

## 上腕動脈アプローチでGuiding catheter を誘導し再開通を得た中大脳動脈閉塞の1症例

Mechanical thrombectomy using TrevoProVue through 4.2Fr catheter via transbrachial approach for acute ischemic stroke enable rapid recanalization

山口 将<sup>1</sup>, 堀江 信貴<sup>2</sup>, 諸藤 陽一<sup>2</sup>, 佐藤 慧<sup>2</sup>, 陶山 一彦<sup>1</sup>

<sup>1</sup>長崎みなとメディカルセンター-脳神経外科, <sup>2</sup>長崎大学医学部脳神経外科

【はじめに】急性脳主幹動脈閉塞に対する血栓回収療法は有用であるが、今回我々は上腕動脈アプローチで再開通を得た左中大脳動脈(MCA)閉塞症を経験したので報告する。

【症例】94歳男性。左片麻痺発症から28分で救急搬送された。高血圧、洞不全症候群でペースメーカー留置、心房細動(膀胱出血で抗凝固療法は中止)。搬入時GCS13、左片麻痺、左空間無視、NIHSS 21点。CTでは右hyperdense MCA sign、島皮質にearly CT signを認めASPECTS 9点。血小板減少でtPA静注は不可、家族の同意のもとIVR施行。6 Fr sheathを右大腿動脈に留置したが、著明な屈曲とType 3 Archのために右内頸動脈(ICA)に4.2 Fr catheterとguiding catheterを誘導できなかった。右上腕動脈から4.2Fr Simmons catheterを右ICAに留置し造影を行うと右MCA起始部閉塞であった。Simmons catheterにTrevoPro18/GT wire 0.016 inchを挿入、lesion cross。TrevoProからの造影で、M2 inferior trunkは造影されたがsuperior trunkは閉塞。M1 distalからTrevoProVueを展開し回収するとM1~inferior trunkのみ再開通が得られた(TICI 2A)。superior trunkの領域はACAからの側副血行を認めたので終了。発症から4時間5分、大腿動脈穿刺から1時間39分、上腕動脈穿刺から26分で再開通を得た。術後CTでは右基底核部に出血性脳梗塞、右M4に梗塞を認めた。左片麻痺もMMT3程度まで改善し、転院。

【考察】急性期血行再建は発症から再開通の時間が早ければ早いほど予後がよい。この症例のように大腿動脈アプローチが困難な症例では、上腕動脈からのアプローチも考慮するべきである。

## 選択的経静脈塞栓術を行ったS状静脈洞硬膜動静脈瘻の1例

Sigmoid sinus dural arteriovenous fistula can be treated by selective transvenous embolization

松尾 義孝, 林 之茂, 林 健太郎, 白川 靖, 上之郷 真木雄

佐世保市立総合病院脳神経外科

62歳男性、2012年6月20日、左目が短時間見えなくなることがあり、近医眼科にて両側うっ血乳頭を指摘され当科紹介初診となった。

頭部MRIにて硬膜動静脈瘻（dAVF）が疑われ、脳血管撮影にて、右中硬膜動脈、後頭動脈などより主に供給されるS状静脈洞部動静脈瘻と診断した。皮質逆流は認めず、画像上も根治困難と判断され、外来にて経過観察とされていた。

2014年11月21日眼科にて視野に暗点悪化があり両側視神経乳頭浮腫の急性増悪所見を指摘され、12月1日血管撮影の再検を行なった。

3d-DSA再構成画像ではfeeding arteryがS状静脈洞の内側に存在するvenous pouchに集中している像が確認された。順行性の流出路であるS状静脈洞を温存し、venous pouchの閉塞により根治可能と考えられたため、選択的経静脈塞栓術を行った。

選択的外頸動脈撮影、マイクロカテーテルを用いた静脈造影を行い、venous pouchを確認し離脱型コイルを用いて選択的に塞栓した。術後1か月でうっ血乳頭は著名に改善した。

術前の3d-DSA再構成画像によってシャント部位の正確な把握が可能であり、選択的経静脈塞栓術を行った一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する

