

# 第61回 日本脳神経外科学会中部地方会

平成13年11月10日 (土)

午前9時より

会 場：ホテルグランヴェール岐山 カルチャーホール

〒500-8876 岐阜市日ノ出町5丁目12

TEL 058-263-7111

世話人：岐阜大学 脳神経外科 坂 井 昇

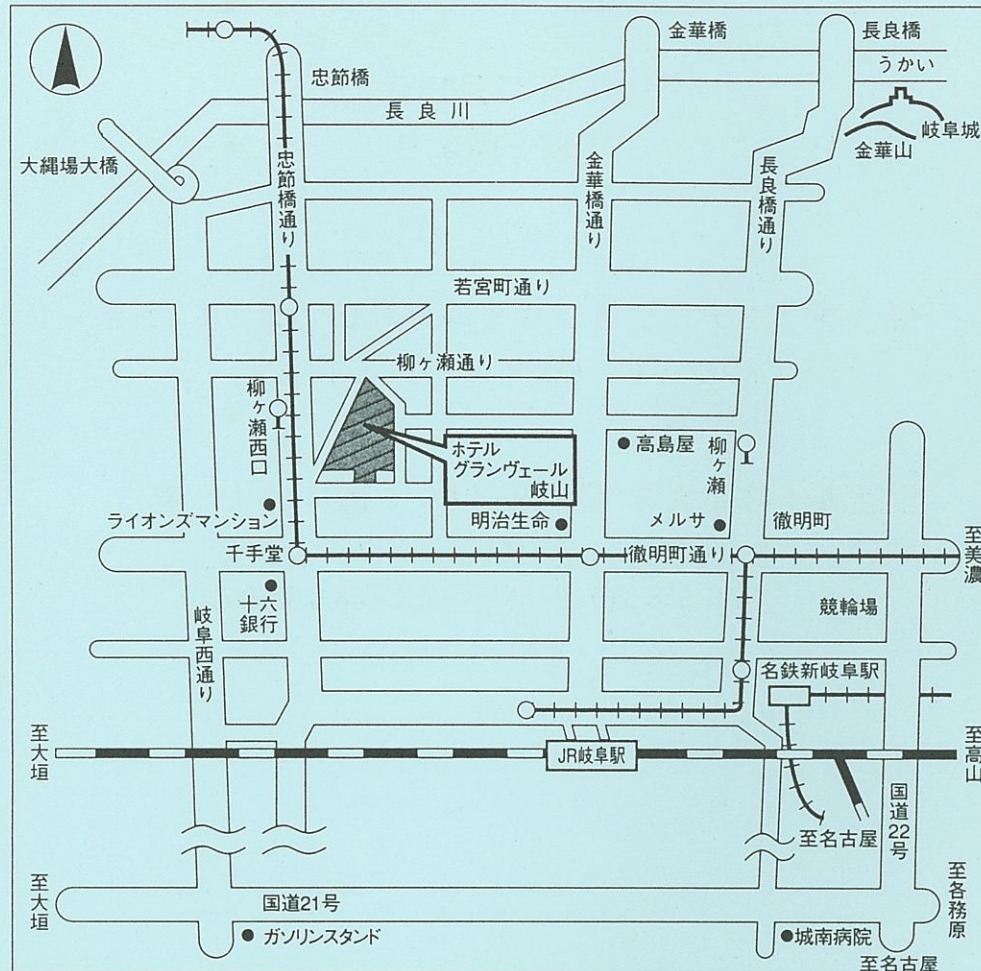
〒500-8705 岐 阜 市 司 町 40

TEL 058-267-2348 FAX 058-265-9025

- (1) 学会当日に参加登録料 (1,000円) を受け付けます。新入会員のみ年会費を受け付けます。
- (2) 口演時間は4分、討論は各演題につき2分です。シンポジウムの口演時間は6分です。
- (3) スライドプロジェクター1面、ビデオプロジェクター (VHS、S-VHS) 1台を用意します。
- (4) 本会には脳神経外科学会認定のクレジットが適用されますので、専門医の方はネームカードの半券に専門医番号、所属、氏名をご記入の上、クレジット投函箱にお入れ下さい。

## 会場案内図および会場への交通

学会会場：ホテルグランヴェール岐山 カルチャーホール



### <交通のご案内>

JR 岐阜駅または名鉄新岐阜駅下車

- 電車利用＝忠節行き、千手堂下車、徒歩で3分
- バス利用＝柳ヶ瀬下車、徒歩で5分
- タクシー利用＝約5分

名神高速道路 一宮I.Cより21km車で約35分

岐阜羽島I.Cより17km車で約30分

(駐車場が混雑致しますので、なるべく公共交通機関をご利用下さい)

## 開 会

〔午前の部〕

### I. 脊椎・機能外科 9:00~9:24 座長：水野順一（愛知医科大学）

#### 1. 脊髄空洞症を伴った腰椎椎管狭窄症の一例

木沢記念病院 脳神経外科 ○横山和俊、上田竜也、山田實宏  
 松波総合病院 脳神経外科 平田俊文  
 岐阜大学 脳神経外科 坂井 昇

#### 2. 軽微なくも膜下出血に続発した胸髄くも膜嚢胞の1例

聖隷三方原病院 脳神経外科 ○岩崎浩司、大石琢磨、佐藤晴彦、宮本恒彦  
 同 脳血管内外科 杉浦康仁

#### 3. 上位頸髄損傷における呼吸再建の試み (Phrenic Nerve Stimulation)

藤田保健衛生大学 脳神経外科 ○舟橋雅浩、大隈 功、垣内孝史、庄田 基  
 神野哲夫  
 同 耳鼻咽喉科 桜井一生  
 同 胸部外科 服部良信

#### 4. 2回の転移性脊椎腫瘍に対し手術を行った高齢者の一例

稲沢市民病院 脳神経外科 ○丹羽政宏、山田博是、原 政人

### II. 腫瘍 1 9:24~9:48 座長：松原年生（三重大学）

#### 5. MRIで砂時計状を呈した低位頸髄髄膜腫

藤枝市立総合病院 脳神経外科 ○北浜義博、山崎健司、黄 晃仁、篠原義賢  
 静岡県立総合病院 脳神経外科 花北順哉

#### 6. olfactory neuroblastoma の1例

大垣市民病院 脳神経外科 ○島戸真司、赤羽 明、飯塚 宏、鬼頭 晃  
 同 形成外科 堀 直博、松岡京子  
 名古屋大学 脳神経外科 佐原佳之、小林 望

#### 7. 大槽から第四脳室に発育進展した副神経鞘腫の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

8. 水様透明の内溶液を有し診断に難渋した頭皮類皮腫の1例  
福井赤十字病院 脳神経外科 ○岩室康司、細谷和生、時女知生、地藤純哉、  
白畑充章、徳力康彦

---

Ⅲ. 腫瘍 2 9:48~10:12 座長:佐藤一史(福井医科大学)

---

9. 舌下神経麻痺で発症した側頭骨錐体部類上皮腫の一例  
岐阜市民病院 脳神経外科 ○竹中俊介、村瀬 悟、山川弘保、岩井知彦  
同 耳鼻咽喉科 白戸弘道
10. 化膿性髄膜炎で発症し下方に進展した下垂体腺腫の一例  
豊橋市民病院 脳神経外科 ○竹内裕喜、岡本 奨、牛山智也、市川優寛、  
岡本 剛、井上憲夫、渡辺正男
11. 甲状腺乳頭腺癌を合併したTSH産生下垂体腺腫の一例  
浜松医科大学 脳神経外科 ○小泉慎一郎、西澤 茂、太田誠志、徳山 勤、  
難波宏樹
12. 当院における定位放射線治療の現状と課題  
国立名古屋病院 脳神経外科 ○須崎法幸、高橋立夫、高田宗春、星野彰宏、  
谷口克己、今川健司、桑山明夫  
同 放射線科 加藤恵理子

---

Ⅳ. 腫瘍 3 10:12~10:36 座長:梶田泰一(名古屋大学)

---

13. dural tail signを有し、術前診断が困難であったanaplastic oligodendroglioma  
の再発例  
富山赤十字病院 脳神経外科 ○栄楽直人、増岡 徹、山谷和正  
富山医科薬科大学 脳神経外科 栗本昌紀、平島 豊、遠藤俊郎
14. 中硬膜動脈から栄養血管を有したGlioblastomaの1例  
公立尾陽病院 脳神経外科 ○山本憲一、大野正弘
15. Li-Fraumeni症候群をともなったglioblastomaの1症例  
愛知医科大学 脳神経外科 ○松尾直樹、渡部剛也、犬飼 崇、中島千景、  
中川 洋

16. gliomatosis cerebriの1例  
岐阜県立岐阜病院 脳神経外科 ○岡田 誠、中谷 圭、谷川原徹哉、服部達明、  
大熊晟夫

---

Ⅴ. 腫瘍 4 10:36~11:00 座長:多田 剛(信州大学)

---

17. 未治療で腫瘍内出血を認めたMalignant lymphomaの1例  
静岡市立静岡病院 脳神経外科 ○中川二郎、深澤誠司、清水言行
18. 急激な経過をとったintravascular malignant lymphomatosisと思われる一例  
名古屋市立大学 脳神経外科 ○山本光晴、上田行彦、大蔵篤彦、山田和雄  
同 中央臨床検査部 坂野章吾
19. 手術を施行したpontine cavernous angiomaの1例  
大垣市民病院 脳神経外科 ○飯塚 宏、赤羽 明、島戸真司、鬼頭 晃
20. 巨大な海綿静脈洞内血管腫の一例  
名古屋大学 脳神経外科 ○鶴見有史、吉田光宏、齋藤 清、宮地 茂、  
吉田 純

---

Ⅵ. 腫瘍 5 11:00~11:24 座長:東馬康郎(金沢大学)

---

21. 眼窩内偽腫瘍、肥厚性硬膜病変に前縦隔腫瘍を合併した一例  
福井医科大学 脳神経外科 ○石田雅樹、竹内浩明、佐藤一史、久保田紀彦  
同 第2外科 佐々木正人、田中國義
22. 頭蓋骨転移をきたした気管支カルチノイドの1例  
金沢医科大学 脳神経外科 ○村坂憲史、飯田隆昭、飯塚秀明  
同 臨床病理学 野島孝之  
金沢脳神経外科病院 竹内文彦、佐藤秀次
23. 甲状腺癌の稀な脳内転移の一例  
国立名古屋病院 脳神経外科 ○星野彰宏、高橋立夫、高田宗春、須崎法幸  
谷口克己、今川健司、桑山明夫
24. 多発性頭蓋内黄色肉芽腫の1例  
豊川市民病院 脳神経外科 ○日向崇教、福岡秀和、小出和雄、打田 淳  
同 病理部 多田豊曠

Ⅶ. 嚢胞性病変 11:24~11:48 座長:河瀬 司(藤田保健衛生大学)

