

第64回 日本脳神経外科学会中部地方会

平成15年4月5日(土)

午前9時より

会 場：金沢シティモンドホテル

〒920-0911 金沢市橋場町2-10

TEL 076-224-5555 FAX 076-224-5554

世話人：金沢医科大学脳神経外科学

飯 塚 秀 明

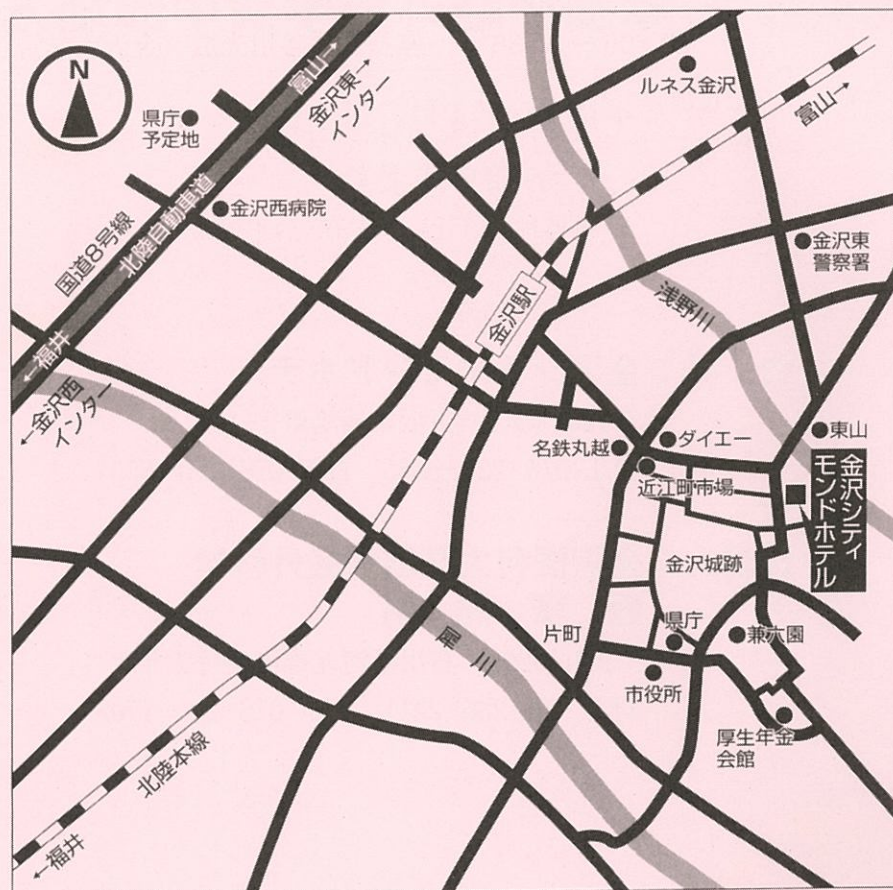
〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学1-1

TEL 076-286-2211 FAX 076-286-1702

- (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(2,000円)を受け付けます。
- (2) 口演時間は5分、討論は各演題につき2分です。
- (3) 発表はパソコンまたはビデオ(S-VHS)でお願いします。併写はできません。パソコン発表の先生は、ご自分のパソコンをご用意下さい。万一に備え、MOまたはCD-Rにいれたデータもご持参下さい。
- (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入れて下さい。
- (5) 昼食時に世話人会をホテル内13階ことじにて開催します。

会場案内図および会場への交通

会 場：金沢シティモンドホテル



〈交通のご案内〉

- バス利用—JR金沢駅より10分（橋場町下車／徒歩7分）
- タクシー利用—JR金沢駅より7分
- 車利用—JR金沢駅より7分（北陸自動車道 金沢東ICより15分）

〔駐車場〕ホテル内駐車場は台数に限りがあるため、兼六園下「石川県営駐車場」をご利用下さい。

次回開催御案内

第65回 日本脳神経外科学会中部地方会

世話人：名古屋大学大学院医学系研究科
脳神経外科学

吉田 純 教授

開催日：平成15年11月1日（土）

開 会 9:00～9:05

<午前部 9:05～12:10>

腫瘍 I 9:05～9:35 座長 長谷川光広（金沢大学）

1. 頭蓋骨浸潤した類上皮肉腫の1例
愛知医科大学 脳神経外科 ○上甲真宏, 水野順一, 井上辰志, 渡部剛也,
中川 洋
形成外科 近藤千津子, 竹市夢二
2. 成人の頭蓋骨に発生し, 生検後に自然縮小した好酸球性肉芽腫の1例
聖隷浜松病院 脳神経外科 ○水谷敦史, 田中篤太郎, 平松久弥, 天野慎士,
小泉慎一郎, 難波宏樹
3. Skeletal lymphangiomatosisの1例
金沢医科大学 脳神経外科 ○笹川泰生, 高田 久, 赤井卓也, 飯塚秀明
4. 急激な眼球突出にて発症したリンパ管腫の1例
名古屋大学 脳神経外科 ○服部新之助, 岡田 健, 永谷哲也, 斉藤 清,
吉田 純

腫瘍 II 9:35～10:05 座長 松原年生（三重大学）

5. 眼窩内hemangioendotheliomaの1例
岐阜大学 脳神経外科 ○竹中俊介, 吉村紳一, 郭 泰彦, 岩間 亨,
坂井 昇
6. 新生児頭蓋頸椎後部悪性腫瘍の1例
大垣市民病院 脳神経外科 ○伊藤英治, 鬼頭 晃, 赤羽 明, 三井勇喜,
島戸真司
7. 悪性転化した脈絡叢乳頭腫の1例
浜松医科大学 脳神経外科 ○千村 学, 西澤 茂, 野中雄一郎, 山口満夫,
徳山 勤, 難波宏樹
8. 長期生存した小児テント上膠芽腫の1例
静岡県立こども病院 脳神経外科 ○蘆田典明, 佐藤倫子, 佐藤博美, 甲村英二

腫瘍 III 10:05~10:35 座長 吉田一彦 (福井医科大学)

9. A NON-INFANTILE CASE OF DESMOPLASTIC INFANTILE ASTROCYTOMA (DIA)
岐阜大学医学部附属病院 脳神経外科 ○加藤雅康, 秋 達樹, 矢野大仁, 奥村 歩,
篠田 淳, 坂井 昇
県立下呂温泉病院 脳神経外科 岩田辰夫
10. 前頭葉に発生した多房性上衣嚢胞の1例
静岡県立静岡がんセンター 脳神経外科 ○堀口聡士, 三矢幸一, 中洲庸子
病理診断科 亀谷 徹
11. 左耳下腺, 頸部リンパ節への頭蓋外転移を生じた anaplastic ependymoma の1例
豊川市民病院 脳神経外科 ○日向崇教, 福岡秀和, 松本 隆, 加藤康二郎,
打田 淳
名古屋市立大学 看護学部 多田豊曠
12. 骨髄および脊髄硬膜外転移を来した anaplastic oligodendroglioma の1例
名古屋大学 脳神経外科 ○有馬 徹, 藤井正純, 若林俊彦, 吉田 純

—休憩 10:35~10:45—

腫瘍 IV 10:45~11:15 座長 栗本昌紀 (富山医科薬科大学)

13. 同一部位に発生した神経鞘腫と髄膜腫の1例
市立四日市病院 脳神経外科 ○伊藤元一, 市原 薫, 中林規容, 柴山美紀根,
中根幸実, 伊藤八峯
14. 坐位手術で全摘し得た小脳血管芽腫の1例
金沢大学大学院 医学系研究科 脳医科学専攻 ○喜多大輔, 長谷川光広, 吉田優也, 山下純宏
脳病態医学講座 脳機能制御学 (脳神経外科学)
15. ラトケ嚢胞を合併したGH産生下垂体腺腫の1例
岡波総合病院 脳神経外科 ○本山 靖, 石田泰史, 小谷明平
16. 頭蓋内と縦隔に同時多発した germ cell tumor の1例
朝日大学歯学部附属村上記念病院 脳神経外科 ○渡會祐隆, 山田実貴人, 中谷 圭, 安藤 隆
岐阜大学 脳神経外科 矢野大仁, 篠田 淳, 坂井 昇

腫瘍 V 11:15~11:40 座長 徳山 勤 (浜松医科大学)

17. 人工血管周囲に発生し脳転移をきたした血管肉腫の剖検例
国立名古屋病院 脳神経外科 ○小栗大吉, 谷口克己, 高橋立夫
研究検査科病理 市原 周, 森 良雄, 篠田美穂
18. 核医学検査によっても脳腫瘍との鑑別が困難であった遅発性放射線壊死の1例
豊橋市民病院 脳神経外科 ○加藤丈典, 渡辺正男, 牛山智也, 岡本 奨,
福井一裕, 井上憲夫
19. 運動負荷SPECT (解剖学的標準化を施行して)
名古屋市立大学大学院医学研究科 ○竹内洋太郎, 加藤康二郎, 間瀬光人,
神経機能回復学 金井秀樹, 山田和雄

脊椎・脊髄 11:40~12:10 座長 水野順一 (愛知医科大学)

20. 術前評価としてのMR myelographyの有用性
稲沢市民病院 脳神経外科 ○丹羽政宏, 山田博是, 岩越孝恭
21. 無症候性脊髄脂肪髄膜瘤に対する神経生理学的モニタリングについて
豊橋市民病院 脳神経外科 ○岡本 奨, 渡辺正男, 加藤久典, 牛山智也,
福井一裕, 井上憲夫
22. 突然の背部痛と脊髄横断症状にて発症した頸髄神経鞘腫の1例
岐阜市民病院 脳神経外科 ○岡 直樹, 村瀬 悟, 山川弘保, 岩井知彦
23. 外傷後遅発性の頸椎脱臼が出現した2例
国立金沢病院 脳神経外科 ○毛利正直, 池田清延, 正印克夫, 岩戸雅之
白山病院 加納昭彦

