



かかりつけ医の気づき



かかりつけ医師(循環器内科専門)

首里城下町クリニック第一 院長 田名 毅 先生

本症例は当初、無症候性ASでしたが当院にて約13年定期的にフォローアップしていました。しかし、すぐに介入治療対象とはならないものの、症候性の中等症ASに進行が認められたため、早期に介入治療ができる施設へ紹介致しました。ASは後々、介入治療が必要になるため、患者さんと介入治療施設の医師との間で信頼関係を早期から構築することが大切であると考えているためです。

この患者さんも早期から紹介し、定期的にASに関するインフォームド・コンセントを行って頂いていたため、介入治療を拒否することなく、適切なタイミングで治療を受けることができたと思われま



日常診療において実践していただきたいこと

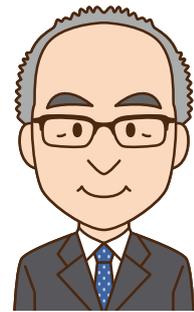


琉球大学病院心臓血管低侵襲治療センター 特命教授 岩淵 成志 先生

早期発見のために年1回は聴診を実施しましょう

最適な予後を実現するためには、聴診によるASの検出が大切です。

高齢者は無自覚な有症候性ASの場合もあるため、血圧やコレステロールの薬を処方するだけでなく、年1回程度は聴診をしてください。胸骨の第二肋間は、収縮期駆出性雑音が聴きやすい部位のひとつです。収縮期雑音の後に、II音が減弱・消失している場合は、より重症と考えられます。



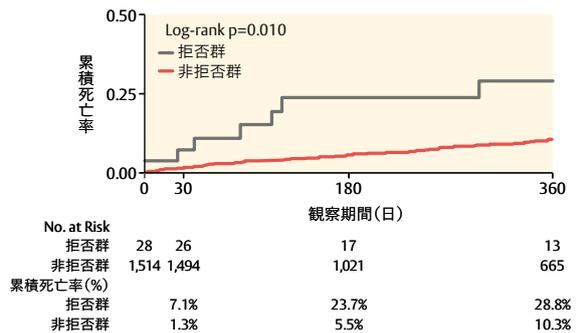
より早期に紹介頂くことが重要です

本症例は、中等症ASの段階から当院で定期的に心エコー検査を実施していたため、重症への進行を認めた適切なタイミングで介入治療を実施することができました。

悪化してからの介入治療は予後が悪く、また、TAVI拒否/非拒否群において、拒否群は非拒否群と比べ死亡率が高くなるという報告もあり(図)、介入治療は適切なタイミングで実施することが重要です。

また、本症例のように呼吸器疾患などの併存疾患がある場合、その併存疾患が悪化してからではASの介入治療を実施できないことがあります。そのため、ASだけでなく全ての疾患を総合的に管理できる介入治療施設に、早期から紹介することが、良好な予後につながります。

OCEAN-TAVI registryにおけるTAVIの施行拒否の有無別にみた全死亡率



拒否群:インフォームドコンセント時に一度でもTAVI治療を拒否したことがある患者群
非拒否群:TAVI治療を拒否しなかった患者群

ベースラインの年齢平均値は、拒否群87.3歳、非拒否群84.3歳、STS score平均値は、各8.8%、6.3%であった。

Shimura T, et al. J Am Heart Assoc 2018; 7: e009195.

Edwards, エドワーズ, Edwards Lifesciences, エドワーズライフサイエンスおよび定型化されたEロゴはEdwards Lifesciences Corporationの商標です。

