

# 第52回 日本脳神経外科学会中部地方会

平成9年12月13日(土) 午前9時から

会場：フジサワホール

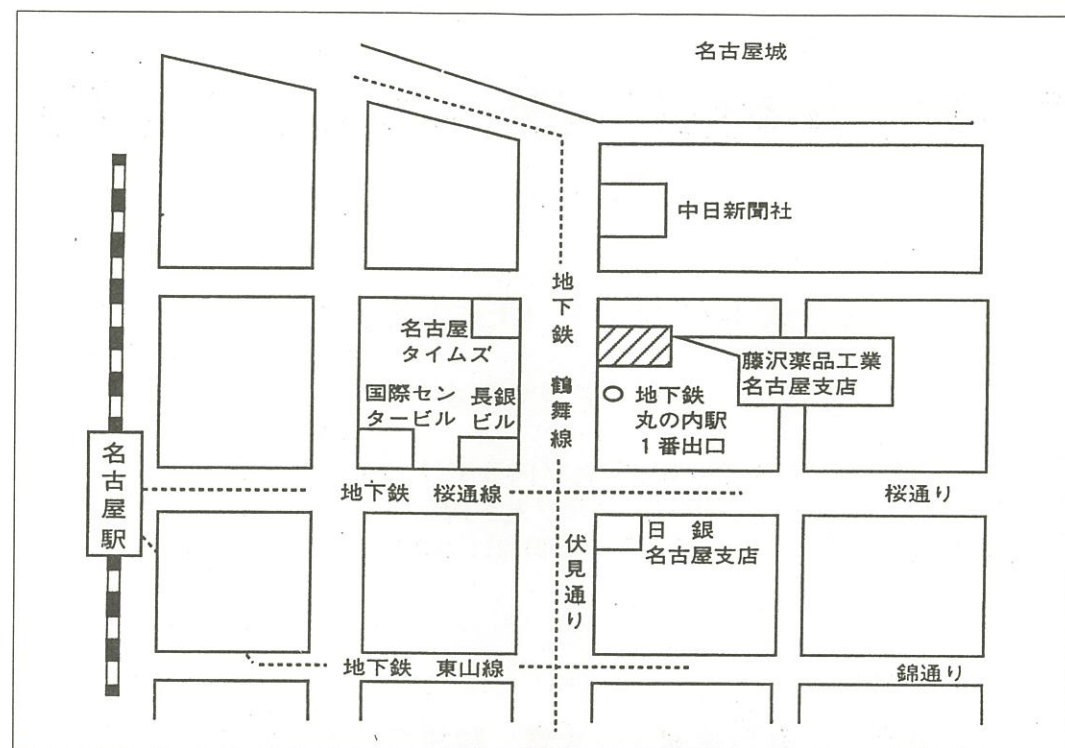
名古屋市中区丸ノ内2丁目1番36号  
NUP・フジサワ丸ノ内ビル8F  
TEL (052) 211-3401

世話人：藤田保健衛生大学 脳神経外科 神野哲夫

〒470-11 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98  
TEL (0562) 93-9253  
FAX (0562) 82-3118

- (1) 学会当日は、参加費(1,000円)、新入会の方は年会費(1,000円)を受け付けます。
- (2) 講演時間は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2台を、ビデオはVHSのみ用意いたします。
- (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、氏名を御記名の上、クレジット受付に提出して下さい。

## 会場案内



\*地下鉄「鶴舞線」または「桜通線」丸の内駅 1番出口すぐ

### 次回御案内

第53回 日本脳神経外科学会中部地方会

世話人：名古屋大学 脳神経外科

吉田 純 教授

場 所：名古屋大学医学部鶴友会館

日 時：平成10年3月7日（土）

## 開 会

(午前の部)

I. 診断他 (9:00~9:30)

座長：安藤 隆 (岐阜大学)

1. スポーツ脳神経外科 てんかん患者の運動処方  
田島クリニック ○田島正孝
2. 痴呆予防ドックの開設1年を振り返って～痴呆予防ドックとその意義～  
津生協病院 脳神経外科 ○笠間 睦  
(脳内科)
3. Persistent Trigeminal Arteryの1例：MRA, 3D-CTA所見について  
水見市民病院 脳神経外科 ○瀧波賢治、二見一也  
放射線科 中嶋愛子
4. 造影MRIで損傷部位が同定できた外傷性動眼神経麻痺の1例  
聖隷浜松病院 脳神経外科 ○澤下光二、鳴田 務、山口満夫、  
岩崎浩司、佐藤顕彦、堺 常雄

II. 神経膠腫1 (9:30~10:00)

座長：神谷 健 (名古屋市立大学)

5. 興味ある経時的画像変化を示したGlioblastomaの1例  
福井県立病院 脳神経外科 ○塚田利幸、柏原謙悟、得田和彦、  
赤池秀一、村田秀秋
6. 小脳glioblastomaの1例  
名古屋市立大学 脳神経外科 ○今村暢希、谷川元紀、間瀬光人、  
山田和雄  
病理部 中村陸昭
7. 放射線誘発脳腫瘍と考えられた1例  
三重大学 脳神経外科 ○黒木 実、松原年生、小島 精、  
和賀志郎

8. 第4脳室内腫瘍の1例  
厚生連高岡病院 脳神経外科 ○深谷憲司、駒井杜詩夫、北林正宏、岡本禎一

Ⅲ. 神経膠腫2 (10:00~10:25) 座長: 古林秀則 (福井医科大学)

9. 側脳室Gangliogliomaの1例  
半田市立半田病院 脳神経外科 ○小島隆生、中根藤七、半田 隆、畠山尚登、六鹿直視  
愛知医科大学加齢医科学研究所 橋詰良夫

10. 側頭葉DNTに伴う難治性てんかんの1手術例  
富山医科薬科大学 脳神経外科 ○栗本昌紀、林 央周、池田宏明、遠藤俊郎、高久 晃

11. 水頭症を合併したpineoblastomaに対する軟性神経内視鏡を用いた腫瘍生検術と第三脳室開放術の一例  
浜松医療センター 脳神経外科 ○田中 聡、中山禎司、入江暢幸、田中敬生、金子満雄

Ⅳ. トルコ鞍部 (10:25~10:55) 座長: 京島和彦 (信州大学)

12. 溺水で発見された頭蓋咽頭腫の1例  
岐阜大学 脳神経外科 ○小谷嘉則、中山則之、林 克彦、浅野好孝、篠田 淳、出口一樹、安藤 隆、坂井 昇

13. 頭蓋咽頭腫に対する手術法:  
combined transsylvian and subtemporal approach  
金沢脳神経外科病院 ○佐藤秀次、山本信孝、梅森 勉  
金沢医科大学 脳神経外科 飯塚秀明

14. TSH産生下垂体線腫の1例  
国立東静岡病院 脳神経外科 ○竹内洋太郎、小松裕明、上田行彦、高窪義昭  
蒲郡市民病院 脳神経外科 杉野文彦

15. 多飲・多尿と記憶力・見当識障害にて発症したRathke cleft cystの1例  
富山県済生会富山病院 脳神経外科 ○堀江幸男、梅村公子、久保道也  
病理 松能久雄  
富山医科薬科大学 脳神経外科 高久 晃

Ⅴ. 髄膜腫 (10:55~11:25) 座長: 渋谷正人 (中京病院)

16. 巨大な皮下腫瘍を形成したMalignant Parasagittal Meningioma  
小牧市民病院 脳神経外科 ○長谷川俊典、小林達也、木田義久、吉田和雄、吉本真之、前澤 聡

17. 頭蓋内外に広く進展した悪性髄膜腫の1手術例  
静岡赤十字病院 脳神経外科 ○峯 裕、安心院康彦、山口則之、山田 史

18. 小児spinal clear cell meningiomaの一例  
市立四日市病院 脳神経外科 ○柴山美紀根、伊藤八峯、市原 薫、赤羽 明、中林規容、小林 望

19. 悪性化した聴神経鞘腫の1例  
鈴鹿中央総合病院 脳神経外科 ○英 賢一郎、森川篤憲、山中 学、田代晴彦  
中央検査部病理 村田哲也

Ⅵ. リンパ腫・眼窩内 (11:25~11:55) 座長: 龍 浩志 (浜松医科大学)

20. 後頭部腫瘍を呈した悪性リンパ腫の一例  
富山赤十字病院 脳神経外科 ○増岡 徹、山谷和正、扇一恒章、伊藤秀樹、遠藤俊郎  
富山医科薬科大学 脳神経外科 高久 晃

21. 海綿静脈洞内進展を伴う下垂体原発悪性リンパ腫  
静岡市立静岡病院  
脳卒中センター脳神経外科 ○玉川紀之、深澤誠司、清水言行  
画像診断科 小野 洋、日高斉昭  
マウントサイナイ病院 田中富美子
22. 眼窩転移を来した肝細胞癌の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
23. 眼窩腫瘍の手術  
国立名古屋病院 脳神経外科 ○須崎法幸、高橋立夫、山内克亮、  
高田宗春、今川健司、桑山明夫

## 昼休み・世話人会

(12:00~13:00)

(午後の部)

- VII. 感染他 (13:00~13:30) 座長: 山嶋 哲盛 (金沢大学)
24. Meckel caveに発生したdermoid cystの一例  
名古屋大学 脳神経外科 ○磯辺樹己、斉藤 清、吉田 純、  
中京病院 脳神経外科 渋谷正人
25. 脳虚血を呈した小児細菌性髄膜炎の一例  
清水市立病院 脳神経外科 ○長久伸也、尾内一如、木家信夫、  
藤田保健衛生大学 脳神経外科 神野哲夫
26. 頭蓋内アスペルギルス膿瘍の1例  
聖隷三方原病院 脳神経外科 ○赤嶺壯一、竹原誠也、宮本恒彦、  
杉浦康仁、平松久弥、  
病理診断科 小川 博
27. MRI上、自然軽快を示し、開頭摘出術にて組織学的に脳寄生中症と診断された1例  
名古屋大学 脳神経外科 ○河合達巳、若林俊彦、吉田 純、  
医動物学教室 川本文彦

