

術後放射線治療も予定していたが、病理標本を特染を始めて再検すると白質に主座をおく壊死性、変性性の変化で髄鞘の崩壊、反応性 astrocyte の増生も伴っており、multiple sclerosis と考えられた。神経症状も消失、リンデロンを中止経過観察していたところ、12月になり神経症状再燃、MRI でも小脳を含めた多発性白質病変が新たに出現した。神経内科に転院した。mass effect を呈する multiple sclerosis はまれであり、文献的考察を加え報告する。

B-48) アミノレブリン酸による術中脳腫瘍蛍光診断 (PDD) の試み

金子 貞男・青樹 毅 (岩見沢市立総合病院脳神経外科)
七戸 秀夫 (福井医科大学 第一病棟)
三好 憲雄・法木 左近 (第一病棟)
福田 優 (第一病棟)

悪性脳腫瘍の予後を決定する因子のなかでもっとも大切なものは病理組織であるが、治療に関する因子では特に手術による腫瘍摘出量が大きく影響すると言われている。しかし手術中に正常脳組織と腫瘍組織を肉眼的に識別して腫瘍組織だけを摘出することは困難であり、特に low grade astrocytoma の場合には困難を極める。今回私共は脳腫瘍の手術摘出時に正常脳組織と腫瘍組織をリアルタイムに識別して腫瘍組織だけを出来るだけ多く摘出するため、アミノレブリン酸を用いて術中蛍光診断を試みたので報告する。

B-49) 心血管系疾患を合併した頸部内頸動脈高度狭窄症の治療 —血管内手術の有用性—

久保田 司・丹羽 潤 (市立函館病院)
谷川原徹哉・千葉 昌彦 (脳神経外科)

頸部内頸動脈高度狭窄症を有する患者は心血管系疾患の既往を認める場合が多く、CEA など外科的治療の際に周術期合併症を惹起する危険性が高い。今回、心血管系疾患を合併した頸部内頸動脈高度 (99%) 狭窄症の3症例に対して、術前診断や治療に血管内手術を行い、その有用性を確認したので報告する。症例1: 陳旧性心筋梗塞で2度の PTCA の既往がある68歳の男性。意識障害と左片麻痺で発症し、rescue PTA で60%狭窄にまで改善し限局した脳梗塞に留め、慢性期に CEA を施行した。症例2: 両側 ASO でバイパス術の既往がある73歳の男性。多発性脳梗塞があり、PTA を施行し40

%狭窄にまで改善した。症例3: 狭心症で CABG の既往がある64歳の男性。無症候性で、狭窄部潰瘍形成がありバルーンマタステストで血行遮断の耐性を確認し、翌日 CEA を施行した。いずれの症例も虚血性の脳血管や心血管系の合併症を認めず、予後は良好であった。

B-50) 内頸動脈の diffuse な高度狭窄に対し interventional surgery と CEA にて二期的に加療した一症例

紺野 広・関 博文 (岩手県立中央病院脳神経外科)
近藤 健男・菅原 孝行 (岩手県立中央病院脳神経外科)

内頸動脈起始部から海綿静脈洞部にかけての高度狭窄に対し血管形成術・線溶療法と血栓内膜剥離術を行い症状の改善を見た症例を報告する。

【症例】57才、男性。高血圧症、糖尿病、高脂血症、心房細動と複数の risk factor を持ち、最近10年間に二度の脳梗塞の既往があった。

【臨床経過】平成9年5月、右上肢の麻痺が出現。2日後に当院神経内科入院。MRA で左内頸動脈の閉塞が疑われた為当科に紹介となった。lt. C3-4に99%の狭窄が有り、50%の狭窄のある rt. ICA よりの cross flow が左大脳半球を灌流。CBF も左側で低下。麻痺・失語の進行が認められた為、発症50日目にて lt. C3-4 に対して血管形成術を施行。血管形成術施行後狭窄度は50%まで改善。更に発症60日目で潰瘍形成が疑われた左頸部内頸動脈に対し CEA を施行。良好な patency の確保と左側大脳半球の diamox に対する血管反応性が回復。HDS-R も治療前1点/30満点だったのが、17点まで改善した。

B-51) 自己拡張型ステントによって治療した内頸動脈起始部狭窄症の一例

岩崎 真樹・江面 正幸 (広南病院血管内脳神経外科)
高橋 明・吉本 高志 (東北大学脳神経外科)

高度の内頸動脈狭窄例に対してステント留置術を行い、非常に良好な拡張が得られた一例を経験したので報告する。症例は78歳の男性。突然の右上肢の脱力で発症、他院 MRI で Lt. MCA の分枝領域に infarction を認めた。MRA にて Lt. neck IC stenosis を指摘され、当科紹介入院となった。入院時の神経学的所見は上肢に強い右片麻痺のみで、脳血管撮影にて95%の Lt. neck