「冠動脈インターベンションの最前線」

木村 剛[1,*]　住吉 徹哉[2]
Takeshi KIMURA, MD, FJCC[1,*], Tetsuya SUMIYOSHI, MD, FJCC[2]
[1]京都大学医学部附属病院循環器内科，[2]榊原記念病院循環器内科

日本において薬剤溶出性ステントが導入されて7年が経過した．冠動脈インターベンション（PCI）開発以来の重要な問題であった再狭窄については，その頻度はかなり減少したものの遅発性ステント血栓症や遅発性再狭窄などベアメタルステントの時代には稀とされていた問題点の存在も明らかにされている．これらの問題を解決の方向に導くため第2世代の薬剤溶出性ステントの導入も開始され，Everolimus溶出性ステントはPaclitaxel溶出性ステントに比べステント血栓症ならびに標的病変再血行再建を有意に減少させることが報告された．また生体吸収性ポリマーを用いた薬剤溶出性ステント（Biolimus溶出性ステント）の使用も始まり，また完全生体吸収性薬剤溶出性ステントの国際治験への登録も国内で開始された．今後の薬剤溶出性ステントの進歩により，遅発性ステント血栓症や遅発性再狭窄などの問題点が解決されることを期待したい．

また薬剤溶出性ステントの導入によって，従来バイパス手術（CABG）で治療されていた患者もPCIで治療されるケースも増加している．しかしながら重症冠動脈疾患におけるPCIとCABGの適切な棲み分けについてはコンセンサスが得られていない．SYNTAX試験の3年追跡結果では左主幹部疾患患者ではPCIとCABGの間で死亡/心筋梗塞/脳卒中の発生率に差がない一方で，3枝疾患症例では死亡/心筋梗塞/脳卒中の発生率葉PCI群で有意に高いと報告された．左主幹部や3枝疾患におけるPCIの適応については，日本人における長期成績，特に生存率についての成績を評価することが必須である．

*京都大学医学部附属病院循環器内科
606-8507 京都市左京区聖護院川原町54
E-mail: taketaka@kuhp.kyoto-u.ac.jp