

第63回

日本脳神経外科学会中部地方会

日時：14年11月9日（土） 8時25分～

会場：第二豊田ホール

名古屋市中村区名駅四丁目10-27

第二豊田ビル西館8F

世話人：神野哲夫（藤田保健衛生大学脳神経外科）

〒470-1121愛知県豊明市杓掛町田楽ヶ窪1-98

TEL 0562-93-9253 FAX 0562-93-3118

E-mail neuron@fujita-hu.ac.jp

世話人会案内

時間：12:01～13:01

場所：西館会議室 804号室

会場案内

第二豊田ホール

名古屋市中村区名駅四丁目10-27

第二豊田ビル西館8F



御案内

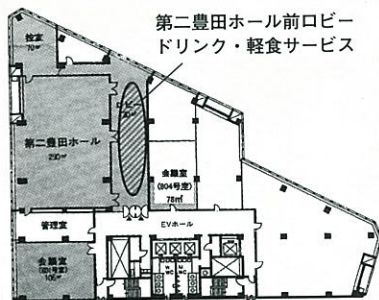
- (1) 学会当日に参加登録料 (1,000円) を受け付けます。新入会員の明年会費 (2,000円) を受け付けます。
- (2) 発表形式はパソコンまたはビデオまたは両者の併用とします。
- (3) パソコンによる発表は次の2つのどちらかを選択してください。
 - a. 自分のノートパソコンを使用する。
 - b. パワーポイントのデータを3.5インチMO (128~640MB) またはCD-Rに入れて持参する。
- (4) ビデオはS-VHSまたはVHSのみ使用可能とします。
- (5) パソコンとビデオは併用可能ですが、スクリーンは1面ですので、同時に映写することはできません。
- (6) ご自分の希望する発表方法を当医局宛メール下されれば幸いです。

■注意

- (1) パワーポイント以外のアプリケーションも使う場合、上記2bの方法は使えません。
- (2) 上記2bの方法を使うときは、OS (Windows、Macintoshの別、そのバージョン) をラベルに明記してください。ラベルには施設名と演者名も明記願います。
- (3) 仮に2aの方法を使う場合も、MOまたはCD-Rに入れたデータを持参下さると万一に備えることができます。
- (4) 仮に2bの方法を選ぶ場合も、できれば自分のノートパソコンを持参いただければ、何らかの原因でメディアが読めないときなどにバックアップがききます。

■ドリンクと軽食のサービスについて

第二豊田ホールの前のロビーにてドリンクと軽食のサービスを行います。どうぞ御利用下さい。



次回御案内

世話人：金沢医科大学脳神経外科 飯塚 秀明
開催日：2003年4月5日 (土)
開催場所：金沢シティモンドホテル

ごあいさつ

第63回日本脳神経外科学会中部地方会を主催させて頂き
光栄に存じます。

本会は、この地方の特に若い脳神経外科医の方々にとつては登龍門です。と言っても少人数での会ですので質問も多く厳しい学会でもあります。小生も約35年前、関東地方会での初発表で大変緊張したのを思い出します。

本会はミニシンポを二つ設けました。たとえ短時間でも一つの議題に集中討論する事は有意義だと考えているからであります。学問的に新しい発見の発表とともに、演者の方々には多少教育的意味も込めて頂ければ幸いです。ランチオンセミナーも講師2人お招きいたしました。講演をお受けくださいました事、御礼申し上げます。

かなりのタイトスケジュールですが、少しでも実りある一日であってほしいと願っています。宜しく御協力の程お願い致します。

平成14年10月吉日

藤田保健衛生大学脳神経外科教授
神野 哲夫

11月9日(土)

第二豊田ホール

8:25 開会のあいさつ 神野哲夫

8:30 一般演題1 脳血管障害1 8:30~9:36
座長:半田裕二 福井医科大学助教授
金井秀樹 名古屋市立大学講師
1. 深澤恵児 (三重大学) 7. 竹嶋俊一 (名張市立病院)
2. 上甲眞宏 (愛知医科大学) 8. 小寺俊昭 (公立小浜病院)
3. 小泉慎一郎 (聖隷浜松病院) 9. 岡田誠 (岐阜大学)
4. 村坂憲史 (高岡市民病院) 10. 新川修司 (白鳳会鷺見病院)
5. 大泉太郎 (慶應義塾大学伊勢慶徳病院) 11. 北浜義博 (共立菊川総合病院)
6. 南光徳偉 (臨港病院)

9:00 ミニシンポ1 聴神経鞘腫 9:36~10:36
座長:坂井昇 岐阜大学教授
久保田紀彦 福井医科大学教授

10:00 1. 長谷川光広 (金沢大学) 4. 西澤茂 (浜松医科大学)
2. 岩間亨 (岐阜大学) 5. 田中雄一郎 (信州大学)
3. 木家信夫 (藤田保健衛生大学) 6. 齋藤清 (名古屋大学)

10:36 休憩

10:46 一般演題2 脳腫瘍1 10:46~11:46
座長:長谷川光広 金沢大学助教授
田中雄一郎 信州大学講師
12. 橋本智哉 (福井県済生会病院) 17. 白神俊祐 (金沢医科大学)
13. 田中嘉隆 (岐阜大学) 18. 細島理 (名古屋第二赤十字病院)
14. 瀧波賢治 (富山市民病院) 19. 大沢知士 (名古屋市立大学)
15. 森美雅 (名古屋共立病院) 20. 伊藤元一 (市立四日市病院)
16. 竹田理々子 (焼津市立総合病院) 21. 土屋拓郎 (桑名市民病院)

11:00 UCASの報告 11:46~12:01
桐野高明 東京大学医学部脳神経外科教授
UCAS Japan 世話人代表

11:46 ランチョンセミナー 12:01~13:01
座長:平島豊 富山医科薬科大学助教授
若林俊彦 名古屋大学助教授

12:01 笹嶋寿郎 (秋田大学) 井上敬 (岩手医科大学)

13:01

ミニシンポ2 手術支援機器 13:01~14:11
座長:山田和雄 名古屋市立大学教授
遠藤俊郎 富山医科薬科大学教授

7. 土田哲 (福井医科大学) 11. 久野茂彦 (藤田保健衛生大学)
8. 林央周 (富山医科薬科大学) 12. 井上辰志 (愛知医科大学)
9. 横山徹夫 (浜松医科大学) 13. 永谷哲也 (名古屋大学)
10. 立花修 (金沢大学院)

14:00 一般演題3 脳血管障害2 14:11~15:11
座長:篠田淳 岐阜大学助教授
岩間亨 岐阜大学講師
22. 青島千洋 (名古屋大学) 27. 佐藤裕 (鈴鹿中央病院)
23. 林康彦 (金沢大学) 28. 牛山智也 (豊橋市民病院)
24. 長島久 (慈泉会相澤病院) 29. 堀恵美子 (済生会高岡病院)
25. 石田藤麿 (三重県立総合医療センター) 30. 岩崎浩司 (聖隷三方原病院)
26. 秋岡直樹 (富山医科薬科大学) 31. 松下康弘 (袋井市民病院)

15:00 休憩

15:11 一般演題4 脳腫瘍2 15:21~16:21
座長:西澤茂 浜松医科大学助教授
松原年生 三重大学講師
32. 渡会祐隆 (朝日大学村上記念病院) 37. 吉田多東 (公立陶生病院)
33. 加藤丈典 (豊橋市民病院) 38. 日向崇教 (豊川市民病院)
34. 中島英樹 (島田市民病院) 39. 伊藤英治 (大垣市民病院)
35. 竹内裕喜 (岐阜県立多治見病院) 40. 久保田俊介 (半田市立半田病院)
36. 渡辺隆之 (国立東静岡病院) 41. 岩田聡敏 (坂文種報徳會病院)

16:00 一般演題5 脊髄・機能外科・外傷 16:21~17:57
・血管内外科など
座長:水野正明 名古屋大学助教授
渡部剛也 愛知医科大学講師
今井文博 藤田保健衛生大学講師

42. 村岡尚 (信州大学) 50. 坂田知宏 (掛川市立総合病院)
43. 玉瀬玲 (金沢大学院) 51. 蘆田典明 (静岡県立こども病院)
44. 磯村健一 (菰野厚生病院) 52. 野村契 (浜松医科大学)
45. 山本憲一 (公立尾陽病院) 53. 石黒光紀 (国立療養所豊橋東病院)
46. 大井祥恵 (中濃病院) 54. 栗本太志 (名古屋大学)
47. 西尾陽一 (富山医科薬科大学) 55. 林俊行 (静岡赤十字病院)
48. 藤谷繁 (小牧市民病院) 56. 本山靖 (岡波総合病院)
49. 佐橋由貴子 (県立岐阜病院) 57. 林純一 (藤田保健衛生大学)

17:00

17:57 18:00

一般演題 1

脳血管障害 1

8:30~9:36 座長 半田 裕二 福井医科大学助教授
金井 秀樹 名古屋市立大学大講師

- 1 急速な増大を示した若年発症の脳底動脈瘤の一例
三重大学 深澤 恵児
- 2 Persistent primitive olfactory artery (PPOA) に発生した動脈瘤の一例
愛知医科大学 上甲 眞宏
- 3 後頭部痛と視野障害後に発症した、破裂椎骨動脈解離性脳動脈瘤の一例
聖隷浜松病院 小泉 慎一郎
- 4 くも膜下出血に合併した解離性大動脈瘤Painless thoracic aortic dissecting aneurysmの一例
高岡市民病院 村坂 憲史
- 5 内耳道内に発生した前下小脳動脈末梢部破裂動脈瘤の1例
慶應義塾大学伊勢慶應病院 大泉 太郎
- 6 第四脳室内動脈瘤の一例
臨港病院 南光 徳偉
- 7 Anterior communicating artery (ACoA) duplicationを伴ったACoA aneurysmの2例
名張市立病院 竹嶋 俊一
- 8 動脈硬化性脳動脈瘤の1例
公立小浜病院 小寺 俊昭
- 9 脳梗塞で初発しくも膜下出血を続発した部分血栓化脳動脈瘤の一例
岐阜大学 岡田 誠
- 10 破裂脳動脈瘤急性期手術症例における早期脳浮腫発生について
白鳳会鷺見病院 新川 修司

11

くも膜下出血後の脳血管攣縮に対する塩酸ファスジル動注療法の有用性と問題点

共立菊川総合病院

北浜 義博

ミニシンポ 1

聴神経鞘腫

9:36~10:36 座長 坂井 昇 岐阜大学教授
久保田 紀彦 福井医科大学教授

1-1

外科解剖をふまえた聴神経腫瘍摘出操作—被膜ならびに神経束走行の理解—

金沢大学

長谷川 光広

1-2

聴神経鞘腫摘出術の基本と工夫

岐阜大学

岩間 亨

1-3

Lateral suboccipital approachによる聴神経腫瘍摘出術に於ける留意点

藤田保健衛生大学

木家 信夫

1-4

聴神経腫瘍に対する手術療法—神経機能温存を図るために—

浜松医科大学

西澤 茂

1-5

聴神経鞘腫手術への種々の工夫

信州大学

田中 雄一郎

1-6

keyhole conceptによる聴神経鞘腫手術：工夫と問題点

名古屋大学

齋藤 清

一般演題 2

脳腫瘍 1

10:46~11:46 座長 長谷川 光広 金沢大学助教授
田中 雄一郎 信州大学講師

12

内頸動脈より分岐した中硬膜動脈により栄養された傍矢状洞髄膜腫の一例

福井県済生会病院

橋本 智哉

13

短期間に悪性転化し急速に再発増大した髄膜腫の1例

岐阜大学

田中 嘉隆

- 14 著明な石灰化と大きな嚢胞を伴った髄膜腫の一例
富山市民病院 瀧波 賢治
- 15 脳室内播種で発症した悪性髄膜腫の1例
名古屋共立病院 森 美雅
- 16 治療後短期間で再発し、皮質切開部に転移したatypical meningioma
の1例—MIB1の重要性
焼津市立総合病院 竹田 理々子
- 17 多発性膠芽腫の1例
金沢医科大学 白神 俊祐
- 18 生後1ヶ月で発症した未分化神経膠腫
名古屋第二赤十字病院 細島 理
- 19 膿瘍を伴った頭蓋咽頭腫の一例
名古屋市立大学 大沢 知士
- 20 硬膜外から硬膜内へ進展を認めた中頭蓋窩epidermoidの一例
市立四日市病院 伊藤 元一
- 21 静脈還流障害によるpseudotumor cerebriの1例
桑名市民病院 土屋 拓郎

ランチョンセミナー

12:01~13:01 座長 平 島 豊 富山医科薬科大学助教授
若 林 俊 彦 名古屋大学助教授

ナビゲーションシステムを用いた我々の治療
秋田大学 笹嶋寿郎
新しい画像診断とその治療応用—脳神経外科臨床における3.0 Tesla
MRIの有用性
岩手医科大学 井上 敬

ミニシンポ2

手術支援機器

13:01~14:11 座長 山 田 和 雄 名古屋市立大学教授
遠 藤 俊 郎 富山医科薬科大学教授

- 2-7 当院における術中2D及び3DCTの現状と展望
福井医科大学 土田 哲
- 2-8 Image guided neurosurgery
富山医科薬科大学 林 央周
- 2-9 パソコンを用いた定位脳手術術中神経活動記録表示および解析シス
テム
浜松医科大学 横山 徹夫
- 2-10 ナビゲーションシステムと内視鏡を用いた経蝶形骨手術アプローチ
の検討
金沢大学院 立花 修
- 2-11 脊椎椎髄手術におけるナビゲーションシステムの有用性と限界
藤田保健衛生大学 久野 茂彦
- 2-12 脊柱再建術におけるspinal instrumentation
愛知医科大学 井上 辰志
- 2-13 神経内視鏡手術の経験 現状と今後の課題
名古屋大学 永谷 哲也

一般演題3

脳血管障害2

14:11~15:11 座長 篠 田 淳 岐阜大学助教授
岩 間 亨 岐阜大学講師

- 22 耳出血で発症したaberrant internal carotid arteryの仮性動脈瘤の一
例
名古屋大学 青島 千洋
- 23 バルーン閉塞試験にて内頸動脈閉塞を来した頸部仮性動脈瘤の1例
金沢大学 林 康彦

- 24 液状塞栓物質による経動脈的塞栓術にて根治し得た硬膜動静脈瘻の2例
慈泉会 相澤病院 長島 久
- 25 3 D-DSAによるCarotid cavernous fistulaの評価
三重県立総合医療センター 石田 藤麿
- 26 延髄梗塞にて発症した後頭動脈 一椎骨動脈吻合の一例
富山医科薬科大学 秋岡 直樹
- 27 出血発症のモヤモヤ病8例について
鈴鹿中央病院 佐藤 裕
- 28 本態性血小板血症に合併した出血性脳梗塞の一例
豊橋市民病院 牛山 智也
- 29 脳腫瘍との鑑別を要した皮質静脈血栓症の1例
済生会高岡病院 堀 恵美子
- 30 一旦縮小後再増大した外傷性中大脳動脈瘤の症例
聖隷三方原病院 岩崎 浩司
- 31 外傷性動脈瘤に対し瘤内coil embolizationを施行した一例
袋井市民病院 松下 康弘

