

8 超急性期に摘出術を行った Ruptured AVM の1例

小出 章・原田 敦子 (村上総合病院)
小田 温 (脳神経外科)
佐野 克弘 (佐野医院)

症例は16才の男性。家族歴、既往歴に特記すべきことはない。突然の頭痛を訴えた後、徐々に意識障害が進行し、救急外来に搬入された。搬入時、意識レベルは JCS 100、軽度の右片麻痺を認めた。諸検査を進めるうち、右>左の瞳孔不同が出現し(右6.0 mm, 左2.5 mm)、対光反射は両側で消失、右上下肢には除脳硬直様姿勢が出現するようになった。頭部 CT では右前頭葉の皮質、皮質下に大きな脳内血腫を認め、脳血管撮影では rt. orbitofrontal artery を feeder とし、rt. superficial sylvian vein を drainer とする AVM を認めた。Nidus は右前頭葉底部内側に存在し、その最大径は3.8 cm であった。

すでに impending herniation sign を呈しており、緊急手術を行った。両側前頭開頭を行い、顕微鏡下に interhemispheric fissure を進み、まず feeder を temporary に clip した。次いで脳内血腫を除去し、nidus を全周性に剥離、最終的に nidus を en-block に摘出した。

術後経過は順調で、諸症状は急速に改善した。術後脳血管撮影では AVM 影の消失を認め、術後50日目に神経脱落症状を残さず退院した。

本例の AVM は、Spetzler-Martin の AVM 分類では Grade 2 に相当し、手術困難度も高くなく、超急性期に全摘出することが可能であった。

9 Cervical radiculopathy に対する、micro-surgical anterior foraminotomy の経験

本田 吉穂・小山 京 (水原郷病院)
渡辺 徹 (脳神経外科)
佐々木 修 (新潟市民病院)
(脳神経外科)

症例は54才女性、平成11年頃から、右上肢の疼痛、こわばりが認められ、保存的に加療したが軽快しなかった。

MRI では、右第5/6頸椎の椎間孔の狭小化が

認められた。

平成13年7月頃から、症状は増悪し、脊髓腔造影、脊髓腔造影後の CT 目的に入院した。

神経学的には、右前腕橈側の知覚低下、右握力の低下があり、Spurling テストが陽性であった。脊髓腔造影ならびに、脊髓腔造影後の CT では、変形性頸椎症の骨棘による第5/6椎間孔の狭小化と、それに伴う右第六神経根の圧迫(描出不良)が認められた。右第六頸髄神経根障害に対し、顕微鏡下に前方からのアプローチで、神経根に対する減圧術を施行した。

全麻下に頸椎前面に到達し、椎体の側方の骨を削除し神経根に対する徐圧を施行した。術後、症状は速やかに改善して退院した。

術後の CT では、変形性頸椎症による骨棘が十分削除され、椎間孔が開放され、神経根に対する圧迫がとれていた。

この方法は、後方からのアプローチと異なり、直接神経根の圧迫病変を除去できる事。椎間板の大部分を温存できるために、頸椎の instability を生じる可能性がなく、術後の頸椎固定が不要である事。削除する椎体の側方を走行する椎骨動脈の損傷に注意すれば比較的安全に施行でき、手術手技も容易である事。以上の事から、頸髄神経根の圧迫病変に対しては非常に有用な方法と考えられた。

10 頭蓋頸椎移行部髄膜腫の一例

斎藤 隆史・倉島 昭彦
青木 悟・遠藤 浩志 (長野赤十字病院)
菊池 文平 (脳神経外科)
羽田 悟 (同 病理部)
佐々木 修 (新潟市民病院)
(脳神経外科)

稀な頭蓋頸椎移行部髄膜腫の摘出例を経験したので報告する。

症例は61歳女性、1973年テント髄膜腫にて摘出術を受け、その後1986年、1991年、1997年と3回の再発あり、いずれも他院にて摘出術を受けた。4回目の手術後より後頭部皮下からの髄液漏有り、毎日消毒をしていた。1998年4回目の再発あり、

