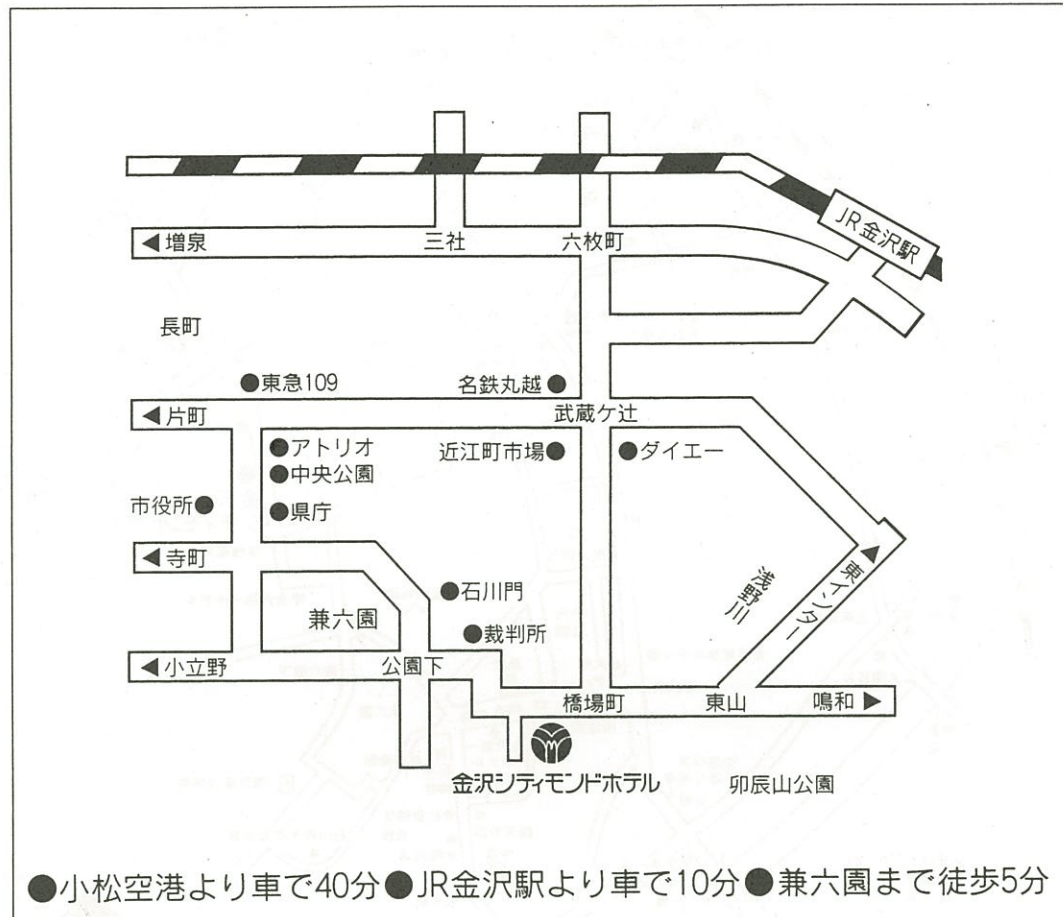


## 会場案内

 **金沢シティモンドホテル**  
KANAZAWA CITYMONDE HOTEL



〒 500

岐阜市司町40  
岐阜大学医学部

篠田 淳

先生

## 第48回 日本脳神経外科学会中部地方会

平成8年6月22日(土) 午前9時30分から

会場：金沢シティモンドホテル

〒920 金沢市橋場町2-10

☎ (0762) 24-5555

世話人 金沢大学脳神経外科 山下 純 宏

〒920 金沢市宝町13-1

☎ (0762) 62-8151

FAX (0762) 34-4262

- 1) 抄録掲載料は発表者1名につき100円です。
- 2) 学会当日は、年会費(1,000円)、新会員の方は参加登録料(1,000円)を受け付けます。
- 3) 講演時間は5分、討論は各演題につき3分です。
- 4) スライドプロジェクターは1台のみ、ビデオはS-VHSのみ用意いたします。
- 5) 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、氏名を御記名の上、クレジット受付に提出して下さい。

昼食時間に翌日開催の野球試合の組合わせ抽選会を行いますので、各施設の担当の先生は午前の部終了後会場にお残り下さい(野球場案内は裏表紙を御覧下さい)。

## 開 会

(午前の部 9:30~12:15)

I 血管障害1 (9:30~10:02) 座長: 沖 春海 (黒部市民病院)

1. 未破裂脳動脈瘤

小松市民病院 脳神経外科 ○木村 誠, 木下 昭, 山本祐一

2. 出血源特定が困難であった多発脳動脈瘤の1手術例

石川県中央病院 脳神経外科 ○蘇馬真理子, 宗本 滋, 二見一也,  
濱田秀剛, 林 康彦

3. 脳動静脈奇形に伴う脳動脈瘤が新生・増大した1例

黒部市民病院 脳神経外科 ○圓角文英, 沖 春海, 石田恭央

4. 脳動脈瘤の新生と増大を認めた2症例

福井県立病院 脳神経外科 ○深谷賢司, 柏原謙悟, 得田和彦,  
赤池秀一, 村田秀秋

II 血管障害2 (10:03~10:27) 座長: 本郷一博 (愛知医科大学)

5. 10日以上間隔をおいた2度目のクモ膜下出血の特徴的CT所見

焼津市立総合病院 脳神経外科 ○田中篤太郎, 植村研一, 大石晴之  
浜松医科大学 脳神経外科 斎藤 靖, 都築通孝, 龍 浩志

6. 内頸動脈分岐部上よりアプローチした脳底動脈上小脳動脈分岐部動脈瘤の2例

岐阜大学 脳神経外科 ○上田竜也, 郭 泰彦, 浅野好孝,  
西村康明, 安藤 隆, 坂井 昇

7. 当院における破裂脳動脈瘤治療とその問題点

三重県立総合医療センター 脳神経外科 ○山本順一, 清水健夫, 松原年男

III 血管障害3 (10:28~10:52) 座長: 佐野公俊 (藤田保健衛生大学)

8. 虚血で発症し短期間にSAHを来したPICA dissecting aneurysmの1例

松坂中央総合病院 脳神経外科 ○篠田幸子, 山本義介, 村田浩人

### 次 回 御 案 内

第49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学講座

中 川 洋 教授

場 所: 愛知医科大学臨床講義室

日 時: 平成8年11月16日 (土)

9. 小脳虫部動静脈奇形に合併した上小脳動脈瘤の1例  
静岡赤十字病院 脳神経外科 ○安心院康彦, 黒川 龍, 片山 真,  
山口則之, 山田 史

10. 軽微な頸部外傷による頸部椎骨動脈瘤の1例  
県立岐阜病院 脳神経外科 ○原 秀, 大江直行, 新川修司,  
三輪嘉明, 大熊晟夫

IV 血管障害4 (10:53~11:17) 座長: 遠藤俊郎 (富山医科薬科大学)

11. 一過性脳虚血発作の原因を頸動脈エコーにて診断した1例  
町立浜岡総合病院 脳神経外科 ○永田淳二, 紺野浩一  
藤田保健衛生大学 脳神経外科 神野哲夫  
同 放射線科 片田和廣

12. バルーンマタテスト陽性例に対する非シャント使用 CEA の1例  
富山医科薬科大学 脳神経外科 ○増岡 徹, 赤井卓也, 遠藤俊郎,  
池田宏明, 久保道也, 高久 晃

13. 痴呆を主症状とした上矢状血栓症 (superior sagittal sinus thromobosis) の1症例  
豊川市民病院 脳神経外科 ○加藤康二郎, 谷村 一, 福岡秀和

V 血管障害5 (11:18~11:42) 座長: 渋谷正人 (名古屋大学)

14. 著明な冠動脈硬化・脳動脈硬化を呈した高リポ蛋白 (a) 血症の1例  
小牧市民病院 脳神経外科 ○雄山博文, 木田義久  
同 循環器内科 近藤泰三, 望月盈宏

15. 血友病Aに合併した脳室内出血後の閉塞性水頭症の1例  
富山労災病院 脳神経外科 ○上野 恵, 木谷隆一

16. IDCにより治療した外傷性CCFと硬膜動静脈瘻の2例  
市立四日市病院 脳神経外科 ○臼井直敬, 中林規容, 伊藤八峯,  
市原 薫, 塚本信弘, 小林 望

VI 奇形 (11:43~12:15) 座長: 神谷 健 (名古屋市立大学)

