

用経験について、報告す。

症例は、64才の男性である。1年前に狭心症にて、バイパス手術を受けている。その後歩行時にふらつくとのことで、当科外来を初診した。精査にて、両側内頸動脈起始部狭窄を認めた。狭窄の高度な左頸動脈の血栓内膜剥離術を始めに行い、その後右側について行った。二回の手術の間に、左側手術部位の術後評価として、脳血管撮影を行った。その際に、術後(左側)と術前(右側)の頸動脈の状態について、3D-IVUSを用いて、評価を行った。術後の血管評価については、血栓内膜剥離部の内膜と中膜の欠除及び壁在血栓のないことなどを適格に確認できた。術前評価については、IVUSにて、atheromatous plaqueの性状(潰瘍形成の状態の把握etc.)や正確な血管内腔の大きさを適格に評価し得た。更に3D-IVUSとすることで、atheromatous plaqueの長軸方向への伸展度合いを正しく把握することが可能であった。

IVUSは、PTAを行う上でほぼ必須と言える検査法であるが、CEAの術前評価及び術後評価においても、atheromatous plaqueの性状やその進展具合を正しく評価し得る点では、有意義な検査法と考えられた。特に3D-IVUSは、plaqueの長軸方向の進展具合を示す上で、有意義であった。

塞栓術は全身麻酔下、全身ヘパリン下で施行した。

【結果】1. 11個(10%)で、主に親動脈へのコイルの突出(7個)ため塞栓術を断念し、その後2個にクリッピングを施行した。2. 塞栓術を施行した101個中88個(87%)で subtotal 以上のほぼ満足できる塞栓が得られた。3. 9個(8%)で術中出血を生じたが、全身麻酔下のためすべて小出血に control でき、no deficitであった。8個が small size であった。4. 術後 CT 上の LDA を12個(11%)に認めたが、8個は無症状であった。5. 6ヶ月以降に行った脳血管撮影で、large size では4/10個(40%)、small size では9/50個(18%)に coil compaction が見られたが、body filling を残したものはなかった。尚、術後にクモ膜下出血を生じたものもない。【結論】未破裂脳動脈瘤に対する GDC 塞栓術の成績は、現状では開頭術と比べても劣らない結果であるが、破裂予防効果を評価するには、coil compaction 例の経過観察を含め追跡期間が短すぎる。したがって、治療方針としては合併症の回避を優先して考えるべきと思われる。そのためには、術中破裂の risk を考慮して全身麻酔下で施行し、コイルの突出により脳血栓や塞栓を生じる危険がある場合は再塞栓術の可能性を考え、たとえ不十分な瘤内閉塞でも終了すべきであろう。

10) 未破裂脳動脈瘤に対する GDC による塞栓術の適応と治療成績

阿部 博史・伊藤 靖	新 潟 大 学 (脳神経外科)
玉谷 真一・熊谷 孝	
小澤 常德・竹内 茂和	
田中 隆一	
小池 哲雄	新 潟 市 民 病 院 (脳神経外科)

【目的】GDCの使用可能により脳動脈瘤に対する瘤内塞栓術の数は年々増加している。1998年の新潟県内におけるクリッピング術545件に対してコイル塞栓術は72件、12%であった。未破裂脳動脈瘤に対しては、原則的に、3mm以上の大きさの本人が治療を希望する70才以下の症例で、瘤内塞栓が可能と判断される場合にGDC塞栓術を第一選択としてきた。開頭術と比較する目的から、1999-10までのGDC塞栓術の治療成績を検討した。【方法】対象はGDC塞栓術を試みた未破裂脳動脈瘤112個で、部位では、IC-paraclinoidが42個と最も多く1/3以上を占めた。大きさは、large(≥10mm)16個、small(<10mm)96個であった。