

3) Clival chordoma の1例

本道 洋昭・中嶋 昌一	(富山県立中央病院)
小林 勉・河野 充夫	(脳神経外科)
北川 和久	(同 耳鼻咽喉科)
三輪 淳夫	(同 臨床病理科)

Clival chordoma に対して transoral approach で摘出した1例を経験したので報告する。

患者は19歳、男性。既往歴に特記すべきことなし。3年前(16歳頃)より鼻声になり、いびきが激しくなった。Sleep apnea を伴うことあり。1996年6月10日頃より嚥下障害が出現し、6月17日本院耳鼻科受診。頭頸部 CT で異常見づかり、同日当科初診し、翌日入院。6月21日耳鼻科で腫瘍の経鼻的 biopsy が施行され、chordoma と診断された。

入院時、体重減少(65 kg→57 kg)と両側(右>左)舌下神経麻痺が認められた。CT、MRI では斜台部を中心に 5.6×7.0×5.6 cm の巨大な腫瘍が認められた。腫瘍の下端は C2 で、脳幹は背側に強く圧排されていた。アンギオで腫瘍陰影は淡かったが、右に強い両側内頸動脈、椎骨動脈の偏位・狭窄が認められた。断層撮影では C1 前弓の破壊が見られた。

7月2日手術。麻酔導入後まず気管切開を行い、腹部より皮下脂肪を採取した。その後開口器を装着して transoral approach で CUSA と YAG-Laser を用いて腫瘍を可及的に摘出した。腫瘍は fibrous で硬く、易出血性であった。9月3日残存腫瘍に対し、同 approach で腫瘍摘出を追加した。9月10日気管カニューレを抜去し、9月24日～11月8日に 50.7 Gy の術後照射を行った。照射前後で腫瘍の大きさは不変であったが、両側舌下神経麻痺は軽快し、11月11日元気に退院した。

4) パーキンソン病に対する定位脳手術

福多 真史・亀山 茂樹	(国立療養所 西新潟中央病院 脳神経外科)
川口 正・鈴木 健司	(新潟大学脳研究所)
山下 慎也・田中 隆一	(脳神経外科)

当院では1995年11月に不随意運動に対する定位脳手術を開始し、1996年11月までに13例手術を施行した。13例中12例がパーキンソン病、1例が外傷後振戦。12例のパーキンソン病に対して7例に posteroventral pallidotomy (PVP)、3例に Vim thalamotomy (Vim)、2例に Vim+PVP を施行し、術後良好な結果を得た。今回は target の同定に重要な役割を果たしている微小電極法について

紹介する。

我々が使用している電極は外径が 0.6 mm、先端は数 μ 、抵抗は 200～400 k Ω である。この電極により脳深部での様々な構造で特徴的な電気活動が容易に記録できる。Vim の場合には侵入路に沿って大脳白質、尾状核、視床でそれぞれの電気活動が得られ、さらに視床内部では視床背側部、VL 核、Vim 核という垂核においても違った電気活動を記録できた。また Vim 核においては末梢の振戦と一致した群化放電や他動運動に反応する運動感覚性ニューロンの活動を見いだすことが可能であった。これにより VL 核、Vim 核の範囲を決定し、その領域を正確に凝固することにより、固縮、振戦は瞬時に消失、あるいは軽減した。PVP の場合には侵入路に沿って大脳白質、尾状核、淡蒼球外節、淡蒼球内節でそれぞれ違った電気活動が記録され、淡蒼球内節の特に電気活動が著しく高い部位を中心に凝固することにより、寡動症などのパーキンソン病の陰性症状が軽減した。

この微小電極法は、target の正確な同定が可能であることより、できるだけ最小の凝固巣で最大の効果が得られ、さらに合併症の発生率も減ずることができ、非常に有用な方法である。

5) 頸椎椎間板ヘルニアに対する後方からのアプローチの経験

本田 吉徳・渡辺 徹	(水原郷病院)
小澤 常徳	(脳神経外科)
佐々木 修	(新潟市民病院)
	(脳神経外科)

症例は46才男性。両手のしびれで発症し、C5-C6 OPLL の診断で平成4年7月に C5、C6 corpectomy と C4-C7 iliac bone graft を受けている。

平成5年11月頃から、左肩の疼痛、頸部の過伸展での左 C8 領域のしびれが出現。症状は軽度であったが、平成8年5月8日起床時に症状の急性増悪があり、当科に入院した。

神経学的には左 C8 root sign を認めた。消炎鎮痛剤、ステロイドで症状は徐々に軽減した。MRI、Myelo-CT では C7-Th1 の lt. lateral type cervical disc hernia と診断された。

5月29日、lt. partial laminectomy により、後方から hernia の摘出術を施行した。術後経過は良好で、神経学的には異常無く6月12日退院した。

