

## 第11回東海支部専門医部会教育セミナー

原因不明の頭痛・倦怠感で入院し、入院後に胸痛と片麻痺を  
発症した81歳の女性

司会	岡 宏次 (鈴鹿回生病院血液内科)
症例提示	鈴木 晶子 (静岡県立総合病院総合診療センター)
	袴田 康弘 (静岡県立総合病院総合診療センター)
ディスカッサント	廣瀬 武司 (岐阜県総合医療センター循環器内科)
	香村 彰宏 (岐阜大学神経内科)
	池上 良 (聖隷三方原病院総合診療内科)
コメンテータ	尾辺 利英 (村瀬病院内科)
	宮崎 晋一 (市立四日市病院呼吸器科)
	青沼 宏深 (松阪厚生病院内科)
	藤井 常宏 (富士市立中央病院代謝・一般内科)
	鈴木 富雄 (名古屋大学総合診療科)
	石塚 達夫 (岐阜大学総合内科)

〔日内会誌 100:2302~2311, 2011〕

**Key words** 側頭動脈炎, たこつば型心筋症, 塞栓性脳梗塞

## 症例呈示

症例: 81歳の女性.

主訴: 頭痛, 倦怠感, 体重減少, 微熱.

家族歴: 兄弟2人が30歳代で他界(詳細不明),  
3人の子供(娘2人, 息子)は健在.

生活歴: 喫煙歴・飲酒歴・ペット飼育歴なし.

(2011年2月19日(土): 三重県医師会館)

Report from the 11th Tokai Chapter Educational Seminar: 81 year old female with headache and fatigue of unknown cause, developing chest pain and hemiplegia during treatment.

Koji Oka<sup>1)</sup>, Akiko Suzuki<sup>2)</sup>, Yasuhiro Hakamata<sup>2)</sup>, Takeshi Hirose<sup>3)</sup>, Akihiro Koumura<sup>4)</sup>, Ryo Ikegami<sup>5)</sup>, Toshihide Obe<sup>6)</sup>, Shinichi Miyazaki<sup>7)</sup>, Hiromi Aonuma<sup>8)</sup>, Tsunehiro Fujii<sup>9)</sup>, Tomio Suzuki<sup>10)</sup> and Tatsuo Ishizuka<sup>11)</sup>: <sup>1)</sup>Department of Internal Medicine, Suzuka Kaisei Hospital, Japan, <sup>2)</sup>General Internal Medicine Center, Shizuoka General Hospital, Japan, <sup>3)</sup>Department of Cardiology, Gifu Prefectural General Medical Center, Japan, <sup>4)</sup>Department of Neurology and Geriatrics, Gifu University of Medicine, Japan, <sup>5)</sup>Department of General Internal Medicine, Seirei Mikatahara Hospital, Japan, <sup>6)</sup>Department of General Internal Medicine, Murase Hospital, Japan, <sup>7)</sup>Department of Pulmonary Medicine, Yokkaichi Municipal Hospital, Japan, <sup>8)</sup>Department of Internal Medicine, Matsusakakousei Hospital, Japan, <sup>9)</sup>Department of Internal Medicine, Fuji General Hospital, Japan, <sup>10)</sup>Department of General Medicine, Nagoya University Hospital, Japan and <sup>11)</sup>Department of General Internal Medicine, Gifu Graduate School Medicine, Japan.

既往歴：10年以上前に狭心症，継続的治療はなし．アレルギー歴なし．

現病歴：X年9月頃，頭部全体に非拍動性で締め付けられる頭痛を自覚，胸のつかえ感も出現した．かかりつけ内科を受診したが原因不明で，紹介された脳外科での頭部CTは異常なしであった．食欲は低下し2カ月で5kgの体重減少があったが，10月13日当院消化器科での腹部エコー，上部消化管内視鏡検査には異常を認めなかった．同科受診時の血液検査で白血球と血小板増加を認めたため15日血液内科に紹介されたが，骨髓生検などの検索で骨髓増殖性疾患は否定的であると数日後に診断された．継続する頭痛の検索目的で神経内科を紹介され，再度の頭部CTを含め神経学的異常は認められなかったことから経過観察となった．その後も全身倦怠感は持続し，外出せず自宅にひきこもったまま一日中臥床して過ごし，かかりつけ医からのクロチアゼム内服のみで経過をみていた．11月に入ってからも症状の改善がなく，上記の診療科での再診時に診断結果がすべて陰性と判断され，11月8日精査のため当科紹介受診となった．

