

図説脳神経外科

(第65回)

聴力障害で発症した脳幹梗塞

町田 明理¹、花田 朋子²、菅田 真生²
 西牟田 洋介¹、時村 洋²、友杉 哲三¹
 平原 一穂¹、上津原 甲一¹、有田 和徳²

¹鹿児島市立病院脳神経外科

²鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

脳幹梗塞は脳梗塞全体の6～15%と言われ、前下小脳動脈(AICA)梗塞はその中の5.2%と非常に稀である。また、椎骨脳底動脈系は豊富な血管吻合を有するため、AICA梗塞の症状も小脳失調(75～100%)、顔面神経麻痺(31～83%)、顔面感覚障害(20～58%)、難聴(27～100%)と多彩である。難聴・眩暈・顔面神経麻痺で発症する脳幹梗塞は稀であるが、生命予後に関わる部位の梗塞として見逃してはならない。危険因子として高血圧(50～100%)、糖尿病(39～100%)、高脂血症(50%)が報告されており、こうしたリスクファクターを有する患者では、まず脳幹梗塞を鑑別にあげることが必要である。

症 例

60歳台女性

既往歴：高血圧

生活歴：機会飲酒、喫煙歴なし

現病歴：1か月前から右耳の難聴と回転性眩暈を自覚していた。近医耳鼻科を受診し、メニエール病の診断で内服加療された。めまいは寛解と増悪を繰り返していたが、日常生活に支障はなかった。6日前から夕方から急にうまく歩けなくなり自宅内を這って移動するようになった。また同日

より話しにくさも出現し、症状が改善しないため当科を受診した。

入院時現症：BMI25.8、血圧144/100mmHg。

神経学的所見：軀幹失調著明で立位困難。右の指鼻指試験陽性。三叉神経領域；右側で触覚、温痛覚とも軽度低下。右側で軽度の口角下垂、右側聴力低下。

入院時血液検査所見：WBC:11000 μ l、CRP:3.02mg/dl、T-chol:385mg/dl、TG:254mg/dl、BS:331mg/dl、HbA1c:11.5%

入院時の単純、造影MRI所見：右橋下部外側にT1, hypo intensity, T2, hyper intensity, DWIで淡くhyper intensityの円形の病変を認め、神経症状と合致した。造影効果はほとんど認めていない。脳底動脈は一部描出が不良であった(図1)。

鑑別診断として、多発性硬化症、悪性リンパ腫、神経ベーチェット、サルコイドーシス、脳梗塞が考えられた。髄液検査では蛋白(130)、糖(138)の上昇以外異常所見を認めなかった。

入院後経過：

入院後も強い小脳失調が持続していたが悪化はなく、徐々に改善傾向にあった。画像上でも、次第に病変部に造影効果が出現するとともに、拡散強調像での高信号が次第に低下した(図2)。症状の推移と経時的

な画像所見から脳梗塞の可能性が高まり、3D-CTAにて脳底動脈の高度狭窄が描出された(図3)。脳底動脈の高度狭窄に伴うアテローム血栓性の脳梗塞と考えると、抗血小板薬を開始した。入院後3週間目に施行した血管撮影で、3D-CTAの所見同様脳底動脈に高度狭窄を認めた。AICAは分岐直後で狭窄しているものの末梢まで描出は良好であった(図4)。

本症例の病変はAICAあるいは脳底動脈の穿通枝の支配領域である橋下部背外側の下小脳脚に一致しており、めまい症状の原因として矛盾しない(図5)。またAICAの

閉塞・高度狭窄に伴う内耳動脈の虚血が前庭障害を起こした可能性も考えられた。

【参考文献】

1. 菊田周：めまい、難聴で発症した小脳・脳幹梗塞例、耳鼻咽喉科展望 Vol.51, No.2
2. 大城真、也：片側性難聴を呈した脳幹・小脳梗塞の1例、Brain Nerve Vol.58, No.
3. 角南英子：両側難聴で発症した脳幹・小脳梗塞の1例—聴性脳幹反応の経時的観察による難聴の責任病巣の考察—、Brain Nerve Vol.58, No.9
4. 藤井泰弘：両側の難聴にて初発した脳幹梗塞の1例、脳卒中 Vol.25, No.2

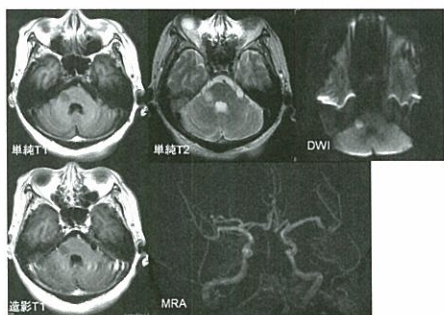


図1

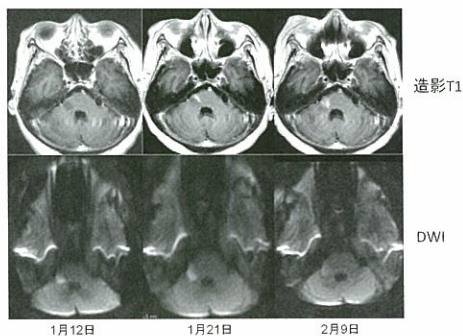


図2

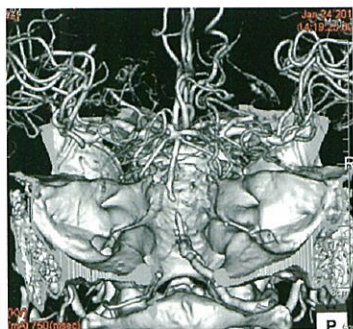
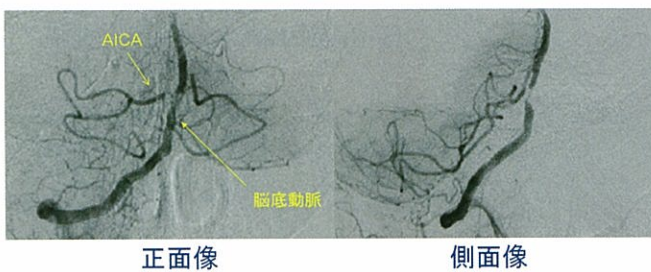


図3



正面像

側面像

図4

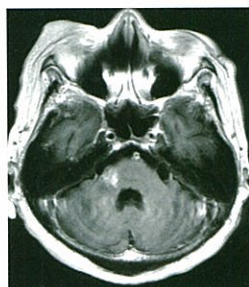
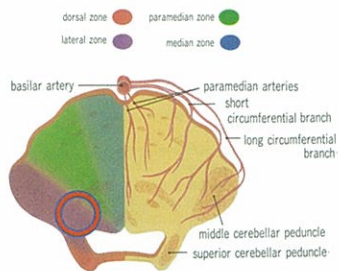


図5