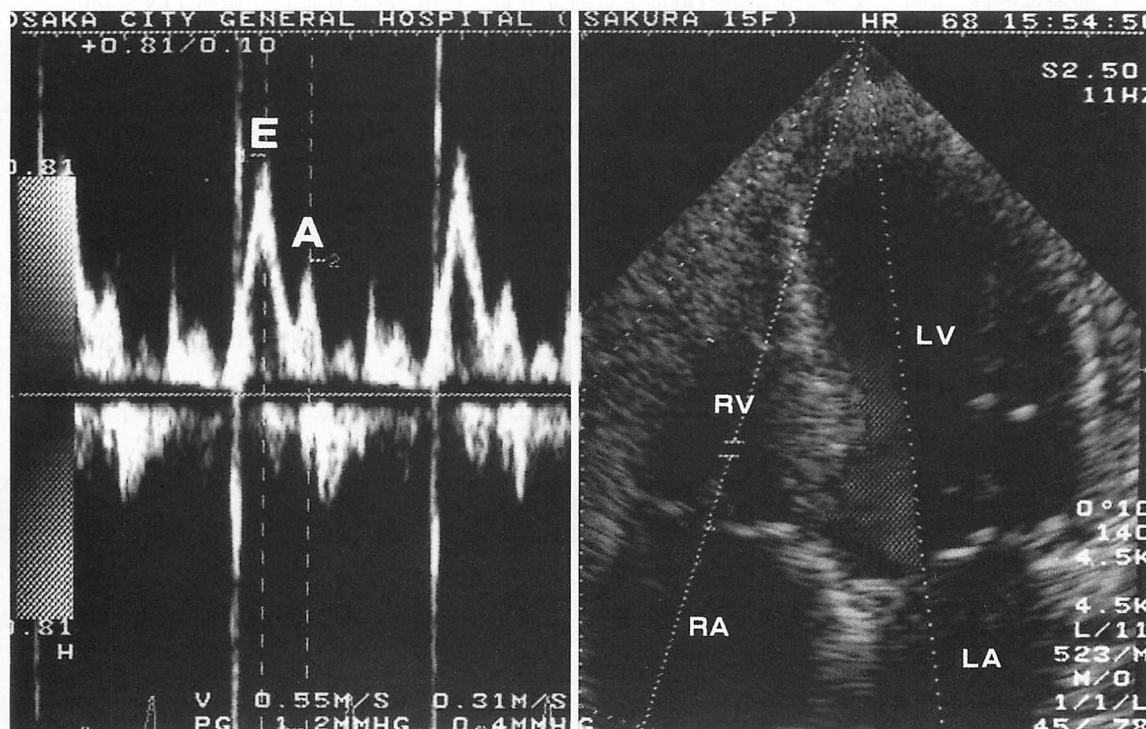


## Cardiovascular Imaging In-a-Month

### ● A 75-Year-Old Man With Jaundice and Severe Leg Edema

今本 諭  
土師 一夫

Satoshi IMAMOTO, MD  
Kazuo HAZE, MD, FJCC



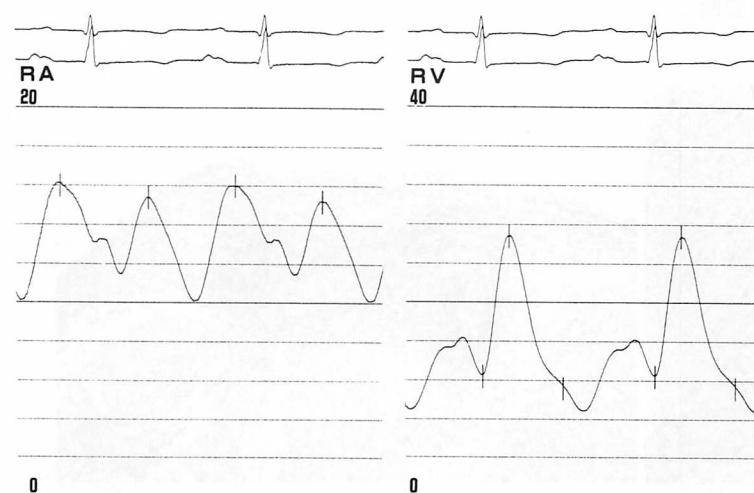
**Fig. 1** Echocardiographic findings

Left : Recording of the diastolic Doppler flow velocity. The E wave is larger than the A wave, but the deceleration time is shortened.

E/A = 0.55/0.31 m/sec, RV-DT = 140 msec.

Right : Apical four-chamber two-dimensional echocardiogram revealing a slightly dilated right atrium without dilated ventricular chambers.

RV-DT = right ventricular deceleration time.



