
 学 会 記 事

第 61 回新潟脳神経外科懇話会

日 時 平成 24 年 12 月 8 日 (土)
午後 1 時～午後 5 時 30 分
会 場 新潟グラントホテル
常磐の間 5F

I. 一 般 演 題
1 脳膿瘍に脳梗塞を合併した 1 例

藤原 秀元・中里 真二・本間 順平
鈴木 倫明・西川 太郎・渡邊 正人
稲川 正一*

桑名病院脳神経外科
新潟大学放射線科*

症例は特に既往のない 54 歳, 男性. 頭痛, 発熱, 左片麻痺が出現した. 入院時 38.7℃, 項部硬直, JCS10R, 左不全片麻痺を認めた. 頭部 MRI では, 右傍側脳室に 25mm 程度の ring enhancement をうけ, 周囲浮腫が著明な mass を認め脳膿瘍と思われた. 右上顎洞に副鼻腔炎を認めた. 4 病日に定位的脳膿瘍ドレナージを施行し, 抗菌薬の全身投与をおこなった. 5 病日に血痰が出現し, 胸部造影 CT で左肺下葉に 30mm 大の病変を認め, 肺動静脈瘻と診断した. 発熱および左片麻痺は改善したが, 19 病日に, 急に体幹失調, 嘔吐, 意識障害が出現した. 頭部 MRI で, 左視床および後頭葉, 両側小脳に広範に脳梗塞をきたしていた. 下肢深部静脈血栓を認め, 奇異性脳塞栓と思われた. 経過中に鼻出血を繰り返した. 51 病日, 肺動静脈瘻に対してコイル塞栓術を施行した. リハビリの後, 105 病日に mRS4 で退院した.

【考察】遺伝性出血性毛細血管拡張症 (hereditary hemorrhagic telangiectasia ; HHT) の診断

基準 (The Curacao Criteria) として, 1.Epistaxis
2.Telangiectases 3.Visceral lesions (AVM, AVF)
4.Family history が挙げられている. 本症例は 1.2.3 の 3 項目を満たし, 診断は definite であった. HHT では, その 8-12% に, 中枢神経系合併症をきたすとされる. その機序の一つとして, 肺動静脈瘻による AV シャントが重要である. 肺動静脈瘻の 60-90% は HHT によるものとされる.

【結語】脳膿瘍と脳梗塞の両者を合併した HHT の 1 例を経験した. 脳膿瘍や脳梗塞の基礎疾患として, 肺動静脈瘻があり, HHT を念頭におくことが重要である. HHT の認識と, 早期病変発見による, 合併症予防は重要である.

2 当院における破裂内頸動脈前壁動脈瘤の診断と治療

神保 康志・佐々木 修・渡部 正俊
梨本 岳雄・五十嵐瑞穂・中村 公彦
高橋 陽彦・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

3 出血性梗塞を疑うも診断に苦慮した 1 例

棗田 学・安藤 和弘・岡田 正康
渡邊 徹・小倉 良介*・岡本浩一郎*
牧野邦比古**

県立新発田病院脳神経外科
新潟大学脳研究所脳神経外科*
県立新発田病院神経内科**

症例は 74 歳, 女性. パーキンソン病にて当院神経内科で加療中であり, 心房細動に対しワーファリンを内服. 突然の右下肢麻痺で発症し, 頭部 MRI で左前頭葉半卵円部及び左小脳半球に DWI 高信号域を認め, 脳塞栓症と診断され神経内科に入院した.

入院時 PT-INR は 1.58 でありヘパリンで加療した. 右半身麻痺は進行性で画像上, 左半卵円部病変に出血性変化を認めヘパリンを中止した. そ

の後も右半身麻痺は進行した。頭部MRIで右前頭葉に新しいDWI高信号病変を認め、左半卵円部病変は淡く造影された。経時的に左半卵円部病変は増大した。Mass effectを伴うこと、病変内の血管が造影される所見を認めたことより悪性神経膠腫等の腫瘍性病変が疑われ、左半卵円部病変に対し、定位脳手術を施行。組織診断は“diffuse large B cell lymphoma”で、メソトレキセート(MTX)大量療法を開始した。病理組織所見では弾性板を有する細動脈の中に大型なlymphoma cellを認め、これらの細胞はCD20陽性であった。最終病理診断は“intravascular B cell lymphoma”であった。髄液及び血清可溶性IL-2受容体は852・505U/mlと高値、血清LDH 302U/lと上昇、骨髄生検で異型細胞を認めた。両下肢痺れ、対麻痺、排尿障害を認め、脊髄造影MRIで播種病変を認めた。MTX療法後、残存病変に対し全脳照射及び局所照射、脊髄局所照射を施行し、リツキサン投与を行った。右半身麻痺は改善したが、両下肢麻痺、パーキンソン症状が残り車椅子生活レベルであった。

【考察】血管内リンパ腫(IVL)に伴う脳転移病変が出血性変化を伴うことは稀で今まで1例程報告のみである。本例では出血性梗塞との鑑別が困難であった。多発性脳梗塞を認める場合、急激な経過を辿る場合はIVLを念頭に置くべきと考えられた。

4 Gyral high densityを呈した小児重症頭部外傷の1例

— MRIによる追跡結果をふまえた考察—

青木 悟・斉藤 祥二・佐藤 洋輔
本道 洋昭

富山県立中央病院脳神経外科

経過中にgyral high densityを呈した小児重症頭部外傷の1例を報告する。

症例は、8か月、男児。出生から成長に特に問題はなく、8か月時点ではむしろ通常よりも早い段階でのつかまり立ちができていた。今回つかま

り立ち中に踵を軸に転倒し後頭部を打撲し、意識障害が出現したため救急搬送された。頭部CTで大きな頭蓋内血腫は認めなかったものの意識障害は遷延し、第4病日から痙攣発作が出現した。第6病日、痙攣重積となり、頭部CTを再検したところ両側側頭葉から頭頂葉にかけて広範囲な低吸収域が出現していた。第7病日MRIを施行すると、拡散強調画像で同部皮質下に淡い高信号が見られた。MRA、MRVでは明らかな狭窄、閉塞は見られなかった。第11病日頭部CTでは皮質限局の、いわゆるgyral high densityと呼ばれる所見が出現していた。第14病日、第28病日にMRIを施行したが、拡散強調画像で見られた淡い高信号は消失し、T2、T2*でも出血を疑わせるヘモジデリン沈着はみられなかった。脳萎縮が全体に進行し、両側前頭部に出現した硬膜下水腫は継時的に拡大していた。痙攣をコントロールして第29病日に自宅退院となったが、退院時の状態は生後4か月相当であった。

1歳前後の小児の頭部外傷後に時に見られるCT上のgyral high densityの正体は出血性梗塞であろうと推測する報告もあるが、本症例においては、反復して施行したMRIの結果からは出血性梗塞は否定的であった。

5 当院における電気生理学的検査

～ blink reflex と視床病変について～

山下 慎也・中山 遥子

柏崎総合医療センター脳神経外科

【はじめに】当院で施行した電気生理学的検査の中で、特にblink reflex (BR) について、特徴的な所見を得たので報告した。

【対象と方法】BRを施行した16例中、6例(男2, 女4例。42-84歳, 平均71.5歳)の視床出血患者について、その臨床所見と検査所見の比較検討を行った。

【結果】視床出血は、左5例、右1例、血腫径は約1-2.5cmであった。病変と反対側の刺激による両側R2が認められない例が3例あった。内2