

大動脈弁狭窄症

東邦大学医療センター大橋病院心臓外科教授

尾崎重之

(聞き手 池脇克則)

大動脈弁狭窄症 (AS) に対するかかりつけ医のあり方についてご教示ください。
大動脈弁石灰化から心雑音が聴取された高齢の方で、UCGで弁口面積0.9cm²重症との判定ですが、左心室心筋肥厚がなく、左心室運動もまったく基準内の例(72歳女性)についてうかがいます。ここ4～5年は心雑音はLevineの2、3度と明白に聴取しています。UCGは2009・2011・2013年と経観していますが、重症と判定されたのは、今回が初めてでした。狭心症の自覚症状もありません。すべての心雑音のケースにおいて、UCGを必須としてどのくらいの間隔で診ていくべきでしょうか。80～90歳でも対応を逐次するべきでしょうか。ASの程度の判定と年齢に応じた対応についてご教示ください(なお、この患者さんは高コレステロール血症、高血圧、Hb: 10～11g/ℓの貧血があります)。

<京都府開業医>

池脇 大動脈弁の疾患というのも、以前でしたらリウマチ性ですとか、あるいは二尖弁、こういったところが多かったのでしょうかけれども、最近は高齢化に伴って加齢性が増えているということで、尾崎先生は大動脈弁の形成術をやっておられて、実際に先生もそうお感じでしょうか。

尾崎 おっしゃるとおりで、20年前はリウマチ性であったり、先天性な二尖弁が原因で手術を受けられる方が多

かったです。今は、高齢社会になっていることもありますが、加齢性、動脈硬化性の大動脈弁狭窄症が非常に増えていると思います。

池脇 結果として手術が必要な大動脈弁狭窄症の患者さんも高齢者を中心に増えているとっていいのでしょうか。

尾崎 いいと思います。

池脇 そこで、質問の症例ですけれども、高齢の方、72歳の女性で、超音

波のエコー検査では弁口面積が0.9cm²ということです。しかし、左心室肥大は認めず、左心機能も正常。ここ数年、弁口面積が経年的に狭くなってきており、どうしたらいいかということです。本人は狭心症の自覚症状はありません。先生の印象はどうでしょう。

尾崎 この質問の内容から、UCG（心エコー検査）では経年的に弁口面積が小さくなっている。明らかに進行しているということが疑われます。

自覚症状というのはとても大切です。ただ、自覚症状というのは、読んで字のごとく、ご自身が自覚されなければ自覚症状になりません。大動脈弁狭窄症の場合の自覚症状としては3つ、労作時の息切れ、労作時の動悸、以前に比べて疲れやすくなる、この症状がとても大切です。ただ、一度そういう症状が出ると、患者さんは知らず知らずのうちに自分でブレーキをかけてしまって、ここまでいくと症状が出そうだから、それ以上は動かないとか、それを自然にやれる方がいます。あと最近ちょっと膝を痛めて、そういえばあまり早く歩いていない。そういう理由で自覚症状が出ないのかもしれない。自覚症状をしっかり患者さんから聞かれるということがまず大切です。

それを補う意味で、やられているような心エコー検査という客観的な検査も非常に大切になってきますから、適宜、患者さんと相談しながら行ってい

くということが大切かと思います。

池脇 確かに今先生がおっしゃったことは非常に大事ですね。患者さんがじっとしていれば自覚症状がない方向にいくわけですから。質問の先生は、狭心症ということに関しては自覚症状はありませんということですが、逆にいうと、狭心症の自覚症状が出るようでしたら、予後的にも厳しい状況になりますよね。

尾崎 そうですね。

池脇 もっと早い段階で治療していくという意味では、先生が今言われた3つの症状に関して、あとは歩き方がどうか。これはご本人に聞くことも必要でしょうし、同居している方たちからそういった情報はけっこう得られるのですか。

尾崎 はい。ご家族の方から、どういう生活習慣かをお聞きになるのも非常に大切なことだと思います。

池脇 質問の先生は、詳しい検査ができる医療機関にいらっしゃるかどうかわかりませんが、エコーはおやりになっている。こういう状況で患者さんの状態を評価するのに、ほかに何か必要な検査はありますか。

