

脈を含めた trapping をおこなっても動脈瘤の減圧が得られないことがある。このような場合では、suction decompression 法が非常に有用である。

5 右視床出血, 左未破裂動脈瘤 clipping 後に Abbie 症候群の症状を呈した1例

柿沼 健一・江塚 勇・原田 篤邦
松本 大樹

新潟労災病院 脳神経外科

6 初回手術に bemsheet, fibrin glue, booster clip を使用した脳動脈瘤再クリッピング術の1例

市川 昭道・北沢 智二

更埴中央病院 脳神経外科

初回手術時に booster clip, bemsheet, fibrin glue を使用した右内頸一後交通動脈瘤クリッピング術の約6ヶ月後に、再手術を行った1例を報告した。

症例は、67才女性。発症時 H.&K.grade 5, Fisher group 3 で day 15 に右内頸一後交通動脈瘤クリッピング術を他院にて施行された。この際、clip の先端が完全に閉じていないため booster clip を追加し、さらに dog ear の部分に bemsheet 片で wrapping し fibrin glue が塗布された。その後正常圧水頭症に対し V-P shunt が行われた。当院に転医後の血管撮影では clip の slip out のため dome が殆ど残存していた。最初の手術から約6ヶ月後に再手術を行った。Medos shunt system が皮切線の極く近傍に置かれておりその損傷に注意する必要があった。booster clip は外せたが、slip out した clip は外せず、wrapping material の為に内頸動脈は硬化し再手術を困難にした。結局 slip out した clip に接するように2本の long clip を dome に向け手術を終えた。術後経過は良好で血管撮影では dome も消失していた。

本症例では Acom を介する cross flow は不良で、Pcom を介する back flow は良好な為に premature rupture 時の操作が困難であることから再

手術はかなり危険を伴うものであった。以上より、① broad neck で clip の先端が完全に閉じていない場合は booster clip の追加では不完全で、むしろ long clip を parallel に2~3本かける方が確実である。② wrapping material はたとえ短時間であっても再手術の操作を困難にするだけであり、安易に使用すべきではない。③ V-P shunt 施行前には、術後の血管撮影を実施しておくべきである。

7 Pericallosal aneurysm に対する proximal approach

小泉 孝幸・土屋 俊明・森田幸太郎
佐野 正和

竹田総合病院 脳神経外科

Pericallosal aneurysm に対する手術アプローチに関しては、通常 distal approach が選択される。しかし、脳梁膝部以下に脳動脈瘤が位置する場合、proximal approach も選択されうる。Proximal approach に関しては、多くは interhemispheric approach であるが、症例によっては、orbit-front-zygomatic approach により、clipping が行われる。Interhemispheric app.については、動脈瘤近傍に retractor による無理な力が加わらないように、bifrontal craniotomy に glabelotomy を加えた basal interhemispheric app.で行った2例、orbit-front-zygomatic app.については、lt. BA-SCA aneurysm と同時に clipping を行った1例の計3例の手術例を提示し、pericallosal aneurysm に対する proximal approach につき検討を行った。

Proximal app.の利点としては、①親動脈の中枢側を確保出来る為、temporary clip の使用や動脈瘤破裂時の対応が容易となる。これは特に azygos ACA の症例において重要である。② Distal app.に比してやや広い working space が得られ、より適した clip の選択が可能となる。③基底槽に厚く凝血塊のある症例でも、凝血塊の吸引、洗浄が容易である。④架橋静脈が術野を妨げることが少ない。⑤多発脳動脈瘤症例にも対応し得る。それに対して、欠点としては、① basal interhemispheric fis-

sureの剥離に難渋するなど、app.に時間を要する。
②多くの場合、前頭洞が開放される為、感染の危険性があり得る。③前頭葉の圧排が強くなる可能性がある。以上を踏まえて、脳動脈瘤の位置、くも膜下出血の分布/量、他病変の有無など症例により、proximal app.を選択すべきと考えられた。

8 Paraclinoid giant aneurysm の1例

斎藤 隆史・倉島 昭彦・青木 悟
遠藤 浩志・菊池 文平

長野赤十字病院 脳神経外科

稀な Paraclinoid giant aneurysm の直達手術を経験したので報告する。

症例は46歳女性、2001年8月より左視力低下出現（左視力0.8）眼科にて網膜剥離と診断された。2001年10月頃より時々前頭部中心に頭痛出現。また視力低下も次第に進行2002年2月には左鼻側半盲も合併した為当科紹介となる。

【初診時所見】左視力0.03と低下、左鼻側半盲を認めた。

【入院後経過】下垂体機能低下は認めず。CTにてsupra cellarに球形の腫瘤を認め、3D-CT angioにて径26mmの巨大脳動脈瘤を認めた。脳血管撮影にて左内頸動脈、眼動脈分岐部末梢で後交通動脈より近位部に頸部をもつ巨大脳動脈瘤を認め、左 Paraclinoid giant aneurysm と診断した。balloon Matas' testでは、前交通動脈を介したcross flowは良好で、30分後のstump pressureは40-50mmHg臨床的に異常を認めなかった。またAllcock testでは左後交通動脈を介して内頸動脈が造影された。

【脳動脈瘤手術】頸部にて左内頸動脈を確保した。またtrappingの場合ST-MC anastomosisを行う予定でSTAを剥離した。Clippingは通常のpterional trans sylvian approachにて行った。脳動脈瘤は巨大であったが、幸い動脈瘤頸部は直視下に観察できた。anterior clinoid processをdrill outし、頸部近位部を確認した。またclippingに際し、前もって確保しておいた左内頸動脈をclumpした。Clippingは内径5mmのring clipを用い、ま

ず頸部近位部にbladeの長さ5mmのSugita clip No41を、次いでこのclipにtandemにblade 10mmのNo43をapplyした。しかしまだ動脈瘤の頸部が開存していたため前者2本のclipとは逆向きにblade 7.5mmのNo42をapply、最後に残った頸部をblade 10mmのNo 13 bayonet clipにてclippingを行った。

【術後経過】術後脳血管撮影にてcomplete clippingを確認、また術後視力は0.03から0.7まで改善、視野狭窄も改善し独歩退院した。

【結語】①稀な Paraclinoid giant aneurysm の直達手術を報告した。②脳動脈瘤頸部は直視下に観察できた。③術中内頸動脈を頸部でclumpしneck clippingを試みたが、動脈瘤が大きくclip workは困難でSugita ring clip 3個とbayonet clipにてcomplete clippingを行った。

9 進行性に増大した動眼神経鞘腫の1手術経験

関原 芳夫・外山 孚・本山 浩
山下 慎也

長岡赤十字病院 脳神経外科

症例は37歳、男性。家族歴、既往歴：特記すべき事なし。

【現病歴】平成11年夏頃より複視が出現。平成12年6月近医にてMRI上右海綿静脈洞内から眼窩内に腫瘍を認めた。腫瘍により動眼神経麻痺を生じていると考えられたが、部位的に手術にて摘出しても症状の改善は期待できないと判断し様子観察とした。しかし、その後右視力低下、眼球運動制限が進行し、MRI上も腫瘍が増大し脳幹の圧迫兆候が出現してきたことから、将来のADL低下を回避すべく手術に踏み切った。

【手術】右orbitozygomatic approachにて海綿静脈洞内の腫瘍を可及的に摘出した。眼窩内腫瘍については、患者の希望もあり今回は摘出しなかった。病理診断は神経鞘腫であった。臨床症状、手術所見より動眼神経鞘腫と診断した。術後、一過性の軽い左麻痺が出現したが、間もなく消失。現在経過観察中である。