

瘍反応性の炎症を示しているとの報告がある。本症例は年齢がやや高いこと、単純X線所見が好酸球性肉芽腫としては非典型的であることより、今後慎重な経過観察を行う必要がある。

#### 4 脳膿瘍を伴った硬膜下膿瘍の1例

小股 整・中川 忠・鎌田 健一  
森 宏

三之町病院脳神経外科

症例は71歳、男性。

既往歴：高脂血症のみ。

現病歴：H21.9.3夜より頭痛、9.4夕38.7度の発熱あり。9.5朝、洗面所の水を出しっ放し、呼んでも返答が遅い、左片麻痺などの神経症状出現し当院受診。入院時、JCS1、左半側無視、軽度左片麻痺、左半身感覚障害あり。入院当日39.1度の発熱あるも、翌日解熱。頭痛や頸部硬直認めず。WBC9,500、CRP7.72、HbA1c5.9%。

単純CT：右頭頂葉白質に低吸収域と同部脳溝不鮮明化あり。

造影MRI：脳溝に沿って増強あり。

DWI：一部に高信号域あり。入院当初、脑梗塞(亜急性期)或は脳腫瘍(症状は症候性てんかん後の神経症状)と考え、アレピアチン、ステロイドを投与開始した。神経症状は数日で改善し、炎症所見も改善。しかし1週間後MRIで、周囲増強効果を伴う硬膜下液貯留、皮質内囊胞性病変が明らかとなり、さらにDWIでも病変に一致した高信号域を認めたため、硬膜下膿瘍及び脳膿瘍と診断した。

原因・機序：まず血行性(慢性菌周炎3カ所十)に頭頂葉皮質近くに脳膿瘍が形成され、次いでそれが硬膜下腔へ開放されたものと推測された。

治療方針：まずは抗生剤投与を行い、2-4週間後、炎症が限局化した段階で必要なら外科的排膿を行うこととした。

経過：4週間抗生剤投与するも、硬膜下膿瘍はむしろ拡大傾向(症状は軽度左感覚障害のみ)あり。全麻下に開頭排膿洗浄術を施行した。術中、膿瘍周辺に被膜はなく、脳炎を来した白質を認め

たのみであった。術後MRIで、硬膜下膿瘍は消失したが、脳膿瘍自体は増大し、周囲の脳炎も悪化した。しかし幸い抗生剤治療に反応し、術後6週間で脳膿瘍はほぼ消失した。現在神経症状残なく、外来通院中である。

結語：硬膜下膿瘍は、抗生剤が到達しにくく、最終的に外科的排膿が必要ことが多い。術中、膿瘍被膜は極力温存すべきである。

#### 5 大量の咽頭出血で発症した頸部頸動脈瘤の1例

熊谷 孝・長瀬 輝頭\*\*\*・  
和氣 貴祥\*\*\*・小池 修治\*\*\*\*・  
古瀬 秀和\*・岡崎 慎一\*・阿部 靖弘\*  
深沢 学\*\*・武田 憲夫・井上 明  
妻沼 到・菅井 努・野村 俊春  
山形県立中央病院脳神経外科  
同 耳鼻科\*  
同 心臓血管外科\*\*  
山形県立新庄病院耳鼻咽喉科\*\*\*  
山形大学耳鼻咽喉科\*\*\*\*

症例は66歳、男性。中咽頭悪性リンパ腫に対し局所照射の既往あり。H20/10月嚥下困難、H21/1月咽頭出血を来し前医入院。頸部頸動脈瘤(An)が発見され紹介。大量出血によりショック状態で救急搬送。DSAで左頸動脈分岐部に9×18mm大のAnを認め、外頸動脈は閉塞、近位部総頸動脈(CCA)に狭窄あり。3D-CTAで狭窄部に石灰化を伴う。この時点では仮性動脈瘤と判断せず、照射後の硬化性変化とAn形成の診断。即日瘤内塞栓術とstent留置術を施行。GDC18-360(14mm-30cm)でshell形成し計345cmを用い塞栓(VER:33%)、次いでCCA狭窄部からneckをcoverするようWallstent RP(10mm-49mm)を留置。2週後DSAでAn消失を確認し転院。その後咽頭scopeでcoil protrusionが確認され、3.5ヶ月目のDSA,IVUSではstent拡張と圧着は良好だがcoilは著明にloosening。閉塞テストで永久遮断の耐性なしと判断。再出血と感染の危険あり耳鼻科、心臓外科、脳外科協働でICA温存の追加治療を予定した。左前頸部切開にてCCA,ICAを確保。Coilは器質化血腫とともに軟部組織内にあり。

