

の出血の危険性も低いため、ガンマナイフ治療の良い適応と考えられる。ただし、Fistulousなものでは極めて閉塞しにくい。大型で出血発症例のうち、High flow でかつ Varix を有しているものは経過中の出血率が高く、他の治療法のリスクを熟慮して適応を決定するべきである。

16 頸部頸動脈狭窄に対するステント留置術の当施設における手技とその成績

阿部 博史・渡辺 秀明・遠藤 浩志
立川総合病院循環器・脳血管センター
脳神経外科部門

【目的】頸部頸動脈狭窄に対するステント留置術において、distal embolismを防ぐためのprotectionは必須になってきた。できるだけその手技を簡便にする目的で、当施設では前拡張を主体とし後拡張を追加しない方法を行ってきたので、その成績について報告する。

【対象】2001/1～2002/10の42例、49側で、平均年齢71.6歳。そのうち対側内頸動脈(IC)閉塞6例、症候性24側、無症候性25側で、平均狭窄度は80%。5側は潰瘍形成が主体病変。

【方法】IC閉塞直後に意識障害を呈した対側IC閉塞の1側を除いて48側は局麻下に施行。全例distal balloon protection下に前拡張を極力十分に行い、原則的にPTA catheter(内腔0.035 inch)から血液吸引、洗浄を行った後、自己拡張型ステントを留置し、後拡張を行わずに終了。

【結果】狭窄度は平均8.6%まで改善。全周性に石灰化を伴う病変では拡張に限界があったが、潰瘍性病変は容易に拡張が得られた。対側IC閉塞5側を含む13側で、PTA中に虚血症状を呈し、2側でしばらく術前の症状の増強が見られた。CT上の脳梗塞は5側(すべてRIND)に生じ、dissectionによる塞栓1側、EC-IC吻合を認めたため洗浄せず血液吸引のみで終えたことによる塞栓3側、ステント留置後急性閉塞を生じたtandemでlong lesionの1側であった。6ヶ月後に血管撮影を行った34側における再狭窄は、20%以下31側、30～50%3側で、30～50%3側にPTAを

追加した。ステント留置後の脳虚血発作は、TIA1例、major stroke 1例(頭蓋内血管病変による)であった。

【結語】Balloon protection下で、前拡張に主眼をおいて行う頸部頸動脈狭窄に対する自己拡張型ステント留置術は、手技が簡便で、短期成績も比較的良好である。ただし、distal embolismの予防には、EC-IC吻合の程度を確認の上、前拡張後に血液の吸引のみではなく、慎重かつ十分に洗浄を行うことが必須である。強度石灰化病変は、十分な内腔が得られにくい、潰瘍病変は、術中のdistal embolismに注意すれば、拡張しやすくその後再狭窄も来たしにくい。再狭窄の予防には、3mm以上の内腔の確保と出来るだけ拡張圧を加えることが重要と思われた。

17 聴神経腫瘍における機能温存手術

—Functional preservation in acoustic neurinoma surgery—

川口 正・田中 隆一・渡部 正俊
村上 博淳

新潟大学脳神経外科

【目的】聴神経腫瘍(AT)摘出術における顔面神経、聴力の機能予後につき検討した。

【対象】1987年以降術中モニタリングを行った片側AT133例。女性85例、男性48例。手術時年齢は19～76才(平均51.4才)。小脳橋角部内の最大腫瘍径は10～55mm(平均28.7mm)。手術は誘発筋電図・聴性脳幹反応(ABR)、蝸牛神経活動電位(CNAP)の術中モニタリング下にlateral suboccipital transmeatal app.にて行った。

【結果】術後1年後の顔面神経機能はHouse & Brackmann grade I, II, III, IV～VIはそれぞれ59%, 16%, 15%, 10%であった。Grade I, IIは腫瘍径0～10mm:90%, 11～20mm:99%, 21～30mm:71%, 31～40mm:62%, >40mm:68%で20mmを境に温存率が低下した。術前聴力はAAO-HNS Class A:36例 B:25例 C:18例 D:54例であった。術前有用聴力のあった61例の術後聴力はClass A:6例 B:8例 C:1例 D:54例

で、有用聴力温存率は23% (14/61)であった。ABRは54例に記録され術中波形が温存された24例中12例温存された。V波の消失例や全波形の消失例には温存例はない。CNAPは37例に記録された。術中連続的に記録した19例中11例は波形が最後まで残りうち8例(63%)に有用聴力が温存され、解剖学的同定のみで一時的に記録した18例では4例(22%)に温存された。有用聴

力が残った14例は術前class Aで、充実性の腫瘍であった。

【結論】術後有用聴力を温存するためには、腫瘍径30mm以下、術前聴力がclass A、充実性であることが望ましく、術中蝸牛神経をCNAPにて解剖学的に同定し、連続的に記録・温存しさらにABRの元波形を温存することが必要である。