

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 H₂O, 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 H₂O、低圧変

更群が6.6±3.0 cm H₂O 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 H₂O)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 H₂O 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) ¹¹¹In-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で、その意義につ