

3) 術後17年目に再破裂した前交通動脈瘤の1例

河野 充夫・長谷川 顕士 (富山県立中央病院)
小林 勉・本道 洋昭 (脳神経外科)

初回手術の対側開頭にて、クリップの除去とクリッピングを同時に行い得た前交通動脈瘤の1例を経験したので報告する。

症例は44歳男性。昭和52年(27歳)くも膜下出血のため他院にて手術。平成6年8月20日突然激しい頭痛に襲われ、ただちに当科入院。神経学的に異常なし。CTで左前頭葉の脳内血腫を伴うくも膜下出血を認めた。脳血管撮影では前交通動脈瘤と左中大脳動脈瘤を認め、前交通動脈瘤の下面には左やや斜め前方からハイフェッツのクリップが挿入されていた。又、左前頭側頭開頭の跡が認められた。以上より、今回のくも膜下出血は前交通動脈瘤の再破裂によるものと考えた。脳血管撮影上、右A₂が左A₂に比しより後方にあり、クリッピングには明らかに右側からのアプローチが有利であった。初回手術時のクリップをはずす必要が生じた場合、右側からで可能か否かの疑念もあったが、クリップが動脈瘤を挟んでいる部分はそれほど長さではなく、癒着を除く事により翻転除去可能と判断し、入院同日右前頭側頭開頭による手術を行った。動脈瘤とクリップの周囲には高度の癒着を認めたが、可及的に剝離することによりクリップに充分な可動性を与える事が出来た。しかしクリップが邪魔をして、そのままでは新たにクリップを挿入出来なかったため、これを翻転除去した。同部から軽度の出血があったが、出血点を含めたAcom. complexの全貌を直視下におさめていたので容易にネッククリッピングできた。術後は順調に経過し、9月22日左中大脳動脈瘤のクリッピングを行い10月2日元気に退院した。

初回手術にとらわれず、Acom. complexを十分に視野におさめられる手術アプローチを選択するという基本的な事が、このような症例においても重要と思われた。

4) MR angiography (MRA) 単独による破裂脳動脈瘤の手術

佐々木 修・小池 哲雄 (新潟市民病院)
清野 修・本多 拓 (脳外科)
藤井 幸彦・反町 隆俊 (桑名病院)
脳外科

【目的】破裂脳動脈瘤の全体の成績を向上させるためには、術前の再出血を防止する事が極めて重要である。

一方、緊急を要する症例、すなわち再出血を繰り返す例や巨大な血腫を合併した例ではしばしば血管撮影が致命的な再出血を引き起こす。そこで、我々は、1994年6月から一部の症例でMRA単独によるclipping手術をおこなうことにした。その結果について報告する。

【対象】MRAをおこない得た破裂脳動脈瘤20症例である。9例はMRA単独、9例はMRAに引き続きconventional angiography (CVA)をおこない、手術した。なお1例はMRA中、1例はMRA後再出血し、死亡した。内訳は、MRA単独群；巨大な血腫を合併したM1M2 An 4例、小血腫を合併したM1M2 An 2例、ICPC An 1例、Acom An 2例で、Day 0に7例緊急で手術した。非単独群；IC-large An 2例、IC-fusiform An 1例、MC-distal An 2例、AC-distal An 1例、PICA-distal An 1例、Acom An 2例(spasmあり)で、主として亜急性期例であった。撮像はSIEMENS MAGNETOM (1.0T)を用い、time of flight法でおこなった。【結果】1) CVAに比し解像力は劣るものの、MRAによる動脈瘤の示現は非常に良好であった。動脈瘤の大きさ、向き、parent arteryとの関係などは両者一致した。blebは同定し得なかった。2) Acom Anでは、動脈瘤の高さ、Heubner arteryの評価が不能であった。しかし、Acom complexの立体的把握が可能で、MRA単独で充分手術可能であった。3) M1M2 Anもlenticulostriate arteryが示現されなかったが、MRAのみで手術に支障はなかった。4) ICPC Anではanterior choroidal arteryが描出されず、また前床突起と動脈瘤との関係も不明であった。ICPC An特にlarge AnではCVAが必要と思われた。5) 末梢部などの非定型的な部位の動脈瘤では、確実な診断のためにもCVAが必要と思われた。【結論】超急性期に手術をせざるを得ない症例では、侵襲の少ないMRAが非常に有用である。Acom AnやM1M2 AnではMRA単独で充分手術可能と思われる。

5) Fronto (orbito) zygomatic approach による腫瘍、動脈瘤の手術 —適応範囲について—

外山 孚・小泉 孝幸 (長岡赤十字病院)
谷口 禎規・西山 健一 (脳神経外科)

