

# 第56回日本脳神経外科学会中部地方会

平成11年5月22日（土）

午前9時30分から

会場：三重大学講堂（三翠ホール）

世話人：三重大学脳神経外科 滝 和郎

〒514-8507 津市江戸橋 2-174

Tel: 059-232-1111 (ext.5611) Fax: 059-231-5212

- (1) 学会当日は参加費（1000円）、新入会の方は年会費（1000円）を受付けます。
- (2) 講演時間は4分、討論は各演題につき2分です。
- (3) スライドプロジェクター1台、ビデオプロジェクター（S-VHS, VHS）1台のみ用意致します。
- (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。

## 開 会

(午前の部)

### I. 腫瘍 1 9:30 ~ 9:55

座長: 石井久雅 (福井医科大学脳神経外科)

#### 1. 髄液鼻漏で発症した下垂体腫瘍の 1 例

三重大学 脳神経外科 ○大宝和博、松原年生、小島 精、  
滝 和郎

#### 2. 鞍上部に進展した巨大下垂体腺腫の 1 例

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

#### 3. 斜台部に生じたプロラクチン産生腫瘍の 1 例

国立三重中央病院 脳神経外科 ○霜坂辰一、久我純弘、清水重利

#### 4. トルコ鞍部 hemangiopericytoma

名古屋市立大学 脳神経外科 ○神田佳恵、間瀬光人、相原徳孝、  
山田和雄

蒲郡市民病院 脳神経外科 杉野文彦

臨港病院 脳神経外科 橋本信和

### II. 腫瘍 2 9:55 ~ 10:20

座長: 本郷一博 (信州大学脳神経外科)

#### 5. 髄膜血管腫症の一例

藤田保健衛生大学 脳神経外科 ○川瀬 司、長久伸也、神野哲夫  
" 第一病理 安倍雅人

## 次回御案内

第57回日本脳神経外科学会中部地方会

世話人: 信州大学 脳神経外科  
小林茂昭 教授

場 所: 長野県松本文化会館

日 時: 平成11年9月25日 (土)

6. 骨迷路が腫瘍で充満した小脳橋角部聴神経鞘腫の1例

信州大学 脳神経外科 ○滝沢壮臣、田中雄一郎、本郷一博  
小林茂昭

昭和伊南総合病院 脳神経外科 宜保浩彦

7. 充実性小脳血管芽腫に対する術前塞栓術について (ビデオ)

福井赤十字病院 脳神経外科 ○細谷和生、徳力康彦、時女知生、  
岩室康司、馬場一美、白畑充章

8. 結果的に塞栓術が有効であった carotid body chemodectoma の一例

津島市民病院 脳神経外科 ○村上昭彦、奥村輝文

耳鼻咽喉科 日々圭子、藤本岳志

愛知医科大学 脳神経外科 犬飼 崇、中川 洋

III. 腫瘍 3 10:20 ~ 10:45

座長: 若林俊彦 (名古屋大学脳神経外科)

9. Gliosarcoma の1症例

山田赤十字病院 脳神経外科 ○斉藤浩一、坂倉 允、丹羽恵彦、  
大野秀和

10. 5年後に spinal dissemination で再発した mixed glioma の1例

名古屋大学 脳神経外科 ○波多野 寿、梶田泰一、佐原佳之、  
若林俊彦、吉田 純

放射線科 深津 博

11. 脳室内に多彩な浸潤を示した小児視床腫瘍の一例

愛知医科大学 脳神経外科 ○犬飼 崇、師田信人、渡部剛也、  
本郷一博、中川 洋

小児科 加藤亜紀子、片野直之、藤本孟男

病院病理 横井太紀雄、原 一夫

12. VP-16 が著効を示した再々発髄芽腫の一例

岐阜県立岐阜病院 脳神経外科 ○三輪嘉明、加藤貴之、中谷 圭、  
谷川原徹哉、大熊晟夫

IV. 腫瘍 4 10:45 ~ 11:10

座長: 長谷川光広 (金沢大学脳神経外科)

13. 頭蓋内出血で発症し髄腔内播種をきたした末梢性原始神経外胚葉性腫瘍の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

浜松医科大学 脳神経外科 横田尚樹

第2病理 三浦克敏

14. 松果体部腫瘍の放射線治療後に発生した血管腫の一例

福井県立病院 脳神経外科 ○朴 在鎬、丸山浩平、清水旬利子、  
得田和彦、新多 寿、柏原謙悟

15. 前頭骨巨大海綿状血管腫の1手術例

松波総合病院 脳神経外科 ○松久 卓、寺町英明、平田俊文

病理 池田庸子

16. 側頭骨軟骨系腫瘍の2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、  
小出和雄

V. 腫瘍 5 11:10 ~ 11:35

座長: 赤井卓也 (金沢医科大学脳神経外科)

17. 組織型の異なる精巣腫瘍 (teratoma) の脳転移 (choriocarcinoma)

松阪中央総合病院 脳神経外科 ○篠田幸子、田中公人、大山隆城

18. Carcinosarcoma の脳転移例

愛知県厚生連海南病院 脳神経外科 ○岡田 健、山本直人、棚澤利彦、  
服部光爾

19. 再照射が著効を呈した転移性脳腫瘍の 2 症例 定位的放射線治療による経験

蒲郡市民病院 脳神経外科 ○杉野文彦、梅村 訓、川村康博

20. 眼球内に原発し頭蓋内に転移した悪性黒色腫の 1 例 (ビデオ)

社会保険中京病院 脳神経外科 ○飯塚 宏、池田 公、雄山博文、  
井上繁雄、渋谷正人、土井昭成

---

VI. 小児/社会医学 11:35 ~ 12:00

座長: 師田信人 (愛知医科大学脳神経外科)

---

21. Goldenhar 症候群に頭蓋内病変を伴った一症例

名古屋市立東市民病院 脳神経外科 ○大蔵篤彦、片野広之、福島庸行、  
唐沢洲夫、杉山尚武、神谷 健、  
高木卓爾

22. 神経内視鏡的開窓術で治療した透明中隔嚢胞の一例

静岡県立こども病院 脳神経外科 ○中島誠爾、佐藤倫子、佐藤博美

23. 神経内視鏡下に嚢胞開窓術を施行した脳室内嚢胞の 1 例

金沢医科大学 脳神経外科 ○山本謙二、赤井卓也、岡本一也、  
飯塚秀明、角家 暁

24. 保険医療制度における脳神経外科の特殊性: 高額医療 (8 万点以上) について

慶應義塾大学伊勢慶應病院 脳神経外科 ○堂本洋一

(昼休み)

---

ランチョンセミナー

12:05 ~ 12:55

座長: 滝 和郎 (三重大学脳神経外科)

旭川赤十字病院 脳神経外科 上山博康 先生

脳動脈瘤手術—最後の挑戦—

---

(午後の部)

**特別講演** 13:00 ~ 14:00

座長: 滝 和郎 (三重大学脳神経外科)

浜松医科大学 名誉教授

**植村 研一 先生**

**脳神経外科から見た脳内記憶機構**

**VII. 血管障害 1 14:00 ~ 14:32**

座長: 野々村一彦 (藤田保健衛生大学脳神経外科)

25. 末梢性前脈絡叢動脈瘤の一例

中村病院 ○宇野初二  
福井医科大学 脳神経外科 石井久雅、半田裕二、久保田紀彦  
春江病院 勝村浩敏

26. Neck clipping 術後長期間経過後に生じた de novo aneurysm の 1 剖検例

三重県立総合医療センター 脳神経外科 ○鈴木秀謙、村松正俊、山本順一、  
清水健夫

27. 初回脳血管撮影で同定し得なかった後下小脳動脈末梢部血栓化動脈瘤の 2 例

岐阜大学 脳神経外科 ○古市昌宏、山川弘保、郭 泰彦、  
岩間 亨、坂井 昇

28. 動眼神経麻痺を呈したが、脳動脈瘤を確認できなかった 1 例

清水市立病院 脳神経外科 ○尾内一如、入谷克己、山田徳久  
藤田保健衛生大学 脳神経外科 神野哲夫

29. 破裂前交通動脈瘤クリッピング 18 年後に、血栓化巨大動脈瘤を生じた一例  
(ビデオ)

小林脳神経外科病院 ○岩下具美、小山淳一、小林 聡  
信州大学 脳神経外科 田中雄一郎、小林茂昭

**VIII. 血管障害 2 14:32 ~ 14:57**

座長: 桑山直也 (富山医科薬科大学脳神経外科)

30. Persistent trigeminal artery variant 起始部の動脈瘤に塞栓術を行った 1 例

名古屋大学 脳神経外科 ○鈴木 宰、宮地 茂、根来 真、  
岡本 剛、吉田 純

31. 脳動脈瘤塞栓術におけるコイル体積量の検討

金沢大学 脳神経外科 ○内山尚之、木多真也、野村素弘、  
山下純宏  
" 放射線科 吉川 淳、松井 修

32. 両側解離性椎骨動脈瘤の 2 症例

豊橋市民病院 脳神経外科 ○渡辺 督、井上憲夫、岡本 奨、  
若林健一、市川優寛、渡辺正男

33. 保存的加療にて長期間経過観察をした前大脳動脈解離の 2 例

藤井脳神経外科病院 脳神経外科 ○赤池秀一、藤井博之  
水見市民病院 脳神経外科 二見一也

(Break)

IX. 血管障害 3 15:10 ~ 15:42

座長: 松本 隆 (名古屋市立大学脳神経外科)

