

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

症が5例, 黄色靱帯石灰化症が2例, その他は変形性頸椎症であった. 腰椎病変は1例が腰部椎間板ヘルニアで9例が腰椎変性すべり症で, 残りは腰部脊椎症であった. 手術法は頸椎病変は前方除圧が28例, 後方除圧が12例で, 腰椎病変は1例が椎間板ヘルニア摘出で残り37例が後方除圧であった. 症状の発現は17例が上肢の症状からで, 22例は腰痛または下肢の症状からで, 1例のみ頸部痛と腰痛を同時期に発症していた. 手術の順番は頸椎を先に施行したのが33例で, 腰椎が先のものが7例であった. 頸椎・腰椎病変合併症例の手術法, 手術の順番, 手術時期, 症状の変化等について報告する.

### 35 重症脳室炎の一治療例

久保 慶高・田口 壮一  
 冨塚 信彦・小笠原邦昭 (岩手医科大学)  
 小川 彰 (脳神経外科)  
 小暮 哲夫 (総合花巻病院)  
 (脳神経外科)

症例は60才男性で, 頭痛, 発熱, 意識障害で発症した. CT上, 左前頭葉に造影される mass を認め, H3/3/28に治療目的に当科入院となった. 来院時のMRIで左前頭葉に広範な浮腫を伴う造影される mass を認め, 脳室側への破裂も示唆された. 入院翌日に局麻下で膿瘍と脳室にドレナージを施行した. 膿瘍と脳室は交通, とともに膿汁が貯留していたため, 洗浄した. 膿汁の細菌培養では streptococcus が検出され, さらにβD グルカンが異常高値を示したため, 細菌, 真菌の混合感染を疑った. 脳室と腰椎ドレーンを留置し, 脳脊髄液洗浄療法を施行した. 洗浄療法終了後は抗生剤の髄注と全身投与を2週間おこない, 手術から4週間後には炎症所見は消失, 髄液所見も正常化し, 6週間後には神経学的脱落症状を残すことなく退院した. 脳室内洗浄法が有効な症例であった.

### 36 小児 Cushing 病治療寛解後8年で infundibulo-neurohypophysitis を発症した1例

川口 奉洋・池田 秀敏 (東北大学大学院)  
 吉本 高志 (神経外科)

【はじめに】12歳時に Cushing 病で発症し, 手術治療にて寛解し, その後8年を経過して neurohypophysitis を発症するという稀な経過をとった症例を経験したので報告する.

症例は21歳, 男性.

【主訴】多飲・多尿.

【現病歴】13歳時肥満・成長障害にて精査の結果, 高コルチゾール血症を指摘され, Cushing 病と診断された. 経蝶型骨洞的手術にて微小腺腫を全摘出し, Cushing 病は寛解した. 1年毎の定期検査でも Cushing 病の再発は認められなかった. 手術より8年を経過したところで, 口渇, 多飲, 多尿が出現した. この時点の内分泌検査では, 下垂体前葉機能は正常であり, Cushing 病の再発の所見は見られなかった. MRIにて下垂体中央部の膨隆と infundibulum-stalk の肥厚とが認められた. Infundibulo-neurohypophysitis の診断で, ステロイドの維持量程度の補充を行った. 尿崩症は, DDAVP でコントロール可能であった. 3ヶ月間ステロイドを補充投与したところ, MRI上, 下垂体の膨隆は消失し, 形態はほぼ正常化した.

【結語】Cushing 病は, 下垂体前葉の病変であり, Infundibulo-neurohypophysitis は基本的には後葉に局限した病変であり, 両者の因果関係は不明である. Cushing 病で発症し, その後長い寛解期を経過して後 neurohypophysitis を発症した症例の報告はなく貴重と考え報告する.

### 37 術中に急性脳腫脹をきたした破裂細菌性動脈瘤の1例

藤村 幹・永山 徹 (白河厚生総合病院)  
 (脳神経外科)

症例は44才女性. 僧房弁閉鎖不全の既往あり. 発熱に続く severe headache あり当科入院. H&K G II, CTにてSAH見られ, CRP 4.3, 血液培養にて Peptostreptococcus sp. が検出された.