

CCAのballoon制御下にcoilを除去すると動脈壁は欠損しstentが露出。この時点で仮性動脈瘤と確認。壁欠損部から内shuntを挿入した上でstentとともに病変を切除し、PTFE graftを用いてCCA-ICAを再建した。術後DSAでICA描出良好を確認し新たな神経学的異常なく転院。

【考察】頸動脈仮性動脈瘤は、外傷・感染・照射などが原因となって生じる。頸動脈温存治療としてはcovered stentの有効性が報告され、graftを用いた再建術の報告は少ない。治療完遂のため、耳鼻科、心臓外科、脳外科の協働が重要であった。

6 視床海綿状血管腫の1手術例

谷口 禎規・竹内 茂和・加藤 俊一
佐野 正和

長岡中央総合病院脳神経外科

症例は40歳、女性。2008年4月より理解力の低下と右上下肢の脱力感が出現し、6月26日当科初診。右顔面の軽度知覚低下とごく軽度の右片麻痺を認め、左視床に血管腫の所見を認めた。病変が小さかった事、症状が軽微であったため経過観察を行った。以後症状は僅かずつであるが階段状に悪化し、画像上も小出血を繰り返し徐々に血管腫の増大を認めた。しかし外科治療を拒んでいた事もあり経過を追っていたが、水頭症が出現してきたため2009年5月11日入院となった。MRI上血管腫はモンロー孔付近で側脳室壁に達しており、中脳レベルに及んでいた。他部位に血管腫の所見は認められなかった。血管写上明らかなstainはなく、合併したvascular malformationも認められなかった。5月14日血管腫からの小出血があり頭痛、嘔吐が出現し傾眠となり、麻痺の増悪（上肢はわずかに拳上、下肢は拳上するも保持不可）を認めた為、同日緊急で脳室ドレナージ術を施行。意識レベルは改善したが、麻痺の改善は認められなかった。5月21日MEPモニタリング下にinterhemispheric transcallosal approachにて全摘出術が施行された。一部血管腫の被膜外に血腫が認められた。術中間断的にMEPの低下が認められたが、消失はなかった。術後、麻痺はやや

軽減、知覚障害も軽減した。術後SSEPも保たれており、ホルモン学的検査でも異常なし。ただし、心療内科からの投薬を要するうつ状態となった。歩行可能となり7月13日に転院した。

【考察】幸い手術による症状の悪化は避けられたが、結果的にもう少し早いタイミングでの手術が望ましかったかも知れない。

7 動眼神経麻痺で発症した未破裂内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤に対するクリッピング術後の機能予後

源甲斐信行・中里 真二・長谷川 仁
西川 太郎・渡邊 正人

桑名病院脳神経外科

【目的】動眼神経麻痺で発症した未破裂内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤に対してクリッピング術を施行、術後の動眼神経麻痺の機能回復について報告する。

【対象と方法】2007年4月から2009年11月までに当院でクリッピング術を施行した、動眼神経麻痺で発症した未破裂内頸動脈後交通動脈分岐部脳動脈瘤3例。

【結果】年齢は69～81歳。男性1例、女性2例。動脈瘤の最大径は5～18mmであった。術前の動眼神経麻痺の程度は、完全麻痺2例と不完全麻痺が1例。症状出現からクリッピング術までの期間は3日～60日。手術中の所見で、動脈瘤と動眼神経が強固に癒着していた1例では、治療までの期間が短かったにもかかわらず、動眼神経麻痺は部分回復に留まった。その他の2例では、3～12ヶ月で完全回復が得られた。

【結論】過去の文献では、クリッピング術とコイル塞栓術において、神経麻痺の機能回復に大きな差はないとの報告、コイル塞栓術に比べて、クリッピング術の方が神経麻痺の完全回復率が高かったとする報告、また、コイル塞栓術では神経麻痺の完全回復率が高く、クリッピング術では神経麻痺の改善率が高かったとする報告等が認められた。現在の所、クリッピング術とコイル塞栓術における動眼神経麻痺の神経機能回復に関してどち