

施行した血管撮影では動脈瘤を発見することができなかったが、発症4日目に再度施行した血管撮影で左SCA-marginal branch分岐部に動脈瘤を認めた。左前下小脳動脈(AICA)は造影されず、marginal branchがAICA還流域へ下行していた。このため、動脈瘤は迂回槽で通常より尾側に存在していることが予測され、後方経錐体到達法によるクリッピング術を発症後11日目に行なった。術後に脳血管攣縮による脳梗塞をきたし、遷延性意識障害の状態が継続しているが、血管撮影上は動脈瘤の消失が確認された。末梢性SCA動脈瘤は、その存在部位によって前方到達法、側頭下到達法、後頭経テント到達法、テント下小脳上到達法が用いられる。本例では、動脈瘤が迂回槽の低い位置に存在していることが予測されたので、後方経錐体到達法を選択した。このアプローチでは、動脈瘤の親血管の確保が容易で、広い術野が確保されるので、同部の動脈瘤クリッピングに有用であった。

91 出血及び延髄圧迫症状を呈した血栓化椎骨動脈瘤の2症例

白石振一郎・藤村 幹・昆 博之
本橋 蔵・亀山 元信・小沼 武英
石井 清*

仙台市立病院脳神経外科
同 放射線科*

出血にて発症し血栓化椎骨動脈瘤による延髄圧迫症状を呈した2症例を報告する。

〔症例1〕61歳男性。突然の意識障害、左半身麻痺、呼吸障害にて発症。来院直後、呼吸停止を来し人工呼吸器を導入した。CTでは延髄出血が見られた。MRI、脳血管造影にて、部分血栓化紡錘状椎骨動脈瘤の瘤内出血とそれによる延髄の圧迫が認められた。発症1ヶ月後にGDCによる瘤内塞栓術を施行した。その後、呼吸障害は徐々に改善し、塞栓術後1ヶ月に人工呼吸管理から離脱。発症3ヶ月でリハビリテーション目的に転院となった。

〔症例2〕76歳男性。突然の頭痛、呼吸障害、進

行性の意識障害にて発症。CTにてクモ膜下出血及び急性水頭症を認めた。緊急脳室ドレナージ術を施行し意識の改善を認めたが、呼吸障害は遷延した。MRI、脳血管造影にて延髄を圧迫する椎骨動脈解離性動脈瘤が認められた。僅かな偽腔への造影剤のpoolingを認めるのみで自然血栓化が示唆されたため保存的に加療した。発症1週間で呼吸障害は徐々に改善した。4週後の血管撮影では血栓化の進行が認められた。発症5週に慢性水頭症に対して脳室腹腔シャント術を施行。発症2ヶ月で独歩にてリハビリ病院に転院となった。

【結論】1. 椎骨動脈瘤による延髄圧迫は遷延性呼吸障害の原因となりうる。2. 動脈瘤内への血流を遮断し延髄への拍動性圧迫を取り除くことにより延髄圧迫症状の改善が期待できる。

92 fibromuscular dysplasia (線維筋性異形成)に伴った脳底動脈主幹部の多発性動脈瘤

木村 輝雄・恩田 清・檜前 薫
山崎 一徳・宮川 照夫・新井 弘之
新潟脳外科病院

【背景】fibromuscular dysplasia (FMD)と頭蓋内動脈瘤の関連が示唆されているが、これまでFMDに伴った脳底動脈主幹部の多発性動脈瘤は報告されていない。文献的考察を加えて報告する。

症例は50歳、女性。突然の激しい頭痛に続いて進行性の意識障害を呈し当院に搬入された。神経学的には半昏睡、項部硬直、左片麻痺を認めた。頭部CTで後頭蓋窩に強いくも膜下出血を認めた。搬入時に急性肺水腫が重度のため、人工呼吸機下で呼吸管理された。呼吸機能と意識の改善を認めたが、左片麻痺は残存した。DSAで右総頸動脈、左内頸動脈にpearl and string signを、脳底動脈に2個の動脈瘤を認めた。初発から21日目に頭痛、右への共同偏視、眼振、四肢麻痺を認め、頭部CTで再出血が認められた。23日目に右のtranspetrosal approachで両方の動脈瘤に対してクリッピング術を施行した。術後、症状はすべて消失し、社会復帰した。

