

第32回島根脳血管障害研究会

日 時：平成26年 8月30日(土) 15時15分より

会 場：出雲ロイヤルホテル 2階「飛鳥の間」
出雲市渡橋町831 TEL (0853)23-8884

代 表 世話人：島根大学医学部附属病院 神経内科 山口 修平

1. 最近経験した特発性内頸動脈解離の2例

島根大学医学部脳神経外科

神原 瑞樹, 吉金 努, 吉田 泰之
大洲 光裕, 宮崎 健史, 永井 秀政
秋山 恭彦

【はじめに】内頸動脈解離は比較的稀な疾患であり、主訴が脳卒中様ではなく、頭痛、呂律不全や視覚異常などであることも多く、疾患に対する知識が十分でないと診断が困難なことがある。市中病院では診断が困難であった2症例の内頸動脈解離について提示する。

【症例】<症例1>40代の女性。当院受診の約1か月前から左側の強い頭痛を自覚するようになった。その後左眼の閃輝暗点や視覚障害を自覚するようになり近医を受診し当科紹介となった。来院時の患者の意識レベルはJCS: 1で、失算と左舌下神経麻痺を認めた。<症例2>20歳代の男性。野球中に突然左こめかみ～頸部の痛みを自覚した。数日後～呂律が回らないとの訴えで当院耳鼻科に受診し当科紹介となった。2症例ともに頭頸部のMRIとMRA、あるいは頸動脈CT血管撮影により特発性頸動脈解離と診断された。

【治療】入院後直ちにアルガトロバンによる抗凝固療法と抗血小板療法(DAPT)を開始した。症例1では2日後に新たな虚血が生じ、症例2では高度の血管狭窄と偽性動脈瘤形成を認めたため解離部分の血管内治療を計画した。両症例ともに解離が内頸動脈錐体部付近までおよんでおり、ステント先端シェーピングを行って内頸動脈錐体部から病変頸動脈にステントを用いて血管形成した。

【結語】特発性頸動脈解離は、若年者の虚血性脳卒中患者においてはまず鑑別にあげるべき疾患であり、疾患に対する理解を深めることが重要である。

2. 脳血管障害術中モニタリングの有用性

島根県立中央病院脳神経外科

米澤 潮, 井川 房夫, 浜崎 理
日高 敏和, 黒川 泰玄

現在、脳血管障害手術で術中モニタリング(IOM)は不可欠で、様々な機器があり、安全性、簡便性、正確性など向上している。今回我々はIOMの有効な利用方法、判断、ピットフォールについて検討した。

過去15年間に経験したIOM例を対象とした。脳動脈瘤204例、CEA103例、バイパス術62例でABR、MEP、VEP、micro Dopplerなどの術中モニタリングを行った。一方、一時血行遮断(TO)時経頭蓋MEPを行った182例を対象とし、陽性所見の特徴を検討し、その危険因子を多変量解析で解析した。使用機種はNIM-Response 1.0, 3.0 (Medtronic)、MEB-9104、MEP stimulator SEN-4100 (日本光電)などである。

電極の固定の工夫、静脈麻酔と筋弛緩モニターが必要で、術中閾値変化に対応する。TO時MEPで、TOは平均 2 ± 0.9 回、合計遮断時間は平均 10.3 ± 8.2 分であった。13.2%で陽性所見があり、10.4%はTOが原因であった。多変量解析でTO陽性の有意な危険因子は認めなかったが、内頸動脈遮断で16.4%と最も多かった。Willis ringに関与しないM1例では陽性所見は8.3%であった。経頭蓋MEPが回復しても術後脳梗塞再発例、無症候性脳梗塞もあり、モニタリング後の脳梗塞、皮質脊髄路以外の虚血などが考えられた。