## 両側外転神経麻痺を生じた破裂前交通動脈瘤治療例

Bilateral Abducens Nerve Palsy after Coil Embolization of Ruptured Anterior Communicating Artery Aneurysm

奥永 知宏, 高橋 治城

社会医療法人陽明会小波瀬病院脳神経外科

【はじめに】くも膜下出血後に見られる外転神経麻痺の報告はいくつか散見されるが、前交通動脈瘤によるものは比較的稀とされる。頭蓋内圧亢進や脳幹周囲の血腫による圧迫などが原因とされるが、未だ不明な点が多い。

【症例】症例は41歳女性、突然の頭痛を自覚、当科受診となった。受診時JCS0、GCS(E4V5M6)、明らかな局所神経徴候は認められなかった。頭部CTでは出血ははっきりしなかったが、頭部MRAで前交通動脈瘤を認め、髄液検査で血性髄液を認めた。脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血と診断し、翌日全身麻酔下にコイル塞栓術を施行した。

【治療】1本目のコイル挿入離脱後、ヘパリン静注。3本目のコイルを挿入離脱後、デリバリーワイヤーを引き抜いた際にマイクロカテーテルの先端がbleb内へジャンピングし瘤外に穿通、extravasationを生じた。その為プロタミン静注でreverseしたところ、血栓化が急速に進行し、両側A2から左A1まで閉塞を生じた。コイル追加塞栓、UK選択的動注にて、動脈瘤の消失及び両側ACAの再開通を得て、手技を終了した。

【術後経過】術翌日JCS10、GCS(3.5.6)、右片麻痺(MMT:1/5)を認めた。頭部CTで脳梁膝部下方に血腫を認めた。MRI/DWIで左前頭葉皮質に高信号を認めた。

術後5日目意識レベル改善とともに複視の訴え出現。精査で両側外転神経麻痺を認めた。保存的に加療し両側外転神経麻痺は約7週間で改善した。右片麻痺も徐々に軽快し、mRS1で自宅退院となった。

【結語】破裂前交通動脈瘤に対するコイル塞栓術中に術中破裂をきたし、術後に両側外転神経麻痺を生じた症例を経験した。本症例につき、若干の文献的考察を加え、報告する

## 瘤内塞栓術中の血栓化のためfirst coilが早期離脱した一例

undesirable detachment of the first coil related with thrombosis formation during intra-aneurysmal embolization

岩永 充人, 福田 修志, 越智 章

北九州市立八幡病院脳神経外科

平成15年出血発症した右IC-Ach Anにネッククリッピング術施行した。その時から、右IC-PCにもわずかな膨隆を認めていた。平成27年8月突然の頭痛、嘔吐の後、徐々に進行する右動眼神経麻痺のため外来受診した。Fisher group2のくも膜下出血と右IC-PC Anの所見であった。開頭の術野では前回手術のクリップの奥に脳動脈瘤が位置するため、血管内治療を選択した。全身麻酔下に瘤内塞栓術を施行した。framing中にcoilの巻きなおしができなくなり、回収を試みたところ早期離脱した。Goose Neck Snareで回収したが、脳動脈瘤は血栓化しており治療を中止した。再開通を待機し、瘤内塞栓術を再施行した。治療後右動眼神経麻痺は改善し、理容師として復職している。色々考えさせられた症例であり、検討を加え報告する。

## VerifyNow systemによる血小板機能測定

Measurement of platelet function in neurosurgical patients by VerifyNow system

北川 直毅, 原口 渉

済生会長崎病院脳神経外科

【目的】抗血小板剤投与は抗血小板機能を測定する方法に明確な基準はないため経験的に行われている。当院ではVerifyNow®Systemを用いて血小板機能を測定しているので報告する。

【方法】過去3年間に当院に受診した抗血小板薬服用中に脳卒中を発症した患者で血小板機能（ARU：Aspirin Reaction Unit，PRU：P2Y12 Reaction Unit）を測定した88例を対象とした。また待機的な脳血管内治療前の52例で測定し比較検討した。

