

# 第8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 10 月 13 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 清水 宏紀 (兵庫医科大学病院・循環器内科)

## 演題 1 「右上肺静脈起源を有する難治性心房頻拍の一例」

神戸大学大学院医学系研究科循環呼吸器病態学講座

岡嶋 克則 石田 明彦、北村 秀綱、Galeano E. J.、久保 信也、吉田 明弘

## 演題 2 「治療に難渋した左房回帰性頻拍の一例」

大阪医科大学附属病院・第一内科

児島 成之、中小路隆裕、横田 直人、成山 仁、根来 伸行、石原 正、  
貴島 範彦

## 演題 3 「右上肺静脈 (RSPV) 起源の発作性心房細動 (PAF) 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、福沢 公二、水谷 和郎、宝田 明、林 孝俊、上野 洋、  
志手 淳也、山田慎一郎、梶谷 定志

神戸大学・第一内科

吉田 明弘

## 演題 4 「Electroanatomical mapping を用いた心室内中隔欠損術後心房頻拍にたいするカテーテルアブレーション」

日赤和歌山医療センター・第二小児科 (心臓小児科)

福原 仁雄、田里 寛、中村 好秀

近畿大学医学部・心臓小児科

豊原 啓子、谷平由布子

## 演題 5 「bump現象を認めたベラパミル感受性特発性心室頻拍の1例」

兵庫医科大学・循環器内科

廣本 憲司、清水 宏紀、峰 隆直、古川 善郎、平野 芳奈、壇 碧華、  
岩崎 忠昭

## 演題 6 「アブレーション後再発を認めたCS入口部起源の心房頻拍の一例」

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、秋田 雄三、唐川 正洋

## 特別講演

### 「解剖学的側面からみたEPS」

鳥取大学医学部附属病院・第一内科

井川 修先生

## 演題 1

### 「右上肺静脈起源を有する難治性心房頻拍の一例」

神戸大学大学院医学系研究科循環呼吸器病態学講座

岡嶋 克則 石田 明彦、北村 秀綱、Galeano E. J.、久保 信也、吉田 明弘

症例は25才女性。平成元年、心房頻拍(AT)を指摘され、プロパフェノンと $\beta$ 遮断薬で経過観察中であった。平成13年8月17日、失神発作にて当院緊急入院となった。入院時からincessantにATを認め、頻拍時のP波はII, III, aVF及び胸部誘導で陽性、aVLで陰性で、器質的心疾患は認めない。電気生理学的検査では、ATは右房連続刺激にて再現性をもって誘発され、右房後壁に最早期興奮部位を認めたが、同部位での通電ではATの消失を認めなかった。後日、心房中隔穿刺にて肺静脈内マッピングを施行。右上肺静脈内のP波から41msec先行する最早期興奮部位で通電したところATは停止し、誘発されなくなった。ISP負荷にて波形の異なるATが出現したが、clinical ATは誘発されなかった。しかしながら、2日後にATの出現を認め、現在ピルジカイニドにて経過観察中である。肺静脈起源を有する難治性心房頻拍例として報告する。

## 演題 2

### 「治療に難渋した左房回帰性頻拍の一例」

大阪医科大学附属病院・第一内科

児島 成之、中小路隆裕、横田 直人、成山 仁、根来 伸行、石原 正、  
貴島 範彦

症例は84歳女性、'01年9月より動悸発作を訴え心電図にて心拍数180/分の頻拍発作(心房頻拍AT)が捉えられた。'01.9.7.心臓電気生理検査およびカテーテル・アブレーションを施行した。術前より3:1-5:1のATでありその起源は左房内と考えられた。僧帽弁輪部前側壁側を繰り返し焼灼することにより興奮パターンが変化し、心房中隔起源の頻拍となった。拡張期電位が捉えられた所で何度か通電を行い、ようやく頻拍の停止に成功した。しかしIsoproterenol負荷下の連続心房刺激にて容易に頻拍が誘発され体表面心電図パターンはそれまでの頻拍とは異なっていた。本症例のようなMacro-reentrant ATは、基礎心疾患を有する時の心室頻拍(OMI-VT等)の如く別経路での頻拍も有する可能性があり難渋し易いと考えられた。

### 演題 3

「右上肺静脈 (RSPV) 起源の発作性心房細動 (PAF) 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、福沢 公二、水谷 和郎、宝田 明、林 孝俊、上野 洋、  
志手 淳也、山田慎一郎、梶谷 定志