脳血管障害術中モニタリングは、機器の特徴を熟知し、組み合わせての判断が必要である。

3. 脳梗塞発症後に片側舞蹈運動を来した1例

松江市立病院 脳神経外科

萩原 伸哉, 瀧川 晴夫, 阿武 雄一

経皮経管的脳血栓回収療法の後、数日の経過を経て片側舞蹈運動をきたした症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】61歳男性。X月16日23:00に右上下肢の脱力感を来たし、17日朝に言葉の出にくさも出現したため当院を受診した。来院時は右不全片麻痺および運動性失語を呈しており、頭部MRIでは左島皮質から放線冠にかけてDWI high intensity areaがあり、MRAでは側頭葉に分枝する左M2の描出が認められなかった。MRA所見とDWIおよび神経所見に乖離があり、発症から11時間経過した症例ではあったがペナンブラ領域が存在しているものと判断し経皮経管的脳血栓回収療法の方針とした。

【入院後経過】Trevoを2nd passした後にTICI grade. 2bの再開通を得て手技を終了した。術後は運動性失語および右不全片麻痺は軽快傾向にあったが術後2日目より右上下肢の片側舞蹈運動が出現した。頭部MRIでは来院時と比較してFLAIRで梗塞周囲のhigh intensity areaが左被殻外側まで拡大していた。

【考察】脳血管障害後の不随意運動はまれではあるが散見されており、舞蹈運動の責任病変として大脳基底核ループを形成する視床、視床下核、尾状核、被殻などが考えられている。我々の症例では梗塞周囲の浮腫が不随意運動の要因となっていることが示唆された。

4. 慢性硬膜下血腫に脳梗塞を合併した2症例

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター
脳神経外科

中川 史生, 木村 麗新, 加川 隆登

慢性硬膜下血腫は一般的に予後良好の疾患とされているが、脳梗塞を合併したことで予後が悪化した症例を経験したため報告する。

症例①は89歳、男性、意識障害のために受診され、両側の慢性硬膜下血腫と右中大脳動脈領域の広範な脳梗塞を認めた。ご家族に手術加療を勧めるも同意されず、五苓散内服での保存的加療としたが、脳浮腫が進行し全脳虚血から死亡した。

症例②は82歳、男性、意識障害と右片麻痺のために受診され、左慢性硬膜下血腫と左中大脳動脈末梢領域の脳梗塞を認めた。穿頭血腫ドレナージ術を施行し、意識障害は改善したが、右片麻痺は残存し、ADLは介助レベルとなった。

両症例ともに入院時のMRAで脳梗塞側の内頸動脈閉塞を認めており、これによる血流低下と慢性硬膜下血腫による圧迫が脳梗塞の一因となったことは否定できない。慢性硬膜下血腫における、術前MRIによる評価は、手術時期や予後を考える上で重要な役割を持っており、

施行可能な施設では、術前MRIの施行を積極的に検討すべきである。

5. コイル塞栓術を施行した、血栓化巨大脳動脈瘤の1例

松江赤十字病院脳神経外科

大林 直彦, 中岡 光生, 矢原 快太
並河 慎也, 岡村 朗健

広島大学医学部脳神経外科

岐浦 禎展, 岡崎 貴仁

血栓化巨大脳動脈瘤に対しコイル塞栓術を施行し、特異な経過を呈した症例を経験したので、報告する。

症例は64歳男性、高血圧症で内服加療中。頭痛が続くため近医にて頭部CT施行し、前頭蓋底に腫瘍陰影を認め、当科紹介となる。初診時、意識清明で神経脱落症状なし。頭部MRI・MRAにて血栓化を伴った前交通動脈瘤と診断した。経過観察中、脳動脈瘤は増大し脳浮腫も増悪、軽度の見当識障害が出現した。まずコイル塞栓術を施行し、改善無ければ直達術を行う方針とした。コイル塞栓術後、動脈瘤は著明に縮小して周囲の浮腫もほぼ消失し、見当識障害も改善した。

血栓化巨大脳動脈瘤に対するコイル塞栓術は、mass effectの改善困難で、コイルのmigration、再開通、動脈瘤の増大、周囲の浮腫などの問題があり、適応は乏しい。本症例はneckが小さく、complete occlusionによりneck付近の動脈瘤壁に炎症反応が生じ、vasa vasorumも炎症により血栓化した結果、動脈瘤・脳浮腫が縮小したものと推測した。

