

と早期に再出血を来す場合があり、その再出血例の半数が死亡するともいわれる。よって再破裂予防の処置を迅速に行う方が良いと考えられる。しかしながら病変が両側性の場合は一側の病変を処置しても血行動態の変化により、対側あるいは同側の病変からの出血による死亡例が報告されており、治療方針の決定に難渋する。また我々の例のように解離が脳底動脈まで進行し脳幹梗塞をきたした報告はない。このような病態変化の可能性も考慮に入れ、側副血行の程度を勘案した上での方針決定が重要であると思われた。

【結語】SAHで発症した両側VADAの2例を経験した。うち1例は出血側のproximal feeder clipping後に解離が脳底動脈まで進行し脳幹梗塞をきたした稀な経過を辿った例であった。

30 動脈原性脳塞栓症を併発した椎骨動脈解離に対し脳血管内治療を施行した2症例

古井 英介・近藤 竜史*・篠山 瑞也*
松本 康史*・清水 宏明**・江面 正幸
高橋 明

東北大学脳血管内治療科
広南病院血管内脳神経外科*
同 脳神経外科**

我々は、椎骨動脈解離から生じた動脈原性脳塞栓症2例に対し脳血管内治療を施行した。

〔症例1〕56歳、女性。04年2月1日に頭痛、2月2日めまい、悪心、嘔吐が出現し前医へ入院した。DWIでは左小脳の小梗塞巣、MRAでは左椎骨動脈閉塞が確認された。2月3日午前6時30分に意識障害、構音障害、嚥下障害、左片麻痺が出現し、当院へ緊急搬送された。DSAを施行したところ、左椎骨動脈は再開通しておりV2部遠位で壁不整があり、脳底動脈は閉塞していた。左椎骨動脈解離が塞栓源となった脳底動脈閉塞と診断した。局所線溶療法により脳底動脈は再開通し、引き続き左椎骨動脈解離に対してステント留置した。直後から左片麻痺が改善し会話も可能となった。

〔症例2〕61歳男性。2月6日18時頃突然具合

が悪くなったと言い、左片麻痺が出現したため救急搬送された。受診時JCS3、皮質盲、左半側空間失認、左片麻痺、左感覚障害を呈し、DWIで両側椎骨脳底動脈系に多発性散在性梗塞巣を認めた。緊急DSAでは、左椎骨動脈V4部の解離および、右後大脳動脈閉塞を認めた。塞栓源除去のため左椎骨動脈をコイルにて閉塞した。

【考察】動脈原性脳塞栓症で発症した椎骨動脈解離に対しても脳血管内治療が適応となる症例があり、急性期の病態把握が重要である。

31 High flow バイパスに用いた大伏在静脈に形成された動脈瘤の1例

師井 淳太・波出石 弘・松原 俊二
牛久保 修・佐々木正弘・鈴木 明文
安井 信之

秋田県立脳血管研究センター脳神経外科

High flow バイパスに用いた大伏在静脈に形成された動脈瘤の1例を経験した。症例は70歳の女性。2001年1月に複視で発症した右海綿静脈洞部巨大内頸動脈瘤に対して、同2月に大伏在静脈グラフトを用いた右外頸動脈中大脳動脈バイパス術と右内頸動脈瘤トラッピング術を施行。術後MRAでグラフトに瘤形成を認めた。ADL自立で退院し、2002年4月当センターを紹介され経過観察することになった。MRAで瘤は徐々に増大し、皮膚の上からも増大が観察されるようになったため、2003年6月30日クリッピング術を行った。瘤内に血栓化があったため、グラフトの血流を一時遮断し、瘤内血栓を除去し、Weckクリップで血管を形成するようにクリッピングした。切除した動脈瘤壁は結合組織のみから成り、血管の構造は認められなかった。術後経過良好で2004年2月まで増大傾向はない。本例の如く、吻合部から離れたグラフト上に動脈瘤が形成される症例はきわめてまれである。原因としてhemodynamic stress、大伏在静脈の動脈化に伴うatherosclerosis、graft採取時の損傷などが考えられている。