神戸大学・第一内科

吉田 明弘

症例は46才、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：1995.6より動悸発作あり、当院受診。心房細動 (AF) を指摘されていた。キニジン、リスモダン、タンボコール、ピメノール使用するも、AFとSinus Rhythmを繰返し、毎月症状を訴えた。当院にて、2001.2.20カテーテルアブレーション施行。AFをDC後、RSPV起源のAPC出現し、そのAPCに対しfocal ablation施行。完全にはAPC消失せず、術翌日には再発した。その後もAFとSinus Rhythmを繰返し、患者の根治希望強く、2001.6.27再度カテーテルアブレーション施行。入室時AFであり、AF中もRSPV内にfiringを認めた。AFをDC後、spontaneousにAF出現した。AFはRSPVを最早期とするAPCより開始したため、RSPVとLAのisolationを施行した。RSPV内にspiral catheterを挿入し、Sinus下にRSPV起始部をablationし、PV potentialのdisconnectionに成功した。術後無投薬下にAPCも消失していたが、翌日、朝よりAPC出現し、夕にはAF再発した。以後、投薬下にPAF頻度減少したが、発作は完全に抑制できていない。今回、治療に難渋するPAF症例を経験したため報告する。

### 演題 4

「Electroanatomical mapping を用いた心室内中隔欠損術後心房頻拍にたいするカテーテルアブレーション」

日赤和歌山医療センター・第二小児科 (心臓小児科)

福原 仁雄、田里 寛、中村 好秀

近畿大学医学部・心臓小児科

豊原 啓子、谷平由布子

症例は1歳時に心室中隔欠損に対する根治手術を受けた27歳の女性。

15歳時に洞不全症候群と診断された。27歳になって心房頻拍が頻回にみられるようになり、pacemaker植え込み術を受けたが心房頻拍を繰り返し、カテーテルアブレーションを施行。第1セッションでは、右房自由壁でconcealed entrainment及びPPI=TCLが得られ、同部位で頻拍中の通電により洞調律に復したが、24日後に動悸が再発した。第2セッションでは、検査中は頻拍が誘発されなかったが、心房ペースング中のelectroanatomical mappingにより伝導遅延部位を同定でき、同部位で洞調律中の高周波通電によって頻拍の除去に成功した。

Electroanatomical mappingでは、頻拍が誘発されない場合でも頻拍のsubstrateを検出することができ、複雑な心房内回帰性頻拍のカテーテルアブレーションに有効であった。

## 演題 5

### 「bump現象を認めたベラパミル感受性特発性心室頻拍の一例」

兵庫医科大学・循環器内科

廣本 憲司、清水 宏紀、峰 隆直、古川 善郎、平野 芳奈、壇 碧華、  
岩崎 忠昭

症例は59歳女性。動悸発作精査加療目的にて当科紹介となる。電気生理学的検査にて右脚ブロック左軸偏位を示す心室頻拍（VT）が誘発された。同頻拍はリエントリーを機序とし、verapamil 2mgにて停止を認めたことから、verapamil-sensitive VTと診断した。VT中左室後中隔にてmid diastolic potential（P1）とPre Purkinje Potential（P2）が得られ、最短P1-P2 intervalを認める部位にてpacingを施行したところ、concealed entrainmentを認めた。同部位にablation catheterを留置したところVTは停止し、洞調律中P1を認めるようになりVTは誘発されなくなった。ablation catheterを同部位から外したところP1は消失し、容易にVTは誘発された。同現象を繰り返したためbump現象によるものと考え同部位を指標にablation施行した。通電後ablation catheterを外した後P1は消失せず、VTも誘発されなくなったためablation終了した。今回我々はverapamil-sensitive VTのablation中にbump現象を認めた症例を経験したので報告する。

## 演題 6

### 「アブレーション後再発を認めたCS入口部起源の心房頻拍の一例」

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、秋田 雄三、唐川 正洋

症例は48才男性。II, III, aVF誘導で陰性P波を有するPACとlong RP tachycardiaを認め、抗不整脈薬が無効のためアブレーション（ABL）を施行。心室ペーシングでは逆伝導を認めず、ISP投与後にCS入口部のA波最早期の心房頻拍（AT）が誘発された。unipolarで心房波がQSパターンであることを確認し、AT中に55度設定、25-35Wで高周波通電を行なった。3.2秒後にATは停止し以後誘発されなくなりABLを終了した。しかし、翌日に再発し4日後に再度ABLを施行した。ところが、2回目のセッション時にはATは数発しか誘発されず、マッピングが困難のためやむを得ず前回の通電部位で35-40Wと前回よりも高い出力で追加通電を行い終了した。その後は、ATは再発せず経過している。ABL成功の評価が困難であった症例を経験した。