

cable system で固定し、手術を終了した。術後経過は良好で、1か月以内に運動麻痺は消失し、左手指先端の知覚異常を残すのみである。結語：広汎な脊椎の骨破壊を呈する頸髄神経鞘腫を経験することは稀でここに報告した。

5) Medulloblastoma との鑑別が困難であった第四脳室 ependymoma の一例

斎藤 隆史・倉島 昭彦
小田 温・遠藤 浩志 (長野赤十字病院)
斎藤 有庸 (脳神経外科)

臨床経過並びに組織診断上 medulloblastoma との鑑別が困難であった、第四脳室 ependymoma の一例を経験したので報告する。症例は5才女児、平成11年8月下旬より、後頭部痛を訴え、9月中旬には、後頭部痛に加え、横になる時間が多くなった。その後次第に歩行障害、嘔吐も出現、9月20日 CT にて脳腫瘍を指摘され当科入院となった。入院時軽い意識障害、頭痛、嘔吐、歩行障害、軀幹失調を認めた。MRI にて第四脳室を充満し、左 Luschkae 孔からクモ膜下腔に広がり脊髄を前方に、延髄を右方に圧排する腫瘍を認め、中脳水道閉塞による水頭症を合併していた。意識障害もあり、急性水頭症の所見を呈していた為、9月22日緊急に減圧開頭、C1 椎弓切除、腫瘍摘出、脳室ドレナージを行った。術中腫瘍は薄い皮膜に被われ、周囲との境界明瞭、柔らかく易出血性であった。迅速標本による組織診断は、細胞密度が高く、壊死巣を伴ない、rosette 形成も認め medulloblastoma とのことであった。この為全摘出は行わず、脊髄延髄の減圧を目的とし、部分摘出に留めた。術後髄膜播種を懸念し、まずカルボプラチンと VP-16 による化学療法の後、照射療法を開始した。ところが永久標本で rosette は Homer Wright rosette ではなく、すべて perivascular pseudo rosette であり、なかに数個の ependymal rosette を認めたことから組織診断は ependymoma に変更となった。そこで20Gy の局所照射後、11月8日再度摘出術を行った。左右の小脳扁桃を分け、第四脳室内の腫瘍に達した。前回同様腫瘍は柔らかく CUSA にて十分摘出可能であった。術後両側性の顔面痙攣を一過性に認めた以外、特に合併症なく全摘出できた。【結語】1. 進行が急速であった小児第四脳室 ependymoma の一例を報告した。2. 臨床経過並びに組織診断上 medulloblastoma と鑑別が困難であった。3. 二期的手術によりほぼ全摘できた。

6) 蝶形骨縁髄膜腫と脳動脈瘤合併の1例

森 修一・渡辺 直人
鈴木 健司・中島 拓 (水戸済生会総合病
早野 信也 (院脳神経外科))

脳腫瘍と脳動脈瘤の合併は偶発的と考えられるものが多いが、治療上注意すべき点も多い。今回、蝶形骨縁髄膜腫に癒着していた中大脳動脈瘤を経験したので報告する。

症例は73才女性。平成9年1月頭重感、めまい感を自覚し近医を受診、CT で脳腫瘍を指摘され当科に紹介入院した。神経学的異常なし。MRI で腫瘍に接して脳動脈瘤を示唆する flow void がみられ、脳血管撮影で右蝶形骨縁髄膜腫と右中大脳動脈瘤(M1M2)と診断した。治療については、症状に乏しく患者も手術治療を希望しなかったため外来通院経過観察となった。その後MRI 上腫瘍や peritumoral edema が徐々に増大し、頭重感も増強したため手術治療を目的に平成11年7月入院した。手術前の脳血管撮影で脳動脈瘤の形状にも変化があり、手術手順では最初に脳動脈瘤をクリッピングしその後髄膜腫を摘出すべきと考えた。髄膜腫の main feeder は middle meningeal artery (MMA) であり内頸動脈系からの feeding はなかった。術前に MMA を Ivaron で塞栓した。術中所見では、髄膜腫の attachment は蝶形骨縁であった。シルビウス裂を open し動脈瘤を処置しようとしたが、腫瘍により space を確保できないため、腫瘍を摘出を先ず行いその後クリッピングと方針を変更した。Piecemeal に腫瘍を摘出してゆくと、動脈瘤は腫瘍皮膜に癒着しておりその剥離に注意を要した。また小動脈が腫瘍により blind となっているため、結局のところ腫瘍を全摘出後にクリッピングを行った。経過は良好であり術後2週間で退院した。

今回の治療は結果的には良好であったが、本症例のように腫瘍と脳動脈瘤が接しているような場合の手術手順は基本的にはクリッピングを優先すべきであろう。とくに膜下出血例では血管内治療を併用することも有用と考えられる。

7) C1 レベルにあった PICA 動脈瘤の1例

武田 憲夫・熊谷 孝
井上 明・井瀨 安雄
菅井 努・武田健一郎 (山形県立中央病院)
土屋 尚人 (脳神経外科)

