

外科的に罹患硬膜切除術を施行。術後経過は良好で、術後の脳血管写では DAVF は消失、第 19 病日に神経学的巣所見なく、mRS 0 で退院した。

【考案】文献的には全 DAVF の検出率は 0.15 ~ 0.16 人/人口 10 万人/年と少なく、更に上矢状静脈洞部 DAVF は全 DAVF の約 5.3 % で稀な疾患である。発症形式は静脈性高血圧による鬱血、出血症状であり、治療は外科治療、血管内治療、定位照射の単独或いは組み合わせで行われるが、正常脳血流及びシャント血流の静脈環流の治療前の把握が重要である。本症例は、表在性病変で流入動脈が少なく、シャント血流が脳皮質静脈に注ぎ、罹患静脈洞が正常静脈環流ルートであったため、シャントの外科的遮断を選択した。罹患硬膜の完全摘出が困難だった場合、再発の有無について厳重なフォローアップを要する。

3 脳室内出血にて発症した galenic dural arteriovenous fistula の 1 例

丸屋 淳・西巻 啓一・平安名常一*

宮内 孝治*・皆河 崇志

秋田赤十字病院脳神経外科

同 放射線科*

【はじめに】脳室内出血で発症し、出血を繰り返した tentorial dural arteriovenous fistula (tentorial DAVF) の 1 例を経験したので報告する。

症例は 62 歳、男性。高血圧にて内服治療中であった。突然の意識障害にて発症し、救急車にて搬入されてきた。CT では脳室内出血および水頭症を認め、さらに右視床にも血腫が存在し、その中央にやや high density を呈する腫瘤を認めた。その腫瘤は造影 CT にて著明に enhance された。第 0 病日に脳室ドレナージを施行した。第 1 病日の MRI では、CT で認められた腫瘤は flow void を呈していた。第 3 病日に、脳室ドレナージからの急激な髄液および血液の流出あり、CT にて再出血を確認、その後に脳血管撮影を行った。後大脳動脈の硬膜枝、後硬膜動脈、後頭動脈の硬膜枝が feeder となっていた。ガレン静脈に fistula が存在し、脳底静脈は盲端となって静脈瘤様に拡張して

いた。また、皮質静脈への逆流が認められた。保存的治療を継続していたところ、第 6 病日に再々出血を来したため、この時点で手術を決断した。右 occipital transtentorial approach にて手術を行った。四丘体槽に白色の静脈瘤（ガレン静脈～脳底静脈）を認め、静脈瘤の後方には複数の feeder が絡みあうように存在し、上方で一本に合流し静脈瘤へとつながっていた。これらの feeder を凝固・切断した。術後の脳血管撮影にて tentorial DAVF の消失を確認した。術後約 1 ヶ月で意識レベルが改善し始め、第 56 病日にリハビリテーション病院へ転院した。

【考察】Tentorial DAVF は出血しやすく、非常に危険な病変であるため、診断が確定した場合はたとえ無症候性で出血の徴候がなくても積極的治療を行うべきであると考えられている。本症例においては、最終的に直達手術にて tentorial DAVF の閉鎖に成功したものの、早い段階で外頸動脈系の feeder を塞栓していれば、異なる経過を辿っていたのかも知れない。

4 髄液減少症の治療経験

小林 勉・塚本 佳広・遠藤 深

佐藤 裕之・小泉 孝幸

竹田総合病院脳神経外科

5 眼窩骨膜下血腫の 2 例

本山 浩・森田幸太郎・橋本 由華

阿部 博史

立川総合病院循環器脳血管センター
脳神経外科

眼窩骨膜下血腫は比較的稀な疾患で主に眼窩部の鈍的外傷を原因として生じることが多いが、非外傷性的なものとして、慢性副鼻腔骨洞炎を既往歴としてもち突然発症する症例もある。今回、外傷性、非外傷性的眼窩骨膜下血腫を 1 例ずつ同時期に経験したので報告する。

〔症例 1〕77 才、女性。既往歴に脳梗塞：右片麻痺、失語症で食事以外全介助、慢性腎不全：透析

中。今回、移動時転倒し顔面打撲。脳挫傷、右眼窩内腫瘍として他院入院。2日後、右眼球突出以外受傷前と同じ状態となり、透析目的に転院したが、痙攣をおこし当科へ。1ヶ月後には右眼球突出は消失し退院診断は外傷性の右眼窩骨膜下血腫であった。

