2回）を行い，昭和62年10月29日再度後頭下開頭を行い，AVM 摘出術を施行した．術後経過順調にて軽度小脳性失調を残し退院した．術後の脳血管写で AVM の消失を確認した．

小脳 large AVM に対する手術の適応ならびに摘出に際しての問題点につき，若干の考察を加える．

A—30）視床 AVM の2手術例

渡部　洋一・佐藤　光夫
鈴木　恭一・川上　雅久
佐々木達也・児玉南海雄
（福島県立医科大学脳神経外科）

視床 AVM の2手術例につき報告する．症例1は20才の男性で，脳室内出血を3度繰り返した．脳血管造影では左レンズ核線状体動脈，前脈絡叢動脈，前後視床穿通動脈を feeder とする視床 AVM を認めた．まず subtemporal approach で後交通動脈からの feeder を clipping し，次に anterior transcallosal approach にて側脳室内に至り nidus を摘出した．症例2は35才の女性で脳室内出血を伴う視床出血にて発症，脳血管造影では前後脈絡叢動脈を feeder とする視床 AVM を認めた．MRI が nidus の大きさを明瞭に示し，AVM の3次元的把握に有用であった．手術は左頭頂葉から angular gyrus を避けて transcortical に側脳室に達し，nidus を摘出した．視床など深部 AVM の手術では，nidus 周囲の重要な組織を損傷しない様に nidus ぎりぎりに摘出しなければならないが，境界の同定は困難な場合が多い．血管造影や MRI を利用した nidus の正確な mapping，Doppler 装置による nidus の確認，各種モニタリングの駆使によって必要最小限の脳の損傷で手術を終了するような工夫が必要である．

A—31）脳動脈瘤を合併した多発性硬膜動静脈奇形の1例

駒井杜詩夫・長谷川　健
北林　正宏・中島　良夫
（厚生連高岡病院脳神経外科）

症例は68歳女性．2年前より高血圧で加療していた．昭和62年10月18日左前頭部痛，左眼球突出，左耳鳴に気付き更に眼瞼下垂も出現した．10月28日当科入院時，左眼球突出と結膜充血，全外眼筋麻痺が見られた．また左眼および左耳後部に雑音を聴取した．

選択的左内頸動脈撮影：海綿静脈洞部硬膜動静脈奇形と内頸動脈瘤．選択的左外頸動脈撮影：海綿静脈洞部と後頭蓋窩に硬膜動静脈奇形を認めた．

11月19日左外頸動脈を露出し，選択的に上行咽頭動脈と後頭動脈をフィブリン糊（1～1.5ml）で塞栓後結紮した．又左側頭部で浅側頭動脈を同様にフィブリン糊で塞栓後結紮した．術後症例は漸次軽快し12月末には眼症状は消失し，軽度の左耳鳴を残すのみとなった．63年1月14日左内頸動脈瘤のクリッピングを行った．

術後血管写で後頭蓋窩の硬膜動静脈奇形は一部残存したが，海綿静脈洞部は消失した．多発性硬膜動静脈奇形に外頸動脈の流入動脈への選択的なフィブリン糊の塞栓術が有効であった．

A—32）前頭蓋窩硬膜動静脈奇形の3例

大槻　浩之・上山　博康
阿部　　弘
（北海道大学脳神経外科）
伊藤　文生・野村三起夫
斉藤　久寿
（札幌麻生脳神経外科病院）
馬淵　正二・小岩　光行
柏葉　　武
（柏葉脳神経外科病院）

硬膜動静脈奇形は一般に横静脈洞・S状静脈洞・海綿静脈洞部に好発するとされ，前頭蓋底部に発生することは比較的稀な疾患である．前頭蓋窩硬膜動静脈奇形はこの領域の硬膜栄養血管である anterior ethmoidal artery ないしは posterior ethmoidal artery が feeding artery であることが多い．またその draining vein は直接静脈洞ではなく capacity の劣る cortical vein ないし bridging vein 等の leptomeningeal vein を介したのち上矢状洞に流入することが多い．そのためこの部の血管破綻をきたすことが多く出血発症例が約8割と高率に認められる．また前頭蓋底部に発生する硬膜動静脈奇形では静脈瘤様の血管拡張が認められることが特徴とされている．

今回我々は北海道大学脳神経外科およびその関連施設にて出血発症例2例，偶然発見された1例の合計3例の前頭蓋底部に発生した硬膜動静脈奇形を経験したので，若干の文献的考察を加えて，報告する．

A—33）特発性解離性頸部内頸動脈瘤の2例

塚田　　彰・木谷　隆一
（富山労災病院脳神経外科）
野田　八嗣
（同　　内科）

特発性解離性頸部内頸動脈瘤で，保存的治療で死亡した1例と，STA-MCA anastomosis により著明に症状の改善した1例を報告した．

症例1：18才男性，失語と右片麻痺で発症，同日当科入院した．入院時 CT で異常所見なく，左 CAG で頸部内頸動脈の tapering occlusion を認めた．右 CAG

