

第 23 回 特発性心室細動研究会 (J-IVFS)

プログラム・抄録集

日時：2026年2月7日(土) 12:30～17:00

場所：(東京) 大崎ブライトコアホール <https://osaki-hall.jp/>

東京都品川区北品川 5-5-15 大崎ブライトコア 3F / TEL: 03-5447-7130

当番幹事：因田 恭也 (名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学)

＊参加費(会費)として3,000円(不課税)を頂戴致します。
(参加証明書付、領収書を発行します)

主催：特発性心室細動研究会 (J-IVFS) <https://j-ivfs.org/>

| | |
|-----------------|------------------------|
| 代表幹事 | 青沼 和隆 (水戸済生会総合病院) |
| 事務局 | 相澤 義泰 (日本医科大学) |
| | 相原 直彦 (千里中央病院) |
| | 鎌倉 令 (国立循環器病研究センター) |
| | 小松 雄樹 (筑波大学) |
| | 佐久間 昭信 (事務長) |
| | 篠原 徹二 (大分大学) |
| | 関口 幸夫 (榊原記念病院) |
| | 横山 泰廣 (事務局長 / 大和徳洲会病院) |
| 事務局顧問 (兼、幹事) | 高木 雅彦 (関西医科大学) |

日本不整脈心電学会の不整脈専門医 更新単位対象学術集会の認定を受けております。(1単位)
更新手続きは日本不整脈心電学会への自己申告制です。申告には参加証明書が必要となります。

＊ 本会は、本会の主旨に賛同する循環器専門施設の医師によって構成され、その参加費（会費）および協賛企業の寄付・募金等により運営されております。

～関係各位へご案内～

- ・ 演者 / PC 受付 3 階 総合受付（11：30 ～）
- ・ 幹事会 3 階 幹事会室（11：45 ～ 12：20）

—— 東京・大崎ブライトコアホール（大崎ブライトコア 3F） ——

< 交通案内 > ・ JR 山手線・JR 埼京線・JR 湘南新宿ライン「大崎」駅より、徒歩 5 分
・ りんかい線「大崎」駅より、徒歩 5 分



ご挨拶

第23回特発性心室細動研究会 (J-IVFS)

当番幹事 因田 恭也

(名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学)

第23回目となる年次研究会、昨年と同じく大崎ブライトコアホールでオンサイトとして開催いたします。当研究会では第20回から当番幹事制で開催することとなり、今回は私が当番幹事を務めさせていただくこととなりました。よろしくお願い申し上げます。

まず、事務局報告として日本医科大学付属病院の相澤 義泰先生から2025年度の成果報告をさせていただきます。

つづく、一般演題1では「Brugada 症候群を含む J波症候群のablationに関する研究または症例報告」に関し4演題を発表いただきます。座長は岡山大学学術研究院医歯薬学領域 先端循環器治療学の森田 宏先生と東京都立広尾病院 循環器内科の深水 誠二先生をお願いいたしました。

一般演題2では「J波症候群以外の心室細動（器質的心疾患を含む）のablationに関する研究または症例報告」に関し4演題を発表いただき、座長は富山大学 第二内科の片岡 直也先生と福井大学医学部 循環器内科学の茅田 浩先生をお願いいたしました。

また、今回より企業共催によるコーヒブレイクセミナーを設けました。

国立病院機構静岡医療センター 循環器内科の小鹿野 道雄先生に「Extra-vascular ICD (EV-ICD)」のご講演をいただきます。また座長は関西医科大学総合医療センター 不整脈治療センターの高木 雅彦先生をお願いいたしました。なお共催企業は日本メドトロニック株式会社です。

恒例のイブニングセミナーでは、Carlo Pappone 先生 (Professor of Cardiology – Università Vita e Salute San Raffaele Director of Department of Arrhythmology and electrophysiology – IRCCS Policlinico San Donato, Milano) をお招きし「The fifth Chamber of the Heart and Cardiogenetic substrate」のご講演をいただきます。このセッションの座長は私が務めさせていただきます。

それぞれのセッションで実りある活発なご討論を期待しております。

本研究会は協賛各社からの寄付金等により運営されております。本研究会の趣旨にご賛同いただき、ご協力いただきました各社に対して、この場を借りて厚く御礼を申し上げます。

2026年2月

～ プログラム～

12:30～12:35 代表幹事の挨拶

青沼 和隆（水戸済生会総合病院 循環器内科）

12:35～12:40 開会の辞（第23回年次研究会・当番幹事）

因田 恭也（名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学）

12:40～12:55 事務局報告

相澤 義泰（日本医科大学付属病院 循環器内科）

12:55～13:50 一般演題 1. < 1 演題 / 発表 9 分 / 質疑 3 分 >

－ Brugada 症候群を含む J 波症候群の ablation に関する研究または症例報告－

座長：森田 宏（岡山大学学術研究院医歯薬学領域 先端循環器治療学）

深水 誠二（東京都立広尾病院 循環器内科）

1-1. Na チャネル遮断薬負荷による不整脈基質の変化を高密度マッピングで評価し得た Brugada 症候群の 1 例

日本医科大学付属病院 循環器内科

○蜂須賀 誠人

1-2. Brugada 症候群と LQT3 の特徴を併せ持ち、SCN5A(c.5347G>A; p.E1783K) 変異を認めた 1 例

名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学

○福島 大史

1-3. イソプロテレノールで増悪した VF storm に対して右室基部側壁起源 PVC アブレーションが奏功した Brugada 症候群の 1 例

岡山大学 循環器内科

○小寺 順久

* 一般演題 2. の演題ですが演題数調整の為、1-4. での発表をお願いしております。

1-4. Short-coupled variant of torsade de pointes (SCVTdP) の再発による VF storm に対して、心外膜アブレーションが奏功した 1 例

