

## Brugada 症候群と診断に至った一症例

◎佐藤 彩<sup>1)</sup>、阿彦 智子<sup>1)</sup>、遠田 有希<sup>1)</sup>

地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院<sup>1)</sup>

[はじめに] Brugada 症候群は、12 誘導心電図で右脚ブロックパターンを示し、右側胸部誘導(V1 および V2 誘導)での ST 上昇と心室細動(以下 VF)を主徴とする疾患である。今回健診で心電図異常を指摘され、追加で施行した検査結果より Brugada 症候群の診断に至った症例を経験したので報告する。

[症例] 50 歳代女性。6 年前に原因不明の失神歴があるが、その後自覚症状がなく経過したため医療機関を受診していなかった。家族歴としては、母親が 40 歳で突然死している。

[入院時検査所見] 12 誘導心電図所見は洞調律で、通常肋間記録、高位肋間記録の右側胸部誘導において saddle back 型 ST 上昇を認めた。心臓超音波検査、冠動脈造影検査を追加で施行したが明らかな異常は認めず。血液検査においても電解質異常や炎症反応はみられなかった。

[平均加算化心電図] 本症候群にみられる、脱分極異常による遅延電位(以下 LP)を検出する目的で平均加算化心電図を施行した。機器は Cardio Star FCP-7541(フクダ電子社製)を使用し、双極 XYZ 誘導法で行った。また加算回数 200 拍、ノイズレベル  $0.4 \mu V$  以下を条件とし、バックフィルターを使用した。評価基準は、① $RMS40 < 15.0 \mu V$ 、② $LAS40 \geq 40msec$ 、③ $fQRSd \geq 106msec$  の 3 項目で、このうち 2 項目以上を満たす場合を LP 陽性と判断する。本症例では 3 項目すべてで評価基準を満たし、LP の存在が明らかとなった。

[電気生理学的検査(以下 EPS)] 植え込み型除細動器(以下 ICD)の適応判断のため EPS による VF 誘発試験を施行した。結果は、2 連期外刺激法で心室期外収縮 4 連発までにとどま

り、VF の誘発には至らなかった。

[ピルシカイニド薬剤負荷試験] 診断目的で、Na チャネル遮断薬であるピルシカイニド  $1.0mg/kg$  を 10 分間かけて静注し、薬剤負荷による coved 型 ST 上昇の誘発を行った。結果、薬剤静注開始から約 5 分経過した時点で saddle back 型から coved 型に変化し、薬剤負荷試験陽性となった。また陽性所見の出現は負荷中止基準に該当するため、薬剤の投与を中止し検査を終了した。

[結果と考察] 本症例では、原因不明の失神歴と突然死の家族歴を有していることから Brugada 症候群を強く疑った。平均加算化心電図は本症候群の診断に必ずしも必要ではないが、LP の検出や致死性不整脈発生のリスク評価に非常に有用であると考ええる。また確定診断には、12 誘導心電図の右側胸部誘導において J 点または ST 部分が基線から  $0.2mV$  以上上昇する coved 型 ST 上昇を認めることが必須条件とされている。本症例では薬剤負荷によって coved 型 ST 上昇が誘発されたことから Brugada 症候群と診断された。治療方針としては、患者が積極的な治療を望んでおらず ICD の植え込みには至らなかった。その背景には、EPS で VF が誘発されなかったことが選択の一助になったと考えられる。

[結語] 今回は、健診異常をきっかけに精査を行い、Brugada 症候群と診断に至った症例を経験した。本症候群の診断に向けたアプローチは各施設によって様々だが、疑わしい心電図を認めた際にはまず高位肋間記録を行い、ハイリスク症例を見逃さずに診断につなげることが我々臨床検査技師に求められている。

連絡先：0234-26-2001 (内線 3296)