

「無症候性不整脈」診療のポイント

国立循環器病研究センター 副院長 草野研吾 先生

無症候性に経過する不整脈は、患者自身が自覚を欠くため発見が遅れやすく、また治療介入のタイミングや方針決定に迷うことが多い領域である。本講演では、無症候性心室期外収縮（PVC）および心房細動（AF）に対する最新の診療戦略を、日常診療の実感や私信的知見を交えて概説した。

PVCについては、無症候例であっても、その背景に心疾患が潜んでいないかの評価が極めて重要である。治療適応の判断には、年齢、既存心疾患の有無、運動誘発性、出現頻度、連結期、形態（発生起源）など複数の要素を総合評価する必要がある。近年、アブレーションの安全性・有効性が高まりつつあるとはいえ、すべての例で介入が妥当というわけではなく、まずはカフェイン・アルコール摂取や睡眠不足の是正などライフスタイル改善が基本となる。2022年のESCガイドラインでは、症状のない特発性 PVC では、定期的な心機能の追跡がまず推奨されており（推奨クラス I）、PVC バーデンが総心拍数の 20% 以上の場合にのみ、カテーテルアブレーションが推奨クラス IIb とされている。症候の有無にかかわらず、心機能低下を誘発する頻発 PVC ではアブレーションを積極的に検討し得る。

AF 患者の約 4 割は無症候、特に高齢者や基礎心疾患を有する患者では AF は無症候のことが多い。また、無症候 AF は有症候 AF よりも予後が悪いことが知られている。発作性 AF から持続性 AF への進展率はアブレーションでは 0.3%/年、抗不整脈薬治療では 5.5%/年と、アブレーションは発作性 AF から持続性 AF への進展を防ぐのに有用である。発作性 AF に対するアブレーション技術は確立され、特に左房リモデリングが進行していない例では高い成功率が期待できる。一方で、非発作性 AF は依然として発展途上であり、症状が乏しい症例ほど発見時には既に病期が進行している場合も多い。したがって、アブレーション適応は 罹患期間、年齢、CHADS₂スコア、左房径、服薬アドヒ

アランス、患者の希望 を総合して決定する必要がある。脳梗塞や心不全リスクが高い症例においては、BNP 測定や長時間心電図デバイス（例：HeartNote）が発作性 AF の早期発見に寄与する可能性が示唆されている。また、アブレーションの利点と限界、手技に伴うリスクについては、無症候例では、より一層丁寧なインフォームドコンセントが欠かせない。さらに、除細動（DC）による洞調律化が治療戦略決定に有用なケースもあり、個別化治療の一助となりうる。

無症候性 AF に対しては、進行予防を目的とした介入の妥当性を評価する前向き研究を現在センターで開始しており、早期介入がアウトカム改善につながるかについて、今後のエビデンス蓄積が期待される。

無症候性不整脈は「症状がない＝問題がない」ではなく、心不全・脳梗塞など重篤なイベントの前段階であることも少なくない。今回の講演では、PVC と AF の両側面から、適切な診断・治療選択の指針を整理し、臨床現場で明日の診療にすぐ活かせる要点を共有した。

（福井大学医学部循環器内科学 猪田 浩）