【結果】140例全体ではアスピリン100mgはARU $455.08 \pm 64.79$ （cut off値550）、クロピドグレル75mgはPRU $197.18 \pm 54.53$ （cut off値230）であった。このうちcut off値を上回った症例がアスピリン100mgで14.4%、クロピドグレル75mgで27.5%存在した。シロスタゾール200mg単独ではARU，PRUともに有意な変化はみられなかったが、クロピドグレル75mg＋シロスタゾール200mg併用ではPRU $135.27 \pm 83.79$ とクロピドグレル75mg単独，シロスタゾール200mg単独と比べて有意な低下を認めた（ $p < 0.001$ ）。脳卒中を発症したものでは出血性でARU  $517.79 \pm 99.11$ 、PRU  $247.5 \pm 66.52$ 、虚血性でARU  $500.02 \pm 88.20$ 、PRU  $228.10 \pm 74.33$ であり病態での差を認めなかったが、血管内治療前ではARU  $471.60 \pm 81.81$ 、PRU  $172.35 \pm 81.97$ と低値であり後者では有意差を認めた。一方血管内治療前のものでARU 372、PRU 0と低下した症例で、術後に後腹膜血腫を生じ輸血が必要となった症例を経験した。

【考察】検査値からは抗血小板剤に対する耐性が考えられ、多剤投与の有用性が考えられた。極端な値には注意が必要である。

## 前下小脳動脈遠位部破裂脳動脈瘤の一例

Ruptured Anterior Inferior Cerebellar Artery Aneurysm

本田 優, 案田 岳夫

周南記念病院脳神経外科

症例は85歳女性。左耳鳴り・めまい後の頭痛・嘔吐主訴に当院へ搬送。頭部CTで後頭蓋窩に厚く、またびまん性のSAHを認めた。3DCTAで左前下小脳動脈遠位部に動脈瘤を認めた。左後頭下開頭にて動脈瘤トラッピング術を行った。動脈瘤は左聴神経腹側にあり、神経を圧排しており、一部突き破り出血しているのを確認した。術後左左聴力消失した。顔面麻痺は一過性で、軽度体幹失調あるものの、自力歩行可能で回復期病棟でリハビリ中である。

前下小脳動脈遠位部脳動脈瘤は極めて稀な動脈瘤で、その頻度は全脳動脈瘤の0.1-0.5%と言われる。今回経験した症例について文献的考察を加え報告する。

## 脳梗塞症状で発症した右前大脳動脈遠位部血栓化動脈瘤の一例

A thrombosed aneurysm of right distal anterior cerebral artery presenting with ischemic stroke

平山 航輔, 宗 剛平, 野田 満, 徳永 能治

長崎県島原病院脳神経外科

### 【背景/目的】

血栓化動脈瘤は画像検査で偶然見つかる場合や、クモ膜下出血で発症することが多い。脳梗塞で発症することも少数ではあるが報告されている。また、全ての脳動脈瘤の中でも前大脳動脈遠位部の動脈瘤が占める割合は2~6.7%とされ頻度が少ない。今回我々は脳梗塞で発症し、診断、治療に至った右前大脳動脈遠位部の血栓化動脈瘤を経験したので報告する。

### 【症例】

52歳、男性。既往歴は耳下腺良性腫瘍のみで定期通院なし。平成27年8月初め午前より左上下肢に力が入らなくなり、症状が悪化するため前医へ救急搬送され、脳梗塞を認め当科紹介搬送となった。発症時より頭痛や嘔気の訴えなく、意識清明で下肢に強い左不全麻痺を認めた。頭部CT/CTAでは右Pericallosal arteryの閉塞および右A2/A3分岐部に最大径15mmの血栓化動脈瘤を認めたが、明らかなクモ膜下出血は指摘できなかった。MRIでは右前頭葉内側に急性期脳梗塞を認め、MRAではCTAと同様の所見が得られた。血栓化動脈瘤の瘤内血栓による急性の前大脳動脈閉塞と考え治療開始。未破裂であったが瘤破裂のリスクも考え、シロスタゾール200mg内服、エダラボン点滴を行った。また、当初より高血圧を認め、血圧管理も行った。大型の動脈瘤であったため、入院21日目に開頭によるクリッピングおよびコーティングを行った。周術期に特に問題はなく、入院36日目でリハビリ目的に転院となった。現在当科外来フォロー中である。

