

最新の不整脈ニュース

Brugada症候群

群馬大学大学院医学系研究科
臓器病態内科学 金古善明

Brugada症候群は比較的に稀な疾患ではありますが、最近では循環器や不整脈を専門としてない一般内科医家の先生方も本症候群の名前を耳にすることがあると思います。健診での心電図で本疾患が疑われたり、失神精査の鑑別診断にあげることも重要になってきています。本稿では、Brugada症候群の心電図診断を中心に自験例を提示して概説します。

I. 臨床診断

12誘導心電図のV1～V2(V3)誘導における特徴的なST上昇と心室細動(VF)を主徴とし、通常の検査では明らかな器質的心疾患を認めない症候群です。VFが確認されていなくても、VFによると思われる失神発作や突然死の家族歴、家族に同様のST上昇を認める場合には疑いが強くなります。本症候群は、圧倒的に男性に多く(M/F=8:1～10:1)、また日本を含めたアジア地域に多いのが特徴で、初回VF発作の平均年齢は40～50歳とされています。VFの多くは夜間睡眠時や安静時に起こります。

特徴的なST上昇とは、上向きに凸のcoved型(入江様)と下向きに凸のsaddle back型(馬鞍様)であり、3つのパターンに分類されています。type 1は、J点またはST部分が基線から0.2mV以上上昇するcoved型ST上昇(図1AのV2誘導)、type2は、saddle back型で窪みの部分が0.1mV以上上昇するもの(図1BのV2誘導)、type3は、同じくsaddle back型で窪みの部分が0.1mV未満のものと定義されます。特にcoved型がVFの発症に密接に関連するとされています。

狭義のBrugada症候群と診断するためには、flecainide、ajmaline、pilsicainideなどのNaチャンネル遮断薬投与の有無にかかわらず、type1のST上昇を認めることが必須条件とされています(図1CのV2誘導)。また、高位肋間記録(V1、V2が第3または第2肋間)のみでtype1のcoved型ST上昇を認める場合も、Brugada症候群と考えられています(図1DのV1誘導)。coved型ST上昇に加え、(1)VFの確認、(2)自然停止する多形性心室頻拍、(3)突然死(45歳以下)の家族歴、(4)coved型ST上昇の家族歴、(5)電気生理学的検査でのVF誘発、(6)失神発作、または(7)夜間苦悶様呼吸のうち1つ以上認める場合にBrugada症候群と診断されます。

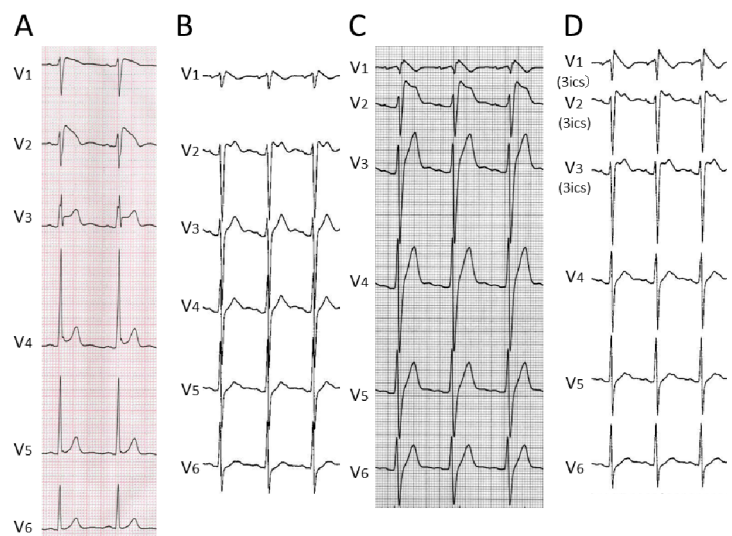


図1 Brugada症候群症例の胸部誘導心電図

- A: 症例1. 安静時からV2誘導にてcoved型ST上昇(type1)を呈する。
B, C, D: 症例2. 安静時にはV2誘導にてsaddle back型ST上昇(type2)を呈しているが(B)、ピルジカニド50mgの静注にてcoved型(type1)の著名なST上昇を認めている。また、無投薬時に記録した第3肋間でV1-3誘導を記録すると、V1誘導にてcoved型ST上昇(type1)を呈している(D)。

II. Brugada型心電図の日内変動、日差変動

Brugada型心電図には、日内変動、日差変動があることが知られています。呈示する自験例は、45歳時に心室細動発作にて発症したBrugada症候群の症例です。type1のST上昇が同日内でも間欠的に出現するような日内変動を認めています(図2A)。またその過去10年間に於ける健診での心電図をみると、type2、type3のST上昇を間欠的に認め、日差変動があることもわかります。自然のtype1心電図が捉えられないもののBrugada症候群が疑われる患者には、Naチャンネル遮断薬による負荷試験や複数回の心電図記録が必要となります。

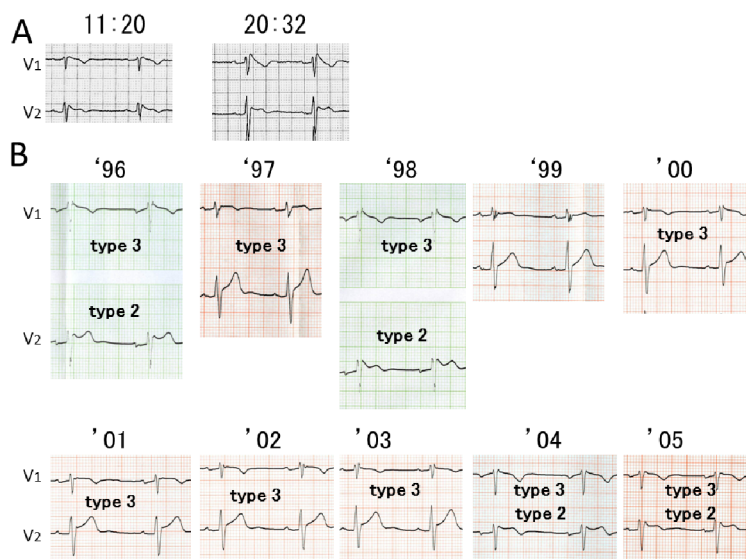


図2 Brugada型心電図の日内変動、日差変動
心室細動発作にて発症した自験例、45歳、男性。

A: 11:20にはみられなかったtype1のST上昇を同日の20:32に認めた。

B: 発症前過去10年間の健診での心電図。間欠的にtype2あるいは3のST上昇を認めている。

■緊急又は日頃の診療で、心臓病、不整脈の患者さんに関しましてお困りの事がありましたら、下記までご連絡下さい。

当番幹事 金古善明(群馬大学大学院)

TEL: 027-220-7111

住所: 前橋市昭和町3-39-22

編集発行: 埼玉不整脈ペーシング研究会

代表 松本 万夫(埼玉医科大学 国際医療センター 心臓内科)

TEL・FAX: 042-984-4579

住所: 埼玉県日高市山根 1397-1