

の CT 分類で group 4 であった。血管撮影を施行し右内頸動脈撮影にて右 IC, cavernous portion 直上より分岐し前内方へ向かい、正中で上方へ方向を転じる奇異な走行をする異常血管を認めた。異常血管は distal で fenestration を形成し、直上に動脈瘤を認めた。右側の A1 は造影されなかった。入院翌日、acute hydrocephalus による意識レベルの低下認められ、緊急脳室ドレナージが施行された。12月25日、急激な肺鬱血を認め、翌26日死亡した。剖検により右内頸動脈 cavernous portion より分岐し infraoptic course をとる ACA が確認された。その画像的そして解剖学的所見について若干の文献的考察を含めて報告する。

2A-11) 脳室内出血で発症したモヤモヤ病に合併した前脈絡叢動脈末梢部動脈瘤の1治療例

赤池 秀一・柏原 謙悟
吉田 一彦・松本 哲哉 (福井県立病院)
村田 秀秋 (脳神経外科)

症例は59歳女性で、平成4年2月に脳室内出血を発症した。血管撮影を施行し、両側内頸動脈閉塞とモヤモヤ血管、左前脈絡叢動脈末梢部動脈瘤をみとめた。動脈瘤が小さく出血源との確診が難しく、優位半球であったので再度血管撮影を施行したところ、動脈瘤は縮小しており経過観察とした。平成6年10月、再び脳室内出血を発症し、血管撮影を施行したところ、前回と同部位に動脈瘤をみとめた。前回と今回の CT 所見から、左前脈絡叢動脈末梢部の動脈瘤が出血源と考えられた。平成7年2月に左頭頂葉経由で動脈瘤を摘出した。術後に合併症はみとめず、組織診断は真性動脈瘤であった。

モヤモヤ病に末梢部動脈瘤を合併する報告はいくつかみられるが、その治療に関する報告例は比較的少ない。今回、脳室内出血を繰り返したモヤモヤ病に合併する優位半球の前脈絡叢動脈末梢部動脈瘤を経験し、出血で発症したモヤモヤ病に末梢部動脈瘤を合併する場合、積極的な治療が望ましいと考えられた。

2A-12) 脳室内出血で発症した前脈絡動脈遠位部動脈瘤の1例

嶋崎 光哲・松崎 隆幸 (函館赤十字病院)
尾崎 義丸・佐藤 憲市 (脳神経外科)
松本 信勝 (松本脳神経外科)
医院

脳室内出血の原因としては高血圧性脳内出血、破裂動

脈瘤、AVM、モヤモヤ病などがあげられるが、脳室内に発生した動脈瘤による脳室内出血の報告は非常に稀である。今回、我々は脳室内出血で発症した前脈絡動脈遠位部動脈瘤の1例を経験したので報告する。

症例は63歳、女性。頭痛・嘔吐を主訴に来院。神経学的には明らかな異常は認めなかった。CT では右側脳室に強い脳室内出血を認め、脳血管撮影では右前脈絡動脈遠位部に嚢状の動脈瘤を認めた。手術は右側頭開頭でおこない、中側頭回より経皮質アプローチで側脳室下角部に入ると一部血栓化を伴う動脈瘤があらわれ、クリッピングを行った。術後は特に神経症状を残さず経過している。

2A-13) 出血源が不明瞭なくも膜下出血の手術

後藤 博美・小麓山博之
笹沼 仁一・後藤 恒夫
高橋 和孝・渡辺善一郎 ((財)脳神経疾患)
遠藤 雄司・高橋 秀和 (研究所附属南東北)
小泉 仁一・渡辺 一夫 (病院脳神経外科)

出血源不明のクモ膜下出血の治療方針については種々議論されている。最近、クモ膜下出血が CT で片側に強くみられた症例で、脳血管撮影で出血源が不明瞭な4症例に開頭術を施行した。このうち2例で中大脳動脈瘤が認められたので、術中所見を中心にビデオで供覧する。

〈症例1〉62歳・女性。Hunt and Kosnik Grade 3, CT で右島槽を中心に Fisher Group 3 のクモ膜下出血。

〈症例2〉57歳・女性。Hunt and Kosnik Grade 2, CT で右島槽から基底槽にかけて Fisher Group 2 のクモ膜下出血。2症例とも中大脳動脈分岐部の僅か末梢に一部血栓化した小さな脳動脈瘤が認められた。〈考察〉出血源が判然としないクモ膜下出血では、脳動脈瘤が動脈の分岐以外にみられることがある。このため術中、動脈瘤を動脈の分岐と一瞬誤認してしまう可能性があるため、注意が必要である。安全に手術を進めるためには親血管を早期に確保することがより重要と考えられた。

2A-14) 前大脳動脈・副中大脳動脈の解離性動脈瘤の1例

太田原康成・工藤 明
阿部 深雪・鈴木 倫保 (岩手医科大学)
小川 彰 (脳神経外科)

