

1A-4) 静脈洞血栓症に伴う dural AVF に対し開頭下に coil embolization を行った 1 例

吉田 英人・西谷 幹雄
戸島 雅彦・諫山 幸弘 (函館脳神経外科)
築舘 泰彦 (病院)
飄子 敏夫・中村 順一 (中村記念病院)

最近, dural AVF に対して血管内手術手技を用いた coil embolization による治療が行われ, 良好な結果を得ている. 今回我々は静脈洞血栓症に伴う dural AVF に対して開頭下に coil embolization を行い, 良好な結果を得た症例を経験したので報告する.

症例は74才男性, 痙攣発作にて発症し, CT にて左後頭葉皮質下に出血を認め, 脳血管造影では, S 状静脈洞の閉塞及び外頸動脈系より一部開存する S 状静脈洞を介し皮質静脈へ逆流する dural AVF を認めた. まず経大腿静脈的に血管内手術手技を用いて左右の頸静脈より S 状静脈洞へ approach するも静脈洞閉塞のため fistula 内に micro-catheter を誘導できず, 後日術中 DSA を用いて S 状静脈洞上に小開頭を行い, coil embolization を行った. 術後, dural AVF はほぼ完全に消失していた.

1A-5) 両側頸部内頸動脈高度狭窄症に対する, 経皮的血管拡張術及び, 内膜剝離術の併用

大森 恵・片岡 丈人
中川原 謙二・佐々木 雄彦 (中村記念病院)
北條 敦史・佐々木 庸 (脳神経外科)
佐藤 憲市・萩原 良治 (財)北海道脳神経
末松 克美・中村 順一 (疾患研究所)

両側の頸部内頸動脈に, 高度狭窄性病変を有する症例に対し, 患側の血行再建を先行させる場合, 対側の脳灌流圧が低下している症例では, 患側内頸動脈の血行遮断による脳灌流圧の低下が, 時として両側大脳半球に高度の脳虚血をもたらす可能性が考えられる.

今回我々は, 両側性の頸部内頸動脈高度狭窄症を有する症例に対し, 患側の経皮的血管拡張術を先行させ, その後, 対側の内膜剝離術を安全に施行することができた 1 例を経験したので報告する.

症例は, 一過性脳虚血発作で発症した61歳の女性. 脳血管造影にて両側内頸動脈に高度の狭窄性病変を認めた. 脳血流 SPECT では, 対側大脳半球に予備能の高度の低下を認めた. 患側に対して内膜剝離術を先行した場合, 血行遮断による両側性の血行力学的脳虚血を生じる危険

性が高いと判断し, 血管壁の不整が軽度な患側に対し, まず経皮的血管拡張術を施行し, 予備能の改善を確認した後, 壁の不整が高度な対側に対して内膜剝離術を施行し良好な経過を得た.

1A-6) 内頸動脈の Fibromuscular Dysplasia に対する経皮的血管形成術の経験

滝上 真良・堀田晴比古 (帯広協会病院)
脳神経外科
齋藤 孝次 (釧路脳神経外科)
病院

Fibromuscular Dysplasia (FMD) は病変の主座を中膜に置く非動脈硬化性, 非炎症性の原因不明の血管病変で本邦では非常に稀な疾患である. 症候性の FMD に対しては何らかの治療が必要とされるも有効な治療法は未だ確立されていない. 今回我々は脳梗塞で発症した頸部内頸動脈の FMD に対し経皮的血管形成術 (PTA) を試みたので文献的考察を加えて報告する.

症例は49才女性. 平成5年8月18日突然の右片麻痺と全失語で発症し当院に搬入されるも SPECT, MRA 施行中にはほぼ完全に症状が改善し主幹動脈の開存も確認されたので保存的治療とした. 翌日再発作を来したため脳血管造影を施行したところ両側頸部内頸動脈 (左第1~2, 右第1~3頸椎レベル) に string of beads 像と左中大脳動脈皮質枝閉塞を認めた. 頸部内頸動脈 FMD を原因とする脳塞栓症の診断のもと, 発症40日目に病側の狭窄部に対し PTA を施行した. 術後十分な拡張が得られ, 1年5ヶ月後も再狭窄, 再発作なく経過良好である.

