

infusion による塞栓溶解術は、短時間で高率に再開通を来し得る手段であり有用と思われた。

2A-11) 全身性海綿状血管腫を合併した多発性脳動静脈奇形の1剖検例

中里 真二・佐々木 修
 小泉 孝幸・鈴木 泰篤
 山崎 英俊・反町 隆俊 (桑名病院脳神経外科)
 小川 宏 (桑名病院神経病理)
 田中 隆一・小池 哲雄 (新潟大学脳研究所)
 (脳神経外科)

近年、脳血管奇形の多発例や異種合併例の報告が散見されるが、動静脈奇形と海綿状血管腫の合併例の報告は極めて稀である。今回我々は多発性脳動静脈奇形と全身性海綿状血管腫の合併例を経験したので報告する。症例：78才女性。1989年6月29日頭痛、意識障害で発症し、同日当科に搬入。搬入時、半昏睡、右片麻痺を認めた。頭部 CT で左前頭葉皮質下から皮質にかけて大血腫を認め、左内頸動脈撮影を行うと血腫の上方に小さな動静脈奇形が認められた。同日開頭血腫除去、動静脈奇形摘出術を施行したが、術翌日側頭葉に再出血を認め、7月14日死亡。剖検所見：摘出標本は病理組織学的にも動静脈奇形と確認された。また、脳血管撮影上確認されていないが、右前頭・頭頂葉にも動静脈奇形を認め、多発性脳動静脈奇形と診断された。他に右顔面・甲状腺・脾臓に海綿状血管腫を認めた。尚、大脳皮質血管に amyloid angiopathy を認め、脳血管撮影所見等より今回の出血原因は amyloid angiopathy と考えられた。本例は血管奇形の多発例や異種合併例の genesis を考える上で貴重と思われる。

2A-12) Radiosurgery が有効であった脳深部 AVM の1例

小鹿山博之・佐々木順孝
 笹沼 仁一・渡辺 克夫
 川上 雅久・後藤 恒夫 (財)脳神経疾患研究所
 渡辺 一夫 (南東北脳神経外科病院)

今回我々は、いわゆる Radiosurgery により消失した脳深部の AVM の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。症例は、28歳男性。昭和60年4月、突然の頭痛で発症。某院で AVM 破裂によるクモ膜下出血と診断されたが、根治術は行わず、合併した水頭症に対し、V-P シャント術が施行された。昭和62年2月、シャント機能不全で当科入院。左椎骨動脈撮影で、左視床後方に、内側及び外側後脈絡叢動脈を feeder とし、ガレン大静脈を drainer とする AVM が認められ

たが、nidus の大きさ、部位から、直達手術、塞栓術は、共に困難と考えられたため、シャント再建後、昭和63年6月、病巣に対し Co60 を線源とするγ線の集中的照射が施行された。照射1年半後に行った脳血管撮影で AVM の消失が確認された。AVM の治療は手術による全摘出が理想であることは言うまでもないが、脳深部の AVM 等、直達手術が困難である例に対しては、塞栓術同様、Radiosurgery も有用と考えられた。今後その適応ならびに有効性が充分明らかにされれば、AVM の治療法の一つとして期待されるものと考えられる。

2A-13) 後頭蓋窩脳動静脈奇形の2例

宮森 正郎・長谷川 健 (富山市民病院)
 浜田 秀剛・山野 清俊 (脳神経外科)

後頭蓋窩の脳動静脈奇形 (AVM) は、前頭蓋内 AVM の14~18%の発生頻度という。当科では最近2年間の間に、後頭蓋窩 AVM 2例に対し全摘術を行ったので報告する。症例1；35才、男性。1988年9月22日頭痛で発症。CT で左小脳出血と血管撮影で後小脳動脈 (PICA) を feeder とする AVM を認めた。drainer は inferior vermian vein と petrosal vein であった。AVM を全摘した。術後経過良好で AVM の消失を確認した。症例2；63才、男性。1989年8月27日、意識障害にて発症。CT で第4脳室を中心とする脳室内出血の所見を認めた。血腫除去術施行後意識障害は改善した。血管撮影で PICA と上小脳動脈を feeder とする第4脳室 lateral recess AVM の所見を認めた。midline approach にて AVM を全摘した。術後経過良好で AVM の消失を確認した。結語 1)AVM の手術では、広い視野を要求される。従って狭い後頭蓋窩では、できるだけ広い皮切・開頭を選び、nidus の剝離面と術者の視線とが一直線になる様アプローチすべきである (症例1)。2)脳幹に近接した AVM も安全に全摘しうる (症例2)。

2A-14) 先行した脳出血が反復性脳虚血発作を招いたと考えられる1症例について

西澤 英二・佐藤 清
 中井 昂 (山形大学脳神経外科)

反復する脳虚血発作の出現に、古い脳出血の影響が考えられた症例を経験したので報告する。症例は64才の女性で、S.54年に左被殻部の脳内出血にて保存的加療を受け、以後軽度の構語障害と軽度の右片麻痺が残存、この時より高血圧に対し近医より加療を受けていた。S.59年頃より、胸部不快感後に嘔気・嘔吐を伴い、更に発語困