小倉記念病院 循環器内科

○廣上 潤

◆ 座長まとめ

13:50～14:05 休憩

※ロビーにてドリンクサービスを行っております。

14:05～14:35 コーヒーブレイクセミナー（共催：日本メドトロニック株式会社）

テーマ：－ Extra-vascular ICD (EV-ICD) －

座長：高木 雅彦（関西医科大学総合医療センター 不整脈治療センター）

演者：小鹿野 道雄（国立病院機構静岡医療センター 循環器内科）

14 : 35 ~ 15 : 30 一般演題 2. < 1 演題 / 発表 9 分 / 質疑 3 分 >

－ J 波症候群以外の心室細動 (器質的心疾患を含む) の ablation に関する研究または症例報告 －

座長：片岡 直也 (富山大学大学院医学薬学研究部 内科学第二)

茅田 浩 (福井大学医学部 循環器内科学)

2-1. 準緊急 Trigger VPC アブレーションによりコントロールし得た虚血性心室細動の 1 例

土浦協同病院 循環器内科

○原 聡史

2-2. 冠動脈形成術後に生じた多形性心室頻拍 / 心室細動に対し、左脚前後枝間の Purkinje de-networking ablation が著効した虚血性心筋症の 1 例

横浜市立みなと赤十字病院 循環器内科

○加藤 祐樹

2-3. Gitelman 症候群に合併した VF storm に対して、His-Purkinje network 起源の Trigger VPC に対するカテーテルアブレーションが奏功した 1 例

山梨大学大学院総合研究部医学域 内科学講座循環器内科学教室

○斎藤 惇平

2-4. 右室起源 short-coupled variant IVF の 1 例

富山大学附属病院 第二内科

○野本 裕右

◆ 座長まとめ

15 : 30 ~ 15 : 45 休憩

※ロビーにてドリンクサービスを行っております。

15 : 45 ~ 16 : 55 イブニングセミナー

座長：因田 恭也

(名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学)

- The fifth Chamber of the Heart and Cardiogenetic substrate -

Carlo Pappone

Professor of Cardiology – Università Vita e Salute San Raffaele Director
of Department of Arrhythmology and Electrophysiology
– IRCCS Policlinico San Donato (Milano)

16 : 55 ~ 17 : 00 閉会の辞 (第 24 回年次研究会・当番幹事)

渡邊 英一 (藤田医科大学ばんだね病院 循環器内科)

一般演題 1. - Brugada 症候群を含む J 波症候群の ablation に関する研究または症例報告 -

1-1.

Na チャネル遮断薬負荷による不整脈基質の変化を高密度マッピングで評価し得た Brugada 症候群の 1 例

○蜂須賀誠人¹⁾、岩崎雄樹¹⁾、小林誠¹⁾、平山浩章¹⁾、土井田祐子¹⁾、岡島周平¹⁾、伊藤紳晃¹⁾

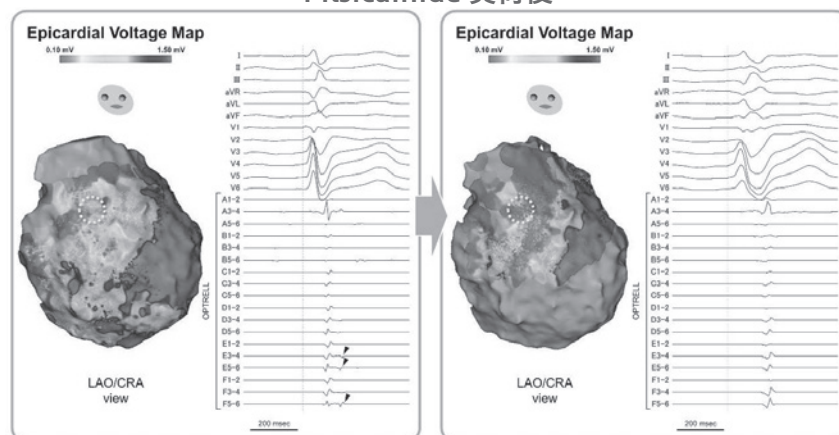
藤本雄飛¹⁾、村田広茂¹⁾、相澤義泰¹⁾、淀川顕司¹⁾、清水渉²⁾、浅井邦也¹⁾

1) 日本医科大学付属病院 循環器内科

2) 新東京病院 心臓内科

症例は Brugada 症候群を背景とした心室細動 (VF) 蘇生後で植込み型除細動器植込み後の 51 歳男性。VF ストームをきたしたため緊急カテーテルアブレーションを施行。心外膜アプローチを行い心外膜基質の高密度マッピングを行うと、Bipolar voltage map にて右室流出路から自由壁、および左室後下壁の心外膜側に低電位領域が確認された。右室流出路の心外膜側では広範囲に double potential が記録された (図左)。最遅延部位は double potential の second component が ST segment の J 点に相当する最遅延の興奮時相であり、Ripple mapping により局所の二相性の興奮が確認され、局所の伝導障害または Delayed repolarization (second dome) の可能性が示唆された。心内膜基質の高密度マッピングでは右室流出路の限局した一部に低電位領域が確認された。心室頻回刺激で VF トリガーとなった PVC の誘発を試みたが、容易に VF に移行し除細動抵抗性を示したため断念した。ピルジカイニド (0.4 mg/kg) を投与すると、QRS 幅は 108ms から 150ms に著明に延長したが、Coved 型 ST 上昇はむしろ消失した。心外膜の右室流出路から自由壁の低電位領域は拡大したが、ピルジカイニド投与前に右室流出路の心外膜側の最遅延の興奮時相の電位は消失し single potential に変化し、伝導ブロックまたは Loss of dome を認めた可能性が考えられた (図右)。Ripple mapping でも局所の興奮は一相性であることが確認され、左室後下壁の心外膜側が最遅延興奮部位となった。拡大した右室流出路から自由壁、および左室後下壁の低電位領域に高周波通電を行い、遅延電位は消失し、心室プログラム刺激による VF の非誘発を確認した。退院後 8 ヶ月の経過観察で VF 再発を認めていない。高密度マッピングによりピルジカイニド投与後の局所興奮の変化から右室心外膜側における伝導ブロックまたは Loss of dome (Delayed repolarization の消失) を認めたことが示唆され、Brugada 症候群における不整脈原性基質に関する興味深い所見が得られたため報告する。

ピルジカイニド 負荷後



一般演題 1. – Brugada 症候群を含む J 波症候群の ablation に関する研究または症例報告 –

1-2.

