

常時血管内腔を確保できる, 3) 過拡張による血管・バルーン損傷の可能性が低い, 4) バルーン拡張時も末梢部の血流を確認できる, 5) 機械的血栓破壊後にウロキナーゼを注入するため, 使用量を少なくできる, といった利点を有し, 時間的制約をうける急性期局所血栓溶解療法時には有用であると考えられた。

88 内頸動脈起始部の floating thrombus を吸引法とステントで治療した一例

師井 淳太・松原 俊二・西坂 慎也
 國塚 久法・一戸 淳・大楽 英明
 佐藤 美佳・長田 乾・鈴木 明文
 秋田県立脳血管研究センター
 脳卒中診療部

【はじめに】内頸動脈起始部に付着した floating thrombus は, 遠位塞栓の原因になるため, 早急に除去が必要である。

【症例】59才男性. 突然の右半身麻痺, 失語で発症し, 当センターに搬入. 心房細動なし. 頭部MRIで左MCA領域の新鮮梗塞, MRAで左M1遠位部閉塞, 頸部エコーで左内頸動脈起始部に低エコーのプラークを認めた. 脳血管撮影で左内頸動脈起始部に基部を持つ細長い floating thrombus を認めた. 血栓の先端部は可動性であることから, 先端が遊離して遠位塞栓を来す危険性があると考えられた. 貧血, 呼吸器疾患を合併していることから, 血管内手術で治療を行った. distal protection 下に血栓の吸引除去を行い, 残存した血栓の基部をステントで壁に押しつけた. 術後経過良好で現在リハビリテーション中である.

【考察と結語】最近の distal protection device の進歩により遠位塞栓が予防できるようになったため, floating thrombus に対してより安全に血管内治療を行うことができる. 本例の如く floating thrombus を可及的に吸引し, 残存血栓が付着した血管壁をステントで平坦化する方法は有用と思われた.

89 Subtemporal transtentorial approach による脳底動脈本幹部動脈瘤の1手術例

金城 利彦・朽木 秀雄・佐藤 篤
 公立置賜総合病院脳神経外科

症例は51歳男性. 2001年4月, くも膜下出血で発症, 多発性脳動脈瘤(左中大脳動脈瘤2ヶ所, 前交通動脈瘤, 脳底動脈本幹部動脈瘤)が認められた. 脳底動脈本幹部動脈瘤以外を急性期に手術(破裂は左M1-M2分岐部動脈瘤)した. 術後, 脳血管攣縮による一過性の失語症, 右片麻痺をきたしたが徐々に改善した. リハビリテーション, 外来加療で神経学的に異常なくADL良好となり2002年10月, 脳底動脈瘤手術を計画した. 動脈瘤は外耳道の高さで正中から約10mm右側にあったので subtemporal transtentorial approach を選択した. なお, 必要ならば錐体骨 drilling も行う準備をした. 右側頭開頭を行い硬膜を切開し, 小脳テントを錐体骨縁に沿って後方に大きく切開すると錐体骨 drilling なしで十分な術野が得られ動脈瘤クリッピングを行うことができた. 術後経過は良好であった. 脳底動脈が正中になく外側を走行している場合の脳底動脈本幹部動脈瘤に対しては subtemporal transtentorial approach で小脳テントを大きく切開すれば錐体骨削除しなくても十分な広い術野が得られ安全にクリッピング可能と考えられる.

90 後方経錐体到達法にてクリッピングを行なった上小脳動脈末梢部動脈瘤の1例

林 央周・平島 豊・柴田 孝
 久保 道也・桑山 直也・遠藤 俊郎
 富山医科薬科大学脳神経外科

われわれは, 後方経錐体到達法にてクリッピングを行なった上小脳動脈(SCA)末梢部動脈瘤の1例を経験したので報告する. 症例は, 71歳, 女性. 主訴は頭痛および意識障害であった. CTにてFisher group 3のクモ膜下出血を認めた. 入院時の意識レベルはJCSで3Rであったが, 入院から6時間後に急性水頭症による意識障害の増強を認め, 持続脳室ドレナージ術を行なった. その後に

