

第26回島根脳血管障害研究会

日 時：平成20年9月6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. 上矢状静脈洞血栓症に対して脳血管内手術で治療した2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】上矢状静脈洞血栓症に対するヘパリン治療の有効性は示されているが、脳血管内手術は一定の見解はないのが現状である。我々は上矢状静脈洞血栓症を脳血管内手術で治療した2例を経験したので報告する。

【症例1】41歳, 男性。現病歴：平成17年10月18日歯槽膿漏による頬部蜂窩織炎で当院歯科口腔外科に入院。10月25日痙攣発作, 意識障害があり, 頭部CTにて脳出血があり当科紹介された。3次元CTアンギオにて上矢状洞静脈洞血栓症と診断して第1選択のヘパリンにて内科的に治療する。翌日, 悪化を認めたため, 脳血管内手術を行った。再開通せずに出血が拡大して永眠された。

【症例2】46歳, 女性。現病歴：平成20年6月14日頃より頭痛があり6月17日救急外来を受診。受診時に痙攣発作があり, 頭部CT右前頭葉に低吸収域を認めた。MRIにて上矢状静脈洞血栓症と診断して, 直ぐに脳血管内手術を施行した。翌日には頭痛は軽快。左不全片麻痺も軽快した。

【結論】上矢状静脈洞血栓症の診断にはMRIが有用である。出血のない時点で早期診断すれば, 脳血管内治療で治癒する可能性が示唆された。

2. 内頸動脈巨大動脈瘤コイル塞栓術後再増大した1例

松江赤十字病院脳神経外科

矢原 快太, 中岡 光生, 並河 慎也
野坂 亮

動脈瘤コイル塞栓術後に動脈瘤が増大して, 鼻出血を来した海綿静脈洞部内頸動脈瘤を経験したので, 文献的考察を加えて, 報告する。

症例は, 52歳, 女性。H9年3月, 急速な右眼瞼下垂が出現, 入院となった。入院時, 右動眼神経麻痺を認めるのみであり, Angioにて, 右海綿静脈洞部内頸動脈瘤(C4, 18mm)と診断した。動脈瘤塞栓術を行い,

一部 body filling にて終了した。H11年のAngioでは, coil compaction を認めたが, 動脈瘤増大はなかった。H20.3月, 時々鼻出血が起こるようになり, 耳鼻科での鼻腔ファイバーで自然孔からの拍動性出血を認め, 動脈瘤からの出血が疑われ, 入院となった。入院時, 少量の鼻出血, 右第3, 4, 6神経麻痺を認めた。Angioにて, 動脈瘤は増大していた(34x29x22mm)。CT, MRIでは, 動脈瘤は蝶形骨洞に突出し, コイルのある部分を除き, 血栓はなかった。

Balloon occlusion test では, 10分間の閉塞にて症状出現なく, collateral flow 良好, SPECTにてr-CBF低下なし, stump pressure は120/56 (mean : 81) から53/33 (42) に低下した。動脈瘤に対して, 右内頸動脈結紮術+浅側頭動脈—中大脳動脈吻合術を行った。術直後より, 鼻出血は止まった。Angioでも動脈瘤の造影は認めなかった。

ethmoidal a.-ophthalmic a., A. com a., P. com a. を介して右内頸動脈の描出は良好であったが, STAは閉塞していた。SPECTで右大脳半球r-CBFの低下はなかった。新たな症状の出現なく, 自宅退院となった。

3. 頸部内頸動脈拡張術後に脳出血を生じた1例

島根県立中央病院脳神経外科

大林 直彦, 井川 房夫, 白水 洋史
光原 崇文, 一ノ瀬信彦

内頸動脈狭窄症に対して段階的な頸動脈拡張を試みたが, 術後6日目に頭蓋内出血を生じた症例を経験したので報告する。

症例は73歳男性。主訴は右片麻痺, 失語症。平成19年7月に両側内頸動脈狭窄と診断するも, 治療希望なく内服followとなっていた。平成20年4月2日右片麻痺を自覚し, 近医受診。右片麻痺, 失語症を指摘され, 当院救急外来に救急搬送となった。入院時意識レベルJCS1で, 軽度の右上下肢麻痺と, 感覚性言語障害を認めた。MRI拡散強調画像にて両側前頭葉, 後頭葉にhigh intensity area 散在しており, 脳梗塞と診断して治療開始

した。3DCTAngioにて右内頸動脈狭窄は著変なかったが、左内頸動脈は閉塞していた。今後の治療方針について検討していたが、その後2回新たな脳梗塞を生じ、言語障害・右片麻痺の進行を認めた。冠動脈狭窄もあり、冠動脈ステント留置術施行して状態安定したため、5月23日に右頸動脈拡張術を施行した。Hyperperfusionが予測されたため、今回はPTAのみで2.5 mm程度に拡張し、状態安定してからSTENT留置術の予定としていた。術後経過順調で特にHyperperfusion syndormを疑う症状なかったが、5月29日の早朝に識レベル低下あり、CTにて右視床出血を認めた。

