

座長コメント

心房細動の抗凝固療法に新規抗凝固薬（NOAC）が発売され5年が経過して、現在4種類のNOACが使用可能になっているが、今回、奥山先生からあらためて心房細動の抗凝固療法の大規模臨床試験の結果を再考して解説して頂いた。

心房細動は加齢に伴う心房の老化の進行によるものであり、抗不整脈治療を行っても、埋め込み型心電計モニターの評価では潜因性の心房細動が66.3%にのぼり、症状の軽快のみで、心房細動は根治できるものではない。Framingham研究の報告からも非心房細動患者に比し、心房細動患者の2年間の脳血管障害発生率は4.8倍にのぼるように、最大の合併症である脳梗塞を予防するために抗凝固療法が必要である。と述べられています。

NOACは、ある程度の範囲では、高齢であるほど、腎機能が悪化するほど、ワルファリンに勝ることが証明されているが、臨床試験を読み解く際には対照となったワルファリン群の治療の質、すなわち至適な範囲にPT-INRが維持できたと推定される時間的割合（TTR）（TTR分岐点：58%）を見なければならない。特に、アピキサバンは有効性・安全性とともに“標準的な質”（TTR:66%）のワルファリン治療に勝っていた。アピキサバンを含むNOACは、ワルファリンの様々な問題点（①効果発現までの時間が要する②PT-INRの調整のための頻回の採血③他剤との相互作用や納豆、野菜、海藻にふくむビタミンKの過剰摂取による効果の低下）を打破したが、新たな課題も生んでいる。また、NOACは全般に頭蓋内出血が少ないといわれているが、実はNOACすべてに当てはまることではなさそうだという点も次第に分かってきており、NOACの市販後の調査は基本的に大規模試験から得られるメッセージを補完するものであるという点にも注意が必要である。と述べられています。

NOACは、ワルファリンのようなオーダーメイド治療ではなく、既成の治療であり、優れた性能を発揮させるためには、患者さんの年齢、体重も含めた全身状態を把握し、患者さんの内服のアドヒアランスを高めるようなしつかりとした患者さん教育が大事である。と述べられていました。

（福井県立病院 循環器内科主任医長 青山 隆彦）