Brugada 症候群と LQT3 の特徴を併せ持ち、SCN5A(c.5347G>A; p.E1783K) 変異を認めた 1 例

名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学

○福島大史、因田恭也、平松武宏、足立健太郎、寺岡翼、太田竜右、宮前貴一、宮澤宏幸、下條将史
柳澤哲、辻幸臣、室原豊明

Brugada 症候群は、Na チャネル遺伝子 SCN5A の変異によって生じることが多く、同遺伝子変異は QT 延長症候群 3 型 (LQT3) でも報告されている。しかし、両者は心臓電気生理学的基盤や致死性不整脈の発現機序が異なり、治療戦略も大きく異なる。今回、その両方の特性を併せ持ち、治療およびフォローアップに難渋した症例を経験した。症例は、30 歳台後半の男性。X-2 年に仕事中や飲酒後に失神のエピソードがあり、紹介医を受診した。心電図で Type 1 Brugada 型波形と QT 延長を認め、精査加療目的に当院紹介となった。皮下植え込み型除細動器 (S-ICD) 移植されたが、複数回の心室細動に対する適切作動があり、X 年 10 月にアブレーション目的に入院となった。心外膜側をマッピングすると右室流出路から右室自由壁に広範に遅延電位を認め、同部位を焼灼した。その後、一時的に安定していたが、X+1 年 6 月以降に複数回の適切作動があり、X+2 年 4 月に再アブレーションとなる。右室流出路、三尖弁輪、右室下壁に遅延電位を認め、広範に通電した。しかしながら、その後も 2 回の適切作動があった。

一方、娘が学校検診で QT 延長を指摘されたことから、患者および娘に遺伝子解析を行ったところ、双方に SCN5A のミスセンス変異 (c.5347G>A; p.E1783K) を認めた。なお患者の父および祖母は、遺伝子解析は行っていないものの、洞不全症候群に対してペースメーカー移植歴がある。

本症例は、Brugada 症候群と LQT3 の表現型を併せ持ち、遺伝的背景の強い稀な一例であり、その病態と管理方針について文献的考察を加えて報告する。

一般演題 1. – Brugada 症候群を含む J 波症候群の ablation に関する研究または症例報告 –

1-3

イソプロテレノールで増悪した VF storm に対して右室基部側壁起源 PVC アブレーションが奏功した Brugada 症候群の 1 例

岡山大学 循環器内科

○小寺順久、浅田早央莉、森田宏、松尾啓太、増田拓郎、上岡亮、中川晃志、西井伸洋、湯浅慎介

症例は 50 歳男性、47 歳時に検診で心電図異常を指摘された。家族歴は、父が 39 歳で就寝中に突然死している。本人の失神歴はない。Type 1 心電図を認めた。明らかな基礎疾患は認められず、右室心尖部から行った心室プログラム刺激 (400/240/220) で心室細動 (VF) が誘発された。ピルジカイニド負荷により、右側胸部誘導の ST は増強し、イソプロテレノール投与で ST は減高した。無症候だが、典型的な type 1 心電図に加え、QRS 幅増大、f-QRS などの高リスク所見を有し、家族歴、プログラム刺激での誘発性から植込み型除細動器 (ICD) の植え込みを行った。ICD 植え込み後、48 歳時に VF に対する shock 作動があり、ジソピラミド 300mg 内服を追加した。しかし、50 歳時に再度 VF に対する shock 作動があり、キニジン 300mg 内服に変更するも、1 ヶ月後に供給停止となり、キニジンをプレタール 100mg に変更した。2 週間後、VF による ICD 作動と非持続性心室頻拍 (NSVT) 頻発のため緊急入院となった。

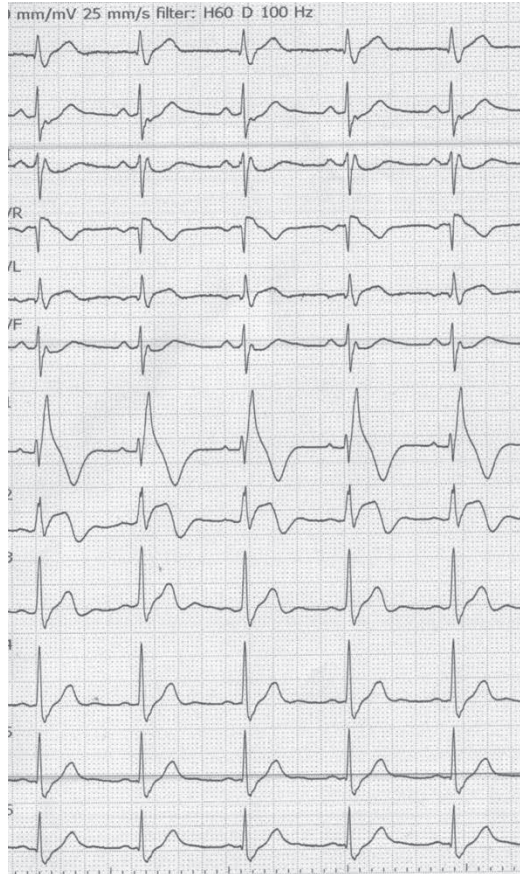
NSVT、VF はいずれも単型性心室期外収縮 (PVC) を trigger として誘発されていた。少量イソプロテレノール投与を行い、VT/VF storm の鎮静化を試みるも、逆に PVC が頻発し、更に VF が誘発され、ICD が shock 作動した。薬剤抵抗性の VT/VF storm に対して準緊急でアブレーション治療を行った。VF の trigger PVC は、イソプロテレノール、アドレナリン投与下での心房、心室刺激で容易に誘発された。PVC の起源は、右室三尖弁輪 9 時であり、PVC 時には QRS に 42 ms 先行する fragmented prepotential を認め、洞調律時には、late potential を認めた。Pace map では、stim-delay を伴う良好な pace map が得られ、同部位での通電後、trigger PVC は消失し、カテコラミン刺激による VT/VF の自然発作は認めなくなった。

