

第 58 回新潟脳神経外科懇話会

日 時 平成 23 年 6 月 11 日 (土)
午後 1 時～午後 6 時
場 所 朱鷺メッセ 3 階 中会議室

I. 一般演題

1 短期間のうちに脳出血を繰り返した左側頭葉内側から視床に及ぶ大型海綿状血管腫の 1 例

倉部 聡・佐々木 修・西野 和彦
中村 公彦・佐藤 洋輔・三橋 大樹
小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

症例は 63 歳男性，心房細動に対し抗凝固療法中に突然の頭痛と失語，重度右半身麻痺で発症した。頭部 CT で左側頭葉内側から視床に及ぶ石灰化を伴う最大径 4cm の高吸収病変を認めた。頭部 MRI では，同部は急性期脳出血と内部に T1 high, T2 low, かつ淡く造影される腫瘍の混在した像を呈していた。脳血管造影では異常血管像や静脈性血管腫は認めず，海綿状血管腫を疑った。初回出血と考えられたため画像経過観察方針とした。脳塞栓再発危険群と考えられたため抗凝固療法は再開した。初回出血から 28 日後に突然の頭痛と一過性の意識障害が出現し，頭部 CT で左側頭葉病変に接する新たな脳室内出血を認めた。短期間のうちに出血を繰り返したため診断確定と病変の可及的摘出を目指し開頭術を予定した。病変は，前方は側脳室下角，内側は視床から内包に接し，外側の一部は側脳室体部内に位置していた。Navigation, MEP monitoring 下に Trans-cortical-transventricle approach にて摘出を試みた。病変の石灰化は強かったが，術中出血は殆どみられなかった。術中 MEP の変化はみられなかった。頭部 MRI では 90% 以上の摘出を確認したが，内包近傍に残存病変を認めた。術後に軽い右半身麻痺が出現したが徐々に改善した。高次脳機能と視野は変化を認めなかった。

海綿状血管腫の部分摘出は mass effect 軽減には有効であるが，再出血抑制効果は不十分と考えられる。定位放射線療法が再出血率を低下させた報告もあるが，高い合併症率のために行われる機会は少ない。解剖学的に到達困難であるか機能的な重要構造部に位置するために全摘出困難な海綿状血管腫は難治かつ予後不良な疾患と考えられる。抗凝固療法が残存病変からの再出血に影響するかは未だわかっておらず，同様症例の蓄積が重要と考えられた。

2 錐体静脈の術前評価における 3 次元画像の有用性

高尾 哲郎・高口 素史・中原由紀子
河島 雅到・松島 俊夫

佐賀大学脳神経外科

【緒言】上部小脳橋角部の手術では，錐体静脈の存在が手術の妨げになる一方，術中の landmark となり得る。当科では 3D 画像検査を用いて術前評価を行っている。神経血管減圧術などの後頭蓋窩手術における術前評価に 3D 画像を用いる報告は多数なされているが，錐体静脈に注目したものはない。症例を提示し，その検査法の有用性について報告する。

【方法】造影 CT のデータからワークステーションを用いて，3D 画像を作成した。特に錐体静脈群と周囲の構造物との位置関係を画像化し，Vein of cerebellopontine fissure (VCPF) に注目して検討した。

【結果】症例 1 (右小脳橋角部髄膜腫) では，VCPF は腫瘍を貫通，埋没している事が予測できた。これを基に手術の早い段階で VCPF を捉え，腫瘍内での剥離を行う手術戦略をたてられた。

症例 2 (右三叉神経痛) では錐体静脈は VCPF を含め最低 3 本の太い静脈が集族し，Basal vein に直接つながり，SPS は内耳道直上から Meckel 腔まで欠損していることが術前に予測できた。これにより，小脳半球の錐体骨面からのアプローチを主とした手術戦略となった。