身体所見：意識清明，身長154cm，体重42.6kg，体温37.3℃，呼吸数18/分，脈拍56/分，整，血圧100/60mmHg（左右差なし）．眼瞼結膜貧血なし．甲状腺触知せず．胸骨前面の皮膚turgor低下を認める．心音，呼吸音は正常．肝脾触知せず，腹部圧痛なし．直腸診では腫瘤病変なし，子宮にcervical motion tenderness認めない．四肢末梢浮腫なし，四肢関節・筋肉には特記事項なく，上肢の屈曲，伸展，外転可能で可動域に制限なし，下肢は立位から蹲踞まで可能，足背動脈・後脛骨動脈拍動の触知は良好．神経所見：視力低下なし，眼底に虚血所見・乳頭浮腫なし，第2～12脳神経異常なし，温痛触覚低下なし，深部腱反射に左右差なく正常，歩行正常，小脳症状なし，病的反射なし，有意な筋力低下なし．

10月13日：血液検査：WBC 16,800/ $\mu$ l (blast

0.0, pro-m 0.0, myelo 0.5, meta 0.0, band 3.0, neutro 83.1, lymph 9.1, aty-lymph 1.0, eosino 2.2, baso 2.5%)，Hb 13.0 g/dl，Ht 39.7%，Plt 81.9 万/ $\mu$ l，TP 6.7 g/dl，Alb 3.4 g/dl，BUN 15.0 mg/dl，Cre 0.9 mg/dl，T-Bil 0.6 mg/dl，AST 11 U/l，ALT 8 U/l，ALP 278 U/l，LDH 185 U/l，CK 37 U/l，CEA 0.5 ng/ml，CA19-9 9 U/ml．

入院時検査：便潜血陰性，尿所見：比重1.025，pH 5.5，蛋白1+，潜血(-)，糖(-)，ケトン体(-)，ウロビリノーゲン(+/-)，ビリルビン(-)，WBC(-)，沈渣異常なし．ESR 61 mm/1時間，脳脊髄液：単球4/3，多核球4/3，蛋白22 mg/ml，糖62 mg/dl．血液所見：Hb 13.2 g/dl，Ht 40.3%，WBC 22,400/ $\mu$ l (neutro 87.1%，lymph 6.5%)，Plt 88 万/ $\mu$ l，PT-INR 1.11．血液生化学所見：BS 115 mg/dl，Alb 3.2 g/dl，Cre 0.8 mg/dl，CPK 37 U/l，Na 134 mmol/l，K 3.8 mmol/l，FT4 1.01 ng/dl，TSH 1.64  $\mu$ IU/ml，BNP 121.3 pg/ml．免疫検査：CRP 11.8 mg/dl，RF < 0.8 U/ml，ANA < 40倍，抗ds-DNA抗体 < 10 IU/ml，PR3-ANCA・MPO-ANCA陰性．血液培養：2セット陰性．胸部X線：異常なし．頭部CT：脳実質に病変なし．骨髓所見：異型細胞の増殖は認めず，骨髓増殖性疾患は否定的．心電図を図1に示す．

経過：入院4日目に「疾患A」を考え「検査A」を実施した．入院5日目早朝，患者は冷汗と前胸部の違和感を訴え，発症2時間後の血液検査で，WBC 25,900/ $\mu$ l，AST 36 U/l，LDH 287 U/l，トロポニンT < 0.10 ng/ml，CK 39 U/l，CK-MB < 25 U/l，心電図(図2)変化を認めた．直後に心臓カテーテル検査を実施し，「疾患B」を診断した．入院22日目，フォローの心臓カテーテル検査終了直後に，意識レベルの低下，JCSII-10，従命不能，握手不能，左drop armを認めた(発症2時間後の頭部MRA：図3)．