- VIII. 肉芽腫 (13:30~14:00) 座長: 木田義久 (小牧市民病院)
28. 三叉神経痛で発症した錐体骨先端部コレステリン肉芽腫の一例  
福井赤十字病院 脳神経外科 ○馬場一美、徳力康彦、細谷和生、  
時女知生、土田 哲、中久木卓也
29. 進行性増殖を示す側脳室サルコイド肉芽腫の一例  
愛知医科大学 脳神経外科 ○渡部剛也、師田信人、本郷一博、  
松下康弘、辻有紀子、中川 洋
30. 自然寛解を来した右基底核炎症性肉芽腫性病変の1例  
福井県済生会病院 脳神経外科 ○高畠靖志、宇野英一、若松弘一、  
岡田由恵、金子拓郎、土屋良武
31. Rhino-orbital-cerebral mucormycosisの1例  
社会保険浜松病院 脳神経外科 ○梅村 淳、鈴鹿知直
- IX. 脳動脈瘤1 (14:00~14:30) 座長: 遠藤俊郎 (富山医科薬科大学)
32. 3D-CT angiography (3D-CTA)が有用であった  
third A<sub>2</sub> infundibular dilatationの1例  
知多厚生病院 脳神経外科 ○木村知寛、中塚雅雄、水野志朗
33. 下垂体腫瘍術後18年に破裂したde novo aneurysmの1例  
岐阜県立岐阜病院 脳神経外科 ○大江直行、北島英臣、新川修司、  
三輪嘉明、大熊晟夫
34. 仮性動脈瘤を伴った内頸動脈後交通動脈分岐部破裂脳動脈瘤の1例  
藤枝市立総合病院 脳神経外科 ○野崎孝雄、篠原義賢、杉浦正司、  
角谷和夫
35. 短期間に連続破裂した多発性脳動脈瘤の1例  
新城市民病院脳神経外科 ○山崎健司、村木正明、富田 守

X. 脳動脈瘤2 (14:30~15:00) 座長: 齊藤 清 (名古屋大学)

36. 瘤内塞栓術後にクリッピングが奏効した破裂脳動脈瘤の1例  
金沢大学 脳神経外科 ○岩戸雅之、木多真也、野村素弘、  
清水旬利子、山嶋哲盛、山下純宏  
放射線科 松井 修

37. GDCによる瘤内塞栓術後の1部検例  
金沢医科大学 脳神経外科 ○高田 久、飯田隆昭、赤井卓也、  
熊野宏一、飯塚秀明、角家 暁

38. 小脳のAVMに脳動脈瘤を合併した1例  
岐阜大学 脳神経外科 ○加藤貴之、黒田竜也、吉村紳一、  
上田竜也、山川弘保、服部達明、  
安藤 隆、坂井 昇

39. 両側内頸動脈閉塞に合併した後大脳動脈  
一後交通動脈分岐部動脈瘤の一例  
弥生病院 脳神経外科 ○渡辺 新、川上 雅正

休 憩

(15:00~15:10)

XI. 脳梗塞・微小血管減圧術 (15:10~15:40) 座長: 本郷一博 (愛知医科大学)

40. 外傷性頸動脈閉塞に対する超急性期血栓溶解法による血行再建術の1例  
浜松労災病院 脳神経外科 ○加藤雅康、三宅英則、沈 正樹、  
山本佳昭

41. 被殻出血で発症した特発性中大脳動脈閉塞症の一例  
掛川市立総合病院 脳神経外科 ○小出和雄、金井秀樹、丹羽裕史、  
厚生連尾西病院 脳神経外科 新田正廣

42. 失神発作を伴う舌咽・迷走神経痛の1例  
公立陶生病院 脳神経外科 ○波多野 寿、堀 汎、加藤哲夫、  
横江敏雄

43. 神経血管減圧術無効三叉神経痛症例に対する神経部分切断術  
浜松医科大学 脳神経外科 ○北濱義博、大田誠志、龍 浩志、  
山本精二、杉山憲嗣、植村研一

XII. 血栓症他 (15:40~16:10) 座長: 飯塚秀明 (金沢医科大学)

44. 慢性硬膜下血腫術後に硬膜静脈洞血栓症を合併した1例  
恵寿総合病院 脳神経外科 ○瀬戸 陽、東 壮太郎、永谷 等、  
埴生和則

45. 硬膜静脈洞血栓症の再開通後に認められた硬膜動静脈奇形の一症例  
小松市民病院 脳神経外科 ○木村 誠、木下 昭、林 康彦

46. 塞栓術で根治しえた破裂小脳テント硬膜動静脈瘻の一例  
聖霊病院 脳神経外科 ○梶田泰一、  
名古屋大学 脳神経外科 宮地 茂、若林俊彦、稲尾意秀

47. 特異な経過にて発見された巨大外傷性CCFの一例  
名古屋掖済会病院 脳神経外科 ○加藤美穂子、服部健一、福井一裕、  
宮崎素子

XIII. 脊髄 (16:10~16:55) 座長: 小島 精 (三重大学)

48. クモ膜下出血で発症した頭蓋頸椎移行部の脊髄動静脈奇形  
岡波総合病院 脳神経外科 ○新 靖史、橋本宏之、飯田淳一  
奈良県立医科大学 脳神経外科 榊 寿右

49. 筋緊張性ジストロフィー症に合併した胸椎神経鞘腫の1例  
 社会保険中京病院 脳神経外科 ○雄山博文、池田 公、井上繁雄、  
 渋谷正人、勝又次男、土井昭成  
 神経内科 陸 重雄、藤城健一郎、徳永 進、  
 中村友彦
50. 前方型脊髄脂肪腫の1例  
 静岡県立こども病院 神経外科 ○大西麻子、佐藤倫子、佐藤博美
51. 広範な脊髄空洞症を合併した後頭蓋窩くも膜嚢胞の一例  
 松坂中央総合病院 脳神経外科 ○篠田幸子、田中公人、川口健司
52. Os odontoideumを伴ったatlanto-axial dislocatio(AAD)の1手術例  
 三重県立総合医療センター 脳神経外科 ○山本順一、村松正俊、清水健夫
53. Brown-Sequard症候群を呈した頸椎椎間板ヘルニアの一例  
 袋井市民病院 脳神経外科 ○横山和俊、市橋鋭一、白紙伸一、  
 原野秀之  
 岐阜大学 脳神経外科 坂井 昇

## 閉 会

# 抄 録 集

スポーツ脳神経外科  
てんかん患者の運動処方

田島 クリニック

田島 正孝

Tajima Masataka

わが国では、専門外来を作り、高血圧、糖尿病などの生活習慣病に対する運動処方を出している診療施設は増えてつつあるが、脳神経外科のてんかんや半身麻痺の患者に専門外来を作り、運動処方を出している施設は希である。今回は大人のとてんかん患者の運動処方はどのようにしたらいいのか症例をあげて報告する。1例目は58才の男で5年前より、抗けいれん剤投与にもかかわらず、大発作を年に1〜2回おこしている。2例目は44才の女で子供の頃から発症の難治性てんかん、3例目は42才の女で乳癌の転移性脳腫瘍である。

脳神経外科の患者でいろいろな障害を持つ場合には、スポーツ活動の実施に当たり、一人一人の運動能力や運動意欲を正しく評価した上で、運動種目の選択や運動強度、運動時間などの運動処方が必要になる。

Sport Neurosurgery, Epilepsy, Sport Management.

Persistent Trigeminal Arteryの1例：  
MRA, 3D-CTA所見について

水見市民病院脳神経外科<sup>1</sup>，放射線科<sup>2</sup>

瀧波賢治<sup>1</sup> (TAKINAMI KENJI)，二見一也<sup>1</sup>，  
中嶋愛子<sup>2</sup>

症例は、69才、男性。97年5月31日体浮遊感が出現し、当科受診した。神経学的には異常なし。CT, MRIでは多発性脳梗塞を認めた。MRAで右内頸動脈(IC) C4-5部と脳底動脈末梢部間に動脈吻合を認めた。脳血管撮影によりPersistent trigeminal artery (PTA)であることを確認した。3D-CTAではPTAはposterior petroclimoid fold後壁を貫通し、上小脳動脈-前下小脳動脈間で脳底動脈に吻合していた。

PTAのMRA, 3D-CTA所見の報告は少ない。画像の読影に際し、留意が必要と思われる。

PTA, MRA, 3D-CTA

痴呆予防ドックの開設1年を振り返って  
～痴呆予防ドックとその意義～

津生協病院 脳神経外科 (脳内科)

笠間 睦 (KASAMA Atsushi)

当院の脳ドック受診者アンケートでは、約10%の方が「痴呆を心配して」と回答している。その要望に応えて平成8年7月痴呆予防ドックを開設した(脳神経49: 195, 1997)。痴呆ドックの検査内容はMRI、点眼試験、アポリポEフェノタイプ、問診テスト(HDS-R、KPT、物語再生テスト)で、検診費用は3万円である。

最近アルツハイマー病も早期診断すれば治療効果は上がることが報告されてきている。当院の治療成績でも、重症例では治療効果が無いが、初期～中等度例では約3割に投薬効果を認めた。9月現在の痴呆予防ドック受診者数は155人(4割強が県外からの受診者)で内19人(12%)が診断が困難(早期発見が大切)とされる初期アルツハイマー病であった。痴呆予防ドック開設後1年の経過と成績について報告する。

check up of dementia, Alzheimer's disease, diagnosis, apolipoprotein E, tropicamide

造影MRIで損傷部位が同定できた外傷性動眼神経麻痺の一例

聖隷浜松病院 脳神経外科

澤下光二 (SAWASHITA Kouji) 嶋田 務 山口満夫  
岩崎浩司 佐藤顕彦 堺 常雄

(症例) 26歳女性 普通車乗車中に電柱に激突して受傷。来院時意識清明、四肢麻痺なし。右瞳孔散大、対光反射なし。右眼瞼下垂を認め、また右眼の外転以外の運動は完全に傷害されていた。頭部CTにて両側側頭葉深部等に脳挫傷所見を認めた。保存的治療にて神経学的に悪化なく経過。第12病日に施行した頭部MRIで、上記脳挫傷所見と、患側動眼神経がGd-DTPAにて造影される所見を得た。脳幹部に脳挫傷所見なし。入院後1ヵ月で、眼瞼下垂と眼球運動障害は改善した。同時期のMRIでは、前回と同様右動眼神経が造影されていた。

