

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。