

第6回中国四国脳神経外科談話会抄録

期 日：昭和49年9月20日

場 所：米子国際ホテル

世話人：鳥取大学脳神経外科 齊 藤 義 一

1. Mélanose neurocutanéeと思われる1例

高知県立中央病院

脳神経外科

山 本 祐 司

吉 村 晴 夫

小児科

浜 脇 光 範

我々は最近、生下時より全身皮膚に黒褐色色素斑と水頭症を認め、臨床的に Mélanose neurocutanée が疑われた症例を経験した。患者は生後2日の女児で、家族歴では特記すべきことなし。満期帝王切開にて出生(3870g)、頭囲42cmの著明な水頭症と、全身皮膚に黒褐色色素斑を認めた。呼吸促進および被刺激性が強く、落陽現象もみられるが、痙攣はなかった。皮膚色素斑は、ケープ型あるいはゼッケン型と称せられる巨大な有毛性のものから、斑状のものまで大小様々あり、身体各所に認められた。巨大色素斑の生検組織では、通常の compound type の nevocellular nevus と同様、著明な melanin production を伴ない、morphological には malignant ではなかった。諸検査では、血液は軽度貧血、尿正常、髄液はルンバルにて圧140mm H₂O、キサントクロミー(+),細胞数5/3、蛋白160mg/dlで、Nonne, Pandy(+)~(++)であった。眼底は正常、生後二日目のPVGでは、cortexの厚さ1.2cmの両側側脳室拡大を呈し、Conray脳室写では中脳水道の狭窄を認めたが、交通性であった。生後6日にV-Pshuntを行なったが、術野吹脱膜には色素斑はなかった。その後小児科にて経過観察していたが、2カ月末に発熱および全身衰弱の為自宅にて死亡し、剖検には至らず確定診断は得られなかった。はっきりした死亡原因は不明であった。本疾患は本邦ではこれまでに文献上20例(剖検)あり、そのうち水頭症例は4例であった。

2. HESの脳プレチスモグラムに対する効果

倉敷中央病院脳神経外科

松永守雄・本永満・弓取克弘

同電算室 高木貞治

新しい脳神経外科の検診法として超音波Aスコープの拍動をフーリエ解析して病側を決定し得る事を中国外科学会で発表するに当たり、その有用性が高ければ同一患者の経過観察乃至治療効果の判定にも使えるのではないかと考えた。脳循環を改善させる種々の方法の中、ヘモタイリューション法はその安全性の点で高い価値があることは臓器移植の実験で云々されるところであろう。今回は興和新薬の提供による平均分子量40万のHESを使用、その前後でフーリエ解析曲線での高調波の高低を百分率で測定した。結果を結論的にのべると、その変動はベーターメサゾンの場合と略同じと言える。即ちHESでもベーターメサゾンでも二次高調波は急速に影響をうけ、例によって正中エコーで二次高調波が上昇することもあり、シルビウス裂エコーの二次高調波が増強する例もある。二次高調波だけと言わず、高調波群全般に値が上昇する場合も認められた。此等の効果は500ml1本点滴直後既に認められるが、4日間の連続投与で加重的に上昇する事もあり、逆に減少したこともあって連用の効果は目下速断を許さない(ベーターメサゾンでも同じ) 現段階では高調波の大小とドプラーで流量との間には相関は0.4(53例での算出)でしかないけれども、天幕上疾患特に腫瘍群(20例以上)で疾患側で低値をとる事と併せ考えて、HCSの効果は充分予言出来る。投与終了後も約2週間は効果が持続した。

3. 高Na血症を伴った頭蓋咽頭腫の2例

松山赤十字病院 脳神経外科

五石惇司、河田実夫、沖 修一

我々は、術前より高Na、高Cl血症を伴い、術後も

高 Na, 高 Cl 血症を發した 2 例を経験した。症例は 16 才, 10 才のいずれも男児で, 数年前より, 頭痛, 視力障害を訴えていたが, その後多尿症を伴い, 渴感の消失と共に多尿は軽快, 食欲不振, 意識障害を伴って来院。術前症例 I は Na 168 mEq/l, Cl 128 mEq/l 症例 II は Na 151 mEq/l, Cl 113 mEq/l と高 Na, 高 Cl 血症を認めた。症例 I は第 1 回 frontal approach にて視交叉部に髄液嚢腫を認めるも, 腫瘍は認め得ず。5 ヵ月後に再悪化, 2 回目 rt. temporal approach にて減圧。腫瘍は実質性のもので, 前回の嚢腫部迄完全に充満す

