

パネルディスカッション

討 論

司会 岡田 了 三

(順天堂大学医学部循環器内科)

〈心筋症の基準〉

司会(岡田) 心筋症という entity の中に取り入れるもの、取り入れないものの基準を、古賀、猪尾両先生に説明していただきましたが、まず古賀先生が最初に提案なさった高血圧を伴う HCM や、非定型的 HHD はどうなりますか？ 実際には IHSS の最初の報告例となった Brock の症例は、高血圧が共存しているわけです。あるいは高血圧があるほうが定型的 HCM になるのではないかという問題さえあります。この点の討論をお願いします。

弘田 古賀先生はいいデータを出されたと思うのです。確かに家族歴に高血圧があり、予後がよくて60歳、70歳でASHになってくる例があります。先行する高血圧は軽症か中等度にとどまる。その扱いはむずかしくて、私どもはそういう症例は、一応HCMから省いております。つまり一応、別にしておくべきだと思うのです。

司会 そうすると、別にするけれども、高血圧心の1つの亜型とは取らない。従来、高血圧性心疾患という概念がありますね。HHDという概念、その中の非定型例とするのでしょうか、一応別にするけれども、HCMに近いものとしておくのでしょうか。

弘田 私は、やっぱり高血圧心ととるべきじゃないかと考えております。といいますのは、心電図でST変化の強い高度高血圧群の中に血行動態的に非常にHCMに近いものがあります。何年前から知らないうちに高血圧が続いていて、気がついたらHCM的という可能性がかなりあると思うのです。

司会 古賀先生はどっちと考えておりますか？

古賀 どっちかといわれると非常に難しい問題となる

と思います。HCMとHHDの両方の中間というようなグループがあるということは確かな事実だと思います。この両者はたまたま合併したというよりも、高頻度にあることをまず指摘したわけで、それをどっちのグループに入れるかというのは、考え方の問題だと思うのです。ただ高血圧が病因に加わって、異常な心肥大だけが前面に出てくる症例があるということは確かだろうと思います。

猪尾 弘田先生と同様に、私どもはそういう症例は一応HCMから除外しています。原因ならびに関連不明の心筋疾患という大前提でゆくと除外せざるをえないので、のけてあるのですけれども、実はのけてあるのがたまってきて困っておるわけですね。それは、いつか何とかしなければいかんのですが、実に大胆にも古賀先生が手をつけられたという感じで、問題は非常に大きいわけです。良く見ると高血圧が一枚かんでいる側は、定型的HCMとは少し違うのは事実のように思うのです。GoodwinのHCMの概念は簡単で使いやすいのですが、もっと臨床的に内容を突きつめて分けてゆかないと、HCMの中に定型例のほかに別物が同じような顔をして入り込んでくるため、混乱が起きるのではないのでしょうか？

司会 そうするとHHDとHCMは一応別に考えて、いまのところでは高血圧のかんでいるほうが治療面で楽かもしれない、多少予後がよろしいかもしれないというニュアンスがある。もう少し症例が集まってから整理すればよろしい。逆にこんどは、高血圧でのCCMについては、先程かなり少ないと弘田先生はおっしゃいましたが、猪尾先生はどうですか？

猪尾 実際問題としては、CCMでは高血圧の合併はHCMほど多くないと思います。

〈虚血性心筋疾患と心筋症〉

司会 なるほど。次は虚血性心筋疾患と心筋症について話をすすめましょう。徳安先生は核医学的アプローチから両者は似たような所見を示すとお述べていますが、虚血性心疾患と CCM の鑑別診断はどうですか？

徳安 普通の心筋スキャン、安静時の心筋スキャンでは区別が難しい。ただし運動負荷直後の最初のスキャンと数時間後のスキャンを比較すればわかる場合があると思うのです。

猪尾 私どもも運動負荷をやりたいのですけれども、実際に症例を見ると、とてもできない例が多い印象があります。

司会 そうすると中年の症例では、両方いつも考えておかないといかんとということになりますね。次に心筋炎はいかがですか？

猪尾 臨床的には CCM と考えられていて、死後の剖検で慢性心筋炎あるいは心筋炎後心肥大であったという例にしばしば遭遇します。CCM の鑑別上一番厄介で数の多いのはやはり炎症性、しかも原因不明の炎症であると思います。この群は CCM と比較して CTR がやや小さく、心電図上 R の電位は低目であることが多い。また、異常 Q 波の出る誘導数が炎症のほうに多い傾向があります。炎症型のほうが、どうも早くからヘミブロックや脚ブロックが出るように思います。