17. Magendie孔の膜様の閉塞を伴ったChiari I型奇形  
信州大学医学部 脳神経外科 ○滝沢壮臣, 岩下具美, 新田純平,  
長島 久, 多田 剛, 京島和彦,  
小林茂昭

18. Chiari I奇形, 水頭症を合併したHallermann-Streiff症候群の1例  
聖隷三方原病院 脳神経外科 ○竹原誠也, 宮本恒彦, 杉浦康仁  
小児科 平松久弥, 赤嶺壮一, 横地健治,  
大木 茂

19. Intradiploic arachnoid cystの1例  
富山医科薬科大学 脳神経外科 ○旭 雄士, 高羽道康, 富田隆浩,  
栗本昌紀, 遠藤俊郎, 高久 晃

20. 水頭症が原因となったパーキンソン症候群の2例  
聖隷浜松病院 脳神経外科 ○片桐伯真, 嶋田 務, 佐藤顕彦  
" 神経内科 岩崎浩司, 山口満夫, 堺 常雄,  
渥美哲至

昼休み (12:16~13:00)

(午後の部 13:00~16:35)

VII 腫瘍1 (13:00~13:24) 座長: 徳力康彦 (福井赤十字病院)

21. 腫瘍内出血に伴う閉塞性水頭症で発症したsubependymal giant cell astrocytomaの1例  
金沢医科大学 脳神経外科 ○熊野宏一, 飯塚秀明, 加藤 甲,  
片岡二郎, 角家 暁

22. FLAIR法が診断上有効であった脳室内嚢胞の1例  
信州大学 脳神経外科 ○村田 茂, 小山淳一, 赤石江太郎,  
多田 剛, 田中雄一郎, 小林茂昭

23. 巨大側脳室内髄膜腫の1例  
福井赤十字病院 脳神経外科 ○中久木卓也, 徳力康彦, 武部吉博,  
井手久司, 辻 篤司, 瀧川 聡

VIII 腫瘍 2 (13:25~13:49) 座長:坂井 昇(岐阜大学)

24. 眼窩内悪性黒色腫の1例  
福井医科大学 脳神経外科 ○小寺俊昭, 兜 正則, 竹内浩明,  
中川敬夫, 佐藤一史, 古林秀則,  
久保田紀彦

25. 蝶形骨洞類上皮腫の1例  
浜松医科大学 脳神経外科 ○山本淳考, 龍 浩志, 西澤 茂,  
太田誠志, 植村研一

26. 頭蓋内骨腫の2例  
富山医科薬科大学 脳神経外科 ○岡本宗司, 鬼塚圭一郎, 高久 晃  
塚本病院 塚本榮治

IX 腫瘍 3 (13:50~14:14) 座長:龍 浩志(浜松医科大学)

27. 乳児期に発症した pleomorphic xanthoastrocytoma の1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

28. Dysplastic gangliocytoma of the cerebellum (Lhermitte-Duclos disease).  
A case report  
岡波総合病院 脳神経外科 ○栢井勝也, 橋本宏之  
奈良県立医科大学 脳神経外科 飯田淳一, 柳 寿右

29. Craniopharyngioma の合併症の少ない全摘術  
国立名古屋病院 脳神経外科 ○高橋立夫, 須崎法幸, 澤村茂樹,  
服部和良, 今川健司, 桑山明夫

X 腫瘍 4 (14:15~14:39) 座長:京島和彦(信州大学)

30. 顔面神経鞘腫の1例  
岐阜大学 脳神経外科 ○山田実貴人, 白紙伸一, 今井 秀,  
服部達明, 篠田 淳, 西村康明,  
安藤 隆, 坂井 昇

31. 脳腫瘍との鑑別が困難であった venous angioma によると考えられる脳梗塞の1例  
豊橋市民病院 脳神経外科 ○三井勇喜, 大野貴也, 岡村和彦,  
渡辺正男, 井上憲夫, 加納道久,  
若林健一

32. 内耳道内前庭神経鞘腫に対する内視鏡手術の応用  
(学大重三) 座長: 恵寿総合病院 脳神経外科 ○東 壮太郎, 永谷 等, 瀬戸 陽,  
埴生知則

XI 腫瘍 5 (14:40~15:04) 座長:中村 勉(金沢医科大学)

33. 視神経の形態を保持しながらその全周にわたり発育した視神経鞘髄膜腫の1例  
大隅病院 脳神経外科 ○嶋津直樹, 永谷一彦  
名古屋市立大学 脳神経外科 松本 隆, 山田和雄

34. Klinefelter 症候群に合併した下垂体腺腫の1例  
金沢大学 脳神経外科 ○木島 保, 立花 修, 村松直樹,  
林 裕, 山下純宏

35. 胃癌の随腔内播種に伴うトルコ鞍内クモ膜嚢腫の1例  
蒲郡市民病院 脳神経外科 ○杉野文彦, 梅村 訓, 鈴木 解,  
川村康博

XII 腫瘍 6 (15:05~15:29) 座長:宗本 滋(石川県立中央病院)

36. 脳梁部に発生した石灰化転移性脳腫瘍の1例  
名古屋大学 脳神経外科 ○原 政人, 稲尾意秀, 寺田幸市,  
永谷哲也, 吉田 純

37. 脊髄硬膜外転移を認めた germinoma の2例  
藤田保健衛生大学 脳神経外科 ○久野茂彦, 川瀬 司, 庄田 基  
同 第一病理 安倍雅人, 神野哲夫

38. Methotrexate (MTX) 髄注を行った乳癌原発性髄膜症の2症例  
一宮市立市民病院 脳神経外科 ○壁谷龍介, 原 誠, 戸崎富士雄,  
小倉浩一郎, 石栗 仁,  
波多野 学

XIII 脊髄 (15:30~16:02) 座長: 小島 精 (三重大学)

39. 後方および前方からの一期的手術が有効であった頰椎脊柱管狭窄症の1例  
公立能登総合病院 脳神経外科 ○南出尚人, 橋本正明, 泉 祥子  
神 經 外 科 深谷賢司, 荒川志朗, 佐竹良三

40. 頰髄内腫瘍を伴った脊髄慢性炎症の1例  
名古屋市立大学 脳神経外科 ○間瀬光人, 山田和雄  
大隅病院 脳神経外科 金井秀樹, 嶋津直樹

41. Dumbbell 型小児脊髄硬膜下腫瘍  
愛知医科大学 脳神経外科 ○師田信人, 中川 洋, 本郷一博,  
馬淵正二, 水野順一, 赤羽 明,  
磯辺正則

42. 脊柱管外発育を示した神経鞘腫の2例  
三重大学 脳神経外科 ○中村文明, 和賀志郎, 小島 精,  
久保和親, 村尾健一

XIV 外傷・その他 (16:03~16:35) 座長: 古林秀則 (福井医科大学)

43. 腰椎穿刺による術中生食水注入が効を奏した難治性慢性硬膜下血腫の1例  
福井県済生会病院 脳神経外科 ○多田吾行, 宇野英一, 高島靖志,  
岡田由恵, 若松弘一, 土屋良武

44. 亜急性期に急性増悪した硬膜下血腫の1例  
磐田市立総合病院 脳神経外科 ○安斎正興, 田ノ井千春, 水谷哲郎,  
天野嘉之

45. 小児急性小脳腫張の1例  
遠州総合病院 脳神経外科 ○山口 力, 橋本義弘, 林 雄一郎

46. 副鼻腔炎より波及した大脳縦裂部硬膜下膿瘍に対し開頭術が有効であった1例  
鈴鹿中央総合病院 脳神経外科 ○英 賢一郎, 森川篤憲, 田代晴彦,  
亀井祐介



木村 誠、木下 昭、山本祐一

MRI が当院に入ってから、5年4ヶ月間に何らかの脳血管異常を疑った患者約350例にMR angiographyを行い、脳動脈瘤を疑って33症例(約10%)に脳血管撮影を行った。17症例(52%)に、脳動脈瘤28個を発見し、その内の7症例、合計13個の脳動脈瘤にNeck clipping 11個、coating 2個を行い、全例を何ら神経所見の悪化なく社会復帰し、同じ職場や生活に戻った。その部位は右12個、左15個、正中1個で内頸12個(43%)、中大脳7個(25%)、椎骨系5個(18%)、前交通2個(7%)、前大脳2個(7%)だった。その中に、特徴的で注意すべき例(頭痛を伴い急速に完成する動眼神経麻痺を呈した内頸動脈後交通動脈分岐動脈瘤や、中年の多発性のう胞腎を持つ多発性脳動脈瘤)などのポイントにつき報告する。

蘇馬真理子 (SOMA Mariko), 宗本 滋, 二見一也  
浜田秀剛, 林 康彦

【症例】72才, 女性.

