



## 第47回 日本脳神経外科学会中部地方会

平成8年3月16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6-29

☎ (052) 963-3145

世話人 名古屋市立大学医学部脳神経外科学教室 山田和雄

〒467 名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄1

☎ (052) 853-8286

FAX (052) 851-5541

- 1) 学会当日に参加登録料 (1,000円) を受け付けます。年会費 (1,000円) 未払い分及び新入会も受け付けます。
- 2) 講演時間は4分、討論は各演題につき2分です。
- 3) ビデオプロジェクター (VHS, S-VHS)、及びスライドプロジェクター1台を用意します。
- 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お入れ下さい。
- 5) 前回 (第46回) の世話人会で、(1) 抄録は12ポイントの読みやすい活字でタイプしていただきたいこと、(2) 発表スライドは留学生も参加することであり英文表記 (あるいは併記) が望ましいこと、(3) 手術報告には術者あるいは責任者も参加するのが望ましいこと、の3点が確認されました。

### 次回御案内

第48回 日本脳神経外科学会中部地方会

世話人：金沢大学 医学部 脳神経外科

山下 純宏 教授

会場：金沢シティーモンドホテル

期日：平成8年6月22日 (土)

## 開 会

(午 前 の 部 9 : 00 - 11 : 36)

I 9 : 00 - 9 : 24 座長：神谷 健 (名古屋市立大学)

1. 抗リン脂質抗体症候群のCBF-3例における検討  
小牧市民病院 脳神経外科、内科\*  
○雄山博文、丹羽政宏、小島英嗣\*、岩井雅則\*、太田圭洋\*、  
木田義久、田中孝幸、吉田和雄、前澤 聡、小林達也
2. Xe/CT CBF検査の心身への影響について  
犬山中央病院 脳神経外科、岐阜大学 脳神経外科\*  
○荒木有三、小林裕志、坂井 昇\*、山田 弘\*
3. Dual dynamic contrast enhancement (DUCE) 法による髄膜腫と神経鞘腫の鑑別  
名古屋市立大学 脳神経外科、放射線科<sup>1)</sup>  
○間瀬光人、山田和雄、宮地利明<sup>1)</sup>、伴野辰雄<sup>1)</sup>
4. 術中に cochlear nerve action potential を記録し、cochlear nerve を選択的に切断した耳鳴りの1例  
浜松医科大学 脳神経外科  
○太田誠志、龍 浩志、杉山顕嗣、横山徹夫、植村研一

II 9 : 24 - 9 : 48 座長：渋谷正人 (名古屋大学)

5. 下垂体膿瘍の1例  
半田市立半田病院 脳神経外科、愛知医科大学 加齢医科学研究所\*  
○秦 誠宏、中根藤七、半田 隆、森 美雅、中原紀元、六鹿直視、  
橋詰良夫\*
6. Campylobacter による新生児脳膿瘍の一例  
福井県立病院 脳神経外科<sup>1)</sup>、小児科<sup>2)</sup>  
○赤池秀一<sup>1)</sup>、野坂和彦<sup>2)</sup>、柏原謙悟<sup>1)</sup>、吉田一彦<sup>1)</sup>、山崎法明<sup>1)</sup>、  
村田秀秋<sup>1)</sup>
7. Stereotactic aspiration が有用であった難治性脳膿瘍の1例  
公立能登総合病院 脳神経外科  
○南出尚人、橋本正明、深谷賢司

8. 痙攣発作後にミオグロビン尿を来し、急性腎不全を併発した2例  
黒部市民病院 脳神経外科、内科\*  
○圓角文英、沖 春海、多田吾行、竹田慎一\*

III 9:48-10:18 座長:坂井 昇(岐阜大学)

9. 14年間続いたてんかんの焦点に glioblastoma を認めた1例  
豊橋市民病院 脳神経外科  
○若林健一、岡村和彦、渡辺正男、井上憲夫、加納道久、大野貴也、三井勇喜
10. 頭蓋外転移を示した悪性神経膠腫の一例  
福井赤十字病院 脳神経外科  
○新井良和、徳力康彦、武部吉博、辻 篤司、瀧川 聰、中久木卓也
11. 脳転移による運動障害で発症し、胸椎硬膜外転移をもきたした肺絨毛癌の一例  
碧南市民病院 脳神経外科、内科\*  
国立名古屋病院 脳神経外科#  
○津金慎一郎、石山純三、高橋立夫#、斎藤載次\*、稲塚信郎\*—
12. 術前放射線治療が、術中出血の軽減に有効であった、頭蓋内転移性間葉性軟骨肉腫の一例  
名古屋大学 脳神経外科  
○文堂昌彦、吉田 純、若林俊彦、鈴木善男、永谷哲也
13. 甲状腺乳頭腺癌の小脳転移の一例  
国立東静岡病院 脳神経外科、名古屋市立大学 脳神経外科\*  
○谷川元紀、上田行彦、高窪義昭、小松裕明、西尾 実、山田和雄\*

IV 10:18-10:42 座長:小島 精(三重大学)

14. 胸髄硬膜外腔原発の悪性リンパ腫の一例  
市立四日市病院 脳神経外科  
○中屋敷典久、伊藤八峯、市原 薫、塚本信弘、中林規容、白井直敬、小林 望

15. 頭部外傷を契機に発症し著明な硬膜浸潤をきたした前頭部悪性リンパ腫の1例  
岐阜市民病院 脳神経外科、血液内科\*  
岐阜大学 脳神経外科\*\*  
○伊藤 毅、矢野 高、田辺祐介、高橋 健\*、坂井 昇\*\*、山田 弘\*\*

16. 画像上非定型的な所見を呈した悪性リンパ腫頭蓋内転移の1例  
静岡赤十字病院 脳神経外科  
○安心院康彦、山口則之、木村重仁、山田 史

17. ブドウ膜炎で初発した頭蓋内原発悪性リンパ腫の一例  
福井県済生会病院 脳神経外科、内科\*、眼科\*\*  
○岩戸雅之、高島靖志、宇野英一、若松弘一、泉 祥子、土屋良武、彼谷裕康\*、斎藤友護\*\*

V 10:42-11:12 座長:山嶋哲盛(金沢大学)

18. 三叉神経第一枝末梢より発生した神経鞘腫の一例  
小牧市民病院 脳神経外科  
○前澤 聡、田中孝幸、小林達也、木田義久、雄山博文、吉田和雄、丹羽政宏
19. Le Fort I osteotomy による上顎經由腫瘍摘出術の経験  
浅ノ川総合病院 脳神経外科<sup>1)</sup>、形成外科<sup>2)</sup>、耳鼻咽喉科<sup>3)</sup>、金沢医科大学 形成外科<sup>4)</sup>  
○山口成仁、大西寛明<sup>1)</sup>、島津保生、町野千秋<sup>2)</sup>、宮崎 巨<sup>3)</sup>、川上重彦<sup>4)</sup>
20. 多発性脳内出血をきたした1症例  
転移性腫瘍塞栓部に形成された異常血管からの出血  
愛知医科大学 脳神経外科、臨床病理\*、博愛会病院\*\*  
○磯部正則、水野順一、本郷一博、馬淵正二、中川 洋、原 一夫\*、浅野元和\*\*
21. 演題取消
22. 脳内出血にて発症した髄膜腫の一例  
石川県立中央病院 脳神経外科  
○中田光俊、浜田秀剛、宗本 滋、黒田英一、蘇馬真理子

VI 11:12-11:36 座長：京島和彦（信州大学）

23. 側脳室三角部髄膜腫 6 例の検討  
岐阜大学病院 脳神経外科、総合大雄会病院 脳神経外科\*  
○石澤錠二、山川弘保、篠田 淳、西村康明、坂井 昇、山田 弘、  
船越 孝\*
24. 脊髄性筋萎縮症に合併し、急速に増大した髄膜腫の 1 例  
国立静岡病院 脳神経外科、神経内科\*  
○服部達明、井上 悟、溝口功一\*
25. 転移性無メラニン性悪性黒色腫の一例  
土岐市立総合病院 脳神経外科、岐阜大学 脳神経外科  
○杉本由佳、竹中勝信、熊谷守雄、西村康明、山田 弘
26. 診断治療に苦慮した meningeal melanoma の 1 例  
富山医科薬科大学 脳神経外科、第 1 病理\*  
○赤井卓也、扇一恒章、栗本昌紀、桑山直也、高久 晃、川口 誠\*

昼休み（11:36-12:50）

（午後の部 12:50-16:26）

特別講演 12:50-13:20

山田 弘 教授（岐阜大学）

『教室15年の歩み』

座長：山田和雄（名古屋市立大学）

VII 13:20-14:02 座長：遠藤俊郎（富山医科薬学大学）

27. 多発性大動脈瘤を伴う多発性海綿状血管種の 1 例  
聖隷浜松病院 脳神経外科  
○片桐伯真、嶋田 務、堺 常雄、佐藤晴彦、安藤直人、岩崎浩司
28. Multiple familial thrombosed vascular malformation の 1 例  
金沢大学 脳神経外科  
○林 康彦、東馬康郎、毛利正直、山嶋哲盛、山下純宏
29. 出血で発症した高齢者 AVM の 2 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\*  
○栢井勝也、橋本宏之、飯田淳一、榊 寿右\*
30. Sinus isolation & packing にて加療した上矢状洞部硬膜動静脈奇形の  
1 例  
焼津市立総合病院 脳神経外科、聖隷三方原病院 脳神経外科\*  
浜松医科大学 脳神経外科\*\*  
○大石晴之、田中篤太郎、斉藤 靖、都築通孝、杉浦康仁\*、  
植村研一\*\*
31. 大孔前縁部硬膜動静脈瘻の一例  
岐阜大学 脳神経外科  
○原 秀、郭 泰彦、吉村紳一、上田竜也、安藤 隆、坂井 昇、  
山田 弘
32. 頭部CT上両側視床に低吸収域を呈した硬膜動静脈奇形（dAVF）の一例  
済生会松阪総合病院 脳神経外科  
○清水重利、諸岡芳人、田中公人、中川 裕
33. 脳内出血で発生した前頭蓋窩硬膜動静脈奇形の 2 例  
藤田保健衛生大学 脳神経外科、第一病理\*  
○吉田耕一郎、加藤庸子、早川基治、佐野公俊、神野哲夫、  
安倍雅人\*

VIII 14:02-14:38 座長：中村 勉（金沢医科大学）

34. TIAを繰り返した外傷性椎骨動脈損傷の 1 例  
富山県立中央病院 脳神経外科  
○小倉憲一、長谷川顕士、小林 勉、河野充夫、本道洋昭

35. 頭蓋底骨折、上顎骨骨折観血的骨接合術後に内頸動脈狭窄を来した一例  
鈴鹿中央総合病院 脳神経外科  
○亀井祐介、森川篤憲、田代晴彦、英 賢一郎
36. 中大脳動脈閉塞症に対する超急性期血栓溶解術直後に外科的血行再建術を施行した一例  
浜松労災病院 脳神経外科  
○黒田竜也、三宅英則、沈 正樹、杉野敏之
37. 急性期中大脳動脈閉塞症の血栓溶解療法について  
藤田保健衛生大学 脳神経外科、放射線科\*  
○金岡成益、早川基治、加藤庸子、佐野公俊、神野哲夫、小倉祐子\*、竹下 元\*、片田和廣\*
38. 腹部血管奇形を伴った右内頸動脈欠損症の一例  
静岡市立静岡病院 脳卒中センター 脳神経外科、画像診断科\*  
○寺町英明、深澤誠司、清水言行、小野 洋\*、日高昭斉\*
39. 中大脳動脈塞栓症をきたした angio-Behçet 病の1例  
浜松医療センター 脳神経外科、内科\*  
○松尾義孝、中山禎司、土屋直人、田中敬生、金子満雄、富永雅博\*

