

やっぱり難しい器質性 MR

経胸壁心エコー・経食道心エコー・術中所見が乖離した 4 例の経験から

◎日野出 勇次¹⁾

国立病院機構 鹿児島医療センター¹⁾

わが国ではリウマチ性の僧帽弁閉鎖不全症 (MR) の頻度が著減し、僧帽弁逸脱症、高齢者や透析患者における弁尖・弁輪の硬化・石灰化に伴うものの器質性 MR の頻度が高くなっている。

MR のメカニズム評価では Carpentier 分類が用いられる。その中のタイプ II では逸脱あるいは腱索断裂の部位を同定することが重要である。タイプ II の逆流診断では傍胸骨長軸像、短軸像と心尖部交連部像を組み合わせて逸脱部位同定を行う。傍胸骨長軸像は A2 と P2 のいずれが左房に落ち込むか、あるいは両者が落ち込むかを同定できる。A2 や P2 以外の A1, P1 や A3, P3 逸脱は交連部像で落ち込む部位を明確にする。逸脱部位同定ではカラードプラ法の逆流シグナルの方向も重要な情報である。原則として逆流ジェットは逸脱部位の反対側に向かう。たとえば A2 逸脱は左房後方に向かい、P1 逸脱は左房の中隔方向に向かう。カラードプラシグナルの方向を同定するためには、加速血流と逆流ジェットの両者が確認できる断面を選択することが重要である。

…とガイドラインや教則本、様々な講習会で勉強しているつもりだが、それでも同定困難な症例がある。今回は実際に経験した経胸壁心エコー・経食道心エコー・術中所見が乖離した 4 例を提示することで、乖離した原因の推察や対策について共有したいと考える。

私自身、他人の成功例は色んな学会や勉強会でよく見ているが、乖離例 (敢えて失敗例とはしない) はあまり見たことがない。ソノグラファーがどのような思考で画像を描出しレポートを書いたのか、同じ目線で本シンポジウムにご参加いただけると幸いである。