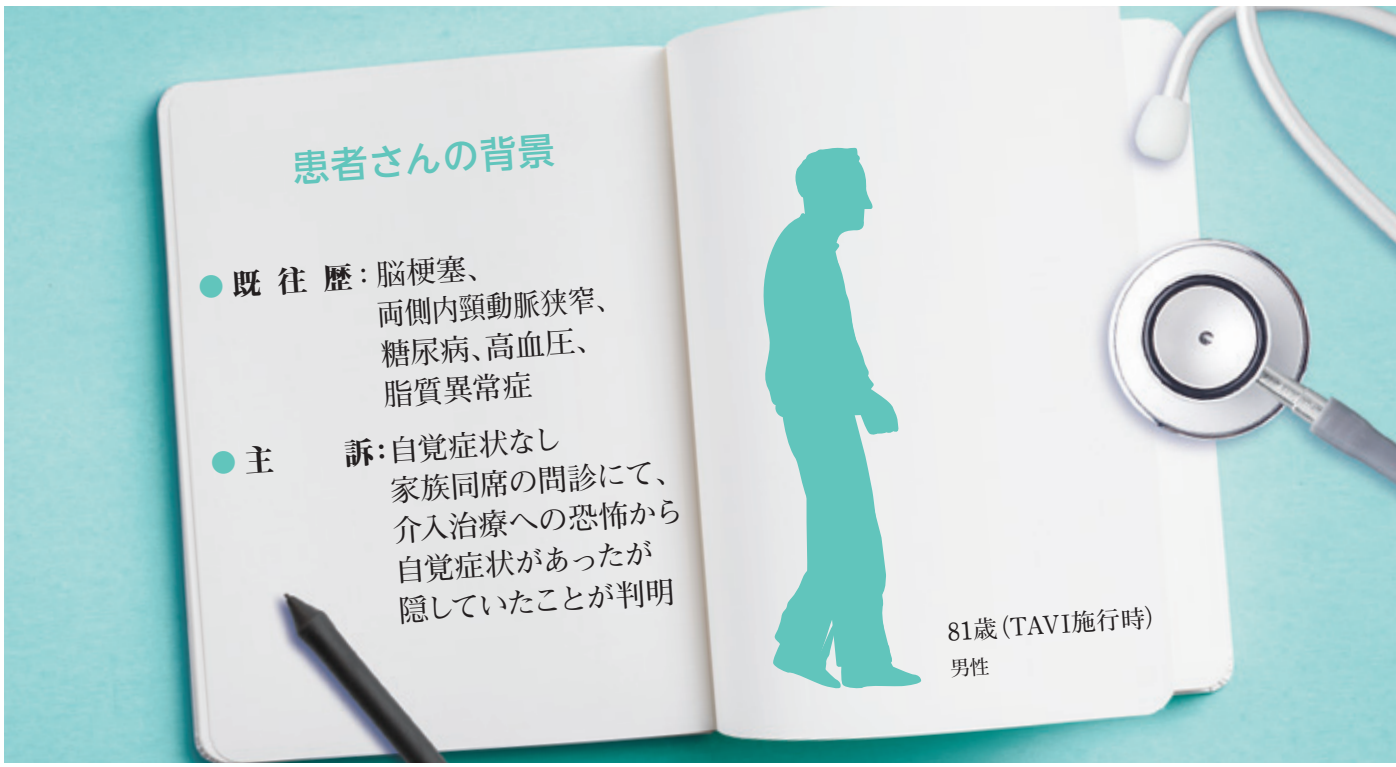
大動脈弁狭窄症（AS）の診断と治療

介入治療を拒否していた重症AS患者が家族を交えた問診・ICによりTAVIに至ったケース

監修：半田市立半田病院 循環器内科 副医務局長 鈴木 進先生

患者拒否が適切なタイミングでの介入治療の障壁となることも

弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）では、症候性重症の大動脈弁狭窄症（AS）に対しては、禁忌や予測予後が1年未満の場合を除き、介入治療が推奨されています（推奨クラスI）[1]。しかしながら、介入治療が推奨される症例であっても、患者が治療を拒否する場合が少なくありません。