IX 14 : 38-15:08 座長：古林秀則（福井医科大学）

40. クモ膜下出血で発症した頭蓋内内頸動脈解離性動脈瘤の1例  
高山赤十字病院 脳神経外科、岐阜大学 脳神経外科\*  
○中島利彦、山田 潤、山川春樹、高田光昭、山田 弘\*
41. 内頸動脈 trapping 後に形成された後大脳動脈 fusiform aneurysm の一例  
松阪中央総合病院 脳神経外科  
○篠田幸子、山本義介、村田浩人
42. くも膜下出血で発症した前大脳動脈水平部の fusiform aneurysm の1手術例  
公立尾陽病院 脳神経外科<sup>1</sup>、名古屋市立大学 脳神経外科<sup>2</sup>  
○西尾 実<sup>1</sup>、大野正弘<sup>1</sup>、原田重徳<sup>2</sup>、金井秀樹<sup>2</sup>、神谷 健<sup>2</sup>、山田和雅<sup>2</sup>
43. 破裂後大脳動脈瘤の6例  
岐阜県立岐阜病院 脳神経外科  
○森 憲司、村瀬 悟、新川修司、三輪嘉明、大熊晟夫

44. 脳動脈瘤クリッピング術後早期に発生した外傷性脳動脈瘤の破裂症例  
豊川市民病院 脳神経外科  
○中塚雅雄、谷村 一、福岡秀和

X 15 : 08-15 : 32 座長：佐野公俊（藤田保健衛生大学）

45. 外傷性くも膜下出血に続発した症候性脳血管攣縮  
—塩酸パパペリン動注が奏効した1例—  
金沢医科大学 脳神経外科  
○高田 久、飯塚秀明、泉 慎一、加藤 甲、角家 暁
46. クモ膜下出血に対する髄腔内線溶療法  
市立岡崎病院 脳神経外科  
○関 行雄、井上紀樹、波多野範和、野田 篤、杉浦満男
47. 脳血管攣縮に対する S T A combination therapy の臨床的予防効果  
愛知県厚生連海南病院 脳神経外科\*、名古屋大学 脳神経外科\*\*  
○棚澤利彦\*、山本直人\*、服部光爾\*、渋谷正人\*\*、大須賀浩二\*\*
48. クリッピング術後再発した脳底動脈先端部動脈瘤にコイル塞栓術が有効であった多発性脳動脈瘤の1例  
刈谷総合病院 脳神経外科、名古屋大学 脳神経外科\*  
○大塚吾郎、蓮尾道明、浅野良夫、下澤定志、根来 真\*、福井一裕\*

XI 15 : 32—15 : 56 座長：龍 浩志（浜松医科大学）

49. 後頭蓋窩腫瘍に伴って発生した脊髓空洞症の2例  
新城市民病院 脳神経外科  
○山崎健司、村木正明、富田 守
50. 外傷性胸椎部仮性髄膜瘤の1例  
富山医科薬科大学 脳神経外科  
○扇一恒章、栗本昌紀、浜田秀雄、遠藤俊郎、西畠美知春、高久 晃
51. 特発性脊髓硬膜外血腫の1症例  
沼津市立病院 脳神経外科  
○日吉 城、山本貴道、田中 聡、文 隆雄
52. 著明な頭蓋内圧亢進症状を呈し意識消失発作を繰り返した脊髓腫瘍の一例  
西尾市民病院 脳神経外科  
○畠山尚登、高木輝秀、木野本武久、野田 哲

- 53. 第三脳室憩室と考えられた一例  
福井医科大学 脳神経外科  
○金子正則、石井久雅、久保田紀彦
- 54. 大後頭孔狭窄を来した achondroplasia の一例  
静岡県立こども病院 脳神経外科  
○池田 充、佐藤倫子、佐藤博美
- 55. シヤントバルブ出口側接続部(outlet connector)の破損をきたした2小児  
例  
名古屋市立東市民病院 脳神経外科  
○相原徳孝、橋本信和、福島庸行、唐沢洲夫、高木卓爾
- 56. 出生時には認められずに乳児期に出現した middle cranial fossa arachnoid  
cyst の1例  
三重大学 脳神経外科  
○当麻直樹、和賀志郎、小島 精、阪井田博司
- 57. 多彩な神経症状を示した VP shunt 機能不全の1例  
国立名古屋病院 脳神経外科、神経内科\*  
○澤村茂樹、高橋立夫、須崎法幸、服部和良、今川健司、桑山明夫、  
武上俊彦\*

## 閉 会

## 抄 録 集





抗リン脂質抗体症候群のCBF  
- 3例における検討

小牧市民病院 脳神経外科、内科\*

雄山 博文 (OYAMA Hirofumi)、丹羽 政宏、  
小島 英嗣\*、岩井 雅則\*、太田 圭洋\*、  
木田 義久、田中 孝幸、吉田 和雄、前澤 聡、  
小林 達也

(はじめに) 抗リン脂質抗体症候群に於いて脳梗塞が多発する傾向があることは指摘されているが、CBF studyは充分になされていないため、検討した。

対象および方法) 脳梗塞、下肢静脈血栓症、上腸間膜動脈閉塞症をおこし、lupus anticoagulantもしくはanticardiolipin antibodyが陽性であった3例を対象とした。CBFは30%stable Xenon 吸入法(3分吸入、5分排出)により測定した。

結果および考察) 脳梗塞をおこした部位の他、放線冠を中心に血流低下傾向を認めた。この事は、今後の治療方針を考える上での参考になると思われた。

antiphospholipid syndrome, CBF, cerebral infarction, lupus anticoagulant, anticardiolipin antibody

Xe/CT CBF検査の心身への影響について

犬山中央病院脳神経外科  
\*岐阜大学脳神経外科

荒木有三(ARAKI Yuzo)、小林裕志、  
\*坂井 昇、\*山田 弘

Xe/CT CBF検査は、Xeガスの麻酔作用が問題になることがある。30% Xenon gasの3分吸入、5分排出法の心身への影響について、1. CBFの正常値(n=15)、2. 検査後のアンケート調査、3. 血圧、脈拍、4. 脳波に注目して検討した。結果：1. mCBFは42 (OM 5cm)および38 (OM 7cm) ml/100g/minであった。2. 呼吸に69%、意識に100%、平衡感覚に69%の影響が見られた。3. 検査前後で血圧の変化はなく、脈拍は有意に減少した。4. 脳波では、吸入開始後は6Hz前後の徐波が優位になるが、終了にて徐々に回復した。結論：Xe/CT CBF検査は、安全な検査であるが、3分吸入でも麻酔作用があるので、呼吸の監視が大切である。

Xe/CT, Psychosomatic effect, EEG, normal value

Dual dynamic contrast enhancement(DUCE)法  
による髄膜腫と神経鞘腫の鑑別

名古屋市立大学 脳神経外科、放射線科<sup>1</sup>

間瀬光人 (Mitsuhiro Mase)、山田和雄、  
宮地利明<sup>1</sup>、伴野辰雄<sup>1</sup>

我々はMRIでdynamic T1-contrast imageとdynamic  $\Delta R2^*$  (relaxation rate) imageを同時に行える新しい撮像法(DUCE法)を開発し、髄膜腫および神経鞘腫の鑑別を試みたので報告する。対象は髄膜腫5例、神経鞘腫5例で、術前にDUCE法によるMRIを施行した。T1-dynamic studyではtime-intensity curveの増加率のピーク時間(Tm1)とその後の半値となる時間 (Tm2) より造影パターンを、 $\Delta R2^*$ -dynamic (perfusion) studyでは $\int \Delta R2^* dt$ を相対的腫瘍内血液量 (rCBV) の指標として評価した。Tm1およびTm2は髄膜腫群(-0.5±2.1, 7.0±1.4 sec)、神経鞘腫群(3.4±1.0, 17.9±4.4 sec(mean±SD)で、髄膜腫の方が速く造影され、また造影効果が速く消退した(p<0.02)。rCBVは髄膜腫群392±164、神経鞘腫群141±124で、髄膜腫の方が多かった(p<0.05)。

MRI, meningioma, neurinoma, dynamic T1-contrast, perfusion

術中にcochlear nerve action potentialを記録し、  
cochlear nerveを選択的に切断した耳鳴りの1例

浜松医科大学 脳神経外科

太田誠志、龍 浩志、杉山顕嗣、横山徹夫、植村研一

機能正常の上前庭神経を含めた第8脳神経の切断は、術後に一過性の激しいめまいを起こす。従って、何らかの理由による第8脳神経の切断は前庭機能の低下または消失例に対してなされる。今回、前庭機能正常の耳鳴り症例に対して、小脳橋角槽での選択的蝸牛神経切断術を施行し、術後のめまいを防げたので報告する。

症例は55歳男性、運転中の追突事故直後より夜も寝られないほどの左耳鳴りが出現した。耳鳴りは60dB位の持続的金属音で左聴力も温度眼振も正常に保たれていた。術後のめまいを防ぐため、術中に蝸牛神経のcompound action potentialを記録してこの神経の位置を同定し、前庭神経を残して過半神経を選択的に切断した。術後に聴力、ABRは完全に消失したが、めまいは全く起こらず術後の温度眼振も術前に比して変化しなかった。

耳鳴、compound action potential、蝸牛神経切断術



## 下垂体膿瘍の1例

半田市立半田病院脳神経外科  
愛知医科大学加齢医学科学研究所

秦 誠宏, 中根藤七, 半田 隆, 森 美雅  
中原紀元, 六鹿直視, 橋詰良夫\*

下垂体膿瘍は比較的稀な疾患であるが、今回我々はその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) 54歳, 女性, 10年前より無月経である。入院2カ月前より視障害に気づいた。近医にて両耳側半盲, 下垂体腫瘍を指摘され, 当院紹介された。入院時, 意識清明, 麻痺なし。視野検査で, 両耳側半盲を認めた。MRIにて腫瘍は鞍上部にまで進展し, T1WIでは周辺部が高信号, 内部が低～等信号を呈し, ガドリニウムで周辺部のみやや造影された。T2WIでは周辺部が低信号, 内部が高信号を呈した。内分泌検査ではLH, FSHが低値を示し, LHRHに対する反応性も低下していた。Transsphenoidal approachにて, 腫瘍摘出術を施行したところ, 内容は膿瘍であった。術後, 視野狭窄は著明に改善した。

pituitary abscess, transsphenoidal approach, MRI

Stereotactic aspirationが有用であった  
難治性脳膿瘍の1例

公立能登総合病院 脳神経外科

南出尚人 (Hisato MINAMIDE), 橋本正明  
深谷賢司

脳膿瘍においては排膿ドレナージ術が治療の基本とされる。今回、我々は数回にわたるstereotactic aspirationが有用であった難治性脳膿瘍の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例は17歳男性で頭痛にて発症し、大脳縦裂に硬膜下膿瘍を指摘された。まず開頭にて硬膜下膿瘍洗浄術を行い症状の改善を見た。膿培養では溶連菌を認め、副鼻腔炎が前頭蓋底に波及したものと考えられた。術後抗生物質を併用したが、4週間後に左前頭葉に4cm大の脳膿瘍の発生を認めた。開頭にて直視下に排膿ドレナージを行った。その後同部位に多発性の脳膿瘍の再発を認めたため、以後、深部再発膿瘍に対しstereotactic aspirationを4回施行し、表層病変には穿頭によるaspirationにて対処した。ともにaspirationにより膿瘍内容はほとんど除去された。発症10ヵ月にてMRI上膿瘍はほとんど退縮し、患者は神経脱落症状を特に残さず軽快した。

