

は、1) pterional approach よりもずっと低く、脳底部を覗き込むように approach するので脳の圧排が少ない。2) 広い進入口が得られ、subfrontal, transsylvian, subtemporal, 等色々のルートで approach できる。3) 頭蓋外の infratemporal~pterygoid fossa へ進展した腫瘍に対して顔面皮切を加えることなく手術できる。等の利点を有し、腫瘍、動脈瘤の手術に応用されている。我々は、平成3年4月~7年3月までに19例(20回)の同 approach を経験したのでその適応範囲について検討した。

症例は、sphenoidal ridge meningioma 2, orbita~middle fossa meningioma 1, parasellar tumor 2, orbital wall tumor 1, otorrhea 1, BA-TOP aneurysm 5, BA-SCA aneurysm 3 IC aneurysm 2, ACo aneurysm 2, であった。

大きい sphenoidal ridge meningioma で血管を巻き込んでいる場合、lateral orbital wall~pterygoid fossa に進展している場合には、F・O・Z が良い適応になる。parasellar tumor は、subtemporal approach が主体になるので、F・Z で手術した。Aneurysm では、BA aneurysm には、BA-TOP の位置が高くない場合は F・Z で、BA-TOP の位置が高く、かつ IC が短い場合には、F・O・Z で手術した。他に、前頭葉の圧排が少ない点を利用して、下方向きの ACo aneurysm で脳腫張の強い時、下方から覗き込むように視野を得る点を利用して、IC aneurysm で真後ろに dome がある場合にも、F・Z が良い適応と考えられた。

6) Progressive stroke で発症した medullary AVM の1例

高井 信行・江塚 勇 (新潟労災病院)
田村 亨・山下 慎也 (脳神経外科)
米岡有一郎 (新潟大学)
(脳神経外科)

The report describes a rare case of arteriovenous malformation composed of medullary vessels alone (medullary AVM). It was presented with progressive neurological deficit. The diagnosis was made on the basis of finding of the follow-up angiography and magnetic resonance images. The patient was discharged after eighty-four days of onset without remarkable symptoms in spite of cerebral infarction resulted from the occlusion of the AVM. Major contribution to the symptoms was considered vasogenic edema.

7) 虚血発作を繰り返した幼児モヤモヤ病の1例

森 修一・神澤 孝夫 (水戸済生会総合)
新保 義勝・早野 信也 (病院脳神経外科)

症例は、1才4か月男児。平成6年9月中旬、号泣後に一過性の四肢脱力出現。その後歩行時に右上下肢脱力を繰り返すようになった。CT で左前頭に脳梗塞を認めた。脳血管撮影では、左側：3期、右側：1期(鈴木の期相分類)のモヤモヤ病であった。発症2か月後、左側に EMS+EGS (2ヶ所)を行った。術後抗血小板療法も併用したが、右上下肢麻痺(TIA-RIND)を繰り返した。CT 上左大脳半球は進行性の脳萎縮を呈した。平成7年3月下旬、左上下肢麻痺(RIND)出現。脳血管撮影で、左側：4期、右側：2期と病期の進行がみられた。左側では外頸動脈系からの血流はわずかであった。4月上旬、右上下肢麻痺(Stroke)となった。4月18日、右側に STA-MCA anastomosis+EMS+EGS (3ヶ所)を施行し、左側に EGS (2ヶ所)を追加した。5月上旬にも左上下肢麻痺(RIND)をきたした。発症後8か月後の脳血管撮影では、右側では、anastomosis は patent であり、EMS, EGS からの側副血行路も形成されてきているが、左側では、病期はさらに進行し、外頸動脈系からの血流はほとんどみられない。現在右上下肢麻痺は改善傾向で、介助での歩行が可能であり、言語機能はほぼ正常発育である。

小児モヤモヤ病では、脳の成長期にある低年齢児ほど高い脳代謝に見合う高い脳血流量が要求されており、また、幼少児例では年長児に比べて脳主幹動脈の閉塞病変がより高度・広範囲に起こり、かつ急速に進行するため十分な側副血行路が得られぬままに非可逆的な脳乏血状態に陥るためとされており、ことに2才未満発症児では予後不良例が多い。幼児モヤモヤ病においても、間接的血行再建術のみでなく、できうる限り、直接的血行再建術としての STA-MCA anastomosis を併用すべきと考えらる。