

際、動脈瘤内壁からの出血も著しかった。術後眼筋麻痺は残存したが、三叉神経痛は直後より消失した。

直達手術の困難な巨大脳動脈瘤に対して内頸動脈結紮術が施行されるが、時として自験例のように術後眼筋麻痺や三叉神経障害等神経症状の悪化を来すことが知られている。その機序として、この部の動脈瘤前後の内頸動脈からの分枝である眼動脈、髄膜下垂体動脈、下海綿静脈洞動脈、下垂体被膜動脈等からの逆行血流による動脈瘤腫大が脳神経を伸展するためと推察された。中でも、激しい三叉神経痛への動脈瘤開放術は良き対処法かと思われた。

#### 2A-22) 両側内頸動脈形成不全を伴った Persistent primitive trigeminal artery variant type の動脈瘤の1例

須田 剛・亀田 宏 (立川総合病院 脳神経外科)  
福田 光典

我々はくも膜下出血にて発症し、両側内頸動脈形成不全を伴った Persistent primitive trigeminal artery に動脈瘤を認めた稀な一例を経験し、若干の考察を加え報告する。症例は66才男性、1989年9月19日頭痛にて発症、9月23日当科受診、神経学的には軽度の精神機能障害を認めた。CTにてくも膜下出血、軽度の脳室拡大及び脚間槽、視床内側に造影剤増強効果をもつ高吸収域を認めた。脳血管撮影にて、両側内頸動脈形成不全、内頸動脈海綿静脈洞部より上小脳動脈に吻合する Primitive trigeminal artery (PTA) variant type を認め、Rt. PTA 本幹部に動脈瘤を伴っていた。両側前中大脳動脈領域は、拡張蛇行した後交通動脈を介して造影され、一部は外頸動脈系より trans dural anastomosis を介して造影された。Rt. PTA 本幹部動脈瘤に対して、Rt. PTA 起始部にてマイクロコイルを用い塞栓術を施行した。術後施行した脳血管撮影では、動脈瘤は造影されなくなり、上小脳動脈は、椎骨動脈撮影にて造影された。

#### 2A-23) 副中大脳動脈に合併した脳動脈瘤の1例

大久保忠男・斎藤伸二郎 (山形県立新庄病院 脳神経外科)  
上井 英之

副中大脳動脈あるいは重複中大脳動脈は、現在まで約50例報告されている。一方、これらの variation に合併した脳動脈瘤の報告は比較的まれである。我々は、副中大脳動脈の起始部と内頸動脈に脳動脈瘤を認めた1例を経験した。症例は、60歳、女性。くも膜下出血にて発

症した。脳血管撮影にて、前交通動脈より分岐し、右側頭葉に分布する副中大脳動脈を認めその起始部と右内頸動脈に動脈瘤を認めた。発症翌日、2つの動脈瘤の clipping 術を施行し、その際、脳血管撮影所見を確認した。副中大脳動脈の定義や、副中大脳動脈と脳動脈瘤合併について、文献的考察を加え報告する。

#### 2A-24) 脳血管障害を合併した von Recklinghausen 病の3例

勝田 洋一・沢田石 順 (仙北組合総合病院 脳神経外科)  
大石 光

von Recklinghausen 病は神経外胚葉及び中胚葉系の異常であり、血管系病変の合併も少なくなく、vascular neurofibromatosis といわれている。vascular neurofibromatosis は一般に狭窄・閉塞性病変としての報告が多く、モヤモヤ病様基底核部異常血管網を伴うことが知られているが、動脈瘤の報告は少ない。我々は脳血管障害を合併した von Recklinghausen 病の3例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例1は61才の女性で、左片麻痺にて発症し CT で右被殻出血と診断された。症例2は42才の男性で右片麻痺と失語症で発症した。CT で脳室内出血がみられ、脳血管撮影を行なった所、左内頸動脈分岐部と右 A<sub>1</sub> 部が閉塞し脳底部モヤモヤ血管が発達していた。症例3は46才の男性。頭痛で発症し、CT・脳血管撮影で右中大脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血と診断された。von Recklinghausen 病における脳血管の異常は血管壁の一次的な変化が関与している可能性が示唆されており、神経放射線学的検査の際には脳血管撮影も行う必要がある。

#### 2A-25) Meningohypophyseal trunk に生じた脳動脈瘤と硬膜 AVM の1例

渡辺 達雄・新井田広仁 (竹田総合病院 脳神経外科)  
中里 真二・宮澤 登

症例：64才女性。既往歴：高血圧症。昭和64年1月3日頭痛、嘔吐にて発症。初診時意識レベル JCS30、右片麻痺、左動眼神経麻痺、呼吸困難あり挿管す。CTにてSAH, Fisher group 3, H&K grade4。同日脳血管造影施行し、左内頸動脈 C<sub>4-5</sub> 部より発達した Meningohypophyseal trunk (MHT) と思われる動脈が分岐しており、鞍背左後方で動脈瘤を形成していた。その末梢側はチリチリした数本の天膜動脈に分かれ、その後横静脈洞に収束し一部はS字静脈洞に連絡し硬膜 AVM を形成していた。1月6日手術施行。左側頭下開頭、テン