多発性難治性脳膿瘍の治療におけるstereotactic aspirationの有用性について報告する。  
multiple brain abscesses, stereotactic aspiration

## Campylobacterによる新生児脳膿瘍の一例

福井県立病院脳神経外科<sup>1)</sup>  
同 小児科<sup>2)</sup>

赤池秀一 (Syuichi Akaike)<sup>1)</sup>, 野坂和彦<sup>2)</sup>,  
柏原謙悟<sup>1)</sup>, 吉田一彦<sup>1)</sup>, 山崎法明<sup>1)</sup>, 村田秀秋<sup>1)</sup>

症例は、39週で正常分娩された生下時体重2840gの新生児。出産後10日目より発熱がみられた。出産後12日目に当院小児科を受診し髄膜炎の診断を受けた。18日目のCTで、右前頭葉に低吸収域をみとめた。各種抗生剤の全身投与によっても症状の軽快がみられず、24日目のCTで右前頭葉の低吸収域の拡大をみとめたため、当科紹介となった。25日目に右前頭穿頭排膿、ドレナージ設置術を施行したところ、術後数日で症状の著大な改善をみた。新生児の脳膿瘍は非常に希であり、しかも起因菌がcampylobacterの例は近年報告をみない。若干の文献的考察を加えて報告する。

newbone, brain abscess, campylobacter

痙攣発作後にミオグロビン尿を来し、  
急性腎不全を併発した2例

黒部市民病院脳神経外科、内科\*

圓角文英 (ENKAKU Fumihide)、沖 春海、  
多田吾行、竹田慎一\*

ミオグロビン尿は、一時に大量の筋が融解壊死を起こし生じるものである。痙攣発作後にミオグロビン尿から急性腎不全を来した症例を経験したので報告する。症例1は34歳男性。20年間癲癇として抗痙攣剤を服用していたが、墮薬が多く、しばしば発作を起し、入院を繰り返していた。平成7年12月10日に痙攣発作を来して入院。同日夜より赤褐色の尿の出現をみた。翌11日より尿量の減少をみた。症例2は53歳女性。22年間癲癇として加療。平成7年12月28日入院。翌29日より赤褐色の尿と尿量減少をみた。痙攣発作という脳神経外科ではありふれた病態に合併して起こるミオグロビン尿は早期診断治療が予後を左右するものと考えた。

myoglobinuria, acute renal failure, rhabdomyolysis,  
convulsion

14年間続いたてんかんの焦点に glioblastoma を認めた1例

豊橋市民病院脳神経外科

若林健一(Wakabayashi Ken-ichi)、岡村和彦、渡辺正男、井上憲夫、加納久入、大野貴也、三井勇喜

症例は32歳、男性。1975年4月右手から始まる全身痙攣にて来院された。脳液では、左前頭葉を主体に局在した spike discharge を認めた。以後抗痙攣剤投与により発作はおおよそコントロールされ、CTにも異常を認めず、1985年9月の脳血管造影でも異常を認められなかった。しかし次第に発作はコントロールし難くなり、1989年8月 aphasia を呈するようになり、CTにて左側頭葉に低吸収域を認めた。MRIでは同部位にT1で低信号、T2で高信号、Gdにてenhanceされるmassを認めた。同年9月左前頭側頭部開頭にて腫瘍部分摘出術を施行した。病理診断は glioblastoma multiformeであった。術後に放射線治療および化学療法を試みたが、1991年脊髄に播種が認められ、1992年7月死亡された。

本症例はてんかん発作を繰り返し、長い間症状が固定していたが、恐らくはてんかん発作の焦点が glioblastoma の発生部位と思われる興味深い症例であるので、若干の文献的考察を加え報告する。

localized spike discharge, focal epilepsy, glioblastoma

頭蓋外転移を示した悪性神経膠腫の一例

福井赤十字病院脳神経外科

新井良和(ARAI yoshikazu)、徳力康彦、武部吉博、辻 篤司、瀧川 聡、中久木卓也

症例は58歳、男性。平成2年左顔面より始まる痙攣を主訴に入院。CTでは右前頭側頭葉に占拠性病変を認めた。腫瘍摘出後の組織診断は oligo-astrocytoma (grade III) であった。放射線、化学療法を併用したが、その後腫瘍は再発増大を繰り返し、平成5年、平成6年2月、12月と計4回の腫瘍摘出術を施行した。平成7年9月再入院時、血液所見でALP、LDHの高値を認め、骨シンチにて両大腿骨にhot spotを認めた。biopsyの結果、glioblastomaの骨転移と診断した。悪性神経膠腫の頭蓋外転移は比較的稀であり、これら頭蓋外転移を生じた神経膠腫は大部分1回以上の手術侵襲を受けている。今回我々は、生存期間中に同様の経過をもつ症例を経験し、その腫瘍の biological behavior について若干の知見を得たので報告する。

malignant glioma, extracranial metastasis, bone metastasis

脳転移による運動障害で発症し、胸椎硬膜外転移をもきたした肺絨毛癌の一例

碧南市民病院脳神経外科、内科\*  
国立名古屋病院脳神経外科#

津金慎一郎 (TSUGANE Shinichiro),  
石山純三, 高橋立夫#, 斎藤載次\*, 稲塚信郎\*

今回、脳転移及び椎硬膜外転移を起こした肺の絨毛癌を経験した。比較的稀と思われるので報告する。(症例)65歳の男性。近医にて胸部写真上の異常を指摘され、当院内科を紹介受診した。右上下肢の運動障害があり、頭部X線CTおよびMRIにて左頭頂葉に腫瘍影を認めた。転移性脳腫瘍と考え、開頭摘出術を行った。組織学的には絨毛癌であった。術後運動障害は改善した。化学療法を行っていたが、胸部腫瘍の消退が不良であり、開胸肺葉切除、胸壁切除術を行った。組織学的にはやはり絨毛癌であった。この手術の約2か月後、脳腫瘍の再発を認めた。右下肢運動障害が進行するため開頭術を予定していたところ、左下肢の運動障害が出現した。胸椎MRIで硬膜外左側に腫瘍影を認めた。開頭及び椎弓切除にて腫瘍摘出術を行った。

choriocarcinoma, brain metastasis,  
spinal epidural metastasis

術前放射線治療が、術中出血の軽減に有効であった、頭蓋内転移性間葉性軟骨肉腫の一例

名古屋大学医学部 脳神経外科

文堂昌彦 (BUNDOU Masahiko), 吉田 純  
若林俊彦, 鈴木善男, 永谷哲也

症例は33歳男性で、'93年4月に右大腿骨 mesenchymal chondrosarcoma に対して大腿骨全置換術を受けたが、'95年12月、右半身麻痺と失語症を来たし、MRIにて左頭頂葉傍矢状洞部への同腫瘍の転移と診断された。脳血管造影上、上矢状洞は高度に狭窄し、矢状洞から腫瘍本体を介して皮下、板間、硬膜の静脈へ流出する発達した venous drainage が認められた。この時点での摘出術は、術中出血のコントロールが困難であり、また、手術後に前頭葉の venous congestion を来す可能性が高いと考えられたので、我々は、まず50Gyの全脳照射を行なった。すると照射後、腫瘍へのshunt flowは減少し、前頭部硬膜静脈への代償的drainageの発達が認められた。その後、摘出術が行なわれ、腫瘍は亜全摘されたが、術中出血のコントロールは比較的容易であった。

metastatic mesenchymal chondrosarcoma,  
radiation therapy

## 甲状腺乳頭腺癌の小脳転移の一例

国立東静岡病院 脳神経外科  
名古屋市立大学 脳神経外科\*

谷川元紀 (Tanikawa Motoki) 上田行彦 高窪義昭  
小松裕明 西尾 実 山田和雄\*

甲状腺乳頭腺癌の小脳転移に対し外科的治療を施行し良好な結果を得た症例を経験したので報告する。症例は、77歳男性、76歳の時、甲状腺腫瘍に対し、甲状腺全摘出術を施行、病理診断は乳頭腺癌であった。約10ヶ月後、軽度の意識障害及び小脳症状を訴え当科受診、頭部CTで左小脳半球に占拠性病変及び閉塞性水頭症を認めた。小脳転移を疑い、全摘出術及び右) 脳室腹腔短絡術を施行、病理診断は、甲状腺病変に一致してした。術後経過は良好で、2年間にわたって再発は見られていない。

甲状腺乳頭腺癌は発育が緩徐で被膜を有することが多い為、手術の対象となることが多く、予後も比較的良好である。脳転移は稀であるが、その生物学的特性により、手術の適応となり得ることが多いとの報告もあり、外科的治療を積極的に考慮すべきと考えた。

thyroid, papillary carcinoma, cerebellar metastasis

頭部外傷を契機に発症し著明な硬膜浸潤をきたした前頭部悪性リンパ腫の1例

岐阜市民病院脳神経外科  
岐阜市民病院血液内科\*  
岐阜大学脳神経外科\*\*

伊藤 毅 (ITO Takeshi)、矢野 高、田辺祐介  
高橋 健\*、坂井 昇\*\*、山田 弘\*\*

頭部打撲後に、稀に頭皮下から硬膜にかけて悪性リンパ腫が発生したとの報告がみられるが当科にても同様の症例を経験したので報告する。症例は69才の男性で平成7年7月上旬前頭部を打撲した後、同部頭皮下の腫瘤が徐々に増大し8月22日当科を受診した。当初血腫と考えたが腫瘤は縮小せず、10月4日、6×10cmの頭皮下腫瘤を切除した。病理は原発巣不明の未分化悪性腫瘍であった。10月25日のMRIで前頭部硬膜にGdで造影される肥厚が見られ一部腫瘍状であったため、11月1日両側前頭開頭にて前頭骨及び大脳鎌と共に肥厚した硬膜を切除した。術後の病理検査にて悪性リンパ腫と判明し、当院血液内科に転科した。本症例では頭部以外には原発巣と思われる病巣が無く、頭部打撲後の頭皮が原発と考えざるを得ないが確証は無い。文献上同様の報告が数例あった。

head trauma, malignant lymphoma, scalp mass

## 脳髄硬膜外腔原発の悪性リンパ腫の一例

市立四日市病院 脳神経外科

中屋敦典久 (NAKAYASHIKI Norihisa)、伊藤八益、市原 薫、塚本信弘、中林規容、白井直敬、小林 望

症例は5歳の男性で、突然の歩行障害を主訴に来院した。末梢血液検査上は、ALP、LDH高値以外特に所見は認められず、神経学的には両下肢の腱反射の著しい亢進と、左下肢での筋力低下が認められた。MRI上では、T12-T16にかけて脊髄硬膜外腔にT1WI、T2WIともに低信号域のほぼ均一な占拠性病変が認められた。この病変に対し、手術的に摘出を試みたところ、一部黄韌帯にも浸潤する脳髄硬膜外腫瘍が認められた。病理組織像は筋外性の悪性リンパ腫であり、腫瘍シンチ等で原発巣であることが確認された。組織、免疫学的考察も加えた結果、Burkitt型リンパ腫として治療に入ることとなった。我々は、この興味深い症例を若干の文献的考察を加えて報告する。

