

## I-A 『下大静脈—三尖弁輪間の解剖学的峽部に non-contact mapping system と CT で解剖学的異常を確認できた 2 症例』

奈良県立三室病院 心臓血管センター

内藤雅起, 滝爪章博, 遊田泰匠, 杉本浩之, 上田友哉, 鈴木 恵  
岩間 一, 竹田育弘, 中井健仁, 土肥直文, 橋本俊雄

奈良県立医科大学附属病院 第 1 内科

中嶋民夫, 西田 卓, 斎藤能彦

背景：通常型心房粗動に対して下大静脈—三尖弁輪間の解剖学的峽部に線状焼灼を行うことで、安全、かつ確実に通常型心房粗動は治療可能となった。しかし峽部の厚さ、pouch 合併症例など、解剖学的な問題により、確実な線状焼灼が困難になることは稀ではない。今回われわれは、峽部の解剖学的異常を Computer tomography (CT) で確認し、それに対して non-contact mapping system (Ensite) が有用であった 2 症例を経験したので報告する。

症例 1：81 歳，女性。肥大型心筋症，発作性心房粗細動のため当院通院中。発作性心房粗動に対するアブレーション目的に入院した。Ensite を併用し，電気生理学的検査とカテーテルアブレーションを行った。アブレーションカテーテルの操作性と右房造影から，峽部に pouch の存在が疑われた。右房の geometry を作成した結果，峽部の中隔側に pouch を認めた。Ensite ガイドに三尖弁輪から下大静脈にかけて pouch の側壁側にアブレーションを開始し，峽部の両方向性ブロックを作成することに成功した。後日，施行した CT でも，Ensite の geometry と同様に峽部の中隔側に pouch を認めた。

症例 2：70 歳，男性。動悸を主訴に当科を受診した。心電図では心房粗動を認めた。術前に撮影した CT で下大静脈—三尖弁輪間峽部に憩室の存在が疑われた。右房造影でも峽部に憩室が確認された。Ensite を併用して電気生理学的検査とカテーテルアブレーションを行った。右房の geometry を作成する際，憩室と冠静脈洞を別枠で付け加えた。型通り三尖弁輪から下大静脈にかけて峽部のアブレーションを開始した。途中，憩室の存在部位は Ensite ガイドで側壁方向にブロックラインをずらすことで，峽部の両方向性ブロックを作成することに成功した。

考察：CT は下大静脈—三尖弁輪間の解剖学的峽部の形状を術前に予測しうる検査として，有用であると考えられた。同時に Ensite は解剖学的に問題のある通常型心房粗動例に対するカテーテルアブレーションに有用であった。

I-B 『右側に移植したペースメーカー上での Cardioversion により、  
リード不全・ペースメーカー本体の故障を生じた VT・AV ブロック合併拡張型心筋症の一例』

奈良県立医科大学 循環器腎臓代謝内科

西田 卓、御領 豊、中嶋民夫、石神賢一、川田啓之、堀井 学、上村史朗、斎藤能彦

症例は 68 歳、女性。2005 年 4 月に完全房室ブロックのため当科へ紹介。左利きであったことから右側に VDD ペースメーカー (ela medical 製 Symphony DR) を移植した。同入院時の心臓カテーテル検査では正常冠動脈、正常左室壁運動が確認されていたが、2008 年 6 月に心不全のため入院した際にびまん性の左室壁運動低下 (LVEF 25%) が認められ、心筋生検により拡張型心筋症と診断した。2008 年 11 月 12 日、他院整形外科を受診後に院内で意識消失。心電図モニターで心室頻拍 (VT) が認められた。リドカイン投与は無効で、pulseless VT となったため、エピネフリン投与と cardioversion (100J) が行われた。胸骨圧迫停止時には完全房室ブロックとなっており、カテコラミン投与下に当科へ緊急搬送された。ペーシングスパイクは消失しており、テレメトリを行ったところリード抵抗は  $>3000\ \Omega$ 、ペースメーカーの設定は変更不可能となっていた。11 月 12 日に CRT-D (Medtronic 社製 Virtuoso DR) を移植し、旧本体を摘出し退院。ショックパドル痕がデバイス上にあり、デバイスとリードに並行に通電されたため、デバイスの損傷とリード先端の心筋に対する直流通電を生じたと推測された。他院での緊急治療であったこと、右側移植、女性のためデバイスが体表から目立たなかったことなどが pit fall となりデバイス上から直流通電によるデバイス不全を招いた興味深い一例と考え、文献的考察を加えて報告する。

