

帯～上肢の脱力・筋萎縮と両上肢・軀幹の知覚障害を訴えて来院。神経学的には、腱反射は両側共上肢低下・下肢亢進、温痛覚は両側 C<sub>3</sub>～Th<sub>12</sub> で低下。MRI で Chiari Malformation I と C<sub>1</sub>～Th<sub>11</sub> で Syrinx を確認。高度の筋萎縮のため支持性を考え、手術は C<sub>6,7</sub> 右半側椎弓切除術を行い REZ で S-S Shunt 施行。術後症状の改善は見られないが進行は無し。2 例目は男性で30才頃右肩のしびれで始まり、39才で右上肢の温度覚障害と脱力を訴えて来院。神経症状は、両側共腱反射は上肢で低下・下肢で亢進、顔面右半・右 C<sub>2</sub>～L<sub>1,2</sub>・左 C<sub>3</sub>～C<sub>4</sub> で温痛覚は低下。MRI で Chiari Malformation I, C<sub>1</sub>～Th<sub>11</sub> の Syrinx。後頭下開頭に C<sub>1,2,3</sub> 椎弓切除術を加え、大孔部減圧と右 C<sub>4</sub>REZ で S-S Shunt を施行。術後は右上肢温度覚と脱力は軽快。3 例目は男性で26才の転落事故後 Th<sub>5</sub> 横断症状が続いていたが、35才で右上肢知覚障害、39才左上肢脱力も加わり40才で初診。MRI で C<sub>1</sub>～Th の Syrinx。手術は Th<sub>1,2</sub> 椎弓切除を行い、正中で S-S Shunt を施行。術後しびれは軽快。〔考案・結語〕Chiari 奇形の脊髓空洞症が Magendie 孔の間歇性閉塞に因り生ずるものならば、Magendie 孔の開放と S-S Shunt の組み合わせが根治的手術ということになる。この点からすると、1 例目で行った手術には問題が残る。外傷性対麻痺に遅発性進行性に向上性脱落症状が加わってきた3 例目では、症状の進行を止める目的で Cyst 開放を行った。この症例ではクモ膜と脊髄は癒着していたために、空洞硬膜下シャントに終わっている。本症例では Cyst からのシャントがいつまで機能してくれるか、という点についても疑問は残る。

2) 舌咽神経痛に対する microvascular decompression

小林 啓志・岸田 興治 (信楽園病院) 脳神経外科  
皆川 信

3) PTA of the carotid artery

小林 士郎・中澤 省三 (日本医科大学) 脳神経外科  
Fong Y. Tsai (ミズーリ大学) カンザスシティ校

4) 脳動脈瘤術中破裂例

大塚 顕 (長野赤十字病院脳神経外科)

これ迄に演者が経験した脳動脈瘤術中破裂例の中から3 例を紹介し、手術手技や動脈瘤の性質、術中の対処の

方法、反省点などについて述べてみたい。

症例 1, 67才女性。

頭痛を主訴として近医受診。CT にて脳動脈瘤を疑われ当科に入院。CAG にて両側 ICPC 動脈瘤を認めた。先ず右 ICPC の大きな未破裂動脈瘤のクリッピングを行なった。1 ヶ月後左 ICPC 動脈瘤に対して手術を行ったが、動脈瘤柄部を充分に剝離する前に IC からの枝と思われる所からの出血があり、その止血操作中に更に血管の損傷を来たし、止むなく IC の Trapping を行う結果となった。術後一時的に意識障害、失語などがみられたが、幸いにもよく改善し日常生活に支障ない迄になった。この例では対側からの血液が充分であった為と考える。

症例 2, 69才女性。

左 ICPC 動脈瘤で G II, Day O で手術、クリップをかけた瞬間 Dome 附近から出血を来たした。IC に temporary clip をおいて出血をコントロールしながら柄部にクリップをかけた。術後経過は良好であった。Dome が癒着している場合にありがちなことで、破裂をみた場合は短時間の Trapping で完全な neck clipping が可能であるので、落ちついて手術操作をすすめることが大切である。

症例 3, 59才女性。

右 IC dorsal 動脈瘤で、あらかじめ破裂を予想して頸部内頸動脈を露出しておいて直達手術を行ったが、予想通りクリップをかけた瞬間破裂した。頸動脈を閉じても十分な出血のコントロールは不能で結局 Trapping によりハイフェッツの円筒型のクリップをかけた。術後 CAG 上も臨床的にも良好な結果を得た。

