

## A-51) Rhinocerebral mucormycosis の1例

曾我 洋二・原 直行 (刈羽郡総合病院  
脳神経外科)

今回比較的稀な, Rhinocerebral mucormycosis (RCM) の1例を経験したので報告する. Phycomycetes は空气中, 土壌, 健康人の鼻腔, 便等にも見られる真菌であるが, 副鼻腔を経て海綿静脈洞, 内頸動脈, 脳実質等に浸潤し, 致命的な経過をとる場合が多い RCM の起原菌でもある. 症例は45歳男性, 慢性肺炎, 糖尿病の既往あり. 右顔面の腫脹, 右外眼筋麻痺, CRP 強陽性, 血糖コントロール不良にて内科入院. 右顔面蜂窩織炎の診断にて上顎洞篩骨洞根術を耳鼻科にて受けた同日, 左片麻痺をきたす明らかな画像変化認めず. 転科後3日目に左外眼筋麻痺出現, その後右眼球は眼圧低下のため萎んだ様になった. 経過中傾眠であったが15日目に昏睡となり CT 上著明な脳浮腫を認めた為, 外及び内減圧術施行. 頭皮, 硬膜, 脳からの出血は殆ど認めず, 脳表にクモの巣様のものが存在. 病理組織診断にて Phycomycetes であった.

## A-52) Bifrontal Craniotomy 術後の硬膜外膿瘍

三平 剛志・鈴木 明文  
野々山 裕・吉田 貴明 (秋田県立脳血  
波出石 弘・川村 伸悟 管研究センタ  
安井 信之 ー脳神経外科)

緒論・対象: 開頭術後の硬膜外膿瘍は避けねばならない合併症であるが, 前頭洞が開放される両側前頭開頭術においてはその予防のため特に注意が必要である. われわれは過去10年間に両側前頭開頭術後に硬膜外膿瘍を認め再手術を施行した6例(前交通動脈瘤5例, 前頭蓋底腫瘍1例)について検討した.

結果: 10年間に施行された両側前頭開頭術187例中6例(3.2%)に硬膜外膿瘍が発生した. 一方, 後頭下開頭を除くその他の部位の開頭術では927例中22例(2.4%)であったが統計学的有意差は認めなかった. 感染原因については前頭洞の処置が不完全と考えられたもの1例, 骨髄充填用レジンのなどの異物が focus になったもの3例, 患者の不穏状態により術創が不潔にさらされたもの1例, 不明1例であった. 起炎菌は3例が MRSA であった. 6例のうち5例は骨弁除去あるいはレジンのなどの異物除去で軽快したが, 1例は髄膜炎・脳室炎を併発し死亡した.

## A-53) 小児くも膜下膿瘍の臨床経過と治療方針

酒井 淳・川原 孝久 (王子総合病院  
柏原 茂樹 脳神経外科)  
高橋 義男 (北海道立小児  
総合保健センター  
小児脳神経外科)

頭蓋内感染症に対する外科的治療の多くは, 脳膿瘍, 硬膜下膿瘍など一定の終局状態になったものに対して行われる.

一方, そこまでに達せずに, 中途半端な形で継続し, 生命予後が不良になったり, 重篤な後遺症を残す場合も少なくない. 特に髄膜炎が難治性となり, 頭蓋底のくも膜炎, 脳室炎, くも膜下の膿瘍などを生じる場合もこれに当たる. これらに対しての根治的な治療法はない.

演者らは5例のくも膜下膿瘍を主とする硬膜下膿瘍を経験したので報告する.

症例1, 2才, 男児, 硬膜下膿瘍除去術施行時, くも膜下の広範な膿瘍を認めた. 除去を試みるも不能と思われたため, 術後硬膜下ドレーンよりの抗生剤還流を行うも, 発熱, CRP の高値が持続した.

くも膜下膿瘍が硬膜下膿瘍に合併した場合, 治療が遅延するが, 開頭, 洗浄により, 予後を少しでも改善し得ると考えられた.

## A-54) 脳梁欠損を伴う大脳半球正中中部多胞性囊腫 (Arachnoid and Epithelial Cysts) の乳児例

日高 徹雄・笹生 昌之 (八戸赤十字病院  
大和田雅信・切替 典宏 脳神経外科)

頭蓋内に見られる良性囊腫として, くも膜囊腫は比較的遭遇する機会が多い. またこれに比べ発生頻度は低いものの Epithelial cyst も画像診断の進歩に伴い報告が増加している.

症例は在胎6ヶ月時に頭蓋内水腫の異常が確認され, 出生後, 囊腫の増大を認めた1歳6カ月時に囊腫摘出術を行った. 画像診断ならびに手術所見から脳梁欠損を伴っていた. 術後経過は良好であった. 囊腫組織の病理診断はくも膜囊腫と Epithelial (Glio-ependymal) cyst の多胞性囊腫であった.

