

傾眠傾向が強くなった。CTにて両側の硬膜下水腫を認めた。1ヶ月経過を見たが改善はなく、徐々に進行。歩行器、介助でなんとか歩行するが自発的な動きはなく尿便失禁状態であった。髄液排除翌日はやや活動性が上がった印象があり Subduro-Peritoneal shunt 施行。改善ないので圧を徐々に 3cmH<sub>2</sub>O まで下げたが効果なかった。Shunt 造影では異常は見られなかった。double chamber, 腹側バルブを切って圧を 0 にして入れ替えたが改善はなく、術後重度肺炎を繰り返し死亡した。

【考察】外傷性の可能性が高そうな印象はあったがクリッピングせざるを得ない状態であった。硬膜下水腫については手術時の広範なくも膜切開と脳の牽引が主な原因と考えられた。進行性の意識障害の原因と考えて手術したが、適応に明確な指標はない。

支えを失った脳が下方に落ち込んでいるのみであるようにも思われる。コラーゲンスポンジとペリプラストによるくも膜形成は既に形成された硬膜下水腫の治療として行われた報告は無いが、本例のような高齢者の手術では有効である可能性がある。

## 11 滑車神経鞘腫の1例

加藤 俊一・小泉 孝幸・佐藤 裕之  
遠藤 深・藤原 秀元

竹田総合病院 脳神経外科

症例は58歳、女性。家族歴に特記事項なし。既往歴：高脂血症。2010年5月頃よりの複視で発症。2011年10月初旬からは体のふらつきと右下口唇しびれを自覚。同年10月13日当科初診。体幹四肢には神経線維腫を疑わせる皮膚病変なし、皮下腫瘍なし。神経学的所見には、意識清明、右滑車神経麻痺、右下口唇表在感覚鈍麻、体幹失調を認めた。頭部CTでは、右テント切痕部の橋前槽～迂回槽に嚢胞を有し脳幹を圧排する周囲と境界明瞭な腫瘍の所見。頭部MRIでは、腫瘍の大きさは長径3cmで、T1強調画像で低～等信号、

T2強調画像で高信号、拡散強調画像では低信号、CISS画像でメッセル腔への進展なし。ガドリニウムでは、嚢胞壁と内部の充実性部分が造影された。右内外頸動脈写及び右椎骨動脈写では、いずれも腫瘍陰影はみられなかった。以上より右三叉神経鞘腫と術前診断し、同年11月22日手術施行。アプローチは、subtemporal transtentorialで腫瘍全摘出術を施行。術中、テント下面で滑車神経から発生した腫瘍を摘出した後に正常三叉神経が確認された。脳腫瘍の病理診断はneurinomaであった。術後、右滑車神経麻痺は残存したものの、右下口唇部の知覚障害と体幹失調は消失。術後2週間でmRS：1にて独歩退院。術後3ヵ月で職場復帰した。滑車神経鞘腫の文献的報告は過去30例程で稀な神経症腫であり、橋前槽から迂回槽、脚間槽の脳槽を走行する滑車神経から大部分が発生し、海綿静脈洞内からの発生は文献的に1例だけ報告されていた。また、滑車神経鞘腫の約半分は、滑車神経麻痺を呈さないことが文献的に報告されており、注意が必要である。画像診断では、root typeの三叉神経鞘腫との鑑別は困難である。テント切痕近傍でメッセル腔への伸展のない髄外腫瘍をみたら、稀ではあるが滑車神経鞘腫も考慮すべき疾患である。

## 12 シャント機能不全を繰り返すSAH後水頭症の1例

小田 温・本橋 邦夫・野村 俊春  
小出 章

村上総合病院 脳神経外科

症例は60代で3度の帝王切開の既往を持つ女性。WFNS grade 5で、血栓化前交通動脈瘤に対しクリッピング術を行った。右側VPシャント後に脳室縮小が得られず、腹側のみ再建（固定糸を緩め髄液流出を確認した）したが、一向に改善が認められないため、全シャントシステム入れ替え術を行った。この際、腹側チューブを抜去したところ腹腔内から髄液が噴出し、腹側チューブ端からの髄液自然流出も確認されたため、腹腔内のト