

TIA 様症状を繰り返した症例の 1 手術例を経験したので、若干の文献的検索を加えて報告する。

症例は 50 才女性で、失語、右片麻痺の発作を繰り返すため、精査目的にて入院した。入院時の神経学的検査及び CT では、異常所見がなかった。左総頸動脈写では、内頸動脈と思われる血管が、その起始部より約 5 mm で閉塞し、stump を形成していた。一方外頸動脈から頭蓋内の内頸動脈が造影された。この stump からの血栓が TIA の原因と判断し、その起始部にて結紮すべく手術を施行した。術中、本来の内頸動脈と思われるものが、起始部から約 1 cm 末梢側で索状となっており、外頸動脈は、顔面動脈を分岐した直後に 2 本の太い枝に分かれ、1 本が頭蓋内へと向かっていた。術後、TIA は消失した。

本例のように外頸動脈より内頸動脈が分岐している例は、我々の渉猟した限りでは、文献上過去一例のみであった。さらに、この走向異常が TIA の原因となったものはなく、極めて稀な症例と考え報告する。

83) 内頸動脈起始部形成不全を呈し、外頸動脈が胎生期遺残血管を介し内頸動脈に連続移行したと考えられる 1 例

椎名 巖造・作田 善雄 (長井市立総合病院 脳神経外科)

内頸動脈欠損症は、1787 年 Tode により剖検例が最初に発表されて以来数多くの報告例がみられる。鶴田らは、一側内頸動脈欠損症における脳動脈血行路を 5 型に分類した。最近我々は、鶴田らの 5 型の分類のいずれにも当てはまらない脳動脈血行路を呈した一症例を経験した。それは、内頸動脈起始部形成不全を呈し、外頸動脈が胎生期遺残血管を介し内頸動脈に連続移行したと考えられる症例である。発生学的に推測すると、第 3 鯉弓動脈が発生過程で何等かの機序で発生が妨げられ、血流確保のため退化消失するはずであった内頸動脈と外頸動脈間の第 1 鯉弓動脈が消退せず遺残した。そのため、外頸動脈がこれを介して内頸動脈に連続移行したものと推測される。このような症例は、今まで西沢らの 1 例の報告をみるのみであり、一側内頸動脈欠損症の脳動脈血行路の新たな一型と考えられる。また、第 1 鯉弓動脈の遺残した症例の報告も、我々には渉猟し得なかつたので、若干の文献的考察を加え報告した。

84) 脳底動脈窓形成の 3 例

原田 淳・福田 修 (富山医科薬科大学 脳神経外科)  
高久 晃 (社会保険高岡病院 脳神経外科)  
西嵐美知春

脳底動脈窓形成は、剖検上 1.3~5%、脳血管撮影上約 0.6% の頻度で発見される血管奇形であると言われている。しかし、これまでに脳血管撮影上報告されている症例は意外に少ない。我々は 1984 年 4 月から 1986 年 12 月までに施行された椎骨動脈撮影 447 例中の 3 例に脳底動脈窓形成を認めた。これは約 0.6% の頻度にあたり、諸家の報告と一致する。自験 3 例の原疾患は、それぞれ前交通動脈瘤、小脳梗塞、鎖骨下動脈盗血症候群であり、脳底動脈窓形成の症状発現に関与しているとは考え難い。我々が渉猟し得た 9 例中 8 例が窓形成部に脳動脈瘤を合併している。窓形成の存在が動脈瘤発生の素因にはなっているが、窓形成自体が臨床症状発現に関与することは稀である。脳底動脈窓形成の発生原因は、胎生児の脳血管発生の異常によると言われている。Padget の第 2 期から第 4 期にかけての両側 primitive longitudinal neural artery の癒合が不完全な場合に脳底動脈窓形成が発生すると考えられる。以上、脳底動脈窓形成の 3 例について若干の文献的考察を加えて報告する。

85) 大脳基底核領域に低吸収域を呈した小児急性片麻痺の 2 例

齋藤 博文・山際 修 (山形大学 脳神経外科)  
山田 潔忠・中井 昂

私共は最近、CT スキャンにて大脳基底核領域に低吸収域を認めた小児の急性片麻痺の 2 症例を経験したので報告する。

症例 1: 5 才 3 ヶ月の女兒。朝起床時に右片麻痺、失語症が出現。発症当日の CT では左被殻部に小さな低吸収域を認め、第 3 病日には左被殻、淡蒼球から放線冠にかけて低吸収域を認めた。mass effect ⊖, CE ⊖。脳血管写では左レンズ核線状体動脈の描出が不良であった。症状は徐々に改善し独歩退院した。

症例 2: 1 才 1 ヶ月の女兒。歩行中転倒、この際左片麻痺があり入院。第 3 病日の CT にて右大脳基底核部から放線冠にかけて低吸収域を認めた。mass effect ⊖, CE ⊖。脳血管写では異常所見認めず。左片麻痺は数日後より徐々に改善しほぼ消失した。第 22 病日の CT では低吸収域はやや拡大し、辺縁が明瞭となっていた。その約 4 ヶ月後、再び歩行中転倒、この時右片麻痺に気づかれるも 4~5 日後には消失。CT では新たに左大脳基

