

手術を施行した。四肢の MEP と SSEP のモニタリング下に lateral suboccipital craniotomy and C1 laminecomy を行い、硬膜内で硬膜から流入する血管を一本ずつ一時的遮断をして約 10 分間モニタリングに変化がないことを確認して凝固切断した(計 5 本)。しかし硬膜からの血管を処理し終わっても脊髄表面の拡張した静脈は依然動脈血の色調であった。この為拡張した静脈の周囲を剥離していったところ脊髄表面からこの静脈に流入する動脈が認められた。この血管(計 5 本)を 1 本ずつ一時的遮断をしてモニタリングに変化がないことを確認したうえで凝固切断した。最後に脊髄鏡面の拡張した静脈を切除した。この拡張した血管の病理所見は AVM であった。術後の造影 CT で拡張した血管が一部残存している所見が認められたが、脳血管撮影では AVM の所見は消失していたため経過観察を行う方針とした。術後新たな神経症状の出現はなく、術前からの精神症状と右片麻痺も軽減し 10 月 21 日にリハビリ転院となった。

本例は dural AVF と perimedullary AVM の合併例と思われる。頭蓋内 AVM の約 15% に dural AVM と pial AVM の合併例があるとの報告があり、脊髄レベルにおいても画像上明らかでなくても dural AVF と pial AVM の合併の可能性を念頭に置く必要があると思われた。

7 内頸動脈—前脈絡叢動脈瘤に対するコイル塞栓術

阿部 博史・森田幸太郎・大野 秀子

高野 弘基*

立川綜合病院循環器・脳血管センター

脳神経外科

同 神経内科*

【目的】内頸動脈—前脈絡叢動脈瘤(IC-Ach An)において、その温存がポイントとなる前脈絡叢動脈(Ach A)は一般的に細く、そのためにクリッピングが選択されることが多い。当院は IC-Ach An に対しても当初からコイル塞栓術(coiling)を第一選択としてきた。その成績について報告す

る。

【対象と方法】対象は 2001 年からの 2011 年 7 月までに初回治療として coiling 行った脳動脈瘤 670 個のうちの IC-Ach An 22 個で、破裂 7 例(破裂瘤の 2.7%)、未破裂 15 例(未破裂瘤の 3.6%)である。An の大きさ：～5mm 13 例、5～10mm 9 例。Ach A の分岐：sac 13 例、neck 9 例。Neck の大きさ：broad 12 例、small 10 例。手術法：全麻下、Ach A の温存を最優先し、framing に原則 3D コイルを用い、2005 年以降 broad neck An にはアシストテクニック(AT)を適用。破裂例では術後腰椎ドレナージを留置し UK を 1～2 週間髄注。未破裂例では術前から原則抗血小板剤を 2 剤服用。

【結果】Ach A の温存：全例。AT 適用：13 例(60%、neck plasty 7 例、double catheter 例個)。合併症：2 例(術直後にアスピリンを使用し Ach A 領域に脳出血を生じた破裂例、軽度片麻痺来すも短期で回復した未破裂例)。追加 coiling：2 例(broad neck 瘤、破裂、未破裂 1 例ずつ)。退院時 GOS：GR 21 例、SD 1 例(前述脳出血合併例)。

【結論】IC-Ach An は、small size が多く sac から Ach A が分岐するものが半数以上にみられるが、coiling において、AT を慎重に適応し Angio 上の Ach A の温存を確実にを行い、未破裂動脈瘤においては抗血栓剤を適切に使用することで、Ach A に関する合併症を最小限にとどめ、それにより良好な成績が期待できる。

8 “Walk in SAH” の臨床的検討

田村 哲郎・斉藤 祥二・高尾 哲郎

富川 勝

県立中央病院脳神経外科

くも膜下出血(SAH)を見逃すと生命に関わるため極めて問題だが、それほどの病気でありながら発症後歩いて医療機関を受診する(Walk in SAH)ことがある。そのような患者について臨床的特徴を明らかにし、pit fall を避けることを考察した。

2004.1～2010.12 の 7 年で当科の全 SAH 患者

223例のうち43例(19.3%)がwalk in SAHであった。年齢別ではnon walk in SAHは70歳台が最多であったが、walk in SAHは60歳台にピークがあり、50歳台以下では全SAH患者の1/3がwalk inで受診していた。初診時の医療機関は三次医療機関である当院が21例であったが、当科は5例に過ぎなかった。19例は開業医に受診しており、そのうち10例は一般医であった。初診後19例(全SAHの8.5%、walk in SAHの44.2%)はSAHを疑われず誤診された。誤診されたうち、画像診断後の呼び出しでrescueされたものが1例ある一方、再出血して救急搬送されたものが3例あった。誤診の理由としてCTを撮らなかったもの9例、読影の不適切9例、cortical SAH 1例であった。

【結論】他の報告にくらべ誤診率は低いが、Walk in SAHの中では44%と高く、そのほとんどは画像を撮らない、あるいは撮れる施設に紹介しないか撮っても読影能力不足による。そのため突然の頭痛発症には速やかなCT撮像を心掛けることと読影のエキスパートによる支援体制の構築が重要と考えられる。

9 Cavernous sinus cavernoma の1例

斎藤 隆史・倉島 昭彦・関 泰弘
土屋 尚人・阿部 英明・岡崎 洋一*
長野赤十字病院脳神経外科
同 放射線科*

全身けいれんにて発症した cavernous sinus cavernoma の希な症例を経験したので治療方針を含め報告する。

症例は62歳、女性。睡眠中の全身けいれんにて発症。近医脳神経外科受診し脳腫瘍を疑われ当科紹介となった。

【初診時所見】神経学的には視力、視野、複視などの異常並びに内分泌症状を認めなかった。

【画像所見】CTでは右海綿静脈洞内に浸潤し、前床突起を一部破壊、側頭葉から基底核に及ぶ境界明瞭内部は均一な低吸収域を示す腫瘍を認めた。MRI、T1では境界明瞭内部は均一な低吸収

域、T2にて境界明瞭内部は均一な高吸収域の腫瘍でGaにより不均一に造影された。脳血管撮影では側頭葉にmass effectを伴う淡い腫瘍陰影を認めるものの外頸動脈からの栄養血管は認められなかった。

【入院経過】髄膜腫を疑い、右前頭側頭開頭による摘出術を行った。シルビウス裂を開放すると柔らかく波動を伴う硬膜に連続する皮膜に覆われた硬膜外腫瘍を認めた。cavernous sinus cavernomaを疑い、皮膜の試験穿刺を行ったところ出血が認められ cavernoma と診断した。摘出を行わずそのまま閉頭した。術後腫瘍に対し40Gyの分割定位照射を行ったところ腫瘍は照射中から縮小を認めた。照射後神経症状無く独歩退院した。1年後のfollow upでは腫瘍は著しく縮小していた。

【考察】 cavernous sinus cavernoma は非常に希な血管性腫瘍で海綿静脈洞から発生し、視力、視野、複視などの脳神経症状あるいは内分泌症状などで発症する。開頭による摘出は出血のコントロールが困難で死亡例や重篤な後遺症が報告されている。一方放射線療法は有効で40Gy程度の照射により腫瘍の縮小が期待でき、遅発性効果も報告されている。

【結語】

①全身けいれんにて発症した希な cavernous sinus cavernoma の症例を報告した。

②腫瘍は硬膜と骨膜との間に存在するので開頭による診断は容易である。

③摘出は困難で後遺症を残すことが多いので避けるべきである。

④40Gy程度の照射にて腫瘍の縮小が期待でき、遅発性効果も報告されているので1年以上の経過観察が必要である。