

一側の眼瞼下垂で発見された破裂脳動脈瘤

陶山 一彦

脳神経外科 主任診療部長



<症例> X歳女性。家族歴・既往歴に特記事項なし。

Y月Z日起床時から前額部に軽い頭痛あり、近医(内科)を受診し頭部CTで異常なく鎮痛剤を処方され帰宅。その後強い頭痛はなかったが、右眼の眩しい感じ(羞明感)があった。

5日後から右の上眼瞼が下がってきた(眼瞼下垂)。両眼で見ると物が重なって見える(複視)。右眼瞼下垂は徐々に進行し、最初の頭痛から10日後に当院の脳神経内科を受診。頭部CTでは不明瞭だが、頭部MRIで僅かな頭蓋内出血を認め当科へ紹介・緊急入院となった。

<現症>意識清明、瞳孔 R6mm, L3mm 対光反射 -/+
右眼瞼下垂、右眼の上下転・内転障害あり

<画像所見>図1～図3を参照

<経過> 十分な鎮静と血圧管理を行い、入院翌日に全麻・右前側頭開頭・脳動脈瘤頸部クリッピングを施行した。術中所見では瘤により圧排される右動眼神経と、周囲組織への出血(minor leak後)がみられた。術後のCTAで瘤の消失を確認した。(図4)

術後4ヶ月で瞳孔異常と眼瞼下垂は改善したが、上方視時の複視が残存しており外来で経過観察中である。

<考察> 中脳の動眼神経核・副核(副交感神経)に起始する動眼神経はくも膜下腔を長く走行し、内頸動脈-後交通動脈分岐部近傍から上眼窩裂に入りますが、この部の動脈瘤(または血腫)により圧迫されることがあります。副交感神経繊維は動眼神経の外周側にあり、下枝と離れて毛様体神経節(毛様体筋・瞳孔括約筋を調節)へ向かいますが、機械的刺激で容易に影響を受けるため(散瞳)、外眼筋主体の動眼神経麻痺(重症筋無力症や代謝性疾患など)および頸部交感神経障害による眼瞼下垂(ホルネル症候群)との鑑別点と

なり得ます。実際はこの症例のように動眼神経上枝(上眼瞼挙筋・上直筋を支配)障害での眼瞼下垂・複視で発見される動脈瘤が多いです。

治療効果(眼瞼下垂や複視の改善)は神経麻痺の出現から治療までの期間が短い場合は開頭クリッピングとコイル塞栓術の効果は変わらないとされています。当院では破裂瘤に対してはコイル塞栓術を行う事が多いですが、この症例では同意を得てクリッピングを選択しました。

脳動脈瘤は破裂後まもなく再出血をきたしやすく、この場合は極めて重篤となるため可及的早期の治療を必要とする疾患です。典型的症状は急性の強い頭痛ですが、この症例のように軽微な頭痛で頭部CTでも出血が検出されない場合があります。また仮に未破裂でも瘤の圧迫による一側眼瞼下垂は局所神経徴候として極めて大切であり、早期の専門医受診(脳動脈瘤を否定すること)が望まれます。



▲図1 頭部MRI (SWI): 側脳室内に僅かな出血(くも膜下出血)あり



▲図2 頭部MRA: 右内頸動脈-後交通動脈分岐部に嚢状動脈瘤あり



▲図3 頭部CTA: 同部位にblebを伴う長径8mmの動脈瘤あり



▲図4

神経救急疾患は下記へご連絡下さい(24時間)

長崎みなとメディカルセンター

095-822-3251 (病院代表)

