

液所見は徐々に軽快傾向を示した。しかし経過中水頭症を合併したため意識障害が増悪。脊髓腔ドレナージ及び脳室ドレナージを経て、最終的に脳室腹腔短絡術をおこない、意識は清明となった。クリプトコッカスは中枢神経系に親和性があり、髄膜炎を起こしやすいといわれる。髄膜炎は慢性的な非特異的症状で発症することも多く、脳循環障害などとの鑑別上注意すべきと考えられた。脳底髄膜炎から水頭症を合併することも報告されており、脳室腹腔短絡術を遅滞なくおこなう事が推奨されている。抗菌剤による治療は数ヶ月の長期にわたる例が多く、今後のさらなる新薬の開発が待たれる。

3 Two stageで摘出した petroclival meningioma の1例

恩田 清・山崎 一徳・宮川 照夫
檜前 薫・遠藤 純男・木村 輝雄
新井 弘之

新潟脳外科病院

大きい petroclival meningioma を two stage でほぼ全摘したので報告する。

症例は43歳、女性。4ヶ月程前より左顔面のシビレ、左上肢筋力低下、頭痛などが出現して他院を受診。CTで腫瘍が発見され当院へ紹介された。神経学的に左三叉神経障害、著名な体幹失調等がみられた。MRIでは3.7(前後)×3.2(左右)×4.4(上下)cmのleft petroclival tumorが中脳、橋を左前方から強く圧迫していた。脳血管写ではleft meningohypophyseal trunkが主栄養血管になっていた。meningiomaの術前診断で、left zygomatic anterior transpetrosal approachにより摘出術を行った。腫瘍は上錐体静脈およびテント内に浸潤しており、これらを切開する過程で腫瘍に巻き込まれた滑車神経が切断された。また上錐体静脈からの激しい出血はゼルフォームを詰め込んで止血した。上方の腫瘍は可及的に摘出したが、三叉神経が硬い腫瘍に完全に埋没しており、腫瘍の下半分は残して手術を終えた。組織はMIB1 indexの高いfibrocytic meningiomaであった。術後左動

眼神経麻痺および伝音性難聴、右反回神経麻痺が出現した。外来で経過観察したところ、3ヶ月経って左動眼神経麻痺は回復し始め、伝音性難聴、右反回神経麻痺も軽快した。6ヶ月後のMRIで腫瘍の増大がみられ、γナイフ治療が検討された。しかし大きさ、脳幹への圧迫の程度から、再手術が必要と判断された。8ヶ月目に再度left anterior transpetrosal approachにより摘出術を行った。再手術時には腫瘍と周囲組織との関係が良く確認された。まず腫瘍を付着部から切離し、次いで脳幹、外転神経、AICAからの剥離を進め、最終的に脳幹に癒着した硬い組織を極一部残してほぼ摘出した。三叉神経は犠牲にした。術後新たに左外転神経麻痺が出現したが以前の仕事に復帰している。大きい petroclival meningioma の手術に際しては、場合によっては staged operation が有効と思われる。

4 前頭葉内 epidermoid (pearly tumor) の1例

田村 哲郎・席 泰弘・中嶋 昌一

県立中央病院脳神経外科

【はじめに】頭蓋内類上皮腫は先天性腫瘍の一つとして分類され、鞍上部、小脳橋角部、シルビウス裂、脳室内などが好発部位である。前頭葉の実質内に発生することは稀と思われ、報告する。

【症例】症例は64歳男性。記憶喪失発作を契機に近医を受診し、CTで異常を指摘され、当科に紹介された。神経学的には異常を認めなかった。CTでは右前頭葉内に増強されない低吸収のmassで辺縁の一部に石灰化を認めた。MRIでは前頭蓋底に接してT1強調画像で低、T2強調画像で高信号のいずれもほぼ均一な腫瘍で増強されなかった。Oligodendrogliomaやastrocytomaの可能性も考えられたので手術を行った。Lateral sub-frontal approachで手術を行うと、腫瘍は前頭葉底面のくも膜から透見され、切開すると黄白色のamorphousな典型的なepidermoidを認め、一部は光沢のある白銀色を呈していた。被膜内摘出を行った後、一部の被膜を摘出した。シルビウス裂からやsuprasellar cisternからも離れており、前

