

第64回新潟脳神経外科懇話会

日時 平成26年6月21日(土)
午後1時～午後6時
会場 ホテル日航新潟 4F 朱鷺

I. 一般演題

1 側臥位手術で殿部コンパートメント症候群を来し、術直後に緊急減張切開を要した1例

田村 智・熊谷 孝・妻沼 到
根元 琢磨・菅井 努・井上 明
根本 信仁*

山形県立中央病院 脳神経外科
同 整形外科*

【はじめに】殿部コンパートメント症候群はまれな疾患だが、坐骨神経障害や急性腎不全になることがあり、早期診断、早期治療が重要である。側臥位手術後に殿部コンパートメント症候群となり、緊急減張切開を要した1例を経験したので報告する。

症例は61歳、男性。主訴は左三叉神経痛。

【現病歴】咀嚼や洗顔で誘発される左三叉神経痛で内服加療していたが、薬剤効果乏しく、微小血管減圧術の方針となった。

【入院時現症】身長169.8cm、体重76kg。左V2, 3領域の三叉神経痛。

【手術所見】右 lateral semiprone position でジャックナイフ体位で行った。手術時間は6時間13分で、側臥位時間は7時間36分であった。術中に手術台操作ミスによりジャックナイフ角度が戻され、再度傾斜がかかる出来事があった。術直後より右殿部の腫脹と疼痛、右下肢痺れ、胸痛を訴えた。大腿部針穿刺で筋内圧40mmHgと上昇しており、殿部コンパートメント症候群と診断し、手術室で緊急減張切開を施行した。右大臀筋膜を切開すると筋肉の膨隆を認め、切開後も筋肉腫脹強く、筋内圧も50mmHg以上あったため、中殿筋膜、大腿筋膜張筋膜切開も追加したとこ

ろ、圧正常となった。Shoe lace 縫合で皮膚を縫合した。術後より疼痛は改善した。

【経過】軽度右座骨神経麻痺、右下肢しびれを認め、CTで中殿筋を中心とした右臀筋群の腫脹とCK上昇を認めた。輸液負荷を行い、腎不全となることなく経過した。術後6日目に大腿部縫合した。麻痺改善し、右足趾の軽度痺れのみとなり、術後17日目に退院した。

【考察】殿部コンパートメント症候群は稀な疾患であり、これまで股関節手術、意識障害による長期臥位、骨髄穿刺などの原因が報告されているが、側臥位手術の報告はない。本症例に発生した原因として、患者の体型、手術時間、体位、術中での体位変換などの影響が考えられた。

2 本当に慢性硬膜下血腫?の1例

佐藤 圭輔・佐々木 修*・渡部 正俊*
梨本 岳雄*・菊池 文平*・安藤 和弘*
渋谷 宏行**・橋立 英樹**
三尾 圭司**

新潟大学脳研究所 脳神経外科学分野
新潟市民病院 脳神経外科*
同 病理診断科**

【はじめに】Erdheim-Chester病(ECD)は1930年にChesterにより初めて報告された、non-Langerhans cell histiocytosisの一型であり、長幹骨に特徴的な硬化像を呈し、lipid granulomatosisを示す疾患である。原因は不明、頻度は稀で、現在まで世界で500例程度報告されている。全身性の予後不良な疾患で、骨病変の他、心肺・腹部臓器・縦隔・後腹膜・中枢神経系などにも発生する。今回、左麻痺・意識障害を呈し来院、右硬膜下血腫を疑い手術し、組織学的にECDと診断された1例を経験したので報告する。

症例は69歳、男性。

【現病歴】2008年原因不明の肥厚性硬膜炎の疑いで当院通院、その後自己中断。2014年4月、意識障害及び左麻痺を認め当院搬送された。CT上は慢性硬膜下血腫が疑われ、意識障害も呈していたことから緊急穿頭ドレナージ術を施行したが、血

