

特集

脳動脈瘤の治療

特集にあたって

名古屋大学大学院医学系研究科脳神経病態制御学 宮地 茂
徳島大学医学部脳神経外科 永廣 信治

脳動脈瘤に対する治療ストラテジーについては、クリップ vs コイルという形で毎年当該の各学会に取り上げられ、双方の立場からの正当性の主張が繰り返されている。第26回日本脳神経外科コンgres総会では、この fire debate をコンパクトな形にまとめ、双方の重要ポイントが抽出された。本特集はその内容を各演者におまといいただき、考察を加えていただいたものである。

少なくとも現在の脳卒中医療の中で、脳動脈瘤塞栓術がきわめて重要な役割を演じはじめていることは、欧米のみならずわが国においても論を俟たない。特に破裂動脈瘤に関しては、クリップ中心の中でコイルの棲み分けを明確にしたことで双方の成績が向上した小林繁樹先生の報告、血管内治療を第一選択として破裂瘤の9割以上をコイル塞栓術で行ってクリッピングと遜色ない結果であった阿部博史先生の報告からみられるように、初期成績としてコイル塞栓術が良好な実績を残しているのは確かであり、これは ISAT の結果と相違ない。さらに、クモ膜下出血で術後成績を左右する最大の問題の一つである遅発性脳血管攣縮についても、血管内治療のほうに分があることが大熊洋揮先生の報告で述べられている。これは、開頭手術では脳実質や血管そのものに機械的ダメージを加えることに加えて、クモ膜を開けて正常な脳脊髄液の循環を阻害するため、初期のある程度の除去では勝るが、灌流による血管外血液の washout は遅延することが原因と考察されている。その点、閉鎖腔としてのクモ膜下腔のドレナージで血液を体外に導きやすいのが開頭しない血管内治療の利点とされている。

以上より、破裂脳動脈瘤塞栓術はかなりの勢いでそのシェアを拡大しつつあると思われるが、実はわが国で用いられる血管内治療用デバイスは欧米に比べ5年ほども遅れているのが現状である。これは滝和郎先生の苦汁に満ちた総論に詳しい。現在欧米ですでに臨床応用されている第二、第三世代のコイルの適用により、さらに血管内治療の適応と治療の幅が広がり、安全確実な塞栓術を遂行しうるにもかかわらず、適用認可の遅れのために脳血管内治療医のフラストレーションはたまる一方である。このようなデバイス発展途上国のわが国においても、クリッピング、コイルリングともに欧米と同様の成績を残せていることは、情けないことながら、わが国の脳神経外科医の技術を誇るべきかもしれない。

さて、塞栓術が一般化してくるにつれ、どちらでも治療できる瘤がコイルにまわる機会が多くなると、問題となるのは、当たり前がクリップされる機会が減少することである。治療経験が少なければ合併症が多くなるという過去の報告に則れば、クリッピングの成績が前より低下することが懸念される。阿部先生の論文に書かれているように、塞栓術の不応となる症例は必ず存在するのであり、これを開頭にて治療できる環境が整えられなければならない。そこで必要なことは、確実な技術をもった vascular neurosurgeon の育成であると思われる。本郷一博先生は、杉田、小林両教授から受け継いだきわめて統合的なトレーニングカリキュラムを紹介されている。今後の脳卒中治療医には vascular と endovascular の両方の治療手段に精通する医師が望まれる。これはどちらも一人でできるということではなく、チームとして2つの治療手段を持つことが要求される。血管内治療については、本郷先生の総論の後の editorial comment に書かせていただいたように、一定の technical quality を持つ専門医を養成するようなシステムを学会として構築している。一方、クリッピング技術は各病院の部長や指導医により、各“施設流”のやり方が伝統的に受け継がれているのが現状と思われ、コンセンサスがある程度できているとはいうものの、やはり確実な指導体制が今後の課題と思われる。

このテーマのディスカッションでは、大抵の場合、「コイルリングとクリッピングは競合しあうのではない、協調し補足しあうのである」とまとめられる。まだ脳血管内治療医の不足など各施設の事情もあり、コンセンサスを得た治療方針はとれないことは事実であるが、偏見や個人的信条によらず、双方が理解しあうことが、このまとめを実践するために最も必要なことと思われる。その意味で、この特集において述べられている内容は、それぞれに価値あるメッセージを持ち、現在脳卒中外科の抱えている問題を浮き彫りにしていると思われる。是非ご一読いただきたい。