

ゼロ から始める VTE 診療 HOW TO

VTEガイドライン 2017年版の 改訂ポイント

中谷 仁 / 荻原 義人 / 伊藤 正明*

三重大学大学院医学系研究科循環器・腎臓内科学 / 教授*

はじめに

肺血栓塞栓症 (PTE) と深部静脈血栓症 (DVT) は、静脈血栓塞栓症 (VTE) と総称される。VTEはかつて稀な疾患とされていたが、近年では大規模災害時の発症や多くの診療科における院内合併症として広く知られるようになった。このことから予防管理が行われるようになってきたが、現在もおお死亡に至る重症例も存在する。しかし、適切に診断、治療を行えばその予後は比較的よいことから、迅速かつ適切な対応が重要となる。

『肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン』(以下、VTEガイドライン)の初版は2004年4月に発表され、2009年に第1回の改訂が行われた。以降、抗凝固療法を中心であったヘパリン、ワルファリンに加え、直接作用型経口抗凝固薬 (DOAC) が臨床適応となり、VTEの予防、治療は大きな変化を遂げている。

今回の2回目となる改訂においては、抗凝固療法に対して使用可能な中心的薬剤の1つとしてDOACを推奨し、具体的な使用方法について記載されたこと、急性PTEに対する血栓溶解療法の適応が限定されたこと、下大静脈フィルターへの適応の変化やフィルター回収の重要性について加筆されたことなどが主な改訂点として挙げられる¹⁾。

本稿では、VTEガイドラインの主な改訂点について

記載する。なお、誌面の都合によりVTEに対する外科的治療については割愛させていただく。

診断

1 PTE

2009年版から、PTEの診断に関する考え方について大きな変更はない。PTEは診断の根拠となる特異的な症状に乏しく、このことが診断に至らない主な要因となる。初診時にその症状や病歴、危険因子(表1)などからPTEの可能性を疑い、評価することが重要となる。検査後確率と診断効率を上げるために検査前臨床的確率を評価することが推奨されており(推奨クラスI, エビデンスレベルA)、旧版と同様にWellsスコア、ジュネーブ・スコア、改訂ジュネーブ・スコア(表2)などを参考にして確率を評価する。確率が中等度以下であればDダイマー検査を行い、陰性であれば画像診断を行うことなくPTEを否定できる(I-A)。また、陽性であればCTなどの画像診断による確定診断を行う(図1)。確率が高度であれば、Dダイマー検査の結果を待たず画像診断による確定診断を行う(I-C)。

<重症度分類>

PTEでは、重症度を評価したうえで適切な治療を速やかに開始することが重要となる。2009年版では主