### 【考察】

本症例はまず急性期脳梗塞の治療を行い、その後動脈瘤の治療を行ったが、瘤の一部残存があり、今後も慎重な画像フォローを予定している。本症例のように脳梗塞によって発見された血栓化動脈瘤の報告は少なく、発症の機序としては動脈または瘤内の血栓からの塞栓やmass effectによる母血管の閉塞が示唆されており、文献的考察を加えて報告する。

## 脳動静脈奇形に対する塞栓術中に生じたカテーテル固着に対する 開頭摘出術中対処法

Removal of Captured Microcatheter after Onyx Embolization for Intracranial Arteriovenous  
Malformation: Surgical Technique

出雲 剛<sup>1</sup>, 定方 英作<sup>1</sup>, 前田 肇<sup>1</sup>, 諸藤 陽一<sup>1</sup>, 堀江 信貴<sup>1</sup>, 林 健太郎<sup>2</sup>, 松尾 孝之<sup>1</sup>

<sup>1</sup>長崎大学医学部脳神経外科, <sup>2</sup>佐世保市立総合病院脳神経外科

Background: Onyx (ev3, CA, USA) embolization for cerebral arteriovenous malformations (AVM) is a useful and emerging strategy. Using the material sometimes causes the applying catheter to be captured into AVM, leading major complications.

Methods: A 68-year-old female presented with a ruptured AVM. She was scheduled for surgical removal of the lesion. Before the surgery, endovascular embolization using Onyx had been performed. During the procedure, the applying catheter was found to be stuck to Onyx mass in the feeding artery, and could not be removed. The catheter was left in situ. On the next day following the embolization, the surgical removal was performed. At the beginning of removal of the nidus, the embolized feeding artery including the captured catheter was fixed with a step-wise section-evacuation method, and the catheter was easily removed through groin sheath without complication.

Results: The surgery was successfully completed and postoperative imaging studies confirmed complete resection of the AVM without complication.

Conclusion:s Removal of Onyx-captured microcatheter with undue force may lead to catastrophic complications. A step-wise section-evacuation method is useful technique for fixing a feeding artery including a catheter captured by Onyx.



## Azygos anterior cerebral artery近位分枝のinfundibular dilation部に新生した破裂微小脳動脈瘤

A rare case of ruptured tiny aneurysm arising from infundibular dilation of the callosomarginal artery associated with azygos anterior cerebral artery

吉村 正太<sup>1</sup>, 杉川 知香<sup>1</sup>, 福田 雄高<sup>2</sup>, 日宇 健<sup>2</sup>, 小野 智憲<sup>2</sup>, 牛島 隆二郎<sup>2</sup>, 戸田 啓介<sup>2</sup>, 堤 圭介<sup>2</sup>

<sup>1</sup>長崎医療センター 初期研修医, <sup>2</sup>長崎医療センター 脳神経外科

【背景】Azygos anterior cerebral artery(AACA)自体に脳動脈瘤(AN)が合併する頻度は7~16%とされ, その多くは遠位分岐部における嚢状ANとして発生する. Infundibular dilation(ID)は一般にANとは区別されるが, 稀に破裂ANへの進展やそれ自体の破裂も報告されている. 今回, AACAの近位分岐部におけるIDから新生したと思われる破裂微小ANの稀な1例を経験したので提示する.

【症例】36歳 女性

【既往歴/生活習慣】気管支喘息・喫煙・飲酒

【臨床経過】2年前に眩暈のため他院で撮像したMRA/CTA上, AACA近位部の小型未破裂ANを指摘され経過観察されていた. 3か月前のMRAでは形態上の変化は指摘されていない. 急激に増強した頭痛を主訴に他院へ救急搬入. CTでSAHを認め, 当院へ搬送された. 意識清明で神経学的異常は見られなかった. 3D-DSA上, 過去に指摘されていたANはAACAから分岐する右脳梁辺縁動脈起始部のIDであり, ここから両側(右後方/左前方)にbleb様の微小ANが新生したと考えられた. 右pterional approachで直回の部分切除下にID部の左右に突出したAN(右側=破裂)を両側でclipし, 残存した赤色調IDはcoatingした.

