

## 特発性脊髄硬膜外血腫の16症例の臨床分析 —脳卒中との類似点を中心に—

原 直之<sup>1)3)</sup> 大隣 辰哉<sup>2)</sup> 西原 伸治<sup>2)</sup>  
大田 泰正<sup>2)</sup> 栗山 勝<sup>1)\*</sup>

**要旨：**特発性脊髄硬膜外血腫16例の臨床分析をおこない、脳卒中と類似した点を検討した。初診時に片麻痺を示す症例が10例(62.5%)で、ホルネル症候群を4例(25%)、無痛性の発症を1例(6.3%)みとめた。また激痛発症で迷走神経反射による意識障害をきたし、くも膜下出血様の症例もみとめた。MRI画像が確定診断に有用であり、好発部位は頸髄下部であった。横断像では血腫は、左右どちらかに偏った楕円形が多く、偏在性の脊髄圧迫が片麻痺出現の要因である。発症は活動時に多く、関連要因は、抗血栓剤内服、C型肝炎、慢性腎不全などをみとめた。急速進行例は、緊急手術の適応になるが、保存的治療も可能であり、予後も良好であった。

(臨床神経 2014;54:395-402)

**Key words：**特発性脊髄硬膜外血腫、脳卒中様発症、片麻痺、ホルネル症候群、MRI

### はじめに

脊髄硬膜外血腫は、血腫部位から突然の放散疼痛の後、運動麻痺と感覚障害が進行するまれな疾患である<sup>1)2)</sup>。しかし、疼痛や麻痺の程度および分布は様々であり多彩である。基本は脊髄の圧迫性病変による対麻痺および四肢麻痺を呈するが、初診時は片麻痺を呈することがあり、突然発症のため、脳卒中との鑑別に苦慮することがある。近年、超急性期の脳梗塞患者の治療に、アルテプラザー(rt-PA)静注療法が承認され、脳卒中中の超急性期医療には格段の進歩がみられる。しかし、この治療の導入には、時間的制約があるため、時間を急ぐあまり初期診療を誤り、脳梗塞の加療を選択してしまう危険性がある。脊髄硬膜外血腫には外傷や症候性のものであるが、半数以上は原因が明確ではない特発性であり、とくに特発性のばあいに脳梗塞と誤診する可能性がある。今回われわれは、特発性脊髄硬膜外血腫の脳卒中診療における注意点を明らかにすることを目的に、入院加療をおこなった本症16症例について、臨床的分析をおこなったので報告する。

### 対象と方法

#### 1. 対象

2002年から2012年の10年間で、当院で入院加療をおこ

なった本症の16症例である(Table 1, 2)。なおこの期間中に、当院では外傷後、手術後、症候性(ヘルニアにともなった)脊髄硬膜外血腫を各々1症例ずつ経験している。

症例1(2002年, 2012年)。39歳, 男性。急性の背部痛発症。その後両側の上腕から指先へのしびれ感が生じたが、運動麻痺はみとめず。27歳, 29歳(2002年)の時もほぼ同様の症状が出現し当院入院。安静にて7~15日で退院した。初発入院の詳細は不明。再発2, 3回目の画像ではC5~6に限局する血腫であり、確定診断は各々24時間, 10時間後。脊髄血管造影撮影をおこなったが、血管異常を明らかにできなかった。

症例2(2003年)。74歳, 女性。急性の右半身しびれ感出現。その後右半身完全運動麻痺が出現。後頸部などへの疼痛はみとめず。他院より脳卒中として転院。ホルネル症候群あり。67時間後に確定診断。左半身の腱反射亢進, 軽い運動麻痺はみとめるが、内科治療で経過観察。運動麻痺を残し, 24日間で退院。

症例3(2005年)。74歳, 女性。急性の背部への疼痛で発症。その後左半身運動麻痺となる。5時間で確定診断し, ステロイド投与をおこなうが, 症状軽快せず3日目に血腫除去手術をおこなう。37日で運動麻痺を残し退院。

症例4(2006年)。40歳, 男性。急性の後頸部と左上肢への疼痛で発症。その後左半身運動麻痺となる。ホルネル症候群有り。8時間後に確定診断。その後急速に四肢麻痺となり,

\*Corresponding author: 脳神経センター大田記念病院脳神経内科 [〒720-0825 広島県福山市沖野上町 3-6-28]

<sup>1)</sup> 脳神経センター大田記念病院脳神経内科

<sup>2)</sup> 脳神経センター大田記念病院脊椎脊髄外科

<sup>3)</sup> 現: 広島市民病院神経内科

(受付日: 2013年8月13日)

Table 1 Clinical manifestations of 16 cases.

