

忘で発症し、CT, MRI にて右蝶形骨縁内側部、側頭葉内に異常陰影を認めた。脳血管撮影では、同側の眼動脈、内頸動脈、中硬膜動脈、正円孔動脈を流入動脈とし、隣接する硬膜静脈洞とは交通せず、venous lake を介して Labbé 静脈に流出する dAVS を認めた。術前塞栓術により血流を減少させた後開頭術を行った。硬膜を切開すると、怒張し red vein となった脳表の静脈と病変部とは1本の異常血管を介して結合しており、これを clip にて閉塞すると脳表の静脈は虚脱化した。術中 DSA にてシャントが消失したことを確認し、手術を終了した。術後経過は良好であった。頭蓋内静脈と直接の交通のみを有する dAVS Type III 及び IV は頭蓋内出血の危険が高い疾患であるが、シャント部位を静脈側から閉塞するだけで完全治癒が期待できるので、適確な術前診断と治療計画が肝要であると考えられた。

2A-109) Ponto-medullary Cavernous Angioma の全摘の1例

相馬 勤・入江 伸介 (市立札幌病院)
奥山 徹・北見 公一 (脳神経外科)
土田 博美・竹田 保 (脳神経外科)

MRI 導入以後、脳幹部海綿状血管腫 (BSCA) はその特徴的所見によって比較的容易に診断されるようになってきた。BSCA の治療としてガンマーメスは現時点では否定的とする見解が多く、出血を繰り返す BSCA の治療法として適応に関しては controversial とする意見もあるが、手術有効例の報告が多い。今回、我々は pontomedullary junction の腹側部に発生した直径 1.5 cm の海綿状血管腫を全摘する機会を得たので、ビデオを供覧し若干の文献的考察を加え報告する。症例は20才の男性。4年前に初回出血発作あり、CT, MRI で橋・延髄腹側の BSCA を思わせる所見あり、神経学的には左片麻痺、右外転神経麻痺を呈したが保存的治療で徐々に改善。今回、同様の神経症状を呈する2回目の出血発作で入院。Lateral suboccipital approach で全摘、病理組織は海綿状血管腫であった。術後経過は良好で神経症状の著明な改善を認めた。

2A-110) 顔面痙攣に対する EPTFE による椎骨動脈転置の1例

松崎 隆幸・嶋崎 光哲 (函館赤十字病院)
早瀬 一幸・伊藤 靖男 (脳神経外科)

半側顔面痙攣 (HFS) に対する神経血管減圧術のう

ち、もっとも手術的に困難性を有するのは椎骨動脈が責任血管の場合と思われる。治癒率も低く、再発の可能性も一番多いとされる。血管と神経の dislodge のためには prosthesis の工夫、あるいは、テープを使つての SLING 法や Clip を用いる方法などが報告されているが必ずしも確実性をもった画一の方法とはいえない。今回 EPTFE (人工血管) を使用し良好な結果を示した1例につきビデオを供覧する。症例は、55歳女性で1年以上の痙攣のエピソードがあり1992年8月30日に外来受診した。セルソン®で経過をみるも寛解せず10月12日入院となった。血管造影では椎骨脳底動脈の高度の迂曲を認めた。10月14日の手術後、痙攣は消失した。穿通枝がある場合の太い血管の転置には人工血管が有用であると思われる。

2A-111) Craniotome を使用した黒川式椎弓形成術

加藤 甲・飯塚 秀明 (金沢医科大学)
角家 暁 (脳神経外科)

椎弓形成術は、靱帯骨化症や脊柱管狭窄症などによる脊髓症に対して広く行われ、その術式も数多く報告されている。この中で黒川により提唱された方法は、棘突起の正中を縦割して椎弓を開き脊柱管を左右対称に拡大するもので、機能解剖学的に理想的な方法とされている。しかし本法の適応症例では、脊髓後方の間隙が狭いため棘突縦割の際、内板の切離に熟練を要し、drill を用いても手術操作は困難である。そこで我々は、脳神経外科医にとって使い慣れた craniotome を用いて棘突起を縦割することを考案した。Craniotome 先端を縦割する棘突起基部の吻側に置き、尾背側に持ち上げるようにして移動する。この操作で容易に且つ speedy に、脊髓を損傷することなく安全に棘突起を縦割することができる。また drill を使用した際のような掘削溝の幅が広くなりすぎて、棘突起側壁が折れるようなこともない。左右に開いた棘突起間には hydroxyapatite 製棘突起 spacer を挿入締結して閉創する。

2A-112) Cerebral Three-dimensional CT Angiography (3D-CTAG)

