
 学 会 記 事

第 69 回新潟脳神経外科懇話会

日 時 平成 28 年 12 月 10 日 (土)
午後 1 時 30 分～5 時 45 分
会 場 新潟大学統合脳機能研究センター
6F セミナーホール

I. 一 般 演 題

1 脳室内出血で発症した非典型 A1 穿通枝動脈瘤の手術例

安藤 和弘・佐藤 洋輔・勝部 志郎
柿沼 健一

新潟労災病院 脳神経外科

穿通枝末梢部に発生する脳動脈瘤は非常に稀である。今回、我々は脳室内出血で発症した非典型 A1 穿通枝動脈瘤の 1 例に対して経脳溝経脳室アプローチで手術を行ったので報告する。

症例は 61 歳の女性。突然の頭痛で発症し、CT で脳室内出血を認めた。初回の脳血管造影撮影では動脈瘤などの異常は認められず、高血圧性脳室内出血として保存的加療から開始した。第 3 病日に再出血を来したため、MRI/A を施行したが出血源は同定できなかった。しかし、第 12 病日の MRI で右側脳室壁から脳室内へ突出する占拠性病変を認めたため、再び脳血管造影撮影を行ったところ、右 A1 穿通枝末梢部に動脈瘤を認めた。同病変が出血源である可能性が高く、また継時的に拡大傾向を呈していることから再出血の危険性が高いと判断し、第 26 病日に手術を行った。右上前頭溝が右前角と近接していたため、同脳溝を展開し、前角を経由して動脈瘤へアプローチし、親動脈を clip ligation 後に動脈瘤を切除した。術後は神経脱落症状なく第 48 病日に独歩退院し

た。本病変は内側レンズ核線条体動脈末梢部に発生した動脈瘤であり、右側脳室内に突出していたため脳室内出血を来したものと考えられる。経脳溝経脳室アプローチは脳実質の損傷を最小限とし、良好な術野の展開も可能であることから、本症例の様に脳溝と脳室が近接している場合は、特に優れた手術アプローチであると思われる。

2 巨大血栓化後大脳動脈瘤の 1 治療例

齋藤 祥二・源甲斐信行・阿部 博史

立川総合病院 循環器・脳血管センター
脳神経外科

【緒言】後大脳動脈瘤は脳動脈瘤の中では比較的稀で、紡錘状や解離性の動脈瘤の頻度が多く、治療に難渋することも少なくない。巨大血栓化脳動脈瘤は mass effect で症候化することが多く、増大や破裂により転帰は不良。また、治療については合併症率や再発率の高さが報告されている。今回、我々は巨大血栓化後大脳動脈瘤の 1 治療例を経験したので報告する。

症例は 82 歳、男性。意識障害で発症。精査で右 P2P3 部に 45 * 42 mm 大の部分血栓化後大脳動脈瘤を認めた。後大脳動脈自体が紡錘状に拡張し、一部が大きく嚢状化。周囲には脳浮腫を伴っていた。これが意識障害の原因と考えられ、mass effect 軽減による症状改善を目的として internal trapping を実施。術後左片麻痺、左半身の感覚障害を認め、視床背内側、後頭葉内側に梗塞を合併。しかし、動脈瘤の血栓化、縮小とともに意識障害は改善が得られた。

【考察】後大脳動脈瘤は病態が多彩で紡錘状となることが多く、巨大動脈瘤も他部位と比較して頻度が多いため、様々な治療戦略が試みられている。本症例は mass effect 解除を主目的としていたため血管内治療による internal trapping を行い、術後 mass effect は軽減し、意識障害の改善が得られた。後大脳動脈の遮断については良好な転帰を辿る報告が多いが、本症例では脳梗塞を合併した。視床背内側についてはマイクロカテーテル操

作に伴う穿通枝閉塞，後頭葉内側については遮断部遠位の皮質枝血栓化が疑われた。今後脳梗塞合併回避のための抗血栓療法や昇圧療法等の周術期管理について知見の集積が期待される。

