



企画にあたって

中村 正人

(東邦大学医療センター大橋病院循環器内科教授)

経皮的冠動脈インターベンション (PCI) の黎明期には，冠動脈狭窄の重症度は視覚的な狭窄度評価，解剖学的複雑性は ACC/AHA の Class 分類で評価されてきた。しかし，治療デバイスが進歩しデバイス治療間での優劣が重要になると，視覚的な狭窄度評価では不十分であり，定量的な冠動脈造影による狭窄度評価が必要となった。冠動脈疾患の重症度評価は1枝，2枝，3枝といった病変枝数により分類されてきたが，薬剤溶出性ステント (DES) を用いた PCI が標準となり冠動脈バイパス術 (CABG) との優劣が改めて問われるようになると，病変形態を一つ一つ評価し，それを合算した SYNTAX スコアで評価されるようになった。

このように，血行再建の歴史においては解剖学的な評価に基づいた治療戦略決定，有効性評価が中心であったが，評価方法は時代とともに進化してきた。しかし，解剖学的な評価に基づいた PCI に代わって，機能的な狭窄評価に基づいた PCI が大きくクローズアップされることになった。これまで解剖学的高度狭窄は虚血を示唆すると判断されてきたが，fractional flow reserve (FFR) を用いた臨床研究で，解剖学的な狭窄度評価と機能的な狭窄評価の間では mismatch, reverse mismatch が多く，解剖学的な狭窄評価は gold standard にはなりえないことが判明したからである。加えて，機能的有意狭窄ではない病変は薬物療法で経過観察すること (PCI の defer) が妥当な治療戦略であることが示され，機能的な狭窄評価に基づいた PCI は，造影ガイドの PCI よりも無駄な PCI を減らすのみでなく予後も改善することが報告されたからである。背景には optimal medical therapy の概念の確立があり，不適切な PCI が少なくないとの指摘が世界中で聞かれたことが挙げられる。

近年，SYNTAX II 試験で機能的狭窄評価に基づいた PCI の位置付けは一步前進したが，ORBITA 試験，ISCHEMIA 試験によって PCI の意義，虚血評価の意義が改めて問われることになった。そこで，本誌では虚血の評価について再度考えてみることにした。各領域のエキスパートの先生方にお願ひし，虚血をいかに診て，識り，治すか重要なポイントをコンパクトにまとめていただいた。非常に読み応えのある内容となっている。頭の整理に役立ち，明日からの臨床の一助となることを期待している。