(考察) 受傷時より意識障害を認めず、動眼神経以外の脳神経症状を欠いていること、動眼神経の造影部分は、神経への機械的な刺激による変化をみている可能性があることから、本症例の動眼神経障害は受傷時に動眼神経がtentorial gapで圧挫されて生じたものと考えられた。(結論) 本症例において、外傷性動眼神経麻痺の損傷部位同定に造影MRIがきわめて有用であったと考えられたと報告した。

head injury, oculomotor nerve palsy, magnetic resonance imaging

## 興味ある経時的画像変化を示した Glioblastoma の1例

福井県立病院 脳神経外科

塚田利幸 (TSUKADA Toshiyuki)、柏原謙悟、  
得田和彦、赤池秀一、村田秀秋

症例は、24歳の女性で、平成9年5月11日、買い物中に全身痙攣をおこし、救急車にて当院へ搬入される。来院時所見は、頭痛のみで神経学的所見は異常を認めなかった。CT、MRIにて両側前頭葉に脳浮腫を認めたが、enhanced lesion は認めなかった。腰椎穿刺にて、初圧が34cmH<sub>2</sub>Oと高かったが、生化学的検査、細胞数はともに正常であった。眼底、視野、視力も正常であった。ステロイド経口内服にて、頭痛は消失し、腰椎穿刺でも13cmH<sub>2</sub>Oと正常となり退院となった。

同年8月11日、再度全身痙攣を起こし救急車にて当院へ搬入される。CT、MRIにて両側前頭葉の浮腫の悪化とenhanced mass を認めた。また、タリウムスキャンにても異常集積が認められ、malignancy の所見がうかがえた。血管撮影において、tumor stain はなかったが、mass effect は認められた。8月15日、両側前頭開頭腫瘍摘出術、オンマイヤーバルブ設置術施行。術中リコールの細胞診は、class Vで、組織診断は、glioblastomaであった。術後、ACNU、CDDP の動脈内注入、放射線療法、メソトレキセートの局注、髄注を行っている。

今回、我々は glioblastoma の初期画像 (CT、MRI) をとらえたと思われる1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

key word : CT, MRI, glioblastoma

## 小脳glioblastomaの一例

名古屋市立大学脳神経外科、病理部<sup>1</sup>

今村暢希 (Nobuki Imamura)、谷川元紀、間瀬光人、  
山田和雄、中村隆昭<sup>1</sup>

小脳に原発するglioblastomaの頻度はglioblastoma全体の1~2%をしめ、稀な発生部位といえる。我々は小脳に原発したglioblastomaの一例を経験した。

(症例) 69才、男性。2ヶ月来のめまい・食思不振を主訴に近医を受診し、頭部CTで小脳虫部にmass を認めため当科に入院した。MRIでは境界が比較的明瞭なring増強される嚢胞性病変で、脳血管撮影では非常に血管に富み、血管芽細胞腫との鑑別が困難であった。腫瘍摘出術後、放射線療法・化学療法を施行し、経過良好で退院した。病理診断はglioblastoma multiformeであった。

小脳glioblastomaについて文献的考察を加えて報告する。

cerebellum, glioblastoma multiforme

放射線誘発脳腫瘍と考えられた1例

三重大学医学部脳神経外科

黒木実、松原年生、小島精、和賀志郎

14歳の時に頸部の Tcell lymphoma にて化学療法と予防的な全脳照射(25Gy)が三重大学小児科にて行なわれている26歳の女性が1997年8月初旬より頭痛、中旬より左片麻痺が生じた。9月16日のCT上右前頭葉にmass signとLDAを認め、造影すると不整な増強効果を認めたため小児科から当科に紹介入院。入院時神経学的には右利きでJCS1, うっ血乳頭、両側外転神経麻痺、左片麻痺を認めた。いったんステロイドで症状は改善したが、9月23日に痙攣が起こり、頭蓋内圧亢進症状が悪化し緊急で手術を行なった。しかし術後のMRIで腫瘍の残存が見られたので、10月6日に再手術しSEPモニタ下で全摘に成功した。手術後一時麻痺の悪化を見たが数日で回復した。組織所見は anaplastic astrocytoma で免疫組織化学所見では GFAP, S100が陽性だった。この稀な症例について若干の文献的考察を交えて報告する。

glioma, radiation therapy

第4脳室内腫瘍の1例

厚生連高岡病院 脳神経外科

深谷賢司、駒井杜詩夫、北林正宏、岡本禎一

脳幹に発生するグリオリオーマは少なく、小児脳腫瘍の10%、成人脳腫瘍の1%にすぎない。脳幹グリオリオーマの中でも、第4脳室に突出する、Dorsally exophytic type とよばれるグリオリオーマは予後がよいとされている。

今回我々は、脳幹より発生し、第4脳室内に突出したと思われる脳腫瘍の1例を経験したので報告する。

症例 39歳 女性。平成9年4月14日、仕事中に転倒、以後嘔気、嘔吐を認めた。4月15日某院受診し、CT 上水頭症を指摘され、当院に紹介された。CTでは、側脳室、第3脳室の拡大を認め、MRI では、proton image において、中脳水道、第4脳室は、high-intensity を示した。Gd による造影MRI では、第4脳室内に周辺が造影されるmass を認めた。4月28日、後頭下開頭にて、腫瘍摘出術を行った。病理は、astrocytoma grade II であった。

今回、我々は、成人には珍しい、dorsally exophytic type な脳幹腫瘍の1例を経験したので、若干の文献考察を加え報告する。



## 側脳室Ganglioglioma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研究所

小島隆生 (KOJIMA Takao) 中根藤七 半田 隆  
畠山尚登 六鹿直視 橋詰良夫

Gangliogliomaは全国集計で0.2%と稀な腫瘍であり、悪性度が低いため手術全摘出で良好な結果が期待できる。今回、我々はincidentalに見えられた側脳室gangliogliomaの1例を経験したので報告する。

症例は35歳女性、交通事故で当院受診した際に施行したCTにて、左側脳室体部に径3cmのmassを認めた。神経学的には特記すべき異常は認めなかった。MRIでは同部位はT1で低信号、T2で高信号、Gdにて均一に造影された。脳血管撮影ではstainは認めなかった。

Interhemispheric transcallosal approachを用いてcorpus callosumにincisionを加え、脳室内に伸展する腫瘍を摘出した。組織学的診断はgangliogliomaで放射線、化学療法など補助療法は行わなかった。術後1年経過するが再発なく経過している。

ganglioglioma, interhemispheric transcallosal approach

水頭症を合併した pineoblastoma に対する軟性神経内視鏡を用いた腫瘍生検術と第三脳室開放術の一例

## 浜松医療センター 脳神経外科

田中 聡 (TANAKA. S) 中山 禎司  
入江 暢幸 田中 敬生 金子 満雄

第三脳室後半部から松果体の病巣部に対するアプローチは解剖学的に脳深部に位置するため困難である。今回我々は同部位に発生した pineoblastoma により水頭症を併発している症例に対して flexible steerable endoscope を用いて、less invasive にかつ安全に腫瘍の生検とシャントを用いることなく水頭症をコントロールし得たので報告する。症例は2歳3ヶ月 男児で水頭症によると思われる嘔吐と意識障害と腫瘍そのものによる Parinaud signh で発症した。CTにて著明な脳室拡大と、松果体部から第三脳室後半部に突出する不均一に enhance される mass を認めた。軟性鏡下で第三脳室開窓術と腫瘍生検を施行した。水頭症は改善をみた。術後irradiationを施行し、腫瘍は著明に縮小し、患児は術後三ヶ月の時点で神経学的異常はない。本手術は、低侵襲の上、組織診断と水頭症の治療を同時に行うことができ、シャントを使用しないことにより腹腔内へのdesseminationの可能性は皆無である点で、有用と考える。

Pineoblastoma, Flexible Steerable Endoscope, Biopsy, Third Ventriculostomy

## 側頭葉DNTに伴う難治性てんかんの1手術例

富山医科大学脳神経外科

栗本昌紀 (KURIMOTO Masanori)、  
林 央周、池田宏明、遠藤俊郎、高久 晃

症例は15才男児。12才時から複雑部分発作が出現した。発作は難治性で日に数回発作を認めた。MRIで右側頭葉内側に腫瘍を認め、手術目的で当科へ入院した。脳波上、発作間欠期の棘波は右側頭葉から出現し、発作時SPECTでは右側頭葉の血流増加を認めた。双極子追跡法および慢性頭蓋内脳波記録を行い、発作波の起源は腫瘍近傍の右中側頭回外側であると判断した。アミタールテストでは右半球が非言語優位半球であることが示唆された。

