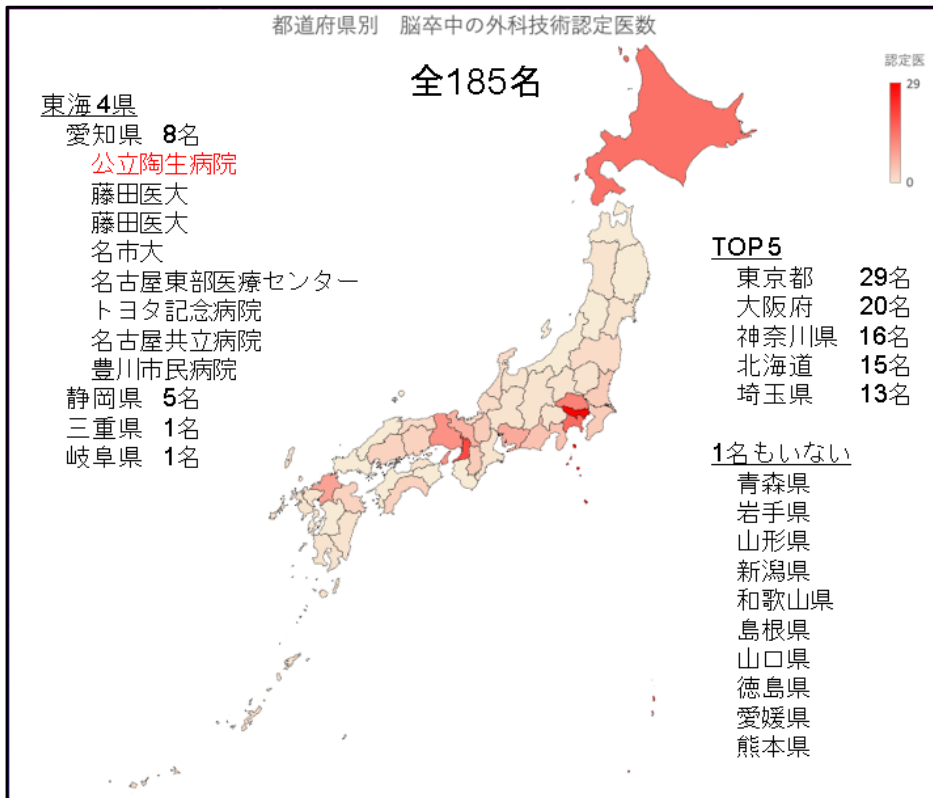


◆脳血管外科センター◆

日本全国の脳血管外科技術レベル向上などを目的として、日本脳卒中の外科学会の技術認定医制度が開始されました。学会や論文活動のみならず、執刀した手術の手術ビデオや執刀手術症例数を元に学会側の診査を受けて認定される制度です。制度開始から5年弱経過しましたが、日本全国ではまだまだ認定医は少ない状況です。当院には、まだ数少ない脳卒中の外科技術認定医が常勤しております。



技術レベルが担保された中、脳血管外科センターでは、名古屋大学脳神経外科と連携しながら、以下のような手術を行っております。

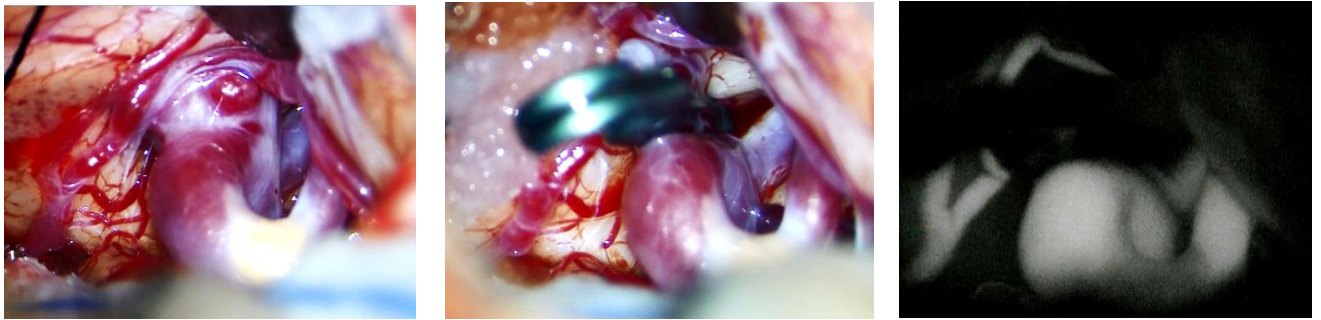
- (1) 未破裂脳動脈瘤・破裂脳動脈瘤(くも膜下出血)に対する開頭クリッピング術
- (2) 頸部内頸動脈狭窄症に対する頸動脈内膜剥離術
- (3) 内頸動脈閉塞および中大脳動脈閉塞・もやもや病に対する浅側頭動脈中大脳動脈バイパス術

未破裂脳動脈瘤・破裂脳動脈瘤(くも膜下出血)に対する開頭クリッピング術

くも膜下出血は 1/3 死亡・1/3 後遺症残存といわれる怖い病気です。このため破裂する前に手術介入する必要があります。動脈瘤サイズと動脈瘤のある部位などによって年間破裂率が概算できます。年間破裂率が手術合併症リスクを上回るようであれば(一般的には動脈瘤のサイズが 5mm 以上となるようであれば)、破裂予防のために手術を施行することを提案させていただいております。開頭クリッピング術では、手術用顕微鏡を用いて直視下で動脈瘤への血流を遮断します。動脈瘤の血管壁自体を栄養している微細な血管も遮断できるため、再発率は少ないです。

