

78) 脊髄係留症候群に対する外科的治療

伊藤 康信・平野 仁崇
太田 徹・羽入 紀朋 (秋田大学)
笹嶋 寿郎・溝井 和夫 (脳神経外科)

脊髄係留症候群の小児11例の術後成績を検討した。内訳は腰仙部脂肪腫6例、脊髄披裂の術後4例、腰仙部脂肪腫の術後1例で、手術時年齢は1ヵ月～13歳(平均6歳6ヵ月)、女児7例、男児4例である。無症状が3例、凹足2例、直腸肛門の機能的障害1例、下肢の筋力低下4例、腰痛、尿失禁が1例ずつである。脂肪腫はdorsal type 4例、transitional type 2例である。手術は脂肪腫と硬膜を全周性に剥離し、untetheringを行った。硬膜欠損部はGore-Texで硬膜形成し、recapping laminoplasty及び椎弓形成術(L5)を行った。術後追跡期間は1ヵ月～2年6ヵ月で、無症状・早発症状例で神経症状の悪化はなかったが、晩発症状例で、膀胱・直腸機能の軽度障害が1例でみられた。手術適応はまだまだ結論は出ていないが、無症状例に対する予防的手術に一定の効果を期待しうると考えられた。

79) methylprednisolone による外傷性蝸牛神経変性の防止

関谷 徹治・田中 雅彦
八木橋彰憲・嶋村 則人 (弘前大学)
鈴木 重晴 (脳神経外科)

小脳橋角部手術では、外傷性蝸牛神経変性によって術後難聴を生じることがある。これに対して、methylprednisolone 投与によって、蝸牛神経変性がどのような影響を受けるか検討した。実験は、我々の「定量的蝸牛神経変性モデル」によった(Sekiya T et al: Exp Neurol 161: 490 - 502, 2000)。Control群、圧迫損傷のみ(compression群)、methylprednisolone (Solu-medrol)をi.p.投与した群(met群)を作成した。2週間後、ラセン神経節細胞(SGC)数をカウントした。met群では、compression群よりも蝸牛全回転において、より多くのSGC数が残存し、この傾向は蝸牛基底回転において統計学的に有意であった(p=0.002)。metによって外傷性蝸牛神経変性が防止できる可能性が示された。ここで示したような薬理的なneuroprotection法を行うことによって、術後合併症としての聴覚障害の発生頻度と程度が軽減される可能性が示された。

80) 皮質動脈破綻による急性硬膜下血腫

西嶋 一智・吉田 昌弘 (古川市立病院)
大庭 正敏 (脳神経外科)

【はじめに】脳表の小動脈を出血源とする急性硬膜下血腫(ASDH)は、脳実質損傷を伴わないため急性硬膜外血腫と類似して可及的早期の血腫除去により良好な予後を獲得できる可能性がある。【代表症例】68才女性。友人とお茶を飲んでいて突然の激しい頭痛、嘔吐で発症、直ちに救急搬送された。搬送中JCS10からJCS200、右瞳孔散大と悪化。CTで右ASDHを認め、外来にて穿頭し可及的に血腫を吸引した後、全麻下に開頭血腫除去を行った。翌日までに意識清明となり、無症状で1週間目に退院した。【考察】過去3年間に当科で5例を経験した。外傷なし(特発性)2例、ごく軽微な外傷2例、発症経過不明が1例。いずれも前頭葉脳表の小動脈からの噴出性出血であった。切迫脳ヘルニアを呈した2例で外来穿頭を併用、これらを含め4例はきわめて良好な経過をとった。vegetativeとなった78歳の1例は、発症時間不明で右MCA、ACAの高度狭窄を伴い、術後広範な脳梗塞を生じたものであった。【結論】本疾患は外来穿頭術を含めた可及的早期の血腫除去で良好な予後を獲得できる。

81) 慢性硬膜下血腫の保存的治療および術後再発におけるibudilastの治療効果

— preliminary report —

土肥 守・小笠原邦昭 (岩手医科大学)
鈴木 豪・小川 彰 (脳神経外科)
吉田 雄樹・黒田 清司 (高次救急センター)
(脳神経外科)