25. 右前頭葉嚢胞性病変の1例  
金沢大学大学院医学系研究科脳機能制御学  
脳神経外科 ○東馬康郎、中右博也、長谷川光広、山下純宏
26. 慢性硬膜下血腫術後に自然消退したクモ膜嚢胞の1例  
犬山中央病院 脳神経外科 ○古市昌宏、野倉宏晃、荒木有三  
岐阜大学 脳神経外科 奥村 歩、坂井 昇
27. 中枢神経系に発生した多発嚢胞の1例  
社会保険中京病院 脳神経外科 ○中島康博、雄山博文、池田 公、井上繁雄、  
渋谷正人
28. 片側の下角に生じたisolated lateral ventricleの1例  
石川県済生会金沢病院 脳神経外科 ○山本治郎、倉内 学  
同 リハビリテーション科 岸谷 都

————— 昼 休 み 11:48~13:00 —————

[ 午後の部 ]

Ⅷ. シンポジウム 『Keyhole Surgery』  
13:00~14:20 座長:加藤庸子(藤田保健衛生大学)  
齋藤 清(名古屋大学)

29. Keyhole surgeryのためのニューロイメージング  
— 3D-CT & virtual endoscopy —  
三重大学 脳神経外科 ○堀 康太郎、滝 和郎
30. トルコ鞍部腫瘍に対する経鼻孔経蝶形骨洞手術  
福井医科大学 脳神経外科 ○土田 哲、吉田一彦、久保田紀彦
31. 腫瘍性病変に対するkeyhole surgery  
名古屋大学 脳神経外科 ○齋藤 清、永谷哲也、吉田 純  
岐阜社会保険病院 脳神経外科 岡部広明

32. 未破裂脳動脈瘤のKeyhole Surgery — その手術手技と適用について —  
浅ノ川総合病院 脳神経センター

- 脳神経外科 ○大西寛明、川村哲朗、光田幸彦  
同 神経内科 江守 巧  
金沢大学 脳神経外科 山下純宏
33. EC-IC bypass術における低侵襲手技  
岐阜大学 脳神経外科 ○郭 泰彦、坂井 昇
34. 脳室内出血、非交通性水頭症に対する内視鏡手術の経験  
市立四日市病院 脳神経外科 ○中根幸実、市原 薫、中林規容、柴山美紀根、  
河合達巳、伊藤元一、伊藤八峯
35. Microvascular decompressionはkey hole surgeryであるべきか  
名古屋市立大学 脳神経外科 ○加藤康二郎、間瀬光人、山田和雄
36. 微小血管減圧術における開頭手技  
藤田保健衛生大学 脳神経外科 ○木家信夫、神野哲夫
37. 頸椎椎間板障害に対する前方到達法による非侵襲手術  
愛知医科大学 脳神経外科 ○水野順一、中川 洋、張 漢秀、渡部剛也、  
山田裕二、中村 聡、川崎主税、犬飼 崇

Ⅸ. 動 脈 瘤 14:20~14:44 座長:林 央周(富山医科薬科大学)

38. 6年後にくも膜下出血にて発症した、IC-PC分岐部漏斗状拡張の1例  
東海記念病院 脳神経外科 ○長谷川真作、楠瀬睦郎  
富山医科薬科大学 脳神経外科 遠藤俊郎
39. AICA末梢部動脈瘤破裂によるクモ膜下出血の一例  
名古屋市立大学 脳神経外科 ○大野貴之、加藤康二郎、大蔵篤彦、山田和雄
40. 左後大脳動脈(left P1)破裂脳動脈瘤の1例  
白鳳会鷺見病院 脳神経外科 ○新川修司、大江直行、鷺見靖彦  
岐阜大学 脳神経外科 山田 潤、坂井 昇
41. 液体塞栓物質を用いて塞栓術を行った細菌性脳動脈瘤の2例  
名古屋大学医学部 脳神経外科 ○吉田光宏、宮地 茂、根來 真、吉田 純

X. 血管障害 1 14:44~15:08 座長:加藤康二郎(名古屋市立大学)

42. くも膜下出血で発症した中大脳動脈解離性動脈瘤の一例  
富山市民病院 脳神経外科 ○瀧波賢治、長谷川 健、宮森正郎、荒川泰明
43. 反復的軽微外傷により発生したと思われる頸部椎骨動脈解離の1例  
済生会高岡病院 脳神経外科 ○水巻 康、原田 淳、美野善紀  
富山医科薬科大学 脳神経外科 桑山直也、遠藤俊郎
44. ヘリコプターによるくも膜下出血患者搬送の2例  
聖隷浜松病院 脳神経外科 ○野中雄一郎、平松久弥、天野慎二、田中 聡  
嶋田 務  
同 救 急 部 田中 茂  
聖隷三方原病院 岡田真人
45. 緊急塞栓除去術が有効であった中大脳動脈塞栓症の一例  
信州大学 脳神経外科 ○宮入洋祐、新田純平、高澤尚能、伊泊広二  
本郷一博、小林茂昭

XI. 血管障害 2 15:08~15:32 座長:飯田隆昭(金沢医科大学)

46. 脳動脈瘤の術前評価に3DRAが有効であった一例  
袋井市民病院 脳神経外科 ○松下康弘、市橋鋭一、松尾直樹、原野秀之  
愛知医科大学 脳神経外科 中川 洋
47. CEAの術前診断に3D-CTAが有用であった1症例  
知多厚生病院 脳神経外科 ○今村暢希、水野志朗、中塚雅雄  
名古屋市立大学 脳神経外科 山田和雄
48. 頸動脈瘤を認めたベーチェット病の一例  
三重大学医学部 脳神経外科 ○種村 浩、田中克浩、朝倉文夫、阪井田浩司  
滝 和郎
49. くも膜下出血にて発症し、急激な進行を認めた片側性モヤモヤ病の一例  
静岡県立こども病院 脳神経外科 ○小山淳二、佐藤博美、佐藤倫子、大橋智生  
神戸大学医学部 脳神経外科 玉木紀彦

XII. 出血性病変 15:32~15:56 座長:太田誠志(浜松医科大学)

50. 脳内出血を合併したdural CCFの1例  
富山医科薬科大学 脳神経外科 ○高沢弘樹、桑山直也、久保道也、永井正一  
平島 豊、遠藤俊郎
51. 特発性硬膜内血腫の一例 - A case of spontaneous interdural hematoma  
富山医科薬科大学 脳神経外科 ○宮島 謙、林 央周、倉田主税、梅村公子  
桑山直也、平島 豊、遠藤俊郎
52. 呼吸不全が残存した小脳出血の1例  
公立小浜病院 脳神経外科 ○小寺俊昭、廣瀬敏士、  
福井医科大学 脳神経外科 新井良和、久保田紀彦
53. 弁置換後に発症した後頭蓋窩急性硬膜下血腫の一例  
国療豊橋東病院 脳神経外科 ○石黒光紀、酒井秀樹、西村康明  
同 循環器外科 橋本昌紀

XIII. 感染・その他 15:56~16:20 座長:座長:篠田 淳(岐阜大学)

54. 硬膜下膿瘍における造影FLAIR MRIの有用性  
市立敦賀病院 脳神経外科 ○朴 在鎬、新多 寿、北野哲男
55. 小脳半球・慢性被膜化血腫の一例  
厚生連・加茂病院 脳神経外科 ○大島共貴、小倉浩一郎、立花栄二、  
中屋敷典久
56. 慢性硬膜下血腫の穿頭術後2週間で発症した緊張性気脳症の1例  
公立学校共済組合東海中央病院  
脳神経外科 ○野田 寛、大岡啓治  
名古屋大学 脳神経外科 西澤俊久
57. 経眼窩的頭蓋内異物の1例  
岐阜大学 脳神経外科 ○加藤貴之、岩間 亨、坂井 昇

閉 会



## 脊髄空洞症を伴った腰椎椎管狭窄症の一例

木沢記念病院 脳神経外科  
 松波総合病院 脳神経外科\*  
 岐阜大学 脳神経外科\*\*

横山和俊 (YOKOYAMA Kazutoshi)、上田竜也、  
 山田實宏、平田俊文\*、坂井 昇\*\*

症例：78歳、男性。主訴：両下肢不全麻痺、尿失禁。  
 現病歴：平成10年5月頃より時々左下肢痛を認め、徐々に歩行障害及び尿失禁出現し、当院整形外科受診し入院となる。胸椎MRIにて脊髄空洞症を認め、精査加療目的にて、当科紹介され転科となる。入院時現症：意識清明。Th5以下の全知覚低下、両下肢不全対麻痺、膀胱直腸障害を認めた。胸椎MRIにてTh2以下の脊髄空洞症を、腰椎MRI、ミエロCTにてL3/4、L4/5の椎間板ヘルニアと黄色靭帯の肥厚を認めた。腰椎椎管狭窄症による脊髄空洞症と診断し、腰椎椎弓切除術を施行した。術後MRIにて脊髄空洞症は消失し、症状も改善した。

今回脊髄空洞症に対して、椎弓切除による除圧のみで空洞が消失したことは、クモ膜下腔の再建が原因療法であることが示唆され、若干の文献的考察を加え報告する。

Syringomyelia, canal stenosis

## 軽微なくも膜下出血に続発した胸髄くも膜嚢胞の1例

聖隷三方原病院 脳神経外科・脳血管内外科\*

岩崎浩司 (Iwazaki Koji)・大石琢磨・佐藤晴彦  
 杉浦康仁\*・宮本恒彦

軽微なくも膜下出血 (SAH) に続発し、水頭症との鑑別が困難であった胸髄くも膜嚢胞の症例を報告する。【症例】49歳女性。既往：特記事項なし。主訴：突然の頭痛。経過：H&K grade I、CT Fisher group 2 のSAHでDSA等を複数回施行するも、出血源は不明。独歩退院3ヶ月後から歩行障害・尿失禁及び画像上脳室拡大が進行、水頭症と診断し、V-Pシャント術を施行した。しかし、歩行障害は改善せずTh6以下の知覚低下もみられた。胸髄MRI、脊髄造影等に於てTh1~5の交通性クモ膜嚢胞による脊髄の高度圧迫を認めためたため、脊髄動脈撮影で血管病変を否定後、嚢胞切除術を施行した。術後MRIで嚢胞の縮小を確認し、症状の一部の改善をみた。【結論】くも膜下出血後の水頭症を診断する際には、症状・症候を十分評価したうえで、脊髄くも膜嚢胞も鑑別疾患として考慮すべきである。

arachnoid cyst, thoracic spine, subarachnoid hemorrhage, hydrocephalus

### 上位頸髄損傷における呼吸再建の試み (Phrenic Nerve Stimulation)

藤田保健衛生大学 脳神経外科、耳鼻咽喉科\*、  
胸部外科\*\*

舟橋雅浩(Funahashi Masahiro)、大隈 功、垣内孝史、  
庄田 基、桜井一生\*、服部良信\*\*、神野哲夫

上位頸髄損傷では四肢麻痺のみでなく、呼吸機能も傷害されている。その為、レスピレーターが常時必要となるために、患者の行動範囲は著しく制限されてしまう。そこで、C2 レベルの頸髄損傷の 20 歳の男性に対して Breathing Pacemaker (Avery 社製) を使用し、横隔神経を直接電気刺激することによって、横隔膜運動を発生させ呼吸を再建した。一回換気量も 800ml 程度に安定し、刺激開始約 1 ヶ月で 1 日 3 時間程度のレスピレーターからの離脱が可能となり、現在は 6 時間以上のレスピレーターからの離脱が可能となった。

