

第25回島根脳血管障害研究会

日 時 : 平成19年9月1日 (土) 15時30分より

会 場 : HOTEL 武志山荘 3F 八雲の間

島根県出雲市今市町2041 TEL (0853) 21-1111

1. 脳出血と鑑別を要する病変—"脳梗塞後遷延化凝固壊死"について—1例報告より

出雲徳洲会病院神経内科

檜垣 雄治

島根大学医学部第三内科

山口 修平

症例は60歳男性。脳梗塞後遺症として外来フォロー中であった。2005年7月に後頭部痛の訴えで来院。頭部CT施行したところ右側脳室近傍に径3cm大の高吸収域病変を認め、脳出血と診断し、経過観察していたが1ヶ月後のCTでも病変のdensityは不変であり、6年前からのCT/MRIを入手して再検討したところ、この病変は既に5年前から存在していることが判明。最終的に脳梗塞後遷延化凝固壊死(CN)と診断した。発症から6年6ヶ月までの頭部MRIを経時的に並べてみると、①凝固壊死は発症から2年3ヶ月以降も画像上の変化を生じていること、②急性期の画像上、後に凝固壊死になる部分はあたかも脳梗塞をまぬがれ、spareされているように見えるという2つの知見が得られた。CNを長期にわたってMRI画像でフォローされた例は今までになく、貴重な症例と思われた。

2. Limb shaking (LS) で発症した中大脳動脈閉塞症の1例

大田市立病院神経内科

種田 雅仁, 山口 拓也

岩田 裕子, 岡田 和悟

症例: 71歳, 女性。主訴: 左上肢の不随意運動。現病歴: 高血圧症, 高脂血症にて近医加療中。3月某日趣味であるフォークダンスの練習中に左手が動かそうとは思わないのに勝手に震えるように動いた。この状態が約1時間持続した。その後、同症状はみられず、手足の脱力や歩行障害もないが、以前の脳梗塞との関連が心配となり、3月末に当院受診、精査・加療目的にて入院となる。既往歴: 平成10年, 平成12年脳梗塞。現症: 血圧175/99 mmHg, 脈拍74 bpm。眼球・眼瞼結膜: 貧血・黄疸なし。頸部雑音なし。上肢Barre徴候: 左上肢回内ごく軽度。腱反射左右差なし。病的反射なし。感覚障害・小脳症状なし。歩行正常。血液検査: 異常なし。胸部X-p: CTR 60%。ECG: HR 66 reg. I II aVL V4-6で軽度ST-T低下。MRI: DWI新規病変なし。FLAIR画像で陳旧性小脳梗塞および両側尾状核ラクナ梗塞。MRA: 右MCA起始部閉塞。PAO-SPECT: 右MCA境界領域で血流低下あり。LSは、内頸または総頸動脈の狭窄・閉塞で生ずるTIAとされているが、本例は、MCA起始部の閉塞例であり、

その病態に関して興味深い症例と考えられた。

3. 視床下核の脳梗塞により特異な不随意運動を呈した1例

島根大学第三内科

白澤 明, 安部 哲史
豊田 元哉, 小黒 浩明
飯島 献一, 卜蔵 浩和
山口 修平

症例：58才男性。主訴：左上下肢の不随意運動。既往：高血圧症と高脂血症にて他院外来で加療中。現病歴：平成19年6月13日頃から左下肢が勝手に動く、また自動車運転中に左手が誤って動いてクラクションを鳴らしてしまうようになり、同日に近医外来受診し翌14日当科外来を紹介。左上下肢の不随意運動あり翌15日精査加療の為入院。神経所見：意識清明で片麻痺、知覚障害なく左上下肢に不規則で粗大な不随意運動あり会話にて増強した。画像所見：頭部MRIにて右視床下核の小梗塞を認めた。治療：脳梗塞による片側アテトーゼと診断しオザグレルナトリウム 160 mg/日点滴と、アテトーゼに対しハロペリドール 1.5 mg/日投与し徐々に軽快した。まとめ：視床下核の梗塞によるアテトーゼは有名ではあるが症例を日常診療で見るケースは稀である。今回不随意運動の治療前後のビデオ撮影を行ったので若干の考察を加えて報告する。

