

の可能性も考えられたため、Acom を介しての比較的良好な cross flow を確認したが、STA は剥離して bypass にも備えた。脳動脈を剥離しその形状から最適と思われた fenestrated clip を apply したところ、一旦破裂したが、point sucking や左手での柔軟な clip work, わずかに不足していたと判断された脳動脈瘤の ON 側、内頸動脈近位側への直の fenestrated clip の追加によって完全な止血を完了できた。術後内包膝部の小梗塞が出現したが、脳血管撮影では前脈絡動脈も温存されており、麻痺は完全に緩解して退院となった。

8 Long segment にわたる内頸動脈 pseudo occlusion に対して PTA, stenting を行った 2 例

阿部 博史・土屋 尚人・本山 浩
立川総合病院循環器・脳血管センター
脳神経外科

【目的】頸部頸動脈狭窄に対するステント留置術 (Carotid artery stenting: CAS) は徐々にその適応を広げているが、この度いわゆる頸部内頸動脈偽閉塞症 2 例に対して CAS 行ったので報告する。

〔症例 1〕58 歳、男性。2005/5/19 左上下肢脱力で発症し近病院に入院。MRI DWI で MCA 領域に多発性 HI, MRA で R.IC 閉塞を認め、その後左麻痺が進行し 5/27 紹介転院。MRI で皮質は spare され傍脳室深部白質を中心に脳梗塞巣。3DCT で R.IC は頸部で閉塞、MCA は Acom を介して描出。SPECT では R.MCA 領域血流低下、Diamox 反応性も低下。保存的加療により左麻痺は徐々に改善。6/9 の Angio で IC は再開通。但し頸部 IC は 99% 狭窄。それより distal は C5 付近まで long segment に渡って 1 mm 径の narrowing。6/28 全身麻酔、distal protection 下に CAS を施行。血流が増加したことで distal の narrowing も改善。MRA で IC ~ MC の描出に左右差なし。SPECT でも R.MCA 領域の血流改善。

〔症例 2〕71 歳、男性。2005/2/11 軽度右麻痺、失語症で発症し入院。L.watershed zone (WSZ)

に比較的広範な脳梗塞を認め保存的に加療。Angio で L.IC は頸部で閉塞。Acom を介する cross flow OK. 症状は進行せず一旦退院。6/29 の F/U Angio で症例 1 同様に IC は再開通。頸部 IC は irregular で 99% 狭窄。それより distal は C4 付近まで long segment に渡って著明に narrowing。7/19 全身麻酔、distal protection 下に CAS を施行。症例 1 と異なり C4 までの narrowing IC に対して long segment に渡って PTA を追加。術後 IC 径は正常化し血流も改善。但し MRI DWI で WSZ に一カ所 HI 出現。症状的には意欲向上。

【結論】頸部 IC 偽閉塞症の Angio 上の特徴は、IC が狭窄部を越えて string-like に順行性に、側副血行路を介して逆行性に頭蓋底部まで描出されることがあげられており、今回の 2 症例ともその範疇に入ると考えられる。最近 CAS による治療例の報告が散見され、症例を慎重に選択し、症例 2 の embolism の合併からも proximal protection を優先して行えば、今後は CAS のよい適応になると思われる。

9 抗線溶剤の急速投与と厳密な血圧管理による脳内出血の増大予防

反町 隆俊・森田 健一
総合西荻中央病院脳神経外科

脳内出血は出血の増大により予後不良例が増えるため、急性期に出血増大を防ぐことが重要である。出血増大予防には血圧管理が有効という報告がある。我々は厳密な血圧管理と抗線溶剤を 6 時間かけて投与することで出血増大予防を試みてきたが出血増大症例が少なくなかった。そこで、2002 年より抗線溶剤の急速投与に変更した。抗線溶剤の急速投与と厳密な血圧管理による脳内出血増大予防の効果を retrospective に評価した。

【方法】抗線溶剤の急速投与はトランサミン 2 g を 10 分で静注した (rapid administration of antifibrinolytics: RAF)。一方従来の投与法はトランサミン 1g を 6 時間で静注した (prolonged infusion of antifibrinolytics: PAF)。厳密な血圧管理はニカルジピンを用いて収縮期血圧を 150mm

Hg以下にした (strict blood pressure control: BPC). 脳内出血のCT診断直後にRAFとBPCで治療した患者 (RAF group, n = 93) とPAFとBPCで治療した患者 (PAF group, n = 63) 間で翌日CTでの出血が増大した症例の出現率を比較した.

