椎骨脳底動脈循環不全（VBI）

東京都済生会中央病院院長
高　木　　誠
（聞き手　池脇克則）

椎骨脳底動脈循環不全（VBI）の診断と治療についてご教示ください。
当方耳鼻科で、めまいを診ていますが、確信を持ってVBIの診断ができず、いつも除外判断的になっています。また、ケタスの適応効果についてもご教示ください。

＜北海道開業医＞

池脇　高木先生、めまいは、外来も含めて、よく遭遇する自覚症状で、いわゆる耳鼻科的な末梢性のめまいなのか、あるいは中枢性なのか。これでけっこうお困りだということで、めまいの診断は難しいのでしょうか。

高木　めまいの診断というのはすごく難しいですね。特に、めまいの症状だけで、それがいわゆる内耳性の末梢性のめまいなのか、あるいは今日のテーマのVBIも含めた中枢性のめまいなのかというのは、なかなか難しいです。一般には、回転性のめまいは末梢性で、非回転性は中枢性といいますけれども、例外はいくらでもあるので、なかなかそれだけでは難しいところです。

池脇　めまいだけというよりも、随伴する症状も含めて診断すると思うのですけれども、質問の先生は耳鼻科という立場ですから、いわゆる内耳障害、蝸牛症状を伴うような疾患の診断ということにはとても慣れておられる。その先生が「なかなか難しい」とおっしゃると、これは症状がきちっとそろっているめまいは多くないということなのでしょうか。

高木　典型的な内耳性のめまいというのは診断はそう難しくないと思うのです。というのは、回転性のめまいで、それに例えば耳鳴りとか難聴、そういう内耳の症状を伴って、それ以外にあまり症状がないという場合には内耳性ということがいえると思うのですけれども、逆に中枢性とはっきりいえるの

は、めまいに加えて、脳幹とか小脳、そういう中枢性のほかの症状、例えばよくあるのは構音障害であるとか、物が二重に見える複視があるとか、片麻痺を伴うとか、感覚の異常を伴うとか、めまいプラス中枢性の、特にfocal sign、局在徴候を伴っている場合には中枢性といっていいと思うのですが、そのどちらでもないような場合が非常に難しいところです。

池脇　質問のVBI、椎骨脳底動脈循環不全、循環不全ということですから、これは脳梗塞というよりも、いわゆるTIAというふうに考えてよろしいですか。

高木　これも定義が難しいところなのですが、一般に椎骨脳底動脈循環不全というのは椎骨脳底動脈系のTIA、一過性脳虚血発作のことを指すというふうに考えています。昔から特に、めまいを繰り返すような病態の方によくこういう病名がつけられると思います。

池脇　そうすると、外来で診るという状況を考えますと、患者さんはおそらくその場ではすでにめまいはおさまっている。話としてめまいだということで、そのあたりからどういうふうにして症状を評価するのでしょうか。

高木　先生がおっしゃったように、TIAというのは診察に来られたときには症状がないので、基本的には病歴をよく聞いて、症状の起こり方であるとか、どういう症状を伴っているかとか、先ほどお話ししたような末梢性、中枢性を区別するような手がかりがあるかどうかというところを聞くところが一つ大事なところだと思います。

もう一つ大事なことは、椎骨脳底動脈循環不全というのは、椎骨脳底動脈の血流不全ですから、ほとんどが動脈硬化、アテローム硬化がベースにあるわけです。そういう血管障害のリスクを持っておられる方かどうか。もちろん、年齢もそうですし、高血圧とか糖尿病とか脂質異常とか、そういう血管障害のリスクをいろいろ持っていらっしゃる方、あるいはほかに冠動脈疾患とか末梢動脈疾患とかを合併しておられる方、そういう場合には血管障害がベースにある可能性が高いので、リスクファクターをちゃんと聞いておくことも大事だと思います。

池脇　教科書的には、椎骨動脈は横突起の間を抜けているので、頸椎の過伸展ですとか、ねじるですとか、そういった動きでめまいが誘発される。実際そうなのでしょうか。

高木　それは確かにそうなのですけれども、言われているほどあるものではないのです。ただ、椎骨動脈というのはかなり左右差があります。太いほう、細いほうがあって、特に太い、優位な椎骨動脈が首を回転したときにつぶれるようなかたちで血流が途絶えてしまうと、首を曲げるとすごいめまいがするというふうに訴えられる方がい