—昼休み 12:10~13:15—

<午後の部 13:15~16:15>

血管障害 I 13:15~13:40 座長 本郷一博 (信州大学)

24. 前大脳動脈水平部 (A1) 未破裂動脈瘤の1例
愛知県厚生連 尾西病院 ○滝 英明, 橋本信和
名古屋市立大学 脳神経外科 間瀬光人, 山田和雄
25. 急性硬膜下血腫で発症した前大脳動脈部破裂脳動脈瘤の1例
財団新和会八千代病院 脳神経外科 ○二宮 敬, 井上孝司
藤田保健衛生大学 脳神経外科 佐野公俊
26. 正円形の偽性動脈瘤を伴った破裂前交通動脈瘤の1例
金沢大学大学院 医学系研究科 脳医科学専攻 ○喜多大輔, 木多真也, 藤沢弘範, 山下純宏
脳病態医学講座 脳機能制御学 (脳神経外科学)
氷見市民病院 脳神経外科 梅村公子

血管障害 II 13:40~14:05 座長 岩間 亨 (岐阜大学)

27. 経過観察中に血栓化が進行しSAHを発症した紡錘状巨大中大脳動脈瘤の1例
石川県立中央病院 脳神経外科 ○中右博也, 宗本 滋, 染矢 滋, 南出尚人,
中島良夫
28. 7年の経過で自然消失を確認した内頸動脈海綿静脈洞部脳動脈瘤の1例
信州大学医学部 脳神経外科 ○大屋房一, 長島 久, 本郷一博, 小林茂昭
29. 後下小脳動脈末梢部解離性動脈瘤の2例
県立岐阜病院 脳神経外科 ○山川春樹, 佐橋由貴子, 谷川原徹哉, 服部達明
大熊晟夫
岐阜大学医学部 脳神経外科 秋 達樹, 山田 潤, 吉村紳一, 郭 泰彦,
坂井 昇

血管障害 III 14:05~14:30 座長 間瀬光人 (名古屋市立大学)

30. Marfan症候群の女兒に脳動脈瘤を合併した1例
社会保険中京病院 脳神経外科 ○西村由介, 池田 公, 雄山博文, 井上繁雄,
勝又 瞬

31. 外頸動脈閉塞を伴う内頸動脈狭窄症に対する頸動脈内膜剥離術(CEA)
名古屋第二赤十字病院 脳神経外科 ○松原功明, 鈴木善男, 水谷信彦, 波多野範和,
相見有理, 細島 理
32. 聴性脳幹反応・眼球運動モニターを用いて比較的安全に摘出し得た中脳海綿状血管腫の2症例
瀬口脳神経外科病院 ○宮入洋祐
信州大学 脳神経外科 本郷一博, 佐藤 篤, 堀内哲吉, 高澤尚能,
草野義和, 小林茂昭

—休憩 14:30~14:40—

血管障害 IV 14:40~15:15 座長 宮地 茂 (名古屋大学)

33. 心原性中大脳動脈塞栓症に局所線溶療法を行い経過良好であったMELT-Japan適応外の2症例
知多厚生病院 脳神経外科 ○中塚雅雄, 水野志朗, 今村暢希
34. NBCAにて塞栓術を行った小脳虫部AVMの1例
島田市民病院 脳神経外科 ○村田敬二, 川上太一郎, 中村一仁, 中島英樹
阪口正和
35. 頭蓋内出血をきたした特発性海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻 (dural CCF) の2例
東海記念病院 脳神経外科 ○竹内幹伸, 楠瀬睦郎
富山医科薬科大学 脳神経外科 桑山直也, 遠藤俊郎
36. 上錐体静脈洞部のisolated sinus dAVF対し穿頭によりdirect packingを行った1例
藤田保健衛生大学 脳神経外科 ○林 純一, 入江恵子, 根来 眞, 早川基治,
佐野公俊, 神野哲夫
37. 新生児ガレン大静脈瘤の1例
三重大学医学部 脳神経外科 ○濱田和秀, 深澤恵児, 芝 真人, 朝倉文夫,
宮 史卓, 阪井田博司, 滝 和郎
小児科 澤田博文

1 頭蓋骨浸潤した類上皮肉腫の一例

愛知医科大学 脳神経外科1)、 形成外科2)

上甲真宏1) (JOUKOU Masahiro)、水野順一1)、井上辰志1)、
渡部剛也1)、中川 洋1)、近藤千津子2)、竹市夢二2)

類上皮肉腫はまれな軟部組織悪性腫瘍である。今回われわれは頭部外傷後の頭皮に発生し、頭蓋骨浸潤をきたした類上皮肉腫の一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症例；11歳女性、6歳のとき机の角で頭部を打撲し頭皮に瘢痕を形成。翌年、近医形成外科にて切除されたが、瘢痕は拡大傾向を示した。4年後当院形成外科を受診、生検の結果類上皮肉腫と診断された。画像所見上頭蓋骨への浸潤が疑われ当科紹介となり、病変部頭皮および頭蓋骨の切除術を施行した。術中病理にて頭蓋骨外板への浸潤が疑われたが、内板への浸潤は認めず、硬膜は肉眼的に異常を認めなかった。人工骨にて頭蓋形成を施行、形成外科にて頭皮形成を行った。類上皮肉腫は高率に局所再発・遠隔転移をきたす悪性腫瘍であり、早期診断と広範な外科的切除が望まれる。

epithelioid sarcoma, skull

2 成人の頭蓋骨に発生し、生検後に自然縮小した好酸球性肉芽腫の一例

聖隷浜松病院 脳神経外科

水谷敦史 (MIZUTANI Atsushi)、田中篤太郎、平松久弥、天野慎士、小泉慎一郎、
難波宏樹

64歳女性。H14.8.20右頭頂部の皮下腫瘤を主訴に来院した。既往歴は特になく、神経学的に異常所見はなかった。MRIで右頭頂部に骨破壊を伴い皮下へ突出し造影される腫瘤を認め、直下の硬膜肥厚も認めた。脳血管撮影では右浅側頭動脈からの腫瘍陰影を認めた。悪性病変が疑われたが、病変が上矢状静脈洞付近に及んでおり、まずH14.9.3生検を施行した。病理診断は好酸球性肉芽腫であった。術後2ヶ月で著明な自然縮小を認めた。骨の好酸球性肉芽腫は5～15歳に好発し、成人の頭蓋骨孤発例は稀である。治療には外科的切除、放射線治療、化学療法などの報告があるが、自然治癒する傾向もある。骨腫瘍、悪性腫瘍骨転移等との鑑別は、画像臨床所見からは困難なことが多く、まず生検を行い病理診断を行うことが重要であると考えられた。

eosinophilic granuloma, skull, adult

3 Skeletal lymphangiomas の 1 例

金沢医科大学 脳神経外科

笹川泰生 (SASAGAWA Yasuo)、高田久、赤井卓也、飯塚秀明

症例は 12 歳女児。出生時頸部リンパ管腫があり、生後 3 ヶ月時に摘出術と化学療法を受け、その後は再発はなかった。平成 14 年 2 月に発熱、下顎部の疼痛と腫脹があり当院口腔外科に入院、下顎骨の骨融解があり生検を受けたが、頭蓋骨全体に円形で大小様々な多発性の骨打ち抜き像がみられたため転科となった。同様の骨融解像は長管骨や椎体にも認めた。組織確認のため生検を行うと、病変骨は著しく非薄化し内部に xanthochromic な液体の貯留を認めた。組織所見では明かな悪性細胞はなく、慢性炎症所見のほかリンパ管様組織の増生を認めた。下顎骨生検組織も同様であり、また全身骨の所見からも lymphangioma が全身の骨に播種した lymphangiomas と考えられた。

punched-out lesion, lymphangiomas

4 急激な眼球突出にて発症したリンパ管腫の一例

名古屋大学脳神経外科

服部新之助 (HATTORI, Shinnosuke)、岡田健、永谷哲也、斉藤清、吉田純

(はじめに) リンパ管腫は胎生初期の原始リンパ嚢を発生母体とした嚢腫で、嚢胞内の出血により急激な腫脹をきたすことがある。今回、出血による急激な眼球突出で発症した眼窩内リンパ管腫の一例を経験したので報告する。(症例) 1 歳 11 ヶ月男児。生来右上口蓋リンパ管腫について指摘されていた。平成 14 年 9 月、右眼腫脹に母親が気づき、眼科、脳神経外科受診。CTにて iso~やや high、MRIにて T1、T2ともに iso,niveauをともなう multilobulated cystic lesion指摘。その後腫脹増大し、手術目的にて 10.25.当科入院となった。10.29.transcranial approachにて手術施行され、病理診断はリンパ管腫であった。術後経過は良好でリンパ液漏出等は認めていない。