1 ヶ月後に再悪化 3 回目 lt. temporal approach にて減圧今日に到る。第 1 回, 第 3 回の術後に高 Na, 高 Cl 血症を發生す。

症例 II 腫瘍は第 3 脳室を完全に圧排し, P.V.G にて第 3 脳室は認められず。多数の小嚢胞を伴った実質性腫瘍にて, rt. frontal, rt. temporal approach にて亜全摘。術後高 Na, 高 Cl 血症を呈す。いずれも, 術後尿量 100 ml 以上あるも最悪時には 1 日尿中 Na 排泄量 6 mEq/l, Na, K 排泄比 0.07 と減少し, 中枢性高 Na, 高 Cl 血症と考える。中枢性高 Na 血症は尿崩症, 渴感の消失による脱水によるものの様にも考えられるが, それ以外に中枢性に Na, Cl 再吸収機構への作用も存在するのではないかと考える。

4. 頸椎症の手術経験について

国立福山病院

大田浩右, 吉津法爾

植田清隆, 三宅幾男

私達は Developmental Stenosis 3 例, 後縦靱帯骨化症 3 例, 計 6 例の頸椎管狭小例の手術を経験した。頸椎後縦靱帯骨化症は現在なお, 病因, 病態について不明の点が多い。本症による脊髄障害の治療は保存的又は観血的にせよ満足しうる現状ではない。私達の経験した 6 例はいずれも, 程度の差はあれ, 頸椎 X-P で, 局所性 Spur を有する Intervertebral half Joint の狭小化, Apophyseal Joint の硬化及び肥厚性突出を示し, 頸椎矢状面断層で X-P 撮影条件から Spinal Canal の前後径を計算すると, 最も狭いところで 6.5 mm~11.0 mm と強度の頸椎管狭小化をきたしていた。手術は全例, 椎弓切除による減圧術を行ない好結果を得た。麻酔時気管内挿管時に筋弛緩剤を出来るだけ使用せず, 首の過伸展をさけること, 術中体位は Prone でも Sitting でもよいが装置により頭部を固定し術中頸

部が伸展位にならないよう注意する, 椎弓切除に用いる骨鉗子は市売のものに手を加え厚さ 1.5~2.0 mm のものがよい。以上の点に注意して手術を行えば, 硬膜開放, 或いは歯状靱帯切離を行なわなくとも好結果が得られると考えています。

5. 遷延性意識障害に対する L-dopa 効果の検討

広島大学第 2 外科

鱗川哲二, 梶川 博

井口孝彦, 石川 進

失外套症候群等の遷延性意識障害を呈する症例を中心に 1-dopa を投与し, 臨床効果, 脳波の変化及び髄液中の HVA, 5-HIAA 値を検討した。これら 7 症例に最長 2 年 4 ヵ月, 最短 2 週間, 平均 1 年間 1-dopa を経口あるいは点滴静注し, そのうち 3 例が臨床症状の改善をみた。また脳波上改善のみられた 2 例のうち 1 例は 1-dopa の投与と脳波の変化がよく対応し, 臨床的にも改善がみとめられたが, 他の 1 例は臨床効果はみられなかった。脊髄液中の HVA, 5-HIAA は Curzon の変法及び Ashcroft の方法により測定し 2 例の 1-dopa 投与前値は 5-HIAA はやや高値を示したが HVA は正常範囲にあった。投与後は 7 例全例に測定し 2 例に HVA の高値を示した。しかしこの 2 例は臨床症状の改善はみとめられず, 症例数が少いたためもあり, 1-dopa の投与効果とアミン代謝産物に何らかの相関関係を見出せなかった。