手術では、術中ナビゲーションシステムを用いて腫瘍部分を含め右側頭葉切除を施行した。腫瘍の病理所見からdysembryoplastic neuroepithelial tumor (DNT)と診断した。術後3年7ヵ月経過した今日まで発作は完全に消失している。

dysembryoplastic neuroepithelial tumor

溺水で発見された頭蓋咽頭腫の1例

## 岐阜大学脳神経外科

小谷嘉則 (KOTANI Yoshinori), 中山則之,  
林 克彦, 浅野好孝, 篠田 淳, 出口一樹,  
安藤 隆, 坂井 昇

我々は、入浴中に溺水で発見された頭蓋咽頭腫の1例を経験した。症例は58歳の男性。本年4月から多尿、軽度の記憶力障害を認め、近医通院治療中であった。5月2日入浴中に意識消失し溺水。昏睡状態で近医に救急搬送された。CTで水頭症、右シルビウス裂を中心に高吸収域、鞍上部に等吸収域の直径3cmの腫瘍を認め、当科へ紹介入院となった。入院時意識レベルはI-3、項部硬直あり。MRIで腫瘍はT1, T2で共に高信号を呈し、FLAIR法では右シルビウス裂が高信号に描出された。6月10日開頭術を行い、腫瘍はほぼ全摘された。病理診断は頭蓋咽頭腫であった。脳血管写で脳動脈瘤、脳動脈脈管形等も認めなかったため、CTおよびMRI上の右シルビウス裂の高吸収および高信号域は腫瘍出血または腫瘍嚢胞から流出した嚢胞液の存在が推察され、これが突如の意識障害の原因と考えられた。

craniopharyngioma, unconsciousness, meningeal irritation

頭蓋咽頭腫に対する手術法：combined transsylvian and subtemporal approach

金沢脳神経外科病院  
金沢医科大学脳神経外科<sup>1</sup>

佐藤 秀次(Sato Shuji), 山本 信孝  
梅森 勉、飯塚 秀明<sup>1</sup>

目的：頭蓋咽頭腫5例に対して、私どもはtranssylvianとsubtemporal<sup>77</sup>アプローチを併用して全摘出を試み、ほぼ満足し得る結果を得てきたので報告する。対象：年齢は15-44歳(平均34)。男3例、女2例。腫瘍は全例suprasellarに位置し、4例で第3脳室内に進展し、内1例で水頭症を合併していた。腫瘍はsolid 3例、cystic 2例。prefixed chiasmaを2例で認めた。視交叉部及び第3脳室内腫瘍の摘出には、視交叉前面を直視下に置けるよう、頰骨弓を切除し、出来るだけ低位でのsubtemporal<sup>77</sup>アプローチを行なった。2例で視神経管開放を行った。腫瘍摘出にはCUSAが有用であった。結果：術後1例で視野障害が悪化残存したが、視交叉に対する慎重な手術操作の重要性を痛感した。術後9ヵ月から9年6ヵ月(平均約4年)で、1例が3年6ヵ月で再発した外は、通常の生活にある。

craniopharyngioma, combined transsylvian and subtemporal approach

TSH産生下垂体腺腫の1例

国立東静岡病院 脳神経外科  
蒲郡市民病院 脳神経外科<sup>1</sup>

竹内洋太郎(TAKEUCHI Yotaro), 小松裕明, 上田行彦,  
高窪義昭、杉野文彦<sup>1</sup>

37歳男性。7-8年前より、発汗過多、動悸などがあり、TSH: 4.57-5.17(正常値0.35-3.73 $\mu$ U)、free T<sub>3</sub>: 10.54-12.38(2.20-4.10Pg/ml)、free T<sub>4</sub>: 4.51-5.15(0.90-1.80ng/dl)と上昇を認め、甲状腺の軽度腫大を認めた。MRI上、下垂体は14\*13\*14mmと腫大、右側で造影が不良で、下垂体茎の左への偏位を認めた。TSH産生腺腫の診断の下、経蝶形骨洞手術を施行した。腫瘍は硬く、一塊としての摘出が可能であった。免疫組織学的には、chromogranin A, prolactin, GHに陽性な部分とTSH betaに陽性な部分が認められた。術後4ヵ月経過した時点でTSH: 0.05と低下、free T<sub>3</sub>: 3.34正常、free T<sub>4</sub>: 0.80と軽度低下を認めている。TSH産生腺腫は、下垂体腺腫の内約1%以下とされており、比較的に稀である。若干の文献的考察を加え報告する。

TSH producing pituitary adenoma

多飲・多尿と記憶力・見当識障害にて発症した Rathke cleft cyst の1例

富山県済生会富山病院脳神経外科\*  
富山県済生会富山病院病理\*\*  
富山医科大学脳神経外科\*\*\*

堀江幸男(HORIE Yukio), 梅村公子、野村耕章\*、  
松能久雄\*\*、久保道也、高久晃\*\*\*

症例は56歳女性で、約8ヵ月前より多飲・多尿が出現し、さらに1ヵ月前から物忘れが目立つようになり受診した。入院時、記憶力と見当識の障害を認めた。ADHIは正常の下限値を示し、prolactinは軽度上昇していた。眼科的検査と頭部単純写では異常を認めなかった。MRIでは壁在結節を有する約2.5 cmの嚢胞性腫瘍が、視交叉後方より第三脳室前下方に増大し、鞍上部に限局していた。内容液はT1で低信号域、T2で高信号域を示し、Ga-DTPA造影画像では被膜と壁在結節が強く増強された。CTでは石灰化を認めず、血管造影では腫瘍陰影を認めなかった。頭蓋咽頭腫を疑い両側前頭開頭をおこない、終末板經由にて濃い黄色膿状の嚢胞内容液を吸引後、腫瘍を摘出した。病理組織では、嚢胞壁は数層の扁平上皮に覆われ、最表面にはciliaを持つ円柱上皮とPAS陽性の粘液分泌細胞が介在しており、Rathke cleft cystと診断した。臨床症状を出すRathke cleft cystは稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

rathke cleft cyst, diabetes insipidus

巨大な皮下腫瘍を形成した Malignant Parasagittal Meningioma

小牧市民病院 脳神経外科

長谷川俊典 小林 達也 木田 義久 田中 孝幸  
吉田 和雄 吉本 真之 前澤 聡

今回我々は巨大皮下腫瘍を呈したParasagittal Meningiomaの一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

【症例】41才、男性。H8.9頃より左下肢筋力低下を自覚、その頃から頭頂部にピンポン球大の腫瘍に気づいた。整形外科受診しても異常なしと言われ経過観察していた。H9.7頭部皮下腫瘍増大し当科初診。L-hemiparesis, hypesthesiaを認め、MRI, Angiography施行しR)Parasagittal meningiomaと診断。SkullX-pにてosteolysisを示し、皮下に約12x10x5cmの巨大なsoft tissue massを認めた。2度にわたるstaged operationにて腫瘍完全摘後、SSS周辺の残存腫瘍に対し $\gamma$ -knife施行した。病理診断はAnaplastic meningiomaであった。Ptは装具にて独歩可能となり退院した。

【考察】Malignant meningiomaは全meningiomaの1~11%を占めるといわれ比較的稀なものである。組織学的にはhypercellularity, loss of cellular architecture, nuclear pleomorphism, mitotic index, focal necrosis, brain invasionの6所見に基づき診断される。又今回の症例のようにosteolysisを示しながら皮下にsoft tissue massを形成する場合は、Malignant meningiomaを強く疑う必要があると思われる。

<Key word>

Malignant meningioma, Osteolysis, soft tissue mass

頭蓋内外に広く進展した悪性髄膜腫  
の1手術例

静岡赤十字病院脳神経外科

峯 裕 (MINE Yutaka), 安心院康彦,  
山口則之, 山田 史

症例は69歳男性.平成9年6月より右頬骨部腫瘍を自覚した.頭初汗腺系腫瘍を疑われたが,生検にて悪性髄膜腫と診断されたため耳鼻科より当科へ転科した.神経学的には異常を認めず,MRIにて腫瘍は右前側頭部軟部組織に主座を有し,眼窩,側頭葉,大脳鎌に浸潤していた.血管撮影では中硬膜,浅側頭,顎動脈からのfeeder及びtumor stainを認めた.9月17日腫瘍摘出術を行なった.硬膜,側頭葉,軟部組織浸潤部を一塊にして摘出後,大腿筋膜による硬膜再建及び腹直筋皮弁による顔面形成術を施行した.病理組織診断はmeningeothelial meningioma with differentiated anaplastic pattern であった.現在放射線照射を施行中である.本症例は軟部組織内に広範かつ急速に進展した悪性髄膜腫の比較的稀な1例と考えられた.

Malignant meningioma. Soft tissue, Invasion

悪性化した聴神経鞘腫の1例

鈴鹿中央総合病院 脳神経外科  
中央検査部病理\*

英 賢一郎 (Hanabusa Kenichirou)  
森川 篤憲 村田 哲也\*  
田代 晴彦 山中 学

初回手術時では通常の聴神経鞘腫であったが,経過中に悪性転化し,急速増大し約6年半で死亡した1例を経験したので報告する.

症例は平成3年初診時,51歳女性.右聴神経鞘腫で腫瘍摘出術を受け,病理組織診断で良性のneurinomaと診断された.約4年半後に再増大し,ガンマナイフ照射を施行.しかし腫瘍は徐々に増大し5年後の平成8年4月に再摘出術を施行した. retrospective に見ればこの段階の組織で核分裂像を認めており,この時点で悪性化していたと考えられた.ガンマナイフ照射から6ヶ月であり,放射線の影響による悪性化は考えにくく,良性の聴神経鞘腫が悪性転化した稀な1例と考えられた.

