

(type 1) と診断した。

新生児期であっても原因不明の出血症状を認めた場合には、血小板機能異常を考慮にいたした精査が重要である。

8 器質化慢性硬膜下血腫の1例

市川 昭道・星野 孝省・北沢 智二

更埴中央病院脳神経外科

今回われわれは、二期的に手術を施行した器質化慢性硬膜下血腫の1例を経験したので考察を加え報告する。

症例は72歳の女性で、数ヶ月の経過で徐々に物忘れ及び頭痛が出現し来院。CTにて左・慢性硬膜下血腫と診断し、通常の穿頭血腫ドレナージを行うも器質化した血腫と判明。約4ヵ月後に開頭による血腫除去術を施行した。血腫の外膜及び内膜はゴム状に肥厚し、この間に古い血腫塊とカニ味噌様に変性した血塊が混在し少しずつ塊として除去し、被膜も辺縁部を除き切除した。内膜とクモ膜との癒着はほとんど見られなかった。手術によるトラブルは無かったものの、CT上血腫腔の消失には数ヶ月を要した。

器質化あるいは石灰化した慢性硬膜下血腫は、全慢性硬膜下血腫の0.5～2%と極めて少なく遭遇する機会は稀である。しかし石灰化の進んだ症例あるいは、脳表の組織と強い癒着を呈する症例の手術に際しては、その操作により脳の損傷を招く恐れが十分あるため、予めその対応を考慮して臨む必要がある。また再発を防ぐためには血腫被膜を含めた血腫の可能な限りの摘出が望ましい。本例では、CT上血腫は低～やや高吸収の不均一な像を示し、内膜に極僅かな僅かな石灰化が見られたが、文献では他に新生膜の肥厚、著明な増強効果まれに頭蓋骨の肥厚・非薄化も報告されている。またMRIでは血腫は不均一な intensity, webnet-like appearance (T1, T2) を呈するとされているが、本例では初回の手術直後にMRIを行い、T2強調画像での low intensity (hemosiderin?) の混在が特徴的であった。慢性硬膜下血腫は、その stage により様々な画像所見を呈す

るため、臨床経過も含め器質化した血腫の存在も念頭に入れ治療にあたるべきである。また本疾患を強く疑った場合には、全身麻酔下に開頭術を行い被膜を含めた可及的な血腫除去を行うべきである。

9 Dumbbell type 三叉神経鞘腫の1手術例

森 修一・西川 太郎・藤本 剛士

加藤 俊一・早野 信也

水戸済生会総合病院脳神経外科

三叉神経鞘腫は、全脳腫瘍の0.07～0.36%を占めるまれな良性脳腫瘍である。腫瘍の局在により後頭蓋窩型、Dumbbell (後中頭蓋窩) 型、中頭蓋窩型に分類され、種々の手術アプローチが選択されている。今回、後頭蓋窩に主座を有するDumbbell 型三叉神経鞘腫を経験したので報告する。

症例は56歳 男性。Ⅱ型糖尿病、高血圧症の既往歴あり。2003. 2月頃から左顔面の知覚異常を自覚、11月には歩行時のふらつき感もみられるようになり、12. 12 近医を受診。脳腫瘍を指摘され当科紹介となった。神経学的には、左三叉神経第Ⅲ枝領域の知覚異常・顔面神経麻痺(極軽度)を認めた。CTでは、左小脳橋角部にほぼ low density を呈し heterogeneous enhancement される腫瘍であり、MRI では、中頭蓋窩から後頭蓋窩に大きく伸展し pons や midbrain を強く圧迫し、中頭蓋窩の部分は充実性であり、後頭蓋窩には大きな cyst を含んでいた。脳血管撮影では、腫瘍陰影の描出はなく左内頸動脈閉塞も認めた。以上の所見から中頭蓋窩から後頭蓋窩に局在を有するDumbbell 型三叉神経鞘腫と診断した。

手術アプローチは、lateral position にて、suboccipital approach に subtemporal approach もできるよう皮膚切開を行った。まず後頭蓋窩の部分の腫瘍を摘出した。内減圧を加えながら pons や midbrain から剥離した。腫瘍と三叉神経との境界は不明瞭であり三叉神経を pons からでた just distal で切断し後頭蓋窩の腫瘍を摘出した。次いで subtemporal approach からの摘出を考えたが、

