

手術を施行した。四肢の MEP と SSEP のモニタリング下に lateral suboccipital craniotomy and C1 laminecomy を行い、硬膜内で硬膜から流入する血管を一本ずつ一時的遮断をして約 10 分間モニタリングに変化がないことを確認して凝固切断した(計 5 本)。しかし硬膜からの血管を処理し終わっても脊髄表面の拡張した静脈は依然動脈血の色調であった。この為拡張した静脈の周囲を剥離していったところ脊髄表面からこの静脈に流入する動脈が認められた。この血管(計 5 本)を 1 本ずつ一時的遮断をしてモニタリングに変化がないことを確認したうえで凝固切断した。最後に脊髄鏡面の拡張した静脈を切除した。この拡張した血管の病理所見は AVM であった。術後の造影 CT で拡張した血管が一部残存している所見が認められたが、脳血管撮影では AVM の所見は消失していたため経過観察を行う方針とした。術後新たな神経症状の出現はなく、術前からの精神症状と右片麻痺も軽減し 10 月 21 日にリハビリ転院となった。

本例は dural AVF と perimedullary AVM の合併例と思われる。頭蓋内 AVM の約 15% に dural AVM と pial AVM の合併例があるとの報告があり、脊髄レベルにおいても画像上明らかでなくても dural AVF と pial AVM の合併の可能性を念頭に置く必要があると思われた。

7 内頸動脈—前脈絡叢動脈瘤に対するコイル塞栓術

阿部 博史・森田幸太郎・大野 秀子

高野 弘基*

立川綜合病院循環器・脳血管センター

脳神経外科

同 神経内科*

【目的】内頸動脈—前脈絡叢動脈瘤(IC-Ach An)において、その温存がポイントとなる前脈絡叢動脈(Ach A)は一般的に細く、そのためにクリッピングが選択されることが多い。当院は IC-Ach An に対しても当初からコイル塞栓術(coiling)を第一選択としてきた。その成績について報告す

る。

【対象と方法】対象は 2001 年からの 2011 年 7 月までに初回治療として coiling 行った脳動脈瘤 670 個のうちの IC-Ach An 22 個で、破裂 7 例(破裂瘤の 2.7%)、未破裂 15 例(未破裂瘤の 3.6%)である。An の大きさ：～5mm 13 例、5～10mm 9 例。Ach A の分岐：sac 13 例、neck 9 例。Neck の大きさ：broad 12 例、small 10 例。手術法：全麻下、Ach A の温存を最優先し、framing に原則 3D コイルを用い、2005 年以降 broad neck An にはアシストテクニック(AT)を適用。破裂例では術後腰椎ドレナージを留置し UK を 1～2 週間髄注。未破裂例では術前から原則抗血小板剤を 2 剤服用。

【結果】Ach A の温存：全例。AT 適用：13 例(60%、neck plasty 7 例、double catheter 例個)。合併症：2 例(術直後にアスピリンを使用し Ach A 領域に脳出血を生じた破裂例、軽度片麻痺来すも短期で回復した未破裂例)。追加 coiling：2 例(broad neck 瘤、破裂、未破裂 1 例ずつ)。退院時 GOS：GR 21 例、SD 1 例(前述脳出血合併例)。

【結論】IC-Ach An は、small size が多く sac から Ach A が分岐するものが半数以上にみられるが、coiling において、AT を慎重に適応し Angio 上の Ach A の温存を確実にを行い、未破裂動脈瘤においては抗血栓剤を適切に使用することで、Ach A に関する合併症を最小限にとどめ、それにより良好な成績が期待できる。

8 “Walk in SAH” の臨床的検討

田村 哲郎・齊藤 祥二・高尾 哲郎

富川 勝

県立中央病院脳神経外科

くも膜下出血(SAH)を見逃すと生命に関わるため極めて問題だが、それほどの病気でありながら発症後歩いて医療機関を受診する(Walk in SAH)ことがある。そのような患者について臨床的特徴を明らかにし、pit fall を避けることを考察した。

2004.1～2010.12 の 7 年で当科の全 SAH 患者