

日から2日間ウロキナーゼ髄腔内投与を行った。経過は比較的順調であったが、第15病日のCTにて右後頭葉に脳梗塞が出現し、神経学的にも左上四半盲を認めた。若干の脳室拡大が認められたものの視野障害以外の症状がないため、経過観察を行うこととして独歩退院した。発症から3ヶ月の脳血管撮影では後大脳動脈本幹が造影されるようになっていたが動脈瘤の描出はなく、今後も経過観察を行う予定である。

後大脳動脈解離性動脈瘤は比較的予後良好と考えられてきたが、最近では保存的治療にて脳血管攣縮を起こし死亡したという報告例があり、また本症例のように再出血を起こし重篤化する症例もあるため、クモ膜下出血にて発症した後大脳動脈解離性動脈瘤は可及的早期に血管内塞栓術を行い、引き続き脳血管攣縮に対する積極的治療を行うのが望ましいと思われた。

8 血栓化前交通動脈瘤の1例

森 修一・西川 太郎・藤本 剛士
加藤 俊一・早野 信也

水戸済生会総合病院脳神経外科

血栓化脳動脈瘤の治療では、動脈瘤頸部壁が厚く硬いためクリッピングが困難なことが多く、parent artery を閉塞したり瘤内血栓を末梢にとばすなどの問題点があげられている。

今回我々は、治療に苦勞した血栓化前交通動脈瘤の1例を経験したので報告する。

症例は、56歳男性。平成14年9月25日1週間ほど会社を無断欠勤し自宅で倒れているところを発見され、近医に救急入院。CTで頭蓋内出血を指摘され、当科に紹介入院となった。神経学的には、傾眠（II-10）四肢麻痺なし。CTでは右前頭底部に血腫があり脳室内に大きく穿破していた。脳血管撮影で前交通動脈瘤を認めたが、形状は明瞭でなく、左右の内頸動脈撮影で動脈瘤の形状に相違もみられた。以上のことから、動脈瘤が血栓化している可能性も疑ったが、pterial approach で処置できると考え手術を行った。動脈瘤は予想していたよりも大きくその殆どが血栓化してお

り、working space 確保のため rectal gyrus を suck out する必要がある、また neck の preparation にも時間を要した。クリッピング後瘤内の血栓を除去しようとしたが硬く困難であった。もう一つクリップを追加して手術を終了した。術後脳血管撮影では、Lt. A1A2 部に不整形の動脈瘤が残存していた。後日 Lt. pterional approach にてこの動脈瘤もクリッピングを行った。臨床経過は、水頭症・テルソン症候群の合併に対しそれぞれシャント術や眼科的処置を行った。四肢麻痺はないものの、意欲低下や記名力障害のため ADL は監視レベルから軽度部分介助での自立となり退院した。

血栓化脳動脈瘤の治療には、種々の問題点がある。動脈瘤頸部の壁の硬化のためクリッピングに際し parent artery や perforator の閉塞や瘤内血栓遊離による末梢動脈塞栓症をきたすことがあり、またサイズが大きいものが多いため、より広い術野を確保する必要がある。血栓化の疑われる前交通動脈瘤では working space の確保や Hypothalamic artery などの perforator を確認するために inter-hemispheric approach で処置すべきである。

9 GDC で治療した後下小脳動脈解離性動脈瘤 - DSA で写らない血栓化動脈瘤が血管造影後 3DCT で分かった1例 -

反町 隆俊・梨本 岳雄・原田敦子

総合西荻中央病院脳神経外科

動脈瘤の血栓化は血管造影で出血源不明のくも膜下出血の一因である。我々は血管造影直後に行った 3DCT で血栓化動脈瘤を late enhancement 効果であきらかにできた症例を経験した。検索した限りでは現在までにこのような症例の報告がないため今回報告する。

くも膜下出血発症の42歳の男性。発症2時間後の血管造影では出血源は写らなかった。血管造影直後に 3DCT を施行したところ右 PICA の anterior medullary segment に動脈瘤が写った。翌日の血管造影と造影 MRA でも動脈瘤は写らなかった。発症16日後の血管造影では右 PICA に発症初日の 3DCT で見られたような動脈瘤が出現

