

11) 前床突起内に突出した内頸動脈瘤の一例

加藤 孝頭・齋藤 孝次
入江 伸介・吉川 純平 (釧路脳神経)
対馬 州一・中島 千景 (外科病院)

Dolenc のアプローチは内頸動脈硬膜輪近傍の動脈瘤の手術に対し、非常に有用で、内頸動脈中枢側を anteromedial triangle で確保することが可能となり、当院においても多くの症例にクリッピング術を行ってきた。

今回、内頸動脈の外側壁より発生し、前床突起内に突出するように発育した未破裂脳動脈瘤を経験した。そのクリッピング術に際しては、前床突起の削除における慎重な操作、頸部内頸動脈確保の準備などが必要とされた。

外側向きの動脈瘤は頻度が少なく、また、内頸動脈硬膜輪近傍の動脈瘤のなかでも手術に際し、より詳細な検討、準備が必要と思われたため報告する。

12) クモ膜下出血を呈した前大脳動脈解離性動脈瘤の1例

宗本 滋・新井 政幸
染矢 滋・南出 尚人 (石川県立中央病院)
木嶋 保 (脳神経外科)

【はじめに】前大脳動脈の解離はまれであり、その報告例の大半は脳梗塞発症例である。クモ膜下出血で発症し、術前に解離の診断が困難であった1例を報告する。

【症例】59歳 男性【主訴】頭痛【既往歴】55歳より高血圧で加療【現病歴】2000年1月7日突発頭痛で入院 H&K Grade II【入院経過】1月8日脳血管写で動脈瘤見られず。1月14日脳血管写で前交通動脈に小膨隆様変化あるも動脈瘤と断定できず。両側 A1-A2 に攣縮を認めた。1月28日 CT で前大脳半球穹裂に小出血が見られた。1月31日脳血管写では前回同様小膨隆が見られたため動脈瘤を疑い2月1日手術施行。【手術所見】左 A1 は攣縮で細く左 A2 は血管壁が菲薄で血流が透視された。菲薄部の前後は血管壁が黄色に変色していた。菲薄部より今回の出血源と思われる瘤が突出していたのでこれをクリップ凝固し菲薄部はコーティングした。水頭症に対しシャント術を行った。【結語】術前血管写からは解離診断が困難であり、手術所見から前大脳動脈解離と診断した1例を報告した。出血源不明のクモ膜下出血例では診断困難な解離性動脈瘤の可能性も考慮すべきと考えられた。

13) 短期間に増大を認めた前大脳動脈末梢部破裂脳動脈瘤の1例

石川 修一・沼上 佳寛 (石巻赤十字病院)
北原 正和 (脳神経外科)

今回我々は、短期間に増大を認め、再手術を行った前大脳動脈末梢部破裂脳動脈瘤の1例を経験したので報告する。症例は61歳女性で、多嚢胞腎による慢性腎不全にて透析中であった。路上に倒れているところを発見され、搬送入院となった。来院時 JCS10、軽度の右不全片麻痺があり、CT にて SAH が認められた。翌日の CT では左前頭葉内側部に脳内血腫の形成が認められ、脳血管撮影にて脳内血腫近傍の左前大脳動脈末梢部分岐部 (A3-A4) がわずかに膨隆していた。SAH day 2 に開頭術を施行した。問題の分岐部にはわずかな膨隆が認められたが、脳動脈瘤は観察されなかった。SAH day 25 に再び脳血管撮影を行ったところ、同一分岐部で初回手術時の膨隆部とは反対側に脳動脈瘤の増大が認められ、day 29 に clipping を施行した。術後経過は良好で、神経脱落症状なく退院した。動脈瘤増大の要因、また手術上の反省点などの考察を加えて報告する。

14) 内視鏡が役立った前交通および前大脳動脈瘤の手術

畑中 光昭・藤井 康伸 (十和田市立中央病院)
伊藤 聡 (脳神経外科)

内視鏡の脳神経外科領域の応用も盛んに行われるようになってきた。我々も硬性鏡による脳槽、脳底部観察に利用しており、脳動脈瘤では内頸動脈瘤に利用することが多い。今回、前交通および前大脳動脈 (A1 部) の多発脳動脈瘤に対して内視鏡を利用した例を提示したい。症例；58才、女性、未破裂前交通脳動脈瘤および右 A1 部脳動脈瘤。3D CTA にて診断、A1 部脳動脈瘤は後下方に位置していた。手術；右前頭側頭開頭で subfrontal approach に進んだ。前交通動脈が見えたところで A1 部脳動脈瘤は見つからず前交通動脈瘤もドームは見えたが、頸部周辺が確認困難であった。そこで、15cm 長の特注の硬性鏡を用いて裏側の脳動脈瘤の確認を行い、clipping を完行出来た。また、clipping 後の脳動脈瘤の状態も確認出来た。特注の内視鏡は短いため、吸引機の様には用手的に操作が容易で比較的狭い間隙にも利用でき、有用であった。