

ほんとにあった怖いSAH

公立豊岡病院 脳神経外科
森元 陽

症例

84歳 女性

[主訴]

突然の激しい後頸部痛・嘔吐

[現病歴]

本年1月下旬(発症をX日とする)、15時頃突然の激しい後頸部痛を自覚した。

1時間程度経過観察されるも、嘔吐あり。その後も頭痛や悪心持続するため、

19時頃当院ER受診された

[既往歴]

高血圧

不整脈

骨粗鬆症

白内障

直近3か月間で、明らかな頭痛歴や外傷歴なし

[内服薬]

イルアミクス配合錠

ベラパミル40mg

モサプリドクエン酸5mg

マグミット330mg

ピルシカイニド25mg

エルデカルシトール0.75 μ g

ラロキシフェン60mg

[生活歴]

ADL: 自立

飲酒: なし

喫煙歴: なし

利き手: 右

[来院時所見]

GCS: 15点 (E4V5M6)

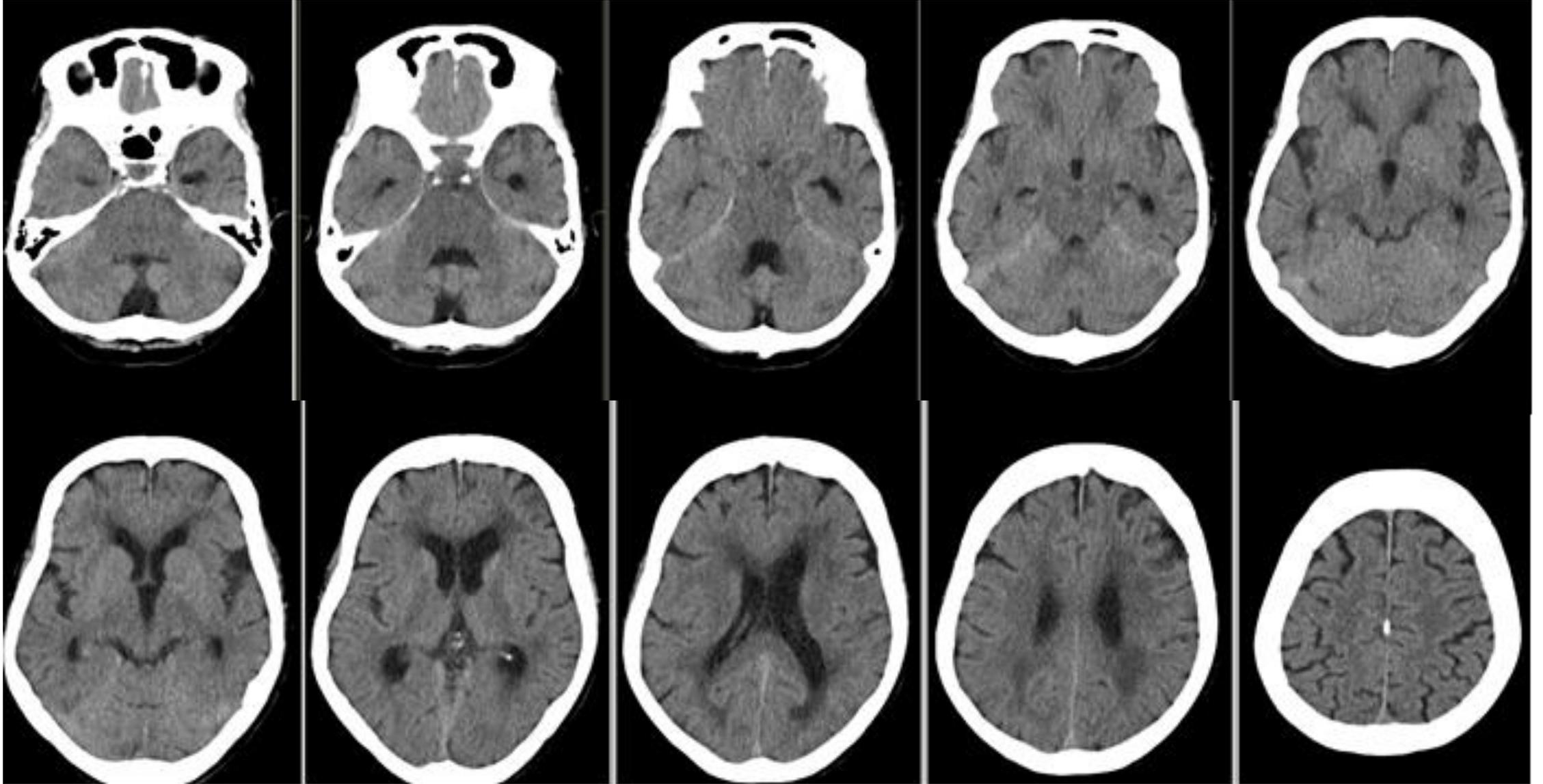
失語なし

四肢MMT5

[血液検査]

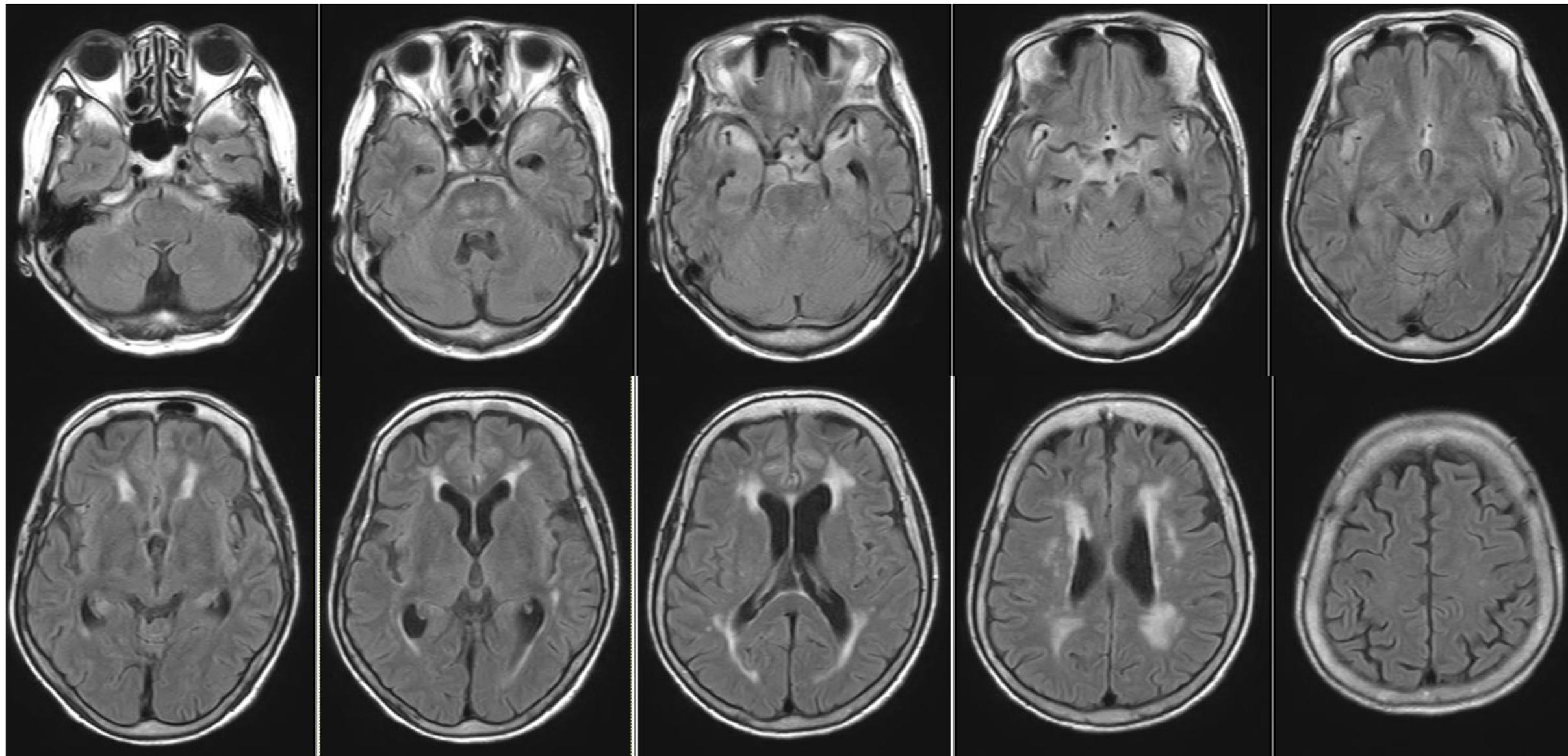
特記事項なし

来院時CT(X日)



