

脳内気脳症は比較的新である。本症例は当初、画像上典型的な脳内気脳症の像を呈しており、その発症機序、臨床症状に対し若干の文献による考察を加えた。即ち、脳内気脳症は、骨硬膜欠損部に挫滅脳が脱出し、欠損部周囲での脳—硬膜はん痕の辺縁での癒着が基礎にある場合、かん頓脳の中心部が壊死、軟化して管状の空気流通路が形成され抵抗の少ない脳内深部に向かって気腫が増大することが原因とされている。このため脳内気脳症では自然治癒は期待し難く通常緊急手術の対象となる。また脳内気脳症においては、この癒着により通常は硬膜下腔、クモ膜下腔と交通は無いため、臨床的には髄液漏は認められないか少量である。またこうした癒着は骨、硬膜と脳の間が密である前頭葉に起こりやすく、実際脳内気脳症の好発部位と一致する。今回の症例においてもこれらの点は同様であった。

2) 出血を繰り返した小脳「静脈性血管腫」の 1 例

小出 章・増田 浩 (村上総合病院 脳神経外科)
田中 隆一 (新潟大学 脳神経外科)

【症例】46才、女性。5年前、右小脳出血を生じ、某医にて保存的に加療を受けた既往がある。初回出血から約5年後に再び右小脳出血を生じ、当科に入院した。CT、MRI で右小脳出血を認め、脳血管撮影で同部に静脈性血管腫を認めたが、出血源との関連は不明であった。血腫の消退を待って、MRI を再検したところ、静脈性血管腫の近傍に、海綿状血管腫を疑わせる所見を認め、手術を行った。

【術中所見・病理所見】静脈性血管腫の近傍に海綿状血管腫を認め、これが出血源であった。海綿状血管腫の流出静脈は、静脈性血管腫の流出静脈に合流していた。

【まとめ】

- ① 小脳に静脈性血管腫を認めた例で、同部に脳内出血を繰り返した1例を報告した。
- ② 血腫消褪期に施行したMRI から、静脈性血管腫の近傍に他の血管奇形の存在を疑い、手術を施行した。術中所見では、静脈性血管腫の近傍に海綿状血管腫を認め、これが出血源であった。海綿状血管腫の流出静脈は、静脈性血管腫の流出静脈に合流していた。
- ③ 静脈性血管腫からの出血は極めて稀と考えられる。したがって脳内出血の部位に一致して静脈性血管腫を認める症例に遭遇した場合には、静脈性血管腫の近傍に

(真の出血源として)海綿状血管腫など他の血管奇形が存在する可能性を常に念頭に置き、出血源の検索を進める必要があると思われた。出血源の検索には、血腫消褪期におけるMRI が有用であった。

3) 脳動静脈奇形と脳動脈瘤合併例に対する血管内外科的治療

小池 哲雄・佐々木 修 (新潟市民病院 脳神経外科)
小田 温・清野 修 (新潟市民病院 脳神経外科)
本多 拓 (新潟大学 脳神経外科)
伊藤 靖 (新潟大学 脳神経外科)

症例は55歳男性、てんかん発作にて発症し、精査にて2本の中大脳動脈を主な流入動脈とする左側頭葉の脳動静脈奇形(AVM)と約3mm径の左内頸動脈前脈絡動脈分岐部動脈瘤(An)を認め、他院より紹介となった。治療方針としてAnに対してはAVMの存在のため通常のクリッピングは容易でないと思われGDCコイル塞栓術を行うこととし、AVMに対しては誘発試験を行い陰性であれば、必ずNBCAによる塞栓術でAVMの縮小を計ることとした。

親カテーテル(Ca)としては6FオムニガイドCaを左内頸動脈に置き、先端を蒸気で若干カーブさせた2.3FマイクロCa(Transit 2)をAnの瘤内に誘導し得た。Anの頸部に近接する前脈絡動脈を温存するように注意を払いながら、GDC10-soft径3mm~8cm, 3mm~4cm各1本ではほぼ完全なAnの塞栓術を行い得た。次いでマイクロCaをAVMの2本の流入動脈にそれぞれ留置して、プロカインを用いて誘発試験を行った。両者とも誘発試験は陰性だった。そこで1週間後今度はAVMに対して塞栓術を行った。塞栓物質としてリビオドールとタンタリウム粉とで濃度30%としたNBCAを用い、2本の流入血管にマイクロCaを置き、DSA下で緩徐に塞栓物質がマイクロCaまで逆流するまで、各々0.8mlを注入して塞栓術を施行した。術直後の血管造影では中大脳動脈の細い分枝より僅かにAVMの描出をみたが、4週間後のそれでは完全に消失していた。これら一連の治療で神経脱落症状の出現はみられなかった。