

び第4病日に脳血管写を行うも、明らかな脳動脈瘤は発見できなかった。しかし、右 M1-M2 部には一部壁不整像を認め、また、CT 所見からも右 ICA-MCA 領域の病変が疑われた。そこで、出血源を確認し根治療法をめざすべく、当科転院後、平成9年1月22日に開頭手術を施行した。その結果、右中大脳動脈の M2 近位部に暗黒赤色に変色した小型丘状隆起を認め、これを出血源と判断し、被包術を施行した。

A-9) 遺残性原始三叉動脈 (PPTA) を合併した出血で発症した解離性椎骨動脈瘤の1例

松村健一郎・栗田 勇 (仁愛会新潟中央
中里 真二・岡田 耕平 (病院脳神経外科))

〈症例〉47才、女性。2日前に突然の頭痛が出現、徐々に増強。尿失禁、意識障害も加わり、当科受診。来院時、II₁₀₋₂₀ (JCS)、項部硬直を認めた。CT スキャン上、後頭蓋窩に強いクモ膜下出血を認め、水頭症を呈していた。脳血管撮影では、右椎骨動脈に動脈瘤を認めた。対側椎骨動脈、脳底動脈は著明に狭細化し、左内頸動脈写にて、PTA より脳底動脈が造影された。血管攣縮期と考え、脳室ドレナージのみを行い、待機手術とした。以後二度にわたり血管撮影を行ったが、血管の狭細化は同様で、動脈瘤は形状を変え、増大していた。思い切ってバルーン閉塞試験を行い、幸い陰性であったため、トラッピングを施行。術後経過は良好であった。

〈結語〉対側椎骨動脈、脳底動脈が低形成で PTA の開存が直達手術の成功に大きく関与したと思われる出血で発症した解離性椎骨動脈瘤の1例を報告した。

A-10) 前下小脳動脈末梢部破裂脳動脈瘤の1例

長谷川頭士・川崎 昭一 (佐渡総合病院
脳神経外科)

症例は48才の女性。既往歴に特記すべきことなし。H8年12月30日、突然の頭痛および意識障害にて発症した。搬入時、GCS=7 (E1, M5, V1)、巣症状は明らかでなし。CT では後頭蓋窩を中心とした SAH の所見であった。脳血管撮影で、左 PICA は vermian branch のみ、同側 AICA が hemispheric branch を分岐、その末梢部にダンベル状に膨れた動脈瘤が認められた。同日、直ちに clipping を施行し、その後の経過は順調で

ある。

比較的可れと思われる AICA distal aneurysm につき、若干の文献的考察を加えて報告する。

A-11) 上小脳動脈遠位部動脈瘤における Posterior petrosal approach の有用性

南田 善弘・稲葉 憲一 (旭川脳神経外科
病院)

上小脳動脈遠位部動脈瘤は稀な疾患であり、過去の文献でも数例の報告を見るにすぎない。また手術アプローチに関しても一致した見解が得られていない。今回、くも膜下出血にて発症した上小脳動脈遠位部紡錘状動脈瘤において Posterior petrosal approach にて根治術を行い、良好な結果が得られたので若干の文献的考察を加え報告する。

症例は、32才女性で偏頭痛にて通院中の患者であった。平成8年4月6日突然の頭痛、嘔吐が出現し当院に搬入され CTscan にてくも膜下出血を認めた。脳血管撮影にて左上小脳動脈遠位部 (迂回槽) に紡錘状動脈瘤を認めたため、緊急手術を行った。まず錐体骨後方を経テントアプローチを行えるだけ十分削除した後、側頭下アプローチにて髄液を吸引し、テントを十分切開して上小脳動脈近位部を確保し動脈瘤の trapping と切除を行った。術後経過良好で、明らかな神経症状残さず独歩退院された。

A-12) Proximal Occlusion が有効だった P2-P3 Giant Aneurysm の1例

藤田聖一郎・真鍋 宏 (弘前大学
鈴木 重晴 (脳神経外科))

症例は42才男性。家族歴として母親にクモ膜下出血があり、このため精査を希望し平成8年10月近医受診。MRI, MRAngio にて動脈瘤を疑われ当科紹介された。入院時、神経学的に異常なく、無症状であった。血管撮影で部分血栓化した Rt. P2-P3 Giant aneurysm を認めたが、broad neck であり、Neck clipping は困難であると思われた。また血栓化を伴う Giant aneurysm の瘤内 coil 塞栓は否定的報告が多く、proximal occlusion が first choice と思われた。