一般演題 4

脳腫瘍 2

15:21~16:21 座長 西澤 茂 浜松医科大学助教授
松原 年生 三重大学講師

- 32 動眼神経麻痺を併発した下垂体腫瘍の2例
朝日大学村上記念病院 渡会 祐隆
- 33 頭痛で発症し、診断に苦慮した下垂体卒中の1例
豊橋市民病院 加藤 丈典
- 34 後頭葉DNTの1例
島田市民病院 中島 英樹
- 35 稀な頭蓋骨腫瘍の2例
岐阜県立多治見病院 竹内 裕喜

- 36 放射線照射16年後に発生した骨肉腫の1症例
国立東静岡病院 渡辺 隆之
- 37 Vascular stainを呈した眼窩内リンパ腫の一例
公立陶生病院 吉田 多東
- 38 造影されにくかった原発性悪性リンパ腫の一例—放射線学的所見、病理学的所見の相関について—
豊川市民病院 日向 崇教
- 39 術後原発巣の再発なく脊髄髄腔内播腫をきたした一例
大垣市民病院 伊藤 英治
- 40 食道癌を原発とした骨破壊性巨大転移性脳腫瘍の一例
半田市立半田病院 久保田 俊介
- 41 転移性脳腫瘍γナイフ治療後に生じた放射線壊死、腫瘍再発とまぎらわしかった一例
坂文種報徳会病院 岩田聡敏

一般演題 5

脊髄・機能外科・外傷・血管内外科など

16:21~17:57 座長 水野 正明 名古屋大学助教授
渡部 剛也 愛知医科大学講師
今井 文博 藤田保健衛生大学講師

- 42 三叉神経鞘腫術後、後頭蓋窩再発性慢性硬膜下血腫の一例
信州大学 村岡 尚
- 43 鞍結節部壊死性肉芽腫性病変の一例
金沢大学院 玉瀬 玲
- 44 肝不全に併発した脳膿瘍の1例
菰野厚生病院 磯村 健一
- 45 肝膿瘍を伴い穿刺排膿術にて治療した多発性脳膿瘍の一例
公立尾陽病院 山本 憲一
- 46 特発性肉芽腫性下垂体炎の1症例 (Ideopathic Giant-cell Granulomatous Hypophysitis)
中濃病院 大井 祥恵

- 47 受傷から5年後に脳膿瘍で発症した頭蓋内異物の一例
富山医科薬科大学 西尾 陽一
- 48 自殺企図に釘打機(nail-gun)を用いた穿通性頭部外傷の一例
小牧市民病院 藤谷 繁
- 49 Crush injuryによる両側外転神経麻痺をきたした1例
県立岐阜病院 佐橋 由貴子
- 50 慢性硬膜下血腫穿頭術後に骨の静脈を出血源とする急性硬膜外血腫を合併した1例
掛川市立総合病院 坂田 知宏
- 51 小脳扁桃下垂を伴った後頭部斜頭蓋の一例
静岡県立こども病院 蘆田 典明
- 52 C-Varlockを用いた頸椎変性疾患に対する手術の有効性
浜松医科大学 野村 契
- 53 脳出血で発症した静脈性血管腫の一例
国立療養所豊橋東病院 石黒 光紀
- 54 顔面神経麻痺で発症した側頭骨錐体部血管腫の一例
名古屋大学 栗本 太志
- 55 摘出に難渋した松果体細胞腫の一例
静岡赤十字病院 林 俊行
- 56 開頭手術後に中心性テントヘルニアを来した低髄圧症候群の一例
岡波総合病院 脳神経外科 本山 靖
- 57 解離性内頸動脈瘤に対するステント支援によるコイル塞栓術の一例
藤田保健衛生大学脳神経外科 林 純一

1

急速な増大を示した若年発症の脳底動脈瘤の一例

三重大学 脳神経外科¹⁾
松阪中央総合病院 脳神経外科²⁾

○深澤恵児 (FUKAZAWA Keiji)¹⁾、朝倉文夫¹⁾、阪井田博司¹⁾、滝 和郎¹⁾、畑崎聖二²⁾、津田和彦²⁾、田中公人²⁾

症例は28歳男性。SAHにて発症。左BA-SCA動脈瘤(φ16.9×15.4 mm)に対して急性期コイル塞栓術を施行。術直後の血管撮影では瘤の一部にわずかな造影剤の滞留を認めるのみであったが、4日後の血管撮影で右BA-SCA cornerへの動脈瘤の増大を認め、続いて術後14日目の血管撮影では右BA-SCAおよびBA-topにおよぶさらなる動脈瘤の増大を認めた。術後25日目に追加のコイル塞栓術を施行し、BA-topにneckのない血管拡張部分を残すのみとなった。その後、NPHを来したためVPシャントを行い、わずかな左動眼神経麻痺を残して退院するも3ヵ月後には全回復。半年後の血管撮影においても動脈瘤の増大は認められていない。このように非常に短期間に増大した脳動脈瘤の若年症例を経験したため、その病態について若干の文献的考察を加えて報告する。

Key Word

basilar artery, rapidly growing aneurysm, coil embolization, subarachnoid hemorrhage, superior cerebellar artery

2

Persistent primitive olfactory artery (PPOA) に発生した動脈瘤の一例

愛知医科大学 脳神経外科

上甲真宏 (Joukou Masahiro)、渡部剛也、内門久明、中川 洋

前交通動脈より遠位部に発生する動脈瘤は全脳動脈瘤の約5%と比較的まれであり、走行異常を伴うことが多い。PPOAに発生した動脈瘤について渉猟したところ、報告は7例と少ない。今回我々が経験した1例を報告する。

症例：71才男性、左中大脳動脈瘤の破裂によるクモ膜下出血にて、day0で開頭クリッピング術を施行。初診時の3-D CTAにて、左ACAにPPOAを認め、遠位部のヘアーピン状屈曲部に長径11mmの未破裂動脈瘤を認めた。患者の術後経過は良好であり、今後脳血管撮影による詳細な検討の後、開頭クリッピング術を予定している。

考察：PPOAは、胎生期のACA発生異常に伴いprimitive olfactory arteryが遺残したものである。われわれが渉猟した範囲ではPPOAは13例報告されており、そのうち6例に動脈瘤を合併し、3例は破裂している。まれな症例と考えられるため文献的考察を加え報告する。

Key Word

persistent primitive olfactory artery, aneurysm

3

後頭部痛と視野障害後に発症した、破裂椎骨動脈解離性脳動脈瘤の一例

聖隷浜松病院 脳神経外科¹⁾聖隷三方原病院 脳血管内外科²⁾小泉慎一郎 (Koizumi Shin-ichiro)¹⁾、平松久弥¹⁾、杉浦康仁²⁾、天野慎士¹⁾、水谷敦史¹⁾、田中篤太郎¹⁾、嶋田 務¹⁾

47歳女性、H11.4右視野障害、右後頭部痛を主訴に他院受診した。受診時、視野障害は消失しており、MRIにて問題なく、経過観察となった。その後、後頭部痛は続いたが、視野障害は認められなかった。H14.7.2右後頭部痛が徐々に増悪した後、左視野障害を自覚した。7.3.受診時には右後頭部痛のみで、視野障害を認めず、CTも正常であった。MRI精査を予定したが、7.4.頭痛増悪後、呼吸停止となり、当院に搬送された。CT上、SAHを認め、脳血管撮影施行した。Rt.VA pearl&string signを認め、右椎骨動脈解離性脳動脈瘤と診断された。同日、瘤内塞栓術施行した。後頭部痛と、一過性視野障害の後にSAHを来した椎骨動脈解離性動脈瘤であった。一見片頭痛に類似した、また緩徐発症の頭痛でも、詳しい問診の上、解離性脳動脈瘤を鑑別に挙げておくことが重要と考えられた。

Key Word

vertebral artery, dissecting aneurysm, migraine, visual disturbance

4

くも膜下出血に合併した解離性大動脈瘤Painless thoracic aortic dissecting aneurysmの一例

高岡市民病院 脳神経外科

村坂憲史 (Murasaka Kenshi)、佐々木 尚、富子達史

症例：54歳女性

既往歴：自己免疫性肝炎と原発性胆汁性肝炎の合併、慢性甲状腺炎、洞不全症候群に対しペースメーカー埋め込み

現病歴：トイレで突然の頭痛、嘔吐にて発症、くも膜下出血と診断。搬入時、意識レベルJCS 10、胸部症状なし。経右上腕動脈脳血管撮影にて、大動脈弓部に偶然、解離性大動脈瘤が見つかった。脳血管撮影は中止、3DCTアンギオにて前交通動脈瘤と診断し、クリッピング術を行った。脳動脈瘤は嚢状脳動脈瘤であった。全経過を通じ高血圧は避け、解離性大動脈瘤の悪化もなく独歩退院した。解離性大動脈瘤は突然の内膜裂孔、中膜解離を来とし、多くは激烈な痛みで急性発症する。本症例はくも膜下出血によるストレスで発症し、意識障害があったことより胸部症状に乏しかったものと思われた。くも膜下出血に合併した解離性大動脈瘤につき報告する。

Key Word

Subarachnoid hemorrhage, painless thoracic aortic dissecting aneurysm

5

内耳道内に発生した前下小脳動脈末梢部破裂動脈瘤の1例

慶應義塾大学伊勢慶應病院脳神経外科¹⁾慶應義塾大学医学部脳神経外科²⁾大泉太郎 (Oizumi Taro)¹⁾、吉田一成²⁾、堂本洋一¹⁾

椎骨脳底動脈領域に発生した脳動脈瘤のうちでも、内耳道内に発生する発生する前下小脳動脈末梢部動脈瘤は極めて少ない。今回我々は74歳女性で、突然の頭痛で発症し (WFNS Gr 1)、CTでFisher Gr 2のくも膜下出血を認め、3回目の脳血管造影で右前下小脳動脈末梢部動脈瘤の診断にて右側方後頭下開頭で手術を行い、術中、動脈瘤を内耳道内に認め、トラッピングを行った1症例を経験した。患者は、術前に突然の右顔面神経麻痺をおこしたが、術後は改善傾向にあり、右聴力障害もおこさず、経過良好である。内耳道内に発生した前下小脳動脈末梢部動脈瘤の手術治療例の文献報告は28例のみであり、極めて少なく、この症例に若干の文献学的考察を加え報告する。

Key Word

intracranial aneurysm, subarachnoid hemorrhage

internal auditory meatus

facial palsy

anterior posterior cerebellar artery

6

第四脳室内動脈瘤の一例

財団法人名古屋港湾福利厚生協会 臨港病院 脳神経外科

南光徳偉 (Nanko Nariyoshi)、福島庸行

症例は65歳男性、突然の強い頭痛、嘔気、眩暈にて発症。CTにてクモ膜下出血、第四脳室内出血を認めた。 Hunt & Kosnik分類grade II。 DSAにてdistal PICA choroidal pointに囊状動脈瘤を認め、MRI上動脈瘤は第四脳室天蓋部に位置した。血腫のwash outを待ち、第19病日に手術を行った。後頭正中開頭、intertonsillar approachにて動脈瘤へ到達したが、neckを有さず、domeに直接動脈が流入、流出する特殊な形態であったため、trappingを行った。術後左小脳半球下内側に梗塞が発生し、体幹失調や眩暈など小脳症状をみたが次第に軽快し、独歩退院した。distal PICA動脈瘤は比較的稀であり、文献的考察を加え報告する。

Key Word

distal PICA aneurysm
aneurysm in the 4th ventricle
subarachnoid hemorrhage, intraventricular hemorrhage

7

Anterior communicating artery (ACoA) duplicationを伴ったACoA aneurysmの2例

名張市立病院 脳神経外科¹⁾
奈良県立医科大学 脳神経外科²⁾

竹嶋俊一 (Takeshima Toshikazu)¹⁾、丘田正人¹⁾、平松謙一郎¹⁾、榊寿右²⁾

ACoA complexのvascular anomalyは比較的多いものとされておりACoA duplicationもそのひとつである。しかしACoA duplicationの間は癒着していることが多くACoA aneurysmの術中にACoA duplicationを認めることは実際には少ない。今回、我々は2例のACoA duplicationを伴ったACoA aneurysmの手術例を経験したので報告する。

症例1：77歳、女性。ACoA aneurysm破裂によるSAH (H&K G2)で、術中所見では一見clipping困難なbroad neckのACoA aneurysmであったがaneurysmの前方に窪みがみられ、これを慎重に剥離するとACoA duplicationであった。duplicated ACoAが十分に太くtrappingを行った。術後に水頭症合併しVP shuntを要したが独歩退院した。

症例2：61歳、男性。Lt MCA aneurysm破裂によるSAH (H&K G1)で未破裂のACoA aneurysmを伴っていた。Lt pterional approachで一期的に手術したがACoA aneurysmは後ろ向きで、前方の窪みを剥離すると細いduplicated ACoAを認めた。aneurysmは比較的broad neckであったがneck clipping可能であった。術後に水頭症合併したがVP shuntを行い独歩退院した。2症例ともに術前DSAではACoA duplicationを指摘できず、術中にaneurysm前方の窪みを剥離することでACoA duplicationが判明した。症例1のようにclipping方法に影響する事もありACoA aneurysmの場合、術前DSAで指摘できなくてもduplication等のanomalyを念頭に置きaneurysm周囲のACoA complexを十分に観察する必要があると考えられた。

Key Word

anterior communicating artery (ACoA), ACoA duplication, ACoA aneurysm, SAH, vascular anomaly,

8

動脈硬化性脳動脈瘤の1例

公立小浜病院脳神経外科¹⁾、木村病院脳神経外科²⁾、
福井医科大学脳神経外科³⁾、同第2病理学⁴⁾

小寺俊昭 (KODERA Toshiaki)¹⁾、廣瀬敏士¹⁾、井手久史²⁾、
久保田紀彦³⁾、内木宏延⁴⁾

65歳、女性。2002年6月19日夜、突然嘔吐して倒れ、救急搬送された。JCS 20、GCS 12、神経巣症状は不明瞭、WFNS grade IV。頭部CT上びまん性SAH (+)。翌6月20日のCTでは水頭症出現。DSAでは右M2-3にdumbbell-shape large aneurysm (+)。同日開頭術を行った。動脈瘤は右M2の細い分枝の側壁から発生し、分岐部とは無関係。親血管に平行にクリッピングを試みたが、動脈瘤壁が厚く不可能。トラッピングとし動脈瘤を摘出した。組織学的には、動脈瘤壁は肥厚・線維化した内膜から成り、中膜は非薄化。中膜解離や炎症細胞浸潤は認められず、動脈硬化性嚢状脳動脈瘤と考えられた。術後は右前頭葉の一部に低吸収域が出現したのみで、症候性脳血管攣縮は認めず。髄膜炎、虚血性腸炎、深部静脈血栓症を合併し治療。8月12日右脳室腹腔短絡術施行。左片麻痺は改善したものの、全般的ADL低下が残存し、現在起立・歩行訓練を行っている。典型的な動脈硬化性脳動脈瘤の報告は少なく、また破裂は稀と言われており、報告する。

