

approach は右からか、左からか、pre-sigmoid か、post-sigmoid approach が良いか迷った。高位で AICA に近い場合、左側 transpetrosal (presigmoid) approach を取った。N 7, 8 complex の caudal から BA を露出し、両側の VA を確保、fenestration を確保し、double dome を2個の clip で処理した。

問題点：動脈瘤は充分露出できたが、clipping の方向が自由に定められない事、鉗子により、術野が隠れることなど clipping の困難性、clip による第7、8神経の圧迫が見られた。

V-14) 脳底動脈起始部窓形成動脈に発生した脳動脈瘤の1手術例

奥達也・菅原 孝行
真山真美子・大間々真一 (岩手県立中央病院 脳神経センター)
新村 核・荒井 祥一 (脳神経外科)
樋口 紘

【はじめに】脳底動脈における窓形成は約1%に認められるとされるが、窓形成動脈自体が動脈瘤を形成する事は今まで報告されていない。我々はクモ膜下出血で発症し、直達手術を施行した1例を経験したので、報告する。

【症例】62才、男性。平成6年1月20日頭痛にて発症。CTにてSAH (Fisher G-3)と判明、脳出血写にて脳底動脈起始部に窓形成を認め、窓形成動脈自体が3×6mmの動脈瘤となっているのが認められた。待機手術とし、平成6年3月8日正中中部で脳底動脈起始部であった為、transcondylar approachにてclippingを行った。術後、軽度の下位脳神経麻痺を呈したが経過良好である。

【結語】本症例は正中中部、脳底動脈起始部の動脈瘤で柄部が2箇所があり、clipping workが極めて困難であったが、1本のclipで処理する事で穿通枝の温存及びclippingの確認が可能であった。また術中DSAが極めて有用であった。

V-15) Lateral suboccipital craniotomy/craniectomyの手術手技に関する工夫

寺坂 俊介・沢村 豊 (北海道大学 脳神経外科)
阿部 弘

後頭下側方開頭は、小脳橋角部腫瘍摘出術や神経血管減圧術などに多用される開頭法の1つである。最近、後頭蓋窩の微小解剖が明らかになるにつれ、これらの手術成績は飛躍的に向上しているが、開頭術それ自体に対す

る工夫はあまりなされていない。最近我々は後頭下開頭に際して以下に示すような工夫を行っているが、これにより小脳橋角部、内耳道をbrain retractorを使用することなく観察することが可能になり、非常に有効な術野を得ている。また、この手法を用いるようになって以来、合併症としての髄膜漏の発生をみていない。工夫点は(1)筋肉の剝離：後頭、後頸部の筋肉は切断せず頭蓋骨への付着部で剝離する。(2)開頭の範囲：乳様突起を十分に削除する。(3)硬膜切開：s状静脈洞を一部翻転出来るまで切開線を延長する。(4)閉頭：骨小片とフィブリン糊を混合し頭蓋形成をおこなう。

V-16) 機能的電気刺激 (FES) による上肢機能再建

高橋 博達・大槻 泰介 (国立療養所宮城病院脳神経外科)
成川 弘治・木村 格 (同 理学診療科)
笹生 俊一 (東北大学医学部 脳神経外科)
吉本 高志

脳卒中や脊髄損傷によって麻痺した筋に電極を埋め込み、電気刺激がもたらす筋収縮を用いて運動を再建する機能的電気刺激 (以下 FES) がこれまで試みられてきた。制御システムの開発によって、肩関節を含めた上肢全体の制御が可能となったが、ADL 拡大をもたらす臨床適用には未だ至っていない。今回、頸髄損傷不全四肢麻痺2例および脳卒中片麻痺1例に施行した上肢機能再建のFESをビデオで呈示し、臨床適用における問題点と展望を明らかにする。頸髄損傷症例では、指伸筋・第2～4背側骨間筋・浅/深指屈筋・拇指伸/屈/外転筋に電極を埋め込み、コップ握り・カギ握りの各動作を再建し、食事・整容・書字などの日常生活動作が可能となった。脳卒中 (左視床出血) 症例では、運動前および運動中の痙性軽減のため Radial Nerve 本幹を刺激し、自動運動の手指伸展が増強され、粗大な対象物の把持が可能になった。以上より、上肢近位の随意運動が残存する症例に対する部分的な FES が有効であり、各症例の病態に即して、動作種類・制御形式・動作環境の3点の検討が重要と考えられる。