Breathing Pacemaker は横隔膜を電気刺激によって収縮させて呼吸するため従来の陽圧人工呼吸に比し肺循環への影響が少ない。また、移動時にレスピレーターや酸素ボンベが必要となり、行動範囲が拡大できた。

### 頸髄損傷、FES、呼吸障害、呼吸ペースメーカー

#### MRI で砂時計状を呈した低位頸髄腫瘍

藤枝市立総合病院 脳神経外科  
静岡県立総合病院 脳神経外科\*

北浜義博 山崎健司 黄晃仁 篠原義賢  
花北順哉\*

【はじめに】脊髄硬膜内腫外の砂時計状腫瘍として、神経鞘腫、血管腫などの報告例はよく知られる。今回、造影 MRI で、砂時計状を呈した髄膜腫を経験したので報告する。【症例】61 才女性、主訴は歩行障害と胸部異常知覚、直腸膀胱障害。入院時現症は、Th4-10paresthesia, Th4 以下の hypalgesia(L/E rt.0/10,lt.4/10),rt.hemi-thermoanesthesia、paraparesis L/E MMT 3/5。失便あり、flaccid bladder。Hyperreflexia, Babinski 両側陽性。MRI で、Th1 body 後面、cord 前方に位置し、左椎間孔より一部突出する、境界明瞭で均一に造影される dumbbell shaped mass を認め、神経鞘腫と考えた。

【経過】postero-lateral approach,lt.C7-Th1 hemilaminectomy, facetectomy にて全摘、C7-Th1 棘突起を固定した。術中病理診断は、髄膜腫。硬膜内の腫瘍は、cord を retract せずに、ほぼ一塊に摘出されたが、硬膜外は明らかな mass は見られなかった。術後画像所見で全摘を確認。新たな神経脱落症状はなく、異常知覚、膀胱直腸障害、筋力の回復を見、現在理学療法を継続中である。【考察】本症例では、dural tail sign や石灰化のないことが鑑別を困難にした。

dumbbell shaped mass,meningioma,lower cervical

### 2 回の転移性脊髄腫瘍に対し手術を行った高齢者の一例

稲沢市民病院 脳神経外科

丹羽 政宏 (NINWA Masahiro)、山田 博是、原 政人

脊椎に転移した癌の予後は極めて悪い。しかしながら今回乳癌から 2 回の脊椎転移に対して手術をし、極めて良好な経過をとった高齢者の症例を経験したので報告する。症例は 90 才の女性である。1985 年に左乳癌の手術を行っている。1998 年 8 月に両下肢の脱力が生じ、胸から下の全感覚麻痺もみられた。画像上、Th7 の右椎弓から、椎管内にかけて cystic な mass がみられ脊髄を圧迫していた。手術で腫瘍を部分摘出して、脊髄の圧迫を除去した。病理組織は adenocarcinoma で乳癌からの転移であると推測された。手術後症状は消失した。2001 年 2 月に右下腿の痛みが生じた。画像上、L5 椎体の骨破壊像と、cystic な mass が dural sac を圧迫していた。手術で右椎弓を切除して腫瘍を摘出した。手術後症状は消失した。2 回の手術とも神経の減圧にとどめ、固定は行わなかった。脊椎に転移した腫瘍の予後は悪く、高齢者では積極的な治療がなされない症例が多い。しかし ADL が保たれている症例では、症状を改善させる最小限の治療を行う必要があると思われた。

metastasis, spinal tumor, elder patient

### olfactory neuroblastoma の 1 例

大垣市民病院 脳神経外科<sup>1)</sup>、形成外科<sup>2)</sup>  
名古屋大学 脳神経外科<sup>3)</sup>

島戸真司(SHIMATO Shinji)<sup>1)</sup> 赤羽明<sup>1)</sup> 飯塚宏<sup>1)</sup>  
鬼頭晃<sup>1)</sup> 堀直博<sup>2)</sup> 松岡京子<sup>2)</sup> 佐原佳之<sup>3)</sup> 小林望<sup>3)</sup>

症例は 23 歳、男性。現病歴：H13 年 6 月より右目のかすみ、頭痛、鼻閉の症状が強くなり、当院眼科受診後、当科紹介初診。CT, MRI にて、鼻腔内から副鼻腔内を占拠し、斜台まで及ぶ大きな腫瘍を認め、入院。血管撮影では両側頸動脈より腫瘍濃染像を認めた。耳鼻科での生検時、多量出血あり。栄養血管塞栓術後、手術を行った。手術は、両側前頭開頭、眼窩・鼻骨切除後、経前頭蓋窩にて腫瘍を全摘した。形成外科にて眼窩内側壁、前頭蓋窩の形成を行った。病理診断は、olfactory neuroblastoma であった。術後経過は良好で、後療法は行わず、術後 20 日目に退院となった。現在外来通院中、再発は認めていない。本症例での手術の特徴と、olfactory neuroblastoma について、若干の文献的考察を加え報告する。

olfactory neuroblastoma, preoperative embolization,  
bifrontal craniotomy and orbito-nasal osteotomy



大槽から第四脳室に発育進展した副神経鞘腫の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、榊 寿右<sup>1</sup>

症例は73歳右利き男性。脳梗塞の診断で他院入院中、頭部CTで後頭蓋窩腫瘍を指摘され当科に転院。神経学的には軽度歩行障害を認めた。MRIでは大槽から下部小脳、第四脳室にかけて cyst を伴った extra-axial tumor を認め、充実性の部分は均一に増強された。血管撮影では明らかな stain は認めなかった。後頭下開頭にC1椎弓切除を加えて手術を行った。腫瘍は大槽を埋め尽くす様に存在し、内減圧を進めていくと左副神経が同定され腫瘍はここから発生していると考えられた。腫瘍は第四脳室底に癒着していたが慎重に剥離することで全摘出できた。患者は左胸鎖乳突筋の tonus の消失と軽度の下位脳神経障害を残したが独歩退院した。この様な発育を示す副神経鞘腫は非常にめずらしく、若干の文献的考察を加え報告する。

spinal accessory schwannoma, intracisternal  
accessory schwannoma

舌下神経麻痺で発症した側頭骨錐体部類上皮腫の一例

岐阜市民病院 脳神経外科、\*耳鼻咽喉科

竹中俊介(TAKENAKA Shunsuke)、村瀬 悟、山川弘保、  
岩井知彦、\*白戸弘道

症例は65歳男性で、2歳頃より左中耳炎を反復し、以後慢性穿孔性中耳炎の状態であった。今回、左側頭部痛と構音障害、発熱を主訴に入院した。初診時には左舌下神経麻痺、左耳漏と鼓膜穿孔を認め、髄液検査で細菌性髄膜炎と診断された。頭部CTでは左錐体骨内に骨破壊像があり、真珠腫性中耳炎が疑われたため、耳鼻科で試験的乳様突起削開術が施行された。術中所見では左上鼓室から乳突蜂巣内に真珠腫は存在せず、錐体部頭蓋底方向に骨欠損とpearly like tumor が認められた。以上より側頭骨錐体部の類上皮腫に中耳炎による乳突蜂巣内の炎症が波及し、髄膜炎を併発したと考えられた。左乳様突起から錐体骨、大孔に至る後頭骨削開を行い、硬膜外に存在する類上皮腫を肉眼的に全摘出した。術後、一過性の左顔面神経麻痺を生じたが、左舌下神経麻痺は消失した。

epidermoid, cholesteatoma, petrous bone, hypoglossal  
nerve palsy

水様透明の内液を有し診断に難渋した頭皮類皮腫の1例

福井赤十字病院 脳神経外科

岩室康司(Yasushi Iwamuro)、細谷和生、時女知生、  
地藤純哉、白畑充草、徳力康彦

頭部の嚢胞性疾患には外傷による頭蓋骨膜洞、偽性髄膜瘤、先天性疾患である二分頭蓋、類表皮腫、類皮腫などが鑑別診断として重要であるが、診断に苦慮した頭皮類皮腫を経験したので報告する。症例は7ヶ月女児。吸引分娩にて出生。生後2週間で大泉門上の頭皮の腫瘤が出現した。腫瘤は徐々に大きくなってきたため、当科へ紹介受診。初診時、発達、神経学的所見に明らかな異常無し。嚢胞はsoft、径約4.5 cm、拍動は不明瞭。MRIでは大泉門上に内容の均一な嚢胞を認めた。嚢胞と頭蓋内容との明らかな交通は認められなかった。嚢胞穿刺液は水様透明であった。この液体の組成はNa 20 mEq, K 22.4 mEq, Cl 30 mEq, 蛋白 0、糖 1 mg/dl であった。病理診断は類皮腫であった。水様透明な嚢胞液は頭皮腫のエクリン腺より分泌されたものと考えられた。

dermoid cyst, anterior fontanelle, eccrine gland

化膿性髄膜炎で発症し下方に進展した下垂体腺腫の一例

豊橋市民病院 脳神経外科

竹内裕喜 (TAKEUCHI Hiroki)、岡本奨、牛山智也、  
市川優寛、岡本剛、井上憲夫、渡辺正男

今回我々は下方に進展した下垂体腺腫を経験したので報告する。症例は64歳女性、既往歴はRA、甲状腺機能低下症。2001年3月17日、頭痛を自覚し、3月19日には意識レベル低下をきたしたため当院内科入院。腰椎穿刺にて多核球優位の白血球増加が認められた。抗生剤投与を始めたが3月23日に尿崩症出現したため、トルコ鞍部病変を疑いMRIを施行したところ、蝶形骨洞より斜台部にかけて不均一に造影される病変を認めた。病変部位から脊索腫を疑い、髄膜炎の改善を待ち、5月9日、経蝶形骨洞手術による摘出術を施行。病理検査の結果は弱好酸性で顆粒状の胞体を有する下垂体腺腫であった。下垂体腺腫は頭蓋内腫瘍の約10%を占めるといわれているが、そのほとんどが腺下垂体部、トルコ鞍部病変である。蝶形骨や斜台部への下方進展の報告は少ないため、若干の文献的考察を加え報告する。

pituitary adenoma, clival tumor

甲状腺乳頭腺癌を合併した TSH 産生下垂体腺腫の一例

浜松医科大学 脳神経外科

小泉慎一郎 (KOIZUMI Shinichiro)、西澤 茂、  
太田誠志、徳山 勤、難波宏樹

TSH 産生下垂体腺腫と甲状腺癌の合併は極めて稀である。我々が経験した症例を報告し治療方針について検討する。症例は 52 歳女性。多汗、動悸を主訴に当院を受診した。血中 fT3、fT4 高値、TSH が正常範囲であり、頭部 MRI 上、15mm 大の鞍上部腫瘍を認めため、TSH 産生下垂体腺腫と診断された。甲状腺左葉に結節を触知し、細胞診にて甲状腺乳頭腺癌の診断を得た。octreotide 皮下投与による甲状腺機能正常化の後、甲状腺乳頭腺癌全摘＋頸部リンパ節郭清術を施行。2 週間後に下垂体腺腫を全摘術した。術後、諸症状は消失し、甲状腺ホルモン補充療法により、4 ケ月後には TSH、fT3、fT4 ともに正常化した。