【現病歴】'95秋より左眼瞼下垂が出現. '96.3.30クモ膜下出血とともに左眼瞼下垂が増強した.

【検査所見】CTでは右側優位のクモ膜下出血, 脳血管造影では1)blebを伴うlarge左内頸動脈瘤, 2)右内頸動脈瘤, 3)右中大脳動脈瘤を認めた.

【経過】4.2 動眼神経麻痺, blebの存在を考慮し動脈瘤1)に対しclipping術施行. 4.5 右側2)3)にclipping術施行. その結果3)の破裂と判明した. 経過中に症状の悪化は認めなかった.

【結語】破裂部特定が困難な両側性動脈瘤に, 早期二期的手術を施行した症例を報告する.

脳動脈瘤の新生と増大を認めた2症例

圓角文英 (ENKAKU Fumihide)、沖 春海、  
石田恭央、

脳動脈瘤の新生と増大を認めた2症例を経験したので報告する。【症例1】64歳の女性で平成6年12月1日、左手のしびれを訴え、MRA施行した。Acomの膨隆を認め、経過観察とした。平成7年12月8日、MRAを再検し、AcomにAnを認め、脳血管撮影にて直径7mmのAcom Anを確認した。手術を行い、術中所見から、動脈瘤壁は極めて薄く、血流が透見され、破裂しそうであった。【症例2】65歳の男性で平成2年4月6日、左脳梗塞にて入院、脳血管撮影施行したが、Anは認められなかった。平成6年11月、MRA施行したところ、Acomに動脈瘤を認め、脳血管撮影にて直径9mmのAcom Anを確認した。術中所見では動脈瘤の壁は極めて薄かった。

脳動脈瘤の新生と増大を認めた2症例

深谷賢司 (Fukaya Kenji)、柏原謙悟、得田和彦、  
赤池秀一、村田秀明

我々は脳動脈瘤 (An) の新生と増大を認めた2症例を経験したので報告する。【症例1】64歳の女性で平成6年12月1日、左手のしびれを訴え、MRA施行した。Acomの膨隆を認め、経過観察とした。平成7年12月8日、MRAを再検し、AcomにAnを認め、脳血管撮影にて直径7mmのAcom Anを確認した。手術を行い、術中所見から、動脈瘤壁は極めて薄く、血流が透見され、破裂しそうであった。【症例2】65歳の男性で平成2年4月6日、左脳梗塞にて入院、脳血管撮影施行したが、Anは認められなかった。平成6年11月、MRA施行したところ、Acomに動脈瘤を認め、脳血管撮影にて直径9mmのAcom Anを確認した。術中所見では動脈瘤の壁は極めて薄かった。

本報告例の存在は定期的な脳ドックの必要性を示唆するものと考えられる。若干の文献的考察を加え、報告する。

10日以上間隔をおいた2度目のクモ膜下出血の特徴的CT所見

焼津市立総合病院脳神経外科  
浜松医科大学脳神経外科\*

田中篤太郎(TANAKA Tokutarō)、植村研一\*  
大石晴之、斉藤靖、都築通孝、龍浩志\*

目的：破裂脳動脈瘤によるクモ膜下出血症例で、初回CTのクモ膜下出血が消失後に再出血した症例のCTは出血のパターンに独特の特徴を有すると考えられ経験された症例をまとめた。対象：対象は少なくとも10日以上の間隔をおいてクモ膜下出血を再発したことが明らかでない16例。男性5例、女性11例。結果：再出血で出血は明らかに限局化し、同一脳槽内の出血ムラ、びまん性でないのに脳室内逆流が強いなどの特徴的所見があった。また動脈瘤から遠い部位に出血が多いものが6例で、再出血時のCTから出血源の動脈瘤を特定しにくいと考えられるものが4例で見られた。結語：この所見は治療方針を決める上で重要と思われた。

内頸動脈分岐部上よりアプローチした  
脳底動脈-上小脳動脈分岐部動脈瘤の2例

岐阜大学脳神経外科

上田竜也(UEDA Tatsuya)、郭 泰彦、浅野好孝、  
西村康明、安藤 隆、坂井 昇

脳底動脈-上小脳動脈分岐部動脈瘤への到達方法は種々の報告がされているが、今回われわれは内頸動脈分岐部上よりアプローチし良好な結果を得た2例を経験したので報告する。症例はSAHで発症した63歳男性と65歳女性の2例。いずれも比較的高位の脳底動脈-上小脳動脈分岐部動脈瘤で、頭蓋内内頸動脈は短く外側に偏位していた。これら2例に対し内頸動脈分岐部上よりアプローチしてneck clippingを行った。内頸動脈分岐部上アプローチはtransylvian approachの変法であるが、以下の3点の特徴を有する脳底動脈末梢部の動脈瘤のclippingの際には有用である。1) 脳底動脈先端部が高位、2) supracaloid ICが短い、3) 動脈瘤のサイズが小さい。本アプローチの実際をビデオで供覧し、その有用性と限界を考察する。

当院における破裂脳動脈瘤治療とその問題点

三重県立総合医療センター脳神経外科

山本順一 (YAMAMOTO Junichi)、清水健夫  
松原年男

我々の施設では開設以来1年6ヶ月間に28例のSAH (35-78歳) の直達手術を経験し、灌流をしない術後管理方針で管理してきた。25例は発症2日以内の急性期に手術を行った。H & K GradeはGrade I : 2例、II : 12例、III : 5例、IV : 4例、V : 5例であった。治療の基本を従来のHypervolemic-hypertensive therapyとし、最近の症例ではフサン、フルナール、エリルを主軸とした管理を行った。脳血管攣縮に対しては適宜塩酸パパベリンの動注を行った。GOSはGR : 15例、MD : 3例、SD : 4例、Dead : 6例であった。H & K Grade IIの2例でVasospasm予防療法終了直後でのSymptomatic Vasospasmの出現を見、これが致命的予後につながった。特に術後長期にわたる血腫の残存がその原因の一つと考えられ、これに対する今後の対策が必要と考えられた。

虚血で発症し短期間にSAHを来したPICA  
dissecting aneurysmの一例

松坂中央総合病院脳神経外科

篠田幸子(SHINODA Sachiko)、山本義介、  
村田浩人

症例は47才男性。平成8年1月21日、突然右に倒れる感じがあり来院。翌22日のCTでは右小脳梗塞が認められるのみであった。同日夜、突然の意識障害、呼吸障害をおこし、CT上SAHがみとめられた。意識レベルはまもなく改善したが、23日朝、再び意識障害、呼吸障害をきたした。CTではくも膜下腔の血腫増大と脳室内血腫を認めた。血管造影施行し、右PICAは動脈瘤様拡大を伴う狭窄所見と左PICAの起始部よりの狭窄を認めた。血管撮影後、突然の血圧低下、呼吸停止をきたし死亡した。PICAのdissecting aneurysmの報告は少なく、発症様式は虚血、出血ほぼ同数であったが、我々の症例の如く虚血で発症し短期間でSAHをおこした症例の報告はなく、極めてまれな症例と思われるので、両側PICAの剖検所見も合わせ報告する。



### 小脳虫部動静脈奇形に合併した上小脳動脈瘤の1例

静岡赤十字病院脳神経外科

安心院康彦(AJIMI Yasuhiko), 黒川龍,  
片山真, 山口則之, 山田 史

症例は58歳男性で,平成6年8月,小脳虫部出血に対し保存的に治療した.平成8年1月20日突然vertigo,嘔吐,意識障害が出現し,CTでクモ膜下出血を認め入院となった.入院時JCS30,右片麻痺を認めた.脳血管造影にて右上小脳動脈(SCA)をmain feederとする小脳虫部AVMと左SCA末梢動脈瘤を認めた.初回出血はAVM,今回は動脈瘤破裂によると考えられた.1月21日急性水頭症に対し脳室ドレナージ術を施行.以後意識障害は改善した.3月1日左SCA動脈瘤に対しleft occipital transtentorial approachにて手術施行.初めclippingを試みたが,術中破裂のためparent arteryを結紮,切断した.術後小脳症状が悪化した.3月12日水頭症に対しV-Pシャントを行った.一側SCAがmain feederのAVMと対側SCA動脈瘤を合併し,期を変えて各々から出血した例は希と考えられ,文献的に考察した.

