

布し、左シルビウス裂の血腫が厚かった。腫瘍は境界明瞭で均一に造影された。脳血管撮影では両側内頸後交通動脈瘤を認めた。右側の動脈瘤は小さく、形状は平滑で半球状であり、破裂したとは考えにくかった。左側の動脈瘤には bleb が存在し、CT 所見とあわせ、これが破裂したと判断し、Day 1 にクリッピングを施行した。しかし、術中所見では未破裂であった。あらためて、出血源は腫瘍と考え、spasm 期を乗り越えた Day 12 に腫瘍摘出術を施行した。病理診断は transitional meningioma であった。術後、経過は良好であった。

脳腫瘍と脳動脈瘤の合併は以前から報告されており、その頻度は診断技術の発達に伴い増加の傾向が見られる。しかし、くも膜下腫血を起こした髄膜腫に、未破裂脳動脈瘤が伴っていた例は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

26 頸静脈孔部髄膜腫の1手術例

柳澤 俊晴・鈴木 明・太田 徹
 笹嶋 寿郎・木内 博之・溝井 和夫
 石川 和夫*

秋田大学脳神経外科
 同 耳鼻咽喉科*

頸静脈孔部に発生する腫瘍は傍神経節腫、神経鞘腫などが多く、髄膜腫は稀である。最近我々は頸部腫瘍で発症した頸静脈孔部髄膜腫の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。症例は43歳男性。平成5年11月右頸部腫瘍を触知し、12月に当院耳鼻科を受診し、MRIで右頸静脈孔部から頸部内頸静脈に進展する腫瘍を指摘された。平成6年5月に当院耳鼻科で腫瘍摘出術が行われた。腫瘍の主座は内頸静脈内であり、組織診断は髄膜腫であった。腫瘍の発生源は頸静脈球部のくも膜顆粒細胞と推察された。平成15年1月のMRIで残存腫瘍が増大し錐体骨を破壊して一部は硬膜内まで進展しており、当科に紹介された。入院時、右顔面神経麻痺、右聴力障害、右舌下神経麻痺を認めた。平成15年2月に右後頭窩開頭で錐体骨外側を削除し、右横静脈洞

内の腫瘍は横静脈洞を結紮して摘出し、硬膜内腫瘍も摘出した。さらに頭蓋底部に再増大した腫瘍は頸動脈管を開放して可及的に摘出した。硬膜外腫瘍の尾側部は後頸筋群との境界が不明瞭で全摘困難であった。術後に下位脳神経症状の増悪はなく、MRI所見では頸部内頸動脈周囲および後頸筋に浸潤した腫瘍を除いて大部分が摘出されていた。残存腫瘍に対して60Gyの局所照射を追加した。本症例の治療において頭蓋底アプローチによる可及的摘出と放射線治療の併用が有用であった。

27 中頭蓋窩および小脳橋角部にダンベル型に進展した顔面神経鞘腫の1手術例

高橋 昇・村上 謙介・鈴木 保宏
 富田 隆浩・西嶋美知春

青森県立中央病院脳神経外科

症例は47歳の女性。約2年前に右聴力低下、右眼の乾燥で発症した。H14年12月、右顔面の知覚低下、右顔面神経麻痺、めまいが出現し、当院神経内科を受診した。MRIで右中頭蓋窩と右小脳橋角部にダンベル型に進展する嚢胞性病変を指摘され、当科紹介受診となった。神経学的には4000Hz以下で60～80dBの右難聴、House-Brackmann grade IIIの右顔面神経麻痺、右V2, 3領域の知覚低下を認めた。H15年2月6日、anterior transpetrosal approachで腫瘍の摘出を行った。中頭蓋底、錐体骨先端部は腫瘍により破壊されていた。中頭蓋窩の腫瘍は破壊された大錐体神経管裂孔から連続し、後頭蓋窩の腫瘍は内耳道から連続していた。腫瘍は膝神経節部から発生した顔面神経鞘腫と考えられた。顔面神経鞘腫の1手術例について文献的考察を含め報告する。