司会 心筋炎の CCM への関与ということは、誰も無視できないほど大きいとは感じていても、具体的にいかに診断するか、10年前と比較して余り進歩がありませんね。今の猪尾先生のデータを参考にして、今後も鑑別の努力を続けるほかなさそうです。

〈病態生理〉

次に病態生理に入りたいと思います。まず、HCM では心電図異常が高率にでるのでスクリーニングに役立つわけですが、久能先生はその所見が心筋肥厚部位をよく表わすとし、徳安先生は、心電図はあまりよくは表わさないと主張なさいました。その矛盾はどこからきたものでしょう？

久能 徳安先生の心筋肥厚部位は、M モードエコー図で扱う、IVS と LVPW の比較で見えおられ、私のほうでは一応長軸あるいは LAO、あるいは RAO、短軸で3断面を切って壁肥厚を見ているわけです。方法が

違いますので、結論も違うのではないのでしょうか？

徳安 確かに方法が違うと思うのです。一方、私どもの例は tall R と異常 Q が多いので、扱っている母集団が違うように思います。

司会 これは判定が難しいですね。病気の進行度などによっても変わるかも知れませんね。宿題にしましょう。

〈外科の適応〉

さて、永田先生が超音波検査法で肥厚部位・閉塞部位の差を出されましたが、弘田先生コメントがありますか？

弘田 私のデータはストレス計算が面倒になるので閉塞型を省いたのですが、HOCM で内科的にお手あげで、どうしても外科で何かやってほしい例は確かにあります。その時、中隔の心筋切除だけで良いのか、僧帽弁置換も必要か？という判定上、永田先生のようなアプローチは非常に大切だろうと考えます。乳頭筋の大きい左心室中間部閉塞では、乳頭筋を取ってしまわないといけないのではないかというようなこともいえます。2つ閉塞があって、1つだけ治してもあまり症状はよくなりません。ただし、それが病気の本態を治すものでないということを認識した上で、外科に廻す必要があります。Henry もいっておりますが、心筋切除で圧勾配はなくなっても、心不全の悪化で死んでゆくのでは、何にもならないわけです。

司会 永田先生、外科に渡す条件は何ですか？

永田 十分内科的に治療しても 50m 歩いたら気を失いそうになる、トイレで狭心症発作が起こる、安静でも呼吸困難が起こるといことでしょう。私どもの4例ともそういう状態で、手術後確かに自覚症状はよくなります。SAM が消えた症例は10年間ほど段階を登ったことがない方ですけど、1階から7階まで、今は平気で歩いております。ただ、やはり CTR が少し大きくなり、いま経過を観察中です。心房細動を合併する前に、一応外科手術があるということをお考え下さったらいいと思うのです。

〈心筋症と弁膜症の合併〉

司会 今の問題と関連するのですが、心筋症と弁膜症の合併はどうでしょうか？

永田 HOCM で SAM があるような症例は、経過中に大体 MR が起こってくるわけです。ですからこの弁の異常な動態を直してやれば良いのです。SAM が消

えた症例は 3/4 で MR 逆流が消失します。

司会 CCM のときの閉鎖不全はどうですか。病態を悪化させる場合もありかもしれませんが、内科的にじっとがまんして治療するほかはないですか？

弘田 外科医が受取ってくれないでしょう。

司会 心臓移植しかありませんか？ 逆に、MR の心不全だと思っていた例で、心筋症がかくれている可能性はありませんか？

猪尾 異常 Q のある非常に大きな心臓の例で、CCM だと思っておりましたが、重症なのであまり検査もできなかった。亡くなったら先天性の重複僧帽弁口であったというような経験があります。

