

3 IC kissing 動脈瘤 (Triple kiss?) の手術例

柿沼 健一・江塚 勇 (新潟労災病院)
原田 篤邦・高橋 麻由 (脳神経外科)

4 内頸動脈閉塞を合併した破裂脳動脈瘤の手術

本道 洋昭・河野 充夫 (富山県立中央病院)
中川 忠・斎藤 有庸 (脳神経外科)

くも膜下出血 (SAH) で発症し、内頸動脈閉塞を合併した多発後大脳動脈瘤の稀な 1 手術例を経験したので報告する。

患者は49歳、女性。家族歴では母の兄 (80歳) が SAH で死亡している。平成11年2月28日、洗濯中に風呂場で転倒したため来院。後頭部に裂傷あり。頭部単純 CT で右内頸動脈後方に石灰化が見つかった。精査のため、4月2日に MRI・A を施行すると、右内頸動脈狭窄及び右後交通動脈と後大脳動脈に異常血管を認めた。4月12日の 3D-CTA ではそれが動脈瘤様に見えたが、アンギオの同意を得られず。4月14日の SPECT は異常なかった。その後、来院せず。平成13年7月27日0時頃トイレでふんだ際、頭痛・嘔気が出たため、2:30 AM 来院。CT では脳底槽を中心に SAH を認めた。H&K grade 1。アンギオを行うと、右内頸動脈は後交通動脈を分岐後、閉塞していた。屈曲蛇行した太い後交通動脈と後大脳動脈 (P2) に多発性の動脈瘤が存在していた。右中大脳動脈水平部にはモヤモヤ血管が認められた。同日、脳室ドレナージをたてた後、右 subtemporal approach でクリッピング術を行った。術後経過は良好で、8月10日の SPECT は異常なく、脳血管攣縮の症状は出現しなかった。8月22日の術後アンギオでは右後交通動脈は完全に閉塞していたが、破裂後大脳動脈瘤は処理されていると考えられた。8月31日神経学的に異常なく、退院した。

主幹動脈閉塞に合併した破裂脳動脈瘤の急性期手術の場合、術前の血流評価が不可欠である。本動脈瘤の発生には先天的要因と血行力学的負荷が関与していると思われた。

5 Coil compaction を生じた破裂左脳底一上小脳動脈瘤の 1 例

小泉 孝幸・中里 真二 (竹田総合病院)
土屋 俊明・渡辺 直人 (脳神経外科)

脳動脈瘤コイル塞栓術における coil compaction 及び脳動脈瘤の再増大は本治療法における問題点である。今回同様の症例の clipping 術の術中所見より、興味ある所見を得たので報告する。症例は、65才の女性である。約2年前に意識障害と四肢麻痺にて発症した。精査にて、SAH, Hunt & Kosnik grade 4, Fisher's group 3, It. BA-SCA Aneurysm を認めた。翌日全身麻酔下に GDC による脳動脈瘤コイル塞栓術を施行した。術中は特に著変はなかったが、術後 CT にて左上小脳動脈領域に梗塞巣を認めた。術後 spinal drainage を留置し、徐々に意識レベル及び四肢麻痺は改善した。しかし、1ヶ月及び2ヶ月後の追跡脳血管撮影では coil compaction 及びその進行を認めた。脳動脈瘤の増大も認めた為、追加のコイル塞栓術を、支障なく施行した。その後合併する正常圧水頭症に対し、脳室腹腔短絡術を行い、軽度右片麻痺を残し独歩退院した。以後再出血もなく順調に経過したが、3ヶ月程前より、左動眼神経麻痺を認め、脳血管撮影でコイルの離開と脳動脈瘤の再増大を認めた為、開頭による clipping 術を行った。術後右片麻痺の増強を認めたが、その後徐々に回復し、術前と同程度に復した。左動眼神経麻痺も徐々に改善、消失した。Clipping 術中の所見では、コイルの一部は完全に脳動脈瘤の外に露出しており、陳旧性凝血塊にコイルの大半は埋もれていた。その所見から、コイル塞栓術後脳動脈瘤の増大には、瘤自体ではなく、瘤外の仮性動脈瘤としての部分の増大によるものがあると推察された。このような症例では、追加塞栓術におけるコイルが以前のコイルを更に抵抗の少ない瘤外に送り出し、コイルの離開を助長するのではないかと考えられ、可能ならば、時期を逸せず、clipping 術を施行すべきと考えられた。