

第54回日本脳神経外科学会中部地方会

平成10年7月18日（土）

午前9時から

会場：富山市民プラザ（4Fアンサンブルホール）

富山市大手町 6-14

TEL: 0764-25-2564 FAX: 0764-25-2412

世話人：富山医科薬科大学 高久 晃

〒930-0194 富山市杉谷 2630

TEL: 0764-34-2281 (ex 2557) FAX: 0764-34-5034

次 回 案 内

第55回日本脳神経外科学会中部地方会

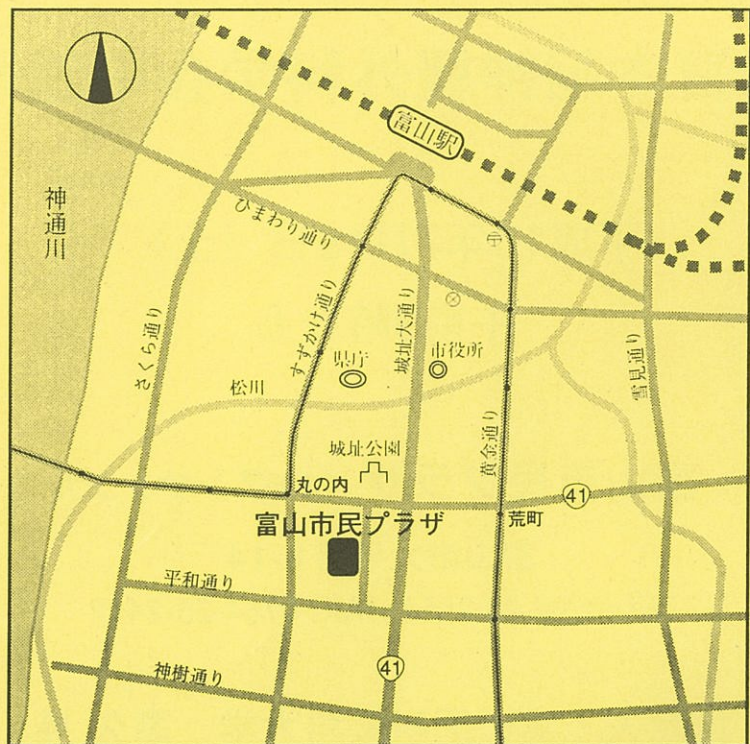
世話人：浜松医科大学脳神経外科 植村 研一 教授

日時：平成10年11月28日（土）

場所：アクトシティー浜松（コンGRESセンター）

- (1) 学会当日は参加費（1,000円）、新入会員については年会費（1,000円）を受け付けます。
- (2) 講演時間は演題により異なりますのでご注意ください。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1台、ビデオプロジェクター（VHSのみ）1台を用意致します。
- (4) 本会には脳神経外科学会認定のクレジットが適用されますので、専門医の方はネームカードの下の半券に専門医番号、所属、氏名をご記入の上、クレジット受付に提出して下さい。

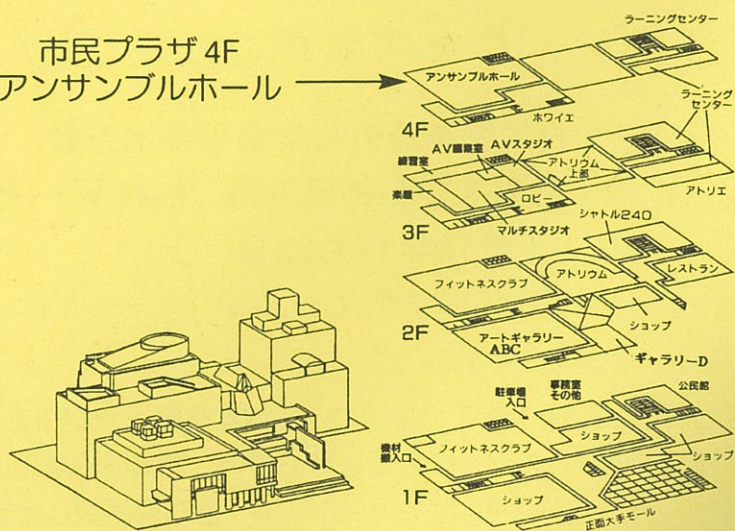
会場案内



- ① JR 富山駅前から富山大学行きの市電に乗り、丸ノ内停留所で下車、徒歩5分、
- ② JR 富山駅より徒歩のみで20分、③ 北陸自動車道富山ICよりR41を北上約10分、
- ④ 富山空港よりタクシーで約15分

会場見取図

市民プラザ 4F
アンサンブルホール



開会

[午前の部]

I. 腫瘍-1 9:00-9:35 座長：立花 修 (金沢大学)

1. 第四脳室subependymomaの1手術例 (4分)
大隈病院 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
2. 多発性原発性腫瘍(MeningiomaとAstrocytoma)の一症例 (4分)
名古屋市立東市民病院 脳神経外科 ○大蔵篤彦、福島庸行、片野広之、
唐沢洲夫、杉山尚武、高木卓爾
3. 初回手術時、病理診断が困難であったglioblastoma multiformeの一例 (4分)
聖霊病院 脳神経外科 ○加藤恭三
豊橋市民病院 脳神経外科 渡辺正男
4. 13年後に再発を来したglioblastomaの一例 (4分)
名古屋大学 脳神経外科 ○高木輝秀、壁谷龍介、波多野範和、
若林俊彦、吉田 純
5. 原発性leptomeningeal gliomatosisの1例 (4分)
富山赤十字病院 脳神経外科 ○富田隆浩、増岡 徹、扇一恒章、
山谷和正、伊藤秀樹

II. 腫瘍-2 9:35-10:15 座長：佐藤一史 (福井医科大学)

6. 一塊に摘出し得た頭蓋底悪性髄膜腫の一例 (4分)
信州大学 脳神経外科 ○後藤哲哉、及川 奏、佐藤 篤、
京島和彦、小林茂昭
7. 拡大したハッパース管を通して皮下に浸潤したmeningioma en plaqueの一例 (4分)
豊川市民病院 脳神経外科 ○加藤康二郎、福岡秀和、谷村 一
名古屋市立大学 第2病理 多田豊曠
8. Convexity large meningioma en plaqueの一例 (4分)
愛知医科大学 脳神経外科 ○辻有紀子、犬飼 崇、渡部剛也、磯部正則
小池譲治、師田信人、水野順一、本郷一博、
中川 洋
9. 涙腺神経より発生したと思われる眼窩内神経鞘腫の一例 (4分)
名古屋市立大学 脳神経外科 ○相原徳孝、木村知寛、松本 隆、山田和雄

(腫瘍-2)

10. 頭蓋底腫瘍と鑑別が困難であった中頭蓋窩アスペルギルス症の一例 (4分)
 西島脳神経外科病院 脳神経外科 ○遠藤光俊、西島洋司、大久保忠夫、鈴木秀斗、国井紀彦、岡村康之
 浜松医科大学 病理部 三浦克敏
 耳鼻咽喉科 峯田周幸

11. 硬膜病変が主体であった脳結核腫の1例 (4分)
 国立東静岡病院 脳神経外科 ○竹内洋太郎、丹羽裕史、上田行彦、高窪義昭

III. 腫瘍-3 10:15-10:50 座長：若林俊彦 (名古屋大学)

12. 乳児期に発症したcavernous angiomaの1例 (4分)
 福井県済生会病院 脳神経外科 ○渡辺卓也、高島靖志、宇野英一、若松弘一、土屋勝裕、荒川泰明、土屋良武
 小児科 片山啓太、加藤英治

13. 末梢血幹細胞移植併用大量化学療法を施行した頭蓋内原発胚細胞腫瘍の1例 (4分)
 三重大学 脳神経外科 ○大宝和博、松原年生、久我純弘、小島 精、和賀志郎

14. 経蝶形骨手術に際しcolor-coded sonographyでの観察が有用であった巨大下垂体腺腫の1例 (4分)
 藤枝市立総合病院 脳神経外科 ○角谷和夫、篠原義賢、杉浦正司、野崎孝雄

15. 嚢胞穿刺によるピオクタニンプルーの注入が有用であった転移性脳腫瘍の2例 (4分)
 恵寿総合病院 脳神経外科 ○上野 恵、東壮太郎、岡田由恵、埴生知則

16. 転移性脳腫瘍に対するGamma Knife Radiosurgeryの使用経験 (5分)
 焼津市立総合病院 脳神経外科 ○斎藤 靖、檜前 薫
 浜松医科大学 脳神経外科 植村研一
 藤枝平成記念病院 脳神経外科 平井達夫
 富士宮市立病院 脳神経外科 山本俊樹

IV. 外傷 10:50-11:10 座長：高田 久 (金沢医科大学)

17. 外傷性脳梁周囲動脈瘤の一例 (4分)
 岡波総合病院 脳神経外科 ○弘中康雄、橋本宏之、飯田淳一
 奈良県立医科大学 脳神経外科 榊 寿右

18. 外傷性中硬膜動脈偽性動脈瘤が疑われた遅発(再発)性硬膜外血腫の1例 (4分)
 富士宮市立病院 脳神経外科 ○高橋宏史、山本俊樹、松島宏一、斎藤 靖
 焼津市立総合病院 脳神経外科 澤井輝行

(外傷)

19. 小児に発生したcrush injuryの一例 (4分)
 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

V. 神経解剖 11:10-11:40 座長：宜保浩彦 (昭和伊南総合病院)

20. 特異な機序により術後視野障害を呈した内頸動脈眼動脈分岐部動脈瘤の手術例 (4分)
 名張市立病院 脳神経外科 ○平松謙一郎、竹嶋俊一、井上正純
 奈良県立医科大学 脳神経外科 榊 寿右

21. 内頸動脈の圧迫によるPupil Sparing Oculomotor Palsyの1例 (4分)
 富山労災病院 脳神経外科 ○清水旬利子、木谷隆一
 恵寿総合病院 脳神経外科 上野 恵

22. 両側視床に梗塞巣を来した脳ヘルニアの一例 (4分)
 名古屋徳洲会病院 脳神経外科 ○円角文英、有賀直文
 金沢大学 脳神経外科 中田光俊

23. 右片麻痺を呈した右視床出血の1例 (4分)
 済生会富山病院 脳神経外科 ○野村耕章、堀江幸男、池田修二
 脳神経外科塚本病院 脳神経外科 塚本栄治
 富山医科薬科大学 脳神経外科 林 央周、遠藤俊郎、高久 晃

