

WPW症候群

埼玉医科大学国際医療センター心臓内科教授

松本 万夫

(聞き手 池脇克則)

WPW症候群に対するカテーテル・アブレーションの最近の効果は華々しく、成功率98%という施設もあります。しかしその陰で合併症も少なからずみられ、WPW症候群自体は治癒しても、合併症に悩む患者さんもいるようです。特に高齢者（80歳以上）についてはどうなのかご教示ください。

1. 高齢者の合併症は多いか（特に脳梗塞）
2. 心室細動の誘発は多いか

<東京都勤務医>

池脇 松本先生、WPW症候群に関して質問をいただきました。まずWPW症候群について基本的なことを教えてください。

松本 歴史からいうと、1930年ぐらいにさかのぼってしまうのですが、Wolff、Parkinson、Whiteという3人の医師が、PQ間隔が短くて、右脚ブロック型のQRSを呈した心電図で頻脈症を起こした患者さんを報告したのです。それがまず最初です。

どういうことかという、心房と心室を直接つなぐ筋肉の束のようなものがありまして、非常に細いのですが、それがあがるためにそのような

特徴的な心電図を示している。不整脈、例えば心室性期外収縮のようなものが出ると、その回路を逆行した興奮が正常の回路を使って戻ってきて、頻脈が起こるという病気です。

池脇 いわゆる副伝導路があるために頻脈発作を起こすということで、心臓の発生の段階でそういった副伝導路が残ったままで、基本的に小さいころからそれをお持ちだというふうに考えてよろしいですか。

松本 そうですね。先天的な異常ととらえていただいてけっこうだと思いますが、まれに、例えば炎症や肥大型心筋症とかに合併することがありま

す。ほとんどの症例は先天的なものです。生まれたときにできている人が比較的多いのですけれども、だいたい9割ぐらいは消えてしまうともわれています。

池脇 今回の質問に関連するのですけれども、そういったものに関しては、以前でしたら薬物治療だったと思うのですけれども、最近のカテーテル・アブレーション（以下、アブレーション）の恩恵を受けている疾患だと思います。現時点ではアブレーションが標準的な治療といってよろしいでしょうか。

松本 全くそのとおりだと思います。アブレーションが始まったところは合併症も比較的多くて、成功率も30%くらいであり高くなかったのですけれども、最近の成功率は95%を超えていますし、合併症の率は多くて2%くらいといわれています。

池脇 質問の先生は合併症を心配されています。WPW症候群のアブレーションの合併症に関してはどのような状況なのでしょう。

松本 合併症の一番の重たいものは心破裂といえますか、心筋穿孔という病態だと思います。それが起こりますと、血液が心臓の外に出て、心臓の外の袋に血液がたまってしまうのです。この状態を心タンポナーデといえます。そうしますと心臓が動かなくなって血圧が下がる。こういう合併症が一番怖いわけです。その可能性がゼロではな

いということだと思います。

池脇 脳梗塞の合併症はどうでしょうか。

松本 WPW症候群のアブレーションでは脳梗塞の合併症は極めて少ないと思います。ただし、心房細動等を合併している場合はまた話は別ですけれども。

池脇 最近の高齢社会に伴って、心房細動に関しては高齢者に対してアブレーションを盛んにやられていると思うのですが。

松本 そうですね。心房細動は高齢者が多いですが、全例アブレーションの適応になるわけではありません。

池脇 WPW症候群のアブレーションの患者さんというのはやはり高齢化しているのでしょうか。それとも、ある程度の年齢で皆さんやっておられるのでしょうか。

松本 WPW症候群は、最近では健診で心電図をとりますので、比較的若い時期に発見されることが多いです。ですので、あまり高齢者でアブレーションをする患者さんは、最近だんだん少なくなってきました。

池脇 そういう意味では、心房細動とは違う傾向があるということで、心房細動に関しても、ここ5年くらいでしょうか、だいぶアブレーションが普及してきたと思っていますけれども、このWPW症候群に関してはあまり施設間の差はなくなってきつつあるので

