

28 MRIで異常をとらえた高血圧性脳症の1例

嶋崎 光哲・松崎 隆幸(函館赤十字病院)
渡部 寿一・及川 光照(脳神経外科)

最近, 高血圧性脳症に関して Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) という概念が提唱されている. 今回, 高血圧症を合併し MRI で脳幹, 基底核に高信号域を認め, 高血圧の改善と共に高信号域が消失していった症例を経験したので報告する.

症例は44歳女性. 既往歴として2年前にクモ膜下出血の手術を行っている. 高血圧症あるも1年前より降圧剤を自己中断していた. 平成13年10月1日飲酒後転倒し頭部を打撲, その後, 口のもつれ, 右手の脱力が出現したとのことで10月2日に当科受診, CT で左基底核に低吸収域を認め入院となる. 入院時 MRI では T2 強調画像で左基底核と脳幹に高信号域, 拡散強調画像でも同様な所見を認めた. 入院時より血圧が高く, 200 mmHg 以上のことが多かったが降圧剤の投与により, 約1週間目より血圧の方は落ち着いてきた. MRI 上も脳幹, 基底核の高信号域は徐々に薄くなり病巣は消失した.

29 両側椎骨動脈走行異常による頸髄症の一手術例

高橋 敏行・富永 悌二(広南病院)
吉本 高志(東北大学 脳神経外科)

両側椎骨動脈走行異常に伴う頸髄の圧迫による脊髄神経根症の報告は稀でありその外科治療の報告も少ない. 今回両側椎骨動脈による頸髄圧迫病変に対し微小血管減圧術を施行し症状が消失した一例を経験したので報告する. 患者は66歳女性, 1993年より左頸部から上肢にかけての拍動性の痛みあり, 保存的に加療するも症状が増悪し精査加療目的にて当科入院した. 血管撮影および3D-CTA では両側椎骨動脈が C1/C2 間より硬膜内に進入する走行異常を認め, C1 レベルで両側椎骨動脈が接するように蛇行していた. MRI では C1 レベルで頸髄が両側椎骨動脈により圧迫されており, 圧迫は主に頸髄背側で T2 強調画像にて

intensity の変化を認めた. 手術は後方アプローチにて両側椎骨動脈を Goretex tape を使用し transposition し頸髄の圧迫を解除した. 術直後より症状は消失し経過良好にて自宅退院した. 椎骨動脈走行異常に伴う脊髄症について文献的考察を加えて報告する.

30 胸腰椎部に発生した脊髄硬膜外髄膜瘤の1例

光田 幸彦・大西 寛明(浅ノ川総合病院 脳神経センター)
川村 哲朗(脳神経外科)
西願 司・江守 巧(同 神経内科)

比較的稀と思われる脊髄硬膜外髄膜瘤の1例を経験したので報告する. 症例は19歳男性, 明かな外傷歴はない. 2年前より間歇的な腰痛, 大腿背側部痛を認め, 徐々に頻回となったために当院受診した. 明かな神経症状を認めなかったが, 腰部背屈にて症状が誘発された. 胸腰椎 MRI にて Th11 から L2 にかけて脊髄背側に嚢胞性病変を認め, 脊髄は左腹側に圧排されていた. 脊髄造影及び嚢胞造影の所見から, 嚢胞は硬膜外に存在し, L1 レベルでくも膜下腔と交通していると考え, 手術に際しては Th12, L1 の椎弓のみを形成的に除去した. 白色の緊満した嚢胞がみられ, 嚢胞壁を切開すると小さな硬膜欠損部より神経根が脱出, 嵌頓しており check-valve 作用を有していた. 脱出した神経根を硬膜嚢内に戻し, 欠損部を縫縮後椎弓形成を行った. 術後症状は完全に消失し, 嚢胞内への再貯留もみられていない. 若干の文献的考察を加え, 報告する.

