

Hg 以下にした (strict blood pressure control: BPC). 脳内出血の CT 診断直後に RAF と BPC で治療した患者 (RAF group, n = 93) と PAF と BPC で治療した患者 (PAF group, n = 63) 間で翌日 CT での出血が増大した症例の出現率を比較した.

【成績】血腫増大の cutoff value を 20 % とすると RAF group で 4 人 (4.3 %), PAF group で 11 人 (17.5 %) の出血増大がみられた. RAF group は PAF group に比べ血腫増大の頻度が有意に少なかった ($p < 0.05$). 吐き気と嘔吐が 26 % にみられたが, 重篤な副作用はなかった.

【結論】抗線溶剤の急速投与と厳密な血压管理は出血増大を予防できる可能性がある.

10 Perisylvian syndrome に伴う側頭葉てんかんの外科治療

亀山 茂樹・増田 浩・藤本 礼尚
村上 博淳・柿田 明美・高橋 均
国立病院機構西新潟中央病院
脳神経外科
新潟大学脳研究所病理学分野

先天性傍シルビウス裂症候群 (perisylvian syndrome: PS) はシルビウス裂周囲の多小脳回症 (polymicrogyria) と仮性球麻痺を示す症候群であるが, 左右非対称を示すことも多い. 病因として胎生期の water-shed type の脳虚血が考えられている. 構音障害, 難治性てんかん発作や知的障害の合併も多いのが特徴である. 多小脳回は言語野に近接して存在することが多く, 機能的温存の意味で外科治療された例が少ない. 当院では, 4600 例のてんかん患者のうち 7 例の PS が含まれている. そのうちの 1 例 (15 歳, 高校生) の側頭葉てんかん患者に対して焦点切除をおこない, 良好な結果を得たので, 報告した.

症例は生来健康であったが, 発語困難を自覚していた. 13 歳で意識障害発作を発症. その後, 口部自動症を伴う複雑部分発作が徐々に増加し難治性のため 2005 年 7 月外科治療を目的に入院した. 発作型は側頭葉てんかんで, 発作頻度は 1-2 回/

週, FIQ は 62. MRI で左側に多小脳回症が明らかかな PS を認め, 脳磁図で側頭葉多小脳回に等価電流双極子集積を認めた. ワダテストで言語表出, 受容ともに右半球であり, 焦点切除可能と判断して頭蓋内電極記録で発作起始を確認の後, 側頭葉多小脳回の焦点切除術を行った. 病理診断は focal cortical dysplasia type IIB を伴う polymicrogyria であった. 術後発作は消失し, 発語困難が消失した.

PS に伴う難治性てんかん発作は焦点局在診断と機能野の局在診断により安全に焦点切除ができれば発作転帰も良いので, 考慮すべき治療と結論できる.

11 非典型的な神経血管減圧術

川口 正・小林 勉・富川 勝
平石 哲也

長岡赤十字病院脳神経外科

2004 年 5 月より 2005 年 12 月まで当院で行われた神経血管減圧術 (MVD) は 20 例である. 片側顔面痙攣 (HFS) 15 例 (Botox 治療後 3 例を含む), 三叉神経痛 (TN) 5 例である. 全例症状は軽快し合併症はない. TN では圧迫血管が必ずしも動脈ではなく, 巻き付いた静脈やクモ膜の癒着, 三叉神経の軸の歪みが原因となることもあり, Meckle's cave まで確実に剥離して観察することが重要である. また HFS では REZ よりも遠位部での圧迫例や第 VII, VIII 神経間での貫通例も存在するので注意が必要で, この際には特に AMR (abnormal muscle response) モニタリングが有用である. 症例を呈示して説明した.

