

DES 時代の内科側からみた CABG 適応

木島 幹博 星総合病院循環器内科

1977年、Gruentzigがバルーンによる冠動脈形成術(PCI)を開始してから30余年が経過した。当初は、限局性の近位部1枝病変に限定されて適用されていたが、その後技術や知識およびデバイスの進歩によってPCIの適応は大きく変化した。特にステントの導入は手技の安全性と確実性を向上させ適応を大きく拡大させた。しかしこれまで実施されたCABGとの比較試験では、あらゆる病変においてCABGを上回る結果は得られていない。CABGは冠動脈の末梢にバイパスを繋ぐことによって冠動脈全体を保護する治療法であり、局所治療法であるPCIとは明らかに異なる。理論上PCIがCABGの成績を上回することは極めて困難である。SYNTAX Studyで示されたように、薬剤溶出性ステント(DES)の導入はCABGとの差を小さくしたものの病変が複雑になればなるほどCABGの方が優位との結果は変わっていない。われわれコロナリーインターベンションに携わるものは、こうした臨床試験の結果を常に念頭におきながら個々の患者において血行再建術としてどちらが適切であるかを選択していく必要がある。もちろん個々の患者の臨床像は極めて多様であり、必ずしも臨床試験の結果が誰にでも当てはまるとは限らない。例えば一口にLMT病変と言っても病変の存在する部位やLMT以外の病変の有無、程度によってPCIの遠隔期成績は大きく異なる。またCABG後に血行再建が必要となった場合は、患者が再度CABGを希望することは希であり、合併する疾患のためにそもそも手術が不可能である場合もある。一方、新たなDESや生体吸収性ステントなどの出現およびスタチンなど強力な薬物療法は、PCIの成績をCABGにさらに近づける可能性も期待される。PCIの適応は時代ともに変わりうるが、無理な適応拡大は厳に慎むべきであろうと思われる。本企画では、DES時代と言われる現時点においてCABGの適応を内科側がどう考えているのかをLMT病変、多枝病変、透析患者について3人の先生にまとめていただいた。いずれも多くの臨床経験をもつ日本の代表的な循環器内科医であり、心臓血管外科医のみならず若い循環器内科医にも参考にしていただきたいと思う。