

は私たちが通常診療する化膿性・ウイルス性髄膜炎の臨床像とは全く異なり、病初期には炎症所見に乏しく診断が困難な事が多く注意が必要である。右被殻出血跡はガドリニウムで造影されたためクリプトコッカス髄膜炎に特徴的とされる「soap bubbles」所見ではなく、基底槽の髄膜炎が血管周囲腔から侵入したものと判断した。しかし病勢は緩徐に進行したに拘わらず、被殻部の病巣が縮小した理由は不明であった。この「被殻出血跡」病変に惑わされ、診断が遅れたことは残念で仕方ない。

3 圧迫症状で発症した自己免疫性下垂体炎の1例 — 手術は避けられなかったか? —

西巻 啓一・丸屋 淳・皆河 崇志
妻沼 到*

秋田赤十字病院脳神経外科
新潟大学脳研究所脳神経外科*

症例は29歳女性、2妊1産。妊娠中予定日間近に右視力低下を自覚、正常分娩後に来院。蒼白でやや元気なし。右側に強い両耳側半盲と0.03(0.09)の右視力低下あり。MRIで鞍内から鞍上に伸展し視交叉を圧迫、ガドリニウムで均一に強く増強される腫瘍あり。負荷試験を含む内分泌検査では、ACTH cortisol TSH LH PRLの低下・低反応あり。GH FSHは正常であった。自己抗体からは慢性甲状腺炎合併と診断した。cortisol補充を行いつつ手術を計画した。補充量cortisolで眼症状は改善を示した。内視鏡的経鼻下垂体手術中迅速病理にて自己免疫性下垂体炎(AIH)の診断であり積極的腫瘍摘出は施行せず。周術期のcortisol増量のためか眼症状は急速に改善した。以後、プレドニン30mgの内服治療を行った。下垂体の腫大は徐々に軽快、3年余を経てempty sellaに近い状態となった。内分泌能ではTSH LHは改善したが、ACTH PRLは分泌能廃絶に近い状態が続いた。月経発来あり。第2子の希望もあるが、妊娠で再発の報告もあり、患者は決め兼ねている状態である。AIHは下垂体に対する自己免疫に因る炎症性疾患である。1962年の初報告来、周産期

女性の稀な疾患と考えられていた。近年、性別・年齢を問わず発症し、前葉のみならず下垂体柄～後葉にも起きる広い臨床像を持った疾患であることが判明してきた。多くはself limitingであり、適切なホルモン補充により生命予後は良好である。治療第一選択は薬理量ステロイドとされる。脳外科が関与する時には圧迫症状を呈す例が多く、画像での下垂体腺腫との鑑別の困難さから、手術となる例が少なくない。本例も、下垂体腺腫としては非典型的なACTH PRL低下・FSH GH正常という内分泌検査結果、周産期発症、自己免疫疾患併存からAIHを強く疑ったが、手術を回避できなかった。脳外科臨床では稀な疾患ではあるが、下垂体病変の鑑別疾患として念頭に置き、内科的治療先行を考慮して手術を回避すべく努力すべきであると考えた。

4 頸髄内腫瘍の2手術例

佐々木 修・矢島 直樹・山下 慎二
原田 敦子・倉部 聡・小池 哲雄
新潟市民病院脳神経外科

最近、頸髄の髄内腫瘍を2例経験した。手術に当たっての留意点を含め報告した。

〔症例1〕54才、男性。2年前から上肢の感覚異常あり。徐々に進行。来院時、軽度の右上肢の麻痺あり、下肢主体の深部知覚障害を認めた。MRIではC6-7レベルの髄内にmassとその尾側にcystを認めた。ependymomaを疑い手術施行、全摘した。術後経過良好で、深部知覚障害の悪化を認めるが、現在ADL freeで、社会復帰した。

〔症例2〕40才、女性。半年前から上肢のシビレあり、若干進行。来院時両上肢のシビレを認める。MRIではC1-3にかけ髄内の大きなmassを認めた。若干造影され、境界鮮明、cystはなし。gliomaを疑い手術、全摘した。一時、左上肢の麻痺を来たしたが、徐々に回復した。四肢のシビレは悪化した。歩行は安定しており、ADLはfreeで退院した。組織はastrocytomaの要素を持つependymomaで、MIB-1の高いところで5%。46Gyの照射を行なった。

