

第47回新潟脳神経外科懇話会

日時 平成17年12月10日(土)
午前10時～午後3時
場所 新潟グランドホテル
波光の間(5F)

一般演題

1 動脈硬化の強い内頸動脈瘤クリッピング術における工夫: 海綿静脈洞上壁 superficial layer 切除

小澤 常德・相場 豊隆・高橋 祥

県立新発田病院脳神経外科

社会の高齢化に伴い、高齢者における動脈瘤クリッピング術も多くなっている。高齢者の、特に内頸動脈瘤では、動脈硬化が強く temporary clip も掛けられない場合や、elongation による走行偏位があり動脈瘤へのアプローチも困難な場合がある。このような場合の我々の一つの工夫を供覧する。

症例は82歳女性。H&K grade IIIの左IC-PC動脈瘤破裂によるSAH。高齢であったが家人の希望ありクリッピング術を施行した。ICは壁が黄色で硬化が強く、後外側に偏位して走行していた。動脈瘤は約3mmと小さく、petroclinoid ligament 下に海綿静脈洞壁に埋まるように存在した。IC retraction は premature rupture が予想され、またICの外側に temporary clip の入るスペースが確保できないため、海綿静脈洞上壁の superficial layer のみを、白馬 triangle 前半部で切除して動脈瘤を剥離した。静脈洞壁内を走行する動眼神経と静脈洞壁 deep layer を確認した後クリッピングを行った。術後は動眼神経麻痺もなく経過し、独歩退院した。

【考察】海綿静脈洞壁は2層になっており、静脈洞を解放せず superficial layer (固有硬膜) だけを切除することが可能である。本例のような海綿静脈洞上壁の処置は、動脈硬化の強い症例だけでなく、動眼神経に癒着するような小さなIC-PC

動脈瘤のクリッピング術でも有用と考えられる。

2 extradural temporopolar approach による distal basilar artery aneurysm の手術経験

恩田 清・遠藤 純男・山崎 一徳
宮川 照夫・檜前 薫・木村 輝雄
中井 昂・本多 拓・新井 弘之

新潟脳外科病院

【目的】distal basilar artery aneurysm の直達術をより安全に行うには、広い術野の確保が極めて重要である。今回 extradural temporopolar approach を6例に行ったので、その経験を報告する。

【対象, 方法】basilar tip aneurysm 5例(破裂2例は瘤のサイズが7-8mmと4mmで何れもやや high position, 未破裂3例は8-9mmで high position 1例, 4mmと6mmの2例は普通の高さ), BA-SCA aneurysm 1例(3mmで破裂, high position)。後ろ向きに発育した例はなかった。破裂例は急性期に手術し, spinal drainage を併用した。未破裂例は spinal drainage を行わなかった。全例 one-piece orbitozygomatic frontotemporal craniotomy を行った後, dura propria と true cavernous membrane を剥離し, 硬膜外に optic canal unroofing と anterior clinoid process の切除をおこなった。その後硬膜内操作に移るが, sylvian fissure を開放した後で側頭葉を硬膜外から後外方へ牽引し, 内側に引いたICとの空間からアプローチした。Sylvian fissure の開放の程度, distal dural ring の切除によるIC mobilization, oculomotor nerve を覆う硬膜の切開による術野の展開については症例に応じて個々に決定した。

【結果】全例でほぼ完全な clipping が可能であった。術野も十分であったが, 未破裂で high position の basilar tip aneurysm 例では clipping 操作に多少難渋した。手術操作自体による合併症として最初の症例で術側の視力低下をきたしたほかは, 3例で一過性の動眼神経麻痺が出現したものの, 永続する神経脱落症状は出現しなかった。

【結語】extradural temporopolar approach によ

る distal basilar artery aneurysm の手術では十分な術野が確保でき、high position の例でも十分対応可能であった。一方 drilling 等の余計な操作と時間がかかり、習熟しないと合併症のリスクもある。

