

橋出血により Locked-in 症候群を呈し、その後著しい回復を示した症例を経験したので報告する。

症例. 57才, 女性. 突発する意識障害と四肢麻痺, 及び呼吸障害で発症. 初診時, 深昏睡状態で一時呼吸停止に陥る. CT では, 橋出血を認めた. 発作後2日めより刺激で半開眼するようになり, その翌日には著明な四肢麻痺を認めるものの垂直方向への眼球運動等が現れ, 開閉眼にも応じ Locked-in 症候群を呈していることが判明した. その後の随意運動の機能回復は目覚ましく, 口唇の動き, 左上下肢から始まった四肢の運動機能の回復, さらに水平方向の眼球運動の回復と続き, 発作後約5ヶ月を経た現在, 平行棒による歩行訓練を受けている.

A-38) Locked-in 症候群における MRI の有用性を示した1例

林 裕・立花 修 (黒部市民病院 脳神経外科)
 沖 春海
 蒲田 敏文 (金沢大学 放射線科)

梗塞による Locked-in 症候群 (LIS) は, CT スキャンでその責任病巣を同定されることは極めて稀である. 我々は, MRI により LIS の病巣及び原因について若干の知見を得たので報告する.

症例は66才, 男性. 昏睡状態で搬送され, 瞳孔針尖大, ocular bobbing 及び四肢麻痺を呈した. CT スキャンでは明らか異常を認めなかったが, 脳血管撮影で両側椎骨動脈閉塞症と診断された. 第5病日より典型的 LIS を呈した. その後の CT スキャンでは左橋底部に低吸収域を疑わせたが, 同時期の MRI では明瞭に橋底部錐体路に異常域が認められ, 神経症状を説明しえた. 更に, 脳底動脈に血栓が描出され閉塞部位も同定された.

MRI は LIS の責任病巣及び閉塞血管を非侵襲的に同定しえ, 早期診断, 早期治療に極めて有用であり, 第一選択の補助診断法と考えられた.

A-39) MRI にて確定診断された脳橋病変の2症例

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

MRI は後頭蓋窩病変, 特に CT で所見に乏しい脳幹病変には極めて有用な診断法である. 演者らは臨床と脳幹病変と診断した2症例に0.5 T MRI 装置 (東芝 MRI 50A) を用いて検索し, その病理像を明確に描出し得たので報告する. (症例 I) 36才男性. 左運動障害, 知覚

障害, 構音障害, 複視を主訴として受診. 現病歴は3.5ヶ月前から嘔声, 左半身しびれ. 更に嚥下障害. 1.5ヶ月前から吃逆, 次いで歩行不安定. 1週間前から左脱力, 複視出現. 神経学では左脱力+X障害, 遅れてVI, VII障害出現. CT で脳橋部に低吸収域あり. MRI では T₁WI (IR 法) で下部脳橋底部に橢円形均質性 low intensity area, 隣接部に散在性 low intensity spots あり. T₂WI (long SE 法) で全脳橋と延髄上部に拡がる high intensity area あり. 本例は MRI 所見から成人型 pontine glioblastoma と診断した. (症例 II) 56才男性. 昨年末大晦日, 飲酒中, 突発性に回転性眩暈, 嘔気, 構音障害, 右運動障害出現. 神経学で右脱力, 左末梢性顔面神経まひ, 構音障害あり. Millard-Gubler 症候群と診断. MRI では T₁WI (IR 法), T₂WI (long SE 法) で共に左脳橋被蓋部に小円形 low intensity lesion を認め, 脳橋梗塞と診断した.

A-40) 軽症脳幹梗塞例 MRI の所見

— 矢状断による病巣の拡がりの検討 —
 佐々木雄彦・西谷 幹雄 (函館脳神経外科 病院)

近年, 後頭蓋窩血管再建術が積極的に行なわれるようになった一方で, 後頭蓋窩病変の形態診断は MRI の出現で格段の進歩を見た. 我々は, 脳幹梗塞例の矢状断 MRI 所見を, 基幹動脈閉塞例と穿通枝梗塞例と比較し, その差異について検討を加えた. 対象は当院で慢性期に MRI を撮影した脳幹梗塞7例で, 基幹動脈閉塞3例, 穿通枝梗塞4例である. 全例意識障害を伴わない比較的軽症例である. 基幹動脈閉塞例では症状が軽度であるにもかかわらず病変の進展は頭尾側方向に長い傾向にあった. 一方, 穿通枝梗塞では病巣は腹背側方向に長く, 頭尾側方向には橋の全長の1/2をこえる例はなかった. これは穿通枝の灌流する領域を示す所見であるが, 反面, 頭尾側方向に長い病巣の場合は, 基幹動脈病変を疑うべきであることを示唆するものと考えられ, 後頭蓋窩血管再建術を念頭に置いた場合, 参考となる知見と思われた.

