

24 Gy)も併用していた。照射総線量は24~84 Gy で一回照射線量は1.5~2.4 Gyであった。頭部 CT, MRI 及び脳血管撮影では、壊死よりも腫瘍再発が疑われる所見が得られた。また、一部の症例では、SPECT や MRS も施行し、再発腫瘍との鑑別を検討した。これらの画像所見及び組織学的所見と併せて分析し、報告する。

A-49) 神経線維腫症に後頭蓋窩脳動静脈瘻を合併した一乳児例

窪田 貴倫・前田 高宏 (旭川医科大学)
 高野 勝信・中井 啓文 (脳神経外科)
 田中 達也
 津田 尚也 (同 小児科)
 泉 直人 (網走脳神経外科病院)
 緒方 登・後藤 勝彌 (飯塚病院脳血管内外科)

neurofibromatosis type I (NF I) に合併する血管病変としては主に閉塞性病変が多く報告されており、脳血管系においても閉塞性病変、脳動脈瘤、脳動静脈瘻などの報告を認める。今回我々は後頭蓋窩 AVF を合併した NF I にコイル塞栓術を施行し、良好な結果を得た症例を経験したので報告する。

症例は7カ月の男児、平成10年7月11日、出生。心雑音、体重減少、多呼吸などの心不全症状を認めた。また、左耳介後部に拍動性腫瘤を触知した。心不全の治療のため近医小児科入院し、精査のため施行した頭部 MRI で後頭蓋窩に数珠状の flow void mass lesion を認めた。8月7日、当科に紹介され、入院した。脳血管撮影検査で椎骨動脈が関与する後頭蓋窩 AVF と左後頭動脈末梢に動脈瘤を認めた。心不全は内服治療でコントロールされ、生後半年まで AVF の根治術を待機することにした。平成11年2月9日、コイル塞栓術を施行し、AVF は完全閉塞し、動脈瘤も自然閉塞した。

A-50) 意識消失発作で発症した後頭動脈・椎骨動脈吻合の1例

原田 淳・岡本 宗司 (済生会高岡病院 脳神経外科)
 桑山 直也 (富山医科薬科大 学脳神経外科)
 西嶋美知春 (青森県立中央病院 脳神経外科)

左後頭動脈・椎骨動脈吻合(O-V 吻合)が、意識消失発作の原因と考えられる1症例を経験したので報告す

る。症例は47歳女性。数回の意識消失発作を主訴に来院。脳血管撮影で左 O-V 吻合を認めた。その後、薬物治療を継続していたが、起立時のふらつき、めまいなどの椎骨脳底動脈循環不全症状及び意識消失発作が続いた。O-V 吻合を介し椎骨脳底動脈系の血流が後頭動脈へ盗血され椎骨脳底動脈循環不全症状が出現している可能性があると考え、血管内手術による O-V 吻合の閉塞を試みた。選択的に後頭動脈を造影すると、O-V 吻合は椎骨動脈→O-V 吻合→後頭動脈抹消へと流れていることが確認された。O-V 吻合をトルネードコイルを用いて閉塞した。術後経過は順調で自覚症状は消失し、意識消失発作も再発していない。

A-51) 在宅治療中に致死性的出血をきたした気管腕頭動脈瘻の1例

米谷 元裕・大久保敦也 (平鹿総合病院)
 福地 正仁・伏見 進 (脳神経外科)

びまん性脳損傷による高度意識障害のため気管切開術を行い、その3年後に在宅治療中に気管腕頭動脈瘻による大量出血をきたし失った症例を経験したので、剖検所見を中心に報告する。症例は70歳の男性で、軽トラックにはねられ、救急搬送された。来院時意識は半昏睡で、グラスゴー・コーマ・スケールは4点であった。CT では、中心性脳損傷の所見であった。呼吸管理と循環管理で救命されたが、植物状態となり気管切開を行い受傷8カ月後に退院し、訪問診療を行った。3年後突然、気管チューブより大量の動脈性の出血で救急搬送されたが来院時死亡していた。病理解剖の結果気管腕頭動脈瘻からの出血死であった。近年気管切開チューブやカフの素材、呼吸管理は目覚ましい進歩を遂げているが、気管腕頭動脈瘻は常に発症しえる重篤な合併症であり、その予防には細心の注意が必要と考え報告した。

A-52) 大脳鎌-小脳テント移行部硬膜動脈静脈短絡の手術

木内 博之・溝井 和夫 (秋田大学 脳神経外科)
 吉本 高志 (東北大学 脳神経外科)
 高橋 明 (同 病態制御学分野)
 江面 正幸 (広南病院血管内 脳神経外科)

大脳鎌-小脳テント移行部硬膜動脈静脈短絡 (AVS)