CCAのballoon制御下にcoilを除去すると動脈壁は欠損しstentが露出。この時点で仮性動脈瘤と確認。壁欠損部から内shuntを挿入した上でstentとともに病変を切除し、PTFE graftを用いてCCA-ICAを再建した。術後DSAでICA描出良好を確認し新たな神経学的異常なく転院。

【考察】頸動脈仮性動脈瘤は、外傷・感染・照射などが原因となって生じる。頸動脈温存治療としてはcovered stentの有効性が報告され、graftを用いた再建術の報告は少ない。治療完遂のため、耳鼻科、心臓外科、脳外科の協働が重要であった。

## 6 視床海綿状血管腫の1手術例

谷口 禎規・竹内 茂和・加藤 俊一  
佐野 正和

長岡中央総合病院脳神経外科

症例は40歳、女性。2008年4月より理解力の低下と右上下肢の脱力感が出現し、6月26日当科初診。右顔面の軽度知覚低下とごく軽度の右片麻痺を認め、左視床に血管腫の所見を認めた。病変が小さかった事、症状が軽微であったため経過観察を行った。以後症状は僅かずつであるが階段状に悪化し、画像上も小出血を繰り返し徐々に血管腫の増大を認めた。しかし外科治療を拒んでいた事もあり経過を追っていたが、水頭症が出現してきたため2009年5月11日入院となった。MRI上血管腫はモンロー孔付近で側脳室壁に達しており、中脳レベルに及んでいた。他部位に血管腫の所見は認められなかった。血管写上明らかなstainはなく、合併したvascular malformationも認められなかった。5月14日血管腫からの小出血があり頭痛、嘔吐が出現し傾眠となり、麻痺の増悪（上肢はわずかに拳上、下肢は拳上するも保持不可）を認めた為、同日緊急で脳室ドレナージ術を施行。意識レベルは改善したが、麻痺の改善は認められなかった。5月21日MEPモニタリング下にinterhemispheric transcallosal approachにて全摘出術が施行された。一部血管腫の被膜外に血腫が認められた。術中間断的にMEPの低下が認められたが、消失はなかった。術後、麻痺はやや

軽減、知覚障害も軽減した。術後SSEPも保たれており、ホルモン学的検査でも異常なし。ただし、心療内科からの投薬を要するうつ状態となった。歩行可能となり7月13日に転院した。

【考察】幸い手術による症状の悪化は避けられたが、結果的にもう少し早いタイミングでの手術が望ましかったかも知れない。

## 7 動眼神経麻痺で発症した未破裂内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤に対するクリッピング術後の機能予後

源甲斐信行・中里 真二・長谷川 仁  
西川 太郎・渡邊 正人

桑名病院脳神経外科

【目的】動眼神経麻痺で発症した未破裂内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤に対してクリッピング術を施行、術後の動眼神経麻痺の機能回復について報告する。

【対象と方法】2007年4月から2009年11月までに当院でクリッピング術を施行した、動眼神経麻痺で発症した未破裂内頸動脈後交通動脈分岐部脳動脈瘤3例。

【結果】年齢は69～81歳。男性1例、女性2例。動脈瘤の最大径は5～18mmであった。術前の動眼神経麻痺の程度は、完全麻痺2例と不完全麻痺が1例。症状出現からクリッピング術までの期間は3日～60日。手術中の所見で、動脈瘤と動眼神経が強固に癒着していた1例では、治療までの期間が短かったにもかかわらず、動眼神経麻痺は部分回復に留まった。その他の2例では、3～12ヶ月で完全回復が得られた。

【結論】過去の文献では、クリッピング術とコイル塞栓術において、神経麻痺の機能回復に大きな差はないとの報告、コイル塞栓術に比べて、クリッピング術の方が神経麻痺の完全回復率が高かったとする報告、また、コイル塞栓術では神経麻痺の完全回復率が高く、クリッピング術では神経麻痺の改善率が高かったとする報告等が認められた。現在の所、クリッピング術とコイル塞栓術における動眼神経麻痺の神経機能回復に関してどち