

# 土耳其鞍外海綿狀血管腫ノ1例

京都帝國大學醫學部外科學教室第一講室 (荒木教授)

助手 醫學士 渡邊三喜男

## Ein Fall von Parasellarcavernom

Von

Dr. Mikio Watanabe, Assistenten der Klinik

[Aus der I. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto

(Direktor: Prof. Dr. Ch. Araki)]

Es handelt sich um ein cavernöses Haemangiom, das vom linken Sinus cavernosus ausgegangen und zwischen beiden Blättern der Dura mater der linken mittleren Schädelgrube gewachsen ist.

T. T., 41 jährige Multipara, bekam Sehschwäche bei jeder bisher durchgemachten Schwangerschaft. Bei der früher durchgemachten 3 maligen Schwangerschaft liess die Sehstörung bald nach der Geburt spontan nach, aber bei der letzten, zwölf Jahre vor der Aufnahme in unsere Klinik, blieb die Sehschwäche des rechten temporalen Gesichtsfeldes ungeheilt und sogar verschlimmerte sich immer mehr bis die Sehschärfe in demselben Felde total verloren ist.

Seit 9 Monaten trat die Sehstörung auch in der nasalen Hälfte des linken Gesichtsfeldes und seit 3 Monaten Ptose des linken Auges auf.

Die neurologische Untersuchung bei der Aufnahme ergab folgende Befunde: Rechte homonyme Hemianopsie, beiderseitige primäre Sehnervenatrophie, Anisokolie ( $r < 1$ ), linke Oculomotoriuslähmung und Parese des unteren Astes des rechten N. facialis.

Durch die Lumbalpunktion liess sich eine starke Hirndrucksteigerung (Vordruck: 350 mm H<sub>2</sub>O) nachweisen.

Jodölventrikulographie: Im Seitenbilde zeigte das Dreieck sowie das Hinterhorn des linken Seitenventrikels eine beträchtliche kranio-dorsale Verschiebung und das Vorder- und Unterhorn der gleichen Seite blieben ganz ungefüllt. Im Sagittalbilde war der hintere Abschnitt des linken Seitenventrikels von unten her hoch hinauf gedrängt und das rechte Vorderhorn lateralwärts verschoben.

Die Diagnose lautete also auf einen linken grossen Parasellartumor.

Operation: Die linke frontotemporale Kraniotomie. Nach Eröffnung der stark gespannten Dura, wurde eine Probepunktion des Temporallappens vorgenommen. In der 2 cm Tiefe trafen wir eine Tumorkonsistenz, bei deren Punktion frisches Blut durch die Nadel herausfloss. Ein gut abgekapselter Tumor wurde nach der Resektion der darüberliegenden Hirnsubstanz blossgelegt und die Kapsel incidiert.

Jeder Versuch der intrakapsulären Auskratzung des Tumors rief eine fruchtbare Blutung

hervor, die so schwer zu stillen war, dass die weiteren Auskratzungen aufgegeben werden mussten. Eine Reoperation wurde nach 5 Tagen ausgeführt, aber vergebens. Die Patientin starb 9 Tagen danach.

Bei der Sektion stellte es sich heraus, dass ein Tumor von Überhühnereigrösse zwischen den beiden Blättern der Dura lag und die ganze mittlere Schädelgrube bis zur Sella turcica erfüllte.

Mikroskopisch erwies sich der Tumor als ein charakteristisches Haemangioma cavemosum.

Es schien uns berechtigt, anzunehmen, dass der Tumor seinen Ursprung im linken Sinus cavernosus genommen hat.

### 緒 言

余等ハ土耳其鞍外海綿狀血管腫ノ1例ヲ經驗シタ。本例ハ死後剖檢ニ依ツテ海綿狀血管腫ガ硬膜ノ内外兩板ノ間ニ存スルコトヲ確メ得タ稀有ナル症例デアル。

### 臨 床 記 録

患者：徳〇と〇，41歳，女子（昭和17年2月5日入院）。

主訴：視力障礙。

現病歴：從來妊娠ノ度毎ニ弱視ヲ來シタガ，分娩後自然ニ恢復スルノヲ常トシタ。

12年前第4回目ノ妊娠ノ際，妊娠第8ヶ月頃カラ弱視ヲ來シ，殊ニ右眼ノ側頭側ガ見ニ難クナリ，驅微療法ヲ受ケタガ，效果ガ無ク，9年前カラハ右眼ハ失明スルニ到ツタ。昨年7月頃カラ左眼ノ鼻側ガ見ニ難クナリ，次第ニ視力障礙ノ程度ヲ増シタ。

