



湖東 だより 第16号



心臓血管センター
湖東記念病院

ごあいさつ



副院長

馬淵 博

師走、何かと気ぜわしいこの頃となりましたが、皆様におかれましては御健勝のことと存じます。また、常日頃お力添えくださいまして、心から感謝しております。

今回は、新しいデバイスについてお話しさせていただきます。

2016年11月7日、アボット社は、Absorb®（アブゾーブ）生体吸収性冠動脈ステント（薬剤溶出型）が、冠動脈疾患（CAD）の治療を適応とした国内初の溶ける冠動脈ステントとして厚生労働省より製造販売承認されたことを発表しました。

Absorb生体吸収性冠動脈ステント（Absorbステント）は、体内で完全に分解する新しい冠動脈ステントです。従来の冠動脈ステントは金属製であるのに対し、Absorbステントは生体吸収糸と同様の体内で自然に分解する素材で構成されたステントで、狭くなった血管を拡げ、血管を内側から支える役割を果たし終わると、血管治癒を進めながら3年程度でゆっくりと体内で分解し消失します。



従来の金属製ステントは血管の治癒後も永久的に血管内に残存するため、金属製ステントで治療を受けた血管では、血管本来のもつ運動機能の妨げや、将来的な治療選択肢の制限、遠隔期での臨床イベント発生の誘因となる可能性がありました。一方、Absorbステントは体内留置後、経時的に分解され消失するため、冠動脈疾患治療に

おける従来の金属製ステントでは成し得なかった課題を解決へ導く可能性を示唆しています。

京都大学の循環器内科長で、本邦での承認申請を目的に実施されたAbsorb Japan臨床試験（AVJ-301治験）の治験責任医師を務めた木村剛教授は以下のように述べています。

「国内38医療機関において400症例を登録した本治験で、Absorbステントの安全性および有効性は現在の冠動脈疾患の標準的治療法として用いられている金属製ステントのXIENCE（ザイエンス）薬剤溶出ステントと同水準であることが示されました。日本初となる新たなAbsorbステントは、医療従事者がその適正使用へ順応することによって、患者様へ新しい革新的治療と、かけがえのない価値を提供し得ると期待しています。」

Absorb生体吸収性ステントでは、患者様は従来の金属製ステント治療ではさけられなかった、永久的に体内に留置され血管が固定されるという気がかりが解消されるため、血管の治癒後はより安心して生活いただくことができると期待されています。

おそらく、来年度から、国内でも限られた施設で使用されるケースが増えていくと考えられます。当院でも、慎重に適応を決めながら、安全性最優先で導入していく予定です。

来年も素晴らしい年でありますように、心よりお祈り申し上げます。

冠動脈ステント留置後の二次予防について



心臓血管センター長
武田 輝規

約1年前の湖東だよりに、「冠動脈ステント留置後の再発予防にはスタチン療法が有効な可能性あり」という当院のデータを御紹介させていただきましたが、その後も引き続いてデータの収集、蓄積、解析を行っております。その中でさらに分かってきたことを今回御紹介したいと思います。

狭心症に対する第2世代薬剤溶出性ステント（2010年～）のステント再狭窄率は、観察期間が年々延長されておりますが、留置5年時点の累積再狭窄率は3.9%であり、依然として極めて低値で推移しております。当院における従来型ステント（BMS）の再狭窄率が半年間で約30%、第1世代薬剤溶出性ステント（2004-2009年）が5年間で10%程度であったことを考えますと、昨今のステントの進化がいかに目覚ましいものかを実感する結果でございます（図1）。

しかしながら、現在使用しているステントにおいても、留置後数年が経過してから

再狭窄を生じる遅発性再狭窄（Late catch-up）という現象が少ないながら認められます。当院の蓄積データを利用し5年以内にステント再狭窄を生ずる原因（独立規定因子）を多変量解析で調べてみました。その結果、一番影響の大きな因子としてはやはり「スタチン内服の有無」ということが分かりました（ $p=0.0004$ ）（図2）。スタチンを内服することにより、ステント留置5年後の時点で約56%のリスク減少が認められておりました（スタチン効果はLDLコレステロール値が元々低い症例においても認められました）。また「糖尿病合併の有無」も強い独立規定因子であることが分かりました。糖尿病を合併していることによって再狭窄率は約1.7倍（ $p=0.02$ ）になりますが、加えてスタチン未投与であった場合、非糖尿病+スタチン投与群に比べて再狭窄率は4.4倍に上がってしまいます（ $p<0.0001$ ）（図3）。糖尿病の患者群をさらに詳細に検討してみますと、遠隔

