

嚥下障害の鑑別に難渋した延髄外側症候群の一例

洛和会丸太町病院 救急・総合診療科

砂川 智佳・西野 昌宏・上田 浩嘉・大江 将史・西沢 拓也
柴田 裕介・山下 恵実・吉川 聡司・上田 剛士

【要旨】

58歳男性。安静時に右咽頭痛、嚥下障害を突然発症した。水痘带状疱疹ウイルスによる右IX・X脳神経障害を疑いアシクロビルとプレドニゾロンの投与を開始したが、第6病日に右Horner徴候、左顔面温痛覚低下、左上下肢・体幹の温痛覚低下を新たに認め、頭部MRIで右椎骨動脈解離による延髄外側症候群と診断した。

咽頭痛を伴う嚥下障害の鑑別に椎骨動脈解離による延髄外側症候群がある。延髄外側症候群は多彩な神経学的異常所見を呈するが、初期には異常所見が少なく経時的に神経障害が進行することがあるため、神経診察を繰り返すことが重要である。

Key words : 延髄外側症候群、椎骨動脈解離、嚥下障害、咽頭痛

【はじめに】

嚥下障害の原因は口腔・咽頭の神経障害・筋障害・解剖学的異常から食道の機械的閉塞・運動障害、リウマチ性疾患、薬剤性など多岐に渡る¹⁾。咽頭痛を伴う嚥下障害の鑑別に延髄外側症候群があり、今回、初期には咽頭炎による嚥下時痛が嚥下障害の原因と考えたが、最終的に椎骨動脈解離で生じた延髄外側梗塞による咽喉頭麻痺が原因であった延髄外側症候群の一例を経験したので報告する。

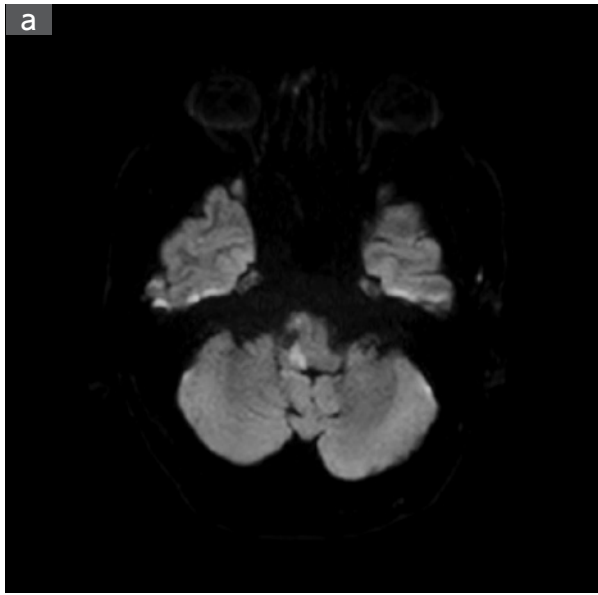
【症 例】

患者：58歳、男性

主訴：咽頭痛、唾液が飲み込めない

現病歴：自宅でテレビを見ているときに突然嘔吐した。直後から右咽頭痛と全身倦怠感、ふらつき感を自覚した。唾液が飲み込めないことにも気づき、しばらく様子を見ていたが症状が改善しないため救急要請し当院へ搬送された。その日は当直医により扁桃周囲膿瘍が疑われ頸部造影CTを撮影し、膿瘍がないことを確認して帰宅となった。しかし、翌日になっても唾液が飲み込めない状態が続いたため当院救急外来を再診、原因精査のため入院とした。初療室では

