

# 循環器内科領域専門医研修における病歴要約作成と評価について

## 目次

1. 病歴要約について
2. 循環器内科専門医研修における求められる症例および技術技能経験と病歴要約
3. 病歴要約の作成に望まれる点
4. 病歴要約の評価について
5. 病歴要約作成サンプル

一般社団法人 日本循環器学会 専門医実務部会

2022年1月、Ver.1.0

## 1. 病歴要約について

循環器内科領域専門医制度においては、研修およびカリキュラムの終了を確認する最も重要な要件として、規定数の症例および技術技能経験の登録・評価とその症例経験を病歴要約として一定数取りまとめる必要がある。その病歴要約は循環器内科領域の専門医研修実績を評価する最も根幹にあたる位置付けとなっている。

その目的は、専攻医が研修期間中に担当医としてどのような症例を経験し、その患者をどのように診断し治療したかの過程と、その症例を通じて何を学んだかを評価することであり、また病歴要約を詳細に査読することにより循環器内科専門医としての総合的な資質能力を評価することである。

## 2. 循環器内科専門医研修における求められる症例および技術技能経験と病歴要約

循環器内科専門医研修の終了要件には、1)カリキュラム表に基づく症例経験 36 例以上、技術技能経験 393 例以上とそれに対する指導医による形成的評価および 2) 病歴要約 10 例の提出と評価が含まれる。

### 1) 症例経験と技術技能経験

循環器 J-OSLER にて、カリキュラム表に基づく症例経験 36 例以上、技術技能経験 393 例以上の登録が必要である。それぞれの登録後には指導医による指導・評価およびフィードバックが求められる。

研修期間内で偏りのない適切な研修が行われるよう、症例経験目標数は、各年で 8 例以上とし、各年の上限は 16 例までとし 3 年間で 36 例以上とする。技術・技能の経験目標は、各年で 88 例以上とし、各年の上限は 175 例までとし、3 年間で 393 例以上とする。

(※なお、2022 年度試験を受験される専攻医は、各年の登録上限は目安としていただいて問題ございません。)

また、必要な経験内容項目は、症例は別紙の III. 病態・疾患各論、技術技能は別紙の I. 検査法および II. 治療法に基づく。

### 2) 病歴要約

循環器内科専門医研修終了にあたって、研修期間に経験した病歴要約 10 例の提出が必要である。病歴要約は、外部査読委員による査読が行われ評価をうける。その結果に基づいて、専門医資格認定試験の受験資格審査が行われる。

病歴要約では、疾患の指定はないが、主病名に重複なく、カリキュラムの病態・疾患群のなかで、できるだけバランスよく症例を選択することが必要である。また、外科手術あるいは剖検症例を計 3 例含む必要がある。外科手術症例に関しては、単に外科からの手術記録のコピーを添付するのではなく、術前診断との対比・手術記録・術後経過・内科側から見た考察を含めて記載を行う。剖検症例では、剖検記録の添付とともに、剖検結果に対する考察について記載を行う。

### 3. 病歴要約の作成に望まれる点

病歴要約は、受験者が症例を通して疾患を理解したかをアピールする場である。審査する側の立場に立ち、丁寧に読みやすい要約を記載する必要がある。

また、全体で A4 用紙 2 枚程度にまとめるのが望ましい（4 枚まで）。

以下、各項目の要点を示す。

#### ◆記述様式◆

POS（Problem Oriented System）方式の病歴要約を作成すること

要点を整理し易いように、診断名やプロブレムリストのプロブレムには優先順位の高いものから番号を振ること（#のみではなく#1, #2・・・と番号をつける）

#### ◆確定診断名◆

併存症も治療が継続されているものは診断名に加えること

診断名では原則略語は避ける

#### ◆既往歴・社会生活歴・家族歴◆

疾患に関連した必要な情報は、陰性所見も記載すること

#### ◆（現）病歴◆

なぜ受診に至ったかを明瞭に記載することが重要で、簡潔に記載するのは良いが雑な印象を与えないようにすること

過去に診療歴がある場合にはそれまでの診療の全容が把握できるように記載すること

#### ◆主な入院時現症◆

身体所見や vital sign は必ず記載し簡略化しすぎないようにすること

疾患に特有な項目は陰性所見でも記載すること

#### ◆主要な検査所見◆

全てを列挙する必要はないが、診療に必要な情報を陰性所見も含めて記載すること  
数値の後には単位を記載すること

#### ◆入院後経過と考察◆

プロブレムリストを明示しプロブレムごとに番号を振り記載していくこと

冗長で要領を得ない文章にならないように留意し、要点を押えて明瞭に記載すること

#### ◆退院時処方◆

基本的に一般名で記載すること（一般名と商品名の混在は不可）

入院後経過との整合性をもつこと（退院時処方でききなり新規薬剤が開始されているこ

となどがないようにする)

