

起周囲の石灰化沈着を認めることが多い。無症候性である場合が多いが、CDSを発症することもある。また歯突起周囲の石灰化を認める症例では他部位の偽痛風発作を起こすこともある。脳神経疾患で入院した症例において、日常生活動作が制限されることや十分な食事水分摂取ができないことがCDSを含む偽痛風発作発症の引き金になる可能性があると考えられる。

【結論】頭部CT撮影で偶然に軸椎歯突起周囲の石灰化が見つかることがある。撮影時無症候であることが多いが、症候性のCDSを発症することもあり、留意する必要がある。

Key word : 1. calcification around the odontoid process 2. Crowned dens syndrome 3. neurosurgical ward

## 12 「齋藤 清」流、髄膜腫摘出術

神宮字伸哉・岸田 悠吾・佐藤 拓  
市川 優寛・藤井 正純・佐久間 潤  
齋藤 清

福島県立医科大学 脳神経外科

発表者は2015年4月より国内留学というかたちで福島県立医科大学脳神経外科にて診療に従事している。今回、齋藤教授（以下、齋藤）の執刀した髄膜腫の1例を呈示する。それとともに当院における手術の流れについても簡単に紹介する。

症例は36歳の男性、頭痛精査にて左前床突起

髄膜腫が発見された。最大径4cm程度で、腫瘍内をICA、MCA、ACAが貫通していた。腫瘍に接する脳実質に浮腫性変化は認められなかった。患者はいくつかの病院を受診したが、全摘出は難しい、合併症のリスクが高いなどと言われて悩んでいたが、当院を紹介され手術を行うことを決意、手術目的に入院した。当院では頭蓋底腫瘍であっても基本的には脳血管撮影は行わずに3DCTで血管評価を行っている。術前検討ではホワイトボードに術野の予想図を書くことになっており、準備が不十分であると齋藤の厳しい質問攻めにあうことも時々ある。モニタリングはMEPとVEPを施行、左前頭側頭開頭後に、経シルビウス裂経由で硬膜内より腫瘍にアプローチ、前床突起は削除しなかった。腫瘍を付着硬膜より凝固切離し、腫瘍と正常構造物との境界となるクモ膜を正常構造物側に残して、腫瘍を前方に引きずり出すように摘出した。このように摘出することにより動脈を含め正常構造物を損傷することなく全摘出が可能であった。齋藤が髄膜腫や神経鞘腫といった髄外腫瘍を摘出する際に大事にしていることとして、この正常構造物との間の膜構造を保つということがある。患者は術後、神経症状を呈することなく独歩退院した。術後は手術内容を10分程度の動画にまとめるが、専門医前の医師が行い、手術の理解を深めるようにしてもらっている。

以上、齋藤教授の1手術例を供覧した。腫瘍境界の脳実質に浮腫性変化が強い場合、このような摘出法には限界があるが、それに関してはまた機会があれば紹介をしたい。