内頸動脈高度狭窄症例の治療方針、術後管理について考察する。

4. 頸動脈狭窄性病変の血管内治療における血管内視鏡の有用性

島根大学医学部脳神経外科

秋山 恭彦, 宮寄 健史, 杉本 圭司
大洲 光裕, 高田 大慶, 永井 秀政
森竹 浩三

【はじめに】頸動脈狭窄性病変に対するステント留置術には、頸動脈エコーやCT血管撮影、さらにはDSAが治療上必須の術前情報を提供する。しかし、これらの検査のみでは、治療方針の選択に難渋する症例に遭遇する場合がある。このような症例において血管内視鏡は非常に有用であったので、代表例を提示する。

【症例】(1)頸動脈解離が疑われた68歳の女性。解離性病変には、種々の治療オプションがあるが、血管内視鏡検査によって、血管内に弁状に浮動するintimal flapが観察され、ステント留置が有効と判定できた。(2)頸動脈ステント留置後にステントの体内破損が診断された78歳男性。血管内視鏡によって、ステントが血管内腔側に折れ曲がって破損しているものの、血管内皮がステントを覆っており、ステント血栓症の危険性は低いことが確認された。(3)症候性頸動脈狭窄に対しステント留置術を施行した75歳男性。ステント留置術後にステント内血栓と思われる所見が認められた。血管内視鏡にてステント内プラーク突出であることが判明し、再PTAにて治療した。

【結語】血管内視鏡所見は、治療方法の選択に難渋する症例に対し、決定的な情報を提供しうる。

5. 延髄内側梗塞2症例の検討

島根大学医学部附属病院神経内科

青山 淳夫, 豊田 元哉, 高橋 一夫
河野 直人, 山下 詔嗣, 卜蔵 浩和
山口 修平

延髄内側部梗塞の代表はDejerine症候群で、病巣側の舌麻痺、対側の顔面を除く上下肢・体幹の触覚と深部感覚障害、顔面を除く片麻痺を特徴とする神経症候を呈する。近年、この不全型が幾つか報告されるようになり、病変部位の画像診断学的分類との対比が行われている。

今回われわれは、Dejerine症候群の2症例を経験したので、症状と画像診断を比較検討し報告する。

症例1は63歳男性で、右舌下神経麻痺と左片麻痺を認め、MRIで病巣は右延髄内側の腹側から背側に広がっている。上下方向では延髄の中部で、舌下神経核が背側に存在する部位が含まれている。

症例2は85歳男性で、左片麻痺はみられるが舌下神経麻痺はなく、MRIで病巣は右延髄内側の腹側よりで、上下方向では延髄の中部だが症例1よりは上部に近い。舌下神経麻痺が伴わなかった理由は、病巣の分布と関係があると思われる。

延髄内側梗塞は典型的にはDejerine症候群の型をとるとされるが、舌下神経麻痺のない不全型もあり、臨床症状も多様であることが、本症例からも示唆される。延髄梗塞は比較的発症年齢が若く、MRIで偽陰性となる頻度も梗塞全体の中では高い。臨床症状が整わなくても延髄梗塞を考えに入れることは必要と思われる。

6. Limb shaking (LS) で発症した中大脳動脈狭窄の1例

大田市立病院神経内科

岩田 裕子, 山口 拓也, 岡田 和悟
症例: 86歳 女性 主訴: 右上下肢の不随意運動
現病歴: 狭心症, 高血圧症にて近医加療中。11月某日自宅にて座っていたところ右手足を振り踊るような不随意運動が出現したため当院受診, 精査加療目的に入院となる。現症: 血圧136/58 mmHg, 脈拍72/分整, 頸部雑音なし。腱反射左右差なし。病的反射なし。無意識に右上肢を上下させ、また足踏みをするような不随意運動がみられた。検査所見: 有意な異常なし。頭部MR: 拡散強調画像にて左尾状核頭, 左ACA-PCA, MCA-PCA分水嶺領域に高信号域を認める。頭部MRAにて全般的に口径不正が高度で狭窄が多発している。頸部MRA: 内頸動脈に明らかな高度狭窄は認めず。【結語】LSは、一般には内頸または総頸動脈の狭窄・閉塞病変でみられ

る TIA 症候とされているが、本例は MCA に多発した狭窄病変を認めた 1 例であり、興味深い症例と考えられた。

7. 当院での脳梗塞超急性期患者への t-PA 静注療法

島根県立中央病院神経内科

河瀬 真也, 林 愛, 村上 丈伸
植田 圭吾, 齋藤 潤

2006年7月から2008年6月までの2年間に行った脳梗塞急性期における t-PA 治療22例の臨床的検討を行った。性別は男11例, 女11例で, 平均年齢は73.7±9.4歳であっ

た。病型は心原性脳塞栓症19例, 脳血栓症3例であった。到着時早期 CT 変化が見られたのは4例であった。発症から病院到着までの時間は平均56±25分 (20-114分) であった。発症から治療開始までの時間は平均122±28分 (80-180) であった。治療開始前後の NIHSS では平均約4点の改善が得られた。出血性梗塞は5例に見られた。平均年齢は市販後調査と比較し高齢であり, 高齢者が多い地域において完全に投与基準を満たす症例は限られてくるが, 慎重投与群の中に著効した症例もあり, 投与に当たっては十分な検討を要する。