

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