

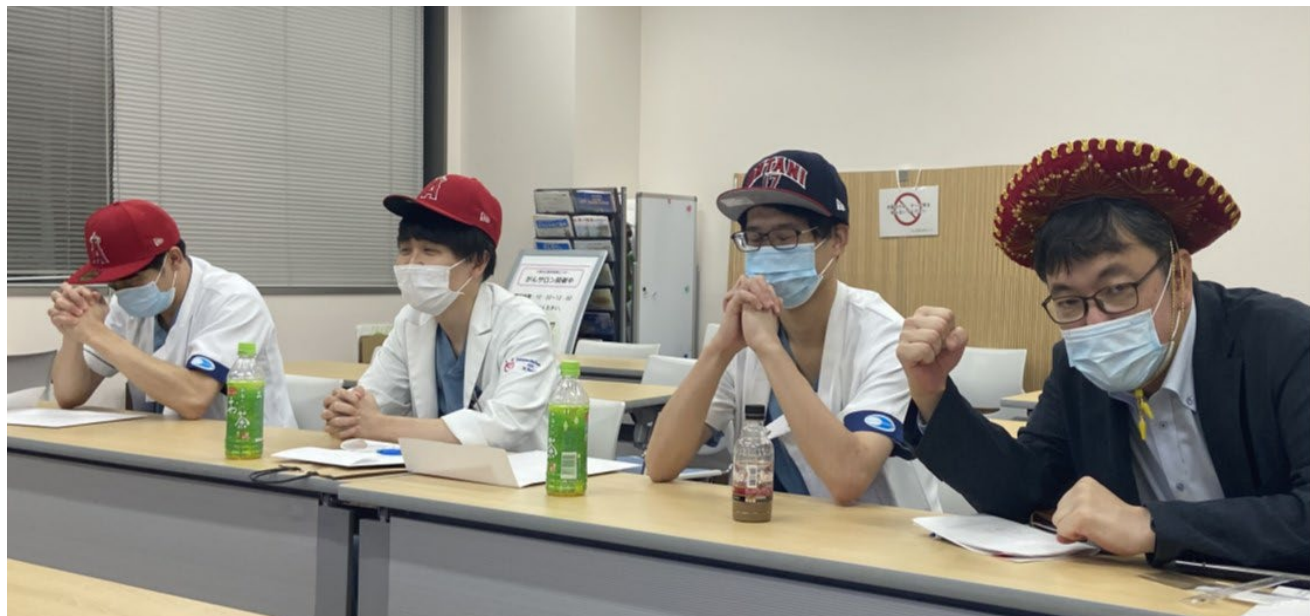
HEART NEWS


2022年 11月 1日発行

Vol. 56

大阪市立総合医療センター循環器センター

<http://cardiovasc-ocgh.sakura.ne.jp>



皆様、阪神心血管セミナーという研究会をご存じでしょうか？年に1度、阪神間の病院の若手が循環器疾患症例問題の対抗戦で知力の限りを尽くす会です。我々大阪市立総合医療センター循環器内科も、（右から）阿部副部長監督が率いる若手、中辻医師、松田医師、吉井医師で組んだOsaka City Angelsと名付けたチームで頑張りました。ちなみに若手がかぶるAngelsのキャップはMLBオフィシャルで結構値が張るものです。そこまでして成績は！！！！？？？、，，来年もまた頑張ります！！

コロナ第7波の収束の気配が見え始めていますが、皆さまお元気でお過ごしでしょうか？

2016年から開始した大動脈弁狭窄症に対する治療である経カテーテル大動脈弁置換術（TAVI）は本年10月で340例に達しています。このことはひとえに地域医療機関の先生方のご支援のおかげと心より感謝しております。現在、今後増加が予想される透析患者の大動脈弁狭窄症に対するTAVI治療の来年4月開始に向けて準備を行っています。

今回のハートニュースでは、循環器内科から『慢性腎臓病患者における心臓弁膜症』、心臓血管外科から『B型大動脈解離に対する先制治療』の報告です。

今後も、コロナに負けない市総合を目指して、これまで同様地域医療機関との連携強化に努め、最先端の循環器医療を身近に提供できるよう、一層努力したいと思っておりますのでどうぞよろしくお願い致します。

循環器センターのHP (<http://cardiovasc-ocgh.sakura.ne.jp>) も是非閲覧ください。

大阪市立総合医療センター 循環器センター長

循環器内科部長

成子 隆彦

慢性腎臓病患者における心臓弁膜症

循環器内科 松村嘉起

維持透析を含めた慢性腎臓病（CKD）患者では、心血管疾患を合併する頻度が高く、それらは予後に直結する重要な因子といわれています。CKD患者における心血管疾患としては、動脈硬化による冠動脈疾患がありますが、心臓弁膜症、特に非リウマチ性僧帽弁狭窄症（MS）や大動脈弁狭窄症（AS）との関連も指摘されています。

