

日本 IVR 学会 国際交流促進制度

CIRSE2006 参加印象記

東海大学医学部 画像診断学 小泉 淳

私にとって最初で最後のチャンスとなる日本 IVR 学会国際交流促進制度を利用させていただき、イタリアのローマで9月9日から13日まで開催された CIRSE 2006 に参加・発表させていただきました。今回は当施設から合わせて4題の発表が通り、若者たちへの旅費として全員に応募してもらったのですが、最年長の私に哀れみをかけていただいたためか若者2人が落ち、しかも当選したもう1人が一身上の都合により参加できず、学会および会員にご迷惑をおかけしてしまったことを深く謝罪申し上げます。

前回のフランストゥールーズの Joffre 会長が自国のニースという国際的リゾート地で開催された CIRSE 2005 と異なり、今回はオーストリアウィーンの Lammer 会長でありながらイタリアのローマで開催となったのは、毎年ウィーンで ECR が開催されることを考慮に入れたのではないと思われるが、おかげでうちの若者たちはローマの文化遺産をふんだんに楽しめたようである。

さて本題の中身であるが、今回の目玉のひとつが TASC II であった。これに関しては、Norgren により TASC II の概略が紹介された。2000年に発表された前回の TASC (TransAtlantic Inter-Society Consensus for the Management of PAD) が、その名のとおりに大西洋をはさむ欧州と北米の学会が作成したものであったのに対し、TASC II では日本、オーストラリア、南アフリカの代表者もその作成に参加した。また EBM を原則としながらも、プライマリケア医に使いやすくするために evidence level を3つに整理 (A: 無作為化臨床試験により有用性が証明されているもの、B: 信頼できる臨床試験であるが、質の高い無作為化臨床試験ではない試験の結果に基づく推奨、C: 権威ある専門家の意見、臨床経験に基づくもの) し、記述・参考文献も簡略化して積極的に専門家以外にも普及を図ることが目指されている。また心血管、脳血管疾患と

下肢虚血を検討した CoCaLis (A clinical Approach to the Management of the Patient with Coronary [Co] and / or Carotid [Ca] Artery Disease who present with Leg Ischemia [Lis]) 試験を含めた点も異なる点である。

続いて具体的疫学と生活習慣を含めた intervention 以外の治療が Clement によって解説された。PAD (Peripheral Arterial Disease) の基礎となる動脈硬化は全身で進行する病変であり、高頻度に冠動脈疾患や脳梗塞を合併し、生命予後はこれらの疾患によって左右される。実際、跛行患者の約40%は狭心症を有し、冠動脈造影をすると有意な異常を呈する率は90%にも達し、冠動脈疾患での死亡率は65%であり、脳血管疾患での死亡率は10%でお互いに強く関連するものであることが示された。また重症下肢虚血 (CLI) ではさらに死亡率が高いことが示された。PAD 発症の危険因子としては、糖尿病 (空腹時血糖値 > 126 mg/dl, 食後血糖値 > 198 mg/dl) と喫煙が3~4ともっとも高いオッズ比を呈し、高血圧、高脂血症 (総コレステロール > 250 mg/dl, LDL > 155 mg/dl) が2前後を示した。ほかには55歳以上の男性、65歳以上の女性、肥満 (胴回り男性 > 102 cm, 女性 > 88 cm), CRP 1 mg/dl 以上などが列挙された。

また ABI (足関節/上腕血圧比) が症状の有無にかかわらず予後に強く関連したことから、心血管病危険因子を有する50~69歳および70歳以上の高齢者では全例で測定することが望ましいとした。