した。同日右 PICA と動脈瘤を GDC で塞栓した。
血管造影後の 3DCT は追加の造影剤が不要で、原因不明のくも膜下出血患者の原因検索に有用な option と思われた。

10 Frontozygomatic approach にて摘出した眼窩内腫瘍の 1 例

山本 潔・小林 勉

県立小出病院脳神経外科

症例は 35 歳女性、眼科医より右眼球突出を指摘され、当科受診。右眼球突出を認める以外、神経学的異常なし。CT および MRI では右眼球後方に長径が 2.5 cm 程の境界鮮明な腫瘍が認められ、視神経は内方に圧排されていた。Rt frontozygomatic approach にて en block に腫瘍を摘出した。術後、眼球運動障害、眼瞼下垂や眼球陥凹等の合併症は出現しなかった。病理学的診断は cavernous angioma であった。Frontozygomatic approach は眼窩上壁および外側壁を外すことで広い術野が得られ、手術操作による眼筋や神経への圧排も軽減でき、有用な手術法と思われた。

11 くも膜下出血にて発症した頸髄 neurinoma の 1 例

田村 哲郎・大野 秀子・関 泰弘

土田 正

県立中央病院 脳神経外科

【はじめに】脳動脈瘤以外の原因によるくも膜下出血は少ないが、腫瘍が原因となることは少なく neurinoma が原因となることは極めて稀である。我々は急性期を過ぎてから来院した頸髄 neurinoma の症例を経験したので報告する。

【症例】患者は 49 歳男性。朝食後急な後頭部痛に続き頸部運動制限が生じた。整体マッサージを受けるも改善せず、第 13 病日に当科受診。神経学的に異常を認めず。項部硬直あり、疼痛による頸部運動制限を認めた。頭部 CT にはくも膜下出血は認められず、MRI では Flair 画像でのみ延髄周囲から小脳虫部背面のくも膜下腔に高信号を認め

た。腰椎穿刺にて出血が確認され、圧は 140 mmH₂O、蛋白 140mg/dl であった。翌日血管撮影 (4 vessel study) を行ったが、動脈瘤は描出されなかった。その後頸髄の MRI を撮像したところ、C1-C2 に硬膜内髄外腫瘍が描出され、T1-WI では iso と hypointense が混在し、T2-WI では iso と hyperintense が混在して不均一に増強された。症状が軽快後第 34 病日に後頭下開頭に C1 と一部 C2 の椎弓切除を加えて硬膜内に限局した neurinoma を全摘出した。C2 の後根由来と考えられた。術後神経学的に異常を認めず退院した。組織学的には腫瘍内出血を一部伴う Antoni B 優位の neurinoma であった。

【結論】極めて稀な頸髄 neurinoma によるくも膜下出血の 1 例を報告した。亜急性期のくも膜下出血の診断に Flair 画像が極めて有用である。

12 内頸動脈を巻き込んだ大きな髄膜腫に対する手術

— 穿通枝障害は避け得るか —

佐々木 修・鈴木 健司・中里 真二

狩野 瑞穂・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

内頸動脈を巻き込んだ大きな髄膜腫に対する手術は難易度が高い。その理由は、視神経—動眼神経の損傷を回避しえるか、主幹動脈から分岐する穿通枝を温存しえるかの 2 点に要約される。今回は本症の 3 例を報告し、手術のポイントについて述べた。症例は 2 例が視力、視野障害、1 例は眼球の位置異常で発症した。腫瘍の大きさは最大計 4—6cm であった。以下に手術のポイントを列挙する。

①すべて orbito-zygomatic F-T craniotomy を行ない、視神経管も開放する。利点：硬膜外での操作である程度 feeder を処理しえる。長時間の手術に伴う frontal lobe の retract を軽減しえる。頭蓋内操作中硬膜外から視神経の位置を確認しえる。

②視神経に対する処置：視神経には絶対に触れない。吸引管の先には cotton を置き、神経には直接触れない。剥離は sharp dissection とし、腫瘍