VI. 基礎研究 11:40-12:00 座長：松本 隆 (名古屋市立大学)

24. 一過性全脳虚血後の遅発性神経細胞死に対する低体温の効果 (5分)
 金沢医科大学 脳神経外科 ○飯田隆昭、飯塚秀明、角家 暁
 病理Ⅱ 上田善道
 麻酔科 阿部 浩、青野 允

25. PC12(褐色細胞腫)でのインフルエンザウイルスの増殖と細胞傷害性 (5分)
 福井医科大学 脳神経外科 ○河合秀哉、佐藤一史、久保田紀彦
 微生物学教室 後藤 敏、木村吉延

26. 低酸素負荷時の14-3-3蛋白の変化-PC12細胞を用いて- (5分)
 岐阜大学 脳神経外科 ○林 克彦、吉村紳一、竹中勝信、坂井 昇
 分子病態学 岡野幸雄

12:00-13:00 昼休み

X. 脳血管障害 15:30-16:05 座長：金丸憲司（三重大学）

- 42. ガンマナイフ照射後消退しつつあったAVMから出血をきたした1症例（4分）
 聖隷浜松病院 脳神経外科 ○澤下光二、嶋田 務、岩崎浩司
 佐藤顕彦、大石琢磨
 浜松赤十字病院 脳神経外科 内山晴旦
- 43. 開頭血腫除去を行った脳幹出血3例の経験（5分）
 社会保険中京病院 脳神経外科 ○雄山博文、池田 公、井上繁雄、
 飯塚 宏、渋谷正人
- 44. 脳底動脈解離性動脈瘤の1例（4分）
 知多厚生病院 脳神経外科 ○今村暢希、中塚雅雄、水野志朗
- 45. 中大脳動脈血栓症に対する急性期血栓除去術における工夫（5分）
 瀬口脳神経外科病院 脳神経外科 ○新田純平、上原隆史、瀬口喬士
- 46. 内頸動脈高度狭窄に対し急性期にPTAを行い、慢性期にステントを用いて治療した一例（4分）
 市立四日市病院 脳神経外科 ○小林 望、伊藤八峯、市原 薫、
 中林規容、柴山美紀根

XI. 脳動脈瘤 16:05-16:40 座長：本道洋昭（富山県立中央病院）

- 47. 海綿静脈洞内巨大内頸動脈瘤-血栓化の過程において症状悪化を来した一例-（4分）
 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、森 美雅、
 大須賀浩二、近藤俊樹
 名古屋大学 脳神経外科 宮地 茂
 社会保険中京病院 脳神経外科 池田 公
- 48. 脳動脈瘤術後に合併した海綿静脈洞部動脈瘤破裂によるCCFの一治験例（4分）
 トヨタ記念病院 脳神経外科 ○井水秀栄、米田 稔、浅井敏郎、中村太郎
 藤田保健衛生大学 脳神経外科 金岡成益、神野哲夫
- 49. 前大脳動脈水平部(A1)動脈瘤の2例（4分）
 蒲郡市民病院 脳神経外科 ○滝 英明、梅村 訓、杉野文彦、岩田 明
 名鉄病院 脳神経外科 春日洋一郎、大原茂幹
- 50. 急性硬膜下血腫で発症した前交通動脈瘤の1例（4分）
 聖隷三方原病院 脳神経外科 ○竹原誠也、宮本恒彦、杉浦康仁、
 平松久弥、赤嶺荘一
- 51. 内耳道内前下小脳動脈瘤の1例（4分）
 岐阜県立岐阜病院 脳神経外科 ○谷川原徹哉、加藤貴之、村川孝次
 三輪嘉明、大熊晟夫

閉 会

第四脳室 subependymoma の 1 手術例

大眼病院 脳神経外科
名古屋大学 脳神経外科*

輪津直樹 (Shimazu Naoki), 永谷一茂, 加藤 隆*, 山田和雄*

水頭症で発症した第四脳室 subependymoma 手術例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は63歳、女性、頭痛、嘔吐の出現のため脳脊液を抽出し、頭部CTで第四脳室内に石灰化を伴った腫瘍を認め、著明な閉塞性水頭症を示したため、同日 Gamma reservoir を設置した。術後を穏やかに経過させることにより次第に臨床症状は消失した。MRI T1 および T2 強調像で中心部に暗き spots、周辺部は軽度造影増強効果が認められる腫瘍であった。Angio. では腫瘍陰影を認めなかった。'97.10.29 後頭下開頭で第四脳室底に強く付着した腫瘍を摘出し部分切除を行った。術後、右方注視障害および右眼外転障害が出現したが徐々に軽快している。光顕像で glia 繊維の豊富な組織内に、小型円形核を有する腫瘍細胞が巣状に存在する組織像であった。

fourth ventricle tumor, subependymoma, hydrocephalus

多発性限局性腫瘍(MeningiomaとAstrocytoma)の一例

名古屋市民病院 脳神経外科

大藏康彦 (Okura Asuhiko), 福島庸行, 片野広之, 唐沢 彰, 山崎 武, 高木卓爾

抄 録 集

症例は55歳の女性で、頭痛を主訴に受診し、平成6年2月にMRIにて左状頸部髄腫および右小脳梗塞と診断された。1月に髄腫に対して開頭腫瘍摘出術(Simpson)を行行し、組織診断はfibroblastic meningiomaであった。退院後のMRIにて、右小脳の脳梗塞と思われた。徐々に増大し、囊胞性星細胞腫の診断にて平成10年に開頭腫瘍摘出術を行った。組織診断はfibrocytomaで、40Gyの術後放射線治療を行った。現在、腫瘍は及方ともに再発を認めず経過良好である。本例は、phakomatosisの所見を認めない多発性限局性脳腫瘍の症例という点で、又、髄膜腫と星細胞腫の合併例としては、テント上下の発生であった事と、小脳に星細胞腫が存在した点で、稀と考えられ、文献的考察と共に報告する。

multiple brain tumors, meningioma, astrocytoma

脳動脈瘤 15:30-16:05 座長：金丸憲司（三重大学）

42. ガンマナイフ照射後海綿しづまったAVMから出血をきたした1症例（4分）
 肥後赤十字病院 脳神経外科 ○藤下光一、藤田 恭、岩崎浩司
 肥後赤十字病院 脳神経外科 坂藤謙彦、大石雄彦
43. 開頭血腫除去を行った脳幹出血3例の経験（5分）
 佐治赤十字病院 脳神経外科 ○藤山博文、海野 公、村上健雄
 佐治赤十字病院 脳神経外科 藤原 明、津島寛大
44. 脳脊髄液静脈性動脈瘤の1例（4分）
 湘南赤十字病院 脳神経外科 ○今村福希、中塚雅彦、水野志朗
45. 中大脳動脈瘤破裂時の緊急手術の経験（5分）
 新潟県立中央病院 脳神経外科 ○新田純一、上原隆史、瀬口善士
46. 脳動脈瘤破裂発症時に対し急性期にPTAを行い、慢性期にステントを用いて治療した一例（4分）
 市立四日市病院 脳神経外科 ○小林 望、伊藤八重、市原 薫
 市立四日市病院 脳神経外科 中林規容、柴山美紀博

XI 脳動脈瘤 16:05-16:40 座長：本道洋門（富山県立中央病院）

47. 海綿静脈洞内回大内頸動脈瘤-血栓化の過程において症状が変化した一例（4分）
 小牧市民病院 脳神経外科 ○藤原昌幸、小林直樹、水野善久
 小牧市民病院 脳神経外科 藤原昌幸、水野善久、藤原昌幸
48. 脳野原動脈瘤破裂後に命じた海綿静脈洞血栓症の1例（4分）
 アムウェイ記念病院 脳神経外科 ○井本清孝、栗田 恭、渡井敏郎、中村太郎
 藤田記念病院 脳神経外科 藤田 恭、藤田 恭
49. 中大脳動脈水平部への動脈瘤の1例（4分）
 湘南赤十字病院 脳神経外科 ○藤原 明、新井 誠、志野文彦、岩田 明
 湘南赤十字病院 脳神経外科 藤原 明、新井 誠、志野文彦、岩田 明
50. 脳脊髄液静脈性動脈瘤の1例（4分）
 藤田記念病院 脳神経外科 ○藤原 明、新井 誠、志野文彦、岩田 明
 藤田記念病院 脳神経外科 藤原 明、新井 誠、志野文彦、岩田 明
51. 脳動脈瘤破裂後の脳脊髄液静脈性動脈瘤の1例（4分）
 藤田記念病院 脳神経外科 ○山田直樹、加藤謙之、村川孝夫
 藤田記念病院 脳神経外科 山田直樹、加藤謙之、村川孝夫

閉会

1

第四脳室 subependymoma の1手術例

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, 松本 隆*,
 山田和雄*

水頭症で発症した第四脳室 subependymoma 手術例を経験したので文献的考察を加えて報告する。
 症例は63歳、女性。頭痛、嘔吐の出現のため紹介入院した。頭部CTで第四脳室内に石灰化を伴う脳腫瘍を認め、著明な閉塞性水頭症を示したため、同日 Ommaya reservoir を設置した。髄液を緩徐に排出することにより次第に臨床症状は消失した。MRI T1 およびT2 強調像で中心部を除き isointens., 周辺部は軽度造影剤増強効果が認められた。'97.10.29 後頭下開頭で第四脳室底に強く付着した腹側部を残し部分摘出を行った。術後、右方注視障害および右眼外転障害が出現したが徐々に軽快している。光頭像で glia 繊維の豊富な組織内に、小型円形核を有する腫瘍細胞が巣状に存在する組織像であった。

fourth ventricle tumor, subependymoma,
 hydrocephalus

2

多発性原発性腫瘍(MeningiomaとAstrocytoma)の1症例

名古屋市立東市民病院 脳神経外科

大蔵篤彦 (OKURA Atsuhiko)、福島庸行、
 片野広之、唐沢洲夫、杉山尚武、高木卓爾

症例は55歳の女性で、頭痛を主訴に受診し、平成6年2月にMRIにて右傍矢状洞部髄膜腫および右小脳梗塞と診断された。同年4月に髄膜腫に対して開頭腫瘍摘出術(Simpson II)を施行し、組織診断はfibroblastic meningiomaであった。退院後のMRIにて、右小脳の脳梗塞と思われた病変が徐々に増大し、嚢胞性星細胞腫の診断にて平成8年10月に開頭腫瘍摘出術を行った。組織診断はfibrillary astrocytomaで、40Gyの術後放射線治療を行った。現在、腫瘍は双方ともに再発を認めず経過良好である。本例は、phakomatosisの所見を認めない多発性原発性脳腫瘍の症例という点で、又、髄膜腫と星細胞腫の合併例としては、テント上下の発生であった事と、小脳に星細胞腫が存在した点で、稀と考えられ、文献的考察と共に報告する。