しょうか。

松本 なかなかこれは難しい話かも知れませんが、基本的には少ないと思っていますけれども、症例数が実は心房細動に比べて極めて少なくなってきたのです。逆にいえば、心房細動が非常に多い。ですから、若い先生方はどちらかというと、そういうオーソドックスな病気に対する知識が少し欠けてきているところがあるのです。ですので、比較的ロートルといいますか、ある程度経験のある施設のほうが安心感はあるかと思います。

池脇 心房細動のアブレーションも脚光を浴びていますけれども、合併症ということに関していうと、やはり心房細動のほうがWPW症候群に比べると多いといつてよろしいですか。

松本 明らかに多いと思います。先ほど申し上げたような心筋穿孔、心タンポナーデ、これが一番恐ろしいと思います。パーセンテージからいうと、1～2%は起こっていると思います。ほとんどの場合、助かるということですが、これが高齢者になりますと比較的命取りになる可能性も多くなるということだと思います。

池脇 心房細動のアブレーションというのは、カテーテルのアプローチの仕方、あるいは焼き方というのはだいたい決まっているのでしょうか。

松本 だいたい決まっているのですけれども、まだいろいろな方法が世

の中で行われています。基本的には心房細動のアブレーションというのは肺静脈を隔離するという方法です。その理由は、肺静脈の奥のほうから、トリガーといいまして、心房細動を起こすものになるような不整脈（排外収縮）が出るということです。これを抑え込んでしまうという治療法になります。これに関してはほぼ一致した見解だと思います。ただ、焼き方に関しては若干の差があるということだと思います。

池脇 またWPW症候群に話を戻しますけれども、心室細動の危険がある。これはどういう状況のときにそういう危険が出てくるのでしょうか。

松本 副伝導路の不応期、伝導のしやすさによります。不応期が短く伝導性が極めて高いときが非常に危ないと思うのです。そういう患者さんは特に心房細動も起こしやすいので、心房細動を合併して、かつ心房細動の伝導が心室に副伝導路を介して伝わってしまう（偽性心室細動）。こんなときに心室細動、突然死ということを起こすことがあるということだと思います。

池脇 WPW症候群に心房細動を合併した場合の薬物治療に関しては多少気をつけなければいけないと聞いておりますが。

松本 これは極めて重要です。このような状態での房室結節を抑制するような薬は禁忌になります。例えば、よく心房細動で使うジギタリスとか、発

作性の頻拍症で使うベラパミル、ワソランですが、こういった薬は逆に副伝導路を通る伝導を相対的に促進してしまいますので、非常に危ないと思います。これは絶対やってはいけないということだと思います。

池脇 そういう意味では、一般的な頻脈発作で使われている薬というのは、そういう状況においては使ってはいけないという意味においては、慎重に心電図を見ていく必要があるのでしょうか。けれども、この場合には、いわゆるワイドQRSの頻脈症ということですか。

松本 そうです。そういうときにはそういう薬はだめである。薬を使うとすれば何をを使うかという、一群の抗不整脈薬が一番よろしいかと思えます。

池脇 そういった症例ではアブレーションの必要性が高いと思うのですが、最近、先ほども先生が簡単に触れられましたけれども、健診がきっかけで見つかるWPW症候群に関して、そのまますぐに循環器の先生に回すのかどうか。そのあたりの管理の仕方はいかがでしょうか。

松本 循環器の専門家に一度診ていただくのがベストだと思うのですけれ

ども、我々の見方とすれば、まず副伝導路の状態、心電図でいえば δ 波という波になりますが、これが果たして24時間ずっと出っぱなしなのかどうか、例えば運動をしたときにその δ 波が消えるのかとか、消えればわりかた予後がよろしいだろうということと、他に家族歴とか今までの症状、ご本人が動悸があったとか、意識がふっとなったとか、そういったものがあるかどうかをよく聞いていただいて、一切そういうものがない方は様子を見ていて大丈夫だと思います。また、心臓の器質的な疾患があるかないかも非常に重要になってきます。心機能が非常によくて、以上のような状態であれば、専門家に行かなくてもよろしいのではないかと思います。

池脇 δ 波が消えるかどうかというのが一つの指標ということになりますと、一般の先生方でそれを確認するのは、ホルター心電図ぐらいでしょうか。

松本 そうですね。ホルター心電図でよろしいかと思えます。診療所であれば一番よろしいと思えます。

池脇 どうもありがとうございました。