

6 内耳道内 distal AICA aneurysm の1例

市川 昭道・北沢 智二(更埴中央病院)
脳神経外科

前下小脳動脈遠位部に位置する動脈瘤は比較的まれで、文献上約60例の報告があるに過ぎない。今回 meatal loop の内耳動脈分岐部近傍に発生し、くも膜下出血(SAH)にて発症した1例を経験したので報告した。症例は75才の女性で、平成13年3月13日就寝中に激しい後頭部痛で発症。搬入時はJCS I-2で左顔面神経麻痺を認めた。CTでは、Fisher group 3の左右差の無いSAHで、3D-CTAでは動脈瘤は見られず、カテーテルAngio.にて左内耳道内にdomeを有するsaccular typeの動脈瘤(ϕ 4 mm)を認めた。翌日、Lt. lateral suboccipital approachにて手術施行。domeの確認のために、内耳道を3~4 mm diamond drillで解放した。meatal loopを一時的にtrappingし、内耳道内に突出し顔面神経を下から持ち上げるように存在する動脈瘤を認めneck clippingを行った。内耳動脈は確認できなかった。術後は新たに左聴力障害が加わったが、4か月後に独歩退院した。

前下小脳動脈の動脈瘤は全頭蓋内動脈瘤の1%に満たないと言われており、さらにこの遠位部の動脈瘤はさらにまれである。72%がSAHで発症するが、動脈瘤の圧迫による耳鳴、聴力障害、めまい、三叉神経痛などの脳神経症状を呈するものもある。

第7脳神経障害は43%に、第8脳神経障害は62%に認められているが、前者は術後の回復は比較的良好であるのに比べ後者の回復は不良である。trapping後に第7、8脳神経機能が温存された報告があること、術中での内耳動脈の確認が困難なことから、術後の聴力温存が優先される症例では、direct neck clippingにこだわらず、血管内治療あるいはtrappingにとどめておくなど適切な治療法を選択すべきと考えている。

7 内視鏡のみによる動脈瘤クリッピング術：解剖体による手術手技の確立

小澤 常德・森 宏
西山 健一・伊藤 靖(新潟大学)
曾我 洋二・田中 隆一(脳神経外科)

【はじめに】aneurysm surgeryはmacroscopic clippingからmicroscopic clippingへと進化した。その手技はほぼ確立された。近年endoscopy-assisted clippingが採用され、その確実性がより高められつつある。さらに、minimally invasive surgeryへの流れのなかで、endoscopeのみによるendoscopy-solo clippingが、今後21世紀の主体をなすaneurysm surgeryとして発展する可能性がある。臨床応用を前に、我々のcadaver studyの知見を述べ、またcadaverでの実際のclippingのVIDEOを供覧し今後の展望をする。

【方法】cadaverにてeyebrow keyholeおよびglabella keyhole approachを基本として、endoscopyのみを用いて、Willis' circleを中心としたanterior circulation、およびposterior circulationのvesselsにclipをapplyした。また、ACoA aneurysmを有するcadaverにてclippingを行った。

【結果】通常のeyebrow 外側2/3 incisionによるsupraorbital keyhole craniotomyでは、IC(C2からIC top)からM1 distal、およびBA(mid BAからBA tip)周囲へのapproachが可能であった。glabella keyhole craniotomyからのbasal interhemispheric approachでは、perforatorを含むACoA complexの観察とclippingが容易であった。

【考察】keyhole craniotomyの位置の工夫により、ほとんどのaneurysmの好発部位に、minimum brain retractionで到達可能である。手技の習熟と手術器具の改良が必要であるが、今後のaneurysm surgeryの進歩にendoscopeは多大な貢献をすることになると考えられる。