

た. Yasargil titanium mini straight clip で clipping を行った. 脳動脈瘤は大部分が血栓化しており, 脳血管撮影で造影されたのは一部であった. 術後経過は良好で, 神経脱落症状なく退院した. 術後 3D-CT では condylar fossa が骨削除され, clip は延髄外側から前方に向かって挿入されていた.

【結語】 condylar fossa の骨削除により延髄下部の側面から前方に到達可能である.

### 13 クリッピング後に余剰幻肢を生じたクモ膜下出血の一例

新保 義勝

糸魚川総合病院脳神経外科

切断肢におこる幻肢は良く知られているが, 余剰幻肢は第3幻肢ともいい, 現存する肢節に幻肢が加わった幻肢をいう.

症例は48才女性. H&K grade 3, 大脳半球間裂にSAHの主座をもつFisher group 2. 開窓を持つ前交通動脈瘤の破裂で右M1近位部に未破裂動脈瘤を伴っていた. 翌日右一側開頭の半球間裂アプローチにて前交通動脈瘤のクリッピングを行った. 脳は腫脹しており, 脳ベラの圧排が強かったと思われる. 術後麻酔の影響の取れた後から「足と手が3本ある」と訴え, 差し出そうとする仕草をした. 半側無視や左右失認はみられなかった. 約9日間続いた. スパズムによる明らかな神経脱落症状を示さず経過し, ADLは自立した. 神経心理学的検査では精神機能の軽度低下, 左上下肢の軽度の知覚障害と半球離断症状を示唆する軽度の異常を示した. 未破裂右M1動脈瘤をクリッピングした後, 全57日間の入院期間にて退院した.

【考察】余剰幻肢は非常に稀な身体意識の異常で, 末梢神経, 脊髄根, 脊髄, 大脳半球の損傷で見られる. 発現機序は不明であるが, 知覚入力遮断 deafferentation が重要な成因であると考えられている. 大脳では血管障害, 腫瘍, 外傷で報告され, 大きな右半球病変を持つ症例が多く, 片麻痺, 知覚障害に多彩な空間認知機能障害を合併している. 本例では右半球障害を示す軽度の知覚障害が見られたが, 視床皮質間の入力遮断はなく, 代わ

りに半球離断様の症状が見られた. 半球離断による入力障害が成因となる可能性がある. 半球間裂での術後合併症として余剰幻肢を示すことはきわめて稀と思われるが, 一過性にせよ出現したときには十分な神経心理学的検索が必要と思われた.

### 14 初回クリッピング後20年経過した内頸動脈瘤の再手術例

森 修一・西川 太郎・藤本 剛士

加藤 俊一・早野 信也

水戸済生会総合病院脳神経外科

脳動脈瘤クリッピング術後の再破裂や瘤増大に対する治療においては, 前回クリップを如何に処理できるかが重要なポイントとなる. この際, parent artery を確保することにより術中破裂への対応は容易となりクリッピング操作も安全に行い得る. 一方, 内頸動脈瘤では, 内頸動脈 proximal site の確保のみでは術中破裂への対応が困難となる場合もあり, 前大脳動脈, 中大脳動脈や後交通動脈を確保する必要がある. 破裂時の遮断時間の長さによっては, perforator 領域を含む脳虚血についても配慮すべきであり, 内頸動脈瘤の再手術には種々の問題点がある.

今回内頸動脈瘤クリッピング術後20年を経過し, 再手術となった1例を経験したので報告する.

症例は59才女性. 1983. 9. 12 SAH: Lt. IC-Pcom aneurysm Grade 2で当科でクリッピング術を施行された. 以後数年の外來通院の後, drop out.

2003年2月頃から, 左眼窩部痛が出現. 近医で治療を受けていたが症状に改善がないため, 10月当科を受診した. 神経学的には軽度左眼瞼下垂を認めた他には異常所見はなかった. CTで左傍鞍部に high density mass を認めたため精査入院となった. 造影CTでは, 周囲脳とは境界が明瞭であり, 内部の一部が造影され perifocal edema もないことから血栓を有する動脈瘤が疑われた. 脳血管撮影検査では, Lt. IC-Pco aneurysm の再増大と前回クリップのスリップアウトを認めた.

手術については, ビデオで供覧する.