

<シンポジウム 01—1>BAD はどう定義し、対応するか；各国の考え方

我が国における BAD の現状 (J-BAD Registry の解析から)

星野 晴彦¹⁾ 高木 誠¹⁾ 山本 康正²⁾

J-BAD Investigators

(臨床神経 2011;51:881)

Key words : 分枝アテローム病, 進行性脳卒中, レンズ核線条体動脈, 傍正中橋動脈, 穿通枝領域梗塞

1989年にCaplanによって、BADは深部白質の小梗塞の発症機序の一つとして、穿通枝の分岐部の病変によっておこる梗塞と、提唱された疾患概念である。現在の画像診断では、穿通枝の分岐部直後の閉塞を無侵襲に描出できる方法がないことから、BADの確実な診断方法は確立されていない。BADでは穿通枝に沿ってその灌流域全体にわたる比較的大きい梗塞巣を呈することから、その特徴的な梗塞巣の形と位置から一つの梗塞群として抽出することが可能と考えられる。

われわれはBADの診断を急性期MR拡散強調画像で診断している。外側レンズ核線条体動脈(LSA)領域ではMR水平断で3スライス以上(20mm以上)の梗塞巣を呈すること、傍正中橋動脈(PPA)領域では梗塞巣が橋底部腹側に接する特徴的な形を呈すること、そして、心房細動がなく、これら穿通枝の分岐する主幹動脈に50%以上の狭窄病変を有しないばあいをBADと定義した。

J-BAD Registryとして全国8施設で2008年の1年間の脳梗塞2,142例中で上記の診断基準で診断されたBADはLSA領域で6.2%、PPA領域で2.6%であり、両者を合わせると8.8%であった。

BADは臨床症状としては運動麻痺をとまなうラクナ症候群を呈するばあいが多く、臨床的にもっとも大きな問題は、運動麻痺が入院加療開始後にも進行する症例が高率に存在することである。われわれの検討では入院後にNIHSSが1点以上増悪した進行性脳卒中は、BAD群ではLSA領域で30.1%、PPA領域で43.6%と明らかに高率であった。

BADにおける運動麻痺の進行がどのような機序でおこっているかが未だに不明であり、そのために有効な治療法が確立されるにはいたっていない。しかし、BADにおける進行性脳卒中を抑制するには発症早期に診断し、診断直後より強力な統合的な治療がおこなわれる必要がある。BADの治療としては、フリーラジカルをおさえる脳保護薬のエダラボンと抗血栓療法がおこなわれており、抗血栓療法として抗トロンビン薬であるアルガトロバンと経口抗血小板薬、とくにシロスタゾールとの併用療法が期待されているが、その有効性に関しては未だに不明である。

BADの病態が解明され、有効な治療法の確立が望まれている。

Abstract

Current state of BAD in Japan (Results of J-BAD Registry)

Haruhiko Hoshino, M.D.¹⁾, Makoto Takagi, M.D.¹⁾, Yasumasa Yamamoto, M.D.²⁾ and J-BAD Investigators

¹⁾Department of Neurology and Stroke Center, Tokyo Saiseikai Central Hospital

²⁾Department of Neurology, Japanese Red Cross Kyoto Daini Hospital

(Clin Neurol 2011;51:881)

Key words: Branch Atheromatous Disease, Small Vessel Disease, Progressing Stroke, Lenticulostriate Artery, Paramedian Pontine Artery

¹⁾東京都済生会中央病院神経内科・脳卒中センター〔〒108-0073 東京都港区三田1-4-17〕

²⁾京都第二赤十字病院神経内科〔〒602-8026 京都市上京区釜座通丸太町上ル春帯町 355-5〕

(受付日: 2011年5月19日)