

A-4) CT 誘導定位脳手術法の臨床応用 —特にその適応の拡大について—

小穴 勝麿・鈴木 豪 (八戸赤十字病院
脳神経外科)
金谷 春之 (岩手医科大学
脳神経外科)

CT 誘導定位脳手術法は高令者・有合併症者の脳内血腫吸引をも可能とした優れた術式である。演者らは過去2年3ヶ月間に駒井式 CT 誘導定位脳手術装置を用いて82症例に対して98回の手術を施行した。今回はこの中から本法の適応の拡大と考えられる症例を紹介する。<症例1>70才男性。外傷性前頭葉内皮質下血腫(7.0ml)。本法は被殻や視床出血のみならず contrecoup や coup による前頭葉極・後頭葉極内血腫の吸引も可能。<症例2>28才女性。AVM 破裂性前頭葉内血腫兼脳室内血腫による高度意識障害例。本法により脳内血腫吸引(28.2ml)+CVD 施行。意識改善し、AVM 全剔に成功。<症例3>63才男性。視床出血(混合型血腫)の脳室内鉤型状血腫による高度意識障害例。まず開頭術(trans-temporal-transventricular approach)により脳室内血腫と視床血腫を除去。後日、本法により被殻内血腫を除去(17ml)。<症例4>69才女性。被殻部大血腫例。1週間内に2回本法を反復施行(毎回2ケの target より血腫吸引)し血腫を全剔(総量 80.5ml)。<症例5>53才男性。右後頭葉囊胞性腫瘍に対して本法により Omaya reservoir を設置。

A-5) 脳血管性痴呆の臨床的検討 —特に脳出血性痴呆34症例の分析—

小穴 勝麿・鈴木 豪 (八戸赤十字病院
脳神経外科)
金谷 春之 (岩手医科大学
脳神経外科)

はじめに：高令化社会に伴う痴呆は大きな問題である。本邦に多い脳血管性痴呆では多発梗塞性痴呆に比し脳出血性痴呆の研究は遅れている。演者らは脳出血例を分析し若干の知見を得たので報告する。方法：脳出血128例(年令40~88才。男性78例、女性50例。平均年令男性55.9才、女性66.2才)の臨床事項並びに CT 所見と痴呆の相関を検討した。痴呆の診断には長谷川式痴呆診査スケールを用い、痴呆(10点以下)と準痴呆(10.5~21.5点)を広義の痴呆とした。結果：1)罹患年令(脳出血)が若いものではスコアが高く、年とったものでは低い。2)痴呆例は34例(痴呆9例、準痴呆25例)で有病率は29.8%。3)痴呆例の平均スコアは14.2。4)患者年令と共に痴呆の発生は増加していた。5)女性例で痴呆がやや

多かった。6)左側出血の46.2%、両側性(再発性)出血の38.5%、右側出血の19%に痴呆をみた。7)視床出血の44.1%、被殻部出血の25.5%、皮質下出血の20%に痴呆をみた。8)視床出血の再発では100%、被殻部出血の再発では50%、被殻部出血+視床出血では33.3%に痴呆をみた。9)痴呆(10点以下)の比率(広義の痴呆を占める)は被殻部出血、視床出血では約20%、再発性出血では40%。

A-6) 異所性カテコラミン産生腫瘍に合併した前交通動脈瘤の1例

長谷川晴彦・高橋 明 (岩手医科大学
脳神経外科)
豊田 章宏・西沢 義彦
芥木 巖・金谷 春之

異所性カテコラミン産生腫瘍術後16ヶ月目に前交通動脈瘤破裂をみた症例を経験したので報告する。症例は26歳の男性。昭和61年4月から収縮期血圧200mmHg以上の高血圧を指摘され、左中頭蓋窩の異所性カテコラミン産生腫瘍の診断のもと同年10月24日に塞栓術、10月29日に亜全摘術施行、その後60Gyの照射を行い、神経脱落症状なく62年2月21日に退院し、職場復帰していた。亜全摘後の血圧は降圧剤服用せずとも120/80前後の正常血圧に維持されていた。63年2月25日運動中に突然、後頭部痛、めまい、嘔気が出現、某医にて腰椎穿刺施行し初圧200mmHg 血性髄液を認め、クモ膜下出血の診断で翌日当科紹介となる。搬入時、意識清明、血圧142/63、脳血管撮影にて前交通動脈に6×6mmの脳動脈瘤を認めた。発作後41時間目に Hunt-Kosnik grade 2で根治手術を施行した。カテコラミン産生腫瘍は長期にわたる悪性高血圧の維持を特徴とし、動脈瘤新生の可能性があるにもかかわらず本疾患に脳動脈瘤が合併した報告は少なく、若干の文献的考察と術中の管理について述べる。

A-7) Discoid Lupus Erythematosus に 多発性脳動脈瘤を伴った1剖検例

城倉 英史・石橋 安彦 (大原総合病院
脳神経外科)
清水 宏明・大原 宏夫

我々は既に Discoid Lupus Erythematosus (DLE) に合併した多発性脳動脈瘤の報告を行ったが、今回はその後の経過に剖検所見を加えて報告する。症例は53歳男性で17歳よりの DLE の既往がある。1982年1月にクモ膜下出血にて発症し中大脳動脈瘤の neck clipping が施行された。その後1986年3月に脳梗塞を生じ、入

