

【対象及び方法】98.9-01.10に当院にて神経血管減圧術を施行した10例（三叉神経痛3例，半側顔面痙攣7例）について手術前後にSPGR法によるMRAを施行した。画像はいわゆるMRA元画像としてaxial sliceで観察し，三叉神経または顔面神経のroot entry/exit zone周囲の血管走行及び神経の圧排変形について評価した。

【結果】全例において手術前に病側root entry/exit zoneに責任血管と思われる血管陰影を認めた。うち8例においては血管による神経の偏位あるいはくびれ状の変形を認めた。術後，全例において責任血管の移動あるいは神経変形の改善を認めた。臨床症状は9例においては術後速やかに消失したが，顔面痙攣の1例で術後症状が残存した。しかし，MRAにて責任血管の移動が認められていたので，再手術は行わず外来にて経過観察したところ，術後6ヶ月に症状は完全に消失した。

【結語】SPGR法を用いた脳神経と血管の観察は神経血管減圧術の術前術後評価として有用と思われる。

76 左小脳動静脈奇形の流出静脈が責任血管と考えられた右三叉神経痛の1例

刈部 博・佐藤 健一
城倉 英史・白根 礼造（東北大学大学院）
吉本 高志（神経外科学）

症例は48歳の女性。1999年12月より右三叉神経第2枝領域に三叉神経痛が出現したが，カルバマゼピンで良好にコントロールされていた。同じころから構語障害・歩行障害が出現。精査にて左小脳半球に動静脈奇形が発見された。Nidusは径3cmで，左上小脳・前下小脳動脈が流入動脈となり，左右小脳半球表面を走行する流出静脈は太く拡張蛇行し下虫部静脈に流入していた。2001年4月に左小脳動静脈奇形に対し γ -knifeを施行。6ヶ月後にはnidusの縮小を認めたが，右三叉神経痛は徐々に増悪しカルバマゼピン無効となったため，2002年3月に微小血管減圧術を施行。術直後から右三叉神経痛は消失した。術中所見では太く拡張・蛇行した流出静脈が右三叉神経root entry

zoneで圧痕を形成しており責任血管と考えられた。動静脈奇形の対側への流出静脈が三叉神経痛の責任血管であったとする報告はない。本症例の病態・診断につき若干の考察を加えて報告する。

77 くも膜下出血で発症した後頭蓋窩内硬膜動静脈瘻の一例

原 一志・石川 修一（石巻赤十字病院）
北原 正和（脳神経外科）

38歳男性。起床時に突然後頸部痛，嘔気発症。近医受診しMRI撮影。翌日同医腰椎穿刺施行し血性髄液を認め当科紹介となった。初診時意識清明，神経学的所見異常なし，頭痛，嘔気も消失していた。明らかな血腫はCT，MRIでは認められなかったが，発症三日後の髄液も明らかに血性であった。MRIおよび3D-CT血管造影では頭蓋頸椎移行部から左小脳扁桃にかけて異常血管をみとめた。脳血管撮影では同部に左上行咽頭動脈をfeederとし，頭蓋内を走行してpetrosal vein, superior petrosal sinusを介して左S状静脈洞に流入するvarixを認めた。発症13日後に左側方後頭下開頭を行い，くも膜下腔を延髄に沿って上行する，硬膜付着部を持つvarixを認めた。その一部にはフィブリンの付着が認められた。硬膜付着部とともにvarixを摘出した。病理組織学検査では，硬膜付着部での動静脈壁移行部をみとめた。また，菲薄化した血管壁への血液成分の浸出と血栓形成がみとめられた。これはvarixの出血の既往を示唆するものであった。

78 傍矢状洞髄膜腫術後早期に発生した後頭蓋窩硬膜動静脈瘻の1例

柳澤 俊晴・太田 徹
高橋 和孝・木内 博之（秋田大学）
溝井 和夫（脳神経外科）
高橋 聡・戸村 則昭（同）
渡会 二郎（放射線科）

硬膜動静脈瘻は病因が不明であり治療に難渋することの多い疾患である。今回我々は傍矢状洞髄膜腫の摘出術3ヶ月後に耳鳴にて発症した硬膜動

静脈瘻の1例を経験したので報告する。症例は52歳、女性。平成13年8月下旬左上下肢の脱力を自覚。近医にて右頭頂後頭葉に8cm大の傍矢状洞髄膜腫を指摘され当科に紹介された。10月3日右頭頂後頭開頭で腫瘍摘出術を行った。同年12月下旬から右耳鳴を自覚した。再び近医を受診し脳血管撮影で右中硬膜動脈、右後頭動脈、及び右椎骨動脈の筋枝をfeeding arteryとし、板間静脈からmastoid emissary veinを介し、S状静脈洞に注ぐ硬膜動静脈瘻と診断された。平成14年2月8日当科に再入院し、2月15日及び3月1日に経静脈的にcoil embolizationを行った。術後耳鳴は消失し、現在経過観察中である。髄膜腫はテント上にあり、その手術操作がテント下の硬膜動静脈瘻の発生に関与したとは考えにくく、病因は不明と言わざるをえない。

79 多発性脊髄硬膜動静脈瘻の一例

菅原 卓・伊藤 康信(秋田大学)
木内 博之・溝井 和夫(脳神経外科)
高橋 聡・戸村 則昭(同
渡会 二郎(放射線科))

脊髄硬膜動静脈瘻(spinal dural AVF)の多発例はまれであり、文献上詳細な記述があるのはわずかに3症例である。今回、我々はspinal dural AVFの初回手術後、新たに病変が指摘された多発性spinal dural AVFの一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は73歳の男性で、1998年12月に両下肢の脱力感で発症し、2000年5月の胸椎MRIでdural AVFが疑われ、当方に入院した。神経学的には対麻痺(2/V)、左下肢の知覚低下、排尿障害がみられた。脊髄血管撮影で右T6レベルのdural AVFと診断され、

2000年7月13日にT5-6enbloc laminoplastyを行い、導出静脈の電気凝固を行った。術後1年のMRIでflow-void signの残存が指摘され、脊髄血管撮影で新たに左L1レベルのdural AVFが認められた。2001年11月22日導出静脈の電気凝固を施行した。Spinal dural AVFは多発する可能性を念頭におく必要があると考えられる。

80 海綿静脈洞部硬膜動静脈シャントにおける3D-CTAの有用性

長谷川聖子・真鍋 宏(黒石市国民健康保険)
竹村 篤人(黒石病院脳神経外科)

【目的】海綿静脈洞部硬膜動静脈シャント(CdAVS)の治療は、経静脈的塞栓術により海綿静脈洞内を塞栓する方法が主流である。海綿静脈洞と流出静脈系との立体的相互関係を把握するため3D-CTAを行い、その有用性について検討した。

【方法】当院にて3D-CTAを施行したCdAVS 6例を対象とした。濃度300mgI/mlのイオン性ヨード造影剤100mlを3ml/秒で静脈より投与し、投与後20秒後に撮影を開始した。1mmスライスのヘリカルCTで撮影し、0.5mmで再構成した。

【結果】全例において海綿静脈洞と流出静脈系との立体的な位置関係が明瞭に描出された。流出静脈の出口を閉塞し、次に海綿静脈洞内のシャント部分を閉塞する我々の塞栓術の方針において非常に有用であった。

【結論】CdAVSに対する3D-CTAの情報は、病変の立体的構造を明瞭にでき、経静脈的塞栓術の治療計画に有用である。