

的で実施された。効果が明らかになったため、当初の5年間観察が約2年で中止された試験である。2008年のAHAにおけるlate-breakingにおいて最も注目を浴びた発表であった。

LDL 130mg/dl未満, CRP 2.0mg/L (0.2mg/dl)以上の男性50歳以上, 女性60歳以上の健常17,802例を対象とした。ロスバスタチン20mgあるいはプラセボを投与し, 経過中の心筋梗塞, 脳卒中, 血行再建, 不安定狭心症による入院, 心血管死を主要エンドポイントとした。ロスバスタチン群は, LDL中央値108から50%減少の55mg/dl, CRPは4.2から2.2と37%減少し, 対照群では不変であった。主要エンドポイントは, 対照群1.36/100人・年に対し, ロスバスタチン群では0.77/100人・年と有意に低率であった($p < 0.00001$)。また, 全てのエンドポイント項目においても有意に発生率は低率であった。癌発生率や骨格筋異常発生は低率で対照群と差はなかった。糖尿病の発生率がロスバスタチン群でやや多かった。

以上のように一次予防で高コレステロールを有さない健常人でもスタチンの有効性が示された。今後, アスピリンとの比較, 他のスタチンとの比較, 今回は常用量より高用量であったため, 低用量での効果などの課題は残っているが, 注目すべき報告である。

心房細動を有する心不全例に対するリズム治療が心拍数コントロールのいずれが適切か

Roy D, Talajic M, Nattel S, et al: Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *New Engl J Med* 2008; 358: 2667-77

要約: 心不全例の心房細動に対するリズム治療は, 心拍数コントロールに比べて, 心血管イベントによる死亡率を低下させない。

従来, 心不全例での心房細動は予後悪化の徴候であるため, 洞調律に戻して維持する治療方法が慣習として勧められてきた。しかし, 明確なエビデンスはこれまではなかった。そこで, 両者を比較検証するため多施設無作為比較試験が実施された。対象は, 左室駆出率35%以下で心不全症状

を有する心房細動例1,376例で, 682例がリズム治療, 694例が心拍数コントロールに無作為に分けられ, 37ヵ月間に主要エンドポイントを心血管死として経過観察された。基礎疾患は半数が冠動脈疾患であり, 約4割が心筋症であった。また持続性心房細動は約7割であった。リズム治療には, 薬物治療抵抗例に電氣的治療(cardioversion)が実施された。洞調律維持には主としてアミオダロンが使用された。薬物による心拍数コントロールには, 主に β 遮断薬とジゴキシンが使用された。その結果, 両者の心血管死は, リズム治療群で27%, 心拍数コントロール群で25%と差がなく, また2次エンドポイントである心不全像悪, 脳卒中, 全死亡にも差はなかった。

現状では, 心不全を有する心房細動例に対して, 第1選択は心拍数コントロールが推奨される。約10%が不整脈死で, 両群には差はないが, 今後植え込み型除細動器の適用やカテーテルアブレーションの適用により予後の改善を検討する必要があると考えられる。

早期再分極を伴う突然の心停止について

Haissaguerre M, Derval N, Sacher F, et al: Sudden cardiac arrest associated with early repolarization. *New Engl J Med* 2008; 358: 2016-23

要約: 特発性心室細動例のなかに, 早期再分極を呈する例がまれではないことが明らかになった。

心電図における早期再分極は危険性の少ない非特異的ST上昇として扱われてきた。実験的には早期再分極は致死性不整脈の発症のリスクであることが報告されているが, 臨床例では明らかでなかった。そこで, 我が国の2施設を含めた世界の22施設から特発性心室細動で救命され, 早期再分極を呈する206例が収集されデータ解析がなされた。早期再分極の定義は, 下壁あるいは側壁誘導にて, QRS-ST接合部で0.1mV以上のST上昇でQRSのnotchが認められる場合とした。VI-V3での早期再分極は, Brugada症候群あるいは右室異形成に伴うため除外された。年齢, 性別, 日常活動度をマッチングさせた412例を対照群とした。早期再分極は心室細動例で31%と対照群の5%に