

図説脳神経外科

(第13回)

深昏睡から回復した破裂脳動脈瘤症例 —脳動脈瘤に対するコイル塞栓術—

鹿児島大学脳神経病態制御外科学

西牟田 洋介、永山 哲也、菅田 真生
新納 正毅、有田 和徳

1. はじめに

脳動脈瘤は、一旦破裂すると、クモ膜下出血を引き起こし致死性的もしくは非常に重度の後遺症を残す。脳動脈瘤の破裂予防の目的で以前より開頭クリッピング術が行われてきた。一方ここ十年来、血管内手術の発達によってコイル塞栓術が行われるようになってきており、現在ではコイル、カテーテル、透視装置などの改善に伴い、脳動脈瘤治療に対する一般的な選択肢の一つとなっている。

2. 治療に必要な動脈瘤とは

- ①破裂脳動脈瘤
- ②未破裂脳動脈瘤のうち下記のガイドラインに一致する症例

脳ドックガイドラインでは、十分なインフォームド・コンセントがなされ、硬膜内(海綿静脈洞を含まない)の病変、長い余命(70歳以下)、以前クモ膜下出血の既往もしくは家族歴がある、5mm前後以上(特に10mm以上)、症候性、脳動脈瘤のサイズの変化などの所見に基づいて手術を推奨している。

3. コイル塞栓術のクリッピング術に対する優位点と問題点

コイル塞栓術が急性期治療に加わったことで、重症者、高齢者、後方循環の動脈瘤の

治療成績が改善しつつあるが、その理由として、侵襲の低さ、急性期治療の適応が拡大し待機治療が減少したこと、重症例に対し塞栓術後髄液ドレナージなどを積極的に行い得ることなどが挙げられる¹⁾。一方、コイル塞栓術の問題としてはクリップに比べ根治性にやや問題があり、術後の経時的なフォローアップが必要である²⁾。

4. 症例

以下にJCS200(深昏睡)で来院したクモ膜下出血の52歳女性患者で、破裂脳動脈瘤に対してコイル塞栓術を行い、5週間で職場復帰を含めた完全社会復帰を果たした症例を供覧する。

前医救急搬送時は、意識レベルJCS200で自発呼吸も消失していた。発症翌々日に当院に転院となり、発症4日目に全身麻酔下にコイル塞栓術を施行した。術後徐々に意識レベルが回復し、発症後3週間で独歩にてリハビリ病院へ転院し、発症5週間で完全社会復帰した。

文 献

- 1) Kobayashi S, et al.: The Choice of Early Treatment on Case-by-case Basis for the Patients with Subarachnoid Hemorrhage: Clipping or Coiling. Jpn J Neurosurg(Tokyo) 15:800-806,2006

2) Abe H, et al. :Treatment Results and Limitations of Coil Embolization for Ruptured Cerebral Aneurysms in the Acute Phase. Jpn J Neurosurg(Tokyo)15:807-813,2006

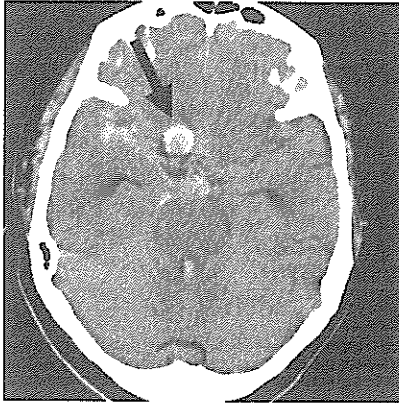


図1. 発症時頭部CT:脳底槽のびまん性のクモ膜下出血、ならびに第4脳室内に血腫を認める。石灰化を伴った動脈瘤(矢印)も確認できる。



図2. 術前脳血管撮影(DSA):右内頸動脈-上下垂体動脈分岐部に内上方へ突出する動脈瘤(矢印)を認める。

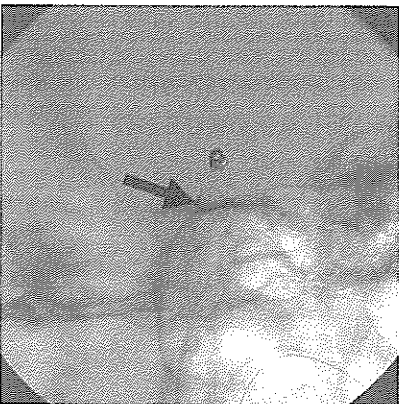


図3. コイル塞栓術中透視(矢印はマイクロカテーテル)



図4. コイル塞栓術後頭部単純撮影(矢印はコイル)



図5. コイル塞栓術後のDSA:動脈瘤の完全消失が認められる。

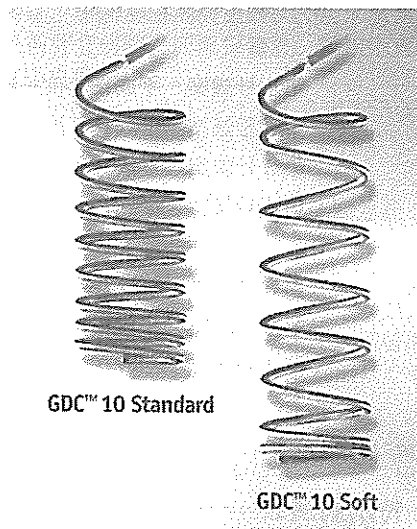


図6. コイル塞栓術で使用するコイル各種:左はスタンダードコイル。右はソフトコイル。