

第75回日本循環器学会総会学術集会
ファイアサイドセミナー
「冠攣縮性狭心症の最新知見」

セッション番号：FS-6

日程：2011年8月3日（水）

会場：第7会場（会議センター 313+314）

開催時間：19:00～21:00

座長：小川 久雄（熊本大学 循環器病態学）

下川 宏明（東北大学 循環器内科学）

共催：日本心臓財団・冠攣縮研究会

1. 開会の挨拶 (19:00～19:05)
熊本大学 小川久雄

2. 演題 (19:05～20:25) (各 20 分)
 - 1) 冠攣縮研究会事務局・東北大学・安田聡：冠攣縮と院外心停止
 - 2) 愛媛県立新居浜病院・末田章三：誘発冠動脈異常反応陽性例の推移—過去 17 年間の 2093 例の薬物誘発負荷試験の検討から
 - 3) 横浜市立大学附属市民総合医療センター・小菅雅美：たこつぼ型心筋症の心電図学的鑑別
 - 4) 東北大学・下川宏明：虚血性心疾患診療における冠攣縮の重要性

3. パネルディスカッション (20:25～20:55)

4. 閉会の挨拶 (20:55～21:00)
東北大学 下川宏明

冠攣縮と院外心停止

安田 聡

冠攣縮研究会事務局

東北大学 循環器内科学

我が国の院外での心原性心停止の発生件数は、全国ベースで年間数十万件と推定されており、近年増加傾向にある。一方で自動式対外式除細動器(AED)の普及もあって、院外心停止の救命率も近年向上している。心原性心停止の主たる原因は急性冠症候群によるものであるが、このような器質的な異常を必ずしも伴わない=正常冠動脈造影を呈する患者群も少なからず認められるようになった。心臓性突然死剖検例での検討でも、日本人では、冠動脈の有意病変が明らかではなかった症例の頻度が高いことが報告されている。

冠攣縮研究会(<http://csa.cardiovascular-medicine.jp/>)では、総計 1521 例の後向き研究を行った。38 例の院外心停止蘇生例の登録があり、患者背景・治療内容・予後に関する貴重なデータが集積された。心停止に関する詳細な病態の解明、冠攣縮のコントロールの目安となるような症状以外の客観的指標、薬物療法の工夫、植え込み型除細動器(ICD)の適応など、取り組むべき課題は多い。生死に関連したこの重要な問題に対して、更に多くの症例を全国レベルで集積・分析していくことが望まれる。

誘発冠動脈異常反応陽性例の推移

—過去 17 年間の 2093 例の薬物誘発負荷試験の検討から

末田 章三, 河野 浩明, 坂上 智城, 羽原 和宏

愛媛県立新居浜病院 循環器科

我々は、1991 年から 2007 年までに薬物誘発負荷試験を 2093 例に施行した (ACh: 1198、ER: 895)。ACh・ER 負荷試験は既存の方法で施行し、冠動脈の異常反応は一過性の 90%以上の冠収縮を呈した場合と定義した。1991-2007 年を前期(1991-2000)と後期(2001-2007)に分類し、冠危険因子と誘発冠動脈異常反応陽性率を比較検討した。後期で、高血圧・脂質異常症・糖尿病が有意に増加し、血清 TC/TG/BS の上昇も認めた。ACh における冠動脈異常反応陽性者は、前期が 34%、後期は 60%と有意の増加を認めた。しかし、ER における冠動脈異常反応陽性者は変化を認めなかった(31.9% vs. 30.7%)。ACh では、多枝冠動脈異常反応陽性者も後期で有意の増加を認めた。1991 年当時は、ACh における冠動脈異常反応陽性者は、約 30%前後であったが、年々増加傾向を認め、2007 年には、約 70%の陽性率を認めた。メタボリック症候群患者急増に伴い、我々日本人の冠動脈異常反応陽性者も急増している。また、1991-2007 年における自験例の冠攣縮性狭心症の診断推移もまとめたが、減少は認められなかった。