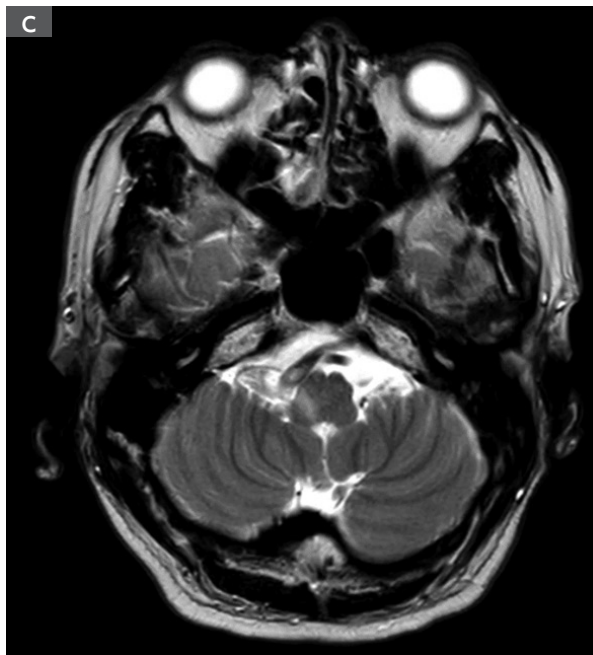
唾液をティッシュに吐き出し続けている状態であった。咽頭発赤・扁桃腫大・頸部リンパ節腫脹はなく、右顎下部に腫瘤は触れないが圧痛があった。血液一般・生化学検査ではCRP 0.77 mg/dLと軽度高値を示している以外に特記すべき所見は認めなかった。右軟口蓋の挙上不良と口蓋垂の左方偏移、カーテン徴候陽性があった。嚥下障害の評価目的に発症3日目に喉頭内視鏡検査を施行し右声帯麻痺と右喉頭麻痺、喉頭に軽度の発赤を認めた。しかし、その時点では他の脳神経学的異常所見や感覚障害を認めず、水痘带状疱疹ウイルス（VZV）による右IX・X脳神経障害と考えてアシクロビル 5 mg/kg×3 回/日とプレドニゾロン（PSL）60 mg/日の投与を開始した。発症6日目の嚥下リハビリテーションで口腔内アイシング刺激をした際に口腔内左側の冷覚低下を認めた。神経所見を取り直したところ、右Horner徴候、左顔面温痛覚低下（V）、左上下肢・体幹の温痛覚低下を新たに認めた。同日に頭部単純MRIを撮影し、右延髄外側領域にDWIで高信号、ADCmapで低信号の病変を認め、T2WIで右椎骨動脈の紡錘状拡張と内部のflow void消失を認めた（図1a, b, c）。以上から、右椎骨動脈解離による延髄外側症候群と診断した。



a : DWI



b : ADCmap



c : T2WI

図1 頭部単純MRI

発症から6日目に撮影し、右延髄外側領域にDWIで高信号、ADCmapで低信号の病変を認めた。T2WIでは血管の紡錘状拡張と内部のflow void消失を認めた。

既往歴：高血圧症、高尿酸血症

常用薬：アムロジピン 5mg 1錠、トピロキソスタット20 mg 4錠

喫煙歴：45歳で禁煙、それまでは20本/日を25年間

飲酒歴：ビールを350 ml/日、毎日

経過：嚥下障害により内服困難であったため抗血小板薬としてオザグレル塩酸塩80 mg/日の点滴を開始し、アシクロビルとPSLの投与は中止した。嚥下障害は徐々に改善し、

内服が可能となったタイミングで抗血小板薬をバイアスピ

リン100 mg/日に変更した。発症からおよそ1カ月経過した時点で右咽喉頭麻痺は改善が見られるものの残存していた。体位や食形態の工夫でペースト状の食事を十分量経口摂取可能となったが、食事に時間がかかり過ぎて復職の妨げとなるため、発症24日目に経皮内視鏡的胃瘻造設術を行った。胃瘻と経口の両方から栄養摂取を行う状態で発症31日目に自宅退院となった。3カ月経過した時点で右咽喉頭麻痺は徐々に改善傾向であり、胃瘻の使用はなくなり全て経口で栄養摂取可能な状態となっている。

