□ 症 例 報 告

側頭動脈炎に慢性硬膜下血腫 を合併した1症例

戸村 好太郎・八田 善弘・早川 佳夫*・竹内 東太郎*
松崎 正一*・澤田 滋正**・富永 幹洋*

Jpn. J. Clin. Immun., 15 (5) : 487~491, 1992.

Association of Temporal arteritis with subdural hematoma —a case report—

Kotaro Tomura, Yoshihiro Hatta, Yoshio Hayakawa*, Totaro Takeuchi*
Shoichi Matsuzaki*, Sigemasa Sawada** and Mikihiro Tominaga*

The First Department of Internal Medicine, Nihon University

**Higashimatsuyama municipal hospital*

***Nihon University Nerima Hikarigaoka hospital*

【Summary】

We report an old male case of subdural hematoma associated with temporal arteritis. The case is a 75-year-old man who had a sudden onset of headache. The diagnosis of subdural hematoma was made by a neurosurgeon. He had been suffered from pyrexia. On physical examination, stiff neck was noted. His erythrocyte sedimentation rate was 72 mm/hr, C-reactive protein (CRP) was positive in a high titer, and rheumatoid factor elevated. A biopsy specimen taken from bilateral temporal artery showed necrotic arteritis. Steroid therapy with prednisolone (30 mg/day) was started. After the therapy, headache and pyrexia were improved with laboratory improvement.

Several reports have stated CNS involvement from PN, such as cerebral hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, and cerebral thrombosis. He is thought to be a rare case of temporal arteritis with subdural hematoma.

Key words : temporal Arteritis,
subdural hematoma

【概 要】

高血圧、視神経萎縮にて外来加療中の75歳男性が、発熱、頭痛を主訴に来院。血沈、CRP強陽性、白血球増多を呈し、感染症を疑い、抗生物質投与が開始されたが、症状、検査所見ともに改善しなかった。頭部エックス線単純CT上軽度の慢性硬膜下血腫を認めたが、明らかな感染巣は見い出せなかった。髄液所見は正常だが軽度髄液圧上昇を認めた為ウイルス性髄膜炎を疑い、ステロイドを投与した。この結果症状検査所見ともに改善したためステロイドを減量しながら中止した。その後再度同様の症状の他、四肢のしびれ感、浮腫が出現した。白血球増多、血沈亢進、CRP強陽性、RAHA陽性などの所見も再出現した。ステロイド再投与で再度改善がみられた。精査上、全身性エリテマトーデスや慢性関節リウマチなどの膠原病は否定的で、四肢および上腸間動脈腎動脈造影検査も正常だったが浅側頭動脈生検で側頭動脈炎(Temporal Arteritis; 以下TA)に一致する所見を認め、TAに慢性硬膜下血腫を合併したものと診断した。TAでも急性の失明や脳梗塞などの報告はあるが、慢性硬膜下血腫の合併は文献的にもみあたらない。この慢性硬膜下血腫合併側頭動脈炎の1例について報告した。

I. はじめに

TAの頻度は少なく、TAを含む巨細胞性動脈炎の発生率は米国でも12~17/100,000である。TAでも、後頭動脈領域の頭痛の他、失明、脳梗塞などの中枢神経合併症がある。しかしながら慢性硬膜下血腫の合併については報告が皆無である。今回われわれは、TAに慢性硬膜下血腫を合併した1例を経験したので報告する。

II. 症 例

症 例：75歳男性。

主 訴：頭痛、発熱。

既往歴：高血圧、視神経萎縮。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成2年11月頃から、頭痛、発熱が出現した。白血球増多、血沈亢進、CRP強陽性を呈したため、1回目の入院、感染症を疑い、各種抗生物質が投与されたが症状は改善しなかった。頭部エックス線単純CT上、軽度慢性硬膜下血腫を認めた。しかし全身精査上、明らかな感染源は見い出せなかった。髄液所見は正常であったが髄液圧に軽度上昇を認め、ウイルス性髄膜炎を疑い、プレドニン15mg/日を投与した。ステロイド投与後、発熱、頭痛改善し、白血球増多、血沈、CRPも正常化した。プレドニン10mg/日に漸減後退院。

