

巻頭言

心房細動の包括的管理

萩原 誠久*

心房細動は日常診療で一番多く遭遇する頻度の高い不整脈である。高齢化に伴って発症頻度は増加し、心原性塞栓症の原因となるため、高齢化社会を迎えている我が国においては重要な課題である。日本の統計では2005年が約70万人(有病率0.56%)であり、2050年には100万人を超えると推測されている。米国のフラミンガム研究やRegional Heart Studyでは、心房細動の合併により脳塞栓症が約5倍増加し、死亡率も約2倍増加することが報告されるようになり、心房細動管理の重要性が再認識されるようになった。心房細動は心房収縮機能の欠如、僧帽弁逆流や頻拍誘発心筋症などにより心機能低下を来し、心不全を惹起する可能性がある。さらに心不全の合併は心房細動を誘発する。私が医師になった初期の1980年代は心房細動を早期に停止させて、洞調律を維持することが生命予後の改善にも重要であると考えられており、抗不整脈薬を積極的に用いた洞調律維持療法を試みていた。しかし、欧米の大規模臨床試験であるAFFIRM試験は洞調律維持を目的とした長期間の抗不整脈薬治療が必ずしも患者の生命予後を改善しないという結果をもたらした。また、左室駆出率が35%以下の心不全を伴った心房細動患者を対象にしたAF-CHF試験においても洞調律維持群と心拍数コントロール群間で生命予後に有意差を認めなかった。最近の心不全を対象としたEMPHASIS-HF試験のサブ解析でも背景に心房細動を合併する患者群と洞調律群では生命予後に有意差を認めなかった(ESC Heart Failure meeting 2011)。これらの試験結果から、心房細動に対する十分な合

併症予防、すなわち、抗凝固薬による脳卒中、全身塞栓症予防および心不全治療が生命予後には重要であることが再確認された。最近の心房細動治療の管理カスケードは、第一にCHADS2スコアなどを用いて塞栓症のリスク層別化を行い、ハイリスク症例にはワルファリンや新規抗凝固薬を用いて塞栓症予防を行う。その後に洞調律維持か心拍数コントロール治療のどちらを選択するかを検討する流れになっている。また、洞調律維持療法に関しても抗不整脈薬を用いた場合は維持率が40~50%と限界があり、QT延長などの副作用も考慮する必要がある。したがって、心房細動に対するカテーテルアブレーションを用いた肺静脈隔離術(PVI)が盛んに行われるようになった。昨年AHAで発表された発作性心房細動患者に対するランダム化試験、MANTRA-PAF試験でも抗不整脈薬に対してPVIの優位性が示された。今後もPVIによる生命予後や脳卒中に対する長期予後の検討が必要であるが、技術の進歩とともにさらにPVIの成功率が高まり、重症合併症も低下することが予測されており、発作性心房細動に対するfirst line治療となる可能性が考えられる。

しかし、心房細動患者の多くは高齢者であることを考慮すると、必ずしもカテーテル治療の対象とは成り難い背景がある。やはり、心房細動発症の基盤となる高血圧、糖尿病、心不全、冠疾患などの早期治療や基礎心疾患の上流治療を含めた包括的な全身管理が重要と考えられる。

*東京女子医科大学循環器内科