

【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