12年前カラ誘因ト思ハレルモノ無クシテ時々惡心ヲ來シ，ソノ度毎ニ自ラ指ヲ挿入シテ嘔吐スルヲ常トシタ。カ、ル嘔吐ハ月ニ2回位起ル。又昨年末カラ左側ノ眼瞼下垂アルニ氣付イタ。

發病來頭痛，眩暈，難聴，複視等ヲ來シタコトハ無イ

食思，睡眠良好，便通1日1行。月經ハ稍々不順。

既往歴：生來頑健デ他ニ著患ヲ知ラヌガ，流産ヲ2回經テ居ル。花柳病ヲ否定シ，酒，煙草ヲ嗜マヌ。

家族歴：特記スベキ遺傳的疾患ヲ認メズ。

現症：體格，榮養共ニ中等。意識ハ明瞭デ皮膚，毛髮ノ狀態ニ異常ヲ認メナイ。又胸腹部臟器ニ異常ヲ認メズ。

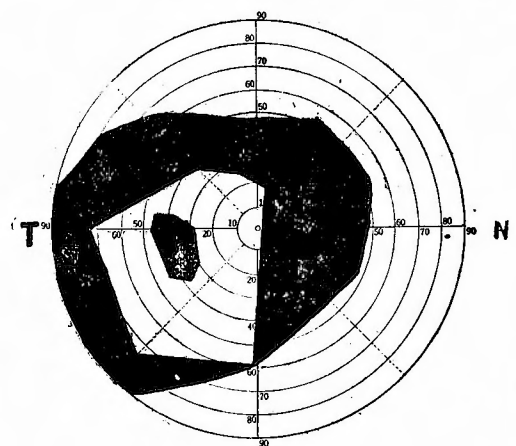
眼症狀トシテ，右眼ノ視力ハ光覺ノミ，而モ鼻側カラ投射シタ光ニ感ズルガ，側頭側カラノ投射光ニハ感ジナイ，依ツテ視野ヲ計ルコトハ出來ナイガ，側頭側半盲症ノアルコトガワカル。左眼ハ2m 指數，視力矯正不能。視野ハ鼻側半盲症ヲ示シテ居ル。即右側同側性半盲症デアル。（第1圖參照）。

眼底檢査デハ兩側共一二次性視神經萎縮ガ著明デアル。

瞳孔不同ガアリ，左側ガ大デアル。

神經學的所見トシテ，右側顏面神經下枝不全麻痺ト，左側動眼神經麻痺ガ著明デアルガ，其ノ他ニ異常所

第 1 圖



見ハ認メラレナイ。

血液所見，尿所見ニハ異常ハ認メラレナイ。

腦脊髄液検査デハ，初壓ガ 350mm  $\text{H}_2\text{O}$ ，10cc 採ツテ後壓ガ 220mm  $\text{H}_2\text{O}$ 。水様透明デ，細胞數ハ 2。Pandy 氏反應ガ陽性デアル他異常所見ハ認メラレズ。

血清ワ氏反應ハ陰性。

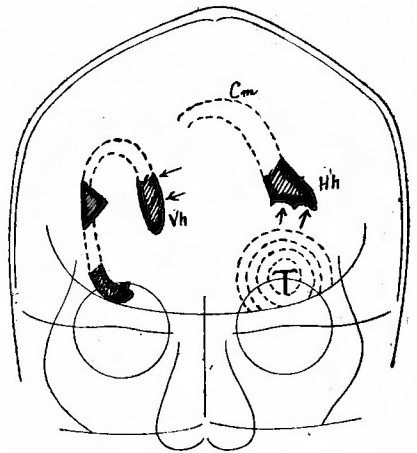
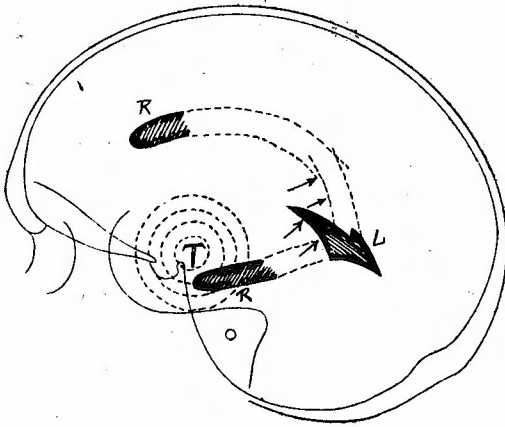
沃度油腦室像：右ノ側腦室後角部穿刺， $\text{L}$ モルヨドール $^{\text{T}}$  1.5 cc 注入。左ノ側腦室後角部穿刺， $\text{L}$ モルヨドール $^{\text{T}}$  1.5cc 注入。