【成績】血腫増大のcutoff valueを20%とするとRAF groupで4人(4.3%), PAF groupで11人(17.5%)の出血増大がみられた. RAF groupはPAF groupに比べ血腫増大の頻度が有意に少なかった ($p < 0.05$). 吐き気と嘔吐が26%にみられたが, 重篤な副作用はなかった.

【結論】抗線溶剤の急速投与と厳密な血压管理は出血増大を予防できる可能性がある.

10 Perisylvian syndrome に伴う側頭葉てんかんの外科治療

亀山 茂樹・増田 浩・藤本 礼尚
村上 博淳・柿田 明美・高橋 均
国立病院機構西新潟中央病院
脳神経外科
新潟大学脳研究所病理学分野

先天性傍シルビウス裂症候群 (perisylvian syndrome: PS) はシルビウス裂周囲の多小脳回症 (polymicrogyria) と仮性球麻痺を示す症候群であるが, 左右非対称を示すことも多い. 病因として胎生期の water-shed type の脳虚血が考えられている. 構音障害, 難治性てんかん発作や知的障害の合併も多いのが特徴である. 多小脳回は言語野に近接して存在することが多く, 機能的温存の意味で外科治療された例が少ない. 当院では, 4600例のてんかん患者のうち7例のPSが含まれている. そのうちの1例(15歳, 高校生)の側頭葉てんかん患者に対して焦点切除をおこない, 良好な結果を得たので, 報告した.

症例は生来健康であったが, 発語困難を自覚していた. 13歳で意識障害発作を発症. その後, 口部自動症を伴う複雑部分発作が徐々に増加し難治性のため2005年7月外科治療を目的に入院した. 発作型は側頭葉てんかんで, 発作頻度は1-2回/

週, FIQは62. MRIで左側に多小脳回症が明らかかなPSを認め, 脳磁図で側頭葉多小脳回に等価電流双極子集積を認めた. ワダテストで言語表出, 受容ともに右半球であり, 焦点切除可能と判断して頭蓋内電極記録で発作起始を確認の後, 側頭葉多小脳回の焦点切除術を行った. 病理診断はfocal cortical dysplasia type IIBを伴うpolymicrogyriaであった. 術後発作は消失し, 発語困難が消失した.

PSに伴う難治性てんかん発作は焦点局在診断と機能野の局在診断により安全に焦点切除ができれば発作転帰も良いので, 考慮すべき治療と結論できる.

11 非典型的な神経血管減圧術

川口 正・小林 勉・富川 勝
平石 哲也

長岡赤十字病院脳神経外科

2004年5月より2005年12月まで当院で行われた神経血管減圧術(MVD)は20例である. 片側顔面痙攣(HFS)15例(Botox治療後3例を含む), 三叉神経痛(TN)5例である. 全例症状は軽快し合併症はない. TNでは圧迫血管が必ずしも動脈ではなく, 巻き付いた静脈やクモ膜の癒着, 三叉神経の軸の歪みが原因となることもあり, Meckle's caveまで確実に剥離して観察することが重要である. またHFSではREZよりも遠位部での圧迫例や第Ⅶ,Ⅷ神経間での貫通例も存在するので注意が必要で, この際には特にAMR (abnormal muscle response) モニタリングが有用である. 症例を呈示して説明した.

12 Endonasal Transrhinoseptal transsphenoidal Approach を行った海面静脈洞下面の腫瘍

田村 哲郎・関 泰弘・中嶋 昌一
県立中央病院脳神経外科

Transsphenoidal approachには標準的なsublabial approach以外に鼻腔から直接鼻中隔に入る