

などが頻用されてきた。しかし、腸骨移植の場合、採骨部の長期にわたる疼痛や、血腫形成、感染、外側大腿皮神経障害などの合併症があり、術後患者の大きな苦痛になることがある。また、ceramic spacer の場合、採骨部の合併症はないものの、implant の脆弱性が臨床問題となる可能性がある。実際、当施設では、ceramic spacer graft を行った17例のうち、2例で spacer の collapse をきたし、腸骨を用いた再固定術を余儀なくされている。このような流れの中で、1997年、チタン製の interbody fusion cage が使用可能となり、cage fixation は、頸椎前方固定術において、上記の問題点を克服する新しい術式として、注目されている。本術式の利点としては — 1) 術直後より強い内固定が得られる。2) implant の逸脱、圧潰の危険性がない。3) ソフトカラーのみで手術翌日より歩行可能である。4) 入院期間も短く、早期の社会復帰が可能である。5) 手術手技が簡便である。 — などの点があげられる。osteoporosis の強い症例における sinking の問題や、長期成績が未だ不明である点はあるものの、cage fixation は、頸椎前方固定術において、極めて有力な option の一つと思われる。

3) 脊髄腫瘍の2手術例

本道 洋昭・藤本 剛士 (富山県立中央病院)
青木 悟・河野 充夫 (脳神経外科)
長田 茂樹 (同 整形外科)

脊髄腫瘍は比較的稀な腫瘍である。最近、われわれは髄外と髄内のそれぞれ1症例に対して腫瘍摘出術を行ったので報告する。

症例1は49歳、男性。平成10年9月右下肢の知覚異常、左下肢の脱力に気づき、11月にはいと、左Ⅱ、Ⅲ指にしびれが出現した。その後、右胸部痛を伴うようになり、平成11年3月近医受診。MRIにて頸部に mass を認め、3月30日当院整形外科を初診し、4月2日入院。排尿障害なし。MRIではC4-5左前側に1.3×1.3×1.9cmのextramedullary massの所見を認めた。4月14日、手術施行。腫瘍は弾性硬で、CUSAを用いて内減圧しながらpiecemealに摘出した。摘出の際、C5の後根を1本切断した。病理組織は髄膜腫であった。5月15日元気に退院した。

症例2は63歳、女性。平成10年秋頃より左前胸部にチクチクした痛みが出現したため近医を受診するも、原因不明と言われた。平成11年4月MRIで上位胸髄に mass

を認め、5月7日当院整形外科を初診し、入院。排尿遅延あり。MRIではC7-Th2のintramedullary massの所見を認めた。5月21日、手術施行。脊髄モニター下に正中でmyelotomyを行い、境界明瞭な腫瘍をen-blocに全摘した。病理組織は上衣腫であった。術直後から胸部痛は消失した。5月27日Adfitを装着し、28日より歩行開始した。6月12日Adfitを頸部だけとし、22日よりソフトカラーに変更し、6月30日退院した。

4) 広汎な脊椎破壊を伴った頸髄神経鞘腫の1例

市川 昭道・川崎 浩一 (更埴中央病院)
佐々木 修 (新潟市民病院)
脳神経外科

脊髄神経鞘腫は、全脊髄腫瘍の16~30%を占め腰椎レベルで発生する頻度が高いとされている。緩徐な発育を示すため、神経症状や疼痛を呈する時点では相当成長していることが多い。今回、数年前より左上肢の脱力で発症し、広汎な脊椎の破壊を呈し発見された一例を経験したので報告する。症例は61才女性。主訴は後頭部痛、左上肢の脱力、左手のシビレで、5~6年前より左肩関節以下の脱力を自覚。2~3年前より左手のシビレも加わり、整形外科で治療を受けていたが症状は進行性で、平成11年1月5日当科初診。握力：右15.5Kg、左6.0Kg、左手2~5指のdysesthesia、両側Hoff. & Wart. reflexを認めた。頸部MRIでは、C1下端からC4上部に及ぶglobularなtumorを認め、主座は脊柱管内のmassと連続性を持つように脊柱管の左外側から後方に存在した。tumorはC2~4の左横突起、C2、3の棘突起・左facetを破壊し占拠していた。Gdにてhomogenousにenhanceされたが、intramedullary invasionは明らかではなかった。良性腫瘍だがmassは大きく前方にも進展しているため、2 staged operationも念頭に入れ、4月2日後方からのapproachで手術を行った。全麻下・Concord positionにてinionからC6までの正中皮膚切開を加え、C2、3の1t. hemilaminectomyを行うと、厚い被膜をもつ易出血性のtumorはすぐ確認でき、内部は均一でCUSAで容易に吸引できた。tumorはextradural exophyticに発育し、C3 rootの近位部で強く癒着していた。本approachで、C3 body内に侵潤していたmassも摘出できた。最後にiliac boneをC1-C4間で

cable system で固定し、手術を終了した。術後経過は良好で、1か月以内に運動麻痺は消失し、左手指先端の知覚異常を残すのみである。結語：広汎な脊椎の骨破壊を呈する頸髄神経鞘腫を経験することは稀でここに報告した。