### 軽微な頸部外傷による頸部椎骨動脈瘤の1例

県立岐阜病院 脳神経外科

原 秀 (HARA Shigeru)、大江直行、  
新川修司、三輪嘉明、大熊晟夫

【症例】 38歳 女性。主訴：歩行障害。現病歴：平成8年1月23日水泳中に他人との接触を避けようとして頸部をひねったところ左後頸部痛を自覚した。頸部痛に加え28日にはめまいが出現し歩行不能となったため翌日当院を受診した。来院時左Wallenberg症候群を認めた。MRIにて左延髄外側部に梗塞巣を認め、脳血管造影では第4頸椎レベルの椎骨動脈に動脈瘤を認めた。MRIを再検して解離性動脈瘤と判定した。頸椎カラーを装着し、抗凝固療法を行った。約7週間後の血管造影で動脈瘤は縮小し、MRIで解離腔は血栓化していた。【考案】軽微な鈍的外傷に起因する椎骨動脈損傷はまれで、その機序として受傷時の血管内膜の解離が考えられている。本例はMRI、血管造影にて確認された外傷性解離性動脈瘤で興味ある症例と考え報告する。

### 一過性脳虚血発作の原因を頸動脈エコーにて診断した1例

町立浜岡総合病院 脳神経外科、藤田保健衛生大学  
脳神経外科\*、放射線科\*\*

永田淳二 (Junji NAGATA)、紺野浩一、  
神野哲夫\*、片田和廣\*\*

内頸動脈系の一過性脳虚血発作の原因としては、動脈潰瘍形成による微小血栓等と考えられている。その原因追求には現在MR angiography・ヘリカルCT・脳血管造影等の画像診断が主体となっている。今回、MR angiography・脳血管造影等を施行するも、明らかな原因を掴めず、41日間の入院中に、約7回のTIA発作（右上下肢筋力低下、構語障害、めまい発作）を呈し、頸動脈エコーを施行する事により、エコー上約4~5個の血栓形成を認めた。そのため、ヘパリン8000単位の点滴静注と共に抗血小板薬（塩酸チクロピジン）の内服治療を開始させ、TIA発作の発症を減少させる事が可能となった。しかし、頸動脈エコー上、血栓の消失は認められず、現在尚、外来にて経過観察中である。

### バルーンマスタステス陽性例に対する非シャント使用CEAの1例

富山医科大学 脳神経外科

増岡徹 (MASUOKA Toru)、赤井卓也、  
遠藤俊郎、池田宏明、久保道也、高久晃

症例は67歳男性、TIAを繰り返し当科入院。脳血管造影で左内頸動脈起始部に約70%狭窄を認めた。前交通動脈を介する側副血行はなく、後交通動脈を介する側副血行はわずかであった。バルーンマスタステスを行うと左総頸動脈閉塞直後に不穏状態となり右片麻痺出現。SEPではN20が平坦化した。手術は、SEP、EEG、近赤外線モニタ一下にバルビツレート療法、低体温療法を行い、仙台カクテルを使用しCEAを行った。内頸動脈遮断により酸素飽和度は10%低下、N20は約15分後に消失し、EEGは振幅が半減した。遮断時間は33分であった。麻酔の覚醒には通常より時間を要したが神経脱落症状の出現はなかった。以上より明らかなバルーンマスタステス陽性例においても十分な脳保護を行うことで内シャントを使用せずCEAが施行可能であると示唆された。

痴呆を主症状とした上矢状洞血栓症(superior sagittal sinus thrombosis)の一症例

豊川市民病院 脳神経外科

加藤康二郎 (KATO Koujiro), 谷村一,  
福岡秀和

上矢状洞血栓症はよく知られている疾患であるが診断に苦慮した一症例を経験したので報告する。自発性症例は58歳男性。入院2日前に頭痛で発症した。自発性低下、食欲低下、痴呆症状、体幹失調、等の多彩な症状を来たし、当院に入院した。CT上は右前頭葉の低吸収域を認めたが、これのみが責任病巣とは考えられず、神経内科的疾患も疑い諸検査を行なった。入院2日後に突然の意識障害を来した。MRI所見から上矢状洞血栓症を強く疑い脳血管造影を施行したところ、上矢状洞、横洞が造影されず、上矢状洞血栓症と診断した。直ちに頭蓋内圧を下げる目的でthiamylal sodiumによる induced coma therapy を行なった。覚醒後の経過は良好であり、発症1カ月後の脳血管造影は上矢状洞、横洞が造影された。静脈洞血栓症の診断と治療法について若干の文献的検討を加えて報告する

著明な冠動脈硬化・脳動脈硬化を呈した高リポプロテイン (a) 血症の一例

小牧市民病院 脳神経外科<sup>1)</sup>  
循環器内科<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 雄山博文 (Oyama Hirofumi)、木田義久  
<sup>2)</sup> 近藤泰三、望月盈宏

症例) 症例は65歳の男性で、8年前狭心症の発作をおこし、以後7回PTCAにて治療されている。尚、娘が27歳の時、心不全で死亡するという家族歴を有している。6年前TIAをおこし、脳血管造影にて著明な脳動脈硬化が見られた。以後、抗血小板剤にて治療しているが、構語障害を認める他症状の進行は見られていない。血清リポプロテイン (a) 値が77~104mg/dlと高値(正常は40mg/dl以下)であり、又、HDLは20~38.6mg/dl (正常は35mg/dl以上)と比較的低値であった。考察) リポプロテイン (a) はプラズミノーゲンと相同性が強く、動脈硬化の独立した危険因子で、その血清値は遺伝的に決定されていると考えられている。虚血性心疾患に関する報告は多くみられ、我々の症例でもPTCAを何度も繰り返していた。大血管病変による脳梗塞例でも高値を示すことが報告されているが、比較的稀であり、注意を要する疾患と考えられるため報告した。

血友病Aに合併した脳室内出血後の閉塞性水頭症の1例

富山労災病院脳神経外科

上野 恵 (UENO Megumi)、木谷 隆一

症例は61歳の男性。出血傾向、両膝関節痛、意欲、食欲の低下があり、入院した。頭部CTにて左側脳室の脈絡叢部の出血と、左側脳室の拡大を認めた。第VIII因子活性が2%であり、血友病Aと診断され、保存的に加療された。その後、閉塞性水頭症の進行による右片麻痺と失語症が出現したため、脳室一腹腔短絡術を施行した。術後に第VIII因子製剤を投与し、後出血などの合併症はなく、水頭症の改善とともに右片麻痺、失語ともに軽快した。また、術前の画像所見で、脈絡叢部に腫瘍性病変があり、腫瘍を疑わせたが、術後に消失した。

血友病に合併した頭蓋内疾患の外科的治療、また本例の脳室内の腫瘍性病変の消失機序について考察する。

IDCにより治療した外傷性CCFと硬膜動静脈瘻の2例

市立四日市病院 脳神経外科

臼井直敬 (Usui Naotaka) 中林規容 伊藤八峯  
市原薫 塚本信弘 小林望

我々は外傷性CCFと硬膜動静脈瘻に対しIDCによる塞栓術を施行し良好な結果を得たので報告する。症例1: 31才男性。13年前に外傷後のCCCFを発症、Detachable Balloon、総頸動脈結紮を施行したが治癒せず、眼球突出あり、今回上眼静脈経路でIDCによる塞栓術を施行した後、残存したCCCFに対し経動脈的にIDCおよびリキッドコイルにて塞栓術を施行し、CCCFは消失した。

症例2: 43才男性。頭痛、耳鳴にて発症した硬膜動静脈瘻。経静脈的にIDCにて塞栓術を施行した後、経動脈的塞栓術を施行、再度経静脈的塞栓術を施行し、瘻は消失した。

(結語) IDCによる経静脈的塞栓術は根治性が高く有効な方法と考えられた。

magentie 孔の膜様の閉塞を伴ったChiari 1型奇形

信州大学医学部 脳神経外科

滝沢壮臣 (TAKIZAWA Takeomi)、岩下具美  
新田純平、長島久、多田剛、京島和彦、小林茂昭

症例は30歳女性で1か月前よりの頭痛を主訴に来院した。頭部CTにて第四脳室まで拡大する著大な水頭症とMRIにてChiari 1型奇形と脊髓空洞症を認めた。この水頭症と脊髓空洞症は経時的観察で増大傾向を示した。神経学的には進行性の深部感覚障害を認め、手術直前は軽度の起立歩行障害があった。後頭下減圧術とC1,C2の椎弓切除術を施行したさい、magentie 孔の膜様の閉塞を認めてこれを剥離し開放した。術後、速やかに症状は軽快し、MRI上も水頭症と脊髓空洞症の改善を見た。magentie 孔の膜様の閉塞、Chiari 1型奇形、脊髓空洞症に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

