

慶應循環器内科 Keio University Hospital Cardiology Conference カンファレンス

本連載では、慶應義塾大学病院循環器内科で実際に行われたカンファレンスのなかで面白い症例、興味深い症例を紹介していきます。実際の議論の様子をそのままお伝えしていきます。その臨場感を感じながら、楽しく、かつ勉強になるコーナーにしていきたいと考えています。

第59回

大動脈弁狭窄症合併閉塞性肥大型心筋症の一例

introduction



連合弁膜症などの複数の病態が合併する症例では、個々の病変が影響しあうためにしばしば重症度評価が難しいことがあります。現に、連合弁膜症に対する詳細なガイドラ

インはなく、個々の症例で慎重に検討するよう記載があるのみです。本症例は、閉塞性肥大型心筋症に大動脈弁狭窄症が合併した症例です。両者の病態は類似しているものの、重症度評価にはさまざまなピットフォールがあり悩ましい

ことは連合弁膜症と同様です。治療後の経過も含めて考察していきましょう。

症 例

82歳・女性
主訴：労作時呼吸困難（NYHA¹ 3度）
現病歴：50代ごろから高血圧で近医通院。5年前から600 m程度の平地歩行時に息切れを自覚していたが加齢による下肢筋肉の衰えと考え医療機関に相談しなかった。X-1年1月に動悸を自覚したということで他院を受診した。同院で行われた経胸壁心臓エコー検査で、閉塞性肥大型心筋症、重症大動脈弁狭窄症と診断され手術が考慮されたが本人が希望しなかった。その後症状増悪を認め、当院紹介受診した。
既往歴：高血圧、脂質異常症、大体骨頭部骨折術後
家族歴：なし
嗜好：喫煙なし、飲酒なし

入院時現症：身長 150 cm、体重 45 kg、血圧 110/68 mmHg、脈拍 60/分・整、眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし、頸部リンパ節触知せず、頸静脈怒張なし、心音 S1～S2～S3（-）S4（+）、胸骨右縁第3肋間で Levine2/6 収縮期駆出性雑音を聴取、呼吸音両側清、腹部肥満・軟、圧痛なし、腸音正常、肝脾腫触知せず、両側下腿浮腫なし
内服薬：シベンゾリン 50 mg、ピソプロロール 2.5 mg、エホニジピン 40 mg、トリクロルメチアジド 1 mg、フルバスタチン 20 mg
入院時血液検査：
【血算】 WBC 6900/μL、HGB 11.5 g/dL、PLT 17.5万/μL
【生化学】 TP 6.7 g/dL、ALB 3.9 g/dL、TB 0.7 mg/dL、UN 16.9 mg/dL、CRTNN 0.89

mg/dL、UA 6.9 mg/dL、Na 141 mEq/L、K 4.3 mEq/L、Cl 104 mEq/L、eGFR-F 46 mL/min/m²、LDH 346 U/L、AST 26 U/L、ALT 10 U/L、HbA1c 5.4%、TC 237 mg/dL、TG 107 mg/dL、HDL-C 52 mg/dL、LDL-C 100 mg/dL、CK 75 U/L、BNP 436 pg/mL、CRP 2.14、シベンゾリン血中濃度 160 ng/mL
【内分泌】 FT3 2.7 pg/mL、FT4 1.3 ng/dL、TSH 2.34 μIU/mL

監 修



福田恵一（ふくだ けいいち）
 慶應義塾大学医学部 循環器内科 教授
 1983年 慶應義塾大学医学部 卒業。1990年 慶應義塾大学医学部 助手、1991年 国立がんセンター研究所 細胞増殖因子研究部 留学、1992年 ハーバード大学ベイスラエル病院 留学、1995年 慶應義塾大学医学部 助手、1999年 同 講師、2005年 同 再生医学 教授を経て、2010年より現職。

司 会



村田光繁（むらた みつしげ）
 慶應義塾大学医学部 循環器内科 講師、同病院 心機能検査室 室長
 1996年 慶應義塾大学医学部卒業。1999年 慶應義塾大学医学部大学院専門課程修了。同年 浦和市立病院（現 さいたま市立病院）勤務、2000年 米国ジョーンズホプキンス大学留学、2004年 慶應義塾大学医学部 助手を経て、2008年 慶應義塾大学医学部 臨床検査医学 講師。

参 加 者



はじめに



：本日のカンファレンスは閉塞性肥大型心筋症と大動脈弁狭窄症を合併した症例です。それぞれの病態についての理解、治療方針についてはさまざまなご意見があると思いますので活発な議論をお願いします。それでは受持医の池村先生症例提示をお願いします。

症例提示



：宜しくをお願いします。症例は82歳の女性です。主訴は労作時息切れ、NYHA 3程度です。現病歴ですが50代ごろから高血圧で近医かかりつけです。独居ですがADL²自立されており、3年前までお茶の先生をされていかなり活動性の高い方です。5年前から600 m程度の平地歩行時に息切れを自覚していましたが加齢による下肢筋肉の衰えと考え医療機関に相談するようなことは特別ありませんでした。X-1年1月に動悸を自覚したということで他院を受診されましたが、特別不整脈の指摘はなかったそうです。



