

の間に有意な直線的関係があった (Pearson の係数 0.578, $p < 0.0001$).

【結論】皮質下 dotHS, 深部 dotHS が多い場合, 脳内出血の長径は小さい ($\leq 2\text{cm}$) と考えられた.

18 塞栓術後に慢性硬膜下血腫を生じた横 S 状静脈洞硬膜動静脈瘻の 1 例

高島 靖志・松田 謙・山崎 法明
宇野 英一・若松 弘一・土屋 良武
宮山 士朗*

福井県済生会病院脳神経外科
同 放射線科*

症例は 75 歳の男性. 平成 15 年 9 月 1 日夕食後より様子がおかしく, 言葉の理解ができずに会話にならなかった. 夜間も眠らずにウロウロしていた. 9 月 2 日当科初診. 感覚性失語をみとめた. 頭部 CT では左側頭葉から後頭葉にかけて石灰化をみとめた. MRI では同領域に T2 および FLAIR で高信号域および多数の flow void をみとめた. 脳血管造影では後頭動脈を主たる流入動脈とする transverse - sigmoid sinus dural arteriovenous fistula (D-AVF) をみとめ, Labbe vein より cortical vein への逆流をみとめた. 9 月 8 日に後頭動脈の TAE と対側の横静脈洞を経由した TVE を施行し, cortical vein への逆流は消失した. 症状は徐々に改善し 9 月 14 日独歩退院した. 10 月 24 日のフォローアップ MRI にて左慢性硬膜下血腫をみとめた. 無症状のため経過を見ていたところ, 11 月 17 日より右不全片麻痺が出現し徐々に進行した. 血腫の増大をみとめたため, 11 月 27 日穿頭血腫洗浄術施行し, 症状は改善した. 本症例に明らかな外傷歴はみとめなかった. 慢性硬膜下血腫の発症した機序としては, ①塞栓術の際の機械的な刺激が trauma となった, ②患側静脈洞閉塞による硬膜の還流障害により出血を惹起した, ③偶然の軽微な頭部外傷があった, が考えられる. 調べ得た限りでは D-AVF の血管内治療後に慢性硬膜下血腫を生じた報告はなく, 貴重な症例と考え報告した.

19 横・S 状静脈洞部硬膜動静脈瘻に合併しためまい症状の検討

堀 恵美子・久保 道也・桑山 直也
山本 博道・栄楽 直人・平島 豊
遠藤 俊郎

富山医科薬科大学脳神経外科

めまいを呈した横・S 状静脈洞部硬膜動静脈瘻の 3 例を経験したので報告する.

〔症例 1〕51 歳男性. 拍動性の耳鳴り及び頸部の後屈にてめまいが出現し, 耳鼻科を受診した. 耳鼻科にて撮影した MRA にて硬膜動静脈瘻を疑われ当科に紹介された. 脳血管造影にて右後頭動脈及び中硬膜動脈等を流入動脈とする左 S 状静脈洞部の硬膜動静脈瘻を認めた. 経静脈的塞栓術を施行し, 術後めまいは改善した.

〔症例 2〕52 歳女性. 耳鳴りと頭重感を主訴に来院した. 左後頭動脈, 後耳介動脈等を流入動脈とする左横・S 状静脈洞部硬膜動静脈瘻を認め, 経静脈的塞栓術を施行した. 術後めまいが出現し, 耳鼻科にて患側の内リンパ水腫と診断された. 保存的加療にて症状は改善した.

〔症例 3〕55 歳女性. 頭痛および耳鳴りにて発症した. 脳血管造影にて右後頭動脈, 後耳介動脈及び中硬膜動脈を流入動脈とする右横・S 状静脈洞部の硬膜動静脈瘻を認めた. NBCA による頸動脈的塞栓術後に, めまいが出現した. 右外耳道の皮静脈にうっ血所見が認められた. 保存的加療にて症状は改善した. 硬膜動静脈瘻と内耳の循環障害の関連について検討する.

20 出血源不明のクモ膜下出血 — 当院における 3D-DSA 導入前後での比較検討 —

長谷川 亨・佐々木 修・中里 真二
鈴木 健司・平石 哲也・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

【はじめに】3D-DSA は 2D (拡大ステレオ) DSA と比して動脈瘤の検出に優れている事で知られる. 今回, 我々は 3D-DSA 導入前後での出血源不明のクモ膜下出血 (以下 SAH) の発生数について比較検討した.