Case	Age/Sex	level	Pain	Motor disturbance	Sensory disturbance	Others	Antithrombotic	History
1	39/M	C5-C6	+	-	+		-	recurrence
2	74/F	C3-T2	-	+	+	HS	-	
3	74/F	C4-T2	+	+	-		-	DM
4	40/M	C3-C6	+	+	+	BS, HS, BR	-	CH
5	62/F	C7-T4	+	-	-		-	
6	68/M	C1-C7	+	+	+	BR, HS	-	
7	84/F	C2-C7	+	+	-		-	Af
8	83/F	C5-C6	+	-	+		Aspirin	DL
9	63/M	C4-T2	+	+	-		-	HT
10	64/M	C3-T2	+	+	+	BR	-	HT
11	77/F	C3-C4	+	+	-		Warfarin	Af
12	60/F	C3-C6	+	+	-	HS	-	HT
13	59/F	C2-C4	+	-	-		-	
14	67/F	C5-T1	+	+	-		-	HT, DL, SAH
15	80/M	C6-T1	++	+	-		-	
16	66/M	C2-C6	+	+	+	BR	Aspirin	HT, DM, CRD

Abbreviation; M: male, F: female, C: cervical spine, T: thoracic spine, HS: Horner syndrome, BS: Brown-Séquard syndrome, BR: bladder and rectal disturbance, DM: diabetes mellitus, CH: C hepatitis, Af: atrial fibrillation, DL: dyslipidemia, HT: hypertension, SAH: subarachnoid hemorrhage, CRD: chronic renal disease.

Table 2 Clinical manifestations of 16 cases.

Case	side of hematoma	onset time	Clinical course	hours to diagnosis	Treatment	hospital days	Outcome
1 A	center	morning	(P)back → (S)bi. U/Es	24	C	14	R (○)
1 B	center	19:00	(P)back → (S)bi. U/Es	10	C	7	R (○)
2	rt.	19:30	(S)rt. U/E·L/E → (M)rt. U/E · L/E	67	C	23	R (△)
3	lt.	11:00	(P)back → (M) lt.U/E·L/E	5	S	39	R (△)
4	lt.	13:00	(P)neck·lt.U/E (S) lt. L/E → (M) lt. U/E · L/E	8	S	17	R (△)
5	lt.	6:30	(P)neck·lt.U/E	3	C	4	R (○)
6	lt. > rt.	11:30	(P)neck·rt.back·rt U/E (S)rt U/E → (M)rt. U/E·L/E	93	C	23	R (○)
7	rt.	morning	(P)lt.back. → (M)rt. U/E·L/E	82	C	7	D
8	lt.	9:30	(P)neck·bi.shoulder·rt.U/E	24	C	4	R (○)
9	lt.	9:00	(P)neck → (M) lt. U/E·L/E	8	S	40	R (△)
10	lt.	10:00	(P)neck → (M) lt.L/E → bi.L/Es(S)rt.U/E	2	S	15	R (○)
11	rt.	20:00	(P)neck bi.shoulder → (M)rt. U/E·L/E	4	S	47	R (△)
12	lt.	3:00	(P)neck → (M)lt.U/E·L/E	2	S	12	R (○)
13	rt.	3:00	(P)neck·bi.shoulder	2	C	9	R (○)
14	rt.	22:50	(P)bi.shoulder → (M)transient bi.U/Es·L/Es	2	C	12	R (○)
15	lt.	3:20	(P)neck-unconsciousness → (M)lt.L/E	60	C	20	R (△)
16	lt. > rt.	6:50	(P)neck → (M) bi.U/Es·L/Es(S)lt.L/E	2	C	7	R (○)

Abbreviation; rt: right, lt: left, bi. bilateral (P): pain, (S): sensory (M): motor, U/E: upper extremity, L/E: low extremity, C: conservative, S: surgery, R (○): complete recovery, R (△): incomplete recovery, D: death.

当日緊急手術施行. 17日で左軽度運動麻痺を残し退院.

症例5 (2006年). 62歳, 女性. 急性の後頸部から左上腕の疼痛で発症. 運動麻痺, 感覚障害なし. 3時間で確定診断. 経過観察をおこない4日間で退院. 経過良好.

症例6 (2007年). 68歳, 男性. 後頸部, 右背部への疼痛および右上肢へのしびれ感で発症. その後急速に右半身運動麻痺. ホルネル症候群あり. NIHSS9点, 椎骨動脈や大動脈の解離がない事を確認し, 約170分でrt-PA投与が施行された. 頸部痛がある事から, 頸部画像検査をおこない, 93時間後確定診断された. 症状安定のため, 外科的処置はおこなわず, 経過観察. 症状の悪化もみとめられず, 麻痺は改善し23日間で軽快退院.

症例7 (2007年). 84歳, 女性. 急性の左背部への疼痛で発症. その後, 右半身運動麻痺から四肢完全麻痺となる. 82時間で確定診断. 同時に大動脈解離もみとめられ, 保存的治療をおこなうが, 7日目に死亡.