【結語】AACAに合併するANについて, 1)非嚢状 2)近位部発生 3)新生などの記載は極めて稀で 4)ID自体あるいはIDからのAN新生によって発症したSAHの報告は渉猟し得ない. AACAやIDに発生するSAHの病態やriskについて文献的に考察する.

## 脳静脈血栓症によりくも膜下出血を発症した一例

A case of subarachnoid hemorrhage following cerebral venous thrombosis

谷 政治, 皆川 竜哉

福岡青洲会病院脳神経外科

症例は65歳男性。平成26年8月4日19時頃突然頭痛がしたとのことで自室で休んでいたが、21時頃家族の呼びかけに反応乏しく尿失禁していたため当院へ救急搬入された。来院時は意識レベルJCS1で神経脱落症状や明らかな外傷痕はみられなかった。頭部CTで右前頭葉に限局性のくも膜下出血を認めたため、ひきつづき3D-CTAを行ったが明らかな脳動脈瘤は指摘できず、出血源不明のくも膜下出血として止血剤投与を中心とした保存的治療を開始した。翌8月5日脳血管造影検査を行ったところ、やはり脳動脈瘤は指摘できなかったが、右内頸動脈撮影の静脈相は対側に比べ描出不良でうっ血の所見も見られた。脳静脈血栓症の診断で、ただちにヘパリン持続静注に変更し保存的治療を続けた。8月6日の頭部MRIでは閉塞静脈を検出できなかったが、特にFLAIR画像で右前頭葉に薄いくも膜下出血の他に皮質に限局した脳浮腫が検出され、静脈うっ滞の間接的所見と思われた。各種凝固系検査を行ったが概して有意所見はなく脳静脈血栓症の原因は不明。臨床症状は入院翌日以降、意識清明で神経症候を呈することなく経過した。約1週間後の頭部MRI再検では閉塞静脈、くも膜下出血および脳浮腫の所見は改善傾向。ヘパリン持続静注をワーファリン内服に替えて経過観察を続け、さらに1週間後の頭部MRIで増悪所見を認めず小康状態に至ったものと考えた。8月22日自宅退院となり、以降外来通院とした。ワーファリンは発症半年後までで中止としているが再発はなく、発症1年後の頭部MRIでは明らかな異常は認めない。

文献上脳静脈血栓症に伴うくも膜下出血は稀とされている。脳静脈血栓症全般で治療は抗凝固療法が選択され、くも膜下出血を伴うものも同様に治療されている。本症例においては、漫然と止血剤投与を継続した場合は転帰が悪化した可能性があった。非動脈瘤性くも膜下出血に遭遇した場合、稀な原因として脳静脈血栓症も考慮する必要があると思われ、若干の文献的考察を加え報告する。

## Convexity meningioma様の画像所見を呈した Castleman diseaseの一例

A case of solitary intracranial Castleman disease mimicking convexity meningioma

大園 恵介, 藤本 隆史, 廣瀬 誠, 川原 一郎

長崎労災病院脳神経外科

Castleman diseaseはリンパ節腫脹を主体とする全身性あるいは限局型のリンパ増殖性疾患である。今回、画像所見上Convexity meningioma様の所見を呈し、病理診断でCastleman diseaseの診断に至った一例を報告する。

症例は意識消失発作を契機に当院救急搬送された68歳男性。頭部CTで左円蓋部に1.6×2.5 cm程度の腫瘤性病変が認められた。MRI撮像し、同部位にT1WIで等信号、T2WIでは高信号の病変認め、造影MRIでは均一な濃染像を認めた。

Convexity meningiomaが疑われ開頭腫瘍摘出術施行。病変はattachmentを円蓋部硬膜に有し、乳白色の比較的境界なelastic hardな腫瘤性病変であった。

