

●一般演題

CHA₂DS₂-VAScスコアが0点であったが
脳梗塞を発症してしまった2例

埼玉医科大学総合医療センター心臓内科 中村嘉宏・伊藤博之・一色亜美
高鳥仁孝・中田貴彬・中東 威
安藤敏行・塚田俊一・井上芳郎
神山哲男・桐村正人・佐々木 修
西岡利彦

はじめに

近年、非弁膜症性心房細動の脳卒中発症リスク層別化にCHA₂DS₂-VAScスコアが広く用いられ、スコア0点は「真の」低リスクとして抗凝固療法を控えることが推奨されている。最近、われわれはスコア0点で脳梗塞を発症した2例を経験した。

1 症例 1

59歳、男性。2014年3月、職場の健診で初めて心房細動を指摘され、当院を紹介されて同月受診した。自覚症状なく既往歴も特になし。脈拍70/分、整、血圧130/70 mmHg、心雑音を聴取せず、他の身体所見も異常なし。胸部X線写真正常。HbA1c 5.5%、BNP 12.5 pg/mL、その他の臨床検査値も異常なし。持参の健診心電図は心拍数105/分の心房細動がみられたが、来院時は65/分の洞調律、正常心電図であった。発作性心房細動、CHA₂DS₂-VAScスコア0点と判断し、心エコーなどの精査を勧めたが本人が希望されず、症状出現時に再診するように説明の上、無投薬で経過観察とした。

2015年3月の健診で再び心房細動を指摘され、受診を指示されたが症状がないため来院しなかった。同年8月、朝めまい・悪心が突発し

翌日も持続するため当院を受診した。脈拍90/分、不整、血圧120/76 mmHg、身体所見は異常なく、左向き眼振を認めるが、失調など他の神経学的異常は認めなかった。心電図は心拍数86/分の心房細動、波形は正常。HbA1c 5.6%、甲状腺・肝・腎機能は正常。脳梗塞を疑い神経内科に紹介し、MRI(図1A, B)拡散強調画像で右小脳半球下部に広範な梗塞を認め緊急入院となった。保存的治療とリハビリにより症状は軽快した。MRA、CT血管造影、頸部血管エコーで頸部・頭蓋内動脈に有意な異常を認めず、突発完成の経過からも心原性脳塞栓と考えられアピキサバンを導入し、他院外来で通院治療中である。なお、来院時胸部X線写真は正常であったが、入院後の心エコー検査で左室拡張末期径60 mm、左房径34 mm、左室駆出率32%、びまん性壁運動低下を認めた。BNPも152.5 pg/mLと軽度上昇していた。

2 症例 2

57歳、男性。2015年3月、職場の健診で初めて心房細動を指摘され、当院を紹介されて同月受診した。自覚症状なく既往歴も特になし。脈拍76/分、不整、血圧100/60 mmHg、身体所見異常なし。心電図は心拍数74/分の心房細動以

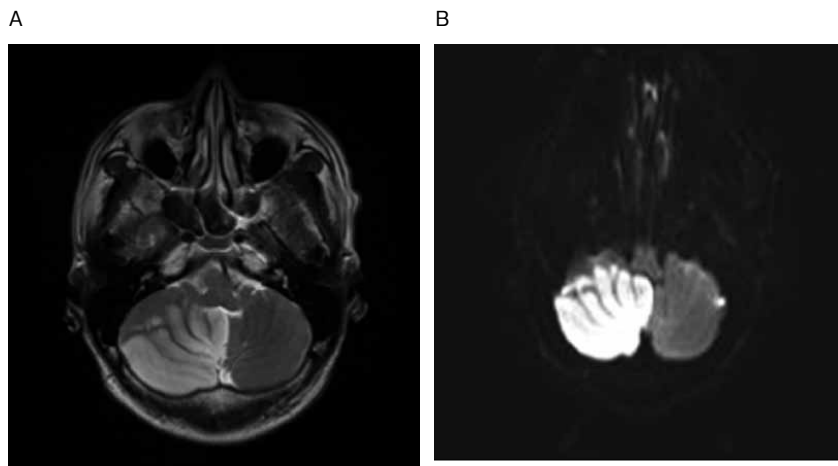


図1 症例1の発症翌日のT2強調(A)および拡散強調(B)画像

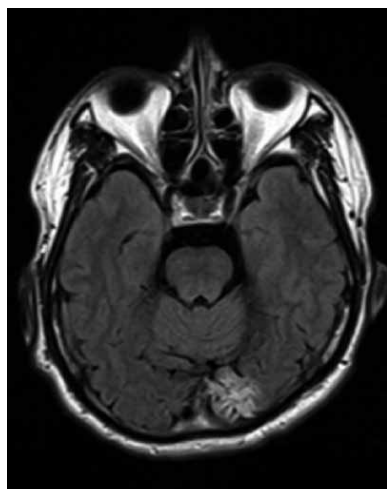


図2 症例2, 発症3週間後(当院神経内科初診時)のFLAIR画像

外異常所見なし, 胸部X線写真は心拡大, 肺うっ血とも認めなかった。HbA1c 5.5%, 甲状腺・肝・腎機能は正常, BNP 234.2 pg/mL。心エコー検査は左室拡張末期径55 mm, 左房径48 mm, 左室駆出率45%, びまん性壁運動低下, わずかな僧帽弁逆流を認めた。CHA₂DS₂-VAScスコア0点で心室応答も速くないことから無投薬で3ヵ月後に心エコー再検査を予定した。

