あるにすぎない．また，虚血発症後にくも膜下出血を呈するものは非常にまれで文献上14例が報告されており，その中の10例は死亡している予後の悪い病態で急性期の再出血予防が必要である．今回我々は，虚血発症後に短期間でくも膜下出血を呈した後 大脳動脈解離性動脈瘤の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する．症例は41才の女性で，5年前より高血圧で治療中であった．H15. 9. 7全身倦怠感を主訴に近医受診し，血圧160/120mmHgで点滴を受けたがその後嘔吐した．翌日も症状持続し近医で再度点滴を受けた．9. 11軽度の頭痛，歩行時のふらつきが出現し当院を受診，初診時MRIにて左後大脳動脈領域に急性期脳梗塞の所見を認めたため入院となった．初診時，神経学的には特記すべき所見を認めず，入院準備のため一旦自宅へ戻ったが自宅を出る前に激しい後頭部痛，右半身の感覚障害が出現し，入院後まもなくして意識障害（JCS200），右片麻痺となりCTにてSAH所見を認めた．翌日症状が改善したため脳血管撮影を行い後大脳動脈P2segmentに解離性動脈瘤を認め，同日GDC塞栓術を行った．術後穿通枝障害のため右片麻痺となり，その後脳血管れん縮のため左大脳半球に広範に虚血巣が出現しさらに右半盲を呈した．現在，杖歩行まで回復しリハビリ中である．

68 後大脳紡錘状動脈瘤破裂で発症したマルファン症候群の1例 — マルファン症候群の頭蓋内動脈瘤の病理学的検討 —

久保 慶高・小笠原邦昭・冨塚 信彦
渡辺美喜雄・黒瀬 顕*・小川 彰
岩手医科大学脳神経外科
同 病理学第一*

【はじめに】マルファン症候群は心・大血管に病変を認めることが多いが，頭蓋内の血管病変を病理学的に検討した報告は少ない．今回我々は，くも膜下出血で発症した破裂後大脳紡錘状動脈瘤を有した症例を経験した．この紡錘状動脈瘤を摘出し，病理学的検討を行ったので報告する．

症例は30歳女性で，既往歴として自然気胸がある．家族歴では母親が前大脳紡錘状動脈瘤破裂で死亡している．2003年3月12日の午前6時頃，炊事中に突然の頭痛を訴え，その後，意識を消失し，近くの病院へ搬送された．WFNS 5，H-K5，Fisher 3のくも膜下出血で脳血管撮影上，両側PCA（P2）に紡錘状動脈瘤を認めた．CT所見上，破裂部位は左と考え，発症13日目に左側頭下開頭で後大脳動脈ー上小脳動脈側々吻合と紡錘状動脈瘤のトラッピングを行い，さらに病変部を摘出した．経過は良好で14ヶ月経過した現在，mRS 0である．この症例は，術後のスクリーニングでマルファン症候群であった．摘出した病変部の病理所見は中膜平滑筋が部分的に消失し，膠原線維で置換されていた．膠原線維の走行は不規則で著明な粘液の貯留も認められた．この粘液貯留は酸性ムコ多糖類であり，アルシアン・ブルー染色で明確に認められた．これらの所見はマルファン症候群の病理所見に特徴的なものと考えられた．摘出した浅側頭動脈の病理所見には異常が認められなかった．

69 脳室内出血にて発症した破裂内頸動脈瘤の1例

中川 忠・中嶋 昌一・鎌田 健一
三之町病院脳神経外科

CT上脳内出血やくも膜下出血像を認めず脳室内出血で発症する破裂動脈瘤は比較的稀である．今回，我々はCT上脳室内出血が特徴的所見であった破裂内頸動脈瘤の一例を経験したので報告する．症例は62才女性．平成16年2月4日夜間，突然の意識消失で発症．初診時JCS100，軽度右片麻痺を認め，H&K grade 4であった．CT上左側脳室を主体に全脳室系に脳室内出血を認め，左側頭葉内側に小出血とそれより内側に小さな高吸収域のmass lesionが見られたが，くも膜下出血は見られなかった．脳血管造影上，左内頸動脈後交通動脈分岐部に最大径約2 cmの外側に伸展した大きな動脈瘤を認めた．手術所見は脳表にごく軽度のくも膜下出血を認め，動脈瘤はその先端部が左側頭葉内側面のparahippocampal gyrusに強く