multiple brain tumors, meningioma, astrocytoma

初回手術時、病理診断が困難であったglioblastoma multiformeの一例

聖霊病院脳神経外科、豊橋市民病院脳神経外科*

加藤恭三(kyozo Kato)、渡辺正男*

症例は46歳男性。MRIで右側頭葉から頭頂葉に広がる巨大なcyst腔を認め、側頭葉皮質からcyst壁にかけてenhanceされるmassが存在した。初回手術時の光顕所見では比較的未分化と思われる小型の腫瘍細胞が主体となっており、細胞が集族し上皮様に配列している部分が著明に認められた。GFAPはほとんどの腫瘍細胞で陰性であった。初回手術の3ヶ月後及び7ヶ月後に再開頭術を施行した。しかし第二回め、第三回めの手術標本では第一回めの手術標本でみられたようなGFAP陰性で上皮様配列を示す小型腫瘍細胞は存在せず、大小不同の異型性を持った腫瘍細胞が主体で、ほとんどの細胞がGFAP陽性であった。またnecrosis、pseudopalisading、血管内皮の増殖などの所見も豊富でglioblastoma multiformeと容易に診断された。

glioblastoma multiforme, epithelial appearance, GFAP

原発性leptomeningeal gliomatosisの一例

富山赤十字病院 脳神経外科

富田隆浩 (TOMITA Takahiro)、増岡 徹、
扇一恒章、山谷和正、伊藤秀樹

症例は72歳、女性、後頭部痛と複視を主訴に来院した。神経学的には、両側うっ血乳頭を認めた。腰椎穿刺では初圧150mmH₂O、細胞数70/3(単球68/3、異型細胞は認めず)、蛋白402mg/dl、糖17mg/dlで無菌性髄膜炎の所見であった。結核性髄膜炎を疑い治療を行った。経過中にMRIで頭蓋底くも膜が肥厚し水頭症が出現したため脳室腹腔シャント術を施行した。その後も髄液所見は改善せず6ヶ月後には、進行性に四肢麻痺が出現した。MRIでは頭蓋内から全脊髄レベルに多発性の髄外腫瘍性病変を認めた。後頭蓋窩を減圧し延髄周囲の腫瘍より生検を行ったところ組織診断はanaplastic astrocytomaであった。難治性髄膜炎の原因がleptomeningeal gliomatosisであった稀な一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

leptomeningeal gliomatosis

13年後に再発を来したglioblastomaの一例

名古屋大学 脳神経外科

高木輝秀 (TAKAGI Teruhide)、壁谷龍介
波多野範和、若林俊彦、吉田純

症例は56歳男性。1984年6月に頭痛、記憶障害、複視で発症。CTで左側頭葉に腫瘍を認め7月開頭腫瘍摘出術施行。病理組織でglioblastomaの診断を得、引き続き放射線療法(66Gy)手術時設置したオンマイヤから局所化学療法(INF-β, ACNU)を行った。維持療法中局所感染が原因と思われる脳膿瘍を合併したが、骨弁除去、抗生剤投与で軽快し、神経脱落症状なしに退院。以後外来経過観察していた。1997年4月MRIでは、放射線誘発と思われるfalx meningiomaの他は明らかな局所再発は認められなかった。しかし12月MRIで左側頭葉に造影される病変を認め、1998年1月入院、手術施行した。病理組織診断はglioblastomaでprimary lesionの再発と判断した。γ-knife 施行し経過良好で退院。外来経過観察中である。本症例での長期生存と局所感染の関連等、文献的考察を加え報告する。

glioblastoma, long term survival, infection

一塊に摘出し得た頭蓋底悪性性髄膜腫の一例

信州大学脳神経外科

後藤哲哉 (GOTO Tetsuya)、及川奏、
佐藤篤、京島和彦、小林茂昭

64才女性。95年右前額のしびれにて発症。右眼窩上壁の腫瘍を認め、前頭開頭にて腫瘍摘出術を行い、病理は髄膜腫であった。97年右眼球突出と右視力低下にて再発。蝶形骨縁から眼窩内に進展する腫瘍を認め、手術は前頭側頭開頭に加え眼窩縁、頬骨を切離し腫瘍摘出術を行った。病理は悪性髄膜腫であった。放射線治療を行ったが、98年、MRIにて側頭下窩を中心に上顎洞、側頭葉、眼窩内に浸潤した腫瘍再発を認めた。上顎洞全摘、眼窩内容全摘、側頭筋、下顎筋突起除去、側頭葉部分摘出、海綿静脈洞外側、前頭葉、側頭葉の硬膜除去を含め腫瘍を一塊に摘出した。内頸動脈は温存した。摘出腔は腹直筋遊離皮弁を用いて再建した。術後顔面神経麻痺の増悪を認めたがADLに支障なく独歩退院した。今回の手術術式を中心に報告する。

malignant meningioma, skull base surgery,
enbloc tumor removal,

拡大したハッパース管を通して皮下に浸潤した
meningioma en plaqueの一症例

豊川市民病院脳神経外科 (1)
名古屋市立大学第2病理 (2)

加藤康二郎 (Kato Kojiro)、福岡秀和
谷村一 (1) 多田豊曠 (2)

症例は66才女性。H10年3月初めより左下肢の脱力感を自覚し、当科を受診した。右頭頂部は外見上も明らかに膨隆していた。MRIでは右頭頂部にφ3cmほどのroundなmassがあるものの、その周囲に膜状にGdで増強される組織が続いており、頭皮下にも同様にGdで増強される腫瘍が存在した。angiographyではmassの部分のみならず、硬膜に沿って広く淡いhypervascularな所見がみられた。meningioma en plaqueと診断し、手術を行った。組織診断の結果はmeningotheial meningiomaの細胞が硬膜、骨、皮下腫瘍のいずれからも見つかった。硬膜に沿ってカベット状に発育するmeningiomaはmeningioma en plaqueと呼ばれhyperostosisを起こす症例の報告もある。しかしながら、骨の形態を保ちながら、皮下にまで浸潤した例は稀と思われる。文献的考察を加え報告する。

meningioma en plaque, Haversian canal,
extra skull invasion

Convexity large meningioma en plaque の一例

愛知医科大学脳神経外科

○辻有紀子(TSUJII)、犬飼 崇、渡部剛也、磯部正則、
小池譲治、師田信人、水野順一、本郷一博、中川 洋

円蓋部の大きな meningioma en plaqueを経験したの
で、文献的考察を加え報告する。

症例は、56歳男性。約1年前からの右上下肢脱力発作のため当科を受診した。神経学的には、右上下肢の腱反射亢進のみ認められた。MRIでは左前頭から頭頂円蓋部に均一に造影される14x6x2cm大の腫瘍が認められた。平成9年1月に摘出術を施行したが、くも膜との癒着が強く、部分摘出とした。約1年後右片麻痺が出現し、画像でも腫瘍の再増大を認めため、平成10年3月に再手術を施行した。術中 motor evoked potential モニターが有用であった。病理診断は meningothelial meningioma であったが、増殖能は高かった。術後一時的に右片麻痺が出現したが、1ヶ月程度で改善した。

meningioma en plaque, proliferation rate, surgery

涙腺神経より発生したと思われる眼
窩内神経鞘腫の一例

名古屋市立大学 脳神経外科

相原徳孝 (AIHARA NORITAKA)

木村知寛、松本 隆、山田和雄

眼窩内神経鞘腫は、眼窩内腫瘍の数%を占めるに過ぎず、比較的稀な腫瘍であり、腫瘍の発生母地は、不明なことが多い。今回我々は、術中所見より涙腺神経より発生したと考えられる眼窩内神経鞘腫の一例を経験したので、術中所見および画像所見を中心に報告する。症例は57歳の女性で右眼部疼痛にて発症。眼科にてbiopsyを施行され、神経鞘腫と診断されていったが、眼球突出のため当科へ紹介され、transfacial fronto-orbital approachにて腫瘍摘出を施行した。術中、正常な神経から腫瘍への移行部を確認し得た。腫瘍は、intra periorbita-extra muscle coneに存在しており、術後神経切断による眼球運動障害もないことより涙腺神経が発生母地と考えられた。

orbital schwannoma, lacrimal nerve

頭蓋底腫瘍と鑑別が困難であった中頭蓋窩アスベル
ギルス症の一例

西島脳神経外科病院

*1 浜松医科大学付属病院病理部

*2 浜松医科大学耳鼻咽喉科

ENDO MITSUTOSHI

速藤光俊、西島洋司、大久保忠夫、鈴木秀斗、
国井紀彦、岡村康之、三浦克敏*1、峯田周幸*2

頭蓋底腫瘍に類似したアスベルギルス症例について、臨床症状・画像所見・手術所見を報告する。症例は62歳女性。1996年12月以来の頑固な左顔面の痛みと1998年1月からの複視のために3月当院に受診した。MRIにて左中頭蓋底・海綿静脈洞から側頭葉にかかると腫瘍性病変を認めた。T1強調画像では Gadtrinium にて一部増強効果陽性のhigh/low/iso intensity 部分が、T2強調画像では low/iso intensity 部分が混在していた。

