

性動脈瘤を生じたことである。仮性動脈瘤＝動脈解離ということに議論の余地はあるが、それを含め異なる3血管に短時間で解離性変化が生じた稀有な症例であると考えられる。過去に多発脳血管解離による多発脳梗塞の報告はあるものの、くも膜下出血併発の報告はみられなかった。鑑別に血管炎が考えられるが血液生化学的には陰性であった。

【結語】多発脳血管解離による多発脳梗塞およびくも膜下出血を呈した稀な症例を経験した。

5 ACA分枝をfeederとするfalx dAVFの1例

土屋 尚人・渋間 啓・金丸 優
梨本 岳雄・斎藤 隆史

長野赤十字病院 脳神経外科

6 未破裂脳動脈瘤に対するクリッピング術の手術成績

柿沼 健一・源甲斐信行・安藤 和弘
田村 智

新潟労災病院 脳神経外科

演者赴任以来の当科における治療成績を報告した。対象は1999年から今日に至る、全430個の動脈瘤：年平均25.3個（症例数では378例：年平均22.2例）で、平均年齢は、63.9±10.6歳、男女比は、35.1%：64.6%である。sizeはlarge 2.3%、giant 1.1%、その他が96.6%、approachは、pterional 90.5%、interhemispheric 7.1%、suboccipital 1.6%、extradural 0.8%、手術時間は、2時間以内9.5%、6時間以上1.6%、その中間が88.9%であった。手術結果は、MT：0.2%（脳塞栓症既往＋全身合併症）、permanent MD：4.6%、transient MD：2.1%であった。手技自体による悪化は、確認に難があるdistal arteryへのslip in 3例（large size、P2、VA-PICA）の他に、perforatorとvein damageがその主体を占めた。加えてanosmiaとhyglomaへの対策も必要であ

ると考えられ、これらに対する手術工夫の実際もvideoで供覧した。更には、脳卒中の既往を有する場合には、適応により慎重であるべきであろうことも強調した。

7 後期高齢者未破裂脳動脈瘤に対するコイル塞栓術

阿部 博史・神保 康志・高橋 陽彦

立川総合病院循環器・脳血管センター
脳神経外科

【目的】破裂脳動脈瘤の治療成績は高齢になるほど芳しくなく、コイル塞栓術を優先してきた当施設においても75歳以上後期高齢者の退院時mRS 0-2は38%であった。高齢者が増加する現状において未破裂のうちに治療をする選択も考慮される。そこで当施設における75歳以上未破裂脳動脈瘤に対するコイル塞栓術の成績を検討した。

【対象と方法】対象は2005～2015.10にコイル塞栓術を行った75歳以上未破裂脳動脈瘤62例（75-79歳：55例、80歳以上：7例）66個。破裂動脈瘤合併例は2例3個で急性期同時手術例は除いた。動脈瘤部位：IC 26個、ACA＋Aocm 17個、MCA 15個、VB 8個。動脈瘤size：～5mm 25個、5～10mm 28個、10～mm 13個。術前検査（心機能、腎機能、アプローチルート等）、投薬（原則DAPT）、周術期管理は通常の未破裂脳動脈瘤コイル塞栓術と同様であるが、全身管理をより慎重に行った。

【結果】アシストテクニック（AT）適用：47個（71%、DCT 31個、NP 15個、stent 1個）。塞栓率：CO 17個、NR 43個、BF 6個。術後MRI DWI陽性率：29/62例（47%）。合併症：術中出血3例、脳虚血症状3例、術後心不全1例。退院時症状残存：1例（1.6%、術中出血しその後広範な脳梗塞を来しmRS4）。追加塞栓：5例（1例は再増大しその後破裂死亡）。

