

15) 神経内視鏡が有用であった A1 背側 aneurysm の 2 例

中野 高広・大熊 洋揮 (弘前大学)  
鈴木 重晴 (脳神経外科)

近年、脳動脈瘤手術において手術支援装置としての神経内視鏡の有用性が報告されているが、今回我々は比較的稀であると思われる A1 部の背側に発生した後ろ向きの動脈瘤 2 例に対し神経内視鏡を用いて手術を行い、有用と思われたので報告する。

症例 1 : 63歳 女性。直径約 5 mm の動脈瘤が右 A1 背側より後上方向きに突出し、右側視神経を圧排していた。まず、手術顕微鏡下にクリッピングを行い、内視鏡で確認したところ、クリッピングが不十分であり、かつ穿通枝血管を巻き込んでいるのが判明したためクリップのかけ直しを行った。

症例 2 : 60歳 女性。SAH で発症した多発性脳動脈瘤で、左 A1 背側の後方に突出した動脈瘤を神経内視鏡で観察しつつクリッピングを行った。

この部位の観察には 1.7 cm、90度の硬性鏡が最も有用であると思われた。

16) 前頭葉底部出血で健忘症候群を呈した脳動脈静脈奇形の一例

関 慎太郎・天笠 雅春 (山形市立病院済生館)  
佐藤 壮 (脳神経外科)  
渋谷 和枝・青木 弘子 (同 理学療法科)

脳動脈静脈奇形 (AVM) に合併した健忘症候群を報告する。患者は 37 歳の右利き女性。父が嚢胞腎に伴う脳動脈瘤の破裂で死亡し、発症 1 年前に本人の嚢胞腎に伴う検査で左前大脳動脈及び前交通動脈より流入する大きな AVM が認められていたが放置した。1999 年 4 月、頭痛、嘔吐、めまいにて当院に搬送され CT にて左前大脳動脈底部に出血が確認された。1ヶ月経過後、根治術を施行した。初診時は時間・場所の見当識障害及び軽度の前向き健忘が認められており、術後、見当識障害、強度の前向き健忘、軽度の逆向健忘、作話、自己の病態の洞察欠損が認められ Korsakow 症候群と判断された。その他神経学的には異常を認めなかった。本症例では AVM からの出血による脳実質の破壊などにより septal-hippocampal damage を生じ、Papez 回路及び Yakovlev 回路の損傷にて健忘症候群を呈したと考えられた。

17) くも膜下出血ならびに急性硬膜下血腫で発症した海綿静脈洞部硬膜動静脈短絡の 1 例

香川 賢司・関 薫 (公立気仙沼総合病院)  
西村 真実 (脳神経外科)  
(国立仙台病院)  
(脳神経外科)

今回我々は、くも膜下出血 (SAH) と急性硬膜下血腫 (ASDH) を呈し、結果的に救命し得なかった海綿静脈洞部硬膜動静脈短絡 (以下 CdAVS) の 1 例を経験したので報告する。

症例は 65 歳女性で、突然の意識消失にて発症。来院時、意識清明で左側頭部痛と右下肢麻痺を訴え、CT にて SAH ならびに左 ASDH を認めた。脳血管撮影の準備中、突然の頭痛を訴えた後再び意識消失し、JCS 200、右上肢は除脳硬直様となった。脳血管撮影の結果、両側内頸・外頸動脈系を流入動脈とし皮質静脈へ著明に流出する左 CdAVS が認められた。ASDH の血腫除去と出血点の処置を目的に緊急開頭術を行ったが、シルビウス裂から動脈性の出血を来し、ショック状態に陥った。出血点の確認は困難を極め、手術続行不可能となりそのまま閉創となった。

本症例は CdAVS の流出静脈の varix 破裂による SAH と ASDH で発症し、その後再破裂を来した稀な症例であると思われた。

18) 動眼神経麻痺のみを呈した海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻の一例

難波 理奈・阿部 悟  
牛越 聡・北川まゆみ  
中山 若樹・瀧川 修吾 (札幌麻生脳神経)  
齊藤 久寿 (外科病院)

症例は 64 歳の女性。1999 年 11 月初旬より複視を自覚するようになり、約 2 週間の経過ではほぼ完全な左動眼神経麻痺を呈して来院した。来院時、左動眼神経麻痺以外の陽性所見は認められなかった。MRA にて海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻が疑われたため、血管造影を施行して確定診断とした。動眼神経麻痺の原因と考え、塞栓術を施行したところ、術後約 1 カ月で動眼神経麻痺は消失した。

海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻は、眼球突出・結膜の充血浮腫・雑音の他、外眼筋麻痺による複視や視力障害を生じる例が多いが、動眼神経麻痺のみの形で発症することは希である。本症例は術後にステロイド療法を併用したこともあり、単神経炎との鑑別は非常に困難である。し

