

術後消化管出血が生じ、これにより1例が死亡した。脳動脈瘤では69例中28例で死亡例は2例であった。シメチジン投与により、脳出血では重症消化管出血が脳動脈瘤では軽症・重症ともに、有意に減少した。脳出血の血腫量と術後消化管出血との間には相関を認めなかった。脳動脈瘤術後の症候性脳血管攣縮と消化管出血の間には有意な相関を認めた。消化管出血の発生時期は脳出血・脳動脈瘤とも術後2~3日にピークを示したが、後者では術後3週間にわたり発生する傾向を認めた。これには、脳血管攣縮による病態の悪化が関与していると考えられ、脳動脈瘤術後にはこの期間を含め、シメチジンを投与する必要があると思われた。

74. 顔面痙攣に対する減圧術後合併症 —硬膜外腔気腫の2治験例—

畑中 光昭・木村 正英 (十和田市立中央
病院脳神経外科)

顔面痙攣に対する減圧術後の種々合併症が報告されているが、今回、我々が行った43例の Neurovascular decompression の術後硬膜外腔に空気が貯留して症状の発現のみられた2症例を経験した。症状は1)術部の緊迫感、2)頸捻転、頭位変換時の異常音、3)自声反響及び自声強勢を訴え、同症状の増強、6ヶ月の長期にわたるCT所見での空気残留、症状の残存を呈した。同症例に対して、術部を再開創し、Mastoid air sinusとの関連性(空気流入口の探索等)を求めたが確認できなかったが、同部の壁の搔把と人工骨弁による気腫腔の充填で症状の消失をみた。

Mastoid air sinus の手術による開放、露出からの合併症は滲出性中耳炎、髄液鼻漏などの報告はあるが、本2症例の如き合併症はまれなものと思われ、報告する。

75. 前交通動脈瘤に対する Basal Interhemispheric Approach

安井 信之・大田 英則 (秋田県立脳血管
鈴木 明文 (研究所脳神経外科))

前交通動脈瘤に対し、伊藤の anterior interhemispheric approach を行って来たが、この方法においても半球間裂の arachnoid trabucula で癒着した部の剝離範囲は少ない。そこで、arachnoid trabucula による癒着部の剝離範囲をより少なく approach ができる様に第3脳室前半部腫瘍に対して考えた Basal Interhemispheric Approach を前交通動脈瘤と対して応用した。開頭は両側前頭開頭に両側眼窩内側上壁から鼻根

部を含む開頭を追加、より下方より半球裂を直接動脈瘤の方向へ剝離する事により、剝離範囲を更に少なく、かつ脳圧排も少くして動脈瘤部への到達が可能であった。

現在迄に10例の前交通動脈瘤に対してこの方法を行い、全例問題なくクリッピングが行なわれ、感染例は1例もなく、美容上も問題を認めなかった。

76. 第3脳室經由で到達した高位脳底動脈瘤の1例

佐々木達也・佐藤 昌宏 (福島県立医科大学)
山野辺邦美・後藤 健 (脳神経外科)
児玉南海雄
倉島 康夫・菊池 泰裕 (公立藤田総合病院)
脳神経外科

Megadolichobasilar anomaly を伴った脳底動脈末端部動脈瘤の手術は、subfrontal approach, pterional approach にも困難な場合が多い。

症例は62才女性、鞍背より24mmの megadolichobasilar anomaly を伴った脳底動脈末端部動脈瘤で第3脳室底部がすでに血腫により一部破壊されていた。手術は両側前頭開頭にて入り、interhemisphere を分け、lamina terminalis そして、一部破壊されていた第3脳室底前半部正中を開放して動脈瘤を処置した。術後軽度の電解質異常が出現したが、尿崩症、消化管出血、体温異常、食欲異常等の合併症や symptomatic spasm の出現もなく、現在意識レベルは2で運動麻痺もなく全身状態も良好である。

第3脳室底部がすでに破壊され、なおかつ高位脳底動脈瘤であるという場合の限定された approach と考えているが、megadolichobasilar anomaly を伴った脳底動脈末端部動脈瘤を、interhemispheric trans lamina terminalis approach にて処置した症例につき報告した。

77. Mannitol, Vit-E, Dexamethasone 併用投与下に柄部切除、端々吻合を行った頸部内頸動脈瘤の1例

渡辺 孝男・村石 健治 (米沢市立病院)
脳神経外科

症例は53才、男性。突然の意識消失と左片麻痺で発症。精査にて起始部より約35mm末梢に発生した右頸部内頸動脈瘤(外径約50×40×50mm、内腔約15×15×30mm)を原因とする脳塞栓と判明した。1984年10月31日、Mannitol, Vit-E, Dexamethasone 併用投与下に動脈瘤柄部を含む内頸動脈約10mmとその周囲の血