Burkitt's-type lymphoma, primary extradural extranodal

画像上非定型的な所見を呈した悪性リンパ腫  
頭蓋内転移の1例

静岡赤十字病院脳神経外科

安心院康彦、山口則之、木村重仁、山田 史

症例は64歳女性で、悪性リンパ腫により昭和59年から平成元年にかけて両側乳腺、右腎の手術を施行し、化学療法を行った既往がある。今回平成7年3月頃より歩行障害が出現したため9月7日当院神経内科に入院し脳腫瘍を疑われため当科転科となった。入院時軽度小脳失調、構音障害、嘔吐を認めた。MRIではT1強調画像で右小脳半球に増強部位を認め、T2強調画像では右小脳半球から脳幹にかけて、また右前頭葉に限局性の高信号域を認めた。CTでは右小脳病変がMRIと同様の所見を有し、脳血管造影では右前頭葉にearly venous fillingを有するtumor stain像を認めた。SPECTでは右小脳及び右前頭葉の血流が増加していた。9月26日前頭葉腫瘍摘出術を施行した。病理組織は悪性リンパ腫と考えられた。右前頭葉病変に関して脳血管造影で得られた画像はMRI、CT所見に沿わない稀な所見と考えられた。

central nervous system, malignant lymphoma, MRI, angiography, SPECT

ブドウ膜炎で初発した  
頭蓋内原発悪性リンパ腫の一例

福井県済生会病院 脳神経外科 \*内科 \*\*眼科

岩戸雅之 (IWATO Masayuki)、高嶋靖志、宇野英一、  
若松弘一、泉祥子、土屋良武、\*彼谷裕康、\*\*斉藤友護

症例は64歳女性。平成7年7月より両眼視力低下、8月より霧視を自覚し近医にてブドウ膜炎と診断された。9月より呂律障害が出現し、次第に増悪したため、10月24日当科受診。頭部CT、MRI上左前頭葉に、周囲に浮腫を伴い均一に造影される直径3cmの腫瘍を認めた。脳血管造影では腫瘍濃染は認められず。髄液細胞診では陰性。手術により境界明瞭な腫瘍を全摘出した。免疫染色では、LCA(+), MB1(+), MT1(-)で diffuse large cell (B cell) typeの悪性リンパ腫と診断した。術後ステロイド投与により視力は改善 (右0.2左0.15から右0.7左0.7)。更に放射線療法、化学療法を行い再発なく経過観察中である。悪性リンパ腫の約10%に眼症状を合併するという報告もあり、原因不明のブドウ膜炎に対し、鑑別診断として考慮すべきであると考えられた。

malignant lymphoma, uveitis, steroid

Le Fort I osteotomy による上顎経由腫瘍摘出術の経験

○山口成仁 (ヤマグチ ナリヒト) 大西寛明<sup>1)</sup>  
島津保生 町野千秋<sup>2)</sup>、宮崎 巨<sup>3)</sup>  
川上重彦<sup>4)</sup>

浅ノ川総合病院脳神経外科1)  
同形成外科2)、同耳鼻咽喉科3)  
金沢医科大学形成外科4)

巨大下垂体腺腫に対し上顎経由の腫瘍摘出術を経験したので報告する。症例) 59才、男性。PRL産生下垂体腺腫に対し過去2回にわたり経蝶形骨洞腫瘍摘出を施行したが、残存腫瘍の再増大を認めたため、H8年2月1日、Le Fort I osteotomy による経上顎アプローチにより腫瘍摘出術を施行した。このアプローチの長所としては、左右に幅広く視野がとれる、上下に關してもトルコ鞍前方より斜台下1/3までの視野が得られる等がある。短所としては、骨切りの際の出血が術野を妨げる、正中部の位置確認が困難である等がある。本症例では、腫瘍は可及的に摘出したが術中内頸動脈の損傷をきたし大出血を生じた。反省を含め、考察を加えて報告する。

Le Fort I osteotomy、上顎経由法、下垂体腺腫

三叉神経第一枝末梢より発生した  
神経鞘腫の一例

小牧市民病院脳神経外科

前澤 聡 (MAESAWA Satoshi) 田中 孝幸  
小林 達也 木田 義久 雄山 博文  
吉田 和雄 丹羽 政宏

Trigeminal Neuinomaは比較的稀な腫瘍である。従来の報告ではこれをganglion型とroot型に大別して考察しているが、今回我々の経験した症例はperipheral nerveより発生したと考えられ非常に稀と思われる。

(症例) 43歳 女性。左視力、視野障害にて発症。it. V1領域にhypoaesthesia有り。左上眼窩裂より眼窩にかけてCTではplainで均一なiso density. enhanceされるmass有り。MRIではT1で均一にiso~low, T2でhigh intensityであった。開頭術にて同部位に境界明瞭な腫瘍を認め、被膜を残してこれを摘出した。病理所見はNeurinomaであり三叉神経第一枝末梢より発生したと考えられた。術後視力、視野の軽度改善を認め外来通院中である。

Trigeminal Neuinoma.

多発性脳内出血をきたした1症例  
転移性腫瘍塞栓部に形成された異常血管からの出血

愛知医科大学脳神経外科  
\*同臨床病理 \*\*博愛会病院

磯部正則 (ISOBE Masanori)、水野順一、本郷一博  
馬淵正二、中川 洋、\*原 一夫、\*\*浅野元和

転移性腫瘍が血管内に塞栓した部に異常血管が短期間に形成されこれが破綻して生じた脳内出血(ICH)を3か所にきたしたと考えられる稀な1症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症例は、35歳女性。既往歴なし。妊娠歴あり。平成7年9月に、右後頭葉にICHをきたし入院。血管造影で血腫内にAVM様の異常血管を認め、摘出術を施行した。病理では、拡張した血管内に腫瘍細胞を認めた。平成8年1月1日、左側頭葉にICHをきたした。さらに、1月7日には右頭頂葉にICHをきたした。血管造影では、9月にはなかった異常血管を各血腫内に認めた。右頭頂葉異常血管摘出術を施行し、病理では、拡張した血管内には腫瘍細胞塞栓を認め、choriocarcinomaの診断であった。尿中HCGは高値であった。婦人科と合同で原発巣の検索を始めつつ、化学療法を開始した。

multiple intracerebral hemorrhage  
brain metastasis, choriocarcinoma

## 演題取消

## 脳内出血にて発症した髄膜腫の一例

石川県立中央病院脳神経外科

中田 光俊 (NAKADA Mitsutoshi)、浜田 秀剛、  
宗本 滋、黒田 英一、蘇馬 真理子

脳内出血で発症した髄膜腫の一例を経験したので報告する。【症例】61歳男性。【現病歴】1995年10月19日午前11時突然の頭痛、11時30分意識障害、左片麻痺出現し入院。【神経学的所見】Ⅱ-1、瞳孔不同右5.0、左3.0、対光反射(+)、左中枢性顔面神経麻痺、左片麻痺。【画像診断】CT上右側頭後頭に固囲に脳浮腫を伴う脳内出血、右鉤ヘルニア。【経過】CT後緊急手術となった。画像から脳腫瘍の存在を考慮し左側頭後頭開頭、脳内血腫の除去を進めると上錐体静脈洞のS状静脈洞合流部の近傍に付着部を持つ直径3cmの暗赤色易出血性の腫瘍をみた。全摘出し加療。左同名半盲と軽度の左顔面神経麻痺残り11月11日独歩退院となった。【病理診断】angiomatous meningioma 【結語】腫瘍内出血が腫瘍被膜を穿破し脳内に進展したと考えられる稀な髄膜腫の一例を報告した。

meningioma, intracerebral hemorrhage

## 側脳室三角部髄膜腫6例の検討

岐阜大学病院 脳神経外科  
総合大雄会病院 脳神経外科\*石澤 錠二 (KOKUZAWA George) 山川 弘保、篠田 淳  
西村 康明、坂井 昇、山田 弘、船越 孝\*

側脳室脈絡叢に随伴する髄膜組織から発生する側脳室髄膜腫は、脳腫瘍全国集計調査報告では全髄膜腫中1.4%程で稀なものである。またその多くは側脳室三角部より発生する。

我々は、過去12年間において6例の三角部髄膜腫を経験した。症例は43から67歳、男性3、女性3、発症時臨床症状として、全例に頭蓋内圧亢進に伴う頭痛が見られ、その他、視野障害、片麻痺がみられた。全例手術により腫瘍の全摘出が行われたが、術後、半盲、失語症や記名力障害などの合併症が数例に見られた。

今回これらの経験から、側脳室三角部髄膜腫のその臨床的特徴、ならびに手術的治療の問題点を中心に若干の文献的考察を加え、ここに報告する。

intraventricular meningioma

## 脊髄性筋萎縮症に合併し、急速に増大した髄膜腫の

1例

国立静岡病院 脳神経外科、神経内科\*

服部 達明 (HATTORI Tatsuaki)、井上 悟  
溝口 功一\*

症例は22歳男性。小学生頃より徐々に進行する筋力低下があり、15歳頃に脊髄性筋萎縮症と診断された。平成3年12月のMRIでは脳に異常所見はなかった。平成7年7月急に頭痛・嘔気が出現し来院した。CTで右テント上に周囲に低吸収域を伴う直径4cmの isodensity massを認め、造影剤投与でほぼ均一に増強された。脳血管造影では腫瘍は硬膜動脈から血液供給をうけており、テント髄膜腫と診断した。開頭術を施行し、腫瘍を全摘したが、腫瘍と脳の間には血腫が存在し、腫瘍の被膜血管が出血源と考えられた。病理組織検査ではfibroblastic meningiomaであった。

若年発生の髄膜腫であり、良性の組織型にもかかわらず3年半で急速に出現増大しており、さらに周囲に血腫を合併するなど興味深い点が多く、報告する。

spinal muscular atrophy, tentorial meningioma,  
subdural hematoma

転移性無メラニン性悪性黒色腫の一例

土岐市立総合病院 脳神経外科  
岐阜大学 脳神経外科

杉本由佳(SUGINOTO Yukka), 竹中勝悟,  
熊谷守雄, 西村康明, 山田 弘

症例は、73才、女性、平成元年に左頸窩リンパ節の悪性黒色腫にて手術を受け、平成7年3月に胃癌(腺癌)にて胃全摘術を受けた、同年7月に入り左片麻痺が出現したため、当科に入院となった、頭部CTでは、右頭頂葉にリング状に造影される低吸収域、MRIでは、T1強調画像で低信号域、T2強調画像で低・高信号域、Gdでリング状に造影される病変を認め、右頭頂後頭関節頭により腫瘍全摘出が行われた、鏡胞を伴った白色で境界鮮明な腫瘍であった、出血所見はなかった、病理所見は、メラニン産生の認められない悪性黒色腫であった、悪性黒色腫は、一般にMRIのT1強調画像で高信号域として描出されると言われており、今回、比較的まれな画像所見を呈した無メラニン性悪性黒色腫の一例を記録したので文獻的考察を加え報告する。

a melanotic malignant melanoma. MRI

多発性大動脈瘤を伴う多発性海綿状血管腫の1例

聖隷浜松病院脳神経外科

片桐伯真(KATAGIRI Norimasa)、嶋田 務  
堺 常雄、佐藤晴彦、安藤直人、岩崎浩司

テント上下に多数の海綿状血管腫と主要大動脈に広範な動脈瘤の合併を認めた1例を経験したので報告する。症例は高血圧の既往がある66歳男性で、頭痛を主訴に来院。CT上橋出血を認めた為入院した。頭部MRIにてテント上下に多数の海綿状血管腫を認めた。またbody CTにて胸腹部及び大腿に至る多発性の一部血栓化を伴う大動脈の著大な拡大を認め、腹部臓器では左腎に嚢胞を認めた。入院後橋右腹側の再出血を認め、左片麻痺と感覚障害が出現した。治療は保存的に血圧の管理とリハビリを行い、6週間後独歩退院した。