右室 voltage map を作成したところ、右室流出路、右室自由壁、右室流入路に低電位領域を認め、同部位には、dull な late potential も認められ、far field 電位として捉えられる右室心外膜基質が示唆された。

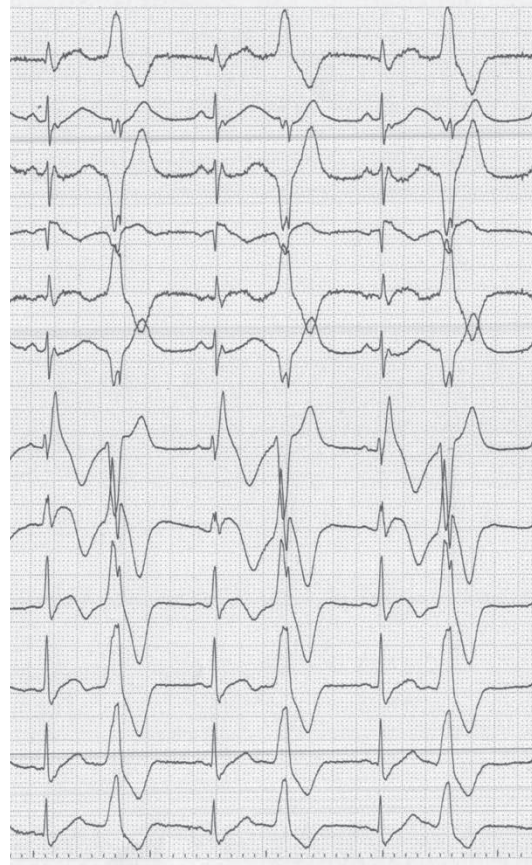
リスモダン 300mg、ビソプロロール 2.5mg の内服を継続し経過観察中であるが、以後 4 年間 ICD 作動を認めず経過している。Brugada 症候群で、イソプロテレノールなどのカテコラミン刺激により trigger PVC が更に頻発、VF storm となった。

三尖弁輪起源の trigger PVC に対するカテーテルアブレーションが奏効した稀な症例であり、報告する。

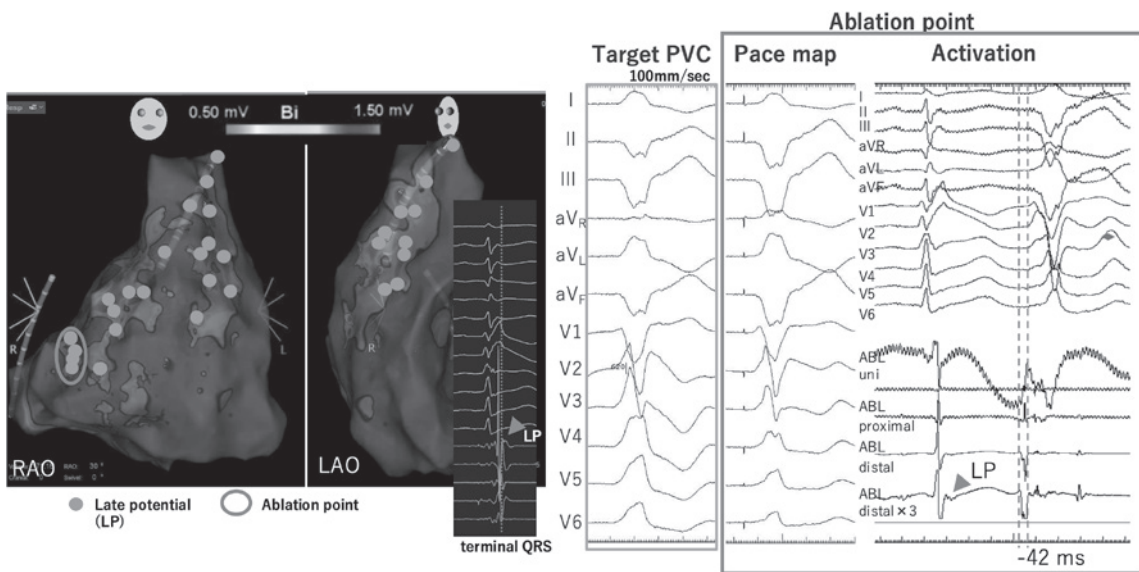
イソプロテレノール投与前



イソプロテレノール投与 trigger PVC



異常部位での 3D マップと局所電位



*一般演題 2. の演題ですが演題数調整の為、1-4. での発表をお願いしております。

一般演題 2. – J 波症候群以外の心室細動（器質的心疾患を含む）の ablation に関する研究 または症例報告 –

1-4.