34. 急性期局所線溶療法により劇的な効果を得た脳底動脈塞栓症の 1 例

知多厚生病院 脳神経外科 ○ 國見知洋、水野志朗、中塚雅雄

35. 3D CT scan と超音波断層撮影による頸動脈狭窄症の診断

浜松労災病院 脳神経外科 ○ 大野 誠、三宅英則、沈 正樹

36. 高位内頸動脈狭窄症に対する内膜剥離術

市立四日市病院 脳神経外科 ○ 柴山美紀根、伊藤八峯、市原薫、  
中林規容、小林望

37. 頸動脈ステント設置により網膜中心動脈塞栓症を生じた 1 例

富山医科薬科大学 脳神経外科 ○ 桑山直也、久保道也、平島 豊、  
上山浩永、遠藤俊郎、高久 晃

38. 急速に進行した右無名動脈狭窄症に対する血管形成術の 1 例

信州大学 脳神経外科 ○ 長島 久、小林茂昭  
国立循環器病センター 脳神経外科 坂井信幸

X. 血管障害 4 15:42 ~ 16:14

座長: 西澤 茂 (浜松医科大学脳神経外科)

39. 未破裂脳動脈瘤に対するクリッピング術中に出血をきたした occult AVM の一例

名古屋第一赤十字病院 脳神経外科 ○ 小島俊行、岡本 奨、下澤定志、  
金森雅彦、中村鋼二

40. 脳内出血後 3 年経過し確認された occult AVM の 1 例

国立東静岡病院 脳神経外科 ○ 丹羽裕史、布施孝久、原田重徳  
名古屋市立大学 脳神経外科 山田和雄

41. 血管撮影上興味ある経過を示した頭蓋内脳動静脈瘻の 1 例

名張市立病院 脳神経外科 ○ 三島秀明、平松謙一郎、竹嶋俊一  
奈良県立医科大学 脳神経外科 榊 寿右

42. 孤立性脳静脈瘤の経過観察中に静脈瘤の血栓化をきたした 1 例

小牧市民病院 脳神経外科 ○ 近藤俊樹、森 美雅、小林達也、  
木田義久、小池譲治、長谷川俊典

43. 当院における経橈骨動脈脳血管撮影の工夫

聖霊病院 脳神経外科 ○ 加藤恭三  
名古屋大学 脳神経外科 梶田泰一

XI. 機能外科/感染/外傷他 16:14 ~ 16:46

座長: 出口一樹 (岐阜大学脳神経外科)

44. 重度パーキンソン氏症例に対する脳深部刺激療法の一例

浜松医科大学 脳神経外科 ○ 黄 昱仁、杉山憲嗣、横山徹夫、  
龍 浩志、西澤 茂、山本清二、  
横田尚樹、難波宏樹

45. 急激な視力障害で発症した anterior clinoid mucocele の 1 例

済生会松阪総合病院 脳神経外科 ○ 畑崎聖二、諸岡芳人、中村文明、  
津田和彦

46. 残存慢性硬膜下血腫に尿路感染巣より血行性に感染し生じた硬膜下膿瘍の一例

県西部浜松医療センター 脳神経外科 ○ 本田 優、田中 聡、中山禎司、  
田中敬生、金子満雄

47. 緊急開頭血腫除去術を要した血友病患者の 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、  
栗本太志、六鹿直視

48. 視束管出血の一例

市立伊勢総合病院 脳神経外科 ○大山隆城、山川伸隆、古野正和

---

XII. 脊髄 16:46 ~ 17:10

座長: 松原年生 (三重大学脳神経外科)

---

49. 特発性脊髄硬膜外血腫の3例

富士宮市立病院 脳神経外科 ○高橋宏史、松島宏一、斎藤 靖、  
山本俊樹

50. 外傷性遅発性胸椎椎体壊死の2例

榊原温泉病院 脳脊髄疾患研究所 ○中川 裕、久保和親、亀井裕介

51. 髄腔内播種による左動眼神経麻痺で発症した馬尾上衣腫の1例

松阪市民病院 脳神経外科 ○長谷川浩一、伊藤浩二、水野正喜

52. 蛇行した椎骨動脈により cervical radiculopathy をきたした一例

桑名市民病院 脳神経外科 ○山本章貴、岡田昌彦、阪井田博司  
三重大学 脳神経外科 金丸憲司

閉 会

# 抄 録 集

## 髄液鼻漏で発症した下垂体腫瘍の1例

三重大学 脳神経外科

○大塚博 (OHTAKARA Kazuhiro), 松原生, 小島 精 滝 和郎

髄液鼻漏は下垂体腫瘍における手術、放射線治療、bromocriptine 療法で統一する合併症の一つとしてよく知られている。一方、髄液鼻漏が発症した下垂体腫瘍は稀である。髄液鼻漏、坐骨神経痛で発症し、prolactinoma、腰部脊髄管狭窄症と診断した1例を経験したので報告する。

症例は80歳女性。来院3ヶ月前、何ら原因なく髄液鼻漏、それに続いて右側で強い坐骨神経痛で発症した。視力視野障害認めないが、髄液鼻漏が持続している状態であった。また坐骨神経痛のため起立、歩行も困難な状態であった。血清prolactin値は2440ng/mlであった。画像上、右半球前部副鼻窦を占拠するmacroadenomaを認めた。Ictrokan CT distemographyにて腫瘍内部分造影が明瞭に行われているのが確認された。経形質研究で腫瘍を完全摘し、腹直筋膜、骨片、骨片、fibrin glue を使用し鞍底を修復した。spiral drainage を術直前から9日間設置した。術後、髄液鼻漏が消失した。術後、腫瘍を精査したところ髄液鼻漏を認めず、L3/4 level に硬い膜状物が腰部脊髄管狭窄があることが判明した。坐骨神経痛は保存的治療にて軽快し、後述の通り可成りなつた。残存腫瘍、高prolactin血症を認めるものの、高齢でもあり、補助療法は施行せず経過観察中である。

pituitary adenoma, CSF rhinorrhea, prolactinoma, lumbar canal stenosis

## 斜台部に生じたプロラクチン産生腫瘍の1例

国立三重中央病院脳神経外科

霜坂辰一 (SHIMOSAKA Shinichi), 久我純弘, 清水重利

下垂体窩に腫瘍を認めない異所性下垂体腫瘍はまれであり多くは蝶形骨洞内に生じた報告である。52歳、男性、上肢のしびれ、脱力感を主訴に来院、頸部脊椎管狭窄症を認めたためMRIを行った。この結果偶然に斜台部に腫瘍を認めた。下垂体窩の拡大を認めず、蝶形骨洞内に腫瘍なく、斜台の骨内に限局したT1でisointense、T2で hyperintense、造影効果を受ける腫瘍で、出血を伴っていた。術前のプロラクチン値が839ng/mlであったためプロラクチン産生腫瘍と診断し、経蝶形骨洞的に腫瘍摘出術をおこなった。組織学的に下垂体腺腫で、術後プロラクチン値も19ng/mlと正常化した。まれではあるが過去の報告では斜台部に生じた下垂体腺腫の半数はプロラクチン産生腫瘍である。ホルモン非分泌では術前、転移性腫瘍、脊索腫などと鑑別を要する。

Ectopic pituitary adenoma, prolactinoma

## 鞍上部に進展した巨大下垂体腺腫の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, 榊寿右\*

巨大下垂体腺腫の治療は、苦慮することが多く、今回我々は鞍上部に進展した1手術例を報告する。

症例20歳男性。視力低下、視野欠損を主訴に来院した。MRIにてトルコ鞍内から鞍上部に進展し嚢胞を伴った径4.5cmの腫瘍を認めた。内分泌学的に異常はなく、頭蓋咽頭腫もしくは非機能性下垂体腺腫が疑われた。手術は、anterior interhemispheric approachにて腫瘍を完全摘出した。病理学的には、プロラクチン陽性細胞が散見されるが大部分は陰性の非機能性下垂体腺腫であった。術後経過は良好である。

pituitary adenoma, suprasellar extension, anterior interhemispheric approach

## トルコ鞍部hemangiopericytoma

名古屋市立大学 脳神経外科  
蒲郡市民病院 脳神経外科<sup>1</sup>  
臨港病院 脳神経外科<sup>2</sup>神田佳恵 (Yoshie Kanda), 間瀬光人, 相原徳孝, 山田和雄, 杉野文彦<sup>1</sup>, 橋本信和<sup>2</sup>

患者は60才の女性で複視を主訴として当科を受診した。初診時、右視力低下、不完全な両耳側半盲があり、内分泌検査は下垂体機能のわずかな低下を示した。MRI上、トルコ鞍部にenhanced massを認め、非機能性下垂体腺腫と診断し、経蝶形骨洞腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は硬く易出血性であり、全摘出は不可能であった。病理診断で下垂体腺腫は否定された。残存腫瘍に対して開頭腫瘍摘出術を施行し、視神経への圧迫を除去したが、全摘は不可能であった。病理診断はhemangiopericytomaでstereo liniacによる radiosurgeryを施行した。その6ヶ月後、残存腫瘍は著明に縮小し、右矯正視力および視野はほぼ正常化した。トルコ鞍部のhemangiopericytomaは極めて稀であり、報告する。

hemangiopericytoma, parasellar lesion, radiosurgery



## 髄膜血管腫症の一例

藤田保健衛生大学脳神経外科、第一病理\*

川瀬 司(KAWASE Tsukasa)、長久伸也、  
安倍雅人\*、神野哲夫

【目的】髄膜血管腫症はクモ膜細胞の増生をみる髄膜の奇形性病変である。NF-1に合併しない1例を経験し臨床病理学的に検討したので報告する。【症例】30歳男性。けいれん発作で発症。CT上、右前頭葉石灰化を認める。MRI上、T1wで不均一なLIで内部に線状のLIを示し、T2wでHIRIMを伴う不均一なLIを示し、Gdで一部増強された。手術所見は、周囲とは比較的境界明瞭で一塊として摘出可能であった。【病理組織所見】血管の増生と髄膜上皮様細胞の増殖からなっていた。多数のpsammoma bodyが見られ、一部ではwhorl様所見も散見された。髄膜上皮様細胞はEMAが陽性を示した。【結論】①若年者にてかんかん発作で発症。②MRI上、T1w LI、T2w LI、Gd増強される。③血管周囲に増生する腫瘍細胞は髄膜腫細胞に近い性格を持っている。以上の特徴が確認された。

