

第14回 肺高血圧治療談話会 (旧:肺高血圧症治療研究会) 開催のご案内

テーマ

日本における肺高血圧治療の現況と課題
～第14回肺高血圧症治療研究会ハイライト～

日時

2013年10月14日(月・祝) 14:10～15:40

会場

慶應義塾大学 日吉キャンパス 協生館 藤原洋記念ホール (第1会場)
〒223-8526 神奈川県横浜市港北区日吉4-1-1 Tel:045-564-2500

座長

国枝 武義 先生(国際医療福祉大学臨床医学研究センター教授/化学療法研究所附属病院循環器内科)
佐藤 徹 先生(杏林大学医学部循環器内科教授)

平成12年に、わが国の肺高血圧症の治療を推進すべく設立された肺高血圧症治療研究会も今年で14年目を迎えることになった。これまで、難病、肺高血圧症の治療に少なからず貢献してきたが、本年、国際的視野に立って、日本肺高血圧学会(JPHS)が設立され、第1回学術集会が開催されることになった。新しく組織された学会理事会の承認を得て、第14回肺高血圧治療談話会(旧肺高血圧症治療研究会)と名称を変えて、シンポジウム形式で継続することになった。今年度は、例年通り6月8日には、既に第14回肺高血圧症治療研究会を開催しているので、そのハイライトとして、今回のシンポジウムが企画された。新しい肺高血圧治療談話会の出発点として、各分野のエキスパートに講演いただくことになった。現時点におけるわが国の治療レベルと肺高血圧症の治療に関する考え方の基本が理解できるものと考えている。

代表世話人 国枝 武義

プログラム

Keynote Lecture

14:10 - 14:20

肺高血圧治療の歴史と新規肺血管拡張薬の特徴

国枝 武義 先生(国際医療福祉大学臨床医学研究センター教授/化学療法研究所附属病院循環器内科)

講演 1 (発表15分、質疑応答5分)

14:20 - 14:40

我が国における肺高血圧治療の変遷

京谷 晋吾 先生(京谷医院)

講演 2 (発表15分、質疑応答5分)

14:40 - 15:00

膠原病に伴うPAHの治療戦略 ～ステロイド薬・免疫抑制薬の使い方

田中 住明 先生(北里大学医学部膠原病・感染内科学診療准教授)

講演 3 (発表15分、質疑応答5分)

15:00 - 15:20

呼吸器疾患に伴う肺高血圧症の治療のポイント 血管拡張薬の使い方

田邊 信宏 先生(千葉大学大学院医学研究院呼吸器内科学准教授)

講演 4 (発表15分、質疑応答5分)

15:20 - 15:40

慢性血栓塞栓性肺高血圧症に対する肺動脈形成術

佐藤 徹 先生(杏林大学医学部循環器内科教授)

共催

第1回日本肺高血圧学会学術集会/東レ株式会社
一部運営に、アステラス製薬株式会社・科研製薬株式会社のご援助を頂いております。

Keynote Lecture

肺高血圧治療の歴史と新規肺血管拡張薬の特徴

国枝 武義 先生(国際医療福祉大学臨床医学研究センター教授/化学療法研究所附属病院循環器内科)

原発性肺高血圧症(PPH)の予後が極めて不良であることから、歴史的にみて、血管拡張薬が開発されるたびに、PPHに試用された。そして、急性効果で有効とされた薬剤も本症の予後を改善する作用はなかった。それでは、PGI₂に始まる新規治療薬は従来薬と何処がどのように違うのかの理解が最も重要である。

それは、端的に言えば“薬剤”の急性効果と慢性効果(8~12週以降)は違うということである。薬剤の急性効果と慢性効果の区別を明確に確認できるのは、肺血管作動薬のみである。肺の場合、体血管をコントロールとして可能なのである。即ち、新しい肺血管拡張薬の作用は、急性期には、体と肺の両血管を拡張するが、PPHでは、体血管の拡張作用が圧倒的に優位である。しかし、慢性期には、体血管拡張作用は消失し、肺血管にのみ拡張作用が持続するのである。ここが体血管拡張薬(降圧薬)との決定的違いである。これが分かれば、新規薬剤の使用法は自明の理である。

講演 1

我が国における肺高血圧治療の変遷

京谷 晋吾 先生(京谷医院)