この部の動脈瘤に対しては破裂を充分予測して手術にのぞむべきである。円筒型のクリップが有効であり、常に2, 3の種類のサイズのものを用意しておくべきである。

5) BA-SCA aneurysm の 1 例

佐々木 修・小泉 幸孝 (桑名病院) 脳神経外科

6) 後頭蓋高多発性脳動脈瘤 (BA top and VA-PICA) の 1 例

土田 正・黒木 瑞雄  
齊藤 明彦・高橋 祥 (新潟県立中央病院) 脳神経外科  
森 宏

椎骨脳底動脈系の破裂脳動脈瘤によるくも膜下出血

(SAH) は全体の5~6%を占めるといわれ、4 vessels study が盛んに行なわれるようになった今日では、稀れなものではなくなっている。しかしこの椎骨脳底動脈系に2個以上の脳動脈瘤が多発したという報告は稀れである。我々はSAHで発症し、脳底動脈頂部(BA-top)と椎骨動脈・後下小脳動脈分岐部(VA-PICA)に2個の脳動脈瘤が発見され、両者ともclipping手術を行なった例を経験したので、ビデオにて供覧する。

症例は59才、男性。10年前から高血圧症にて服薬中。6日前に風呂から上がろうとして急にめまい、頭痛出現、近医にて鎮痛剤投与と受けるも頭痛とれず、昭和63年6月4日当科初診。神経学的異常なし。5日後再来、腰椎穿刺にて、xanthochromic CSFを確認、入院。CTでは痕跡程度のSAHあり。脳血管撮影にて、脳底動脈頂部に上方向きやや左後方に傾く大きなsaccular aneurysm発見された。入院時既にday 10であったので、待期手術とし6月28日、右前頭側頭開頭術、pterional approachにて、clipping手術を行なった。手術はsylvius裂を末梢より広く開放し、ICからMC、ACを十分剝離し、ICの内及び外側から、BAに到達し、この中枢端を確保した。次いで左のSCA、PC、右のSCA、PCさらにP<sub>1</sub>からでているperforatorを十分剝離したのち、幅広の動脈瘤柄部に、21mmのlong straight clip(杉田式)をかけた。clipは1回でうまくかかった。術後経過良好、10日目の術後VAGで、complete clipping確認。更にIt VA-PICA分岐部に上向き小さな動脈瘤発見。7月19日右側臥位、左一側後頭下開頭術を行い、この非破裂脳動脈瘤をclippingした。患者は後遺症残さず、12日後に退院した。

当科開設以来6年間に174例の破裂脳動脈瘤によるSAHを経験した。このうち17例(9.8%)が椎骨脳底動脈系のものであったが、後頭蓋窩に2個あったのは本例のみであった。

#### 7) 予期し得なかった脳動脈瘤クリッピングの3例

早野 信也・井瀨 安雄 (水戸済生会総合病院脳神経外科)  
妻沼 到

動脈瘤クリッピングのPitfallについては色々と論じ

られ、貴重な経験が数多く報告されている。最近我々も予期し得なかった症例を経験したのでここにその3例を報告する。

症例1. 69才女性。3日前に発症、入院時はH&KのG-3、CTでは前頭部大脳縦裂にのみ高吸収域が認められた。脳血管写では左M-1末梢部に小動脈瘤が認められたが、脳血管れん縮の所見はどこにもなかった。翌日の手術で破裂の所見はなかったが、M-1動脈瘤のクリッピングを行い、次いで前交通動脈部を調べた。同部に大きな動脈瘤が癒着した組織と凝血の中に認められた。剝離の途中で動脈瘤が破裂し、両側A-1に一時的にクリッピングをかけ次いで動脈瘤頸部クリッピングを行った。

症例2. 62才男性。3年前の1月17日にくも膜下出血発症。G-3で前交通動脈瘤クリッピングを施行、術後血管写で完全クリッピングを証明、元気に退院した。本年2月再びくも膜下出血を来し来院した。G-4で、CT上脳室内出血、水頭症、左前角内側部出血が認められた。脳室ドレナージでJCS=2にまで改善、15日後手術施行。初回クリップに接して左A-2起始部から内上方に向かう動脈瘤を認めL型有窓クリップでクリッピングを行った。

症例3. 54才男性。発症当日独歩来院。G-1. 血管写で前交通動脈瘤を発見、翌日手術施行し、直状クリップで頸部クリッピングを行った。脳ペラを除く時、クリップ頭部が脳実質により強く押され倒れ、クリップのスリップアウトが予想されたため、TeflonfeltとBiobondを用いて固定した。しかし、翌日の血管写でクリップのスリップアウトが認められ、直ちに再手術、屈曲型クリップにてクリッピングに成功した。

症例1には尚、解決方法を知らない。症例2は頸部の一部が残っていたと思われ、症例3はクリップ頭部の押され方にも注意が必要と思われた。

#### 8) 当科における高齢者破裂脳動脈瘤の手術

青木 広市・倉島 昭彦 (長岡中央総合病院脳神経外科)  
中川 忠