田邊 純嘉・端 和夫 (札幌医科大学)
脳神経外科

昨年より spiral CT による 3D-CTAG が検査可能となったため、我々は頸部・頭蓋内血管性病変と脳腫瘍

と頭蓋内血管の3次元的位置関係の把握に応用し、DSAとMRAと対比した結果、若干の所見を得たので報告する。

症例は頸部・頭蓋内閉塞性血管障害13例、脳動脈瘤6例、脳動脈静脈奇形3例、脳腫瘍3例の計25例である。3D-CTAGの撮影条件はシーメンス SOMATOM PLUS-Sを使用し、slice厚3mm、image interval 1mm、テーブル移動速度2~3mm/秒で撮影し、当初は画像再構成をCT値による閾値処理で行い、本年3月よりMIP処理で行った。観察方法はoriginal image、多方向血管像、ビデオによる回転画像を使用した。結論として閉塞性血管病変では3D-CTAGは乱流・過流による画像劣化がみられず、DSAと同様の所見が得られ、脳動脈瘤では直径3mm以上の動脈瘤は描出可能であり、動脈瘤頸部の形態も判定可能であった。海綿静脈洞近傍の内頸動脈瘤は骨構造と重複して判定困難であるが、骨構造との相対的位置関係が把握でき、手術に際して重要な情報を提供してくれた。脳動脈静脈奇形では流入動脈、nidus、導出静脈の位置関係が立体的に把握できた。脳腫瘍と頭蓋内血管の3次元的位置関係では、閾値処理の画像再構成は腫瘍による血管の圧迫偏位が判明し、MIP処理の画像再構成は腫瘍による血管のencasementが判明した。

2A-113) 海綿静脈洞部に生じた細菌性動脈瘤の1例

谷川 緑野・橋爪 明 (旭川医科大学)
米増 祐吉 (脳神経外科)
竹井 秀敏 (同放射線科)
相沢 希・渡辺 一哉 (回生会大西病院)
脳神経外科

我々は髄膜炎に引き続き脳梗塞で発症し、経過中に右外眼筋麻痺を来した右海綿静脈洞部細菌性動脈瘤を経験したので報告する。

症例は38歳女性で38度の発熱と頭痛が出現したが、髄液検査で異常は認めず経過観察となった。約2週間後に左不全片麻痺が出現し、CTで右基底核に梗塞巣を認めた。髄液検査で細菌性髄膜炎と診断、約1週間の抗生剤投与で髄膜炎は治癒した。発症約1月後に右外眼筋麻痺が出現し、脳血管撮影で右内頸動脈起始部から中大脳動脈、前大脳動脈にかけて壁不整像と狭窄像を認め、また内頸動脈海綿静脈洞部に大きな嚢状動脈瘤を認められ、当科紹介入院となったが肺炎、pre-DICを併発しており、全身血圧低下により右中大脳動脈領域の脳梗塞は進

行した。肺炎、DIC治癒後に海綿静脈洞部内頸動脈瘤に対してdetachable balloonによる右内頸動脈の閉塞術を施行し、右外眼筋麻痺は改善した。若干の文献的考察を行ない、治療上の反省点について報告する。

2A-114) 脳動脈静脈瘻と多発性脳動脈静脈奇形を合併した Rendu-Osler-Weber 病の1治験例

菊地 頭次・佐々木順孝 (秋田大学脳神経)
峯浦 一喜・古和田正悦 (外科)
城倉 英史 (鈴木二郎記念
診療所ガンマ
ハウス)

Rendu-Osler-Weber病は1)皮膚・粘膜のtelangiectasia、2)病巣からの反復する出血、3)家族内発症を特徴とする稀な遺伝性血管形成異常である。最近、脳動脈静脈瘻(AVF)と多発性脳動脈静脈奇形(AVM)を合併したRendu-Osler-Weber病の小児で、人工塞栓術、外科手術およびガンマナイフによる1治験例を経験したので、若干の文献的考察を行い報告する。

症例は7歳の男児で、鼻出血があり、肺動脈静脈瘻の治療中に頭部CTで異常が指摘された。入院時、神経学的に異常なく、理学的に舌尖部と右第3指にtelangiectasiaが認められた。母親も鼻出血の既往があり、16歳時にAVMの摘出術をうけている。CTで左前頭部に楕円形の境界明瞭な高吸収域が描出され、造影剤で均質に強く増強された。脳血管撮影で拡張した左前内側前頭動脈を流入動脈とする最大径3.5cmの円形の動脈瘤様陰影と、脳梁に沿って後方へ蛇行・拡張した流出静脈が早期に描出され、AVFの所見であった。さらにmedian artery of the corpus callosum、右中内側前頭動脈および傍中心動脈をそれぞれ流入動脈とする独立した3個の小さなAVMが造影された。開頭下にAVFの流入動脈を遮断し、ガンマナイフで多発性AVMを一期的に治療して、多発性脳血管病変を根治した。

2A-115) PTAにて動脈剥離を生じた椎骨動脈狭窄症の1例

—PTAの適応、方法における問題点—

桑山 直也・久保 道也 (富山医科薬科大学)
遠藤 俊郎・高久 晃 (脳神経外科)

Stealth catheterの導入以来、頸部および頭蓋内動