多発性海綿状血管腫の頻度は10%程度であるが、今回のようにテント上下に多数認め、かつ多発性大動脈瘤を合併した症例は極めて稀である。今後遺伝子素因など家族歴も含め、更なる検査が必要と思われた。

multiple cavernous angioma, pontine hemorrhage  
multiple aortic aneurysm

診断治療に苦慮したmeningeal melanomaの1例

富山医科薬科大学 脳神経外科、第1病棟\*

赤井卓也(AKAI Takuya)、扇一恒章、栗本昌紀、  
桑山直也、高久晃、川口 誠\*

症例は、37歳女性。半年前より頭痛、嘔吐があり徐々に増悪、けいれん発作がおこり当科入院。CT, MRIでは、脳室およびくも膜下腔の拡大を認めた。入院後、傾眠傾向が出現し血管造影を行うと、直静脈洞の閉塞を認めた。血栓溶解術により意識障害は回復。頭痛、嘔吐は、脳室腹腔短絡術により消失。しかし、その後、進行性の対麻痺が出現。ミエログラフィー、MRIで、馬尾神経部に癒着性くも膜炎の所見を認め、腰椎椎弓切除後、くも膜下腔に充滿した腫瘍を部分摘出した。組織所見は、分裂像、壊死を伴うmelanomaであった。その後、脳内出血を起こし、開頭血腫除去を行った。脳表には色素沈着を認め、腫瘍がくも膜下腔に充滿していた。組織所見は、同様にmelanomaであった。この他に、黒色腫の所見を認めず、primary meningeal melanomaと診断した。

meningeal melanoma, sinus occlusion, thrombolysis

Multiple familial thrombosed vascular malformationの1例

金沢大学 脳神経外科

林康彦(HAYASHI Yasuhiko)  
東馬康郎 毛利正直 山崎哲盛 山下純宏

我々は、稀な多発性、家族性、血栓性の脳血管奇形の症例を経験したので報告する。症例は16才女性。出生や成長過程には特に問題なし。姉と母方の従姉に脳血管奇形あり。2年前より意識消失発作が出現し、頻度が増えたため来院。身体所見および神経学的には痙攣発作の他異常なし、凝固異常なし。MRI上右後頭葉の脳動静脈奇形と両大脳半球に多数の小さな脳血管奇形を認めた。これらは血栓化しており、脳血管造影上も描出されなかった。右後頭葉の脳動静脈奇形を摘出したが、少数ながら血流のあるfeederも見られた。組織学的に著明な石灰化と陳旧性出血を伴う血栓化した脳動静脈奇形が見られた。ほとんどの血管壁は退行変性を伴う肥厚、閉塞像を示したが、血栓化した異常血管の周囲には血管新生を思わせる未熟な小血管も見られた。神経学的に異常なく術後10日に退院した。

multiple vascular malformation thrombosed AVM  
familial AVM

出血で発症した高齢者AVMの2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\*

祈井勝也(Masui Katsuya)、橋本宏之、飯田淳一、  
横寿右\*

出血で発症した高齢者AVMの2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1は、72歳、男性。意識障害と左片麻痺で発症し、頭部CTで右前頭葉脳内出血を認めた。脳血管造影で異常血管は明らかではなかったが、血腫除去術にての術中所見でAVMを認めた。血腫とAVMは全摘出され、神経脱落症状なく、独歩退院した。

症例2は、68歳、男性。全身性痙攣発作で発症し、頭部CTで左前頭頂葉に脳内出血を認めた。脳血管造影にてAVMを認め、摘出術を施行した。術前認められた右片麻痺と言語障害は明らかに改善し、独歩退院した。

高齢者AVMは稀な病態で、治療に関しても多々議論がある。今回我々が経験した高齢者AVMの2例は共に出血で発症し、また手術的に加療を行い、良好な結果を得ることができた。

AVM, intracerebral hemorrhage,  
elderly patients

大孔前縁部硬膜動静脈瘻の一例

岐阜大学脳神経外科

原 秀 (SHIGERU Hara)、郭 泰彦、吉村紳一、  
上田竜也、安藤 隆、坂井 昇、山田 弘

経静脈的塞栓術により治癒した大孔前縁部硬膜動静脈瘻の一例を報告する。

【症例】79才女性。何ら誘因なく左側の拍動性耳鳴を自覚するようになり、それが徐々に増強した。聴診上も左乳様突起を中心に強い血管性雑音を聴取した。

【血管造影】両側上行咽頭動脈を主とした多数の外頸動脈系の分枝と、両側椎骨動脈の硬膜枝よりfeedされ、ant. condylar emissary veinを経て左内頸静脈へ流出する硬膜動静脈瘻を大孔前縁部に認めた。

【塞栓術】左内頸静脈よりant. condylar emissary veinを経て動静脈シャント部にcatheterを進め、IDCCにてシャント部およびdrainage経路の一部を閉塞した。塞栓術後の血管造影では、動静脈瘻は完全閉塞しており、拍動性耳鳴も消失した。

dural AVF, foramen magnum, embolization

Sinus isolation & packing にて加療した  
上矢状窦部硬膜動静脈奇形の1例

横浜市立総合病院脳神経外科  
聖隷三方原病院脳神経外科  
浜松医科大学脳神経外科

大石晴之 [OOISHI Haruyuki] 田中篤太郎 斉藤靖  
部築通孝 杉浦康仁 植村研一

経動脈的塞栓術の後sinus isolation & packingにて加療した上矢状窦部硬膜動静脈奇形の1例を経験したので報告する。

症例は59歳女性。5年前から拍動性頭鳴あり。95年6月11日突発頭痛で発症。CT上左側脳室に出血を認めた。脳血管造影では、両側内頸動脈系(EthA)・外頸動脈系(MMA, STA, OA)から上矢状洞へ流入する硬膜動静脈奇形と右前頭葉にACA, MCAを栄養血管として上矢状洞へ流入する脳動静脈奇形を認め、両側内頸動脈の著明なstealと静脈圧の亢進も見られた。2回の経動脈的塞栓術の後、7月27日に前頭蓋底硬膜と前1/3上矢状洞をisolation後、オキシセルにて直視下に上矢状洞をpackingし、8月3日には脳動静脈奇形の摘出後、中1/3上矢状洞を同様に処置した。術後、頭鳴は消失、8月25日の脳血管造影では、硬膜動静脈奇形と脳動静脈奇形の消失、内頸動脈のstealの消失と静脈圧の低下を認め、9月4日独歩退院した。

dural AVM, superior sagittal sinus, sinus isolation & packing

頭部CT上両側視床に低吸収域を呈した  
硬膜動静脈奇形 (dAVF) の一例

済生会松阪総合病院 脳神経外科

清水重利 (SHIMIZU Shigetoshi)、諸岡芳人、  
田中公人、中川 裕

症例は77歳、男性。痴呆症状を主訴として来院。頭部CTにて両側視床に低吸収域を認め、MRIでは同部はT1WIで低信号、T2WIで高信号を呈し異常血管が多数造影された。脳血管造影では右後頭動脈をmain feederとする小脳テント部のdAVFを認め、両側のS状静脈洞は閉塞し直静脈洞より深部静脈系へ逆流し視床部では異常血管の発達が著名であった。以上よりdAVFにより特に両側視床の循環障害を来したものと判断し血管内手術にてfeeder embolizationを実施、現在痴呆症状も改善し経過観察中である。

dAVFはしばしば静脈洞閉塞を伴い頭蓋内の著しい静脈圧上昇を来たし脳循環障害を来すが、画像上両側視床のみに異常を来した稀な小脳テント部のdAVFの一例を経験したので報告する。

dAVF, deep venous drainage, thalamus, dementia

### 脳内出血で発生した前頭蓋高硬膜動 静脈奇形の2例

藤田保健衛生大学 脳神経外科  
第一病棟\*

吉田耕一郎(Koichiro YOSHIDA)、加藤庸子、  
早川基治、佐野公俊、神野哲夫、安倍雅人\*

硬膜動静脈奇形 (dAVM) は硬膜やdural venous channelに発育する胎生期の硬膜のarteriovenous channelの遺残によるとされ、多くは主たるvenous sinusの近傍に位置する。前頭蓋窩dAVMは比較的稀な疾患で、通常脳内出血又はSAHで発症することが多い。静脈側の圧上昇からleptomeningeal venous channelへの逆流が静脈拡張やvenous sacを形成し、脳出血をもたらしとされている。今回我々は2症例を経験したので、その特徴と治療に関し報告する。2症例はすべて、前篩骨動脈からfeederを受け、長いipial veinを介して上矢状静脈洞へ導出していた。全例左前頭葉内の脳内出血で発症した。治療は前頭側頭開頭で、まず前頭蓋窩の硬膜を前篩骨動脈周辺で切断し、骨蝶で前篩骨部の頭蓋底部を閉鎖し、次に導出静脈を切断した。dAVMそのものを摘出しなくとも、流入動脈の切断閉塞及び流出静脈の離断のみで根治可能であった。以上、文献的考察を加える。

dural arteriovenous malformation, anterior ethmoidal artery, Anterior fossa, surgical resection

### 頭蓋骨折、上顎骨折眼血の骨接合術後 に内頸動脈狭窄を来した一例

鈴鹿中央総合病院 脳神経外科

亀井裕介、森川篤憲、田代晴彦、英賢一郎

今回我々は頭部顔面外傷後13日後に内頸動脈狭窄を来し、昏睡に陥った症例を報告する。(症例) 37歳、男性、交通事故にて当院搬送された。意識は清明であったが、前頭部陥没骨折、前頭蓋底骨折、また両側上顎骨骨折を認めた。4日後に頭蓋底強膜修復術、陥没骨折修復術を行った。経過は良好で、12日後に口腔外科医にて上顎骨骨折接合術が行なわれた。翌日朝9時、突然、昏睡状態、左完全片麻痺の状態になった。脳血管造影で右内頸動脈C1-2部での著明な狭窄が認められた。カテーテル、塩酸バシパリンを動注した。カテーテルを計90万単位使用、内頸動脈C1-2部での狭窄は残ったものの何とかが開存、末梢の血流も保たれた。術後、意識は清明となり、10時間後には左片麻痺も完全に改善した。抗凝固療法、hypertension, hypervolemic therapyを2週間施行、その後、神経学的所見の悪化なく、受傷34日後の脳血管造影では内頸動脈の狭窄は改善していた。

Head injury, Internal carotid artery,  
Skull base fracture,  
Percutaneous transluminal thrombolysis

### TIAを繰り返した外傷性椎骨動脈損傷の1例

富山県立中央病院脳神経外科

小倉憲一 (Ogura Kenichi)、長谷川顕士  
小林 勉、河野充夫、本道洋昭

患者は59歳男性。平成7年10月25日車の運転中に急ブレーキをかけた際、頸部を過伸展した。その9時間後に短時間の意識消失発作が出現し当科初診。外来で精査を進めていたが、11月15日構音障害、右片麻痺のTIAが出現したため入院となった。MRIで橋左側に脳梗塞を認め、同時に左VA内の血栓が疑われた。低分子デキストランとキサンボンの投与を行ったが、11月25日、26日と片麻痺に眼球運動障害、構音障害を伴うTIAが4回、11月28日にも1回のTIAが出現。MRIでは橋右側にも脳梗塞が認められた。抗血小板療法に切り替えしたが、12月14日にもTIAを認めたため抗凝固療法の使用を開始。以後、発作は消失している。12月20日の脳血管造影では、左VAのC1levelでの完全閉塞、右VAのA-O関節付近での約2cmにわたる壁不整な狭窄像が認められた。

