

不規則であり、時間経過とともに部位、波形が変化しやすく、臨床症状との関連が示唆されている。しかし、この起源と症状との詳細な検討は、未だ十分に行われていない。本研究では、脳磁図を用いてこの RBU の起源を探り、臨床症状および画像所見との関係について検討した。

【方法】対象は過呼吸で RBU が誘発される4例の小児 Moyamoya 病患者である。全頭型204チャンネル脳磁界計測装置を用いて、脳磁図および脳波の同時記録を行いながら、患者は臥位で約3分間の過呼吸を行った。脳波上 RBU 出現後3分間までに現れた RBU のピーク(約50 msec)を選択し、信号源推定を行った。g 値が0.9以上あるダイポールの広がりおよび密度を、カラーマップとして表示した。

【結果】全例で RBU ダイポールは左右いずれかの前頭葉に優位に集積しており、この分布範囲は、SPECT による血管予備能の低下した領域とはほぼ一致していた。RBU は Moyamoya 病による血管反応性の異常と密接に関連し、脳虚血状態を鋭敏に捉えているものと考えられた。

23 脳梗塞による補足運動野症候群の一例

櫻田 香・嘉山 孝正(山形大学)
小久保安昭・佐藤 慎哉(脳神経外科)
近藤 礼(済生会山形済生
病院脳神経外科)

【はじめに】補足運動野症候群に関する報告は、これまで補足運動野に存在する腫瘍摘出によるものが主体であったが、今回、脳梗塞により補足運動野症候群を呈した症例を経験したので報告する。

〔症例〕症例は57歳女性。下肢に強い右片麻痺と無言症にて発症した。来院時の MRI 拡散強調像での高信号域は左前大脳動脈領域にのみ存在し、脳血管撮影でも Lt. A2 の閉塞所見のみであった。同所見からは、右上肢麻痺・無言症を説明できず、補足運動野症候群を呈しているものと診断した。同症状はその後約1ヶ月の経過で改善した。

【まとめ】前大脳動脈領域に及ぶ血管障害によっても補足運動野症候群が生ずることがあり、その経過は腫瘍摘出時に生ずるものと同様の経過をと

ることが明かとなった。錐体路障害による運動麻痺と補足運動野症候群を鑑別することは、患者の予後を推定し、リハビリテーションも含めた治療方針決定に極めて重要であると考え報告した。

24 若年者虚血性脳血管性障害の臨床的特徴

西野 晶子・西村 真実(国立仙台病院)
鈴木 晋介・上之原広司(脳卒中センター)
桜井 芳明(脳神経外科)

【目的】若年者虚血性脳血管障害例の臨床的特徴を明らかにする。

【対象と方法】2001年4月～2002年1月に経験した50才以下の虚血性脳血管障害例14例(男性9例、女性5例)を若年発症者と定義して対象とし、画像所見の特徴、発症機序、危険因子などにつき検討した。

【結果】年齢は21～30才2例、31～40才1例、41～50才11例。病型は頭痛、視障害など一過性2例、minor stroke 7例、completed stroke 5例。発症機序としては、血管解離が8例(57.1%)と最も多く、部位は頸部 IC 1例、頭蓋内 IC 1例、VA 4例、PCA 2例であった。血栓症は2例(14.3%)で、共通の危険因子は高血圧と喫煙であった。心原性塞栓症は1例で、卵円孔開存による右左シャントを認めた。静脈性梗塞は1例で、protein C 抗原量、活性の低下を認めた。他の2例は原因不明であった。

【まとめ】若年者虚血性脳血管障害の機序としては、血管解離が最も高頻度であった。診断や治療法についての考察を加えて報告する。

25 STA-MCA 吻合術直後の SPECT 測定の意義—Hyperperfusion の診断と PET による予測—

中山 若樹・黒田 敏(北海道大学)
宝金 清博・石川 達哉(脳神経外科)
安田 宏・古川 浩司(札幌医科大学)
新谷 好正・小林 徹(脳神経外科)
岩崎 喜信(旭川赤十字病院
脳神経外科)

