

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。

〔症例2〕47歳女性，クモ膜下出血 grade 2. 左内頸動脈に blister-like aneurysm を認め，前交通動脈ならびに後交通動脈からの cross flow を認めた．しかし脳血管攣縮のため左前頭葉に脳梗塞を合併，day 25 に STA double anastomosis を併用し，後交通動脈を温存した trapping 手術を行った．左 1/4 盲を残し，mRS 1 の状態で独歩退院した．

〔症例3〕49歳女性，クモ膜下出血 grade 4. 右内頸動脈に blister-like aneurysm を認めた．前交通動脈を介した良好な cross flow を認め，day 20 に STA proximal anastomosis 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 1 の状態で独歩退院した．

【結語】①破裂 IC blister-like aneurysm に対し EC-IC bypass を併用した脳動脈瘤 trapping 術を 3 症例に行い，良好な結果を得た．②脳血管攣縮期を避け待機手術とした．③術前 cross flow の評価を行った．④脳血管攣縮後の血管吻合には M2 level の太い血管を必要とした．⑤脳動脈瘤 trapping に際し，後交通動脈の温存が重要であった．

15 降圧療法中に両上肢痛・脱力を来した 1 例

小田 温・栗田 学・小出 章

村上総合病院脳神経外科

症例は 50 歳代の女性で，平成 16 年に右視床出血を来し当科で入院加療した既往がある．それまでは近医で 2 種類の降圧剤を投与されていたが，家庭で測定していた収縮期血圧は 160mmHg 程度で十分にコントロールされていなかった．現在は当科外来にて 5 種類の降圧剤を併用し収縮期血圧を 120mmHg 程度にコントロールしていた．

平成 18 年 4 月，両腕の痛みと脱力感を生じ当科に再入院となった．神経学的には両上肢に限局した筋力低下と両手～腕の圧痛を認めた．頭部 CT では新しい異常は認められず，血液検査で CK 値の上昇 (2356mg/dl) と著明な低 K 血症 (1.4mEq/ml) を認め，低 K 性ミオパチーと診断した．その原因を検索すると，発症 3 ヶ月前から当科でサイザイド系利尿剤を追加投与してお

り，その副作用であろうと考えられた．同剤の中断と K 補正で症状は数日の経過で改善した．

PROGRESS の報告がなされて以来，その優れた降圧効果のみならず，安価さからも降圧利尿剤の使用頻度は増加してきているものと考えられる．本例に生じた低 K 性ミオパチーは降圧利尿剤の稀な副作用と考えられ，最近の降圧治療の知見も加え発表した．

16 椎骨動脈巨大部分血栓化動脈瘤の 1 手術例

佐々木 修・中里 真二・鈴木 健司

高尾 哲郎・北沢 圭子・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

患者は 52 才男性，1 年前より左頸部痛あり．H17 年 11 月頃より嘔声，11 月下旬に構音障害その後嚥下障害が出現するが，数日で消失する．最近，歩くとふらつく．近医で諸検査し，血栓化を伴う巨大椎骨動脈瘤の診断，紹介となる．

【入院時所見】軽度の嘔声，眼振，咽頭反射の消失を認める．

【検査所見】動脈瘤は長径 3.5cm で，管腔周囲には血栓が見られ，右椎骨動脈 (VA) 後下小脳動脈 (PICA) 分岐部に broad neck を有していた．動脈瘤より抹消の VA は著しく狭小化し動脈瘤の壁を沿うように走行し，union に達していた．動脈瘤は延髄-橋を強く圧迫していた．balloon occlusion test は陰性であった．手術を予定した．proximal occlusion では動脈瘤の縮小を計れない例があるとの報告から，動脈瘤の trapping を行ない，PICA は起始部で閉塞させ，後頭動脈 (OA) を吻合する，更に極力瘤を debulk し，脳幹の減圧を行なうこととした．手術では OA を剥離後，transcondylar approach にて開頭し，延髄外側に入る．直ぐ，右 VA，動脈瘤，PICA 起始部が確認できた．動脈瘤は pinky で，大きな硬い塊であった．血管写上 PICA に近接して存在するはずの VA の抹消側が認められなかった．固い壁内にあるものと思われた．union 側を探り，動脈瘤から離れてゆく部分の VA を何とか見つけた．trapping に先立ち OA-PICA 吻合を行ない，動脈瘤の