

弁膜症

弁膜症に対する手術には弁置換術と弁形成術があります。近年、高齢者の動脈硬化性の大動脈弁狭窄症、及び僧帽弁では逸脱症や虚血性心疾患に伴った僧帽弁閉鎖不全症が増加しております。弁膜症は無症状に経過する期間が比較的長く心筋のダメージが予想以上に進行しています。成績向上のためには心不全に陥る前の治療がすすめられます。

弁置換術は悪い弁を取り除き人工弁に入れ換える手術です。機械弁と生体弁に分類されますが、耐久性に優れる機械弁、抗凝固療法の必要性の無い生体弁などそれぞれに特徴があります。近年では生体弁にも組織固定法や石灰化抑制処理などに工夫が加えられ、耐久性のかなりの向上(おそらく15年以上は大丈夫でしょう)が見込まれています。

前述しましたが大動脈弁狭窄症は高齢者に多い弁膜症で、心臓から血液が全身に向かって出て行く際に扉の役目をする弁(大動脈弁)が開きにくくなってしまふ疾患です。病状が進行すると突然死などのリスクがあります。これに対する弁置換術は術式も確立しており安全で確実性の高い手術です。しかし、人工心肺を利用して心停止下に実施するため全身の臓器に負担を強いることとなります。一般的には80歳以上の高齢者や日常生活動作(ADL)の低下した方、開胸手術歴のある方や癌患者さん、重要臓器に問題のある方は手術を選択しない方がよろしいかと考えます。そのような患者さんを対象にした治療法として、現在では「経カテーテル的大動脈弁留置術(TAVI)」が一部の施設で実施されています。現在のところ残念ながら当院では実施していませんが、病診連携を通じて紹介を行なって速やかに実施していただいています。

弁形成術は自分の弁を作り直す手術です。大動脈弁への適応にはまだ一般的ではありませんが、僧帽弁逆流(弁尖の逸脱などによるもの)や三尖弁逆流に関してはほぼ手技的に確立しています。最終的に形成術が可能かどうかは心エコー検査で判断します。症例ごとに弁逆流のメカニズムを評価して、形成可能症例には積極的に採用しています。

治療選択の目安としては……年齢を問わず僧帽弁と三尖弁は弁形成術の可能性を最初に考慮します。大動脈弁に関しては人工弁置換術を選択します。人工弁の選択(生体弁 or 機械弁)については、生体弁耐久性の向上と抗凝固剤内服の必要性等から70歳前後をボーダーラインと考えています。具体的には65歳未満の方には機械弁を、70歳以上の方には生体弁をお勧めして65歳から70歳までの年齢の方にはご本人に選択していただいています。

弁膜症の手術成績は心機能によるところが大きく、いたずらに手術を引き延ばすべきではないと考えます。外科治療を念頭にいれて循環器専門医による評価と定期的なフォローア

ップが必要です。

緊急性を要する弁膜症の手術疾患として“感染性心内膜炎”があります。感染性心内膜炎は心臓内の弁などの構造物に細菌が付着して感染を起こす疾患です。稀な疾患ですが、心不全と菌血症（細菌が血液内に侵入して繁殖すること）が進行して何らかの治療を施さなければ救命できない恐ろしい疾患です。弁膜症、先天性心疾患や抜歯などの歯科観血的治療後の患者さんなどに発症しやすく、また透析や糖尿病患者さんなど免疫状態の低下している場合にも罹患しやすいといわれています。すなわち体のどこかから血液中に細菌が侵入して発症する疾患のなかで最悪のものと考えられます。余談のようですが、最近になって意外な原因が注目されてきました。それは歯磨きや咀嚼という口腔関連の日常行為による出血です。歯磨きは一日に何度も行なう行為ですが、もし歯周病がひどくて口腔内で出血していると、毎日何回も菌血症になる可能性があるわけです。実はこのような菌血症こそが感染性心内膜炎の原因として重要なのではないかと考えられています。

本症は心不全治療と感染症治療を同時並行で行ないます。しかしいずれの治療もコントロールがつかなければ外科的介入が必要となります。当院の医療圏においては比較的本疾患が多いという印象があります。常日頃から口腔内衛生に留意する必要があることをここで強調しておきます。