

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

ビリテーション科へ転科。ADL 部分介助で転院。リハビリテーションを続け、現在、ADL 自立、北日本脳神経外科病院外来通院中である。

2A-25) 後頭骨陥没骨折の1例

箱崎 誠司・中川 仁 (盛岡赤十字病院)
工藤 明・長野 隆行 (脳神経外科)

症例は42才男性。建築現場で作業中、突風で飛ばされた約 15 Kg のベニア板で右後頭部を強打し、約10分間の意識消失あり直ちに当科に搬送された。来院時、意識は清明で嘔気、嘔吐、眩暈を伴うも神経学的脱落症状は認めなかった。頭部単純撮影では後頭骨右側に不整形の骨折線を多数認め、CT では小脳半球に脳挫傷、骨片の陥入を認めた。第5病日に傾眠となり CT にて脳浮腫による第四脳室の偏位を認めたため、骨片の除去、外減圧術を施行した。術後、第四脳室の偏位も改善し、脱落症状なく退院した。

後頭骨、特に後頭蓋窩では周辺が非常に厚い筋・軟部組織に覆われており、陥没骨折が起こりにくいといわれている。また受傷機転としては交通事故、転落が多いとされ、衝撃も強く予後不良となることが多い。今回我々は後頭部を強打し、後頭骨陥没骨折を来した稀な1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

2A-26) 外傷性椎骨動脈閉塞の1例

染矢 滋・村松 直樹 (氷見市民病院)
脳神経外科

外傷性脳血管障害のなかでも椎骨動脈閉塞症はきわめて稀とされている。今回、我々は小脳梗塞にて発症した外傷性椎骨動脈閉塞症を経験したので報告する。症例は43才男性。スキーにて転倒し、2~3日後に嘔気とめまいがあった。さらに10日後、食後に嘔吐と歩行時の浮遊感を訴えて、救急外来を受診し、点滴加療をうけた。その後も浮遊感が軽快せず、当科受診した。神経学的異常所見は認めなかった。頭部 CT にて、右小脳梗塞を認めた。脳血管撮影にて右椎骨動脈は第5、第6椎体間で閉塞し、左椎骨動脈より第3椎体レベルまで逆行性に造影された。保存的加療により自覚症状は軽快した。3週間後の脳血管撮影にて、右椎骨動脈は同部位で閉塞したままであったが、筋枝を側副血路として順行性に造影された。外傷性椎骨動脈閉塞症は比較的軽微な外傷によっても発症し、従来言われているほど稀なものではないと

の報告もある。MRI、CT の普及にとともに、小脳、脳幹の梗塞が見逃されにくくなっている。

2A-27) 胃癌による DIC に続発したと考えられる硬膜下血腫の1例

山本 祐一・得田 和彦 (富山市民病院)
宮森 正郎・長谷川 健 (脳神経外科)

症例は62才女性、平成6年9月頃より、頭痛を自覚していた。10月に入り、頭痛も増悪し、また、左上下肢の筋力低下を訴え始めた。10月27日当科入院、入院時、白血球 58×10^2 、赤血球 377×10^4 、血小板 8.5×10^4 、赤沈1時間値 12 mm、LDH 1723、BUN 12、血糖95、電解質異常なし。CT 上、硬膜下血腫を認め、切迫ヘルニアを呈していた。次第に意識レベルの低下、片麻痺も生じてきたため、緊急の血腫除去術を施行した。術後、意識レベルと片麻痺は改善したが、11月に入り、CT 上再度、硬膜下に血腫が増大してきた。11月14日白血球 86×10^2 、赤血球 271×10^4 、赤小板 5.1×10^4 、BUN 11、Na 139、K 2.3、LDH 2429、fibrinogen 134、FDP 51.5、PT 11.8 と DIC の所見を示した。LDH 高値につき全身検索のため Ga スキャンを施行したところ、胃周辺に集積していた。胃カメラにて Borrmann IV型の胃癌が発見され、広範囲に腹腔内リンパ節転移を認めた。11月20日不帰の転帰をとった。硬膜下血腫の原因として末期胃癌による DIC を示唆する凝固異常が関与したと考えられる症例を経験したので報告する。

2A-28) Epilepsy surgery を必要とした AVM の3例

山口 成仁・大西 寛明 (浅ノ川総合病院)
脳神経センター
(金沢)脳神経外科
江守 巧・塚田 克之
岡田 篤信 (同 神経内科)

てんかんを主症状とする AVM の場合、AVM を全摘しても術後にてんかん発作の改善を認めない症例が存在する。今回、3症例を呈示し、epilepsy surgery の見地から治療方針を検討する。症例1は28才、男。8才時の AVM による左前頭葉脳出血が焦点となった。残存 AVM を栓塞した後、硬膜下電極での慢性脳波モニタリングを施行。顔面の運動領野の焦点に MST を加え、切除する。症例2は12才、男。2才時に右側頭葉の AVM 摘出を受けた。硬膜下電極設置を含む脳波モニタ