症例8 (2008年). 83歳, 女性. 急性の後頸部, 両肩, 右上腕にかけての疼痛で発症. 運動麻痺なし. 24時間で確定診断. 心疾患でアスピリン投与中. 保存療法で経過観察. 4日間で後遺症なく退院.

症例9 (2009年). 63歳, 男性. 急性の後頸部への疼痛で発症. その後左半身運動麻痺出現. 8時間で確定診断. 当日緊急手術施行. 左下肢有意の運動麻痺を残し40日で退院.

症例10 (2010年). 64歳, 男性. 急性の後頸部へ疼痛で発症. その後左下肢運動麻痺から両下肢麻痺出現. および右上肢のしびれ感出現. 2時間で確定診断し, 当日緊急手術. 後遺症なく15日で退院.

症例11 (2012年). 77歳, 女性. 急性の後頸部, 両肩への疼痛で発症. 右半身運動麻痺出現. 4時間で確定診断. 弁膜症で投与中のワルファリンを中止し, 当日緊急手術施行. PTINR正常化後も静脈性出血があり, 術後は新規抗凝固薬に変更. 右運動麻痺後遺症を残し47日で退院.

症例12 (2012年). 60歳, 女性. 急性の後頸部の疼痛で発症. その後左半身運動麻痺出現. ホルネル症候群有り. 2時間で確定診断. 当日緊急手術施行. 後遺症なく12日で退院.

症例13 (2012年). 59歳, 女性. 急性の後頸部, 両肩への疼痛で発症. 運動麻痺なし. 2時間で確定診断. 保存療法で経過観察. 後遺症なく9日間で退院.

症例14 (2012年). 67歳, 女性. 急性の両肩への疼痛で発症. その後一過性の四肢麻痺出現約30分で回復. 来院時には運動麻痺みとめず. 2時間で確定診断. 保存療法で経過観察. 後遺症なく12日間で退院.

症例15 (2012年). 80歳, 男性. 急性の後頸部の激痛で発症. 意識消失となり心肺蘇生しながら来院. くも膜下出血うたがいで入院. その後左半身運動麻痺出現. 60時間後確定診断. 軽度左下肢運動麻痺を残し20日間で退院.

症例16 (2012年). 66歳, 男性. 急性の後頸部への疼痛で発症. その後急速に四肢麻痺出現. 2時間で確定診断. 脳梗塞の既往でアスピリン内服中. 経過観察で麻痺も改善し, 7日間で軽快退院.

## 2. 方法

各症例の発症時間, 臨床症状とその経過, 確定診断までの時間, 画像所見, 抗血栓薬内服の有無をふくめた関連因子の解析, 治療内容, 退院時の回復状況などについて検討した. 確定診断は, 全例で頸髄単純MRI (T<sub>1</sub>強調画像, T<sub>2</sub>強調画像) および一部CT画像を加えおこない, 血腫の部位と臨床症状との関連など比較検討をおこなった. 今回とくに, 脳血管障害との差異, 類似性に重点を置いて検討した.

## 結 果

### 1. 患者背景 (Table 3)

16症例の発症年齢は平均66.3 ± 13.1歳 (39~84歳) で男性7例, 女性9例だった. 関連疾患は高血圧が5例, 糖尿病2例, 心房細動2例, 脂質異常症2例, C型肝炎1名, 慢性腎不全1例で, また抗血栓薬の内服が3例 (アスピリン2例, ワルファリン1例) であった. 脊髄硬膜外血腫に占める特発性の割合は84.2%であった.

### 2. 発症時間と確定診断までの時間 (Table 2)

発症は深夜0時から午前12時までの発症が12例, 午後から夜12時までが5例 (症例1は2回の発作) であり, 午前中の発症が多かった. 発病誘発を推測させる特別な運動や行動に関してはみとめなかった. すべての症例が突然の発症であり, 脳卒中うたがいで救急車での来院が多かったが, 他院で脳卒中と診断され数日後に加療目的で転院してきた症例もいた. 確定診断までに要した時間は, 平均23.4 ± 31.2時間であり, 24時間以内が10例, 24時間以上を経過した症例は6例であった.

### 3. 画像所見および血腫部位 (Fig. 1, 2)

確定診断は画像MRIによりおこなった. 症例1 (A), 3, 11, 14では, 横断画像の解析はCT画像によりおこなった. 血

Table 3 Clinical symptoms in 16 cases.

Clinical symptoms in 16 cases	
radicular pain	15 (93.8)
no pain	1 (6.3)
only radicular pain	2 (12.5)
motor disturbance	12 (75.0)
hemiparesis	10 (62.5)
no motor disturbance	4 (25.0)
sensory disturbance	6 (37.5)
Brown-Séquard syndrome	2 (12.5)
Horner syndrome	4 (25.0)
bladder disturbance	4 (25.0)

The number of cases and percentage were showed.



