健康診断の新たなる展望（Ⅲ）

脳ドック

国際医療福祉大学塩谷病院神経内科教授
高　木　繁　治
（聞き手　大西　真）

大西　高木先生、脳ドックについておうかがいしたいと思います。

今、脳ドックがかなり盛んにやられるようになってきて、脳ドックを受けた結果でご相談を受けるケースも多いのですけれども、日本の現状はどのようなぐあいになっていますでしょうか。

高木　脳ドックを受けられたということで患者さんが外来に来たときにお話しになる内容というのは、一つは未破裂の脳動脈瘤が指摘された、あるいは無症候性脳梗塞が見つかった、あるいは初期の認知症といわれた、などが多いようです。そのようなときにお役に立てるようなお話をできればと思っております。

大西　それでは、実際、脳を検診で調べるにはどういったことをやっていくのでしょうか。

高木　まず、どこで脳を調べるのがいいか、ということですね。脳ドックであるとか、あるいは脳検診とか、あるいは人間ドックプラス脳のオプションとか、いろいろあります。実際に何を受ければ、あるいはどこで受ければ必要なことができるのかということがなかなかわからないのではないかと思います。

そこで、脳ドックをやっている施設の学会で、日本脳ドック学会というものがありまして、最低限どのようなことが必要か、何をすれば脳ドックと称することができるのだろうかということを取りまとめまして、脳ドックのガイドラインを作り、そこに示しております。

大西　いわゆる脳ドックというと、すぐMRIなどに話がいってしまうのですけれども、全体として、例えば問診だとか診察だとか、いろいろな画像診断とか、こういった項目が勧められるというのが決まっているということなのでしょうか。

高木　そうです。問診、それから神経学的な診察、あと一般的な血液・生化学・検尿、あとMRIとかMRA、あるいは心電図、あと大事なのが頸部の超音波検査とか、それから認知機能、

そういうものをやりなさいというのが脳ドック学会の推奨です。

大西　いわゆるトータルな脳検診というイメージでよろしいですね。

高木　そうですね。ですから、ご相談されたときは「脳ドック学会の認定施設で受けるとよろしいでしょう」というふうにお話しいただければと思います。

大西　今お話しされた一連の問診、診察、画像検査、あるいはエコー、そういったトータルできちんと、認知度も含めて検査する、そういったことが求められると考えてよろしいですか。

高木　そうなっております。

大西　先ほどお話があった主な３つの疾患、いわゆる未破裂の脳動脈瘤とか、あるいは無症候性脳梗塞、あと認知症、それぞれについて順番におうかがいしたいのですが、まず「たまたま脳ドックで破裂していない動脈瘤が見つかったのだけれども、どうしたらいいでしょうか」という質問もよく受けるのですが、そのあたりから教えていただけますでしょうか。

高木　これは患者さんはたいへん悩むところだろうと思います。だいたい頻度としましては、受診者のおよそ１％ぐらいに見つかる。決して少ない状態ではないということです。

では、見つかった未破裂の脳動脈瘤が破裂すると、くも膜下出血というたいへん怖い状態になるのですが、それがどれぐらいの確率で破裂するか。１年間で、未破裂を持っている方の１％ぐらいが破裂する。そうしますと、例えば50歳の人でこれが見つかったときに、あと30年間余命があるとしますと、その方は生涯で破裂する確率は30％になる。これはかなり大きな数字ではないかと思います。

大西　破裂のリスクの評価というのは、例えばサイズだとか、いろいろ評価の指標みたいなものがあるのでしょうか。この大きさだったらどうかとか、リスクファクターがこうだったら危険が高いとか、そのあたりはどのように指導したらよろしいでしょうか。

高木　やはり、破裂のリスクの大きいものについては、脳神経外科の専門医を紹介して、治療方針を検討していただくことになります。はっきりとした統計的な数字が出ているわけではないのですが、今までの脳外科医の経験を踏まえまして、ガイドラインに書いてありますが、一応患者さんの余命が10～15年以上ある場合は専門医へということで、あまりお年を召した方に手術をしてもしようがないだろうということもあります。

それから、動脈瘤の大きさが５～７㎜以上ある。そのほうが破裂しやすいでしょう。もう一つは、それより小さいものであっても、症状が出ているもの。これは脳ドックで見つかるということはあまりないと思うのですけれど

も、例えば眼球運動障害があって目が動かないというような場合ですとか。それから脳の後ろのほう、後方循環、あるいは前交通動脈であるとか、あるいは内頸動脈と後交通動脈の分岐部などの動脈瘤は手術を考えたほうがいいでしょう。

