

▶ 第15回日本脳ドック学会

脳ドックのガイドラインを改定へ

日本脳ドック学会は1997年に脳ドックのガイドライン(GL)を策定、2003年に改定し、脳ドック診療の標準化に努めてきたが、さらに8つの対応小委員会から成る委員会(委員長=島根大学病院・小林祥泰病院長)を設立し、検証・改定作業を行っている。東京都で開かれた第15回日本脳ドック学会(会長=東京女子医科大学脳神経センター神経内科・内山真一郎教授)のシンポジウム「ガイドラインの検証改定委員会中間報告」(座長=小林病院長、大阪大学脳神経外科・吉峰俊樹教授)では、各対応小委員会からGLの検証と改定の方向性について中間報告が行われた。

必須検査項目の
全国レベルでの統一を

脳ドックの必須検査項目としては、頭部MRI・MRA、頭部血管エコー検査以外に、問診、診察、身体計測、血算、検尿、生化学、心電図が挙げられる。選択検査項目としては、胸部X線、脳波、SPECT、認知機能検査、ホルター心電図、経胸壁・経食道心エコー、フィブリノーゲン、ホモシステイン、リポ蛋白質(a) [Lp(a)], レムナント様リポ蛋白質(RLP), 炎症マーカー、血液凝固マーカー、抗リン脂質抗体、足関節/上腕血圧比(ABI)、脈波伝播速度(PWV)などが挙げられる。

会長を務めた内山教授は、検査項目検討委員会からの提言として、①必須検査項目の全国レベルでの統一と実施状況のモニター②選択検査項目の現時点での優先順位と選択基準の明確化③選択検査項目の測定意義に関する学会主導の前向き研究による科学的検証の一の必要性を指摘した。

無症候性脳梗塞、白質病変の
画像診断の記述が必要

脳ドックGLでは、無症候性脳梗塞と無症候性白質病変の鑑別については明記されておらず、両者はいまだ混同されている。大規模疫学研究と現在の脳ドックGLを比較した結果、スライス厚は5mm程度が望ましいというほか、①撮像断面の角度に関する記述②PDWIの見直し③空洞を伴う梗塞に関する記述④梗塞と白質病変の鑑別に関する記述が必要と考えられた。と、岩手医科大学放射線科の佐々木真理講師は述べた。

また、一般に、FLAIRにおける梗塞塞の信号は白質病変に比べ不明瞭であり、不適切な撮像条件では信号抑制が特に顕著となる。標準化小委員会の検討によると、1.5T装置では繰り返し時間10秒、反転時間2.3秒程度が推奨されることわかった。

今後はFLAIR条件を検証し、1.5T以外のFLAIR推奨条件について検討してメーカーにフィードバックし、白質病変のgrading、T2*WIの撮像法、判定法についても検討していく予定だという。

無症候性脳梗塞、白質病変の
MRI診断を5,000例以上で検証

無症候性脳梗塞(脳出血)、白質病変のMRI診断に関するGLについて、①多施設共同研究による脳ドックにおけるMRI上の無症候性脳血管

障害に対する画像診断基準の明確化②無症候性脳血管障害の危険因子、高次機能を含む標準化データベースの開発③標準化データベースによるGLの検証④追跡調査によるエビデンスの作成⑤GL改定への貢献一を目的に対応小委員会は活動している。

座長の小林病院長は、同委員会はいままでに研究協力施設の調査を実施し、島根難病研究所脳ドックデータベースをもとに標準データベース案を作成中であり、判定基準を統一して5,000例以上のデータ解析によりGLの検証を行う予定だと述べた。また、2006年度からは上記の目的のため科研費による研究を開始している。

髄膜腫の自然経過が必要

無症候性脳腫瘍、腫瘍性病変への対応小委員会は、GLの再評価を行った結果、この3年間に改定するだけの新たなエビデンスはそろっていないため、基本的に2003年のGLから変更は行わない方針である。と兵庫医科大学脳神経外科の有田憲生教授は述べた。

脳腫瘍の発生頻度は年間1万人当たり1例と脳血管病変と比べて発生頻度が低いうえに、症例ごとのvariationが大きいため、自然経過に関する十分な情報がない。そこで、エビデンスに基づく脳腫瘍の治療方針のGL確立に向けて、脳腫瘍の自然経過、特に髄膜腫の自然経過を全国レベルで知ることが必要である。また、治療成績を全国平均、各施設で調べ、各学会の協力を得て、GLを確立していきたいと述べた。

未破裂脳動脈瘤の自然歴、
治療リスクを検証

未破裂脳動脈瘤の治療方針は自然歴と治療リスク、患者の状況により決定されなければならない。現在、未破裂脳動脈瘤の自然歴・治療に関するリスクの検証とデータベースの構築を目的に、日本未破裂脳動脈瘤悉皆調査(UCAS Japan)が行われている。UCAS Japan事務局の森田明夫氏が同調査の中間結果について報告した。

