

6 左内頸動脈分岐部 blister-like aneurysm の1手術例

永山 徹・佐藤 健一・清水 宏明*
成田 徳雄**

白河厚生総合病院脳神経外科
広南病院脳神経外科*
米沢市立病院脳神経外科**

【はじめに】内頸動脈 (IC) C2 部に好発しチマメ様の形状と脆弱な neck をもつ blister-like aneurysm が, IC 分岐部に発生した報告は無い. この動脈瘤は術中破裂や clipping 後の再出血をきたしやすく, 嚢状動脈瘤に比し治療成績は悪い.

【症例】SAH で発症した 30 才男性. 脳血管撮影で動脈瘤は動脈相早期に小半球状に上方に突出して強く造影され, 動脈相後期にさらに大きな球状の薄い陰影が追加して認められた. 再破裂のため左前頭葉脳内血腫を生じ術前意識 10 (JCS), 右完全片麻痺. 手術は動脈瘤近くの IC 終末部・左 A1・M1 の trapping による動脈瘤の完全な処置を企図し, まず大伏在静脈 graft にて左外頸動脈-左 M2 の high flow bypass を施行した. 動脈瘤周囲の剥離中 dome は neck から離れ IC 分岐部に小さな壁欠損を認めた. 周囲の血管壁も fragil で, 欠損部も含め IC 分岐部から左 M1 に 2 本の clipping を施行した. A1 への血流は温存した. dome の病理診断は仮性動脈瘤であった. 術後 bypass flow は良好で, 症状も好転している.

【結論】direct clipping, 壁欠損部の血管縫合も考えたが, 患者は若年で血行力学的 stress のかかる部位であり, また動脈解離が成因に関与するという報告もあり, より確実な治療法を選択し良好な結果を得た.

7 虚血発症した PICA dissection aneurysm の一例

鴨嶋 雄大・谷川 緑野*・泉 直人*
杉村 敏秀*・川崎 和凡*・藤田 力*
橋爪 明*・橋本 正明*
特定医療法人網走脳神経外科病院
特定医療法人明生会*

今回我々は, 短期間で解離が進行した PICA dissection aneurysm に対し OA-PICA anastomosis, trapping を行い良好な成績を得た. また術中に特有の所見を得たのでビデオで供覧する.

症例は 39 歳, 男性. 本年 1 月 12 日, 眩暈・嘔気 で発症. 当院搬入時 MRI (DWI) では vermis に急性期脳梗塞認めた. DSA 上, 左 PICA 近位部に動脈瘤様の拡張とその末梢の狭窄を認め dissection と診断, 保存的治療を開始した. 1 週間後, 2 週間後の follow up DSA 上動脈瘤様拡張の進行を認め破裂の危険性が高いと診断し, 1 月 30 日 OA-PICA anastomosis, trapping 施行した. 術中所見では, PICA 起始部から穿通枝分枝後, PICA が動脈瘤様に拡張しており, 末梢へと赤い線状の pseudo lumen が続いていた. OA を解離部末梢の true lumen に吻合後 (遮断時間 20 分), 解離近位側のクリッピングを行い entry zone を遮断して pseudo lumen を閉鎖した.

【結果】術後 Neurological deficit なく経過. 術後 DSA では PICA 末梢の描出は良好であり pseudo lumen は消失したと考えられた. 病理結果は外膜-中膜間の解離であった.

【考察】解離性動脈瘤の外科的治療に関して考察する.

8 前下小脳動脈末梢部の動脈解離によるくも膜下出血の1例

内山 尚之・岡田 由恵・東 壮太郎
恵寿総合病院

前下小脳動脈末梢部の動脈解離によるくも膜下出血と考えられた 1 例を報告する.

【症例】85 歳, 女性.

【主訴】めまい, 頭痛, 意識障害.