外来でステロイド中止後、再び頭痛、発熱とともに、白血球増多、血沈亢進、CRP強陽性RAHA1280dilsを認めた。更に四肢末梢のしびれ感、浮腫も出現した。このため、全身性の血管炎の存

在を疑い、再入院となった。

入院時現症：身長153cm、体重57kg、体格栄養中等度で、体温38.5℃、血圧110/70mmHg、脈拍は72/分であった。眼瞼結膜に貧血、眼球結膜に黄疸は認めなかった。心肺所見に異常認めず、肝脾腫を触れなかった。神経学的所見では、運動正常、深部反射正常であったが、両下腿部および左IV、V指に知覚過敏帯を認めた。四肢動脈は触知良好で圧痛を認めず、四肢末梢に軽度浮腫を認めた。しかしチアノーゼはなかった。眼底所見は、左右とも視神経萎縮のみで、出血、血管瘤、綿花状白斑はなかった。尚、側頭動脈部位は軽度の動脈の拡張の他、痛みを認めたが、拍動は触知可能で、発赤、硬結は認めなかった。

入院時検査所見：表1に示す。白血球増多を認めたが、好酸球増多はなかった。血沈は1時間値73mm/hrと亢進し、CRP強陽性、RAHA高値、免疫グロブリンの多クローン性の増加を認めた。抗核抗体、抗DNA抗体、抗Sm抗体、抗RNP抗体、抗SS-AならびにB抗体は全て陰性、クリオグロブリンも認めなかった。補体値の低下もなかった。

入院後経過：高熱が続くため、プレドニン30mg/日より投与したところ、頭痛とともに臨床症状は著明に改善し、白血球増多、血沈亢進、CRP値も正常化した(表1)。頭部エックス線単純CTでは慢性硬膜下血腫に増大傾向はなかった。冷水負荷指尖脈波検査で、しびれの残存する左IV、V指で、わずかながら脈波増高を認めた。しかし、左右上下肢の血管造影は正常であった。上腸間膜動脈、腎動脈造影で微小血管瘤を認めず、脳血管造影も正常だった。しかしながら、浅側頭動脈生検で非定型ながらも巨細胞とリンパ球の

表 1 入院時検査成績

血 沈: 73 mm/h	CPK	30 IU/l	内分泌:	
末梢血:	アルドラーゼ	5.2 IU/l	FBS	183 mg/dl
赤血球 451 万/mm ³	TC	103 mg/dl	T ₃	0.5 µg/ml
Hb 12.7 g/dl	TP	5.8 g/dl	T ₄	3.3 µg/ml
Ht 39.6%	Alb	42.2%	TSH	3.6 µU/ml
白血球 14,100/mm ³	α ₁	6.1%	腎機能:	
St 10%	α ₂	12.1%	Ccr	43.6 ml/分
Seg 82%	β	12.0%	PSP 15'	22%
Mono 6%	γ	27.5%	呼吸機能:	
Lym 2%	血清学:		VC	97.9%
血小板 44.2 万/mm ³	CRP	14.6 mg/dl	FEV 1.0%	83.1%
検 尿:	RA	2+	出血凝固:	
蛋白 —	RAHA	×1,280	PT	11.8 秒
糖 —	BFP	—	APTT	34.6 秒
沈査 正常	免疫学:		髄 液:	
検 便:	IgG	924 mg/dl	細胞数	5/3
潜血 —	IgA	788 mg/dl	蛋白	30 mg/dl
生化学:	IgM	537 mg/dl	糖	87 mg/dl
Na 138 mEqK/l	IgE	200 IU/dl	Cl	123 mEq/l
K 4.0 mEqK/l	C ₃	116 mg/dl	IgG	2 mg/dl
Cl 101 mEqK/l	C ₄	15 mg/dl	IgG%	11.8%
BUN 18 mg/dl	CH ₅₀	43.5 U/ml		
Cr 0.8 mg/dl	抗 DNA 抗体	—		
UA 4.9 mg/dl	抗核抗体	—		
GOT 21 IU/l	抗 Sm 抗体	—		
GPT 14 IU/l	抗 RNP 抗体	—		
ALP 124 IU/l	抗 SS-A 抗体	—		
LDH 408 IU/l	抗 SS-B 抗体	—		
TB 0.5 mg/dl				