底核部に低吸収域を認めた。

以上2症例を報告し、その発症機転を中心に文献的考察を加える。

### 86) EC-IC bypass が有効であった急性発症片側不随意運動の2例

平尾 正人・高久 晃 (富山医科薬科大学 脳神経外科)

塚本 栄治・原田 淳 (脳神経外科) 塚本病院  
吉村菜穂子

脳血管障害により、不随意運動が他の神経症状を伴わず、かつ急性に発症することは比較的可能と思われる。我々は脳血管障害により急性発症したと考えられる片側不随意運動の2症例に対し EC-IC bypass を行い著効を認めたので、若干の文献的考察を加えこれを報告する。

<症例1>78歳男。1986年4月末突然左下肢に不随意運動が出現、その後左上肢にも及び、発症より2週後來院。神経学的には左上下肢の短く爆発的な筋収縮による不随意運動を認め、表面筋電図では律動性同期性のない1秒程度の群化放電の持続を示した。脳血管造影では右内頸動脈(IC)は頸部で完全閉塞。薬剤にも全く反応しないため6月17日右 STA-MCA 吻合術を施行したところ、翌日より上下肢とも不随意運動はほぼ完全に消失した。

<症例2>9歳男。1986年4月14日突然右上肢の不随意運動が始まり書字、食事等も困難となり4月30日入院。右上下肢に chorea 様の不随意運動を認めた。脳血管造影上、左 IC 終末部、M1, A1, 右 A1 に高度の狭窄があり、モヤモヤ病と診断。左 STA-MCA 吻合術施行後、不随意運動は上肢で消失、下肢でも著明に軽減した。

### 87) 頸部内頸動脈閉塞に対する超急性期手術の1例、一術中血管撮影の効用一

畑中 光昭・鈴木 直也 (十和田市立中央病院 脳神経外科)

高齢化社会への移行とともに、血管障害の高齢化もみられ、治療上の年齢制限が拡大されているが、やはり80歳以上の同疾患に対する手術療法は慎重に行なわれるべきと思われる。しかるに、84歳の男性で、頸部内頸動脈閉塞を来し、意識障害、左麻痺で来診した例に対し、超急性期の頸動脈血栓及び内膜除去術を行ない、血管の再開通をみた例を経験した。完全閉塞例に対して、血栓内膜除去術は原則として行なわない事になっていたため、

慎重を期して術中血管撮影を行なった。その結果、中大脳動脈は超始部で閉塞していたため、次いで STA-MCA 吻合術を追加した。吻合直後より、脳表の充血、軽度腫脹がみられ、術後の CT では出血がみられた。しかし、症状は著明に改善し、独歩可能となった。

結論：①80歳以上の高齢者の外科的処置は慎重にすべきだが、行なう場合は分刻みの可及的早期処置が予後良好な結果を示す事がある。②、術中血管撮影の重要性を再確認した。③、高齢者は可及的早期処置とともに術後合併症の管理の重要性が強調されたい。

### 88) 中大脳動脈閉塞症に対する emergency embolectomy の5症例

相馬 勤・土田 博美 (市立札幌病院 脳神経外科)  
浜島 泉・酒巻 靖弘  
竹田 保  
北見 公一 (同 救急医療部)

中大脳動脈閉塞症に対する急性期血行再建術は異論の多い所であるが、24時間以内に行なわれた emergency embolectomy は1956年 Welch の報告以来現在まで我々の5症例を含め55例を集め得た。これら55例の手術予後は改善群55%、不良群24%、死亡群22%で、吉本らの報告による本症の自然経過では80%が普通社会生活不能群に属するとの報告に比較して意外に良好である。我々の5症例では4例になんらかの心疾患の既往を有し、閉塞部は2例が水平部、3例が分岐部であった。術後血管撮影では5例ともに良好な patency が認められ水平部閉塞例では穿通枝の造影も良好であった。分岐部閉塞例の3例では術後出血性梗塞などの合併症はみられず機能回復も満足すべきものであった。水平部閉塞の2例では術後出血性梗塞を認めたがいずれも被殻部に局限する小範囲のもので、1例では機能回復も良好であったが他例では機能改善は不良であった。5症例を呈示し、手術適応、手術手技、合併症など文献的考察を加え報告する。

### 89) 重症脳梗塞に対する外減圧術の経験

桜木 貢・三森 研自 (北海道脳神経外科)  
中川 端午・本宮 峯生 (記念病院)  
都留美都雄

急性期重症脳梗塞の予後を左右する重要な因子の1つとして高度の脳浮腫による頭蓋内圧亢進がある。これに対する治療法の1つとして、減圧術が行われているが、その適応、手術時期等については必ずしも意見の一致はみられていない。