

■「たこつぼ心筋障害を考える」

たこつぼ型心筋障害を考える

Consideration of takotsubo cardiomyopathy

川名正敏¹ 山崎純一²Masatoshi Kawana¹ Junichi Yamazaki²東京女子医科大学附属青山病院 循環器内科¹ 東邦大学医療センター 大森病院 循環器内科²Aoyama Hospital Tokyo Women's Medical Univ.¹Division of Cardiovascular Medicine, Department of Internal Medicine, Toho Univ. School of Medicine²

左室収縮時に特徴的な形態を呈すたこつぼ型心筋障害は佐藤 光先生（当時広島市民病院）により、1990年に我が国で初めて報告された。誘因として約70%の症例で何らかのストレスがきっかけとなっているが、2004年の新潟県中越地震後にたこつぼ型心筋障害が多発したことが報告されている。

たこつぼ型心筋障害の発症機序については不明な点が多く、微小循環障害、多枝冠動脈攣縮、カテコラミン心筋障害などが考えられている。また、高齢の閉経女性に多く発症することから、エストロジェンの関与も疑われている。本症例の多くは胸痛と呼吸困難を主訴とするが、無症状で心電図異常にて検出される症例もある。

心電図所見として90%の症例でST上昇を認め、その後のT波の陰転化やQT延長が特徴的である。心エコー検査では急性期には左室心尖部を中心とした収縮障害と心基部の過収縮が特徴的で、経過とともに収縮障害は改善するが、その改善が遅延する症例もある。一方、右室収縮能低下や心基部の収縮障害（逆たこつぼ型心筋障害）を伴った症例もある。冠動脈造影では

原則として冠動脈病変や攣縮は認められない。心臓核医学検査では左室壁運動低下領域において、心筋血流製剤の取り込み低下や欠損がみられるが、¹²³I-BMIPPではより高度な欠損が示され、¹²³I-MIBGでは初期像での欠損と洗い出しの亢進が顕著である。剖検例における病理学的所見では、心外膜病変が認められたことから、心筋内循環障害では解釈が困難な点もある。また、心筋生検では急性期にはグリコーゲン蓄積や心筋肥大、細胞外マトリックスの増加が認められ、慢性期にはこれらが改善していたことから、カテコラミン過剰による微小循環障害とカテコラミンによる心筋障害なども示唆されている。

多くの症例は2週間以内に心筋収縮能が改善し、予後は良好であるが、心室瘤、重症不整脈、心破裂などを合併する症例もある。

以上、述べたようにたこつぼ型心筋障害の原因、発症機序、治療などについて不明の点が多く、今回、第60回日本心臓病学会学術集会（会長：井上 博先生）においてジョイントセッション「たこつぼ型心筋障害を考える」を開催した。