1A-7) Fenestration を伴った椎骨動脈に発生した動脈解離

一くも膜下出血急性期での離脱型コイルによる親血管閉塞一

江面 正幸・吉田 昌弘 (広南病院血管内)
高橋 明 (脳神経外科)
吉本 高志 (東北大学脳神経外科)

症例は48歳女性. 1994年11月13日夜突然の激しい頭痛, 嘔吐を来し近医受診, 頭部 CT にてくも膜下出血と診断され当院紹介入院となった (H and K grade II). 翌14日に脳血管造影を行い, 左椎骨動脈の動脈解離による出血と診断された. 左椎骨動脈は解離の近位に fenestration を伴っており, 椎骨動脈は右が優位であっ

た。脳血管撮影に引き続き血管内手術により、左椎骨動脈本幹と、椎骨動脈と後下小脳動脈との交通の各々を離脱型コイルにて閉塞した。術後穿通枝領域の虚血によるものと思われる一過性の左麻痺と知覚障害を来したが、1週間後には軽度の知覚障害を残すのみとなり独歩にて自宅退院した。椎骨動脈の fenestration と動脈瘤あるいは動脈解離の合併の報告はこれまでになく極めて稀な症例と考えられた。

1A-8) 超高齢者破裂脳動脈瘤に対する血管内手術

新谷 俊幸・千葉 昌彦 (小樽脳神経外科)
竹田 正之 (病院)

一般に超高齢者破裂脳動脈瘤に対しては、積極的治療が行われないことが多いと思われる。当院では発症以前の日常生活が有意義であった者に関しては暦年令にとらわれずに積極的治療を行っている。

今回我々は、90才のクモ膜下出血を経験し、これに対してコイルによる動脈瘤塞栓術を施行し良好な経過を得たので報告する。

症例：90才、女性。WFNS Gr III, Fisher group 2 のクモ膜下出血。脳血管写では、左中大脳動脈に部分的血栓を伴う巨大脳動脈瘤を認めた。親動脈 M₁ に狭窄があり直達手術は種々の問題が考えられたため、慢性期にコイルを用いて塞栓術を施行した。瘤内に、マイクロカテーテルを誘導し、MDC をコアとしプラチナコイルを挿入。90%閉塞の段階で終了した。その後の経過は良好であり、合併症もなく、発症から約1カ月後に独歩退院した。現在、入院前と同様に自立した生活を送っている。

1A-9) 離脱型コイルで治療した P₁ 部破裂脳動脈瘤の1例

吉田 昌弘・江面 正幸 (広南病院血管内
脳神経外科)
高橋 明 (上都賀総合病院
脳神経外科)
池田俊一郎 (上都賀総合病院
脳神経外科)
金子 宇一 (大宮赤十字病院
脳神経外科)
吉本 高志 (東北大学脳神経
外科)

症例は66歳女性。90年に grade II の SAH, 左中大脳動脈瘤のクリッピング術を受けた既往がある。94年11月、grade V の SAH を再び発症。CT 上脳室内出血

と急性水頭症を呈し、脳室ドレナージを施行した。入院時の血管撮影では動脈瘤は見つからず、5週間後の再検で左後大脳動脈 P₁ 部動脈瘤及び右 PICA distal の dilatation が認められた。これらは90年の血管写では写っておらず、新生動脈瘤と思われた。P₁ 部動脈瘤が今回の出血源と考えられたが、dome が後下方むきで、開頭手術は困難であると考えられたため、離脱型コイルによる瘤内塞栓術を施行した。

microcatheter による瘤内への approach は容易で、術後の血管撮影ではほぼ満足すべき塞栓が得られていた。患者は軽い記憶力障害を残すのみで独歩退院した。本症例は、動脈瘤の location や projection などから見て開頭手術の難しい症例と思われたが coil による塞栓術で低侵襲に治療できた点、今回の動脈瘤が新生動脈瘤と考えられる点など興味深い。

1A-10) もやもや病に対する手術治療の工夫

谷川 緑野・上山 博康 (旭川赤十字病院)
小林 延光・高村 春雄 (脳神経外科)

もやもや病に対する手術術式は、直接的血行再建術である浅側頭動脈—中大脳動脈吻合 (以下 STA-MCA) や間接的血行再建術である EMAS, EDAS, 及びこれらの折衷型の EDMAS 等が行われている。我々はもやもや病全症例に対し STA-MCA anastomosis+EDMAS を施行し、良好な結果が得られた。また EMAS を行うことにより生じるこめかみを中心とした前頭部の陥没を予防する工夫を行っているので、本法の実際について報告する。【皮切】皮切は STA の前頂枝に沿って行い、limea temporalis の高さで前方に反転し前額部正中に達する形で行う。この際、STA 前頭枝は切断することなく温存し、STA 前頂枝の剝離が完了した時点で皮膚弁の翻転とともに前頭枝の裏剥きを行う。STA は前頂枝、前頭枝ともに開存した状態で剝離される。STA 本幹は zygomatic arch の高さまで充分に剝離し STA を周囲の結合織から遊離させる。【側頭筋の処置】側頭筋は EMAS に使用するため電気メスの凝固を用いて頭蓋骨から無血の状態に剝離する。この際、剝離に先立ち側頭筋筋膜を有茎の状態に弁状に剝離し、後の側頭部の形成に用いる。【開頭】開頭は中硬膜動脈を温存するために、中硬膜動脈の走行を予め予測し、その直上に burr hole を開ける。他の穿頭は通常の開頭に準じる。中硬膜動脈の走行をはずした形で craniotomy を行い、中硬膜動脈の周囲の骨は rongeur または air drill で