

中頭蓋窩の腫瘍は小さく神経症状に乏しいこと、優位半球側であること、手術時間が経過していること、また他にガンマナイフなどの治療手段もあるためこれで手術を終了した。術後左顔面の知覚を消失したが他の神経脱落症状はなく術後約1月で仕事復帰した。

三叉神経鞘腫は、腫瘍の局在により種々の手術アプローチが選択されている。特に Dumbbell 型では、anterior transpetrosal approach を選択すべきといわれているが、頻度の少ない脳腫瘍であり一人の脳神経外科医が経験できる数には限りがあり、かつ難度の高い手術手技を要すること、基本的には良性腫瘍であって他にも治療法があること、そして術者の経験なども十分に考慮して治療法を選択すべきと考える。

10 Aplastic A1 側からの Acom 動脈瘤 approach

柿沼 健一・江塚 勇・鬼頭 知宏
松本 大樹

新潟労災病院脳血管センター
脳神経外科

Acom 動脈瘤への approach については、動脈瘤の突出方向、大きさ、左右 A2 の前後関係、Heubner's artery を含めた穿通枝の状態、左右 A1 の優位差、などから approach が決定されるが、左右 A1 の優位差が大きい場合には、proximal control のための A1 の確保に捕われ、動脈瘤に到達後の neck clipping において苦労をしいられる場合もあるように感じられる。

本研究会では、いずれも未破裂動脈瘤であるが、aplastic A1 側から意図的に approach した 2 症例を提示した。

症例 1 は、右 A1aplastic、動脈瘤は前下方、右方向きで、両側 A2 の前方に位置していた。右 pterional approach にて手術を行った。動脈瘤先端は左 optic nerve に軽度癒着していたが、対側 A1 は、optic nerve と前頭葉下面の間隙に確保され、動脈瘤の全貌を直視下において容易に clipping された。

症例 2 は、右 A1 aplastic、上方向き、長径 15mm の動脈瘤で、両側 A2 はほぼ平行に走行し

ていた。さらに本症例では、3DCT を用いた simulation から Acom 自体がやや右側に高く傾斜し、broad neck であったため、右利き術者にとっては、より自然で neck に平行な clipping のためには right pterional approach が、interhemispheric approach よりも有利であることが示唆された。手術時にも対側 A1 は左 optic nerve と前頭葉下面の間隙に確保された。これに temporally clip をおいて全体を虚脱させて、半球間裂基部の剥離を行い、十分な視野が得られて完全な clipping がなされた。

11 前交通動脈瘤破裂を疑った脳血管障害の 1 例

渡辺 徹・小山 京・本田 吉穂
水原郷病院脳神経外科

症例は 54 歳の男性。突発性の頭痛にて発症し、救急外来到着時昏睡状態に陥った。来院時 JCS=300、瞳孔は左右差ないが対光反射なし。Cheyne-Stokes 呼吸で挿管のうえ補助呼吸を要した。頭部 CT では左前頭葉に脳内出血あり、脳室内穿破により全脳室に血腫が casting していた。血腫は前頭葉内側底から連続しており、発症経過と考え合わせて前交通動脈瘤破裂が原因であると予想した。しかし緊急脳血管撮影を施行したところ、左前頭蓋窩に両側前篩骨動脈を feeder とする硬膜動静脈奇形が認められた。pial vein は静脈瘤様に拡張し、上矢状静脈洞、海綿静脈洞、脳底静脈などに drainage していた。手術にて左篩骨部の硬膜を貫いて脳表へ流入する血管を電気凝固し、脳内の異常血管を一塊として摘出、脳内及び側脳室内血腫を吸引除去した。術中所見では頭蓋底硬膜表面に nidus は認められず、組織学的には脳内動静脈奇形と診断された。術後の脳血管撮影では動静脈奇形は消失していた。前頭蓋窩の硬膜動静脈奇形は稀であり、前篩骨動脈を main feeder とする例が多く、頭蓋内出血で発症する確率が高いことが報告されている。さらに稀には、本例のように動静脈奇形が硬膜でなく脳内に存在する報告もあり、分類上興味ある点である。この部位の硬膜動静脈奇形の手術成績は良好であり、積極的な外科的治療が望ましいと考えられる。