

をビデオにて供覧する。

症例は33才女性。くも膜下出血発症翌日入院、Grade 2, SAH は迂回槽に少量あり、VAG にて、VA-union に窓形成と前向きな囊状動脈瘤が認められた。柄部がはっきりせず、正中に位置している。局在より晚期手術とした。30日目左側臥位にて右一側後頭下開頭を施行。AICA 起始部と VA に各々2mm の先細りヘラをかけ、21mm 長の杉田クリップをXI と XII 脳神経の間から挿入しクリッピングした。術後一過性に軽いIX, X 麻痺がみられたが、2週間後の血管写で動脈瘤は1/3 位しか縮小せず大部分残存していた。ために1週間後に再手術を行った。今回は直前に大腿動脈より balloon catheter を挿入し、左 VA の一時的遮断を可能にし、同様開頭術を行った。前回のクリップをはずし BA 起始部全体を確認し、23 mm 長のクリップをかけた。術中血管写を施行。動脈瘤の完全消失を確認した。術後経過は良好で翌日より経口摂取し、嘔声も軽度であった。2週間後退院、現在何ら症状なくデパート店員として働いている。

当科開設以来の4年4ヶ月間に96例、125個の脳動脈瘤に対して直達手術を行った。このうち椎骨動脈系のもは13例で VA-union 動脈瘤は2例ある。他の1例で正中部より5mm 位左側に偏し、柄部が明確であり、クリッピングは比較的容易であった。本例のように正中部に位置するものでは術前に反対側 VA に balloon catheter を挿入しておくことによって万一の術中破裂に対処が可能であり、しかも術中血管写も容易に行うことができ、有用な方法である。

2) Basilar Trunk Aneurysm の手術

小林 啓志・岸田 興治 (信楽園病院)
皆川 信 (脳外科)

Basilar AICA aneurysm の手術例をビデオで提示した。症例は41才女性で、Hunt and Hess の Grade III で入院した。急性期の四血管造影では出血源を明らかにできなかったが、血管れん縮が生じた時の椎骨動脈造影にて、脳底動脈の一部がれん縮におちいらず、紡錘型に残り、AICA 分枝部で、左側方、やゝ後方に突出した動脈瘤がみられた。

4週間後の delayed operation を予定し、左側よりの pterional approach を選択した。左内頸動脈の外側より、脳底動脈に沿って下方に進んだ。後方の視野を広げるために、テント縁を切開した。テントの両葉間より、Sinus を開いた時のような出血がみられたが、オキシセルと綿をつめ込むようにして止血した。後床突起を air

drill でけずった。

AICA 分枝部がやゝ高位で、動脈瘤の突出方向が左側方でやゝ後方に向いていたため、顕微鏡下にクリップし易いような位置に動脈瘤がみられた。万一出血した場合でも、心臓側に一時血流遮断、必要な場合は trapping できることを確かめた後に、bleb 様に突出した部に、Sugita の bayonet 型クリップをゆっくりとかけた。脳底動脈の紡錘型にふくれた部を含めて綿片と BIOB-OND にて Coating した。

術後、眼症状、失語症、右半身不全麻痺、精神症状がみられたが、徐々に回復し、最終的には眼症状のみを残し、有意の社会生活を送っている。

Basilar AICA aneurysm でも、aneurysm の突出方向によっては、Pterional approach が有用なことを示した。

3) 後頭蓋窩脳動脈瘤の手術

新井 弘之 (桑名病院)
脳神経外科

60歳、男性の脳底動脈-右上小脳動脈瘤の手術ビデオを供覧した。昭和63年4月12日強烈な頭痛で発症して入院、CT でクモ膜下出血の所見をみとめ、脳血管造影で上記診断がつき、脳動脈硬化の程度や年齢を考慮して晚期手術にすることにしたが、3日後より症候性血管攣縮をきたして状態が悪化し、血小板数の著明な減少、血液凝固能低下、溶血性尿毒症、SIADH、腎盂腎炎、急性腎不全、痙攣発作、肝機能障害、低蛋白血症、糖尿病、DIC、水頭症等を併発して、5月7日意識障害、呼吸障害のため危篤な状態になり、脊髄ドレナージを行なった。

その後徐々に改善し、意識清明になり、血液所見も正常化したので5月27日に右前頭側頭開頭術、pterional approach により手術を行なった。術前に脊髄ドレナージを施行したので brain shrinkage は良好で、Sylvian fissure, Sylvian valleculla を十分に開いて内頸動脈を内側に圧排すると、すぐに後床突起を確認でき preopontine に達した。黄灰白色の granulation が多量にあり、吸引除去を行ないつつ、後大脳動脈、ついで脳底動脈を確認した。小脳動脈を確認、後大脳動脈と小脳動脈の間に動眼神経が前上方に圧排されるような状態で存在し、そこをゾンデで剝離すると動脈瘤があらわれた。動眼神経が動脈瘤を密にとりまくように走っていたが、その間をゾンデで剝離して柄部クリッピングを行なった。術後経過は良好で、動眼神経麻痺の出現もなく、肝機能障害も徐々に改善し、neurological deficits なく退院

