

第12回東邦 Neuro IVR カンファレンス

(第6回東邦医学会東邦 Neuro IVR カンファレンス分科会)

平成30年1月13日(土) 16時~20時

東邦大学医療センター佐倉病院

1. PICA distal dissectionに対して血管内治療を行った1例

福島大輔 (医療法人社団浅ノ川金沢脳神経外科病院)

症例は36歳女性。後頭部痛で発症し、救急搬送。CTで左小脳および周囲のくも膜下腔に出血を認めた。DSAで左PICA distalに解離性動脈瘤を認めた。同部位に対して血管内治療で母血管閉塞を行った。術後は神経学的異常所見なく、独歩退院となった。PICA distalに限局した解離性動脈瘤は非常に稀である。解剖学的に telovelotinsillar segment以降であれば、母血管閉塞を行っても側副血行路からの血流で梗塞になることは少なく、血管内治療は有効な治療方法であると考えられた。

2. 診断に苦慮した多発性脊髄硬膜動静脈瘻の一例

和田瑞樹, 岩間淳哉, 平井 希
藤田 聡, 中山晴雄, 齊藤紀彦
林 盛人, 伊藤圭介, 青木和哉
岩淵 聡 (大橋脳外)

診断に苦慮した多発性脊髄硬膜動静脈瘻の一例を経験したので報告する。症例は、60歳男性。右半身の感覚障害、排尿障害を主訴に当院を受診。頸椎MRIとangiographyにて脊髄硬膜動静脈瘻と診断し、流出静脈遮断術を施行した。術2カ月後MRIで異常信号の残存を認めた。再検査にて左VAの硬膜嵌入部にshuntを認め、再度手術を施した。術中angiographyを併用することで、術前に評価できなかったfeederの位置関係を把握することが可能となり、根治術が完遂できた。術後は症状・画像所見共に改善した。

3. 治療法に苦慮した前交通動脈瘤の1例

柴山雄紀, 近藤康介, 松浦知恵
野手康宏, 上田啓太, 安藤俊平
福島大輔, 榊田博之, 野本 淳
原田直幸, 根本匡章, 周郷延雄 (大森脳外)

前交通動脈瘤は複雑な血管機構や perforator の関係で、coil塞栓術やclipping術ともに困難であることが多い。今回われわれは、治療法に苦慮した破裂前交通動脈瘤を経験したので報告する。症例は65歳女性、GCS:E1V2M4の意識障害で搬送された。頭部CTとDSAでRt.A1-2 junction動脈瘤破裂によるくも膜下出血と診断。blebと偽性瘤を伴っていると考えられ、coil塞栓術かclipping術か治療法の選択に苦慮した。今回はclipping術による再破裂のリスクが高いと判断しcoil塞栓術を選択した。術前画像を様々な角度から検討し、適切な治療法を選択する必要があると考える。

4. 石灰化を呈した硬膜動静脈瘻の一例

羽賀大輔, 植草啓之 (三郷中央総合病院脳神経外科)
近藤康介 (大森脳外)

76歳、女性。左後頭部痛を主訴に当院を受診。頭部CTで左側頭葉から後頭葉にかけて多発石灰化所見を認め入院となった。脳血管撮影で左横静脈洞からS状静脈洞のDAVF, isolated sinusを認め、広範囲の皮質静脈逆流を呈しBorden type III, Cognard type IIa+bのd-AVFと診断した。栄養血管のTAEの後、対側TSよりアプローチしTVEを施行した。石灰化を呈するDAVFは非常に稀な病態であり、過去の報告では画像上の重症度に反して出血発症例は1例もなかった。本症例でも広範囲の脳表逆流を呈しているにも関わらず症状は軽度であったことより、静脈

迂回路が形成されながら緩徐に進行した DAVF 症例に見られる所見であると考えられた。

5. 妊娠初期にくも膜下出血を合併した一例

林 盛人, 岩間淳哉, 青木和哉
斎藤紀彦, 中山晴雄, 伊藤圭介
藤田 聡, 平井 希, 岩渕 聡 (大橋脳外)
横内哲也 (横浜総合病院脳神経外科)

37 歳, 女性. 3 年前に破裂左内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤に対して, 脳動脈瘤塞栓術を施行した. 術後経過良好にて独歩退院となった. その後明らかな再発を認めていなかったが, 201X 年 X 月に突然の頭痛, 嘔吐にて救急搬送となる. CT 上くも膜下出血を認め, 緊急入院となった. 患者は発症時妊娠 11 週であった. 脳血管撮影上前回治療した動脈瘤の基部に新たな動脈瘤を認め, 開頭クリッピング術を施行した. 術後は胎児への影響も考慮して全身管理を行い, 母体, 胎児ともに合併症なく退院となった.

6. 短期間で再出血した ICPC AN の 1 例

林 盛人, 岩間淳哉, 横内哲也
青木和哉, 斎藤紀彦, 中山晴雄
伊藤圭介, 藤田 聡, 平井 希
岩渕 聡 (大橋脳外)
横内哲也 (横浜総合病院脳神経外科)

84 歳, 女性. 数日前より頭痛, 左眼の眼瞼下垂が継続し, 当院紹介となる. CT 上くも膜下出血を認め, 緊急入

院となる. 入院後行われた脳血管撮影では左内頸動脈後交通動脈分岐部に動脈瘤を認め, 翌日脳動脈瘤塞栓術を行った. 塞栓術は bleb と思われる先端部がすみやかに消失したものの, 体部が一部造影される段階でカテーテルが瘤外に逸脱し, 手術終了となった. 術後直後は経過良好であったが 3 日目にくも膜下出血の再発を認め, 同日再度塞栓術を行った. 塞栓術はカテーテルの瘤内への挿入が困難であったため, Pcom 経路で瘤内塞栓を行った.

7. ICG に頼りすぎた clipping の 1 例

長尾考見, 渕之上裕, 寺園 明
原田雅史, 黒木貴夫, 長尾建樹 (佐倉脳外)

インドシアニングリーン (ICG) は, 動脈瘤の clipping 後に動脈瘤の閉塞および周辺動脈の温存を確認するために用いられている. 今回, われわれは ICG で clipping 後に周辺動脈の温存を確認したにもかかわらず, 術後脳梗塞を呈した症例を経験したので報告する. 症例は 44 歳女性. 突然の頭痛で当院に救急搬送. JCS I-1 であり, 神経障害は認めなかった. 頭部 CT 等で右中大脳動脈瘤破裂による SAH と診断し, 開頭 clipping 術施行. clipping 後に ICG を用いて動脈瘤の閉塞と周辺動脈の開存を確認し手術終了した. しかし, 術後脳梗塞を呈し, 温存したはずの中大脳動脈は閉塞していた. ICG で順行性血流を確認したが, 術後に脳梗塞を来した. clipping による狭窄や術後の brain shift, クリップの移動などによる kink が考えられた. Closure line や brain shift を考慮した clipping を慎重に行うことが動脈瘤周辺の動脈の温存に寄与すると考えた.