椎骨脳底動脈領域の動脈瘤で、上部頸椎レベルと頭蓋

外に認められることは極めてまれで、文献上これまで渉猟し得た限りでは3例にすぎない。我々はいくも膜下出血で発症し、脳血管撮影で PICA の椎骨動脈より分岐直後、C1 のレベルに動脈瘤が認められ、クリッピングを行った症例を経験したので報告した。症例：65歳男性。ASO にてアスピリン服用中。平成11年6月23日早朝、突然の後頭部痛出現。そのまま放置していたが軽快しないため近医受診、投薬を受けた。6月30日になるも頭痛は軽快しないため、他病院受診。CT にて、くも膜下出血と診断され7月1日当院紹介された。意識清明。頭痛を訴える。その他神経学的に特記すべき所見なし。CT スキャンにて脳底槽が CSF よりやや高い density であり、くも膜下出血と診断された。同日脳血管撮影施行。Anterior circulation には脳動脈瘤など出血の原因となるような血管異常は認められなかった。椎骨脳底動脈系では、右椎骨動脈撮影にて、右 PICA が C1 の椎体レベルで椎骨動脈から分岐した直後に、下向きの囊状動脈瘤が認められた。動脈瘤の頸部は C1 のレベルであった。来院時 Day 8 であったことと、手術操作が煩雑となる可能性があり、intentional delayed operation とした。ICU にて安静、血圧管理を厳重に行った。7月8日 (Day 15) 直達術を行った。Approach は、術野を出来るだけ広くし、様々な方向から動脈瘤を観察、クリッピングが可能にすべく、rt VA の全長、foramen magnum、脊髄をある程度前方からも観察可能な“Far lateral approach”をとった。Semiprone left lateral position とし、皮切は脊椎レベルは正中切開とした。Craniectomy は condylar fossa を含めた lateral craniectomy を行い、C1 は hemilaminectomy、C2 は upper half hemilaminectomy を行った。動脈瘤は PICA 本管、perforating artery、dentate ligament、accessory n. などに囲まれており、当初は全く見えなかった。これらから頸部を鋭的鈍的に剥離をし、rt proximal extradural VA と rt distal VA に temporary clip をかけて neck clipping を行った。Temporary clip の時間は3分16秒であった。Clipping 後ドブラーで各血流に問題がないことを確認し、硬膜を watertight に縫合した。術後経過良好で、血管撮影で動脈瘤は消失していた。

8) Partially thrombosed rtM1 large aneurysm の一例

川崎 昭一・曾我 洋二 (佐渡総合病院)
長谷川 顕士・村上 博淳 (脳神経外科)

部分的血栓化型の中大脳動脈 M1 部の large aneurysm は比較的稀である。我々はこの度脳梗塞で発症した症例を経験したので報告する。

患者は66歳男性。平成10年9月22日の朝、洗顔中に突然左上下肢の脱力が出現し当科を受診した。神経学的には左上下肢麻痺、構音障害がみられた。CT で右前頭葉に広範な梗塞と、それに接して円形の高吸収域がみられた。MRI では大きな脳動脈瘤に伴う脳梗塞と考えられた。9月24日脳血管撮影を施行。rtM1部に neck の一部がみられた。まず保存的に脳梗塞の治療を行い、症状が安定した段階で11月13日再度の脳血管撮影を行ったところ、neck がより大きく造影された。11月26日手術を施行した。術中血流遮断時間が長くなることが想定されたため、まず rt-STA-MCA anastomosis を行って遮断中の血流確保に努めた。その後動脈瘤を露出し、これに切開を加え CUSA 等を用いて血栓除去を行った後、最終的に動脈瘤のクリッピングを施行した。術後経過は順調で12月25日術後脳血管撮影を行い、クリッピングが確実であることを確認した。患者さんは神経脱落症状を残すことなく12月29日元気に退院した。

このような症例においては、手術に臨み次のような注意が必要と考える。術中血流遮断時間が長くなることが想定されるため、遮断中の血流確保に備えて、その処置に努めると同時に、脳保護物質を投与する。血栓を末梢の動脈に飛ばさないようにする。血栓除去後 neck の開存を確かめることなどが重要と考えられる。

9) 血栓内膜剥離術症例における3D-IVUS による評価

小泉 孝幸・谷口 禎規 (立川総合病院)
山下 慎也 (脳神経外科)

近年頭蓋外頸動脈の動脈硬化性病変の治療にあたる機会が増えてきている。その診断において、血管壁の性状を評価する上で、血管内超音波検査 (Intravascular Ultrasonography: IVUS) は、有効な検査法である。我々も、頸動脈血栓内膜剥離術 (CEA) や経皮的血管拡張術 (PTA) の術前評価としての脳血管撮影では、引き続き、原則的に IVUS を行っている。更に今回、3D-IVUS を使用し得る機会を得られたので、その使