Key Words ;  
malignant acoustic neurinoma

小児spinal clear cell meningiomaの1例

市立四日市病院脳神経外科

柴山美紀根 (Shibayama Mikine), 伊藤八峯,  
市原薫, 赤羽明, 中林規容, 小林望

Clear cell meningiomaは若年者の脊髄に好発する稀な腫瘍である.我々の症例は9歳2カ月の女児で,8カ月前から悪化する歩行障害を主訴に来院.両側のdrop foot, S1以下の知覚障害を認めた.MRIにてTh10-12の左腹側に,境界明瞭で均一に造影される硬膜内髄外腫瘍がみられた.血管撮影ではAdamkiewicz動脈が右第12肋下動脈より分岐していたが,腫瘍陰影は明らかでなかった.Th9-L1椎弓切除に左Th10-12の横突起部分切除を加え,背外側から腫瘍を全摘した(Simpson G-2).腫瘍はTh10 root exit zone部分で硬膜と後根に付着していた.病理診断はPAS(+のglycogen)に富む腫瘍細胞からなるclear cell meningiomaであった.この症例につき文献的考察を加え報告する.

clear cell meningioma, spinal, juvenile, glycogen

後頭部腫瘍を呈した悪性リンパ腫の1例

富山赤十字病院 脳神経外科  
富山医科薬科大学 脳神経外科

増岡 徹 (MASUOKA Toru), 山谷和正,  
扇一恒章, 伊藤秀樹, 遠藤俊郎, 高久晃

今回我々は,髄膜腫と鑑別を要した悪性リンパ腫の1例を経験した.症例は57歳,女性.平成9年2月頃より,後頭部腫瘍を自覚し,徐々に増大するため,5月12日当科入院となった.入院時,神経学的脱落症状はなかった.頭部単純写にて,後頭正中部に約5 X 6cmの辺縁不整な骨融像を認めた.単純CTでは,同部に頭蓋内外に増強された.MRIではT1強調像で等信号,T2強調像で高信号を示し,Gdで均一に増強された.脳血管撮影では外頸動脈系より造影される腫瘍濃染像を認めた.術前画像診断では髄膜腫が疑われた.5月23日に腫瘍血管の塞栓術,5月30日に腫瘍摘出術を施行した.病理診断はdiffuse large cell typeの悪性リンパ腫であった.頭蓋骨及び硬膜に悪性リンパ腫が発生することは稀であり若干の文献的考察を加え報告する.

lymphoma meningioma dura bone

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<sup>2</sup> マウセントサイナイ病院<sup>3</sup>

玉川紀之 (TAMAKAWA Noriyuki)<sup>1</sup>、深澤誠司<sup>1</sup>、  
小野洋<sup>2</sup>、田中富美子<sup>2,3</sup>、日高斉昭<sup>2</sup>、清水言行<sup>1</sup>

我々は、海綿静脈洞内進展を認める下垂体原発悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。症例は59歳、女性。左眼瞼下垂にて発症し、約1週間で左動眼神経完全麻痺となった。MRIで下垂体から左海綿静脈洞内に占拠性病変を認め、ダイナミック造影にて下垂体腺腫と異なる造影ビークを示した。下垂体ホルモン値はGHのみ11.9と軽度の上昇。Gaシンチでは強い集積を示した。転移性腫瘍が疑われたが、各種腫瘍マーカーは陰性で、諸検査でも他臓器腫瘍は発見されなかった。確定診断のため、経蝶形骨洞的に鞍内腫瘍を摘出し海綿静脈洞内の一部を掻爬した。病理診断は非ホジキン悪性リンパ腫であった。化学療法を施行し、残存腫瘍は急速に縮小した。検索したかぎりでは下垂体原発悪性リンパ腫の報告はなく、稀な症例と思われるので画像所見、病理所見、治療方法について報告する。

pituitary gland, malignant lymphoma, dynamic MRI

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

症例は62才男性、肝細胞癌の治療中に、左眼視力障害、複視、眼球突出で発症した。腫瘍は眼窩内外に及び、内頸及び外頸動脈より栄養されていた。front-orbital approachで手術を行ったが、術中の出血が激しく亜全摘に終わった。術後補助療法として放射線療法を施行している。一般に肝細胞癌は日本人には比較的多い悪性腫瘍であるが、骨転移は少なく、約6%に見られるのみだと言う。またその多くは、椎体であり、頭蓋骨への転移は希である。その中でも眼窩への転移はさらに少ない。肝細胞癌の遠隔転移は血行性であるため、通常これら遠隔転移に先立ち肺転移が見られるが、今回の我々の症例では肺を含め、他臓器に転移巣を認めなかったため、診断に苦慮した。肝細胞癌の転移、及び眼窩内腫瘍の手術手技について若干の文献的検討を加えて報告する。

HCC, orbital metastasis,  
front-orbital approach.

国立名古屋病院 脳神経外科

○須崎法幸 (SUSAKI, Noriyuki)、高橋立夫、  
山内克亮、高田宗春、今川健司、桑山明夫

【目的】過去7年間に13例(男性5例、女性8例)の眼窩腫瘍の手術を経験したので、症状、術式および結果につき検討を加えた。【対象】眼窩内原発の腫瘍は9例、頭蓋内から進展した腫瘍は4例であった。組織別には Carcinoma 3例、Meningioma 3例、Hemangioma 2例、Neurinoma 2例、Pseudotumor 1例、Epidermoid 1例、Lymphoma 1例であった。【方法と結果】主に fronto-orbito-zygomatic approach にて手術を行い、Carcinoma に対しては術後補助療法を追加した。ほとんどの症例で症状は軽快したが、合併症として術後視力低下3例(うち全盲1例)、眼球運動障害が4例にみられた。【結論】頭蓋底外科の技術を応用し、fronto-orbito-zygomatic approach を行うことにより眼窩上外側からの work space を従来以上に確保でき、美容上も優れた手術を行うことが可能である。

Orbital tumor, skull base surgery

名古屋大学医学部 脳神経外科  
中京病院 脳神経外科\*

磯辺 樹己 (ISOBE TATSUMI) 斉藤 清  
渋谷 正人\* 吉田 純

症例は41歳の男。高校時代からの右顔面の知覚低下を放置していたが、会社の検診で、異常が認められ、当院へ紹介された。病変は右Meckel caveを中心に中頭蓋窩から後頭蓋窩に及び、CTで石灰化を伴う低信号、MRIのT1でlow、T2でhighを呈した。腫瘍周囲の脳には浮腫は認められず、腫瘍周囲の骨は圧迫され、菲薄化していた。手術は、temporo-zygomatic approachでおこなわれ、腫瘍の肉眼的全摘出がなされた。術前画像診断ではepidermoidであったが、術中所見でも毛髪がみつきり、病理にてdermoid cystと診断された。術後重篤な合併症はなく、術後7カ月目であるが、再発はみられていない。Meckel caveのdermoid cystは文献上もまれであり、ここに報告する。

Meckel cave dermoid cyst

脳虚血を呈した小児細菌性髄膜炎の一例

- (1) 清水市立病院 脳神経外科  
(2) 藤田保健衛生大学 脳神経外科

長久伸也(1)、尾内一如(1)、木家信夫(1)、  
神野哲夫(2)

細菌性髄膜炎は脳血管攣縮による虚血性病変を稀に合併することが知られている。今回我々は細菌性髄膜炎に多発性脳梗塞と水頭症を合併し、MRA、SPECTにより経過観察を行い得た1小児例を経験した。症例は2歳男児。平成9年3月下旬より発熱、嘔吐、意識障害が進行した。当院小児科に入院し、髄液より肺炎球菌が検出された。入院時意識レベルは3-3-9度方式100。その後、頭部CTを施行したところ多発性の低吸収域を認めた。ほぼ同時期のMRAにてウイリス動脈輪近位部にびまん性の狭窄を認めたが、遠位部の血管径は保たれていた。約2週間後のMRAでは狭窄の改善を認めたが、徐々に脳室が拡大したためV-Pシャント術を施行した。しかし脳室拡大は進行し、意識レベルも改善しなかった。本症例につき若干の文献的考察を含めて報告する。

髄膜炎、MRI、水頭症、脳梗塞

MRI上、自然軽快を示し、開頭摘出術にて組織学的に脳寄生虫症と診断された1例

名古屋大学脳神経外科  
名古屋大学医動物学教室\*

河合達巳(KAWAI Tatsumi)、若林俊彦、吉田純  
川本文彦\*

症例は28歳女性。6年前にインドに2ヶ月間の滞在歴あり。平成9年8月、一過性の左上肢感覚脱失を生じた近医受診。MRIにて右頭頂葉に腫瘍性病変を認め、当科へ紹介された。神経腫を疑い手術目的にて入院したが、神経学的異常を認めず、抗痙攣剤のみ投与した。炎症症状なく、末血好酸球増多は認めなかった。手術直前のMRIでは、輪状造影されていた病変は縮小しており、周辺浮腫も軽減していた。開頭手術にて弾性硬の腫瘍を摘出した。腫瘍表面には著明な好酸球浸潤を認め、内部には石灰小体が存在しており、糸虫の幼虫寄生と診断された。術後、左下肢に知覚障害を生じたが徐々に軽快し、独歩退院した。

brain, parasitosis, calcareous corpuscle

頭蓋内アスペルギルス膿瘍の1例

聖隷三方原病院脳神経外科, 病理診断科\*

○赤嶺壮一(AKAMINE souichi)、竹原誠也、宮本恒彦、  
杉浦康仁、平松久弥、小川博\*

前頭蓋底アスペルギルス肉芽腫の1例を経験したので、治療上の問題を検討し報告する。【症例】62歳 男性 既往歴 平成4年前頭洞粘膜嚢胞の手術。現病歴 平成9年6月頭痛、歩行障害あり、7月1日当科受診。意識清明で、歩行時左に傾いた。CTで右前頭蓋底骨変形、造影される腫瘍、前頭葉低吸収を認めた。翌日、前頭蓋底腫瘍摘出術施行し、病理組織よりアスペルギルス肉芽腫の診断得た。術後腫瘍増大し、1週後腫瘍再摘出、前頭蓋底部修復術を施行。抗真菌剤大量投与し、症状、画像所見改善し、退院した。【考察】真菌性肉芽腫は希で、診断、治療が困難である。この症例も当初真菌症の診断得られず、抗真菌剤の投与が遅れたが、再手術で肉芽腫全摘し、抗真菌剤を大量投与し、治癒を得た。真菌は副鼻腔の常在菌であり、同部感染症では、その可能性を考え、肉芽腫摘出後早期より抗真菌剤の投与が必要と思われた。

aspergillosis, basal repair, mycotic infection

三叉神経痛で発症した錐体骨尖端部  
コレステリン肉芽腫の一例

福井赤十字病院 脳神経外科

馬場一美(Baba Kazumi) 徳力康彦  
細谷和生 時女知生 土田 哲 中久木卓也

コレステリン肉芽腫は中耳腔内に好発する肉芽腫であるが、稀に錐体骨尖端部に発生することがある。今回われわれは、錐体骨尖端部に発生したコレステリン肉芽腫を経験したので報告する。

