

手術する上での注意点を列挙する。

1. 止血を完全におこなった後髄内の操作に入る。血液の流れ込みは手術をやりやすくする。
2. ある程度の長さの midline splitting を行なって後、髄内に入るべき。局所に強い圧がかかるのを避けるため。
3. pial retraction が有効。糸は 6-0, ブルドックカンシか眼科用の軽いカンシで吊るといい。モスキートだと重すぎ、pia が切れる。
4. 髄内の術野では杉田の retractor が使用できないことを銘記すべし。従って助手が絶えず境界面を保持するため微小な sputula 等で脊髄を retract しなければならない。
5. 剥離面をしっかりと確保し続ける。出来ないところ cord を傷つけ、腫瘍を残してしまう。
6. 腫瘍を把持する繊細なセッスが重要。
7. 助手の役割は極めて重要で、顕微鏡も立体視でないといけない。
8. 迅速の結果は必ずしも当てにならない。境界面があるなら、組織型に関わらずがんばって全摘をめざすべき。
9. MEP のモニターは必須である。

## 5 特異な発育様式を示した dermoid cyst の 1 手術例

小澤 常德・相場 豊隆・渡邊 徹  
倉部 聡

県立新発田病院脳神経外科

dermoid cyst の発生部位は後頭蓋窩やトルコ鞍上部などの正中からとされている。Atypical な発育様式を呈した dermoid cyst の症例を提示し、その発生母体に関する考察を加えた。

症例は 50 歳、女性。2 年前から右聴力低下を自覚。4 ヶ月前からめまい感とロレツ不良自覚、2 ヶ月前から嘔気、書字困難、歩行困難が出現したため当科受診した。右聴力低下と右小脳失調を認めた。MRI では T1WI で iso, T2WI でやや不均一な high, Gd-T1 で辺縁部が一部造影される 5 × 4 × 3 cm の腫瘍を認めた。腫瘍の一部は右横静脈洞を横断するように asterion 近くの頭蓋骨内ま

で連続していた。

【手術】右側の 7 字状皮切で、右横静脈洞を挟んだ小脳テント上下を開頭すると、腫瘍の一部が硬膜外に認められ、完全に閉塞した静脈洞近くの硬膜は穴状に欠損し、ここを通じて腫瘍は小脳まで深く連続していた。腫瘍は油カス様で毛髪を含み、内部からは油性液体が浸み出て来た。浅い部位では小脳との境界に膜様構造があったが、深部はクモ膜と区別のつかない薄い膜となっていた。chemical meningitis を来さないよう膜内摘出とし、膜切除はしなかった。腫瘍が認められた頭蓋骨は切除した。術後、聴力障害を含めて症状は軽快した。病理診断は dermoid で、AE1/AE3 染色にて pancytokeratin 抗体陽性の、骨内に cyst 状に存在する腫瘍の一部を認めた。

【考察】頭蓋骨原発の dermoid であり異所的発生とも思われたが、眼窩内 dermoid では眼窩骨縫合からの発生が一般的と言われている。Bone window CT を見直すと、まさに lamboid 縫合直下に頭蓋骨巣が存在し、ここが原発巣と考えられた。Dermoid としては極めて特異な発生部位であるが、縫合線と関連した頭蓋骨腫瘍では dermoid も鑑別が必要と考えられた。

## 6 くも膜下出血に対するマグネシウムによる術後管理

矢島 直樹・倉部 聡・原田 敦子

山下 慎也・鈴木 健司・中里 真二

反町 隆俊・佐々木 修・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

【目的】H18 年 12 月～当院で脳血管攣縮予防に Mg 静脈内投与が行われた 46 症例について Mg 静脈投与の安全性および有効性につき検討した。

【方法】治療プロトコルは、MgSO<sub>4</sub> 14.82g (コンクライト Mg 6A) を 24 時間かけ持続静脈注入、術後 1 日目から開始して約 2 週間継続する。定期的に Mg 血中濃度のモニタリングを行い、Mg 静脈投与の安全性を確認。投与期間中の有害事象と Mg 投与との因果関係につき検討。Mg 静脈投与の有効性を Mg 群 (H18 年 12 月～

