

2A-21) 顔面けいれん再発例の検討

上之原 広司・桜井 芳明
鈴木 晋介・荒井 啓晶
西野 晶子・伊藤 健司 (国立仙台病院)
川村 強・須貝 和幸 (脳神経外科)

現在、顔面けいれんに対する微小血管減荷術 (microvascular decompression: MVD) は一般的脳外科手術として定着しているが、今回、その再発例2例について検討したので報告する。

1例目は、14年前に他院にて筋肉片で MVD 施行した症例で、2年前より顔面けいれんの再発を来し当科にて再手術を行なった。筋肉片と顔面神経及び責任血管の高度な癒着を認め、責任血管を筋肉片より剝離する形で減圧し、良好な成績を得られた症例である。

2例目は、当科にて MVD 施行後約1カ月目に再発を来したもので、減圧に使用したスポンジのスリップによるものと考えられた症例である。

これら2例の手術をビデオにて提示するとともに若干の文献的考察を加え検討した。

2A-22) 脳幹部腫瘍の術中モニタリング眼球運動神経核の同定

関谷 徹治・嶋村 則人
畑山 徹・伊藤 勝博 (弘前大学)
鈴木 重晴 (脳神経外科)

MRI の出現によって脳幹部病変が極めて明瞭に描出されるようになり、この部の病変に対しても外科的アプローチが行われるようになってきた。実際には、第4脳室底からアプローチされることが最も多いが、「第4脳室底のどの部分を切開して病変に到達するか？」が術中の大きな問題となる。今回我々は、橋から中脳に及ぶ小児脳幹 glioma 症例(8カ月、女兒)において術中モニタリングを実施し、動眼神経核が電気刺激されたことによる誘発筋電図反応を外眼筋から記録することができた。この所見に基づいて、眼球運動神経核を避けて脳幹を生検することができた。

脳幹部に病変が存在するとき、第4脳室底における正常の解剖学的関係は失われていることが多く、肉眼的観察のみに頼って第4脳室底の切開部位を決定することは危険である。ここで述べたような電気生理学的術中モニタリングを駆使してその手術侵入路を決定し、より安全な手術を実施すべきであろう。

2A-23) 中脳背側血管腫の1手術例

荒井 啓晶・上之原 広司 (国立仙台病院)
鈴木 晋介・西野 晶子 (脳卒中センター)
須貝 和幸・桜井 芳明 (脳神経外科)

脳幹部病変に対する直達手術は重要な神経機能が密集しており、様々な工夫を要する点で困難を極める。今回我々は微小出血を繰り返したためと思われる症状の進行を認めたため parieto-occipital transtentorial approach にて全摘術を行なった中脳背側部血管腫の1例を経験したので報告する。

症例: 38歳男性。平成6年10月より左顔面(V2-3領域)の知覚障害で発症、当院神経内科入院。CT, MRI, 脳血管撮影で右中脳背側下丘レベルに出血を伴った血管腫を疑われた。その後左片麻痺、左小脳失調が出現、更に左滑車神経麻痺、左半身知覚障害も出現し血腫の増大が認められたため、摘出術を行なった。approach は腹臥位とし、松果体腫瘍の approach として普及している parieto-occipital transtentorial approach を応用し、四丘体背側に達し、下丘外側の下丘腕部に小切開を置き血腫及び血管腫を摘出した。組織学的には capillary teleangiectasia 又は venous angioma と考えられた。術後一過性の右運動麻痺の増加を見たが、軽快し、新たな神経脱落症状の出現なく退院した。以上若干の考察を加え報告する。

2A-24) タイヤレンチによる穿通性頭部外傷の1例

増田 浩・本多 拓 (新潟市民病院)
今野 公和 (北日本脳神経外科
病院脳神経外科)

【症例】28歳男性、大型トラックのタイヤ交換中にタイヤが破裂、使用していた大型のタイヤレンチが右前頭部から頭頂部に貫通。北日本脳神経外科病院を経て新潟市民病院救命救急センターに搬送。搬入時、JCS 100、前後に飛び出したレンチのため CT 撮影不能。直ちに全麻下に手術施行。皮切を行い浮き上がった骨片を除去すると、レンチは硬膜内を貫通していたが、硬膜内では脳表を削り取るように通過していた。このため前頭～頭頂部の bridging vein が数本損傷されていたが、硬膜下血腫、脳内血腫は認めず。止血、洗浄の後硬膜閉鎖、骨片は戻さずに閉頭した。術後、barbiturate therapy 施行。意識障害は徐々に改善したがしばらく精神症状が続いた。精神症状改善後も lt. hemiparesis 残存、リハ