

1例を報告する。症例は高血圧で加療中の61歳男性。頭部外傷・心内膜炎の既往無し。意識障害、右片麻痺にて発症。CT 上左前頭頭頂部に巨大な皮質下出血を認めその一部および右前頭葉表層に小さな増強領域を認めた。血管撮影にて、① 左後頭頂動脈分枝 (M4)、② 左前側頭動脈 (M2)、③ 右中心前回動脈 (M4) に動脈瘤を認めた。手術の結果 ① は血栓化の進んだ嚢状動脈瘤であり、dome の一部に出血点を認めた。1か月後 ② 動脈瘤クリッピングおよび ③ 動脈瘤摘出術施行。③ は CT および血管撮影にて既に血栓化した所見を呈したが、古い出血の跡と一部血栓化せずに残された壁の薄い部分を認め、放置することにより出血する可能性が示唆された。摘出動脈瘤はいずれも器質化した血栓を伴う真性動脈瘤であり炎症所見を認めなかった。本例の経過および術中所見を報告し、我々の治療方針について意見を述べる。

A-1-5) 両側硬膜下血腫を伴うくも膜下血腫を来した右内頸動脈後交通動脈分岐部破裂脳動脈瘤の1例

小股 整・寺林 征
妻沼 到・渡辺 徹 (富山県立中央病院)
杉山 義昭 (脳神経外科)

硬膜下血腫を伴った破裂脳動脈瘤は比較的報告が少なく、その予後も不良と言われている。今回我々は右動眼神経麻痺で発症し、CT 上両側硬膜下血腫と SAH を呈した症例を経験したので報告する。症例は67歳女性。めまいのため近医入院中、1990年12月3日頃より右眼瞼下垂出現。12月16日午前8時頭痛、意識障害、左片麻痺出現。12月17日当科紹介。来院時、神経学的には右動眼神経麻痺のみ。H and K grade 2。CT 上、両側硬膜下血腫 (5mm 程度、右やや大) と SAH (テント上 Fisher group 2。テント下 group 3) を認めた。脳血管写にて右内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤を認め、同日 (Day 1) 右前頭側頭開頭にて硬膜下血腫除去及びクリッピングを施行。手術所見では前視交叉槽、右シルビウス裂付近には全く血腫なく、髄液流出良好。動脈瘤は直接硬膜下腔に破裂しており、frontal base のくも膜外腔を通じて対側へも流れたものと思われた。右動眼神経は動脈瘤により直接圧迫されており、軽度癒着が認められた。テント下には比較的少量の血腫が認められ、これら動脈瘤破裂時断裂したくも膜を通じて流れ込んだものと思われた。これらの発生機序を中心に文献的考察を加え報告する。

A-2-1) 小脳腫瘍と思われた mass lesion と椎骨動脈瘤の合併例

田中 輝彦・藤本 俊一 (青森県立中央病院)
齋藤 和子・中村 公明 (脳神経外科)

症例は左側頭葉梗塞の既往を持つ57歳の男性、突然の頭痛、嘔吐、意識障害で発症、5日目に紹介されて入院。CL3、軽度右不全麻痺及び小脳失調あり、CT で左側頭葉の陳旧性梗塞の外、右小脳半球に低吸収域を認め、この部は enhance されなかった。VAG では mass effect と共に未破裂右椎骨動脈瘤を証明したのみであった。入院後も頭蓋内圧亢進症状が持続し、CT で右小脳に低吸収域の出現をみ、MRI でも血腫の存在が証明されたため海綿状血管腫を疑うに到った。入院2週間後の1991.11.30、後頭下開頭を行い、腫瘍を全摘除し、動脈瘤柄部をクリッピングした。術後経過は良好である。

A-2-2) 遷延する体動時嘔吐を呈した PICA large aneurysm の1例

西巻 啓一・小池 哲雄
竹内 茂和・恩田 清 (新潟大学脳神経)
皆河 崇志・田中 隆一 (外科)

第IV脳室下部を圧迫する病変で、他の症状を伴わず、遷延する体動時嘔吐 (posturally evoked vomiting) で発症する例があることが報告されており、診断・治療が遅れやすいとされている。我々も PICA large aneurysm により同様の症状を呈し適応に苦慮したが手術を行い、著明な改善が得られた1例を経験したので報告する。症例は68歳・女性。1990年4月より体動時に、眩暈やその他の前駆症状を伴わずに突然起こる嘔吐あり。消化器系の精査を受けるも異常なく、頭蓋 CT にて異常を指摘され当科紹介となる。血管写等で左 PICA の径 2cm の部分的に血栓化した動脈瘤と診断。MRI の T2WI にて動脈瘤周囲の延髄・小脳 HIA を認めた。神経学的には異常を認めず、制吐剤投与で経過を観察したが症状は進行性で 12kg もの体重減少を来し、患者は嘔吐を恐れるため体動を制限するようになった。1990年12月 OA-PICA 吻合術・動脈瘤 trapping 施行。術後軽度の下位脳神経麻痺を認めたが嘔吐は完全に消失した。