

## シンポジウム 9

臨床生理 1 「僧帽弁閉鎖不全症の分類と重症度評価について～治療前後の評価も含めて～」

### 臨床生理 I 僧帽弁閉鎖不全症の分類と重症度評価について ～治療前後の評価も含めて～

#### MitraClip 術前後の評価

◎富山 ひろみ<sup>1)</sup>

一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院<sup>1)</sup>

経皮的カテーテル僧帽弁修復術は、手術不能または手術リスクの高い僧帽弁閉鎖不全症 (MR) 症例への治療として開発され、現在最も普及しているのが MitraClip<sup>®</sup>である。MitraClip<sup>®</sup>は大腿静脈からガイドカテーテルを挿入し、右房から心房中隔穿刺を行い左房までクリップを持っていき僧帽弁まで進めたところで前尖と後尖を把持することで逆流を制御する治療法である。

#### 【術前評価のポイント】

MR の術前評価は手術の様式に関わらず逆流の成因や形態的評価の他、心機能について評価する必要がある。その中で MitraClip<sup>®</sup>の場合は特に前尖と後尖を把持できる形態であるかがポイントとなる。解剖学的診断基準として EVERESTcriteria と German consensus があり、これらに示された弁形態の特徴に応じた弁の観察が必要となる。重症度評価に関してはガイドラインに従い MR ジェットの定性評価、半定量評価、定量評価に分類される複数の項目から総合的に評価を行うことが望ましい。

#### 【術後評価のポイント】

残存 MR の評価が中心となるが、定量評価は難しい部分もあり総合的な判断が必要となる。また術後はその手技上、僧帽弁口は術前よりも必ず小さくなり僧帽弁狭窄の評価も必須となる。平均僧帽弁圧較差が 5mmHg 以上は術後心イベントを起こしやすいと報告されており、1つのカットオフと考えられる。MitraClip<sup>®</sup>の治療効果を示す指標として左房と左室のリバースリモデリングの有無や EF の変化など心機能を経時的に評価することも重要である。

#### 【合併症】

治療時に心房中隔穿刺を行うため医原性心房中隔欠損 iatrogenic atrial septal defect (iASD) が必発するが多くは経過観察で消失する。消失しない場合は予後不良との報告があり、継続的に評価を行う。その他頻度は低いものの、クリップの片弁のみの把持 singleleaflet device attachment (SLDA) や弁尖の損傷などの合併症を引き起こす可能性も念頭に置いて検査を行う必要がある。