

僧帽弁逸脱症候群

東京女子医科大学心臓血管外科主任教授

山崎 健二

(聞き手 池脇克則)

僧帽弁逸脱症候群で雑音のみで、心エコー上も軽度の僧帽弁閉鎖不全症 (MR)、症状も乏しい患者さんがいます。

フォローアップはどうしていけばいいでしょうか。ご教示ください。

<宮城県開業医>

池脇 僧帽弁逸脱症候群についての質問をいただきました。そういったものも含めて、広く言いますと、僧帽弁の閉鎖不全症の範疇に入ると考えてよろしいかと思うのですけれども、先生は外科医という立場ですので、高度のものも含めて、あるいは手術も含めてうかがいたいと思います。

まず、僧帽弁閉鎖不全症、たぶん、以前と比べると多少原因が変わってきているのではないかと思うのですけれども、このあたりはいかがでしょうか。

山崎 まず僧帽弁についての解剖のところをお話いたします。僧帽弁といいますのは、僧帽弁複合体というものでできてまして、弁輪、前尖と後尖、それから腱索、乳頭筋、左室、その複合体で構成されている、心臓の弁

膜の中でも最も複雑な弁ということがいえます。

僧帽弁閉鎖不全症の成因は幾つかありますが、代表的なものを挙げますと、リウマチ性というものがあります。これは近年では非常に減少しています。最近、非常に多くなってきましたのは僧帽弁逸脱症というものです。

池脇 これがきょうの質問ということになりますけれども、それ以外にはどうなのでしょう。

山崎 それ以外には、虚血性といひまして、心筋梗塞を起こしたあとに左心室のリモデリングが起きて、乳頭筋不全等を起こして逆流が生じるという場合もありますし、ほかには弁輪拡大といひまして、心筋症等で左心室が大きく拡大することに伴って弁の接合不

全が起きる。あるいは、感染性心内膜炎といまして、弁膜に感染が生じて、それによって弁の破壊が起きて逆流をきたすもの。あるいは、先天性というものもありまして、代表的なものは心内膜床欠損症等があります。そのほか、全身性疾患に伴う逆流ということで、マルファン症候群ですとかエーラス・ダンロス症候群等があります。

池脇 成因も様々という印象を受けましたけれども、その中で僧帽弁逸脱症候群という名前がついていますけれども、これは具体的にはどういうことなのでしょう。

山崎 弁尖が収縮期に左房側に落ち込んでしまう、弁がひっくり返ってしまうのです。それで接合不全が起きて、そこから逆流をきたすということになります。原因といたしましては、粘液変性ですとか腱索の延長、断裂等が原因として挙げられます。これらは全人口の5%近くいらっしゃいまして、50歳以上の男性に多いとされています。

池脇 5%といいますが、けっこう多いですね。

山崎 かなり多いです。ただし、重症度は様々ですので、実際、治療の対象となりますのは重症の患者さんに限られてきます。

池脇 質問は僧帽弁逸脱症候群ということで、これは逸脱していても、いわゆる逆流のないというのでしょうか、閉鎖不全をきたさない症例もあると考

えてよろしいのですか。

山崎 そうです。接合不全が起きなければ、弁尖自体が多少逸脱しても逆流をきたさない場合もあります。

池脇 また閉鎖不全の話に戻りますが、けれども、どういう自覚症状があるのでしょうか。

山崎 急性で起きる場合と慢性に起きる場合とがありますが、急性に起きる場合は、重症であれば急性の左心不全症状をきたします。ひどい場合には肺水腫という状態になりますので、これはすぐ診断がつかます。問題なのは慢性ですが、多くは無症状で経過するのですが、次第に重症度が増えてきますと、労作時の呼吸困難、息切れですとか、あるいは易疲労感、重症になりますと発作性の夜間呼吸困難や起坐呼吸を生じる場合も出てきます。

池脇 心臓に負荷がかかってきますと、例えば心房細動ですが、これも加齢によってだいぶ増えていると聞きますけれども、こういった僧帽弁の閉鎖不全症でも合併することが多いのでしょうか。

山崎 病状が進んできますと、心房細動を合併することも多くあります。その際には、頻脈により血行動態が悪化したり、あるいは心房細動による血 flow うっ滞によって心房内の血栓形成をきたしたり、また肺高血圧症をきたしてくる場合もあります。

