

MRIでは左側脳室傍部から視床にかけて径25×22mmの球状の腫留性病変を認め、同部はヘモジリン沈着と考えられるT2*強調画像にて低信号領域を呈した。入院精査中、麻痺は徐々に増悪し、内部への新たな出血による腫留径の増大と周囲の浮腫の増加を認めたため、2004年1月13日ニューロナビゲーション・システムを用いて摘出術を施行した。Fiber trackingにより錐体路は腫留性病変の外側に圧迫されて走行していることが分かっていたため、内側から病変に到達し、外側への手術侵襲を最低限におさえて摘出することを手術戦略とし、頭頂葉に皮質切開を入れて側脳室体部後方に侵入し、脳室壁外側に存在する病変部に最短距離で到達、病変の全摘出を行った。組織学的診断は海綿状血管腫だった。術後一過性に右片麻痺の増悪を認めたが急速に回復した。

【考察及び結論】Fiber trackingは下肢領域からの錐体路を正確に描出することが可能で、手術戦略を考慮する上で有用であることが示された。Fiber trackingの原理、有用性、問題点について考察を加え報告する。

14 中頭蓋窩に進展した脳実質外海綿状血管腫の1例

松本 乾児・西嶋美知春・村上 謙介
高橋 昇・富田 隆浩・貝森 光大*
青森県立中央病院脳神経外科
同 病理科*

症例は50歳女性。頭部外傷を機に左中頭蓋窩の腫瘤を指摘され、当科に紹介された。意識清明、麻痺や頭蓋内圧亢進症状はなし。視力・視野・眼球運動障害や顔面知覚異常もなく、神経学的異常を認めなかった。頭部CT上左中頭蓋窩からトルコ鞍内まで連続する長径約5cmの高吸収域を示す腫瘤を認め、左頸動脈管の拡大、左前床突起～卵円孔の骨破壊像を呈した。MRI上腫瘤はT1Wで軽度低信号、中心部は壊死あるいは出血を思わせる低信号で、中心部を除いて全体が均一なGd増強効果を示した。T2Wで腫瘤は髄液と同程度の高信号域を呈した。左内頸動脈写では腫瘍によ

る圧排所見のみ、左外頸動脈写にて中硬膜動脈から栄養される、いわゆる“flecked pooling”と呼ばれる腫瘍陰影を認めた。TI-SPECTでは早期・後期像とも集積を認めなかった。内分泌学的検査は異常なし。以上より三叉神経鞘腫を疑い、鑑別診断に下垂体腺腫も挙げたが、髄外海綿状血管腫の可能性もあるかとは考えた。腫瘍は全面を硬膜に覆われ、硬膜間に発生した易出血性の柔らかい繊維性組織であった。中硬膜動脈を凝固切離し硬膜内からのアプローチにて最終的に海綿静脈洞内の内頸動脈の拍動が直視できる近傍まで腫瘍摘出を行った。止血操作は難渋したが、摘出腔の硬膜内・外層を縫い閉じて最小限の硬膜「間」血腫で済ませ、手術を終えた。病理診断は海綿状血管腫であった。術後は左全眼筋麻痺を呈したが他に新たな神経脱落症状は示さなかった。若干の反省を込め、文献的考察と共に報告する。

15 たこつぼ心筋障害を伴ったくも膜下出血の3例

高沢 弘樹・永井 正一・久保 道也
林 央周・扇一 恒章*・大森 友明**
桜井 健二***・平島 豊・遠藤 俊郎
富山医科薬科大学脳神経外科
石心会狭山病院脳神経外科*
あさひ総合病院脳神経外科**
飛騨市民病院内科***

たこつぼ心筋障害は、心尖部を中心とする広範囲な左心室の収縮低下とそれを代償する心基部の過収縮により、収縮期の左心室が蝸壺様の形態を示すものである。たこつぼ心筋障害を伴ったくも膜下出血を3例経験したので報告する。

〔症例1〕70歳男性。突然の頭痛で発症。搬入時の意識はJCS 30、血圧は104/70 mmHg。胸部単純写で肺門部血管陰影の増強を認めた。CTおよび脳血管撮影で前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血と診断した。心電図でV3-6のSTの上昇を認め、心エコーでたこつぼ心筋障害を認めた。7病日に心機能の改善を得、19病日にclipping術を施行した。術後経過良好で独歩退院した。

〔症例2〕55歳女性。意識障害で発症。搬入時の