Chiari奇形,水頭症を合併した

Hallermann-Streiff症候群の1例

聖隷三方原病院脳神経外科,小児科\*

竹原誠也 (TAKAHARA Seiya),宮本恒彦,杉浦康仁,平松久弥,  
赤嶺壮一,横地健治\*,大木茂\*

今回我々はHallermann-Streiff症候群にChiari奇形,水頭症を合併した1例を経験した.この症候群は頭蓋奇形の報告はあるが,Chiari奇形,水頭症の報告はなかった.<症例>生後9ヶ月女児.平成6年7月25日出生,頭蓋奇形,小顎症,鳥様顔貌,先天性白内障,小眼症,歯の異常,均整のとれた小人症よりFrancoisの診断基準を満たすHallermann-Streiff症候群と診断され,心不全の治療,歯牙の抜去,白内障手術を受け,平成7年4月18日心不全で小児科入院し,MRI,CT検査でChiari奇形,水頭症の診断得た.後頭蓋窩減圧術を計画したが,6月10日死亡した.<考察>Hallermann-Streiff症候群の中樞神経系奇形は頭蓋奇形の報告のみである.この症例はChiari奇形,水頭症を伴っており,転帰不良の原因の一つと推測された.

Intradiploic arachnoid cystの一例

富山医科大学脳神経外科

○旭 雄士(Asahi T)、高羽道康、富田隆浩、  
栗本昌紀、遠藤俊郎、高久晃

脳ドックで偶然発見されたintradiploic arachnoid cystの一例について報告する。症例は63歳男性。20歳の時頭部外傷の既往を持つ。神経所見に異常なく、頭部局所に形態異常や圧痛は認めなかった。頭部単純写で右側頭骨に直径1cmの円形骨融解像あり、頭部CTでは骨欠損部の骨外板は保たれていた。MRIでは骨病変部はT1でLIA, T2でHIAを呈し、脳実質の異常は認められなかった。脳血管写で異常造影は認めなかった。術中所見では、病変部外板は正常に保たれ、内板、板間層が球状に欠損していた。直下の硬膜は円形に欠損しておりクモ膜が脱出しドーム状に突出していた。cyst内容は髄液のみで脳組織の脱出はなかった。以上の所見より、intradiploic arachnoid cystと診断した。

水頭症が誘因となったパーキンソン症候群の

2例

聖隷浜松病院脳神経外科

同神経内科\*

片桐伯真(KATAGIRI Norimasa)、嶋田 務、佐藤顕彦  
岩崎浩司、山口満夫、堺 常雄、渥美哲至\*

水頭症が誘因のパーキンソン症候群の報告は散見されるが、その機序は依然明確ではない。今回経験した2症例より、治療法等含め文献的考察を加え報告する。症例は26歳と28歳の男性で、共に水頭症に対してシャント術を施行。経過中シャント不全が誘因でパーキンソン症状が出現した。1例はシャント再建術、薬物療法により約2カ月の経過で軽快した。もう1例は水頭症の治療に苦慮し、パーキンソン症状の増悪と感染症の合併により寝たきりとなり、薬物療法も困難であったが、約15カ月の経過で症状の軽快は得られたが、依然半介助の状態である。本症例からも予後は症状、重症度、障害部位や期間、薬物の効果、合併症により影響すると考えられる。今後同様な症例に対しては適切な診断の下、水頭症の早期確実な治療と薬物療法が必要であると考えられた。

腫瘍内出血に伴う閉塞性水頭症で発症した subependymal giant cell astrocytomaの1例

金沢医科大学 脳神経外科

○熊野宏一(KUMANO Kouichi), 飯塚秀明,  
加藤 甲, 片岡二郎, 角家 暁

症例は25歳, 男性. 3歳時に痙攣発作あり, 7歳時に小児科で結節性硬化症の診断を受け, その後は抗痙攣剤が投与されていた. CTで側脳室壁に多発性の石灰化があったが, 脳室内腫瘍はなかった. 平成7年10月のMRIで側脳室前角に腫瘍を認めしたが水頭症はなく経過観察されていた. 平成8年4月1日に頭痛, 嘔吐が出現し当科入院となった. CTで左側脳室前角~モンロー孔部を占拠する高吸収の腫瘍があり, 昨年10月のMRIに比し明らかに増大し, 水頭症も伴っていた. MRIでは腫瘍の一部がT1, T2像で共に高信号を呈し腫瘍内出血と思われた. Interhemispheric transcallosal approachにて摘出術を行った. 組織診断はsubependymal giant cell astrocytomaであった. 成人で発症した症例は稀であり, 報告した.

FLAIR法が診断上有効であった  
脳室内嚢胞の一例

信州大学脳神経外科

村田 茂(MURATA Shigeru), 小山淳一, 赤石江太郎  
多田 剛, 田中雄一郎, 小林茂昭

症例は14歳女性. 生下時より中脳水道狭窄症による水頭症があり, 9カ月時にV-P shuntを施行されて以降, 髄膜炎やshunt機能不全の為今日までに計4回のshunt再建術が行われた. 今回は1995年7月にshunt機能不全のため入院した. 脳室造影翌日のCTで左側脳室内に腫瘍を認めた. MRI(T1, T2)で脳室内の構造物が明らかではなかったが, FLAIR法にて左側脳室体部と透明中隔に嚢胞壁が高信号として描出された. 手術は内視鏡にて可能な限り嚢胞を除去し, 脳室端を設置した. 今回通常のCTやMRI(T1, T2)のみでは髄液と判別し難い脳室内嚢胞の一例を経験したので画像所見, 術中ビデオ所見と若干の文献的考察を加えて報告する.

巨大側脳室内髄膜腫の1例

福井赤十字病院脳神経外科

中久木卓也(NAKAKUKI takuya) 徳力康彦,  
武部吉博, 井手久司, 辻 篤司, 瀧川 聡,

症例; 65歳男性. 軽い右片麻痺と痙攣発作にて, 発症した. CTにて, 石灰化をともなう5x6x6cm大のmassを右側脳室後角部をみとめた. CEにて強く造影され, 腫瘍周辺にも著明な浮腫を伴っていた. この時点では, 鑑別診断として, 転移性脳腫瘍, Oligodendroglioma, meningioma等を考えた. MRI, Angio所見より脳室内のmeningiomaが考えられ, transcortical approachにて腫瘍を全摘した. 手術後, 片麻痺は改善し, 神経学的悪化は認めなかった. 組織学的には, transitional type のmeningiomaであった.

側脳室髄膜腫は, 側脳室脈絡叢に随伴する軟膜組織から発生する髄膜腫で若年者に比較的多くみられるが, 髄膜腫全体の約2%と稀な腫瘍である. 今回我々は5x6x6cmと巨大なものを手術にて治療に成功した1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する. なお手術の際にはレーザーを使用したが非常に有用であった.

眼窩内悪性黒色腫の1例

福井医科大学脳神経外科

小寺俊昭(KODERA Toshiaki), 兜 正則,  
竹内浩明, 中川敬夫, 佐藤一史, 古林秀則,  
久保田紀彦

症例は49歳男性. 2年前より複視が出現し, 徐々に増悪してきた. 1996年2月29日近医受診. 右眼窩内腫瘍を指摘され, 3月13日当科に紹介された. 右眼球運動障害が見られた. MRI上, 右眼窩内壁に接して, 筋円錐内に18x15x15mmの辺縁平滑な球形病変が認められた. 内部は均一で, T1WIで外眼筋と比較して高信号, T2WIで外眼筋と同程度の低信号を示し, Gdでわずかに増強効果が見られた. CT上は, 病変が接する眼窩壁に菲薄化を認めたが, 副鼻腔との連続性は認められなかった. 血管造影では, 腫瘍陰影はほとんど認められなかった. 4月9日, 腫瘍摘出術施行. 術中所見および病理組織所見より, 悪性黒色腫と診断された. 現在, 全身検査, 化学療法を行っている. 悪性黒色腫は脈絡膜や眼瞼皮膚に発生することはあるが, それらとは無関係に眼窩内に発生することは, 原発性にせよ転移性にせよ極めて稀であるため報告する.