は稀であるが、脳表静脈に導出する場合が多く、他の部位よりも、クモ膜下出血や静脈圧の上昇による進行性の神経脱落症状を呈する頻度が高く、迅速な治療を要する疾患である。しかし、この部位の硬膜 AVS は大脳深部に存在し、かつ流入動脈が多岐にわたること、また、再出血予防には完全閉塞の必要があり、治療が困難である場合が多い。今回、我々は、経動脈的塞栓術と外科的切除により根治せしめた、Galen 大静脈瘤を伴う1例を経験したので術中ビデオを供覧し報告する。症例は72歳の男性で、痴呆および鬱状態、幻覚等の精神症状で発症した。MRI 上脳表に多数の flow void を認め、Galen 大静脈の動脈瘤様拡張を認めた。血管撮影では、大脳鎌小脳テント移行部に両側の中硬膜動脈、後頭動脈、髄膜下垂体動脈、および後大脳動脈を流入動脈とする硬膜 AVS を認め、そこから拡張した Galen 大静脈を介し、両側の ICV, Rosenthal 静脈、皮質静脈に血流が導出していた。また、直静脈洞は閉塞していた。そこで、数回にわたり経動脈的塞栓を行い、可及的に流入動脈を閉塞した後、摘出術を施行した。手術は parieto-occipital interhemispheric approach にて、大脳鎌と小脳テントを直静脈洞に沿って切離した後、直静脈洞を切断した。最後に導出静脈にクリップをかけ切離し、摘出した。術中 DSA にて A-V シャントの消失を確認した。術後6ヶ月で術前に認めた症状は消失した。

A-53) Helical CT が瘻孔部同定に有用であった primary empty sella with CSF rhinorrhea

中野 高広・高萩 周作(石井脳神経外科・眼)
尾田 宣仁・石井 正三(科病院脳神経外科)
尾田 宣仁 (同 神経内科)

primary empty sella は通常無症状で発見される場合が多く、手術適応となる症例は多くない。今回我々は57歳女性で髄液鼻漏で発症した primary empty sella の稀な1例を経験した。症例は髄液圧が 230 mm H₂O と亢進を示し、primary empty sella 発生の機序として頭蓋内圧亢進があることを疑わせた。髄液鼻漏の瘻孔部の同定には脳槽造影 CT や RI 脳槽造影法、MRI 等の方法があるが、今回我々は helical CT による multiplanar reconstruction (MPR) 法にて、トルコ鞍底部に2ヶ所の骨欠損を認めた。transsphenoidal approach にて手術を行ったところ同部に骨欠損と硬膜の破損があり、髄液が漏出していた。鞍内外を

脂肪組織とフィブリン糊で packing し、術直後より髄液鼻漏は消失した。術後6ヶ月現在髄液鼻漏の再発は認められていない。

A-54) 大後頭孔に達する後方進展を呈した頭蓋咽頭腫の1例

永山 徹・佐々木 徹(白河厚生総合病院 脳神経外科)
白根 礼造・吉田 康子(東北大学 脳神経外科)

頭蓋咽頭腫はトルコ鞍内、鞍外に発生することが多く、後方進展は稀である。今回我々はトルコ鞍上部より大後頭孔の前半部に達する後方進展を呈した頭蓋咽頭腫の1例を経験したので報告する。症例は2才7ヶ月の男児。昨年8月下旬嘔吐にて発症し症状一時軽減したが、9月下旬に増強。10月12日朝突然立てなくなり10月26日近医より紹介で当科受診し入院。意識は10、眼振、小脳症状を認めた。MRI で著明な水頭症と、トルコ鞍上部、第Ⅲ脳室を挙上し橋・中脳を後方に圧排し後頭蓋窩前方を占め大後頭孔に達する大きな嚢胞性病変を認めた。CT では嚢胞の外側壁に小さな石灰化を認めた。翌日 VP-shunt 施行し、意識はほぼ清明に回復。頭蓋咽頭腫の診断で11月27日 Fronto-basal approach で腫瘍摘出術を施行。術後の MRI で腫瘍はほぼ全摘され、軽度の左動眼神経麻痺を残し翌年1月6日退院。現在神経学的に問題なく外来で follow 中である。

A-55) 視床下部病変を伴う xanthomatous hypophysitis と考えられた一剖検例

岩川 雅哉・笹嶋 寿郎(秋田大学 脳神経外科)
木内 博之・柳沢 俊晴(大館市立総合病院 脳神経外科)
溝井 和夫
斎藤 均

Xanthomatous hypophysitis はリンパ球性下垂体炎と類似した病態で、リンパ球に加えて macrophage の顕著な浸潤を特徴とする極めて稀な疾患である。本症は下垂体から鞍上部に進展する嚢胞性病変で、その臨床像は頭痛あるいは尿崩症で発症し、ホルモン補充療法が奏効し予後良好といわれている。しかし、最近、我々は視床下部病変を合併し、ステロイド療法による臨床症状の改善が少なく、劇症死亡の転帰を辿った一例を経験したので報告する。症例は72歳の女性で左不全片麻痺で発