H20年5月までの46症例), Control群(H15年~H18年11月までの87症例)に対して症候性脳血管攣縮の頻度, 症候性脳血管攣縮による後遺症の有無, 3ヶ月後のmRSについて検討を行った。

【結果】くも膜下出血後の患者に対してMg持続静脈投与は安全に行われた。仕事復帰, ADL自立に関してMg投与群で有意に改善を認めた。

【結語】症候性脳血管攣縮予防に対してMg持続静脈投与が有効である可能性が示唆された。

## 7 破裂巨大脳動脈瘤に対する2段階手術 (clipping → coiling): preliminaryな提案

柿沼 健一・渡辺 直人・菊池 文平  
佐藤 洋輔・森田 健一

新潟労災病院脳血管センター脳神経外科

破裂脳動脈瘤の根治術としてcoilingを先行させた後にclipping行う2段階手術は広く行われつつある。完全clippingが困難なことの多い巨大破裂脳動脈瘤の治療として, まずclippingにて破裂点を確実に押えつつ, coilingが容易になるように, 頸部をいわば形成したのち, coilingによって瘤の完全閉塞を目指す当院の試みについてvideoで供覧した。

## 8 破裂小型動脈瘤の分析と未破裂小型脳動脈瘤に対する治療方針

熊谷 孝・源甲斐信行・武田 憲夫  
井上 明・妻沼 到・菅井 努  
岡田 正康

山形県立中央病院脳神経外科

【目的】未破裂脳動脈瘤の破裂危険因子の中で, 大きさは重要な因子と考えられるが, 小型動脈瘤(5mm未満)の破裂率は低く積極的な手術適応とはされていない。しかし実際に経験されるくも膜下出血(SAH)において, 小型動脈瘤の占める比率は必ずしも低くない。我々は当院の破裂脳動脈瘤の中で, 5mm未満の小型動脈瘤とそれ以上の大きさの動脈瘤の臨床データを比較分析し未破裂小型動脈瘤の治療方針を検討した。

【対象/方法】2001年1月から2008年3月の間にSAHで入院され破裂動脈瘤を認めた220例(男/女:76/144,平均年齢:63.9)を対象とした。DSA, 3DCTAを用いて瘤の大きさと形状を判定し, 5mm未満の小型動脈瘤とそれ以上の動脈瘤の2群に分類した。年齢, 性別, 家族歴, 既往歴, 生活歴, 入院時grade, Fisher分類, 退院時mRSに関し,  $\chi^2$ 検定を用いて群間を比較した。

【結果】動脈瘤の大きさは平均6.2mmで, 5mm未満の小型動脈瘤は220例中72例と全体の32.7%を占めた。5mm未満の動脈瘤は男性の32%, 女性の33%と性差はなく, 年齢別分布でも有意差はなかった。動脈瘤の部位では椎骨脳底動脈系で多い傾向にあったが有意差はなかった。Blebの有無, 形状にも有意差は認めなかった。151例で直達手術が, 49例で血管内治療が施行されたが, 両群の治療成績に差はなかった。5mm以上の群で, 家族歴とSAHの既往が5mm未満の群より有意に高かったが( $P < 0.05$ ), それ以外の検討因子には有意差を認めなかった。

【結論】破裂動脈瘤における小型動脈瘤の頻度は低くなく(5mm未満32.7%), これまでの未破裂小型動脈瘤の破裂率から推測される破裂症例数よりも多いと思われる。小型動脈瘤の予後を含めた臨床分析でもより大きな動脈瘤と大差はなく, 未破裂小型動脈瘤に対してもより積極的な治療を検討すべきと考える。

## 9 頭蓋咽頭腫の1例

谷口 禎規・竹内 茂和・加藤 俊一  
佐野 正和

長岡中央総合病院脳神経外科

## 10 悪性類上皮腫の1例

神保 康志・渡部 正俊・鈴木 健司  
川口 正

長岡赤十字病院脳神経外科

【はじめに】類上皮腫は, 胎生期遺残組織の外胚葉に由来し, 扁平上皮成分のみからなる良性腫