

ビデオを提示し再手術の問題点とその対策につき検討した。症例は69歳の男性。20年前、頭痛の精査中に未破裂左 ICPC 動脈瘤を認め neck clipping を施行された。神経脱落症状無く経過していたが、98年11月下旬に20年前と同様の頭痛が出現し秋田労災病院受診、精査にて左 ICPC 動脈瘤の再増大を指摘され当科紹介、neck clipping を施行した。前回の clip が周囲組織に強固に癒着しており可動性に乏しい点と最大径 14 mm と比較的 large aneurysm であった事が手術を困難にしていた。temporally clipping により動脈瘤への血流を完全遮断し十分な減圧を行い、前回の clip を除去し動脈瘤を十分剥離してから再 clipping を行うことが最も重要と思われた。

#### A-16) STA-MCA double anastomosis を用い、クリッピング処置した MCA 巨大動脈瘤

安栄 良悟・由良 茂貴 (札幌東徳洲会病院) 脳神経外科  
 澤村 淳 (旭川医科大学) 脳神経外科  
 林 恵 充 (旭川赤十字病院) 脳神経外科  
 上山 博康 (旭川赤十字病院) 脳神経外科

巨大脳動脈瘤はクリッピング困難なものも多く、時に bypass を併用した治療が必要である。またクリッピングに際しては parent artery の temporary clipping を要することが多いが、この際に、遮断時間延長による虚血が問題となる。最近我々は、MCA の巨大動脈瘤に対し STA-MCA double anastomosis を行い parent artery の遮断中の血流を維持し、クリッピング処置を行った症例を経験したので、供覧し報告する。

症例は45歳男性、くも膜下出血にて入院した。両側の MCA に動脈瘤が存在し、右側は巨大動脈瘤であった。初回の手術では破裂したと考えられる左側を処置し約 8 週後に右 MCA の巨大動脈瘤に対し、クリッピング処置を行った。

まず、STA の前頭枝と頭頂枝を M2 の前枝、後枝に吻合、STA の分枝を圧 transducer に接続し、脳表還流圧を測定しながら M1、両 M2 を遮断し、neck clipping を行った。比較的長期の遮断を行ったにもかかわらず、虚血性神経脱落症状の発生や関連血管の狭窄はきたさなかった。

#### A-17) 破裂脳動脈瘤手術における予期せぬ術中出血の一例

小泉 孝幸・谷口 禎規 (立川総合病院) 脳神経外科  
 長谷川 仁

症例は、64歳の女性。夜間入浴中に激しい頭痛と嘔気にて発症。翌朝近医を受診し、SAH と診断され、同日当科紹介入院となる。神経学的には特記すべき異常は認めず (H & K grade 2)、CT 上は、右 Sylvius 裂を主体として、薄く凝血塊を認めた (Fischer's group 2)。脳血管撮影にて右 M<sub>1</sub>M<sub>2</sub>An. を認め、Day 2 にて手術を行った。右前頭頭頭開頭にて、Sylvius 裂を末梢側より解放し、右 M<sub>1</sub>M<sub>2</sub>An. にクリッピングを行った。その後 carotid cistern の解放を行ったところ、右 ICA より、突然の出血を認めた。右 ICA に temporary clip をかけ、出血点を確認すると、背側に小孔を認めた。8-Onylon 糸にて縫合し、止血を行った。術後特に脳梗塞の出現を認めず、神経学的異常を残さず退院した。

今回の ICA からの出血は、術前脳血管撮影では読み切れなかった、“ちまめ”脳動脈瘤があったものと考えられた。血管壁の縫合は、このような予期せぬ出血に対する対処法として、選択されるべき重要な一方法であると考えられた。

#### A-18) 前下小脳動脈瘤の1例

斎藤 竜太・井上 敬  
 志田 直樹・社本 博  
 清水 宏明・富永 悌二  
 長嶺 義秀・甲州 啓二 (広南病院) 脳神経外科  
 藤原 悟 (東北大学脳) 神経外科  
 吉本 高志

クモ膜下出血で発症し、同側前下小脳動脈に2つの動脈瘤を認めた症例を経験したので報告する。症例は61歳女性、突然の後頭部痛で発症、眩暈、ふらつきがあり近医脳外科に緊急搬送。CT にてくも膜下出血と診断された。脳血管撮影にて左前下小脳動脈の遠位部に動脈瘤を認めため、当科転院となった。retro-sigmoid approach にて開頭手術を施行。前下小脳動脈の meatal loop をこえた外側枝に嚢状動脈瘤を認めため、neck clipping を行った。しかし、この動脈瘤は未破裂であり、再度血管撮影にて出血源を検索する事として閉頭した。術後経過は良好で、発症15日目に再度血管撮影を行ったところ、前回認められなかった左前下小脳動脈 meatal loop の最外側に紡錘状動脈瘤を認めた。こち

