

10 Far-Lateral Suboccipital Approachにて摘出した大孔部髄膜腫の1例

齊藤 明彦・福多 真史・本間 順平

大石 誠・高橋 英明・藤井 幸彦

新潟大学脳神経外科

症例は47才女性。数年前から記憶力低下を自覚していた。2006年2月下旬より項部痛、後頭部痛が徐々に増強し発見された。神経学的には高度のうっ血乳頭、右カーテン徴候陽性、舌の右方偏位、軽度の萎縮が認められた。CT、MRIでは大孔腹側から右外側にかけて約3cmのdural-based tumorを認めた。またPVLを伴う中等度の水頭症を合併していた。脳血管撮影はmass effectの所見のみであった。脳室ドレナージの設置、下位脳神経およびMEP、SEPのモニタリングのもと、rt Far-Lateral Suboccipital Approachにてrt VA及びhypoglossal nerveに強く癒着した部分を除きsubtotal removalを行った。術後は右舌下神経麻痺がやや悪化し軽度の球麻痺症状が出現したが徐々に改善した。

自験例であるC1 dural AVFの手術では、occipital condyleの削除は行わずとも、condyle fossaの開放とC1 laminectomyによりVA entry point近傍の操作は容易であったが、hypoglossal canalはoccipital condyleの高まりにより非常に深く位置し、またlower clivusはmedulla～cordのretractionなしには到達困難であった。

本例ではcondyle後半部の削除によりhypoglossal canal近傍が直下に観察可能となり、neural structureの圧排なしにlower clivusへの到達が可能となった。condyleの削除には近傍の解剖、特にVA、vertebral venous plexus、atlanto-occipital membrane、C1 superior facet、hypoglossal canalなどのanatomyの理解が重要である。

11 多発性脳内出血とmicrobleed

反町 隆俊・星野 孝省

総合西荻中央病院脳神経外科

【はじめに】多発性脳内出血は脳内出血の0.7-2%にみられる稀な疾患であり、ほぼ同時期に多

発性に出血する原因は分かっていない。我々は多発性脳内出血の出血原因について、microbleedを含めた臨床的要因を単発性脳内出血と比較することで検討した。本研究は多発性脳内出血とmicrobleedについて検討した初めての報告である。

【方法】2003年1月から2005年11月までに入院した脳内出血患者190例を対象とした。年齢、性別、出血部位、出血量、入院までの時間、入院時意識レベル、凝固系、入院時血圧、MRI/T2*WIでのmicrobleedの数を調べ、多発出血群と単発出血群で比較した。

【結果】多発出血群は9例であった。9例ともmicrobleedは5個以上認めた。Microbleedの数はT2*WIで検査できた単発出血群113例に比べ多発出血群で有意に多かった($p < 0.05$)。入院時の血圧は多発出血群のうち7例で収縮期血圧が200mmHg以上であった。入院時血圧は多発出血群が単発出血群に比べて高い傾向があった($p = 0.05$)。その他の要因は両群間で差はなかった。

【考察】Microbleedの多い症例では、最初の脳内出血により血圧が上昇することで2番目の出血が起きるものと思われた。Microbleedの多い症例は嚴重な血圧管理が重要と思われた。

12 未破裂A1起始部動脈瘤の手術

本道 洋昭・川崎 浩一・長谷川 仁

神宮字伸哉

富山県立中央病院脳神経外科

未破裂脳動脈瘤に対する開頭手術中に予期せぬ術中出血が生じたので、その経験を報告する。

症例は61歳、女性。10年前から高血圧、高脂血症にて加療中であった。頭痛の精査にて某病院で脳動脈瘤が疑われたため、平成18年3月31日に当科でアンギオを行うと、右A1起始部と右中大脳動脈分岐部に動脈瘤が見つかった。

4月17日、入院。神経学的に異常なし。翌日、部分除毛にて手術を施行した。右前頭側頭開頭後、carotid cisternに入り、それからsylvian fissureを

