14. Crista terminalis を slow conduction zone とした心房頻拍症の一例

獨協医科大学日光医療センター　循環器内科
杉山拓史，堀江康人，星　俊安，杉村浩之，
轟　正勝，安　隆則，中元隆明

【目的】分界稜（Crista terminalis）を緩徐伝導部位とした稀な心房頻拍症の一例を経験したので報告する．

【症例】73 歳，男性．

主訴：労作時息切れ．

家族歴：特記すべきものなし

既往歴：53 歳より高血圧症にて内服治療開始
63 歳虫垂炎にて手術
65 歳頃より発作性心房細動にて内服治療開始
70 歳共通型心房粗動に対してカテーテルアブレーション治療

現病歴：65 歳時より発作性心房細動の内服治療開始．2009 年 8 月頃より時々心房粗動となっていた．2009 年 11 月 18 日 CARTO system を用いて電気生理検査（EPS）施行した結果，共通型心房粗動と診断されカテーテルアブレーション治療にて根治されていた．その後, 順調に経過していたが, 2012 年 6 月より再び非共通型心房粗動が出現するようになり，精査・治療目的に平成 24 年 8 月 27 日入院となった．

入院後経過：同年 8 月 29 日 EPS を施行したところ，前回のブロックラインの再発はなく，Crista terminalis を slow conduction zone とする心房頻拍症が確認され，同部位を焼灼する事によって頻拍は停止し，以降誘発されなくなった．

【考察】Crista terminalis は右心房内の構造物として存在するが，その構造は個体差も多く電気生理学的な役割は定かではない．通常は連続的に連なっており，電気的にはブロックラインとして働く事が多く，リエントリー回路としての必須条件である緩徐伝導部位として機能する事は稀である．今回は不連続であった箇所に抗不整脈薬の効果により，緩徐伝導部位の条件が揃い，マクロリエントリー回路が成立したと考えられた．

【結論】基礎心疾患のない正常な右心房内の Crista terminalis を slow conduction zone とする大変稀な心房頻拍症の一例を経験した．

15. 当科における高齢発症重症筋無力症の治療経験について

獨協医科大学越谷病院神経内科
小川知宏，岩波正興，岡部百佳，横田隆子，
滝口義晃，宮本智之

【目的】近年高齢発症重症筋無力症（MG）が増加傾向にある．高齢者では糖尿病，骨粗鬆症など種々の病態を合併する頻度が高くなる故に治療について留意すべき点が多く，現在様々な議論がなされている．そこで今回当科での治療経験について報告する．

【方法】対象は 2011 年 6 月 1 日から 2012 年 9 月 30 日までに入院加療した高齢発症 MG 患者連続 10 名．50 歳以降発症を late-onset MG（LOMG），65 歳以降発症を elderly-onset MG（EOMG）と定義した．これらの患者群について性別，年齢，合併疾患，胸腺腫の有無，治療前後の重症度，抗アセチルコリン受容体（AchR）抗体価，治療内容などを後ろ向きに調査した．

【結果】男性 9 名，女性 1 名，眼筋型 1 名，全身型 9 名で，平均発症年齢 68.7 歳（LOMG 5 名，EOMG 5 名）であった．合併疾患は胸腺腫 3 例，高血圧 5 例，糖尿病 3 例，慢性腎臓病 3 例，骨粗鬆症 2 例．MG-ADLscale は入院時中央値 6，退院時 0，QMGscore 中央値入院時 6，退院時 0，抗 AchR 抗体価は入院時平均値 78.3 ng/l，退院時 30.9 ng/l であった．進行が早くクリーゼに移行する可能性があったため免疫グロブリン大量静注療法（IVIg）を施行した後にステロイドパルスを施行した症例が 2 例，7 例は経口ステロイドの漸増漸減を基本方針としながらタクロリムス 3mg を同時ないし先行投与し，1 例はピリドスチグミン単独で加療した．これらの治療で経口 PSL 最大投与量 30.6 mg/日，退院時投与量 22.2 mg/日と減量でき，退院時には全症例で pharmacological remission あるいは minimal manifestations に至り，入院期間も短縮することができた．しかし経過中糖尿病の発症ないし増悪が 6 例（60%）で認められた．

【考察および結論】高齢発症 MG に対しては全身状態を考慮した上での積極的な calcineurin inhibitors の併用でステロイド維持量の減量を可能とし，クリーゼに移行しうるような重症例ではステロイドパルスに先行して IVIg 施行することで良好な治療効果が得られる可能性が示唆された．