

B-27) 微小血管減圧手術時の ABR モニタリングにおける潜時・振幅変化の指標

畑山 徹・関谷 徹治 (弘前大学)  
 嶋村 則人・鈴木 重晴 (脳神経外科)  
 Aage R. Møller (ピッツバーグ大学)  
 Peter J. Jannetta (脳神経外科)

微小血管減圧手術においては、聴神経損傷を予防する目的で ABR の術中モニタリングが多用されているが、その波形変化と術後の神経脱落症状の相関については未だ診断基準が確立されていない。そのため、ピッツバーグ大学脳神経外科において、1995年9月から1996年8月までの1年間に ABR モニタリングのもと微小血管減圧手術が施行された350症例について、ABR の波形変化と術後の聴力検査の結果を検討したところ、術中に V 波潜時が 1 msec 以上延長した38例においては12例(32%)に術後の聴力障害が認められた。さらにこの中で、V 波振幅が50%以下に低下した症例を抽出したところ、23例中11例(48%)において術後の聴力障害が認められ、その発生率は潜時延長のみを診断基準にした場合に比べて有意な差が認められた ( $p < 0.01$ )。したがって、ABR の術中モニタリングにおいては、潜時延長と同時に記録される振幅低下についても注目することで、術後の聴力障害の発生がより鋭敏に予測出来ることが示唆された。

B-28) 頭蓋内副神経に血管圧迫を認めた痙性斜頸の1手術例

白井和歌子・北見 公一  
 三森 研子・桜木 貢  
 小柳 泉・襄島 聡 (北海道脳神経外科)  
 野崎 道雅 (記念病院)

痙性斜頸は中枢性、副神経性、心因性と分かれ、副神経性では神経血管減圧術が有効だった例も報告されている。われわれは副神経性痙性斜頸の1症例に神経血管減圧術を試み、術中に頭蓋内での血管圧迫を認めた。稀なケースと思われるので術中所見とともに報告する。

症例は20才男性。平成8年2月頃より両肩がしびれ出し次第に頭部が左に向くようになった。無理にもどすと痛みがあり、歩行などで悪化した。同年5月当院受診。MRI などの補助検査で異常なし。各種心理テストの結果と筋電図所見より副神経性が強く疑われた。

筋電図バイオフィードバックや副神経ブロックが無効だったため、後頭下開頭により第1頸神経部での圧迫除去を行った。術中頭蓋内で副神経が小脳動脈により強く圧迫されている所見を得て圧迫を解除術後症状も筋電図

所見も著明に改善した。

B-29) めまい・耳鳴に対する神経血管減圧術—興味ある手術所見と手術方法について—

相馬 勤・土田 博美  
 野中 雅・越智さと子 (市立札幌病院)  
 原口 浩一 (脳神経外科)

顔面痙攣に対する神経血管減圧術の手術法・手術効果については既に確立された感があるが、耳鳴、めまいに対する神経血管減圧術の報告は少なく、その診断法、手術適応、手術法は確立されたとは言えない。

我々は過去10年間に13例の第8脳神経血管減圧術を経験した。今回は拍動性耳鳴を伴った顔面痙攣の50才・男性例、拍動性耳鳴と回転性めまいを同時に有した71才・男性例、耐え難い拍動性耳鳴のみの62才・男性例の計3例で神経血管減圧術後からこれら症状を完全に消失させることができたので、3症例を呈示するとともに手術ビデオを供覧しながら手術方法と手術所見について言及する。

B-30) 若年性パーキンソンニズムに対する後腹側淡蒼球手術の経験

福多 真史・亀山 茂樹 (国立療養所  
 西新潟中央病院  
 脳神経外科)  
 川口 正・鈴木 健司 (新潟大学  
 脳神経外科)  
 山下 慎也・田中 隆一 (脳神経外科)  
 石川 厚 (国立療養所  
 西小千谷病院  
 神経内科)

30歳未満で発症し、すくみ足を主症状とし、dopa-induced dyskinesia (DID), wearing-off を呈する若年性パーキンソンニズムの5症例に対する後腹側淡蒼球手術 (PVP) の効果について報告する。男性3例、女性2例、平均年齢は48.2歳、発症年齢は平均18.8歳。全例症状が強い側と反対側の PVP を行い、URDRS のうちすくみ足、固縮、歩行、姿勢反射障害、運動緩慢、DID、off period の各項目について術前後(術後は約3週間目)に評価した。その結果全ての項目で術後改善が認められ、特にすくみ足、歩行 (off)、DID の項目では統計学的に有意に改善した。しかし、主症状であるすくみ足に関しては、術前の程度がほとんどの症例で重度であり、術後スコア上改善が得られても ADL 上に反映されない面があ

た. 手術側と反対側の DID はほとんどの症例で消失し, また wearing off に対しての術後の改善度は症例によって様々であった. 若年性パーキンソンニズムに対する一側 PVP は術直後に全般的な症状の改善が得られるものの, すくみ足に対しての効果は軽度であった.

