

Cadiology Case

右大脳半球の虚血症状を伴った高度大動脈弁狭窄症

83歳男性。これまで胸痛や失神発作の既往はなかった。東京在住で旅行のため九州へ来ていた。●月7日、昼食時に座った状態で急に呼びかけに反応なくなり、目線が合わなくなった。1、2分で意識回復し、四肢麻痺や構音障害は認めなかった。食後、再度同様の発作あり、救急要請、当院搬送となった。

来院時、意識清明、体温 36.1℃、脈拍 70/min、血圧 121/57mmHg、SpO₂ 95%とバイタルに著変なかった。診察上、神経学的異常はなく、2LSBにLevineⅢ度の収縮期駆出性雑音あり、頸部への放散も認めた。心電図上は洞調律、HR 70bpm、左室高電位を認め、心エコー上、左室収縮能は良好 (EF 68%) であったが、大動脈弁に著明な石灰化あり、高度大動脈弁狭窄症 (大動脈-左室 最大圧較差 72mmHg、弁口面積 0.58cm²) を認めた。頭部MRI・MRAでは脳梗塞はなかったが、右内頸動脈の高度狭窄を認めた。診察後、立位になった際に再度失神発作あり、sBP 50mmHgと著明に低下、モニター上、心室性期外収縮の連発を認めた。下肢拳上にて速やかに血圧上昇、症状消失した。この際、一過性に全身の脱力と右共同偏視を伴い、右内頸動脈狭窄による右大脳半球の虚血症状と考えた。血行動態の不安定な高度大動脈弁狭窄症と診断、自宅のある東京へは帰宅困難であり、当院での精査後、長崎大学病院にて大動脈弁置換術を検討する方針とし、緊急入院となった。翌日、冠動脈造影施行、左前下行枝#7 90%狭窄、左回旋枝#11 75%狭窄を認め、後日、大動脈弁置換術および冠動脈バイパス術目的に転院となった。

失神発作は脳全体の一過性低灌流により数秒から数分の意識消失を呈し、その後意識清明に戻るものと定義される。一方、一過性脳虚血発作は脳の虚血により一過性に脳の巣症状を呈するが、発作後24時間以内に症状が消失するものとされる。意識障害は両側大脳または脳幹部の障害が原因であり、一過性脳虚血発作では意識障害を伴うことは稀であるため、本例のような失神発作では心原性を第一に考え、心疾患の治療が優先されることが重要である。また、症候性の高度大動脈弁狭窄症の予後は不良であり、狭心症出現後の予後は5年、失神では3年、心不全では2年とされている。死因は突然死が主であり、症候性大動脈弁狭窄症では可及的早期の手術が必要である。

(循環器内科 黒部 昌也)

来院時心電図



心エコー(短軸像)



頭部MRA

