左咽頭部に発生した内頸動脈瘤の1例

三宮慶邦・伊藤真理・山下泰裕・扇内秀樹

A case of aneurysm in left pharyngeal portion
of internal carotid artery

Yoshikuni SANGU・Mari ITO・Yasuhiro YAMASHITA・Hideki OGIUCHI

Abstract: Aneurysm of the extracranial carotid artery is an uncommon lesion mostly found in the common carotid artery and its branches. Aneurysm of internal carotid artery is extremely rare.

Generally symptoms are often suggested by the pulsatile nature of the lesion, in certain patients the enlarging aneurysm may cause a bulge in the area of the tonsillar fossa, hoarse voice and dysphagia. Therefore the diagnosis is comparatively simple. But definitive diagnosis should be obtained by angiography that can discriminate other lesions.

A case of an aneurysm of internal carotid artery obtained by computed tomography and angiography findings was reported. The patient was a 73 year-old female who complained of a left pharyngeal bulge. We abandoned the idea of doing an operation because of possible development of severe post operative symptoms of cerebral ischemia, and selected symptomatic treatment that avoids promoting aneurysm growth and rupture and keeping the present condition.

Fortunately no change of symptom has been noted in seven months follow up.

Key words: aneurysm, internal carotid artery, angiography

緒 言

頭蓋外の頸動脈瘤はまれな疾患である¹⁻³⁾ なかでも内頸動脈瘤はきわめてまれな疾患で、その治療は非常に困難であるといわれている。最近わたくしたちは左咽頭部の腫瘍を主訴に来院した本症例を経験したので報告する。

症 例

患 者：73歳 女性。
初 診：昭和61年6月■日。
主 訴：左咽頭部腫瘍。

東京女子医科大学口腔外科
(主任：扇内秀樹教授)
Department of Oral Surgery, Tokyo Women's
Medical College (Chief: Prof. Hideki Ogiuchi)
受付日：昭和62年3月6日

家族歴：特記事項なし。
既往歴：昭和18年大腿ヘルニア、昭和49年左下肢静脈瘤、昭和57年右耳下腺腫瘍摘出手術。
現病歴：2、3年前より痰の咯出がしにくく、昭和60年10月頃より左咽頭部の腫瘍に気づくも疼痛ないため放置。その後腫瘍は増大傾向にあり、昭和61年1月に声の変化を指摘されたため、5月某医院を受診したところ当科を紹介され6月■日来院。
現 症
全身所見：体格栄養ともに中等度で、特に異常はない。
口腔外所見：左側頸部に鶏卵大半球状の拍動性腫瘍を触知。顎下リンパ節は触知できなかった(写真1)。
口腔内所見：左咽頭部に扁桃周囲より膨隆した手拳大の拍動を触知する腫瘍を認めた。圧痛および嚥下痛はなかった(写真2)。
X線所見：CT 所見において左咽頭部を満たす境界明瞭な直径5.2cmの軟組織塊が認められた。その内部は周囲の血管構造と同じ程度に増強された領域がみられ、その周囲には低濃度領域を伴っている。また腫瘍壁には

写真 1 初診時顔貌

写真 2 初診時口腔内

多数の石灰化物が認められた(写真3)。

臨床検査所見：心電図所見において心筋障害を認めたほかは、血液検査、尿検査などに異常は認められなかった。

臨床診断：左内頸動脈瘤。

処置および経過：上記診断のもとに、血管造影を行った。左頸動脈造影では総頸動脈分岐部より1cm離れたところで、80°前方に急に屈曲してからS字状に5cm上方に曲った部位に、ほぼ楕円形で輪郭明瞭な6.0×4.5cmの動脈瘤が認められる。末梢側はごく薄く造影されている(写真4)。また右側の造影像では Willis 輪前交通動脈を通して反対側の左前大脳動脈および中大脳動脈まで造影されている(写真5)。

これらの資料をもって、耳鼻咽喉科、心臓血管外科、

写真 3 CT 像

写真 4 血管造影像(左側)

内分泌外科、脳神経外科および口腔外科の合同症例検討会を行った。その結果、今回の症例はこの部位の症例を最も多く扱っている口腔外科と脳血流の問題が生ずるため脳神経外科の両科の範疇ということになり、一応手術適応と考え、流入血管を結紮する方法をとることにした。しかしながらその後 Dynamic CT Scan(写真6)などにより精査し両科で検討した結果、最高血流量が左大脳半球で低く、左前方から後方領域で流出時間が延びているため、結紮あるいは手術によりさらに脳血流量が低下し脳障害は必発と考え手術は行わなかった。したがって本症例では動脈瘤の成長あるいは破裂を助長させることを避け、心身の安静を保ち、血圧の管理を行う対症的な療法を選択し経過を観察することにした。

考 察

頭蓋外の頸動脈瘤はまれな疾患で、欧米では Reid⁴⁾

写真 5 血管造影像 (右側)

写真 6 頭部ダイナミック CT 像

の30年間に12例, 0.8%, Beall ら⁵⁾の全動脈瘤 2,300 例中 7 例, 0.3%, McCillum ら⁶⁾の8,500例中34例, 0.4%などの報告があり, 本邦においても 稲田ら⁵⁾の14年間に4例, 4.8%, 多田ら⁸⁾の報告では576例中19例, 3.4%としているが, これらの多くは総頸動脈およびその分岐部に位置するもので, 内頸動脈のしかも高位に位置する動脈瘤はきわめてまれなものである。

成因については欧米では動脈硬化と外傷が二大成因としてあげられている⁹⁾が, 本邦では動脈硬化と非特異性炎, 特に大動脈炎症候群によるものが多数を占めているとしている¹⁰⁾。

