忠昭

症例は52歳、男性。30歳時より動悸を自覚し、発作性上室性頻拍症および心房粗動と診断され近医にて経過観察されていたが、動悸が頻回になり平成12年9月ablation (ABL) 目的にて当科入院となった。EPSにてconcealed WPW症候群によるAVRTおよびcommon type AFLと診断しABL施行した。Kent伝導消失と両方向性blockを確認し終了した。しかし翌日AFLの再発を認め、投薬にて経過観察していたが、動悸が再度頻回となり再ABL目的にて平成13年3月入院となった。AFL中CARTO systemにてisthmusのmappingを行い、gapを埋めるようにABL施行するもAFL停止せず。その後mapping上voltageの低い部位に線状ABL施行するも両方向性blockは確認できず終了した。block line作成に難渋した症例を経験したので報告する。

## 演題 6

### 「発作性心房細動アブレーション症例、その後」

大阪医科大学附属病院・第一内科

児島 成之、中小路隆裕、根来 伸行、成山 仁

症例1：40歳男性、平成11年Common AFLのアブレーションを施行後、心房細動の発作頻度、持続時間の増加が顕著となり平成12年4月に局所起源心房細動アブレーションを施行した。左房内に無電位領域が見られ難治症例と思われたが同部の近傍を起源とする期外収縮の焼灼により、症状は軽快した。

しかしこの後も短期間の発作が出現し本人の強い希望もあって計4回のセッションを行う結果となった。有効通電部位は初回セッションから、左上肺静脈流入部近傍・右上肺静脈・僧帽弁輪部で、僧帽弁輪部起源の心房頻拍を焼灼し得たことが根治につながった。

症例2：26歳男性、平成8年頃より運動時心拍数200以上/分の頻拍発作を自覚し当科受診、PAC・PAFがみられ平成12年6月に局所起源心房細動のアブレーション目的にて入院された。左上肺静脈起源のFocal AF, Common AFL, Slow-Fast AVNRT, SVC-ATがみられ全て根治し得たと考えられた。

2ヶ月後に運動負荷で再び非持続性心房細動がみられ再入院、右室自由壁三尖弁輪部起源のFocal AFであった。この後にトリアスロンを再開し無症状にて経過している。

心房細動アブレーションを考える上で示唆に富むものと考え報告する。