

【現病歴】平成15年2月18日朝からめまいと頭痛を訴え床についていた。翌19日朝、家人の呼びかけに反応せず救急車にて来院した。

【入院時所見】GCS E1 V1 M2 4/15, 瞳孔3mm, 対光反射あり。CTで後頭蓋窩に強いSAHあり。

【入院後経過】6時間後、GCS E4 V4 M6 14/15まで改善したため脳血管撮影を施行した。右前下小脳動脈の meatal loop 遠位部に長径5mmの動脈瘤様の陰影をみとめ、その陰影は静脈相まで残存した。血管内治療を試みたが、動脈の強い屈曲蛇行のため guiding catheter を椎骨動脈に誘導できず断念した。意図的晩期手術を行うこととし脳室ドレナージのみ施行し経過をみていたところ、day 16に再出血をきたし昏睡状態となった。再度血管撮影を行ったところ、右前下小脳動脈の動脈瘤様の陰影は消失し、その部分の動脈がやや太く見えるのみに変化していた。その後意識の回復なく day 17に死亡した。剖検は得られなかった。

【考察】初回血管撮影時の造影剤の停滞と、2回目の血管撮影時の形態変化より、前下小脳動脈末梢部の動脈解離によるくも膜下出血と診断した。結果論ではあるが、早期の開頭 clipping (trapping) 術を行えば予後を改善できた可能性がある。本疾患の病態と治療戦略について文献的考察を加えて報告する。

9 伏在静脈による血行再建術を行った症候性硬膜貫通部椎骨動脈狭窄症の1例

柿野 俊介・小笠原邦昭・紺野 広
三上 千秋・久保 慶高・小川 彰

岩手医科大学脳神経外科

症候性椎骨動脈 (VA) 硬膜貫通部狭窄に対する手術治療には、一般に血管内手術と直達手術の2種類が考えられる。しかし、同部位には、屈曲・蛇行のため、ガイデングカテーテルやバルーンカテーテルが挿入困難な場合が多く、また、椎骨動脈用の stent も存在しない。今回、我々は、症候性硬膜貫通部椎骨動脈狭窄症に対し、伏在静脈による血行再建術を行った1例を経験した。

症例は、67歳男性で anterior および posterior

circulation の minor complete strokes にて発症し、脳血管撮影にて Lt. IC stenosis 99% および rt. V3-V4 stenosis 90% を認めた。まず、rt. V3-V4 stenosis を一時的に PTA にて拡張させた。この時、VA の一時遮断により意識障害が出現した。同日、引き続き CEA を施行した。3週間後、rt. V3-V4 stenosis に対し OA-PICA anastomosis 施行後、伏在静脈を interposed graft として、VA の end-to-end anastomosis を施行した。術後、新たな神経学的欠損出現せず経過した。

10 アテロームが血管外に露出していた頸部内頸動脈狭窄症の一手術例

大友 智・清水 宏明・富永 悌二
吉本 高志*

広南病院脳神経外科
東北大学*

症例は61歳、男性。軽度左麻痺にて発症、MRIにて右中大脳動脈領域の梗塞巣を認めた。脳血管撮影では右頸部内頸動脈に NASCET 法にて約70%の狭窄を認め、頸動脈エコーでは intermediate type plaque の所見であった。Xe-SPECT は安静時血流および acetazolamide 負荷による循環予備能のいずれも、両側大脳半球で正常であった。以上より症候性頸部内頸動脈狭窄症として CEA を行った。術中所見にて、アテロームが外膜を破って血管外に露出している所見を認めた。手術はこの部分を除いてアテロームを一塊として摘出、その後周囲の健全な外膜部分で突出したアテロームを切除した。外膜欠損部は内頸動脈から総頸動脈に及んでおり primary closure は困難であったため、hemashield patch をあて正常血管壁と連続縫合を行って修復した。術後 MRA では修復を行った箇所での再狭窄は認めず、新たな梗塞巣や神経学的症状も認めていない。アテロームが血管外にまで露出している症例は稀だが、本症例のように通常の primary closure が困難となる可能性が考えられる。術後再狭窄の問題はあるが hemashield patch 等を用いて修復を行うことが有効と考えられた。