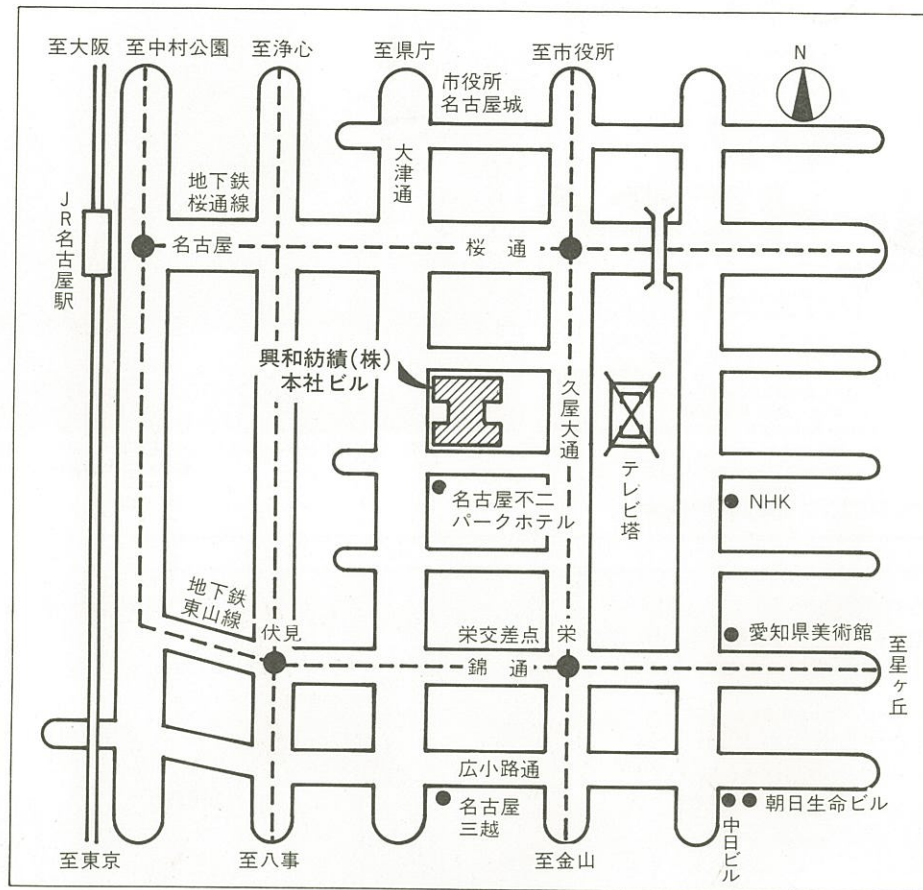


〔会場案内〕 興和紡績(株)本社ビル11階ホール

〒460 名古屋市中区錦3-6-29
Tel 052-963-3145



- (1) 地下鉄 東山線「栄駅」下車2番出口
又は、桜通線「久屋大通駅」下車3番出口から徒歩5分
- (2) 会場施設内及び周辺には、ご利用できる駐車場がほとんどありませんので、公共交通機関をご利用下さい。

第37回 日本脳神経外科学会中部地方会

平成4年11月28日(土) 午前9時から

会場：興和紡績(株)本社ビル11階ホール

〒460 名古屋市中区錦3丁目6番29号
TEL (052) 963-3145



世話人 名古屋市立大学 脳神経外科 永井 肇

- 1) 学会当日に参加登録料(1,000円)、年会費(1,000円)を受け付けます。
- 2) 講演時間は4分または5分、討論は各演題につき2分です。
- 3) スライドプロジェクターは1台用意いたします。
- 4) 本会には脳神経外科学会認定のクレジットが適用されますので、専門医の方はネームカードの下の半券に専門医番号、所属、氏名をご記入の上、クレジット投函箱に御入れ下さい。

開 会 (午 前 の 部)

(1) 外傷 (9:00~9:33) 座長：高窪義昭 (国立東静岡病院)

1. MRIでKernohan notchを確認し得た急性硬膜外血腫の一例 (4分)

公立尾陽病院 脳神経外科 原田重徳, 大野正弘
名古屋市立大学 脳神経外科 永井 肇

2. 外傷性椎骨動脈閉塞の1例 (4分)

県立岐阜病院 脳神経外科 村瀬 悟, 大江直行, 野倉宏晃,
三輪嘉明, 大熊晟夫

3. 外傷性基底核部出血の5例 (5分)

桑名市民病院 脳神経外科 山川伸隆, 古野正和, 岡田昌彦

4. 小脳橋角部類上皮腫手術後に発生した外傷性前下小脳動脈瘤の1例 (4分)

済生会松阪総合病院 脳神経外科 清水重利, 諸岡芳人, 黒木 実

5. 外傷性内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤の一例 (4分)

新城市民病院 脳神経外科 平松久弥, 村木正明, 大石晴之,
山本貴道

共立菊川総合病院 脳神経外科 忍頂寺紀彰

浜松医科大学 脳神経外科 植村研一

(2) 脊髄 (9:34~10:04) 座長：山田博是 (愛知医科大学)

6. 小脳橋角部髄膜腫に合併した脊髄空洞症の1例 (4分)

大垣市民病院 脳神経外科 福井一裕, 井口郁三, 鬼頭 晃

7. 頸椎・頸髄損傷に対する頸椎後方固定用クランプの使用経験 (4分)

袋井市立袋井市民病院 脳神経外科 市橋鋭一, 原野秀之, 杉山忠光,
水野順一, 松島 豊

次 回 御 案 内

第38回 日本脳神経外科学会中部地方会

世話人：愛知医科大学脳神経外科

岩 田 金 治 郎 教授

場 所：国際サロン (毎日ビル9階)

日 時：平成5年3月13日 (土)

8. ハローリングを支持する左右のバーが転倒事故によって折れた1例について(4分)
焼津市立総合病院 脳神経外科 酒井直人, 田中篤太郎, 竹原誠也,
土屋直人
浜松医科大学 脳神経外科 植村研一

9. 後側方到達法を行った胸椎黄色靭帯骨化症と椎間板ヘルニアの合併例(4分)
静岡県立総合病院 脳神経外科 李 泰喜, 花北順哉, 諏訪英行,
久保洋昭, 水野正喜, 朝日 稔

10. 腹部外科手術を契機に発症した腰部脊椎管狭窄症の1例(4分)
春日井市民病院 脳神経外科 渡部剛也, 岩田欣造, 平本直之
愛知医科大学 脳神経外科 山田博是, 岩田金治郎

(3) 検査法 (10:05 ~10:46) 座長: 京島和彦 (信州大学)

11. 脳神経外科における無侵襲連続脳酸素飽和度モニターの使用経験(5分)
小諸厚生総合病院 脳神経外科 鶴木 隆, 鍾 震宇, 奥寺 敬

12. 選択的逆行性椎骨動脈撮影の神経放射線学的検討(5分)
豊科赤十字病院 脳神経外科 宮武正樹, 中川福夫
信州大学 脳神経外科 小林茂昭

13. MRIによる上矢状静脈洞の血流評価法(5分)
福井医科大学 脳神経外科 北井隆平, 佐藤一史, 久保田紀彦
金沢大学 脳神経外科 山嶋哲盛

14. パーキンソン病に対する視床破壊術後の脳血流(5分)
浜松労災病院 脳神経外科 秋山義典, 熊井潤一郎, 西川方夫,
森 和夫
琉球大学 脳神経外科 山城勝美, 六川二郎

15. 癲癇患者に対する¹²³I-IMP SPECT 検査の有用性(5分)
豊川市民病院 脳神経外科 中塚雅雄, 嶋津直樹, 福岡秀和

16. 小児モヤモヤ病においてDIAMOX負荷IMP SPECT が有用であった1症例(4分)
名古屋市立東市民病院 脳神経外科 布施孝久, 高木卓爾, 水野志朗,
杉野文彦, 福島庸行, 唐 梶洲

休憩 (10:46 ~11:00)

(4) 腫瘍I (11:00 ~11:30) 座長: 坂井 昇 (岐阜大学)

17. 精神盲を呈した両側後頭葉転移性脳腫瘍の1治験例(4分)
愛知医科大学 脳神経外科 中島克昌, 岩田金治郎, 小島朋美

18. 脈絡叢に限局性転移した胃癌の1例(4分)
市立島田市民病院 脳神経外科 中林博道, 阪口正和, 村田敬二,
中川 修, 高見俊宏

19. 腓尾部癌の脳転移の一例(4分)
名古屋市立大学 脳神経外科 真砂敦夫, 金井秀樹, 間部英雄,
永井 肇

20. 乳癌術後のホルモン療法中に認められた多発性髄膜腫(4分)
金沢大学 脳神経外科 光田幸彦, 新多 寿, 岡田尚巳,
山嶋哲盛, 山下純宏
同 眼科 白尾 裕

21. 開頭術にて全摘し得た涙腺多形性腺腫の1例(4分)
市立四日市病院 脳神経外科 原 政人, 伊藤八峯, 市原 薫,
塚本信弘, 池田浩司, 渡辺和彦

(5) 腫瘍II (11:31~12:02) 座長: 中村 勉 (金沢医科大学)

22. Double midline germ cell tumor の臨床的特徴(5分)
浜松医科大学 脳神経外科 藤原幸治, 西澤 茂, 横山徹夫,
檜前 薫, 今村陽子, 龍 浩志,
植村研一

23. 神経膠腫および多発脳動脈瘤を合併したGH産生下垂体腫瘍の一例(4分)
静岡赤十字病院 脳神経外科 篠田 純, 島本佳憲, 山田 史,
福田 栄

24. 悪性下垂体腺腫と考えられた1例 (4分)

岐阜大学 脳神経外科 林 克彦, 今井 秀, 原 明,
郭 泰彦, 西村康明, 安藤 隆,
坂井 昇, 山田 弘

25. 視床下部悪性リンパ腫の一例 (4分)

金沢医科大学 脳神経外科 岡本一也, 飯塚秀明, 竹内文彦,
加藤 甲, 中村 勉, 角家 暁

26. 第3脳室colloid cyst の1例 (4分)

西尾市民病院 脳神経外科 木野本武久, 野田 哲
名古屋大学 脳神経外科 半田 肇, 桑山直人, 梶田泰一

(午後の部)

(6) 腫瘍Ⅲ (13:00~13:24) 座長: 河野寛一 (福井医科大学)

27. 腫瘍内出血で発症したmedulloblastomaの1例 (4分)

名古屋大学 脳神経外科 安斉正興, 若林俊彦, 関 行雄,
吉田 純, 杉田虔一郎

28. 小脳出血で発症した髄芽腫の一例 (4分)

千葉徳洲会病院 脳神経外科 高島靖志, 早瀬秀男
金沢大学 脳神経外科 新多 寿

29. 脳内出血で発症した再発性頭蓋内軟骨肉腫の一例 (4分)

鈴鹿中勢総合病院 脳神経外科, 病理科 亀井裕介, 森川篤憲,
村尾健一, 村田哲也

30. 透明中隔より発生したCavernous hemangioma の1例 (4分)

