
 学 会 記 事

 北日本脳神経外科連合会
 第15回学術集会

 日 時 平成3年度6月13日～14日
 会 場 福井フェニックスプラザ

 A-1-1) 前大脳動脈 A₂ 本幹の後方に発育した動脈瘤の1例

 菅原 俊道・樋口 紘
 長嶺 義秀・鶴見 勇治 (岩手県立中央病院)
 梅沢 邦彦・小野 靖樹 (脳神経外科)
 石郷岡 隆 (弘前市立病院)
 (脳神経外科)

今回我々は、初回脳血管撮影にて前大脳動脈 A₂ 本幹の後方に発育した前大脳動脈瘤を認め、2度目の脳血管撮影では描出不可であった症例を経験したので報告する。症例は33歳女性。平成元年11月19日、突然の頭痛にて発症し某医入院。脳血管撮影にて上記診断されたが、全身状態不良にて根治手術は施行されず、平成2年10月22日当科紹介入院。再度脳血管撮影施行するも前大脳動脈 A₂ 本幹の動脈瘤は不明瞭であり、新たに前交通動脈瘤を認めた。CT scan にて水頭症を認め、同年11月6日に脳動脈瘤クリッピングと脳室腹腔短絡術を施行した。術中、脳血管撮影にて描出不可であった前大脳動脈瘤も認められ、前交通動脈瘤とともにクリッピング施行した。前大脳動脈瘤の発育方向、及び脳血管撮影にて描出不可である脳動脈瘤について若干の文献的考察を加え報告する。

A-1-2) 後大脳動脈末梢部動脈瘤の2例

 大宮 信行・林 征志
 森永 一生・松本 行弘
 三上 淳一・上田 幹也
 佐藤 宏之・井上 慶俊 (大川原脳神経)
 大川原修二 (外科病院)

後大脳動脈末梢部動脈瘤は全脳動脈瘤の約1%とされ比較的稀なものであり、また脳深部に位置するため直達手術も困難であることが多い。今回我々は、2例の後大脳動脈末梢動脈瘤を経験し、その直達手術に際しての問題点について若干の文献的考察を加え報告する。症例1) 64歳男性。頭痛・嘔吐後、昏睡 (GCS 5点) となり当

院に搬入。CT 上全脳室におよぶ脳室内出血と左迂回槽に著明なクモ膜下出血を認め、同日脳室ドレナージを施行した。day 9 の脳血管写で左 P₃ 後半部に嚢状動脈瘤を認めたが、合併症のため経過観察とした。day 22 に再出血し、術前 GCS 10点で subtemporal approach にて neck clipping を施行したが、術後左側頭葉底面に contusion を認め、approach の選択に種々の問題を残した。症例2) 63歳女性。incidental に発見された右 P₂ 嚢状動脈瘤に対し、subtemporal approach にて手術を行った。動脈瘤壁の外観は正常血管壁と同様で broad neck のため coating のみにとどめた。

 A-1-3) 前脈絡動脈末梢部動脈瘤の1手術例
 — Trans-collateral sulcus ventricular approach —

 石川 修一・佐藤 慎哉 (八戸市立市民病院)
 金山 重明 (脳神経外科)

症例は頭痛で発症後、6日目に意識障害を呈した62歳男性。CT 上右海馬の出血巣と脳室出血を伴う水頭症を認めた。血管撮影では右 P₁ の狭窄に続く末梢に異常血管網の発達がみられ、側副血行路と考えられる右前脈絡動脈末梢部に動脈瘤が認められた。MRI で右側脳室下角の choroidal fissure～海馬に小さい動脈瘤の陰影を捉えた。側副血行路上の動脈瘤であったため、まず頭蓋内圧亢進に対して shunt 術を行った。経過中小出血を起こし、動脈瘤の拡大を認めた。侵襲が少なく動脈瘤に正確に到達するため、側頭葉下面の collateral sulcus を剝離して側脳室内に入り、choroidal fissure の位置で海馬の中に埋没する径約 5mm の動脈瘤を切除した。新たな神経脱落症状は認められなかった。病理学的には真性動脈瘤であった。我々が用いたこの Transcollateral sulcus ventricular approach は、側頭葉内側前部の小病変に侵襲が少なく正確に到達できる有用なアプローチであると考えられた。

A-1-4) 脳内血腫で発症した中大脳動脈末梢部多発性動脈瘤の1例

 熊谷 孝・江塚 勇 (新潟労災病院)
 高井 信行・反町 隆俊 (脳神経外科)
 生田 房弘・鈴木 裕 (新潟大学脳研究所)
 (実験神経病理学部門)