手術する上での注意点を列挙する。

1. 止血を完全におこなった後髄内の操作に入る。血液の流れ込みは手術をやりやすくする。
2. ある程度の長さの midline splitting を行なった後、髄内に入るべき。局所に強い圧がかかるのを避けるため。
3. pial retraction が有効。糸は 6-0, ブルドックカンシか眼科用の軽いカンシで吊るといい。モスキートだと重すぎ、pia が切れる。
4. 髄内の術野では杉田の retractor が使用できないことを銘記すべし。従って助手が絶えず境界面を保持するため微小な sputula 等で脊髄を retract しなければならない。
5. 剥離面をしっかりと確保し続ける。出来ないところ cord を傷つけ、腫瘍を残してしまう。
6. 腫瘍を把持する繊細なセッスが重要。
7. 助手の役割は極めて重要で、顕微鏡も立体視でないといけない。
8. 迅速の結果は必ずしも当てにならない。境界面があるなら、組織型に関わらずがんばって全摘をめざすべき。
9. MEP のモニターは必須である。

5 特異な発育様式を示した dermoid cyst の 1 手術例

小澤 常德・相場 豊隆・渡邊 徹
倉部 聡

県立新発田病院脳神経外科

dermoid cyst の発生部位は後頭蓋窩やトルコ鞍上部などの正中からとされている。Atypical な発育様式を呈した dermoid cyst の症例を提示し、その発生母体に関する考察を加えた。

症例は 50 歳、女性。2 年前から右聴力低下を自覚。4 ヶ月前からめまい感とロレツ不良自覚、2 ヶ月前から嘔気、書字困難、歩行困難が出現したため当科受診した。右聴力低下と右小脳失調を認めた。MRI では T1WI で iso, T2WI でやや不均一な high, Gd-T1 で辺縁部が一部造影される 5 × 4 × 3 cm の腫瘍を認めた。腫瘍の一部は右横静脈洞を横断するように asterion 近くの頭蓋骨内ま

で連続していた。

【手術】右側の 7 字状皮切で、右横静脈洞を挟んだ小脳テント上下を開頭すると、腫瘍の一部が硬膜外に認められ、完全に閉塞した静脈洞近くの硬膜は穴状に欠損し、ここを通じて腫瘍は小脳まで深く連続していた。腫瘍は油カス様で毛髪を含み、内部からは油性液体が浸み出て来た。浅い部位では小脳との境界に膜様構造があったが、深部はクモ膜と区別のつかない薄い膜となっていた。chemical meningitis を来さないよう膜内摘出とし、膜切除はしなかった。腫瘍が認められた頭蓋骨は切除した。術後、聴力障害を含めて症状は軽快した。病理診断は dermoid で、AE1/AE3 染色にて pancytokeratin 抗体陽性の、骨内に cyst 状に存在する腫瘍の一部を認めた。

【考察】頭蓋骨原発の dermoid であり異所的発生とも思われたが、眼窩内 dermoid では眼窩骨縫合からの発生が一般的と言われている。Bone window CT を見直すと、まさに lamboid 縫合直下に頭蓋骨巣が存在し、ここが原発巣と考えられた。Dermoid としては極めて特異な発生部位であるが、縫合線と関連した頭蓋骨腫瘍では dermoid も鑑別が必要と考えられた。

6 くも膜下出血に対するマグネシウムによる術後管理

矢島 直樹・倉部 聡・原田 敦子
山下 慎也・鈴木 健司・中里 真二
反町 隆俊・佐々木 修・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

【目的】H18 年 12 月～当院で脳血管攣縮予防に Mg 静脈内投与が行われた 46 症例について Mg 静脈投与の安全性および有効性につき検討した。

【方法】治療プロトコルは、MgSO₄ 14.82g (コンクライト Mg 6A) を 24 時間かけ持続静脈注入、術後 1 日目から開始して約 2 週間継続する。定期的に Mg 血中濃度のモニタリングを行い、Mg 静脈投与の安全性を確認。投与期間中の有害事象と Mg 投与との因果関係につき検討。Mg 静脈投与の有効性を Mg 群 (H18 年 12 月～