



公益財団法人

鈴木謙三記念医科学応用研究財団

第65回 学術講演会

日時

平成26年3月6日(木)
午後6時～8時

場所

アクトシティ浜松コンgresセンター
3階「31会議室」

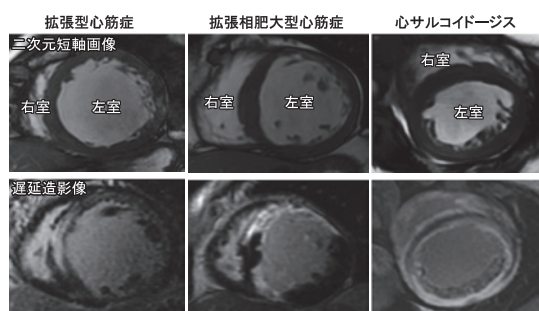
心筋症の診断と 重症心不全の治療の最前線

代表世話人・座長 浜松医科大学内科学第三講座 教授 林 秀晴 先生

講演 I. 「心筋症画像診断の進歩 —心臓MRIを中心とした 総合的鑑別診断—」

浜松医科大学附属病院第三内科

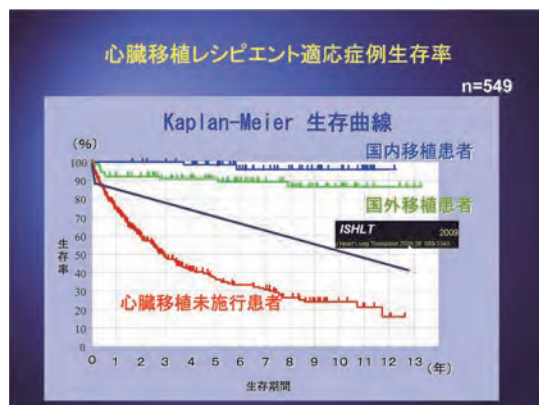
講師 佐藤 洋 先生



講演 II. 「重症心不全の治療と 心臓移植の最前線」

東京医科歯科大学
大学院循環制御内科学

主任教授 磯部 光章 先生



後援 / 静岡県医師会

この講演会は、静岡県医師会生涯教育認定講座2単位が取得できます。

講演I :

「**心筋症画像診断の進歩**
—**心臓MRIを中心とした**
総合的鑑別診断—」

浜松医科大学附属病院第三内科 講師

佐藤 洋 先生



講演II :

「**重症心不全の治療と**
心臓移植の最前線」

東京医科歯科大学
大学院循環制御内科学 主任教授

磯部 光章 先生



プロフィール

1985年 浜松医科大学医学部卒業
同 第三内科 入局
1986年～ 聖隷浜松病院循環器科 研修医
1987年～ 静岡市立静岡病院循環器科 勤務
1990年 浜松医科大学大学院 入学
1994年 同 卒業
1994年～ ロヨラ大学シカゴ校生理学教室 研究員
1997年～ 浜松医科大学第三内科 助手
2003年 同 医局長
2005年～ 同 講師、病棟医長
2010年～ 浜松医科大学臨床研修センター副センター長併任
現在に至る

所属学会 :

日本内科学会、日本循環器学会、
日本心血管インターベンション治療学会、
国際心臓病学会、国際生物物理学会、
日本ペースング学会、日本心不全学会、
日本心臓病学会、日本高血圧学会

1978年 東京大学医学部医学科卒
1980年 三井記念病院内科
1987年 ハーバード大学マサチューセッツ総合病院
心臓内科学
1992年 東京大学医学部第3内科 助手
1993年 信州大学医学部第1内科 助教授
2001年 東京医科歯科大学循環器内科 教授
現在に至る

所属学会 :

日本心不全学会 (理事長)、
日本循環器学会 (理事、心臓移植委員会委員長)
日本心臓病学会 (理事)、日本脈管学会 (理事)、
国際心臓研究学会日本支部 (理事)、
日本医師会 (学術企画委員)、他

「心筋症画像診断の進歩

—心臓MRIを中心とした総合的鑑別診断—

浜松医科大学附属病院第三内科

講師 佐藤 洋

心筋症は、心筋の肥大や拡張を示す機械的・電気生理学的機能異常を伴う疾患であり、心不全、不整脈、突然死の原因となる。心筋症の管理、治療には、鑑別診断が必須であるが、類似の病態をとるため、困難をきたすことが多い。