CKD患者では僧帽弁輪石灰化から進行する非リウマチ性MSがみられることがあります（図1）。弁輪から弁腹、弁尖の先端にかけて変性が進行し、弁輪部の狭小化と弁尖の開放制限を来します。治療法については、高度石灰化のため経皮的僧帽弁交連切開術は有効でないことが多く、現状では僧帽弁置換術（MVR）を選択することになります。MVRに際しても弁輪部の石灰化を切除することによって、心房と心室が分断され、パッチ再建が必要となり、左室破裂、左回旋枝損傷、難治性出血を来すことがあるため、その治療法については今後の検討が必要な疾患といえます。

一方、ASについては、特に透析患者で高頻度にみられ、その進行の速さは通常より速いことがわかっています。近年、重症ASに対する治療は、開心術による大動脈弁置換術に加えて、経カテーテル大動脈弁留置術（TAVI）が可能となり、高リスクの患者にも施行できるようになりました。これまで慢性の透析患者のASに対するTAVIについては、諸外国の報告から成績が不良であることが予測されたこともあって、保険適応外とされてきましたが、本邦で透析患者を対象に行われた治験で、その有効性と安全性が示されました（図2）。この結果を受けて、2021年から一定の要件を満たす全国約30施設でのみ施行可能となっていますが、間もなく当院でも開始することになりました。心雑音などからASが疑われるCKD患者、透析患者が居られましたら、治療適応について検討させていただきますので、ぜひご紹介を宜しくお願い致します。

図1 僧帽弁輪石灰化による非リウマチ性MS

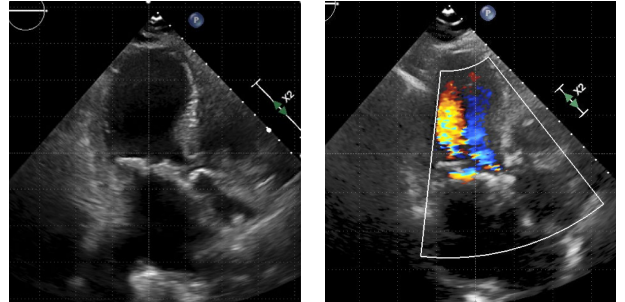


図2A 透析患者に対するTAVI 症状の改善

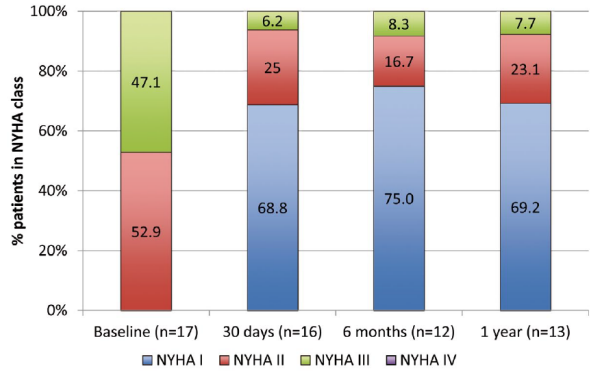
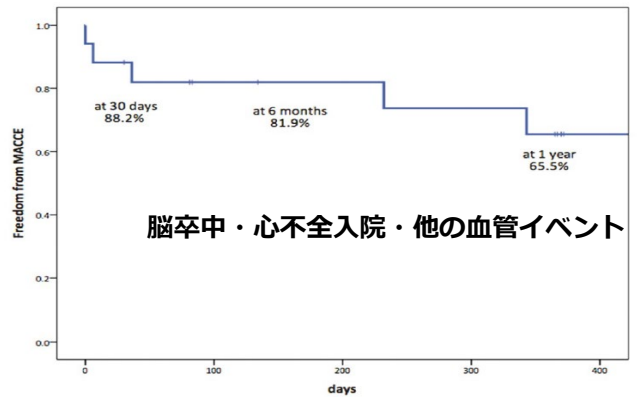


図2B Kaplan-Meier曲線



Circ J. 2015; 79: 2713-2719.

循環器内科外来担当医のご案内

	月	火	水	木	金
午前	阿部	松村	占野	仲川	成子
			田村 (ペースメーカー)		
午後	阿部	松村			成子
	占野 (ペースメーカー)				林

地域初診外来

	月	火	水	木	金
午前	成子	齋藤	阿部	成子	松本
					林 (不整脈)
午後		齋藤 (末梢動脈)	占野 (不整脈)	仲川 (肥大型心筋症)	松本 (TAVI)

B型大動脈解離に対する先制治療

- Preemptive TEVAR -

激しい胸背部痛や意識消失などで発症する急性大動脈解離。二つに分類されます。



Stanford type A:

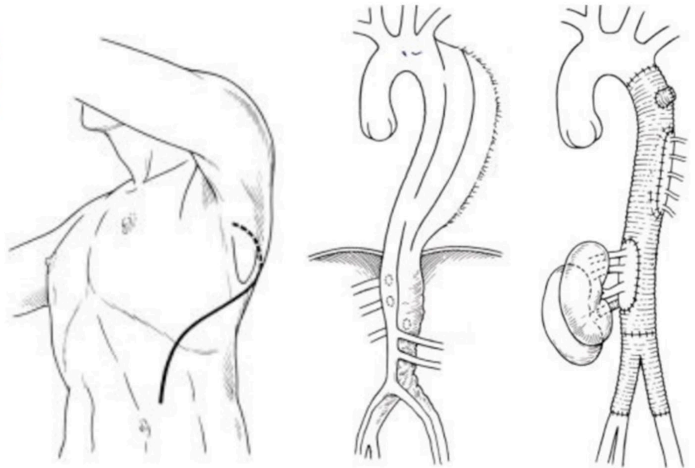
上行大動脈に解離があるもの。破裂や心タンポナーデによる死亡率は発症後48時間で50%と言われ、緊急手術の適応となります。



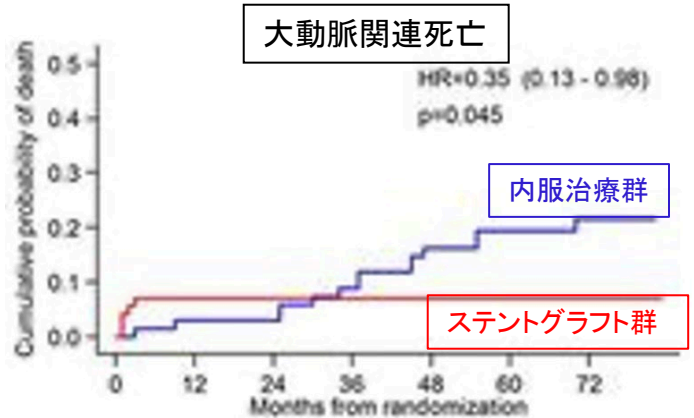
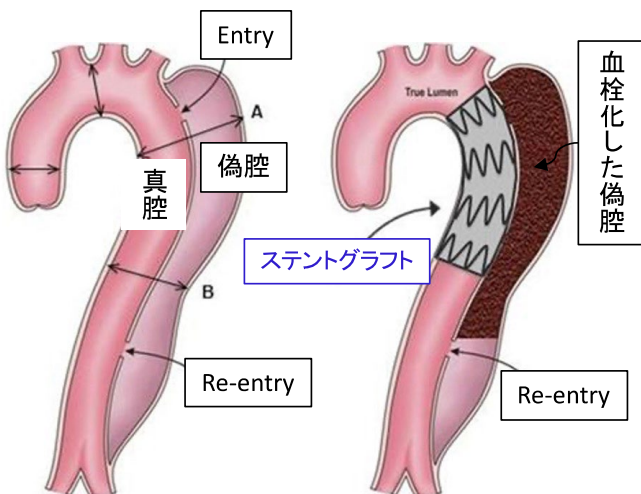
Stanford type B:

上行大動脈に解離がないもの。死亡率は1ヶ月で10%以下。従来より保存的な降圧療法がおこなわれて来ました。

偽腔が拡大し、大動脈径が60mm以上に拡大すると手術となりますが、死亡率の高い手術です。



近年、**Stanford type B**急性大動脈解離においても、偽腔の拡大を防ぐ目的で、早期のステントグラフトによる治療を行う**Preemptive TEVAR**（先制ステントグラフト）が提案されました。Entryを塞ぐ治療を行うことで、偽腔の拡大防止、血栓化、さらには偽腔の縮小や消失が得られるremodelingも期待できます。



INSTEAD-XL trialにおいて、ステントグラフト群では初期死亡率が高いのですが、2年目以降において、大動脈関連死亡率の改善が認められました。

心臓血管外科外来担当医のご案内

	月	火	水	木	金
午前	青山 / 岸本	村上	阪口	【下肢静脈瘤外来】 青山	尾藤
午後	青山 / 岸本	【ロボット手術外来】 村上	阪口		尾藤

今号の循環器日記

我々循環器センターでは、臨床・教育・研究のいずれもが欠けることのないように力を入れております。国内学会をはじめ国際学会でも発表を行ったり、教育プログラムの運営を行ったりしています。上段は、9月16日に行われた『大阪市心腎連関を考える会』で弁膜症と腎臓病の関係について講演した松村医師（左）と弁膜症のカテーテル治療について講演した松本医師（右）の写真です。下段は、10月20日に行われた『AS（明日）をつかむ心エコー塾』でTAVI後のフォローアップ心エコー図検査の重要性について配信した際の記念写真です。左から国立循環器病研究センター天野雅史医師，当院阿部幸雄医師，東京ベイ浦安市川医療センターの渡辺弘之医師，新古賀病院の高尾壽美恵技師，大阪大学の藤田麻里子技師，この5人でタッグを組んで頑張りました。



当院循環器内科、心臓血管外科は近隣の先生方からの循環器救急疾患をさらに迅速に受けることができるようにするため、循環器センター直通電話（ハートライン）を設置しております。

ハートライン（循環器センター直通電話）

06-7662-7979

その他の場合は、御面倒ですが、

06-6929-1221（病院代表）から呼び出して下さい。