TIA, trauma, vertebral artery, MRI

### 中大脳動脈閉塞症に対する超急性期血栓溶解術 直後に外科的血行再建術を施行した一例

浜松労災病院脳神経外科

黒田竜也(Kuroda Tatsuya)  
三宅英則 沈正樹 杉野敏之

脳主幹動脈閉塞症の急性期治療として血栓溶解術が確立されつつあるが、時に再開通後早期に再閉塞を来とし神経脱落症状を残す症例が存在する。今回我々は血栓溶解術直後に脳血行再建術を施行し良好な経過をたどっている症例を経験したので報告する。症例は70歳女性で、右片麻痺、失語症にて発症、左中大脳動脈M1部の閉塞症に対し血栓溶解術を施行し、再開通により臨床症状も改善した。慢性期の血行再建術を予定して、抗凝固療法を続けていたが、発症より18日に再び左中大脳動脈の閉塞を来した。直ちに再度血栓溶解術を施行し再開通は得られたが、閉塞部位の狭窄は残存しており再々閉塞を来すことが予想されたため、血栓溶解術直後に浅側頭動脈-中大脳動脈吻合術を施行した。症状は、術後4日目頃より離握手可能となり、19日目に発語が可能となった。

percutaneous transluminal recanalization, STA-MCA anastomosis, cerebral ischemia



### 脳内出血で発生した前頭蓋高硬膜動 静脈奇形の2例

藤田保健衛生大学 脳神経外科  
第一病棟\*

吉田耕一郎(Koichiro YOSHIDA)、加藤庸子、  
早川基治、佐野公俊、神野哲夫、安倍雅人\*

硬膜動静脈奇形(dAVM)は硬膜やdural venous channelに發育する胎生期の硬膜のarteriovenous channelの遺残によるとされ、多くは主たるvenous sinusの近傍に位置する。前頭蓋窩dAVMは比較的稀な疾患で、通常脳内出血又はSAHで発症することが多い。静脈側の圧上昇からleptomeningeal venous channelへの逆流が静脈拡張やvenous sacを形成し、脳出血をもたらしとされている。今回我々は2症例を経験したので、その特徴と治療に関し報告する。2症例はすべて、前篩骨動脈からfeederを受け、長いipial veinを介して上矢状静脈洞へ導出していた。全例左前頭葉内の脳内出血で発症した。治療は前頭側頭開頭で、まず前頭蓋窩の硬膜を前篩骨動脈周辺で切断し、骨蝶で前篩骨部の頭蓋底部を閉鎖し、次に導出静脈を切断した。dAVMそのものを摘出しなくとも、流入動脈の切断閉塞及び流出静脈の離断のみで根治可能であった。以上、文献的考察を加える。

dural arteriovenous malformation, anterior ethmoidal artery, Anterior fossa, surgical resection

### 頭蓋底骨折、上顎骨折眼血的骨接合術後 に内頸動脈狭窄を来した一例

鈴鹿中央総合病院 脳神経外科

亀井裕介、森川篤憲、田代清彦、英賢一郎

今回我々は頭部顔面外傷後13日後に内頸動脈狭窄を来し、昏睡に陥った症例を報告する。症例) 37歳、男性、交通事故にて当院搬送された。意識は清明であったが、前頭部陥没骨折、前頭蓋底骨折、また両側上顎骨骨折を認めた。4日後に頭蓋底強硬膜修復術、陥没骨折修復術を行った。経過は良好で、12日後に口腔外科医にて上顎骨骨折接合術が行なわれた。翌日朝9時、突然、昏睡状態、左完全片麻痺の状態になった。脳血管造影で右内頸動脈C1-2部での著明な狭窄が認められた。加キチセ、塩酸バシパペリンを動注した。加キチセを計90万単位使用、内頸動脈C1-2部での狭窄は残ったものの何とかが開存、末梢の血流も保たれた。術後、意識は清明となり、10時間後には左片麻痺も完全に改善した。抗凝固療法、hypertension, hypervolemic therapyを2週間施行、その後、神経学的所見の悪化なく、受傷34日後の脳血管造影では内頸動脈の狭窄は改善していた。

Head injury, Internal carotid artery,  
Skull base fracture,  
Percutaneous transluminal thrombolysis

### TIAを繰り返した外傷性椎骨動脈損傷の1例

富山県立中央病院脳神経外科

小倉憲一(Ogura Kenichi)、長谷川顕士  
小林 勉、河野充夫、本道洋昭

患者は59歳男性。平成7年10月25日車の運転中に急ブレーキをかけた際、頸部を過伸展した。その9時間後に短時間の意識消失発作が出現し当科初診。外来で精査を進めていたが、11月15日構音障害、右片麻痺のTIAが出現したため入院となった。MRIで橋左側に脳梗塞を認め、同時に左VA内の血栓が疑われた。低分子デキストランとキサンボンの投与を行ったが、11月25日、26日と片麻痺に眼球運動障害、構音障害を伴うTIAが4回、11月28日にも1回のTIAが出現。MRIでは橋右側にも脳梗塞が認められた。抗血小板療法に切り替えしたが、12月14日にもTIAを認めたため抗凝固療法併用の開始。以後、発作は消失している。12月20日の脳血管造影では、左VAのC1levelでの完全閉塞、右VAのA-O関節付近での約2cmにわたる壁不整な狭窄像が認められた。

TIA, trauma, vertebral artery, MRI

### 中大脳動脈閉塞症に対する超急性期血栓溶解術 直後に外科的血行再建術を施行した一例

浜松労災病院脳神経外科

黒田竜也(Kuroda Tatsuya)  
三宅英則 沈正樹 杉野敏之

脳主幹動脈閉塞症の急性期治療として血栓溶解術が確立されつつあるが、時に再開通後早期に再閉塞を来とし神経脱落症状を残す症例が存在する。今回我々は血栓溶解術直後に脳血行再建術を施行し良好な経過をたどっている症例を経験したので報告する。症例は70歳女性で、右片麻痺、失語症にて発症、左中大脳動脈M1部の閉塞症に対し血栓溶解術を施行し、再開通により臨床症状も改善した。慢性期の血行再建術を予定して、抗凝固療法を続けていたが、発症より18日に再び左中大脳動脈の閉塞を来した。直ちに再度血栓溶解術を施行し再開通は得られたが、閉塞部位の狭窄は残存しており再々閉塞を来すことが予想されたため、血栓溶解術直後に浅側頭動脈-中大脳動脈吻合術を施行した。症状は、術後4日目頃より離握手可能となり、19日目に発語が可能となった。

percutaneous transluminal recanalization, STA-MCA anastomosis, cerebral ischemia

### 急性期中大脳動脈閉塞症の血栓溶解療法について

金岡成益、早川基治、加藤庸子、佐野公俊、神野哲夫、小倉祐子\*、竹下元\*、片田和廣\*

藤田保健衛生大学 脳神経外科  
放射線科\*

【緒言】急性期中大脳動脈閉塞(MCO)に対する血栓溶解療法は、出血性梗塞の出現も少なくない。我々は、MCO 7症例に対して血栓溶解療法を施行し、若干の治療を得たので考察を加え、報告する。【症例】7例(男5名、女2名) 年齢41才~75才(ave. 58.9才) M1部occlusion 5例、M2部occlusion 2例【結果】全例再開通に成功。術後出血4例(small 2例、large 2例)術後ADL 3例、II 2例、III~IV 2例【考察】MCOの出血性梗塞の出現については再開通までの時間、側副血行による血流量の関与が言われているが、特に残余血流量が一番の指標とされているが、SPECTによる血流量測定は実際には不可能な事が多い。その点Dynamic CTは短時間で施行でき、良い指標になると思われる。これらにつき、症例をあげ報告する。

中大脳動脈閉塞症、再開通、出血性脳梗塞

### 腹部血管奇形を伴った右内頸動脈欠損症の一例

静岡市立静岡病院 脳卒中センター 脳神経外科  
画像診断科

寺町 英明 (TERAMACHI Hideaki) 深澤 誠司  
清水 言行 小野 洋\* 日高 昭斉\*

症例は53才、男性。平成3年2月25日突然の後頭部頭痛感、眩暈、嘔気で発症し2月27日に当科を受診した。来院時左上肢の軽度脱力と重度高血圧を認めた。CTscanでは右前頭葉白質に梗塞巣を認め、bone window CTでは右頸動脈管が描出されなかった。脳血管造影では、右内頸動脈が頭蓋進入部以下までしか描出されず、頭蓋内血管は側副血行路より描出される鶴田の分類I型の内頸動脈欠損症と診断した。また左椎骨動脈V<sub>3</sub>部に血栓による閉塞を認め、右前頭葉の梗塞はhemodynamic onsetによるものと考えられた。腹部血管造影では、総肝動脈、左腎動脈、両総腸骨動脈の欠損などの奇形を認めた。腹部血管奇形を伴った内頸動脈欠損症は我々が渉猟し得た限り報告されておらず内頸動脈欠損症の発生機序を考えうるうえで非常に興味ある症例と思われた。

agenesis of internal carotid artery  
anomaly of abdominal artery

### 中大脳動脈血栓症をきたした

angio-Bechet 病の1例

浜松医療センター 脳神経外科・内科\*

松尾義孝(MATSUO Yoshitaka)、中山禎司  
土屋直人、田中敬生、金子満雄、富永雅博\*

症例は30歳女性。2年前より口腔内アфта、ぶどう膜炎、結節性紅斑が出現した。1995年8月頃よりTIAが出現し、同12月頃より両側橈骨動脈の触知不良を指摘された。1996年1月11日突然の意識障害、左片麻痺を発症し当科紹介となった。脳血管写上大動脈弓よりの分枝はすべて閉塞しており、さらに右中大脳動脈・M1での閉塞を認めた。まず腕頭動脈閉塞に対しballoon angioplastyを行い、続いて右中大脳動脈血栓症に対し血栓溶解術を施行し再開通が得られ、術後症状は著明に改善した。angio-Bechet病は大血管に病変を有することが多く、血栓症で発症するものは希である。本例は血栓症を発症したangio-Bechet病に対し急性期血管内手術が有効であったと考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

angio-Bechet, PTR

### クモ膜下出血で発症した頭蓋内内頸動脈

解離性動脈瘤の1例

高山赤十字病院 脳神経外科

\*岐阜大学 脳神経外科

中島利彦 (NAKASHIMA Toshiniko),

山田 潤, 山川春樹, 高田光昭, 山田 弘\*

症例は51才、女性。平成7年3月4日SAH (WF NS grade II) のため入院となった。脳血管造影で前交通動脈瘤が疑われたため開頭したところ、前交通動脈に動脈瘤は認められず、右内頸動脈C1, C2 portionの著明な紡錘状拡大を認めたため、同部のアングングを行った。3月20日再びSAHを生じたため脳血管造影を行ったところ、右内頸動脈に解離性動脈瘤を認めた。入院時には解離腔内に血栓が存在したため、脳血管造影では解離性動脈瘤と診断し得なかったものと考えられた。4月7日detachable balloonを用い右内頸動脈のproximal occlusionを行い、8月25日全治退院した。頭蓋内内頸動脈の解離性動脈瘤からSAHをきたすことは極めて稀で、その診断及び治療に関して興味ある症例と考えられた。

subarachnoid hemorrhage, dissecting aneurysm,  
internal carotid artery, detachable balloon

