

の視野も悪かった(1~18例目)。このため、2モニタ(1台は反転倒立像)・45度斜視鏡に変更し hand eye coordination が得られ、気管左側への覗き込みも可能となった(19~76例目)。しかし、左側臥位では肺、血液が術野におちこみ操作が中断されがちであった。このため腹臥位・45度斜視鏡に変更することにより肺の圧迫は不要となり、dry fieldでの操作が可能となった(76~92例目)。

【結語】

胸腔鏡下腹臥位食道癌手術では良好な視野での手術が可能である。

第54回新潟脳神経外科懇話会

日時 平成21年6月13日(土)
午後1時~午後6時
会場 朱鷺メッセ 3階
中会議室

I. 一般演題

1 慢性期に IC trapping を行った ruptured IC dorsal aneurysm の1例

中里 真二・菊池 文平・長谷川 仁
渡邊 正人

桑名病院脳神経外科

症例は39歳、男性。平成20年9月20日頭痛で発症し、同日当科に入院。

H & K grade I。MRA/Angioでlt.IC dorsal aneurysmと診断した。BTOnegative。intentional delayed operationの方針として鎮静・血圧管理を行った。再出血、血管れん縮なし。10月9日(day19)頸部頸動脈確保して開頭術を施行した。

術中出血し、Pcom proximalでのIC trappingとSTA-MCA single anast.を行った。術後失語と右片麻痺が軽度出現したが、徐々に回復。術後3日目意識障害、失語と右片麻痺が再度悪化した。術後アンギオではPcom & Acomからのlt.MCAへのflowは良好であったが、STA-MCA bypassはpatent(一)。失語・右片麻痺に対して点滴・リハビリをおこない、最終的にmRS1。考案：IC dorsal aneurysmに対し再出血予防するにはIC trappingが最も確実であるが、急性期に行った場合ICAの犠牲時の正確な血流評価が困難であり、血管れん縮期の血流確保も考えるとHigh flow bypassの血行再建術が必要と考えられる。術中出血は急性期だけでなく慢性期にもおこりうるが、慢性期ではすでに血管れん縮を乗り越えているため、たとえ術中出血しIC trappingせざるを得なくても術前計画的なBTOなどから血行再建術の必要性の有無を判断でき、術後脳虚血に対応できる可能性は高いと思われる。

2 Ruptured distal PICA fusiform aneurysm の1手術例

中川 忠・小股 整・鎌田 健一
三之町病院脳神経外科

distal PICA aneurysmは比較的稀で全脳動脈瘤の約1%とされている。多くはberry form型であり、fusiform型は極めて稀である。今回、我々は意識障害、頭痛にて発症した症例の治療例を報告した。

症例は80才、女性。意識なく倒れているところを発見され、直ちに当院へ救急搬送された。来院時神経学的には昏睡状態、四肢マヒであった。(H & K5) CT上後頭蓋窩に主にくも膜下出血を認めた。(Fisher group 3) Day 1には神経症状の著しい改善を認め、呼びかけに開眼し、単純な指示に応ずる様になった。(H & K4)このため同日に脳血管造影を行い、右PICA遠位部(tonsillo-hemispheric branch)にberry form型のaneurysmを認めた。手術は同日に施行した。右後頭蓋窩開頭にてapproachした。aneurysmはtosillohem-

isheric branch に fusiform 様に拡大しており、dissecting aneurysm と思われた。clip は困難なため、やむなく trapping を行ない、aneurysm は切除した。病理組織診断では内弾性板は存在しており、dissecting aneurysm は否定された。最終的に fusiform aneurysm と診断した。術後経過は比較的良好であった。MRI にて PICA 領域に梗塞巣を認めたが、比較的狭かった。治療法は切除が確実であるが、文献的には切除に加えて PICA 近位部では PICA の血行再建を必要とするが、PICA 遠位部では血行再建は要しないとされている。しかし、可能な限り血行再建を考慮すべきと思われた。

3 治療開始前 herniation sign を呈した出血発症脳動静脈奇形の 1 小児例

加藤 俊一・竹内 茂和・谷口 禎規
佐野 正和・阿部 英明・河野 充夫*

長岡中央総合病院脳神経外科
県立十日町病院脳神経外科*

来院時に重篤な状態だった出血発症小児脳動静脈奇形 (AVM) の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症例は 11 歳、男児。家族歴及び既往歴に特記事項なし。2008 年 9 月 14 日頭痛、意識障害で発症。県立十日町病院に搬入。JCS300, GCS3, 両側瞳孔散大。頭部 CT で脳出血と診断され、マンニトール 100ml 静注後に、同日当科へ転送。来院時、JCS200, GCS4 (E1V1M2)。瞳孔不同 (右 7mm, 左 3 mm), 両側対光反射消失。頭部 CT では右帯状回の径 2.5cm 大の脳内出血、右大脳縦裂及び円蓋部の硬膜下血腫がみられ、右鉤回ヘルニアの所見。脳内出血の一部に造影所見もあった。入院日に緊急で減圧開頭及び硬膜下血腫除去術を施行。術中所見で著明な脳腫脹があり、術直後から呼吸器管理下にバルビタール療法を 1 週間施行。バルビタール療法終了後、意識状態は回復。脳血管写で右脳梁辺縁動脈より流入動脈が入り上矢状静脈洞に流出静脈が注ぐ、2 cm 大の nidus を有する AVM の所見。第 46 病日に右大脳縦裂アプローチで AVM の摘出と頭蓋形成術を施行。初回出血の

脳損傷による大脳高次機能低下と左片麻痺を後遺したが、食事起居動作は自立し、介助による車椅子移動で第 122 病日にリハビリ目的に他院に転院した。

【考案】術前脳血管撮影の余裕のない本例のような重篤例では、頭蓋内圧制御を最優先し、初回手術では無理な摘出術は慎むべきである。破裂 AVM の急性期再出血率が低い事より、根治的な AVM 摘出術は脳血管写後に二期的に施行すべきである。出血小児例では、小児脳の高い可塑性を考慮して術前状態が重症な例でも可及的早期に手術適応とすべきと考える。また、偶然発見された無症候性小児例では、高い生涯出血率と一度の出血による mortality, morbidity を考慮して、外科的に処理可能な場合には手術対象となり得る旨の informed consent を行うべきと思われた。

4 菌性感染症由来の中樞神経系感染症

本山 浩・阿部 博史・渡辺 秀明
田辺 啓太*

立川総合病院循環器・脳血管センター
脳神経外科
同 歯科口腔外科*

5 出血性脳梗塞、痙攣重積で発症した横・S 状静脈洞部硬膜動静脈瘻の摘出例

関 泰弘・斎藤 隆史・倉島 昭彦
梨本 岳雄

長野赤十字病院脳神経外科

症例は 71 歳、女性。

【既往歴】17 年前から統合失調症で治療を受けており、近年は認知症が進行していた。頭部外傷歴なし。

【現病歴】老人ホーム入所中に嘔吐、全身痙攣を生じ、近医 CT で脳出血を指摘され紹介搬送された。JCS100, 痙攣重積状態。MRI : 左側頭後頭葉に静脈性脳梗塞、左上側頭回に直径 2 × 1 cm の脳出血、MRA : 左側頭葉の脳表に拡張発達した Labbe vein とされる血管あり。脳血管撮影: 左後