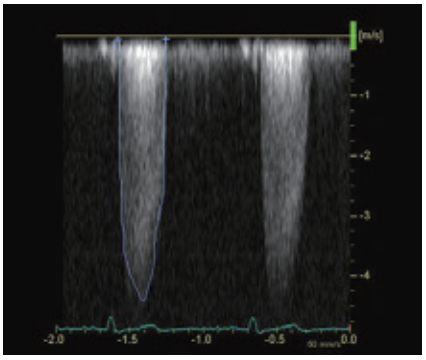
当症例の治療経過

- 2017年に脳梗塞発症。
- 2018年10月に、大動脈弁最大血流速度（Vmax）3.9m/sの無症候性中等症ASの指摘があり循環器内科にコンサルト。
- 中等症かつ無症候性のため、6カ月毎の心エコー図検査および外来定期通院で経過観察。
- 2021年10月に、Vmax4.4m/sの重症へと進行したため、家族同席での受診を依頼。
- 家族同席での問診により、本人が手術に対する恐怖心から自覚症状があるにもかかわらず隠していたことが判明。
- ASの病態や予後について家族も交えて説明。家族の説得もあり、治療に前向きになったため介入治療実施施設へ紹介。
- 2022年1月TAVI実施。治療後は症状が改善し、日課である散歩を現在も継続している。

Edwards

介入治療実施施設紹介時の検査結果
～症候性重症大動脈弁狭窄症と診断～

安静時の心臓超音波検査（心エコー図検査）



図：大動脈弁通過血流速波形（連続波ドプラ法画像）

心エコー図検査値

大動脈弁最大血流速度：4.4m/s
平均圧較差：54.2mmHg
大動脈弁口面積：0.6cm²
左室駆出率：64%

心エコー図検査によるAS重症度評価[1)]

	大動脈弁硬化	軽症AS	中等症AS	重症AS	超重症AS
Vmax（m/秒）	≦2.5	2.6～2.9	3.0～3.9	≧4.0	≧5.0
mPG（mmHg）	-	＜20	20～39	≧40	≧60
AVA（cm²）	-	＞1.5	1.0～1.5	＜1.0	＜0.6
AVAI（cm²/m²）	-	＞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：左室流出路血流速と弁通過血流速の比

診断

無症候性の中等症ASで、6カ月毎に心エコー図検査を実施していたが、Vmax4.4m/sに進展した。
自覚症状はないと言っていたが、家族同席での問診実施後、自覚症状がある症候性重症ASと診断。

症例経過

6カ月毎
心エコー図検査、
外来定期通院にて経過観察

日課の散歩継続、
外来に定期通院

2018年

脳梗塞で通院していた脳神経外科での検査で、Vmax3.9m/sであったため循環器内科へ紹介

Vmax4.4m/sに進展、自覚症状なし
家族同席での外来受診を依頼

2021年10月

家族同席での問診実施で自覚症状があったことが判明
ASの病態・有症状となった重症AS患者の予後を患者および家族へ説明

2022年1月

家族の説得で患者が治療に前向きになり、介入治療実施施設へ紹介

TAVI実施

2023年6月

術後の状況

2020年末頃から息切れ症状により歩行速度が低下し、朝の日課としていた家族との散歩に支障を来していたが、TAVI施行後は呼吸も楽になり、支障なく散歩が可能となった。2023年6月現在もその日課は継続しており、外来に定期通院している。

問診・ICのポイント

問診・ICの重要性

■ 患者本人は、症状があっても年のせいだと思っていることが多いため、家族同席で問診を行い、「健常な家族と一緒に歩く時に遅れずについていけるか」、「息切れの症状が出ていないか」、など具体的に質問すると、ASの進行が疑われる症状を聞き出しやすくなります。

■ 本症例では、家族同席の問診により、「労作時の息切れ症状を2020年末から実感していたが、手術と言われるのが怖くて話せずにいた」、「家族に心配をかけたくないので内緒にしていた」という話を聞き出すことができました。