内頸動脈trapping後に形成された後大脳動脈  
fusiform aneurysmの一例

松阪中央総合病院脳神経外科

篠田幸子 (SHINODA sachiko)、山本森介、  
村田浩人

内頸動脈trapping後、同側後大脳動脈に形成された  
fusiform aneurysmの一例を経験したので報告する。CT  
症例は55歳、女性。突然の頭痛、嘔気を訴え来院。CT  
にてSAHと診断した。9年前、rt. ruptured large IC  
aneurysmに対しIC trapping術が施行されている。  
angiographyにて右後大脳動脈 P1 portion に fusiform  
様の aneurysm が認められた。待機手術とし、2週間の  
保存的治療後に再度 angiography を行ったが、同様の所  
見であった。P1 portion の fusiform aneurysm と診断し  
た。同部は perforator も多く、手術は困難と判断した。  
P1 portion の fusiform aneurysm は比較的珍しく、本  
例の如く trapping された後に発生した症例に対して、  
その発症機序、治療等につき、若干の文献的考察を加え  
て報告する。

trapping, fusiform aneurysm, angiogram, SAH

破裂後大脳動脈瘤の6例

岐阜県立岐阜病院脳神経外科

森 憲司 (MORI Kenji)、村瀬 悟、  
新川修司、三輪嘉明、大熊巖夫

比較的まれな後大脳動脈破裂脳動脈瘤6例を経験した。  
症例：全例女性、年齢は48-72歳(平均59歳)、搬入時  
のWFNS gradeはIが3例、IIが2例、IIIが1例、動脈瘤は  
右4例、左2例、部位はP<sub>1</sub>が4例、P<sub>2</sub>が1例、P<sub>3</sub>が1例、  
形状は嚢状が4例、紡錘状が2例、sizeは2×3mmから9×  
15mm、3例は他に未破裂動脈瘤を合併、3例は著明な同  
側側脳室内出血を合併。手術：4例にneckclipping (3例  
は早期手術、1例は待期手術)を施行。P<sub>1</sub>の2例では  
pterional approach、P<sub>2</sub>、P<sub>3</sub>の2例では subtemporal  
approachを施行。結果：手術を行った4例中の3例と、手  
術拒否の1例は予後良好、2例は死亡。結論：本動脈瘤は  
女性に多く、脳室内出血を伴うものが多かった。手術を  
行った4例中3例が予後良好であった。後大脳動脈瘤につ  
いて若干の文献的考察を加えて報告する。

PCA aneurysm, SAH, IVH, operation

くも膜下出血で発症した前大脳動脈水平部の  
fusiform aneurysmの1手術例

公立尾陽病院脳神経外科<sup>1</sup>  
名古屋市立大学脳神経外科<sup>2</sup>

西尾 実<sup>1</sup>、大野正弘<sup>1</sup>、原田重徳<sup>2</sup>、  
金井秀樹<sup>2</sup>、神谷 健<sup>2</sup>、山田和雄<sup>2</sup>

前大脳動脈水平部の動脈瘤は文献上 0.76~1.3%と  
比較的稀であり、その内 fusiform type は 7.7~14%  
を占めるといふ。今回前大脳動脈水平部の fusiform  
aneurysm を経験したので報告する。症例は58才の女性。  
心筋梗塞、脳出血の既往があり、高血圧、不整脈の治療  
を受けていた。くも膜下出血 (Grade III) にて発症。手  
術前に2回脳血管造影を行なっているがその11日の間  
に脳動脈瘤の明らかな拡大を認めた。3D-CT angiogra-  
phy はその形態の変化をよく捉え、手術に際しても有用  
であった。手術は trapping を行なった。術中動脈瘤に  
切開を加え内面を観察した。隔壁など見られず fusiform  
aneurysm と診断した。術前より血管攣縮により  
意識障害、左上肢と両下肢の運動麻痺が見られたが術後  
症状も徐々に軽減して経過している。

A1 segment aneurysm, fusiform aneurysm,  
subarachnoid hemorrhage, 3D-CT angiography

脳動脈瘤クリッピング術後早期に発生した  
外傷性脳動脈瘤の破裂症例

豊川市民病院 脳神経外科

中塚雅雄 (NAKATSUKA Masao)、谷村一、福岡秀和

脳動脈瘤クリッピング術後早期に再破裂した症例を経験した。  
クリッピング操作で動脈瘤壁を傷つけた事が原因と思われ、  
反省の意をこめ報告する。

症例は69歳女性。動脈硬化の著しい右M2-M3分岐部の  
破裂性動脈瘤に対し Hunt & Kosnik C2, WFNS GI の状  
態で手術を行なった。手術は、動脈瘤壁の一部が硬く肥  
厚膨隆しクリッピングに際しクリッピングが親動脈に滑脱してし  
まうため、やむを得ず破裂部のドームクリッピングとフィブリン糊  
を塗布して終えた。術後は経過良好で脳血管造影を予定  
していた所、術後26日目に右側頭葉内血腫を伴うSAHで  
再発した。再破裂と診断し、WFNS GV の状態で直ちに  
再手術を行なった。右M2-M3分岐部に先回の動脈瘤ドーム  
を巻き込むように大きくなってしまった新生動脈瘤が存在した。  
新生動脈瘤の原因として医原性かつ外傷性と考えられた。

iatrogenic aneurysm, traumatic aneurysm,  
clip injury, rerupture

外傷性くも膜下出血に続発した症候性脳血管攣縮  
一塩酸パパベリン動注が奏効した1例一

金沢医科大学脳神経外科

高田 久(TAKATA Hisashi), 飯塚秀明,  
泉 慎一, 加藤 甲, 角家 暁

外傷性のくも膜下出血に続発した症候性血管攣縮に対し塩酸パパベリンの選択的動注が有効であった1例を経験したので報告する。症例は69歳男性。飲酒後転倒し後頭部を打撲した。入院時、意識はJCS 2, CTで左の較上槽からシビウス裂にかけてくも膜下出血があった。翌日には意識清明となり、第1病日の脳血管撮影、第9病日のSPECTで異常はみられなかった。第17病日になり突然右片麻痺、失語症が出現した。TCDでは左MCAの血流速度が120と上昇, X e CTで左半球の血流は低下していた。脳血管撮影では左M1からM2に血管攣縮を認めた。塩酸パパベリンをM1で140mg, C1で60mg動注し拡張が得られた。TCDは86に低下, X e CTによる脳血流も改善した。症状は消失し、その後も再狭窄を示す所見はみられず、神経脱落症状なく退院した。

traumatic SAH vasospasm  
papaverine hydrochloride

脳血管攣縮に対するSTA combination therapyの  
臨床的予防効果

\* 愛知県厚生連海南病院 脳神経外科  
\*\* 名古屋大学 脳神経外科

棚澤 利彦 (Toshihiko Tanazawa)\*, 山本 直人\*,  
服部 光爾\*, 渋谷 正人\*\*, 大須賀浩二\*\*

従来、脳血管攣縮(VS)の予防としてHigh dose methylprednisolone(MP)療法やAT-877の単独療法の有用性を報告(スバズムシンボジウム)してきたが、今回、STA療法としてcombinationを行ったので、臨床効果につき、報告する。S(steroid)は、MP500mg/dayを使用、T(tPA)は、tPA200万単位にての術中脳槽洗浄、A(AT-877)は、エリル90mg/dayにて使用した。薬剤の投与は原則としてday14まで行った。SAH患者9名にたいして施行し臨床結果として、症候性VSの出現頻度0%、脳血管写VSの出現頻度44%をしめし、GOSは全例GRが得られた。脳血管攣縮の予防的治療としてSTA combination therapyは、良好な臨床効果が得られ、極めて有用と考えられた。

vasospasm, steroid, tPA, AT-877

くも膜下出血に対する脳腔内線溶解療法

市立岡崎病院脳神経外科

関 行雄(SEKI Yukio) 井上紀樹 波多野範和  
野田 篤 杉浦満男

脳血管攣縮の予防のためtissue-type plasminogen activator(tPA)及びurokinase(UK)を用いた脳腔内線溶解療法を試みた。  
<対象> Fisher group 3に相当し、発症後72時間以内にクリッピングし得た症例である(tPA群25例、UK群20例)。  
<方法>手術翌日よりtPAは脳室内投与し(10万単位/回、3回/日、5日間)3~4時間後に脳槽ドレーンを開放した。UKは乳酸リンガルに溶解して脳室内に持続投与し、脳槽ドレーンより持続排液した(42万単位/3日間)。  
<結果> symptomatic vasospasmの出現率はtPA群24%、UK群50%、CT上脳梗塞の認められた例はそれぞれ8%、30%、退院時GOSは70才未満の症例でGood+Moderate Disabilityがそれぞれ79%、69%であった。  
tPAの有用性を問題点、合併症とあわせ報告する。

subarachnoid hemorrhage, tissue-type plasminogen activator,  
urokinase, vasospasm

クリッピング術後再発した脳底動脈先端部動脈瘤に  
コイル塞栓術が有効であった多発性脳動脈瘤の1例

刈谷総合病院脳神経外科  
名古屋大学脳神経外科\*

大塚吾郎 Osuka Goro, 進尾道明, 浅野良夫, 下澤定志  
根来 真\*, 福井一裕\*

症例は50歳女性、1980年某病院にて破裂脳底動脈先端部動脈瘤に対しクリッピング術施行し、以降経過良好であった。

1995年11月4日患者は突然の頭痛にて当院へ搬送され、CTにてくも膜下出血を認めた。脳血管造影にて右IC-PCと右IC-cavernousに2個の動脈瘤を認め、また15年前の脳底動脈先端部動脈瘤のクリップはslip outし、動脈瘤の再発を認めた。CT上右IC-PC動脈瘤の破裂と判断し、そこにクリッピング術を施行した。右IC-cavernous動脈瘤はneckの上のみ確認でき、coatingを施行した。脳底動脈先端部動脈瘤へは前回手術による癒着が強く到達できなかった。そこで右IC-cavernous動脈瘤および再発した脳底動脈先端部動脈瘤に対し、血管内治療によりIDC microcoilを用いた手術困難な多発性脳動脈瘤を伴った再発脳動脈瘤に対し血管内治療が有用であったので報告する。

endovascular surgery, coil embolization, clipping,  
multiple aneurysms, recurrence

## 後頭蓋窩腫瘍に伴って発生した脊髄空洞症の

## 2例

新城市民病院脳神経外科

山崎健司(YAMAZAKI Kenji) 村木正明 富田守

症例1は25歳女性。徐々に増悪する頭痛、耳閉感を主訴に来院した。初診時両側聴力障害、軽度体幹失調、両側うっ血乳頭を認めた。画像所見では、第四脳室からC1の高さにかけて腫瘍を認め、C2の高さに脊髄空洞を認めた。V-P shunt術の後腫瘍全摘出術施行した。病理診断はhemangioblastomaであった。術後脊髄空洞は縮小した。症例2は50歳女性。徐々に増悪する頭痛、ふらつきを主訴に来院した。初診時体幹失調、両側C5-8領域の痛覚低下を認めた。画像所見では、右後頭蓋窩に腫瘍を認め、小脳扁桃ヘルニアおよびC2からTh12にかけての脊髄空洞を認めた。腫瘍全摘出術施行、病理診断はfibroblastic meningiomaであった。術後脊髄空洞は縮小し、知覚障害も消失した。

本症例では、腫瘍、小脳扁桃ヘルニアによる大孔部閉塞が脊髄空洞の原因となっていたものと考えられた。

brain tumor, posterior fossa, syringomyelia

症例は18歳男性、バイクで転倒し受傷した。来院時意識レベルはJCSで200、瞳孔不同(左側大)、CTで左側急性硬膜下血腫を認め、直ちに減圧開頭血腫除去を行った。術後、約2週間で意識は清明になった。しかし左Th6,7レベルの知覚過敏帯とTh8以下の右半身温痛覚鈍麻、左に強い痙攣性対麻痺、排尿障害が明らかになった。MRI、脊髄造影CTではTh3~5レベルで脊髄背側にくも膜下腔と連続した嚢胞が存在し、Th3~6レベルで後方からの脊髄圧迫所見を認めた。外傷性仮性腫瘍と診断しTh3~6の椎弓切除を行ったところ、硬膜の部分欠損と嚢胞状の髄液貯留を認め、脊髄を背側から圧迫していた。硬膜欠損部位は人工硬膜を用いて閉鎖した。術後一過性に神経症状は悪化したのが、3ヶ月後歩行可能にまで下肢筋力は改善した。

trauma, thoracic spine, pseudomeningocele

## 外傷性胸椎部仮性髄膜瘤の1例

富山医科薬科大学脳神経外科

扇一恒章(OGIICHI Tsuneaki)、栗本昌紀、浜田秀雄、遠藤俊郎、西島美知春、高久晃

## 特発性脊髄硬膜外血腫の1症例

沼津市立病院 脳神経外科

日吉 城 (HIYOSHIGI Joe)

