

1側を除き、良好な拡張を得た。BS群では3例(症候性狭窄)で術中に末梢塞栓症を合併したが、SS/protect群では合併症はなかった。追跡血管写で再狭窄はなく、罹患頸動脈が原因と考えられるstrokeは発生しなかった。

【結論】CEA high risk群および無症候性狭窄群においてはステント留置の有効性が示唆された。症候性狭窄群については塞栓予防手投を含め今後の課題と思われた。

59 外傷により出血・増大した神経線維腫症Ⅰ型に伴う外頸動静脈瘻の一例

蘇 賢林・後藤 博美
井上 秀之・伊崎 堅志
渡辺善一郎・菊池 泰裕 (脳神経疾患研究所)
後藤 恒夫・古和田正悦 (附属総合南東北病院)
渡辺 一夫 (脳神経外科)

症例は68歳の男性。生来右後頭部に巨大な皮下腫瘍が見られ、48歳時に神経線維腫症と診断された。右乳突部にも小腫瘍が見られ、この小腫瘍を打撲して皮下血腫が見られるようになり搬送された。皮下血腫は急速に増大し、呼吸困難になり経鼻挿管された。直ちに血管撮影が施行され、右外頸動脈から逆流される動静脈瘻が見られ、detachable balloonsで動静脈瘻のproximal occlusionが施行されたocclusion後の血管撮影では対側内頸動脈からaccessory meningeal arteryを介して動静脈瘻の一部が造影されたが、動静脈瘻からの出血はなく、血腫は徐々に吸収された。10か月後の血管撮影で動静脈瘻は造影されなかった。神経線維腫症では血管内弾性板断裂や神経線維腫の血管外壁浸潤等によって血管が脆弱とされているが、本症例では血管内治療が有用であった。

60 高位病変に対するCarotid Endarterectomy

小笠原邦昭・紺野 広 (岩手医科大学)
小川 彰 (脳神経外科)

【目的】頸部内頸動脈狭窄高位病変に対するCEAは手技が困難とされている。今回は我々の施設における工夫についてビデオにて供覧する。

【手術法】経鼻挿管で頸部を進展位とする。頸動脈露出においては末梢部を十分に露出すること、術野をなるべく浅くすることの2つが重要となる。このため、前者では顎二腹筋の切離・舌下神経の十分な剥離およびansa cervicalisの切離・後頭動脈の切離を行う。後者では頸動脈後面の剥離・頸動脈を浮かせることなどの操作を行う。これらの操作で通常第二椎体の高さまで内頸動脈の露出が可能である。アテローマの切除は、en blocに行い、アテローマがなくなり肥厚した内膜がでてきたところで切除する。アテローマは血管撮影で予想される部位よりも末梢に延びていることに留意すべきである。

【結論】以上の手術法により高位病変においても十分な視野が得られ、また内頸動脈遠位部の十分な拡張が得られる。

61 Multislice CTによる頸部動脈の評価 —造影剤1回投与方法—

佐久間 潤・遠藤 雄司
鈴木 恭一・松本 正人 (福島県立医科大学)
佐々木達也・児玉南海雄 (脳神経外科)

Multislice CT (M-CT)を用いて、頸部動脈の評価を行ったので報告する。

【対象および方法】脳動脈瘤49例、脳梗塞21例を対象とした。TOSHIBA製M-CT Aquilionを用い、頭部に引き続き頸部を撮像した。頸部はhelical pitch 3.0、スライス厚2mm、1回転/0.5秒で撮像し、造影剤は3ml/秒で計100mlを投与した。3D-CTAおよびMPR画像で血管の評価が可能かどうか検討した。

【結果】頸動脈については全例で評価可能な3D-CTAとMPR画像が得られたが、17例で義歯によるartifactにより3D-CTAで評価が困難であった。しかし、いずれの例もMPR画像では評価できた。椎骨動脈については、3D-CTAで評価が困難であったが、MPR画像では可能であった。

【結語】M-CTを用いることで、頭部に引き続き頸部撮像を行っても十分評価可能な画像を得ることができた。