

例, 抗凝固もしくは抗血小板療法: 4例, 高脂血症: 3例, 糖尿病: 2例, 血小板減少: 1例) worst MMTが4以上の症例が保存的加療とされ, 2以下が手術加療とされた (worst MMT3の症例なし). 血腫の広がりには保存的加療群では3-5椎体であり, これは手術群の4-9椎体と比べ有意に狭かった ($p < 0.05$, unpaired t-test). worst MMTが4以上では全例症状消失, worst MMTが2以下の8例中3例が症状消失, 5例が症状改善を得たものの後遺症を認めた (mRS; 1: 2例, 2: 2例, 5: 1例). 特に worst MMT1の症例は全てに運動障害が後遺した.

【結語】発症年齢は比較的高齢で, かつ出血性素因となるような基礎疾患を有している症例が多かった. 術前 MMT4以上の症例は保存的加療で予後良好であり, 出血の広がりが有意に狭かった. 手術群も全例で症状消失もしくは改善を得ており適切な治療判断により比較的良好な予後が期待できるものと考えられた.

3 左大脳半球間裂アプローチも躊躇しない立場での前大脳動脈末梢部動脈瘤クリッピング術

菊池 文平・柿沼 健一・佐藤 圭輔
渡邊 秀明

新潟労災病院脳神経外科

前大脳動脈末梢部動脈瘤 distal anterior cerebral artery aneurysm (DACA An) のクリッピング術における IHA の進入側として左右いずれを選択するかについては再考の余地がある. 近年, 当施設では DACA An に対し片側開頭, distal approach を基本として早期に proximal control を得ることが容易となるように, 原則として dome 突出方向と反対側からの IHA を選択している.

【対象】2000年1月から2011年11月に当施設で開頭クリッピング術を行った破裂/未破裂 DACA An を後ろ向きに解析した.

【結果】対象期間中の開頭クリッピング術は522例. このうち DACA An は30例 (5.7%, 70.9 ± 8.5歳, 男/女 = 6/24, 破裂/未破裂 = 18/12, 動脈瘤 side : 右/左 = 10/20, Azygos

ACA : 5例) であった. IHA の進入側は右/左 = 16/14 であった. 冠状断面で動脈瘤の突出方向は外向き型 (同側前頭葉方向) が25%, 内向き型 (大脳半球間裂方向) が75%であった. 外向き型には対側 IHA で進入して proximal A2 をとらえ, 内向き型は同側 IHA より進入して前頭葉内側面と dome を剥離して proximal A2 をとらえた. 30例中, 破裂大型動脈瘤1例を除く29例で完全なクリッピングが行われ, premature rupture はなかった.

【考察】DACA An に対しては右 IHA が選択されることが一般的であるが, dome 突出方向と反対側から進入して脳を必要に応じて牽引すれば十分な clip space を確保することができ, dome 先端側の脳牽引や脳梁切開は不要である.

【結論】DACA An は左右に執着せずに dome 突出方向と反対側からの IHA を選択することによって安全なクリッピングが行える.

4 若年者破裂前交通動脈瘤の1手術例

長谷川 仁・渡邊 直人・中里 真二
本間 順平・渡邊 正人

桑名病院脳神経外科

【はじめに】若年者重症破裂前交通動脈瘤 (Acom AN) の1例を報告する.

症例は32歳, 男性. 突然の意識障害で発症. Acom AN 破裂による H&K grade IV の重症くも膜下出血と診断した. AN は Acom から上下に伸びるダンベル型であり, 親動脈は左 A1 優位, 右 A1 は無形成であった. A2 fork は右側に開いていた. 頭蓋内圧が極めて高いことが推測されたため, 外減圧を兼ねた右 pterional approach によるクリッピング術を選択, 施行した. 若年かつ重症のため著しい脳腫脹を来とし, シルビウス裂の剥離に難渋した. また, ダンベル型のために瘤近傍での左 A1 の確保が困難であり, 瘤を露出する前に左内頸動脈および同頂部, さらに左 A1 起始部を剥離して確保し, temporary clip 後に Acom complex を剥離してクリッピングを行った. 手技に伴う合併症はなく, 慢性期に脳血管造影で完全クリッピ