◆総合考察◆

主病名を中心にその重症度、副病名との関連について言及し、診断および治療法選択における妥当性を簡潔に記載すること

症例に特異的な問題点を探求し、一般的な疾患の考察に終わらないように留意すること。

外科紹介症例については手術所見を含めて考察すること。また、剖検症例については剖検所見を含めて考察すること

文献は、ガイドラインのみは減点対象。主要な臨床研究などガイドラインの基となった原典なども参考文献にすることが望ましい

病歴要約フォーマット例 (循環器J—OSLER)

<b>病歴要約番号</b>	<b>領域</b> 心不全		
<b>患者の施設名</b>	病院		
<b>患者ID</b> 123456abc	<b>受持時患者年齢</b> 87歳	<b>性別</b> 男性	
<b>受持期間</b> 自 2021/12/01	<b>受持期間</b> 至 2021/12/03		
<b>入院日</b> 2021/12/01	<b>退院日</b> 2021/12/03		
<b>転 帰:</b> <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 転科:手術なし <input type="checkbox"/> 転科:手術あり <input type="checkbox"/> 転科:手術あり(外科紹介症例として作成) <input type="checkbox"/> 死亡:剖検なし <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり <input checked="" type="checkbox"/> 死亡:剖検あり(剖検症例として作成)			
<b>フォローアップ:</b> <input checked="" type="checkbox"/> 外来で <input type="checkbox"/> 他医へ依頼 <input type="checkbox"/> 転院			
<b>確定診断名</b>			
#1 (主病名)			
#2 (副病名1)			
#3 (副病名2)			
#4(その他の副病名)			
<b>【主訴】</b>			
<b>【既往歴】</b>			
<b>【社会生活歴】</b>			
<b>【家族歴】</b>			
<b>【病歴】</b>			
<b>【主な入院時現症】</b>			
<b>【主要な検査所見】</b>			
<b>【プロブレムリスト】</b>			
<b>【入院後経過と考察】</b>			
<b>【退院時処方】</b>			
<b>【総合考察】</b>			

#### 4. 病歴要約の評価について

病歴要約に対する外部評価は、日本循環器学会指定の査読委員により、下記の評価項目を参考に一次評価が行われる。総括評価が行われるが、60点未満の病歴要約に対しては、日本循環器学会専門医実務部会による二次評価が行われ、最終評価が行われる。

- ①病歴要約全体に対する評価：単なるメモや概略ではなく、医療記録として診療の全容が把握できるものであるか。誤字・脱字・ミススペリング等はないか。（最大減点数：20点）
  
- ②【確定診断名】に対する評価：診断の欄には主病名と合併症（副病名）がもれなく記載されているか。（最大減点数：10点）
  
- ③病歴記載に対する評価：入院病歴の欄の【主訴】【既往歴】【社会生活歴】【家族歴】【病歴】【主な入院時現症】【主要な検査所見】について、簡潔かつ明瞭に記載されているか。記載に不足・不備がないか。（最大減点数：20点）
  
- ④【プロブレムリスト】【入院後経過と考察】【退院時処方】は重要点を押えて簡潔かつ明瞭に記載されているか。診断と治療経過が明確に理解されるものとなっているか。（最大減点数：20点）
  
- ⑤【総合考察】に対する評価：経過や転帰を単に事実として記載するのではなく、その症例に特有の病態が把握されているか。鑑別診断、治療の選択にも言及して記載されているか。さらに、主治医として直面した問題を如何に考察し、如何なる根拠に基づいて結論に到達したか、文献等を含めて記載されているか。（最大減点数：30点）