4. rt-PA 治療を行った急性期脳梗塞の臨床的検討

松江赤十字病院神経内科

瀧川 洋史, 鈴木 香織
福田 弘毅, 清水 保孝

同 リハビリテーション科

田村 邦彦

【目的】 当院にて急性期脳梗塞に対して rt-PA (Alteplase) 静注療法を実施した症例について臨床的な検討を行った。【方法】 2005年12月から2007年5月までに当院において rt-PA を投与した急性期脳梗塞12例を対象とした。rt-PA 投与前、投与24時間後の NIH Stroke Scale (NIHSS), ならびに投与3ヵ月後の modified Rankin Scale (mRS) を検討した。【結果】 対象は、平均年齢が78.3歳 (男性7例, 女性5例), 臨床病型は心原性脳塞栓症10例, アテローム血栓性脳梗塞2例であった。来院時の NIHSS は平均16.8, 発症から rt-PA 投与までの所要時間は平均145.2分であった。rt-PA 投与24時間後に NIHSS が4点以上改善した症例が41.7% (5/12例)あり, 3ヵ月後の mRS 0-2 症例が16.7% (2/12例)であった。また, rt-PA 症例の臨床経過を検討すると D-dimer と予後が相関する可能性が認められた。

【考察】 rt-PA では、血栓を構成するフィブリンへの親和性の高い薬剤であり、血栓溶解が治療効果の発現に重要である。血栓形成後の二次線溶亢進の指標である D-dimer 高値の症例においては、予後が良好である可能性が示唆された。

5. 一年半で巨大化し、程なく退縮してきた血栓化脳動脈瘤の1例

大田市立病院脳神経外科

福田 稔, 福田 理子

血栓化巨大脳動脈瘤の予後は大変悪い。

その発生メカニズムは明確にされておらず、いわば難病といえるものである。現在ではバイパスを併用した親動脈遮断術が治療の主流を占めていると思われるが、その成績が満足出来るものかどうかは不明である。

またそこから得られた瘤の病態に関する知見は決して多くはない。

最近、我々は、当初CTでは判らなかつたものが、およそ一年半で巨大化し、さらに半年で相当に退縮するに至った血栓化脳動脈瘤(70才女性)を経験した。血栓化巨大脳動脈瘤の病態の把握や治療方針に関して示唆のあるものと思われたので報告する。

6. 破裂部位を確認できないままクリッピング術を行った脳動脈瘤の1例

松江赤十字病院脳神経外科

香川 幸太, 中岡 光生

矢原 快太, 荒木 勇人

51才女性、ヘルパーの仕事に突然頭痛をきたし、その場にうずくまったまま動けなくなったため救急搬送された。初診時意識レベルJCS 200, GCS 7 (E1V2M4)、頭部CTにて、前頭葉に脳内血腫を伴い、大脳縦裂優位に厚いクモ膜下出血を認めた。頭部MRAにて動脈瘤の検索を行ったが動脈瘤の描出は認められなかつた。頭部CT所見から前交通動脈周囲に出血源が存在すると予想され、かつ早急な減圧が望ましいと考えられたため、入院当日に両側前頭開頭を行った。

Interhemispheric approachにて動脈瘤の検索を行ったところ、右A1-A2移行部に7mm大の瘤内血栓化した脳動脈瘤が認められ出血源と考えられたためクリッピングを行った。続いて右前頭葉の脳内血腫を除去し手術を終了した。術後意識レベルは改善し、経過良好で現在リハビリテーションを行っている。

7. くも膜下出血で発症したAICA distal aneurysmの1症例

松江市立病院脳神経外科

瀧川 晴夫, 阿武 雄一

佐々木 亮

【はじめに】我々はくも膜下出血で発症した稀なAICA distal aneurysmの1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】72歳、女性。平成19年6月16日夜、頭痛、意識障害で救急車にて来院。意識III-100、瞳孔不同 右<左、四肢不全片麻痺。頭部CTにてくも膜下出血と診断され当科紹介入院。6月17日脳血管撮影にてひょうたん型の右AICA distal aneurysm破裂によるくも膜下出血と診断した。脳血管内手術にてGDCでproximal occlusionを行った。

術後経過は良好で、意識I-2、失見当識、顔面神経麻痺なし。聴力も保たれた。脳血管攣縮期は嚴重に全身管理を行った。7月6日脳血管撮影にて再開通を認めて動脈瘤が描出された。抗血小板剤を中止して経過観察を行った。7月19日脳血管撮影にて再開通はあるが、動脈瘤は消失した。現在、四肢不全片麻痺のためリハビリを行っている。

