

循環器疾患診療の将来展望

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、先生に企画いただいた24回にわたるシリーズの最後を飾るものとして、先生に将来展望というかたちでうかがいたと思っています。

私も素人の立場から見て、診断ができて、そういった状態になった患者さんの治療はよくわかるようになってきたと思います。予防的な立場で、「将来あなたはこの病気になる」と、そういった人を見つけ、その人たちに予防的な処置を講じる対応というのは、循環器の領域ではできないものかと思うのです。例えば高血圧にしても、将来、血圧が高くなるようにする方策はきっと出てくるのではないかなと思います。その辺はいかがお考えでしょうか。

小川 なかなか難しいことだと思うのですが、私の理解しているところでは、いわゆる遺伝性疾患があります。循環器でも、先天性QT延長症候群とか、心房細動でも家族性の心房細動があったり、同じ遺伝子異常を持っていないながら発症していない方もたくさんい

る。そういう方に、どういう介入をしていけば発症が予防できるのか、そういうところはそう遠からず対応可能になるのではないかと思います。

かなりの部分で疾患の遺伝子異常は解析されてきています。高血圧についてもきっと何かの遺伝子異常、家族性も多いですから、高脂血症もそうでしょうし、どの遺伝子に異常があるのかを解析して、それを治していくことが発症予防につながる可能性はあるかもしれないと思っています。

中村 確かに高脂血症で、いわゆる家族性高コレステロール血症 (FH) という家族性のものも、子どものときから治療を始めていると、大人になっての心筋梗塞の発症などが減っているとされていますから、何かわかれば、その方策が取れるのでしょうかね。

小川 先ほどの先天性QT延長症候群で、まだ症状が起っていないけれども、遺伝子異常を持っていて、なおかつQTが長いという方に対して、それを抑えるような治療を早めから施行

していくことは、突然死の予防になっています。

そういう意味で、今のiPSというのは再生医療が強調されていますが、疾患病態の解析、患者さん自身の細胞を取ってきて、どういう遺伝子異常があるのか、それにどういう介入が可能なのかをみる非常にいい手段だと思うのです。それが今後発達していくと、先生がおっしゃるような予知、予防につなげていくことができるのではないかと思います。

中村 そういう方向で予防的な対応が取れると、そういった患者さんにはある程度メリットになると思います。あと、いろいろなデバイスが新しいものとしてでき上がってきているのですが、この辺の進歩は将来さらに進んできますよね。

小川 さらに進むと思います。ただ、デバイスも含めた侵襲的治療というのはメリット、デメリットがあります。そのデバイスを導入することによるリスク評価とか、あるいはそれを使ったときの予後がどのくらい改善するのかというデータが十分集積されないうちに、臨床現場にどんどん新しいものが入ってきてしまうということもあります。技術の革新は素晴らしいものがあるって、日進月歩で期待はできますが、我々、現場で患者さんを診ている立場からいくと、どの治療選択肢を選ぶかが重要です。先進医療をどう個別化医

療に結びつけるかが課題ではないかと思っています。

今回お話しいただいた冠動脈疾患、第3世代のDESについても、すばらしいかたちでできたのですが、将来的には入れたステントそのものが溶解してしまっても何も残らない。再狭窄もしないし、そのステント自体による障害も起こらないようなものも考えられているようです。そういうものが臨床応用されると、今は、ステントを入れた後、抗血小板薬を半年とか1年のまなければいけないのですが、そういうものも一切いらぬ、新しいタイプのステントができてくる可能性があって、それも本当に期待されています。

中村 ご専門の立場といいますか、先生は広い領域をカバーされておられますが、例えば抗凝固薬、AFでアブレーションをやるかやらないかは別として、どのくらい継続してのんでいくことになるのでしょうか。

小川 今、新しい抗凝固薬というのはワーファリンと比べると出血のリスクが非常に少ないので、適応が広く考えられています。適応があっていったん始められた方は生涯のみ続ける。ただ、生涯といっても、最近の高齢社会で、80歳超え、90歳超えで、腎機能が悪くなってくる、出血しやすくなってきた段階で、どのようにそれを中断していくかは将来の課題だと思います。当面は適応がある方には一生ずっとの

んでいただく。心房細動が完全に治ってしまっていれば別ですが、再発する可能性が常にありますので、再発予防という意味では抗凝固薬は継続しているほうがいいのではないかと思います。

中村 私も患者さんから時々そういう質問を受けます。

小川 出血が一番怖いのですが。

中村 そうですね。それから最近、循環器の領域では遠隔診療が行われるようになったようにうかがいますし、心電図そのものの読影にしろ、画像診断にしろ、いろいろできるのですが、これも将来広がっていくでしょうか。

小川 間違いなく広がっていくと思います。ただ、一番の問題は経費がかかること。その部分を保険がまだカバーしきれていないので、持ち出しの部分が多いのです。とはいえ在宅で患者さんの情報をきちんと集められて、それに対して治療の指示ができるというかたちは、ものすごく有望だと思います。

不整脈の領域では植え込み型の除細動器が作動したかどうかモニターします。無意識のうちに作動する方もいますが、作動すると遠隔で病院のほうに情報が送られてきて、もうすでに患者さんにフィードバックできるという状態になっていますし、心電図でも全部転送されて、そのときの心電図が読めるようになっています。診療所での診

察時間は数分ですので、その間で得られる情報よりもはるかに多くの情報が在宅にはあります。

中村 お金のかかる話ですね。

小川 かかりますが、かなりの施設で取り組んでいるようです。

中村 これがさらに進んでいくのですね。あともう一つ気になるのは、高齢化にも伴うのですが、他科との合併疾患を持った患者さんの治療といますか、例えば先生に企画いただいたオンコロジーの領域などもそうだと思うのです。

小川 まさにこれまで循環器というと、循環器の病気になった方だけを診るということでしたが、そういうわけにいかないの、やはり全身の疾患を患っている方に対する循環器のサポートもやっていかないといけません。まさにカルディアック・オンコロジーというのは、そういうところに循環器の医師が入って、心不全の予防や心筋の保護をアドバイスできるようにしていく領域ではないかと思います。

中村 サーキュレーションなどにも、心不全になると、がんの発育因子といえますか、そういったものが出てくるという成績が出ていたりして、これは心不全で亡くなるか、がんで亡くなるのか、両方のリスクが出てくるのだと思いますが、そういったことも含めてですね。

小川 チーム医療というのが今後の

課題かもしれないですね。

中村 いろいろ連携して治療していくということですね。最近、あまり移植の話を受けないのですが、将来これはどうなるのでしょうか。

小川 ドナーがどうしても少ないということと、移植待機患者さんがものすごい数いて、どうしても追いつかないのです。それに代わる人工心臓、そのほかのデバイスに依存する度合いが増えているのではないかと思うのですが、なかなか心臓移植のゴールが見え

ないまま、そういう待機的な治療という位置づけになっているので、あまり大きな進展は見られませんね。

中村 例えば、私どもが耳にするのは、植え込み型の人工心臓でしょうか。

小川 開発が進んでいますが、いろいろ問題が残っていると思います。

中村 24回のシリーズを終えるにあたりまして、先生に感謝を申し上げます。ありがとうございます。