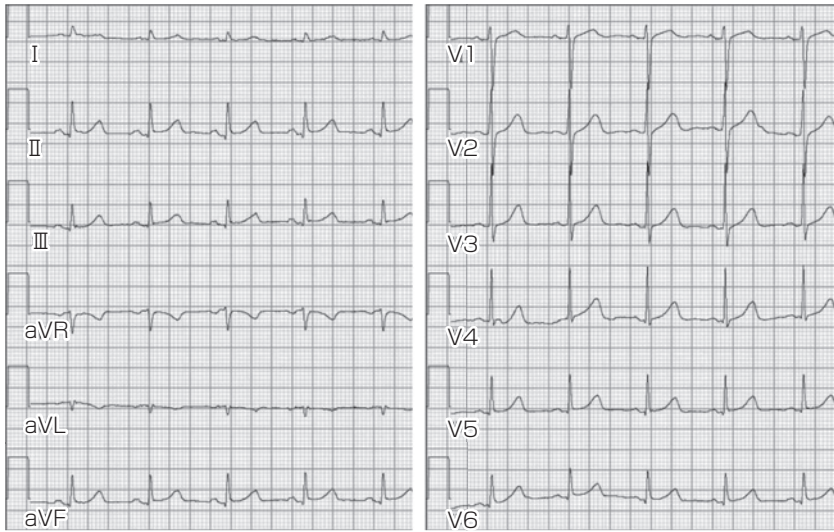


図 1. 入院時の心電図

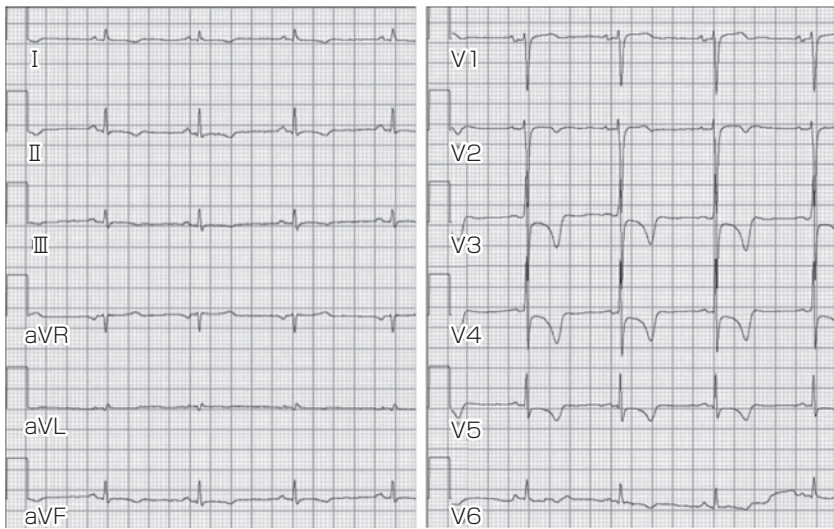


図 2. 入院 5 日目の胸痛発症 2 時間後の心電図

## 討論

岡 フロアの方々から質問はありますか。

尾辺 頭痛は突然発症であったのか、日内変動があったのか、季節性があったのかを教えて

下さい。

鈴木(晶) 気がついたら発症していたという感じで、日内変動も季節性も認められませんでした。

宮崎 胸のつかえは具体的にどういう症状だったのでしょうか。臥床傾向は痛みのためか全身



図 3. 入院 22 日目の意識障害発症 2 時間後の頭部MRA

倦怠感のためか、どちらでしょうか。

鈴木(晶) 胸のつかえ感は、嚥下障害ではなく胸部の不快感という曖昧な表現だったです。臥床に関しては、身体的な疾患からというよりも、精神的な要素が大きかった印象です。受診時は歩行して来られました。

青沼 頭痛は9月までは全くなかったのでしょうか。発症のきっかけとか、何か思い当たることはなかったのでしょうか。

鈴木(晶) 9月までは頭痛はなく、きっかけも特にありませんでした。

藤井 皮膚に紫斑や出血傾向がなかったかどうかということ、骨髄所見で有核細胞数と巨核球数はわかりますか。

鈴木(晶) 皮膚所見は全く異常が認められませんでした。骨髄像で異常所見はなく、有核細胞数や巨核球数も増加していませんでした。

岡 ディスカッションの廣瀬先生方からの検討をお願いします。

廣瀬 #1 発熱の原因疾患として、細菌感染症がまず挙げられると思いますが、血液培養が陰性で画像所見でも明らかなフォーカスはないということでした。ウイルス感染症も検査所見から否定的と考えました。抗酸菌感染症については情報がなかったです。膠原病については、血

表 1. 廣瀬プロブレムリスト

# 1	発熱
# 2	頭痛
# 3	倦怠感
# 4	食欲不振

液検査所見からはANCA関連血管炎は否定的です。頭痛、倦怠感、食欲不振から巨細胞性動脈炎は否定できないですが、非拍動性頭痛が合うのかが疑問に思っています。悪性疾患については、上部消化管内視鏡検査、腹部エコー、骨髄所見から、上部消化管腫瘍、肝・胆腫瘍、血液疾患は否定的です。下部消化管、胸部X線写真は問題ないということですが、呼吸器・婦人科腫瘍は完全には否定できないと思います。