【結論】高齢者のコイル塞栓では術後MRI DWI陽性率はやや高くなるが、アシストテクニックを

駆使し十分な塞栓より分枝の温存を優先しより慎重に術前検査や周術期管理を行うことで、通常の未破裂脳動脈瘤コイル塞栓術に劣らない結果が期待できる。従って高い破裂リスクが予測される未破裂脳動脈瘤に対して、平均余命も伸び元氣な高齢者が多くなった現状においては、破裂した場合の予後を考慮すると75歳以上でも十分にコイル塞栓術の適応はあると思われる。

8 ESUS (embolic strokes of undetermined source) について - 私見 -

小田 温・野澤 孝徳・小出 章

村上総合病院 脳神経外科

ESUSは2014年に神経内科医が主導するworking groupから提唱された新しい脳卒中概念である。TOAST分類にはラクナ梗塞、アテローム血栓症、心原性脳塞栓症に加え、血管解離や抗リン脂質抗体症候群といった特殊な原因による脳梗塞の他に原因のはっきりしない「潜在性脳卒中(cryptogenic stroke)」という病型が存在する。従来、潜在性脳卒中は各医療機関がどこまで検索するかにより基準が異なる除外診断であったが、ESUSは疾患定義のみならず、その診断に不可欠な検査も明示された。いっぽうで二次予防として抗血小板療法より抗凝固療法が優れていることが想定されており、ダビガトランとリバーロキサパンの2種のNOACで対アスピリンの優劣を証明すべくRCTが進行中である。現時点ではESUSに対するNOACの保険適応がないため、抗血小板剤かワーファリンを選択せざるを得ず、その判定材料としてESUSの必須検査から外されている大動脈の評価や潜在性発作性心房細動を発見するための血漿BNP値測定などが有用と考えられる。

9 小開頭で硬性鏡下に除去した外傷性硬膜下血腫の1例

加藤 俊一・小泉 孝幸・佐藤 裕之
遠藤 深・佐藤 大輔

竹田総合病院 脳神経外科

外傷性急性硬膜下血腫は、全頭部外傷の約1%を占め、外傷性頭蓋内血腫の30~40%と言われている。受傷機転は若年者では交通外傷、高齢者では日常動作中の転倒が多く、未だに高い致死率(50%[<])を有し、原則的な治療法は大開頭血腫除去術が行われる。65歳以上の高齢者急性硬膜下血腫の特徴は、非高齢者(65歳未満)に比べ致死率が高いこと、開頭術後の転帰が不良な事である。最近の神経内視鏡下での脳内血腫除去術の実績を踏まえて、高齢者に対しては低侵襲の小開頭・穿頭術が推奨されている。今回、高齢の患者に対して穿頭で硬性鏡下の硬膜下血腫除去を行った1例を経験したので呈示する。

症例は84歳、女性。主訴は自宅内での転倒による左前頭部打撲、応答不良、食思不良。既往歴に要介護の認知症。2015年9月18日に自宅内で転倒し左前頭部を打撲。9月20日より応答不良・食思低下があり、9月21日近医より当科へ紹介初診。JCS 1-3、軽度右片麻痺を認めた。頭部CTで厚さ2cmのsimple hematoma typeの左急性硬膜下血腫の所見。正中構造変位は3mmであった。ひとまず保存的に経過を見る方針で入院。入院翌日より右半身から全身にマーチする痙攣発作と39℃を越える発熱が頻発。また、経時的な硬膜下血腫の増大と正中構造変位の増悪を認めたため、10月6日に局所麻酔で穿頭にて硬性鏡下の硬膜下血腫除去術を無輸血で施行。術後、意識障害と失語症及び右片麻痺症状、痙攣、発熱は改善。現在、リハビリ目的に入院継続。

内視鏡下の急性硬膜下血腫除去術は、通常の大開頭術と比較し低侵襲で局麻下でも可能であり、高齢者や全麻手術のハイリスク例に適応となる。注意点としては、高度の頭蓋内圧亢進の除圧が困難である点、持続性の出血への止血に難点がある事、及び術中の鎮静維持が必要な事が挙げられ、