**Fig. 2** Recording of the right atrial (left) and ventricular (right) pressure curves using a fluid-filled catheter and the pressure data

The cardiac index was  $1.81/\text{min}/\text{m}^2$ .  
 RAM=13, RVs/d/e=27/11/13, PAs/d/m=23/12/15,  
 PCWPm=12, Aos/d=92/58, LVs/d/e=94/3/15  
 (mmHg).

RA=right atrium; PCWP=pulmonary capillary wedge pressure; Ao=aorta; LV=left ventricle; s=systolic; d=diastolic; e=end-diastolic; m=mean.

大阪市立総合医療センター 循環器内科：〒534 大阪市都島区都島本通 2-13-22

Department of Cardiology, Osaka City General Hospital, Osaka

Address for reprints : IMAMOTO S, MD, Department of Cardiology, Osaka City General Hospital, Miyakojima-hondori 2-13-22, Miyakojima-ku, Osaka 534

Manuscript received August 13, 1997

## 症例 75歳、男性

主訴：下腿浮腫、黄疸

現病歴：1995年10月、下腿浮腫が出現し、近医を受診して肝機能障害を指摘された。1996年3月、黄疸が出現し、下腿浮腫も増悪したため、11月精査目的で入院した。心疾患の家族歴はない。

入院時現症：血圧 80/60 mmHg、脈拍 64/分。全身に黄疸と著明な下腿浮腫があった。血液検査では、トランスアミナーゼは軽度上昇のみであったが、総ビリルビン値が 13.8 mg/dl と上昇していた。胸部X線写真では心胸郭比が 46% と心拡大ではなく、肺鬱血像もなかった。

心エコー図検査では、軽度の右房拡大と三尖弁逆流があったが、右室の拡大、肥大はなかった。左室の肥大、拡大もなく、駆出率は 70% と収縮能は正常であった。左室流入血流速波形は E/A 比が 1.0 未満で、減速時間は 112 msec と短縮していた。右室流入血流速波形では E/A 比が 1.0 を超え、減速時間は短縮しており、両室の拡張機能障害が疑われた (Fig. 1)。収縮性心膜炎を疑う所見はなかった。

心臓カテーテル検査では、右室拡張期圧が 11 mmHg、平均右房圧が 13 mmHg と上昇し、Y 波優位の W 型を示すいわゆる “non-compliant” パターンであった。肺動脈圧は正常であった (Fig. 2)。冠動脈造影では狭窄病変や先天性異常は認められなかった。

## 診断のポイント

心内膜心筋生検では、心内膜の肥厚と心筋間質に弹性線維の増殖がみられた (Fig. 3)。二次性に拘束型心筋障害を呈するアミロイドーシス、ヘモクロマトーシス、糖原病、心内膜心筋線維症などの疾患や、心筋炎を疑う所見はなかった。

以上から、晩発性の特発性拘束型心筋症と診断し

た。本症例は右室優位の拘束性変化のため、肺高血圧を伴わずに重症右心不全を合併したと考えられた。

**Diagnosis:** Idiopathic restrictive cardiomyopathy with severe right-sided heart failure

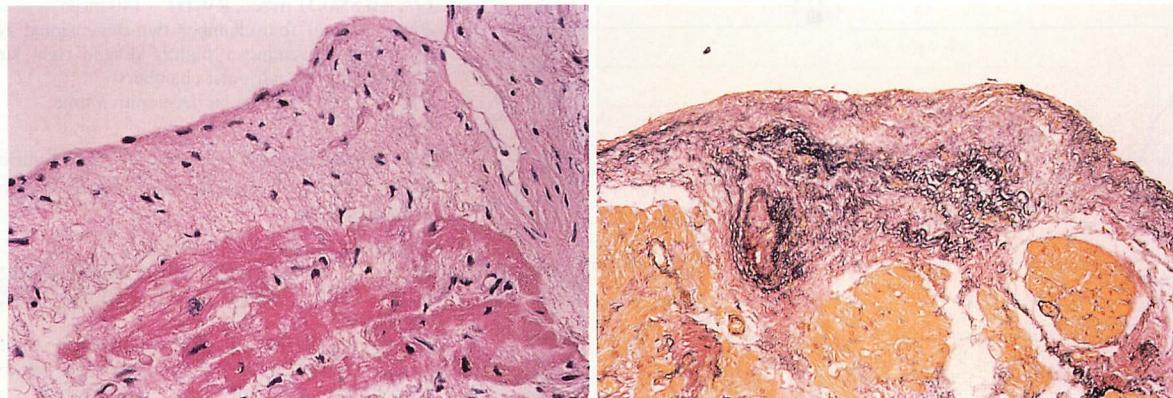


Fig. 3 Photomicrographs of the endomyocardial biopsy specimens demonstrating thickening of the endocardium (left: hematoxylin-eosin stain) and fibroelastosis in the endocardium and extracellular lesions (right: elastica van Gieson stain)