

北日本脳神経外科連合会
第 27 回学術集会

日 時 平成 15 年 6 月 5 日 (木) ~ 6 日 (金)
会 場 かでる 2・7 かでるホール

1 A1 窓形成, Azygos Anterior Cerebral Artery を伴った破裂前交通動脈瘤の 1 例

染矢 滋・宗本 滋・南出 尚人
中島 良夫・中右 博也
石川県立中央病院脳神経外科

症例は 65 歳女性。平成 15 年 1 月 28 日、入浴中に気分が悪くなり、脱衣所で倒れているのを家族に発見され、当科受診した。頭部 CT にて左シルヴィウス裂優位のクモ膜下出血を認めた。HK grade 3。脳血管撮影にて、左 CAG にて左 A1 に窓形成と動脈瘤があり、azygos anterior cerebral artery (Az ACA) を伴っていた。右 A1 は低形成であった。動脈瘤と周囲血管の理解には 3DDSA が有用であった。1 月 30 日、左前頭側頭開頭にて脳動脈瘤クリッピングを施行した。術後経過は順調で独歩退院した。本症例の動脈瘤は正中ではなく、左の視神経、内頸動脈間 (optico-carotid cistern) にあり、左 A1 より発生していたが、低形成の右 A1 はこの動脈瘤頸部へ流入しており、解剖学的には前交通動脈瘤と言ったほうが良いかもしれない。A1 の窓形成は血管撮影上 0.2 % に認められと報告されている。また、前交通動脈より末梢の前大脳動脈の分枝には約 25 % 程度の走行異常が存在するといわれ、Az ACA もその一つであり、末梢前大脳動脈瘤には高頻度に合併することが知られている。本症例では、多発血管奇形による hemodynamic stress により、脳動脈瘤が形成、破裂したことが示唆された。

2 Type の異なる窓形成を伴った前交通動脈瘤の 2 例

安孫子 尚・安斉 高穂*・金木 慎哉*
大原総合病院附属大原医療センター
同 脳神経外科*

前交通動脈部は解剖学的に血管破格が多いところであり、窓形成に遭遇することは稀ではない。しかし従来の脳血管写では術前に診断することは困難な事が多く、術中に難儀することがある。今回我々は 3D-CTA および 3D-Angio で診断し、問題なく clipping をした 2 例を経験したので報告する。症例 1 は 62 歳の男性で、意識障害で発症した。通常の DSA では前交通動脈瘤であることしか判断できなかったが、3D-Angio でもう 1 本前交通動脈が存在することがわかった。症例 2 は 50 歳の中国人男性で、頭痛を主訴に来院した。DSA では high position の前交通動脈瘤としか読影できなかったが、3D-CTA で有窓形成の末梢部に動脈瘤があることが判明した。術前に fenestration があることが把握できていないと、術中に disorientation に陥ることが指摘されている。今日画像診断が日々進歩しているのでそれぞれの特性を考慮した読影が必要である。

3 クモ膜下出血で発症した末梢性前大脳動脈瘤の一例

堀内 成好・高橋 明弘・石川 達哉*
黒田 敏*

時計台病院脳神経外科
北海道大学脳神経外科*

末梢性前大脳動脈瘤の発生頻度は、4 % 程度と言われているが、それらの多くは pericallosal artery と callosomarginal artery の分岐部 (A2-A3 portion) に発生する。A5 portion に発生したものは稀であり、さらに Bihemispheric Anterior Cerebral Artery (ACA) の分岐部に脳動脈瘤が発生しクモ膜下出血を起こしたとの報告は、数例を認めるのみであった。今回我々は、Bihemispheric ACA Aneurysm の破裂によりクモ膜下出血をきたした一例を経験したので、報告する。

症例は、63才男性。頭痛と意識障害、左片麻痺で発症し搬入された。CT scanにて脳梁部の脳内出血と脳室内出血およびクモ膜下出血を認めた。脳血管撮影では左前大脳動脈末梢部(A5 portion)に動脈瘤を認めた。前大脳動脈は左側優位で左前大脳動脈からは右大脳半球にも枝を出しておりBihemispheric ACAの形態をとっていた。同日、両側前頭開頭にて動脈瘤クリッピング術を施行したが、術中所見で破裂動脈瘤である事を確認した。

4 脳梗塞にて発症した血栓化前大脳動脈瘤の一例

成田 徳雄・中邨 裕之・白根 礼造*
米沢市立病院脳神経外科
東北大学大学院神経科学分野*

症例は45歳男性。数年前より右下肢脱力発作はあったが受診歴はない。平成14年6月18日右上下肢完全麻痺および失語症をきたし来院。左脳梁周囲動脈閉塞による脳血栓症の診断にて、血栓症治療剤の点滴治療を行った。入院経過中のCT・MRIにて左前頭葉・頭頂葉内側に梗塞巣が認められたが、軽度歩行障害残すのみでADL自立まで改善した。半年後のfollow up MRIおよび脳血管撮影にて左前大脳動脈遠位部(前回閉塞部位)に動脈瘤の形成を認めた。血栓化動脈瘤の瘤内血栓による血管閉塞であったと考えられた。12月10日両側前頭開頭を行い脳動脈瘤neckより2mm dome側でのclippingを行った。術後新たな神経脱落症状なく、また梗塞巣の拡大も認めず、術後14日目独歩退院となった。脳梗塞にて発症した血栓化脳動脈瘤の急性期管理および手術治療の問題点について、文献的考察を加えて報告する。

5 脳血管解離例における手術治療例の検討

西野 晶子・西村 真実・沼上 佳寛
鈴木 晋介・上之原広司・桜井 芳明
国立仙台病院脳卒中センター脳神経外科

【目的】脳血管解離症例の臨床像と治療成績を明らかにする。

【対象】過去6年間に当科入院となった脳血管解離例経験60例。

【方法】病型、画像所見、治療成績、再発の有無について検討した。

【結果】病型では、SAH発症16例、脳虚血44例、その他7例。解離部位の分布は椎骨脳底動脈系に75.3%、頸動脈系に24.7%であった。外科治療はSAH群8例、梗塞群4例、その他2例の計14例(23.3%)で施行された。部位はVA10例、頸部IC1例、頭蓋内IC1例、MCA1例、STA1例である。術式は解離性動脈瘤に対する治療として、AN clipping 2例、AN trapping 2例、AN trap-ping + bypass (EC-MCA bypass 1例、OA-PICA bypass 2例)、proximal clipping 1例、GDC 2例、resection 2例、慢性期の虚血予防としてSTA-SCA 2例、急性期の脳浮腫に対して外減圧1例である。手術成績はGR 9例、MD 1例、SD 1例、Death 3例であった。非手術群も含めた治療成績はSAH群ではGR 36.4%、MD 9.1%、SD 9.1%、Death 45.5%に対し、梗塞群では、GR 74.3%、MD 8.6%、SD 5.7%、VS 5.7%、Death 5.7%と後者の方が良好であった。Follow upでは、AN trapping例で、対側VAに解離の発生を1例で認めた。

【まとめ】脳血管解離症例は1例ごとに病態が異なり、慎重な術式の決定を要する。