

心臓サルコイドーシスの臨床的多様性： 他科の先生に聞いてほしい 循環器内科医のジレンマ

矢崎 善一

佐久総合病院 佐久医療センター 循環器内科

循環器内科医は心臓サルコイドーシスの診断と治療にたずさわる場合、常に様々なジレンマをかかえながら診療している。すでにサルコイドーシスの診断がついている症例でも循環器内科に紹介されてくる時にすでに心機能がかなり低下している症例があり、心電図だけでも年1回とっていただけならなあと思うことがある。逆に右脚ブロックなど軽微な心電図変化や遅延造影のみの症例などをどのように扱うか悩むことも多い。¹⁸F-FDG PETはこのような症例に保険をかける意味で有用である。心症状あるいは心病変で初発した症例を検討してみると、3分の1以上の症例が既存の診断基準を満たさないまま治療を開始せざるを得ない状況であった。特に、心筋へのガリウムや¹⁸F-FDGの異常集積があり病態の進行が早く、他臓器病変をゆっくり調べている余裕のない時は見切り発車的でも治療を優先すべきである。「心臓限局性サルコイドーシス」診断指針が作成されるとこの問題はかなり解決する。ステロイド治療を長年行っていると症例によってはプレドニンを中止したいと思う症例に遭遇する。しかしながら、中止可能な症例の選択は容易でなく25年以上この病気に携わっているにもかかわらず、「維持量を継続的に内服させる方が無難である」という答えから抜け出せない。現時点で心臓における炎症活動性を正確に評価できる tool は存在しないからである。近年、ペースメーカーの進歩はめざましく、従来からの徐脈に対するペースメーカー治療、致死的不整脈に対する植え込み型除細動器(ICD)、難治性心不全に対する心室再同期療法(CRT)などが選択される。本症に対して、完全房室ブロックで心室性不整脈の問題がない場合でもICDが容認されうるという意見がある。ICDでよいのかCRT-Dにすべきかの選択も意外に難しい。そもそも、診断時の臨床像やその後の経過に多様性を有する本症にエビデンスなど構築できるのであろうかと思うことさえある。

このモーニングレクチャーでは、循環器内科以外の先生方に心臓サルコイドーシスの臨床的多様性と我々循環器内科医がかかえるジレンマを理解していただきたい。