図1

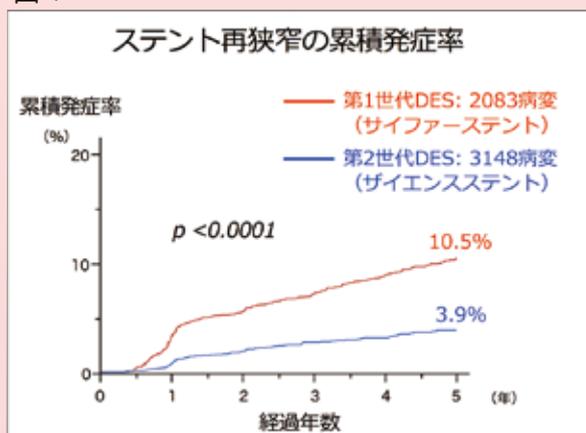
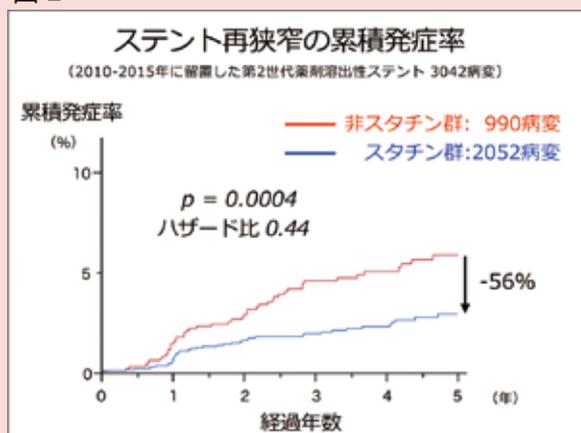


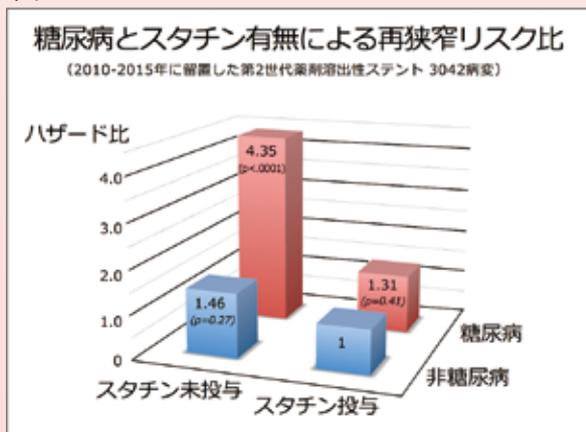
図2



期（約1.5年後）の血液データにてHbA1c $\geq 6.9\%$ 群では再狭窄率は3.4倍となり（ $p=0.0004$ ）、加えてスタチン未投与であった場合、HbA1c $< 6.9\%$ +スタチン投与群に比べて再狭窄率は実に14倍にも跳ね上がっていました（ $p<0.0001$ ）（図4）。細かい数字を並べましたが、これらの結果は、すなわち狭心症の二次予防において、「糖尿病の厳格な管理」と「スタチン療法の徹底」は、患者様の長期的な予後に直結しているということを我々に示していると考えられました。昨今OMT（至適な内科的治療；Optimal Medical Therapy）の重要性は様々なところで耳にしますが、実臨床においてこのような明白な予後の差を目の当たりにしますと、患者様のためにより厳格なOMTを実践していく必要性があると実感しております。

当院でステント治療を受けられた患者様

図3

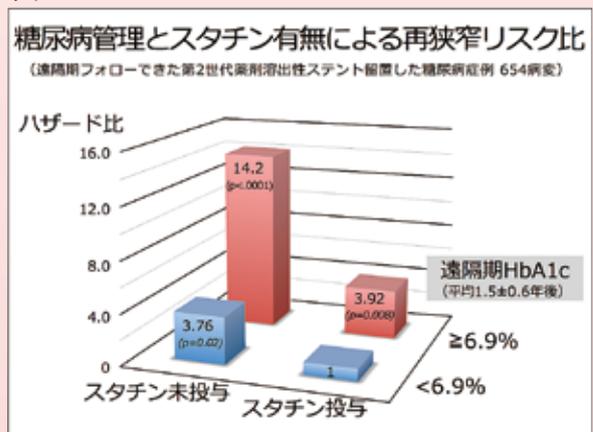


のスタチン内服率を見てみますと未だ7割程度であります。今回の結果を考慮しますと、狭心症患者様のように動脈硬化が顕在化してしまった方々には、2次予防目的にはほぼ全例にスタチン製剤の内服を検討すべきなのかもしれません。

動脈硬化の進展予防に関しては、厳格なリスク管理が非常に重要と思われ、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙、肥満、運動習慣などのコントロールにつきましては、近隣の先生方の患者様への御指導、御加療が大きく影響してくるものと思われまます。それらのコントロールに難渋する症例など、また御心配な患者様がおられましたら、いつでも当院へ御相談いただければ幸甚に存じます。

