

## 特発性両側内頸動脈解離の1例

尾道市立市民病院  
脳神経外科

岡 哲生, 岩戸 英仁, 土本 正治

**要 旨** 47歳, 男性. 1週間程前から左頭痛, めまいがあり, 近医脳神経外科にて頭部MRA施行したところ右頸部内頸動脈に狭窄を認め, 頸動脈エコー精査中に神経症状を呈し当科紹介となった. 診察上は明らかな顔面麻痺や四肢麻痺は認めなかったが, 右上肢・左顔面の感覚異常と左頭痛の訴えがあった. 血液検査では脂質異常症を認める以外には特記すべき異常値はなかった. 頭部MRIで左頭頂部皮質に微小な梗塞巣を認め, 頭頸部MRAでは右頸部内頸動脈に動脈解離の所見があり, 左頸部内頸動脈にも動脈解離を疑う壁不整を認めた. 精査の結果, 特発性両側内頸動脈解離と診断し, 内科的治療を行い, 良好な転帰が得られた. 本疾患に対する治療は内科的治療が主体であるが, 内科的治療に抵抗性で進行性に悪化する症例もあり, 十分な経過観察と病態把握を行い治療方針を決定していくことが重要である.

**Key words** : 特発性内頸動脈解離, 両側性, 脳梗塞

## はじめに

片側性の特発性内頸動脈解離は比較的稀な疾患であり, これまで報告例は散見されるが, 両側内頸動脈解離の報告例は少ない. 今回我々は特発性両側内頸動脈解離の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する.

## 症 例

患者: 47歳, 男性.

主訴: 左頭痛, 右上肢麻痺, 右上肢と左顔面の感覚障害

既往歴: 脂質異常症 (健診で指摘されていたが未治療)

内服薬: なし

現病歴: 1週間程前から左頭痛, めまいを主訴として, 近医脳神経外科を受診した. 頭部MRAにて右

内頸動脈に狭窄病変を認めた(図1). 頸動脈エコー中に全身脱力を呈し, その後, 右上肢完全麻痺となったためウロキナーゼを24万単位静注された. 症状は軽快したが, 右上肢感覚障害と左顔面感覚障害が残存しており, 精査加療目的で同日に当科紹介となった.

入院時現症: 血圧163/109mmHg, 脈拍79回/分. 他覚的には明らかな顔面麻痺や四肢麻痺は認めず. 右上肢と左顔面の感覚異常あり.

入院時血液検査所見: 総コレステロール: 228mg/dL, LDLコレステロール: 152mg/dL, HDLコレステロール: 71mg/dL, それ以外には特記すべき異常値なし.

画像 [頭部MRI・頭頸部MRA]: 頭部MRI DWIで左頭頂部皮質に微小な高信号域を認め, 頭頸部MRAでは右頸部内頸動脈に動脈解離の所見があり, 左頸部

---

A case of bilateral spontaneous carotid artery dissection  
Department of Neurosurgery, Onomichi municipal Hospital  
Tetsuo Oka, Eiji Iwado, Shoji Tsuchimoto

内頸動脈も動脈解離を疑う壁不整を認めた(図2).

入院後経過：左頭痛に対しては鎮痛薬投与にて対症療法とした。頭部MRIで左頭頂葉に微小な梗塞巣があったため、オザグレルナトリウムおよびエダラボン点滴治療およびシロスタゾール(200mg)内服治療を開始した。脂質異常症に対してはロスバスタチン(2.5mg)内服開始した。血管炎や抗リン脂質抗体症候群などの可能性も否定できなかったため、抗カルジオリピン抗体、MPO-ANCA、PR3-ANCA、プロテインC、プロテインSなど検査したが、いずれも陰性であり、fibromuscular dysplasia, Marfan症候群などの基礎疾患もないことから、特発性の両側内頸動脈解離と診断した。鎮痛薬投与で左頭痛は軽減し、神経症状も改善したため、入院10日後に自宅退院となった。動脈解離については定期的なMRIフォローを行っているが、内頸動脈の形態は徐々に改善してきており(図3-6)、内科的治療を継続している。



図1. 前医MRA

右頸部内頸動脈に狭窄病変を認める。

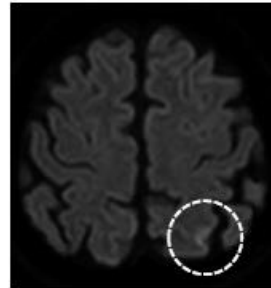


図2a. 頭部MRI (DWI)



図2b. 頭頸部MRA

図2. 入院時MRI (DWI)・MRA

頭部MRI DWIで左頭頂部皮質に微小な高信号域を認め(図2a)、頭頸部MRAでは右頸部内頸動脈に動脈解離の所見があり、左内頸動脈にも動脈解離を疑う壁不整を認める(図2b).