Key Word

sclerotic cerebral aneurysm, subarachnoid hemorrhage, distal middle cerebral artery, large saccular aneurysm, intimal thickening

9

脳梗塞で初発シクモ膜下出血を続発した部分血栓化脳動脈瘤の一例

岐阜大学医学部附属病院 脳神経外科

岡田 誠 (OKADA MAKOTO)、秋 達樹、吉村紳一、奥村 歩、郭
泰彦、坂井 昇

症例71歳男性。意識障害、右片麻痺、失語で発症した。MRIにて左島弁蓋部を中心に脳梗塞を認め、左シルビウス裂基部にmixed intensity massを伴っていた。左頸動脈撮影ではlt operculo-frontal A.は閉塞しており、M1、M2移行部にaneurysm様のdilatationが描出された。部分血栓化動脈瘤に起因する脳梗塞と診断し、保存的療法を行った。運動性失語を遺し転院したが、脳梗塞初発2ヶ月後に突然深昏迷となり、CTにて左シルビウス裂を中心としたクモ膜下出血を認めた。左頸動脈撮影では左中大脳動脈瘤の残存腔の増大を認めた。開頭術にて、動脈瘤内の血栓を除去した後にネッククリッピングを施行した。脳虚血で初発した血栓化脳動脈瘤においてクモ膜下出血を続発することは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Key Word

thrombosed aneurysm, cerebral ischemia, subarachnoid hemorrhage

10

破裂脳動脈瘤急性期手術症例における
早期脳浮腫発生について

白鳳会鷺見病院脳神経外科

新川修司 (Niikawa Shuji)、大江直行、山田 潤、鷺見靖彦

1998-2001年の過去4年間の破裂脳動脈瘤手術症例36例中早期手術30例中7例において術後早期の脳浮腫発生を経験した。平均Day 4 (SAH発症日Day 0) でCTにて脳浮腫の発生を確認しており、意識障害、瞳孔不同、対光反射消失などのヘルニア兆候を呈した。6例の待機手術症例、同時期に行った19例の未破裂脳動脈瘤手術症例では特別な合併症を認めていない。脳浮腫を合併した7例中6例にbarbiturate療法を施行し4例は特別な神経症状なく回復、退院した。3例は脳浮腫のため死亡した。2例で経過中にCT angiogram, dynamic CTによるfollowを行った。このような症例は、脳血管攣縮に伴う脳浮腫とは発生機序が異なると考えられ、文献的考察を加えて報告する。

Key Word

Subarachnoid hemorrhage, cerebral edema

11

くも膜下出血後の脳血管攣縮に対する塩酸ファスジル
動注療法の有用性と問題点共立菊川総合病院脳神経外科¹⁾、聖隷浜松病院脳神経外科²⁾、
藤枝市立総合病院脳神経外科³⁾北浜義博 (Kitahama Yoshihiro)¹⁾、平松久弥²⁾、杉原央一¹⁾、嶋田 務²⁾、
藤原義賢³⁾

[目的] くも膜下出血 (SAH) 後の脳血管攣縮 (VS) に対して、塩酸ファスジル (FH) 動注を施行してきた。本法の有用性、問題点を検討した。

[対象と方法] SAHで入院しVSを認めた20例を対象とした。Day7あるいはVSを疑わせる所見を認めた時点で、DSAを行い、VSを認めた症例に対してIC起始部からFHを1.5mg/ml/min.で30~60mg動注した。DSAでのVSの改善度、脳梗塞の有無、転帰につき検討した。

[結果] 37回の動注を実施し、35回 (94.6%) で血管拡張を得た。VS軽症から中等度群7例は脳梗塞には到らず、転帰良好であったが、VS重症群13例のうち6例で脳梗塞になった。転帰はGR9例 (45%)、MD8例 (40%)、SD1例 (5%)、D2例 (10%) であった。治療の重篤な合併症はなかった。

[考察] FH動注療法は手技も容易であり、DSAのVS改善度も良く、有用な治療法である。しかし、VS重症例では一時的に血管拡張が得られても、転帰の改善には至らず、FH動注の頻度を増やす等を検討すべきである。

Key Word

Fasudil hydrochloride, Subarachnoid hemorrhage, cerebral vasospasm, intra-arterial infusion

ミニシンポ1-1

外科解剖をふまえた聴神経腫瘍摘出操作
—被膜ならびに神経束走行の理解—

金沢大学大学院医学系研究科脳医科学専攻脳病態医学講座脳機能制御学（脳神経外科学）

長谷川光広（Mitsuhiro Hasegawa）、木多真也、山下純宏

定位脳放射線手術の発展もあり、開頭による聴神経腫瘍の摘出では顔面神経麻痺を出さないことが絶対条件で、可能な場合に聴力温存を目指すものである。腫瘍露出の後、顕微鏡下に各神経の被膜上の走行を同定するが、必ず電気生理学的に腫瘍表面に顔面神経がないことを確認した後に被膜を切り込み内減圧を行う。腫瘍の中樞端あるいは末梢端で同定した顔面神経から、モニター装置のプロローベを用いて被膜を剥離する。顔面神経が菲薄化し、肉眼的に線維束の同定が困難な部分は被膜とともに残す。聴神経鞘腫の被膜は厚さ10 μ m以下と思いのほか薄く、神経組織、血管が含まれる部位でも100-150 μ m程度であることに留意して剥離操作を進める。蝸牛神経と周囲の剥離は聴力を低下させる。聴力温存が不可能と判断した場合には早めに蝸牛神経を切断し、視野を確保する。遅発性顔面神経麻痺の予防も必須である。これらの手技の詳細とともに被膜の外科解剖を提示する。

Key Word

vestibular schwannoma, facial nerve, monitoring, hearing preservation, surgical pathology

ミニシンポ1-2

聴神経鞘腫摘出術の基本と工夫

岐阜大学 医学部 脳神経外科

岩間 亨（Iwama Toru）、坂井 昇

良性腫瘍である聴神経鞘腫の治療目標は温存されている神経機能を悪化させることなく、脳幹や小脳など重要な周囲構造への圧迫を取り除くことであり、これらをなおざりにした全摘出ではない。隣接する蝸牛神経、顔面神経とは癒着が強いため、多くの場合これらの温存と全摘出は同時になし得ない、顔面神経温存のためには、1) 位置確認のため顔面神経刺激モニターを必ず使用し、内耳孔の開放を十分に行うこと、2) 顔面神経との癒着部分の腫瘍摘出に固執しないことが重要で、手技的には、1) 内耳孔開放に必要な視野を確保するため十分内側まで開頭すること、2) 神経の長軸方向へのretractionを避けること、3) 剥離に先立ち腫瘍の内減圧を十分行うこと、4) 脳幹側クモ膜を温存しつつ剥離を進めること、などの基本を遵守することが大切である。

Key Word

Acoustic schwannoma, Surgical removal, Facial nerve

ミニシンポ1-3

Lateral suboccipital approachによる聴神経腫瘍摘出術に於ける留意点

藤田保健衛生大学 脳神経外科

木家信夫 (Kiya Nobuo)、明石克彦、神野哲夫

我々は聴神経腫瘍に対して通常Lateral suboccipital approachを用いているが、この後頭蓋窩病変に対する一般的なアプローチに於ける皮膚切開、筋層切開また骨窓形成といった基本事項およびその留意点について提示する。次に内耳道のlateral lip開放後、顔面神経を愛護的に取り扱う上での内耳道内腫瘍摘出の注意事項。また顔面神経が最も脆弱且つ菲薄化していると思われる内耳道孔縁約1cmの腫瘍摘出に於ける留意点を提示する。

Key Word

acoustic neurinoma, facial nerve, lateral suboccipital approach

ミニシンポ1-4

聴神経腫瘍に対する手術療法 —神経機能温存を図るために—

浜松医科大学 脳神経外科

西澤 茂 (Nishizawa Shigeru)、横山徹夫、難波宏樹

目的：聴神経腫瘍術後の症例で、顔面神経、蝸牛神経機能を評価し機能温存を目的とした腫瘍摘出術の適応を明らかにする。

対象：術後18ヶ月まで顔面、蝸牛神経機能を経過観察しえた126例で、手術は全例後頭下内耳道経由にて行った。術後の顔面神経機能はHouse-Brackman (H-B) 法で評価した。腫瘍サイズはsmall (<1.5cm) 38例、medium (1.5-3cm) 46例、large (>3cm) 42例であった。

結果：術中顔面神経温存率は、small 100%、medium 80.4%、large 66.6%、計103例であった。これらの術後18ヶ月目の顔面神経機能は、small: H-B I 94.7%、II 2.6%、medium: I 75.4%、II 13.5%、large: I 39.2%、II 46.4%であった。術後聴力残存例は、small: 47.3% (有効聴力50dB以下28.9%)、medium: 6.5% (2.1%)、large: 2.3% (2.3%)であった。しかし腫瘍サイズがsmallで、術前有効聴力を有していた18例では、61.1%で術後有効聴力機能が温存できた。結論：聴神経腫瘍摘出術においては、顔面神経機能は腫瘍サイズがmedium以下で、また有効聴力機能はsmallで術前聴力が50dB以下の症例であれば高率にこれらの神経機能温存を目的とした手術が可能であり、積極的な手術適応がある。

Key Word

acoustic neuroma cochlear nerve facial nerve
functional preservation surgical indication

ミニシンポ1-5

聴神経鞘腫手術への種々の工夫

信州大学医学部脳神経外科

田中雄一郎 (Tanaka Yuichiro)、本郷一博、多田 剛、佐藤 篤、柿沢幸成、宮入洋祐、小林茂昭

後頭下開頭による聴神経鞘腫摘出術の際、工夫したポイントを紹介する。①髄液の排液法：通常髄液は硬膜切開後にlateral medullary cisternから排除している。しかし大型の腫瘍では硬膜切開時にしばしば小脳が腫脹する。そこで大型の腫瘍では、まずoccipito-atlantal間の硬膜に5mm程の小切開を加え髄液を排出した後通常硬膜切開を行っている。②電極留置の方法：聴力温存手術でCNAPを記録する際、電極を蝸牛神経に持続的に接触させる必要がある。予めテープで脳へらの裏側に電極を貼り付けて、電極先端を蝸牛神経上に保持している。③内耳道の開放：内耳道後壁のドリリングは神経や血管を損傷するリスクがある。1cm程の半円形の硬膜弁を内耳孔直上に作成し糸で吊る。さらに脳へらで伸展させ病変部をカバーしてドリリングを行う。

Key Word

drilling, hearing preservation, internal auditory canal, vestibular schwannoma

ミニシンポ1-6

Keyhole conceptによる聴神経鞘腫手術：工夫と問題点

名古屋大学脳神経外科

齋藤 清 (Saito Kiyoshi)、永谷哲也、吉田 純

1989年11月以降38例の前庭神経鞘腫を手術した。年齢は18～81歳(平均52.5)、男性17名・女性21名で、2例が再発例、3例が神経線維腫症2型(NF2)であった。腫瘍径は5～54mm(平均28)で、11例が40mmを越えていた。手術は1例を除いてlateral suboccipital approachで行い、腫瘍は26名で全摘出、11名で亜全摘出され、1名が部分摘出に終わった。術後合併症として1例が水頭症でシャント術を要し、NF2の1名(部分摘出例)で顔面神経が切断され術後出血のために意識が悪化し、他の1名で顔面神経が温存できなかった。初発例術後の顔面神経機能はGrade 1が27名、G2が2名、G3が4名、G4-6が各々1名、聴力温存を試みた症例の温存率は50%である。手術では必要最小限の皮切と開頭に心がけている(keyhole concept)ので、工夫と問題点をビデオで紹介する。

Key Word

keyhole concept, surgery, vestibular schwannoma

内頸動脈より分岐した中硬膜動脈により栄養された傍矢状洞髄膜腫の1例

福井県済生会病院 脳神経外科

橋本智哉 (Hashimoto Norichika)、高島靖志、宇野英一、若松弘一、山崎法明、土屋良武

症例は52歳の女性。下肢痛のため、近医で脳MRI施行。脳腫瘍みとめ当科受診。神経学的に異常なし。MRIでは、上矢状洞に接して直径3.5cmのガドリニウムで均一に増強される腫瘍を認めた。中1/3の傍矢状洞髄膜腫と診断し、術前に脳血管造影を行った。中硬膜動脈(MMA)は外頸動脈(ECA)より分岐せず、内頸動脈(ICA)より分岐していた。肉眼的に腫瘍を全摘、上矢状洞に接する部分は凝固した。術後一過性に右下肢不全麻痺を認めたが改善し独歩退院した。胎生期にMMAは、ICAの枝であるあぶみ骨動脈より分岐する。その後、ECAとの交通が形成され、あぶみ骨動脈が退縮するためMMAはECA分岐となる。本例は、あぶみ骨動脈が遺残したため、ICA分岐となったものである。本例と同様に、髄膜腫が発生した例は調べ得た限りでは1例しか報告がなく、貴重な症例と考え報告した。

Key Word

Internal carotid artery, meningioma, middle meningeal artery, Stapedial artery

短期間に悪性転化し急速に再発増大した髄膜腫の1例

岐阜大学 脳神経外科

田中嘉隆 (Tanaka Yoshitaka)、江頭裕介、矢野大仁、奥村 歩、岩間 亨、篠田 淳、坂井 昇

症例は39才女性。視野障害にて発症し、MRIにて右側脳室三角部に径5cmの腫瘤を認めた。Transcortical transventricular approachにて摘出し (Simpson grade 2)、fibrous meningiomaの組織診断を得た。術後MRIにて腫瘍の全摘を確認し独歩退院した。術後10ヶ月後、頭痛と左不全片麻痺を自覚。MRI上、右側脳室三角部から前頭蓋窩及び視床に進展する7×5cmの巨大腫瘍を認めた。径2cmの視床部腫瘍を除く亜全摘術を行い、症状の改善を得た。組織は前頭蓋窩腫瘍がanaplastic meningiomaで、三角部と視床近傍腫瘍はfibrous meningiomaであった。残存腫瘍に定位放射線治療を行い、化学療法(CYVADIC)にて維持治療中である。本例のように全摘後、短期間に悪性転化して急速に再発増大する髄膜腫は稀と考えられ、文献的考察を加え報告する。