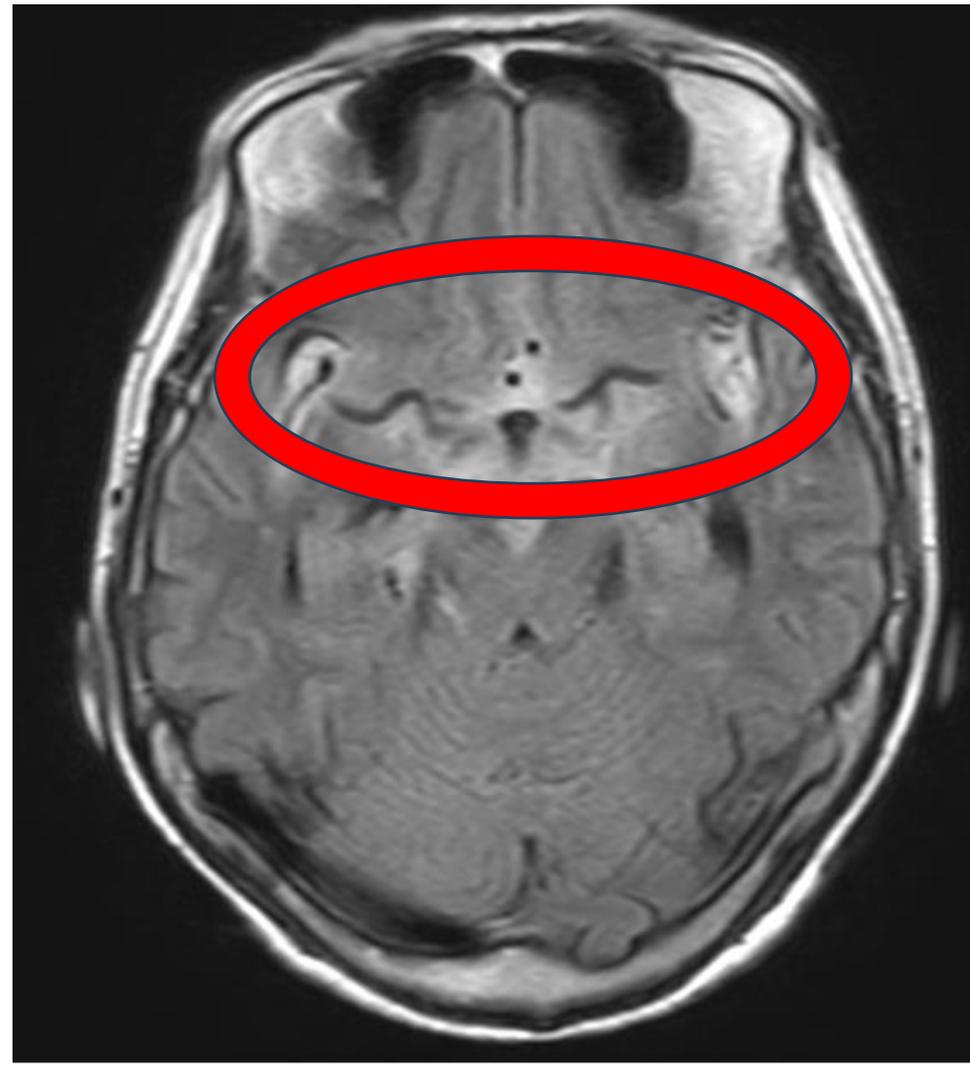
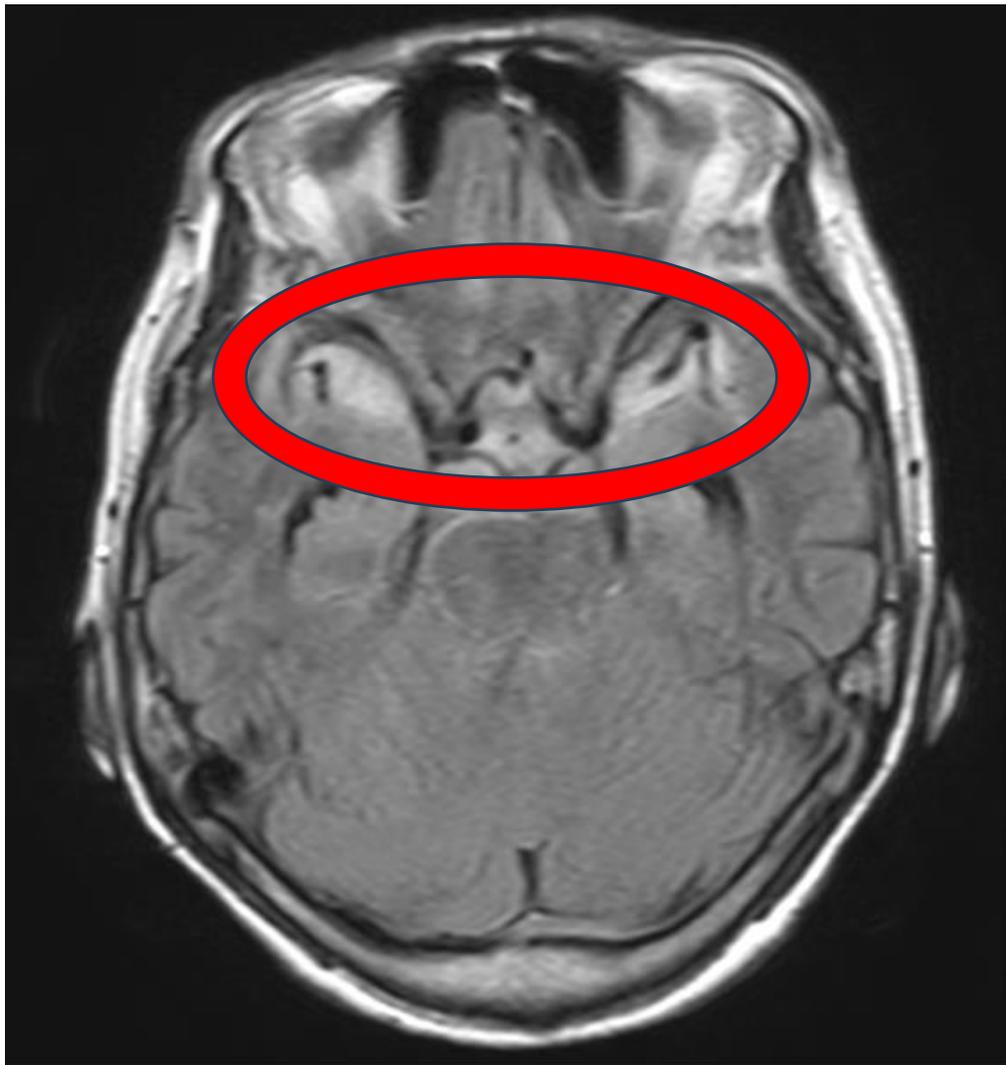
有意所見は指摘されなかった

来院時MRI FLAIR(X日)