もう一つは、これは専門的になりますが、動脈瘤の形を見て、daughterというか、膨らんだところにさらに膨らんだところがあるような形ですと、破裂しやすいので危ない。そういうことも考慮しなさいということですから、なかなか難しいところもありますので、やはり専門医にご相談していただくのが一番いいのではないかと思います。

大西　無症候の脳梗塞も見つかることがよくありますね。たまたま検査したら、脳梗塞のあとがありますよとか言われることが多いと思うのですけれども、そのあたりの対応はどのようにしたらよろしいでしょうか。

高木　ここもちょっと問題があるところでして、まず診断を確定しないといけないと思います。ガイドラインに沿っていうと、MRIのT１強調画像とT２強調画像とFLAIR画像またはそれと同等のもの、この３種類を撮りなさいということになっております。実際にこの３種類がないと、脳梗塞であるという診断がつきません。これが２つだとすると、例えば脳の白質の虚血性の変化であるとか、あるいは血管周囲腔の拡大だとか、そういうものと間違えてしまうということで、認定施設であるかどうかということがここでも問題になってきます。

大西　かつてはちょっと診断しすぎではないかという時代もありましたけれども、そこはきちんと正確な画像診断が必要だということでしょうか。

高木　そうです。私も脳ドックで診察していたことがありますので、私の経験から、どういうふうに受診者に説明するかということを述べさせていただいてよろしいでしょうか。

大西　よろしくお願いします。

高木　まず、受診者の方は神経質な方から、まったく無頓着な方まで、本当にいろいろな方がおります。ですから、まず相手をよく見て、反応を見ながらお話をするということが大切です。昔、神経質な人にずばっと言ってしまって、脳ドックノイローゼ、あるいは脳梗塞ノイローゼになられた方もいらっしゃいました。逆に、気にしない人はまったく気にしないので、説明をやや強く、はっきりと言わなければいけないということがあるだろうと思います。

それから、脳ドックで見つかる脳梗塞というのは、ほとんどが直径1.5㎝未満のラクナ梗塞といわれるものですけれども、そんな小さいラクナ梗塞が１つや２つ、たまたまできても、脳全体の機能は影響ないのではないかという

意見もあります。脳の働きから見れば、実際はそうなのだろうと思いますが、私たちの成績では、ラクナのある人というのは、ない人に比べて脳全体の機能が落ちている。これはなぜかということを考えますと、ラクナが脳機能を低下させたのではなくて、むしろ高血圧とか何か、悪い危険因子がある方が、それが長く続いて、動脈の病変が進んだところでようやくラクナが起こってきた。ラクナが起こるべくして起きたというふうに考えていいのではないかと思います。無症候性脳梗塞が見つかった方には、「今のところは心配なく、赤信号ではありません。でもこのままの生活習慣を続けていくと、やがて脳卒中や認知症になりますよ、という黄色信号と考えて、危険因子の治療に励みましょう」と説明しています。

大西　それでは３番目の認知機能ですが、これもかなり脳検診でわかるようになっているとうかがっているのですが、そのあたりの現状はいかがでしょうか。

高木　必ずこれも脳検診の項目に含まれておりまして、いろいろなテストをやっております。認知症全般につきましては、一般的な認知症の予防ですが、１人で放置しないとか、あるいは趣味をもつとか、あるいは日常生活で役割を何か果たしていただくとか、そういうことを指導します。あと脳血管性については、これは予防が可能だということで、生活習慣病のコントロールをしっかりやるようにということをお話ししております。

大西　それでは最後に、今後の脳ドックの展望についてご意見をお聞かせいただけたらと思います。

高木　いろいろ脳ドック学会で研究しているところですけれども、一つ問題は、誰に勧めるかということだと思います。

大西　対象ですね。

高木　はい、そうです。これはガイドラインにもありますけれども、あまり若い方にやっても仕方がないだろう。中高齢者である。それから、ご家族に脳動脈瘤とか、くも膜下出血の家族歴がある方、脳卒中の家族歴とか、あるいは危険因子があるというハイリスク群、こういう方にぜひ受けていただければと思います。

大西　対象を絞ってやっていくということですね。

高木　そうですね。

大西　今後はますますご高齢の方も増えるかと思いますけれども、その辺は少しリスクも勘案しながら絞っていくということでしょうか。

高木　そうですね。あと、どれぐらいの間隔でやるかということですが、異常がなければ、毎年やる必要はないので、２～３年空けてもいいのではないかなと思います。

大西　ありがとうございました。