Key Word

meningioma, malignant transformation, recurrence, aggressive growth, trigone

著明な石灰化と大きな嚢胞を伴った髄膜腫の一例

富山市民病院脳神経外科

瀧波賢治 (Takinami Kenji)、長谷川 健、宮森正郎、荒川泰明

髄膜腫のなかで嚢胞を伴うものは1-2%と比較的まれである。今回我々は著明な石灰化と大きな嚢胞を伴った髄膜腫の一例を経験したので報告する。症例は58才男性。平成14年4月より右片麻痺、失語症が出現して当科受診。頭蓋単純撮影にて右前頭部に石灰化を認めた。単純CTにて右前頭葉に石灰化とそれに連続して左前頭葉に最大径8cmの嚢胞を認めた。MRIにて石灰化部はT1強調画像にて低信号域、T2強調画像にて低信号域を示し、嚢胞部分はT1強調画像にて低信号域、T2強調画像にて高信号域を示した。造影MRIでは石灰化部分がfalxに連続して一部造影された。脳血管撮影では右前大脳動脈より淡い腫瘍陰影を認めた。両側前頭開頭にて腫瘍全摘出術施行した。組織診断は軟骨や骨の形成を主とするmetaplastic meningiomaであった。

Key Word

metaplastic meningioma, Cyst, CT

脳室内播種で発症した悪性髄膜腫の1例

名古屋共立病院 脳神経外科・サイバーナイフセンター¹⁾
小牧市民病院 脳神経外科・ガンマナイフセンター²⁾
名古屋大学 脳神経外科³⁾

森 美雅 (Mori, Yoshimasa)¹⁾、木田義久²⁾、小林達也²⁾、吉田 純³⁾

脳室内播種で発症した悪性髄膜腫の1例を報告する。症例は44歳女性。2001年2月頃より視障害あり、6月に近医眼科で右半盲を指摘、頭部CTとMRIで頭蓋内の多発性腫瘍が発見された。この頃には軽度の左上下肢筋力低下、言語障害も認められた。MRI所見では、不均一に造影される腫瘍は主要部が左側脳室三角部に位置し、下角へと、また、脳実質内基底核部へと進展していた。また、体部へは数珠状に腫瘍が連なって認められ、対側の右側脳室体部にも腫瘍を形成し、そこでも実質内への進展がみられた。延髄左側にも腫瘍がみられた。7月に左側頭開頭・下側頭回切開し腫瘍を部分摘出したところ悪性髄膜腫であった。術後、意識障害が急速に進行し、全頭蓋に放射線治療(2Gy×20)を行ったが、一時的に症状改善がみられたのみで12月に死亡された。

Key Word

malignant meningioma, lateral ventricle, radiation therapy, CSF seeding, brain

治療後短期間で再発し、皮質切開部に転移したatypical meningiomaの1例—MIB1の重要性—

焼津市立総合病院 脳神経外科¹⁾、聖隷浜松病院 脳神経外科²⁾

竹田理々子 (Takeda Ririko)¹⁾、竹原誠也¹⁾、富田 守¹⁾、財津 寧²⁾、田中篤太郎²⁾

症例：63歳、男性。右後頭部痛で、当院紹介受診。MRI上右側脳室三角部に長径5 cmの腫瘍あり、全摘出術施行。病理はmeningothelomatous meningioma。術後9ヶ月頃歩行障害、左視野狭窄出現。MRI上長径6 cmの再発腫瘍を認め、前回と同様に全摘出術施行。病理はatypical meningioma。長径約8 mmの残存腫瘍にγナイフ治療。その後皮質切開部、脳室壁に再発。更に2回のγナイフを追加。再手術20ヵ月後MRI上、側脳室壁、皮質切開部、脳表面に腫瘍認めた。この症例は数ヶ月で再発し、更に付着部と連続性の無い皮質切開部分に転移した。2回目手術後に1回目標本のMIB1も検索したが、共に4-6%であった。臨床的に悪性度の高いことは手術所見、当初の病理所見のみからは予想困難であり、手術標本のMIB1の検索は必要と考えられた。

Key Word

Atypical meningioma; recurrence; metastasis; MIB1

多発性膠芽腫の1例

金沢医科大学 脳神経外科

白神 俊祐 (SHIRAGA Shunsuke)、赤井 卓也、岡本 一也、飯田 隆昭、高田 久、飯塚 秀明

約10年間左側頭葉の腫瘍に変化はないが、他の部位に新たに多発性に発生したと考えられた膠芽腫の1症例を経験したので報告する。患者は74歳女性。1992年に他院にて左側頭葉に腫瘍性病変を疑われたが、大きさ等に変化なく経過観察されていた。2002年5月下旬から頭痛が出現し、記憶障害も認めるようになり6月に近医受診、MRIにて新たに右前頭葉と左頭頂葉に腫瘍を指摘され、当科紹介入院となった。MRIでは新たに出現した右前頭葉・左頭頂葉の腫瘍は内部が低信号、周囲が等信号、T2WIで高信号を呈しGd造影でリング状に増強された。以前からの左側頭葉腫瘍はT2WIで高信号を呈したが増強効果はなかった。タリウム腫瘍シンチでは右前頭葉・左頭頂葉腫瘍には強い集積を認めたが、左側頭葉腫瘍には集積を認めなかった。右前頭葉・左頭頂葉の腫瘍を二期的に摘出した。組織診断は両者とも典型的な膠芽腫であった。

Key Word

glioblastoma, multiple brain tumor, multiple glioma

生後1ヶ月で発症した未分化神経膠腫

名古屋第二赤十字病院

細島 理 (Hososhima Osamu)、波多野範和、木村雅昭、松原功明、相見有理、水谷信彦、鈴木善男、石井睦夫

症例は1ヶ月男児。時々嘔吐を来し、近医にて頭囲拡大を指摘された。CTにて松果体部から小脳の上部に広がる巨大な占拠性病変、水頭症が認められ当院へ紹介。MRIにて同部に造影効果の少ない腫瘍性病変を認めた。脳室腹腔シャント術後、右後頭開頭、経 TENT 到達法による腫瘍全摘を施行。病理組織にてPNET類似のpoorly differentiated gliomaと診断。化学療法 (CDDP+VP16) を施行。腫瘍増大を認め再手術を施行したが、更に増大を認め総量30Gyの放射線照射を行い、画像上の腫瘍消失を認めた。明らかな骨髄抑制なく、経口摂取可能となり退院。半月後より再び嘔吐出現し来院。MRI上、右側脳室近傍、両側後頭葉に多発性に播種を認め、約2ヶ月後に死亡された。以上、生後1ヶ月で発症した脳腫瘍に対し積極的治療を試みたが予後不良であった症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

Key Word

infant glioma, radiation, chemotherapy

膿瘍を伴った頭蓋咽頭腫の一例

名古屋市立大学脳神経外科¹⁾、名古屋市立大学第二病理²⁾

大沢知士 (Osawa Tomoshi)¹⁾、間瀬光人¹⁾、金井秀樹¹⁾、山田和雄¹⁾、立山 尚²⁾

症例は60歳の女性。感冒症状で近医受診し、念のために施行したMRIでT1強調でiso、Gd造影で不均一にenhanceされる腫瘤をトルコ鞍内から鞍上部にかけて認め当科紹介された。神経学的には左マリオット盲点拡大と視力低下を認めた。入院後原因不明の高熱とともに尿崩症が出現した。髄液検査ではリンパ球優位の細胞数増加が認められた。下垂体ホルモンはプロラクチンの軽度増加以外は正常であった。下垂体から嚢胞被膜にかけて部分摘出生検を施行したところ、病理の結果は扁平上皮乳頭型頭蓋咽頭腫で、嚢胞壁には急性炎症性細胞を多数認め、嚢胞内容は膿で膿瘍の所見であった。感染を伴った頭蓋咽頭腫は極めてまれであり、文献的考察を加えて報告する。

Key Word

craniopharyngioma, abscess

硬膜外から硬膜内へ進展を認めた中頭蓋窩 epidermoidの一例

市立四日市病院脳神経外科

伊藤元一 (Itou Motokazu)、市原 薫、中林規容、柴山美紀根、中根幸実、伊藤八峯

症例は、53才女性、CTにて脳腫瘍の疑いのため当科へ紹介となった。神経学的には、右上1/4盲を呈するのみであった。CTでは左中蓋窩に一部high densityを有するlow densityのmass lesionを認めた。MRIではT1W1、T2W1にてheteroなhigh intensityを認め、左頭頂部にも同様の小さいmass lesionを認め、diffusionではhigh intensityであった。脳血管撮影では、明らかな腫瘍陰影は認めなかった。術前鑑別診断として、脂肪性も考えたが、組織診断を目的に開頭腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は、硬膜外から硬膜内へ進展するおから状の内容物であり、病理組織はepidermoidであった。中頭蓋窩に発生し石灰化を伴ったepidermoidは比較的稀であり、若干の文献学的考察を加え報告する。

Key Word
middle fossa
calcification

静脈還流障害によるpseudotumor cerebriの1例

桑名市民病院 脳神経外科

土屋拓郎 (Takuro Tsuchiya)、村田浩人、岡田昌彦

患者：68歳、男性

主訴：視力低下

現病歴：平成14年5月上記主訴にて近医受診。両側の視力低下、うっ血乳頭を認め、当科受診となった。CT、MRIを撮影した結果、静脈洞閉塞が疑われ、腰椎穿刺にて圧の上昇を認めた。脳血管撮影では硬膜動静脈瘻、右横静脈洞の狭窄、両側小脳半球静脈性血管腫による還流障害、頭皮静脈への還流を認めた。内科的治療にて改善しないため、平成14年7月23日、腰椎腹腔短絡術を施行した。術後経過は良好であり、うっ血乳頭、視力低下は改善傾向を認めている。また術後の脳血管撮影では頭皮静脈への還流は減少し、静脈性血管腫の描出は減弱していた。本症例に関し、若干の文献的考察を加え報告する。

Key Word

pseudotumor cerebri, intracranial hypertension, papilledema, dural AVF, venous angioma

笹嶋寿郎 (Sasajima Toshio)

秋田大学脳神経外科

〔履歴〕

- 1986 秋田大学医学部卒業
秋田大学医学部附属病院研修医 (脳神経外科)
- 1987 秋田大学大学院医学研究科 (脳神経外科)
- 1991 秋田大学医学部助手 (脳神経外科)
- 1995 アメリカ合衆国Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (文部省在外研究員) ; Prof. Ronald G. Blasberg (Dept. of Neurology).
- 1998 秋田大学医学部講師 (脳神経外科)

〔抄録〕

ナビゲーションシステムを用いた我々の治療

現在までに多くの術中ナビゲーションシステムが開発、臨床応用されており、開頭範囲、皮切予定線の決定、脳実質深部腫瘍や脳室内腫瘍における適切な進入部位、方向、深さの決定、下垂体腫瘍における周辺構造との位置関係の把握などに有用であることが知られている。しかしながら、本システムにおいては髄液流出あるいは腫瘍摘出に伴う脳偏位が最大の問題点である。最近、我々は脳実質内腫瘍の摘出に際してはナビゲーションシステム誘導下に脳室チューブをmarkerとして刺入する方法を併用することで、術中の脳偏位に簡便に対応し、手術計画通りに安全・確実な腫瘍摘出が可能であった。本セミナーでは術中ナビゲーションシステムが有用であった症例を供覧し、positron emission tomography (PET) を用いた代謝機能情報を手術時にナビゲーションシステムに導入することの重要性について最近経験したグリオーマ症例を中心に紹介する。

Key Word

frameless navigation, silicone tube implantation, PET, functional brain mapping

井上 敬 (Inoue Takashi)

岩手医科大学脳神経外科

〔履歴〕

- 昭和59年4月 東北大学理学部化学系入学
- 昭和61年3月 同大学中退
- 昭和61年4月 東北大学医学部入学
- 平成5年3月 同大学卒業
- 平成5年4月 東北大学医学部脳神経外科入局 (医員)
- 平成11年8月 脳神経外科専門医取得
- 平成12年3月 東北大学学位 (医学博士) 取得 (MRIによる大脳皮質機能および白質神経線維評価に関する研究)
- 平成12年4月 岩手医科大学脳神経外科入局 (脳神経外科助手、岩手医科大学超高磁場MRI研究施設助手)

〔抄録〕

新しい画像診断とその治療応用—脳神経外科臨床における3.0 Tesla MRIの有用性

〔はじめに〕 現在3.0 Tesla以上の磁場強度を有するMRI装置が国内で数台稼働しているが、臨床機として認可されていないこともあり、多くは高次脳機能解明を目的とした研究が行われている。今回3.0 Tesla MRIの脳神経外科臨床における有用性を、自験例を中心に高解像度画像・拡散強調画像・脳灌流画像・脳機能画像について紹介する。

〔対象・方法〕 対象は2000年8月から2002年9月までに撮像した脳神経外科症例255例 (脳腫瘍156例、脳血管性障害99例) とした。MRIはGE製SIGNA 3.0T VH/iにて撮像した。高解像度解剖画像としてはSTIR法およびSPGR法を用いた。白質神経線維描出には拡散強調画像を用い、three dimensional anisotropy contrast (3DAC) 法により画像処理を行った。3DAC法では上下・前後・左右に走行する線維を赤・青・緑で強調して表示することができる。また脳虚血症例においては拡散テンソル解析を行うことにより、T2強調画像等では描出困難な慢性的脳虚血による白質神経線維障害の描出を試みた。脳灌流画像は造影剤を用いた手法と造影剤を使用せず全く非侵襲的にCBFを測定するflow-sensitive alternating IR (FAIR) 法の両者を施行し、SPECT, PETと比較した。脳機能画像では手運動野、言語優位半球同定を行った。

〔結果〕 STIR法およびSPGR法にて正常脳と病変部との解剖学的構築が高解像度で描出でき、下位脳神経と腫瘍との位置関係把握に有用であった。また3DAC画像を用いることにより錐体路、視放線などと病変

との立体的関係が把握可能であり、術前検討に有用であった。MRAでは穿通枝の描出も可能であった。拡散テンソル画像では脳主幹動脈閉塞症例において、白質神経線維が障害されており、またこの障害が血行再建術により回復可能であることが示唆された。脳灌流画像ではMRIによる評価と核医学的検査による評価が相関した。脳機能画像では中心溝同定、言語優位半球同定が術前に可能であった。

[結語] 3.0 Tesla MRIでは良好な信号雑音比でかつ高空間解像度にて撮像でき、病変と周辺正常脳との解剖学的関係や白質神経線維の把握が可能であった。今後本装置の国内での普及が待たれる。

Key Word

ミニシンポ2-7

当院における術中2D及び3D CTの現状と展望

福井医科大学脳神経外科

土田 哲 (TSUCHIDA Akira)、久保田紀彦、半田裕二、佐藤一史、石井久雅、吉田一彦、竹内浩明

当院では手術室に自走式helical CT scanner gantryを設置し術中にCTを撮影後、2D及び3D画像を作成し手術に利用している。術中CT導入後、脳腫瘍170例（下垂体腺腫42例、髄膜腫37例、その他91例）脊椎脊髄疾患79例（変形性頸椎症41例、椎間板ヘルニア15例、OPLL18例、その他5例）の手術を行っている。脳腫瘍手術では、術中CTは、特にendonasal transsphenoidal approachにて行う、巨大な下垂体腺腫や、大きな頭蓋底腫瘍に対して術中の残存腫瘍の検索や腫瘍に近接する主要血管の開存の確認に有効である。脊椎脊髄手術では、残存骨棘やOPLLの確認に有効であり、熟練術者にとっては椎間板や椎体削除範囲を小さく手術できる。今後の展望としては、より画像解像度を増し、画像処理速度を上げる事で動脈瘤手術や更には、全身手術にも対応できるよう計画している。

