

中。今回、移動時転倒し顔面打撲。脳挫傷、右眼窩内腫瘍として他院入院。2日後、右眼球突出以外受傷前と同じ状態となり、透析目的に転院したが、痙攣をおこし当科へ。1ヶ月後には右眼球突出は消失し退院診断は外傷性の右眼窩骨膜下血腫であった。

〔症例2〕66才、女性。既往歴に慢性副鼻腔炎。今回、右眼瞼腫脹、疼痛で発症、翌日には右眼球突出、視力の急速な低下。その翌日当科へ。すでに視力は光覚弁。CT/MRIにて右眼窩上壁の骨欠損、前頭洞炎、眼窩上壁に沿う凸レンズ状の境界明瞭な血腫・膿瘍が認められ緊急手術。2週間後に疼痛、右眼球突出は消失も、視力は回復しなかった。

眼窩骨膜下血腫の診断には coronal, sagittal CT/MRI が有用で、眼窩上壁に沿う凸レンズ状の境界明瞭な造影されない病変である。非外傷性で疼痛、嘔吐に伴って急速に眼球突出をきたした場合、視力低下が進行することもあり、眼窩骨膜下血腫を考え早急に手術すべきである。

6 前交通動脈瘤 clipping 後に生じた frontal mucocele の 1 例 — interhemispheric approach の注意すべき合併症 —

中川 忠・小股 整・鎌田 健一
森 宏

三之町病院脳神経外科

脳神経外科領域の手術による前頭洞開放後に生ずる合併症の一つに frontal sinus mucocele は知られているが、実際には稀である。また文献的にも報告例は少ない。今回、発達した前頭洞を有した破裂前交通動脈瘤の症例に basal interhemispheric approach にて clipping を行い、3年を経過して右眼球下垂及び眼球上転障害にて発症した frontal sinus mucocele の症例を経験したので報告した。症例は51才男性。突然の頭痛にて発症し来院。CT, angio にて高位の破裂前交通動脈瘤を認め、上記の如く手術を行なった。この際に前頭洞粘膜は可及的に除去した後に鼻前頭管で粘膜を閉鎖し galea にて覆った。3年後に右眼球症状が出

現し、MRI 上右眼窩から前頭蓋底部にかけて造影剤で増強効果の見られない大きな嚢包状腫瘍を認めた。DWI にて LSI であり、mucocele と思われた。手術所見では嚢包膜は薄く、嚢包内は褐色の粘液物質で満たされ、pus 様に見えた。嚢包膜は硬膜から可及的に除去し、患部を十分に洗浄した。感染を危惧し、眼窩上壁の欠損部は修復せずに脂肪組織で死腔を残さない様に充填し手術を終えた。病理組織所見は mucocele であった。術後、右眼球下垂及び眼球上転障害は消失した。一般に前頭洞の cranialization を行なう際には粘膜の除去と死腔を残さないことが肝要であるが、本例では初回の手術の際に前頭洞が大きく発達し、両側方まで存在した事から右側方の前頭洞粘膜が一部残存していたことが原因と思われた。

7 海綿静脈洞部から傍前床突起部の未破裂内頸動脈瘤の治療方針

反町 隆俊・森田 健一・神保 康志
伊藤 靖・藤井 幸彦

新潟大学脳研究所脳神経外科

海綿静脈洞から傍前床突起部の未破裂動脈瘤の治療には、1. 血管内手術によるコイル塞栓術、2. 内頸動脈の閉塞術 (low/high flow bypass を含む)、3. 傍前床突起動脈瘤では前床突起削除を含む開頭手術 (suction decompression を含む) が行われる。2010年はコイル塞栓術承認後10年を経過し頭蓋内ステントが承認された節目になる。そこで、この部位の動脈瘤に対するコイル塞栓術の有効性と限界をあきらかにし、今後の治療方針を決定することとした。

【方法】2000年-2009年に当科で治療した症例を海面静脈洞部と傍前床突起部に分けて検討した。

【結果】海綿静脈洞部未破裂動脈瘤12例に対し、初回治療として6例は動脈瘤コイル塞栓術(3例はステント併用)、6例は内頸動脈閉塞を行った。コイル塞栓術のうち、最大径10mmの動脈瘤では圧迫症状が改善したが、他の5例では症状は不変ないし悪化した。一方内頸動脈閉塞を行った6例