lymphangioma, orbital tumor, proptosis

5 眼窩内hemangioendotheliomaの一例

岐阜大学医学部脳神経外科

竹中俊介 (TAKENAKA Shunsuke)、吉村紳一、郭 泰彦、岩間 亨、坂井 昇

眼窩内に発生したhemangioendotheliomaの一例を報告する。18歳男性。平成12年6月頃より左下眼瞼周囲の腫脹に気づき、以降徐々に増大した。眼科にてステロイドの投与を受け、一旦縮小したものの再増大したため当科に紹介された。左眼球は突出し外上方に圧排されていた。MRIでは眼球下方にT1でlow、T2でiso~high intensity、4×3×4cm大の造影されるmassを認めた。DSAにて著明な腫瘍濃染像を確認した。塞栓術を行った後に、左下眼瞼に4cmの横切開を加え腫瘍を一塊として全摘出した。腫瘍は弾性硬で被膜を有し、周囲との境界は明瞭であった。病理診断は、Juvenile hemangioendotheliomaであった。hemangioendotheliomaに関し文献的考察を加えて報告する。

orbital tumor, hemangioendothelioma

6 新生児頭蓋頸椎後部悪性腫瘍の1例

大垣市民病院脳神経外科

伊藤英治 (ITOU Eiji)、鬼頭 晃、赤羽 明、三井勇喜、島戸真司

症例は生後1か月の女児。平成14年10月23日、周産期38週0日、体重2710gにて出生。11月12日頃、頸部右側方の腫瘤に気づき、その後、徐々に増大したため、当院小児科入院。頭頸部CT、MRIにて後頭蓋窩、及び上位頸椎実質外、右頸部皮下にかけて連続する巨大な腫瘍を認めた。また、水頭症を認め、11月27日、脳室ドレナージ術を施行した。12月2日、腫瘍摘出術を施行。病理診断はmalignant biphenotypic(neuronal and rhabdomyoblastic) tumorであった。術後、後頭蓋窩腫瘍の急速な増大により、呼吸停止にて死亡した。新生児腫瘍において急速な経過を辿った症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

neonate, brain tumor

7 悪性転化した脈絡叢乳頭腫の1例

浜松医科大学脳神経外科

千村 学 (CHIMURA Manabu)、西澤 茂、野中雄一郎、山口満夫、徳山 勤、
難波宏樹

今回我々は、術後悪性転化したと考えられる脈絡叢乳頭腫の1例を経験したので報告する。症例は14歳女性。平成13年1月頭痛で発症。右側脳室三角部に腫瘍を認め、前医でCTガイド下に生検し anaplastic ependymoma と診断。2月当院小児科で化学療法施行するも NC だったため6月当科で開頭腫瘍摘出術施行。病理診断は脈絡叢乳頭腫で MIB-1 LI は 1.3% であった。術後経過は良好だったが、残存腫瘍の増大みられ平成14年4月γナイフ施行。その後、嚢胞腹腔短絡術施行。8月頃より難聴出現し、後頭蓋窩を中心に播種病変が出現。髄液検査を繰り返すも腫瘍細胞は検出されなかったが、播種病変の増大みられたため平成15年1月開頭生検施行。組織は悪性転化し MIB-1 LI も 12.3% と上昇していた。脈絡叢乳頭腫の再発、播種がみられた際、稀ではあるが悪性転化の可能性を念頭におく必要があると考えられた。

choroid plexus papilloma, malignant transformation, MIB-1 LI

8 長期生存した小児テント上膠芽腫の一例

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、甲村 英二

小児テント上原発膠芽腫に対して三者併用療法を行い、10年の長期生存を得、良好なQOLを保っている症例を報告する【症例】5歳、女児。嘔吐で発症、入院時右上肢麻痺あり。MRIでは石灰化・多房性嚢胞を伴い、不均一な増強効果を受ける腫瘍を左側頭頂葉に認めた。正中偏位あり減圧を目的に腫瘍摘出術及び外減圧術を施行後、化学放射線療法を行い、補助化学療法としてCBDCA、VP-16を19クール施行した。腫瘍の残存はあるも10年を経過した現在もKarnofsky performance state 70%を維持している。【考察】eloquent areaの大きな膠芽腫に対する手術は困難で予後は悲観的である。長期生存と高いQOLを得た1例を報告し、膠芽腫の予後を規定する因子を文献的考察を加え検討する。

child, glioma, prognosis, eloquent area

9 A NON-INFANTILE CASE OF DESMOPLASTIC INFANTILE ASTROCYTOMA (DIA)

岐阜大学医学部附属病院脳神経外科1, 県立下呂温泉病院脳神経外科2

加藤雅康 (KATO Masayasu)1, 秋 達樹1, 矢野大仁1, 奥村 歩1, 篠田 淳1,
坂井 昇1, 岩田辰夫2

Desmoplastic infantile astrocytoma (DIA) はほとんどが1歳以下の乳幼児の脳に発生するまれな腫瘍である。我々は9歳で発症したDIAの1例を経験したので報告する。症例: 9歳男性, 右下肢の脱力, 感覚障害を主訴に来院。CT, MRIでは左中心後回に主座をおく, 径4cmのリング状に造影される腫瘍を認めた。腫瘍部は血管造影で無血管野を呈し, PETではメチオニンの高集積を認めた。腫瘍全摘出術を施行し症状の改善をみた。腫瘍は硬膜に接し, 外側では脳との境界が不明瞭であったが, 前後側, 大脳鎌側は境界明瞭で剥離が容易であった。病理所見で腫瘍は細胞密度が高く, 細胞突起のめだつ紡錘形の細胞からなり, その周囲は線維形成が著名であった。核分裂像や血管増生は乏しかった。GFAP, synaptophysin, NSEに陽性でneurofilamentは陰性, MIB-1インデックスは15.5%であった。患者は後療法をせず退院し, 術後8ヶ月を経て再発なく経過良好である。

Desmoplastic infantile astrocytoma, Non-infantile case

10 前頭葉に発生した多房性上衣嚢胞の一例

静岡県立静岡がんセンター 脳神経外科1)、病理診断科2)

堀口聡士 (HORIGUCHI Satoshi)1)、三矢幸一1)、中洲庸子1)、亀谷 徹2)

症例は26歳男性。17歳時に全身痙攣を来し、CTで右前頭葉皮質から皮質下に低吸収域を指摘された。以後服薬により痙攣は良好にコントロールされ、定期的に画像で経過観察されていたが、徐々に多房性嚢胞が拡大してきたため当院に紹介となった。入院時神経学的異常なし。右前頭開頭により多房性嚢胞の開放を行った。嚢胞内は脳脊髄液様の無色透明であった。術中、側脳室との交通はなかった。組織学的には嚢胞壁は上衣細胞とその直下にグリアがみられ、上衣嚢胞の診断となった。

上衣嚢胞は脳実質内（特に側頭頂葉と前頭葉）と脳室近傍の発生が多いとされているが、嚢胞が脳表面に露出し、多房性の例は少ないため、診断と治療につき文献的考察を加え報告する。

gliopendymal cyst, multilobular, neuroepithelial cyst

11 左耳下腺、頸部リンパ節への頭蓋外転移を生じたanaplastic ependymomaの一例

豊川市民病院脳神経外科、名古屋市立大学看護学部1)

日向崇教(HYUGA Takanori)、福岡秀和、松本隆、加藤康二郎、打田淳、多田豊曠1)

症例は26歳女性。H8年頭痛で発症。画像上左シルビウス裂内に直径約5cmの嚢胞性腫瘍を認め、H9.4/15左開頭腫瘍摘出術、LINIAC局所60Gyを施行。病理診断は上衣腫grade IIであった。残存腫瘍に対してH9.6/10再摘出術とOMMAYAリザーバー留置を施行した。再増大に対してH12.3/16γナイフを追加照射。しかしH13頃から運動性失語も出現、腫瘍も増大してきたためH14.2/19、11/28に摘出術を追加したところ病理組織上腫瘍は退形成を示していた。経過中左頸部の腫瘍が指摘された。H14.9/24耳鼻科による左耳下腺、胸鎖乳突筋リンパ節生検にてanaplastic ependymomaの頭蓋外転移が明らかとなった。上衣腫の頭蓋外転移は極めて少なく、転移様式について若干の文献的考察を加え発表する。

anaplastic ependymoma、extracranial metastases、parotid gland、lymph node

12 骨髄および脊髄硬膜外転移を来したanaplastic oligodendrogliomaの一例

名古屋大学 脳神経外科

有馬 徹 (ARIMA Toru)、藤井正純、若林俊彦、吉田 純

今回、我々は初回開頭術より約5年後に骨髄および脊髄硬膜外転移を来したanaplastic oligodendrogliomaの一例を経験した。症例は55歳女性。1997年(当時50歳)8月頃、頭痛にて発症。頭部CT、MRI上、右前頭葉に腫瘍性病変を認め開頭腫瘍摘出術施行。病理組織診断はanaplastic oligodendrogliomaであり、術後放射線治療(局所50Gy)施行。2002年4月頃より食思不振、腰背部痛が出現。同年6月下旬、末梢血液検査にて貧血、芽球出現を伴う白血球減少、また頭部MRI上、明らかな腫瘍再発を認めなかったが、胸腰椎MRI上慢性の椎体信号異常、Th4、12レベルに脊髄硬膜外腫瘍を認めた。さらに骨髄穿刺でGFAP、Leu-7陽性腫瘍細胞を認めた。以上よりanaplastic oligodendrogliomaの骨髄および脊髄硬膜外転移と診断した。一方、初回手術時摘出標本の遺伝子解析で1p/19qLOHが明らかとなり、直ちにPMV療法(Procarbazine,MCNU,Vincristin)と放射線治療(局所50Gy;Th3-5,Th11-L1)を施行。血液・放射線学的検査上、良好な反応が得られ、同年10月中旬独歩にて退院。現在も外来にて通院加療中である。