金沢脳神経外科病院 梅森 勉, 北川義展, 佐々木尚,
飯田隆昭, 高畑 剛, 佐藤秀次

(7) 腫瘍Ⅳ (13:25~13:49) 座長: 渋谷正人 (名古屋大学)

31. 動眼神経鞘腫の1例 (4分)

聖隷浜松病院 脳神経外科 稲永親憲, 稲川正一, 嶋田 務,
佐藤健吾, 日吉 城, 堺 常雄

32. 脳幹部症状で発症し、大後頭孔まで伸展した頭蓋咽頭腫の1例 (4分)

海南病院 脳神経外科 中原紀元, 山本直人, 大須賀浩二
名古屋大学 脳神経外科 渋谷正人

33. 小脳橋角部から錐体骨内に進展した脊索腫の一例 (4分)

名鉄病院 脳神経外科 滝 英明, 松浦誠司, 松本 隆,
春日洋一郎, 高木照正

34. 小脳橋角部脂肪腫の一例 (4分)

名古屋市立大学 脳神経外科 相原徳孝, 永井 肇, 神谷 健,
松本 隆, 山下伸子

(8) 腫瘍Ⅴ (13:50~14:28) 座長: 山嶋哲盛 (金沢大学)

35. Multicentric gliomaが疑われた1症例 (4分)

静岡市立静岡病院 脳神経外科 後藤至宏, 清水言行, 斎藤 晃

36. Multicentric gliomaの1例 (4分)

岡波総合病院 脳神経外科 米澤泰司, 橋本宏之
奈良県立医科大学 脳神経外科 榊 寿右, 角田 茂

37. Radiation induced glioma と考えられた1例 (4分)

静岡県立こども病院 脳神経外科 高橋 歩, 佐藤倫子, 佐藤博美

38. 急速な腫瘍増大を観察し得たSubependymal Giant Cell Astrocytomaの一例 (4分)

名古屋大学 脳神経外科 加野貴久, 若林俊彦, 安斎正興,
加納道久, 吉田 純, 杉田虔一郎
同 小児科 渡辺一功

39. 比較的短期間で新生を確認し得た多発性神経膠芽腫の3例 (5分)

金沢大学 脳神経外科 瀬戸 陽, 長谷川光広, 池田清延,
山嶋哲盛, 山下純宏

40. 原発性脳腫瘍に対するCLN-IgG (ヒトモノクローナル抗体)を用いた免疫療法 (5分)

小牧市民病院 脳神経外科 岩越孝恭, 小林達也, 木田義久,
田中孝幸, 雄山博文

(9) 血管障害 I (14:29~15:00) 座長：佐野公俊 (藤田保健衛生大学)

41. 動脈瘤切除とM1-M2吻合を要した中大脳動脈 large aneurysmの一治験例 (4分)
豊橋市民病院 脳神経外科 高木輝秀, 渡辺正男, 井上憲夫,
宮地 茂, 永谷哲也, 岡村和彦

42. 脳室内出血で発症した小児外側後脈絡叢動脈瘤の1例 (4分)
名古屋掖済会病院 脳神経外科 文堂昌彦, 柴田孝行, 伊藤明雄
宮崎素子, 一見和良, 河合達己

43. 腎不全に合併した未破裂脳動脈瘤の1治療例 (4分)
町立浜岡総合病院 脳神経外科 尾内一如, 永田淳二
同 泌尿器科 中原雅雄, 中川淳一郎
藤田保健衛生大学 脳神経外科 神野哲夫

44. CTにて見逃しやすい無症候性未破裂脳動脈瘤のCT診断のpoint (5分)
藤田保健衛生大学 脳神経外科 笠間 睦, 庄田 基, 加藤庸子,
佐野公俊, 神野哲夫

45. 血小板活性化因子が誘因となったと考えられるSAH 後脳血管攣縮併発例について (4分)
八千代病院 脳神経外科 阿部 守, 井上孝司
SRL研究部 松崎正晴
藤田保健衛生大学 脳神経外科 佐野公俊, 神野哲夫

休憩 (15:00~15:20)

(10) 血管障害 II (15:20~15:50) 座長：遠藤俊郎 (富山医科薬科大学)

46. もやもや病に伴った脳動脈瘤-自然消失した1例 (4分)
半田市立半田病院 脳神経外科 水谷信彦, 半田 隆, 立花栄二,
浅井俊人, 中根藤七, 六鹿直視

47. 多発性脳出血にて発症したChoriocarcinomaの脳転移によるneoplastic aneurysm
の1例 (4分)
富山医科薬科大学 脳神経外科 津村貢太郎, 大辻常男, 栗本昌紀,
遠藤俊郎, 高久 晃
育和会記念病院 文 正夫

48. 前大脳動脈解離性動脈瘤の一例 (4分)

小林脳神経外科・神経内科病院 安川浩司, 上條幸弘, 百瀬玄機,
小林 茂
東海大学 脳神経外科 池田 公

49. 矢状断MR I像で病変の伸展を確認し得た椎骨脳底動脈解離性動脈瘤の1例 (4分)
富山医科薬科大学 脳神経外科 扇一恒章, 遠藤俊郎, 松村内久,
栗本昌紀, 高久 晃

50. 両側椎骨動脈瘤の1例 (4分)
石川県立中央病院 脳神経外科 宗本 滋, 黒田英一, 浜田秀剛,
田口博基, 山野 潤

(11) 血管障害 III (15:51~16:16) 座長：梅村 訓 (蒲郡市民病院)

51. 遺残原始三叉動脈を伴った左内頸動脈欠損症の2例 (5分)
国立静岡病院 脳神経外科 服部達明, 井上 悟
岐阜大学 脳神経外科 小林裕志

52. 眼窩内静脈瘤の1例 (4分)
岐阜大学 脳神経外科 安藤弘道, 今井 秀, 岩井知彦,
西村康明, 安藤 隆, 坂井 昇,
山田 弘

53. 上矢状静脈洞及び右海綿静脈洞血栓症の1症例 (4分)
福井赤十字病院 脳神経外科 細谷和生, 徳力康彦, 武部吉博,
木築裕彦, 川口健司, 高木康志

54. 急性硬膜下血腫を伴ったsinus thrombosisの一例 (4分)
福井県立病院 脳神経外科 林 裕, 柏原謙悟, 吉田一彦,
岡本禎一, 村田秀秋

(12) 炎症、他 (16:17~16:42) 座長：龍 浩志 (浜松医科大学)

55. 特発性肥厚性硬膜炎の1例 (4分)
福井医科大学 脳神経外科 北井隆平, 佐藤一史, 宇野初二,
久保田紀彦

56. クリプトコッカス髄膜炎の2症例 (5分)

昭和伊南総合病院 脳神経外科 長崎忠悦, 及川 奏, 村岡紳介,
水野正彦
同 病理科 佐野健司

57. ステロイドの髄注が著効したCSF eosinophiliaの1例 (4分)

沼津市立病院 脳神経外科 大石晴之, 文 隆雄, 高橋宏史,
岩崎浩司, 北村惣一郎, 酒井直人
同 小児科 戸田顯彦
浜松医科大学 脳神経外科 植村研一

58. MRIにて診断されたHeterotopic gray matterの1例 (4分)

山田赤十字病院 脳神経外科 大野秀和, 坂倉 允, 枳尾 廣,
阪井田博司

(13) シャント合併症、他 (16:43~17:08) 座長: 小島 精 (三重大学)

59. 顔面痙攣に対する神経血管減圧術後遅発性顔面神経麻痺を来した一例 (4分)

三重大学 脳神経外科 中村文明, 和賀志郎, 小島 精,
伊藤浩二

60. 圧可変式シャント・バルブ破損の一例 (4分)

松阪中央総合病院 脳神経外科 鈴木秀謙, 山本義介, 米田千賀子

61. 腰椎側カテテル断裂によるL-Pシャント不全の一例 (4分)

藤枝市立志太総合病院 脳神経外科 山崎健司, 篠原義賢, 杉浦正司,
桑原孝之
浜松医科大学 脳神経外科 植村研一

62. 透析患者における頭蓋内出血性病変 (5分)

浜松医療センター 脳神経外科 渡辺 修, 田中敬生, 中山禎司,
金子満雄

閉 会

MEMO

MEMO

抄 録 集

MRIでKernohan notchを確認し得た急性硬膜外血腫の一例

* 公立尾陽病院 脳神経外科
** 名古屋市立大学 脳神経外科

原田重徳、大野正弘*、永井 肇**

頭蓋内占拠病変により病変と同側の半身運動麻痺がみられる現象は、病変と反対側の大脳脚部の錐体路がテント自由縁に圧迫される為に生ずると説明され、このような症状あるいは大脳脚部の病変は、Kernohan syndromeおよびKernohan notchとして広く知られている。

症例は、45歳の男性で、左急性硬膜外血腫により昏睡状態となり左動眼神経麻痺が見られ、開頭血腫除去術により意識及び動眼神経麻痺が回復した後左半身不全麻痺が残存し、典型的なKernohan syndromeを呈した。頭部CTでは大脳脚および脳幹部に病変を認めなかったが、術後に行ったMRI検査では中脳右外側部に病変を認め、それ以外には左半身麻痺の責任病巣と成りうる病変を認めなかった。Kernohan notchが画像診断により直接指摘されたと言う報告は非常に少ないと考え報告する。

外傷性基底核部出血の5例

桑名市民病院 脳神経外科

山川伸隆(YAMAKAWA Nobutaka),
古野正和, 岡田昌彦

我々は、比較的まれな病態とされる外傷性大脳基底核部出血の5症例を経験した。

症例は全て交通事故によるもので、6歳から20歳の男3人、女2人の5例である。

両側基底核部出血を来したものが2例、一側のもの3例、脳室内出血を伴っていたものが3例であった。来院時の意識状態は、全例でJCS10から200、3例で片麻痺、3例で失語症を認めた。

保存的療法を行い、全例に於て意識は清明となり、失語症も全て著明に改善したが、片麻痺を示した3例中2例は現在もリハビリ中である。

我々の経験では、外傷性基底核部出血は、比較的予後良好な病態であると思われた。

外傷性椎骨動脈閉塞の1例

県立岐阜病院 脳神経外科

村瀬 悟(MURASE Satoru), 大江直行,
野倉宏晃, 三輪嘉明, 大熊晟夫

症例は52歳の男性。自動車追突事故時頸部を過屈曲し、6日後にめまいおよび歩行障害が出現し来院した。来院時右Wallenberg症候群を認めた。受傷9日後に行った脳血管撮影で第1頸椎と大後頭孔の間の高さで右椎骨動脈の完全閉塞を確認した。受傷25日後のMRIで延髄右外側部および右小脳半球に梗塞巣を、また右椎骨動脈内の血栓を確認した。入院後、抗凝固療法を施行し、神経症状は徐々に改善された。受傷4カ月後の脳血管撮影で右椎骨動脈の再開通を確認した。

外傷性椎骨動脈閉塞は比較的稀な疾患であり、軽微な外傷によっても発症し、更に一定の潜伏期をおいて発症することが多いなどの理由で看過され易いが、早急な診断と治療が必要な場合も多く、外傷の既往と臨床症状にて本症を疑った場合には早急な血管撮影が必要である。

