

日本心臓病学会 × メディカルトリビューン 共同企画



ガイドライン改訂のポイント

INTERVIEW 第4回

不整脈薬物治療ガイドラインについて聞く

日本心臓病学会は、医療関係者に対して心疾患診療の普及啓発を行っており、その一環として今回、循環器関連ガイドライン(GL)のインタビューシリーズをMedical Tribuneとの共同企画で始めた。本シリーズでは、日本心臓病学会会員でGL作成委員会のメンバーに、GLの改訂ポイントなどについて解説してもらう。第4回は、今年(2020年)3月に公表された『2020年改訂版 不整脈薬物治療ガイドライン』(以下、改訂版GL)について、日本医科大学大学院循環器内科学分野大学院教授の清水渉氏に聞いた。



清水 渉氏

位置付けが大きく変わった薬物治療

日本循環器学会のGLは50以上も存在するため、改訂の際には領域ごとに統合し数を減らす方針で数年前から作業を進めている。改訂版GLは、『不整脈薬物治療に関するガイドライン(2009年改訂版)』『心房細動治療(薬物)ガイドライン(2013年版)』『循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン(2009年改訂版)』を統合し、アップデートする形で作成された。不整脈領域のGLでは、他に『不整脈非薬物治療ガイドライン(2018年改訂版)』が昨年公表され、2022年改訂予定で作成している検査に関するGL、遺伝性不整脈に関するGLの4つに統合する方針である。

改訂版GLで大きく変わった点の1

つが不整脈薬物治療の位置付けだ。その背景には、不整脈非薬物療法の進歩がある。植え込み型除細動器(ICD)による心臓突然死予防効果が薬物治療よりも優れているというエビデンスが蓄積。カテーテルアブレーションによって心房細動を含む不整脈が根治治療できるようになるなど、非薬物治療が目覚ましく進歩した。その結果、非薬物治療GLは薬物療法未施行の症例にも適応を拡大したのに対し、薬物療法が行われる頻度は少なくなってきている。

「薬物治療が主流であったこれまでの不整脈治療では不整脈の停止や発症予防が目的だったが、近年は患者の予後やQOLの改善が重要視されるようになった」と清水氏は解説する。非薬物療法の発展が患者の予後を大きく改善した。一方で、例えばICDを植え込んだ心室性不整脈症例で頻回

に不整脈発作を起こす場合は抗不整脈薬を処方するなど、QOLを向上させるには薬物治療が必要なきももある。「薬物治療の頻度は減ったが、価値がなくなったわけではない。QOL向上という目的に位置付けが変わった」とその意味を説いた。

心房細動への抗凝固療法ではDOACの適応が広がる

改訂版GLのもう1つの大きな特徴は、心房細動に対する抗凝固療法のアップデート。清水氏も「直接作用型経口抗凝固薬(DOAC)の普及によってこの領域は大きく変化してきたことから、改訂版GLでは多くのページ数を割いた」と強調した。その要点は「心房細動における抗凝固療法の推奨」の図にある。

まずは、対象となる疾患の定義の変更。機械弁・生体弁とも人工弁置換術後の心房細動は「弁膜症性」と定義されていたが、改訂版GLでは生体弁については「非弁膜症性」としDOACが使えるようになった。また、高度大動脈弁狭窄に対して施行される経皮的動脈弁形成術も生体弁を使用しているため「非弁膜症性」として扱うことになっている。

心房細動のリスク評価には、改訂版GLでもCHADS₂スコアが用いられている。欧米のGLではCHA₂DS₂-VAScスコアが採用されているが、議論の末あえてCHADS₂スコアの継続を決めた。同氏は「CHADS₂スコアではなくCHA₂DS₂-VAScスコアで追加された項目である年齢(65~74歳)、血管疾患、女性の3つは、わが国のレジストリ研究(J-RHYTHM Registry、Fushimi AF Registry、Shinken Database)の統合解析で有意な危険

因子とはならなかったことや、やっと普及し始めた簡便なスコアであるCHADS₂スコアを実臨床でさらに普及させたかった」とその意図を示した。非弁膜症性心房細動では、CHADS₂スコア1点以上でDOAC推奨となっている。ワルファリンは「考慮可」と改訂版GLでは格下げとなった。DOACの方が安全性、有効性が高いとするエビデンスが蓄積してきたため、その適応が広がり、ワル

ファリンは機械弁例や僧帽弁狭窄症例、透析導入例などDOACの使用が困難なものに限られている。

その他のリスクでは、従来の心筋症、年齢(65~74歳)、血管疾患に加え、持続性・永続性心房細動、腎機能障害、低体重(50kg以下)、左房径(45mm超)の4つが加わった。これらも、わが国独自のレジストリ研究がエビデンスとなり採用された。