一般的な症状としては, 第一に頸動脈の走行に沿って認められる拍動性の腫瘍で, 口腔内では扁桃窩に膨隆をみる。圧迫症状としては, 嚥下障害や呼吸困難, 迷走神

経圧迫による嘔声, 誤嚥, 末梢神経麻痺などがあげられる¹¹⁾ また聴診で収縮期雑音を聴取することが多いとされている^{10, 12)} これらの症状により診断は比較的容易であるが扁桃周囲膿瘍と誤って切開されたり, 転移性腫瘍を疑って穿刺され出血をきたした報告がある¹³⁻¹⁵⁾。また頸動脈球腫瘍や側頸嚢胞などと鑑別を要する場合もあり最終的には血管造影が必要である。造影法は動脈損傷を避けるためカテーテルによる選択的造影法か逆行性動脈撮影が望ましい¹⁰⁾。

動脈瘤の理想的な治療が動脈瘤切除と血行再建であることはいうまでもないが, 一般に頸動脈瘤の手術は大きさ, 部位, 周囲組織との癒着などにより難易があり, 本症例のように下顎角上部に存在し, 口腔内に突出した高位の内頸動脈瘤は到達が難しく, また末梢側の動脈確保ができないため血行再建が難しいため, やむを得ず結紮に終わらざるを得ない場合がある。結紮による脳梗塞の発生頻度は, 石飛ら¹⁰⁾の報告では47%としているが, 高齢者ではさらに高頻度に発生するものと思われる。また多田ら⁸⁾の報告では血行再建を行わなかった症例のほとんどに脳梗塞の発現をみたとしている。臨床的に一側頸動脈遮断に際し脳障害を術前に診断する方法として, 頸動脈の圧迫をくり返して行う Matas 法および血管造影時に一側を圧迫し, 対側への cross-filling をみる方法などがある¹⁶⁾ しかし Stern ら¹⁷⁾はこの方法で安全と思われた症例に対し結紮術を施行したところ, 15例中5例が脳虚血症状を起こし, 死亡3例, 片麻痺1例, 中等度脳障害が1例にみられたとしている。すなわち頸動脈永久遮断はこれらの方法をもってしても, ある程度の危険性を予測しなければならない。本症例では Dynamic CT Scanで左半球の脳血流量がかなり低下しており, 結紮を行うと脳障害は必発と考え手術を中止した。現在初診より7か月経過しているが特に問題なく日常生活を営んでいる。

結 語

73歳女性にみられた高位内頸動脈瘤を血管造影などにより精査検討し, 脳合併症の必発が予想されたため根治的手術は行わず, 動脈硬化に対する日常生活規制とともに, 血圧の管理を行う対症療法を行った。今回手術は行わなかったが, 本症例は大きさおよび発生部位が非常にまれなものであり報告した。

本論文の要旨は第136回日本口腔外科学会関東地方会(昭和61年12月13日:東京)において発表した。

引 用 文 献

- 1) Louis, E.S.: Extracranial aneurysm of the

- internal carotid artery. Arch Otolaryng 69: 329-333 1959.
- 2) Raphael, H.A., Bernatz, P.E., et al.: Cervical carotid aneurysm—Treatment by excision and restoration of arterial continuity. Am J Surg 105: 771-778 1963.
 - 3) Wychulis, A.R., Beahrs, O.H., et al.: Aneurysm of internal carotid artery. Arch Surg 88: 803-806 1964.
 - 4) Reid, M.R.: Aneurysm in the Johns Hopkins Hospital—All cases treated in the surgical service from the opening of the hospital to January, 1922. Arch Surg 12: 1-8 1926.
 - 5) Beall, A.C., Crawford, E.S., et al.: Extracranial aneurysm of the carotid artery—report of seven cases. Postgrad Med 32: 93-102 1962.
 - 6) McCillum, C.H., Wheeler, W.G., et al.: Aneurysms of the extracranial carotid artery—twenty-one years' experience. Am J Surg 137: 196-200 1979.
 - 7) 稲田 潔, 勝村達喜, 他: 頸動脈瘤. 外科 30: 245-253 1968.
 - 8) 多田祐輔, 高木淳彦, 他: 頸動脈瘤の外科. 手術 37: 1235-1245 1983.
 - 9) Winslow, N.: Extracranial aneurysm of the internal carotid artery. Arch Surg 13: 689-729 1926.
 - 10) 石飛幸三, 大木 紘: 頸動脈瘤(頭蓋外). 外科 Mook 7: 51-64 1979.
 - 11) 上野 明: 明日への外科展望(現代医学シリーズ, '73-'74). 金原出版, 東京, 1974, 42-72 頁.
 - 12) Rittenhouse, E.A., Randke, H.M., et al.: Carotid artery aneurysm. Arch Surg 105: 786-789 1982.
 - 13) Van Rensberg, L.C.: Aneurysm of the internal carotid artery presenting as a peritonsillar abscess. S Afr Med J 38: 567-569 1964.
 - 14) Kianouri, M: Extracranial carotid aneurysms—Treatment by excision and end-to-end anastomosis. Ann Surg 165: 152-156 1967.
 - 15) 福辻範彦, 服部 浩: 内頸動脈瘤の1症例. 耳喉 47: 849-852 1975.
 - 16) Wilkinson, H.A., Wright, R.L., et al.: Correlation of reduction in pressure and angiographic cross-filling with tolerance of carotid occlusion. J Neurosurg 22: 241-245 1965.
 - 17) Stern, W.E., Brown, W.J., et al.: The surgical challenge of carotid-cavernous fistula—The critical role of intracranial circulatory dynamics. J Neurosurg 27: 298-308 1967.