病理診断にてリンパ球増殖性疾患が疑われ、最終的にCastleman diseaseの診断に至った。

本症例は画像上および手術所見上Convexity Meningiomaが疑われた症例であった。通常Castleman diseaseはIL-6に関連した全身性のリンパ増殖性疾患であるが、限局性のリンパ節腫脹呈するlocalized castleman diseaseも珍しくないとされる。しかしながら通常胸部および腹部の症例がほとんどであるため、本症例のように頭蓋内の病変は極めて稀である。文献的考察も含めて報告する。

## 少しめずらしい機能的外科手術の経験 -BertrandとExtensive DREZotomy-

The cases of rare functional neurosurgery.

豊田 啓介<sup>1</sup>, 浦崎 永一郎<sup>1</sup>, 藤岡 裕士<sup>1</sup>, 酒井 和香<sup>2</sup>

<sup>1</sup>長崎川棚医療センター・西九州脳神経センター 脳神経外科,

<sup>2</sup>長崎川棚医療センター・西九州脳神経センター 神経内科

九州では珍しい機能的手術を2例経験した。

1) 頸部ジストニアへのBertrand-Taira法

DBSの効果が乏しいが、選択的末梢神経遮断術 (SPD) とボツリヌス療法を組合せて改善が得られた症例。

【症例】48歳男性。14年前発症の頭部左回旋の頸部ジストニアでボツリヌス治療無効のため3年前に両側GPi-DBSを施行したが、効果は数か月で減じ症状増悪した。頭部左回旋と右側屈および右肩挙上のfixed typeのジストニアに対しBertrand-Taira法施行後、残存した側屈と肩挙上に対し術後右僧帽筋へボツリヌス注射し改善を得た。

【結語】ボツリヌス無効の頸部ジストニアはSPDよりDBSが良いとされるが、fixed typeの頸部ジストニアでDBS無効例にはSPD+ボツリヌスはoptionとなる。

2) 脊髄損傷後疼痛への広範囲DREZotomy

脊髄損傷後疼痛で損傷部位より尾側に瀰漫性に広がるdistal、diffuse、thermal painはDREZotomy無効とされる。

【症例】71歳男性。14年前のTh12破裂骨折で完全下肢麻痺、感覚脱失となった。損傷部位以下の激しい疼痛が持続し脊髄刺激無効。鼠径部と臀部は間欠的な電撃痛でallodyniaを伴い (VAS10)、両下肢と陰部、会陰部、肛門周囲は「しびれてジンジンする」「焼かれるような」持続痛 (VAS5-8) であった。両側L1からS1の後角吸引と後根切除、両側Th8-12のDREZotomyを施行。術後Th8皮膚分節までの感覚障害と軽度残存していた鼠径部感覚脱失、会陰肛門持続痛は残存したが、間欠的電撃痛は完全消失し陰部から下肢の瀰漫性灼熱感は軽減 (VAS3以下)。

【結語】長期的効果は検討を要するが、従来DREZotomy無効とされたdiffuse thermal painにも手術範囲拡大し後角吸引や障害後根切断を組合わせることで除痛が期待できる。

## 三叉神経痛の手術直後に認めた serious complicationの一例

Serious complication following microvascular decompression operation for trigeminal neuralgia

福嶋 政昭, 安永 暁生

安永脳神経外科

我々は、後頭蓋窩神経血管減圧術の直後にserious complicationを経験した。手術部位から離れた天幕上に急性硬膜下血腫を認めた。非常に稀な症例と考えられ報告する。

症例は62才男性で、H12年より左第1-2枝領域の三叉神経痛があり、他院でブロック注治療、高周波熱凝固治療などを受けていたが症状は続いていた。H27年2月頃より激痛が走るため、手術を希望され、入院となった。MRIでは、左SCAとAICAによる圧迫が疑われた。全麻下に神経血管減圧術は通常通りに終了した。麻酔覚醒遅延し、瞳孔散大が続くため、緊急でCT撮影を行った。左側テント上に急性硬膜下血腫を認め、緊急で開頭血腫除去術を施行した。出血点は、左Labbe静脈が横静脈洞へ流入する部位であった。術後CTで血腫は除去されていたが、すでに脳ヘルニアによる所見が見られていた。術後経過は、意識障害は改善せず、自発呼吸なく、人工呼吸管理を行った。約4日後に死亡された。