頭蓋外転移を来したanaplastic oligodendrogliomaは稀である。一方、最近では脳腫瘍診断、治療予後における遺伝子解析の有用性も多く報告されている。本症例に関し、若干の文献的考察を加え報告する。

anaplastic oligodendroglioma、bone marrow metastasis、PMV therapy

13 同一部位に発生した神経鞘腫と髄鞘腫の1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59才女性、平成14年9月頃から痴呆症状進行し寝たきりの状態となった。当院神経内科受診し、頭部CTにて水頭症を認めたため当科紹介となった。頭部CT、MRIでは左小脳橋角部に一部石灰化を伴う腫瘍陰影を認めた。11月26日V-Pシャント、12月10日後頭下開頭腫瘍摘出術を施行した。錐体、硬膜に石灰化を伴う腫瘍と灰白色から黄色を呈し内耳道に収束する腫瘍を認め、肉眼的には性状の異なるものであった。病理学的は、前者が髄鞘腫、後者が神経鞘腫であった。術後は、一時顔面神経麻痺を認めたが独歩退院した。同一部位に神経鞘腫と髄鞘腫を合併する例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

neurinoma、meningioma、CPangle

14 坐位手術で全摘し得た小脳血管芽腫の1例

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)

喜多大輔 (KITA Daisuke)、長谷川光広、吉田優也、山下純宏

【症例】50歳、男性。【既往歴】5年前より高血圧、多血症。【現病歴】頭痛、歩行時のふらつき、右手の使いにくさを主訴に前医を受診。MRI、血管撮影にて小脳血管芽腫(43 X 33 X 32mm)を疑われ、治療目的に当科紹介となった。【治療経過】坐位にて正中後頭下開頭およびC1椎弓切除を行い、腫瘍は全摘された。術後経過良好である。【考察】我々は比較的サイズの大きな小脳血管芽腫(直径3cm以上)に対してこれまでに計3例、本approachで全摘出を施行し、全例良好な結果を得ている。坐位手術の利点として、1.tumor bulkならびに出血量の減少、2.正中からのapproachのためorientationが良好、3.小脳からの腫瘍の剥離が容易、であることが挙げられる。血管豊富な後頭蓋窩腫瘍に対して本approachは考慮に値するoptionである。

crebellar hemangioblastoma、stting position

15 ラトケ嚢胞を合併した GH 産生下垂体腺腫の一例

岡波総合病院 脳神経外科

本山靖 (MOTOYAMA Yasushi)、石田泰史、小谷明平

【症例】62歳、男性。突然の頭痛、視力障害にて発症。CTにて右後頭葉の皮質下出血が指摘され、同時にトルコ鞍部の腫瘍陰影を認めた。MRIにてトルコ鞍から上方伸展する下垂体腫瘍を認めた。神経学的に両耳側半盲を認め、顔貌、四肢末節に典型的な末端肥大症の所見が見られ、血液検査でGHは104ng/mlと異常高値を示した。【経過】手術は二期的に行い、脳出血発症後1ヶ月および4ヶ月後に行った。摘出組織の病理標本の多くは下垂体線種であったが、ラトケ嚢胞を同時に認めた。術後経過は順調で、GH値は10ng/mlまで低下しており、半盲は消失し臨床症状は改善している。

ラトケ嚢胞は正常下垂体の数%に合併するとも言われるが臨床的には殆ど無症状である。下垂体腫瘍との合併は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

Rathke's cleft cyst, pituitary adenoma, growth hormone

16 頭蓋内と縦隔に同時多発したgerm cell tumorの一例

朝日大学歯学部附属村上記念病院 脳神経外科, 岐阜大学 脳神経外科*

渡會祐隆(WATARAI Hirotaka)、山田実貴人、中谷圭、安藤隆、
矢野大仁*、篠田淳*、坂井昇*

20歳男性。主訴：両耳側半盲、多尿。画像所見で鞍上部、松果体部腫瘍を認めた。(AFP 447mg/ml、HCG 240mIU/ml)ステロイド投与で視力改善したが視神経減圧と診断目的で開頭術を施行した。腫瘍は灰白色で柔らかく易出血性であった(病理:germinoma)。術後2週間後よりICE療法施行。腫瘍縮小傾向にあり、2回目のICE療法を追加した。40Gyの外照射施行中、前縦隔に腫瘍陰影を認めた。縦隔部に放射線治療(19Gy)を施行したが効果なく縦隔腫瘍全摘術を施行された(病理:mature and immature teratoma)。3回目のICE療法を施行後、頭蓋内腫瘍はほぼ消失した。組織学的にgerm cell tumorが頭蓋内と縦隔に同時多発したと思われる一例を経験したので報告する。

germinoma, double cancer, ICE

17 人工血管周囲に発生し脳転移をきたした血管肉腫の剖検例

国立名古屋病院脳神経外科1、研究検査科病理2

小栗大吉1 (OGURI Daikichi) 谷口克己1 高橋立夫1
市原周2 森良雄2 篠田美穂2

症例は50才男性。既往歴として、Marfan症候群に対し18年前Cabrol術(上行大動脈置換及び大動脈弁置換)施行、5年前僧帽弁置換術施行されている。1週間前より視野障害あり、眼科開業医で右同名半盲を指摘、右上肢筋力低下も見られるため当科紹介受診。頭部CTで頭蓋内に多発性のhigh density massを認めた。脳血管撮影では明らかな腫瘍陰影、血管異常は認めなかった。入院後数日で、右片麻痺の進行、意識障害出現し、第7病日に左後頭葉のmassに試験的開頭腫瘍摘出術施行。病理組織診断は、血管肉腫であった。術後も、全脳に放射線治療を行なったが、massの増大、意識障害も進行し、第20病日に死亡された。病理解剖の結果、大動脈の人工血管周囲に発生した血管肉腫からの脳転移と判明した。Dacron製人工血管周囲からの血管肉腫の発生の報告は本邦初めてであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

angiosarcoma, autopsy, dacron, Marfan syndrome, visual disturbance

18 核医学検査によっても脳腫瘍との鑑別が困難であった遅発性放射線壊死の1例

豊橋市民病院脳神経外科

加藤丈典(KATO Takenori)、渡辺正男、牛山智也、岡本奨、福井一裕、井上憲夫

【はじめに】放射線療法後に脳腫瘍の発生を疑い、放射線壊死の手術病理診断を得た1例を報告する。【症例・経過】症例はH6年に右蝶形骨縁から海綿静脈洞にかけての髄膜腫に対しSimpson IIIの手術を受けた68歳男性である。海綿静脈洞の残存腫瘍にヒドロキシカルバミド内服治療及びH13年6月にSRT(51Gy)を行い腫瘍は退縮したが、H14年6月右側頭葉内に中頭蓋窩に茎を持つように腫瘤が生じ増大してきた。Tl-planarで集積を認め、Tl-SPECTでも腫瘤/正常脳摂取比が高かったため悪性腫瘍を疑い摘出術を行った。病理診断は放射線壊死であった。【考察】壊死組織の周りに反応性のgliosis増多があるとTlの集積をみることが稀にある。PETの普及していない現状ではこのような症例の鑑別は困難である。

Tl-SPECT, late delayed radiation necrosis

19 運動負荷SPECT (解剖学的標準化を施行して)

名古屋市立大学大学院医学研究科 神経機能回復学

竹内洋太郎 (TAKEUCHI Yotaro)、加藤康二郎、間瀬光人、金井秀樹、山田和雄

今回、我々は運動負荷SPECTを行い、解剖学的標準化を施行し負荷される部位を同定し得たので報告する。(症例及び方法) 症例はmotor cortex近傍に病変を持ち運動負荷を行い得た患者(4名)。HMPAOを用いて安静時および負荷時のSPECTを撮像した。安静時、負荷時とも3D-SSP、SPMで処理を行い、得られた画像をsubtractし賦活される部位を同定した。(結果及び考察) 運動領野が描出され、病変により圧排されていることも明らかとなった。運動前後のずれを解剖学的標準化により補正することにより全く同一の部位でsubtractが行えるため、賦活される部位が確定される。その画像をMRI上に重ねることも可能である。手術法を決定する上でもmotor cortexの位置は重要でありこの方法により安全に手術を行えるものと考えられる。

motor activation、SPECT、3D-SSP、SPM、superimpose

20 術前評価としてのMR myelographyの有用性

稲沢市民病院 脳神経外科

丹羽政宏 (NIWA Masahiro)、山田博是、岩越孝恭

【目的】脊椎疾患の術前評価として以前よりconventional myelographyが行われているが、侵襲的な検査であり手技上の合併症もみられる。今回我々は、術前に非侵襲的な検査であるMR myelographyも合わせて行い、術前評価として有用かを検討したので報告する。【方法と対象】当院で平成14年12月から2ヶ月間に38例の脊椎手術が行われた。頸椎23例、胸椎1例、腰椎14例である。全例でMR myelographyとconventional myelographyが行われた。それぞれを比較して病変を評価した。【結果】すべての症例で病変部位の所見が一致した。しかしMR myelographyではroot sleeve defectの描出(とくに頸椎)が困難であった。【考察】MR myelographyは非侵襲的な検査であり、今後conventional myelographyと置き変わる可能性がある。しかしながら骨との関係がわからない事、動態による変化を評価するのが困難な事、また頸椎の軸位像を評価するためにはCT myelographyが有用な事など今後の課題が残されている。