## 5. 病歴要約作成サンプル

### 悪い例

#### 診療実績表 B ・ 研修履歴

患者年齢 : 79 歳

性別 男性

入院年月日 : 2019 年 1 月 15 日

退院年月日 : 2019 年 3 月 1 日

主治医 : 日本 循子 (受持期間 : 2019 年 1 月 16 日 ~ 2019 年 2 月 28 日)

1. 確定診断 : #1. 心アミロイドーシス #2 LFLG AS

2. 主訴 : 胸痛と息切れ

3. 既往歴 : 持続性心房細動・慢性腎不全・高尿酸血症

4. 家族歴 : 特記事項なし

5. 社会生活歴

喫煙なし・飲酒 : 機会飲酒・アレルギーなし

原則として略語は避ける

既往歴ではなく、併存症として診断に列挙すべき

アミロイドーシス家族歴に言及すべき

特定の病院名の記載は不適切

#### 6. 病歴 (1000 字以内)

2012 年 20 分ほど持続する胸痛と呼吸困難感で日循中央病院を救急受診するも、血液検査・心電図・心エコー図で異常は指摘されなかった。

2014 年ごろより心エコー図で左室肥大を指摘されていた。

2019 年 7 月 精査目的に当院紹介となった。心筋生検検体を専門施設に依頼した結果 2019 年 12 月に ATTR アミロイドーシスの診断に至った。

心不全は次第に増悪傾向であり、外来での内服調整としていたが、コントロール困難となり 2020 年 1 月 15 日入院となった。

現病歴 1000 字のところ、270 字のみで、医療記録として診療の全容が把握できる内容ではない。メモのようで、雑な印象を受ける。

#### 7. 主な入院時現症 (350 字以内)

BP 88/58 mmHg. 胸眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄疸なし。

心音 : I, II 音は異常なし, SM (III/VI) 2RSB. 両肺野 : 湿性ラ音を聴取。

心不全においては、体液量やカヘキシアの有無を把握するため、身長、体重の記載、脈拍数の記載はすべきである。III 音の有無や、頸静脈怒張、下腿浮腫、肝脾腫についての記載が不足している。略語も避けるべき。

## 8. 主要な検査所見 (1000 字以内)

BNP 650 pg/mL 甲状腺機能低下 中性脂肪高値

<動脈血ガス分析>PH:7.484, PaCO<sub>2</sub>:34Torr, PaO<sub>2</sub>:99.1Torr, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>:25.3 mEq/L, SatO<sub>2</sub>:98.0%.

胸部 Xp:心拡大 (CTR 58%), 肺うっ血, 両側胸水

安静時心電図:ペースメーカー調律

心エコー図:左室肥大 左室 EF 28% AVA(CW) 0.77cm<sup>2</sup> AS severe

循環器内科専門医のレポートとしては、受験者が病態を十分理解しているか評価する情報が不足している。

## 9. プロブレムリスト (300 字以内)

# 心アミロイドーシス

## 10. 入院後経過と考察 (1500 字以内)

時系列での日誌ではなく、プロブレム毎に要点を押え記述すること  
冗長で査読者が理解するのが困難。検査結果が多く含まれている。検査結果は可能なら検査所見で記述すべき。

入院第 1 病日 (1 月 15 日) より、外来からアゾセמיד 60mg、スピロラクソン 25mg に加えてトルバプタン 7.5mg を導入したところ利尿は一日 2000ml のペースであり体重も減少傾向だった。

入院第 10 病日 (1 月 25 日) Cre が 3.1 に上昇した。心エコーにて、僧帽弁逆流は mild から moderate~severe に増悪、三尖弁逆流症は moderate から moderate~severe へ増悪した。残存血清を用いて心筋逸脱酵素 (CK, CK-MB, Troponin I) の測定を行ったところ、2 月 1 日の時点で CK:276U/L, CK-MB:27U/L, Troponin I 5.606ng/ml と上昇を認め、2 月 7 日に CK:275U/L, CK-MB:28U/L, Troponin I 5.943ng/ml とピークを迎え、それ以後は CK, CK-MB は正常範囲に戻ったが Troponin I の戻りは緩徐であり 入院第 10 病日の時点でも Troponin I: 2.345ng/ml と上昇していた。

