

2003.1.1

循環器・呼吸器病センター

だより
第18号



新年あけましておめでとうございます。
先生におかれましては、よい年をお迎えのこととお喜び申し上げます。
本年も御指導・御鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。
病院長 堀江 俊伸



頸部内頸動脈の狭窄について

副病院長（脳神経外科）城下 博夫

MRI や MRA の普及にともなって、脳実質の小血管の病変（ラクナなどの無症候虚血病変）や頭蓋内の主幹動脈の狭窄については患者さんたちから相談をうける機会も多いようです。にもかかわらず、古くから TIA（たとえば一過性の同側視力障害と対側脱力、頸動脈の雑音など）の原因としてよく知られている頸部内頸動脈の狭窄は発症前に指摘され、治療が開始されていけばという症例にしばしば出会います。これらの患者さんはかなり強い片麻痺で装具を使用していて、頸部の MRA で高度の内頸動脈の狭窄があり、大きな梗塞巣がみられます。ときには反対側の内頸動脈にもかなりの狭窄が無症候性に存在することもあります。このように発作をすでに起こしてしまった症例に対しては、もはや維持的なりハビリテーションと再発予防のための抗血小板剤を投与する以外にありません。さらにこれらの患者さんたちは、発症まで病変を指摘されず抗血小板剤も投与されていなかったケースが多いように思われます。欧米での大規模臨床研究（NASCET）では、TIA や minor stroke での症候性頸部内頸動脈狭窄症に対して70%以上の、程度の強い狭窄症に対して手術的にアテロームを切除する頸動脈内膜剥離術（carotid endarterectomy;CEA）は、抗血小板剤による保存的療法の再発率が26%であったのに対して、外科的治療のCEAによる再発率は9%と確実な効果があります（ACAS）。また、60%以上の無症候性狭窄の症例でも内科的治療とくらべ、再発率は半分という結果がでています。

また最近では、high risk の症例には stent などの血管内手術も行われるようになってきています。頭蓋内脳血管の MRA が正常にみえても頸部内頸動脈の狭窄率が90%くらいにならないと間接的に異常所見ととれないこともよくあり、検査をする際に頸部の MRA が超音波検査を併用しないかぎりみのがすこともよくあります。（聴診所見での頸動脈の雑音は50%程度が狭窄に起因しているものとされています。）

狭心症や心筋梗塞をおこした患者さんは頸動脈の狭窄を合併していることが多く、可能であれば CEA などの外科的治療を、そうでなくとも少なくとも抗血小板剤の服用が片麻痺やきわめて予後の悪い劇症型の内頸動脈閉塞症を防ぐかもしれません。TIA や頸部の血管性雑音があり狭窄症が疑われたら MRA、超音波検査と心血管系を含め超高速 CT など非侵襲的検査から評価いたしますのでぜひご紹介ください。

おねがい

循環器・呼吸器病センターは紹介制です、紹介状を持たない患者様は初診の際に2,620円を負担いただいています。患者様の負担軽減のためにも紹介状の発行を今後ともよろしく願います。
なお、貴院から御紹介いただいた患者様が、一年くらい経過して再受診される場合には、改めて簡単な紹介状を出していただければ、患者様の負担軽減になります。