## I-C 『CRT-D への upgrade 後に ICD 頻回作動の原因となった VT に対して アブレーションを行った拡張型心筋症の1症例』

天理よろづ相談所病院 臨床病理部

高橋清香、杉村宗典、木村優友、柴田正慶、橋本武昌、吉田秀人

天理よろづ相談所病院 循環器内科

花澤康人、吉谷和泰、貝谷和昭、泉知里、中川義久

拡張型心筋症(DCM)に合併した VT において Electroanatomical Mapping system(CARTO)による substrate の解析を用いたアブレーションが患者 QOL を改善し得た症例を経験したので報告する。

**【背景】**63 歳男性。58 歳時に VT に対して ICD を植え込んだ。その後心不全が進行し、治療に難渋したため CRT-D へ upgrade された。BNP などの推移よりレスポonder と評価されたが、ICD の頻回作動を認めるようになった。原因となる VT は cycle length(CL)約 480ms の血行動態の安定した VT であり ICD による Anti-Tachy Pacing(ATP)で停止する場合と、停止せず意識清明のまま shock 治療を要する場合があり、徐々に精神的ストレスが高まっていったためアブレーション施行となった。

**【治療】**CRT-D の左室ペーシングリードを用いた左室 pacing 下で左室の CARTO map を作成した。Voltage map を解析すると、左室中隔から心尖部にかけて広範囲に Low voltage area を認めた。後壁から基部を中心とした中隔側に fragmented potential、さらに前壁中隔側に孤立性遅延電位を認めた。Low voltage area 周辺での pace map より、LVOT 弁下周辺が exit と推測された。誘発された VT は clinical と考えられる VT を含め全て非持続性であり、その中には血行動態の不安定な VT もあったため substrate map を指標として channel と exit と考えられる部位に通電を行った。通電後に CL 約 470ms の持続性 VT が誘発され、VT 中の Re-map ではすでに焼灼した部位よりも弁下基部を channel とする VT が推測され、弁下基部に追加通電を行った。さらに、右室も CARTO map を行い追加通電を行った。その後 CL の長い clinical VT は誘発不能となり、CL の短い non-clinical VT は再現性をもって誘発されたが、いずれの VT も ATP にて停止するため今回の治療は終了とした。

**【結語】**治療後約5ヶ月間は、非持続性VTを含むVTの再発、ICDの作動は認められていない。ICDからCRT-Dにupgrade後、ICDの頻回作動を認めたVTに対するアブレーションが、患者QOLの改善に繋がった症例であった。

## Ⅱ-A 『心房細動アブレーションを施行した高度肥満の一例』

滋賀県立成人病センター 循環器科

天谷直貴、西尾壮示、張田健志、石井 充、武田晋作、  
竹内雄三、岡田正治、羽田龍彦、小菅邦彦、池口 滋

症例は 34 歳男性。当院入院時の身長；186.0cm、体重；167kg、BMI；48.3。幼少時より肥満あり。数年前より労作時呼吸困難、動悸を伴うも肥満のためと自己判断し放置していた。2008 年 4 月に近医肥満外来を受診。高度肥満の診断にて入院加療となる。同院入院中に頻脈性心房細動ならびに pre-syncope の症状を認めた。