#2 頭痛に関しては、まず脳血管疾患です。脳動脈瘤は否定できないですが、症状は非典型的です。髄膜炎は髄液所見から否定的です。緊張型頭痛では採血検査などの異常を全く説明できないですし、緑内障も眼底所見から否定的です。

#3 倦怠感に関しては、炎症反応高値で持続する発熱が原因という可能性もあると思います。皮膚turgorが低下し食欲低下があることから、脱水も挙げられると思います。悪性疾患では、消化管腫瘍は否定的ですが、他の悪性腫瘍は完全に否定はできないと思います。内分泌疾患は血液検査から疑う所見には乏しいですし、筋原性疾患も身体所見から考えにくいです。膠原病では、巨細胞性動脈炎の精査が必要です。心疾患では、心エコーは行ってもよいと思います。

#4 食欲不振に関しては、上部消化管内視鏡検査、腹部エコーなどから上部消化管、肝・胆道系の疾患は否定的です。心疾患についても、心エコーは未実施が必要です。感染症は、白血球増多、炎症反応高値、発熱から可能性はあると思っています。精神疾患は、評価は困難ですが、一元的に考えると何か身体疾患が隠れていることが食欲不振の原因ではないかと思っています。

表2. 香村プロブレムリスト

# 1	反応性血小板増多症→血管炎症候群（巨細胞性動脈炎）
# 2	胸痛→不安定狭心症
# 3	左片麻痺→脳梗塞（# 1 に伴う頸動脈狭窄による）

追加の検査は、感染症の検索として、心エコー、ガリウムシンチ、PETです。抗酸菌感染もツ反、喀痰培養で否定しておいた方がよいと思います。悪性疾患はほぼ否定されている状況ですが、骨盤部CTやPETは必要です。巨細胞性動脈炎の診断のためには側頭動脈生検です。

岡 香村先生、お願いいたします。

香村 血液検査データで一番目につくのは、著明な血小板増多です。著明なといっても80万位で骨髄増殖性疾患は否定的ですので、#1反応性血小板増多症というプロブレムを挙げています。鑑別疾患として慢性炎症性疾患です。血管炎症候群が代表的ですが、潰瘍性大腸炎や関節リウマチです。その他、急性出血、鉄欠乏性貧血、悪性腫瘍、脾摘後、運動などが挙げられるのですが、急性出血、鉄欠乏性貧血、脾摘後や運動は否定的で、慢性炎症性疾患や悪性腫瘍が疑われます。CRP上昇や赤沈亢進があり、全身性炎症を示唆する所見と考えました。症候的には、体重減少や全身倦怠感、微熱はスモールプロブレムとして挙げますが#1に包含され、全身性消耗性疾患の非特異的な症状であると考えます。

頭痛に関しては非拍動性頭痛で、側頭動脈系統の疾患としては典型的ではないですが、非特異的的症状として十分あり得る締めつけ感のある頭痛です。ANCAや他の自己抗体陰性を考えると、巨細胞性動脈炎や結節性動脈周囲炎が鑑別として残りますが、悪性腫瘍も否定できないと考えます。全身CTやPETによる悪性腫瘍のスクリーニング検査が必要です。血管炎症候群を疑

表3. 池上プロブレムリスト

# 1	内頸動脈狭窄症→特発性内頸動脈炎
# 2	急性心筋虚血症→特発性冠動脈炎

うのであれば、どこから組織を採るかが問題です。側頭動脈に身体所見があったかがわかりませんが、巨細胞性動脈炎の可能性があり、側頭動脈生検が必要と考えます。腎生検は、尿の所見や腎機能から積極的には考えにくいですし、神経所見は全く正常で感覚障害もないので、神経生検も適応はないと考えます。

岡 池上先生、よろしく申し上げます。

池上 頭痛は、倦怠や高CRP血症を伴う慢性頭痛です。クリプトコッカス髄膜炎、慢性肥厚性硬膜炎、側頭動脈炎を念頭に、頭痛の性状を聴取したり髄膜刺激徴候の有無や側頭動脈の触診を行ったりしますが、それらは記載されておられません。

入院22日目のMRAで、右内頸動脈眼動脈分岐部より足側に75%以上の狭窄部位を認めます。狭窄は内側から突出するポリープ状構造物で、数mmで表面は平滑です。候補として、①粥腫、②動脈石灰化、③動脈硬化性動脈瘤、④動脈腫瘍、⑤動脈浮腫（動脈炎）、⑥動脈攣縮、⑦外部からの圧排、⑧動脈血栓を考えます。①粥腫を高率に生じる疾患や長期喫煙歴がなく、他の脳動脈に狭窄もないことから否定できます。②粥腫が石灰化したもので同様に否定できます。③解離性動脈瘤も紡錘状動脈瘤もポリープ状とはなりえません。④原発性腫瘍でポリープ状を呈する例はなく、続発性腫瘍でも血流の速い場所に根づくとは思えません。⑤⑥全周性狭窄ではなく否定できます。⑦頭部CTや髄液検査で異常がなく否定できます。⑧MRA撮影直前に左上肢麻痺及び意識低下を発症し、artery to arteryで左中大脳動脈領域の血栓性脳塞栓症を生じたと考えると説明ができるため、動脈血栓と断定し