第 11 病日のよりアゾセמידからフロセמידの持続静注に切り替え、トルバプタンの内服を増量し心不全治療を強化した。夜間に心電図モニター波形で心房細動の出現を認めたためヘパリンの持続静注を開始した。ヘパリンの容量は 1 日 15000 単位で開始し、以後 APTT が対照の 2 倍になるよう調整した。

第 12 病日の時点で心房細動発症して 24 時間以内であったため、ピルシカイニド静注を行うも心房細動は持続していた。電氣的除細動も視野に胸部の造影 CT を施行したところ、著明に膨隆した左心耳内に 16.6mm×11.2mm の 造影欠損像を認め、血栓を疑う所見を認めた。このため、ピルジカイニド静注は控えることとした。

第 13 病日 腹痛の訴えあり診察したが反跳痛や筋性防御は認めなかったが、疼痛 持続していたため 12 誘導心電図を施行すると、心房粗動、ST 変化認めなかった。血液検査では心筋逸脱酵素の上昇 (CK:499U/L, CK- MB:44U/L) を認め、心エコー上も明らかな壁運動低下傾向を認めたため緊急冠動脈造影の方針とした。造影すると、左回旋枝#12 50%、#14 99%と冠動脈血流低下あり。狭窄部の#12 にワイヤーを通過させ血栓吸引を施行するといずれの病変からも比較的大きな赤色血栓が吸引された。

第 14 病日に腹痛の訴えあり、造影 CT を施行すると、左心耳にあった造影欠損像は消失していたが、右腎の下極の楔状の造影不良と周囲の脂肪織濃度上昇、上行結腸の一部に造影効果と周囲の傍結腸溝への腹水貯留、脾臓の一部の造影不良あり、心内血栓の塞栓症に伴う変化と考えられた。ヘパリン 2 万単位/日の持続静注を行っていたが APTT の延長不良あり 2.5 万/日へ増量した。第 15 病日より洞調律へ復帰し、BNP:400pg/ml まで改善していた。APTT の延長不良あるためヘパリン増量した。

第 16 病日に再度、心房細動の再発を認めたためベプリジル 100mg 分 2 の内服を開始した。頭部 MRI を施行したが明らかな急性期血栓塞栓を疑う所見は見られなかった。

第 17 病日 徐々に血圧低下が見られ、死亡確認した。

## 12. 退院時処方 (300 字以内)

なし

注意：一般名で記載することが、公文書の基本。商品名を記載しないように注意

## 13. 総合考察 (1000 字以内)

心アミロイドーシスに起因する心不全は進行性で、かつ一般的な心不全の治療薬である  $\beta$  遮断薬や ACE 阻害薬などに抵抗性を示すことがある 1)。そのため、心不全の適切な治療には、心アミロイドーシスに起因する心不全を鑑別することが重要である。

潜在する心アミロイドーシスを診断するためには、日常診療においてその可能性を意識することが必要である。

心アミロイドーシスは、心臓へのアミロイド沈着に起因する心機能障害を来した病態で、心不全を呈する。主要病態として、アミロイドの沈着による心室壁の肥厚に伴った拡張不全が主体で、さらに病期が進行すると収縮不全を呈し、進行性かつ難治性の心不全となる 2)。心臓へのアミロイド沈着が認められるアミロイドーシスには、主なものとして野生

型 ATTR-CM、変異型 ATTR-CM、AL アミロイドーシス（免疫グロブリン性アミロイドーシス）の3つがある3）が、病型により治療戦略が異なるため鑑別診断が必要である。

1) Donnelly, J. P. et al. : Cleve Clin J Med 84 (12 Suppl 3) : 12, 2017

2) 一般社団法人日本循環器学会：心筋症診療ガイドライン（2018年改訂版）

3) Quarta, C. C. et al. : Circulation 126 (12) : e178, 2012

この症例の考察とはなっておらず、一般論である。文章はインターネットから直接コピーアンドペーストしたものであり、不適切である。

## 良い例

### 診療実績表 B ・ 研修履歴

患者年齢 : 79 歳

性別 男性

入院年月日 : 2019 年 1 月 15 日

退院年月日 : 2019 年 3 月 4 日

主治医 : 日本 循子 (受持期間 : 2019 年 1 月 16 日 ~ 2019 年 2 月 28 日)

1. 確定診断 : #1. 心不全 #2. 心アミロイドーシス #3. 低流量低圧較差大動脈弁狭窄症  
#4. 心房細動 #5. 急性心筋梗塞 #6. 慢性腎不全 #7. 高尿酸血症

