

19 トルコ鞍周辺部肥厚性硬膜炎を伴った下垂体炎の1例

田村 哲郎・近 貴志・小倉 良介
県立中央病院脳神経外科

【はじめに】下垂体炎にはリンパ球性下垂体炎以外にも原因不明のものがあり、最近 IgG4 との関連が注目されている。その原因究明および治療法の開発のために症例の蓄積が必要であり、当科で経験した症例を報告する。

症例は39歳の生来健康な独身男性。数日の口渇、夜間頻尿が軽快して左眼瞼下垂となり、当科紹介となる。初診時左動眼神経麻痺あり。画像で下垂体を取り囲む軟部組織、蝶形骨洞粘膜肥厚を認めた。血清 PRL 22.6, TSH 0.10, fT3 3.53, fT4 0.51, F 1.0 IgG 1179mg/dl だった。直ちに PSL 15mg/日を開始し、7日後のMRIでは蝶形骨洞粘膜肥厚は軽減、眼瞼下垂は軽快したが、低張性多尿が出現。血清 PRL 10.4に低下、IgG 1261 (IgG 463) mg/dl ともに正常で euthyroid を示した。約2ヵ月後動眼神経麻痺は消失したが、下垂体を取り囲む軟部組織は不変で下垂体柄の腫大は持続していたため発症後4ヵ月で経鼻的手術でトルコ鞍底硬膜と下垂体を biopsy した。病理学的には下垂体にはリンパ球・形質細胞主体の細胞浸潤が認められ、内分泌細胞胞巣の辺縁を侵食するように認められた。浸潤細胞には CD3+ 細胞, CD20+ 細胞, CD138+ 細胞が混在し、IgG4/IgG 比は10%以下。硬膜にも同様の細胞浸潤が認められた。術後も術前と同様に中枢性尿崩症と汎下垂体機能低下症あり、PSLを継続している。

【結論】本例は Tolosa-Hunt 症候群に伴う下垂体炎に属すると考えられるが、最近注目されている IgG4 関連全身疾患の一部としての下垂体炎とは異なると考えられる。

20 Navigation system が有用であった tentorial dAVF の1例

斎藤 隆史・倉島 昭彦・関 泰弘
土屋 尚人・阿部 英明・大島 章*
渡辺 正秀**

長野赤十字病院脳神経外科
同 耳鼻科*
同 病理部**

めまい、右耳鳴、難聴にて発症した tentorial dAVF の摘出術に当たり navigation system が有用であったので報告する。

症例は52歳、男性。突然のめまい、右耳鳴、難聴にて発症、近医耳鼻科受診し突発性難聴と診断。めまいは改善するも難聴は変わらず、歩行時右に傾くようになり当院耳鼻科紹介、CTにて脳幹部腫瘍を疑われた。

【入院時所見】意識清明、頭位変換時右固定性眼振、低音部中心に平均71dBの難聴、右末梢性顔面神経麻痺、味覚低下、右小脳失調を認めた。MRIにて右橋から延髄にかけ小脳脚を中心に一部が強く造影される腫瘍を認め、右小脳半球に flow void も認めた。FLAIR では高吸収域が延髄、橋、小脳脚、小脳半球に広範に認められた。3DCT では右CPA近傍に拡張した静脈を認め dAVF を疑った。右頸動脈撮影にて MMA 並びに tentorial artery から feeding を受ける dAVF を認め、petrosal sinus の開存は認めず、拡張した leptomeningeal venous drainage を介し、SSへ流出している所見であった。

【入院後経過】tentorial dAVF, Cognard Type IV と診断、出血の危険が高いため摘出術の適応と判断した。術前PVAとGDCコイルによる外頸動脈系のTAEを行った後 subtemporal approach にて摘出術を行った。まずドプラーにて tentorial artery の位置を確認、次いで navigation system を用いて天幕上から天幕下の drainage vein の位置を確認した。tentorial artery を焼却後 drainage vein を中心に天幕内の異常血管を焼却した。次いで焼却した天幕を切開し、天幕下を観察すると拡張した drainage vein を認めた。これを焼却切除し小脳半球と天幕とを分離 dAVF を全摘出した。

術後経過は良好で脳血管撮影にて dAVF の完全消失を確認, MRI にても drainage vein の血栓化と著明な縮小とを認めた. 耳鳴, 難聴, 顔面神経麻痺はほぼ消失した. 病理所見では硬膜組織内に異常な内弾性板を持つ血管を認め AVF と診断された. 術後 12 日で独歩退院した.

【結語】

- ①耳鳴, 聴力障害, 顔面神経麻痺などで発症した tentorial dAVF Cognard type IV の症例を報告した.
- ②術前外頸動脈系の TAE 後 subtemporal approach にて全摘出を行った.
- ③摘出術に当たり navigation system が有用であった.
- ④術後諸症状は著明に改善した.

21 脳腫瘍摘出手術における術中 CT の使用経験

青木 洋・棗田 学・宇塚 岳夫
藤井 幸彦

新潟大学脳研究所脳神経外科

2009 年 10 月当院の手術部に CT (TOSHIBA:

Aquilion LB, 16 列マルチスライス CT, ガントリー開口径 90cm) が導入され, 術中 CT が可能となった. 主に悪性脳腫瘍の摘出手術に使用しているが, これまでの使用経験を報告する.

手術の準備に際しては, カーボンヘッドフレームを使用し, ナビゲーション併用時にアンテナの位置を低く設定する必要がある. 撮像時には, 術野に金属が入らないように, また, 医療機材が不潔にならないように配慮を要する. 現在, 単純 CT で 15 分, 造影 CT を追加しても 25 分程度で撮像が可能となった.

術中 CT の主な使用目的は, 残存病変の確認, 術中におこる brain shift の補正 (Update Navigation) であるが, それぞれに有用性を実感している. これまでに 25 例の使用経験があり, 術中に検出できなかった術後出血を 1 例経験したが, 感染例はない. 未だ症例数が少ないために統計学的な検討はできていないが, 今後, fence-post 法, 3D simulation 画像, 蛍光色素などを併用し, 摘出率の向上とより安全な手術を目指して術中 CT を活用してゆく.