ます。

病的血栓形成には、①血液疾患の有無、②動脈内面の変化を考えます。①血球異常の代表は骨髄増殖性疾患、血漿異常の代表は凝固因子欠乏症、DIC、血栓性血小板減少性紫斑病、抗リン脂質抗体症候群、異常免疫グロブリン性血栓症です。骨髄検査所見から血球異常はありません。血漿異常では、先天性疾患は家族歴や若年性反復性血栓症既往歴やPT延長がない点で否定できます。後天性疾患は凝固機能検査や骨髄検査で異常がなく可能性は低いです。②粥腫、動脈石灰化、動脈硬化性動脈瘤、動脈腫瘍、外部からの浸潤性病変、動脈浮腫があります。

#2を考察します。入院5日目朝、冠動脈に突発的な血流低下が生じた可能性が高いです。鑑別はたこつぼ型心筋症であります。発症初期に巨大陽性T波を呈し心エコーのみで診断されることも稀ではありませんが、心不全性肺水腫を生じない限り症状も軽微のため否定できます。II, III, aVFの冠性T波は下壁の、V2-5のそれは前壁の虚血を意味します(※)。下壁の血行は右冠動脈が担い、前壁のそれは左冠動脈前下行枝が担います。入院時の心電図異常がなく、入院5日目までの短期間に左右冠動脈に血流低下を生じています。時間的近接で多枝病変を生じる疾患として多発冠攣縮性狭心症があります。高齢者でも稀ではなく、狭心症の既往があることも矛盾しません。以上から、#1は内頸動脈自体の異常によって生じた内頸動脈血栓症、#2は冠動脈自体の異常によって生じた急性の多発冠動脈血流低下症と判断しました。動脈硬化を引き起こし得る疾患や生活習慣がないことは、#1や#2の発症に動脈硬化が関わっている可能性を低くします。

微熱は慢性炎症によるものです。全経過を分析しましたが、ほとんどの臓器に異常がなく、

(※)ST低下、T波の陰転化の心電図部位から虚血部位を判定するのは、冠動脈灌流領域の個人差から実際には困難である。

#1や#2が慢性炎症と関連する疾患が考えられ、①動脈腫瘍、②動脈炎を挙げます。①原発性は多発せず、続発性は動脈内転移癌や血管内リンパ腫ですが、血流の速い動脈に根づくとは思えません。②内頸動脈や冠動脈に多発する動脈炎は想定できます。感染性と特発性に2分され、感染性は血液培養陰性で免疫機能低下者でないため否定できます。内頸動脈と冠動脈の動脈炎を有する特発性動脈炎は側頭動脈炎と古典的結節性動脈周囲炎です。前者では緩徐発症進行性頭痛を有し矛盾しません。側頭動脈の視診や触診で見当が付き、生検で診断が確定します。

岡 頭痛の鑑別診断についてはいかがでしょうか。

池上 側頭動脈に圧痛があれば、側頭動脈炎と診断すると思います。それがなくて慢性的に続いていて微熱もあれば特殊な頭痛を考えます。

香村 非拍動性の締めつけられる頭痛で、性状と頻度からは緊張型頭痛と思います。痛みの部位によっては後頭神経痛や側頭動脈炎も考えます。

廣瀬 緊張型頭痛かというところです。一番大きいのは発熱と考えています。倦怠感や頭痛は定量的に評価しにくいので、程度を読み取れなかったのです。一元的に考えると、血管炎によるものと結論しました。

岡 主な症状が頭痛ですが、それ以外に食欲不振、体重減少、倦怠感といった全身症状を伴っています。血液検査では炎症所見だけが目立ちます。全身疾患、特に消耗的な疾患とともに頭痛がある患者さんをどう考えるかですね。

