

をとった。血管腫自体 fastigium よりも高い位置にあり深い術野となるも、血管腫剥離の際には常に静脈を確認し得たことで安全に摘出が可能であった。術後3週間のリハビリの後 m-RS : 2 で自宅退院した。

2例目は23才、女性。2014年7月めまい、嘔吐、複視にて発症。左小脳半球に出血を伴う CA with DVA を認めた。血管腫は1例目同様 DVA の腹側に存在したが、手術は左 cerebellomedullary fissure からまず血管腫に到達し血管腫摘出後 DVA を確認する方針とした。血管腫摘出後摘出腔の深部に拡張した medullary vein を確認し、これを意図的温存とし終了とした。術後7週間のリハビリの後 m-RS : 1 で自宅退院となった。

2症例とも併存する DVA に対し異なる立場で手術を行ったが、術後 MRI にて両者共 DVA の温存を確認し良好な転帰が得られた。

## 5 上小脳動脈遠位部動脈瘤の1例

青木 洋・齊藤 明彦・佐藤 大輔  
森田 健一・渡部 正俊・佐々木 修

新潟市民病院 脳神経外科

症例は60歳、女性。

【既往歴・家族歴】特になし。

【現病歴】9月10日朝家族に気分不快を訴え、15分後救急隊現着時に昏睡状態であった。近医脳神経外科へ搬送され、搬入時は JCS 300 であったが JCS 100 まで意識レベルが改善した。CT上、右小脳上方に脳内血腫を伴うくも膜下血腫を認め、当院に搬送となった。

【経過】翌日、脳血管撮影検査を施行し、右上小脳動脈の遠位部に動脈瘤を認めた。手術までに再出血は認めず、慢性期 (day 26) に occipital transtentorial approach (OTA) にて trapping を行った。術後の脳血管撮影検査では、温存されるべき血管が温存され、動脈瘤は消失していた。MRI 検査では、虚血性病変を認めなかった。術後4週間の時点で右小脳失調症状を残していたが、経口摂取と歩行訓練が可能となり、リハビリテーショ

ン目的に転院となった。

【考察とまとめ】上小脳動脈遠位部動脈瘤は全破裂脳動脈瘤の0.2%と非常に稀であるが、①若年発症が比較的多い。②解剖学的に上小脳動脈に anastomosis が豊富であり、その遠位部 trapping/proximal ligation による神経脱落症状は比較的稀である。③脳血管攣縮が起こりにくい。などの特徴により、比較的予後良好な経過をたどる症例の報告が渉猟される。本症例では、治療の時期 (急性期か慢性期か)、治療の方法 (直達術か血管内治療か)、手術アプローチ (subtemporal approach か OTA か) などに選択肢がある。手術アプローチに関しては、本症例のような cerebellomesencephalic segment の動脈瘤に対しては術野が広くとれる OTA が有用であると考えられた。急性期に血管内治療を行う方法も良い選択肢と考えられる。

## 6 段階的掛け替え手技でクリッピングを完遂した比較的大型の内頸動脈瘤の1例

米岡有一郎・関 泰弘・秋山 克彦

新潟大学地域医療教育センター  
魚沼基幹病院

【緒言】非巨大動脈瘤 (12-25mm) は、Clipping 可能な瘤も多いものの、随伴リスクは、通常瘤 (-12mm) より高いとされている (Surg Cereb Stroke (Jpn) 28: 357-361, 2000)。

【目的】比較的大型の破裂内頸動脈瘤を複数のクリップを用い、段階的・可及的に血管形成的にクリッピングしたので、術中ビデオを供覧しつつ症例を提示する。

【症例提示】79歳10か月、男性。ADL自立。もともと頭痛もち。2016/10/25 突然の頭痛後に、食欲不振。2016/10/27、前医にて頭部CTを撮影されるも帰宅。2016/10/29、頭部CT再検後に意識消失となり、当院救急外来へ搬入。頭部CTにて、薄いくも膜下出血を認めた。3D-CTAにて、最大径が13-14mmの比較的大型の左内頸動脈瘤を認めた。術前検討にて、①再破裂抑止のため