5) Medulloblastoma との鑑別が困難であった第四脳室 ependymoma の一例

斎藤 隆史・倉島 昭彦
小田 温・遠藤 浩志 (長野赤十字病院)
斎藤 有庸 (脳神経外科)

臨床経過並びに組織診断上 medulloblastoma との鑑別が困難であった、第四脳室 ependymoma の一例を経験したので報告する。症例は5才女児、平成11年8月下旬より、後頭部痛を訴え、9月中旬には、後頭部痛に加え、横になる時間が多くなった。その後次第に歩行障害、嘔吐も出現、9月20日 CT にて脳腫瘍を指摘され当科入院となった。入院時軽い意識障害、頭痛、嘔吐、歩行障害、軀幹失調を認めた。MRI にて第四脳室を充満し、左 Luschkae 孔からクモ膜下腔に広がり脊髄を前方に、延髄を右方に圧排する腫瘍を認め、中脳水道閉塞による水頭症を合併していた。意識障害もあり、急性水頭症の所見を呈していた為、9月22日緊急に減圧開頭、C1 椎弓切除、腫瘍摘出、脳室ドレナージを行った。術中腫瘍は薄い皮膜に被われ、周囲との境界明瞭、柔らかく易出血性であった。迅速標本による組織診断は、細胞密度が高く、壊死巣を伴ない、rosette 形成も認め medulloblastoma とのことであった。この為全摘出は行わず、脊髄延髄の減圧を目的とし、部分摘出に留めた。術後髄膜播種を懸念し、まずカルボプラチンと VP-16 による化学療法の後、照射療法を開始した。ところが永久標本で rosette は Homer Wright rosette ではなく、すべて perivascular pseudo rosette であり、なかに数個の ependymal rosette を認めたことから組織診断は ependymoma に変更となった。そこで20Gy の局所照射後、11月8日再度摘出術を行った。左右の小脳扁桃を分け、第四脳室内の腫瘍に達した。前回同様腫瘍は柔らかく CUSA にて十分摘出可能であった。術後両側性の顔面痙攣を一過性に認めた以外、特に合併症なく全摘出できた。【結語】1. 進行が急速であった小児第四脳室 ependymoma の一例を報告した。2. 臨床経過並びに組織診断上 medulloblastoma と鑑別が困難であった。3. 二期的手術によりほぼ全摘できた。

6) 蝶形骨縁髄膜腫と脳動脈瘤合併の1例

森 修一・渡辺 直人
鈴木 健司・中島 拓 (水戸済生会総合病
早野 信也 (院脳神経外科))

脳腫瘍と脳動脈瘤の合併は偶発的と考えられるものが多いが、治療上注意すべき点も多い。今回、蝶形骨縁髄膜腫に癒着していた中大脳動脈瘤を経験したので報告する。

症例は73才女性。平成9年1月頭重感、めまい感を自覚し近医を受診、CT で脳腫瘍を指摘され当科に紹介入院した。神経学的異常なし。MRI で腫瘍に接して脳動脈瘤を示唆する flow void がみられ、脳血管撮影で右蝶形骨縁髄膜腫と右中大脳動脈瘤(M1M2)と診断した。治療については、症状に乏しく患者も手術治療を希望しなかったため外来通院経過観察となった。その後MRI 上腫瘍や peritumoral edema が徐々に増大し、頭重感も増強したため手術治療を目的に平成11年7月入院した。手術前の脳血管撮影で脳動脈瘤の形状にも変化があり、手術手順では最初に脳動脈瘤をクリッピングしその後髄膜腫を摘出すべきと考えた。髄膜腫の main feeder は middle meningeal artery (MMA) であり内頸動脈系からの feeding はなかった。術前に MMA を Ivaron で塞栓した。術中所見では、髄膜腫の attachment は蝶形骨縁であった。シルビウス裂を open し動脈瘤を処置しようとしたが、腫瘍により space を確保できないため、腫瘍を摘出を先ず行いその後クリッピングと方針を変更した。Piecemeal に腫瘍を摘出してゆくと、動脈瘤は腫瘍皮膜に癒着しておりその剥離に注意を要した。また小動脈が腫瘍により blind となっているため、結局のところ腫瘍を全摘出後にクリッピングを行った。経過は良好であり術後2週間で退院した。

今回の治療は結果的には良好であったが、本症例のように腫瘍と脳動脈瘤が接しているような場合の手術手順は基本的にはクリッピングを優先すべきであろう。とくに膜下出血例では血管内治療を併用することも有用と考えられる。

7) C1 レベルにあった PICA 動脈瘤の1例

武田 憲夫・熊谷 孝
井上 明・井瀨 安雄
菅井 努・武田健一郎 (山形県立中央病院)
土屋 尚人 (脳神経外科)

椎骨脳底動脈領域の動脈瘤で、上部頸椎レベルと頭蓋