12 Endonasal Transrhinoseptal transsphenoidal Approach を行った海面静脈洞下面の腫瘍

田村 哲郎・関 泰弘・中嶋 昌一
県立中央病院脳神経外科

Transsphenoidal approach には標準的な sublabial approach 以外に鼻腔から直接鼻中隔に入る

方法と内視鏡のみで顕微鏡を使用しない方法がある。手術用顕微鏡を用いて直接鼻中隔粘膜を剥離して蝶形骨洞に接近する方法を最近行っており、それを用いて海綿静脈洞の下面に主座をもつ悪性腫瘍に対して手術した症例を元に手術の実際を披露したいと考え報告する。

症例は、53歳男性。頭痛、複視、左眼の違和感で発症し、某院にてMRIで異常を指摘され、左眼瞼下垂、眼球運動制限が進行して当科に紹介入院となった。

入院時、左視力0.02、中心視野欠損、左動眼神経完全麻痺のほか、左IV、VI神経麻痺を認めた。CT、MRIでは左眼窩先端から蝶形骨洞の海綿静脈洞下面、中頭蓋窩にいたる骨破壊性の充実性腫瘍を認めた。悪性腫瘍と考えられたが、ステロイドに反応しなかった。全摘は困難と考えられ、組織診断を目的とする手術後の後療法に期待することとし、侵襲の少ない経鼻的経蝶形骨洞法を行った。鼻中隔粘膜の軟骨-骨境界部に小切開を加えて骨性鼻中隔粘膜を両側剥離し、鋤骨の左半分を削除して蝶形骨左側にあった腫瘍を直視下におさめて摘出した。下垂体用キュレット、電気メスや超音波メスも使用して直視下の腫瘍を摘出して手術を終了した。切開した鼻中隔粘膜は縫合せずに左右から圧迫して癒着させた。切開した粘膜以外には粘膜損傷はなく、手術時間は1時間余であった。病理診断は扁平上皮癌であった。術後放射線化学療法をおこない、眼瞼下垂は消失し、症状の改善がえられた。

【結論】本法によるtranssphenoidal approachは標準的な方法より術野は狭いが、正常組織の損傷が少なく、短時間で行うことができ低侵襲であり、超音波メスなど種々の道具も使用できる。

13 術後に一過性の広範な脳浮腫を生じた髄膜腫の1例

森 修一・斉藤 有庸・遠藤 浩志
早野 信也

水戸済生会総合病院脳神経外科

術後に一過性の広範な脳浮腫を生じ、神経症状

(片麻痺)を生じた髄膜腫の1例を経験した。原因として手術操作による静脈損傷が考えられ、反省を込めて報告する。

症例は69歳女性。5年前に頭痛精査で、Rt. Convexity Meningiomaを指摘され、年1~2回のMRI検査にて経過観察を行っていた。平成16年9月の検査で腫瘍がやや増大しているため、11月摘出術を目的に入院した。術前脳血管撮影検査で、栄養血管はRt. middle meningeal arteryでありこれをSponzelで塞栓した。内頸動脈系からのfeedingはなかった。手術は右頭頂開頭にて行った。硬膜を開けると、腫瘍上部を1本の小静脈が走行しており、硬膜の展開やattachment部の処理が困難となるためこれを凝固切断した。その後の操作は容易であった。腫瘍は柔らかく、周囲脳との癒着もほとんどなく比較的容易に全摘出できた。術後覚醒も良く、ごく軽度の左上下肢麻痺を認めただけであったが、術後24時間くらいから左上下肢麻痺の進行があり、CT・MRIで右前頭葉皮質下主体に脳浮腫(術後3日後がピーク)を認めた。グリセオール投与などの対症療法・リハビリテーションにて、術後3日後から症状は改善し、1カ月半後に独歩退院、その後完全回復した。術後2カ月のMRIでは、右前頭皮質下にT2-imageで小さなhigh intensity lesionを認めるのみであった。

このような経過を生じた原因として、症状が一過性であったことからすれば主たる原因は静脈還流障害(損傷)であろう。術中切断した静脈がこのような病態の起因となった可能性を否定できず、小静脈といえども可能な限り温存すべきことを再認識している。

14 非機能性下垂体腺腫術後3年目に発症した多発性脳腫瘍(グリオブラストーマ)の1例

本道 洋昭・川崎 浩一・長谷川 仁
神宮字伸哉

富山県立中央病院脳神経外科

下垂体腺腫術後の放射線照射が誘因と考えられたglioblastomaの1例を経験したので報告する。