

脳血管撮影を行い、脳・脊髄のMRI検査を行うも、出血源が見い出せなかった。Day 25に退院し、外来で経過観察を行っていたが、初回出血から1年後の1996年3月16日、再びクモ膜下出血を生じ、再入院となった。脳血管撮影の再検で、初回出血時には認められなかった前交通動脈瘤が認められた。直達手術を施行したが、術中の検索で、動脈瘤のドーム部分が凝血塊で充満しているのが観察された。術後経過は順調であった。

【考察】脳血管撮影で脳動脈瘤が造影されない原因について種々論じられてきたが、本例の場合、その原因は、動脈瘤内に広く存在した凝血塊によるものと思われた。再出血後の脳血管撮影時には、動脈瘤のドーム部分のみ凝血塊が存在し、その結果、動脈瘤頸部が造影されるに至ったと推測される。最近、Rinkelらにより、極めて予後良好な経過をたどる出血源不明のクモ膜下出血群(Nonaneurysmal Perimesencephalic SAH)の存在が指摘されている。しかしながら、本例のCT所見は、これらの所見を呈さず、彼らの“Aneurysmal pattern”を示した。本例を含め、かかるCT所見を呈する症例では、脳血管撮影を含む十分な追跡が必要であろう。

9) くも膜下出血で発症した解離性椎骨動脈瘤の1手術例

川崎 昭一・長谷川 頭士 (佐渡総合病院)
富川 勝 (脳神経外科)

解離性動脈瘤の治療方針に関しては、未だ確定されたものは無いのが現状である。この度我々はいくも膜下出血で発症した解離性椎骨動脈瘤の1例を経験したので報告する。

患者は51歳の女性。5年前から高血圧症、胃潰瘍、貧血で当院内科通院中であつた。平成7年5月22日、内科診察待合室で発病。気管内挿管、点滴確保などの緊急救命処置を施され、紹介により当科初診。神経学的には意識障害(JCS:200)がみられ直ちにCT検査を行なったところ、くも膜下出血と診断された。脳血管撮影を施行したところ、右椎骨動脈にpearl and string sign, retention of contrast mediumがみられ、解離性動脈瘤と診断した。左椎骨動脈が低形成でないことも確認した。直ちに緊急手術を行なった。術後意識は徐々に改善し、暫らく経過は順調であつたが、6月3日頃に右片麻痺、失語症が出現し、CTにて脳血管攣縮による脳梗塞が左中大脳動脈領域に認められた。更に正常圧水頭症の症状も加わってきたため7月13日にV-P shuntを行

なった。その後症状は徐々に改善しリハビリテーションへ移行した。術後の脳血管撮影にて動脈瘤や血流状態を確認し12月18日軽度の障害を残すも、元気に独歩退院した。

頭蓋内動脈の解離性動脈瘤に関しては、1970年代後半から臨床例の報告が見られるようになってきたため、まだその治療方針、例えば手術適応・時期・方法などが確立されるほどの臨床例の蓄積がなされていない。本症例においては、過去の苦い経験から手術適応ありと考え、かつ超早期に行なった。方法としては動脈瘤のtrappingを選択した。手術内容につきビデオで供覧した。

10) 前脈絡叢動脈末梢部破裂脳動脈瘤の1例

市川 昭道 (更埴中央病院)
脳神経外科

前脈絡叢動脈の末梢部に動脈瘤が生じることは稀で、モヤモヤ病に合併した11例を含みその報告例は18例で、外科的治療を受けたものは5例(うち1例は未破裂動脈瘤)だけである。今回、若年の女性に根治手術を行う機会を得たので報告する。[症例]28才女性。10か月前に出産し、発症2日前より生理が出現。左片麻痺と一過性の意識消失を覚え同日当院に入院した。意識レベルはJCS 10、左顔面神経麻痺とMMTで1~2/5の左片麻痺を認めた。CTでは右側頭葉から前頭葉にかけ上下6cmにわたる血腫と右側脳室を中心とした脳室内出血が見られ、血管写で右前脈絡叢動脈のplexal pointに3mmφ大の動脈瘤陰影を認めた。軽い貧血と生理という問題があつたが、年齢と高度の麻痺を考えDay 2に手術を行った。右前頭側頭開頭を行い血管写の所見を参考に上側頭回後方部よりTranscortical approachでまず血腫を吸引除去した。動脈瘤はChoroidal fissureに到達する前に血腫底に確認され、domeは繊維性組織で厚く覆われ10mmφ大であつた。Clippingは困難であると判断し、近位部で親動脈をclipした後両端を切断し摘出した。摘出した動脈瘤は真正動脈瘤と組織診断された。術後は麻痺は急速に改善し、神経脱落症状を残すことなくDay 53に退院した。[まとめ]前脈絡叢動脈末梢部の破裂脳動脈瘤の1例を手術アプローチ、術中所見、組織所見等につきビデオを中心に報告した。