



脳血流量や脳血管反応性が低下している例では、術後の hyperperfusion syndrome を起こす可能性を考慮しなければならない。今回我々は、術前に PET を、術中に bypass flow 測定を、術直後に SPECT を実施して本現象の発生因子を検討したので術後管理を含めて報告する。

【方法】対象は主幹動脈閉塞 6 例及びもやもや病 16 例の計 22 例である。術前には SPECT により rCBF 及び acetazolamide 反応性を、また PET により rCBF, rOEF, rCMRO<sub>2</sub>, rCBV を評価した。術直後に SPECT にて hyperperfusion 発生の有無を確認した。

【結果】22 例中 7 例で画像上 hyperperfusion を認め、その内 4 例は術中 STA 血流量測定で 50 ml/min を大きく超えていた。22 例の殆どで術前には rCBF と acetazolamide 反応性が低下していたが、その内 rOEF と rCBV が共に上昇している例で hyperperfusion を発生し易い傾向を認めた。

【結論】術前の脳循環評価や術中血流量測定で hyperperfusion が予想される場合は、術後早期に血流評価を行い血圧管理等に留意すべきである。

## 26 クモ膜下出血ならびに脳梗塞を合併した前大脳動脈解離性動脈瘤の 1 例

野呂 秀策・佐藤 司  
増井 信也・戸島 雅彦 (函館脳神経外科病院)  
西谷 幹雄 (脳神経外科)

今回我々はクモ膜下出血、脳梗塞の合併にて発症した前大脳動脈解離性動脈瘤 (ACA dissection) の症例を経験したので報告する。

症例は 76 歳男性、突然の頭痛と嘔気にて発症。(発症 5 日目に来院) 来院時 JCS 1, GCS 15, H&K grade 2, WFNS grade I, 麻痺は認めなかった。MRI (FLAIR) にて、左 Sylvius 裂にクモ膜下出血を、MRI (DWI) にて左 ACA (A1) 穿通枝領域に脳梗塞を認めた。脳血管撮影にて、左 ICO を伴う破裂 Acom 動脈瘤と診断した。左 ACA (A1) は hypoplastic であり、左 Pcom から左 MCA へ逆行性の血流を認め、右 ACA (A2) が極端に前方に見える事から、左 pterional

approach による、左前頭側頭開頭術を施行した。術中所見では、赤く拡張した ACA (A1) を認め、術前 Acom 動脈瘤と診断した部分は、左 ACA (A1) の一部であり、ACA dissection と診断し trapping を施行した。

## 27 中大脳動脈解離の画像所見と組織学的所見 — 2 剖検例から学んだこと —

鈴木 直也 (青森労災病院 脳神経外科)  
栗原愛一郎・小山 慶信 (同 神経内科)  
鎌田 満 (同 病理)  
吉川 朋成 (弘前大学 脳神経外科)

脳動脈の解離性病変は、臨床症状と画像所見から存在位置を診断して治療を開始せざるを得ない。中大脳動脈水平部 (M1) の解離性病変の中には、良好な予後を示す例もあるが、治療前診断の予想を覆し不良な転帰をとるものもある。解離病変は false lumen の発達の度合いによっては画像診断上で描出されない区間もあり、このことが治療戦略を考える上で問題の一つとなる。今回、中大脳動脈水平部 (M1) 解離病変の剖検 2 症例を経験し検討を加えた。

〔症例 1〕49 歳男性。クモ膜下出血で発症。CT angiography, DSA にて右中大脳動脈 (M1) から生じた解離と考える異常所見あり。脳虚血の増悪と再出血により死亡。解離の開始点は画像診断の予想より上流側であった。

〔症例 2〕49 歳女性。脳塞栓症に酷似した急性の左中大脳動脈閉塞で発症。虚血による脳ヘルニアで死亡。組織診断で血管壁の解離が証明された。

【結語】中大脳動脈の解離性病変は、画像診断で検出できない広がりや形態を呈していることがあり、外科的治療の可能性を考慮する際には特に注意が必要であろうと思われる。