山本淳考 (YAMAMOTO Junkoh)、龍 浩志、  
西澤 茂、太田誠志、植村研一

頭蓋骨の類上皮腫は希であり、特に蝶形骨に発生したものは過去に3例の報告があるのみである。我々は極めて希な蝶形骨洞の類上皮腫を経験したので報告する。

症例は36歳男性。複視のため近医眼科より紹介され精査加療目的に当院転院となった。頭部CT、MRIにて、蝶形骨洞内に、周囲の骨破壊を伴い脳幹を後方に圧排する腫瘤陰影を認めた。経蝶形骨洞手術にて、コレステリン結晶を有する嚢包性の腫瘤を全摘出し、術直後より複視は消失した。病理にて扁平上皮細胞塊、ケラチンを認め、手術所見とあわせて類上皮腫と診断した。

類上皮腫は希ではあるが蝶形骨洞病変の鑑別診断上考慮すべきである。経蝶形骨洞法にて洞前壁を広く開放することにより、自然排液を促すとともに腫瘤を全摘出することが重要である。

岡本宗司 (OKAMOTO Soshi)、鬼塚圭一郎、  
塚本榮治、高久 晃

症例1は46才、女性。眩暈及び悪心を主訴に来院。症例2は72才、女性。頭痛を主訴に来院。精査したところ、2例とも頭蓋単純撮影にて右前頭部の石灰化像を認め、頭部CT、MRIにて右前頭葉に頭蓋骨と連続性がなく、増強効果を示さない腫瘍が認められた。血管造影では腫瘍濃染像は認められなかった。

2例とも右前頭開頭により腫瘍摘出が行われ、腫瘍の一部は硬膜と癒着していたが、剥離は容易で全摘された。腫瘍組織は、いずれも骨組織が主で、成熟した層状配列を示し、骨腫と診断された。頭蓋内骨腫2例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する

池田 充 (Mitsuru Ikeda)、佐藤 倫子、佐藤 博美

Pleomorphic Xanthoastrocytomaは若年者に比較的多く発症することが知られているが、乳児期の発症例は稀である。今回我々は乳児期に発症した一例を経験したので報告する。症例は、十ヶ月の男児。外傷後、頻回の嘔吐があり当院受診。来院時の神経学的所見は、軽度の左片麻痺のみであった。CTで右頭頂葉に多発性の嚢胞を有する腫瘤、造影CTでは実質部分の強い強い造影効果を認めた。MRIでは、実質部分は等信号を示し、Gd-DTPAで強い造影効果があった。腫瘍は全摘され病理学的に、Pleomorphic Xanthoastrocytomaであった。化学療法を開始し、独歩退院となった。二年半の経過後も再発は無く発達は正常である。今回の症例につき文献的考察を加える。

岡波総合病院 脳神経外科  
奈良県立医科大学 脳神経外科\*

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

小脳Dysplastic gangliocytomaは稀な腫瘍で、その病態に關しても多々議論がある。今回我々は、術後8年目に再発を呈したそ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43歳男性。頭痛を主訴に当科を受診。既往歴、昭和62年に他院で小脳腫瘍の摘出術を受けている。入院時、軽度の小脳症状を認め、頭部CTにて、右小脳半球から小脳虫部にかけて、石灰化を伴うlow density areaを認めた。精査の上、小脳腫瘍の再発が疑われ摘出術を施行した。肉眼的に小脳小葉は肥大し、その病理所見と併せ、Dysplastic gangliocytoma of the cerebellumと診断した。術後経過は良好である。

Craniopharyngiomaの合併症の少ない全摘術

高橋立夫(TAKAHASHI Tatsuo)、須崎法幸、澤村茂樹、服部和良、今川健司、桑山明夫、

国立名古屋病院 脳神経外科

頭蓋咽頭腫 (Craniopharyngioma)は、時として視床下部と強く癒着しており、全摘出後の合併症は重篤なものが多かった。そこで自験4例について視床下部からの腫瘍剥離操作をlamina terminalisから極力愛護的に起こさない、第3脳室の前壁及び下壁を充分に残すことに努めた。対象症例は34歳から69歳に及び、女性3例、男性1例であった。脳圧亢進症状(内脳水腫による)が3例にみられ、精神症状4例、視野障害3例であった。いずれも内脳水腫がみとめられ腫瘍は30mmから50mmの径を有し、第3脳室を下方より強く圧迫していた。最も腫瘍径の大きい50mmの腫瘍のみはinterhemispheric trans-lamina terminalis approach をとり、全摘出した。いずれも術後のCT, MRIで腫瘍の残存はなく、内脳水腫も軽快し、最長6年に及ぶフォローアップでは再発もみられていない。精神症状も4例全例で改善し、元の職業に復帰している。

craniopharyngioma, total tumor removal

顔面神経鞘腫の一例

岐阜大学脳神経外科

山田実貴人(MIKITO Yamada)、白紙伸一、今井 秀、服部達明、篠田 淳、西村康明、安藤 隆、坂井 昇

＜症例＞34歳男性。半年前より徐々に出現し、継続する右顔面神経麻痺、味覚障害、乾燥眼を主訴とし当科紹介入院となった。聴力は正常。＜画像所見＞MRI 上下中頭蓋窩錐体骨稜に2cm径の均一に造影される腫瘍を認めた。＜手術所見＞subtemporal epidural approachにて腫瘍を全摘した。腫瘍は硬膜外に存在し柔らかく黄白色で摘出は容易であった。錐体骨上縁は破壊され腫瘍の一部は錐体骨内に埋没していた。＜病理診断＞神経鞘腫。術後、神経症状に変化は見られなかった。＜考察＞術中、顔面神経は同定できなかったが、神経学的所見、画像所見より顔面神経鞘腫と診断した。本腫瘍は頭蓋内腫瘍と見よれば稀な腫瘍であり、その報告は少ない。本腫瘍の臨床上的特徴につき文献的考察を加え報告する。

Diagnosis: Neurofibrosarcoma of the Cerebellum

脳腫瘍との鑑別が困難であったvenous angiomaによると考えられる脳梗塞の一例

豊橋市民病院脳神経外科

三井勇喜(MITSUI Yuki)、大野貴也、岡村和彦、渡辺正男、井上憲夫、加納道久、若林健一

症例は17歳女性。平成7年6月7日突然の痙攣と軽度の右知覚運動障害が出現し、CT・MRIにて脳腫瘍を疑われ紹介された。入院時神経学的所見ではJCS I-1、軽度構音障害、右不全麻痺と知覚低下を認めた。MRIでは左前頭葉を中心に深部白質、大脳基底核に及ぶT1で低信号、T2で高信号の病変を認め、Gdにより不規則に造影された。血管写では左前頭頭頂葉に静脈血管腫様の陰影が見られた。発症20日後のタリウムSPECTにて集積像があり、約1ヶ月後のCT及びMRI上、病変部位の拡大を認めたため星細胞腫などを疑い7月12日開頭術を施行。脳表にred veinを認め生検にて脳梗塞と診断された。術後、麻痺は徐々に改善し独歩退院した。追跡MRIでは病変部は縮小し、麻痺は殆ど消失した。今回、静脈血管腫に起因すると考えられた梗塞例を経験したので文献的考察を加え報告する。

内耳道内前庭神経鞘腫に対する内視鏡手術の応用

恵寿総合病院脳神経外科

東壮太郎、永谷 等、瀬戸 陽、埴生知則

症例は、49歳男性。30歳頃より時々耳鳴り、眩暈発作を認めていた。今回は右難聴と耳鳴で発症。耳鼻科にて突発性難聴の診断で保存的に加療され、症状は軽快した。MRIにて右内耳道内に限局した10x3mmのGdで造影される病変が認められ、当科紹介となった。神経学的検査では、20-25dBの右難聴が認められた。右後頭下開頭にて腫瘍摘出術を施行した。内耳道後壁を削除し、内耳道を約8mm開放した。腫瘍は下前庭神経より発生し、上下前庭神経間に発育していた。腫瘍を分割摘出したが、最外側部は手術顕微鏡の死角にあり、直視下に確認できなかった。そこで硬性内視鏡(テレスコープ、Karl Storz社、先端角30度)を用いて顕微鏡死角部を観察した。1x2mm程度の残存腫瘍を観察できた。更に、内視鏡像をモニターしつつ直角ゾンデで残存腫瘍を剥離することができた。内視鏡手術の有用性をビデオで供覧する。