図3. 1カ月後MRA

右内頸動脈の動脈解離は改善傾向となり狭窄は軽快している。左内頸動脈の壁不整もやや改善傾向となっている。

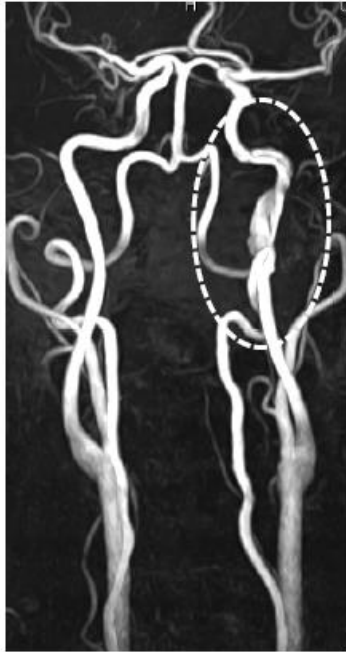


図4. 3カ月後MRA

右内頸動脈の動脈解離は改善している。左内頸動脈の動脈解離も改善傾向となっている。



図6. 1年後MRA

左内頸動脈の壁不整はほぼ改善してきている。

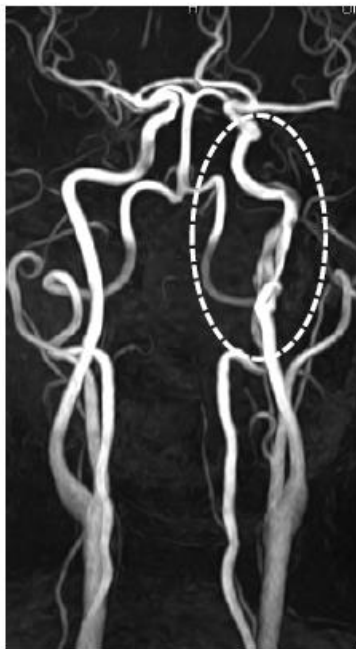


図5. 6カ月後MRA

右内頸動脈の動脈解離は改善したままで、左内頸動脈の壁不整は著変なし。

### 考 察

内頸動脈解離は、頭頸部に強い回転応力がかかる頭頸部の打撲や穿通創による外傷性内頸動脈解離、fibromuscular dysplasia, Marfan症候群などの基礎疾患を有する内頸動脈解離、また基礎疾患がなく原因不明である特発性内頸動脈解離に分類される。しかし、咳やテニス、スイミング等のスポーツ後に続発した例も知られ<sup>1)</sup>、頸部の小さな回旋や過伸展が関与している可能性も示唆されている<sup>2)</sup>。

特発性内頸動脈解離は比較的稀な疾患であり、頸部内頸動脈解離の発生率は、2.6人/10万人/年とSchievinkらにより報告されている<sup>3)</sup>。内頸動脈解離全体では頭蓋外41%、頭蓋内47%、両者合併が12%であり、本邦において頸動脈解離は椎骨脳底動脈解離と比較し低率で、その比率は約1:4で椎骨脳底動脈解離が多い<sup>4)</sup>。

特発性頸部内頸動脈解離の治療方針を検討するにあ

たり、その自然歴と病態を把握する必要がある。まず、自然歴は60%で治癒、20%で改善、15%で悪化したとする報告<sup>7)</sup>や、狭窄例の97-100%が改善、閉塞例の61%が再開通、また完全再開通の時期は発症から最初の6カ月間で60%に達するとする報告<sup>8)</sup>がある。このように過去の報告から基本的に可逆性の病変と推測される。次に、病態はA to A embolismが92.2%、血行動態的虚血が7.7%とA to A embolismが大多数を占める<sup>9)</sup>ことが報告されている。したがって、頸部内頸動脈解離は塞栓源になり得るが可逆性であり予後良好な疾患と考えられる。しかし、その一方で解離の頭蓋内波及が17~65%<sup>10)11)</sup>で存在し、その他、進行性に増悪してステント留置やバイパス術が必要になった報告<sup>12)13)</sup>があることも無視できない。

抗血栓療法としては抗凝固療法が推奨され<sup>14)</sup>、統計的有意差はなかったが治療後の脳虚血の出現頻度は抗凝固療法8.3%に対して抗血小板療法は12.4%と、抗凝固療法のほうが低頻度であったとの報告<sup>15)</sup>や、急性期最初の3カ月は抗凝固療法を行いその後解離の改善が確認されればその後3カ月間抗血小板療法を行い、改善がなければさらに3カ月間抗凝固療法を行うことを勧める報告<sup>15)</sup>もある。