TSH 産生下垂体腺腫においては、甲状腺癌の合併を念頭に診断をする必要がある。合併症例においては、頸部リンパ節を含む甲状腺の全摘出後、TSH 産生下垂体腺腫全摘出による TSH の正常化が重要である。

TSH-producing pituitary adenoma, Thyroid cancer

当院における定位放射線治療の現状と課題

国立名古屋病院 脳神経外科 放射線科<sup>1</sup>

○須崎法幸 (SUSAKI, Noriyuki)、高橋立夫、高田宗春、  
星野彰宏、谷口克己、今川健司、桑山明夫、加藤恵理子<sup>1</sup>

【目的・方法】近年画像診断の進歩、放射線治療の精度・管理の向上に伴い、3次元放射線治療が現実化し、当院においても過去 2 年間に 33 例の脳腫瘍及び脳動脈奇形 (AVM) に対し、定位放射線治療を行い、その結果につき検討した。原発性脳腫瘍は 10 例、転移性脳腫瘍は 20 例、AVM 3 例はすべて出血発症であった。手術の後療法として行った場合と治療の第一選択として行った場合があり、前者は 9 例、後者は 24 例であった。

【結果・結論】平均 7ヶ月期間は一年未満と短い、ほとんどの脳腫瘍の増殖は制御され、AVM からの再出血は認めていない。合併症も特に認めず、適応の上で病変の大きさ等で制限はあるものの、概ね満足すべき結果が得られた。新たな治療オプションとするためには、本治療法の非侵襲性が最大限に生かされるような綿密な治療計画と治療適応の決定が必要と思われた。

brain tumor, AVM, stereotactic radiosurgery

dural tail sign を有し、術前診断が困難であった anaplastic oligodendroglioma の再発例

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\*

柴楽直人 (EIRAKU NAOTO)、増岡徹、山谷和正、  
栗本昌紀\*、平島豊\*、遠藤俊郎\*

症例は 77 才男性。平成元年、右前頭葉の脳腫瘍を摘出した (astrocytoma grade I)。平成 8 年、同部に cystic mass が再発し、再手術を行った。病理診断は oligodendroglioma with partial anaplastic change であった。退院後、6 ヶ月毎の CT、MRI で再発は認めなかったが、平成 13 年 4 月に左軽度片麻痺が出現した。CT、MRI にて右前頭葉に dural tail sign を有する脳腫瘍を認めた。脳血管造影では対側の中硬膜動脈より入るわずかな腫瘍濃染を認めた。5 月 7 日再手術を行い、肥厚した硬膜と腫瘍を一塊にして摘出した。腫瘍は硬膜と癒着し、脳との境界は表層では明瞭、深部では不明瞭であった。病理診断は anaplastic oligodendroglioma で、硬膜との付着部にも浸潤性の増殖を認めた。

anaplastic oligodendroglioma, dural tail sign

中硬膜動脈から栄養血管を有した Glioblastoma の 1 例

公立尾陽病院脳神経外科

山本憲一 (YAMAMOTO Kenichi)、大野正弘

症例は 81 才女性。他院入院中に痙攣発作、右片麻痺、意識障害を認め、頭部 CT 上異常を指摘されたため、当科紹介入院となった。頭部 MRI では左側頭後頭部に、硬膜に接する直径 3.5cm の腫瘍性病変を認めた。腫瘍はほぼ均一に造影され、周囲に著明な浮腫を伴っていた。脳血管造影では、中硬膜動脈から流入する腫瘍陰影を認め、内頸動脈、椎骨動脈撮影では異常血管はみられなかった。髄膜腫を考へ、腫瘍血管塞栓術後、左側頭頂開頭腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は硬膜に強く癒着しており、一塊にして切除した。病理診断は Glioblastoma と報告された。術後、症状は著明に改善し、現在化学療法を行い、経過観察中である。

外頸動脈からの栄養血管を有する Glioblastoma は稀で、若干の文献的考察を加え報告する。

middle meningeal artery, glioblastoma, external carotid artery

愛知医科大学 脳神経外科

松尾直樹 (MATSUO Naoki)、渡部剛也、犬飼 崇、中島千景、  
中川 洋

〈はじめに〉 癌抑制遺伝子の一つである P53 の変異が遺伝し、癌が家系内に多発する Li-Fraumeni 症候群をともなう glioblastoma 症例を経験したので報告する。〈症例〉 38才女性、二人の兄弟は白血病、大腸癌でいずれも死亡、患者の次男は脈絡叢腫にて3才で手術をうけ、長女は横紋筋肉腫のため4才で死亡している。平成8年7月に、頭痛のため施行された頭部CTにて右前頭葉に腫瘍が認められ、手術が施行され astrocytoma grade 3 と診断された。初回手術から4年5ヶ月後、急速に腫瘍が増大しはじめ、その後計5回の開頭手術をおこなったが、急速な腫瘍の増大をくり返し、死亡された。2 回目の手術時からの組織診断は glioblastoma であった。長女の遺伝子解析の際、P53 遺伝子のエクソン 8 に異常バンドが検出され、母親である本患者と次男も同様の染色体異常が確認され、Li-Fraumeni 症候群と診断された。本症例につき、若干の文献的考察を加え報告する。

Li-Fraumeni syndrome, p53, glioma

未治療で腫瘍内出血を認めた

Malignant lymphoma の 1 例

静岡市立静岡病院 脳神経外科

中川 二郎 (JIRO Nakagawa)  
深澤 誠司 清水 言行

症例は72才、男性。平成13年1月初旬より左下肢の脱力を自覚し当科を受診した。左下肢筋力 4/5以外に神経脱落症状なし。MRIで右前頭葉に径5cmの占拠性病変を認め周辺部はT1でiso intensity、T2ではhigh intensityで造影剤増強効果を認めた。内部はT1でhigh intensity T2でlow intensityの領域を認め出血が疑われた。腫瘍内出血を伴う脳腫瘍と診断した。1月25日、右前頭頭により部分摘出術を施行した。病理所見では核の異形性を伴うsmall cell typeのリンパ球の腫瘍性増殖を認めた。LCA(+) L-26(+) UCHL-1(-)でB cell type SNCLと診断した。術後血液内科で放射線療法及び化学療法を施行し腫瘍は消失した。現在、MRI上腫瘍の再発を認めていない。今回我々は未治療で腫瘍内出血を認めた Malignant lymphoma の 1 例を経験したので報告する。

Malignant lymphoma, intratumoral hemorrhage

岐阜県立岐阜病院 脳神経外科

岡田 誠 (Okada Makoto)、中谷 圭、  
谷川原徹哉、服部達明、大熊晟夫

症例は67歳男性。平成11年2月、上気道炎様症状に続いて嘔気、めまい、失語、右不全片麻痺が出現した。近医にてMRI施行し、左前頭葉から側頭葉にびまん性病変を認めたため、ウイルス性脳炎を疑われて当院神経内科に紹介入院となった。ステロイドパルス療法にて症状は軽快したが、髄液・血液中の各種ウイルス抗体は陰性であった。原因不明の脳症として経過観察されていたが、症状は悪化していった。平成13年1月、歩行不能となり、当院神経内科入院となった。MRI上、両側の前頭葉から側頭葉に広範に病変を認めたため、診断確定のため当科へ転科、3月16日左側頭葉部分切除術を行った。病理所見では軽度の異型を伴うgliaがびまん性に増殖しており、臨床経過ともあわせgliomatosis cerebri と診断した。若干の考察を加え報告する。

gliomatosis cerebri, MRI,

急激な経過をとった intravascular malignant lymphomatosis と思われる一例

名古屋市立大学 脳神経外科、中央臨床検査部\*

山本光晴 (Mitsuharu Yamamoto)、上田行彦、大藤篤彦、  
坂野章吾\*、山田和雄

intravascular malignant lymphomatosis (IML) に対し局所放射線治療を施行し有効であったが、その後急激な経過をとった 1 例を経験したので報告する。症例は 49 歳女性。2001 年 1 月末より眩暈、一過性右上肢脱力発作、幻視、難聴、失語等が出現した。他院に 3 月中旬入院。髄液より異型細胞を検出し、MRI 上血管支配と一致しない多発脳梗塞像及び白質のびまん性病変像から IML を疑い、試験的放射線照射を開始された。22Gy の照射後当院へ転院して照射を継続し、計 40Gy の照射によって全ての症状が消失した。6 月末になりてんかん重積発作を発症し、白質のびまん性病変も再出現した。放射線追加照射を行い、一時意識レベル改善を認めた。しかし 7 月下旬、血中 LDH 値が急上昇し、末梢血中に悪性リンパ腫を疑う大型異型細胞が出現した。このため患者は肺病変を併発。8 月初旬、呼吸不全により死亡した。IML は稀な病態であるが、その診断、治療について考察する。

intravascular malignant lymphomatosis

大垣市民病院 脳神経外科

飯塚 宏 (HIZUKA Hiroshi)、赤羽 明、島戸 真司、  
鬼頭 晃

症例は 43 歳女性、突然の頭痛、ふらつき、めまいにて発症、神経学的所見は左側方視麻痺、右肢の感覚障害と軽度麻痺及び高度の右上肢運動失調であった。MRI にて pons に T1、T2 とも iso-high intensity で造影されない mass があり cavernous angioma からの出血と診断した。約 1 ヶ月の経過観察でも症状の改善はなく、若年であり、第 4 脳室底近傍のため手術適応と判断した。Trans cerebello medullary fissure approach にて第 4 脳室底に至り、顔面神経核モニターを使用し、いわゆる infra facial space より血管腫を全摘した。術後、両側方視視障害、左軽度顔面神経麻痺が残存したが、現在リハビリ中で独歩可能である。

brain stem, cavernous angioma, facial nerve monitor

眼窩内偽腫瘍、肥厚性硬膜病変に前縦隔腫瘍を合併した一例

福井医科大学 脳神経外科 \* 第 2 外科

石田雅樹 (Ishida Masaki)、竹内浩明、佐藤一史、  
久保田紀彦、\* 佐々木正人、\* 田中國義

眼窩内偽腫瘍に肥厚性硬膜病変、前縦隔リンパ腫を伴った症例を経験したので報告する。症例は 57 才、男性。平成元年より右視力低下、眼球突出が出現し偽腫瘍と診断された。画像上、両側頭部硬膜にも造影効果を示す肥厚性病変を同時に認めた。ステロイドにより症状軽快し硬膜病変は消失した。以後ステロイド内服にて経過観察中であったが腫瘍サイズは徐々に増大した。平成 12 年検診で偶然発見された前縦隔腫瘍に対し手術施行、病理診断は悪性リンパ腫 (MALT) であった。確定診断のため、経頭蓋的に眼窩内腫瘍の生検を行った。病理組織上炎症所見のみで偽腫瘍と診断され、術後ステロイド投与にて眼球突出は改善した。

orbital pseudo tumor hypertrophic  
pachymeningitis malignant lymphoma

名古屋大学医学部脳神経外科

鶴見有史、吉田光宏、齋藤 清、宮地 茂、吉田 純

巨大な海绵静脈洞内血管腫を経験したので報告する。症例は 69 歳女性。トルコ鞍内・鞍上部から左中頭蓋窩を占める腫瘍で、海绵静脈洞内血管腫が疑われた。術中出血を減らすために、meningohypophyseal artery および middle meningeal artery の塞栓術を行い、orbitozygomatic approach により腫瘍摘出術を行った。出血量は 2120ml で、腫瘍の外側約 2/3 を摘出した。残存腫瘍には放射線治療を計画している。