© 2020 Edwards Lifesciences Corporation. All rights reserved. EW2020●●●●●●

エドワーズ ライフサイエンス株式会社

本社:東京都新宿区西新宿6丁目10番1号 Tel.03-6894-0500
edwards.com/jpx



Edwards

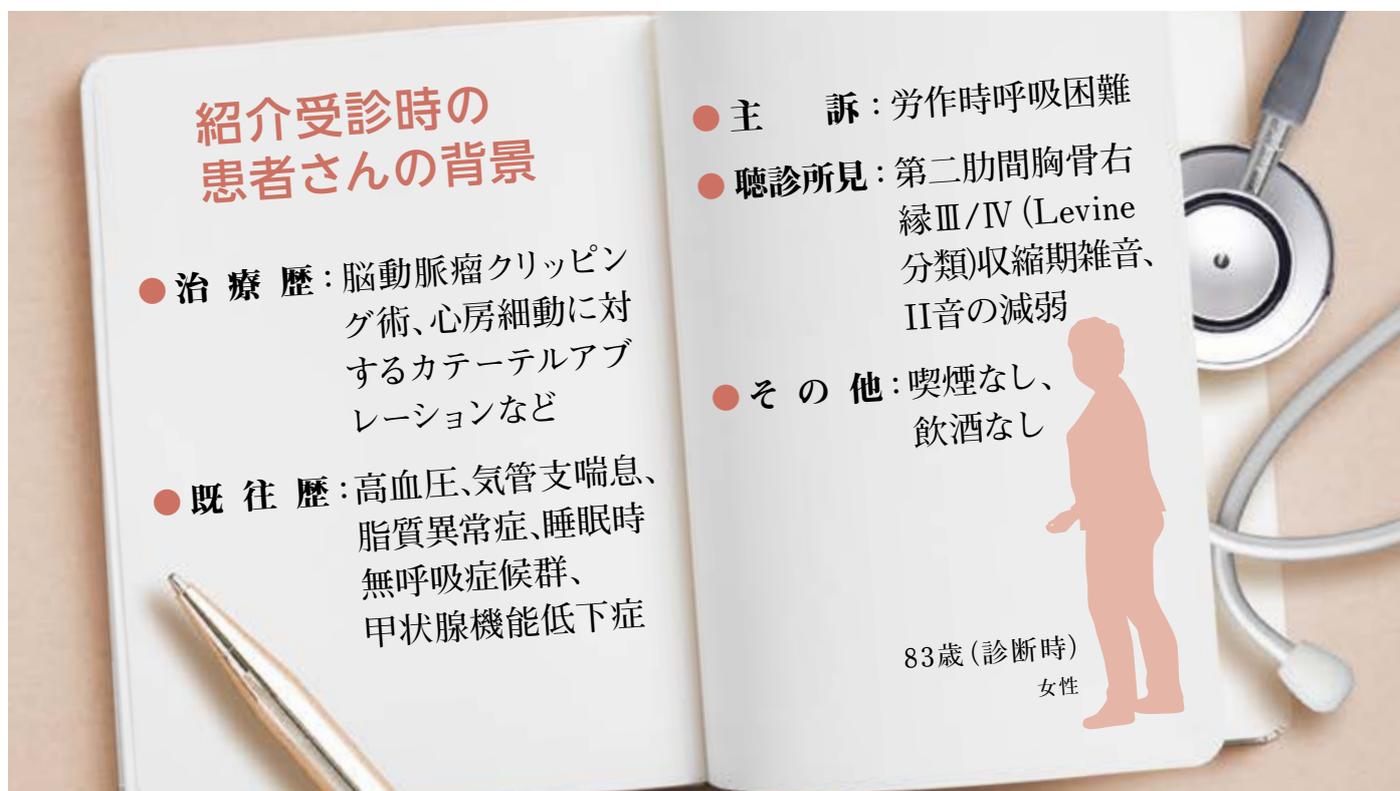
大動脈弁狭窄症 (AS) の診断と治療

経過観察していた中等症のAS患者が 介入治療施設への紹介に至ったケース

監修: 琉球大学病院心臓血管低侵襲治療センター 特命教授 岩淵 成志先生

本邦における75歳以上の人口は1,757万人¹であり、75歳以上のAS有病率は13.1%、さらにAS患者のうち重症は19.9%との報告²があるため、75歳以上の重症AS患者は約46万人であることが推定されます。また、当院がある沖縄県でも75歳以上の人口は155,212人³であることから重症AS患者は約4,000人いる可能性が示唆され、多くの重症AS患者が潜在していると考えられます。

¹ 総務省人口推計 (平成30年1月報) <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201801.pdf> ² De Sciscio P, et al. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017; 10: e003287. ³ 沖縄県平成31年住民基本台帳年齢別人口 <https://www.pref.okinawa.jp/site/kikaku/shichoson/2422.html>