小脳橋角部類上皮腫手術後に発生した外傷性前下小脳動脈瘤の1例

済生会松阪総合病院 脳神経外科

清水重利 (SHIMIZU Shigetoshi), 諸岡芳人,
黒木 実

症例は66歳、女性。左小脳橋角部類上皮腫の診断で、腫瘍摘出術を施行した。術中所見では、腫瘍はほぼ全摘出されたが、摘出に際して前下小脳動脈を圧排した際にmechanical spasmと思われる狭窄を生じた。同部よりの出血は認めなかった。

術後経過は順調であったが術後12日目に突然の意識障害、右片麻痺を生じた。頭部CTにて腫瘍摘出腔を中心としたクモ膜下出血を認めた。出血源は不明ながら意識障害が進行するために緊急手術を施行した。第二回手術所見では、血腫を除去していくと前下小脳動脈末梢部で前回mechanical spasmを生じた部位にほぼ一致し動脈瘤を認めclippingを行なった。術中の動脈損傷によると思われる医原性外傷性動脈瘤に関し若干の文献的考察を加え報告する。

外傷性内頸動脈後交通動脈分岐部動脈瘤の一例

新城市民病院 脳神経外科
共立菊川総合病院 脳神経外科*
浜松医科大学 脳神経外科**

平松久弥 (HIRAMATSU HISAYA)、村木正明、大石晴之
山本貴道、忍頂寺彰*、植村研一**

閉鎖性頭部外傷の際には、大脳鎌、テント、頭蓋底の骨影陰影などにより、直接動脈壁が損傷され、前大脳動脈領域、中大脳動脈領域に発生した動脈瘤、あるいは、前中蓋底動脈折に伴い、海綿静脈洞部の内頸動脈に発生した動脈瘤の報告は多い。今回我々は内頸動脈後交通動脈分岐部(IC-PC)に発生した外傷性脳動脈瘤の稀なる一例を経験したので、報告する。症例は59歳、男性。91.2.2、バイクにて走行中、停車中の自動車に救急車が衝突受傷、直後より意識消失し、救急車で来院した。来院時、G.C.S=E1.V1.M5、右不全麻痺あり、画像上では右側頭頭頂部に線状骨折、左前頭部に脳挫傷を認め、非外傷性急性水頭症、左前頭部に脳挫傷を認めた。非外傷性脳動脈瘤破裂の可能性も否定できなかったため、アングロ施行したが動脈瘤は認められなかった。同日、水頭症に対し、脳室ドレナージ施行、以後、E1.VT.M4でstableであったが、2.17(受傷15日目)、脳室ドレナージよりfresh bloodが流出したため、CT施行すると、前回同様のくも膜下出血であった。このため緊急アングロ施行、左IC-PC動脈瘤を認めた。同日、オペ施行、coagulaも多く、癒着も強かった。動脈瘤のneckにclipping施行、domeの一部を病理に提出したが、血管壁構造を認めず、clotのみであった。

頸椎・頸髄損傷に対する頸椎後方固定用クランプの使用経験

袋井市立袋井市民病院 脳神経外科

市橋鋭一 (ICHIHASHI Toshikazu),
原野秀之, 杉山忠光, 水野順一, 松島 豊

これまで我々は、不安定性を伴う頸椎・頸髄損傷に対して、原則として、前方骨固定術を行い、術後Halo best (3M), SOMI brace (3W) 外固定術を行ってきた。しかし、この術式では、外固定を約4カ月間必要とした。

今回、我々は、前方、後方同時固定術を施行し、前方固定術として骨移植術、後方固定術として後方固定用クランプの使用により、外固定を必要とせず、術後早期の離床、リハビリテーションの早期開始が可能であった2症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

小脳橋角部髄膜腫に合併した脊髄空洞症の1例

大垣市民病院脳神経外科

福井一裕 (FUKUI Kazuhiro), 井口郁三, 鬼頭晃

後頭蓋窩腫瘍に伴う脊髄空洞の報告は13例と比較的少ない。症例は66才女性。1989年より左三叉神経痛92年7月より聴力低下を来たし来院。左聴力低下と左三叉神経第3枝領域の痛み、軽度の構語障害を認めた。他の運動知覚障害は見られなかった。MRIにて左小脳橋角部に鈍角徴候と著明な増強効果を示す腫瘍が認められた。小脳、脳幹は腫瘍により圧迫され小脳扁桃ヘルニアを見た。また頸髄 C1からC4にかけての脊髄空洞を認めた。血管撮影では後下小脳動脈の下方偏位を見た。左後頭下開頭術にて腫瘍全摘出を行い約2カ月後のMRIにて小脳扁桃ヘルニアの消失と脊髄空洞の縮小を見た。本例の脊髄空洞は扁桃ヘルニアによる脳脊髄液のクモ膜下腔への流出障害が中心管の拡大をきたしたためと考えられた。

ハローリングを支持する左右のバーが転倒事故によって折れた1例について

焼津市立総合病院脳神経外科
浜松医科大学脳神経外科*

酒井直人 (SAKAI Naoto)、田中篤太郎、
竹原誠也、土屋直人、植村研一*

症例は37歳男性。交通外傷による頸椎骨折にて入院。Gardner牽引を2週間施行後にT社製のハロー装置を装着した。装着4週目に患者が転倒し、ハローリングを支持する左右のスレッドアダプティブートバーが折れた。直ちにハローリングを牽引し、異常所見のない事を確認しハロー装置を再装着した。以後の経過は良好であった。ハロー装置の安全性は一般的に高いと考えられているが、今回の事故の後、T社に問い合わせたところ、転倒などの事故におけるハロー装置の安全性については十分に考慮されていないとの事であった。この事は患者にとっても我々にとっても重大な問題であると考える。今回T社から入手した資料をもとにA社の製品とも比較しながらハロー装置の不慮の事故に対する安全性について検討し、改善すべき点についても考察を加える。

「後側方到達法を行った胸椎黄色靱帯骨化症と椎間板ヘルニアの合併例」

静岡県立総合病院 脳神経外科

李 泰喜 (LEE Tefy), 花北順哉,
諏訪英行, 久保洋昭, 水野正喜, 朝日 稔

胸椎黄色靱帯骨化症(OYL)と椎間板ヘルニア(DH)の合併した症例を経験し、後側方到達法によりOYL摘除と椎間板摘出を行い得たので、若干の考察を加えて報告する。
症例は、歩行障害で発症した49歳女性。入院時神経学的所見では、足がもつれる等の歩行障害。左L2～S1支配領域の知覚鈍麻・両側膝蓋腱反射・アキレス腱反射の亢進を認めた。脊髓造影・脊髓造影後脊椎断層・CT-M・MRIによりTh8/9での右側型DHとTh8/9・Th11/12でのOYLを認めた。後側方到達法でTh11椎弓切除によるOYL切除とTh8/9椎弓・椎間関節切除によるOYL・椎間板摘出を施行。術後経過は順調である。一般に胸椎DHは後方到達法では摘出困難であるが、外側型DHの場合、片側椎弓・椎弓根部・椎間関節切除による後側方到達法にて、脊髓の圧迫なしに、安全に椎間板内容を摘出し得ると考えられた。

脳神経外科における無侵襲連続脳酸素飽和度モニターの使用経験

小諸厚生総合病院 脳神経外科

鶴木 隆 (UNOKI Takashi), 鍾 震宇
奥寺 敬

脳神経外科における脳循環モニターとして近赤外線による無侵襲連続脳酸素飽和度モニターを使用しその有用性につき検討した。使用した機種はINVOS 3100 Cerebral Oxymer (Somatics社製)で近赤外線を用い経頭蓋的に脳実質局所へモグロビン酸素飽和度(rHbSO2)をリアルタイムかつ連続的に測定するものである(原理はMcCormickら(1990)により考案)。本法による脳実質rHbSO2の正常値は70~75%(平均73%)と報告されており、我々の検討でもほぼ同様の値を示した。本装置を頭部外傷、脳卒中などの患者に使用したところrHbSO2は速やかに60%台に低下した。また測定法が簡便で頭皮上に近赤外線センサーを置くだけで測定が可能ため入院患者の急変時にも容易に使用できた。本法は脳神経外科における脳機能モニタリング法として有用であると思われた。

腹部外科手術を契機に発症した腰部脊髄管狭窄症の1例

春日井市民病院脳神経外科
愛知医科大学脳神経外科*

渡部剛也 (WATABE Takeya), 岩田欣造,
平本直之, 山田博是*, 岩田金治郎*

腰部脊髄管狭窄症は間欠性跛行で発症することが多いが、今回我々は腹部外科手術後に神経症状を来した症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

症例は66才男性、平成2年に脱肛の手術を施行された直後より左下肢にしびれ感が現れ、以後2年にわたり改善せず、次第に筋萎縮も現れてきた。腰椎MRI・ミエログラフィーにてL3～L5に高度の脊柱管狭窄が認められ、椎弓切除術を施行した。症状発現の契機となった手術は腰椎伸展位にて体位を固定、約3時間にわたった全身麻酔下ではしびれ等を自覚することがなく、圧迫が長時間続けば障害は不可逆的となってしまう。本症を有する患者に全身麻酔による手術が必要な場合、術前の評価、術中体位に注意が必要である。

選択的逆行性椎骨動脈撮影の神経放射線学的検討

豊科赤十字病院脳神経外科・
信州大学脳神経外科**

宮武正樹 (MIYATAKE Masaki), 中川福夫・
小林茂昭**

セルジンガー法による脳血管撮影において、右椎骨動脈の異常を見落とさないために、選択的逆行性椎骨動脈撮影(SRVAG:selective retrograde vertebral angiography)を考案・施行し、その有用性について検討した。当院において施行された159例中、右椎骨動脈にカテーテル挿入困難な26例を対象とした。セルジンガー法により、右椎骨動脈起始部より遠位の鎖骨下動脈内にカテーテル先端を留置し、右上腕にマニキュートを巻き、200mmHg以上の圧を加えたまま造影剤を注入した。DSAにて撮影し、カテーテル挿入時のものと比較検討した。26例中14例にカテーテル挿入時と匹敵する造影能を得た。総頸動脈への逆流は6例に認め、造影剤注入量、速度とは関係なかった。右椎骨動脈へカテーテル挿入困難な場合、選択的逆行性椎骨動脈撮影が有用であることが示唆された。

MRIによる上矢状静脈洞の血流評価法

福井医科大学 脳神経外科¹⁾
金沢大学 脳神経外科²⁾

○北井隆平 (Kitai Ryuhei) 佐藤一史 久保田紀彦¹⁾
山崎哲盛²⁾

MRIは形態学的な情報を得るために利用されることが多いが、血流速度をパラメータとして画像化することも可能である。我々は“Time of Flight”効果を利用した“Direct Bolus Imaging”という手法を用い、上矢状静脈洞の血流を画像化し、その流速の定量化を行なった。健康成人10例の上矢状静脈洞の血流速度は均18.1 cm/secで、ピークはQRS complex より195msec後に存在した。一方、上矢状静脈洞血栓症では全く血流の同定が不可能であった。ところが上矢状静脈洞内へのdrainerを有するAVMでは60cm/secと著明な流速の増加が見られた。本方法はルーチンのMRI撮影に10分程度の追加で撮影可能である。静脈洞血栓症の診断のみならず、AVM塞栓術前後の効果判定など、応用範囲は広い。実際の手技と画像解析法をビデオにて共覧する。

