

【結果】① Lacunar stroke における来院時の% ADC は 82.5 ± 6.9 であり, 発症からの経過時間に関係なくほぼ一定の値を示した. ②再開通し脳梗塞を免れた領域は14領域で% ADC は 97.4 ± 4.1 , 再開通を認めたが脳梗塞に陥った領域は9領域で% ADC は 87.0 ± 3.0 であり明らかな有意差を認めた. ($p < 0.0001$)

【結論】ADC は急性期の脳虚血を把握する定量的指標として有用であり, 最終的に脳梗塞に陥る領域の% ADC は約82%であると考えられ, 主幹動脈閉塞に対する血行再建術の適応という観点からは発症時の% ADC が90%以上である場合にその効果が期待できる.

6 内視鏡的脳室内血腫除去術

—症例報告—

森 宏・小池 俊朗・遠藤 深
燕労災病院脳神経外科

近年神経内視鏡手術は脳内血腫や脳室内血腫除去術にも応用され始めている. 今回我々は尾状核出血脳室内穿破に内視鏡的脳室内血腫除去術を行った例を経験したので報告する.

〔症例〕47才女性. 意識障害・嘔吐で発症. 入院時 JCS 100. CT にて左側脳室から第Ⅳ脳室まで casting する脳室内血腫と脳室拡大を伴う左尾状核出血を認めた. 直ちに両側脳室ドレナージ術を行い, 数日経過を見たが脳室内血腫は減少せず, ファイバースコープを手配して第6病日に内視鏡的脳室内血腫除去術を行った. 使用した内視鏡はオリンパス 2.7mm 硬性鏡と町田製作所 4.8mm ファイバースコープ NEU-4L で, 透明シース(クリアーガイド; 町田製作所)を使用した. まず硬性鏡で左側脳室内血腫前半部を吸引除去. 尾状核血腫は固くて十分に吸引出来なかった. 側脳室体部から後角の血腫はファイバースコープで吸引除去し, ついでモンロー孔から第Ⅲ脳室, 中脳水道, 第Ⅳ脳室とファイバーを進め, 各脳室内の血腫を除去した. マジャンディー孔・ルシュカ孔の開存が確認されたので, 第3脳室底開窓術(ETV)は加えなかった. 右側脳室内血腫は少量だったので

中隔穿孔術も加えなかった. 術直後 CT で血腫はほぼ完全に除去されており, 脳室ドレナージからの排液はゼロとなり, 翌日抜去した. 術後無欲状の状態が約2週間続いたが徐々に改善して独歩退院した.

【考察】Casting した脳室内血腫はドレナージ術のみではなかなか消失せず, ドレナージ期間が長引いて髄膜炎を合併したり, 最終的にシャント術が必要となる率も高い. 本例では器機の関係で第6病日に手術を行ったが, 急性期に行えばドレナージは数日で済み感染の機会が減り, かつ第Ⅳ脳室からの髄液流出が悪い場合は ETV も加えて正常な髄液循環を早期に回復させれば将来水頭症になる確率も減らす事ができる. しかしファイバースコープで血腫の充満した脳室内操作を行う際には disorientation に陥りやすく, 熟練を要する. Hands-on や通常の ETV で十分に訓練を積んだ後取り組む事が肝要である.

7 血管内治療を行った後大脳動脈解離性動脈瘤破裂の1例

丸屋 淳・西巻 啓一・皆河 崇志
秋田赤十字病院脳神経外科

後大脳動脈解離性動脈瘤は比較的稀だとされてきたが, 最近では報告例が散見されるようになり, それほど稀ではないと考えられようになってきた. 今回われわれは, クモ膜下出血にて発症した後大脳動脈解離性動脈瘤の症例を経験し血管内治療を行ったので報告する.