鈴木(富) 頭痛については詳しく書いていません。高齢で突然発症なので側頭動脈炎が考えられますが、重要な身体所見が隠してあるのでしょうか。

岡 鈴木先生、経過をご説明ください。

鈴木(晶) 当科受診までに脳神経外科、消化器科、血液内科、神経内科を受診したのですが、

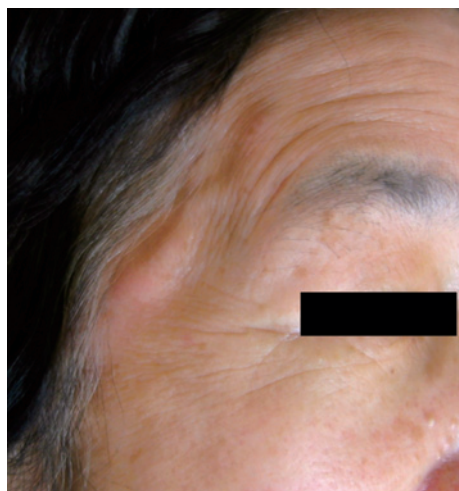


図 4. 入院時の浅側頭動脈の怒張

頭痛に関する所見が見送されてきました。入院当日の左右側頭動脈の怒張(図4)です。同日よりプレドニゾロン 20 mgを開始し、入院4日目に浅側頭動脈生検を実施しました。入院4日目から 60 mgに増量しています。プレドニゾロン開始後は、頭痛と側頭動脈の怒張は軽快しています。入院10日目に生検結果が出まして、HE染色で動脈壁内膜の増殖性肥厚、内腔の狭小化、全層に単核球を中心とした炎症細胞浸潤があり、中膜には多核の細胞が散見されました(図5)。これらの所見より側頭動脈炎と診断しました。

側頭動脈生検の翌日の5日目ですが、早朝覚醒直後、冷や汗と前胸部の違和感を訴えられました。ニトログリセリン1錠投与しましたが症状に変化なく、心電図ではII, III, aVF, V2-V5でST上昇を認め、発症2時間後にはV1-V5でT波陰転化(図2)が確認されました。血液検査では、白血球・AST・LDH上昇、トロポニンT陰性、発症時と6時間後のCK, CK-MBとも正常範囲でした。

岡 側頭動脈炎という診断が出てきましたが、入院5日目に急な胸痛と心電図変化が起きたことに関して検討します。

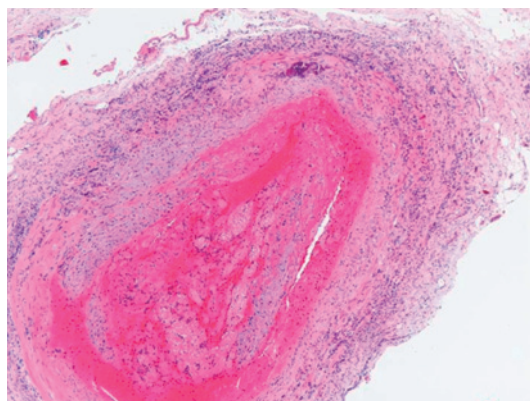


図 5. 浅側頭動脈生検像 (HE染色)

廣瀬 大動脈解離、気胸、急性冠症候群が大きな3つだと思います。入院時の心電図が全く正常だった人が、洞調律であり前胸部誘導でgiant negative TとST低下を認め、一過性にST上昇もあったことを考えますと急性冠症候群で、一旦は冠動脈閉塞を来して再灌流したと思います。非常に不安定な状況が想定されるので、緊急カテーテル検査をして評価を行いたいと思います。巨細胞性動脈炎に絡めると、急性冠動脈症候群も血管炎が原因と考えました。

香村 急性発症で冷汗と前胸部の違和感を伴うことで、急性冠症候群が最も疑われます。ST上昇を先に来す疾患群ですが、たこつぼ型心筋症、急性心膜炎、急性心筋炎ですね。トロポニンTやCK-MB上昇が無かったことから不安定狭心症を考えました。心電図を見ますと鏡面像がはっきりしないため、たこつぼ型心筋症も鑑別に入ると思います。ただ、発症翌日だとnegative Tになると思いますが、発症2時間では考えにくいです。急性心筋炎や心膜炎ではもっと鋭い痛みが出ると考えました。血ガスと心エコーを行い、肺塞栓のための造影CTを念頭に置きつつ、心臓カテーテル検査の準備をすることを考えました。