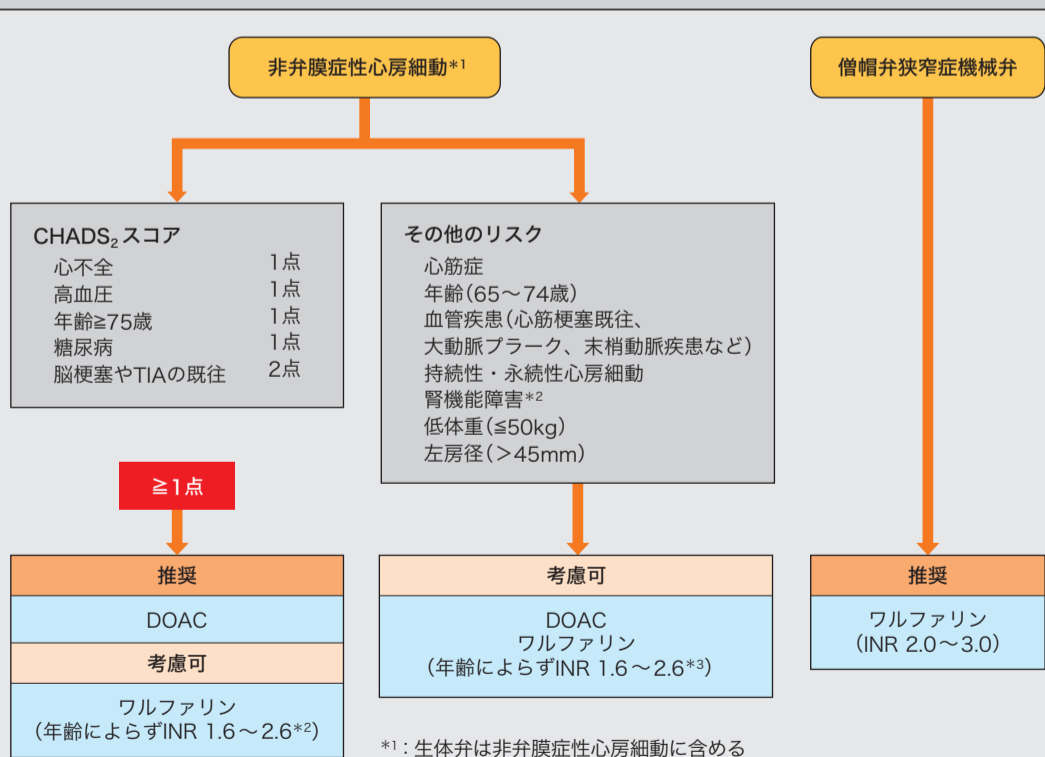
周術期の抗凝固療法が一覧表に

周術期の抗凝固療法では、「具体的な手術手技を挙げて出血リスクを分類、それぞれに対する抗凝固薬の休薬の必要性を表としてまとめた点が新しい」と清水氏はポイントを説明。出血・塞栓症の高リスク例に対する唯一の手術手技である心房細動アブレーションでは、エビデンスの蓄積によりDOACもしくはワルファリンを周術期に継続しても有効であるとされた。推奨クラスはワルファリンとダビガトランがI、その他のDOACはIIaとなっている。

虚血性心疾患を合併した心房細動に対する抗凝固療法については、今年3月に公表された『2020年JCSガイドライン フォーカスアップデート版 冠動脈疾患患者における抗血栓療法』との整合性を持たせた内容になっている。周術期の2週間以内はP2Y₁₂受容体拮抗薬とアスピリンによる抗血小板薬2剤併用療法(DAPT)に経口抗凝固薬を併用するが、出血リスクの高い症例では退院と同時にアスピリンを中止、出血リスクの低い症例でも退院後1~3カ月後にはアスピリンを中止することとし、出血リスクを減らす観点からDAPT期間の短縮化が図られた。また、ステント留置例の抗凝固薬としては、ワルファリンでなくDOACがクラスIで推奨された。

日本循環器学会のGLは内容だけでなく、読みやすくなるように工夫もされている。「以前のGLは文字ばかりで全て読まないポイントが分からなかったが、近年は分かりやすさに配慮している」と同氏は言う。フローチャートや図表を多用して理解しやすくしているだけでなく、実臨床で使いやすいように推奨クラスとエビデンスレベルを表として掲載している。「全ては読めない忙しい医師でも、推奨に目を通せば基本的な内容は理解できる」と積極的な利用を促した。

図 | 心房細動における抗凝固療法の推奨



*1: 生体弁は非弁膜症性心房細動に含める
 *2: 腎機能に応じた抗凝固療法については、3.2.3のDOACを用いるかの選択および表36を参照
 *3: 非弁膜症性心房細動に対するワルファリンのINR 1.6~2.6の管理目標については、なるべく2に近づけるようにする。脳梗塞既往を有する二次予防の患者や高リスク(CHADS₂スコア3点以上)の患者に対するワルファリン療法では、年齢70歳未満ではINR 2.0~3.0を考慮

(日本循環器学会/日本不整脈心電学会、2020年改訂版 不整脈薬物治療ガイドライン https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/04/JCS2020_Ono.pdf (2020年8月閲覧))

不整脈薬物治療GLの主な改訂の要点

- 不整脈薬物療法は患者の予後やQOLの改善が主な目的に置かれるようになった
- 心房細動への抗凝固療法では生体弁による弁置換術が「非弁膜症性」に分類され、DOACの使用が可能に
- 心房細動のリスク評価にはCHADS₂スコアの推奨を継続
- 周術期の抗凝固療法では手術手技によって出血リスク、抗凝固療法の休薬の必要性が一覧表にまとめられた
- 虚血性心疾患を合併した心房細動に対する抗凝固療法は、『2020年JCSガイドライン フォーカスアップデート版 冠動脈疾患における抗血栓療法』と同様の内容に