

寧に削除する。【硬膜切開】硬膜は中硬膜動脈を残して、全て窓状に切除する。【STA-MCA anastomosis】STAの前頭枝の枝と、頭頂枝を吻合に用い、double anastomosisとする。【閉頭】吻合終了後側頭筋を water tight に硬膜に縫合し、骨弁を返納する。この際、側頭筋が頭蓋内に移動してしまった分こめかみ周辺の厚みが不足するため、人工歯根を用いて骨弁を 1~2mm 挙上させる。さらに開頭時に生じた骨片を key hole から linea temporalis にかけて充填し先に剝離しておいた側頭筋膜を骨弁に縫いつける。この操作を行うことにより術後の側頭部の陥没が予防可能である。【皮膚縫合】皮下は呼吸糸で密に縫合し、皮膚は7-0 ナイロン糸で縫合する。以上、本法の実際をビデオにて供覧する。

1A-11) 前大脳動脈領域の虚血に対して STA-ACA anastomosis を行ったもやもや病の1例

三浦 一之・太田 浩彰
箱崎 誠司・香城 孝磨
船山 雅之・黒田 清司 (岩手医科大学)
小川 彰 (脳神経外科)

近年様々な血行再建術がもやもや病に行われてきているが、前大脳動脈領域の血流低下に対しての血行再建術は積極的には行われていない。今回我々は occipital artery を interposition graft として STA-ACA anastomosis を行い、前大脳動脈領域に良好な血行改善が得られた症例を経験した。症例は54歳男性で脳室内出血にて発症。血管撮影でもやもや病と診断された。血管撮影上は basal moyamoya の発達は良好だが両側の前大脳動脈は起始部狭窄のために造影は遅延しており、後大脳動脈からの側副血行路より主に造影されていた。¹²⁵Xe SPECT では両側の中大脳動脈領域の血行は良好で、Diamox 負荷による循環予備能も比較的保たれていたが、両側の前大脳動脈領域では血流低下と循環予備能の低下を認めた。血行再建術として前大脳動脈の side-to-side anastomosis を行った後、採取しておいた occipital artery を interposition graft として用いて Rt. STA と Lt. ACA 間を吻合した。術後、anastomosis は patent で術前低下していた前大脳動脈領域血流の改善が得られた。術式の詳細に関して報告する。

1A-12) クモ膜形成術

—頭蓋外—頭蓋内血行再建術における有用性—

吉本 哲之・宝金 清博 (北海道大学)
阿部 弘 (脳神経外科)

頭蓋外—頭蓋内血行再建術の術後、脳脊髄液の皮下、硬膜外貯留が時に見られる。特に、モヤモヤ病では、硬膜の完全な閉鎖は不可能であり、程度の差はあるが、術後の髄液の皮下貯留は必発とも言える。これを防止するために、我々は、最近1年間、STA-MCA 吻合術の際にクモ膜形成術を行ってきた。これは、クモ膜を血管吻合に用いた10-0のナイロン糸を用いて縫合するものである。時間はせいぜい10分程度のものであり、これにより、術後の髄液貯留はほとんど見られなくなった。

深部や長い距離に及ぶ不整な切開でなければ、脳表面のクモ膜の縫合は実用的であり、これにより、髄液の貯留が回避できることがある。

1A-13) 頭蓋内—頭蓋内血管吻合 (IC-IC Bypass)

宝金 清博・阿部 弘 (北海道大学)
脳神経外科

血行再建術は、脳外科手術において虚血性疾患ばかりでなく、脳腫瘍、脳動脈瘤などの外科治療に際して重要な option の1つである。この技術として、頭蓋外—頭蓋内血行再建術 (EC-IC Bypass) が確立されてきた。しかし、時には、頭蓋内動脈間での血行再建が必須、あるいは有効なことも多い。我々は、虚血性疾患8例 (ACA 領域7例, MCA 領域1例)、脳動脈瘤3例に対して、頭蓋内動脈間での吻合を行ってきた。吻合血管は、ACA-ACA 間8例, ACA-Saphenous Vein Graft-ACA 1例, MCA-MCA 間1例, PCA-SCA 間1例である。本法は EC-IC Bypass に比べると熟練を要し、慎重な適応が必要である。しかし、本法により、困難な手術が安全に行えることも多く、重要な技術と思われる。手技の要点と問題を述べたい。

1A-14) 水滴バイポーラーピンセットの簡易作成法とその有用性

田中 輝彦・藤本 俊一
齋藤 和子・多田 博史 (青森県立中央病院)
伊藤 誠康 (脳神経外科)

バイポーラーピンセットの欠点は、先端にこげ付きが