

ため腫瘍の残存に注意すべきと思われた。

15 再開通率 97 % の mechanical disruption を伴う血栓溶解術

出反町 隆俊・森田 健一

総合西荻中央病院脳神経外科

血栓症による脳主幹動脈閉塞に対する血栓溶解術は広く行われているが、再開通できない症例が少なくない。我々は再開通率をあげるため、マイクロカテーテルとガイドワイヤーを用いた血栓の機械的破碎の方法を開発し臨床に用いた。

【方法】重度の片麻痺で発症した 31 例の内頸動脈系の血栓症を対象とした。

【結果】中大脳動脈 18 例、内頸動脈閉塞が 12 例であった。再開通率は中大脳動脈 100 %、内頸動脈が 92 % であった。術後に装具なしで自力歩行可能となった人は中大脳動脈が 73 %、内頸動脈が 61 % であった。血管穿孔による合併症が 2 例にあったが、早期処置で障害はおきなかった。

【結語】本方法で今までにない高い再開通率を得られ、従来は適応外とされていた内頸動脈閉塞にも有効であった。本方法は血栓溶解術において極めて有効と思われた。

(本報告は American Journal of Neuroradiology. 2004 Sep; 25 (8): 1391-1402 でも発表した)

16 頸動脈ステント留置術における Mint catch II (Basket wire) の使用経験

阿部 博史・本山 浩・丸屋 淳

立川総合病院循環器・脳血管センター
脳神経外科

【目的】頸動脈ステント留置術における術中血栓の protection device として、現在日本では Percu surge を中心とした distal balloon が用いられているが、内頸動脈閉塞 intolerance 症例では局所麻酔下での distal balloon の使用に限界がある。そのため欧米においては術中に内頸動脈の flow を維持できる filter device が主流である。しかし、日本では残念にも filter device はまだ使用

不可能である。そこで、新しく使用可能になった血管内異物除去用カテーテルである、Nitinol 製の basket wire, Mint Catch II を頸動脈ステント留置術における protection device として 3 例に用いたのでその使用経験について報告する。

【結果】① basket wire の視認性が不十分で、拡張したのか、どの程度拡張しているのかの確認が容易でなかった。②カテーテルの置換の際 basket wire の位置を固定するのが容易でなくそのため内頸動脈に spasm を生じやすかった。③ 2 例において短時間に basket 部で閉塞をきたし、1 例では多量の debris が吸引カテーテルにより吸引された。回収した basket の表面にはフィブリン様膜の形成が観察された。④尚、3 例における術中の抗凝固時間は 220 ~ 330 秒であった。

【結論】文献によると filter device を用いた血管内治療に適切な抗凝固時間として 400 秒以上が推奨されており、今回の Mint Catch II 使用に伴う内頸動脈の閉塞の一番の原因は不十分な抗凝固時間のコントロールと考えられた。しかし、頸動脈ステント留置術に用いる protection device としては安全性に限界があり、症例を十分選択した上で、抗凝固時間を 400 秒以上に維持して使用すべきである。

17 特発性脳脊髄液減少症の 1 例

新保義勝¹⁾・高桑一彦²⁾・大中真紀子²⁾
重田哲哉²⁾・竹下岩男³⁾・米岡有一郎⁴⁾
壺井祥史⁵⁾

糸魚川総合病院脳神経外科¹⁾

同 整形外科²⁾

九州労災病院脳神経外科³⁾

新潟大学脳研究所脳神経外科⁴⁾

富山医科薬科大学脳神経外科⁵⁾

外傷・手術・腰椎穿刺などの明らかな既往がない特発性の低髄液圧症候群あるいは脳脊髄液減少症が、MRI により診断技術の向上と相まって注目されている。今回一例経験し、良好な治療効果を得たので報告する。

症例は 34 歳女性。突然の頭痛で発症し、上体を

起こすと頭痛がひどくなるという。MRIで、硬膜の肥厚と造影効果、脳底槽の狭小、内大脳静脈やガレン静脈の怒張、下垂体の腫大、脊髄硬膜外腔に液貯溜がみられた。小脳扁桃の下垂はみられなかった。腰椎穿刺にて圧測定不能であった。経過安静と点滴を行っても頭痛の改善や離床が得られず、追跡MRIにて脳室は著明に狭小し、硬膜下に水腫の形成がみられた。