癲癇患者に対する¹²³I-IMP SPECT検査の有用性

豊川市民病院 脳神経外科

中塚雅雄 (NAKATSUKA Masao), 嶋津直樹, 福岡秀和

今回、癲癇症例の発作期に¹²³I-IMP SPECTを行う機会を得たので、発作間欠期のSPECT像と比較し報告する。《症例1》63歳女性。左前頭葉皮質下出血後の癲癇発作歴がある。今回、部分発作をおこして入院した。¹²³I-IMP SPECT撮影中に、右上肢の部分発作が約2分間出現した。この時のSPECTでは左前頭葉に集積の亢進を認めしたが、その後の発作間欠期のSPECTは、同部位で集積の低下を認めた。同部位は脳波上の焦点と一致した。《症例2》39歳女性。過去に3回の痙攣発作の既往がある。今回、痙攣重積発作で入院した。脳波では焦点を認めなかったが、SPECTでは右頭頂後頭葉の白質に相当する部位に集積の亢進を認めた。同部位はMRIで異所性灰白質が描出され、癲癇発作の焦点と考えられた。

パーキンソン病に対する視床破壊術後の脳血流

1) 浜松労災病院 脳神経外科
2) 琉球大学 脳神経外科

秋山義典¹⁾, 熊井潤一郎¹⁾, 西川方夫¹⁾,
山城勝美²⁾, 六川二郎²⁾, 森和夫¹⁾

定位的視床破壊術後の脳血流の検討は殆どなされていない。今回我々は、片側振戦を主徴候とする2症例に対し、術後の脳血流と臨床症状を経時的に観察した。(症例1)60歳、男。当施設での最初の症例でVim核の同定に手間取り十分な検索ができないままに大きな凝固巣を作成した。術直後より振戦は消失したが、集中力の低下、健忘性失語、知的機能の低下等がみられ、術後14日の脳血流検査では、術側大脳半球に広範囲に亘る血流低下を認めた。手術後170日において、臨床症状は改善するも血流低下は持続している。(症例2)60歳、女。破壊術施行直後より振戦は消失し、各テストにて異常を認めなかったが、21日目の脳血流検査にて、術側大脳半球に広範囲に亘る血流低下を認めた。しかし、35日目の検査で血流は正常域にまで回復していた。

小児モヤモヤ病においてDIAMOX負荷IMP-SPECTが有用であった1症例

名古屋市立東市民病院 脳神経外科

布施孝久、高木卓爾、水野志朗、杉野文彦、
福島庸行、唐延洲

今回、モヤモヤ病が疑われた9歳女児に、DIAMOX負荷IMP-SPECTを施行し、脳血管の機能異常がより明確になった一症例を経験したので報告する。患児は6歳のときハーモニカを吹くと右手の脱力が出現することに気づき、モヤモヤ病が疑われた。頭部CTではとくに異常が認められなかったが、脳血管撮影では両側C₁A₁M₁部の狭窄と左基底核部のモヤモヤ血管が観察された。脳波検査では過呼吸負荷で左前頭部優位にre-build upがみられた。無負荷のSPECTでは左基底核部に軽度の血流低下が認められたが、DIAMOX負荷により左前頭-頭頂-側頭部に広範な血流低下が描出され、左側に強い循環予備能の低下が推定できた。虚血発作を主体とする小児モヤモヤ病の疑診例では脳血管造影やMRIの他にDIAMOX負荷によるIMP-SPECTが有用である。

精神官を呈した両側後頭葉転移性脳腫瘍の1治療例

愛知医科大学 脳神経外科

中島克昌 (NAKAKAJIMA Katsumasa)、
岩田金治郎、小島朋美

症例は61歳、女性。平成4年7月頃より歩行時のふらつきと後頭部頭痛にて発症。行動に異常も認められずようになり近医受診し頭部CT施行したところ両側後頭葉に腫瘍が認められ当院紹介され入院。入院時、視野障害、精神官、失書、失計算といった多彩な精神症状を呈した。また、胸部X-Pにて左S10に原発巣と思われ腫瘍が認められた。同年8月4日開頭腫瘍摘出術施行。病理組織は腺癌であった。術後50Gyの放射線治療を頭部に施行、現在化学療法施行中である。精神症状に関しては著明な改善が認められ精神官はほぼ消失した。

両側後頭葉の転移性脳腫瘍により精神官をきたした例は文献的にもまれであり若干の文献的考察を加え報告する。

脈絡叢に限局性転移した胃癌の1例

市立島田市民病院 脳神経外科

中林博道 (NAKABAYASHI Hiromichi)、
阪口正和、村田敬二、中川 修、高見俊宏

転移性腫瘍の脈絡叢転移は、剖検例では2.6%にみられるとされるが、脈絡叢のみの孤立性転移はきわめて少なく、文献的には5例の報告があるのみで、これまで胃癌からの転移は報告されていない。今回、我々は側脳室体部の脈絡叢に限局性転移を示した胃癌の稀な一症例を経験したので報告する。

症例は、64歳男性で、約10分間の意識喪失がみられ来院した。神経学的には、意識はJCS2点で、その他異常はみられなかった。CTでは側脳室前角から体部にかけて一部に低吸収域を伴ったheterogenousなmassを認め、造影剤により軽度増強効果がみられた。脳血管写では腫瘍血管は認められなかった。脳室内腫瘍を疑い、右前頭開頭術により腫瘍を全摘出した。病理組織では腺癌であり、全身検索により原発巣は胃癌と判明した。

腓尾部癌の脳転移の一例

名古屋市立大学 脳神経外科

真砂敦夫 (MASAGO Atsuo)、金井秀樹、間部英雄、
永井 肇

症例は50才の女性。歩行時のふらつきを訴え来院。神経学的に失見当識、ゲルストマン症候群、右不全麻痺、右同名半官を認めた。頭部CT、MRIで左後頭葉に出血を伴い、造影効果を有するmass lesionを認めた。CA19-9及びCEAが高値を示し、転移性脳腫瘍が疑われたが、神経症状が進行性であったので原発巣検索に先立ち開頭腫瘍摘出術を行った。病理診断は低分化型腺癌であった。腹部CTで腓尾部から腓へ浸潤する腫瘍が明らかとなった。他に原発巣となりうる病変はなく、脳以外には転移巣は見られなかった。

腓癌は悪性度が高く予後は極めて不良である。特に腓尾部癌は臨床症状に乏しく、診断時すでに進行した症例が多い。腓癌の脳転移は剖検例での報告がほとんどであり、手術症例はきわめて稀である。過去の報告例及び転移様式について考察を加え報告する。

乳癌術後のホルモン療法中に認められた多発性髄膜腫

金沢大学脳神経外科、眼科*

光田幸彦 (KOUUDA Yukihiko)、新多 寿、
岡田尚巳、山嶋哲盛、山下純宏、白尾 裕*

症例は45歳の女性で、左眼の視力低下を主訴として来院した。家族歴に特記すべきことなし。10年前に右乳癌の手術を施行後、ホルモン療法として卵巣摘出術を受け、以来プロゲステロン製剤の内服を継続していた。神経学的には左眼の眼前手動弁と右眼のうっ血乳頭がみられた。皮膚病変はなかった。

造影MRIでは硬膜に接し、均一に造影される腫瘍陰影がテント上に十数個みられた。脳血管造影で主として外頸動脈系からの腫瘍濃染像がみられた。

多段階手術にて腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は硬膜に付着し、脳表との癒着は軽度であった。画像上は正常と思われた硬膜に多数の小病変がみられたため、腫瘍塊周囲の硬膜を広範に切除した。

組織学的にはすべて transitional meningioma であり、悪性所見は認めなかった。腫瘍塊周辺の硬膜には meningotheial cell の集簇が散在性にみられた。本症例における meningioma の多発性は乳癌に対するホルモン療法に起因するものと推定された。

開頭術にて全摘し得た涙腺多形性腺腫の1例

市立四日市病院脳神経外科

原 政人(HARA Masahito), 伊藤八峯,
市原 薫, 塚本信弘, 池田浩司, 渡辺和彦

涙腺腫瘍は、眼窩内腫瘍全体の5%前後とされ、比較的頻度の低い疾患である。今回我々は、脳神経外科領域で治療する経験の少ない涙腺腫瘍を経験したので報告する。

症例は、51歳女性で、12年の経過で眼球突出及び、眼球の内下方偏位が増強し、当科を受診。CTでは、眼窩内外側に、比較的境界明瞭で、均一な軟部組織様陰影がみられ、造影効果をわずかに認めた。MRIでは、T₁・T₂強調像で、等～低信号強度であり、ほぼ均一な造影効果を呈した。手術は、fronto-orbital craniotomyを施行し、境界明瞭な白色腫瘍が全摘出された。病理組織学的には、涙腺多形性腺腫と診断された。

現在、眼球突出も消失し、経過良好である。

涙腺多形性腺腫においては、不完全摘出による悪性化が問題とされており、広い手術野の得られる開頭術は、全摘出という目的において有用な手術法と考えられる。

神経膠腫および多発脳動脈瘤を合併したGH
産生下垂体腫瘍の一例

静岡赤十字病院脳神経外科

篠田 純 (SHINODA Jun), 島本佳憲,
山田 史, 福田 栄

症例は50才女性。約10年前より近医にて高血圧の加療中であったが、平成4年4月頃より末端肥大を指摘され、GHが15-20ng/mlと高値を示した。CT, MRIにて下垂体前葉に径約1cmの腫瘍を認めたがそれ以外に左前頭葉に石灰化を伴う径約3cmの辺縁不正な腫瘍が認められた。さらに脳血管撮影では両側前大脳動脈に腫瘍によるhypovascularなmass effectを示すとともに、左内頸動脈及び左前大脳動脈末梢部に嚢状の未破裂動脈瘤を認めた。これらの病変に対して5月12日動脈瘤クリッピング、および左前頭葉腫瘍の摘出を、また5月29日には経蝶形骨洞にて下垂体腫瘍を摘出した。病理組織学的にはoligodendrogliomaとadenomaであった。下垂体腺腫と脳動脈瘤の合併例は散見されるが、本症例では更にgliomaを合併しており、極めて稀な症例と考えられ、報告する。

Double midline germ cell tumor の臨床
的特徴

浜松医科大学 脳神経外科

○藤原幸治 (FUJIWARA Koji), 西澤 茂,
横山徹夫, 檜前 薫, 今村陽子, 龍 浩志, 植村研一

目的：double midline germ cell tumor (DMGT) の報告は少なく、その臨床的特徴について不明な点が多い。今回我々は同症例を3例経験し、これまで治療したsuprasellar germ cell tumorと比較し、その特徴について検討を加えたので報告する。症例：対象は13歳，15歳，18歳のいずれも男性であった。臨床症状としては全例で尿崩症，汎下垂体機能低下症を認めた。画像診断上，全例で鞍上部と松果体部に腫瘍認め，2例は脳室内播種を認め，腫瘍マーカーも陽性であった。治療として全例に放射線療法を，更に2例には化学療法を併用したが，1例においては再発を繰り返した。結論：今回の3例の検討から，DMGTにおける臨床的特徴として，以下の点が判明した。①全例が男性であった。②化学療法に対して抵抗性のものがあった。③腫瘍マーカー陽性例が多かった。

