

Report

ラウンドテーブルディスカッション1

心房細動のアブレーション治療

座 長	高月 誠司 (慶應義塾大学循環器内科)	
	熊谷 浩一郎 (福岡山王病院ハートリズムセンター)	
演 者	桑原 大志 (横須賀共済病院循環器センター内科)	井上 耕一 (桜橋渡辺病院心臓血管センター)
	松尾 征一郎 (東京慈恵会医科大学循環器内科)	山城 荒平 (豊橋ハートセンター循環器内科)
	藤生 克仁 (東京大学循環器内科)	

冒頭、座長の熊谷氏は心房細動のアブレーション治療の歴史について次のように述べた。1998年にフランスのHaissaguerreらが心房細動は肺静脈から起こることを発見し、そのフォーカスを焼灼すると心房細動が治ることを報告したことから心房細動のアブレーション治療は始まった。最初はトリガーの肺静脈だけを焼灼して隔離していたが、治療成績の向上を目指して焼灼する肺静脈の本数が増え、4本の肺静脈をまとめて隔離するようになった。その後も、アブレーション治療の範囲は広がり、心房細動の基質を示すとされるComplex fractionated atrial electrograms(CFAE)のアブレーション、さらには上大静脈、冠動脈洞、自律神経節などに対するアブレーションも行われるようになっていく。

本セッションでは、心房細動のアブレーション治療の位置付け、適応、治療成績、合併症などについて、この分野をリードする5氏が発表した。

肺静脈隔離術と非肺静脈心房細動起源焼灼を主とした治療で良好な成績

桑原氏は、非発作性心房細動に対する肺静脈隔離術と非肺静脈心房細動起源焼灼を主としたアブレーション治療が有効で、術後心房粗動の発症頻度は低いと報告。この治療により、81例中63例(78%)が、平均3.7年間、抗不整脈薬を使わずに洞調律を維持できたことを示した。術後心房粗動のため治療を要したのは3例であった。非肺静脈心房細動起源の好発部位は、心房中隔、左心房天蓋部、左心房後壁、冠静脈洞入口部、上大静脈であった。

心房細動患者の中には電氣的除細動で洞調律化しても、すぐに心房細動が再発(IRAF)する患者が存在する。井上氏は、肺静脈または上大静脈から特異的にIRAFが認められるトリガータイプの持続性心房細動症例

の多くで肺静脈と上大静脈の隔離が十分に有効で、その他の基質に対する通電は不要であることを示した。

冠動脈洞や自律神経節のアブレーションを組み合わせる治療も

松尾氏は、冠動脈洞に対するアブレーションが持続性心房細動において合併症を増加させることなくmitral isthmusアブレーションを促進し、冠動脈洞に対するアブレーションを行わなかった場合よりも良好な結果をもたらすことを示した。

山城氏は、持続性心房細動に対して、自律神経節(GP)のアブレーションを行い、肺静脈隔離を追加するアブレーション治療(GPPVI)が有効であることを示した。成功率は約2年の観察で、持続性心房細動が1.2回の治療で80%、長期持続性心房細動では1.4回の治療で76%。長期持続性心房細動でもGPアブレーションのみで劇的にFAP areaが減少する症例が存在した。GPPVIは、従来の段階的アプローチに比べ、通電時間を短縮することができ、術後の心房頻拍が少ない可能性があるという。

一方、アブレーションをガイドするための新しい方法も開発されている。藤生氏は、造影剤を使用しない左心房内超音波ガイドによる心房細動アブレーションで良好な治療成績を得ていることを紹介した。造影剤を全く使用しないため合併症が減り、放射線被ばくも軽減できるという。

ディスカッションでは、治療成績にブレイクスルーが起こる可能性について座長の高月氏が質問を投げかけると、桑原氏は「現状のテクノロジーで治療成績の向上は見込めない。しかし、個々の患者の心房細動がどういうメカニズムで持続しているかが分かるようなモダリティが出てくれば、その段階でブレイクスルーする可能性はある」と期待を述べた。