2008 年 7 月に電氣的除細動施行（体表面からの電氣的除細動は高度肥満のため無効であり、心腔内除細動施行）し洞調律に復帰するも、約 2 週間後に心房細動が再発し持続。薬剤不応性の持続性心房細動であり、アブレーション治療目的に当院に紹介入院となった。なお入院前の外来にて胸部 CT ならびに心カテ装置の使用が可能かテストを行ない、撮影可能であることを確認した。

2008 年 9 月 8 日心臓カテーテル検査を施行。冠動脈造影、左室造影では異常所見なく、引き続きカテーテルアブレーションを行なった。

高度肥満のため右大腿静脈は 2 本しか穿刺できず、single Lasso にて PV 隔離を行なった。また巨体のため lateral 側の透視は撮影不能であり、透視は正面像のみ使用。CARTO X-p を用いて LA ジオメトリー作成した。

なお SR-0 シースは心房中隔をギリギリ超えた所までしか到達せず、左房内でのカテ操作に難渋した。心房細動中に 4PV isolation を施行。さらに左房、右房、CS 内の CFAE を通電（CFAE は左房、右房内に広範囲に存在）した。しかしながら心房細動は停止せず。体表面より電氣的除細動を施行。当初胸骨右縁と心尖部に除細動用パッチを貼付し、biphasic 200J にて電氣的除細動を行なうも心房細動は停止せず。除細動用パッチの位置を左前胸部と背部に変更し、再度 biphasic 200J にて電氣的除細動を行なったところ、洞調律に復帰した。

左房の電氣的リモデリングが強く、左房径も拡大していることより、術後より予防的にベプリコール 200mg/day を開始した。術後は心房細動の再発なく経過。3 ヶ月以上経過した現在も洞調律が維持されている。

当院で心臓カテーテル検査を施行した患者のうち最重量であり、angio 装置等の使用が可能か危惧されたが、側面像以外の使用には特に問題をきたさなかった。また除細動用パッチの貼付位置についても教訓となる一例であった。

高度肥満状態で、持続性心房細動を有する患者にアブレーションを行い、著効した一例を経験したのでここに報告する。

## II - B 『大動脈弁置換術、僧帽弁形成術、メイズ術後早期に再発した心房細動・粗動の一例』

京都府立医科大学附属病院 循環器内科

中西直彦・畔柳彰・白石裕一、白山武司、松原弘明

症例は 76 歳女性。H8 年頃より軽度の弁膜症を指摘されていた。H20 年 7 月頃より動悸、息切れ、易疲労感を認めるようになり明治国際医療大学付属病院を受診。高度の ASR と中等度の MR、af を認め、弁膜症に対する手術目的に 11/4 当院心臓血管外科紹介入院となる。心エコー上、severe ASR, moderate MR, moderate TR, 左房拡大(LAD46mm)を認め、大動脈弁口面積は 0.7~0.9cm<sup>2</sup>であった。以上の症例に対して 11/10 に以下の手術が行われた。Atricure を使用して PV 隔離、左房切開にて僧帽弁輪にリング縫着 (僧房弁形成術 MAP)、クライオアブレーションにて左房内 MAZE、右房切開にて右房内 MAZE 及び、三尖弁輪にリング縫着 (三尖弁形成術 TAP)、大動脈切開し大動脈弁置換術 (AVR) 施行。MAZE 終了後、sinus rhythm に復帰した。

術後経過は良好で、洞調律を維持し、11/23 退院となる。しかし 11/25 より嘔気、失神前駆症状を認め緊急入院。心拍数 150/分台の rapid af、AFL を認め、抗不整脈薬に抵抗性で、cardioversion100J で洞調律化するも、5 秒以上のポーズを伴ったため、徐脈頻脈症候群の治療目的に当科へ転科となる。