した。本例は晩期手術のために術中 brain shrinkage が良好であったので approach が楽にできた症例である。

4) 脳動静脈奇形に対するカテーテル塞栓術

小池 哲雄 (新潟大学 脳神経外科)

ビデオセッション (2)

1) 四丘体槽附近より発生した小児髄膜腫の 1 例

大塚 顕 (長野赤十字病院 脳神経外科)
田中 隆一 (新潟大学 脳神経外科)

稀な小児の髄膜腫例を経験したので紹介する。患児は 3 才女児で、1 才までは発育は正常であったが、1 才頃つかまり立ちにて左足をひきずるようになり、転倒することがあった。左上肢の運動障害も現われ、近医にて CT の結果脳腫瘍と診断され、当科に入院。

神経学的には左不全片麻痺、中枢性顔面神経麻痺を認めた。入院時の CT では松果体部から右視床、四丘体槽に広がる境界鮮明な高吸収域を認め homogeneous に増強された。MRI では T₁ 強調画像で iso, T₂ 強調画像で iso-low intensity の境界鮮明な mass がみられた。脳血管写では右上小脳動脈が内下方に、右内側脈絡叢動脈が内側に圧排、伸展されていた。

は明らかではなかった。髄膜腫、神経膠腫、germinoma 等が考えられたが、年齢、部位等から germinoma、神経膠腫も否定出来ず、照射を行った。

860 rads 照射では腫瘍に変化はなかったが、2060 rads 照射で腫瘍はわずかに縮小した。しかし、germinoma は否定時で 4 月 23 日 lateral semiprone position で手術を行った。テントを切開すると表面平滑で周囲との境界な鮮明な腫瘍がみられ、超音波吸引を用いて剔出した。結局腫瘍は中脳を下内方に圧排した髄外性のものである事が確認され、四丘体付近のくも膜との強い癒着がみられたが全剔出された。組織学的には典型的な meningotheliomatous meningioma であった。術後一過性に左顔面麻痺が増悪したが、四肢運動障害も改善し、独歩退院した。

小児髄膜腫は一般的に稀であり、更にこの例の如き部位に発生した症例はきわめて稀であると思われる。尚この例では照射も多少効果があったものと思われた。CT 所見、脳血管写所見、MRI 所見と顕微鏡下の手術所見をビデオにて紹介した。

2) 半球裂間アプローチによる第Ⅲ脳室内腫瘍 (グリオーム) の摘出

佐藤 進・関口賢太郎 (山形県立中央病院)
井上 明・佐藤 光弥 (山形県立救命救急センター)
反町 隆俊 (脳神経外科)

第Ⅲ脳室内を占める腫瘍の場合、我々は症例により両側前頭開頭、SSS 切離、大脳半球裂間より入る方法をとっている。本例は第Ⅲ脳室腫瘍ではないが、脳室内にも入り込んでいるため本法を行った、ascending cerebral vein を傷つけないように気をつけ半球間を separate する。この際、出来るだけ electrocoagulate せず、前方より後方まで広く同じ深さで分けるようにする。1 点だけ深く入ると組織を損傷する危険性が大きい。suprasellar tumor では出来るだけ前方より視交叉の下方を見る様にする。第Ⅲ脳室内腫瘍では Acom に tension がかからぬようにしながら lamina terminalis に至り、この部を切開して第Ⅲ脳室に到達する。craniopharyngioma 等では、この approach の方が腫瘍の全体像が把握しやすいように思われる。又、第Ⅲ脳室内と視交叉下面の両方から腫瘍を摘出できる利点がある。腫瘍が摘出されると、第Ⅲ脳室内では massa intermedia から aqueduct の出口までをよく見ることが出来、suprasellar tumor では本例のごとく basilar artery, PCA, SCA 等が見えるにいたる。

この方法の欠点は、大脳半球裂間を separate するのに若干時間がかかるのと、操作に慣れる必要があること、又、ascending cerebral vein が多いと進入部位が狭くなり著しく操作が困難になる点等である。ascending cerebral vein を切断すると、その territory にもよるが重大な venous hemorrhage をおこす可能性があり、注意を要する。

半球裂間の separation は、慣れるとさして困難なことはなく、上記利点もあるので試みてよい方法と考えられる。

3) 松果体部腫瘍に対する lateral-semiprone position, occipital transtentorial approach

田中 隆一 (新潟大学 脳神経外科)

松果体部腫瘍に対する occipital transtentorial approach は種々の体位で行われているが、今回はわれわれが用いている“アプローチ側を下にする lateral-semiprone position”をビデオで供覧する。Occipital transtentorial approach は通常右側から入るが、lateral-