
 学 会 記 事

第 62 回新潟脳神経外科懇話会

日 時 平成 25 年 6 月 15 日 (土)
 午後 1 時～午後 6 時
 会 場 朱鷺メッセ 4F マリンホール

I. 一 般 演 題

 1 当院における STA - MCA bypass 術
 - 7 例の自験例と 3T MRI の活用など -

佐藤 圭輔・渡邊 秀明・源甲斐信行
 菊池 文平・柿沼 健一

新潟労災病院 脳神経外科

2 未破裂脳動脈瘤クリッピングの初期経験例

藤原 秀元・中里 真二・森田幸太郎
 近 貴志・渡邊 正人

桑名病院 脳神経外科

【はじめに】卒後 7 年目となり、専門医試験受験を控える立場となった。これまでに、破裂脳動脈瘤のクリッピングは術者として十数例経験してきたが、この度、未破裂脳動脈瘤クリッピングの機会を初めて得た。治療にはある一定のリスクを伴うが、特に未破裂脳動脈瘤では、合併症は許されたいものがある。自験例を提示し手術につき検討した。

【症例例示】58 歳、女性。既往に発作性心房細動があり、心原性脳塞栓症（左 M2 閉塞）にて失語症をきたし当科入院。その際、未破裂脳動脈瘤が発見された。mRS2 で退院後、治療を希望された。3D-CTA では Acom に前向きの囊状動脈瘤を認め、neck5.5mm, Dome5.4mm, 最大径

7.2mm であった。A1 は左が優位だが、右 A1 も発達していた。A2 は右に開いていた。瘤は比較的低位に位置し、bleb が neck 付近右側に存在していた。検討の結果、右前頭側頭開頭、pterional approach にてクリッピングの方針とした。（手術ビデオ共覧）術後 CT で、前交連右側に虚血巣が出現していた。DSA では、complete clipping であったが、右 A1 の一部で狭窄を認めた。同部の穿通枝障害による虚血巣が疑われた。特に明らかな障害は認めず、自宅退院した。

【考察】未破裂脳動脈瘤の治療リスクとしては、mortality は 0～1.6%、morbidity は 3.6～11.7% 程度と報告されている。UCAS II では、mRS で 2 以上低下の重大な合併症をきたした原因として、穿通枝障害（1.6%）、母血管閉塞（0.72%）、脳圧迫による障害（0.72%）、一時的血管閉塞（0.54%）、術中破裂（0.36%）が挙げられている。本症例では、右 A1 の確保が不十分かつ、同部の穿通枝障害をきたした。幸い重大な神経症状出現には至らなかったが、同様の手術操作が他部位に及んだ場合、重篤な障害をきたす可能性があった。その他に①未破裂の手術なのに術野に血が多い②sharp dissection が不十分③シルビウス裂の開放が不十分で前頭葉の牽引が強い④瘤周囲の剥離が粗雑⑤大脳縦裂の認識不足、などの反省点が挙げられた。上記およびご指摘いただいた点に十分留意し、今後より確実な手術を施行できるように研鑽を積んでいきたい。

3 妊娠 12 週で総頸動脈閉塞による脳梗塞を発症した 1 例

関 泰弘・秋山 克彦

県立小出病院 脳神経外科

症例は 38 才、女性。

【既往歴】不妊治療により 30 才で第 1 子出産。

【現病歴】不妊治療を再開し妊娠成立。妊娠 9 週で左上肢に一過性の脱力感を自覚（TIA）。妊娠 11 週で切迫流産と診断され止血剤投与を受けた。妊娠 12 週で構音障害、左片麻痺を生じて救急搬送された。