悪性下垂体腺腫と考えられた1例

岐阜大学脳神経外科

林 克彦(HAYASHI Katuhiko), 今井 秀, 原 明,
郭 泰彦, 西村康明, 安藤 隆, 坂井 昇, 山田 弘

悪性下垂体腺腫の定義はまだまだ確立されていない。今回、初発より短期間で頭蓋内に転移をきたし、悪性下垂体腺腫と考えられた症例を経験したので報告する。症例は42歳の女性で突然の激しい頭痛・嘔吐にて発症した。CT、MRIにて鞍内から鞍上部に進展する腫瘍陰影と一部血腫を認め、下垂体腺腫および下垂体卒中と診断した。下垂体ホルモン検査では、汎下垂体機能低下であった。開頭により腫瘍摘出術を施行、病理検査結果は核分裂像と多形性を伴うadenomaであった。術後14日のMRIにて鞍上部への腫瘍の急激な増大を認め放射線照射を開始したが、脳実質、脳室内、髄膜、脊髄に播種を来し、初発より3カ月にて死亡した。剖検が施行され、頭蓋外には腫瘍性病変を認めず、下垂体原発腫瘍およびその頭蓋内転移と考えられた。悪性下垂体腺腫に関して文献的考察を加える。

視床下部悪性リンパ腫の一例

名古屋医科大学 脳神経外科

岡本一也(OKAMOTO Kazuya)、飯塚秀明、竹内文彦、
加藤 甲、中村 勉、角家 暁

視床下部症状で発症し第3脳室前半部を占拠した悪性リンパ腫の一例を報告する。患者は76歳女性、3週間前より食欲、自発性が減退し意識も悪化したため当科に紹介された。入院時、発語なく傾眠状態であった。CT、MRIで鞍上部から第3脳室前半部に腫瘍を認め、造影剤で著しく増強された。大脳深部の浮腫が著しかった。内分泌学的には汎下垂体機能不全であったがプロラクチンは139ng/mlと高値だった。入院後直ちにステロイドを投与し、interhemispheric trans-lamina terminalis approachで腫瘍を摘出した。組織学的には、類円形の小型一中型細胞が増殖し、部分的に変性もみられた。細胞周囲には鍍銀線維が発達し、免疫組織学的にLCA陽性で悪性リンパ腫と診断した。全身検査では原発巣は見いだせなかった。術後尿崩症が出現したが、ステロイド投与と照射療法で腫瘍は消失し意識も改善した。

第3脳室 colloid cyst の1例

西尾市民病院 脳神経外科
名古屋大学 脳神経外科*木野本武久(Kinomoto Takehisa)、野田哲
半田肇*、桑山直人*、梶田泰一*

症例は27才、男性。2週間前から次第に増強する頭痛、嘔気および意識消失発作を主訴に来院。意識清明で、鬱血乳頭の所見はなく、脳神経、四肢にも異常所見はみられなかった。また、姿勢による症状の増悪寛解はなかった。CT、MRIで両側側脳室の拡大、第三脳室前半部に12x12x19mmの嚢胞性病変が認められ、嚢胞壁のみ造影された。血管撮影では、異常所見は認められなかった。

右前頭開頭にて全摘術が行われた。側脳室前角に達すると、表面に血管を有する薄い膜に覆われた嚢胞が、モノロー孔を大きく拡大して第三脳室を占拠していた。透明淡黄色の内容液を吸引後、癒着した脈絡叢とともに容易に全摘し得た。術後、患者は無症状で復職している。組織は1ないし数層の上皮細胞と外側の結合織からなり、内容液は高蛋白で多数の不明細胞を有していた。

腫瘍内出血で発症したmedulloblastomaの1例

名古屋大学脳神経外科

安斉正興(ANZAI Masaoki)、若林俊彦、岡行雄、吉田 純、
杉田 慶一郎

脳腫瘍の腫瘍内出血の頻度は約5%で、大多数は悪性腫瘍や下垂体腺腫である。medulloblastomaは小児脳腫瘍の15-20%を占める悪性腫瘍であるが、その腫瘍内出血の報告は少なく、我々の渉猟し得た範囲では39例であり、さらに腫瘍内出血がその初発症状と考えられたものは9例に過ぎなかった。今回我々も、腫瘍内出血で発症した1例を経験したので報告する。症例：15歳男。1992年5月19日、起床時突然のめまい、嘔吐を認め、立位不能となった。翌20日他院内科受診。単純CTにて小脳虫部に高吸収域を認め、同院脳外科を経て6月2日当科入院。6月9日後頭下開頭にて手術施行。小脳虫部に血腫を有する腫瘍を認め、第4脳室底のわずかな部分を残し摘出。病理検査にてmedulloblastomaと診断された。術後、放射線治療及び化学療法を施行し、9月4日独歩にて退院した。

小脳出血で発症した髄芽腫の一例

千葉徳洲会病院脳神経外科
金沢大学脳神経外科*高島靖志(TAKABATAKE Yasushi)
早瀬秀男、新多 寿*

症例は12歳、女性。突然発症した頭痛、嘔吐で来院。意識昏迷、対光反射正常。CTスキャンにより、小脳虫部にcystを伴うmixed density massおよび第4脳室より穿破した脳室内出血、急性水頭症を認めた。緊急で後頭下開頭により、血腫除去および腫瘍全摘を行った。病理組織診断は、髄芽腫であった。術後、一過性に不穏状態となったが回復し、V-Pシャント、他院において放射線療法の後、自宅退院した。髄芽腫からの出血は稀であり、しかも、その報告は脳室ドレナージ等の外科的治療後、放射線療法後の出血例がほとんどで出血で初発した例は少ない。腫瘍による血管侵襲、血管閉塞等が出血のメカニズムと言われている。小脳出血で発症した髄芽腫の一例を文献的考察を加えて報告する。

脳内出血で発症した再発性頭蓋内軟骨肉腫の一例

鈴鹿中勢総合病院 脳神経外科, 病理科

亀井裕介 (KAMEI Yusuke), 森川篤憲,

村尾健一, 村田哲也

症例は27才, 男性。主訴は項部痛, 歩行障害。平成2年にI病院脳神経外科受診, 精査の結果, 頭蓋内腫瘍及び脳内出血と診断され, 摘出術で軟骨肉腫と診断された。今回項部痛, 発熱あり, 当科受診, 頭部CT, MRIにて右中頭蓋底内側より橋前面に及んでいる石灰化した腫瘍認め, 右側頭葉内には巨大な血腫を認めた。右側頭開頭にて手術施行, 中頭蓋窩に進展した血腫を全摘出, 硬膜の欠損部より中頭蓋窩の腫瘍を部分摘出した。病理組織学的所見では腫瘍細胞は卵円形~多稜形, 核クロマチンの濃染するものが目立った。細胞質は軟骨様基質が認められ, その基質に乏しい部位では粘液様基質が目立った。組織化学的に軟骨様基質はアルジアン青陽性で, 腫瘍細胞はPAS陽性であった。免疫組織化学的に腫瘍細胞はビメンチンとS-100蛋白が陽性であった。以上の所見より, 骨外性粘性軟骨肉腫が最も考えられた。

動眼神経鞘腫の1例

聖隷浜松病院 脳神経外科

稲永親憲 (INENAGA Chikanori), 稲川正一,

嶋田 務, 佐藤健吾, 日吉 城, 堺 常雄

症例は50歳, 男性, 右利き。耳鼻科にて右師骨洞粘液嚢腫の摘出術を受けたが, その術前MRIにて右大脳脚の前方に腫瘤性病変を認めたため当科に転科となった。自覚症状は無いが, 神経学的には視野検査で軽度の両耳側半盲を示した。MRIでは, 右動眼神経が中脳から出た直後に約1.5cm径の腫瘤の中に入り込み, その一部が海綿静脈洞上部に進展しているように思われた。このため右動眼神経鞘腫を疑い開頭術を施行したところ, 右動眼神経自体が紡錘形に腫大して腫瘤をなしており, その一部が海綿静脈洞に入り込んでいた。腫瘤の両端で神経を切断し腓腹神経を用いて動眼神経を吻合した。病理組織診断は神経鞘腫であった。動眼神経に単独に発生する神経鞘腫は極めて稀な疾患であり, また, 今回の症例ではMRIが術前診断上有効であったので報告する。

透明中隔より発生した

Cavernous hemangiomaの1例

金沢脳神経外科病院

梅森 勉 (UMEMORI Tsutomu), 北川 義展,

佐々木 尚, 飯田 隆昭, 高畑 剛, 佐藤 秀次

症例は55歳男性。3年来の記銘力障害を主訴に来院。その他神経脱髄落症状、頭蓋内圧亢進症状は認めなかった。透明中隔に一致してCTscanでは高吸収域を、MRIではT1WI T2WIともにmixed intensityを示すmassを認めた。造影剤による明かな増強効果はなく、脳血管撮影でも異常所見はみられなかった。

anterior transcallosal approachにて摘出術を施行。術中所見では透明中隔に血管に富んだ腫瘤を認め、周囲にhemosiderinの沈着及び器質化した血腫がみられた。病理診断はCavernous hemangiomaであった。

透明中隔より発生する腫瘍や血管病変の報告はまれである。今回我々が経験したCavernous hemangiomaは透明中隔に発生し、記銘力障害は出血によるfornixの障害と考えられた。症候学的にも珍しいと思われ報告する。

脳幹部症状で発症し、大後頭孔まで伸展した頭蓋咽頭腫の1例

海南病院 脳神経外科

名古屋大学 脳神経外科*

中原紀元 (NAKAHARA Norimoto),

山本直人, 大須賀浩二, 渋谷正人*

頭蓋咽頭腫は下垂体柄部より前上方へ伸展することが多いが、今回我々は下垂体機能異常を伴わず脳幹症状で発症し大後頭孔まで伸展した1例を経験したので報告する。【症例】49歳男性。平衡機能障害を主訴に来院。CT, MRIにてトルコ鞍部より斜台を通り大後頭孔まで達する腫瘍性病変を認めた。斜台部脊索腫の診断の下にテント上下からのtwo stage operationを計画した。第1回手術ではlateral approachにより脳幹部の減圧を実施。術中迅速切片により頭蓋咽頭腫と診断。第2回手術ではorbitocranibasilar approachにより頭蓋底部腫瘍を摘出した。【結論】後頭蓋窩に進展する頭蓋咽頭腫は稀であり、本例のようにテント上下にまたがる腫瘍の摘出には今回用いた2つのapproachにて脳幹前面および頭蓋底の十分な視野が得られ有効であると思われた。

小脳橋角部から錐体骨内に進展した脊索腫の一例

名鉄病院 脳神経外科

滝 英明、松浦誠司、松本 隆、春日洋一郎
高木照正

脊索腫は稀な腫瘍で、頭蓋内ではトルコ鞍近傍や斜台など脳底部正中線上に好発する。今回、小脳橋角部から錐体骨内に進展し一部は頭蓋外にまで拡がった脊索腫の一例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

