

『川崎病と私』

その35



● 2015年3月7日(土) 第39回近畿川崎病研究会に参加された寺口正之先生
—編集部—

寺口正之

■ 中野こども病院
(現)寺口小児科クリニック

はじめに

このたびこのような機会を与えていただき、川崎病の子供をもつ親の会の浅井代表をはじめ会員のみなさまに感謝しております。「川崎病と私」は川崎先生をはじめ、錚々たる方々が執筆されており、まさか私に順番が回ってくるとは考えてもいませんでした。少し緊張して書いていますが、医師になってから今までに経験し感じたことを中心に述べたいと思います。

医師になってからの4年間

—川崎病患者さんとの出会い—

私は昭和58年に関西医大を卒業し、す

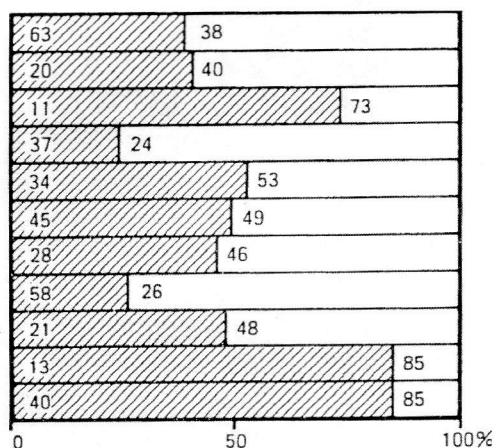


図1 65例における各種検査の鋭敏度

国立循環器病センターでの3年間
—川崎病重症冠動脈障害例の検討—

ここでは、まず「川崎病の高度狭窄性病変の心筋虚血についての検討」を行う事になりました。当時はまだたくさんさんの冠動脈瘤の発生があり、65例の

ぐに関西医大小児科に入局しました。昭和57年は、川崎病の流行年であり、1万人以上の発生があった年の翌年であり、経静脈的ガンマグロブリン療法(IVIG)がまさに始まった頃です。研修医の時には、MCLSと診断名を記していました。教授回診の時に、MCLSの患児から有名な「ハマジマパーティクル」が検出された!と言われても、ピンとこなかったのを思い出します。受け持った川崎病の患者さんはオーベンの先生の指示でIVIGを施行し無事退院し、症例検討会でなぜIVIGが効くのかを勉強したことも懐かしいです。大学で研修医を一年してから、大阪市の中野こども病院に向向した際に、週に一回ですが国立循環器病センターの先生が心臓外来をされており、小児の心臓病に興味を持つようになりまして。心エコーの診断ツールも当時はまだバルスドップラー法が開始したところであり、まず診断に興味をもちました。心エコーがうまくならない、心臓病のこどもをみたい気持ちから、国立循環器病センター小児科のレジデント生活が5年目から始まることになりました。

カルテから、冠動脈造影所見を以下に述べる検査所見から心筋虚血をどの程度検出できるかを検討しました。安静時心電図(ECG)、ベクトル心電図(VCG)、体表面心電図(MAP)、マスターダブル心電図(MD)、ジピリダモール負荷心電図(Dp ECG)、トレッドミル心電図(TM)、ホルター心電図(Holter)、心エコー(2DE)、心筋イメージング(MI)の所見をすべてみてみると、RIによる心筋イメージング(MI)、特に負荷心筋イメージング(Ex, Dp)の心筋虚血の検出率が高く有用な検査であることがわかりました(図1)。

図1の説明: ECG(安静心電図)の冠動脈狭窄の検出率は38%にとどまるが、MI(心筋イメージング)はRest(安静時)が48%であったが、Ex(運動負荷)が85%、Dpが(ジピリダモール負荷)85%と負荷心筋イメージングが最も高い検出率を示す。

心筋イメージングは今でさえ当たり前の検査であっても、その当時は新鮮であり、非常に有用であることがわかりました。このデータは日本川崎病研究会で発表しましたが、以降3年連続で日本川崎病研究会での発表の機会を得ました。

2年目は「川崎病冠動脈瘤内の血栓溶解療法について」、3年目は「川崎病の急性期に生じた腱索断裂による僧帽弁逆流の心エコー所見について」でした。振り返ってみると、まだ若い時代の経験した患者さんを掘り下げてみさせていたことが今の自分の根幹を支えているように思えます。

また、日本で初めての川崎病による冠動脈狭窄例に対するPTCAを主治医として経験しました。PTCAの当日にご指導いただいた神谷部長が、心カテーテル室に入ってから「歴史がかわる！」と言われたことは印象的でした。この患者さんのPTCAは成功し狭窄の改善は得られましたが、1年後には再狭窄をきたしACバイパス術を受けられました。昭和63年（1988年）ですから27年前のことでした。

