

● 一般演題

偽性心室頻拍を合併した間欠性 WPW 症候群に対する フレカイニド投与後に 1:1 房室伝導を伴う 心房粗動が生じた 1 症例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター循環器内科 布田有司・遠田賢治・齋藤克己
武藤 誠・早船直彦・野木村 健
坂本宏志・永澤英孝・小野田 学
栗原朋宏・玉城哲夫・松尾征一郎
今井嘉門・堀江俊伸

はじめに

偽性心室頻拍を合併した間欠性 WPW 症候群に対して、フレカイニドを投与したところ 1:1 房室伝導を伴う心房粗動を呈し、頻拍が増悪した 1 症例を経験した。本症例に関して、単独での薬物療法の適用は極めて困難であり、カテーテルアブレーションの併用が必須であったと考えられた。多彩な心電図を供覧し、WPW 症候群に対する薬物療法の注意点を考察したい。

1 症 例

症例は 56 歳女性。2 ヶ月ほど前より動悸、息切れ、1 ヶ月ほど前よりめまいが出現し、紹介され当院を受診した。来院時心電図上は、心房細動で、QRS 幅が広いものと狭いものが混在し

て、150/分を超えていた。幅の広い QRS は、右脚ブロック型左軸偏移で、この時点で WPW 症候群による偽性心室頻拍を疑われなければならなかったが、心房細動に対する速い心室応答による心室内変行伝導と誤診された(図1)。胸部 X 線では、心胸郭比は 60% を超えており、頻脈の持続による心不全と診断され、ジギタリスを処方されて、入院となった。入院後、幸い、自然に洞調律に回復し、WPW 症候群であることが発見された(図2)。副伝導路の伝導を促進すると報告されているジギタリスは中止された。以降は、デルタ波が認められることはなかった。薬物治療なしで観察すると、心房細動、上室性頻拍、心房粗動が繰り返された。洞調律を維持するために、フレカイニドを開始した(図3)。す

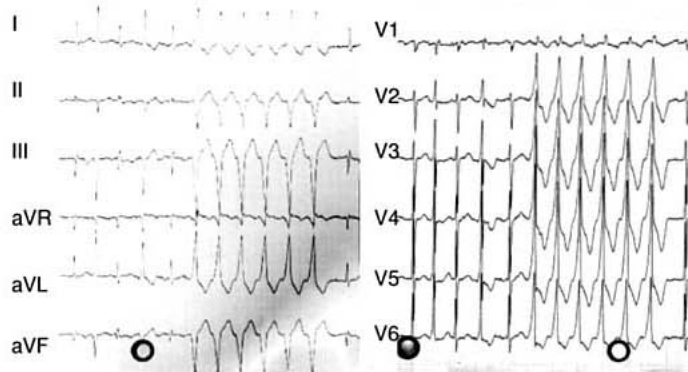


図1 来院時心電図

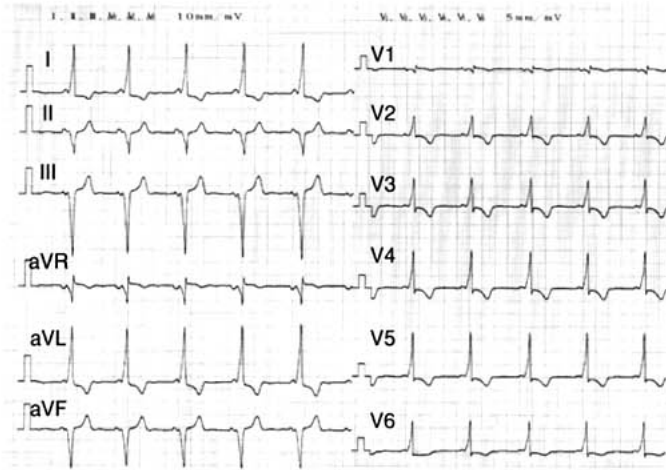


図2 入院後心電図



図3 心房細動，上室性頻拍，心房粗動の反復

ると、今度は、心房粗動が持続し、1:1房室伝導による極めて速い頻拍が持続することとなってしまった(図4)。

以上の経過より、本症例の不整脈は、間欠性WPW症候群による房室回帰性頻拍および偽性心室頻拍と総括することができるが、これに対して、唯一の治療薬と考えられるNaチャンネルブロッカーは、1:1房室伝導を伴う心房粗動を誘

発するため、使用不能である。すなわち、薬物療法単独では、解決されないと考えられたため、心臓電気生理検査およびカテーテルアブレーションを施行した。左後壁のKent束が認められ、心房期外刺激にて房室回帰性頻拍が容易に誘発可能であった。経大動脈逆行性弁下アプローチで、心室ペーシング下で、副伝導路のアブレーションに成功した(図5)。さらに、冠静