山本 貴道 田中 聡 文 隆雄

(目的) 脊髄硬膜外血腫は手術後や外傷によるものが多いが大半で手術、外傷とは関係無く突然に出血するものは稀である。原因の明らかでない脊髄硬膜外血腫を経験したので報告したい。

(症例) 62歳、男性。突然の頸部痛、左肩甲骨～上肢にかけての激的な放散痛を訴え、救急受診した。左上下肢の不全片麻痺を認め、約30分で完全片麻痺となった。頸部CT、MRIでC3～C7レベルで脊髄背側に硬膜外血腫を認め、直ちにC3～C7の椎弓切除、血腫除去術を行った。術中所見では血管奇形などの明らか異常は認めなかった。

術後、麻痺、疼痛は速やかに消失した。  
(考察) 本症例では明らかな血管奇形、凝固能異常、高血圧など認めないが患者は20年米の糖尿病があり、糖尿病性の血管変化が出血の原因となった可能性もあると思われた。

spinal epidural hematoma,  
spinal AVM, diabetes mellitus

## 著明な頭蓋内圧亢進症状を呈し意識消失発作を繰り返した脊髄腫瘍の一例

西尾市民病院 脳神経外科

島山 尚登 (Hatakeyama Hisato)、高木 輝秀  
木野本 武久、野田 哲

今回我々は、著明な頭蓋内圧亢進症状を呈し、意識消失発作を繰り返した脊髄腫瘍の一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25歳男性。90年、他院にて脊髄腫瘍部分摘出術施行、2年後放射線療法を行った。94年12月、両側うっ血乳頭にて眼科より紹介。CT上、軽度の脳室拡大を認めた。95年1月8日、24日と、意識消失発作を繰り返して入院。1月26日、脳室ドレナージ施行。CSFは、血性。初期圧は、60cmH<sub>2</sub>O以上であった。後日、V-Pシャント、腫瘍部分摘出術施行後退院。新たな意識消失発作はなく、現在装具着用にて歩行可能、外来にて経過観察中である。

本症例に認められた頭蓋内圧亢進は、腫瘍からのくも膜下腔への出血により髄液循環、吸収不全を来した結果と推測され、脊髄腫瘍患者管理において注意すべき症候であると考えられた。

spinal tumor, choked disc, subarachnoid hemorrhage

## 第三脳室憩室と考えられた一例

福井医科大学脳神経外科

金子正則 (Masanori Kaneko)、石井久雅、久保田紀彦

第三脳室憩室と考えられた症例を経験したので報告する。症例は29歳の女性で頭痛を主訴に来院した。約9カ月前より時々頭痛があったが放置していた。約半年前より、頭を急に上げたときのふらつき感と頭痛を自覚し、徐々に増悪するために当科を受診した。

当科初診時、意識清明で、うっ血乳頭を認める他は、明らかな神経学的異常所見を認めなかった。頭部CTで、水頭症と第三脳室の後方にcysticなmass lesionを認め、入院となった。入院後、MRIで精査したところ、cystic lesionはsupracerebellar cisternuに位置し、小脳を上方より圧排しており、小脳扁桃は下方に偏位していた。また、中脳水道の狭窄、第三脳室の著明な拡大を認めた。Cine MRIでは、第三脳室とcystic lesionの間に交通を認めた。

中脳水道の狭窄に起因する第三脳室憩室と考えて、脳室腹腔短絡術を施行した。術後、速やかに自覚症状は軽快した。MRIでは、cystic lesionの縮小と、水頭症の改善を認めた。第三脳室もほぼ正常化した。

第三脳室憩室に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

## 大後頭孔狭窄を来したachondroplasiaの一例

静岡県立こども病院脳神経外科

池田 充 (Mitsuru Ikeda)、佐藤 倫子、佐藤 博美

achondroplasiaに大後頭孔狭窄を来すことは良く知られているが、脊髄に変化を来す事は比較的稀である。今回我々は症状発現前に発見し得た大後頭孔狭窄を来した一例を経験したので報告する。症例は、双子第一子の四ヶ月の女児。家族歴では双子第二子も同じくachondroplasiaであるが、他には居ない。経過観察中、頭囲拡大あり、両側硬膜下水腫を認め、当科入院となる。入院後、MRI施行により大後頭孔狭窄による延髄頸髄移行部の非薄化を認め、大後頭孔周囲のCSF flowは無かった。術前に神経学的異常、呼吸異常は認めなかった。両側硬膜下ドレナージ及び大後頭孔開放減圧術施行。術後MRIでCSF flowは改善し、延髄頸髄移行部の圧迫解除を認めた。今回我々が経験した一例につき文献的考察を加える。

achondroplasia

シャントバルブ出口側接続部(outlet connector)の破損をきたした2小児例

名古屋市立東市民病院 脳神経外科

相原徳孝(Noritaka Aihara)、橋本信和、福島庸行、唐沢洲夫、高木卓爾

シャント機能不全の中で、シャントチューブの閉塞などの機械的な機能不全は最も頻度の高いものであるが、シャントシステム自体の破損となると比較的希なものである。我々は、水頭症のシャント手術にはソフイー圧可変式シャントシステムを使ってきたが、バルブにはMRIによるアーチファクトを避けるという理由の為に前胸部皮下に留置してきた。小児では、患者の体の成長によりバルブが頭側へ移動するので前胸部下縁にバルブを留置しているが、明らかな外傷が無いのに、出口側接続部(outlet connector)が破損した2症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

shunt malfunction, mechanical complication, shunt breaking

出生時には認められずに乳児期に出現したmiddle cranial fossa arachnoid cystの1例

三重大学脳神経外科

当麻直樹 (TOMA Naoki)、和賀志郎、小島精、阪井田博司

症例は11カ月の男児。在胎35週6日で双生児の第1子として出生した。チアノーゼと嘔吐のため生後5日目にCTを施行。posterior fossaにSAHを認めたが、この時点でright middle cranial fossaにcystic lesionは認めなかった。9カ月時の脳波上right fronto-temporal regionのactivityの低下がみられ、11カ月時にCTを施行。right middle cranial fossaにhuge arachnoid cystを認めた。入院時、発育は正常でneurological deficitはなかった。cyst peritoneal shuntを施行し、術後はuneventfulで退院となった。arachnoid cystのetiologyおよびnatural courseについては議論の多いところではあるが、本例は後天的なarachnoid cystの出現の1つの証明となると考えられるため、若干の文献的考察を加え報告する。

arachnoid cyst, etiology

多彩な神経症状を示したVPshunt機能不全の1例

国立名古屋病院 脳神経外科  
同 神経内科

澤村茂樹(Sawamura Shigeaki) 高橋立夫 須崎法幸  
服部和良 今川健司 桑山明夫 武上俊彦

17歳、男子。生後八ヶ月の時、トキアラスマ脳症のため、VPshunt術の手術あり。2年前より、follow upなし。ヶ月より視力低下、歩行障害、上肢優位の知覚障害、筋力低下を主訴とし、来院した。shunt valve造影では、鎖骨下で途絶していたが、CT上、水頭症は軽度であり頭痛嘔気なし。上肢のしびれ、脱力が顕著なため、頸椎病変を探索、lumbar造影などは異常なかった。上肢筋伝導速度の遅延を認め、視力低下を伴った特異なGuillain-Barre症候群の疑いありとして、γグロブリン療法、血漿交換療法を開始したが1週間後も効無く、視力低下が急激であり、髄液圧が高値を示したため、shuntの腹側の入れ替えを施行した。術後より、徐々に知覚障害および視力が改善し、約3週間で独歩可能となった。病因につき議論する。

VPshunt malfunction, hydrocephalous,  
Guillain-Barre syndrome, Toxoplasmosis

# MEVALOTIN ONCE A DAY

## メバロチンは 1日1回投与が可能です。

投与法の選択幅が広がりました。

| 3通りの投与法 | 2種類の錠剤              | 30日処方            |
|---------|---------------------|------------------|
| 朝1回     | メバロチン錠<br>(5mg錠)    | 1回30日間分<br>投薬が可能 |
| 夕1回     | メバロチン錠10<br>(10mg錠) |                  |
| 朝・夕2回   |                     |                  |

【効能又は効果】

高脂血症、家族性高コレステロール血症

【用法及び用量】

通常、成人にはプラバスタチンナトリウムとして、1日10mgを1回または2回に分け経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減するが、重症の場合は1日20mgまで増量できる。

【使用上の注意】

1. 一般的注意 本剤の適用にあたっては、次の点に十分留意すること。1) 適用の前に十分な検査を実施し、高脂血症、家族性高コレステロール血症であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。本剤は高コレステロール血症が主な異常である高脂血症によく反応する。2) あらかじめ高脂血症の基本である食事療法を行い、更に運動療法や高血圧・喫煙等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分考慮すること。3) 投与中は血中脂質値を定期的に検査し、治療に対する反応が認められない場合には投与を中止すること。

2. 次の患者には投与しないこと

1) 本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

3. 次の患者には慎重に投与すること 1) 重篤な肝障害又はその既往歴のある患者 2) 重篤な腎障害又はその既往歴のある患者 3) フィブリン系薬剤(ベザフィラート等)、免疫抑制剤(シクロスポリン等)、ニコチン酸を投与中の患者(相互作用)の項参照

4. 相互作用 フィブリン系薬剤(ベザフィラート等)、免疫抑制剤(シクロスポリン等)、ニコチン酸との併用により、筋肉痛、脱力感、CPK上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とし、急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症があらわれやすいので注意すること。

5. 副作用 1) 皮膚: ときに発疹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。2) 消化器: ときに悪心・嘔吐、便秘、下痢、腹痛、胃不快感が、またまれに口内炎等の症状があらわれることがある。3) 肝臓: ときにG-GOT、S-GPT、ALP、LDH、γ-GTP、総ビリルビン値の上昇等の肝機能異常があらわれることがある。4) 腎臓: ときにBUN、クレアチニンが上昇することがある。

6. 高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているので減量するなど注意すること。

7. 妊婦・授乳婦への投与 1) 妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上まわると判断される場合にのみ投与すること。

2) ラットで乳汁中への移行が報告されているので、授乳中の婦人に投与することを避け、やむをえず投与する場合には授乳を中止させること。

8. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。

9. 適用上の注意 コレステロールの生成は夜間に亢進することが報告されており、本剤の臨床試験においても、朝食後に比べ、夕食後投与がより効果的であることが示唆されている。したがって、本剤の適用にあたっては、1日1回投与の場合、夕食後投与とすることが望ましい。



HMG-CoA還元酵素阻害剤  
高脂血症治療剤

メバロチン®  
錠・錠10・細粒・細粒1%

錠・一般名/プラバスタチンナトリウム 健保適用品



資料請求先

三井株式会社

〒103 東京都中央区日本橋本町3-5-1

※本剤の適用にあたっては、あらかじめ高脂血症の基本である食事療法を行い、更に運動療法や高血圧・喫煙等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分考慮すること。