中野こども病院・関西医大小児科の時代
—川崎病急性期治療の検討—

平成元年（1989年）からも、川崎病の患者さんとの出会いは続きました。急性期に巨大冠動脈瘤を形成した患者さんが、のちに心筋梗塞をおこし緊急でウロキナーゼによるPTCR（経皮的冠動脈内血栓溶解療法）と経静脈的TPAを使用し再開通を得た時は、少しほっとしましたが、のちにいわゆる閉塞後のセグメント狭窄をおこしました。巨大瘤の運命はこのような経過をたどることが、たくさん報告されていても実際に経験すると、巨大瘤が形成しないように何とかできないのかとの思いが強くなります。皆様もよくご存じのように、川崎病の急性期のほとんどの患者さんはIVIGの1回の治療でよくなるので、早期の診断とIVIGがキーですが、IVIG不応であれば動脈瘤の合併が高くなり、ごくまれに巨大瘤を形成することがあります。また、巨大瘤を残さないことが川崎病治療では最も重要

なことですが、全国集計でも経年的に年間の巨大瘤の発生数は減少していない事実があります。そこで、関西医大小児科と中野こども病院が中心になって、川崎病IVIG不応例に対し、2回目の治療（2nd-line treatment）としてステロイドパルス療法（MPT）が有効かを前方向的に検討しました。この結果は欧文紙に掲載されましたが、結論としては、2回目の治療としてステロイドパルス療法はつきりとIVIGの追加治療に比較して有効とはいえないものでした。フローチャートをご参照ください（図2）。

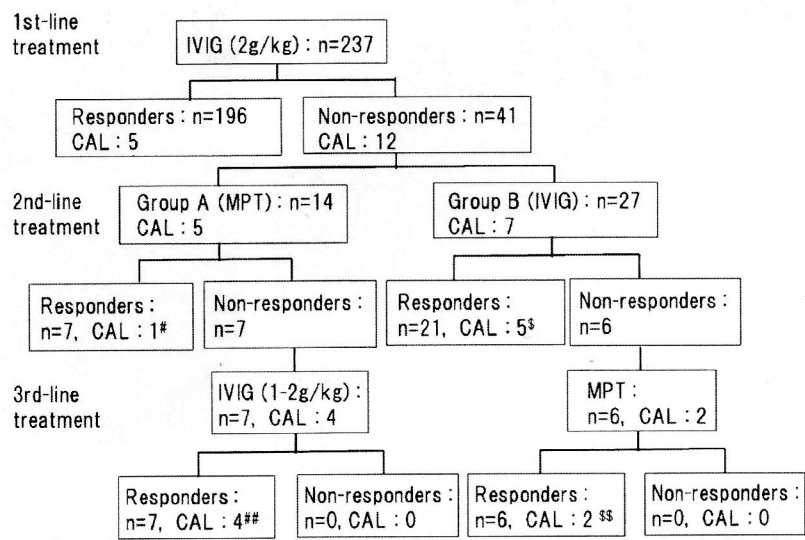


図2の説明：1st-line treatment（初期治療）は、IVIG 2g/kgで196例は有効（Responder）で、41例はIVIG不応例（Non-responder）でした。有効性の判断は治療後の解熱で判定していますが、2nd-line treatment（追加治療）はGroup AのMPT（ステロイドパルス療法）の14例かIVIGの27例でした。CAL（冠動脈病変）の発生率に差はありませんが、Group Aのステロイドパルス群では解熱効果がGroup BのIVIG群に比しありました。3rd-line treatment（3回目の治療）は、ステロイドパルス群はIVIGを、IVIG群ではステロイドパルスを行い、どちらも解熱効果がありました。そこで現在は、初期治療として、IVIGにステロイドパルスを併用する方法を症例の重症度を層別化して採用しております。まだ検討段階ですが、効果は十分にあると考えています。

寺口小児科クリニック・中野こども病院の時代

中野こども病院では、この2年間で約200名の入院がありました。30年前は年間20〜30名でしたので、約5倍に増えています。増え続ける川崎病急性期の患者さんを病院の心臓外来とクリニックで、心エコーを中心に評価しております。IVIG不応例も多く、主治医から相談をうけるがあまり

すが最善の治療が何かを考え、川崎病をもつ親御さんの不安が少しでも軽減できるように努力していきたいと思っています。おわりに

平成24年近畿川崎病研究会を主催した時に、川崎富作先生の米寿のお祝いをさせていただきます。やさしい笑顔を見せ、お元気でこれからもご指導いただきたいと思いました。川崎病の生みの親である先生が日頃からおっしゃられるように、是非とも日本から原因がつきとめられることを願うばかりです。また川崎病の子供をもつ親の会が、世界の川崎病の患者さんのために活動され、これからは心の支えになっていただきたく切に思います。

本当は誰もが忘れてしまいたいと思っている。でも忘れられない。忘れるわけにもいかない。それが、この「川崎病」。他の子どもの問題はわが子の問題であり、わが子の問題は他の子どもの問題だ。

だから『支え合う』
「親の会」シンボルマーク