【対象, 方法】CTにてSAHを呈した非外傷性の症例. A群: 2D-DSA (1994-2000) 施行した155例. B群: 3D-DSA (2000-2004) を施行した118例. 3D-DSAはGE Advantx LC Vplusを使用. 中脳周囲非動脈瘤性SAHは1例であった為除外した.

【結果】A群では初回の血管撮影で出血源不明が11例(7.0%), 複数回の血管撮影でも不明が6例(3.9%)であった. 内2例は3D-CTA, 開頭手術により動脈瘤を同定できた. 複数回の血管撮影で出血源を同定できた症例は, 血栓化内頸動脈瘤, 中大脳動脈の小動脈瘤がそれぞれ1例, 椎骨動脈瘤2例(1例は解離性動脈瘤)であった. B群では初回の血管撮影で出血源不明が3例(2.5%)であった. 複数回の血管撮影で2例は解離性中大脳動脈瘤(M3部), 仮性小動脈瘤(脳底動脈近傍)が同定された. 1例は出血傾向との関与が示唆され血管撮影上異常を認めなかった.

【結論】同一症例での比較ではないが3D-DSAの導入によりSAHの出血源検索の精度と速さの向上が認められた. 特に小さい動脈瘤や血管分岐が複雑な部分の動脈瘤の検出に優れていると考えられた. 今後2D-DSAでの出血源不明例に対し3D-DSAでの追跡を検討する必要があると考えられた.

21 プラーク内出血を来したと考えられた右内頸動脈狭窄症の1例

中澤 照夫・門間 文行

新庄徳洲会病院脳神経外科

プラーク内出血はアテローム硬化性病変の進行, 急性発症に重要な病態と考えられている. 比較的早期の右内頸動脈狭窄症にプラーク内出血を来し, 内膜を破って腔内に血栓を形成, これが塞栓源となり脳梗塞を来したと考えられた1例を経験したので報告する.

症例は49歳男性. 高血圧症にて治療中で喫煙歴は30年間あり. 高脂血症はない. 平成15年12月より計算力の低下を自覚し, 言動の鈍さを指摘されるようになったため, 12月23日入院した.

CT, MRIにて右前頭葉に皮質枝梗塞を認めた. 血管写にて右内頸動脈狭窄(狭窄度60%)を認め, 頭蓋内血管には狭窄病変はなく, 右中大脳動脈上行枝も開存していた. 心エコー検査では異常所見はなく, 心房細動もみられなかった. 頸動脈エコー検査では右内頸動脈狭窄の主病変はエコー輝度が高くなく, 比較的新鮮な血栓の可能性が考えられた. 左側の頸動脈球部にはプラークを認めるものの狭窄は極く軽度であった. 保存的治療にて神経症状は改善し, 言語, 運動知覚障害は消失した. CT上梗塞巣が造影されなくなるのを待って, 平成16年1月13日, 内シヤント下に右頸動脈血栓内膜剥離術を施行した. 動脈切開を行うと腔内は比較的新鮮な血栓で充満しており容易に吸引できた. 血栓はプラーク内と連続しており, 一部器質化していた. 内弾性板と中膜の間で剥離面を決めendarterectomyを行った. 術後経過は順調で合併症はなく, 2月4日独歩にて退院した.

22 昨年度の血栓内膜剥離術における重篤な合併症の1例

尾金 一民・畑中 光昭・藤井 康伸

平野 孝幸

十和田市立中央病院脳神経外科

昨年度の血栓内膜剥離術において, 重篤な合併症を生じた一例を提示し, 反省点とその対策を考察した. 症例は69歳, 男性. 平成15年4月29日, 軽度右片麻痺と呂律障害にて発症し, 脳梗塞の診断にて直ちに脳血管撮影を行った. 検査準備中から症状の改善が始まり, 半日でほぼ戻った. 脳血管撮影上, NASCETで約60%の左頸動脈狭窄と不整な潰瘍形成を認めた. 抗血小板剤などを投与し観察入院としたが, 入院中にも同様なTIAを数回生じた. 頸動脈潰瘍部分からのartery to artery embolismと診断し, 同部に対する血栓内膜剥離術を行った. 手術所見では出血性プラークであった. 術後より右片麻痺と失語を認め改善傾向にないたため, 直ちに脳血管撮影を行ったが, 手術部位や頭蓋内血管に明らかな閉塞はなく, 流れも良好であった. その後のMRIにて, 左前頭葉を中心に