CTでは中頭蓋底の骨破壊像を認めた。脳血管撮影では腫瘍濃染像は認めなかった。手術は中頭蓋窩底に硬膜外から病変に到達した。病巣は硬膜・蝶形骨洞粘膜・脳組織が一塊になった肉芽腫状で、膿汁の流出を認めた。病理所見ではアスベルギルスの菌体を認めた。

aspergillosis skull base tumor
cavernous sinus trigeminal schwannoma MRI

硬膜病変が主体であった脳結核腫の1例

国立東静岡病院 脳神経外科

竹内洋太郎 (TAKEUCHI Yotaro)、丹羽裕史、上田行彦、高窪義昭

72歳男性。1年3ヶ月前に、lacunar infarctionによる構音障害に対して入院治療歴あり。構音障害はほぼ消失し経過していたが、2ヶ月前より記銘障害、軽度失語に家人が気づいていた。全身痙攣を来したため、入院。脳CT上、左前頭部に著明な浮腫を伴い、均質に造影され、硬膜に接する不整形の腫瘤を認めた。転移性脳腫瘍を疑い、開頭による摘出術を行った。硬膜の著明な肥厚を認め、腫瘤は硬膜から多房性に前頭葉内に突出した形で、被膜は強固、弾性軟、黄色泥状の内容物を認めた。硬膜上の骨は内板のみ破壊されていた。病理学的検査で結核腫と診断した。結核の既往はなく、術前、感染を疑わせる症状を認めなかった。現在では、結核腫は比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。

intracranial tuberculoma

乳児期に発症したcavernous angiomaの1例

福井県済生会病院 脳神経外科、小児科*

渡辺卓也 (WATANABE Takuya)、高島靖志、宇野英一、若松弘一、土屋勝裕、荒川泰明、土屋良武、片山啓太*、加藤英治*

症例は9カ月の女児。分娩、発育は正常。平成10年3月下旬、けいれん発作で発症。けいれん発作は、数秒間、顔面蒼白となり、四肢が小刻みに震えるもので、くり返し出現した。来院時意識清明、神経学的に異常なし。CTにて左側頭葉内側に直径2.5cmのhigh~low densityの混在するmass lesionを認めた。MRIではT1,T2強調像ともにhigh intensity, 辺縁はT2強調像でlow intensityを示した。脳血管造影では異常を認めなかった。手術により全摘出した。病変部は境界鮮明で古い血腫を含んだ黄褐色の腫瘤よりなり、周囲の白質も黄褐色を帯びていた。病理組織は、一層の内皮細胞からなる血管が増生し、神経細胞が介在せず、その周囲に新旧の出血や石灰化を認め、cavernous angiomaと診断した。術後経過は良好である。cavernous angiomaは発生異常による血管奇形と考えられている。1歳未満の発症は稀であるため、文献的考察を加えて報告した。

cavernous angioma, infant, seizure

末梢血幹細胞移植併用大量化学療法を施行した頭蓋内原発胚細胞腫瘍の1例

三重大学脳神経外科

○大宝和博 (OHTAKARA Kazuhiro)、松原年生、久我純弘、小島 精、和賀志郎

症例は21歳男性。尿崩症にて発症。汎下垂体機能低下症を認めた。CT, MRIにて鞍上部及び松果体部にmass lesionが認められ、腰椎くも膜下腔への播種を伴っていた。髄液細胞診はclass Vであった。髄液HCG-βは0.5ng/mlであった。鞍上部のmassの部分摘出を施行したところgerminoma with syncytiotrophoblastic giant cell (STGC)であった。carboplatin (CBDCA), etoposide (VP-16)にて化学療法を行ったところ腫瘍の縮小傾向が認められたため、VP-16にて末梢血幹細胞を十分量採取した。さらに1クルルの化学療法を施行した後、MCNU, CBDCA, VP-16による末梢血幹細胞移植併用大量化学療法を行った。施行後の画像診断ではmass lesionは消失しており、髄液細胞診も陰性化していた。下垂体機能は著変なかった。放射線治療は施行せず現在経過観察中である。

germ cell tumor, chemotherapy, peripheral blood stem cell transplantation,

経蝶形骨手術に際しcolor-coded sonographyでの観察が有用であった巨大下垂体腺腫の1例

藤枝市立総合病院脳神経外科

角谷和夫 (SUMIYA Kazuo)、篠原義賢、杉浦正司、野崎孝雄

鞍上進展する巨大下垂体腺腫の経蝶形骨手術(TSS)では、どの程度腫瘍が摘出されたかを術中客観的に評価することは困難である。我々はtranscranial color-coded sonography (TCCS)GE横河メディカルLOGIQ500MDを用いて腫瘍が摘出される様子を術中観察できたので報告する。[症例] 57歳女性。4年前より視力視野障害あり。MRIにて上下4.5cm, 左右4.2cm(鞍上約3cm)の下垂体腫瘍を認めた。内分泌学的には非機能性腺腫であった。手術は右前頭部(冠状縫合直前)に径5cmの小開頭を行い、TCCSにて観察しつつTSSを施行した。腫瘍摘出中のcuretteの方向や深さを確認でき、カラードプラー法では腫瘍に接する椎骨動脈と左右の内頸動脈の位置も確認できた。摘出されるにつれ腫瘍の縮小する様子も認められ、TSSを安全に行うためのモニタリングとして有用であった。

pituitary adenoma, transsphenoidal surgery, transcranial color-coded sonography

嚢胞穿刺によるピオクタンブルーの注入が有用であった転移性脳腫瘍の2例

恵寿総合病院 脳神経外科

上野 恵 (UENO Megumi)、東 壮太郎、岡田 由恵、植生 知則

脳実質内の腫瘍の摘出時、脳との境界が不鮮明で、剥離に難渋することがある。

今回、我々は、2例の嚢胞性の転移性脳腫瘍に対し、エコーガイド下で嚢胞を穿刺し、ピオクタンブルーを注入し、良好な結果を得た。

症例1 74歳、男性。右前頭葉、premotor area の転移性脳腫瘍。本法により、腫瘍と脳との境界が明瞭となり、motor cortex の損傷を最小限として腫瘍を摘出できた。

症例2 64歳、男性。右小脳半球の2個の転移性脳腫瘍。深部の腫瘍に対し本法を施行した。小脳脚、脳幹への侵襲を防止できた。

本法は、術中の腫瘍の探索、腫瘍の剥離に有用と考えられた。

metastatic brain tumor, cyst puncture, pyocytanin blue

転移性脳腫瘍に対するGamma Knife Radiosurgeryの使用経験

焼津市立総合病院脳神経外科 浜松医科大学脳神経外科 *藤枝平成記念病院脳神経外科** 富士宮市立病院脳神経外科***

斎藤 靖 (Saitou Osamu) 植村研一* 檜前 薫 平井達夫**山本俊樹***

【目的】人口の高齢化、治療の進歩により転移性脳腫瘍は増加している。余命は限られており、治療は quality of life を第一に考慮する必要がある。最近当院では gamma knife(GK)を利用し始めたので、その効果と課題について検討した。【方法】1996年9月から1997年12月まで13例、123病巣を、MRIにて治療効果判定を行い、ADL2以上の期間、生存期間、死因につき検討した。【結果】縮小率は73.9%であり、制御率は96.6%であった。ADL2以上の期間は平均6.9ヶ月、平均生存期間8.3ヶ月、死因は全例脳腫瘍以外であった(5例生存中)。【結論】GKは多くの転移性脳腫瘍の第一選択の治療法になると考えられた。

gamma knife, metastatic brain tumor

外傷性脳梁周囲動脈瘤の1例

岡波総合病院脳神経外科
奈良県立医科大学脳神経外科*

弘中康雄(HIRONAKA Yasuo)、橋本宏之、飯田淳一
榎寿右*

頭部外傷後に外傷性脳動脈瘤が形成されることは知られているが、実際破裂を来して発見されることが圧倒的に多く、また予後不良である。今回我々は未破裂にて発見し根治的治療をなした1例を経験したので報告する。

症例23歳男性で、交通事故にて半昏睡で当院へ搬送される。CTにて大脳半球間にクモ膜下出血、脳梁に小さな挫傷が認められ入院。保存的加療を行った。事故後40日目にAngiography施行し、脳梁周囲動脈に動脈瘤が見つかり外傷性脳動脈瘤と診断し手術を行った。interhemispheric approachにて動脈瘤に到達。瘤を摘出し、parent arteryの端々吻合を行った。術後経過良好であり独歩退院した。

traumatic aneurysm pericallosal artery
end to end anastomosis

外傷性中硬膜動脈偽性動脈瘤が疑われた遅発(再発)性硬膜外血腫の1例

富士宮市立病院脳神経外科
焼津市立病院脳神経外科*

高橋宏史(TAKAHASHI Hiroshi)、山本俊樹、
松島宏一、斎藤靖、澤井輝行*

症例は18歳男性。平成9年12月31日、交通事故による頭蓋骨骨折で入院。意識清明、CT上、左前頭蓋底に硬膜外血腫を認めた。入院後、血腫は消失し、経過良好にて平成10年1月10日退院。翌日午後、突発頭痛出現し、救急外来受診。意識清明であったが、CT上、左側頭部に厚さ1cmの急性硬膜外血腫を認め再入院。2時間後、突然意識状態悪化(GCS7点:E1,V1,M5)。CT上、硬膜外血腫の著しい増大(厚さ4cm)を認め、緊急開頭血腫除去術施行。中硬膜動脈より噴出する動脈性出血を認め焼却止血した。肉眼的には動脈瘤は確認できなかった。術後脳ヘルニアに伴う後頭葉の梗塞を合併するも、1ヵ月後、独歩退院した。外傷後遅発(再発)する硬膜外血腫は比較的に稀で、多くは中硬膜動脈偽性動脈瘤が原因と考えられている。本症例に若干の文献的考察を加えて報告する。

delayed epidural hematoma/middle meningeal artery/
pseudo aneurysm/ head injury

小児に発生した crush injury 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

Crush injury は頭部に対して比較的長時間にわたって力が作用した際に生じるもので、脳実質に損傷が生じることは少なく、比較的予後は良いといわれている。労働災害で多く発生するものであり、成人に多くみられる。したがって小児に発生することは稀であり、報告例は少ない。今回我々は小児に発生した Crush injury の一例を経験した。症例は2歳の男児。路上でしゃがんでいたところを、低速で走行してきた自動車にひかれた。来院時の意識は清明で、神経脱臼骨折も認めなかった。CTおよび頭蓋単純写真で、多発性頭蓋骨折を認めた。受傷後、一過性に髄液漏れを認めしたが、入院中一度も神経脱臼状態を呈することなく、数日後退院した。若干の文献的考察を加え、報告する。

crush injury, head injury, child, cranial fracture

内頸動脈の圧迫によるPupil Sparing Oculomotor Palsy の1例

富山労災病院脳神経外科
恵寿総合病院脳神経外科*
清水旬利子(KURIKO Shimizu), 木谷隆一, 上野恵*

症例は72歳男性。主訴は右眼瞼下垂と上転障害。1997年4月よりpupil sparing oculomotor palsyを認めた。CT, MRIでは異常なし。脳血管撮影では右頸動脈撮影にて、ICA infundibular dilatationと、ICA syphon部の遠位部の後壁が後床突起の後下方にあった。ICAがinfundibular dilatationが動眼神経麻痺の原因と考え、手術を施行した。手術時にICAの後壁が動眼神経を上方から垂直に圧迫しているのを認めた。ICAと側頭葉との間、及び動眼神経との間にテフロン綿を敷き詰めて血管を内上方に移動させ神経から離した。術後動眼神経麻痺は回復し、1年後の現在再発していない。ICAによるあまり強くない直上からの動眼神経への圧迫がpupil sparing oculomotor palsyを発生したと考えられた。手術によるvascular decompressionが有効な治療であった。

oculomotor palsy, ICA, vascular decompression

特異な機序により術後視野障害を呈した
内頸動脈眼動脈分岐部動脈瘤の手術例

名古屋市立病院 脳神経外科
奈良県立医科大学 脳神経外科*

平松謙一郎(Hiramatsu Ken-ichiro)、
竹嶋俊一、井上正純、榊 寿右

症例は43歳女性で、H&K grade 2のくも膜下出血で発症、直ちに施行した脳血管撮影で両側のIC-0ph動脈瘤を認めた。Day 2に責任病巣の右IC-0ph動脈瘤に対してclippingを行い、その一ヶ月後、左IC-0ph動脈瘤に対するclippingを行った。左はやや大きいIC-0ph動脈瘤で、combined epiduralにアプローチした。動脈瘤を被った硬膜を開いて、剥離して行くと、開放された動脈瘤は次第に隆起して視神経を下から伸展圧排するようになった。急ぎ周囲組織との剥離を進め、眼動脈起始部を確認後、頸部クリッピングを行った。術後覚醒良好に経過したが、左眼の下内側1/4盲が残った。今回の視野障害は術中での動脈瘤による視神経の過伸展が原因と考えられた。