本症例に対して 12/11 EPS 施行。Brockenbrough 法にて心房中隔穿刺後、CARTO を用いて左房内を mapping したところ、LSPV 由来の興奮が左房へ伝導したが、その他の PV には電位を認めず、また左房内に広い低電位領域を認めた。LSPV の電位を指標に追加の隔離を行ったのち、CS burst 刺激にて頻拍の誘発を試みたところ、FF210msec の非通常型 AFL が誘発された。AFL 中に再度左房内の mapping をおこなったところ僧房弁周囲を旋回し、CSmid からの post pacing interval も一致したため、僧帽弁輪心房粗動と診断。僧帽弁輪峡部の焼灼を検討したが、MVP 術後でありリングを破損する危険性があるため通電は不可能と判断した。徐脈頻脈症候群に対して、12/18 DDD pacemaker 植え込みを行い 12/25 退院となった。

今回我々は弁置換・形成術に加えて MAZE を施行した後、早期に再発した af、AFL に対して EPS を施行した一例を経験した。近年心臓外科の手術の際に af の治療目的に MAZE が追加で施行される機会は非常に多く、また、僧帽弁、三尖弁のリング縫着による形成術もよく行われる。Atricure を用いた PV isolation が行われた術後早期に、心房内をマッピングする機会を得たので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## II-C『多種類の上室頻拍を合併した心臓手術後の1例』

滋賀医科大学附属病院 呼吸循環器内科・不整脈センター

城日加里、八尾武憲、山科 聡、中澤優子、伊藤英樹、  
芦原貴司、杉本喜久、伊藤 誠、堀江 稔

第二岡本総合病院 循環器内科 八木崇文

症例は66歳女性。43歳時左室-右房交通症に対する手術歴あり。2003年8月6日心房頻拍に対し一度目のEPS/Ablationを施行。CARTO mappingでは、右房側壁に切開線と思われるdouble potentialと低電位領域を認め、頻拍はこの領域を反時計方向に旋回するincisional ATと診断。低電位領域から下大静脈までを線状に焼灼し頻拍が誘発不能となり終了した。以後症状なく経過していたが2008年5月頃から動悸の自覚とともに通常型心房粗動を認めたため2008年7月2日二度目のEPS/Ablationを施行。三尖弁輪を反時計方向に旋回する通常型心房粗動であり解剖学的峡部の焼灼を行った。右房の著明な拡大と術後の影響もあり、ブロックの完成に難渋したが、最終的には峡部での両方向性ブロックを確認して終了した。しかし、その後も動悸発作あり、心電図では心房波の極性がI(±), II, III, aVF(-), V1(-)の心房頻拍を認めた。薬物療法ではコントロール困難であり2008年10月4日三度目のEPS/Ablation施行となった。入室時は洞調律であったがCSからの連続刺激にて臨床的に捉えられている頻拍と同一の頻拍(AT-1;CL380ms)と心房波の極性の異なるI(+), II, III, aVF(+), V1(-)頻拍(AT-2;CL300ms)が誘発された。CARTO mappingではAT-2はCS ostium近傍に起源を有するfocal ATであり、AT-1はcommon AFLの再発であった。Common AFLは8mm tipアブレーションカテーテルでmedia側、lateral側を線状焼灼するもすぐに再発を繰り返し、最終的に4mm tipに変更しlateral sideで電位の残存している部位の焼灼でブロックラインが完成した。また、focal ATはAFLの焼灼後、更にCS ostium下縁から下大静脈近傍の焼灼を追加したところ誘発不能となった。しかし、CSからの期外刺激にてAHのjump upに引き続きcommon AVNRT(CL490ms)が誘発されたためslow pathwayの焼灼を行い、何れの頻拍も誘発されないことを確認して終了した。

