

内頸動脈狭窄症の治療

内頸動脈狭窄症とは

高血圧、糖尿病、高脂血症や加齢などの影響により内頸動脈に粥状硬化巣(プラーク)が生じ、血管内腔の狭窄・閉塞をきたす病気です。

脳梗塞の原因となる病気であり、脳梗塞を発症すると片麻痺、失語症、ろれつ困難、意識障害など様々な症状が出現します。

脳梗塞発症予防、再発予防の治療が必要となります。



内頸動脈狭窄(矢印)

内頸動脈狭窄症の治療

- 1.抗血小板剤の内服治療
- 2.頸動脈内膜剥離術(CEA)
- 3.頸動脈ステント留置術(CAS)

狭窄の程度が軽ければ 1.の内服治療を行います。中等度以上の狭窄になってくると内服治療に 2.あるいは 3.の手術を追加し脳梗塞予防の治療が必要になる場合があります。

頸動脈内膜剥離術(CEA)

適応症例：症候性 70%以上あるいは無症候性 60%以上の狭窄に対し頸動脈内膜剥離術(CEA)を行います。ただし無症候性の病変に対しては内科的治療の進歩により 80%以上の狭窄を手術適応とする傾向にあります。

手術：全身麻酔下に手術を行います。頸部を切開し頸動脈を露出させ(図 1)、頸動脈を切開し(図 2)狭窄の原因となっている粥状硬化巣(プラーク)を切除(図 3)します。切開した頸動脈を縫合し血流を改善させます。

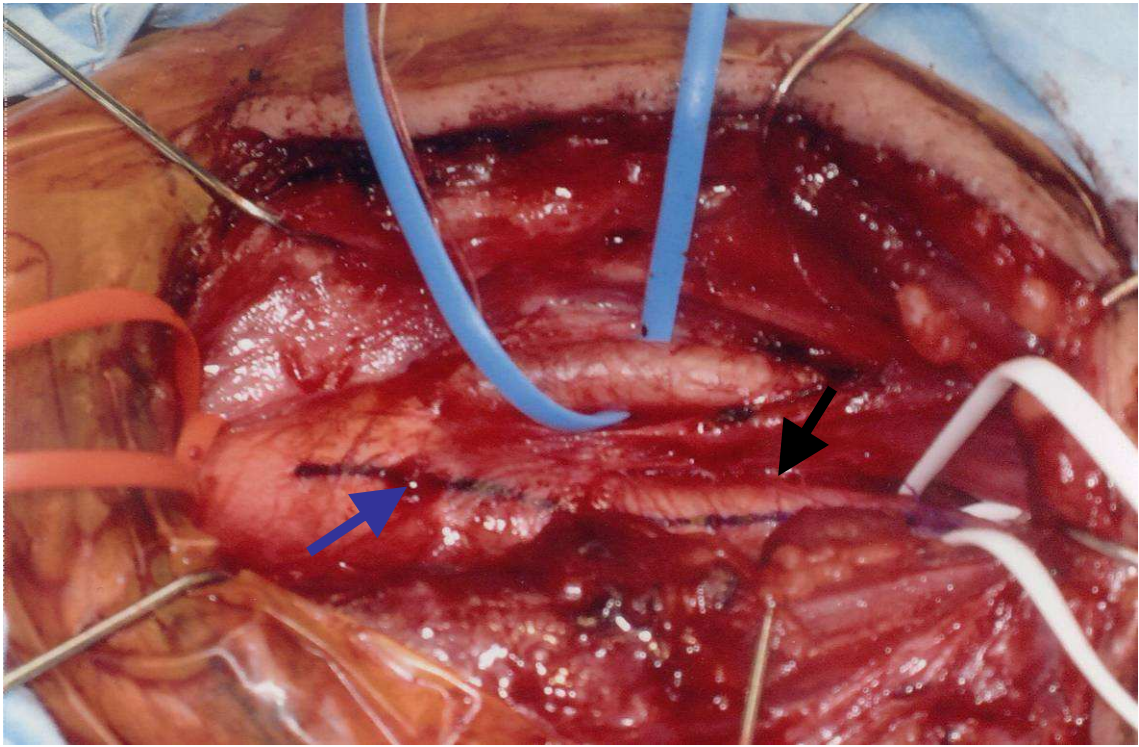


図1 内頸動脈(黒矢印)、切開線(青矢印)