脳底槽、シルビウス裂に高信号を認める

FLAIR

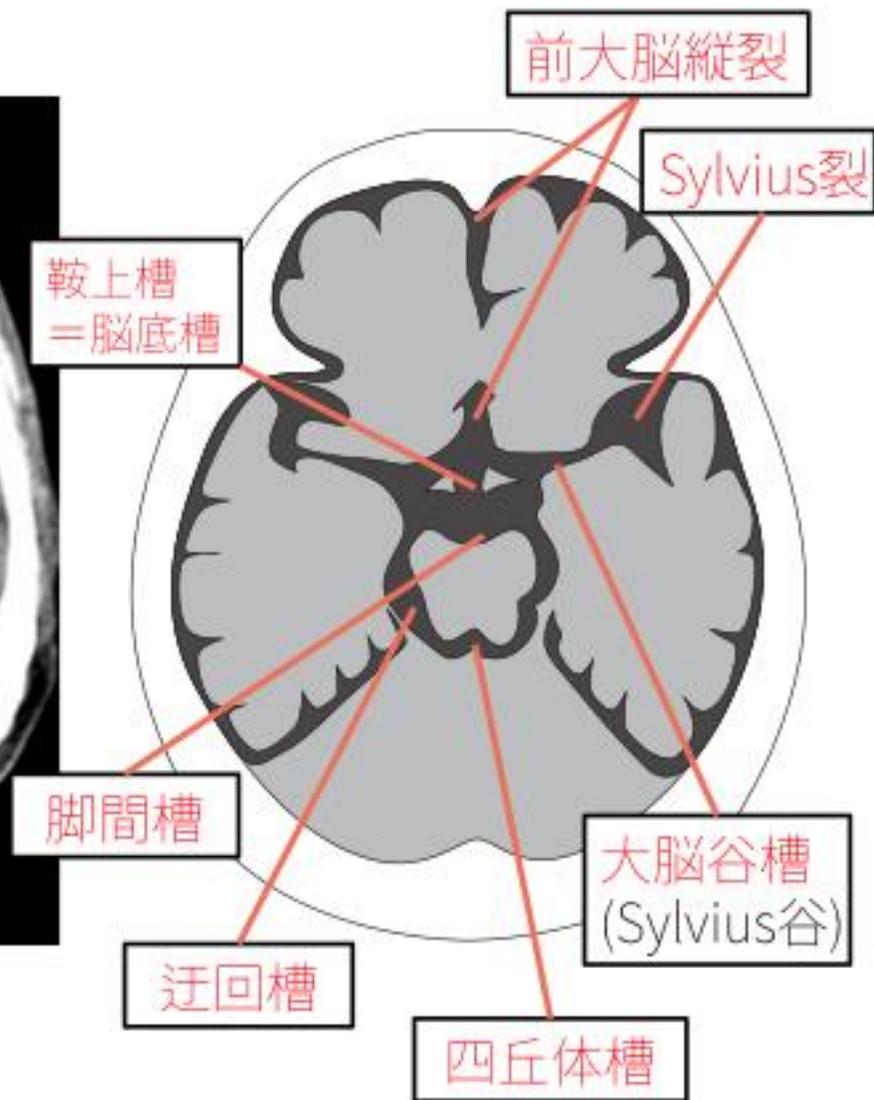


脳底槽、シルビウス裂に高信号を認める

本症例



正常



脳底槽～両側シルビウス裂、前大脳縦裂、迂回槽、脚間槽の描出不明瞭、下角の拡大を認める

Fisher group3, WFNS Grade I , H&K Grade II 相当のSAH

造影CT(X日)

血管

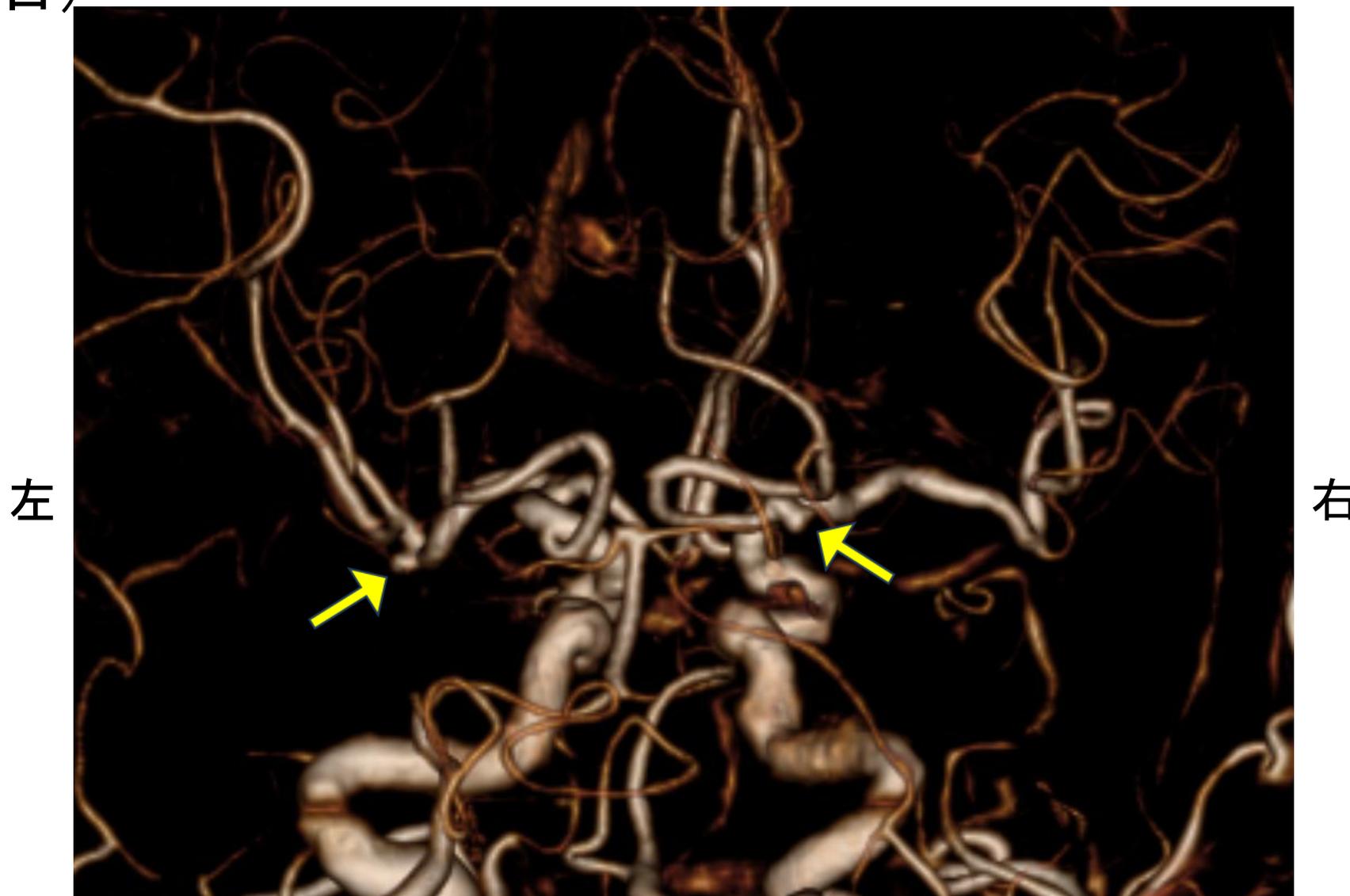
Thickness: 0.5 mm

120.0 kV

267 mA(1000 msec)