Key Word

Intraoperative CT, brain tumor surgery, spinal surgery

ミニシンポ2-8

Image guided neurosurgery

富山医科薬科大学 脳神経外科

林 央周 (Hayashi Nakamasa)、栗本昌紀、平島 豊、遠藤俊郎

【目的】三次元コンピュータグラフィックス (3dCG) を用いたImage guided neurosurgeryの効果について報告する。

【方法】対象は152例である。使用システムは当教室で開発したEvansである。

【結果】preoperative simulation: Evansで作製した3dCGでは頭皮上から脳や病変を透見でき、アプローチや開頭範囲決定に効果的であった。intraoperative simulation: 脳表構造をリアルに再現することができ、開頭直後の脳表オリエンテーションに有用であった。intraoperative navigation: 脳内手術部位の確認には二次元表示の方が理解が容易で効率的であった。

【結論】3dCGは術前のイメージトレーニングや手術早期のオリエンテーションの確立に効果的であった。

Key Word

Image guided neurosurgery, simulation, navigation, computer graphics

ミニシンポ2-9

パソコンを用いた定位脳手術術中神経活動記録表示および解析システム

浜松医科大学脳神経外科¹⁾

(株) トヨタマックス: システム技術部: 開発課²⁾

横山徹夫 (Yokoyama Tetsuo)¹⁾、杉山憲嗣¹⁾、赤嶺壮一¹⁾、西澤 茂¹⁾、難波宏樹¹⁾、東 松秀²⁾

定位脳手術においては、手術目標神経核同定のため準微小電極による神経活動電位記録が広く用いられている。この電極による記録では、微小電極記録と異なり神経活動パターンと共に電位の振幅の変化を知ることが神経核同定の上で重要となる。われわれは、術中電極刺入路に沿う神経活動電位記録を1) 電位の変化を容易に視覚的に比較検討、2) 各記録電位振幅を自動解析表示、3) 各記録部位をShaltenbrand & Wahren Atlasにプロットの3点を可能にするソフトを作成し術中に用いている。このシステムは、電極刺入路に沿う神経活動電位変化を総体的にとらえ、さらにAtlasとの比較を容易にしパソコンの画面のみで手術目標神経核同定を可能とするものである。今回、このシステムによる神経核同定の実際を提示しその有用性を検討したので報告する。

Key Word

stereotactic surgery, neurophysiological monitoring, thalamus, globus pallidus, subthalamic nucleus

ミニシンポ2-10

ナビゲーションシステムと内視鏡を用いた経蝶形骨手術アプローチの検討

金沢大学大学院脳機能制御学（脳神経外科学）

立花 修（Tachibana Osamu）、林 裕、長谷川光広、山下純宏

【目的】 parasellar tumorに対して様々な手術アプローチがとられているが、経蝶形骨手術（TS）アプローチではどこまで到達可能であるか、またナビゲーションシステム（NS）や内視鏡の使用がどの程度安全性に寄与するかを、cadaver studyとMRIの所見も含めて検討した。

【対象と方法】 斜台腫瘍 6例と頭蓋咽頭腫 3例を対象とした。cadaver studyと112例のMRIの検討をおこない、直視下での到達可能点を検討した。

【結果】 斜台腫瘍における内頸動脈の露出および内頸動脈背側部の死角に存在する腫瘍に対する摘出においてNSが極めて有用であった。頭蓋咽頭腫の摘出には内視鏡による視交叉、前大脳動脈、穿通枝の確認に有用であった。

【結論】 TSアプローチの適応に関して個々の症例について局所解剖を十分理解し上で、内視鏡とNSを利用しながら摘出することが望ましい。

Key Word

parasellar tumor, transsphenoidal approach, neuronavigator

ミニシンポ2-11

脊椎脊髄手術におけるナビゲーションシステムの有用性と限界

藤田保健衛生大学脳神経外科

久野茂彦（Kuno Shigehiko）、庄田 基、神野哲夫

近年、コンピューター画像解析装置を応用したナビゲーションシステムの発達は、頭蓋内疾患に限らず、脊椎脊髄外科領域においても重要な役割を果たしている。特に、pedicle screw fixationやtransarticular screw fixationなどinstrumentation surgeryの精度を向上させ、脊髄・神経根・血管損傷といった重篤な合併症の危険性を回避することが可能となった。しかし一方で、reference systemの装着やregistrationの操作性など臨床上様々な問題点が存在する。今回我々は当科にてnavigation system（Stealth Station）を使用して施行したpedicle screw fixationの症例をもとに術中X線透視と比較し、ナビゲーションシステムの有用性、正確性と現状の問題点を評価、検討した。またcadaverを用い、経皮的脊椎脊髄手術に透視下ナビゲーションシステム（FruoloNav）を応用、脊椎脊髄外科領域におけるnavigation systemの将来性について報告する。

Key Word

neuro-navigation, spine surgery

ミニシンポ2-12

脊柱再建術におけるspinal instrumentation

愛知医科大学医学部脳神経外科

井上辰志 (Tatsushi Inoue)、内門久明、上甲真宏、近藤史朗、水野順一、中川 洋

脊柱再建術におけるinstrumentationは、強固な即時固定により、術後臥床期間を短縮し、煩雑な外固定の省略を可能とした。一方で、malplacementによる合併症も報告されている。実際の手術では、従来はportable X-ray, fluoroscopeを使用し、plateやscrewを挿入してきたが、最近ではこれらの方法に加えて、精度を高めるため、navigationを用いている。特にtransarticular screw、cervical pedicle screw fixationでは必須の装備と思われる。これらの症例を中心に、正確性、安全性と問題点について検討する。

Key Word

cervical spine, instrumentation, neuronavigation, pedicle screw

ミニシンポ2-13

神経内視鏡手術の経験 現状と今後の課題

名古屋大学 脳神経外科

永谷哲也 (Nagatani Tetsuya)、齋藤 清、吉田 純

当教室では1996年より内視鏡を導入し脳神経外科手術への応用を進めてきた。今回、現在までに経験した神経内視鏡手術をまとめ、現状と今後の展望について考察し報告する。当科では1996年10月より2002年10月まで神経内視鏡手術を計289例経験している。手術手技の内訳はendonasal transsphenoidal surgery (TSS) : 175, third ventriculostomy (TVS) : 25, endoscope-assisted microsurgery (craniotomy) : 23, biopsy of brain tumor: 12, biopsy +TVS: 11, endoscopic cyst fenestration: 11, removal of intraventricle tumor: 9, inspection: 8, septostomy: 6, removal of intraventricle hematoma (IVH) : 3, spinal surgery: 2, removal of IVH+TVS: 2 shunt manipulation: 2であった。内視鏡の種類別には82例で軟性鏡を201例で硬性鏡を6例で硬性鏡と軟性鏡を併用した。手技や手術機器の工夫としてendonasal TSSでは細径の鼻鏡や先端がflexibleで回転可能なケリソンやキュレット、剥離子を作製した。TVSでは機械的な開窓としモノポーラやレーザーは使用しない。一方、cyst fenestrationやseptostomyではモノポーラ (ME-2, Codman, Co)、レーザー (半導体レーザー, OLYMPUS, Co.) で広く開窓するようにしている。IVHでは基本的に両側側脳室を穿刺し第3脳室内の血腫まで吸引を心がけている。中脳水道レベル以下での閉塞性水頭症が存在する場合はTVSを追加している。これらの代表例と手術成績を供覧し今後の課題について検討、報告する。

Key Word

耳出血で発症したaberrant internal carotid arteryの 仮性動脈瘤の一例

名古屋大学 脳神経外科¹⁾、静岡済生会総合病院 脳神経外科²⁾

青島千洋 (AOSHIMA Chihiro)¹⁾、野田 篤²⁾、杉田竜太郎²⁾、石山純三²⁾、宮地 茂¹⁾、吉田 純¹⁾

症例は、68歳女性。耳搔きをしていたところ、右耳より薄い血性の耳漏あり。翌日、再度右耳出血あり、救命センター受診。圧迫止血にて一時止血し帰宅したが、同日再出血あり同院耳鼻科受診。右外耳道下壁に拍動する凝血塊あり、これに触れたところ大量の動脈性出血をきたしたため、ボスマンガーゼを外耳道に詰め圧迫止血を行った。同日の緊急血管撮影にて、右内頸動脈はaberrant typeであり、最側方の屈曲部に中耳内に突出する仮性動脈瘤を認め、これが出血源と判断した。圧迫止血および輸血にて経過をみた¹⁾が、10日後に再出血したため、動脈瘤に対し、コイルを用いて塞栓術を施行した。術後、瘤は消失し、経過良好である。耳出血にて発症したaberrant internal carotid arteryの動脈瘤は、極めて稀であり、文献的考察を加え報告する。

Key Word

aberrant internal carotid artery
pseudo aneurysm
otorrhagia

バルーン閉塞試験にて内頸動脈閉塞を来した頸部仮性動脈瘤の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)¹⁾

同大学院同研究科経血管診療学 (放射線医学)²⁾

浅ノ川総合病院 脳神経センター³⁾

林 康彦 (Hayashi Yasuhiko)¹⁾、島 浩史¹⁾、木下雅史¹⁾、宮下勝吉¹⁾、木多真也¹⁾、山下純宏¹⁾

松井 修²⁾、光田幸彦³⁾、大西寛明³⁾

内頸動脈の頸部仮性動脈瘤は稀な疾患であるが、感染症や外傷を契機に発症することが多い。我々は閉塞試験後に内頸動脈閉塞を来し、その後仮性動脈瘤は自然縮小した症例を経験したので報告する。症例は48歳、男性で、左頸部の腫脹、発赤を訴えて他院を受診。血管撮影で内頸動脈分岐部仮性動脈瘤を疑われ、当科紹介となった。内頸動脈閉塞試験を行ったが、バルーンは試験中容易にdeflateし、試験を何度か繰り返した。その日のうちに患者は右片麻痺とGerstmann症候群を呈し、翌日のMRAで左内頸動脈閉塞が確認されたが、動脈瘤は残存した。保存的加療にて症状は軽快した。経時的な血管撮影では、動脈瘤は縮小し、経過観察を行っている。仮性動脈瘤の治療は内頸動脈閉塞が一般的であるが、その自然経過には未だ定説がない。文献的考察を加えて報告する。

Key Word

pseudoaneurysm, balloon occlusion test, IC occlusion, spontaneous shrinkage

液状塞栓物質による経動脈的塞栓術にて根治し得た硬膜動 静脈瘻の2例

特定医療法人慈泉会 相澤病院 脳血管内治療センター¹⁾
信州大学医学部脳神経外科²⁾

長島 久 (Hisashi Nagashima)¹⁾、大屋房一²⁾

頭蓋内硬膜動静脈瘻に対する治療は、離脱式コイル等を用いた経静脈的塞栓術が、根治性の高い有効な治療法として一般的である。しかし、シャントが静脈洞を介さず、直接皮質静脈に流入するタイプの動静脈瘻においては、経静脈的塞栓術は困難で、治療に難渋することがある。今回我々は、外頸動脈枝から直接皮質静脈枝へと流入する硬膜動静脈瘻の2例に対し、液状塞栓物質 (NBCA) を用いた経動脈的塞栓術によるシャントの閉塞を行い、治療3か月後のフォローアップ血管造影検査にて根治を確認した。治療にあたっては、流入血管の解剖学的危険性を念頭に置いた治療戦略の検討が必要であった。本法の有用性及び危険性に付き、若干の文献的考察を加え報告する。

Key Word

dural arteriovenous shunt, embolization, fistula, interventional
Neuroradiology

3D-DSAによるCarotid cavernous fistulaの評価

三重県立総合医療センター 脳神経外科¹⁾
三重大学 脳神経外科²⁾

石田藤麿 (Ishida Fujimaro)¹⁾、村松正俊¹⁾、清水健夫¹⁾、小島 精¹⁾、
川口健司²⁾、滝 和郎²⁾

MRA, DSA, CTから作成される3D画像は近年多くの報告がみられる。Carotid cavernous fistula (CCF) に関してはCTやMRAを用いた報告がみられるが、fistulaを直接描出することは困難とされてきた。この度我々は外傷性 CCFの一例にて3D-DSAを行い、血管内治療に有用であったので報告する。症例は56歳男性で頭部外傷1カ月後にexophthalmosを主訴に紹介された。Conventional DSAでHigh flow CCFを認め、3D-DSAを行った。3D-surface rendering imageでは内頸動脈および海綿静脈洞の3次元的な解剖学的関係が明瞭で、Endoscopic imageではfistulaを直接描出できた。Workstation上でのシミュレーションでは、fistulaの位置と方向、その他venous structuresが同定でき、バルーン留置を行う際の指標とできた。一方fistulaのサイズは閾値により変化するためバルーンサイズ選択の参考にはできなかった。3D-DSAはHigh flow CCFにも有用で、十分な検討を行えばfistulaを直接描出することも可能であった。

Key Word

Traumatic carotid cavernous fistula, 3D-DSA,
Endoscopic image of 3D-DSA

延髄梗塞にて発症した後頭動脈-椎骨動脈吻合の一例

富山医科薬科大学 脳神経外科

秋岡直樹 (Akioka Naoki)、楠瀬睦郎、遠藤俊郎

症例は60歳男性。左顔面及び右上下肢のシビレ感、嚥下障害、嘔声にて発症した。MRIにおいて左延髄後外側に梗塞巣が認められた。左総頸動脈撮影では、後頭動脈(OA)を介して椎骨動脈(VA)が造影されており、OAとVAの直接吻合が認められた。また、左椎骨動脈撮影では、椎骨動脈は起始部より未発達であり、その末梢はわずかに造影されるのみであった。また両側内頸動脈起始部の中等度狭窄も認められた。保存的加療にて諸症状は軽快した。後頭動脈-椎骨動脈吻合(Occipito-Vertebral anastomosis)のうち、筋枝を介さない直接吻合は比較的稀であり、本症例は、これによる血行動態の変化が脳梗塞の発症に関与しているものと思われ、文献的考察を加え報告する。

Key Word

Occipito-Vertebral anastomosis
cerebral infarction

出血発症のモヤモヤ病8例について

鈴鹿中央病院 脳神経外科

佐藤 裕 (Satou Yuu)、久我純宏、黒木香行、森川篤憲

当施設においてモヤモヤ病患者16例を経験したが、そのうち8例が頭蓋内出血にて発症している。近年、モヤモヤ病に対する血行再建術の有効性、特に頭蓋内出血に対する予防効果についてJapan Adult Moyamoya (JAM) Trial Group等にて報告されてきている。当院においても高率に出血をきたしており、モヤモヤ病に対し積極的な手術適応の検討が必要と思われる。弱冠の文献的考察を加え当院の治療状況を報告する。