Meningioangiomatosis

充実性小脳血管芽腫に対する術前塞栓術について

福井赤十字病院 脳神経外科

細谷和生 (HOSOTANI Kazuo)、徳力康彦、時女知生、  
岩室康司、馬場一美、白畑充章

充実性血管芽腫は手術時の操作スペースが狭く囊胞を伴う型よりさらに止血に困難を要することが多い。それに対し術前の腫瘍塞栓術が用いられることが多くなくなっているが塞栓方法はいまだに確立されたものはない。今回我々は充実性小脳血管芽腫の手術摘出に際して手術前日にliquid coilを用いた塞栓術を行い少量の出血で摘出し得た症例を経験した。従来用いられているPVA等の粒子による塞栓に比較して腫瘍内血管への塞栓ではないために手術時にある程度出血は見られなかったが容易に止血できるものとなっていた。また栄養血管の塞栓であるため塞栓後の出血や腫脹の危険性は少なく、安全かつ有効な手段であるとの印象を得た。術前塞栓術を行わなかった充実性血管芽腫と今回の症例の手術ビデオを供覧し、coilを用いた術前塞栓術の有効性を考察する。

hemangioblastoma, cerebellum, embolization, coil

骨迷路が腫瘍で充満した  
小脳橋角部聴神経鞘腫の1例信州大学医学部脳神経外科  
昭和伊南総合病院脳神経外科\*滝沢 壮臣 (TAKIZAWA Takeomi)  
田中雄一郎、本郷一博、小林茂昭、宜保浩彦\*

神経鞘腫が迷路に発生することは希で、耳鼻科領域や剖検例として20例程度の報告があるにすぎない。今回我々は小脳橋角部及び内耳道に存在する通常の聴神経鞘腫例で、迷路にも腫瘍を認めた症例を経験したので文献的考察を交え報告する。症例は52歳女性で1991年に後頭下開頭で聴神経鞘腫の摘出を行った。内耳道内の腫瘍は残存した。1998年耳鼻科で中耳に腫瘍をみとめ、生検すると神経鞘腫であった。1991年のMRIを見直すと、すでに迷路と中耳に腫瘍は存在し、その後中耳の腫瘍が年々増大していった。骨CTでは内耳道底の骨構造は保たれており経過を通じて同部位の骨破壊はなかった。MRIで迷路が造影される症例は、同部に神経鞘腫が存在する可能性を考慮すべきである。

acoustic neuroma, labyrinth

結果的に塞栓術が有効であった  
carotid body chemodectomaの一例津島市民病院 脳神経外科  
津島市民病院 耳鼻咽喉科\*  
愛知医科大学 脳神経外科\*\*村上昭彦(Murakami Akihiko)、奥村輝文  
日々圭子\*、藤本岳志\*、犬飼崇\*\*、中川洋\*\*

頸動脈に発生するparagangliomaはcarotid body chemodectomaとして有名であるが、臨床上経験することは比較的に少ない。血管に富む腫瘍であるため術中の出血が多く、満足のいく結果の得られていない症例を散見する。症例は54歳の女性で右頸部に拍動性の腫瘤が増大してくるのを認め、当院耳鼻科を受診後脳外科に紹介となった。まず我々は腫瘍の縮小あるいは退縮を期待し、栄養血管の塞栓術を行った。しかし十分な効果が得られなかったため外科的切除にふみきったところ、結果的に術前のembolizationが効果的で、手術を非常にやりやすいものにしたため、若干の文献的考察を加えここに報告する。

carotid body chemodectoma, embolization

## Gliosarcoma の 1 症例

山田赤十字病院 脳神経外科

斎藤浩一 (SAITO koichi)、坂倉 允、  
丹羽恵彦、大野秀和

Gliosarcoma はGlioma の約2%前後に認めらる希な悪性腫瘍であるが、Glioblastoma の浸潤を受けた髄膜や血管内皮細胞から肉腫成分が発生すると考えられている。今回、Gliosarcoma の一例を経験したので、病理組織および治療経過を報告する。

症例) 48歳男性。全身性けいれんにて発症。CT、MRIにて右側頭葉内にring enhancement を伴う腫瘍を認めた。術中所見では境界明瞭で、腫瘍は固く、血管豊富であった。病理所見では、Glioblastoma の成分内に血管線維組織の著明な増生と肥厚した膠原線維の増加、紡錘形の纖維芽細胞を認めた。免疫染色では、紡錘形細胞はビメンチン陽性、SMA陽性で平滑筋の性格を呈した。術後放射線治療を施行したが、1か月後再発を来し、再手術を要した。

Gliosarcoma、Immunohistochemistry

脳室内に多彩な浸潤を示した小児視床腫瘍の一例

愛知医科大学 脳神経外科

同 小児科 \*

同 病院病理 \*\*

大岡 崇 (NUKAI Takashi)、師田 信人、渡部 剛也、本郷 一博  
中川 洋、加藤 亜紀子\*、片野 直之\*、藤本 孟男\*  
横井 太紀雄\*\*、原 一夫\*\*

我々は、脳室内に多彩な浸潤を示した視床原発と思われる oligodendroglioma の一例を経験した。症例は10歳 男児。当院入院6ヶ月前に数回の意識消失にて発症。徐々に意識消失の頻度が多くなり、早朝頭痛を訴えるようになった。近医受診し脳波異常を指摘され、精査目的にて当院入院となる。入院時神経学的所見では明らかな異常は無かったが、CT、MRIにて視床原発と思われる、一部造影効果の認められる腫瘍が側脳室、第三脳室、左内側頭葉にみられた。また中等度の水頭症も伴っていた。手術は左前頭開頭、transcallosal approach にて左側脳室内に入り透明中隔穿孔後に視床、側脳室内、第三脳室内の腫瘍を可及的に切除し、側脳室から第四脳室内にシヤントを留置した。腫瘍は灰白色、やや粘調で脳室上衣層の静脈周囲を覆った。また、側脳室内に開存していた。病理組織所見では小児 oligodendroglioma と診断されたが、dysembryoplastic neuroepithelial tumor の可能性も残されている。

Oligodendroglioma, pediatric, transcallosal approach  
Intraventricular tumor, epilepsy

5年後にspinal disseminationで再発したmixed gliomaの1例

名古屋大学 脳神経外科、放射線科\*

波多野 寿 (HATANO Hisashi)、梶田 泰一、  
佐原 佳之、若林 俊彦、吉田 純、深津 博\*

患者は50歳、男性、1993年12月に左前頭葉の腫瘍全摘出術を施行した。病理診断はmixed glioma grade3であり、IMR療法を行い完全寛解を得た。その後5年間局所再発はない。1998年11月より対麻痺で発症し、MRI上頸髄、胸髄、腰仙髄に多数の腫瘍陰影を認めた。MRIガイド下にL5-S1レベルの経皮的腫瘍生検術を行い、前回と同様の病理所見を認めため、脊髄播種と診断された。

原発巣が画像上CRでありながら、5年後にspinal disseminationで再発したgliomaは報告例が少ないため、診断、病態、治療方針につき若干の文献的考察を加え報告する。

mixed glioma, spinal dissemination,  
interventional MRI

VP-16が著効を示した再々発髄芽腫の一例

岐阜県立岐阜病院 脳神経外科、

三輪 嘉明 (MIWA Yoshiaki)、加藤 貴之、中谷 圭、  
谷川 原徹哉、大熊 巖夫

症例は32歳の男性で、平成5年に小脳髄芽腫に対し亜全摘術および放射線治療を施行され、平成8年播種に対し追加照射を受けた既往がある。平成10年3月嗜眠傾向を主訴に来院した。MRIを施行したところ、播種またはradiation necrosisが疑われた。follow up MRIにて病変が増加、増大しており播種と診断した。治療法の選択に苦感したが、家族が積極的な治療を拒否したため、VP-16 (エトポシド) 内服療法を選択した。Chamberlainらの用法を一部変更し、VP-16 75mg IX 2週投与し、4-6週休業しこれを1クールとし繰り返し返すこととした。1クール後播種は消失し、現在5クール目を施行中である。なお脱毛、貧血などの副作用は認めていない。以上髄芽腫の再々発に対しVP-16が著効を示した一例を経験したので報告した。

medulloblastoma, VP-16, recurrence,

### 頭蓋内出血で発症し髄腔内播腫をきたした末梢性原始神経外胚葉性腫瘍の1例

<sup>1</sup> 藤枝市立総合病院脳神経外科

<sup>2</sup> 浜松医科大学脳神経外科

<sup>3</sup> 同 第2病棟

野崎孝雄 (Nozaki Takao)<sup>1</sup> 篠原義賢<sup>1</sup> 杉浦正司<sup>1</sup>  
角谷和夫<sup>1</sup>、横田尚樹<sup>2</sup>、三浦克敏<sup>3</sup>