A-41) 急性期脳血管閉塞に対する U.K 動注療法

— 開通後再開塞例について —

畑中 光昭 (十和田市立中央病院 脳神経外科)

急性期脳血管閉塞症の治療の一つとして, 超早期の U.K 動注法の有効性が報告されているが, 今回, 我々は動

注後再開通し、症状の改善の見られた例で、再開通をきたした三例を経験したので報告す。第一例は左中大脳動脈(M₁)閉塞で、4時間目のU. K12万単位動注で開通し症状の著明な改善をみたが、開通部は著明な狭窄があり、2日後、症状悪化と共に再開通し、追加動注は行なわれなかった。第二例は中大脳動脈閉塞で、U. K12万単位の動注で開通し、症状消失した。6カ月後に再発作をきたし、同部位の再開通をきたした。U. K12万単位の動注で再開通し、症状消失した。第三例はCT上多発脳梗塞が認められ、右片麻痺を再発し、CAGでM₂での閉塞あり、U. K18万単位動注で再開通し、症状改善した。3カ月後、再発作をきたし、左C₁での閉塞をみ、U. K18万単位動注無効、追加の動注、全身投与でも症状改善ないが、CAGで1週間目に再開通、CTでの新しいL. Dがみられた。以上、経過の異なる再発例について私見を述べたい。

A-42) 急性期脳虚血の重症度とMRIの所見について

岡 亨治・奥村 智吉 (禎心会病院)
 徳田 禎久
 中川原讓二・武田利兵衛 (中村記念病院)
 田中 靖通・島田 孝 (脳神経外科)
 鈴木 知毅・中村 順一
 末松 克美 (財団法人
 北海道脳神経
 疾患研究所)

<目的・方法>急性期血行再建術の是非における論議がなされている今日、脳虚血早期の画像診断は、その治療法の選択に関しても重要な役割を果たすと考えられる。我々は、発症から24時間以内に¹³³Xe SPECTとMRIを施行し得た12例を対象として、局所脳血流量(r-CBF)と、MRIで認められた虚血病巣の進展様式について検討した。<結果>①脳虚血が高度な領域(r-CBF<15ml)では、MRI T₂強調画像にて、6時間以内に皮質に高信号域が出現し、その後、皮質下を含む広範な高信号域に移行した。②脳虚血が比較的軽度(20ml<r-CBF<25ml)な場合は、6時間以後にterminal supply areaとなる皮質下白質に最初に高信号域が出現した。<結論>MRIは、X線CTよりも早期にirreversible ischemic areaを同定し得ることから、急性期血行再建術の適応を考える上で有用と考えられた。②発症から6時間以内のMRIにて皮質に虚血病巣を認めず、広範な皮質の機能障害を認める症例やprogressing strokeを呈する症例は、急性期血行再建術の適応となる可能性があると考えられた。

A-43) 脳梗塞超急性期例の治療におけるXe-CTの有用性について 池田俊一郎・朴 永俊 (上都賀総合病院 脳神経外科)

脳梗塞超急性期例に対して血行再建の適応を明らかにする目的でXe-CT(6分間吸入法)による λ CBF測定を行った。症例は発症後3時間以内の脳梗塞3例で閉塞部は各々C₁, C₂, M₂であった。Xe-CT終了後Seldinger法にて脳血管写を施行し、閉塞を確認後、同じカテーテルからUrokinase 42万Uを動注し血行再建を試みた。M₂閉塞は発症後3時間で再開通し脳梗塞を予防し得た。IC閉塞2例は発症後4時間でACAとM₁穿通枝が再開通し、同部は1例では脳梗塞を回避したが1例では出血性梗塞に陥った。残存血流量はM₂閉塞のMC領域では正常の60~65%であるのに対し、IC閉塞のAC, MC領域及び被殻・内包部では正常の50~60%, 35~40%, 10~35%と低値であった。以上から発症後3~4時間で再開通した場合に出血性梗塞を生じないためには λ CBFが60%以上残存している必要があることがわかった。IC閉塞では再開通により被殻・内包部に重症の出血が生じると予想され、血行再建はさらに早期に行わなければならない。以上の如くXe-CTによる λ CBF測定は血行再建の適応決定に極めて有用であった。

A-44) 中大脳動脈閉塞性病変に対する急性期STA-MCA bypass手術適応症例の脳循環動態の検討

井出 渉・中川原讓二
 武田利兵衛・田中 靖通 (中村記念病院)
 宇佐美 卓・佐藤 純人 (脳神経外科)
 島田 孝・岡田 好生
 中村 順一
 末松 克美 (財団法人
 北海道脳神経
 疾患研究所)

[目的及び方法] 発症72時間以内の急性期に血行再建術(STA-MCA anastomosis)を施行した中大脳動脈閉塞症8例、狭窄症1例に対してXe-SPECT, IMP-SPECT, さらに術中Peitier式脳表血流量の測定を施行し、脳循環動態の観点より我々の適応基準のcriteriaの妥当性と問題点を検討した。[結果及び結論] ①術前critical flow level(Xe-SPECT: CBF 20~25ml/100g/min)であった症例では術後Xe-SPECT, IMP-SPECTにてCBFの有意な上昇および脳血管反応性の改善を認めた。②術中Peitier式CBF測定による脳表血流のcritical flow levelは25ml/100g/min前後であり、本法によるCBF