その他に見当識障害, 記憶力障害, 抑うつ状態等の症例に 1-dopa 投与を試みたが 9 例中 4 例に何らかの効果を示した。

失外套症候群等の遷延性意識障害に対する治療効果の判定は困難な面があるが, 症例によっては明らかに脳波上の改善がみられており, 1-dopa 投与は一応試みる方法であると思われる。

6. 脳内血腫(腔)造影の試み

松江赤十字病院 脳神経外科

○佐々木 潮, 板垣徹也

清水 英範, 高橋 勝

高血圧性脳内血腫の外科的治療に関しては未だ不明な点が多々あり, 外科的治療成績は満足する段階に到っていない。

今回, 我々は血腫の局在, 拡がり, 大きさを直接的方法で知る目的で, 血腫(腔)に 60% meglumine iothal-

amate (Conray) を希釈注入し血腫(腔)の造影を試みた。症例は手術適応と考えられた7例であり、このうち3例は血腫(腔)と共に脳室系が造影された。さらにこの3例のうち2例では約2時間後にも、脳室系は造影され CSF flow-dynamic の異常が示唆され、Shunt Operation の必要性がうかがえた。7例の予後は非脳室系造影例4例では、1例の再出血死亡以外は全例 good であり、脳室系造影例3例では excellent, good, poor 各1例であった。

血腫(腔)造影で得られた血腫の大きさは、脳血管写で予測されたよりも大きい事が判明した。

60% meglumine iohalamate 希釈液による直接血腫(腔)造影は、血腫の大きさ、局在、拡がりが適確に判ると共に脳室との関連性が明らかとなり手術方法(到達法)、術後 Shunt Operation の要否及び予後を論ずるに際し有効な一手段となり得ることを報告した。

7. 両側性眼球突出を呈した前頭蓋窩 Meningioma en plaque の1例

川崎医科大学 脳神経外科

中条節男, 豊嶋 駿
後藤 弘, 深井博志

症例は13才の女子。入院の約2年前左眼球突出が発現した。2ヶ月前眼科で左眼窩内腫瘍の診断で anterior orbitotomy による腫瘍の部分摘除がなされ、Meningioma と判明している。右視力低下が生じ、腫瘍の Cranioorbital extension が疑われ当科に入院した。

入院時両側眼球突出、右視力低下、脳圧亢進等を認めた。頭蓋 X 線では右蝶形骨から眼窩上壁にかけて著明な hyperostosis、両側 CAG は frontobasal および左眼窩内の mass lesion の所見。開頭術により planum sphenoidale 部から左眼窩内や一部硬膜内に平坦状に広がる腫瘍を確認し亜全摘と眼窩減圧術を行った。組織学的診断は meningothelial meningioma。術後眼球突出の改善は僅かであったが脳圧亢進症状は軽快した。

以上の症例を中心に Intraorbital Meningioma について Primary Meningioma と Secondary Meningioma との鑑別点や外科的処置について考察し、眼窩内腫瘍による眼球突出例について頭蓋 X 線、CAG、Air Study 等による follow up X-Ray の重要性を強調した。

8. 原発性眼窩内髄膜腫の1手術例

川崎医大附属川崎病院
脳神経外科

○玄 貴雄, 梅田昭正
佐藤宏二, 藤野秀策

眼窩内腫瘍のうち、髄膜腫の占める割合は本邦文献上1%に満たず、非常に稀なものですが、我々は、本症の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告した。

