

【考察】外傷性内頸動脈前壁動脈瘤破裂の報告は極めて稀であるが、本例では clipping on wrapping にて良好な転帰がえられた。

3 虚血症状で発症した頭蓋内内頸動脈解離の2例

源甲斐信行・中里 真二・長谷川 仁

西川 太郎・渡邊 正人

桑名病院脳神経外科

【はじめに】頭蓋内内頸動脈解離は、椎骨脳底動脈と比べると稀な病態である。過去の文献でも、症例報告が主体で、多数例をまとめて検討した報告は少ない。今回、虚血症状で発症した頭蓋内内頸動脈解離の2例を経験したので、報告する。

〔症例1〕36歳、女性。脳卒中中の危険因子なし。外食より帰宅した際に、失語症と右麻痺に夫が気付き、当科紹介。MRIで、左内包に梗塞巣を、MRAで、左内頸動脈のC1-C2 portionに信号低下を認めた。アテローマ血栓性脳梗塞の診断で、抗凝固療法を開始。発症1週間後の血管撮影では、左C1-C2 portionにsegmentalな血管壁の不整と狭窄像を認め、dissectionと診断した。前脈絡叢動脈は、閉塞していた。その他、動脈硬化を示唆する所見は認めなかった。症状は改善傾向にあった。

発症1ヶ月後の血管撮影では、左C1-C2 portionの壁不整な狭窄像は、改善傾向にあり、また、前脈絡叢動脈は描出され、再開通を来していた。

〔症例2〕35歳、女性。脳卒中中の危険因子なし。軽度の頭痛の出現より2日後、突然の意識障害、失語症、右麻痺で発症、当科救急搬送。

MRIで、左尾状核を中心に梗塞巣を認め、MRAで、左C1 portionおよびA1起始部に信号低下を認めた。アテローマ血栓性脳梗塞の診断で、抗凝固療法を開始。発症1週間後のMRIで、基底核部の梗塞巣が拡大、側頭葉後方に新たな梗塞巣の出現を認めた。MRAで、左C1-C2 portionからA1およびM1にかけての信号低下を認めた。血管撮影では、C1-C2にslit上に見えるintimal flapを

認め、dissectionと診断した。発症1ヶ月後のMRAでは、上記所見は改善していた。

【結語】虚血症状で発症した頭蓋内内頸動脈解離の2例を報告した。急性期に抗凝固療法を行い、出血性合併症なく、神経症状の改善を来し退院した。

4 脳動脈瘤手術における経頭蓋MEPモニタリング

山下 慎也・佐々木 修・西野 和彦

中村 公彦・倉部 聡・三橋 大樹

小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

【はじめに】当科で施行してきた脳動脈瘤手術中経頭蓋MEPモニタリング例をまとめ、その特徴や有用性などについて考察した。

【対象と方法】2005年から2010年の間、当院にて脳動脈瘤クリッピング術中に経頭蓋MEPモニタリングを施行した64例。全例propofolとフェンタニルを併用した静脈麻酔下に手術を施行。C3、C4に刺激用スクリー電極を設置、経頭蓋電気刺激装置を用いて5連発病側陽極刺激を行った。記録電極は病側母指球、前腕筋、下肢筋に二対の針電極を刺入し導出した。健側上肢にも記録用針電極を設置し、その電極から波形が出ないように病側刺激電圧を調節した。

【結果】術中MEPモニタリングを施行した64例中、48例は波形に変化が無く、術直後の運動麻痺も認めなかった。またMEP波形変化を伴った16例中13例は術直後の麻痺を認めなかった。その16例全例で親血管の一時遮断あり、そのうち、遮断により波形変化を来したのは6例であった。遮断時間が長時間となると、波形が変化し、且つ術後に麻痺を来す例を認めた。クリッピング直後に波形変化を来した例が5例あり、全例ICA-CHO例であった。Clipping後MEP波形変化までに時間を要した例が3例あり、穿通枝の副側血行やクリップのねじれによる親動脈の狭窄などが疑われた。