症例は47歳男性、H10.4.10左片麻痺で発症。CT、MRIにて延髄、脳梁吻の2ヶ所に出血を認めしたが、保存的治療で症状は改善し、23日後に退院した。しかし5月26日再び左片麻痺が出現、MRIにて延髄、脳梁の病変は増大、右側頭葉、左小脳橋角部にも造影を認めた。開頭生検術を行い、病理組織はMIC2染色が陽性のことなどから末梢性原始神経外胚葉性腫瘍と診断した。他に腰痛も訴え、MRIにて胸、腰髄、馬尾にも腫瘍を認めた。全脳、全脊髄照射、化学療法 (VCR 1.5mg/m<sup>2</sup>: 1週毎) を開始した。胸部、腹部CT、ガリウムシンチ等の全身検査では原発巣を指摘できなかった。症状は著明に改善し独歩退院したが、その後再発により寝たきりとなり、H11.1.29死亡した。頭蓋内出血で発症した末梢性原始神経外胚葉性腫瘍はまれで、文献的考察を加えて報告する。

peripheral primitive neuroectodermal tumor, MIC2  
CSF dissemination, intracranial hemorrhage

### 前頭骨巨大海綿状血管腫の1手術例

松波総合病院 脳神経外科・病理\*\*

松久 卓 (MATSUHISA Takashi)\*、  
寺町英明、平田俊文\*、池田庸子\*\*

症例は48歳、男性。平成9年12月頃より左前額部皮下に腫瘤が出現し徐々に増大してきた。10年12月当科を受診し、CT検査にて著明な骨破壊と周囲の骨肥厚を伴い頭蓋内外に進展した腫瘍を認めた。MRI検査では、中心部はT1WIで強な高信号、T2WIでは低信号でありGdでは造影されなかった。その他の腫瘍実質はT1WIで境界鮮明な等信号、T2WIでは高信号であり、Gdで著明に造影された。脳血管造影では左外頸動脈分枝より流入する腫瘍陰影を認めた。11年1月19日、腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は被膜に被われており、実質は赤褐色で比較的軟らかく易出血性であった。腫瘍は硬膜と強く癒着していたが剥離可能で硬膜を開放せずに腫瘍の全摘出が可能であった。病理所見は海綿状血管腫であった。この稀な腫瘍について若干の文献的考察を加えて報告する。

Intraosseous cavernous angioma

### 松果体部腫瘍の放射線治療後に発生した血管腫の一例

福井県立病院脳神経外科

朴 在鎬 (PARK Cheho)、丸川浩平、清水旬利子、  
得田和彦、新多 寿、柏原謙悟

症例は55歳男性で、1989年(45歳)水頭症と松果体部に小石灰化を伴った直径2.5cmの腫瘍を認めた。V-P shunt施行後、全脳13Gy+局所40Gyの照射を行った。腫瘍は退院時径1.2cmに縮小し、その後も徐々に縮小し増大はない。1998年8月21日、定期検査にてMRI上右側頭葉にT1WIにてhigh intensity、T2WIでmixed intensityを呈する腫瘍が出現した。10月8日のMRI再検にて腫瘍の増大を認めた。CTにおいてはmixed densityを呈し、脳血管造影では異常血管はなかった。出血を繰り返す血管腫を疑い、10月19日手術を施行した。腫瘍はMCAからfeedされる赤褐色、弾性硬の腫瘍で、病理診断はcavernous angiomaと報告された。放射線治療後の血管腫発生は0.4%前後と報告されており貴重な症例と思われる報告する。その発生機序は照射による微少血管の閉塞による血管新生能の活性化と考えられている。

radiation-induced tumor, angioma, MRI

### 側頭骨軟骨系腫瘍の2症例

豊川市民病院脳神経外科

加藤康二郎 (Kato Kojiro) 谷村一、福岡秀和  
小出和雄

症例1は13才男児。以前より頭蓋の変形を指摘されており、頭痛、悪心が見られるようになった。CT、MRIで頭蓋内に突出するmassを認め、摘出術を行った。腫瘍は一部硬膜を突き破っていたものの、容易に全摘出来た。組織はchondro blastomaであった。症例2は50才女性。癒癢で発症。CT、MRIで非常に強い石灰化を示すmassが右中頭蓋窩に認められた。術中所見では、腫瘍には浸潤傾向はないものの、硬膜は完全に失われ、陥凹に富んだ腫瘍表面は脳表と強く癒着していたため摘出を断念した。組織はchondromaであった。2症例ともに側頭骨を中心に発育した軟骨系腫瘍であり、文献的考察を加え報告する。

chondro blastoma, chondroma,  
temporal bone

組織型の異なる精巣腫瘍 (teratoma) の脳転移  
(choriocarcinoma)

松坂中央総合病院脳神経外科

篠田幸子 (SHINODA Sachiko), 田中公人,  
大山隆城

脳出血のうち若年発症であるなど非典型的な場合はCT以外の画像診断や腫瘍マーカーをふくむ全身検査が必要と考えられ、治療のタイミングを失わないことが重要である。今回我々は若年発症の脳出血で精巣腫瘍の脳転移の一例を経験したので報告する。症例：23才男性。頭痛を訴えCT施行された。脳出血と診断され紹介入院となった。来院時のMRIで左側頭葉にリング状の造影を受けるmassを認め、腫瘍内出血と診断。胸部、腹部CTにてもmass lesionを認めた。術後の組織診断はchoriocarcinomaで原発巣精巣と判明、泌尿器科にて精巣除去術が施行された。精巣腫瘍の組織診断はmature teratomaであった。現在化学療法終了し胸部、腹部のmassは縮小し手術予定である。若年発症の脳出血で原発と転移巣で組織型が異なる症例について過去の文献を含め考察する。

choriocarcinoma, metastasis

## carcinosarcomaの脳転移例

愛知県厚生連 海南病院 脳神経外科

岡田 健 (Takeshi Okada), 山本直人,  
棚澤利彦、服部光爾

carcinosarcomaは稀な腫瘍であり、その脳転移例は極めて稀である。今回我々は術後の経過が良好なcarcinosarcomaの脳転移例を経験したので報告する。

症例は、65歳の女性で、1996年8月に右視床出血にて入院歴がある。その後検診にて左肺のtumorを指摘され1997年6月に左肺下葉切除術を受けた。組織型はcarcinosarcomaであった。1997年10月に痴呆、右片麻痺出現、頭部MRI施行したところ、左後頭葉から脳幹部に及ぶ均一に造影される腫瘍を認めためたため当科入院。11月7日にMRI navigation下に腫瘍摘出術を施行、組織診断はcarcinosarcomaであった。術後経過は良好で、痴呆は急速に回復、右片麻痺も改善し歩行器にて歩行可能となった。

若干の文献的考察も加え報告する。

carcinosarcoma brain metastasis

再照射が著効を呈した転移性脳腫瘍の2症例  
定位的放射線治療による経験

藤野市民病院脳神経外科

Fumihiko Sugino  
杉野文彦、 梅村訓、 川村康博

近年転移性脳腫瘍に対する定位的放射線治療(SRS)が普及しつつある。当院でも90%程度の有効率を得ているが、照射後も増大し続ける例も認める。今回初回SRSが無効であり、再照射が著効を呈した2例を報告する。症例1：68才女性。直腸癌脳転移に対し、平成10年5月28日辺縁線量16Gyで照射する。照射後も増大を認めたため、8月24日辺縁線量17Gyで再照射した。再照射後著名に縮小したが、11月5日肺転移のため、死亡した。症例2：69才男性。肺大細胞癌脳転移に対し、平成10年10月9日辺縁線量17Gyで照射する。照射後も増大したため、12月18日辺縁線量14Gyで再照射した。再照射後縮小したが、平成11年3月10日原発病変悪化のため、死亡した。考察：転移性脳腫瘍の症例では、初回照射が無効の場合でも、QOL改善のため、再照射を試みるべきである。

stereotactic radiosurgery, metastatic brain tumor, linear accelerator

## 眼球内に原発し頭蓋内に転移した悪性黒色腫の1例

社会保険中京病院 脳神経外科

○飯塚 宏 (HIZUKA Hiroshi)、池田 公、雄山 博文、  
井上 繁雄、渋谷 正人、土井 昭成

我々は眼球内に原発しその後頭蓋内に転移したが、手術によって症状が軽快した悪性黒色腫の1例を経験したので報告する。

症例は45歳女性、右眼球内に腫瘍を指摘され右眼球腫瘍と右眼球的摘出術が施行された。病理学的に悪性黒色腫と診断された。突然失語、顔面神経麻痺が出現しCT、MRIにて転移巣を指摘され当科に入院となった。

CTにて左シルビウス裂に円形で径が約5センチの浸潤影があり、MRIではT1でhigh、T2でlow、嚢胞様内部には結節部分がみられた。左前側頭開頭術にて腫瘍摘出術を行った。画像で嚢胞様に見えたものは古い血腫で、結節状の部分に一部メラニン産生細胞があり病理学的に悪性黒色腫であった。術後、顔面神経麻痺は改善し会話も可能になった。全身に対する化学療法を開始し現在経過観察中である。