症例は28歳女性。右三叉神経第1枝、第2枝領域の三叉神経痛で発症した。MRIで錐体骨内に直径約1cmのT1強調画像で高信号、T2強調画像で等信号を示す病変が描出された。側頭下硬膜外アプローチにて錐体骨を一部切削し病変部を全摘した。病理組織学的には繊維が豊富な肉芽組織とコレステリン結晶が認められコレステリン肉芽腫と診断した。術後疼痛は消失した。錐体骨尖端部コレステリン肉芽腫は稀な疾患であるが脳神経症状を呈することがあり脳外科的治療が望ましいものである。

cholesterol granuloma, trigeminal neuralgia

## 進行性増殖を示す側脳室内サルコイド肉芽腫の一例

愛知医科大学 脳神経外科

渡部剛也 (WATABE Takeya)、師田信人、  
本郷一博、松下康弘、辻有紀子、中川 洋

症例は35歳女性。胸部サルコイドーシスにて通院治療中であった。1997年8月初旬、急速に進行する頭痛・嘔吐、意識障害にて発症、頭部CTにて左側脳室拡大が認められ、当科紹介となった。頭部CT・MRIともに、脳室内を含め明らかな mass lesionは認められなかった。8月6日に内視鏡手術を施行。左側脳室内には、choroid plexusに強く癒着する白色の腫瘍性病変が広範に存在し、Monro孔を完全に閉塞していた。同部をbiopsy後septotomyを行った。その後Endoscopeを右側脳室へ進め、右側のMonro孔の開存を確認し手術を終了した。Biopsyの結果はサルコイド肉芽腫との診断であった。術翌日、左側脳室から第4脳室までの交通が脳室造影にて確認されたが、septotomyより12日後、両側側脳室の拡大を示す急性水頭症となり、左側脳室ドレナージを施行。その後ステロイドパルス療法を試みるも無効であり、最終的にV-P shuntを行った。文献的考察を加え報告する。

sarcoidosis, hydrocephalus, endoscopic septotomy

## 自然寛解を来した右基底核炎症性肉芽腫性病変の1例

福井県済生会病院 脳神経外科

高島靖志、宇野英一、若松弘一、  
岡田由恵、金子拓郎、土屋良武

症例は73歳の男性。既往歴に感染性心内膜炎、気管支拡張症あり。平成8年暮れより意欲低下認めた。一日中眠気あり。平成9年1月当科受診。意識レベルJ.C.S. 1、神経学的に異常なし。血液生化学的検査、髄液検査ともに異常なし。CTでは、右基底核に広範な脳浮腫を認める直径1.5cmの増強効果伴うmassを認めた。MRIではT1強調画像で低吸収域、T2強調画像で低吸収域を示し、Gd-DTPAで増強された。定位的脳生検術施行。病理所見は血管周囲に細胞浸潤を認める炎症性肉芽腫であった。術後経過良好で自宅退院した。感冒後に左不全片麻痺出現した。MRIではmassの増大を認めた。その後、症状は軽快し、MRI上massは消失した。肉芽腫の原因は不明だが、免疫能低下とともに発症し、改善とともに軽快した興味ある症例と考え報告した。

brain, granuloma, MRI

Rhino-orbital-cerebral mucormycosis の1例

社会保険横浜病院脳神経外科

梅村淳 (Atsushi Umemura)、鈴木知直

症例は未治療糖尿病を有す62才男性。頭痛および急速に進行する左外眼筋麻痺、視力低下をきたした。CT, MRで左orbital apexに腫瘍性病変を認めた。当初、pseudo tumorを疑いステロイド投与を行ったが無効で、開頭による硬膜外からの視神経減圧および肉芽腫様組織のbiopsyを行なった。病理診断はmucormycosisであり、直ちに抗真菌剤 (fluconazole, amphotericin B) の全身投与を行なった。しかし術後は症状の回復がみられぬまま全眼筋麻痺、失明となり、1ヶ月後には病変は海綿静脈洞に及び左内頸動脈を閉塞した。その後硬膜内にも伸展がみられ、術後4ヶ月で死亡した。  
mucormycosisの診断、治療につき若干の文献的考察を加えて報告する。

mucormycosis, orbital apex

3DCT angiography (3DCTA) が有用であった  
third A2 infundibular dilatation の1例

知多厚生病院脳神経外科

木村知寛 (KIMURA Tomohiro)、中塚雅雄、  
水野志朗

今回私共は3DCTAの有用性について、IA-DSAおよび術中所見と比較検討したので報告する。

症例は右視床出血の既往のある65歳男性。3DCTAで右内頸動脈分岐部に動脈瘤が認められた。前交通動脈にも動脈瘤様の膨らみがあり、その先端からはthird A2が分岐しているようであった。IA-DSAでは、前交通動脈にthird A2を伴う囊状動脈瘤が疑われたが、third A2の分岐部は明らかでなかった。手術は右pteronal approachで行った。右内頸動脈分岐部動脈瘤にtitan clipをかけた後に前交通動脈に達すると、起始部が漏斗状に拡大したthird A2が分岐していた。Third A2 infundibular dilatationと考えられ、3DCTAはその解剖学的所見をよく表していた。現在術後6カ月を経過し3DCTAでfollow-upを行っているが、変化は認められていない。

3DCTA, third A2, infundibular dilatation, titan clip

下垂体腫瘍術後18年に破裂した de novo aneurysm の1例

岐阜県立岐阜病院 脳神経外科

大江直行 (OHE Naoyuki)、北島英臣、新川修司、三輪嘉明、大熊晟夫

症例は48歳の男性で、昭和49年(25歳)より左眼の視力障害を自覚し、昭和51年6月初診。脳血管造影を施行後、左前頭側頭頭にて下垂体腺腫(chromophobe adenoma)の部分摘出術を行った。その3年後、残存腫瘍の増大のため再度部分摘出術を行い、局所50Gyの放射線療法を追加した。その後腫瘍の縮小を認め、外来通院にて経過観察していたが、平成9年2月19日SAHを来した。脳血管造影にて以前に認められなかったr-A2-3 aneurysmが認められ、同日neck clipping術を行った。続発したNPHに対しV-P shunt術を行い、症状は徐々に改善しADL:1にて退院した。経時的な血管造影所見を呈示し、脳動脈瘤新生における下垂体腫瘍、手術、放射線照射の関与に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

de novo cerebral aneurysm, pituitary adenoma, operation, radiation therapy.

仮性動脈瘤を伴った内頸動脈後交通動脈分岐部破裂脳動脈瘤の1例

藤枝市立総合病院脳神経外科

野崎孝雄 (Nozaki Takao) 篠原義賢 杉浦正司  
角谷和夫

症例は65歳女性、外傷の既往なし。意識消失で発症、CTでくも膜下出血を認めた。脳血管造影では左内頸動脈後交通動脈分岐部に動脈瘤を認めたが、明瞭に造影される部分は小さく、その先端には不明瞭に造影される部分があった。術中所見では小さな囊状動脈瘤で、その先端の部分は繊維性組織に覆われた仮性動脈瘤と思われた。外傷の既往がない、囊状動脈瘤に伴った仮性動脈瘤の報告は少なく、治療上注意を要すると考えられたため報告する。

subarachnoid hemorrhage, cerebral angiography, pseudoaneurysm

短期間に連続破裂した多発性脳動脈瘤の1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

症例は54歳女性。平成8年9月11日、突然の頭痛、嘔吐にて発症、来院した。H&K grade 2のくも膜下出血にて、脳血管造影施行、r. IC-PC aneurysmを認め、翌9月12日neck clipping術施行した。術後経過は良好で、10月30日神経学的異常なく退院した。

以後外来通院していたが、平成9年3月26日、入浴中に突然の頭痛、嘔吐あり救急外来受診した。H&K grade 2のくも膜下出血にて脳血管造影施行したが、明らかかな動脈瘤を認めなかった。2週間の安静後、再度脳血管造影施行したところ、長径4mmのll. BA-SCA aneurysm認め、neck clipping術施行した。術後静脈性梗塞によると考えられる右不全片麻痺認めるも徐々に改善、平成9年8月7日、独歩退院した。

上記症例につき、若干の文献的考察を加えて報告する。

multiple cerebral aneurysm, subarachnoid hemorrhage

瘤内塞栓術後にクリッピングが奏効した破裂脳動脈瘤の1例

金沢大学医学部脳神経外科<sup>1</sup> 同放射線科<sup>2</sup>

岩戸雅之(IWATO masayuki)<sup>1</sup> 木多真也<sup>1</sup> 野村素弘<sup>1</sup>  
清水旬利子<sup>1</sup> 山嶋哲盛<sup>1</sup> 山下純宏<sup>1</sup> 松井修<sup>2</sup>

症例は44才、女性。SAH H&K grade 5にて発症。脳血管造影で左内頸-前脈絡叢動脈分岐部破裂動脈瘤および左中大脳動脈起始部閉塞症と診断。Day 0でGDCによる瘤内塞栓術を施行。術中、コイルの瘤外逸脱を合併するも塞栓完了。Day 0とDay 1にスパイクナドレナージよりt-PAを各々320万単位注入。症候性脳血管攣縮の出現はなく、Terson症候群による両側視力障害以外、脱落症状なく経過。再検脳血管造影では動脈瘤頸部が残存し、コイルのpackingが不充分なため、Day 38に開頭、動脈瘤頸部クリッピング術を施行。術中所見では、コイル内部の血栓形成は充分であるように思われた。脳血管造影で左中大脳動脈起始部閉塞と読影していた陰影は動脈瘤の背後に認められた。動脈瘤頸部をクリッピングし、コイルごと動脈瘤を切除摘出。本症例は中大脳動脈起始部閉塞を合併した内頸動脈瘤という特殊な例ではあるが、脳血管造影の所見のみで治療を完結する血管内手術の盲点を示したのと思われる。

subarachnoid hemorrhage, ruptured aneurysm, GDC, coiling, clipping

subarachnoid hemorrhage, ruptured aneurysm,

GDC, coiling, clipping

GDCによる瘤内塞栓術後の1例

金沢医科大学脳神経外科

○高田 久(H. TAKATA), 飯田隆昭,  
赤井卓也, 熊野宏一, 飯塚秀明, 角家 暁

GDCによる瘤内塞栓術後7日目の剖検例を経験したので報告する。症例：71歳女性。既往歴：肝硬変，血小板減少症。経過：くも膜下出血にて発症，左破裂内頸動脈瘤と診断。血小板減少症のため開頭手術は困難で，GDCによる瘤内塞栓術を施行した。術後7日目突然大腿動脈穿刺部より大量の出血を生じ，出血性ショックのため死亡した。病理：再破裂の所見は無かったが，右基底核に直径3cmの脳内出血が見られた。菲薄化した動脈瘤壁よりコイルが透見された。動脈瘤内は血栓化し，orificeは薄いfibrinで覆われていたが，血管内皮細胞の被覆は見られなかった。まとめ：GDCによる瘤内塞栓術後1週間では，fibrinの形成は見られたが血管内皮細胞の被覆は見られなかった。

SAH. Coil embolization.