【現病歴】平成15年2月18日朝からめまいと頭痛を訴え床についていた。翌19日朝、家人の呼びかけに反応せず救急車にて来院した。

【入院時所見】GCS E1 V1 M2 4/15, 瞳孔3mm, 対光反射あり。CTで後頭蓋窩に強いSAHあり。

【入院後経過】6時間後、GCS E4 V4 M6 14/15まで改善したため脳血管撮影を施行した。右前下小脳動脈の meatal loop 遠位部に長径5mmの動脈瘤様の陰影をみとめ、その陰影は静脈相まで残存した。血管内治療を試みたが、動脈の強い屈曲蛇行のため guiding catheter を椎骨動脈に誘導できず断念した。意図的晩期手術を行うこととし脳室ドレナージのみ施行し経過をみていたところ、day 16に再出血をきたし昏睡状態となった。再度血管撮影を行ったところ、右前下小脳動脈の動脈瘤様の陰影は消失し、その部分の動脈がやや太く見えるのみに変化していた。その後意識の回復なく day 17に死亡した。剖検は得られなかった。

【考察】初回血管撮影時の造影剤の停滞と、2回目の血管撮影時の形態変化より、前下小脳動脈末梢部の動脈解離によるくも膜下出血と診断した。結果論ではあるが、早期の開頭 clipping (trapping) 術を行えば予後を改善できた可能性がある。本疾患の病態と治療戦略について文献的考察を加えて報告する。

9 伏在静脈による血行再建術を行った症候性硬膜貫通部椎骨動脈狭窄症の1例

柿野 俊介・小笠原邦昭・紺野 広
三上 千秋・久保 慶高・小川 彰

岩手医科大学脳神経外科

症候性椎骨動脈 (VA) 硬膜貫通部狭窄に対する手術治療には、一般に血管内手術と直達手術の2種類が考えられる。しかし、同部位には、屈曲・蛇行のため、ガイドングカテーテルやバルーンカテーテルが挿入困難な場合が多く、また、椎骨動脈用の stent も存在しない。今回、我々は、症候性硬膜貫通部椎骨動脈狭窄症に対し、伏在静脈による血行再建術を行った1例を経験した。

症例は、67歳男性で anterior および posterior

circulation の minor complete strokes にて発症し、脳血管撮影にて Lt. IC stenosis 99% および rt. V3-V4 stenosis 90% を認めた。まず、rt. V3-V4 stenosis を一時的に PTA にて拡張させた。この時、VA の一時遮断により意識障害が出現した。同日、引き続き CEA を施行した。3週間後、rt. V3-V4 stenosis に対し OA-PICA anastomosis 施行後、伏在静脈を interposed graft として、VA の end-to-end anastomosis を施行した。術後、新たな神経学的欠損出現せず経過した。

10 アテロームが血管外に露出していた頸部内頸動脈狭窄症の一手術例

大友 智・清水 宏明・富永 悌二
吉本 高志*

広南病院脳神経外科
東北大学*

症例は61歳、男性。軽度左麻痺にて発症、MRIにて右中大脳動脈領域の梗塞巣を認めた。脳血管撮影では右頸部内頸動脈に NASCET 法にて約70%の狭窄を認め、頸動脈エコーでは intermediate type plaque の所見であった。Xe-SPECT は安静時血流および acetazolamide 負荷による循環予備能のいずれも、両側大脳半球で正常であった。以上より症候性頸部内頸動脈狭窄症として CEA を行った。術中所見にて、アテロームが外膜を破って血管外に露出している所見を認めた。手術はこの部分を除いてアテロームを一塊として摘出、その後周囲の健全な外膜部分で突出したアテロームを切除した。外膜欠損部は内頸動脈から総頸動脈に及んでおり primary closure は困難であったため、hemashield patch をあて正常血管壁と連続縫合を行って修復した。術後 MRA では修復を行った箇所での再狭窄は認めず、新たな梗塞巣や神経学的症状も認めていない。アテロームが血管外にまで露出している症例は稀だが、本症例のように通常の primary closure が困難となる可能性が考えられる。術後再狭窄の問題はあるが hemashield patch 等を用いて修復を行うことが有効と考えられた。