

抄 録

第6回 信州脳神経外科研究会

日 時：平成21年9月11日（金）

場 所：ホテルブエナビスタ

一般演題

1 急性硬膜下血腫で発症した硬膜動静脈瘻の1例

相澤病院脳血管内治療センター

○佐々木哲郎, 佐藤 大輔, 長島 久
同 脳神経外科

藤井 雄, 北澤 和夫, 小林 茂昭
県立須坂病院脳神経外科

平山 周一

【目的】非外傷性急性硬膜下血腫で発症した硬膜動静脈瘻に対し、経動脈的塞栓術（TAE）と開頭血腫除去術を行い、良好な経過を得た1例を経験したので報告する。

【症例】78歳女性。突然の頭痛で発症し、救急要請となった。初診時に軽度の意識障害と右片麻痺を認め、頭部CTで左急性硬膜下血腫を認めた。脳血管撮影で左後頭動脈から左側頭葉の皮質静脈に直接流入する、non-sinus typeの硬膜動静脈瘻を認めた。緊急開頭術が必要と考えられたが、術中出血の危険性が高いと判断し、塞栓術を先行して行う方針とした。マイクロカテーテルを左後頭動脈に誘導して粒子塞栓物質によるTAEを行った結果、動静脈瘻はほぼ描出されなくなった。引き続き開頭血腫除去術を施行。術中に再出血は認めず、術後に神経脱落症状は改善した。2週間後の脳血管撮影で動静脈瘻の再開通を認め、2回目の血管内治療を行った。左後頭動脈にマイクロカテーテルを深く進め、20%のNBCAでTAEを行った。動静脈瘻の完全消失が得られ、経過良好にて独歩退院となった。

【考察】急性硬膜下血腫で発症した硬膜動静脈瘻の報告は少なく、大半は前頭蓋底部の硬膜動静脈瘻である。また、脳内血腫を伴う急性硬膜下血腫の報告が圧倒的に多く、急性硬膜下血腫単独で発症した硬膜動静脈瘻の報告は稀である。非外傷性急性硬膜下血腫に遭遇した場合、硬膜動静脈瘻の可能性も考慮すべきと思われた。

2 複数回の血管内治療を要した大型脳底動脈瘤の2例

伊那中央病院脳神経外科

○小山 淳一, 佐藤 篤
相澤病院脳血管内治療センター

長島 久, 佐藤 大輔, 佐々木哲郎

Mordasiniらによると、GDCを用いて治療した後頭蓋窩脳動脈瘤の初期治療時の完全塞栓率は動脈瘤が大きくなるに従い低下し、瘤内の血流再開率は上昇することが報告されている（AJNR26: 1732-38, 2005）。我々は複数回の塞栓術を必要とした脳底動脈瘤を2例経験したのでここに報告する。症例1は70歳男性、クモ膜下出血 grade2 で搬送された。脳底動脈上小脳動脈分岐部左側に約14 mmの動脈瘤を認めた。全身麻酔下にダブルカテーテルテクニックを用い塞栓術を施行した。しかし、3カ月後にネック部分にコイルコンパクションを認め、5カ月後に再出血を起こし、grade4で再搬送された。初回治療時と同様に再塞栓を加えた。4カ月後（初回治療から1年後）、やはりネック部分にコンパクションが起り、追加塞栓を行った。症例2は64歳男性、クモ膜下出血 grade2 で搬送された。脳底動脈末端部に14 mmの動脈瘤を認め、ダブルカテーテルテクニックを用いコイル塞栓術を行った。しかし、20カ月後に再破裂を起こし、再治療を施した。その7カ月後には著しいコイルの変形と移動が生じ再治療を行った。さらに12カ月後（初回治療から39カ月後）にもネック部分のコンパクションに対して再塞栓術を行った。2症例の臨床経過を通じて、大型脳動脈瘤に対するコイル塞栓術の長所、注意点、限界および今後の展望について考察する。

3 Clippingを選択した未破裂脳底動脈分岐部動脈瘤の1例

信州大学脳神経外科

○村田 貴弘, 堀内 哲吉, 花岡 吉亀

櫻井 公典, 酒井 圭一, 本郷 一博

相澤病院脳血管内治療センター

長島 久

脳底動脈分岐部動脈瘤は手術難易度が高く、血管内治療の治療成績の向上に伴い、コイル塞栓術が選択されることが多くなってきている。今回我々は未破裂脳底動脈分岐部動脈瘤に対してクリッピング術を選択した1例を経験したので症例呈示する。

症例は71歳女性、2008年に一過性の顔面のしびれの精査で、多発性未破裂脳動脈瘤を指摘された。神経学的には明らかな脱落症状は認めていない。脳底動脈分岐部(10 mm), 右内頸動脈分岐部(6 mm), 両側中大脳動脈 M1-2分岐部(右4 mm, 左5 mm)の4つの動脈瘤を認めた。最も大きい脳底動脈分岐部動脈瘤は瘤頸部8 mmとbroad neckであり、血管内治療は技術的には可能だが将来的にcoil compactionの可能性が高いと考えられた。御本人御家族と十分相談の上、

治療としてクリッピング術を選択した。右前頭側頭開頭でsubtemporal approachから脳底動脈分岐部動脈瘤を、pterional approachから右内頸動脈分岐部および右中大脳動脈分岐部動脈瘤をそれぞれクリップした。術後穿通枝領域の梗塞などは出現することなく、一過性にてんかん発作と右動眼神経麻痺が出現したが、治療後5カ月の時点で神経学的脱落症状は認めていない。

過去10年間、当院当科でクリッピング術を行った未破裂脳底動脈分岐部動脈瘤は、2002年までは年数件で、2003年以降に本例までではなく、この間血管内治療が選択されていたと推測される。未破裂脳底動脈分岐部動脈瘤の治療において、クリッピング術とコイル塞栓術のどちらを選択するかには、瘤の位置・大きさ・形・doom-neck ratio・瘤からの分枝や穿通枝の存在など様々な要因が関与しており、症例ごとの十分な検討が必要である。

特別講演

「脳動脈瘤の治療 -clip or coil?-」

独協医科大学越谷病院脳神経外科教授

兵頭 明夫