【考察】経頭蓋MEPモニタリングを行う際に

は、脳幹刺激などの false negative を防ぐため、健側にも記録電極を置いて施行することが重要である。MEP 波形に変化を来した場合、速やかな遮断解除により波形は回復する事が多いが、親血管への一時遮断は極力短時間が望ましいと思われた。穿通枝、特に前脈絡動脈の血流不全監視という目的で、MEP モニタリングは大変有用であると考えられた。波形変化が遅れる例があることから、モニタリングは硬膜縫合終了時まで施行することが重要であると思われた。

5 Coronary-subclavian steal syndrome (CSSS) を呈した subclavian artery nearly occlusion に対し stent 留置を行った 1 例

熊谷 孝・野村 俊春・菅井 努
妻沼 到・井上 明・武田 憲夫
山形県立中央病院脳神経外科

Coronary-Subclavian Steal Syndrome (CSSS) とは、internal thoracic artery (ITA) を用いて冠動脈バイパス (CABG) が行われている患者において、ITA より近位部の subclavia または brachio-cephalic trunk に狭窄を生じ、ITA の reverse flow によって狭心症を来す病態である。症例は高血圧、糖尿病治療中で、2006.12 月に不安定狭心症に対し CABG (3 枝) を施行されている 72 歳男性。2007.1 月頸動脈エコー異常を指摘され当科紹介。NASCET/Vmax : 右 56.5 /127, 左 65.2/147 の頸部頸動脈狭窄と 30 % の左鎖骨下動脈狭窄を認め、いずれも無症候性病変にて経過観察した。その後頸動脈狭窄の進行あり、2008.11 月左頸動脈ステントを、2010.8 月右頸動脈ステント留置術を行った。8.11 早朝狭心症発作あり、9.2 循環器内科で施行の心カテで、左鎖骨下動脈が nearly occlusion に至り ITA-LAD の CABG が機能不全を生じていることが狭心症の原因と判明した。上肢血圧は右 150/70, 左 102/70 と有意左右差あり、狭心症再発防止、上肢および椎骨動脈血流の正常化を目的に、2010.10.19 左鎖骨下動脈ステントを行った。Brachial and transfemoral dual angiography で mapping をとり、brachial 経由で Agosal

XS 0.8 × 300cm を用いて lesion crossing。術前 3D-CTA による残存 lumen の位置確認と working angle の選定が有効であった。6F Ensnare で Agosal を把持して pull-through を完成させ、Submarine 3.5 × 30mm, 7 atm30 sec で predilatation を行った後 Express を誘導しようとするも、起始部の高度石灰化のため通過せず。Wire を 35-stiff wire に交換したのち Express7.0 × 37mm を挿入し 10atm, 30 sec にて留置した。術後狭窄は消失、ITA の順行性血流が回復し狭心症発作も消失し経過良好である。過去に CABG が行われている鎖骨下動脈狭窄患者においては、CSSS なる病態の出現も考え厳重な経過観察と治療適応の判断が必要と考えられた。

6 Trans-sylvian STA-SCA bypass 術の 2 例

小澤 常德***・倉部 聡**・青木 悟*
岡田 正康*・相場 豊隆**・本道 洋昭*
富山県立中央病院脳神経外科*
新潟県立新発田病院脳神経外科**

後方循環の hemodynamic infarction に対して我々が新たに開発した trans-sylvian STA-SCA bypass (本法) を施行した 2 例を報告する。

〔症例 1〕69 歳、男性。めまい発作後に呂律不良、右口角と右手のしびれの TIA 発作が頻発し、軽度右麻痺出現して入院。pons 左側に梗塞巣出現を認めた。DSA では右 VA の PICA end 閉塞と左 VA の V3 の高度狭窄を認めた。BA から右 SCA が造影されるが、両側 PCA と左 SCA は右 IC から PCoA を介して造影された。進行性の脳幹 hemodynamic infarction と判断して本法を施行した。

〔症例 2〕66 歳、男性。突然のめまいと左 Bruns' 眼振が出現して入院。左小脳と両側 PCA 領域に脳梗塞出現を認めた。MRA/DSA では、左 VA の PICA を含んだ閉塞と右 VA の V3 の高度狭窄を認めた。BA から両側 SCA は造影されたが両側 PCA の造影は緩徐で、両側の PCoA を介する血流は認められなかった。両側 PCA を含んだ後方循