

I—E—14 脳静脈性血管腫の2例

健和会大手町病院脳神経外科

健和会大手町病院脳神経内科*

○鶴田健一 笠井直人 高松慶太*

脳静脈性血管腫は、脳血管奇形の中では比較的希な疾患とされているが、その多くは無症状に経過し臨床的に診断され治療の対象となることは、極めて少ない。我々は、意識消失発作、痙攣重積状態にて発症し、脳血管撮影で特徴的所見を示した2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1) 51歳女性。昭和62年1月7日、眼科受診中に数分間の痙攣発作を2回認めた。帰宅途中、気分不良となり近医受診、その場で意識消失を伴う全身強直性痙攣発作が出現、重積状態となり当院救急搬入となる。既往は特に認めない。神経学的所見には異常を認めないが、脳波にて右側頭～前頭部に不規則徐波、左前頭部に鏡像焦点と思われる棘波を認めた。Enhanced CTでは、右側頭葉前内側に増強効果(+)の部位を認め、 ^{123}I -IMP-SPECTでは、右側頭部の低血流領域を認めた。脳血管撮影でも同部位に一致して脳静脈性血管腫を認めた。抗痙攣剤の投与により痙攣発作の消失、脳波の異常所見の改善を認めた。

(症例2) 37歳男性。昭和58年より数回、短時間の意識消失発作があった。近医にて脳波、CT及び循環器系の精査を行うも特に異常を認めなかった。昭和62年4月18日意識消失発作を認め当院救急外来を受診した。神経学的所見、脳波にて明らかな異常所見を認めなかった。さらに脳幹誘発反応、 ^{123}I -IMP-SPECTにても異常病変を示唆するものは認めなかった。Plain CTにて右小脳半球に点状の高吸収域を認め、Enhanced CTにて同部位の増強効果(+)さらに左小脳半球に索状の増強効果(+)の部位を認めた。脳血管撮影にて両側小脳半球にそれぞれ1個の脳静脈性血管腫を認めた。

(考察) 意識消失発作、痙攣及び癲癇発作の検索として脳波CT、 ^{123}I -IMP-SPECTにて局在病変を示唆するもの、又全く正常なものでも積極的に脳血管撮影を行う必要があると思われた。又、臨床症状を呈する脳静脈性血管腫に対する治療が、今後の課題となると思われる。

I—E—15 偽性副甲状腺機能低下症の2症例

1) 国立長崎中央病院精神科、

2) 長崎大学精神神経科

○高橋克朗、浜田芳人、林田健太郎、川畑友二、

川浪由喜子、広田典祥 1)

中根允文 2)

症例1) 32歳、男性。主訴：痙攣発作、既往歴：熱性痙攣、精神遅滞(IQ=29) 現病歴：昭和39年頃(15歳)から全身性の痙攣発作を認める。昭和49年、当科にて偽性副甲状腺機能低下症(以下PHPと略す)の診断の下に抗てんかん薬、Ca剤を投与していたが改善しないため昭和54年、長崎大学精神神経科に入院。身体・検査所見：左下肢にアテトーゼ様運動、筋強剛あり。低Ca、高磷血症。PTHは正常。脳波は徐波が主体。CTでは大脳基底核、小脳に著明な石灰化像が認められた。治療経過：VitD剤の経口投与を行い血中Ca濃度の改善に従って、痙攣発作は消失した。

症例2) 43歳、女性。主訴：痙攣発作、アレピアチン中毒、既往歴：不明熱、精神遅滞(IQ=35) 現病歴：昭和27年頃(9歳)足がつる、転びやすいなどの症状出現。その後全身性の痙攣発作を認めるようになったため、近医にて抗てんかん薬を処方され、発作は減少した。しかし、周期的に見られる不穏状態が改善しないため昭和42年近医入院となった。低Ca血症指摘され検査および治療を行っていたが、昭和61年12月、アレピアチン中毒のため当院救命棟にて透析を施行、意識回復後当科移床になった。身体・検査所見：せん妄状態を高頻度に呈する。Chvostek徴候陽性、痙攣発作・不随意運動等の錐体外路症状は認めなかった。低Ca血症を認めたが、磷・PTHは正常だった。脳波は高振幅徐波が主体。CTでは症例1と同様に大脳基底核・小脳に著明な石灰化像が認められた。Ellsworth Howard testでPHP TYPE 1と診断された。治療経過：VitD剤の経口投与にて、血中Ca濃度が改善し、それに伴ってせん妄状態の頻度は速やかに減少した。

学会当日はPHPの2例について、その精神・神経症状および治療経過を主に、若干の文献的考察を加えて報告する。