【考 察】

嚥下障害の原因は、口腔・咽頭の問題（神経障害・筋障害・解剖学的異常）、食道嚥下障害（機械的閉塞、運動障害）、リウマチ性疾患、薬剤性に分類される¹⁾。嚥下障害の診断には病歴と身体所見が非常に重要である。急性発症か慢性的に進行してきたものか、嚥下時痛の有無、他の神経学的異常所見の有無、固形物と液体ではどちらが飲み込みにくいのか、といったことを確認することで、嚥下障害の原因をある程度推定することが可能である。本症例では初診時に右咽頭痛の訴えがあったため咽頭炎による嚥下時痛が嚥下障害の原因であると考えたが、実際には嚥下時痛はないが嚥下ができないという状態であった。また、発症早期は右IX・X脳神経障害のみであったため、喉頭内視鏡検査で認めた喉頭炎の所見と合わせてVZVによる脳神経障害を疑った。しかし、発症から数日の経過で新たに神経学的異常所見が出現し、VZVによる脳神経障害だけでは説明がつかないため頭部MRIを撮影し、右椎骨動脈解離による右延髄外側梗塞の診断に至った。椎骨動脈解離では一般的に急性かつ重度の片側性の後頭部痛もしくは後頭部痛を発症するが²⁾、本症例では後頭部・後頭部痛がなく、咽頭痛と右顎下部の圧痛であったため、初診時に椎骨動脈解離を鑑別診断として想起することが難しかった。椎骨動脈解離による咽頭痛の発症機序は未だ不明であるが、過去にも咽頭痛で発症した椎骨動脈解離の症例報告はあり、関連痛が成因として推定されている³⁾。また、発症早期の神経学的異常所見がIX/X脳神経障害のみであったこと、患者自身が発症早期は咽頭痛と嚥下障害に注意がいていたため、こちらが指摘するまで温痛覚障害に全く気づいていなかったことも、診断を難しくしたと考えている。

延髄外側梗塞はめまい、患側の小脳失調、Horner症候群、患側顔面と対側上下肢・体幹の温痛覚障害、嚥下障害など特徴的な臨床症状を呈するが⁴⁾、発症早期には神経学的異常所見が少なくMRIでも偽陰性になる場合があるため、初診時の診断が難しい⁵⁾。単施設での後方視的調査で、47.8%の症例で延髄外側症候群の診断が遅延したと報告している⁵⁾。同論文では診断遅延の原因として、初回診断群と遅延診断群の比較検討において、遅延診断群では発症から初診までの時間が有意に短く（ 4.1 ± 5.7 vs 17.8 ± 19.5 時間、 $p < 0.05$ ）、初診時の神経学的異常所見数が有意に少なかった（ 1.2 ± 1.0 vs 2.5 ± 1.5 , $p < 0.05$ ）と報告しており、延髄外側症候群は発症早期には神経学的異常所見が少なく、時間経過とともに神経症状が増悪し特徴的な臨床症状が明らかとなってくるためと考えられる⁵⁾。本症例でも、発症早期は右IX/X脳神経障害のみであったが、時間経過とともにHorner徴候や左顔面と左体幹・上下肢の温痛覚低下が出現したため頭部MRIを撮影し延髄外側症候群の診断に至った。

【結 語】

今回、嚥下障害の鑑別に難渋した延髄外側症候群の一例を経験した。咽頭痛を伴う嚥下障害の鑑別に延髄外側症候群があり、延髄外側症候群では神経障害が経時的に進行することがあり、神経診察を繰り返すことが重要である。

【参考文献】

- 1) Azer SA, Kshirsagar RK : Dysphagia. In : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing, 2022. PMID : 32644600
- 2) Britt TB, Agarwal S : Vertebral Artery Dissection. In : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing, 2022. PMID : 28722857
- 3) Hamada O, Ogata T, Abe H et al : A patient with vertebral artery dissection who initially suffered from pharyngeal pain. No Shinkei Geka 41 (12) : 1081-1085, 2013
- 4) 高野 真、青木信生、川本未知 他 : 延髄外側症候群の臨床的検討. 日摂食嚥下リハ会誌3 (2) : 10-15, 1999
- 5) 高橋哲也、武居哲洋、伊藤敏孝 他 : 診断が遅延したWallenberg症候群の検討. 日臨救医誌17 : 504-508, 2014