SAH, aneurysm, ophthalmic artery, optic nerve, visual field defect

両側視床に梗塞巣を来した
脳ヘルニアの一例

名古屋徳洲会病院脳神経外科
金沢大学脳神経外科*

円角文英 (ENKAKU Fumihide)、有賀直文
中田光俊*

症例は71歳女性。20年来の糖尿病と脊髄梗塞の既往があり、当院内科よりバナルジン3錠/日を内服中であった。昼食後突然に右片麻痺が出現したため来院。来院時意識はJCSでII-1、GCSではE3V4M6の13点。右片麻痺、左瞳孔散大を認めたが、会話可能であった。CT上左急性硬膜下血腫を認めた。出血時間が16分と著明に延長していたこともあり、当初保存的に経過を見ていたが、来院3時間後より昏睡状態となったため開頭血腫除去術を施行した。術後、昏睡状態が持続し、右眼球のみ一過性に下方偏視を呈した。CTでは両側の視床に低吸収域を認めた。脳ヘルニアによる脳梗塞は後大脳動脈領域にはよく見られるが、穿通枝領域は少ない。その発生機序、臨床的意義について文献的考察を加えて報告する。

herniation, infarction, thalamus

右片麻痺を呈した右視床出血の1例

済生会富山病院 脳神経外科
脳神経外科塚本病院¹⁾
富山医科大学 脳神経外科²⁾

○野村耕章 (Nomura Hiroaki), 堀江幸男, 池田修二,
塚本栄治¹⁾, 林央周²⁾, 遠藤俊郎²⁾, 高久 晃²⁾

症例は57才, 側彎症の女性。突然の右片麻痺で発症し, 救急車で当院に搬送された。意識レベルはJCS I-2, 右片麻痺と右半身の知覚障害を認め, CTにて右視床出血と診断し保存的に治療した。上肢の運動刺激によるfMRIでは, 左側の刺激で左前中心回のみに信号強度の変化を認め, 右側は運動刺激がおこなえなかった。運動野の頭皮上刺激によるMEPでは, 左側の刺激で左上肢筋群のみに筋電図上の活動が記録され, 右側の刺激では記録されなかった。上肢刺激によるSEPでは, 左側の刺激で左感覚野の頭皮上のみにN20が記録され, 右側の刺激では記録されなかった。以上の結果から, 本症例は錐体路と後索-内側毛帯路の走行異常を有し, 下部延髄での病変が示唆された。稀な症例であり, 文献的考察を加え報告する。

fMRI, medial lemniscus system, MEP,
pyramidal tracts, SEP

一過性前脳虚血後の遅発性神経細胞死に対する
低体温の効果

金沢医科大学 脳神経外科,
同病理II*, 同麻酔科**

○飯田隆昭 (IIDA Takaaki), 飯塚秀明, 角家 暁
上田善道*, 阿部 浩**, 青野 允**

遅発性神経細胞死に対する低体温の効果を, apoptosisに注目して検討した。【方法】スナネズミの一過性前脳虚血モデルを用いた。体温は鼓膜温で測定し, 虚血中, 常温群は $37 \pm 0.2^\circ\text{C}$, 低体温群は $34 \pm 0.2^\circ\text{C}$ に保持した。24~96時間後に海馬切片を作成, HE染色にて神経細胞死の抑制効果を検討, 免疫染色で, DNA断片化と, apoptosis関連遺伝子(Bcl-2, Bax, ICE)の発現を観察した。【結果】常温群では虚血後48時間以降にCA1領域でBcl-2の減少, Bax, ICEの発現がみられ, 72時間以降でDNA断片化が確認された。低体温群では遅発性神経細胞死は有意に抑制され, DNA断片化, Bax, ICEの発現も抑制され, Bcl-2は温存された。【結語】低体温により, 遅発性神経細胞死は有意に抑制された。遅発性神経細胞死の機序としてapoptosisの関与が示唆された。

delayed neuronal death,
apoptosis
hypothermia

PC12 (褐色細胞腫) での
インフルエンザウイルスの増殖と細胞傷害性

福井医科大学 脳神経外科¹⁾ 微生物学教室²⁾

河合秀哉¹⁾ (Kawai Hideya) 後藤敏²⁾ 木村吉延²⁾
佐藤一史¹⁾ 久保田紀彦²⁾

Rye syndrome, 脳炎, パーキンソンズム等の神経疾患の一部にインフルエンザウイルス感染の関与が推定されている。しかしその病原性発症の機構については, 不明な点が多い。本研究では, インフルエンザウイルスの神経細胞への細胞傷害性を調べるため, 培養細胞PC12 (褐色細胞腫) に対する神経毒性influenza A/WSN/33 の増殖, 細胞変性効果 (CPE) を検討した。感染細胞のウイルス蛋白は, Western blottingと蛍光抗体法により検出し, また, 増殖ウイルスはブランク法により定量した。通常, 増殖によく使われるMDCK細胞に比較すると, PC12細胞では, 著しいCPEは生じなかったが, ウイルス蛋白は長期にわたって検出された。しかしウイルス産生量は極めて少なく流産感染とみなされた。

influenza encepharitis PC12

低酸素負荷時の14-3-3蛋白の変化
- PC12細胞を用いて -

岐阜大学脳神経外科, 分子病態学*

林 克彦 (HAYASHI Katsuhiko), 吉村紳一,
竹中勝信, 岡野幸雄*, 坂井 昇

【目的】14-3-3蛋白質は神経細胞に多く存在しさまざまな細胞内情報伝達に関与すると推定されている。近年, 脳虚血による神経細胞死においてアポトーシスの関与が示唆されており, 今回我々は培養神経系細胞に低酸素負荷を与え, この虚血モデルにおいて14-3-3蛋白質について経時的変化を検討した。【方法】24時間培養したPC12細胞に1%O₂の低酸素負荷を与え, 0, 3, 6, 9, 12, 18, 24時間後に蛋白質を抽出し, Western blot法で14-3-3蛋白の定量的解析を行った。【結果】14-3-3γ, とは24時間で徐々に増加した。【結論】TNFαなどによるアポトーシス誘導時に14-3-3蛋白質の分解が起こることが報告されている。しかし, 今回の低酸素誘導神経細胞死においてはγ, とはむしろ増加する傾向にあり, 虚血からの細胞保護に関与する可能性があるため mRNAレベルの解析も含めさらに詳細に検討中である。

hypoxia, apoptosis, 14-3-3protein, PC12

内視鏡的嚢胞交通術により短絡管非依存性に治療した鞍上部くも膜嚢胞の1例

木村英仁 Hidehito Kimura、中島伸幸、佐藤倫子、佐藤博美

静岡県立こども病院脳神経外科

鞍上部くも膜嚢胞は比較的稀である。多くが水頭症を合併し、嚢胞摘除や開窓後にも短絡術が必要となる例が知られる。内視鏡的脳室-嚢胞-脳槽交通術により、短絡管非依存性に治療した1例を報告する。【症例】2歳男児。1歳6カ月頃より歩行障害を認めた。CT上、中脳水道閉塞性水頭症を疑われた。CT脳槽造影およびMRIにて、両側Monro孔を閉塞し第3脳室底をおよびMIRIにて、両側Monro孔を閉塞し第3脳室底を挙上した鞍上部嚢胞と診断した。中脳水道は開存しており、髄液吸収障害は認めなかった。内視鏡的脳室-嚢胞-脳槽交通術により、嚢胞は退縮した。術後のCT脳槽造影上、髄液循環障害を認めず、神経脱落症状無く経過している。【考察と結語】鞍上部嚢胞に対する内視鏡的脳室-嚢胞-脳槽交通術は、低侵襲でより確実な手技として有用である。鞍上部嚢胞の診断と短絡術の適応決定におけるCT脳槽造影の検査意義は高い。

Suprasellar cyst, Endoscope, Cystocisternostomy

腹腔鏡を用いた迷入脳室腹腔シヤントカテーテルの摘出

半田市立半田病院脳神経外科
半田市立半田病院外科*

小島隆生 (KOJIMA Takao) 中根藤七 半田 隆 島山尚登
栗本太志 六鹿直視 久保田 仁*

腹腔内に嚢断、迷入したシヤントカテーテルを腹腔鏡下に摘出し、腹部カテーテルを直視下に再挿入した4例を経験したので報告する。

腹の左側に皮膚切開を加えCO₂にて気腹後に、トロカールカニューレを留置し腹腔鏡を挿入した。次に右側腹部にトロカールカニューレを留置しforcepsを挿入した。腹腔鏡下にカテーテルを観察しforcepsを用いてカテーテルを摘出した。再建したカテーテルはforceps用の創より腹腔内に挿入し、腹腔鏡下にダグラス窩に留置した。全例に合併症は認めなかった。

腹腔鏡手術は短時間で低侵襲、安全に腹腔内の迷入カテーテルを摘出し、直視下に再建カテーテルを留置できる利点があり有用な方法である。

laparoscopic retrieval, ventriculoperitoneal shunt, dislocated catheter

腹腔側チューブ脱着によるシヤント機能不全の2例

新城市民病院脳神経外科*

八尾徳洲会病院脳神経外科**

山崎健司(YAMAZAKI Kenji) 村木正明 富田守*
門間文行**

症例1は51歳女性。破裂脳底動脈瘤後の水頭症に対し、八尾徳洲会病院にてメドス圧可変式バルブシヤントシステムを用い、V-P shunt術が施行された。3年後、腹腔チューブの脱落による腹膜炎にて近医で摘出術を受けた後、当科紹介受診した。脳室チューブ、バルブ本体は開通していたため、Pudenz低圧型腹腔チューブの再設置のみ施行した。