分けると、A1 起始部に瘤の一部が見えてきた。しかし瘤の頸部は全く見えず、内視鏡で確認した。Perforator をサージセルで奥に押し込み、前脈絡叢動脈を外側に移動させた。そして、IC の近位側から直角の杉田クリップをアプライしたが、そのクリップを戻す際、クリップが IC に引っかかり大出血となった。IC にできた穴をゼルフォームで圧迫止血した。輸血を行ってから、IC、A1、M1 に temporary clip (23 分間) をおき、ゼルフォームを取り除いて Gore-tex で破裂部を wrap-clip-ping した。多少 IC が狭窄したように見えたが、ドプラーでそれぞれの血流を確認した。それから、A1 起始部動脈瘤に対してヤサ FT724T で IC top 側から clipping を行った。塩酸パパペリンを使用し、Gore-tex 周囲にはサージセルとボルヒールをまぶした。その後、右中大脳動脈瘤に対して杉田クリップ 934-97 で clipping を行い、手術を終了した。術後、左片麻痺は速やかに消失し、血管攣縮は生じなかった。術後アンギオでは IC の狭窄は軽度で、CT は右前頭葉深部に静脈凝固によると思われる小さな LDA を認めるだけで、5 月 6 日、元気に退院した。

開頭手術の際は、術中の主幹脳動脈損傷に対する心構えとその準備が必要である。

13 True PComA Aneurysm の 2 例

森 修一・斉藤 有庸・遠藤 浩志
早野 信也

水戸済生会総合病院脳神経外科

Posterior Communicating Artery (PComA) そのものから発生する aneurysm は true PComA aneurysm と呼称される。頻度は比較的稀であり発生部位も Perforator とは無関係であるとの報告も多く、この aneurysm の病態については興味深いことが多い。

今回、True PComA aneurysm の 2 例を経験したので報告する。

〔症例 1〕64 歳男性。来院時 JCS: III-100, CT: で diffuse SAH (Fisher's group 3), acute Hydrocephalus を呈した。Angiography では、Rt. PComA

に broad neck を有する saccular aneurysm と Rt. ACA distal aneurysm を認めた。Rt. Pterional approach でクリッピングを行った。動脈瘤のネック近傍には血管分岐はなく瘤の先端は動眼神経に癒着していた。

〔症例 2〕74 歳女性。来院時 JCS: III-100, CT: で basal cistern から Lt. Sylvian fissure に SAH. Angiography で、PComA aneurysm と ACom に小さな aneurysm を認めた。PComA aneurysm を破裂側と診断、Lt. Pterional approach でクリッピングを行った。動脈瘤は血管分岐部にはなく、瘤の先端は動眼神経と癒着していた。

True PComA aneurysm の発生頻度は、0.4 から 2.8% と比較稀である。これまでに報告された症例をまとめてみると、parent artery である PComA は infantile type で動脈瘤の形状は殆どが saccular type であり、fusiform type は少ない。発生部位は穿通枝などの血管分岐部との関係があるものは少なく、クリッピングは比較的容易とされている。また本例の様に動眼神経に癒着している例も多く、瘤の処置においては動眼神経の損傷に注意をする必要がある。

14 IC blister-like aneurysm に対する EC-IC bypass を併用した trapping 手術

斎藤 隆史・倉島 昭彦・山下 慎也
西川 太郎・藁田 学・小池 哲雄*

長野赤十字病院脳神経外科
新潟市民病院脳神経外科*

IC blister-like aneurysm に対し、wrapping clip を用いた手術が行われてきたが、我々は EC-IC bypass を併用した trapping 手術を 3 症例に行ったので、その結果を報告する。

〔症例 1〕47 歳女性、クモ膜下出血 grade 3。右内頸動脈に blister-like aneurysm を認めた。Balloon occlusion test にて cross flow をほとんど認めず、day 21 に右 radial artery graft を用いた high flow EC-IC bypass を併用し、後交通動脈を温存した trapping 手術を行った。軽い左片麻痺を残し、mRS 2 の状態で独歩退院した。