

25. 脳皮質下出血後の回復期リハ中に確認された無症候性脳梗塞への対処

広島市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション科¹, 広島市総合リハビリテーションセンター神経内科²

○難波 孝礼¹, 池田 順子², 吉村 理¹

【はじめに】

脳アミロイドアンギオパチー（以下 CAA）によるものの可能性を否定しえない皮質下出血後にリハ入院中に実施の頭部 MRI で新規脳梗塞を認めた 2 症例を経験した。リハ医の対応という点で考えさせられるところがあり報告する。

【症例 1】

症例：65 歳，男性。

主訴：視野視力障害，注意障害，失語

既往歴：58 歳脳卒中も詳細不明。視野障害もあるも ADL は自立。高血圧で内服も自己判断で中断。飲酒，喫煙なし。

現病歴：×年 7/24 言語障害で H 病院に搬送。左前頭・頭頂葉皮質下出血の診断で同日，開頭血腫除去術を施行。術後経過良好で，失語症，歩行困難に対するリハ目的で紹介，8/10 当院に入院。

入院時現症：意識：JCS2 見当識障害あり。明らかな顔面麻痺，四肢の麻痺はなく運動も分離。坐位保持，立位保持安定。誘導，軽介助で歩行，階段昇降可。右視野狭窄，以前の病変の影響と思われる左方向への注意障害がみられた。頭部 MRI では左前頭・頭頂葉皮質下不整形出血。右島部～頭頂葉，左頭頂葉にも皮質下出血を疑う部位があり，T2* では皮質に細い無信号あり陳旧性皮質下出血と考えられた。左橋，左視床，両側大脳白質には陳旧性脳梗塞をみとめ，頭蓋内 MRA では右中大脳動脈 M1 にわずかな狭小化以外にとくに所見を認めなかった。

入院後経過：高次脳障害が重度で 4 カ月のリハ予定で開始。リハ経過良好で，右視野狭窄も，左方向への注意が入るようになると共に，

歩行自立，上肢の巧緻性も改善。言語のみでのコミュニケーションは困難も協力的で，指示にそって活動が出来るようになった。退院前検査で MRI を 12/10 に実施。右頭頂後頭葉の皮質下に DWI，T2WI，FLAIR で高，ADC で低信号を示す 5mm 程度の所見を認め早期脳梗塞と診断。無症候性であった。翌週 12/17 に再度 MRI 実施。新たに右前頭葉白質，頭頂後頭葉白質に，DWI 高信号，ADC で低信号を示す新規脳梗塞病変を認めた。無症候性病変であったが再発部位によっては症候性となるリスクを主治医が説明したため自宅退院には積極的でなかった家人が混乱。退院時期を延期，年末を挟んでフォローすることで安心された。

外泊訓練の実施で家族の不安は軽減され，自宅退院が可能となった。降圧薬の内服継続，シロスタゾール内服追加で H 病院へ経過を報告，1/17 自宅退院となった。H22 年 9 月時点で症候性の再発なく，自宅生活維持ができている。

【症例 2】

症例：62 歳，男性。

主訴：歩行時のふらつき，左方向の見落とし。

既往歴：58 歳左小脳出血。3 か月で歩行，運転自立して社会復帰。喫煙なし。飲酒あり。高血圧の内服継続あり。

現病歴：○年 4/20 電子レンジの操作ができなくなり，新聞をさかさまに読むなどの症状があったが経過を自宅でみられていた。4/22 起き上がることが困難となり H 病院へ搬送。右大脳皮質下出血の診断で同日開頭血腫除去術を受けた。全身状態が安定し 5/24 当院入院となった。

入院時現症状：意識清明 JCS0，明らかな麻痺はないが左上肢失調，バランス障害あり。独歩可能も片脚立位困難。視野障害はないが両側同時刺激で左視野を常に見落とす。両上肢でパソコンのキーボードを使用可能。

見当識良好。失算，失読，失書が軽度ではあるがみられたが通常会話では特に問題なく記憶も保たれていた。MRI で陳旧性左小脳出血，右側頭葉—後頭葉境界部の出血後経過，両側被殻，放線冠，深部白質に多発小梗塞を認めた。MRA では主要血管の優位な狭窄や閉塞性変化なし。

入院後経過：入院初日より今回の出血が CAA によるものの可能性があり，再々出血，無症候性脳梗塞を今後起こす可能性があること。出血は問題で十分な血圧管理を実施すること，定期的な MRI 検査実施で無症候性脳梗塞が出現する可能性があるが，リハ上も，臨床上も問題がないことを家人，本人に伝えたいのでリハ入院加療を開始した。とくに症状がない状態でも一週ごとに MRI 実施。6/22 実施の MRI で DWI 高信号，ADC 低信号を示す新たな病変を右頭頂葉皮質下に認め，新規無症候性脳梗塞と診断した。患者，家族に伝えても動揺することなく，リハビリを継続，内服の変更もなく，外泊訓練も継続実施した。両側同時刺激での左側見落とし症状は残存も他の症状が軽減，復職希望で 9/19 自宅退院となった。H 病院へ経過を報告，外来通院フォローとなっている。

【考察】

いずれも H 病院からの紹介で，開頭時に病理組織検査をしており，いずれも CAA の病理組織結果は (－) で報告された。Boston Criteria for diagnosis of CAA-related Hemorrhage によれば他の脳内出血の原因がない 56 歳を超えての皮質，皮質下出血で複数出血病変が MRI，CT で認められる場合は，G3:probable CAA と分類している¹⁾。2 症例とも脳葉型脳内出血を 2 度以上繰り返しており病理検査によらず CAA としても差し支えないと考えた。

CAA 78 例の 15% 程度に動脈硬化性の危険因子と関係なく DWI 高信号の小さな亜急性期脳虚血病巣がみられ多くの場合は陳旧性の出血性変化を伴う²⁾との報告とも一致する。本邦の脳卒中ガイドライン 2009 では無症候性脳梗塞に対する降圧治療は数の増加を抑制する(グレード B)³⁾とあり，CAA の項では血栓溶解療法，抗凝固療法は出血のリスクを増加する可能性があり勧められない(グレード C2)³⁾とある。主幹動脈の狭窄病変がなければ適切な降圧治療が，現時点で出血，梗塞ともに予防につながると判断された。症例 1 では疾患に対する主治医の理解がなく，患者，患者家族を不安にさせるのみで当初は有効な対応ができなかった。症例 2 では十分な情報を共有することができ不要な不安を与えることがなかったと思われる。

【まとめ】

皮質下出血後のリハ入院中に新規無症候性脳梗塞を診断した 2 症例を経験した。新規脳梗塞という表現は家族の不安をいわずらにあおる結果となった。原因検索で問題がなければ脳出血，脳梗塞のリスク管理実施下でリハ継続，自宅退院に問題は見られなかった。CAA は出血，微小出血以外に脳梗塞も発症する。

【文献】

- 1) Knudsen KA, Rosand J, Karluk D, Greenberg SM. Clinical diagnosis of cerebral amyloid angiopathy: validation of the Boston criteria. *Neurology*. 2001 Feb 27; 56(4):537-9.
- 2) Kimberly WT, Gilson A, Rost NS, Rosand J, Viswanathan A, Smith EE, Greenberg SM. Silent ischemic infarcts are associated with hemorrhage burden in cerebral amyloid angiopathy. *Neurology*. 2009 Apr 7; 72(14):1230-5.
- 3) 脳卒中合同ガイドライン委員会編。脳卒中ガイドライン 2009。東京：協和企画；2009