院加療中の翌年7月、突然呼吸停止にて死亡した。この間脳血管は、多発中大脳動脈瘤、脳底動脈瘤の発生、成長、主幹動脈の拡張、閉塞といったダイナミックな変化を見せた。剖検では脳幹を強く圧迫する 33×23mm の紡錘状脳底動脈瘤の破裂により強度のクモ膜下出血が認められ直接死因と考えられた。中大脳動脈、右後大脳動脈末梢部に複数の紡錘状動脈瘤を認めた。組織学的検索では、Willis 動脈輪周辺の主幹動脈は全般的に内膜肥厚が著明で動脈瘤壁の内弾性板はほとんど断裂し、消失していた。その他大動脈、冠動脈、腎動脈を初めとする全身性の強い動脈硬化、血栓形成、多発性梗塞を認めたが炎症性的変化は皮膚で軽い perivasculitis 以外には見当たらなかった。

A-8) 家族性脳動脈瘤の2家系

齊藤 明彦・寺林 征 (富山県立中央病院)
 山中 竜也・小澤 常德 (脳神経外科)
 杉山 義昭

我々は家族性脳動脈瘤2家系を経験し、その特徴及び問題点に関し若干の文献的考察を加え報告する。<家系1>症例1:46歳女性 母と同胞8名中2名(計3名)にくも膜下出血(以下SAH)を認める。高血圧なし。左内頸動脈前脈絡動脈分枝部動脈瘤破裂。なお無症状の同胞2名も脳血管撮影を施行し、うち1名に左内頸動脈後交通動脈分枝分に junctional dilatation を認めた。<家系2>症例2:56歳男性 前交通動脈瘤破裂。症例3:47歳男性 前大脳動脈瘤破裂。3症例ともに H&K grade 1 の SAH にて clipping 術施行し、神経脱落症状なく独歩退院。家族性脳動脈瘤は比較的稀で、その発生部位、発症年齢等において、通常の脳動脈瘤とは異なる点が指摘されている。また、脳動脈瘤の発生原因に関して遺伝的要因の関与を示唆する事実として興味を持たれる。家族性脳動脈瘤、特に同胞例の症例では、無症状の同胞内にも未破裂脳動脈瘤の症例が隠れている可能性があることを念頭に置いたほうがよいと思われる。

A-9) 窓形成を伴った椎骨動脈合流部動脈瘤の1例

土田 正・森 宏 (新潟県立中央病院)
 高橋 祥 (脳神経外科)

当科開設以来3年11月間に86例の脳動脈瘤手術を行なった。椎骨動脈系のもは8例あるが、今回比較的希れな脳底動脈窓形成部に発生した椎骨動脈合流部(VA-Union)動脈瘤の一例について手術方法を主に報告する。

33才女性、SAH 発症翌日入院。Grade 2、SAH は迂回槽に少量あり、VAG で VA-Union に窓形成と前向きの囊状動脈瘤が認められた。neck がはっきりせず、正中に位置している。局在より晩期手術とした。30日目左側臥位にて右一側後頭下開頭を施行。AICA の起始部と VA に各々 2mm の先細りヘラをかけ、21mm 長の杉田 clip を XI と XII 脳神経の間から挿入し clipping した。術後一過性に軽い IX、X 麻痺がみられたが、2週後の血管写で動脈瘤は 1/3 位しか縮小せず大部分残存していた。ために1週間後に再手術を行なった。今回は直前に大腿動脈より balloon catheter を挿入し、左 VA の一時的遮断を可能にし、同様開頭術を行なった。前回の clip をはずし BA 起始部全体を確認し、23mm 長の clip をかけた。術中血管写を施行、動脈瘤の完全消失を確認した。術後経過良好で翌日より経口摂取し、嗚声も軽度であった。

A-10) 下位脳神経症状にて発症した前下小脳動脈動脈瘤の1例

上井 英之・小川 彰 (国立仙台病院)
 佐藤 博雄・杉田 京一 (脳卒中センター)
 桜井 芳明・嘉山 孝正 (脳神経外科)

前下小脳動脈瘤は、現在まで33例の報告があるが、その大部分は、内耳動脈分岐部に発生したものである。今回我々は、内耳動脈には関与せず、下位脳神経症状にて発症した1例を経験したので、若干の文献考察を加えて報告する。

症例は、20歳の女性。1987年6月22日、突然、咽頭痛、嚥下障害が出現し、近医耳鼻科にて、左軟口蓋麻痺を指摘された。6月25日、就寝中、突然、頭痛・嘔気が出現し、その後意識障害も加わり、当科入院となった。入院時、意識レベルは3-3-9度方式で20、両側外転神経麻痺と左側下位脳神経麻痺が認められた。CT では、左の迂回槽を中心とする高吸収域と軽度脳室拡大が認められ、脳血管撮影では、前下小脳動脈末梢部に動脈瘤が認められた。入院当日、脳室ドレナージ術を行い、入院翌々日に直達手術を施行した。動脈瘤は、迷走神経・副神経と、頸静脈孔に入る手前で強く癒着しており、neck は前下小脳動脈の屈曲部から発生し、その付近に分枝はなかった。下位脳神経との癒着を剝離した後、neck clipping を行い、患者は、術後40日目に、何ら神経症状を残さず、独歩退院した。