

S-8) ヨーロッパ手術見学記

山嶋 哲盛 (金沢大学
脳神経外科)

平成3年と5年にヨーロッパの6施設において見学した, Professors Derome and Visot (Paris), Yasargil (Zurich), Fisch (Zurich), Koos (Vienna), Perneczky (Mainz), Samii (Hannover) および Draf (Fulda) の手術を紹介する。

各先生に共通するのは, 毎日, 専用の手術室で専任の麻酔医の協力を得て多数の症例を, 短時間で能率良くこなしている事である。各先生共, 剃毛は必要最小限で, 座位を含め可及的に head up の体位とし, 独特の設置き台を工夫している。微小解剖を熟知し, マイクロ下での剥離や止血操作には無駄がない。Skull base surgery に不可欠のバーは多種類, 多数本備え, 用途に応じて使い分ける。ことに頭蓋骨内の神経や血管を露出する際は, バーの大きさと回転数を自在に調整している。ヘラは Yasargil 教授の様にできるだけ使用しない方針と, Samii 教授の様に幅 3 cm にも及ぶものを使用する方針の両極端がある。開頭は, 一般に我々が行うよりも小さめで, Perneczky 教授の如く as large as necessary, as small as possible という方針をとる者が多い。また, 硬膜の切開も必要最小限しか行わず, ヘラによる脳の圧排は硬膜上から行う場合が多い。開頭が小さいぶんマイクロの方向換えは頻繁であるが, 手術時間は短く, 脳動脈瘤や聴神経腫瘍の手術時間も2~3時間程度で, 毎日2, 3ケの major 手術をこなしている。Reconstruction にはフィブリン糊や人工硬膜以外は, periosteum や頭蓋骨内板, 脂肪塊など可及的に生体材料を用いている。

各先生の手術の妨げにならぬよう後方より控え目に撮影したスライドの quality には限界があるが, Derome and Visot の transbasal surgery と frontobasal surgery, Perneczky の supraorbital からの key hole surgery, Samii の retromastoid suboccipital surgery および Fisch, Draf の transpetrosal surgery を中心にできるだけ生々しい印象を報告したい。

P-A-1) 両側大脳半球の血流低下を示した外傷性クモ膜下出血による片側性遅発性脳血管攣縮の1例

切替 典宏・北上 明 (岩手医科大学高次
救急センター)
佐々木 盛
箱崎 誠司・三浦 一之
小川 彰 (同 脳神経外科)

症例は57才の男性で, 梯子より転落して受傷した。意識レベルは JCS 1, GCS 15 であり右側頭骨骨折, 右髄液耳漏, 右多発肋骨骨折・気胸を認めた。3日目には意識清明となり髄液耳漏も消失したが, 受傷6日目に JCS 3 に低下, 脳血管撮影では右 A1, M1 及び脳底動脈に中程度の血管攣縮がみられた。CT 上下 MCA 領域に低吸収域が出現したが, 軽度の左片麻痺を残して受傷34日目に独歩退院となった。退院時の血管撮影では攣縮は消失しており, その他の異常も認めなかった。

cold Xe CT を入院時, 意識低下時, 受傷2週間目, 退院時の計4回施行した。意識低下時の半球血流量は入院時に比べて両側ともに約50%低下しており, 受傷2週間目では右で約70%・左で約40%, 退院時には右で約50%・左で約20%の低下を認めた。

本症例における意識低下時の脳血流パターンは脳血管攣縮のみでは説明がつかず, 頭部外傷に伴う何らかの脳損傷が両側半球の血流低下を惹起した可能性が示唆された。

P-A-2) 急速に自然消失した急性硬膜下血腫の1例

後藤 博美・小島山博之
笹沼 仁一・柳沢 俊晴
後藤 恒夫・小泉 仁一 ((財)脳神経疾患
仲野 雅幸・紺野 豊 (研究所附属南東北
高橋 秀和・渡辺 一夫 病院脳神経外科)

受傷直後にみられた急性硬膜下血腫が, 臨床症状の改善と共に急速に消失した症例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

症例: 80歳・女性。既往歴: 20年来, うつ病と老人性痴呆で加療中で, 入退院を繰り返している。現病歴: 1994年2月13日, 深夜徘徊中に転倒し, 頭部を受傷した。受傷5時間後より意識障害と左片麻痺が見られるようになり, 当院に搬送された。来院時, 意識は100 (JCS) で, 左片麻痺が見られた。受傷後10時間の CT で著明な mass effect を示す右急性硬膜下血腫がみられた。手術の同意が得られず, 脳圧下降剤で保存的に治療された。受傷後34時間には意識と麻痺は回復し, CT で急性硬膜下血腫