他，右テント髄膜腫や左聴神経鞘腫でも VCPF

と腫瘍、錐体骨などの位置関係を術前に十分把握できた。

【結論】3D画像により、術前から、①PVの構成や流出する経路および腫瘍などとの位置関係を術前に知る事ができた。②それら静脈を切断すると、どの程度重篤な合併症を起り易いかを予測できた。③これらの予測から、さらに安全な手術アプローチや手順を術前に考える事ができた。以上より3D画像は後頭蓋窩手術の術前評価として極めて有用である。

3 高齢者破裂解離性 PICA distal 動脈瘤に対して Enterprise[®]を用いた1例

森田幸太郎・阿部 博史・高野 弘基*

大野 秀子

立川総合病院循環器・脳血管センター

脳神経外科

同 神経内科*

【はじめに】グレードの重い高齢者の後頭蓋窩くも膜下出血(SAH)の治療について、従来の開頭および血行再建手術は侵襲も大きく最終的なADL自立に障壁となることも予想された為、今回本来は破裂脳動脈瘤には適応外であるEnterprise[®]を用いたコイル塞栓術を行い結果的に良好な経過を辿った症例を経験したので報告する。

症例は80歳、男性。既往に高血圧症があり近医で加療中、また6年前約20mmのBA Anを指摘されていたが経過観察としていた。平成23年1月1日自宅で倒れているところを家人が発見し当院救急搬送、初診時JCS10, E4V1M4, 時折呼びかけに開眼するが追視なくオーダー入らず発語もなかった。四肢麻痺で疼痛刺激に若干逃避がみられるのみであった。緊急CTで右小脳橋角部中心に部分的に高吸収を認め、3DCTAでPICA末梢に血管の不整形な膨隆を認めた。SAH (Hunt & Kosnik Grade III), 破裂PICA遠位部紡錘状An (6×7×7mm), および未破裂BA large Anと診断した。

【治療方針と経過】「OA-PICA吻合+トラップ

ング術」が従来の根治治療として考えられたが侵襲も大きく、また「PICA近位部結紮術」は比較的太く発達したPICAのため永続的に強い小脳症状を残す可能性がある、などいずれも将来的にADL自立は困難になりうると考え、急性期は保存的加療を行い慢性期に状態が安定していれば血管内治療を考慮する方針とした。患者は徐々に意識回復し、四肢麻痺も改善し17日目には改訂長谷川式認知症スケール(HDS-R)12点、31日目には22点まで認知機能も改善した。34日目MRI/AでややAn増大を認め、再破裂予防治療が必要であり、Anの形状より血管内治療でPICAを温存するにはステントは必須と判断した。1ヶ月を経過した慢性期であることより十分に抗血小板剤を投与した上でEnterprise[®]を用いてコイル塞栓術を37日目に行った。術翌日MRIで動脈瘤の血栓化およびPICA開存を確認、約1ヶ月後に患者は独歩退院した。3ヶ月後の外来も独歩来院されHDS-Rは21点と良好な経過で現在まで画像上変化は見られていない。

【結語】本症例におけるEnterprise[®]を用いた治療法の選択には当然議論はあるが、高齢患者の最善の経過に帰趨する治療方針を熟考の上本治療を選択施行し報告した。

4 慢性副鼻腔炎術中に大量出血を来した後に、内頸動脈に仮性動脈瘤を生じた1例

熊谷 孝・野村 俊春・菅井 努

妻沼 到・井上 明・武田 憲夫

阿部 靖弘*・深沢 学**・反町 隆俊***

藤井 幸彦***

山形県立中央病院脳外科

同 耳鼻科*

同 心臓血管外科**

新潟大学脳神経外科***

症例は頭痛と左眼痛を主訴に受診した56歳女性。初診時視力低下含め神経学的異常なし。CTで左蝶形骨洞から後部篩骨洞に骨破壊を伴う軟部陰影あり。MRIでは内頸動脈(IC)が一部嚢胞上縁に接して走行するも狭窄や動脈瘤形成は認