では患側への明らかな側副循環を認めなかった．保存的に治療したが，左大脳半球に広範囲の梗塞巣と脳浮腫が出現し，発症3日目に死亡した．

症例2：46才男性，左片麻痺で発症，同日当科入院した．入院時 CT には異常所見なく，保存的に治療していたが片麻痺が増悪したため，発症3日目に右 CAG を施行した．頸部内頸動脈は tapering occlusion を呈し，左 CAG で前交通動脈を介する患側への側副循環をわずかに認めた．ただちに右 STA-MCA anastomosis を施行した．術後片麻痺は著明に改善し，左上肢に軽度の筋力低下を残すのみとなった．

側副循環が不充分な症例において外科的治療を考慮した方がよいと考えられる．

A—34）過換気にて TIA を呈した1症例

池田　正人・石倉　　彰（国立金沢病院 脳神経外科）
小暮祐三郎

症例は，46才，女性，以前より子宮筋腫を指摘されており，月経過多であった．昭和61年12月頃より，生理の直前になると，不安感，呼吸困難，過換気が出現し，それと同時に左不全片麻痺を10分程出現する発作があった．62年4月当院入院，脳血管撮影を施行したところ，右中大脳動脈 M_1 に高度の狭窄を認め，左中大脳動脈は M_1 にて閉塞していた．側副血行路は，左側においてのみ存在し，右側には存在しなかった．IMP-SPECT では，early scan で右前頭頭頂及び，左頭頂後頭に low activity を認め，いずれも delayed scan で redistribution を示した．入院中も，同様の過換気と左片麻痺が出現し，paper bag rebreathing や minor tranquilizer の使用で軽快した．右，左の浅側頭動脈中大脳動脈吻合術を2回に分けて施行した．術後発作は消失した．術後の IMP-SPECT は，early scan で low activity の範囲も減少していた．本症例では，もともと両側に血流の低下が存在していたが，過換気によって，狭窄をきたしていた右中大脳動脈でより血流が低下して，TIA を示したものと思われた．

A—35）Wallenberg 様症状を呈したバージャー氏病の1例

新保　義勝・高橋　英明（新潟県立小出病院 脳神経外科）
佐藤　　宏・田村　　彰

バージャー氏病（バ病）の中で，まれに脳を侵す症例があることが報告されている．今回，我々は Wallenberg 様症状を呈し，PICA の閉塞を認めたバ病の一例を経験した．《症例》57才男性．6年前，右示指末端の壊死，右撓骨動脈の閉塞．4年前壊死進行にて関節離断術と PGE_1 動注を受けた．その後めまい，動揺感出現し当科初診する．CT，AOG，VAG では病的所見なし．しかし右大腿動脈撮影で大腿動脈の中途途絶が示され，バ病と確診．今回，突然歩行困難となり当科入院．左顔面の知覚低下，嚥下困難，眼振，左軀幹失調，右上半身の温痛覚低下を認めた．心エコー・心電図・血糖等全身所見に著変なし．VAG にて左 PICA の閉塞，左 AICA 起始部の高度狭窄を認め，MRI により左延髄背外側部に小病変がみられた．《考察》本例の一連の血管閉塞をみると，Lindburg & Spatz の脳型I型，即ち大・中径の動脈閉塞をくり返す病型を念頭におく必要がある．動脈硬化像は AOG 他の血管撮影でも明らかでない．バ病脳型の臨床例とも考えられうるので，今後の経過観察並びに画像検査が重要と思われる．

A—36）小児橋小脳梗塞の1例

妻沼　　到・伊藤　　靖（立川綜合病院 脳神経外科）
亀田　　宏

脳血管写上左椎骨動脈及び脳底動脈の低形成・右椎骨動脈閉塞を認めた小児の橋・小脳閉塞の一例を経験したので報告する．

症例は13才女性．四肢麻痺・構音障害・嚥下障害で急性発症し，某医を経て2カ月後に当科に入院．軽度左軟口蓋・左舌筋麻痺を残すのみで四肢麻痺は完全に消失していた．CT・MRI では右橋底部及び右小脳半球に小梗塞巣の所見を呈し，脳血管写では左椎骨動脈の後下小脳動脈分岐部より末梢及び脳底動脈に著明な hypoplasia を認め，右椎骨動脈も hypoplastic で後下小脳動脈を分岐後閉塞しており，椎骨脳底動脈の循環障害による橋・小脳梗塞と考えられた．現在抗血小板療法にて経過観察中であるが，症状はほぼ消失しつつある．

小児脳梗塞の中でも椎骨脳底動脈系の脳梗塞は稀で，その多くは頭頸部異常運動による椎骨動脈の血管攣縮・血栓形成が原因と考えられている．今回の症例の如く椎骨脳底動脈系の vascular anomaly が循環障害の一因と考えられる症例の報告は極めて稀であるので，若干の考察を加えて報告する．

A—37）Locked-in 症候群を呈した脳血管障害の1例
—回復の可能性についての考察—

高橋　敏夫・岡部　慎一（弘前大学 脳神経外科）
鈴木　重晴・岩渕　　隆