海绵静脈洞内血管腫は一塊切除すれば出血は少ないが、大きな腫瘍では分割切除が必要であり、大量出血が予測される。また、放射線治療の有効性も報告されている。巨大な海绵静脈洞内血管腫の治療において、血管内塞栓術、摘出術、放射線治療の順で治療を行うことは有用と思われたので、若干の文献的考察を加え報告する。

Key word : cavernous hemangioma, cavernous sinus,  
embolization, radiation

頭蓋骨転移をきたした気管支カルチノイドの 1 例

金沢医科大学 脳神経外科、同 臨床病理学\*  
金沢脳神経外科病院\*\*村坂憲史 (MURASAKA kenshi)、飯田隆昭、飯塚秀明  
野島孝之\*、竹内文彦\*\*、佐藤秀次\*\*

症例は 73 歳女性。1999 年 7 月に頭痛で発症、頭蓋単純写で後頭骨正中に約 2cm の円形の骨欠損があり、MRI で頭皮下から硬膜外に T1WI で等・T2WI で高信号、均一に増強される腫瘍を認め、摘出術が行われた。腫瘍は境界鮮明で暗赤色、弾性硬で硬膜に一部癒着していた。2001 年 4 月に再発を認め再手術が行われた。その後、左下肺野に腫瘤病変を認め、頭蓋骨腫瘍の確定診断と後療法を目的に紹介された。入院時、体幹に多数の有痛性皮下腫瘍があった。皮膚および肺病変の生検組織で、N/C 比の高い小円形・短紡錘形細胞が、血管結合組織によって分割され胞巣状に配列、免疫染色では chromogranin A, NSE, EMA が陽性で、カルチノイドと診断された。頭蓋骨病変も同一組織であり、気管支カルチノイドの頭蓋骨転移と考えられた。現在、呼吸器内科で化学療法中である。

carcinoid tumor, metastatic skull tumor

○星野彰宏 (HOSHINO, Akihiro)、高橋立夫、高田宗春、須崎法幸、谷口克己、今川健司、桑山明夫

今回、我々は比較的稀にみる甲状腺癌の脳内転移の一例を報告したので報告する。

症例は52才女性。H7年11月29日に甲状腺乳頭癌にて甲状腺全摘、両側頸部リンパ節郭清を施行。その後入院を繰り返して化学療法を施行。

H12年9月18日、意識消失発作を繰り返すため頭部MRIを施行したところ、多発性脳内転移を認めためたため当科紹介となった。H12年10月3日開頭腫瘍摘出術施行。病理組織は乳頭癌であったため、甲状腺乳頭癌の脳内転移と診断された。

甲状腺癌の肺、骨転移は多く認めるが脳内転移は1%しかないと報告されている。

日向崇教 (HYUGA Takanori), 福岡秀和, 小出和雄, 打田 淳, 多田豊曠\*

症例は80歳男性。2年前より自発性低下や感情失禁が出現。近医HCTで多発頭蓋内腫瘍を指摘された。当科初診時、上記以外の神経学的異常は認めなかった。MRIで腫瘍は①鞍上部から斜台 ②左基底核 ③左頭頂葉円蓋部に存在し、各病変ともT1でややlow, T2でiso intensityを示し、Gdで均一に造影された。全身検査の結果、縦隔や後腹膜にも腫瘍が存在した。皮膚所見は認められなかった。左頭頂葉円蓋部病変に対して穿頭生検術を施行した。病変は弾性硬で黄色調でありクモ膜との癒着はなかった。病理所見はhistiocytosis Xと類似していたが、CD68 (+), S-100 (-)より黄色肉芽腫と診断した。患者は2ヶ月間で画像上病変の変化を示さず、臨床症状の悪化がないため外来で経過観察中である。黄色肉芽腫は多くが幼児の皮膚に発生するが、稀に成人や他臓器にも出現する。今回我々は頭蓋内多発性病変を示す黄色肉芽腫を経験したので報告する。

thyroid carcinoma, brain metastasis

xanthogranuloma, CD68, S-100 protein, histiocytosis X

東馬康郎 (TOHMA Yasuo) 中右博也 長谷川光広  
山下純宏

[症例] 69才女性 主訴 痴呆、歩行障害 [現病歴] 2000年12月頃から発語減少、動作緩慢、記憶力障害が出現。2001年5月より歩行障害が出現、8月に転倒し、右大腿骨頸部骨折。入院先の病院で撮影されたCT上右前頭葉内嚢胞性病変を指摘され、当科へ紹介入院となった。

[入院時現症] 新長谷川式痴呆スケール25/30点、近時記憶障害、発語の流暢性の低下、地誌的失見当識、すくみ足、失禁が見られた。[入院後経過] 開頭手術にて神経内視鏡下に嚢胞開放術をおこなった。嚢胞内容は無色透明で髄液様であった。術後、発語の増加を認めた。高齢者にはまれな脳内嚢胞性病変の症例の手術治療を経験したので、術後経過に文献的考察を加えて報告する。

arachnoid cyst, ependymal cyst

古市昌宏 (FURUICHI Masahiro)、野倉宏晃、荒木有三、奥村 歩\*、坂井 昇\*

慢性硬膜下血腫の術後に自然消退したクモ膜嚢胞の1例を報告する。症例は11歳、女性で頭痛と嘔吐を主訴に当院を受診し、頭部CT・MRIで左中頭蓋窩クモ膜嚢胞および嚢胞内出血と診断された。保存的加療により一時軽快したが、1ヶ月後CTで慢性硬膜下血腫とこれによる強い中心偏位が出現したため穿頭血腫除去術を行った。術後のCTで嚢胞内 air が認められ血腫腔と嚢胞の交通性が示唆された。術後は経過良好で血腫腔の消失とともに嚢胞も2ヶ月後にはほぼ消失した。クモ膜嚢胞の慢性硬膜下血腫の合併例およびその治療法について文献的考察を加えて報告する。

chronic subdural hematoma, arachnoid cyst, therapy

中枢神経系に発生した多発嚢胞の一例

社会保険中京病院脳神経外科

中島康博(NAKAJIMA Yasuhiro)、雄山博文、  
池田 公、井上繁雄、渋谷正人

症例は 46 歳の女性。左足の突っ張り、頭痛、嘔吐にて他院入院中に低 Na 血症を併発し、意識レベル低下。頭部 MRI にて左小脳橋角部に嚢胞性病変を発見。複視、浮遊感を訴え、両側外転神経麻痺と眼振、失調を認めた。また、第四頸椎のレベルにも硬膜下嚢外嚢胞を認めたが、まず後頭下開頭にて後頭蓋窩嚢胞を摘出した。術後、症状は一旦改善するが、水頭症となったため VP シェントと頸椎嚢胞摘出術及び前方固定術の追加を必要とした。病理診断は、後頭蓋窩嚢胞は neuroepithelial cyst、頸椎嚢胞は enterogenous cyst であった。中枢神経系に嚢胞性病変が多発性に発生した本症例は稀であるため、文献的考察を加えて報告する。

neuroepithelial cyst, enterogenous cyst, hydrocephalus, posterior fossa tumors, spinal tumors

Keyhole surgery のためのニューロイメージング

— 3D-CT & virtual endoscopy —

三重大学、脳神経外科

堀 康太郎 (HORI Kotaro)、滝 和郎

Keyhole surgery を行うためには術前の手術プランニングが重要であり、個々の患者の解剖を把握することによって病変までの安全で効果的なルートを決定的ことができる。今回我々は、3D-CT を用いた開頭範囲の決定と MRI 画像から作成した virtual endoscopy を用いた頭蓋内病変周囲の描出について報告する。3D-CT は、画像上で頭蓋内から病変や静脈洞の位置により開頭範囲を開窓し頭蓋外から観察することによって開頭プランニングができ、特に後頭下開頭術や頭蓋底手術、経鼻的下垂体手術で有効であった。Virtual endoscopy は、微小血管減圧術での神経と責任血管との関係や動脈瘤と神経との関係、トルコ鞍近傍での視神経と血管・下垂体茎などの位置関係を立体的に描出でき、病変へのアプローチの方向を決定するのに有効であった。

keyhole surgery, 3D-CT, virtual endoscopy

片側の下角に生じた isolated lateral ventricle の 1 例

石川県済生会金沢病院 脳神経外科、  
同リハビリテーション科\*

○山本治郎 (YAMAMOTO Jiro), 倉内 学  
岸谷 都\*

症例は 45 歳男性。患者は平成 13 年 2 月 15 日に脳室穿破を伴う左尾状核出血で他院に入院し、緊急で両側脳室ドレナージ (EVD) が施行された。3 月 8 日、V-P shunt が施行された。6 月 1 日に高次脳機能障害と右に強い四肢麻痺の治療のため当院リハビリ科に転院した。7 月 19 日より徐々に ADL 低下、傾眠状態となり、CT で脳室の slit 化と左下角に限局する異常な脳室拡大を認めた。表題の如く診断し、治療はまず、限局した下角に EVD を設置した。症状の改善が見られたため、2 週間後に左下角と腹腔間のシェントを造設した。

Slit like ventricle と脳室内出血後の炎症性変化による脳室壁の癒着が原因と考えられる Isolated lateral ventricle の症例を呈示した。部位が極めて稀であり、発生機序を中心に考察し報告する。