心筋症の診断には、現在、非侵襲的検査として、心電図、胸部X線、経胸／経食道心エコー、核医学検査などが、侵襲的検査として冠動脈造影や左室造影、心筋生検が行われている。心臓MRIは、非侵襲的で被曝がなく、優れた空間的解像度から最近、循環器疾患の診療に広く用いられている。心臓MRIでは、機能評価に加えて心筋の質的評価も可能である。特に遅延造影MRIは、心筋の線維瘢痕を信号として表現し、種々の心筋症で分布や容積に特徴がある。

今回の講演では、まず、(1) 虚血性心筋症と非虚血性心筋症、(2) びまん性の左室拡大と収縮障害をきたす心筋症、(3) 左室の肥厚をきたす心筋症、(4) その他の心筋症、の鑑別診断についてMRI検査を中心に発表す

る。虚血性心筋症では、冠動脈の支配領域に沿って壁運動の異常と菲薄化が認められ、遅延造影は、心内膜下から貫壁性に広がる。一方、非虚血性心筋症では、遅延造影は冠動脈領域と一致せず、しばしば心筋の中層から心外膜下に分布し、線状、斑状を呈する。遅延造影の分布は、びまん性の収縮障害をきたす心筋症、すなわち拡張型心筋症、心サルコイドーシス、慢性心筋炎、拡張相肥大型心筋症、さらには、左室の肥厚をきたす心筋症である肥大型心筋症、心アミロイドーシス、ファブリー病の鑑別に有用である。加えて、たこつぼ型心筋症では、一過性の局所壁運動異常に一致した淡い遅延造影像が特徴的である。不整脈源性右室心筋症では、右室の形態、機能異常が明瞭に描出され、遅延造影を右室に認める。また、脂肪抑制MRIも脂肪組織の浸潤の描出に役立つ。

次に、遅延造影の臨床的意義であるが、遅延造影は、NYHA分類、不整脈、心電図異常、血漿BNP値と関連する。また、予後の予測や治療への反応性の評価にも有用であり、心筋症の管理に重要な情報をもたらす。ただし、左室機能との関連は、疾患により異なる。

結語として、心筋症の診療には、MRIを含む総合的画像診断が必要である。心臓MRIは、今後の発展が期待されており、4D-Flow法など新しい撮像法についても簡潔に触れる。

「重症心不全の治療と心臓移植の最前線」

東京医科歯科大学大学院循環制御内科学

主任教授 磯部光章

心不全は予後不良の疾患である。先進国における心不全患者は全人口の1から4%を占めるといわれ、高齢化の進むわが国では、今後さらにその重要性が増すと考えられる。治療法の進歩にもかかわらずその予後はなお不良で、NYHAクラスIVの患者の一年生存率は30%に満たない。

心不全の治療戦略は大きく変遷し続けている。病態の解明と大規模臨床試験に基づく薬剤やデバイス治療の有効性の客観的な評価がその進歩を支えている。治療の目標も、症状の軽減と予後の改善にとどまらず、QOLの向上が強調されてきた。

薬物による治療戦略は病態の理解の深化とともに大きく変遷してきた。神経体液性因子、特にレニンアンジオテンシン系は心不全の様々な局面に関与している。この病態をもとに、最近では心不全には無症状の時期からACE阻害剤、 β 遮断剤の使用が推奨されている。

一方進歩が著しいのは重症心不全患者へのデバイス治療である。心室再同期療法はペースメーカーによる心室機能の改善である。現状では心

電図上のQRS巾が適応基準で最も重要とされている。有効例では収縮機能とQOLが著しく改善するが、非反応患者も少なからずいることから適応基準が今後の課題である。

2012年より植え込み型人工心臓の保険償還が可能となり、手術件数が急増している。心臓移植待機患者の自宅待機が可能となった。今後適応の拡大が期待されるが、高額のコストについても配慮も必要である。循環器内科医としてもこの治療法を理解し積極的に関わることが求められる。

心臓移植は最近年間30件程度が行われており、その術後成績は極めて良好である。今後の課題は脳死ドナーによる心臓提供の増加である。

増加を続ける情報と拡大する一方の治療選択肢のなかで、個々の患者にどのような治療法を応用していくかが、臨床医にとって現実的で切実な問題となっている。多様な病態や症候を呈する心不全であるが、個々の症例に則したエビデンスを探すのは容易ではない。治療法が多様であるこの時代であるからこそ、丹念な病歴取得、身体診察、経過の観察、患者背景の理解がより重要になっているとも言えよう。従来のように、まず内科治療を行い、限界があれば外科治療へ、という一方向性の思考での対応は難しく、内科外科の枠を越え、個々の患者の病態を踏まえた上で、最適の治療法を選択するTailored Medicineの時代が心不全の治療にも到来しつつある。