2. 主訴 : 胸痛と息切れ

3. 既往歴 : 高血圧の既往歴なし

4. 家族歴 : アミロイドーシスの家族歴なし

5. 社会生活歴

喫煙なし・飲酒 : 機会飲酒・アレルギーなし

### 6. 病歴 (1000 字以内)

生来健康で、会社の検診では異常を指摘されたことはなかった。定年退職後、医療機関への通院歴はない。2012 年ごろ、駅の階段を昇る際 20 分ほど持続する胸痛と呼吸困難感のため、A 総合病院を救急受診した。血液検査・心電図・心エコー図で異常は指摘されず、経過観察の方針となった。

2014 年ごろより収縮期血圧は 100-110mmHg 程度であったものの、心エコー図で左室肥大を指摘されていた。同年、徐脈、失神を認め、DDD ペースメーカー植込みを受けた。

2019 年 7 月 労作時息切れと胸部絞扼感の増悪がみられ、精査目的に当院紹介となった。心エコー図にてびまん性の左室壁厚増加、左室駆出率 42%、拘束型流入障害を認めた。造影心 MR では、左室左室肥大と心内膜遅延造影像を認めた。PYP 心筋シンチで心筋への取り込みの増加を認めた。皮膚や胃粘膜生検ではアミロイドーシスを示唆する所見は認めなかったが、心筋生検検体を専門施設に依頼した結果 2019 年 12 月に ATTR アミロイドーシスの診断に至った。

心不全は次第に増悪傾向であり、外来での内服調整としていたが、コントロール困難となり 2020 年 1 月 15 日入院となった。

### 7. 主な入院時現症 (350 字以内)

身長 164 cm, 体重 62 kg. 体温 36.9°C. 脈拍 98/分, 整. 血圧 88/58 mmHg. 呼吸数 20/分. 眼瞼結膜に貧血はなく, 眼球結膜に黄疸はない.

心音 : I 音は減弱し, II 音は正常の呼吸性分裂を認める. 心尖部にて III 音を聴取する. 胸骨右縁第 2 肋間に収縮期駆出性雑音 (Levine III/VI) を聴取する. 両肺野下部において湿

性ラ音を聴取する。腹部は柔らかく、肝臓・脾臓を触知しない。頸静脈は怒張を認める。下腿に圧痕性浮腫を認める。

## 8. 主要な検査所見 (1000 字以内)

血液所見：赤血球 494 万/ $\mu$ L, Hb 16 g/dL, Ht 47%, 白血球 6,700/ $\mu$ L, 血小板 22 万/ $\mu$ L. 血液生化学所見：TP 6.5 g/dL, 総ビリルビン 0.89 mg/dL, AST 150 U/L, ALT 236 U/L, LD 433 U/L,  $\gamma$ -GTP 120 U/L, BUN 17.4 mg/dL, Cre 4.1 mg/dL, 尿酸 7.2 mg/dL, 血糖 104 mg/dL, HbA1c 5.3%, 総コレステロール 219 mg/dL, トリグリセリド 262 mg/dL, Na 145 mEq/L, K 4.9 mEq/L, Cl 106 mEq/L, BNP 650 pg/mL, CRP 0.22 mg/dL.

動脈血ガス分析 (自発呼吸, room air) : pH 7.484, PaCO<sub>2</sub> 34 Torr, PaO<sub>2</sub> 99.1 Torr, HCO<sub>3</sub> 25.3 mEq/L, SpO<sub>2</sub> 94.0%

胸部 X 線写真：左 3・4 弓の突出を主体とした心拡大 (CTR 62%), 肺うっ血, 両側胸水。

安静時心電図：ペースメーカー調律 四肢および左胸部誘導の低電位差および T 波の平低化を認める。

心エコー図：左室の肥大とびまん性の壁運動低下を認める。LVDd 48 mm, LVDs 40mm, IVS 21 mm, LVPW 24 mm, LVEF 29%, LAD 49 mm, E 波 65cm/s 大動脈弁最大速度 2.7m/s, 連続の式による大動脈弁弁口面積 1.1 cm<sup>2</sup>, 弁口面積係数 0.64cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>, MR 中等度 (ERO : 0.25cm<sup>2</sup>), 推定右室収縮期圧 52 mmHg, IVC 26mm で呼吸性変動低下

