

は消失していた。受傷6日目後のCTで脳室内に血腫がみられた。脳血管撮影では異常はなかった。3月16日、痴呆を残し、独歩退院した。

考察：本例で急性硬膜下血腫が急速に消失した機序は、受傷時にクモ膜が破れ、血腫がクモ膜下腔へ wash out されたためと推察された。

P-A-3) 開頭による摘出術を要した器質化慢性硬膜下血腫の1例

三平 剛志・村上 憲孝 (秋田県立脳血管
研究センター)
岩瀬 正顕・鈴木 明文 (脳神経外科)
安井 信之
吉田 泰二 (同 臨床病理科)

通常の穿頭術では吸引除去が困難であった慢性硬膜下血腫例を経験したので、その臨床・病理学的所見につき報告する。症例：78歳、男性。既往歴：明らかな外傷歴なし。飲酒1合/日。止血凝固機能正常。経過：平成5年11月頃より歩行障害出現。CTにて右慢性硬膜下血腫を認め11月4日穿頭血腫ドレナージ施行。平成6年1月24日 follow up CTにて血腫の再貯留を認め、再度ドレナージを試みたところ血腫腔内には粥状組織よりなり穿頭孔からは除去し得なかった。2月3日開頭術施行。血腫塊は18×9cmで黄褐色の厚い被膜にcapsulateされており、これを一塊として摘出した。脳表と血腫内膜は微細な異常血管の交通を認めた。術後は再発なく経過している。組織学的所見：被膜は厚いhyalin化した結合織よりなり、リンパ球・形質細胞等の浸潤を認めた。fibrin形成や線維芽細胞の出現などorganizing hematomaの所見であった。

P-A-4) Sinking skin flap 症候群の1例

程塚 明・竹林 誠治 (旭川医科大学)
米増 祐吉・田中 達也 (脳神経外科)
福田 博 (森山病院)
脳神経外科

今回我々は、広範囲減圧開頭術後の著明なsinking skin flap 症候群で特異な髄液循環動態を呈した1症例を経験したので報告する。

症例は40歳男性で、SAHにて発症。前交通動脈瘤の診断で動脈瘤クリッピング及び減圧開頭術を受けた。1か月後に頭蓋形成術及びV-Pシャント術を受けた。その後、5か月後に創部感染から硬膜外・硬膜下膿瘍を併発し、骨弁除去及びV-Pシャント抜去術を受けた。そ

の後L-Pシャント術を施行され、6か月後に退院した。7か月後より骨欠損部の陥凹は徐々に進行し、下旬より歩行障害が出現し、9か月後近医に入院となったが、症状増悪してきたため、1994年1月21日当科に転院となった。当初L-Pシャントの腹腔側を閉塞したが、著変なく、spinal drainageを留置の上、ラクテックの持続注入を開始した。少量では著変なく60ml/hour(1400ml/day)まで増量すると、ようやく陥凹は改善し、神経症状の改善を見た。持続注入を継続し、頭蓋形成術を施行した後でspinal drainageを抜去したが、良好な結果が得られた。

P-A-5) 頸動脈破裂をきたした von Recklinghausen 病の1例

中島 雅央・佐藤 和彦 (鶴岡市立荘内病院)
黄木 正登 (脳神経外科)
深瀬 真之 (同 病理科)

症例は33歳の女性。家族歴では親族にvon Recklinghausen病はない。胎児仮死にて施行した帝王切開後9日目、突然、左側頸部の急激な腫脹を見た。CTでは左側頸部から側頭後頭部に巨大血腫がみられ、先天的に後頭骨欠損部があり、その部から頭蓋内を圧迫していたが、小脳脳幹部に対する圧迫所見はなく左小脳欠損が疑われた。血腫内は一部強く造影された。血管撮影では左内頸動脈に紡錘形の陰影が、後頭動脈には造影剤の血管外漏出が見られた。血管内手術による止血を企図したが、待機中腫脹の一部が自壊し大量の外出血を認めShock状態となったため、血管撮影にて右側からのCross Flowは認めなかったが、やむなく左頸動脈結紮術を施行した。術中血管の脆弱性のため結紮に難渋し、血管塞栓物質の併用にて止血した。しかし術後も血圧は上昇せず術後約12時間後に永眠された。

以上の症例について血管の組織学的所見を含めて報告する。