

様式3

心エコー図検査レポート

申請者氏名 (心エコー図 太郎)

様式2中の症例番号	1	年 齢	78	性 別	Ⓜ・F
診 断 名	大動脈弁狭窄症			疾患分類	弁・虚血・先天性・心筋症・その他
検査種類(チェックを入れること)	(○) 経胸壁心エコー図・() 経食道心エコー図・(○) 負荷心エコー図				
検 査 年 月 日	RX年 / X月 / X日	施 設 名	XX総合病院		
<p>検査目的(検査を施行するに至った理由)</p> <p>半年前より労作時息切れを自覚して近医を受診し、心エコー図を行って大動脈弁狭窄症(AS)の診断となった。侵襲的治療適応の検討目的で紹介となったが、大動脈弁口に比べて圧較差が小さく、左室駆出率と心拍出量係数が低下していた。偽性重症ASを鑑別するため、ドプタミン負荷心エコー図を行った。</p>					
<p>心エコー図検査所見</p> <p>大動脈弁は三尖で高度石灰化による開放制限を認め、ドプラ法にて大動脈弁最大流速3.5m/sec、平均圧較差33mmHgであった。描出不良のためPlanimetry法での弁口面積は出来なかったが、連続の式で0.6cm²(係数0.4cm²/m²)で弁輪径は21mmであった。カラードプラ法では、軽度大動脈弁閉鎖不全症のほか、軽度僧帽弁閉鎖不全症および三尖弁閉鎖不全症を認めた。左室拡張末期径 55mm、収縮末期径44mmと軽度の左室拡大を認め、左室駆出率(modified Simson法)は38%で左室壁運動はびまん性に低下しており、ドプラ法による一回心拍出量係数は34mL/m²と低下していた。心室中隔壁厚12mm、後壁厚12mmと全周性左室肥大を認めた。左房容積係数は40mL/m²で左房拡大を認めた。右室収縮能はTAPSE18mmと保たれていた。左室流入血流波形E/A比=1.5、E/e'(平均)=18.2、三尖弁逆流圧較差38mmHgであり、II度の左室拡張障害が示唆された。ドプタミン負荷心エコーでは、10γまで漸増させたところで一回心拍出量係数は34→45mL/m²と22%の増加を認め、大動脈弁最大流速4.5m/sec、平均圧較差42mmHgとそれぞれ増加したが、弁口面積は0.7cm²であった。</p>					
心エコー図診断	低流量低圧較差大動脈弁狭窄、左室収縮機能低下、左室肥大				
<p>考察</p> <p>大動脈弁口面積≤1.0cm²であったが、大動脈弁最大流速<4m/s、平均圧較差<40mmHg、一回心拍出量係数<35L/m²であり、低流量低圧較差ASと診断された。左室収縮能低下による偽性重症ASの可能性もあり、鑑別のためドプタミン負荷心エコー図が必要と考えられた(J Am Soc Echocardiogr 2017; 30: 372-92)。ドプタミン負荷により左室収縮能の改善(左室駆出率38→48%)とともに一回心拍出量係数は22%の有意な増加を認め、左室収縮予備能は十分と考えられた。心拍出量係数が20%以上増加したにもかかわらず、弁口面積≤1.0cm²であった。さらに、一回拍出量/左室駆出時間が250mL/secの時点での大動脈弁口面積(projected AVA)は0.8 cm²であった(Circulation 2006; 113:711-721, J Am Soc Echocardiogr 2010; 23: 380-6)。以上より、本症例は真性重症ASと判断し、侵襲的治療の適応と判断した(2020年治療のガイドライン、日本循環器学会弁膜症)。比較的高齢患者ではあったが、大きな併存疾患もなくSTSスコアから求めた開胸手術の推定周術期死亡率は3.082と低く、clinical frailty scoreも3点であった。患者本人や家族の希望を聞いた上でハートチームで治療方針を検討し、待機的に外科的大動脈弁置換術(生体弁)を施行した。術後経過は良好で左室駆出率は52%まで改善し、大きな合併症もなく退院した。ドプタミン負荷心エコー図が、偽性重症ASを除外して適切な治療方針決定に有用であった。</p>					
最 終 診 断	真性重症大動脈弁狭窄、左室収縮機能低下、左室肥大				

注1: 経食道心エコー図検査施行例(4例)、負荷心エコー図検査施行例(1例)に関しては、それらを追加で施行した理由、そこから得られた知見などに関する考察も記載する。

注2: 裏面に病態を反映する心エコー図静止画を1~2枚貼付する。画像からは個人情報をも抹消し、画像裏面に申請者氏名を記入しはがれないように貼付すること。画像ファイルからペーストも可能。

[写真貼付欄]