岡 側頭動脈炎と胸痛が関連すると考えるべきでしょうか。

香村 稀に巨細胞性動脈炎で冠動脈の炎症を起こすこともあります。狭心症の既往歴もあり、第一には狭心症と考えました。

岡 3人の先生方は、胸痛と心電図変化は冠動脈の変化によるということ。検査としては心エコーから血管造影です。鈴木先生、続きをお願いします。

鈴木(晶) 心エコーでは、左室のwall motionは全体的にmild hypokinesia、心尖部はsevere hypokinesiaであり、ejection fraction (EF)は約37%でした。心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄はなく、左心室造影で心尖部を中心とした壁運動低下、心基部の運動亢進を認めました。以上から、たこつぼ型心筋症の診断を得ました。その後も、ワーファリン、ヘパリン、フロセミドを継続しました。入院22日目、経過観察のための心臓カテーテル検査を行いました。左室壁運動の改善が確認されました。検査の終了直後に、意識レベルの低下、JCSII-10、従命不能、左drop hand、左不全麻痺を認めました。

岡 心臓カテーテル直後に神経症状が出現したことについて何を考えますか。

廣瀬 頭蓋内の血管炎からの狭窄で脳梗塞を発症したと考えられなくはないですが、タイミングからカテーテル操作による塞栓が一番を考えます。塞栓には色々ありますが、1つは大動脈にプラークが付いていて、それをカテーテル操作で引っかけて頭に飛んで梗塞になる。もう1つは造影剤で血液の粘稠性が上がりますから、もともと狭窄がある方に脳梗塞を発症することも稀にあります。

香村 #3として左片麻痺を挙げています。意識障害を伴う片麻痺で考えますと、解剖学的診断は大脳が脳幹と思います。右の大脳が広範に障害されたか、脳幹部が障害されたことを想定します。突発の発症から、脳血管障害、脳塞栓を含む脳梗塞、脳出血、一過性脳虚血発作、てんかんを考えます。カテーテル検査直後でカテー

テル操作の影響は否定できませんが、MRAを見ると内頸動脈の狭窄もあり、プレドニゾロン内服中で血小板増多がある血栓傾向状態でもありますから、#1に伴う頸動脈狭窄による脳梗塞と考えています。

岡 血管炎と関連した脳梗塞ということでしょうか。

香村 池上先生も言われましたが、動脈硬化を示す要因がありませんね。MRAを見ますと、中大脳動脈分岐以降の狭窄はないですから、塞栓が飛んだというよりは血管炎による頸動脈狭窄に伴う脳梗塞だと考えました。

池上 カテーテル検査直後の左上肢麻痺と意識低下なので、カテーテルが関連した脳卒中だと思いますが、MRAで右内頸動脈狭窄があっても左に症状が出ているものですから、この狭窄部位が麻痺に関連するのは間違いないと思います。

岡 鈴木先生、経過の続きをお願いします。

鈴木(晶) 入院5日目、心尖部の後中隔から下壁に16mm×12mmの血栓を認めました。ワーファリン3mg、ヘパリン10,000単位が開始されています。頭部MRIでは脳梗塞所見はなく、主要動脈の不整・狭窄所見もないことが確認されていました。入院11日目、PT-INR 3.99のためワーファリンを休薬、心エコーではEFが50.6%と壁運動の改善を認めていました。経過の心エコーではEFが70%まで改善、血栓は消失していましたのでワーファリン1mgが再開されました。左不全麻痺の発症1.25時間後のMRI(図6)では、diffusionで左後頭葉皮質下に高信号病変を認め、MRAでは頭蓋内主幹動脈は明瞭でした。ヘパリン5,000単位、エダラボン60mg×2、グリセオール200ml×3を開始しました。その後、意識レベルは回復、左不全麻痺も回復傾向となりました。プレドニゾロンは60mgから2週間ごとに2割ずつ減量を行い、退院となっています。

