

図説脳神経外科

(第129回)

小脳出血

田上 なつ子、時村 洋、比嘉 那優大、藤尾 信吾
大吉 達樹、花谷 亮典、有田 和徳
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 脳神経外科学

【はじめに】

小脳出血はしばしば、突発する後頭部痛、嘔気や嘔吐、めまい、起立および歩行障害で発症する¹⁾。出血は歯状核近傍に生じることが多く、血腫や急性水頭症による脳幹への圧迫が進行するに伴い、神経症状の悪化や意識障害が引き起こされる。血腫や脳浮腫による脳幹圧迫や閉塞性水頭症が懸念される際には、症状や意識障害が進行する以前に治療介入を行う判断が必要である²⁾。2015年改訂の脳卒中ガイドラインでは、小脳出血では、最大径が3cm以上の小脳出血で神経症状が増悪している場合、または小脳出血が脳幹を圧迫して閉塞性水頭症を呈している場合に手術の適応とされている(グレードC^{1, 3)})。小脳出血患者における手術の目的は血腫を除去し、閉塞性水頭症と脳幹圧迫を解除することによって救命を行うことである。

【症例】

70歳代男性。仕事から帰宅し入浴後に左側頭部痛が出現した。呂律が回らず、気分不良と頭痛が持続したため、救急要請し当院に搬送された。特記すべき既往歴はない。当院搬入時の意識レベルはJapan Coma Scale II-10で、四肢の運動麻痺はなかったが、左方視時眼振/音障害・小脳失調を伴った。頭部CTで、

左小脳半球に39×50×40mm大、さらに第三脳室・中脳水道・第四脳室にも血腫を認めた(図1)。血腫による脳幹圧迫を伴い、意識低下が生じてきたため、緊急で開頭血腫除去術を施行した。体位は右側臥位とし、左耳介後方に約6cmの皮膚切開を設け、約4cmの小開頭を行った(図2)。手術顕微鏡下に可及的に血腫を除去し、出血源と思われる血管を凝固した後に、止血を確認し終了した。術後、血腫は除去されて、脳幹圧迫も改善された(図3)。出血源精査目的で施行したMRIでは、脳幹・右小脳半球・両側大脳半球に多発性の微小出血を認めたものの、脳動静脈奇形などの血管奇形等の所見は無く、高血圧性脳出血と診断した。術後に見られたふらつき・右共同偏視・dysmetriaは、リハビリテーションにて改善傾向となり、modified Rankin Scale: grade 2で転院となった。

【考察】

本症例では体位は側臥位とし、小開頭での血腫除去術を行った。一般的に小脳出血に対する血腫除去術は腹臥位の後頭下正中開頭にて行われるが、小開頭でも血腫は十分に除去でき、出血源と思われる血管も顕微鏡下に凝固焼灼も可能であった。小開頭は皮膚切開から血腫に到達するまでの時間が短く、血腫圧迫を速や

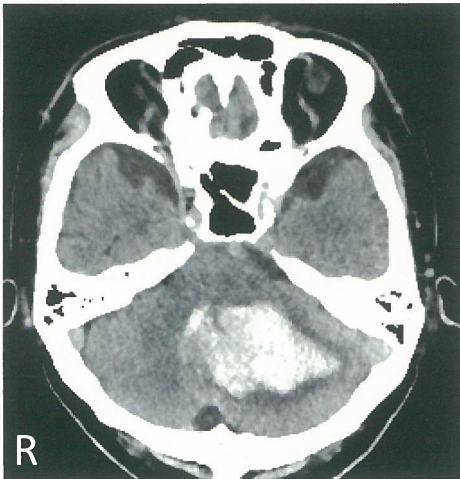


図1: 術前CT
左小脳半球に50×33×35mmの血腫を認め、脳幹は圧迫されていた

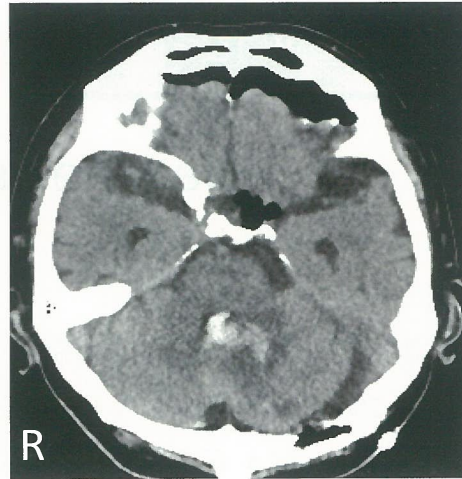


図3. 術後CT
小脳出血は除去され、十分な減圧が得られた

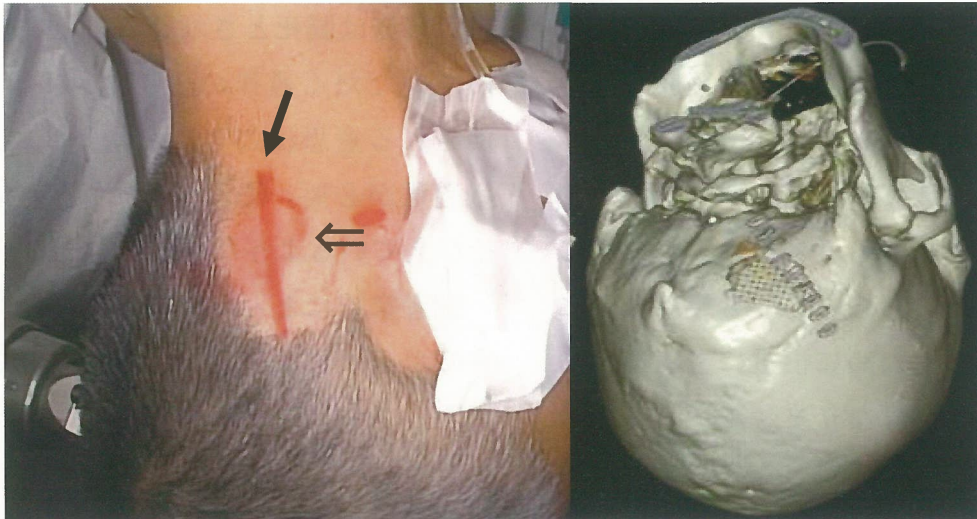


図2: 手術頭位(左)および術後頭蓋骨3DCT(右)
→: 皮膚切開線、⇒: 開頭範囲

かに解除することにより脳障害を最小限に抑えることができる有用な手法である²⁾。

小脳出血において開頭血腫除去手術と保存的治療を比較した報告では、脳室ドレナージの有無に関わらず開頭血腫除去手術で有意に死亡率が低い⁴⁾。そのため、脳卒中ガイドラインの手術適応を満たす場合には外科的治療を躊躇しないことが重要である。

【参考文献】

1) Dammann P, et al. Spontaneous cerebellar hemorrhage-experience with 57

surgically treated patients and review of the literature. *Neurosurg Rev* 2011 ; 34 : 77-86

2) Tokimura H, et al. Efficacy and safety hole craniotomy for the evacuation of spontaneous cerebellar hemorrhage. *Neuro Med Chir* 2010 ; 50 : 367-372

3) 脳卒中ガイドライン2015 : p155-159

4) Luney MS, et al. Acute posterior cranial fossa hemorrhage-Is surgical decompression better than expectant medical management? *Neurocrit care* 2016 ; 25 : 365-370