

# 不整脈原性右室心筋症 (ARVC) 診断の重要性

札幌市医師会  
北海道労働保健管理協会 札幌総合健診センター

中村 一博

皆さんは不整脈原性右室心筋症 (ARVC) という疾患をご存知でしょうか。ARVCは右室心筋の繊維化や脂肪変性をきたす進行性の疾患です。発症頻度は1,000人～5,000人に1人と言われており、決して稀な疾患ではありません。この疾患は病初期には無症状で経過し、心陰影の拡大などの前兆なく、心室頻拍や心室細動を起こすことにより発見されることが多いです。本邦における持続性心室頻拍をきたす原疾患の約10%を占めています。ブルガダ症候群が夜間の突然死の原因となるのに対して、ARVCでは運動中に重症不整脈が発生することが多く、若年者やアスリートが心臓突然死を起こす原因の1つになっています。左心室の心筋症と比べて難儀なのは、病初期には病変が左心室に及ばず心機能が保たれているので、この疾患に気づかず運動を続けて初発症状が突然死ということもあり得ることです。ARVCを日常の心電図検査 (健康診断など) で発見することは、若年者の突然死の予防につながると考えられます。

ARVCの50～90%において、12誘導心電図に何らかの異常所見を示すと言われていています。ARVCは右心室に病変があるので、12誘導心電図では右心室側の誘導に異常所見が現れます。具体的な所見としてはV1～V3誘導における

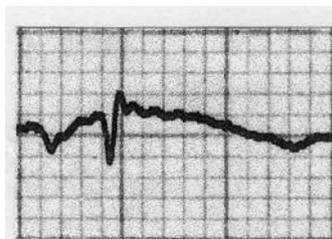
- 1) イプシロン波
- 2) Delayed S-wave upstroke
- 3) 陰性T波
- 4) QRS幅>110ms

などがあげられますが、特徴的なのはイプシロン波です。イプシロン波はQRSの後ろに現れるノッチで、右心室内の伝導遅延を反映しています。断片化したイプシロン波もあり、その場合は細波のような細かいノッチ (ギザギザ) がQRSの後に続きます。ARVCにより誘発された心室期外収縮は右心室起源であるため、左脚ブロック型の心電図波形になります。これもまた曲者で、予後が良いと言われている特発性心室期外収縮でも左脚ブロック型となることが多いので、特発性だと思ってもV1～V3誘導の心電図波形を凝視する必要があります。ARVC疑いに行う精密検査としては、心エコーでは見逃しやすく心臓MRIまたは右室造影の方が適切であると言われています。ですから、先生方がこのような心電図を見つけたら、大学病院もしくはそれに準じた規模の心臓MRI検査が可能な病院へ紹介してください。

世間ではブルガダ症候群がもてはやされてARVCは目立ちませんが、頻度も突然死を起こす深刻さもブルガダ症候群に並ぶと思います。私は当センターに来てから半年足らずですが、すでに2例のARVC疑いの心電図を見つけました。当センターは健診施設ですから、心電図検査数が多いのも原因かもしれませんが、ARVCの患者さんは先生方の外来にも訪れるはずで、V1～V3誘導に判定困難な歪んだQRS波形を見つけたら、ARVCのことを思い出してください。

具体例として、私が当センターで見つけたARVC疑いの心電図 (V1～V3誘導) を提示します。QRSの後ろにV1誘導では断片化した、V2誘導では上向きのノッチ型のイプシロン波と思われる波形を認めます。直後に左脚ブロック型 (右心室起源) の心室期外収縮を併発しています。

V1  
(拡大図)



V1



V2



V3