当院に紹介された。8月19日 Simpson grade 2の摘出術を行い、大腿より skin graft を行った。その後他院にて follow up を受けていたが、2001年8月、5回目の再発有り再入院となった。入院時右失明、小脳失調、失調性構音障害、頭頸部痛を認め、歩行可能で ADL は自立していた。最初の摘出術時多くの血管クリップを用いられた為 MRI は施行出来ず。3D-CT にて右椎骨動脈を巻き込み foramen magnum をほぼ占拠し、C1レベルまで及ぶ髄外腫瘍を認めた。また右小脳半球にも髄外腫瘍を認めた。脳血管撮影にて右椎骨動脈から feeding artery を受けた tumor stain を認めた。摘出術は腹臥位にて前回の皮切を利用した。Craniotomy は foramen magnum まで十分に行い、外側は condylar fossa まで広げた。また C1 laminectomy も追加した。硬膜を開けると foramen magnum から C1 レベルまでの腫瘍を認め、延髄と頸髄を左外側に強く圧排していた。高周波メスを用いて内減圧を行いながら慎重に脊髄から剥離した。椎骨動脈の硬膜貫通部近くから多くの栄養動脈が腫瘍内に入り込んでおり、この部が腫瘍付着部と考えられた。腫瘍付着部の硬膜も出来るだけ切除した。また右小脳半球部の腫瘍も付着部を含め摘出した。大腿筋膜を用いて硬膜形成を行った。組織診断は fibroblastic meningioma であり、labeling index は 1.5% であった。

【結語】

- ① 稀な頭蓋頸椎移行部髄膜腫を報告した。
- ② 延髄、頸髄を強く圧排し、摘出には細心の注意を払ったが、内減圧を進め摘出できた。この際高周波メスは有用であった。
- ③ 右椎骨動脈を巻き込んでおり condylar fossa までの craniotomy と C1 laminectomy とが必要であった。

11 第3脳室に主座をもつ巨大脳腫瘍の1手術例 — combined supra/intra tentorial-transsino- sinus approach の経験 —

佐々木 修・小池 哲雄
富川 勝・長谷川 仁 (新潟市民病院)
本間 順平 (脳神経外科)

患者は22歳女性、10数分間の意識消失発作が2度あり来院。神経学的には特に異常なし。画像上、第3脳室から側脳室に突出する4×3×3cmの大きな腫瘍を認めた。腫瘍は大小多数の calc を含み、enhance され、境界は明瞭、周囲に浮腫はなかった。血管造影では thalamoperforator を feeder とする著明な stain を認めた。両側の ICV は左側に shift し、また、両側の transverse sinus は hypoplastic であった。腫瘍マーカーは陰性で、thalamic glioma と診断した。手術は、transverse sinus が hypoplastic であったことから、本 sinus を切除する combined supra/intra tentorial-transsino-sinus approach (Sekhar) を選択した。Transverse sinus を confluence 側で切離、更にテントを edge まで切離し、同部の arachnoid を切開すると、腫瘍が一部見えてきた。次に、splenium を 1cm ほど suck out し、腫瘍の摘出を行った。腫瘍は柔らかく、極めて易出血性で、境界不鮮明であった。迅速では glioma とのことであったので、無理せず垂全的とした。術中脳の腫脹はなかった。術後一過性に半盲が出現したが、速やかに回復した。組織学的には pilocytic astrocytoma で、術後照射を行い、無症状で退院した。通常の transtentorial approach では上下方向には十分術野が確保できるが、左右方向には falx のため術野が制限される。一方、本法は transverse sinus の切離により falx を可動化させるため、左右にも大きな術野が確保される。従って、本法は pineal region から第3脳室後半部の大きな腫瘍に非常に有用な approach と思われた。