脳卒中治療ガイドライン2009<sup>9)</sup>では、急性期には、血行力学的機序よりも解離部に形成される血栓からの遠位塞栓が重要である<sup>6)</sup>との考えから、抗血栓療法（抗凝固療法または抗血小板療法）を考慮すべきであると、グレードC1で推奨されており、一般的に内科的治療を中心とした保存的治療が優先される。しかし、内科的治療に抵抗性で、解離部の狭窄・閉塞や動脈瘤様の拡張を呈し、症状の悪化を呈する症例も多く報告されており、そのように進行性経過をたどる内頸動脈解離に対しては血行再建術を目的とした外科的治療として、病変部の切除とgraftを用いた再建術、gradual intramural dilatation、EC-IC bypassや、近年はより低侵襲なステントを用いた血行再建術

も報告されている<sup>2)</sup>。

以上のことから、特発性頸部内頸動脈解離の治療方針としては、その良好な自然歴から抗血栓療法などによる内科的治療が基本的に望ましく、内科的治療に抵抗性の場合は血行再建術を目的とした外科的治療が望ましいと考えられる。

本症例においては、内科的治療を優先し、病状の進行悪化がなかったため抗血栓療法を継続し、良好な転帰を得ることができている。

### 結 語

脳梗塞にて発症した特発性両側内頸動脈解離の1例を経験した。本疾患に対する治療は内科的治療が主体であるが、内科的治療に抵抗性で、進行性に悪化する症例もある。十分な経過観察と病態把握を行い、治療方針を決定していくことが重要である。

### 参考文献

- 1) Kawajiri K, Kiyama M, Hayazaki K: Spontaneous dissection in the common carotid artery: Neurol Med Chir (Tokyo) 35:373-376, 1995.
- 2) Masataka T, Tomoko I, Asamitsu A, Yoshifumi K, Mitsunori M: 特発性内頸動脈解離の1例：症例報告: JNET 4 :27-32, 2010.
- 3) Schievink WI, Mokri B, Whisnant JP: Internal carotid artery dissection in a community. Rochester Minnesota, 1987-1992. Stroke 24:1678-1680, 1993.
- 4) 高木誠：脳動脈解離. Brain Nerve 58:963-970, 2006.
- 5) 篠原幸人, 小川 彰, 鈴木則宏, ほか(編)：脳卒中治療ガイドライン2009. 協和企画, 東京, pp244-246, 2009.
- 6) Benninger DH, Georgiadis D, Kremer C, et al: Mechanism of ischemic infarct in spontaneous

- carotid dissection. *Stroke* 35: 482-485, 2004.
- by stent-graft. *Cardiovasc Intervent Radiol* 28:499-501, 2005.
- 7) Houser OW, Mokri B, Sundt TM Jr, et al: Spontaneous cervical cephalic arterial dissection and its residuum: angiographic spectrum. *AJNR Am J Neuroradiol* 5: 27-34, 1984.
  - 8) Nedeltchev K, Bickel S, Arnold M, et al: Recanalization of spontaneous carotid artery dissection. *Stroke* 40: 499-504, 2009.
  - 9) Lucas C, Moulin T, Deplanque D, et al: Stroke patterns of internal carotid artery dissection in 40 patients. *Stroke* 29: 2646-2648, 1998.
  - 10) Chandra A, Suliman A, Angle N: Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries: the 10-year UCSD experience. *Ann Vasc Surg* 21: 178-185, 2007.
  - 11) Rao AS, Makaroun MS, Marone LK, et al: Long-term outcomes of internal carotid artery dissection. *J Vasc Surg* 54: 370-374, 2011.
  - 12) 大石英則, 川口 洋, 石井和則, ほか: ステント留置が奏功した特発性頸部内頸動脈解離の1例. *No Shinkei Geka* 28: 179-184, 2000.
  - 13) Chandra A, Suliman A, Angle N: Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries: the 10-year UCSD experience. *Ann Vasc Surg* 21: 178-185, 2007.
  - 14) Fusco MR, Harrigan MR: Cerebrovascular dissections—a review part I: Spontaneous dissections. *Neurosurgery* 68: 2422-2427, 2011.
  - 15) Campos-Herrera CR, Scaff M, Yamamoto FI, et al: Spontaneous cervical artery dissection: an update on clinical and diagnostic aspects. *Arq Neuropsiquiatr* 66: 922-927, 2008.