脳内血腫で発症した中大脳動脈末梢部多発性動脈瘤の

1例を報告する。症例は高血圧で加療中の61歳男性。頭部外傷・心内膜炎の既往無し。意識障害、右片麻痺にて発症。CT 上左前頭頭頂部に巨大な皮質下出血を認めその一部および右前頭葉表層に小さな増強領域を認めた。血管撮影にて、① 左後頭頂動脈分枝 (M4)、② 左前側頭動脈 (M2)、③ 右中心前回動脈 (M4) に動脈瘤を認めた。手術の結果 ① は血栓化の進んだ嚢状動脈瘤であり、dome の一部に出血点を認めた。1か月後 ② 動脈瘤クリッピングおよび ③ 動脈瘤摘出術施行。③ は CT および血管撮影にて既に血栓化した所見を呈したが、古い出血の跡と一部血栓化せずに残された壁の薄い部分を認め、放置することにより出血する可能性が示唆された。摘出動脈瘤はいずれも器質化した血栓を伴う真性動脈瘤であり炎症所見を認めなかった。本例の経過および術中所見を報告し、我々の治療方針について意見を述べる。

A-1-5) 両側硬膜下血腫を伴うくも膜下血腫を来した右内頸動脈後交通動脈分岐部破裂脳動脈瘤の1例

小股 整・寺林 征
妻沼 到・渡辺 徹 (富山県立中央病院)
杉山 義昭 (脳神経外科)

硬膜下血腫を伴った破裂脳動脈瘤は比較的報告が少なく、その予後も不良と言われている。今回我々は右動眼神経麻痺で発症し、CT 上両側硬膜下血腫と SAH を呈した症例を経験したので報告する。症例は67歳女性。めまいのため近医入院中、1990年12月3日頃より右眼瞼下垂出現。12月16日午前8時頭痛、意識障害、左片麻痺出現。12月17日当科紹介。来院時、神経学的には右動眼神経麻痺のみ。H and K grade 2。CT 上、両側硬膜下血腫 (5mm 程度、右やや大) と SAH (テント上 Fisher group 2。テント下 group 3) を認めた。脳血管写にて右内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤を認め、同日 (Day 1) 右前頭側頭開頭にて硬膜下血腫除去及びクリッピングを施行。手術所見では前視交叉槽、右シルビウス裂付近には全く血腫なく、髄液流出良好。動脈瘤は直接硬膜下腔に破裂しており、frontal base のくも膜外腔を通じて対側へも流れたものと思われた。右動眼神経は動脈瘤により直接圧迫されており、軽度癒着が認められた。テント下には比較的少量の血腫が認められ、これら動脈瘤破裂時断裂したくも膜を通じて流れ込んだものと思われた。これらの発生機序を中心に文献的考察を加え報告する。

A-2-1) 小脳腫瘍と思われた mass lesion と椎骨動脈瘤の合併例

田中 輝彦・藤本 俊一 (青森県立中央病院)
齋藤 和子・中村 公明 (脳神経外科)

症例は左側頭葉梗塞の既往を持つ57歳の男性、突然の頭痛、嘔吐、意識障害で発症、5日目に紹介されて入院。CL3、軽度右不全麻痺及び小脳失調あり、CT で左側頭葉の陳旧性梗塞の外、右小脳半球に低吸収域を認め、この部は enhance されなかった。VAG では mass effect と共に未破裂右椎骨動脈瘤を証明したのみであった。入院後も頭蓋内圧亢進症状が持続し、CT で右小脳に低吸収域の出現をみ、MRI でも血腫の存在が証明されたため海綿状血管腫を疑うに到った。入院2週間後の1991.11.30、後頭下開頭を行い、腫瘍を全摘除し、動脈瘤柄部をクリッピングした。術後経過は良好である。

A-2-2) 遷延する体動時嘔吐を呈した PICA large aneurysm の1例

西巻 啓一・小池 哲雄
竹内 茂和・恩田 清 (新潟大学脳神経)
皆河 崇志・田中 隆一 (外科)

第IV脳室下部を圧迫する病変で、他の症状を伴わず、遷延する体動時嘔吐 (posturally evoked vomiting) で発症する例があることが報告されており、診断・治療が遅れやすいとされている。我々も PICA large aneurysm により同様の症状を呈し適応に苦慮したが手術を行い、著明な改善が得られた1例を経験したので報告する。症例は68歳・女性。1990年4月より体動時に、眩暈やその他の前駆症状を伴わずに突然起こる嘔吐あり。消化器系の精査を受けるも異常なく、頭蓋 CT にて異常を指摘され当科紹介となる。血管写等で左 PICA の径 2cm の部分的に血栓化した動脈瘤と診断。MRI の T2WI にて動脈瘤周囲の延髄・小脳 HIA を認めた。神経学的には異常を認めず、制吐剤投与で経過を観察したが症状は進行性で 12kg もの体重減少を来し、患者は嘔吐を恐れるため体動を制限するようになった。1990年12月 OA-PICA 吻合術・動脈瘤 trapping 施行。術後軽度の下位脳神経麻痺を認めたが嘔吐は完全に消失した。