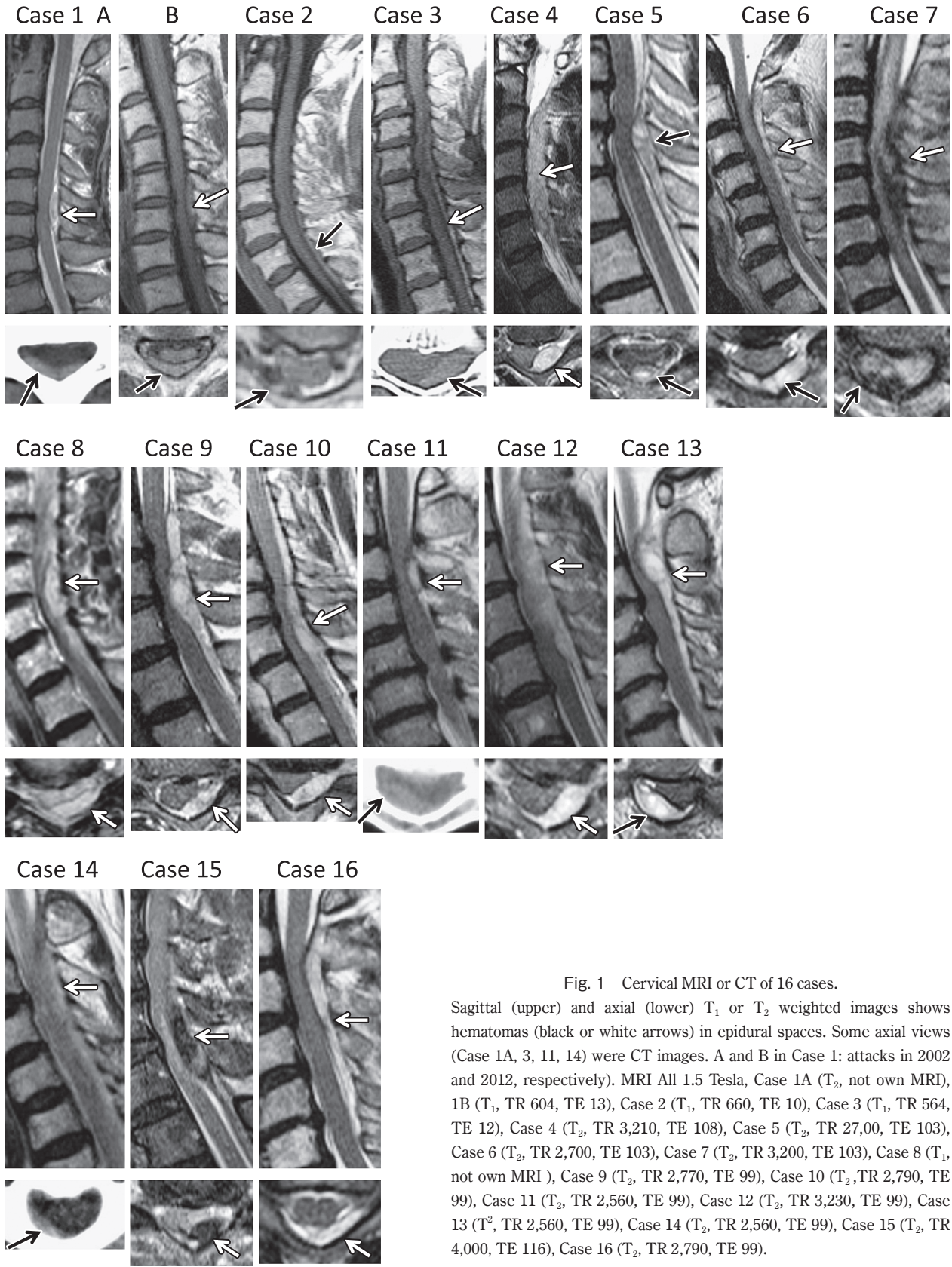


Fig. 1 Cervical MRI or CT of 16 cases.

Sagittal (upper) and axial (lower) T<sub>1</sub> or T<sub>2</sub> weighted images shows hematomas (black or white arrows) in epidural spaces. Some axial views (Case 1A, 3, 11, 14) were CT images. A and B in Case 1: attacks in 2002 and 2012, respectively). MRI All 1.5 Tesla, Case 1A (T<sub>2</sub>, not own MRI), 1B (T<sub>1</sub>, TR 604, TE 13), Case 2 (T<sub>1</sub>, TR 660, TE 10), Case 3 (T<sub>1</sub>, TR 564, TE 12), Case 4 (T<sub>2</sub>, TR 3,210, TE 108), Case 5 (T<sub>2</sub>, TR 27,00, TE 103), Case 6 (T<sub>2</sub>, TR 2,700, TE 103), Case 7 (T<sub>2</sub>, TR 3,200, TE 103), Case 8 (T<sub>1</sub>, not own MRI), Case 9 (T<sub>2</sub>, TR 2,770, TE 99), Case 10 (T<sub>2</sub>, TR 2,790, TE 99), Case 11 (T<sub>2</sub>, TR 2,560, TE 99), Case 12 (T<sub>2</sub>, TR 3,230, TE 99), Case 13 (T<sub>2</sub>, TR 2,560, TE 99), Case 14 (T<sub>2</sub>, TR 2,560, TE 99), Case 15 (T<sub>2</sub>, TR 4,000, TE 116), Case 16 (T<sub>2</sub>, TR 2,790, TE 99).

