

頸動脈プラークおよび狭窄の診断と治療

聖マリアンナ医科大学東横病院脳卒中センター長

植田 敏 浩

(聞き手 池脇克則)

糖尿病、高血圧、高脂血症の方に、頸動脈エコーを実施するとプラークや軽度の狭窄を認める方がいます。どの程度で専門医へ紹介するのか、診断の基準、一般医科での加療可否、範囲、治療方法などについてご教示ください。

<広島県開業医>

池脇 臨床実地の先生でも頸動脈エコーを行っています。動脈硬化を画像的に評価するとなると、頸動脈エコーが一番普及しているのでしょうか。

植田 そのとおりだと思います。非常に簡便で、大血管をチェックでき、しかもクリニックの先生でも比較的簡単に検査ができるということから、一番普及していると思います。

池脇 確かに採血で、LDLコレステロールが幾つだといっても、なかなか患者さんは納得してくれませんので、頸動脈のここにプラークがありますと言うと、だいぶ違いますよね。

植田 実際に紹介していただく患者さんも、写真を持って、ここにプラークがあるから、これが心配だという方がたくさんいらっしゃいます。

池脇 質問は、生活習慣病がある方に積極的に頸動脈エコーを行っていて、プラークあるいは狭窄があった場合に、どういう症例で専門医に送るべきか、という質問ですが、どうでしょうか。

植田 まずは頸動脈超音波検査をしたときのポイントが2つあります。一つは狭窄率、もう一つはプラークの質です。

狭窄率に関しては、いわゆる中等度狭窄以上、50%以上の場合には早めに専門医に紹介していただくほうがよいと思いますし、もちろん70%以上の高度の場合には急いで送ることになります。

もう1点、プラークの質は、実際には軟らかいプラークなのか、硬いプラークなのか。あるいは、潰瘍を形成しているのか。それから、時々見つかる

のがモバイルプラークとあって、動いているプラークです。小さなプラークで動いているようなもの。血流によってピクピク動いているようなもの。これは非常に危険性が高い。そういうところをチェックしていただければいいかと思います。

池脇 一次予防か、二次予防かによって専門医が入ってくる場面は変わってきますか。

植田 一次予防でどういった薬を使うかというのは、実は専門医の間でも議論の分かれるところですけども、今説明したようなリスクの高いプラーク、あるいは高い狭窄率を持った患者さんには、我々も実際には抗血小板剤を使っています。

池脇 中等度以上の狭窄では専門医へということでしたけれども、TIAの既往や脳虚血の症状があるかどうかと一緒に考慮すべきでしょうか。

植田 もちろんそういった話をよく聞いていただいて、TIAを疑うような症状、あるいは一過性の黒内障といって目が見えなくなるような症候をお持ちの方は狭窄率が軽度でも紹介していただいたほうがいいと思います。

池脇 頸動脈エコーに関して私が少し疑問に思っているのは、前回行ったときと今回で狭窄率がだいぶ違うときが時々あるのです。これは行う先生あるいは技師によって多少ばらつく傾向があるのでしょうか。

植田 かなりばらつきがあります。どういう狭窄率を取るかによっても変わりますし、いわゆる手術の基準になるような直径、径をもとにした狭窄率というのは、測った場所によってかなり変わります。あるいは、検査の機器とか場所によってもです。我々は、あまり差が出ないような狭窄率の一つとして、断面積の狭窄率、これは1断面で一番狭窄、プラークがたくさんあるところですが、何%プラークが占めているか。その面積の狭窄率は比較的誤差が少ないです。

池脇 狭窄率を見るときに、ドプラーをかけて、どこが境界かを決める。でも、場所によっては、あるいはドプラーの強さによっては多少影響が出てくるような気がしますが。

植田 そのとおりだと思います。もう一つの基準が、一番狭窄率が強いつころの血流速度、これも一つ基準となります。高度狭窄の場合はだいたい血流速度が200を超える、そういったものが血管径の狭窄率の70%以上に匹敵するとされています。

池脇 狭窄率に関しては多少変動があるということが1点と、もう一つは場所によって若干見えにくいのかなと思った症例があります。頸動脈球部から直後の内頸動脈の近位側、結果的には内側に飛び出すようなプラークではなくて、外側のプラークだったので、検査を2度行ったら、厚みが違うとい

う報告がありました。そういう、場所によって、あるいはプラークがどういう方向に育っているのかによって、エコーでは見えにくい場所もあるのでしょうか。

植田 もちろんあります。患者さんによって分岐部の高さも違います。血管の分岐の向きも違います。あるいは、石灰化があるときには、エコーにプラスして、その次の検査としてはおそらくMRI、あるいは造影剤を使ったCT検査が推奨されます。

池脇 早急に専門医に送ったほうがいいのはどういった症例なのでしょう。

植田 急いで送ったほうがいい症例というのは、外科的治療を考えないといけない症例です。最近では、切る治療と、それからステント治療も進んでいるので、そういったケースというのはいわゆる症候性の場合には50%以上の狭窄、それから大きな潰瘍を持っているような狭窄。無症候性であっても、だいたい70~80%以上の狭窄の場合には外科的治療あるいはステント治療を行ったほうがいいと勧められています。

池脇 内膜剥離術とステント、おそらく前者のほうが主流だと思うのですが、日本の先生は器用なので、ステントも多い印象ですが。

植田 最近、ステントを選ばれる患者さんが多くなってきましたし、欧米のスタディでもステントは頸動脈内膜

剥離術と遜色ないデータを出しています。

池脇 専門医に紹介せず、ご自身で診る場合、どういう観点で治療をしていくのか。リスク管理ということになるのでしょうか。

植田 おっしゃるとおり、個々の患者さんでどのぐらいリスクを持っているのか。リスク管理がきちんとできていないと頸動脈狭窄が進みます。

池脇 高脂血症でしたらスタチンを中心にした治療、糖尿病、あるいは高血圧に関してもそれぞれの分野で治療がありますので、それはいいとして、一つ私自身も迷うのは、例えば一次予防でちょっと心配だなというときに、私は抗血小板剤を出すことが多いのですが、これはあまりエビデンスに基づいていないような気がするのです。これはどういう現状なのでしょうか。

植田 一次予防として頸動脈狭窄のすべての患者さんに抗血小板剤を使ったほうがいいというエビデンスはまだないです。おっしゃるとおりで、我々もケース・バイ・ケースで使っていますが、リスク管理がきちんとできていない患者さんで、ある程度、中等度以上狭窄を持っている、例えば潰瘍形成がある患者さんには、抗血小板剤を積極的に使っています。

池脇 どの抗血小板剤でもよいのでしょうか。

植田 どれがいいというははっきりと

したエビデンスはありませんので、リスクに応じて、ほかの危険因子に応じて使われたらいいと思います。

池脇 全くプラークもないし、IMTも正常範囲という方もいれば、若干基準値を超える、あるいはがっちりしたプラークもある。臨床実地の先生でしたら、いろいろな所見があって、次はいつやるのかというも、迷うのではないかと思うのですけれども、検査の

間隔はどのようなのでしょうか。

植田 ある程度、中等度以上の狭窄の患者さんは半年おきぐらいに行うのがいいと思います。

池脇 それ以外は基本は1年ごとでしようか。

植田 1年ごとで大丈夫だと思います。

池脇 どうもありがとうございます。