シンポジウム

1. Mega trialの結果を受けて（ISCHEMIA・COURAGE・ORBITA・J-ACCESS）

日本大学病院　循環器内科
松本　直也

COURAGE研究の衝撃は、至適内科療法群と血行再建術＋至適内科療法群の予後が変わらないというものであった。更にその核医学サブ解析では負荷誘発性の虚血心筋量の大きい症例ほど血行再建術の恩恵を受けやすいと報告された。振り返ると1990年代は血管の狭窄があれば血行再建術の適応ありとされた。その後2000年代は定性的にみて虚血心筋があれば血行再建術が考慮される時代であった。近年は虚血心筋の定量化が血行再建治療選択に寄与する時代となった。

ISCHEMIA試験の概要は、負荷誘発性の虚血心筋量が中等度以上の症例においても至適内科療法群と血行再建術＋至適内科療法群の予後が変わらないというものであった。本試験の結果を受け血行再建を受ける予定の安定型狭心症患者へのインフォームドコンセントが変化するかも知れない。つまり、「狭心症状は血行再建によって改善するが、将来の心事故比率は変わらない。むしろ血行再建後早期には一過性に治療手技依存性の心事故が増える可能性もある」という内容にである。二重盲検比較試験であるORBITA試験では冠血行再建術がプラセボ手技に対して運動耐容能を改善しなかったが、重症虚血患者のQOL改善が侵襲的方針群で優れていたため冠動脈疾患が安定していても症状を訴える患者には福音と考えられ、ISCHEMIA試験における症状の改善と類似していた。また本邦で行われた多施設共同前向き試験であるJ-ACCESS 4研究では虚血心筋量定量化により5%以上の虚血心筋の減少が予後改善の目安とされた。虚血心筋量定量化は予後を反映する一つの指標であるが、冠微小血管の予備能を見るための冠血流予備能（CFR）も虚血心筋量とは独立して予後を反映する指標でありCFR計測も予後改善に重要である。

講演ではこれらに加えて近未来における理想的な非侵襲的検査法について述べたい。

略 歴

1989年　日本大学医学部 卒業
　　駿河台日本大学病院 循環器科勤務
　　同　大学にて医学博士号取得
1988年　シーダスサイナイメディカルセンターにリサーチフェローとして留学
2000年　米国心臓核医学会認定取得（日本人初）
2001年　駿河台日本大学病院 循環器科勤務
2007年　日本大学医学部内科学系循環器内科学分野 助教
2008年　駿河台日本大学病院 生理機能検査室長 就任
2010年　第11回日本心臓核医学会賞 受賞
　　日本大学医学部同窓会学術奨励賞 受賞
2011年　日本大学医学部内科学系循環器内科学分野 准教授
2014年　日本大学医学部内科学系循環器内科学分野 教授
2019年　日本大学病院 循環器病センター長
　　現在に至る