〈症例〉63才男性。半年前から末梢性右顔面神経麻痺に気づき、近医を経て当院脳外科を受診。単純CTで右小脳橋角部に低吸収域の腫瘍性病変を認め、造影CTでは腫瘍辺縁のみ造影された。MRIはT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号、Gd-DTPAで実質が淡く造影された。Retrosigmoid craniectomyにより腫瘍をほぼ全摘した。腫瘍は明かな被膜のない半透明・ゼラチン様組織で、硬膜外から錐体骨内に骨を破壊しながら浸潤して頭蓋外にも顔を出し、一部は硬膜を貫いて小脳半球を圧迫していた。病理診断は脊索腫であった。

Multicentric glioma が疑われた1症例

静岡市立静岡病院 脳神経外科

後藤至宏 (GOTOH Yoshihiro) 清水言行
齋藤 晃

症例：49才女性 1984年11月、失神発作と頭痛を主訴に当科を受診した。CTにて lt-temporal lobe に腫瘍を認め、腫瘍摘出術を施行した。組織像は Oligodendrogliomaであった。1986年12月、1987年12月、1988年10月に腫瘍の再発を認め、それぞれ腫瘍摘出術を施行した。この時 malignant change を認めたと為、放射線療法を施行した。1992年6月 CTにて rt-frontal lobe 底部に腫瘍を認めた。lt-temporal lobe での腫瘍再発は認められなかった。髄液検査では、髄液中に腫瘍細胞は認めなかった。同年8月腫瘍摘出術を施行した。組織像は Oligodendroglioma であったが、血管内皮細胞の増殖が強く、malignant な組織像であった。

以上の経過から、本症例は multicentric glioma が強く疑われた。

小脳橋角部脂肪腫の一例

名古屋市立大学 脳神経外科

相原徳孝 (AIHARA Noritaka)、永井 肇、
神谷 健、松本 隆、山下伸子

極めて稀な小脳橋角部脂肪腫の1例を報告する。症例は、47歳女性で、右三叉神経痛と右聴力低下を認めた。CTで、右小脳橋角部にCT値-104HU (Hounsfield units) の低吸収域病変を認めた。病変は、MRI、T1強調画像で高信号に描出された。Dixon法、opposed 画像では、病変は描出されず、脂肪により構成されていることがわかった。右後頭下開頭により腫瘍を部分摘出した。腫瘍は、右第7、8神経を巻き込み、第5神経に付着していた。腫瘍と第7、8神経との癒着は強く、易出血性で完全摘出は困難であった。組織学的診断は、脂肪腫であった。自験例も含め、小脳橋角部脂肪腫の臨床症状、放射線学的特徴および治療について、若干の文献的考察を行う。

Multicentric glioma の1例

岡波総合病院 脳神経外科
奈良県立医科大学 脳神経外科*

米澤泰司 (YONEZAWA Taiji)、橋本宏之
榊寿右*、角田茂*

神経膠腫が多発性に発生することは稀なことである。今回、我々はテント上、3カ所に発生したMulticentric glioma の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は75歳の男性で、意識レベルの低下を主訴に来院した。受診時のCTにて左側頭葉に大きなリング状に造影される病変と右前頭葉に淡く造影される病変を認め、さらにMRIでは右後頭葉にも病変が認められた。それらに連続性はなく、転移性脳腫瘍の術前診断にて手術を2回施行した。病理組織診断では左側頭葉の腫瘍は glioblastoma で右前頭葉の腫瘍は anaplastic astrocytoma で異なった組織像を示した。術中所見では左側頭葉の腫瘍は比較的柔らかく境界不鮮明であったが、右前頭葉の腫瘍は弾性硬で境界は比較的鮮明であった。

Radiation induced glioma と考えられた1例

静岡県立こども病院脳神経外科

高橋歩(TAKAHASHI Ayumi) 佐藤倫子
佐藤博美

放射線治療により脳腫瘍が誘発されることが知られている。我々は視神経膠腫の follow 中に radiation induced glioma と考えられる1例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は17才男性。7才時、視力、視野障害で発症し視神経膠腫の診断で腫瘍部分摘出術と50Gyの放射線治療を施行。17才時にはCT上右基底核から側頭葉にかけて異常陰影を認めた。腫瘍は増大傾向にあり化学療法を施行したが効果なく右側頭葉切除術と39.6Gyの全脳照射を施行したが、神経症状、全身状態が悪化しDICとなり腫瘍内出血で死亡した。剖検では右大脳半球に広汎な腫瘍浸潤を認め悪性度はgrade 3。残存する視神経膠腫はgrade 1~2で両者は境されお

り別の腫瘍と考えられた。

比較的短期間で新生を確認し得た多発性神経膠芽腫の3例

金沢大学脳神経外科

瀬戸 陽(SETO Akira)、長谷川光広、池田清延、山崎哲盛、山下純宏

てんかん発作や脳卒中後の経過観察中に、比較的短期間でCTあるいはMRIにて新生を確認し得た多発性神経膠芽腫3例を経験したので報告する。症例1, 42歳男性, 意識消失発作で6か月間経過観察されていた。発症時のMRIに異常は認められなかったが、6か月後のCTおよびMRIにて左側頭葉に腫瘍を指摘され、腫瘍摘出術が施行された。術後放射線照射と化学療法が行なわれ、発症から10か月たった現在まで再発は認められていない。症例2, 69歳男性, 脳血栓の発症後2年半経過観察されていた。異常なしと確認された最終CTから6か月後に右片麻痺の増悪と意識障害が認められ、CTにて左前頭葉下部に腫瘍を指摘された。入院後保存的加療が行なわれたが、併発した肺炎のため6か月後に死亡した。剖検所見より多発性神経膠芽腫と診断された。症例3, 38歳女性, 頸部を右方に回旋する痙攣発作と左頭頂葉の高吸収域(石灰化)で18か月間経過観察されていた。著変無しと確認された最終CTから5か月後に運動性失語と右半身の痙攣発作が出現し、CTにて石灰化周囲の増強域の増大が指摘され入院となった。入院2日目に突然半昏状態になり、CTにて左頭頂葉に血腫が認められ、緊急に悪性神経膠腫の腫瘍切除術が行なわれたが、術後植物状態となった。一般に悪性神経膠腫の腫瘍倍加時間は20日から30日と言われており、1gの腫瘍塊が3か月で30g以上となる可能性がある。したがって、多発性神経膠芽腫の早期発見には、短期間で繰り返し病変の変化を検索することが必要であるが、事実上非常に困難である。

急速な腫瘍増大を観察し得た Subependymal Giant Cell Astrocytoma の一例

名古屋大学脳神経外科、同小児科*

加野貴久(KANO Takahisa)、若林俊彦、安齋正興、
加納道久、吉田 純、杉田虔一郎、渡辺一功*

結節性硬化症に好発する Subependymal Giant Cell Astrocytoma(SGCA)は比較的良形で増殖も緩慢とされているが、最近興味ある病態を観察し得た症例を経験したので報告する。症例は12歳男。2歳より結節性硬化症との診断で経過観察されていたがCT上5年前に左側脳室に異常陰影を認め、2年前より陰影は急速に増大し、水頭症及び視力低下が認められたため、左前頭開頭、Transcortical approach にて全摘出した。病理組織は好酸性胞体の大型なアストロサイト系の異型グリアの増生を認めSGCAと診断された。免疫組織学的検査では、GFAPやS-100は一部に局在して認められたが、NSEは彌漫性に染色された。術後の回復は順調で水頭症も自然寛解し、独歩退院した。

原発性脳腫瘍に対するCLN-IgG(ヒトモノクローナル抗体)を用いた免疫療法

小牧市民病院 脳神経外科

岩越孝恭(IWAKOSHI Takayasu)、
小林達也、木田義久、田中孝幸、雄山博文

【目的】前治療抵抗性の神経膠腫2例に対しCLN-IgGによる免疫療法を行い、その有効性、安全性及び副作用の出現を検討した。

【方法】組織学的に神経膠腫と診断された症例で先行治療後、4週間以上経過し、測定可能な病変を有する患者にCLN-IgG1mgを週2回、24週間以上静注する。病変の変化をCTまたはMRIで、更に一般所見、血液所見、免疫状態、神経学的所見を評価した。

【結果及び結論】両症例とも副作用はなく、一般症状、神経症状の改善を認めた。画像上造影部分の縮小mass-effectの減少及び周辺のedemaの減少を認めた。CLN-IgG単独による免疫療法が腫瘍の増大を抑制していることが示唆された。

動脈瘤切除とM1-M2吻合を要した中大脳動脈 large aneurysm の一治験例

豊橋市民病院 脳神経外科

高木輝秀 (TAKAGI Teruhide)、渡辺正男、井上憲夫、宮地 茂、永谷哲也、岡村和彦

部分的に血栓化した large 又は giant aneurysm は、例えうまく血栓を除去し十分浅く clipping しても容易に閉塞を来したため、瘤の切除と血行再建が勧められている。今回、動脈瘤の摘除と M1-M2 吻合が必要であった中大脳動脈瘤を経験したので報告する。症例は57歳男性で、てんかん発作にて発症しCT, MRI 及び脳血管写にて、両側中大脳動脈の large aneurysm と右角回動脈瘤を認めた。MRI上、両側中大脳動脈瘤には血栓化が見られた。右側の large aneurysm に対し親血管を一時的に遮断して動脈瘤壁を切開切除し、器質化した血栓を除去した。内腔に十分余裕を持たせclippingを試みたが極めて容易にclotを形成し親血管の閉塞を生じた。このため方針を変え、動脈瘤を摘除しanterior temporal artery と M2 superior division および M1 と M2 inferior division をそれぞれ吻合した。anterior temporal artery は犠牲にした。右角回動脈瘤は容易に clipping できた。左側の動脈瘤の器質化血栓は右側より薄く、瘤を摘除することなく clipping 可能であった。術後経過は良好にて神経脱落症状なく独歩退院した。血栓の摘出を必要とする動脈瘤では、血栓除去後に内膜損傷により容易に新たな血栓を生じるため、瘤切除と血行再建を考慮すべきである。

脳室内出血で発症した小児外側後脈絡叢動脈瘤の1例

名古屋掖済会病院 脳神経外科

文堂昌彦 (BUNDO masahiko)、柴田孝行、伊藤明雄、宮崎素子、一見和良、河合達己

症例は、右側脳室三角部の前外側壁上衣下に生じた外側後脈絡叢動脈瘤破裂によって、脳室内出血を来した3歳10か月の女児である。transcortical approach にて動脈瘤を摘出し、良好な結果を得た。幼小児の脳動脈瘤は稀であるが、5歳未満では0.03~1%の頻度である。外側後脈絡叢動脈瘤によるものは、我々の検索した範囲では、1例のみである。

