

このセッションでは、PCI 後の抗血小板剤の重要性、およびその副作用を中心として話が進んだ。

後藤先生の言うところでは、PCI は iatrogenic に冠動脈内に損傷を作成する非内科的な治療であり、その損傷やステントストラットによって血液の乱流が起こり、血栓の形成されやすい部分ができてくるとのことであった。また、損傷が治癒するのを遅らせる SES は、SAT の時期を遅らせている可能性があるとの考えを述べられた。また、late thrombosis 例では、抗血小板剤の中止が最も多いそうである。すなわち、抗血小板剤の継続は非常に重要であり、患者教育や開業医の啓蒙など中止しないような配慮も必要である。

現在のところチクロピジン は PCI の後療法として必要不可欠であるが、顆粒球減少、TTP、肝機能障害など life threatening な合併症が起こることを忘れてはならない。統計によると、BMS のころと比べ、重篤な合併症の頻度は変化がないようであるが、SES が late thrombosis の可能性をはらんでおり、BMS のときのように 1 ヶ月でチクロピジンを中止できない。重篤な合併症は 30-60 日のタイミングで起こっており、BMS 時代とは違って、チクロピジンの副作用による死亡を真摯に考慮すべきである。チクロピジン内服者は非内服者に比べて、TTP の発生頻度が、1/200 万人から 1/5000 人と 400 倍になっており、これは銘記すべきことである。また、日本人には肝機能障害が欧米より多いようである。

4 月からクロピドグレルが使用可能になるが、チクロピジンで認められた合併症がまったくなくなるわけではない。チクロピジンとクロピドグレルは化学構造が似ているため、チクロピジンで起こっていた副作用は起こりうる。さまざまなデータによると、副作用の頻度はチクロピジンの半分ぐらいとなるだろう。また、海外での GP IIa/IIIb inhibitor は、acute thrombosis の頻度を 20-50% 減少させるが、海外でのレジストリでは、7/2553 人が致命的な肺出血をきたしており、日本で使用できることになったとしても、この点に留意する必要がある。

最後に、PCI は抗血小板療法が必要不可欠であり、その薬剤による副作用に致命的なものがある以上は、利益と不利益のバランスをとって PCI の適応を決めるべきである、と締めくくられた。