

前の Conventional CAG で AVM を認めるも、手術不可能として抗痙攣剤を投与してきた。1989年12月14日クモ膜下出血を来し、回転立体撮影にて手術の可能性を見出した。流入動脈のクリッピング26日後に摘出術を施行した。AVM が極く一部残存あるまま、最後に併発した左 ICA 動脈瘤をクリッピングを行い閉鎖し、39日後に独歩退院した。本症例には、対側右 ICA 動脈瘤があったが、その dome 部から前脈絡動脈が出ていた。

結論：術中の回転立体撮影 DSA 装置と、X線透過性手術器具の製作が急務である。本症例に、右 ICA 動脈瘤の処置と残存 AVM 摘出の要否に付き、ご意見を頂きたい。

1B-28) Radial artery graft による STA-ACA bypass の 2 例

- 山内 亨 (釧路労災病院 脳神経外科)
- 瀧川 修吾・上山 博康 (北海道大学 脳神経外科)
- 阿部 弘 (北海道脳神経外科 記念病院)
- 三森 研自 (北海道脳神経外科 記念病院)
- 馬淵 正二 (溪和会江別病院 脳神経外科)

今回我々は、両側前大脳動脈領域の脳血流不全が認められる二症例に対し、Radial artery graft を用いた前大脳動脈血行再建術を施行したので、その手術手技をビデオにて供覧する。症例1は63歳、男性。脳血管撮影にて右内頸動脈終末部閉塞、左前大脳動脈(A₁)高度狭窄を認め、SPECTにて右内頸動脈領域の広汎な脳血流量低下及び脳循環予備能の著しい低下を認めた。症例2は53歳、女性。脳血管撮影にて右中大脳動脈高度狭窄を認め、前大脳動脈は両側とも、起始部より造影を認めなかった。SPECTでは右内頸動脈領域の広汎な脳血流量低下及び両側前大脳動脈領域の脳循環予備能の低下を認めた。二例共、unilateral interhemispheric approachにて両側前大脳動脈を確保し、皮下を貫通、あるいは側頭筋切開を加えてRadial arteryを頭蓋内へ導入し、STA-RA-ACA bypassを施行した。また、二例共、前大脳動脈 bypass 部の中枢側に両側前大脳動脈間側々吻合を行い、両側前大脳動脈の血流を確保した。

1B-29) モヤモヤ病に合併した破裂脳動脈瘤の 2 手術例

- 佐藤 光夫・石井 完治 (福島県立医科大学 脳神経外科)
- 藤田 隆史・佐々木達也 (福島県立医科大学 脳神経外科)
- 後藤 健・児玉南海雄 (岩手県立中央病院 脳神経外科)
- 樋口 紘 (総合花巻病院 脳神経外科)
- 小暮 哲夫 (総合花巻病院 脳神経外科)

症例1は44才、女性。くも膜下出血にて発症した左内頸動脈瘤である。鈴木らのモヤモヤ病の病期分類で両側3期であった。急性期に左pterional approachにて手術を施行した。左前脈絡叢動脈分岐部に動脈瘤を認めクリッピングした。術後、脳槽灌流療法を施行し、脳血管攣縮の出現もなくADL1で退院した。症例2は35才、男性。くも膜下出血にて発症した多発性脳底動脈瘤である。モヤモヤ病の病期分類は両側3期であった。慢性期に左subtemporal approachにて手術を施行した。脳底動脈分岐部の位置は後床突起よりも低く、テントに切開を加え術野を拡大した。脳底動脈末端部および上小脳動脈分岐部動脈瘤を認め両方ともクリッピングした。術後経過は良好で、ADL1で退院した。モヤモヤ病に合併する脳動脈瘤はこれまでかなり多くの報告があるが、文献的考察も加えビデオ供覧し報告する。

1B-30) Bipolar Coagulation により処理し得た脳底動脈瘤

- 田中 輝彦・中村 公明 (青森県立中央病院 脳神経外科)
- 齋藤 和子・藤本 俊一 (青森県立中央病院 脳神経外科)

脳底動脈瘤の直接手術に際し、最大の問題点は、どのアプローチを取っても動脈瘤の反対側を直視する事が出来ず、周辺動脈や穿通枝の確認が困難な点である。特に動脈瘤がある程度以上に大きくなるとこの困難さは一層増大する。動脈瘤が大きく、且瘤壁が固いときは別な方法を考えねばならないが、瘤壁が薄い場合には双極止血器による動脈瘤焼縮(bipolar coagulation)の適応がある。我々は通常天膜上動脈瘤についても本法を使用しているが、今回は脳底動脈瘤の実際例について、ビデオによりその方法を供覧する。

症例はSAHで発症した53才の主婦、発症2日目、Grade 1、脳底動脈の左PCAとSCAの間に存在した13×8×8mmの動脈瘤である。左側頭下アプローチ、天膜を切開する事なく、bipolar coagulationにより動脈瘤を縮小させ、十分に周囲を確認してから柄部クリッピングを行った。術後経過は良好であった。