

血管内治療で血流再開までの時間短縮に挑む

超急性期医療といわれる脳神経外科は、かつては開頭による外科手術が主流だったが、近年はADLを主眼に置いた低侵襲治療が普及している。札幌医科大学の脳神経外科元准教授で札幌白石記念病院理事長の野中雅氏に、脳外の診療の変遷と最新治療について聞いた。



MRI普及で治療が進歩

— 脳神経外科の治療が進歩したのはいつ頃からですか。

1980年代後半、北海道内にMRIが導入されたことが契機になりました。それまではCTで診断していましたが、MRIは超急

性期の脳梗塞が診断可能になつたことや血管撮影以外で血管が見えるようになつたことに加え、任意の方向から断面像を作ることができ、脳外科の画像診断の水準が大きく向上しました。

手術では、以前は開頭手

術で術中に到達した部位がどこか、正確に把握することができなかつたのですが、

現在は車で使われているナビゲーション技術を応用し、術前のMRI画像で術中に到達位置が確認できるよう

になりました。また電気刺激などを使い、術中に手足の麻痺がないかを確認できることになりました。

さらに脳腫瘍やてんかんの手術では、開頭手術の間には患者さんを覚醒させ、患者さんと会話を交わすこと

で、言語障害などに支障がないかを調べるなど、覚醒下手術も普及してきていて、機能がどこまで残っているのかをリアルタイムに確認

することができるようになつたのです。

— 術中診断技術の向上が治療を変えたのですね。

はい。昔は腫瘍を取り除く際、全摘出を最優先にしていましたわけですが、今は悪性腫瘍であっても、これら

モニタリングを駆使して手術での後遺症を最小限にとどめ、患者さんの良好なADLを確保して、あとは化

学療法や放射線療法のようないかで治療するといふように、治療計画が変わつてきているのです。

— 脳血管内治療が注目されています。

ええ。脳外科にかかる治療法の中で一番大きく変わったのが、脳血管内治療ではないか、と思います。脳卒中を起こす血管の病気では、昔から頭を開けて治療する開頭術が行われてきましたが、脳動脈瘤をコイルで詰める、頸動脈が細くなっているところにステントを留置するといった、切らないで治療する、血管内治療が広く普及してきました。

— 脳梗塞や脊髄損傷に再生医療

社会医療法人医翔会
札幌白石記念病院 理事長
野中 雅氏

(のなか ただし)
札幌医大卒。市立釧路総合病院(脳神経外科部長)、札幌医大脳神経外科准教授などを経て、2009年4月に札幌白石記念病院の前身である白石脳神経外科病院に勤務(副院長・脳血管内治療センター長)。12年4月に院長、14年7月に理事長に就任。日本脳神経外科学会専門医、日本脳神経血管内治療学会専門医・指導医、日本脳卒中学会専門医など。

しかし血栓を回収する場合にはできるだけ早く治療を開始しなければなりません。当院では、救急車で搬送されながら30分程度で血管撮影室に運んで60分以内に血栓を回収できるところまでできています。以前は血栓治療法が生まれたのです。

管撮影室まで60分、回収まで90分と時間がかかっていましたが、院内体制を整えて無駄な検査を省くことでこのように短縮することができます。

— 野中先生の専門である「コイル塞栓術」について

は、どうですか。

コイル塞栓術は動脈瘤の治療として単独あるいはバルーンなどの補助的なデバイスを併用して治療成績を上げてきました。最近ではステントを併用することによっていた症例でもコイル塞栓術が行われるようになります。

— 開頭と比べてどれだけ時間が短縮されるのですか。

破裂脳動脈瘤の場合、開頭で4~5時間かかりましたが、カテーテルで行うと1時間弱で終わります。

また最新の話題としては、コイルを使わずに「フローダイバーター」という網状が細かい特殊なステントを留置することで脳動脈瘤を治療する方法が注目されています。従来コイルとステントと一緒に使う方法でも治療できなかつた入り口の広い大型の動脈瘤でも、

現在札幌医大の再生医療講座で、骨髄から採取した幹細胞による脳梗塞の治療と脊髄損傷の治療の治験が行わっています。特にこれまで脊髄損傷は治すことができない

この方法だと治療できるメリットがあります。今まで開頭による大がかりな手術が必要だった症例でも、ステント1本で治療できます。当院でも今年9月から「フローダイバーター」による動脈瘤治療を実施しています。

— 脳神経外科の再生医療はどこまで進んでいるのですか。

現在札幌医大の再生医療