

症例は34歳、女性。1998年11月、視力視野障害で発症した非機能性下垂体腺腫に対し、transsphenoidal approachにて摘出術を行った。2002年4月、腫瘍再発に対し開頭による摘出術を行い、残存腫瘍に回転照射による放射線照射を48.2Gy施行した。その後、下垂体前葉機能低下を来し、ホルモンの補充を行っていた。2005年3月16日、軽度の意識障害を来したため入院となった。CT上、左視床から側脳室にかけて出血を伴った腫瘍を認めた。MRIでは腫瘍は造影効果を認め、腫瘍性病変と考えられた。右側頭葉内側にも造影される腫瘍を認めた。いずれも照射野に含まれていた。縮小していた下垂体腺腫に変化はなかった。脳血管撮影上、腫瘍濃染は認めなかった。全脊髄MRIでは異常は指摘できず、また転移を疑わせる検査所見は認めなかった。左視床部の腫瘍に対しtranscallosal approachによる摘出術を施行した。2週間後のMRIにて残存腫瘍の急速な再増大を認め、さらに右側頭葉の腫瘍も増大していたため再手術を行った。術後、右片麻痺と失語症を呈した。画像上、左視床部の腫瘍はほぼ全摘され、右側頭部はわずかに残存した。病理診断は2ヶ所ともglioblastomaであった。全脳照射36.2Gyと化学療法を追加し、腫瘍の増殖は鎮静化されていた。リハビリにて神経症状は改善したため一旦退院となったが、8月17日、全身痙攣にて再入院した。入院後は意識障害が遷延し、8月31日のMRIで左側頭葉にも腫瘍が出現し、また脳幹周囲や脳室壁への播種の所見を認めた。9月14日に逝去され、剖検を行った。

15 Jugular foramen neurinoma の1例

斎藤 隆史・倉島 昭彦・山下 慎也
西川 太郎・森田 学・佐々木 修*
長野赤十字病院脳神経外科
新潟市民病院脳神経外科*

Jugular foramen neurinoma の摘出に際し、下位脳神経の術中モニタリングが非常に有用であったので報告する。

症例は68歳男性、進行する歩行時のふらつき

を主訴に神経内科受診、MRIにて左小脳橋角部腫瘍を認め紹介となる。

【入院時所見】精神機能低下、左聴力低下、左小脳失調を認めた。下位脳神経症状は認めなかった。

【画像診断】MRIにて左小脳橋角部に嚢胞を伴った径4cmの腫瘍を認め、腫瘍は左頸静脈孔に浸潤し、水頭症を伴っていた。脳血管撮影ではAICA、PICAの変位のみで腫瘍陰影は認めなかった。

【術中モニタリング】術中モニタリングとして聴神経はABR、顔面神経は眼輪筋、迷走神経は輪状甲状筋、副神経は胸鎖乳突筋の誘発筋電図を用いた。

【摘出術】Lt. lateral suboccipital transcondylar approachにて行った。C1のlaminectomyを行い、硬膜切開後、モニタリングにてまず副神経を同定した。腫瘍は軟らかく内減圧を行いながら周囲組織と剥離を進め、左内耳孔近傍のモニタリングにて顔面神経と聴神経を同定した。更に内減圧を進め、脳幹との癒着を剥離すると、脳神経らしき組織を認め、モニタリングにて舌咽迷走神経を同定した。すべての脳神経を同定後、これらと腫瘍とを剥離し全摘出した。ABRの術中モニタリングでは手術終了時まで波は残存した。

【術後経過】組織診断はschwannomaであった。MRIにて腫瘍は全摘出されていた。下位脳神経症状は認めず、小脳失調は軽快、術後30日にて独歩退院した。

【結語】①下位脳神経モニタリング下に左頸静脈孔神経鞘腫摘出術を行った。②術中モニタリングとして聴神経はABR、顔面神経は眼輪筋、迷走神経は輪状甲状筋、副神経は胸鎖乳突筋の誘発筋電図を用いた。③頸静脈孔神経鞘腫の摘出に際し下位脳神経の術中モニタリングは非常に有用であった。