心不全症状を契機に診断し得た 心臓原発びまん性大細胞型B細胞性 リンパ腫の1例

加藤 幸範 河田 正仁 湯村 真沙子 末廣 英也 高田 裕基 松浦 岳司
亀村 幸平 平山 恭孝 足立 和正 松浦 啓 坂本 丞

要 旨

症例は79歳，女性．下腿浮腫の精査目的で施行した経胸壁心エコー図検査にて，右心房，右心室，左心房に腫瘍を認めた．経胸壁心エコーガイド下に経静脈腫瘍生検を施行し，病理検査から心臓原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断となった．その後，化学療法を開始して非常に良好な治療効果を得た．心臓原発の悪性リンパ腫は稀で予後は不良の疾患であるが，本症例のように積極的な診断と十分な治療を施行することが重要である．

〔日内会誌 104：99～102，2015〕

Key words 心臓腫瘍，悪性リンパ腫，生検

症例

患者：79歳，女性．既往歴：特記事項なし．
主訴：下腿浮腫，腹部膨隆．現病歴：X年12月から食欲不振を自覚し，近医を受診した．上部消化管内視鏡検査を受けるも，軽度胃炎の診断であった．同時期より下腿浮腫も自覚しており，胸部レントゲン写真で心拡大があることから心不全の疑いとなり，当院循環器内科外来へ紹介となり，X+1年1月に受診した．当院で施行した経胸壁心エコー図検査では右心房と右心室に腫瘍を認め，胸腹部造影CTでは明らかなリンパ節腫脹や，その他臓器に腫瘤影を認めず，心臓原発腫瘍の診断となった．精査加療を勧めるも，本人の強い希望により経過観察となって

いたが，5月初旬から下腿浮腫の増悪，腹部膨満感著明となり，精査目的で6月に入院となった．入院時現症：身長145 cm，体重53 kg，体温36.9℃，血圧110/62 mmHg．呼吸音は清，心雑音は聴取せず，表在リンパ節は触知せず，明らかな肝脾腫は認めなかった．両下腿の著明な圧痕性浮腫，頸静脈怒張を認めた．血液検査：血算ではHb 11.3 g/dl (MCV 97.7 fl, MCH 32.8 pg, MCHC 33.6%)と軽度の正球性正色素性貧血を認めた．白血球数は4,340/μl，好中球3,125/μlと正常であり，異型リンパ球も認めなかった．生化学では総ビリルビン1.1 mg/dl (直接ビリルビン0.63 mg/dl)と軽度上昇，LDH 852 IU/l，可溶性IL-2R 1,000 U/lと高値を認めた．心電図：心拍数は57回/分の正常洞調律，

〔第202回日本内科学会近畿地方会（2013/12/14）推薦〕〔受稿2014/08/05，採用2014/08/31〕

明石医療センター循環器内科

Case Report：A case of primary cardiac diffuse large B cell lymphoma with heart failure.

Yukinori Kato, Masahito Kawata, Masako Yumura, Hideya Suehiro, Hiroki Takada, Takeshi Matsuura, Kohei Kamemura, Yasutaka Hirayama, Kazumasa Adachi, Akira Matsuura and Susumu Sakamoto：Department of Cardiology, Akashi Medical Center, Japan.

図1 心エコー図と病理組織

A, B: 治療前 (矢印は腫瘍) C: 生検時 D, E: 8コース終了後

F: 生検組織のH.E.染色 (N/C増大, クロマチン増量の明らかな異型リンパ球の単調増殖像)

RA: right atrium RV: right ventricle LA: left atrium

1度房室ブロックと完全右脚ブロックを認めた。胸部X線写真: 心胸郭比68%と心拡大を認めたが、肺野に明らかな異常陰影を認めなかった。経胸壁心エコー図検査: LVEFは76.6%であり、明らかな心腔の拡大は認めなかった。右心房から右心室まで長径89 mmで、それぞれの厚みが35.2 mmと31.5 mmのカリフラワー状の腫瘍、左心房には52×13 mmの腫瘍を認め、右心室の流入路と流出路は腫瘍による狭窄を認めた(図1)。頸胸腹部造影CT: 右心房、右心室、左心房に腫瘍を認めるが、明らかなリンパ節腫脹やその他臓器に腫瘍影は認めなかった。心臓MRI: 右心房、右心室、左心房に腫瘍を認めた。頭部MRI: 明らかな腫瘍は認めなかった。PET-CT: 右心室から肺動脈起始部に沿った部位と右心房から右心室にかけて集積亢進を認めるが、他部位に悪性を示唆する集積亢進は認めな