同年4月中旬の夜, 入浴後に視野欠損が突発し2日後も持続するため近医眼科を受診した。

眼球・眼底の異常を認めず経過観察されたが改善せず, 3週間後に当院神経内科を紹介受診した。MRI(図2)で左後頭葉内側面に脳梗塞を認めるが拡散強調画像は異常信号なし, MRAで動脈の異常はなかった。心原性脳塞栓と診断し, 急性期を過ぎていたため外来でアピキサバンが開始された。

同年7月の心エコー再検査では左室拡張末期径62 mm, 左室駆出率33%と左心機能はさらに低下しており, ロサルタン・ビソプロロールを開始した。薬剤負荷心筋血流シンチは異常を認めなかった。現在も当院通院中だが, 両眼の傍中心暗点があり, 患者本人は視野障害による日常生活の不都合を自覚している。

3 考 察

50代男性, 非弁膜症性心房細動, CHA₂DS₂-VAScスコア0点で心原性脳塞栓を発症した例を比較的短期間に続けて経験した。2例とも経過中に無症候性の心機能低下を認めたが, スコア1点となる「心不全」は, 新規経口抗凝固薬(NOAC)の臨床試験RE-LY, ARISTOTLEでは無症状の場合は左室駆出率40%未満, ROCKET-AFでは35%未満と定義しており, 脳梗塞発症前は2例とも当てはまらなかった。

CHA₂DS₂-VAScスコア0点で抗凝固薬非投

与下の脳梗塞発症率は、日本で行われた心研究データベース、J-RHYTHMレジストリー、伏見AFレジストリーを合わせた解析¹⁾で0.53%/年(観察期間1.4年)、デンマーク登録²⁾では0.43%/年(同1年)、台湾登録³⁾で1.15%/年(同5.2年)となっており、いずれも発症率は低いが0ではない。

抗凝固療法の適応は脳梗塞リスクと出血などの有害事象とのバランス(Net clinical benefit)で判断される。CHA₂DS₂-VAScスコア0点に対して抗血栓療法を行わないことが、欧州心臓病学会ガイドライン(2012)でクラス I 推奨(エビデンスレベルB)、AHA/ACC/HRSガイドライン(2014)でもクラス II a 推奨(レベルB)とされている。一方、日本循環器学会ガイドライン(2013)では60歳未満の孤立性心房細動(男性ならCHA₂DS₂-VAScスコア0点)に対する抗血栓療法を行うことがクラス II b 推奨(レベルC)となっている。

CHA₂DS₂-VAScスコア0点の症例は勤労世代であることが多く、脳梗塞を発症すると家族を含め社会生活が大きな影響を受ける可能性がある。イベントを極力回避するためには、0点と思われる症例で抗凝固療法を行わない選択をする際により厳格に評価すること、たとえば血管疾患(V)について冠動脈疾患の有無のみならず、スコアの定義どおりに経食道心エコー検査による大動脈プラークや足関節上腕血圧比による末梢動脈疾患の検索を追加することも考えら

れるが、外来で全例に施行するのは現実的とは思われない。また、経食道心エコー検査の左房内もやもやエコーやD-dimerも、抗凝固療法を行うか否かの指標となるカットオフ値は明らかではない。

現在CHA₂DS₂-VAScスコア0点で抗凝固療法を行わない根拠となるNet clinical benefitのデータ⁴⁾はワルファリン治療から求めたものであり、より安全性の高いNOAC治療でのNet clinical benefitの再評価など今後の進展に期待したい。

文 献

- 1) Suzuki S, Yamashita T, Okumura K, et al. Incidence of ischemic stroke in Japanese patients with atrial fibrillation not receiving anticoagulation therapy. *Circ J* 2015;79:432-8.
- 2) Lip GYH, Skjoth F, Rasmussen LH, et al. Oral anticoagulation, aspirin, or no therapy in patients with nonvalvular AF with 0 or 1 stroke risk factor based on the CHA₂DS₂-VASc score. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:1385-94.
- 3) Chao TF, Liu CJ, Wang KL, et al. Should atrial fibrillation patients with 1 additional risk factor of the CHA₂DS₂-VASc score (beyond sex) receive oral anticoagulation? *J Am Coll Cardiol* 2015;65:635-42.
- 4) Lip GYH, Skjoth F, Nielsen PB, et al. Non-valvular atrial fibrillation patients with none or one additional risk factor of the CHA₂DS₂-VASc score. A comprehensive net clinical benefit analysis for warfarin, aspirin or no therapy. *Thromb Haemost* 2015;114:826-34.

(Therapeutic Research vol. 37 no. 5 2016. p.467-9に掲載)