

A-25) 硬膜輪近傍内頸動脈瘤の治療

—術中脳血管撮影, 神経内視鏡の有用性—

近藤 礼・土谷 大輔 (山形大学医学部)  
 川上 圭太・黒木 亮 (脳神経外科)  
 金城 利彦・嘉山 孝正 (山形済生病院)  
 (脳神経外科)

当科にて根治手術を施行した硬膜輪近傍内頸動脈瘤の治療成績につき検討し内視鏡, 術中脳血管撮影の有用性につき報告する. 最近4年間に前床突起の削除を要した内頸動脈瘤症例は6例で年齢は49-62歳, 脳動脈瘤の大きさは5-27mmであった. 巨大脳動脈瘤の1例がくも膜下出血例であったが, 他は未破裂例であった. 手術は原則として頸部内頸動脈を確保後開頭を行った. 4例にDolencの方法を用い, 2例は硬膜内より前床突起を削除した. 必要に応じて神経内視鏡, 術中脳血管撮影を使用した. 全例でclippingを施行し得, 手術結果は全例Good Recoveryであった.

本部位の動脈瘤では多くの場合, encircled clipを用いる必要があるが, clip bladeが柄部近位側を越えているか否かの確認には内視鏡が有用であった. また, 巨大脳動脈瘤の際には視診, 動脈瘤穿刺などによる確認では不十分な場合があり術中脳血管撮影が有用であった.

A-26) 2-3mm前後の未破裂脳動脈瘤の手術について

小助川 治・石黒 雅敬 (旭川脳神経外科)  
 稲葉 憲一 (病院)  
 小野健一郎 (第2後方支援連隊衛生隊)

[目的] 2-3mm前後の動脈瘤はMRA, 3D-CTAの精度が向上し外来診療において発見される頻度が高まっている. その手術症例より①2-3mm前後脳動脈瘤の画像診断のpit fall, ②手術所見よりその手術適応について検討する.

[対象及び方法] 1997年1月1日-同年12月31日の未破裂脳動脈瘤手術71例を検討した. 2-3mm前後の動脈瘤は12例あり全体の17%. 35歳-73歳の年齢で平均61歳であった. [結果] 画像診断について: MRAが最も診断に有力であった. 分岐部の屈曲や拡張と見間違えられやすいが特徴的な所見を有するため鑑別可能である. 手術について: blebを有したり血流が透見できたりと破裂しやすい要素をあわせ持つ例が少なからず認められた. 全例にネッククリッピング術ができた. surgical

mobidity, mortalityは0%であった.

[考察] 2-3mmの動脈瘤は手術所見より5mm以上の動脈瘤と外観上同じ特徴を有するものが多く認められた. インフォームドコンセントや年齢を考慮し患者が希望すれば積極的治療すべきと思われた. 2-3mmの動脈瘤の確実な診断はその自然歴の研究においても重要.

A-27) Big aneurysmの手術

西野 晶子・荒井 啓晶 (国立仙台病院脳卒中センター)  
 上之原広司・鈴木 晋介 (脳神経外科)  
 桜井 芳明

Big aneurysm (AN) 手術の留意点やpitfallについては, 多くの報告があるものの, 今日において, 一人の脳外科医が遭遇する機会はそれほど多くは無いと思われる.

今回, 演者が経験したIC big ANの2例について報告する. 症例1 66才女性, H9 4月16日突然の意識障害にて当科入院, CTにてSAH (Fisher group 3), H & K grade IV, 脳血管写にて左IC big AN (1.8x1.7x1.5cm)を認めた. 4月17日, 左前頭側頭開頭を施行. AN neckの剥離後, ICを一時遮断し, neck clippingを試みたところ, neckからruptureした. 3個のring clipにて血管形成的にAN clippingを施行したが, ICの狭窄を残した. 術後, 左半球の広範な梗塞巣が出現, 9月30日, 右片麻痺, 全失語の状態にて退院した. 症例2 68才男性, H9 7月8日突然の激頭痛にて当科入院, CTにてSAH (Fisher group 3), H & K grade 2, 脳血管写にて右Big AN (2x1.5x1.6cm)を認めた. 7月10日, 右前頭側頭開頭施行, AN neckからtip付近まで剥離後, 頸部頸動脈を一時遮断, ANをpunctureし, slackさせた後clippingを行った. 8月21日, 右動眼神経麻痺以外には問題なく退院, 12月にはそれも消失した. 以上2例の手術をビデオにて供覧し, 相違点を考察する.

A-28) 出血源不明のクモ膜下出血の手術方法

畑中 光昭・藤井 康伸 (十和田市立中央病院脳神経外科)  
 中野 高広

術前に出血源の診断出来なかったSAHはCTで局在が予想出来る例は急性期の試験開頭を試みる人もあろうが, 局在が不明瞭な場合, 急性期手術か待機手術か, 手術するかどうか迷う. 我々はSAHのgradeが高い