通常のpterional approachに頬骨切除を加えたfrontozygomatic approach (F・Z)、眼窩上外側壁の切除も加えたfrontoorbitozygomatic approach (F・O・Z)

は、1) pterional approach よりもずっと低く、脳底部を覗き込むように approach するので脳の圧排が少ない。2) 広い進入口が得られ、subfrontal, transsylvian, subtemporal, 等色々のルートで approach できる。3) 頭蓋外の infratemporal~pterygoid fossa へ進展した腫瘍に対して顔面皮切を加えることなく手術できる。等の利点を有し、腫瘍、動脈瘤の手術に応用されている。我々は、平成3年4月~7年3月までに19例(20回)の同 approach を経験したのでその適応範囲について検討した。

症例は、sphenoidal ridge meningioma 2, orbita~middle fossa meningioma 1, parasellar tumor 2, orbital wall tumor 1, otorrhea 1, BA-TOP aneurysm 5, BA-SCA aneurysm 3 IC aneurysm 2, ACo aneurysm 2, であった。

大きい sphenoidal ridge meningioma で血管を巻き込んでいる場合、lateral orbital wall~pterygoid fossa に進展している場合には、F・O・Z が良い適応になる。parasellar tumor は、subtemporal approach が主体になるので、F・Z で手術した。Aneurysm では、BA aneurysm には、BA-TOP の位置が高くない場合は F・Z で、BA-TOP の位置が高く、かつ IC が短い場合には、F・O・Z で手術した。他に、前頭葉の圧排が少ない点を利用して、下方向きの ACo aneurysm で脳腫張の強い時、下方から覗き込むように視野を得る点を利用して、IC aneurysm で真後ろに dome がある場合にも、F・Z が良い適応と考えられた。

6) Progressive stroke で発症した medullary AVM の1例

高井 信行・江塚 勇 (新潟労災病院)
田村 亨・山下 慎也 (脳神経外科)
米岡有一郎 (新潟大学)
(脳神経外科)

The report describes a rare case of arteriovenous malformation composed of medullary vessels alone (medullary AVM). It was presented with progressive neurological deficit. The diagnosis was made on the basis of finding of the follow-up angiography and magnetic resonance images. The patient was discharged after eighty-four days of onset without remarkable symptoms in spite of cerebral infarction resulted from the occlusion of the AVM. Major contribution to the symptoms was considered vasogenic edema.

7) 虚血発作を繰り返した幼児モヤモヤ病の1例

森 修一・神澤 孝夫 (水戸済生会総合)
新保 義勝・早野 信也 (病院脳神経外科)

症例は、1才4か月男児。平成6年9月中旬、号泣後に一過性の四肢脱力出現。その後歩行時に右上下肢脱力を繰り返すようになった。CT で左前頭に脳梗塞を認めた。脳血管撮影では、左側：3期、右側：1期(鈴木の期相分類)のモヤモヤ病であった。発症2か月後、左側に EMS+EGS (2ヶ所)を行った。術後抗血小板療法も併用したが、右上下肢麻痺(TIA-RIND)を繰り返した。CT 上左大脳半球は進行性の脳萎縮を呈した。平成7年3月下旬、左上下肢麻痺(RIND)出現。脳血管撮影で、左側：4期、右側：2期と病期の進行がみられた。左側では外頸動脈系からの血流はわずかであった。4月上旬、右上下肢麻痺(Stroke)となった。4月18日、右側に STA-MCA anastomosis+EMS+EGS (3ヶ所)を施行し、左側に EGS (2ヶ所)を追加した。5月上旬にも左上下肢麻痺(RIND)をきたした。発症後8か月後の脳血管撮影では、右側では、anastomosis は patent であり、EMS, EGS からの側副血行路も形成されてきているが、左側では、病期はさらに進行し、外頸動脈系からの血流はほとんどみられない。現在右上下肢麻痺は改善傾向で、介助での歩行が可能であり、言語機能はほぼ正常発育である。

小児モヤモヤ病では、脳の成長期にある低年齢児ほど高い脳代謝に見合う高い脳血流量が要求されており、また、幼少児例では年長児に比べて脳主幹動脈の閉塞病変がより高度・広範囲に起こり、かつ急速に進行するため十分な側副血行路が得られぬままに非可逆的な脳乏血状態に陥るためとされており、ことに2才未満発症児では予後不良例が多い。幼児モヤモヤ病においても、間接的血行再建術のみでなく、できうる限り、直接的血行再建術としての STA-MCA anastomosis を併用すべきと考えられる。