

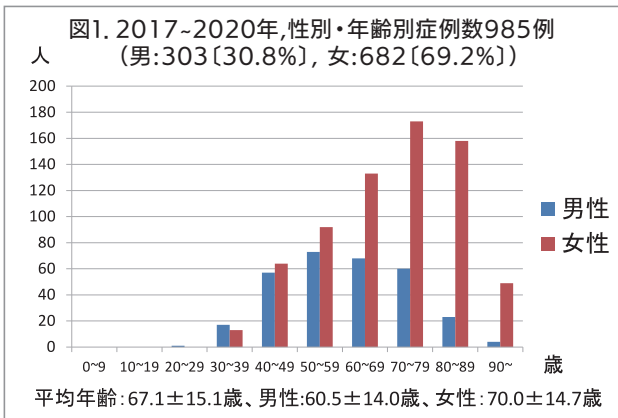
# 長崎県におけるくも膜下出血の近況



脳神経外科部長 案田 岳夫

突然激しい頭痛で発症するくも膜下出血の原因の約85%は脳動脈瘤破裂であるとされる。急性期の再破裂率が高く、早急な再破裂予防治療を要する。さらに脳血管攣縮による脳梗塞や、髄液循環不全による水頭症を併発し、最も死亡率の高い脳血管障害である。欧米と比較し日本に多く、人口10万あたり年間10~20人発症するとされる。再破裂予防には開頭による瘤頸部クリッピング術や、血管内治療による瘤内塞栓術が行われる。血管内治療の機器、技術が進歩し、近年日本において、両者はほぼ同数行われている。脳血管攣縮に対しては薬物投与を中心とした治療がなされ、水頭症には髄液シャント術が行われる。

2016年長崎大学病院臨床研究倫理委員会に認可された、多施設共同研究である長崎くも膜下出血研究の2017～2020年間のデータ解析結果を紹介する。対象は入院加療を受けた、動脈瘤性もしくは原因不明のくも膜下出血全症例である。登録施設は県内13施設、県外4施設で総登録数は985例であった(当院は最多の181例)。平均年齢67.1歳、女性69.2%と既報と同じく女性優位であった(図1)。



発症24時間以内に90%以上が治療施設を受診しているが、48時間以降にも4.7%が来院していた。来院時 Glasgow coma scale (GCS) 15~13で麻痺のない症例(WFNS grade 1~2)が48%を占めた。一方超重症であるGCS6~3のWFNS grade 5は30.3%であった。

破裂動脈瘤部位は、前交通動脈(A-com)、内頸動脈(ICA)、中大脳動脈(MCA)が三大好発部位であるが(表1)、重篤な状態などで精査できなかったものが49例、複数回の検査でも出血源同定に至らなかったものが54例で

表1 2017-2020年,破裂瘤部位・サイズ

	≥25mm	10~24mm	5~9mm	<5mm	合計	頻度
A-com	1 (0.5%)	11 (5.0%)	103(46.8%)	105 (47.7%)	220	24.9%
ICA	4 (1.5%)	37(13.9%)	123(46.2%)	102 (38.3%)	266	30.2%
MCA	2 (1.0%)	45 (21.4%)	94 (44.8%)	69 (32.9%)	210	23.8%
Distal ACA	0 (0.0%)	4 (10.0%)	14 (35.0%)	22 (55.0%)	40	4.5%
BA	0 (0.0%)	15 (36.6%)	14 (34.1%)	12 (29.3%)	41	4.6%
VA	0 (0.0%)	13 (20.6%)	33 (52.4%)	17 (27.0%)	63	7.1%
Others	0 (0.0%)	3 (7.1%)	9 (21.4%)	30 (71.4%)	42	4.8%
合計	7 (0.8%)	128 (14.5%)	390 (44.2%)	357 (40.5%)	882	100%
不明					49	
無し					54	

あった。後者では再出血はほとんど起こっていない。多発脳動脈瘤、すなわち破裂瘤と未破裂瘤の併発例は157例(17.8%)に認められた。これらの症例では破裂瘤の同定と破裂瘤治療が非常に重要となる。くも膜下出血の危険因子とされる高血圧は53.6%に喫煙歴は29.6%に認められた。家族歴は11.8%にみられた。発症から入院までの再出血は9.4%に認められた。再破裂予防手技は775例に行われており、クリッピング529例、塞栓術(coiling)211例と、クリッピングが優位であった(表2)。クリッピングは第1病日に塞栓術は第0病日に最も多く施行された。症候性脳血管攣縮および髄液シャント術は、両者ともそれぞれ20%、30%前後だった。入院時のWFNS gradeと退院時のmRSを解析した(図2)。WFNS grade1でも死亡例は存在するが、概ねWFNSが低いとmRSも低く(自立傾向)、高いとmRSも高く両治療ともに同様であった。

表2 2017-2020年,再破裂予防治療 775例について (全985例中78.7%、瘤有882例中87.9%)

- Clipping 529 (68.3%)
- Trapping 15 (1.9%) [RA graft3, bypass2]
- Coating 1 (0.1%)
- Coiling 211 (27.2%)
- Others 19 (2.5%)

図2. 入院時WFNS gradeとmRS grade

