

補助循環のアクセス部位に課題を抱えた難治性心室頻拍へのハートチームでのアプローチ

安田 奈央¹、土井 厚¹、森下 亮雄¹、柴田 師廉¹、鶴見 尚樹²、加藤 俊昭²

¹名古屋掖済会病院、²名古屋掖済会病院

症例は65歳男性。心不全加療中に心肺停止し、緊急冠動脈造影を施行した。左前下行枝は99%狭窄、回旋枝と右冠動脈は完全閉塞していた。また、左総腸骨動脈（CIA）は99%狭窄、右 CIA は完全閉塞していた。ハートチームで協議し、左 CIA に 10mm 径のステントを留置後、同部位から IMPELLA を挿入し、左前下行枝と右冠動脈に冠動脈形成術を行った。その後状態は安定したが、2週間後より Torsades de Pointes (TdP) が頻発した。TdP のトリガーとなる心室期外収縮 (PVC) は同一波形であり、このPVCに対するカテーテルアブレーション (CA) を計画した。しかし、PVCの起源は波形から左室下位中隔と推定され、経大動脈アプローチ時の血行動態破綻に備えた補助循環挿入部位が問題となつた。ハートチームで再度協議し、右 CIA の治療後に CA を行う方針とした。右 CIA には 8mm、10mm のステントが留置されたが、自己拡張型で、留置直後は拡張や圧着が不完全で、大口径カニューレの挿入は不適切と判断された。まず、左大腿動脈アプローチで CA を開始、血行動態破綻時には同部位から補助循環を確立し、CA は右大腿動脈穿刺を追加し継続する予定とした。CA では、左室下位中隔で QRS に 48 ms 先行するプルキンエ電位が記録され、同部位で良好なペースマップを得た。同領域の通電で PVC は消失した、以降 TdP の再発も認めなかつた。急性冠症候群亜急性期に難治性の TdP を発症したが、補助循環のアクセスルートが脆弱な患者に対してハートチームで取り組み救命した一例を報告する。