

＜シンポジウム 11—3＞脳梗塞臨床の第一線における問題点：Branch atheromatous disease (BAD) をどう考え、どう対処するか

## Branch Atheromatous Disease の臨床経過と急性期の転帰

### —J-BAD Registry の結果から—

星野 晴彦<sup>1)</sup> 高木 誠<sup>2)</sup> 山本 康正<sup>3)</sup> 石橋 靖宏<sup>4)</sup> 寺山 靖夫<sup>4)</sup>  
 武田 英孝<sup>5)</sup> 棚橋 紀夫<sup>5)</sup> 足立 智英<sup>2)</sup> 田口 芳治<sup>6)7)</sup> 高嶋修太郎<sup>7)</sup>  
 田中耕太郎<sup>7)</sup> 安井 敬三<sup>8)</sup> 鈴木 則宏<sup>1)</sup>

(臨床神経 2010;50:919-920)

**Key words** : 分枝アテローム病, 外側レンズ核線条体動脈, 傍正中橋動脈, 進行, 転帰

全国 8 施設(岩手医科大学, 京都第二赤十字病院, 慶應義塾大学病院, 埼玉医科大学国際医療センター, 東京都済生会中央病院, 富山県済生会富山病院, 富山大学病院, 名古屋第二赤十字病院)で 2008 年に入院となったレンズ核線条体動脈(LSA)領域と傍正中橋動脈(PPA)領域にそれぞれ限局する急性期脳梗塞 427 例を集積し, J-BAD Registry としてデータベース化し, Investigators が分担してデータベースを検討し, 2010 年の脳卒中学会総会, 本総会で報告した. 今回は, これら J-BAD Registry の発表データを元に BAD の臨床的特徴を提示する.

BAD の定義は, LSA 領域梗塞では MR 水平断で 3 スライス以上(頭尾方向で 20mm 以上)にわたる梗塞巣, PPA 領域梗塞では橋腹側に接する特徴的な梗塞巣を呈し, 病側の主幹動脈狭窄や心房細動を合併しないものとした. BAD 判定不可の 3 例を除外した 424 例を解析対象とし, BAD 群と非 BAD 群で比較検討した.

BAD は LSA 領域梗塞 313 例中 133 例(42.5%), PPA 領域

梗塞 110 例中 62 例(53.4%)にみとめた. 背景因子の検討からは, BAD は危険因子に大きな特徴はみとめなかったが, 脳卒中の既往(18.5% vs. 27.6% :  $p < 0.05$ )が有意に少なかった.

入院治療開始後に NIHSS が 1 点以上の神経症状増悪をみたものは, LSA 領域梗塞の BAD 群 30.1% vs 非 BAD 群 15.0%, PPA 領域梗塞群では 38.3% vs 8.3% と, BAD 群で進行例が有意に多かった.

入院前 modified Rankin Scale (mRS) が 2 以上を除外した 358 例の中で, 退院時の mRS 0~1 と転帰良好であったのは, LSA 領域梗塞の BAD 群 40.5% vs 非 BAD 群 60.0%, PPA 領域梗塞では 35.1% vs 77.1% と, BAD 群で転帰は有意に不良であった.

BAD は LSA 領域梗塞の 42.5%, PPA 領域梗塞の 53.4% と約半数をしめていた. BAD は進行性脳卒中となりやすく, 急性期の転帰が不良であった.

<sup>1)</sup>慶應義塾大学神経内科〔〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35〕

<sup>2)</sup>東京都済生会中央病院神経内科

<sup>3)</sup>京都第二赤十字病院脳神経内科

<sup>4)</sup>岩手医科大学神経内科・老年科

<sup>5)</sup>埼玉医科大学国際医療センター神経内科・脳卒中内科

<sup>6)</sup>富山県済生会富山病院神経内科

<sup>7)</sup>富山大学神経内科

<sup>8)</sup>名古屋第二赤十字病院神経内科

(受付日: 2010 年 5 月 22 日)

**Abstract****Neurological progression and clinical outcome of branch atheromatous disease  
(Results from the J-BAD registry)**

Haruhiko Hoshino, M.D.<sup>1)</sup>, Makoto Takagi, M.D.<sup>2)</sup>, Yasumasa Yamamoto, M.D.<sup>3)</sup>, Yasuhiro Ishibashi, M.D.<sup>4)</sup>,  
Yasuo Terayama, M.D.<sup>4)</sup>, Hidetaka Takeda, M.D.<sup>5)</sup>, Norio Tanahashi, M.D.<sup>5)</sup>, Tomohide Adachi, M.D.<sup>2)</sup>,  
Yoshiharu Taguchi, M.D.<sup>6,7)</sup>, Shutaro Takashima, M.D.<sup>7)</sup>, Kortaro Tanaka, M.D.<sup>7)</sup>,  
Keizo Yasui, M.D.<sup>8)</sup> and Norihiro Suzuki, M.D.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Neurology, Keio University School of Medicine

<sup>2)</sup>Department of Neurology, Tokyo Saiseikai Central Hospital

<sup>3)</sup>Department of Neurology, Japanese Red Cross Kyoto Daini Hospital

<sup>4)</sup>Department of Neurology and Geriatrics, Iwate Medical University

<sup>5)</sup>Department of Neurology, Saitama Medical University International Medical Center

<sup>6)</sup>Department of Neurology, Saiseikai Toyama Hospital

<sup>7)</sup>Department of Neurology, Toyama University Hospital

<sup>8)</sup>Department of Neurology, Nagoya Daini Red Cross Hospital

(Clin Neurol 2010;50:919-920)

**Key words:** branch atheromatous disease, lateral lenticulostriate artery, paramedian pontine artery, neurological progression, clinical outcome

---