症例2は22歳男性。頭部外傷後の水頭症に対し、当科にてメドス圧可変式バルブ、Pudenz脳室、腹腔チューブを用いV-P shunt術施行した。1年半後、腹腔チューブの脱落を来し、Pudenzシヤントシステムに交換した。いずれも結紮糸はバルブコネクタに残っており、腹腔チューブのみ脱落していた。

メドスシヤントシステムは、腹側バルブコネクタが短く、動きの多い後頭部付近にバルブが設置されるため、腹側チューブの脱落が生じやすいものと推測された。

programmable pressure valve, shunt trouble, disconnection

Pterional craniotomyにおける美容面での工夫

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

Pterional craniotomyでは術後A)側頭筋萎縮、B)Burr holeおよび骨切除部の欠損、C)骨弁の落ち込み(特にV-P shunt併用時)が問題になる。我々は、1)OIKAWAらの報告(J Neurosurg 84:297-299, 1996)に準じて側頭筋を処理する。これにより側頭筋の剥離が容易で、Deep temporal nerve & arteryが温存出来、萎縮はかくなり防止出来る。2)骨弁をFrontal側で欠損部が無い様に戻し、Key holeおよび側頭骨の欠損部には骨弁の内板またはその他の部位より削除した自家骨で可及的に補修する。3)チタンプレートで骨弁を2ヶ所固定する。(1)~(3)により手術時間の延長なく、比較的に術後の美容面での問題が改善出来た。

Pterional craniotomy, Cosmetic problems

高齢者高位頸椎椎間板病変に対する手術的治療について

浜松医科大学 脳神経外科

黄 晃仁 (KOH Akihito) 西澤 茂 横田尚樹
横山徹夫 龍 浩志 植村研一

【目的】高齢者で高位頸椎椎間板病変を有する症例の発生要因、手術的治療について報告する。【症例】症例は82才男性、80才女性、82才男性。男性例は歯突起後方に病変があり、術中所見、病理診断で椎間板ヘルニアと診断した。女性例は、第2/3頸椎間にMRIで典型的なヘルニア像を認めた。全例に高度な四肢マヒを認めた。手術は後方からアプローチし、硬膜内から脊髄前方にある病変を摘出、脊髄を全く圧迫することなく安全に行えた。術後、全例で歩行可能となった。【考察】歯突起後方や第2/3頸椎間などの高位頸椎レベルでのヘルニアはきわめてまれで、高齢者に特有の病変と考えられる。高齢者では変形性頸椎症性の変化が中位頸椎に起こっており、その結果高位頸椎に過度の運動負荷がかかりその結果、高位頸椎の椎間板病変が現れるものと考えられる。手術は、後方アプローチ、硬膜内から脊髄を直視下に見ながら前方の病変を取ることで安全な方法であると考えられた。

cervical disc, pathogenesis, surgical approach

occipital condyle fracture を伴った traumatic atlantooccipital dislocation 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,
村田浩人

症例は16才男性。乗用車後部座席に乗車中、庭石に激突。頭痛、頸部痛を主訴に来院。来院時意識清明、神経学的異常所見は認められなかった。来院時の頭部CTでは異常所見は認められなかったが、頸部CTにて occipital condyle fracture 及び atlantooccipital dislocation (AOD) と診断された。ハローベスト装着、整復後、オレールドサービカルを用いて後頭骨第2頸椎固定術を行った。術後CTにてAODは改善され、神経症状の出現も認めず、現在ハローベストにて固定中である。occipital condyle fracture の報告は最近では散見されるようになったが、AODとの合併の報告は未だ少ない。一方、近年AODの生存例の報告が増加しつつあるが、多くは重度の神経症状を伴っている。今回 occipital condyle fracture に神経症状を伴わないAODを合併した症例を経験し、術後経過も順調であるので、若干の文献的考察を含め報告する。

atlantooccipital dislocation, occipital condyle fracture

上位頸椎 OPLL に対する第2頸椎棘突起及び付着筋群を温存した脊柱管拡大術

稲沢市民病院脳神経外科

岩越孝恭 (IWAKOSHI Takayasu), 山田博是,
山本英輝

C2棘突起は頸椎棘突起の中では特に大きく、重要な筋群の付着、起始部で、生体力学的に重要であり、これに付着する筋群も多く、頸椎の筋性支持に大きな役割を果たしている。今回我々は上位頸椎 OPLL で C2 レベルを含めた後方除圧が必要な患者に C2 棘突起及び付着筋群を温存して脊柱管拡大術を行い、術後経過も良かったので報告する。手術方法は C2 棘突起及び付着筋群を温存し、C3 以下の片開き式脊柱管拡大術を行った。C2 レベルの除圧は C3 側及び C1 側から C2 椎弓内板を削り、C2 外板、棘突起は温存する C2 doming を行い C2 部の脊柱管拡大術を行った。C2 棘突起及び付着筋群の温存は術後疼痛の減少、術後安静期間の短縮及び頸椎変形の予防に役立つと思われた。

OPLL, laminoplasty, C2 dome laminoplasty

脳動脈瘤治療の Pitfall-Basilar tip 動脈瘤根治における穿通枝温存の手術工夫

藤田保健衛生大学脳神経外科

渡辺伸一 (WATANABE Shinichi), 加藤庸子,
米田 稔, 山口幸子, 佐野公俊, 神野哲夫

【目的】Basilar tip (BT) 動脈瘤手術の morbidity の多くは穿通枝障害によることが多い。この点につき当施設でクリッピング時の 77° ローチや穿通枝の扱いにつき工夫してきた点につき報告する。【対象】BT 動脈瘤 86 例である。【結果】77° ローチの工夫としてネック、穿通枝が確実に視野内に入るように、通常の subtemporal や pterional approach に固執せず、ケース毎に transcavernous, ant. temporal, transzygomatic 等各種リンクした 77° ローチが可能となるように準備した。穿通枝の扱いとしてネック部から分枝している例ではネックを少し残した dome clipping や dome に強く付着している例では有窓 clip で瘤壁ごとクリップし穿通枝を残すなどの方法を取った。これらにつき報告する。

cerebral aneurysm, basilar tip aneurysm, perforating artery

脳基底動脈先端部の小動脈瘤へのクリッピング

橋本 義弘 (HASHIMOTO YOSHIHIRO)
石坂 秀夫、林 雄一郎

遠州総合病院 脳神経外科

脳基底動脈先端部の動脈瘤に対する処置は、その位置や周囲に重要な穿通枝が多く存在するため他部位の動脈瘤にくらべて難しいものである。今回我々が経験した症例は50歳の女性、突然の意識障害で搬送され頭部CT上くも膜下出血を認めた。脳血管撮影にて脳基底動脈先端部に径2mmの小動脈瘤を認め、同日にクリッピング術を施行した。右pteriorial approachにて動脈瘤に到達し左右の後大脳動脈、上小脳動脈を確認後、杉田のNO1にてクリッピングを施行した。その後瘤の裏側を剥離したところ、mesencephalic arteryよりの分岐動脈1本を犠牲にしていた。瘤はクリッピングにてほぼ全容が消失するほど小さくtandem clipをかけることは不可能であり、脳基底動脈にtemporary clipをおく術野の広さはなく更に、そのままクリッピングの位置を移動させるのは瘤破裂をおこし出血のなかでのクリッピングは危険と考え、その状態で手術を終えた。〈結論〉脳基底動脈先端部動脈瘤は巨大動脈瘤がよく論じられるが小動脈瘤は血管内手術も難しいとされ又、クリッピングでもtandem clipができず一回のクリッピング操作が勝負となり巨大動脈瘤とは違った難しさがある。

前交通動脈瘤の pitfall

金沢脳神経外科病院
金沢医科大学脳神経外科*

佐藤 秀次 (Satou Shyuji), 旭 雄士、竹内 文彦、梅森 勉、山本 信孝

飯塚 秀明*

目的：前交通動脈瘤(AN)の手術では、適切な7[°]ローチの選択が重要である。私共はANの大きさ、AcomAの高さ、ANの起始側等から7[°]ローチを決定している。largeと高位ANでは大脳間裂(IH)、その他は2[°]カス裂(TS)経由である。ANの突出方向も7[°]ローチの難易度と手術合併症に大きく関係する。7[°]ローチとANの向きから見たAN手術のpitfallを報告する。方法：対象は65手術例(破裂54、未破裂11)ANを向きから前方A型(26)、後方P型(17)、上方S型(16)下方I型(6)に分け、手術合併症を検討した。結果：(1)TS60例中、7[°]ローチが困難なためP型とI型の各1例で術中7[°]ローチを変更した。A型2例で早期破裂を認めた。(2)IH5例中、P型のlargeAN1例で術後に記銘力障害が発現した。(3)P、I型では視床下部動脈の温存が問題になるが、TSがIHより有利と思われた。

anterior communicating artery aneurysm, approach, premature rupture, Korsakoff syndrome

クモ膜下出血発症当日に未破裂脳動脈瘤のみを手術した多発性脳動脈瘤の2例

福井県立病院 脳神経外科

柏原謙悟 (KASHIHARA Kengo)、得田和彦、
新多 寿、朴 在鎬、丸川浩平

クモ膜下出血(SAH)の術前脳血管写で破裂した脳動脈瘤(An)が不明で未破裂Anのみを手術した2例を経験した。症例1は平成9年4月16日に発症した41歳の女性である。H&K grade2でCTで左に強いSAHを認めた。発症後直ちに脳血管写を行い右眼動脈部Anを認め、clipping手術を行った。手術所見から破裂の形跡がなく、翌日に脳血管写を再検し左中大脳動脈Anを認め、clipping手術を行った。術後経過良好で会計士の仕事に復帰した。症例2は平成10年2月3日に発症した69歳の女性である。H&K grade2でCTで右に強いSAHを認めた。発症後直ちに脳血管写を行い右内頸動脈と右中大脳動脈にAnを認め、clipping手術を行った。脳血管写でAcom付近の膨隆は気にはなったがloopと判断し、手術所見でその壁の薄さから右ICPCAnが破裂したと考えた。術後経過良好で歩行していたが、2月26日にトイレットでSAHを再発した。脳血管写で右A2部にAnがみられ、clipping手術を行った。3月11日のCTで水頭症と再出血があり、脳血管写でAnの一部残存があり、VP shuntとcoating手術を行った。その後の経過は良好で独歩退院した。破裂An急性期手術のpitfallとして注意すべき症例として報告した。