### 視神経の形態を保持しながらその全周に わたり発育した視神経鞘髄膜腫の1例

大隈病院 脳神経外科,  
名古屋市立大学 脳神経外科\*

嶋津直樹 (SHIMAZU Naoki), 永谷一彦,  
金井秀樹\*, 松本 隆\*, 山田和雄\*

視神経鞘髄膜腫は眼窩内腫瘍の3~5%程度で、眼窩内  
髄膜腫の1/4程度の発生頻度である。

症例は69歳、女性。25年前から左眼は視力消失状態。  
H.8.1月頃から眼球突出が強くなり、このため眼球運動が  
全方向で強く障害されていた。MRI上、左 muscle cone  
内に $\phi 2.0 \times 2.4$ cmで視神経がその中心部を貫通するよう  
に発育する卵形腫瘍で、Angio.で眼動脈により栄養され、  
強い腫瘍陰影を認め、同時に未破裂左内頸動脈瘤を認め  
た。4/25左前頭側頭頭に orbitotomy を加え、硬膜内  
に動脈瘤処置を行った後、上眼窩經由 muscle cone 内  
に到達し、視神経をその両端で切断して腫瘍を全摘した。  
腫瘍剖面像で中心部に視神経の形態が保持され、その周  
囲全周に腫瘍が取り巻くように発育していた。

手術及び組織学的所見を文献的考察を加えて報告する。

### 胃癌の随腔内播種に伴うトルコ鞍内 クモ膜嚢腫の1例

蒲郡市民病院脳神経外科

Fumihiko Sugino  
杉野文彦、梅村訓、鈴木解、川村康博

我々は最近胃癌の随腔内播種に伴うトルコ鞍内クモ膜嚢胞の  
一例を経験したので報告する。症例；59才女性 主訴；複  
視、視野障害、頭痛、嘔気 既往歴；平成5年4月胃癌のた  
め、胃切除される。現病歴；平成7年12月視力障害を自覚し  
当院眼科を受診する。眼底出血、トルコ鞍の拡大を指摘され  
当科紹介される。入院後経過；3月5日開頭にて  
membranectomy 行う。術後嘔気、頭痛等の頭蓋内圧亢進症状、  
複視なくなる。手術時の被膜、髄液細胞診から signet ring cell  
を認めたがMRI上、頭蓋内、脊髄に腫瘍は認めなかった。考  
察；トルコ鞍内のクモ膜嚢腫は比較的希な疾患である。我々  
の症例ではCTCにより、術前に empty sella と鑑別しえた。切  
除したクモ膜、髄液の病理所見から meningeal cartimatosis の  
状態であると考えられ、クモ膜嚢腫が続発した希な症例と思  
われた。

### Klinefelter症候群に合併した下垂体腺腫の1例

金沢大学 脳神経外科

○木島保、立花修、村松直樹、林裕、山下純宏

現在までに文献的に報告例のないKlinefelter症候群に合併した  
下垂体腺腫を経験したので考察を加え報告する。

【症例】患者は24歳男性で視力低下を主訴に近医受診した。CT  
にて下垂体腺腫を疑われ当科に紹介された。血清内分泌学的には  
GHおよびTSHは基礎値正常ながら過剰反応を示した。ACTHは  
正常、PRLは軽度高値、LHおよびFSHは高値を示した。患者の  
染色体分析の結果よりKlinefelter症候群と判明した。下垂体腺腫  
に対しサンドスタチンの注射療法を2ヶ月間施行後、経蝶形骨洞  
腺腫摘出術を行った。術後の視力は、ほぼ正常化した。  
摘出した腫瘍の免疫組織化学的検索ではGH、PRLおよび $\beta$ -TSH  
陽性の細胞を認め多種ホルモン産生下垂体腺腫と診断された。  
Klinefelter症候群と下垂体腺腫との関与について考察する。

### 脳梁部に発生した石灰化転移性脳腫瘍の1例

名古屋大学脳神経外科

原 政人 (HARA Masahito)、稲尾 意秀、  
寺田 幸市、永谷 哲也、吉田 純

今回我々は、石灰化した転移性脳腫瘍が、脳梁部に発  
生するという極めて稀な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69才女性で、10年前に大腸癌にて右結腸半切除  
をうけ、腺癌と診断されている。平成7年11月より、記  
銘力の低下を生じ、徐々に活動性の低下を示すように  
なった。CTにて脳梁部に巨大な石灰化腫瘍を認め、当  
科入院となった。入院時、傾眠傾向であり失語、失行  
を認めた。MRIでは、脳梁部に境界明瞭な石灰化陰影を  
示す腫瘍を認め、辺縁の造影効果を認めた。手術は、  
interhemispheric approachにて、腫瘍の重全摘を行った。  
披薄化した脳梁を切開すると、黄色調の腫瘍が現わ  
れ、腫瘍内部には壊死がみられた。腫瘍は一部脳室内  
に露出していたが、脳梁が発生母体であると考えられ  
た。病理診断は腺癌であった。手術後、放射線治療を  
行い、神経症状の改善を示し、独歩退院した。

## 脊髄硬膜外転移を認めた germinoma の 2 例

藤田保健衛生大学 脳神経外科  
第 1 病理\*

久野茂彦 (SHIGEHICO KUNO)、  
川瀬 司、庄田 基、安倍雅人\*、神野哲夫

germinoma は放射線感受性が高く、純型であれば完全治癒も期待できるが、血行性転移、髄腔播種を来すものは治療が困難となる事が多い。今回我々は、脊髄硬膜外転移を来した 2 症例を経験したので報告する。症例 1、14 歳男性。鞍上部 germinoma 術後に、髄液播種を来たし PVB 療法を 3 クール施行後、仙椎部腫瘍を認めた。症例 2、30 歳男性。松果体部 germinoma にて放射線治療施行。脳内腫瘍は消失したが、1 年後胸髄腫瘍を認め、手術施行した。いずれも硬膜外進展を認めた。germinoma の硬膜外転移は稀であり、文献的考察を加え、報告する。

## Methotrexate(MTX)髄注を行った

乳癌原発痛性髄膜炎の 2 症例

宮市立市民病院 脳神経外科

壁谷龍介 (KABEYA Ryusuke) 原誠  
川崎富上雄 小倉浩一郎 石栗仁 波多野学

乳癌原発の痛性髄膜炎に対してする Methotrexate(MTX)髄注療法を 2 例経験し、1 例では有効と思われた。症例呈示に文献的考察を加え報告する。

症例 1、49 歳、女性。頭痛、複視で発症。髄液細胞診で Class V。脳脊髄液から、MTX 10 mg / 2 l × 7 回、髄注。その後の細胞診は Class I が続いた。原発巣は手術適応なく経過観察のみ行った。V-P shunt 後、小康状態が続いたが、発症 10 カ月日頃から全身状態が悪化し、11 カ月後死亡された。

症例 2、79 歳、女性。1 年前に乳癌摘出。歩行障害で発症。髄液細胞診で Class V。腰椎ドレナージから MTX 10 mg / 2 l × 8 回を髄注。汎血球減少症を生じた。細胞診は Class V が続いた。V-P shunt 後、歩行可能となったが、徐々に全身状態が悪化し、発症 3 カ月後に死亡された。

後方および前方からの一期的手術が有効であった頸椎脊柱管狭窄症の 1 例

公立能登総合病院 脳神経外科  
神経内科

南出尚人 (Hisato MINAMIDE)、橋本正明  
泉 祥子、深谷賢司、荒川志朗、佐竹良三

後方および前方からの一期的手術が有効であった脊髄症の 1 例を経験したので報告する。

症例は糖尿病を有する 60 歳男性で歩行障害にて発症し、H7.11.20. 当院神経内科を受診した。四肢の脱力、知覚障害、および四肢腱反射の亢進を認めた。MRI にて C3-C7 cervical canal stenosis, C4/5, 6/7 soft disc を認め、C4/5 level では cord は前後からの強度の圧迫像を示した。12.7. 症状の増悪を認め当科紹介となった。12.11. まず圧迫の強い右側片開きとし、C3-C7 の laminoplasty を施行した。黄色靱帯を切除し脊柱管解放後、拍動とともに異常な脊髄の後方移動を認めた。Foraminotomy では対応不能な tethering による症状の増悪も考えられ、ひき続き C4/5, 6/7 前方除圧固定術を追加した。患者は術翌日より著明な神経症状の改善を認め、独歩退院した。強度の前方および後方成分による脊髄症に対しては、一期的後方減圧形成および前方除圧固定術も選択されるべき対処法の 1 つと考えられた。