たこつぼ型心筋症の心電図学的鑑別

小菅 雅美

横浜市立大学附属市民総合医療センター 循環器内科

たこつぼ型心筋症の症状は急性心筋梗塞の症状と類似し、また急性期心電図では前胸部誘導を中心に ST 上昇を認め、急性前壁梗塞との鑑別にしばしば苦慮する。両者の判別は、治療方針の決定・予後予測において重要であり、特に急性期においては再灌流療法の適応を決定する上で問題となる。我々は、前胸部誘導で ST 上昇を認める発症 6 時間以内の急性前壁梗塞 342 例とたこつぼ型心筋症 33 例で、両者を心電図で鑑別する方法を検討した。ST 上昇は、急性前壁梗塞では左前下行枝の灌流域を反映し V1-4 誘導を中心に分布し、一方、たこつぼ型心筋症では心尖部を中心とした壁運動異常を反映し -aVR 誘導を中心に分布していた。aVR 誘導の ST 低下 (= -aVR 誘導の ST 上昇) を認め、かつ V1 誘導で ST 上昇を認めない場合はたこつぼ型心筋症とすると、その感度は 91%、特異度は 96% と良好であった。たこつぼ型心筋症は発症機序を含め未だ不明な点が多い。本講演では心電図からたこつぼ型心筋症の病態について考えてみたい。

虚血性心疾患診療における冠攣縮の重要性

下川 宏明

東北大学 循環器内科学

冠攣縮が日本人の虚血性心臓病の成因に深く関与していることは広く知られている。冠攣縮の頻度は日本人に高く、少なくとも欧米人の 3 倍以上と考えられているが、一方最近の知見では、冠攣縮の頻度はアジア人全般に高い可能性が指摘されている。冠動脈インターベンションが広く行われるようになった昨今では、ともすれば冠攣縮の重要性が見落とされがちである。また、冠攣縮には、顕著な人種差の成因も含めて、未解決の問題が数多く残されている。

このような現状を踏まえて、われわれは、2006 年に冠攣縮研究会を発足させ、冠攣縮に関する臨床経験を共有するとともに、未解決の問題を解明する活動を行ってきた。参加施設も現在、68 施設まで増加し、研究体制が整った。まず後ろ向き研究を実施し、1,500 例を超える症例が登録された。この登録研究は、2008 年に発表された「冠攣縮性狭心症の診断と治療に関するガイドライン」（班長：小川久雄熊本大学教授）の診断基準に準拠している。たこつぼ心筋症・微小血管狭心症を含めた症例を前向きに登録するとともに、今後人種差の解明を目指して国際共同研究を開始する予定である。

今回、日本循環器学会ファイアサイドセミナーとして、「冠攣縮性狭心症の最新知見」を企画した。多くの関係者に冠攣縮に興味を持っていただき、本症の診断と治療の一助となれば幸いである。



第75回日本循環器学会総会・学術集会 ファイアサイドセミナー 6

冠攣縮性狭心症の最新知見

2011年8月3日（水）19時～21時
パシフィコ横浜会議センター3階 第7会場（FS-6）
座長：小川 久雄（熊本大学 循環器病態学 教授）
下川 宏明（東北大学 循環器内科学 教授）

1. 冠攣縮と院外心停止：冠攣縮研究会登録研究から
安田 聡（冠攣縮研究会事務局）
2. 誘発冠動脈異常反応陽性例の推移
— 過去17年間の2093例の薬物誘発負荷試験の検討から
末田 章三（愛媛県立新居浜病院）
3. たこつぼ心筋症の心電図学的鑑別
小菅 雅美（横浜市立大学附属市民総合医療センター）
4. 虚血性心疾患診療における冠攣縮の重要性
下川 宏明
5. パネルディスカッション

ファイアサイドセミナーは整理券を発行いたします。
整理券をお持ちの方より優先的にご入場いただけます。
なお、整理券はセミナー開始10分後に無効となりますので
ご注意ください。

共催：第75回日本循環器学会総会・学術集会
冠攣縮研究会

後援：（財）日本心臓財団