栓にて肥厚した動脈瘤壁の一部を切除し、内頸動脈断端を端々吻合した。動脈瘤は頭蓋底に伸展し癒着が強く、術野が狭く、吻合時内シャント使用は不可能で、頸動脈遮断は初回143分、次いで96分の血行再開をはさみ第2回目14分に及んだ。本症例では右後交通動脈無形成、左前大脳動脈 A₁ 部の低形成など側副血行路の発達が悪かったが、術後、神経症状、CT 所見の悪化は認められなかった。血管写にて吻合部の開存も確認され、術後20日目に退院、社会復帰した。病理所見では、動脈瘤は動脈硬化性のものと診断された。

78. 中大脳動脈紡錘状動脈瘤の切除例

加藤 正哉・今田 隆一 (公立気仙沼総合病院脳神経外科)
鈴木 晋介

症例は59才の女性で、突然に発症した口唇部周囲のしびれ感と頭痛を主訴に来院。CT にて右視床出血の診断、入院加療中偶然に、右 Sylvius 裂後端部の CT 上異常高吸収域を認め、脳血管写にて右中大脳動脈 M₃ segment に局限した全長 3cm にわたる紡錘状動脈瘤を発見した。Clipping は不可能と考え、同部を trapping の後に摘出し、同時に STA-MCA 吻合術を施行して末梢の血流を温存した。術後神経脱落症状を認めず、摘出標本の病理学的検索では著しい動脈硬化の所見を認め動脈硬化性の紡錘状動脈瘤の診断を得た。

動脈硬化性の紡錘状動脈瘤が、中大脳動脈末梢に局限して発症する事は稀と考え報告した。

79. Drake's tourniquet を利用した紡錘状巨大中大脳動脈瘤の一治験例

皆河 崇志・石井 鎌二 (新潟大学脳研究所)
横山 元晴・小池 哲雄 (脳神経外科)
佐々木 修・田中 隆一
宮沢 登・渡辺 達雄 (竹田総合病院)
相場 豊隆・倉島 昭彦 (脳神経外科)

紡錘状巨大中大脳動脈瘤を Drake's tourniquet で治療した一例を報告した。

症例は27才女性。突然激しい頭痛を訴え、精査の結果左 MCA 水平部に紡錘状の巨大動脈瘤を認めた。clipping は不可能と考え、vein graft を用いた CCA-MCA bypass を行い、M₁ 起始部には tourniquet を設置した。翌日覚醒状態で、tourniquet により M₁ 起始部を狭窄せしめた。症状は出現せず、26日後の CT で動脈瘤の血栓化を認め、2ヶ月後の血管撮影では狭窄部が完全閉塞していた。

Drake's tourniquet による動脈瘤の proximal liga-

tion は、覚醒下で施行できる為症状が出現すれば閉塞をいつでも解除でき、完全閉塞を避けたい場合は不完全閉塞にとどめることも可能である。

本法は、直達手術が不能な脳底動脈や中大脳動脈の治療法として有用と思われた。

80. Copper wire による巨大脳動脈瘤の治療経験

柿沼 健一・鎌田 健一 (桑名病院)
竹内 茂和・大杉 繁昭 (脳神経外科)
小池 哲雄・新井 弘之

術中 clipping が不可能と判断された巨大脳動脈瘤に対し copper wire を挿入することで血管撮影上完全に消失させた二例を報告した。症例は二例共に未破裂中大脳動脈分岐部巨大動脈瘤で、動脈瘤からの emboli によると思われる小梗塞を呈していた。手術は 2/1,000inch の copper wire を neck 近傍の肥厚動脈瘤壁より 3mm 挿入した。術直後の CT で既に血栓形成が認められ、翌日の血管撮影では動脈瘤が造影されなくなっていた。

本法は、合併症として術中の embolism や branch の閉塞などの問題はありますが、この点を考慮すれば技術的にも動脈瘤の一部が露出されるだけで wire 挿入が可能であり、出血及び embolism 防止にも有効と思われる、今後試みられるべき方法と考えられる。

81. 脳内血腫を合併した破裂前交通動脈瘤

西沢 義彦・土肥 守 (岩手医科大学)
斉木 巖・金谷 春之 (脳神経外科)

破裂脳動脈瘤の脳内血腫合併例は急性期直達手術の適応とされているが、我々が経験した発作後48時間以内の直達手術157例(前大脳動脈瘤58例)の検討では中大脳動脈破裂例を除ききわめて予後不良である。前交通動脈瘤破裂で透明中隔部に血腫をみとめる例では、入院時重症度分類が比較的軽度にもかかわらず術後7~10日に強度の vasospasm により、bifrontal に typical な LDA が出現し、高度の精神障害、両下肢の diplegia を残すものから hypothalamus の虚血による尿崩症や ICP 上昇による acute brain swelling により死の転帰をとるものがある。これは透明中隔部の血腫が原因であり、除去には pterional approach や small craniotomy interhemispheric approach では困難であり、bifrontal approach で、透明中隔部及び basal cistern の可及的血腫除去が必要となる。今回は脳内血腫を合併した前交通脳動脈瘤に対する我々の治療方針を中心に報告する。