
 学 会 記 事

第17回新潟脳神経外科懇話会

日 時 平成元年12月9日
 会 場 新潟大学医学部第四講義室

ビデオセッション

1) 2回にわたって手術をした large IC aneurysm の1例

今野 公和・関原 芳夫
 川口 正・井淵 安雄 (総合病院国保水原)
 藤井 幸彦 (郷病院脳神経外科)

2回に渡って clipping の手術をしなければならなかった破裂右内頸動脈瘤症例の手術を video で供覧した。

症例は66才男性，既往歴特になし。

63年9月30日 PM. 2:30 電話中めまいと頭痛で発症，意識障害となり，直ちに当科へ救急車で来院。途中嘔吐あり。

初診時 delirious, lt hemiparesis, CT で SAH (Fisher 2, H&K grade IV), 翌日 alert, 麻痺はぼなし。脳血管撮影にて ruptured large aneurysm of IC あり，10月3日 clipping (杉田13, 77) 兼脳槽ドレナージ施行。術後左動眼神経麻痺あり。10月19日術後脳血管撮影で脳動脈瘤残存。10月27日再 clipping (杉田77) 施行，11月7日脳血管撮影施行し，successful clipping 確認。左動眼神経麻痺を残して11月17日退院。翌年1月全く神経学的に異常なく社会復帰す。

脳動脈瘤は，左内頸動脈の分岐部近くの背外側に2つの dome をもつ broad neck の large aneurysm であった。1回目の手術で，まず杉田13をかけたところ，proximal の dome は，slip out し，caudal のほうのみかかったので，脳動脈瘤残存部分に杉田77で clipping した。しかし，術後左動眼神経麻痺が出現し，術後の脳血管撮影で脳動脈瘤の残存を認めたので，再開頭した。前回のビオポンドをはがすと，杉田13の内側から脹らむ残存脳動脈瘤をみとめた。そこにもう1本の杉田77をかけ，左動眼神経の部の動脈瘤を reject した。結局，初めから2ケの有窓杉田77を用い，train とすべきであった。1回目の術後に再破裂がなかったのは幸運であったが，2回目の手術では，それに先立って頸部を開き，総頸動脈にネラトンで temporary ligation ができるようにして，clipping を行なった。

これら手術の模様と前後の脳血管写所見を video で供覧し，批判を仰いだ。

2) 両側巨大内頸動脈瘤の1手術例

—temporary trapping and aspiration procedure—

鈴木 康夫・石井 鏡二 (川崎医科大学)
 脳神経外科

巨大脳動脈瘤の neck clipping の問題点として，動脈瘤が大きく周囲の観察・剝離が困難である，neck が broad で thick である，動脈瘤の内圧が高いことなどがあり，様々な試みが行われている。今回，両側巨大内頸動脈瘤に対して術中 temporary trapping を行い，aspiration により動脈瘤を collapse させたのち neck clipping を行った症例を経験したので手術ビデオを供覧する。

症例は63歳女性。3カ月前より複視が出現し，その後左眼瞼下垂も伴い，徐々に増悪するため入院した。神経学的には左動眼神経麻痺を認めた。単純 CT では左内頸動脈付近に石灰化病変が存在し，造影にて両側巨大内頸動脈瘤と考えられた。CAG では両側 C1 から後方へ突出した broad neck の巨大脳動脈瘤を認めた。手術は，まず左内頸動脈瘤に対して pterional approach で行った。動脈瘤の dome は周囲組織と強く癒着しており，wall は薄く，血流が透視された。temporary trapping 後 neck の剝離を行うも困難であった。そこで23Gの翼状針で dome を穿刺吸引した。この操作により巨大脳動脈瘤は著明に collapse し，容易に neck clipping を行うことができた。術後，左動眼神経麻痺の悪化を認めるも徐々に改善し，1カ月半後，右内頸動脈瘤の手術を行った。右も左とはほぼ同様の状態であり，temporary trapping and aspiration procedure が有用であった。本法は動脈瘤の内圧をさげ，collapse させることにより neck の処置が容易となり，巨大脳動脈瘤に対して有用な方法であると考える。

3) 両側 PICA 末梢部動脈瘤の1例

早野 信也・大倉 良夫 (水戸済生会総合病院)
 妻沼 到 (脳神経外科)
 根本 弘之 (根本脳神経外科医院)