次に PAD の治療では、医療スタッフ監視下における運動療法と禁煙の2つの生活習慣改善と、高血圧、高脂血症、糖尿病に対する薬物治療、および抗血小板剤に言及した。

まず運動療法であるが、天候に左右されず、しかも運動中の心血管リスクを避けることが可能な医療スタッフ監視下における週3回の運動療法プログラムの有用性が勧告された。

禁煙に関しては、禁煙プログラム、

グループカウンセリング、Bupropion などのニコチン補充療法、抗うつ薬の使用などを推奨した。

高血圧、糖尿病、高脂血症の治療指針は欧米の主要なガイドライン同様であるが、糖尿病の治療では HbA1c を7%未満に、高脂血症については LDL-コレステロールを 100 mg/dl 未満、冠動脈疾患など他の心血管病を合併する場合には 70 mg/dl 未満を治療目的とした。高血圧の薬物療法としては、HOPE study をうけて微小循環を改善する Ramipril などの ACE 阻害薬や AT-1 阻害薬を、また高脂血症治療薬としては The Heart Protection study をうけて Simvastatin などの Statin を推奨した。また症状のあるなしにかかわらず PAD では抗血小板剤の投与が推奨されており、冠動脈疾患や頸動脈狭窄病変を伴う症例に対してはアスピリンが第一選択として evidence level A が与えられたが、合併しない PAD に対しては evidence level C にとどめられた。一方、CAPRIE 試験での PAD に対する有効性や、CHARISMA 試験でのアスピリンとの併用で中等度の出血が増加していたものの、Clopidogrel については他の血管病合併にかかわらず evidence level B が与えられた。また vasoactive drug として、Cilostazol と Naftidrofuryl がともに evidence level A の有効性が与えられ、特に我が国で開発された Cilostazol は抗血小板作用もあるため、跛行患者の第一選択薬としてまず3~6ヶ月使用すべきであるとされることとした (evidence level A)。

最後の締めめに、これら生活習慣改善策と薬物療法が必ずしも intervention を除外するものではなく、相補的であることを聞き、少し安堵することができたのは私だけであろうか？

続いて Lars による PAD 治療のアルゴリズムが示された。このあたりは前回の TASC を踏襲しているが、あらためて重症下肢虚血 (CLI) を再定義した。すなわち、下肢動脈閉塞性病変に起因する安静時疼痛、潰瘍または壊疽が認められる疾患である。この時点で専門医へ患者をゆだねるべきであるとしている。実際ここまではほとんど内科医の仕事であるが、TASC II がプライマリケア医を念頭に作られたものであるから当然といえよう。ここからがわれわれ interventionalist が活躍するところと思われるが、この CLI が確定した後のアルゴリズムが少しおかしい。まずい

きなり血行再建をするかどうかを振り分け、血行再建する患者にDuplex、血管造影、MRA、CTAなどの画像診断を行い適切な血行再建を行うとしている。実際には血行再建できるかどうかの決定に画像診断が必要で、振り分けの前に画像診断をもって来るべきと思うのはわれわれ放射線科医のみならず血管外科医でもそうではないかと聞いてみたくなるところである。いずれにせよアルゴリズムでは、血行再建の適応からはずれた患者のうち、病変が安定していればそのまま内科的治療、疼痛が耐え難く感染が拡大するようであれば患肢切断、とされている。

PADに対する血行再建の適応は、前述の運動療法や薬物療法による改善が不十分であり、リスクよりも得られる利益が十分に大きい場合としているが、血管内治療にするのか外科的再建術を行うのかの一般原則として、短

期および長期の症状改善効果が同等と考えられる場合は侵襲度の低い血管内治療を優先すべきと明言されたのはinterventionalistからみると一歩前進のように思われる。しかし筆者が今年6月にリスボンで開催された国際脈管学会で見たように、血管外科医がプライドをかなぐり捨てて血管内治療を放射線科医から奪回しよう、という動きと深い関連を感じる。PTCAが放射線科医の手から離れてPCIと称されたように、将来のinterventional radiologistからvascular interventionがなくなる日が来ないようにするためには、われわれ放射線科医もこのTASC IIにあるプライマリーケアから参画しなければならぬのであろうか？ 原則血管内治療となるType A、外科的再建術が原則となるType D、そしてどちらかというも前者が推奨されるType B、後者が推奨されるType Cの形態分類も技術の

進歩にあわせて改変されているが、詳細は近く刊行される成書をご覧ください。

今回のCIRSEの中で思ったことは、われらが同胞である堀先生が開発されたHepasphereにDrug elutingしたTACE報告が欧州から報告されたことや、magna cum laudeを始め日本からの受賞者が半数を占めたことは誇らしかったものの、ドイツやスペイン、イタリアなどの欧州のみならず、シカゴといった米国のグループからも、beta-emitterである ^{90}Y triumを用いたmicrosphereを用いたSIRT (selective internal radiation therapy) が、門脈腫瘍塞栓を伴うadvanced HCCにも著効している報告を聞くと、日本のオハコであったHCCにおいてさえも、遅れた行政のために臨床の現場ではどんどん世界から取り残されて行く強い焦燥感を感じざるを得なかったことである。