MR myelography, spine

21 無症候性脊髄脂肪髄膜瘤に対する神経生理学的モニタリングについて

豊橋市民病院 脳神経外科

岡本 奨 (OKAMOTO Sho)、渡辺正男、加藤久典、牛山智也、福井一裕、井上憲夫

目的) 脂肪髄膜瘤手術において脂肪腫内の繊維組織と神経組織との肉眼的鑑別は困難であり、神経生理学的モニタリングが有効と考えられている。今回自験例に文献的察を加え報告する。対象、方法) 腰仙部に脂肪髄膜瘤を有し神経学的症状を認めない4ヶ月女児及び6ヶ月男児の2症例である。術中モニタリングとして、4チャンネルニューロパック8 (MEB-4204) を用いて、SEP及びCMAPを測定した。結果) SEPの変化を術中とらえることは困難であった。CMAPにおいて終糸相当部位の神経組織のthresholdは、12mA と高値であった。術後新たな神経障害の発生は認めなかった。考察) SEPは、単一のnerveのroot切断では、他の残存rootの機能によってSEP変化が得られにくいと思われる。CMAPの終糸部のthresholdがmotor rootに比べて高いのは、混在する脂肪組織を介しての間接刺激であることが一因と考えられる。

Lipomyelomeningocele, SEP, CMAP

22 突然の背部痛と脊髄横断症状にて発症した頸髄神経鞘腫の1例

岐阜市民病院 脳神経外科

岡 直樹 (OKA Naoki)、村瀬 悟、山川 弘保、岩井 知彦

腫瘍内出血により急性発症した頸髄神経鞘腫の一例を経験したので報告する。症例は55歳の女性で、突然左肩から上肢にかけての痛みを自覚した。3日後の朝から左下肢の単麻痺と左臍下の知覚障害が起こったため当院へ入院となった。来院時の血圧は210/94mmHg。左下肢単麻痺と左Th9以下の温痛覚障害を認めた。右下肢は知覚運動障害なし。左背部痛が著しく、大動脈解離を疑って胸部CTを行ったが異常なし。同日午後から右下肢麻痺も出現し、両側Th5以下の知覚障害も生じ始めたため胸髄・頸髄MRIを施行したところ、C6~Th3に至る占拠性病変を認めた。特発性急性硬膜下血腫を疑って緊急減圧術を行ったところ、腫瘍皮膜内に血腫形成を伴う脊髄腫瘍であった。腫瘍はC7後根より発生したneurinomaで、全摘出を行った。術後、両下肢の知覚運動障害は徐々に改善した。

intra-tumoral hemorrhage, neurinoma, spinal tumor

23 外傷後遅発性の頸椎脱臼が出現した2例

国立金沢病院病院 脳神経外科、白山病院*

毛利正直 (MOHRI Masanao), 池田清延, 正印克夫, 岩戸雅之、加納昭彦*

受傷直後の画像診断上は、頸椎脱臼がなく遅発性に頸椎脱臼が出現した2例を報告する。症例1は60歳男性で、神経学的に両上肢の麻痺としびれがあった。MRIでC3棘突起骨折はあったが頸椎脱臼はなくネックカラーとリハビリを施行。徐々に症状は改善していたが1ヶ月後に施行したMRIでC5/6に前方脱臼がみられ、プレートを使用した前方除圧固定術を施行した。症例2は25歳男性で、神経学的に右第1~3指のしびれがあった。頸椎X線とCTでC3右関節突起骨折はあったが頸椎脱臼はなくネックカラーと安静加療で症状は軽快し退院。1ヶ月後に施行した頸椎X線でC3/4に前方脱臼が出現したが、神経学的に症状がなく保存的に加療中である。2例とも伸展圧迫損傷によるものと考えられ、受傷時に頸椎脱臼がない場合も嚴重な経過観察が必要である。

cervical dislocation, delayed, cervical fracture

24 前大脳動脈水平部 (A1) 未破裂動脈瘤の1例

愛知県厚生連 尾西病院1, 名古屋市立大学2 脳神経外科

滝 英明1 (TAKI Hideaki), 橋本 信和1,
間瀬 光人2, 山田 和雄2

前大脳動脈領域の脳動脈瘤は、その発生部位のほとんどが前交通動脈と前大脳動脈末梢部 (A2) であり、前大脳動脈水平部 (A1) に発生する動脈瘤は比較的まれである。今回我々は A1 segment に発生した未破裂脳動脈瘤の1例を経験し、これに対しコイル塞栓術を施行した。過去の2例クリッピング術の症例と対比するとともに、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は74才男性。重症喘息発作の既往があり内科受診中に頭部 MRI で incidental に未破裂脳動脈瘤を指摘された。脳血管撮影を施行し右前大脳動脈水平部 (A1) の saccular aneurysm と確定診断された。平成14年7月25日全身麻酔を回避して局所・静脈麻酔下にコイル塞栓術を施行した。術後神経脱落症状はなく経過良好であり、独歩退院し外来通院中である。

anterior cerebral artery, A1 segment, saccular aneurysm,
unruptured cerebral aneurysm

25 急性硬膜下血腫で発症した前大脳動脈部破裂脳動脈瘤の一例

財団新和会八千代病院脳神経外科1, 藤田保健衛生大学脳神経外科2

二宮 敬1 (NINOMIYA Takashi), 井上 孝司1, 佐野 公俊2

症例は、51歳男性。突然の頭痛で発症、昏睡状態となる。病院到着時、GCS;E1V1M2。左瞳孔は散大。CTにて、左円蓋部に急性硬膜下血腫 (ASDH) を認めた。外傷のエピソードなく、緊急脳血管撮影施行、左A2-A3分岐部に動脈瘤を認めたが血腫との連続性は認めなかった。緊急にて硬膜下血腫除去を施行。術野に脳表や血管に損傷なく、くも膜下出血も認めなかった。ASDH出血源不明のため、動脈瘤に対しクリッピング施行した。動脈瘤は破裂動脈瘤であり、今回のASDHの原因と確定した。

まれではあるが、動脈瘤破裂により、くも膜下出血を伴わないASDH発症例がある。そして、末梢性前大脳動脈瘤破裂の場合、動脈瘤は必ずしも血腫中心部位と一致しない。積極的な脳血管撮影による原因検索が有用と考えられた。

acute subdural hematoma, ruptured aneurysm, anterior cerebral artery

26 正円形の偽性動脈瘤を伴った破裂前交通動脈瘤の1例

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), *氷見市民病院 脳神経外科

喜多大輔 (KITA Daisuke), 木多真也, 藤沢弘範, 山下純宏, *梅村公子

【症例・現病歴】66歳女性。自宅で倒れているのを発見され救急搬送された。JCS200, GCS6 (E1V2M3), H&K IV (-V), WFNS V. CT: 右前頭葉脳内血腫を伴うSAH. 【経過】入院時DSAにて出血源を特定できなかった。18日目DSAにて前交通動脈瘤 (正円形, 直径4mm) が認められた。血管内手術を目的に23日目に3回目のDSAを行ったところ、動脈瘤は不整形を呈していた。瘤内血栓化が生じていると判断し、同日のコイル塞栓術は中止した。38日目に4回目のDSAにて再び動脈瘤は正円形を呈していたが、静脈相での造影剤貯留が認められたため、描出されていたのは偽性動脈瘤と判断した。【結論】正円形を呈していてもDSA followにて形態変化を生じている場合、偽性動脈瘤の可能性を考慮すべきである。

ruptured aneurysm, pseudoaneurysm, endovascular therapy

27 経過観察中に血栓化が進行しSAHを発症した紡錘状巨大中大脳動脈瘤の1例

石川県立中央病院 脳神経外科

中右博也(NAKAU Hiroya)、宗本滋、染矢滋、南出尚人、中島良夫

(症例) 64才男性(既往歴) 高血圧(現病歴) 運転中小脳梗塞発症、CT/MRI/脳血管撮影で椎骨脳底動脈の部分的に血栓化したdolicoectatic動脈瘤と左中大脳動脈の巨大紡錘状動脈瘤を認めた。職場に復帰したが、9ヵ月後SAH発症し緊急入院(入院時現症) H&K GIII、focal sign(-)(画像所見) CTでFisher G3の左シルビウス裂を中心としたSAH、脳血管撮影で中大脳動脈瘤の部分的血栓化を認めた(入院後経過) 24日後開頭手術、M1部とM2部に紡錘状動脈瘤が見られたためにcoatingを行った。47日後V-Pシャント術施行、2ヶ月後の現在歩行訓練中(結語) 中大脳動脈の巨大紡錘状動脈瘤は稀であり、しばしば治療困難である。その継時的血管撮影所見と手術所見を報告した。

giant fusiform aneurysm

28 7年の経過で自然消失を確認した内頸動脈海綿静脈洞部脳動脈瘤の一例

信州大学医学部脳神経外科

大屋房一(OYA Fusakazu)、長島 久、本郷一博、小林茂昭

脳動脈瘤の自然消失は極めてまれである。右動眼神経麻痺にて発症し7年の経過で脳動脈瘤のみ自然消失した海綿静脈洞部内頸動脈動脈瘤症例を報告する。症例は、発症時55歳の女性、1994年複視を自覚、MRI、脳血管撮影にて右内頸動脈海綿静脈洞部に10x20mmの脳動脈瘤を発見された。入院時右動眼神経麻痺、右顔面の感覚障害を認めた。balloon test occlusionで、虚血症状は見られず、stump pressure閉塞前の30%と低値だったため、保存的治療が選択された。MRIで経過を観察したところ1997年頃より動脈瘤内の信号変化、瘤の縮小が観察された。2001年脳血管撮影を施行、脳動脈瘤のみの完全消失が確認された。経過中右動眼神経麻痺は変化無かった。この症例について若干の文献的考察を加えて報告する。

internal carotid artery, cavernous portion, aneurysm, spontaneous occlusion

29 後下小脳動脈末梢部解離性動脈瘤の2例

県立岐阜病院脳神経外科1、岐阜大学医学部脳神経外科2

山川春樹(YAMAKAWA Haruki)1、佐橋由貴子1、谷川原徹哉1、服部達明1、大熊晟夫1、秋達樹2、山田潤2、吉村紳一2、郭泰彦2、坂井昇2

今回我々は、後下小脳動脈末梢部解離性動脈瘤の2出血例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。(症例1) 49歳男性。Hunt & Hess Grade Vで発症。Lt-PICAのtonsillomedullary segmentに嚢状動脈瘤像を認め、後頭下開頭にて動脈瘤をtrappingして切除したが、第3病日に死亡した。(症例2) 55歳女性。Hunt & Hess Grade Iで発症。Rt-PICAのlateral medullary segmentに紡錘状動脈瘤像を認め、外側後頭下開頭にて動脈瘤を切除した後、PICAを端々吻合した。患者は第49病日に神経脱落症状なく退院した。両症例とも、手術所見にて解離性動脈瘤と判断され、病理組織学的には偽腔内血腫を認め、解離性動脈瘤と診断された。

dissecting intracranial aneurysm, posterior inferior cerebellar artery, subarachnoid hemorrhage

