

た。術直前は両側瞳孔散大ぎみ。9:22am から手術開始。術中、脳動脈瘤の bleb から出血し、その bleb を 3 本の clip で clipping した。Bleb 近くに M21 本を認めたが parent artery と断定出来なかったため、bleb clipping に止め、血腫除去・減圧開頭とした。翌日の脳血管撮影では脳動脈瘤と parent artery, distal arteries を同定したが、患者が遷延性昏睡のまま推移したため、根治目的の再手術は延期した。根治術（両親の希望が強く）と頭蓋形成術を予定して、術後 71 日目に脳血管撮影を再度行ったところ、parent artery は tapering occlusion を示し、脳動脈瘤は消失していた。

【考察】 distal MCA aneurysm は全脳動脈瘤中の約 2% で、細菌性・外傷性が多い。M2, M3 が多く、M4 は稀。本例は M2M3 junction aneurysm で、true aneurysm (fusiform?) と考えられた。Ruptured point である bleb のみの clipping 後 (proximal M2 も partial clipping?), 脳損傷と脳血管レン縮による脳血流減少により、自然血栓化を生じたものと考えられた。

13 多彩な血管病変を伴った正常圧水頭症の 1 例

森 修一・吉川 成一・齊藤 有庸
遠藤 浩志・早野 信也

水戸済生会総合病院脳神経外科

水頭症発生の原因には、クモ膜の癒着や炎症性変化もあることが報告されている。今回、多彩な血管病変を伴った正常圧水頭症の 1 例を経験し、その原因が basal arachnoiditis と考えられたので報告する。

症例は 50 歳女性。既往歴、家族歴に特記事項なし。

数年前から歩行障害 (spastic gait) が出現。平成 16 年 3 月当院神経内科を受診。検査で水頭症を指摘され、当科を紹介受診。歩行障害・排尿障害・記名力低下を認めた。MRI では、全脳室系の拡大と suprasellar - ambient cistern など basal cistern が造影されていた。さらなる検査を予定したが drop out。

平成 17 年 3 月 14 日めまい・嘔吐をきたし救急

入院。CT では右側頭葉内に脳出血があり、脳室系の拡大はやや進行していた。脳血管撮影では、Rt. Tentorial artery distal aneurysm, Lt. A1 stenosis, VA - BA 系に multiple stenosis などの多発性血管性病変を認めた。末梢性動脈瘤と脳内血腫を摘出し、肥厚したクモ膜も切除し病理組織学的検査を行ったところ、クモ膜には炎症性細胞の浸潤や硝子変性を認め、クモ膜炎の所見であった。その後 V - P shunt を施行、症状は徐々に改善、ADL は自立し退院した。

本例における水頭症や多発性血管病変の原因は脳底クモ膜炎と考えられる。文献的には、髄膜炎・クモ膜下出血・Neurocysticercosis・サルコイドーシスなどの疾患が脳底クモ膜炎の基礎疾患として報告されているが、本例においては現在までのところ、基礎疾患は不明である。今後、新たな脳血管障害発生の可能性もあるため、きめ細やかな経過観察が必要と考えている。

14 小児脳膿瘍の 1 例

平石 哲也・川口 正・小林 勉
富川 勝

長岡赤十字病院脳神経外科

【はじめに】

小児脳膿瘍は、中耳炎・副鼻腔炎といった耳鼻科的疾患、先天性心疾患を基礎疾患として有することが多く、高率に神経学的後遺症を合併し予後不良の疾患として知られる。今回、脳膿瘍を発症した小児の症例を経験したので報告する。

【症例】

14 歳女児、2005 年 1 月 24 日より頭痛、微熱が出現し 26 日より頭痛・嘔吐出現したため近医内科受診。1 月 28 日当院小児科へ紹介入院。細胞数 838/3 (単核球 441, 糖 68, 蛋白 108), 無菌性髄膜炎の診断で経過観察されていた。2 月 4 日早朝より意識障害が出現し、頭部 CT で前頭葉に腫瘍性病変を疑われ、当科に紹介。意識レベルは JCS10 ~ 30 で左軽度麻痺を認めた。造影 CT で右前頭葉底面に著明な edema を伴った大小 2 つの ring enhancement, mass を認めた。脳膿瘍または