

歩行80%, すくみ60%, 後方突進80%, ADL 80%, 精神活動50%であった。mHY, SESDL の改善率はそれぞれ80%で、10 m 片道、往復歩行時間はそれぞれ75%に改善を認めた。2例で術後抗パーキンソン薬は服用していない。[結論] 後腹側淡蒼球凝固術は振戦に比べて固縮、無動に有効であった。また術後抗パーキンソン薬の服用を必要としない場合もあることがわかった。

B-38) 中枢性疼痛に対する脊髄硬膜外電気刺激

齋藤伸二郎・黒木 亮
嘉山 孝正・安藤 肇史 (山形大学)
中井 昂 (脳神経外科)

脳血管障害後の患肢の耐え難い痛みで代表される、中枢性疼痛に対する脊髄硬膜外電気刺激による除痛法の手技、成績について報告する。脳や脊髄に痛みの原因疾患を持つ22例を対象とした。刺激電極は局所麻酔、X線透視下に、上肢痛の場合は頸椎、下肢痛の場合は下位胸椎レベルの脊髄硬膜外後面に挿入し、刺激による通電感覚が疼痛部位をカバーする位置に調整、留置した。1から2週間の試験刺激後に除痛効果を判定し、有効例には慢性刺激を行った。22例中18例(82%)に除痛効果を認め、そのうち13例(59%)では50%以上の除痛が得られた。慢性刺激の効果も満足できる結果であった。従来、脊髄硬膜外電気刺激は中枢性疼痛には無効とされてきたが、我々の結果はこれと異なり、顔面痛を除いた中枢性疼痛に対する電気刺激療法の第1選択としている。

B-39) 微小血管減圧術で治癒した舌咽神経痛の1例

山野 潤・石田 恭央 (横浜栄共済病院)
向井 裕修・北村 佳久 (脳神経外科)

舌咽神経痛の頻度は三叉神経痛の1/70から1/100程度と云われ、非常に珍しい。今回我々は嚥下時痛および耳奥の痛みを主訴として発症し、微小血管減圧術で治癒した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症例は60才男性。主訴は嚥下痛、耳奥の痛み。既往歴として特記すべきものなし。平成6年9月より左下顎外側の痛みと嚥下痛が出現。1カ月程で自然に軽快していた。平成7年8月に再び同様の症状出現。近医耳鼻科より三叉神経痛としてテグレトールを投薬され、一時的に軽快した。12月になり再び嚥下痛が増強し、耳奥の痛み

が出現したため当科紹介され手術目的に入院となった。平成7年12月22日微小血管減圧術施行。AICAからの血管ループが舌咽神経を圧迫しており、スポンジを使いREZより血管をずらすことにより、術後痛みは完全に消失した。

B-40) 眼窩下神経電気刺激による三叉神経誘発電位の実験的研究および臨床応用 —特に延髄部誘発電位について—

及川 友好・佐藤 直樹
高秋 周作・松本 正人 (福島県立医科大学)
児玉南海雄 (脳神経外科)

我々は三叉神経脊髄路核が橋から上位頸髄まで存在していることに着目し、眼窩下神経電気刺激による三叉神経誘発電位が延髄部の機能を反映する新たな術中モニターとして臨床応用が可能か否かを実験的に検討した。また臨床応用も試みたので報告する。

雑種成犬を用いた実験では眼窩下神経電気刺激により刺激側延髄背側部より4つの陰性 peak を持つ電位(延髄部三叉神経誘発電位; M. TEP) が記録され、延髄の外側1/6を破壊すると著明に振幅が低下した。同時に記録した大脳皮質感覚野よりの三叉神経誘発電位(C. TEP) および、SEP には変化が認められなかった。臨床応用した上衣腫の手術では、同時に記録した SEP, ABR にはほとんど変化が認められず、M. TEP の電位のみが低下した。術後に下位脳神経障害と、一過性の意識障害、呼吸不全が出現した。実験および臨床結果から M. TEP は延髄部の術中モニターとして臨床応用が可能と考えられた。

B-41) 頭蓋内頸静脈孔部神経鞘腫の1手術例

笹島 浩泰・井上 秀之
菅原 卓・峯浦 一喜 (秋田大学)
古和田正悦 (脳神経外科)

頸静脈孔部神経鞘腫は稀な疾患であり、とりわけ、頭蓋内タイプの報告例は極めて少ない。最近、舌咽神経由来と思われる頭蓋内頸静脈孔部神経鞘腫の1例を経験したので、手術所見を中心にビデオで報告する。

症例は19歳の女性で、左聴力低下で発症し、頭蓋内圧亢進症状を随伴して当科に入院した。うっ血乳頭と小脳症状がみられ、左聴力が消失しており、MRI で左延髄外側および小脳橋角槽を中心に径4.5 cm の占拠性病変と閉塞性水頭症が指摘された。内耳道の拡大がなく、