在経過観察中である。

Goldenhar症候群に頭蓋内病変を伴った一症例

名古屋市立東市民病院 脳神経外科

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

症例は1歳の女児で、生下時より左角膜混濁、舌小帯、口腔内嚢胞、左側頭部毛髪欠損を指摘され、他院にて角膜移植・眼瞼形成術、口腔内嚢胞・舌小帯に対する手術を施行された。1歳6カ月検診の際に頭囲拡大を指摘され、頭部CT上頭蓋内病変の存在が疑われた。当科に紹介され頭部MRIにてくも膜嚢腫がみられ、CTにて同病変へのdelayed fillingとdelayed washoutを認めた。1才9ヶ月時にCPシャント術を施行しくも膜嚢腫は徐々に縮小し、現在外来でfollow中である。

Goldenhar症候群は第1・第2鰓弓形成異常、脊椎骨奇形を特徴とするが、頭蓋内病変の合併例の報告は少ない。本症例はGoldenhar症候群にくも膜嚢腫を合併した稀な症例と考えた。

Goldenhar's syndrome, arachnoid cyst

神経内視鏡的開窓術で治療した透明中隔嚢胞の一例

静岡県立こども病院 脳神経外科

中島誠爾 (Nakajima Seiji) 佐藤倫子 佐藤博美

近年、神経内視鏡による嚢胞開窓術による報告が増加している。今回、透明中隔嚢胞を治療し、良好な結果をえた為報告する。症例は5歳男児。頭部打撲し、偶然CT上、正中部嚢胞に気づかれ紹介入院した。MRIにて透明中隔嚢胞及びベルガ腔と診断し、CTCにて嚢胞への造影剤の流入は遅延し、消失も遅延した。側脳室内へ造影剤は早期流入し24時間後で消失していた為、嚢胞開窓術の適応と考え手術施行した。右側脳室前角より町田NEU-4を用い、嚢胞壁に達しバイポーラ、フォガティ2Frバルーンカテーテルにて複数個の開窓術を行った。術後、嚢胞の縮小を認め、CTCにて嚢胞及び側脳室への造影剤の早期流入、24時間後での消失を確認した。神経内視鏡的開窓術で治療した透明中隔嚢胞の一例について文献的考察を加え報告する。

Cavum septum pellucidum, Neuroendoscopy

神経内視鏡下に嚢胞開窓術を施行した脳室内嚢胞の1例

金沢医科大学 脳神経外科

山本謙二 (YAMAMOTO Kenji)、赤井卓也、  
岡本一也、飯塚秀明、角家 暁

症例は9歳男児。出生時より左側頭部の膨隆を認めていたが、痙攣発作、頭痛などの症状もなく放置していた。1998年4月頃より左側頭部の膨隆が顕著となり当科入院となった。頭部単純X線撮影では左側頭骨の膨隆と菲薄化を認めた。CTでは左側脳室下角から後角の部位に7×11×13cmの巨大な低吸収域があり、著明な正中偏位を認めた。MRIでは嚢胞は髄液とほぼ等信号を呈し、左側脳室内に存在することが確認された。また右側脳室下角にも小さな嚢胞を認めた。脳槽CTでは脳室およびくも膜下腔との交通はなかった。この病変に対し神経内視鏡下に嚢胞開窓術を施行した。嚢胞内容液は無色、透明であった。嚢胞壁を鉗子にて切除すると髄液の嚢胞内への流入が観察された。嚢胞壁の組織所見では上衣細胞や円柱上皮は認めず、intraventricular arachnoid cystと考えられた。術後、嚢胞は縮小、正中偏位は改善し、新たな神経症状の出現もなく経過観察中である。

arachnoid cyst, ventricle, neuroendoscopy

保険医療制度における脳神経外科の特殊性

: 高額医療 (8万円以上) について

慶應義塾大学伊勢慶應病院 脳神経外科

堂本洋一 (Doumoto Youichi)

【目的】 保険医療制度における脳外科の特殊性を検討した。【対象】 三重県国民健康保険及び老人保健の診療報酬請求の統計より分析した。【結果】 ①脳外科の総件数 (外来入院) は全件数の0.9%で、その医療費は全科の2%。②脳外科の総件数の8.4%が入院患者で、その医療費は脳外科全体の80.5%。③高額医療については、全科総件数の0.2%で、その医療費は全体の12%。④脳外科の高額医療は、脳外科総件数の2.6%で、医療費としては脳外科総医療費の61%。⑤脳外科入院患者の31%は高額医療となり、高額医療費の37%は手術料。【結論】 脳外科は、全体からみるとminorではあるが、高額医療の件数が多く、脳外科の医療水準と全体の水準とのギャップにその特殊性が認められた。

insured medical care, neurosurgery

末梢性前脈絡叢動脈瘤の一例

中村病院<sup>1)</sup>、福井医科大学脳神経外科<sup>2)</sup>  
春江病院<sup>3)</sup>

宇野初二(Uno Hatsujii)<sup>1)</sup>、石井久雅<sup>2)</sup>、半田裕二<sup>2)</sup>  
久保田紀彦<sup>2)</sup>、勝村浩敏<sup>3)</sup>

我々は、前脈絡叢動脈の末梢部動脈瘤破裂によると考えられた脳室内出血の一例を経験したので報告する。症例：62才、女性。3年前にくも膜下出血。左内頸動脈-前脈絡叢動脈分岐部動脈瘤クリッピング術。平成10年9月1日、意識無く、倒れているところを発見され、近医搬送(J.C.S.300)。両側脳室内出血を認め、両側脳室外ドレナージ術施行。その時に施行した脳血管撮影では明らかな動脈瘤は認めず。9月16日当院脳院。脳血管撮影にて左前脈絡叢動脈末梢部に動脈瘤をみとめ。10月1日左中側頭回経由にて下角に到達、血腫を除去するとその一部に動脈瘤と思われる部分があり、それを摘出した。術後の血管撮影で動脈瘤消失。10月29日脳室腹腔短絡術施行。患者は簡単な指示に応じるまで改善し、転院した。組織所見は仮性動脈瘤であった。

intraventricular hemorrhage,  
anterior choroidal artery aneurysm

初回脳血管撮影で同定し得なかった後下小脳動脈末梢部血栓化動脈瘤の2例

岐阜大学脳神経外科

古市昌宏 (FURUICHI Masahiro), 山川弘保,  
郭 泰彦, 岩間 亨, 坂井 昇

初回の脳血管撮影にて出血源を同定し得なかった後下小脳動脈末梢部の部分血栓化動脈瘤の2例を報告する。症例1：34才女性。WFNS grade2。頭部CTで第4脳室内血腫と後頭蓋窩主体のSAHを認めた。発症時の脳血管撮影では出血源は不明であったが、2週間後の脳血管撮影で左後下小脳動脈 caudal loop に動脈瘤を認めた。手術所見は部分血栓化動脈瘤であった。症例2：57才女性。WFNS grade 4。頭部CTで第4脳室内の massive hematoma と後頭蓋窩主体のSAHを認めた。脳血管撮影では動脈瘤は認められなかったが、第4脳室内の血腫を取り除く目的で後頭下開頭術を施行。右後下小脳動脈 vermian branch に部分血栓化動脈瘤を認めた。後下小脳動脈末梢部動脈瘤の特徴につき考察を加える。

distal PICA aneurysm, negative angiography

Neck clipping 術後長期間経過後に生じた  
de novo aneurysm の1剖検例

三重県立総合医療センター 脳神経外科

鈴木秀謙 (SUZUKI Hideonori)、村松正俊、  
山本順一、清水健夫

破裂脳動脈瘤に対しneck clipping術を施行したにもかかわらず、同部位や他部位に生じた脳動脈瘤によりクモ膜下出血が再発した症例が散見される。このような脳動脈瘤の発生機序を考慮するにあたり興味深い症例を経験したので報告する。症例は12年前に右内頸動脈後交通動脈分岐部(ICPO)の破裂動脈瘤に対しneck clipping術を施行された既往がある58才の女性。突然の頭痛、嘔吐に続く意識障害のため救急車にて搬送された。原因は右内頸動脈終末部の破裂動脈瘤によるクモ膜下出血であった。緊急にclippingおよびwrapping術を施行したが、Day4に死亡した。剖検所見では右ICPC動脈瘤は治癒しており、これより遠位部に新たな破裂動脈瘤を認めた。これらの2つの動脈瘤の組織所見を中心に報告する。

cerebral aneurysm, neck clipping, de novo aneurysm,  
subarachnoid hemorrhage, recurrence

動眼神経麻痺を呈したが、脳動脈瘤を確認できなかった1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

尾内一如 (ONOUCHI KAZUNAO) (1)、入谷克己 (1)、  
山田徳久 (1)、神野哲夫 (2)

