

循環器疾患診療の進歩

慶應義塾大学名誉教授

小川 聡

(聞き手 中村治雄)

中村 小川先生、今回は、先生に企画していただきました「循環器疾患診療の最前線」の第1回です。シリーズの狙いを含め、今、問題点はどこにあるのか、そういったところをお話していただきたいと思います。

先生は、日本循環器学会(日循)でいろいろガイドラインの作成に貢献されてきたとかがっています、主なものとしてどのようなものがありますか。

小川 正確に数えたことはないのですが、2000年から出始めて、2018年までに60編ぐらい出ています。ほとんどすべての領域を網羅していて、なおかつ日循のガイドラインの特徴は、5年ごとに改訂版を出すようになっていきますので、常に情報をアップデートして、そのときの最新の診療ガイドラインを提供しているという特徴があります。

中村 私どもとしては、患者さんを見て、基本的にはガイドラインののっとして診療を進めますが、必ずしもそれに則らない医師もいますよね。

小川 はい。そこは最終的には医師の裁量に任されて、それぞれの患者さんごとに治療していいことになっているのですが、間違った診療につながるものもあるので、基本的にはガイドラインで示された標準治療にのっとしていただきたいのです。ご自分の主義で、基本的にガイドラインは読まないという方もいらっしゃいます。そういうところが、冠動脈疾患の治療でバイパス術とカテーテルによる拡張術(PCI)のどちらがいいかというディベートのもとにもなっているのです。ステント治療を専門にされている医師は、ガイドラインに従えばバイパス治療でいかなければいけない患者さんにもステント治療を実施することがあるようです。

中村 今はどういう状況なのですか。

小川 冠動脈疾患に関しては、2000年ごろから大ディベートが続いていまして、最初、冠動脈の左主幹部病変と、前下行枝を含む三枝病変、いわゆる多枝病変はバイパス手術の適応となっていたのですが、ステントの技術革新が

どんどん進んできて、その領域まで内科のカテーテル専門の先生が治療されていく時代になっています。

かつ、今回のシリーズでもお話がありますが、第三世代のDES (drug eluting stent) が出てきて、今まで難しかった部位の病変までステントで治療ができるようになってきました。私が日循の理事長をしていました2010年に冠動脈血行再建術協議会を立ち上げ、私が議長で心臓外科医とステントの専門医に集まっていたら、それぞれの治療法の適応基準について話し合う機会をもちました。

中村 それで今はいかががでしょうか。

小川 折しも改訂作業中であった心臓外科のガイドラインとステントのガイドライン、それぞれ双方に我々の協議会でつくった申し合わせ事項を「ステートメントとその解説」として冒頭に載せていただきました。とにかくこれののっとなって、外科と内科がチームを組んで、個々の患者さんにベストの治療をやっていくことでまとまりました。

中村 先生の企画を拝見していますと、心構造疾患といいますが、それにかなりウエートを置かれているように思われます。今少しお話をいただいた主幹動脈とか三枝病変の問題などもそうですが、これはテクニクの問題もかなり絡んできますね。

小川 もちろん、技術革新、デバイ

スそのものの進歩もあって、structural heart diseaseという名称が比較的最近出てきて、我々にはなじみが少ない名称ですが、今まで外科でしか治療ができなかった弁膜症や先天性心疾患、そういうものの中でカテーテルで治療ができるものを対象に議論が進んでいるのです。

日本にはそもそも井上式バルーンという世界に誇るデバイスがありまして、僧帽弁狭窄症の狭窄した僧帽弁に経心房中隔性にバルーンを入れて、そこで膨らませて交連切開術を行う。これは本当に素晴らしい技術です。それがあつた中で、最近ではTAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) といって、大動脈弁にもカテーテルを用いて人工弁を置くとか、心房中隔欠損症で、デバイスをを用いて中隔を閉じるとか、あるいは僧帽弁閉鎖不全症でクリップのようなものを掛けて、弁口を狭くして逆流を減らすとか、そういう新しい治療法が出てきました。患者さんにとっては開胸せずに治療でき、比較的侵襲ではありますが、リスクも伴う手技ですし、カテーテルでやるからといって、内科医だけではとてもできないので、まさにこの領域は心臓外科と内科専門医とが共同でチームを組んで取り組んでいかなければいけない領域ではないかと思っています。

