

## 第 60 回新潟脳神経外科懇話会

日 時 平成 24 年 6 月 9 日 (土)  
午後 1 時～午後 6 時  
会 場 朱鷺メッセ 2F 中会議室

### I. 一 般 演 題

#### 1 被殻出血に対する内視鏡下脳内血腫除去術の初期経験と工夫

渡辺 潤・小澤 常徳・佐藤 洋輔  
青木 悟・本道 洋昭

富山県立中央病院 脳神経外科

我々は最近 3 例の被殻出血に対してエンドアームを使用した内視鏡下血腫除去術を行ったので報告する。手術適応は脳卒中ガイドライン 2009 にならい、血腫量 31ml 以上かつ中等度以上の意識障害を有するものとした。

〔症例 1〕68 歳，男性。JCS10，重度右片麻痺，失語症で発症した被殻出血であり，血腫量は約 30mL であった。第 3 病日に手術を施行した。術直後に意識障害は改善し，血腫はほぼ全摘出された。

〔症例 2〕68 歳，男性。神経内科で保存的に加療されていたが，第 2 病日に意識障害の悪化，血腫の増大を認め当科紹介となった。JCS20，重度右片麻痺，失語症を認めた。血腫量は約 60mL で，第 3 病日に手術を施行した。術直後に意識障害は改善し，血腫は約 7 割摘出された。

〔症例 3〕47 歳，男性。JCS30，左片麻痺で発症した血腫量 50mL の被殻出血であった。来院後すぐに緊急手術を施行した。術直後に意識障害は改善し，症例 2 と同様の血腫摘出率であった。

被殻出血に対するエンドアームを用いた内視鏡下脳内血腫除去術は 3 例ともに再出血なく，術後早期に意識障害は改善し，早期リハビリにつながった。工夫としては固定式内視鏡を使用し，血腫長軸にアプローチするために前額部から穿刺

し，OM line に平行にアプローチした。また従来の開頭血腫除去術，定位的脳内血腫除去術と比較しても安全かつ低侵襲で，出血点も確認できるので超急性期治療も可能である。

#### 2 破裂 ACA genu 動脈瘤 clipping 術の初期経験例

鈴木 倫明・吉井 雅美・本間 順平  
中里 真二・渡邊 正人

桑名病院 脳神経外科

#### 3 当院における Penumbra システムの使用経験

森田幸太郎・阿部 博史・大野 秀子  
高野 弘基\*

立川総合病院 循環器・脳血管センター  
脳神経外科  
同 神経内科\*

#### 4 中大脳動脈本幹 (M1 部) の上向き未破裂動脈瘤の直達手術症例

一過去の症例からの反省を踏まえて一

中川 忠・鎌田 健一・森 宏  
小澤 常徳

三之町病院 脳神経外科

#### 5 Coil embolization が困難とされ Clipping に委ねられた動脈瘤群から

柿沼 健一・渡邊 秀明・菊池 文平  
佐藤 圭輔

新潟労災病院 脳神経外科

脳動脈瘤手術においては，clipping 術と血管内手術とが相補的関係にあることが理想であるとされ，近年当院もそのような体制構築に努めて来た。また，江塚先生による規矩正しい clipping 術