頭葉実質内に存在していた。組織学的にも epi-dermoid であることが確認された。術後1週間程 38℃程度の発熱を認めた。

5 興味ある画像所見と術中所見を示した水頭症の1例

小田 温・菊池 文平・小出 章

吉村 淳一*・西山 健一*

森 宏**

村上総合病院脳神経外科

新潟大学脳研究所脳神経外科*

燕労災病院脳神経外科**

症例は40歳代、女性で南米出身である。平成17年2月に頭痛と視力低下を主訴とし当科を受診した。神経学的には重度のうっ血乳頭と視力低下(右0.4/左0.3)以外には異常を認めなかった。CT/MRIでは側脳室と第3脳室が拡大しており、最初は先天性中脳水道狭窄症を疑った。しかしながら平成9年に頭痛を主訴とし開業医で頭部CT検査を受けていることが判明し、そのCTを検討したところ脳室拡大は認められず、水頭症は後天性であることが判明した。またガドリニウム投与で基底槽が網目状に造影された。病態が不明であったので、治療は内視鏡的の第3脳室開窓術を第1選択とし、改善が得られないようであればV-Pシャントを行う方針とした。神経内視鏡で観察すると脳室壁にはコンペイトウあるいは鍾乳洞に認められる石筍のような突起物が多数認められた。中脳水道入口部にも同様の小突起物を認めたものの狭窄は認めなかった。第3脳室開窓術を行ったが、脳室から基底槽へのCSF流出は認められなかった。第3脳室の開窓部から基底槽を観察すると幾重にも折り重なるように白色の膜が観察され、脳表も同様の膜に覆われており、この膜の一部を biopsy した。第3脳室開窓術では水頭症を軽快させることは困難であると判断しV-Pシャントを施行した。術後、速やかに頭痛やうっ血乳頭は改善した。術中に採取した膜の病理所見は「絨毛を有し、特定不能の細胞から構成されており、本来頭蓋内には存在しない構造物」であり、寄生虫感染が最も疑われた。現在、宮崎医科大学

寄生虫学教室にて血清学的診断を行っている。

6 腹腔鏡により遊離脳室腹腔シャントカテーテルを摘出した1例

本山 浩・丸屋 淳・阿部 博史

蛭川 浩史*・多田 哲也*

立川総合病院循環器脳血管センター

脳神経外科

同 外科*

症例は78歳、男性。

【既往歴】平成6年12月クモ膜下出血、左IC-PcAn に対してクリッピング。その後、NPH に対して右VPshunt (Medos 圧100mmH₂O)。平成13年9月、小脳梗塞。この頃より痴呆進行、手つなぎ歩行、尿失禁の状態となった。

【現病歴】平成16年10月23日、中越地震にて自宅が全壊し、悠遊苑に入所。徐々に活動性低下し、痴呆も進行し、発語もなく、order も入らず、歩行不可、食事も全介助、ベット上寝たきりとなり、平成17年2月15日、当科紹介、CT上脳室拡大あり、shunt trouble にて入院。

【経過】頭蓋および腹部単純撮影でシャントカテーテルが右耳介後部の接合部で離断し、腹側カテーテルはダグラス窩に遊離していた。2月18日、腹側カテーテルを腹腔鏡で摘出、新たなシャントシステムを腹側まで誘導し、腹側鏡で直視下にダグラス窩に留置して髄液の流出を確認した。術後、徐々に反応がvividになり、発語も聞かれるようになり、以前のように介護者に嘔み付いたりする位元気になり、退院。

【考案】腹側鏡を用いたシャント再建術は、低侵襲で容易にかつ短時間で腹腔内全体が観察され、遊離したカテーテルが安全に摘出され、腹側カテーテルを直視下に適切な位置に挿入、留置して、髄液の流出が確認でき、非常に有用な方法と思われた。