

高度医療で地域を支える

心臓弁膜症のひとつである「僧帽弁閉鎖不全症」の病態と治療についてお話しします。

僧帽弁は左心房と左心室との間にある弁です。心臓が収縮した時に僧帽弁を正面から見ると、正常では前尖と後尖の二枚の弁が隙間なく合さりスマイルマークのような形をしています(図1a)。そして、弁尖の先は心臓の左心室乳頭筋と数多くの腱索によりつながっており、まるでパラシュートのようです。左心室の収縮と同時に前尖と後尖が腱索に引っ張られて閉じ、大動脈から血液が全身に送られます(図1b)。僧帽弁閉鎖不全症では

④ 僧帽弁閉鎖不全症に対する
僧帽弁形成術について

津山中央病院心臓血管外科医長

鷗持 礼子

図1 僧帽弁の解剖と閉鎖不全のメカニズム



図2 僧帽弁閉鎖不全の治療



弁が閉じる時に前尖と後尖の間に隙間ができて、血液が左心房を介して肺の方向へ逆流します(図1c)。このため、肺うつ血が起こり

呼吸困難を来し、逆流した血液量分は全身に送られず不足して心不全を発症します。逆流の主な原因は、①弁が変性(結核様変

性)して伸びてしまったり②腱索が切れてしまったり③弁の骨格(弁輪)が拡大することによりです(図1c)。よって、僧帽弁形成術では主にこの3点に介入します。①に対しては、余剰な弁尖を切除し細い糸で縫い合わせます(図2a)。②に対しては、細いゴアテックス糸を用いた人工腱索で再建します(図2b)。③に対しては、人工弁輪(リング)を縫い付けて適切な弁輪の大きさに戻します(図2c)。この三つの手術を組み合わせることで多くの僧帽弁閉鎖不全症を治療することができ

ます。他の手術として人工弁置換術があります。自身の弁を人工弁に取り替える手術で、機械弁と生体弁から選択しますが、前者は血栓塞栓症の、後者は10~20年で弁不全に陥るなどのデメリットもあります。形成術は自己弁を温存する手術で人工弁のデメリットもなく、再手術率は10年間で10%前後と良好な長期成績が期待できます。

近年、症状のない重症僧帽弁閉鎖不全症に対して早期手術で予後を改善することが示されています。欧米のガイドラインでは確実な形成の成功率が95%以上である施設で行うことが勧められています。当科では過去5年間、弁形成の適応がある僧帽弁閉鎖不全症手術において100%の成功率です。

ここ数年の間に動悸や息切れがひどくなった、極端に疲れやすくなった、そう思われる方は、一度当院へご相談ください。年齢ではなく、心臓弁膜症が見えなくても、心臓弁膜症は隠れ病の一つで発見でき、適切な時期に手術を行えば必ず元気になる病気です。