

trapping, PICA 起始部の閉塞を行なった。その後動脈瘤を穿刺し、瘤内の血液を吸引、更に壁に切開を加え、CUSA 等で debulk を試みたが、固く、ほとんど歯が立たなかった。無理をせずこれによしとした。術後一過性に球麻痺が悪化したが、軽快、術前と変わりなく、退院、復職した。術後6ヶ月後のMRIで動脈瘤は2cm弱に縮小した。本例の発生メカニズムに関しては、真性動脈瘤の増大血栓化と解離性動脈瘤の成れの果ての2通りが考えられよう。本例では動脈瘤の遠位側の椎骨動脈がある距離著しく狭小化したまま動脈瘤の壁内を走行していたが、これは血管壁の解離により true lumen が壁のすみに押し付けられたために生じた所見、すなわち本例が解離性動脈瘤であったことを示唆する所見といえよう。椎骨動脈 union 近傍にはしばしば血栓化を伴った大きな動脈瘤ができるが、本例はその中に解離性動脈瘤由来のものがあることを示す興味深い症例と思われる。

17 存外難しかった M1distal 未破裂動脈瘤 clipping

柿沼 健一・鬼頭 知宏・森田 健一
副島 慶輝

新潟労災病院脳血管センター脳神経外科

M1distal の動脈瘤は M1M2 部のものと異なり、sylvian fissure を開放するだけでは不十分であり、脳内に埋没している動脈瘤自体を露出しなければならないこと、癒着している可能性も高い穿通枝や静脈との剥離が必要とされることなど、比較的難易度の高い clipping 術が要求されることもある。当日の症例は71才女性の偶然発見された M1distal 未破裂動脈瘤で、上記の step を video にて供覧した。

18 破裂前交通動脈瘤に対する hypoplastic A1 側からの pterional approach

竹内 茂和・谷口 禎規・大野 秀子
梨本 岳雄

長岡中央総合病院脳神経外科

【目的】破裂前交通動脈瘤 (Acom AN) を pterional approach で行う際の、開頭側決定要因として、A2 起始部の前後関係 (AcomA の向き)、AN の向き・大きさ、A1 の優位性、優位半球か否か、術者の利き手、他の AN の存在、血腫部位・量などがある。我々は A2 起始部が後方側の開頭を原則としているため、時に hypoplastic A1 側からの approach となるが、その手術結果を検討し、手術の工夫についてビデオで示す。

【対象】2001年9月1日から2006年3月31日までの4年7ヶ月間に直達根治術を行った破裂脳動脈瘤105例中 Acom AN は30例で、このうち pterional approach を行った28例 (他の2例は interhemispheric approach) を対象とした。

【結果】全例で A2 起始部後方側の開頭であり、A1 径に明らかな左右差のあった17例中8例が hypoplastic A1 側であった。この8例を含む28例で neck 確保前の AN 破裂はなく、complete clipping が行えた。平均手術時間は全28例で284分、hypoplastic A1 側の8例で303分、非 hypoplastic A1 側の20例で276分であった。手術に起因する神経症状は殆ど生じなかった。

【手術手技】シルビウス裂を十分開放して、僅かな前頭葉挙上で A1 を追跡する。同側 A1A2 junction に到達後、AN 剥離の前に対側 A1 を確認する。同側 neck 確保後は tentative or temporary clip を考慮しておく。AN の破裂点は剥離しないか、最後に剥離する。

【結論】A2 起始部後方側からの approach では Acom complex の確認と clipping が対側 approach に比べて容易であり、hypoplastic A1 側からでも、丁寧な操作により、安全確実に clipping を行うことが可能である。