Short-coupled variant of torsade de pointes(SCVTdP) の再発による VF storm に対して、心外膜アブレーションが奏功した 1 例

○廣上潤¹⁾、園田浩一郎²⁾、福島理知²⁾、松村一騎²⁾、吉田智²⁾、室屋隆浩²⁾、新北浩樹²⁾
波田史郎²⁾、廣島謙一¹⁾

1) 小倉記念病院

2) 佐世保市総合医療センター

症例は 23 歳女性。20 歳で意識消失発作あり、心電図で Torsade de Pointes (TdP) 波形を認め、搬送となった。搬送時の心電図では TdP に先行して連結期が短い心室期外収縮 (PVC) が多発していた。突然死の家族歴はなく、冠動脈造影検査では冠動脈に有意狭窄はなく、アセチルコリン負荷で冠攣縮も誘発されなかった。電気生理学的検査では心室頻拍 / 心室細動 (VF) の誘発はされず、QT 延長症候群、Brugada 症候群およびカテコラミン誘発性多形性心室頻拍の遺伝子検査も陰性であった。Short-coupled variant of torsade de Pointes(SCVTdP) の診断で S-ICD 植え込みを行い β 遮断薬を導入して退院となったが、SCVTdP を繰り返したためカテーテルアブレーション (CA) を施行した。Trigger PVC は Pukinje 電位を認めた右室下壁を通電し消失、抗不整脈薬を内服していなくても PVC は抑制されており ICD 作動なく経過していた。3 年後に ICD 作動があり、以前と異なる波形の trigger PVC から TdP を繰り返していたため 2 回目の CA を行い、PVC は一時的に抑制されたが再燃し VF storm となった。薬物療法では抑制できず人工呼吸管理、ECMO 挿入を必要としたため trigger PVC および VF storm に対する 3 回目の CA を目的に当院へ紹介となった。PVC に先行する Pukinje 電位は認めず、Trigger PVC は心外膜側起源が疑われたため、心内・外膜の両方をマッピングした。洞調律時の異常電位を同定するため Early meets late (EML) を指標に異常電位の substrate map を作成した。EML でハイライトされた異常電位を通電し VF driver の修飾を行い、合わせて PVC の最早期部位を通電し PVC の消失に成功した。以後 TdP の再発なく人工呼吸器・ECMO からの離脱に成功し、自宅退院となった。

一般演題 2. - J 波症候群以外の心室細動（器質的心疾患を含む）の ablation に関する研究 または症例報告 -

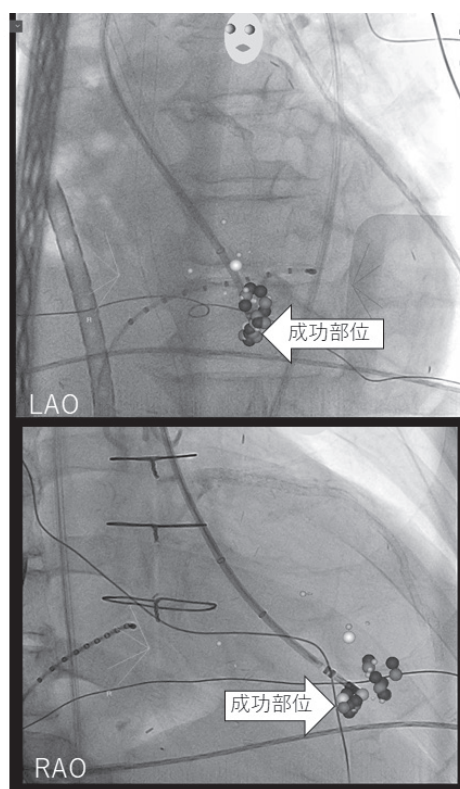
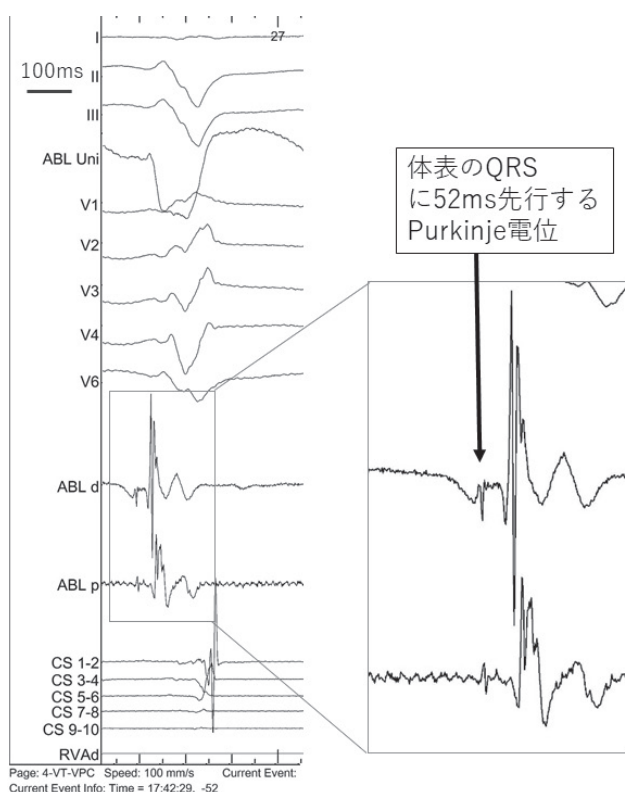
2-1.

準緊急 Trigger VPC アブレーションによりコントロールし得た虚血性心室細動の 1 例

土浦協同病院 循環器内科

○原聡史、下里光、瀬戸口実玲、石沢太基、仲田恭崇、佐藤慶和、三輪尚之、久佐茂樹、蜂谷仁

65 歳男性。55 歳時に糖尿病性腎症に対して維持導入。57 歳時に虚血性心筋症に対して LITA-LAD を含む 3 枝の冠動脈バイパス術後。3 ヶ月前より透析時頻回に心房細動が出現し透析困難となるため、心房細動に対してカテーテルアブレーションを施行。拡大肺静脈隔離後左房マッピング中に心室細動 (VF) が出現した。VF は除細動、アミオダロンで停止せず PCPS の挿入を行い、LITA に 99% 狭窄を確認し PCI 施行。X+1 日に PCPS を離脱した。しかし X+3 日に VPC から VF となり、VF のコントロールはつかず PCPS を再挿入した。12 誘導ホルター心電図で初回の VF を誘発した心室期外収縮 (VPC) と同様の上方軸・右脚ブロック型の VPC が認められた。新規虚血所見も認めないため、VF のコントロール目的に PCPS 下 X+ 7 日に準緊急的に VPC アブレーションを行った。VPC 時に QRS 開始点から 52ms 先行する異常 Purkinje 様電位が記録される左脚後枝領域にて pace map が一致し、同部への通電で VPC の消失が得られた。また同部は LITA99% 狭窄領域と一致していた。その後 VF はコントロールされ PCPS 抜去、再挿入なく経過した。心筋虚血が関連した心筋梗塞遠隔期の繰り返す心室細動に対し VPC アブレーションが奏功した症例を経験した。



一般演題 2. – J 波症候群以外の心室細動（器質的心疾患を含む）の ablation に関する研究
または症例報告 –

2-2.