Isolated lateral ventricle, Slit ventricle syndrome, Inflammation

トルコ鞍部腫瘍に対する経鼻孔経蝶形骨洞手術

福井医科大学 脳神経外科

○土田 哲、吉田一彦、久保田紀彦

【目的】トルコ鞍部腫瘍の経鼻孔経蝶形骨洞手術は、手術器具を工夫すれば鼻孔の小さな日本人でも十分可能である。この手術の為に器具を開発し 74 例(81 回)の手術を行った。【方法】Speculum は先端幅を 10 mm、長さを 70~90 mm の 3 種類とし開大時の入口部直径は 30 mm、最深部は 20 mm となるよう製作した。最深部が更に拡がるものも製作し 2 段階的に使用した。手術は右鼻中隔粘膜を切開し軟骨性鼻中隔と粘膜を剥離後、鼻孔の大きさに合う Speculum を挿入した。腫瘍摘出時、回転式のスタンシエやキシュレットを使用し、術中 CT にて残存腫瘍を確認した。【結果】全例とも術後 1 日目より経口摂取ができ、ケロイド体質の 1 例を除き鼻孔の変形はなかった。内視鏡の使用も可能であった。【結論】器具の工夫により、完全に経鼻孔的にトルコ鞍部腫瘍を手術できた。

経鼻経蝶形骨洞手術、Speculum、術中 CT

名古屋大学脳神経外科  
岐阜社会保険病院脳神経外科\*

齋藤 清 (SAITO, Kiyoshi)、永谷哲也、吉田 純、  
岡部広明\*

【目的】eyebrow incisionによるkeyhole surgeryについて、今回は腫瘍性病変における我々の経験を報告する。【対象】1997年以降、33例の脳動脈瘤および7例の腫瘍性病変（特発性肥厚性硬膜炎2例、髄膜腫・下垂体腺腫・悪性リンパ腫・ラトケ嚢胞・くも膜嚢胞各1例、46～76歳、男3例・女4例）にkeyhole surgeryを行った。【結果】実質性病変は予定通り全摘出または部分摘出された。ラトケ嚢胞は再発し再手術を要した。くも膜嚢胞では、内視鏡を併用して嚢胞壁が十分切除された。1例に術後出血がみられた。【考察】通常frontalに小開頭するが、シルビウス裂開放にはfronto-temporalの小開頭が有用であった。髄膜腫例では篩板陥凹部が死角となった。keyhole surgeryは明らかに低侵襲であるが、術野が制限されるので症例を選択して行うべきと考ええる。

arachnoid cyst, eyebrow incision, keyhole surgery,  
meningioma

岐阜大学脳神経外科

郭 泰彦 (KAKU Yasuhiko), 坂井 昇

EC-IC bypass術における低侵襲手技を紹介する。  
手技の手順は以下の通りである。

1) STA parietal branchの直上に7cm前後のlinear skin incisionを加え、STAを剥離する。2) 側頭筋も同様に切開して約5x4cmの小開頭を行う。3) 通常はSylvian fissureが開頭窓の中央部にくるので、その近傍でrecipient arteryを確保する。適当な血管がない場合は、Sylvian fissureをopenしてfissure内でrecipient arteryを確保する。4) 型の如くSTAとMCAのcortical branchとを端側吻合する。5) 閉創時には、皮下を吸収糸で密に縫合し、皮膚はsurgical tapeにて固定する。手術時間は2時間から3時間で、出血量は100ml以下である。本手技は低侵襲であるばかりでなく、美容的にも優れている。

EC-IC bypass, less invasive method

浅ノ川総合病院 脳神経センター 脳神経外科  
同 神経内科\*  
金沢大学 脳神経外科\*\*

大西寛明 (Onishi Hiroaki) 川村哲朗 光田幸彦  
江守 巧\* 山下純宏\*\*

Less invasive procedureとしてWillis 輪前半部の未破裂脳動脈瘤31例(ICA18, MCA7, ACA6)に対してkeyhole supraorbital approachでclippingを試みた。眉と眼窩外側に沿った6-7cmの皮切を行い、眼窩上壁を一塊として含む2.0 x 3.0cmの開頭を行った。眼窩上壁を除去することにより、脳をほとんど圧排することなく前頭蓋底の良好な視野を得ることができた。重篤な術後合併症を生じなかった。結論：術前の動脈瘤clippingの可否の判定には3D-CTAが最も有用である。2.0x3.0cmの開頭は杉田やヤザギルのclipを使用するには支障の無い大きさである。一般の前頭側頭開頭に比べ開、閉頭に伴う手術時間を短縮でき、術後の開口障害、骨弁の陥凹をきたさない。本法は基本的にはsubfrontal approachであることを念頭に置き、症例の選択を行う必要がある。

Cerebral aneurysm, keyhole surgery, 3D-CTA,  
subfrontal approach

内視鏡手術の経験

市立四日市病院 脳神経外科

中根幸美 nakane yukimi, 市原薫、中林規容  
柴山美紀根、河合達巳、伊藤元一、伊藤八峯

【目的】脳室内出血、非交通性水頭症治療において積極的に内視鏡手術を応用したのでその経験を報告する。【対照】H13.1~5月の5ヶ月間に当院にて軟性鏡を使用して第三脳室開窓術と脳室内血腫除去術を行った4例と第三脳室開窓術を行った2例。この6例に対して、ドレナージ留置期間、手術時間、術後ICU入室日数、術前術後のレベル比較について検討した。【結果】全例において意識障害の改善がみられたが、退院時の転帰はGOSでGR1例, MD1例, SD4例であった。平均ドレナージ留置期間9.5日(くも膜下出血例では原則14日間留置)、平均術後ICU入室日数5日、平均手術時間1:59、手術に伴う合併症はなかった。6例中1例に術後シャントが必要となった。【結語】今後ドレナージのみ行った症例との比較検討が必要と考えられた。

Third Ventriculostomy

IVH

Non-communicated Hydrocephalus Neuroendoscopy

Microvascular decompression は  
key hole surgery であるべきか

名古屋市立大学脳神経外科

加藤康二郎 (Kojiro Kato)、間瀬光人、山田和雄

今日、三叉神経痛(TN)及び、片側顔面痙攣(HFS)にたいする Microvascular decompression は確立した手術手技となっている。病態及び、解剖学的な理解が深まるに従って、骨窓の大きさは、徐々に小さくなる傾向にあり、その大きさは2×2 cm内外で充分との記述も目立つが、当院では、TN、HFS いずれも 3.5×3~4 cm程度にやや大きめに開頭している。当院では、1995 年以來 42 例の Microvascular decompression を経験しているが、術後 1 例に聴力低下を、また 3 度目の手術となった HFS の再発例で一過性に顔面神経麻痺を経験したのみであり、諸家の報告に比べても合併症の発生率は低いものとなっている。当院で行っている手術とその成績から、開頭の大ききさについて考察を加えてみたい。

Microvascular decompression key hole surgery

頸椎椎間板障害に対する前方到達法による非侵襲手術

愛知医科大学脳神経外科

水野順一(Junichi Mizuno)、中川洋、張漢秀、渡部剛也、  
山田裕二、中村聡、川崎主税、犬飼崇

頸椎症やOPLLによる頸椎椎間板障害の手術法は手術用顕微鏡下の前方到達法が主流であり、われわれは minimally invasive surgeryを基本に位置付けている。Keyhole anterior approachには medial discectomy, oblique discectomy, transuncal foraminotomyがあるが、いずれも骨移植は不要であり、合併症の少ない有用な方法である。本法と椎間板ケージを使用した除圧固定術を組み合わせるにより、各症例に適した minimally invasive surgeryを行うことができ優れた方法と考えられる。我々の経験を基に、本法の適応、手術法、治療成績について考察する。

minimally (less) invasive surgery, keyhole surgery,  
cervical discogenic disease, OPLL

微小血管減圧術における開頭手技

藤田保健衛生大学 脳神経外科

木家信夫(Kiya Nobuo) 神野哲夫

"key hole surgery"を MVD(microvascular decompression)を例にとり考察したい。本来、大切なことは患者に対する minimally invasive neurosurgeryであり、その為には解剖の習得が大切である。そして、その延長線上に key hole surgeryがあると考えられている。まず key hole surgery 在りきとは考えていない。この様な考えを我々の行っている microvascular decompression の開頭を例にとり呈示したい。

Digastricgroove, microvascular decompression,  
occipitomastoid suture,

6 年後にくも膜下出血にて発症した、IC-PC  
分岐部漏斗状拡張の 1 例

東海記念病院 脳神経外科  
富山医科大学 脳神経外科\*

長谷川真作 Shinsaku Hasegawa  
楠瀬陸郎 遠藤俊郎\*

症例は 61 歳男性。約 6 年前の脳血管造影にて左内頸動脈-後交通動脈(IC-PC)分岐部に漏斗状拡張を、脳底動脈本幹と左内頸動脈C1部に紡錘状の拡張を認めていた。今回突然の激しい後頭部痛にて発症した。来院時のCTでは suprasellar cistemを中心としたくも膜下出血(SAH)、および急性水頭症を認めた。脳血管造影では、IC-PC分岐部の漏斗状拡張部より後下向き直径約7mmの囊状動脈瘤を認め、blebを伴っていた。脳底動脈と左内頸動脈の拡張部には変化がなかった。以上よりIC-PC分岐部動脈瘤破裂によるSAHと診断し、脳動脈瘤クリッピング術および脳室ドレナージ術を施行した。術後経過は良好にて、特に神経脱落症状なく、独歩退院した。以前にIC-PC分岐部の漏斗状拡張が存在していた。その後同部位に動脈瘤が発達しSAHで発症した症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

subarachnoid hemorrhage, cerebral aneurysm,  
infundibular dilatation



名古屋市立大学脳神経外科

大野貴之(Ohno Takayuki) 加藤康二郎

大蔵篤彦 山田和雄

症例は36歳女性。H13年3月26日突然の頭痛とめまいの発作を主訴に当院耳鼻科を受診した。頭部CTでは明らかなくも膜下出血を認めず。めまいが続くため入院し、左外リンパ瘻の診断で4月23日に同部の手術が施行された。4月28日未明、再び頭痛発作があり、頭部CT上明らかなクモ膜下出血が認められたため脳血管造影を施行した。左AICA末梢に動脈瘤を認め、5月1日左後頭下開頭でクリッピング手術を行った。動脈瘤は前下小脳動脈分枝のsubarcuate arteryそのものが拡張したように見え、紡錘型になったもので、内耳道に入り込んで、前庭神経、顔面神経、蝸牛神経を強く圧迫していた。