SAH, multiple cerebral aneurysms, pitfall, responsible aneurysm

多発性未破裂脳動脈瘤の1治療例

静岡赤十字病院 脳神経外科

杉山一郎 (SUGIYAMA Ichirou), 左金正岡,
安心院康彦。

症例は38歳男性。MRIにて右大脳基底核部及び橋前槽にflow voidを認め、脳血管造影を施行した。右内頸動脈分枝部(Rt.ICbif)に1個、前交通動脈(Acom)に2個、左中大脳動脈分枝部(Lt.MCA)に1個、脳基底動脈先端部(BAtip)に1個、脳基底動脈-左上小脳動脈分枝部(BA-Lt.SCA)に1個、計6個の動脈瘤を認めた。6個のうちRt.ICbif, BAtipが径10mm以上であった。左前側頭開頭にて手術施行。当初Rt.ICbif以外の5個を処置する予定であったがBAtipについてはclipping困難であったためAcom, Lt.MCA, Lt.BA-SCAにclipping施行。患者は一旦退院し、約1ヶ月後Rt.ICbif, Lt.BA-SCAにつきGDCを用いて経皮的脳動脈瘤塞栓術を施行。塞栓術半年後の脳血管造影では術直後と同様内腔がわずかに造影された。以後追加療法は行っていない。結果は良好であった。治療法の選択と順序に検討を要すると考えられた。

Multiple cerebral aneurysm, Clipping, Endovascular surgery

未破裂脳動脈瘤治療における血管内手術の Pitfall

名古屋大学脳神経外科

宮地 茂 (MIYACHI Shigeru)、根来 真、野田 篤、岡本 剛、吉田 純

過去8年間ににおける当院及び35の関連病院において塞栓術が行なわれた128例の動脈瘤を対象とし、その合併症について検討を加えた。22例(17.1%)で合併症を併発したが、このうち他部位の動脈瘤破裂などによる既存及び運発性の合併症を除いた手術関連合併症は14例で、うち6例(4.7%)が、GOS3以上の予後不良例であった。部位的にanterior circulationは15.5%(11/71)、posterior circulationは19.3%(11/57)であった。手術的合併症として術中破裂3例、血管閉塞9例、コイル移動(compactionを含む)又は突出10例、術後出血1例であった。同時期に行なわれた609例の観血的手術では、合併症頻度は12.0%と少なかったが、予後不良例は6.3%であり、特に後頭蓋窩の瘤に重篤な合併症が多かった。両治療法の合併症の詳細と未破裂動脈瘤の治療戦略について言及する。

unruptured aneurysm, endovascular treatment, complication, pitfall

中大脳動脈瘤に対する血管内塞栓術の留意点

金沢大学脳神経外科、* 放射線科

木多真也 (Shinya Kida)、内山尚之、野村素弘、喜多大輔、塚田利幸、山嶋哲盛、山下純宏、

* 吉川 淳、* 松井 修

1997年4月から1年間でGDCによる瘤内塞栓術を34例の脳動脈瘤(破裂12、未破裂22)に施行した。中大脳動脈分枝部動脈瘤は7例(破裂3、未破裂4)で1例(破裂例)にコイルによるM2閉塞を合併した。また、瘤内塞栓術を試みたがM2開存が困難なため断念したものが2例あった。我々がこの部位の瘤内塞栓術で留意している点は、以下の如くである。(1)術前の脳血管撮影でrotation DSAと動注helical CT axial imageを行ない動脈瘤頸部とM2の解剖学的関係を把握するとともに塞栓術中のモニター造影に最適な角度を得る。(2)microguidewireをM2まで挿入することで解剖学的関係がより明確になる場合がある。(3)trifurcationの場合は動脈瘤頸部と3本のM2が分離できる造影角度を得ることはまず不可能であるので、瘤内塞栓術の適応はない。(4)tight packing & total obliteration of aneurysmを得ることは一般に困難であり、多少のneckを残すことは止むを得ない。(5)M1にstenosisあるいはvasospasmが見られる場合は塞栓術の適応はない。

MCA aneurysm, coil embolization, GDC

脳動脈瘤塞栓術におけるPitfall

岐阜大学脳神経外科

吉村紳一 (YOSHIMURA Shin-ichi)、郭 泰彦、林 克彦、上田竜也、安藤 隆、坂井 昇

【目的】当施設のこれまでの治療成績から、GDCおよびIDCによる脳動脈瘤塞栓術のpitfallを考察する。

【対象】対象は73症例(延べ85回)で、うち10例(11回)では危険性が高く塞栓術を断念した。破裂例では後頭蓋窩動脈瘤、未破裂例では内頸動脈瘤のlarge sizeが多かった。

【結果】minor leakを含め術中破裂を6例に認め、うち5例が破裂後48時間以内の症例であった。閉塞性合併症は5例で、初期にIDCを用いたbroad neckの症例が多かった。VA dissecting aneurysmまたは巨大内頸動脈瘤に対する親動脈閉塞を施行した9例では合併症を認めなかった。

【考察】破裂後早期で動脈瘤の形状が複雑な症例はGDCでも破裂しやすく慎重な適応の決定が必要である。broad neckの症例は閉塞性合併症を来しやすく、術前にocclusion testを施行した上で、治療法を検討する必要がある。

aneurysm, embolization, complication

ガンマナイフ照射後消退しつつあったAVMから出血をきたした1症例

聖隷浜松病院 脳神経外科
浜松赤十字病院 脳神経外科*澤下光二 (SAWASHITA Kouji) 嶋田 務 岩崎浩司
佐藤顕彦 大石琢磨 内山晴旦*

症例は34歳男性、96.1月痙攣発作を生じ前医を受診した。脳血管撮影にて右前頭葉にAVM(ナイダス径約2cm, Spetzler grade1)を認めた。摘出術を勧めるも了解が得られず抗痙攣薬の投与と経過観察を行った。96.10月のMRIではナイダス周囲の浮腫が前回より軽減していたが、この6ヶ月後のMRIではナイダス周囲の浮腫は再び増強していた。この為97.6月ガンマナイフ照射(max dose 37 Gy)を行った。照射後MRIで、ナイダスの著明な縮小と浮腫の軽減を認めた。98.4、半昏睡にて当院に搬入された。頭部CTで右前頭葉皮質下出血を認めた為、開頭血腫除去術および脳低温療法を行った。術前脳血管撮影で、ナイダスは明らかに縮小していた。【考察】ナイダス周囲の浮腫に経時的変化を認める場合、ガンマナイフ治療は照射後の出血に関与する可能性がある。ガンマナイフ照射により消退しつつあるAVMから出血することがあり、経過観察には注意が必要と考えられた。

arteriovenous malformation, nidus, edema, γ-knife

開頭血腫除去を行った脳幹出血 3 例の経験

社会保険中京病院 脳神経外科

雄山博文 (Oyama Hirofumi)、池田 公、
井上繁雄、飯塚 宏、渋谷正人

症例 1 は67歳女性で中脳から橋にかけての血腫を認め、発症 1 週間後、後頭下開頭で橋上部外側より約 5 ml の血腫を除去した。術前 JCS II-20 であったが、術後経口摂取可、自発言語もある状態まで改善した。症例 2 は53歳女性で、橋出血に対し発症 22 日後第 4 脳室底を切開し血腫除去を行った。術前 locked in の状態であったが、術後上肢、眼球運動とも改善した。症例 3 は透析療法中の 71 歳女性で、中脳から橋にかけての血腫を認めた。発症 11 日後に右側頭開頭によりテント上より中脳外側に至り、約 2 ml の血腫を除去した。術前の左片麻痺、左 analgesia とともに術後改善した。脳幹出血といえども、血腫が脳幹表面に一番近く存在する部位に小切開を加え血腫を除去することにより、症状を改善させるうるが、症例により改善度に差があり、手術時期、アプローチについての検討を要すると考えられる。

pontine hemorrhage, brain stem, operation, ICH

中大脳動脈血栓症に対する急性期血栓除去術
における工夫

瀬口脳神経外科病院

新田純平、上原隆史、瀬口喬士
Junpei Nitta

中大脳動脈血栓症に対する治療として血栓溶解療法が行われ、再開通例ではこれまでの保存治療に比して良好な機能予後が得られている。しかしながら再開通を得られなかった症例では機能予後は不良であり、我々は血栓溶解療法無効例や血栓溶解療法が行えない症例に対して急性期血栓除去術を行っている。平成 9 年 10 月から平成 10 年 5 月までの間に、中大脳動脈血栓症 6 例に対して急性期血栓除去術を施行し全例に再開通を得た。再開通までに要した時間は発症から平均 6 時間 35 分であった。手術において 1) STA の確実な温存、2) 減圧開頭の可能性を考え、耳介後部に及ぶ大きな C 型の皮切を置き、3) 中大脳動脈主要分枝の早期環流の点から、分枝の一方のみに動脈切開を加えた後、他方の血流を保持しつつ血管縫合を行っている。

middle cerebral artery, embolectomy

脳底動脈解離性動脈瘤の 1 例

知多厚生病院脳神経外科

今村暢希 (IMAMURA Nobuki)、中塚雅雄、
水野志朗

脳底動脈解離性動脈瘤は、頭蓋内解離性動脈病変の約 7% と報告され、一般的には予後不良な疾患である。最近我々は、虚血発症型の脳底動脈解離性動脈瘤を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症例は 52 才女性。1998 年 1 月 28 日突然の頭痛と意識障害で発症した。来院時 JCS 10、左動眼神経麻痺、右不全片麻痺を認めた。くも膜下出血を疑い CT を施行したが正常所見であった。脳血管造影では AICA 分岐以降の脳底動脈にダブルルーマン像が認められ、両側 SCA は起始部で閉塞し PICA から retrograde に造影された。さらに、左視床穿通動脈が閉塞していた。以上の所見から、虚血発症型脳底動脈解離性動脈瘤と診断し保存的治療を行った。MRI では左視床内側部と左大脳脚に虚血巣が出現したか経過は良好であり、現在歩行訓練中である。

basilar artery, dissecting aneurysm, cerebral infarction

内頸動脈高度狭窄に対し急性期に PTA を行い、慢性期にステントを用いて治療した一例

市立四日市病院脳神経外科

小林 望 (Kobayashi NOZOMU)、伊藤八峯、市原薫、中林規吾、
柴山美紀根

64 歳の男性。既往歴として左片麻痺の TIA、その他気管支喘息、糖尿病、高血圧、高脂血症等が有り内科にて治療を行っていた。今回 MMT4/5 程度の左片麻痺のため内科入院となった。入院後も進行性に麻痺が悪化し、また意識もやや低下したため、血管造影を行った。血管造影にて右内頸動脈起始部の 99% 狭窄を認めたが、末梢部は選い phase でゆっくりと造影されていた。このため直ちに PTA を施行し、およそ 80% 狭窄まで改善できた。末梢の flow も大幅に増加し、麻痺も翌日より改善傾向を示した。

