

気仙医師会学術講演会 平成 28 年 10 月 5 日

「今までの心房細動治療、これからの心房細動治療」

岩手医科大学内科学講座循環器内科分野特任講師 大和田真玄

この度は気仙医師会学術講演会にお招き頂き、誠にありがとうございます。私は弘前大学を卒業し、今春まで弘前大学循環器内科を中心に青森県内で勤務しておりました。生まれも育ちも大船渡市である私ですので、岩手県の医療に貢献できる機会があればと考えておりましたが、このたび縁あって岩手医科大学循環器内科に加えていただくことになりました。早々に、愛する故郷で発表する機会を頂き、とても光栄に感じております。

さて、本日のテーマである心房細動 (AF) は“ありふれた不整脈”です。「悪さをしないので経過観察」などと、扱われていた時代もありました。最も有名な心疾患コホート研究の一つである Framingham study では、AF 例と非 AF 例の長期予後に数年間の差があることが示されました。これは脳塞栓症をはじめとした血栓塞栓症の合併が主因と考えられています。現在では、CHADS₂ スコア、CHA₂DS₂-VASc スコアなどで血栓塞栓症リスク分別化が可能になり、抗凝固薬の適応が系統的に判断できるようになりました。しかし、主に使われていたワルファリンは治療域が狭く、定期採血で厳密なモニタリングが必要です。数年前の日本のコホート研究 (Fushimi-AF Registry, J-RHYTHM Registry) で、コントロール不良例でイベント発症率が高いことが明らかになりました。より安全で確実な抗凝固薬が求められるなかで出現したのが、Direct Oral Anticoagulants (DOACs) です。当初から注目されていた食事制限の少なさだけが利点ではありません。十分にコントロールされたワルファリンと同等の塞栓症予防効果を保ちながらも、出血性合併症の出現頻度が少ないことが特徴です。これにより、医師も患者も抗凝固薬によるストレスから解放されたわけです。

しかし、心房細動はこれで解決したわけではありません。抗凝固薬は血栓塞栓症の発症リスクを下げますが、AF を治したわけではないからです。2002 年に報告された AFFIRM study は、AF に対するリズム・コントロール (洞調律維持を目指す方針) とレート・コントロール (リズムに拘らず心拍数維持に努める方針) を比較した試験です。「どちらの治療方針でも AF の予後に変わりはない」という結果のみが知られがちですが、サブ解析では結果的に洞調律維持された症例での予後改善と、抗不整脈薬の使用が予後悪化に作用することが確認されました。理想の AF 治療は、“非薬物治療により洞調律を維持”であることが、お分かりいただけると思います。

非薬物治療による洞調律維持、すなわちカテーテルアブレーションは、1998 年にボルドー大学の Dr. Haissarguerre によって報告されました。基本手技が拡大肺静脈隔離術 (肺静脈前庭部を含む広範囲に左心房との電氣的隔離を行う方法) であることは数年前と変わりませんが、テクノロジーの進歩に伴い治療成績が向上しています。

AF は“ありふれた不整脈”ですが放置して良いものではありません。リスクの分別化を行い、DOAC を中心とした抗凝固薬治療を行うことが最も重要です。これにカテーテルアブ

レーションを組み合わせることで、AFの予後はますます改善していくものと思われます。