浸潤や、動脈壁全層にわたる壊死層を認め(図1) TAと診断した。その後、プレドニン15 mg/日で安定し、慢性硬膜下血腫に、血腫吸引術施行の後、現在外来経過観察中である。

III. 考 案

今回我々は、頭痛、発熱、白血球増多、血沈亢進、CRP強陽性を呈し、浅側頭動脈生検で、側頭動脈炎と診断し慢性硬膜下血腫を合併した1例を経験した。

血管炎症候群¹⁻³⁾は、血管炎を基盤としてもたせられる臨床病態ないし疾患群を総称したものである。一方、TAを含む巨細胞性動脈炎は、大動脈弓から分かれる動脈の分岐部が好発部位で多核巨細胞と血管壁全層にわたる破壊が特徴である。しかし、腸骨や股動脈に病変を認める場合もあるが、これに基づく症状を示すことは少ない⁴⁾。本症例では両下腿部および左IV、V指の知覚過敏帯や、四肢末梢に軽度の浮腫の存在、

前回入院時の髄膜炎様症状は結節性動脈周囲炎(PN)との鑑別が必要であるが、TAでは、頭蓋、顔面、顎に放散する頭痛、側頭動脈の圧痛、肥厚、脈拍の消失、虚血性視神経炎による急性の視力障害などが報告^{4,5)}されており、腹部や頭部の血管造影が正常で、浅側頭動脈生検で非定型ながらも巨細胞を認めたことから、PNよりTAと考えた方が良いと思われる。本症例では視神経萎縮は昭和60年より確認されており、これがTAによるものか不明であり、慢性硬膜下血腫の発病が先か、TAの発症が先かは、臨床上的の問題点である。1) 少なくとも視神経萎縮確認時には、白血球増多や炎症所見は呈していないこと、2) 慢性硬膜下血腫併存下でもステロイドに反応して頭痛が改善したこと、3) TAの前駆症状としての倦怠、体重減少が出現した時期にすでにCT上血腫が慢性化していたことなどからは、慢性硬膜下血腫の経過中、臨床的にTAの診断を満たしたものと解釈される。しかし、

図 1 浅側頭動脈生検病理像

H・E 染色にて弱拡大，強拡大を示す。巨細胞については非定型的であるが，リンパ球の浸潤と動脈壁全層にわたる壊死層を認める。

Yamashita らの報告⁶⁾では，慢性硬膜下血腫 35 例中，10 例に血腫中好酸球増多と炎症細胞の浸潤を認めたと言う。TA との因果上興味ある報告と思われる。慢性硬膜下血腫の血腫発症の素地には血管の脆弱性と脳萎縮が関与しているため，慢性硬膜下血腫の一部には，本症例のように，潜在する TA による血管脆弱性から発生する可能性も考慮される。従って TA に慢性硬膜下血腫を合併したのならば貴重な 1 例と思われる。一方，本症例では激しい筋骨格近位部の疼痛

や，こわばりなどはなく，TA に合併しやすいとされるリウマチ性多発筋痛はなかったものと思われる。いずれにせよ，TA の発生頻度は少なく，更に慢性硬膜下血腫合併例の報告は他になく貴重な 1 症例と思われるため，ここに報告した。

IV. 結 語

TA に慢性硬膜下血腫を合併していた 1 例を経験した。慢性硬膜下血腫と TA の合併は他に報告がなく，

若干の文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) 橋本博史：日本臨床, 46：888, 1988.
 - 2) 橋本博史：medicina, vol. 25 no10, pp. 2102～2105, 1988.
 - 3) 長沢俊彦：厚生省特定疾患系統的血管病変に関する調査研究報告書. pp. 246, 1984.
 - 4) 長沢俊彦・他：第32回日本リウマチ学会総会(抄録), pp. 389～390, 1988.
 - 5) アメリカ関節財団編, リウマチ入門第8版, 1983.
 - 6) Yamashita, T., Tachibana, O., Hasegawa, M., et al.: Liberation of eosinophil granules in the inner capsule of chronic subdural hematomas. Neurochirurgia, 32(6)：168～171, 1989.
-