

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

れた。

B-34) 神経内視鏡の使用経験

林 央周・遠藤 俊郎 (富山医科薬科大学)
高久 晃 (脳神経外科)

われわれはこれまでに25回の脳神経外科手術に神経内視鏡を使用した。内訳は、VP shunt 16回、3rd ventriculostomy 2回、septostomy 1回、脳室内の観察1回、Ommaya reservoir の留置1回、下垂体手術3回である。水頭症手術にはCodman社製スティラブルエンドスコープおよびシャントプレースメントキットを用いた。脳室内の観察および下垂体手術にはリジッドファイバースコープを用いた。3rd ventriculostomy および septostomy の際には、内視鏡用電気凝固装置であるME2を用いた。

VP shunt では、脳室内の shunt tube を的確な位置に設置することができ、確実な手術を行うことができた。穿孔術では、直視下に穿孔部位を観察しながら、安全に穿孔を行うことができた。下垂体手術では、顕微鏡の術野では死角となる側方の確認を容易に行うことができた。

B-35) Contralateral transcallosal approach で摘出した側脳室前角内転移性腫瘍(卵巣原発 clear cell adenocarcinoma) の1例

妻沼 到・田村 哲郎 (新潟県立新発田
山本 潔 (病院脳神経外科)
木村 格平 (同 病理検査科)
小幡 憲郎 (同 産科婦人科)

側脳室前角内腫瘍を contralateral transcallosal approach で摘出した1例を報告する。症例は62才女性。4年前右卵巣癌 (clear cell adenocarcinoma) に対し、手術・化学療法を受けている。右上肢の脱力を主訴に当科に入院。軽度の失見当識・記銘力障害・右上肢単麻痺を認め、頭部CT・MRIで、左尾状核頭から側脳室前角内に進展する径約3cm大の腫瘍を認めた。手術は、右前頭開頭により脳梁に達し、脳梁前部に2cmの切開を加え左側脳室に達し、腫瘍をpiece mealに全摘した。病理組織学的にclear cell adenocarcinomaと診断した。術後無言症を呈したが約1ヶ月で消失、右上肢単麻痺は消失、失見当識・記銘力障害も軽快し、術後2ヶ月で主婦業に復帰した。本症例のように、側脳室前

角側壁に主座を有する腫瘍においては、腫瘍の付着部位を正面に近い方向から見る事ができる contralateral transcallosal approach が有用と考えられた。また、術後一過性に出現した無言症は、脳梁損傷あるいは前帯状回の圧排によると考えられ、より慎重な手術操作が必要である。

B-36) 小脳腫瘍摘出術後に出現した Cerebellar Mutism の1例

永松 謙一・藤本 俊一
斎藤 和子・佐藤 慎哉 (青森県立中央病院)
田中 輝彦 (脳神経外科)

小児後頭蓋窩手術後の一過性無言症の発生例が報告されている。我々は小脳上衣腫摘出術後に無言症を来した症例を経験し、興味深い症状の寛解過程をビデオにおさめたので供覧する。

症例は3才4ヶ月女児で、CTにて小脳虫部腫瘍を認めた。入院時、頭蓋内圧亢進症状・体幹失調・失調性歩行以外に神経学的異常はなかった。後頭下開頭にて虫部腫瘍を90%摘出し、術後、帰室時は普通に話ができしたが術後3日目には全く発語がなくなった。その後脳室拡大とともに意識障害が出現したため、脳室腹腔シャント術を施行した。意識状態は改善し従来動作もできるようになったが、無言状態は継続した。下位脳神経症状はなく、左眼球運動障害・右上下肢の運動失調・体幹失調を認めた。MRI・SPECTでは小脳・脳幹・視床その他に原因となるような所見は認めなかった。術後8週目より言葉にならない発声が現れ、9週目で単語を話すようになり、11週目には文章を話せるようになった。

B-37) CT透視下脳内血腫吸引術の経験

瀬戸 陽・東 壮太郎 (恵寿総合病院)
永谷 等・殖生 和則 (脳神経外科)

CTの高速画像化の進歩によって、現在スキャンしているスライスをリアルタイムで表示するCT透視が可能となった。高血圧性脳内出血に対して定位脳内血腫吸引術が広く普及しているが、今回我々は、このCT透視を用いて脳内血腫吸引術を行ったので報告する。症例は54才男性。血腫量60mlの左被殻出血で、来院時意識JCS10、右完全片麻痺であった。急性腎不全を合併していたため保存的に加療していたが、発症後3週のCTで依然として血腫周囲の浮腫が強く、頭痛の訴えがあり