：50代ごろから高血圧で近医かかりつけの80代女性です。器質的心疾患がなく高血圧だけという場合には拡張障害による息切れの可能性があります、この症例はいかがでしょうか。



：前医で行われた経胸壁心臓エコー検査で、閉塞性肥大型心筋症、圧較差が150 mmHg MAX、severe AS³、2Dのトレース法でAVA⁴が0.99 cm²という情報がありました。同院で行われたカテーテル検査では冠動脈に有意狭窄は認められず、同時に行われた圧検査では、LV⁵ apex⁶とAO⁷の圧較差が102 mmHg、AOとLVOT⁸の圧較差がpeak 16 mmHg、mean 12 mmHgでHOCM⁹による左室流出路狭窄がメインの病態でした。ASの重症度に関してはエコー所見とディスクレパンシーがありますが、カテではmild AS

の所見でした。

：同時期よりシベノール[®]の内服を開始され、症状は改善傾向ではありましたが。これは本人からの情報ですが、かかりつけの内科医からはAVR¹⁰だったらやれると言われ、一方で外科医はそんなことやっても悪くなるだけだから必要ないと言われて、向こうの先生同士でも意見が一致しておらず、症状も強くなっていくということで、手術には踏み切れずにいたとのことでした。



：学生さん、閉塞性肥大型心筋症の患者さんに、Ia群抗不整脈薬のシベノール[®]をなぜ投与されたかわかりますか。



：PVC¹¹の抑制ということですか



：相澤先生、I群薬を服用する理由を教えてください



：相澤：ナトリウムチャンネル阻害薬の陰性変力作用だと思うんですけど、なぜシベノール[®]特異的にHOCMなのか、他の薬はどうかというのは……。



：シベノール[®]とリスモダン[®]だと抗コリン作用としてはシベノール[®]のほうが弱めなので使いやすいのです。シベノール[®]は不整脈にも効果ありますが、陰性変力作用を期待して投与しているのですね。



：3か月おきに定期的に前医の外来を受診されていたのですが、X年の4月ごろに労作時息切れを自覚するようになり、親戚の方から当科外来を紹介され、精査加療目的に入院となりました。



：入院時に僕がとったアナムネでは、ご本人の家からバス停までが約600 mぐらい歩くのに2～3回完全に立ち止まって休まずにはいられない。1番軽い労作だと家事をしているときに感じることもある。症状が同じような閾値ででることもあればまったく出ないこともある。朝起きた際に臥位から坐位や立位に急な体位変化をしたときに息苦しさや胸部の違和感を覚えることがある。30分程度持続し、呼吸を整えると少しは楽になる、といっ

たことを本人は仰っています。



：ありがとうございます。労作時呼吸苦の詳しいアナムネをとってくれていますが、学生さん、閉塞性肥大型心筋症では、一般に寝ているときと起きてるときと、どっちが病態としては悪くなりますか。



：寝ているときのほうが、静脈還流量が多いので、苦しくなるのではないのでしょうか。



：一般的に閉塞性肥大型心筋症は、通常の心不全と違って、前負荷が減ると左室流出路狭窄が悪化するので、臥位から座位や立位になると、雑音が大きくなったり、自覚症状が出てきたりということがあります。ちなみに失神とか胸痛とかの症状は



：ありませんでした。



：ご本人の解釈モデルなんですけど、82歳という高齢になりますが、ご本人は寿命を長くしたいという思いはない。たとえあと5年しかない命だとしても、この症状から解放されるのであれば積極的に治療を行ってほしいという考えをもっておられました。



：患者さんの価値観を具体的に書いていただいています。すごく大事なことです。



：入院時現症です。バイタルサインはお示しするとおりです。身体所見上は明らかな肺腹貯留を示唆する所見はありませんでした。胸骨右縁第3肋間を最強点とするLEVINE3/6収縮期雑音を聴取します。Valsalva負荷での増悪は明らかではありませんでした。



：頸動脈への放散や、心尖部における収縮期逆流性雑音は聴こえましたか



：頸部への放散はありましたが、心尖部逆流の音はわからなかったです。



：胸骨右縁第3肋間で最強点、いわゆる左室流出路の収縮期駆出性の雑音ですね。HOCMでMR¹²を合併すると心尖部に

脚注：1 New York Heart Association, 2：日常生活動作（activities of daily living）、3：大動脈弁狭窄症（aortic stenosis）、4：大動脈弁口面積（arteriovenous anastomosis）、5：左室（left ventricular）、6：心尖部、7：大動脈（aorta）、8：左室流出路（left ventricular outflow tract）、9：閉塞性肥大型心筋症（hypertrophic obstructive cardiomyopathy）、10：大動脈弁置換術（aortic valve replacement）、11：心室性期外収縮（premature ventricular contraction）、12：僧帽弁逆流（mitral regurgitation）