

旭労災病院ニュース

病院情報誌 第 72 号 平成 23 年 11 月 1 日発行

発行所：旭労災病院

〒488-8585

尾張旭市平子町北61番地

TEL 0561-54-3131

FAX 0561-52-2426

<http://www.asahih.rofuku.go.jp/>

新世代冠動脈内ステントの登場

循環器科部長 鈴木 章古



心臓カテーテルインターベンション (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) において薬剤溶出性ステント (Drug Eluting Stent, DES) の登場は再狭窄率を著明に低減させました。その一方で長期にわたってステント内面に血管内皮細胞が生着せず金属素材が露出した状態にあることが原因と考えられる遅発性ステント血栓症を予防するためにアスピリンとクロピドグレル (またはチクロピジン) の 2 種類の抗血小板薬の内服 (何でも略語にしたがる循環器医は Dual AntiPlatelet Therapy, DAPT と呼びます) は必須となり、遠隔期の非心臓手術や消化管内視鏡時の生検、外傷時などの出血性のリスクが問題となっています。遅発性ステント血栓症の発生率は DAPT を行なっていれば一年あたり 0.3% 以下との報告が多く、大部分の患者では再狭窄に悩まされないメリットのほうが大きいと考えられますが、万が一ステント血栓症を発症した場合には急性心筋梗塞から突然死に至る可能性もないとはいえ長期にわたって DAPT を継続している場合が多いのが現状です。

最近、使用可能となったテルモ社製 NOBORI®ステントは外面すなわち血管壁に接触する側のみに薬剤を塗布し、内面すなわち血液と常時接触する血管内腔側はステンレス素材がむき出しの状態となっている製品です。これまでの研究で薬剤コーティングがないステントの内面は数ヶ月後には血管内皮細胞で覆われることがわかっています。すなわち1年も経てば NOBORI®ステントの内面には血管内皮細胞が生着することが期待され、実際ヨーロッパで行われた臨床検討では血管内皮細胞の生着は予想通りで、なおかつ、再狭窄率は他の DES と同等に低いままに保たれていたと報告されました。つまり NOBORI®ステントを留置した場合は PCI 後1年経過すればクロピドグレル (またはチクロピジン) を中止しアスピリン1剤のみで治療することが可能となると考えられます。

加齢黄斑変性の治療 後編



眼科部長 丹羽 慶子

地震、津波、水害、、、自然の猛威に驚く今日このごろです。被害を受けられた方々、関係者の方々にお見舞い申し上げます。

今回も前回に引き続き、滲出型加齢黄斑変性症の治療についてお話します。

病変の原因になっている脈絡膜新生血管(以下 CNV)は、VEGF(血管内皮増殖因子)が放出されることにより発生します。抗 VEGF を硝子体内に注入することにより CNV を沈静化させる抗 VEGF 療法が3年ほど前から始まりました。

抗癌剤でもあるアバスタチン®で効果が確認され、その後マクジェン®、ルセンティス®の2剤が保険適応となり、現在は主にルセンティス®が使用されています。ルセンティス®は、導入期として、月に1回、3ヶ月連続して注入し、その後、悪化時に追加投与する(維持期)方法が現在一般的です。病変の大きさ、病型によって成績は多少異なりますが、導入期終了時には、20%以上で改善、70%で不変と、90%以上で維持(改善+不変)できています。これは、前回お話したPDT(光線力学療法)よりやや成績がよく、また日光過敏症などによる制限もなく、簡易に行える印象です。

しかし、眼内炎などの合併症、薬価が高額であることなどを考えると、維持期における注入追加のタイミングが問題となってきます。再発を繰り返す症例や、病型によっては、PDT と抗 VEGF の併用療法も行われています。また、維持期1年、2年の成績が徐々に低下していく傾向もみられ、まだまだ治療方法も検討が必要です。

抗 VEGF 剤は現在、糖尿病網膜症、網膜静脈閉塞症などの新生血管や黄斑浮腫に対しても治験が行われており、今後いろいろな疾患、病態に使われる可能性が高いと思われます。

当院では、大学病院と連携しながら、ルセンティス®硝子体内注入を行っています。脳梗塞がある場合は慎重投与となりますが、病変が小さいうちの早期治療の方が成績がよいため、変視、中心暗点などの症状がみられる場合は、早めの受診をおすすめします。