占拠性病変が頸静脈孔部に接しており、頸静脈孔部神経鞘腫の診断で後頭下開頭を施行した。頸静脈孔内に腫瘍はみられず、わずかに頭蓋内側で頭側の神経2~3本が腫瘍化しており、頭蓋内舌咽神経由来と考えられた。腫瘍化した神経のみを切断し、延髄に強く癒着した被膜の一部を残して腫瘍をほぼ摘出した。術後軽度の嘔声がみられたが徐々に改善しており、左聴力は有効聴力まで改善した。

B-42) 副神経由来神経鞘腫の1例

長谷川 顕士・川崎 昭一 (佐渡総合病院)
富川 勝 (脳神経外科)

副神経から発生する神経鞘腫は稀とされている。この度我々は大槽内に発育した副神経由来の神経鞘腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症例は52歳の女性。頭頸部痛、歩行障害、嚥下時の咽喉頭痛を主訴に来院。CTにて大槽内に低吸収域を呈する病変がみられ、MRIではT1で低信号域、T2で高信号域を示し、Gd造影で辺縁と隔壁と思われる部分が増強され、sagittal像では腫瘍は小脳虫部から頸椎C1レベルまで及んでいた。脳血管撮影では腫瘍陰影はみられなかった。手術を行なうと、腫瘍は黒褐色から灰黄色を呈し、多房性で嚢胞液はキサントクロミーからチョコレート様であった。被膜は延髄の一部で強く癒着していたが、大部分では癒着はみられず、右副神経脊髄根から発生していた。腫瘍の病理組織学的所見は neurinoma であった。

B-43) 小脳橋角部随膜腫に滑車及び外転神経鞘腫を同時合併した1症例

別府 高明・吉田 雄樹
和田 司・荒井 啓史 (岩手医科大学)
黒田 清司・小川 彰 (脳神経外科)

症例は66才、男性。既往歴、家族歴に特記事項はない。現病歴：右難聴、耳鳴を主訴に入院。神経学的に1) 右三叉神経第2枝領域の知覚低下、2) 右外転神経麻痺、3) 右難聴が認められた。MRI上テントに attachment を有し均一に造影される mass 認めテント随膜腫が示唆された。しかし神経鞘腫の合併を示唆する所見は明らかでなかった。術中所見：petrous bone の dura とテントの両方に attachment を有した随膜腫が、三叉神経を後下方に、顔面、聴神経を背側に圧迫し増生していた。

しかし、外転神経に contact はなかった。随膜腫を摘出すると、滑車神経、外転神経の神経鞘から腫瘍性の膨隆があり、肉眼的には神経鞘腫が疑われ共に摘出した。組織：随膜腫は fibroblastic meningioma であった。滑車神経、外転神経から発生していた腫瘍は肉眼的所見と S-100, EMA 染色により神経鞘腫と診断した。染色体検査においては、異常は認められなかった。neurofibromatosis, 放射線被曝の既往歴がなく随膜腫と神経鞘腫を合併した稀な症例を経験したので報告する。

B-44) 聴神経鞘腫の分類方法に関する1考察 新しい分類方法の提唱

関谷 徹治・嶋村 則人 (弘前大学)
畑山 徹・鈴木 重晴 (脳神経外科)

近年の画像診断技術の発展によって、聴神経鞘腫が比較的小さなうちに発見される機会が増え、術前から聴力温存を企図して手術を行う機会も確実に増えてきている。

このような状況を考慮するとき、従来から行われてきたような聴神経鞘腫の分類方法、すなわち「大きさ」のみによる分類方法は、もはや現状にそぐわないものになりつつある。

そこで、我々は、聴神経鞘腫を、主として、その占拠部位によって分類し、聴力温存の可能性など機能予後を予想しうるような新しい分類方法を考案した。この分類方法では、1つの聴神経鞘腫を、一塊の腫瘍として考えるのではなく、小脳橋角部、内耳道内部、内耳部の各構成成分からなるものとして扱う。そして、内耳道部内では内耳道底との関係から分類を行い、術者は、術前に聴力温存の可能性などについて一定の予測を持つこともできる。

B-45) 上矢状洞閉塞による頭蓋内圧亢進症状 にて発症した傍矢状洞随膜腫の1例

安斎 高穂・木内 博之
小笠原邦昭・長嶺 義秀 (広南病院)
藤原 悟・甲州 啓二 (脳神経外科)
高橋 明 (同 血管内脳神経外科)
吉本 高志 (東北大学 脳神経外科)

今回我々は、上矢状洞内への腫瘍の進展による頭蓋内圧亢進症状にて初発した傍矢状洞随膜腫の稀な1例を経験したので報告する。症例は33歳の男性。平成元年2月、左眼の視力喪失と右眼の視力低下を来し、当科におい