

2. 両側の膝窩動脈瘤を合併したくも膜下出血患者の一例

川崎医科大学リハビリテーション医学教室¹

川崎医科大学附属病院リハビリテーションセンター²

川崎医科大学附属病院回復期リハビリテーション病棟³

○新井伸征¹, 小川隆一², 岡田奈津美², 山本陽子², 上田桃子³,
関 聡介¹, 目谷浩通¹, 椿原彰夫¹

【はじめに】

末梢動脈瘤の発生頻度は大動脈瘤と比較して低く、Dentらは4.2%であったと報告されている。^①本邦では末梢動脈瘤のうち、膝窩動脈瘤の頻度は15%という報告もあり、動脈瘤の中では比較的稀である。^{②③}末梢動脈瘤は、偶然に発見される以外、35%~57%が急性動脈閉塞症として発症し、4%は破裂で診断されるといわれている。また、無症候で発見されたとしても経過観察中に下肢虚血・破裂・瘤の神経圧迫・深部静脈血栓症を合併する危険を有しているため、機能回復訓練の大きな阻害因子となる。

今回我々は、くも膜下出血後、回復期リハビリテーション病棟に入院中、無症候で偶然に両側膝窩動脈瘤が発見された一例を経験したので報告する。

【症例】

55歳男性。2009年くも膜下出血を発症し、緊急開頭クリッピング術を施行。その後、両側前大動脈領域に血管攣縮に伴う脳梗塞を合併した。翌日即日、塩酸ファスジル水和物にて加療21日に意識障害が進行したため、再度塩酸ファスジル水和物の投与を行った。全身状態は安定したものの、意識障害と両側性片麻痺、摂食・嚥下障害が残存するため、発症52日目に日常生活動作の介助量軽減による自宅退院を目的に当科へ転科となった。

【転科時身体・神経学的所見】

気管切開を受け、カフ付カニューレを挿入されていた。意識はJCSII-10（傾眠傾向）。両側性片麻痺はBrunnstrom Recovery Stage（以下BRS）で右上肢III・右手指V・右下肢II，左上肢III・左手手指V，左下肢II，筋緊張は固痙縮様であった。関節可動域は、両側の肩関節，肘関節，足関節の軽度の制限を認めるものの、他動的に概ね正常であった。FIMは総合得点で18点であった。

【入院時血液学的所見】

WBC 4620 (Lymph 640), RBC 324, Hb 9.3, Plt 20.0, TP 6.8 (Alb 2.9), ChE 209, Crn 0.37, BUN 12, CRP 1.54

【入院時画像所見】

頭部MRIでは、眼窩上面を含む両側の前頭葉にFLAIR画像で高信号域を広範囲に認めた。

【転科後経過】

転科後後、ベッドサイドにて関節可動域訓練と座位訓練を開始。また嚥下内視鏡検査を行い、唾液貯留が少なかったため、不顕性誤嚥のリスクは少ないと判断し、カニューレをスピーチカニューレへと交換した。転科後約1週間で立位訓練を開始。約2週間で端座位保持が数十分可能となり、スピーチカニューレからレティナへと変更した。また両上肢の麻

痺は BRS で左 V,右 V となった。立位・歩行訓練を効率的に進め、膝関節の拘縮を予防するため両長下肢を作成する際、両側膝窩に拍動性の腫瘍が触知された。造影 CT 検査を行ったところ、両側の膝窩動脈瘤と診断された。合併症の発症を危惧して、両下肢に対しての訓練を一時中止した。血管内治療の適応は形状と部位から不可能と判断された。人工血管置換術については、全身状態が不良である、重度の障害がある事などから適応がないと判断された。しかし、約 2 週間で両上肢の麻痺が著しく改善したことから、積極的にリハビリテーションを行うことで、両上肢が実用手になる可能性があり、ADL の介助量を著しく改善できると判断した。このため両下肢に対するアプローチはできなかったが、座位訓練、上肢への訓練、摂食・嚥下訓練などを継続した。約 3 カ月で摂食・嚥下機能は改善し、常食摂取可能となった。またセルフケア・食事動作・上更衣を中心とした、移乗・移動動作・トイレ動作以外の ADL が修正自立した。このため近医血管外科に相談したところ、手術適応と判断され両側膝窩動脈に対して人工血管置換術が施行された。術後、当科へ再度転院となり訓練を再開した。訓練再開時明らかな麻痺の進行はないものの、両下肢の関節可動域は著しく制限され（足関節は、ほぼ尖足位で固定）、下肢筋力も Poor level に低下していた。関節可動域訓練、四肢筋力強化訓練、ベッド上での日常生活動作訓練、上肢の機能的訓練を開始した。約 1 カ月で座位耐久性は術前まで改善、約 2 カ月で平行棒内での立位保持が数分可能になった。退院時（術後約 3 カ月）、訓練室では、右 KAFO, pick up walker を用い数 m であれば近位監視で可能となった。また ADL では、移乗動作の介助量が著しく軽減した。しかし移乗動作は介助が外せないうえ、日中介助者がいないことが問題となった。そこで排泄方法としてトイレ動作は尿器とおむつの自己での交換を教育し

修正自立させることができた。最終的に FIM は 68 点となった。

【考察】

今回我々は、くも膜下出血後に両側膝窩動脈瘤を発見された 1 例を経験した。末梢動脈瘤自体、発症頻度が少ない。末梢動脈瘤が発症する患者の多くは、そのほかの動脈瘤を合併する可能性が高く、脳動脈瘤も例外ではない。また、膝窩動脈瘤は、無症候性で発見されることは少なく、多くは動脈塞栓など合併症の発症とともに発見される。治療は下腿切断など、QOL に大きく関わり、破裂した結果、突然死も起こりうる。本症例は、偶然ではあるが無症候性膝窩動脈が発見され、適切な時期に適切な治療を行うことができた。結果として極短距離ではあるが歩行能力を獲得し、ADL 能力も著しく改善させることができた。当初、機能及び能力障害が重度で、手術適応がないと判断された。しかし運動機能を適切に評価し、明確なゴール設定を行ない、あきらめずに一定のレベルまで ADL 能力を改善させたことが、本症例を手術そして介助量を軽減しての自宅退院へ導いた要因であると考えた。

【引用文献】

1. 重松 宏, 森岡恭彦: 四肢の動脈瘤。外科, 50:360-368, 1998。
2. Dawson,I.,et al:Popliteal artery Aneurysms. Long-term follow-up of aneurismal disease and result of surgical treatment. J. Vasc. Surg.,13:398-407,1991
3. Farina,C.,et al:Popliteal aneurysms. Surg. Gynecol. Obstet.,169:7-13,1989.