は消失していた。受傷6日目後のCTで脳室内に血腫がみられた。脳血管撮影では異常はなかった。3月16日、痴呆を残し、独歩退院した。

考察：本例で急性硬膜下血腫が急速に消失した機序は、受傷時にクモ膜が破れ、血腫がクモ膜下腔へ wash out されたためと推察された。

P-A-3) 開頭による摘出術を要した器質化慢性硬膜下血腫の1例

三平 剛志・村上 憲孝 (秋田県立脳血管
研究センター)
岩瀬 正顕・鈴木 明文 (脳神経外科)
安井 信之
吉田 泰二 (同 臨床病理科)

通常の穿頭術では吸引除去が困難であった慢性硬膜下血腫例を経験したので、その臨床・病理学的所見につき報告する。症例：78歳、男性。既往歴：明らかな外傷歴なし。飲酒1合/日。止血凝固機能正常。経過：平成5年11月頃より歩行障害出現。CTにて右慢性硬膜下血腫を認め11月4日穿頭血腫ドレナージ施行。平成6年1月24日 follow up CTにて血腫の再貯留を認め、再度ドレナージを試みたところ血腫腔内には粥状組織よりなり穿頭孔からは除去し得なかった。2月3日開頭術施行。血腫塊は18×9cmで黄褐色の厚い被膜にcapsulateされており、これを一塊として摘出した。脳表と血腫内膜は微細な異常血管の交通を認めた。術後は再発なく経過している。組織学的所見：被膜は厚いhyalin化した結合織よりなり、リンパ球・形質細胞等の浸潤を認めた。fibrin形成や線維芽細胞の出現などorganizing hematomaの所見であった。

P-A-4) Sinking skin flap 症候群の1例

程塚 明・竹林 誠治 (旭川医科大学)
米増 祐吉・田中 達也 (脳神経外科)
福田 博 (森山病院)
脳神経外科

今回我々は、広範囲減圧開頭術後の著明なsinking skin flap症候群で特異な髄液循環動態を呈した1症例を経験したので報告する。

症例は40歳男性で、SAHにて発症。前交通動脈瘤の診断で動脈瘤クリッピング及び減圧開頭術を受けた。1か月後に頭蓋形成術及びV-Pシャント術を受けた。その後、5か月後に創部感染から硬膜外・硬膜下膿瘍を併発し、骨弁除去及びV-Pシャント抜去術を受けた。そ

の後L-Pシャント術を施行され、6か月後に退院した。7か月後より骨欠損部の陥凹は徐々に進行し、下旬より歩行障害が出現し、9か月後近医に入院となったが、症状増悪してきたため、1994年1月21日当科に転院となった。当初L-Pシャントの腹腔側を閉塞したが、著変なく、spinal drainageを留置の上、ラクテックの持続注入を開始した。少量では著変なく60ml/hour(1400ml/day)まで増量すると、ようやく陥凹は改善し、神経症状の改善を見た。持続注入を継続し、頭蓋形成術を施行した後でspinal drainageを抜去したが、良好な結果が得られた。

P-A-5) 頸動脈破裂をきたした von Recklinghausen 病の1例

中島 雅央・佐藤 和彦 (鶴岡市立荘内病院)
黄木 正登 (脳神経外科)
深瀬 真之 (同 病理科)

症例は33歳の女性。家族歴では親族にvon Recklinghausen病はない。胎児仮死にて施行した帝王切開後9日目、突然、左側頸部の急激な腫脹を見た。CTでは左側頸部から側頭後頭部に巨大血腫がみられ、先天的に後頭骨欠損部があり、その部から頭蓋内を圧迫していたが、小脳脳幹部に対する圧迫所見はなく左小脳欠損が疑われた。血腫内は一部強く造影された。血管撮影では左内頸動脈に紡錘形の陰影が、後頭動脈には造影剤の血管外漏出が見られた。血管内手術による止血を企図したが、待機中腫脹の一部が自壊し大量の外出血を認めShock状態となったため、血管撮影にて右側からのCross Flowは認めなかったが、やむなく左頸動脈結紮術を施行した。術中血管の脆弱性のため結紮に難渋し、血管塞栓物質の併用にて止血した。しかし術後も血圧は上昇せず術後約12時間後に永眠された。

以上の症例について血管の組織学的所見を含めて報告する。