

MRI, MRAにて、頭蓋内動脈の攣縮、脳浮腫が観察された分娩子癇の1例

A case of brain edema and cerebral angiospasm detected by MRI and MRA in a patient experiencing an eclamptic episode in the puerperium

東京都立広尾病院 産婦人科

海老澤 寛、飯塚貞男

Dept of Obst. Gynec ; Tokyo
Metropolitan Hiroo Hospital

Hiroshi EBISAWA, Sadao IIZUKA

〈序文〉

子癇とは、「妊娠中毒症によって起こった痙攣発作」と定義され、その発生頻度は、全分娩数の0.05～3%といわれる。妊娠に起因する疾患の中では、比較的稀なものであるが、発症予測は極めて困難であり、これによる妊産婦死亡率は10～20%と高い。今回、痙攣発作直前に初めて、妊娠中毒症症状を呈した急性発症の1例で、緊急帝王切開分娩施行、分娩後の母体頭蓋内動脈の攣縮・脳浮腫について、MRI、MRAにてfollowし得た分娩子癇の1例を経験したので、報告する。

〈症例〉

砂○成○ 32歳

〈主訴〉意識消失、痙攣発作

〈現病歴〉平成7年4月18日を最終月経として妊娠、妊娠40週まで著変なく経過、妊娠41週となり、血圧上昇、尿蛋白(++)、浮腫(+)と妊娠中毒症状出現、精査分娩誘発目的に、平成8年2月1日入院、2月2日より、PGE₂ 3錠内服、頸管熟化、分娩誘発を試みるも、血圧上昇、2月2日17:44 分娩子癇発作出現、気道確保、鎮痙剤、鎮静剤、降圧剤使用、痙攣発作の防止に努めるも、18:50に分娩子癇発作再発、急速遂娩とした。子宮口1指開大の為、19:54、腹式帝王切開分娩(3,055g 女児-apgar 8)施行した。

〈既往歴〉特記すべきことなし

〈家族歴〉特記すべきことなし

〈妊娠・分娩歴〉1回経妊0回経産

平成7年4月18日を最終月経とし妊娠

1 〈入院時現症〉

[2月1日] 身長158cm、体重64.9kg(非妊時52.8 + 12.1kg)、体温35.6℃、脈拍64回/分
血圧138/90mmHg、両下肢に浮腫(+)

〈入院時検査〉

[2月1日] W 7,800、R 395万、Hb 11.2、
Ht 32.7、Plt 12万5,000、TP 5.9、ALB 3.2、
GOT 19、GPT 9、LDH 394、BUN 16.9、
Creat 0.6、UA 8.5、尿中E₃ 20U、HPL 7.4、NST - reactive

〈診断〉分娩子癇発作

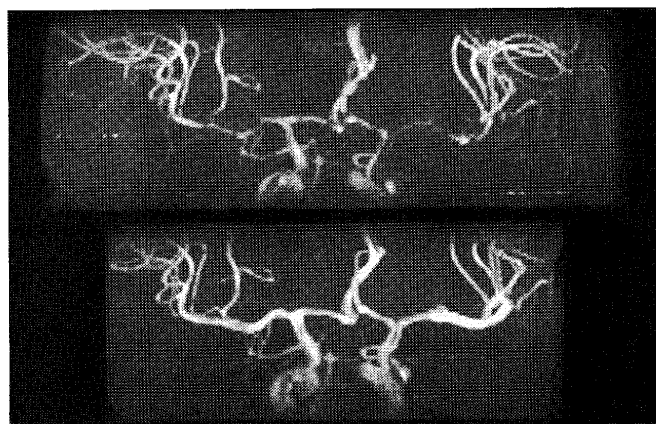


写真1. MRA前後像(上一産褥3日目, 下一産褥19日目)