司会 多少の注意はしておいたほうがよいわけですね。

徳安先生、あまり心臓が大きい心筋症の話が出ましたが、特徴は不整脈ですか？

徳安 私どもの症例中 4 例はおもに心室性頻拍を特徴としており、バイオプシーを含むいろいろな検査をやっても有意の所見が出ませんでした。

司会 バイオプシーで初めて HCM と診断がついたという症例は？

徳安 結局 HCM とは何かという問題ですが、他の検査所見で異常がなくて、バイオプシーで錯綜配列・肥大などがみえれば、やはり HCM とするべきじゃないかと思うのですけれども。

古賀 徳安先生、そういう症例はかなり左房負荷が強いという形はとりませんか？

徳安 検査上、正常です。

古賀 前にこの研究会で発表したことがあるのですが、内腔の拡張はなく、心エコー図で若干心室中隔肥大の傾向はあるが、明らかな ASH ではない症例を何例か集めました。そのような例ではかなり左房負荷が強い特徴がありました。

司会 一種の ASH の未熟型ですか？ 何か誘因が働くと ASH になる予備軍でしょうかね。

〈治療のポイントと治療効果の評価〉

治療の一般を論じる時間はありませんが、最後に治療のポイントと治療効果の有無を臨床的に評価する上に、何をチェックしたらよいか？ にしぼって討論願います。

弘田 HCM には、よい治療法を持っておりません。強心薬、利尿薬、血管拡張薬をベースにして、抗不整脈

薬、抗凝血薬を適宜組み合わせます。

徳安 ほとんど同じ意見です。HCM で症状が出てくると、 β ブロッカーを使います。胸痛が前面に出る場合は、アダラートが効く例もありますね。CCM はジギタリス、利尿薬中心です。

司会 CCM に対する治療効果の判定は何を使いますか？

猪尾 CCM の治療経過を追って、CTR と心エコー図での LVDd を比較してみると、CTR がどんどん小さくなっているにもかかわらず LVDd が全然変わらない症例があります。CTR が小さくなるのは、心房と右心室側の関与している部分だけで、LVDd がそのままであれば実際の生命の予後はよくなると思われま。また死亡例では % fractional shortening が 10% 以下、LVSD が 68 mm 以上となっています。ですから、治療経過を見ていてこの限界値に近づいたら、何とか脱出させようと奮闘するわけです。実際には、生存例でもこの限界値をこえている人があり、そういう人は入院させて慎重に診るやり方をとっております。

久能 HCM で臨床経過を見ておきますと、全く薬を使わない例で、いろいろな症状を呈した人が数年すると亡くなってしまうことがあります。その意味で、永田先生のところで手術成績がいいということは、いい治療手段じゃないかと思います。

永田 HCM では自覚症状を一番大事にいたします。抗不整脈薬がよくきくこともあるし、 β ブロッカーやカルシウム拮抗薬にもいろいろ種類があって、人によって使ってみないとどれが一番いいかわかりません。

古賀 高血圧の病歴を持つ肥大心が治療に値するかどうか問題はありますが、使うならば β ブロッカーが運動中の血圧上昇を防いでいいのじゃないかと考えております。

〈ま と め〉

司会 以上で意見は出つくしたので、私がまとめるわけですが、心筋症という概念はこの 10 年位、心エコー図法が使われだしてから一寸安易に、その含むところを拡張すぎたように思うのです。いろいろの診断法をつけて二次性または特定心筋疾患を厳密に除外して、病因に手掛りのある例は、はやく病因に対する治療を行わないと、みすみす治療時期を失うことさえあるわけです。その点で、本日は、もう少し二次性のものとの鑑別

に触れてみたかったのですが、パネリストの皆さんの努力にもかかわらず、お聞きのとおりで、心筋症は仲々手強い相手のようです。

今後も、まだまだ堂々巡りの状態が続くかも知れませんが、我々が手にしている非観血的心検査法は種類も精

度も日々進歩しております。それらを組み合わせて、遅々たる歩みではありますが、着実によい治療法を確立して行く努力が今後必要であります。そのための手掛りを今日のパネル討論が与えてくれれば、私の希望の大半は達せられたというべきでしょう。