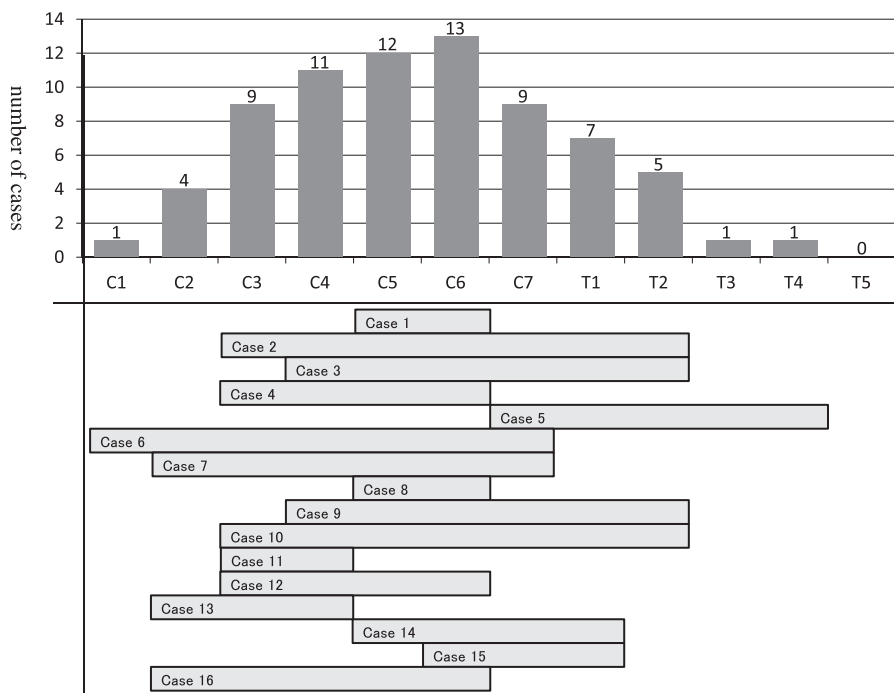


Fig. 2 The site of hematomas in 16 cases.  
C; cervical spine. T; thoracic spine

腫の高位レベルは頸髄から上部胸髄であり、好発部位は頸髄下部であった。血腫は左右どちらかに偏っており、左側が10例、右側が5例で、血管異常がうたがわれた症例1は2度の再発は、ほぼ同部位の正中であった。確定診断時のMRI画像では血腫内容物が均一（12例）と不均一（4例）のばあいのみとめられたが、発症時からの時間経過との関連はみとめなかった。病巣の血腫はMRI T<sub>2</sub>画像では高信号で、T<sub>1</sub>画像では初期は等信号で次第に高信号の傾向であったが、各症例の時間経過は検討していないため、詳細は明らかではない。

#### 4. 臨床症状 (Table 2, 4)

- ①疼痛：15例が典型的な後頸部から肩への根刺激によると思われる放散痛で発症していた。血腫と同側に強く上腕部まで、さらに指先まで放散する例、また両肩への放散もみとめられた。疼痛のみの症例が2例みられた。脳卒中との鑑別で注意すべきは、本症の特徴とされる疼痛のみとめられず片麻痺と感覚障害を呈した例（症例2）のみとめられた。一方疼痛が激痛で意識障害を呈し、くも膜下出血うたがいで緊急入院した例（症例15）があった。激痛のための迷走神経反射による徐脈と血圧低下で出現した意識障害と推測された。
- ②運動麻痺：運動麻痺のみとめなかった症例が4例、初診時片側の麻痺だった症例10例、四肢麻痺だった症例が2例（うち1例は1過性）であった。片側の麻痺だった10症例のうち、入院後進行し対麻痺もしくは四肢麻痺となった症

例は、緊急手術になった5例をふくみ、神経所見で非麻痺側の錐体路徴候陽性例まで入れると多いと思われるが、カルテ記載が明らかではなかった。しかし、少なくとも初診時、片麻痺であった事は明確であった。片側の運動麻痺は血腫側にみとめられているが、症例6のごとく血腫が両側にまたがり、血腫の大きさが有意でない側に、麻痺が出現した例のみとめられた。