■ ASは進行性の疾患であることを説明し、経時的な検査の数値を示しながら、1年後の状態を具体的にイメージしてもらうことが重要です。具体的にイメージすることで、治療の必要性を患者本人や家族が理解しやすくなります。

患者が介入治療を拒否している場合のICのポイント

■「家族に迷惑をかけたくない」という理由で治療を拒否する患者が多いため、重症に進展し、介入治療を検討するタイミングでは、家族を交えて治療方針を検討することが重要です。

■ 前向きに治療に向き合ってもらうためには、患者本人や家族が、この先の人生をどのように過ごしていきたいかを具体的に考えてもらうことが大切です。

■ 患者家族にAS患者の予後や平均余命を説明することで「高齢であっても健康に長く生きて欲しい」と介入治療を家族が希望し、患者本人を説得することも多いです。

患者本人と家族の理解を深めるための説明

- 心不全、失神、胸痛などの自覚症状が出現すると平均余命は2～3年[2]、無症候性であっても、5年後のイベント回避率は25%[3]と報告されています。
- 手術を拒否した患者データにおいて、平均余命は、狭心痛出現後が45カ月、失神後が27カ月、心不全後が11カ月と報告されています[4]。
- 治療した場合、平均余命[5]を生きられる可能性があります。

【手術を拒否した患者における平均余命[4]】

	平均余命
①狭心痛出現後	45カ月
②失神後	27カ月
③心不全後	11カ月

手術を拒否したAS患者（①18例、②13例、③20例）データから症状発現後の累積生存率を算出した。

【平均余命（令和3年）[5]】

年齢	男性	女性
70歳	16.0年	20.3年
75歳	12.4年	16.1年
80歳	9.2年	12.1年
85歳	6.5年	8.6年
90歳	4.4年	5.7年

かかりつけ医へのメッセージ

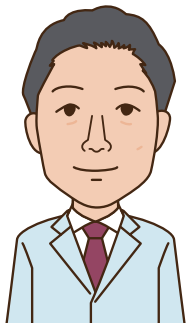
半田市立半田病院 循環器内科 副医務局長　鈴木 進 先生

患者本人が介入治療を拒否する場合も少なくありませんが、家族同席のIC実施により治療に前向きになっていただけることもあります。

今回の症例のように、患者本人が手術と言われるのが怖くて症状を隠している場合や、介入治療を勧めても治療を拒否する場合も少なくありません。家族に同席いただいて問診・ICを実施することで、聞き出せていなかった自覚症状を確認できたり、家族からの説得で治療に前向きになれることも多くあります。

患者が希望する今後の生活、病気が進行した場合のリスクを具体的にイメージしてもらうことが大切です。

介入治療を受け入れていただくには、患者本人や家族が今後の生活をどのように過ごしたいか、を具体的に考えてもらうことが重要です。
検査値の経時的変化を示しながら、治療しなかった場合の予後を説明すると治療の必要性が伝わることが多いです。



高齢であっても介入治療を実施することで元気な生活を取り戻せます。

80代の方の平均余命は10年前後と報告されていますので、高齢者が治療を拒否した場合でも医療者側で介入治療不要と判断することなく介入治療実施施設に、話だけでも聞きに行ってもらえるよう勧めていただきたいです。

References :
1) 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.
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/04/JCS2020_Izumi_Eishi.pdf (2023年8月閲覧)
2) Ross J Jr, et al.: Circulation 1968; 38 Suppl: 61-67.
3) Pellikka PA, et al.: Circulation. 2005; 111(24): 3290-3295.
4) Horstkotte D, et al.: Eur Heart J. 1988; 9 Suppl E: 57-64.
5) 厚生労働省:令和3年簡易生命表の概況.主な年齢の平均余命.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life21/dl/life21-02.pdf (2023年8月閲覧)

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/jp

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またはその関係会社の商標です。
その他のすべての商標はそれぞれの商標権者に帰属します。

© 2023 Edwards Lifesciences Corporation. All rights reserved.　EW2023099 2308_0_5000

Edwards