

CCAのballoon制御下にcoilを除去すると動脈壁は欠損しstentが露出。この時点で仮性動脈瘤と確認。壁欠損部から内shuntを挿入した上でstentとともに病変を切除し、PTFE graftを用いてCCA-ICAを再建した。術後DSAでICA描出良好を確認し新たな神経学的異常なく転院。

【考察】頸動脈仮性動脈瘤は、外傷・感染・照射などが原因となって生じる。頸動脈温存治療としてはcovered stentの有効性が報告され、graftを用いた再建術の報告は少ない。治療完遂のため、耳鼻科、心臓外科、脳外科の協働が重要であった。

6 視床海綿状血管腫の1手術例

谷口 禎規・竹内 茂和・加藤 俊一
佐野 正和

長岡中央総合病院脳神経外科

症例は40歳、女性。2008年4月より理解力の低下と右上下肢の脱力感が出現し、6月26日当科初診。右顔面の軽度知覚低下とごく軽度の右片麻痺を認め、左視床に血管腫の所見を認めた。病変が小さかった事、症状が軽微であったため経過観察を行った。以後症状は僅かずつであるが階段状に悪化し、画像上も小出血を繰り返し徐々に血管腫の増大を認めた。しかし外科治療を拒んでいた事もあり経過を追っていたが、水頭症が出現してきたため2009年5月11日入院となった。MRI上血管腫はモンロー孔付近で側脳室壁に達しており、中脳レベルに及んでいた。他部位に血管腫の所見は認められなかった。血管写上明らかなstainはなく、合併したvascular malformationも認められなかった。5月14日血管腫からの小出血があり頭痛、嘔吐が出現し傾眠となり、麻痺の増悪（上肢はわずかに拳上、下肢は拳上するも保持不可）を認めた為、同日緊急で脳室ドレナージ術を施行。意識レベルは改善したが、麻痺の改善は認められなかった。5月21日MEPモニタリング下にinterhemispheric transcallosal approachにて全摘出術が施行された。一部血管腫の被膜外に血腫が認められた。術中間断的にMEPの低下が認められたが、消失はなかった。術後、麻痺はやや

軽減、知覚障害も軽減した。術後SSEPも保たれており、ホルモン学的検査でも異常なし。ただし、心療内科からの投薬を要するうつ状態となった。歩行可能となり7月13日に転院した。

【考察】幸い手術による症状の悪化は避けられたが、結果的にもう少し早いタイミングでの手術が望ましかったかも知れない。

7 動眼神経麻痺で発症した未破裂内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤に対するクリッピング術後の機能予後

源甲斐信行・中里 真二・長谷川 仁
西川 太郎・渡邊 正人

桑名病院脳神経外科

【目的】動眼神経麻痺で発症した未破裂内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤に対してクリッピング術を施行、術後の動眼神経麻痺の機能回復について報告する。

【対象と方法】2007年4月から2009年11月までに当院でクリッピング術を施行した、動眼神経麻痺で発症した未破裂内頸動脈後交通動脈分岐部脳動脈瘤3例。

【結果】年齢は69～81歳。男性1例、女性2例。動脈瘤の最大径は5～18mmであった。術前の動眼神経麻痺の程度は、完全麻痺2例と不完全麻痺が1例。症状出現からクリッピング術までの期間は3日～60日。手術中の所見で、動脈瘤と動眼神経が強固に癒着していた1例では、治療までの期間が短かったにもかかわらず、動眼神経麻痺は部分回復に留まった。その他の2例では、3～12ヶ月で完全回復が得られた。

【結論】過去の文献では、クリッピング術とコイル塞栓術において、神経麻痺の機能回復に大きな差はないとの報告、コイル塞栓術に比べて、クリッピング術の方が神経麻痺の完全回復率が高かったとする報告、また、コイル塞栓術では神経麻痺の完全回復率が高く、クリッピング術では神経麻痺の改善率が高かったとする報告等が認められた。現在の所、クリッピング術とコイル塞栓術における動眼神経麻痺の神経機能回復に関してどち

