

勤務医部会だより

心房細動治療の進歩とその裏側から見える事



幹事 吉田幸彦

(名古屋第二赤十字病院 副院長)

1998年Haissaguerreらは心房細動（AF）発症の引き金となる心房期外収縮の多く（90%以上）が肺静脈起源であることを初めて報告した。最初は期外収縮の発生源が焼灼されていたが、期外収縮が誘発されなければ治療できない弱点があった。そこで肺静脈と左心房の優先伝導部位を焼灼し、肺静脈を左心房から電氣的に隔離する肺静脈隔離術が考案された。この手法では肺静脈入口部を焼灼するため、肺静脈狭窄が生じる事があり、心房細動抑制効果も60%と低く、治療に時間がかかる事が問題であった。その後上下の肺静脈の分岐部や、肺静脈前庭部も心房細動の原因として重要である事がわかり、上下の肺静脈を一括して隔離する手法が考案され、現在の心房細動アブレーションのgolden standardとなっている。アブレーションは抗不整脈薬と比較して心房細動の抑制率が有意に高いため、年々症例数が増加し、現在では全国で年間8万例も施行されているが、成功率と安全性には術者間格差がある。これを解消する目的で2014年にクライオバルーンが保険適応となり、その後ホットバルーン、レーザーバルーンが臨床使用されている。特にクライオバルーンは、従来型のカテーテルアブレーション（CA）と心房細動の抑制率は同等で、安全性が高い事が示されている。クライオバルーンの最大の利点は、手技が単純なため、成績と安全性の術者間格差が、従来型のCAと比較して明らかに小さい事である。再治療を要する症例が、従来型CAよりも有意に少ないことも明らかとなっている。であれば、当然バルーンアブレーションの使用頻度が増えるはずであるが、日本不整脈心電学会の調査では、従来型7割、バルーン3割と逆になっている。解剖学的にバルーンが不向きな症例もあるため、もちろん全例バルーンになることは無い。しかしながら少なくとも半分の症例はバルーンで治療されるべきである。もちろん従来

型の方が肺静脈以外の焼灼が可能で、応用が利く利点がある。全症例を熟練した医師が従来型で行えば、おそらくバルーンよりも成績が良くなるであろう。しかしながら心房細動の症例数を考慮するとそれは不可能である。経験の少ない病院で、習熟度の低い医師が多数従来型を用いるため、全体では成績が悪くなっていることが予想される。従来型は難しい分、それでうまく治療できたときのやりがいは格別である。バルーンは手技が単純なため、術者のやりがいは低下する。このような医師のやりがいが、治療法の選択に強く影響しているのでは無いだろうか？医師のやりがいよりも、患者様の予後や安全性の方が重要であることは言うまでも無い。解剖学的条件や病歴、術者の技量によって、適切な治療法の選択がされ、少しでも多くの人々に喜んで頂けることを祈りたい。

心房細動のカテーテル治療では、新たに経皮的左心耳閉鎖術が臨床応用されている。保険上の適応は、出血リスクが高く、抗凝固療法を長期的に使用しにくい症例が適応となっているが、安全性が確認できれば、適応は拡大されていくであろう。将来的には無症候性で、アブレーションの成功率が低い、長期持続性心房細動症例は、左心耳閉鎖が第一選択になるかもしれない。左心耳閉鎖は、不整脈医とTAVIなどを行っている構造的な疾患専門医の両方で施行されているが、どちらかと言えば不整脈医は後ろ向きのように見える。不整脈医の立場では、アブレーションで洞調律化し、塞栓リスクを減らすことを目指すのは当然だろう。しかしながら左房が拡大した長期持続性心房細動のアブレーションの長期成績は必ずしも高くは無い。たとえ洞調律が維持されても、抗凝固療法を中止することは躊躇される。超高齢者の場合は抗凝固による出血性の合併症も少なからず認められる。むしろ左心耳を閉鎖して、抗凝固療法を中止できる準備をしておいた方が良いのかもしれない。アブレーションができるからアブレーションに固執するのではなく、患者さんの背景因子を考慮して適切な治療を選択できるようになりたいものである。