- ③感覚障害：7例のみとめられ、いずれもしびれ感を主とする異常感覚である。9例はみとめられていないが、強度の疼痛や運動麻痺が主である時には、軽度感覚障害は見過ごされている事も推測された。
- ④その他：特記すべき身体所見としては、初診時 Brown-Séquard 症候群を呈していたのが1例で、排尿障害が4例あった。またホルネル症候群を呈していた症例が4例のみとめられた。

#### 5. 治療、入院日数、転帰 (Table 2)

保存的加療が11例（症例1は入院2回）、手術が6例だった。手術は、椎弓切除または形成術による除圧と血腫除去術であり、外科症例の確定診断までの平均時間は  $4.8 \pm 2.7$  時間であり、急速な進行を示した5例で緊急手術がおこなわれている。入院期間の平均は  $17.7 \pm 13.1$  日で、保存的治療症例は  $11.8 \pm 7.2$  日、外科症例は  $28.3 \pm 15.3$  日であった。退院時の転帰は完全治癒が10例、軽度運動不全麻痺の後遺症を残した症例が6例（modified Rankin Scale 1~2）、死亡が1例であった。死亡例は併存した大動脈解離と腎不全による

ものであった。手術症例で後遺症を残した例が4例が多かったが、その理由として急速な経過を示し、緊急手術をおこなっても術前の脊髄圧迫が強かったためと思われた。

## 考 察

脊髄硬膜外血腫は発生率が年間0.1人/10万人のまれな疾患である<sup>3)</sup>。年齢は15~20歳と60~70歳の好発のピークがあり、男女比は1.4:1で男性にやや多い<sup>4)</sup>。発症の関連要因は、血液凝固異常(抗血栓薬内服、出血性疾患)、血管奇形、妊娠、高血圧などが指摘されているが<sup>2)4)5)</sup>、Groenらは、文献から199例の分析をおこない、抗凝固療法24%、高血圧19%、その他外傷、全身性疾患など何らかの原因があった症例が96例(48%)で52%は原因不明と報告している<sup>1)</sup>。今回の16例中にも、抗血栓薬内服や、C型肝炎、慢性腎不全、高血圧症の併存疾患を持つ症例があり、病態に参与している可能性はあるが、症状の増悪因子とは考えられなかった。出血源は、血管奇形などの動脈の破裂も考えられているが、多くのばあいは硬膜外の静脈叢であり、静脈弁がないため妊娠分娩、運動、咳込み、腹圧をかけたりなどで急激な静脈圧の上昇がおこりやすく、損傷されると推測されている。症状が急速に進行し緊急外科手術をおこなった5症例は、動脈性出血の可能性もなくなはすが、画像上の特徴などはみとめなかった。発症時間は、深夜トイレ起床時、早朝、午前中発症が多かったが、特別な行動や運動にともなう発症はみだせなかったが、活動時の発症が多かった。

病変部位は特発性のばあひ、多くが頸髄から上部胸髄であり<sup>1)2)4)</sup>、外傷後、腰椎穿刺後、硬膜外麻酔などでは胸腰髄や腰髄でも生ずる<sup>1)</sup>。今回の16症例は特発性であり、従来の報告と同様に頸髄下部に好発していた。画像上の特徴や血腫の片側性や横断画像による詳しい報告は無いが、今回の症例では血腫は左右どちらかに偏っており、左側が10例、右側が5例で、左側に好発していた。血腫はほとんど楕円形の形態であるが、硬膜外静脈叢は解剖学的には脊柱管の外側に発達しており、出血は左右どちらかの血管(静脈叢)からと思われる。よって、本症の発症の初期には、脊髄圧迫が片側に強く表れ、片麻痺を呈することは充分に考えられる。

血腫はMRI T<sub>2</sub>強調画像では高信号で、T<sub>1</sub>画像では初期は等信号で、しだいに高信号になるとされている<sup>3)</sup>。今回の各症例で時間経過の検討はおこなっていないため、詳細は明らかではないが、その傾向はみとめられた。経時的にMRI画像を検討された症例では、発症直後T<sub>1</sub>強調画像で等信号、2日目で血腫中心部から軽度高号となり、T<sub>2</sub>強調画像では血腫辺縁が低信号、中心部が高信号となりモザイク状となる経過がとらえられており、血腫のヘモグロビンの代謝過程での変化とされている<sup>6)</sup>。

本症のもっとも特徴ある症状は、血腫部位から後頭部~肩や肩甲骨~上腕へ放散する突然の激痛であり、その後運動麻痺と感覚障害が進行する<sup>1)~4)</sup>。しかし実際には、疼痛や麻痺の程度や分布は様々である。Groenらは本症333例を検討し、