6. 反射性交感神経性ジストロフィー様の疼痛発作を繰り返した脳梗塞後遺症の1例

大田市立病院内科

松本 賢治

島根大学医学部大田総合医育成センター

山形 真吾

島根大学医学部総合医療学

能美 雅之, 木島 庸貴, 石橋 豊

79歳男性。皮質枝梗塞のため右上下肢不全麻痺、運動性失語残存。脳梗塞発症半年後から右上下肢の軽度持続痛出現し、1年後右半身に強い発作痛出現、次第に増悪した。苦悶様の激しい痛みで右上下肢に冷感と発汗亢進を伴う反射性交感神経性ジストロフィー(RSD)様の疼痛であった。皮膚萎縮、骨脱灰像も認めた。左視床に梗塞は認めないがHMPAO-SPECTにて集積の低下あり。神経障害性疼痛は、中枢・末梢の一側に限定できない要因が関与していると言われている。本症例も脳梗塞

を起点とし、時を経て慢性持続痛と RSD 様の血管運動障害を伴う疼痛を生じており、慢性疼痛の成立過程に複合的要因の関与が示唆された。

7. 一過性脳虚血発作を発症した Basilar Dolichoectasia

島根大学医学部内科学講座内科学第三

稲垣 論史, 安部 哲史, 小黒 浩明
山口 修平

症例は79歳男性。72歳時に両側内腸骨動脈瘤に対して人工血管置換術施行。高血圧・脂質異常症で近医通院中。X年7月某日の朝食前、外出しようとして起立した際に嘔気を伴う浮動性めまいを自覚し、すぐにしゃがみこんだ。構音障害はなかったが、渡されたコップを右手でうまく持てず脱力も伴った。臥位で浮動性めまい改善したが、体動により症状再燃するため救急要請した。救急隊到着時には症状消失していた。頭部 MRI で急性期脳梗塞の所見なく一過性脳虚血発作疑いで当科入院した。頭部 MRA で脳底動脈の血流信号低下有り、FLAIR では血管壁の信号変化なし。CT angio では脳底動脈・両側内頸動脈が紡錘状に拡張（最大径約10 mm）しており、Dolichoectasia による一過性の脳幹虚血症状と考えた。入院後は症状再燃なし。現時点では外科的な治療適応も無く降圧薬処方退院、3ヶ月後に CT angio をフォローする方針とした。Dolichoectasia はまれな病態のため自然歴が十分に解明されておらず、治療の確立されていない疾患であり、文献的考察を含めて報告する。

8. 開頭減圧術によっても救命しえなかった右悪性中大脳動脈梗塞の1例

島根県立中央病院

青山 淳夫, 上村 祐介, 豊田 元哉
卜歳 浩和

【症例】58歳男性

【現病歴】心房細動、高血圧ありワーファリン内服中であつた。X年5月2日に家人が帰宅後に自室で倒れており、左麻痺と構音障害を認めたため救急外来受診。INR は1.20で、右 MCA, ACA 基部に血栓閉塞を認めた。発症前の確認が8時間前であつたため、頭部単純 MRI 拡散強調画像でペナンプラ領域が存在したが rt-PA や血管内治療の適応時間外であつた。

【入院後経過】発症様式と心房細動既往から心原性塞栓症と考え、ヘパリンを使用した。24時間以内に軽度の出血性梗塞となり浮腫が増大し midline shift が生じ意識レベルが低下した。入院翌日に緊急で開頭減圧を行ったが浮腫増大はその後進行し、入院5日目に死亡退院した。

【考察】悪性中大脳動脈梗塞は浮腫が強く、48時間以内に開頭減圧が必要になるケースが多く、予後も不良な脳梗塞である。本症例は前大脳動脈梗塞もあり、再灌流による浮腫増大が予想より強く、開頭減圧でも除圧しきれなかったことが予後に影響したと思われる。

【特別講演】

「うつ病に関連する脳部位と光トポグラフィ検査による最新診断—脳卒中後うつ病を含めて—」

日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科
部長・教授 木村 真人 先生