

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瘍を認めた。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