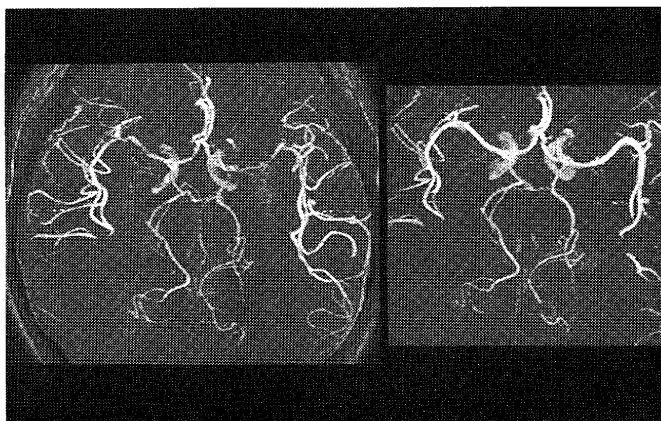


写真2. MRA横断像 (左-産褥3日目, 右-産褥19日目)
〈発作後の経過〉

鎮静剤 (フェノバルビタール)、鎮痙剤、(硫酸マグネシウム)、降圧剤 (アプレゾリン) 使用と同時に、開口器、Bite blockなどによる舌の咬傷防止、気道の確保、酸素投与、誤飲防止し、腹式帝王切開術施行した (2月2日 19:54 3, 055g 女児)。産褥3日目のMRA (写真1上、写真2左) では、両側中大脳動脈にびまん性狭小化 (左側で著明)、末梢血管の描出は良好で、後大脳動脈では、右側の一部に狭小化があり、これらの血管狭小化は、子癇に伴う血管攣縮と思われた。産褥19日目のMRA (写真1下、写真2右) では、両側内頸動脈遠位側 (C₁₋₂) と中大脳動脈 M₁ 部の狭小化は著明に改善した。又MRIでも、産褥3日目のMRI (写真3左) で、T₂強調で、橋腹側にびまん性淡い高信号が認められるが、産褥19日目のMRI (写真3右) ではT₂強調の橋の淡い高信号は完全に消失しており、浮腫性変化と考えられ、脳幹部及び大脳基底核の浮腫は消失し、MRI、MRA画像上、子癇と確認された。

〈考察〉

子癇の診断方法として、CT、MRI (MRA)、脳波、髄液検査、(血管造影) がある。Angiospastic syndromeのメカニズム (推定) として、大動脈圧迫、Reilly現象などの他に、妊娠中毒症では、血管拡張因子である、No, Prostaglandin I₂の



写真3. MRI矢状断像 (左-産褥3日目, 右-産褥19日目)

産生障害、血管収縮因子である - Endothelin (ET)、Tromboxan A₂ (TXA₂) の産生増加が起こり、血管攣縮を引き起こす¹⁾。全身の血管収縮では、高血圧としてとらえられ、妊娠中毒症では、ときとして、脳血管の局所的血管攣縮をおこし、子癇となる。子癇発作の薬物療法としては、MgSO₄が用いられ、初回投与量として、4~6g/30min、維持量は1~3g/hrで、治療域は4~8mg/dlである。産褥24~72hr投与し、MgSO₄投与中に発作が出現した際は、2~4g/3~5分間静注、さらに250mg Amobarbita 1/3~5分間静注する²⁾。子癇の頭部CTについては、一定の見解が得られておらず、頭部MRIでは、T₂強調にて高信号域といった局所性浮腫を思わせる所見の報告が散見されるようになってきている。MRA (MRI angiography) は、重症妊娠中毒症 - 子癇発作発生予知、早期鑑別診断に有効であると思われる。

〈文献〉

- 1) 徳永直樹、寺尾俊彦. 妊娠中毒症の最近の話題 - 管理編、妊娠中毒症の管理 - 子癇, 周産期医学 1995; 25 (12): 1633 - 1636
- 2) 佐藤和雄ら、IV異常妊娠 5妊娠中毒症子癇. 産婦人科臨床コンパス: メディカルビュー社、1994; 56 - 60.