

観上低侵襲である。問題となる内視鏡像の曇りや汚れにはドレナージチューブの洞内留置による持続吸引が有効であった。狭い鼻腔内での操作用に経鼻孔手術専用の鼻鏡やバヨネット型で先端の小さなキュレット、鉏、凝固止血用の絶縁処理吸引管などを試作開発し、繊細な手術が可能となった。内視鏡下経鼻孔経蝶形骨洞手術は従来の顕微鏡下手術と比較して低侵襲であり死角部の十分な観察も可能であった。より繊細で確実な手術操作の為に専用の手術器械の開発が必要である。

A-60) Overdrainage に起因したと思われる頭蓋底手術後の硬膜外 tension pneumocephalus の一例

池田 清延・正印 克夫(国立金沢病院)
 山口 成仁・山野 潤(脳神経外科)
 瀧口 哲也 (同耳鼻咽喉科)

頭蓋底手術の術後髄液瘻の防止策に spinal drainage があるが、この overdrainage による術後意識障害の1例を経験した。31歳、女性。約2ヶ月前から視力障害が進行し、MRI で副鼻腔から前頭蓋窩に伸展した腫瘍を認めた。spinal drainage 設置後、anterior craniofacial resection と lateral rhinotomy により腫瘍をほぼ全摘出した。前頭骨外板付き pericranial flap とゴアテックスで頭蓋底を再建し硬膜外ドレナージを留置した。翌日は意識清明。spinal drainage を残し硬膜外ドレナージを抜去した。術後2日目意識低下。CT で前頭部硬膜外腔の空気と液貯溜、small ventricle を認めた。前額部を穿刺して硬膜外貯溜物の吸引直後、意識が清明化。術後5日目再び意識低下。硬膜外ドレナージを再設置し spinal drainage を閉鎖した。意識は清明化し、7日目のCTで硬膜外腔が消失し、髄液瘻も発生しなかった。本例の原因に、1) 硬膜吊り上げが不十分な硬膜外腔への空気流入、2) 過度な髄液ドレナージが挙げられる。頭蓋底手術の pitfall として髄液の overdrainage による硬膜外 tension pneumocephalus 発生の危険性を報告した。

A-61) 破裂動脈瘤術後の脳槽ドレナージ過剰症候群

鎌田 恭輔・宝金 清博(北海道大学)
 黒田 敏・阿部 弘(脳神経外科)
 三森 研自 (北海道脳神経外科記念病院)

破裂脳動脈瘤術後の髄液ドレナージは各施設が経験にもとづいて行っており、問題点を詳細に検討した報告はない。我々は脳槽ドレナージの流出過多(Hyperdrainage)による進行性の意識障害をきたした7症例を経験し、その発生機序について考察した。ウィリス輪前半部動脈瘤破裂によるくも膜下出血の7症例において発症後48時間以内にクリッピング術を施行した。術中に脳室、脳槽ドレナージを留置し、術直後より脳室; 100 ml/day、脳槽; 150 ml/day を目安にドレナージを行った。しかし、いずれも術後6日以内に進行性の意識障害が認められ、CT では両側脳室の狭小化、basal cistern, ambient cistern の狭小化が認められた。SPECT では明らかな血流低下は認めなかった。脳槽ドレナージ量を抑えたところ全例半日以内に速やかに意識障害が消失した。本症状は脳槽からの Hyperdrainage に起因するものと考えられ、その発症時期から原因が脳血管攣縮との鑑別が極めて重要であった。

A-62) 内視鏡的第三脳室底開窓術22例の検討

森 宏・秋山 克彦
 西山 健一・佐藤 元(新潟大学)
 森田幸太郎・田中 隆一(脳神経外科)

【目的】内視鏡的第三脳室底開窓術(ETV)の治療成績から、ETVの適応について検討した。【対象】1群)腫瘍等による閉塞性水頭症(OH)8例、2群)OHに対する長期シャント依存状態のシャントトラブル7例、3群)Chiari II型奇形あるいは先天性水頭症7例の計22例。【結果】1群)8例中7例は有効であった。正常圧水頭症を合併していた70才女性は後日シャント術を要した。2群)7例中6例はシャント抜去可能であった。乳児期にシャント術を受けた36才女性は抜去不能であった。3群)進行が早く生後6カ月未満に手術を行った2例は無効でシャント術を要した。6カ月以降にETVを行った5例中4例は進行が緩徐となり、経過観察中である。第3脳室底が狭く終板に開窓した1例は無効であった。【結語】ETVは腫瘍等によるOHや、長期シャント依存状態にあったOHに対しても有効である。生