腫流出は認められなかった。頭部MRIにて、不均一に造影される頭蓋内腫瘍性病変を認めたため、開頭の上、摘出術を施行した。

【術中・術後経過】腫瘍は黄色・軟で脳との境界は明瞭、硬膜との癒着も軽度で、一塊にして全摘出した。術後左麻痺・意識障害は経時的に改善を認め経過良好であったが、摘出標本の病理組織診断に加え、体幹部造影CT・骨シンチ・大腿骨X線写などにおける特徴的な所見から上記疾病と診断した。

【考察】中枢神経病変は疾患全体の15-25%に認めるとされるが、硬膜病変は稀である。予後は不良で2004年の報告では平均19.2ヶ月とされていたが、IFN α 治療を積極的に行った2014年の研究では5生率68%まで上昇したと報告されている。

【結語】非典型的な占拠性硬膜下病変を診た際には、鑑別として上記疾病の可能性も念頭に置き、精査・治療を進めるべきである。

3 Trans-cerebellomedullary fissure approach にて摘出を行った中小脳脚海綿状血管腫の1例

神宮字伸哉・温城 太郎・谷口 禎規
竹内 茂和

長岡中央総合病院 脳神経外科

【はじめに】中小脳脚に発生した海綿状血管腫に対しTrans-cerebellomedullary fissure approachによる摘出術を施行したので報告する。

症例は74歳、男性。既往歴に特記事項なし。数日前より続くふらつき、嘔吐の精査にて他院でCTを施行、小脳病変を指摘され当院に紹介となった。軽度の右体幹失調を認め、右を向くことにより嘔気が強くなり、嘔吐を繰り返していた。橋と右小脳の境界、すなわち右中小脳脚に腫瘍性病変を認め、海綿状血管腫と考えられた。保存的に加療を行ったが症状は改善せず、画像上、病変は増大していき、その後、増大傾向は治まるものの縮小はしなかった。反復する嘔吐により、およそ2ヶ月の長期臥床状態が続き、リハビリを行うこ

ともままならなかった。病変がさらに増大していくと合併症状が増す可能性も考えられたため、摘出術を検討した。第四脳室底より外側に位置する病変であったが、小脳橋角部側より第四脳室側からの方が病変までの距離が短かったため、Trans-cerebellomedullary fissure approachによる摘出術を行う方針とした。術中はSEP, MEP, 顔面神経核のモニタリングを行った。体位は患側を下としたlateral semiproneとした。小脳扁桃と第四脳室の間を切離していき、第四脳室底を展開した。病変は第四脳室側からは同定は出来なかった。顔面神経核を同定し、それより外側部分の右中小脳脚に相当する部分を切開すると暗赤色の病変を認め、これを白質より剥離して一塊として摘出した。病理診断は海綿状血管腫であった。術後、右体幹失調の増悪および眼球運動障害による複視を認めたが、徐々に改善していった。幸いにも反復性嘔吐は消失し、歩行も可能となったが、今しばらくのリハビリが必要と考えられ、術後1.5ヶ月の時点でリハビリ病院に転院した。画像上、病変は全摘出されていた。

【考察】Trans-cerebellomedullary fissure approachは小脳虫部を切開することなく第四脳室底にアプローチする手技である。今回、病変は第四脳室底よりも外側に位置したが、このアプローチにより無理のない摘出が可能であった。

4 malignant histiocytomaが疑われた右側頭葉 腫瘍の1例

遠藤 深・小泉 孝幸・加藤 俊一
佐藤 裕之・佐藤 大輔・澁谷 航平*
柿田 明美**

竹田総合病院 脳神経外科
県立中央病院 脳神経外科*
新潟大学脳研究所 病理学分野**

症例は69歳、女性。本年1/16未明に町内を裸足で彷徨しているところを発見され警察に保護。その際失見当識、左麻痺を認め当院搬入。CTにて右側頭葉に主座をおく占拠性病変を指摘され