側面像（附圖 1）：左側ノ側腦室三角部並ニ後角部ハ右側ニ比シ高く，下角部ノ起始部モ上方ニ壓排セラレ，ソノ前下縁ハ凹彎トナツテ，ソレヨリ末梢ハ充盈缺損トナリ，後半ヨリ前ヘハ $\text{L}$ モルヨドール $^{\text{T}}$ ハ移動シナイ。

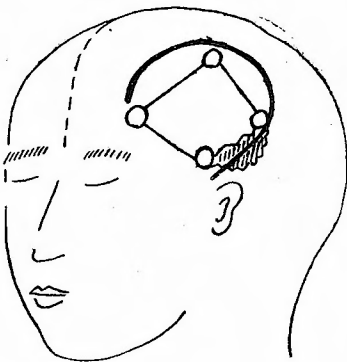
前後面像（附圖 2）：左ノ後角ハ右ニ比シテ高く，下角部ニテ切斷セラレタ如キ形ヲ示シ，ソレヨリ末梢ニ $\text{L}$ モルヨドール $^{\text{T}}$ ハ移行シナイ。右ノ前角部ハ右方ニ壓迫セラレ，右ノ側腦室下角部及後角部ニ變位ハ無イ。即腫瘍ハ土耳其鞍外ニアリ，左側ノ側腦室前角部，中部ヲ上内方ヘ，下角部ヲ上側方ヘ壓排シ，特ニ下角部ノ大部分ハ充盈缺損ヲ來シテキル。腫瘍ハ更ニ第Ⅲ腦室ヲ，次イデ右側々腦室ノ前半ヲ右方ニ壓排シテキテ可成大キナモノデアルコトガ判ル。腫瘍ハ左中頭蓋窩ニテ側頭葉ノ底面，中央寄りニアルモノト考ヘラレル。以上ノ所見ヲ略圖デ示スト第 2 圖，第 3 圖ノ如クナル。

第 2 圖

第 3 圖



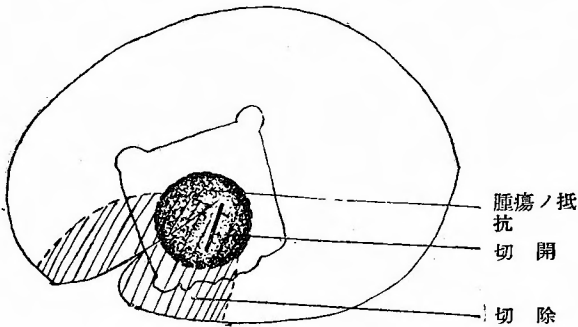
第 4 圖



手術(2月24日)：第 4 圖ノ如キ皮膚切開ヲ加ヘ，左側ノ前側頭開頭術ヲ行フ。

開頭ノ際ノ出血ハ中等度，硬腦膜ハ甚ダ強く緊張シ，硬膜上ヨリ側腦室穿刺ヲ試ミタルモ成功セズ，依ツテ硬膜ヲ開クニ，腦脊髄液ハ蜘蛛膜下腔ヨリ殆ンド流出セズ，腦實質ハ強く脱出シ來ツタ。試験穿刺ヲ行フニ第 5 圖ノ如ク主トシテ左ノ側頭葉部デ腦表面下約 2cm ノ部ニ腫瘍ノ抵抗ヲ觸レル。穿刺ヲ更ニ深く進メルト急ニ抵抗ガ無クナツテ新鮮ナ血液ガ流出ス。依ツテ此ノ部ニ圖ノ如ク切開ヲ加ヘ，腫瘍ノ表面ヲ露出ス。腫瘍ハ表面平滑，比較的丈夫ナ被膜ヲ有シ，青赤色ニ透ケテ見エル。被膜ノ表面ニ電氣凝固ヲ行ヒ，被膜切開ヲ行フニ腫瘍内ヨリ猛烈ニ出血ス。鋭匙ニヨツテ腫瘍ノ一片ヲ除去スルニ出血ハ更ニ猛烈デアル。綿花ヲ壓迫シテ

