

**60 初発時 4 度の脳血管撮影で動脈瘤が発見されず、14 年後に再破裂して硬膜下血腫を伴った右中大脳動脈瘤の 1 治験例**

伊藤美以子・黄木 正登・金城 利彦

公立置賜総合病院脳神経外科

症例は初回発作時 34 歳、再発作時 47 歳の男性。家族歴にくも膜下出血はない。喫煙、40 本/日。

【初回発作】1991 年 6 月、激しい頭痛で発症して近医脳神経外科に入院。CT でくも膜下出血が認められた。脳血管撮影を 4 度施行されたが出血源は明らかではなかった。ただし、3 度目、4 度目の脳血管撮影では右 M1-M2 移行部にわずかな膨隆が疑われるとカルテに記載されてあった。結局、手術施行されずに退院した。退院後の follow up は 2 カ月間のみであった。その後、なんら症状なく通常の仕事をしていた。

【再発作】2005 年 2 月 25 日午後 7 時 30 分ころ、乗用車運転中に意識障害で発症して当院に搬送された。来院時、意識レベルは 200、CT でくも膜下出血あり、右側頭葉の脳内血腫および右硬膜下血腫を伴っていた。3D-CTA で右 M1M2 分岐部に最大径 20mm の大きな動脈瘤が認められた。強い左片麻痺を呈していたが、手術直前には意識レベル 10 まで回復。発症から 5 時間で手術施行した。術後経過は良好で神経症状なく退院した。1. くも膜下出血後の follow up の間隔、期間について、および、2. 硬膜下血腫を伴った破裂脳動脈瘤の治療について考察した。

【結論】1. 出血源の明らかでない若年発症のくも膜下出血では定期的な画像検査を行なうべきである。2. 硬膜下血腫を伴なった破裂脳動脈瘤では、手術適応があればただちに根治手術を行なうべきである。術前検査として 3D-CTA が有用である。

**61 急性硬膜下血腫で発症した前大脳動脈遠位部動脈瘤の 1 例**

野下 展生・川村 強・蘭藤 順

金山 重明

八戸市立市民病院脳神経外科

【はじめに】くも膜下出血や脳内出血を伴わない硬膜下血腫で発症した脳動脈瘤破裂は比較的まれで、前大脳動脈遠位部動脈瘤破裂によるものは過去に 5 例報告されている。今回、我々は急性硬膜下血腫で発症した前大脳動脈遠位部動脈瘤の 1 例を経験したので報告する。

症例は 58 歳、男性。突然の意識障害で発症。搬送時の意識は JCS 100、GCS 5 (E1V1M3) で、頭部 CT にて左円蓋部および大脳半球間裂に急性硬膜下血腫を認めたため、緊急開頭血腫除去および外減圧術を施行した。発症 6 日後の脳血管撮影で左前大脳動脈遠位部（脳梁縁動脈分岐部）に不整形の動脈瘤を認めたため、発症 9 日目に neck clipping 術を施行した。動脈瘤の neck では壁も厚く動脈硬化性変化を認めており、真性の囊状動脈瘤を思われたが、動脈瘤の body は falx と癒着し、壁は脆弱で二層構造となっており仮性動脈瘤を思わせる所見であった。大脳半球間裂の硬膜下血腫と動脈瘤には連続性があり、動脈瘤破裂が出血の原因と考えられた。

【結論】急性硬膜下血腫の原因として動脈瘤破裂が関与するケースが存在するため、非外傷性の急性硬膜下血腫については動脈瘤の存在を念頭に置いて治療を行う必要がある。

**62 Orbital varix の 1 例**

鈴木 健司・佐々木 修・中里 真二

矢島 直樹・平石 哲也・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

Orbital varix は脳外科診療上遭遇する機会は比較的少ないものと思われる。今回 1 手術例を経験したので報告する。

症例は 50 歳女性。H15. 11 月頃より頭囲を下げたときに左眼球突出、眼部痛、複視を自覚するようになる。近医眼科受診したが異常は認められず、

当科に紹介され精査加療目的に入院。

【入院時所見】通常の姿勢では異常は認めない。頭を下げるとき10秒ほどで左眼窩外側に左眼球突出が出現し、しばらく複視が残存する。

【画像所見】臥位のCT, MRIで異常は認めない。腹臥位のCT, MRIにて左眼窩外側に均一に増強されるmass出現。Orbital varixを疑いAngiography施行。頸静脈圧迫の静脈相でも異常陰影は認められず。顔面静脈からのvenographyにてvarixの出現あり。後日Orbitozygomatic approachでvarixを摘出した。術後特に症状無く経過良好である。現在も再発はない。臨床症状、診断の上で興味深く、若干の文献的考察を加え報告する。

### 63 脳動静脈奇形手術における運動誘発電位モニタリングの経験

市川 剛・堀内 一臣・生沼 雅博  
佐久間 潤・鈴木 恭一・松本 正人  
佐々木達也・児玉南海雄  
福島県立医科大学脳神経外科

【目的】AVM手術における運動誘発電位(MEP)モニタリングの有用性について、手術例を供覧し報告する。

【症例1】36才、男性。最大径5cmの左fronto-basal AVM。Feederは左ACAとMCAの皮質分枝およびICA C1部、ACA A1部、MCA M1部からの穿通枝。これらの穿通枝は皮質脊髄路を灌流し、その閉塞により運動麻痺を呈する場合があるため、feederの血流を順次一時遮断し、MEPと上下肢SEPに変化のないことを確認した後にfeederを処置しnidusを摘出した。術後、神經脱落症状なく退院した。

【症例2】17才、女性。左中心前回に位置するAVM。MEPを用いhand motor cortexのmappingを行った。Feederは中心前回を灌流するMCAとACAの皮質枝で、これらの血流を一時遮断しMEPに変化のないことを確認した後に処置した。Nidus周囲の異常血管(PDCN)の処置中にMEP振幅が低下したため手術操作を中断、MEPの回復を待って手術を再開しAVMを全摘出した。術後新たな神經脱落症状の出現なく退院した。

【結語】MEPを用いることによりfeederが皮質脊髄路を灌流していないことが確認でき、feederの処置の際に有用であった。またhand motor cortexのmappingや、術中に運動路機能の障害の有無を探知するのに有用であった。