

第14回阪神アブレーション電気生理研究会

日 時：平成16年9月18日（土）PM15：00～PM18：00
会 場：新大阪シティプラザホテル 2階 草香の間2
当番世話人：黒飛 俊哉（桜橋渡辺病院・循環器内科）

演題1

大動脈解離を合併したA型WPW症候群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¹、関西医科大学附属病院 胸部外科²

○佐藤大祐¹、松井由美恵¹、吉長正博¹、荘田容志¹、片嶋隆¹、唐川正洋¹、
今村洋二²

演題2

遅伝導路アブレーション後”late cure?”の可能性が推定された通常型房室結節回帰性頻拍の一例

大阪警察病院心臓センター 内科

○岡崇史、奥山裕司、水野裕八、酒井 拓、平山篤志、児玉和久

演題3

修正大血管転位double switch(Jatene + senning)術後の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1例

日本赤十字社和歌山医療センター 第2小児科（心臓小児科）

○鈴木嗣敏、中村好秀、福原仁雄、豊原啓子、田里寛

演題4

速伝導路および冠静脈入口部への通電により停止しえた薬物抵抗性心房頻拍の1例

桜橋渡辺病院 循環器内科

○黒飛俊哉、伊藤浩、埴淵徳幸、井上耕一、平源善宗、林則宏、伊達基郎、
永井宏幸、橋本崇弘、武田昌生、岡村篤徳、川野成夫、岩倉克臣、
藤井謙司

演題5

僧帽弁形成術、RF maze後の心房細動再発例に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、岡嶋克則、水谷和郎、高見薫、熊谷寛之、林孝俊、池田嘉弘、
山田慎一郎、岡 克己、月城泰江、赤神隆文、原哲也、黒木織敬、
井上通彦、村井直樹、梶谷定志

演題 6

発作性心房細動に対するカテーテルアブレーションの一例

兵庫医科大学 総合内科学講座 冠動脈・CCU科¹、同 循環器内科²

○金森徹三¹、清水宏紀¹、古川善朗¹、大柳光正¹、増山理²

演題 7

発作性心房細動に対し Electroanatomic mapping (CARTO) を用いた広範囲同側肺静脈同時隔離術についての検討

神戸大学大学院医学系研究科 循環器病態学

○吉田明弘、北村秀綱、久保信也、福沢公二、高野高継、木内邦彦、観田学、横山光宏

演題 8

抗不整脈薬治療に抵抗性の心室細動に緊急アブレーションが奏功した急性冠症候群の 1 例

京都桂病院 心臓血管センター¹、東邦大学大橋病院 循環器内科²

○円城寺由久¹、溝渕正寛¹、柴田兼作¹、横内到¹、船津篤史¹、上林大輔¹、小林智子¹、中村茂¹、杉薫²

特別講演 「多形性心室頻拍・心室細動のアブレーション」

東京女子医科大学 循環器内科学 講師 庄田守男 先生

演題 1

大動脈解離を合併した A 型 WPW 症候群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¹、関西医科大学附属病院 胸部外科²

○佐藤大祐¹、松井由美恵¹、吉長正博¹、荘田容志¹、片嶋隆¹、唐川正洋¹、
今村洋二²

症例は 47 才男性。平成 13 年に Stanford B 型の大動脈解離の既往あり。A 型 WPW 症候群を合併しており、平成 15 年から PSVT 発作が頻回となったためアブレーション目的で紹介入院。3D-CT にて左鎖骨下動脈分岐部直下より、総腸骨動脈分岐部まで偽腔を伴った大動脈解離を認めたため、経大腿動脈アプローチは危険と判断、経中隔アプローチは大動脈基部の拡大のため困難と思われた。本症例では、左鎖骨下動脈分岐部より近位部に解離が及んでいなかったため、左上腕動脈からのアプローチを選択した。左室前側壁の弁下にて計 6 回の通電で副伝導路切断に成功した。上腕動脈のスパズムは認めず、カテーテル操作については下肢からのアプローチと大差がなく、穿刺部の合併症も認めなかった。経大腿動脈および経中隔アプローチが何らかの理由で困難な症例においては、上腕動脈アプローチは有用な方法と考えられた。

演題 2

遅伝導路アブレーション後 ”late cure?” の可能性が推定された通常型房室結節回帰性頻拍の一例

大阪警察病院心臓センター 内科

○岡崇史、奥山裕司、水野裕八、酒井 拓、平山篤志、児玉和久

症例は 65 歳男性、繰り返す動悸発作のため経皮的カテーテル心筋焼灼術を目的に当院に紹介された。発作時心電図は心拍数 154 の狭い QRS の頻拍で明らかな P 波は認められなかった。

無投薬の状態ですら右房早期刺激にて房室伝導の jump up 現象が認められそれに伴って臨床的頻拍が容易に誘発された。頻拍中のヒス束領域の興奮は近位冠静脈洞電位、高位右房電位に先行していた。また頻拍中の心室期外刺激法で心房リセットは認められず通常型房室結節回帰性頻拍と診断した。解剖および電位指標 (Asp) で高周波通電を行った (1 箇所)。通電開始後結節調律が出現したため有効部位と判断し、右房ペーシングを行いながら計 120 秒の通電を行った。通電後、イソプロテレノール負荷下にも、さらには硫酸アトロピン負荷下にも頻拍の誘発を試みたが房室伝導の jump up 現象は認められず、1 拍の房室結節エコーも誘発されなかった。

病棟帰室 1 時間後に標的となった臨床的頻拍と同様の特徴を有する頻拍が出現した (ATP 静注が有効)。再発と考え 2 ヶ月後再アブレーションの方針とした。焼灼前には Ic 群薬は無効であったが、焼灼後はベラパミルの追加内服を行ったところ退院後 2 ヶ月間頻拍発作は生じなかった。

再セッション時、高位右房からの早期刺激・頻回刺激を無投薬下および薬物負荷下で繰り返し行ったが房室結節エコー、jump up 現象は全く誘発されなかった。まとめ) アブレーション後急性期に再発を認めたものの、遠隔期に行った電気生理検査では誘発が全く不可能であった房室結節回帰性頻拍症例を経験した。

演題 3

修正大血管転位 double switch(Jatene + senning)術後の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 1 例

日本赤十字社和歌山医療センター 第 2 小児科 (心臓小児科)

○鈴木嗣敏、中村好秀、福原仁雄、豊原啓子、田里寛

症例：10 歳 女児

診断：修正大血管転位

日齢 10 で肺動脈絞扼術、4 歳時に double switch 手術(Jatene + Senning)施行。

5 歳から心房粗動(AFL)を繰り返し、内科的治療を試みるも無効のため、カテーテル

治療目的で本院に紹介入院となった。

RA pacing 下に両心房の electro-anatomical mapping を施行。その後頻拍発作を誘発して再度 mapping を行い、僧帽弁周囲を旋回する心房粗動と診断した。pulmonary venous atrium の縫合線から僧帽弁輪までの焼灼ラインを形成し、頻拍発作が誘発されなくなったことを確認して手技を終了した。術後 5 ヶ月の経過で再発を認めていない。electro-anatomical mapping は、Senning 術後のような複雑な心内構造に対しても不整脈の原因を特定し治療を可能にする有用な手技である。