当症例の治療経過

- 約20年前の健康診断にてASを指摘されていたが、無症状だったため、かかりつけ医で経過観察していた。
- しかし、坂道歩行で息切れを自覚するようになり、中等症ASであるが琉球大学病院へ紹介され、1年ごとの心エコー検査による経過観察を行った。
- その後、重症ASへの進行を認め、介入治療適応検討のため精査目的で入院し、経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVI) を実施した。
- 適切なタイミングで介入治療を実施したことで、当症例においてはTAVI実施後、自覚症状が改善し、歩行や食事も可能となった。



Edwards



TAVI治療実施施設における検査結果 ～症候性重症の大動脈弁狭窄症に進行～

安静時の心臓超音波検査(心エコー検査)

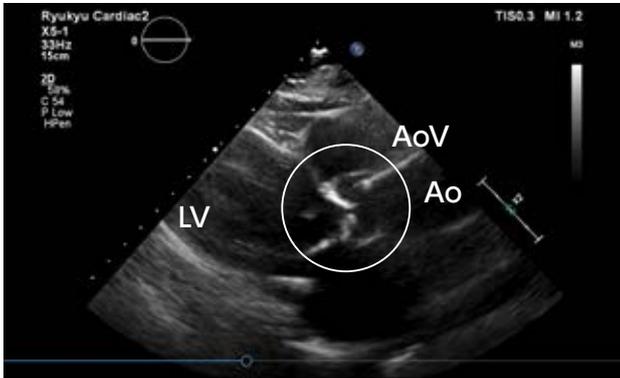


図1: 傍胸骨アプローチ 長軸像

大動脈弁の著明な石灰化と開放制限を認める。

LV: 左室、AoV: 大動脈弁、Ao: 大動脈

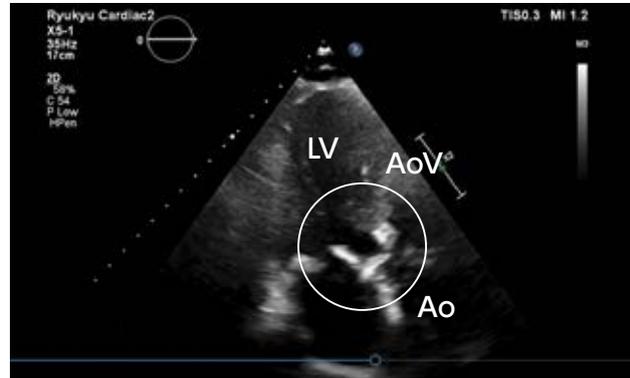


図2: 心尖アプローチ 長軸像

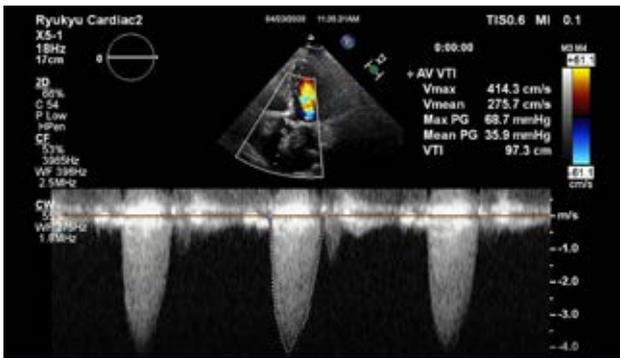


図3: 心尖アプローチ

大動脈弁部の最大流速4.14m/s、平均圧較差35.9mmHg。

心エコー検査値(左)と 心エコー検査によるAS重症度評価(右)の比較

心エコー検査によるAS重症度評価

大動脈弁通過最高血流速度：4.14m/s	大動脈弁硬化	軽症AS	中等症AS	重症AS	超重症AS
収縮期平均圧較差：35.9mmHg	Vmax(m/秒)	2.6～2.9	3.0～3.9	≥4.0	≥5.0
大動脈弁口面積：0.77cm ²	mPG(mmHg)	<20	20～39	≥40	≥60
左室駆出率：63.3%	AVA(cm ²)	>1.5	1.0～1.5	<1.0	<0.6
大動脈弁輪径：26.9mm	AVAI(cm ² /m ²)	>0.85	0.60～0.85	<0.6	-
	Velocity ratio	>0.50	0.25～0.50	<0.25	-

AVAI: AVA index、Vmax: 大動脈弁最大血流速度、Velocity ratio: 左室流出路血流速度と弁通過血流速度の比

日本循環器学会/日本胸部外科学会/日本血管外科学会/日本心臓血管外科学会合同ガイドライン: 2020年改訂版 弁膜症治療のガイドライン. http://j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2020_Izumi_Eishi.pdf (2020年8月閲覧)