症例: 33才男。現病歴: 昭和47年12月頃左眼瞼下垂を指摘され、その後眼瞼腫脹は増強し、複視が出現、視力も次第に減弱した。昭和49年7月当科に入院した。

入院時局所々見: 左上眼瞼腫脹、眼球は若干突出し下方に著しく圧排され、左眼球運動障害を認めた。自他覚的に bruit は聴取しない。X線所見: 頭部単純写には異常所見なし。脳血管写では、動脈相で左眼窩上部に異常血管像、眼動脈の下方への圧排を認め、毛細管静脈相では、左眼窩上部に限局する均等な境界明瞭な腫瘍陰影すなわち髄膜腫の定型的な所見を得た。7月22日全麻下で手術施行、左前頭開頭、眼窩上壁を unroofing、眼窩上縁を約2cm 除去すると脳血管写の所見と一致した部位、すなわち、眼窩上部に限局し、周囲組織と殆んどゆ着のみられない境界明瞭な腫瘍を全摘出、重さは19gであった。病理組織所見は、著明な小胞性核を含む卵円形ないし長紡錘形細胞と豊富な大小の血管が混在し、病理診断は angioblastic type の meningioma を混在した fibroblastic type の meningioma であった。術後経過は良好で、眼球は正常位に復し、術後10日目頃より、正面視、左右視、上方視の順で複視は消失した。退院時(8月15日)、左視力は0.2であったが、約3週間後には0.6まで回復している。

演題8に対する追加

岡山大学脳神経外科

土井章弘

15才女性で発症より11年を経過した巨大な眼窩内髄膜腫(angioablastic componentを有する)140gを摘出した。頭蓋内、副鼻腔にも進展がみられ完全摘出が困難であった1例を追加した。

演題8に対する追加報告

原発性眼窩内 meningioma

広島大第2外科 島 健

症例38才女性、

昭和45年3月頃より lt-eye の Exophthalmos を訴える

様になり、10月当病院眼科で Krönlein の手術を受けた。しかしその後左眼の視力低下と左眼窩部痛が増強したため昭和47年9月1日当科へ入院した。It-CAG を施行した所、左眼動脈の挙上と明らかな tumor stain が認められた。9月5日左前頭開頭を行い、左上眼窩壁 unroofing と腫瘍摘出を施行した。術後視力の回復は得られなかったが、眼痛は消失、Exophthalmos も軽減した。組織学的には meningothelial meningioma であった。

9. 類上皮腫の2例

山口大学脳神経外科

湧田幸雄, 東健一郎

社会保険徳山中央病院脳神経外科

館林欣一郎

Epidermoid cyst は、全脳腫瘍の0.5~2.5%をしめる稀な腫瘍であるが、本邦でもすでに約50例近くの報告がみられる。最近我々は稀な発生部位と思われる、sylvian fissure 内の1例と、側脳室内の1例を経験したので報告する。第1例は、22才の男性、数年来のけいれん発作で、2年前の検査で左側大脳裂部の脳腫瘍と診断して経過をみていたが、視力低下を来した為開頭、同部に白色鶏卵大の腫瘍があり、内容はチーズ様の無構造物で真珠様の光沢を有する層状の被膜を有していた。

第2例は、63才の女性で、約1年前よりの頭痛を主訴として来院、諸検査で右側頭葉腫瘍と診断、開頭した所、右側脳室内に、チーズ様物質を含む腫瘍を認めた。組織学的には2例共、類上皮腫であった。

10. 術後に聴力を保持し得た聴神経鞘腫の1例

広島市民病院 脳神経外科

三宅新太郎, 谷川雅洋

浅野 拓

小脳橋角部腫瘍の代表的なものといえる聴神経鞘腫に関しては、その手術手技、手術成績に関する文献も多いし、又一方後遺症としての顔面神経麻痺に対して種々の工夫がなされているが、聴力障害に関する文献は少ないようである。これは、腫瘍を摘出すれば当然聴力は障害されるものと思われることと、片耳が聴えれば、日常生活に大して支障を来さないと考えられるからであろう。

しかし片耳より両耳の方が患者に喜ばれるのは当然

のことであり、本症例のごとく聴神経を剝離保存することが技術的にそれほど困難でない嚢腫性の腫瘍の場合には、聴力を術前と同程度に保つことも可能なことである。

患者は40才の女性で48年1月頃から耳鳴、左難聴、左三叉神経痛、左耳孔奥の疼痛を訴えるようになり、同年12月14日当科を受診し、25日左聴神経鞘腫の疑いで手術を施行した。腫瘍は多房性の聴神経鞘腫で、これにより後方に圧排されて扇状に拡がっている聴神経を剝離保存し、術後の聴力の減退をみず、また Caloric test も左右差を認めていない。