3 脳梗塞を生じた頸部内頸動脈解離性動脈瘤の 1 例

星野 孝省・小田 温・小出 章
岡本 浩一郎*

村上総合病院脳神経外科
新潟大学脳研究所統合機能研究
センター*

脳梗塞を生じた若年者の特発性頸部内頸動脈解離性動脈瘤の症例を報告する。

症例は 31 歳，男性。喘息の既往あり。頭部及び頸部の外傷歴なし。現病歴は，H15 年より月に数回の左頸部痛が出現。H17 年 6 月 5 日の夕食後に突然，嘔吐，便失禁を来し，救急外来に搬送された。初診時所見として，JCS3，GCS E4 V2 M6，運動性失語，右完全片麻痺，右半身の高度知覚障害があった。頸部雑音なし，血圧 140/100，心電図は正常だった。MRI の DWI で左前頭葉から頭頂葉の皮質～皮質下に高信号を認めた。頭部 MRA では rt M2 の後枝が描出不良，頸部 MRA は左内頸動脈に異常な膨らみがみられた。入院のうえ脳塞栓症の可能性が高いと判断し，アルガトロバン，ヘパリンの投与を開始した。翌 6 月 6 日には失語症，右片麻痺は改善傾向となった。脳血管撮影を施行し，C1～2level で長径が最大 2.5cm の後上方向きの左頸部内頸動脈解離性動脈瘤が認められた。出血性梗塞の併発や瘤の破裂を危惧し，アルガトロバン，ヘパリンは中止し，血圧コントロールを中心とした治療に切り替えた。6 月下旬より塞栓予防としてアスピリンの内服を開始した。7 月 17 日に軽度の失語症及び軽度の右片麻痺を残し独歩で退院した。現在は職場復帰している。

内頸動脈解離の原因として外傷による頭頸部損傷が多いと報告されているが，本症例は発症契機が不明で特発性と診断した。抗凝固療法が第一選

択であるが，出血性梗塞の併発や瘤の破裂の危険性を考慮し抗血小板療法を行った。動脈瘤は縮小傾向にあるが，塞栓症状の再発がないか経過観察が必要である。経過観察には 3DCTA が有用であった。

4 なかなか姿を現さなかった高位の破裂 BA - SCA 動脈瘤の 1 手術例

佐々木 修・大石 誠・中里 真二
鈴木 健司・北沢 圭子・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

3 度目の血管撮影でやっと姿を現した小さな血栓化動脈瘤と考えられる BA - SCA 動脈瘤の 1 例を経験した。稀有な例と思われるので報告した。

患者は 54 歳，女性。H17 年 7 月 29 日仕事突然頭痛，嘔吐あり，担送。入院時 Grade II。診察中一時昏睡状態となるが，回復し Grade III となる。CT では瀰漫性の SAH あり，Angio では左 BA - SCA 部に若干の膨らみを認める以外明らかな異常なし。待機の方針とした。Day4 の造影 MRA では BA - SCA 部に動脈瘤様陰影あり。Day7 に Angio を再検。同部に若干膨らみはあるものの，明らかな動脈瘤なし。その後 spasm による片麻痺が出現したが，徐々に改善，消失した。Day23 の 3-D CT Angio では同部に明らかな動脈瘤あり，Day 28 に 3 回目の Angio を施行。以前若干の膨らみの見られた左 BA - SCA 部に小さいが明らかな囊状動脈瘤を認めた。Day35 に手術を行なった。動脈瘤は高位で後床突起より約 20mm 上方に位置した。手術では下方から見上げる必要があると考え，anterior temporal approach を採用した。頬骨弓と眼窩外側を一部はずした。シルビウス裂を分け，carotid cistern に達した。ICA を内側に retract し，その外側から prepontine cistern に入る transsylvian approach を行なったが，動脈瘤は見えてこなかった。そこで，temporal tip の細かい架橋静脈を一本切離し，側頭葉を後方に retract，ICA を横から見る視野を得た。奥に SCA と動脈瘤がやっと見えてきた。動脈瘤は通常の囊状動脈瘤であり，Yasargil mini clip で clip した。術後経