3 頭痛を伴わず脳血管攣縮で発症したくも膜下出血の1例

本間 順平・村上 博淳・川崎 昭一

佐渡総合病院 脳神経外科

くも膜下出血は一般的に突発する頭痛や吐き気，意識障害などで発症する事が多い。時に症状が軽微な事もあるが，そういった症例は血腫量が少ない事が多く脳血管攣縮を起こす事は稀である。又，くも膜下出血に合併する脳血管攣縮は通常血腫量が多い程起こりやすいため重症例に多くみられ，脳血管攣縮期においては極期の前後で著しい頭痛がみられる事が一般的である。この度我々はくも膜下出血の発症に本人が気付かず，脳血管攣縮による脳梗塞の症状にて発症した破裂脳動脈瘤によるくも膜下出血の1例を経験したので報告する。

症例は68歳，男性。受診の3日前から喋りにくさと歩きにくさを自覚していた。偶然訪問した来客が本人の様子がおかしい事に気づき救急要請して搬送された。来院時は意識清明，見当識正常，軽度右半身麻痺，軽度換語困難を認めた。頭部CTにて左大脳弓隆部に限局する僅かなくも膜下出血を認めた。MRIにて同部のくも膜下出血に加え左頭頂白質に梗塞巣と思われるDWI高信号を認め，MRAにて左M1-ATA分岐部に動脈瘤，両側前大脳動脈及び両側中大脳動脈に血管攣縮と思われるびまん性散在性の血管狭窄を認めた。受診時及びそれ以前に頭痛は自覚されていない。動脈瘤の破裂によるくも膜下出血，脳血管攣縮期と診断し入院5日目にコイル塞栓術を施行した。術後髄液ドレナージは行わなかったが頭痛や食欲の低下もみられず17日目に独歩で自宅退院された。退院直前のMRIでは梗塞巣の増加拡大はみられず脳血管攣縮は改善していた。当症例にお

いては初診時CTで脳底槽や対側弓隆部，大脳半球館裂には血腫はみられなかったにもかかわらず広範に脳血管攣縮がみられ，最初の破裂から時間が経っている事が推測された。頭痛を来さない程度の症例で脳血管攣縮が起こり，また脳血管攣縮に伴う頭痛も見られなかった珍しい症例と言える。最近の報告においてminor leakでも繰り返し起こる事で脳血管攣縮を起こしやすくなる可能性が示唆されている。これを含め若干の文献的考察を加えて報告する。

4 developmental venous anomaly (DVA) を合併した小脳海綿状血管腫の2例

遠藤 深・西野 和彦・佐藤 裕之
 洪間 啓・小泉 孝幸

一般財団法人竹田総合病院 脳神経外科

海綿状血管腫(CA)とdevelopmental venous anomaly(DVA)の合併(CA with DVA)は，最も多いmixed vasucular malformationであり，13～40%で合併すると報告されている。併存するDVAは機能的に正常脳の静脈路として役割を担うことから，CA with DVAに対する外科的治療においては，DVAに配慮した手術戦略とこれを温存することが求められる。今回我々は出血で発症した小脳CA with DVAに対し手術を行った2症例を経験した。

1例目は52才，女性。2003年に小脳虫部出血を初発し保存的加療を行っていた。2015年1/12に2回目の小脳虫部出血を発症。出血源と思われるCA with DVAに対し，手術加療を提示したが本人，家族の希望で保存的加療を選択し2ヶ月のリハビリを経てm-RS:1で自宅退院。しかし2016年9/223回目の小脳虫部出血を発症。手術を再度提示し同意が得られ11/12開頭術を施行した。

術前のMRIで血管腫はDVAの腹側に存在し，手術は硬膜切開後collector veinからのsuperficial drainage veinを確認しそれをmerkmalとし，navigationを併用することで血管腫へ到達する手順