頸髄内腫瘍を伴った脊髄慢性炎症の 1 例

名古屋立大学 脳神経外科  
大隈病院 脳神経外科<sup>1</sup>

間瀬光人 (Mitsuhiro Mase)、山田和雄、  
金井秀樹、嶋津直樹<sup>1</sup>

患者は 71 歳の女性で、平成 8 年 1 月、右上肢尺側の知覚障害と頸部痛で発症した。2 月になって急激に症状が進行し、2 月 28 日当科を紹介受診した。初診時神経学的には C6 以下 (C6-8 に強い) の筋力低下および表在知覚低下と膀胱直腸障害が見られた。MRI では C6/7 の enhanced mass と C6 から medulla にかけての spinal cord の edema が描出された。Steroid と高張液の投与で症状は若干の改善傾向を示したが、その程度は僅かであった。3 月 13 日手術を施行し、mass を全摘出した (ビデオ)。病理診断は慢性炎症であった。術後神経症状は著明に改善した。

Spinal cord の edema は術後も遷延したが、steroid の維持療法を続けることにより徐々に改善した。腫瘍を伴う脊髄の慢性炎症について文献的考察を加え報告する。



## Dumbbell型小児脊髓硬膜外腫瘍

愛知医科大学脳神経外科

師田信人(MOROTANobuhito)、中川 洋、本郷一博、  
馬淵正二、水野順一、赤羽 明、磯部正則

急速に進行する両下肢麻痺にて発症したDumbbell型小児脊髓硬膜外腫瘍の2例を報告する。症例1、3才女児。2週間の経過で歩行不能となり、その3日後に当科紹介となった。CT, MRIにてT5-7にわたる脊髓硬膜外腫瘍を認めた。腫瘍は軟部組織より一部胸腔内にまで及び、椎弓への侵潤も認めた。T5-8のlaminectomyを施行し、脊椎管内腫瘍全摘、及び一部軟部腫瘍も切除した。組織診断はfibrosarcomaで、現在化学療法中である。症例2、8才男児。2週間前より背部痛にて発症。右下肢痛出現3日後に歩行不能となり、当科紹介となった。CT, MRIにてT3-6に渡る、一部胸腔内に突出した脊髓硬膜外腫瘍を認めた。T3-7 osteoplastic laminotomyを行い、脊椎管内腫瘍を全摘した。組織診断はmalignant lymphomaで、現在化学療法中である。

## 脊髄管外発育を示した神経鞘腫の二例

三重大学脳神経外科

中村文明 (NAKAMURA Fumiaki)、和賀志郎、小島精、  
久保和親、村尾健一

脊髄神経鞘腫の66%は、intradural type で、残りはextradural type, dumbbell type と言われている。今回我々は、異なる増殖 pattern をとった頸部および腰部神経根より発生したextradural type 神経鞘腫の2例を経験した。症例1は、69歳男性で、右前頸部腫瘍を主訴とし、CTで腫瘍はC 5/6 椎間孔の拡大および骨浸潤を伴いながら、脊髄管外への発育を認め、脊髄管内への発育は認めなかった。手術にて全摘を行い、脊髄管内神経根 (C6) より発生した神経鞘腫であった。症例2は、49歳男性で、右大腿の知覚障害を主訴とし、CT, MRIで、L 2/3 脊髄管外に、約5cmの腫瘍を認めた。椎間孔の拡大はなく、手術にて全摘を行い、脊髄管外神経根 (L2) より発生した神経鞘腫であった。

## 腰椎穿刺による術中生食水注入が効果を奏した難治性慢性硬膜下血腫の1例

福井県済生会病院 脳神経外科

多田吾行(TADA Motoyuki)、宇野英一、高島靖志、  
岡田由恵、若松弘一、土屋良武

腰椎穿刺による術中生食水注入が効果を奏した難治性慢性硬膜下血腫の1例を経験したので報告する。症例は88才の男性で、H5年2月、右慢性硬膜下血腫にて2回の手術を施行。その後、左慢性硬膜下血腫にてH7年12月16日、H8年1月5日、の2回にわたり手術(穿頭、血腫洗浄除去、ドレナージ併用)を施行したがまた再発し、H8年1月26日、3回目の手術となった。全麻導入後、L3-4よりスライナルドレーンを挿入。穿頭法による血腫洗浄除去後、スライナルドレーンより生食水80mlを注入。これにより、陥凹していた脳の再膨隆がみられ、血腫除去後残存腔は半減した。術後血腫腔外ドレナージを2日間行い、ようやく治癒した。本法は、高齢者で脳萎縮が強く、脳実質の可塑性に問題を有する難治性慢性硬膜下血腫例には非常に有用な方法と思われた。

## 亜急性期に急性増悪した硬膜下血腫の一例

磐田市立総合病院 脳神経外科

安斎正興 (ANZAI Masaoki)、田ノ井千春、水谷哲郎、  
天野嘉之

皮質動脈の破綻による急性硬膜下血腫はこれまでも多数報告されているが、今回我々は皮質動脈破綻が原因と思われる硬膜下血腫で、外来経過観察中、急性増悪をきた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86才男性。交通事故にて右側頭部打撲。意識消失なし。2日後、頭痛、軽度の嘔気を訴え、当科初診。神経学的異常なし。CT上、薄い右硬膜下血腫を認め、外来通院とした。その後のCTで、血腫は消退傾向にあり、頭痛も消失していた。ところが、受傷後11日目、頭痛が出現し来院。CT上、厚さ約3cmの右急性硬膜下血腫を認め、来院時、傾眠であった意識レベルがCT後には昏睡となり、直ちに開頭術を施行。術中所見としては、脳表に損傷なく、ただ一ヶ所、皮質動脈と硬膜の間にまたがるmassを認めた。病理検査から仮性動脈瘤ではないかと考えている。

## 小児急性小脳腫脹の1例

山口 力、橋本義弘、林雄一郎

遠州総合病院 脳神経外科

症例は9歳女児。1995年3月25日頭痛、嘔吐にて発症。近医を経て3月28日当院小児科入院。意識障害なし。麻痺なし。嚥下障害なし。小脳失調なし。呼吸障害なし。項部強直なし。間欠的に頭痛を訴え、それに同期して徐脈をしめた。CT スキャンおよびMRIにて著明な小脳の腫脹を認めた。3月30日当科転科、C1椎弓切除を含む後頭下減圧開頭術を施行した。小脳の著しい腫脹を認めたが、出血、軟化、静脈血栓等の所見なし。小脳部分切除は施行しなかった。術後はbarbiturateを使用した。肝腎機能、電解質、凝固能、CRP、髄液所見、いずれも正常。Viral titer陰性。術後経過良好にて同年5月11日独歩退院した。渉猟しえた文献の症例はいずれもウィルス感染に起因し、しかも予後不良であった。減圧開頭術は小脳腫脹の原因に対する治療ではない。原因はなお不明であるが、救命手術として有用であった。

副鼻腔炎より波及した大脳縦裂部硬膜下膿瘍に  
対し開頭術が有効であった1例

鈴鹿中央総合病院脳神経外科

英 賢一郎(HANABUSA Kenichiro)、  
森川篤憲、田代晴彦、亀井祐介

症例：14歳男児。平成8年2月6日左眼瞼と頬部の  
発赤腫脹を認めMRIにて眼窩内に及ぶ左前頭洞炎  
と左前頭部硬膜外膿瘍と診断された。2月14日耳  
鼻科医にてキリアン手術が施行され硬膜外膿瘍  
が開放されたが、術後左大脳縦裂部硬膜下膿瘍が  
判明した。抗生剤による治療に抵抗し両側窮隆部  
に多発性に進展したため、2月28日後頭小開頭術  
及び右頭頂部穿頭術にて洗浄ドレナージを施行し  
たが、大脳縦裂部、両側前頭部に多発性に残存し  
た。3月6日両側前頭及びび右側開頭術にて膿瘍を  
洗浄しドレナージを留置した。術後膿瘍は消失し8  
週後には通学可能となった。抗生剤による治療に  
抵抗し多発性に進展した硬膜下膿瘍に対しては早  
期の開頭術による洗浄ドレナージが有効と考える。

MEMO

Iopamiron

イオパミロン® 150/300/370

イオパミドール製剤

Evolution in  
Contrast Media

造影剤は造影・造影剤の選択は患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。

造影剤の選択は、患者の状態や検査の種類によって異なります。Iopamiron®は、造影剤の選択に最適な造影剤です。