第 5 圖



血ハナイ。前回残留セル綿花ハ腫瘍外ニ壓シ出サレ、綿花ヲ除去シテモ出血ハナイガ、腫瘍内ニ存シタ凝血ヲ吸引スルト再び出血シ來ツタ。腫瘍被膜ヲ成ル可ク廣ク電氣凝固ヲ行ツタガ、出血ヲ防止シテ腫瘍ヲ剔出スル方法無シ。減壓以外ニ方法ガ無イノデ、脱出シタ腦部分ヲ切除シ、硬膜ノ缺損部ハ側頭筋及ビ帽狀腱膜ヲ補填シ、皮膚縫合ヲ行ヒ手術ヲ終ル。

術後経過：第2回手術後最高  $40^{\circ}6^{\circ}\text{C}$  ノ體溫上昇アリ、意識濁濁ヲ來シタ。體溫ハ次第ニ下降シタガ意識ハ恢復セズ、第2回手術後9日目ニ死亡シタ。

剖檢所見：手術創ヲ開クニ皮下ニ存セル血液ハ稍々汚ク多少ノ感染ノ存シタコトガ推察セラレルガ、膿汁ハ認メラレ無イ。硬膜、筋肉ヲ開イテ檢スルト、切除ヲ行ツタ周邊部ハ軟化シテ居ルガソノ他ノ部ニ腦實質ノ軟化ハ認メラレナイ。左側大腦半球ヲ除去シテ見ルト、腫瘍ハ青赤色、表面平滑デ大サハ超鶏卵大、第6圖ニ示シタ如ク、前ハ蝴蝶骨翼、後ハ小腦天幕ノ前縁ニ固ク癒着シ、且小腦天幕ハ腫瘍被膜ニ移行シテキル。正中側デハ土耳其鞍ヲ充シ、視神經交叉部ヲ上右方ニ壓排シテキル。手術ノ際ニ搔把、電氣凝固ヲ行ツタ部分ハ腫瘍ノ左側後方ノ一部デアル。

腫瘍ハ丈夫ナ被膜ヲ有スルガ、ソノ被膜ハ小腦天幕ニ移行シ、被膜ハ硬膜自身デアルト思ハレル。

腫瘍ハ結局、中頭蓋窩及ビ土耳其鞍ヲ充シテキル大キナモノデ骨トノ癒着ハ少ク、基底部ハ容易ニ骨カラ剝離シ得タ。腫瘍ノ裏面モ丈夫ナ被膜ヲ被ハレテキル。即チ腫瘍ガ硬膜ノ内外兩板ノ間カラ發生シタコトヲ思ハセル。

正中線ニ近ク腫瘍ハ第Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ 腦神經ヲ壓迫シ、内頸動脈ヲモ壓迫シテキルガ、癒着ハ認メラレナイ。腦下垂體ハ壓迫セラレテ偏平トナツテキル。

腫瘍ノ重量ハ 36gr、緊張弾力性デ、波動ガ證明セラレル (附圖 3, 4)。

組織學的所見：手術ノ際搔把ニヨツテ得タ腫瘍ニヨツテ標本ヲ作製シタ (附圖 5, 6)。

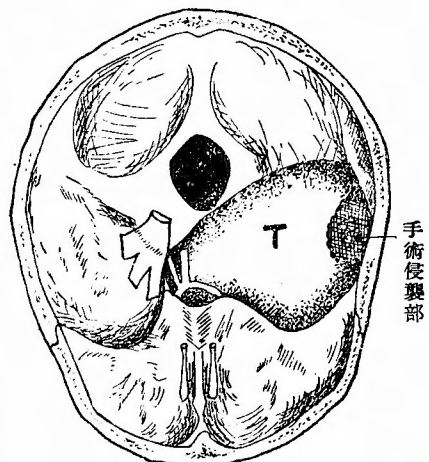
腫瘍ハ海綿狀血管腫デ、管腔ノ一部ニハフイブリンノ凝固、血栓モ認メラレルガ、大部ハ相當廣イ管腔ヲ有シ、ソノ間ニ狭イ管腔ノモノガ見ラレ、カ、ル細少ナル管腔ノ増大、癒合ニ依ツテ廣イ管腔ヲ形成シタモノデアルコトヲ物語ツテキル。