頭蓋内の良性囊腫には原発性および続発性(後天性)とがあり, ことに乳幼児期の原発性囊腫では本症例のように在胎中に画像診断として捉えられる機会が増して行くものとする. しかし鑑別診断さらには手術の適応,

時期、手術法の選択に関して色々な意見があり検討を要すると思われる。また原発性嚢腫の中には組織由来について意見の一致を見ないものもある。そこで我々の経験例について報告した。

#### A-55) 上位頸髄の狭窄症状が認められた Asphyxiating thoracic dystrophy の1例

新村 核・白根 礼造 (東北大学 脳神経外科)  
吉本 高志

Asphyxiating thoracic dystrophy は1954年に Jeune によって初めて報告された、その特徴的な胸郭形成不全を中心とした先天性の骨形成不全の疾患で、いわゆる achondroplasia の類縁疾患である。本疾患は呼吸停止による突然死を起こしうることが知られており、その原因としてこれまでは前述した胸郭形成不全が考えられていたが、近年、本疾患に上位頸髄の狭窄が認められた症例が報告され、呼吸停止の重要な原因の1つとして考えられている。この上位頸髄の狭窄を伴った Asphyxiating thoracic dystrophy の報告は本邦では報告なく、我々は achondroplasia を疑われ、精検の結果胸郭形成不全と多呼吸を認め、Asphyxiating thoracic dystrophy と診断され、MRI にて上位頸髄の狭窄像を呈した8ヶ月の男児の症例を経験したので報告する。

#### A-56) 正常圧水頭症に対する圧可変式シャントシステムの使用経験

上山 浩永・尾山 勝信 (富山赤十字病院 脳神経外科)  
山谷 和正・伊藤 秀樹  
遠藤 俊郎・高久 晃 (富山医科薬科大学 脳神経外科)

目的：正常圧水頭症に対する圧可変式シャントシステムの有用性について検討した。方法：対象は圧可変式シャントバルブ (3~20 cm H<sub>2</sub>O, 18段階) を用い脳室腹腔短絡術を行った成人正常圧水頭症例37例である。原疾患は脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血24例、脳室内出血6例、外傷性クモ膜下出血6例、不明1例であり、男性19例、女性18例、年齢は20歳~82歳 (平均 64.4±13.2 歳) である。結果：術後、設定圧の変更を要しなかったのは18例、要した例は19例で各群の初期設定圧及び年齢構成には差がなかった。術後に設定圧をより高圧に変更した例は9例で、より低圧に変更した例は10例である。初期設定圧は高圧変更群と低圧変更群に差はなかったが、最終設定圧は高圧変更群が 11.7±2.8 cm H<sub>2</sub>O, 低圧変

更群が 6.6±3.0 cm H<sub>2</sub>O で有意差があり (p<0.01)、低圧変更例は65歳以上の高齢者例に多かった (p<0.05)。

#### A-57) 18段階圧可変式 Shunt system の有用性

佐藤 和栄 (太田熱海病院 脳神経外科)

経皮的に shunt valve の opening pressure を18段階に変換できる Medos-Hakim shunt system の有用性について検討したので報告する。対象および方法；1) Codmann 社から提供された sample を用いて opening pressure の精度を検討した。2) Sample valve を用いて、仰臥位および立位を model にして、valve 前圧および後圧を変化させて、流量を測定した。3) 17例 (男9例、女8例) の水頭症症例 (くも膜下出血10例、脳室内出血3例、特発性正常圧水頭症3例、脳腫瘍1例) において、Medos shunt system を用いて治療し、その有用性を検討した。結果；1) 設定した opening pressure の測定値は、5点での検討で、Codmann 社の公表している標準値±SD 以内であった。2) 仰臥位 model で 114 ml/h, 立位 model で 624 ml/h (いずれも opening pres. 100 mm H<sub>2</sub>O) と著明な流量を示した。3) 17例中4例で、shunt 不全にて、ほかの shunt system から取り替えた。10例では、初期設定値を 10 mm H<sub>2</sub>O 単位で数回変換して水頭症を治療した。設定圧変換でも治療効果を認めなかった症例は、1例である。Over drainage による slit ventricle や subdural effusion を示した症例は認めなかった。結語；Valve 特性から Medos shunt system は水頭症の治療において有用であった。

#### A-58) <sup>111</sup>In-DTPA による、定量的シャント機能検査

武田 憲夫・関口賢太郎  
井上 明・井瀧 安男  
白旗 正幸・佐藤 健 (山形県立中央病院 脳神経外科)  
菅井 努・佐藤 進

脳室腹腔シャントの機能の判定には、脳室の大きさの変化やシャント造影などが一般的に行われているが、このような方法では定性的な判断は出来ても量的な判定は出来ず、トラブルか否かの判断に迷うことが少なくない。我々は、脳室端が閉塞していない例において、脳室内に RI を注入し、脳室の経時的 RI 濃度変化を定量し、シャント機能の定量的判定を行っているの、その意義につ