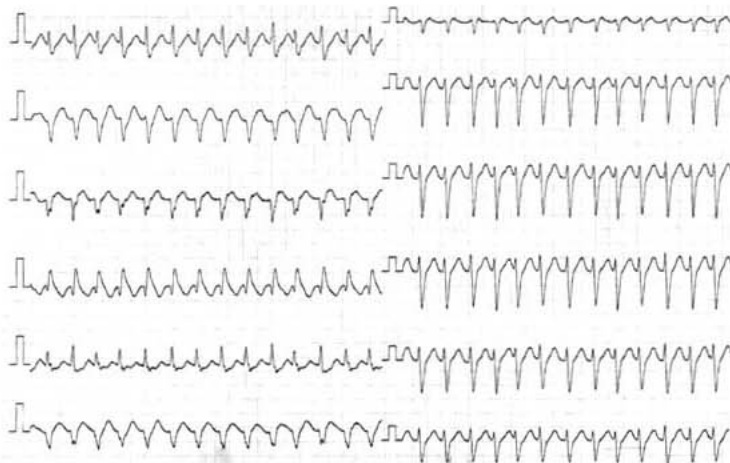


図4 1:1房室伝導を伴う心房粗動の持続



図5 左後壁ケンタ東に対する心室ペーシング下でのカテーテルアブレーション

脈洞頻拍刺激にて通常型心房粗動が誘発され、三尖弁下大静脈間峡部線状焼灼を施行。通電中に心房粗動が停止し(図6)、両方向性ブロックの作製に成功した。その後も、短時間の心房細動発作が認められたため、フレカイニドを再開し、洞調律が維持されるようになり、退院。以降、頻拍発作は全く認められていない。

2 考 察

近年、副伝導路に関連した頻拍に関しては、カテーテルアブレーションによる根治療法の成

功率はかなり高く積極的に行われている。しかし、強力なNaチャンネルブロッカーが使用可能である現在、薬物療法のみでも頻拍のコントロールはほぼ可能であるとも考えられている。頻拍発作のあるWPW症候群の患者には、治療法として、Ic群抗不整脈薬を中心とした薬物療法か、あるいはカテーテルアブレーションのどちらかを選択してもらうことになる。すなわち、薬物療法とカテーテルアブレーションは並列に認識されているといえる。

本症例は、間欠性WPW症候群で偽性心室頻

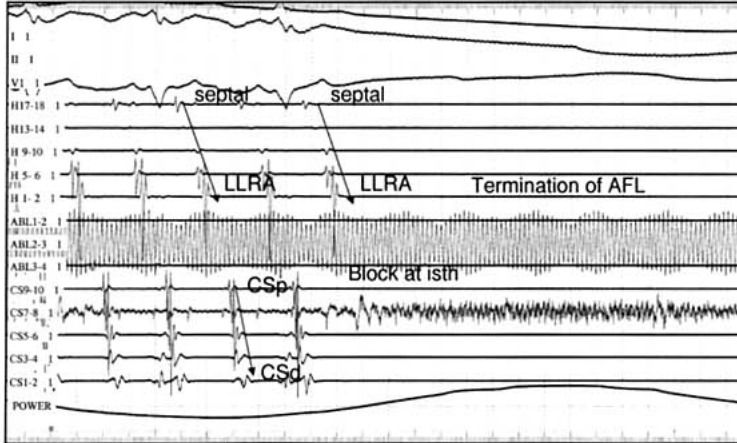


図6 三尖弁下大静脈間峡部線状焼灼

拍および房室回帰性頻拍を合併している症例であると、総括することができる。この認識は、非常に単純であり、正確である。この認識で、Ic抗不整脈薬を投与するのに反対する者はおそらくいないだろうと思われる。しかし、実際に投与した結果は、1:1房室伝導を伴う心房粗動の出現であり、頻拍としては増悪であった。本症例には、Ic群抗不整脈薬は投与すべきではなかった。どこで間違ったのであろうか？

これは、「偽性心室頻拍」とひとくくりにしたところに問題がある。WPW症候群の偽性心室頻拍に対しては、副伝導路の伝導を抑える必要があるという短絡的な思考が間違いを引き起こす。正確に、「WPW症候群+発作性心房粗細動」と認識しておけば、「WPW症候群」の治療と、「発作性心房粗細動」の治療の二つを区別して考えることができ、発作性心房粗細動に対するIc群抗不整脈薬投与後の1:1伝導を伴うことのある心房粗動の持続、いわゆる“Ic flutter”の可能性をもっと重視することができたと思われる。

薬物療法を主に考えると、「対立」が生じる。WPW症候群の治療として、副伝導路の伝導を抑制するために、Ic抗不整脈薬を使用すると、心房粗動の1:1伝導の可能性が出現する。逆に、心房粗動時の頻脈を抑えるために、ジギタリス、Ca拮抗薬を使用すると、これらは副伝導路の不

応期を短縮するおそれがある。カテーテルアブレーションにより、この対立を解消することができる。カテーテルアブレーションにて、副伝導路を切断するか、心房粗動の回路を消失させるかのどちらかでよい。副伝導路を切断できれば、ジギタリス、Ca拮抗薬を自由に使用できる。心房粗動の回路をなくせば、Naチャンネルブロッカーが使用可能となる。

以上から、「偽性心室頻拍」といった包括的な病名を基に治療法を選択すべきではないという、基本的な教訓を導くこともできるが、とにかく、カテーテルアブレーションと薬物療法は並列に考えるべきものではなく、病態を正確に把握したうえで、特徴に応じて選択して行うべき治療法であるということを再認識すべきであろう。

結 語

偽性心室頻拍を合併した間欠性WPW症候群に対して、フレカイニドを投与したところ1:1房室伝導を伴う心房粗動を呈し、頻拍が増悪した。心房粗動を伴うWPW症候群に対しては、カテーテルアブレーションを第一選択とすべきであり、また、心房粗動を伴うWPW症候群にNaチャンネルブロッカーを投与する場合は、心房粗動への移行の可能性を念頭に十分なモニターが必要であると思われた。