

だ部位には壁内血腫が見られ、弾性板ほとんどなく、clippingは無理と思われた。

7 県北に多発した急性脳症について

小田 温・菊池 文平・五十川瑞穂

小出 章・岡本浩一郎*

村上総合病院脳神経外科

新潟大学放射線科*

平成16年秋、スギヒラタケ摂取が原因と想定される急性脳症が全国的に発生し、当施設でも4例の急性脳症例を経験したので報告した。1例は人工透析を受けており、他の3例も慢性腎不全を有していた。初発症状は歩行障害、意識障害(失語)、けいれんなどであった。当施設では重症例が多く2例が死亡しており、残る2例もADL全介助状態である。CTやMRIでは脳幹、大脳皮質、大脳基底核などに異常所見を認めたのみならず、外包にも病変が出現しており本症の特徴的な所見と考えられた。またマスコミ報道を見て平成9年に当院にて脳炎の診断で死亡した症例の御家族から死因がこの急性脳症ではなかったのかとの問い合わせがあり、過去に当院にて脳炎の診断にて治療した症例の再検討を行ってみた。驚いたことに腎機能障害を有し、臨床症状や画像所見(外包病変)が酷似する症例が平成9年10月に1例、平成10年10月に5例存在していた。以上から本症は本年に初めて認識されるに至ったが、以前から風土病的に存在していたものと推察された。

8 くも膜嚢胞と三叉神経痛

小泉 孝幸・土屋 俊明・佐藤 裕之

中村 公彦

竹田総合病院脳神経外科

若年者の三叉神経痛は、小脳橋角部腫瘍の存在を考慮せねばならないが、今回三叉神経痛と同側小脳橋角部にくも膜嚢胞を伴った症例を経験したので報告する。

症例は45才の女性。既往に12年前に左メニエール病と診断されている。現病歴は、約2ヶ月前

より、左頬部に疼痛が出現。歯磨きなどで誘発される。頭重感・ふらつき感も伴うため、近医受診。三叉神経痛と診断され、CBZ内服開始し、顔面の疼痛は軽快。頭部MRIを施行したところ、左小脳橋角部にcystic massを認め、当科を紹介された。神経学的には、特記すべき所見を認めず、拡散強調画像を含む頭部MRIでくも膜嚢胞を疑った。三叉神経痛を認めることと、MRI上脳幹への圧迫所見を認めたため、手術を施行した。左後頭下開頭にて、小脳橋角部のくも膜嚢胞を確認し、開放および嚢胞壁の切除を行った。くも膜嚢胞壁は厚く、錐体静脈と癒着していたが、三叉神経との間には強い癒着は認められなかった。次いで、左三叉神経を確認すると、左上小脳動脈およびその脳幹への枝が三叉神経を頭側および腹側より圧排していたため、脳幹への枝と三叉神経の間にテフロンシートをinterpositionし、更に上小脳動脈を天幕にtranspositionして、手術を終了した。術後、左三叉神経痛は消失した。その後の追跡にて、くも膜嚢胞による脳幹の圧排所見は軽快し、三叉神経痛の再発も認めていない。

小脳橋角部腫瘍による三叉神経痛の発症機序には、三叉神経が①腫瘍に完全に取り囲まれていること、②腫瘍による直接の圧排、③腫瘍により偏位した神経の腫瘍と向き合う動脈による圧排、④腫瘍に圧排された動脈による圧排などが考えられる。今回は③の機序が可能性としてあった。一方くも膜嚢胞に三叉神経痛を合併した報告は意外に少なく、たまたま通常のvascular compressionが合併したものの可能性も否定できないかと思われた。