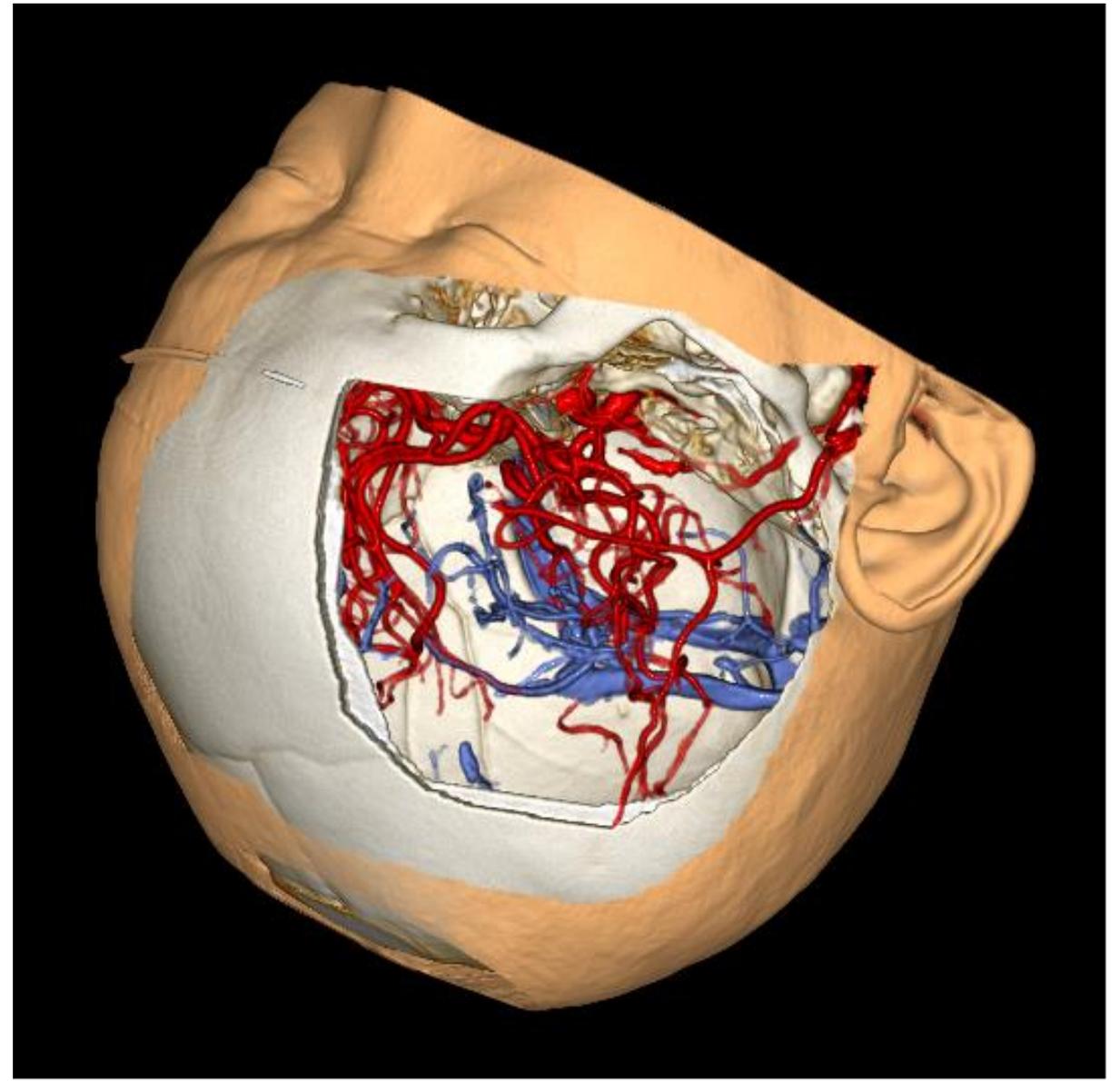


造影CT(X日)

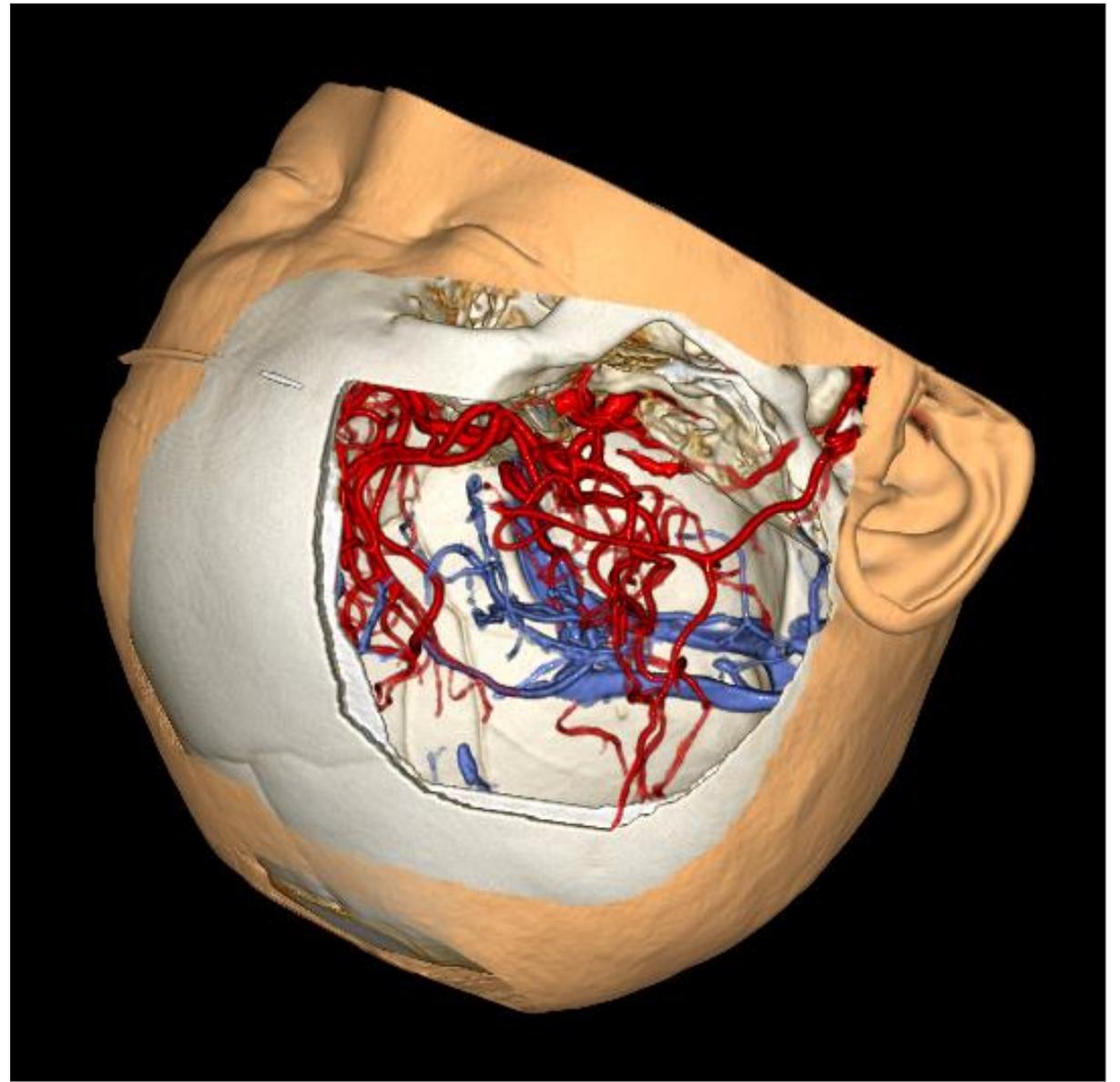
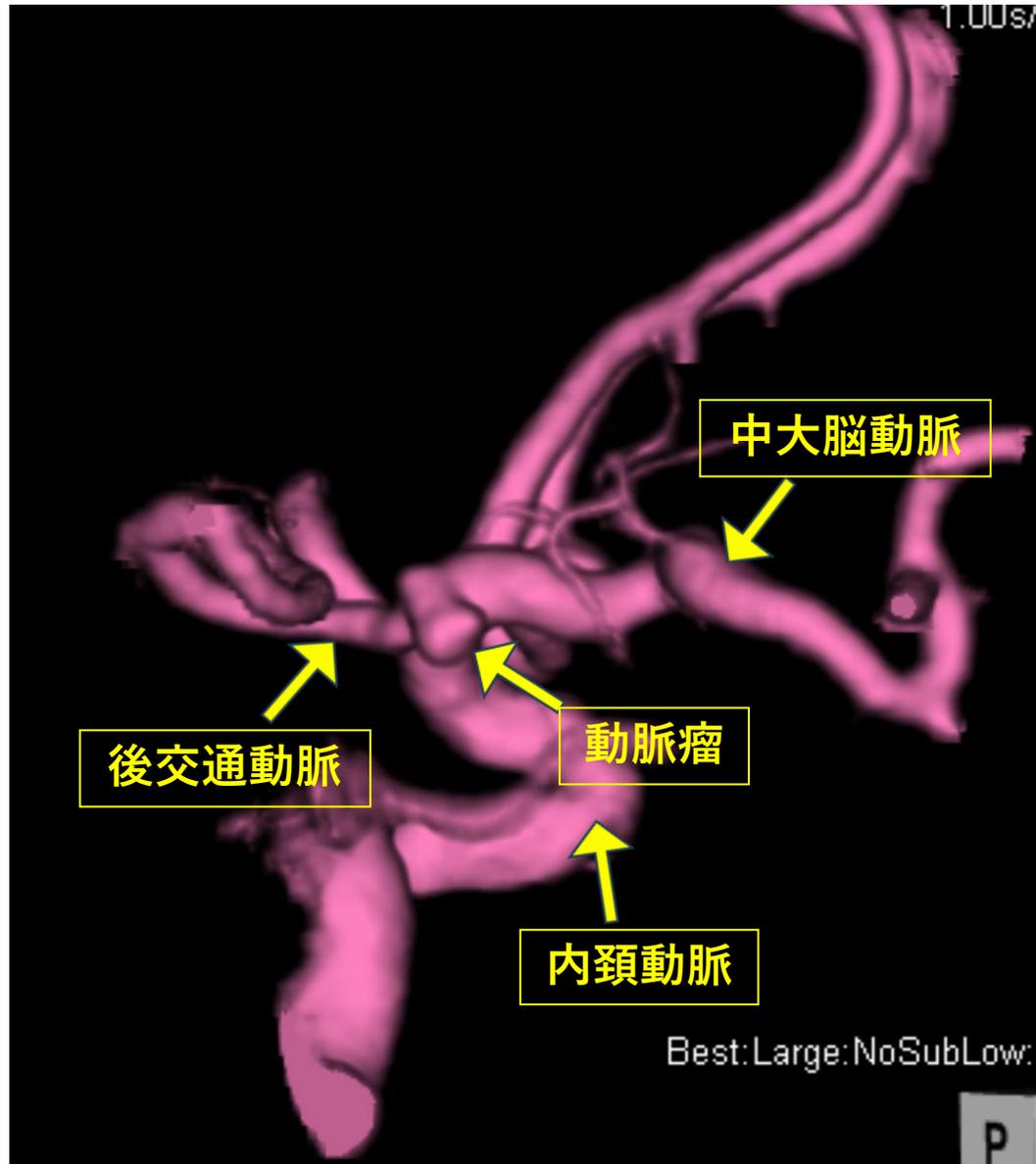