尾崎 やはりエコーが一番侵襲もないですし、簡便にできますので、できればエコーを半年ごとに行って、経過的に見ていくことが大事でしょうし、その間に少しでも何らかの症状が出るようであれば、3カ月ごとに行ってい

けば大丈夫だと思います。症状が出た段階で手術適応があることになると思いますので、そうなれば心臓外科の先生の意見を聞くとか、そういうことも非常に大切になってくると思います。

池脇 現在、72歳ということで、今後の症状の進行によっては、緩徐の進行をしてくると、後期高齢者、場合によっては80を超えることにもなってきます。年齢によって例えば対応は変わるのでですか。

尾崎 確かに、80歳、90歳を超えてくれば、手術の際には合併症を起こす率も高くなってきますので、慎重に適応を考えなければいけないと思います。年齢というよりも、その方がどれくらい元気であるか。日常生活、身の回りのことは自分でできるとか、認知症などはなくて、自分の意思決定は自分でできるということが非常に大切です。そういう方は手術が受けられるのではないかと考えています。

池脇 高齢になればなるほど、いろいろな合併症、臓器障害を抱えたASの患者さんも増えてくると思うのですが、先生から見て、手術が必要なのだけでも、ちょっと手術のリスクが高い、耐えられないのではないかと、そういうときにどういう治療法があるのでしょうか。

尾崎 標準的な手術というのは外科的な弁置換術が最も一般的だと思いますけれども、欧米ではかなりたくさん

行われるようになりました、カテーテル的な大動脈弁置換術という方法もできるようになってきます。ただ、この方法は制限があるため、一般的には手術を受けられない、いろいろな合併症を持たれていて手術を受けられないという方に、TAVIという治療が行えるようになってきていますが、まだまだ万人が受けられるという状況にはないようです。

池脇 大動脈瘤に関しては、侵襲が少ないという意味でステント治療が増えていますけれども、あぁいったところの手術かステントかという選択ではなくて、今のところ、大動脈弁狭窄症、高齢者の場合には手術がなかなかできないという人に対する治療法ということですね。

尾崎 はい。日本では2013年の10月から導入されました。

池脇 まだ最近ですね。これからそういった治療の施設が増えていくところですか。

尾崎 はい。

池脇 まだまだ少ないのでしょうか。

尾崎 そうですね。あとは、通常の外科的な大動脈弁置換術の3～4倍のコストがかかるということで、そういう意味では医療経済を圧迫することもあり、慎重に行わなければいけないと思います。

池脇 手術に話を戻しますけれども、従来の手術というのは人工弁、生体弁、

これも異物ですね。それで置換するという置換術。一方で、先生は以前から自分の心膜を使った大動脈弁の形成術をやっておられますけれども、だいぶ症例もたまってきたのではないですか。

尾崎 当院では700例を超えました。全国的には1,000例を超えて、30施設ぐらいでこの手術が行えるようになってきました。

池脇 成績はどのようなのでしょうか。

尾崎 高齢者の方でも再手術を受けなくてもいい確率が96%ぐらいになりますので、非常にいい成績です。なおかつ異物ではないですから、脳梗塞を起こすとかの合併症もなく、ワーファリン等の抗凝固薬をのむ必要がないので、生活の質という点では高齢者の方でも保たれるという非常にいい治療だと考えています。

池脇 患者さんにとっては、例えば先生が「手術が必要です。従来のこういったものを使う手術法と、自分の心臓の心膜を使う方法で、一方ではワーファリンはいりません。成績はこうですよ」と言うと、患者さんとしては心

膜を使った形成術を希望されるのではないかと思うのですが、やはりそうでしょうか。

尾崎 当院に来られる患者さんというのは、異物を入れるということに対して拒絶反応を持たれている方がいますし、抗凝固療法をしたくないという患者さんもおられます。そういう患者さんにとっては、唯一異物を使わない手術ですから、非常に喜んでいただいています。

池脇 しかしさすがに先生、24時間あっても、週7日働いても限界があると思います。全国のAS患者さんのためには、先生がいろいろな病院でそういったものを伝えていくことになると思いますけれども、今30施設ということ、だいぶ増えましたか。

尾崎 そうですね。南は沖縄、北は北海道まで、いろいろな施設で行えるようになってきました。非常にうれしく思っています。

池脇 今後ともどんどん広めていてください。どうもありがとうございました。