

重度大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症を呈した大動脈四尖弁の1症例

◎山口 優華¹⁾、伊藤 慎一郎¹⁾、柳場 澄子¹⁾、川野 祐幸¹⁾
久留米大学病院¹⁾

【はじめに】大動脈四尖弁(QAV)は稀な先天性心疾患で、合併症として大動脈弁閉鎖不全症(AR)が問題となることが多く、大動脈弁狭窄症(AS)の頻度は低い。今回、QAV に重度の大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症(ASR)を呈した症例を経験したので報告する。

【症例】84歳男性。ふらつき、失神を主訴に近医を受診したところ、心エコー検査で重度ASRを指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。

【既往歴】慢性腎臓病 G3b、2型糖尿病、脳梗塞

【血圧】135/57 mmHg 【胸部 X 線検査】心胸郭比 52%

【心電図検査】脈拍 55/分、洞調律、I度房室ブロック

【経胸壁心エコー検査(TTE)】左室は球状に拡大しており(LVDd/Ds 58/39mm)、LVEF 67%で左室収縮能は保たれていた。大動脈弁は右冠尖-無冠尖間に過剰弁尖をともなう四尖に観察された。弁葉は高度石灰化により解放が制限され、peakV 5.0m/s、meanPG 52mmHg、AVA(連続の式) 0.74cm²、AVAi 0.5cm²/m²と重度ASを呈していた。ARは幅広いジェットで弁中央より吹き、腹部大動脈で

の汎拡張期逆行性血流を認め、重度ARを呈していた。なお、心内短絡疾患などの心内構造異常は認めなかった。

【経過】各種検査の結果、大動脈弁は四尖弁であり、有症候性の重度ASRに対し手術適応となった。高齢かつ周術期の危険因子を複数有することより治療はTAVI(経カテーテル的大動脈弁置換術)が施行された。術後に有意な合併症は認めず、経過良好で退院となった。

【考察】近年、診断技術の向上とともにQAVの報告数は増加している。高齢化の影響により弁の退行変性にともなうAS患者に遭遇する機会が多いが、ASを評価する際にはQAVの可能性も念頭において検査する必要がある。

また、本疾患の治療選択において、大動脈弁の評価だけでなく、その他の弁膜症や心内構造異常などの有無も重要となる。TTEはそれらを非侵襲的に観察でき、本疾患の診断や治療方針を決定するうえで有用な検査といえる。

連絡先 0942-35-3311(内線 6102)