中村 もう一つ、不整脈の問題もこのシリーズの中にかなり大きなウエー

トとして置かれているかと思います。これもまたテクニクといえますか、技術的なものと絡んできますね。

小川 不整脈の治療では、カテーテルアブレーションがこの10年で大幅に技術革新がありました。従来はWPW症候群での上室性頻拍症とか、心室頻拍症の一部で、根治療法として確立されていたのですが、最近の技術で心房細動まで治せるようになってきました。技術プラスカテーテルの性能に大きな進歩があったのだと思います。

中村 アブレーションで心房細動を洞調律に戻すというのは、予後的にはかなりいいのですか。

小川 それも先ほどの心臓外科医とPCIの医師の議論ではないのですが、私は心房細動の薬物療法が専門ですが、一方でアブレーション専門の医師とは適応に関する考え方が若干違うのです。私は、アブレーションをしなくても薬物で8割ぐらいは治せるという立場なのですが、薬物治療を十分行わないでアブレーションに送られる患者さんが増えているのが現状です。パーセンテージは非常に少ないのですが、アブレーションでは命にかかわる合併症を伴います。本来、心房細動は命にかかわらない不整脈で、症状があまり強くない場合には脳梗塞の予防だけしておけばいいはずなので、それに命をかけてアブレーションする必要がどのくらいあるのか、という点で適応に若干まだ

議論があります。本来、ガイドラインでは、有症候性で再発性、抗不整脈薬による治療に抵抗性の心房細動にアブレーションがクラスIの適応とされます。今回のシリーズでお話をうかがっていただければわかると思うのですが、私に言わせると、そうでない患者さんにもアブレーションが勧められたり、少しやり過ぎかと思うところもあります。

中村 心房細動の治療ではDOAC（直接経口抗凝固薬）といったものを使って、何とか患者さんの合併症を予防しようと、私どもも使用していますが。

小川 DOACだけ使っておけば、あとは何もなくてもいいという患者さんもかなりいらっしゃいます。その中で、無症状の患者さんにもアブレーションを勧めることもあるようです。

中村 本当にあるのでしょうか。

小川 例えば初発の心房細動というのは、いったん治ったあとに1年間の再発率を見ると、半分ぐらいは再発しないのです。いろいろ一過性原因で発症している例が含まれているためです。ですから、初発心房細動例にアブレーションを勧めることは正しくありません。

中村 自然治癒で十分なのですね

小川 それもあるのです。そういう前提で話をうかがっていただけるとよいかと思います。

中村 あと、このシリーズの中で、再生医療、あるいはオンコロジーとの絡み、そういったものを私どもとしては期待をして聞いていきたいと思っています。何かこの点で先生が触れておきたいことはありますか。

小川 再生医療はこの10年間、心不全の治療法として大きな期待を持たれてきました。大阪大学でも近々臨床治療を始めるといわれています。

中村 シートをつくるというものです。

小川 iPS細胞から誘導した心筋細胞でシートを作製し、それを移植する方法ですが、本当にそれで心不全の治療に役に立つのかどうか。むしろ、そ

れこそまだ発がん性の問題もありますし、移植したシートが不整脈を起こす源になってしまうこともあります。その辺の問題をまだ解決していかなければいけないかと。ただ、非常に期待されている領域ですので、ぜひ最先端のお話をうかがっていただきたいと思います。

中村 心臓移植の代わりになりうるのでしょうか。

小川 なり得ないと思います。それだけの心筋の収縮力の補助にはならないと思うのです。

中村 私どもも期待してうかがいたいと思っています。ありがとうございました。