

例は mRS4, 経管栄養での要介護状態, 1 例は ADL 自立しているものの, 検査時には無かった視床痛が認められるようになった。両側 R2 を認めた 3 例は, 病変と反対側半身に若干の感覚低下を認める例が 2 例, 麻痺と失語が後遺している例が 1 例, いずれも ADL は自立していた。両側 R2 は, 対側刺激の R2 よりも若干潜時が延長していた。

【考察】BR は, 三叉神経第一枝を刺激して眼輪筋の筋電図を得る反射で, 三叉神経主知覚核から顔面神経核に至る単シナプス反射の R1 と, 三叉神経脊髄路核から外側網様体を經由して顔面神経核に至る多シナプス反射の R2 から構成される。前者は 10msec 程度の潜時で刺激側のみに得られ, 後者は 30-40msec 程度の潜時で両側に認められる。このように, BR は脳幹を介する反射とされているが, 視床や大脳皮質などの関与を示唆する報告もある。今回我々の研究では, 視床出血が, 健側刺激の R2 に影響を及ぼしている事が示され, BR の伝導路は脳幹のみに限局しているわけではないことがわかった。特に R2 が消失している例では, 意識障害遷延, あるいは視床痛出現など, 臨床的に重篤な症状を呈しており, その症状出現の予見などに応用出来る可能性が示唆された。

6 脳出血症例における T2 * WI 画像所見の検討

大野 秀子・阿部 博史・森田幸太郎

立川総合病院脳神経外科

7 水頭症術後に両側慢性硬膜下血腫を発症した小児の 1 例

加藤 俊一・小泉 孝幸・佐藤 裕之
遠藤 深・澁谷 航平

竹田総合病院脳神経外科

8 バイパス術後 8.5 年目に吻合部に形成された動脈瘤が発見され, コイル塞栓術が行われたもやもや病の 1 例

熊谷 孝・根元 琢磨・洪間 啓
瀬尾 恭一・神宮字伸哉・菅井 努
妻沼 到・井上 明

山形県立中央病院脳神経外科

症例は 63 歳, 女性。もやもや病の診断で 2004 年 1 月 (54 歳時) 右直接間接血行再建術 (STA → angular artery への single anastomosis, bifrontal EGS, EMS) 施行。術後半年目の脳血管撮影で吻合を介し中大脳動脈領域が広範に描出され吻合部に問題ないことを確認。脳虚血発作再発なく経過。2012 年 7 月 (術後 8.5 年目) MR で吻合部に動脈瘤形成が疑われ脳血管撮影施行。Donor 対側の中大脳動脈に 6.3 × 4.4 mm 大の嚢状動脈瘤を確認。Bleb を有し増大傾向明らかなため破裂防止治療が必要と判断。開頭術は EMS の血流量を損なう可能性があり, 2012 年 8 月コイル塞栓術施行。Single catheter 法で GDC-10-3D, Galaxy, Deltaplus, Target など計 6 本 22cm を充填, 軽度の頸部残存と two loop protrusion を残し終了。術後新たな神経学的異常なく退院し, 3 ヶ月目の MR で動脈瘤の消失を確認し経過観察中。

【考察】STA-MCA bypass 術後の動脈瘤形成に関しては, もやもや病 3 例を含む 19 例が報告されている。動脈瘤形成には術後 2 週から 27 年後と幅があり, 術後早期のものは手技的原因が, 長時間経てから発生する場合には血行力学的要因が関与すると思われる。12 例が破裂後に発見されており治療できても予後は不良である。本例は血行力学機序で発生した動脈瘤が術後 8.5 年目に発見され, 未破裂状態で donor 経由の瘤内塞栓術が行われた 1 例である。

【結論】吻合部動脈瘤形成はまれであるが, バイパス術後に血行力学的機序で発生する可能性があるため, 術後長期の MR 観察が必要である。間接血行再建術が併用されたもやもや病症例では, 開頭手術によって発達した側副血行路が断た