運動障害が完全で感覚障害が不完全な例は15.3%、感覚障害が完全で運動障害が不完全な例は1.8%、感覚障害、運動障害ともに不完全な例は33.9%、感覚障害、運動障害ともに完全な例は36.9%、Brown-Séquard症候群を呈した例は6.9%、疼痛のみの例は4.5%と報告しており<sup>1)</sup>、教科書的な症例は、40%以下である。疼痛のみの症例は、今回16症例中2例みとめており、他に症例報告もされている<sup>7)</sup>。また疼痛をみとめなかった症例を1例みとめており、脳卒中との鑑別に紛らわしい症例である。一方、本症では意識障害は呈さないとされているが、疼痛が激痛で、迷走神経反射による意識障害を呈し、くも膜下出血として搬入された症例も1例みとめた。

脳卒中との鑑別でもっとも問題になるのが片麻痺を呈する症例である。今回検討した16例中、初診時に片麻痺だった症例は10例(62.5%)であり、半数以上は片麻痺で発症していた。上述したごとく、血腫が左右どちらかに偏るため、片麻痺で発症すると考えられるが、同様な片麻痺で発症し、脳卒中mimicとして鑑別を要した症例が多数報告されている<sup>6)8)~20)</sup>。さらに麻痺が交代性に出現した症例も報告されており<sup>21)</sup>、運動麻痺の発現は多彩である。さらに血腫が頸髄に好発するため、頸髄交感神経節前線維の障害でホルネル症候群をみとめることも、脳卒中mimicの要因となる。今回16例中4例(25%)にみとめ、高頻度におこる臨床徴候である。ホルネル症候群に関しては、視床から毛様体脊髄中枢である上部胸髄までの中枢性下行ニューロンの障害でおこりえるが、延髄外側の病変であるWallenberg症候群のばあひ、錐体路徴候としての片麻痺は示さない。ホルネル症候群と同側の片麻痺が出現した時には、本症をふくめ頸髄病変を考えるべきである<sup>19)</sup>。また、本症でLhermitte徴候を呈すこともあり、脳卒中との鑑別に有用であった症例も報告されている<sup>20)</sup>。排尿障害は脊髄圧迫病変では比較的出現しやすい症状である。4症例にみとめられたが、特殊な障害ではなく急性脊髄圧迫にともなう脊髄ショックとして一般にみられる無ないし低緊張型の排尿困難である。全例で脊髄圧迫の改善にともない短期間で消失した。

脳卒中と誤診して、実際に脳梗塞の治療がおこなわれた症例も多数報告されている。血栓溶解療法として、rt-PA<sup>13)~15)</sup>、ウロキナーゼ<sup>11)</sup>、抗凝固剤のヘパリン<sup>17)18)</sup>、抗血小板剤のオザグレルナトリウム<sup>18)</sup>、アルガトロバン<sup>18)</sup>、およびエダラボンとグリセオール<sup>8)</sup>などの投与が施行されていた。われわれも、rt-PA静注療法の承認直後、ホルネル症候群をともなう片麻痺を呈した症例を誤診し、投与した症例があり、幸いにも大事にはいたらなかったものの、充分に注意が必要と実感した。治療に関しては、従来は積極的に緊急除圧術がおこなわれていたが<sup>1)</sup>、MRIなどで経過観察が充分できる事もあり、近年、保存療法をおこなっても予後良好という報告<sup>22)</sup>があり、われわれも11例で保存的治療をおこない、良好な結果をえた。