岡 頭部MRIを解説していただけますか。

香村 Diffusionを見ますと、左の後頭葉の数カ



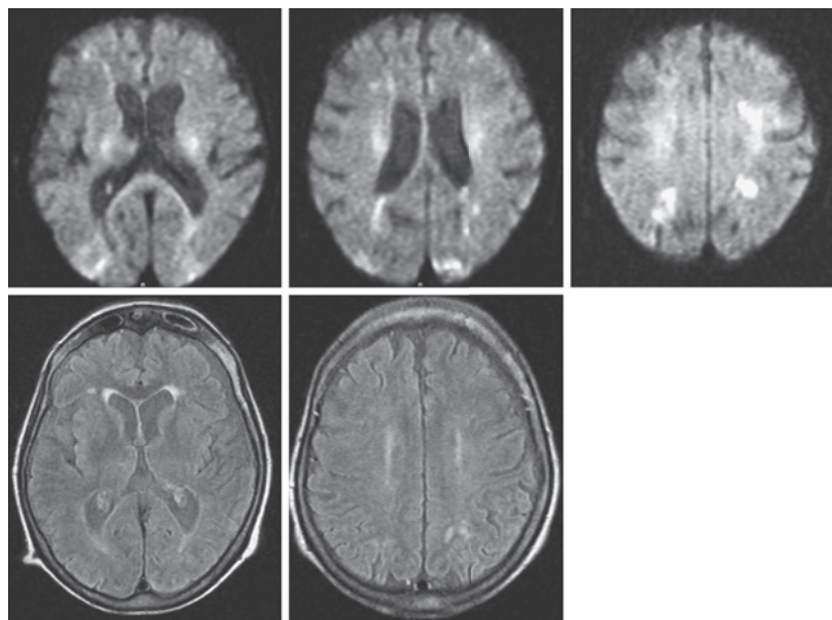


図6. 入院22日目の意識障害発症2時間後の頭部MRI (上段diffusion, 下段FLAIR)

所も右の前頭葉も新規の病変、いわゆるシャワーエンボリと思います。右前頭葉では対応する症状が出ないこともありますし、左後頭葉の病変も不全麻痺を来す感じではないです。それだけの数がバツと飛んだからこそ意識障害を起こしたと思います。

岡 提示いただいたMRA (図3)には、異常は無かったということですか。

袴田 細く見える部分は頭蓋骨に入る場所で、血管の曲がりをつかえたアーティファクトではないかと思います。

鈴木(富) 全体に締めつけられる頭痛なら両側の側頭動脈が障害されているということですね。

袴田 側頭動脈の圧痛や怒張は外来で見つけていました。それまで見つかっていなかったのが隠しておきましたが、鈴木(富)先生のような慧眼でそれが発見されることを期待していたのです。高齢者で赤沈亢進と頭痛があったら、

圧痛がなくてもランダムに左右の側頭動脈を生検してよいとされています。

鈴木(富) 圧痛がなくても拍動の消失しているところや、エコーで同心性血管壁肥厚 (halo sign)があるところを狙って生検するのがよいかも知れません。

岡 側頭動脈炎とたこつぼ型心筋症との関連を説明いただけますか。

袴田 精神的ストレスあるいは身体的侵襲で発症することがあると言われています。高齢の女性で多発攣縮を想定する時に、たこつぼ型心筋症を考えます。側頭動脈生検という手術室での何時間かの侵襲、プレドニゾロン60mg投与が、精神的ストレスあるいは身体的侵襲に相当すると考えます。

岡 たこつぼ型心筋症の概略を説明して下さい。

袴田 広範な左室壁の運動低下と心基部の運動亢進、つまり収縮期に左室がたこつぼ型の形

表 4. たこつぼ型心筋症の概念

<p>1) 急性心筋梗塞に類似した発症経過                  2) 急性期に左心室心尖部を中心とした領域の低収縮と心基部の過剰収縮を呈している                  3) その収縮異常は、2 週間以内に劇的に改善する                  4) 心収縮異常域は、一枝の支配領域を越えている                  5) 責任病変と妥当な冠動脈に器質的病変を示さない</p>
---

(栗栖智, 佐藤光: 冠動脈の臨床 (下) 日本臨床 2003; 61: 728-732)

態になる疾患で、1990 年に佐藤光らが初めて報告しました。表 4 がたこつぼ型心筋症の概念で、この症例でもすべての項目を満たしています。

石塚 プレドニゾロンを 1 mg/kg で投与する場合には、抗凝固療法を併用したほうがよいとする意見があります。高齢者でプレドニゾロンを 20 mg から 60 mg に増やす際には、抗凝固療法を考えるべきだったのではと思います。

袴田 ヘパリン 5,000 単位の朝晩 2 回を膠原病ではルーチンで初日から使用し、ワーファリン投与は側頭動脈生検直後から始めて、抗凝固予防はしていたつもりです。

#### まとめ

岡 全身倦怠感や発熱など全身症状を伴って頭痛がある高齢患者さんをどうアプローチするかがテーマでした。

診断は側頭動脈炎でしたが、入院後の経過は動脈炎が血管病変を起こしたのではなく、側頭動脈生検による侵襲とプレドニゾロンの影響からたこつぼ型心筋症を引き起こし、血管造影中に血栓が飛んで脳梗塞を発症したという症例でした。症例提示の中の「疾患 A」は側頭動脈炎、「検査 A」は側頭動脈生検、「疾患 B」はたこつぼ型心筋症でした。

著者の COI (conflicts of interest) 開示: 本論文発表内容に関連して特に申告なし