全てを列挙する必要はないが、診療に必要な情報を陰性所見も含めて記載

## 9. プロブレムリスト (300 字以内)

#1 ATTR 型心アミロイドーシス、HFrEF stage D

#2 大動脈弁狭窄

#3 心房細動、急性心筋梗塞

## 10. 入院後経過と考察 (1500 字以内)

#1 ATTR 型心アミロイドーシス、HFrEF stage D

内科治療に抵抗性の心アミロイドーシスを基礎心疾患とする心不全で、腎不全による溢水も加わっており、安静、酸素投与、利尿薬、強心剤を投与した。特に内服利尿薬には抵抗性があり、フロセミド持続静注療法に加え、トルバプタンを入院翌日より開始した。当初は尿量増加したものの、頻脈、血圧低下、Cre、AST、ALT、tBil の増加が見られ低心拍出による循環不全と判断した。体液量の至適域が狭く、その後も十分な血行動態の改善が得られず、緩和医療としてモルヒネ投与を適宜行なった。心房細動に伴う心原性の多発塞栓症も加わり、入院後 17 病日に徐々に血圧低下し死亡確認した。

## # 2 大動脈弁狭窄

重度の左室駆出率低下があり、大動脈弁狭窄の重症度の診断は困難であった。大動脈弁口面積からは重度に近い中等度と推測された。TAVI の適応についてハートチームで検討したところ、大動脈弁狭窄は重度といえず、すでに進行した心筋障害に加え臓器障害が重篤であることから TAVI による病態改善効果は限定的と考えられ、行わない方針とした。

## # 3 心房細動、急性心筋梗塞

心不全の経過中に頻脈性心房細動となり、ヘパリン投与を開始し APTT の基準値の 2 倍の十分な延長を目標としたが、心房細動発症後 2 日目に、回旋枝領域に peak CK 499 の急性心筋梗塞を発症した。翌日には、腎、腸管へも多発塞栓をきたし、多臓器不全がさらに進行した。

## 12. 退院時処方 (300 字以内)

なし

## 13. 総合考察 (1000 字以内)

本症例は胸痛、労作時息切れを初発症状とし 8 年の経過で心不全により死亡した高齢男性である。ATTR 心アミロイドーシス、慢性心不全、大動脈弁狭窄、心房細動が主な病態であった。

ATTR 心アミロイドーシスの診断は、死亡する 1 年前に心筋生検の専門施設への依頼によって確定診断された。左室肥大を呈する心不全では、二次性心筋症の除外診断が重要であるが、本症例を振り返ってみると、高血圧の既往がない心エコー図による進行性心肥大の診断、心電図の高電位を伴わないこと、心臓 MRI 遅延造影像、PYP シンチ陽性(1,2)が病態の進行とともに明らかとなっている。大動脈弁狭窄や心房細動の合併も本症には稀ではないことが横断的研究でも指摘されており(3)、本症例と一致していた。近年では病態進行を抑制する治療薬の恩恵も期待されているため、ATTR 心アミロイドーシスの早期診断のため本疾患を念頭に置く鑑別診断が重要であると考えられた。

Stage D 心不全の緩和医療にあたっては、本症例では本人、家族と繰り返し主治医、病棟看護師との間で相談されており、ご本人の希望を尊重し内科的心不全治療と緩和医療が行われた。一方、入院中の急性心筋梗塞の発症に対しては速やかに緊急カテーテル検査による診断を行い血栓吸引により心筋梗塞に対する治療を行うことができた。

1. Maurer MS, Elliott P, Comenzo R, Semigran M, Rapezzi C. Addressing Common Questions Encountered in the Diagnosis and Management of Cardiac Amyloidosis. *Circulation* 2017;135:1357-1377.
2. Gillmore JD, Maurer MS, Falk RH et al. Nonbiopsy Diagnosis of Cardiac Transthyretin Amyloidosis. *Circulation* 2016;133:2404-12.

3. Castano A, Narotsky DL, Hamid N et al. Unveiling transthyretin cardiac amyloidosis and its predictors among elderly patients with severe aortic stenosis undergoing transcatheter aortic valve replacement. *Eur Heart J* 2017;38:2879-2887.