今回我々は開心術後に多種類の頻拍を合併した症例を経験した。術後の頻拍に関し若干の文献的考察を含めて報告する。

## Ⅱ-D 『心房細動アブレーションにより洞機能障害を来した1例』

神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科

小堀敦志、舟越俊介、木村紀遵、金 基泰、安珍 守、山根崇史、北井 豪、片山美奈子、  
江原夏彦、民田浩一、木下 慎、加地修一郎、山室 淳、谷 知子、古川 裕

63才男性。薬剤抵抗性の発作性心房細動にて紹介。サンリズムやシベノールの処方にてふらつきを自覚し、ホルターにて心房細動発作の停止時に5秒の洞停止が確認され、徐脈頻脈症候群と診断された。抗不整脈薬を中止し、心房細動に対するカテーテル・アブレーション目的に2008年12月3日に入院となった。

12月5日に心房細動アブレーションを施行。入室時は洞調律49bpm。プロタノール持続点滴下にCSペーシングを行いアブレーション開始。左上肺静脈のルーフ近傍への通電中に突然の心房ペーシング不全が発生し、7秒間の洞停止となった。その後は、徐脈時にRVペーシングを行いながらの通電続行とした。左肺静脈隔離中に心房細動へ移行し、右肺静脈隔離中に心房細動が停止。しかし明らかな洞調律は得られず、接合部調律が持続した。

左右の肺静脈隔離を完成させた後も心房細動が断続的に出現し、上大静脈起源の心房細動と判明した。洞調律への回復が困難な為、上大静脈造影による解剖学的な洞結節位置を推測の上、心房細動中に上大静脈隔離術を施行。上大静脈隔離成功後は心房細動へ移行しなくなったが、洞調律を認めず接合部調律となった。プロタノールを中止したところ、接合部調律が低下したためRV pacingにて退室。

アブレーション3日後より洞調律に似た心房調律(60bpm)が回復したが、一過性の洞停止も確認されたため永久ペースメーカー植え込みを行った。

### Ⅲ-A 『右室起源の心室性期外収縮のアブレーションにおける Non-contact map と pace map との関連性の検討』

天理よろづ相談所 循環器内科

吉谷和泰、貝谷和昭、花澤康司、山尾一哉、坂本二郎、三宅 誠、本岡眞琴、  
和泉俊明、泉 知里、中川義久

背景および目的:心室性期外収縮(PVC)のアブレーションでは、術中に PVC が誘発できず、Pace map に頼らざるを得ないケースに遭遇することがある。そこで、Ensite を用いて Pace map を可視化し、その有用性、non-contact map(以下 NCM)で得られる所見との関係性を検討した。

方法:まず、RV の PVC の症例において Ensite の Multi-electrode array を RV に留置し、PVC の NCM による解析を行った。

そして Breakout や preferential conduction(以下 PC)の近傍で Pace map を行った。その相関性は慣習的な 12 点を満点とした評価方法を用い、12 点は白、10 点は紫として Dx landmark map 上に表示した。

結果:6例において本方法でアブレーションを行い、いずれも PVC の根治に成功した。

(症例1)49歳女性。アブレーションではわずか数発の右室流出路(RVOT)起源のPVCが出現するのみであったが、NCMではPCを認め、ペースマップの合う領域はそこに比較的沿った形で比較的広く分布した。

(症例2)58歳女性。アブレーションではわずか数発の右室流出路PVCが出現するのみであった。明らかなPCを認めなかった。ペースマップ良好の領域は狭かった。

(症例3)40歳男性。RVOT起源でNCMでは明らかなPCを認めず、ペースマップ良好な領域は他の症例より広く分布した。Breakoutの通電でPVCの形が変化し、より後側にbreakoutが変化した。

