

冠動脈心疾患に対する再治療戦略； 外科の立場から

近藤敬一郎 大阪医科大学胸部外科

1970年、麻田 栄先生と瀬在幸安先生によって日本の冠動脈外科の扉は開かれた。以来、冠動脈への直達治療は外科医の専売特許となった。それからおよそ10年を経てPTCA(経皮的冠動脈形成術)が導入され、いっきに全国に広まった。それはあたかも循環器内科医が心臓血管外科医を見返すような出来事であった。外科医は戦々恐々としながら、症例が減っていくことに不安を抱いていた。そこで外科医は次なる戦略として、1980年代中ごろから内胸動脈や胃大網動脈を用いて長期開存性のうえで優位に立つこととなった。さらに10年後に外科医は人工心肺を用いないOPCAB(体外循環非使用冠動脈バイパス術)やMIDCAB(低侵襲冠動脈バイパス術)に果敢に挑戦した。しかし2004年、内科医は薬剤溶出性ステント(DES)という特効薬を手に入れて、再び外科医を奈落へ突き落とすこととなった。DESはあたかも水戸黄門様の印籠のような物であった。

果たして、循環器内科医と心臓外科医はそれぞれの生き残りをかけて激しいバトルを繰り広げてきたのであろうか。われわれはこの歴史を顧みて、つくづく感じることがある。それは外科医が夜中に呼び出されることがほとんどなくなった一方で、内科医の不休の苦難の道が始まったのである。外科医にあっては、ひとえに循環器内科医への感謝の気持ちこそあれ、敵対するものではない。たがいを意識し合ってきたこの38年は、決してバトルではなく、思いやりのある協調ではなかったかと回顧される。

この期間、過去に何らかの冠動脈治療を受けた累積症例数は膨大になり、そのほとんどは内科医の手に委ねられている。それらの症例のなかには虚血が再発しているものもある。こうした症例をどのように治療していくか、ハイブリッド治療など新たな協力治療戦略が望まれるところである。

毎年、日本胸部外科学会から学術調査として、前年に全国で行われた心臓手術の成績が発表されている。その中間報告によると2007年のCABG(冠動脈バイパス術)の死亡率は、初回待期的手術で0.86%、初回緊急手術で5.37%であった。しかしながら待期的であっても再手術となると2.49%、緊急再手術ではなんと16.67%になるという。確立された治療法といえども再血行再建を必要とする症例では、その戦略は今なお満足のいくものではない。そこで今回は冠動脈心疾患に対する手術を含む種々のインターベンションの再治療、再々治療について、最前線でご活躍の先生方にご執筆いただいた。参考にしていただけたら幸甚である。