Key Word

Moyamoya ICH EC-IC bypass
Japan Adult Moyamoya (JAM) Trial

本態性血小板血症に合併した出血性脳梗塞の一例

豊橋市民病院脳神経外科¹⁾、血液内科²⁾

牛山智也 (Tomoya Ushiyama)¹⁾、岡本 奨¹⁾、鈴木一心²⁾、加藤文典¹⁾、福井一裕¹⁾、井上憲夫¹⁾、渡辺正男¹⁾

今回我々は本態性血小板血症に合併した上矢状静脈洞血栓症の一例を経験したので報告する。《症例》34歳、女性。平成14年3月初めより頭痛出現、3月末より構音障害、右上肢の運動障害を自覚、4月26日近医受診し、CTにて左sylvius裂に主座を置く広範囲な不整形LDAを指摘され当院紹介された。入院時、意識レベル清明、構音障害、右motor weakness以外の明らかな神経学的異常を認めなかった。labo data上血小板が113万と高値を示した。MRI上慢性期の出血と診断した。脳血管撮影では上矢状静脈洞の完全閉塞を認め、動脈相では異常血管はなくmass effectのみであった。以上より、上矢状静脈洞血栓症による出血性梗塞と診断した。血液内科に依頼し、上矢状静脈洞血栓症の原因検索を行った。ピル内服歴はなく、免疫学的検査、マルクでも異常所見は認められなかったため、本態性血小板血症と診断し、血液内科転科治療とした。血小板数減少のためハイドレア内服、抗凝固療法としてヘパリン（後にワーファリン内服に変更）が投与された。血小板数は30万台まで低下し、5月20日のMRIでは再出血、梗塞巣の拡大ともに認めなかった。軽度の運動性失語を残したが、右片麻痺もほぼ消失し、日常生活可能となったため、5月28日独歩退院された。《結語》通常血小板は150万程度の上昇では、症候性の血栓症を起こすことは少ないといわれる。この症例は血小板増加のみで上矢状静脈洞血栓症、出血性脳梗塞を発症した稀な一例であった。

Key Word

Hemorrhagic infarction
Essential thrombocythemia

脳腫瘍との鑑別を要した皮質静脈血栓症の1例

済生会高岡病院 脳神経外科¹⁾、富山医科薬科大学 脳神経外科²⁾

堀 恵美子 (Hori Emiko)¹⁾、原田 淳¹⁾、久保道也²⁾、平島 豊²⁾、遠藤俊郎²⁾

症例は45歳女性。2週間程前より左頭頂部に頭痛があり当科受診。受診時、頭痛のみ認めた。頭部CTにて両側前頭葉の低吸収域及び小出血、また造影MRIでは両側前頭葉に多発性にenhanceされる領域を認めた。脳血管撮影では明らかなtumor stainは認めず、また静脈洞の明らかな閉塞は認めなかった。以上より多発性脳腫瘍を疑い、左前頭葉の病変に対して開頭術を施行した。術中所見は脳皮質静脈の血栓が認められる以外に、明らかな腫瘍と思われるものは認めず、病理所見もgliosisであった。術後のMRIではenhanceされる病巣は消失しており、皮質静脈血栓症と診断した。皮質静脈血栓症は画像診断のみでは診断が難しいとされている。今回我々は、脳腫瘍と鑑別に苦慮した一例を経験したので報告する。

Key Word

cortical venous thrombosis, brain tumor

一旦縮小後再増大した外傷性中大脳動脈瘤の症例

聖隷三方原病院 脳神経外科¹⁾、脳血管内外科²⁾

岩崎浩司 (Iwazaki Koji)¹⁾、杉浦康仁²⁾、大石琢磨¹⁾、佐藤晴彦¹⁾、宮本恒彦¹⁾

【症例】17歳女性。交通事故により他院に搬入され、右側頭骨骨折、左急性硬膜下血腫、左前頭側頭葉脳挫傷の診断で保存的治療を施され軽快。受傷約1ヶ月後の画像で左MMA-AVFと左MCA末梢性部の外傷性動脈瘤を認め当科に転院。受傷約2ヵ月後、血管内治療でAVFの完全閉塞を得た際、動脈瘤は明らかに縮小していたため経過観察とした。しかし受傷約3ヶ月後の画像で動脈瘤は再増大していたので、開頭動脈瘤切除術を追加した。切除標本の内腔には血栓と肉芽組織が充満していたが、組織は仮性動脈瘤であった。術後経過は良好。

【考察】外傷性脳動脈瘤の多くは2～3週間で破裂するとされるが、自然消失例の報告もある。しかし、本症例の如く血栓化傾向を示しているも増大を示す外傷性動脈瘤が存在する事から、経過観察は慎重に行うべきである。

Key Word

Traumatic intracranial aneurysm, cerebral angiography, re-growing, false aneurysm

外傷性動脈瘤に対し瘤内coil embolizationを施行した一例

袋井市民病院 脳神経外科¹⁾、愛知医科大学 脳神経外科²⁾

松下康弘 (Matsushita Yasuhiro)¹⁾、辻 有紀子¹⁾、市橋鋭一¹⁾、原野秀之¹⁾、中川 洋²⁾

症例は53歳男性、交通外傷後に当院へ搬送された。搬送時BP90/50台意識レベルJCS100、神経学的には左側のマールカスガン瞳孔以外の神経学的脱落症状を認めず、頭部CT上右側頭部に脳挫傷、左側蝶型骨の骨折及び蝶型骨洞。篩骨洞に血腫を認めた。入院後、当日に噴水状に大量の吐血を認めshock状態となるも輸血にてvitalは安定した。(内視鏡的に食道。胃を精査するも損傷は認めなかった。)状態安定後、頭部MRI/MRA施行その際に左側C3に内向きの動脈瘤を認め、血管撮影後に仮性動脈瘤瘤内側栓術を施行した。(治療開始前に対側内頸動脈より前交通動脈を介して血流が流入されることは確認した。)今回、我々は瘤内側栓が可能であった外傷性仮性脳動脈瘤の症例を若干の文献を加え考察する。

Key Word

Traumatic pseudoaneurysm

Shock

Coil embolization

動眼神経麻痺を併発した下垂体腫瘍の2例

朝日大学村上記念病院脳神経外科

渡会祐隆 (Watarai Hirotaka)、山田実貴人、中谷 圭、安藤 隆

頭痛と動眼神経麻痺を伴った下垂体腫瘍を2例経験したので報告する。症例1は57歳男性。頭痛・嘔吐に続き動眼神経麻痺が出現し来院。症例2は45歳男性、5年前からacromegalyと下垂体腫瘍を指摘されていたが、今回就寝中に強い頭痛を自覚し来院。入院後動眼神経麻痺が出現、ステロイド投与にて症状は急速に改善した。2例とも開頭にて腫瘍摘出、術中所見では腫瘍は被膜に覆われ黄色で柔らかい組織であり、血腫は認めなかった。また動眼神経に接していたが、圧迫している様子はなかった。病理診断はいずれも壊死組織であった。下垂体腫瘍に動眼神経麻痺を伴った報告は散見されるが、下垂体卒中に伴うものが大部分である。自験例では出血の事実はなく、組織が壊死していたことから、何らかの虚血性変化が原因ではないかと考えている。

Key Word

Pituitary tumor,
Oculomotor palsy
Necrose tissue

頭痛で発症し、診断に苦慮した下垂体卒中の1例

豊橋市民病院脳神経外科

加藤文典 (Takenori Kato)、岡本 奨、牛山智也、福井一裕、井上憲夫、渡辺正男

【はじめに】 Pituitary apoplexyは稀で診断が困難な緊急疾患である。ポイントとなる臨床症状、画像診断、鑑別診断を我々の経験と文献をふまえて考察する。

【症例、経過】患者は生来健康の49歳男性である。H14.7.17前頭部痛を自覚し、7.18近医を受診しCT上ははっきりしないがSAHを疑われ、当院へ紹介された。神経学的異常は認めず、38.4℃熱発があり、血液検査ではWBC 13700、CRP 13.6と炎症所見以外異常は認めなかった。髄液所見はn.p.脳血管造影術も行い、明らかな動脈瘤は診断できなかった。7.19のaxial MRIでは右鼻粘膜と、蝶形骨洞内粘膜肥厚が見られ、副鼻腔炎を疑った。7.20 coronal CTでは蝶形骨洞内病変乏しく、トルコ鞍内の病変を考えた。7.21 6:00am起床時より両耳側半盲を訴えたため、トルコ鞍部のMRIを精査し、下垂体卒中を診断した。0:30pmより緊急手術(standard Hardy)を施行したが、術直後の両耳側半盲の改善はやや不良であった。病理検査では血腫内に好酸性胞体を有する下垂体腺腫を診断した。

【考察】初発時に眼症状を有しない下垂体卒中の診断は難しく、診断、外科的治療の遅れが眼症状の回復を困難にするとと思われる。常に鑑別診断として下垂体卒中を念頭におき、的確な画像診断を行う必要がある。

Key Word

Pituitary apoplexy

後頭葉DNTの1例

島田市民病院 脳神経外科

中島英樹 (Nakajima Hideki)、川上太一郎、中村一仁、村田敬二、阪口正和

Dysembryoplastic neuroepithelial tumor (DNT) はてんかんの外科治療として切除された病変より提唱された新しい腫瘍型で、比較的稀である。今回、我々が経験した後頭葉DNTの1例を報告する。症例は19歳の女性。14歳時に全身痙攣が出現してから抗痙攣剤の投与をうけるようになり、全身痙攣は出現しなくなっていた。約1年前に抗痙攣剤が中止となっていたが、全身痙攣が2回出現したため当科受診となる。なお、14歳時よりCTにて左後頭葉にLDAを発見されていたが経過観察とされていた。MRIでは左後頭葉に長径4cmのGd増強効果をうけない多胞性の病変を認めた。本人・家族と相談のうえ開頭・腫瘍全摘出術を行い、病理診断はDNTであった。今後、抗痙攣剤は漸減・中止の予定である。

Key Word

Dysembryoplastic neuroepithelial tumor (DNT), occipital lobe, epilepsy

稀な頭蓋骨腫瘍の2例

岐阜県立多治見病院 脳神経外科

竹内裕喜 (Takeuchi Hiroki)、伊藤淳樹、間部英雄

今回我々は稀な頭蓋骨腫瘍2例を経験したので報告する。

【症例1】2歳男児。副鼻腔炎のため近医で頭部単純X-Pを施行し、右側頭骨に透亮像を認め当科紹介となった。病変部が増大傾向を示したため切除術を施行したところ、病理診断はsolitary infantile myofibromatosisであった。

【症例2】69歳女性。たまたま近医で頭部CT施行をし、左頭頂骨から前頭骨に数カ所の骨融解像があり当科紹介となった。そのうちの1病変部の切除術を施行したところ、病理診断はlipomaであった。solitary infantile myofibromatosis、lipoma共に頭蓋骨に発生することは稀であり、特に後者が多発して頭蓋骨に発生することは極めて稀といえる。以上2症例を若干の考察を加えて報告する。

Key Word

skull bone tumor, solitary infantile myofibromatosis, lipoma

放射線照射16年後に発生した骨肉腫の1症例

国立東静岡病院 脳神経外科¹⁾、病理²⁾

渡辺隆之 (Watanabe Takayuki)¹⁾、布施孝久¹⁾、梅津正成¹⁾、大野貴之¹⁾、山本光晴¹⁾、山崎 等²⁾

症例は35歳、男性。1986年(当時18歳)に右後頭葉astrocytomaに対して開頭腫瘍摘出術を施行され、術後50Gyの放射線照射を受けていた。左同名半盲のみ残存していたが、16年経過した2002年6月より頭痛、嘔気、視力障害が出現。6月14日入院し、頭部CT、MRIにて左後頭部にcystを伴ったmassを認めた。massは5cm×4cm大で強く造影され、皮下より頭蓋内へ進展していた。その後も症状は進行し、CT上も腫瘍の増大を認めた。6月26日開頭腫瘍摘出術を施行。病理組織診断はosteosarcomaであった。腫瘍は90%以上摘出され、症状も軽快していたが、2ヶ月後には頭痛、嘔気、嘔吐が再発。意識障害も伴い、CT上腫瘍の再増大(7cm×5cm)を認めたため8月28日再手術を要した。術後、再び症状は消失し、化学療法による加療を施行している。放射線照射後、反対側にosteosarcomaが出現する症例は珍しく、文献的考察を加え報告する。

Key Word

osteosarcoma
radiation-induced brain tumor

Vascular stainを呈した眼窩内リンパ腫の一例

公立陶生病院脳神経外科¹⁾、病理部²⁾

吉田多東 (Yoshida Tazuka)¹⁾、つる見有史¹⁾、横江敏雄¹⁾、加藤哲夫¹⁾、鈴木康彦²⁾、小野謙三¹⁾

MALT型リンパ腫は、粘膜関連リンパ組織から発生するB細胞性低悪性度群非ホジキンリンパ腫である。症例は74歳男性。特記すべき既往症はなく、平成13年12月から進行する右眼球の突出と複視を主訴として平成14年7月近医眼科を受診した。眼窩内腫瘍の診断にて当科に紹介転院した。画像上、腫瘍は眼球より上後方に存在し、充実性で辺縁が明瞭な腫瘍であったが、上直筋ほか外眼筋との識別は困難であり、視神経に沿って進展していた。血管造影では、外・内頸動脈から造影され、全身検索では悪性疾患の存在は認められなかった。8月確定診断及び治療の目的で開頭下腫瘍摘出を試みたが、腫瘍は周囲結合織と一塊となり脂肪組織をも認めず、上直筋・眼瞼挙筋の同定も困難であった。永久標本にてMALT型リンパ腫の診断に至った。vascular stainを呈するリンパ腫は稀であり、若干の文献を交えて症例を報告する。

Key Word

Intraorbital tumor, MALT lymphoma, angiography

造影されにくかった原発性悪性リンパ腫の一例 —放射線学的所見、病理学的所見の相関について—

豊川市民病院 脳神経外科¹⁾

名古屋市立大学 医学研究科臨床病態病理学²⁾

○日向崇教 (Hyuga Takanori)¹⁾、福岡秀和¹⁾、松本 隆¹⁾、小出和雄¹⁾、打田 淳¹⁾、立山 尚²⁾

症例は48歳男性、'97/03ゲルストマン症候群、痴呆で発症。

頭部CT、MRI上左基底核に強い周囲浮腫像と均一な造影効果を認め、腫瘍生検術にて悪性リンパ腫の確定診断を得た。放射線治療とCHOP療法を開始したところ腫瘍は著明に縮小し、ADLに問題なく社会復帰した。6ヶ月毎に計9クルールの維持療法を行ったが、'01/10右片麻痺、異常行動出現、MRI上脳梁を中心に腫瘍の再発を認めた。DeVIC療法を開始し、初回の反応は良好だったが2クルール目には既に左側頭葉に新しい腫瘍の出現を認めた。その後進行性に意識障害が悪化し '02/02入院、1ヵ月後に永眠された。今回剖検所見にて脳全体に及ぶ腫瘍浸潤を認めた。死亡直前のCT、MRI上は造影される腫瘍は決して広範とはいえ、この病理学的所見と放射線学的相違につき若干の文献的考察を加え発表する。

