

図説脳神経外科

(第21回)

小脳上部に発生した海綿状血管腫

鹿児島医歯学総合研究科脳神経病態制御外科学(脳神経外科)

新里能成、西牟田洋介、新納正毅
有田和徳

I. 始めに

海綿状血管腫は中枢神経系血管奇形の5～13%を占める。好発部位は小脳天幕上で、80%を占め、天幕下は20%と少ない。発症形式は痙攣が最も多い(40～60%)が、出血発症例も10～20%見られる。無症候性のものは基本的に経過観察を行うが、脳圧排所見のある血腫例、出血を繰り返す例、けいれんを繰り返す症例、病変が進行性に増大する症例に関しては、外科的治療が必要となる。

II. 症例

10歳女児。2007年8月に、頭痛、嘔吐で発症。頭部精査で、右小脳半球に出血を伴う腫瘍性病変を認め当科に紹介となった。入院時、吐き気、嘔吐が見られた。また、軽度の小脳半球症状と歩行障害を認めた。頭部CTで、右小脳半球に出血を認めた(図1)。また、MRI(T2強調画像)で、小脳上面に中心部が混合信号域を呈し周囲に低信号域を呈する病変を認め、海綿状血管腫と診断した(図2)。

III. 手術

開頭腫瘍摘出術を行った。アプローチとしては、天幕下経小脳虫部アプローチと後頭経天幕アプローチ(OTA)が考えられた

が、血腫、海綿状血管腫の位置(小脳上面、天幕直下)を考え、より低侵襲なアプローチとしてOTA1)を選択した(図3)。小脳天幕を切開すると(図4)、想定通り小脳天幕直下に海綿状血管腫と血腫が確認できた(図5)。必要最小限の皮質切開で血腫を除去し、脳実質と海綿状血管腫の境界を確認しながら、一塊として海綿状血管腫を摘出した(図6)。術後MRIで、海綿状血管腫の全摘出が確認できた(図7)。術後、吐き気、嘔吐は消失し、1週間程度で小脳症状、歩行障害は改善した。

文 献

1. 川野弘人、平野宏文、新納正毅、有田和徳：松果体腫瘍の手術。鹿児島県医師会報 図説脳神経外科 平成18年10月号：93-95, 2006

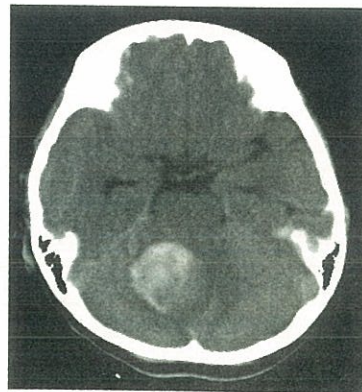


図1. 術前CTで右小脳半球に血腫を認める。

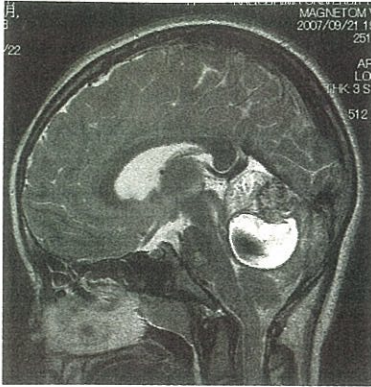


図2. 術前MRI(T2)で、小脳上面に中心部が混合信号域を呈し周囲に低信号域を呈する病変を認める。下部に血腫を伴っており、周囲への圧迫を認める。

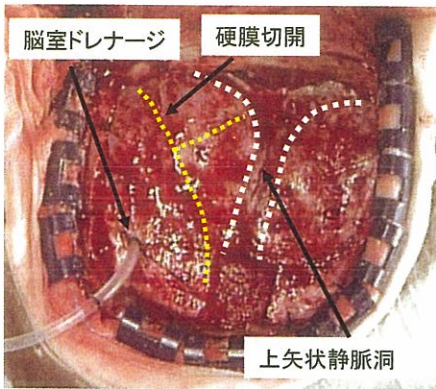


図3. 開頭は、上矢状静脈洞をまたぎ、横静脈洞を確認できる範囲に行っている。脳室ドレナージを行い、髄液排出を行い、脳圧排を軽減している。

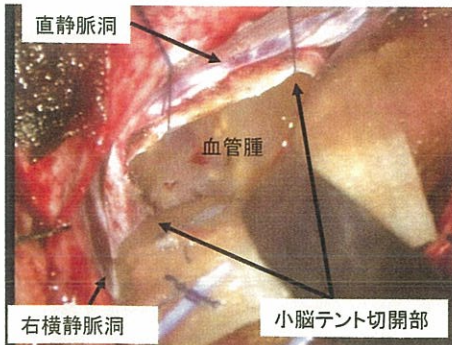


図4. 直静脈洞より1.5cm離れた部分に天幕切開を加えた。

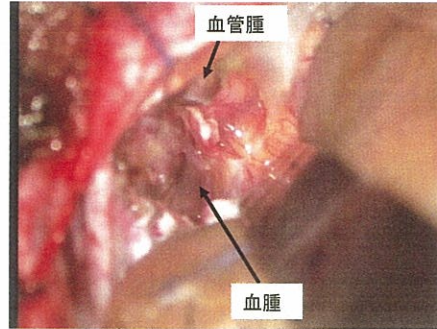


図5. 天幕直下に血管腫および血腫を確認。

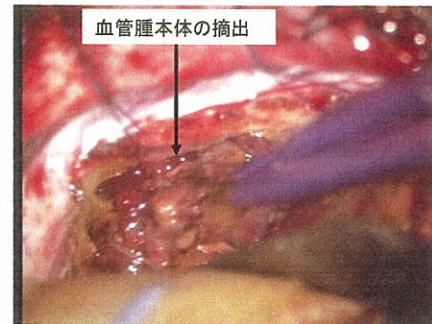


図6. まず、血腫除去を行い、続いて脳実質との境界をたどりながら、海綿状血管腫を一塊として全摘出した。



図7. 術後MRIで海綿状血管腫の全摘出が確認できる。

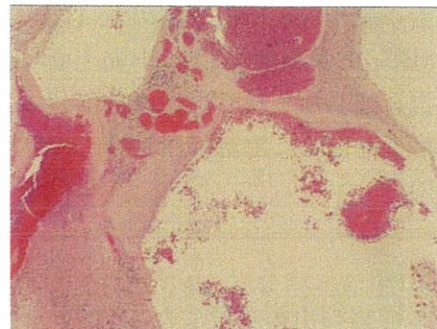


図8. 病理像。一層の内皮細胞で縁取りされた大小の血管腔を認め、その間には、脳実質が介在しておらず、海綿状血管腫と診断された。