11. 小腫瘍を伴った小脳橋角部クモ膜嚢腫

松山赤十字病院脳神経外科

○沖 修一, 河田実夫, 五石惇司

愛媛大学医学部第1病理学教室

福西 亮

我々は約6年間、軽度の三叉神経及び顔面神経障害の病歴を持った、小腫瘍を伴った小脳橋角部クモ膜嚢腫を経験した。聴神経症状の病歴は無かった。PEG 断層にて腫瘍陰影を発見した。手術はマイクロ下に左側臥位とし、後頭下開頭術を行った。三叉神経から顔面及び聴神経に到るクモ膜嚢腫があり、その中に小腫瘍が存在した。腫瘍は全剝した。術前の症状は嚢腫の為と思われる。組織は血管腫もしくはAVMであった。クモ膜嚢腫とはクモ膜が軟膜に癒着し、髄液通過障害を起したもので、好発部位は視交叉部及び小脳橋角部である。症状は腫瘍と同様である。肉眼的に薄い透明或いは乳白色の膜から成り、中に蛋白に富んだ無色透明或いはキサントロミックな液を入れる。クモ膜嚢腫に遭遇した時は、中の腫瘍を探し、無ければ他の方向よりアプローチし、それでも無ければ、嚢腫の再発を防ぐ為に来るだけ嚢腫壁を切除するのが良いと思われる。

12. 特発性外頸動脈海綿静脈洞瘻の1例

山口大学 脳神経外科

○井原 清, 波多野光紀

青木秀夫

症例は66才の主婦、外傷・高血圧症の既往はない。旅行先で、誘因なく突発的に、嘔吐を来し、1側性眼球突出・眼瞼下垂・複視および眼球と眼瞼結膜の小血管の充血と蛇行を認めた。頭蓋内雑音は聴取出来ず、視力・視野・眼底には著変なし、他に神経学的に

も異常を認めなかった。なお、4年前より患側上眼瞼に、搏動性の血管性腫瘍を伴っていた。あたかも、内頸動脈・海綿静脈洞瘻を思わせたが、選択的外頸動脈写の結果、外頸動脈・海綿静脈洞瘻である事が判明した。その流入血管は、頸動脈の髄膜枝と上行咽頭動脈と考える。患側の外頸動脈結紮術を施行し、術後78日目では、眼球結膜の充血や眼球突出は著明に軽快している。しかし、後日他の副血行路を介して、再発した報告もあり、本症例も長期間の追跡が必要であろう。本症例を含めて、13例の外頸動脈・海綿静脈洞瘻につき、若干の考察を行なった。

13. Intraluminal Shunt による Carotid endarterectomy

松江赤十字病院脳神経外科

清水 英範, 板川徹也
佐々木 潮, 高橋 勝

我々は Thompson の分類による Frank stroke の 1 例と Transient Cerebral ischemia の 2 例に脳血管写で内頸動脈分岐部 1 cm 末梢に狭窄を認め血栓内膜剝離術を行った。1 例は左内頸動脈狭窄で全麻下に Intraluminal shunt を用いて外頸動脈と総頸動脈の間に Sclerotic plaque の stalk を残して血栓剝離を行い術後抗凝固剤を使用し得なかった(吐血, 下血)ため術後閉塞を来した。第 2 例は局麻下に行い外頸動脈 Ostium の周囲 1 mm にて Sclerotic plaque を残し術後抗凝固剤を使用した本例は半田の述べるアテロームを基盤とした血栓形成によるものであり、術中血管剝離中にその一部によると思われる言語障害と右片麻痺を来したが術後回復した。局所血腫による呼吸困難の為気管切開を余儀なくされた。術後外頸動脈は閉塞していたが内頸動脈は完全であった。本例は反対側にも強度の狭窄を認めた。第 3 例は外頸動脈の上甲状腺動脈を越えて末梢 3 mm, 上甲状腺動脈を約 2 mm, 総頸動脈を中枢側内外頸動脈分岐部より 1 cm まで剝離除去した。抗凝固剤を使用した術後、局所の血腫と気管切開を余儀なくされた。血管写で内外頸動脈は完全に開通していた。従って endarterectomy の要点は総頸、外頸動脈内膜剝離を充分行う事が重要であると思われた。又高齢者に多い事、低血圧を予防する意味より局麻による方が安全であり術中血栓の飛ぶ可能性を最少限に予防出来ると思われた。