冠動脈形成術後に生じた多形性心室頻拍 / 心室細動に対し、左脚前後枝間の Purkinje de-networking ablation が著効した虚血性心筋症の 1 例

横浜市立みなと赤十字病院 循環器内科

○加藤祐樹、村田和也、新井紘史、小田惇仁、喜舎場順一、安井由美、山内康熙

症例は 77 歳女性。2025 年 1 月 6 日より息切れ症状が出現し近医を受診。心電図に ST 変化はなかったが、トロポニン陽性かつ心不全所見を認め、A 病院に入院。心エコーで左室前壁の壁運動低下を認め、緊急冠動脈造影で LAD#6 に高度石灰化を伴う 99%狭窄、#7-8 に 75%狭窄を認めたため、PCI を施行しバルーン拡張術で終了。術後 CPK 上昇は認めず。翌日より PVC と Torsades de pointes を認めアミオダロンを投与したが、心室細動を生じたためオーバードライブペーシングを実施。その後ロータブレードとステントによる追加 PCI を施行。1 月 15 日にペーシング中止後、再度、心室細動を生じたため当院へ転院となった。右脚ブロック型で主に下方軸を呈する多源性 PVC が頻発しており、CARTO および Optrell を用いて下方軸型 PVC を指標にマッピング施行。左脚後枝マッピング中に進出ブロック伴う Purkinje potential の異常興奮を認めた。同部位での pacemap 波形は PVC 波形と異なるが同部位で焼灼し PVC は消失した。しかしながら、イソプロテレノール負荷により別波形の PVC が出現するようになり、いずれの PVC も Purkinje potential が先行しており、最終的には左脚後枝から前枝までの間を面状に de-networking ablation を行った。その後、すべての PVC は消失した。後日 ICD を植込みフォローしているが、半年間再発は認めない。左脚 de-networking ablation が奏功した虚血性心筋症の一例を報告する。

一般演題 2. - J 波症候群以外の心室細動（器質的心疾患を含む）の ablation に関する研究 または症例報告 -

2-3.

Gitelman 症候群に合併した VF storm に対して、His-Purkinje network 起源の Trigger VPC に対するカテーテルアブレーションが奏功した一例

山梨大学大学院総合研究部医学域 内科学講座循環器内科学教室

○斎藤惇平、黒木健志、須藤洗司、朝比奈千沙、後藤剛顕、佐藤明

いわき市医療センター 循環器内科

瀬川将人、渡辺翼

筑波大学 循環器内科

村越伸行

水戸済生会総合病院

青沼和隆

症例は生来健康の運送業 25 歳男性。202X 年 6 月、猛暑の中引っ越し作業中に卒倒し、同僚が救急要請。Bystander CPR なく救急隊到着時 VF で計 7 回の除細動後、洞調律復帰し近医へ搬送された。来院時代謝性アシドーシスにもかかわらず K 値は 2.6mmol/L と異常低値であった。冠動脈造影は正常で、ICU 入室後、280ms と連結期の短い VPC 多発から繰り返し VF へ移行した。VF は除細動にて洞調律化するも複数の抗不整脈薬や心室ペーシングにても抑制困難であり、Impella および ECMO を導入し、深鎮静にて挿管管理とした。K 値は補正され 4 台を維持、状態は徐々に安定し、第 6 病日 ECMO 抜去、第 7 病日に Impella 抜去するも、同日再度同様の VPC から TdP の頻発を認めた（図 1）。第 8 病日アブレーションを施行、3 種類の VPC は全て RBBB 型で電気軸が異なり VPC1 は II 誘導 (+), VPC2 は II 誘導 (+/-), VPC3 は II 誘導 (-) であった（図 2）。最も頻発した VPC1 は、左室中隔の左脚末梢で QRS から 37ms 先行、ペースマップも PASO98 と良好、同部で Abl を開始し、VPC1 は一過性消失後、再度出現するも頻度は減少した。左室中隔でより中枢側の明らかな脚電位を認める部位で Pacemap を行ったところ、出力変化により VPC1-3 それぞれに比較的類似した 3 種類の QRS 波形が得られた。同部で Abl 開始したところ、通電中 Incessant な Repetitive ventricular response が得られ、通電後は全ての VPC が消失した。第 9 病日抜管し、その後は V F 再発なく、神経学的後遺症もなく回復、WCD 着用後退院し、後日 S-ICD 植え込みが行われた。遺伝子検査の結果、SCN5A、LMNA 等は異常なく、Gitelman 症候群の原因遺伝子である SLC12A3 遺伝子に病的バリエーションを認めた。我々の知る限り Gitelman 症候群に伴う VF storm に対するアブレーションの報告例は認めず、報告する。



一般演題 2. – J 波症候群以外の心室細動（器質的心疾患を含む）の ablation に関する研究 または症例報告 –

2-4.