まず PCA の balloon occlusion test を試みたが P1-P2, Pcom-P2 junction とともに balloon 挿入困難で、施行できなかった。

しかし、PCA の proximal occlusion は一般に良好な back flow が得られるとの報告もあり、開頭術による2本の流入動脈の proximal clipping を施行した。術中 DSA で aneurysm の消失と、PCA 末梢の back flow を確認した。SEP, ABR モニタリングに変化はなかった。VEP で clip 直後に振幅の低下があり、徐々に回復する興味深い所見が得られた。

術後翌日の CT で急速な血栓化を認め、血管撮影では aneurysm は消失し、Rt. parieto-occipital a., calcarine a. の back flow は良好であったが、posterior temporal a. の flow は悪く、自覚症はないものの、眼科的精査で、左上1/4盲を認めた。術後経過良好で復職している。

Clipping 困難な PCA aneurysm は proximal occlusion が有用である。

A-13) テント上未破裂脳動脈瘤周術期に発症した小脳出血の2例

紺野 広・須貝 和幸
和田 司・菅原 孝行 (岩手県立中央病院)
関 博文 (脳神経外科)

我々の施設において最近、未破裂脳動脈瘤の周術期に発症した小脳出血の2例を経験したので文献的考察を加え報告する。

〈症例〉65才と71才の女性。

〈臨床経過〉2例ともめまいの精査中に incidental にテント上未破裂脳動脈瘤が見つかる。仰臥位前頭側頭開頭で1例に neck clipping, 1例に wrapping を施行した。2例とも術翌日の CT にて、小脳出血が確認された。1例は vallecule cerebelli を中心に fissure に沿って両側に広がり、1例は vallecule cerebelli から開頭反対側の小脳テント縁まで広がっていた。どちらも mass effect の殆ど無い小脳出血であった。1例は高血圧の治療を継続して受けていたが、2例とも出血・凝固系に異常無く、術中血圧は良好にコントロールされ、ドレナージは行っていない。また、術前 CT では小脳の萎縮性変化は認められていない。

A-14) 内頸動脈瘤術後の前脈絡叢動脈閉塞例の検討

佐藤 園美・佐藤 直樹
佐藤 光夫・川上 雅久 (福島県立医科大学)
松本 正人・児玉南海雄 (脳神経外科)

(目的) 内頸動脈瘤手術における前脈絡叢動脈 (A. ch.) 閉塞の原因、臨床症状、長期予後について検討した。

(対象) 根治術を施行した内頸動脈瘤 132 例中、術後 CT で A. ch. 領域に低吸収域が出現した 7 例 (5.3%, follow up 期間 4 ヶ月～10 年 9 ヶ月)。

(結果) 閉塞の原因は、IC の血流一時遮断によるものが 2 例、術中に A. ch. を確認し得なかった例、A. ch. が dome から分岐していたため犠牲にした例、clip で A. ch. を閉塞させた例、clip の偏位で A. ch. に kinking を来した例、さらに原因不明が各 1 例であった。全例、術後に意識障害 (J.C.S1～3) と片麻痺 (1～3/5) が出現した。意識障害は 5 例で約 1 ヶ月で改善し、ほぼ清明となったが、Abbie 症候群を呈した 2 例では軽度の意識障害が残存した。片麻痺が改善したのは 2 例のみであった。全例、長期的な ADL は 2 または 3 であった。

(結論) A. ch. を閉塞させると神経脱落症状が長期間持続し、機能予後も不良であるため、A. ch. を極力温存する工夫が必要と考えられた。

A-15) 脳血管攣縮に対してニカルジピン大量持続静注療法を行った重症くも膜下出血の1例

松本 行弘・林 征志
大宮 信行・三上 淳一
佐藤 宏之・井上 慶俊 (大川原脳神経外科)
大川原修二 (病院)
森永 一生・上田 幹也 (とまこまい脳神経外科)

比較的新しい脳血管攣縮の治療であるニカルジピン大量持続静注により良好な転帰を得た重症くも膜下出血の1例を報告する。〈症例〉43歳女性。右中大脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血と右側頭頂葉血腫で入院時 WFNS grade IV (GCS 9)。検査中再出血をきたし grade V に低下 (GCS 6)、緊急手術を行った。術前後とも著明な高血圧を呈し、脳浮腫が強く、通常の脳血管攣縮対策が行えないため、day 2～18までニカルジピン持続静注を行った。(16日間、総量 1,520 mg, 1日最大 120 mg/日で day 7～14) 経過中、臨床的にも CBF 上も血