

図説脳神経外科

(第98回)

脳梗塞急性期における頸動脈ステント留置術西牟田洋介¹⁾、伊東 夏子¹⁾、川原 隆²⁾、友杉 哲三²⁾
平原 一穂²⁾、米澤 大¹⁾、時村 洋¹⁾、有田 和徳¹⁾¹⁾ 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学²⁾ 鹿児島市立病院脳神経外科**【はじめに】**

急性期脳梗塞に対する治療として、t-PA静注療法、血栓除去療法(メルシ(Merci)レトリーバー、ペナンブラ(Penumbra)システム)などが保険適用どおり、その効果が注目されている。これらは特に心原性脳塞栓に対する超急性期治療であるが、実臨床では脳梗塞の原因として、アテローム血栓性脳梗塞、なかでも内頸動脈狭窄症(internal carotid artery stenosis: ICS)がしばしば認められる。アテローム血栓性脳梗塞の急性期においては内科治療が適応となるが、それでも症状が増悪する症例を経験する。こうした内科治療に抵抗を示す場合に、頸動脈ステント留置術(carotid artery stenting: CAS)などの急性期血行再建術が考慮される。

【症例】

症例は70歳代男性。繰り返す左片麻痺を主訴に来院された。来院時には、意識清明で左片麻痺MMT4/5と比較的良好な状態であった。MRI精査にて右側の高度ICSとそれに伴う散在性の新鮮脳梗塞を認めたため、入院の後にエダラボンと

アルガトロバンによる点滴治療を開始した。入院当日に麻痺の悪化があり、デキストランとヘパリンを追加したが、翌日には左片麻痺がMMT2/5へ悪化した。内科的治療に抵抗性であったために、同日、局所麻酔下にCASを施行した(図1~4)。術中および術後に新たな塞栓や過還流症候群などなく経過は良好で、麻痺についてもMMT4/5程度まで速やかに改善した。

【考察】

ICSに起因する進行性脳梗塞の自然歴は、死亡率14~18%、後遺症31~71%といわれ予後不良である^{1), 2)}。よって内科的治療に抵抗性ならば追加の外科的治療を考慮する必要がある。ICSに対する急性期血行再建には頸動脈内膜剥離術(carotid endarterectomy: CEA)、CASがある。CASの利点としては、局所麻酔下で行える、搬入から帰室まで2時間程度と比較的短時間で行える、抗血小板剤や抗凝固薬の継続が可能である、SAPPHIRE studyでCEA困難例への有効性が示された³⁾、などが挙げられる。脳卒

中ガイドライン2009では急性期CEAとともに急性期CASのエビデンスレベルはgrade Cであるが、予後良好な報告が散見される⁴⁾。

一方で、急性期CASは、不安定プラークによる術中塞栓、抗血小板剤の効果不十分による急性閉塞や塞栓、術後過灌流症候群などのリスクがあるため、治療に当たってはこうしたリスクについて十分に留意する必要がある。

2014年4月1日に鹿児島大学病院救命救急センターが開設され、急性期脳卒中の患者さんの受け入れを開始した。急

性期ICSに対するCASの有効性をしばしば経験しており、内科治療に抵抗性を示す場合には、積極的な適応を考えたい。

【参考文献】

- 1) Gertler J et al: J Vasc Surg 19: 32-42, 1994
- 2) Golledge J et al: J Vasc Surg 24: 120-126, 1996
- 3) Yadav JS et al: N Engl J Med 351: 1493-1501, 2004
- 4) Iwata T et al: J Neurointerv Surg 5: 40-44, 2013



図1：術前右総頸動脈撮影（頸部側面像）
右内頸動脈分岐部に高度狭窄（矢印）を認め、末梢の血流も低下している

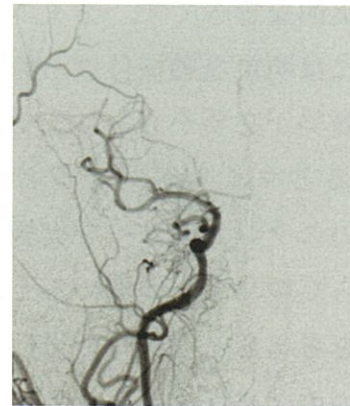


図2：術前右総頸動脈撮影（頭部前後像）
右前大脳動脈の描出が乏しい



図3：術後右総頸動脈撮影（頸部側面像）
軽度の狭窄の残存を認めるも、狭窄部の改善を認め、末梢の血流も明らかに改善している



図4：術後右総頸動脈撮影（頭部前後像）
右大脳動脈の描出（矢印）が見られる