モ容易ニ止血シナイ。第2回ノ搔把ヲ行ヒ、綿花ヲ壓迫シ、1時間以上經過スルモ遂ニ止血セズ。ソノ綿花ヲ留置スルニ決ス。此ノ間鬱血ノ爲ニ腦脱ハ益々強クナリ、アチコチノ靜脈ヨリ盛ニ出血ス。骨瓣整復不能ナル故コレヲ除去、硬膜ノ上縁ト帽狀腱膜トヲ縫合、脱出シ來ツタ前頭葉ノ一部ヲ切除ス。皮膚ヲ一層ニ縫合閉鎖ス。術後意識ハ明瞭デアルガ、失語症ト右ノ半身不隨トヲ來シタ。

術後第5日目ニ再手術ヲ行フ。

前回ノ手術創ヲ再開スルニ大シテ後出

第 6 圖



### 考 察 及 ビ 結 論

本例ハ極メテ稀有ナル土耳其鞍外海綿狀血管腫ノ1例デ、從來カ、ル症例ノ記載ヲ見ナイ。腫瘍ノ存シタ位置的並ニ解剖學的關係ヨリ、本腫瘍ハ海綿靜脈竇カラ發生シタモノデアラウ。元來此ノ靜脈竇ハ解剖的ニ個人差ガ多ク、或モノデハ比較的簡單ナ靜脈竇デアリ、或者デハ複雑ナ靜脈叢ヲ作ツテキル。此ノ様ナ場所ニ血管腫ガ形成サレ得ルコトハ想像ニ難クナイ。斯クノ如キ出血性深在性ノ血管腫ニハ現今ノ所、手術的ニ切除乃至剔出ヲ行フコトハ不可能デ、減壓ノ目的デ種々ノ手術ヲ行ツテモ治療ノ效果ヲ餘リ期待出來ナイ。

試ムベキハレ線照射デアルガ、腦表面ノ血管腫ノ如ク診斷ガ容易デナク、試験切片ニヨツテ初メテ診斷ヲ確定シ得ルワケデアルカラ、一應手術的侵襲ヲ加ヘネバナラナイノハ残念デアル。腦血管撮影ニヨツテ術前ニ診斷スルコトガ出來ルトスレバコノ目的ニハ好都合デアラウ。

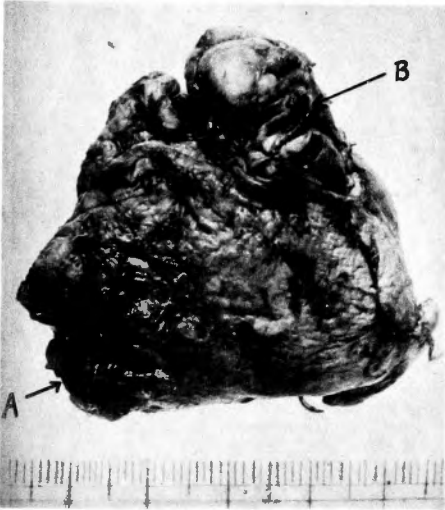
第 1 圖



第 2 圖



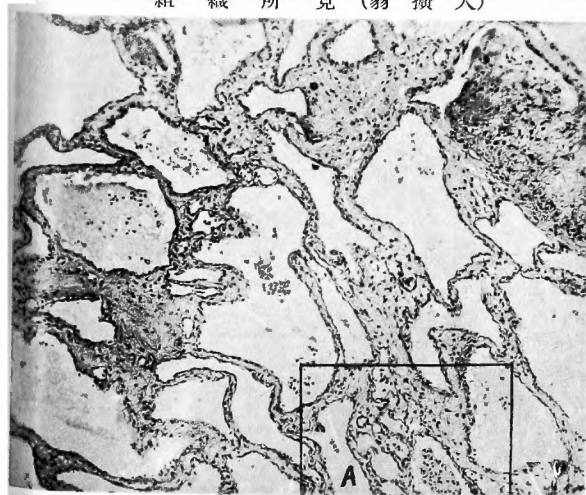
第 3 圖  
腫瘍底面ヨリ撮影



第 4 圖  
腫瘍上ヨリ撮影



第 5 圖  
組織所見 (弱擴大)



第 6 圖  
組織所見 (第5圖 Aノ部強擴大)

