

とつっぱり感が進行したが原因不明といわれていた。徐々に手指, 肘の屈曲拘縮も出現, 発症7ヶ月後に四肢の皮膚硬化より強皮症を疑われ紹介された。レイノー症状なし。末梢血好酸球増多, 高γグロブリン血症を認め, 大腿MRIでGadlinium造影後のT1強調像とT2強調像で筋膜が高信号に描出され筋膜炎が疑われた。皮膚から筋肉までのen block生検所見で筋膜炎と確診し, プレドニゾロン40mg/日で治療開始し症状, MRI所見とも改善した。好酸球性筋膜炎は強皮症類似の皮膚所見を示すがステロイドにより改善が期待でき予後も異なる。確診には生検が必要だがMRIは診断, 生検部位の決定, 治療効果の判定に非侵襲的な検査として非常に有用であった。特に脂肪抑制画像でのGadlinium造影後T1強調像は病変部の描出にすぐれ, 診断にはこの条件下での撮影が必要と思われた。

II 特別講演

「慢性関節リウマチのオーダーメイド医療」

東京女子医科大学膠原病

リウマチ痛風センター 所長

鎌谷直之

第43回新潟脳神経外科懇話会

日時 平成15年12月13日(土)

午前10時～午後3時

会場 新潟グランドホテル
常磐の間

I. 一般演題

1 Transpetrosal approachによる手術経験

恩田 清・山崎 一徳・宮川 照夫

檜前 薫・遠藤 純男・木村 輝雄

中井 昂・新井 弘之

新潟脳外科病院脳神経外科

Transpetrosal approachによる6手術例 (posterior 5, anterior 1) を報告した。

〔症例1〕50歳女性。くも膜下出血にて入院 (H&K grade 4)。脳血管写にてFMDと脳底動脈本幹 (AICAとSCAの間) に2個の動脈瘤を認めた。保存的治療の後, 第23病日にrt transpetrosal approachにて両者をクリッピングした。術前みられた四肢麻痺は消失し, 現在職場復帰している。

〔症例2〕64歳女性。くも膜下出血にて入院 (H&K grade 2)。MRA, 3DCTAにて右ICPC (約6mm) とBA tip (約8mm) に動脈瘤を認め, 同日前者をrt pterional, 後者をrt transpetrosal approachにてクリッピングした。術後一過性に右動眼神経麻痺がみられた以外は経過良好。

〔症例3〕71歳男性。Lt petroclival meningiomaの腫瘍内出血を10ヶ月で二度起こし, 左V-X脳神経麻痺, 小脳失調を認めた。部分摘出に終わったが, 手術による症状の悪化はなく, その後再出血も起こしていない。

〔症例4〕77歳女性。痴呆, 失語症等で入院。左小脳テントから側頭葉内へ上方に発育する約4.5cmのmeningiomaと強い浮腫を認めた。Zygomatic osteotomy, mastoidectomyを併用して全摘した。術後症状は著明に改善した。

〔症例5〕40歳女性。右顔面の圧迫感, 痺れが徐々に増強し受診。右メッケル腔から海綿静脈洞,

テント上下に広がる meningioma を認め、手術にてテント上下の腫瘍を摘出した。術後一過性の複視が出現した。

〔症例6〕70歳女性。頭痛等で外来を受診していたが、5年前には見られなかった約3cmのrt petroclival meningiomaが発見されて入院。Anterior transpetrosal approachにて脳幹に癒着した一部を残し垂全摘した。術後右V-VIII脳神経麻痺が出現し、VIとVIIIを除き軽快した。

以上6例とも側頭葉への軽度の侵襲で必要な術野を得ることができた。一方、長時間手術、適応症例が少なく習熟が困難、聴力障害等の問題も存在した。

2 16列MDCTの使用経験

北沢 智二・祖父江八紀・佐藤 良智*
北越病院脳神経外科
同 心血管呼吸器科*

最新CT機器16列MDCTを本年6月に導入したのでその画像を検討した。

機種；東芝16列マルチスライスCT Aquilion.

ワークステーション・ソフトウェア；エルクコーポレーション Aquarius.

特徴；広範囲を早く細かく（最大0.5mm×16スライス/0.5秒）撮影でき、空間分解能が高く様々な画像解析が可能である。従来の3D-CTAのみならず、VR (volume rendering), MIP (maximum intensity projection), MPR (multiplanar reformation), CTP (CT perfusion), FTM (FLY-THROUGH MODE) などの新しい撮像方法も可能で、病態把握、微小病巣の検出、手術のシミュレーションや、術後の評価、フォローアップに、さらに患者への説明にも簡便に利用できる。原画となる0.5mmスライス体軸断面データを保存しておけば、いつでも画像解析を再検できる。

当院での症例では、1) 脳動脈瘤コバルト合金クリップでもアーチファクトは少ない、2) MIPで穿通枝などの微細血管も描出できる、3) VRで骨除去も可能で頭蓋骨内・内頸動脈もかなり見える、4) CTPで脳血流状態がわかる、5) FTMで

血管内腔からのイメージを撮れる、6) MPRで不規則血管腔の縦（長軸）断面を撮れる、7) 微小下垂体腺腫のダイナミックCTに応用できる等、従来のsingle detector helical CTでは得られない新しい所見が確認できた。問題点としては造影剤使用量や注入のタイミング、放射線被曝量など検討すべきである。

3 Middle fossaに発育した巨大tentorial meningiomaの1例—Neuronavigatorを用いた手術—

佐々木 修・鈴木 健司・中里 真二
小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

患者は64才の女性で、H5年pyramisに付着する脳腫瘍を偶然発見されたが、症状がなく、手術を希望せず。その後H9年まで経過観察されたが、腫瘍の増大はなかった。今回、H15年9月、歩行障害を主訴に来院した。神経学的には軽度左片麻痺、軽度体幹失調、左同名1/4盲を認めた。画像上は右のmiddle fossaに長径7cmの巨大な腫瘍を認めた。内側に著明なcalcを有し、中脳、視床に強く食い込むように発育していた。Angioでは腫瘍は内頸動脈のtentorial arteryから栄養されており、塞栓術はできなかった。middle fossaに発育した巨大なtentorial meningiomaと診断し、手術した。手術の最大の問題点は腫瘍の内側すなわち腫瘍が強く食い込んだ中脳や視床の同定にあると考え、Neuronavigator (Stryker社製)を使用した。その部の腫瘍は残し、中脳や視床には触れないこととした。左側臥位とし、Navigatorにて頭皮上に腫瘍位置を投射し、皮切、開頭の範囲を決めた。側頭葉の中、下側頭回を先端から約6cm除去するとすぐ腫瘍が見えてきた。周囲とある程度剥離した後内減圧を計った。腫瘍は易出血性であったが、PAL-1、電メスにて徐々に減圧し、更に周囲と剥離を進めた。tentorial edgeからはかなりの出血があったが、同部を処理後出血は減少した。内側部のcalcの所は硬く、PAL-1でも蒸散せず、摘出が難攻した。この部はNavigator上中脳に近