

重症僧帽弁閉鎖不全症に起因した低圧較差低流量大動脈弁狭窄症の一例

◎鈴木 裕恵¹⁾、鈴木 駿輔¹⁾、石原 潤¹⁾、平松 直樹¹⁾
地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立総合病院¹⁾

【はじめに】重症僧帽弁閉鎖不全症（MR）が大動脈弁狭窄症（AS）に共存すると前方駆出が減少することでASの重症度を過小評価してしまう。一方、低圧較差低流量大動脈弁狭窄症（LFLG-AS）の診断には負荷心エコー図検査が推奨されている。今回、重症MRとLFLG-ASを合併し、MRの治療により一回心拍出量（SV）が改善され中等度ASと診断された一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性。息切れを自覚し近医受診、心不全が疑われ、一週間後の再診にて心不全は改善されたが収縮期雑音を聴取したため当院に精査目的で紹介受診となった。当院初回の心エコー図検査（TTE）では中等度ASと軽度MR(Grade I)を認め、駆出率（EF）は保たれていた。半年後のTTEではMRはGradeⅢに増悪し後尖逸脱の所見を新たに認めた。EFは保たれていたが、左室拡大、軽度の肺高血圧症を認め、呼吸苦の増悪を訴えていた。高齢であることを考慮しMRに対して経皮的僧帽弁形成術（Percutaneous Edge-to-Edge Mitral Valve Repair : PMVR）の方針となった。PMVR術前のTTEでは計測上EFは65%と保たれていたが

重症MRによるSVの低下（SVindex : 33ml/m²）による低流量状態が示唆され、AVAは0.68cm²と重症相当であり、LFLG-ASが疑われた。PMVRはMitraClip™が留置され、MRの制御を確認して合併症なく手技終了した。術後のTTEではMRは軽度、EFは61%であり、SVindexは65ml/m²となり、AVAは1.29cm²となった。

【考察】本症例ではMRによる前方駆出の低下により、術前はLFLG-ASが示唆された。本来LFLG-ASの診断には負荷心エコー図検査が推奨されているが、PMVRでMRが改善しSVが改善したことで、中等度ASであることが確認できた。

【結語】ASの診断や治療方針の決定にはTTEでの重症度評価が重要であり、非観血的な唯一の方法である。ASを評価する際には大動脈弁通過流速、圧較差、弁口面積が重症度の指標であるが、低流量である場合には、弁口面積値がSVやEFの影響を受けるため、血行動態を理解し、総合的に評価することが重要である。

静岡県立総合病院検査部 054-247-6111(内線 2243)