と頭蓋内血管の3次元的位置関係の把握に応用し，DSAとMRAと対比した結果，若干の所見を得たので報告する．

症例は頚部・頭蓋内閉塞性血管障害13例，脳動脈瘤6例，脳動静脈奇形3例，脳腫瘍3例の計25例である．3D-CTAGの撮影条件はシーメンスSOMATOM PLUS-Sを使用し，slice厚3mm，image interval 1mm，テーブル移動速度2～3mm／秒で撮影し，当初は画像再構成をCT値による閾値処理で行い，本年3月よりMIP処理で行った．観察方法はoriginal image，多方向血管像，ビデオによる回転画像を使用した．結論として閉塞性血管病変では3D-CTAGは乱流・過流による画像劣化がみられず，DSAと同様の所見が得られ，脳動脈瘤では直径3mm以上の動脈瘤は描出可能であり，動脈瘤頚部の形態も判定可能であった．海綿静脈洞近傍の内頚動脈瘤は骨構造と重複して判定困難であるが，骨構造との相対的位置関係が把握でき，手術に際して重要な情報を提供してくれた．脳動静脈奇形では流入動脈，nidus，導出静脈の位置関係が立体的に把握できた．脳腫瘍と頭蓋内血管の3次元的位置関係では，閾値処理の画像再構成は腫瘍による血管の圧迫偏位が判明し，MIP処理の画像再構成は腫瘍による血管のencasementが判明した．

2A－113）海綿静脈洞部に生じた細菌性動脈瘤の1例

谷川　緑野・橋爪　明（旭川医科大学脳神経外科）
米増　祐吉
竹井　秀敏（同　放射線科）
相沢　希・渡辺　一哉（回生会大西病院脳神経外科）

我々は髄膜炎に引き続き脳梗塞で発症し，経過中に右外眼筋麻痺を来した右海綿静脈洞部細菌性動脈瘤を経験したので報告する．

症例は38歳女性で38度の発熱と頭痛が出現したが，髄液検査で異常は認めず経過観察となった．約2週間後に左不全片麻痺が出現し，CTで右基底核に梗塞巣を認めた．髄液検査で細菌性髄膜炎と診断，約1週間の抗生剤投与で髄膜炎は治癒した．発症約1月後に右外眼筋麻痺が出現し，脳血管撮影で右内頚動脈起始部から中大脳動脈，前大脳動脈にかけて壁不整像と狭窄像を認め，また内頚動脈海綿静脈洞部に大きな嚢状動脈瘤を認められ，当科紹介入院となったが肺炎，pre-DICを併発しており，全身血圧低下により右中大脳動脈領域の脳梗塞は進行した．肺炎，DIC治癒後に海綿静脈洞部内頚動脈瘤に対してdetachable balloonによる右内頚動脈の閉塞術を施行し，右外眼筋麻痺は改善した．若干の文献的考察を行ない，治療上の反省点について報告する．

2A－114）脳動静脈瘻と多発性脳動静脈奇形を合併したRendu-Osler-Weber病の1治験例

菊地　顕次・佐々木順孝（秋田大学脳神経外科）
峯浦　一喜・古和田正悦
城倉　英史（鈴木二郎記念診療所ガンマハウス）

Rendu-Osler-Weber病は1）皮膚・粘膜のtelangiectasia，2）病巣からの反復する出血，3）家族内発症を特徴とする稀な遺伝性血管形成異常である．最近，脳動静脈瘻（AVF）と多発性脳動静脈奇形（AVM）を合併したRendu-Osler-Weber病の小児で，人工塞栓術，外科手術およびガンマナイフによる1治験例を経験したので，若干の文献的考察を行い報告する．

症例は7歳の男児で，鼻出血があり，肺動静脈瘻の治療中に頭部CTで異常が指摘された．入院時，神経学的に異常なく，理学的に舌尖部と右第3指にtelangiectasiaが認められた．母親も鼻出血の既往があり，16歳時にAVMの摘出術をうけている．CTで左前頭部に楕円形の境界明瞭な高吸収域が描出され，造影剤で均質に強く増強された．脳血管撮影で拡張した左前内側前頭動脈を流入動脈とする最大径3.5cmの円形の動脈瘤様陰影と，脳梁に沿って後方へ蛇行・拡張した流出静脈が早期に描出され，AVFの所見であった．さらにmedian artery of the corpus callosum，右中内側前頭動脈および傍中心動脈をそれぞれ流入動脈とする独立した3個の小さなAVMが造影された．開頭下にAVFの流入動脈を遮断し，ガンマナイフで多発性AVMを一期的に治療して，多発性脳血管病変を根治した．

2A－115）PTAにて動脈剝離を生じた椎骨動脈狭窄症の1例
—PTAの適応，方法における問題点—

桑山　直也・久保　道也（富山医科薬科大学脳神経外科）
遠藤　俊郎・高久　晃

Stealth catheterの導入以来，頚部および頭蓋内動