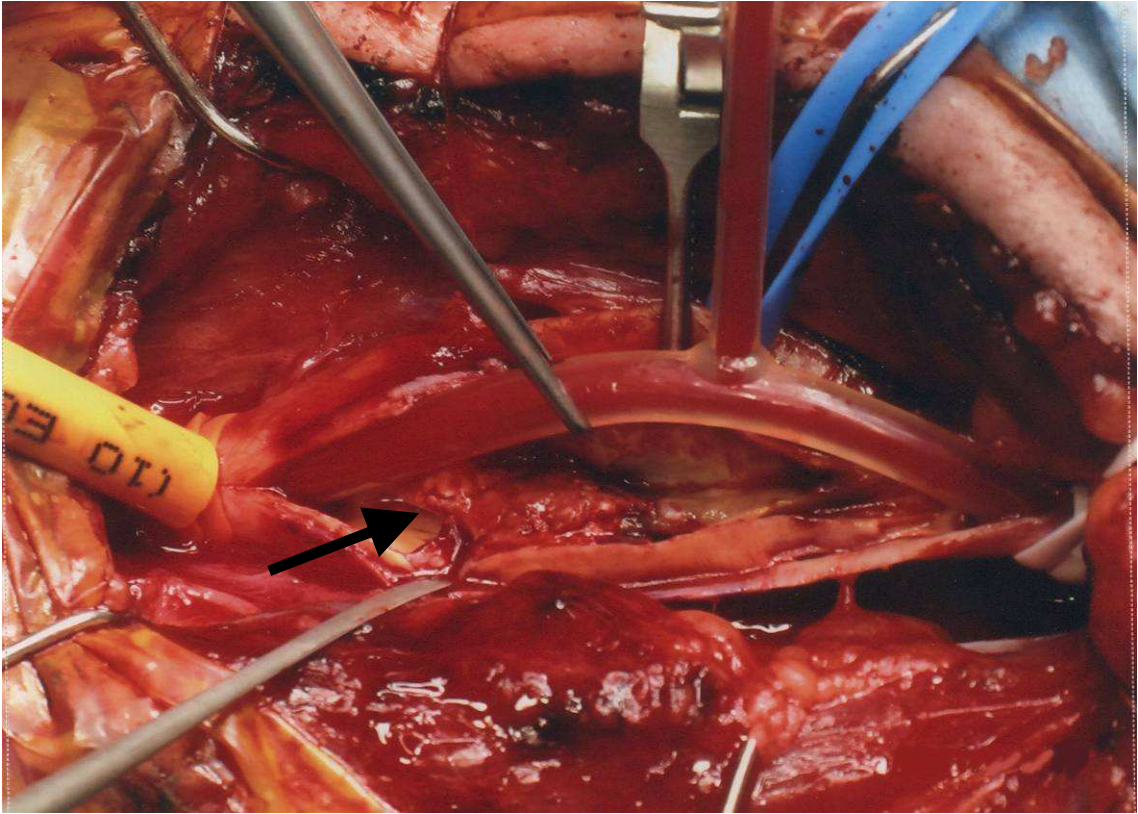


图2 粥状硬化巢(矢印)

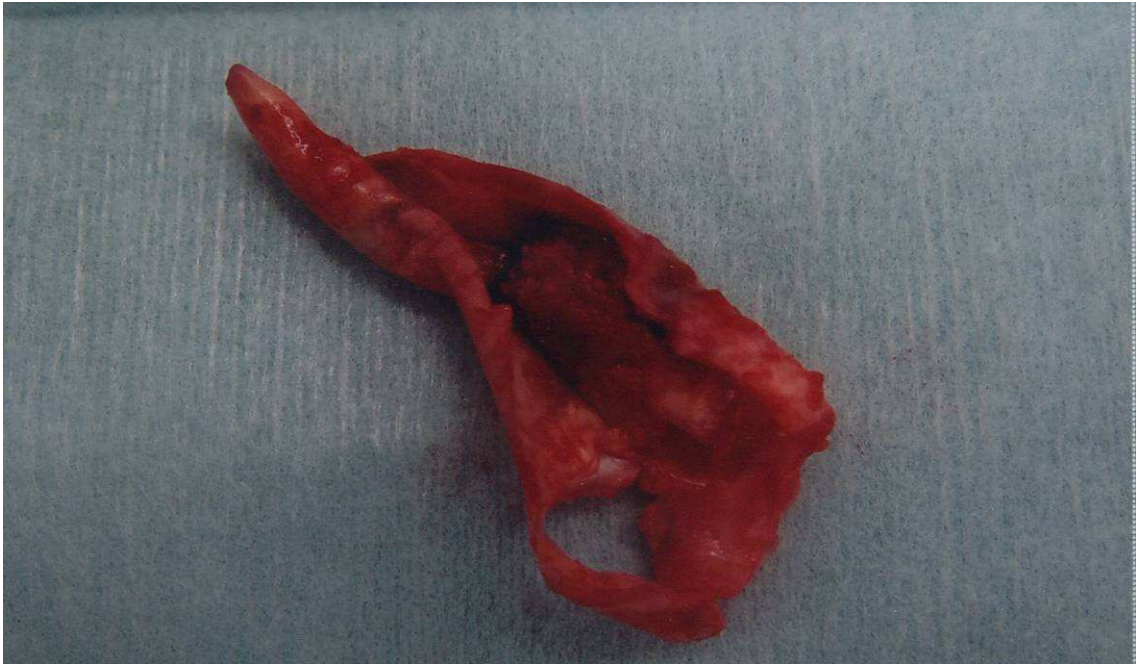


図3 切除された 粥状硬化巣(プラーク)