【目的】慢性硬膜下血腫(CSH)に対して、抗PAF作用や脳血管拡張作用を持つibudilastの治療効果を検討した。【対象】CSHによる症状が軽度であるため保存的に治療を行った25例とCSHの血腫洗浄術後にCT上血腫腔の残存/再発を認めた19例である。保存的治療群、術後再発群の各々で6例と9例を経過観察、19例と10例をibudilast投与とした。【投与方法】各群では血腫の増大や臨床症状の出現に応じて再手術を行った。Ibudilast投与群では20～30mg/日で経口投与した。投与開始2～4週毎にCTを行い追跡した。【結果】経過観察群では保存的治療6例中2例で、術後残存群9例中4例に増大を認め、手術を必要とした。一方ibudilast投与群では、保存的治療19例中15例でCT

上の血腫が完全に消失，4例で縮小を認めた。【結論】Ibutilast が種々の炎症物質による血管透過性亢進などの反応を抑制した可能性が考えられた。この治療法は，手術困難例や血腫残存/再発例などに有効であると考えられた。

82) 開頭術による前頭洞開放後に発生したバーホールカバーによる慢性感染症—骨ボタン感染—

天笠 雅春・佐藤 壮 (山形市立病院済生館 脳神経外科)
小田辺一紀 (おたべ医院)

1980年代に Codman 製のバーホールカバー(シリコン)を両側あるいは一側前頭開頭での眉間部の骨孔にルーチンに使用した。1990年代になって，これをいれた脳動脈瘤術後の患者で前頭洞が開放していた場合に共通の合併症をきたした。共通した症状は風邪をひくたびにバーホールカバーをいれた部位が発赤し，抗生物質，抗炎症剤の経口投与で軽快し，これをくりかえした。12例が同様の症状をきたしたことを確認した。9例においてこのバーホールカバーの除去をおこなったが，いずれもその後は症状は消失した。前頭洞に直結した部位に異物を置くことには注意が必要である。手術時の前頭洞の処置法にも問題がある可能性は否定できないが，異物が肉芽の出現を阻害して，前頭洞の入り口が閉じないことによっておこるものと考えられた。前頭洞開放後の処置においては前頭洞に直結する部位には異物を置かないことが重要と思われる。

83) 当院における pterional craniotomy の工夫

入江 伸介・齋藤 孝次
加藤 孝顕・三上 毅
吉川 純平・近藤 史郎 (釧路脳神経外科病院)

当院では年間150例程度の脳動脈瘤手術を行っているが，それらの殆どの術式は pterional craniotomy で，日常最も接することの多いアプローチである。我々は開閉頭に際しては以下の様な点に留意している。

- ・皮弁と側頭筋膜間は剥離しない
- ・側頭筋剥離時の剥離方向と骨膜の温存(出血が少なく側頭筋のダメージが少ない)
- ・zygoma 基部の露出(約1 cm)
- ・必要最低限の開頭範囲(Target に応じたバリエーシヨ

ン)

- ・sphenoid wing の除去範囲
- ・骨の止血は念入りに(特に側頭側の硬膜剥離部)
- ・くも膜形成
- ・チタンプレートの使用

この他にオプションとして必要に応じて transclinoid approach の併用，無剃毛等も行っている。ビデオにて当院での pterional craniotomy を供覧する。

84) pterional craniotomy : 私の工夫

—one burr hole craniotomy の応用—

畑中 光昭・藤井 康伸 (十和田市立中央病院 脳神経外科)
清水 俊夫

目的: pterional craniotomy での cosmetic な問題として骨弁の陥凹，ずれ，変形があげられる。その原因として，1. frontozygomatic portion の burr hole (keyburr hole) による陥凹，変形。2. 骨ボタンの burr hole からの逸脱，3. sphenoidal ridge の骨削，4. craniotome での骨窓と骨弁の間隙，adaputation 不良があげられる。我々は cosmetic, economical な面から one burr hole craniotomy を工夫改善した。方法: 1. burr hole を少なく，特に key burr hole を置かない。2. 骨削は最小限に。3. 骨ボタンは使用しない。4. 骨の陥凹を防ぐ。5. 経済効果を考慮。を目指した。具体的には 1. small burr hole 1個を有毛線より後方に置く。2. 修正時以外は原則として骨削はしない。3. 骨ボタンやチタンプレートは用いない。4. 骨の陥凹防止には sphenoidal ridge 部位に私の工夫した stopper を置き，固定には large type CRANIO FIX 1個のみを用い，burr hole を覆うように固定する。fronto zygomatic portion の硬膜損傷防止には同部は surgical saw での半層骨切で対処する。まとめ: pterional craniotomy に関して cosmetic, economical な工夫を VTR で示したい。