小脳のAVMに脳動脈瘤を合併した1例

岐阜大学脳神経外科

加藤貴之(KATOH Takayuki), 黒田竜也,  
吉村紳一, 上田竜也, 山川弘保, 服部達明,  
安藤 隆, 坂井 昇

今回我々は，小脳AVMとその流入動脈であるPICAに動脈瘤を合併した1例を経験したので，その成因について若干の考察を加えて報告する。症例は48歳の女性。就寝中突然の悪心，嘔吐，頭痛をきたし近医へ搬入され，CTにてSAHと脳室内出血を認められた。保存的治療により症状は改善したが，MRIで左小脳半球のAVMを疑われ当科へ紹介入院となった。脳血管撮影にて左PICAと左AICAを流入動脈とし上錐体静脈洞へ導出されAVMを認めた。さらに，左VA-PICAと左PICAのcaudal loopの2ヶ所に動脈瘤を認めた。第30病日に左後頭下開頭でAVMを摘出し，2個の動脈瘤にneck clippingを行った。VA-PICA動脈瘤が出血源であった。術後経過は順調で独歩退院した。

AVM, aneurysm, SAH, intraventricular hemorrhage

両側内頸動脈閉塞に合併した後大脳動脈一後交通動脈分岐部動脈瘤の一例

弥生病院 脳神経外科

渡辺 新(Arata Watanabe), 川上 雅正

両側内頸動脈閉塞に後大脳動脈瘤を伴った1例を報告する。症例は73歳の女性。クモ膜下出血で発症し，脳血管撮影で右後大脳動脈 - 後交通動脈分岐部に動脈瘤を認めた。両側内頸動脈は閉塞しており，内頸動脈領域はそれぞれの椎骨動脈系から血流が供給されていた。クモ膜下出血以前の脳虚血発作の既往はなかった。血管写上，外頸動脈の造影も不十分であったため，EC-IC bypassも行えず，脳血管攣縮期を待機した発症37日目に，右pterional approachでneck clippingを行った。頭蓋底部CTで頸動脈管は存在し，内頸動脈欠損は否定され，脳動脈瘤発生は両側内頸動脈閉塞により，椎骨脳底動脈系からのhemodynamic stressが関与していたと思われた。内頸動脈系の血流確保に留意した治療法で根治術に臨むべきであると考えた。

posterior cerebral artery aneurysm  
bilateral carotid occlusion, subarachnoid hemorrhage

外傷性頸動脈閉塞に対する超急性期  
血栓溶解法による血行再建術の1例

浜松労災病院 脳神経外科

加藤 雅康, 三宅 英則,  
沈 正樹, 山本 佳昭

脳動脈の塞栓症例で外傷による頸動脈損傷が原因となることはまれである。今回我々は外傷性の頸動脈閉塞に対してマイクロカテーテルを用いた血栓溶解療法を施行し，良好な結果を得たので報告する。症例は58才男性。H9年4月9日午前中にゴルフをした後，午後に突然右半身の脱力と失語を生じ当科に搬送される。緊急アンゴザを施行。左頸部内頸動脈は高度狭窄を生じており，頭蓋内に入ったところでほぼ閉塞していた。左中大脳動脈への側副血行路は認めなかった。左頸部内頸動脈は壁不整で一部double lumenを認め動脈解離を生じたと考えられた。頭蓋内内頸動脈と左中大脳動脈後方枝の閉塞に対してウロキナーゼを用いて血栓溶解を施行し，再開通させた。患者は神経症状を残さず退院した。

thrombolytic therapy, trauma, arterial dissection,  
cervical internal carotid artery



被殻出血で発症した特発性中大脳動脈閉塞症の一例

掛川市立総合病院脳神経外科、  
\*厚生連尾西病院脳神経外科

小出和雄(KOIDE Kazuo)、新田正廣、  
金井秀樹、丹羽裕史

症例は44才男性で、既往に特記すべきことなく、突然の右不全麻痺で発症した。頭部CTで左)被殻出血を認め、第3病日にCT定位血腫吸引術を行い、術後麻痺も軽快し頭部MRIで血腫の減少と脳表に虚血性変化がないこともみえた。第14病日、脳血管造影では左)中大脳動脈(MCA)起始部で閉塞し、一本の細い側副路の先でモヤモヤ様血管がありMCA領域へ枝分かれし、内頸動脈あるいは対側MCAは明らかな異常は認めなかった。脳血流スベクトではMCA領域は再分布を示す<sup>123</sup>IIMPの集積低下があり、第37病日に浅側頭動脈(STA)-MCA吻合術を行った。MCA起始部での閉塞は脳血管写の所見などより以前から無症候性にあつたと考えられ、同側に被殻出血を呈することは稀であり文献的考察を加え報告する。

putaminal hemorrhage, middle cerebral artery (MCA),  
occlusion, anastomosis

神経血管減圧術無効三叉神経痛症例に対する神経部分切断術

浜松医科大学 脳神経外科

北濱義博(KITAHAMA Yoshihiro)、太田誠志、  
龍 浩志、山本清二、杉山憲嗣、植村研一

定型の三叉神経痛に対する神経血管減圧術は有効な確立された治療法であるが、稀に圧迫血管のない例や完全な減圧によっても緩解の得られないことがある。神経部分切断術はそれらに対して有効ではあるが知覚鈍麻、ヘルペスの発症等合併症も多い。我々は従来の報告に比しより小範囲の切断を施行して良好な結果を得たので報告する。1981年より現在まで当院で施行した定型の三叉神経痛に対する神経血管減圧術129例のうち圧迫血管の完全な解除によっても緩解の得られなかった2症例に対して肉眼的に圧迫による圧痕のある部位の神経に対して、2-3mmの範囲で施行し、直後より痛みは消失した。1例は術後10年を経過したが再発はなく、2例とも知覚鈍麻等の合併症はない。組織にて長期間の圧迫によると思われる変性した神経組織が確認されており、これを切除することで合併症を起こさず神経痛の緩解が得られると思われた。

trigeminal neuralgia, neurovascular compression, partial  
rhizotomy

失神発作を伴う舌咽・迷走神経痛の1例

公立陶生病院脳神経外科

波多野 寿(HATANO Hisashi)、堀 汎、  
加藤 哲夫、横江 敏雄

舌咽・迷走神経痛の発生率は三叉神経痛の約1/100と少なく、その中でも失神発作や不整脈を伴うものは報告例が非常に稀である。

今回、嚥下や硬口蓋の刺激をtriggerとする右耳介の一部の激痛を訴え、それに続いて洞性徐脈、失神発作を来す症例を経験した。洞性徐脈に対しては、一時的体外式ペースメーカーで対処したが、耳介の電撃痛に対しては種々の薬剤治療で対処できず、神経血管減圧術を施行した。その結果発作は消失し、ペースメーカーも不要となった。手術所見からは、後下小脳動脈による迷走神経の圧迫が原因であると思われた。

microvascular decompression  
glossopharyngeal-vagal neuralgia

慢性硬膜下血腫術後に硬膜静脈洞血栓症を合併した1例

恵寿総合病院 脳神経外科

瀬戸 陽 (SETO Akira)、東 壮太郎、永谷 等、埴生和則

慢性硬膜下血腫術後に注意すべき合併症として血腫再貯留、緊張性気脳症等が知られているが、我々は演題の如き稀な症例を経験したので報告する。症例は78才の女性。主訴は歩行障害、頭痛、嘔気、神経学的検査で左下肢の麻痺を認めた。CTで両側慢性硬膜下血腫と診断し、局麻下に両側穿頭血腫洗浄ドレナージ術を施行した。術後、麻痺は改善したが頭痛、嘔気が持続した。術後9日より右片麻痺が出現し、CT、MRI、SPECTにより左基底核部の脳梗塞と診断し、抗凝固剤、線維素溶解酵素の投与を開始したところ、右片麻痺は2日後に消失した。右片麻痺発症時のMRIを再検討したところ脳梗塞は誤診であることが判明し、静脈洞血栓症と診断された。術後頭蓋内圧亢進症状の持続、比較的早期の硬膜下腔消失等のある場合には、希ではあるが硬膜静脈洞血栓症の発生を念頭に置くべきと思われた。

chronic subdural hematoma, dural sinus thrombosis

硬膜静脈洞血栓症の再開通後に認められた硬膜動脈静脈奇形の一症例

小松市民病院 脳神経外科

木村誠 (KIMURA MAKOTO)

木下昭 林康彦

静脈洞閉塞に合併したのではなく、硬膜静脈洞血栓症の血栓溶解成功後に、経過観察の脳血管写にて確認された。硬膜動脈静脈奇形を経験したので報告する。

症例は、34歳男性で、平成9年3月22日38、5度の発熱、下痢、嘔吐で発症、9日後に右片麻痺、失語症出現し4-5時間して四肢麻痺、JCS30-100と悪化した為当科入院した。検査所見は、CTスキャンに異常無く、MRで静脈洞のflow void消失し、脳血管写にて上矢状(sss)、両側横(tts)および直静脈洞(sss)の血栓症を認め、患者は、ウロキナーゼ72万単位注入にて、左tts以外は再開通し、神経症上は消失した。発症後37日後に、脳血管写にて右中硬膜動脈と右後頭動脈から流入し、右横静脈洞へ流入する硬膜動脈静脈奇形を認めた。すべての静脈洞は血栓を残すも開通していた。

dural arteriovenous malformation, dural sinus thrombosis, thrombolysis therapy, urokinase