診断

症候性の中等症ASで、琉球大学病院にて1年ごとに心エコー検査を受けていたところ、労作時の息切れが増悪し、重症度評価を改めて行い、治療対象となる症候性重症ASと判断した。



治療選択

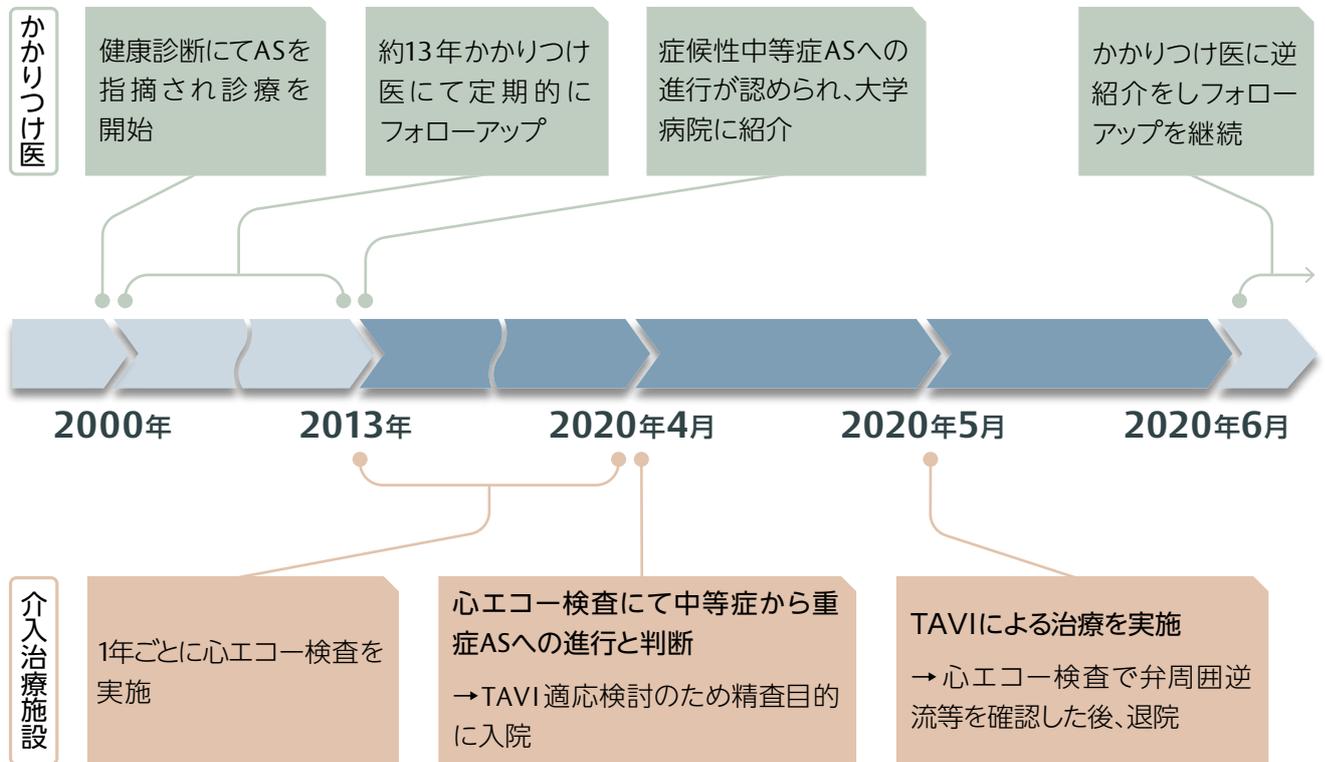
経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI)

以下、3点を考慮し、ハートチームカンファレンスにてTAVIによる治療を選択した。

1. 呼吸器疾患を併発していること
2. 80歳を超えていること
3. 患者本人のTAVIによる治療意向があること



症例経過



術後の状況

患者さんの変化

徐々に労作時息切れが増悪していたが、TAVI後に自覚症状は改善した。

患者自身は喘息による息切れと考えていたが、ASによる自覚症状の増悪が主であったと思われる。

また、TAVI実施後、自力歩行・食事が可能となり、退院に至った。