

全身麻酔を導入，脳血管撮影室に移動して3D-DSAを含めた評価を行う。血管内治療医により可能と判断されれば，引き続きコイル塞栓術を施行している。2004年4月から2006年2月までの間に当施設で治療された破裂脳動脈瘤78例のうち34例(44%)にコイル塞栓術が施行された。内訳は前方循環22例，後方循環12例であった。入院時のWFNSはI：7例，II：9例，III：1例，IV：4例，V：13例であった。

【結果】2例に虚血性合併症を認めた。現在までに治療後の再出血例はないが，2例に再塞栓術を施行した。退院時のGOSはGR：18例，MD：1例，SD：5例，VS：7例，D：3例であった。長期成績の問題は残っているものの，血管撮影に引き続き施行できる利点，およびその良好な予後により，当施設ではコイル塞栓術の適応を今後更に拡大していく方針である。

40 中大脳動脈末梢に発生した非細菌性動脈瘤に対し血管内治療を施行した1例

鶴谷 尚信・鈴木 幹男・清水 俊夫

仙台東脳神経外科病院

中大脳動脈末梢に発生した非細菌性脳動脈瘤に対しコイル塞栓術で良好な結果が得られたので報告する。

症例は頭痛で発症した40歳女性。高血圧を指摘されているが特に治療はなし。CTにてSAHを認め，脳血管撮影を施行し，右中大脳動脈末梢(M3)に動脈瘤を認めた。他に，血管解離などSAHの原因となる所見は得られなかった。微熱があったため，細菌性脳動脈瘤の否定のため，血液培養，心評価を行ったが優位な所見は得られなかった。待機手術とし脳血管撮影を繰り返し動脈瘤の形態の変化を観察したが，瘤そのものには変化が見られなかったため，コイル塞栓術を施行した。強拡大roadmappingを使用しcomplete occlusionが得られた。

41 経上腕動脈経路による頸動脈ステント留置術

原口 浩一・馬場 雄大・野中 雅

宝金 清博

札幌医科大学医学部脳神経外科

頸動脈狭窄病変に対するステント留置術は経大腿動脈経路が一般的であるが，なんらかの理由によりそれが不可能のことがある。特に下肢の動脈狭窄病変にて人工血管置換等を施行されている場合，大腿動脈にイントロデューサーを留置することが困難である。

最近では，low-profileで柔軟性の高いステントが使用可能になり，大腿動脈からはアプローチ不可能な症例に対しても経上腕動脈経路にてステント留置を行うことが可能である。しかしこのとき，大動脈弓からの角度が急峻でガイドングカテーテルの留置がしばしば困難である。我々の施設においても経上腕動脈経路でのステント留置術を経験しているが，若干の考察を加えて報告する。

42 頭蓋内動脈硬化性偽閉塞病変に対するステント留置術が有効だった2症例

清水 俊夫・鈴木 幹男・鶴谷 尚信*

仙台東脳神経外科病院

弘前大学脳神経外科*

頭蓋内動脈硬化性偽閉塞病変に対して頭蓋内ステント術が有効だった2症例を経験した。

〔症例1〕78歳男性。多発脳梗塞とDMあり。他院で両腸骨動脈狭窄にステント術施行。一ヶ月前から言語障害と軽い右片麻痺があり当院受診。頭部MRAで左内頸動脈(C4-5)の高度狭窄を認めた。10日後，症状増悪し入院。左内頸動脈閉塞を認めたため血管内手術を行った。局麻下に左内頸動脈C4-5移行部にballoon PTAおよびSTENT留置を行った。

〔症例2〕62歳男性。後頭部痛と左上下肢の脱力感を主訴に当院外来を受診。脳幹部などに多発脳梗塞があり抗血小板剤の投与開始。頭部MRAでは異常血管を指摘できなかった。一ヶ月後に呂律不良と歩行障害が出現し入院となった。頭部MRAでは両椎骨動脈(VA)から脳底動脈の描出