

29) 頭痛にて発症した椎骨動脈解離の MRA 所見の経時的変化

浅利 潤・仲野 雅幸(福島医療クリニック)
笹沼 仁一・渡邊 一夫(ク脳神経外科)

【症例】44才, 女性. 突然の後頭部痛を主訴に当院を受診. 同日施行した MRA (Day 1) にて右椎骨動脈の壁不整及び狭窄所見を認めた. 神経脱落症状は認めず, 外来にて経過観察の方針としたが, 後頭部痛が増悪したため翌日 (Day 2) MRA を再検. 右椎骨動脈に pearl and string sign を認めた. 短時間内に動脈解離が進行したと思われ, SAH 発症を危惧し, 入院の上, 頸部カラー固定にて安静とした. 入院後, 後頭部痛は徐々に改善した. Day 3, Day 6 の MRA 所見は変化無かった. Day 7 に施行した DSA では椎骨動脈の狭窄所見のみを認め, MRA で認められた pearl の部分は描出されなかった. しかし, Day 8 の MRA では依然として pearl and string sign を呈していた. 【考察】椎骨動脈解離は虚血症状またはクモ膜下出血で診断されることが多いが, 本症例のように頭痛のみで経過することもあり, 頭痛の診断の際には十分な注意が必要である. また, 椎骨動脈解離の形態的变化を経時的に把握するには MRA が有用であり, 特に pseudolumen の検索に関しては DSA よりも診断的価値が高いと思われる.

30) 椎骨動脈解離の成因について — 椎骨動脈の組織学的検討 —

佐藤 拓・板倉 毅
鈴木 恭一・松本 正人(福島県立医科大学)
佐々木達也・児玉南海雄(脳神経外科)

目的: 椎骨動脈解離の成因を明らかにするために正常椎骨動脈及び解離性椎骨動脈瘤の組織学的検討を行った. 方法: 10剖検例(8ヶ月~92才, 平均48才)の正常椎骨動脈を採取し, 固定した. 硬膜外から椎骨動脈合流部まで標本を作成し, Elastica-Masson 染色にて観察した. また, 解離性椎骨動脈瘤の2剖検例の椎骨動脈を採取し, 同様に観察した. 結果: 正常椎骨動脈の検討では, 内弾性板の断裂は50才以上の6例全例で認められ, 35才以下の4例では認めなかった. 断裂部位は合計21ヶ所で, PICA 分岐部周辺に最も多く存在していた. 解離性椎骨動脈瘤の症例では解離腔の orifice の部位で内弾性板が断裂しており, 解離部位以外にも内弾性板の断裂を認めた. 結論: 50才以上の正常椎骨動脈において高率に内弾性板の断裂を認めた. 断裂部位は椎骨動脈解離が多

く認められる PICA 分岐部周辺に多く存在していた. 内弾性板の断裂が椎骨動脈解離の発生に関与している可能性が示唆された.

31) クモ膜下出血発症時溺水となったが, 救命し得た破裂脳動脈瘤2症例

伊藤 健司・府川 修(いわき市立総合)
増山 祥二・川瀬 誠(磐城共立病院 脳神経外科)

クモ膜下出血発症時に大量の水を誤嚥し溺水状態で搬送され, 呼吸管理の後に根治術を施行, 救命し得た2症例を経験した.

症例1: 56歳女性 水泳中に発症, 症例2: 67歳男性 入浴中に発症, 両症例とも大量の水を誤嚥し溺水状態で搬送され, 著明な肺水腫が認められた. 呼吸管理を主に行い呼吸状態の改善, 胸部写真の正常化を待つて血管撮影, 根治術を施行した. 術後には, 推測された重篤な肺炎の合併は見られず, 一般的なクモ膜下出血の加療を行い救命し得た.

症例1は右中大脳動脈瘤であり, 良好な経過で社会復帰し, 症例2は左内頸動脈瘤で現在も治療中である.

クモ膜下出血発症時に溺水となり救命し得た症例の報告は我々が渉猟し得た範囲では少ない. 多くは溺水にいたらぬか, 溺死例に含まれていると推測される.

本症例につき文献的考察を加え報告する.

32) 内頸動脈狭窄症の9年後に狭窄近位側に破裂脳動脈瘤を生じた抗リン脂質抗体症候群の一例

成田 徳雄・宇都宮昭裕(米沢市立病院 脳神経外科)

【症例】38歳, 女性. 【既往歴】平成3年右内頸動脈狭窄症による脳梗塞, また2回自然流産歴がある. 【現病歴】平成12年7月6日突然の意識障害・左麻痺きたし, 救急車にて来院. 来院時意識 JCS III-100, 左不全麻痺を認める(H&K G IV). 脳CTにてSAH(Fisher G 3)及び右頭頂葉に梗塞巣を認める. 脳血管撮影にて右内頸動脈は終末部で狭窄し, 狭窄近位側の前脈絡叢動脈分岐部に動脈瘤と周囲にもやや様血管を認めた. 脳動脈瘤根治術施行し, 術後早期から昇圧療法及び抗凝固剤の投与を行い, 神経症状の改善を認めた. 血清学的検査で抗カルジオリピン IgG 抗体は異常高値を示し, 抗

