

15 初回脳血管撮影で手術にふみきれなかった内頸動脈瘤の1例

小泉 孝幸・土屋 俊明・佐藤 裕之
森田幸太郎・神宮字伸哉

竹田総合病院脳神経外科

くも膜下出血の15～20%は、初回脳血管撮影で脳動脈瘤を捉えられないといわれる。今回初回脳血管撮影で脳動脈瘤を捉えられず、追跡脳血管撮影で脳動脈瘤を認めた症例を経験したので検討を加え報告する。

症例は、72才男性。突然後頭部痛を訴え倒れ、救急車にて当科搬入となる。初診時、傾眠傾向、明らかな麻痺を認めず。頭部CTにて、右Sylvius裂にやや強い瀰漫性のSAH（Fischer's group 3）を認めた。Day1で脳血管撮影施行するも、明らかな脳動脈瘤を認めず。Day2にMRA、Day5に3D-CTAを施行し、右内頸動脈に小動脈瘤の存在が示唆された。発熱・肝機能障害・意識障害を認めたため、その改善を待って、Day11に脳血管撮影を再検したところ、右内頸動脈背側部動脈瘤を認めた。Day16に開頭手術を施行した。術中所見は、脳血管撮影で捉えられたよりも大き目の脳動脈瘤であった。右内頸動脈背側部の非血管分岐部に脳動脈瘤は存在し、頸部は壁が薄い状態であった。特に問題なく、脳動脈瘤頸部にクリッピングを行った。術後徐々に状態は改善し、独歩退院した。術後2ヶ月目の脳血管撮影では、脳動脈瘤は全く造影されなかった。

初回脳血管撮影で脳動脈瘤を認めない non-perimesecephalic SAH の出血源として解離性脳動脈瘤がある。今回の症例も急激に動脈瘤の大きさを増大させた点や術中の所見から、内頸動脈解離性動脈瘤と考えられた。解離性脳動脈瘤の壁は弱く、急性期には特に clipping は危険とされ、trap-ping を推奨されることがある。一方今回のように neck clipping が可能な症例もある。一例一例注意深く症例を検討し、適した治療法を選択すべきと考えられる。

16 Clipping にいささか難渋した最近の症例から

柿沼 健一・江塚 勇・鬼頭 知宏
松本 大樹

新潟労災病院脳神経外科

ここ数年の当科での脳動脈瘤 clipping 術は、年間55例前後である。2003年に経験した中から clipping にやや難渋した2症例について、video で手術の実際を供覧した。

〔症例1〕66才の男性で破裂前交通動脈瘤、grade 2。術前の血管撮影では複雑な動脈瘤の形状を十分に同定することが困難であった。手術は pterional approach にて行い、Acom complex を観察すると、動脈瘤は3部分からなり、Acom から A1, A2 に挟まれるように上方に突出した破裂部分および、Acom の前下方に存在した未破裂動脈瘤から成り立っていた。後者は二瘤状となり一方は部分的に血栓化しており全体像を複雑にしていた。この時点では approach 側の A1 は確保されていたものの A1A2 部の詳細が未確認であったが、それぞれに clipping を行ったのちは十分な観察が可能となった。

〔症例2〕58才の女性で未破裂前交通動脈瘤の最大径3cm弱、前向きに突出し、左A1が hypoplastic であった症例。手術は右 unilateral interhemispheric approach にて動脈瘤にいたり、まず右A2、ついで右A1を確保、右A1に temporary clip をおいて動脈瘤全体の減圧を行って視野を拡大して左A2を確保した。これら3本の動脈に狭窄をきたさないように血管形成性に10mmのL字clipをapplyした。ついで動脈瘤の数回 puncture と右A1への temporary clip によって動脈瘤を更に虚脱させ、bipolar 鑷子で動脈瘤をつまむなどの操作を加えつつ、むしろ動脈瘤の形を矯正するようにして7.5mmL字clipを反対向きから追加し、完全な clipping を達成した。2症例とも術後の血管撮影、臨床経過とも問題はなく経過は順調であった。