内頸動脈-後交通動脈分岐部脳動脈瘤に動眼神経麻痺を合併することはよく知られている。今回、動眼神経麻痺で発症し、脳動脈瘤を疑ったにもかかわらず、手術にて脳動脈瘤を確認できなかった症例を経験した。症例は47歳男性、小児期より右眼球的軽度外転位と複視を認めていた。1999年3月1日から右眼が完全に外転位で固定したため当科を受診した。右瞳孔散大、右対光反射消失を認めた。脳血管撮影にて脳動脈瘤を疑って大開頭脳動脈瘤クリッピング術を試みた。しかし右内頸動脈周囲のクモ膜の白濁と肥厚を認め、右動眼神経との癒着を認めたが明らかな脳動脈瘤は認めなかった。この癒着の剥離のみ施行して手術を終了している。術後、右動眼神経の散大は改善し、対光反射も改善している。この症例につき若干の考察を加えて報告する。

oculomotor nerve palsy, arachnoiditis, adhesion

破裂前交通動脈瘤クリッピング18年後に、  
血栓化巨大動脈瘤を生じた一例

小林脳神経外科病院  
信州大学脳神経外科\*

岩下 具美 (WASHITA Tomomi)、小山 淳一、  
小林 聰、田中 雄一郎\*、小林 茂昭\*

症例は64歳の男性。18年前、破裂前交通動脈瘤に対し、lt. pterional approachでHeifetz clipを用いてclipping術を行い神経脱落症状なく退院した。平成11年2月24日に左側頭葉皮質下出血で入院し、単純CTでclipに接する33mmの等吸収域の腫瘍も認められた。血管造影と造影CTで、部分的に血栓化した巨大前交通動脈瘤と診断した。手術はanterior interhemispheric approachで、long straight clip (Sugita clip No. 70と90) 2本を用いてneck clippingした。この際、5分程のtemporary clippingを2度行い、Heifetz clipを除去し、血栓化した部分はmicro-ultrasonic aspiratorを用い吸引した。術後、新たな神経症状を認めずADL自立し独歩退院した。巨大動脈瘤の中で前交通動脈の発生頻度は低く、本症例のように過去のクリッピング手術後に、血栓化した巨大動脈瘤の報告はない。若干の文献的考察と手術所見を報告する。

SAH, thrombosed giant aneurysm, anterior interhemispheric approach, ultrasonic aspirator, anterior communicating artery

脳動脈瘤塞栓術におけるコイル体積量の検討

金沢大学 脳神経外科, 放射線科<sup>1</sup>

内山尚之 (UCHIYAMA Naoyuki), 木多真也,  
野村素弘, 山下純宏, 吉川 淳<sup>1</sup>, 松井 修<sup>1</sup>

【目的】脳動脈瘤塞栓術時に完全閉塞を得るには、動脈瘤に対して体積的などの程度のコイルを留置すればよいかを検討した。【方法】過去2年間に当施設で塞栓術を行った41例を対象とした。塞栓術終了時の閉塞状態を、complete occlusion : C群, neck remnant : NR群, incomplete occlusion : I群に分類した。瘤体積を算出し、コイル体積はその総長から体積を計算して占有率 (コイル体積/瘤体積 (%)) を求めた。【結果】41例中33例 (81%) で良好な瘤閉塞 (C, NR群) が得られた。占有率の平均値は、C群 : 22.3 ± 4.8%, NR群 : 16.1 ± 5.1%, I群 : 12.4 ± 3.0%であった。瘤およびneckのsizeにかかわらず、C群の占有率は20%以上であった。【結論】DSA上C群となるには、コイル占有率が20%以上は必要と考えられた。

GDC, aneurysm

Persistent trigeminal artery variant 起始部の  
動脈瘤に塞栓術を行った1例

名古屋大学医学部脳神経外科

Suzuki Osamu  
鈴木 幸、宮地 茂、根来 真、岡本 剛、吉田 純

persistent trigeminal artery (PTA)は内頸動脈・脳底動脈吻合中、最も多くみられる胎生期遺残血管であるが、内頸動脈より分枝し、脳底動脈に吻合せずに直接小脳動脈に終止する血管はpersistent trigeminal artery variant (PTAV)と命名されている。今回我々はPTAVの起始部に生じた動脈瘤に対する血管内手術の1例を経験したので報告する。症例は60歳、女性。突然の右動眼神経麻痺にて発症し、脳血管造影にて6×7mmの右内頸動脈-PTAV分岐部動脈瘤が認められた。PTAVは右前下小脳動脈領域を灌流しており、同部以外の右小脳は椎骨脳底動脈の正常分枝により灌流されていた。直達手術は長襲が大きいと考へ、GDCを用いた瘤内塞栓術を行った結果、約一ヶ月で動眼神経麻痺は消失した。

PTAVの発生頻度は0.1%~0.6%と報告されており、PTAと同様動脈瘤の合併率は高いが、その発生部位は一般の動脈瘤の好発部位と一致しており、遺残動脈自体から動脈瘤が発生した例は、渉猟しえた範囲では自験例を含め4例のみであった。症状の発生機序とその解剖学的特徴、及び、血管内治療の有用性について若干の文献的考察を加えて報告する。

persistent trigeminal artery variant, aneurysm, internal carotid artery, embolization

両側解離性椎骨動脈瘤の2症例

豊橋市民病院脳神経外科

渡辺 督 (Watanabe Tadashi)、井上 憲夫、岡本 奨、  
若林 健一、市川 優寛、渡辺 正男

症例 1 : 43 才男性、クモ膜下出血で発症、JCS1-1。脳血管造影では両側解離性椎骨動脈瘤が疑われ、出血の疑わしい右側を検索したが、PICA は動脈瘤から分岐しており、試験開頭に終わった。その後左側にコイル塞栓術を行い、右側は自然閉塞し、GR で退院した。その後の血管造影では再び右側動脈瘤は造影されるようになり、現在保存的に経過をみている。症例 2 : 53 才女性、クモ膜下出血で発症、JCS III-100。脳血管造影では左椎骨動脈の狭窄と右椎骨動脈 PICA 分岐後閉塞を認め、解離性動脈瘤が疑われた。翌日より意識は改善し、Day3 の右椎骨動脈造影では再開通が得られた。Day23 に左椎骨動脈の血管拡張術を試みたが、血管攣縮を生じ中止した。右椎骨動脈は PICA 分岐後再開通していた。2 ヶ月後の脳血管造影では左椎骨動脈起始部での閉塞と、右椎骨動脈に peak and string sign が認められた。脳底動脈は後交通動脈を介して造影されていた。両側解離性椎骨動脈瘤は比較的稀であると考へられ、臨床経過を文献的考察を踏まえ報告する。

Dissecting aneurysm, Bilateral

保存的加療にて長期間経過観察をした  
前大脳動脈解離の2例

藤井脳神経外科病院 脳神経外科<sup>1)</sup>  
水見市民病院 脳神経外科<sup>2)</sup>

○赤池秀一<sup>1)</sup> (Akaike S) 藤井博之<sup>1)</sup>, 二見一也<sup>2)</sup>

【目的】前大脳動脈解離の自然経過は不明である。長期経過観察した2症例を報告する。【症例】症例1は48歳男性。頭痛と左下肢の脱力のTIAで発症。CT, MRIで右前大脳動脈領域の一部に脳梗塞を認めた。脳血管撮影で右頸部内頸動脈のkinkingと右前大脳動脈A2部に狭窄を認めた。4, 8ヶ月後の脳血管撮影でA2部の狭窄の軽快と内頸動脈のkinkingの遠位方向への移動を認めた。症例2は47歳男性。軽度の頭痛と左片麻痺のTIAで発症。CT, MRIで右前大脳動脈領域の一部に脳梗塞を認めた。脳血管撮影では異常を認めず, 3D-CTAで右A2部の拡張を認めた。1ヶ月後の脳血管撮影で右A3部にfusiform様の拡張と遠位部の狭窄を認め4ヶ月後には狭窄は軽快傾向となった。2例とも保存的加療にて症状は再発していない。【結論】前大脳動脈解離は自然緩解することが示唆された。

ACA dissection, conservative therapy

急性期局所線溶療法により劇的な効果を得た  
脳底動脈塞栓症の1例

知多厚生病院脳神経外科

國見知洋 (KUNIMI Tomohiro)、水野志朗、  
中塚雅雄

症例は心筋梗塞の既往のある64歳男性。平成11年1月24日19時頃から呂律が回らず、その後嘔吐するようになったため、1月25日8時救急車で来院した。初診時、意識は清明で垂直性眼振と顔面を含むごく軽度の左運動知覚障害を認めた。CTで病変は明らかでなく、ラクナ梗塞と診断し、オザグレルとヘパリン持続静脈内投与を行った。同日23時、突然除脳硬直となった。CTでは出血および梗塞巣は明らかでなく、XeCTで脳幹および右小脳半球の血流低下が認められた。直ちに脳血管造影を施行した。脳底動脈先端部に血栓があり、右上小脳動脈が閉塞していた。ウロキナーゼの局所動注による血栓溶解術を施行した。血栓溶解直後から意識は清明となり、現在まで神経学的脱落症状はない。脳底動脈塞栓症の治療につき、若干の文献的考察を加え報告する。

fibrinolysis, urokinase, basilar stroke

3D CT scan と超音波断層撮影による頸動脈  
狭窄症の診断

浜松労災病院 脳神経外科

大野 誠、三宅 英則、沈 正樹

CTアンギオと超音波断層撮影で頸動脈の石灰化頻度と狭窄症を調べ、これら2つの方法を比較検討した。対象 脳血管障害で受診した患者136症例である。結果 CTアンギオで狭窄を認めたものは60歳以下、60～70歳、70歳以上でそれぞれ35%、41%、80%であった。頸動脈に石灰化を伴うものは同様にそれぞれ18%、39%、74%であった。超音波断層撮影による検査結果は、狭窄は60歳以下、60～70歳、70歳以上でそれぞれ5%、10%、37%で、また石灰化はそれぞれ20%、33%、52%であった。結語 今回の脳血管障害例では、高齢者(70歳以上)で狭窄と石灰化が多く、頸動脈の老化は70歳前後を境にして急速に進むものと思われた。また特に高齢者では超音波断層撮影では十分に頸動脈の病変をとらえきれない可能性が考えられた。