カテーテル治療である血管内コイル塞栓術とどちらの治療法が有効であるか、科内のカンファランスなどで話し合い、治

療方針を検討していきます。



いびつな形の脳動脈瘤に対して、クリップ(中図の緑色のもの)を用いて血流を遮断しました。手術中に蛍光色素を用いた評価を行ない、動脈瘤への血流がなくなっていること、正常なそれ以外の血管の血流が問題ないことを確認しています(右図)。

頸部内頸動脈狭窄症に対する頸動脈内膜剥離術

脳を栄養している血管である内頸動脈に狭窄がある場合、将来の脳梗塞予防に手術が必要な場合があります。まず症状がある狭窄かどうか、および、狭窄率はどの程度であるかによって治療方針が異なります。脳卒中治療ガイドラインでは、中等度以上の狭窄を有する症候性病変と症状はないけど高度狭窄を有する病変に対しては手術が内服治療で経過をみるよりも優れていることが記載されております。頸動脈内膜剥離術は、頸動脈の狭窄原因であるプラークを直視下で取り除く手術です。可能な限り頸部の皺に沿って皮膚を切開し創部を目立たないように工夫しております。カテーテル治療である頸動脈ステント留置術とどちらの治療法が有効であるか、科内のカンファランスなどで話し合い、治療方針を検討していきます。



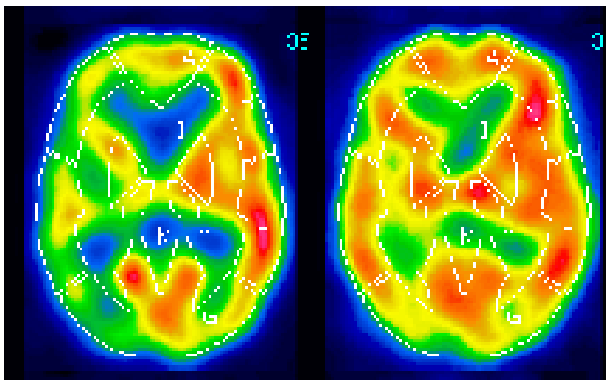
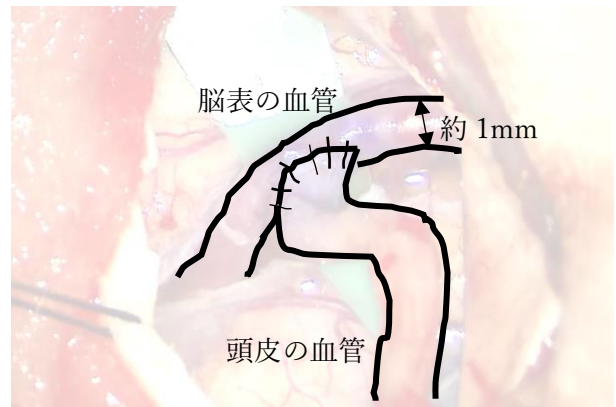
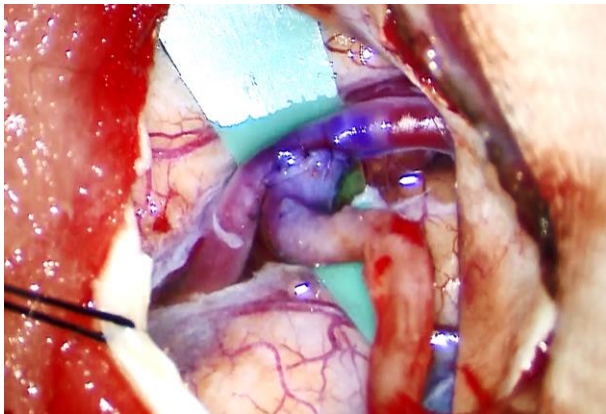
総頸動脈・内頸動脈・外頸動脈を露出し(左図)、各血管を一時的に遮断した上で、内頸動脈から総頸動脈にかけて切開を加え、内部のプラークを摘出していきます(中図)。プラークを取り除き(右図)、あとは血管を元通りに縫合して終了です。



手術前に認めていた左頸部の内頸動脈狭窄が、手術によって改善していることがわかります。

頸動脈閉塞および中大脳動脈閉塞・もやもや病に対する浅側頭動脈中大脳動脈バイパス術

脳血流検査を施行し血流量が大幅に低下している場合など将来の脳梗塞予防のために、頭蓋内外血管吻合術を行います。具体的には頭皮を栄養している血管 1 本用いて、脳表の血管の吻合し、脳血流量を増やします(下図参照)。



脳血流検査にて大幅に血流量が改善している

左：手術前、右：手術後

脳卒中治療ガイドラインに則り、当院常勤の脳神経血管内治療の専門医師と共に、安全かつ有効な脳卒中治療を患者さんに提供できることを重視し診療を行なっております。脳ドック等で未破裂脳動脈瘤や頸動脈狭窄等を指摘された方や治療方法等で悩まれている方など、セカンドオピニオン含めご相談に応じますので、いつでも脳神経外科外来を受診してください。