

ので報告する。

【症例】手術は形成外科の協力のもとに骨欠損部近傍の頭蓋骨を別に切除し、切除した骨片の板間を splitting して内板と外板とに分け、頭蓋形成を行う。この方法で頭蓋形成術を行った症例は、感染を合併した骨欠損部の形成術 2 例、開放性陥没骨折と脳挫傷の外減圧術後骨欠損部の形成術 1 例、骨浸潤を伴った髄膜腫術後の形成術 1 例、頭蓋骨形成不全症 1 例である。全例術後経過は問題なく、美容上も良好であった。

【結語】頭蓋骨 splitting による頭蓋骨形成術は感染にも強く、応用範囲の広い有用な方法である。

1A-20) Le Fort I maxillotomy 術後患者の complaint

—Transsphenoidal surgery との比較—

丹羽 潤・帯刀 光史
森本 繁文・田邊 純嘉 (札幌医科大学)
端 和夫 (脳神経外科)

斜台部腫瘍に対して行った midline mandibulotomy を併用した Le Fort I maxillotomy 術後患者の complaint について検討した。

症例は後部篩骨洞から斜台前面の下端におよぶ squamous cell carcinoma の45歳男性と海綿静脈洞および斜台前面 2/3 に浸潤した ACTH 産生腺腫の60歳の女性である。前者は気管切開下に手術を行った。2 症例とも手術 1～2 週間後に、食事の全量摂取が可能となり、咬合不全は自覚されず、X-P で骨接合部にずれを認めなかった。しかし、症例 2 で術後 1 カ月間 V2 領域のしびれ感を訴え、固いものが噛めるようになった時点で軽度の咬合不全を自覚し現在まで持続している。Mandibular splitting を併用した Le Fort I osteotomy は上顎および下顎の両方の骨切りをするが、患者の complaint は以外に少なく、術後に粘膜切開部のしびれを訴えることがある transsphenoidal surgery と同様にそれほど重篤なものではなかった。

1A-21) 頭蓋内小病変に対する MRI を利用した開頭計画の工夫

今田 隆一 (宮城厚生協会泉
病院脳神経外科)

MRI は解像度において極めて優れた機能を有してい

るが、一方頭蓋内病変の位置を頭皮上の基準線から推測する点においては簡単とは言い難い。最近、この点に関して脳表撮影 (SAS 法)、特に fast SE 法を利用した脳表撮影に水を封入したチューブを頭皮上に貼付して開頭計画を行おうとする方法が片田らによって報告され注目されている。しかし髄膜腫など T₂ 強調像で isointensity を呈する腫瘍では SAS 法自体で腫瘍がみえにくく、この方法の限界と思われる。そこで我々は内容を T₁, T₂ とも短縮させる効果を有する 150 mM 硫酸銅水溶液に変え、更に 2 cm おきに titan clip で marking したチューブを工夫した。これによってチューブが SAS 画像のみならず通常の axial scan (T₁, T₂) 画像上でも可視的となり、より多面的な計測が可能となった。

1A-22) 顔面痙攣手術例の STAGE 法 MRI による評価

福地 正仁・伏見 進 (平鹿総合病院)
米谷 元裕・平山 章彦 (脳神経外科)

顔面痙攣の症例に対して STAGE 法 MRI で責任血管を同定し、術後にその transposition を確認した。その後の神経症状の変化に伴い経時的に STAGE 法 MRI を施行し、治療方針の決定に有用だったので代表例を供覧し報告する。

症例 1 は、60歳の女性で、左顔面痙攣と診断され、MRI で左椎骨動脈が責任血管と同定された。術後から症状は軽快し、MRI で減圧が確認されたが、2 カ月後に再発した。そこで MRI を施行し、十分な減圧が確認されたため、薬物療法で経過観察していたところ、6 カ月後に顔面痙攣は消失した。

症例 2 は、74歳の女性で、10年以上前から右顔面痙攣があり、MRI で右前下小脳動脈—後下小脳動脈の共通幹が責任血管と同定され、減圧術を施行されたが症状は軽快しなかった。術後の MRI で prosthesis が橋を圧迫していたが、3 カ月後の MRI ではその圧迫も軽減し、顔面痙攣も消失した。