14. Spinal Cord AVM の手術経験 (intra-medullary nidus をもつ広義の anterior AVM の 1 症例)

岡山大学 脳神経外科

岩槻 清, 吉岡純二
久山秀幸, 西本 詮

Spinal Cord AVM の外科的療法は selective spinal angiography の発達と microsurgical technique の導入により飛躍的に向上してきた。私達は両下肢の知覚障害を主訴とする 25 才男性の spinal cord AVM の症例を手術により軽快することができたので報告する。

症例は myelogram および selective spinal angiography を施行し、anterior radicular artery を afferent vessel とした intra-medullary nidus をもち、anterior and posterior spinal vein を efferent vessels とした Di Chiro らのいう type 2 であり、広義の anterior spinal cord AVM と診断した。本症例は 10 年前突然 paraplegia と bloody CSF がみられ、Doppman らは subarachnoid bleeding のみられた症例には AVM と aneurysm の合併が高率にみられたことを報告している。私達の症例は angiogram では明らかな aneurysm は証明できなかったが、aneurysm の合併を考慮して afferent vessel を extradural に coagulation した後、intradural に microsurgical technique を用いて nidus を残して dorsal side の AVM を remove した。術後 motor disturbance の改善と impotence が消失したが sensory disturbance は術後 4 ヶ月の現在ほとんど不変である。本症のように nidus が完全に intra-medullary に存在して total removal が不可能の場合や aneurysm の合併が疑われる場合には afferent vessels の処理と excision の両者の併用がより望ましいと考えられる。また術前の full study による serial selective spinal angiography の重要性をも強調したい。

15. 椎骨動脈瘤 (PICA-juncton) の 2 治験例

松江市立病院 脳神経外科

○青木秀暢, 森本益雄

椎骨動脈、後下小脳動脈分岐部動脈瘤 2 例に microsurgical technique を用い、neck-clipping を行ない治療せしめ得たので、若干の文献的考察を加えて報告した。

症例 1 は 35 才の男性。クモ膜下出血で発症、four vessel study で、左椎骨動脈・後小脳動脈分岐部 (中

枢側)にのう状動脈瘤(1×0.7cm)を認め、発症47日目の昭和47年11月21日、常温全麻下に右側臥位で左外側頭下開頭を行ない、第8・9脳神経の間から neck-clipping を行なった。術後約3ヶ月目に Wallenberg 症候群を残して独歩退院した。術後約2年たった現在、元気に復職している。

症例2は43才の女性。クモ膜下出血で発症、左VAGで椎骨動脈・後下小脳動脈分岐直後にのう状動脈瘤を認めた。第5病日に開頭、約10gの硬膜下血腫を吸引除去後、第10・11脳神経の間から neck-clipping。術後 RIHSA cisternography にて Th₁₋₂ レベルで不完全ブロックを認めたので、発病当日より術後もひきつづき持続していた脳室誘導術を13日目に V-P shunt に切りかえた。Clipping 後47日目に治癒退院。約1年後の現在、主婦として元気に生活している。

椎骨動脈瘤の直接手術は Kempe らの12例、Yasargilの5例、菊池らの4例などがあるが、morbidity はいまだ十分とはいえ、われわれも1例に Wallenberg 症候群を後遺したが、morbidity のいっそうの向上を期したい。

16. 外傷性と思われた末梢性前大脳動脈瘤の1例

鳥取大学 脳神経外科

喜種善典, 齊藤義一, 川上 伸
高橋伸明, 高見政美, 野島丈夫
村岡浄明

頭部外傷による外傷性動脈瘤は、従来、諸家の報告の大部分が cavernous portion, 頭蓋外の内頸動脈および外頸動脈領域に発生したものであり、前・中・後大脳動脈の末梢性動脈瘤の報告は珍らしい。