術前末梢性顔面神経麻痺とめまいがあったが、術後これらは消失し、1ヶ月で独歩退院した。

AICA末梢部動脈瘤破裂によるクモ膜下出血という稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

AICA aneurysm, SAH, subarcuate artery

名古屋大学医学部脳神経外科

吉田光宏、宮地 茂、根来 真、吉田 純

心内膜炎に合併した細菌性動脈瘤に対して塞栓術施行し、完全閉塞し得た2例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例1；21才男性。抜歯後、歯肉炎から感染性心内膜炎併発し、右中大脳動脈閉塞による脳梗塞、その後右前頭葉皮質下出血を発症。脳血管造影にて右前大脳動脈及び左中大脳動脈に細菌性動脈瘤を認め、前者の破裂が原因と考えられた。瘤のサイズに増大傾向認められたため、GDCおよびn-butyl cyanoacrylate(NBCA)を用いて塞栓術施行した。症例2；62才男性。感染性心内膜炎に合併した右後大脳動脈の細菌性動脈瘤の破裂により、右後頭葉に皮質下出血を生じた。同日NBCAを用いて塞栓術施行し、瘤の良好な閉塞を行えた。細菌性動脈瘤の閉塞に際し、NBCAを用いた塞栓術は非常に有用と思われた。

Key word : mycotic aneurysm, endocarditis  
embolization, liquid embolic material

白鳳会鷺見病院 脳神経外科<sup>1)</sup>、岐阜大学 脳神経外科<sup>2)</sup>

新川修司(NIKAWA Shuji)、大江直行、

鷺見靖彦<sup>1)</sup>、山田 潤、坂井 昇<sup>2)</sup>

症例は61歳、女性。頭痛、嘔吐にて発症し、くも膜下出血の診断にて他院より紹介された。頭部CTにて脳幹周囲にthickなSAHを認めた。脳血管撮影では脳動脈分岐部に造影不良(欠損)部分を認め、left P1に脳動脈瘤様の小さな膨隆を認めた。Dissectionの可能性を考慮して待機することとした。発症2週間後に再度脳血管撮影を行った。造影欠損部は認めず動脈瘤所見のみ認められた。発症3週間後にleft subtemporal approachにてneck clippingを施行した。後大脳動脈脳動脈瘤は極めて稀で、診断、治療などにつき文献的考察を加えて報告する。

posterior cerebral artery aneurysm, saccular aneurysm

富山市民病院脳神経外科

瀧波賢治 (Kenji TAKINAMI)、長谷川健、宮森正郎、  
荒川泰明

近年、頭蓋内解離性動脈瘤に対する関心が高まり、本邦を中心に多数の報告がなされている。その多くは椎骨脳底動脈系の動脈瘤であり、中大脳脈解離性動脈瘤の報告はまれである。今回我々はくも膜下出血で発症し、脳血管造影、術中所見にて確定診断に至った例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は64才男性である。顔面神経麻痺にて当院耳鼻科入院中の平成13年4月12日突然意識障害、左片麻痺出現し当科紹介となった。意識II-1、左片麻痺を認めた。CTにて右シルビウス裂を中心とするくも膜下出血を認めた。MRIにて右シルビウス裂内にT1で等～低信号、T2で低信号のmassを認めた。脳血管造影にて右中大脳動脈(M2)にdilatationとdouble lumenの所見を認めた。右中大脳脈解離性動脈瘤によるくも膜下出血と診断し4月13日右前頭側頭開頭にて手術施行した。右中大脳動脈(M2)にdilatationと同部よりneckを持った巨大な血栓を伴ったdouble lumenを認め、neck clippingとdilatation部位のcoatingを施行した。術後経過良好であったが、4月22日よりspasmによると考えられる左片麻痺が出現し、CTにて右中大脳動脈領域に脳梗塞が出現した。6月4日リハビリ目的にて転院した。

Dissecting aneurysm, middle cerebral artery,  
SAH, clipping

反復的軽微外傷により発生したと思われる

頸部椎骨動脈解離の1例

済生会高岡病院 脳神経外科<sup>1)</sup>

富山医科薬科大学 脳神経外科<sup>2)</sup>

水巻 康 (MIZUMAKI Yasushi)<sup>1)</sup>, 原田 淳<sup>1)</sup>,  
美野善紀<sup>1)</sup>, 桑山直也<sup>2)</sup>, 遠藤俊郎<sup>2)</sup>

症例は28歳, 男性. トラックの運転中に回転性めまいと右側頭部痛で発症した. 近医受診時に, 意識障害を指摘され, 頭蓋内病変が疑われたため当科に紹介された. 初診時神経学所見では, 意識は傾眠状態で, 眼振以外の脱落症状は認めなかった. 頭部CTで右小脳半球に低吸収域を認めた. 脳血管撮影で, 右頸部椎骨動脈に高度狭窄を認めた. 椎骨動脈解離に伴う小脳梗塞と診断した. 薬物療法により, 翌日には意識は清明となった. 脳血管撮影の再検で狭窄の自然軽快を認めた.

本症例は宅配便の運転手であり, 仕事で右頸部に軽微な外力を反復的に受けていたことが, 右頸部椎骨動脈解離の発生の一因となった可能性があると考えた.

Key words: vertebral artery, dissection, cervical trauma

緊急塞栓除去術が有効であった中大脳動脈塞栓症の一例

信州大学脳神経外科

宮入 洋祐 (MIYAIRI YOSUKE), 新田 純平、高澤 尚能  
伊 泊 広二、本郷 一博、小林 茂昭

緊急塞栓除去術が有効であった中大脳動脈塞栓症の一例を報告する. 肺線維症を既往に持67才の男性、突然の右片麻痺、意識障害により発症した. 頭部CTにて脳内に著変を認めず、左中大脳動脈に一致した低吸収域を認めた. 拡散強調MRIにて左上行前頭動脈の領域に高信号域を認め、脳血管撮影にて左中大脳動脈塞栓症と診断した. 左前側頭開頭頭施行、塞栓は手術的に除去した. 術後CTでは前頭葉の一部に脳梗塞巣を認めたものの、脳血管撮影にて左中大脳動脈の血流は良好で、神経学的脱落症状なく退院した.

近年、局所血栓溶解療法が脳動脈塞栓症に対する再開通療法として行なわれているが、全例での再開通は得られない. 一方治療開始までの時間を要するが血栓除去術は再開通を確実に得るための方法になり得る. 末梢への血流が保たれている症例においては緊急塞栓除去術の方が血栓溶解術より有効なことがあると考ええる.

Middle cerebral artery, embolism, embolectomy

ヘリコプターによるくも膜下出血患者搬送の2例

聖隷浜松病院 脳神経外科、同 救急部\*

聖隷三方原病院\*\*

野中雄一郎 (Nonaka Yuichiro)、平松久弥、  
天野慎二、田中聡、田中茂\*、岡田真人\*\*、嶋田務

欧米諸国に於いては、救急医療の現場でヘリコプターなどの航空機が活用されている. 日本でも今年9月より厚生労働省の認可を受け、救急医療の現場で本格的に活動を開始している. 今回我々は、くも膜下出血患者2例のヘリコプター搬送を経験したので報告する.

症例1は病院間搬送を行った67歳男性. 神経学的所見はH&K分類G2で搬送前後で著変なく、搬送後頭部CTでも再出血を示唆する所見を認めなかった. 症例2は発症現場から直接搬送された75歳女性. 発症直後の神経学的所見はH&K分類G4であったが、搬送前後はG3で変動を認めなかった. いずれの症例も救急医が同乗し、搬送中に血圧管理等を行った.

今回の症例は比較的安全かつ迅速に搬送を行うことができ、搬送時間の短縮などの利点があった. しかしヘリコプター搬送に伴う揺れや騒音などはくも膜下出血患者にとっては過度のストレスと考えられ、充分な鎮静、嚴重な血圧管理などの医学的管理が必要と考えられた.

Helicopter, transfer, subarachnoid hemorrhage

脳動脈瘤の術前評価に3DRAが有効であった一例

袋井市民病院脳神経外科\*  
愛知医科大学脳神経外科\*\*

松下康弘 (Matsushita Yasuhiro)\*、市橋鋭一、松尾直樹  
原野秀之、中川 洋\*\*

症例は73歳男性、平成13年7月21日頭痛感出現するも経過にて症状改善.

同年7月24日再度頭痛感出現し、当科受診された. 神経学的に項部硬直を認め、また、頭部CT上基底核部に強く広がるHDAと前頭部の大脳縦裂に腫瘍状のHDAを認めた. 脳血管撮影(DSA)を施行しA2/A3動脈瘤を確認したが、同時に施行した3DRAにて両側のA2/A3が大脳縦裂を越えて対側に張り出し、また動脈瘤は両側に存在することが確認された.

実際の手術(interhemispheric approach)においても、動脈瘤付近は癒着の影響も有り左右に展開することは非常に困難であったがdisorientationに陥らず動脈瘤を露出することが可能であった. □

今回、3DRAを使用することで動脈の変位により手術手が非常に困難となることを術前に判定可能であった症例を経験したので報告する.

3DRA.

CEA の術前診断に 3D-CTA が有用であった 1 症例

知多厚生病院脳神経外科

名古屋市立大学脳神経外科\*

今村陽希 (IMAMURA Nobuki)、水野志朗、中塚雅雄

山田和雄\*

症例は TIA で発症した 76 才男性。MRA で高位の右内頸動脈狭窄を認め、脳血管造影で 90% の狭窄を確認した。CEA 手術体位で 3D-CTA を行い、得られた情報をもとに手術を施行した。術後経過良好で 1 ヶ月後独歩退院した。3D-CTA は TOSHIBA X Vision SP を使用し、スライス厚は 2 mm、寝台移動速度は 2 mm/秒、使用造影剤はイオメプロール 350 100 ml を 1.6 ml/秒で右正中静脈から注入し、30 秒後にスキヤンを開始した。3D 画像は TOSHIBA Xtension で volume rendering 法を用い作成した。

3D-CTA は内頸動脈狭窄部と下顎骨、莖状突起、乳様突起や内頸静脈との 3 次元的位置関係がわかり、術前の指標として有用であった。CEA 術前評価における 3D-CTA の有用性について若干の文献的考察を含め報告する。

3D-CTA, CEA, internal carotid artery, stenosis

くも膜下出血にて発症し、急激な進行を認めた片側性モヤモヤ病の一例

1) 静岡県立こども病院脳神経外科

2) 神戸大学医学部 脳神経外科

1) 小山 淳二 (Koyama Junji)、佐藤 博美、佐藤 倫

子、大橋 智生、2) 玉木 紀彦

モヤモヤ病の小児例は一般的に脳虚血発作の形で発症する事が多いと言われている。今回、我々はくも膜下出血にて発症し、血管造影上、急激な進行を認めたモヤモヤ病の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】4 歳 5 ヶ月男児。軽度の発語遅延、右手の不器用に母親は気づいていた。突然の頭痛、嘔吐後意識障害を認め、近医受診。CT 上くも膜下出血を認め、同日、血管造影にて左中大脳動脈の閉塞、モヤモヤ血管及び左内頸動脈に動脈瘤を疑わせる所見を認めた。その後、当院に転院。意識障害の改善が得られたが、上肢に強い右片麻痺、失語症が残存し、12 日後の血管造影上、左内頸動脈は分岐部で閉塞し、前回認められた前大脳動脈の造影はみられず、前回認めた動脈瘤は消失、血管造影上の病期は急激に進行した。さらなる精査後、間接的脳血行再建術を施行した。