腎不全に合併した未破裂脳動脈瘤の1治療例

* 町立浜岡総合病院 脳神経外科
** 町立浜岡総合病院 泌尿器科
*** 藤田保健衛生大学 脳神経外科

尾内一如 (ONOUCHI Kazunao)*, 永田淳二*, 中原雅雄**, 中川淳一郎**, 神野哲夫***

症例は62歳、男性で以前より高血圧、腎不全に罹患しており、平成元年7月人工透析 (HD) 治療を開始された。平成2年10月15日てんかん発作をきたした。当院脳神経外科へ紹介され頭部CT検査にて右中大脳動脈の未破裂脳動脈瘤らしき陰影を認めた。HD中のため手術療法は行わず、外来にて平成3年1月までフェノバールの内服処方のみ行った。しかしその後高血圧が続き降圧剤投与にもかかわらず血圧はときどき200以上に上昇していた。従って脳動脈瘤破裂の危険が高いと考え、脳動脈瘤クリッピング術を行なうことになった。4月18日 当院泌尿器科入院し、HDからCAPD (腹膜透析) へ移行した。5月12日脳血管撮影を施行した後、5月20日手術施行した。腎不全に合併した脳動脈瘤の手術は未だ報告が少なく若干の文献的考察を加えて報告する。

CTにて見逃ししやすい無症候性未破裂脳動脈瘤のCT診断のpoint

藤田保健衛生大学 脳神経外科

笠間 睦 (KASAMA Atsushi), 庄田 基、加藤庸子、佐野公俊、神野哲夫

近年DSA, MRI, MRAなどといったハイテクノロジーの進歩とともに、脳ドックが盛んとなってきているが、依然として初回に施行される検査はCTであることが多く、スクリーニング検査としてのCTの重要性には何ら変化はない。

最近我々は慢性頭痛とめまい感にて外来を訪れ、CT異常なしという神経放射線科医のレポートをもらったが、わずかなabnormal enhancementから脳動脈瘤を疑い追加検査を施行し、脳動脈瘤と診断し手術施行し全合併症なく退院した3例の脳動脈瘤を経験したので報告する。

症例1は70才女性で、左内頸動脈・眼動脈分岐部動脈瘤である。症例2は62才女性で、左内頸動脈・後交通動脈分岐部動脈瘤である。症例3は57才男性で、右中大脳動脈瘤である。以上3例の諸検査を供覧しCTでは見逃されやすい未破裂脳動脈瘤の診断の要点につき報告する。

血小板活性化因子が誘因となったと考えられるSAH後脳血管攣縮併発例について

* 八千代病院 脳神経外科

** SRL研究部

*** 藤田保健衛生大学 脳神経外科

阿部 守 (ABE Mamoru) *, 松崎正晴**,

井上孝司*, 佐野公俊***, 神野哲夫***

くも膜下出血後の脳血管攣縮の病因について、炎症、免疫の関与も言われている。血小板活性化因子 (PAF) は炎症、免疫等に関与するケミカルメディエーターとして注目されている。今回、我々はくも膜下出血後10日目に突然発熱とともに意識低下、左片麻痺を併発し脳梗塞となった症例の髄液ならび末梢血中のPAFならびその不活性化因子、アセチルコリンエステラーゼについて興味ある所見を得たので報告する。

多発性脳出血にて発症したChoriocarcinomaの脳転移によるneoplastic aneurysmの1例

富山医科大学脳神経外科

育和会記念病院*

津村貢太郎 (TSUMURA Kohtarō)、大辻常男、

栗本昌紀、遠藤俊郎、高久 晃、文 正夫*

頭蓋内出血にて発症した多発性neoplastic aneurysmの1例を経験したので報告する。症例は、22才女性、20才時に胎状奇胎の既往がある。突然の頭痛で発症し、来院時に傾眠と右不全片麻痺を認めた。CTで両側頭頂葉および左後頭葉計3ヵ所に多発性脳内出血を認めた。胸部X線写真では左上肺野に境界鮮明な腫瘍陰影を認めた。脳血管造影では両側前大脳動脈および右中大脳動脈末梢に、多発性の動脈瘤ならびに異常血管拡張像を認めた。緊急手術により、両側頭頂葉の血腫除去と共に同血腫内に存在した脳動脈瘤切除を行った。組織学的に動脈瘤の一部に浸潤する絨毛上皮癌の所見を認めた。

もやもや病に伴った脳動脈瘤——自然消失した1例

半田市立半田病院脳神経外科

水谷信彦 (MIZUTANI Nobuhiko)、半田 隆、

立花栄二、浅井俊人、中根藤七、六鹿直視

もやもや病に動脈瘤を合併することが多いことはよく知られているが、近年症例も徐々に集められてきておりその自然経過、分類、治療方針に関しての文献も見られるようになってきている。しかし治療方針に関しては未だ確立されていない。今回もやもや病に伴った動脈瘤の破裂により脳室内出血を中心とする脳出血で発症し血管造影上入院時に見られた動脈瘤陰影が短期間に消失した症例を経験したので報告する。症例は58才女性で、平成4年7月8日自宅で倒れているところを発見され当院に搬送された。来院時JCSIII-100、左半身不全麻痺を認めた。CTでは右尾状核部出血と脳室内穿破がみられた。脳血管造影にて両側のもやもや血管と右基底核部に動脈瘤陰影を認めた。保存的に経過観察したところ徐々に意識改善し、失語傾向も改善し独歩可能、尿失禁もなくなった。第36病日の8月13日に血管造影再検したところ入院時に見られた動脈瘤陰影は消失していた。以上文献的考察も加え報告する。

前大脳動脈解離性動脈瘤の一例

小林脳神経外科・神経内科病院, 東海大学

脳神経外科・

安川浩司 (YASUKAWA Koji)、上條幸弘、百瀬

玄機、小林 茂、池田 公・

症例は、62才男性、嘔吐と言語障害を主訴として来院、神経学的には意識清明であったが、軽度構語障害と右片麻痺を認めた。CTでは大脳半球間裂と左頭頂部にSAHを認め、MRIでは左前大脳動脈領域に沿って梗塞巣がみられた。発症2週間後の脳血管造影にて、左A2 portionのboulbous dilatationに続いて、A2からA3 portionにかけてsegmental narrowingがみられたため、前大脳動脈解離性動脈瘤と診断、再発防止の観点から、前大脳動脈末梢部の吻合術及び動脈瘤用拡張部のトラッピングを施行、良好な結果が得られた。本例は貴重な症例と思われたため、文献的考察を加えて報告する。

矢状断MRI像で病変の伸展を確認し得た
椎骨脳底動脈解離性動脈瘤の1例

富山医科薬科大学脳神経外科

扇一恒章 (OGIICHI Tsuneaki)、遠藤俊郎、
松村内久、栗本昌紀、高久 晃

症例は60歳男性。頭痛とそれに続く意識消失発作で発症。CTで脚間槽と側脳室内に出血を認めくも膜下出血と診断した。初回脳血管撮影では出血の原因となる血管異常は指摘できなかった。1週間後の矢状断MRIのT₁強調画像で脳底動脈の flow voidと平行に線状の高信号を認め、この変化は脚間槽の出血部位と連続していた。再度施行した、血管撮影にて、頭蓋内左椎骨動脈の diffuse narrowingおよび脳底動脈部の string signを認めた。左椎骨動脈より脳底動脈へ伸展した解離性動脈瘤が解離の遠位部でくも膜下出血をきたしたものと診断し、左椎骨動脈近位側 clipping 術を施行した。術2ヶ月後、汎発性腹膜炎を併発し死亡し、剖検によりMRI所見に一致する椎骨脳底動脈解離性病変の存在が確認された。

両側椎骨動脈瘤の1例

石川県立中央病院 脳神経外科

宗本 滋 (SHIGERU Munemoto)、黒田英一、
浜田秀剛、田口博基、山野 潤

症例 43歳男性。主訴 頭痛 現病歴 1992年7月19日頭痛出現。7月24日激しい頭痛、右難聴、耳鳴出現入院。入院時所見 頭痛、右難聴、耳鳴、体動時眩暈、左方向眼振。髄液淡血性。血管造影では右椎骨動脈の狭窄、血流遅延があり、脳底動脈は造影不良であった。左椎骨動脈は狭窄しており、PICA分岐後椎骨動脈は閉塞していた。PICA分岐部に動脈瘤がみられた。両側椎骨動脈解離を疑い加療、1か月後の血管造影で左椎骨動脈瘤の増大がみられた。9月7日左後頭下閉頭動脈瘤クリッピング術施行。動脈瘤は紡錘状であり、椎骨動脈はPICA分岐後閉塞していた。1か月後の血管造影で左椎骨動脈瘤は消失していたが、右椎骨動脈PICA分岐部に動脈瘤が出現してきた。

結語 両側椎骨動脈の狭窄、閉塞に動脈瘤が発生し血管造影で経時的变化を認めた1例を報告した。

遺残原始三叉動脈を伴った左内頸動脈欠損症
の2例

国立静岡病院 脳神経外科
岐阜大学 脳神経外科*

服部達明 (HATTORI Tatsuaki)、
井上 悟、小林裕志*

症例はくも膜下出血をきたした47歳女性と脊髄小脳変性症の67歳男性。2例とも脳血管撮影で左総頸動脈の血管径は細く、そのまま外頸動脈へと移行し、内頸動脈は分岐が全く認められず、左内頸動脈は椎骨脳底動脈系から遺残原始三叉動脈を介して造影された。左A1は形成不全で左前大脳動脈は反対側の内頸動脈系から造影された。頭蓋底CTでは左頸動脈管は認められなかった。以上の結果より2例とも左内頸動脈欠損症と診断した。なお動脈瘤や他の血管奇形などの合併はみられず、1例目の出血源は不明であった。

内頸動脈欠損症は比較的稀な奇形であり、これに伴う側副血行路として種々の動脈吻合が報告されているが、遺残原始三叉動脈が側副路となっている報告はみられず発生学的にも興味深い症例と考えられた。

眼窩内静脈瘤の1例

岐阜大学脳神経外科

安藤弘道 (ANDOH Hiromichi)、今井 秀、岩井知彦、
西村康明、安藤 隆、坂井 昇、山田 弘

眼窩内静脈瘤と診断された比較的特な1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は40歳女性で平成4年2月初旬より右上眼瞼部の腫脹と疼痛を自覚し、2月11日には右結膜下出血が出現した。MRIでは右眼窩上内側にT1強調画像にてhigh intensity、T2強調画像にてmixed intensityの腫瘍影を認めた。眼底検査では、右眼底に圧迫像が認められたが、視力・視野・眼位には異常所見は認められなかった。脳血管写では、明らかな異常所見は認められなかった。4月3日、supraorbital approachにて、右眼窩内腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は黄褐色を呈し、境界明瞭であった。摘出標本は内部に血腫を有し、fibromuscular tissueで取り囲まれた単房性嚢胞で、病理組織学的に静脈瘤と診断された。