特異な経過にて発見された巨大外傷性CCFの一例

名古屋掖済会病院

KATO Mitsuaki  
加藤 美穂子 服部健一 福井一裕 宮崎素子

【症例】26歳男性。1993年8月、交通事故による前頭蓋底骨折にて他院において手術。受傷後より右眼失明、嗅覚障害及び右側耳鳴を呈していた。1997年5月20日頭痛を訴えた後意識を消失し当院へ搬送された。初診時GCS9点、左片麻痺を認めた。頭部CTにて右側頭から頭頂部にかけて急性硬膜下血腫を認め、直ちに開頭血腫除去術を施行した。術中所見ではSylvian fissureより頭頂葉へ向かう異常血管からの出血を認めためた。翌日脳血管撮影にて、Rt. ICよりethmoid sinusに入りIPSへ流出する巨大外傷性CCFが発見された。脳内AVFは描出されなかった。そこで血管内手術によりCCF内にGold valve balloon 2個とIDC 23本を挿入し塞栓術を行った。術後経過は良好で、CCFは完全に消失していた。

【結語】今回我々は特異な経過にて発見され、塞栓術にて根治し得た巨大外傷性CCFを経験した。

Giant traumatic CCF Embolization Detachable balloon Coil

塞栓術で根治しえた破裂小脳テント硬膜動脈静脈瘻の一例

聖霊病院脳神経外科  
名古屋大学脳神経外科\*

梶田泰一(KAJITA Yasukazu)、宮地茂\*  
若林俊彦\*、稲尾憲秀\*

小脳テント部に発生する硬膜動脈静脈瘻(DAVF)は稀であるが、その多くはクモ膜下出血で発症し、開頭術を含めた根治療法を必要とする。今回、我々は小脳テントDAVFを経験し、塞栓術で良好な結果を得ることができた。症例は53歳男性。2年前より拍動性の耳鳴を感じていた。平成9年6月13日、突然の頭痛、嘔吐にて発症し、近医にて頭部CT上クモ膜下出血をみとめ当院に転送された。脳血管撮影にて左テント動脈、左中硬膜動脈より栄養され、varixを伴い椎骨静脈叢へ流入する小脳テントDAVFを認めた。16日、再出血予防のため、左中硬膜動脈枝はPVA(polyvinyl alcohol particles)、左テント動脈はNBCA(n-butylcyanoacrylate)を使用し硬膜動脈静脈瘻を閉塞した。術後の合併症、神経脱落症状もなく退院した。小脳テントDAVFの文献的考察を加え、報告する。

Tentorial dural arteriovenous fistula, Intra-arterial embolization

クモ膜下出血で発症した頭蓋頸椎移行部の脊髄動脈静脈奇形

岡波総合病院 脳神経外科  
奈良県立医科大学 脳神経外科\*

新 靖史 (Shin Yasushi)

橋本宏之、飯田淳一、榊寿右\*

【はじめに】今回我々は、テント切痕部に限局したクモ膜下出血で発症した頭蓋頸椎移行部の脊髄動脈静脈奇形を経験し手術により良好な結果を得たので報告する。

【症例】66歳女性、突然の頭痛で発症した。CTでは四丘体槽、迂回槽に限局したクモ膜下出血、血管撮影ではC1レベルで動脈静脈奇形が認められ直達手術により動脈静脈奇形を摘出し、患者は神経脱落症状なく独歩退院した。

【結語】テント切痕部に限局したクモ膜下出血で発症した頭蓋頸椎移行部の脊髄動脈静脈奇形を経験した。また、出血機序に関しては、流出静脈を介した静脈圧亢進が示唆された。

spinal AVM, subarachnoid hemorrhage, craniovertebral junction

筋緊張性ジストロフィー症に合併した  
胸椎神経鞘腫の1例

社会保険中京病院 脳神経外科、神経内科\*

雄山博文(OYAMA Hirofumi)、陸 重雄\*、  
池田 公、藤城健一郎\*、井上繁雄、徳永 進\*、  
中村友彦\*、渋谷正人、勝又次男、土井昭成

はじめに：筋緊張性ジストロフィー症に胸椎の神経鞘腫と皮膚の血管腫が合併した稀な1例を経験したので報告する。症例：患者は筋緊張性ジストロフィー症の51歳の男性で、10年にわたる歩行障害の末6ヶ月前より歩行不能となった。第7, 8胸椎レベルに髄外腫瘍を認め、手術により全摘出した。病理診断は神経鞘腫であり、背部の皮膚の小腫瘍は血管腫と診断された。術後症状は改善したが、歩行できざるままでは至らなかつた。考察：筋緊張性ジストロフィー症は、triplet repeat expansionと呼ばれる一群の疾患群の1つに属し、50~2000のCTG塩基対がmyotonin protein kinaseの3'側非翻訳領域に伸長することにより、筋肉や脳でのCa代謝に変調を来す疾患である。近年これらの疾患群に腫瘍が合併することが指摘されてきており、今回、我々の症例を報告した。

neurinoma, hemangioma, myotonic dystrophy,  
short tandem repeats, triplet repeat expansion

広範な脊髄空洞症を合併した後頭蓋窩くも膜嚢胞の一例

松坂中央総合病院脳神経外科

篠田幸子(SHINODA Sachiko)、田中公人、  
川口健司

症例は22歳男性。生誕時よりの頭囲拡大、5歳頃よりの運動能力の低下、小学校の頃よりの軽い構語障害、18歳頃よりの脊柱側弯症が認められていた。20歳頃より時折ふらつき、左に強い下肢の脱力発作を自覚していた。平成9年6月頃より頭痛が軽減しないため、7月当科受診した。来院時のCT, MRIにて著明な水頭症と後頭蓋窩の大部分を占める大きな嚢胞、延髄空洞症、脊髄空洞症が認められた。後頭蓋窩の巨大くも膜嚢胞及びそれに起因した水頭症、脊髄空洞症、側弯、下肢の脱力感と診断し、嚢胞-腹腔短絡術を施行した。術後経過は順調で画像上、嚢胞の縮小、水頭症の改善が見られ、頭痛、ふらつき、下肢の脱力感等の臨床症状も消失した。下肢の脱力発作で発症し、画像上高度な水頭症、広範な脊髄空洞症を合併した巨大な後頭蓋窩くも膜嚢胞の一例を経験し、嚢胞-腹腔短絡術にて良好な結果を得たので文献的考察を含め報告する。

retrocerebellar arachnoid cyst, syringomyelia,  
hydrocephalus, drop attack

前方型脊髄脂肪腫の1例

静岡県立こども病院脳神経外科

Onishi Asako

大西麻子、佐藤倫子、佐藤博美

脊髄脂肪腫の中でも前方型ものは稀である。今回我々はdermoid cystを伴う前方型脊髄脂肪腫の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症例は2歳・女児。在胎39週0日正常分娩にて出生。平成8年9月(3ヶ月)頃より反復する発熱を主訴に近医受診し、尿路感染症との診断にて入院。膀胱造影にて左膀胱尿管逆流(4度)を認め、11月当院泌尿器科紹介。MRI施行し潜在性二分脊椎および仙骨部腫瘍を認め当科紹介となった。入院時膀胱直腸障害以外の神経学的異常を認めなかつた。MRIでは第4腰椎から尾骨に至る径5cmのT1強調画像にて高信号、T2強調画像にて低信号を示す腫瘍を脊髄腹側に認め、脊髄係留を伴っていた。腫瘍内部には数個の嚢胞が認められた。前方型脊髄脂肪腫との診断にて平成8年1月29日脊髄係留解除術および脂肪腫部分摘出術を施行した。病理組織診断はmature lipomaであった。術後新たな神経症状なく退院となるが、その後MRI上残存する脂肪腫の増大を認めたため平成9年5月26日脂肪腫全摘術施行。病理組織診断はdermoid cystを伴うlipomaであった。

spinal lipoma, anterior type

Os odontoidiumを伴ったatlanto-axial dislocation(AAD)の1手術例

三重県立総合医療センター脳神経外科

山本順一(YAMAMOTO Junichi)、村松正俊、清水健夫

患者は53歳男性。生来健康で外傷の既往はなし。両手のしびれを主訴に近医を受診し、頭蓋頸椎移行部異常を指摘され当科紹介入院となった。入院時両手のしびれを訴える以外には神経症状を認めなかつた。画像所見はOs odontoidiumを伴ったatlanto-axial dislocation(AAD)で、C1 levelでspinal cordが著明に圧迫されている所見を認め、instability indexは43%であった。透視下でかなり強く他動的に頸部を伸展すれば整復可能であったが、術中の整復困難が予想された。手術はposterior approachにて行ったが、用手的整復は困難であった。Halifax interlaminar clampを強く締めつけていくことで整復後、C2からのtransarticular screwで固定を強化する方法をとった。術後両手のしびれは消失し、経過良好である

AAD, posterior fusion, transarticular screw fixation

Brown-Sequard症候群を呈した頸椎間板ヘルニアの一例

袋井市民病院 脳神経外科  
岐阜大学 脳神経外科\*

横山和俊 (YOKOYAMA Kazutoshi), 市橋鋭一,  
白紙伸一, 原野秀之, 坂井 昇\*

症例：60歳女性、主訴：左上下肢不全麻痺及び右胸部以下の知覚障害。平成9年7月頃より、左上肢の感覚障害及び脱力感を自覚した。9月2日初診時現症で、右上腕尺側、右体幹、右下肢の温痛覚脱失、左上下肢不全麻痺、左側下肢腱反射の亢進を認めた。MRI及びCTミエロにて、C5/6の頸髄に椎間板ヘルニアの左側からの圧迫によるcrescent deformityを認めた。プロスタグランジンE1を一日40 $\mu$ g、7日間投与した所、軽度症状の改善を認めた。頸椎間板ヘルニアによるBrown-Sequard症候群と診断し、前方アプローチによる椎間板ヘルニア摘出術を施行した。術後経過は良好で症状はほぼ正常化した。

頸椎間板ヘルニアによるBrown-Sequard症候群の発症は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

Brown-Sequard Syndrome, herniated disc

