

第28回新潟脳神経外科懇話会

日 時 平成7年6月3日(土)
午後1時から午後5時
場 所 新潟大学医学部
第4講義室
(西研究棟1階)

2)「脳ドック」で発見された脳動脈瘤の手術後に、くも膜下出血を発症した1例

村上 直人・本山 浩 (燕 労 災 病 院)
熊谷 孝 (脳神経外科)
恩田 清 (新潟大学脳研究所)
(脳神経外科)

脳ドックで発見された右前大脳動脈瘤(A₁部)に対して clipping を施行したが、1年4ヶ月後に他部位の脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血を発症した1例を経験した。

【症例】54歳の女性。40歳頃から両手のしびれや肩痛を自覚。45歳に境界型糖尿病と診断されたが、高血圧症はなかった。

平成5年10月、脳ドックを受診。MRA で右内頸動脈瘤が疑われ、確定診断のために脳血管撮影を行った。脳血管撮影で右前大脳動脈水平部(A₁)の未破裂脳動脈瘤と診断し、同年11月に手術(clipping)を施行した。なおこの際左内頸動脈(ICPC部)に2mmの小隆起も認められたが、これは経過観察とした。

以後問題なく社会生活を送っていたが、平成7年3月、くも膜下出血を発症し緊急入院となった。脳血管撮影を行うと前回の clipping は完全ながら、左内頸動脈の前小隆起を認めた部(ICPC部)に、3.6mmの脳動脈瘤が発見された。幸い Grade I (H and K) で clipping を施行。神経脱落症状なく退院した。

【考察】最近の報告によれば、脳ドックでの多発性脳動脈瘤の頻度は13%と従来の脳血管撮影例での報告(16%)と大きな差はなく、脳ドック例でも常に多発性脳動脈瘤の可能性を念頭に置いた検索が必要である。また前大脳動脈水平部(A₁)の動脈瘤では多発性脳動脈瘤の頻度が高いと報告されており(42.3%, 鈴木ら)、一層厳密な脳血管撮影による検索が重要と考えられる。

本例では、右前大脳動脈(A₁部)の動脈瘤の他に左内頸動脈(ICPC部)に小隆起が認められてはいたが、高血圧症もないことから経過観察とした。しかし1年4ヶ月後には左内頸動脈の隆起は破裂脳動脈瘤へと変化した。

以上より、脳ドックで比較的小な部位に脳動脈瘤が発見された場合は、詳細な検索に加えて厳密な follow up (できれば1年ごと)が不可欠と考えられた。

一 般 演 題

1) 全外眼筋麻痺を呈した海綿静脈洞部内頸動脈瘤の1例

渡部 正俊・本田 吉穂 (水原郷病院)
(脳神経外科)

両側内頸動脈海綿静脈洞部に巨大動脈瘤を生じ、進行性に両側全外眼筋麻痺を来した症例を呈示し、この部位の動脈瘤の治療方針についてまとめた。症例は、発症時73歳の女性。特記すべき既往はなし。今から7年前に複視を自覚し、当科を初診した。神経学的には右外転神経麻痺を認めた。CT, MRI, 脳血管撮影を行い、右内頸動脈海綿静脈洞部巨大動脈瘤、および左椎骨動脈血栓化動脈瘤と診断された。73歳と高齢であったため、外科的治療の適応なしと判断し経過観察した。80歳になる今年の1月に、視力障害を主訴に約5年半ぶりに外来を受診したが、それまでの間に左右の眼瞼下垂が徐々に進行していた。受診時、両側はほぼ全外眼筋麻痺であった。動脈硬化性病変の進行が考えられたが、高齢のため脳血管撮影は行えず、3D-CTAngio, MRI, MRA が診断に有効であった。前回の所見に加え、左内頸動脈海綿静脈洞部にも巨大動脈瘤を認めた。巨大動脈瘤の描出においてMRAよりも3D-CTAngioの方が優れていた。この部位の動脈瘤の治療における選択肢には、1) observation, 2) CCA ligation, 3) ICA ligation with EC-IC bypass, 4) Direct clipping, 5) ICA trapping with saphenous vein graft, 6) Endovascular coils などがある。今回呈示した症例は、症候性であり、しかも進行性であったが、80歳と高齢であること、動脈硬化が著しいこと、動脈瘤の形状などからいずれの選択肢も考慮できなかった。その後も経過を観察しているが、左三叉神経痛が出現してきており症状はなお進行性であると思われる。