

大動脈弁狭窄症

以前は、弁膜症と言えばリウマチ熱による僧帽弁狭窄症が多かったのですが、リウマチ熱の原因となる溶連菌感染症が減り、現代では大動脈弁の加齢による硬化に伴う、大動脈弁狭窄症が多くなりました。大動脈弁狭窄症の罹患率は2～3%といわれ、潜在患者数は65万人～100万人と推定されます。

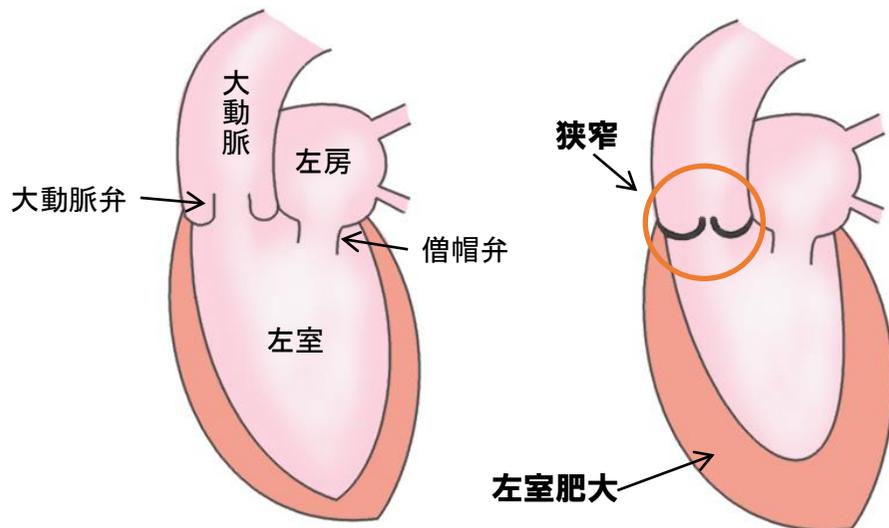
今回は、大動脈弁狭窄症について解説します。

原因

大動脈弁狭窄症の原因は、先ほど述べた加齢による硬化が一番多いのですが、その他として、リウマチ熱と先天奇形があります。

リウマチ熱は、溶連菌感染後に起こる自己免疫疾患で、自分で自分の弁を攻撃することで、破壊が起こります。しかし、現代は溶連菌感染に対して抗生剤が速やかに投与されるため、リウマチ熱はみられなくなりました。

通常大動脈弁は3枚の弁がありますが、二尖弁という先天奇形では、狭窄症を起こしやすくなります。



症状

大動脈弁の正常弁口面積は3 cm²ですが、1 cm²を切ってくるほど狭窄が進むと、症状が現れるといわれます。

大動脈弁は左心室の出口に付いている弁です。左心室が収縮することで全身に血液は送られるので、その出口が狭いと収縮時に内部の圧が異常に上がります。その結果左心室が肥大します。心臓を栄養する冠動脈は大動脈弁のすぐ外の大動脈から分岐していますが、弁の狭窄により冠動脈の血流が少なくなっていることと、肥大した心臓を栄養するのにより血流が必要なことから、虚血状態になり、狭心症と同様の胸痛発作を起こします。また、運動時に脳への血流が維持できずに失神発作を起こすこともあります。そして、肥大と虚血により心機能が低下すると心不全をきたします。

診断

心エコー図検査を行えば大動脈弁の狭窄の度合いが分ります。そして左心室と大動脈の間の圧の差も推定することができます。ただし、正確な圧格差を知るには、心臓カテーテル検査が必要になります。

大動脈弁口面積が1 cm²以下、圧較差40 mmHg以上が、高度と判定されます。

治療

狭心症、失神、心不全を伴う高度狭窄は人工弁置換術の適応となります。手術は人工心臓を使って心臓を止めた状態で行います。通常は胸骨を切開して行います。

しかし、超高齢、肺機能障害などで、開胸での手術を行うにはリスクが高すぎる患者さんのために、近年カテーテルを用いて悪くなった大動脈弁の内側に人工弁を留置する、TAVI（タビ）という治療法が行われるようになりました。TAVIはTranscatheter Aortic Valve Implantationの略で、日本語では「経カテーテル的大動脈弁植え込み術」といいます。岐阜県内では、岐阜県総合医療センターと岐阜ハートセンターで実施しています。