

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・富塚 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—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2cm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

癒着していた。このため、破裂時に temporal horn に穿破し、脳室内出血が生じたものと考えられた。動脈瘤は ring clip を用いて tandem に clipping された。現在まで脳内出血やくも膜下出血を伴わず脳室内出血で発症する破裂動脈瘤の報告は意外に少なく、後下小脳動脈末梢部、前脈絡叢動脈末梢部や前交通動脈の破裂動脈瘤で報告されている。本例の様に左側頭葉内側に小出血を認めたと、テント上下の広範囲に脳室内出血を見た破裂内頸動脈瘤の報告例は我々が渉猟し得た範囲では認められなかった。本例は稀と思われ報告した。

70 後大脳動脈解離性動脈瘤によるくも膜下出血の1例

田村 哲郎・土田 正・関 泰弘
佐野 正和・伊藤 靖*・長谷川 仁*
新潟県立中央病院脳神経外科
新潟大学脳神経外科*

【はじめに】頭蓋内動脈の解離によるくも膜下出血(SAH)は稀であるが、報告例は増えつつある。多くは椎骨動脈であり、後大脳動脈(PCA)は極めて稀である。我々は血管内手術で治療した症例を経験したので報告する。

症例は46歳女性。就寝中急に後頭部痛、嘔吐が出現。来院時失見当識がありCTでSAHを認めた。同日DSAを行ったが、左PCA ambient segmentに拡張を認めた以外に動脈瘤を認めなかった。翌日のCTAで同部の拡張が明瞭に認められた。保存的に加療し意識は清明になった。Day 8にMRAを行い、ambient segmentの一部に局所的膨隆を認めた。Day 15に再度DSAを行ったところ脳底動脈はspasmを示し、PCAは後交通動脈を介して内頸動脈から描出され初回より拡張したambient segmentを認めた。経過観察とし、脱落症状なく退院。3ヵ月後のMRAでPCAの局所的膨隆の増大を認め再入院。瘤内塞栓術を検討したが、通常の嚢状動脈瘤とは異なる造影態度を示し、解離性動脈瘤と考えGDCにより親動脈ごと動脈瘤の閉塞を行った。直後より逆行性にPCAが造影され、術後半盲ほか神経症状は生じず、CT

でも梗塞巣を認めなかった。その後のMRAで閉塞部位より近位部の狭細化を認めるが、動脈瘤は描出されていない。

【結語】稀な後大脳動脈 ambient segment における解離性動脈瘤によるSAHの1例に対して塞栓術を行い、本幹の血流を犠牲にしたが、神経脱落症状を来さずに治癒させることができた。

71 家族性に発症した perimesencephalic nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage

小倉 憲一・本道 洋昭・河野 充夫
川崎 浩一・菊池 文平・野上 予人*
富山県立中央病院脳神経外科
かみいち総合病院*

70歳、女性(母)。既往に高血圧がある。平成8年8月20日、入浴後の突然の頭痛にて発症。来院時、頭痛と項部硬直を認め、CTはperimesencephalic nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage(SAH)であった。脳血管撮影にて明らかな出血源は認められなかった。入院後、一過性に水頭症を呈し、腰椎ドレナージにて加療した。8月28日脳血管撮影を再施行するも異常所見はなく、9月27日元気に退院となった。現在、再発なく外来通院中である。

52歳、男性(長男)。既往歴は特記すべきことなし。平成13年10月8日、突然の頭痛にて発症。翌日、頭痛が軽快しないため病院を受診。頭部CTでperimesencephalic nonaneurysmal SAHを認めた。脳血管撮影を施行するも動脈瘤を認めなかった。10月12日、22日の脳血管撮影でも特記すべき所見なく、10月23日退院。現在、外来通院中である。

Perimesencephalic nonaneurysmal SAHは、原因不明のSAHの40~65%に認められる。剖検例の報告はなく、原因については不明である。SAH患者の一親等親族は、SAHの危険性は3~7倍と高いが、perimesencephalic nonaneurysmal SAHの家族性発症の報告は文献上渉猟しえた範囲ではみあたらない。Perimesencephalic nonaneurysmal SAHの発症原因について若干の考察を加え報告する。