日本アンダーライティング協会

第75回教育講習会

脳ドックと査定テーマに解説

潜在的リスク理解し総合的判断を

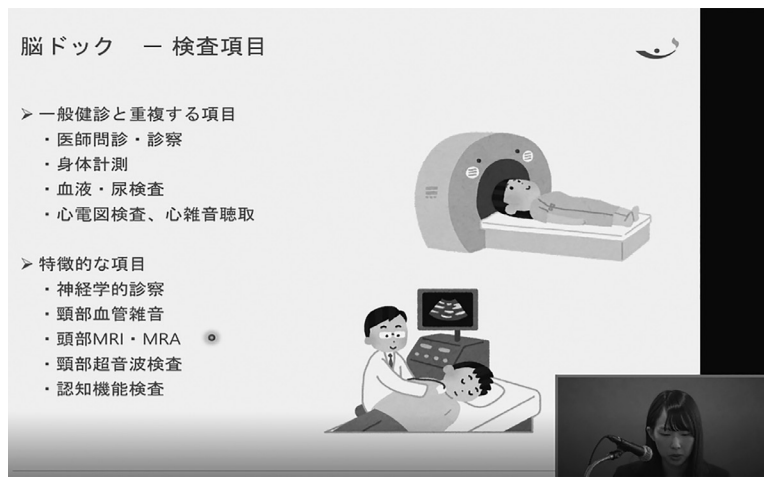
日本アンダーライティング協会は1月26日、第75回教育講習会をオンラインで開催した。ジェネラル・リインシュアランス・エイジイ東京支店メディカル・コンサルタントの諸星柚氏が、「脳ドックと査定―オプション検査での〝経過観察判定〟をどう捉えるか―」をテーマに講演した。当日はライブ配信とアーカイブ配信で合計233人が視聴した。

諸星氏は脳ドック、頻度の高い所見、関連するデータ、査定のポイントについて順番に解説した。まず、「脳ドック」の概要として、脳ドックは約70年前にはじまり、現在では多様化・低廉化・効率化された任意型検診であることを説明した。脳血管疾患は、現在の死因順位の4位であり、かつ介護原因の1位（認知症と合わせ約4割）となっている。また、日本はCT・MRIの台数が他国に比べ圧倒的に多く、脳ドックが普及する要因になっている。脳ドックの一種の頭部MRI検査では半数に近い受診者が「所見あり」となり、大脳白質病変・脳梗塞の所見が多い。頸部超音波検査では、約2割がプラークによる狭窄の所見がある。

諸星氏

続いて「頻度の高い所見」として、頸動脈狭窄症と大脳白質病変を解説。頸動脈狭窄症は頸動脈の粥状（アテローム）硬化を原因とした症状で、症候性と無症候性に分かれる。診断にはまずは簡便な超音波検査が用いられる。頸動脈厚を評価するmax―IMT（頸動脈厚を評価する指標である頸動脈内膜厚〈IMT〉の最大厚）やプラークスコアという指標があり動脈硬化の重症度を測ることができるが、一般的にプラーク占有率が30％からを軽度、50％からを中等度、70％以上を高度な狭窄と判断する。

大脳白質病変は、主に脳の虚血性変化だが、部位によって脳室周囲病変と深部皮質下白質病変に分類される。グレードが上がるほど高度な病変であり、ある脳ドック施設の結果では、病変ありが半数程度と報告されたが、無症候性のうちグレードⅣ／4（最も高度な病変）と報告されたのは0％だった。



脳ドックと査定をテーマに解説

その後、頸動脈狭窄症と大脳白質病変はどのような問題を引き起こす可能性があるか、また脳ドックで見つかる無症候性病変はリスクになるのか、について関連データを用いて説明した。頸動脈狭窄症は、TIA（一過性脳虚血発作）および脳梗塞の発症リスクを増大させるが、同側内頸動脈50％以上の狭窄があるとそのリスクはより深刻になる。頸動脈狭窄症がTIAや脳梗塞を引き起こすメカニズムは、プラークが破綻し脳動脈に飛び発症する塞栓性機序、高度狭窄時に脳への血流量が低下する血行力学的機序の2パターンがある。アテローム血栓性脳塞栓症の約30％に中等度以上の頭蓋外動脈狭窄または閉塞を認めるというデータも存在する。ただしこれらは症候性患者のデータであり、無症候性の場合は内科的治療を行った場合、同側脳梗塞発生率は年々低下しており、抗血小板薬を含む内科的治療で十分とされている。また、頸動脈狭窄症は全身の動脈硬化も反映している。ある部位に動脈硬化疾患があると他の部位にも発症していることが想像しやすいが、異なる二つ以上の血管領域でアテローム性動脈硬化がある状態を全身性動脈硬化性疾患という。頸動脈狭窄は全身の動脈硬化のスクリーニングにも有用といえる。一方、大脳白質病変は脳卒中、認知機能低下と関連する。特に認知機能低下では、小血管病変型の脳血管障害性認知症に関連している。

続いて、査定のポイントを解説した。頸動脈狭窄症については、人間ドック学会の指導区分では、50％以上の狭窄でC（要再検査・生活改善）またはD（要精密検査・治療）に分類される。一方、大脳白質病変は、病変が目立つ場合かつその他の血管性リスク因子があればC判定とされる。なお、無症候性頸動脈狭窄症も大脳白質病変も、必要に応じて付随する疾患の治療をするので十分とされている。これらを踏まえ、脳ドックでC判定の場合は、年齢や身体所見、その他の疾患、また治療を受けている場合は標準的治療を受けているか等を含め総合的に評価すべきだとしている。

最後に諸星氏は、脳ドックは任意型検診で、指摘された所見は無症候性の場合は臨床的には診断の必要性・診療方針が検討段階のものも多い。疾患や病態の将来的、潜在的リスクを理解し、総合的な判断が肝要だとまとめた。

（文責：チューリッヒ生命　石井麻由子）