右室起源 short-coupled variant IVF の 1 例

富山大学附属病院 第二内科

○野本裕右、片岡直也、内田圭祐、絹川弘一郎

【症例】 57 歳男性【主訴】失神【現病歴】うつ病のため近医精神科通院中であつたが、失神歴はこれまで指摘されていなかった。今回、前日より複数回の失神を認め、救急搬送日になって便失禁を伴う失神が出現したため、家人が救急要請した。救急車内で心室細動（VF）が確認され、AED による除細動を要した。急性冠症候群が疑われ紹介医で緊急冠動脈造影検査が実施されたが、有意狭窄は認めなかった。心エコーでも明らかな器質的異常は指摘できず、特発性 VF と考えられた。そのまま入院したが VF electrical storm となり、薬物治療（硫酸マグネシウム・リドカイン・ランジオロール）・深鎮静（人工呼吸器管理）・右室オーバードライブペーシングに抵抗性を示したため、当院に転院搬送となった。搬送中、計 40 回以上の除細動を要したため、当院で可及的に VA-ECMO 循環を確立した後に緊急アブレーションを行った。VF は、coupling interval 250msec の trigger PVC が先行し、short-coupled variant VF と診断した。Trigger PVC 波形は北東軸＋左脚ブロック型で、右室起源と考えられた。マッピングの結果、調節帯と自由壁の移行部付近で、Purkinje 電位が先行して trigger PVC が出現する電位が記録された。Trigger PVC を焼灼する為、調節帯上を心腔内超音波で確認しながら焼灼した。また病勢の重症度を鑑み、Purkinje de-networking も同時に行う方針とし、調節帯から自由壁側へも通電範囲を広げた。最終的に右脚ブロックとなったが、イソプロテレノール負荷やペーシング刺激で PVC は全く出現しなくなり、手技を終了した。第 38 病日にリハビリテーション目的に紹介医へ転院したが、現在まで VF の再発無く、約 1 年が経過している。

【考察】 IVF のうち、右室起源のものは 12% 程度と報告されている。IVF は、Purkinje network が VF 維持に関与すると考えられているが、trigger PVC の消失を endpoint とするか、de-networking を endpoint とすべきか議論が残る。右室 Purkinje network の解剖に関する既報を含め、比較的稀な右室起源 IVF の一例を報告する。

特発性心室細動研究会 (J-IVFS) 役員名簿

代表幹事：

青沼 和隆 (水戸済生会総合病院)

第 23 回年次研究会当番幹事：

因田 恭也 (名古屋大学)

幹事：

池田 隆徳 (東邦大学)

大野 聖子 (国立循環器病研究センター)

片岡 直也 (富山大学)

清水 昭彦 (宇部興産中央病院)

高木 雅彦 (関西医科大学)

埴田 浩 (福井大学)

野上 昭彦 (東京心臓不整脈病院)

深水 誠二 (東京都立広尾病院)

松本 直樹 (聖マリアンナ医科大学)

吉田 幸彦 (日本赤十字社名古屋第二病院)

因田 恭也 (名古屋大学)

草野 研吾 (国立循環器病研究センター)

笹野 哲郎 (東京科学大学)

清水 渉 (日本医科大学)

高橋 尚彦 (大分大学)

中野 由紀子 (広島大学)

萩原 誠久 (ゆみのハートクリニック)

堀江 稔 (京都民医連中央病院)

森田 宏 (岡山大学)

渡邊 英一 (藤田医科大学)

監事 (監査)：

相澤 義房 (立川総合病院)

大江 透 (岡山市立市民病院)

名誉会員：

相澤 義房 (立川総合病院)

井上 博 (富山県済生会富山病院)

小川 聡 (小川聡クリニック)

久保田 功 (小白川至誠堂病院)

小林 洋一 (昭和大学)

櫻井 正之 (北光記念病院)

内藤 滋人 (群馬県立心血管センター)

平岡 昌和 (東京医科歯科大学)

矢野 捷介 (長崎国際大学)

新 博次 (クリニック・ゼロ)

大江 透 (岡山市立市民病院)

鎌倉 史郎 (真星病院)

児玉 逸雄 (名古屋大学)

坂本 有 (富山県済生会高岡病院)

杉 薫 (小田原循環器病院)

西崎 光弘 (小田原循環器病院)

深谷 眞彦 (近森病院)

山口 巖 (住吉クリニック)

事務局顧問 (兼、幹事)：

高木 雅彦 (関西医科大学)

事務局担当：

相澤 義泰 (国際医療福祉大学)

鎌倉 令 (国立循環器病研究センター)

佐久間 昭信 (事務長)

関口 幸夫 (榊原記念病院)

相原 直彦 (千里中央病院)

小松 雄樹 (筑波大学)

篠原 徹二 (大分大学)

横山 泰廣 (事務局長 / 大和徳洲会病院)

特発性心室細動研究会（J-IVFS）調査（登録）研究参加施設

－ブルガダ症候群を含む特発性心室細動の長期予後調査とリスク評価－

| | |
|------------------|-----------------------|
| 秋田県立脳血管研究センター | 昭和大学病院 |
| 秋田大学医学部附属病院 | 日本大学病院 |
| 旭川医科大学病院 | 仙台医療センター |
| いわき市医療センター | 多摩南部地域病院 |
| 岩手医科大学附属病院 | 近森病院 |
| 大分大学医学部附属病院 | 筑波大学附属病院 |
| 大阪医科薬科大学病院 | 東海大学医学部附属病院 |
| 大阪公立大学医学部附属病院 | 東京警察病院 |
| 大阪府立急性期・総合医療センター | 東京慈恵会医科大学附属病院 |
| 太田西ノ内病院 | 東京女子医科大学病院 |
| 大垣市民病院 | 東京都立広尾病院 |
| 加古川中央市民病院 | 東北大学病院 |
| 亀田総合病院 | 富山大学附属病院 |
| 九州病院 | 獨協医科大学病院 |
| 京都桂病院 | 鳥取大学医学部附属病院 |
| 京都府立医科大学附属病院 | 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 |
| 熊本大学病院 | 奈良県立医科大学附属病院 |
| 群馬県立心臓血管センター | 日本大学医学部附属板橋病院 |
| 高知県立幡多けんみん病院 | 弘前大学医学部附属病院 |
| 国立国際医療研究センター病院 | 兵庫医科大学病院 |
| 災害医療センター | 北光記念病院 |
| 済生会熊本病院 | 兵庫県立はりま姫路総合医療センター |
| 埼玉医科大学総合医療センター | 福岡大学病院 |
| 埼玉医科大学病院 | 藤田医科大学病院 |
| 坂総合病院 | 長崎大学病院 |
| 佐賀大学医学部附属病院 | 名古屋大学医学部附属病院 |
| 中京病院 | 防衛医科大学校病院 |
| 舞鶴医療センター | 山形大学医学部附属病院 |
| 滋賀医科大学医学部附属病院 | 平鹿総合病院 |
| 心臓血管研究所附属病院 | 山口大学医学部附属病院 |
| 心臓病センター榊原病院 | 山梨大学医学部附属病院 |
| 自治医科大学附属病院 | 横須賀共済病院 |
| 順天堂大学医学部附属浦安病院 | 横浜南共済病院 |
| 順天堂大学医学部附属静岡病院 | 横浜労災病院 |
| 順天堂大学医学部附属順天堂医院 | 聖マリアンナ医科大学病院 |