頸動脈狭窄症、頸動脈石灰化、CTアンギオ、  
超音波断層撮影

高位内頸動脈狭窄症に対する  
内膜剝離術

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、中林規容、小林望

内頸動脈狭窄症 (IC stenosis) に対し、1998年1月より99年3月までに7例の内膜剝離術 (CEA) を施行した。このうち狭窄部が第2・3頸椎々間レベルを越える高位IC stenosisは2症例であった。当科では原則的にCEA術中に内シヤントを使用しているが、病変が高位の場合、術野が狭いためシヤント留置がより困難となる。この2症例については術前・術中の検査結果に従い、1例では内シヤントを使用した。もう1例ではシヤント不要と判断しこれを用いずにCEAを行った。両者とも合併症なく治療し得た。症例を呈示し、高位病変のCEAの際に有用な術前検査や手術方法などにつき報告する。

carotid, artery, stenosis, endarterectomy, shunt



頸動脈ステント設置により網膜中心動脈塞栓症を生じた  
1例

富山医科薬科大学脳神経外科

桑山直也 (KUWAYAMA Naoya)、久保道也、平島豊、  
上山浩永、遠藤俊、郎高久晃

最近、頸動脈狭窄症に対してステント設置術が施行され  
始めた中、塞栓症の発生は一つの危険される合併症であ  
る。我々は文献上稀と思われる合併症を経験した。症例  
は66歳の男性、高血圧、ASOに対するYグラフトの既往  
がある。突然の見当識障害、左片麻痺にて発症した。  
MR diffusion imageにて右大脳半球分水嶺領域に虚血巣  
が、SPECTでは右半球の広範な血流低下が認められた。  
血管写にて左内頸動脈閉塞症および右内頸動脈起始部高  
度狭窄症と診断された。発症14週目に右内頸動脈起始部  
にステントを設置した。前拡張時、TCDモニターにて多  
数のHITSが記録されたが、神経脱落症状なく治療を終え  
た。しかし終了直後より右視力障害を生じ、眼底検査に  
て網膜中心動脈塞栓症と診断された。PGE製剤を使用し  
たが、中心視力は回復していない。

carotid stenosis, PTA, Stent, central retinal artery thrombosis

急速に進行した右無名動脈狭窄症に対する血  
管形成術の1例

信州大学医学部脳神経外科  
国立循環器病センター 脳神経外科\*

長島 久 (Hisashi NAGASHIMA)、小林茂昭、  
坂井信幸\*

経皮的血管形成術 (PTA) は、頸部血管狭窄症に対する有  
用な治療法として、近年その適応を広げつつある。我々  
は、血管形成術に起因すると思われる近位血管の急速な  
進行性狭窄を呈した症例を経験したので報告する。  
症例は55歳の男性。労作時の右上肢痛にて発症、血管  
撮影上右鎖骨下動脈 80%狭窄を認めため、某院にて  
右鎖骨下動脈 PTA を施行された。術後一過性に症状は  
改善したが、治療3か月後より労作時に高度な右上肢痛  
が出現した。血管撮影上、右無名動脈に95%狭窄を認  
めたため、同部に対しPTAとステント留置を行った。  
無名動脈の進行性狭窄は、初回治療時に無名動脈の内膜  
損傷を来したためと考えられた。PTAの際には周囲血  
管も病的な状態にあると考えられ、それらに対する愛護  
的操作が必要であると考えられた。

Angiography, Arteriosclerosis, Endovascular surgery,  
Innominate artery, Percutaneous transluminal angioplasty

未破裂脳動脈瘤に対するクリッピング術中に  
出血をきたしたoccult AVMの一例

名古屋第一赤十字病院脳神経外科

小島俊行 (KOJIMA TOSHIYUKI)  
岡本 奨 下澤定志 金森雅彦 中村鋼二

症例は57才男性。慢性的な頭痛の精査の目的で近医で撮  
影したMRIで前交通動脈瘤を疑われ当院へ紹介。血管  
撮影にて確診が得られ、本人の希望により開頭クリッピ  
ング術を施行した。術後覚醒不良となり、CTで術野と  
は無関係の左側頭葉に出血がみられたため、緊急で開頭  
血腫除去術を行った。術中、血腫内に異常血管組織が見  
つかり、病理組織検査でAVMと診断された。術前のM  
RI、血管撮影のいずれにおいてもAVMの所見は認め  
られない。患者は、術後一時的に不穏、せん妄となり、  
さらにアレルギー性紫斑病を併発したが回復、約3カ月  
後に軽度の失語症、右不全麻痺の症状を残し退院となっ  
た。近年、脳ドックの普及とともに未破裂脳動脈瘤が発  
見される機会が多くなり、手術例も増加しているが、ひ  
とたび合併症をおこした場合には重大な結果となる。今  
回の症例を警鐘の意味を込めて提示したい。

unruptured aneurysms occult AVM

脳内出血後3年経過し確認された  
occult AVMの1例

国立東静岡病院 脳神経外科  
\*名古屋市立大学 脳神経外科

丹羽裕史 (YUJI NIWA)、布施孝久、  
原田重徳、\*山田和雄

症例は23歳男性。3年前に、右不全片麻痺のため  
当科へ搬入された。CTで左前頭葉脳内血腫を認  
めたため脳血管造影を施行したが、異常血管像は  
なかった。同日、開頭血腫除去術を行い、術中、  
異常血管所見はなかった。発症後3週目に脳血管  
造影を再施行したが異常はなく、術後2ヶ月で独  
歩退院した。MRIで経過観察中、発症から3年後  
に出血部位近傍にflow voidがみられた。脳血管撮  
影では左MCAからfeederされるAVMが描出され  
た。開頭摘出術を行い、病理組織所見は典型的な  
AVMであった。脳出血後発見されるoccult AVM  
は非常に希であるが、今回我々はMRIにより脳出  
血後に出血部位近傍に成長しつつあるoccult AVM  
を確認できたので、文献的考察を加えて報告する。

Occult AVM

血管撮影上興味ある経過を示した

頭蓋内脳動静脈瘻の1例

名張市立病院 脳神経外科

奈良県立医科大学 脳神経外科<sup>1</sup>

三島秀明(MISHIMA Hideaki)、平松謙一郎

竹嶋俊一、柳 寿右<sup>1</sup>

症例は47歳右利き男性。左頭頂葉の出血性梗塞のため他院で入院。平成9年5月8日検査目的で当院入院。脳血管撮影では明らかな異常は認めなかった。2回目の脳血管撮影で左頭頂葉にA-V fistulaを認めた。その後2回脳血管撮影を施行した所、shunt量が増加していた。この間神経学的に異常なく経過していたが平成10年12月24日TIA発作を生じゲルストマン症候群を呈したため緊急入院。入院後けいれんも生じた。症状は回復したが、入院後の脳血管撮影でも左頭頂葉にA-V fistulaは依然存在し、このA-V fistulaによる盗血によりTIA発作が出現しているものと考え、A-V fistulaの摘出術を施行した。A-V fistulaの全貌を露出した後、これを切除摘出した。患者は神経脱落症状なく独歩退院した。

arteriovenous fistula, hemorrhagic infarction, venous thrombosis

当院における経橋骨動脈脳血管撮影の工夫

聖霊病院脳神経外科、名古屋大学脳神経外科\*

加藤恭三(Kyozo Kato)、梶田泰一\*、

最近、脳神経外科領域においても徐々に経橋骨動脈血管撮影が広まってきている。経橋骨動脈選択的脳血管撮影は上腕動脈からの血管撮影と比較して、検査後自由に肘関節を曲げられる点や、圧迫時間が縮小できる点など患者の負担が軽減できることより、minimum invasive neurosurgeryの観点において優れているばかりでなく、車椅子での搬送が可能など看護スタッフの労力軽減にも役立つ。反面、常に橋骨動脈にスパasmが発生する危険がある点や、長いカテーテルを必要とするなど、操作性にも問題点があると思われる。我々は、平成10年5月からほぼ1年間にわたって、緊急時も含めて原則として経橋骨動脈脳血管撮影を施行してきた。カテーテルやシースの改良によりこれらの問題点がある程度軽減されたので報告する。

trans radial angiography

孤立性脳静脈瘤の経過観察中に静脈瘤の血栓化をきたした1例

小牧市民病院脳神経外科

近藤俊樹, 森美雅, 小林達也, 木田義久, 小池譲治, 長谷川俊典

今回我々は、孤立性脳静脈瘤の経過観察中に、静脈瘤の血栓化とそれに伴い頰回の癲癇発作をきたした1例を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

症例は39歳、女性で、H9年9月頃より左手に持っているものを急に落としたり急に体が震えだすといった症状が出現した。EEGにてspike&waveが認められ、抗てんかん薬の内服治療を始めた。H10年9月に頭部MRIにて右中心溝付近に腫瘤影を指摘され、当院紹介、脳血管撮影にて脳静脈瘤と診断した。抗てんかん薬にて発作なく経過観察していたところ、同年12月18日、頻回の全身けいれん出現。頭部CT、脳血管撮影にて静脈瘤の血栓化を認め、静脈うっ滞による症状と思われた。保存的治療にて、てんかん発作もおさまり神経脱落症状も残さず独歩退院となった。

cerebral varix, thrombosis, epilepsy,

重度パーキンソン氏病症例に対する脳深部刺激療法の一例

浜松医科大学 脳神経外科

黄 豊仁, 杉山憲嗣, 横山徹夫, 龍浩志, 西澤茂, 山本清二, 横田尚樹, 難波宏樹

症例：57歳・男性。8年来のパーキンソン氏病で、大量の抗パーキンソン薬の内服にもかかわらず著明なwearing off現象を呈し、onの時間は一日2～3hr程度であり、off時のUnified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)=148点、Hoehn & Yahr stage；IV-Vであった。方法：二期的に両側視床下核(STN)に刺激電極設置を施行し、2.5V,130Hzの高頻度刺激を行った。結果：重篤な合併症なく、両側STNへの電気刺激時は常にonとなりUPDRS上86点の改善,ADLの向上を得た。考察および結論：術後のhallucination, 電池の消耗等の問題点も存在するが、難治性の重度パーキンソン病患者に対する治療法として両側STN脳深部刺激療法(DBS)は大変に有用な治療法と思われた。 Parkinson's disease, Deep brain stimulation, subthalamic nucleus, stereotactic surgery