PICA 末梢部に於ける動脈瘤の発生は大変稀である。それが両側に認められ，手術にて右は満足的に処置できたが，左は血栓化，器質化を伴っており，動脈瘤は硬く，

クリッピング操作をくり返し、結局血栓を除去し、クリッピングを成し得たが、術後の検査では動脈は同部で閉塞していたと言う症例を経験したので報告した。

症例は61才男性、生来健康で、既往症は特になし。入院2日前の朝、食事中に背部痛を訴えた。間もなく車で出かけたが、途中で頭痛、嘔気が加わり、車を止めた。その後近医に収容されたが、嘔吐、頭痛が続き、当科へ紹介された。意識清明、頭痛を訴え、右手足に軽い運動失調が認められた。CTで第四脳室左後方に、石灰化を思わせる円形の高吸収域が、又左後角にも小さな高吸収域があり、脳室は軽度拡大、脳溝は狭小化していた。脳槽に高吸収域所見はなかった。脳血管写で両側のPICA末梢部に嚢状動脈瘤が認められた。入院翌日、後頭下開頭を行い、先ず右小脳扁桃の上内側に露出した(右)動脈瘤にクリップをかけた。ここには所謂半球枝は認められなかった。次いで両側小脳扁桃を分け入り小脳虫部下端部を切開し、その下に暗赤色の硬い大きな(左)動脈瘤を認め、頸部を剥離露出、この部より分枝する半球枝も露出し、頸部にクリップをかけた。しかしその度にクリップは動脈側へスリップし、動脈クリッピングになってしまうため、親動脈を一時遮断(12分)し、動脈瘤壁を凝固切開した。内部の血栓(一部器質化)を除去し、頸部クリッピングに成功した。2週後のVAGで、左PICAはクリップ以後造影されなかった。CTでは同動脈に沿って低吸収域となっていた。

本例は幸、脱落症状は残さなかったが、クリップ操作でミルキングによる血栓の遊出、血管壁の損傷、一時遮断クリップの開放時期などが注意点として挙げられ、発生頻度的にも貴重な一例と思われたので報告した。

4) 術中破裂を来たした BA-SCA aneurysm の1例

佐々木 修・小泉 孝幸
山崎 英俊・反町 隆俊 (桑名病院 脳神経外科)
中里 真二

5) クモ膜下カテーテル法による頭蓋内圧測定

小林 士郎・矢嶋 浩二 (日本医科大学 脳神経外科)
中沢 省三

種々の原因による重症脳損例の治療において頭蓋内圧(ICP)の亢進はしばしば問題となる。かかる症例に対して頭蓋内圧測定は不可決であり、これにより頭蓋内圧亢進により生じる二次的脳損傷を最少限に食い止めることが可能となる。また、頭蓋内圧亢進による脳ヘルニア

の発生を予知したり、頭蓋内圧下降剤の必要性や効果を見るためにも重要である。

現在、本邦で主に行なわれている ICP 測定法には、頭蓋骨と硬膜の間に特殊なセンサーを挿入して ICP を測定する硬膜外圧モニタリング、脳室内にカテーテルを挿入して髄液圧を測定する脳室内圧モニタリング、我々が開発したクモ膜下腔に硬膜外麻酔用の細いカテーテルを挿入して測定するクモ膜下腔圧モニタリングがある。今回、我々がこれまでにクモ膜下カテーテル法にて ICP 測定を行った 300 例の経験を元に本法の実際を報告する。

前頭部に穿頭孔を設け、硬膜外麻酔用の Touchy 針(八光商事(株), 17G×80mm)にて硬膜を穿刺し、持続硬膜外麻痺用のカテーテル(八光商事(株), ベインクリニックセット I, S-1 1.0×1300mm)をクモ膜下腔に挿入する。このカテーテルを三方活栓, Gould 社製血圧モニタリングキット, スーパードーム, 同社製 P-50 圧トランスデューサーに持続し ICP を測定する。

6) Cervico-medullary AVM の1手術例

寺林 征・伊藤 靖
新保 義勝・本山 浩 (富山県立中央病院 脳神経外科)
杉山 義昭

Cervico-medullary Segment に生じた High-Flow AVM の症例に、手術を行う機会を得たので、術中 VTR を提示した。〔症例〕症例は38才の男性で、クモ膜下出血で発症し翌日入院した。初診時には項部強直がみられた以外神経学的には異常を認めなかった。神経放射線学的に、Cervico-medullary Segment の左半に発生した、Extradural・Dural・Extra-& Intramedullary の、High-Flow AVM からの出血によるクモ膜下出血と診断された。血管撮影で確認された Feeder は、左後頭動脈から2本、左椎骨動脈からは第1頸神経根から流入するものと、後下小脳動脈分岐部近傍からのものとがみられた。〔手術〕術前に Ivaron を用いて左後頭動脈からの Feeder を Enbolisation してから、AVM を摘出した。硬膜外からの Feeder は一部残存していたが、手術操作中特に出血に悩まされる事もなく AVM を摘出できた。〔考案〕脊髄 AVM には色々な治療法が試みられてきている。照射に意義を認めた報告は見当たらない。減圧椎弓切除や Feeder Ligation は、AVM の摘出が出来なかった症例に限定して試みるものとされている。塞栓術は、AVM の Feeder が細いことや Flow が少ないことより、周囲組織に虚血をきたす危険があり、主要な手段とはなっていない。しかし本例の如く脊髄へ