今後とも何卒変わらぬ御指導の程宜しくお願いいたします。

図4



心臓血管外科からの御報告

～胸部大動脈瘤に対する ステントグラフト治療～



心臓血管外科
高島 範之

いつも一方ならぬお力添えにあずかり、誠にありがとうございます。

今回は、今年から当院でも施行可能となりました、胸部ステントグラフト内挿術 (Thoracic Endovascular Aneurysm Repair; TEVAR) の報告をさせていただきますと思います。腹部のステントグラフトは昨年より施行開始していましたが、胸部の施設認定も取得とし、10月に最初の症例を施行しました。手術時間は100分、術後入院期間は9日間と合併症なく元気に自宅退院されました。

当面は胸部の下行大動脈瘤の治療に適応して予定としています。これまで施行してきた下行大動脈人工血管置換術は、大きな左開胸創が必要であり、分離肺換気、人工心肺、低体温循環停止法など身体にかかる負担も大きく、また死亡率が4.7%と高い手術でした。しかし、TEVARの死亡率は2.4%と開胸術よりも低くなっています (いずれも2014年胸部外科学会のレポートより参照)。また本術式は、胸部大動脈瘤だけでなく、大動脈解離の偽腔の血栓閉塞を促進する治療としても普及してきています。

すべての胸部大動脈瘤の症例がTEVARの適応になるわけではありません。上行や弓部の大動脈瘤は依然開胸手術に分があり、急性大動脈解離Stanford A症例も基本は開胸手術が第一選択となります。しかし、高齢者や合併疾患を

有する症例が増加している現在の状況を考えると、低侵襲に行えるTEVARの利点は替えがたいものがあります。患者様の状態に合わせて、色々な治療を提供することができるようになったことも、大きな点であると思っています。

また、TEVARは外科手術の側面と、内科のカテーテル治療の側面、この両方を必要とする手術でもあります。現在は、ステントグラフト治療の第一人者である京都大学循環器内科の田崎淳一医師の指導のもと、行っております。近年、外科内科が一緒になって治療を行うハートチームの形成が重要視されています。まさにその概念を必要とする治療であり、病院一丸となり最良の治療を提供していきたいと思っております。

東近江医療圏の方々にお役にたてるようますます精進してまいりますので、今後どうぞ指導ご鞭撻のほどよろしく願いいたします。

胸部ステントグラフト内挿術 実際の症例 術中の大動脈造影

ステントグラフト留置前



ステントグラフト留置後



■循環器内科・心臓血管外科 外来担当表

	月	火	水	木	金	土	
循環器内科 ※予約制	午前	坂口	馬淵	村上院長 (一般内科・循環器内科)	松前	村上院長 (一般内科・循環器内科)	非常勤 (1,2,5週)
		山路	羽野	武田	前田	武田 藤田	田崎 (3週) 静脈瘤・ステントグラフト 西賀 (4週)
	午後	前田	馬淵 ※完全予約制 羽野 ※完全予約制	坂口	松前	馬淵	
不整脈科	午前			静田 (2週) 予約制			静田 (4週) 予約制
心臓血管外科	午前			高島	森本		下肢静脈瘤 外来

平成28年10月1日より午前診の受付が8:00~11:30となっております。

H28.11改訂

<午前診>受付 8:00~11:30 診察 9:00~12:00

<午後診>受付 13:00~15:00 診察 13:30~15:30

※月2回 京都大学医学部附属病院 不整脈科 静田先生が来院されます。

※ステントグラフトのご相談は田崎医師まで。

※ペースメーカー外来 毎月第3金曜日 午後(予約制)

※下肢静脈瘤外来 毎週土曜日(受付11:00まで)

■循環器内科外来・心臓血管外来について

平素は格別のご高配を賜り、また患者様をご紹介頂き厚く御礼申し上げます。

さて、循環器内科及び心臓血管外科外来についてご紹介させていただきます。循環器内科外来につきましては村上(院長)・非常勤医師を除きまして、原則予約制となりますが、先生方よりご連絡頂きました際には、その医師が責任をもって診察させていただきます。

また、心臓血管外科に関しましても診察日以外でも可能な限り対応させていただきますのでいつでもご連絡下さい。

今後も地域医療機関との連携と患者サービス向上に努めて参りますので、よろしくお願ひ申し上げます。ご質問等がございましたら、お気軽に地域医療連携室までお問い合わせください。

地域医療連携室



■ご案内

○電車でお越しの方

JR能登川駅よりタクシーで20分、バスで25分
(市ヶ原〔角能線〕行き・湖東記念病院前下車)

近江鉄道八日市駅よりタクシーで20分、バス25分
(僧坊〔湖東線〕行き・湖東記念病院前下車)

○車でお越しの方

名神高速道路 八日市インターより15分
湖東三山スマートインターより5分

駐車場: 150台

料金: 無料

※駐車場内での事故、盗難、破損につきましては病院側では一切責任を負いませんのでご了承ください。

心臓血管センター 湖東記念病院

地域医療連携室 TEL 0749-45-4512
FAX 0749-45-3335

ホームページアドレス
URL <http://www.subarukai.jp/>

〒527-0134 滋賀県東近江市平松町2番地1
TEL 0749-45-5000 FAX 0749-45-5001