30 Marfan 症候群の女兒に脳動脈瘤を合併した一例

社会保険中京病院脳神経外科

西村由介(NISHIMURA Yusuke)、池田公、雄山博文、井上繁雄、勝又瞬

症例は11歳女兒。2002年10月に突然の頭痛のため近医を受診。CT上SAHがみられたが、MRAでは出血原因は同定されなかった。理学所見よりMarfan症候群と診断され、SAHは保存的治療で軽快したが、発熱が続き、心エコー上疣贅がみられた。感染性心内膜炎と診断され、早急な心臓外科手術のため当院に転送された。当院にて実施されたDSAで後頭頭頂動脈に動脈瘤がみられ、CT上の出血部位と一致した。このため、心臓外科手術に先立ち、開頭clipping術が施行された。動脈瘤の組織所見より、Marfan症候群に合併する動脈瘤と診断された。その後、弁置換術も施行され、clippingの際に生じた視覚障害を残した以外は経過は良好である。今回経験した末梢性脳動脈瘤について文献的考察を加えて報告する。

Marfan syndrome, SAH, bacterial aneurysm, peripheral cerebral aneurysm, infectious endocarditis

31 外頸動脈閉塞を伴う内頸動脈狭窄症に対する頸動脈内膜剥離術(CEA)

名古屋第二赤十字病院脳神経外科

松原功明 (MATSUBARA Noriaki), 鈴木善男, 水谷信彦,
波多野範和, 相見有理, 細島理

【目的】頸部内頸動脈(IC)狭窄症に対して、内膜剥離術(CEA)かステントかの選択については議論が多い。ステントではprotect balloonを用いて血栓をブロックし、外頸動脈(EC)下流に流すことで虚血合併症を予防しているが、EC閉塞を伴っている場合不可能となる。我々は3例のEC閉塞を伴ったIC狭窄症を経験しCEAにて良好な結果を得た。【症例1】62才男性:右IC99%狭窄【症例2】70才男性:左IC95%狭窄。【症例3】64才男性:左IC%60狭窄。【考察】EC閉塞を伴う場合、CEAでのステントと比べての利点は、虚血合併症のリスク低下、またECの再開通による側副血行の発達が期待されることがある。【結語】EC閉塞を伴うIC狭窄症ではCEAがステントより望ましい。

internal carotid artery stenosis, carotidendarterectomy, stenting, external carotid artery occlusion

32 聴性脳幹反応・眼球運動モニターを用いて比較的安全に摘出し得た中脳海綿状血管腫の2症例

瀬口脳神経外科病院¹、信州大学脳神経外科

宮入洋祐(MIYAIRI Yousuke)¹、本郷一博、佐藤 篤、堀内哲吉、

高澤尚能、草野義和、小林茂昭

出血を繰り返し眼球運動障害を起こしていた中脳海綿状血管腫の2症例に対し、手術により全摘出し得たので報告する。症例1:58歳男性。過去3回出血を繰り返し、両側動眼神経症状をきたした。後方大脳半球間裂到達法にて上丘から全摘出し、術後動眼神経症状は改善し独歩退院した。症例2:36歳女性。左動眼神経麻痺にて発症。過去7回出血を繰り返した。経過中ガンマナイフによる治療を受けたが増大傾向にあり手術を行った。症例1と同じ到達法にて全摘出し得た。術後軽度の歩行障害を認めるも独歩退院した。2症例とも聴性脳幹反応・眼球運動モニターによる機能マッピングにて上丘・下丘を同定し、上丘から摘出を行うことにより聴力障害を起こすことなく摘出を行った。到達方法、機能マッピング方法を提示し報告する。

mesencephalic cavernous angioma, surgery, auditory brainstem response, functional mapping

33 心原性中大脳動脈塞栓症に局所線溶療法を行い経過良好であったMELT-Japan適応外の2症例

知多厚生病院脳神経外科

中塚雅雄 (NAKATSUKA Masao)、水野志朗、今村暢希

《症例1》82歳女性ペースメーカー心。発症1.5時間後に救急車で来院。JCS30、左完全片麻痺。CT上異常なく、XeCTは右MCA領域虚血状態。DSAで右M1遠位閉塞と診断。UK18万単位局所動注を行い、一部不完全ながら再開通を得た。術後経過良好で5日後に片麻痺消失、1か月後元気に退院。《症例2》69歳女性。意識障害の所を偶然発見、その1.5時間後に救急車で来院。JCS30、全身冷たく右優位四肢麻痺状態。心房細動有。CT上、左基底核からシルビウス裂に初期虚血性変化を認め、MRAで左M1近位閉塞と診断。UK24万単位局所動注を行い、一部不完全ながら再開通を得た。術後、全身状態良好。右片麻痺と失語にリハビリ中である。MELT-Japanの適応外症例でも術中・術後管理を厳重に行えば局所線溶療法が有効な症例もあると思われた。

local fibrinolytic therapy, indication, MELT-Japan, MCA embolism, urokinase

34 NBCAにて塞栓術を行った小脳虫部AVMの一例

島田市民病院 脳神経外科

村田敬二 (MURATA Keiji), 川上太一郎, 中村一仁, 中島 英樹, 阪口正和

症例、62歳男性、当科入院三日前に嘔吐を主訴に当院内科を受診、ふらつきが続くとのこととて当科紹介された。初診時、神経学的所見、意識レベルJCS1点、体幹失調(+)、右三叉神経第3枝領域に神経痛。CT、MRI、血管撮影にて、くも膜下出血を伴った小脳虫部AVMを認め、そのfeeder起始部に動脈瘤を伴っていた。この症例に対し、NBCAによるnidusの塞栓術を行い、比較的良好的経過を示している。

近年、AVMの治療に於いて塞栓術が行われる場合、定位放射線療法前にflowを落とす目的で施行されたり、AVMnidus摘出術前の処置として施行されることが多く、いずれにしてもfeeder embolizationが多く行われているように思われる。しかし、flow guiding microcatheterの改良、delivery system、flow controlの手法など、ここ数年でも血管内治療の手段は長足の進歩を遂げており、症例によっては液体塞栓物質によるnidus embolizationも考慮されるべきものと思われた。

AVM, embolization, posterior fossa

35 頭蓋内出血をきたした特発性海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻 (dural CCF) の2例

東海記念病院脳神経外科, *富山医科薬科大学脳神経外科

竹内幹伸(Takeuchi Mikinobu), 楠瀬睦郎, *桑山直也, *遠藤俊郎

症例1; 72歳男性。H14年8月より右外転神経麻痺が出現し経過観察中だった。10月突然の意識障害、嘔吐にて救急搬送。頭部CTで右前頭葉内側に、周囲に低吸収域を伴う出血を認めた。脳血管写で両側内・外頸動脈より直接海綿静脈洞が描出され、右鉤静脈への逆行性血流を認めた。以上よりdural CCFによる静脈性出血と診断し、二期的に経動脈的塞栓術を施行、fistulaの血流は減少した。症例2; 83歳女性。約2年前より右眼球突出、眼球運動障害、結膜充血があり、MRAで右duralCCFを認めたが、本人が同意せず未治療だった。H11年10月昏睡状態で救急搬送。頭部CTで橋・両側小脳半球を中心に出血を認め保存的に加療したが翌日死亡した。以上頭蓋内出血をきたしたdural CCFの2例を経験したので報告する。

dural CCF intracranial hemorrhage

36 上錐体静脈洞部のisolated sinus dAVF対し穿頭によりdirect packingを行った一例

藤田保健衛生大学 脳神経外科

林 純一(HAYASHI Junichi)、入江恵子、根来 眞、早川基治、佐野公俊、神野哲夫

[目的]硬膜動静脈奇形(dAVF)に対して経静脈的塞栓術が行われているが、isolated sinusの場合は大腿静脈経路の塞栓術は困難である。今回われわれはisolatedされた上錐体静脈洞部のdAVFに対して穿頭を行いコイルを用いてpackingを行い良好な結果が得られたので報告する。[症例]58歳、女性。平成14年1月頃より左顔面の痛み(三叉神経痛)と軽度の拍動性耳鳴りを自覚して来院した。MRAで後頭蓋にdAVFを疑わせる所見を認め、脳血管造影で左中硬膜動脈(MMA)を主な流入動脈とするdAVFを上錐体静脈洞部に認めた。シャントはisolatedされており逆行性に拡張した小脳皮質静脈が認められた。まず、NBCAを用いてMMAを塞栓しflowを軽減させ、約1カ月後に穿頭を行い直視下にシャント部のsinus packingを行った。術後の血管写でdAVFは完全に消失し症状も治癒した。[結論]isolated sinusのdAVFに対して穿頭によるdirect packingは有用である。