は術後に圧迫症状が改善した。また、コイル塞栓術後の3例で内頸動脈閉塞を行ったが症状の改善は不十分であった。コイル塞栓術後も含めた内頸動脈閉塞9例は、3例が内頸動脈閉塞単独、4例がSTA-MCA吻合術併用、2例がradial artery graftを用いたhigh flow bypassを併用した。STA-MCA吻合術の2例では術後RINDがみられ、1例で対側内頸動脈瘤が増大、単独治療では1例で前交通動脈瘤が出現した。

傍前床突起部未破裂動脈瘤は最大径10mm未満64個の動脈瘤に対しコイル塞栓術を行い、6ヶ月から9年(平均3.8年)の経過観察を行った。手術による症状悪化はなく、経過中に破裂した症例もなかった。最終のDSA/MRAでは41例(64%)で完全閉塞、16例(25%)で残存瘤1mm未満、6例(9%)で残存瘤2mm未満、最大径8mmの1例(1.5%)だけに再治療を行いその後3年の経過で残存瘤1mm未満である。一方、最大径10mm以上の動脈瘤は5個に塞栓術を行ったが、最大径12mmの1例だけが3年の経過で残存瘤1mm、他の4例は残存瘤が5mm以上に増大、2例で再治療したが再び増大している。術前視力障害は2例にあり2例とも改善なし、増大のない1例は術後に視力障害が出現した。

【結論】海綿静脈洞部未破裂動脈瘤は、症候性では内頸動脈閉塞+high flow bypass、無症候性のもは経過観察を第一選択とする。一方、傍前床突起部動脈瘤では最大径5-10mmではコイル塞栓術、10mm以上では前床突起削除+ suction decompressionを用いたクリッピングを第一選択とする(参考文献:反町他, 手術に役立つ局所画像診断:傍前床突起部から海綿静脈洞部にかけての未破裂内頸動脈瘤. 脳神経外科速報2010 vol.20 no.6.p538-545).

8 亜急性期に増大傾向を示した脳内出血例の検討

中山 遥子・佐々木 修・西野 和彦
山下 慎也・渡邊 直人・中村 公彦
澁谷 航平・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

脳内血腫の急性期における血腫増大とそのリスクファクターについては、数多く報告されてきた。今回、亜急性期に増大傾向を認めた脳内血腫2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

〔症例1〕60歳、男性。特に既往はなし。自宅で右片麻痺・失語を発症。当院救急搬送時E4V5M6、軽度右麻痺あり。頭部CTで左被殻出血を認めた。血腫量は約10mlで、midline shiftを認めず、保存的にみた。第8病日頭部CTでは、通常の水腫より淡いdensityをしめす血腫が瓢箪状に増大していた。臨床的には、第14病日右麻痺・失語が悪化し、第15病日小開頭血腫除去術を行った。血腫の性状は慢性硬膜下水腫様のさらさらした血液で、術中所見では脳室との交通は認めなかった。

〔症例2〕37歳、男性。特に既往はなし。内服薬なし。仕事に左麻痺を発症。当院救急搬送時E4V5M6、重度左片麻痺あり。頭部CTで右被殻出血を認めた。血腫のdensityは不均一で、一部液状成分が疑われる所見であった。保存的にみた。第9病日意識レベル3桁に低下。瞳孔両側縮瞳し、閉塞様呼吸となり、病棟にて挿管し、小開頭血腫除去術を施行した。血腫は慢性硬膜下水腫様で、脳室との交通は認めなかった。

〔症例3〕77歳、女性。高脂血症の指摘あり、特に内服薬なし。独居で家の中で倒れているところを発見された。意識障害軽度、軽度左片麻痺あり。血圧は100/50台。頭部CTで左前頭葉に脳内血腫を認め、内部は不均一で一部液状成分が疑われた。第6病日の頭部CTでは、液状化成分が増大し、midline shiftが増強していた。臨床的には一時的に軽度意識レベル悪化を認めたが、保存的にみて、意識レベル1桁、車いすでリハビリテーション目的に転院した。

いずれの症例でも、亜急性期に頭部CTで通常