後頭蓋窩神経血管減圧術の合併症の報告は多くみられるが、離れた部位に出血を生じた例は稀である。高血圧症による脳内出血例の報告はあるが、術直後の急性硬膜下血腫の報告は数少ない。出血の発生機序に関して考察を加え報告する。

## 三叉神経痛に対する微小血管減圧術後に脳梁膨大部に一過性MRI異常を来した1例

A Transient MRI Abnormality in the Splenium of the Corpus Callosum after Microvascular Decompression for Trigeminal Neuralgia

笠 伸年, 清水 正

十善会病院脳神経外科

症例は50歳代男性。既往歴、家族歴に特記すべきこと無し。平成9年から右三叉神経痛を自覚。平成16年より近医通院しCBZ内服加療を行った。徐々に薬の効果が減弱してきたため平成21年当科紹介、手術目的にて当科入院となった。MRI、MRAにて明らかな責任血管は見られなかった。右遺残性原始三叉神経動脈を認めた。微小血管減圧術を施行したが術中所見でも明らかな圧迫動脈を認めなかった。三叉神経に接する2本の静脈を責任血管と考え、静脈と三叉神経の間にprosthesisを挿入し手術を終了した。術後三叉神経痛は消失しCBZを中止した。眼振、複視を訴え、手術1週間後に撮影したMRI拡散強調画像で脳梁膨大部に高信号域を認めた。症状が徐々に改善していったため脳血管造影検査などの精査は本人が希望せず自宅退院、外来通院とした。3ヶ月後に再検したMRI拡散強調画像では脳梁膨大部の高信号域は消失、FLAIR像でも同部に梗塞巣を認めなかった。この稀な症例について若干の文献的考察を加え報告する。

## Hemicrania Continua 症例報告

Hemicrania Continua, Case report

陣内 敬文<sup>1</sup>, 吉岡 進<sup>2</sup>

<sup>1</sup>陣の内脳神経外科クリニック, <sup>2</sup>天神頭痛クリニック

【はじめに】一次性慢性頭痛の中でHemicrania Continua (持続性片側頭痛) は希な疾患である。一般の鎮痛薬が無効で特殊な病態であるが最近2症例を経験したので報告する。

【症例1】60才男、整形外科医師。2年前より右側頭部から後頭部にかけて連日の頭痛が出現した。強度は中等度で波動はあるものの間欠期はなく常時痛みが持続している。様々な鎮痛薬を試みるも軽快しないため受診された。頭痛と同側に鼻閉と結膜充血を認めるため耳鼻科や眼科も受診したが原因不明と言われた。【症例2】57才男、米国生まれの白人、婦人は日本人整形外科医。1年前より頭痛が出現し治療に抵抗性のため婦人より紹介となった。右前額部から耳介前方に限局した疼痛で間欠期は無くほぼ一日中痛いためストレスが多である。中等度の痛みで同側顔面に発汗、流涙を認める。

【結果】2症例とも他院でのMRI画像精査などで異常所見無く、二次性頭痛は否定的で国際頭痛分類第3版 ( ICHD-3 ) の診断基準よりHemicrania Continuaと診断した。インドメタシン75mgの連日服用にて著明に改善し治療継続中である。

【考察】天神頭痛クリニックを開院して12月でちょうど一年になる。この間、約2500人の頭痛患者さんが受診されたが、その殆どが片頭痛患者さんであった。時折り珍しい疾患もみうけられる。Hemicrania ContinuaはICHD-2 (2004年) から採用された比較的新しい概念でICHD-3では三叉神経・自律神経性頭痛 (TACs) に分類されている。症例報告は多くないが、特徴は慢性連日性で片側の頭痛と同側の三叉神経領域に自律神経過敏兆候が出現し一般の鎮痛薬は無効でインドメタシンが特に有効である。診断、治療が適切であると劇的に改善する特異的な頭痛である。