特発性心室細動研究会 (J-IVFS) 会則

(総則・名称)

第 1 条 本会は特発性心室細動研究会 (Japan Idiopathic Ventricular Fibrillation Study) と称する。

(目的)

第 2 条 器質的心疾患を有しない症例に発症する特発性心室細動は、致命的となる重篤な不整脈であるが、その成因・予防・治療法は未だ解明されていない。その中で、特発性心室細動の一型である Brugada 症候群は国内では欧米諸国に比べ頻度が高いとされている。

本会は国内における致死性の特発性心室細動に関する成因と臨床病態を多施設で共同研究を行うことにより、治療・予防指針を確立し循環器病制圧に向けて社会に貢献することを目的とする。

(事業)

第 3 条 本会は第 2 条の目的を達成するために次の事業を行う。

- (1) 国内多施設 (120 施設以上) での Brugada 症候群およびその類似病態に関する成因・臨床病態・診断・治療・予防法に関する実態調査を行う。
- (2) 実態調査で抽出された問題点を解決するために、成因と臨床病態に関する主要項目について追跡調査を含んだ研究を行う。
- (3) 上記調査研究を実施し、その成果を発表討議するために年 1 回の研究会を開催する。
- (4) 調査研究の成果については関連する国内外の学会での発表、学会誌などへの投稿を含め関連学会との積極的交流を図る。

(構成・会員)

第 4 条 本会は本会の主旨に賛同する循環器専門施設の医師によって構成される。会員は年次研究会にて参加費 3,000 円を支払うが、これは年会費と同意である。(具体的には、症例登録協力施設の医師および年 1 回開催される年次研究会の参加者が会員に相当する。)

(役員)

第 5 条 本会には次の役員をおく。

代表幹事 1 名
当番幹事 1 名
幹事 20 名程度
監事 2 名
名誉会員 20 名程度
事務局 数名 (内、1 名を事務局長とする)
事務長 1 名

(運営)

第 6 条 本会の運営は次の通り行う。

1. 幹事は会員により選出される。
2. 幹事は幹事会を組織し、会務を処理する。
3. 代表幹事は幹事の互選によって選出される。代表幹事の任期は 3 年とし、再任を妨げない。幹事の任期もこれに順ずる。
4. 代表幹事は本会を代表して会議を統括し、必要な会議を招集する。
5. 当番幹事は年次研究会を主催する。当番幹事は幹事の互選によって選出される。

その任期は1年とする。

6. 監事は本会の会計及び運営が適切に行われるように指導監督する。
7. 事務局は本会の円滑な運営の為、事務その他全般的な業務を行う。
8. 事務局長は事務局員の互選により選出される。事務局運営の取り纏め役の任を負う。
9. 事務長は事務局の事務的業務全般の任を負う他、事務局長の補佐を行う。
10. 名誉会員とは役員であった者がその任を終了しかつ本人の希望によりその職に就く。
11. 総会（又は幹事会が代行）は年1回開催する。（主に年次研究会に併せ開催する）
12. 総会（又は幹事会が代行）は最高意思決定機関とする。

（会計・会費）

- 第7条 1. 本会の経費は会費およびその他収入をもって当てる。予算および決算は幹事会の議を経て総会の承認を受ける。
2. 会費は年3,000円とする。（年次研究会で参加費として徴収する）
3. 会費の変更は幹事会の議決を経て、総会で承認を受ける。

（会計監事）

- 第8条 本会の収支決算は毎会計年度終了後に作成し、監事の会計監査を経て総会に報告しなければならない。

（事務局・連絡先）

- 第9条 1. 事務局は代表幹事のもとに会員名簿の整理、会費の管理等研究会の運営に必要な諸事務をおこなう。
2. 本会の事務局は下記に置く。
- 〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1
筑波大学大学院医学医療系 循環器内科 小松 雄樹
電話：029-853-3143 / ファックス：029-853-3227
研究会ホームページ：<https://j-ivfs.org/>
3. 事務局連絡先（必要に応じ設置する。）
- …最新の事務局連絡先は研究会ホームページにて確認願います。

（会則の変更）

- 第10条 1. 会則の変更は幹事会の議を経て、総会の承認（又は報告）を受けるものとする。
2. 決議は2/3以上の出席（委任状を含む）で過半数をもって議決される。

付則（施行細則）

- (1) 役員の任期は4月1日から翌年3月31日までの1年間とするが、再任を妨げない。
- (2) 本会の会計年度は毎年4月1日から翌年3月31日までとする。
- (3) 本会則は平成14年10月5日から施行する。
- (4) 平成30年10月一部改訂（役員構成）
- (5) 令和4年4月一部改訂（事務長、当番幹事）
- (6) 令和5年6月一部改訂（事務局長）
- (7) 令和7年4月一部改訂（会費 / 参加費）