isolated sinus, dural AVF, direct packing

37 新生児ガレン大静脈瘤の一例

三重大学医学部 脳神経外科、小児科*

濱田 和秀 (HAMADA Kazuhide)、深澤 恵児、芝 真人、朝倉 文夫、宮 史卓、阪井田 博司、滝 和郎、澤田博文*

患児は2002年10月1日に在胎38w4d・帝王切開で出生した女児。出生時、体重3134g・頭囲47cm・APGAR score 6/6・新生児仮死のためCPRを施行されたが、進行性の心・呼吸・腎不全を認め、10月2日頭部CTにてガレン大静脈瘤と診断され当科に緊急搬送された。当科入院時Neonatal evaluation score (NES)は9点で、緊急塞栓術の適応と判断し、肺高血圧症に対しNO吸入療法を併用しながら脳血管撮影を施行した。High flow choroidal typeのガレン大静脈瘤を認め、部分的経動脈的塞栓術を加えた。以後10月10日・11月21日に経動脈的塞栓術を追加し、主に前脈絡叢動脈からのfeederは残ったが、NESが18点まで回復したため11月19日一時退院され、近日4回目の塞栓術を予定している。本症例は治療途中であるが、高拍出型心不全・肺高血圧症・腎不全等を合併した新生児ガレン大静脈瘤の血管内治療につき、若干の文献的考察を加え報告する。

vein of Galen aneurysmal malformation, neonate, interventional neuroradiology, heart failure, pulmonary hypertension

38 外傷性汎下垂体機能低下症の一例

島田市民病院 脳神経外科

中村 一仁 (NAKAMURA Kazuhito), 川上太一郎, 中島英樹, 村田敬二, 阪口正和

症例51歳男性。作業現場で右後頭部にコンクリートブロックが激突、転倒時に左前額部を鉄杭で鈍的打撲。JCS10、開放性頭蓋骨陥没骨折を認め緊急開頭による異物除去および頭蓋形成術を施行した。脳CTでは脳損傷は軽度であったが、第 病日より低体温、全身倦怠感を認めていたため下垂体機能検査を行ったところ汎下垂体機能低下の所見を認めた。Thyroxine100 μ g/day、hydrocortisone10mg/dayで開始。翌日より尿量の増加を認め6000ml/dayに達した。Desmopressin0.0125U点鼻を開始し尿量のコントロールを行った。MRIでは下垂体茎の断裂を認めた。びまん性脳損傷を伴うような重症頭部外傷に下垂体機能低下症、尿崩症を認めることは多いが、脳損傷が軽度で汎下垂体機能低下症をきたすことは稀であると思われる。症例経過に文献的考察を加えて報告する。

head injury, panhypopituitarism

39 エアバックによる人工水晶体亜脱臼（虹彩捕獲）の1例

菰野厚生病院 脳神経外科、眼科*

磯村健一 (ISOMURA Kenichi)、上田行彦、松田吉人*

エアバックによる顔面打撲により、人工水晶体の亜脱臼（虹彩捕獲）をきたした症例を経験した。【症例】77歳男性、既往歴として1年前に両側白内障手術を受けている。自動車運転中交通事故を起こし右顔面をエアバックで強打した。意識は清明で神経学的に異常はないが、右眼の視力低下を訴えた。右瞳孔は上方に開いた扇形に変形しており対光反射も消失していた。眼科で精査を行ったところ、視力は0.04と低下しており、右眼人工水晶体の亜脱臼が認められた。【治療】人工水晶体は、上方が虹彩の前方に脱出していた。仰臥位とし散瞳薬で散瞳させることにより水晶体亜脱臼は自然整復し、視力は回復した。【考案】人工水晶体の外力による亜脱臼はまれと考えられるが、固定方法等によっては比較的脱臼が起こりやすいことが推測される。

air bag injury, iris capture, intraocular lens

40 両側pallidotomyを試行したHallervorden-Spatz病（難治性dystonia）の1症例

富山医科薬科大学 脳神経外科(1)、国立療養所富山病院 小児科(2)

旭 雄士 (ASAHI Takashi) (1)、平島 豊(1)、池田宏明(1)、柴田 孝(1)、滝沢 昇(2)、遠藤俊郎(1)

症例は8歳、男児。6歳時にdystoniaを発症、Hallervorden-Spatz病と診断された。dystoniaの悪化、進行のため、平成14年9月9日に定位脳手術目的で当院紹介入院し、9月19日に両側淡蒼球破壊術を施行された。今回の症例は、小児でかつ脳に著明な萎縮をきたしていたため、通常使われる淡蒼球破壊のターゲットの座標は使用できず、頭部MRIを施行し、当教室にて開発された画像誘導手術支援システム付属のソフトウェアによってデータを変換してターゲットの座標を決定した。今回は頭皮の栄養状態が悪かったために凝固術を施行した。座標通り正確に凝固術は施行されたが、残念ながら効果がなく、11月17日に呼吸不全のため死亡した。近年、dystoniaに対し脳深部刺激療法が行われ奏功する症例が報告されている。dystoniaに対する定位脳手術に関して文献的な考察を加え、MRIによる座標決定の方法論についても考察する。

Hallervorden-Spatz disease, pallidotomy, deep brain stimulation, dystonia, MRI

41 脊髄炎にて両上肢肘関節筋攣縮を伴う間欠的疼痛発作に対するDREZotomyの経験

福井赤十字病院脳神経外科

中村威彦 (NAKAMURA Takehiko) 細谷和生 時女知生 地藤淳哉 横山洋平 徳力康彦

DREZOTOMYが有効であった脊髄炎の症例を経験したので報告する。H14年6月中旬より左手に違和感あり。7月7日、起床時四肢不全麻痺出現。2日後、座位保持不可能となり、MRI上脊髄炎として当院神経内科に入院した。血漿交換療法後、1-10分に一度1分程度続く、両上肢肘関節の筋攣縮をとまなう激しい灼熱痛が出現。抗けいれん剤投与も無効、頑痛に対し除痛手術目的で当科転科した。両側C6以下の触覚、痛覚低下あり。両下肢痙性亢進あり。両下肢、左上肢拘縮。右上肢2/5。rt C6-Th1, lt C5-Th1の順にDREZotomyを施行しSEPにて電位の低下を認めた。術翌日に両上肢疼痛発作が消失、運動麻痺の増強無く、両上下肢のしびれが主訴となった。11/5神経内科に転科、リハビリへ車いすで通っている。

spinal, dorsal root entry zone, neuropathic pain, myelitis, deafferentation

42 視野障害で発症した鞍上部クモ膜嚢胞の1例

静岡赤十字病院脳神経外科

林俊行 (HAYASHI Toshiyuki) 山田素行 篠田純 安心院康彦

症例は56歳の女性。2002年10月結膜下出血を主訴に眼科を受診した際に視野障害を指摘されCTを施行し鞍上部腫瘤を認め当科紹介となった。初診時、両耳側上4分の1盲を認めた。その他の神経学的異常所見は認めなかった。ホルモン検査の結果、視床下部性のACTH分泌予備能の低下が示唆され、下垂体機能障害によるPRL, TSH, GHの分泌予備能の低下を認めた。その後、左前頭側頭開頭による嚢胞壁切除術を施行した。術後病理組織学的に、クモ膜嚢胞と診断された。術後視野障害は改善した。術前認められたホルモン異常に関しては明らかな術後変化はなかった。視野障害で発症した鞍上部クモ膜嚢胞の1例に関して文献的考察とともに報告する。

arachnoid cyst, bitemporal hemianopsia, suprasellar lesion

43 V-Pシャント術の6週間後に生じた緊張性気脳症の1例

市立砺波総合病院 脳神経外科

坂井聡太郎(SAKAI Sotaro), 山本謙二, 伊東正太郎, 大橋雅広

症例は80歳女性。H13年10月14日にSAHを発症。WFSN grade 4, Fisher group 4, azygos ACA部の破裂脳動脈瘤に対しinterhemispheric approachによるクリッピング術を施行。11月30日にV-Pシャント術を行うも脳室拡大の改善が不良なため12月28日にMEDOS圧可変式バルブの圧を8cmH₂Oより6cmH₂Oとした。H14年1月10日から徐々に意識レベルが低下。1月16日のCTで両側前頭葉がairにより圧迫され緊張性気脳症の所見を呈していた。同日、大腿筋膜による両側前頭蓋底修復術を行いバルブ圧を20cmH₂Oとした。手術所見で左嗅神経が嗅窩より引き抜けており気脳症の原因と思われた。前頭洞からのair漏れや先天的骨欠損はなかった。以後バルブ圧を8cmとしたが、気脳症の再発はなく意識障害も改善した。V-Pシャントが要因と考えられる緊張性気脳症を経験したので報告する。

tension pneumocephalus, VP shunt

44 神経内視鏡的に摘出した松果体部嚢胞の1例

福井医科大学 脳神経外科

吉田一彦 (YOSHIDA Kazuhiko)、土田 哲、竹内浩明、佐藤一史、半田裕二、久保田紀彦

今回我々は、水頭症による歩行障害にて発症した松果体部の嚢胞性病変の症例に対し、神経内視鏡を用いて摘出術を行ない、良好な結果を得たので報告する。症例は52才の女性。2001年末より、頭痛を自覚するようになり、2002年8月より歩行障害が出現し同年10月に当科を受診した。初診時には起床時に強い頭痛を訴え、wide based gaitが見られ、tandem gaitも拙劣であった。CT、MRIでは中脳水道入口部におよぶ、第3脳室後壁に主座を置く嚢胞性病変を認め、側脳室、第3脳室の拡大が見られた。松果体部嚢胞による閉塞性水頭症の診断で、神経内視鏡的に右側脳室-モンロー孔よりアプローチし、中脳水道入口部に被いかぶさる嚢胞壁を摘出し、髄液の流通を確認した。摘出した嚢胞壁の病理診断は、glio-ependymal cystであった。術後、症状は消失し4ヵ月後の現在、神経症状を認めない。

