

14 瘤内塞栓術後、短期間で再発を来した前交通動脈瘤の1例

熊谷 孝・武田 憲夫・井上 明
井瀨 安雄・森田 健一・菅井 努
神保 康志

山形県立中央病院脳神経外科

症例は66歳男性。H15/9/5突発する頭痛、9/11再度激しい頭痛を生じ発症7日目当科初診。頸部硬直以外神経学的異常なし。CTで右前頭葉に脳内血腫を伴うくも膜下出血を認め(H&H G II, Fisher 4), DSAで前交通動脈瘤(6.6×4.7 mm, small neck)が確認された。再出血を生じており早期の治療が必要と判断されたが、初回出血より7日目である点、およびsmall neckである点より血管内治療の適応と判断。同日GDC7本計25cmを用い瘤内塞栓術施行。わずかなdome filling残り体積塞栓率23%が得られた。術後経過良好で5週目に神経学的異常なく退院。退院前DSAではdome fillingがやや拡大していた。4ヶ月目のfollow-up DSAで、残存部は更に増大、coil形状はdome先端方向に向かって拡大かつ粗となり、coil imageはcompactionではなくlooseningというべき所見を示した。追加塞栓術では完全な処置に至らない可能性が危惧され、2004/2/26 interhemispheric approachで、neck clippingを行った。術中所見でdome先端の一部のcoilは明らかに動脈瘤外にextrusionしており、短期間で再発の原因であると考えられた。血管撮影でcomplete clippingを確認ののち2週間後に神経脱落症状なく退院した。ISATによれば、anterior circulationのsmall neck small aneurysmは血管内治療のよい適応とされるものの、治療後の長期安定性に関しては未だ不十分な場合もある。本例の如くcoilの瘤外逸脱による短期間で再発例もあり得ることから、血管内治療例においては慎重な術後経過観察が必須であり、再発時の治療選択は開頭術も含めた柔軟な対応が必要であると思われる。

15 中大脳動脈M3 portionの解離性動脈瘤の1例

平石 哲也・佐々木 修・長谷川 亨
中里 真二・鈴木 健司・矢島 直樹
小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

今回、我々は中大脳動脈M3 portionに解離性大動脈瘤を認めたくも膜下出血の一例を報告する。

症例は49才女性。2003年の12月22日朝6時にポットのスイッチを押した瞬間に突然の頭痛と嘔気で発症したクモ膜下出血。Hunt & Kosnik grade 2, W.F.N.S. grade 2。発症時のCTでは、右のシルビウス裂にclotの局在のあるSAHであった。Day1の脳血管撮影では、M1-M2分岐部またそれ以外の部位にも動脈瘤などクモ膜下出血を生じる病変は認められなかった。血栓化動脈瘤の可能性を考え試験開頭も検討したが、早期フォローアップとした。Day3に脳血管撮影を施行し、3D-DSAでMCA anterior trunk distalに動脈瘤様陰影を認め、拡大した動脈瘤像を認めた。3回目の脳血管撮影後に頭痛を訴え、再出血を生じた。以上から中大脳動脈遠位部の解離性動脈瘤を疑い再出血の翌日、手術を施行した。解離性動脈瘤がcentral a.に及んでいることも考えSTAはparietal branchを2本剥離した。動脈瘤遠位部PPAを剥離した後にSTAを吻合し、CA遠位部から近位部へ辿り動脈瘤に達した。動脈瘤近位部は若干狭窄していたが色調に変化はなく背側も同様であったが腹側に大きく拡大した茶褐色の大きさ約1cmの動脈瘤を認めた。Yasargilのminiclipでtrapping後、動脈瘤を切除した。病理所見では、積極的に解離性動脈瘤を疑う病変認められなかった。また、菌塊や炎症性変化は認められなかった。以上、術前の血管撮影像の変化と術中の血栓化動脈瘤像から解離性動脈瘤と診断した。

中大脳動脈M3 portionの解離性動脈瘤の希少な一例を経験した。Unknown of origin SAHでは、鑑別診断に本例のような遠位部解離性動脈瘤を考慮し繰り返し脳血管撮影する必要がある。