右内頸動脈後交通動脈分岐部にブレブをともなう4mm程度の瘤を認める
左中大脳動脈に2.5mm程度の瘤を認める

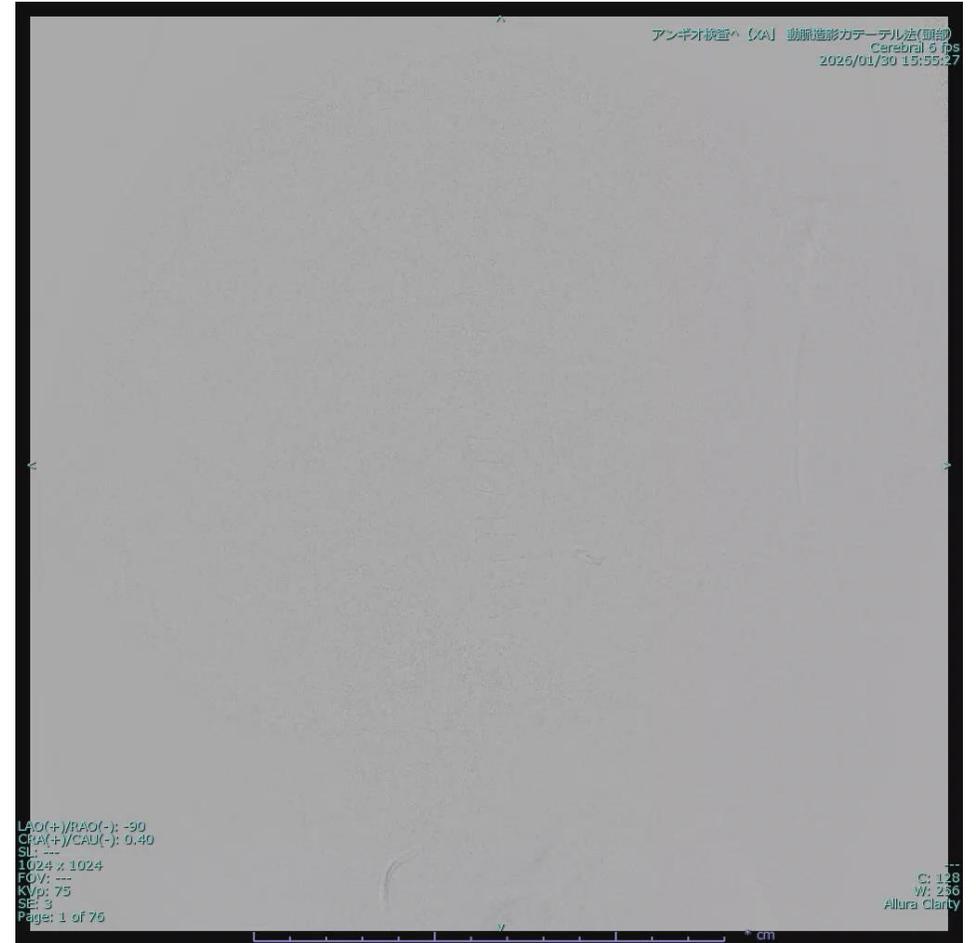
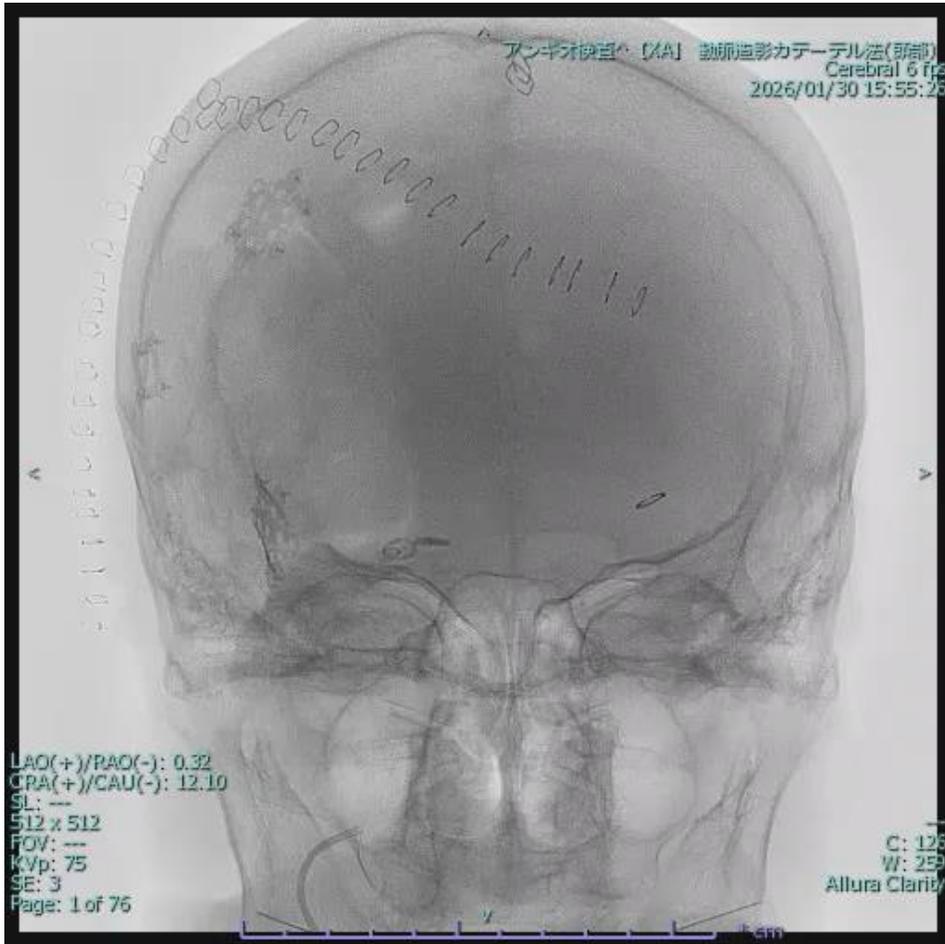
造影CT(X日)



造影CT(X日)



脳血管撮影検査(X+7日)

