

図説脳神経外科

(第77回)

中脳海綿状血管腫

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学

米永 理法、藤尾 信吾、花谷 亮典、有田 和徳

[はじめに]

海綿状血管腫は人口の0.4-0.9%に発生し、脳幹海綿状血管腫はその15-20%を占める。中脳海綿状血管腫は60%以上が中脳被蓋に発生する。ほとんどは出血発症であり、症状としては頭痛、めまい、嘔気・嘔吐などの頻度が高いといわれている。中脳を含めた脳幹部海綿状血管腫の出血率は2-3%/年、出血後の再出血率は17-21%/年と、いずれも TENT 上に発生する海綿状血管腫の出血率や再出血率(各0.5%、4.5%)よりも高いことが報告されている[1]。出血発症であっても、無症候性であれば保存的加療を行う場合が多い。しかしながら、①神経学的脱落症状あるいはmass effectを呈している例、②MRIにて血管腫が手術アプローチ側にはぼ露出している例、③出血を繰り返す例、④若年者などでは手術療法が検討される[1]。脳幹部海綿状血管腫に対する手術療法の合併症としては、一過性の神経障害が最も多く、新たな神経障害もしくは既存の神経障害が増悪する例が17%で見られる。術前に存在した神経障害は83%の症例で改善はみられるが、手術に伴い神経障害は増悪するとの報告もあり、手術の適応は慎重に判断される必要がある[2、3]。

[症例]

50歳代男性。6年前に松果体部出血で

の入院歴があるが、出血源不明との診断であった。今回、1週間ほど持続する頭痛に加え、軽度の見当識障害が出現したため、近医脳神経外科を受診した。頭部CTにて松果体周辺出血と急性水頭症を認めたため、当院紹介となり(図1)、水頭症の改善目的で、同日第3脳室底開窓術を施行した。術中に出血の主座は不明であったが、その後外来フォローのMRIにて中脳部に造影病変が確認された。海綿状血管腫が疑われ、2度の出血歴があり、病変の主座が比較的表面に存在することから、摘出術の適応と判断した(図2)。

手術は後頭経天幕アプローチを用いて中脳背側に到達した。膨大した松果体から中脳被蓋にかけて、ヘモジデリンの沈着に伴う色調の変化が認められた(図3)。菲薄化した実質を切開すると、被膜を持った暗赤色の血管腫が確認できた(図4)。周囲から流入する小血管を凝固しながら剥離を行い、両側の内大脳静脈に付着した被膜のみを残し、血管腫を摘出した(図5、6)。

術後に軽度の上下方向の眼球運動障害・輻輳反射障害を生じたものの、術後6か月の時点で症状は改善している。

[参考文献]

- [1]: 窪田惺:脳血管障害を究める 改訂第2版. 永井書店, pp416-418, 2009
 [2]: Tew, JM, et al.:Primer on Cerebrovascular

Diseases, Welch, KM, et al. (Eds), Academic Press. pp.550, 1997

[3]: Fritschi JA, et al.:Acta neurochir 130 : 35-46, 1994

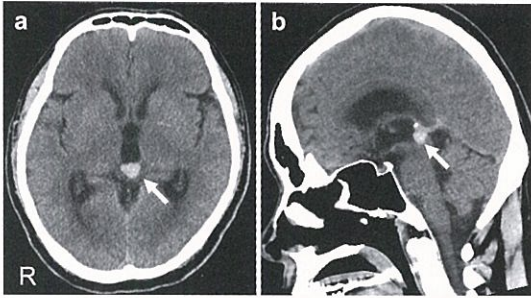


図1：初診時単純CT a水平断、b矢状断
松果体周囲の出血(矢印)と軽度の脳室拡大を認める



図4：中脳被蓋に切開を加え血管腫を露出

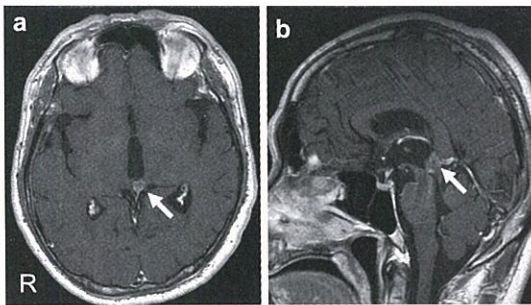


図2：術前MRI (T1造影) a水平断、b矢状断
中脳に造影される小病変(矢印)を認める

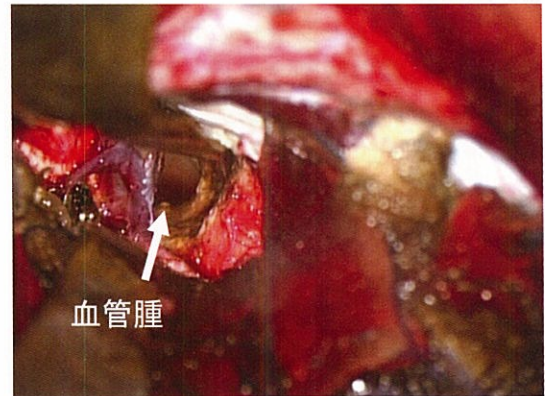


図5：血管腫摘出後



図3：黄色に変色した中脳被蓋

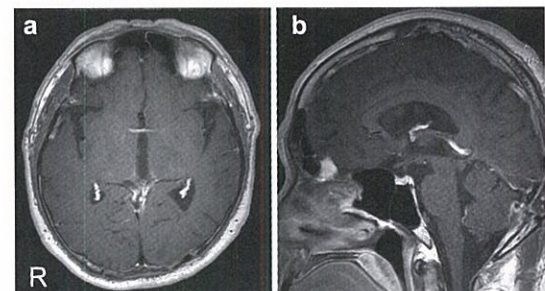


図6：術後MRI (T1造影) a水平断、b矢状断
血管腫は摘出されている