

る distal basilar artery aneurysm の手術では十分な術野が確保でき、high position の例でも十分対応可能であった。一方 drilling 等の余計な操作と時間がかかり、習熟しないと合併症のリスクもある。

3 脳梗塞を生じた頸部内頸動脈解離性動脈瘤の1例

星野 孝省・小田 溫・小出 章
岡本 浩一郎*
村上総合病院脳神経外科
新潟大学脳研究所統合機能研究
センター*

脳梗塞を生じた若年者の特発性頸部内頸動脈解離性動脈瘤の症例を報告する。

症例は31歳、男性。喘息の既往あり。頭部及び頸部の外傷歴なし。現病歴は、H15年より月に数回の左頸部痛が出現。H17年6月5日の夕食後に突然、嘔吐、便失禁を来し、救急外来に搬送された。初診時所見として、JCS3, GCS E4 V2 M6, 運動性失語、右完全片麻痺、右半身の高度知覚障害があった。頸部雜音なし、血圧140/100、心電図は正常だった。MRIのDWIで左前頭葉から頭頂葉の皮質～皮質下に高信号を認めた。頭部MRAではrt M2の後枝が描出不良、頸部MRAは左内頸動脈に異常な膨らみがみられた。入院のうえ脳塞栓症の可能性が高いと判断し、アルガトロバン、ヘパリンの投与を開始した。翌6月6日には失語症、右片麻痺は改善傾向となった。脳血管撮影を施行し、C1～2levelで長径が最大2.5cmの後上方向きの左頸部内頸動脈解離性動脈瘤が認められた。出血性梗塞の併発や瘤の破裂を危惧し、アルガトロバン、ヘパリンは中止し、血圧コントロールを中心とした治療に切り替えた。6月下旬より塞栓予防としてアスピリンの内服を開始した。7月17日に軽度の失語症及び軽度の右片麻痺を残し独歩で退院した。現在は職場復帰している。

内頸動脈解離の原因として外傷による頭頸部損傷が多いと報告されているが、本症例は発症契機が不明で特発性と診断した。抗凝固療法が第一選

択であるが、出血性梗塞の併発や瘤の破裂の危険性を考慮し抗血小板療法を行った。動脈瘤は縮小傾向にあるが、塞栓症状の再発がないか経過観察が必要である。経過観察には3DCTAが有用であった。

4 なかなか姿を現さなかった高位の破裂BA-SCA動脈瘤の1手術例

佐々木 修・大石 誠・中里 真二
鈴木 健司・北沢 圭子・小池 哲雄
新潟市民病院脳神経外科

3度目の血管撮影でやっと姿を現した小さな血栓化動脈瘤と考えられるBA-SCA動脈瘤の1例を経験した。稀有な例と思われる所以報告した。

患者は54歳、女性。H17年7月29日仕事中突然頭痛、嘔吐あり、担送。入院時Grade II。診察中一時昏睡状態となるが、回復しGrade IIIとなる。CTでは瀰漫性のSAHあり、Angioでは左BA-SCA部に若干の膨らみを認める以外明らかな異常なし。待機の方針とした。Day4の造影MRAではBA-SCA部に動脈瘤様陰影あり。Day7にAngioを再検。同部に若干膨らみはあるものの、明らかな動脈瘤なし。その後spasmによる片麻痺が出現したが、徐々に改善、消失した。Day23の3-D CT Angioでは同部に明らかな動脈瘤あり、Day28に3回目のAngioを施行。以前若干の膨らみの見られた左BA-SCA部に小さいが明らかな囊状動脈瘤を認めた。Day35に手術を行なった。動脈瘤は高位で後床突起より約20mm上方に位置した。手術では下方から見上げる必要があると考え、anterior temporal approachを採用した。頬骨弓と眼窓外側を一部はずした。シルビウス裂を分け、carotid cisternに達した。ICAを内側にretractし、その外側からpreopticine cisternに入るtranssylvian approachを行なったが、動脈瘤は見てこなかった。そこで、temporal tipの細い架橋静脈を一本切離し、側頭葉を後方にretract、ICAを横から見る視野を得た。奥にSCAと動脈瘤がやっと見えてきた。動脈瘤は通常の囊状動脈瘤であり、Yasargil mini clipでclipした。術後経