

基礎講習プログラム 18

【質問】

頭位変換性眼振の意義は何でしょうか？頭位を変換することでしか眼振を出さないというのは普通に眼振している事よりもより重症なのですか？

それとも軽症なのですか？また、病巣の場所に違いがあるのですか？

より強く MRI 等の積極的な検査を進めるべきですか？

【回答】

頭位変換性眼振は、頭位を変換して前庭系を刺激することにより生じる眼振を指します。頭位変換性眼振は慢性経過を示した症例で認めることが多いと言われています（※参考文献 1, 2）。末梢性および中枢性前庭障害いずれでも起こり得ますが（※参考文献 1, 2）、一般的に末梢性前庭障害の場合は数日で眼振に順応し慢性経過を示さないことが多いため、頭位変換性眼振は中枢性前庭障害で認められることが多いと考えられています（※参考文献 3）。頭位変換性眼振からだけでは病変部位の特定はできませんが、頭部の位置によって眼振の方向が変化する場合には、中枢性前庭障害の可能性が高いと考えられます。MRI 等の積極的な検査の必要性については、他の臨床徴候や検査結果を含めて総合的に判断する必要がありますが、頭位変換性眼振を認める場合には中枢神経系に異常が生じている可能性を考慮した上で検査計画を立てるべきと考えます。

<参考文献>

- 1) Alexandr de Lahunta and Eric Glass, Veterinary Neuroanatomy and Clinical Neurology 3rd edition, 497-498, Saunders, 2009.
- 2) Dennis P. O'Brien and Joan R. Coates, Section XV II Neurologic Disease, Text Book of Veterinary Internal Medicine 8th edition, 1363-1380, Elsevier, 2017.
- 3) Dsean G. Sanders, Chapter11 Distrders of Hearing and Balanace: The Vestibulocochlear Nerve (CNIII) and Associated Structures, Practical Guide to Canine and Feline Nurology 3rd edition, 277-297, Willey, 2016.

基礎講習プログラム 19

【質問】

末梢神経損傷のクラス3であった場合、発症からの経過時間に関係なく外科手術で回復は見込めるのでしょうか？

【回答】

末梢神経断裂 (class 3) の症例では、神経の再支配の可能性を高めるために早期の外科的介入が推奨されます (参考文献 1)。末梢神経断裂の外科的手術を実施した症例の報告は少なく、発症からの経過時間と外科手術による回復率を示したデータは、私の知る限りありません。ただし、受傷後 12 ヶ月以上経過すると神経の再支配は起こらないと言われていることから (参考文献 2)、受傷から 1 年以上経過した場合には、末梢神経断裂部の断端吻合や末梢神経移植を実施しても、神経機能が回復する見込みは非常に低いと考えられます。腱-腱移動術や関節固定術は受傷後時間が経過していても実施することが可能です。

【質問】

腕神経叢裂離で自傷行為がある場合の早期対応としては、ガバペンチンやプレガバリンの処方でしょうか？具体的に早期対応すべき治療がありましたら教えてください。

【回答】

腕神経叢裂離で自傷行為がある場合には、神経障害性疼痛を制御するガバペンチン (2-10 mg/kg TID) が有効です。プレガバリンもガバペンチンと同様に効果があると考えられます。受傷直後に損傷部における炎症および腫脹を認める場合には、抗炎症量のプレドニゾロンが効果を認めるかも知れません (参考文献 2)。プレドニゾロンを投与する場合には、感染がないことを確認した上で使用します。

<参考文献>

- 1) Kapatkin AS, Vite CH. Neurosurgical emergencies. Vet Clin North Am Small Anim Pract., 30(3): 617-644, 2000.
- 2) Michael D. Lorenz, Joan R. Coates and Marc Kent, Chapter 5 Paresis of One Limb, Handbook of Veterinary Neurology 5th edition, 94-108, Elsevier, 2011.