Key Word

primary central nervous system lymphoma
nonenhancing

術後原発巣の再発なく脊髄髄腔内播種をきたした1例

大垣市民病院脳神経外科

伊藤英治 (Ito Eiji)、鬼頭 晃、赤羽 明、三井勇喜、高戸真司

症例は64歳男性。平成7年、頭痛、嘔吐が出現。頭部CTで右前頭葉に腫瘍を認め、開頭腫瘍摘出術を施行。病理診断はanaplastic astrocytomaであった。術後、IMR療法施行し、平成9年まで化学療法(7クルール)を行った。平成13年1月より腰痛が出現。平成14年6月、腰部MRIで腰椎硬膜内髄外腫瘍を認めた。頭部MRIでは、原発巣の再発および頭蓋内髄腔播種の所見は認めなかった。7月30日、腰椎腫瘍摘出術施行。病理診断は、脳原発巣と同様なanaplastic astrocytomaであった。頭蓋内astrocytomaの脊髄髄腔播種と診断した。術後、放射線治療を行い、現在外来通院中である。以上、原発巣の再発なく脊髄髄腔内播種をきたした1例を経験したので、若干の文献考察を加えて報告する。

Key Word

astrocytoma, dissemination, spinal tumor

食道癌を原発とした骨破壊性巨大転移性脳腫瘍の一例

半田市立半田病院脳神経外科

久保田俊介 (Kubota Shunsuke)、半田隆、告野正典、渡辺和彦、中根藤七

今回、比較的稀な食道癌からの脳転移の一例を経験した。症例は77歳男性。平成13年9月に食道癌にてchemoradiotherapyを受けている。14年7月に右前頭部の膨隆を主訴に来院した。頭部CT, MRIにて前頭部に骨破壊性の造影される巨大腫瘍を認めたが、神経症状なく高齢であり、一旦様子観察とした。8月に、無気力、動作緩慢となり、MRIにて腫瘍の増大と浮腫の増悪を認めた。腫瘍は両側外・内頸動脈より著明なhypervascular所見で、術中出血の減少を目的に外頸動脈系の塞栓術を施行した。8月29日両側前頭開頭にて骨浸潤部と巨大脳腫瘍を全摘出し、出血量は約100mlであり、術後症状は軽快した。病理所見は扁平上皮癌で、食道癌からの転移と考えられた。食道癌からの脳転移で、しかも巨大化し血管に富む例は稀であると思われる。若干の文献的考察を加え報告する。

Key Word

esophageal carcinoma, brain metastasis, embolization, surgery

転移性脳腫瘍γナイフ治療後に生じた放射線壊死、腫瘍再発とまぎらわしかった一例

坂文種報徳会病院 脳神経外科¹⁾、平成記念病院 脳神経外科²⁾、藤田保健衛生大学脳神経外科³⁾岩田聡敏 (Iwata Satoshi)¹⁾、尾内一如¹⁾、渡辺伸一²⁾、平井達夫²⁾、神野哲夫³⁾

症例は69歳男性、肺腺癌の頭蓋内転移を指摘され、2001年5月に当科へ紹介された。病変は小さく、γナイフ治療を選択した。6月9日定位脳手術にて腫瘍嚢胞内容液の吸引術を施行した後、照射を受けた。腫瘍の大きさは2002年の4月まで縮小し続けた。しかし5月から腫瘍は増大してきた。壊死あるいは再発が疑われ、ステロイド内服を開始した。その後病変はさらに拡大し、腫瘍再発を疑い、第2回のγナイフ治療が6月9日に施行された。2回目のγナイフ後も、病変は増大し、8月に入ってめまい感、見当識障害、記憶力低下を訴えた。9月に直達術を施行した。病変は比較的固く、カプセルで覆われていた。摘出にはCusaを要したが出血は少なかった。術後CTにて腫瘍はほぼ全摘されていた。病理学所見は放射線壊死であった。

Key Word

radiation necrosis, gamma-knife, metastatic brain tumor

三叉神経鞘腫術後、後頭蓋窩再発性慢性硬膜下血腫の一例

信州大学 脳神経外科教室¹⁾、信州大学 臨床検査医学教室²⁾村岡 尚 (MURAOKA Hisashi)¹⁾、多田 剛¹⁾、本郷一博¹⁾、小林茂昭¹⁾、上原 剛²⁾、中山 淳²⁾

症例は55歳女性。1980年に左三叉神経鞘腫に対し部分摘出術を施行後、後頭蓋窩に再発をきたし、2001年11月 γ -knife therapyを施行した。2002年3月、嚢胞性病変出現による水頭症を認め、cyst punctureとV-P shuntを施行した。6月、嚢胞の再増大と嚢胞内出血に伴う切迫脳ヘルニアが出現し、緊急開頭、後頭蓋窩病変の腫瘍摘出術を施行した。術後経過良好であったが、8月、歩行障害と頭痛が出現し、摘出腔に慢性硬膜下血腫を認め、開頭血腫除去洗浄術、嚢胞開放術を施行した。被膜の病理所見は膠原繊維と毛細血管の増生を含む肉芽組織で、慢性硬膜下血腫に一致した。術後、嚢胞は一時的に縮小したが再び増大し、意識レベルの低下を認め、慢性硬膜下血腫の再発に対し、9月、再び開頭血腫除去洗浄術、嚢胞開放術を施行した。この際、嚢胞開放を十分に行い、Ommaya reservoirも留置した。摘出した硬膜側、小脳側、腫瘍側等の被膜の病理所見とともに三叉神経鞘腫術後、後頭蓋窩再発性慢性硬膜下血腫に関して文献的考察を加えて報告する。

Key Word

trigeminal neurinoma, posterior fossa,
chronic subdural hematoma

鞍結節部壊死性肉芽腫性病変の一例

金沢大学大学院医学系研究科脳機能制御学 (脳神経外科学)

玉瀬 玲 (Tamase Akira)、中田光俊、長谷川光広、山下純宏

症例は37歳女性。徐々に進行する右視力障害を主訴に来院。経過中ステロイドにて一過性に視力の改善を認めた。血液検査では異常を認めなかった。画像所見より右鞍結節部から視神経に進展した髄膜腫が疑われrt-orbitocranial approachにより腫瘍を摘出した。術中所見では鞍結節髄膜腫と矛盾しなかったが摘出標本より壊死性肉芽腫と診断された。組織中に結核菌・真菌は認めず、血中RF・ANA・ANCAは陰性、ACEは正常範囲内であった。病因として結核・真菌等による慢性感染症、非感染性の異物性肉芽腫性炎症、Wegener肉芽腫、Churg-Strauss症候群等があるが、いずれも否定的であった。sarcoidosisは通常壊死を伴わない全身性肉芽腫性病変であるが壊死性肉芽腫を呈するnecrotizing sarcoid granulomatosisの報告もある。本症例は極めて稀な頭蓋内から眼窩内に進展したnecrotizing sarcoid granulomaと考えられた。

Key Word

necrotizing sarcoid granulomatosis neurosarcoidosis

肝不全に併発した脳膿瘍の1例

菰野厚生病院 脳神経外科¹⁾、内科²⁾

磯村健一 (Isomura Kenichi)¹⁾、上田行彦¹⁾、大羽健一²⁾、紙本 薫²⁾

非代償性肝硬変に脳膿瘍を併発した症例に対し、局麻下穿頭排膿術、連日の膿瘍腔洗浄および抗生剤静脈内投与を行い、良好な経過を得たので報告する。症例は、62歳男性でC型肝炎による肝硬変、肝癌、黄疸、糖尿病があり、肝性脳症を繰り返していた。発熱、左片麻痺を認めたため入院となった。右頭頂葉の病変は3日の経過で急速に増大し、麻痺も悪化したため、穿頭術を行った。起炎菌は腸内細菌 (*K. pneumoniae*) であった。連日ドレーンより抗生剤生食で膿瘍腔を洗浄したところ、13日後には排膿がほぼ消失したためドレーンを抜去し、さらに1週間抗生物質の静脈内投与を行った。その後、経口抗生剤で経過を見ているが、膿瘍腔の縮小を認めている。本症例は、肝不全のため、全身麻酔が危険と判断され、また凝固能に問題があるため、局麻下に穿頭術を行った。このような症例の治療法についてご教示頂けたら幸いである。

Key Word

brain abscess, liver cirrhosis

肝膿瘍を伴い穿刺排膿術にて治療した多発性脳膿瘍の一例

公立尾陽病院 脳神経外科

山本憲一 (Yamamoto Kenichi)、大野正弘

症例は50才、女性。搬入時、意識障害 (E3V1M4)、左不全片麻痺を認めた。CT上、左前頭部に2ヶ所、右頭頂部に1ヶ所、右後頭部に1ヶ所、リング状に造影される多発性病変が認められ、脳膿瘍と考えられた。また肝には肝膿瘍と考えられる多発性の腫瘍性病変も認められた。左前頭部の径3 cmの病変に対し、CT定位穿刺排膿術を施行した。培養では *Gemella haemolysans* が検出された。抗生剤投与により経過をみていたが、その他の病変に縮小傾向がみられず、右頭頂部、左前頭部の膿瘍に対し穿刺排膿術を追加した。その後、右後頭部の膿瘍が増大したため、さらに穿刺排膿術を追加した。抗生剤は約1ヶ月間継続し、画像上、脳・肝の病変ともほぼ消失した。意識障害、麻痺とも改善し独歩退院となった。

Key Word

Brain abscess Hepatic abscess Stereotactic neurosurgery

特発性肉芽腫性下垂体炎の一症例 (Idiopathic Giant-cell Granulomatous Hypophysitis)

中濃病院 脳神経外科¹⁾、常滑市民病院 脳神経外科²⁾、岐阜社会保険病院 脳神経外科³⁾

大井祥恵 (Ohi Sachie)¹⁾、岡部広明¹⁾、寺島圭一¹⁾、加納道久²⁾、服部和良³⁾

特発性肉芽腫性下垂体炎は稀な疾患で、我々の渉猟し得た範囲内での手術治療報告は12例であった。下垂体前葉機能低下を主とし視神経障害は比較的軽度であるという臨床的特徴とする炎症性疾患で、病理組織像は非乾酪性肉芽腫が特徴であるが、結核、梅毒、サルコイドーシスなどの全身性肉芽腫症に伴うものを除外する必要がある。症例は12歳の女児で、主訴は頭痛と微熱で、神経学的所見は左視力低下、両耳側半盲であった。頭部CT上鞍上部に等吸収域の病変を認めた。内分泌検査で下垂体前葉機能の低下を呈した。頭部MRIにてトルコ鞍から鞍上部、第三脳室底に進展するT1、T2強調画像で等信号、Gdにて均一に増強される病変を認めた。下垂体腺腫を疑い経蝶形骨洞アプローチにて腫瘍摘出術施行したが腫瘍は硬く部分摘出に終わった。病理所見は下垂体実質組織内に多核巨細胞を交えた炎症細胞の浸潤を認め、特発性肉芽腫性下垂体炎と診断された。ステロイド内服にて視覚障害などの自覚症状は速やかに改善し頭部MRIで病変の縮小を確認した。その後2年半経過観察中に、再発を認めていない。炎症所見を伴う非機能性下垂体腺腫では本疾患を鑑別疾患として念頭においてステロイドの診断的投与も考慮されるのが望ましい。この症例を通して臨床経過、検査の特徴などについて文献的考察を加え報告する。

Key Word

Idiopathic Giant-cell Granulomatous Hypophysitis Non-caseating granuloma, Multinucleated giant cell Hypopituitarism Steroido therapy

受傷から5年後に脳膿瘍で発症した頭蓋内異物の一例

富山医科薬科大学 脳神経外科¹⁾、済生会富山病院 脳神経外科²⁾

西尾陽一 (Nishio Yoichi)¹⁾、林 央周¹⁾、浜田秀雄¹⁾、堀江幸男¹⁾、遠藤俊郎²⁾

我々は受傷から5年後に脳膿瘍で発症した頭蓋内異物の稀な一例を経験したので報告する。症例は13歳女性。8歳時に木製の箸を持ったまま転倒し箸が右上眼瞼に突き刺さり、すぐに抜けたが先端部分が見つからなかった。直ちに近医を受診し頭部単純撮影を施行されたが異物は確認されず、特に症状もないため経過観察となった。それから約5年後に頭痛と発熱を訴え当科を受診した。項部硬直を認め、頭部CT、MRIにて頭蓋内異物、脳膿瘍と診断し抗生剤等で治療を開始した。脳浮腫が増強したため外減圧術、異物摘出術を施行したが、術後さらに膿瘍の増大を認め膿瘍摘出術を施行した。術中所見では木製の箸の先端部は眼窩上壁、篩骨洞、硬膜を貫通し前頭葉下面に突き刺さっており、膿瘍の皮膜と連続していた。術後経過は良好で神経症状なく退院となった。

Key Word

foreign body, brain abscess, intracranial

自殺企図に釘打機 (nail-gun) を用いた穿通性頭部外傷の一例

小牧市民病院 脳神経外科

藤谷 繁 (Fujitani Shigeru)、服部智司、木田義久、小林達也、森美雅、吉本真之

症例は63歳男性。1999年5月5日、右視床出血を生じ、その後遺症(左軽度片麻痺、しびれ)を苦に2002年9月15日、自殺を図った。大工用工具で頭部に4本、胸部に1本、長さ3cmの釘を打ち込み搬送された。来院時、意識レベルはほぼ清明。四肢に顕著な麻痺は認められなかったが、前頭部に4本、左胸部に1本の釘の頭部が肉眼的に確認された。胸部単純XPおよび胸部CTでは左第7,8肋間に釘が確認されたものの、胸腔内までは到達しておらず、救急外来において鑷子にて除去された。頭部単純XPおよび頭部CTでは釘が前頭葉実質に到達していることが確認され、全身麻酔下に開頭術を施行し、抜去した。術後、一過性に見当識障害が現れ不穏になったものの、四肢に著名な麻痺は認めず、脳炎の兆候もなく経過は良好である。

Key Word

intracranial foreign body, nail-gun, penetrating brain injury

Crush injuryによる両側外転神経麻痺をきたした1例

県立岐阜病院 脳神経外科

佐橋由貴子 (Sahashi Yukiko)、山川春樹、谷川原徹哉、服部達明、大熊晟夫

今回我々は、crush injuryにより頭蓋底骨折をきたし、両側外転神経麻痺と外傷性尿崩症を伴った症例を経験したので報告する。症例は18歳男性、鑄造業。仕事中に誤って機械の間に頭部を挟まれ、意識を消失した。救急車にて来院。当院到着時、JCS: 2~30で変動、軽度のanisocoria (R<L)、両側眼球運動の外転障害、両側鼻出血、両側耳出血を認めた。頭部CTにて両側側頭骨骨折、左錐体骨骨折を主とする前頭蓋底から中頭蓋底に及ぶ多発性頭蓋底骨折、外傷性気脳症を認め、保存的治療を行った。意識レベルは徐々に改善していったが、受傷3日目より外傷性尿崩症をきたし、薬剤による尿量コントロールが必要となった。また、3D-CTにて左錐体骨から斜台に至る骨折を認め、この骨折に伴う両側外転神経麻痺と判断した。