施行した血管撮影では動脈瘤を発見することができなかったが、発症4日目に再度施行した血管撮影で左SCA-marginal branch分岐部に動脈瘤を認めた。左前下小脳動脈(AICA)は造影されず、marginal branchがAICA還流域へ下行していた。このため、動脈瘤は迂回槽で通常より尾側に存在していることが予測され、後方経錐体到達法によるクリッピング術を発症後11日目に行なった。術後に脳血管攣縮による脳梗塞をきたし、遷延性意識障害の状態が継続しているが、血管撮影上は動脈瘤の消失が確認された。末梢性SCA動脈瘤は、その存在部位によって前方到達法、側頭下到達法、後頭経テント到達法、テント下小脳上到達法が用いられる。本例では、動脈瘤が迂回槽の低い位置に存在していることが予測されたので、後方経錐体到達法を選択した。このアプローチでは、動脈瘤の親血管の確保が容易で、広い術野が確保されるので、同部の動脈瘤クリッピングに有用であった。

91 出血及び延髄圧迫症状を呈した血栓化椎骨動脈瘤の2症例

白石振一郎・藤村 幹・昆 博之
本橋 蔵・亀山 元信・小沼 武英
石井 清*

仙台市立病院脳神経外科
同 放射線科*

出血にて発症し血栓化椎骨動脈瘤による延髄圧迫症状を呈した2症例を報告する。

〔症例1〕61歳男性。突然の意識障害、左半身麻痺、呼吸障害にて発症。来院直後、呼吸停止を来し人工呼吸器を導入した。CTでは延髄出血が見られた。MRI、脳血管造影にて、部分血栓化紡錘状椎骨動脈瘤の瘤内出血とそれによる延髄の圧迫が認められた。発症1ヶ月後にGDCによる瘤内塞栓術を施行した。その後、呼吸障害は徐々に改善し、塞栓術後1ヶ月に人工呼吸管理から離脱。発症3ヶ月でリハビリテーション目的に転院となった。

〔症例2〕76歳男性。突然の頭痛、呼吸障害、進

行性の意識障害にて発症。CTにてクモ膜下出血及び急性水頭症を認めた。緊急脳室ドレナージ術を施行し意識の改善を認めたが、呼吸障害は遷延した。MRI、脳血管造影にて延髄を圧迫する椎骨動脈解離性動脈瘤が認められた。僅かな偽腔への造影剤のpoolingを認めるのみで自然血栓化が示唆されたため保存的に加療した。発症1週間で呼吸障害は徐々に改善した。4週後の血管撮影では血栓化の進行が認められた。発症5週に慢性水頭症に対して脳室腹腔シャント術を施行。発症2ヶ月で独歩にてリハビリ病院に転院となった。

【結論】1. 椎骨動脈瘤による延髄圧迫は遷延性呼吸障害の原因となりうる。2. 動脈瘤内への血流を遮断し延髄への拍動性圧迫を取り除くことにより延髄圧迫症状の改善が期待できる。

92 fibromuscular dysplasia (線維筋性異形成) に伴った脳底動脈主幹部の多発性動脈瘤

木村 輝雄・恩田 清・檜前 薫
山崎 一徳・宮川 照夫・新井 弘之
新潟脳外科病院

【背景】fibromuscular dysplasia (FMD) と頭蓋内動脈瘤の関連が示唆されているが、これまでFMDに伴った脳底動脈主幹部の多発性動脈瘤は報告されていない。文献的考察を加えて報告する。

症例は50歳、女性。突然の激しい頭痛に続いて進行性の意識障害を呈し当院に搬入された。神経学的には半昏睡、項部硬直、左片麻痺を認めた。頭部CTで後頭蓋窩に強いくも膜下出血を認めた。搬入時に急性肺水腫が重度のため、人工呼吸機下で呼吸管理された。呼吸機能と意識の改善を認めたが、左片麻痺は残存した。DSAで右総頸動脈、左内頸動脈にpearl and string signを、脳底動脈に2個の動脈瘤を認めた。初発から21日目に頭痛、右への共同偏視、眼振、四肢麻痺を認め、頭部CTで再出血が認められた。23日目に右のtranspetrosal approachで両方の動脈瘤に対してクリッピング術を施行した。術後、症状はすべて消失し、社会復帰した。