トを切開し進むと滑車神経内側に動脈瘤をみとめ、親動脈ごとクリッピングを行った。この際動脈瘤より出血をみており、これが SAH の原因と思われた。術後脳血管攣縮のため右片麻痺、失語症を生じ、NPH を合併したが、2月14日 L-P シャントを施行しほぼ神経症状は消失した。4月25日小脳脳幹出血を生じ、再三脳血管写を施行したが、動脈瘤、AVM 等は完全に消失しており出血原因となる血管異常はみつからなかった。文献上本例のように MHT に脳動脈瘤と硬膜 AVM を合併した報告は渉猟した範囲にはみつからない。

#### 2A-26) 特発性血小板減少症 (ITP) を合併した破裂脳動脈瘤の急性期手術例

太田 浩彰・三浦 一之 (岩手県立北上病院)  
今野 讓二 (脳卒中センター)  
西沢 義彦・金谷 春之 (岩手医科大学)  
脳神経外科

我々は ITP を合併したクモ膜下出血 (SAH) の 1 例を経験した。血小板数の改善を待ってから根治手術を行う方針が一般的と考えられるが、再破裂の危険性が高いと考え、我々は術中血小板大量輸血を行い急性期手術を行った。症例は48歳の男性。平成元年12月22日、突然の頭痛、意識障害、左片麻痺にて発症。CT にて右 Sylvian fissure 主体の SAH。Angiography にて Rt. M2 portion に saccular aneurysm を認めた。来院時、血小板 76000 と低下を認め、DIC も疑われたが、FDP の上昇、fibrinogen 低下はなかった。また、出血時間は正常であったが、CT 上、fissure 内の SAH の増量を認めたため、発症12時間にて、Neck-clipping を行った。手術に際しては、血球成分分離装置を用いた血小板大量輸血を行った。術後は $\gamma$ -globulin 大量療法、steroid 及び血小板輸血にて、急性期を治療した。片麻痺、意識障害は改善し、社会復帰した。

#### 2A-27) 急性期くも膜下出血例における神経原性肺水腫の検討

渡辺 徹・佐藤 進  
関口賢太郎・井上 明 (山形県立中央病院)  
谷口 禎規 (脳神経外科)

過去9年間に入院した。H&K Grade III~V の重症くも膜下出血例で、急性期 (発症より24時間以内) 搬入例 208例を対象に、神経原性肺水腫 (NPE) について検討した。NPE 合併は33例 (16%) で認め、年齢は33~77才 (59±11才) であった。重症度別では、入院時 H&K Grade III 64 例中4例 (6%)、IV 49 例中9例 (18%)、

V 95 例中24例 (26%) と NPE は重症例でより多かった。NPE の CT 所見は全例 Fisher 3, 4群に属し、3群 110例中23例 (21%)、4群88例中10例 (11%) で、3群に高率であった。心電図所見に関して、NPE 群には非 NPE 群に比べ、ST 低下、陰性T波、洞性頻脈、右脚ブロックが高率に認められた。くも膜下出血発症より胸部 X-P 上 NPE 診断までの時間は  $2.5 \pm 2.0$  時間であり、胸部 X-P 上消退までの時間は、全例3日以内 ( $1.2 \pm 0.7$ 日) であった。Grade III (4例)、IV (9例) の全例に脳動脈瘤直達手術が施行され、予後は Excellent, Good 7例 (54%), Fair 1例 (8%), Dead 5例 (38%) であった。Grade V (20例) は全例死亡した。死亡例については、NPE が直接死因と考えられる例は認めなかった。

#### 2A-28) Wallenberg 症候群を呈した解離性椎骨動脈瘤の1例

小山 京・栗田 勇  
岡田 耕坪・北沢 智二 (新潟中央病院脳外科)

最近、解離性椎骨動脈瘤は、虚血症状よりも膜下出血で発症する事が多いとされ、後頸部から後頭部にかけての激痛が特徴であると言われている。しかし実際の診断及び治療は困難で、保存的療法の予後は不良である。今回我々は、ワレンベルグ症候群を呈した解離性椎骨動脈瘤で、発症時の頭痛が軽く、外科的療法により良好な経過を示した一例を経験したので報告する。症例は44歳の男性で既往に痛風と高血圧を認めた。仕事で軽い後頭部痛が断続的に出現したが、自制内であった。翌日、左へ傾く平衡障害の為歩行困難となり入院した。意識は清明であるが、ワレンベルグ症候群を呈していた。CT scan では特に異常を認めなかったが、MRI で延髄に T1 強調で低信号、T2 強調で高信号を呈する小病巣を認めた。脳血管撮影検査で左椎骨動脈に不規則な狭窄と拡張を認め解離性動脈瘤と診断し、発症13日目に trapping を行なった。椎骨動脈は後下小脳動脈分岐直後より暗黒赤色を呈し、全周にわたって紡錘状に膨隆していた。術後経過は順調で、発症3ヶ月後独歩退院した。

#### 2A-29) くも膜下出血発作を示した頭蓋内解離性椎骨動脈瘤の2治療例

蘇 慶展・渡辺 孝男 (米沢市立病院)  
市毛 明彦 (同耳鼻咽喉科)

頭蓋内解離性動脈瘤、その中でも椎骨・脳底系の解離