【考察】これまでFMDは脳動脈瘤を高率(21%)に合併しやすいと考えられていたが、最近、FMDの患者のわずか7.3%に脳動脈瘤を合併し、それらは、FMDの部位と動脈瘤の発生部位との関係はないという報告もある。しかし、脳底動脈主幹部に多発性に脳動脈瘤が発生することは非常に希であり、今回の症例からFMDがその発生に関与している可能性が考えられた。

93 紡錘状椎骨動脈瘤の臨床的検討

青山 国広・増井 信也・佐藤 司
 中西 尚史・戸島 雅彦・西谷 幹雄
 瓢子 敏夫*・片岡 丈人*・坂井 信幸**
 医療法人社団函館脳神経外科病院
 中村記念病院*
 神戸市立中央市民病院**

過去5年間に当院で経験した、18例の椎骨動脈瘤について検討し報告する。

【対象・方法】当院で長期経過を追跡できた、紡錘状椎骨動脈瘤の18例を対象とした。観察期間は6～141ヵ月(平均43ヵ月)、年齢49歳～76歳(平均60.2歳)。診断確定はMRA, MRI, 脳血管造影にて行った。

【結果】初発形式はSAH発症4例、脳梗塞発症2例、頭痛3例、眩暈1例であり、無症候性は8例であった。SAH4例中、2例は保存的治療、2例はコイル塞栓術を施行した。経過中、動脈瘤が拡大した症例は2例あり、1例は母血管を温存するため、StentとGDCにて治療を行った。1例は巨大動脈瘤(29.8×37.6mm)であり、外科的治療を考慮しつつ、保存的治療を行った。

【考察】当院の治療方針として、SAH発症は外科的治療を検討し、脳梗塞発症、頭痛、眩暈、無症候性の症例は、血圧の管理下に経過観察を行い、動脈瘤が拡大した症例に対しては、臨床症状を検討し外科的治療を考慮している。今後、無症候性で血圧管理のみで経過観察している、保存的症例に対しては、更なる長期経過観察が必要である。

94 重症頭部外傷後の急性硬膜下血腫と瀰漫性脳損傷に伴う尾状核梗塞の1小児例

藤村 幹・亀山 元信・本橋 蔵
 昆 博之・小沼 武英

仙台市立病院脳神経外科

頭部外傷後の穿通枝梗塞は稀な病態として知られている。重症頭部外傷後の急性硬膜下血腫と瀰漫性脳損傷に伴い尾状核梗塞を呈した1小児例を経験したので報告する。

【症例】6才の男児。歩行中、乗用車にはねられ20分後に救急車にて搬送された。来院時GCS=10(E=2, V=3, M=5)の意識障害を認め、CTにて薄い右テント上の急性硬膜下血腫を認めた。受傷3時間後に血腫の増大と意識レベルの低下(GCS=5, E=1, V=1, M=3)を認めたため緊急開頭血腫除去を施行した。術後1週間で意識障害は改善した(GCS=15)。術後MRIでは脳梁に斑状のT2強調画像にて高吸収域を認め、尾状核から淡蒼球にかけてHeubner arteryの支配領域にT2強調画像及びに拡散強調画像にて高吸収域を認めた。MRAではdissectionなどを示唆する所見は認めなかった。以上より重症頭部外傷に伴う瀰漫性脳損傷とHeubner artery支配領域の脳梗塞が示唆された。術後経過は良好で神経学的脱落症状なく独歩退院した。

【結語】重症頭部外傷による尾状核梗塞はきわめて稀であり、また瀰漫性脳損傷と急性硬膜外血腫との合併はその発生機序を考える上で興味深いと考えられた。

95 外傷性脳血管攣縮に対して血管内治療を行った2例

中里 真二・小池 哲雄・佐々木 修
 鈴木 健二・狩野 瑞穂

新潟市民病院脳神経外科

【症例1】62歳男性。転落事故で受傷。来院時軽度意識障害、左片麻痺を認め、頭部CTで脳内出血とくも膜下出血を認めた。翌日脳血管撮影を施行したが、明らかな出血源は認めず、頭部外傷による頭蓋内出血と診断し、保存療法を施行した。