

僧帽弁閉鎖不全症

左心室拡大、血液が逆流



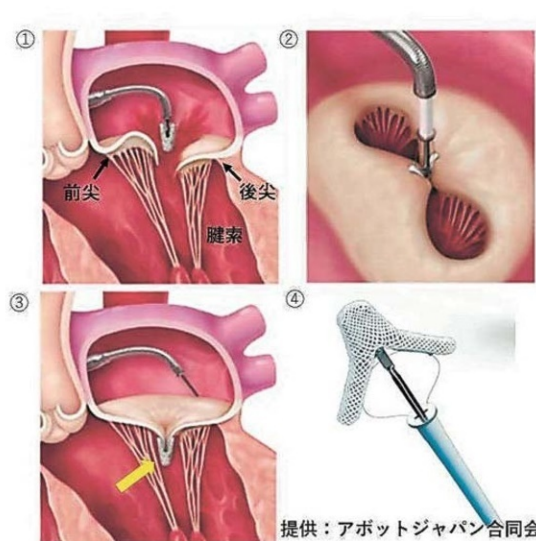
循環器内科医
上野勝己さん

松波総合病院
心臓疾患センター長
(羽島郡笠松町田代)



心臓の弁は、心臓の四つの部屋の出口にひとつずつあり、一方方向にしか開かないドアです。心臓の中の血液が逆流せず一方通行に効率よく流れるようにしています。右心房の出口には三尖弁、右心室には肺動脈弁、左心室には僧帽弁、そして左心室には大動脈弁があります。心臓弁の病気には弁がきちんと開かなくなる狭窄症と、きちんと閉じなくて血液が逆流してしまう閉鎖不全症があります。この高齢化社会で増えてきている弁膜症のひとつに僧帽弁閉鎖不全症があります。

僧帽弁は前尖と後尖という2枚の「扉」からなっていて、腱索というひもで左房側にめくれないように左心室の乳頭筋に固定されています。図①。弁そのものの変性・変形や腱索の断裂によって血液の逆流を起こすことを一次性的閉鎖不全といいます。また心筋梗塞や心筋症により左心室が拡大して弁の外枠(弁輪)が拡大すると、弁がきちんと閉まらなくなり僧帽弁の逆流が始まります。これを二次性的閉鎖不全といいます。心不全患者に、この二次性的閉鎖不全による僧帽弁逆流が合併すると心不全がコントロールできなくなります。



①カテーテルを操作してクリップの位置を決める②弁尖を把持して逆流を評価し適切な位置を決める③カテーテルからクリップ(矢印)を外し留置する④マイトラクリップ

提供：アボットジャパン合同会社

僧帽弁閉鎖不全症の最も確実な治療は手術です。しかしこの患者のように左心室の機能低下が著しい場合には開胸手術に耐えられない場合が多く、これまでは薬物療法で経過をみていくしかありませんでした。

僧帽弁閉鎖不全症の最も確実な治療は手術です。しかしこの患者のように左心室の機能低下が著しい場合には開胸手術に耐えられない場合が多く、これまでは薬物療法で経過をみていくしかありませんでした。

治療しきれない重症心不全患者(3年死亡率30〜50%)に対して、過去25年の間にさまざまな治療器具の開発が行われてきました。その中で唯一生き残ったのが僧帽弁の前尖と後尖の一部をクリップで把持する方法(経皮的僧帽弁接合不全修復術「マイトラクリップ」、図①〜④)です。

成績を見てみましょう。2003年に第一例が施行されました。当初、13年に報告された外科手術との対比試験では有意性が示されませんでした。高年齢者や手術困難者では手術と同等の成績が示されました。そこで18年に、外科手術の困難な二次性僧帽弁閉鎖不全症を対象としたところ、マイトラクリップは95%の患者で僧帽弁逆流を改善し、2年以内の心不全入院回数と死亡率を4割減少させました。一方、同年に報告された別の試験ではこの治療法には優位性が認められませんでした。しかし今年の報告では死亡率に差は認められませんでした。心不全の発症は4割減少しました。成績にばらつきがあり、全ての患者に有効であるとは言えませんが、重症心不全患者に有効であることは間違いないでしょう。

前述の患者はマイトラクリップによって、二次性僧帽弁閉鎖不全症による僧帽弁逆流が劇的に減少しました。その後1年以上経過しましたが心不全を起こしていません。この症例のように適応を正しく選ぶことで、マイトラクリップは二次性僧帽弁閉鎖不全症による心不全に苦しむ患者にとって大きな福音となるでしょう。