【結語】くも膜下出血で発症したひょうたん型の右AICA distal aneurysmに対して脳血管内手

術を用いて proximal occlusion 治療した1症例を経験したので報告した。抗血小板剤の中止により動脈瘤の消失をみたので解離性動脈瘤の可能性が高いと思われた。

8. 頸動脈ステント治療の初期経験

出雲徳洲会病院脳神経外科

中右 博也, 中右 礼子

福岡大学筑紫病院脳神経外科

風川 清, 伊香 稔

【はじめに】頸動脈狭窄病変に対するステント治療 carotid artery stenting (CAS) はH20年には正式に保険手術手技として認可される見通しである。当院では昨年より CAS を導入、福岡大学筑紫病院脳神経外科の2名の派遣医師の協力の下に3例に施行し、良好な結果を得たので報告する。

【症例および方法】患者は順に78, 88, 75才の男性で、内2例は無症候性であった。手術は全身麻酔下で行い、Guard Wireによるdistal protection下にPTA後Wall stent RPを置いた。手術時間は大腿動脈穿刺からsheath抜去まで25分から35分、血流遮断時間は11分15秒から14分50秒。いずれも新たな神経所見を残さず、2, 3症例目は術後6日で退院した。【結語】CASは経験を積んだ助手が2名いれば、全くの初心者が術者を担当しても短時間の手術で良好な結果を出せる優れた治療手段である。特に全身麻酔下で施行すると、術者間の会話に制限がなく、バイタル管理を麻酔科医に任せられ、血流遮断に対する耐性の有無も問題もなく有用であった。

9. 頸動脈狭窄性病変に対する血管内治療の有用性と問題点

島根大学医学部脳神経外科

秋山 恭彦, 宮寄 健史

杉本 圭司, 高田 大慶

小割健太郎, 永井 秀政

森竹 浩三

【目的】当施設では、頸動脈狭窄性病変に対しては血管内治療を第一選択として治療を行っている。血管内治療の有用性と問題点について自験例を呈示する。【症例】当施設で血管内治療を行った頸動脈狭窄性病変は35例38病変で、患者年齢は56-87歳(平均71.9歳)である。合併病変として、両側高度狭窄(4例)、対側閉塞(3例)、鎖骨下動脈高度狭窄(3例)、脳動脈瘤(3例)、頭蓋内狭窄病変(2例)が認められ、35病変がCEA high riskとなる因子を有していた。【結果】狭窄病変に対し全例で有効拡張を得た。対側閉塞の2例には閉塞側のSTA-MCA吻合術を行った後に狭窄側の治療を行った。過環流症候群のhigh riskと予測された2例では意図的な分割拡張を試みた。脳動脈瘤合併例では抗血小板剤投与下の動脈瘤根治術後に治療を行った(クリッピング2例、コイル塞栓ステント留置同時治療1例)。合併症として、1例にTIA、1例に一過性神経症状を生じた。原因はそれぞれ不十分な術後抗血栓療法と不完全なprotectionと考えられた。【結語】血管内治療は有効な治療方法であるが、症候性病変に対しては注意が必要で、合併症回避のために確実なprotectionと周術期の血栓症対策が重要である。

10. 頸部内頸動脈狭窄に対する当院の CEA 治療成績

島根県立中央病院脳神経外科

野坂 亮, 井川 房夫

大林 直彦, 光原 崇文

阿美古 将, 鮎川 哲二

【目的】 頸部内頸動脈狭窄に対する当院の CEA 治療成績について報告する。【対象と方法】 対象は2000年1月から2007年7月まで頸動脈狭窄病変に対し CEA を施行した35症例である。男性25例, 女性3例, 平均65.4歳, 症候性16例, 無症候性12例で, 軽度低体温麻酔下に原則内シャントを挿入

し, 術中 SEP 又は MEP モニターし, 術後1日目に SPECT で過灌流を評価, 2日目に DWI で虚血病変を評価した。【結果】 (1) 術後合併症は一過性症状3例 (いずれも数時間で改善) で永続的神経障害は認めなかった。(2) Stamp pressure は15-71 (平均43) mmHg で, SEP 振幅50%以下の変化は2例に見られ, 術後 DSA で spotty 高信号を4例に認めた。術後の SPECT で hyper perfusion 例はなかった。(3) C2 以上の高位病変は5例, Near occlusion は2例で, いずれも合併症はなかった。【結論】 軽度低体温麻酔, 綿密な画像診断により比較的良好的な結果が得られた。