

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 に限局した全長 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、中大脳動脈末梢に限局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。