

10 Falco-tentorial meningioma の1手術例

森 修一・源甲斐信行・鈴木 健司

早野 信也

水戸済生会総合病院 脳神経外科

テント髄膜腫特にテント切痕後部髄膜腫は、脳最深部に位置しガレン大静脈や直静脈洞などの重要な構造物と密接な関係があり、これらの損傷は重篤な後遺症や致命的合併症をきたすため、摘出術を行う際にはこれらの構造物を立体的に把握し最適なアプローチ・ルートを選択すべきとされている。今回我々は、二期的に摘出術を行い良好な結果を得た Falco-tentorial meningioma を経験したので報告する。

症例は58歳男性。平成13年11月頃からめまい感やふらつき感が出現。その後歩行障害もきたすようになったため、平成14年1月28日当科を受診した。神経学的には、軽度の左小脳症状を認めた。MRIでは、両側大脳鎌・小脳テントに沿って上小脳槽から小脳虫部を圧排する大きな腫瘍で、T1-imageでiso-intensity, T2-imageでややlow intensityを示し、ガドリニウムではほぼ均一に造影された。また中脳水道を圧迫しているため第Ⅲ脳室以上の脳室拡大も認めた。脳血管撮影では、Lt. tentorial arteryからのblood supplyもみられたが、主体は両側SCAのbranchからであり、またposterior medial choroïdal arteryがテント上の腫瘍へblood supplyを担っていた。以上の所見からFalco-tentorial Meningiomaと診断した。腫瘍はテント上下に存在するため、先ずRt. Occipital transtentorial approachにて摘出術を行った。術後テント下の腫瘍については大きさに余り変化はなかったが、臨床経過は一過性に左同名性半盲も出現したが症状は改善し職場復帰した。Lt. sideからの手術を検討していたところ、8月中旬頃から再びふらつきや歩行障害をきたし9月17日再手術となった。

Lt. occipitalおよびsuboccipital approachにてほぼ全摘出した。術後一過性にblindnessを訴えたが速やかに回復し、ごく軽度の左小脳症状を残し退院した。

髄膜腫の手術では、良性腫瘍だけに必ずしも一

期的全摘出に固守する必要はなく、本例のようなテント髄膜腫では神経症状に留意しながら二期的に摘出することも一法と考える。

11 Eloquent area の手術—運動野海綿状血管腫の摘出—

武田 憲夫・井上 明・井淵 安雄

熊谷 孝・米岡有一郎・武田健一郎

植田 香・村上弥沙子

山形県立中央病院 脳神経外科

海綿状血管腫は、全摘出したと思っても、再増大や再出血を見ることがしばしば報告され、僅かな取り残しが、再出血などにより重大な結果を引き起こすと言う点で、他の良性腫瘍の摘出と異なる手術上の注意が必要である。この度、右運動野直下白質内の海綿状血管腫の摘出手術を行ったので、手術ビデオと共に術前のf-MRI、術中のモニタリングなどを供覧して、摘出手術上の注意点を述べた。

症例は28歳女性。小学校教員。平成14年5月29日急に左足のしびれと脱力が出現、6月2日には首まで上行した。6月3日近医受診。CT、MRで出血性脳腫瘍と診断され同日当科紹介入院。現症：左下肢の軽度麻痺、左半身の軽度全知覚障害を認めた。CTでは右前頭葉皮質下白質内にplainでlowの混在したhigh density massとperifocal edemaを認め、明らかなCEは認めなかった。MRIではT1WI, T2WIでhigh, low intensityが混在し、急性、亜急性の血腫と、ヘモジデリンリングの存在が示唆され、海綿状血管腫と診断された。脳血管撮影では、central arteryが腫瘍に押され全体に狭小化していた。f-MRIでは手掌握運動にて腫瘍の前方に接して運動野が見られた。術中、ナビゲーション(STEALTH STATION)、エコー、モニタリングはSEP, MEPを行なった。

【手術】アプローチは腫瘍後方から行うべく、It lateral semiprone positionとした。SEPで中心溝を同定、MEPで拇指球筋の運動野を同定し、後方のinferior parietal lobuleより前方に向け腫瘍にアプローチした。ナビゲーターはbrain shiftのた

