

過は良好で、動眼神経麻痺が出現したが、2ヶ月で軽快。Angioで動脈瘤の消失を確認した。本例は血管造影、造影MRAやCT Angio所見から血栓化動脈瘤と診断したが、術前画像所見が変化したのは動脈瘤内の血栓形成と消退を反映していると考えた。高位の動脈瘤に対してはanterior temporal approachが有用であった。

5 3D-CTA診断によるクリッピング

富川 勝・小林 勉・平石 哲也
川口 正

長岡赤十字病院脳神経外科

【はじめに】

破裂・未破裂動脈瘤に対し3D-CTAで診断し、クリッピングを施行している。画像所見を中心に検討した。

【対象と方法】

2003年12月-2005年12月に3DCTAを施行し、クリッピングした65例。破裂53例、未破裂12例。脳血管撮影は17例で施行。

【結果】

3D-CTAの利点は低侵襲・短時間・空間分解能に優れ、発症6時間以内でも安全に施行可能であり、骨や静脈との位置関係がわかりやすい。また、欠点としては穿通枝、前脈絡叢動脈などの細い血管の検出、側副血行の評価、また骨近傍の描出不良が挙げられる。3D-CTAのみでクリッピングを施行した症例、脳血管撮影を施行する必要が生じた症例を供覧する。

【結語】

3DCTA診断によるクリッピング症例を呈示した。通常の動脈瘤は3D-CTAによる診断で手術可能である。

6 急性期にコイル塞栓術を行い、その後coil compactionを来し、クリッピングを行った破裂BA-SCA aneurysmの1例

谷口 禎規・竹内 茂和・大野 秀子
梨本 岳雄・阿部 博史*

長岡中央総合病院脳神経外科
立川総合病院循環器・脳血管
センター脳神経外科*

症例は53歳男性。2004年10月6日に突然の頭痛で発症し同日入院。初診時JCSは10点。神経学的局所症状なし。CTでSAHを認め、angiographyにてBA-rt.SCA aneurysmを認めた。同日コイル塞栓術が行われた。術後脳血管写で瘤はきれいに造影されなくなっていた。術後右動眼神経麻痺が出現したが、約5ヶ月で消失した。他の神経学的異常を残さず、10月30日に退院。しかし、2005年3月2日のfollow-up angiographyで瘤のneckが造影されるようになっていた。インフォームドコンセントに基づきクリッピングが選択された。2005年5月30日入院。5月31日クリッピング術施行。術前のangiogramからはコイルの逸脱の可能性も考えられたが、術中逸脱したコイルは認められなかった。術後右動眼神経麻痺が再び出現したが、約1ヶ月で消失。他の神経学的異常なし。術後angiographyで瘤の残存造影がないことが確認された。6月11日退院。コイル塞栓術、クリッピング術、各々の特徴を出し合った治療が行われた症例と考えられたので報告した。

7 今年のclipping症例から

柿沼 健一・江塚 勇・鬼頭 知宏
大隣 辰哉

新潟労災病院脳血管センター脳神経外科

今年度当院で行われた脳動脈瘤に対する52例clipping術のうちの示唆に富む1例を術中videoを中心に供覧した。

症例は64才の女性でGrade4で救急搬送。3DCTAでは明瞭な脳動脈瘤を指摘できず、脳血管撮影にて左内頸動脈C2 portionに内、後方向き、円錐状の脳動脈瘤を認めた。blister aneurysm

の可能性も考えられたため、Acom を介しての比較的良好な cross flow を確認したが、STA は剥離して bypass にも備えた。脳動脈を剥離しその形状から最適と思われた fenestrated clip を apply したところ、一旦破裂したが、point sucking や左手での柔軟な clip work, わずかに不足していたと判断された脳動脈瘤の ON 側、内頸動脈近位側への直の fenestrated clip の追加によって完全な止血を完了できた。術後内包膝部の小梗塞が出現したが、脳血管撮影では前脈絡動脈も温存されており、麻痺は完全に緩解して退院となった。

8 Long segment にわたる内頸動脈 pseudo occlusion に対して PTA, stenting を行った 2 例

阿部 博史・土屋 尚人・本山 浩
立川総合病院循環器・脳血管センター
脳神経外科

【目的】頸部頸動脈狭窄に対するステント留置術 (Carotid artery stenting: CAS) は徐々にその適応を広げているが、この度いわゆる頸部内頸動脈偽閉塞症 2 例に対して CAS 行ったので報告する。

〔症例 1〕58 歳、男性。2005/5/19 左上下肢脱力で発症し近病院に入院。MRI DWI で MCA 領域に多発性 HI, MRA で R.IC 閉塞を認め、その後左麻痺が進行し 5/27 紹介転院。MRI で皮質は spare され傍脳室深部白質を中心に脳梗塞巣。3DCT で R.IC は頸部で閉塞、MCA は Acom を介して描出。SPECT では R.MCA 領域血流低下、Diamox 反応性も低下。保存的加療により左麻痺は徐々に改善。6/9 の Angio で IC は再開通。但し頸部 IC は 99% 狭窄。それより distal は C5 付近まで long segment に渡って 1 mm 径の narrowing。6/28 全身麻酔、distal protection 下に CAS を施行。血流が増加したことで distal の narrowing も改善。MRA で IC ~ MC の描出に左右差なし。SPECT でも R.MCA 領域の血流改善。

〔症例 2〕71 歳、男性。2005/2/11 軽度右麻痺、失語症で発症し入院。L.watershed zone (WSZ)

に比較的広範な脳梗塞を認め保存的に加療。Angio で L.IC は頸部で閉塞。Acom を介する cross flow OK. 症状は進行せず一旦退院。6/29 の F/U Angio で症例 1 同様に IC は再開通。頸部 IC は irregular で 99% 狭窄。それより distal は C4 付近まで long segment に渡って著明に narrowing。7/19 全身麻酔、distal protection 下に CAS を施行。症例 1 と異なり C4 までの narrowing IC に対して long segment に渡って PTA を追加。術後 IC 径は正常化し血流も改善。但し MRI DWI で WSZ に一カ所 HI 出現。症状的には意欲向上。

【結論】頸部 IC 偽閉塞症の Angio 上の特徴は、IC が狭窄部を越えて string-like に順行性に、側副血行路を介して逆行性に頭蓋底部まで描出されることがあげられており、今回の 2 症例ともその範疇に入ると考えられる。最近 CAS による治療例の報告が散見され、症例を慎重に選択し、症例 2 の embolism の合併からも proximal protection を優先して行えば、今後は CAS のよい適応になると思われる。

9 抗線溶剤の急速投与と厳密な血圧管理による脳内出血の増大予防

反町 隆俊・森田 健一
総合西荻中央病院脳神経外科

脳内出血は出血の増大により予後不良例が増えるため、急性期に出血増大を防ぐことが重要である。出血増大予防には血圧管理が有効という報告がある。我々は厳密な血圧管理と抗線溶剤を 6 時間かけて投与することで出血増大予防を試みてきたが出血増大症例が少なくなかった。そこで、2002 年より抗線溶剤の急速投与に変更した。抗線溶剤の急速投与と厳密な血圧管理による脳内出血増大予防の効果を retrospective に評価した。

【方法】抗線溶剤の急速投与はトランサミン 2 g を 10 分で静注した (rapid administration of antifibrinolytics: RAF)。一方従来の投与法はトランサミン 1g を 6 時間で静注した (prolonged infusion of antifibrinolytics: PAF)。厳密な血圧管理はニカルジピンを用いて収縮期血圧を 150mm