かし、動眼神経麻痺の原因としての海綿静脈洞部硬膜動脈瘻を示唆する一例であり、文献的考察も含めて報告する。

19) 小開頭による一期的脳梁全切断術

栗本 昌紀・増岡 徹  
林 央周・柴田 孝  
旭 雄士・平島 豊 (富山医科薬科大学)  
遠藤 俊郎 (脳神経外科)

【目的】手術支援ナビゲーター (EVANS) を用いて、West 症候群の2症例に小開頭による一期的脳梁全切断術を行なったので報告する。

【症例】症例1は、5歳男児。生後2カ月時より点頭発作が始まった。6カ月時頃から発作が頻発しシリーズ形成もみられた。5歳時、脳梁切断術を施行した。症例2は、4歳女児。1歳2カ月時よりシリーズを形成する点頭発作が出現し、次第に頻発するようになった。4歳時に脳梁切断術を施行した。いずれの症例も仰臥位にて、ナビゲーターにて最適の開頭部位を決めて手術を行った。2症例とも術後てんかん発作は軽減し、精神運動発達に改善がみられた。術後 MRI による評価では脳梁はほぼ全切断 (95%以上) がなされていた。【結語】手術支援ナビゲーターを使用することで、前頭部小開頭にて体位をかえることなく、完全確実に脳梁全切断が可能であった。

20) Combined transpetrosal approach : ドリリングと再建の工夫

南田 善弘・米増 保之  
八巻 稔明・上出 廷治 (札幌医科大学)  
田邊 純嘉・端 和夫 (脳神経外科)

頭蓋底腫瘍や椎骨脳底動脈系巨大脳動脈瘤などの手術において combined transpetrosal approach は欠かせないアプローチ法である。最大の利点は展開が広いことであるが、欠点として脳神経麻痺、特に聴力障害が起りやすいことや、術後の髄液瘻や感染のリスクが高い事があげられている。過去2年間、7例に対して combined transpetrosal approach を行い、4例で retrolabyrinthectomy にて機能温存を試みた。開頭は2piece craniotomy で、mastoid antrum, endolymphatic sac, 顔面神経管、三半規管などの構造物を確認しドリリングの際に損傷しないように気をつける。必要に応じて jugular tuberculum や petrous apex

のドリリングも追加した。展開を広げるためのドリリングの工夫、合併症予防のための工夫点や頭蓋底再建法などをビデオにて供覧する。

21) シルビウス静脈周囲のくも膜下腔 (arachnoidal sleeve) を利用したシルビウス裂の開き方

伏見 進・田村 晋也 (平鹿総合病院)  
米谷 元裕 (脳神経外科)

シルビウス裂を分けて広い術野を確保することは、脳動脈瘤をはじめとする脳神経外科の顕微鏡下手術における最も基本的な手術手技であるが、その具体的な方法を論じた報告は少ない。多くの手術書では「シルビウス静脈の前頭葉側に沿ってくも膜を切開し、同部を横切る小静脈があった場合は凝固切断する」とされ、一般的にも広く行われている方法であるが、我々はシルビウス静脈周囲に存在する固有のくも膜腔 (arachnoidal sleeve) に着目し、これを取っ掛かりとして、先ず静脈を完全に free として十分な可動性を持たせながら剥離を進める方法によって、静脈の解剖学的な制約を受けることなく広い術野を確保し良好な結果を得ているので、手術手技を中心にビデオで供覧する。

22) シヤント依存状態の水頭症に対する Endoscopic Third Ventriculostomy

西山 健一・森 宏 (新潟大学)  
佐藤 元・田中 隆一 (脳神経外科)

【目的】シヤント依存状態にある閉塞性水頭症例に対して Endoscopic Third Ventriculostomy (ETV) を施行。術後の頭蓋内圧変化を観察し安全にシヤント非依存状態に移行可能か否かを検討する。【方法】対象は過去3年間にシヤント機能不全で受診した閉塞性水頭症12例。全例 ETV を施行しシヤントを抜去。術後脳室一体外ドレナージを設置し30cmH<sub>2</sub>O に圧設定して、ドレナージからの髄液排液量の変化と臨床症状の推移を retrospective に検討した。【結果】(1) 12例中8例で術後早期にドレナージからの排液量が200 ml 以上を呈する期間 (1~4日間) を認めたと、12例全例でその後排液は減少しシヤント非依存状態に移行可能であった。(2) 3例で術後一過性に頭蓋内圧亢進によると思われる症状を認めた。【結論】シヤント依存状態にある閉塞性水頭症例では ETV によりシヤント非依存状態に移行