
 学 会 記 事

第 55 回新潟脳神経外科懇話会

日 時 平成 21 年 12 月 12 日 (土)
午前 10 時～午後 3 時
会 場 新潟グランドホテル
5 階 常磐の間

一 般 演 題

1 視神経管を貫通して頭蓋内に到達した穿通性眼外傷の 1 例

近 貴志・小倉 良介・田村 哲郎
福島 淳志*・土田 宏嗣*・尾山 徳秀**
県立中央病院脳神経外科
同 眼科*
新潟大学医歯学総合病院眼科**

視神経管を貫通してガラス先端が頭蓋内に到達した穿通性眼外傷の 1 例を経験したので報告する。

患児は 3 歳，女児。家で兄と遊んでいるときに，窓に頭から突っ込み，ガラス片の散乱した床に顔をぶつけて当院に搬送された。初診時患児は眼を開けず，顔面の打撲のほかには下眼瞼の擦過傷程度であったが，頭部 CT で左眼球を貫き頭蓋内に到達するガラス片を認めた。骨条件で検討すると，ガラス片は視神経管を通過して 2 つに折れ，方向を変えて頭蓋内に到達していたが，3D-CTA では内頸動脈，前大脳動脈には接していなかった。

左眼の視機能は保てないと判断し，眼科と協力して左眼球およびガラス片の摘出を行った。最初に当科で左前頭側頭開頭を行い，シルビウス裂を開いてガラス片の先端を確認した。周囲の血管損傷のないことを確かめ，さらに眼球摘出時にガラス片が動かないように保護した後，眼科医により

眼球摘出を行った。ガラス片は 2 つに折れており，外側は眼球とともに摘出できたが，内側は視神経管上壁の drilling を行い，頭蓋内から摘出した。術後義眼を挿入し，感染症状もなく経過し，約 10 日後に退院した。

本例の手術所見を供覧しつつ，頭蓋内に到達した穿通性眼外傷につき考察を加えて報告する。

2 診断に苦慮した右側頭骨好酸球性肉芽腫の 1 例

吉田 雄一・恩田 清・武田 茂樹
山崎 一徳・宮川 照夫・檜前 薫
新井 弘之

新潟脳外科病院脳神経外科

症例は 48 歳，男性。2009 年 6 月初めから右耳の上方がズキズキと痛みだし，精査を希望して当院を受診。右側頭部に圧痛あり。MRI では右側頭骨に T2 high の腫瘍性病変を認め，皮下組織への浸潤も示唆された。Gd によりこの病変は増強され，周囲の硬膜も広く増強された。頭部単純 X 線では右側頭骨に辺縁不明瞭な骨融解像を認めた。血管撮影では右中硬膜動脈より栄養される腫瘍陰影がみられた。骨シンチおよび Ga シンチでは右側頭骨に RI 集積を認めた。腫瘍マーカー，血液性化学検査では異常を認めなかった。原発あるいは転移性の悪性腫瘍を疑い，摘出術を施行した。腫瘍は骨を融解するように発育し，腫瘍と接する骨膜・側頭筋にも浸潤しており，浸潤部分を切除した。骨腫瘍の辺縁に十分な margin をとって開頭，骨片を摘出し，腫瘍と接する硬膜も摘出した。硬膜内への浸潤はみられなかった。組織像は S-100 陽性の組織球性細胞が増殖し，間質には単核球・リンパ球・形質細胞の浸潤がみられ，Langerhans cell histiocytosis と診断した。

【考察】好酸球性肉芽腫は Langerhans cell histiocytosis に属する良性腫瘍で，若年者に多い。26 例を分析した報告によると，年齢は 18 カ月～49 歳で，70% は 20 歳未満であった (Rawlings et al.)。単純 X 線では境界明瞭な骨透亮像が特徴とされている。MRI 所見は，T1 で等信号，T2 で高信号を示し，造影 MRI での硬膜の増強効果は腫

瘍反応性の炎症を示しているとの報告がある。本症例は年齢がやや高いこと、単純X線所見が好酸球性肉芽腫としては非典型的であることより、今後慎重な経過観察を行う必要がある。