肺動脈性肺高血圧症は肺細小動脈の血管壁肥厚による器質的変化と血管攣縮による狭窄が生じることにより肺血管抵抗が増加しており、長年治療困難な予後不良疾患とされてきた。

1980年台になりプロスタサイクリンを生合成したエポプロステノールが開発され、画期的な治療効果を得ることができ、本症治療の大きな転機となったが、本剤は在宅でも持続静注治療が必要で普及には困難があり、また我が国では1999年まで認可を待つ事になった。

我が国で開発されたベラプロストはプロスタサイクリン作動薬であり、1992年に慢性動脈閉塞症治療薬として発売されたが、肺高血圧症にも有効で、経口投与可能なこともあり広く使われ、その後徐放剤も開発された。2005年にはエンドセリン受容体拮抗剤であるボセンタン、アンプリセンタン、2008年にはPDE5型阻害剤であるシルデナフィル、タダラフィルが発売され、併用療法も含め、多様な治療が可能になった。

講演 2

膠原病に伴うPAHの治療戦略 ~ステロイド薬・免疫抑制薬の使い方

田中 住明 先生(北里大学医学部膠原病・感染内科学診療准教授)

膠原病に伴うPAHの治療戦略において、最大の特徴は免疫抑制療法である。膠原病に伴うPAHに対する本邦の治療アルゴリズムでは免疫抑制療法の検討を推奨している。特にPAH発症早期や軽症例で、疾患活動性の高い混合性結合組織病や全身性エリテマトーデスでは有効な例が多い。しかし、多臓器疾患である膠原病は病状や重症度の組み合わせは極めて複雑なため、このアルゴリズムを個々の症例に合わせて使用する必要がある。その際に大切なことは、まず免疫抑制療法の目的を可能な限り明確に行うことである。PAH自体の治療、PAH増悪因子となる膠原病の疾患活動性に対する治療かなどである。次に大切な点は、その効果を長期にわたり継続して確認していくことである。これらに留意して様々な症例を経験することは、より高いエビデンスの治療アルゴリズムを作成し、そして症例に適応させる臨床の柔軟性を高めることに役立つと考える。

講演 3

呼吸器疾患に伴う肺高血圧症の治療のポイント 血管拡張薬の使い方

田邊 信宏 先生(千葉大学大学院医学研究院呼吸器内科学准教授)

COPDや間質性肺炎では、換気機能の悪化、低酸素の進行とともに肺高血圧症を合併し、在宅酸素療法の有効性が示されている。一方、換気機能障害の程度に比して高度の肺高血圧症、平均肺動脈圧 ≥ 35 mmHgの重症PHを呈する群の存在が報告されている。ASPIREレジストリーでは、呼吸器疾患に伴うPH(R-PH)でも約半数の例で肺血管拡張薬が使用されていたが、その予後は不良とされた。PDE-5Iは換気血流不均等の悪化が少ない点、R-PHにおいて有利である。一方、アンプリセンタンは、PHを含む間質性肺炎例で、症状増悪のための入院が増加することが報告されたため、その使用に際しては注意を要する。わが国の後向き研究においても、重症R-PHの76%で肺血管拡張薬が使用され、PDE-5Iが61%と最も多かった。基礎疾患によってPDE-5Iの生存率への影響に差がみられ、ERAとの併用群の予後が最も良好であった。以上を踏まえ治療のポイントについて概説したい。

講演 4

慢性血栓性肺高血圧症に対する肺動脈形成術

佐藤 徹 先生(杏林大学医学部循環器内科教授)

2000年初頭にアメリカのハーバードグループによって慢性肺血栓性肺高血圧症20例に対する肺動脈形成術の成績が発表された。効果はあるが合併症の比率が高く標準的治療法として発展させるのは難しいという評価が下された。我々は2008年に高齢等で肺動脈血栓内膜摘除術の適応から外れる症例に対して肺動脈形成術を開始したが、その中でも心不全が内科的治療で改善できない症例に限定して施行していた。その後岡山医療センターの松原先生が積極的に適応を拡大していることを学会、研究会での情報交換によって知り、2009~2010年にかけて徐々に適応を拡大していった。そして現在まで約90例、約300セッションの肺動脈血管形成術を施行してきた。死亡例も1例あり当初は大きい合併症も経験したが、現在ではほぼ大きい合併症は回避できるstrategyを確立できた。効果は著明で、手術と違って侵襲も少なく高齢者にも適応でき繰り返しできる等の利点もある。これらについて概説をしたい。