

た. 手術側と反対側の DID はほとんどの症例で消失し, また wearing off に対しての術後の改善度は症例によって様々であった. 若年性パーキンソンニズムに対する一側 PVP は術直後に全般的な症状の改善が得られるものの, すくみ足に対しての効果は軽度であった.

B-31) パーキンソン病進行例に対する淡蒼球内節手術

齋藤伸二郎・黒木 亮
川上 圭太・関 尚美 (山形大学)
嘉山 孝正 (脳神経外科)

パーキンソン病進行例27例に対する一側淡蒼球手術の効果を報告する. 凝固部位は3次元 MRI と Schaltenbrand-Wahren のアトラスの組合せにより作成したパーソナル MRI と脳室写により仮の目標点を定め, 淡蒼球内節の電気刺激による反応や神経活動の記録を参考に決定した. 手術により, 固縮, 振戦, 無動, すくみ, 後方突進, Dopa-induced dyskinesia, wearing-off の改善が得られた. 固縮, 振戦, Dopa-induced dyskinesia については凝固同側肢にも改善する症例もあった. しかし, すくみ, 後方突進の改善しない例や再発する例も認められた. 効果を左右する因子についても検討を加え報告する.

B-32) 繰り返す TIA を呈した前大脳動脈解離の1例

和田 始・谷川 緑野
石崎 智章・泉 直人 (網走脳神経外科)
藤田 力・橋本 政明 (病院)
上山 博康 (旭川赤十字病院)
脳神経外科

【症例】37才, 男性. 右片麻痺, 失語症で当院搬入. 症状はすぐに消失し, CT では病変を認めず, AG で左 A2 起始部に壁の不整を認めた. dissection を疑い, 保存的治療と AG 経過観察とした. 高血圧症以外に, risk factor を認めなかった. 第8病日に右下肢脱力発作が再出現. CT にて左前頭葉内側に梗塞巣が出現し, AG にて左 pericallosal a. の閉塞, 左 A2 から A3 に解離 (狭窄後拡張, double lumen, 造影剤の停滞) を認めた. 第28病日下肢のしびれが増悪し, AG にて左 callosomarginal a. を主とした ACA 末梢の解離による狭窄が進行していたため, 緊急手術を施行した. 【術中所見】左 A2 起始部から A2 全体が暗赤色に拡張して

いた. 左 pericallosal a. は, 閉塞のため狭小化していたが, 脳梁体部中央から末梢は collateral flow により開存していた. 左 callosomarginal a. は, 赤色縞状の血管壁を呈し解離が末梢まで進行していた. back flow により開存している左 pericallosal a. に対し A3-A3 side-to-side anastomosis を行い末梢の血流を確保した. 解離の進行している左 callosomarginal a. も同様に対側 callosomarginal a. と side-to-side anastomosis を行った. この際, 血管内腔を切開すると, 血管壁に pseudo lumen を認めた. 血行再建後, A2 起始部を結紮し, 手術を終了した. 術後 AG にてバイパスを介した右 ACA 末梢への順行性, A2 への逆行性の造影と, 左 callosomarginal a. の拡張を認めた. 【考察】本症例では, 繰り返す TIA とともに, 脳血管撮影にて経時的に解離の進行をとらえる事ができた. また, ACA の血行再建により true lumen 内圧増大と, entry の閉塞による pseudo lumen 内圧の減弱を図り, ACA 系の正常な血管構造を温存した. 虚血発症の動脈解離の治療は諸家意見の分かれるところであるが, 本疾患の外科的治療の1例として報告する.

B-33) 術中脳血管撮影が有用であった巨大内頸動脈瘤の1手術例

國廣 華奈・嘉山 孝正 (山形大学)
丸屋 淳・遠藤 広和 (脳神経外科)
近藤 礼 (済生会山形)
済生病院

症例は62歳女性, SAH にて発症した. 左内頸動脈 C1C2 portion に proximal neck (PN) が前床突起下に及ぶ最大径 27 mm の囊状動脈瘤を認め, Dolenc 法にて根治術を施行した. クリッピング後, 動脈瘤穿刺部から出血はなく, また, ドップラーにて動脈瘤内の血流を確認できず, さらにクリップ先端は PN を越えていると判定したが術後血管撮影では PN から動脈瘤の一部が造影された. 再手術にてクリップの先端に PN のわずかな残存が認められたためクリップを追加し術中脳血管撮影にて柄部の処理を確認した. 術後血管撮影でも良好なクリッピングであった.

C1C2 portion の巨大動脈瘤では, PN が前床突起下に及ぶため optic strut がクリップの挿入を妨げることで, PN の視認が容易ではないこと, 動脈瘤穿刺部が血栓化することがあることなどから, 視認, 動脈瘤穿刺による柄部処理の確認には限界があり, 術中脳血管撮影を併用することが安全確実な手術を行う上で有用と考えら