れる可能性があり、特に非出血例の場合血管内治療は有効な治療選択肢になると思われた。

9 IgG4-related pachymeningitis の1例

小澤 常德・中川 忠・豊島 靖子**
森 宏・鎌田 健一・伊藤 寿介*

三之町病院脳神経外科
同 神経疾患画像診断センター*
新潟大学脳研究所病理学分野**

10 頭蓋頸椎移行部脊髄動静脈瘻の治療

矢島 直樹・長谷川 仁・森田 健一
大石 誠・斉藤 明彦・藤井 幸彦

新潟大学脳研究所脳神経外科

一般的に頭蓋頸椎移行部脊髄動静脈瘻の治療において血管内治療より外科的手術が優先される。当科にて外科的治療を行った頭蓋頸椎移行部脊髄動静脈瘻8症例の診断、治療、予後についての報告、および当科で採用している術前3次元画像シュミレーションの有用性につき検討を行った。症例の内訳は、1例がencephalopathy、2例がmyelopathy、4例がSAH、1例が髄内出血で発症した。診断は、dural AVFが5例、perimedullary AVFが2例、dural AVF + perimedullary AVF合併症例が1例であった。確定診断には、fistulaが複数存在するもの、合併症例では選択的血管撮影が有用であった。出血症例では全例でvenous aneurysmが認められ出血源と考えられた。治療は、dural AVFに対してはdraining medullary vein硬膜貫通部での遮断、perimedullary AVFに対してはfistulaの遮断を基本とし、急速に症状が進行したencephalopathyの症例以外は待機手術で行った。SAHの症例で待機中に再出血は認めなかった。術中手術支援としてMEP、ドップラー、ICG、DSAを併用した。術後は全ての症例で症状の改善を認めた。術前グレードの悪いSAHの症例でも全例ADL自立を獲得した。術前に急速に

呼吸麻痺および完全四肢麻痺となったencephalopathyの症例でも、術後症状の劇的な回復を認めた。重篤な神経症状に関わらず積極的に治療を試みるべきと考えられた。また当科で採用している術前3次元画像シュミレーションを利用することで実際の術野の予測が可能となり、確実な手術手技の遂行に有用であった。

11 中心溝近傍の転移性脳腫瘍に対する治療について

宇塚 岳夫・高橋 英明

県立がんセンター新潟病院脳神経外科

中心溝近傍の転移性脳腫瘍は、performance status (PS) の低下を来しやすい。転移性脳腫瘍は個数と大きさから治療方法が決定されるが、中心溝近傍に発生した場合には、機能予後も考慮した治療を選択すべきである。我々は速やかなPSの改善を目的とし、腫瘍へのアプローチが比較的安全と考えられる腫瘍に対しては積極的な摘出手術を行ってきた。また深部局在やサイズの小さな腫瘍に対しては原則として定位放射線治療を行ってきた。今回、中心溝近傍の転移性脳腫瘍13例について報告する。

対象は2011年4月から2012年5月までに中心溝近傍に発生した転移性脳腫瘍13例。男性8、女性5例。組織は肺癌6、大腸癌2、胃癌2、乳癌1、食道癌1、腎癌1例。摘出手術を7例に、定位照射を5例に、定位照射+全脳照射を1例に行った。腫瘍最大径(中央値)は摘出手術群29.0mm、定位放射線治療群15.0mm。13例全例に治療前より上下肢麻痺を認めた。術前より強い麻痺を認めた2例において、手術もしくは照射終了後4週間の時点で麻痺が残存していた。摘出術群7例における術後4週間目のPSは全例で術前と同程度もしくは改善を認めた。

中心溝近傍の転移性脳腫瘍でも、腫瘍が大きいかつアプローチが安全と考えられる場合には、摘出手術を選択することで比較的速やかにPSの改善が得られる可能性がある。治療方針を決定には