これまで登録された期間に6,216人で経過観察が行われ、7,971動脈瘤・年、破裂70例が発症、破裂率は0.88%/年である。①瘤の破裂には大きさ・部位および年齢が関与しており、部位ごとに危険サイズが異なる②高齢者には大きな瘤の比率が高く、瘤は徐々に大きくなる可能性が

高い③小型の瘤であっても、注意深い長期経過観察を要する④未破裂脳動脈瘤の治療成績はおおむね良好で、重篤合併症率は3.3%⑤治療成績は多因子に影響され、大きさ、部位、年齢、高血圧や糖尿病の既往などが関与する一ことなどが明らかとなった。

わが国の症例の特徴を踏まえた
治療指針確立を

頭部・脳主幹動脈狭窄・閉塞の領域の治療選択について富山大学脳神経外科の遠藤俊郎教授は、近年の報告で以前から推奨されてきた頸部頸動脈高度狭窄に対する内膜剥離術の有効性が、より高い推奨レベルとして確立されてきたが、頭蓋内脳動脈病変については、部位や病態別に散発的な報告はあるものの、GLの内容を大きく変えるまでの評価は得られていないと述べた。また、頭蓋内動脈に対するステント留置術も広く行われるようになってきたが、GLに有効性を明記できる成績は得られていない。

今後は、①内科治療薬の選択と評価②進歩する血管内治療の評価と選択③頸動脈病変に対する治療適応一など、わが国の症例の特徴を踏まえた治療指針を確立していく必要があると述べた。

頸部血管エコーを必須検査に

頸部血管エコーで評価できる内膜中膜複合体厚(IMT)は、各動脈硬化の危険因子を有する症例では肥厚し、総頸動脈の最大IMTやプラークスコア、プラーク数は、脳梗塞や冠動脈病変と相関がある。また、頸部血管エコーでのプラークの特徴は病

理所見とよく相関し、エコー輝度が低下している症例や潰瘍病変を有する症例は、同側の発症頻度が高い。以上から、IMTやプラークを評価することで、将来起こりうる脳心血管イベントを予測することができる、と国立病院機構九州医療センター脳血管センター脳血管内科の岡田靖部長は述べた。

また、形態学的評価にバルストブラ所見を加えることで、頸動脈の閉塞・狭窄病変が診断できることから、同部長は「頸部血管エコー検査を脳ドックにおける必須検査とすべきである」と述べた。

説明指導と
報告書作成の標準化が重要

脳神経疾患の発症あるいは進行を防止するための脳ドックは、各種画像検査による無症候性病変の診断にとどまることなく、危険因子のコントロールと一体のものとして管理運営されなければならない。したがって、脳ドックでは専門医による対応が必要である、と中村記念病院(北海道)脳神経外科の中川原譲二部長は述べた。

また、検診結果に関する説明指導と報告書の作成については、診断精度・対処方法の標準化とともにデータベース化により将来の疾病予防についてもevidence-based medicine (EBM)の観点から科学的に検証することが課題となると述べた。

さらに、画像情報については、電子媒体による情報の提供が受診者と医療機関における診断情報の共有化とセカンドオピニオンを促進する必要がある。

予防医学としての脳ドックを普及発展させるためには、説明指導と報告書作成の標準化が重要である、と同部長は述べた。

脳ドックの在り方、施設認定、
リスクマネジメントについても委員会活動

日本脳ドック学会では学会評議員を対象に、「脳ドック今後の課題」に関するアンケートを行い、その回答から課題解決のために、「脳ドックガイドラインの検証と改定」、「脳ドックのありかた」、「学会の施設認定」、「リスクマネジメント」に関する4つの委員会を設立した。「脳ドック今後の課題検討委員会中間報告」(座長=富士脳障害研究所附属病院・齋藤勇理理事長)では、このうち3委員会の方向性などについて各委員長が報告した。

「脳ドックのありかた」に関する検討委員会の太田富雄委員長(医療誠会病院脳機能研究所所長)は、これまで多くの脳ドック受診者の受診目的は健康状態の確認であったが、今後の方向性としては、「脳ドック・カウンセリング学を通して健康回復に貢献し、心ない

説明を避け、“ものの哀れ”のわかる臨床医を養成していきたい」と述べた。

また、「学会の施設認定」に関する検討委員会の端和夫委員長(新さっぽろ脳神経外科病院名誉院長)は、同委員会はわが国の脳ドックの質向上を目的に、適切な脳ドック実施施設を認定し、ホームページなどを通じて公開するため、申請に必要な項目など認定方法について検討中であると報告した。

「リスクマネジメント」委員会の中川俊男委員長(新さっぽろ脳神経外科病院院長)は、同委員会では未破裂脳動脈瘤にかかわるインシデント・アクシデントレポートを日常的に提出し、医師紛争防止マニュアルを整備していきたいとの方針を示した。