前大脳動脈に発生する解離性動脈瘤は稀である。我々は、クモ膜下出血で発症した前大脳動脈及び副中大脳動

脈の解離性動脈瘤の1例を経験した。

症例は66歳女性。クモ膜下出血 (H and K 4, Fisher 4) で発症。脳血管撮影では、右前大脳動脈 A1 の近位部の狭窄と、その遠位部の軽度の拡張を認め、また右副中大脳動脈を認めた。第1病日に脳室ドレナージ、第3病日に根治術が施行された。開頭は、Rt. pterional approach にて行い、嚢状動脈瘤は認められず、右 A1 とそれと平行に走行する右副中大脳動脈に暗紫色の部分 を認め、解離性動脈瘤の所見であった。出血点は右 A1 であり trap した。右副中大脳動脈は Bem sheet で coating した。

前大脳動脈に発生した解離性動脈瘤は、渉猟し得た限りでは23例の報告があり、副中大脳動脈に発生した解離性動脈瘤は報告を見ない。殆どは虚血症状で発症しており、クモ膜下出血で発症した症例では、年齢が高いことと、特記すべき全身性の原因疾患を認めない事が特徴的であり、動脈硬化の関与が強く示唆された。

2A-15) 脳室腹腔短絡術の9年後に硬膜下血腫とくも膜下出血で発症した偽性脳動脈瘤の1例

永山 徹 (白河厚生総合病院
脳神経外科)

脳室腹腔短絡術の9年後に、硬膜下血腫とくも膜下出血で発症した偽性脳動脈瘤の1例を経験した。動脈瘤は、シャントチューブを挿入した骨窓直下の皮質動脈にできていた。

症例は、63歳男性で、昭和60年にくも膜下出血で発症した前交通動脈瘤に対しネッククリッピングが、同時期に水頭症に対しては右脳室腹腔短絡術が施行され、神経学的脱落症状なく元気に退院し、社会に復帰していた。平成6年6月11日、頭痛、嘔気、嘔吐が出現し、6月16日、症状軽減せず当科受診した。神経学的には高度の項部硬直のみを認め、CT で右前頭部に強い硬膜下血腫とくも膜下出血を認めた。反復して行った3回目の脳血管撮影で初めて、右前頭葉、シャントチューブを挿入した骨窓直下の皮質動脈に動脈瘤を認め、手術にて硬膜下血腫の中に埋まっていた動脈瘤を摘出した。病理診断は偽性脳動脈瘤であった。診断に苦慮し、比較的稀な発生機序と思われた偽性脳動脈瘤の1例を経験したので報告した。

2A-16) Dural anastomosis に発生した動脈瘤の破裂により脳内出血を来した1例

野崎 道雅・牛越 聡
伊藤 文生・秋野 実 (札幌麻生脳神経
外科病院)
齋藤 久寿
黒田 敏・宝金 清博 (北海道大学
脳神経外科)
阿部 弘
宮坂 和男 (同 放射線科)

我々は中硬膜動脈に生じた true aneurysm の稀な1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例は69歳の男性。腎不全の精査のため某内科に入院中、突然の意識障害にて発症し、当院紹介搬入された。神経学的には半昏睡、両側対光反射消失、左上下肢に強い四肢麻痺が認められ、CT にて脳室内鑄型状血腫を伴う右側頭葉皮質下出血が認められた。脳血管撮影にて、右後大脳動脈閉塞が認められ、右中硬膜動脈からの dural anastomosis を介し同血管が描出されており、その吻合部に動脈瘤が認められた。開頭血腫除去術及び動脈瘤の clipping を施行した。術中所見で同動脈瘤の破裂が確認された。本症例の動脈瘤の成因として、後大脳動脈の閉塞による dural anastomosis の発達と hemodynamic stress の増大が考えられ、興味深い症例であった。

2A-17) 急性期脳動脈瘤術後の脳槽灌流の適応—術前 SAH 量と術後の SAH クリアランスから—

平島 豊・栗本 昌紀
高羽 通康・遠藤 俊郎 (富山医科薬科大学
脳神経外科)
高久 晃
堀江 幸男 (済生会富山病院
脳神経外科)

【目的】術後の脳槽灌流の適応を CT スキャンより検討した。【方法】SAH で入院し、48時間以内に脳動脈瘤直達手術を施行した89例の内術後69例は脳槽灌流を行わず、20例はウロキナーゼを用いた脳槽灌流を行った。入院時と術後1日以内の CT スキャンから SAH 量をスコア化し、入院時 SAH 量、術後 SAH クリアランス率を計算した。【結果】縦軸にクリアランス率、横軸に入院時 SAH 量をとる患者の分布を見ると脳槽灌流無しの患者では梗塞24例中22例 (92%) が入院時 SAH スコア10点以上、クリアランス率50%以下に属した。また非梗塞45例中23例 (51%) がこの範囲に属し、この範囲に脳梗塞が多かった ($p < 0.01$)。脳槽灌流有りの患者では範囲内では非灌流群に比べ有意に脳梗塞発生が少なかった ($p < 0.05$) が範囲外では差がなかった。