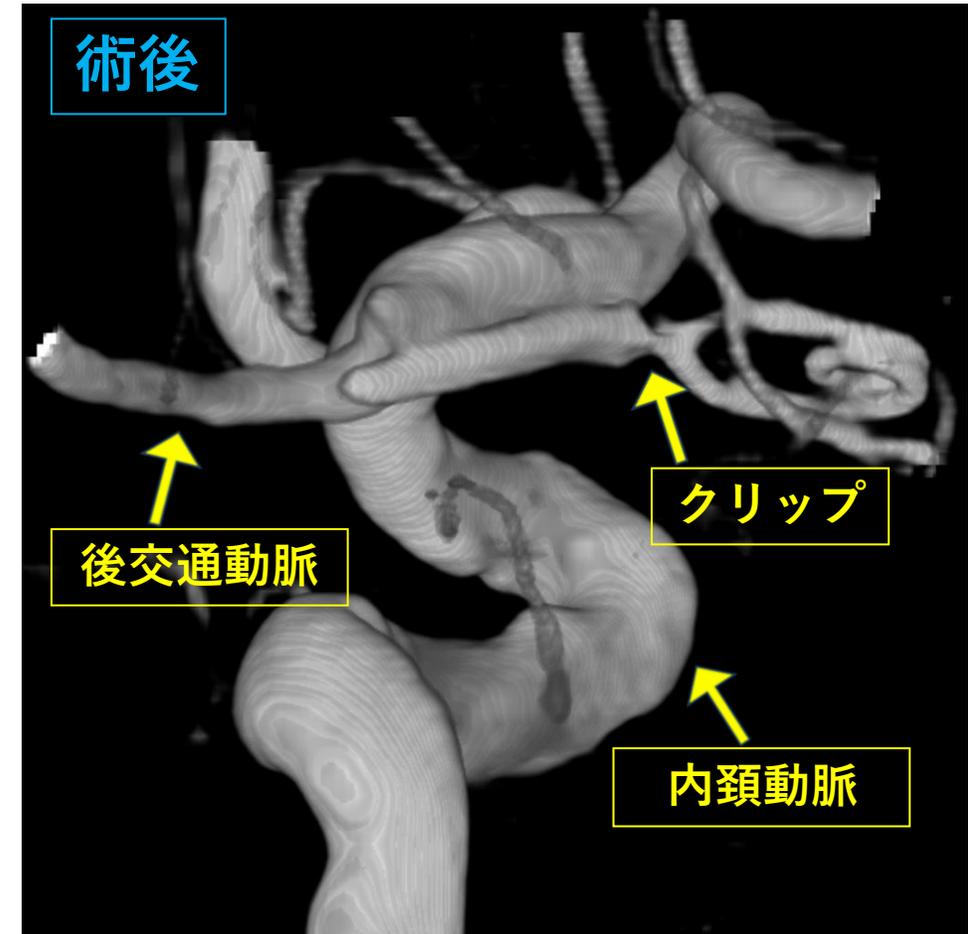
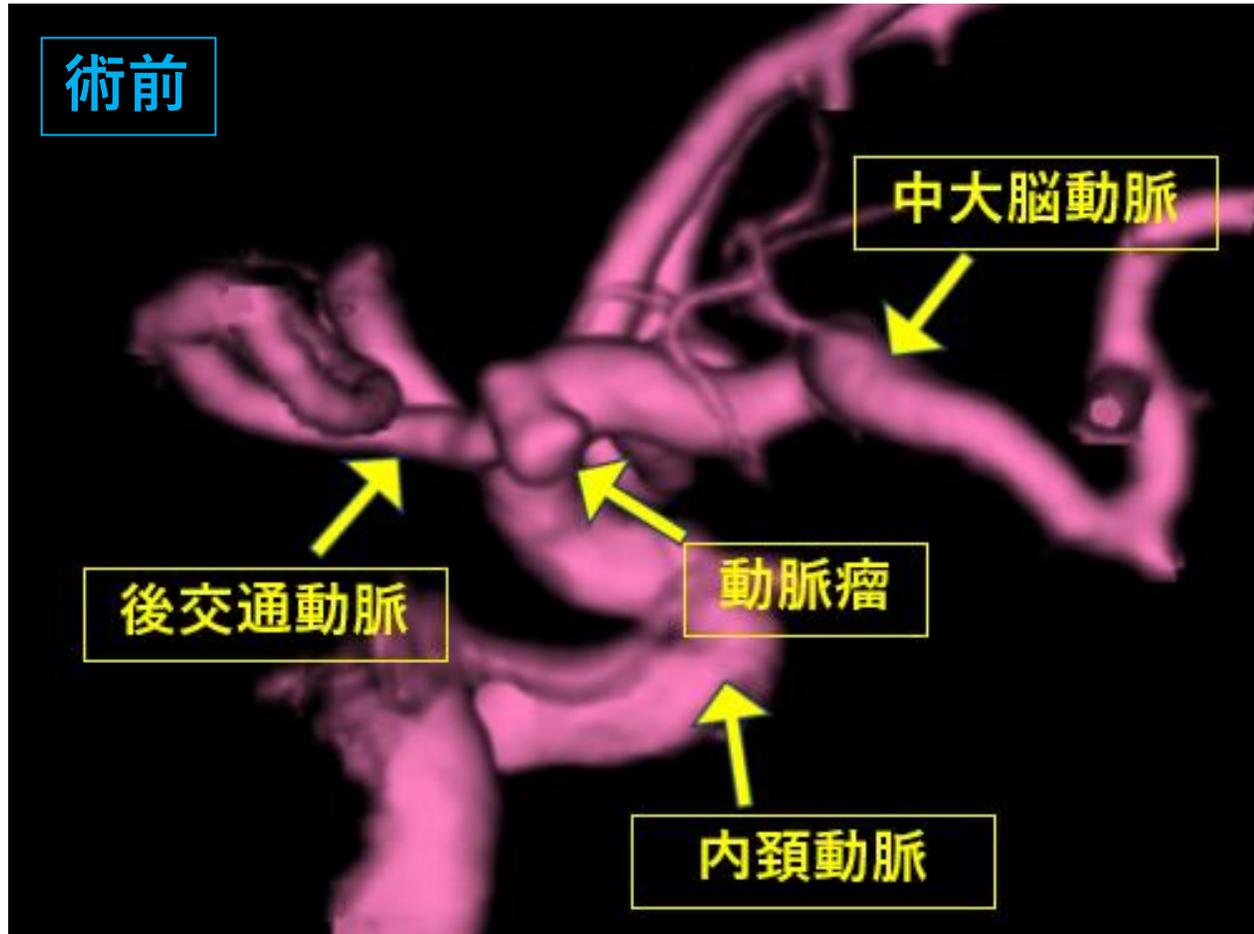


