

チームで取り組む脳神経外科治療

脳卒中センター 部長 島野 裕史医師(脳神経外科)

前回に続いて脳卒中センターについて。今回は脳神経外科専門医の島野医師がお話します。

脳神経外科が取り組む疾患は、前回お話しした脳卒中(くも膜下出血や脳出血、脳梗塞など)の他に、脳腫瘍(脳外傷、顔面痙攣や三叉神経痛などの機能的疾患、また脊椎脊髄疾患と多岐にわたります。その全てに共通することは脳神経機能を守るということです。そのためにはMRI、CTや脳血管撮影、エコーなどの検査を駆使して病気を丸裸にして、次に治療方針を決定、そして細心の注意を払いながら治療にあたるのが大切です。

例えば、脳腫瘍の場合、腫瘍が全て取れていても障害が残れば当然幸せな結果とは言えません。できるだけ機能を温存し、取り除けない部分は放射線療法(ガンマナイフ照射)を追加する、といった総合的により良い結果を追求することが大切であると考えています。

ここで重要なのは治療選択の「引き出し」をいくつも持っているければならないこと。その点で我々は前回の特集で紹介させていただいた脳卒中チームと脳外科チームとが協力して治療にあたり、多くの「引き出し」からその人に最良の治療を行えるのです。つまり、当院の一番の特色は、MRIやガンマナイフなどの先進機器よりも、総合的に病気を把握し、より安全で効果的な治療選択が可能でマンパワーにあると我々は考えています。では、脳神経外科が取り組む疾患への、私たちの治療方法を説明しましょう。

【くも膜下出血・脳出血】くも膜下出血は脳神経外科医にとって一番の敵と言っても過言ではありません。頭の中の血管にできた動脈のコブ(脳動脈瘤)や血管奇形が破裂して起

こります。くも膜下出血は突然の激しい頭痛で発症し、生命にかかわる病気で、当院では直接に脳動脈瘤にクリッピング術(開頭術)と血管の中にカテーテルを誘導しコイルを詰める塞栓術(血管内手術)の両方の治療選択が可能です。より安全、より確実に脳動脈瘤を退治できる治療法を選択しています。また脳出血に対しては開頭術やより非侵襲的は内視鏡下血腫除去術も行っております。術後もリハビリテーション、内科的加療、食事療法と総合的な治療が必要



クリッピング術イメージ

【脳腫瘍】脳腫瘍は怖い病気です。組織的に悪性のものであれば、良性でも脳の大切な部分にあれば術後障害が残る危険性があります。当院には3.0テスラという強力な高性能のMRI(通常は1.5テスラ)があり神経線維の走行が分かります。そのMRIを使って術前に腫瘍と神経線維の位置関係から摘出可能範囲を探ります。また腫瘍によつては術中出血量を減らすために手術数日前に塞栓術(脳血管内手術)を行い、摘出術に臨みます。また残った腫瘍に対しては当院にある定位放射線療法(ガンマナイフ)を照射し小さくさせることができます。

【ガンマナイフ】ガンマナイフは切らずに腫瘍を縮小させる放射線治療です。主に転移性脳腫瘍に対して行われる放射線治療です。その他、血管



ガンマナイフ

奇形や三叉神経痛にも照射することがあります。ほとんどが2泊3日の入院で、治療は1日で終わります。たくさんの変容に対しても一度に照射することが可能であり、小さな腫瘍であれば画像上消えてしまふこともあります。



【外傷】外傷は時間との勝負です。外傷による脳出血やくも膜下出血、脳挫傷は時に外科的手術を要します。急性硬膜外、硬膜下血腫などは脳の損傷が進むまでに開頭血腫除去術を行う必要があります。その時間で障害程度が決まる場合もあります。迅速な検査、手術が必要になります。また高齢者に多い慢性硬膜下血腫という疾患は頭部外傷後1~2ヶ月かけて血腫がたまり脳を圧迫します。局所麻酔で頭蓋骨に直径1cm程度の小さな穴をあけ血腫を吸い出す穿頭血腫除去術を行います。

【三叉神経痛・顔面痙攣】三叉神経痛・顔面痙攣治療は確実、安全が第一です。顔面痛を生じる三叉神経痛や顔面のピクツキをきたす顔面痙攣は脳神経が頭蓋内血管に圧迫されて起こる病気で、内服薬やボツリクス注入療法などの治療法もありますが、現在のところ500円玉ほどの小さな開頭で神経と血管を離す神経減圧術が奏効率、再発率ともに第一の治療法です。

最後に、今後高齢化社会を向かえ、日進月歩の脳疾患の治療に対応できるチーム医療と高度な医療機器を用いて地域での役割をできる限り果たして行きたいとチーム一同考えております。