4 脳膿瘍を伴った硬膜下膿瘍の1例

小股 整・中川 忠・鎌田 健一
森 宏

三之町病院脳神経外科

症例は71歳、男性。

既往歴：高脂血症のみ。

現病歴：H21.9.3夜より頭痛、9.4夕38.7度の発熱あり。9.5朝、洗面所の水を出しっ放し、呼んでも返答が遅い、左片麻痺などの神経症状出現し当院受診。入院時、JCS1、左半側無視、軽度左片麻痺、左半身感覚障害あり。入院当日39.1度の発熱あるも、翌日解熱。頭痛や頸部硬直認めず。WBC9,500, CRP7.72, HbA1c5.9%。

単純CT：右頭頂葉白質に低吸収域と同部脳溝不鮮明化あり。

造影MRI：脳溝に沿って増強あり。

DWI：一部に高信号域あり。入院当初、脳梗塞(亜急性期)或は脳腫瘍(症状は症候性てんかん後の神経症状)と考え、アレピアチン、ステロイドを投与開始した。神経症状は数日で改善し、炎症所見も改善。しかし1週間後MRIで、周囲増強効果を伴う硬膜下液貯留、皮質内囊胞性病変が明らかとなり、さらにDWIでも病変に一致した高信号域を認めたため、硬膜下膿瘍及び脳膿瘍と診断した。

原因・機序：まず血行性(慢性菌周炎3カ所十)に頭頂葉皮質近くに脳膿瘍が形成され、次いでそれが硬膜下腔へ開放されたものと推測された。

治療方針：まずは抗生剤投与を行い、2-4週間後、炎症が局限化した段階で必要なら外科的排膿を行うこととした。

経過：4週間抗生剤投与するも、硬膜下膿瘍はむしろ拡大傾向(症状は軽度左感覚障害のみ)あり。全麻下に開頭排膿洗浄術を施行した。術中、膿瘍周辺に被膜はなく、脳炎を来した白質を認め

たのみであった。術後MRIで、硬膜下膿瘍は消失したが、脳膿瘍自体は増大し、周囲の脳炎も悪化した。しかし幸い抗生剤治療に反応し、術後6週間で脳膿瘍はほぼ消失した。現在神経症状残存なく、外来通院中である。

結語：硬膜下膿瘍は、抗生剤が到達しにくく、最終的に外科的排膿が必要ことが多い。術中、膿瘍被膜は極力温存すべきである。

5 大量の咽頭出血で発症した頸部頸動脈瘤の1例

熊谷 孝・長瀬 輝頭***・
和氣 貴祥***・小池 修治****・
古瀬 秀和*・岡崎 慎一*・阿部 靖弘*
深沢 学**・武田 憲夫・井上 明
妻沼 到・菅井 努・野村 俊春
山形県立中央病院脳神経外科
同 耳鼻科*
同 心臓血管外科**
山形県立新庄病院耳鼻咽喉科***
山形大学耳鼻咽喉科****

症例は66歳、男性。中咽頭悪性リンパ腫に対し局所照射の既往あり。H20/10月嚥下困難、H21/1月咽頭出血を来し前医入院。頸部頸動脈瘤(An)が発見され紹介。大量出血によりショック状態で救急搬送。DSAで左頸動脈分岐部に9×18mm大のAnを認め、外頸動脈は閉塞、近位部総頸動脈(CCA)に狭窄あり。3D-CTAで狭窄部に石灰化を伴う。この時点では仮性動脈瘤と判断せず、照射後の硬化性変化とAn形成の診断。即日瘤内塞栓術とstent留置術を施行。GDC18-360(14mm-30cm)でshell形成し計345cmを用い塞栓(VER:33%)、次いでCCA狭窄部からneckをcoverするようWallstent RP(10mm-49mm)を留置。2週後DSAでAn消失を確認し転院。その後咽頭scopeでcoil protrusionが確認され、3.5ヶ月目のDSA,IVUSではstent拡張と圧着は良好だがcoilは著明にloosening。閉塞テストで永久遮断の耐性なしと判断。再出血と感染の危険あり耳鼻科、心臓外科、脳外科協働でICA温存の追加治療を予定した。左前頸部切開にてCCA,ICAを確保。Coilは器質化血腫とともに軟部組織内にあり。