中頭蓋窩の腫瘍は小さく神経症状に乏しいこと、優位半球側であること、手術時間が経過していること、また他にガンマナイフなどの治療手段もあるためこれで手術を終了した。術後左顔面の知覚を消失したが他の神経脱落症状はなく術後約1月で仕事復帰した。

三叉神経鞘腫は、腫瘍の局在により種々の手術アプローチが選択されている。特に Dumbbell 型では、anterior transpetrosal approach を選択すべきといわれているが、頻度の少ない脳腫瘍であり一人の脳神経外科医が経験できる数には限りがあり、かつ難度の高い手術手技を要すること、基本的には良性腫瘍であって他にも治療法があること、そして術者の経験なども十分に考慮して治療法を選択すべきと考える。

10 Aplastic A1 側からの Acom 動脈瘤 approach

柿沼 健一・江塚 勇・鬼頭 知宏
松本 大樹

新潟労災病院脳血管センター
脳神経外科

Acom 動脈瘤への approach については、動脈瘤の突出方向、大きさ、左右 A2 の前後関係、Heubner's artery を含めた穿通枝の状態、左右 A1 の優位差、などから approach が決定されるが、左右 A1 の優位差が大きい場合には、proximal control のための A1 の確保に捕われ、動脈瘤に到達後の neck clipping において苦勞をしいられる場合もあるように感じられる。

本研究では、いずれも未破裂動脈瘤であるが、aplastic A1 側から意図的に approach した2症例を提示した。

症例1は、右 A1 aplastic、動脈瘤は前下方、右方向きで、両側 A2 の前方に位置していた。右 pterional approach にて手術を行った。動脈瘤先端は左 optic nerve に軽度癒着していたが、対側 A1 は、optic nerve と前頭葉下面の間に確保され、動脈瘤の全貌を直視下において容易に clipping された。

症例2は、右 A1 aplastic、上方向き、長径15mm の動脈瘤で、両側 A2 はほぼ平行に走行し

ていた。さらに本症例では、3DCT を用いた simulation から Acom 自体がやや右側に高く傾斜し、broad neck であったため、右利き術者にとっては、より自然で neck に平行な clipping のためには right pterional approach が、interhemispheric approach よりも有利であることが示唆された。手術時にも対側 A1 は左 optic nerve と前頭葉下面の間に確保された。これに temporally clip をおいて全体を虚脱させて、半球間裂基部の剥離を行い、十分な視野が得られて完全な clipping がなされた。

11 前交通動脈瘤破裂を疑った脳血管障害の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54歳の男性。突発性の頭痛にて発症し、救急外来到着時昏睡状態に陥った。来院時 JCS=300、瞳孔は左右差ないが対光反射なし。Cheyne-Stokes 呼吸で挿管のうえ補助呼吸を要した。頭部 CT では左前頭葉に脳内出血あり、脳室内穿破により全脳室に血腫が casting していた。血腫は前頭葉内側底から連続しており、発症経過と考え合わせて前交通動脈瘤破裂が原因であると予想した。しかし緊急脳血管撮影を施行したところ、左前頭蓋窩に両側前篩骨動脈を feeder とする硬膜動静脈奇形が認められた。pial vein は静脈瘤様に拡張し、上矢状静脈洞、海綿静脈洞、脳底静脈などに drainage していた。手術にて左篩板部の硬膜を貫いて脳表へ流入する血管を電気凝固し、脳内の異常血管を一塊として摘出、脳内及び側脳室内血腫を吸引除去した。術中所見では頭蓋底硬膜表面に nidus は認められず、組織学的には脳内動静脈奇形と診断された。術後の脳血管撮影では動静脈奇形は消失していた。前頭蓋窩の硬膜動静脈奇形は稀であり、前篩骨動脈を main feeder とする例が多く、頭蓋内出血で発症する確率が高いことが報告されている。さらに稀には、本例のように動静脈奇形が硬膜でなく脳内に存在する報告もあり、分類上興味ある点である。この部位の硬膜動静脈奇形の手術成績は良好であり、積極的な外科的治療が望ましいと考えられる。