急激な視力障害で発症した anterior clinoid mucocele の1例

済生会松阪総合病院脳神経外科

畑崎聖二(HATAZAKI Seiji)、諸岡芳人、中村文明、津田和彦

視力低下で発症した sphenoid (anterior clinoid variant) mucocele を経験したので報告する。症例は、49才、女性、入院2日前から左視力低下を自覚し、その後、急激に悪化したため当科に入院となった。入院時、左視力は、blindで対光反射は消失していたが、眼底所見に異常は認められなかった。MRIで、左前床突起部にT1,T2ともにhigh intensityを示し、増強効果を受けないmass lesionを認めた。また、前頭洞に副鼻腔炎の所見も認めた。Mucoceleの診断下にtrans-cranial approachでmucoceleの開放および視神経の減圧を施行した。感染を伴ったmucoceleであった。Anterior clinoidから生じたmucoceleは、稀とされている。文献的考察を加え報告する。

Paranasal sinus mucocele, Anterior clinoid

残存慢性硬膜下血腫に尿路感染巣より血行性に感染し生じた硬膜下膿瘍の一例

県西部浜松医療センター 脳神経外科

本田 優 (HONDA MASARU)、田中 聡、中山 慎司、田中 敬生、金子 満雄

今回我々は穿頭術後、尿路感染巣から硬膜下血腫内膿瘍を来した症例を経験したので報告する。症例は糖尿病を有す71歳女性。左慢性硬膜下血腫洗浄術後、CRPは陰性。術一ヶ月後38度台の熱発、全身倦怠感出現。CRP 11.50mg/dl、尿中WBC 50/F、細菌3+。尿路感染症を疑った。右不全麻痺 (-5/5) 出現。頭部CT上硬膜下血腫増大を認め、穿頭術を施行。黄色の肥厚被膜認め、硬膜下血腫内膿瘍と考えドレナージ施行。尿及び膿瘍からはK. pneumoniaeが検出。頭部CT上膿瘍腔の再増大あり、被膜全摘出術施行。症状は改善、CRPも陰性化。尿路感染巣より血行性に残存血腫被膜に感染し血腫で菌が発育したと考えられた。高齢者や免疫能が低下し感染症を有す患者に慢性硬膜下血腫が合併した時、穿頭術後このような病態が生じる可能性があり、適切な対応を念頭に置いて治療に当たることが勧められる。

INFECTED SUBDURAL HEMATOMA, CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA, URINARY TRACT INFECTION

緊急開頭血腫除去術を要した血友病患者の1例

半田市立半田病院脳神経外科

小島隆生 (KOJIMA Takao) 中根藤七 半田 隆 栗本太志 六鹿直視

急性硬膜下血腫を生じた血友病患者に対し、緊急開頭血腫除去術を施行した1症例を経験したので報告する。

症例は27歳男性。外傷の既往は無く、突然の頭痛、嘔吐に続く意識障害にて発症。来院時JCS200、左瞳孔散大、対光反射消失、CTにて著明なmidline shiftを伴う左急性硬膜下血腫を認めた。凝固因子製剤投与下に開頭血腫除去術を施行、合併症無く手術を終了した。出血源は複数のbridging veinの損傷と思われ、脳挫傷は認めなかった。経過は良好で、翌日より意識清明、左動眼神経麻痺の他は神経学的異常所見無く、CT上血腫はほぼ全摘出されていた。凝固因子製剤は術後5日間使用し以後経過をみていたが、術後12日目に特に起因なく突然左急性硬膜外血腫を合併、再度開頭血腫除去術を施行した。凝固因子活性は4%に低下していた。最終的には発症29日目にdeficit残すことなく退院。現在も通常の社会生活を送っている。術後管理を中心に文献的考察を加え報告する。

Acute subdural hematoma, Hemophilia

視東管出血の一例

市立伊勢総合病院 脳神経外科

大山隆城 Ohyama Takashiro  
山川伸隆、古野正和

74才男性。平成10年11月15日突然の左側頭部痛と左側の視力障害を自覚し、11月17日当院眼科を受診。視力は右側0.9に対し左側は0.05と低下していた。11月19日左視力は0.01と悪化し、神経内科に紹介される。ブレドニンを投与されるも、11月26日の時点でも視力は0.01と変わらず、マリオット暗点の拡大とMarcus-Gunn 瞳孔が見られた。MRIにて視東管内にT1及びT2強調画像でhigh intensityを示すmassを認め当科紹介となる。視東管内の血腫を疑い、同日開頭による左視束管開放及び血腫除去を行った。血腫は硬膜外に存在し蝶形骨洞に連続していた。組織学的にも血腫であり、腫瘍及び炎症所見は認められなかった。術後1ヶ月で視力は回復し、視野も正常となった。稀と思われる当症例につき考察を加えた。

optic canal, hemorrhage

血管奇形や外傷を伴わない特発性脊髄硬膜外血腫は比較的稀な疾患であるが、今回3例の特発性脊髄硬膜外血腫を経験したので文献的考察を含め報告する。症例は13歳、男性 (T13-Th6)、56歳、男性 (C5-C6)、80歳、女性 (C2-C6)。全例知覚異常で発症し四肢または下肢マヒに進展し、手術により血腫除去を行った。2例は身体の屈曲または進展を契機に発症し、硬膜静脈叢からの出血を認めた。術前下肢完全マヒの2例は術後もマヒは改善しなかったのに対し、術前ステロイドが奏功した1例は何ら神経学的異常を残さず退院した。特発性脊髄硬膜外血腫の機能予後は術前の神経症状と手術までの時間によると言われており、本症例も同様の結果であったが、特に術前ステロイドが奏功するものは機能予後が良いと考えられた。

### spontaneous, spine, epidural hematoma outcome

## 51

髄腔内播種による左動眼神経麻痺で発症した馬尾上衣腫の1例

症例は42歳男性。平成10年7月、左動眼神経麻痺で発症し当院眼科を受診。MRIにてinterpeduncular cisternに腫瘍が認められ当科を紹介された。平成10年8月に腫瘍摘出術を施行したが、左動眼神経との境界は不明瞭であり部分摘出とした。病理診断がはっきりしないまま外来にて要経過観察としていたところ、2カ月後に腫瘍の再増大とともに、新たに頭蓋内と腰椎脊柱管内に腫瘍が認められた。頭蓋内病変に対しgamma knifeを、腰椎脊柱管内病変に対しては部分摘出後に局所放射線治療を施行した。病理診断は上衣腫であり、馬尾原発の上衣腫が髄腔内播種し左動眼神経麻痺を呈したものと考えられた。ACNUによる化学療法とOmmaya reservoirよりMITXの髄腔内投与も施行したが、効果はあまり認められなかった。上記症例を若干の文献的考察を加えて報告する。

ependymoma, leptomeningeal dissemination

## 50

胸・腰椎の圧迫骨折には遷発性に骨折が進行し、神経症状を呈することがある。今回、我々はこの様な2症例を経験した。【症例1】48歳男性。背部打撲、第12胸椎の圧迫骨折を来した。1ヶ月間の安静治療後、歩行開始に伴い骨折が進行し、杖歩行の状態でご紹介された。前方除圧、自家骨による椎体置換とinstrumentationを加えた。【症例2】75歳女性。ベットより転落した。この時点で、胸腰椎の単純写で異常は認めなかった。安静治療を行ったが、3ヶ月後、両下肢痛が出現したため、再検査を施行、第12胸椎の圧迫骨折と著明な硬膜嚢の圧迫を認めた。手術は前方除圧、人工椎体にて椎体置換とinstrumentationを加えた。【考察】遷発性に椎体の圧迫が生じる原因は不明なことが多いが、これが進行性であれば椎体置換を含めた治療が必要となることがある。

遷発性椎体壊死、spinal instrumentation、胸椎骨折

## 52

蛇行した椎骨動脈によりcervical radiculopathyをきたした一例

症例は62歳男性。左肩から上腕の痛みおよびめまいを主訴に当科を受診した。頸部MRIにおいて左C4/5椎間孔内にflow voidが認められ、脳血管撮影において同レベルでの左椎骨動脈の内側への蛇行が認められた。よって蛇行した椎骨動脈のC5神経根への圧迫によるradiculopathy, および椎骨脳底動脈循環不全と診断し、end to end anastomosisによる血管形成術を施行した。術後症状は改善し、現在外来通院中である。

蛇行した椎骨動脈によりcervical radiculopathyをきたす症例は希であり、その症状、診断、治療などにつき若干の文献的考察を加えて報告する。

angioplasty, cervical radiculopathy, tortuosity, vascular compression, vertebral artery

