

た。脳血管撮影に引き続き血管内手術により、左椎骨動脈本幹と、椎骨動脈と後下小脳動脈との交通の各々を離脱型コイルにて閉塞した。術後穿通枝領域の虚血によるものと思われる一過性の左麻痺と知覚障害を来したが、1週間後には軽度の知覚障害を残すのみとなり独歩にて自宅退院した。椎骨動脈の fenestration と動脈瘤あるいは動脈解離の合併の報告はこれまでになく極めて稀な症例と考えられた。

1A-8) 超高齢者破裂脳動脈瘤に対する血管内手術

新谷 俊幸・千葉 昌彦 (小樽脳神経外科)
竹田 正之 (病院)

一般に超高齢者破裂脳動脈瘤に対しては、積極的治療が行われないことが多いと思われる。当院では発症以前の日常生活が有意義であった者に関しては暦年令にとらわれずに積極的治療を行っている。

今回我々は、90才のクモ膜下出血を経験し、これに対してコイルによる動脈瘤塞栓術を施行し良好な経過を得たので報告する。

症例：90才、女性。WFNS Gr III, Fisher group 2 のクモ膜下出血。脳血管写では、左中大脳動脈に部分的血栓を伴う巨大脳動脈瘤を認めた。親動脈 M₁ に狭窄があり直達手術は種々の問題が考えられたため、慢性期にコイルを用いて塞栓術を施行した。瘤内に、マイクロカテーテルを誘導し、MDC をコアとしプラチナコイルを挿入。90%閉塞の段階で終了した。その後の経過は良好であり、合併症もなく、発症から約1カ月後に独歩退院した。現在、入院前と同様に自立した生活を送っている。

1A-9) 離脱型コイルで治療した P₁ 部破裂脳動脈瘤の1例

吉田 昌弘・江面 正幸 (広南病院血管内脳神経外科)
高橋 明 (上都賀総合病院脳神経外科)
池田俊一郎 (大宮赤十字病院脳神経外科)
金子 宇一 (東北大学脳神経外科)
吉本 高志 (東北大学脳神経外科)

症例は66歳女性。90年に grade II の SAH、左中大脳動脈瘤のクリッピング術を受けた既往がある。94年11月、grade V の SAH を再び発症。CT 上脳室内出血

と急性水頭症を呈し、脳室ドレナージを施行した。入院時の血管撮影では動脈瘤は見つからず、5週間後の再検で左後大脳動脈 P₁ 部動脈瘤及び右 PICA distal の dilatation が認められた。これらは90年の血管写では写っておらず、新生動脈瘤と思われた。P₁ 部動脈瘤が今回の出血源と考えられたが、dome が後下方むきで、開頭手術は困難であると考えられたため、離脱型コイルによる瘤内塞栓術を施行した。

microcatheter による瘤内への approach は容易で、術後の血管撮影ではほぼ満足すべき塞栓が得られていた。患者は軽い記憶力障害を残すのみで独歩退院した。本症例は、動脈瘤の location や projection などから見て開頭手術の難しい症例と思われたが coil による塞栓術で低侵襲に治療できた点、今回の動脈瘤が新生動脈瘤と考えられる点など興味深い。

1A-10) もやもや病に対する手術治療の工夫

谷川 緑野・上山 博康 (旭川赤十字病院)
小林 延光・高村 春雄 (脳神経外科)

もやもや病に対する手術術式は、直接的血行再建術である浅側頭動脈—中大脳動脈吻合 (以下 STA-MCA) や間接的血行再建術である EMAS, EDAS, 及びこれらの折衷型の EDMAS 等が行われている。我々はもやもや病全症例に対し STA-MCA anastomosis+EDMAS を施行し、良好な結果が得られた。また EMAS を行うことにより生じるこめかみを中心とした前頭部の陥没を予防する工夫を行っているので、本法の実際について報告する。【皮切】皮切は STA の前頂枝に沿って行い、limea temporalis の高さで前方に反転し前額部正中に達する形で行う。この際、STA 前頭枝は切断することなく温存し、STA 前頂枝の剝離が完了した時点で皮膚弁の翻転とともに前頭枝の裏剥きを行う。STA は前頂枝、前頭枝ともに開存した状態で剝離される。STA 本幹は zygomatic arch の高さまで十分に剝離し STA を周囲の結合織から遊離させる。【側頭筋の処置】側頭筋は EMAS に使用するため電気メスの凝固を用いて頭蓋骨から無血の状態で剝離する。この際、剝離に先立ち側頭筋筋膜を有茎の状態で弁状に剝離し、後の側頭部の形成に用いる。【開頭】開頭は中硬膜動脈を温存するために、中硬膜動脈の走行を予め予測し、その直上に burr hole を開ける。他の穿頭は通常の開頭に準じる。中硬膜動脈の走行をはずした形で craniotomy を行い、中硬膜動脈の周囲の骨は rongeur または air drill で