め腫瘍の位置同定にあまり有効ではなく、エコーが有効であった。摘出は、まず腫瘍皮膜を切開して血腫を吸引、内減圧した後、腫瘍周囲と脳の間を剥離を進めた。本腫瘍は時に脳内に入り込んでおり、小さくともこれを残すと再出血の危険があるので、腫瘍と脳の間を常に視野下におき、特に feeder の入っている部分の剥離焼灼切断の際には注意が必要である。また基本的に、腫瘍周囲の glial scar の層は脳側に残すことが、eloquent area の手術に重要と思われた。

【術後】麻痺知覚異常、は全く出現せず。MR 上全摘を確認した。

12 顔運動野焦点の切除術

亀山 茂樹・大石 誠・増田 浩
本間 順平

国立療養所西新潟中央病院てんかんセンター
脳神経外科

【目的】運動野は eloquent area として脳神経外科医が手出しの出来ない神聖な場所と考えられてきた。しかし、てんかん発作はまれに運動野から起始する。手術法として、multiple subpial resection (MST) があるが、我々は、新皮質てんかんの手術戦略として、裁断的皮質切除術が最も優れていると考えて実践してきた。MST は 1 例のみである。これまでの 63 例の新皮質てんかん手術から学んだ経験を基に研究を進め、顔運動野の切除が可能であるという結論に達したので、3 例の自験例を報告した。

【症例】1 例目は、10 歳男児。右前頭葉弁蓋部に萎縮性皮質形成異常を認め、発作頻度の増加と知的退行を理由に切除術を行った。焦点は顔運動野を含む中心・頭頂葉にあったが、皮質マッピングで顔の反応が認められなかったため広範な皮質切除術を行った。術後顔の麻痺は生じなかった。2 例目は 37 歳男性。顔運動野起始の発作があり、切除を行った。術中に motor evoked potential (MEP) マッピングを行い、顔運動野と手の運動野を鑑別して顔運動野のみを切除した。顔の麻痺が一過性(約 1 週間)に生じた。3 例目は 25 歳男

性、結節性硬化症で多発結節を認め、焦点同定は脳磁図が導入されてから可能となった。皮質結節後方の顔運動野が焦点であり、術中 MEP マッピングにより顔と手の運動野を鑑別し焦点と皮質結節を切除した。術後一週間の顔の麻痺を認めた。3 例とも発作は消失した。非優位半球の顔運動野切除である。手の麻痺は出現しなかった。

【考察と結論】文献的渉猟で、顔運動野焦点切除の論文が 2 編見つかった。自験例と同様に、顔運動野焦点は切除可能であり、顔面の麻痺は約 2 週間の一過性であった。優位半球でも失語症状は一過性であったという。現在 MEP マッピングで顔と手の運動野を厳密に分離することが可能になっており、顔運動野焦点は裁断的に皮質切除すべきであると結論できる。

13 Sinus pericranii の手術における問題点と手術法の選択 — The problems and selections of the operation of sinus pericranii —

原田 篤邦・江塚 勇・柿沼 健一
横田 晃*

新潟労災病院脳神経外科
産業医科大学脳神経外科*

【目的】Sinus Pericranii は本邦では広く知られた疾患であるが 1962 年以来数十例の報告のみで、手術の実際を経験することは極めて少なく、手術ビデオの供覧は意義があると考えられる。手術は平易なことが多いが、種々の問題点を孕む。その手技は頭蓋骨膜洞への血流遮断に尽きるが、開頭術は不要との報告も多い。今回手術ビデオを基に検討、文献的考察を加えた。

【症例・現病歴】3 歳男児(ビデオ有)及び 57 歳男性でいずれも臥位で腫脹し立位で陥凹する腫瘤を有し、57 歳例では腫瘤部皮膚は菲薄化、潰瘍形成を認め、易出血性だった。

【手術所見】腫瘤はいずれも多数の微小血管から血流を受け、骨孔からの出血は骨蠟で止血した。しかし、57 歳例では再発したため、開頭術を行い、治癒せしめた。

【考察】この疾患は双方向性の血流を持つ拡大