【治療】CTミエログラフィーにて、C7/Th1椎間孔の左root sleeveから外側へ造影剤の漏出が確認された。また造影剤は全頸髄とTh12, L1の前方の硬膜外腔に貯留していた。そこでL1/2, C6/7の2カ所で透視下に20ml, 15mlの硬膜外自家血注入(EBP)を行った。追跡MRIでは硬膜下の水腫は血腫に変化していたが、EBP後45日のMRIでは脳室サイズの改善、硬膜の肥厚と造影の消失、静脈拡張の改善がみられた。又脊髄の容積はやや縮小し、脊髄の前後にくも膜下腔のT2高信号の帯がみられるようになった。硬膜下水腫はその後消失した。

【まとめ】本症は若い女性に多いことから、MRIの追跡で脳室サイズが狭小化していく場合は、慢性硬膜下水腫となって穿頭術が必要となる可能性を考えると、EBPの治療が選択されることは患者にとって有用と思われる。

18 眼窩内海綿状血管腫の摘出術

齊藤 明彦・渡辺 直人・福多 真史
田中 隆一

新潟大学脳神経外科

症例は30才、女性。約4ヶ月前に、右眼球突出、視野障害にて発症した。神経眼科的所見では、視力障害はなく眼球運動も正常であったが、右耳側視野欠損、右視神経乳頭浮腫、右眼球突出(rt: 18mm, lt: 15mm)が認められた。CT, MRIでは右眼窩筋円錐内で視神経に対して上内側に位置する直径約2cmの境界明瞭な円形の腫瘤が認められ、視神経は強く圧排されていた。MRI dynamic studyでは腫瘤はdelayed enhancementを示し、均一に強く造影された。angiographyでは右眼動

脈末梢より、いわゆる“綿花状”の腫瘍陰影が認められた。眼窩内海綿状血管腫と診断した。orbitofrontal approachでorbital rimとroofは一塊にして切離した。まずEMGにて滑車神経を同定し、superior levator/superior rectus M.の内側(medial rout)より筋円錐内に入り、腫瘍内側を剥離した。次に同筋群の外側(lateral rout)よりSOV、動眼神経上枝、外転神経に注意して腫瘍外側を剥離した。最後に周囲の微小血管に注意して腫瘍と視神経鞘との癒着を剥離し、腫瘍をen blocに摘出した。病理診断は海綿状血管腫であった。術後は一過性の極軽度の眼瞼下垂が出現したが約2週間で消失した。複視、視力視野障害はなく、眼球突出も消失しcosmeticにも満足のいく結果であった。眼窩内操作でのdisorientationを避けるためには、眼窩内局所解剖を十分理解する必要がある。眼窩内局所解剖の把握には、眼窩上壁切除時にperiorbitaの損傷を来さずfatの脱出を防ぐことが第一歩である。視神経鞘近傍の手術操作では、central retinal arteryのみならずciliary arteriesの温存も重要である。

19 ゆっくり増大し手術を必要とした外後頭隆起部骨腫の1例

渡辺 徹・小山 京・本田吉穂
水原郷病院脳神経外科

症例は21歳男性。6歳時、後頭部単純頭部外傷受傷時には骨病変は認めなかったが、13歳になり後頭部腫瘤を主訴に再来した。頭蓋単純写、頭部CTにて外後頭隆起部骨腫を疑われ、経過観察の方針となった。その後成長と共に腫瘍は増大し、21歳時には仰向けに寝ることができなくなり、治療目的に再来した。頭部CT, MRIでは、腫瘍はいずれも骨と同様の所見を呈し、頭蓋骨外板の茎状の肥厚突出を認めた。頭蓋内への腫瘍浸潤は認められなかった。骨シンチグラフィーでは腫瘍部に集積は認めず、血液一般所見にも異常は認められなかった。手術所見では、腫瘍は色調、硬度とも正常な頭蓋骨と同様の所見であった。突出した骨外板を含む腫瘍と板間層の一部をすり鉢状に削除