※本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれも有りません。



## 文 献

- 1) Groen RJM, van Alphen HAM. Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a study of the factors determining postoperative outcome. *Neurosurgery* 1996;39:494-509.
- 2) Kreppel D, Antoniadis G, Seeling W. Spinal hematoma: a literature survey with meta-analysis of 613 patients. *Neurosurg Rev* 2003;26:1-49.
- 3) Holtås S, Heiling M, Lönnroft M. Spontaneous spinal epidural hematoma: findings at MR imaging and clinical correlation. *Radiology* 1996;199:409-413.
- 4) 小山素麿, 半田 寛, 相井平八郎. 脊髄硬膜外出血. *脊椎脊髄* 1990;3:761-767.
- 5) Groen RJM, Ponsen H. The spontaneous spinal epidural hematomas. A study of the etiology. *J Neurol Sci* 1990;98:121-138.
- 6) 香川賢司, 岡田 仁. 頸部痛ならびに片麻痺で発症し自然治癒した特発性脊髄硬膜外血腫の1例: MRIでの血腫の経時的変化. *脳卒中* 2012;34:89-93.
- 7) Serizawa Y, Ohshiro K, Tanaka K, et al. Spontaneous resolution of an acute spontaneous spinal epidural hematoma without neurological deficits. *Intern Med* 1995;34:992-994.
- 8) 吉本佑介, 佐々田晋, 進藤徳久ら. 発症初期片麻痺を呈し虚血性脳血管障害として加療された頸椎硬膜外血腫の1例. *脳卒中* 2011;33:506-510.
- 9) Hsieh CF, Lin HJ, Chen KT, et al. Acute spontaneous cervical spinal epidural hematoma with hemiparesis as the initial presentation. *Eur J Emerg Med* 2006;13:36-38.
- 10) 矢坂正弘, 有廣昇司, 長谷川泰弘ら. 動脈解離にともなう延髄内側梗塞との鑑別を要した頸椎硬膜外血腫の1例. *臨床神経* 2005;45:652-656.
- 11) 戸井宏行, 平澤元浩, 永廣信治ら. 脳卒中と診断されていた脊髄出血性疾患の6例. *脳卒中の外* 2005;33:279-283.
- 12) 豊永雅恵, 萩原のり子, 入江英美ら. 抗血栓療法に発症した急性頸髄硬膜外血腫の2症例—抗血栓療法への二重の警告. *臨床神経* 2003;43:287-290.
- 13) Schmidley JW, Mallenbaum S, Broyles K. Spinal epidural hematoma: an important stroke mimic. *Acute Med* 2013;12:30-33.
- 14) Son S, Kang DH, Choi DS, et al. A case of spontaneous spinal epidural hematoma mimicking a stroke. *Neurologist* 2012;18:41-43.
- 15) Liou KC, Chen LA, Lin YJ. Cervical spinal epidural hematoma mimics acute ischemic stroke. *Am J Emerg Med* 2012;30:1322e1-e3.
- 16) Shima H, Yasuda M, Nomura M, et al. A spinal epidural hematoma with symptoms mimicking cerebral stroke. *Nagoya J Med Sci* 2012;74:207-210.
- 17) Wang CC, Chang CH, Lin HJ, et al. Misdiagnosis of spontaneous cervical epidural haemorrhage. *Eur Spine J* 2009;18 Suppl 2:S210-S212.
- 18) 亀田知明, 土井 宏, 杉山美紀子ら. 脳梗塞との鑑別を要した頸髄硬膜外血腫の3例. *BRAIN NERVE* 2009;61:1429-1433.
- 19) 田中章浩, 永金義成, 細見明子ら. 突然発症の片麻痺に対してアルテプララーゼ静注療法を検討した急性脊髄硬膜外血腫の1例. *脳卒中* 2008;30:60-63.
- 20) Matsumoto H, Miki T, Miyaji Y, et al. Spontaneous spinal epidural hematoma with hemiparesis mimicking acute cerebral infarction: two case reports. *J Spinal Cord Med* 2012;35:262-266.
- 21) Kato Y, Takeda H, Furuya D, et al. Spontaneous spinal epidural hematoma with unusual hemiparesis alternating from one side to the other side. *Intern Med* 2009;48:1703-1705.
- 22) 濱田 知, 日置 暁, 伏見一成ら. 特発性脊髄硬膜外血腫(SSEH)に対する手術治療と保存的治療の検討. *J Spine Res* 2013;4:852-856.

**Abstract****Clinical manifestations of 16 patients with spontaneous spinal epidural hematoma  
—Stroke mimic and pitfalls for diagnosis—**

Naoyuki Hara, M.D.<sup>1,3)</sup>, Tatsuya Otonari, M.D., Ph.D.<sup>2)</sup>, Nobuharu Nishihara, M.D.<sup>2)</sup>,  
Taisei Ota, M.D.<sup>2)</sup> and Masaru Kuriyama, M.D., Ph.D.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Neurology, Brain Attack Center, Ota Memorial Hospital

<sup>2)</sup>Department of Spinal Surgery, Brain Attack Center, Ota Memorial Hospital

<sup>3)</sup>Present Address: Department of Neurology, Hiroshima City Hospital

Clinical manifestations of 16 patients with spontaneous spinal epidural hematoma were presented. We examined the point similar to that of stroke. During the initial visit of our hospital, the patients showed the hemiplegia in 10 cases (62.5%), Horner syndrome in 4 cases (25%), the painless onset in 1 case (6.3%). And one case showed the impairment of consciousness due to vagal reflex in severe pain onset, which was similar to those of subarachnoid hemorrhage. MRI images are useful to confirm the diagnosis. The frequent site of hematoma was the lower cervical spinal cord. The oval shaped hematomas shifted to the left or right in spinal canals, compressed spinal cords in axial image, which was a cause of hemiplegia. Many cases developed during active periods, and the hemorrhage might be relevant to oral antithrombotic agent, C hepatitis, and chronic renal failure. Rapidly progressive cases were indications for emergency surgery, but conservative therapy is also possible and was better prognosis.

(Clin Neurol 2014;54:395-402)

**Key words:** spontaneous spinal epidural hematoma, stroke mimic, hemiplegia, Horner syndrome, MRI

---