以上、lateral type の頸椎椎間板ヘルニアに対する後方からのアプローチの経験を報告した。本方法は、手術

の容易さ、手術侵襲が少なく術後の安静期間が短いこと、頸椎の安定性に影響を与えないこと等で、非常に有用な方法と考えられた。

6) Chiari malformation を伴った craniovertebral junction anomaly の 1 例 —transoral decompression の経験—

佐々木 修・小池 哲雄 (新潟市民病院)
清野 修・本多 拓 (脳神経外科)
佐藤 光弥・田中 隆一 (新潟大学脳研究所)
(脳神経外科)

治療方の選択が難しかった chiari malformation を伴った craniovertebral junction anomaly の手術例を報告した。患者は37才の女性。主訴は歩行時のふらつき、四肢の脱力、嚥下障害。現病歴：小児期より、mirror movement あり。30才より oscillopia あり。数年前よりよく転ぶ。1995年10月上旬より dysphagia あり、11月14日ふらつき、頭痛、嘔気、右上肢の脱力加わる。症状は数日で軽快するが、以降同様な発作を数回繰り返し、step wise に悪化。CT, MRI, X-P: Chiari type 1 malformation+craniovertebral junction anomaly (assimilation of atlas, unsegmented odontoid, C2-C3 fusion, basilar invagination) の診断。cervicomedullary junction は前後両方向から強く圧迫されていた。術前の状態：後頭部痛、眼振、嚥下障害、四肢一体幹の強いシビレと知覚障害、軽度の右片麻痺、体幹失調有り、歩行は要介助の状態であった。第一回目の手術：transoral decompression を選択した。soft palate は切開し、気管切開はせず、術後は二週間 halobest を装着した。術後症状は劇的に改善したが、1.5ヶ月頃より再度嚥下障害と歩行障害、右上肢の脱力が加わる。CT で C2 が頭蓋内に slide する所見が得られた。第二回目の手術：suboccipital decompression and C2 laminectomy, dural plasty, occipito-C3, C4 fixation using Hartshill loop, posterolateral fusion 施行。一過性に構音障害、嚥下障害、悪化し、軽い右麻痺、四肢のシビレが加わるが、徐々に改善、2ヶ月後はほぼ消退、眼振、ふらつき軽減、歩行も安定し退院した。

7) 前頭蓋窩 Dural AVM の 1 手術例

須田 剛・関原 芳夫 (厚生連中央総合)
青木 廣市・神沢 孝夫 (病院脳神経外科)

くも膜下出血、脳内出血にて発症した、比較的稀な前

頭蓋窩硬膜動脈奇形に対し、摘出術を施行し良好な結果の得られた症例を経験し、弱若の文献的考察を加え報告する。

症例は66才男性。既往歴として10年前より糖尿病にて治療を受けていたが、5年前より放置。現病歴；1996年6月28日頭痛、嘔気、嘔吐にて発症。入院時所見、意識清明、神経学的異常所見認めず、CT にて左前頭葉皮質下出血を伴うくも膜下出血を認めた。同日脳血管撮影施行し、両側前師骨動脈を main feeder とする前頭蓋窩硬膜動脈奇形を認め、拡張した cortical vein を介して上矢状静脈洞に流入し、varix を伴っていた。その後徐々に意識レベルの低下を認め7月3日腰椎ドレナージ施行。7月23日硬膜動脈奇形摘出術施行、両側前頭開頭にて、硬膜外より feeder を処理し、硬膜を含めて nidus を摘出。組織学的には動脈奇形と診断された。8月12日脳血管撮影にて硬膜動脈奇形は消失。8月13日独歩退院。

前頭蓋窩硬膜動脈奇形は、Dural AVM の10%以下と稀な疾患である。feeding artery は主に前師骨動脈で、内下顎動脈、浅側頭動脈からも feeding される。Draining Vein は前頭葉の Pial vein を介して、上矢状動脈海綿静脈洞に流入する。85%の症例で varix を伴い、これの破裂による出血で発症する症例が多く、約80%が頭蓋内出血を認めている。治療としては、摘出術が他の部位よりも比較的容易であることより完全摘出されることが多いが、feeder clipping, nidus coagulation 等の方法でも良好な結果が得られている。

以上、比較的稀な前頭蓋窩硬膜動脈奇形の 1 手術例を経験し、報告した。

8) 1年後に再出血を来した“SAH of unknown etiology”の1例

小出 章・増田 浩 (村上総合病院)
中嶋 昌一 (脳神経外科)

【はじめに】神経放射線学的診断法の進歩にもかかわらず、特発性クモ膜下出血のうち、なお5～15%に出血源不明例が存在するとされる。今回我々は、初回出血後2度にわたって行われた脳血管撮影と脳・脊髄 MRI でも、出血源を見出し得ず、外来で経過観察を行っていた症例で、初回出血から1年後に再出血を来した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例と経過】53歳の女性。1995年3月15日、クモ膜下出血で当科に入院。Day 1 および Day 15 の2回、