

日本心血管インターベンション学会とのジョイントセッションについて

Joint session with Japanese Association of Cardiovascular Intervention and Therapeutics

松本直也

Naoya Matsumoto, MD, PhD

日本大学病院 循環器内科

Department of Cardiology, Nihon University Hospital

CVIT2015について

第24回日本心血管インターベンション治療学会；CVIT 2015 学術集会が平成27年7月30日～8月1日まで福岡ヤフオク！ドームとヒルトン福岡シーホークで開催された。主催された会長・副会長は久留米大学病院循環器病センター教授の上野高史先生と福岡山王病院循環器センター長の横井宏佳先生と佐賀大学循環器内科准教授の挽地裕先生であった。CVITはカテーテルインターベンション医師が一堂に会する最大の学会である。今回は定番の福岡国際会議場ではなく初の試みである福岡ドーム球場を会場の一部に加えた企画であった。日本心臓核医学会との合同セッション2は「本邦におけるPCIのappropriateness criteriaを考える」というタイトルで日本心臓核医学会理事長の山科章東京医大教授と国際医療福祉大学横井宏佳教授の座長でマウントサイナイ病院からの招請講演者を含む6人のプレゼンテーションが行われた。

米国における非ACS患者におけるappropriateness criteria (AUC)

ニューヨークのマウントサイナイ病院からはMs. Roxana Mehran氏が米国におけるAUCの基調講演を述べられた。冠血行再建術(PCI)がappropriate(A)となるのは治療後に患者予後が改善したときと定義され、uncertain(U)はPCIにより結果または予後改善が不明であったとき、inappropriate(I)は結果や予後の改善が期待できないときと定義された。これらを検討する際には患者のもつリスクをDuke treadmillスコアを用いて低・中・高度に分類し結果の面からは低リスクを年間<1%の死亡率、1-3%を中等度リスク、>3%を高リスクとして扱うことを話された。また非侵襲的検査で低リスクでありPCIが(I)となるのは無症状またはCCSクラス分類IまたはIIで1枝CTO

またはLAD近位部病変を伴わない1-2枝病変、CCS IIIまたはIVで無または最小限の内科療法中の1枝CTO、最大限の内科療法中で無症状の1枝CTOまたはLAD近位部病変を伴わない1-2枝病変と報告された。中等度リスクであるが(I)となるのは、未治療または最小限の内科療法を受けている1枝CTOまたはLAD近位部病変を伴わない1-2枝で無症状の場合である。3枝病変やCTOで高SYNTAXスコア患者であればPCIは(I)となりバイパス術が(A)となる。また全体を通してAUCは特定の患者群について述べており、すべての患者の状態を網羅しているわけではないことに言及された。

臨床徴候からみたPCIのappropriateness

演者は神戸大学病院の新家俊郎先生であった。AUCを基準にすると米国におけるすべての急性期に施行されるPCIは(A)であるにもかかわらず、非急性期PCIの12%が(I)、38%が(U)であることを報告された。また安定型狭心症においては虚血の解除による症状の改善がPCIの目的に含まれており、患者が自分で狭心痛症状を記録する必要も話された。ただし虚血の解除が死亡率低減の利益と関連している一方、症状の改善が直接予後改善につながっているかについてははっきりとしたエビデンスはないことを報告された。

非侵襲的画像診断を用いた最適PCIについて

演者は日本大学病院の筆者であり、負荷心筋シンチグラフィを用いた虚血心筋の定量が症状の改善・予後の改善に有用であり治療法の選択にも有用であることを報告した。まずPCIの前に十分な内科療法が行われていることを確認することが重要であり、ガイドラインでは虚血心筋が10%をこえるとPCIの効果が内

科療法群を上まわりますが、症状の改善には5%をこえる虚血心筋があればよいこと、PCIによって5%以上の虚血心筋の低減が達成されればそうでない群よりも予後改善（主要心事故の低減）がなされることなどを自施設データを含めて報告した。

侵襲的虚血評価試験からみた冠血行再建術の appropriateness

演者は東京医科大学八王子医療センターの田中信大先生であった。Fractional flow reserve (FFR) を用いた冠動脈狭窄の生理学的判定法を用いるとタンデム病変でもびまん性病変であってもその生理学的度を判定可能で、特に DEFER・FAME 研究が虚血のない病変における PCI が予後を改善していないこと、逆に FAME II 研究が適切な内科療法 (OMT) +PCI が OMT を凌駕することも話された。また CVIT-DEFER レジストリ研究では中等度狭窄冠動脈における FFR 計測が40%の患者において PCI・バイパス術 (CABG)・OMT のいずれを選択するかに変化を生じせしめたことを報告された。

解剖学的所見からみた PCI の appropriateness

演者は帝京大学の上妻謙先生で、SYNTAX スコアが冠動脈の複雑病変度を評価し患者予後を予測するのに有用であり、PCI または CABG の選択に用いられている現状を話された。また年齢、クレアチニンクリアランス、左室駆出率、非保護左冠動脈主幹部病変、

末梢血管病変、性別、慢性閉塞性肺疾患などの臨床因子を加えてより正確な治療法別の予後予測を目指した SYNTAX スコア 2 についても話された。SYNTAX スコアは第1世代の薬剤溶出性ステント (DES) が基になっており、最近の第2世代 DES による PCI の進化について話された。

保険診療からみた PCI の appropriateness

横浜栄共済病院の道下一郎先生が国民皆保険を達成しているわが国とヨーロッパ・米国の違いについて話された。英国永住者は無料で税金から公的保険が提供されている。英国の医師の給料は、家庭医か専門医かまたは経験年数や賞の取得によって決まる。したがってどの病院に所属しても PCI を多く実施したために給料が上昇することはない。日本では医療費の70%を政府が払っているが、給料はまちまちで私立病院では PCI が病院経営により影響を与えるためより多くの給料をもって雇われるケースもある。公的病院は税金で運営されているが、より多くの PCI が病院予算を組むうえで役立つ現状を報告された。

全体を通してのディスカッションでは、FFR やシンチグラフィを使った PCI の適応決定が重要であること、PCI を行うことが目的になっては理想とは程遠いこと、日本における PCI の AUC を学会主導で作成し日本全体の個々の病院に浸透させていく必要があるのではないかと結論された。



右：東京医科大学山科章先生、中央：Ms. Roxana Mehran 先生、
左：国際医療福祉大学横井宏佳先生