〔症例2〕66才、女性。既往歴に慢性副鼻腔炎。今回、右眼瞼腫脹、疼痛で発症、翌日には右眼球突出、視力の急速な低下。その翌日当科へ。すでに視力は光覚弁。CT/MRIにて右眼窩上壁の骨欠損、前頭洞炎、眼窩上壁に沿う凸レンズ状の境界明瞭な血腫・膿瘍が認められ緊急手術。2週間後に疼痛、右眼球突出は消失も、視力は回復しなかった。

眼窩骨膜下血腫の診断には coronal, sagittal CT/MRI が有用で、眼窩上壁に沿う凸レンズ状の境界明瞭な造影されない病変である。非外傷性で疼痛、嘔吐に伴って急速に眼球突出をきたした場合、視力低下が進行することもあり、眼窩骨膜下血腫を考え早急に手術すべきである。

6 前交通動脈瘤 clipping 後に生じた frontal mucocele の 1 例 — interhemispheric approach の注意すべき合併症 —

中川 忠・小股 整・鎌田 健一
森 宏

三之町病院脳神経外科

脳神経外科領域の手術による前頭洞開放後に生ずる合併症の一つに frontal sinus mucocele は知られているが、実際には稀である。また文献的にも報告例は少ない。今回、発達した前頭洞を有した破裂前交通動脈瘤の症例に basal interhemispheric approach にて clipping を行い、3年を経過して右眼球下垂及び眼球上転障害にて発症した frontal sinus mucocele の症例を経験したので報告した。症例は51才男性。突然の頭痛にて発症し来院。CT, angio にて高位の破裂前交通動脈瘤を認め、上記の如く手術を行なった。この際に前頭洞粘膜は可及的に除去した後に鼻前頭管で粘膜を閉鎖し galea にて覆った。3年後に右眼球症状が出

現し、MRI 上右眼窩から前頭蓋底部にかけて造影剤で増強効果の見られない大きな嚢包状腫瘤を認めた。DWI にて LSI であり、mucocele と思われた。手術所見では嚢包膜は薄く、嚢包内は褐色の粘液物質で満たされ、pus 様に見えた。嚢包膜は硬膜から可及的に除去し、患部を十分に洗浄した。感染を危惧し、眼窩上壁の欠損部は修復せずに脂肪組織で死腔を残さない様に充填し手術を終えた。病理組織所見は mucocele であった。術後、右眼球下垂及び眼球上転障害は消失した。一般に前頭洞の cranialization を行なう際には粘膜の除去と死腔を残さないことが肝要であるが、本例では初回の手術の際に前頭洞が大きく発達し、両側方まで存在したことから右側方の前頭洞粘膜が一部残存していたことが原因と思われた。

7 海綿静脈洞部から傍前床突起部の未破裂内頸動脈瘤の治療方針

反町 隆俊・森田 健一・神保 康志
伊藤 靖・藤井 幸彦

新潟大学脳研究所脳神経外科

海綿静脈洞から傍前床突起部の未破裂動脈瘤の治療には、1. 血管内手術によるコイル塞栓術、2. 内頸動脈の閉塞術 (low/high flow bypass を含む)、3. 傍前床突起動脈瘤では前床突起削除を含む開頭手術 (suction decompression を含む) が行われる。2010年はコイル塞栓術承認後10年を経過し頭蓋内ステントが承認された節目になる。そこで、この部位の動脈瘤に対するコイル塞栓術の有効性と限界をあきらかにし、今後の治療方針を決定することとした。

【方法】2000年-2009年に当科で治療した症例を海面静脈洞部と傍前床突起部に分けて検討した。

【結果】海綿静脈洞部未破裂動脈瘤12例に対し、初回治療として6例は動脈瘤コイル塞栓術(3例はステント併用)、6例は内頸動脈閉塞を行った。コイル塞栓術のうち、最大径10mmの動脈瘤では圧迫症状が改善したが、他の5例では症状は不変ないし悪化した。一方内頸動脈閉塞を行った6例