9 再発顔面けいれんの1例

武田 憲夫・井上 明・井淵 安雄

熊谷 孝・管井 努・遠藤 深

神保 康志

山形県立中央病院脳神経外科

【はじめに】MVD後約2年10ヶ月で再発し、再手術したHFS例の、初回と2回目の手術ビデオ所見から、再発抑制のため、MVD時に注意す

べき点が推察されたので報告した。

症例は59歳(初診時)女性。4年前左眼瞼けいれんが出現, 進行しHFSとなり, 平成13年(2001年)3月29日当科紹介受診。頻回に開眼できないくらいの左顔面けいれんを認める。HFS以外, 聴覚を含め神経学的に特記すべき所見なし。CT, MRにて器質的病変なし。脳血管撮影ではAICAのループがREZの位置にあるように思えた。平成13年6月26日MVD施行。REZにAICAが圧迫しているのを確認し, AICAとbrain-stemの間にTeflon Feltを当て, 少量のFibrin glueにて固定, AICAから顔面神経(VII n.) REZを減圧した。術直後からHFSは全く消失。聴覚を含め神経学的に異常なし。約2年10ヶ月後の平成16年4月頃より左眼瞼, 左口角のけいれんが再度出現。次第に増強。5月11日当科再受診。聴覚を含め神経学的に特記すべき所見なし。CT上, Teflon Feltの位置は前回術後と変わらず。ご本人, ご家族の強い希望あり, 同年7月13日再手術。ABR以外に今回はAMR monitoringも施行。2回目の手術所見では, 初回手術でのVII n. REZの減圧は完全になされていたが, REZより遠位部で, 初回手術で移動したAICAがVII n.を改めて圧迫していた。この血管をAMR monitoringしながらVII n.から離すと, それまで出ていたAMRが消失。ここが原因と考えられた。この部でVII n.とAICAの間にTeflonを入れて減圧し, 手術を終えた。術後軽度の末梢性顔面神経麻痺が認められたが, 徐々に回復。HFSは消失。現在(平成16年12月)のところHFSなし。初回手術のビデオを検討したが, 今回の圧迫部位は初回手術時には完全に神経から離れていた。文献的に術後再発MVDの報告を渉猟したが, 同じような報告は見あたらなかった。

【まとめ】2年10ヶ月後に再発したHFS症例の初回と2回目のMVD手術ビデオ所見を比較したところ, 再発は初回のREZではなく, 初回完全に移動された同じ血管が年齢と共に徐々に移動し, REZより遠位部でVII n.を改めて圧迫したことが原因と考えられた。再発させる機序として, REZより遠位部での再度の圧迫があることを念頭に入

れておくべきなのかもしれない。この責任部位の確認には術中AMR monitoringが非常に有効であった。

10 脳神経減圧術のDos and Don'ts

川口 正・小林 勉・富川 勝
村上 博淳・福多 真史*・高尾 哲郎*
田中 隆一*・佐藤 光弥**
長岡赤十字病院脳神経外科
新潟大学脳研究所脳神経外科*
北日本脳神経外科病院脳神経外科**

脳神経減圧術は, すでに機能外科であり治癒率100%, 再発・合併症なしが要求される。そのためには診断, 手術適応, 手術手技の精度が重要である。近年の画像進歩で血管撮影は不要になり, MRI-CISS, 3DCTAが主流であるが, 適応はあくまでも臨床診断が優先される。特に三叉神経痛では動脈の圧迫のほか, 静脈の関与も少なくなく, 周囲のくも膜の癒着, 神経軸の変位も原因として重要視されている。かつてはREZでのprosthesisによるinterpositionが主流であったが, 再発の原因になることが多く近年では責任血管のtranspositionが主流であり, その方法はいろいろ工夫されている。術中のABRは必須のモニタリングである。また顔面けいれんでの困難例(椎骨動脈が関与している場合や末梢での圧迫(貫通型)例)では異常筋電図モニターが有用である。またcyanoacrylate使用例での解離性動脈瘤・偽動脈瘤による死亡例が報告されている。GKSによる三神経痛の治療も盛んに行われているが, その治療効果はまだ十分ではない。今後も脳神経減圧術はより一層の工夫と手術の習熟が重要である。