以上のような経過を踏まえ、右内頸動脈狭窄部に対し何らかの治療が必要と考えられたが、重篤な全身合併症が有ること、梗塞発症後比較的時間もないことなどから、全身麻酔の危険性を考え、血管内手術による血管形成術が better と判断した。Pacing catheter を挿入し不整脈発現に対する準備を行った上で、ステントを用いた血管形成術を施行し、特に合併症も無く良好な血管形成が得られた。後日の血管造影にて結果は良好であった。現在、内服薬による抗凝固療法を行っている。

今回の治療経験を、多少の文献的考察を加え、報告する。

carotid stenosis, PTA, stent

海綿静脈洞内巨大内頸動脈瘤

一血栓化の過程において症状悪化を来した一例—

小牧市民病院 脳神経外科
名古屋大学 脳神経外科*
社会保険中央病院 脳神経外科**

長谷川 俊典(Hasegawa Toshinori)、小林 達也、
木田 義久、田中 孝幸、吉田 和雄、森 美雅、
大須賀 浩二、近藤 俊樹、宮地 茂*、池田 公**

今回我々は複視にて初発し、3年後に左海綿静脈洞内症候群を来した巨大内頸動脈瘤の一例を経験したので報告する。

【症例】60才、女性でH7年6月頃より左方視にて複視を訴え当院初診。MRI、Angiographyにて左海綿静脈洞部に径約2.5cmの巨大動脈瘤認め、血管内手術を勧めるも拒否。外来にて経過観察していたが、H10年2月頃より左眼痛出現し当科再診。左外転神経麻痺、左滑車神経麻痺、左三叉神経第2,3枝領域のしびれ、左眼瞼下垂を認めため、再度Angiography を施行した。【Angio所見】Lt-CAGにてC4 portionに一部血栓化した動脈瘤と以前に見られた動脈瘤近位部の更なるstenosisの進行を認めた。

【治療】Angiographyの結果cross flowが少ないことを考慮し、一期的に内頸動脈閉塞を行うことは危険と判断し、より安全に行うためにLtSTA-MCA anastomosisを2箇所に行った。その二日後に左内頸動脈塞栓術を施行した。まずballoon occlusion testを行い、陰性であることを確認後、GDC及びfiber付きcoilを用い動脈瘤近位部の狭窄部位で閉塞した。術後、特に新たな神経所見を認めず経過は良好である。【考察】前回のAngiographyとMRIを比較すると、内頸動脈の狭窄の進行のため、動脈瘤は血栓化していたが更に大きくなっており、症状の悪化と眼痛をもたらしたものと考えられた。

giant aneurysm, carvernous sinus, STA-MCA anastomosis
endovascular treatment

脳動脈瘤術後に合併した海綿静脈洞部動脈瘤破裂によるCCFの一治験例

トヨタ記念病院脳神経外科、*藤田保健衛生大学脳神経外科

井水秀栄、米田 稔、浅井敏郎、中村太郎、
金岡成益*、神野哲夫*

我々は、クリッピング手術後に残存する海綿静脈洞部動脈瘤破裂によるCCFの一例を経験したので若干の考察を加え、報告する。

症例 I.T. 48歳女性 SAH Gr IV angio上右MCAと右海綿静脈洞部に動脈瘤を認め、ruptureの右MCA動脈瘤にクリッピング術施行した。術後30日目に右chemosis, exphthalmus出現。angio上、右海綿静脈洞部 large動脈瘤より右SOVの造影を認めた。

血管内手術による治療を選択し、塞栓術に先立ち、右CのBalloon Matasを行うも5分間の虚血で左に軽いweaknessが出現した為、右ICの塞栓は危険と判断し、GDCによる瘤内塞栓術を施行、術直後より上記症状の著明改善が認められた。

動脈瘤破裂、CCF、塞栓術、海綿静脈洞部

前大脳動脈水平部 (A1) 動脈瘤の2例

蒲郡市民病院¹、名鉄病院² 脳神経外科

○滝 英明¹ (Hideaki TAKI), 梅村 訓¹,
杉野 文彦¹, 岩田 明¹, 春日 洋一郎²,
大原 茂幹²

前大脳動脈領域における脳動脈瘤の発生部位は、そのほとんどが前交通動脈と前大脳動脈末梢部であり、前大脳動脈水平部 (A1) に発生する動脈瘤は比較的まれである。今回我々はA1 segmentの近位部に発生したsaccular aneurysmの2例を経験したので、症例2を中心に若干の文献的考察を加えて報告する。

症例1は64才女性。SAHで発症し、3度の脳血管撮影を施行後、開頭クリッピング術を行った。

症例2は61才女性。SAHで発症し4 vessel studyを施行したが、A1 aneurysmと確証できず待機とし、約2週間後再度脳血管撮影を施行した。左前大脳動脈水平部以外の明らかな動脈瘤を認めず、左前頭側頭開頭動脈瘤頸部ククリッピング術に踏み切った。左内頸動脈を遠位側にたどり、A1の分岐直後にその走向に垂直方向に突出するsaccular aneurysmを認めた。頸部をストレートクリップ (杉田No1) でククリッピングし、術後に明らかな神経脱脱落症状なしに経過良好であった。

SAH, saccular aneurysm, A1 segment, pterional approach,
neck clipping

急性硬膜下血腫で発症した前交通動脈瘤の1例

聖隷三方原病院脳神経外科

○竹原誠也 (TAKEHARA seiya)、宮本恒彦、杉浦康仁、
平松久弥、赤嶺壮一

急性硬膜下血腫のみで発症した前交通動脈瘤の1例を経験したので、発症機構を含めて検討し報告する。【症例】44歳男性 現病歴 平成9年7月下旬に激しい頭痛があったが、日常生活はそのまま送った。10月27日起床時、頭痛訴え、1時間後昏睡状態で発見された。来院時、GCS5, 右片麻痺を認め、CTで左急性硬膜下血腫を認めた。DSAで、前交通動脈瘤を認め、緊急開頭血腫除去術、動脈瘤クリッピング術を行った。術中所見で、動脈瘤周囲にヘモジリン沈着認め、動脈瘤は周囲組織と癒着していた。術後、症状改善し、脱落症状なく退院した。

【考察】硬膜下血腫を呈す破裂動脈瘤は0.5-7.9%と報告され、希なもので、発症機序は幾つか言われている。この症例の機序は、病歴、術中所見より、先行する出血により癒着があり、最終的に硬膜下血腫をきたしたと考えられた。

acute subdural hematoma, ruptured intracranial
aneurysm, anterior communicating artery

内耳道内前下小脳動脈瘤の1例

岐阜県立岐阜病院 脳神経外科

谷川原徹哉 (Tanigawara Tetsuya), 加藤貴之, 村川孝次
三輪嘉明, 大熊最夫

内耳道内に発生する末梢性前下小脳動脈瘤は極めてまれである。最近くも膜下出血で発症した本症の1症例を経験したので報告する。症例は64歳女性で平成10年2月14日突然の激しい頭痛(特に右耳奥)・嘔吐・眩暈で発症した。他院にてくも膜下出血と診断され、翌日当院へ搬入された。H&K grade 2, Fisher group 3のくも膜下出血であった。同日行った脳血管撮影では脳動脈瘤を発見できず、保存的治療を行った。Day 16の脳血管撮影再検にて右前下小脳動脈末梢部に動脈瘤を発見し、MRIにて右内耳道内に動脈瘤が存在することを確認した。Day 18に右後頭下開頭を行い、内耳道内にthin wallの囊状動脈瘤を認め、これのclippingを行った。通常のneck clippingは不可能でneckに垂直に2本のclipをかけた。術後右顔面神経麻痺と聴力障害を残したがADL1で退院した。

intracranial aneurysm, anterior inferior cerebellar artery, internal auditory meatus, subarachnoid hemorrhage

その先に進む、優れた超選択性。

親水性ポリマーコートの実現したトラッカビリティ。
シャフト部の2層構造で向上したプッシュビリティ。

ラジフォーカス® GTカテーテルⅢ

(ヘパリンコーティング)

血管内処置診断用/エチレンオキサイドガス滅菌済 最大注入圧力:100psi



その先に導く、優れた超選択性。

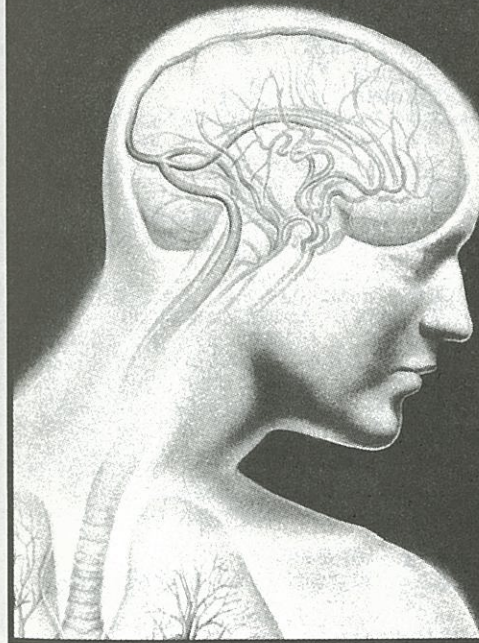
①先端柔軟性 ②視認性 ③トルク伝達性
3つの特長に加え親水性ポリマーコートで挿入がスムーズ。

ラジフォーカス® ガイドワイヤーM (GTワイヤー)

X線不透過/エチレンオキサイドガス滅菌済

ラジフォーカス GTカテーテルⅢ 承認番号:[6B-338] ラジフォーカス ガイドワイヤーM 承認番号:[60B-787]
テルモ株式会社 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 ㊄、テルモ、ラジフォーカスはテルモ株式会社の登録商標です。

KETAS



薬価基準収載

気管支喘息・脳血管障害改善剤

ケタス®カプセル

指 ケタス カプセル10mg KETAS® cap 10mg

一般名: イブジラスト (ibudilast, r-INN)

●禁忌(次の患者には投与しないこと)

頭蓋内出血後、止血が完成していないと考えられる患者

[止血の完成を遅らせるおそれがある。]

効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は添付文書をご覧ください。



杏林製薬株式会社
東京都千代田区神田駿河台2-5

(資料請求先: 杏林製薬医薬情報部)