

傾眠傾向が強くなった。CTにて両側の硬膜下水腫を認めた。1ヶ月経過を見たが改善はなく、徐々に進行。歩行器、介助でなんとか歩行するが自発的な動きはなく尿便失禁状態であった。髄液排除翌日はやや活動性が上がった印象があり Subduro-Peritoneal shunt 施行。改善ないので圧を徐々に 3cmH₂O まで下げたが効果なかった。Shunt 造影では異常は見られなかった。double chamber, 腹側バルブを切って圧を 0 にして入れ替えたが改善はなく、術後重度肺炎を繰り返し死亡した。

【考察】外傷性の可能性が高そうな印象はあったがクリッピングせざるを得ない状態であった。硬膜下水腫については手術時の広範なくも膜切開と脳の牽引が主な原因と考えられた。進行性の意識障害の原因と考えて手術したが、適応に明確な指標はない。

支えを失った脳が下方に落ち込んでいるのみであるようにも思われる。コラーゲンスポンジとペリプラストによるくも膜形成は既に形成された硬膜下水腫の治療として行われた報告は無いが、本例のような高齢者の手術では有効である可能性がある。

11 滑車神経鞘腫の1例

加藤 俊一・小泉 孝幸・佐藤 裕之
遠藤 深・藤原 秀元

竹田総合病院 脳神経外科

症例は58歳、女性。家族歴に特記事項なし。既往歴：高脂血症。2010年5月頃よりの複視で発症。2011年10月初旬からは体のふらつきと右下口唇しびれを自覚。同年10月13日当科初診。体幹四肢には神経線腫を疑わせる皮膚病変なし、皮下腫瘍なし。神経学的所見には、意識清明、右滑車神経麻痺、右下口唇表在感覚鈍麻、体幹失調を認めた。頭部CTでは、右テント切痕部の橋前槽～迂回槽に嚢胞を有し脳幹を圧排する周囲と境界明瞭な腫瘍の所見。頭部MRIでは、腫瘍の大きさは長径3cmで、T1強調画像で低～等信号、

T2強調画像で高信号、拡散強調画像では低信号、CISS画像でメッセル腔への進展なし。ガドリニウムでは、嚢胞壁と内部の充実性部分が造影された。右内外頸動脈写及び右椎骨動脈写では、いずれも腫瘍陰影はみられなかった。以上より右三叉神経鞘腫と術前診断し、同年11月22日手術施行。アプローチは、subtemporal transtentorialで腫瘍全摘出術を施行。術中、テント下面で滑車神経から発生した腫瘍を摘出した後に正常三叉神経が確認された。脳腫瘍の病理診断はneurinomaであった。術後、右滑車神経麻痺は残存したものの、右下口唇部の知覚障害と体幹失調は消失。術後2週間でmRS：1にて独歩退院。術後3ヵ月で職場復帰した。滑車神経鞘腫の文献的報告は過去30例程で稀な神経症腫であり、橋前槽から迂回槽、脚間槽の脳槽を走行する滑車神経から大部分が発生し、海綿静脈洞内からの発生は文献的に1例だけ報告されていた。また、滑車神経鞘腫の約半分は、滑車神経麻痺を呈さないことが文献的に報告されており、注意が必要である。画像診断では、root typeの三叉神経鞘腫との鑑別は困難である。テント切痕近傍でメッセル腔への伸展のない髄外腫瘍をみたら、稀ではあるが滑車神経鞘腫も考慮すべき疾患である。

12 シャント機能不全を繰り返すSAH後水頭症の1例

小田 温・本橋 邦夫・野村 俊春
小出 章

村上総合病院 脳神経外科

症例は60代で3度の帝王切開の既往を持つ女性。WFNS grade 5で、血栓化前交通動脈瘤に対しクリッピング術を行った。右側VPシャント後に脳室縮小が得られず、腹側のみ再建（固定糸を緩め髄液流出を確認した）したが、一向に改善が認められないため、全シャントシステム入れ替え術を行った。この際、腹側チューブを抜去したところ腹腔内から髄液が噴出し、腹側チューブ端からの髄液自然流出も確認されたため、腹腔内のト

ラブルであることが確認された。新たに腹膜を切開したところ腹膜癒着が高度であり、一般外科医に応援要請し癒着剥離と小骨盤腔へのチューブ留置を施行した。しかし以降も水頭症の改善が得られず、髄膜炎を併発したため外ドレナージを余儀なくされた。感染消失後、一般外科医の協力のもと、左側にVPシャントを設けたが、腹腔には癒着が全く認められず、計6回目の手術は難なく終了し水頭症も改善した。本例では3回に及ぶ帝王切開の影響により右側に限局した高度の腹膜癒着を来たしており、腹腔鏡を用いた腹腔内観察やチューブ留置も考慮すべきであったと反省した。

13 ProGAV shunt system を使用した LOVA の2症例の経験

相場 豊隆・渡邊 徹・粟田 学
岡田 正康

県立新発田病院 脳神経外科

14 転移性頭蓋骨腫瘍と鑑別を要した原発性頭蓋骨内髄膜腫の3例

高橋 英明・宇塚 岳夫・五十川瑞穂
斎藤 絃丈

県立がんセンター新潟病院 脳神経外科

15 内視鏡下経鼻手術 2011-2012 現状と展望

米岡有一郎・渡辺 直人・藤井 幸彦

新潟大学脳研究所 脳神経外科

内視鏡単独経鼻下垂体手術に関する論文をPubmed上で検索すると、1990年台後半以降に発表がはじまり、2000年以降はその数が増加するとともに、拡大経蝶形骨洞手術へ展開されてい

る。当科では2003年より下垂体腺腫の摘出に導入され、現在は頭蓋咽頭腫の摘出や視床下部病変の生検にも応用している。

経蝶形骨洞手術において、顕微鏡手術と比較した場合の内視鏡手術の利点は、1) より広い術野を視野に収めることが可能、2) 明るい術野が得られる、3) 斜視鏡を用いて顕微鏡下では直視できない(盲点になる)上下左右の視野を得られる、4) High-definitionカメラを用いると顕微鏡より高倍率の術野観察が可能となることである。

欠点としては、1) 内視鏡先端汚染により視野を失いやすいこと、例えば大量出血では視野の確保が困難になること、2) 顕微鏡下のような直観的操作性とは異なる操作が要求されること(見えている視野に道具が届かないこと)があげられる。しかし欠点を補って余りある利点があり、顕微鏡との併用も可能であることから、現在では不可欠の手術手技となりつつある。

当科における内視鏡単独経鼻下垂体部手術では、現在、頭部を4点固定のうえ、Navigationを用いて、術中に解剖学的位置や構造を確認しながら手術を行っている。Cアームによる透視は、患者および医療スタッフの被曝の問題もあり、現在は行っていない。内視鏡は圧搾空気による多関節可動の支持器具: Uni-armで固定している。

下垂体腺腫の仮性被膜の同定、被膜外剔出、海綿静脈洞内腫瘍剔出、頭蓋内進展腺腫の摘出はもとより、硬膜縫合や病理学的観察が可能となっている。一方、鼻内構造は極力温存されている。今後も慎重に適応を拡大してゆく。

II. 特別講演

脳脊髄血管奇形の外科治療

東北大学大学院医学系研究科
神経・感覚器病態学講座
神経外科学分野 教授

富永 悌二