症例は61歳女性. 排便中に突然の右側頭部痛が出現し当院に搬入された. 神経学的には JCS II-10, GCS 13 の意識障害を認めるのみであったが, CT 施行中に再度頭痛が出現し意識レベルが急速に悪化した. CT にて右側頭葉内側に脳内血腫を伴うクモ膜下出血および水頭症を認め, 脳血管撮影にて右後大脳動脈解離性動脈瘤破裂と診断した. 脳腫脹が著しく開頭手術は困難であると予測されたため血管内治療を選択, 4本の GDC-10 にて解離腔および親動脈の塞栓術を施行した. 直後に脳室および腰椎ドレナージを施行し, 第1病

日から2日間ウロキナーゼ髄腔内投与を行った。経過は比較的順調であったが、第15病日のCTにて右後頭葉に脳梗塞が出現し、神経学的にも左上四半盲を認めた。若干の脳室拡大が認められたものの視野障害以外の症状がないため、経過観察を行うこととして独歩退院した。発症から3ヶ月の脳血管撮影では後大脳動脈本幹が造影されるようになっていたが動脈瘤の描出はなく、今後も経過観察を行う予定である。

後大脳動脈解離性動脈瘤は比較的予後良好と考えられてきたが、最近では保存的治療にて脳血管攣縮を起こし死亡したという報告例があり、また本症例のように再出血を起こし重篤化する症例もあるため、クモ膜下出血にて発症した後大脳動脈解離性動脈瘤は可及的早期に血管内塞栓術を行い、引き続き脳血管攣縮に対する積極的治療を行うのが望ましいと思われた。

8 血栓化前交通動脈瘤の1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

血栓化脳動脈瘤の治療では、動脈瘤頸部壁が厚く硬いためクリッピングが困難なことが多く、parent artery を閉塞したり瘤内血栓を末梢にとばすなどの問題点があげられている。

今回我々は、治療に苦勞した血栓化前交通動脈瘤の1例を経験したので報告する。

症例は、56歳男性。平成14年9月25日1週間ほど会社を無断欠勤し自宅で倒れているところを発見され、近医に救急入院。CTで頭蓋内出血を指摘され、当科に紹介入院となった。神経学的には、傾眠（II-10）四肢麻痺なし。CTでは右前頭底部に血腫があり脳室内に大きく穿破していた。脳血管撮影で前交通動脈瘤を認めたが、形状は明瞭でなく、左右の内頸動脈撮影で動脈瘤の形状に相違もみられた。以上のことから、動脈瘤が血栓化している可能性も疑ったが、pterial approach で処置できると考え手術を行った。動脈瘤は予想していたよりも大きくその殆どが血栓化してお

り、working space 確保のため rectal gyrus を suck out する必要がある、また neck の preparation にも時間を要した。クリッピング後瘤内の血栓を除去しようとしたが硬く困難であった。もう一つクリップを追加して手術を終了した。術後脳血管撮影では、Lt. A1A2 部に不整形の動脈瘤が残存していた。後日 Lt. pterional approach にてこの動脈瘤もクリッピングを行った。臨床経過は、水頭症・テルソン症候群の合併に対しそれぞれシャント術や眼科的処置を行った。四肢麻痺はないものの、意欲低下や記名力障害のため ADL は監視レベルから軽度部分介助での自立となり退院した。

血栓化脳動脈瘤の治療には、種々の問題点がある。動脈瘤頸部の壁の硬化のためクリッピングに際し parent artery や perforator の閉塞や瘤内血栓遊離による末梢動脈塞栓症をきたすことがあり、またサイズが大きいものが多いため、より広い術野を確保する必要がある。血栓化の疑われる前交通動脈瘤では working space の確保や Hypothalamic artery などの perforator を確認するために inter-hemispheric approach で処置すべきである。

9 GDC で治療した後下小脳動脈解離性動脈瘤 - DSA で写らない血栓化動脈瘤が血管造影後 3DCT で分かった1例 -

反町 隆俊・梨本 岳雄・原田敦子

総合西荻中央病院脳神経外科

動脈瘤の血栓化は血管造影で出血源不明のくも膜下出血の一因である。我々は血管造影直後に行った 3DCT で血栓化動脈瘤を late enhancement 効果であきらかにできた症例を経験した。検索した限りでは現在までにこのような症例の報告がないため今回報告する。

くも膜下出血発症の42歳の男性。発症2時間後の血管造影では出血源は写らなかった。血管造影直後に 3DCT を施行したところ右 PICA の anterior medullary segment に動脈瘤が写った。翌日の血管造影と造影 MRA でも動脈瘤は写らなかった。発症16日後の血管造影では右 PICA に発症初日の 3DCT で見られたような動脈瘤が出現