池脇 こういった僧帽弁閉鎖不全症

の病歴、ケース・バイ・ケースだと思
うのですけれども、だいたいどうい
うふうな経緯をたどっていくのでし
ょうか。

山崎 逆流が軽症であれば予後は非
常によろしいのですが、問題なのは重
症な僧帽弁閉鎖不全症ということで、
逆流が重度になりますと、1年当
たりの死亡率として6.3%、NYHAⅢ度以上
の既往が一度でもありますと、1年当
たりの死亡率が34%まで上がるとい
うデータがあります。

池脇 診断についてですが、おそら
く心臓のエコーの役割は非常に重要だ
と思うのですけれども、そのあたりを
簡単に教えてください。

山崎 聴診上、最も典型的なのは全
収縮期雑音、心尖部に最強点を有する
雑音ということになるわけですが、こ
の疾患の場合、一番重要なのは心臓超
音波検査ということになります。大事
なことは、重症度を正確に評価する
ということで、幾つかの方法があります。
一つはカラードプラ法で、半定量で、
逆流ジェットの到達距離で重症度を分
類するということがあります。左心房
を3等分して、近位、中位、深部と分
けたとき、それぞれ軽度、中等度、高
度逆流というふうに簡易的に定量する、
半定量することができます。

次に、もう少し正確に定量化するた
めには、パルスドプラ法といいまして、
僧帽弁の流入血流から左心室の流出路

の駆出血流を引いたものが僧帽弁の逆
流量になるということで計算する方法。

それから、ピサ法といいまして、こ
れは逆流弁口を通過する血流量は、逆
流弁口を中心とする等速度の半球状の
面を通過する血流量に等しいという理
論から、逆流量を有効逆流弁口面積と
速度積分値で掛け合わせて定量する方
法とがあります。

池脇 先生は心臓外科の立場で、私
はどちらかということ心臓内科の立場で
すから、こういった閉鎖不全症の患者
さんを、先生のほうからすると、内科
で引っ張りすぎてしまう症例もある
と思います。そういう意味で、治療方針
はどうなっているのでしょうか。

山崎 2006年にアメリカ心臓病学会
がガイドラインを出していますが、現
在ではだいたいそれに沿って治療方針
が決まっています。高度な逆流のある
僧帽弁閉鎖不全症の場合には、まず症
状があるかないかで分けますが、症状
があれば、僧帽弁の形成術ないしは弁
置換術ということになっております。

問題なのは症状のない方です。症状
がない方で高度逆流がある患者さんを
どうするのかということですが、まず
心臓の機能で分類します。駆出率が60
%以下、収縮期末期の左室径が40mm以
上、すなわち心臓の機能が若干落ちて
きている患者さんにつきましては、こ
れは僧帽弁形成術を第一選択としまし
ょう。心臓の機能がまだ良好に保たれ

ている方、駆出率が60%以上で、左室収縮期径が40mm未満の患者さんの場合でも、一過性の心房細動や肺高血圧症の兆しが見られれば、やはり形成術を行いましょう。さらには、そういった兆しがなくても、僧帽弁の形成術が可能であると推定できる症例であれば、形成術を選択しましょう。そんなふうには現在では治療方針が決まっています。

池脇 ちょっと話がずれるかもしれませんが、大動脈弁もけっこう加齢で疾患が、特に狭窄症が増えているというふう聞いていますけれども、僧帽弁に関してはどうなのでしょう。か。症例は増えているのでしょうか。

山崎 最近では、外科の僧帽弁手術の中では、このような逸脱症による僧帽弁閉鎖不全症の手術症例が非常に増えています。

池脇 質問では、おそらく健診で雑音が引っかけ、エコーをやって軽度のMRでは、自覚症状がない方をどうフォローアップすればいいかという

ことですが、いかがでしょうか。

山崎 軽度の僧帽弁閉鎖不全症であれば、だいたい半年に一度ぐらいは心臓超音波検査を行いまして、逆流の程度が増悪していないか、あるいは、症状、左心室や左房径の拡大、あるいはBNPの上昇等があれば、またさらに詳細に検査をする。そんなかたちで診ていけばよろしいのではないかと思います。

池脇 予後がよくて大丈夫だと思わずに、やはり丁寧に見て行って、ガイドラインに合わせて必要であれば専門医に相談するというのでしょうか。

山崎 そうですね。先生のおっしゃるとおりで、心臓の機能が良好に保たれている間に形成術を行えば、予後は非常によろしいということがありますので、重症な僧帽弁閉鎖不全症であれば、専門医に早めにリファーすることが重要かと存じます。

池脇 どうもありがとうございました。