リン脂質抗体症候群と診断された。血栓症再発予防のためアスピリン投与開始し、8月25日神経脱落症状なく、自宅退院となった。【考察】抗リン脂質抗体症候群は多彩な血管病変を呈する疾患群であるが、本症例は血栓症後の側副血行発達による血行力学的ストレスが動脈瘤形成の原因と考えられた。

33) 重複右 A2 の基始部に発生した多発脳動脈瘤の1例

木村 正英・畑山 徹 (青森市民病院 脳神経外科)

症例は39歳男性で、仕事中に倒れているところを発見され、当科へ搬送された。CT で Fisher 3 のくも膜下出血を認め、血管撮影では右内頸動脈写で、約4×8 mm の前交通動脈瘤と思われる陰影を認めたが、多方向からの撮影でも動脈瘤と親動脈が重なり、ネックの形状は把握できなかった。同日、右 pterional approach で視交差部に至り、前方に突出する破裂動脈瘤を認め neck clipping を行った。術後の血管撮影で、破裂動脈瘤の対側に上向きのもう一つの動脈瘤の合併を認め、これらの動脈瘤は重複右 A2 の基始部から発生していることが判明した。この所見は、約1ヶ月後の未破裂動脈瘤クリッピング手術の際に確認され、さらに、右 A2 の1本で、動脈瘤より2 mm 遠位部で細い前交通動脈の分枝を認めた。患者は血管撮影で動脈瘤の消失を確認され、神経症状なく退院した。前交通動脈近傍は fenestration や duplication など種々の variation が知られているが、本例のような動脈瘤は文献上も稀なので報告する。

34) 中大脳動脈終末部紡錘状動脈瘤の1例

佐藤 正憲・小林 亨 (原町市立病院 脳神経外科)
佐藤 拓・児玉南海雄 (福島県立医科大学 脳神経外科)

3D-CTA にて誤診し、再手術を余儀なくされた中大脳動脈終末部紡錘状動脈瘤を経験したので報告する。症例は58歳、男性。発症後6日目に受診し、CT で両側シルビウス裂にクモ膜下出血を認め、3D-CTA にて左 M1 動脈瘤と診断し、待機手術とした。初回手術では、同部位は LSA 起始部の膨隆のみで動脈瘤は認めなかった。脳血管撮影にて posterior temporal

artery (M4) に動脈瘤を認め、再手術を施行した。手術は脳表の posterior temporal artery に紡錘状動脈瘤を認め、動脈瘤遠位部で middle temporal artery と側一側吻合後、紡錘状動脈瘤を摘出した。術後脳血管撮影にて血流は温存されており、経過良好で復職した。初回3D-CTA では動脈瘤が撮像範囲外であり、3D-CTA の pit fall の1つであると考えられたが、3D-CTA に頼りすぎ安易に診断したことを反省させられた。

35) 後大脳動脈 (P1 部) 破裂脳動脈瘤の1例

石川 修一・斎藤 敦 (石巻赤十字病院 脳神経外科)
北原 正和

今回、我々は後大脳動脈 P1 部の破裂脳動脈瘤の1例を経験したので報告する。症例は33歳女性。既往歴には特記事項なし。平成13年1月10日入浴中に突然の頭痛が出現し、救急車にて当院に搬送された。来院時、意識は清明で、神経脱落症状は認められなかった。CT では SAH が認められた。脳血管撮影では脳動脈瘤を指摘できなかったが、3D-CTA にて右後大脳動脈 P1 部に約4 mm の動脈瘤が判明し、クリッピング術を施行した。術後、右動眼神経不全麻痺をきたしたが徐々に改善した。その他術後経過は良好であった。脳血管撮影の読影について反省すべき点もあったが、今回は3D-CTA が診断に有用であった。また同部位の脳動脈瘤は比較的稀であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

36) 窓形成を有した脳底動脈本幹部破裂脳動脈瘤の1手術例

永山 徹・志田 直樹 (白河厚生総合病院 脳神経外科)

脳底動脈窓形成の頻度は、解剖報告例で0.3～5.4%、脳血管撮影報告例で0.6%と非常に稀であり、9割近くが脳底動脈の近位端に存在する。脳底動脈窓形成に伴う破裂脳動脈瘤は、福島ら(2000年)によると64例の報告しかなく、特に脳底動脈遠位側では5例と極めて少ない。今回も膜下出血で発症した窓形成を有する脳底動脈本幹部遠位側の破裂脳動脈瘤に対し手術を施行した1例を経験したので報告する。症例は65才女性で、頭痛後の意識障害にて入院。入院時の意識20 (JCS)。入院時 CT は Fisher の group 4、血管撮影では窓形成を有する脳底動脈本幹部遠位端の破裂脳動脈瘤と左側の