症例は33才、男。生来元気。昭和48・11・14。交通事故で某病院へ入院。退院間際の12. 1。突然嘔吐・意識障害。髄膜刺激症状・左片麻痺出現。髄液血性。CAGで Lt. pericallosal artery の動脈瘤及び両大脳半球内側面の血腫と診断、開頭術、血腫除去、瘤のクリッピング。術後症状の改善みられず12. 18当科へ入院。神経学的には無慾状顔貌・見当識喪失・髄膜刺激症状・左不全麻痺をみた。CAGでは、Lt. pericallosal artery に saccular aneurysm 再出現、slipped clip 確認。昭和49. 1. 11, 再開頭、Falx を切開し瘤クリッピング。瘤及び近傍には動脈分岐を認めなかった。

本症例は閉鎖性頭部外傷により固い Falx の edge で Lt. pericallosal artery の壁が傷ついたのでないかと

推察した。外傷性脳動脈瘤の文献的考察を行なった。

17. 頭蓋内動脈瘤直達手術の反省

山口大学 脳神経外科

東 健一郎

われわれの教室で、昭和49年6月までに直接手術を行なった脳動脈瘤41例の手術成績は、死亡2例(死亡率4.9%)、手術合併症7例、不完全手術による再手術2例であった。合併症7例のうち4例は、手術反対側の片麻痺を来したもので、そのうち2例は運動性失語症を伴った。この4例の動脈瘤の部位は、IC-PC 2例と、MCA trifurcation 2例で、IC-PC のものは術中出血のため ICA の permanent clipping を行なったものである。MCA の2例は主幹動脈の閉塞のないことを術中に確認しているにも拘わらず、術後血管写で MCA 水平部から末梢の造影をみなかった。1例では術中 aneurysmal sac からの小出血があり、これを圧迫止血しながら neck clipping を行なったもので、このような操作は動脈瘤内の血栓を主幹動脈に押し込むことになるとも考えられる。合併症7例中残りの3例は、前交通動脈瘤 trapping 術後の精神障害が1例、髄膜炎が1例、骨弁の骨髄炎を来たして骨弁除去が必要であったものが1例であった。

不完全手術例は、clip の脱落が1例、動脈瘤の partial clipping による1部残存が1例で、いずれも再手術により手術の目的を達した。

以上のような手術合併症あるいは不完全手術を防止するために、われわれは術中血管写によって、動脈瘤の血行遮断が確実に行なわれており、かつ主幹動脈の閉塞がないことを確認することを行なっている。

18. 脳動脈瘤手術の諸問題

岡山大学 脳神経外科

西 本 詮

脳動脈瘤の手術では、術前の所見が必ずしも手術のそれと一致せず、また術中の処置や所見が必ずしも術後の症状と経過を説明するに足るものばかりではない。これらのよく分からないことを例えば spasm の脳浮腫のせいにしすぎるといふ傾向があるのではあるまいか。演者は、自己の苦い経験からいわば「脳動脈瘤の七不思議」ともいふべき諸問題を呈示して検討を加えてみた。

まず Warning sign として、破裂に最も近く先駆す

る症状は頭痛などの一般症状であり、動脈瘤を思わせるような局所症状は、その発現と破裂との時間的關係が少ない傾向がみられた。次に多発性脳動脈瘤のうち、破壊動脈瘤の決定に用いられている criteria が必ずしもその通りにはいかない例を呈示し、また temporary clip の合併症として、その部に新たに発生した2例の動脈瘤の経験をのべた。さらに不完全クリップ例に coating を併用することの可否や、前交通動脈手術の

際、小開頭の frontotemporal approach では、動脈瘤が大きくて対側の A₁ が確認できない場合、人為破裂による瘤の処置の可否についても論じた。術後症状を術後血管写にみられる spasm の責任にしすぎてはいけないこと、及びクモ膜下出血後の正常圧水頭症が必ずしも一定のカテゴリーにあてはまらない場合が多いことなどについて述べた。