血管攣縮なし

後交通動脈描出良好

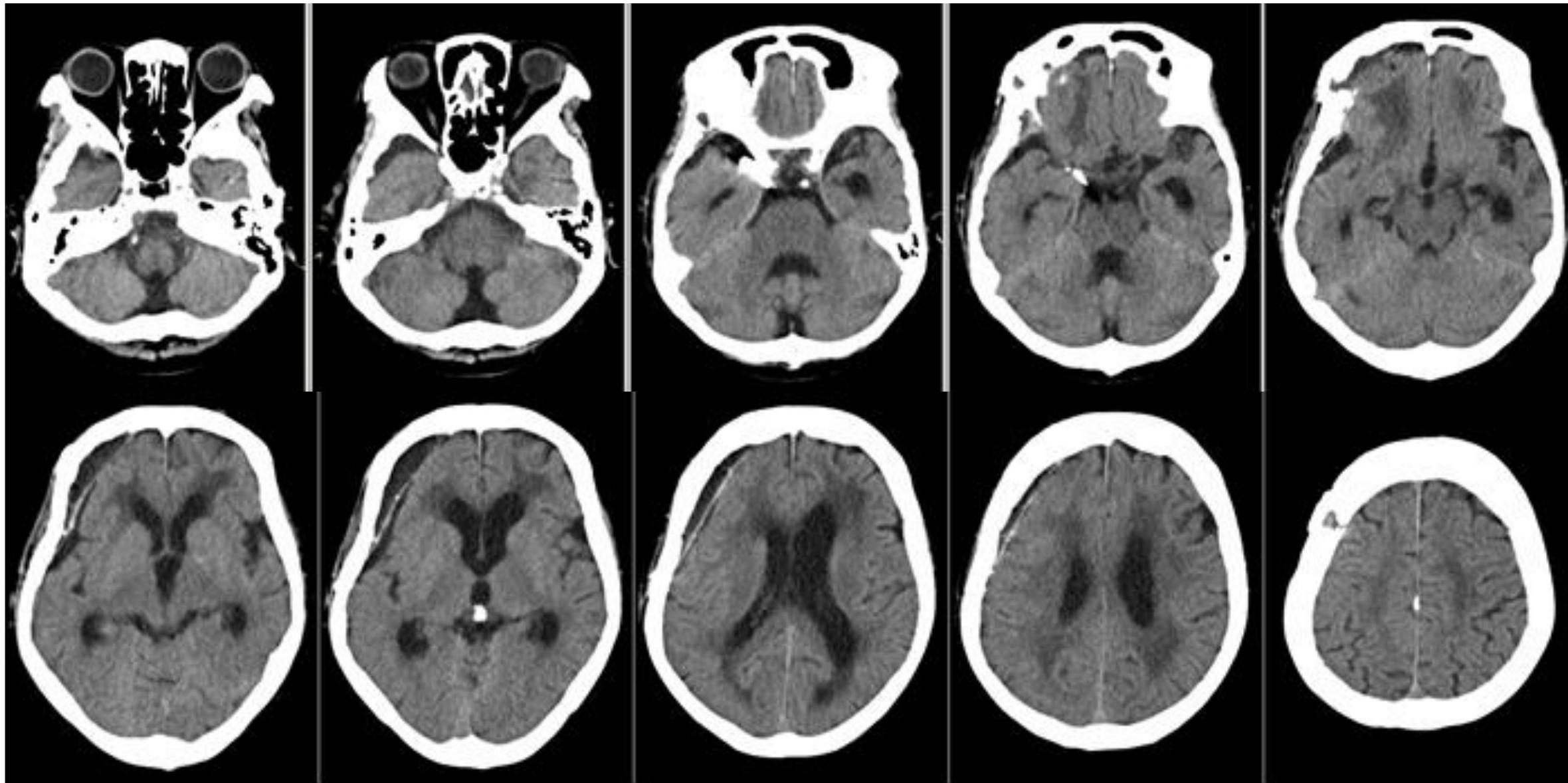
瘤内への血流なし

脳血管撮影検査(X+7日)



血管攣縮なし
後交通動脈描出良好
瘤内への血流なし

退院前CT(X+27日)



SAH消退

来院時



退院前



脳底槽～両側シルビウス裂、前大脳縦裂、迂回槽、脚間槽の描出が明瞭になった

経過

X日 : 発症、夜受診・深夜入院

X+1日 : 緊急開頭clipping術

X+2日 : 抗脳血管攣縮治療開始 (ピヴラッツ・シロスタゾール・スタチン・エパデール)

X+4日 : 特定臨床研究開始 (ハイドロコトロン投与開始)

X+7日 : 脳血管撮影検査

X+14日 : 一般病棟転棟

X+29日 : 自宅退院

[退院時所見]