B-31) パーキンソン病進行例に対する淡蒼球内節手術

齋藤伸二郎・黒木 亮  
川上 圭太・関 尚美 (山形大学)  
嘉山 孝正 (脳神経外科)

パーキンソン病進行例27例に対する一側淡蒼球手術の効果を報告する. 凝固部位は3次元 MRI と Schaltenbrand-Wahren のアトラスの組合せにより作成したパーソナル MRI と脳室写により仮の目標点を定め, 淡蒼球内節の電気刺激による反応や神経活動の記録を参考に決定した. 手術により, 固縮, 振戦, 無動, すくみ, 後方突進, Dopa-induced dyskinesia, wearing-off の改善が得られた. 固縮, 振戦, Dopa-induced dyskinesia については凝固同側肢にも改善する症例もあった. しかし, すくみ, 後方突進の改善しない例や再発する例も認められた. 効果を左右する因子についても検討を加え報告する.

B-32) 繰り返す TIA を呈した前大脳動脈解離の1例

和田 始・谷川 緑野  
石崎 智章・泉 直人 (網走脳神経外科)  
藤田 力・橋本 政明 (病院)  
上山 博康 (旭川赤十字病院)  
脳神経外科

【症例】37才, 男性. 右片麻痺, 失語症で当院搬入. 症状はすぐに消失し, CT では病変を認めず, AG で左 A2 起始部に壁の不整を認めた. dissection を疑い, 保存的治療と AG 経過観察とした. 高血圧症以外に, risk factor を認めなかった. 第8病日に右下肢脱力発作が再出現. CT にて左前頭葉内側に梗塞巣が出現し, AG にて左 pericallosal a. の閉塞, 左 A2 から A3 に解離 (狭窄後拡張, double lumen, 造影剤の停滞) を認めた. 第28病日下肢のしびれが増悪し, AG にて左 callosomarginal a. を主とした ACA 末梢の解離による狭窄が進行していたため, 緊急手術を施行した. 【術中所見】左 A2 起始部から A2 全体が暗赤色に拡張して

いた. 左 pericallosal a. は, 閉塞のため狭小化していたが, 脳梁体部中央から末梢は collateral flow により開存していた. 左 callosomarginal a. は, 赤色縞状の血管壁を呈し解離が末梢まで進行していた. back flow により開存している左 pericallosal a. に対し A3-A3 side-to-side anastomosis を行い末梢の血流を確保した. 解離の進行している左 callosomarginal a. も同様に対側 callosomarginal a. と side-to-side anastomosis を行った. この際, 血管内腔を切開すると, 血管壁に pseudo lumen を認めた. 血行再建後, A2 起始部を結紮し, 手術を終了した. 術後 AG にてバイパスを介した右 ACA 末梢への順行性, A2 への逆行性の造影と, 左 callosomarginal a. の拡張を認めた. 【考察】本症例では, 繰り返す TIA とともに, 脳血管撮影にて経時的に解離の進行をとらえる事ができた. また, ACA の血行再建により true lumen 内圧増大と, entry の閉塞による pseudo lumen 内圧の減弱を図り, ACA 系の正常な血管構造を温存した. 虚血発症の動脈解離の治療は諸家意見の分かれるところであるが, 本疾患の外科的治療の1例として報告する.

B-33) 術中脳血管撮影が有用であった巨大内頸動脈瘤の1手術例

國廣 華奈・嘉山 孝正 (山形大学)  
丸屋 淳・遠藤 広和 (脳神経外科)  
近藤 礼 (済生会山形)  
済生病院

症例は62歳女性, SAH にて発症した. 左内頸動脈 C1C2 portion に proximal neck (PN) が前床突起下に及ぶ最大径 27 mm の囊状動脈瘤を認め, Dolenc 法にて根治術を施行した. クリッピング後, 動脈瘤穿刺部から出血はなく, また, ドップラーにて動脈瘤内の血流を確認できず, さらにクリップ先端は PN を越えていると判定したが術後血管撮影では PN から動脈瘤の一部が造影された. 再手術にてクリップの先端に PN のわずかな残存が認められたためクリップを追加し術中脳血管撮影にて柄部の処理を確認した. 術後血管撮影でも良好なクリッピングであった.

C1C2 portion の巨大動脈瘤では, PN が前床突起下に及ぶため optic strut がクリップの挿入を妨げることで, PN の視認が容易ではないこと, 動脈瘤穿刺部が血栓化することがあることなどから, 視認, 動脈瘤穿刺による柄部処理の確認には限界があり, 術中脳血管撮影を併用することが安全確実な手術を行う上で有用と考えら