

日本胸部外科学会定期学術集会

重度大動脈弁狭窄症治療 ハートチームの結成が鍵

田中・湘南鎌倉総合病院部長が発表

日本胸部外科学会定期学術集会がこのほど福岡市で開かれ、徳洲会グループの医師が複数参加し、口演やポスター発表などを行った。2日目のシンポジウムには湘南鎌倉総合病院(神奈川県)の田中正史・心臓血管外科部長がシンポジストとして登壇。同院で現在治療中のTAVI(経カテーテル的大動脈弁植え込み術)をテーマに、日ごろの診療活動などでの成果を発表した。



「チームとしてトータルで患者さんの予後改善に努めるべき」と田中部長

シンポジウムのテーマは、「ハイリスク大動脈弁狭窄症に対する治療戦略(TAVI vs 外科手術)」。

TAVIは重度の大動脈弁狭窄症(AS)に対する治療法。ASは心臓の血流をコントロールす

る大動脈弁の開閉が制限される病気で、心臓弁膜症の1種だ。

弁の開閉が困難になると、心臓から全身へ血液を十分に送り出すことが難しくなるのに加え、心臓にも大きな負担がかかり、徐々に心筋が弱くなっていく。重度AS患者さんで治療を受けないケースでは死亡率が高く、平均生存期間は2〜3年といわれている。

ASに対する国内の標準治療は、胸を大きく切り開いて、狭窄した大動脈弁を人工弁に置き換える大動脈弁置換術(AVR)という外科的治療だ。ただし、合併症や高齢などの理由で、AVRを実施するにはリスクが高すぎる患者さんもいる。

こうした手術困難な患者さんに対する治療法として注目されているのがTAVIだ。これは血管内にカテーテルを通し、

バルーンで狭窄部位を拡張して人工弁を植え込むというもの。AVRと比べ手術にともなう患者さんへの身体的負担が小さいのが特徴だ。鎌倉病院では目下、このTAVIで使用する人工弁の治験を実施している。

だが、TAVIも万能ではない。患者さんの大動脈弁の直径が、置き換える人工弁のサイズに適合する一定の範囲内にあるなど、条件をクリアしなければ実施することができない。

シンポジウムでの討論に先立ち、田中部長は「解剖学的除外基準によりTAVI臨床試験不適合となり、Surgical AVRを施行したAS症例の手術成績」と題して口演を行った。

田中部長はまず、大動脈の基部であるバルサルバ洞や弁輪径(大動脈弁の直径)が小さいなど

の理由により、解剖学的除外基準に抵触し、TAVIの被験者としては不適合と判定される症例があると説明。さらに、それらのなかには重度の狭小弁輪症例が多く見られ、AVRの実施も容易ではない症例があることを報告した。

そのうえで田中部長は「AVRはTAVIに比べて侵襲度が高く、在院日数も長いのですが、手術成績は比較的良好です。解剖学的に現在のデバイス(人工弁)ではTAVIが適応とならないハイリスク患者さんでも、AVRは生命予後の改善という点で治療の選択肢となり得ると考えられます」と結んだ。

続いて行われた討論では、TAVIは今後、循環器内科医と心臓血管外科医のどちらが主体で施行していくかが議論的となった。田中部長は「ど

ちらが施行するかという議論より、両科が丸となってハートチームを結成し、内科的(カテーテル)、外科的手技の技術を出し合い、チームとしてトータルでAS患者さんの予後改善に努めるべきです」と主張。

また田中部長は、デバイスの進化とともに、TAVIの適応患者さんは今後増加していくとの見通しを示した。

一方で、解剖学的な理由などで非適応の患者さんも同時に増えていく可能性があることから、「そのような患者さんたちに対して、心臓血管外科医が最良のAVRの手術成績を示し、循環器内科医に安心してAVRを患者さんに勧めてもらえるよう努力すべきです」と指摘した。

また、今後はMICS(低侵襲心臓手術)を導入するなど、AVRをさ

らに低侵襲化していく必要があると示唆した。