GCS : E4V5M6

覚醒良好、活気あり

せん妄もなく、見当識も保たれている

明らかな失語なし

四肢に粗大な運動麻痺なし

有意な頭痛や悪心なし

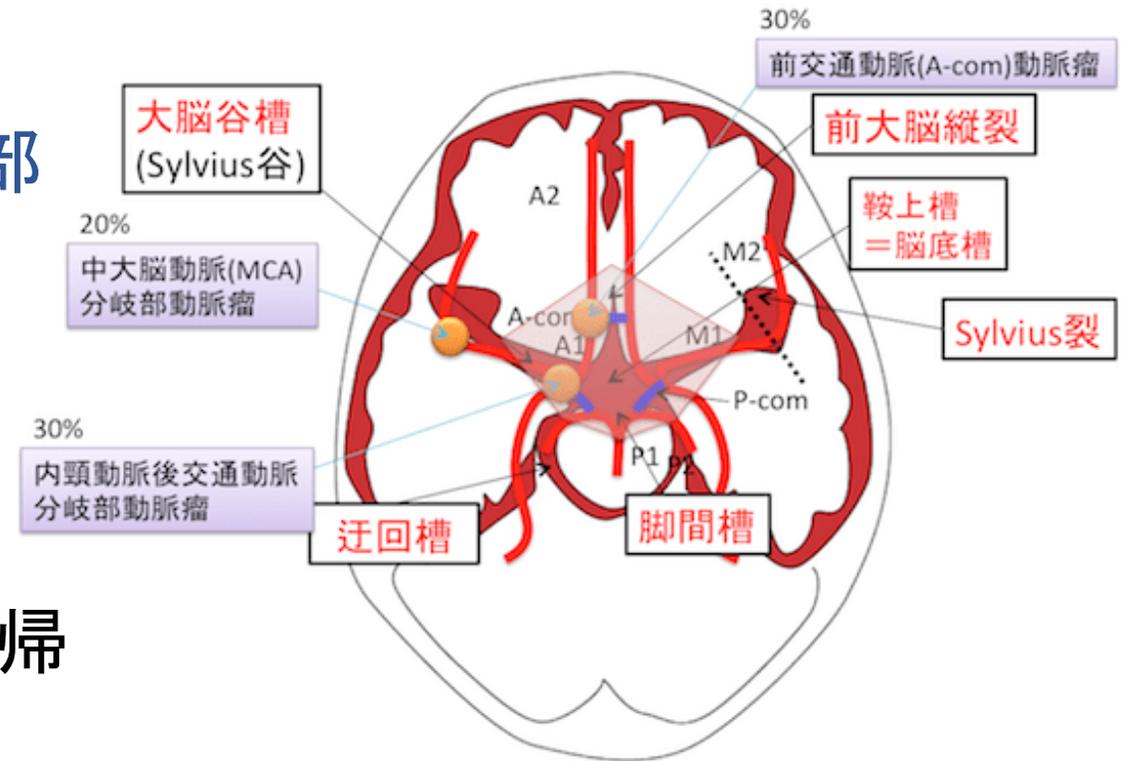
考察

SAH(くも膜下出血)とは

- 好発部位:前交通動脈

内頸動脈後交通動脈分岐部

中大脳動脈分岐部

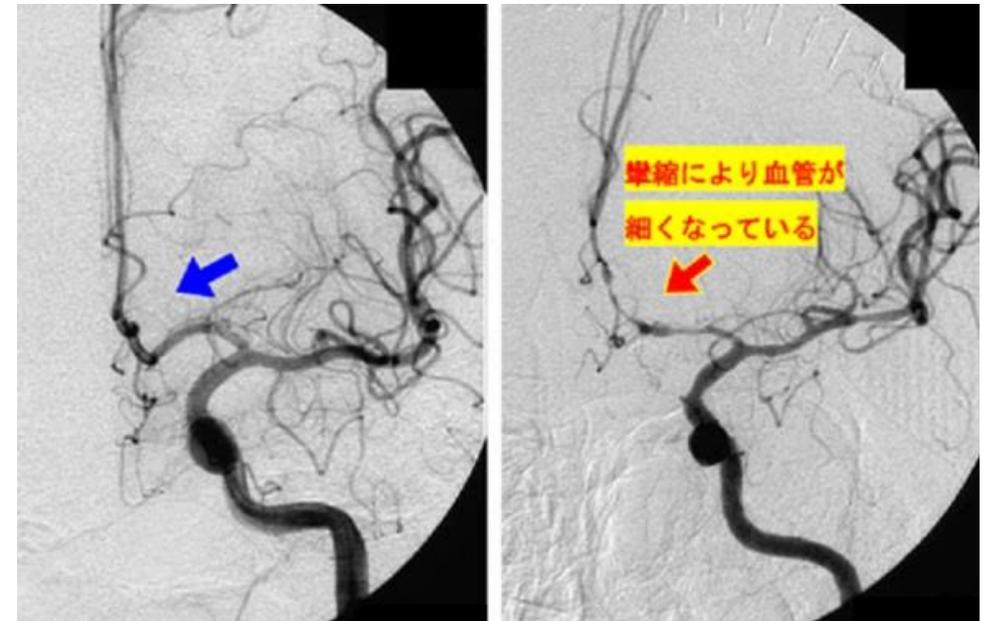
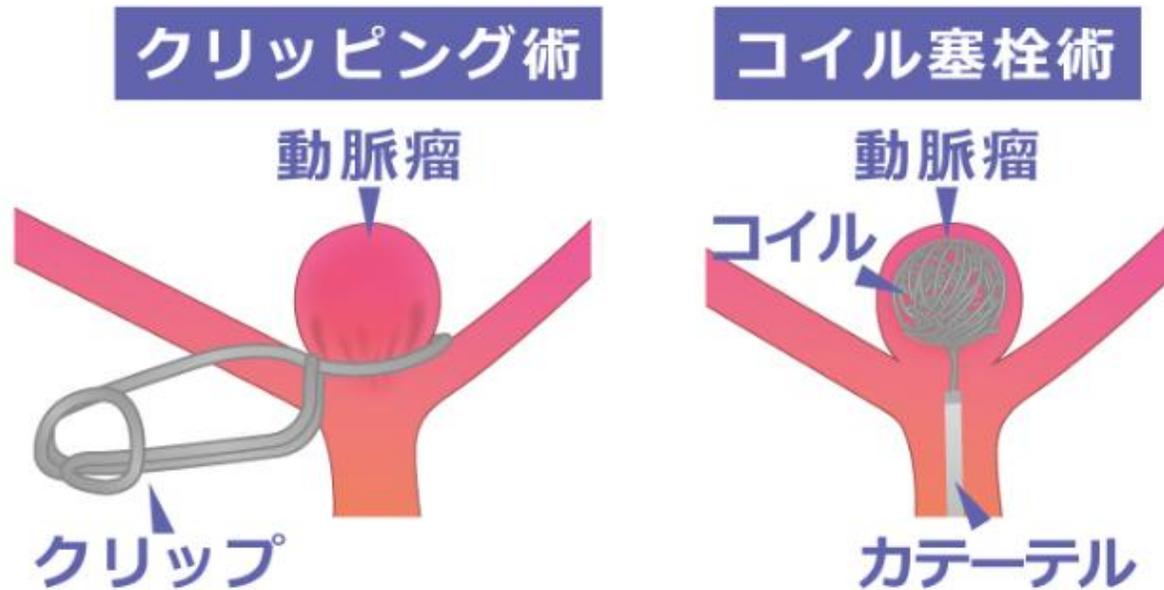


- 予後:1/3死亡 1/3後遺症 1/3社会復帰

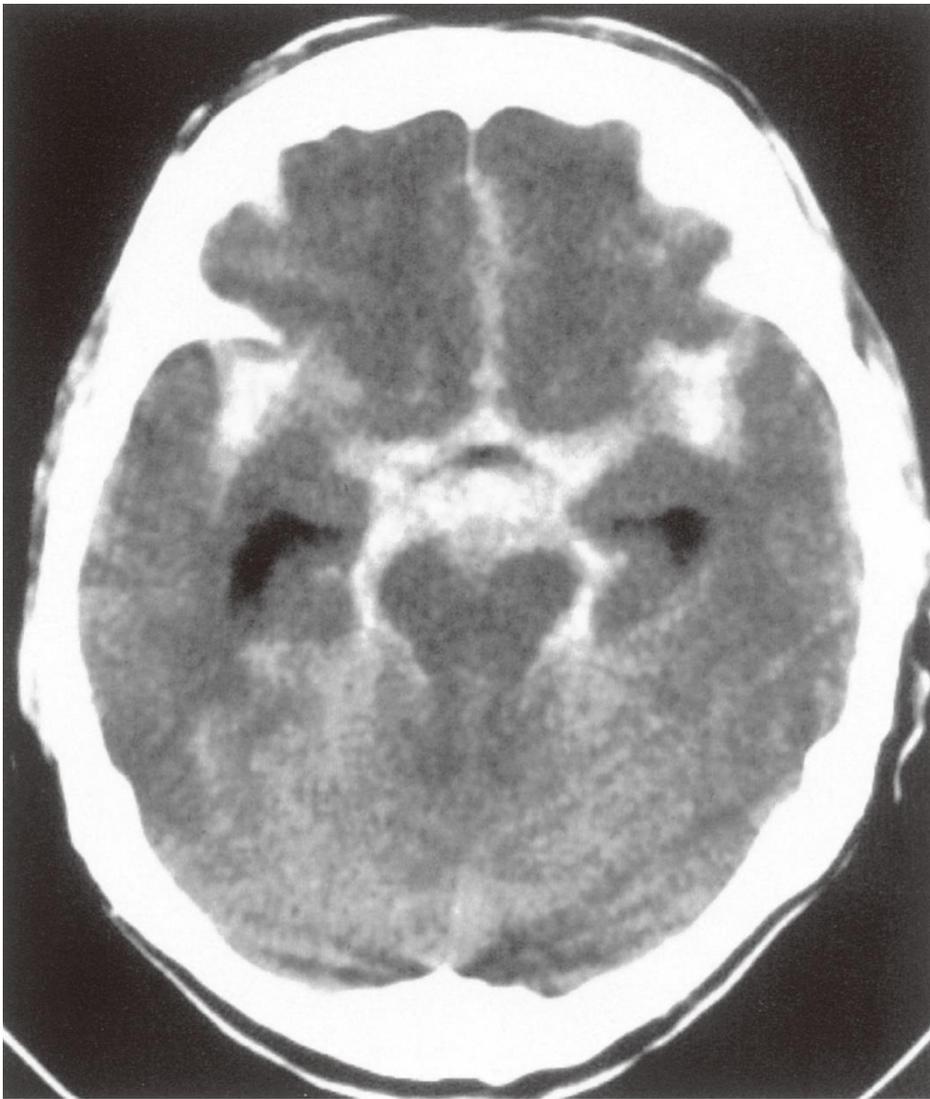
考察

SAH(くも膜下出血)とは

- 治療法: 開頭クリッピング術、コイル塞栓術
- 続発症: 脳血管攣縮、水頭症



考察



医師国家試験100H18

鞍上槽～両側シルビウス裂、前大脳縦裂、迂回槽、橋前槽に広がるペンタゴン型の高吸収域が特徴だが、本症例のように同部位が不明瞭となる場合がある

考察

CTでSAHが描出不明瞭となる要因

- ・出血量が少量
- ・発症から時間経過
- ・貧血(本症例:Hb 11.9 g/dl)
- ・脳底槽の狭小化

→本症例は血腫が髄液で薄まっていたためか？



MRI(FLAIR)で診断

- ・FLAIR:急性期
- ・T2*:亜急性期後期～慢性期

考察

多発動脈瘤の破裂部位同定

- ・頭部CTにて血腫の局在と動脈瘤の位置が一致するもの
 - ・造影MRIで血管壁に造影効果をともなうもの (vessel wall imaging)
造影MRIによるvessel wall imagingが破裂瘤同定に有用であったくも膜下出血の1例 J-STAGE2025年53巻6号
 - ・限局性の血腫がない場合や血腫の中に2つ以上の動脈瘤が存在する場合、最も不整な形状、または最も大きいものを破裂瘤と診断
 - ・ブレブの存在は最も重要な所見である
- 本症例は右IC-PC瘤のほうが大きく、形状不整やブレブが存在し血腫も均一に存在した

考察

多発動脈瘤の破裂部位同定



→本症例は右IC-PC瘤のほうが大きく、形状不整やブレブが存在し血腫も均一に存在した

Take Home Message

- 困ったときは脳神経外科・脳神経内科にご連絡ください。

参考文献

- ・脳出血・くも膜下出血診療読本
- ・造影MRIによるvessel wall imagingが破裂瘤同定に有用であったくも膜下出血の1例
J-STAGE2025年53巻6号

画像引用

- ・画像診断まとめ
- ・ひらやま脳神経外科HP
- ・流山中央病院脳神経外科HP