頸動脈ステント留置術(CAS)

適応症例：症候性 50%以上の狭窄、あるいは無症候性 80%以上の狭窄に対し頸動脈ステント留置術を行います。現在のところ、基本的には頸動脈内膜剥離術(CEA)が難しい症例が適応となっています。

(ご本人、ご家族と相談の上、治療方針を決定します。)

2008年4月に保険承認された手術方法です。

手術：局所麻酔を行い、足の付け根の動脈(大腿動脈)からカテーテルを挿入します。フィルターあるいはバルーン等で術中に血栓などが

飛ばないようにプロテクションしながら(図 4)、バルーンカテーテルで狭窄部を広げ(図 5)ステントを留置(図 6)し血流を改善させます。

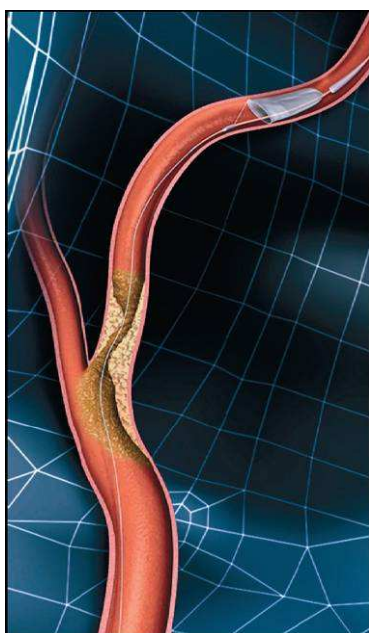


図4

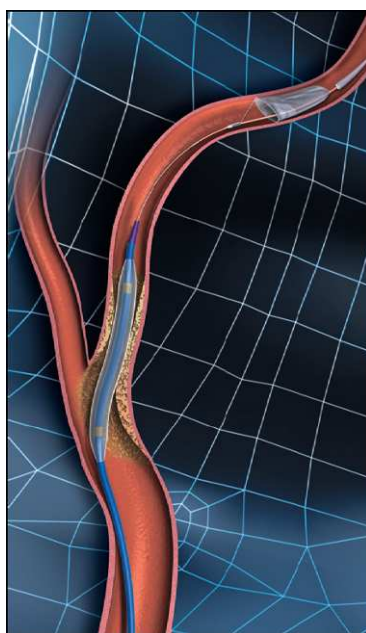


図5

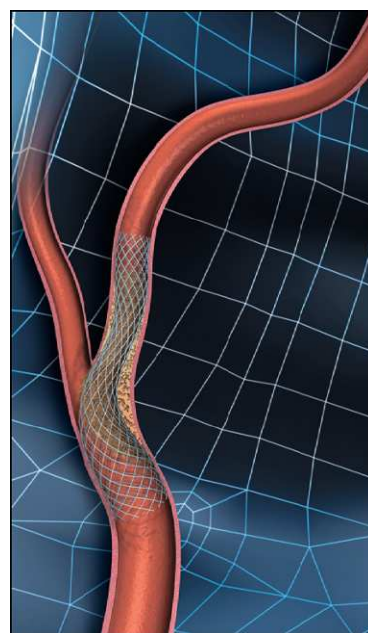
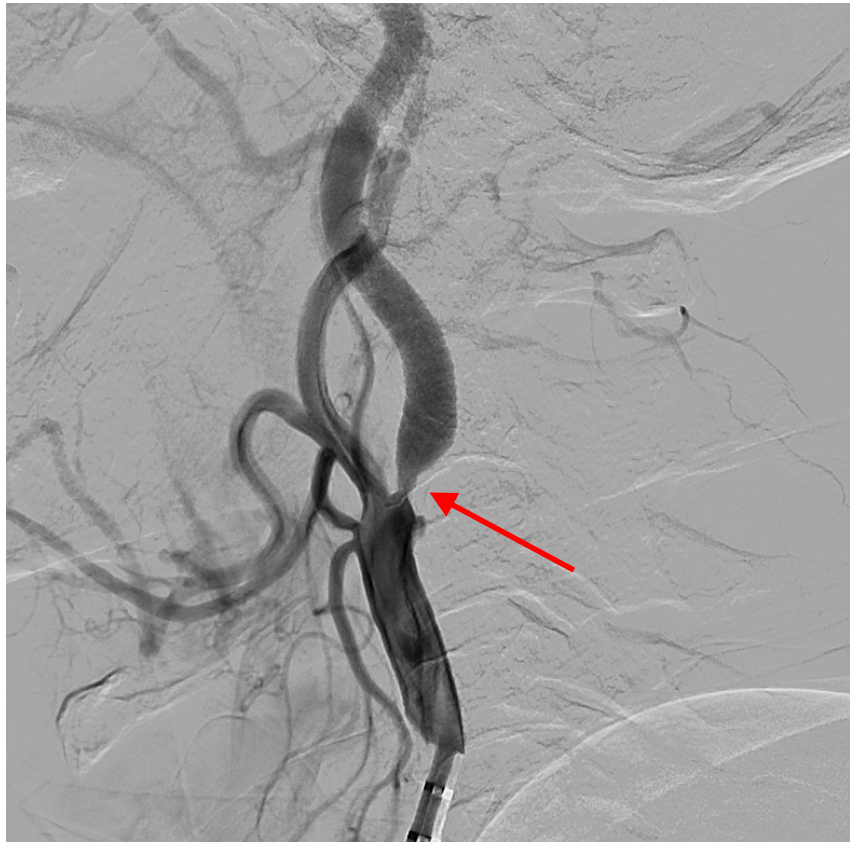
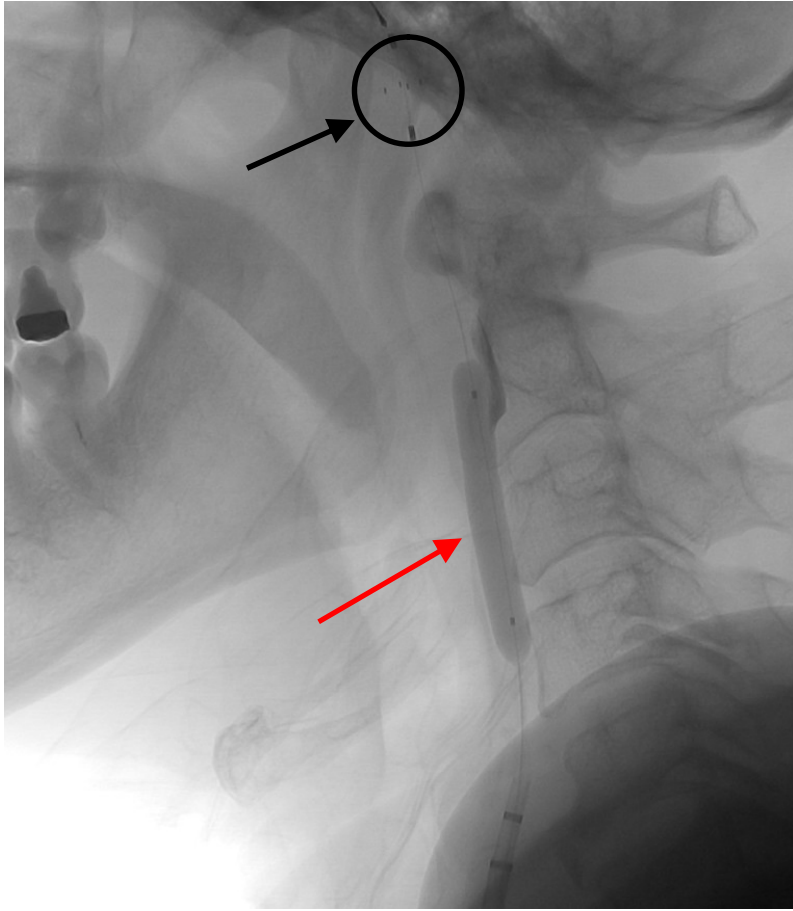


図6

実際の症例



術前狭窄部(矢印)



フィルターでプロテクション(黒矢印)しバルーンで拡張(赤矢印)



ステント留置術後(矢印)

当院での治療成績

2008年4月～2011年3月に当院にて15例の頸動脈内膜剥離術、37例の頸動脈ステント留置術を施行しております。

頸動脈内膜剥離術(CEA)

頸動脈内膜剥離術を施行した15例はいずれも良好な拡張が得られております。

全例、周術期に脳卒中、心筋梗塞などの合併症なく退院されております。

頸動脈ステント留置術(CAS)

頸動脈ステント留置術を施行した37例はいずれもステント留置できしており良好な拡張を得られております。

周術期および術後30日以内の脳卒中、心筋梗塞等の合併症は1例のみ(2.7%)です。またその後の経過で脳梗塞を発症あるいは再発した症例はありません。

手術件数

年度	2008年4月～ 2009年3月	2009年4月～ 2010年3月	2010年4月～ 2011年3月
年間手術件数			
CEA	5	4	6
CAS	16	10	11

文責 脳神経外科 南都昌孝