ますけれども、脊椎の異常によって起こるめまいは、言われているより実際には少ないと思います。

池脇　動脈硬化のリスクを抱えている患者さんのVBIをまず念頭に置くということですね。

高木　はい。

池脇　診断という意味では、めまい、あるいはそれ以外の症状で、この疾患には特徴があるのでしょうか。

高木　先ほどお話ししたような脳幹とか小脳の症状を伴うことが多いと思いますので、一番頻度が高いのは構音障害だと思います。それから運動障害、感覚障害、それから失調症といいますが、少しふらつきがあるとか、バランスが悪くなるとか、そういうものがめまいと同時にあるということかと思います。

池脇　これは重症な例かもしれませんけれども、意識障害、失神という中の鑑別診断には入ってきますか。

高木　いわゆる意識喪失ということには普通はならないと思います。意識は比較的保たれていて、めまいが起こってくる。目の前が暗くなって倒れるようなめまい、失神型のめまいということは少ないと思います。

池脇　では、どういうふうにして診断していくのでしょうか。

高木　一番確実なのは椎骨脳底動脈の血流を悪くするような血管病変があるかどうかということだと思いますので、私が外来でまず選択するのはMRIです。特に、MRAです。椎骨動脈、脳底動脈、これはMRAは造影剤を使わなくても非常にきれいに見えますので、椎骨動脈、脳底動脈が全く動脈硬化もなくて問題ない場合には、椎骨脳底動脈循環不全はかなり否定的だと思います。

池脇　もしそれで疑わしい、画像の程度にもよるかもしれませんけれども、それが確かに血流障害を起こしているというのは、これはまた別な検査なのでしょうか。

高木　MRAで少なくとも50％以上のそういう狭窄性の病変があるというのがはっきり見つかれば、症状とその部位が合えば、かなり確率は高いと思います。脳幹、小脳の場合にはSPECTとか、脳の血流の検査というのはあまり精度が高くないので、大脳の頸動脈系に比べると血流の評価はなかなか難しいですね。

池脇　そうすると、MRAである程度の診断をつける、治療をするかどうかも含めてということですね。

高木　はい。

池脇　治療に関して、ケタス、これはアレルギーあるいは脳血流の改善という薬効がついている薬ですけれども、そういった薬も含めて、内科的な標準的治療はどうなっているのでしょうか。

高木　まず一番は、ベースは血管障害で狭窄性の病変があることが多いの

で、やはり抗血栓療法です。特に第一選択は抗血小板薬だと思います。いま、日本でこの目的で使われている抗血小板薬はアスピリンとクロピドグレル、シロスタゾールの３種類だと思いますけれども、その辺の抗血小板薬を選択することが一番です。

お尋ねのケタスというのは脳循環改善薬で、脳の血流改善作用はありますけれども、抗血小板作用は比較的弱いです。でも、再発の予防効果も多少あるといわれているので、日本のガイドラインではBで推奨されています。抗血小板薬がAとすると、グレードBの推奨なので、治療の選択肢の一つではあると思いますけれども、まずは先ほどの３つの抗血小板薬の中から何かを選択する治療が必要だと思います。

池脇　私はそれほど症例は経験ないのですけれども、そういう診断で抗血小板薬を投与されると、症状の起こり方も軽減する方はいらっしゃいますか。

高木　抗血小板薬を投与すると、その後すぐおさまってしまう方もいらっしゃいます。ただ、ベースに血流が非常に悪くなっていて、血行力学的なメカニズムが強い方ですと、なかなかそれだけではおさまらないこともありますので、内科的な治療をやってもどうしてもおさまらないという場合には外科的な治療を何か選択するということもあります。

池脇　外科とおっしゃいますと、血管内治療と外科と両方という意味でしょうか。

高木　そうですね。最近は血管内治療でPTAをやるとか、あるいはステントを入れるとかいうことが行われていますけれども、椎骨脳底動脈は血管内治療のリスクも高いところなので、評価は必ずしも定まってはいないと思います。

池脇　どうもありがとうございました。