らが破裂動脈瘤であったと考えられたため、再開頭し前下小脳動脈の近位閉鎖術を行った。本症例は前下小脳動脈に2つの動脈瘤を有する稀な症例であった。

A-19) 椎骨動脈瘤が原因となった顔面けいれんの稀な1手術例

土谷 大輔・嘉山 孝正(山形大学)  
佐藤 慎哉・丸屋 淳(脳神経外科)

椎骨動脈瘤が原因となった顔面けいれんの症例に対し手術を行い良好な結果を得た。動脈瘤による顔面けいれんは、我々が渉猟しえた限りでは7例と極めて稀であり報告する。(症例)症例は、71歳の女性。既往に20年来の高血圧症と両側の腎嚢胞を認める。現病歴であるが、11年前右眼瞼のスバズムにて発症、今回、けいれんが増強したため当科を受診した。神経学的には右顔面けいれん以外、異常を認めなかった。SPGR による MRI 画像では、右顔面神経の root exit zone 近傍に動脈瘤を思わせる病変の存在が疑われた。入院後に行った椎骨動脈撮影では broad neck の椎骨動脈・後下小脳動脈分岐部動脈瘤を認めた。動脈瘤の圧迫による顔面けいれんと診断し、far lateral approach にて後下小脳動脈より遠位で、動脈瘤及び椎骨動脈の proximal clipping を行った。その後、動脈瘤による顔面神経圧迫を解除した。術後、顔面けいれんは消失、一過性に軽い嚥下障害が生じたが約1ヶ月で回復した。

A-20) 前大脳動脈水平部血栓化紡錘状脳動脈瘤の一例

高橋 俊栄・岡田 仁志(大宮赤十字病院)  
鈴木 保安・金子 宇一(脳神経外科)  
松本 乾児(東北大学 脳神経外科)

(症例)51歳、男性(現病歴)平成8年8月、頭重感、左上肢のシビレ出現し、近医受診。CT にて視交叉槽から上方にのびる腫瘤、および右尾状核頭に脳梗塞が認められ紹介受診。MRI では heterogenous mass, Gd にてほぼ均一に増強され、脳血管撮影では A1 全体が膨隆していた。右前大脳動脈紡錘状脳動脈瘤として外来経過観察していた。平成10年7月、follow MRI にて血栓化し、動脈瘤の増大を認め入院した。脳血管撮影では serpentine aneurysm となっていた。(手術所見)右前頭側頭開頭にて A1 trapping 術を施行した。右

内頸動脈の動脈硬化は強く、A1の起始部の動脈硬化も強かった。動脈瘤はA1の起始部より始まっており、A1末梢部では動脈瘤はなく血管壁も正常であった。(組織学的所見)粥腫形成、硝子化、石灰化を伴う動脈硬化性変化の目立つ動脈瘤壁であった。(術後経過)一過性に見当識障害、軽度左片麻痺を生じたが、約2週間にて回復した。

A-21) 解離性脳底動脈瘤を合併した破裂脳底動脈先端部動脈瘤の一例

入江 伸介・齋藤 孝次  
平野 亮・奥山 徹(釧路脳神経外科)  
稲垣 徹・稲村 茂(病院)

経過観察中に破裂した脳底動脈本幹(BA)の解離性変化を伴う脳底動脈先端部動脈瘤(BA-top AN)の一例を経験したので報告する。【症例】72歳男性。66歳時、右前頭葉の広範囲な脳梗塞で入院治療、精査にてBA-top AN, BA 及び左 A1の解離性動脈瘤を認め、腹部大動脈瘤も併発しており、根治術施行はリスクが高く困難と判断し外来経過観察中であった。1998年12月7日強い頭痛にて発症。CT 上第三脳室内血腫を伴うクモ膜下出血(WFNS Gr. III, Fisher Group IV)認め画像所見からBA-top ANの破裂と診断、transclinoid approach で緊急クリッピング術施行。術中所見でneck近傍の動脈硬化性変化が強く、blebを伴う破裂部のdome clippingの形態をとらざるを得なかった。術後意識障害の遷延を認めたが、徐々に改善、現在リハビリテーション中である。【考察】BA-top ANは手術リスクの高い部位として認識されているが、今回は高位で母血管に解離性動脈瘤の合併も認め治療法に難渋した。根治術の時期、手術アプローチ等に関し若干の文献的考察を加え報告する。

A-22) 頭痛で発症した椎骨動脈解離性動脈瘤の1例

高橋 明弘・石井 伸明(時計台病院 脳神経外科)  
宝金 清博・黒田 敏(北海道大学 脳神経外科)

症例は57歳男性で正常血圧、既往歴はない。右後頭部が拍動性に痛みだした。一時寛解するも、間欠的に拍動性頭痛が出現するため受診した。神経症状は認めなかつ