Key Word

両側外転神経麻痺、外傷性尿崩症、crush injury

慢性硬膜下血腫穿頭術後に骨の静脈を出血源とする急性硬膜外血腫を合併した1例

掛川市立総合病院 脳神経外科

坂田知宏 (Sakata Tomohiro)、大蔵篤彦、小出和雄

症例は54歳女性。H14年2月26日に交通事故で頭部外傷の既往があり、同日の頭部CTでは異常はなかった。5月16日より頭痛が出現し19日嘔気・嘔吐も伴ってきたため当院を受診。意識レベルはJCSⅡ-10、明らかな麻痺はみられなかった。頭部CT上右慢性硬膜下血腫を認め、同日全身麻酔下に2 burr holesによる右穿頭血腫洗浄ドレナージ術を施行した。手術中、特に問題なく終了したが術後の覚醒は不良であった。術後数時間後に瞳孔不同が出現、頭部CTでは急性硬膜下血腫の形の術後再出血と診断した。緊急右開頭血腫除去術を行った。術中所見では硬膜下に血腫はなく、硬膜外血腫の形成がみられた。穿頭孔断端の骨の静脈からの出血がみられ止血処置を行った。術後経過は順調で、神経脱落症状なく退院した。今回穿頭術後に、骨の静脈からの出血で、硬膜外血腫を形成した点で稀な一例を経験したのでここに報告する。

Key Word

Chronic subdural hematoma, acute epidural hematoma, complication

小脳扁桃下垂を伴った後頭部斜頭蓋の一例

静岡県立こども病院脳神経外科

蘆田典明 (Ashida Noriaki)、佐藤倫子、佐藤博美

後頭部斜頭蓋は一側人字縫合の早期癒合によって起こる狭頭症の一形態であり、Distraction法による頭蓋再構築術の報告例はまだ少ない。【症例】1歳、男児。生下時よりの頭蓋変形を基礎に来院。小脳扁桃下垂、後頭蓋窩の狭小化、定量的脳血流SPECT異常があり、大孔減圧、後頭蓋窩拡大、Distraction法による頭蓋再構築術を一期的に施行した。Distraction終了後頭蓋形態は著明に改善し、良好な経過を得た。【考察】狭頭症に対してDistraction法が取り入れられ報告が増加しているが、まだ方法が確立しているとはいえない。後頭部斜頭蓋に対してdistraction法を用いた頭蓋再構築術を行い良好な結果を得たので、術前術後の管理を含めてこの術式の有用性を検討し文献的考察を加えて報告する。

Key Word

craniosynostosis, occipital plagiocephalus, distraction, tonsillar herniation

C-Varlockを用いた頸椎変性疾患に対する手術の有効性

浜松医科大学 脳神経外科

野村 契 (Nomura Kei)、西澤 茂、山口満夫、太田誠志、徳山 勤、赤嶺壯一、杉山憲嗣、横山徹夫、難波宏樹

われわれは、これまで頸椎変性疾患に対してC-Varlockを用いた前方固定術を行ってきたが、その有効性について報告する。対象は45歳から72歳までの10例で、椎間板ヘルニア5例、変形性頸椎症5例である。手術は、椎間板の切除と最小限の椎体の削除を行う。この時ドリルで削除した骨粉をできる限り採取する。脱出した椎間板を切除、あるいは骨棘を削除した後、最も適当なサイズのC-Varlockを選択する。小切開で、腸骨片を採取し、先に採取しておいた骨粉とを混ぜC-Varlockの中に十分充填する。椎間板腔にこのC-Varlockを挿入し、前方のscrewを回転させることによってC-Varlockの高さを調節し、上下の椎体にしっかりfitしたのを術中透視で確認し、手術を終了する。術後はポリネックカラーを装着し、術翌日から歩行を開始する。術後経過は全例良好で、C-Varlockの脱転を見た症例はない。頸椎変性疾患で椎体の削除が必要となる症例においては、C-Varlockを用いた手術は術後強固な固定が得られ、また脱転の危険が極めて少なく、術翌日から患者の歩行開始が可能となり、極めて有効な手術方法であると考えられる。

Key Word

cranosynostosis, occipital plagiocephalus, distraction, tonsillar herniation

脳出血で発症した静脈性血管腫の一例

国立療養所豊橋東病院脳神経外科

石黒光紀 (Ishiguro Mitsunori)、酒井秀樹、西村康明

症例は44歳男性。平成14年5月11日、激しい頭痛後に意識障害をきたし救急車にて当院へ搬送された。JCS 3⁻10、明らかな麻痺は認めなかった。CTにて左側頭葉に皮質下出血を認め、脳血管造影を施行した。出血部位に一致して動静脈シャントを伴う静脈性血管腫 (VA) を認めた。arterial componentを有したVAが出血を来したものの考え、開頭血腫除去術と脳動静脈瘻閉鎖術を施行した。術中所見では、2カ所の流入動脈を凝固切断したところ導出静脈の色が暗黒色に変化した。本例でははっきりとしたnidusは確認できなかった。術後経過良好で、軽度の失語症を認めたが独歩退院となった。VAでは時にAVFなどのarterial componentを伴うことがあり注意を要する。若干の文献的考察を加え報告する。

Key Word

Venous angioma · arteriovenous fistula · ICH

顔面神経麻痺で発症した側頭骨錐体部血管腫の一例

名古屋大学医学部脳神経外科

栗本太志 (Kurimoto Futoshi)、齋藤 清、永谷哲也、若林健一、岡田 健、吉田 純

現病歴：2000年より左眼の違和感、閉眼困難を自覚するようになり、眼科治療を受現けていたが、軽快せず。2001年12月、近医にてMRIで中頭蓋窩腫瘍を指摘され当院紹介となる。

現症：左顔面神経麻痺 (House-Brackmann Grade3)。顔面知覚、味覚、涙分泌能の低下、聴力低下は認めず。

画像診断：MRIで中頭蓋窩に径約2cm、T1-iso, T2-high intensityを示し、Gdにて淡く造影されるmassを認める。側頭骨bone-windowCTではanterior epitympanic recess前方にmassに一致した骨破壊像を認める。経過：2002年2月、左側頭開頭、epidural approachにて腫瘍を全摘出す。腫瘍はgeniculate ganglionに癒着していたが注意深く剥離し、大錐体神経とともに温存できた。病理診断はhemangiomaであった。術後、顔面神経麻痺が悪化 (House-Brackmann Grade5)。術後6ヶ月を経過し改善なく、顔面神経舌下神経吻合術を考慮している。側頭骨錐体部血管腫は極めて稀な頭蓋骨良性腫瘍であり、過去にも十数例報告があるのみである。ここではその治療方針、頭蓋底解剖について検討し、若干の文献的考察を加えて報告する。

Key Word

Hemangioma, Petrous bone, Facial palsy

摘出に難渋した松果体細胞腫の一例

静岡赤十字病院脳神経外科

林 俊行 (Hayashi Shigeyuki)、篠田 純、山田素行、安心院康彦

症例は54歳女性。2002年6月、歩行障害で発症。7月に当院初診。MRIにて松果体部腫瘍および水頭症を認め入院。意識清明で、歩行時のふらつきと、軽度の乳頭浮腫を認めた。7月23日 occipital-transtentorial approachにて腫瘍摘出術施行。組織は硬く、内大脳静脈に強く癒着しており摘出に難渋した。病理検査の結果は松果体細胞腫であった。ganglion, と glia cellへの分化が含まれた稀な病理組織像であった。術後、水頭症を来したがV-Pシャントにより改善し、経過良好で局所50Gyの放射線治療を施行の後に10月独歩退院となった。本症例について松果体細胞腫の手術アプローチ法および画像所見と病理組織像との関連について文献的考察を加えて報告する。

Key Word

pineocytoma, occipital-transtentorial approach

開頭手術後に中心性テントヘルニアを来した低髄圧症候群の一例

岡波総合病院 脳神経外科

本山 靖 (Motoyama Yasushi)、石田泰史、小谷明平

低髄圧症候群は起立性頭痛が特徴的な症状で、脳外科領域では遭遇することの多い病態である。今回我々は、低髄圧症候群の患者で開頭手術後に昏睡に陥った症例を経験したので報告する。患者は57歳女性で、胸椎クモ膜嚢胞の既往を有し54歳時に嚢法腹腔短絡術 (C-P shunt) を試行されている。術後より起立時に増強する頭痛が出現、造影MRIでびまん性の硬膜肥厚を認めた。今回、脳出血で搬送され開頭血腫除去術を行ったが、術後より昏睡に陥り7日後に除脳硬直を呈した。CTおよびMRIでは、残存血腫などの占拠性病変を認めず、中心性ヘルニアの所見を認めた。C-P shunt閉塞術を試行し、術後劇的に意識障害は改善した。術前に生じなかった中心性ヘルニアが、頭蓋内占拠性病変を除去した後に進行した病態について考察を行った。

Key Word

Intracranial hypotension syndrome, central brain herniation, tension pneumocephalus, cystoperitoneal shunt

解離性内頸動脈瘤に対するステント支援によるコイル塞栓術の一例

藤田保健衛生大学脳神経外科

林 純一 (Hayashi Junichi)、根来 眞、入江恵子、早川元治、加藤庸子、佐野公俊、神野哲夫

目的：頭蓋内の解離性内頸動脈瘤に対してステント支援によるコイル塞栓術を行い良好な結果が得られたので報告する。

症例：51歳 女性。平成14年3月30日に急に後頭部痛を自覚したため近医を受診し、頭部MRAで左側の頭蓋内内頸動脈 (C5) に一部血管狭窄を認めたが保存的加療を行った。次第に左眼瞼下垂ならびに複視が出現したためMRAを再検し同部位に動脈瘤を疑わせる所見を認め本院に紹介入院となった。入院後の脳血管造影で左側内頸動脈 (C5) に解離性動脈瘤を認めた。

血管内治療：動脈瘤はwide-neckedで従来の手技ではコイルが親動脈内に逸脱することを危惧し、ステント (S670) を動脈瘤頸部に留置してコイルの逸脱を防ぎ瘤内塞栓を行った。術直後の血管写で瘤は完全に消失し内頸動脈は温存された。mass effectによる症状も術後早期より軽減傾向を認めた。

結論：頭蓋内解離性動脈瘤に対してステント支援によるコイル塞栓術は直達術に比べ低侵襲で有用であると考えられた。

Key Word

dissecting aneurysm, internal carotid, stent, endovascular

索引

- 〔あ〕
 青島 千洋 (一般演題3) ……P48
 秋岡 直樹 (一般演題3) ……P52
 蘆田 典明 (一般演題5) ……P77
- 〔い〕
 石黒 光紀 (一般演題5) ……P79
 石田 藤麿 (一般演題3) ……P51
 磯村 健一 (一般演題5) ……P70
 伊藤 英治 (一般演題4) ……P65
 伊藤 元一 (一般演題2) ……P36
 井上 敬 (ランチョン) ……P39
 井上 辰志 (ミニシンポ2) ……P46
 岩崎 浩司 (一般演題3) ……P56
 岩田 聡敏 (一般演題4) ……P67
 岩間 亨 (ミニシンポ1) ……P23
- 〔う〕
 牛山 智也 (一般演題3) ……P54
- 〔お〕
 大井 祥恵 (一般演題5) ……P72
 大泉 太郎 (一般演題1) ……P15
 大沢 知士 (一般演題2) ……P35
 岡田 誠 (一般演題1) ……P19
- 〔か〕
 加藤 丈典 (一般演題4) ……P59
- 〔き〕
 北浜 義博 (一般演題1) ……P21
 木家 信夫 (ミニシンポ1) ……P24
- 〔く〕
 久野 茂彦 (ミニシンポ2) ……P45
 久保田俊介 (一般演題4) ……P66
 栗本 太志 (一般演題5) ……P80
- 〔こ〕
 小泉慎一郎 (一般演題1) ……P13
- 小寺 俊昭 (一般演題1) ……P18
- 〔さ〕
 齋藤 清 (ミニシンポ1) ……P27
 坂田 知宏 (一般演題5) ……P76
 笹嶋 寿郎 (ランチョン) ……P38
 佐藤 裕 (一般演題3) ……P53
 佐橋由貴子 (一般演題5) ……P75
- 〔し〕
 上甲 眞宏 (一般演題1) ……P12
 白神 俊祐 (一般演題2) ……P33
 新川 修司 (一般演題1) ……P20
- 〔た〕
 瀧波 賢治 (一般演題2) ……P30
 竹内 裕喜 (一般演題4) ……P61
 竹嶋 俊一 (一般演題1) ……P17
 竹田理々子 (一般演題2) ……P32
 立花 修 (ミニシンポ2) ……P44
 田中雄一郎 (ミニシンポ1) ……P26
 田中 嘉隆 (一般演題2) ……P29
 玉瀬 玲 (一般演題5) ……P69
- 〔つ〕
 土田 哲 (ミニシンポ2) ……P41
 土屋 拓郎 (一般演題2) ……P37
- 〔な〕
 長島 久 (一般演題3) ……P50
 中島 英樹 (一般演題4) ……P60
 永谷 哲也 (ミニシンポ2) ……P47
 南光 徳偉 (一般演題1) ……P16
- 〔に〕
 西尾 陽一 (一般演題5) ……P73
 西澤 茂 (ミニシンポ1) ……P25
- 〔の〕
 野村 契 (一般演題5) ……P78

- 〔は〕
 橋本 智哉 (一般演題2) ……P28
 長谷川光広 (ミニシンポ1) ……P22
 林 純一 (一般演題5) ……P83
 林 俊行 (一般演題5) ……P81
 林 央周 (ミニシンポ2) ……P42
 林 康彦 (一般演題3) ……P49
- 〔ひ〕
 日向 崇教 (一般演題4) ……P64
- 〔ふ〕
 深澤 恵児 (一般演題1) ……P11
 藤谷 繁 (一般演題5) ……P74
- 〔ほ〕
 細島 理 (一般演題2) ……P34
 堀 恵美子 (一般演題3) ……P55
- 〔ま〕
 松下 康弘 (一般演題3) ……P57
- 〔む〕
 村岡 尚 (一般演題5) ……P68
 村坂 憲史 (一般演題1) ……P14
- 〔も〕
 本山 靖 (一般演題5) ……P82
 森 美雅 (一般演題2) ……P31
- 〔や〕
 山本 憲一 (一般演題5) ……P71
- 〔よ〕
 横山 徹夫 (ミニシンポ2) ……P43
 吉田 多東 (一般演題4) ……P63
- 〔わ〕
 渡辺 隆之 (一般演題4) ……P62
 渡会 祐隆 (一般演題4) ……P58