難, 右上下肢が脱力する発作が出現し, 3~4日間で完全に症状が回復した。これが, 年1~2回, 通算10回程起った。CTでは, 左被殻から尾状核にかけて古い出血の跡があり, 両側のシルヴィウス裂の開大, 左側脳室の拡大, 左前頭葉皮質下に小梗塞巣が見られた。心エコー, ホルター心電図では異常はなく, 脳波では, 左前頭葉の間歇的δ波の出現が見られた。血管撮影では, 両側内頸動脈の蛇行が見られたものの, 左中大脳動脈領域の狭窄や閉塞像は認められなかった。CBFでは, 左前頭葉中心に低下域があり, 低血圧負荷にて左前頭葉白質部で, 20ml/100g・min以下に低下する部位があり, 同領域での血管反応性の異常が症状発現の原因であり, これに以前の出血が関与しているものと考えられた。

2A-15) 慢性骨髄性白血病に合併した脳出血の 1手術例

菊地 康文・日高 徹雄
黒田 清司・斉木 巖 (岩手医科大学)
金谷 春之 (脳神経外科)
小林 仁 (同 第三内科)

白血病における中枢神経合併症として脳出血はよく知られているが, 文献的には多発性小出血が多く手術例の報告は少ない。今回我々は慢性骨髄性白血病の経過中に発症した脳出血の手術例を経験し, その術前術後管理の難しさを痛感したので報告したい。患者は59才の女性で昭和62年より本学内科にて慢性骨髄性白血病の加療中であつたが, 平成2年1月24日左被殻出血をおこした。発症時のCT scanでは血腫量は36mlであつたが, 1時間後には77mlと急激な血腫の増大を認め意識レベルもJCS 3から200へとdownしたため, 緊急血腫除去術を施行した。術後, Barbiturate coma therapyにより脳浮腫はコントロールし得たが, 消化管出血, 重症肺炎のため発症後25日に呼吸不全で死亡した。このような患者の手術における問題点として, まず第一に出血凝固異常, 第二として消化管出血(出血傾向+慢性骨髄性白血病による高ヒスタミン血症)そして第三には, 著明な免疫能低下による感染の問題があり, これらの強力なコントロールが必要とされると思われた。

2A-16) 定位的脳内血腫吸引術後のCTにおける mass effectに関する定量的解析

西野 克寛・峯浦 一喜 (秋田大学脳神経外科)
安田 恒男 (湖東総合病院)
脳神経外科

定位的血腫吸引術の効果を検討するため, CT上で

HDA, HDA周辺のLDAとmass (=LDA+HDA)の体積を経時的に定量解析した。対象はCTが発症当日および2, 4, 6, 7日目に行われた視床出血18例(うち手術例4例)と被殻出血12例(うち手術例4例)で, 手術は発症当日または翌日に行った。視床及び被殻出血の非手術例でのLDA体積と初回CTのHDA体積に対する割合[%]は, それぞれ2日目で 122 ± 25 (mean \pm SEM), 129 ± 32 , 4日目で 187 ± 45 , 164 ± 33 , 7日目で 127 ± 27 , 120 ± 19 で両者に有意差がないため, 以下の検討では両者を含めて手術例, 非手術例として検討した。非手術例(血腫量; 22.2 ± 4.1 ml)のmassは発症2, 3, 4, 6日目で 150 ± 19 , 149 ± 16 , 208 ± 28 , 170 ± 34 であつた。一方, 平均73%の血腫が除去された手術例(血腫量; 21.5 ± 4.3 ml)ではmassは発症3, 4, 6日目に 94 ± 11 , 89 ± 15 , 68 ± 15 であり, 非手術例に対して4日目と6日目においてDunnett多量比較で有意であつた(それぞれ $p < 0.02$, $p < 0.05$)。

2A-17) 天幕上下に多発する脳動脈瘤 —破裂部位の同定と急性期治療方針 について—

佐々木雄彦・和田 啓二
中川原讓二・宇佐美 卓
武田利兵衛・佐土根 朗 (中村記念病院)
奥村 智吉・中村 順一 (脳神経外科)
鈴木 知毅 (函館赤十字病院)
末松 克美 (脳神経外科)
(財)北海道脳神経
疾患研究所

天幕上下に多発する破裂脳動脈瘤例の破裂部位の同定は, しばしば困難である。我々は5例の天幕上下の多発脳動脈瘤の経験から, 破裂部位同定に有用な検査所見及び治療方針を検討した。5例の動脈瘤の部位は, R-MCAとBA-SCA, R-MCAとlower basilar trunk, R-ICAとBA, L-MCAとBAとR-VA, R-MCAとR-ICAとBAであり, 手術所見で確認された破裂部位は順に, R-MCA, lower basilar trunk, R-ICA, R-VA, BAであつた。発症直後のCT所見から破裂部位を決定することはいずれも困難であつたが, 1例で翌日のCTで破裂部位周囲以外の脳槽のclotが流されたため破裂部位の同定が可能となつた。脳血管造影上は従来言われているように最も大きいもの, 不整形のものが破裂していた症例が3例あり, 有用な所見と思われた。

以上より搬入時脳血管造影でCT所見に合致する動脈瘤が発見されても, 残りの血管の検索を怠らないことが重要であり, 手術にて破裂が確認できなかった場合,