らが優れているのかということに関しては、コントラバーシャルであると考えられた。また、神経機能回復に影響を与える因子として、動脈瘤の大きさが特に回復の妨げになるとの報告は認められず、年齢、糖尿病合併の有無、治療までの期間、術前の動眼神経麻痺の程度などが予後を左右するとした報告が多く認められた。特に、治療までの期間が短ければ短いほど良い神経機能回復が得られていた。クリッピング術、コイル塞栓術に関わらず、神経症状の出現より早期に治療を行う方が、より良い神経機能の回復が望めると考えられた。

8 超急性期脳主幹動脈閉塞症に対する rt-PA 静注+血管内治療

～当院にて施行した7症例の検討～

森田 健一・佐々木 修・山下 慎也
渡辺 直人・中村 公彦・中山 遥子
小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

【目的】脳主幹動脈閉塞症例においては、rt-PA 静注療法では急性期に血管開通することは少なく患者の予後改善が期待できないことが分かってきた（当院にて施行した全38例中の内頸動脈閉塞症8例、中大脳動脈近位部閉塞症1例は症状の改善なし）。

そこで、rt-PA 静注療法が無効であった患者に対し局所血栓溶解療法の併用を臨床研究として計画し安全性、有効性を検討した。

〔症例〕2009年04月～11月の8ヶ月間にrt-PA 静注+血管内治療併用療法を行った7名を対象とした。対象者の選択はrt-PA 静注療法適正治療指針に従った。

【方法】脳主幹動脈閉塞発症3時間以内の患者さんにrt-PA 静注療法を開始し、脳血管撮影を行い30分経過にて再開通が得られなかった場合、閉塞部位に対し残量のrt-PAの局所動注投与と機械的血栓破碎術を行った。rt-PAの局所投与は静注量と合わせて(0.6mg/kg, 最大60mg)を越えないようにした。

【結果】7例の平均年齢は70.6歳、閉塞部位は内

頸動脈2例、中大脳動脈(M1)2例、中大脳動脈(M2)1例、脳底動脈1例、発症時のNIHSSは平均20.4点であった。全例tPA静注により再開通は得られず、血管内治療にて50%以上再開通は4例(57%)、症候性出血2例(28.6%)、3ヶ月後のmRS2以下は2例(28.6%)、死亡1例であった。

【考察】rt-PA 静注療法にて再開通が得られないが併用療法により再開通が可能となり予後の改善が可能な症例がある。術中に出血をした場合は症候性となりうるため慎重な手技が必要である。今後血栓回収デバイスの使用により再開通率の改善が期待される。

9 Optic canal unroofingの進化：自験例での検討

小澤 常德・倉部 聡・渡邊 徹
相場 豊隆

県立新発田病院脳神経外科

【はじめに】paraclinoid 動脈瘤直達手術にoptic canal unroofingを行った5年間の自験例3例を報告し、最近開発された骨メス(Ultrasonic bone curettage; (Sonopet UST-2001) 導入に伴う、手術手技の進化の過程を振り返った。

〔症例〕SAHで発症した56歳女性の内側上方に突出した径2cmの動脈瘤に対しmicrodrillによるoptic unroofingを行った。ある程度の硬膜損傷は避けられず、optic strut 削除では極めて慎重な操作を要した。最近経験した、視野障害で発症した71歳女性の内側上方伸展した径2.8cmの動脈瘤、および頭痛精査で発見された69歳女性の上方突出した高さ8mmのbroad neck 動脈瘤の手術では、骨メスによるoptic unroofingを行った。硬膜損傷のない微細な操作が、術者の過度な緊張なく可能であった。

【考察】骨メスは、CUSA様のハンドピース構造で、25kHzの超微細な振動(ultrasonic oscillation)をおこす巾2mmの先端が、自動イリゲーションシステムと一体となったもので、先端部は一方にカーブしている。先端部のrotationが全くなく、