(症例4)54歳女性。RVOT起源でNCMでは前壁から中隔にむかってPCを持つように見えた。ペースマップ良好な領域はbreakout近傍に分布した。

(症例5)50歳女性。NCMでは三尖弁輪上部に起源をもち中隔にむかって短いPCを持つように見えた。ペースマップのあうポイントはごくわずかであった。

(症例6)66歳男性。心電図は傍ヒス束由来が疑われた。NCMでは最早期は右室下中隔でペースマップはあまり一致しなかった。

考察:ペースマップ良好な領域はNCMにおけるBreakoutに非常に近かった。また、PCのある症例でoriginでのpacemapは概して良好ではなかった。originは多くの症例で低電位ではないこともあわせると、心内膜ではないfar-fieldからの興奮を捕らえていると考えられた。また、症例3もoriginは心内膜側にはないものと想定された。方、症例6のような刺激伝導系を介する不整脈では本方法は有効でなかった。

結語:一部の症例をのぞけば、本方法は誘発困難なPVCの症例でも有効で、NCMの所見とあわせれば不整脈の機序の考察の一助になるものとする。

### III-B 『OMI VT に対して LV high Resolution Voltage Mapping が有用であった一例』

彦根市立病院 循環器科

夏山謙次、日村好宏、綿貫正人、山田美保、二宮智仁、宮澤 豪、益永信豊

抄録

陳旧性心室頻拍に伴う不安定な心室頻拍 (unmappable VT) に対して、CARTO システムを用いた voltage mapping により arrhythmogenic channel を同定する方法の有用性が報告されている。我々は陳旧性心室頻拍に伴う安定型心室頻拍に対して、LV high resolution voltage mapping と詳細なペースマッピングが VT の回路の同定に有用であった症例を経験したので報告する。症例は前壁の陳旧性心筋梗塞があり、血行動体が破綻しない VT を頻回に繰り返していた。VT 発作時はその都度 DC ショックを行っていたが、発作回数が多いためカテーテルアブレーションを行った。左心室造影では前壁中核の広範囲に壁運動消失部位を認めた。EPS では右室心尖部からの期外刺激にて容易に VT が誘発された。洞調律中に左室の voltage マップを行った。低電位領域を  $0.6\text{mV}\sim 0.1\text{mV}$  とし、 $0.6\text{mV}$  以上の部位を non-arrhythmogenic area とした。左室の無収縮領域で広範囲に低電位領域を認めた。低電位領域では全部位にてペースマッピングを施行した。低電位領域の数箇所 perfect pacemap 部位が見られ、S-QRS の違いによりリエントリー回路の同定が可能であった。VT 中の activation map でも voltage map によるリエントリー回路が正確であることが示唆された。Slow conduction pathway と思われる部位にて、concealed entrainment がみられ、VT 中に同部位を通電したところ VT が停止した。その後 VT の誘発は不可能になった。Activation map よりも voltage map のほうが VT 回路を詳細に示すことができ、OMI VT では mappable VT でも洞調律中の voltage map とペースマップが第一選択になると考えた。

### Ⅲ－C 『流出路起源の心室性期外収縮に対して、電位指標及び解剖学的指標により大動脈左冠尖からの通電で根治に成功した2症例』

京都大学医学部附属病院 循環器内科

早野 護、静田 聡、土井孝浩、西山 慶、牧山 武、赤尾昌治  
塩井哲雄、尾野 亘、北 徹、木村 剛

京都大学医学部附属病院 循環器内科 臨床研究班

山口孝之、塚本 学、根津知行

頻発する流出路起源の心室性期外収縮（PVC）に対して、大動脈左冠尖(LCC)からの通電によりカテーテルアブレーション(CA)に成功した2症例を経験したので報告する。

#### <症例1>

78歳男性。2008年8月CA施行。12誘導心電図からは右室流出路起源が予測された。CARTOにて右室流出路のmappingを行うも、PVCに先行する部位は得られず、LCCのmappingを行ったところ、QRSよりも約50msec先行するpre-potentialを伴う最早期興奮部位を同定した。PVC時のpre-potentialは洞調律時にはQRS後のdelayed potentialとなっており、同部位での通電にてPVCは消失した。3ヶ月後にはPVC頻度16662回(18%)→2回(<0.1%)に減少、UCGではLVDd=46→45mm、EF=70→76%に改善、BNP=32→12pg/dlに低下した。