31 後方進入にて除圧・固定を行なった結核性脊椎炎の1例

村坂 憲史・飯田 隆昭(金沢医科大学 脳神経外科)
飯塚 秀明(金沢医科大学 脳神経外科)
梅森 勉・佐藤 秀次(金沢脳神経外科病院)

患者は, 82歳女性. 2001年9月頃に背部痛を自覚, 10月中旬より両下肢のしびれ感・筋力低下が出現, 歩行不能となり入院となった. 経過中に感染症状なく, 炎症反応は陰性であった. 入院時, 瘻

性不全対麻痺で歩行不能, T7皮膚節以下の温痛覚鈍麻, 両下肢の深部腱反射亢進, 膀胱直腸障害を認めた. 胸椎単純写・CT・MRIにて第4・5胸椎の椎体破壊, 後弯変形および前方よりの脊髓圧迫所見を認め脊椎炎と考えた. 椎体前面の膿瘍などは明らかでなかった. 他に肺結核を疑う所見はなかった. 背部痛が強く, 対麻痺, 膀胱直腸障害が急速に悪化したため後方進入にて除圧固定を行った. 肉芽様の椎間板組織および破壊された椎体部分を可及的に廓清・摘出した. 摘出標本の結核菌培養およびPCR陽性で, 結核性脊椎炎と確定診断し, 抗結核剤の投与を行った. 背部痛, 膀胱直腸障害は消失し, 対麻痺も改善し独歩可能となった.

32 C3/4レベルに対する経椎体アプローチによる頸椎前方除圧術

井須 豊彦・藤原 昌治
木暮 一成・中村 俊孝 (釧路労災病院)
松本 亮司 (脳神経外科)

我々はC3椎体経路によりC3/4レベルに到達するアプローチを行っているので手術手技を報告する.

【対象】過去2年間に本法が施行された頸椎椎間板ヘルニア3例, 頸椎症5例の計8症例である.

【手術法】C3椎体に幅13-15mm, 高さ7mmの骨窓をspinal sawを用いて作成し頭側へアプローチしてC3/4レベルの後方5分の1の椎間板組織を摘出する. その後, 椎間板ヘルニア, 骨棘を除去する. 減圧後, 骨窓内へアパセラム角柱, 骨片を挿入し吸収性スクリューにて脱転防止を行う.

【術後管理】術翌日より歩行可能である(頸部カラーは数日使用のみ).

【結語】1) 本法では術翌日より歩行可能であり頸部カラーはほとんど必要がない. 2) 下顎骨が術野を邪魔せず上甲状腺動脈を切断する必要がないことより上喉頭神経の損傷の可能性が少ない. 3) 椎間板組織が大部分温存されるため手術隣接椎間に対する影響が少ないと思われる.

33 胸腰椎損傷症例の治療成績と pitfall

鈴木 晋介 (国立仙台病院)
(脳神経外科)

【目的】胸腰椎損傷の観血的治療の治療成績を報告する.

【対象・方法】平成5年4月より平成13年12月までの間に当科で経験した胸腰椎損傷症例は27例あり, この内観血的治療を加えた10例(男性7例, 女性3例, 平均年齢43.2才)を対象とし検討した. 観血的治療の適応は(1)脊椎不安定性に対する固定術, (2)骨折骨片, 椎間板ヘルニア等による脊髓への圧迫除去, 整復とし, 可及的早期に行うこととした. 神経学的重症度はASIA分類にて評価した.

【結果】症例の内訳は胸椎骨折3例, 胸腰椎骨折2例, 腰椎骨折3例, 胸椎椎間板ヘルニア1例, 腰椎すべり症1例であった. 術前ASIA scale A:B:C:D:E=3:1:6:0:0であったものが, 退院時にA:B:C:D:E=3:0:1:2:4と完全麻痺以外は一段階以上の改善をみている. 合併症であるが, 胸椎破裂骨折の一例で慢性期に外傷性上部消化管出血を来し胃摘出術が施行された. また, 第11胸椎破裂骨折完全麻痺症例で後方固定術後一カ月後リハビリ中, 下部pedicle固定腰椎部の骨折を来し固定術を追加した.

【結語】脊損完全損傷例では知覚障害のため腹部損傷の発見が遅れることがある. 完全麻痺例では脊椎固定術が強固なため下部固定脊椎にかなりの負担がかかることがある.

34 頸椎・腰椎病変合併症例の検討—当科での手術症例について—

松本 亮司・藤原 昌治
木暮 一成・中村 俊孝 (釧路労災病院)
井須 豊彦 (脳神経外科)

過去5年間(平成9年1月から平成13年12月)に, 頸椎・腰椎病変を合併し, とともに当科で手術を施行した40症例について検討した. 性別は, 男性20例, 女性20例, 初回手術時の年齢は38才から77才(平均59.3才)で, 頸椎病変は後縦靱帯骨化