【目的】STA-MCA 吻合術の適応になり得る、

脳血流量や脳血管反応性が低下している例では、術後の hyperperfusion syndrome を起こす可能性を考慮しなければならない。今回我々は、術前に PET を、術中に bypass flow 測定を、術直後に SPECT を実施して本現象の発生因子を検討したので術後管理を含めて報告する。

【方法】対象は主幹動脈閉塞 6 例及びもやもや病 16 例の計 22 例である。術前には SPECT により rCBF 及び acetazolamide 反応性を、また PET により rCBF, rOEF, rCMRO₂, rCBV を評価した。術直後に SPECT にて hyperperfusion 発生の有無を確認した。

【結果】22 例中 7 例で画像上 hyperperfusion を認め、その内 4 例は術中 STA 血流量測定で 50 ml/min を大きく超えていた。22 例の殆どで術前には rCBF と acetazolamide 反応性が低下していたが、その内 rOEF と rCBV が共に上昇している例で hyperperfusion を発生し易い傾向を認めた。

【結論】術前の脳循環評価や術中血流量測定で hyperperfusion が予想される場合は、術後早期に血流評価を行い血圧管理等に留意すべきである。

26 クモ膜下出血ならびに脳梗塞を合併した前大脳動脈解離性動脈瘤の 1 例

野呂 秀策・佐藤 司
増井 信也・戸島 雅彦 (函館脳神経外科病院)
西谷 幹雄 (脳神経外科)

今回我々はクモ膜下出血、脳梗塞の合併にて発症した前大脳動脈解離性動脈瘤 (ACA dissection) の症例を経験したので報告する。

症例は 76 歳男性、突然の頭痛と嘔気にて発症。(発症 5 日目に来院) 来院時 JCS 1, GCS 15, H&K grade 2, WFNS grade I, 麻痺は認めなかった。MRI (FLAIR) にて、左 Sylvius 裂にクモ膜下出血を、MRI (DWI) にて左 ACA (A1) 穿通枝領域に脳梗塞を認めた。脳血管撮影にて、左 ICO を伴う破裂 Acom 動脈瘤と診断した。左 ACA (A1) は hypoplastic であり、左 Pcom から左 MCA へ逆行性の血流を認め、右 ACA (A2) が極端に前方に見える事から、左 pterional

approach による、左前頭側頭開頭術を施行した。術中所見では、赤く拡張した ACA (A1) を認め、術前 Acom 動脈瘤と診断した部分は、左 ACA (A1) の一部であり、ACA dissection と診断し trapping を施行した。

27 中大脳動脈解離の画像所見と組織学的所見 — 2 剖検例から学んだこと —

鈴木 直也 (青森労災病院 脳神経外科)
栗原愛一郎・小山 慶信 (同 神経内科)
鎌田 満 (同 病理)
吉川 朋成 (弘前大学 脳神経外科)

脳動脈の解離性病変は、臨床症状と画像所見から存在位置を診断して治療を開始せざるを得ない。中大脳動脈水平部 (M1) の解離性病変の中には、良好な予後を示す例もあるが、治療前診断の予想を覆し不良な転帰をとるものもある。解離病変は false lumen の発達の度合いによっては画像診断上で描出されない区間もあり、このことが治療戦略を考える上で問題の一つとなる。今回、中大脳動脈水平部 (M1) 解離病変の剖検 2 症例を経験し検討を加えた。

〔症例 1〕49 歳男性。クモ膜下出血で発症。CT angiography, DSA にて右中大脳動脈 (M1) から生じた解離と考える異常所見あり。脳虚血の増悪と再出血により死亡。解離の開始点は画像診断の予想より上流側であった。

〔症例 2〕49 歳女性。脳塞栓症に酷似した急性の左中大脳動脈閉塞で発症。虚血による脳ヘルニアで死亡。組織診断で血管壁の解離が証明された。

【結語】中大脳動脈の解離性病変は、画像診断で検出できない広がりや形態を呈していることがあり、外科的治療の可能性を考慮する際には特に注意が必要であろうと思われる。