

#### 42 確実な脳室穿刺のための Burr hole button の開発

遠藤 雄司・粕谷 泰道・堀内 一臣  
佐藤 拓・遠藤 勝洋・佐久間 潤  
松本 正人・佐々木達也・児玉南海雄  
伊藤建次郎\*・長谷部好信\*

福島県立医科大学脳神経外科

横浜新都市脳神経外科病院脳神経外科\*

【目的】脳室ドレナージ術においては、1回の穿刺で脳室に達しなかったり、穿刺できてもドレナージチューブが思わぬ位置に留置されている事を少なからず経験する。そこで、我々は確実に脳室前角に穿刺できるようにガイド機能を持たせたアパセラム製 Burr hole button の開発を試み、臨床に応用したので報告する。

【方法】Nasion から10cm 頭頂側で midline から3cm 外側の位置を設定する。この部の骨面を露出し、この骨面に直角(垂直)に脳室カニューレを穿刺していけば確実に側脳室前角に向かうことはこれまで多くの脳神経外科医が経験していることであり、また Ghajar の器具もこの原則にのっとっている。我々は、この部位にまず burr hole を1ヶ開け、つばひろのアパセラム製 Burr hole button をこの burr hole に入れ、つばが確実に骨面と密着した形に設定する。Burr hole button の中心には骨面と直角の小孔をあけておき、カニューレを刺入しても角度が変化しない様に工夫した。水頭症9症例(42歳~79歳)に Burr hole button を用いて脳室穿刺を行った。

【結果】全例1回の穿刺で脳室穿刺が可能であった。

【結語】我々が開発した Burr hole button を用いることで、確実な脳室前角穿刺が可能であると考えられた。

#### 43 SAH 術後8年目で術野内に出現した肉芽腫性病変

原 一志・石川 修一・北原 正和

高橋 徹\*・鈴木 博義\*\*

石巻赤十字病院脳神経外科

同 病理部\*

国立仙台病院臨床検査科\*\*

71歳女性。平成7年12月に右シルビウス裂に限局したSAHを来し入院。pterional approachで開頭手術を行ったが、明らかな動脈瘤は認められず、中大脳動脈分岐部の壁が薄く拡張した部位にwrappingを行った。後遺症なく経過し、外来で経過観察を続け、平成14年のMRIでも明らかな異常所見を認めなかった。平成15年5月に、およそ2週間の経過で進行した運動性失語、左不全麻痺を訴え再入院。CTで右前頭葉に、周囲に広範なLDAを伴い、淡い増強効果を呈する腫瘤を認めた。MRIでは腫瘤はT1強調で低信号、T2強調で高信号を呈し、境界不明瞭な増強効果を伴っていた。脳血管撮影では明らかな病変は認めず、thallium SPECTでは高い取込みを認めた。Gliomaを疑い、再開頭し、腫瘤を摘出した。腫瘤は右前頭葉内に限局し、シルビウス裂との交通は認めなかった。術後も運動性失語は残存しているが、徐々に軽快してきており、現在まで腫瘤の再発もなく経過している。腫瘤の組織所見はクモ膜腔の密な炎症性細胞浸潤、小血管の壁破壊、astrocytosisを呈する非特異的な肉芽腫性病変であり、異物所見や悪性所見は認められなかった。異物所見がなく、従来の報告と比べて発症までの期間が極めて長いことから、初回手術の残留異物による炎症反応は考えにくい。また、術後の経過も含めてサルコイドーシスなどの全身性の肉芽腫性病変を示唆する所見は認められていない。