上矢状静脈洞及び右海綿静脈洞血栓症の1症例

福井赤十字病院 脳神経外科

細谷和生 (HOSTANI Kazuo)、徳力康彦、武部吉博、
木築裕彦、川口健司、高木康志

症例は55才、男性。胸部不快感を主訴に入院中、突
全の意識障害にて当科へ転科した。入院時意識は昏睡状
態で左全片麻痺を認めた。頭部CTにて右側頭葉を中心
に出血性梗塞と上矢状静脈洞のEmpty delta sign, MR
Iにて上矢状静脈洞のFlow voidの消失が描出された為
脳血管撮影を施行した。発症後1日の右内頸動脈影では
矢状静脈洞及び右海綿静脈洞の描出は全くなき、静脈へ
の還流は特定できなかった。発症後9日の左内頸動脈影
にて上矢状静脈洞の閉塞部位が確認された。ステロイド
剤及びグリセロールの投与にて症状は急激に改善し、現
在意識清明で麻痺はみられていない。

広範囲の脳静脈血栓症の存在にも関わらず予後が良好
であった本症例を考察を加えて報告する。

急性硬膜下血腫を伴ったsinus thrombosisの一例

福井県立病院脳神経外科

林 裕 (HAYASHI Yutaka)、柏原 謙悟、吉田 一彦、
岡本 禎一、村田 秀秋

今回我々は、急性硬膜下血腫を伴い、早期診断に苦慮した
sinus thrombosisの一例を経験したので報告する。

症例は49歳の男性。平成4年6月16日、突然の頭痛を訴え、転
倒し、意識障害を呈したため近医にて気管内挿管され搬入さ
れた。搬入時、意識レベルはIII-3, CTにて著明な脳腫脹を伴っ
た右急性硬膜下血腫が疑われた。造影CTにて両側シルビウ
ス裂の増強効果を認めた。脳血管撮影では循環時間が遅延
し、静脈洞が描出不良であった。硬膜下膿瘍も否定できず、小
開頭を行なった。薄い血腫を認めたが脳表はきれいであっ
た。抗生剤投与、線溶療法を行ない次第に意識レベルは改善
した。術後CT, MRIにて右横静脈洞内の血栓が同定され、脳
血管撮影にて同部の狭窄が認められた。

以上より今回の症例はsinus thrombosisにより意識障害を
来たし外傷機転にて急性硬膜下血腫を生じた一例と考えられ
た。

特発性肥厚性硬膜炎の1例

福井医科大学 脳神経外科

○北井隆平 (Kitai Ryuhei) 佐藤一史 宇野初二
久保田紀彦

肥厚性硬膜炎は慢性に経過し、硬膜の肥厚をきたす
稀な疾患である。今回我々は全頭蓋硬膜及び下垂体に
病変を認めた特発性肥厚性硬膜炎の1例を経験したの
で報告する。症例は56歳、女性。頭痛と進行性の難
聴を主訴に来院した。MRIで頭蓋内硬膜の広汎な肥
厚に加え下垂体部に径2cmの腫瘤を認め、ともにガド
リニウムにより増強された。硬膜病変に対し小開頭、
下垂体病変に対して経蝶形骨的に生検を行なった。組
織学的に、硬膜は膠原線維の増生により肥厚し、線維
間には炎症細胞浸潤を認めた。下垂体病変は著明な線
維化と炎症細胞浸潤を伴った下垂体組織であった。肥
厚性硬膜炎はWegener 肉芽腫、sarcoidosis、梅毒、真
菌性髄膜炎なども生じるが、本例ではこれらの原因
疾患は明らかではなく、特発性と考えられた。

クリプトコッカス髄膜炎の2症例

昭和伊南総合病院 脳神経外科 病理科*

長崎忠悦 (NAGASAKI Tadayoshi)
及川奏、村岡紳介、水野正彦、佐野健司*

中枢神経系の真菌感染症は増加傾向にあり、その中
もクリプトコッカス症が最も多い。我々が経験したクリ
プトコッカス髄膜炎の2症例を報告する。

症例1は53歳男性。言語障害、発熱及び頭痛を主訴
に来院。髄液培養にてクリプトコッカスを検出し、クリ
プトコッカス髄膜炎と診断した。抗真菌剤であるFluco
nazole常用量投与にて軽快するが、経過中菌交代現象に
よる緑膿菌感染も併発し死亡した。

症例2は42歳男性。発熱、頭痛で発症。ステロイド
投与歴あり。髄液及び血清検査にてクリプトコッカス髄
膜炎と診断した。Fluconazoleの大量投与とMiconazole
の投与にて症状は軽快、髄液中のクリプトコッカス抗原
価は陰性化した。以上よりクリプトコッカス髄膜炎には、
Fluconazoleの大量及び長期間の投与が必要である。

ステロイドの髄注が著効した

C S F eosinophiliaの1例

沼津市立病院 脳神経外科

小児科*

浜松医科大学 脳神経外科**

大石晴之(OOISHI Haruyuki), 文 隆雄,
高橋宏史, 岩崎浩司, 北村惣一郎, 酒井直人,
戸田顯彦*, 植村研一**

症例は在胎25週3日, 胎児仮死のため帝王切開により
体重704g, Apgar 5/8にて出生。日令15頃より, 脳室内出
血による脳室拡大が進行し脳室穿刺を開始, 日令40に脳
室内へOmmaya reservoir留置, 日令228, 体重2800gでV-
Pシャントを施行し水頭症は改善, 日令296, 体重3570g,
頭頂33cmで退院した。退院後18日目に熱発し再入院, C
R P(-) 髄液細胞数1392/3 (好中球50% リンパ球46%
好酸球4%) 蛋白765mg/dl, 培養にて細菌(-)。髄膜炎に
よるシャント不全を疑い, 抗生剤を投与, 1週間後にシ
ャント再建術を施行した。細胞数は低下するも蛋白は高
値が続く, 術後2週間目には髄液好酸球が50~80%と高
値が続くようになったため, シリコントチューブに対する
アレルギー反応としてのeosinophiliaと考えPredonine2mg
の髄注を開始したところ髄液は正常化し退院した。

顔面痙攣に対する神経血管減圧術後遅発性
顔面神経麻痺を来した一例

三重大学脳神経外科

○中村文明(NAKAMURA Fumiaki)、和賀志郎、

小島 精、伊藤浩二

顔面痙攣に対する神経血管減圧術(MVD)術後に顔面
神経麻痺を来す事は比較的稀であるが、今回MVD術後
遅発性に顔面神経麻痺を来した一例を経験したので、そ
の原因につき考察を加えて報告する。症例は、57歳、女
性で約5年前から、下眼瞼に始る左顔面痙攣を自覚するよ
うになり、本年9月に当科に入院となった。入院時神経学
的に左顔面痙攣を認め、軽度の左顔面神経麻痺を伴って
いた。左顔面痙攣に対して、MVDを施行した。術直後
から顔面痙攣は消失し、顔面神経麻痺は術前と同程度で
あったが、術後8日目急速に左顔面神経麻痺が出現し、完
全麻痺となった。血中、髄液中の各種ウィルス抗体価に
は有意の上昇を認めず、MRI所見で、左橋延髄移行部に
T2WIで不規則な高信号域を認めた。左顔面神経麻痺は保
存的加療にて現在改善傾向を示している。

MRIにて診断された Heterotopic gray
matter の1例

山田赤十字病院 脳神経外科

大野秀和(OHNO Hidekazu)、坂倉 允、
栃尾 廣、阪井田博司

MRIにて heterotopic gray matterと診断した症例
を経験したので報告し、若干の文献的考察を行う。
症例は、21歳の男性で、16歳時に全身痙攣にて発
症した。初診時、神経学的には左視力低下、左視野狭窄
を、頭部CTでは右側脳室三角部近傍に造影剤にて増強
効果を受けない mass lesionを認め、脳腫瘍の疑いで外
来で経過観察していた。痙攣は抗痙攣剤(バルプロ酸)
にてコントロール良好であった。その後のCTではmass
lesionには変化を認めず、左眼症状にも著変はなかった。
脳波上でも発作波は認めなかった。MRIを行ったとこ
ろ、右側脳室三角部近傍に灰白質と同じ信号強度を持つ
mass を認め、heterotopic gray matter と診断した。

圧可変式シャント・バルブ破損の一例

松阪中央総合病院 脳神経外科

鈴木 秀謙(SUZUKI Hidenori),

山本 義介, 米田 千賀子

我々は1989年以来、圧可変式シャント・システム
(Sophy社製)を種々の水頭症に対し使用してきた(計42例)。
今回、バルブが"lock"され、圧変換ができなくなった一例を
経験したので報告する。【症例】24才, 女性。22才時に特発
性中脳水道狭窄症による水頭症に対し脳室-腹腔短絡術を
施行した。術後3カ月目及び4カ月目には設定圧を変換し、
良好な髄液循環動態を保ってきた。その間、CT及びMRI
検査を行っている。術後22カ月後に意欲の減退及び食欲亢
進が再出現し、CTにて著明な脳室拡大が確認された。設定
圧を1段階下げようとしたが、バルブが全く動かなかつた
ため、取り出したところ、バルブがhigh pressureにて
"lock"されていた。新しく挿入したバルブは現在のところ
良好に作動している。"lock"された原因と脳室拡大の原因
等につき報告する。

腰椎側カテーテル断裂によるL-Pシヤント不全の一例

*藤枝市立志太総合病院脳神経外科

**浜松医科大学脳神経外科

*山崎健司 (Yamazaki Kenji),
篠原義賢, 杉浦正司, 桑原孝之, **植村研一

目的: L-Pシヤント不全の原因として, シヤント閉塞, 感染等が挙げられるが, システムの断裂によるものは稀である。今回我々は, 腰椎側カテーテルの断裂によるL-Pシヤント不全の一例を経験したので, 若干の考察を加え報告する。症例: 70歳男性で, 平成3年6月, 前交通動脈破裂動脈瘤にてネッククリッピング術施行され, 同年9月正常圧水頭症にてL-Pシヤント術施行された。以後経過良好であったが, 同年12月左臀部~下肢痛が出現, 腰椎単純写真にて腰椎側カテーテルの断裂を認め。平成4年6月より歩行障害出現, CT上脳室拡大を認めシヤント再建術施行, 以後経過良好である。結論: 本例では椎骨によるカテーテルの圧迫, 摩擦が断裂の原因になったと思われる, L-Pシヤント術施行に際して, 単純写真等での腰椎の評価が必要であると考えた。

透析患者における頭蓋内出血性病変

浜松医療センター 脳神経外科

渡辺 修 (WATANABE Syu), 田中敬生
中山慎司, 金子満雄

はじめに: 医療の発達とともに種々の合併症を基礎に有す患者が救急外来に搬送される機会が多くなった。今回我々は当院開設以来の透析患者に注目し、特に頭蓋内出血性病変の予後を調査した。対象: 血液透析患者(HD) 453人、腹膜透析患者(CAPD) 102人で両者とも男女比は、1.6: 1、平均年齢は各々55.3才、61.0才であった。結果: 脳内血腫は、HD群で10人 CAPD 群で3人に発症し死亡例はHD群のみに7人みられた。ほかHD群から外傷例が2例、また外傷の既往のない急性硬膜下血腫が2例発症したがいずれも死亡した。死亡群、生存群において血液凝固学的検査では出血時間のみに有意差がみられた。また予後不良群は血圧のコントロールが明らかに困難であった。結論: 透析患者の易出血性は高血圧と出血傾向に求められ、特にHDではその傾向が強いと思われた。

注射用 カタクロット

小野薬品工業株式会社