Moyamoya disease, subarachnoid hemorrhage, intracranial aneurysm

頸動脈瘤を認めたペーチエット病の一例

三重大学医学部脳神経外科

種村浩 (Tanemura Hiroshi) 田中克浩 朝倉文夫 阪井田浩司 滝和郎

症例は 37 歳女性で、主訴は右頸部腫瘍の疼痛を伴う急激な増大であった。1996 年、口腔内アфтаにて発症し、生検にてペーチエット病と診断された。1998 年には腹部大動脈瘤に対し人工血管置換術、2000 年には回腸横痂にて治療を受けている。頸部腫瘍については 1999 年の検査にて右内頸動脈に動脈瘤が同定されていたが、2001 年になって急激な増大を認めたため、右頸動脈瘤摘出術が施行された。ペーチエット病に血管病変を合併する頻度は 5~10% 前後であり、致死的合併症のひとつとして注目されている。血管病変として頸動脈瘤を合併することはきわめて稀であるが、一度形成された動脈瘤は急速に増大し破裂をきたさうするため、早期発見、早期治療が必要とされる。血管ペーチエット病の治療を考える上でも貴重な症例と考へ、文献的考察も加えて報告する。

Behçet's disease carotid artery aneurysm

脳内出血を合併した dural CCF の 1 例

富山医科薬科大学脳神経外科

高沢弘樹 (Hiroki Takazawa)、桑山直也、久保道也、

永井正一、平島 豊、遠藤俊郎

脳内出血にて発症した dural CCF の症例を報告する。

【症例】82 歳、女性。【既往歴】8 年前よりうつ病と痴呆にて老人施設に入所中。【現病歴】2000 年 9 月 2 日、partial seizure が出現。9 月 3 日、意識レベルが低下 (JCS-300)、右眼球結膜の充血、眼球周囲の血管雑音、眼球突出を認めた。【検査所見】CT にて右被殻から前頭葉に及ぶ脳内出血を認めた。脳血管造影にて両側海綿静脈洞にシャントを有し、右 sphenoparietal sinus を介して脳皮質静脈に逆行性還流を呈する high flow dural CCF と診断した。【経過】入院後意識が I 桁に改善したため経静脈的塞栓術を施行した。これにより眼症状は消失し、痴呆を残して転院した。

dural CCF

富山医科薬科大学 脳神経外科

宮島謙 (Ken Miyajima)、林 央周、倉田主税、梅村公子、  
桑山直也、平島 豊、遠藤俊郎

特発性硬膜内血腫の一例を経験した。症例は79歳男性、主訴は右頭頂部の頭痛。神経学的異常は認めなかった。CT、MRIにて右頭頂穹窿部に凸レンズ状の血腫像を認めた。血腫近傍硬膜に造影効果認め、血腫は分葉した硬膜内に存在すると考えられた。外傷の既往は無く、腫瘍性病変や血液凝固能異常は認めなかった。開頭術にて、約10×7cmの暗赤色に変色した硬膜の膨隆を認め、その辺縁に沿って硬膜を切開して摘出した。膨隆部に異常血管や腫瘍は認めず、脳表にも異常は認めなかった。切除標本を切開したところ、分葉した硬膜内に血腫を認めた。組織学的には硬膜の肥厚、分葉部の出血を認めたが、異常血管や腫瘍は認めなかった。穹窿部特発性硬膜内血腫の報告はこれまででなく、まれな病態であると考えられたので、文献的考察を加えて報告する。

Interdural hematoma, spontaneous, MRI

## 弁置換後に発症した後頭蓋窩急性硬膜下血腫の一例

国療豊橋東病院 脳神経外科、\*循環器外科

石黒光紀、酒井秀樹、西村康明  
橋本昌紀\*

私どもは、頭部外傷の既往がなく、開心術後3日目、後頭蓋窩に急性硬膜下血腫を発症し開頭血腫除去術を必要とした極めて稀と思われる一例を経験したので報告する。症例は64歳、女性。本年6月、胸部不快感を覚え近医を受診し、心機能不全を疑われた。精査にて、大動脈弁閉鎖不全Ⅲ度・僧房弁閉鎖不全Ⅱ度の診断をうけ、9月、当院循環器外科を紹介された。同科にて9月18日、全麻下に開胸、二弁置換術をうけた。術後経過は順調で、意識清明、神経学的異常所見は認めなかった。しかし、術後2日目昼頃より、意識は清明であるものの体位変換時に悪心を覚え、3日目、屋、意識レベルはⅡへ低下し当科を紹介された。頭部CTを施行し、後頭蓋窩に急性硬膜下血腫とテント上に急性水頭症を認め、直ちに緊急手術を施行した。術後経過は順調である。本症例の詳細と若干の文献的考察を加え、報告する。

idiopathic acute subdural hematoma, posterior fossa, valve replacement

## 呼吸不全が残存した小脳出血の1例

<sup>1</sup>公立小浜病院脳神経外科、<sup>2</sup>福井医科大学脳神経外科小寺俊昭(KODERA Toshiaki)<sup>1</sup>、廣瀬敏士<sup>1</sup>、新井良和<sup>2</sup>、  
久保田紀彦<sup>2</sup>

17歳女性。2001年1月27日突然意識障害出現、本院搬送時は呼吸停止、深昏睡状態で、両眼とも縮瞳していた。心肺蘇生後CT撮影、左小脳半球、左後頭蓋窩に血腫(+)、脳幹圧迫は著明。AVMやduralAVFからの出血を疑い、緊急で減圧開頭血腫除去術を行った。意識レベルは徐々に改善し、右上肢や頭部の動きで意思伝達は可能となった。しかし呼吸不全が残存、随意思呼吸がたまたま認められるのみで自動呼吸は戻らず、呼吸器管理を続けている。他、不全四肢麻痺、眼球運動障害、球麻痺が残存。

4月19日のMRIでは、左>>右小脳半球、小脳虫部に広範な損傷(+)。下部および上部延髄背側に両側性に損傷(+)。6月13日の脳血管撮影では、明らかな異常血管は認められず。

小脳出血後に、呼吸不全が主症状として残存したままの症例と思われるため、報告する。

cerebellar hemorrhage, medulla oblongata, respiratory failure

## 硬膜下膿瘍における造影FLAIR MRIの有用性

市立敦賀病院 脳神経外科

朴 在鎬(PARK Cheho)、新多 寿、北野哲男

硬膜下膿瘍においては画像上、貯留した膿瘍により脳浮腫がみられ、膿瘍周囲の硬膜、軟膜に増強効果が認められるといわれている。今回、治療過程において造影FLAIR MRIが有用であった一例を提示する。

症例は65歳男性。8日前より発熱を認め、近医にて肝膿瘍に対し抗生剤の投与を受けていた。2001年5月1日頭痛、左半身筋力低下出現し、CT上硬膜下血腫もしくは膿瘍が疑われ、当院に転院した。初診時、JCS 2で左不全片麻痺を認めた。5月2日穿頭術にて硬膜下膿瘍であることが判明し、硬膜下ドレーンを留置した。手術後、抗生剤の投与を継続したが、頭痛、意識障害、片麻痺の症状は遷延し、術後造影MRIでは膿瘍腔に接した右大脳半球の硬膜および軟膜にびまん性の強い増強効果を認めた。この増強効果は造影T1強調画像に比べ、造影FLAIR像において、より明瞭であった。症状の改善と共に増強効果は減弱した。文献的考察を加え報告する。

subdural empyema, contrast - enhanced MRI, FLAIR

## 小脳半球・慢性被膜化血腫の一例

厚生連・加茂病院 脳神経外科

大島共貴 (OHSHIMA Tomotaka)、小倉浩一郎、

立花栄二、中屋敦典久

症例は69歳、男性。胃癌にて胃切除術の既往あり。今回、頭痛と吐き気、歩行障害が緩徐に進行し、入院。神経学的には小脳失調が見られ、単純CTにて小脳半球にやや高吸収域の径3 cmの腫瘍を認めた。

造影CT、造影MRIではともにリング状の増強効果あり。脳血管撮影では、異常血管像や腫瘍濃染像は認めなかった。各種腫瘍マーカーに異常所見なし。

腫瘍内出血を合併した、転移性あるいは原発性小脳腫瘍を考え、開頭摘出術を行った。腫瘍は周囲組織と境界明瞭で、一塊として摘出できた。病理組織学的には、腫瘍は器質化した被膜に被われた陳旧性の血腫で腫瘍細胞は認められなかった。

慢性被膜化脳内血腫について、文献的考察を加えて報告する。

chronic encapsulated intracerebral hematoma,  
cerebellar tumor

## 経眼窩的頭蓋内異物の1例

岐阜大学脳神経外科

加藤貴之 (Takayuki Kato)、岩間 亨、

坂井 昇

経眼窩的頭蓋内異物を手術により摘出した1例を経験したので報告する。

症例は1歳の男児。菜箸を持っていて誤って転倒した。嘔吐したので近医を受診したが、外傷は明らかでなく経過観察されていた。母親が左眼の動きが悪いのに気付き、8日後に当院を受診した。左眼は突出し眼瞼は下垂しており、眼球運動は全方向性に障害され微熱も認めた。精査にて、左眼窩内から海綿静脈洞近傍にかけて2 cm程の異物を認めたので、手術により摘出した。手術は前頭側頭頭で行い、extraduralに眼窩上壁を削り、視神経管を開放すると前床突起直下に膿を認め、同部に箸の一部を確認した。periorbitaを切開して排膿洗浄し箸を摘出した。摘出した箸は長さ2 cm、直径5 mmで、折れた菜箸の先端に一致していた。

transorbital injury, penetrating injury,  
intracranial foreign body

## 慢性硬膜下血腫の穿頭術後2週間で発症した緊張性気脳症の1例

公立学校共済組合東海中央病院 脳神経外科  
名古屋大学 脳神経外科\*

野田 寛 (Hiroshi Noda) 大岡 啓治

西澤 俊久\*

症例は71歳男性。1ヶ月前に転倒して頭部を打撲し、1週間前より歩行障害をきたしたため来院した。頭部CTにて両側に慢性硬膜下血腫を認め、両側穿頭血腫除去術を行った。血腫は右40 cc、左110 ccであった。硬膜下ドレーンは留置しなかった。術後、脳の盛り上がりはやや不良で、残存空気も認めた。1週間後のCTにて血腫、空気ともほぼ消退し、歩行障害も改善したため、退院した。術後14日目、再び歩行障害が増悪し、再来院した。頭部CTにて左側硬膜下に空気の貯留と正中偏移を認め、緊張性気脳症と診断した。直ちに前回の左側穿頭部より再手術・ドレナージを行った。その後症状は速やかに改善し、硬膜下血腫および気脳症は再発していない。

術後1週間以上経過してからの緊張性気脳症の発症はまれと考えられるので文献的考察を加えて報告する。

Chronic subdural hematoma, Tension pneumocephalus,  
Postoperative residual air