neuroendoscopy, glio-ependymal cyst

45 動眼神経麻痺を生じた蝶形骨洞嚢胞症の一例

高岡市民病院 脳神経外科、耳鼻咽喉科*

村坂 憲史 (MURASAKA Kenshi)、佐々木 尚、富子 達史
寺西 重和*

症例：55歳男性。既往歴：17歳蓄膿症。現病歴：平成13年12月末より咽頭違和感を自覚。平成14年1月より全身倦怠感強くなった。ふらつき・頻尿など不定愁訴を訴え3月13日当科受診。経過中に感染症状なし。入院時、神経脱落症状なし。下垂体負荷試験ではTSH、GH、ACTHは低反応を示した。頭部単純写でトルコ鞍同定できず、CTスキャンでトルコ鞍から蝶形骨洞部に直径3cm大の等吸収の増強効果のない腫瘍をみた。MRIでは、病変は辺縁整、増強効果のない、T1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示し、嚢胞状腫瘍が疑われた。入院後、右動眼神経麻痺が出現した。3月29日、経鼻的手術施行、内容は粘調・茶褐色で蝶形骨洞嚢胞症と診断した。現在症状は軽快し、画像上の再発もない。

蝶形骨洞嚢胞症の頭蓋内進展にて動眼神経麻痺を呈した一例を経験したので報告する。

sphenoid sinus, mucocele, intracranial extension, oculomotor nerve palsy

43 V-Pシャント術の6週間後に生じた緊張性気脳症の1例

市立砺波総合病院 脳神経外科

坂井聡太郎(SAKAI Sotaro), 山本謙二, 伊東正太郎, 大橋雅広

症例は80歳女性。H13年10月14日にSAHを発症。WFSN grade 4, Fisher group 4, azygos ACA部の破裂脳動脈瘤に対しinterhemispheric approachによるクリッピング術を施行。11月30日にV-Pシャント術を行うも脳室拡大の改善が不良なため12月28日にMEDOS圧可変式バルブの圧を8cmH₂Oより6cmH₂Oとした。H14年1月10日から徐々に意識レベルが低下。1月16日のCTで両側前頭葉がairにより圧迫され緊張性気脳症の所見を呈していた。同日、大腿筋膜による両側前頭蓋底修復術を行いバルブ圧を20cmH₂Oとした。手術所見で左嗅神経が嗅窩より引き抜けており気脳症の原因と思われた。前頭洞からのair漏れや先天性骨欠損はなかった。以後バルブ圧を8cmとしたが、気脳症の再発はなく意識障害も改善した。V-Pシャントが要因と考えられる緊張性気脳症を経験したので報告する。

tension pneumocephalus, VP shunt

44 神経内視鏡的に摘出した松果体部嚢胞の1例

福井医科大学 脳神経外科

吉田一彦(YOSHIDA Kazuhiko)、土田 哲、竹内浩明、佐藤一史、半田裕二、久保田紀彦

今回我々は、水頭症による歩行障害にて発症した松果体部の嚢胞性病変の症例に対し、神経内視鏡を用いて摘出術を行ない、良好な結果を得たので報告する。症例は52才の女性。2001年末より、頭痛を自覚するようになり、2002年8月より歩行障害が出現し同年10月に当科を受診した。初診時には起床時に強い頭痛を訴え、wide based gaitが見られ、tandem gaitも拙劣であった。CT、MRIでは中脳水道入口部におよぶ、第3脳室後壁に主座を置く嚢胞性病変を認め、側脳室、第3脳室の拡大が見られた。松果体部嚢胞による閉塞性水頭症の診断で、神経内視鏡的に右側脳室-モンロー孔よりアプローチし、中脳水道入口部に被いかぶさる嚢胞壁を摘出し、髄液の流通を確認した。摘出した嚢胞壁の病理診断は、glio-ependymal cystであった。術後、症状は消失し4ヵ月後の現在、神経症状を認めない。

neuroendoscopy, glio-ependymal cyst

45 動眼神経麻痺を生じた蝶形骨洞嚢胞症の一例

高岡市民病院 脳神経外科、耳鼻咽喉科*

村坂 憲史(MURASAKA Kenshi)、佐々木 尚、富子 達史
寺西 重和*

症例：55歳男性。既往歴：17歳蓄膿症。現病歴：平成13年12月末より咽頭違和感を自覚。平成14年1月より全身倦怠感強くなった。ふらつき・頻尿など不定愁訴を訴え3月13日当科受診。経過中に感染症状なし。入院時、神経脱落症状なし。下垂体負荷試験ではTSH、GH、ACTHは低反応を示した。頭部単純写でトルコ鞍同定できず、CTスキャンでトルコ鞍から蝶形骨洞部に直径3cm大の等吸収の増強効果のない腫瘍をみた。MRIでは、病変は辺縁整、増強効果のない、T1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示し、嚢胞状腫瘍が疑われた。入院後、右動眼神経麻痺が出現した。3月29日、経鼻的手術施行、内容は粘調・茶褐色で蝶形骨洞嚢胞症と診断した。現在症状は軽快し、画像上の再発もない。

蝶形骨洞嚢胞症の頭蓋内進展にて動眼神経麻痺を呈した一例を経験したので報告する。

sphenoid sinus, mucocele, intracranial extension, oculomotor nerve palsy

43 V-Pシャント術の6週間後に生じた緊張性気脳症の1例

市立砺波総合病院 脳神経外科

坂井聡太郎(SAKAI Sotaro), 山本謙二, 伊東正太郎, 大橋雅広

症例は80歳女性。H13年10月14日にSAHを発症。WFSN grade 4, Fisher group 4, azygos ACA部の破裂脳動脈瘤に対しinterhemispheric approachによるクリッピング術を施行。11月30日にV-Pシャント術を行うも脳室拡大の改善が不良なため12月28日にMEDOS圧可変式バルブの圧を8cmH₂Oより6cmH₂Oとした。H14年1月10日から徐々に意識レベルが低下。1月16日のCTで両側前頭葉がairにより圧迫され緊張性気脳症の所見を呈していた。同日、大腿筋膜による両側前頭蓋底修復術を行いバルブ圧を20cmH₂Oとした。手術所見で左嗅神経が嗅窩より引き抜けており気脳症の原因と思われた。前頭洞からのair漏れや先天的骨欠損はなかった。以後バルブ圧を8cmとしたが、気脳症の再発はなく意識障害も改善した。V-Pシャントが要因と考えられる緊張性気脳症を経験したので報告する。

tension pneumocephalus, VP shunt

44 神経内視鏡的に摘出した松果体部嚢胞の1例

福井医科大学 脳神経外科

吉田一彦(YOSHIDA Kazuhiko)、土田 哲、竹内浩明、佐藤一史、半田裕二、久保田紀彦

今回我々は、水頭症による歩行障害にて発症した松果体部の嚢胞性病変の症例に対し、神経内視鏡を用いて摘出術を行ない、良好な結果を得たので報告する。症例は52才の女性。2001年末より、頭痛を自覚するようになり、2002年8月より歩行障害が出現し同年10月に当科を受診した。初診時には起床時に強い頭痛を訴え、wide based gaitが見られ、tandem gaitも拙劣であった。CT、MRIでは中脳水道入口部におよぶ、第3脳室後壁に主座を置く嚢胞性病変を認め、側脳室、第3脳室の拡大が見られた。松果体部嚢胞による閉塞性水頭症の診断で、神経内視鏡的に右側脳室-モンロー孔よりアプローチし、中脳水道入口部に被いかぶさる嚢胞壁を摘出し、髄液の流通を確認した。摘出した嚢胞壁の病理診断は、glio-ependymal cystであった。術後、症状は消失し4ヵ月後の現在、神経症状を認めない。

neuroendoscopy, glio-ependymal cyst

45 動眼神経麻痺を生じた蝶形骨洞嚢胞症の一例

高岡市民病院 脳神経外科、耳鼻咽喉科*

村坂 憲史(MURASAKA Kenshi)、佐々木 尚、富子 達史

寺西 重和*

症例：55歳男性。既往歴：17歳蓄膿症。現病歴：平成13年12月末より咽頭違和感を自覚。平成14年1月より全身倦怠感強くなった。ふらつき・頻尿など不定愁訴を訴え3月13日当科受診。経過中に感染症状なし。入院時、神経脱落症状なし。下垂体負荷試験ではTSH、GH、ACTHは低反応を示した。頭部単純写でトルコ鞍同定できず、CTスキャンでトルコ鞍から蝶形骨洞部に直径3cm大の等吸収の増強効果のない腫瘍をみた。MRIでは、病変は辺縁整、増強効果のない、T1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示し、嚢胞状腫瘍が疑われた。入院後、右動眼神経麻痺が出現した。3月29日、経鼻的手術施行、内容は粘調・茶褐色で蝶形骨洞嚢胞症と診断した。現在症状は軽快し、画像上の再発もない。

蝶形骨洞嚢胞症の頭蓋内進展にて動眼神経麻痺を呈した一例を経験したので報告する。

sphenoid sinus, mucocele, intracranial extension, oculomotor nerve palsy