かった(図2)。

臨床経過

入院後、経胸壁心エコーガイド下に経静脈腫瘍生検を施行し、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断となった(図1)。病期決定のために骨髄穿刺を施行しようとしたが、希望されず、骨髄穿刺は行わない方針とした。腫瘍量が多く、治療による腫瘍崩壊症候群の影響や総ビリルビン値が高値であることを考え、リツキシマブは使用せず、50%量のCHOP(cyclophosphamide, hydroxydaunorubicin, vincristine, and prednisolone)療法を施行した。1コース目終了時の心エコー図検査では、右心房から右心室は長径67 mmで、それぞれの厚みが14.3 mmと7.9 mm、左心房は36×9 mmと明らかな腫瘍の

図2 PET-CT

A, B: 治療開始前 C, D: 4コース終了後
4コース終了時には心臓の異常集積が消失している

縮小を認め、化学療法は効果的と判断し、全身状態が落ち着いたところでリツキシマブを加えたR-CHOP療法を70%量で開始した。化学療法の副作用としてGrade IVの好中球減少（白血球840/ μ l, 好中球480/ μ l), 末梢神経障害による手指の痺れが出現したが、それぞれレノグラスチムとプレガバリン投与にて対応可能であった。副作用の度合いに応じ、50%量のR-CHOP療法をその後も続け、合計8コースの化学療法を施行した。8コース終了時の心エコー図検査では腫瘍は認めず、血清LDLや可溶性IL-2R値も正常化した。PET-CTに関しては4コース終了時に心臓の異常集積は消失しており、今後は外来にて8コース終了後の評価を予定している。

考察

心臓原発悪性腫瘍の頻度は剖検データによると0.02~0.056%で¹⁾、心臓原発腫瘍のうち、ほ

とんどが肉腫であり、悪性リンパ腫は1~2%の頻度と言われている²⁾。臨床症状は腫瘍の部位によって異なるが、うっ血性心不全、心嚢液・胸水貯留、伝導障害、不整脈などがある³⁾。重篤な合併症として腫瘍塞栓、致死的不整脈、心破裂などにより突然死する危険性もある^{4~7)}。本症例は右心不全症状により発見された悪性リンパ腫で、生前に診断されることは稀な疾患であるが、カテーテル心臓生検にて診断し得た。治療は化学療法が主体だが手術療法や放射線療法を併用した報告もある。5年生存率は約40%程度と予後はよくないが⁸⁾、積極的な診断と十分な治療を施行することで本症例は非常によい治療効果を得ることができ、今後の予後にも期待できると考える。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) Lam KY, et al : Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. Arch Pathol Lab Med 117 : 1027-1031, 1993.
- 2) Chim CS, et al : Primary cardiac lymphoma. Am J Hematol 54 : 79-83, 1997.
- 3) Patel J, et al : Primary cardiac lymphoma : B- and T-cell cases at a specialist UK centre. Ann Oncol 21 : 1041-1045, 2010.
- 4) Pérez Baztarrica G, et al : Images in cardiovascular medicine. Primary cardiac lymphoma : a rare case of pulmonary tumor embolism. Circulation 121 : 2249-2250, 2010.
- 5) Anghel G, et al : Primary cardiac lymphoma : report of two cases occurring in immunocompetent subjects. Leuk Lymphoma 45 : 781-788, 2004.
- 6) Rolla G, et al : Primary lymphoma of heart. A case report and review of the literature. Leuk Res 26 : 117-120, 2002.
- 7) Hsueh SC, et al : Primary cardiac lymphoma. J Chin Med Assoc 69 : 169-174, 2006.
- 8) Petrich A, et al : Primary cardiac lymphoma : an analysis of presentation, treatment, and outcome patterns. Cancer 117 : 581-589, 2011.