#### <症例2>

67才男性。2008年6月、Mexiletine無効の頻発するPVCに対してCA施行。12誘導心電図より流出路心外膜起源が疑われ、肺動脈内に体表面QRSに約35ms先行するpre-potentialを伴う最早期興奮部位を認め、同部位での通電でPVCは一旦消失するものの再発を繰り返した。LCCのmappingでは肺動脈内よりも先行する部位は得られなかったが、CARTO-Map上で肺動脈内通電部位の裏側に相当する部位からの通電によりPVCは消失した。3ヶ月後にはPVC頻度25637回(30%)→0回(0%)に減少、UCGではLVDd=63→57mm、EF=44→56%に改善、BNP=49→18pg/dlに低下した。

1例目は電位指標により焼灼に成功し、2例目は電位指標で焼灼困難であった心外膜起源のPVCに対して解剖学的指標により焼灼に成功したもので、若干の文献的考察を加えて報告する。

### Ⅲ-D 『Verapamil および電氣的除細動に抵抗性の特発性左室起源心室頻拍に対して カテーテルアブレーションを施行した1症例』

京都大学医学部附属病院 循環器内科

中尾哲史、静田 聡、早野 護、土井孝浩、根津知行、山口孝之、塚本 学、  
西山 慶、牧山 武、赤尾昌治、塩井哲雄、尾野 亘、北 徹、木村 剛

症例は41歳男性。30歳ごろから年に数回の頻度で飲酒時や運動時に動悸発作を自覚していた。発作時に脈拍は規則正しく速く、持続時間は数時間であった。2008年7月飲酒時に動悸発作出現、3日間持続し、徐々に呼吸困難を伴ったため他院を救急受診。受診時の意識は清明で、血圧は90mmHg前後。心電図上心拍数257bpmの右脚ブロック(CRBBB)+左軸偏位(LAD)型のwide QRS tachycardiaを認めた。Verapamil 5mg、ATP 10mg 静注するも無効で、150J、200Jの直流通電では頻拍停止せず、300Jの直流通電で洞調律に復帰した。胸部レントゲン上肺うっ血を認め、心臓超音波(UCG)にて左室壁運動は瀰漫性に低下、AST150(IU/dL)、ALT116(IU/dL)、Cre3.2(mg/dl)と肝腎機能障害を併発していた。全身状態改善後、第25病日に当院に転院となった。転院時には肺うっ血は改善し、UCG上の左室壁運動も正常化、AST48(IU/dL)、ALT78(IU/dL)、Cre1.0(mg/dl)とほぼ正常化していた。転院翌日に電気生理学的検査を施行、イソプロテレノール(ISP)負荷下でも室房伝導がないことから発作性上室性頻拍は否定的で心室頻拍(VT)が疑われた。持続性VTの誘発は困難であったが、右房・右室からの期外刺激、Burst刺激にて数連発のCRBBB+LAD型の非持続性VTが繰り返し誘発されたことから、特発性左室起源VTと診断、Purkinje potentialを指標に左脚後枝領域を数箇所焼灼した。その後ISP負荷下に右房Burst刺激を加えたところ、CRBBB+LAD型で心拍数190bpm前後の持続性VTが誘発された。左脚後枝領域の焼灼が不十分と考え、頻拍中にPurkinje potentialが得られる部位で再度通電を行ったところ、1回目の通電開始数秒で頻拍は停止し、以後は誘発困難となった。周辺数ポイントを追加通電し、セッションを終了した。最終通電後の心電図は術前に比較してⅡ,Ⅲ,aVFのR波が増高、Ⅰ,aVLは減高しており、左脚後枝の伝導障害と考えられた。術後4ヶ月現在、動悸発作の再発を認めていない。【結語】Verapamil、電氣的除細動に抵抗性の特発性左室起源VTに対してカテーテルアブレーションが奏効した一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。